

Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?

Données récentes et
cartographie sur les
inégalités sociales de santé





OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?

**Données récentes
et cartographie sur les
inégalités sociales de santé**



COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE



COLOPHON

Auteurs

Sarah MISSINNE
Hervé AVALOSSE (Agence Intermutualiste)
Sarah LUYTEN

Relecture

Elise MENDES DA COSTA
Olivier GILLIS

Traduction

Brussels Language Services sprl

Lay-out

Nathalie da Costa Maya

Numéro de dépôt

D/2019/9334/51

Pour plus d'informations :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
Commission communautaire commune
Rue Belliard 71, bte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552.01.89
observat@ccc.brussels
<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Sarah MISSINNE
Tél : 02/552.01.17
smissinne@ggc.brussels

Pour citer cette publication :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
1.1. Objectifs	8
1.2. Cadre théorique	8
2. DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	10
2.1. L'Agence Intermutualiste (AIM)	10
2.1.1. Population	10
2.1.2. Position socioéconomique	10
2.1.3. Indicateurs de santé	11
2.2. Enquête de santé	12
2.3. Bulletins statistiques de naissances et décès	12
3. INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES EN SANTÉ	13
3.1. Mortinatalité et mortalité infantile	13
3.2. Admission en pédiatrie ou néonatalogie	14
3.3. Statut affection chronique	14
3.4. Affection cardiaque	15
3.5. Maladies obstructives des voies respiratoires	16
3.6. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	16
3.7. Diabète	17
3.8. Incapacité de travail et invalidité	17
3.9. Santé mentale	18
3.10. Santé bucco-dentaire	20
3.11. Mortalité	21
4. DÉTERMINANTS	22
4.1. Déterminants structurels	22
4.1.1. Contexte socioéconomique et politique	22
4.1.2. Position socioéconomique	23
4.2. Capital social	24
4.3. Déterminants intermédiaires	24
4.3.1. Conditions matérielles	24
4.3.2. Comportements de santé et prévention	25
4.3.3. Facteurs psychosociaux et environnement social	29
4.3.4. Soins de santé	30

5. INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES	34
5.1. Introduction	34
5.1.1. Différences socioéconomiques entre les quartiers à Bruxelles	34
5.1.2. Interprétation des cartes	36
5.2. Cartographie	37
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	52
6.1. Conclusions	52
6.2. Déterminants structurels versus responsabilité individuelle	52
6.3. Un universalisme proportionné	53
6.4. De la nécessité d'une politique coordonnée	53
6.5. Suite de la recherche	54
RÉFÉRENCES	55
ANNEXES	58

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX ET CARTES

Figures

Figure 1 :	Cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques de santé développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)	9
Figure 2 :	Taux de mortalité et de mortalité infantile selon le nombre de revenus dans le ménage, Région bruxelloise 2016-2017	13
Figure 3 :	Admission en pédiatrie ou néonatalogie, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	14
Figure 4 :	Statut affection chronique selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	14
Figure 5 :	Thérapie cardiaque selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	15
Figure 6 :	Maladies obstructives des voies respiratoires, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	16
Figure 7 :	Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	16
Figure 8 :	Diabète selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	17
Figure 9 :	Incapacité primaire de travail, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	17
Figure 10 :	Invalidité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	18
Figure 11 :	Prévalence des troubles dépressifs et des troubles du sommeil parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013	18
Figure 12 :	Antidépresseurs (a) et antipsychotiques (b) selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	19
Figure 13 :	Admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	20
Figure 14 :	Santé bucco-dentaire parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013	20
Figure 15 :	Mortalité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	21
Figure 16 :	Cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques de santé développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)	22
Figure 17 :	Part des ménages rapportant des problèmes de confort dans leur logement, selon leur situation financière, Région bruxelloise, 2013	25
Figure 18 :	Part de la population (de 15 ans et plus) rapportant certaines nuisances environnementales dans le quartier de résidence, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013	25
Figure 19 :	Dépistage du cancer du col de l'utérus (a), dépistage du cancer du sein - tout type de dépistage (b), colonoscopie (c) et vaccination contre la grippe (d), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	27
Figure 20 :	Dépistage du cancer du sein - via mammotest, selon le niveau de revenus (indice), Bruxelles, 2016	28
Figure 21 :	Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui rapporte un niveau de support social qualifié de faible et des difficultés d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique des voisins et une insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013	29
Figure 22 :	Pourcentage des ménages qui déclarent avoir dû postposer des soins de santé au cours des 12 derniers mois pour raisons financières, selon leur situation financière, Région bruxelloise, 2013	30
Figure 23 :	Soins dentaires préventifs chez les enfants (18 ans ou moins) (a) et chez les adultes (b), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	32
Figure 24 :	Pas de contact avec le dentiste (3 dernières années) (a) et traitement orthodontique (b), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016	32

Tableaux

Tableau 1 : Aperçu, par région, des limites de revenu médian définissant chaque groupe de secteurs statistiques, 2016	11
Tableau 2 : Aperçu de l'existence d'un gradient social pour différents comportements de santé, selon la situation financière et la formation, Région bruxelloise, 2013	26

Cartes

Carte 1 : Répartition des groupes de secteurs statistiques en Région bruxelloise, 2016	11
Carte 2 : Structure spatiale de la Région de Bruxelles-Capitale	35
Carte 3 : Dépistage du cancer du col de l'utérus, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	38
Carte 4 : Dépistage du cancer du sein - tout type de dépistage, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	38
Carte 5 : Colonoscopie, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	39
Carte 6 : Soins dentaires préventifs : adultes, standardisés par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	39
Carte 7 : Dépistage du cancer du sein – via mammothest, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	40
Carte 8 : Traitement orthodontique, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	40
Carte 9 : Diabète, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	41
Carte 10 : Vaccination contre la grippe, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	42
Carte 11 : Recours aux antidépresseurs, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	42
Carte 12 : Pas de contact avec le dentiste (3 dernières années), standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	43
Carte 13 : Incapacité primaire de travail, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	44
Carte 14 : Invalidité, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	44
Carte 15 : Maladies obstructives des voies respiratoires, standardisées par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	45
Carte 16 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	46
Carte 17 : Statut affection chronique, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	46
Carte 18 : Soins dentaires préventifs : enfants, standardisés par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	47
Carte 19 : Thérapie cardiaque, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	48
Carte 20 : Recours aux antipsychotiques, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	48
Carte 21 : Admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	49
Carte 22 : Admission en pédiatrie ou de soins néonataux, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	49
Carte 23 : Mortalité, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016	50
Carte 24 : Mortalité standardisée sur base du Registre national, par quartier, Région bruxelloise, 2004	51
Carte A : Part des logements sociaux, Région bruxelloise, 2016	58
Carte B : Densité de population, Région bruxelloise, 2016	58
Carte C : Pourcentage des membres AIM inscrits également au Registre national, Région bruxelloise, 2016	59
Carte D : Les communes de la Région bruxelloise	59

I. INTRODUCTION

Un nouveau-né dont la mère vit à Woluwe-Saint-Pierre a une espérance de vie de 85 ans, tandis que l'espérance de vie d'un nouveau-né dont la mère habite à Saint-Josse-Ten-Noode est de 80 ans¹. Cette grande différence peut s'expliquer principalement par le fait qu'en moyenne les personnes habitant Saint-Josse-Ten-Noode ont un profil socioéconomique bien plus faible (revenu médian moyen : 14 931 euros ; risque de 26 % d'être au chômage) que les personnes habitant Woluwe-Saint-Pierre (revenu médian moyen : 25 321 euros ; risque de 9 % d'être au chômage)². Ce lien fort entre la position socioéconomique et la santé a été largement démontré tant par des études nationales qu'internationales.

Dans l'objectif de réduire ces inégalités, il est essentiel d'avoir une vue d'ensemble sur la situation actuelle. Les politiques régionales ont un impact sur la situation de vie des personnes, sur leur santé et par conséquent sur les inégalités dans le domaine de la santé. Le présent dossier passera donc largement en revue les différences socioéconomiques dans le domaine de la santé en Région bruxelloise³. C'est d'autant plus important que la situation à Bruxelles diffère en de nombreux points de la Flandre et de la Wallonie. Le contexte métropolitain de Bruxelles se caractérise notamment par une population jeune, une population souvent pauvre, un taux de chômage (des jeunes) élevé, de nombreux habitants de nationalité étrangère et une grande mobilité territoriale. Il y a également de grandes différences socioéconomiques entre les quartiers bruxellois.

1.1. OBJECTIFS

Le présent dossier donne une **vue d'ensemble des inégalités socioéconomiques** dans le domaine de la santé à Bruxelles, et les **principaux déterminants** de celles-ci, avec comme fil rouge le cadre théorique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il se base principalement sur les données de l'Agence Intermutualiste (AIM) et l'Enquête de santé réalisée par Sciensano⁴. L'AIM a récemment publié une étude sur les inégalités sociales de santé pour la Belgique dans son ensemble (Avalosse et al., 2019).

1 Résultats basés sur les Bulletins statistiques de décès, voir point 2.3. Chiffres de 2011-2015, hommes et femmes confondus.

2 Chiffres de 2016, revenu imposable net total médian des déclarations (source : IBSA) et taux de chômage (moyenne de 2016) (source : Actiris).

3 Quelques études intéressantes réalisées en Belgique : le projet TAHIB (Van Oyen et al., 2011), le projet de la Fondation Roi Baudouin (2007) ; les études de la Mutualité chrétienne (Avalosse et al., 2008 ; Avalosse et al., 2015) , de Solidaris (2018) et des Mutualités libres (2019).

4 Anciennement l'Institut scientifique de santé publique (ISP).

Outre la mise en évidence des inégalités socioéconomiques à l'aide de **graphiques**, les différences entre les quartiers bruxellois sont également présentées à l'aide de **cartes, et ce pour chacun des indicateurs produits par l'AIM**. Ces cartes fournissent des renseignements supplémentaires quant à la répartition spatiale des indicateurs de santé.

1.2. CADRE THÉORIQUE

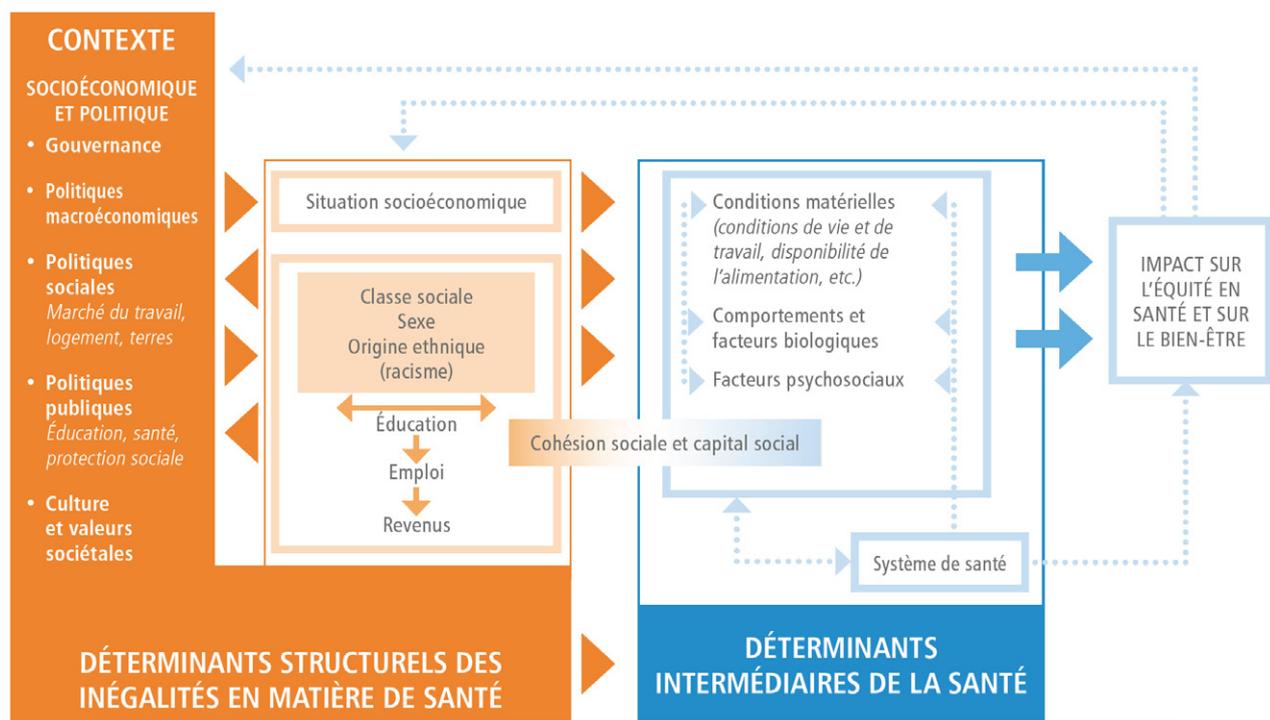
Sur la base de la littérature et des données scientifiques, une commission spéciale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé un cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques en santé. Ce cadre (Solar et Irwin, 2010) a été repris comme fil conducteur dans le cadre de ce dossier (voir Figure 1).

La position socioéconomique est au centre du modèle de l'OMS. D'une part, celui-ci montre la mesure dans laquelle la position socioéconomique d'une personne est codéterminée par le contexte socioéconomique et politique plus général de la société. On parle ici de déterminants **structurels**, puisqu'ils constituent la cause sous-jacente plus profonde des inégalités socioéconomiques en santé. D'autre part, le modèle montre que la position socioéconomique a une énorme influence sur la santé par le biais de différents déterminants **intermédiaires** (conditions matérielles, comportements en matière de santé et de prévention, et facteurs psychosociaux).

Différents mécanismes sous-jacents sont identifiés. Premièrement, l'exposition à des facteurs de risque pour la santé (comme le fait de vivre dans un logement insalubre, d'avoir un travail pénible physiquement ou psychologiquement, etc.) diffère selon la position socioéconomique des personnes. Deuxièmement, il y a des différences socioéconomiques dans la vulnérabilité des personnes en matière de santé (par exemple, le risque de tomber malade dépend de l'état de santé d'une personne) et dans le fait de pouvoir être soutenu en cas de maladie ou de risque de maladie. Troisièmement, les conséquences économiques et sociales des problèmes de santé divergent selon la position socioéconomique (par exemple : la perte d'emploi après une maladie grave, faute de pouvoir adapter les conditions de travail). De même, les répercussions d'un problème de santé diffèrent selon la position socioéconomique des personnes et leur état de santé antérieur. Enfin, le système de soins de santé est vu comme un acteur crucial pour lutter contre les effets défavorables de ces déterminants de santé.

Dès avant la naissance, un enfant peut subir les conséquences négatives de la position socioéconomique de ses parents sur son état de santé (voir point 3.1.). Les inégalités socioéconomiques dans les conditions de vie

Figure 1 : Cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques de santé développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)



Traduit et reproduit avec la permission de l'éditeur : Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

et l'état de santé s'**accumulent** par la suite tout au long de la vie. Les personnes ayant une position socioéconomique moins favorable accumulent de **nombreuses fragilités** (par exemple en raison du stress subi, de conditions de travail difficiles, d'un logement insalubre, etc.) tout en disposant de **moins de moyens pour s'en protéger** (une moins bonne immunité, un support social moindre, un accès plus difficile à une alimentation équilibrée, etc.) **ou d'en limiter les conséquences néfastes** (moindre accès au système de santé et moins bonne connaissance de celui-ci, soins informels, prévention ...).

Les inégalités socioéconomiques dans le domaine de la santé ne se limitent pas aux inégalités de santé entre le groupe de la population dont la position socioéconomique est la moins favorable et le reste de la population. **La population y est confrontée dans son ensemble** : l'état de santé est de moins en moins bon à mesure que l'on descend l'échelle sociale. C'est la raison pour laquelle on parle de **gradient social**.

2. DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

2.1. L'AGENCE INTERMUTUALISTE

2.1.1. POPULATION

L'Agence Intermutualiste (AIM) collecte les données liées aux remboursements de soins de santé des sept mutualités en Belgique⁵. Elle dispose ainsi des données administratives et de facturation des soins et des médicaments remboursés, pour toute personne bénéficiant de l'assurance maladie obligatoire en Belgique.

Pour Bruxelles, cela représente 93,5 % de la population inscrite au Registre national en 2016 (97,6 % pour la Belgique), soit 1 106 181 de personnes⁶ (Atlas AIM, 2018). Les personnes qui ne sont pas en ordre d'assurance maladie obligatoire et les travailleurs internationaux disposant d'une assurance maladie privée ou bénéficiant du système d'assurance maladie du pays dont ils sont ressortissants ne relèvent donc pas des analyses présentées ici. Cette part est supérieure pour Bruxelles (6,5 %) par rapport à la Belgique dans son ensemble (2,4 %) (Atlas AIM, 2018).

Outre la population officielle inscrite au Registre national, la Région bruxelloise compte également des personnes qui y vivent mais ne sont pas reprises dans les chiffres officiels de la population (les étudiants qui ne sont pas domiciliés dans une des communes bruxelloises, les demandeurs d'asile, les étrangers en situation de séjour irrégulier, les diplomates et leur famille, etc.). Bien qu'aucun chiffre précis concernant ces groupes ne soit disponible, ils sont relativement plus présents à Bruxelles que dans les deux autres régions. Ces groupes de population ne sont également pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire et ne sont donc pas inclus dans nos analyses. Les données de l'AIM demeurent néanmoins une source riche de données.

2.1.2. POSITION SOCIOÉCONOMIQUE

La base de données de l'AIM ne contient aucune information sur les revenus et le niveau d'éducation des assurés permettant d'indiquer leur position socioéconomique. Elle

repréend cependant le lieu (via le secteur statistique⁷) du domicile des assurés, qui peut être utilisée afin d'estimer leur position socioéconomique. Les inégalités spatiales sont grandes à Bruxelles, et les personnes ayant profil socioéconomique similaire sont souvent concentrées dans les mêmes quartiers.

Les informations fiscales disponibles pour chaque secteur statistique de résidence donnent une indication⁸ sur la situation socioéconomique des résidents. En effet, le SPF Économie dispose du revenu médian par secteur statistique, calculé sur la base des déclarations d'impôts. Les données fiscales de 2016 (soit de l'exercice d'imposition 2017) sont utilisées dans le cadre de cette étude.

Outre le revenu médian pour chaque secteur statistique, le SPF Economie donne également le nombre de déclarations fiscales sur base desquelles le revenu médian a été calculé. Pour construire une échelle sociale, on procède alors de la façon suivante : on classe les secteurs statistiques par ordre croissant de leur revenu médian. Ensuite, on les regroupe de sorte que chaque groupe comprenne 20 % des déclarations fiscales. Le tableau 1 donne, par région, un aperçu des limites inférieures et supérieures des revenus médians qui délimitent chaque groupe de secteurs statistiques. Ces limites à Bruxelles sont à chaque fois nettement en-dessous de ce qui s'observe en Wallonie et en Flandre.

L'échelle sociale ainsi construite est donc bien de 'valeur' progressive : le premier groupe inclut les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles et le cinquième groupe comprend les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés. Les 2^d, 3^{ème} et 4^{ème} groupe sont de 'valeur' intermédiaire. Toutes les personnes sont

5 Nous indiquons ici les principales informations méthodologiques. Le lecteur trouvera des détails complémentaires à propos de certains indicateurs dans la publication récente de l'AIM (Avalosse et al., 2019) ou dans les fiches-indicateurs de l'atlas de l'AIM (<http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>).

6 Étant donné que les assurés ont jusqu'à deux ans pour introduire leurs attestations auprès de la mutualité, il y a toujours au moins deux ans de retard pour les données présentées.

7 Les secteurs statistiques représentent la plus petite unité administrative et sont le résultat de la subdivision du territoire par la Direction générale Statistique, sur base des caractéristiques structurelles identifiées via les recensements.

8 Il faut toutefois tenir compte des limites propres aux statistiques fiscales : celles-ci contiennent des informations sur le revenu qui sont basés sur les déclarations d'impôt des personnes physiques ayant leur lieu de résidence principale en Belgique. Leur interprétation exige de tenir compte de différents éléments. Les données ne portent que sur les revenus soumis à l'impôt des personnes physiques. Certains types de revenus ne sont pas imposables et ne sont donc pas repris dans les statistiques fiscales. Cela signifie que certains transferts sociaux (revenu d'intégration sociale, équivalent du revenu d'intégration et allocations familiales notamment), exonérés d'impôts, ne sont dès lors pas repris dans le revenu imposable. Certains habitants à hauts revenus ne sont pas non plus imposables via le système national, tels que les diplomates étrangers ou les fonctionnaires internationaux. Les personnes percevant ces différents types de revenus non imposables peuvent ainsi se retrouver dans les déclarations dont le revenu imposable est nul (et donc ne pas figurer dans la plupart des statistiques fiscales) ou dans les classes à faible revenus. En outre, les statistiques fiscales sous-estiment fortement les revenus du capital (biens mobiliers et immobiliers). Plus d'informations sur : www.ibsa.brussels

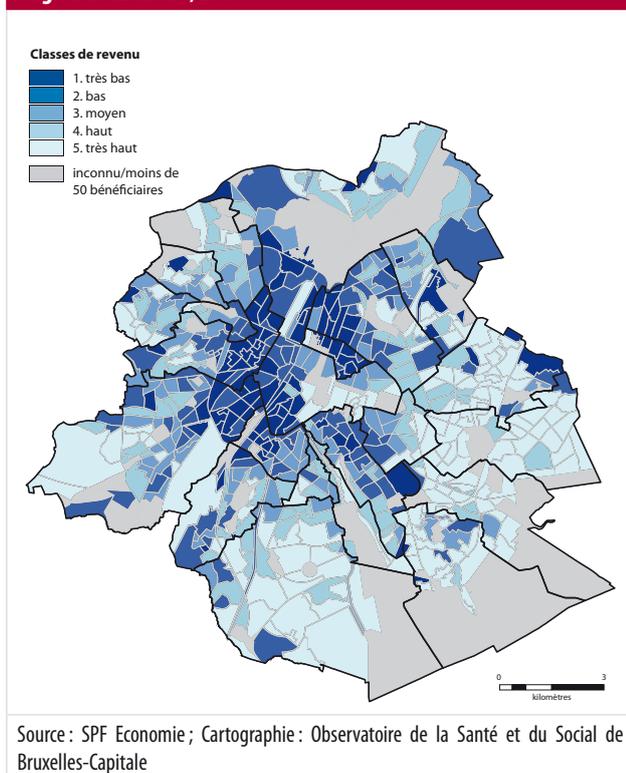
Tableau 1 : Aperçu, par région, des limites de revenu médian délimitant chaque groupe de secteurs statistiques, 2016

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Inférieurs	]0 ; 16.217 €]	]0 ; 22.529 €]	]0 ; 19.094 €]	]0 ; 20.348 €]
Bas	]16.217 € ; 18.115 €]	]22.529 € ; 24.944 €]	]19.094 € ; 21.506 €]	]20.348 € ; 23.209 €]
Moyens	]18.115 € ; 20.873 €]	]24.944 € ; 26.902 €]	]21.506 € ; 23.940 €]	]23.209 € ; 25.735 €]
Hauts	]20.873 € ; 23.161 €]	]26.902 € ; 29.108 €]	]23.940 € ; 27.071 €]	]25.735 € ; 28.350 €]
Supérieurs	]23.161 € ; ...]	]29.108 € ; ...]	]27.071 € ; ...]	]28.350 € ; ...]

Source : Avalosse et al., 2019

réparties dans ces cinq groupes en fonction du secteur statistique de leur domicile⁹.

Baromètre social publiée chaque année par l'Observatoire). La cinquième partie de cette publication s'intéresse de plus près aux tendances géographiques au sein de la Région bruxelloise.

Carte 1 : Répartition des groupes de secteurs statistiques en Région bruxelloise, 2016

Ces cinq groupes sont représentés géographiquement sur la carte 1. Bruxelles connaît d'importantes différences géographiques, avec une zone précarisée clairement définie, appelée le « croissant pauvre », au nord et à l'ouest du centre-ville (le Pentagone), pour une bonne part le long du canal. Cette zone concentre depuis plusieurs décennies les groupes les plus défavorisés sur le plan économique. C'est au sud-est que l'on trouve les plus hauts revenus (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2006 et le

2.1.3. INDICATEURS DE SANTÉ

Les mutualités ne disposent d'aucune information sur le diagnostic médical de leurs affiliés. Les indicateurs présentés ici sont basés sur les données de facturation relatives aux soins remboursés dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire (par exemple, une consultation chez le dentiste ou le médecin généraliste, certains médicaments prescrits, etc.). Les indicateurs présentés se basent également sur les données administratives disponibles (par exemple, une admission à l'hôpital, une incapacité primaire de travail, le statut d'invalidité, etc.). Dès lors, les personnes non traitées pour une affection particulière ou qui ignorent être malades ne sont pas identifiées en tant que telles.

Certains indicateurs reflètent mieux la réalité que d'autres. Par exemple, en ce qui concerne la prévention secondaire¹⁰ (par exemple le dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein), les données de l'AIM donnent une image relativement complète de la réalité, dans la mesure où chaque acte de prévention secondaire donne lieu à prestation enregistrée dans les bases de données mutualistes (si les procédures administratives sont correctement suivies).

Les indicateurs de consommation de soins ne sont pas toujours un bon indicateur de la prévalence. Par exemple, la consommation d'antidépresseurs ne reflète pas forcément la prévalence de la dépression, si on fait l'hypothèse qu'il y a une part de la population bruxelloise souffrant de dépression qui n'a pas recours aux antidépresseurs. Il est alors plus judicieux de limiter l'interprétation de l'indicateur à la question du non-recours aux soins. Il en va de même pour les indicateurs concernant par exemple les admissions en pédiatrie/néonatalogie et les soins dentaires, qui donnent de l'information sur la prévalence et sur le non-recours aux

9 À l'exception de 486 personnes (0,0 %) qui ne peuvent être réparties parce que leur secteur statistique ne peut être retrouvé sur base de l'adresse, ou parce qu'aucun revenu médian n'a été calculé pour le secteur statistique en question (en raison du nombre limité d'habitants).

10 La prévention secondaire met l'accent sur le diagnostic précoce d'une éventuelle maladie afin de pouvoir en influencer favorablement l'évolution. La prévention primaire, consistant par exemple à avoir des habitudes alimentaires et sportives saines, ou à arrêter de fumer, vise à éviter l'apparition d'une maladie.

soins. Il est dès lors utile, pour ce type d'indicateurs, de les combiner avec d'autres sources d'informations, quand elles sont disponibles.

L'objectif ici n'est pas de calculer des taux de prévalence dans l'absolu, mais bien de comparer les groupes socioéconomiques entre eux et de formuler des hypothèses explicatives quant aux différentiels observés. Il est probable que les inégalités socioéconomiques soient plutôt sous-estimées, étant donné que les personnes ayant une position socioéconomique moins favorable reportent plus souvent des soins et des traitements médicamenteux, comme le montre systématiquement l'Enquête de santé (Demarest, 2015). Pour chaque indicateur AIM, les chiffres par quintile de revenus sont repris. Nous reprenons également le pourcentage de la population de référence considérée, pour donner une estimation de l'ampleur du phénomène. Ceci est également important dans une perspective de santé publique, afin d'identifier les actions prioritaires à prendre et les objectifs y liés.

Pour chaque indicateur de santé, un indice standardisé selon l'âge et le sexe est calculé pour chacun des cinq groupes formant notre échelle sociale. Il exprime alors le rapport entre le nombre d'événements réellement observés et le nombre d'événements attendus. Ces derniers sont obtenus de la façon suivante : la prévalence observée au niveau de chaque sous-population (par combinaison d'âge et de sexe) de la population de référence globale est appliquée à chaque sous-population correspondante du groupe concerné. La population de référence étant indexée à la valeur 100, si la valeur de l'indice standardisé est de 130 pour un certain indicateur de santé et pour un certain groupe, alors cela signifie que la fréquence de cet indicateur est 30 % supérieure dans ce groupe par rapport à la population de référence. Dans les figures présentées par après, l'échelle de l'indice standardisé et la population de référence diffère d'un indicateur à l'autre. Les intervalles de confiance (95 %) sont également présentés. Le même indice standardisé est repris sur les cartes (voir point 5).

2.2. ENQUÊTE DE SANTÉ

L'Enquête de santé est réalisée pour l'ensemble de la Belgique¹¹. Contrairement aux données de l'AIM qui reprend les données pour plus de 90 % de la population bruxelloise inscrite au Registre national, les données de l'enquête de santé sont issues d'un échantillonnage. En dépit des importants efforts méthodologiques développés (Charafeddine et al., 2013), certains phénomènes inhérents à un échantillon ne peuvent être entièrement exclus, comme

les réponses socialement souhaitables, des non-réponses (sélectives), des erreurs de mesure, etc. (de Leeuw et al., 2008).

L'avantage de l'Enquête de santé est qu'elle est la seule source de données disponibles donnant des informations qui ne peuvent être déduites des données administratives et de facturation, tels que les comportements de santé (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation saine, etc.). La prévalence des affections est également évaluée directement par des questions, et non déduite sur base des données de facturation de médicaments et/ou de consommation des soins. La position socioéconomique des participants est en outre évaluée par des questions portant sur différentes dimensions comme le niveau d'éducation ou de revenu, ce qui peut nous renseigner davantage sur les causes sous-jacentes des différences socioéconomiques observées (voir 4.1.2 et 4.3.2.). Les différences de revenus sont ici estimées sur la base de la question posée « Avec le revenu global (de votre ménage) sous les yeux, votre ménage est-il en mesure de joindre les deux bouts? ». L'avantage de cette question est qu'elle génère dans l'enquête moins de valeurs manquantes que la question sur les revenus, à laquelle les personnes doivent répondre par un montant. La littérature scientifique internationale a démontré qu'il s'agit d'un indicateur représentatif du revenu réel (Whelan et al., 2001).

2.3. BULLETINS STATISTIQUES DE NAISSANCES ET DÉCÈS

Pour les indicateurs liés à la mortalité et la mortalité infantile, nous recourons à une troisième source de données : les Bulletins de naissances et décès. Ils doivent être obligatoirement remplis à chaque naissance ou décès sur le territoire belge (DG Statistique - Statistics Belgium). Étant donné qu'un formulaire doit être rempli pour toute personne, indépendamment du fait qu'il soit domicilié en Belgique ou non, ou de son statut de séjour (régulier ou pas), il s'agit de la source d'information la plus exhaustive pour deux moments clés de la vie (la naissance et le décès). C'est la seule source de données à fournir des informations pour des personnes qui ne sont pas reprises dans le Registre national. La population est donc plus grande que celle reprise dans le Registre national, de même que la population reprise dans les données de l'AIM. La Commission communautaire commune est compétente pour la récolte et le traitement de données de la population de la Région de Bruxelles-Capitale.

11 Les derniers chiffres à disposition datent de 2013. Les premiers résultats de la collecte de données en 2018 sont à présent disponibles sous la forme de rapports généraux, mais nous ne disposons pas encore de la base de données afin de réaliser toutes les analyses souhaitées.

3. INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES EN SANTÉ

Ce chapitre documente la manière dont la position socioéconomique est liée à la santé, et ce dès la naissance, voire même avant celle-ci. Les enfants nés dans une famille plus défavorisée auront ainsi, dès la naissance, un risque plus important d'être en moins bonne santé. Ces inégalités se maintiendront et s'accumuleront tout au long de la vie, et sont la conséquence de facteurs très divers. Elles se reflètent dans les inégalités au niveau de l'espérance de vie. Il est à noter que pour certains indicateurs de santé, le gradient social est inversé ou aucun gradient n'est observable. Vu l'omniprésence des inégalités sociales, la somme sera globalement négative pour les personnes moins favorisées socioéconomiquement et inversement.

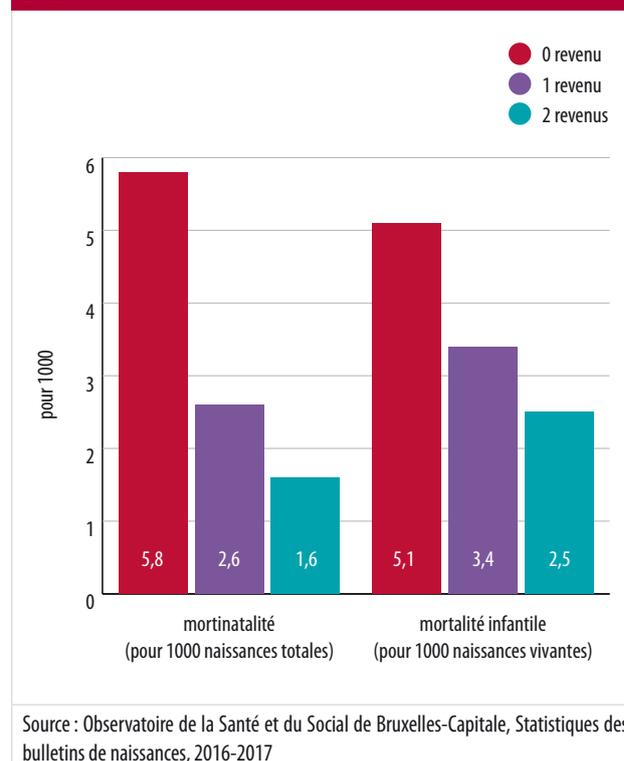
Étant donné la ségrégation socioéconomique en Région bruxelloise, les indicateurs de santé de l'AIM seront également étudiés sous l'angle spatial. Les cartes (voir 5ème partie) montrent pour certains indicateurs un lien clair avec cette ségrégation socioéconomique. Ce n'est cependant pas forcément le cas pour tous les indicateurs. Il est dans ce cadre extrêmement utile de consulter la carte associée à chaque indicateur AIM examiné ci-après.

3.1. MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ INFANTILE

En Région bruxelloise en 2017, un enfant sur cinq (19 %) est né dans un ménage sans revenu du travail¹². En outre, 34 % des enfants sont nés dans un ménage disposant d'un seul revenu, et 16 % dans un ménage composé d'une mère vivant seule (isolée). Parmi les mères vivant seules, 63 % ne disposent pas d'un revenu du travail.

Dès la naissance (voire même avant celle-ci), la santé d'un enfant est influencée par la position socioéconomique de ses parents. La figure 2 présente la mortinatalité¹³ et la mortalité infantile¹⁴ en fonction du nombre de revenus dans le ménage. En 2016-2017, le risque de mortinatalité dans les ménages sans revenu du travail était plus de trois fois plus élevé ($3,63 = 5,8/1,6$) que celui d'un ménage disposant de deux revenus. Les enfants nés vivants dans un ménage sans revenu du travail, courent deux fois plus de risque ($2,04 = 5,1/2,5$) de décéder dans la première année de vie (= mortalité infantile) par rapport aux enfants nés dans une famille disposant de deux revenus du travail.

Figure 2 : Taux de mortinatalité et de mortalité infantile selon le nombre de revenus dans le ménage, Région bruxelloise, 2016-2017



12 Le niveau socioéconomique d'un ménage est approché au moyen d'un proxy calculé sur la base du nombre de revenus du travail dans le ménage. La disponibilité d'un revenu du travail est définie sur base de la situation professionnelle actuelle : actif ou non-actif. Elle ne permet pas de déterminer le niveau de revenus ni la stabilité de l'emploi. Le nombre de revenus du ménage est établi sur base de trois variables : la situation familiale, la situation professionnelle et l'état dans la profession. Tout d'abord, on détermine si la mère vit seule ou en union. Lorsqu'elle vit en couple, on prend également en compte les informations concernant le père. La variable «situation professionnelle actuelle» de chacun des parents est utilisée pour déterminer si les parents sont actifs et disposent d'un revenu. Chaque parent actif compte pour un revenu. En cas de doute par rapport à la situation professionnelle (pour toutes les situations «autres»), la variable «État social dans la profession» est utilisée pour déterminer si un revenu existe. Lorsque la situation professionnelle d'un des parents ou l'état d'union sont manquants ou incohérents, la naissance est exclue de l'analyse.

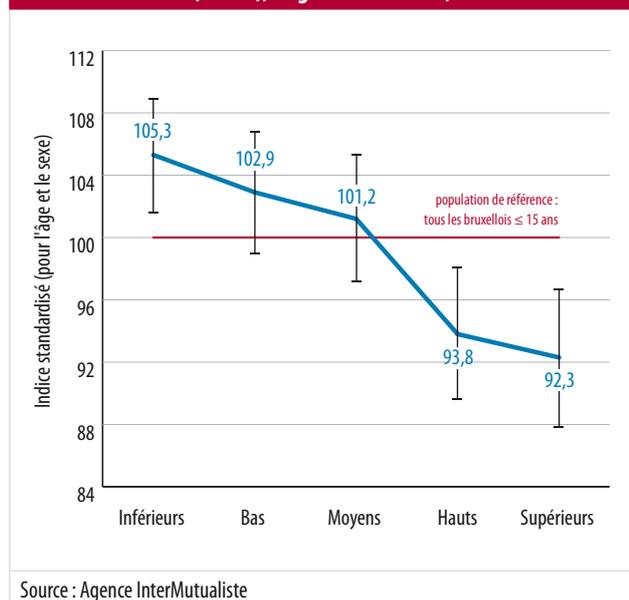
13 Le taux de mortinatalité ou mortalité foetale correspond au nombre d'enfants décédés avant ou pendant l'accouchement, à partir de 22 semaines de gestation ou d'un poids d'au moins 500 grammes, pour 1000 naissances (vivantes ou mort-nés) (Arrêté royal du 17 juin 1999).

14 Le taux de mortalité infantile correspond au nombre d'enfants nés vivants et qui décèdent avant leur 365e jour de vie, pour 1000 naissances vivantes.

3.2. ADMISSION EN PÉDIATRIE OU NÉONATOLOGIE

Les enfants appartenant au groupe socioéconomique le plus bas sont généralement admis 5,3 % plus souvent que la moyenne dans un service de néonatalogie ou de pédiatrie (part totale parmi les enfants de 15 ans et moins en Région bruxelloise : 5,03/100). Ceci diffère significativement des 2 groupes socioéconomiques les plus élevés, dans lesquels on observe respectivement 6,2 % et 7,7 % d'admissions de moins par rapport à la moyenne (voir figure 3).

Figure 3 : Admission en pédiatrie ou néonatalogie, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016

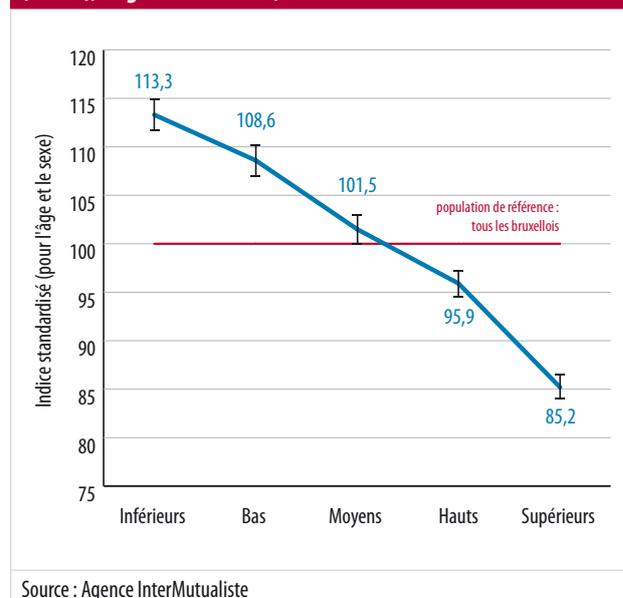


Les différences de taux d'admission en pédiatrie ou néonatalogie entre le groupe socioéconomique le plus bas et les deux groupes socioéconomiques les plus élevés sont en partie imputables à un besoin différent en soins de santé en raison d'un moins bon état de santé. Les bulletins de naissance montrent par exemple que les naissances prématurées, avec les risques accrus pour la santé que celles-ci impliquent, sont plus fréquentes chez les femmes de position socioéconomique inférieure (Hercot et al., 2015). Il est par ailleurs probable que les prestataires de soins hospitalisent plus facilement les enfants en situation socioéconomique précaire de par leurs conditions de vie moins favorables à leur prise en charge à domicile (van Ryn et Burke ; 2000).

3.3. STATUT AFFECTION CHRONIQUE

Les malades chroniques peuvent à certaines conditions se voir attribuer le «statut affection chronique», qui leur permet de bénéficier de meilleures conditions de remboursement pour leurs soins¹⁵. En Région bruxelloise, 8,35 % de la population sont concernés (tous les âges confondus). Un gradient social clair est observé pour le «statut affection chronique» (voir figure 4) : le risque de bénéficier de ce statut augmente graduellement à mesure que l'on descend l'échelle de revenu. Le groupe socioéconomique le plus bas a ainsi un risque plus élevé de 33 % de bénéficier de ce statut par rapport aux personnes appartenant au groupe socioéconomique le plus élevé (1,33 = 113,3/85,2). Dans le cadre de l'Enquête de santé, des différences socioéconomiques similaires sont observées dans la prévalence des affections chroniques dans la population (Observatoire de la Santé et du Social, 2018).

Figure 4 : Statut affection chronique selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



Il est probable que l'indicateur «statut affection chronique» sous-estime le nombre de malades chroniques, et en conséquence l'ampleur des inégalités socioéconomiques, ce dans la mesure où l'acquisition de ce statut dépend du recours aux soins et d'être en ordre d'un point de vue administratif. L'Enquête de santé montre en effet que les personnes socioéconomiquement moins favorisées reportent plus souvent des soins et des traitements médicamenteux (voir point 4.3.4.). Le rapport thématique «Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise» (Observatoire de

¹⁵ Pour en savoir plus, voir le site de l'INAMI : inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/statut-personne-affection-chronique-acces-soins.aspx

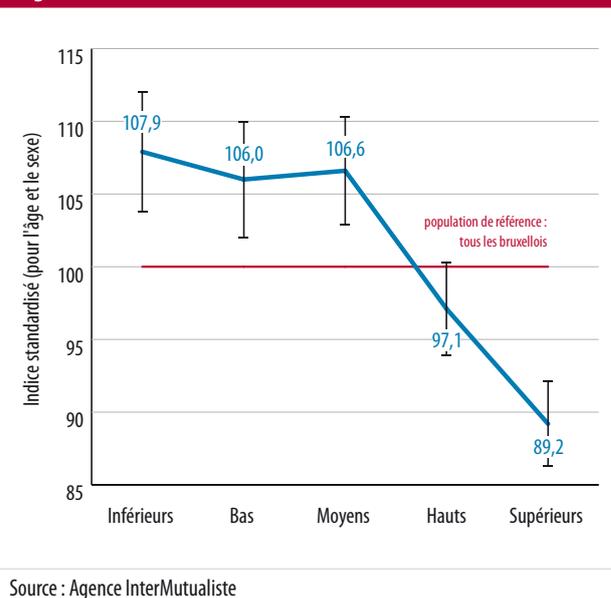
la Santé et du Social, 2017) a également montré l'existence de différents types d'obstacles à l'acquisition et à l'exercice de certains droits, comme le «statut affection chronique». Si la mutualité attribue automatiquement le «statut affection chronique»¹⁶ (pour les personnes qui ont plus de 300 euros de frais pendant huit trimestres consécutifs, soit deux années civiles¹⁷; ou pour les personnes qui ont droit au forfait pour malades chroniques), l'affilié doit néanmoins être en ordre d'un point de vue administratif. Il doit également introduire les attestations de soins en temps utile, afin que la mutuelle dispose à temps de l'aperçu des frais médicaux.

3.4. AFFECTION CARDIAQUE

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès au sein la population bruxelloise (Verduyck et al., 2017). Nous examinons ci-après un groupe de médicaments typiquement utilisés en cas de décompensation cardiaque, d'angine de poitrine et de trouble du rythme cardiaque (classification ATC, groupe C01 ; ≥ 90 Defined Daily Doses (DDD)). L'utilisation de ces médicaments est un bon indicateur pour les affections cardiaques, même s'ils ne sont pas utilisés pour toutes les maladies cardiovasculaires (Avalosse et al., 2019) (part totale parmi les Bruxellois : 1,44/100).

Pour les affections cardiaques, des différences sont observables entre d'une part les trois groupes socio-économiques les plus bas et d'autre part les deux groupes socio-économiques les plus élevés. Le groupe le plus élevé a un risque de 10,8 % moins élevé que la population de référence de consommer des médicaments pour une affection cardiaque («thérapie cardiaque»). Parmi les trois groupes socio-économiques les plus bas, le risque est de 6,0 % à 7,9 % plus élevé que la population de référence (voir figure 5).

Figure 5 : Thérapie cardiaque selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



Le fait que les trois groupes socio-économiques les plus bas présentent une consommation similaire de médicaments pour une affection cardiaque indique probablement une sous-consommation de ces médicaments. En effet, un gradient social était attendu dans la mesure où nous observons pour de nombreux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires¹⁸ un gradient systématique, avec une différence significative entre chaque groupe socio-économique. En outre, on observe en Flandre et en Wallonie un gradient social systématique pour la thérapie cardiaque (Avalosse et al., 2019), ce qui indique qu'il existe au sein des deux groupes socio-économiques inférieurs à Bruxelles une sous-consommation de ce type de médicaments.

16 Le patient doit introduire lui-même une demande uniquement en cas de maladie rare.

17 Cela englobe à la fois la partie payée par la mutuelle et la partie personnelle (ticket modérateur).

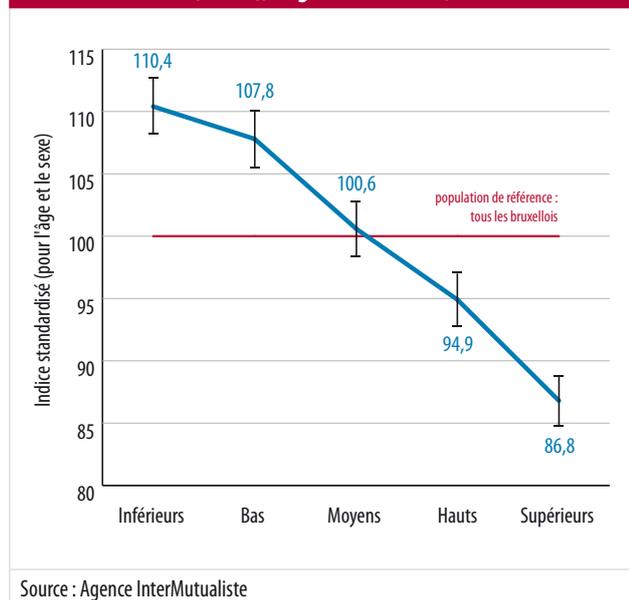
18 Outre une tension excessive et un cholestérol élevé, la consommation d'alcool, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarité et l'obésité sont d'importants facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (Lim et al., 2013). Un certain nombre de ces facteurs liés aux comportements de santé sont évoqués plus loin dans ce dossier.

3.5. MALADIES OBSTRUCTIVES DES VOIES RESPIRATOIRES

Les affections respiratoires obstructives représentent un large groupe de maladies respiratoires. Les données de l'AIM permettent d'identifier les personnes auxquelles sont délivrés des médicaments pour le traitement de maladies obstructives des voies respiratoires (code ATC R03 ; ≥ 90 DDD). Leur part totale dans la population bruxelloise, tous âges confondus, est de 3,70/100.

Il est probable que des facteurs environnementaux jouent un rôle par rapport aux affections respiratoires obstructives. Outre la pollution de l'air extérieur (Kurt et al., 2017), la pollution intérieure est également associée aux atteintes des voies respiratoires inférieures (Bruxelles Environnement, 2008). Des différences socioéconomiques claires sont observées pour les affections respiratoires obstructives. Les deux groupes socioéconomiques les plus bas prennent ces médicaments respectivement 10,4 % et 7,8 % plus souvent que la moyenne, alors que les deux groupes socioéconomiques les plus élevés les consomment respectivement 5,1 % et 13,2 % moins souvent que la moyenne (figure 6).

Figure 6 : Maladies obstructives des voies respiratoires, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016

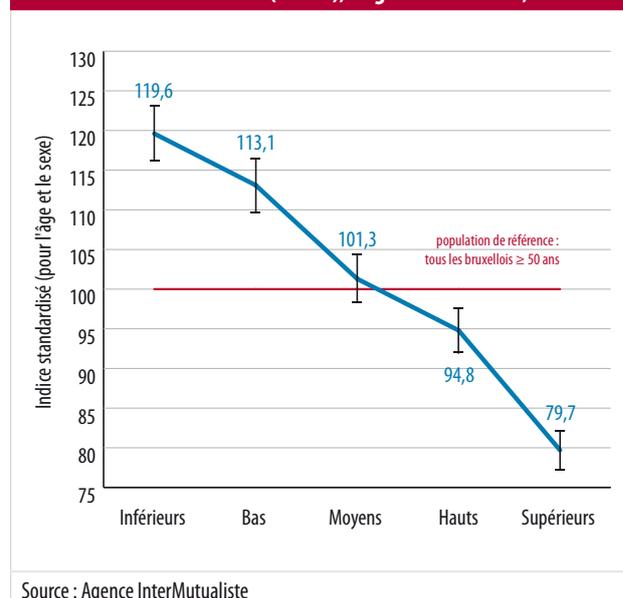


3.6. BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (BPCO)

Dans la classe de médicaments traitants les affections respiratoires obstructives (ATC R03), se retrouve un certain nombre de médicaments spécifiques du traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (R03A-R03BA-R03BB-R03DA04 ; ≥ 90 DDD). La BPCO est une maladie pulmonaire grave et fréquente (part totale dans la population bruxelloise de 50 ans et plus : 6,57/100). Elle est invalidante, dans la mesure où les voies respiratoires sont lentement et progressivement obstruées. Le tabagisme et le tabagisme passif en sont souvent à l'origine (Avalosse et al., 2019). Les recherches récentes pointent également le rôle de l'exposition à d'autres facteurs environnementaux, comme la pollution de l'air et la présence de substances nocives sur le lieu de travail (Salvi et Barnes, 2009). À la faveur de la préoccupation croissante quant aux conséquences de la pollution de l'air sur la santé, les causes de BPCO chez les non-fumeurs ont fait récemment l'objet de davantage d'études scientifiques. Plus encore que la pollution de l'air extérieur, il est démontré que la pollution de l'air intérieur est le principal facteur causal chez les non-fumeurs atteints de BPCO (Jindal, 2018).

Les disparités socioéconomiques dans la consommation de médicaments pour le traitement de la BPCO sont étudiées chez les 50 ans et plus (figure 7). Le groupe le moins favorisé de cette tranche d'âge se voit rembourser ce type de médication 19,6 % plus souvent que la moyenne. Cette différence est de 13,1 % pour le groupe «revenus bas», tandis que le groupe «revenus hauts» en consomme environ 5,2 % de moins que la moyenne, et le groupe le plus favorisé 20,3 % de moins que la moyenne. Nous décrivons plus loin dans ce dossier l'existence d'un gradient social également pour le tabagisme (voir point 4.3.2.).

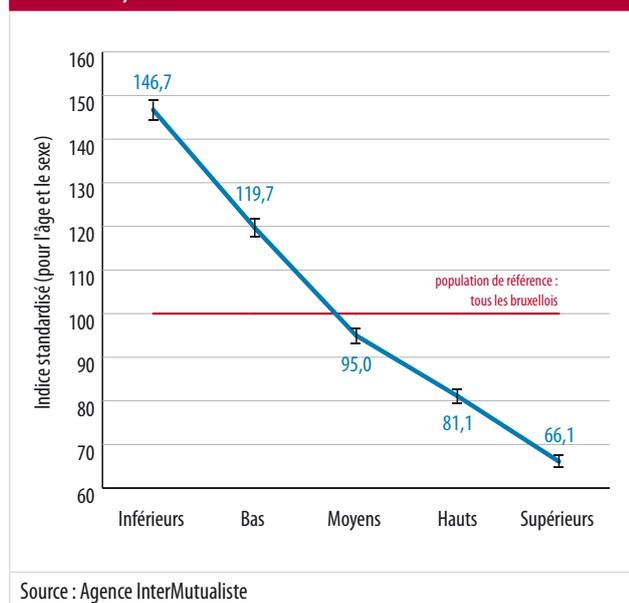
Figure 7 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



3.7. DIABÈTE

Le diabète s'accompagne de différents problèmes de santé. Nous examinons ici la prévalence du diabète sur base de la consommation de médicaments liés au diabète (code ATC A10) et/ou de prestations de soins de santé, au sein de l'assurance maladie obligatoire, qui renvoient directement au diabète comme la convention diabète, le passeport du diabète et le trajet de soins diabète¹⁹ (part totale dans population bruxelloise : 5,62/100). De nombreuses personnes souffrent de diabète sans le savoir, ce qui implique que sa prévalence est sous-estimée. Même dans les pays riches, on estime que le pourcentage de cas de diabète non diagnostiqué varie de 30 à 50 %. Un diagnostic précoce du diabète est cependant crucial pour bien le gérer au quotidien et pour en limiter les conséquences autant que possible (OMS, 2016). Les inégalités socioéconomiques sont probablement sous-estimées, dans la mesure où les personnes moins favorisées reportent plus souvent des soins ou des traitements médicamenteux comme nous l'illustrerons au point 4.3.4.

Figure 8 : Diabète selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



La figure 8 montre que les personnes ayant une position socioéconomique moins favorisée sont systématiquement plus souvent traitées pour un problème de diabète. Les différences socioéconomiques sont très grandes entre groupes de revenus. Le groupe socioéconomique le plus bas a ainsi un risque de 46,7 % plus élevé que la moyenne de souffrir de diabète ; le groupe «revenus bas» a un risque de 19,7 % plus élevé que la moyenne, et le gradient social se poursuit systématiquement pour les autres classes

¹⁹ Le diabète peut aussi se manifester pendant la grossesse. S'agissant ici d'un phénomène temporaire et non d'une affection chronique, le diabète gestationnel ne sera pas pris en considération ici.

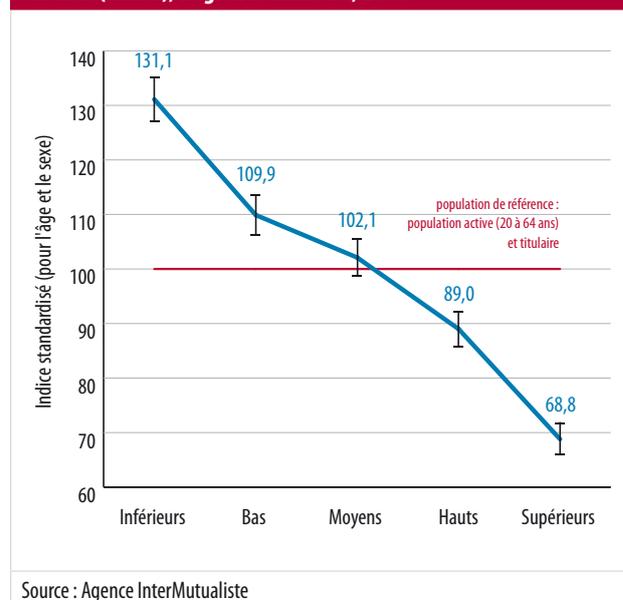
socioéconomiques. On sait que le diabète de type 2, soit la forme la plus courante de diabète (OMS, 2016), peut en partie être prévenu. Le diabète de type 2 est en effet clairement associé au surpoids (voir 4.3.2.), en plus des prédispositions héréditaires et de l'âge.

3.8. INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ

Les personnes en incapacité de travail reçoivent une indemnité via leur mutuelle. Les données de l'AIM nous permettent donc d'identifier ces personnes. Ici, plus précisément, on s'intéresse, au fait d'être indemnisé au moins 30 jours (au-delà de la période de salaire garanti ou de la période de carence) pour une incapacité primaire de travail au cours de 2016²⁰ (part totale parmi les titulaires actifs (20-64 ans) en Région bruxelloise : 3,78/100).

Il existe de très grandes différences socioéconomiques par rapport à l'incapacité de travail. Elle survient 31,1 % plus souvent que la moyenne dans le groupe socioéconomique le plus bas, et le risque d'être en incapacité de travail décroît systématiquement à mesure que la position socioéconomique s'améliore. L'incapacité de travail survient globalement près de deux fois plus souvent dans le groupe socioéconomique le plus bas que dans le groupe socioéconomique le plus élevé (1,91 = 131,1/68,8) (figure 9).

Figure 9 : Incapacité primaire de travail, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016

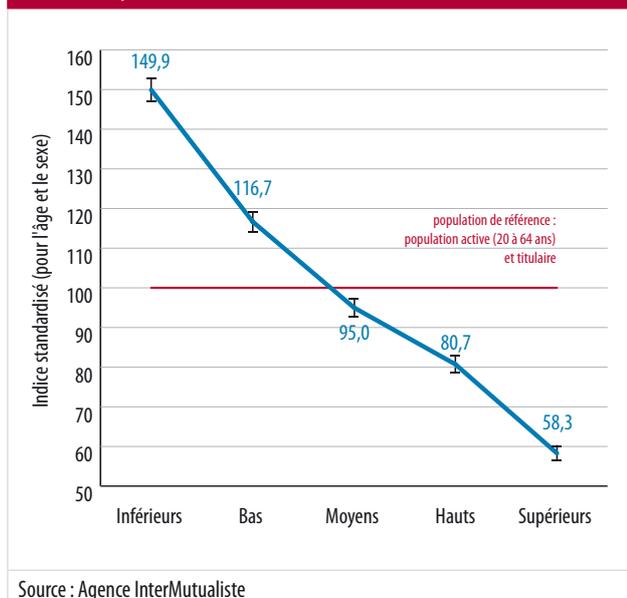


²⁰ La population de référence est ici celle des titulaires actifs (demandeurs d'emploi compris) âgés de 20 à 64 ans. Étant donné que les fonctionnaires sont directement payés par l'État, l'AIM ne dispose d'aucune donnée à propos de ce groupe. Ils ne sont donc pas intégrés au dénominateur, de même que les titulaires relevant déjà du statut d'invalidé.

Les personnes en incapacité de travail pendant plus de douze mois à la suite d'une maladie ou d'un accident peuvent se faire reconnaître comme invalides et percevoir une indemnité²¹ (part totale parmi les titulaires actifs (20-64 ans) en Région bruxelloise: 7,35/100). Les affections chroniques sont à la source de plus de 90 % des cas d'invalidité, les troubles psychiques (35,4 % pour les salariés et 22,1 % pour les indépendants) et les maladies du système locomoteur et du tissu conjonctif (30,3 % pour les salariés et 30 % pour les indépendants) étant les deux principales causes d'invalidité (INAMI, 2018).

Les inégalités socioéconomiques sont encore plus grandes pour l'invalidité que pour l'incapacité de travail. On peut à nouveau observer un gradient social très net entre les cinq groupes de revenus ; avec aux extrêmes, les titulaires les moins favorisés étant 2,6 fois plus susceptibles d'être déclarés invalides que les titulaires les plus favorisés (2,6 = 149,9/58,3) (figure 10).

Figure 10 : Invalidité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



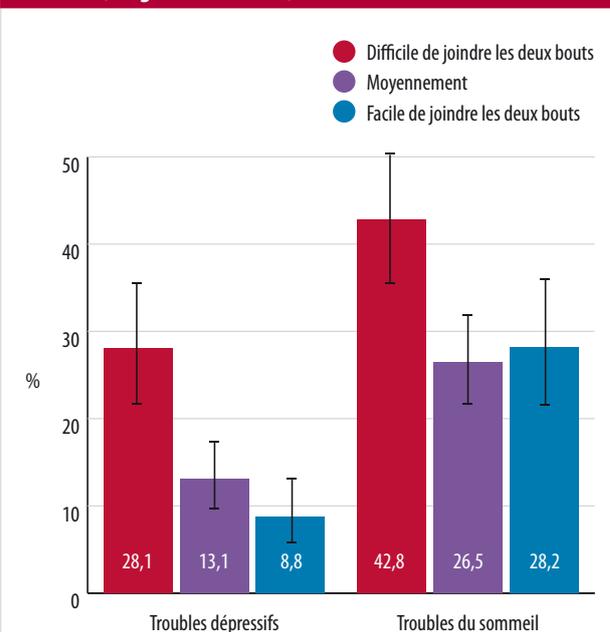
3.9. SANTÉ MENTALE

D'après les données de l'Enquête de santé (2013), la part de la population confrontée à des problèmes de santé mentale est supérieure à Bruxelles par rapport aux deux autres régions. Pas moins de 40 % de la population bruxelloise fait état d'un mal-être psychique (Gisle, 2014). Les problèmes

21 La population de référence est ici celle des titulaires actifs (chômeurs compris) âgés de 20 à 64 ans. Étant donné que les fonctionnaires sont directement payés par l'État, l'AIM ne dispose d'aucune donnée à propos de ce groupe. Ils ne sont donc pas intégrés au dénominateur.

psychiques sont la première cause d'invalidité (voir supra). Un gradient social très net est observé pour les affections psychiques courantes comme la dépression et les troubles du sommeil, y compris à Bruxelles (voir figure 11). 28,1 % des personnes qui ont des difficultés financières souffrent de dépression alors que ce n'est le cas que pour 13,1 % des personnes qui ont moyennement facile à joindre les deux bouts et pour 8,8 % des personnes qui ont facile à joindre les deux bouts. Dans le cas des troubles du sommeil, la prévalence est nettement supérieure (42,8 %) chez les personnes disposant de moyens financiers limités comparativement aux personnes qui ont moyennement facile ou facile à joindre les deux bouts (respectivement 26,5 % et 28,2 %).

Figure 11 : Prévalence des troubles dépressifs et des troubles du sommeil parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013*

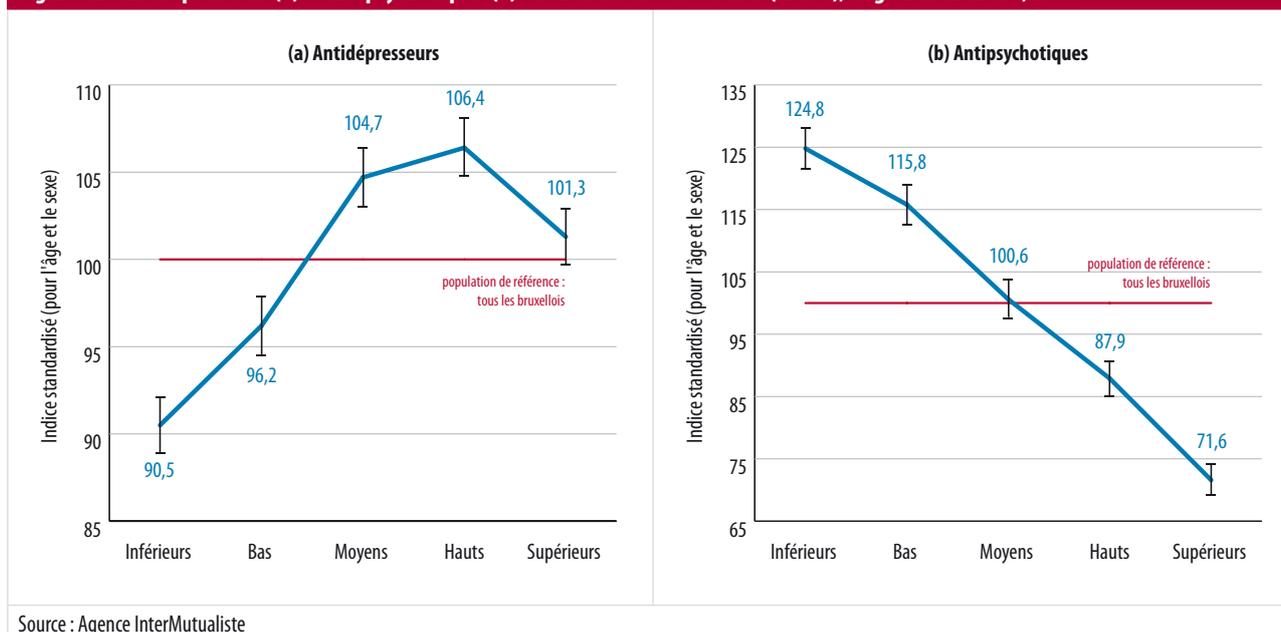


*Standardisé pour l'âge et le sexe (population de référence européenne, 2013)

Source : Sciensano, Enquête de Santé 2013 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

Bien que la prévalence de la dépression soit supérieure parmi les groupes socioéconomiques les moins favorisés, la consommation d'antidépresseurs (≥ 90 DDD, N06A) est moins élevée pour ces mêmes groupes (voir figure 12a ; part totale parmi les Bruxellois : 6,37/100). Les différences ne sont pas très importantes, mais significatives. Ainsi, le groupe le moins favorisé a un risque de 9,5 % inférieur à la moyenne de consommer des antidépresseurs, tandis que le groupe «revenus hauts» a un risque de 6,4 % supérieur à la moyenne²².

22 Ou plus exactement : cette médication est remboursée à cette personne. Nous ignorons évidemment si celle-ci est effectivement prise.

Figure 12 : Antidépresseurs (a) et antipsychotiques (b) selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016


Cette sous-consommation d'antidépresseurs par rapport à la moyenne parmi les trois groupes socioéconomiques inférieurs ne s'observe pas en Flandre et en Wallonie. Dans les deux autres régions, le gradient social « attendu » - au vu de la prévalence estimée - est bien observable, le risque de consommation d'antidépresseurs étant donc systématiquement supérieure à mesure que la position socioéconomique est moins favorable (Avalosse et al., 2019).

Cette sous-consommation pourrait être due au fait que les Bruxellois faisant partie des groupes « revenus inférieurs » et « revenus bas » ont un pouvoir d'achat encore inférieur aux mêmes groupes de revenus dans les autres régions, et qu'ils rencontrent donc plus de difficultés financières pour acheter des antidépresseurs. Pour rappel, la constitution des groupes socioéconomiques repose sur la répartition des revenus par région, et ceux-ci sont en moyenne nettement plus bas à Bruxelles (voir point 2.1.2.). Il apparaît, en effet, que 19,4 % des Bruxellois qui ont difficile à joindre les deux bouts reportent l'achat de médicaments prescrits²³ pour des raisons financières (contre 5 % en Flandre et 9,4 % en Wallonie) (Enquête de santé, 2013). Dans la mesure où la sous-consommation d'antidépresseurs par rapport à la prévalence estimée ne concernent pas uniquement les groupes socioéconomiques les moins favorisés, la question de l'accessibilité financière n'est pas l'élément explicatif unique de ce phénomène.

La psychothérapie peut être une alternative ou un complément à la prise d'antidépresseurs. Elle est au moins aussi efficace et même plus durable que la médication (Kohn et al, 2016). Si les groupes socioéconomiques moins favorisés recourraient davantage à la psychothérapie,

cela pourrait en partie expliquer les résultats inattendus concernant la consommation d'antidépresseurs. Cependant, sur la base de l'Enquête de santé (2013), on sait que les groupes socioéconomiques moins favorisés ne recourent pas davantage à la psychothérapie que les groupes socioéconomiques plus favorisés. Il n'existe aucune différence significative pour la psychothérapie entre groupes de revenus à Bruxelles. Tout comme les antidépresseurs, la psychothérapie est plus souvent inaccessible aux groupes socioéconomiques inférieurs, ce qui suggère qu'une part considérable de la population n'est pas traitée pour la dépression. On estime sur base de l'Enquête de santé de 2013 que 8,5 % des Bruxellois ayant difficile à joindre les deux bouts reportent les soins de santé mentale (psychologie, psychiatrie) contre 1,4 % de ceux qui ont moyennement facile à joindre les deux bouts, et une part quasi inexistante de ceux qui joignent les deux bouts facilement (0,1 %) (voir figure 22 au point 4.3.4.).

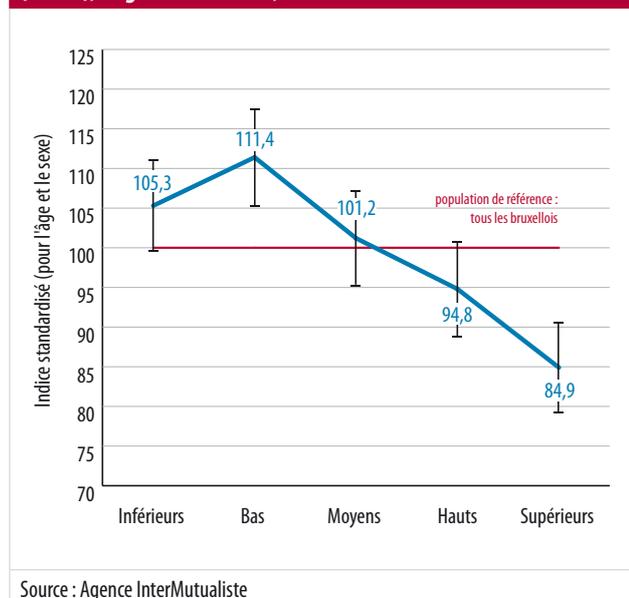
Contrairement à la dépression, l'Enquête de santé ne reprend pas de données sur la prévalence estimée de la psychose. La littérature internationale indique cependant que la psychose est plus répandue parmi les groupes socialement moins favorisés (Fryers et al. 2013). Sur la base des données de l'AIM, nous observons le gradient social « attendu » pour la consommation d'antipsychotiques (≥ 30 DDD, N05A) : le risque de consommer des antipsychotiques augmente à mesure que le niveau de revenu diminue (part totale parmi les Bruxellois : 1,97/100). Le groupe socioéconomique le plus bas a un risque de 24,8 % supérieur à la moyenne de consommer des antipsychotiques, et cette proportion diminue progressivement à mesure que le niveau de revenu augmente : le groupe socioéconomique le plus élevé a un risque de 28,4 % inférieur à la moyenne de consommer des antipsychotiques (figure 12b). Il est probable que le recours à la médication contre la psychose soit moins reporté,

23 Cette question a été posée pour la médication en général, et non spécifiquement pour les antidépresseurs.

étant donné son caractère plus aigu et/ou plus grave. Il est également possible que les périodes de référence considérées aient un impact (30 jours pour la consommation d'antipsychotiques contre 90 pour la consommations d'antidépresseurs).

Les groupes socioéconomiques moins favorisés sont significativement plus souvent admis en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général²⁴ (part totale parmi les Bruxellois : 0,51/100) (figure 13). Cependant, les différences entre les trois groupes socioéconomiques les moins favorisés ne sont pas significatives, alors que c'est nettement le cas en Flandre et en Wallonie (Avalosse, 2019). Concernant ce type d'hospitalisation, il semble qu'à Bruxelles d'autres facteurs interviennent. Une hypothèse est que ces divergences soient imputables aux faibles effectifs, leurs variations étant dès lors plus sensibles aux fluctuations liées au hasard.

Figure 13 : Admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général, selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



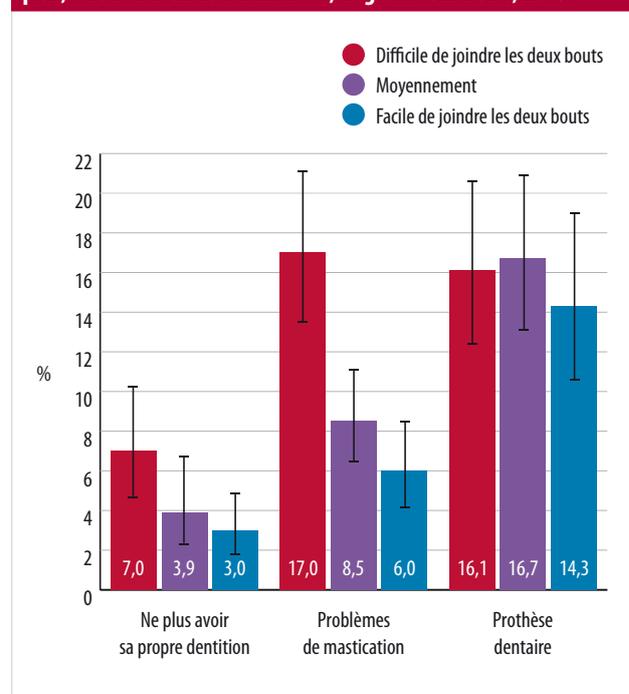
3.10. SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Une dentition saine n'est pas uniquement une question de bonne santé générale (Griffin et al., 2009). Le caractère esthétique et social y lié est également important, par exemple à l'occasion d'un entretien d'embauche (Gilmore, 1986). Des problèmes dentaires clairement visibles peuvent ainsi compliquer la réintégration socio-professionnelle.

²⁴ Nous examinons ici toutes les admissions au sein de ces services, quel que soit le diagnostic.

Selon l'Enquête de santé²⁵, les personnes ayant difficile à joindre les deux bouts sont plus souvent dans la situation où elles n'ont plus de dents naturelles et ont plus souvent du mal à mâcher des aliments durs. Elles ne sont pas moins de 17,0 % dans ce dernier cas, une part bien supérieure à celle rencontrée dans les deux autres groupes de revenus. Malgré cette plus mauvaise santé bucco-dentaire, les personnes ayant difficile à joindre les deux bouts ne portent pas plus souvent des prothèses dentaires de remplacement (implants et prothèses amovibles) (figure 14). Il est probable que le coût élevé des prothèses dentaires joue ici un rôle important. Comme nous le discuterons plus loin (voir point 4.3.4.), les soins dentaires sont le type de soins²⁶ que les Bruxellois reportent le plus souvent pour des raisons financières (Enquête de santé, 2013). La santé bucco-dentaire reste sans aucun doute un des domaines dans lesquels les inégalités socioéconomiques sont les plus marquées.

Figure 14 : Santé bucco-dentaire parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013*



*Standardisé pour l'âge et le sexe (population de référence européenne, 2013)

Source : Sciensano, Enquête de Santé 2013 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

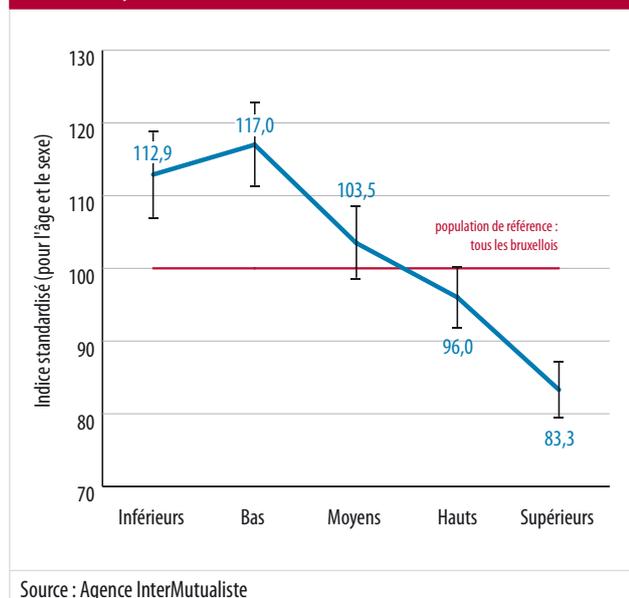
²⁵ Les indicateurs fournissent un tableau restreint mais intéressant de la santé bucco-dentaire de la population. Ces indicateurs font partie d'une liste étendue d'indicateurs essentiels de la santé bucco-dentaire en Europe, établie par un groupe d'experts en 2004. Afin de disposer d'un tableau plus détaillé, une enquête menée par prestataires de soins professionnels dans la population serait nécessaire (Van der Heyden, 2013).

²⁶ Les types de soins suivants ont été étudiés : soins médicaux ou opération, soins dentaires, médicaments (sur prescription), lunettes et/ou santé mentale

3.11. MORTALITÉ

Les inégalités socioéconomiques dans les conditions de vie et de travail, et dans la santé, s'accumulent tout au long de la vie et aboutissent à des inégalités dans le risque de décès. Sur la base des données de l'AIM, nous observons un gradient social dans la mortalité (part totale parmi les Bruxellois : 0,78/100), à l'exception du groupe socioéconomique le plus bas pour lequel le résultat diffère. Le groupe «revenus bas» a un risque de 17,0 % supérieur à la moyenne de mourir dans l'année, tandis que le risque de décès est inférieur de 16,7 % pour le groupe socioéconomique le plus élevé. Par rapport aux personnes résidant dans les quartiers les plus riches, les personnes résidant dans les quartiers les plus pauvres courent un risque de décès supérieur de 35,5 % (= [112,9/83,3]-1) (figure 15).

Figure 15 : Mortalité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



De façon inattendue, le risque de décès en Région bruxelloise ne diffère pas significativement entre les deux groupes socioéconomiques les plus bas, ce qui diffère de ce qui est observé, sur base des mêmes données de l'AIM, en Wallonie, en Flandre et à l'échelle de la Belgique. Dans les autres régions et au niveau national, les risques de décès diffèrent significativement entre chaque groupe socioéconomique, et un gradient social très clair est observé (Avalosse et al., 2019). Les résultats de la littérature nationale et internationale montrent également l'existence de ce gradient social pour la mortalité (Solar et Irwin, 2010 ; Renard et al., 2017).

De plus, le gradient social est moins marqué à Bruxelles (35,5 % de différence entre la position socioéconomique la plus basse et la position la plus élevée) qu'en Flandre (58,5 % de différence) et qu'en Wallonie (65,7 % de différence) (Avalosse et al., 2019), ce qui ne va pas dans le sens de ce qui est attendu. En effet, une recherche basée sur les données du Registre national (Renard et al., 2017) a clairement montré que les différences socioéconomiques de mortalité sont les plus fortes à Bruxelles, puis en Wallonie et en Flandre, et ce quelle que soit la méthode de calcul utilisée. L'inégalité de revenus est aussi la plus grande à Bruxelles par rapport aux autres grandes villes de Flandre et de Wallonie (Observatoire de la Santé et du Social, 2018).

Plusieurs éléments peuvent expliquer les différences entre les résultats observés et attendus pour Bruxelles. Les résultats peuvent être particulièrement sensibles aux fluctuations liées au hasard, étant donné les effectifs peu élevés par rapport au phénomène étudié, ce qui se reflète dans les intervalles de confiance. Il est aussi possible que l'utilisation d'un proxy pour déterminer la position socioéconomique individuelle ait contribué à ces résultats instables, en lien avec les petits effectifs. Une même divergence entre les résultats observés et les résultats attendus est observée pour l'admission en hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général (voir point 3.9).

4. DÉTERMINANTS

Le modèle de l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) met l'accent sur les déterminants structurels de la santé, les «causes des causes», et la manière dont ceux-ci influencent la santé via différents facteurs intermédiaires (figure 16). Nous examinerons ci-dessous plus en détails les déterminants structurels ainsi que les déterminants intermédiaires des inégalités de santé à Bruxelles au moyen de nombreux exemples.

4.1. DÉTERMINANTS STRUCTURELS

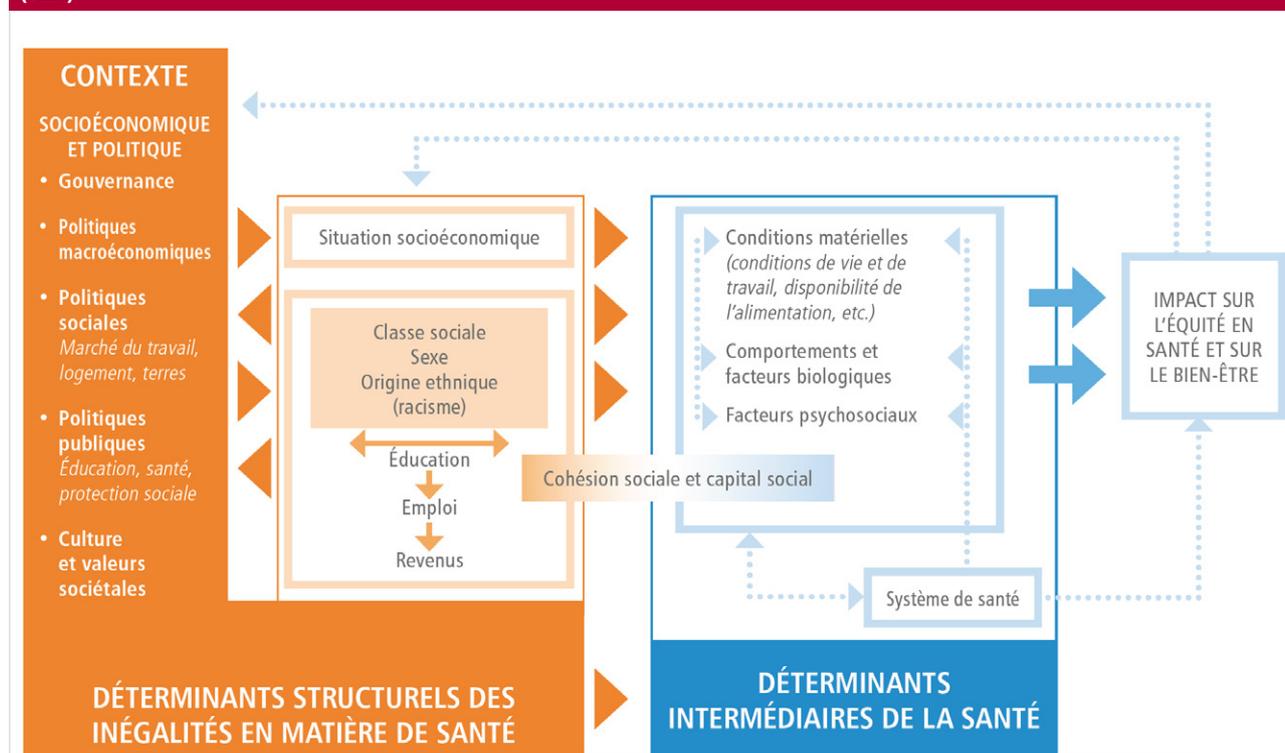
Le contexte socioéconomique et politique général d'un pays ou d'une région a un impact sur l'ampleur des inégalités socioéconomiques de santé: le marché du travail, le système d'enseignement, les institutions politiques, les normes culturelles et sociales dominantes, etc. Étant donné l'influence importante qu'elle a sur la santé, la position socioéconomique d'une personne est également considérée comme un déterminant structurel.

4.1.1. CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

L'Observatoire de la Santé et du Social publie chaque année un «Baromètre social», publication qui présente de manière approfondie le contexte socioéconomique et politique à Bruxelles et les conséquences des mesures politiques pour la population. Le Baromètre social décrit en détail la situation socioéconomique des Bruxellois dans différents domaines de la vie: le revenu, le travail, l'éducation, le logement et la participation sociale. Nous présentons ci-après de manière synthétique les principaux résultats de ce travail. Dans la partie consacrée à la description des inégalités géographiques (partie 5), nous reprendrons plus en détails les tendances historiques, et la façon dont celles-ci ont mené à la ségrégation socioéconomique que nous connaissons aujourd'hui en Région bruxelloise.

Bruxelles est une région économiquement riche (PIB par habitant élevé). Cependant, un tiers environ de la population dispose d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté (chiffres

Figure 16 : Cadre conceptuel concernant les inégalités socioéconomiques de santé développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)



Traduit et reproduit avec la permission de l'éditeur : Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper 2 (Policy and Practice), p. 48, copyright (2010).

2016). Cette réalité est, entre autres, liée au décalage qui existe entre d'une part le nombre important de Bruxellois peu qualifiés, et d'autre part le grand nombre d'emplois destinés aux travailleurs hautement qualifiés. Environ la moitié des emplois créés à Bruxelles sont occupés par des navetteurs venant de Flandre et de Wallonie. Le taux de chômage des Bruxellois est élevé, tout comme la part des jeunes qui quittent prématurément l'école. Il existe en outre de grandes inégalités de revenus, observables également au niveau géographique. Les quartiers aux revenus les plus bas se trouvent en grande partie dans le «croissant pauvre»²⁷, et les quartiers plus riches se trouvent principalement dans le sud-est de la Région (Observatoire de la Santé et du Social, 2006). En raison de cette forte ségrégation géographique, les problèmes sociaux et de santé s'accumulent souvent dans les mêmes quartiers.

La croissance continue de la population bruxelloise met la pression, entre autres, sur le marché du logement et sur l'enseignement. La population bruxelloise est particulièrement jeune, au contraire des autres Régions, dont la population vieillit. La Région bruxelloise abrite un grand nombre de résidents de nationalité étrangère ainsi qu'un nombre non négligeable de personnes non-reprise dans le Registre national.

Les différentes compétences politiques en matière de santé et d'aide aux personnes sont morcelées en Région bruxelloise : trois Commissions communautaires y assument les compétences communautaires (Commission communautaire flamande, Commission communautaire française et Commission communautaire commune), en sus de la Communauté française et de la Communauté Flamande. Ce morcellement des compétences a pour conséquence que les usagers tout comme les professionnels se perdent parfois dans le dédale des dispositifs sociaux et sanitaires.

4.1.2. POSITION SOCIOÉCONOMIQUE

La position socioéconomique détermine très fortement les conditions de vie et de travail, et a de ce fait une influence importante sur la santé. Elle entraîne une accumulation de déterminants favorables ou défavorables pour la santé, et est dès lors à la source des inégalités socioéconomiques de santé.

Les personnes ayant une position socioéconomique moins favorable accumulent de nombreuses fragilités (par exemple en raison du stress subi, de conditions de travail difficiles, d'un logement insalubre, etc.) tout en disposant de moins de moyens pour s'en protéger (une moins bonne

immunité, un support social moindre, un accès plus difficile à une alimentation équilibrée, etc.) ou d'en limiter les conséquences néfastes (moindre accès au système de santé et moins bonne connaissance de celui-ci, soins informels, prévention ...).

La position sur l'échelle sociale, et donc la position socioéconomique, est en grande partie déterminée par la classe sociale, le statut professionnel, le niveau d'éducation et le revenu. L'origine et le genre peuvent aussi influencer la position socioéconomique via des mécanismes de discrimination (positive ou négative). Les différentes dimensions de la position socioéconomique individuelle sont souvent en grande partie interconnectées. Par rapport à l'ensemble des États membres de l'Union européenne, c'est en Belgique que les différences de revenu entre personnes peu qualifiées et très qualifiées sont les plus grandes. Il existe de plus un risque croissant de pauvreté pour les Belges peu qualifiés, ce qui accentue encore l'écart entre les personnes peu et très qualifiées. L'accès au marché du travail est très difficile pour les personnes peu qualifiées et les allocations sont le plus souvent insuffisantes pour rester au-dessus du seuil de pauvreté et prendre une part active à la société (SPF Sécurité Sociale, 2018). Les baromètres sociaux illustrent l'existence à Bruxelles d'importantes inégalités d'accès au marché du travail selon le genre, le type de ménage, l'âge, le diplôme ou la nationalité. Ainsi, près d'un Bruxellois actif et peu qualifié sur trois est sans travail, contre un actif très qualifié sur six. Une étude récente d'Actiris (2019), le service public pour l'emploi à Bruxelles, montre que les inégalités selon l'origine sont très grandes sur le marché bruxellois de l'emploi. Le taux de chômage des Bruxellois d'origine maghrébine ou africaine est 3 à 4 fois supérieur à celui des Bruxellois d'origine belge.

Le dernier rapport thématique «Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise» (Observatoire de la Santé et du Social, 2017) montre qu'à Bruxelles de nombreuses personnes fragiles passent à travers les mailles du filet de la protection sociale et n'exercent pas leur droit (à des allocations ou des avantages) ; faute de connaître leurs droits, de les solliciter, de se les voir proposer ou parce qu'elles en ont été exclues, faute de temps ou de budget en suffisance du côté des professionnels, ou en raison de la complexité des procédures et de l'augmentation des critères d'admission.

Les inégalités socioéconomiques en santé sont souvent mesurées à l'aide d'un seul indicateur (comme par exemple l'éducation, le statut professionnel ou le revenu). Bien que les indicateurs soient souvent fortement liés, il faut garder à l'esprit que chaque indicateur mesure un aspect différent de la stratification socioéconomique et peut dès lors être lié différemment à la santé (voir Galobardes 2006 pour une discussion approfondie). Le revenu, par exemple, est davantage un moyen qui peut être utilisé en vue de se maintenir en bonne santé ; tandis que l'éducation donne à la personne certaines compétences, comme la capacité de traiter l'information et le sentiment d'efficacité personnelle (*'self-efficacy'*). Les personnes plus qualifiées ont un sentiment plus élevé de contrôle sur leur vie, ce qui

²⁷ Zone de la Région bruxelloise où se concentrent depuis plusieurs décennies déjà les groupes de population les plus défavorisés sur le plan économique. Elle se compose des quartiers au nord et à l'ouest de la première couronne. Ces quartiers sont parmi les plus pauvres de la Région bruxelloise, ils forment un croissant autour du centre-ville, des parties basses de Forest à Saint-Josse-ten-Node.

les amène à davantage se donner des objectifs à plus long terme, comme d'adopter des comportements préventifs vis-à-vis de leur santé (Mirowsky en Ross, 2003). À titre d'exemple, le coût des cigarettes est relativement élevé, et pourtant le tabagisme est plus répandu chez les personnes peu qualifiées (voir point 4.3.2.). Les moyens financiers jouent dans ce cas-ci un rôle moins important.

Dans ce dossier, la position socioéconomique des personnes est principalement évaluée sur base d'informations sur leur revenu²⁸. Il est cependant également très utile de considérer dans le même temps les inégalités selon par exemple l'éducation, le revenu, le statut professionnel et la nationalité, ceci pouvant contribuer à la compréhension des mécanismes sous-jacents (Lorant, 2004). Pour le présent dossier, ce sera le cas dans la partie sur les comportements de santé (voir point 4.3.2.).

4.2. CAPITAL SOCIAL

La définition du concept de capital social ne fait pas l'objet d'un consensus. Ce concept théorique est en effet très connoté idéologiquement, nous ne l'approfondirons donc pas plus ici. Toutefois, il ne doit pas être confondu avec d'autres facteurs psychosociaux, comme le réseau social d'une personne, la qualité de ses relations sociales, le degré de support social, etc. ; facteurs qui ont une influence claire sur la santé. Ces éléments seront discutés dans la partie consacrée aux facteurs psychosociaux et à l'environnement social (4.3.3.).

4.3. DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES

L'influence des déterminants structurels sur la santé se fait par le biais des déterminants dits intermédiaires. Dans le modèle, ceux-ci sont subdivisés en quatre grands groupes : les conditions matérielles, les comportements de santé et la prévention, les facteurs psychosociaux et l'environnement social, et les soins de santé.

4.3.1. CONDITIONS MATÉRIELLES

La notion de conditions matérielles recouvre, entre autres, les conditions de travail, le logement et le pouvoir d'achat.

Les **conditions de travail** d'un ouvrier d'usine sont globalement moins favorables que celles d'un employé ou d'un cadre. On peut citer non seulement l'exposition à des substances ou des situations de travail dangereuses, mais également les conditions de travail qui sont importantes pour le bien-être mental, comme le degré d'autonomie et de responsabilité, la pression au travail et la sécurité d'emploi (Siegrist, 1996). L'Observatoire de la Santé et du Social a montré que les accidents du travail chez les ouvriers en Région bruxelloise ont plus souvent des conséquences graves que les accidents de travail chez les employés. En 2015, 17,5 % des accidents survenus chez les ouvriers ont entraîné une incapacité de travail permanente, contre 11,2 % chez les employés (Mazina et al., 2017).

Les conditions de **logement** peuvent avoir une influence directe sur la santé, comme le fait de vivre dans un logement surpeuplé, les problèmes d'humidité ainsi que d'autres formes de pollution intérieure. La pollution intérieure peut provoquer des affections aux voies respiratoires inférieures, des troubles gastro-intestinaux, des problèmes de peau, de la fatigue chronique, de l'asthénie, des maux de tête et des troubles neurologiques (Bruxelles Environnement, 2008). Un logement surpeuplé est non seulement favorable à la propagation de maladies transmissibles, mais génère aussi du stress et des nuisances sonores. On observe souvent une accumulation de différents problèmes en lien avec la mauvaise qualité du logement.

De même, **les quartiers plus ou moins favorisés** combinent un ensemble de conditions de vie plus ou moins favorables à la santé. Un logement de qualité et spacieux dans un quartier plus aisé fournit un tout autre cadre de vie, souvent moins bruyant, avec plus d'espaces verts et d'infrastructures sportives. Un exemple marquant des différences socioéconomiques entre quartiers à Bruxelles est celui des plaintes contre les vols de nuit des avions, et leurs relais auprès des autorités. Bien organisées dans les quartiers aisés de la capitale, elles ont eu pour conséquence une augmentation des vols d'avions au-dessus des quartiers plus centraux, lesquels sont en moyenne plus densément peuplés et moins aisés (Cornut et al., 2007). Ainsi, au-delà des caractéristiques urbanistiques d'un quartier, d'autres facteurs

28 Pour les analyses basées sur l'Enquête de santé, nous utilisons plus spécifiquement l'information relative aux moyens financiers du répondant. Celle-ci est basée sur la question «Avec le revenu global (de votre ménage) sous les yeux, votre ménage est-il en mesure de joindre les deux bouts ?». L'avantage de cet indicateur est qu'il génère dans l'enquête moins de valeurs manquantes que l'indicateur sur les revenus sous forme de montant. En outre, nous obtenons ainsi une idée des moyens financiers globaux d'un ménage, étant donné que les personnes ont souvent différentes sources de revenus (assurances vie, revenus immobiliers, ...) en plus d'un revenu du travail.

comme la dynamique sociale peuvent influencer la santé (voir point 4.3.3.).

La ségrégation sociale est importante à Bruxelles et il existe de grandes différences entre quartiers. La forte différenciation à l'intérieur du logement bruxellois est le fruit d'évolutions historiques, économiques et sociales qui se poursuivent encore de nos jours. Les quartiers ouvriers, peu attractifs et dégradés, continuent à attirer les ménages les plus défavorisés, tandis que l'environnement verdoyant et calme du sud-est reste très attractif pour les ménages les plus aisés (Observatoire de la Santé et du Social, 2006, p74) (voir aussi point 5).

L'Enquête de santé permet d'estimer les différences socioéconomiques par rapport au milieu de vie. Parmi les ménages bruxellois qui déclarent avoir difficile à joindre les deux bouts, 34 % rapportent au moins un problème par rapport à la qualité de leur logement (humidité, logement surpeuplé et/ou problèmes de chauffage), contre 11 % parmi les ménages bruxellois qui joignent facilement les deux bouts (non illustré). Les différences pour chacun de ces aspects de la qualité du logement sont présentées dans la figure 17. Les nettes inégalités socioéconomiques observées pour d'autres facteurs environnementaux ayant une influence sur la santé (accès aux espaces verts, vandalisme, détritrus, circulation) sont illustrées à la figure 18.

Figure 17 : Part des ménages rapportant des problèmes de confort dans leur logement, selon leur situation financière, Région bruxelloise, 2013

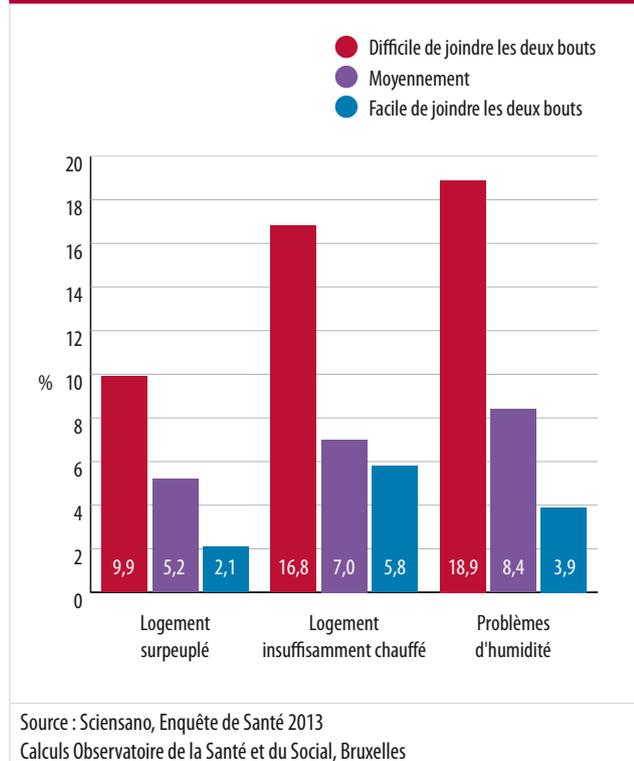
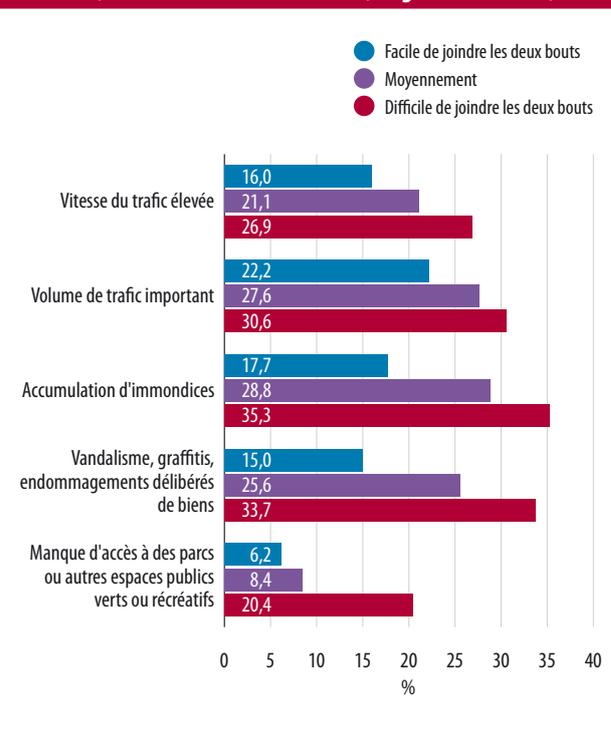


Figure 18 : Part de la population (de 15 ans et plus) rapportant certaines nuisances environnementales dans le quartier de résidence, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013



4.3.2. COMPORTEMENTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION

Introduction

Les comportements de santé et la prévention recouvrent principalement les questions liées à l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, la consommation d'alcool, la participation aux campagnes de dépistage, etc. L'adoption d'un bon (ou mauvais) comportement pour la santé n'est pas simplement le résultat d'un choix rationnel. Il doit être considéré en tenant compte des opportunités et des difficultés que la personne rencontre en lien avec sa situation de vie (Cockerham, 2007).

Nous illustrons ci-après les inégalités socioéconomiques pour un certain nombre de comportements de santé. Trois remarques doivent être faites au préalable. Tout d'abord, il est possible dans certains cas qu'une relation inverse soit observée (par exemple, la proportion de personnes consommant de l'alcool est plus élevée chez les personnes hautement qualifiées) ou qu'il n'existe aucune relation (par exemple, la pratique de l'exercice physique ne diffère pas selon la position socioéconomique à Bruxelles). Des aspects culturels peuvent en partie expliquer ces tendances. Il est dès lors important de considérer différents déterminants sur la santé dans leur ensemble.

Deuxièmement, nous mettons en évidence dans cette partie les liens entre la position socioéconomique et les comportements de santé. Ceci ne signifie pas pour autant que les comportements de santé soient le principal déterminant des inégalités en santé. Ce faisant, le risque implicite est de négliger le contexte socioéconomique dans le cadre duquel les gens «font leurs choix», et de les rendre en conséquence responsables pour leurs problèmes de santé (Cohn, 2014 ; Lynch, 2017).

Troisièmement, pour les différents indicateurs considérés (tabagisme, tabagisme passif, exercice physique suffisant, consommation quotidienne de fruits et légumes, brossage des dents et consommation d'alcool), nous étudions leurs liens aussi bien avec les capacités financières qu'avec le niveau d'éducation. Comme mentionné ci-dessus (voir point 4.1.2.), ceci permet de clarifier les différents mécanismes sous-jacents. Ce travail est uniquement possible pour les indicateurs qui sont repris dans l'Enquête de santé, ce dans la mesure où les données de l'AIM ne reprennent pas de données sur les comportements de santé ni de données sur le niveau d'éducation.

Comportements de santé

L'objectif dans cette partie est de fournir un aperçu de l'existence, ou non, d'un gradient social pour différents comportements de santé tant selon les différences de revenu que de niveau d'éducation (voir tableau 2).

Tableau 2 : Aperçu de l'existence d'un gradient social pour différents comportements de santé, selon la situation financière et le niveau d'éducation, Région bruxelloise, 2013

	Bruxelles*	
	Selon les moyens financiers	Selon le niveau d'éducation
2 portions de fruits par jour	Pas de gradient social	Gradient social
2 portions de légumes par jour	Pas de gradient social	Gradient social
Se laver les dents 2 fois par jour	Pas de gradient social	Gradient social **
Tabagisme quotidien	Gradient social	Gradient social **
Tabagisme passif	Gradient social	Gradient social
Exercice physique suffisant	Pas de gradient social	Pas de gradient social
Consommation d'alcool (durant l'année écoulée)	Gradient social inversé	Gradient social inversé

Source : Sciensano, Enquête de santé 2013

Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

* Après standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne, 2013) ; intervalle de confiance de 95 %. Un gradient social est relevé lorsqu'il est visible et qu'une différence statistique significative existe au moins entre deux groupes.

** Intervalle de confiance de 90 % au lieu de 95 %

Le brossage des dents et la consommation quotidienne de la quantité recommandée de fruits et légumes ne diffèrent pas significativement selon les moyens financiers mais bien selon le niveau d'éducation. Le coût financier de ces comportements est limité. L'importance que l'on y attache est prépondérante, de même que l'adoption de comportements plus favorables à la santé sur le long terme. Il est cependant plus difficile de se projeter dans l'avenir quand de nombreux autres soucis quotidiens (notamment financiers) s'imposent à beaucoup plus court terme.

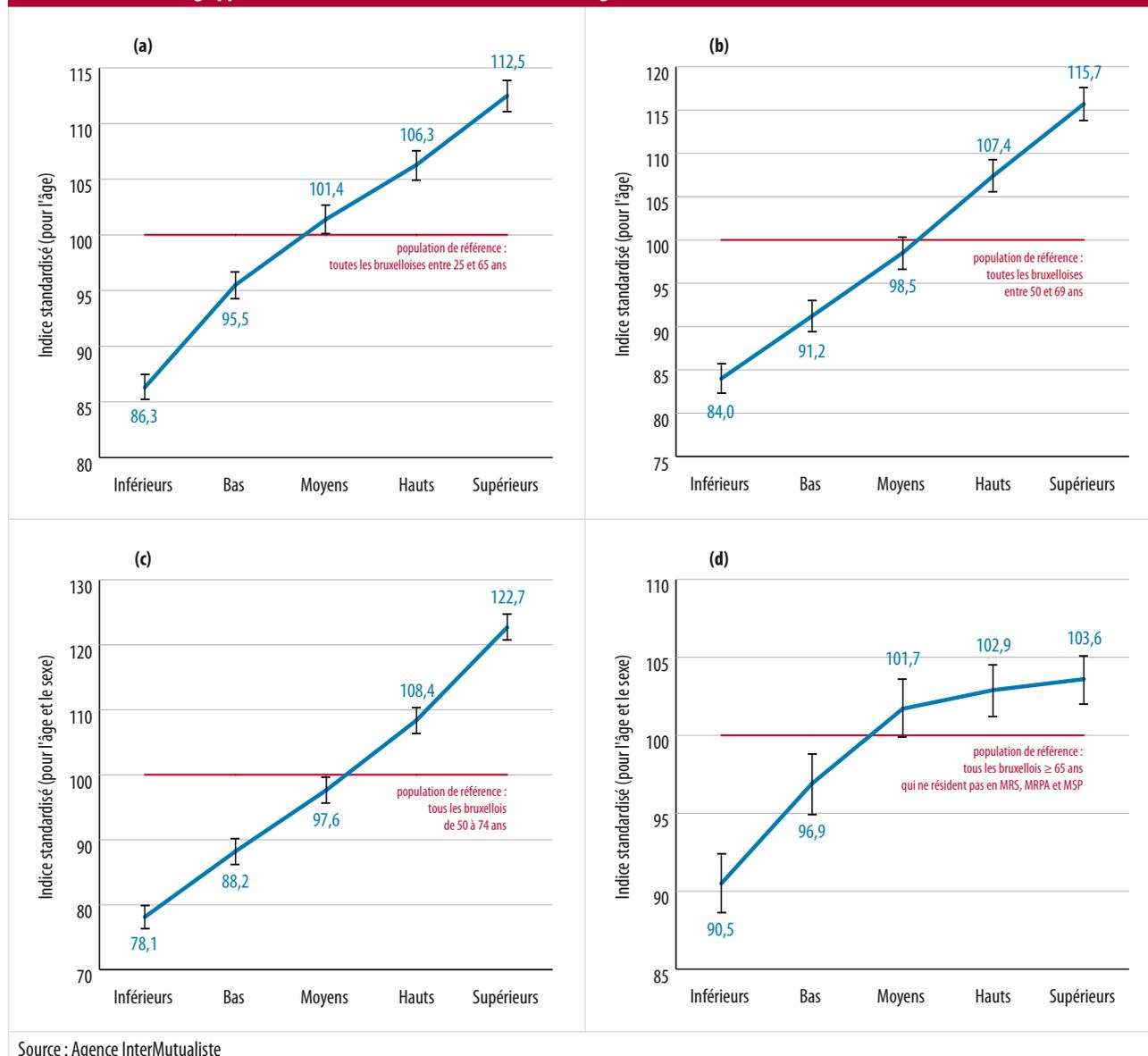
Concernant le tabagisme et le tabagisme passif, nous observons un gradient social que l'on considère les différences de revenu ou les différences dans le niveau d'éducation. Les personnes peu qualifiées et les personnes ayant des moyens financiers limités fument plus souvent et sont plus souvent exposées au tabagisme passif. En dépit du fait que les cigarettes coûtent cher, les motifs financiers sont donc de second ordre. Le tabagisme peut être une façon de mieux supporter le stress quotidien lié aux conditions de vie et de travail difficiles, faisant passer à l'arrière-plan l'adoption de comportements plus favorables à la santé sur le long terme (comme le fait d'éviter une BPCO, voir point 3.6).

Une activité physique suffisante peut se définir de différentes façons. Nous considérons ici l'exercice d'une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé²⁹. Pour cet indicateur, nous n'observons aucune différence selon le niveau de revenu ou le niveau d'éducation. La situation bruxelloise se distingue de la situation belge, pour laquelle des différences significatives sont observées selon le niveau d'éducation (Drieskens, 2014). Le caractère urbain de Bruxelles ne serait pas un élément explicatif dans la mesure où aucune différence significative n'est observée entre les zones urbaines et rurales en Belgique. C'est par contre le cas lorsqu'on s'intéresse à d'autres définitions de l'activité sportive : l'activité physique nécessaire pour prévenir la prise de poids, l'activité physique nécessaire pour prévenir les maladies cardiovasculaires, et le fait de pratiquer 30 minutes d'activité physique par jour. Pour ces trois dernières définitions, les personnes résidentes dans les zones urbaines bougent en moyenne moins que les personnes résidentes dans les zones rurales (Drieskens, 2014).

En ce qui concerne la consommation d'alcool, on observe en Belgique et à Bruxelles un gradient inversé, tant lorsqu'on prend en considération le niveau de revenu que le niveau d'éducation. La réalité se complexifie quand on tient compte des différents niveaux de quantités consommées (Gisle, 2014). On observe néanmoins clairement que la part des personnes abstinences est supérieure à Bruxelles par rapport aux autres grandes villes. Ceci s'explique essentiellement par la présence importante à Bruxelles de communautés qui ne consomment pas d'alcool pour des raisons culturelles ou religieuses. Au total, 26 % des Bruxellois de plus de 15 ans

²⁹ Un indicateur conçu selon les recommandations de l'«International Physical Activity Questionnaire» (IPAQ) 2004, voir Driekens et al. (2014) pour plus de détails concernant la méthodologie.

Figure 19 : Dépistage du cancer du col de l'utérus (a), dépistage du cancer du sein - tout type de dépistage (b), colonoscopie (c) et vaccination contre la grippe (d), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



n'ont pas bu d'alcool au cours des 12 mois. Cette part est bien supérieure à ce qui est observé en Flandre (16 %) et en Wallonie (20 %) (Missinne et al., 2017).

Les données de l'AIM nous permettent d'étudier le recours aux dépistages et la vaccination contre la grippe (figure 19). En Belgique, un frottis de col est, depuis 2009, remboursé une fois tous les 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans (Arbyn et al., 2015) (couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus³⁰ parmi les femmes bruxelloises de 25 à 65 ans : 39,06/100).

Le cancer du sein fait l'objet de programmes de dépistage organisés dans les trois régions pour les femmes âgées de 50 à 69 ans (Fondation contre le cancer, 2019³¹). Étant donné qu'à Bruxelles de nombreuses femmes bénéficient d'une mammographie dite « diagnostique » (dépistage opportuniste) en dehors du programme de dépistage organisé (« mammothest »), nous présentons ici ensemble les chiffres pour les deux formes de dépistage (couverture pour le dépistage du cancer du sein parmi les Bruxelloises de 50 à 69 ans : 52,17/100). En octobre 2018, un nouveau programme coordonné de dépistage du cancer colorectal est

30 Il faut noter que ces chiffres, issus de l'AIM, pourraient sous-estimer la proportion réelle de femmes ayant bénéficié d'un frottis de col (voir Devos et al., 2019).

31 <https://www.kanker.be/alles-over-kanker/alle-types-kanker/borstkanker/onderzoeken> (consulté le 29/08/2019)

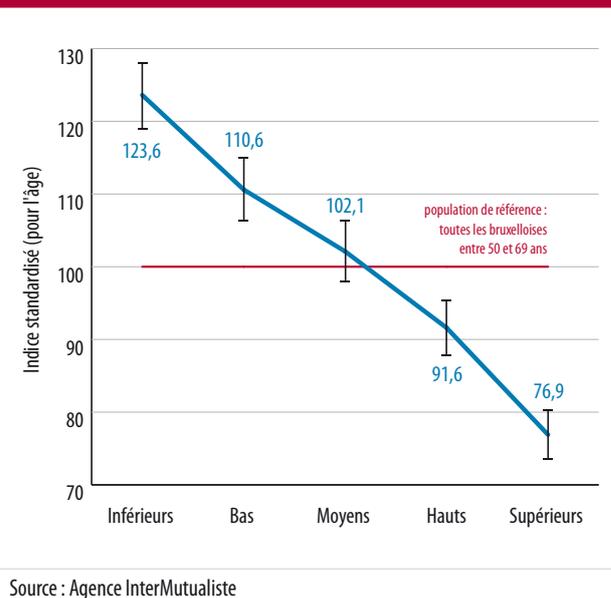
testé à Bruxelles pour les 50 à 74 ans³². Les données relatives à ce programme très récent ne sont pas encore disponibles. Nous étudions ici les différences socioéconomiques pour la colonoscopie (réalisation d'au moins une colonoscopie entre 2006 et 2016 : part totale parmi les Bruxellois âgés de 50 à 74 ans : 19,1/100). La colonoscopie représente la deuxième étape du dépistage du cancer colorectal et est réalisée si le résultat de la première étape du dépistage (analyse de selles) est positif³³.

Un vaccin contre la grippe est recommandé pour les groupes vulnérables, comme les malades chroniques, les femmes enceintes et les personnes de 65 ans et plus (OMS, 2018). Pour les personnes âgées de 65 ans et plus³⁴, nous observons des inégalités socioéconomiques (part totale dans la population de référence : 44,7/100).

On observe un gradient social très net pour les trois types de dépistage considérés, la probabilité de bénéficier du dépistage préventif augmentant progressivement à mesure que la position socioéconomique augmente. La différence est, pour les trois dépistages, très forte entre le groupe le plus favorisé et le groupe le moins favorisé (ratio cancer du col de l'utérus = 1,30 ; ratio cancer du sein = 1,38 ; ratio cancer colorectal = 1,57). Concernant la vaccination contre la grippe, le groupe socioéconomique le moins favorisé a également un risque plus élevé d'être moins souvent vacciné (9,5 %), de même que le groupe socioéconomique «revenus bas» (3,1 %). Il n'y a par contre aucune différence significative entre les trois groupes socioéconomiques les plus élevés.

À Bruxelles, le programme organisé de dépistage du cancer du sein, qui est gratuit, atteint proportionnellement davantage de femmes plus défavorisées : on observe pour celui-ci un gradient social inversé (figure 20). Les femmes les moins favorisées ont un risque de 23,6 % plus élevé que la moyenne de participer au programme de dépistage, les groupes plus favorisés y prennent part systématiquement moins souvent à mesure que le revenu augmente. Cependant, étant donné la participation limitée au programme organisé de dépistage du cancer du sein (10,9 % des Bruxelloises de 50 à 69 ans), les grandes différences socioéconomiques observées pour le dépistage opportuniste (41,3 % des Bruxelloises de 50 à 69 ans ; non illustré) ne sont pas compensées et en conséquence le gradient social pour tout type de dépistage est très fort (figure 19b).

Figure 20 : Dépistage du cancer du sein - via mammotest, selon le niveau de revenus (indice), Bruxelles, 2016



Littératie en santé («health literacy»)

Les inégalités par rapport à la littératie en santé sont souvent évoquées pour expliquer les inégalités socioéconomiques en matière de comportements de santé. Il faut cependant rester prudent par rapport à ce concept (voir plus loin). La littératie en santé est définie comme «la motivation et la capacité des personnes à trouver les bonnes informations relatives à la santé, à les comprendre, les évaluer et les utiliser lors de la prise de décisions dans les contextes de soins de santé, de prévention et de la promotion de la santé» (Sorensen, 2017, p.3). Les inégalités en ce qui concerne la littératie en santé doivent être considérées comme un continuum, tout comme les différences socioéconomiques en santé ne concernent pas un groupe limité, mais forment un gradient social dans l'ensemble de la population.

Le niveau de littératie en santé est fortement lié au niveau d'éducation et au niveau de littératie générale (Sorensen et al., 2012), également en Belgique (Van den Broucke en Renward, 2014 ; Avalosse et al., 2017). L'éducation permet le développement de différentes compétences cognitives telles que le traitement de l'information et le sentiment d'efficacité personnelle (*'self-efficacy'*) (Mirowsky en Ross, 2003). Selon la littérature scientifique, les personnes moins instruites feraient plus souvent des choix qui ne sont pas favorables pour leur santé, en raison notamment d'un plus faible niveau de littératie en santé. La dernière étude belge (Avalosse et al., 2017) en date a montré qu'à Bruxelles, près de 4 personnes sur 10 (38 %) ont un niveau insuffisant de littératie en santé, soit autant qu'en Flandre et un peu moins qu'en Wallonie.

Il est important de replacer le concept de littératie en santé dans son contexte. Principalement utilisé aux États-Unis et au Canada jusqu'à récemment, il suscite depuis dix ans l'intérêt des scientifiques et des politiques en Europe. Initialement, l'accent était mis sur les compétences individuelles dans

32 <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/dépistage-du-cancer-colorectal-en-region-bruxelloise>

33 Nous ne pouvons toutefois pas exclure qu'une colonoscopie ait été réalisée pour une raison autre que le dépistage du cancer.

34 Les personnes résidant en maison de repos, en maison de repos et de soins, ou en maison de soins psychiatriques sont exclues de l'analyse, étant donné que pour celles-ci les vaccinations sont organisées au niveau de l'institution où elles résident.

un contexte de soins médicaux, comme par exemple l'interaction entre médecin et patient. Le concept a ensuite été élargi à la prévention et à la promotion de la santé, comme la définition donnée ci-dessus et proposée en 2012 l'indique (Sorensen et al., 2012). Cependant, en insistant sur l'impact d'un manque de compétences sur les mauvaises habitudes en matière de santé, le danger est de considérer qu'il s'agit uniquement d'une problématique individuelle, et d'oublier ou d'ignorer les déterminants structurels sous-jacents. L'accent porte actuellement encore trop souvent sur les interventions individuelles, alors que les différences de niveau de littératie en santé de santé doivent être abordées à différents niveaux (enseignement, organisation des soins de santé, ...). Il appartient ainsi par exemple au système de soins dans son ensemble (pouvoirs publics, prestataires de soins, etc.) de supprimer les obstacles administratifs, d'identifier les patients à risque et de les accompagner comme il se doit. Disposer d'un niveau de littératie suffisant ne relève donc pas uniquement de la responsabilité individuelle (Van den Broucke, 2015).

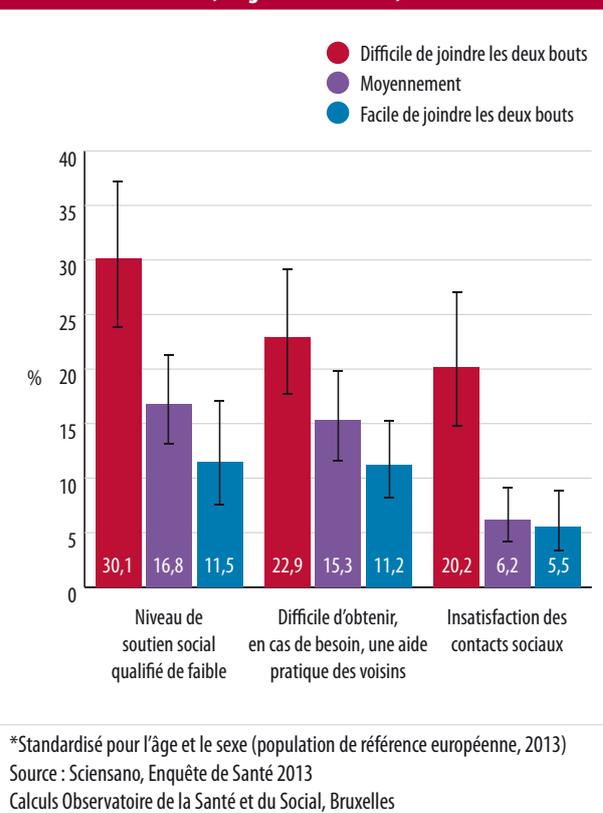
4.3.3. FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ET ENVIRONNEMENT SOCIAL

Un autre groupe de déterminants intermédiaires comprend le réseau social, les relations sociales, le degré de support social, mais aussi les caractéristiques psychosociales des conditions de vie et de travail (stress, degré d'autonomie) et les éventuels mécanismes mis en place pour y faire face.

Le rôle important du réseau social d'une personne peut se jouer de différentes façons. Le support social protège contre la maladie puisqu'il répond à un besoin fondamental de sécurité et de se sentir apprécié et aide à mieux faire face au stress. Les études épidémiologiques montrent d'une part un lien direct entre support social et santé physique et mentale. D'autre part, le support social peut aussi influencer indirectement la santé, étant donné qu'il protège des conséquences néfastes du stress pour la santé. Les personnes bénéficiant de support social pourront mieux faire face aux événements et aux coups durs de la vie (Demarest, 2015).

À la figure 21, on peut voir que, parmi les personnes ayant des moyens financiers plus faibles, 30,1 % déclarent bénéficier d'un faible support social et 22,9 % rapportent qu'il est difficile d'obtenir de l'aide pratique de la part des voisins. Parmi les personnes qui joignent moyennement facilement les deux bouts, ces proportions sont plus faibles (respectivement 16,8 % et 15,3 %) ; ces proportions sont encore plus faibles chez les personnes qui joignent facilement les deux bouts (11,5 % et 11,2 %). Nous analysons un troisième indicateur qui s'intéresse plutôt à la satisfaction par rapport aux contacts sociaux. Ici, nous voyons une très grande différence entre d'une part les personnes qui ont difficile à joindre les deux bouts (20,2 %), et d'autre part celles qui joignent les deux bouts moyennement facilement ou facilement, parmi lesquelles une part bien inférieure est insatisfaite de ses contacts sociaux (environ 6 % dans les deux cas).

Figur 21 : Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui rapporte un niveau de support social qualifié de faible et des difficultés d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique des voisins et une insatisfaction vis-à-vis des contacts sociaux, selon la situation financière, Région bruxelloise, 2013*



Le réseau social peut influencer la santé encore d'une autre manière, une personne pouvant demander un conseil ou une faveur à un ami avocat ou médecin par exemple. Ceci sera surtout possible pour les personnes très qualifiées, étant donné que leur réseau social se compose souvent de personnes au profil socioéconomique similaire. Les personnes peuvent aussi être influencées par les comportements de santé des personnes de leur environnement social. La littérature scientifique a montré l'importance des dynamiques de groupes par exemple par rapport à la consommation d'alcool (Rosenquist et al., 2010), aux habitudes alimentaires (Christakis et Fowler, 2007 ; Pachucki et al., 2011), à l'arrêt de la cigarette (Christakis et Fowler, 2007) ou à l'inverse, au fait de commencer à fumer (Lorant et al., 2015). La dernière étude citée a par exemple démontré l'impact important que peut avoir le tabagisme de quelques étudiants très populaires sur le tabagisme de leurs camarades de classe.

4.3.4. SOINS DE SANTÉ

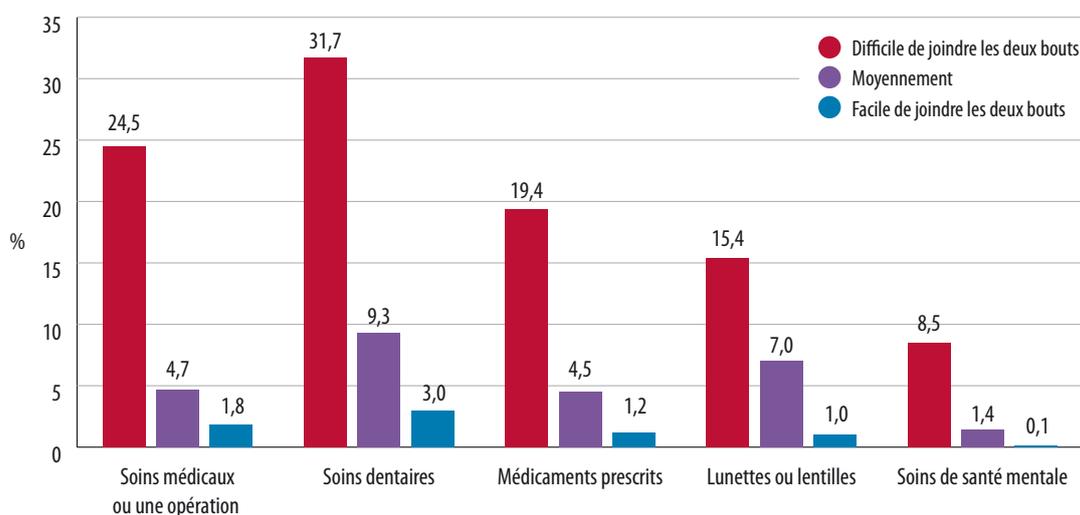
Enfin, les soins de santé sont vus comme jouant un rôle crucial par rapport aux effets défavorables des déterminants de santé. Ils peuvent donc être également considérés comme un déterminant intermédiaire. Des soins de santé accessibles peuvent en effet modérer dans une certaine mesure les conséquences néfastes d'une exposition plus importante à des facteurs représentant un risque pour la santé, ou la plus grande fragilité des personnes en position socioéconomique moins favorable. Cela ne signifie cependant pas que les mesures politiques visant les inégalités de santé peuvent se limiter au domaine des soins de santé. Ceux-ci doivent être vus comme un des déterminants cruciaux des inégalités de santé, à côté des nombreux autres déterminants discutés précédemment. On confond, ou limite, trop souvent la politique de santé avec la politique du système de santé, alors que la politique de santé recouvre un domaine bien plus large (promotion de la santé, initiatives concernant le logement, le travail, l'éducation, etc.). C'est problématique est bien illustrée par Sir Michael Marmot, une autorité dans le domaine des inégalités de santé : «*Pourquoi traiter les gens si c'est pour les renvoyer aux conditions de vie qui les ont rendus malades ?*» (Marmot, 2015). Il faut bien sûr soigner les personnes, mais il faut aussi s'attaquer aux déterminants sous-jacents.

Par ailleurs, dans le cadre même de la politique du système de santé, il ne faut pas se limiter à l'accessibilité financière des soins et à la prévention. D'autres aspects sont également importants, comme la question des barrières sociales, culturelles et linguistiques, l'expérience que les patients ont du système de santé (temps d'attente, temps consacré par le prestataire, clarté des explications et possibilité de poser des questions, etc.), ainsi que la lisibilité de l'organisation du système de soins et la bonne circulation de l'information entre prestataires de soins. À Bruxelles, l'offre de soins et de services sociaux est très morcelée, le patient mais aussi les soignants risquant en conséquence de ne pas s'y retrouver dans l'offre disponible. Des réformes sont actuellement en cours, notamment la mise en place d'une structure unifiée visant à soutenir les prestataires de soins de première ligne³⁵.

Accessibilité financière

L'accès financier aux soins de santé reste difficile pour de nombreux ménages bruxellois. Il ressort de l'Enquête de santé de 2013 que 22,5 % des Bruxellois déclarent avoir reporté des soins de santé pour des raisons financières³⁶. Le report de soins de santé augmente systématiquement à mesure que le fait de joindre les deux bouts devient plus difficile (figure 22). Les ménages ayant difficile à joindre les deux bouts reportent plus souvent des soins ou des dépenses de santé. Ce sont les soins dentaires qui sont le plus souvent reportés par ces ménages (31,7 %). De même,

Figure 22 : Pourcentage des ménages qui déclarent avoir dû postposer des soins de santé au cours des 12 derniers mois pour raisons financières, selon leur situation financière, Région bruxelloise,



Source : Sciensano, Enquête de Santé 2013 ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

35 Commission communautaire commune, Ordonnance relative à la première ligne de soins du 4 avril 2019.

36 L'Enquête de santé apporte ici un très important complément aux données de l'AIM. Celles-ci se prêtent en effet moins à l'étude de l'accessibilité (financière) étant donné que les données de facturation ne comprennent par définition que les personnes qui ont fait la démarche de s'adresser à un prestataire de soins.

ils reportent régulièrement des soins médicaux ou une opération (24,5 %), l'achat de médicaments prescrits (19,4 %) et l'achat de lunettes ou de lentilles de contact (15,4 %). Les soins de santé mentale sont reportés par 8,5 % des ménages en difficulté financière. On observe à nouveau un gradient social.

À Bruxelles, une part bien supérieure de la population est inscrite en maison médicale (12,6 % de la population AIM en 2016), comparativement à la Flandre (1,6 % de la population AIM en 2016) et à la Wallonie (3,9 % de la population AIM en 2016) (Atlas AIM, 2019). Les maisons médicales sont généralement plus accessibles sur le plan financier. Une étude de l'AIM (2017) a démontré que les soins médicaux dispensés par les maisons médicales coûtaient autant à l'État que la médecine classique à l'acte. Toutefois, le patient s'en sort à moindres frais, dans la mesure où il ne doit pas payer de ticket modérateur. À quelques exceptions près, la plupart des maisons médicales sont situées dans le centre de Bruxelles et dans le croissant pauvre (Missinne et Luyten, 2018).

Étant donné que les groupes socioéconomiquement plus défavorisés reportent plus souvent des soins et sont plus souvent confrontés à des comorbidités, le risque de recourir à des soins spécialisés, d'être hospitalisé ou de recourir aux urgences peut en conséquence être plus élevé. Toutefois, la part des spécialistes conventionnés à Bruxelles³⁷ est nettement inférieure à ce qu'elle est dans les deux autres régions (atlas AIM, 2019). Le patient a donc un risque plus important de devoir payer des suppléments non remboursés par l'assurance maladie obligatoire. De même, en cas d'hospitalisation, le risque de devoir payer des suppléments d'honoraires (élevés) est nettement plus élevé à Bruxelles (31 %) qu'en Wallonie (21 %) et en Flandre (16 %) (Atlas AIM, 2019). En outre, les Bruxellois doivent en moyenne payer des montants plus élevés de suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation classique et le risque d'être dès lors confronté à des suppléments d'honoraires très élevés est beaucoup plus grand à Bruxelles. De grandes différences de pratique par rapport aux suppléments d'honoraires existent entre hôpitaux à Bruxelles, mais le patient reçoit relativement peu d'informations adéquates à ce propos (Ackaert et al., 2019).

Expériences des patients

Outre l'accessibilité financière, d'autres dimensions du système de santé doivent être prises en compte dans la lutte contre les inégalités de santé. Dans l'Enquête de santé de 2013, des données ont été collectées sur l'expérience que les patients ont du système de santé, entre autres par rapport au temps consacré par le médecin, s'il s'exprime de manière compréhensible et s'il donne l'occasion de poser des questions. La Belgique obtient un très bon score de manière générale : elle fait figure de meilleur élève (ou de deuxième

meilleur élève) d'après la comparaison avec 14 autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Van der Heyden, 2013 ; OCDE, 2018).

Bruxelles fait légèrement moins bien que les autres régions du pays en ce qui concerne les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous et les temps passés en salle d'attente, chez le généraliste comme chez le spécialiste ; avec pour conséquence une plus grande part de la population qui reporte des soins en raison d'un délai trop long pour obtenir un rendez-vous (9,2 % à Bruxelles, 3,9 % en Wallonie et 2,5 % en Flandre). Les personnes plus instruites ont déclaré significativement plus souvent que les personnes moins instruites que le spécialiste leur avait donné des explications compréhensibles et qu'ils avaient eu l'occasion de poser des questions ou d'exprimer des inquiétudes. Par rapport à ces deux indicateurs, aucune différence socioéconomique n'a été observée pour le généraliste (Van der Heyden, 2013).

Un focus sur les soins dentaires

Nous examinons ici encore brièvement les soins dentaires, étant donné qu'il s'agit de la catégorie de soins le plus souvent reporté par les personnes qui ont des difficultés à joindre les deux bouts (voir plus haut). L'OCDE estime qu'en Belgique 15,9 % des coûts totaux pour la santé sont payés par les patients eux-mêmes. Cette part est cependant bien plus élevée pour les soins dentaires. Pour ceux-ci, on estime la part payée par les patients en 2016 à 57,6 %, ce qui représente une augmentation par rapport à 2004 (50 %) (Devos, 2019).

Il est recommandé de se rendre chez le dentiste au moins une fois par an. Ce contrôle annuel est important pour la santé bucco-dentaire et pour la santé en général. Il existe de grandes différences socioéconomiques pour les soins dentaires préventifs, aussi bien chez les enfants que chez les adultes (voir figure 23) (part totale parmi les enfants bruxellois (≤ 18 ans) : 20,12/100 ; part totale parmi les adultes bruxellois : 22,63/100).

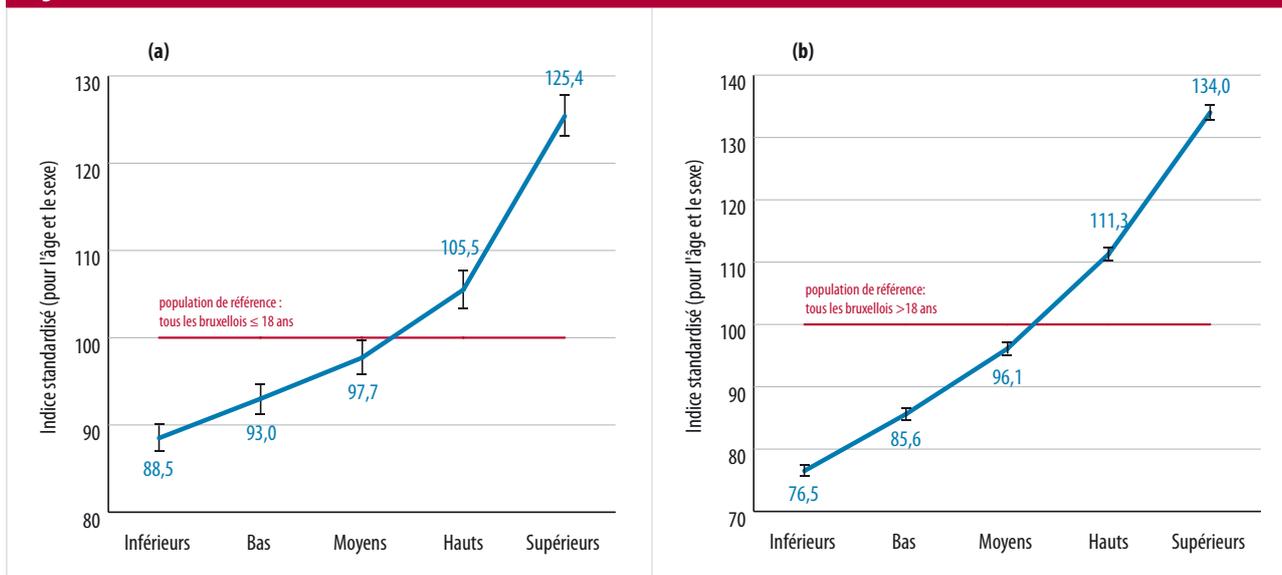
Les enfants appartenant au groupe socioéconomique le plus faible ont un risque de 11,5 % inférieur à la moyenne de bénéficier de soins dentaires préventifs. Pour le groupe «revenus bas», le risque est de 7 % inférieur à la moyenne. Dans le groupe socioéconomique le plus élevé, les enfants ont un risque supérieur de 25,4 % de bénéficier de soins dentaires préventifs.

Des inégalités persistent donc, bien que tous les soins dentaires soient intégralement remboursés jusqu'au 18ème anniversaire. L'intervention à 100 % n'est cependant valable que dans le cas où le dentiste respecte les tarifs officiels convenus avec les mutuelles (et est donc «conventionné»). À Bruxelles, la moitié des dentistes bruxellois³⁸ (41 %) sont entièrement conventionnés, et 16 % sont en partie

37 Un médecin conventionné respecte les tarifs officiels et les patients ne doivent donc payer aucun supplément (d'honoraires). Chiffres de 2018, disponible via <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees> ; consulté le 01/06/2019

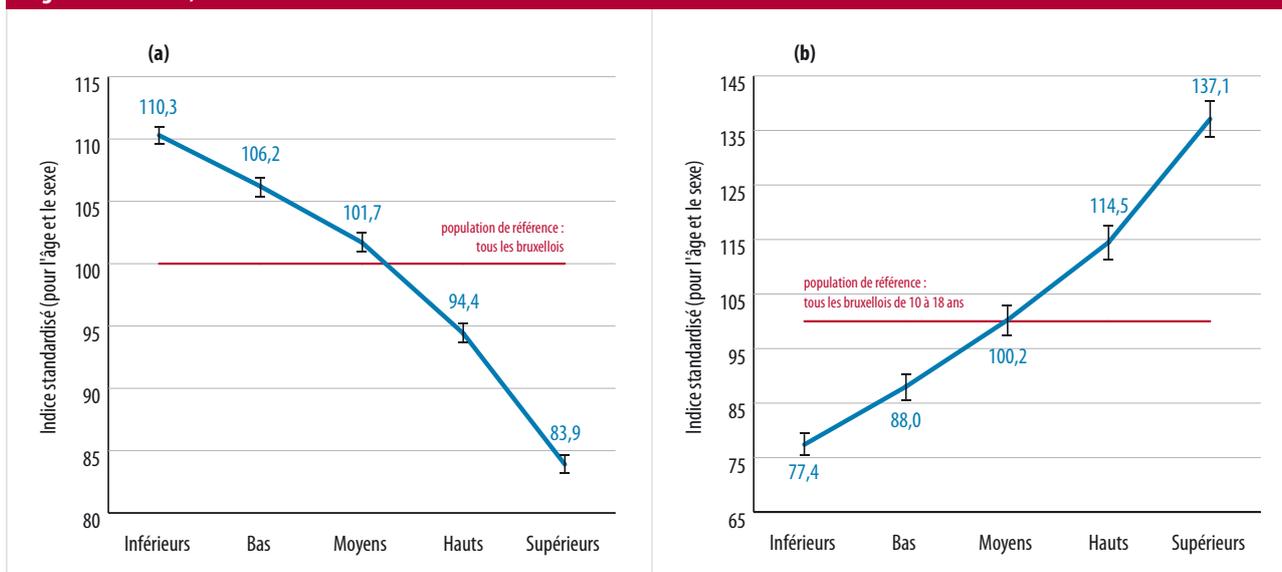
38 Données basées sur l'adresse du domicile du dentiste. L'adresse du cabinet n'est pas (encore) disponible pour tous les dentistes.

Figure 23 : Soins dentaires préventifs chez les enfants (18 ans ou moins) (a) et chez les adultes (b), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



Source : Agence InterMutualiste

Figure 24 : Pas de contact avec le dentiste (3 dernières années) (a) et traitement orthodontique (b), selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016



Source : Agence InterMutualiste

conventionnés³⁹ en 2018⁴⁰. Par ailleurs, le système du tiers payant n'est pas automatiquement appliqué chez les dentistes pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée, comme c'est le cas chez les médecins généralistes. Enfin, des obstacles autres que financiers peuvent également intervenir.

39 Un conventionnement partiel signifie que les prestataires de soins acceptent l'accord avec les mutuelles et ne font donc payer que le tarif officiel, mais uniquement à certains endroits et/ou heures.

40 Disponible via <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>; consulté le 01/06/2019

Les inégalités socioéconomiques sont cependant relativement moins grandes chez les enfants que chez les adultes. Les adultes appartenant au groupe socioéconomique le plus élevé ont un risque supérieur de 75 % de consulter le dentiste pour des soins préventifs, par rapport au groupe socioéconomique le plus faible (ratio : $1,75 = 134/76,5$). Il peut cependant y avoir des imprécisions par rapport l'estimation de ces inégalités, en lien avec la manière dont les soins dentaires préventifs sont enregistrés⁴¹.

41 En effet, les dentistes ne peuvent pas délivrer le même jour et pour un même patient une attestation pour des soins dentaires préventifs et curatifs. Si un

Si on s'intéresse aux visites chez le dentiste pendant les trois dernières années, on observe le même gradient. La part des personnes n'ayant eu aucun contact avec le dentiste entre 2014 et 2016 (part totale parmi les Bruxellois : 33,70/100) augmente systématiquement à mesure que le profil socioéconomique des personnes est moins favorable (voir figure 24a), et ce malgré le fait que les personnes plus défavorisées sur le plan socioéconomique ont justement en moyenne une moins bonne santé bucco-dentaire (voir point 3.10) et donc davantage besoin de soins. À partir du 1er juillet 2016 (pour les adultes n'ayant pas droit à l'intervention majorée (non-BIM)) et à partir du 1er janvier 2017 (pour les adultes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM)), le trajet de soins buccaux a été mis en place pour encourager la visite chez le dentiste. Depuis, la part personnelle à payer pour certains soins dentaires est supérieure si le patient ne s'est pas rendu chez le dentiste l'année précédente. Étant donné que nous présentons les chiffres de 2014 à 2016, l'introduction de cette mesure ne devrait vraisemblablement se répercuter que de manière très limitée dans ceux-ci. Une étude récente (Vandeleene et al., 2019) a déjà démontré que ce trajet de soins buccaux n'est pas efficace et en outre n'est pas équitable. Des mesures autres qu'un tel incitant financier négatif seront nécessaires pour réduire tous les obstacles, financiers mais aussi socioculturels.

Les groupes socioéconomiquement plus défavorisés bénéficient également systématiquement moins souvent d'un traitement orthodontique (voir figure 24b ; part totale parmi les Bruxellois de 10-18 ans : 25,37/100). Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a calculé qu'en 2008, un traitement orthodontique coûtait en moyenne €1 000 (Carels et al., 2008). Bien que l'orthodontie soit parfois vue comme un luxe, un mauvais alignement des dents peut compliquer la parole, l'alimentation ou les soins dentaires. L'aspect esthétique est également important d'un point de vue social. Les personnes sont par exemple évaluées sur leur apparence générale lors d'un entretien d'embauche, ce qui peut influencer la probabilité d'obtenir un emploi (Gilmore et al., 1986) et, de cette manière influencer la position socioéconomique.

patient reçoit le même jour des soins curatifs et des soins préventifs, il ne recevra pas d'attestation pour ces deniers. La fréquence à laquelle ce type de cas se présente peut différer entre groupes socioéconomiques, et entre enfants et adultes.

5. INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES

5.1. INTRODUCTION

Étant donné les fortes différences socioéconomiques entre quartiers bruxellois, il est intéressant d'examiner dans quelle mesure des répartitions géographiques comparables sont observables pour la santé. Il est possible de faire cette analyse pour les indicateurs issus des données de l'AIM étant donné que nous connaissons le secteur statistique du lieu de résidence de chaque personne reprise dans la base de données de l'AIM. Les répartitions spatiales ou des différences locales par rapport aux tendances générales décrites ci-avant en matière d'inégalités socioéconomiques peuvent nuancer le gradient observé dans les graphiques, mais surtout fournir des informations complémentaires pour expliquer ces inégalités.

Précédemment, la population a été répartie en cinq groupes, en fonction du revenu médian du secteur statistique de résidence, ce revenu servant de proxy pour la position socioéconomique des personnes. Dans cette partie-ci, nous analysons les inégalités de santé sous un angle légèrement différent. Nous examinons la prévalence d'un indicateur de santé par secteur statistique. Nous obtenons ainsi une image des différences géographiques, sans faire par définition de lien avec le revenu médian du secteur statistique. À titre d'illustration, prenons le cas hypothétique extrême de deux quartiers avec un faible revenu médian, cas dans lequel pour un des quartiers il s'agit d'un indicateur de faible revenu qui n'est pas effectif (nombreux diplomates, étudiants sans revenu propre) et pour l'autre quartier d'un indicateur de faible revenu qui est effectif (travailleurs salariés pauvres, bénéficiaires du revenu d'intégration social, personnes sans revenu). Les analyses préalables les placeront tous les deux dans le même groupe des revenus les plus bas, et la valeur pour l'indicateur de santé sera alors une moyenne de populations très différentes. Dans les analyses géographiques, ces quartiers se retrouveront (probablement) dans des catégories toutes autres, car on s'intéresse là à la prévalence par quartier, indépendamment du groupe de revenus auquel il appartient.

Étant donné les limites méthodologiques des données de l'AIM ainsi que des statistiques fiscales, l'interprétation de ces analyses géographiques est parfois difficile. Bien qu'il y ait une certaine homogénéité au sein des secteurs statistiques, on peut difficilement affirmer que la population de ces quartiers ait un profil complètement identique. Les différences en présence influenceront à leur tour la situation de santé et le recours aux soins de santé. Cet exercice reste donc une relative simplification de la réalité, mais cet angle d'approche permet tout de même de se faire une idée globale de la situation, parfois très diverse, en Région bruxelloise.

Pour plus d'information sur les situations socio-économiques locales, nous renvoyons le lecteur aux fiches communes que l'Observatoire de la Santé et du Social a rédigées en collaboration avec l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). Ces rapports sont riches en informations et peuvent aider à appréhender la situation spécifique des quartiers. La situation socioéconomique de chacune des 19 communes bruxelloises y est discutée en détail⁴², et les différences entre quartiers sont également exposées.

5.1.1. DIFFÉRENCES SOCIOÉCONOMIQUES ENTRE LES QUARTIERS À BRUXELLES

Dans cette partie, nous examinons la façon dont les inégalités sociales de santé suivent des structures spatiales historiquement déterminées. Ces structures spatiales sont brièvement présentées ici et servent de fil conducteur pour l'interprétation des cartes. Nous nous basons à cette fin sur l'Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale publié par l'Observatoire de la Santé et du Social en 2006, en collaboration avec trois équipes universitaires (ULB, VUB, KULeuven). L'Atlas est riche en informations sur la distribution géographique des caractéristiques démographiques, sociales, économiques et sanitaires de la population bruxelloise et de son milieu résidentiel.

Les structures sociospatiales sont issues d'une part du développement de la ville selon une structuration concentrique (en cercles) et d'autre part d'un contraste important est-ouest. La **structuration concentrique** est née de la croissance de la ville. Les extensions successives de la ville présentent ainsi une certaine homogénéité urbanistique, et dès lors bien souvent une certaine homogénéité sociale. Nous distinguons le centre historique (le Pentagone), la **première couronne** et la deuxième couronne. La première couronne de la Région bruxelloise désigne les quartiers situés entre la petite ceinture et la moyenne ceinture. La moyenne ceinture est formée par les grands boulevards au sud (avenue Winston Churchill) et à l'est (boulevard Général Jacques, boulevard Louis Schmidt, boulevard Saint-Michel, boulevard Brand Whitlock, boulevard Auguste Reyers et boulevard Lambermont), et l'arc de la ligne de chemin de fer à l'ouest. Cette première couronne fut entièrement urbanisée vers 1930. La **deuxième couronne** comprend les quartiers situés le plus à l'extérieur

42 Et ceci à l'aide d'indicateurs clés, et de leur interprétation, dans un grand nombre de domaines : démographie, jeunes enfants, enseignement, situation des habitants sur le marché du travail et en termes de revenu, activité économique sur territoire communal, finances communales, logement et santé. Disponibles via le site : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/zoom-sur-les-communes>

de la ville, au-delà de la moyenne ceinture. La bourgeoisie bruxelloise, en particulier, a quitté le centre de la ville en faveur de la périphérie, attirée entre autres par les maisons unifamiliales, entraînant une nouvelle expansion de la surface de la ville. Cette deuxième couronne a connu une urbanisation plus tardive que la première couronne et a atteint les limites de la Région bruxelloise vers 1960.

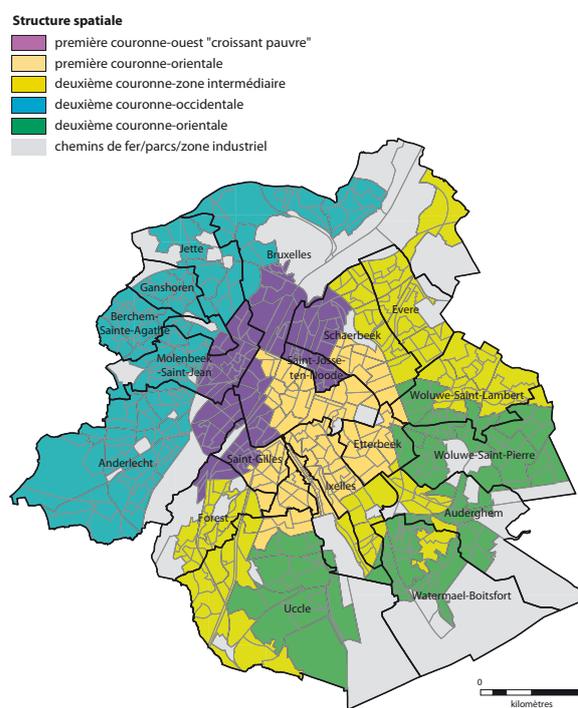
À côté de cette structuration concentrique et chronologique, la ville connaît aussi une **structure est-ouest**, qui suit principalement le relief de la ville. Les quartiers les plus populaires, anciens quartiers ouvriers, ont été historiquement relégués vers l'ouest alors marécageux (avec une légère inclinaison par rapport à la Senne et au Maelbeek) et moins hospitalier. La pente orientale au relief accusé attirait l'aristocratie. Aujourd'hui encore, les plus nantis se tournent vers le sud et l'est, où les logements ainsi que le milieu résidentiel sont, grâce au cadre verdoyant, donnent une excellente qualité de vie.

Du fait de processus économiques et démographiques et de par son histoire, la Région bruxelloise abrite des quartiers à la population défavorisée en son centre. Dans les autres grandes villes, ces quartiers défavorisés se retrouvent plus souvent en périphérie (comme par exemple les banlieues parisiennes). Sur le plan économique, l'industrie a disparu de la ville et avec elle la classe ouvrière bruxelloise traditionnelle, mais les quartiers d'habitations ouvrières sont restés. La suburbanisation des classes supérieure et moyenne a libéré de nombreux logements dans le centre, ensuite réaménagés en maisons de rapport sur le marché du logement privé. Le parc immobilier de la Région bruxelloise a été épargné par les ravages de la guerre. Ceci explique la présence de nombreuses habitations anciennes, souvent de mauvaise qualité, en bordure du centre d'affaires, qui sont aujourd'hui louées aux groupes de population les plus fragiles. Il s'agit souvent d'une population qui est venue s'installer à Bruxelles via la migration internationale. Dans une ville où c'est principalement le secteur tertiaire qui gagne en importance, avec de nombreux emplois pour les travailleurs hautement qualifiés, les migrants peu qualifiés ont peu de perspectives d'insertion professionnelle.

La carte 2 illustre ce développement spatial de la Région bruxelloise en différentes zones, avec chacune leurs propres caractéristiques sociales et démographiques. En simplifiant fortement, nous pouvons diviser la Région bruxelloise en cinq zones habitées. Les **quartiers de la partie occidentale de la première couronne** sont représentés en violet. Ce sont les quartiers ouvriers du 19^{ème} siècle qui sont aujourd'hui habités par une population particulièrement défavorisée. En raison de leur proximité avec le centre, ces quartiers sont progressivement en voie de gentrification (voir plus loin). Cette zone comprend le «croissant pauvre». Elle est habitée par un nombre relativement important de familles migrantes avec enfants. Les **quartiers du côté oriental de la première couronne** sont représentés en orange. C'est historiquement la partie la plus riche, avec davantage d'habitations aristocratiques. Il s'agit actuellement d'un mélange de quartiers de bureaux (entre autres le quartier européen) et de quartiers plus populaires dans lesquels

les anciennes maisons de maître ont été divisées en appartements. Y vivent beaucoup de jeunes adultes et de familles sans enfants. La zone en jaune fait partie de la **deuxième couronne** et possède les caractéristiques d'une **zone intermédiaire**. La **partie occidentale de la deuxième couronne** est colorée en bleu. Ces quartiers comportent de nombreuses habitations des années 1960 et de nombreux blocs d'appartements. Les ménages qui ont pu quitter le croissant pauvre grâce à un meilleur niveau de vie y ont souvent élu domicile. Enfin, les quartiers de loin les plus riches de la Région bruxelloise se trouvent au **sud-est**. Ceux-ci sont colorés en vert sur la carte.

Carte 2 : Structure spatiale de la Région de Bruxelles-Capitale



Source : IBSA, Monitoring des quartiers ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2006 ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

La carte 1 (voir ci-dessus au point 2.1.2.) présente le revenu médian des déclarations fiscales par secteur statistique. On y distingue très nettement le croissant pauvre. La «première couronne orientale» est également caractérisée par un niveau de revenus plus faible, ce qui peut cependant s'expliquer en partie par les limites des données liées aux revenus fiscaux (voir plus loin). La «deuxième couronne occidentale» a une structure plus hétérogène avec des secteurs statistiques aux revenus élevés, moyens et bas. La «deuxième couronne orientale» est en revanche constituée presque exclusivement de quartiers riches, à l'exception des quartiers de logements sociaux, à bas revenus (comme Floréal, le Logis-Nord et le Logis-Sud à Watermael-Boitsfort).

Les zones diffèrent également entre elles quant à la composition de leur population. Ainsi, le croissant pauvre se caractérise par une population très jeune avec beaucoup d'enfants, la «première couronne orientale» accueille de nombreux isolés et la «deuxième couronne occidentale» est principalement habitée par des (grandes) familles (non illustré).

La carte A en annexe donne un aperçu de la part de logements sociaux par secteur statistique. Cela peut aider à expliquer des résultats locaux. Il existe des cas où des quartiers aux revenus relativement bas sont situés dans une zone riche de la Région bruxelloise, ce qui peut s'expliquer par la présence de logement sociaux. Mais l'inverse est aussi possible, lorsqu'un «îlot» riche se trouve au milieu d'une zone plus pauvre. On en trouve un bel exemple à Bruxelles le long du canal (quartier maritime à Molenbeek) (Observatoire de la Santé et du Social, 2006). C'est un cas clair de gentrification : le quartier est investi par des personnes ayant des moyens financiers suffisants, suite à quoi les prix de vente et les loyers augmentent et le quartier devient progressivement inabordable pour bon nombre des habitants qui y habitaient initialement⁴³.

Les revenus fiscaux rendent imparfaitement compte du niveau de vie d'un quartier, en ce sens qu'ils peuvent sous-estimer les moyens financiers réels des habitants. C'est notamment le cas dans les quartiers où vivent de nombreux fonctionnaires européens (par exemple dans les quartiers autour de l'avenue Louise) : leurs revenus ne sont pas imposés en Belgique et ne se retrouvent donc pas dans les statistiques fiscales. Selon une étude récente (Desiere et al., 2018), l'emploi international en Région bruxelloise est fortement concentré dans quelques communes, à savoir Bruxelles-Ville, Ixelles et Etterbeek (zone première couronne orientale sur la carte 2). Près de trois quarts de ces travailleurs internationaux habitent également en Région bruxelloise, à nouveau principalement dans ces trois communes. Cela s'explique par le fait que les trois principales institutions européennes (Commission, Conseil et Parlement) y sont installées et que celles-ci emploient 65 % des travailleurs internationaux⁴⁴ en Région bruxelloise. Les moyens financiers sont également probablement sous-estimés dans les quartiers à forte population estudiantine. Sur la carte, les différents campus et hôpitaux universitaires sont clairement visibles (couleur plus sombre que les quartiers environnants), notamment l'hôpital Erasme de l'ULB à Anderlecht, le campus de la VUB et de l'ULB à Ixelles, l'hôpital de la VUB à Jette et les Cliniques universitaires Saint-Luc de l'UCL à Woluwe-Saint-Lambert.

La présence de fonctionnaires européens et d'étudiants ne sont pas les seuls éléments qui compliquent l'interprétation

des statistiques fiscales. En général, les revenus non imposables ne sont pas repris dans les statistiques fiscales. Cela signifie que certains transferts sociaux (revenu d'intégration sociale, équivalent au revenu d'intégration et allocations familiales en particulier), exonérés d'impôts, ne sont pas repris dans le revenu imposable. En outre, les statistiques fiscales sous-estiment de façon importante les revenus du capital (biens mobiliers et immobiliers - IBSA, 2016).

5.1.2. INTERPRÉTATION DES CARTES

Indice standardisé

Nous utilisons le même indice standardisé que pour les figures, mais nous présentons ici la valeur moyenne par secteur statistique. Cet index est standardisé selon la structure spécifique d'âge et de sexe de chaque secteur statistique, ce qui permet de ne pas devoir en tenir compte dans l'interprétation des distributions géographiques. Cette standardisation est nécessaire étant donné que les structures d'âges varient fortement entre quartiers bruxellois⁴⁵. Nous comparons autrement dit les quartiers auxquels nous attribuons théoriquement la même composition en termes d'âge et de sexe, et nous examinons dans quelle mesure la valeur pour un indicateur de santé dans un certain secteur statistique s'écarte de la moyenne pour la Région bruxelloise.

Effets visuels

Le secteur statistique est la plus petite unité géographique au niveau de laquelle des analyses peuvent être faites en Belgique. Les chiffres seront présentés par secteur statistique pour obtenir un tableau aussi détaillé que possible. Ce faisant, il faut garder à l'esprit que le nombre d'habitants peut fortement différer d'un secteur statistique à l'autre. Le centre-ville accueille par exemple de très nombreuses personnes sur une superficie réduite, tandis qu'ailleurs très peu de personnes habitent sur une surface bien plus grande. Ces secteurs statistiques faiblement peuplés pèsent relativement moins dans le calcul du gradient social pour les cinq groupes de revenus (voir graphiques), étant donné que l'individu est l'unité d'analyse (auquel un niveau de revenu est attribué sur base du lieu de résidence).

Les secteurs statistiques ont été répartis en quatre groupes selon leur résultat afférent à l'indicateur considéré, indépendamment de leur nombre d'habitants⁴⁶. Il est dès

43 Voir aussi <https://www.bruzz.be/stedenbouw/klein-vlaanderen-aan-het-kanaal-2018-06-14>

44 Le nombre de personnes travaillant pour les institutions européennes et internationales en Région bruxelloise et qui y habitent également est estimé à 30 627 personnes (Desiere et al., 2018). Nous ne savons pas ce que cela représente en nombre total de personnes, étant donné que celles-ci peuvent encore avoir plusieurs personnes à charge.

45 Le site <http://monitoringdesquartiers.brussels> permet de consulter plusieurs cartes à titre d'illustration.

46 Les limites des groupes diffèrent selon l'indicateur. Il y a à chaque fois deux groupes dont l'index est inférieur à 100, le phénomène survenant donc moins souvent qu'en moyenne en Région bruxelloise, compte tenu de la structure d'âge et de sexe du secteur statistique, et deux groupes dont l'index est supérieur à 100. Nous avons aussi tâché autant que possible d'obtenir des nombres égaux de secteurs.

lors possible que si les résultats dans les secteurs statistiques peu peuplés s'écartent de la tendance générale, ceux-ci aient une influence «trop» importante sur l'image obtenue sur la carte, étant donné que ces secteurs statistiques peu peuplés sont souvent grands en termes de surface, comme dans le cas des zones résidentielles industrielles et des zones à proximité des voies ferrées (par exemple Bollinckx près de la gare du Midi), des zones plus rurales (comme Neerpede à Anderlecht) ou des campus des universités de la VUB/ULB et de l'UCL. Cela peut grossir visuellement les écarts par rapport à la tendance générale⁴⁷. La carte présentant la densité de population par secteur statistique (voir carte B, en annexe) peut aider à expliquer les éventuelles valeurs extrêmes.

Une possible partie sélective de la population

À Bruxelles, 93,5 % de la population officielle inscrite au Registre national est également affiliée à l'assurance maladie obligatoire ; ces personnes sont donc reprises dans la base de données de l'AIM analysée ici (voir point 2.1.1. et Avalosse et al., 2019). Cette proportion peut toutefois fortement varier selon le quartier bruxellois considéré, en raison notamment de la présence de nombreux travailleurs internationaux (par exemple Cité de la Chaussée, rue de Pascal - Saint Sacrement, Schuman, Léopold) ou de nombreux étudiants (par exemple campus de la VUB à Etterbeek, hôpital de la VUB à Jette, Cliniques universitaires Saint-Luc à Woluwe-Saint-Lambert)⁴⁸. Il est aussi possible qu'il y ait davantage de personnes affiliées à une mutuelle que d'habitants officiels. C'est le cas dans les quartiers accueillant de nombreux étrangers, étant donné que parmi ceux-ci, certains (entre autres les réfugiés reconnus, les personnes bénéficiant de la protection subsidiaire, les ressortissants de l'UE sur base du fait qu'ils travaillent en Belgique) peuvent s'affilier à l'assurance maladie sans être repris dans le Registre national⁴⁹ (voir également pour une discussion approfondie : Lammens et al., 2009).

Nous présentons en annexe (carte C) un aperçu par secteur statistique de la part des personnes affiliées (et en ordre) à une mutuelle par rapport au nombre total d'habitants officiels selon le Registre national. Cette carte peut aussi aider à expliquer pourquoi un phénomène de santé donné se produit particulièrement plus, ou moins, souvent dans un quartier donné par rapport à ce qui est attendu, étant donné que la population reprise dans la base de données de l'AIM peut être différente de la population vivant dans le quartier. Il y a aussi des personnes qui vivent bien à Bruxelles mais ne sont pas comptées dans la population bruxelloise officielle

et ne sont pas non plus reprises dans la base de données de l'AIM (étudiants non domiciliés dans une des communes bruxelloises, demandeurs d'asile, étrangers en situation de séjour irrégulière, diplomates et les membres de leur ménage, etc.).

5.2. CARTOGRAPHIE

Les cartes seront ici discutées par rapport au degré de correspondance entre les distributions géographiques des indicateurs de santé et les inégalités socioéconomiques géographiques décrites au point 5.1.1.

Le croissant pauvre se distingue du reste de la Région

Premièrement, nous voyons pour presque tous les indicateurs de prévention secondaire, à savoir **le dépistage du cancer du col de l'utérus, le dépistage du cancer du sein (quel que soit le type d'examen), la colonoscopie et les soins dentaires préventifs chez les adultes** (cartes 3 à 6), que la distribution géographique correspond presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise (voir carte 1). Le croissant pauvre ressort à chaque fois clairement, tandis que dans les quartiers plus aisés les habitants bénéficient clairement davantage en moyenne de ces formes de prévention.

Si nous nous intéressons uniquement à la **participation au programme organisé de dépistage du cancer du sein** (carte 7), nous voyons cependant la distribution s'inverser. Le croissant pauvre est nettement visible : les habitants du croissant pauvre participent plus souvent au programme organisé, tout comme les habitants des parties du nord-ouest. La figure 20 illustre effectivement l'existence d'un gradient social inversé pour la participation au programme organisé de dépistage du cancer du sein. Cependant, le taux de participation général étant très bas, un gradient social très net est visible si l'on considère ensemble les deux types de dépistage du cancer du sein. La distribution diverge également un petit peu plus pour les soins dentaires préventifs chez les enfants (voir ci-dessous).

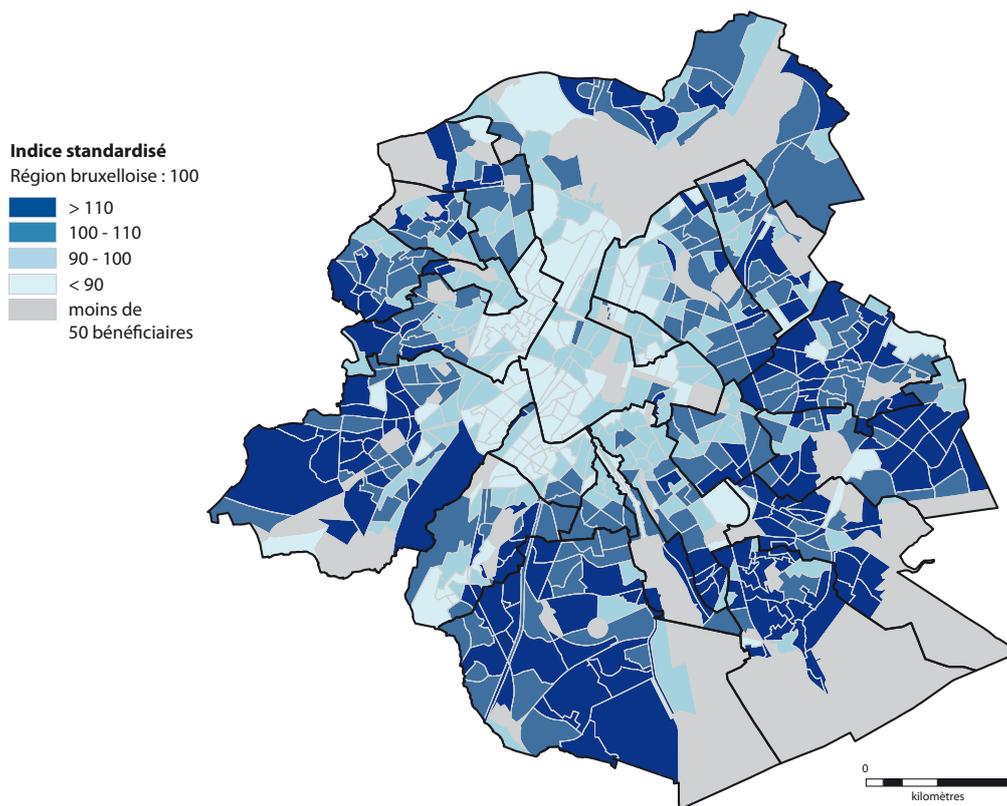
47 Pour compenser cela en partie, nous avons coloré en gris les secteurs statistiques comptant moins de 50 personnes sur base des données de la population AIM. Nous pourrions fixer la limite plus haut, mais cela reviendrait à masquer les informations pour un nombre important de secteurs statistiques.

48 Les étudiants peuvent être inscrits à la mutuelle de leurs parents jusqu'à leur 25^e anniversaire, même s'ils ne sont plus domiciliés chez ceux-ci.

49 <http://www.medimmigrant.be/index.asp?idbericht=281&idmenu=1&state=0&onclick=fr>

Carte 3 : Dépistage du cancer du col de l'utérus, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

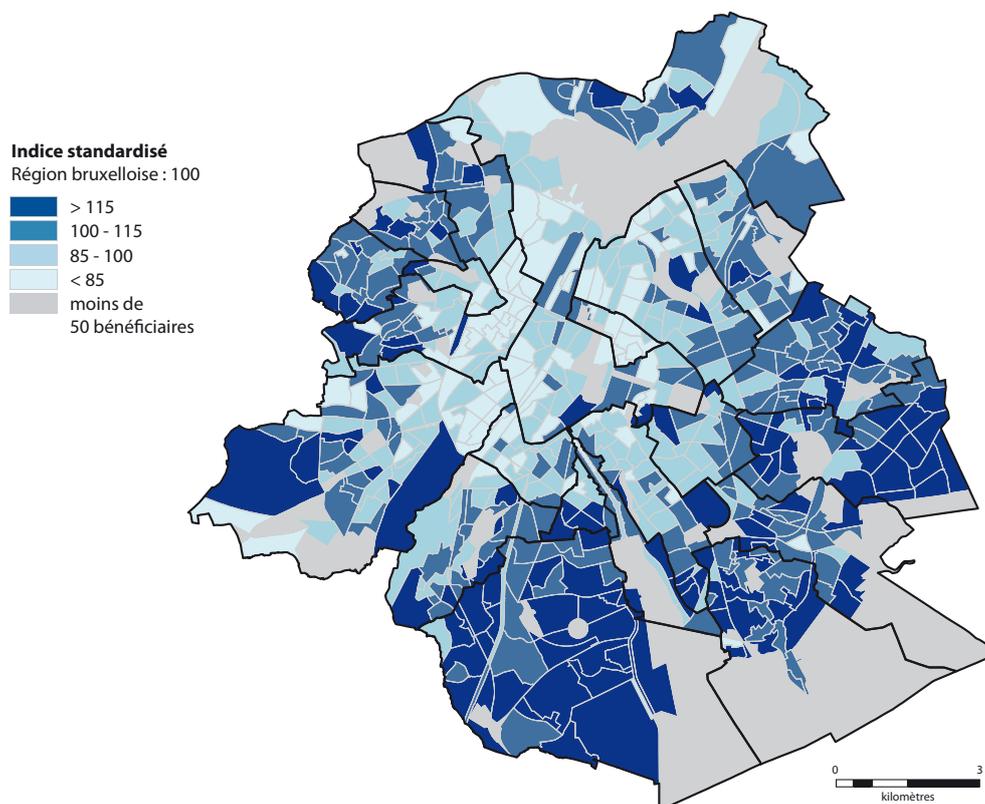
Population de référence : toutes les bruxelloises entre 25 et 65 ans



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 4 : Dépistage du cancer du sein - tout type de dépistage, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : toutes les bruxelloises entre 50 et 69 ans



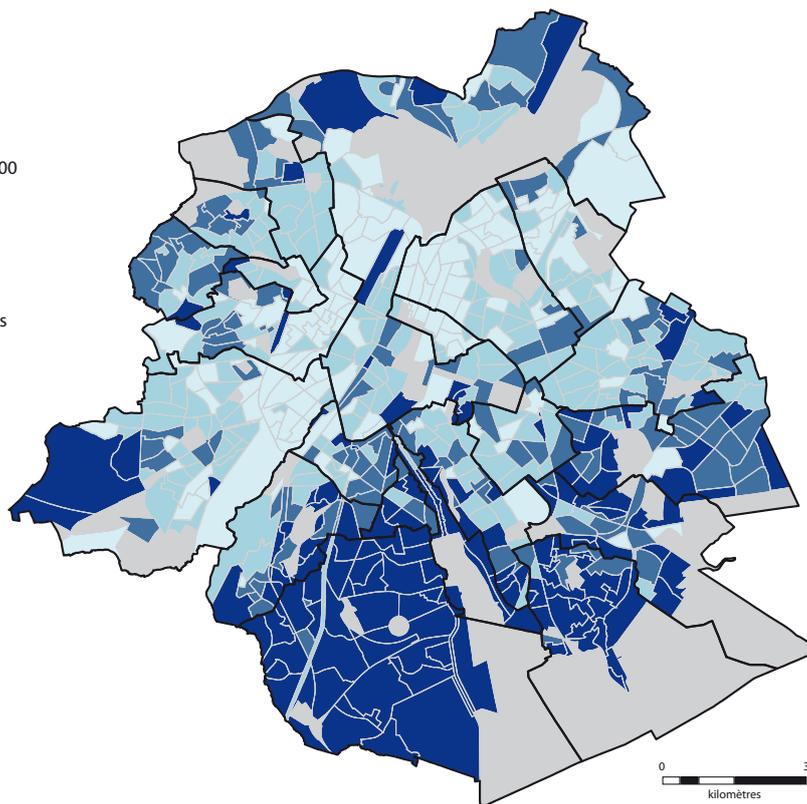
Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 5 : Colonoscopie, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois de 50 à 74 ans

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

- > 120
- 100 - 120
- 80 - 100
- < 80
- moins de 50 bénéficiaires



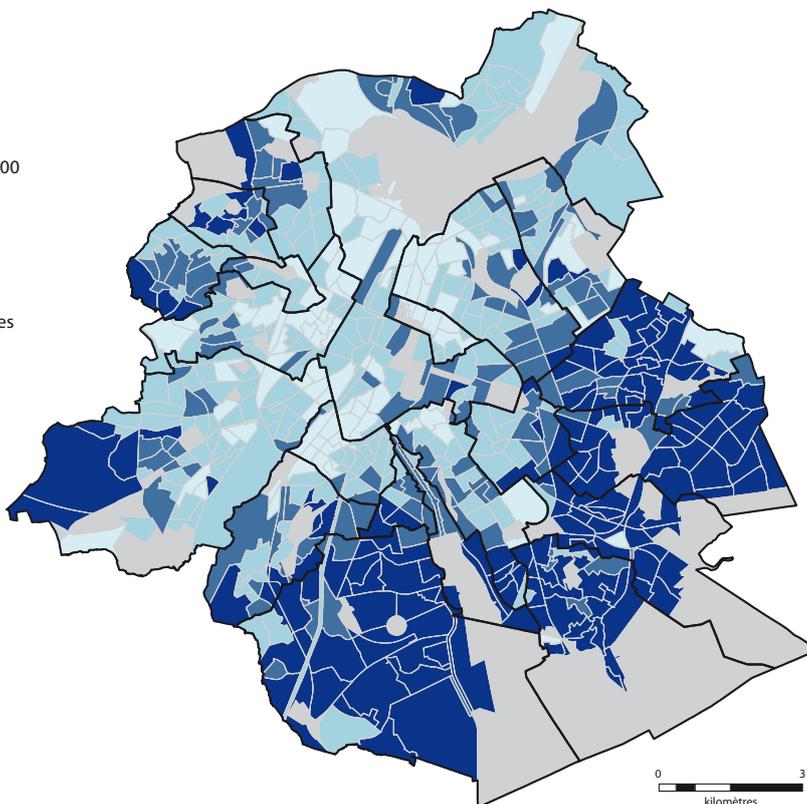
Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 6 : Soins dentaires préventifs : adultes, standardisés par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois >18 ans

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

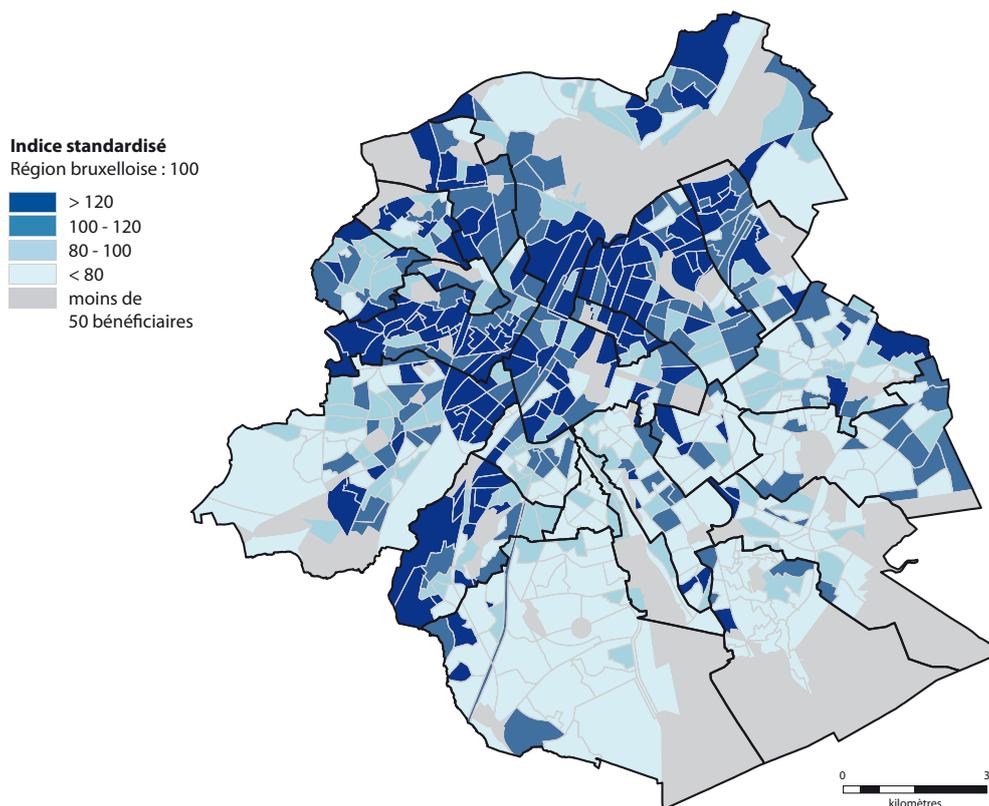
- > 120
- 100 - 120
- 80 - 100
- < 80
- moins de 50 bénéficiaires



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 7 : Dépistage du cancer du sein – via mammothest, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

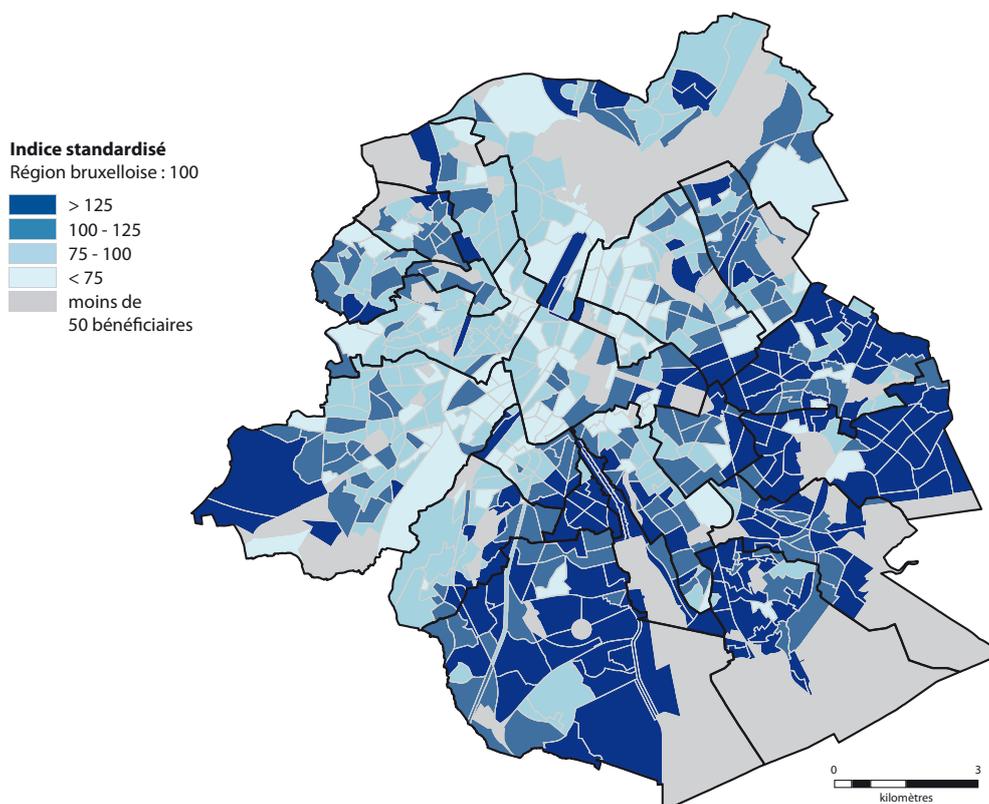
Population de référence : toutes les bruxelloises entre 50 et 69 ans



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 8 : Traitement orthodontique, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

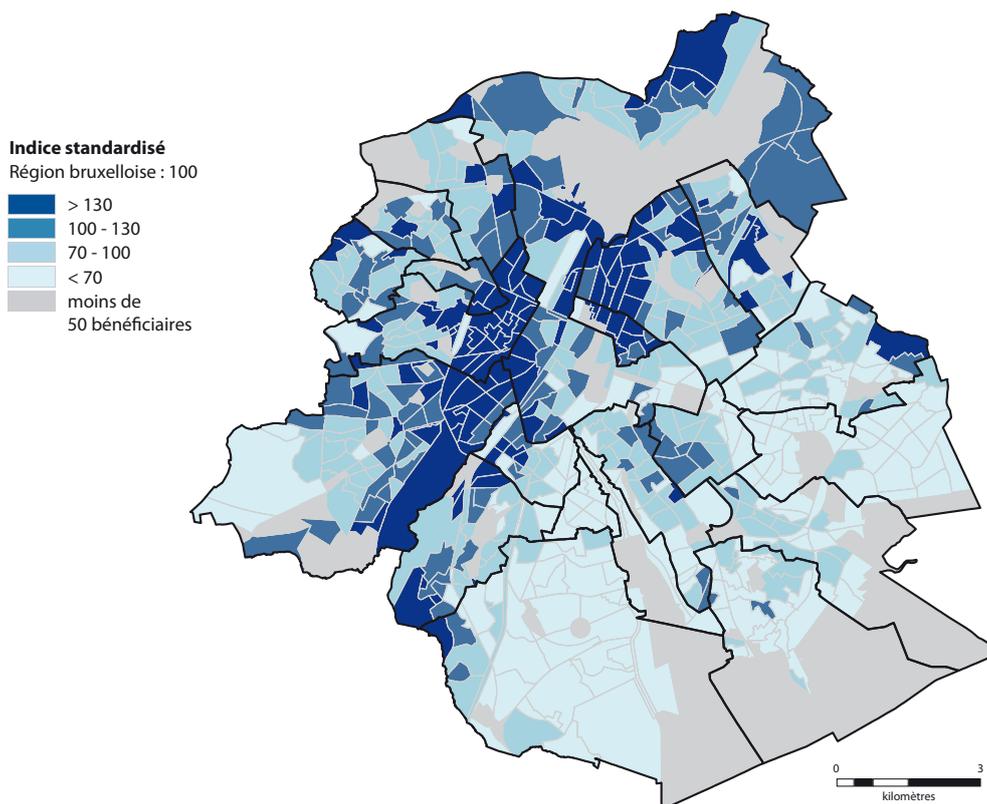
Population de référence : tous les bruxellois de 10 à 18 ans



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 9 : Diabète, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

L'orthodontie et le diabète suivent également ce schéma de fortes inégalités socioéconomiques (voir cartes 8 et 9). Les différences socioéconomiques observées au niveau géographique confirment donc l'existence d'un gradient social très fort pour chacun de ces indicateurs, comme illustré dans les graphiques. L'AIM a à sa disposition la quasi-totalité des données pour l'orthodontie⁵⁰, étant donné qu'elle est en partie remboursée. Pour le diabète en revanche, un important sous-diagnostic semble possible (OMS, 2016) et nous ne savons pas dans quelle mesure ce sous-diagnostic peut différer entre groupes socioéconomiques.

Le croissant pauvre se distingue, mais les tendances sont moins claires ailleurs au sein de la Région

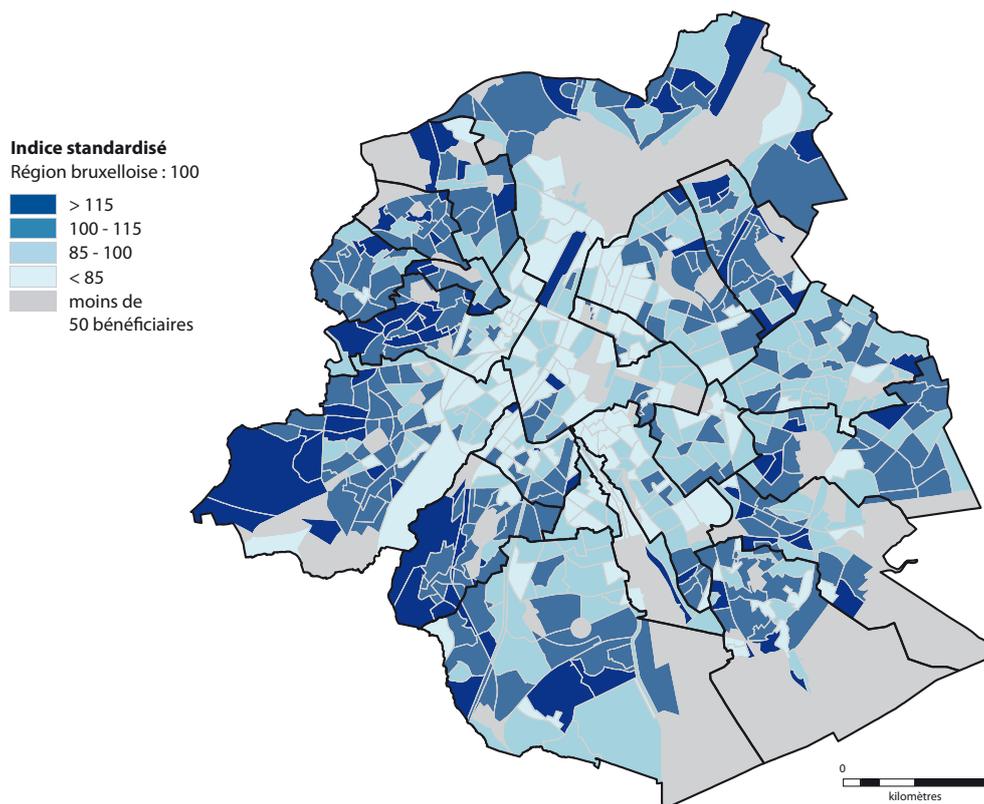
Le **vaccin contre la grippe** chez les 65 ans et plus est nettement moins souvent administré aux personnes vivant dans le croissant pauvre (carte 10). Les distributions géographiques sont en revanche bien moins claires dans le reste de la Région. Il est possible que les résultats soient influencés par le fait que nous n'analysons que les personnes âgées vivant à domicile. Les personnes âgées en institution (MRS/MRPA, maisons de soins psychiatriques) sont exclues de l'analyse, étant donné que la vaccination y est normalement organisée dans le cadre de la politique de santé de l'établissement (Avalosse et al., 2019).

Le croissant pauvre ressort encore pour les **antidépresseurs**, ici dans une moindre mesure (carte 11) et cette fois dans le sens inverse : cette zone ressort plus favorablement de la comparaison, contrairement aux attentes. La situation dans le reste de la Région est très variable. Le graphique de la distribution des antidépresseurs selon les cinq groupes de revenus illustre également que la distribution à Bruxelles diffère par rapport aux autres régions (figure 12a).

50 Sauf si les coûts n'ont pas été introduits à la mutuelle.

Carte 10 : Vaccination contre la grippe, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

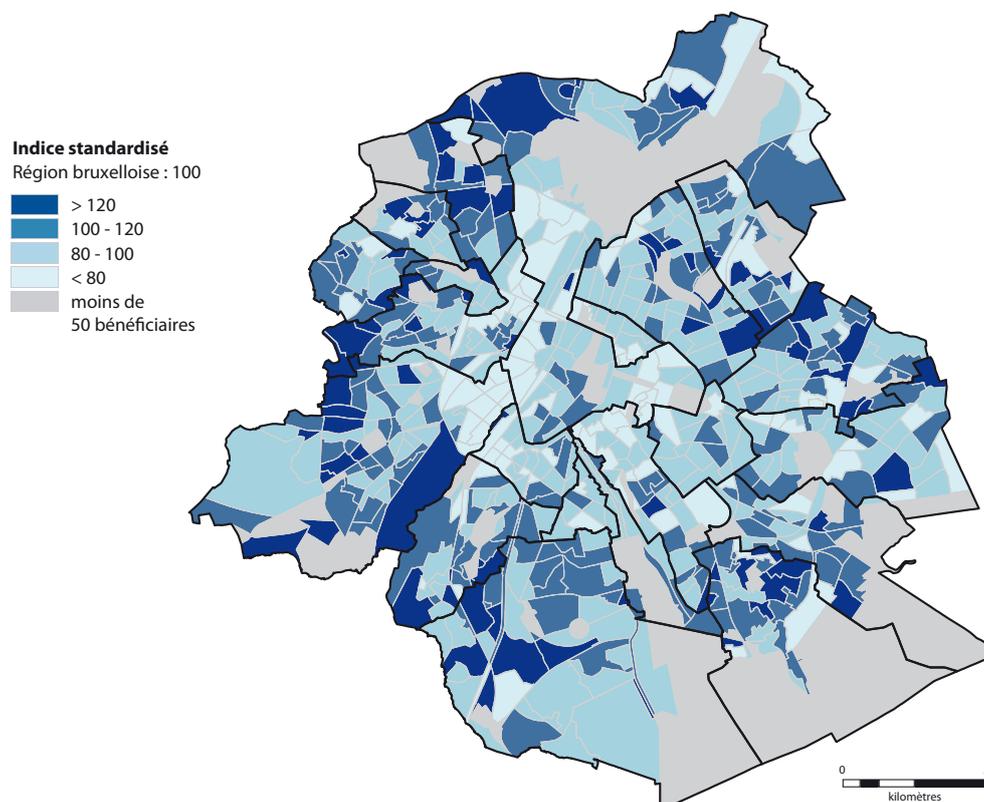
Population de référence : tous les bruxellois ≥ 65 ans qui ne résident pas en MRS, MRPA et MSP



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 11 : Recours aux antidépresseurs, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois

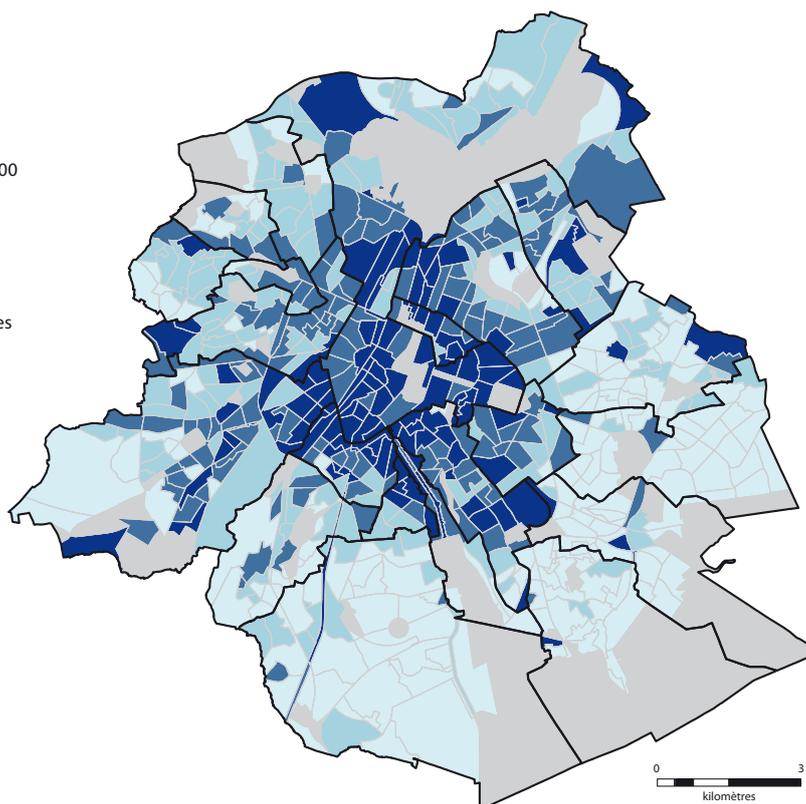


Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 12 : Pas de contact avec le dentiste (3 dernières années), standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016
Population de référence : tous les bruxellois

Indice standardisé
Région bruxelloise : 100

	> 110
	100 - 110
	90 - 100
	< 90
	moins de 50 bénéficiaires



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Situation clairement moins favorable de la première couronne, situation uniformément plus favorable du sud-est

Concernant l'indicateur relatif à l'**absence de consultation chez le dentiste** au cours des trois dernières années, la répartition géographique diffère légèrement de la distribution socioéconomique que l'on retrouve en général systématiquement (carte 12). La consultation chez le dentiste est un indicateur pour lequel le croissant pauvre se distingue beaucoup moins. Les habitants de l'entièreté du centre de la Région bruxelloise, y compris le Pentagone et l'ensemble des quartiers avoisinants, se rendent en moyenne nettement moins souvent chez le dentiste. L'indicateur est plus favorable pour les quartiers riches de l'est et du sud.

Nous analysons ici les visites chez le dentiste, que ce soit pour des soins préventifs ou pour des soins curatifs. Cet indicateur comprend donc une combinaison de prévention et de soins prestés en cas de moins bonne santé bucco-dentaire, qui peut rendre impérative une visite chez le dentiste pour traitement curatif. Le fait que le croissant pauvre se distingue moins nettement peut donc vraisemblablement s'expliquer par le fait que les groupes socioéconomiques plus défavorisés ont également une moins bonne santé bucco-dentaire (voir point 3.10), ce qui les oblige ainsi à se rendre chez un dentiste. Nous avons également déjà vu que le gradient social pour les visites chez le dentiste est moins marqué que pour les soins dentaires

préventifs (voir point 3.4.3.). Il est à noter que l'indicateur relatif aux soins dentaires préventifs ne prend en compte que les consultations au cours desquelles seuls des traitements préventifs ont été délivrés. Si des traitements curatifs et préventifs sont donnés le même jour à la même personne, il n'y aura pas d'attestation pour le volet préventif (Atlas AIM, 2018).

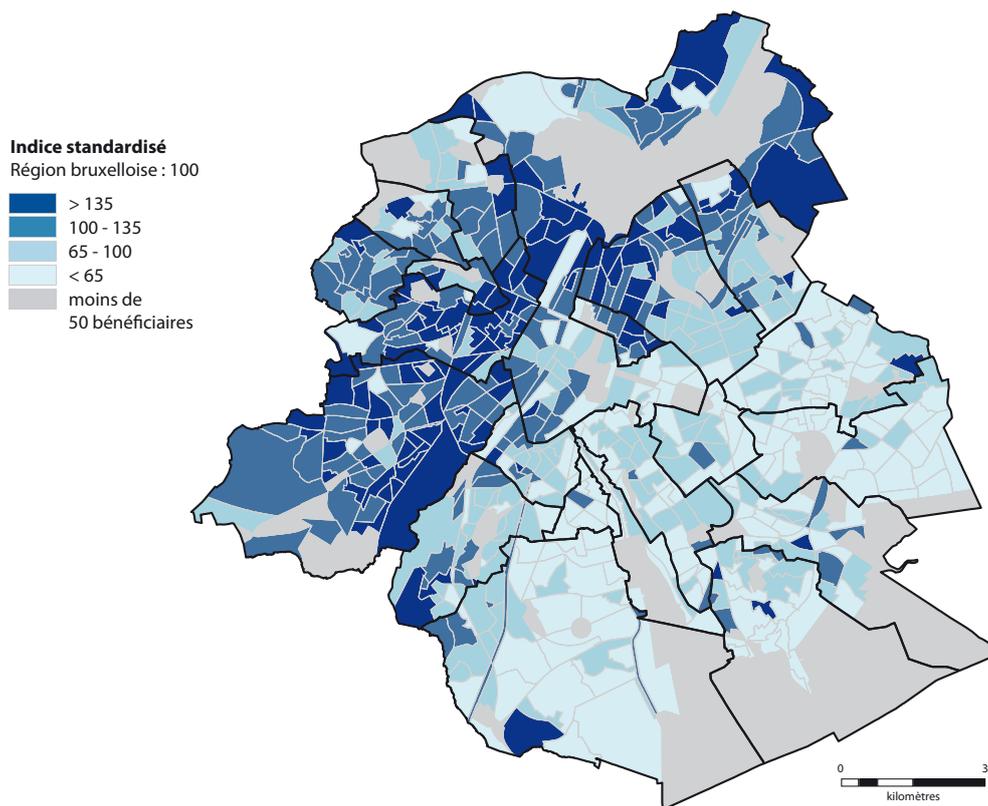
Nord-ouest moins favorable versus sud-est plus favorable

Concernant l'**incapacité de travail** primaire (d'au moins 30 jours - carte 13) et l'**invalidité** (carte 14), certes dans une moindre mesure, on observe une dichotomie avec une proportion élevée dans le nord-ouest et une proportion faible au sud-est. C'est dans la zone du canal et du croissant pauvre que l'on trouve les proportions les plus importantes d'incapacité de travail primaire. Cette zone connaît la plus grande proportion d'ouvriers dans sa population active ; or il s'agit du statut professionnel le plus à risque d'incapacité de travail et d'invalidité (Observatoire de la Santé et du Social, 2006 ; Zoom sur les communes Jette, Ganshoren, Berchem-Sainte-Agathe (IBSA et Observatoire de la Santé et du Social, 2016)).

Là encore, les quartiers comptant de nombreux logements sociaux d'une part et les quartiers en cours de gentrification d'autre part, entraînent des variations par rapport tableau géographique d'ensemble.

Carte 13 : Incapacité primaire de travail, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

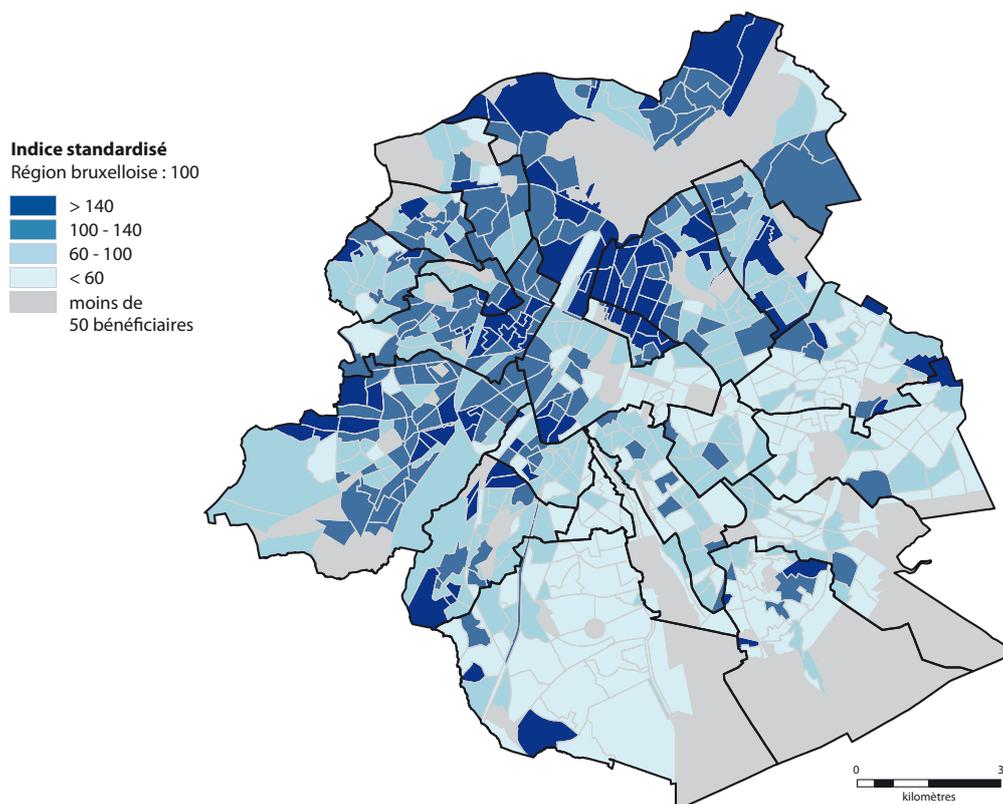
Population de référence : population active (20 à 64 ans) et titulaire



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 14 : Invalidité, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

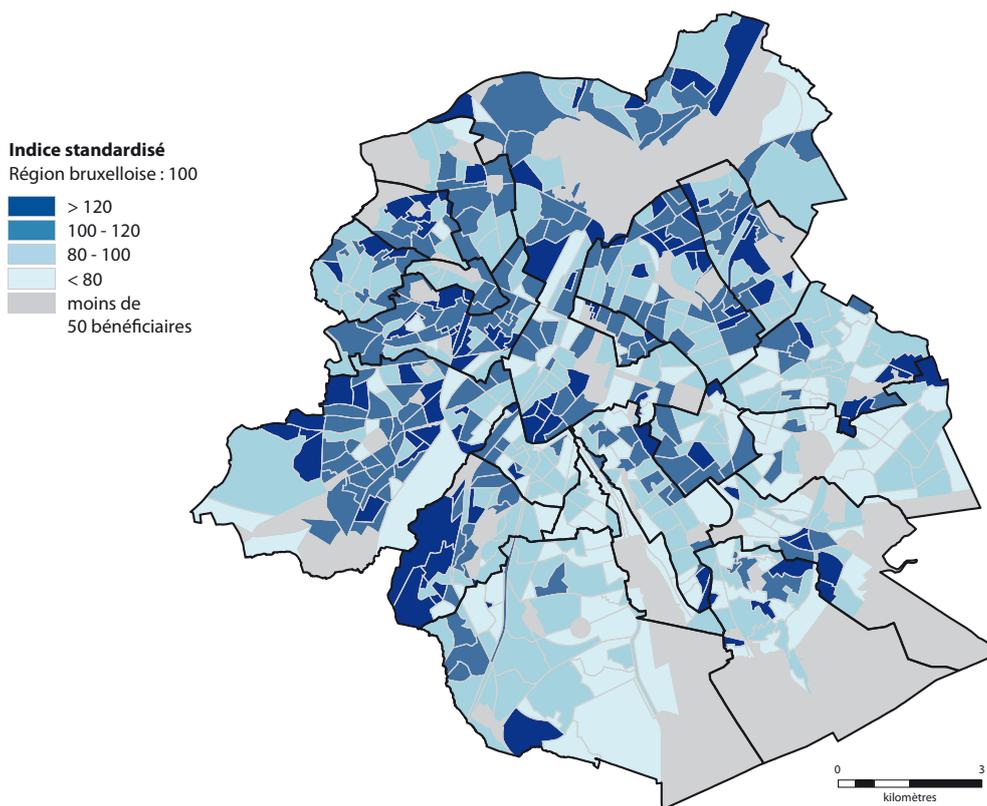
Population de référence : population active (20 à 64 ans) et titulaire



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 15 : Maladies obstructives des voies respiratoires, standardisées par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

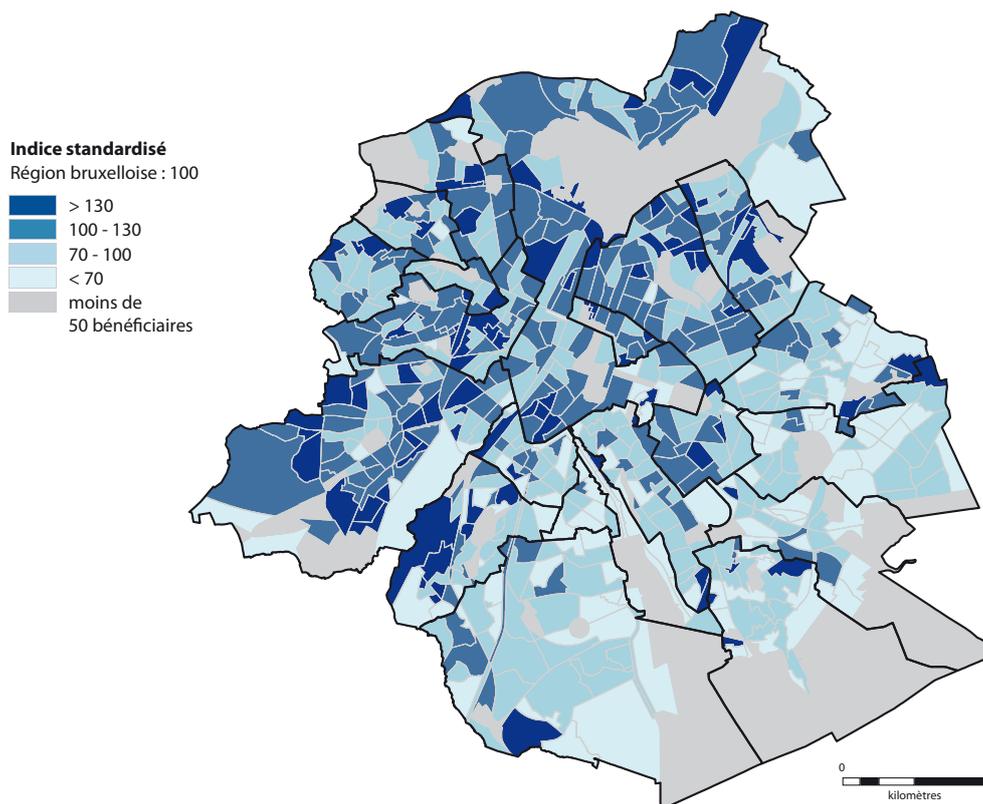
Le sud-est se distingue clairement, tableau variable dans le reste de la Région

Pour les **maladies obstructives des voies respiratoires et la BPCO**, nous voyons clairement que la situation est la plus favorable dans le sud-est, à l'exception des quartiers comprenant de nombreux logements sociaux (cartes 15 et 16). Dans le reste de la Région, la situation est généralement moins favorable, mais il existe parfois de grandes différences entre quartiers voisins. C'est davantage le cas pour le vaste groupe des maladies obstructives des voies respiratoires, en comparaison avec la BPCO. Dans le centre par exemple, toutes les couleurs sont représentées. Cette répartition plus hétérogène est vraisemblablement la conséquence de la différence dans la manière dont les facteurs contribuent à une prévalence accrue de ces affections dans un quartier donné. Les citoyens moins nantis fument en général plus souvent et sont aussi plus souvent exposés au tabagisme passif. Ils habitent également plus souvent dans des logements de mauvaise qualité, dans lesquels il y a plus de pollution intérieure (voir point 4.3.1.), ce qui les expose en conséquence à un risque supérieur d'affections des voies respiratoires.

Nous voyons aussi clairement que les habitants du sud-est bénéficient relativement moins souvent du «**statut affection chronique**» (carte 17), tandis que les habitants des quartiers du nord et de l'ouest de la Région et du Pentagone en bénéficient en moyenne plus souvent. Le croissant pauvre ressort ici donc moins clairement. Comme décrit plus haut (voir point 3.3.), nous pensons que les inégalités socioéconomiques sont sous-estimées pour ce statut.

Carte 16 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

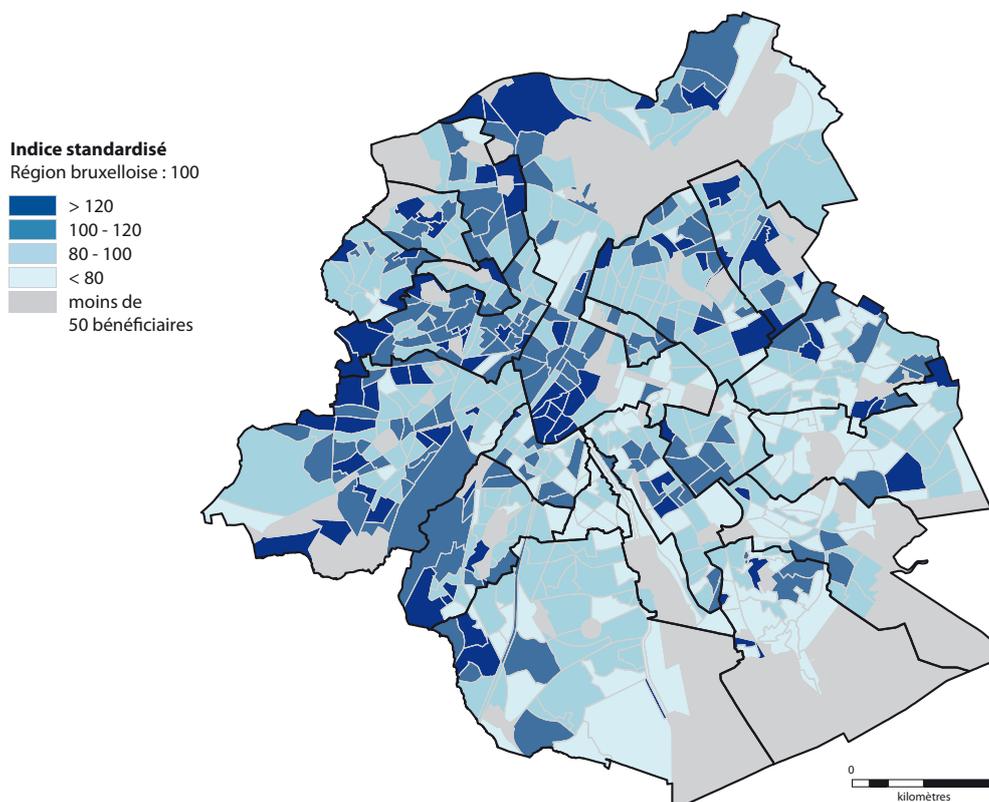
Population de référence : tous les bruxellois \geq 50 ans



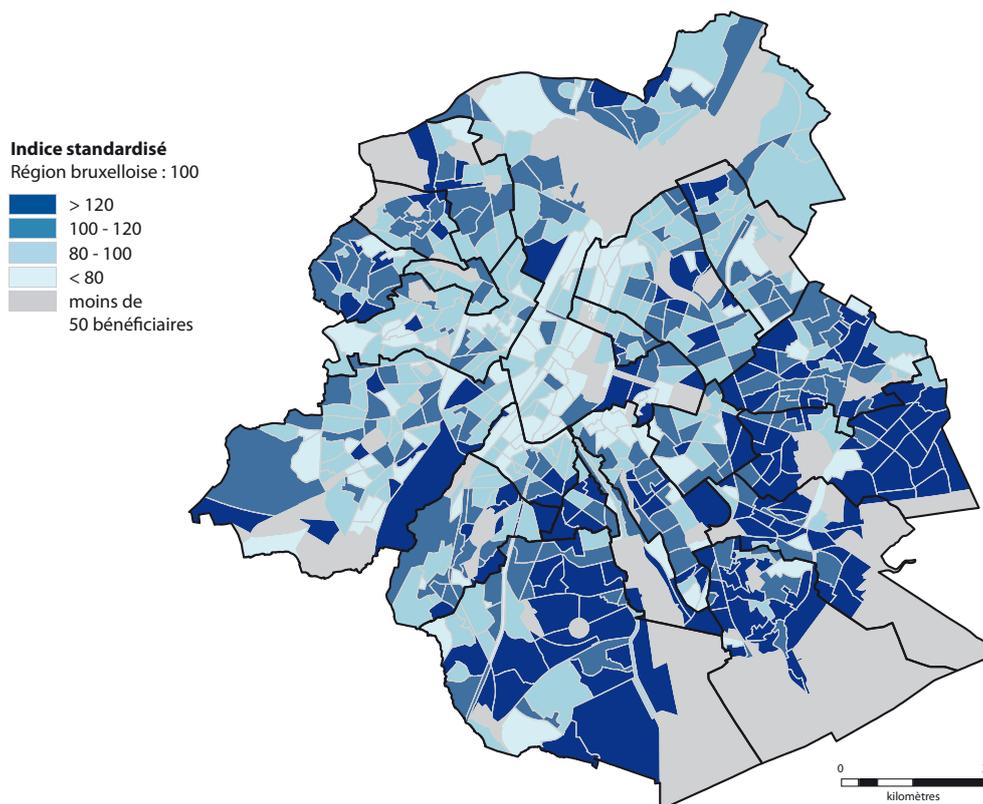
Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 17 : Statut affection chronique, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 18 : Soins dentaires préventifs : enfants, standardisés par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016
Population de référence : tous les bruxellois ≤ 18 ans


Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Dans le sud-est de la Région à nouveau, les **enfants** bénéficient en moyenne plus souvent de **soins dentaires préventifs**. Dans le Pentagone et dans certaines zones alentour, la proportion d'enfants et de jeunes (âgés de 18 ans au plus) bénéficiant de ces soins est plus faible, mais ici à nouveau le croissant pauvre ne ressort pas (carte 18). La mesure rendant les soins dentaires gratuits pour les enfants de moins de 18 ans, auprès des dentistes conventionnés certes, a dû probablement y contribuer positivement. Il est possible que les grandes campagnes de prévention autour de la santé bucco-dentaire menées via les écoles (comme souriez.be/glimlachen.be) aient aussi fait leur effet. Le gradient social pour les soins dentaires préventifs est effectivement supérieur chez les adultes que chez les enfants.

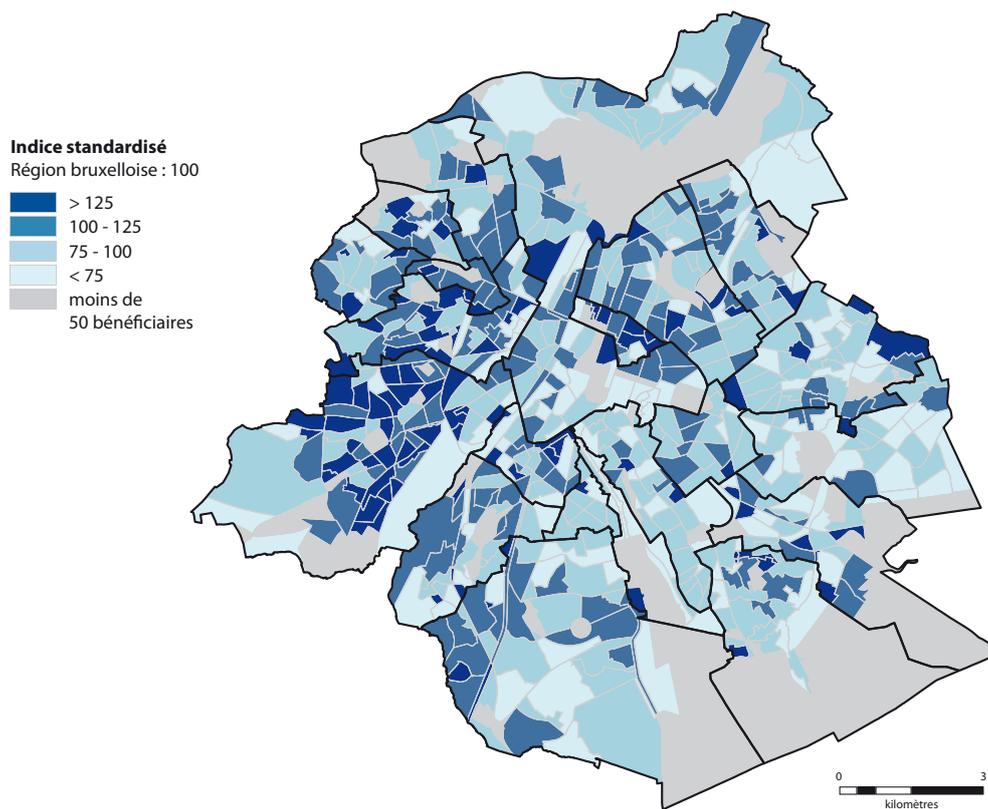
Des tendances géographiques moins claires

Les affections cardiaques (**thérapie cardiaque**) sont relativement plus fréquentes dans le nord-ouest de la Région, mais la situation dans le sud-est n'est cette fois pas aussi uniformément plus favorable (carte 19). Pour les **antipsychotiques**, les **admissions en hôpital psychiatriques** et les **admissions en pédiatrie**, les distributions géographiques correspondent encore moins à ce qui est attendu (cartes 20-22).

Pour les affections cardiaques et les admissions en hôpital psychiatrique, le gradient social observé pour Bruxelles (voir graphiques) se distingue également du gradient observé pour la Flandre et la Wallonie.

Carte 19 : Thérapie cardiaque, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

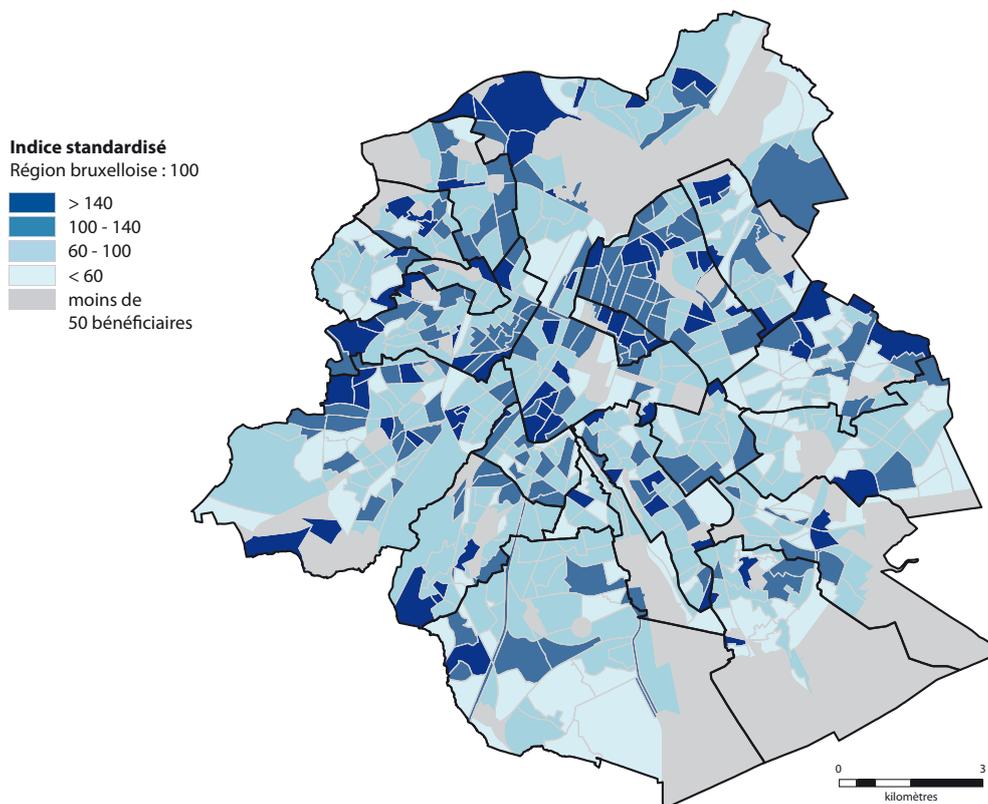
Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 20 : Recours aux antipsychotiques, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

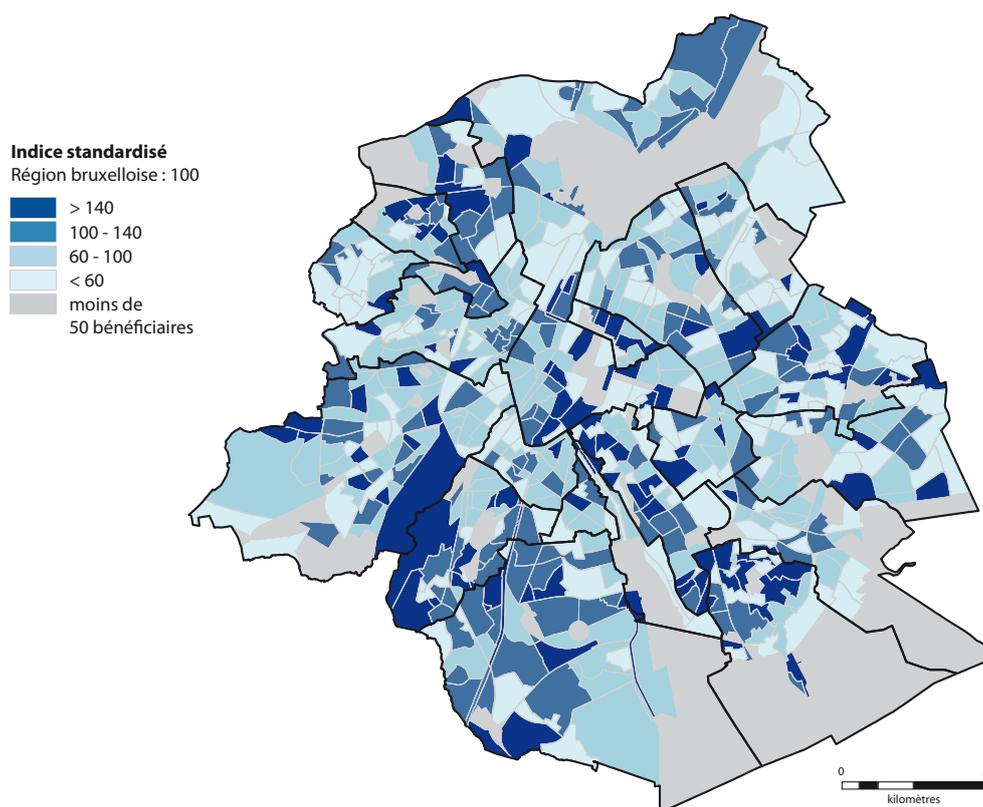
Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 21 : Admission en hôpital psychiatrique ou en service psychiatrique d'un hôpital général, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

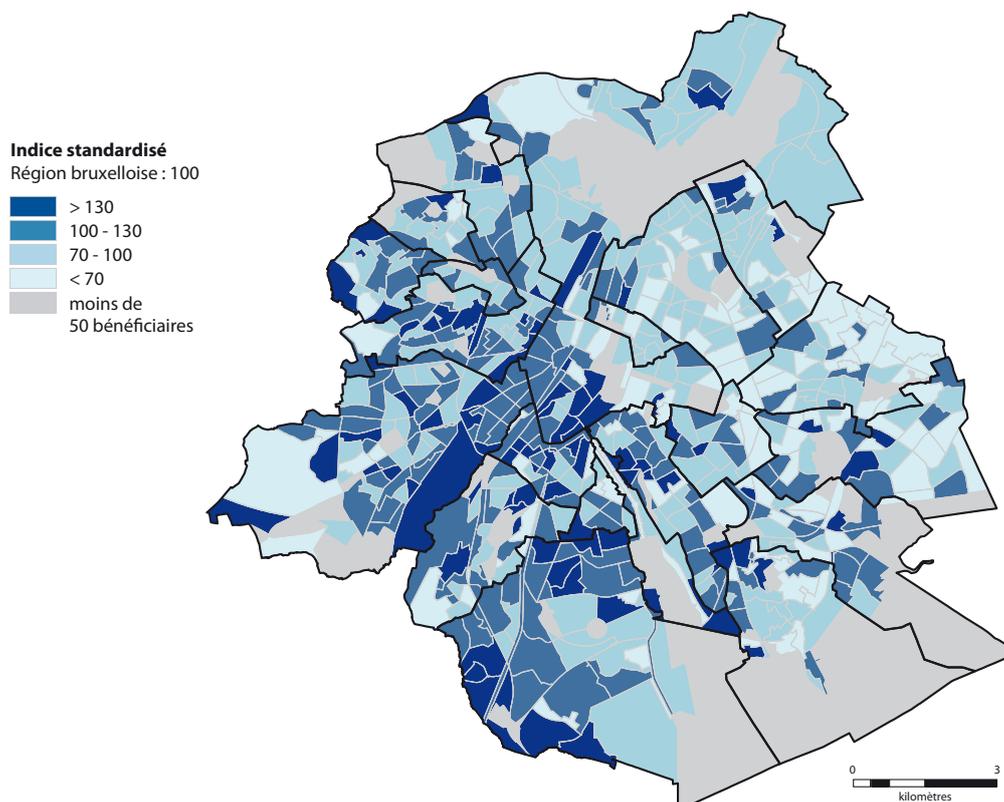
Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 22 : Admission en pédiatrie ou néonatalogie, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

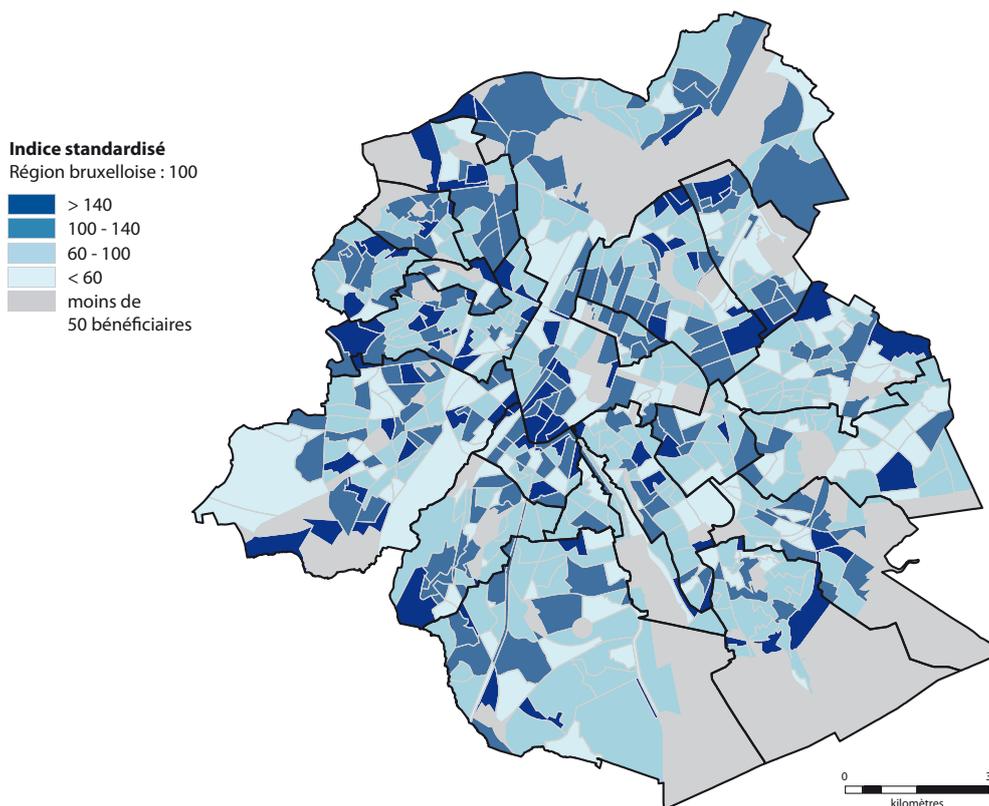
Population de référence : tous les bruxellois ≤ 15 ans



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Carte 23 : Mortalité, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

Population de référence : tous les bruxellois



Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

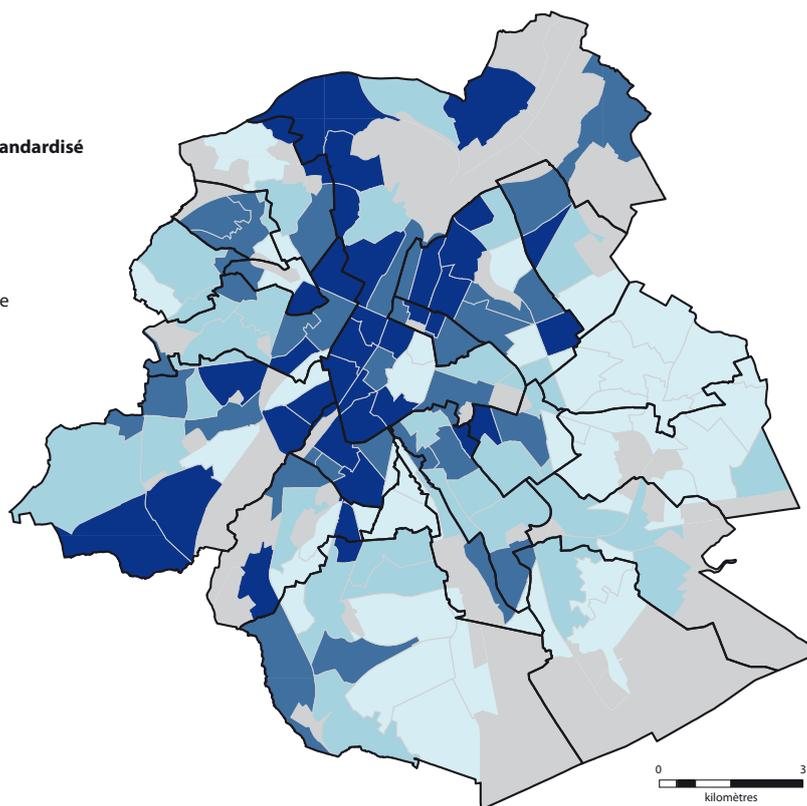
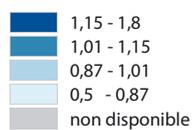
Comme discuté au point 3.11., des difficultés méthodologiques sont probablement à l'origine des différences socio-économiques calculées par rapport à la **mortalité** (carte 23). À cela s'ajoute le fait que les secteurs statistiques ne sont probablement pas le niveau le plus approprié pour étudier les distributions géographiques. Selon le monitoring des quartiers⁵¹, la mortalité doit être étudiée au minimum au niveau des quartiers ; mais même ainsi, les défis méthodologiques restent importants. Les fluctuations liées au hasard dans les quartiers avec une trop petite population rendent difficile l'identification de différences significatives. Il est conseillé d'interpréter les résultats avec prudence et d'appliquer des techniques d'agrégation sur plusieurs années. Celles-ci ont quant à elles l'inconvénient de ne pas être adaptées à l'évolution rapide de la composition de la population d'un quartier, compte tenu des nombreux déménagements à Bruxelles. De plus, il existe de grandes différences entre secteurs statistiques dans la part de la population officielle qui est également couverte par l'assurance maladie obligatoire (voir carte C en annexe), ce qui complique encore l'interprétation des distributions géographiques de la mortalité sur la base des données de l'AIM, étant donné les faibles effectifs. Les distributions géographiques (par quartier) de la mortalité sur la base du

Registre national (Monitoring des quartiers) suivent bien plus nettement la distribution socioéconomique de la Région bruxelloise (carte 24).

51 <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/taux-de-mortalite-standardise/>

Carte 24 : Mortalité standardisée sur base du Registre national, par quartier, Région bruxelloise, 2004

Population de référence : tous les bruxellois

Taux de mortalité standardisé
2004

Source : VUB, Registre National. Monitoring des quartiers-IBSA © - Brussels UrbIS ©

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1. CONCLUSIONS

Ce rapport illustre clairement l'omniprésence en Région bruxelloise des inégalités socioéconomiques par rapport à pratiquement tous les indicateurs de santé. Les grandes différences entre groupes de revenus s'expriment en outre par de fortes différences géographiques au sein de la Région.

Il importe de souligner que les inégalités socioéconomiques en santé existent dès la naissance, comme le démontrent les chiffres de la mortalité et de la mortalité infantile. L'accumulation de conditions et d'événements de vie favorables ou défavorables se traduit ensuite par des différences d'état de santé en fonction de la position socioéconomique tout au long de la vie. Les opportunités que les personnes rencontreront dans leur vie sont en grande partie déterminées par leur propre position socioéconomique et par le contexte socioéconomique et politique plus général qui y est lié. Les études de l'Observatoire de la Santé et du Social ont montré à maintes reprises les grandes différences existant au sein de la Région bruxelloise, en termes de conditions de travail et de vie, de comportements de santé et de recours aux soins de santé.

Il est également important de souligner que ces différences ne concernent pas que le groupe le plus fragile de la société. Au contraire, on observe souvent un gradient social clair ; une amélioration de la santé étant donc encore possible pour tous les groupes se situant au milieu de l'échelle sociale.

6.2. DÉTERMINANTS STRUCTURELS VERSUS RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE

On attend de plus en plus des citoyens qu'ils prennent activement des décisions en matière de santé et qu'ils agissent en patients informés au sein du système de soins. Les décideurs politiques insistent davantage sur les comportements de santé sains et sur les soins de santé, pour des raisons idéologiques, historiques et pratiques, plutôt que de se concentrer sur les déterminants structurels qui sous-tendent les inégalités de santé.

Les individus sont ainsi rendus de plus en plus responsables de leur propre santé, le contexte socioéconomique plus large dans lequel ils font leurs «choix» par rapport à la santé disparaissant à l'arrière-plan. Ces «choix» ne sont pas toujours aussi rationnels et conscients (Abel en Frohlich 2012), d'où les guillemets. Nous avons déjà cité l'exemple du tabagisme comme possible mécanisme pour faire face au stress induit par des conditions de travail et de vie difficiles. Mais les conditions de vie dans l'enfance peuvent, elles aussi, avoir des conséquences durables étant donné que les personnes agissent souvent d'après l'exemple donné par leurs parents, également par rapport aux comportements de santé. Ce sont les parents qui doivent par exemple emmener leurs enfants en visite préventive chez le dentiste. Les inégalités de santé peuvent donc se transmettre de génération en génération et les processus sous-jacents sont souvent très subtils et peu visibles (Missinne et al., 2014).

6.3. UN UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

Étant donné que les inégalités en matière de santé ne concernent pas uniquement le groupe le plus défavorisé, des mesures universelles doivent être prises. Lorsque les interventions s'adressent spécifiquement à un groupe donné, il existe en outre un risque de stigmatisation de ce groupe (Fondation Roi Baudouin, 2007).

Cependant, pour réduire le gradient social par rapport aux inégalités de santé, les actions universelles doivent parfois être complétées d'efforts supplémentaires, proportionnels au degré de précarité sociale. Il faudra également parfois adapter les méthodes en fonction du groupe socioéconomique (le principe d'universalisme proportionné, Marmot et al., 2010). Ceci est nécessaire étant donné que ce sont souvent les personnes plus favorisées qui adaptent plus vite leurs comportements de santé lors de l'introduction de nouvelles mesures universelles, ou qui sont plus susceptibles d'en tirer profit, de sorte que ces mesures peuvent involontairement renforcer les inégalités socioéconomiques. Un exemple connu est celui du gradient social par rapport au tabagisme, qui ne s'est clairement manifesté qu'à partir des années 50, moment auquel on a pris de plus en plus conscience des effets négatifs de la cigarette pour la santé. Les groupes socioéconomiques les plus favorisés ont depuis lors adapté plus rapidement leurs comportements par rapport au tabac, et ont aussi davantage donné suite aux campagnes d'information ou aux mesures politiques (Lawlor et al., 2003).

6.4. DE LA NÉCESSITÉ D'UNE POLITIQUE COORDONNÉE

Étant donné que les inégalités de santé sont très profondément ancrées dans le contexte socioéconomique et social plus large, les mesures politiques ne peuvent se limiter aux seuls soins de santé. En Belgique, cependant, la problématique a été abordée de cette manière jusqu'à récemment, la politique de santé y visant surtout la présence et l'accessibilité universelle des dispositifs de soins de santé (Fondation Roi Baudouin, 2007). Il existe une grande confusion systémique entre politique de santé et politique de SOINS de santé. Il est par exemple très difficile de mettre les inégalités socioéconomiques de santé en les abordant de manière globale, comme ici dans ce dossier, à l'agenda politique fédéral, étant donné que la question est réduite à celles de l'inégalité d'accès aux soins de santé (De Spiegelaere, 2011).

Michael Marmot (2015) plaide pour un grand changement de paradigme qui nous ferait réfléchir aux raisons pour lesquelles nous soignons les personnes pour ensuite les renvoyer aux conditions de vie qui les ont rendues malades. De nombreux domaines politiques ont donc une influence sur la santé, comme l'emploi, le milieu scolaire, le logement, l'environnement, la sécurité sociale, etc. Pour s'attaquer aux inégalités sociales de santé, il est dès lors aussi important que la santé soit incluse dans l'ensemble des domaines politiques, comme le prescrit le principe «Health in all policies» de l'Organisation mondiale de la santé. De bonnes initiatives ont déjà été prises dans ce sens à Bruxelles, avec l'intégration du principe dans le Plan santé bruxellois⁵² et les réflexions sur la façon dont l'espace public peut contribuer au bien-être de tous⁵³.

Cela ne signifie cependant pas que les soins de santé ne joueraient pas un rôle crucial, au contraire. Des soins de santé accessibles contribueront certainement à la réduction des inégalités de santé. Il reste également encore du travail dans ce domaine, comme les résultats de cette étude le démontrent à nouveau. De même, au sein des soins de santé, il y aurait lieu de mieux coordonner les différents domaines politiques. Les liens entre, entre autres, soins de santé curatifs et préventifs, promotion de la santé et politique sociale doivent être renforcés (Fondation Roi Baudouin, 2007).

52 <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/news/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles>

53 <https://perspective.brussels/fr/etudes-observations/sante-et-bien-etre/se-soigner-dans-la-ville-zorg-de-stad-journee-detude>

6.5. SUITE DE LA RECHERCHE

Il est désormais clair que des inégalités sociales existent pour de nombreux aspects de la santé. À côté de la nécessité d'une action politique, il y a dans le domaine de la recherche surtout un besoin de **mieux comprendre les mécanismes sous-jacents** (Fondation Roi Baudouin, 2007) afin de mieux ajuster les interventions politiques en conséquence. Selon l'indicateur utilisé (ex: revenu, niveau d'éducation,...), la recherche quantitative mesure des aspects différents du statut socioéconomique. Tenir compte de cela permet de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents des inégalités sociales de santé. Mais il y a surtout un besoin de **davantage d'études qualitatives et d'une meilleure connaissance du terrain**. Les chiffres ne peuvent en effet en aucun cas donner toutes les informations nécessaires.

Il est aussi nécessaire de disposer de plus de connaissances sur **l'impact des mesures et des interventions**, mais ceci est difficile à mesurer. Un certain temps doit en effet s'écouler avant que des effets (positifs) pour la santé ou pour la position socioéconomique se manifestent. De plus, il est difficile de distinguer ces effets des évolutions dans d'autres domaines (Graham, 2004). Lorsque les interventions sont menées à un niveau très local, il est en outre difficile de déterminer les bonnes pratiques qui pourront être appliquées plus largement.

De même, le **rôle de facteurs contextuels sur les inégalités de santé** doit être examiné plus en détails. Les grandes inégalités de santé observées entre quartiers bruxellois résultent souvent d'une combinaison d'effets contextuels (e.a. infrastructure publique, espaces verts, pollution) et d'effets de composition (part des habitants avec un profil socioéconomique plus ou moins favorable). Ces effets de contexte et de composition sont liés entre eux, ce qui a pour conséquence qu'il est difficile de chiffrer leurs effets de manière distincte. Ceci amène trop souvent à «expliquer statistiquement» les facteurs contextuels par les effets de composition, de sorte que leurs effets ne sont pas mis en évidence. Il n'est toutefois pas toujours souhaitable de distinguer statistiquement ces effets. Il est plus important de développer la connaissance du terrain, étant donné qu'il est souhaitable d'adapter les mesures politiques au contexte spécifique dans lequel le groupe-cible vit et travaille.

Enfin, nous manquons d'informations sur l'influence du fait d'être de **nationalité ou d'origine étrangère**, sur les inégalités de santé, ainsi que du rôle de la discrimination (positive) qui peut y être associée. Ceci est naturellement fort important pour Bruxelles, compte tenu de la grande diversité de la population bruxelloise. En 2017, deux tiers (66 %) de la population officielle n'ayant pas la nationalité belge étaient originaires d'un des 28 États membres de l'Union européenne (EU28). Cette même année, les Français restaient le groupe le plus représenté parmi les personnes de nationalité étrangère en Région bruxelloise, suivis des Roumains, des Marocains et des Italiens. Nous disposons encore de trop d'information sur le rôle des aspects socioculturels par rapport aux inégalités de santé. Pour autant, les personnes de nationalité non belge ne se trouvent pas nécessairement dans une position socioéconomique moins bonne. Les résultats d'études menées dans d'autres pays, ou même dans d'autres régions en Belgique, ne sont dès lors pas transposables tels quels à Bruxelles.

REFERENCES

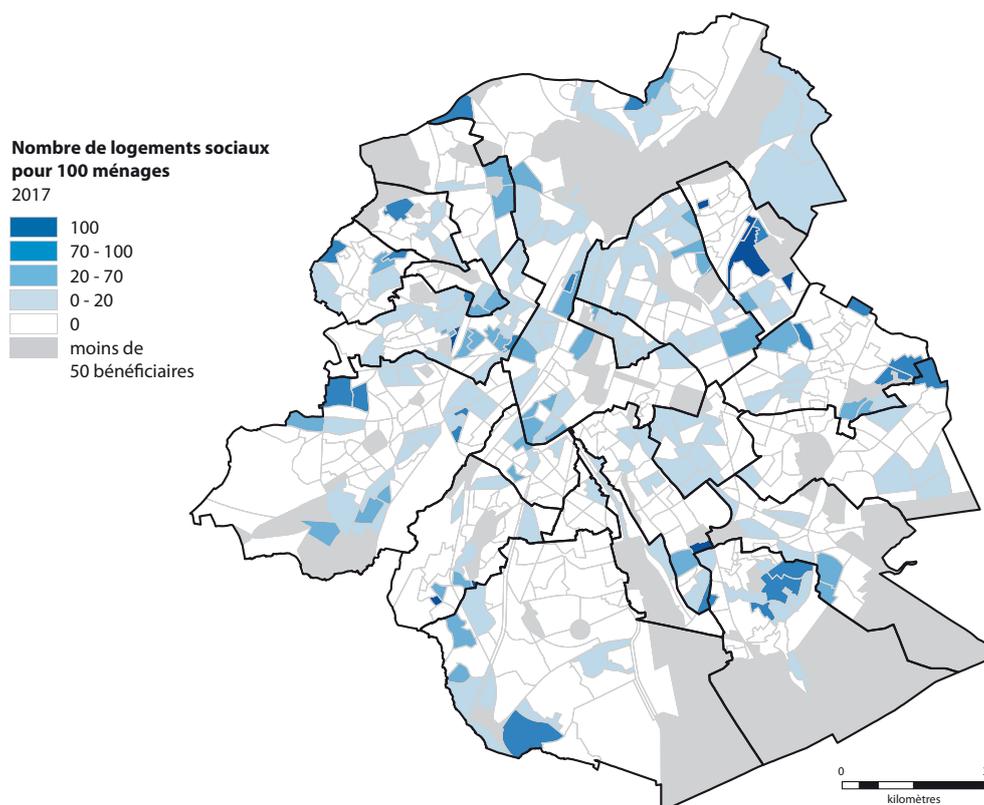
- Abel, T. & Frohlich, K., 2012. Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine*, 74, 236-244
- Ackaert, K., Demyttenaerte, B., De Wolf, F., Dolphens, M., Guillaume, J., Landtmeters, B., Lona, M. 2019. Suppléments d'honoraires médicaux lors de séjours hospitaliers. AIM: Bruxelles. Disponible via : https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf
- Actiris. 2019. Profil et trajectoire des chercheurs d'emploi en région de Bruxelles-Capitale - Monitoring selon l'origine nationale. Actiris, Bruxelles
- Arbyn, M., Haelens, A., Desomer, A., Verdoodt, F., Thiry, N., Francart, J., Hanquet, G., Robays, J. Quel dépistage pour le cancer du col ? – Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 238Bs. D/2015/10.273/15
- Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., Mertens, R. 2008. Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes. *MC information* 233: 3-15
- Avalosse, H., Vancorenland, S. & Verniest, R. 2015. Les inégalités en santé chez les membres des MC : ne pas avancer, c'est reculer. *MC-Information* 262: 26-39
- Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S. et al. 2017. Littérature en santé et sources d'information. *MC-Informations* 267 : 37-47
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., Di zinno, T. 2019. Inégalités sociales en santé. AIM, Bruxelles
- Boutsen, M., Camilotti, G., Di Zinno, T., Pirson, A., Van Cutsem, P., Vervoort, K. 2017. Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour. AIM, Bruxelles. Disponible via : https://aim-ima.be/IMG/pdf/etude_ima-mm_-_resume-20171205_fr.pdf
- Carels, C., De Ridder, L., Van Loock, N., Bogaerts, K., Eysen, M., Obyn, C. 2008. Orthodontie chez les enfants et adolescents. Health Services research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 77B (D/2008/10.273/21)
- Charafeddine, R. et al. 2013. Health Interview Survey 2013. Research Protocol. Scientific Institute of Public Health, Brussels
- Christakis, N. A. & Fowler, J.H. 2007. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379
- Cockerham, W.C. 2007. *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press
- Cohn, S. 2014. From health behaviours to health practices: an introduction. *Sociology of Health & Illness*, 36(2)
- Cornut, P., Bauler, T. & Zaccai. 2007. *Environnement et inégalités sociales*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles
- de Leeuw, Hox, Dillman (eds.). *International handbook of survey methodology*, New York, NY: Lawrence Erlbaum Associate
- Demarest S. 2015. Accessibilité financière aux soins de santé. Dans : Drieskens S, Gisle L (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. WIV-ISP, Bruxelles
- Demarest S. 2015. Santé sociale. Dans : Charafeddine, R., Demarest, S. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 4 : Environnement physique et social*. WIV-ISP, Bruxelles
- Desiere, S., Struyven, L., Cuyvers, D., Gangji, A. De internationale tewerkstelling: eindelijk aanwezig in de arbeidsmarktstatistieken. Brussels Instituut voor Statistische Analyse, Focus nr. 24, Brussel
- De Spiegelaere, M. 2011. How to move towards a more integrated health system and more coherent health policies taking into account the Brussels realities. In Schokkaert & Van de Voorde (Eds.): *belgium's healthcare system should the communities/regions take it over ? or the sickness funds ?*. Re-Bel initiative
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., Meeus, P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33
- Drieskens, S. 2014. La pratique d'activités physiques. Dans : Gisle, L., Demarest, S. (ed.). *Gezondheidsenquête 2013. Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles
- Fondation Roi Baudouin. 2007. *Inégalités en santé - Recommandations politiques*. Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique. D/2007/2893/38
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. 2003. Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 229
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. 2006a. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 60(1), 7-12

- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. 2006b. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 60(2), 95-101
- Gilmore, David C., Terry A. Beehr, and Kevin G. Love. 1986. Effects of applicant sex, applicant physical attractiveness, type of rater and type of job on interview decisions. *Journal of occupational psychology* 59.2: 103-109
- Gisle, L. 2014. Santé mentale. Dans : Van der Heyden, J., Charafeddine, R. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être*. WIV-ISP, Bruxelles
- Gisle, L. 2014. La consommation d'alcool. Dans : Gisle, L., Demarest, S. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles
- Graham, H. 2004. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly* 82.1: 101-124
- Griffin, SO., Barker, LK., Griffin, PM, Cleveland, JL, Kohn, W. 2009. Oral health needs among adults in the United States with chronic diseases. *The Journal of the American Dental Association*, 140 (10): 1266-1274
- Hercot, D., Mazina, D., Verduyck, P., Deguerry, M. 2015. Naître Bruxellois(e). Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, Bruxelles
- INAMI (2018). Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides. Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (Commission communautaire commune). 2016. Zoom sur les communes : Jette
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (Commission communautaire commune). 2016. Zoom sur les communes : Ganshoren
- Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (Commission communautaire commune). 2016. Zoom sur les communes : Berchem-Sainte-Agathe
- Jindal SK. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers - Is it a different phenotype?. *Indian J Med Res*. 2018 ;147(4):337-339
- Kohn L., Obyn C., Adriaenssens J., Christiaens W., Van Cauter X., Eyssen M. 2016, Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 265. D/2016/10.273/34
- Kurt, O. K., Zhang, J., & Pinkerton, K. E. 2016. Pulmonary health effects of air pollution. *Current opinion in pulmonary medicine*, 22(2), 138
- Lammens, L., De Spiegelaere, M. & Deboosere, P. 2009. Etude de faisabilité de l'utilisation des données de l'AIM pour la construction d'indicateurs de santé à l'échelon local. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capital
- Lawlor, Debbie A, Frankel, Stephen, Shaw, Mary, Ebrahim, Shah, Smith, George Davey. 2003. Smoking and Ill Health: Does Lay Epidemiology Explain the Failure of Smoking Cessation Programs Among Deprived Populations? *Am J Public Health*, 93: 266-270
- Leefmilieu Brussel. 2008. Welke verbanden bestaan er tussen de verontreiniging van het binnenmilieu en de gezondheid? Gids voor de milieu-en gezondheidsprofessional. Brussel
- Lim, S. et al. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), 2224-2260
- Lorant, V & Dauhin N. (2004). Comparaison de l'enquête de santé 2001 et de l'enquête socio-économique 2001. UCL : Bruxelles. Disponible via <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/comparaison-de-lenquete-de-sante-2001-et-de-lenquete-socio-economique-2001.pdf>
- Lorant, V., Robert, P., Soto, V., Tihon, M. 2015. Les écoles renferment le terreau des inégalités de santé. *Education Santé* (308). Disponible via <http://educationsante.be/article/les-ecoles-renferment-le-terreau-des-inegalites-de-sante/>
- Lynch, J. 2017. Reframing inequality? The health inequalities turn as a dangerous frame shift. *Journal of Public Health*, 39(4), 653-660
- Marmot, et al. 2010. The Marmot review: Fair society, healthy lives. *The Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*
- Marmot, M. 2015. *The health gap*. London: Bloomsbury
- Mazina, D., Missinne, S., Verduyck, P., Deguerry, M. 2017. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Accidents. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Mirowsky, J. & Ross, C.E. 2003. *Education, social status, and health*. New York: de Gruyter, Inc.
- Missinne, S., Neels, K. & Bracke, P. 2014. Reconsidering inequalities in preventive health care: an application of cultural health capital theory and the life-course perspective to the take-up of mammography screening. *Sociology of health & illness* 36.8: 1259-1275
- Missinne, S. & Luyten, S. Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries? Observatoire de la Santé et du Social. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Missinne, S., Verduyck, P., Hercot, D. 2017. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Maladies chroniques.

- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles. 2006. Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Observatoire de la santé et du social de Bruxelles. 2017. Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2017. Baromètre social 2018. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2018. Baromètre social 2018. Commission communautaire commune. Bruxelles
- OECD/EU. 2018. Health at a Glance : Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Omran, A. R. 1971. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*, 49(4), 509-538
- Organisation Mondiale de Santé, 2016. Diabetes-fact sheet. Page consultée le 23-08-2019 via <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organisation Mondiale de Santé, 2018. Influenza (seasonal) – fact sheet. Page consultée le 23-08-2019 via [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
- Mutualités libres. 2019. De l'enfance à l'adolescence : pas tous égaux en matière de santé. <https://www.mloz.be/fr/communiqués/de-lenfance-ladollescence-pas-tous-egaux-en-matiere-de-sante>
- Renard, et al. 2017. Educational inequalities in premature mortality by region in the Belgian population in the 2000s. *Archives of Public Health* 75.1: 44
- Rosenquist, J. N., Murabito, J., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. 2010. The Spread of Alcohol Consumption Behavior in a Large Social Network. *Annals of Internal Medicine*, 152(7), 426-W141
- Salvi, SS., Barnes, PJ. 2009. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet*. 374:733–743
- Service public fédéral Sécurité sociale. 2018. The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2018. Disponible via : https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/analysis-social-situation-and-protection-belgium-2018-en_2.pdf
- Siegrist, J. 1996. Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1,27-41
- Solar, O., Irwin A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, World Health Organisation
- Solidaris. 2018. Où en sont les inégalités aujourd'hui ? Le thermomètre des Belges <http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2019/01/ThermoXI-Rapport-complet.pdf>
- Sørensen .K., Van den broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., for (hls-eu) consortium health literacy project european. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80
- Tehranifar, P., Neugut A., Phelan, J. Link. B., Liao, Y. Desai, M., Terry, M. 2009. Medical advances and racial/ethnic disparities in cancer survival. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 18.10 : 2701-2708
- Treutens, P. 2016. La statistique fiscale des revenus, une source de données adéquate pour mesurer le niveau de vie des Bruxellois ? Institut Bruxellois de Statistique et d'analyse (IBSA), Focus n° 14, février 2016.
- Van den Broucke, S. & Renwart, A. 2014. La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé. Louvain la Neuve : Université catholique de Louvain.
- Van den Broucke, S. 2015. Interview in *Education Santé*, n. 302 <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>
- Vandeleene, G. & Lambert, L. 2019. Tandzorg: financiële incentives in vraag gesteld. *CM-Informatie* 276 : 4-19
- Van der Heyden, J. Santé bucco-dentaire. 2014. Dans : Gisle, L., Demarest, S. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles
- van Ryn, M. & Burke, J. 2000. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine*, 50(6):813-28
- Van Tielen, R., Karakaya, G., Amrous, K., 2017. Tandzorg in België in de periode 2011-2015. Welke verzorging? Welke terugbetalingen? Welke kosten voor het gezin? Onafhankelijke Ziekenfondsen, Brussel
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V. Charafeddine, R. (Eds.). 2011. Les inégalités sociales de santé en Belgique, Gent : Academia Press
- Verduyck, P., Hercot, D., Deguerry, M. 2016. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Mortalité. Aperçu des décès pour la période 1998-2013. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles
- Whelan, C.T., Layte, R., Maitre, B. & Nolan, B. 2001. Income, deprivation, and economic strain. An analysis of the European community household panel. *European Sociological Review* 17:357- 372

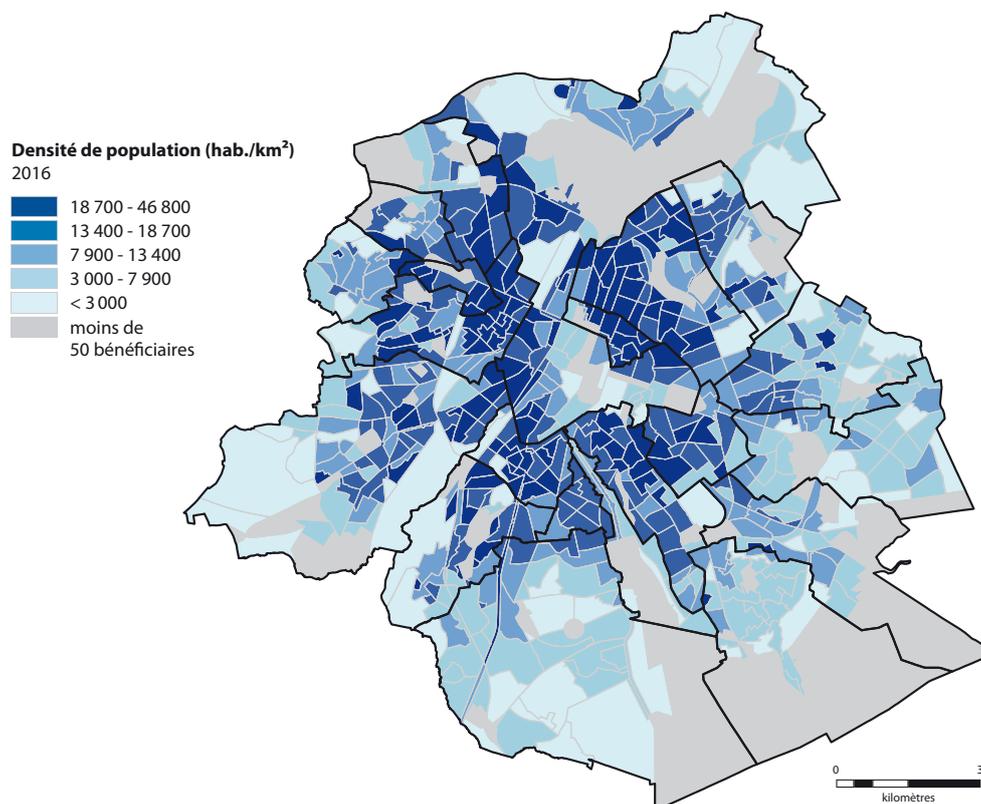
ANNEXES

Carte A : Part des logements sociaux, Région bruxelloise, 2016



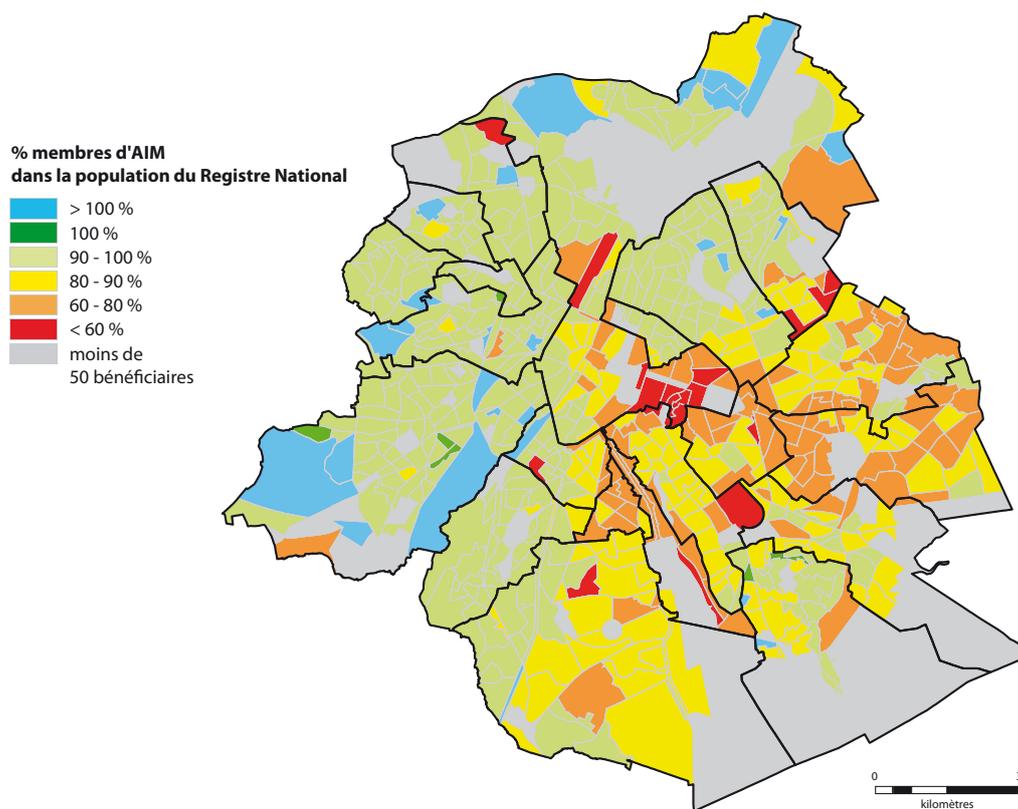
Source : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, Monitoring des quartiers

Carte B : Densité de population, Région bruxelloise, 2016



Source : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, Monitoring des quartiers

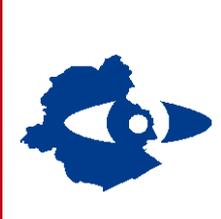
Carte C : Pourcentage des membres AIM inscrits également au Registre national, Région bruxelloise, 2016



Source : Agence InterMutualiste ; Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse, Monitoring des quartiers

Carte D : Les communes de la Région bruxelloise





Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé

Le présent dossier donne une vue d'ensemble des inégalités socioéconomiques dans le domaine de la santé à Bruxelles, et les principaux déterminants de celles-ci, avec comme fil rouge le cadre théorique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il se base principalement sur les données de l'Agence Intermutualiste (AIM), l'Enquête de santé réalisée par Sciensano et les Bulletins de naissance et décès.

Outre la mise en évidence des inégalités socioéconomiques à l'aide de graphiques, les différences entre les quartiers bruxellois sont également présentées à l'aide de cartes, et ce pour chacun des indicateurs produits par l'AIM. Ces cartes fournissent des renseignements supplémentaires quant à la répartition spatiale des indicateurs de santé.

<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce document est également disponible en néerlandais.

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel:
«Iedereen even gezond in Brussel ?
Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid»