



# Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?

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

### RÉSUMÉ

#### Auteurs

Sarah MISSINNE  
Hervé AVALOSSE (Agence  
Intermutualiste)  
Sarah LUYTEN

#### Pour plus d'informations

Observatoire de la Santé et du Social de la Région de  
Bruxelles-Capitale  
Commission communautaire commune  
71 rue Belliard, boîte 1 – 1040 Bruxelles  
Tél. : 02/552.01.89  
[observat@ccc.brussels](mailto:observat@ccc.brussels)  
<https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Sarah Missinne  
Tél. : 02 552 01 17  
[smissinne@ggc.brussels](mailto:smissinne@ggc.brussels)

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands.



## INTRODUCTION

De nombreuses études ont déjà montré que la position socioéconomique d'un individu a une énorme influence sur sa santé. L'accumulation de conditions et d'événements de vie favorables ou défavorables se traduit par des différences d'état de santé selon la position socioéconomique tout au long de la vie. Ce dossier présente un état des lieux de la situation spécifiquement pour la Région bruxelloise. Le contexte métropolitain de Bruxelles se caractérise notamment par une population jeune, une population relativement 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.

Dans le présent dossier, les données des mutualités (2016) ont été analysées pour 1 106 181 Bruxellois. Afin de compléter ces informations, d'autres sources de données ont été utilisées (Enquête de santé, Bulletins de naissances et de décès et publications de l'Observatoire).

Le dossier présente également les différences socio-économiques entre les quartiers bruxellois à l'aide de cartes, et ce pour toute une série d'indicateurs de santé produits par l'AIM. Il s'agit d'une première étape afin de mieux comprendre le contexte local, ce qui est essentiel pour le développement d'actions politiques efficaces.

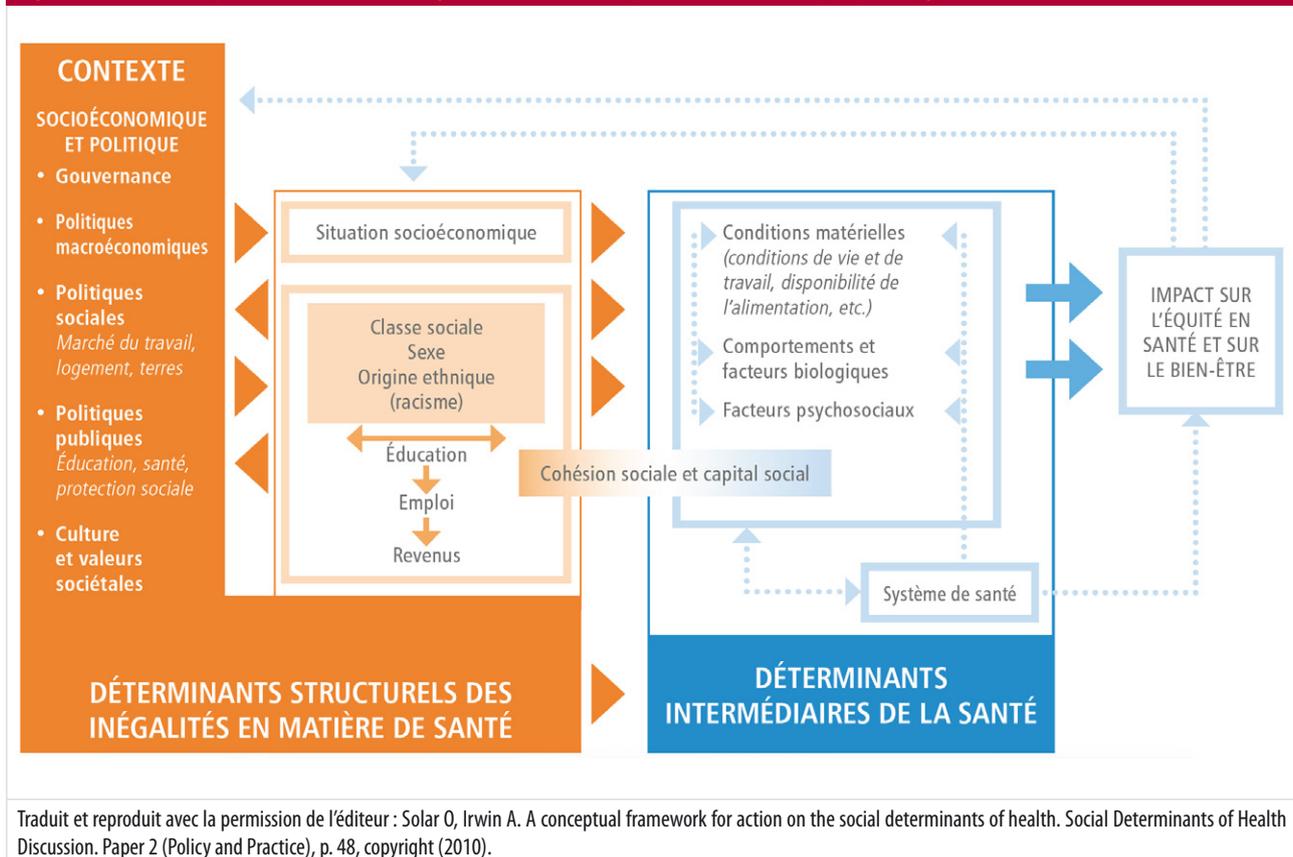
## CADRE THÉORIQUE

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 (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). Enfin, le système de soins de santé est vu comme un acteur crucial pour lutter contre les effets défavorables de ces déterminants 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

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



**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, adaptation des conditions de travail après une pathologie grave etc.).

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. Ces thématiques ont été rassemblées dans ce dossier.

## DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE

Les analyses ont été effectuées principalement sur la base des données de l'Agence Intermutualiste (AIM), de l'Enquête de santé réalisée par Sciensano et des Bulletins de naissances et de décès.

### AIM

L'Agence Intermutualiste (AIM) collecte les données liées aux remboursements de soins de santé des sept mutualités en Belgique. 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. En 2016, cela concerne 1 106 181 personnes (93,5 % de la population du Registre national).

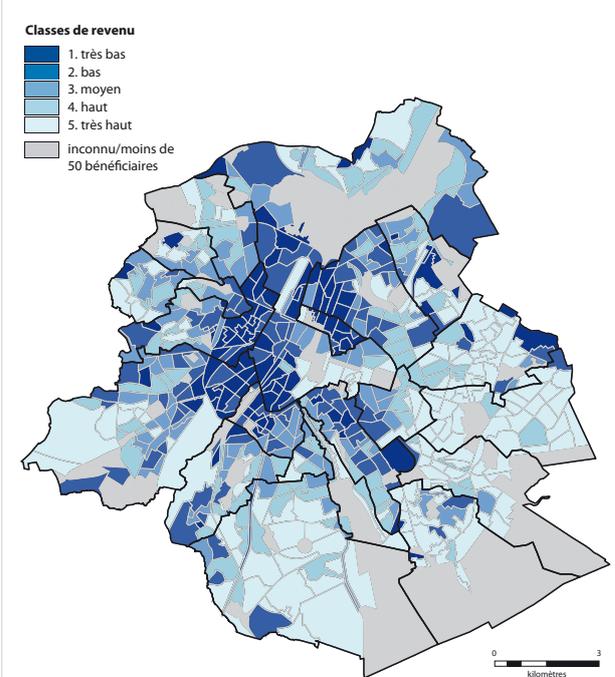
La base de données de l'AIM ne contient aucune information sur les revenus et le niveau d'éducation des assurés permettant d'indiquer leur position socioéconomique. Elle reprend cependant le lieu (via le secteur statistique) du domicile des assurés, qui peut être utilisé afin d'estimer leur position socioéconomique. Les inégalités spatiales sont grandes à Bruxelles, et les personnes ayant un profil socioéconomique similaire sont souvent concentrées dans les mêmes quartiers.

L'échelle sociale construite est 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 2ème, 3ème et 4ème groupes sont de 'valeur' intermédiaire. Toutes les personnes sont réparties dans ces cinq groupes en fonction du secteur statistique de leur domicile. 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.

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.

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



Source : SPF Economie ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

**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

## ENQUÊTE DE SANTÉ

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.

## 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. 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.

## RÉSULTATS

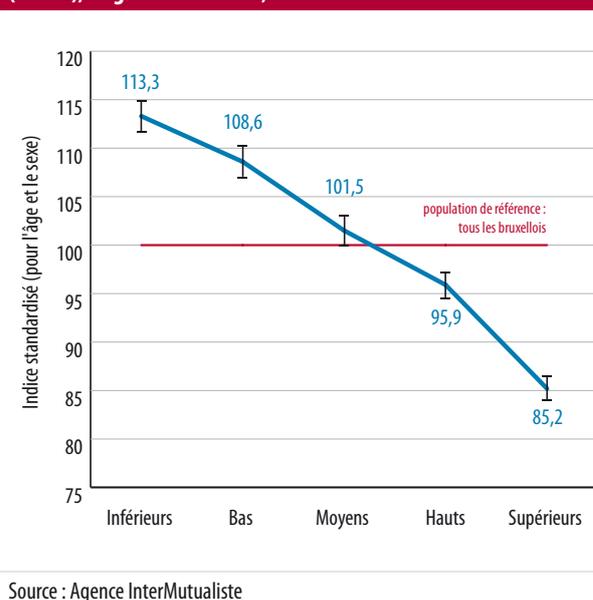
### INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES EN SANTÉ

Ce **lien fort entre la position socioéconomique et la santé** largement démontré par des études nationales et internationales est également observable à Bruxelles. Les inégalités socioéconomiques dans le domaine de la santé sont **présentes dans l'ensemble de la population**, et ne concernent donc pas uniquement le groupe le plus fragile de la société. C'est la raison pour laquelle on parle de **gradient social**.

À Bruxelles également, les inégalités commencent dès la naissance. En 2016-2017, le risque de mortalité dans les ménages sans revenu du travail était plus de trois fois plus élevé que celui d'un ménage disposant de deux revenus. Ces inégalités se maintiendront et s'accumuleront tout au long de la vie, tant pour la santé physique que mentale (voir ci-dessous). Ces inégalités résulteront finalement dans de **grandes différences d'espérance de vie**. Sur la période 2011-2015, l'espérance de vie d'un nouveau-né à Saint-Josse-ten-Noode est moins élevée de cinq ans par rapport à Woluwe-Saint-Pierre.

Ci-dessous, les inégalités socioéconomiques sont illustrées plus en détail pour certains aspects de la santé étudiés dans ce dossier. Premièrement, il existe un gradient social clair pour les maladies chroniques. Le risque de bénéficier le statut d'affection chronique augmente graduellement à mesure que l'on descend l'échelle de revenu (figure 2). Le groupe socioéconomique le plus bas a ainsi un risque plus élevé de 33,0 % de bénéficier de ce statut par rapport aux personnes appartenant au groupe socioéconomique le plus élevé ( $1,33 = 113,3/85,2$ ).

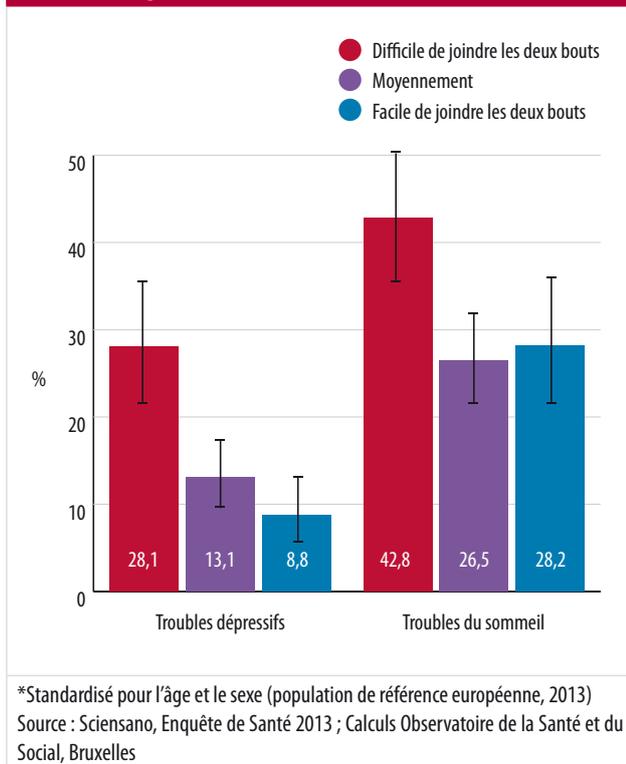
**Figure 2 : Statut affection chronique selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016**



Deuxièmement, la santé mentale est également systématiquement moins bonne lorsque la situation socioéconomique est plus faible. Les personnes ayant des difficultés financières souffrent trois fois plus de dépression (28,1 %) en comparaison aux personnes qui ont facile à joindre les deux bouts (8,8 %). Les personnes ayant moyennement facile à joindre les deux bouts se trouvent dans une situation intermédiaire (13,1 %).

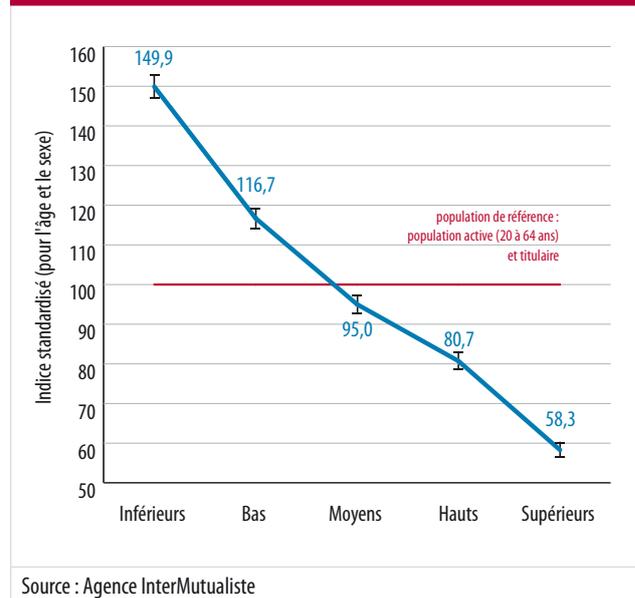
De grandes différences socioéconomiques sont également présentes dans le cas des troubles du sommeil (figure 3). Nous faisons en outre l'hypothèse que les groupes socioéconomiquement plus faibles à Bruxelles n'ont pas un accès suffisant aux antidépresseurs (sur base des données de l'AIM) et à la psychothérapie (sur base des données de l'Enquête de santé), ce qui suggère qu'une part considérable de la population ne suit pas de traitement pour la dépression.

**Figure 3 : Prévalence des troubles dépressifs et des troubles du sommeil parmi la population de 15 ans et plus, selon la situation financière, Région Bruxelloise, 2013\***



Troisièmement, les problèmes de santé peuvent mener à une incapacité de travail ou à une invalidité. Ici aussi, un gradient social est fortement présent. L'incapacité de travail survient systématiquement plus fréquemment lorsque la position socioéconomique est moins favorable. L'incapacité de travail survient globalement près de deux fois plus souvent dans le groupe socioéconomique le plus bas en comparaison au groupe socioéconomique le plus élevé (1,91 = 131,1/68,8). 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 4).

**Figure 4 : Invalidité selon le niveau de revenus (indice), Région bruxelloise, 2016**



Le rapport intégral met également en évidence des inégalités socioéconomiques pour les maladies obstructives des voies respiratoires, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la santé bucco-dentaire, le diabète, les affections cardiaques et la mortalité.

## INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES EN SANTÉ

### Introduction

Étant donné les fortes différences socioéconomiques entre quartiers bruxellois (voir carte 1), il est intéressant d'examiner dans quelle mesure des répartitions géographiques comparables sont observables pour la santé. En effet, il existe de grandes différences entre les quartiers bruxellois pour de nombreuses dimensions de santé et de soins de santé qui peuvent être liées au niveau socioéconomique du quartier.

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 Lambert), et l'arc de la ligne de chemin de fer à l'ouest. Cette première couronne fut entièrement urbanisée vers 1930. La bourgeoisie bruxelloise, en particulier, a quitté le centre de la ville en faveur de la périphérie, attirée entre autres par les maisons unifamiliales.

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.

Le **croissant pauvre** concentre depuis plusieurs décennies les groupes les plus défavorisés sur le plan économique. Il 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-Noode. 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 donnent, grâce au cadre verdoyant, une excellente qualité de vie.

## Cartographie

L'accent est mis sur l'interprétation des distributions générales. Pour plus d'informations sur les situations socioéconomiques locales, nous renvoyons le lecteur aux fiches communes que l'Observatoire de la Santé et du Social a rédigé en collaboration avec l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). La répartition géographique de certains indicateurs de santé est illustrée ci-dessous. Le dossier intégral reprend les cartes de tous les indicateurs de l'AIM.

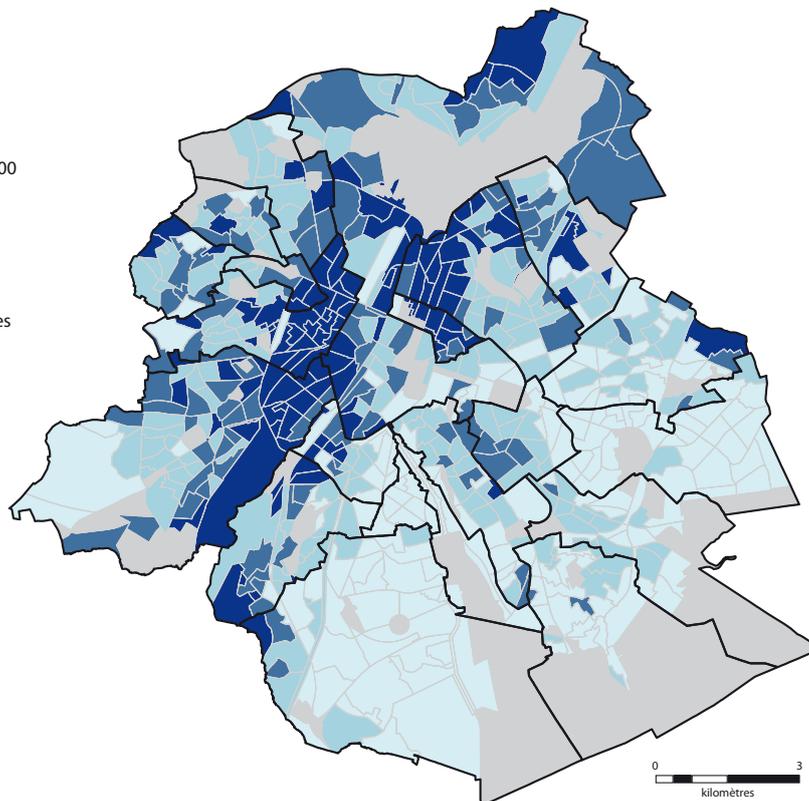
**Le diabète suit également ce schéma de fortes inégalités socioéconomiques** entre les quartiers bruxellois. La distribution géographique du phénomène du diabète correspond presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise (voir carte 1). Le croissant pauvre ressort clairement, tandis que dans les quartiers les plus aisés, les habitants ont globalement moins de risque de développer le diabète (carte 2).

**Carte 2 : Diabète, standardisé par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016**

Population de référence : tous les bruxellois

**Indice standardisé**  
Région bruxelloise : 100

> 130
100 - 130
70 - 100
< 70
moins de 50 bénéficiaires



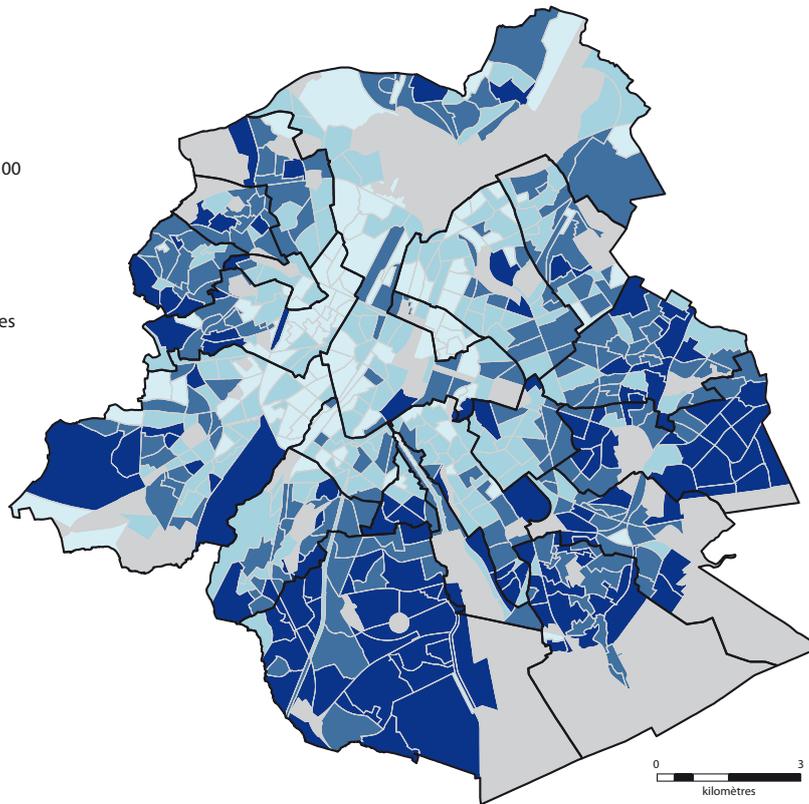
Source : Agence InterMutualiste ; Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

### Carte 3 : 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

**Indice standardisé**  
Région bruxelloise : 100

■	> 115
■	100 - 115
■	85 - 100
■	< 85
■	moins de 50 bénéficiaires



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

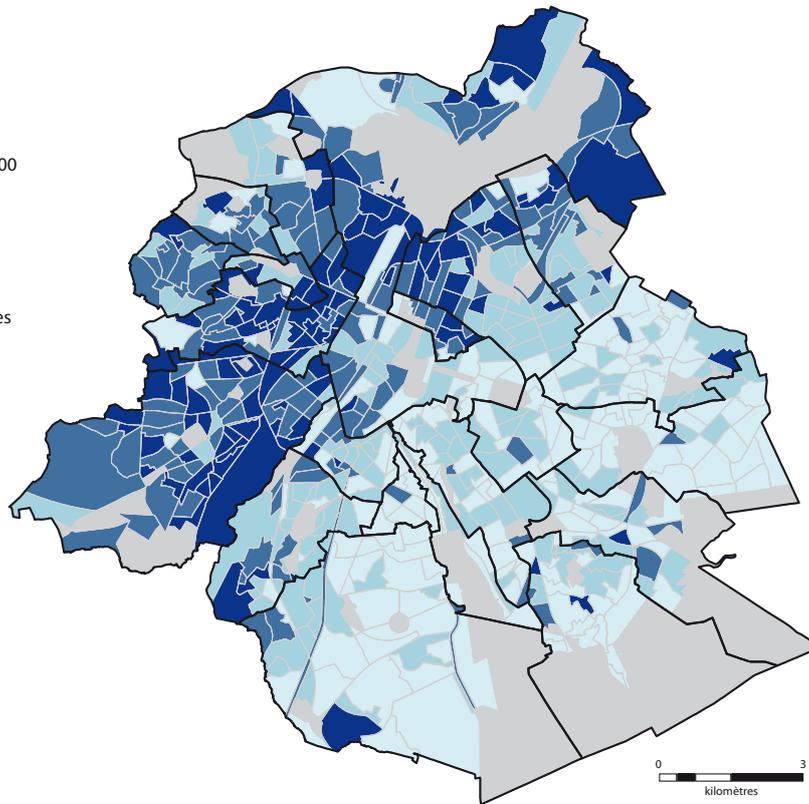
La distribution du **dépistage du cancer du sein** (quel que soit le type d'examen) (carte 3) correspond également presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise. Les habitants du croissant pauvre se font largement moins souvent dépister, tandis que les habitants des quartiers les plus aisés se font davantage dépister. À Bruxelles, le programme organisé de dépistage du cancer du sein (qui est gratuit), atteint proportionnellement davantage de femmes plus défavorisées. Les habitants du croissant pauvre participent plus souvent au programme organisé, tout comme les habitants des parties du nord-ouest (non illustré dans le résumé). 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) ne sont pas compensées et en conséquence le gradient social pour tout type de dépistage confondu est très fort.

### Carte 4 : Incapacité primaire de travail, standardisée par âge et sexe, Région bruxelloise, 2016

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

**Indice standardisé**  
Région bruxelloise : 100

■	> 135
■	100 - 135
■	65 - 100
■	< 65
■	moins de 50 bénéficiaires



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

Concernant l'**incapacité de travail primaire** (carte 4), 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

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

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, à travers lesquelles l'enfant commence sa vie involontairement. 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, 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.

Etant 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. Un changement de paradigme est nécessaire 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, ... 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.

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.

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 dans certains cas adapter les méthodes en fonction du groupe socioéconomique (le principe d'universalisme proportionné).

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 recherche qualitative afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents, de disposer de plus de connaissances sur l'impact des mesures et des interventions et le rôle de facteurs plus contextuels (e.a. infrastructure publique, espaces verts, pollution) sur les inégalités sociales en santé, ainsi que le rôle du statut migratoire, de la nationalité et des facteurs socio-culturels.