

Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes

Hervé Avalosse, Olivier Gillis, Koen Cornelis, Raf Mertens
Département Recherche et Développement

Juillet 2008

Résumé

OBJECTIF

Les inégalités sociales de santé sont un phénomène bien connu. En Belgique, les **enquêtes de santé par interview** les ont mises en évidence grâce aux informations **auto-déclarées** (état de santé subjectif, style de vie, recours aux soins) obtenues auprès d'un **échantillon** de la population belge (± 10.000 personnes).

Avec la présente étude, nous voulons **attester et mesurer ces inégalités sur la base de données objectives et à l'échelle d'une population de 4,5 millions de personnes** affiliées à la Mutualité chrétienne. Bien que les données mutualistes ne contiennent ni les diagnostics en tant que tels, ni les revenus ou le niveau d'études des affiliés, nous pouvons atteindre cet objectif en exploitant les données de facturation, ainsi que des statistiques fiscales de l'Institut National de Statistique (INS).

METHODE

Pour les indicateurs relatifs à la santé, nous exploitons les **données administratives et les prestations de soins de santé remboursées par l'assurance maladie-invalidité**. A l'aide de cette source, nous pouvons faire état de divers événements liés à la santé : être admis à l'hôpital, avoir consommé tels types de soins ou de médicaments, décéder, être en incapacité de travail, etc. La fréquence de ces événements est mesurée à l'aide d'indices standardisés (du type SMR).

La construction d'une échelle sociale passe par l'emploi de **statistiques fiscales afférentes aux secteurs statistiques** (unité géographique de la taille d'un quartier). Connaissant l'adresse de résidence de nos membres, nous pouvons construire une échelle sociale consistant en cinq classes de secteurs statistiques, par ordre croissant de valeur des revenus fiscaux qui y sont déclarés (en suivant la médiane calculée par secteur statistique). Les limites de ces cinq classes ont été établies de sorte qu'elles correspondent à la répartition en quintiles de la population belge (ayant déclaré des revenus).

Toutes les données traitées sont relatives à l'année 2006 et à la cohorte des membres de la MC au cours de cette période.

RESULTATS

Notre étude confirme bien l'existence d'inégalités prononcées. Ainsi, le risque de décéder dans l'année est de 45 % supérieur pour la classe la plus faible par rapport à la classe la plus élevée, tandis que la probabilité de décéder à son domicile y est de 24 % inférieure. Le tableau ci-après reprend d'autres résultats frappants.

Événements au cours de 2006	Indice standardisé pour la classe		Ratio (1) / (2)
	la plus faible (1)	la plus élevée (2)	
Mortalité	121,0	83,4	1,45
Décéder à domicile	82,9	109,6	0,76
Incapacité de travail (au moins 30 jours)	124,7	80,6	1,55
Devenir invalide	132,8	80	1,66
Admission en hôpital psych. ou en service (neuro)psych. d'un hôpital général	158,5	72,4	2,19
Soins dentaires préventifs	72,4	113,6	0,64
Facturation d'un forfait pour soins d'urgence	143,4	87,5	1,64

CONCLUSION

Ces résultats objectifs sont importants : ils démontrent de manière irréfutable l'existence d'inégalités sociales de santé au sein de la population belge. Grâce à l'exploitation des données mutualistes, nous avons la possibilité de suivre et d'évaluer régulièrement ces inégalités, ainsi que l'impact des mesures éventuelles prises en la matière.

Mots-clés : inégalités sociales, état de santé, mortalité, morbidité, soins de santé, secteurs statistiques, revenus fiscaux.

1. Introduction

Quand on parle d'inégalités sociales de santé, on fait référence au fait que la santé suit un gradient social : à position socio-économique décroissante, la santé tend à se détériorer et l'espérance de vie à diminuer. Cette tendance a été mise en évidence dans de nombreuses études. Pour la Belgique, les résultats¹ des différentes enquêtes de santé par interview (1997, 2001 et 2004) vont clairement dans ce sens. Comme la plupart des études en la matière, ces enquêtes de santé ont recours aux déclarations et informations recueillies auprès d'échantillons de la population.

La présente démarche a pour but de mettre en évidence et de mesurer ces inégalités au sein de la population de nos affiliés mutualistes en exploitant au mieux les données détenues par la Mutualité chrétienne (MC). Pour y arriver, deux types d'indicateur doivent être mis en relation :

- un indicateur relatif à la santé : ici, nous utilisons les informations administratives et de consommation de soins de santé ;
- une échelle de stratification sociale : via les statistiques fiscales relatives aux secteurs statistiques où résident nos affiliés.

Du fait de l'utilisation des bases de données de la MC, la méthode suivie est *systématique* (couvre l'ensemble des membres de la MC, des données administratives et de consommation de soins de santé), porte sur des données *réelles* enregistrées et contrôlées dans le cadre d'un système de gestion et peut se *répéter* chaque année. Dès lors, on peut suivre et évaluer au plus près les initiatives et mesures prises en vue de réduire ces inégalités. Ce sont des avantages réels par rapport aux enquêtes de santé menées sur la base d'échantillons (de l'ordre de 10.000 personnes), tous les trois à quatre ans et portant sur les déclarations des répondants.

Les gradients sociaux que nous avons mis en évidence ne sont pas tous spectaculaires. Mais ils témoignent tous de cette vérité troublante (au vu des moyens alloués à notre système de soins) : nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

Nous ne sommes pas égaux face à la santé, les classes sociales moins favorisées ayant trop souvent les 'scores' les plus défavorables.

¹ Disponibles sur : <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epifr/index4.htm>.

2. Méthode

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

2.1. Construction d'une échelle sociale

Généralement, la stratification sociale doit refléter le niveau de revenus et/ou d'études de la population. Etant donné que les mutualités ne disposent pas de données exhaustives sur les revenus de leurs membres et d'aucune donnée sur leurs diplômes, il nous faut procéder autrement. Nous construisons une échelle sociale à l'aide de statistiques fiscales existantes au niveau des secteurs statistiques.

2.1.1. Secteurs statistiques et revenus fiscaux

Un secteur statistique est une petite unité géographique de la taille d'un quartier. L'ensemble du territoire belge est découpé en 20.000 secteurs statistiques (qui se répartissent au sein des 589 communes du Royaume). L'Institut National de Statistique (INS) dispose de séries statistiques sur les revenus fiscaux au niveau de ces secteurs statistiques. La notion fiscale utilisée est le **revenu total net imposable**².

Les séries statistiques disponibles comprennent :
1° le **revenu moyen** (= somme des revenus totaux nets imposables divisée par le nombre de déclarations fiscales prises en compte) ;
2° le **revenu médian** (= montant de la déclaration fiscale qui partage la série en deux, les déclarations étant classées par ordre croissant de valeur).

On a donc bien, pour chaque secteur statistique, une indication de la 'richesse' de ceux qui y habitent, dans la mesure du moins où ils remplissent une déclaration fiscale. Sur la base de l'adresse du domicile de nos membres, on peut retrouver le secteur statistique où ils résident. Enfin, via le secteur statistique, on attribue un niveau de revenu (moyen ou médian).

2.1.2. Échelle sociale en cinq classes

Pour la présente étude, nous privilégions le revenu médian des secteurs statistiques comme indicateur de richesse (la médiane d'une série n'étant pas sensible aux valeurs extrêmes). Les statistiques de l'INS utilisées correspondent aux déclarations fiscales de 2006 (portant donc sur les revenus de 2005). Nous synthétisons ces informations en construisant cinq classes de secteurs statistiques, par ordre de valeur croissante des revenus fiscaux médians.

Les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe 20 % des déclarations fiscales au niveau du pays. **La 1ère classe correspond aux secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles** (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la moins favorisée), **la 5ème regroupe les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés** (notre interprétation : les quartiers où se concentre la population la plus favorisée).

La population des membres de la MC (pour l'année 2006) est ensuite répartie en fonction de leur lieu de domicile, dans les cinq classes (Tableau 1). Environ 3,3 % des membres ne peuvent être répartis dans cette échelle. Deux raisons existent : l'adresse ne permet pas de retrouver le secteur statistique, ou il n'y a pas de revenu médian calculé pour le secteur statistique en cause³. Dans la recension des résultats, la 1ère et la 5ème classe sont dénommées, respectivement, « la classe la plus faible, la plus basse » et « la classe la plus élevée ».

Tableau 1 : Répartition des membres MC dans les cinq classes de secteurs statistiques

	Membres MC	
Pas de répartition	149.428	3,3 %
1. inférieurs	542.652	12,1 %
2. bas	775.179	17,3 %
3. moyens	924.381	20,6 %
4. hauts	1.025.168	22,8 %
5. supérieurs	1.073.867	23,9 %
ENSEMBLE =	4.490.675	100,0 %

L'inconvénient majeur est que l'on ne dispose pas d'une échelle sociale construite sur les revenus individuels mais bien d'une approximation via la 'valeur' des secteurs statistiques de résidence. Or, au sein d'un même secteur statistique, il peut y avoir de grandes variations de richesse entre les familles qui y résident.

2.2. Indicateurs de santé : indice standardisé

En tant qu'organe de gestion de l'assurance maladie, une mutualité ne dispose pas de données diagnostiques à propos de ses membres. Toutefois, les données en notre possession nous permettent de mettre en évidence divers événements liés à la santé. Ces derniers sont :

1° **déduits** directement des données administratives (p. ex. : décès, incapacité primaire, statut d'invalidité, admission à l'hôpital, Dossier Médical Global, etc) ;

² Selon le site de l'INS : « Le **revenu total net imposable** est constitué de tous les revenus nets, moins les dépenses déductibles. L'ensemble des revenus nets est la somme de tous les revenus nets appartenant aux catégories revenus des biens immobiliers, revenus et recettes de capitaux et biens mobiliers, revenus professionnels et revenus divers ». Disponible sur : <http://statbel.fgov.be/surveys/fisc.asp>.

³ Lorsque le nombre de déclarations fiscales est trop faible, il n'y a pas de calcul des revenus moyens ou médians. L'INS a mis la limite à 20 déclarations fiscales.

2° *construits* sur la base de codes de prestations de soins de santé faisant l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie (p. ex. : avoir bénéficié de soins dentaires, avoir eu un contact avec un médecin généraliste, avoir consommé une certaine catégorie de médicaments, ...).

Disposant de cette échelle sociale en cinq classes, nous pouvons voir dans quelle mesure ces événements liés à la santé suivent un gradient social. En guise d'indicateur, nous utilisons la notion d'*indice standardisé*. Par exemple, pour un événement comme 'décès au cours de l'année 2006', on calcule l'indice standardisé de mortalité (*Standardized Mortality Ratio – SMR*) pour les cinq classes décrites ci-dessus. L'indice standardisé s'obtient grâce à une standardisation indirecte⁴ afin de tenir compte du 'profil', de la structure particulière de la population au sein de chacune des classes. Sauf mention contraire, les paramètres pour la standardisation sont l'âge, le sexe et la région (Wallonie, Flandre, Bruxelles) où se situe le secteur statistique de domicile.

L'indice standardisé est calculé pour chaque classe de notre échelle sociale. Il exprime alors le rapport entre le nombre d'événements **observés** et le nombre d'événement **attendus** (d'après l'effectif, le profil spécifique de la population de la classe concernée et en appliquant les taux correspondants de la population de référence). La population de référence étant indicée à la valeur 100, si la valeur de l'indice standardisé est de 130 pour un certain événement et pour une certaine classe, alors cela signifie que la fréquence de cet événement est 30 % supérieure dans cette classe par rapport à la population de référence.

3. Résultats

Nos résultats d'analyses sont présentés graphiquement aux figures 1 à 10. Attention, l'échelle de l'indice standardisé change d'une figure à l'autre, la population de référence peut varier d'une courbe à l'autre. Dans la mesure où ils sont visibles, nous donnons également l'intervalle de confiance (à 95 %) autour de la valeur de l'indice standardisé.

3.1. Etat de santé

3.1.1. Mortalité et lieu de décès (Figure 1)

Concernant la mortalité, le gradient est particulièrement fort : nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible présentent un risque de mortalité de 21 % supérieur à la population de référence (ensemble des affiliés). Comparé à la classe la plus élevée, le risque de mortalité est de 45 % supérieur.

Des inégalités sociales s'observent également quant au lieu de décès. Plus on descend dans les classes sociales, plus la fréquence de décès en institution de soins (et non à domicile) est élevée. Par institution de soins, on entend notamment les hôpitaux, les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS). Ainsi, les individus appartenant à la classe la plus faible ont 17 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile, comparés respectivement à la population de référence (soit les décédés de 2006) et aux individus rattachés à la classe la plus élevée.

Ceci peut en partie être expliqué par le fait que les individus issus des classes moins favorisées peuvent moins se permettre des services d'aide et de soins à domicile. Un autre élément explicatif pouvant être avancé est lié au réseau social. De Boyser et Levecque (2007) ont mis en évidence le fait que les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent moins compter sur leur réseau social. On peut penser qu'à un certain âge, elles peuvent moins compter sur leur entourage pour les aider dans la gestion de leur vie quotidienne à domicile.

Les personnes issues des classes socio-économiques moins favorisées peuvent moins compter sur leur réseau social.

3.1.2. Morbidité

La morbidité peut être estimée par le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné, en général une année, dans une population. Différents événements peuvent faire l'objet d'une telle approche. Dans le cadre de cet article, nous en proposons quatre : les maladies broncho-pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, l'incapacité primaire de travail et le passage en invalidité.

a. Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (Figure 2)

Les affiliés MC concernés par ces pathologies ont été détectés à l'aide de leur volume (estimé en DDD⁵) de médicaments consommés, relatifs à certains codes ATC. A noter que les médicaments pris en compte concernent uniquement les spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées par des officines publiques (circuit pharmanet). Les personnes ayant consommé au moins 90 DDD pour les codes ATC sélectionnés ont été considérées comme souffrant de la maladie.

⁵ La DDD, "Defined Daily Dose" ou "Dose Journalière Moyenne", est un instrument de mesure lié à la classification ATC (classification établie par l'OMS). L'OMS définit la DDD comme la dose journalière moyenne supposée pour un médicament utilisé pour son indication principale chez un adulte (Source : INAMI).

La broncho-pneumopathie chronique obstructive ou BPCO est une maladie principalement causée par le tabagisme (dans 80 à 90 % des cas). Elle est caractérisée par une obstruction lente et progressive des voies respiratoires. Il s'agit d'une affection sérieuse (c'est une des principales causes de mortalité dans le monde) et très invalidante⁶.

Notre analyse montre que le risque d'être atteint de BPCO⁷ suit un gradient social. En effet, la prévalence observée pour la classe la plus faible est de 8 % supérieure à celle de la population de référence (personnes de plus de 50 ans) et de 15 % supérieure à celle de la classe la plus élevée. Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif de ce gradient social⁸.

Le fait que les personnes issues de groupes sociaux moins favorisés fument davantage et depuis plus longtemps est un élément explicatif de ce gradient social.

Pour les maladies cardio-vasculaires, nous nous limitons au code C01 de la classification ATC. Les médicaments ainsi sélectionnés sont typiquement utilisés en cas de décompensation cardiaque, angine de poitrine et trouble du rythme cardiaque. Ils ne correspondent pas à l'ensemble de la problématique cardio-vasculaire, mais leur utilisation est un bon indicateur d'une atteinte cardiaque.

La population de référence étant ici constituée de tous les affiliés de la MC, nous observons des différences se marquant essentiellement entre les classes 'inférieure', 'basse' et 'moyenne', et la classe 'supérieure'. Par rapport à la classe la plus élevée, les individus appartenant aux trois premières classes présentent un risque accru de 13 % à 16 % d'avoir une atteinte cardiaque, traitée par cette catégorie de médicaments C01.

Les facteurs qui peuvent influencer l'apparition de maladies cardio-vasculaires sont l'alimentation, le tabac et une tension artérielle élevée. Outre les différences de consommation en matière tabagique, nous avons observé qu'en règle générale, les personnes moins qualifiées ont un style de vie moins sain (consommation de moins de légumes, de fruits, de poisson et de pain gris) et présentent davantage de surpoids et d'obésité⁹. Un régime alimentaire peu sain et une surcharge pondérale augmentent le risque d'avoir un taux de cholestérol élevé et une hypertension artérielle, et dès lors de souffrir de maladies cardio-vasculaires.

b. Incapacité primaire de travail et devenir invalide (Figure 3)

En guise d'épisode d'incapacité primaire de travail, nous utilisons le critère suivant : au moins 30 jours indemnisés au cours de l'année 2006. La population de référence est constituée par les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans. Pour rappel, l'incapacité primaire correspond aux 12 premiers mois de l'incapacité de travail. Après 12 mois d'incapacité primaire, la personne passe alors en invalidité. Pour ce dernier événement, nous sélectionnons les titulaires entre 20 et 64 ans devenus invalides au cours de l'année 2006. Ces modalités administratives sont bien des marqueurs de morbidité : « pour être reconnu incapable de travailler, le titulaire doit avoir cessé toute activité et un lien de causalité doit exister entre la cessation de l'activité et le début ou l'aggravation des lésions. En outre, sa capacité de gain doit, en raison de lésions et de troubles fonctionnels, être réduite d'au moins 66 % par rapport à la profession habituelle ou au groupe de professions dans lequel se range l'activité habituelle »¹⁰.

Pour ces deux événements, le gradient social est relativement fort. Ainsi, par rapport à la population de référence (à savoir les titulaires affiliés à la MC entre 20 et 64 ans), la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide. Par rapport à la classe la plus élevée, ces mêmes pourcentages deviennent, respectivement, 55 % et 66 %.

Ainsi, par rapport à la population de référence, la classe la plus faible présente un risque accru de 25 % d'avoir au moins 30 jours d'incapacité, ainsi qu'un risque plus élevé de 33 % de devenir invalide.

D'après Willems et al. (2007), ces inégalités peuvent en partie être expliquées par le fait que « (...) les conditions matérielles de travail sont moins favorables aux groupes de faible statut socio-économique. Les personnes appartenant à ces groupes sont plus souvent soumises à un travail physique dur (...) ». Les conditions psycho-sociales de travail ont également un impact sur le risque d'incapacité et d'invalidité. Ainsi, l'étude britannique 'Whitehall II'¹¹ met en évidence que les travailleurs dans le bas de l'échelle professionnelle, de par leur manque de contrôle de la charge de travail et leur manque de reconnaissance, ont un risque d'infarctus et d'autres affections plus important. A noter que les conditions psycho-sociales de travail peuvent également avoir un impact sur la santé mentale de l'individu.

⁶ D'après http://www.fares.be/affections_respiratoires/bpco/theoriebpco.php.

⁷ Les codes ATC sélectionnés sont les suivants : R03A (adrénergiques et produits pour inhalations), R03BA (glucocorticoïdes), R03BB (anticholinergiques), R03DA04 (théophylline et théophylline sodium glycinate).

⁸⁻⁹ Enquête de santé 2004, voir Demarest et al. (2006)

¹⁰ <http://www.inami.fgov.be/secure/fr/allowances/informations/index.htm>.

¹¹ Gillis et Mertens (2008a), pp. 12-13.

3.1.3. Santé mentale (Figure 4)

Pour la Belgique, différents auteurs ont récemment mis en évidence le lien qui existe entre situation socio-économique et problèmes de santé mentale (dont les problèmes de dépression, d'anxiété et les troubles du sommeil)¹². Dans le cadre de la présente étude, nous avons sélectionné deux événements pour illustrer les inégalités sociales en matière de santé mentale : consommer des antidépresseurs¹³ (min 90 DDD au cours de l'année 2006) et être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro) psychiatrique d'un hôpital général (au moins une admission en 2006). Dans les deux cas, la population de référence est constituée de l'ensemble des affiliés de la MC.

Concernant les antidépresseurs, il y a bien un gradient social : la classe la plus faible présente un risque de consommation d'antidépresseurs accru de 14 % par rapport à la classe la plus élevée. Le gradient social est beaucoup plus marqué pour les admissions en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)

-psychiatrique d'un hôpital général. Ici, les personnes issues de la classe la plus faible ont un risque de près de 60 % plus élevé par rapport à la population de référence (ensemble des affiliés). Lorsqu'on les compare avec ceux appartenant à la classe la plus élevée, ce même risque est deux fois plus important.

Il est intéressant de faire le lien entre santé mentale et invalidité. Ainsi, on observe que le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux (pour le régime général, +/- 33 % des titulaires invalides s'y retrouvent en 2005). A noter que « (...) le nombre de titulaires reconnus invalides pour troubles mentaux (psychoses, troubles de la personnalité, etc.) a fortement augmenté entre 2001 et 2005¹⁴».

Le groupe de maladie pour lequel l'effectif des titulaires invalides est le plus important concerne les troubles mentaux.

Figure 1 : Mortalité – lieu du décès

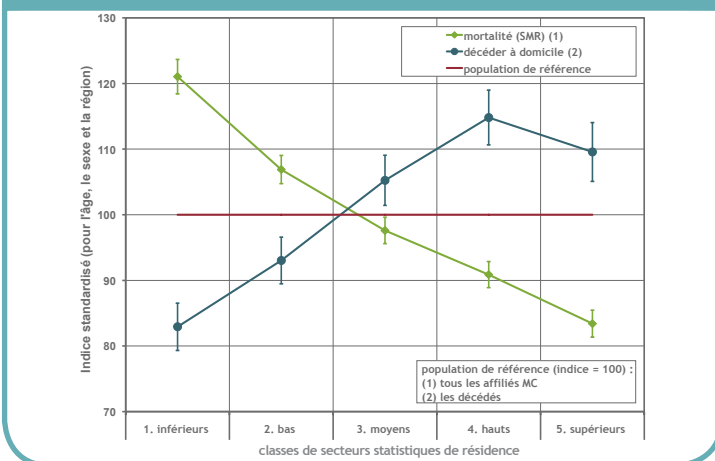


Figure 3 : Incapacité de travail

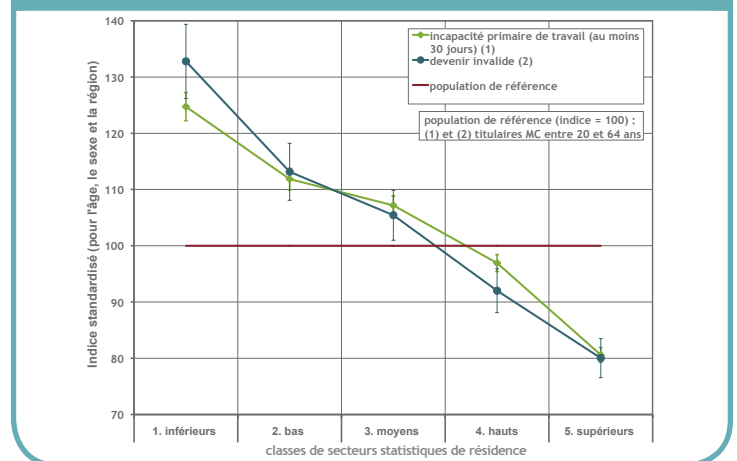


Figure 2 : Maladies broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires (détection via pharmanet, min 90 DDD)

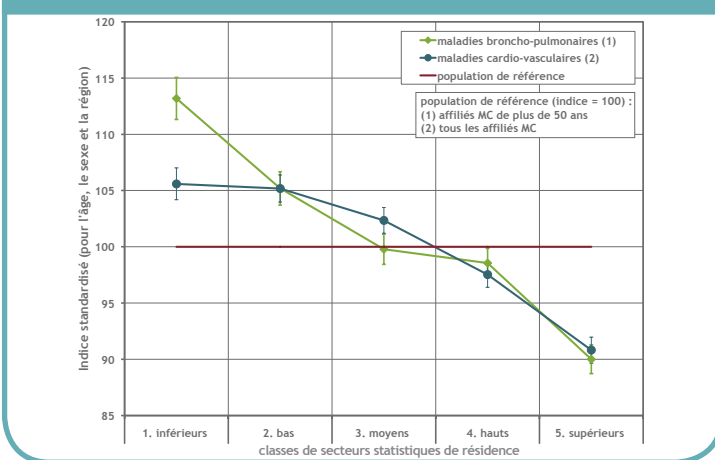
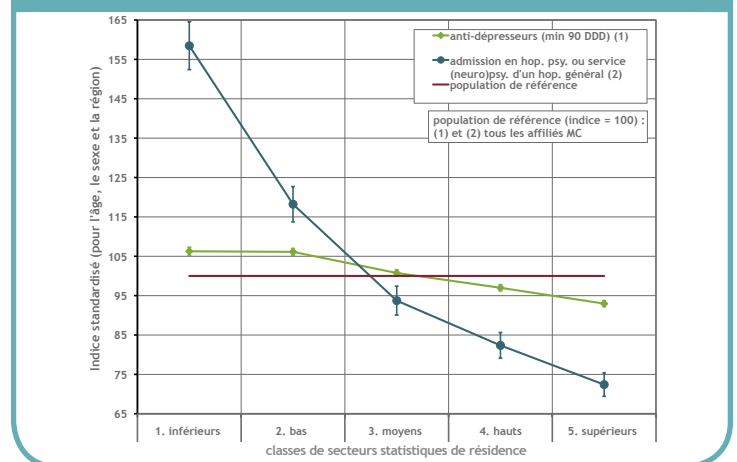


Figure 4 : Santé mentale



¹² De Boyser (2007).

¹³ Code ATC sélectionné : N06A (antidépresseurs).

¹⁴ INAMI (2006), p. 111.

3.2. Soins préventifs (Figure 5)

Nous nous intéressons, ici, aux vaccins antigrippes, au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.

3.2.1. Vaccins antigrippe¹⁵

La grippe n'a rien d'une maladie insignifiante : elle peut entraîner des complications graves (et parfois mortelles), plus particulièrement chez les personnes âgées ou souffrant de certaines maladies chroniques. Un remboursement du vaccin contre la grippe est accordé pour certains groupes à risque, dont les personnes particulièrement à risque de complication.

Pour la présente analyse, nous nous sommes concentrés sur les affiliés MC de 65 ans et plus. Outre l'âge, le sexe et la région, la standardisation tient compte d'un éventuel séjour en institution entre septembre et décembre. Ce paramètre supplémentaire est à prendre en considération : en effet, Cornelis et Mertens (2007) ont montré qu'en maison de repos, le taux moyen de couverture est supérieur à 90 % pour les vaccins antigrippes.

Bien qu'il soit faible, nous observons bien un gradient social : plus on descend dans l'échelle sociale, plus le risque de ne pas avoir été vacciné en 2006 est important. Le différentiel entre les deux classes extrêmes est cependant relativement faible : de l'ordre de 7 %.

3.2.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus : frottis cervical et vaginal¹⁶

Selon KCE (2006), « le dépistage par frottis classique permet d'éviter en Belgique environ 1.400 cancers du col par an. Malgré tout, chaque année, 700 femmes sont encore atteintes d'un cancer invasif du col, cancer qui n'avait pas été détecté à temps par dépistage. Ce cancer sera mortel pour plus d'un tiers d'entre elles. Seulement 59 % des femmes de 25 à 64 ans se présentent régulièrement chez leur gynécologue ou médecin traitant pour un frottis de dépistage du cancer du col. (...) La mortalité due au cancer du col diminuera d'abord par une plus large participation au dépistage et, dans une moindre mesure, par l'amélioration de la qualité des tests ».

Les cas de détection de ce cancer ne se répartissent pas équitablement entre les différentes classes. Pour les femmes MC considérées (entre 25 et 65 ans), notre analyse met en évidence un gradient social relativement fort : plus on descend dans l'échelle sociale, plus la chance de réaliser un frottis est faible. Ainsi, appartenir à la classe la plus faible entraîne 13 % de chance en moins de réaliser un frottis en 2006 par rapport à la population de référence, 21 % vis-à-vis de la classe la plus élevée.

A noter l'existence de deux vaccins contre le col de l'utérus, remboursés par l'assurance maladie (depuis le 1er novembre 2007) pour les filles de 12 à 15 ans. KCE (2007) considère que « ces vaccins protègent efficacement contre certains types du virus HPV¹⁷

et que, selon les estimations, jusqu'à 50 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités. Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis vaginal reste toutefois indispensable, même après vaccination ».

3.2.3. Dépistage du cancer du sein¹⁸

Selon AIM (2007), « en Belgique, durant la période 2004-2005, 57 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont réalisé une mammographie : 31 % par mammographie diagnostique et 25 % par mammothest dans le cadre du programme organisé. Après une forte progression lors du 1er tour du programme national, le nombre de femmes évolue lentement. Les écarts entre les groupes d'âge et entre les catégories socio-économiques se réduisent ».

Notre analyse des données 2006 (pour les femmes âgées de 50 à 69 ans affiliées à la MC) met encore en évidence un gradient social significatif. Ainsi, d'après notre échelle sociale, les femmes issues de la classe la plus basse ont 17 % de chance en moins de procéder à un dépistage par rapport à celles de la classe la plus élevée.

Selon Willems et al. (2007), un élément explicatif quant à ces différences socio-économiques en matière d'utilisation des soins préventifs est à chercher dans les inégalités sociales en matière d'information. Ces inégalités peuvent être en partie liées aux campagnes de prévention pas suffisamment axées sur les groupes socio-économiques défavorisés.

3.3. Contacts avec les prestataires et structures de soins

Malgré qu'elles soient relativement faibles, on observe des différences socio-économiques en matière de consultations et/ou visites des médecins généralistes et spécialistes. Les soins dentaires et les admissions hospitalières témoignent d'inégalités plus importantes.

Les cas de détection du cancer du col de l'utérus ne se répartissent pas équitablement entre les différentes classes.

¹⁵ Code ATC sélectionné : J07BB (vaccins antigrippes).

¹⁶ Détection à l'aide des codes de nomenclature suivants : 114030, 114041, 149612, 149623.

¹⁷ Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus appelé papillomavirus humain (HPV).

¹⁸ En prenant en compte les codes nomenclatures sélectionnés par Fabri et al. (2007).

3.3.1. Médecins généralistes (Figure 6)

Concernant les contacts avec les médecins généralistes (art. 2 de la nomenclature, tous types de contacts confondus), il n'y a pas tellement de différences entre les classes, hormis la plus faible qui se démarque sensiblement des autres. Elle présente une propension légèrement plus faible d'entrer en contact (au moins une fois) avec un médecin généraliste au cours de l'année 2006. Cependant, lorsqu'il y a eu au moins un contact, la fréquentation des généralistes se révèle plus intense dans cette classe : le nombre médian de contacts pour 2006 est de 6,45 pour ceux appartenant à la classe la plus basse, tandis que ce même nombre est de 5,23 pour ceux de la classe la plus élevée.

Ces données confirment les résultats de l'enquête de santé de 2004 qui met en évidence que les personnes socio-économiquement défavorisées ont davantage de contacts avec le médecin généraliste. Elle met également en évidence que le nombre de visites à domicile est plus important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que les contacts se font davantage sur l'initiative du médecin généraliste lui-même.

3.3.2. Médecins spécialistes (Figure 6)

Pour les contacts avec les médecins spécialistes (art. 2 de la nomenclature, tous types de contacts et de spécialistes confondus), le gradient social est progressif, même s'il est très faible. On observe que la classe la plus élevée se distingue quelque peu des autres (elle manifeste une préférence d'entrer en contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année 2006).

En outre, l'enquête de santé de 2004 met en évidence que le nombre de contacts avec un médecin spécialiste est relativement moins important chez les personnes socio-économiquement défavorisées, et que celles-ci ont moins de contact sur leur propre initiative (41 % contre 73 % chez les personnes plus scolarisées)¹⁹.

3.3.3. Soins hospitaliers (Figure 7)

Les admissions à l'hôpital général que nous avons considérées sont essentiellement celles qui ont eu lieu dans des services de soins aigus²⁰. De façon générale, le risque d'avoir eu au moins une telle admission en hôpital général durant l'année 2006 augmente au fur et à mesure que l'on descend l'échelle sociale. Les personnes appartenant à la classe la plus faible présentent 20 % de risque supplémentaire d'être admis en hôpital général en 2006, par rapport à ceux appartenant à la classe la plus élevée. Cette tendance se confirme lorsqu'on examine les données en 2006 concernant l'hospitalisation en service de pédiatrie ou de soins néonataux (pour les enfants âgés de 15 ans et moins).

L'enquête de santé de 2004 apporte un complément d'information et d'explication par rapport à ces observations. « La proportion des admissions en hôpital de jour par rapport aux hospitalisations classiques augmente quand le niveau d'instruction est plus élevé. Ceci est sans doute dû au fait que l'on préfère garder de manière prolongée à l'hôpital des patients qui pourraient avoir des complications difficiles à reconnaître, ceci afin d'éviter des problèmes. Cela est peut-être lié au souhait du patient qui n'est pas sûr de pouvoir assumer à domicile les soins postopératoires²¹ ».

3.3.4. Soins dentaires (Figure 8)

Depuis trois ans, les prestations de dentisterie pour les enfants jusqu'au 12^{ème} anniversaire sont remboursées à 100 % des tarifs prévus à la convention. De plus, ces enfants bénéficient également de règles permettant une application plus large du tiers-payant. A partir du 1^{er} juillet 2008, ces mesures sont étendues aux jeunes jusqu'au 15^{ème} anniversaire. Elles permettent dès lors une meilleure accessibilité financière pour toutes les couches de la population, ce qui ne résout pas pour autant la problématique des inégalités de santé en la matière. En effet, le gradient social observé au niveau des soins dentaires préventifs²² (chez les affiliés MC de moins de 18 ans) est relativement fort : les jeunes issus de la classe la plus faible ont 28 % et 36 % moins d'opportunité de bénéficier de ces soins par rapport à, respectivement, l'ensemble des jeunes de moins de 18 ans et ceux provenant de la classe la plus élevée.

Le remboursement à 100 % des tarifs officiels jusqu'au 12^{ème} anniversaire (et jusqu'au 15^{ème} anniversaire à partir du 1^{er} juillet 2008) ne concerne pas les soins orthodontiques. Selon une étude KCE (2008), pour ces soins « le coût total se situe souvent au-delà de 2.000 euros. L'INAMI rembourse environ 30 % de ce montant si la demande est introduite avant le 15^{ème} anniversaire de l'enfant. Les organismes assureurs interviennent en outre pour près de 20 % via l'assurance complémentaire. Le jeune patient, ou plus exactement ses parents, doit donc déboursier environ 50 %, soit un peu plus de 1.000 euros ». L'ampleur de ces frais explique les inégalités sociales que nous observons en 2006. En effet, les affiliés MC âgés entre 10 et 16 ans issus de la classe la plus basse ont une opportunité plus faible à commencer un tel traitement (27 % par rapport à la population de référence, 33 % par rapport aux jeunes issus de la classe la plus élevée).

Les personnes appartenant à la classe la plus faible présentent 20 % de risque supplémentaire d'être admis en hôpital général en 2006, par rapport à ceux appartenant à la classe la plus élevée.

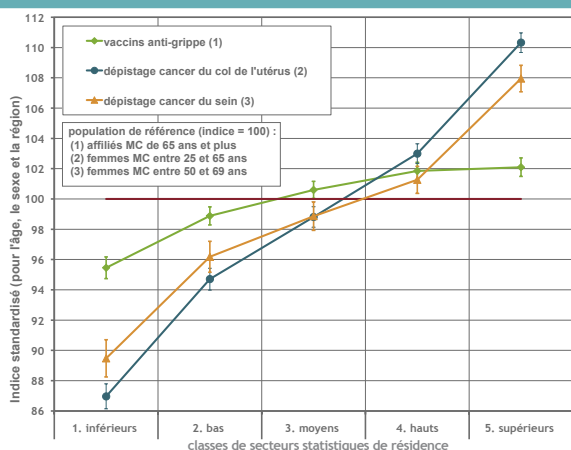
¹⁹ Demarest et al. (2006), p. 51.

²⁰ Nous n'avons pas considéré les séjours dans les services de gériatrie, de (neuro)psychiatrie, les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle.

²¹ Demarest et al. (2006), p. 60.

²² Codes de nomenclatures dénotant les examens, les scellements des fissures et puits, le nettoyage prophylactique et le détartrage.

Figure 5: Soins préventifs



NB :

- * Vaccins antigrippes - critère supplémentaire pour la standardisation : avoir résidé en institution durant la période de vaccination
- * Dépistages : standardisation pour l'âge et la région

Figure 6 : Contacts avec les médecins généralistes et spécialistes

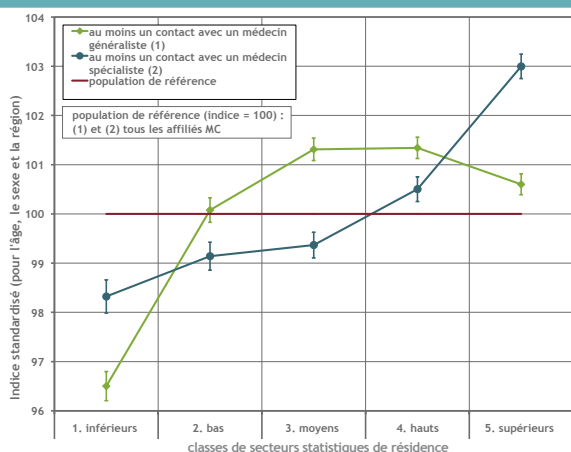


Figure 7 : Admission hospitalière

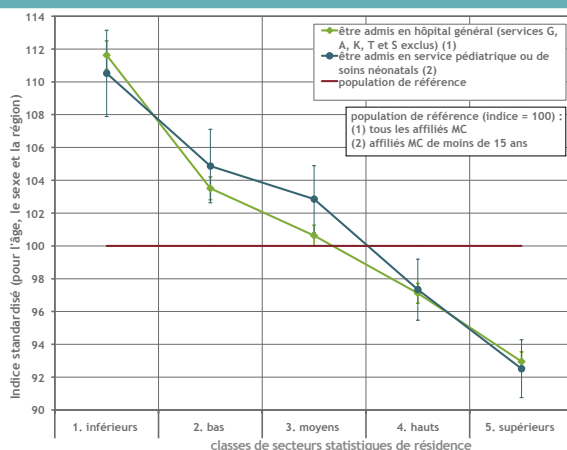
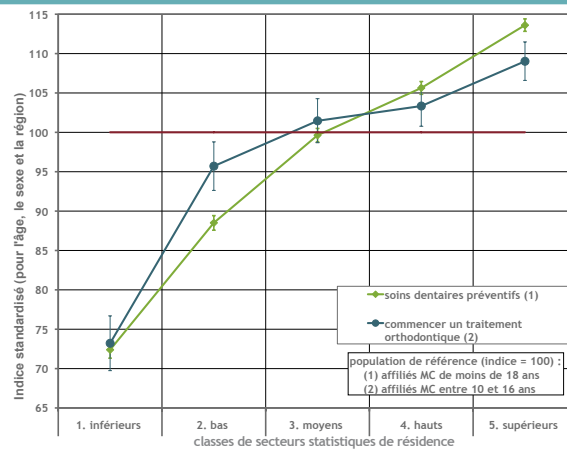


Figure 8 : Soins dentaires



3.4. Comportement adéquat par rapport au système de soins

Ces dernières années, différentes mesures ont été mises en place afin d'inciter à une utilisation plus rationnelle et efficace du système de soins, le but étant de mieux maîtriser la croissance des dépenses publiques de santé, tout en améliorant la qualité et l'accessibilité financière des soins pour le patient. L'introduction du Dossier Médical Global (DMG) et de mesures encourageant la consommation de médicaments moins chers et décourageant le recours aux services d'urgence, en font partie.

3.4.1. Facturation du forfait pour soins urgents (Figure 9)

Le forfait de soins d'urgence a été introduit le 1er mars 2003. L'objectif de cette mesure était de responsabiliser le patient par rapport à une utilisation appropriée du service des soins d'urgence à l'hôpital. L'idée était la suivante : lorsque le patient sollicite à tort le service

d'urgence d'un hôpital, un forfait restant à sa charge lui est facturé. Initialement fixé à 12,50 euros, le montant du forfait est ensuite passé à 9,5 euros (ou 4,75 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée). Sur le terrain, l'application du forfait pour soins d'urgence a soulevé bien des critiques. Il a d'ailleurs été supprimé au 1er juillet 2007 et remplacé par de nouvelles dispositions.

Selon notre échelle sociale, que peut-on observer pour l'année 2006 ? C'est bien la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer ce forfait (à raison de 43 % par rapport à l'ensemble des affiliés MC et de 64 % par rapport à la classe la plus élevée). Ceci doit nous faire réfléchir à l'organisation non seulement des services d'urgence (en tant que porte d'entrée vers les soins hospitaliers) mais aussi à la médecine de garde, à l'information du public par rapport à ces structures de soins.

3.4.2. Le Dossier Médical Global (DMG) (Figure 9)

Le DMG a été introduit le 1er mai 1999 afin d'améliorer la coordination des soins médicaux et la collaboration entre les prestataires de soins grâce à un meilleur échange de données. Il permet d'éviter des prescriptions contradictoires et/ou de refaire inutilement des examens identiques. L'ouverture ou la prolongation d'un DMG ne coûte rien aux patients. Au contraire, ces derniers bénéficient d'un réel avantage : réduction de 30 % du ticket modérateur sur les consultations. Sa diffusion est très inégale selon les régions : fin 2007, seulement 29 % des membres de la Mutualité chrétienne disposaient d'un DMG en Wallonie, 25 % à Bruxelles, et 63 % en Flandre. Au sein des autres unions nationales, la répartition géographique y est similaire. On peut estimer, d'après Laasman & Lange (2006), qu'un peu moins de la moitié de la population dispose d'un DMG.

C'est la classe la plus faible qui a été davantage exposée au risque de se voir facturer le forfait pour soins urgents.

Nous observons également en 2006 des inégalités entre classes sociales, essentiellement entre la classe la plus basse et les autres (au niveau desquelles on n'observe pas de différences significatives). Ainsi, pour les personnes appartenant à la classe la plus basse, ne pas disposer d'un DMG est plus fréquent de 8 % par rapport au reste de la population. On peut mettre ces résultats en parallèle avec ceux relatifs au fait d'avoir eu au moins un contact avec un médecin généraliste, ce qui peut constituer un élément explicatif.

3.4.3. Consommation de médicaments moins chers (Figure 10)

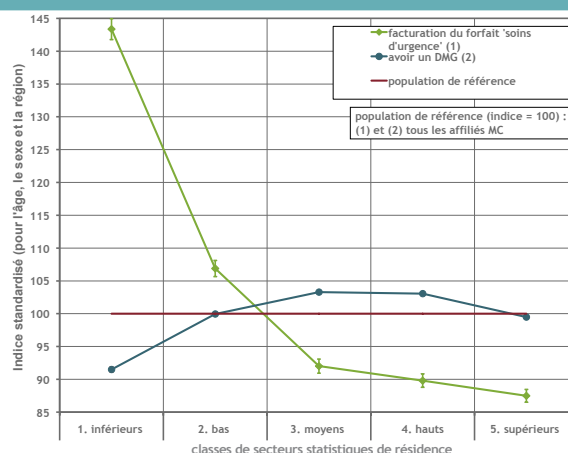
Diverses mesures, décrites dans Cornelis (2007), ont été prises dans le secteur des médicaments ambulatoires. Elles ont eu un impact considérable sur le volume de consommation des médicaments moins chers (généralistes et médicaments dont le prix public a diminué jusqu'à celui des génériques correspondants). La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

La part des médicaments moins chers, mesurée en DDD, est passée de 11 % au premier trimestre 2002 à 40 % au premier trimestre 2007.

Qu'en est-il des différences de consommation entre classes sociales ? En 2006, le volume de médicaments moins chers représentait 37,8 % du volume total. A la figure 10, on voit que cette proportion ne varie que très peu en fonction de l'échelle sociale. Pour tenir compte de la structure par âge, sexe et région de domicile, nous avons procédé à une standardisation directe. Avec ce calcul, nous obtenons alors la proportion ajustée compte tenu de ces critères de stratification. Après ajustement, on observe que la proportion de médicaments moins chers est légèrement plus importante dans les classes défavorisées et intermédiaires, légèrement plus faible dans la classe la plus élevée, les variations restant toutefois de très faible ampleur.

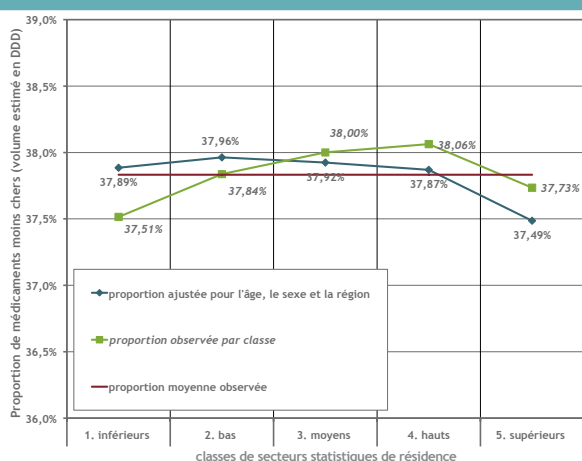
Ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux d'une étude récente réalisée par le CRIOC d'après laquelle « les consommateurs issus des groupes sociaux inférieurs et moyens déclarent moins souvent connaître les médicaments génériques, à l'inverse des groupes sociaux supérieurs. En général, les consommateurs membres des groupes sociaux inférieurs perçoivent plus négativement que la population les médicaments génériques. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise²³ ». Malgré une moins bonne connaissance et une plus grande réticence par rapport aux médicaments génériques de la part des catégories sociales moins favorisées, nos résultats indiquent une propension un peu plus élevée de leur part à consommer des médicaments moins chers. Les obstacles identifiés par le CRIOC n'apparaissent donc pas dirimants, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Malgré tout, on aurait pu s'attendre à une plus grande pénétration des médicaments moins chers auprès des populations moins favorisées.

Figure 9 : Forfait 'soins d'urgence' - DMG



²³ Vandercammen (2008), pp. 66-67.

Figure 10 : Proportion de médicaments moins chers



4. Conclusion

À l'aide de données administratives et de prestations de soins de santé des affiliés à la MC, nous avons mis en rapport divers indicateurs de santé avec une échelle sociale. Cette dernière regroupe cinq classes de secteurs statistiques où résident nos affiliés, l'ordre des classes reflétant la 'valeur' relative de ces secteurs (mesurée par la médiane des revenus fiscaux qui y sont déclarés en 2006).

Cette méthode d'approche est différente de celle des enquêtes de santé, mais révèle les mêmes tendances, à savoir la présence de gradients sociaux à divers niveaux d'analyse : mortalité, morbidité, utilisation et comportement par rapport aux structures de soins (de 1^{ère} et 2^{ème} ligne, soins préventifs et curatifs). Rappelons quelques résultats frappants. Par rapport aux individus de la classe la plus élevée, nous observons que les individus appartenant à la classe la plus faible ont :

- un risque de mortalité accru de 45 % et 24 % de chance en moins de décéder à domicile ;
- un risque plus élevé, à raison de 55 %, d'avoir au moins 30 jours d'incapacité de travail et, à raison de 66 %, de devenir invalide ;
- 2 fois plus de chance d'être admis en hôpital psychiatrique ou en service (neuro)psychiatrique d'un hôpital général ;
- 36 % de propension en moins à bénéficier de soins dentaires préventifs (pour les mineurs d'âge) ;
- un risque plus élevé de 64 % de s'être vu facturé en 2006 un forfait pour soins urgents.

Ces inégalités ne s'expliquent pas uniquement par des difficultés quant à la disponibilité ou à l'accessibilité financière des services de santé. Elles renvoient également à d'autres déterminants liés à la position socio-économique d'un individu dans la société. Toute une série d'éléments explicatifs ont été mis en évidence par de nombreuses études, comme les comportements alimentaires, le tabagisme, les conditions de vie (matérielles et psycho-sociales, etc.). Ainsi, les individus issus des classes socio-économiques moins favorisées ont des pratiques alimentaires moins saines,

fument davantage et ont des conditions de vie matérielles et psycho-sociales moins bonnes.

Afin de réduire ces inégalités, tous les pouvoirs publics et les partenaires sociaux doivent se mobiliser et faire de cette problématique leur priorité. En effet, pour y arriver, il faudra mener des actions sur plusieurs dimensions : les revenus, l'emploi, le logement, l'éducation, l'environnement (matériel, social et culturel) et la santé. Plus spécifiquement pour les mutualités, les champs d'action sont nombreux : prévention et éducation à la santé, diffusion d'informations ciblées, optimisation des droits, efforts soutenus pour favoriser l'accessibilité aux soins de santé. Mais il est illusoire de croire que le système de santé est seul en cause : les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture sociale de notre société.

Les inégalités sociales de santé ne sont finalement qu'un révélateur de toutes les autres inégalités et lignes de fracture sociale de notre société.

Bibliographie :

* Résultats des enquêtes de santé par interview

Demarest S, Leurquin P, Tafforeau J, Tellier V, Van der Heyden J, Van Oyen H. 1998. *La santé de la population en Belgique. Enquête de Santé par Interview, Belgique 1997, Résumé des résultats*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his.pdf>.

Buziarsist J, Demarest S, Gisle L, Miermans PJ, Sartor F, Tafforeau J, Van der Heyden J, Van Oyen H. 2002. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2001. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports **2002 – 25**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/hisfr.pdf>.

Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. 2006. *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2004. Synthèse*. Bruxelles. Service d'Epidémiologie. Institut Scientifique de Santé Publique. IPH/EPI reports **2006 – 36**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epifr/crospfr/hisfr/his04fr/hisfr.pdf>.

Vancorenland S. 2006. Tous les Belges ont-ils le même droit à la santé ? – Synthèse des résultats de l'enquête santé 2004. *MC-Informations*. **224** : 3-10.

http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_informations_224.jsp.

* Sur les inégalités sociales de santé

De Boyser K. 2007. Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco : 153-166.

De Boyser K, Levecque K. 2007. Armoede en sociale gezondheid : een verhaal van povere netwerken ? In : Vranken J, de Boyser K, Dierckx D, Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco : 167-178.

Gillis O, Mertens R. 2008a. Pourquoi pauvreté ne rime pas avec santé ? *MC-Informations*. **231** : 4-16.

http://www.mc.be/fr/128/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_mars_2008/inegalite_sociale/.

Gillis O, Mertens R. 2008b. Mesures concrètes de réduction des inégalités de santé : quelques exemples européens. *MC-Informations*. **232** : 3-14.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/inegalites_de_sante_lres_tcm178-49240.pdf.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*. **358** : 2468-81.

Willems S, Van de Geuchte I, Impens J, De Maeseneer J, Alaluf V, Van Nespén I, Maulet N, Michel Roland M. 2007. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugée*. **40** : 25-34.

* Sur les méthodes de standardisation

Groupe d'analyse du Programme spécial pour l'analyse de la santé. 2002. La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. Organisation Panaméricaine de la Santé. *Bulletin Epidémiologique*. **Volume 23.3**.

Disponible sur : www.paho.org/french/dd/ais/EB_v23n3.pdf.

* Autres références

AIM. 2007. Programme national de dépistage du cancer du sein. Communiqué de presse de l'Agence Intermutualiste (AIM) du 02/10/2007.

Disponible sur : <http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20communiqu%C3%A9%20de%20presse.pdf>.

Avalosse H, Cornelis K, Geurts K, Mertens R, Hermesse J. 2008. Les différences de consommation de soins de santé en Belgique. Où sont les vrais enjeux ? *MC-Informations*. **231** : 17-29.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/mc_info_231_diff_regionales_tcm178-45075.pdf.

Cornelis K. 2005. Analyse régionale des dépenses en soins de santé en 2003 : nuances quant aux différences brutes de consommation. *MC-Informations*. **218** : 3-10.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/analyse_regionale_soins_de_sante_tcm178-8348.pdf.

Cornelis K. 2007. L'influence des mesures prises dans le secteur des spécialités pharmaceutiques ambulatoires remboursables, sur l'évolution des dépenses et des volumes. *MC-Informations*. **230** : 3-11.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/reportage_tcm178-39180.pdf.

Cornelis K, Mertens R. 2007. De grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos. *MC-Informations*. **229** : 1-6.

http://www.mc.be/cm-tridion/fr/128/Resources/consommation_medicaments_mr_tcm178-37463.pdf.

Fabri V, Remacle A, Mertens R. 2007. *Programme de dépistage du cancer du sein – période 2002-2003 et 2004-2005*. Bruxelles. AIM. Rapport 5.

Disponible sur : http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20Depistage_cancer_sein.pdf.

INAMI. 2006. Rapport annuel.

Disponible sur : <http://www.riziv.fgov.be/presentation/fr/publications/annual-report/2006/index.htm>.

KCE. 2006. Cancer du col de l'utérus : d'abord une question de dépistage méthodique. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 11/10/2006.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9983.

KCE. 2007. Le vaccin HPV offre une protection partielle contre le cancer du col de l'utérus, le dépistage reste néanmoins crucial. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 17/10/2007.

Disponible sur : http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=8945&CREF=9983.

KCE. 2008. L'orthodontie chez les jeunes : parfois pour des raisons médicales, souvent pour l'esthétique. Communiqué de presse du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) du 07/04/2008.

Disponible sur : http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=10912.

Laasman JM, Lange B. 2006. Dossier médical global. *Evolution et variation des taux de couverture de la population de septembre 2004 à octobre 2005*. Bruxelles. Union nationale des mutualités socialistes. Direction Etudes.

Disponible sur : <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8CB92AD0-0520-4F4D-9CC8-C31E15898643/0/DMG032006.pdf>.

Vandercammen 2008. *La consommation des ménages à revenu modeste*. CRIOC. Disponible sur : <http://www.oivo-crioc.org/files/fr/3218fr.pdf>.