



Fondation Roi Baudouin

RUE BREDERODE 21 B-1000 BRUXELLES
TÉL +32-2-511 18 40 FAX +32-2-511 52 21
WWW.KBS-FRB.BE INFO@KBS-FRB.BE

Tackling Health Inequalities in Belgium

L'inégalité sociale en matière de santé
reste tenace en Belgique

Bruxelles, le 12 octobre 2010

L'inégalité sociale en matière de santé est importante en Belgique.

Le plus grave est que cette inégalité ne se résorbe pas mais s'accroît plutôt.

Telle est la conclusion principale de l'étude TAHIB,
Tackling Health Inequalities in Belgium.

Sur la base de cette enquête, d'autres travaux préparatoires tels que ceux réalisés par
le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin,
et de l'expérience politique générale
acquise dans notre pays,
des recommandations politiques peuvent être formulées.

Les chercheurs TAHIB et le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin
les présentent dans cette note conjointe.

*TAHIB : Tackling Health Inequalities in Belgium est une étude menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et l'Université Catholique de Louvain (UCL) pour le compte du SPP Politique scientifique.

**L'inégalité sociale en matière de santé est importante en Belgique.
Le plus grave est que cette inégalité ne se résorbe pas mais s'accroît plutôt.**

1. Les résultats de l'étude	4
Les chiffres.....	5
Des écarts inacceptables	6
Quelles sont les actions à entreprendre?.....	7
2. Une stratégie.....	8
A. Regarder ensemble dans la même direction	9
Volonté politique.....	9
Politique intégrale et holistique	9
Processus de croissance	10
Gouvernance multi-niveaux.....	10
Développer la capacité politique locale	11
Avec les professionnels et la société civile.....	11
Une politique basée sur les faits et la pratique (evidence and practice based).....	12
B. Un processus et des structures	13
Savoir	14
Mesurer.....	14
Réfléchir.....	15
Décider	15
C. Quinze pistes d'action concrètes	16
Impact sur les déterminants socioéconomiques	16
Impact sur les facteurs du cadre de vie et le capital social.....	17
Impact sur le mode de vie.....	19
Enfants : groupe cible et levier.....	20
3. Synthèse et conclusion.....	21
Membres du groupe de travail 'Inégalités en santé'	23

1. Les résultats de l'étude

Commençons par la bonne nouvelle. La santé et l'espérance de vie des Belges progressent. En moyenne.

Cette progression s'explique par l'amélioration des conditions de vie et des soins de santé.

Les professionnels de la santé, les organisations sociales et les politiques s'en félicitent. À juste titre. Les efforts qu'ils ont déployés pour favoriser l'accessibilité aux soins ont en effet porté leurs fruits.

Mais une réalité les désespère...

Cette évolution ne semble pas profiter à tous, du moins pas dans la même mesure.

**L'inégalité sociale en matière de santé est importante en Belgique.
Le plus grave est que cette inégalité ne se résorbe pas mais s'accroît plutôt.**

Les groupes qui se situent dans le haut de l'échelle sociale et qui bénéficiaient déjà d'une longueur d'avance sur les autres, sont ceux qui profitent de la progression la plus importante.

Ils en profitent beaucoup plus que les groupes intermédiaires, qui voient leur santé s'améliorer, mais pas autant que ce qui serait possible.

Les groupes qui se situent dans le bas de l'échelle sociale ne connaissent, quant à eux, aucun changement. On peut même dire que par rapport aux autres, leur situation régresse.

Seuls les « meilleurs » bénéficient donc des progrès médicaux et sociaux dont notre société est si fière ; tandis que les groupes intermédiaires restent largement en dessous du niveau possible et les plus vulnérables voient leur situation reculer.

Globalement, notre population a donc une santé beaucoup moins bonne que ce qu'elle pourrait être.

Mais cela nous permet de terminer cette première conclusion avec une bonne nouvelle. Cela signifie en effet également que la réduction de cette inégalité peut conduire à un gain de santé général considérable.

Les chiffres

De nombreux chiffres peuvent traduire avec nuance l'inégalité en matière de santé et l'évolution négative de celle-ci. Nous nous tiendrons aux deux plus simples : l'espérance de vie et le nombre d'années que l'on peut espérer vivre en bonne santé.

Espérance de vie

Un homme de 25 ans **ayant fait des études supérieures** peut au début de ce siècle **espérer vivre 80 ans**.

Un homme ayant uniquement un diplôme **d'études secondaires** (cycle supérieur) meurt en moyenne **2,5 ans plus tôt** (77,5).

Un homme ayant uniquement un diplôme **d'enseignement secondaire inférieur, 4 ans plus tôt** (76).

Un homme ayant uniquement un diplôme **d'enseignement primaire, 6 ans plus tôt** (74).

Et un homme n'ayant suivi **aucun enseignement, 7,5 ans plus tôt** (72,5).

Les personnes ayant fait des **études supérieures** ont vu leur espérance de vie augmenter de **2,5 ans** en dix ans.

Les personnes ayant un diplôme **d'études secondaires**, de **2 ans**.

Les personnes ayant uniquement un diplôme **d'enseignement primaire**, de **1,5 an**.

Les personnes n'ayant suivi aucun enseignement **n'ont pas vu leur espérance de vie augmenter**.

Espérance de vie en bonne santé

À 25 ans, une femme **ayant fait des études supérieures** peut encore espérer vivre **plus de 47 ans en bonne santé**.

Une femme ayant uniquement un diplôme **d'études secondaires** (inférieur ou supérieur) peut compter sur **5 à 6 années de moins** en bonne santé (41 à 42 ans).

Une femme ayant uniquement un diplôme **d'enseignement primaire**, sur **11 années de moins** en bonne santé (36).

Et une femme n'ayant suivi **aucun enseignement**, sur **18 ans de moins** (29).

Pour tous les groupes, **l'écart a progressé** par rapport aux personnes ayant suivi un enseignement supérieur.

Pour les femmes ayant suivi l'enseignement secondaire (supérieur ou inférieur), l'écart a progressé de 1,5 à 3 ans à 5 à 6 ans.

Pour les femmes ayant suivi uniquement l'enseignement primaire, l'écart a progressé de 10 à 11 ans.

Pour les femmes n'ayant suivi aucun enseignement, l'écart a progressé de 11,5 à 18 ans. Elles peuvent aujourd'hui (29) compter sur moins d'années en bonne santé qu'à la fin des années nonante (33).

Des écarts inacceptables

Ces écarts sont importants. Trop importants pour pouvoir être acceptés. Et, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ils s'accroissent encore.

Cette situation n'est pas un cas unique. D'autres pays y sont également confrontés.

De nombreux pays de l'Union européenne et d'autres pays occidentaux ont déjà développé une **stratégie** visant à réduire ces inégalités de santé.

La Belgique ne peut pas demeurer en reste et doit donc agir aussi.

Si elle le fait, des gains de santé considérables pourront être engrangés à très court terme.

Avant de se demander quelle est l'approche à adopter, il convient de pointer deux séries de constats.

Tout d'abord, l'étude TAHIB nous apprend qu'il ne s'agit pas d'un phénomène touchant uniquement les groupes se situant dans le bas de l'échelle sociale. Il n'existe pas de « fossé » entre les personnes de l'échelon le plus bas et les autres; il n'existe pas non plus de ligne de séparation nette entre les classes sociales. Nous avons affaire à un gradient : la santé diminue au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale; les groupes les plus vulnérables sont les plus touchés ; mais les personnes issues de la classe moyenne sont elles aussi en moins bonne santé qu'elles ne pourraient l'être, elles ont une vie plus courte et vivent moins d'années en bonne santé par rapport à ce que l'on pourrait attendre.

Cela signifie donc que presque l'ensemble de la population est en moins bonne santé que ce qu'elle pourrait être.

Autre constat important : l'étude TAHIB révèle que des déterminants socioéconomiques – le revenu et le niveau d'éducation surtout – jouent le rôle principal dans ces inégalités. Le mode de vie est très important mais ce comportement individuel est aussi lié à des caractéristiques sociales.

Il est par ailleurs inquiétant de constater que les effets de certains aspects du comportement et du mode de vie – notamment fumer – sont plus dommageables au fur et à mesure que l'on descend sur l'échelle sociale.

Les facteurs environnementaux socialement déterminés revêtent aussi beaucoup d'importance. Le cadre de vie et l'habitat, les nuisances environnementales, le fait de séjourner dans un milieu économiquement précaire et/ou au capital social faible sont autant de facteurs qui augmentent le risque de mauvaise santé, indépendamment même des caractéristiques socioéconomiques individuelles.

Quelles sont les actions à entreprendre?

L'étude TAHIB a pour objectif d'appréhender le problème. Elle brosse le tableau d'une problématique sociétale, en décrit l'ampleur et les dimensions ainsi que les mécanismes sociaux sous-jacents.

Il est possible d'en déduire des priorités; il est possible d'en distiller les conditions auxquelles les solutions doivent satisfaire; il est également possible de s'appuyer sur ses conclusions pour exclure certaines stratégies.

Mais ce n'est pas une étude axée sur des solutions, elle n'analyse pas de manière scientifique quelles sont les solutions, stratégies et méthodes les plus efficaces et les plus efficientes.

Une autre étude, plus approfondie, s'impose à cet effet. C'est la **première conclusion** que l'on peut tirer de l'étude TAHIB.

Les chercheurs et les décideurs politiques doivent réfléchir ensemble à l'étude des solutions à réaliser en priorité.

À ce stade, ça ne pas de sens de prendre des mesures dont l'efficacité et l'efficacité n'ont pas été prouvées. Ce leitmotiv interviendra tout au long de ce texte.

À court terme, il est nécessaire et possible de rassembler les « faits objectifs et prouvés »: ce qu'on a appris avec certitude des expériences en Belgique et surtout dans les pays voisins à propos de l'efficacité et l'efficacité de mesures visant à favoriser l'équité en santé.

À un peu plus long terme, il est possible de mettre sur pied un programme d'étude plus vaste.

Quelles que soient la politique que l'on veuille mener et les mesures que l'on veuille prendre, le développement d'informations statistiques adéquates sur la santé et sa répartition dans les différents groupes de population est une nécessité absolue. La situation en la matière est médiocre dans notre pays. Parfois, les données sont disponibles, mais ne peuvent être combinées. Il faut aussi remarquer qu'il est nécessaire d'améliorer les informations sur les déterminants socioéconomiques. Dans notre pays, les statistiques en matière de revenus sont par exemple pour le moins « perfectibles ».

Sur la base de cette étude, de travaux préparatoires tels que ceux réalisés par le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin et de l'expérience politique générale acquise dans notre pays, il est toutefois possible de formuler les premières recommandations politiques. Les chercheurs TAHIB et le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin les présentent dans cette note conjointe.

2. Une stratégie

Ces dernières années, la plupart des pays de l'Union européenne et de nombreux autres pays occidentaux ont déjà développé une politique délibérément axée sur la réduction des inégalités sociales en matière de santé. **Une stratégie.**

La Belgique ne peut demeurer en reste et doit agir aussi.

Sur la base de l'étude TAHIB, du rapport du groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin, des expériences acquises dans les autres pays de l'UE (voir : « Closing the gap: strategies voor action to tackle health inequalities » et le projet DETERMINE), et les expériences politiques générales d'experts dans notre pays, il est possible d'esquisser une telle stratégie. Cette esquisse, les chercheurs TAHIB et le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin la présentent dans cette note conjointe au moyen de recommandations politiques. Elles s'adressent à tous les niveaux de gestion et tous décideurs impliqués.

Cette note véhicule trois messages à propos de cette stratégie.

- A. Une telle stratégie exige que l'on regarde tous dans la même direction : à tous les niveaux de gestion, il doit y avoir une **volonté politique** de réduire ces inégalités de santé; par ailleurs, six autres facteurs clés doivent être partagés par tous les acteurs concernés : il doit s'agir d'une **'politique intégrale et holistique'**, qui requiert de lancer un **processus de croissance**; il doit s'agir d'une **gouvernance multi-niveaux** – les différents niveaux d'autorité doivent collaborer, et pour y parvenir, il faut d'abord se focaliser sur le **développement d'une capacité politique locale**; les **professionnels et la société civile** doivent être impliqués dans cette stratégie, et il faut également que toutes les initiatives se basent sur les **faits et la pratique** (evidence and practice based).
- B. Une telle stratégie exige un processus et à cet effet, des accords structurels et donc des **structures**; à propos de ces structures, les décideurs politiques devront dans une phase ultérieure prendre 7 décisions autour de quatre thèmes - **savoir, mesurer, réfléchir et décider**.
- C. Le moyen terme nécessaire pour élaborer une telle stratégie permet néanmoins de démarrer à court terme des projets pragmatiques concrets ; cette note décrit **15 pistes d'action possibles** qui peuvent être suivis.

A. Regarder ensemble dans la même direction

Tous les efforts doivent concorder sur sept points fondamentaux.

1.

Volonté politique

Réduire les inégalités de santé n'est pas une chose aisée. Les différentes instances doivent mener une politique systématique, réfléchie et soutenue. La réduction des écarts de santé nécessite une volonté politique claire et communément partagée de faire de cet objectif une priorité.

Notre pays peut y arriver s'il le veut. Pendant des décennies, avec le consensus de toutes les forces politiques et sociétales, il a mené semblable politique 'systématique, réfléchie et soutenue' pour réaliser l'égalité d'accès aux soins de santé curatifs. Avec succès. Le système de santé belge est un des meilleurs au monde sur ce plan. Cela devrait donc fonctionner aussi pour ce nouvel objectif plus large : la réduction des inégalités de santé. La volonté politique doit pour cela être aussi forte et aussi largement assumée.

2.

Politique intégrale et holistique

L'accessibilité élevée des soins curatifs a pu être réalisée grâce à des mesures se situant essentiellement au sein du système de santé proprement dit. Pour réduire les inégalités sociales, il faut une politique plus vaste. Il ne s'agit pas uniquement de soigner les affections après que celles-ci surviennent, mais aussi de prévenir ou de freiner les maladies à l'aide de mesures directes et indirectes. L'étude TAHIB et les expériences d'autres pays nous apprennent qu'il faut mener une politique 'transversale' ou 'intersectorielle', **intégrale et holistique**. Elle ne doit pas se concentrer uniquement sur les soins de santé curatifs, mais aussi sur la promotion de la santé, la prévention et l'éducation à la santé; pas seulement sur l'offre de soins, mais aussi sur les modes et les habitudes de vie et, surtout, sur les conditions de vie, le cadre de vie et les déterminants socioéconomiques de la santé. Raison pour laquelle des domaines politiques tels que la répartition des revenus, le marché de l'emploi, l'habitat, l'aide sociale, l'enseignement, l'environnement et l'aménagement du territoire doivent être intégrés dans cette politique. Raison pour laquelle aussi ce n'est pas seulement aux responsables politiques et sociétaux du système de santé mais à tous les décideurs politiques importants du pays que l'on doit demander de montrer la volonté politique de mener une 'politique intégrale et holistique' afin de réduire les inégalités de santé.

3.

Processus de croissance

Notre pays n'est pas habitué à mener une politique transversale ou intersectorielle, 'holistique et intégrale', qui fasse systématiquement concorder d'autres champs politiques à la politique de santé et vice versa. Il faut que cela évolue. Nous proposons de lancer progressivement ce processus en organisant en premier lieu, à chaque échelon administratif, des séminaires impliquant des acteurs académiques et administratifs ainsi que des professionnels du secteur. Ces séminaires étudient ce qui existe déjà en matière de concordance implicite ou explicite entre la politique de santé et la politique d'autres secteurs et inversement, et ce qui pourrait s'améliorer. Dans une deuxième phase, ces séminaires peuvent déboucher sur un congrès de synthèse rassemblant les divers niveaux de pouvoir.

4.

Gouvernance multi-niveaux

Il ne suffit donc pas d'impliquer dans cette politique les autorités politiques fédérales de la santé mais aussi la sécurité sociale fédérale et les 'partenaires' qui portent une responsabilité en la matière.

Il ne suffit pas d'impliquer la politique de santé curative (fédéral), mais aussi la prévention et l'éducation en matière de santé (Communautés et Régions). Le marché de l'emploi, l'habitat, l'aménagement du territoire et la politique environnementale, l'aide sociale et l'enseignement sont autant de domaines politiques (Communautés et des Régions) qui contiennent d'importants leviers pour la lutte contre les inégalités de santé.

Bien que les inégalités socioéconomiques forment un gradient et ne concernent donc pas uniquement les plus pauvres, il existe toutefois des liens manifestes avec la politique de lutte contre la pauvreté au sein de laquelle le niveau fédéral, les Communautés et les Régions jouent un rôle important, aux côtés d'ailleurs des communes et des CPAS.

Indépendamment de cela, le niveau local – c'est-à-dire communal, éventuellement supra-local et provincial – a un rôle important à jouer.

Il est en outre incontestable que le niveau européen interviendra lui aussi. Le projet « Closing the gap – Strategies for Action to Tackle Health Inequalities » (2004-2007), le projet DETERMINE et le « EU-Consortium for Action on the Socio-economic Determinants of Health » (2007-2010) en sont la preuve.

Il doit donc s'agir d'une approche multi-niveaux. Tous les niveaux de pouvoir sont impliqués.

Par conséquent, un plan unique et universel, décrété de manière centralisée, n'est donc pas envisageable ni souhaitable. Il est primordial que tous les niveaux de pouvoir s'engagent et accordent leurs violons; il faut pour cela que la politique s'élabore progressivement depuis la base et que les niveaux de pouvoir centraux fournissent un cadre général indiquant la direction à suivre et répartissant les tâches.

Il importe aussi que se développent des structures qui veillent à l'harmonisation et à la coordination de l'expertise. La formation de réseaux doit en constituer l'idée centrale. Il ne s'agit pas de mener une politique totalement neuve à un seul niveau, mais de compléter la politique existante à tous les niveaux, de l'approfondir, de la réorienter, de lui donner d'autres accents et de l'adapter à d'autres buts et secteurs.

5.

Développer la capacité politique locale

À tous les niveaux, une capacité politique et des compétences politiques nouvelles devront être acquises. Et cela vaut tout particulièrement pour le niveau local. Les niveaux politiques locaux ont un très grand rôle à jouer sur ce plan. Pour un grand nombre d'actions politiques, il s'agit du niveau le plus indiqué, surtout - mais pas seulement - lorsqu'il s'agit de certains groupes cibles. Ce dernier point est d'ailleurs visé dans la législation sur les CPAS.

Mais ce n'est pas tout. La mise en œuvre et l'intégration des efforts d'autres niveaux politiques devront souvent se réaliser au niveau local.

Bien que de nombreuses communes et CPAS consentent déjà de louables efforts pour promouvoir la santé parmi tous les groupes ou parmi les groupes de population plus fragiles, il est clair qu'une capacité politique locale globale de promotion de la santé n'est possible que si, au niveau local, une capacité politique se développe dans ce domaine. Le développement de cette capacité politique locale est donc prioritaire.

6.

Avec les professionnels et la société civile

Une des spécificités et des forces du secteur de la santé – tant des aspects préventifs que curatifs – réside dans l'apport important des professionnels de la santé et de la société civile, jusque dans l'élaboration de la politique. Dans les soins curatifs par exemple, ce sont principalement les prestataires de santé et les mutualités. Les associations de patients forment un acteur émergent – qui n'a toujours pas voix au chapitre dans l'assurance maladie.

Cette implication des professionnels de la santé et de la société civile caractérise également, mutatis mutandis, le secteur plus large des soins et de l'aide sociale ainsi que de nombreux autres domaines politiques qui doivent contribuer à la politique 'holistique et intégrale' multi-niveaux de lutte contre les inégalités de santé.

Il convient donc d'impliquer non seulement les différents niveaux de pouvoir mais aussi les professionnels (tels que les prestataires de santé) et la société civile au sens large dans l'élaboration et la concrétisation de cette politique. Cela inclut donc également les associations de lutte contre la pauvreté et les professionnels qui leur donnent la parole, les experts du vécu.

7.

Une politique basée sur les faits et la pratique (evidence and practice based)

Cette politique et ses composantes doivent en outre se baser autant que possible sur des **faits** et **des pratiques** : s'appuyer sur des mesures dont il a été prouvé (par étude ou expérience) qu'elles ont de l'effet.

La stratégie à développer doit autant que possible pouvoir s'appuyer sur des recherches opérationnelles comme celles réalisées par la Commission to Build a Healthier America. Elles doivent également tenir compte des cinq aspects du cadre développé par l'OMS à propos des différences de santé socioéconomiques : le contexte socioéconomique, l'exposition différentielle, la vulnérabilité différentielle, les résultats différentiels et les conséquences différentielles, en étant à chaque fois attentif à 'intervenir', 'analyser' et 'mesurer'.

Développement des connaissances, recherche opérationnelle et mise au point d'instruments pour mesurer l'évolution des inégalités ainsi que l'efficacité et l'efficacité des initiatives de lutte contre les inégalités sont dès lors essentiels. De manière plus générale, un critère d'évaluation complémentaire doit être appliqué à tous les niveaux pour évaluer les mesures en matière de santé : outre l'efficacité et l'efficacité, l'« équité » entre également en ligne de compte : la mesure dans laquelle une initiative contribue à éliminer ou réduire des inégalités sociales.

B. Un processus et des structures

Le plus important est qu'à court terme, dans tous les principaux centres décisionnels du pays, grandisse la prise de conscience qu'il règne d'importantes inégalités de santé dans notre pays et que la résorption de ces inégalités est non seulement légitime et équitable, mais possible, et qu'elle peut générer un gain de santé non négligeable.

Il est en outre important que se développent à tous les niveaux de gestion la conscience de ses responsabilités et l'engagement – donc la volonté politique – à tenter de réduire ces inégalités, il convient que l'on se rende mieux compte du type de solutions à appliquer (intégral et holistique; préventif, curatif, éducatif, etc.) et de la nécessité d'une collaboration en réseau multi-niveaux.

De là doit se développer un processus politique : des objectifs et des stratégies politiques qui s'intègrent et s'harmonisent progressivement.

Il est très important aussi que dès le début du processus, la société civile et les professionnels du secteur de la santé mais aussi d'autres secteurs soient impliqués dans la préparation et la formulation de la politique. Ils jouent un grand rôle dans les structures décisionnelles, qui n'est pas uniquement formel; ils sont importants aussi parce que leur apport est irremplaçable, tant dans la conception de mesures que dans leur implémentation.

Structures

Pour mener dans ces conditions une politique systématique, réfléchie et soutenue, qui soit holistique, intégrale, et ce à de nombreux niveaux de pouvoir, il faudra une certaine structuration. Il est important d'accorder du temps à ce processus de structuration, sans le reporter négligemment à plus tard.

Il est presque certain qu'un **centre ou un réseau d'expertise** sera nécessaire. Celui-ci devra collecter, produire et diffuser les connaissances en matière de lutte contre les inégalités de santé. La décision politique quant au lieu d'intégration d'un tel centre ou réseau d'expertise (Dans le monde académique? Dans une structure fédérale ou régionale/communautaire? Ou dans une structure 'interfédérale', telle que la Conférence interministérielle Santé publique ?) est à prendre ultérieurement. Pour le développement de la capacité politique locale, la décision peut être prise à court terme.

Entre-temps, sept décisions provisoires importantes peuvent déjà être prises, sur quatre points : **savoir, mesurer, réfléchir et décider.**

Savoir

Une action importante à entreprendre absolument, et qui peut démarrer dès maintenant, consiste à soutenir le **développement de la capacité politique au niveau local (voir A.5.)**. À cet effet, des accords structurels sont possibles à ce stade : d'une part une méthode d'approche, l'approche d'expérimentation, d'autre part une structure pour l'acquisition d'expertise.

- **1. Les expérimentations** : on a besoin d'un instrument qui puisse être utilisé par toutes les autorités centrales concernées pour parvenir à des accords avec le niveau local sur **l'exploration de nouvelles possibilités d'approche des inégalités de santé au niveau local**. Nous appelons cette approche « les expérimentations ». Nous stimulons – financièrement ou avec une dérogation au respect de règles – l'exploration de nouvelles possibilités de mener une politique de santé locale sous trois conditions : les arguments avancés doivent être étayés par des faits prouvés ou des pratiques, tous les partenaires potentiellement concernés ont connaissance du projet, et les effets et les leçons sont ensuite partagés avec tous les niveaux et partenaires politiques. À un stade ultérieur, l'approche d'expérimentations peut être élargie à d'autres niveaux de pouvoir.
- **2. L'acquisition d'expertise** est nécessaire dans tous les domaines, et certainement **l'acquisition d'expertise sur ce que le niveau local peut faire**. Il doit y avoir une sorte de 'relais' – un lieu ou un centre d'expertise – où le niveau local peut déjà à court terme poser des questions sur le caractère objectif et prouvé de certaines approches. L'acteur chargé de cet aspect – il peut s'agir de la Fondation Roi Baudouin, qui joue déjà un rôle clé dans des projets expérimentaux locaux – doit commencer par réaliser un rapide examen des stratégies pratiquées dans les pays voisins. Ce lieu d'expertise peut par après être intégré dans un ensemble plus large.

Mesurer

Il est par ailleurs déjà évident qu'il faut mener plus de recherches (voir plus haut) et mesurer de manière plus nuancée. L'étude TAHIB a déjà esquissé des pistes dans ce sens. Trois décisions structurelles peuvent déjà être prises d'emblée.

- **3.** Il est nécessaire d'adapter les **enquêtes santé de l'ISP**. L'ISP peut déjà se concerter à ce sujet avec les chercheurs, les universités et autres centres de recherche ainsi que les différentes autorités. Une concertation portant sur d'autres mesures que celles qui se situent dans le prolongement des enquêtes santé et sur l'enquête axée sur les solutions (voir plus haut) peut également déjà commencer.
- **4.** S'imposent également des adaptations immédiates aux instruments statistiques destinés à mesurer l'état de santé de la population; plusieurs enregistrements qui sont essentiellement du ressort des Communautés et des Régions doivent à court terme être considérablement améliorés.

- **5.** Les chercheurs TAHIB peuvent constituer, en collaboration avec les chercheurs de l'ISP, des universités et d'autres institutions fédérales et fédérées, de la politique scientifique et avec des représentants des mutualités dotés d'expérience en la matière, un réseau ou une plateforme temporaire chargé d'étudier quels autres efforts de mesure et **missions de recherche rapides** peuvent être réalisés ou mis sur pied à court terme pour faciliter le processus d'élaboration d'une 'politique multi-niveaux intégrale et holistique'.

Réfléchir

Il est clair qu'une politique intégrale et holistique, intersectorielle et transversale, dans laquelle plusieurs niveaux de gestion jouent un rôle et qui doit impliquer les professionnels et la société civile, ne peut naître d'un coup de baguette magique. Il est bon qu'aux divers niveaux, les politiques, les responsables administratifs et académiques, les professionnels et la société civile réfléchissent à la problématique – inégalités de santé – et aux manières de les résorber.

- **6.** Il est indispensable qu'au cours des prochains mois, à tous les niveaux, dans tous les groupes professionnels concernés et dans la société civile, on parle des grandes inégalités de santé et des pistes permettant d'atteindre une répartition plus équitable et d'engranger du même coup un gain de santé important. Les chercheurs sont prêts à contribuer à la **dissémination des résultats de recherche**. Il serait bon que les services fédéraux de la politique scientifique mettent à disposition un **rapport de synthèse** des résultats scientifiques à large échelle, et **facilitent** la collaboration des chercheurs à ces moments d'étude. Il conviendrait également que les autorités, aux **divers niveaux de pouvoir**, **contribuent à cette opération de dissémination** en se concertant à ce sujet avec les groupes concernés et en facilitant ces moments d'étude.

Décider

- **7.** Il serait bon que, dans l'attente d'éventuelles structures plus vastes où le niveau politique local sera représenté aussi, la Conférence interministérielle Santé publique assume déjà un **rôle moteur** et se fasse assister par un **groupe de travail** académique/administratif comprenant, outre des fonctionnaires des différents niveaux, quelques scientifiques compétents et, si possible, les premiers porte-paroles du niveau local. La direction de ce groupe opérationnel pourrait par exemple être confiée à deux personnes ayant de l'expérience en ce domaine: le prof. Dr. Yvo Nuyens, ex-directeur de programme OMS et le prof. Dr. De Backer de l'Académie royale.

La Conférence interministérielle Santé publique pourrait par exemple :

- constituer un groupe de travail chargé de veiller à la concertation commune à ce sujet
- élaborer une note de conventions pour les expérimentations locales
- demander à la Fondation Roi Baudouin, en collaboration avec d'autres partenaires, d'assumer temporairement la mission d'acquisition d'expertise au niveau local.

C. Quinze pistes d'action concrètes

L'étude TAHIB est une étude destinée à appréhender la problématique et non une étude axée sur les solutions; il faudra en outre encore beaucoup de concertation et de travail de réflexion avant de pouvoir formuler une politique réfléchie, systématique et soutenue, holistique et intégrale. Toutefois, sur la base de cette étude et d'autres enquêtes, des travaux préparatoires de la Fondation Roi Baudouin et d'autres organisations, outre les propositions de processus et de structure qui ont été formulées ci-dessus, quinze pistes d'action peuvent être distillées et initiées à relativement court terme par les divers niveaux de pouvoir.

Ces quinze pistes d'action forment un avant-goût de la politique à élaborer ultérieurement. Elles concernent tant le secteur de la santé que d'autres domaines politiques. Elles sont réparties ci-dessous en fonction de la manière dont elles influent sur les déterminants socioéconomiques, sur les facteurs environnementaux et surtout le 'capital social', ou sur des facteurs liés aux modes de vie. Il est en outre suggéré de considérer les enfants comme un groupe cible privilégié et l'enseignement comme un levier supplémentaire. L'environnement de travail pourrait également être considéré comme un levier.

Impact sur les déterminants socioéconomiques

1. La base des inégalités de santé – l'inégalité sociale et la répartition des revenus – doit à nouveau figurer parmi les priorités de l'agenda politique. Ces dernières décennies, les inégalités de revenus ont augmenté, selon les calculs récents du SPF Economie (Gini-index 0,304 après impôts, contre 0,238 en 1990). D'autre part, il s'avère que notre enseignement reproduit les inégalités sociales bien plus qu'il ne les enrayer (enquête PISA de l'OCDE), alors que l'étude TAHIB montre qu'un enseignement 'plus démocratisé' est le mieux à même de réduire les inégalités en matière de santé. Les deux thèmes, **répartition des revenus et démocratisation de l'enseignement**, doivent donc redevenir des priorités à l'agenda politique.
2. **La précarité économique de certains quartiers** est un déterminant important de mauvaise santé. Il est recommandé que les autorités locales et régionales mettent tout en œuvre pour lutter contre la précarité de certains quartiers en mettant sur pied des programmes intégraux visant à améliorer entre autres l'environnement et les espaces collectifs afin d'y encourager l'initiative économique et le développement de services, concrétiser le développement des compétences (formation, apprentissage) et revaloriser les habitations et le quartier en général au moyen de projets locaux d'économie sociale au sein desquels les habitants peuvent trouver un emploi. Plusieurs des suggestions formulées sous 5, 6 et 7 peuvent aussi être intégrées dans de tels programmes.

3. La pauvreté entraîne la maladie. **Mais la maladie entraîne aussi la pauvreté.** Les revenus de personnes après une maladie de longue durée et de personnes atteintes d'une affection chronique sont à améliorer en travaillant à leur réinsertion dans le parcours professionnel. L'accord de collaboration en Flandre que le VDAB et les mutualités viennent de conclure à ce sujet est une innovation inspirante. Il donne la possibilité de suivre minutieusement ce qui marche/ce qui ne marche pas et dans quelles conditions.
4. **Tiers payant.** Dans les soins de santé curatifs, une partie des effets des inégalités doit encore être éliminée. Pour les revenus inférieurs et dans une certaine mesure aussi pour les revenus moyens, il existe encore des freins financiers qui conduisent souvent au report ou à l'annulation de soins de santé curatifs. Ces freins doivent être éliminés par **la généralisation du système du tiers payant, en tout cas pour les bénéficiaires du statut Omnio.** Cette décision est déjà d'actualité et conseillée également dans de nombreux textes d'organisations de pauvres et actives dans la politique de lutte contre la pauvreté. Les personnes concernées doivent cependant savoir qu'elles ont droit au statut Omnio (octroi automatique). Pour cela, il est recommandé d'y associer une vaste campagne d'information qui permette de mesurer les effets de cette généralisation. Dans la pratique, on peut également étudier dans quelle mesure et pour quels groupes l'aspect 'coûts' joue un rôle déterminant dans le recours aux soins.

Impact sur les facteurs du cadre de vie et le capital social

Les objectifs politiques existants en matière d'offre et d'accessibilité de prestations médicales peuvent être enrichis et élargis.

5. Il convient en priorité de **mieux développer les soins de santé primaires** en général, surtout dans les milieux et les quartiers comportant un public moins bien positionné sur l'échelle sociale, et certainement dans les quartiers et les milieux qui sont malsains et délabrés.

Ces **soins de première ligne doivent devenir plus visibles**, y compris en rue. La manière dont les pharmaciens se rendent visibles peut servir d'inspiration à d'autres professionnels. La proximité visible de soins de santé primaires, entre autres pour les 'nouveaux habitants', peut favoriser l'accès aux soins de santé et réduire l'afflux dans les services d'urgence des hôpitaux.

La poursuite du Fonds **Impulseo** qui encourage notamment les médecins traitants à s'établir dans des quartiers ou des zones à l'offre restreinte, est également indiquée. Mais il n'est pas uniquement question de la présence de médecins. Il doit s'agir de la présence de **soins de première ligne pluridisciplinaires : médicaux et autres.** Intégration des soins curatifs et préventifs, éducation à la santé et action sociale sont indiquées, tout comme la collaboration visible entre les **soins de bien-être et de santé.**

Il est recommandé d'encourager les **maisons médicales – ou réseaux fonctionnels d'intervention** selon le modèle de la toile d'araignée (Fondation Roi Baudouin, 2007) –

surtout dans les quartiers défavorisés. Toutefois il convient de remarquer que cette approche n'est pas seulement utile pour les groupes défavorisés. Ces maisons médicales peuvent aussi revêtir une importante fonction scientifique et de signal pour la politique communale, y compris en matière d'habitat et d'environnement par exemple. Il faut étudier si les maisons médicales existantes assument déjà ce rôle et quels sont les facteurs de réussite et d'échec.

6. Reste la question de savoir s'il ne faut pas **étendre la stratégie Impulseo** à d'autres prestataires de soins comme les infirmiers/ères et les dentistes. Une étude plus approfondie des effets du programme Impulseo en la matière peut nous procurer des indications à ce sujet.
7. Plus généralement, il est judicieux de doper le capital socio-médical dans ces quartiers en encourageant ses habitants, ou leurs **enfants, à opter pour des orientations d'étude et des professions médicales, paramédicales ou apparentées**. Cela permettrait aussi d'augmenter le capital socio-médical de ces quartiers – un suivi des données est nécessaire – et en même temps de réduire les manques de personnel soignant dans les centres-villes. Dans ces quartiers, des campagnes de recrutement ont déjà été menées pour travailler auprès des services de police notamment; une telle initiative est également envisageable pour des métiers de soins.

Œuvrer au cadre de vie doit être pris ici aussi au sens matériel.

8. Les régions peuvent, probablement plus qu'elles ne le font actuellement, inciter les communes, les CPAS et les sociétés de logement de service public à prévoir dans des quartiers résidentiels malsains et délabrés **des espaces publics appropriés pour l'exercice physique et le jeu, développer des espaces verts** qui améliorent l'environnement et, comme le fait la ville de New-York, mettre à disposition de **petits jardins (communautaires)** où habitants, enfants peuvent cultiver leurs propres légumes. Un rapide examen des mesures politiques existantes peut apprendre si elles méritent un ajustement. Les bonnes pratiques peuvent alors être diffusées.
9. Les communes peuvent être encouragées à prendre des mesures spéciales pour les **espaces de vie que sont les écoles** qui se trouvent dans un milieu vulnérable, et encourager les écoles à œuvrer elles-mêmes à l'amélioration de l'environnement.
10. Les Régions peuvent faire des recherches, avec les communes, sur les **effets sur la santé de facteurs environnementaux** qui touchent certains quartiers ou certaines zones, comme cela se fait déjà dans le chef du Steunpunt Gezondheid en Milieu en Flandre. On peut en retirer des mesures et des actions communes de promotion de la santé.

Impact sur le mode de vie

Il ne faut pas hésiter à travailler avec des **groupes cibles**, parce que cela permet de se focaliser sur les groupes avec lesquels on peut réaliser le plus de gain de santé. Il convient cependant de veiller à ne pas créer d'effets stigmatisants. Cela ne peut pas non plus être une excuse pour ne pas agir sur d'autres plans.

11. **Fumeurs.** Il est proposé de suivre le schéma qui a été élaboré dans TAHIB pour travailler sur les diverses dimensions OMS. Cela donne des mesures tant classiques qu'innovantes. Diminuer les barrières financières aux remèdes anti-tabac et à la consultation d'un tabacologue. Vérifier l'impact des augmentations de prix sur la consommation de tabac de divers groupes sociaux (attention aussi à l'usage de tabac de faible qualité et au marché noir) et vérifier par quelles mesures on peut à son tour influencer sur cet impact. Éliminer les sources de stress quotidiennes et apprendre à gérer le stress différemment. Axer les campagnes anti-tabac davantage sur les groupes en bas de l'échelle sociale comme cela s'est fait en Écosse pour les femmes aux revenus limités. Étudier comment rompre la formation de sous-cultures spécifiques au travers desquelles les fumeurs élaborent leur propre système normatif pour défendre leur habitudes. Ce schéma doit également être appliqué à d'autres facteurs clés de mauvaise santé : **l'obésité et le manque d'exercice.**

12. Le démarrage récent du trajet de soins pour **diabétiques**, et l'enquête d'évaluation y afférente annoncée, permettent de suivre les groupes qui s'adaptent facilement à ce schéma de comportement et les groupes pour qui c'est plus difficile. Cela permet réellement de tirer des bonnes pratiques pour de prochains itinéraires de soins. Ces trajets de soins sont-ils moins adaptés à certains groupes? Comment la multimorbidité s'inscrit-elle dans ce contexte?

Une autre stratégie dans ce cadre est la mobilisation et l'**empowerment** de certains groupes cibles et organisations de groupes cibles.

13. On songe ici notamment aux **organisations de patients chroniques** souffrant d'affections pour lesquelles on peut engranger un gain de santé important. Il est possible d'encourager ces organisations à **prendre elles-mêmes la défense** de certains traitements/trajets de soins/programmes d'appui apportant des avantages au patient qui se tient à un comportement précis.
14. Dans le même ordre d'idée, mais plus largement, la proposition de soutenir des **associations de personnes d'origine étrangères et des associations de lutte contre la pauvreté** si elles contribuent, au travers d'un travail général d'« éducation populaire », à des changements dans les modes de vie de leur groupe, avec des effets positifs sur la santé.

Enfants : groupe cible et levier

Les travailleurs et leur environnement de travail, les enfants et leur milieu d'apprentissage constituent d'excellents leviers pour des facteurs de promotion de la santé pouvant contribuer dans une grande mesure à l'élimination des inégalités de santé. Seule la piste 'enfants' est développée ci-dessous.

15. Les mesures visant à promouvoir la santé des enfants revêtent une légitimité particulièrement grande dans notre société. Quelle que soit leur origine sociale, tous les jeunes ont un droit absolu à des conditions de vie saines et à une éducation optimale qui les guide vers un bon cadre de vie et un bon mode de vie. Plus jeune on débute la promotion de la santé, plus grand est le gain de santé que l'on peut en tirer. Les jeunes ne sont aucunement 'coupables' d'éventuels comportements ou conditions de vie mauvais pour la santé.

Les jeunes doivent dès lors devenir un groupe cible distinct et important dans la politique pour une répartition plus équitable de la santé dans tous les groupes de la population. Les mesures qui sont bénéfiques pour les jeunes le sont aussi pour leur entourage et le reste de la société; dans ce sens, les jeunes ne constituent pas seulement un groupe cible mais aussi un levier pour le changement.

Avec les organisations représentant les familles, les responsables de l'enseignement et de l'aide sociale ainsi que les dispensateurs de soins de première et de deuxième ligne concernés par les enfants et les familles, on doit commencer à réfléchir à **la manière dont la santé des enfants peut inspirer des mesures** susceptibles d'avoir aussi un impact sur l'ensemble de la famille et le cadre de vie en général.

On peut étudier ainsi comment **l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et Kind en Gezin**, en allant plus loin que maintenant, peuvent influencer et soutenir l'enfant, la famille et leurs habitudes et conditions de vie en vue de la santé de l'enfant (et de tous ceux qui vivent avec lui). Lorsque des travailleurs de l'ONE ou de K&G se rendent à domicile, par exemple, ils peuvent être confrontés à différentes situations malsaines et les signaler aux autorités locales qui peuvent dès lors réagir, notamment en développant les espaces de jeu et les espaces verts dans ces quartiers, avec une politique d'amélioration des habitations insalubres, etc.

L'enseignement, les écoles et un grand nombre de structures d'accueil pour enfants font déjà de gros efforts pour un cadre scolaire sain et l'éducation des jeunes à la santé. Avec le monde de l'enseignement et de l'accueil de la petite enfance on peut étudier comment encore améliorer la situation et de quelle manière influencer sur les familles, de manière à ce qu'elles soutiennent aussi les objectifs de l'école.

Le monde de l'enseignement est en mesure d'atteindre tous les jeunes entre 6 et 18 ans. Dans cette optique, il convient d'étudier dans quelles matières l'école peut faire office de canal pour atteindre toute cette population de jeunes, pour des vaccins (cancer de l'utérus, par exemple) ou d'autres affections ou domaines de soins (soins dentaires, par exemple) et pour d'autres points d'attention par rapport au tabac, à l'alimentation, à l'exercice physique.

3. Synthèse et conclusion

**L'inégalité sociale en matière de santé est importante en Belgique.
Le plus grave est que cette inégalité ne se résorbe pas mais augmente plutôt.**

Cette note ne se concentre pas sur le principal point d'attention politique en matière de santé en **Belgique** : l'accessibilité aux soins de santé. Cette note porte sur les résultats de celle-ci : **l'état** de santé de la population en Belgique.

L'étude TAHIB nous apprend que cet état de santé semble bon, mais présente des écarts très importants. Des écarts inacceptables entre les groupes de population. Et contrairement à ce que l'on pourrait croire, ces écarts ne se réduisent pas : ils s'accroissent.

Les écarts en termes d'espérance de vie s'élèvent à sept ans. Les écarts en matière d'espérance de vie en bonne santé atteignent 18 ans. Un constat déconcertant.

Malgré tous les efforts fournis pour promouvoir l'accessibilité aux soins, il apparaît que seuls les 'meilleurs' tirent profit de l'augmentation des dépenses de santé et des progrès médicaux et sociaux dont notre société est si fière; les groupes intermédiaires restent sous le niveau de santé qui pourrait être atteint, tandis que les plus vulnérables restent bien en dessous de ce niveau, et voient même leur état de santé régresser.

L'état de santé de notre population dans sa globalité est donc bien inférieur à ce qu'il pourrait être.

Cette situation sème le désespoir dans l'esprit de tous ceux qui se dévouent corps et âme et mettent tout leur professionnalisme pour une approche sociale des soins de santé auxquels tient tellement notre pays.

D'autres pays sont également confrontés à cette situation. De nombreux pays ont déjà développé une **stratégie** pour réduire les inégalités de santé.

La Belgique ne peut pas rester en retrait. Elle doit elle aussi agir et développer une stratégie pour réduire les écarts.

Si elle le fait, des gains de santé considérables pourront être réalisés à court terme.

L'équipe TAHIB a collaboré avec le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin (qui avait déjà produit des recommandations politiques à ce sujet) ainsi que plusieurs experts et spécialistes du vécu pour formuler, à l'attention de tous les décideurs politiques concernés, des conseils quant à la stratégie à adopter pour réduire les inégalités de santé.

En résumé :

- A. Une telle stratégie exige que l'on regarde tous dans la même direction : à tous les niveaux de gestion, il doit y avoir une **volonté politique** de réduire ces inégalités de santé; par ailleurs, six autres facteurs clés doivent être partagés par tous les acteurs concernés : il doit s'agir d'une **'politique intégrale et holistique'**, qui requiert de lancer un **processus de croissance**; il doit s'agir d'une **gouvernance multi-niveaux** – les différents niveaux d'autorité doivent collaborer, et pour y parvenir, il faut d'abord se focaliser sur le **développement d'une capacité politique locale**; les **professionnels et la société civile** doivent être impliqués dans cette stratégie, et il faut également que toutes les initiatives se basent sur les **faits et la pratique** (evidence and practice based).

- B. Une telle stratégie exige un processus et à cet effet, des accords structurels et donc des **structures**; à propos de ces structures, les décideurs politiques devront dans une phase ultérieure prendre 7 décisions autour de quatre thèmes - **savoir, mesurer, réfléchir et décider**.

- C. Le moyen terme nécessaire pour élaborer une telle stratégie permet néanmoins de démarrer à court terme des projets pragmatiques concrets ; cette note décrit **15 pistes d'action d'actions** à explorer.
Ces quinze pistes d'action forment un avant-goût de la politique à élaborer ultérieurement. Elles concernent tant le secteur de la santé que d'autres domaines politiques. Elles sont réparties ci-dessus en fonction de la manière dont elles influent sur les déterminants socioéconomiques, sur les facteurs environnementaux et surtout le 'capital social', ou sur des facteurs liés aux modes de vie. Il est en outre suggéré de considérer les enfants comme un groupe cible privilégié et l'enseignement comme un levier supplémentaire.

Les chercheurs et le groupe de travail Inégalités en santé de la Fondation Roi Baudouin sont prêts à contribuer substantiellement à d'autres études et surtout à discuter avec tous les acteurs concernés de la stratégie qu'ils recommandent, et pour laquelle un consensus devra se réaliser au cours des prochaines années, en concertation avec la société civile et les professionnels.

Membres du groupe de travail ‘Inégalités en santé’

- **Martine Bantuelle**, Directrice, Sacopar asbl
 - **Begonia Cainas**, Chef du service social, CHU Saint-Pierre
 - **Françoise De Boe**, Coordinatrice, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
 - **Linda De Boeck**, Adjunct Directeur, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ)
 - **Myriam De Spiegelaere**, Directrice Scientifique, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
 - **Stefaan Demarest**, Onderzoeker, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)
 - **Pascal Meeus**, Direction Recherche, Développement et promotion de la Qualité (RDQ), INAMI
 - **Kurt Doms**, Coördinator cel drugs, DG1, FOD Volksgezondheid
- En duo pour remplacement avec:*
- **Zohra Chbaral**, Attachée, Service Comptabilité et gestion des hôpitaux, DG1, SPF Santé publique
- **Joeri Guillaume**, Stafmedewerker studiedienst, Socialistische Mutualiteiten
 - **Jean Hermesse**, Secrétaire général, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
 - **Isabelle Heymans**, Secrétaire générale, Fédération des Maisons Médicales
 - **Mark Leys**, Expert, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE)
 - **Jan Van Emelen**, Directeur, Strategische Studies en Communicatie, Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen
- En duo pour remplacement avec:*
- **Ariane Mollu**, Wetenschappelijk medewerkster, Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen
- **Jef Van Holsbeke**, Lid directiecomité, Zorgnet Vlaanderen
 - **Carl Vanwelde**, Responsable de l'enseignement, Centre académique de médecine générale (CAMG)