



RAPPORT SUR LA COHÉSION SOCIALE EN WALLONIE DROIT À LA SANTÉ - 2024



COLOPHON :

Auteures :

- Anne Van Coppenolle (DiCS - SPW)
- Christine Mainguet et Christine Ruyters (IWEPS) (chapitre 3)

Coordination de la publication :

- Carine Jansen (DiCS - SPW)

Édition, mise en page et communication web :

- Boris Lonnew (DiCS - SPW)

Reproduction autorisée sauf à des fins commerciales moyennant mention de la source

Illustrations :

- Olivier Pirnay

Remerciements pour leur contribution à l'Etat des lieux statistiques :

Pour l'IWEPS : Julien Charlier, Yves Tilman, Delphine Thimus, Annick Vandenhooft. Le texte se base sur les statistiques de juillet 2023. Pour une actualisation, se référer aux sites internet repris en note de bas de page

Contribution à l'inventaire des dispositifs et à la rédaction des fiches, aux groupes de travail de l'atelier évaluatif et prospectif et à la relecture de ce chapitre :

- Fédération Wallonie-Bruxelles
- SPF Finances et SPF Economie

CONTACTS

DiCS

**Direction de la Cohésion sociale
SPW Intérieur & Action sociale**

Avenue Gouverneur Bovesse, 100
5100 Namur (Jambes)

<http://cohesionsociale.wallonie.be>
dics@spw.wallonie.be

Téléphone - 081/32.73.45

IWEPS

**Institut wallon de l'évaluation, de la
prospective et de la statistique**

Route de Louvain-La-Neuve, 2
5001 Belgrade - Namur

<http://www.iweps.be>
info@iweps.be

Téléphone - 081/46.84.11

FWB

Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Boulevard Léopold II, 44
1080 Bruxelles

www.federation-wallonie-bruxelles.be
info@cfwb.be

Téléphone - 0800/20.000



Table des matières - Droit à la santé

1.	Fondements du droit	4
2.	Finalité du droit	5
3.	Etat des lieux statistique de la cohésion sociale au regard de ce droit	6
	Caractéristiques démographiques de la population wallonne	7
	Etat de santé	12
	Inégalités socioéconomiques de santé : maladies chroniques, santé mentale et handicap	13
	Accès aux soins	20
	Recours et non-recours aux soins	23
	Impact de la crise sanitaire et des processus de transformation en cours...	28
4.	Instruments mis en oeuvre en Wallonie qui contribuent à rencontrer ce droit	31
5.	Regards "critiques"	32
6.	Enjeux et perspectives au regard de ce droit	33
7.	En conclusion	36
8.	Synthèse	38



1. Fondements du droit¹

Généralement, ce droit est associé à l'aide sociale, médicale et juridique. Dans le cadre de ce rapport, le parti a été pris de le considérer comme un droit distinct. "Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre". Au sein de ce droit, il y a lieu de distinguer :

✓ La diminution de la mortalité (dont la mortinatalité et la mortalité infantile) et le développement sain

Tout individu a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour [...], les soins médicaux...

L'article 23 de la Constitution belge, introduit en 1994, dans le cadre des droits sociaux et économiques, instaure le droit à la protection de la santé en tant que droit fondamental. Il s'inspire fortement de la Charte sociale européenne ainsi que, dans une moindre mesure, de la Charte communautaire. A la lecture des travaux préparatoires du Sénat, cet article vise à la reconnaissance, pour chaque citoyen, d'un droit plus général, celui de la meilleure santé possible. Le texte s'inscrit dans une philosophie politique qui se situe dans le prolongement des objectifs auxquels tend notre société.

Etre en bonne santé constitue un des éléments les plus déterminants dans la perception du bien-être personnel. Etudier son accessibilité par tou(te)s se révèle donc particulièrement pertinent lorsqu'on s'intéresse au niveau de cohésion sociale atteint par une population. Ce droit est fortement associé à d'autres droits fondamentaux, comme celui du droit à un revenu digne, au travail, ... puisque ces derniers contribuent à supporter les coûts des soins de santé. De nombreuses études ont également démontré une connexité directe entre le niveau d'éducation des individus et leur état de santé.

Dans une dimension plus collective, la société veille à la diminution de la mortinatalité et de la mortalité infantile, ainsi qu'au développement sain de l'enfant et les Etats s'engagent, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, à éliminer dans la mesure du possible les causes d'une santé déficiente.

✓ L'hygiène (milieu et industriel)

Le droit à la santé vise également l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu² et de l'hygiène industrielle.

✓ La prophylaxie contre les maladies et l'accès à la prévention de la santé

"Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union".

Les mesures prises par les Etats en vue d'assurer le plein exercice de ce droit doivent comprendre les dispositions nécessaires pour assurer la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies.

Les Etats doivent également prévoir des services de consultation et d'éducation pour améliorer la santé et développer un sens de la responsabilité individuelle en la matière.

Cette responsabilisation concerne autant les individus que les institutions et, plus spécialement, les groupements d'intérêts matériel ou moral. On songe aux corps médical et paramédical, aux mutualités, ...

La répartition institutionnelle des compétences dans le domaine de la santé a particulièrement évolué depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat, chaque entité fédérale et fédérée exerçant ses propres

1 Les références des textes réglementaires nationaux et des conventions internationales mentionnés sont consultables dans la [rubrique "publications" du portail de la Cohésion sociale](#).

2 L'hygiène du milieu vise à prévenir les maladies d'origine environnementale et à créer un environnement favorable à la santé. Cette définition exclut les comportements qui ne sont pas en rapport avec l'environnement, les comportements liés au milieu social et culturel et les facteurs génétiques (Organisation Mondiale de la Santé).



attributions et contribuant à la concertation organisée au sein de la Conférence interministérielle de la Santé. Le Fédéral joue encore un rôle important via la politique sociale, l'octroi des droits sociaux, la politique et l'organisation des soins de santé mais, peu à peu, chaque entité fédérée construit sa politique de protection sociale et de santé.

Avec les transferts de compétences, la Fédération Wallonie-Bruxelles reste compétente en matière de prévention, de promotion et de prophylaxie pour les enfants entre 0 et 12 ans par le biais de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), le dopage en matière sportive et a hérité de l'agrément des professionnels de santé jusqu'alors de compétence fédérale (SPF Santé publique) et la Wallonie devient responsable des politiques majeures en matière de santé, de protection sociale, de handicap, des familles et de santé, en ce compris la politique de dispensation des soins. Afin d'assurer une plus grande cohérence et une réelle simplification des mécanismes de protection, la Wallonie a institué l'AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité - (nom usuel de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles) organisme d'intérêt public dont le statut - unique en son genre en Belgique - est à la fois régulateur et paritaire, à laquelle elle a confié ces missions.

✓ **L'accès à des services médicaux**

Pour jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle puisse atteindre, toute personne pourra accéder à des services en vue de l'aider à diagnostiquer et traiter une maladie, un état, ... et recouvrer la pleine santé.

Les mesures prises pour garantir le plein exercice de ce droit visent, notamment, la création de conditions propres à assurer, à tous, des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

D'après la définition de l'OMS, la santé³ en-

globe non seulement des caractéristiques physiques et mentales, mais aussi des facteurs sociaux. Ce qui amène à lier santé et cadre de vie, environnement, logement, etc., ce qu'on appelle les "déterminants de la santé".

Il s'avère donc opportun d'intégrer les préoccupations environnementales dans toutes les mesures et actions menées en matière de santé en ce qu'elles garantissent le bien-être.

Au Sommet sur le développement durable du 25 septembre 2015, les États membres de l'ONU ont adopté un nouveau programme de développement durable, qui comprend un ensemble de 17 objectifs mondiaux pour mettre fin à la pauvreté, lutter contre les inégalités et l'injustice et faire face au changement climatique, d'ici à 2030. Pour ce qui concerne la santé, l'objectif s'intitule : "Bonne santé et bien-être".

Ce nouveau programme se base sur les 8 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) adoptés en 2000.

2. Finalité du droit⁴

Du point de vue des acteurs institutionnels de ce droit (RW et FWB), son objectif général pourrait s'énoncer comme suit :

"Tous les citoyens doivent pouvoir vivre le plus longtemps possible, en bonne santé, dans un environnement de qualité ou un cadre de vie sain, grâce à des informations, à des services et des soins accessibles à tous, sans discrimination, et sur tout le territoire".

Au final, l'exercice de ce droit doit promouvoir le bien-être de tous, à tout âge.

Cette définition fait intervenir les notions de protection (sécurité), d'accessibilité, d'environnement sain et respectueux de la santé (lieu de vie agréable et adapté à l'existence) et de durabilité.

3 La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

4 Telle qu'exprimée par les participants à l'atelier évaluatif et prospectif sur ce droit.

3. Etat des lieux statistique de la cohésion sociale au regard de ce droit (IWEPS)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1946).

Cette définition vise à intégrer les dimensions psychiques et sociales à la dimension physique de la santé. Désormais, une approche plus ouverte du concept permet d'intégrer les dimensions socio-économiques et environnementales dans la compréhension de l'état de santé d'un individu et d'une population. La santé dépend d'interactions complexes entre différents facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. La santé n'est pas seulement perçue comme un but en soi mais aussi comme une ressource essentielle de la vie quotidienne. Elle nécessite un certain nombre de conditions préalables en matière de logement, d'éducation, de travail, de revenu, d'environnement, de protection sociale⁵, ...

La santé est aussi largement déterminée par de nombreux facteurs sur lesquels, pour la plupart, nous n'avons individuellement aucun contrôle. « Les inégalités (dans la santé ou les soins de santé) peuvent avoir des origines diverses : la distribution inégale de facteurs socioéconomiques comme le revenu, le patrimoine, le niveau d'éducation ou l'emploi ; des différences biologiques ; des choix et des préférences qui, bien qu'individuels sont fortement influencés par l'environnement (tabac, alcool, ...) ; des différences liées à la santé et

aux besoins en matière de soins; la malchance; une offre différente de prestataires de soins; des différences au niveau de la couverture de l'assurance, etc. » (Bouckaert et al. 2020, p.5)³

Des facteurs de risque particuliers ont un effet défavorable sur la santé. On peut citer les discriminations, le racisme, des conditions de travail pénibles, l'absence de soutien social, le stress et l'insécurité de la vie quotidienne dans des conditions précaires, ...

Les services de santé ne sont pas équivalents selon les territoires. Ces territoires peuvent offrir, ou pas, des opportunités⁷ en termes d'alimentation saine, d'accès à des espaces verts, mettre à disposition des infrastructures de loisirs, de services, soutenir des activités associatives qui favorisent le lien social et les relations d'entraide, ...⁸.

Les conditions défavorables ont tendance à toucher les mêmes personnes et leurs effets sur la santé se cumulent au cours de la vie.

Les inégalités sociales de santé représentent aujourd'hui une des principales causes des différences de santé au sein d'une population. Elles ne se limitent pas à des inégalités entre le groupe de la population la plus défavorisée et le reste de la population. **L'état de santé est de moins en moins bon à mesure qu'on descend l'échelle sociale. On parle dans ce cas de gradient social.**

Des inégalités socio-économiques sont constatées pour l'ensemble des indicateurs de santé, allant des facteurs de risque, à la morbidité et à la mortalité. Pour de nombreux indicateurs, ces inégalités ont augmenté au cours des années 2000. Durant la décennie 2010-2020, une aggravation des iné-

5 Pour plus d'informations sur l'état de la société wallonne sur ces différentes dimensions, le lecteur intéressé pourra se référer aux publications de l'IWEPS (<https://www.iweps.be/>) et aux rapports sur la Cohésion sociale en Wallonie qui traitent de ces différentes thématiques (<http://cohesionsociale.wallonie.be/publications/RCS>). En particulier, ceux qui abordent les déterminants de la santé : droit à un revenu digne, droit à l'énergie et à l'eau, droit à une alimentation saine et équilibrée, droit à un logement décent, droit à un environnement et un cadre de vie adapté, droit au travail,

6 Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C. & Van de Voorde, C. (2020), « Performance du système de santé belge : Evaluation de l'équité – Synthèse ». KCE Report 334Bs, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_334B_Evaluation_equite_sante_belge_Synthese.pdf
7 voir par exemple les indicateurs de pollution, ou d'accessibilité par commune sur https://isadf.iweps.be/isadf.php?select=1&indicateur_id=2000800

8 Voir Wilkinson, R., Marmot, M. (2000). « Les déterminants de la santé. Les faits. » Centre pour la santé urbaine Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/E75335.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

galités a été observée pour un nombre limité d'indicateurs (par exemple, le tabagisme, la dépression et la migraine)⁹.

L'état des lieux statistique du droit à la santé aborde successivement les caractéristiques de la population wallonne, son état de santé et l'accès aux soins de santé.

Les caractéristiques de la population wallonne sont appréhendées à travers l'examen des variables démographiques, des espérances de vie (espérance de vie et espérance de vie sans incapacité), des années de vie en bonne santé perdues (ou fardeau de la maladie) et de la mortalité.

L'état de santé de la population wallonne est analysée sous le double prisme de la qualité de vie liée à la santé d'une part, et d'autre part, des inégalités socioéconomiques en santé sous l'angle des maladies chroniques, de la santé mentale et du handicap.

L'accès aux soins de santé passe en revue les dépenses de santé selon le revenu des ménages, la question du non-recours aux soins et celle, plus générale, des inéquités dans le recours aux soins de santé.

L'état des lieux se clôture par un aperçu de l'impact de la crise sanitaire et des processus de transformation en cours sur les inégalités sociales de santé.

L'état des lieux présenté ici se base sur les données disponibles et ne rend pas compte de la complexité des processus à l'œuvre dans la production des inégalités de santé^{10 & 11}.

♦ Caractéristiques démographiques de la population wallonne

✓ Pyramide des âges et espérance de vie

Au 1^{er} janvier 2022, la population wallonne compte 3.662.495 habitants.

L'âge moyen de la population¹² est de 41,9 ans, soit 5 ans de plus qu'en 1971 (36,9 ans).

L'espérance de vie à la naissance¹³ (hommes et femmes) s'élève, en 2021, à 79,9 ans (soit 4 ans de plus qu'en 1996). Celle des femmes s'élève à 82,5 ans (2,9 ans de plus qu'en 1996) et celle des hommes à 77,2 ans (5 ans de plus qu'en 1996). La différence entre les espérances de vie à la naissance des femmes et des hommes tend à se réduire ces dernières années : 2,1 ans en 2021 contre 5,1 ans en 2019 et 6,8 ans en 1997.

La pyramide des âges de la Wallonie au 1^{er} janvier 2022 traduit les évolutions démographiques survenues au 20^{ème} siècle en Europe.

Elle présente une silhouette en "meule de foin", caractérisée par une base évidée et un gonflement du sommet.

Le rétrécissement du bas de la pyramide, c'est-à-dire les jeunes générations, témoigne de la diminution progressive des naissances à partir de 1965, tandis que le gonflement du haut de la pyramide, c'est-à-dire les personnes âgées, résulte d'une part, des progrès de la lutte contre la mortalité dans les classes âgées et, d'autre part, du déclin de la fécondité.

9 <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante>

10 Il est par exemple très difficile d'estimer « objectivement » les besoins non satisfaits car la perception et l'expression de ces besoins varie selon les milieux socioculturels. Ce qui peut amener une sous-évaluation des problèmes rencontrés par les publics les plus vulnérables. Certains groupes, comme les minorités ethniques, sont sous-représentés dans les enquêtes auprès de la population, comme l'enquête Santé. Buffel, V., Nicaise, I. (2018), "European Social Policy Network Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium." European Commission https://www.researchgate.net/publication/333695497_ESPN_Thematic_report_In-work_poverty_in_Belgium_11

11 Pour un état de la recherche sur les inégalités de santé, voir notamment <https://www.feam.eu/policy-priorities-2/health-inequalities/health-inequalities/> Ces travaux interdisciplinaires visent à une compréhension des différents types de relations causales : effet des positions socioéconomiques sur la santé, effet de la santé sur les positions socioéconomiques, poids des facteurs qui affectent tant la santé que les positions socioéconomiques, ...

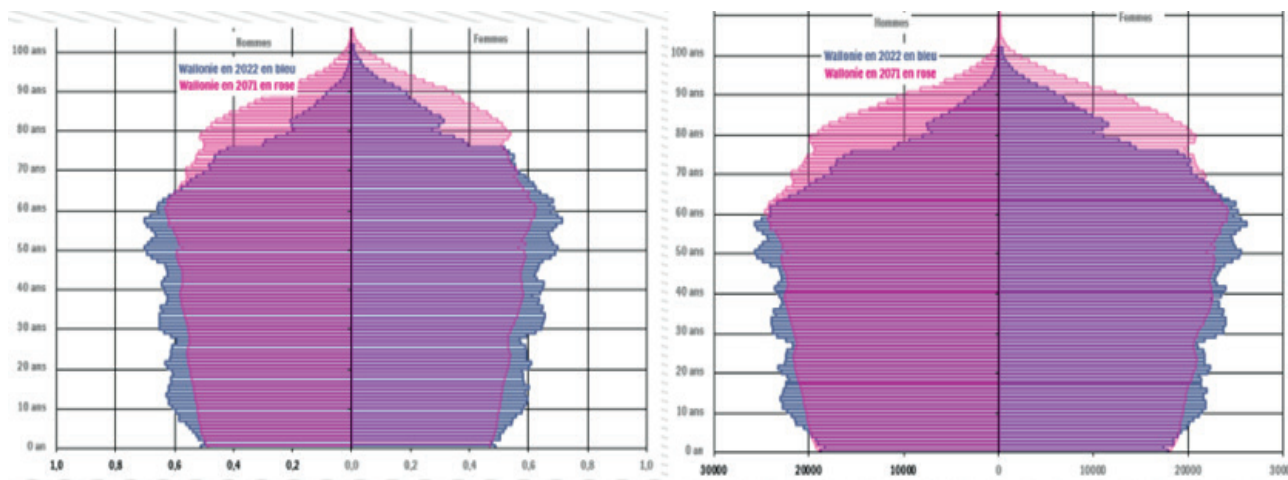
12 L'âge moyen est le nombre d'années vécues en moyenne par les individus d'une population.

13 L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre, si les taux de mortalité actuels restent inchangés dans les années à venir. C'est un indicateur du niveau de santé d'une population donnée, toutes générations confondues.

Pour plus d'informations, le lecteur intéressé pourra consulter la fiche statistique D003 sur le site de l'IWEPS : https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2023/06/D003-MORT.ESP_VIE-062023_full1.pdf.



Schéma 1 : Pyramide des âges de la Wallonie en 2022 et en 2071 (en chiffres absolus et relatifs ou tranches d'âge exprimées en part de population)



Sources : Bureau fédéral du Plan, janvier 2023 ; Statbel ; Calculs : IWEPS

✓ Perspectives démographiques à l'horizon 2070

Le Bureau fédéral du Plan publie régulièrement des perspectives de population pour la Belgique et ses Régions, qui couvrent une période de près de 50 ans. L'évolution de la population d'un espace géographique donné sur une année dépend des naissances (+), des immigrations (+), des décès (-) et des émigrations (-). Les projections à un horizon temporel plus éloigné nécessitent la formulation d'hypothèses sur l'évolution future de la fécondité, de la mortalité, des migrations internationales ou encore des migrations internes au pays si l'on s'intéresse aux Régions.

Selon les perspectives du Bureau fédéral du Plan (BFP) de janvier 2023¹⁴, la population wallonne atteindra 3.879.166 habitants en 2070, soit une hausse de 5,9% entre 2022 et 2071. L'augmentation attendue est estimée à 4.500 habitants par an entre 2022 et 2070, avec une très faible augmentation autour de 2050. Ce changement est principalement dû à l'évolution du **solde naturel (naissances-décès) qui est négatif depuis quelques années et qui devrait le rester sur l'ensemble de la pé-**

riode. Le solde naturel négatif de la population wallonne est **plus que compensé par les mouvements migratoires**. Ceux-ci ont une composante internationale, qui peut varier fortement d'une année à l'autre en fonction notamment des conflits et des crises internationales. Les projections se basent sur l'hypothèse d'un solde net entre les immigrants et les émigrants internationaux d'environ 5.000 personnes par an vers la Wallonie. Les migrations entre Régions devraient amener également 5.000 personnes par an à s'établir en Wallonie, principalement en provenance de la Région de Bruxelles-Capitale.

L'âge moyen de la population devrait atteindre 46,2 ans en 2070 (4,3 ans de plus qu'en 2022) en raison d'une augmentation importante de la population âgée (65 ans et +) et très âgée (80 ans et +) mais aussi d'une diminution relative des jeunes classes d'âge. **Le vieillissement de la population va s'intensifier rapidement jusqu'en 2040**. Le coefficient de dépendance des âgés (qui rapporte le nombre de personnes de 67 ans et plus au nombre de personnes de 18 à 66 ans) passe de 25% en 2018 à 38% en 2040. Cette augmentation ra-

¹⁴ Bureau fédéral du Plan, Direction générale Statistique/Statistics Belgium (2020), "Perspectives de population 2019-2070, Population et ménages", Bureau fédéral du Plan, Bruxelles, mars.

pide s'explique par l'arrivée progressive de la génération du baby-boom dans la catégorie d'âge des 67 ans et plus. Après 2040, le coefficient de dépendance continue à augmenter, mais à un rythme moins soutenu. Il atteint 43% en 2070, soit 2,3 individus entre 18 et 66 ans pour 1 individu de 67 ans et plus (3,9 pour 1 actuellement).

L'espérance de vie à la naissance devrait passer de 82,5 ans en 2021 à 88,1 ans en 2070 pour les femmes et de 77,2 ans à 86,4 ans pour les hommes, soit un gain d'espérance de vie à la naissance de 9,2 années pour les hommes et de 5,6 ans pour les femmes. L'écart entre l'espérance de vie des hommes et des femmes, de 5,3 années en 2021, se réduirait dès lors à 1,7 année en 2070.

Le processus de vieillissement structurel de la population est porteur d'enjeux cruciaux, notamment en termes de santé, d'activités, de financement du système de protection sociale et des relations entre les générations. Il interpelle directement les politiques de santé, notamment en termes d'articulation entre offre et demande d'aides, de soins et de services capable de répondre aux besoins spécifiques de prise en charge de la population¹⁵.

La présence de plus en plus importante des plus âgés requiert des transformations nécessaires s'il s'agit de leur assurer de bonnes conditions de vie et si l'on veut que l'espérance de vie en bonne santé puisse suivre la même progression que celle de l'espérance de vie. Cette question de l'amélioration de l'espérance de vie soulève celle de l'accès aux soins de santé pour tous et en particulier pour les couches de la population les plus pauvres,

et partant, celle de la sécurité sociale.

Dans ce contexte, l'IWEPS a mis en œuvre un programme de travail prospectif sur le vieillissement démographique de notre région. Parmi les activités participant de ce programme, un projet de recherche interdisciplinaire sur le « bien vieillir » a été mis sur pied fin 2013 poursuivant un double objectif ; d'une part, la proposition d'un diagnostic et la mise en évidence d'enjeux pertinents pour la Wallonie en matière de « bien vieillir » à l'horizon 2025-2045 et, d'autre part, une analyse prospective des modalités de réponse aux défis du vieillissement sur le territoire wallon avec des pistes d'action publique possibles permettant de les anticiper. Les enseignements issus de ce projet sont capitalisés dans l'ouvrage « Le bien vieillir en Wallonie Enjeux et prospective »¹⁶.

Parallèlement, en 2015, l'IWEPS a organisé, en collaboration avec l'Observatoire wallon de la Santé (OWS), une conférence méthodologique sur le thème « Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d'entraide ? ». Cette conférence avait pour objectif de rassembler et de favoriser une articulation entre approches méthodologiques (quantitatives et qualitatives) et disciplines (droit, sociologie, économie, démographie, santé, etc.) pour notamment comprendre et mesurer ce que demandent les personnes âgées en matière d'aide, Comment identifier la nature de ces aides et comment quantifier l'aide informelle. Les actes de cette conférence ont été publiés dans l'ouvrage « Vieillissement et entraide – Quelles méthodes pour décrire et mesurer les enjeux ? »¹⁷.

15 Voir notamment l'ouvrage de Flawinne, X. et Perelman, S. (2022), *"La vie après 50 ans – Faits marquants révélés par l'enquête européenne SHARE"*, Essai, Presses universitaires de Liège. Disponible gratuitement en ligne : <https://e-publish.uliege.be/50ans/>

16 « Le bien vieillir en Wallonie – Enjeux et prospective », ouvrage édité par Guyot, J.L. et Marquet, J., Presses Universitaires de Namur, Coll. Univer'Cité, 2017.

Le rapport de recherche à la base de l'ouvrage est téléchargeable gratuitement en ligne : <https://www.iweps.be/publication/gestion-vieillissement-wallonie-aux-horizons-2025-2045-enjeux-prospective/>

17 " Vieillissement et entraide – Quelles méthodes pour décrire et mesurer les enjeux ? ", ouvrage édité par Vandenhoof, A., Carbone, S., Eggerickx, T., Flohimont, V., Perelman, S., Presses Universitaires de Namur, Coll. Univer'Cité, 2017.



✓ **Inégalités socio-économiques de santé dans l'espérance de vie et dans l'espérance de vie sans incapacité¹⁸**

Les inégalités socio-économiques de santé désignent les disparités systématiques en matière de santé entre les groupes socio-économiques, le plus souvent en défaveur des groupes sociaux moins favorisés.

Différentes études, dont les plus récentes de Damiens et al. (2019)¹⁹ et de Bourguignon et al. (2021)²⁰, rendent compte d'un écart important d'espérance de vie à la naissance entre les milieux sociaux favorisés et défavorisés. Ainsi, en 2020, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le groupe socio-économique le plus élevé et le groupe socio-économique le plus bas, – respectivement le premier et le quatrième quartiles d'un score socio-économique multidimensionnel divisé en quartiles, était de 9 ans pour les hommes et de 6,3 ans pour les femmes. Par ailleurs, **un gradient social** est observé, l'espérance de vie à la naissance augmentant progressivement lorsque l'on passe vers un quartile plus favorisé. S'il n'y avait pas d'inégalités et que l'ensemble de la population connaissait l'espérance de vie à la naissance du groupe socio-économique le plus élevé, le gain en matière d'espérance de vie à la naissance dans la population atteindrait 4,2 ans chez les hommes et 2,7 ans chez

les femmes²¹.

Les travaux de Renard et al. (2019)²² indiquent, quant à eux, des écarts d'espérance de vie sans incapacité à 25 ans²³ en fonction du niveau d'instruction (utilisé comme marqueur de la position socio-économique) groupé en trois catégories (bas, moyen, élevé). Ils montrent que l'écart en matière d'espérance de vie sans incapacité à 25 ans entre les niveaux d'instruction les plus élevés et les plus bas était de 10,5 ans pour les hommes et de 13,4 ans pour les femmes en 2011. Le gain d'espérance de vie à 25 ans sans incapacité atteindrait 6 ans pour les hommes et 7,2 ans pour les femmes s'il n'y avait pas d'inégalités.

Les inégalités socioéconomiques qui se manifestent dans l'espérance de vie se matérialisent aussi dans les données sur l'état de santé des Wallons.

✓ **Fardeau de la maladie ou années de vie en bonne santé perdues par groupes de maladie**

Le nombre d'années de vie en bonne santé perdues, pour une maladie donnée, en raison d'un décès prématuré²⁴ ou d'années vécues avec une incapacité est appelé **fardeau de la maladie**. L'étude nationale belge sur le fardeau de la maladie menée par Sciensano quantifie l'impact de 37 maladies²⁵.

18 Le nombre d'années d'espérance de vie sans incapacité à un âge donné, aussi appelé « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années qu'une personne de cet âge vivra, en moyenne, sans incapacité (définie comme limitation dans les activités de la vie quotidienne). L'estimation de l'espérance de vie sans incapacité suppose que le taux de mortalité et de morbidité actuels restent inchangés dans le futur.

19 Damiens, J.J., Eggerickx, T., Gourbin, C., Majerus, P., Masquelier, B., et. al. CAUSINEQ. (2019) "Causes of health and mortality inequalities in Belgium: multiple dimensions, multiple causes". 106 pages <https://hdl.handle.net/2078.1/226765>

20 Bourguignon, M., Damiens, J., Doignon, Y., Eggericks, T., Fontaine, S. Lusyne, P., et al., Septembre 2021. "Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19", Document de travail 27. Louvain-la-Neuve : Centre de recherche en démographique.

21 Pour plus d'informations le lecteur intéressé pourra consulter le site : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante/inegalites-en-espérance-de-vie-et-qualité-de-vie>

22 Renard, F., Devleeschauwer, B., Van Oyen, H., Gadeyne, S., Deboosere, P. (2019), "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011 : a census-based study". Arch Public Health.

23 L'espérance de vie sans incapacité (ou en bonne santé) désigne le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans les activités de la vie quotidienne.

24 C'est-à-dire la mortalité avant l'âge de 75 ans.

25 Pour plus d'informations, le lecteur intéressé pourra consulter les sites suivants :

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

- <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/fardeau-de-la-maladie/annees-de-vie-en-bonne-sante-perdues>

Ainsi que le site de Sciensano : <https://www.sciensano.be/fr/projets/etude-nationale-sur-le-fardeau-de-la-maladie-en-belgique>

Selon les résultats de cette étude, en 2019, le fardeau de la maladie était partagé à parts presque égales par la mortalité prématurée (52%) et par les pertes d'années de vie en bonne santé (48%). L'impact de la mortalité et de la perte d'années de vie en bonne santé variait considérablement d'une pathologie à l'autre. Parmi les 37 maladies étudiées, les principales à avoir entraîné une perte d'années de vie en bonne santé sont les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculo-squelettiques. Ensemble, ces quatre groupes de maladies représentent plus de 75% du fardeau total de maladie due à la perte d'années de vie en bonne santé. Chez les hommes, les trois principales causes étaient les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon et les lésions auto-infligées, tandis que chez les femmes, les trois principales causes étaient la maladie d'Alzheimer et autres démences, le cancer du poumon et le cancer du sein.

Le fardeau de la maladie est largement supporté par les personnes âgées (65+).

L'observation des tendances dans le temps entre 2013 et 2019 indique une diminution du fardeau de la maladie liée au cancer et aux troubles cardiovasculaires. En revanche, le fardeau de la maladie des troubles mentaux et de l'utilisation de substances a augmenté ainsi que celui des troubles musculo-squelettiques.

✓ Mortalité et causes de décès

Depuis 1992 jusqu'à l'épidémie de Covid-19, le nombre de décès en Wallonie atteignait chaque année un chiffre légèrement inférieur à 40.000 morts. En 2020, le taux de mortalité a connu une augmentation importante liée à l'épidémie de Covid-19 : 44.947 décès ont été dénombrés, soit un taux brut de 12,3 décès pour 1.000 habitants. Parmi ceux-ci, 8.660 ont été attribués au Covid-19. Le nombre de décès est retombé à un peu moins de 39.000 en 2021.

Les causes de décès évoluent avec l'âge.

Le tableau 1 représente le nombre annuel moyen de décès et le poids relatif des principales causes de décès, par groupe d'âge en Wallonie en 2020.

Tableau 1 : Nombre annuel moyen de décès et poids relatif des principales causes de décès, par groupe d'âge, Wallonie, 2020

	1 - 9 ans	10 - 24 ans	25 - 44 ans	45 - 64 ans	65 - 74 ans	75 ans et plus	Total
Nombre de décès	24	159	842	5 806	08 256	29 764	44 947
Taux brut de mortalité pour 1 000 hab. ⁽¹⁾	0,1	0,2	0,9	5,9	21,2	98,8	12,3
pour 1 000 hommes	0,1	0,3	1,2	7,5	15,1	93,2	12,3
pour 1 000 femmes	0,1	0,2	0,6	4,4	28,2	107,9	12,4
Principales causes de décès en 2020 (codes ICD 10) ⁽²⁾	%	%	%	%	%	%	N
Tumeurs (C00 - D048)	17%	11%	19%	33%	32%	15%	9 100
Appareil circulatoire (I00 - I99)	13%	3%	10%	14%	17%	22%	8 886
Covid-19 (U071, U072, U08 - U12)	0%	1%	4%	10%	16%	23%	8 660
Appareil respiratoire (J00 - J99)	8%	0%	3%	7%	9%	9%	3 816
Système nerveux et organes des sens (G00 - H95)	21%	4%	4%	3%	5%	4%	2 762
Appareil digestif (K00 - K99)	0%	1%	6%	7%	3%	5%	1 878
Causes non-naturelles (V01 - Y98)	29%	60%	40%	11%	5%	3%	1 793
dont suicides (X60 - X84)	0%	21%	19%	5%	3%	3%	621
dont accidents (V01 - X59)	21%	31%	15%	4%	1%	0%	1 683
Autres	13%	20%	16%	16%	14%	19%	8 052
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	44 947

(1) Le taux brut de mortalité est le nombre de décès observés pour 1000 habitants au cours de l'année étudiée.

(2) Les codes 'ICD 10' font référence à la 10ème édition de la classification internationale des maladies et problèmes de santé connexe publiée par l'Organisation mondiale de la Santé.

Source : Statbel. Calculs IWEPS²⁶

26 <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/causes-de-mortalite/>



L'année 2020 a été marquée par l'émergence du Coronavirus SARS-Cov-2 et de la maladie qui en découle, le Covid-19. Cette nouvelle maladie a occupé en 2020 le troisième rang des causes de mortalité en Wallonie avec 8.660 décès qui lui sont directement imputés, soit près d'un décès sur cinq. Au total, on estime l'augmentation du nombre de décès à 7.566 entre 2019 et 2020, soit une augmentation de 20%.

Les causes de décès diffèrent selon l'âge. La mortalité infantile, décès avant l'âge d'un an, a touché 96 enfants. Elle est expliquée pour plus de 45% des cas par des causes dont l'origine se situe dans la période périnatale et pour près de 23% par une malformation congénitale ou une anomalie chromosomique. La mortalité infantile a fortement diminué au cours des dernières années.

Parmi les 24 décès d'enfants de 1 à 9 ans, les accidents, les maladies du système nerveux et des sens et les tumeurs sont les principales causes de décès. Parmi les jeunes âgés de 10 à 24 ans, plus de 60% des 157 décès sont dus à des causes non naturelles. Entre 25 et 44 ans, un décès sur cinq est un suicide et près d'un sur sept est la conséquence d'un accident. Après 45 ans, ce sont les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire qui sont les plus meurtrières. La mortalité attribuée au Covid-19 augmente avec l'âge.

Parmi les jeunes, les hommes meurent plus souvent en raison de causes accidentelles ou de suicides que les femmes²⁷.

♦ Etat de santé

✓ Qualité de vie liée à la santé

La mesure de la « qualité de vie » est complexe car il s'agit d'un concept large, difficile à définir et subjectif : chacun peut lui donner un sens

différent. Pratiquement tous les aspects de la vie influencent la qualité de vie : les relations, le statut social, les revenus, la liberté, l'autonomie, l'environnement, les attentes et la santé. L'impact de la santé sur la qualité de vie est très important.

Le concept de « qualité de vie liée à la santé » est plus précis et mieux limité que celui de « qualité de vie » en général. Il est défini par l'European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) comme « la perception subjective générale d'un patient de l'impact de la maladie et des interventions sur les aspects physiques, psychologiques et sociaux de la vie quotidienne ». En d'autres termes, il désigne **l'influence spécifique qu'exerce la santé sur la qualité de vie**.

Ce concept est mesuré par un instrument holistique (questionnaire EQ-5D-5L)²⁸. Ce questionnaire mesure cinq dimensions importantes de la santé (5D) : la mobilité, l'autonomie de la personne, les activités courantes, la douleur/gêne et l'anxiété/dépression. Pour chaque dimension, il comporte cinq degrés de sévérité (5L).

Cette mesure permet d'étudier l'évolution de l'état de santé de la population, d'évaluer les performances des politiques menées en santé publique et d'identifier les populations à risque.

Les résultats fournis par cet instrument montrent qu'en Wallonie, **la proportion de personnes âgées de 15 ans et + qui ne rapportent aucun problème de santé a diminué significativement entre 2013 et 2018 (de 33,5% en 2013 à 27% en 2018)**. Cette proportion de personnes est significativement plus élevée chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (30,8%) par rapport à celles diplômées de l'enseignement secondaire supérieur (23,4%).

27 Pour plus d'informations, notamment sur les causes de mortalité par âge et sexe, le lecteur intéressé pourra consulter la fiche statistique S001 des "Chiffres clés de la Wallonie" sur le site de l'IWEPS : https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2023/06/S001-MORTALITE-062023_full1.pdf.

28 Pour plus de détails sur cet outil, voir : Charafeddine, R., Braekman, E., Van der Heyden, J. (2019) "Enquête de santé 2018 : Qualité de vie liée à la santé". Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/30, page 8. Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-qualite-de-vie-liee-a-la-sante>



Tableau 2 : Evolution de la qualité de vie liée à la santé en Région wallonne 2013-2018 (en %)

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui déclare avoir...	2013	2018
Des douleurs ou de la gêne	56	63
De l'anxiété ou de la dépression	40	45
Des problèmes pour accomplir les activités courantes	20	22,5
Des problèmes de mobilité	19	23
Des problèmes d'autonomie	6	6,5
Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...		
Ne déclare aucun problème de santé	33,5	27

Source : Enquête de santé 2018 : Qualité de vie liée à la santé. Sciensano

Les problèmes les plus souvent rapportés en 2018 par la population âgée de 15 ans et plus concernent les douleurs/gênes (63%) et l'anxiété/dépression (45%). Pour ces deux dimensions, une augmentation substantielle et significative de la proportion de personnes rapportant ces problèmes est observée entre 2013 et 2018, de l'ordre de +7 points de pourcentage pour les douleurs et gênes (passant de 56% à 63%) et de +5 points de pourcentage pour l'anxiété/dépression (passant de 40% à 45%). Par ailleurs, la proportion de personnes rapportant des problèmes de mobilité a augmenté significativement entre 2013 et 2018 (de 19% à 23%). Les problèmes liés aux limitations des activités courantes concernent 22,5% de la population de 15 ans et + en 2018 (contre 20% en 2013). Les problèmes les moins souvent rapportés concernent l'autonomie de la personne avec une proportion stable dans le temps autour de 6%.

La qualité de vie liée à la santé varie selon les variables socio-économiques : le score est plus élevé chez les hommes (0,78) que chez les femmes (0,72), il diminue avec l'âge (0,82 chez les 15-24 ans contre 0,64 chez les 75+), et est plus élevé chez les personnes plus instruites (0,78 chez les diplômés de l'enseignement supérieur contre des taux variant entre 0,62 et 0,73 chez les personnes moins diplômées).

Plusieurs études citées par Sciensano, ont démontré que la 'Qualité de vie liée à la Santé' est un facteur associé aux maladies chroniques (diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, asthme, etc.), et à divers facteurs de risque (obésité, tabagisme, etc.).

♦ **Inégalités socioéconomiques de santé : le cas des maladies chroniques, de la santé mentale et du handicap**

Les inégalités socioéconomiques - ou sociales - de santé recouvrent des différences d'état de santé « systématiques, inévitables et potentiellement évitables » entre individus ou groupes d'individus, qui résultent d'une inégalité de distribution des facteurs - ou déterminants - sociaux. Ces déterminants peuvent être structurels, d'ordre général (tels que la nature et la portée des politiques économiques, sociales ou éducatives, les valeurs d'une société) ou s'appliquant aux individus (tels que le genre, la position socio-économique, le niveau d'études, de revenus, etc.). Des déterminants intermédiaires sont les conséquences des déterminants structurels : les conditions matérielles (de travail, de vie), les comportements (consommation d'alcool, de drogues, nutrition, etc.), les facteurs de risques psychosociaux (stress engendré par

les conditions de vie et de travail, etc.). Ces inégalités s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès à des services ou à l'emploi selon les territoires. Elles s'accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d'environnement et de travail.

Elles concernent toute la population. Elles apparaissent dès la naissance et peuvent se maintenir tout au long de la vie. L'étude de Berwouts et al (2023)²⁹ montre, par exemple, que la santé des nouveaux nés peut être influencée par le niveau socio-économique de leurs parents. Plus précisément, les personnes dans une situation financière moins favorable (sous statut BIM) ont plus de risque de voir la santé de leurs enfants se dégrader rapidement après la sortie de la maternité au point de nécessiter une nouvelle admission à l'hôpital. Le statut BIM est associé à une plus grande probabilité de réadmission, toutes choses égales par ailleurs, aussi en tenant compte des risques de santé. Ce statut est octroyé aux personnes qui ne disposent que de faibles revenus. Les catégories de la population davantage susceptibles de bénéficier de ce statut sont les personnes isolées, les familles monoparentales, les femmes, les invalides, les chômeur.euses, les plus âgés mais aussi les plus jeunes³⁰.

Ces inégalités de santé pourraient être évitées par des mesures favorisant l'égalité des chances pour l'ensemble de la population et pour les populations les plus vulnérables.

Dans cette partie, l'accent sera mis sur les inégalités socioéconomiques observées pour deux grandes catégories de pathologies, les maladies chroniques et la santé mentale, ainsi que pour le handicap.

✓ Inégalités socioéconomiques dans les maladies chroniques

Les maladies chroniques (parmi lesquelles cardiopathies, suites d'un accident vasculaire cérébral, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète, dépressions sévères...) sont des affections de longue durée qui affectent la qualité de vie des personnes atteintes, voire de leur entourage. Ces maladies ont des répercussions sur la vie quotidienne, sur l'autonomie, sur la santé mentale ainsi que sur le risque de décès.

En général, ces maladies sont difficiles à guérir. Par conséquent, l'un des buts de la prise en charge de ces patients est de maintenir leur état de santé aussi stable que possible. Cela nécessite souvent des soins complexes et multidisciplinaires.

Dans nos pays occidentaux et a fortiori en Wallonie, elles représentent de loin les principales causes de mortalité (générale et prématurée) et constituent l'une des principales raisons de l'utilisation des services de soins de santé.

Selon la manière dont l'information est collectée (enquête de population versus données administratives), la part de la population qui souffre de maladies chroniques varie³¹.

Ainsi, en 2021, **la proportion de personnes bénéficiant du statut 'affection chronique' de l'INAMI³² s'élève à 14,4% en Wallonie.** Cette proportion était de 9,8% en 2013, soit une augmentation de 4,6 points de pourcentage. Ce pourcentage varie fortement en fonction de l'âge.

Si l'on considère à présent les statistiques publiées par l'Enquête santé de Sciensano, la

29 Berwouts, J., Vandeleene, G. et Avalosse, H. (2023), « Les inégalités de santé commencent dès la naissance » dans Santé & Société n°5, avril.

30 Pour plus d'informations sur le statut BIM, voir l'étude de Avalosse, H. et Vandeleene, G. (2023), « Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée », Santé et Société n°5, avril. Disponible en ligne : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-5-davantage-de-personnes-avec-le-statut-BIM_tcm49-78100.pdf

31 Pour plus d'informations sur les différentes définitions associées aux sources de données : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-chroniques>

Un rapport publié en 2019 fait le point sur les soins aux personnes vivant avec des maladies chroniques. Maertens de Noordhout, C., Devos, C., Adriaenssens, J., Bouckaert, N., Ricour, C., Gerkens, S. (2019) "Évaluation de la performance du système de santé : soins des personnes vivant avec des maladies chroniques". Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://www.kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/evaluation-de-la-performance-du-systeme-de-sante-soins-des-personnes-vivant-avec-des-maladies>

32 Il s'agit des personnes titulaires de l'assurance soins de santé obligatoire possédant le statut de personnes atteintes d'une affection chronique sur la base des critères ouvrant le droit au statut.



proportion de Wallon.ne.s qui déclaraient avoir une maladie chronique en 2018 s'élevait à 32,7%. Cette proportion était de 32,3% en 2013. Les résultats de l'enquête montrent que les maladies et affections chroniques les plus fréquentes continuent d'augmenter. Les affections les plus souvent déclarées sont les lombalgies, l'hypertension artérielle, les allergies, l'arthrose, l'hypercholestérolémie et les douleurs cervicales. Leur prévalence a augmenté depuis 1997 (après ajustement pour l'âge).

Selon les données d'enquête, la proportion des Wallon.ne.s qui ont déclaré avoir au moins deux maladies chroniques s'élevait à respectivement 16,5% en 2018 et 13,6% en 2013. **La prévalence de la multimorbidité** (c'est-à-dire le fait de souffrir de deux pathologies ou plus simultanément parmi les suivantes : les maladies pulmonaires chroniques, les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète, le cancer et l'arthropathie) **a considérablement augmenté depuis 1997**, même après ajustement pour l'âge. Ce qui précise le fait que **l'augmentation n'est pas uniquement imputable au vieillissement de la population.**

La proportion de la population qui souffre de maladie chronique augmente fortement avec l'âge, passant de 2,8% (0-24 ans) à 48,5% (75 ans et +) selon les statistiques de l'INAMI³³. Les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes (resp. 16,5% et 12,04%) et les personnes sous statut BIM (Bénéficiaires de l'Intervention Majorée) y sont nettement plus représentées (25% de BIM contre 11,5% de non BIM).

L'étude de Renard et al. (2022)³⁴ conforte ce constat en montrant que **les personnes de niveau socioéconomique défavorisé sont plus enclines à cumuler les problèmes de santé** (prévalence de la multimorbidité).

La proportion des personnes reconnues 'malades chroniques' varie également selon la ré-

partition géographique au sein du territoire. Ainsi la proportion observée pour l'ensemble de la Wallonie cache une grande disparité parmi les communes, au sein desquelles elle varie de 9,4% à 17,9% (cfr. carte 1 ci-après).

Les communes les plus concernées regroupent, pour partie, des communes rurales et semi-rurales dans le sud-ouest de la Province du Hainaut et au sud de la Wallonie, et pour une autre partie, des communes d'urbanisation/population dense, principalement urbaines, localisées sur le sillon Haine, Sambre, Meuse et Vesdre, territoires d'anciens bassins miniers et industriels.

Depuis la pandémie de Covid-19 en mars 2020, le pourcentage de malades chroniques a augmenté dans la population. Cette observation est susceptible d'être influencée par (1) les reports de soins liés aux confinements successifs et (2) l'augmentation des problèmes de santé mentale dans la population.

✓ **Inégalités socioéconomiques en santé mentale**

« Selon l'OMS, les troubles mentaux constituent un des enjeux les plus importants de la santé publique en Europe puisqu'ils y sont la première cause d'invalidité, la deuxième cause d'arrêt de travail et la troisième cause de la charge globale de morbidité, après les maladies cardiovasculaires et le cancer. [...] L'anxiété et la dépression sont des maladies graves quand elles perdurent ou deviennent récurrentes, au point d'entraver de façon substantielle l'aptitude de l'individu à fonctionner au travail ou à l'école et à faire face à sa vie quotidienne » (Gisle et al (2020), p.78)³⁵.

Dans un rapport sur l'organisation des soins de santé mentale pour les adultes, publié en 2019³⁶, le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé relevait qu'**un tiers des adultes belges étaient confrontés à des problèmes de santé mentale, tout en reconnaissant que**

33 Données téléchargeables sur le site de l'Atlas Intermutualiste : <https://atlas.aim-ima.be/>

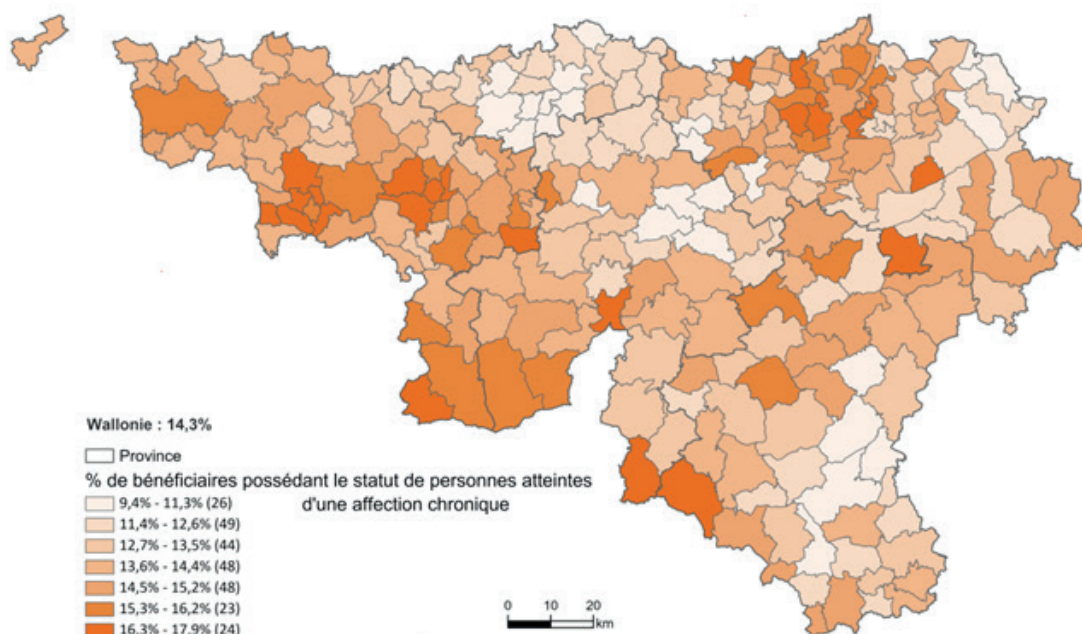
34 Renard, F., Scohy, A., De Pauw, R., Jurcevic, J., Devleeschauwer, B (2022), "Health status report 2021 – L'état de santé en Belgique". Bruxelles, Belgique: Sciensano. Numéro de dépôt: D/2022/14.440/07. Disponible en ligne: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>.

35 Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. "Santé mentale. Enquête de santé 2018" (2020). Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

36 Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., Ricour, C.. (2019) "Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique – Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des



Carte 1 : Pourcentage de personnes reconnues 'malades chroniques' en 2021



Source : AIM : Calculs IWEPS

les besoins en soins de santé mentale de la population belge ne sont pas connus, faute de données suffisantes.

Selon l'étude réalisée par Gisle et al (2020) à partir des données de l'enquête de santé de 2018, **15,5% de la population âgée de 15 ans et + manifestaient un trouble anxieux généralisé** (ces chiffres sont en augmentation : 7,2% en 2008, 11,4% en 2013), dont un tiers – soit 5,1% de la population – était affecté par un trouble sévère. Et **13,8% manifestaient un trouble dépressif** (caractérisé ou autre) (ce chiffre est en diminution par rapport à 2013 : 16,8%). La prévalence de la dépression caractérisée (ou dépression majeure) à elle seule concernait 7,4% de la population soit près de la moitié des cas de dépression recensés.

Les auteurs de cette étude relèvent des inégalités sociales en santé mentale.

Le trouble anxieux généralisé est deux fois plus élevé chez les femmes (une femme

sur cinq – 19,9%) que chez les hommes (un homme sur dix – 10,7%). La prévalence des troubles anxieux varie également selon les groupes d'âge : 13% entre 15 et 24 ans, 16% entre 25 et 34 ans, 25% entre 35 et 44 ans, 18% entre 55 et 64 ans, pour baisser à 9% ensuite. Les personnes issues des milieux les plus instruits sont moins concernées par les troubles anxieux généralisés (12,6%) que les personnes ayant une scolarité qui ne dépasse pas le secondaire supérieur (entre 15,2% parmi les diplômés du secondaire inférieur et 23,3% parmi les diplômés du primaire ou sans diplôme).

La variation des troubles dépressifs est moins marquée entre les femmes (16,3%) et les hommes (11,2%). La différence en fonction de l'âge n'est pas significative. Par contre, on distingue clairement un gradient socio-économique : la fréquence des dépressions diminue à mesure que le niveau éducationnel augmente (de 10,8% parmi les plus instruits à 25,4% parmi les moins instruits).

Selon Renard et al. (2022), en 2018, « les inégalités socio économiques en santé mentale étaient plus importantes que celles observées pour la santé physique, avec pour l'anxiété et la dépression des différences relatives autour de 2. Si l'on regarde l'évolution, **les inégalités absolues en matière d'anxiété et de dépression ont fortement augmenté entre 2008 et 2013, et sont restées stables à une valeur élevée entre 2013 et 2018, ce qui constitue une évolution inquiétante. Entre 2013 et 2018, les inégalités relatives en matière de dépression se sont même aggravées.** » (Renard et al. 2022, op.cit., page 30)

Ces estimations sont basées sur des questionnaires d'autoévaluation utilisés pour le dépistage des problèmes psychologiques et ne sont donc pas obtenues par des outils de diagnostic clinique, qui peuvent être plus nuancés. Néanmoins, les résultats des enquêtes de santé de population générale sont généralement conformes aux résultats des enquêtes spécifiques sur la santé mentale.

Les troubles de santé mentale plus graves comme la schizophrénie et les troubles bipolaires ne sont pas présentés ici. En effet, les enquêtes de santé par entretien ne sont pas un instrument adéquat et fiable pour saisir des conditions aussi complexes. Des informations sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide peuvent être trouvées sur le site³⁷.

Troubles infanto-juvéniles

L'enquête de santé 2018 a été adaptée pour évaluer la présence et la sévérité de cinq troubles indépendants chez les enfants/jeunes de 2 à 18 ans³⁸.

Les résultats indiquent que les garçons sont proportionnellement plus nombreux que les filles à manifester des troubles de l'attention et de l'hyperactivité, des troubles des conduites et des troubles de la relation avec les pairs.

Il n'y a pas de différence par sexe en ce qui concerne les troubles émotionnels avant l'âge de 15 ans. Entre 15 et 18 ans, les filles sont plus nombreuses que les garçons à éprouver des troubles émotionnels. Le niveau d'éducation et la composition des ménages sont des facteurs discriminants pour certains troubles infanto-juvéniles. Ainsi, les enfants/jeunes issus des ménages les plus éduqués et/ou vivant avec leurs deux parents sont moins nombreux à connaître des troubles dans la relation avec leurs pairs, des troubles des conduites et des troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité.

En 2022, l'Unicef a publié un rapport sur la problématique des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique³⁹. A travers leurs expériences de vie, les enfants et les jeunes relatent leurs problèmes et leurs souffrances liées à de multiples difficultés en lien notamment avec leur identité de genre, la pauvreté de leurs familles, les mauvaises conditions de logement, les violences subies sous différentes formes (physiques, psychologiques, stress, harcèlement) en divers lieux (au sein de la famille, à l'école, entre enfants), le manque de soutien psychologique et social à l'école mais aussi l'incompréhension et la stigmatisation qui entourent encore la santé mentale dans la société. Ils expriment leur besoin d'être écoutés, non seulement par les parents, les enseignants et les éducateurs, mais aussi par les politiciens. Ils souhaitent également être impliqués de plus en plus dans les décisions qui les concernent.

Souffrances causées par les discriminations ethno raciales

En 2022, une recherche scientifique a été commanditée par la Région wallonne sur les souffrances causées par le racisme, et plus précisément, sur les effets que les discriminations ethno-raciales peuvent causer sur la santé,

37 <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires>

38 Gisle et al. (2020), op. cit. p.83

39 Unicef (2022), "Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique. What do you think ?", Bruxelles, Unicef, Belgique.

physique et mentale, des personnes qui les subissent⁴⁰. Les témoignages recueillis dans le cadre d'une enquête qualitative réalisée dans ce projet « révèlent, chacun à sa manière, et avec des histoires différentes, que le racisme vécu au quotidien conduit à une mauvaise santé générale, au risque de préjudices physiques et somatiques, au suicide, à la dépression, à l'anxiété, à la colère, aux inquiétudes et aux maladies mentales » (Bathoum et Caldarini, 2022, p.4). Les actes d'intolérance continus et systématiques, apparemment mineurs, sont loin d'être inoffensifs. Ils affectent les environnements familiaux et cela se transmet de génération en génération.

✓ Inégalités socioéconomiques et handicap

Le handicap est une notion complexe, évolutive et multidimensionnelle. Par conséquent, il n'existe pas de définition du handicap universellement partagée et sur laquelle tout le monde pourrait s'accorder.

Selon l'Organisation des Nations unies (ONU), « par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (ONU, 2006)⁴¹. De son côté, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap comme le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques entraînant des incapacités plus ou moins importantes, qui sont renforcées en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible.

En Wallonie, l'article 2 du décret du 6 avril 1995 définit une personne handicapée comme « toute personne mineure ou majeure présentant une limitation importante de ses capacités d'intégration sociale ou professionnelle suite à l'altération de ses facultés mentales, sensorielles ou physiques, qui engendre la nécessité d'une intervention de la société ».

Alors que les personnes handicapées constituent un groupe cible important de notre protection sociale, à ce jour, il n'existe pas de statistiques complètes et intégrées sur le nombre et les besoins des personnes handicapées vivant en Belgique pas plus que sur leur position sociale et économique au sein de notre société. Les connaissances à son sujet sont rendues d'autant plus difficiles qu'elles sont réparties entre divers régimes et institutions.

En Wallonie, une première description statistique des **personnes reconnues en situation de handicap** a été publiée en 2019 par l'IWEPS en collaboration avec l'AVIQ⁴² ; Les données exploitées se concentrent sur celles fournies par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, responsable de la reconnaissance du handicap pour la Wallonie en vue de l'octroi de divers droits et autres formes d'aide. Ces données renseignent sur l'âge, le niveau de perte d'autonomie⁴³ et, pour les enfants, les conséquences de ce handicap⁴⁴. Une seconde publication a été éditée en 2022 par l'IWEPS en collaboration avec les opérateurs partenaires dans le cadre d'un projet Interreg Psicocap sur la thématique « Pratiques et statistiques intégrées sur le handicap et le handicap psychique⁴⁵. Dans ce cadre, 19 indicateurs ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur comparabilité.

40 Bathoum, R. et Caldarini, C. (2022), "Les dégâts des discriminations ethno raciales sur la santé – Enquête qualitative, Rapport pour la Région Wallonne", Espace Sémaphore. Téléchargeable : <https://hal.science/hal-04066660/document>

41 ONU (2006), "Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif".

42 Dubourg, D. (AVIQ) et Vandenhoof, A. (2019), « Les Wallons reconnus en situation de handicap : perspective statistique », Working Paper n°29, IWEPS, juin. – Téléchargeable : <https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2019/06/WP29-complet-1.pdf>

43 La perte d'autonomie se mesure sur base de six critères : difficultés à se déplacer, difficultés à préparer/ absorber de la nourriture, difficultés à assurer son hygiène personnelle et / ou s'habiller, difficultés à assurer le nettoyage et les tâches ménagères, difficultés à être conscients des dangers et les éviter, difficulté à communiquer et à avoir des contacts sociaux.

44 https://www.aviq.be/sites/default/files/documents_pro/2023-05/2019-AVIQ-IWEPS-wallons-situation-handicap-statistiques.pdf

45 "Profil des populations du territoire du projet Psicocap – Handicap et handicap psychique", Interreg France – Wallonie – Vlaanderen Psicocap, septembre 2022 – Téléchargeable : <https://www.psicocap.eu/wp-content/uploads/2022/12/PSICOCAP-Profil-Handicap-et-handicap-psychique-1.pdf>



Au 31 décembre 2021, 6,5% de la population wallonne avait une reconnaissance de son handicap par le SPF Sécurité sociale.

La proportion de bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus (ARR)⁴⁶ ou d'une allocation d'intégration (AI)⁴⁷ parmi la population âgée de 21 à 64 ans s'élevait à 3,9%. Les cinq principales pathologies dont ils sont atteints sont : (1) les troubles psychologiques (28%), (2) les pathologies orthopédiques (26%), (3) les troubles du système nerveux (10%), (4) les pathologies cardiaques (8%) et les néoplasies (7%).

Au cours des dix dernières années, pour l'ensemble de la Belgique, le nombre de bénéficiaires d'une ARR et/ou AI a augmenté régulièrement au fil du temps (+38%). L'augmentation concerne les deux types d'allocation (ARR et AI) mais la croissance a principalement eu lieu parmi les ayants droit qui ne reçoivent qu'une AI (+49,5%). Au cours de la période récente 2018-2021, le nombre d'ayants droit a crû de près de 20%, soit, en moyenne, de près de 5% par an. Cette croissance s'explique par plusieurs facteurs, parmi lesquels : l'apport de modifications législatives afin de rapprocher les prestations sociales les plus faibles du seuil de pauvreté et de faciliter l'accès au système, les efforts déployés pour fournir une meilleure information sur les droits des personnes handicapées, ce qui a pour effet d'accroître la connaissance du système et la réduction du taux de non-recours et enfin l'attention plus stricte accordée par les CPAS à l'exigence selon laquelle un revenu d'intégration (supplémentaire) ne peut être accordé que si une personne fait valoir ses droits sur tous les autres droits sociaux, et donc également sur une allocation en faveur d'une personne handicapée⁴⁸.

Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à avoir droit à une allocation : elles représentent 52,5% du nombre total de bénéficiaires (ARR et AI) en 2022 et les hommes 47,5%. Ces pourcentages sont restés relativement stables au cours de la dernière décennie. En 2020, l'âge moyen des personnes ayant droit à une ARR est de 46,3 ans. Pour les hommes, l'âge moyen est de 44 ans, avec un grand nombre de moins de 30 ans d'une part, et de 45 à 60 ans d'autre part. L'âge moyen des femmes est de 48,4 ans avec un centre de gravité dans le groupe des 50 ans et plus.

Toutes les personnes porteuses d'un handicap n'introduisent pas une demande d'aide soit parce qu'elles dépassent les plafonds de ressources pour pouvoir bénéficier d'une allocation, soit par choix, soit pour d'autres raisons (culturelles, méconnaissance de leur droit ou encore peur d'éventuelles lourdeurs administratives).

Pour combler les lacunes inhérentes au manque d'informations sur la situation sociale et les risques encourus par les personnes handicapées, le SPP Intégration sociale et le SPF Sécurité sociale ont publié en 2019 un ouvrage de référence⁴⁹ dont l'objectif est d'étudier, **par une approche pluridisciplinaire, les interactions entre le handicap, la pauvreté et l'exclusion sociale.** Le fil conducteur du récit est constitué des différents aspects qui influencent la vulnérabilité des personnes handicapées et de la manière dont cette vulnérabilité est encore aggravée par la pauvreté.

Les analyses mettent en évidence le fait que les personnes handicapées sont, du point de vue des revenus, non seulement proches ou en-deçà du seuil de pauvreté mais que, en plus, elles doivent endosser des coûts supplémentaires

46 L'allocation de remplacement de revenus (ARR) compense en partie la perte de revenus due au handicap.

47 L'allocation d'intégration (AI) est une compensation des coûts supplémentaires encourus en tant que personne en situation de handicap pour participer à la vie sociale.

48 SPF Sécurité sociale (2022), « L'évolution de l'allocation d'intégration », Focus sur les chiffres n°13, février.

49 Hermans, K., Dubois, J.-M., Vanroose, A. (2019), "Pauvreté et handicap en Belgique", SPP Intégration sociale et SPF Sécurité sociale. Téléchargeable : https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/livre-pauvrete-et-handicap-en-belgique-2019-fr.pdf

liés aux handicaps. Selon les données EU SILC (2016), **près d'un quart des personnes handicapées en âge de travailler courent le risque de tomber dans la pauvreté, soit deux fois plus que le risque couru par l'ensemble de la population. 41,7% de ces personnes sont menacées d'exclusion sociale.**

En dépit de nombreux efforts, le handicap accroît encore le risque de pauvreté de ces personnes en raison des coûts supplémentaires qui résultent de leur handicap : coût des services (dont les services de santé), besoins spécifiques, pertes de revenus professionnels, Ces coûts supplémentaires ne leur permettent donc, malgré une même somme, que d'atteindre un niveau de vie inférieur. Le handicap empêche encore une participation aisée à la société ou au marché du travail.

Les parents d'enfants en situation de handicap rencontrent des problèmes supplémentaires, quelle que soit leur position socioéconomique. Les chiffres du non-recours aux droits sont également frappants : ainsi, le taux de non-recours aux allocations familiales majorées est d'environ 10 %. Il semble d'ailleurs y avoir un lien entre l'origine immigrée et le non-recours. Les effets se renforcent dans les familles qui ont à la fois une position socioéconomique fragile et un enfant en situation de handicap. Outre cela, on constate aussi des inégalités sociales dans le recours aux dispositifs de soin et de soutien professionnels.

♦ **Accès aux soins**

✓ **Dépenses de santé selon le revenu des ménages**

Les études citées dans les paragraphes précédents soulignent la corrélation forte entre niveau socio-économique et état de santé. Le niveau de revenu du ménage est un des indicateurs repris dans ces analyses.

Une partie des dépenses de santé est payée

directement par les ménages, principalement par le biais du ticket modérateur, de suppléments, de paiements propres pour les médicaments non remboursés et pour les aides et les primes d'assurance complémentaire, principalement pour les frais d'hospitalisation.

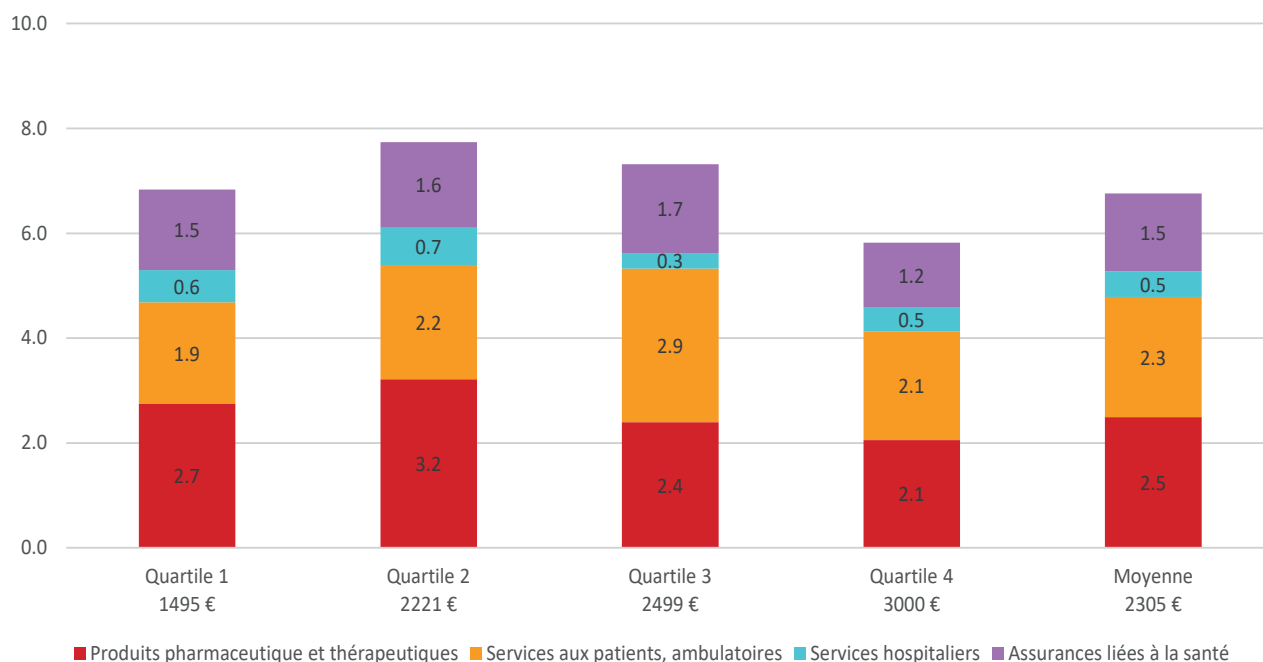
Les problèmes budgétaires apparus dans les années 80 ont eu comme résultat une tendance générale à l'augmentation de la participation financière des patients dans les soins de santé pouvant porter atteinte à l'accessibilité financière des soins de santé. Depuis 1994, des mesures spécifiques ont été mises en place, tel que le maximum à facturer (MAF) ayant pour objectif de garder les contributions des patients en-dessous de certaines limites surtout pour les groupes vulnérables (par exemple, les ménages qui bénéficient des interventions majorées ou les ménages dont un ou plusieurs membres souffrent de maladies chroniques, ...).

Selon l'enquête sur le budget des ménages, en 2020, les ménages wallons ont consacré, en moyenne, 6,8%, de leur budget (soit 2.305 € par an) à la santé : produits pharmaceutiques et thérapeutiques, services aux patients ambulatoires, services hospitaliers et assurances liées à la santé.

La part du budget des ménages consacré aux frais de santé varie peu selon les quartiles de revenus : entre 5,9% pour les ménages disposant des revenus les plus élevés (4e quartile) et 7,7% pour les ménages appartenant au 2e quartile des revenus. Les ménages disposant des plus faibles revenus consacrent 6,7% de leur budget aux dépenses de santé, mais le montant qu'ils y consacrent ne représente que la moitié des dépenses santé des ménages du quartile le plus favorisé.

Selon les derniers résultats de **l'enquête nationale de Santé, en 2018, plus d'un Wallon sur cinq (22%) considèrent les dépenses de santé** (soins médicaux, soins dentaires, achat

Graphique 1 : Répartition des dépenses annuelles moyennes en santé des ménages, par quartile de revenus en pourcentage de la consommation totale – Wallonie 2020



Source : Enquête sur les budgets des ménages EU-HBS, Statbel, calculs IWEPS

de médicaments prescrits et non prescrits) **comme une charge financière lourde**⁵⁰.

Ainsi, les dépenses de santé sont considérées comme une lourde charge pour 35% des ménages appartenant au quintile de revenus le plus bas (contre 9,3% pour les ménages appartenant au quintile de revenus les plus élevés)⁵¹, 25,7% des ménages monoparentaux (contre 17,5% pour les couples avec enfant), 30,2%

des ménages dont une personne de référence est diplômée au maximum de l'enseignement primaire ou sans diplôme (contre 13,5% pour les ménages dont une personne de référence est diplômée de l'enseignement supérieur) et 28,1% pour les ménages ayant une femme comme personne de référence (contre 17,3% des ménages ayant un homme comme personne de référence).

50 Demarest, S., Charafeddine, R., Berete, F., Drieskens, S. (2020), "Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé". Bruxelles, Belgique : Sciensano. https://www.sciensano.be/sites/default/files/ac_report_2018_fr_final.pdf

51 Taux standardisés. Correction pour âge et/ou sexe sur base d'un modèle de régression logistique (Population belge de 2018 comme référence).

✓ Offre de soins

L'offre de soins n'est pas équivalente selon les territoires⁵².

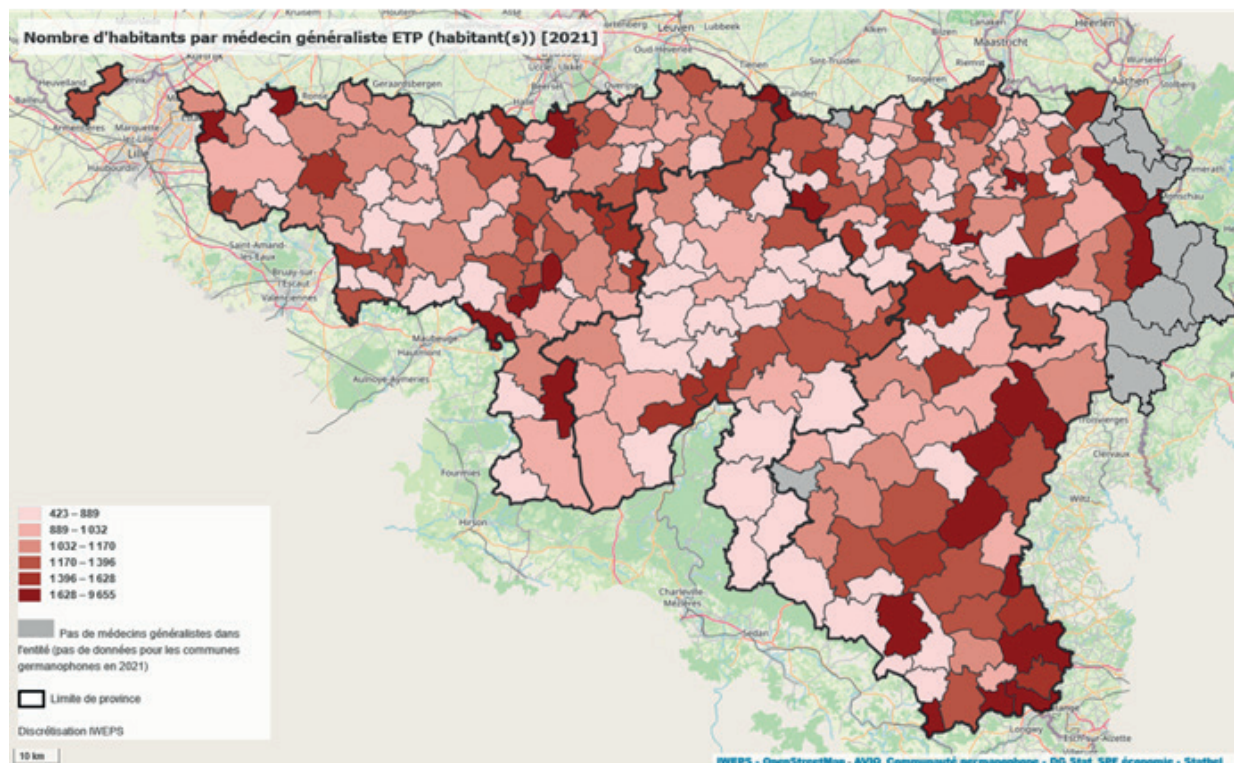
Ainsi en fonction du nombre de médecins généralistes effectivement en activité dans une commune, on a pu calculer un ratio du nombre d'habitants par médecin généraliste⁵³, une manière d'objectiver le manque de médecins dans certaines zones de la Wallonie.

Si, en moyenne, en Wallonie, en 2021, on compte 1.092 habitants par équivalent temps plein médecin généraliste (un peu moins qu'en 2016, où on estimait le ratio à 1.124 habitants par ETP médecin généraliste), de grandes disparités sont observées selon les communes, allant de moins de 600 habitants par ETP

médecin généraliste à Tellin, Viroinval et Anthisne, à plus de 3.000 habitants par ETP médecin généraliste dans les communes de Musson, Stoumont, Lincent, et plus encore à Chinoy et Martelange.

Un paramètre important à prendre en compte dans l'analyse, en plus d'informations sur les conditions de mobilité dans les différentes communes, est la part de ces médecins généralistes qui ont 55 ans et plus et vont donc cesser leur activité dans les prochaines années. C'est dans le sud-ouest de la province de Namur que la situation est la plus critique mais un certain nombre de communes sont confrontées à ce problème en divers endroits de la Wallonie, dans le nord du Hainaut et de la province de Luxembourg en particulier.

Carte 2 : Nombre d'habitants par médecin généraliste en ETP 2021



Sources : Cadastre des Médecins généralistes de l'AViQ, Communauté germanophone - DG Stat, SPF économie - Statbel. Calculs IWEPS

- 52 Pour d'autres indicateurs d'accessibilité géographique, voir Pourcentage de la population ayant une accessibilité routière de moins de 15 minutes à un hôpital équipé d'un service SMUR, Pourcentage de la population ayant une accessibilité piétonne à une pharmacie, Pourcentage de la population ayant une accessibilité piétonne à un centre de santé mentale, https://isadf.iweeps.be/isadf.php?indicateur_id=2000300
- 53 https://walstat.iweeps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=5&indicateur_id=814000&sel_niveau_catalogue=C&ordre=0

◆ Recours et non recours aux soins

Selon l'Enquête nationale de santé de 2018, quasi l'entièreté de la population wallonne interrogée (94%) déclare avoir un médecin attiré. 81% disent avoir eu un contact avec leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois et près de 57% avec un médecin spécialiste⁵⁴. Par contre, seuls deux tiers des Wallons (62%) ont eu un contact avec leur dentiste au cours des 12 derniers mois, 21% avec un kinésithérapeute, 5,5% avec un diététicien et 10% avec un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre. Le recours aux thérapies non conventionnelles (en particulier l'homéopathie, l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie⁵⁵) ne concerne que 13,5% de la population ; il s'agit essentiellement de contacts avec un ostéopathe (11,5%).

Environ 10 % (9,8%) des personnes interrogées en Wallonie déclarent avoir été hospitalisées au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une hospitalisation classique et 8,3% pour une hospitalisation de jour. Un peu plus d'un tiers (37%) des personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation classique avaient passé 7 nuits ou plus à l'hôpital.

Le recours aux soins à domicile est plus fréquent parmi les personnes de 65 ans et plus : un quart environ (23,8%) ont utilisé au cours des 12 derniers mois, un service de soins à domicile, contre 11,7% dans la population totale.

L'offre de soins dentaires est elle aussi répartie de manière inégale sur le territoire. Girès, J. et Marissal, P. (2022)⁵⁶, dans leur focus sur les barrières financières et géographiques dans l'accès aux soins, analysent les inégalités d'accessibilité aux soins dentaires conventionnés sur l'ensemble de la Belgique à partir des

données de la mutualité Solidaris. Les patients sont classés dans des catégories socio-économiques à partir de différentes informations individuelles (ouvrier, employé, bénéficiaire ou non de l'intervention majorée, famille monoparentale ou non, nombre de jours de chômage ou en incapacité primaire, etc.)⁵⁷.

La faible accessibilité à un dentiste conventionné impose soit de réaliser des trajets plus longs pour atteindre un service équivalent, soit de reporter ses besoins vers l'offre non conventionnée, par définition plus chère. Leur étude montre que **le niveau d'accessibilité a un effet multiplicateur des inégalités sociales de santé** : plus l'accessibilité aux soins est mauvaise, plus les écarts entre les classes sociales sont élevés, du moins concernant les soins dentaires. Le manque de prévention est aussi lié à des éléments matériels, financiers et géographiques. On voit en effet que les populations fragiles vont bien plus souvent consulter un dentiste préventivement lorsque l'accessibilité à ces soins est assurée.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les différences observées dans le recours aux soins. Si le type d'affection (maladies chroniques par exemple) et l'offre de services sur un territoire donné expliquent une partie des résultats, des facteurs socioéconomiques doivent également être pris en compte dans l'explication des différences.

Les comportements de non recours à la médecine préventive (comme le pourcentage d'enfants de 5 à 14 ans n'ayant pas eu recours aux soins bucco-dentaires préventifs durant 3 années, ou le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant subi aucun examen de dépistage du cancer du sein durant 6 années consécutives) ou des comportements problé-

54 Berete, F., Drieskens, S., Van der Heyden, J., Demarest, S., Charafeddine, R., Gisle, L., Renard, F., Scohy, A., Hermans, L., Braekman E. (2020), "Enquête de santé 2018 : Utilisation des services de santé. Résumé des résultats". Sciensano <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-utilisation-des-services-de-sante-resume-des-resultats>

55 <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/pratiques-non-conventionnelles#que>

56 Girès, J., Marissal, P. (2022) "Les inégalités sociales aggravées par la faible accessibilité aux soins dentaires ?"

57 Observatoire belge des inégalités. <https://inegalites.be/Les-inegalites-sociales-aggravees>

Le niveau socio-économique moyen de ces différents profils est estimé sur base du niveau socio-économique des quartiers où ils sont sur-représentés. Mais une fois ces différents niveaux établis, les patients de même profil sont classés de manière identique, quel que soit leur quartier de résidence. Cette approche a été préférée à celle qui consiste à mesurer le niveau social uniquement par le niveau socio-économique du quartier, car elle permet d'identifier des groupes socialement plus homogènes.



matiques (comme le pourcentage de mères fumeuses à l'accouchement) ont également été cartographiées au niveau communal⁵⁸. Les dernières cartes publiées font état de situations plus problématiques au sud et à l'ouest du territoire wallon.

En 2018, 11,4% des ménages wallons indiquent avoir dû reporter des soins de santé (soins médicaux, soins dentaires, soins de santé mentale, achat de médicaments (prescrits), achat de lunettes) pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois (Demarest, S., 2020, op.cit.). Les ménages les plus nombreux à avoir dû reporter des soins de santé sont les ménages monoparentaux (22,8%) (contre 5,4% pour les couples avec enfant(s))⁵⁹, les ménages disposant des revenus les moins élevés (1er quintile de revenus) (22,2%) (contre 2,3% pour les ménages appartenant au quintile de revenus les plus élevés), les ménages dont une personne de référence est diplômée au maximum de l'enseignement primaire ou sans diplôme (21,7%) (contre 5,4% pour les ménages dont une personne de référence est diplômée de l'enseignement supérieur), les ménages ayant une femme comme personne de référence (16,8%) (contre 8,5% des ménages ayant un homme comme personne de référence).

Une étude basée sur les données belges de l'enquête européenne SILC et sur plusieurs entretiens semi-structurés confirme ces constats et met en évidence une **augmentation des inégalités d'accès aux soins de santé entre les personnes les plus démunies et les plus riches entre 2011 et 2017**⁶⁰. Les auteurs lient cette augmentation au fait que davantage de personnes connaissent des difficultés financières. Leur étude permet de compléter le portrait des ménages qui déclarent des besoins

en soins de santé non satisfaits pour raisons financières : ces ménages sont aussi ceux qui vivent dans des logements surpeuplés, difficiles à chauffer, qui ne peuvent pas s'offrir un repas équilibré tous les deux jours, qui ne peuvent pas se permettre financièrement des activités sociales.

Parmi les facteurs explicatifs des différences observées, figure la **littératie en santé** qui fait référence aux capacités des individus et des groupes à repérer, comprendre, évaluer, et utiliser les informations utiles pour la prise de décision en matière de soins de santé, de prévention des maladies et de promotion de la santé. **Un tiers de la population wallonne âgée de 15 ans et plus (36 %) déclare, en 2018, ne pas disposer des compétences suffisantes** (littératie en santé limitée ou insuffisante). Ce sont les personnes en mauvaise santé, les personnes âgées et les personnes moins instruites qui ont un niveau plus faible de littératie en santé⁶¹.

Le rapport sur la performance du système de santé belge publié en 2019 par le Centre fédéral d'expertise des Soins de santé (KCE)⁶² synthétise les constats de nombreuses études qui ont porté sur les inégalités socio-économiques en matière de recours aux soins de santé, définies comme des différences, variations et disparités entre catégories socio-économiques au niveau des soins de santé.

« Par rapport aux individus de la catégorie sociale la plus favorisée, les personnes appartenant à la catégorie la plus défavorisée (selon le niveau d'éducation, de revenu, ou l'éligibilité pour l'intervention majorée) se caractérisent par des obstacles financiers plus importants au recours aux services de santé, un taux de par-

58 https://isadf.iweps.be/isadf.php?select=1&indicateur_id=2000305

59 Taux standardisés. Correction pour âge et/ou sexe sur base d'un modèle de régression logistique (Population belge de 2018 comme référence).

60 Baeten, R., Cès, S. (2020) "Les inégalités d'accès aux soins de santé en Belgique. Rapport de synthèse". Observatoire Social Européen (OSE). https://www.ose.be/sites/default/files/publications/2020_SC_RB_NIHDI-Report_Synthese_FR_0.pdf L'étude passe aussi en revue les principaux obstacles à l'accès aux soins.

61 Charafeddine, R., Demarest, S. and Berete F., (2019) "Enquête de santé 2018: Littératie en santé," Sciensano, Bruxelles, Belgique, https://www.sciensano.be/sites/default/files/hl_fr_2018_1.pdf

62 Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. (2019), "Performance du système de santé belge – Rapport 2019. – Synthèse". Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). <https://www.kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/performance-du-systeme-de-sante-belge-rapport-2019>

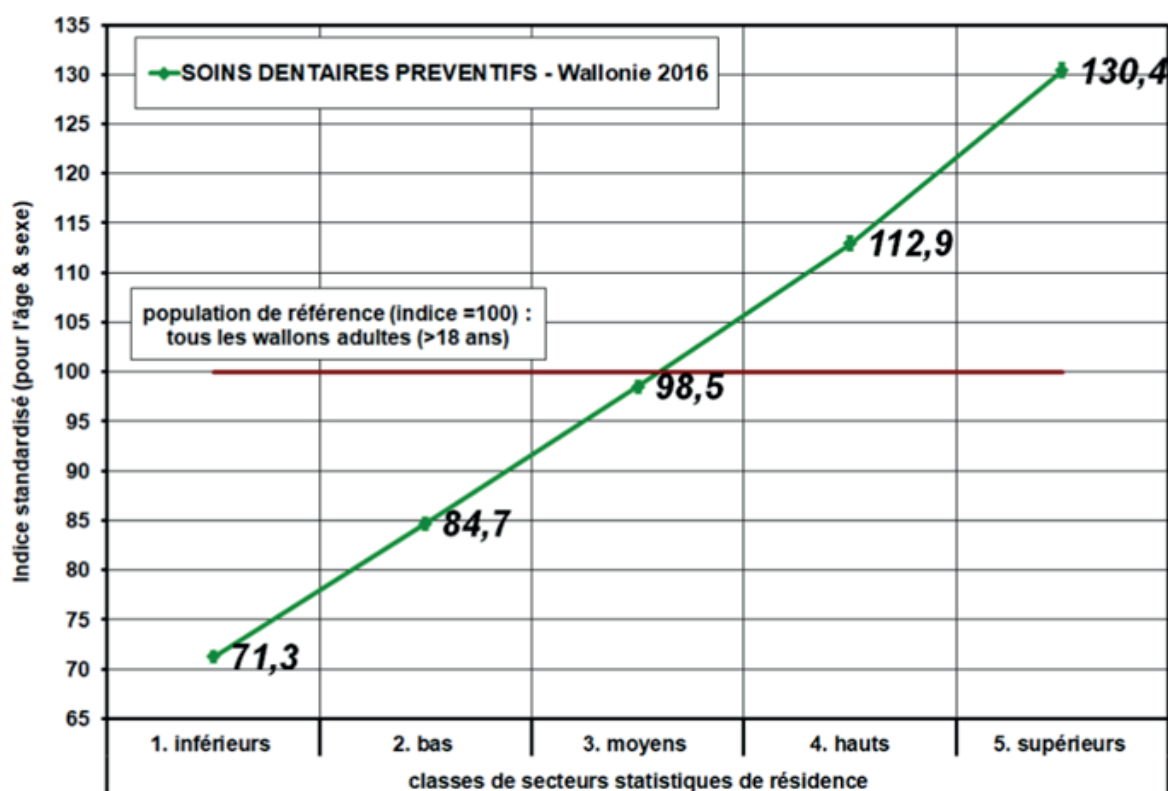
ticipation plus faible au dépistage du cancer, une fréquence moins élevée de visites régulières chez le dentiste, une consommation plus élevée de médicaments (antibiotiques, antidépresseurs, polymédication), moins de consultations prénatales que le nombre recommandé pour une grossesse à faible risque et une meilleure continuité des soins, en particulier avec le médecin généraliste. » (Devos et al. 2019, page 59)

Une illustration de ce gradient social dans les pratiques préventives est fournie par l'étude

sur les inégalités sociales de santé publiée en 2019 par l'agence intermutualiste⁶³.

Les personnes appartenant à la classe 1 (résidant dans les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus faibles) ont une probabilité accrue de 45 % $(=[71,3/130,4]-1)$ de ne pas avoir eu de contacts préventifs chez un dentiste⁶⁴ au cours de 3 années consécutives, par rapport à celles qui appartiennent à la classe 5 (classe (résidant dans les secteurs statistiques où les revenus médians sont les plus élevés⁶⁵).

Graphique 2 : Soins dentaires préventifs (2014-2016) en fonction de la classe de revenu médian du secteur de résidence. Adultes - Wallonie



Sources : Données de l'Agence InterMutualiste

63 Avalosse, A., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E.L., Di Zinno, T. (2019) "Inégalités sociales en santé". Agence intermutualiste <https://ima-aim.be/Inegalites-de-sante>

64 Au moins deux contacts préventifs chez le dentiste dans 2 différentes années entre 2014 et 2016.

65 Les limites des classes sont établies de façon à ce que chacune regroupe 20% des déclarations fiscales de l'entité géographique concernée)

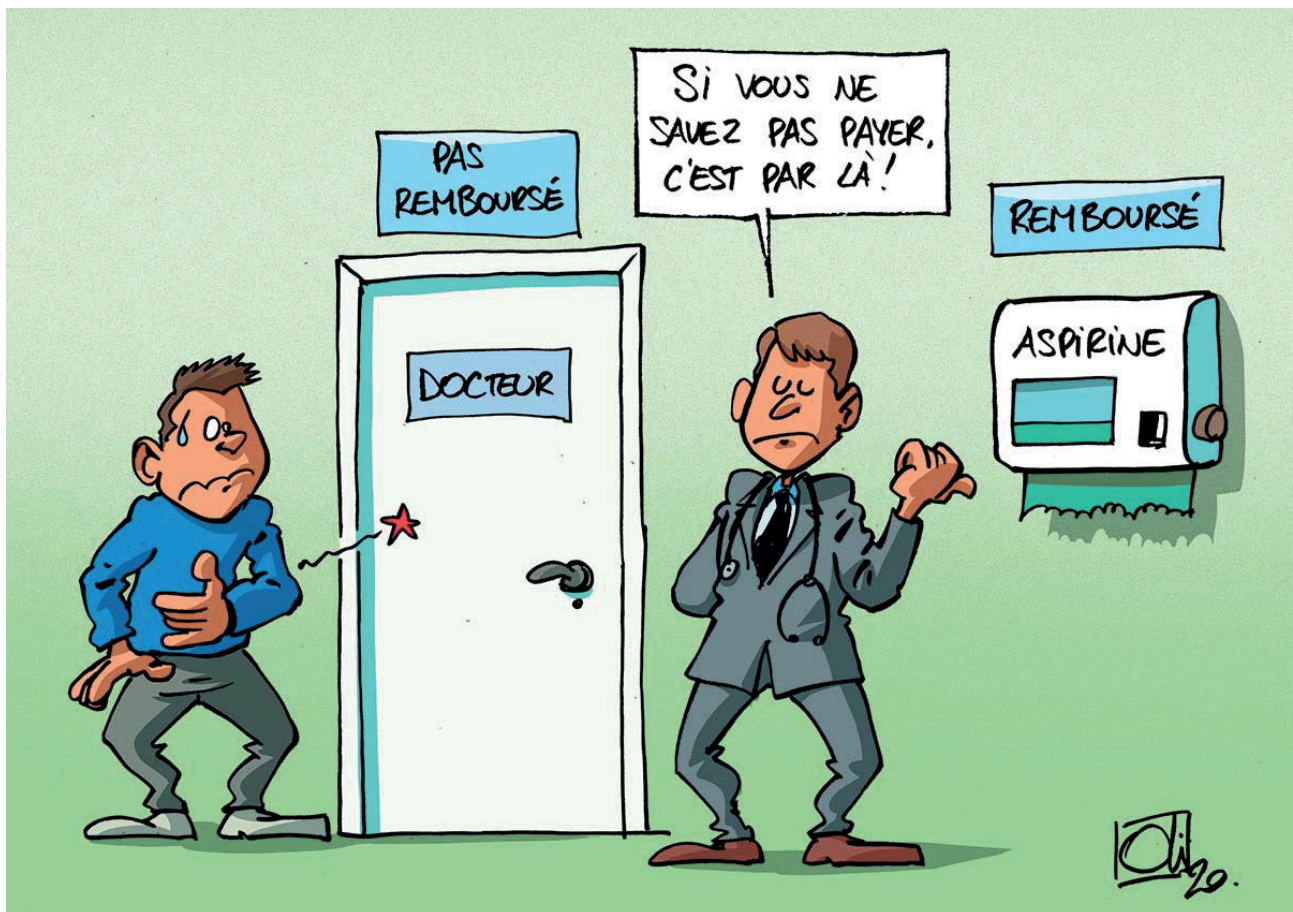
✓ **Inéquités en matière de recours aux soins**

La pauvreté rend malade. La maladie appauvrit. Les corrélations fortes entre situation socioéconomique et état de santé émaillent cet état des lieux.

Une mauvaise santé entraîne un recours accru aux soins alors qu'un faible statut socioéconomique peut être associé à des freins financiers ou à d'autres problèmes d'accessibilité et entraîner un moindre recours aux soins. (Bouckaert et al. 2020)⁶⁶. Cette forte

relation complique l'interprétation des différences observées dans le recours aux soins.

Les inégalités liées à des différences de revenus, d'éducation, de situation professionnelle, d'environnement, d'origine, de littératie en santé sont considérées comme injustifiées ou « inéquitables ». Ce sont ces inéquités d'accès et de recours aux soins – et par extension, de santé – que les mesures de protection mises en place par le système de soins de santé visent à réduire⁶⁷.



66 Bouckaert Nicolas, Maertens de Noordhout Charline, Van de Voorde Carine, "Performance du système de santé belge : Evaluation de l'équité". Health Services Research (HSR). Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 334B. DOI:10.57598/R334BS.

67 Un chapitre du rapport de Bouckaert et al. (2020) porte sur les inéquités en matière de financement des soins de santé.

L'approche en termes d'inéquité est depuis peu rendue possible par le croisement au niveau individuel et au niveau des ménages de plusieurs bases de données de santé (données de l'Agence intermutualiste sur les recours aux soins et les contributions personnelles à charge des patients, données de INAMI sur l'offre de soins⁶⁸) et de données sur les revenus et conditions de vie (Banque carrefour de la Sécurité sociale, enquête de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC), enquête sur les budgets des ménages).

L'enjeu est bien d'analyser le **recours inégal aux soins de santé pour des personnes ayant le même état de santé**⁶⁹. Le rapport sur l'équité du système de santé belge (Bouckaert et al. (2020) tend à répondre à la question de savoir dans quelle mesure les personnes ayant les mêmes besoins de soins recourent aux soins de santé de la même manière ou s'il y a des différences en fonction de leur statut socio-économique.

Quelques résultats de cette étude sont repris ci-dessous.

« Les inéquités en matière de recours aux soins dépendent du niveau d'éducation, mais elles sont encore plus marquées lorsqu'elles sont mises en lien avec la situation financière.

Un recours aux soins moins important chez les personnes confrontées au risque de pauvreté et à une privation matérielle sévère.

Après correction pour les besoins de soins, il apparaît clairement que les personnes confrontées au risque de pauvreté⁷⁰ ont moins recours aux soins de santé que la population générale (à l'exception des soins d'urgence). On

retrouve une situation similaire, mais encore plus accentuée, chez les personnes en situation de privation matérielle⁷¹. Les personnes de la classe moyenne inférieure⁷² – qui ont, en moyenne, un état de santé et un niveau d'éducation similaires à ceux des personnes exposées au risque de pauvreté – ont, elles aussi, moins souvent recours aux soins que la population générale, mais de façon moins prononcée que les personnes exposées au risque de pauvreté. La différence en matière de recours aux soins observée entre les deux derniers groupes peut s'expliquer par une différence de moyens financiers.

Dans les trois groupes – personnes exposées au risque de pauvreté / classe moyenne inférieure / en situation de privation matérielle sévère –, **la probabilité de consulter un médecin généraliste est plus faible**. Entre 2008 et 2016, l'accessibilité s'est toutefois améliorée pour les personnes en situation de privation matérielle sévère et est restée stable pour les autres groupes. Une fois qu'ils se sont décidés à consulter un médecin généraliste, ces trois groupes financièrement plus vulnérables le font en revanche plus souvent que la population moyenne.

La probabilité que ces trois groupes consultent un spécialiste est également moins élevée, tout comme le nombre effectif de consultations. De manière générale, les contributions personnelles des patients pour les soins spécialisés sont plus élevées que celles destinées aux soins de médecine générale.

Afin de remplacer les consultations chez le médecin généraliste et chez le spécialiste, les

68 Voir aussi les études publiées par les services d'études des mutuelles : Laasman, J.M., Maron, L., et Vrancken, J., (2019), "Les inégalités sociales dans le domaine de la santé" https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2022/05/Publication-etude-Les-inegalites-sociales-dans-le-domaine-de-la-sante_Octobre-2019.pdf, voir le chapitre sur l'impact des inégalités sociales sur la santé et Avalosse, H., Noirhomme, C., Cès, S. (2022). "Inégaux face à la santé. Etude quantitative des inégalités économiques relatives à la santé et à l'utilisation des soins de santé par les membres de la MC". Santé & Société, 4, 6-30. https://www.mc.be/media/sante-et-societe-4-etude-inegaux-face-a-la-sante_tcm49-77065.pdf

69 Plus d'infos sur la méthodologie utilisée dans le rapport. L'analyse est basée sur l'écart entre le recours aux soins observés et le recours aux soins attendus, adapté à l'état de santé, mais indépendamment des revenus, du niveau d'éducation et d'autres caractéristiques qui entraînent des inégalités injustifiées.

70 Moins de 60% du revenu médian des ménages

71 Incapacité à satisfaire les besoins de base : alimentation, services d'utilité publique, logement et hygiène.

72 Entre 60 et 80% du revenu médian des ménages.



personnes exposées à un risque de pauvreté ou en situation de privation matérielle sévère et, dans une moindre mesure, de la classe moyenne inférieure, semblent **se tourner vers le service des urgences**. Elles ne doivent en effet pas y payer les soins immédiatement, ni prendre rendez-vous. Il se peut également que ces personnes reportent les soins pour des raisons financières et finissent par devoir se rendre aux urgences parce que leurs problèmes de santé nécessitent alors une prise en charge sans délai.

Le risque de report des soins médicaux (et dentaires) est considérablement plus élevé chez les personnes exposées au risque de pauvreté et à une privation matérielle sévère.

Dans ces trois mêmes groupes, la probabilité qu'ils se rendent chez le dentiste est nettement plus faible que dans la population moyenne. L'étude dénote de surcroît un renforcement des inéquités au fil du temps. Alors que le nombre de visites régulières (préventives) chez le dentiste parmi la population a augmenté de façon systématique, cette augmentation n'a toutefois pas été distribuée de manière égale : elle est surtout due aux groupes de revenus plus élevés alors que le recours aux soins dentaires est resté stable dans les groupes de revenus moins élevés. » (Bouckaert et al. 2020, page 15).

♦ **Impact de la crise sanitaire et des processus de transformation en cours sur les inégalités sociales de santé**

En plus d'avoir eu un impact sur la mortalité, la pandémie de Covid-19 est venue accroître les inégalités sociales de santé et en générer de nouvelles. En effet, si elle a pu affecter tout le monde, tout le monde n'y a pas été exposé de la même manière.

Ainsi, plusieurs études ont montré l'impact de la pandémie sur les inégalités en mortalité.

L'étude de Renard F. et al., (2022)⁷³ met en évidence un impact variable sur la mortalité selon les âges : **chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la mortalité a augmenté dans tous les groupes de revenus, mais l'augmentation a été plus forte dans les groupes défavorisés**, ce qui a conduit à une augmentation des inégalités de mortalité au-delà de 65 ans.

L'étude sur la surmortalité réalisée par Solidaris (Solidaris, 2021)⁷⁴ souligne pour sa part que la surmortalité liée à la Covid-19 a frappé plus durement les bénéficiaires du BIM. Ainsi, parmi les affiliés vivant en Wallonie, la surmortalité relative normalisée par âge et par sexe est de 73% pour les bénéficiaires du BIM et de 47% pour les non BIM.

L'analyse comparée des enquêtes belges de santé par interview réalisée par Sciensano et l'Université de Gand (Van Wilder et al., 2022)⁷⁵ montre, quant à elle, une **vulnérabilité accrue des malades chroniques** depuis mars 2020, qui ont vraisemblablement souffert de reports de soins liés aux confinements successifs. Et parmi ces personnes atteintes d'une maladie chronique, un plus grand nombre d'années de vie en bonne santé ont été perdues par celles ayant un statut social « bas » par rapport à celles qui ont un statut social plus élevé. D'autre part, d'une enquête à l'autre, cette inégalité a augmenté au cours de ces dernières années.

Par ailleurs, plusieurs études et enquêtes, parmi lesquelles les enquêtes de santé Covid-19 réalisées par Sciensano en 2020 et 2021⁷⁶ et l'enquête annuelle de Solidaris sur la confiance et le bien-être de la population belge francophone⁷⁷ s'accordent pour souligner l'ampleur des conséquences de ces crises successives et transformations sur l'accroissement des iné-

73 Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurcevic J., Devleeschauwer B., (2022), "Health status report 2021 – L'état de santé en Belgique". Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de dépôt : D/2022/14.440/07.

74 Willaert, D. et Vrancken, J. (2021), "Surmortalité liée à l'épidémie de Coronavirus", Direction Etudes, Mutualité Solidaris.

75 Van Wilder L., Devleeschauwer B., Clays E., Van der Heyden J., Charafeddine R., Scohy A., De Smedt D., 2022 "QALY losses for chronic diseases and its social distribution in the general population: results from the Belgian Health Interview Survey". BMC Public Health 22 : 1304 9p.

76 Disponibles sur le site de Sciensano à l'adresse suivante : <https://www.sciensano.be/fr/projets/covid-19-enquete-sante>



galités, de la pauvreté, de la précarité et de **l'isolement des personnes les plus vulnérables entraînant la détresse morale de ces personnes.**

De son côté, l'indice de situation sociale de la Wallonie (ISS)⁷⁸ développé par l'IWEPS et actualisé chaque année offre un cadre statistique de référence étayé par une analyse quantitative et qualitative des impacts des crises et des phénomènes récents de transformation du climat sur l'évolution des conditions de vie et des inégalités sociales en Wallonie, sous le prisme des dimensions couvertes par l'ISS⁷⁹.

Ces analyses montrent que l'enchevêtrement actuel des crises et des transformations – crise de la Covid-19 en 2020, inondations en 2021, guerre en Ukraine, inflation galopante en 2022, avec flambée des prix de l'énergie et de l'alimentation notamment – affecte l'ensemble de la population et provoque une détérioration qualitative et quantitative de la situation de nombreuses personnes, dont beaucoup se trouvaient déjà en situation de précarité.

Trois préoccupations majeures requièrent une attention particulière :

1. Les problèmes de santé mentale et leurs conséquences à moyen et long terme.

La crise sanitaire, avec les dégâts de la maladie elle-même (parfois de longue durée), mais aussi les reports de soins, les inquiétudes pour l'accès aux soins, les sentiments d'isolement, de solitude et d'angoisse ont clairement détérioré la santé globale et en particulier la santé mentale d'une proportion importante de la population. Plusieurs indicateurs de l'ISS sont directement ou indirectement liés à celle-ci : le pourcentage de maladies chroniques, le taux de suicide, l'indice de satisfaction de vie, le pourcentage d'invalides en incapacité de travail de longue durée. Certains d'entre eux étaient déjà en évolution fort défavorable de-

puis quelques années en Wallonie.

Des sources d'angoisse et une détérioration de la santé mentale, contribuant à des sentiments de mal-être, sont des éléments rapportés par diverses études en lien avec la pandémie et ses conséquences. Dès la première enquête de Sciensano en mars 2020, les résultats faisaient état d'une prévalence importante des troubles anxieux (23%) et dépressifs (20%), soit environ deux fois supérieure aux valeurs obtenues en 2018 (respectivement 11% et 9,5%) (Sciensano, 2020a). **Les personnes les plus touchées par ces affections sont les femmes, les jeunes de 16 à 24 ans (où la différence avec 2018 est la plus importante), mais aussi les adultes jusque dans la cinquantaine** (Sciensano, 2020a). La prévalence des troubles anxieux et dépressifs a fluctué au gré des vagues de contaminations et des mesures restrictives mises en place pour freiner la circulation du virus. Ils ont atteint leur plus haute prévalence en décembre 2021 (respectivement 24% et 21%). **En mars 2022, (dernière enquête de santé Covid19 réalisée), la prévalence des troubles anxieux était de 19% et celle des troubles dépressifs de 16%.**

À côté de ces troubles, les pensées suicidaires font aussi l'objet d'analyse. Parmi les répondants à la dernière enquête complète de Sciensano (mars 2022), 10,5% expriment avoir eu des pensées suicidaires durant la pandémie et une majorité (71%) dit les avoir eues au cours des trois derniers mois. Environ 7% de l'ensemble de la population adulte aurait pensé au suicide depuis le 1er janvier 2022 (Sciensano, 2022). Cependant, l'analyse de Sciensano (2022) explique avec beaucoup de prudence que le nombre de personnes ayant tenté de s'ôter la vie en Belgique n'a pas augmenté de manière significative pendant la pandémie par rapport à la période pré-Covid.

78 Deprez, A., Reginster, I. et Ruyters, C., (2022), "Indice de situation sociale de la Wallonie (ISS-9e exercice) – Analyses et perspectives sur les conditions de vie et les inégalités sociales en Wallonie", Rapport de recherche n°50, IWEPS, 2022.

79 Démographie, santé, logement, formation, sécurité, culture, valeurs, revenus, emploi, complétées par un focus sur les populations en grande précarité et sur l'intervention sociale.

2. La situation alarmante des jeunes (de 14 à 30 ans) qui ont particulièrement souffert de la crise.

Les études de Morissens et al (2021⁸⁰ et 2022⁸¹) sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale des enfants et adolescent.es ainsi que sur leur recours aux soins de santé de mentale confirment une détérioration de la santé mentale de nombreux enfants et adolescent.es pendant la pandémie. Elles ont également mis en évidence les facteurs déterminants, individuels et sociaux, de cette situation, tels que le stade de développement dans lequel se trouvent les enfants et l'environnement dans lequel ils grandissent (situation socio-économique de la famille, conditions de logement, accès au numérique, ...) mais aussi l'impact de la fermeture des écoles - qui jouent un rôle important dans le développement des jeunes et qui peut être un facteur de protection pour le bien-être mental - , les mesures restrictives prises pendant la pandémie et les réponses apportées par les professionnels à la demande de soins existante et nouvelle. L'étude dépeint une situation préoccupante, tant pour les jeunes que pour les professionnels qui les accompagnent. Elle montre les limites des solutions actuelles, - en particulier la saturation des services de santé mentale -, qui reposent en grande partie sur la bonne volonté des prestataires de soins, et l'urgence de mettre en place des solutions structurelles dans les secteurs des soins et de l'éducation.

En l'état actuel des choses, des publics fragilisés ne sont pas ou pas suffisamment pris en charge par les professionnels, en particulier les jeunes issus de l'immigration ainsi que les enfants et adolescent.es issus de familles en situation socio-économique précaire, alors qu'il s'agit de groupes dont les besoins en matière de santé sont les plus importants.

3. L'aggravation de la situation des populations les plus précaires

Les populations les plus exposées aux effets délétères de la pandémie de Covid-19 et des crises qui lui ont succédé sont les personnes isolées, les familles monoparentales, les jeunes ménages et les ménages plus fragiles financièrement en raison notamment de leur vulnérabilité sur le marché de l'emploi, les femmes, qui sont fortement surreprésentées dans les emplois précaires peu protecteurs, dans des secteurs d'activité moins rémunérateurs et des postes de travail qui offrent également moins de perspectives (secteurs des soins de santé et de l'aide sociale, du commerce, de l'Horeca, des titres services, ...), les personnes d'origine étrangère et les allocataires sociaux particulièrement exposés aux situations « hyper-discriminatoires » notamment dans l'accès au logement.

A ces groupes de personnes, il convient d'ajouter toutes celles qui n'ont pas accès à la sécurité sociale ou qui ne peuvent y avoir suffisamment recours : les personnes occupant des emplois précaires, les personnes sans-abri, les personnes sans titre de séjour légal, les personnes les plus éloignées de leurs droits, celles qui étaient déjà en difficulté avant la crise – en termes de fracture numérique, d'accès à l'information, de participation, de désaffiliation, d'isolement, de déscolarisation, de stigmatisation, ...

Le recours et l'accès aux soins pour ces personnes sont particulièrement problématiques voire compromis.

En frappant plus durement les populations fragiles, les crises et processus de transformation en cours agissent comme un révélateur de l'impact des déterminants sociaux sur l'état de santé des populations.

80 Sholokhova, S., Hoirhomme, C., Morissens, A. & Vernies, R. (2021), « L'impact de la pandémie de Covid-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale », MC Informations n°286, décembre.

81 Morissens, A., Vernies, R., Hoirhomme, C. et Sholokhova, S. (2022), « L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent.es en Belgique », Santé & Société n°3, octobre.



4. Instruments mis en oeuvre en Wallonie qui contribuent à rencontrer ce droit

Préalablement à cet inventaire, il convient de préciser que certaines conditions d'octroi d'avantages sociaux, de remboursement de soins, de prises en charge de traitement médicaux, ... qui ressortissent toujours au niveau fédéral, ne sont pas évoquées ici.

Seules les actions et mesures relevant des compétences régionales et communautaires sont examinées dans ce rapport. Elles sont exercées principalement, pour la FWB, par l'ONE et, dans une moindre mesure, par l'Administration générale de l'Enseignement et l'Administration générale du Sport et menées, pour la Région wallonne, par l'AVIQ, OIP régulateur et paritaire.

Ces mesures ont été identifiées, puis décrites sous forme de fiches qui ont ensuite été classées par "instrument" en fonction des objectifs poursuivis.

L'inventaire de ces actions fait apparaître leur nombre et leur diversité en fonction des publics visés. La FWB développe principalement des actions visant l'information, la sensibilisation, l'accompagnement et l'accueil.

La Région wallonne met surtout en œuvre des instruments visant au développement de l'offre, à l'octroi d'aides financières, à la mise en réseau et à la coordination.

Écouter, informer, orienter, sensibiliser, promouvoir, prévenir

Il s'agit essentiellement des :

- Visites des travailleurs médico-sociaux (TMS) de l'ONE à domicile ou dans les hôpitaux.

- Campagnes de sensibilisation (édition de brochures, fiches thématiques, outils d'animation, éducation pour la santé, ...) et programmes de promotion des attitudes saines.
- Activités des centres psycho-médico-sociaux.
- Actions de sensibilisation au handicap auprès d'employeurs, d'entreprises, des enfants et des jeunes ainsi que des pouvoirs publics, organisées par l'AVIQ.
- Missions des centres locaux de promotion de la santé, des centres de dépistage et des centres de planning familial.
- Programme prioritaire de santé préventive de l'ONE, dont la vaccination des enfants.

Aider, accompagner, octroyer des aides financières individuelles

Cette rubrique concerne essentiellement l'accès aux services, dans le secteur ambulatoire, c'est-à-dire là où les acteurs de la santé reçoivent en consultation et suivent des patients à domicile. Certaines mesures se concrétisent sous la forme d'un soutien financier directement aux personnes concernées par le handicap ou souffrant d'une maladie chronique :

- Consultations pré et postnatales, services périnataux spécifiques de l'ONE.
- Accueil de l'enfant en dehors de son milieu familial.
- Associations de santé intégrée (ASI) ou maisons médicales.
- Services d'aide à domicile (CCASD, SAFA, AVJ,...).
- Soins de santé mentale (SSM, CMI,...).
- Réseaux et services d'aide et de soins spécialisés en assuétude.

- Centres de planning et de consultations familiales et conjugales.
- Octroi d'aides individuelles à l'intégration, à la formation et à l'emploi pour les personnes handicapées
- Octroi d'allocations aux personnes âgées ...

Soigner, accueillir, héberger

Il s'agit de procurer les actes nécessaires dans des services résidentiels :

- Services d'accueil spécialisés de la Petite Enfance (SASPE) de l'ONE.
- Soins hospitaliers.
- Accueil et hébergement des aînés, des personnes souffrant de troubles de la santé mentale, des personnes en situation de handicap.

Organiser, observer, réseauter

Dans le cadre de son contrat de gestion, l'ONE globalise ses actions en matière d'enfance et de soutien à la parentalité par le développement ou l'intensification des politiques qui permettent une offre de service davantage intégrée. Il recherche une cohérence socio-éducative et privilégie des politiques basées sur le continuum 0 - 12 ans (voire 18 ans) plutôt que des pratiques segmentées.

Différentes initiatives veillent également à la qualité des services par des actions de coordination, le support du travail en réseau et la participation à des projets en partenariat :

- Cercles de médecins généralistes.
- Centres de coordination de soins et de services à domicile et services intégrés de soins à domicile.
- Centres de référence tels le CRESAM, le CRI-S, l'Unité e Psychopathologie légale (UPPL).
- Fédérations reconnues

- Plates-formes de concertation.
- Soutien des initiatives transversales dans le domaine socio-sanitaire, comme les Réseaux locaux multidisciplinaires, les réseaux pour adultes en matière de santé mentale dits "107", les réseaux de la Nouvelle Politique en santé mentale pour les enfants et les adolescents, les cellules mobiles d'intervention en cas de double diagnostic.

Un constat s'impose : quelle que soit la typologie adoptée pour examiner les instruments, de nombreuses actions ou mesures contribuent à l'ensemble des objectifs.

5. Regards "critiques"⁸²

De manière générale, la matière des soins de santé connaît un éclatement entre différents pouvoirs et les intervenants relèvent des déficiences dans l'offre ambulatoire lors de la sortie du milieu hospitalier. En effet, le Fédéral veut, pour des raisons budgétaires, réduire la durée des séjours en institutions hospitalières, par exemple lors des accouchements et, avancer le moment de la prise en charge par les services ambulatoires (travailleurs médico-sociaux de l'ONE, ...), mais l'offre de prestations et de personnel dans ces services n'est pas suffisamment étoffée pour rencontrer ces objectifs qui impliquent, par ailleurs, l'adaptation des pratiques.

La régionalisation partielle du secteur de la santé a engendré une inéquité de traitement et une rupture des logiques et du continuum des soins et des services.

Dans le domaine du handicap, la sortie d'institutions, à 18 ans, de jeunes présentant des handicaps lourds, alors qu'il n'existe aucune structure adaptée à leur prise en charge, n'autorise que le retour en famille, ce qui pose parfois des cas de conscience difficiles qui plaident pour un développement, entre autres, de l'accueil de jour.

⁸² Les éléments d'évaluation qui suivent ont été mis en évidence, à titre individuel et en toute liberté, par les participants à l'atelier évaluatif et prospectif consacré au droit à la santé et n'engagent donc pas les institutions dont ils relèvent.

Il y a une dichotomie entre, d'une part, la volonté de maintenir les usagers à domicile, qui nécessite une augmentation de l'assistance personnelle et, d'autre part, la modestie des moyens financiers et humains mis en œuvre pour atteindre cet objectif.

En outre, la priorité reste donnée, par les pouvoirs publics, les médecins ou les familles, au secteur institutionnel par rapport à une solution orientée vers le patient, certains se trouvant placés en institution par défaut d'aide à domicile. Il semble donc nécessaire de réfléchir en amont et, peut-être, d'envisager une troisième voie encore peu investie actuellement : les logements collectifs, les habitations transgénérationnelles, les solutions de proximité, ...

Le passage de relais entre les opérateurs au sein des réseaux ne se réalise pas harmonieusement. Dès lors, il revient aux usagers de créer le lien en recommençant des démarches administratives et en se heurtant souvent à des freins institutionnels. La solution du dossier global pourrait répondre à cette problématique.

On constate l'émergence de professionnels indépendants et payants, qui concurrencent le personnel des hôpitaux publics ou des services créés ou subventionnés par les services publics. Cette dualisation de l'offre, croissante, peut induire, et cela s'observe déjà, une discrimination dans l'offre et les services en fonction des moyens financiers des usagers. On assiste à un effet de substitution avec des projets concurrents qui s'adressent le plus souvent aux mieux nantis.

Cette situation engendre aussi, une déperdition des moyens humains et financiers et la confiscation de la clientèle par des travailleurs indépendants part/time.

Néanmoins, cette situation permet de compenser certaines failles du système en place,

les besoins se trouvant supérieurs à l'offre. Dès lors, le secteur associatif se mobilise pour compenser les déficits et devient, à son tour, demandeur de soutiens publics, contribuant ainsi à l'émiettement de l'enveloppe disponible.

Le manque de moyens financiers entraîne un saupoudrage des deniers publics sur un plan local.

La difficulté d'accès aux soins (ou à d'autres prestations de santé), qu'elle soit physique ou financière pose également question. L'accessibilité n'est plus garantie à certaines catégories de la population plus vulnérables et précarisées.

Plus globalement, on constate l'absence d'évaluation des actions menées et des mesures mises en œuvre.

6. Enjeux et perspectives au regard de ce droit⁸³

Dans une vision plus prospective, quelques tendances se sont dégagées à différents niveaux :

Sur le plan organisationnel, structurel :

- Le décloisonnement en cours, à la fois au sein et entre certaines institutions, la mise en place de collaborations, semblent constituer une porte d'entrée vers la cohésion sociale.
- A d'autres échelons de pouvoir, la conclusion d'accords de coopération entre les différents niveaux de décisions, communautaires, régionaux et fédéraux pourrait également apporter des solutions.
- La diminution du temps passé en milieu hospitalier ou en institutions pour personnes âgées ou handicapées favorise leur autonomie, permet d'éviter la chronicité de certaines maladies et handicaps et entraîne une diminution des coûts de personnel et de fonctionnement.

83 Ces éléments ont été mis en évidence lors d'un atelier de réflexion évaluative et prospective consacré à ce droit.

- Conjointement, on se dirige vers une plus grande professionnalisation du management du système hospitalier.
- Un système de santé à double vitesse se dégage, caractérisé, d'une part, par un allongement des temps d'attente pour l'obtention de rendez-vous chez des spécialistes, pour des examens spécialisés, des hospitalisations, une place en maison de repos et, d'autre part, l'évolution de la protection sociale vers une diminution des prises en charge, pour restriction financière, concomitante à la privatisation du système par le biais d'assurances.
- On constate aussi la prédominance d'une vision à court terme présidant à la programmation du nombre de lits en institution, du nombre de futurs médecins et à leur inadéquation par rapport à la réalité de terrain.

Sur le plan de l'offre de services :

- On assiste à un affaiblissement de la première ligne de soins, consécutif au vieillissement tant de la population que des professionnels de la santé et au manque de médecins généralistes, surtout dans les campagnes, résultant du manque d'attractivité de la profession et du numerus clausus dans l'attribution des numéros INAMI.
- La médecine indépendante (cabinets médicaux privés) disparaît progressivement, parallèlement à l'ouverture de maisons médicales qui favorisent le regroupement de spécialités médicales et paramédicales ainsi qu'une approche plus globale des patients. Ce changement de culture et de mentalités des jeunes praticiens peut, potentiellement, engendrer des tensions entre le patient et le médecin, tout en autorisant une prise en charge plus complète sur un plan physique, psychique et social de sa situation.

- Il existe des difficultés d'accessibilité physique aux services dans certaines zones rurales, notamment pour les services de santé mentale.
- Une volonté apparaît de multiplier les réseaux.

Sur le plan sociétal :

- Certains pointent aussi la déshumanisation de la relation patient/praticien par le recours aux centraux téléphoniques, aux secrétariats médicaux. Les professionnels accordent également une place plus importante à leur vie privée (plus de consultations les soirs et WE, consultations sur RV, restrictions des visites à domicile) ce qui, en corollaire avec la diminution du nombre de généralistes, génère un recours abusif aux services d'urgence des hôpitaux, débordés.
- L'utilisation accrue des nouvelles technologies par les patients pour la prise de rendez-vous, la création du dossier médical global sur la puce de la carte d'identité, la consultation des applications internet (autodiagnostic ; confrontation entre patient et médecin ; professionnalisation du patient) renforcent encore cette distanciation entre usager et dispensateur de service.
- Une plus grande accessibilité des informations relatives au patient (création du passeport santé) se trouve inégalement distribuée et l'accroissement de la tendance au partage de l'information se heurte aux principes de la protection de la vie privée.
- Une cartographie de l'information via le patient, producteur de l'information se met en place.
- L'accroissement démographique entraîne un manque de places d'accueil dans les crèches qui sont surtout mal réparties géographiquement.

- Le vieillissement de la population et le recul de l'âge de la retraite influent sur l'état de santé de la population.
- Une génération "sandwich", coincée entre la charge des enfants et des parents âgés, émerge et subit de multiples pressions.
- La marchandisation du secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins s'accroît.
- Une assurance autonomie qui consisterait à supprimer le seuil des 65 ans pour les personnes handicapées en obligeant chacun à contribuer à cette assurance via les mutualités se fait jour.

Sur le plan de la situation médicale de la population, on relève :

- la recrudescence de certaines maladies disparues, due aux flux migratoires, aux refus des vaccins ;
- l'émergence et l'accroissement de certaines maladies mentales (burn out, bore out) ;
- l'augmentation des assuétudes ;
- le recours croissant à des pratiques paramédicales et médicales alternatives ;
- l'élargissement de la notion de santé mentale qui augmente la confusion entre ce qui ressort de la psychiatrie et ce qui ressort du handicap



Sur base des constats opérés sur le fonctionnement actuel du système et des tendances émergentes, il s'agit de **dégager les enjeux prioritaires pour la santé en Wallonie et d'envisager :**

- Comment assurer l'effectivité d'une approche globale et multidisciplinaire dans un fonctionnement en réseaux encore trop cloisonné ?
- Comment rendre le coût du vieillissement de la population supportable, pour la société, sans réduire la qualité des services et assurer leur finalité par rapport à l'accroissement de ce vieillissement ?
- Comment renforcer la concertation entre les niveaux de pouvoir afin d'améliorer la cohérence du système tant pour les acteurs que pour les opérateurs qui appliquent les mesures ?
- Comment garantir l'accessibilité aux services en évitant la dualisation de l'accès entre un secteur public moins performant et un secteur privé coûteux ?
- Comment rendre effectifs, les effets positifs du maintien à domicile et assurer la transition entre la sortie de l'institution et le retour à domicile tout en garantissant la continuité des soins ?
- Comment proposer une offre flexible et adaptée aux besoins réels du plus grand nombre sans tomber dans le piège des normes ? (soutenabilité par les pouvoirs publics et complémentarité de l'offre) ?
- Comment faire évoluer le système vers une priorisation du patient, acteur de ses droits et ne plus rester centré sur les structures ?
- Comment concilier la rationalisation de l'offre et un objectif d'accès au plus grand nombre (par une logique de regroupement) ?
- Comment toucher tous les publics et, no-

tamment, ceux qui le nécessitent le plus, en termes de prévention et d'information ?

- L'un des enjeux de la cohésion sociale en matière de santé pourrait se trouver à la triangulation de l'équité (en fonction des besoins : droits), de l'égalité (même chance pour tous) et de la solidarité (redistribution).
- Comment induire une vision à long terme du droit à la santé par une pratique et une valorisation de l'évaluation participative ?
- Comment s'assurer de la qualité de service des opérateurs de terrain qui remplissent des missions de service public ?
- Comment détecter, dans les ménages, des facteurs d'environnement préoccupants (liés à la santé) en première ligne ?

7. En conclusion

Le droit à la santé est intimement lié à la réalisation d'autres droits fondamentaux tels que les droits à un revenu digne, à l'alimentation et à la qualité d'un environnement sain. Il s'inscrit dans une vision plus globale du bien-être des individus comme le définit l'OMS : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas, seulement, en une absence de maladie ou d'infirmité "⁸⁴.

Il se concrétise sur deux plans : la prévention et les soins, soumis de plus en plus à une dualisation des services de santé entre le secteur public et le secteur privé, conjointement à une inégalité de plus en plus marquée dans l'accès aux services et aux soins, tant sur le plan pécuniaire que sur le plan physique.

Les enjeux de la cohésion sociale seront mieux rencontrés si l'on poursuit le processus de décroisement des institutions en vue d'assurer un continuum dans les soins et prises en charge en évitant toute discrimination territoriale. En

84 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

outre, il s'avère primordial de réaliser une coopération effective entre les différents pouvoirs fédéral, communautaire et régional afin d'assurer la globalisation et la cohérence des mesures et actions mises en place.

Le système doit être recentré sur l'individu dans son environnement en faisant appel aux ressources sociales qui peuvent le prendre en charge.

Il faut être conscient que le vieillissement de la population hypothèque l'avenir de la société d'abondance et que la société d'aujourd'hui et de demain doit davantage être axée sur l'essentiel, à savoir la (sur)vie des individus dans la dignité.

.





DROIT À LA PARTICIPATION CITOYENNE

Finalité

"Tous les citoyens wallons doivent pouvoir vivre le plus longtemps possible, en bonne santé, dans un environnement de qualité ou un cadre de vie sain, grâce à des informations et des soins accessibles à tous, sans discrimination".

FONDEMENTS DU DROIT

- La diminution de la mortalité (dont la mortalité infantile)
- L'hygiène dans tous les milieux y compris industriels
- La prophylaxie contre les maladies et l'accès à la prévention de la santé
- L'accès à des services médicaux

ÉTAT DES LIEUX

- Les inégalités sociales de santé représentent aujourd'hui une des principales causes des différences de santé au sein d'une population et de l'écart important d'espérance de vie à la naissance entre les milieux favorisés et défavorisés (de 9 ans pour les hô et de 6,3 ans pour les fê)
- On devrait connaître un gain d'espérance de vie à la naissance de 9,2 années pour les hommes et de 5,6 ans pour les femmes
- Le vieillissement de la population va s'intensifier rapidement jusqu'en 2040
- Les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances, le cancer, les maladies cardio-vasculaires et les troubles musculosquelettiques = + de 75% du fardeau total de maladie due à la perte d'années de vie en bonne santé
- La proportion de personnes âgées de 15 ans qui ne rapportent aucun problème de santé a diminué significativement entre 2013 (33,5%) et 2018 (27%)
- La santé des nouveaux nés peut être influencée par le niveau socio-économique de leurs parents
- Les personnes de niveau socioéconomique défavorisé sont plus enclines à cumuler les problèmes de santé (prévalence de la multimorbidité).
- 1/3 des adultes belges sont confrontés à des problèmes de santé mentale
- Au 31/12/2021, 6,5% de la population wallonne était reconnue pour un handicap
- Les parents d'enfants en situation de handicap rencontrent des problèmes supplémentaires, quelle que soit leur position socioéconomique
- En 2020, les ménages wallons ont consacré, en moyenne, 6,8% de leur budget (soit 2.305 € par an) à la santé (produits pharmaceutiques et thérapeutiques, services aux patients ambulatoires, services hospitaliers et assurances liées à la santé).
- En 2018, 11,4% des ménages wallons indiquent avoir dû reporter des soins de santé

INSTRUMENTS

- Certaines prestations relèvent du niveau fédéral (octroi d'avantages sociaux, remboursement de soins, ...)
- La FWB est surtout axée sur l'information, la sensibilisation, l'accompagnement et l'accueil (des campagnes de sensibilisation et/ou de promotion contre des maladies ou pour des comportements sains, des brochures, des actions auprès des entreprises, des écoles, ...)
- La RW est surtout axée sur le développement de l'offre (centres de soins, ...), l'octroi d'aides financières, la mise en réseau et la coordination (plateformes de coordination, ...)

TENDANCES

- Au niveau structurel**
 - Hausse du décloisonnement inter & intra institutions, entre niveaux de pouvoir
 - Baisse du temps en institution => Hausse de l'autonomie et Baisse des coûts
 - Hausse de la professionnalisation du management hospitalier
 - Augmentation d'un système à double vitesse : allongement des temps de prise en charge et diminution de l'intervention financière, privatisation des assurances
 - Hausse vision à court terme (nbre de lits, de médecins, ...)
- Au niveau de l'offre**
 - Baisse de la 1ère ligne de soins
 - Baisse de la médecine indépendante et hausse des regroupements de spécialités (maisons médicales, ...)
 - Difficulté d'accessibilité physique dans certaines zones rurales
 - Volonté d'augmenter les réseaux
- Au niveau sanitaire**
 - Désinstitutionnalisation de la relation médecin/patient et amélioration vie privée du praticien
 - Hausse utilisation des TIC (dossier médical, appli, ...) qui augmente la distance entre patient et praticien et pose question de la vie privée
 - Le patient producteur d'informations
 - Vieillesse de la population
 - Émergence de la génération sandwich
 - Marchandisation du secteur des maisons de repos
- Au niveau politique**
 - Hausse de certaines maladies disparues, de "maladies" mentales, d'assuétudes
 - Hausse pratiques paramédicales et alternatives
 - Confusion entre ce qui relève de la psychiatrie et du handicap

ENJEUX

- L'effectivité d'une approche globale et multidisciplinaire dans un fonctionnement encore trop cloisonné
- Le coût du vieillissement de la population
- La cohérence du système de santé entre niveaux de pouvoir
- L'accessibilité aux services de santé en évitant la dualisation entre services publics moins performant et secteur privé coûteux
- La transition entre soins en institution et soins à domicile
- L'équilibre entre offre flexible et adaptée et normes
- Le patient au centre et non plus les structures
- La rationalisation de l'offre avec maintien de l'accès pour tous
- La Prévention à la santé
- L'équilibre entre équité, égalité et solidarité
- Une vision à long terme via une évaluation participative
- La qualité de service des opérateurs qui remplissent une mission de service public
- La détection des facteurs d'environnement préoccupants pour la santé

CONCLUSION

- L'effectivité d'une approche globale et multidisciplinaire dans un fonctionnement encore trop cloisonné
- Le coût du vieillissement de la population
- La cohérence du système de santé entre niveaux de pouvoir
- L'accessibilité aux services de santé en évitant la dualisation entre services publics moins performant et secteur privé coûteux
- La transition entre soins en institution et soins à domicile
- L'équilibre entre offre flexible et adaptée et normes
- Le patient au centre et non plus les structures
- La rationalisation de l'offre avec maintien de l'accès pour tous
- La Prévention à la santé et l'équilibre entre équité, égalité et solidarité
- Une vision à long terme via une évaluation participative
- La qualité de service des opérateurs qui remplissent une mission de service public
- La détection des facteurs d'environnement préoccupants pour la santé

8. En conclusion

REGARDS «CRITIQUES»

- Hiatus entre le Fédéral qui réduit la durée des hospitalisations (pour raisons financières et logistiques) et le niveau régional qui prend en charge (plus tôt) le suivi ambulatoire sans en avoir les moyens financiers et en personnel
- => Inéquité de traitement et rupture de continuum des soins et services
- Difficulté de prise en charge des personnes handicapées majeures, pas assez d'accueil de jour
- Dichotomie entre maintien à domicile (qui nécessite assistance, moyens) et modestie des moyens financiers et humain pour atteindre cet objectif
- Priorité au secteur institutionnel par rapport à une solution orientée "patient"
- => besoin d'innovation : hébergement collectif, transgénérationnel, solutions de proximité
- C'est le patient qui fait le lien entre les opérateurs (en racontant son histoire)
- => dossier global
- Dualisation croissante qui induit une discrimination en fonction des moyens financiers des usagers, une déperdition de ces moyens et une confiscation de la clientèle par des travailleurs indépendants. En outre, l'émiettement est accentué par le secteur associatif qui essaie de compenser le déficit d'offre.
- => saupoudrage des deniers publics sur un plan local
- Difficulté d'accès aux soins (physique et financière)
- => accessibilité plus garantie
- Absence d'évaluation des actions menées et des mesures mises en œuvre