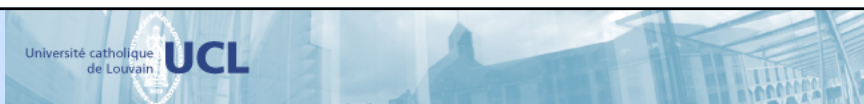




## Les inégalités sociales de santé en Belgique : résultats de recherche

Vincent Lorant  
Institut Santé et Société  
UCLouvain

Institute of Health and Society



## Paradoxe

- Nos économies développées n'ont pas éliminé les inégalités de santé
- Même là où la protection sociale est généreuse

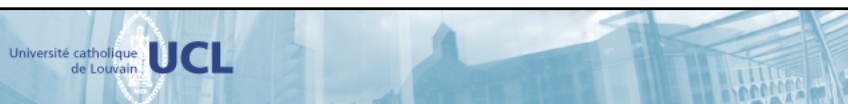
Institute of Health and Society



## Plan

- Définition du problème
- Ampleur du problème
- Causes du problème
- Interventions : typologie
- Gouvernance et agenda politique
- Conclusion

Institute of Health and Society



## Définition du problème (1/2)

- 'inégalité'... 'sociales' .... 'de santé'
- Inégalité : différence
  - Approche ciblée ou sur toute la population
  - Inégalité absolue ou relative
- Inéquité : différence injuste

4

Institute of Health and Society



## Définition du problème (2/2)

- Sociale
  - Approche par l'exclusion ou le gradient
  - Multiples sources de stratification sociales
    - Revenu, scolarité, emploi, richesse
    - Ethnicité, genre, orientation sexuelle,...
- Santé
  - Espérance de vie
  - Capacité et santé subjective
  - Comportements de santé/préventifs

5

Institute of Health and Society

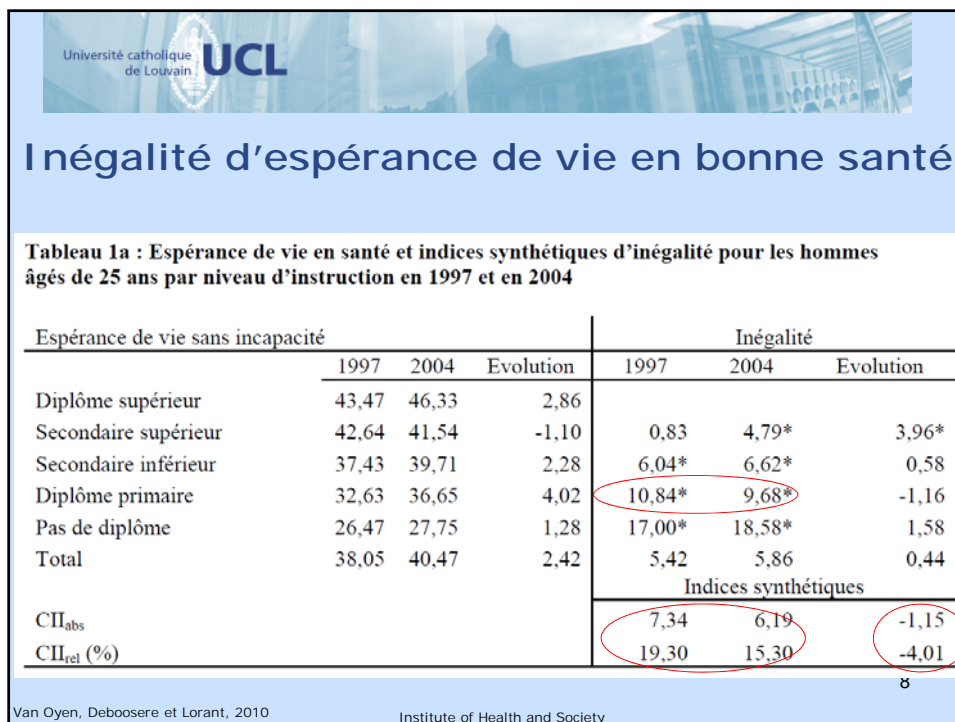
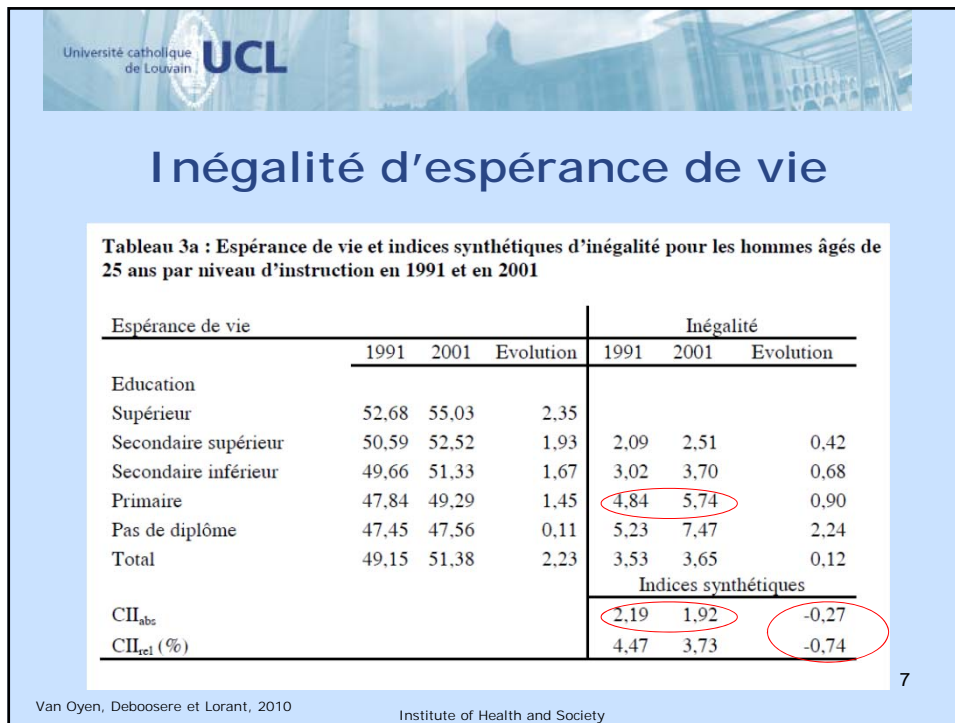


## Ampleur du problème

- Espérance de vie
- Santé subjective
- Comportements de santé : tabagisme

6

Institute of Health and Society



**Table 2. Absolute Inequalities in Overall and Cause-Specific Mortality Rates between Persons with the Lowest and Those with the Highest Level of Education.<sup>a</sup>**

Country	Average Rate of Death from Any Cause†	Slope Index of Inequality According to Cause of Death										
		All Causes	All Cancer-Related Causes	Breast Cancer‡	Lung Cancer	All Cardiovascular Disease	Ischemic Heart Disease	Cerebrovascular Disease	Injuries	All Other Diseases	Alcohol-Related Causes§	Smoking-Related Causes¶
<i>deaths/100,000 person-years</i>												
<b>Men</b>												
Finland	1673	1255	213	135	533	393	94	143	347	101	215	88
Sweden	1188	625	90	37	309	229	50	52	175	50	71	26
Norway	1529	980	169	95	434	307	78	70	305	62	166	49
Denmark	1344	828	126	75	235	157	39	89	363	23	60	44
United Kingdom (England and Wales)	1005	529	184	92	189	132	6	9	157	39	154	NA
Belgium	1510	915	274	179	233	99	55	64	340	36	302	28
Switzerland	1475	1012	283	136	291	132	61	91	348	117	260	61
France	1241	1044	333	71	232	67	68	109	357	196	204	114
Italy (Turin)	1377	639	232	107	140	57	52	23	243	63	177	24
Spain (Barcelona)	1370	662	230	90	88	26	40	38	304	77	218	36
Spain (Madrid)	1355	530	181	56	38	-16	11	26	278	75	170	34
Spain (Basque country)	1108	384	107	39	16	-6	3	63	177	46	107	24
Slovenia	1902	1439	303	124	405	67	219	203	482	224	327	83
Hungary	2110	2580	666	260	1003	482	385	222	671	420	508	66
Czech Republic	1664	2130	676	247	825	472	259	138	489	146	364	73
Poland	1804	2192	589	260	750	295	223	187	637	145	408	75
Lithuania	2531	2536	383	197	807	505	159	643	677	304	424	195
Estonia	2799	2349	355	191	929	610	263	436	618	286	323	162
Europe total	1615	1328	326	152	442	229	127	147	425	142	285	72

Mackenbach, NEJM 2008

Institute of Health and Society

Université catholique de Louvain **UCL**

## Inégalité : tabagisme

**Tableau 5 : Inégalités en tabagisme selon le niveau d'instruction, l'année et les mesures synthétiques d'inégalités chez les hommes et les femmes âgés de 15 ans et plus, Enquête de Santé par Interview, Belgique, 1997, 2001, 2004**

	1997	2004	Changement relatif 2004/1997
<b>Hommes</b>			
Prévalence totale standardisée pour l'âge (%)	28,38 (25,56-31,38)	25,18 (22,93-27,57)	0,89
Différence dans la prévalence (%), niveau le moins élevé vs. le plus élevé	16,19	21,21	1,31
Risque attribuable à la population (%)	22,59	32,88	1,46
Risque relatif (95% IC), niveau le moins élevé vs. le plus élevé	1,64 (1,33-2,03)	2,06 (1,67-2,53)	1,26
Indice relatif d'inégalité (95% IC)	1,94 (1,55-2,44)	2,36 (1,86-2,98)	1,21
<b>Femmes</b>			
Prévalence totale standardisée pour l'âge (%)	17,52 (15,65-19,55)	17,66 (15,95-19,52)	1,01
Différence dans la prévalence (%), niveau le moins élevé vs. le plus élevé	6,50	9,17	1,41
Risque attribuable à la population (%)	43,52	43,78	1,01
Risque relatif (95% IC), niveau le moins élevé vs. le plus élevé	1,54 (1,18-2,00)	1,74 (1,31-2,31)	1,13
Indice relatif d'inégalité (95% IC)	1,93 (1,47-2,54)	2,35 (1,75-3,16)	1,22

10

Van Oyen, Deboosere et Lorant, 2010

Institute of Health and Society



## Causes des inégalités (1/3) : ressources

- Effets des ressources socialement valorisées
- Etudes quasi-expérimentales
  - L'effet du revenu aléatoire : la Loterie
  - L'effet « Prix Nobel » : l'effet du prestige
- L'effet [Titanic](#) : l'impact d'un risque aléatoire

Institute of Health and Society



## Causes des inégalités de comportements de santé

- Ressources économiques : 20%
- Capacités cognitives et informations : 12-30%
- Discounting et personnalité : 1-3%
- Intégration social et réseau : 10%

12

Cutler & Lleras-Muney, JHE 2010

Institute of Health and Society

Université catholique de Louvain **UCL**

## Effets de réseau et comportements de santé

Legend: colour: blue: non-binge drinker, red: weekly binge drinker, circle: women, square: men, size proportional to indegree.

Lorant et al, 2010 13

Institute of Health and Society

Université catholique de Louvain **UCL**

## Interventions : typologie

Intervenir ← Analyser → Mesurer

Contexte et position socio-économiques (Société)

Exposition différentielle (Environnement social et physique)

Vulnérabilité différentielle (Groupe de population)

Résultat différentiel pour la santé (Individuel)

Conséquences différentielles (Individuelles)

OMS, Comblent le fossé en une génération. 2008 14

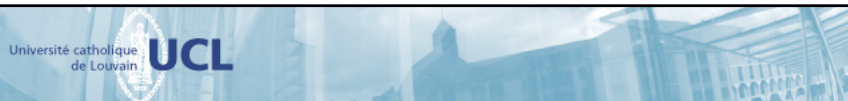
Institute of Health and Society



## Interventions : nouvelles approches

- Approches par les réseaux sociaux
- Approche par les milieux de vie
- Approche par le "nudging"
- "First do not harm" : inclusion sociale des malades chroniques

Institute of Health and Society



## Agenda politique

- Theorie de l'agenda politique ou advocacy coalition
- Globalement: les IS sont hors de l'agenda politique
- Peu d'évaluation par les pouvoirs publics
- Peu de leaders et d'institutions mandatées
- IS requière une approche "health in all policies" et la Belgique fait du "health in all ministries"
- Peu de données régulières
- Manque de recherche d'efficacité et coût-efficacité

16

Institute of Health and Society





## Conclusions

- Les IS ne diminuent pas systématiquement
- La Belgique n'est pas un pays à faible IS
- Approche causale multidimensionnelle
- Les comportements de santé : major driver