



Les inégalités socio-économiques de la santé :

quels indicateurs pour en rendre compte ?

Note exploratoire de travail

2005

Lise Frendo

Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire
ULB

Tom de Bruyn

Hoger Instituut voor de Arbeid,
KULeuven

*«Mener une politique de santé pour tous
suppose de connaître, dans son ensemble, pour tout le pays,
l'état de santé des différentes classes sociales et leur possibilité d'accéder aux prestations de soins.
Une telle connaissance exige l'élaboration et l'exploitation d'indicateurs fiables,
suffisamment fins et bien conçus pour pouvoir rendre compte
de la situation des personnes et familles habituellement les plus oubliées des politiques de santé»
(Rapport Général sur la Pauvreté, 1994 : 147)*

Les documents cités dans le texte sont référencés en bibliographie en fin de texte. Ils sont également téléchargeables sur notre site Internet <http://www.belspo.be/platformisd>

Avant-Propos

1. Liens entre inégalités socio-économiques et santé

2. La problématique de l'évaluation du niveau de santé

2.1 L'état de santé d'une population

- ✓ Indicateurs utilisés
- ✓ Avantages/inconvénients
- ✓ Méthode de calcul

2.2 L'État ressenti de la santé par les individus

- ✓ Indicateurs utilisés
- ✓ Avantages/inconvénients

2.3 Les performances des systèmes de santé

- ✓ Indicateurs utilisés
- ✓ Méthode de calcul de l'indice des résultats

3. Contexte international

- ✓ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- ✓ Organisation de coopération et de développement Economique (OCDE)
- ✓ Niveau européen

4. La problématique « indicateurs de Santé-Pauvreté » en Belgique

4.1 Organismes fournissant les données dans le domaine des inégalités socio-économiques de la santé

- ✓ L'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP)
- ✓ Kind en Gezin et l'Office National des Naissances (ONE)
- ✓ L'Institut National de Statistiques (INS)
- ✓ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
- ✓ Ecole de Santé Publique – Université Catholique de Louvain la Neuve
- ✓ Ecole de Santé Publique – Université Libre de Bruxelles

4.2 Cadre fédéral

4.3 Les communautés

- ✓ Communauté française
- ✓ Communauté germanophone

4.4 Les Régions

- ✓ Région wallonne
- ✓ Région flamande
- ✓ Région Bruxelles-Capitale

5. Recherches sur des indicateurs « santé – pauvreté » financées par le SPP - Politiques Scientifiques

Conclusions

Avant-Propos

Depuis 2003, la plate-forme « Indicateurs pour un développement durable » a choisi d'agencer ses travaux autour de la stratégie européenne¹ pour un développement durable (SDD) adoptée lors du Conseil européen de Göteborg en juin 2001. La plate-forme analyse les 6 thèmes identifiés dans la communication de la Commission sur le développement durable (COM 264/2001) sous l'angle des indicateurs². Le sixième³ thème abordé dans cette note est celui des liens entre santé et pauvreté. La spécificité de cette note porte sur les indicateurs utilisés pour mesurer les inégalités socio-économiques de la santé.

« Poverty and social exclusion have enormous direct effects on individuals such as ill health (...). »

Communication de la Commission :
Stratégie européenne pour un développement durable COM 264/2001.

Les principales approches d'évaluation par indicateurs en la matière sont passées en revue dans la note dans le but de donner un aperçu de l'état de l'Art sur ce thème tant au niveau belge qu'au niveau international. **La note compile donc une série d'informations existantes et les présente sous l'angle spécifique des indicateurs.**

Cette note est le point de départ du séminaire « *indicateurs pour mesurer les inégalités socio-économiques de la santé dans le contexte de développement durable : exemples et problèmes rencontrés en Belgique, enjeux pour les politiques de santé* » qui s'est tenu le 10 juin 2005.

1. Liens entre inégalités socio-économiques et santé

Si on se réfère à la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1948), « la santé n'est pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités, mais aussi un état général de bien être physique, mental et social »⁴, l'évolution de l'état de santé devrait donc idéalement être mesurée en tenant compte de ces nombreux aspects.

L'intérêt pour la notion « qualité de vie » augmente et plus particulièrement « la qualité de vie dans le domaine de la santé ». Cette notion a évolué d'un modèle étant seulement orienté sur la maladie à un modèle ayant également trait au bien-être. La plupart des définitions (OMS, PNUD, EUROSTAT, OCDE...) actuelles comportent ainsi autant les aspects fonctionnement physique que bien-être psychologique, soutien social et comportements. Dans la sphère du développement durable, les indicateurs environnementaux ont proportionnellement reçu dans les pays industrialisés tout au moins, plus d'attention que les indicateurs sociaux depuis la conférence de Rio de Janeiro en 1992. L'objectif européen annoncé aujourd'hui est l'inclusion sociale. Or, il existe en Belgique et ailleurs des lacunes considérables au niveau socio-économique dans la construction d'indicateurs de développement durable.

Même s'il est clair que les conditions socio-économiques et culturelles ne peuvent expliquer, à elles seules, la moins bonne santé des catégories sociales défavorisées, nous avons choisi dans ce travail d'étudier la santé via ses liens avec le statut socio-économique des individus d'une population⁵. L'aspect contextuel de la santé revêt une importance capitale (contexte social, économique et environnemental au sens large). Les déterminants de la santé définis par l'OMS Europe (OMS, 2002) en tant que facteurs socio-économiques sont les suivants : coûts de soins de santé, cadre de vie, pauvreté, facteurs psychosociaux et emploi.

¹ Développement durable en Europe pour un monde meilleur: stratégie de l'Union européenne en faveur du développement durable (proposition de la Commission en vue du Conseil européen de Göteborg), Bruxelles, 19.6.2001 COM(2001) 264 final et Vers un partenariat mondial pour un développement durable, Bruxelles, 21.2.2002 COM(2002) 82 final

² De Lisbonne à Göteborg, les indicateurs dans le cadre des stratégies de l'UE. S. Storme, N. Zuinen, T. De Bruyn, juillet 2003. <http://www.belspo.be/platformisd/Library/PFIDD-framework-2003-2004.pdf>

³ Voir les notes sur les indicateurs de changement climatique, de mobilité durable, de ressources naturelles, santé et environnement et de vieillissement sur le web site : <http://www.belspo.be/platformisd>

⁴ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Préambule de la Constitution de l'OMS adoptée lors de la conférence internationale sur la santé en juin 1946; entérinée le 7 Avril 1948. Cette définition n'a pas été amendée depuis cette date.

⁵ Pour une étude des liens entre santé et environnement, voir la note intitulée : « L'environnement et la santé, quelles interactions ? Les indicateurs Environnement-santé », (Décembre 2004).

La *pauvreté* et la *santé* forment un cercle vicieux, étant donné que la pauvreté est à la fois l'un des principaux déterminants et une conséquence potentielle de la morbidité⁶. « Qu'on la définisse en fonction du revenu, de la situation socio-économique, des conditions de vie ou du niveau d'instruction, la pauvreté est le plus important déterminant des problèmes de santé. » (OMS, 2001).

Dans les pays en voie de développement (PVD) plus que jamais, il existe un rapport très net entre le Produit intérieur brut (PIB) par habitant et l'espérance de vie (OMS, 2002). Dans les sociétés développées, la santé est davantage liée aux revenus relatifs qu'aux revenus absolus (Kawachi & al. 1999, Wilkinson 1997 dans OMS, 2002). La répartition et l'utilisation des richesses sont donc déterminantes à cet égard.

Les liens entre santé et niveau socioéconomique apparaissent aujourd'hui comme une évidence mais :

- ✓ Comment ces liens sont-ils présents dans les politiques de santé aujourd'hui en Belgique et au niveau international ?
- ✓ Comment mesurer ces liens ?
- ✓ Comment mesurer les progrès des politiques sociales et de santé que ce soit dans les moyens mis en œuvre ou dans les résultats obtenus ?

2. La problématique de l'évaluation du niveau de santé :

Les différences de niveaux de santé entre les individus sont essentiellement liées à des déterminants socio-économiques (coûts de soins de santé, cadre de vie, pauvreté, facteurs psychosociaux et emploi) (OMS, 2002). En revanche, l'importance du rôle joué par chacun de ces facteurs d'un point de vue quantitatif est plus difficile à évaluer de façon précise.

L'enjeu d'une telle évaluation réside dans l'utilisation de ces facteurs à l'origine des disparités socio-économiques comme des leviers possibles pour les politiques de santé. C'est ce qui différencie une « politique de santé » d'une « politique de soins ».

2.1 L'état de santé d'une population

L'état de santé d'une population est constitué de quatre facteurs identifiés comme tels :

- santé perçue
- santé physique (affections chroniques, affections aiguës)
- santé mentale
- limitations de l'activité

Jusqu'à la fin du siècle dernier, les données communiquées sur l'état sanitaire se limitaient essentiellement aux statistiques de la morbidité et de mortalité⁷ et à l'incidence et à la prévalence des maladies transmissibles (OMS, 2002). Compte tenu de la prédominance actuelle des maladies non transmissibles, la mesure des conséquences autres que mortelles des maladies, notamment en ce qui concerne les maladies chroniques et traumatismes, revêt aujourd'hui un intérêt grandissant pour tous les Etats membres de l'OMS.

L'OMS utilise la notion « *equity in health* », qui concerne l'état dans lequel chaque individu a les mêmes opportunités pour atteindre une santé potentielle maximale, plutôt qu'une situation dans laquelle tout le monde aurait le même état de santé.

✓ Indicateurs utilisés

Un indicateur internationalement utilisé est « l'espérance de vie en bonne santé ». Il s'agit d'un terme générique qui peut recouvrir plusieurs nuances.

Cet indicateur remplace la notion « d'espérance de vie corrigée de l'incapacité » (EVCI). Il tient compte à la fois de l'espérance de vie (mesure composite de la mortalité) et d'une estimation des années passées en mauvaise santé, corrigées de la gravité de l'état de santé. Concrètement il correspond à la durée de la vie en parfaite santé, c'est-à-dire sans incapacité. On peut trouver également par exemple dans la littérature : « *disability-free life expectancy* » (Mathers & al., 1994). Cette notion englobe donc tous les éléments relatifs à la santé d'une population et non pas uniquement la mortalité (OMS 2002, Bossuyt & Van Oyen, 2000). Selon le rapport OMS (2002), l'utilisation universelle de « l'espérance de vie en bonne santé », calculée de façon centralisée à l'aide

⁶ Morbidité : taux de maladies observées dans une population donnée, soit pendant un temps donné, en général une année (incidence), soit à un moment (prévalence).

⁷ Mortalité : taux de décès.

d'une méthodologie standard faisant appel à des estimations des niveaux de santé cohérentes au sein de l'Organisation, constitue une avancée majeure. A côté de cela, des recherches (Bossuyt & Van Oyen, 2000) sont effectuées pour définir des méthodes permettant d'estimer les périodes d'existence pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre en parfaite santé ou en état de moindre santé.

Ainsi le *rapport de la Commission macroéconomie et santé* (2001), montre que les écarts « d'espérance de vie en bonne santé » sont plus importants que ceux d'espérance de vie « simple » entre groupes sociaux. « Ainsi, les plus pauvres vivent non seulement moins longtemps mais aussi voient une plus grande partie de leur vie marquée par des incapacités. » Le rapport conclue donc qu'il existe un cumul des inégalités de mortalité et de morbidité.

✓ **Avantages/inconvénients**

Selon Bossuyt & Van Oyen (2000), les avantages de « l'espérance de vie en santé » sur d'autres indicateurs de santé composites sont entre autres :

- La présentation visuelle de l'indicateur qui résume bon nombre d'informations dans une seule figure.
- L'espérance de vie en bonne santé est facile à calculer et il s'agit de l'élargissement d'un concept généralement connu : l'espérance de vie.
- Les données de base peuvent être rassemblées de façon relativement facile et sont par conséquent souvent disponibles.
- Le calcul de l'espérance de vie en bonne santé donne l'état de santé actuel de la population, indépendamment de la structure d'âge de cette population. Les prévalences spécifiques pour l'âge sont, à l'opposé des données sur l'incidence, disponibles à grande échelle.

L'indicateur composé « espérance de vie en bonne santé » est utilisé pour exprimer la santé de différents groupes socio-économiques avec un seul chiffre qui résume les informations sur la mortalité et les informations sur la morbidité. A côté de l'indicateur de base « espérance de vie en bonne santé », les statistiques dérivées (telles que le nombre d'années en mauvaise santé, le pourcentage de vie en bonne santé, l'espérance de vie perdue et l'espérance de vie en bonne santé perdue) peuvent élargir la compréhension du phénomène.

Le suivi dans le temps de l'état de santé en utilisant un tel indicateur peut fournir plus d'informations sur l'apparence d'une compression ou expansion de la morbidité.

Néanmoins, les chiffres de l'espérance de vie en bonne santé se fondent en Europe sur des données auto déclarées et ne sont donc pas toujours comparables de pays à pays.

En 2001, l'OMS a entrepris un programme visant à améliorer la base méthodologique et empirique permettant d'évaluer les états de santé. Pour résoudre cette problématique méthodologique, l'OMS a mis en œuvre avec les Etats membre une stratégie de collecte de données à deux niveaux : organisation de grandes enquêtes auprès des ménages sur des échantillons représentatifs de la population dans plusieurs pays et enquêtes plus détaillées dans les mêmes zones géographiques, auprès de personnes ayant atteint un niveau d'instruction élevé.

✓ **Méthode de calcul**

En Belgique, pour le *Rapport de Santé* (Bossuyt & Van Oyen, 2000), les différents indicateurs de « l'espérance de vie en santé » ont été calculés suivant la méthode de Sullivan. Cette méthode utilise les risques de décès et les prévalences des problèmes de santé.

Une table de mortalité donne le nombre d'années vécues pour une cohorte, sur base des risques de décès actuels spécifiques pour l'âge de la population. Lors du calcul de l'espérance de vie en bonne santé avec la méthode de Sullivan, on calcule par la suite, par le biais de prévalences spécifiques pour l'âge, le nombre d'années vécues en moins bonne santé. L'espérance de vie en bonne santé peut être calculée par année de vie ou par groupe d'âge. Quand on fait le calcul par âge, les prévalences spécifiques pour l'âge représentent la situation à cet âge de façon plus correcte, mais étant donné que les groupes sont plus petits, les intervalles de fiabilité sont plus larges (Bossuyt & Van Oyen, 2000).

D'autres indicateurs tels que le taux de suicide des jeunes, le taux de consommations responsables d'alcool de tabac, le taux d'obèses ou encore la prévalence des maladies professionnelles paraissent pertinents du point de vue du développement durable.

2.2 L'État ressenti de la santé par les individus

L'auto perception de l'état de santé général constitue un indicateur de l'appréciation portée par les individus sur leur santé, qui englobe le cas échéant toutes les dimensions physiques et psychologiques. Dans les enquêtes, la question est généralement formulée de la manière suivante : «Diriez-vous de votre état de santé général qu'il est : très bon, bon, moyen, mauvais ou très mauvais?». Contrairement à ce que nous venons de voir, il ne s'agit plus de données objectives. Sur cette base on évalue ce que l'on appelle « l'espérance de vie perçue en bonne santé »

✓ Indicateurs utilisés

L'indicateur de « santé perçue » focalise sur les effets que peuvent avoir une situation de santé ressentie sur la possibilité de mener une vie qui donne pleine satisfaction. Il est une mesure pour la qualité de la vie ayant rapport avec la santé au sens large du terme. L'indicateur combine donc aussi bien l'information sur la mortalité que sur la morbidité.

✓ Avantages/inconvénients

L'indicateur a une forte valeur prédictive pour la santé, entre autres pour la forme physique ressentie et pour la mortalité.

L'un des aspects méthodologiques majeurs de l'étude des états de santé réside dans la façon dont les personnes interrogées répondent aux questions impliquant un classement par catégories (par exemple, très mauvais, mauvais, bon, excellent). L'OMS expérimente actuellement des techniques correctives.

2.3 Les performances des systèmes de santé

La performance d'un système de santé peut être mesurée entre autres à partir du rapport entre les résultats atteints et les ressources mises en œuvre pour parvenir à ces résultats. Parmi les ressources, on entend la promotion, enseignement etc.

Trois objectifs auxquels contribuent les systèmes de santé ont été identifiés par l'OMS : la bonne santé, la réactivité aux attentes autres que celles concernant la santé et l'équité de la contribution financière.

✓ Indicateurs utilisés

Cinq indicateurs permettant de mesurer le degré de réalisation des objectifs des systèmes de santé cités ci-dessus ont été définis dans le « Rapport OMS sur la santé dans le monde 2000 » :

- « Niveau de la santé » (c'est-à-dire l'espérance de vie en bonne santé) :

L'indicateur « espérance de vie en bonne santé » est utilisé pour mesurer le niveau de santé d'une population (déjà cité au 2.1). Il part de l'espérance de vie à la naissance en la corrigeant en fonction du *nombre d'années en mauvaise santé*.

- « Distribution de la santé » :

Cet indicateur évalue l'équité de la distribution des résultats sanitaires dans la population. Pour cela l'OMS préconise de mesurer la répartition de l'espérance de vie en bonne santé dans les différents groupes de population. Ces données n'étant pas encore entièrement disponibles pour tous les groupes de population, le « *Rapport sur la santé dans le monde 2000* » a utilisé celles relatives à la survie des enfants, qui sont disponibles au niveau individuel pour de nombreux pays, afin de mesurer les inégalités dans ce domaine.

- « Degré de réactivité et distribution de celle-ci » :

Chaque système de santé doit avoir pour objectif de répondre efficacement et équitablement aux attentes légitimes de la population dans des domaines autres que celui de la santé. L'indicateur de réactivité des systèmes de santé est conçu pour mettre en évidence le respect des personnes et l'attention accordée au client. Le respect des personnes, tel qu'il a été défini dans le « *Rapport sur la santé dans le monde 2000* », englobe le respect de la dignité, de l'autonomie et de la confidentialité, tandis que l'attention accordée au client concerne la rapidité de la prise en charge, la qualité des services annexes, l'accès à des réseaux de soutien social pendant les soins et le choix des prestataires. La notion de réactivité vise moins à rendre compte des attentes de la population vis-à-vis du système de santé que des expériences vécues par cette population et de ses rapports avec le système. Pour le « *Rapport sur la santé dans le monde 2000* », des enquêtes auprès d'informateurs clés ont été utilisées pour estimer à la fois le niveau et la distribution de la réactivité.

- « Équité de la contribution financière » :

Cet indicateur correspond à la fraction de revenu disponible pouvant être consacrée au système de santé par chaque ménage. Cette fraction correspond à la contribution totale d'un ménage au système de santé (paiements directs, impôts, cotisations de sécurité sociale, etc.) divisé par le total des dépenses (en tant que valeur représentative du revenu), moins les dépenses de la vie courante (limitées aux dépenses alimentaires dans le *Rapport sur la santé dans le monde 2000*). Ces données résultent d'enquêtes sur les revenus et les dépenses, de barèmes des impôts des cotisations de sécurité sociale et de primes d'assurance maladie, et de comptes nationaux de la santé, lorsqu'ils étaient disponibles. Ces comptes permettent également une évaluation systématique des ressources investies dans le système de santé par les secteurs public et privé.

Dans la mesure où un système de santé assure une longue espérance de vie corrigée de l'incapacité, a une forte réactivité (c'est-à-dire garantit un haut degré d'égalité dans l'un ou l'autre de ces domaines ou dans les deux) ou répartit de manière équitable la charge du financement, on peut considérer sa performance comme satisfaisante à l'égard de l'objectif en question.

✓ **Méthode de calcul de l'indice des résultats**

Dans le « *Rapport sur la santé dans le monde 2000* », l'indice des résultats d'ensemble a été obtenu à partir de la somme pondérée des notes attribuées pour les 5 indicateurs. Il n'existe pas de barème qui tienne compte à la fois des années de vie, de la réactivité et des indices de qualité et d'équité. Pour réunir les différentes mesures en une seule, il a fallu attribuer à chacune un coefficient de pondération ou une importance relative.

Pour attribuer une série de coefficients de pondération aux différentes réalisations qui contribuent aux résultats d'ensemble, l'OMS a mené une enquête auprès de 1006 personnes qui se trouvaient dans 125 pays et dont la moitié faisaient partie de son propre personnel. Les questions avaient été conçues pour obtenir des opinions non seulement sur l'importance relative de chaque but par rapport aux autres (par exemple celle de la réactivité par rapport à l'état de santé), mais aussi sur le type d'inégalité qui a le plus d'incidence. Les coefficients de pondération finalement attribués sont donnés ci-dessous.

Santé (espérance vie corrigée de l'incapacité)	
Total	0,50
Niveau global ou moyen	0,25
Distribution ou égalité	0,25
Réactivité	
Total	0,25
Niveau global ou moyen	0,125
Distribution ou égalité	0,125
Équité de la contribution financière	
Distribution ou égalité	0,25

Evidemment, la santé est considérée comme l'objectif le plus important et, de toute évidence, comme le but essentiel ou déterminant d'un système. Toutefois, le souci de parvenir à l'égalité et pas simplement à une moyenne élevée entre au moins pour moitié dans le souci d'une meilleure santé. En scindant la santé en deux objectifs, on souligne que l'équité compte tout autant que la qualité. En bref, la manière dont le système traite les gens dans des domaines qui ne sont pas en rapport avec la santé est aussi importante que le niveau de santé ou l'égalité en matière de santé.

L'indicateur général de l'accomplissement, comme les cinq types de résultat qui le composent est une mesure absolue. Il indique jusqu'à quel point un pays a atteint les différents objectifs, mais ne compare pas les résultats obtenus à ce qu'il eût été possible de faire avec les ressources disponibles dans le pays. Ce sont les *résultats obtenus en fonction des ressources* qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé.

Une des difficultés concerne et reste la prise en compte de personnes en grandes difficultés effectivement exclues du système à l'heure actuelle.

3. Contexte international

✓ Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

En 1980, les Etats Membres du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS dont la Belgique se sont engagés à travailler sur une stratégie de santé commune « *Health for All by the Year 2000* »⁸.

En 1984, 38 buts pour la santé furent acceptés par les Etats membres. Le principal objectif était qu'en l'an 2000, les inégalités existantes au point de vue santé entre les pays et les groupes (socio-économiques) soient réduites d'au moins 25%.

Le problème des différences socioéconomiques dans la santé reste toujours le point central de « *Health 21* », la suite de « *Health for All by the Year 2000* ». Le « rapport sur la santé en Europe en 2002 » (« *European Health Report 2002* ») a confirmé les liens entre le niveau de développement socio-économique et la santé en Europe. Le rapport dit : « The great differences in health status observed across countries and among groups within countries have highlighted the fact that all major determinants of health are linked to social and economic factors ». Le but est d'estimer les inégalités en espérance de vie en bonne santé (Healthy Life Expectancy HALE).

✓ Organisation de coopération et de développement Economique (OCDE)

De nombreux Etats de l'OCDE se sont donnés des objectifs quantifiés dans le cadre d'une politique de promotion de la santé de différents problèmes de santé.

La publication de l'OCDE « *Panorama de la Santé OCDE indicateurs 2003* », recense des indicateurs concernant les thèmes suivants :

1. État de santé (espérance de vie, mortalité prématurée et auto-perception de l'état de santé)
2. Ressources en santé et leur utilisation (médecins et infirmiers en activité, technologies médicales, lits d'hospitalisation, durée moyenne de séjour)
3. Dépenses de santé et financement (par habitant et en pourcentage du PIB, ventilées entre dépenses publiques et dépenses privées)
4. Déterminants non médicaux de la santé (consommation de tabac et d'alcool, et obésité)
5. Contexte démographique et économique

Les données servant à la construction des indicateurs correspondent à des moyennes par pays et proviennent de collectes régulières.

Avec les informations sur la santé recueillies et les systèmes de santé de la zone OCDE, la base de données *Eco-Santé OCDE* est un élément fondamental pour la comparaison internationale des performances des systèmes de santé. Ces données sont publiées annuellement depuis 1991 sur CD-ROM. Le premier objectif de *Panorama de la santé*, est de présenter certains des indicateurs essentiels d'*Eco-Santé OCDE 2003* dans un format de consultation aisée. L'objectif est donc avant tout de présenter des indicateurs par thèmes permettant la comparaison entre les pays. Cette publication donne une définition de chaque indicateur et signale les éventuelles limites de comparabilité des données.

Les indicateurs socio-économiques sont très peu présents dans cette publication et au mieux on trouve des classifications par sexe et par âge.

En mai 2004, Van Doorslaer & Masseria C. (2004) ont publié avec l'OCDE un rapport sur l'équité d'accès aux soins de santé comprenant des distinctions par niveau d'étude.

Cette étude utilise à la fois les distributions par quintile et les indices de concentration pour évaluer l'équité horizontale, c'est-à-dire dans quelle mesure des adultes ayant un égal besoin de soins médicaux ont apparemment des taux identiques d'utilisation de soins médicaux.

✓ Niveau européen

Le « *Programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008)* » adopté le 23 septembre 2002⁹ souligne entre autres l'importance de la préparation et de la diffusion, auprès des autorités compétentes des Etats membres, des professionnels de la santé et autres, d'informations et de connaissances en matière de santé, y compris sous la forme de statistiques, de rapports, d'études, d'analyses et de conseils sur les questions d'intérêt commun pour la Communauté et les Etats membres. Ce Programme d'Action 2003-2008 fixe 3 priorités :

- L'amélioration de l'information et des connaissances en matière de santé ;

⁸ « Santé pour tous »

⁹ décision n° 1786/2002/CE du Parlement européen et du Conseil.

- Une meilleure surveillance des menaces sur la santé et l'organisation d'une réaction (plus) rapide à ces dernières lorsqu'elles surviennent ;
- L'identification des déterminants de la santé qui permettront de s'attaquer aux causes sous-jacentes du mauvais état de la santé.

La publication « *Statistiques de la santé, chiffres clés de la santé 2002, données 1970-2001* » d'Eurostat (2003) constitue un ensemble complet, cohérent et de données internationalement comparables et d'indicateurs de santé. Une caractéristique intéressante de ce rapport tient au fait qu'Eurostat a réuni des informations sur un large éventail de sujets de santé à partir de sources diverses telles que : la base de données *NewCronos*¹⁰ d'Eurostat, la base de données sur la santé de l'OCDE, la base de données *Santé pour tous* de l'OMS ainsi que des données fournies par la FAO, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), par EuroHIV, par des études épidémiologiques spécifiques, etc.

L'état de santé est traité via l'état ressenti, la mesure des incapacités, le bien être et l'isolement social, et différents types de maladies.

Dans son « *rapport sur les indicateurs dans le domaine de la pauvreté et de l'exclusion sociale* » d'octobre 2001, le Comité de la protection sociale a proposé 10 indicateurs primaires et 8 indicateurs secondaires appelés « *indicateurs communautaires UE d'inclusion sociale* ». Ces indicateurs ont été approuvés le 3 décembre 2001 par le Conseil « Emploi et Affaires Sociales » ainsi que par le Conseil européen lors du sommet de Laeken (14 déc 2001).

Parmi les indicateurs primaires on trouve :

- l'espérance de vie à la naissance
- l'autoévaluation de l'état de la santé (c'est-à-dire le ratio des proportions des groupes de quintiles inférieurs et supérieurs (par revenu équivalent) de la population âgée de 16 ans et plus qui se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé selon la définition de l'OMS).

Ces indicateurs sont davantage des mesures relatives que des chiffres absolus. Ils sont statiques plutôt que dynamiques. Ce sont des indicateurs d'*output* qui ne sont pratiquement pas soumis aux effets des politiques. Les indicateurs *output* fournissent des infos sur les résultats sociaux et non pas sur les moyens qui ont permis d'y parvenir.

Le travail accompli par la Commission européenne a conduit à la production du premier ensemble d'indicateurs de la santé dans la Communauté européenne¹¹.

Sept groupes de travail ont été mis en place dont un sur les indicateurs de santé¹². Ces groupes de travail visent à identifier et établir des indicateurs, ajuster les définitions des données sur lesquelles reposent les indicateurs, soutenir la collecte de données pour l'établissement des indicateurs dans les différents pays, mettre les données à la disposition des utilisateurs à l'échelle de l'Union européenne, rendre compte des connaissances déduites des indicateurs et d'autres informations, ainsi que promouvoir l'utilisation des résultats au niveau de l'Union européenne.

Les groupes de travail comprendront un secrétariat scientifique et un réseau de projets ciblés dans les États membres dans le domaine de la collecte de données et de la politique en matière de santé. Le travail se fera en coopération étroite avec EUROSTAT et le programme statistique communautaire.

Les liens avec l'OMS, l'OCDE et d'autres organisations internationales travaillant dans le domaine de l'information sur la santé seront renforcés.

La « *stratégie sur les indicateurs de santé de la Communauté européenne* (ECHI) » adoptée en juillet 2004 porte sur les :

- Systèmes de santé (y compris les aspects de prévention et de promotion)

Travail de suivi du développement des systèmes de santé dans la Communauté a été réalisé en coopération étroite avec Eurostat et était axé sur le système d'amélioration de la santé.

- Modes de vie et autres déterminants de la santé

Des indicateurs pour la surveillance de l'impact sur la santé des différents modes de vie, notamment les habitudes alimentaires, l'alcool et les facteurs socio-économiques.

- Indicateurs de santé

Une série de critères explicites a été utilisée pour élaborer l'ensemble des indicateurs. Ces critères prévoyaient notamment que les indicateurs:

¹⁰ *NewCronos* est la base de données macroéconomique et sociale d'Eurostat

¹¹ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indicators_fr.htm

¹² http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implementation/wp/indicators/indicators_en.htm

1. soient complets et cohérents, c'est-à-dire couvrent tous les domaines de la santé publique
2. tiennent compte des travaux antérieurs, en particulier ceux réalisés par l'OMS Europe, l'OCDE et Eurostat
3. couvrent les domaines prioritaires sur lesquels portent actuellement les politiques de santé menées par les États membres et la Communauté.

Les indicateurs proposés du projet ECHI sont, dans la plupart des cas, définis comme des indicateurs génériques, c'est-à-dire que leurs définitions opérationnelles effectives n'ont pas encore été arrêtées. Outre les indicateurs faisant l'objet de données régulièrement disponibles, des indicateurs (ou thèmes) ont été proposés, pour lesquels la collecte de données est actuellement difficile mais serait nécessaire du point de vue politique.

Dans le cadre du premier volet du nouveau « programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique », ce processus se poursuit par la sélection d'un « groupe des indicateurs fondamentaux de la première phase »¹³ parmi la liste complète des indicateurs ECHI. La raison d'être de l'établissement de cette « liste restreinte d'indicateurs fondamentaux » réside dans la définition de priorités pour la mise en œuvre des données, en vue de lancer le système d'information et de documentation sanitaires de l'Union européenne.

Les régions de l'Union européenne (UE) deviennent actuellement un niveau politique et administratif de plus en plus important. Dans le domaine de la surveillance de la santé, des comparaisons à ce niveau permettraient aux professionnels et aux décideurs de situer leur propre région dans un contexte plus large, celui de toutes les autres régions de l'Union européenne. Dans le cadre du « Programme européen d'action communautaire en matière de surveillance de la santé », la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) a conduit un projet intitulé ISARE : « Indicateurs de Santé dans les Régions d'Europe »¹⁴. Ses objectifs sont l'identification, pour chaque pays, du niveau infra-national le plus approprié pour la comparaison d'indicateurs de santé et l'évaluation de la disponibilité des données nécessaires à la construction de ces indicateurs.

Les données retenues dans le cadre du projet ISARE ont été choisies pour leur pertinence en s'appuyant sur les travaux du projet européen ECHI (European Community Health Indicators). Leur disponibilité au niveau régional a été explorée à l'aide d'un questionnaire. Il a été possible de déterminer des « régions santé » appropriées pour 13 pays parmi les 15 membres de l'Union.

Les données démographiques et de mortalité sont largement disponibles dans les « régions santé » recommandées de même que celles concernant les professionnels et les établissements de santé, l'utilisation des services de santé, la prévention, le domaine socio-économique et les conditions de vie et de travail. En revanche, la disponibilité de données concernant la morbidité est faible.

Pour la Belgique, la région santé recommandée est la Province.

4. La problématique « indicateurs de Santé-pauvreté » en Belgique :

Une partie du « Rapport Général sur la Pauvreté » (1994) s'intitulait « des indicateurs qui font défaut » et posait la question suivante : « quels sont les outils dont nous disposons pour mesurer les inégalités sanitaires entre les groupes sociaux en terme de mortalité et de morbidité en Belgique ? »

A l'époque du Rapport Général sur la Pauvreté, on ne pouvait pas encore procéder de manière systématique à une telle analyse affinée à l'aide d'indicateurs fiables tenant compte de la réalité des plus pauvres. Si depuis, davantage d'informations sont disponibles en particulier grâce aux « enquêtes de santé »¹⁵, il reste toujours difficile de discerner les informations qui relèvent de la problématique santé-pauvreté.

Une évolution incontestablement positive s'est dessinée depuis la publication du Rapport Général sur la Pauvreté : de nombreux renseignements sont déjà disponibles, ils servent de base à des évaluations et des initiatives ont été prises pour rendre plus visibles les inégalités sociales, condition *sine qua non* pour pouvoir les combattre.

Grâce à la « Banque Nationale de données sur la mortalité », obtenue par le couplage de l'information socio-économique individuelle provenant du Recensement de 1991 avec le Registre National et les données sur les causes de décès, il est maintenant possible d'examiner un certain nombre d'hypothèses sur la mortalité différentielle au niveau individuel.

¹³ http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/shortlist_en.pdf

¹⁴ http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/monitoring_project_2001_full_en.htm#1

¹⁵ Effectuées par l'ISSP.

Toutefois, la Belgique ne dispose toujours pas d'une base de données adéquate permettant d'estimer la différence entre les personnes pauvres et le reste de la population en matière de santé. Très peu d'enquêtes existent concernant les personnes pauvres (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2003). Par ailleurs, l'échantillon de « l'enquête de santé » part du Registre national et exclut donc de fait les personnes sans abri, les sans-papiers.

Comme les plus pauvres sont précisément les personnes qui rencontrent des problèmes au niveau administratif, les statistiques des mutualités et autres organismes devront aussi toujours tenir compte d'un « *dark number* » (chiffre noir) élevé. Une évaluation chiffrée permet, il est vrai, de se faire une idée de la situation mais ne constitue pas un baromètre précis.

La note commune du collectif des associations partenaires du RGP (2000) précise que l'évolution de l'état objectif de la santé de la population la plus pauvre ne peut être connu que par l'étude d'indices dont on sait qu'il sont liés à la pauvreté dont : les suivis de grossesse inexistantes ou chaotiques ; les accouchements prématurés ; les petits poids de naissance ; la mortalité infantile ; le faible taux de couverture vaccinale ; les accidents domestiques ; la morbidité spécifique (cancers...) ; la mortalité spécifique ; l'espérance de vie... Le suivi des ces indices là permettraient d'améliorer l'évaluation des politiques et mesures mises en place selon cette note commune.

Par ailleurs, cette note souligne également la nécessité d'évaluer son évolution en rapport avec les actions de santé publique menées. Nous n'avons pas trouvé ce genre d'indicateurs ou de données en Belgique susceptibles d'être utilisées pour ce type d'évaluation.

Le « second Plan d'Action National pour l'inclusion sociale 2003-2005 »¹⁶, à remettre par chaque Etat de l'Union européenne à la Commission comprend un inventaire des initiatives prévues ainsi que les indicateurs qui serviront à l'évaluation. Un groupe de travail « indicateurs » a été créé, sous la coordination du Service Public Fédéral Sécurité sociale (Direction générale Politique sociale), et rassemble les administrations responsables au niveau fédéral, régional et communautaire, les centres de recherches universitaires, l'Observatoire social européen, le Conseil national du travail, le Service de lutte contre la pauvreté, le Réseau belge de lutte contre la pauvreté et les administrations locales. Ce groupe de travail avait pour mission de préparer le set d'indicateurs destiné au Plan.

Une des tâches du groupe « indicateurs » était d'une part de rassembler les données qui concrétisent les indicateurs mentionnés dans le premier PAN (2001-2003) et d'autre part de proposer de nouveaux indicateurs. A cette fin, il a été subdivisé en sous-groupes thématiques, lesquels ont été renforcés par la participation de spécialistes des thèmes en question (logement, santé, participation et enseignement). Le groupe « indicateurs » doit également de mener une réflexion sur l'opportunité et le choix d'objectifs stratégiques.

18 indicateurs de pauvreté ont été définis au niveau européen. L'Europe n'oblige en rien de fixer des indicateurs régionaux. Cependant, le groupe de travail est convaincu que c'est nécessaire. C'est la raison pour laquelle les communautés et les régions sont actives dans le groupe de travail.

Les indicateurs sont divisés en trois catégories: indicateurs primaires, secondaires et tertiaires. Les indicateurs primaires sont les indicateurs principaux qui couvrent les vastes domaines considérés comme les plus importants sur la voie qui mène à l'exclusion sociale. Les indicateurs secondaires soutiennent ces indicateurs principaux et décrivent d'autres aspects du problème. Les indicateurs primaires et secondaires sont des indicateurs communs, européens. Les indicateurs de troisième niveau ou tertiaires sont des indicateurs nationaux qui sont joints aux indicateurs européens afin d'attirer l'attention sur des situations spécifiques ou de faciliter l'interprétation des indicateurs primaires et secondaires. Ces derniers indicateurs ne sont pas harmonisés au niveau européen.

Bien que l'Union européenne prévoie pour le PANincl une série d'indicateurs afin de souligner l'aspect multidimensionnel de la pauvreté, un seul indicateur est généralement utilisé pour comparer l'état de la pauvreté dans les différents Etats membres. Il s'agit du taux de risque de pauvreté qui « donne le pourcentage de la population dont le revenu disponible équivalent est inférieur au seuil de pauvreté fixé à 60 % du revenu équivalent médian ». Il s'agit d'un taux de pauvreté relatif uniquement basé sur la dimension monétaire de la pauvreté.

En 1999, cet indicateur s'élevait à 13 % pour l'ensemble de la Belgique et pour la Flandre, et à 14 % pour la Wallonie. Il est impossible de calculer cet indicateur pour la Région Bruxelles-Capitale étant donné que l'enquête permettant de déterminer cet indicateur porte sur un nombre de ménages insuffisant pour pouvoir tirer des conclusions pour la Région Bruxelles-Capitale. Cet instrument a été conçu pour comparer les différents Etats membres et suivre leur évolution dans le temps. Mais les

¹⁶ <http://socialassistance.fgov.be/FR/Themes/AB/index.html>

indicateurs européens ne conviennent donc pas pour mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau local.

4.1 Principaux organismes fournissant les données dans le domaine des inégalités socio-économiques de la santé au niveau national

En Belgique les compétences en matière de santé publique sont essentiellement réparties entre le fédéral et les Communautés. Divers services sont impliqués dans la collecte de données liées aux déterminants de la santé : de nombreuses données sont disponibles au SPF Santé Publique, Régions et Communautés. Mais ces différents acteurs n'ont pas toujours connaissance des données collectées par les autres.

✓ **L'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP)¹⁷ :**

Cet institut effectue les « Enquêtes de santé par interview ». En 1997 et 2001 des enquêtes nationales de santé¹⁸ ont été menées en Belgique. Leur objectif était d'étudier de manière systématique et multidimensionnelle les différences socio-économiques en matière de santé. Plus de 10 000 personnes sont alors interrogées sur un an. Autant les informations sur la mortalité que les données de morbidité sont couplées au niveau individuel à la situation socio-économique.

Les domaines traités sont l'état de santé, les styles de vie, la prévention, les consommations des soins et santé et société

Le choix des modules est fait en fonction des critères suivants : domaines dépendant des objectifs déterminés, possibilité de comparer les résultats à ceux des autres pays et possibilité de comparer les résultats dans le temps.

De l'avis général des principaux acteurs de la santé en Belgique, ces enquêtes de santé ont apporté énormément. En effet, un des gros problèmes en Belgique en ce qui concerne les données réside surtout les données de mortalité qui sont des données de base en santé. Ces données datent de 1997 en Belgique. Il est donc très difficile dans ce cadre de définir des indicateurs fiables à ce niveau (bien que cela soit légèrement compensé par la dernière enquête de santé de 2001). L'indicateur de santé « espérance de vie en bonne santé » combine autant les informations sur la mortalité que les informations sur la morbidité.).

L'enquête de santé de 2001 a recueilli des informations concernant le niveau des revenus des ménages et la situation professionnelle de chacun des membres. L'ensemble de ces données rend possible une investigation approfondie de la relation entre les caractéristiques socioéconomiques de la population et la santé.

En outre, l'Institut Scientifique de Santé Publique coordonne la collecte de données belges sur une série d'indicateurs de santé pour l'actualisation annuelle de la base de données « Santé pour tous » du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. L'institut répond également aux questions spécifiques, provenant de l'OMS, l'OCDE, la Commission Européenne ou des institutions nationales, entre autres remises par le Service des Relations Internationales du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.

✓ **L'Institut National de Statistiques (INS)¹⁹ :**

Cet institut dépend du Service public fédéral de l'Economie, PME, Classes moyennes et Energie. Il rassemble des données quantitatives concernant la santé en Belgique et édite de nombreux tableaux statistiques et d'autres publications. Il participe également aux enquêtes santé avec l'ISSP. L'INS a créé un « portail santé » sur son site Internet regroupant toutes les sources d'informations disponibles au niveau belge dans le domaine. Les informations y sont regroupées par thème. L'enquête socio-économique générale de 2001 donne des résultats détaillés par région, province, arrondissement et commune concernant notamment « la satisfaction quant à l'offre des services de santé ».

✓ **Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale**

Le Gouvernement Fédéral a conclu avec les Communautés et les Régions un Accord de Coopération Intergouvernemental pour la lutte contre la pauvreté pour créer un « Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale » au sein du Centre de l'Egalité des Chances. Ce centre associe structurellement les associations partenaires de la lutte contre la pauvreté en proposant des places de représentants dans le cadre de la Commission d'Accompagnement de ce service. Cette

¹⁷ <http://www.iph.fgov.be>

¹⁸ Les résultats peuvent être consultés sur le site Internet : <http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifr/index4.htm>

¹⁹ <http://www.statbel.fgov.be/>

Commission d'Accompagnement est présidée par le Ministre de l'Intégration Sociale. Edition de rapports bisannuels sur la pauvreté, suivi et différents ateliers thématiques dont un sur les indicateurs. Le Centre a édité en Mars 2004 « Une autre approche des indicateurs de pauvreté, Recherche-Action-Formation ». Bien que les méthodes actuelles de recherche sur la pauvreté tiennent encore trop peu compte des critiques exposées dans ce rapport, on peut néanmoins citer quelques initiatives tentant d'y remédier partiellement.

✓ **Ecole de Santé Publique – Université Catholique de Louvain la Neuve²⁰**

L'Ecole de Santé Publique de l'UCL effectue des recherches dans le domaine de l'éducation pour la Santé (éducation du Patient), de l'évaluation des résultats et de l'impact des soins et services de santé, enfin de l'analyse du système de santé.

A titre d'exemple, la base de données Info-Santé²¹ (disponible sur CD-Rom) contient des statistiques sur le système de santé, documentées et ventilées selon divers critères. Les thèmes sont la population (caractéristiques, structure, avenir), les facteurs de santé (environnement, styles de vie), les indicateurs de santé (mortalité, espérance de vie) et les services de santé et autres actions en faveur de la santé.

✓ **Ecole de Santé Publique – Université Libre de Bruxelles²²**

L'Ecole de Santé Publique de l'ULB effectue des recherches portant sur le bien être social, les méthodes de recueil de l'information sanitaire et son utilisation au niveau des systèmes de santé, les situations de santé abordées dans le contexte spécifique des pays industrialisés, telles que les inégalités sociales de santé, la mortalité prématurée évitable, l'organisation des programmes de santé selon une vision globale de la santé, les pratiques de prévention, et notamment de dépistage.

4.2 Cadre fédéral :

Le fédéral regroupe les compétences suivantes en matière de santé :

- le paiement des prestataires ;
- les hôpitaux, et le financement de leur exploitation ;
- la sécurité sociale, ciment du système de soins de santé, basée principalement sur les cotisations professionnelles.

Le second *Plan fédéral de développement durable* (PFDD) 2004-2008²³, cite parmi les thèmes à considérer durant les quatre prochaines années « limiter les dangers pour la santé publique ».

Il est dit : « Le système belge des soins de santé est parmi les meilleurs²⁴ mais connaît des limites principalement concernant les groupes vulnérables tels que les enfants, les personnes âgées et les pauvres ».

L'action 11 « Mieux communiquer et favoriser l'accès aux soins de santé » propose une coopération intégrée entre les différents niveaux de pouvoirs afin de pouvoir parler d'une coordination efficace, ce qui implique la prise en compte de tous les déterminants de santé et de tous les acteurs. L'objectif ne se limite pas seulement à identifier les déterminants de santé à agir sur eux, mais l'objectif est aussi d'évaluer l'effet de l'information, de la prévention et des soins sur la santé. Un deuxième point concerne l'accessibilité financière de nos soins de santé.

4.3 Les communautés :

Globalement, les communautés de Belgique s'occupent en matière de santé de :

- prévention ;
- promotion de la santé et d'aide aux personnes.

Elles promeuvent donc la santé via des campagnes de sensibilisation, la santé à l'école, la médecine préventive, c'est-à-dire des vaccinations, des dépistages.

²⁰ <http://www.md.ucl.ac.be/facmd/md/structures/esp.htm>

²¹ <http://www.sesa.ucl.ac.be/INFOSANTE>

²² <http://www.ulb.ac.be/esp>

²³ <http://www.plan2004.be>

²⁴ Belgique : 13° rang sur les 191 pays membres de l'OMS concernant les résultats globaux du système de santé ; 21° rang pour la performance globale des systèmes de santé ; 3° rang en ce qui concerne l'équité de la contribution financière aux systèmes de santé (OMS, 2000)

✓ **La communauté française**

Le « *Programme quinquennal de promotion de la santé pour 2004-2008* »²⁵ consacre un chapitre à l'évaluation. En effet, des difficultés à réaliser une véritable évaluation sont apparues de l'expérience du précédent plan quinquennal (1998-2003) notamment du fait de l'insuffisance des ressources affectées à cette tâche mais aussi du manque de définition d'objectifs opérationnels dans le programme et de relevé systématique d'indicateurs. Pour le Programme 2004-2008, l'évaluation devrait concerner à la fois la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires, leur impact sur le fonctionnement des structures de médecine préventive et de promotion de la santé ainsi que leur impact sur la santé de la population de la Communauté française. Afin de contribuer à l'établissement de politique de santé et pour satisfaire aux obligations internationales/nationales, la Communauté française dispose de différents systèmes de recueils de données sanitaires²⁶ et de statistiques d'état civil de base : les statistiques de naissance et celles de décès. Celles-ci contribuent à établir une gradation des priorités en matière de santé publique.

✓ **Communauté germanophone :**

La politique d'inclusion sociale se base sur la déclaration Gouvernementale de septembre 1999, et sur les priorités fixées dans les départements ministériels. En ce qui concerne l'aspect quantitatif, l'administration travaille en collaboration avec le Conseil économique et social de la Communauté germanophone, les CPAS (Fonds spécial de l'aide sociale) et le Fonds social européen. La Communauté germanophone a rédigé un rapport sur la pauvreté en 1998 « *Erster Bericht über Armut in der Deutschsprachigen Gemeinschaft* ». Son implication dans le suivi du Rapport Général sur la Pauvreté, sur la base de l'accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté, remplace la rédaction d'un rapport spécifique.

4.4 Les régions :

En matière de Santé, les Régions s'occupent surtout des matières territoriales comme les infrastructures hospitalières et médico-sociales.

Les missions centrales d'observation de la santé et d'outil d'aide à la décision sont communes aux observatoires belges, des spécificités sont développées selon les structures : ainsi la plupart des observatoires de Wallonie ont une mission de promotion de la santé et de prévention (programmes de dépistage), tandis que l'Observatoire de la Région de Bruxelles a une mission d'observation sociale. Pour la région flamande, c'est au sein de l'administration de la santé que se gère l'information sanitaire et la fonction d'aide à la décision.

✓ **Région wallonne**

Le « *Contrat d'Avenir pour la Wallonie* » fait du renforcement de la cohésion sociale l'un de ses douze objectifs finaux : le principe d'égalité des chances marque l'ensemble de la politique gouvernementale et la qualité de la vie quotidienne des femmes et des hommes de Wallonie.

La Direction Interdépartementale de l'Intégration Sociale (DIIS) est un service mis sur pied en 1992 et intégré au Secrétariat général du Ministère de la Région wallonne. La cellule méthodologie qui conçoit les outils d'évaluation, coordonne une banque de données socio-économiques, supervise l'évaluation des actions, organise un réseau d'échanges de pratiques et propose son appui aux responsables des projets locaux.

La DIIS publie une série d'outils tels que le « *Rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne* »²⁷ (avec inventaire de l'ensemble des mesures régionales existantes contribuant à favoriser l'accès aux droits fondamentaux de tous destinés à faciliter l'accès à l'information tant des professionnels que du grand public).

La Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé (DGASS) assume les matières relatives à la santé et la protection des personnes qu'elles soient malades, âgées ou socialement défavorisées. Elle participe à plusieurs comités nationaux et internationaux et subventionne des recherches dans ces secteurs. La DGASS ne dispose pas de statistiques de mortalité par cause de décès.

²⁵ <http://www.sante.cfwb.be/dochtml/promotion.html>

²⁶ <http://www.sante.cfwb.be/dochtml/survstatsan.html>

²⁷ <http://mrw.wallonie.be/sg/dsg/diis/PUBLICATIONS.htm>

✓ **Région flamande :**

En Région flamande, le ministère du Bien être, Santé publique, et de la famille (*Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*) est responsable du développement des politiques de santé. Ces dernières années le cadre législatif concernant la santé et les soins de santé a été élargi par le Parlement flamand : « preventiedecreet, ouderendecreet, decreet integrale jeugdhulp,... »²⁸. Un des principaux points objectifs de l'administration est d'augmenter l'accessibilité des différents groupes de la population aux soins de santé.

Dans le même temps, la diminution des inégalités sociales dans les systèmes de soins est aussi un point clé du « *Vlaams Actieplan Armoedebestrijding* » (plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté)²⁹. Ce plan donne une vue d'ensemble de tout ce qui a été réalisé au cours de l'année précédente en matière de lutte contre la pauvreté d'une part et de tout ce qui est prévu pour l'année à venir d'autre part. Les dix droits énoncés dans le Rapport Général sur la Pauvreté (droit à la participation, à l'aide sociale, à la famille, à la justice, à la culture, au revenu, à l'enseignement, à l'emploi, au logement et aux soins de santé) servent de fil conducteur. Le plan d'action récapitule donc tous les efforts consentis par les différents ministres flamands pour lutter contre la pauvreté. Le dernier rapport est apparu en mars 2004.

Le « *Vooruitgangs- en Toekomstverkennd Congres armoede 2004* » a été connecté aux actions du Plan. Fin 2003, le ministre flamand chargé de la coordination de la lutte contre la pauvreté a chargé le Réseau flamand des associations dans lesquelles des personnes pauvres prennent la parole de préparer ce congrès. Ce congrès a eu lieu le 6 mai 2004. Le compte rendu contient les notes préparatoires rédigées par des experts et les résultats des différents groupes de travail organisés sur les dix droits fondamentaux figurant dans le Rapport Général sur la Pauvreté. Un certain nombre de recommandations politiques ont été formulées pour chaque droit fondamental. A la fin de ce document, vous trouverez le compte rendu du débat entre les différents partis politiques flamands qui a clôturé cette journée de congrès. Le lien entre pauvreté et accès aux soins de santé fut un des thèmes phare du congrès³⁰.

Le *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie* (VIG, l'Institut flamand pour la promotion de la santé)³¹ est un centre d'expertise sur la promotion de la santé des autorités flamandes. Le centre a pour rôle de fournir au gouvernement des services de promotion de la santé, des consultations de groupes en santé locale et la coordination de la mise en œuvre de la politique, développement des programmes. Il agit comme une interface entre politique et science et agit également sur les liens entre santé et pauvreté. Par ailleurs, le centre a participé dans un réseau européen³² (European Network of Health Promotion Agencies ENHPA) pour le développement de recommandations politiques afin de réduire les inégalités socio-économiques de la santé.

Données et indicateurs sont disponibles dans le « *Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting* » (Annuaire sur la Pauvreté et l'Exclusion sociale)³³, du groupe de recherche « Armoede, Sociale Uitsluiting en Stad » (OASeS)³⁴ financé par la Communauté flamande et qui offre un aperçu des évolutions récentes, des résultats de recherches, de l'évolution des pratiques et de la politique des pouvoirs publics en matière de pauvreté et d'exclusion sociale. Il allie faits, analyses, apports théoriques et points de vue d'experts.

Le « Afdeling Planning en Statistiek » financé par la Communauté flamande publie annuellement les indicateurs de la Région Flamande, dont un chapitre est consacré à la santé et au bien être (incluant des thèmes de référence en inégalités socio-économiques)³⁵.

²⁸ décrets : prévention de la santé, personnes âgées, aide aux jeunes...

²⁹ <http://www.wvc.vlaanderen.be/armoede/>

³⁰ <http://www.wvc.vlaanderen.be/armoede/>

³¹ <http://www.vig.be/>

³² http://www.vig.be/content.asp?nav=doelgroepen_kansarmen&selnav=432

³³ http://www.ua.ac.be/main.asp?c=*OASES&n=1459&ct=OAJAARB

³⁴ http://www.ua.ac.be/main.asp?c=*OASES

³⁵ http://aps.vlaanderen.be/statistiek/publicaties/stat_Publicaties_vrind.htm

✓ **Région Bruxelles-Capitale :**

En 2002, la Région de Bruxelles Capitale s'est dotée d'un nouveau « Plan Régional de Développement » (PRD), qui définit la politique générale de développement de la Région. Un chapitre est consacré à l'accroissement de la précarité. Il y est précisé que les « politiques de la santé et de l'aide sociale sont satisfaisantes... mais dans un contexte institutionnel trop fragmenté ».

Le Plan se base sur l'analyse d'une série d'indicateurs qui met en évidence les fortes inégalités à l'intérieur de la Région.

L'Observatoire de la Santé et du Social³⁶ a pour mission de recueillir, d'analyser et de diffuser les informations nécessaires à l'élaboration de politiques coordonnées dans le domaine de la santé publique et de la lutte contre la pauvreté. L'Observatoire assure également la coordination pour l'ensemble des administrations bruxelloises concernant la mise en oeuvre du PANincl,

L'Observatoire assure surtout une analyse de la situation, de son évolution et de l'impact des politiques sociales et sanitaires en particulier grâce aux « Tableaux de bord de la santé ».

Le chapitre consacré aux « inégalités sociales de santé » du « Tableau de bord de la santé 2001 » de est constitué des thèmes suivants et chacun est illustré par une série d'indicateurs : inégalités face à la mort, inégalités face à la maladie, inégalités face à la prévention et inégalités face aux soins de santé.

Les données concernant les inégalités sociales face à des problèmes de santé particuliers sont rares pour la Région Bruxelles-Capitale. Non seulement les données d'incidence et de prévalence des affections manquent, mais lorsqu'elles existent, elles ne peuvent pas être analysées en fonction du statut social. Pour quelques problèmes de santé, des données suggèrent ou confirment l'existence de différences d'incidence ou de prévalence selon le statut social à l'intérieur de la Région de Bruxelles Capitale (tableau de bord de la santé, 2001).

En 2004, le « tableau de bord de la santé 2004 » consacre un chapitre à l'interculturalité. Bien que ce tableau de bord ne traite pas de l'offre et de la consommation de soins, de nombreux indicateurs concernant mortalité, morbidité et représentation de la santé y sont présentés. Les statistiques de décès et de naissances sont complétées par des résultats d'enquêtes, des données quantitatives ou qualitatives recueillies par des administrations, des services, des professionnels de santé ou des associations.

L'Observatoire de la Santé et du Social est également en charge de l'élaboration du « Rapport annuel sur l'état de la pauvreté ». Le neuvième rapport aborde la mesure de l'état de la pauvreté et de son évolution en accordant une large part aux indicateurs. Les indicateurs santé qui figurent dans le PAN incl sont repris.

Dans le cadre de l'analyse des données bruxelloises de l'Enquête nationale de Santé par Interview, l'Observatoire de la Santé et du social finance une recherche portant sur l'analyse des données de l'enquête de santé 2001 en lien avec l'enquête socio-économique 2001³⁷. Cette recherche fait l'objet d'une convention liant le service « socio-économie de la santé » de l'Université Catholique de Louvain et l'Observatoire de la santé et du social de la Commission Communautaire Commune.

La recherche proposée vise à proposer des outils méthodologiques pour l'exploitation des données pour que l'enquête de santé constitue un outil pertinent pour le suivi dans le temps des problèmes de santé à Bruxelles grâce entre autres à la définition d'indicateurs les plus pertinents pour suivre dans le temps certaines problématiques de santé particulièrement importantes à Bruxelles comme les inégalités sociales face à la santé.

³⁶ <http://www.observatbru.be>

³⁷ <http://www.observatbru.be/fr/Sante/enquete.asp>

4.5 Les provinces :

✓ L'observatoire de la santé du Hainaut³⁸

L'observatoire a pour but d'identifier les besoins et de dégager des priorités d'action sur base de données recueillies sur le terrain. Ces informations, complétées et ajustées au contexte par les acteurs de terrain et la population concernée, débouchent sur la mise en place de programmes de prévention et de promotion de la santé.

En alternance et en complément avec les Tableaux de bord (présentation synthétique des indicateurs de santé), les Carnets de bord de la santé ont pour vocation de diffuser des études locales, sur des thèmes plus spécifiques. Ces publications constituent des portraits généraux sur la santé en Hainaut (état de santé, déterminants, style de vie, consommation de soins curatifs et préventifs,...), soit de résultats d'enquêtes spécifiques.

✓ L'observatoire de la santé du Luxembourg³⁹

Une des missions de l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg est d'évaluer l'état de santé dans la province de façon dynamique et interactive afin de recueillir les données nécessaires pour déterminer les problématiques de santé prioritaires, les populations à risque et les actions à mener.

Actuellement, l'Observatoire de la Santé développe une réflexion sur les indicateurs de santé les plus pertinents à retenir pour la réalisation d'un tableau de bord présentant l'état de santé de la population et ses différentes composantes, notamment socio-économiques.

Par ailleurs, dans le cadre d'un projet transfrontalier, un travail de collecte et de comparaison des données relatives aux maladies cardiovasculaires et à leurs facteurs de risque a été effectué, en collaboration avec la Lorraine et le Grand-Duché de Luxembourg.

5. Actions de Recherches sur des indicateurs « santé – pauvreté » dans le cadre du Programme d'Action Développement Durable I et II du SPP - Politiques Scientifiques :

Cf. ANNEXE

³⁸ <http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante>

³⁹ <http://www.province.luxembourg.be/sante/os.html>

Conclusions :

Il est indéniable que les politiques publiques ne peuvent prétendre réduire les inégalités de santé sans œuvrer conjointement sur une politique de l'emploi sur l'amélioration de la stabilité professionnelle et des conditions de travail, et sur l'amélioration des conditions de vie et de logement.

Les récents développements en données de santé ouvrent la possibilité d'élargir sensiblement les ambitions politiques en terme de levier sur les politiques de développement durable.

Voici quelques uns des points que l'on peut retenir en ce qui concerne la construction d'indicateurs pertinents pour la Belgique ainsi que leur meilleure prise en compte pour l'élaboration des politiques de santé :

- ✓ La **participation** des associations en contact avec les personnes pauvres lors des évaluations doit être promue.
- ✓ Dans le domaine social et en particulier celui de la santé, toutes les **données** obtenues par enquêtes sont fragiles. Les personnes les plus défavorisées sont sous-représentées dans les études. Les indicateurs les plus répandus reflètent alors le plus souvent assez mal, la situation de ceux qui vivent la pauvreté.
- ✓ Nécessité de construire des **indicateurs spécifiques aux catégories sociales démunies**. Par exemple, évaluer l'effet de la promotion de la santé nécessite un indicateur capable de rendre compte des différences sociales et culturelles, car l'effet d'une même campagne de sensibilisation ne sera pas le même en fonction des couches sociales.
- ✓ Nécessité d'identifier des **indicateurs de prévention**. Le coût exorbitant d'une absence de soins et d'interventions tardives entraîne des coûts bien plus importants pour la collectivité. Il existe une « prévention médicale » (vaccinations, détection de maladies déterminées) et d'autre part, une prévention « non médicale » qui porte sur les conditions de vie.
- ✓ Les Indicateurs du « Plan d'Action Nationale inclusion sociale » ont été conçus pour comparer les différents Etats membres et suivre leur évolution dans le temps. Mais les indicateurs européens ne conviennent donc pas pour mesurer l'évolution de la pauvreté au niveau local. D'ailleurs, la confrontation des besoins locaux en indicateurs traduisant des demandes spécifiques de terrain avec les **indicateurs européens** montre que les capacités statistiques au niveau européen sont moins élargies pour permettre un suivi de tous les aspects (ou du moins d'un nombre plus élevé d'aspects) du processus d'intégration sociale.
- ✓ L'**articulation** entre les facteurs socio-économiques et les inégalités de santé serait également à améliorer (**instruments à affiner**) ainsi qu'une **vision plus dynamique** des phénomènes de précarisation. Des études qualitatives et dynamiques seraient également nécessaires pour compléter la compréhension des inégalités en terme de **processus** (pas seulement en terme d'état).
- ✓ Concernant les **recherches**, une fois encore, celles étant les plus intégratives possible (santé, social, économie et environnement) sont à privilégier à l'avenir. Un certain retard de la Belgique par rapport aux pays limitrophes comme le Royaume Uni et les Pays-Bas en ce qui concerne la recherche scientifique appliquée dans des domaines tels que la pauvreté et l'inégalité sociale, demeure.
- ✓ Un indicateur intéressant pourrait concerner l'**effet des politiques sociales de santé sur les différentes catégories socio-économiques**. En outre, également sur ce point de l'évaluation des politiques, une organisation davantage transdisciplinaire des indicateurs pourrait être une piste pour une meilleure pertinence et cohérence de l'évaluation.
- ✓ Dans le même sens, un lieu d'**intégration** de toutes les sources de recherche pourrait améliorer la vision politique des choses ainsi que les possibilités d'aller plus loin.

BIBLIOGRAPHIE

ATD QUART MONDE, UNION DES VILLES ET COMMUNES BELGES (section CPAS), FONDATION ROI BAUDOUIIN, (1994). *Rapport Général sur la pauvreté*, Bruxelles.

BOSSUYT N & VAN OYEN H (2000). *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique*, Institut Scientifique de la Santé Publique – Louis Pasteur.

BOSSUYT N & VAN OYEN H (2001). *Rapport de santé : différences socio-économiques en santé*, Institut Scientifique de la Santé Publique, Service d'Epidémiologie, IPH/EPI REPORTS N° 2001 – 013, Bruxelles, N° de Dépôt: D/2001/2505/19
<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/santefr/sociofr.pdf>

COLLECTIF DES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DU RGP (2000). *A propos de l'évaluation santé, Note commune des associations partenaires du RGP*, rédigée avec le soutien du service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

COMMISSION EUROPEENNE, EMPLOI ET AFFAIRES SOCIALES (2003). *Plan d'Action National Belge Inclusion Sociale 2003-2005*, Bruxelles, 58 p. et *Indicateurs*, 109 p.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napincl_2003_belgium_fr.pdf
http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napincl_2003_belgium_fr_part_II.pdf

EUROSTAT (2003) *Statistiques de la santé, chiffres clés de la santé 2002, données 1970-2001*, Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, ISBN 92-894-3731-6

INSTITUT SCIENTIFIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE & INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUES (2002). *Enquêtes de santé par interview Belgique 2001*, Service d'Epidémiologie, Bruxelles IPH/EPI REPORTS N°2002 - 22

MATHERS CD, ROBINE J-M, WILKINS R. (1994). *Health expectancy indicators: recommendations for terminology*, in: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th meeting of the International Network on health Expectancy (REVES)*, Canberra, February 1994. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare: AGPS; 1994:34-41.

MINISTERE FEDERAL DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE, ET DE L'ENVIRONNEMENT, (2000). *Rapport d'avancement. Mise en œuvre du Rapport Général sur la pauvreté*, cellule pauvreté.

MINISTERE FEDERAL DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT ET LE COLLECTIF DES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DU RAPPORT GENERAL SUR LA PAUVRETE (2002). *Pauvreté et santé : obstacles dans l'accès aux soins de santé, du vécu et de la recherche à la politique*, Conclusions du Forum du 14 décembre 2002, Université de Gand dpt médecine générale et des soins de santé primaires, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

MINISTERE DE LA REGION WALLONNE (2001). *Rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne*, Direction interdépartementale de l'intégration sociale, 383 p.

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (2005). *9^{ème} rapport sur l'état de la pauvreté dans en Région de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles.

OCDE (2004). *Panorama de la santé, les indicateurs de l'OCDE 2003*, OCDE.

OMS (2004). *Rapport sur la santé dans le monde 2004, changer le cours de l'histoire*.

OMS (2003). *Health systems confront poverty*, Eds. Ziglio E., Barbosa R., Charpak Y., Turner S., Public Health Case Studies, No. 1, 176 pages.

OMS (2002). *Rapport sur la santé en Europe 2002*, Publication régionales, Série européenne, n°97, Danemark, 165p.

OMS (2001). *La pauvreté et la santé – Données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, (document EUR/RC51/8).

OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève, 248p.

OMS (1999). Health 21. *The health for all policy framework for the WHO region*. Copenhague.

OMS (1998). *Health 21 - Health for All in the 21st Century, an Introduction*. Regional Office for Europe, Copenhague.

OMS (1991). *Targets for Health for All. The health policy for Europe. Summary of the updated edition*. Regional Office for Europe.

OMS (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946.

Gouvernement fédéral (2004) *Plan fédéral de développement durable 2004-2008*, Secrétaire d'Etat au développement durable, <http://plan2004.be.be>

PLATE-FORME IDD (2004). *L'environnement et la santé, quelles interactions ? Les indicateurs Environnement-santé*, Working paper, 19 p.

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE, LA PRECARITE ET L'EXCLUSION SOCIALE (2003). « *En dialogue, rapport bisannuel* », chapitre : le droit à la protection de la santé.

SERVICE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE, LA PRECARITE ET L'EXCLUSION SOCIALE (2004). *Une autre approche des indicateurs de pauvreté*, Recherche-Action-Formation, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme

VAN DOORSLAER E. & MASSERIA C. (2004). *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, with the OECD Health Equity Research Group Members, OCDE health working paper, paper 14, 11 may.

ANNEXE :

Actions de Recherches sur des indicateurs « santé – pauvreté » dans le cadre du Programme d'Action Développement Durable I et II du SPP - Politiques Scientifiques :

Les services publics de la Politique Scientifique (SPP-PS) ont financé des projets de recherches dans leurs deux premiers programmes d'action développement durable (PADD I, PADD II) entamé en 1996 et encore en cours actuellement. Ci-dessous se trouve la liste des recherches menées dans le cadre de ces deux programmes Elle fournit des informations générales sur ces recherches, et dans la mesure du possible en fournit une description des objectifs visés et des données et indicateurs utilisés.

Les recherches sur la santé-pauvreté financées par le SPP-Politiques Scientifiques appartiennent au programme de recherches **AGORA** et **SO** (cohésion sociale). Le but d'AGORA est de faciliter l'accès aux informations des banques de données administratives fédérales, de prendre des mesures pour le soutien scientifique de leur utilisation à la demande des institutions concernées et de compléter les informations en rassemblant des données socio-économiques du type non-administratif par des enquêtes. Le programme SO quant à lui a pour but de contribuer au renforcement du potentiel de connaissances pour soutenir la politique fédérale dans les domaines socio-économiques.

<p>Déterminants socio-économiques et environnementaux de la mortalité différentielle et espérance de santé selon le statut socio-économique (ISP) Contrat de recherche: AG/DD/007 http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/DD/007</p>	<ul style="list-style-type: none"> - couplage des bases de données anonymisées de mortalité (VUB) + causes de la mort aux données du recensement (covariance socio-économique + commune) (INS); - analyses statistiques sur la base de données précédentes; - analyses statistiques des données de l'Enquête Nationale de Santé; - transfert de la banque de données intégrées et du know-how pertinent à l'INS.
<p>Différences sociales de Santé Contrat de recherche: AG/DD/008 http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/DD/008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Déterminer sur la base des données de l'Enquête de Santé 1997, la nature et le volume des différences socio-économiques de santé en Belgique. C'est-à-dire comment maladie et santé sont inégalement réparties selon les différentes catégories de population. - Déterminer les seuils financiers subis par les répondants de l'Enquête de Santé lors de l'accès aux soins médicaux.
<p>Infosanté – Economie de la santé Contrat de recherche: AG/DD/009 http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/DD/009</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la mise en place de banques de données nouvelles ou couplées, pour l'amélioration des banques de données existantes (exploitation, harmonisation...) et pour l'actualisation de ces banques de données. Ces banques de données sont constituées par et pour l'administration et les produits dérivés sont rendus accessibles au public; - Base de données couplant statistiques agrégées, indicateurs stratégiques et documentation (= INFO-SANTE étendu, en relation avec ARIS) destinée à un large public.
<p>Statistiques selon le sexe AG/DD/12 http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/DD/12</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Données chiffrées selon le sexe à partir de données disponibles dans les différents services publics fédéraux et le Panel socio-économique et démographique des ménages belges (UIA-ULg), mais aussi l'enquête SEB de l'INS (la variable sexe étant croisée avec d'autres variables pertinentes). Ces données seront notamment utilisées pour évaluer si les banques de données administratives sont suffisamment pertinentes. - Série de réflexions critiques et méthodologiques à propos des banques de données fédérales existantes du point de vue du genre. - Comment ces banques de données peuvent être optimisées, en collaboration avec leurs producteurs fédéraux. ? - Quelles données sont pertinentes du point de vue de la politique d'égalité des chances? - Ces données sont-elles disponibles?

<p align="center">Harmonisation des concepts statistiques en sécurité sociale</p> <p align="center">AG/DD/39</p> <p>http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/DD/39</p>	<p>Le projet consiste à constituer une image consolidée de la population par catégories relevant de la sécurité sociale et de l'assurance sociale. Actuellement, le Ministère ne dispose pas d'une telle vue globalisée.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. construction d'un concept global permettant un découpage de la population en catégories relevant de la sécurité sociale et de l'assistance sociale 2. confrontation du concept avec les données disponibles 3. formulation de recommandations en matière d'harmonisation des statistiques sociales 4. réalisation d'une base de données consolidée par catégorie de bénéficiaires de la sécurité sociale
<p align="center">Information statistique en matière d'inclusion sociale</p> <p align="center">AG/DD/85</p> <p>http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=AG/FF/085</p>	<p>Projet relatif aux indicateurs du Plan national d'action Inclusion Sociale.</p> <p>Objectif : disposer d'une banque de données opérationnelle comportant des séries statistiques cohérentes à partir du milieu des années '70 (si disponibles).</p> <ul style="list-style-type: none"> - inventaire aussi complet que possible des données disponibles en matière d'inclusion sociale, plus spécialement en ce qui concerne les aspects : revenus, travail, logement, enseignement, santé, intégration sociale, participation, etc. - mise en cartes du concept complexe d'inclusion sociale via une approche multidimensionnelle. <p>Ce projet a également pour but de mettre à l'épreuve la cohérence et la validité des données disponibles. Une attention méthodologique est accordée au panel existant et aux fichiers administratifs, surtout dans les domaines de la mise à jour des données, de la pondération et de l'imputation.</p> <p>Produits attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rapport sur la cohésion de la banque de données, prenant particulièrement en compte les relations entre les variables input et output. - Une banque de données « Inclusion sociale » comportant les données depuis le milieu des années '70 (si disponibles) jusqu'à aujourd'hui.
<p align="center">Equité dans le financement des soins de santé</p> <p align="center">SO/01/005</p> <p>http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=SO/01/005</p>	<p>Analyse dans le temps des paiements privés pour les soins de santé sur la base des enquêtes sur le budget des ménages.</p> <p>Analyse dans le temps des paiements privés pour les soins de santé</p> <p>Caractéristiques des groupes sensibles en ce qui concerne les paiements pour les soins de santé</p> <p>Equité verticale et horizontale dans le financement des soins de la santé</p>
<p align="center">Les nouveaux groupes vulnérables en matière de santé en Belgique</p> <p align="center">SO/03/025</p> <p>http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=SO/03/025</p>	<p>Le projet veut répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les problèmes concrets et les besoins que les personnes interviewées rencontrent et où se situent les points d'achoppement dans leur relation avec la santé publique ? Existe-t-il des solutions possibles au niveau des politiques pour répondre à leurs besoins spécifiques ? <p>Collecte et inventaire des banques de données existantes, des résultats d'études et des publications contenant de l'information sur les nouveaux groupes sensibles dans la santé publique (Info-source, la banque de données bibliographique du 'Steunpunt Samenleving en Gezondheid', Point d'appui Vie en commun et Santé, l'enquête belge sur la santé, Panel de démographie familiale (Panel Study on Belgian Households) et la banque de données 'Sentinel Health Event' (V.U.B).</p> <p>Focus sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> La localisation des 'nouveaux groupes sensibles dans la santé publique' ; La description leur profil socio-économique La clarification des besoins et des problèmes présents dans leur relation avec la santé publique ; L'inventaire des mesures déjà prises pour répondre aux besoins de ces groupes. <p>Des experts des services sociaux, comme les C.P.A.S. et les services sociaux dans les hôpitaux, des chercheurs au sein des organisations d'assurance et des instances politiques ont également été sondés avant de procéder à des interviews d'individus au sein des groupes cibles.</p>