

Patrick Deboosere et Pénélope Fiszman

De la persistance des inégalités socio-spatiales de santé : le cas belge

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Patrick Deboosere et Pénélope Fiszman, « De la persistance des inégalités socio-spatiales de santé : le cas belge », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2009/1 | 2009, mis en ligne le 01 février 2011. URL : <http://eps.revues.org/index3633.html>

DOI : en cours d'attribution

Éditeur : Université des Sciences et Technologies de Lille

<http://eps.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur :

<http://eps.revues.org/index3633.html>

Document généré automatiquement le 16 mai 2011. La pagination ne correspond pas à la pagination de l'édition papier.

© Tous droits réservés

Patrick Deboosere et Pénélope Fiszman

De la persistance des inégalités socio-spatiales de santé : le cas belge

Pagination de l'édition papier : p. 149-158

Introduction

- 1 En Europe, après la Seconde Guerre mondiale, la conviction était que les inégalités sociales de santé allaient perdre de leur importance grâce à l'instauration du système de sécurité sociale garantissant un accès aux soins de santé à presque l'entièreté de la population. Mais dès les années 70, les résultats des recherches montrent qu'il faut bien se rendre à l'évidence : les inégalités sociales de santé n'ont pas disparu. Au contraire, les études épidémiologiques montrent que ces inégalités persistent, voire même s'aggravent et ce pour des problèmes de santé de plus en plus diversifiés [Black *et al.*, 1982]. Cette inégalité face à la santé et à la mortalité appartient aux inégalités les plus criantes car elle touche au fondement même de notre existence. La différence de statut socio-économique joue sur la santé à tous les niveaux de la hiérarchie sociale : les classes moyennes sont en moins bonne santé que les catégories sociales les plus favorisées, mais sont en meilleure santé que les catégories sociales défavorisées. De multiples facteurs socio-économiques agissent tout au long de la vie et le gradient social de santé reflète et résulte d'un grand nombre de mécanismes complexes. Ainsi, par exemple, les personnes qui ont un plus faible niveau d'instruction sont en moyenne en moins bonne santé. Premièrement, les ressources matérielles et culturelles des parents influencent fortement les résultats éducatifs de leurs enfants. Le niveau d'éducation obtenu peut donc être considéré comme un indicateur des conditions de vie pendant l'enfance. Celles-ci déterminent la santé des individus à l'âge adulte. Deuxièmement, le niveau du diplôme obtenu influence globalement le type de métier exercé et la position dans la hiérarchie du marché du travail, éléments qui agissent sur l'état de santé à l'âge adulte. Troisièmement, le niveau d'éducation pourrait agir sur la réceptivité aux messages d'éducation à la santé. La santé à l'âge adulte serait alors déterminée par la probabilité d'adopter des comportements favorables pour la santé et de stopper ceux qui lui sont préjudiciables. Quatrièmement, des caractéristiques propres de la personnalité peuvent influencer le niveau de diplôme obtenu ainsi que les comportements de santé. Finalement, une mauvaise santé durant l'enfance et l'adolescence a pu avoir comme conséquence un plus faible niveau de diplôme obtenu, une causalité inverse qui peut contribuer à la corrélation entre niveau d'éducation et état de santé à l'âge adulte. La complexité de ces mécanismes impose donc une interprétation prudente [Blane, 1995].
- 2 Comme le souligne Maurin, le lieu est un marqueur social. Les différents groupes sociaux ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire [Maurin, 2004]. Notre hypothèse est que ces disparités sociales vont également se traduire dans de fortes inégalités spatiales de santé.
- 3 Nous nous intéresserons au cas de la Belgique, un pays développé, parmi les plus riches du monde et qui présente une bonne accessibilité aux soins de santé. Avec le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada, la Belgique appartient au groupe restreint de pays qui ont collecté des informations sur la santé au niveau de l'ensemble de la population en introduisant des questions relatives à la santé dans le recensement général de la population¹ de 2001 [Deboosere, 2006]. Pour la première fois nous disposons donc de données exhaustives qui permettent d'analyser les disparités de santé jusqu'au niveau local.

Données et méthodologie

- 4 Pour analyser les inégalités spatiales de santé en Belgique, il est nécessaire de travailler sur plusieurs échelles d'analyse car, comme le précise Yves Lacoste, le jeu des facteurs influençant les phénomènes observés se modifie progressivement lorsqu'on change d'échelle d'analyse. « *Le choix de l'échelle induit non seulement des différences quantitatives mais aussi des*

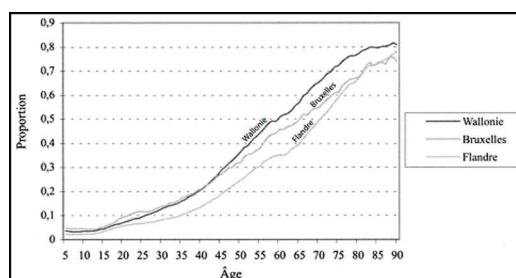
différences qualitatives : il ne s'agit pas seulement de la prise en compte d'espaces plus ou moins grands mais aussi de l'analyse de phénomènes différents ! » [Lacoste, 1976].

- 5 Les disparités spatiales sont plus importantes au fur à mesure que l'échelle d'analyse descend à un niveau de découpage plus fin, ce qui se reflète dans les cartes présentées ci-dessous.
- 6 Le niveau régional est important à prendre en compte pour mettre en évidence d'éventuelles différences culturelles. Par ailleurs, la promotion de la santé mais aussi toute une série de déterminants de la santé d'une population (logement, politique de l'emploi, aménagement du territoire, environnement) sont actuellement des compétences régionales.
- 7 Le niveau communal est important à étudier parce qu'il s'agit du niveau de pouvoir le plus proche du citoyen. C'est le niveau le plus fin présentant de larges compétences (en matière de logement, d'enseignement, de politiques sociales, ...).
- 8 Finalement, le niveau du quartier (défini ici comme le secteur statistique défini par l'Institut National de Statistiques²) est l'échelle la plus fine à laquelle des données de santé sont disponibles. Les secteurs statistiques abritent en moyenne 500 habitants et recouvrent en moyenne une superficie de 1,5 km² (médiane : 0,5km²). Ils présentent une relative homogénéité du niveau socio-économique de la population résidant en leur sein, ce qui n'est pas le cas à l'échelle des communes.
- 9 Pour mener une analyse des disparités de santé à un niveau de découpage fin, il est préférable de disposer de données exhaustives sur la santé de la population afin d'éviter les fluctuations aléatoires liées aux très faibles nombres.
- 10 Clairement, même si elles constituent une source d'informations très riches sur la santé des Belges et sur leurs comportements de santé, les données des enquêtes nationales de santé ne permettent pas de tirer de conclusion à un niveau de découpage fin car le nombre de personnes interrogées est trop faible.³
- 11 Le nombre total de décès survenus au cours d'une période donnée ainsi que leur répartition par âge, par sexe et selon le lieu de résidence sont disponibles via les fichiers d'état civil. Bien qu'il existe un lien évident entre l'état de santé d'une population et l'espérance de vie, ce lien n'est pas directement proportionnel. Un groupe de population caractérisé par une mortalité élevée peut présenter en même temps un modèle de santé relativement bon. Une mortalité élevée risque en effet de faire disparaître précisément la population en plus mauvaise santé. En outre le risque vital varie fortement selon le type de problème de santé.
- 12 L'indicateur sur l'état de santé général est extrait du recensement général de la population. Il s'agit de la réponse à la question- « Quel est votre état de santé général ? Très bon, bon, moyen, mauvais très mauvais. »
- 13 C'est une donnée subjective. Cependant, bien que des discussions subsistent concernant la comparabilité de la mesure réalisée sur des populations à caractéristiques différentes, la littérature estime en général que l'évaluation subjective de la santé est un bon baromètre de la santé d'un individu. De nombreuses études ont montré que cet indicateur est fortement corrélé à des mesures plus objectives de la morbidité [Idler *et al.*, 1997]. La santé est un concept multidimensionnel. Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne peut être réduit à l'absence de maladie et d'infirmité. »⁴ Des éléments sociaux, mentaux et physiques (fonctionnels) interviennent dans la perception par un individu de son état de santé. Si on l'interroge sur sa propre santé, l'individu sera libre de choisir dans quelles proportions ces éléments interviennent dans son jugement [Gill *et al.*, 1994]. Un individu souffrant d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie peut se déclarer en très bonne santé, et ce d'autant plus si ses traitements lui conviennent bien.
- 14 La variable « état de santé perçu » a été transformée en une variable binaire qui vaut 1 si l'état de santé est moyen, mauvais ou très mauvais et 0 si l'état de santé est bon ou très bon. Une grande majorité des analyses sur la santé subjective effectuée en effet cette transformation [Mantzavinisa *et al.*, 2005].

Résultats : les inégalités spatiales de santé

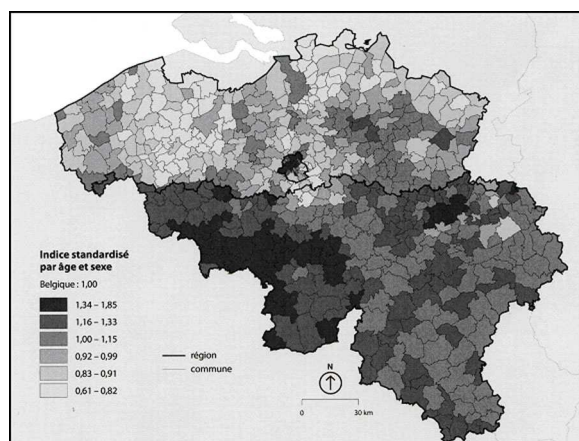
- 15 La figure 1 représente la proportion de personnes s'estimant en mauvaise santé en fonction de l'âge et de la région. Elle montre que les données ont une grande consistance interne. L'effet des grands nombres donne une évolution par âge bien lisse.

Figure n° 1 : Mauvaise santé subjective par âge et par région, Belgique, 2001.



- 16 Un quart (25,1 %) de la population belge interrogée lors du recensement de 2001, soit plus de 2,25 millions de personnes, estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant (moyen, mauvais ou très mauvais). Cette proportion augmente avec l'âge : alors que seuls 6,1 % des jeunes de 20 à 24 ans s'estiment en mauvaise santé, 54 % des 65 à 74 ans et 70,8 % des plus de 75 ans se déclarent en mauvaise santé. L'observation de la figure 1 montre également que cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- 17 Une différence nette apparaît entre les trois régions belges. C'est en Wallonie que la proportion de la population ne s'estimant pas en bonne santé est la plus élevée (29,7 %) et en Flandre qu'elle est la plus faible (22,2 %). Bruxelles est dans une situation intermédiaire : 27,6 % des Bruxellois se déclarent en mauvaise santé.⁵ Comment se fait-il que la population dans son ensemble se sente systématiquement en moins bonne santé dans une région que dans une autre ? Est-ce lié à des sensibilités culturelles différentes (une vision différente de la vie) ou à des différences linguistiques dans les gradations de l'indication de sa propre santé ? On ne peut pas exclure qu'un tel effet puisse être présent mais plusieurs éléments incitent à penser que les différences de santé subjective entre les régions reflètent une réalité socio-économique et épidémiologique sous-jacente.
- 18 Les différences de santé selon l'âge dans les trois régions s'expliquent en grande partie en tenant compte des différences de composition sociale selon l'âge et les régions. La santé perçue est plus mauvaise en Wallonie qu'en Flandre dans chaque groupe d'âge. Mais ce n'est qu'à partir de 42 ans que la Wallonie présente un profil de santé plus mauvais que Bruxelles. La mauvaise santé relative des jeunes Bruxellois et la meilleure santé relative des Bruxellois plus âgés correspondent à la composition socio-économique de la population : une forte surreprésentation des migrants ayant un statut socio-économique peu élevé parmi les jeunes et un groupe de population belge aisé plus âgé qui habite dans les communes plus riches de la Capitale [Roesems *et al.*, 2006].

Carte 1. Perception subjective de la santé par commune (standardisé par âge et sexe), 2001

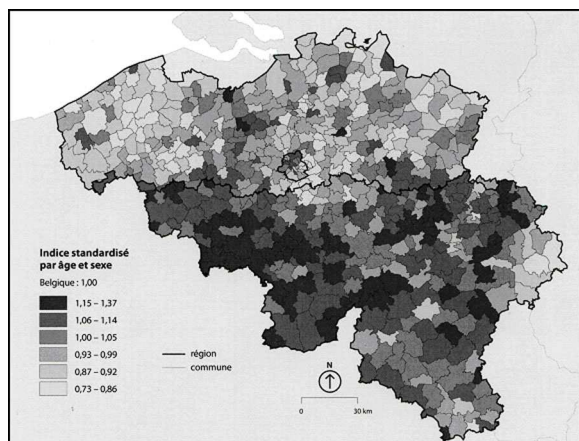


Source DGSIE, recensement 2001

Cartographie : Didier Wallaert, Interface Demography, VUB

- 19 La carte de la santé subjective par commune (carte 1) reflète l'hétérogénéité des conditions socio-économiques à l'intérieur des régions. Cette carte présente par commune le rapport entre la proportion mesurée de personnes qui se déclarent en mauvaise santé et la proportion attendue sur base des proportions belges moyennes par âge appliquées à la structure par âge de la population de la commune considérée. Les communes avec un index 1 se situent donc au niveau de la moyenne belge.
- 20 En Wallonie, des taux élevés de la population s'estimant en mauvaise santé apparaissent nettement dans les communes de l'ancien axe industriel wallon (Borinage, communes de vieille industrie de la région de Liège) et de la province du Hainaut en général⁶. La mauvaise santé des habitants de ces communes pauvres est une illustration du lien entre contexte socio-économique défavorable et mauvaise santé. La fracture sanitaire se marque au niveau de la qualité de la vie. Dans le Hainaut, les maladies chroniques invalidantes sont plus fréquentes, comme le sont aussi les maladies professionnelles, les suicides, la consommation de psychotropes [Tellier *et al.*, 2006]. Au contraire la province du Brabant wallon abrite certaines des communes les plus riches de Belgique en terme de revenu imposable et ces mêmes communes se manifestent aussi parmi celles qui se déclarent en meilleure santé.
- 21 Bruxelles affiche la dualité classique entre les communes favorisées du sud est et les communes plus défavorisées de l'ouest.
- 22 En Flandre, parmi les territoires qui se dégagent avec un très bon profil de santé se trouvent également les communes les plus riches comme celles de la périphérie de Gand et de l'est d'Anvers.
- 23 Finalement, les différences régionales de santé présentent dans les grandes lignes, les mêmes disparités spatiales que celles mises en évidence sur base des données de mortalité qui ne peuvent s'expliquer par une différence de perception linguistique. Des disparités régionales de mortalité sont mises en évidence en Belgique depuis plus d'un siècle avec toutefois un renversement des tendances. Actuellement la mortalité est nettement plus importante en région wallonne qu'en région flamande, Bruxelles se situant dans une position intermédiaire [Van Oyen *et al.*, 1996 ; Deboosere *et al.*, 2006].

Carte 2 Taux standardisés de mortalité par commune (standardisé par âge et sexe), 1999-2003



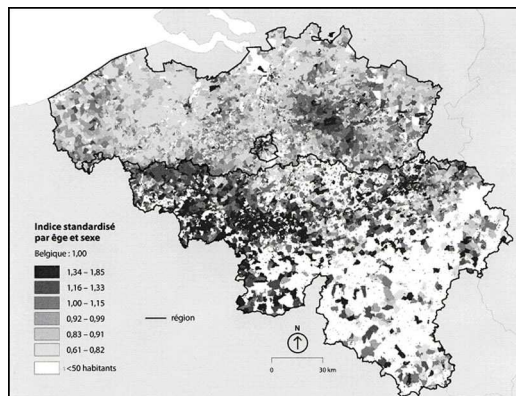
Source DGSIE, statistiques de la population

Cartographie : Didier Wallaert, Interface Demography, VUB

- 24 Les données de mortalité par commune ont été calculées sur une période de cinq ans autour de l'année 2001. La comparaison de la mortalité par commune pour la période 1999-2003 avec celle de la santé subjective enregistrée en 2001 montre qu'il existe une corrélation globale entre ces deux indicateurs. Bien que la santé subjective couvre un large éventail d'états de santé, qui peuvent fortement diverger dans le risque de mortalité qu'ils entraînent, la corrélation globale entre ces deux indicateurs s'avère relativement étroite au niveau communal. Cependant il est intéressant de constater que la carte de la santé subjective présente une plus grande cohérence avec des zones géographiques plus clairement délimitées. Les données de mortalité ne touchent

chaque année qu'environ 1 % de la population et sont bien plus sensibles aux effets aléatoires que les réponses sur la santé subjective qui concernent la presque totalité de la population. Les données sur la santé subjective récoltées auprès de l'ensemble de la population sont donc très utiles pour affiner l'analyse géographique à un niveau encore plus fin que la commune, celui des secteurs statistiques.

Carte 3 Perception subjective de la santé par secteur statistique en Belgique (standardisé par âge et sexe), 2001



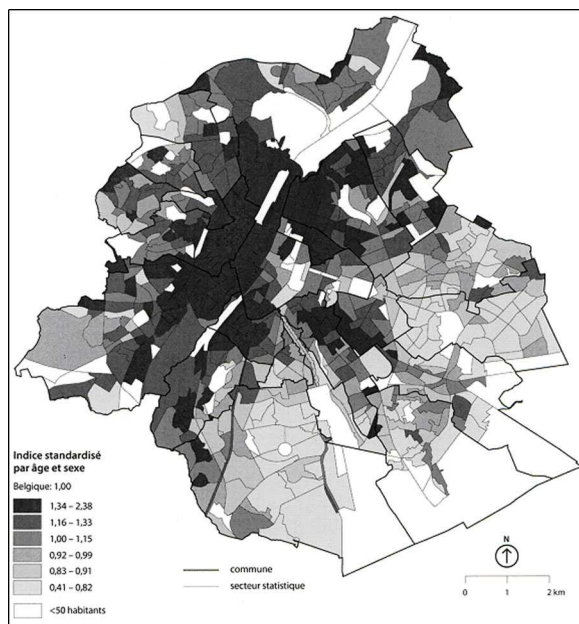
Source DGSIE, recensement 2001

Cartographie : Didier Wallaert, Interface Demography, VUB

Seuls les secteurs comptant plus de 50 habitants sont représentés et les ménages collectifs (maisons de repos, prisons, ...) ont été écartés de l'analyse. La carte globale de la Belgique montre qu'au sein de zones, qui dans la carte 1 étaient relativement homogènes, apparaissent des groupes de quartiers présentant un profil de santé bien distinct.

On peut constater qu'il est possible de reproduire presque complètement la cartographie des quartiers défavorisés avec cette simple question sur la santé subjective. Tel est par exemple le cas dans les grandes villes de Flandre ou à Bruxelles (carte 4). Le cas des grandes villes flamandes est instructif. Même après standardisation pour la forte présence de migrants dans certains quartiers, il reste encore des secteurs où les valeurs de santé négative sont particulièrement élevées, d'un niveau comparable aux quartiers les plus défavorisés de Wallonie.

Carte 4 Perception subjective de la santé par secteur statistique à Bruxelles (standardisé par âge et sexe), 2001



Source DGSIE, recensement 2001

Cartographie : Didier Wallaert, Interface Demography, VUB

- 28 La cartographie de la santé par quartier à Bruxelles est une bonne illustration des inégalités sociales dans le territoire bruxellois. La proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est beaucoup plus élevée dans des quartiers défavorisés tels que le bas St-Gilles, certains quartiers de Forest, Cureghem et les quartiers voisins : Anderlecht, le bas Molenbeek, l'est de Koekelberg, Laeken, le bas Schaerbeek, St-Josse et des quartiers comprenant des logements sociaux. Tous ces quartiers appartiennent à un espace que l'on appelle « le croissant pauvre » mais qui, au vu de cette carte, pourrait aussi être dénommé le « croissant malade ». La population de ces quartiers se caractérise par de faibles revenus, des logements de mauvaise qualité, un nombre plus important d'ouvriers, de personnes peu scolarisées et de migrants et donc aussi par une mauvaise santé [Deboosere *et al.*, 2007 ; Kesteloot *et al.*, 2002).

Conclusion

- 29 La cartographie de la santé démontre à quel point elle est influencée par les facteurs socio-économiques. Les indicateurs ne produisent pas une mosaïque aléatoire, loin de là.
- 30 Quoi qu'il en soit, l'interprétation de ces différences géographiques de santé reste complexe. Un effet cumulatif sur toute la durée de la vie des facteurs menaçant ou protégeant la santé est vraisemblable. Les migrations jouent également un rôle important. Ainsi la position de santé moins favorable des villes par rapport à leurs environs s'explique en partie par les flux migratoires vers les villes de populations plus défavorisées (populations plus marginales, population d'origine étrangère, ...) et vers l'extérieur des villes de populations plus favorisées pouvant y acheter ou y construire leur maison (périurbanisation). Les différences de santé entre quartiers résident essentiellement dans la ségrégation qui résulte d'un accès différencié des différentes catégories socio-économiques aux différents sous-secteurs du marché du logement.
- 31 Plusieurs questions restent toujours sans réponse et demanderaient des analyses plus approfondies. Des analyses ont démontré que les différences socio-économiques expliquent une grande partie, mais ne suffisent pas pour expliquer les différences régionales de mortalité [Deboosere *et al.*, 2002.] ou de santé. Par exemple, il est intéressant de constater que les scores de mauvaise santé subsistent dans une grande partie du Hainaut même lorsque l'on contrôle les caractéristiques socio-économiques individuelles. Il est possible que nous ayons affaire à des effets environnementaux (pollution d'anciens sites industriels et de l'activité industrielle existante) ou à un effet mode de vie (consommation d'alcool, habitudes alimentaires) qui suivrait son propre modèle géographique en se superposant aux inégalités sociales.
- 32 Cette étude montre que de fortes inégalités socio-spatiales de santé persistent en Belgique, malgré l'importance de la croissance des dépenses et des moyens financiers octroyés à la politique de santé. Pour réduire ces inégalités de santé, il ne suffit donc pas de rendre l'accès plus équitable aux soins de santé. Les inégalités de santé ne s'estomperont que lorsque les inégalités elles-mêmes diminueront. [Tellier *et al.*, 2006] ⁷. Dans ce sens, toutes les politiques menées en Belgique visant à réduire les inégalités scolaires, les inégalités d'accès à l'emploi de qualité, les inégalités de logement, les inégalités entre les sexes ou visant à lutter contre les discriminations à l'encontre des populations d'origine étrangère ne peuvent qu'être encouragées.
- 33 Cette étude montre que la simple question sur la santé subjective fournit un indicateur très intéressant pour l'analyse des inégalités de santé. Il s'agit d'un indicateur complémentaire aux données de mortalité qui ont souvent été les seules utilisées dans des analyses sur la santé des populations. Nous ne pouvons donc que soutenir l'inclusion de cette question simple dans davantage d'enquêtes ou de recensements futurs.

Nous remercions Didier Willaert, Interface Demography VUB, pour la cartographie. Nous remercions Astrid Romain et Frédéric Dobruszkes pour leur relecture. Nous remercions l'INS (SPF Économie - Direction générale Statistique et Information économique) de nous avoir autorisés à utiliser les données de l'Enquête socio-économique 2001.

Bibliographie

- BLACK D., MORRIS J., SMITH C., TOWNSEND P. (1982), *Inequalities in health : report of a Research Working Group*, London, Department of Health and Social Security.
- BLANE D. (1995), Editorial. Social determinants of health - Socioeconomic status, social class and ethnicity, *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 7, p. 904.
- DEBOOSERE P., GADEYNE S. (2002), Can regional patterns of mortality in Belgium be explained by individual socio-economic characteristics ?, *Reflets et Perspectives de la vie économique*, tome XLI, n° 4, pp. 87-103.
- DEBOOSERE P., DEMAREST S., LORANT V., MIERMANS P.J., PORTET M.I., VAN HOYEN H. (2006), *Santé et soins informels. Enquête Socio-économique 2001*. Monographies, 175 p.
- DEBOOSERE P., FISZMAN P. (2007), Inégalités sociales et spatiales de santé en Région bruxelloise : du « croissant pauvre » au « croissant malade », in P. Cornut, T. Bauler, E. Zaccàï, *Environnement et inégalités sociales*, Éditions de l'Université Libre de Bruxelles, pp. 135-145.
- GILL T.M., A.R. FEINSTEIN A.R. (1994), A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements, *JAMA*, vol. 272, n° 8, pp. 619-626.
- IDLER E., BENYAMINI Y. (1997), Self-rated health and mortality. A review of twenty-seven community studies, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 38, pp. 21-37.
- KESTELOOT C., ROESEM T., VANDENBROEK H. (2002), *Pauvreté et quartiers défavorisés dans la Région de Bruxelles-Capitale*, Les dossiers de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 86 p.
- LACOSTE Y. (1976), *La géographie ça sert, d'abord, à faire la guerre*, Petite Collection Maspero, 187 p.
- LECLERC A., FASSIN D., GRANDJEAN H., KAMINSKI M., LANG T. (2000), *Les inégalités sociales de santé*, Paris, Éditions La Découverte / INSERM, 434 p.
- MANTZAVINIZA G.D., PAPPASA N., DIMOLIATISA I., IONNIDISA J. (2005), Multivariate models of self-reported health often neglected essential candidate determinants and methodological issues, *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 58, p. 438.
- MAURIN E. (2004), *Le ghetto français. Enquête sur le séparatisme social*, La république des idées, Seuil, 96 p.
- PICKETT K.E., PEARL M. (2001), Multilevel analysis of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes : a critical review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, n° 2, pp. 111-122.
- ROESEM T., DE SPIEGELAERE M., WAYENS B., DEBOOSERE P., KESTELOOT C., WILLAERT D., GADEYNE S., SLEGERS K., VAN CUTSEM S., MARISSAL P., VANDERMOTTEN C., CHARLES J. (2006), *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale*, Bruxelles, Observatoire de la Santé et du Social / Commission communautaire commune.
- TELLIER V., BERGHMANS L., BERRA P., FISZMAN P. (2006), *Tableau de bord de la santé du Hainaut 2006*, 207 p.
- VAN DER HAEGEN. H., BRULARD T. (1972), Small area statistics and their use for social, geographical and planological research, *Acta Geographica Lovaniensia*, n° 10, 448 p.
- VAN OYEN H., TAFFOREAU J., ROELANDTS M. (1996), Regional inequities in health expectancy in Belgium, *Social Science and Medicine*, vol. 43, n° 11, pp. 1673-1678.

Notes

- 1 En 2001, le recensement a été dénommé enquête socio-économique. Il ne s'agit pas uniquement d'un comptage de la population mais aussi d'un recueil d'informations de nature démographique et socio-économique.
- 2 Ces secteurs ont été délimités dans les années 70 selon des critères architecturaux, fonctionnels et sociaux par un groupe d'experts constitué de géographes, de sociologues, d'aménageurs et d'économistes afin de conserver une unité spatiale de petite taille après la fusion des communes de 1977 [Van der Haegen *et al.*, 1972]. La limite de quelques secteurs a ensuite été modifiée en 1981 et en 2001.
- 3 Une approche différente consiste à analyser les données de santé en fonction du type de quartier, en se basant sur des typologies classant les secteurs statistiques [voir par exemple Pickett *et al.*, 2001].

4 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 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p.100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

5 Pour tester un éventuel effet urbain, la situation de Bruxelles devrait être comparée à celles des grandes villes wallonnes (Charleroi et Liège) ou des grandes villes flamandes (Anvers et Gand).

6 Le top 10 des communes où la santé subjective est la plus mauvaise est monopolisé par les communes du Hainaut. On peut citer par exemple Colfontaine, Frameries ou Farciennes, trois communes du Borinage (l'ancien bassin minier) où près de 4 personnes sur 10 s'estiment en mauvaise santé. À Charleroi, 38% des 172 312 habitants se déclarent en mauvaise santé !

7 Et A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean, M. Kaminski, T. Lang, Les inégalités sociales de santé, Paris, Éditions La Découverte / INSERM, 2000, 434 p.

Pour citer cet article

Référence électronique

Patrick Deboosere et Pénélope Fiszman, « De la persistance des inégalités socio-spatiales de santé : le cas belge », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2009/1 | 2009, mis en ligne le 01 février 2011.
URL : <http://eps.revues.org/index3633.html>

À propos des auteurs

Patrick Deboosere

Interface Demography
Department of Social Research
Vrije Universiteit Brussel
Pleinlaan, 2
1050 Brussels
Belgique
Patrick.Deboosere@vub.ac.be

Pénélope Fiszman

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles –Capitale
183, avenue Louise
1050 Bruxelles
Belgique
Haute École Ilya Prigogine
Université Libre de Bruxelles
pfiszman@ulb.ac.be

Droits d'auteur

© Tous droits réservés

Résumé / Abstract

L'objectif de l'article est d'explorer les disparités spatiales de santé, dans un pays développé jusqu'au niveau local. L'analyse se base sur des données exhaustives sur la santé de la population belge, issues de l'enquête socio-économique de 2001. Les analyses cartographiques montrent que de fortes inégalités socio-spatiales de santé subsistent en Belgique : les régions, les communes et les quartiers les plus défavorisés économiquement sont ceux où l'état de santé est le moins bon, du niveau global au niveau le plus local. L'utilisation d'échelles d'analyse différentes montre comment l'analyse au niveau local peut aider à l'interprétation de ces disparités. Cette étude illustre aussi que la simple question sur la santé subjective fournit un indicateur très intéressant pour l'analyse des inégalités de santé. Nous soutenons l'inclusion de cette question simple dans davantage d'enquêtes ou de recensements futurs.

Mots clés : Belgique, recensement, mortalité, santé, inégalités géographiques, inégalités sociales

About Persistent Socio-Spatial Inequalities in Health: The Belgian Example

The aim of this article is to explore spatial inequalities in health in small geographical areas in a developed country. The analysis is based on a comprehensive dataset of self-reported health of the Belgian population in the 2001 census. The cartographical analysis illustrates that important socio-spatial inequalities in health still subsist in Belgium: the regions, municipalities and neighbourhoods have a health status narrowly related to the socio-economic status of the population in the considered area. Information of small areas is very helpful to break-up and understand regional disparities in health. The simple question on self-assessed health allows for the analysis of population health in small areas. The standard WHO question on self-assessed health should be more systematically included in censuses and large surveys.

Keywords : census, mortality, health, Belgium, spatial inequalities, social inequalities