



7 INÉQUITÉ ET INÉGALITÉ

La Belgique s'est engagée en faveur de la couverture santé universelle (CSU), c'est-à-dire que chacun devrait pouvoir bénéficier des services de santé dont il a besoin, de bonne qualité et sans risquer de difficultés financières.^{22, 42} Assurer un accès abordable aux soins de santé est au cœur de la couverture santé universelle, et a été réaffirmé à de nombreuses reprises comme un objectif clé du système de santé belge.²² À cet égard, la politique de santé des pays d'Europe occidentale s'est non seulement préoccupée d'une distribution équitable des paiements liés aux soins de santé (voir la section 4.1 sur l'accessibilité financière), mais aussi d'un recours équitable aux soins de santé. Les deux sont bien sûr liés, car les accords de financement des soins de santé créent, réduisent ou éliminent des obstacles (financiers) potentiels au recours aux soins de santé.^{72, 73}

Égalité/inégalité versus équité/inéquité

Il est important de noter qu'il existe une différence conceptuelle entre l'égalité/inégalité et l'équité/inéquité dans le recours aux soins de santé. Alors que l'*égalité* décrit la situation dans laquelle quelque chose est distribué dans la même mesure à chaque individu de la société, l'*équité* concerne la distribution juste de ce quelque chose.

Les inégalités en tant que telles ou leur absence ne sont intrinsèquement ni négatives ni positives. Leur évaluation dépend des causes sous-jacentes de ces disparités. Les inéquités, en revanche, font référence à des inégalités jugées injustes ou découlant d'une certaine forme d'injustice sociale, et nécessitent un jugement normatif.

Deux principes directeurs sont utilisés pour évaluer la distribution équitable du recours aux soins de santé : (1) le *principe de l'équité horizontale*, défini comme l'égalité des soins (ou d'accès aux soins) pour les personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, la race, etc. et (2) le *principe de l'équité verticale*, défini comme un traitement inégal approprié des personnes ayant des besoins en soins de santé différents. Par conséquent, les différences dans le recours aux

soins de santé sont considérées comme justes si elles sont liées à des besoins en soins de santé différents, et injustes si elles résultent de difficultés d'accès liées, par exemple, à la capacité de paiement, à la littératie en santé ou à tout type de discrimination.

Notez qu'en ce qui concerne les soins préventifs, l'on pourrait faire valoir que les différences dans les besoins en soins de santé ne sont pas pertinentes, car la prévention est importante et précieuse indépendamment des besoins de la personne afin de préserver son état de santé. C'est en partie vrai, mais certains types de prévention sont particulièrement recommandés pour les personnes souffrant de problèmes de santé spécifiques ou pour les personnes âgées, par exemple la vaccination contre la grippe.

L'équité comme dimension transversale

Ce chapitre se compose de deux parties. **Dans la première partie, nous abordons les inégalités socioéconomiques rapportées dans une sélection d'indicateurs d'autres dimensions et domaines** couverts par le cadre HSPA belge. Les inégalités socioéconomiques sont définies comme les inégalités observées entre des sous-groupes de population ayant un statut socioéconomique différent, par exemple entre les ménages ou les personnes à faible revenu et à revenu élevé.

Dans la deuxième partie, nous examinons les inéquités socioéconomiques dans sept indicateurs portant sur le recours aux soins de santé. Ces indicateurs sont un sous-ensemble des indicateurs évalués dans le rapport KCE 334 dédié à la dimension « équité » de l'HSPA belge et ont été identifiés par un groupe d'experts comme les plus pertinents dans le contexte belge (vous trouverez plus d'informations sur la révision approfondie de la dimension équité et les indicateurs considérés dans le rapport KCE 370).^{10, 22}



7.1 Inégalités socioéconomiques dans le recours aux services de santé

Les recherches ont montré à plusieurs reprises que la santé et le recours aux soins de santé sont distribués de manière inégale au sein de la société.²² Les inégalités socioéconomiques étant présentes dans l'ensemble du système de santé, leur analyse est pertinente dans de multiples domaines. Des informations sur les disparités entre groupes sociaux ne sont toutefois pas disponibles pour tous les indicateurs ou ne sont pas pertinentes dans certains cas. Dans le Tableau 16, nous donnons un aperçu des inégalités socioéconomiques pour une sélection d'indicateurs provenant d'autres dimensions et domaines et pour lesquels des informations sont disponibles.

Les inégalités socioéconomiques dans le recours aux soins de santé peuvent avoir diverses causes sous-jacentes et ne reflètent pas seulement les différences de statut socioéconomique (éducation, revenu, statut professionnel).^{74, 75} Elles peuvent également être causées par des différences en termes d'état de santé, de prévalence de certaines maladies, de besoins en soins de santé, de choix et préférences individuels concernant l'utilisation de certains services, de disponibilité des services, de mode de vie, de couverture de l'assurance maladie (complémentaire), etc. L'effet des différents facteurs est difficile à démêler. L'état de santé est par exemple systématiquement associé au statut socioéconomique, et les différences d'utilisation liées aux besoins sont susceptibles d'interférer avec la mesure des inégalités socioéconomiques.^{22, 76, 77} La prudence est donc de mise lors de l'interprétation des résultats présentés dans le Tableau 16, car il n'est pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure les (in)égalités observées peuvent être considérées comme justes ou injustes.

Le statut socioéconomique est défini selon trois dimensions : les ressources financières de la personne ou du ménage (quintiles de revenu, seuil de revenu ou quintiles de dépenses de consommation), le niveau d'éducation de la personne ou du chef de ménage et le droit à l'intervention majorée.

Dans le Tableau 16, les inégalités sont quantifiées à la fois en termes absolus (c'est-à-dire la différence entre les valeurs moyennes observées dans la catégorie sociale la plus défavorisée et la catégorie sociale la plus

favorisée) et en termes relatifs (le rapport entre la valeur moyenne observée dans la catégorie sociale la plus défavorisée et la valeur moyenne de la catégorie la plus favorisée). Un rapport de 1 ou proche de 1 implique que les inégalités sont absentes ou relativement faibles, tandis qu'un rapport inférieur ou supérieur à 1 indique des valeurs plus faibles dans, respectivement, la catégorie sociale la plus défavorisée et la catégorie la plus favorisée.

Inégalités dans l'accessibilité financière et le recours aux soins préventifs et aux médicaments

Le Tableau 16 présente les inégalités socioéconomiques observées dans une série d'indicateurs classés selon les dimensions et domaines utilisés dans l'ensemble du rapport. Les inégalités présentées indiquent que les catégories les plus défavorisées (faible niveau d'éducation, faible revenu ou bénéficiaires de l'intervention majorée) :

- déclaraient davantage de besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits pour des raisons financières. Les mesures prises pour améliorer l'accessibilité financière des soins de santé ont contribué à réduire les taux de besoins non satisfaits au fil du temps, mais d'importantes inégalités socioéconomiques subsistent. La fréquence des besoins non satisfaits était 4 à 5 fois plus élevée au sein de la population à faible niveau d'éducation que dans la population à niveau d'éducation élevé, et les différences par quintile de revenu sont encore plus marquées. Les proportions de personnes déclarant des besoins non satisfaits dans les quintiles de revenu le plus pauvre et le plus riche sont respectivement de 2,6 % et 0,0 % pour les examens médicaux et de 6,6 % et 0,1 % pour les examens dentaires.
- étaient plus susceptibles d'être confrontées à des dépenses de santé catastrophiques. La part des ménages qui font face à des contributions personnelles catastrophiques et qui peuvent ne plus être en mesure de subvenir à leurs besoins de base et de payer les soins de santé était 2,5 fois plus élevée dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche (12,2 %, contre 4,9 %). Les ménages du quintile le plus pauvre consacraient une part relativement moins importante de leur



budget aux soins de santé (ou étaient moins en mesure d'effectuer des dépenses pour les soins de santé).

- étaient plus susceptibles de consulter un médecin conventionné. Alors qu'il n'y avait pratiquement aucune différence au niveau des soins chez un MG (avec des taux d'adhésion à la convention élevés pour les MG), les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) étaient 30 % plus susceptibles de consulter un médecin spécialiste conventionné et plus de deux fois plus susceptibles de consulter un dentiste conventionné. Les BIM faisaient néanmoins appel à des praticiens partiellement conventionnés ou non conventionnés pour près de la moitié de leurs consultations spécialisées et plus de la moitié de leurs contacts avec un dentiste. Les indicateurs suggèrent en outre que les patients à faible revenu étaient également plus susceptibles de subir un retard dans l'obtention des soins de santé en raison de la distance ou de problèmes de transport, ou de reporter des soins en raison des délais d'attente.
- étaient moins susceptibles d'avoir recours aux soins préventifs. On observe par exemple un taux de participation beaucoup plus faible au dépistage du cancer du sein chez les BIM (chez les femmes âgées de 50 à 69 ans : 43,1 %, contre 62,9 % ; au sein du programme organisé : 21,1 %, contre 33,9 %). L'aspect financier semble donc ne pas être le seul élément qui empêche de recourir aux soins de santé, puisque même des biens ou services de santé gratuits tels que le dépistage organisé du cancer du sein peuvent être caractérisés par une sous-consommation avec un gradient social important. Les visites régulières chez un dentiste étaient également moins fréquentes dans ce groupe (42,0 %, contre 56,8 %). Le droit à l'intervention majorée n'avait en revanche aucun impact sur le recours à la vaccination contre la grippe.
- avaient plus tendance à prendre des médicaments. La proportion des bénéficiaires de l'intervention majorée ayant eu recours à des antibiotiques (36,1 %, contre 31,8 %) et des antidépresseurs (22,5 %, contre 8,9 %) au cours de l'année écoulée était plus élevée. De plus, le risque de polymédication à partir de 65 ans (recours à

cinq médicaments différents ou plus sur une base chronique) était 30 % plus élevé (51 % des BIM, contre 39 % des non-BIM).

- bénéficiaient d'une bonne continuité des soins. Ces personnes avaient une couverture du dossier médical global aussi élevée que le reste de la population, étaient plus fréquemment suivies par le même MG (Indice UPC $\geq 0,75$: 64,8 %, contre 59,2 %) et avaient une probabilité plus élevée d'avoir un contact avec un MG dans les 7 jours suivant une hospitalisation (50,1 %, contre 40,0 %). Les BIM étaient également tout autant susceptibles d'être repris dans un protocole de traitement du diabète.
- étaient moins susceptibles de bénéficier d'un suivi adéquat du diabète, en particulier pour les patients insulinodépendants.
- évaluaient l'interaction avec leurs professionnels de la santé – en termes d'implication dans les décisions concernant les soins, de discussion des priorités, de qualité de la consultation – d'une manière similaire par rapport aux catégories sociales plus favorisées. En ce qui concerne la réception d'informations utiles et en temps opportun pour gérer leur santé, un pourcentage plus faible des patients à faible revenu étaient satisfaits, soit 40,7 %, contre 48,4 % des patients à revenu élevé. D'autre part, une plus grande proportion des patients à faible revenu déclaraient bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (43,5 %, contre 26,8 % des patients à revenu élevé).
- assumaient le rôle d'aidants informels moins fréquemment à partir de 50 ans.

**Conclusion**

Par rapport aux personnes de la catégorie sociale la plus favorisée, les personnes appartenant à la catégorie la plus défavorisée (selon le niveau d'éducation, les ressources financières ou le droit à l'intervention majorée) étaient caractérisées par : des obstacles financiers plus importants à l'accessibilité des soins, en termes à la fois de dépenses de santé catastrophiques et de besoins non satisfaits pour des raisons financières, un taux de participation plus faible au dépistage du cancer, des visites moins régulières chez un dentiste, une consommation plus élevée de

médicaments (antidépresseurs, polymédication), une meilleure continuité des soins, en particulier avec le MG, et des taux plus faibles de suivi adéquat du diabète. Cependant, il n'est pas toujours aisé de déterminer dans quelle mesure les inégalités observées (par exemple au niveau du recours aux médicaments) peuvent être considérées comme justes ou si elles découlent d'obstacles injustes à la capacité des personnes à accéder aux soins de santé.

On n'observe que des inégalités socioéconomiques mineures en ce qui concerne les soins centrés sur la personne.

Tableau 16 – Indicateurs repris dans d'autres sections, résultats par groupes socioéconomique et mesure des inégalités socioéconomiques

ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
Adéquation des soins								
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	42,7	2021	Intervention majorée	38,3	45,3	-7,0	0,8
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)	16,9	2021	Intervention majorée	16,3	17,2	-0,9	0,9
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population)	32,6	2021	Intervention majorée	36,1	31,8	4,3	1,1
Sécurité des soins								
OLD-13	Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population assurée de ≥ 65 ans)	42	2022	Intervention majorée	51	39	12	1,3
Continuité des soins								



ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
QC-1	Couverture du dossier médical global (% des personnes ayant établi un dossier médical global (DMG) auprès d'un médecin généraliste)	83,6	2021	Intervention majorée	85,1	83,2	1,9	1,0
QC-2	Indice UPC (<i>Usual Provider Continuity</i>) $\geq 0,75$ (% de patients ayant eu 3 contacts ou plus avec un médecin généraliste au cours des 2 dernières années)	60,3	2021	Intervention majorée	64,8	59,2	5,7	1,1
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	43,5	2021	Intervention majorée	50,1	40,0	10,1	1,3
QC-4	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	86,0	2021	Intervention majorée	84,7	86,9	-2,2	1,0
QC-5	Suivi du diabète via une convention, un passeport/pré-trajet de soins ou un trajet de soins (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par antidiabétiques autres que l'insuline)	26,6	2021	Intervention majorée	28,0	26,0	2,0	1,1
Soins centrés sur la personne								
QP-8	Patients impliqués autant qu'ils le souhaitent dans les décisions concernant leurs soins (% des répondants)	98,4	2022	Revenu : le plus bas (\leq 1 700 €/mois) le plus élevé (\geq 2 700 €/mois)	97,4	100	2,6	1,0
QP-9	Patients qui discutent avec les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge de ce qui est le plus important pour eux dans la gestion de leur santé et de leur bien-être (% des répondants)	97,9	2022	Revenu : le plus bas (\leq 1 700 €/mois) le plus élevé (\geq 2 700 €/mois)	97,5	92,1	5,4	1,1
QP-10	Patients qui attribuent une note « bonne » à « excellente » à leur dernière consultation avec un	96,6	2022	Revenu :	96,4	97,7	1,3	1,0



ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
	professionnel des soins (médecin, infirmier...) (% des répondants)			le plus bas (\leq 1 700 €/mois) le plus élevé (\geq 2 700 €/mois)				
QP-11	Patients qui déclarent bénéficier d'un plan de soins qui prend en considération tous leurs besoins de santé et de bien-être (% des répondants)	33,9	2022	Revenu : le plus bas (\leq 1 700 €/mois) le plus élevé (\geq 2 700 €/mois)	43,5	26,8	16,7	1,6
QP-12	Patients déclarant qu'ils reçoivent des informations utiles au moment où ils en ont besoin pour les aider à gérer leur santé et leur bien-être (% des répondants)	46,0	2022	Revenu : le plus bas (\leq 1 700 €/mois) le plus élevé (\geq 2 700 €/mois)	40,7	48,4	7,7	0,8
Accessibilité des soins								
A-3	Sous-indicateur : Contributions personnelles dans les soins médicaux (en % de la consommation finale des ménages)	6,3	2020	Quintiles de dépenses de consommation	4,2	7,2	-3,0	0,6
A-4	Ménages confrontés à des contributions personnelles catastrophiques pour leurs soins de santé (en % des répondants)	5,2	2020	Quintiles de dépenses de consommation	12,2	4,9	7,3	2,5
				Niveau d'éducation du chef de ménage : primaire ou moins, secondaire, supérieur	8,2	4,2	4	2,0
A-6	Personnes ayant autodéclaré des besoins en examens médicaux non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants \geq 16 ans)	0,9	2022	Quintiles de revenu	2,6	0,0	2,6	—
				Niveau d'éducation : primaire ou moins, secondaire, supérieur	2,0	0,4	1,6	5,0
A-7		2,5	2022	Quintiles de revenu	6,6	0,1	6,5	66,0



ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
	Personnes ayant autodéclaré des besoins en examens dentaires non satisfaits pour des raisons financières (% des répondants ≥ 16 ans)			Niveau d'éducation : primaire ou moins, secondaire, supérieur	4,7	1,2	3,5	3,9
A-8	Volume d'activité ambulatoire des médecins « conventionnés » (= médecins ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des consultations/contacts ambulatoires auprès des médecins actifs)	MG : 87,3 MS : 44,0	2021	Intervention majorée	MG : 89,2 MS : 52,8	MG : 86,5 MS : 41,6	MG : 2,7 MS : 11,2	MG : 1,0 MS : 1,3
A-9	Volume d'activité ambulatoire des dentistes « conventionnés » (= dentistes ayant adhéré à la convention tarifaire nationale) (% des contacts ambulatoires auprès des dentistes actifs)	26,3	2021	Intervention majorée	43,6	22,9	20,7	2,1
A-13A	Sous-indicateur : Personnes ayant subi un retard dans l'obtention des soins de santé en raison de la distance ou de problèmes de transport (% des répondants ≥ 15 ans)	1,6	2018	Quintiles de revenu	3,8	0,6	3,2	6,3
A-13B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins médicaux non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants ≥ 16 ans)	0,5	2021	Quintiles de revenu	0,6	0,1	0,5	6,0
A-14B	Personnes ayant autodéclaré des besoins en soins dentaires non satisfaits pour des raisons de délai d'attente (% des répondants ≥ 16 ans)	0,6	2021	Quintiles de revenu	0,6	0,4	0,2	1,5
Prévention								
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	57,3	2021	Intervention majorée	55,2	58,1	-2,9	1,0
P-6	Dépistage du cancer du sein (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	59,0	2021	Intervention majorée	43,1	62,9	-19,8	0,7
P-7	Dépistage du cancer du sein via le programme organisé (% des femmes âgées de 50 à 69 ans)	31,5	2021	Intervention majorée	21,1	33,9	-12,8	0,6
P-11	Contacts réguliers avec un dentiste (% de la population ≥ 3 ans)	53,8	2021	Intervention majorée	42,0	56,8	-14,8	0,7
Soins de santé mentale								



ID	Indicateur	Valeur globale	Année	Classification du SSE	Valeur dans le groupe social le plus défavorisé	Valeur dans le groupe social le plus favorisée	Différence absolue (SSE le plus défavorisé moins SSE le plus favorisé)	Différence relative (SSE le plus défavorisé divisé par SSE le plus favorisé)
MH-3	Délai d'attente pour un 1 ^{er} contact avec un centre ambulatoire de santé mentale (jours) (Flandre uniquement)	41	2022	Intervention majorée	50	36	14	1,4
MH-7	Prise d'antidépresseurs (au moins une fois par an, % de la population ≥ 18 ans)	13,7	2021	Intervention majorée	22,5	8,9	13,6	2,5
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population ≥ 18 ans)	12,4	2020	Intervention majorée	10,7	13,1	-2,4	0,8
Soins aux personnes âgées								
OLD-3	Aidants informels (% de la population âgée de ≥ 50 ans)	16,6	2018	Quintiles de revenu	10,4	26,0	-15,6	0,4

Remarque : SSE = statut socioéconomique

Encadré 11 – Méthode du « *fairness gap* »

Le *fairness gap* est une méthodologie proposée par Fleurbaey et Schokkaert (2009, 2011)^{74, 78}, qui permet d'évaluer le principe de l'équité horizontale. Il s'agit d'une généralisation de l'évaluation de l'inéquité horizontale des soins de santé telle qu'étudiée entre autres par l'OCDE.^{79, 80}

Le *fairness gap* est la différence entre le recours aux soins de santé observé chez une personne (par exemple, consultation chez un MG ou un spécialiste) et une norme ajustée en fonction des besoins. La norme n'est pas la même pour chaque personne, mais est ajustée en fonction des besoins en soins de santé de la personne (ou plus généralement en fonction de toutes les caractéristiques qui sont considérées comme conduisant à des différences justes dans le recours aux soins de santé), sans toutefois tenir compte de la position socioéconomique de la personne (ou plus généralement de toutes les caractéristiques qui sont considérées comme conduisant à des différences injustes dans le recours

aux soins de santé). Par conséquent, la même norme de recours aux soins de santé s'applique à deux personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, mais un niveau de revenu ou d'éducation différent. Vous trouverez des détails techniques sur le calcul du *fairness gap* dans la note méthodologique sur l'équité figurant en annexe de ce rapport.

Lorsque nous utilisons le terme *recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins* dans ce chapitre, nous faisons plus particulièrement référence au *fairness gap*.

Dans ce rapport, nous avons utilisé l'âge (EU-SILC) ; le genre (EU-SILC) ; l'état de santé autoévalué, la présence d'une maladie chronique et de limitations des activités quotidiennes (EU-SILC) ; les informations quant aux pathologies basées sur le recours aux médicaments (AIM), l'incapacité de travail ou l'invalidité (AIM) et le droit au forfait malades chroniques (AIM) comme indicateurs des besoins en soins de santé en ce qui concerne les contacts avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste, un service d'urgence et des soins hospitaliers classiques.



Comme aucune variable spécifique n'est disponible pour procéder à un ajustement en fonction des besoins en soins dentaires, seuls l'âge et le genre ont été utilisés. Cependant, on pourrait soutenir que cela est suffisant car des soins dentaires réguliers, et en particulier des soins dentaires préventifs réguliers, sont recommandés quel que soit l'état de santé.

7.2 Inéquités socioéconomiques dans le recours aux services de santé

Les inégalités jugées injustes sont appelées « inéquités ». Dans ce chapitre, nous évaluons l'inéquité dans le recours aux soins de santé par le *principe de l'équité horizontale* qui est défini comme l'égalité des soins (ou d'accès aux soins) pour les personnes ayant les mêmes besoins en soins de santé, indépendamment d'autres caractéristiques telles que le revenu, le niveau d'éducation, le lieu de résidence, la race, etc.²² Nous supposons que, en moyenne, le *principe de l'équité verticale* est respecté, car faute d'informations diagnostiques réelles disponibles, il est difficile de vérifier l'adéquation des soins reçus au niveau individuel.

Le principe d'équité horizontale est mis en pratique à l'aide du *fairness gap*, une méthodologie permettant de corriger le recours aux soins de santé d'une personne en tenant compte des différences dans les besoins en soins de santé (voir Encadré 11 pour plus de détails sur le *fairness gap*). Une telle correction est nécessaire et cruciale pour comprendre et interpréter les disparités dans le recours aux soins de santé. Nos résultats montrent par exemple qu'il n'y a pas d'inégalités socioéconomiques dans le recours aux soins spécialisés en fonction du niveau de revenu ou d'éducation, mais révèlent d'importantes inéquités socioéconomiques une fois que ce recours est ajusté en fonction des besoins en soins de santé (voir ci-dessous et la fiche technique EQ-3 en annexe de ce rapport). Un ensemble unique de données a été créé spécifiquement pour cette analyse. Il relie les riches données de niveau individuel sur les caractéristiques sociodémographiques, le statut socioéconomique et l'état de santé de l'enquête EU-SILC de Statbel, les données de niveau individuel sur le recours aux soins de santé et les informations socioéconomiques

complémentaires de l'AIM, et les données de niveau communal sur l'offre de soins de santé de l'INAMI.

Nous évaluons si des disparités systématiques par groupe socioéconomique ou selon une dimension socioéconomique subsistent après ajustement du recours aux soins de santé en fonction des différences dans les besoins en soins de santé. Les différences socioéconomiques systématiques dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins violent le principe de l'équité horizontale et indiquent que le recours aux soins de santé n'est pas distribué de manière équitable.

La Figure 3 et le Tableau 17 donnent un aperçu des résultats de cette évaluation pour sept indicateurs portant sur le recours aux soins de santé. La Figure 3 est une carte thermique qui présente la différence entre le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans un sous-groupe spécifique et le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la population. Les valeurs proches de zéro (en gris) indiquent que le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans le sous-groupe et dans la population est similaire. Les valeurs positives (en bleu) ou négatives (en orange/rouge) impliquent, respectivement, un recours plus ou moins important aux soins de santé dans le sous-groupe que prévu en fonction des besoins en soins de santé. L'Encadré 12 fournit plus d'informations sur la façon d'interpréter les résultats de la carte thermique ainsi qu'un exemple. Dans le Tableau 17, nous rapportons, pour chaque indicateur, l'indice de concentration absolue, qui est un score récapitulatif de l'inéquité dans la distribution du recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins selon une dimension socioéconomique (distribution des niveaux de revenu ou d'éducation). Si aucune inéquité socioéconomique n'est constatée, l'indice de concentration prend la valeur nulle. Les valeurs positives ou négatives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi, respectivement, les groupes les plus favorisés ou les plus défavorisés. Une valeur absolue plus élevée de l'indice de concentration indique des niveaux plus élevés d'inéquité. L'Encadré 13 fournit de plus amples informations sur l'indice de concentration.



Le score (pictogramme) attribué à l'indicateur dans le Tableau 17 est une évaluation globale basée sur les inégalités socioéconomiques présentées à la fois dans la Figure 3 et dans le Tableau 17.

Encadré 12 – Interprétation de la carte thermique

La Figure 3 est une carte thermique qui présente les différences dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins. Elle fournit des informations sur la différence (absolue) entre le *fairness gap* moyen dans la population et le *fairness gap* moyen dans divers sous-groupes de population d'intérêt pour une année donnée (sur l'axe horizontal), et ce pour l'ensemble des sept indicateurs (sur l'axe vertical).

Les *sous-groupes* suivants sont évalués (une définition technique est disponible dans la note méthodologique sur l'équité figurant en annexe de ce rapport) :

- Groupes basés sur le diplôme le plus élevé obtenu : pas de diplôme, primaire ou secondaire inférieur ; secondaire supérieur ; enseignement supérieur. Dans le cas des soins dentaires préventifs pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents.
- Groupes de revenu basés sur le revenu disponible équivalent des ménages : à risque de pauvreté ; classe moyenne inférieure ; classe moyenne intermédiaire ; classe moyenne supérieure ; plus hauts revenus.
- Autres sous-groupes en situation de vulnérabilité financière : chômeurs (âgés de 18 à 65 ans) ; célibataires (âgés de 18 à 65 ans) ; bénéficiaires de l'intervention majorée, à risque de pauvreté avec ou sans intervention majorée ; personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle grave (la privation matérielle fait référence à un état de pression économique, la privation matérielle aigüe indiquant l'incapacité à couvrir les dépenses liées à 4 ou plus des 9 éléments mesurés).

Comment lire la carte thermique ?

Dans chaque carré, la différence est indiquée sous la forme d'un chiffre et d'une couleur. Les valeurs négatives (en orange et rouge) indiquent que – après prise en considération des besoins en soins de santé – le sous-groupe a un recours aux soins de santé moins important que la population en général. Les valeurs positives (en cyan et bleu), en revanche, indiquent que – après prise en considération des besoins en soins de santé – le sous-groupe a un recours aux soins de santé plus important que la population en général. Les carrés de couleur grise indiquent que la différence entre le sous-groupe et la population est faible. La variation des couleurs permet un aperçu rapide de l'inégalité pour un indicateur (horizontal) ou un sous-groupe (vertical) spécifique et de l'évolution dans le temps (2012, 2018 et 2021). Pour les indicateurs relatifs au nombre de contacts de soins médicaux, la différence est exprimée en nombre de contacts et la légende de couleur inférieure s'applique ; pour tous les autres indicateurs (binaires), la différence est exprimée en points de pourcentage et la légende supérieure s'applique.

Exemple

La deuxième ligne fournit des informations sur la probabilité d'avoir eu au moins un contact avec un MG au cours de l'année écoulée. Après ajustement en fonction des besoins et calcul du *fairness gap*, nous constatons que les personnes à risque de pauvreté mais sans intervention majorée (colonne 11) ont une probabilité inférieure de 6 points de pourcentage de consulter un MG en 2012 par rapport à la moyenne de la population. La valeur négative est représentée par la couleur de fond orange. Les carrés adjacents pour 2018 et 2021 indiquent que l'écart par rapport à la population a encore augmenté pour atteindre une probabilité inférieure de 10 points de pourcentage en 2021.



Encadré 13 – L'indice de concentration

L'indice de concentration est une mesure de disparité standard couramment utilisé dans la littérature économique pour évaluer les inégalités et inéquités socioéconomiques.⁸⁰⁻⁸² Il résume l'inéquité observée en un seul score, ce qui permet de saisir facilement l'évolution dans le temps. L'indice de concentration évalue la mesure dans laquelle l'indicateur de soins de santé, par exemple le fait d'avoir eu un contact avec un MG ou un spécialiste au cours de l'année écoulée, est concentré parmi les personnes lorsque celles-ci sont classées par statut socioéconomique, c'est-à-dire d'un faible revenu à un revenu élevé ou d'un faible niveau d'éducation à un niveau d'éducation élevé. L'indice de concentration ne distingue pas un sous-groupe de revenu ou d'éducation spécifique, mais utilise l'ensemble de la distribution des niveaux de revenu ou d'éducation pour résumer la disparité en un seul score.

Le score récapitulatif peut être positif ou négatif. Les valeurs positives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la moitié supérieure/le haut de la distribution (revenu ou éducation), tandis que les valeurs négatives impliquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins dans la moitié inférieure/le bas de la distribution (revenu ou éducation). Une valeur nulle indique l'absence d'inéquités systématiques par statut socioéconomique.

La situation financière, un facteur d'inéquité plus important que l'éducation

Une première conclusion générale qui peut être tirée de la Figure 3 est que si des inéquités dans le recours aux soins de santé sont observées en fonction du niveau d'éducation (par exemple, en ce qui concerne les soins spécialisés et les soins dentaires), la situation financière des personnes ou des ménages s'avère un facteur d'inéquité plus important dans le recours aux soins de santé.

Recours aux soins hospitaliers classiques assez équitable

Les résultats pour les hospitalisations classiques (*indicateur EQ-5*) montrent que les différences dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins étaient faibles (Figure 3) et que l'indice de concentration était proche de 0 (Tableau 17). Nous en concluons que le l'utilisation des soins hospitalisations classiques est en relation avec les besoins en soins de santé et que l'accès peut dès lors être considéré comme équitable.

Mais inéquités dans les contacts avec un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un service d'urgence

La grande majorité de la population adulte a eu au moins un contact avec un médecin généraliste (MG), un médecin spécialiste ou un service d'urgence au cours des 12 derniers mois. En 2021, environ 89 % de la population a eu au moins un contact avec un MG, 66 % avec un médecin spécialiste, 15 % avec un service d'urgence, et 93 % avec au moins un de ces trois services. Comme prévu, les groupes ayant des besoins en soins élevés avaient des taux de contacts plus élevés et un nombre plus élevé de contacts.

Après correction en fonction des besoins en soins de santé, nous constatons que les inéquités socioéconomiques étaient plus répandues dans les *soins de médecine générale, spécialisés et d'urgence* que dans les soins hospitaliers classiques. Une tendance similaire se dégage pour les contacts avec un MG, un spécialiste ou un service d'urgence (*indicateur EQ-1*) et les consultations auprès d'un MG (*indicateur EQ-2*). Les MG sont des prestataires de soins de première ligne et devraient être facilement accessibles. Malgré les taux de contacts élevés et le fait que les soins de médecine générale soient relativement peu coûteux – petit montant pour les tickets modérateurs et taux d'adhésion à la convention élevés (voir indicateur A-8) –, la Figure 3 suggère qu'il existe des obstacles qui empêchent certains groupes de consulter un MG lorsque les besoins sont présents. Notez que la Belgique fait partie d'un groupe restreint de pays de l'UE où les soins de médecine générale ne sont pas gratuits au point d'utilisation ou où les ménages à faible revenu ne sont pas exemptés de contributions personnelles.^{43, 83} Des taux de contacts plus faibles sont principalement observés chez les personnes à risque de pauvreté, les



personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe ainsi que les chômeurs et les célibataires âgés de 18 à 65 ans. Une constatation positive est que les bénéficiaires de l'intervention majorée avaient une probabilité de consulter un MG similaire à la moyenne de la population, même lorsqu'ils sont à risque de pauvreté (voir également ci-dessous). En outre, certains groupes vulnérables présentaient un taux de contacts plus faible, mais une fois qu'un premier contact était établi, ils avaient un nombre plus élevé de visites (de suivi), comme c'était le cas, par exemple, pour les personnes à risque de pauvreté, les personnes de la classe moyenne inférieure et les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe. Cette constatation est également corroborée par la valeur négative de l'indice de concentration concernant le nombre de contacts avec un MG (Figure 3). Un nombre plus élevé de contacts avec un MG en faveur des groupes les plus défavorisés est, d'une part, un signal positif concernant l'accessibilité financière des soins de médecine générale, mais peut, d'autre part, être une compensation des inéquités observées pour les soins spécialisés (voir ci-dessous) et doit donc également être considéré comme un signal d'alarme concernant les obstacles à l'accessibilité pour d'autres types de soins. Une telle valeur négative n'est pas observée, au niveau de l'indice de concentration, en ce qui concerne le nombre combiné de contacts (MG, spécialistes et urgences).

Au niveau des contacts avec un médecin spécialiste (*indicateur EQ-3*), les inéquités socioéconomiques étaient plus prononcées et des gradients sociaux clairs peuvent être discernés. On observe non seulement un recours moins important aux soins spécialisés par les personnes ayant un faible niveau d'éducation et un faible revenu, mais aussi un recours plus important aux soins spécialisés par les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et un revenu élevé que ce qui peut être expliqué par l'état de santé (Figure 3). Les valeurs positives significatives de l'indice de concentration indiquent que les disparités en faveur des personnes à revenu élevé et hautement qualifiées ne sont pas seulement liées à la décision de consulter un médecin spécialiste, mais aussi au nombre de contacts (Figure 3). Un recours nettement moins important aux soins spécialisés est également constaté chez les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe, les chômeurs, les célibataires âgés

de 18 à 65 ans et les BIM (Figure 3). Pour ces derniers, les résultats sont contraires à ceux observés pour les soins de médecine générale.

Pour les contacts avec des urgences (*indicateur EQ-4*), des inéquités socioéconomiques sont également constatées, mais suivant un schéma opposé aux soins spécialisés : un recours accru aux soins d'urgence par les personnes peu qualifiées et à faible revenu. Les inéquités se sont réduites au fil du temps. Les soins d'urgence semblent remplacer les soins de médecine générale et spécialisés chez les personnes à risque de pauvreté ou en situation de privation matérielle aigüe, et dans une moindre mesure, chez les personnes peu qualifiées. Une explication est que contrairement aux soins spécialisés et de médecine générale, les soins d'urgence sont gratuits au point d'utilisation, même si au bout du compte, ils ne sont pas nécessairement moins coûteux. Une autre explication est que le report de soins médicaux pour des raisons financières (voir *indicateur A-6*) a entraîné un problème de santé aigu nécessitant des soins d'urgence. Le risque de besoins non satisfaits est considérablement plus élevé chez les personnes à faible revenu et peu qualifiées (voir Tableau 16).

On peut s'interroger sur le caractère inéquitable d'un recours accru aux soins d'urgence par les personnes en situation de vulnérabilité financière. Si ce recours accru est le résultat de besoins en soins de santé qui n'ont pas été satisfaits dans un autre cadre en raison d'obstacles à l'accessibilité, il ne devrait probablement pas être considéré comme inéquitable, mais même dans ce cas, il reste un signal d'alarme concernant les obstacles à l'accessibilité pour d'autres types de soins.

Inéquités importantes et croissantes dans les soins dentaires

Seule la moitié de la population belge a eu des contacts réguliers avec un dentiste au cours des trois dernières années (voir *indicateur P-11*), avec des taux de contacts encore plus faibles pour les soins dentaires préventifs. Il existe par ailleurs d'importantes différences dans le recours aux soins dentaires en fonction du statut socioéconomique.

Les inéquités socioéconomiques dans les soins dentaires sont conformes à au schéma observé pour les soins spécialisés, mais sont plus prononcées, comme l'illustrent les résultats présentés dans le Tableau 17 et la Figure 3. Il existe une grande fracture sociale avec, d'une part, de faibles taux de



soins dentaires (préventifs) réguliers chez les personnes peu qualifiées et à faible revenu et, d'autre part, des taux élevés chez les personnes hautement qualifiées et à revenu élevé. La Figure 3 montre par exemple qu'en 2021, il y avait un écart de 19 points de pourcentage dans les taux de contacts pour les soins dentaires (préventifs) entre les adultes à risque de pauvreté (-11 points de pourcentage) et les adultes faisant partie du groupe des plus hauts revenus (+8 points de pourcentage). En outre, de faibles taux de soins dentaires (préventifs) réguliers sont constatés pour tous les groupes de population financièrement vulnérables examinés, en particulier les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe.

Malgré une exonération des tickets modérateurs pour les enfants, les inégalités socioéconomiques dans les soins dentaires préventifs réguliers chez les enfants étaient encore plus importantes que chez les adultes. En 2021, un écart de 27 points de pourcentage était constaté dans les taux de contacts pour les soins dentaires préventifs entre les enfants des ménages à risque de pauvreté (-11 points de pourcentage) et ceux des ménages faisant partie des plus hauts revenus (+16 points de pourcentage). Ces résultats indiquent clairement qu'il existe des obstacles importants à l'accessibilité des soins dentaires qui ne sont pas résolus uniquement par une exonération des tickets modérateurs et qui nécessitent d'autres mesures.

Intervention majorée : un instrument efficace pour les soins de médecine générale, mais pas pour les autres types de soins de santé

Plusieurs mesures de protection, dont l'intervention majorée, ont été introduites dans le système public d'assurance maladie obligatoire afin de réduire ou d'éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé. Les bénéficiaires de l'intervention majorée (environ 20 % de la population en 2022) bénéficient d'une réduction des tickets modérateurs et de l'application obligatoire du principe du tiers payant pour les consultations de médecine générale.^{84, 85}

Sur la base des résultats présentés à la Figure 3, l'intervention majorée semble être une mesure efficace pour éliminer les obstacles à l'accès aux soins de médecine générale. Après ajustement en fonction des besoins en

soins de santé, cet accès était meilleur pour les BIM que pour les autres groupes financièrement vulnérables. Les BIM avaient une probabilité de consulter un MG similaire à la moyenne de la population, même lorsqu'ils étaient à risque de pauvreté, et ce contrairement aux autres groupes financièrement vulnérables tels que les chômeurs et les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe.

Un autre résultat notable mis en évidence dans la Figure 3 est la différence dans le recours aux soins de médecine générale par les personnes à risque de pauvreté avec et sans intervention majorée. Les taux de contacts ainsi que le nombre de contacts étaient nettement plus faibles chez les personnes à risque de pauvreté sans intervention majorée (non-BIM). L'éligibilité à l'intervention majorée est subordonnée aux ressources et ciblée sur les ménages à faible revenu, mais le droit n'est pas octroyé automatiquement pour la majorité des ménages éligibles. Des recherches antérieures ont révélé d'importants taux de non-participation lorsque les personnes doivent demander le statut, si bien qu'un pourcentage important des personnes à risque de pauvreté se retrouvent sans protection (environ 35 % en 2021).^{22, 42, 85-87} Ce groupe de ménages à risque de pauvreté potentiellement éligibles mais non bénéficiaire connaît non seulement un accès réduit aux soins de médecine générale, mais sa sous-utilisation s'aggrave avec le temps et s'étend à d'autres types de soins.

En ce qui concerne les soins spécialisés et les soins dentaires, les BIM étaient confrontés aux mêmes inégalités que les autres groupes financièrement vulnérables. Le statut BIM est donc moins efficace pour améliorer l'accès à ces types de soins. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette divergence. Premièrement, les avantages diffèrent ; plus précisément, l'application obligatoire du principe du tiers payant ne s'applique qu'aux soins de médecine générale, et non aux soins spécialisés ou dentaires. Deuxièmement, les taux d'adhésion à la convention des médecins spécialistes et des dentistes sont beaucoup plus faibles que ceux des médecins généralistes (voir indicateurs A-8 et A-9), ce qui entraîne une insécurité des prix et augmente la probabilité de suppléments. De plus, pour les soins dentaires, davantage de services ne sont pas couverts, ce qui contribue à une part élevée de contributions personnelles (voir indicateur A-2).



Conclusion

On observe d'importantes inégalités socioéconomiques pour les soins dentaires réguliers et les soins spécialisés, le recours ajusté en fonction des besoins augmentant fortement avec le niveau d'éducation et de revenu et les taux de contacts s'avérant plus faibles dans tous les groupes financièrement vulnérables examinés.

Pour les soins de médecine générale, les inégalités socioéconomiques étaient moins importantes et l'accès des bénéficiaires de l'intervention majorée était élevé. Un tel impact positif de l'intervention majorée n'est pas observé pour l'accès aux soins spécialisés ou dentaires.

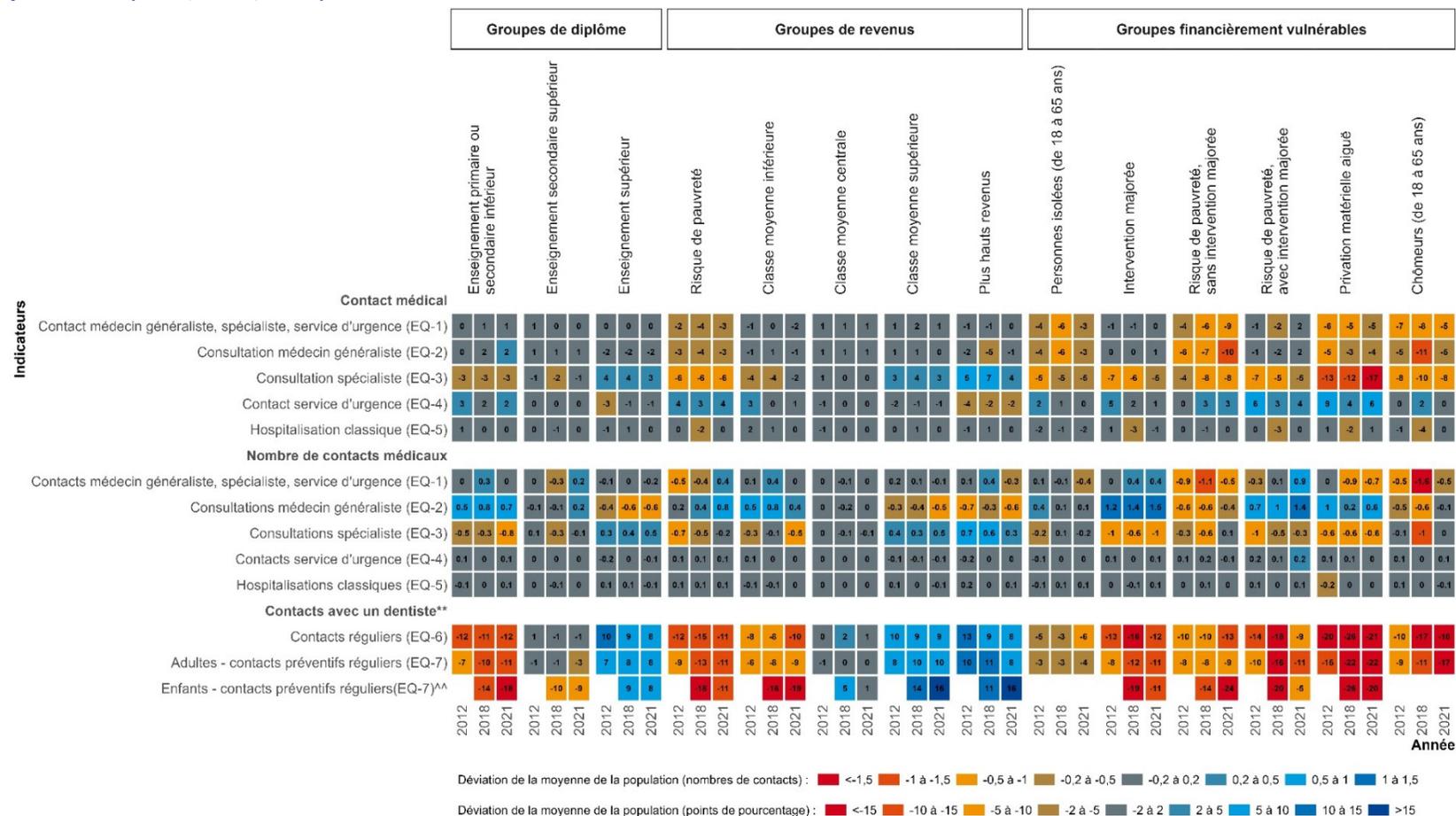
Les inégalités dans les soins d'urgence favorisaient les personnes à faible revenu, peu qualifiées et financièrement vulnérables. Une constatation similaire est établie en ce qui concerne le nombre de contacts avec un MG. Ces deux éléments peuvent être dus à un effet de substitution induit par les obstacles à l'accès dans d'autres types de soins.

Aucune inégalité n'est observée pour les soins hospitaliers classiques.

Compte tenu de tous les indicateurs, le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins était particulièrement faible chez les chômeurs âgés de 18 à 65 ans, les personnes vivant dans des ménages en situation de privation matérielle aigüe et les personnes à risque de pauvreté mais ne bénéficiant pas de l'intervention majorée. La réduction du non-recours à l'intervention majorée pourrait aider à surmonter les obstacles à l'accès pour ce dernier groupe.



Figure 3 – Écarts dans le recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins entre la population et les sous-groupes, par sous-groupe et par année (2012, 2018, 2021)



Remarques : ** Les besoins en soins de santé en cas de soins dentaires sont limités à l'âge et au sexe (voir Encadré 11) ; ^ Pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents.

Source : calculs KCE basé sur les données EU-SILC (Statbel) / AIM / INAMI.



Tableau 17 – Indicateurs d'équité des soins de santé

(ID) Indicateur	Score	Moyenne	Année	Indice de concentration absolue ^{oo}		Source	
				Revenu	Éducation		
EQ-1 Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG, médecins spécialistes, urgences (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	92,5 %	2021	0,006	-0,002	EU-SILC/AIM
		Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	9,9	2021	-0,077	-0,054	EU-SILC/AIM
EQ-2 Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : MG (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	88,5 %	2021	0,003	-0,008	EU-SILC/AIM
		Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	6,5	2021	-0,263	-0,273	EU-SILC/AIM
EQ-3 Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Médecins spécialistes (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	66,1 %	2021	0,016	0,012	EU-SILC/AIM
		Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	5,0	2021	0,182	0,259	EU-SILC/AIM
EQ-4 Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Urgences (population ≥ 18 ans)	+	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	14,5 %	2021	-0,010	-0,007	EU-SILC/AIM
		Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	1,4	2021	-0,030	-0,033	EU-SILC/AIM
EQ-5 Contacts avec le système de santé (nombre de contacts et au moins un contact) : Hospitalisations classiques (population ≥ 18 ans)	ST	Au moins un contact (% des répondants ≥ 18 ans)	11,4 %	2021	0,000	0,001	EU-SILC/AIM
		Nombre de contacts (si au moins 1 contact)	1,3	2021	-0,029	-0,043	EU-SILC/AIM
EQ-6 Contacts réguliers avec un dentiste (population ≥ 18 ans)**	+	Avec contact régulier (% des répondants ≥ 18 ans)	58,1 %	2021	0,045	0,042	EU-SILC/AIM
EQ-7 Contacts préventifs réguliers avec un dentiste (adultes et enfants)**	ST	Avec contact régulier (% des répondants ≥ 18 ans)	38,4 %	2021	0,046	0,041	EU-SILC/AIM
	ST	Avec contact régulier (% des répondants < 18 ans)^^^	47,2 %	2021	0,068	0,049	EU-SILC/AIM

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

Remarques : ** Les besoins en soins de santé en cas de soins dentaires sont limités à l'âge et au sexe (voir Encadré 11) ; ^^ Pour les enfants, les groupes d'éducation sont basés sur le niveau d'éducation des parents ; °° L'indice de concentration absolue du recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins est indiqué en gras lorsque la valeur est significativement différente de zéro ($p < 0,05$). Une valeur nulle indique l'absence d'inéquités, des valeurs positives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi les groupes les plus favorisés, et des valeurs négatives indiquent des niveaux plus élevés de recours aux soins de santé ajusté en fonction des besoins parmi les groupes les plus défavorisés. Des valeurs absolues plus élevées de l'indice de concentration absolue reflètent un niveau plus élevé d'inéquité absolue dans la distribution. Notez que l'indice de concentration (relative) peut être obtenu en divisant l'indice de concentration absolue par la valeur moyenne.