

Quand l'origine sociale creuse les inégalités de santé

Tous les Belges ne sont pas égaux devant les questions de santé. L'origine sociale creuse les écarts. Tout autant que l'appartenance régionale.

ÉRIC BURGRAFF

Tous les Belges ne sont pas égaux devant les problèmes de santé et, de ce fait, devant le risque de mortalité. En la matière, l'origine sociale s'impose comme explication majeure : plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé, qu'il soit physique ou mental, se dégrade. C'est en tout cas ce qui ressort d'une étude de l'Agence intermutualiste (un organisme créé par les sept mutualités nationales qui compile et analyse des millions de données anonymisées). L'Agence s'est attachée à croiser des indicateurs de santé (consultations, incapacité de travail, consommation de médicaments, décès...) avec la stratification sociale du territoire (calculée sur base des statistiques fiscales). Les résultats obtenus vont dans le sens des constats souvent posés par d'autres organismes. Celui-ci par exemple : les citoyens belges les plus pauvres présentaient, en 2016, un risque de mortalité de 22 % supérieur à celui de la population générale. De plus, par rapport aux tranches de population les plus aisées, le risque de mortalité est de 56 % supérieur. « En d'autres termes : les Belges vivant dans les quartiers les plus pauvres ont un risque accru de 56 % de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivent dans les quartiers les plus riches », commentent les experts de l'Agence. « De tels écarts reflètent un état de santé plus dégradé suite aux conditions de vie, sociales et économiques, plus dures lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale. » De plus, l'étude démontre que plus on est en proie à des difficultés socio-économiques, moins la prévention est efficace. Même avec « la possibilité de soins préventifs gratuits (mammotest, soins dentaires préventifs pour les enfants...) : il n'y a aucune garantie d'accès effectif et égal pour tous ».

Tout ceci est dans la même ligne que d'autres études : ainsi, fin 2018, le professeur Thierry Eggerickx (UCL) démontrait, à travers un calculateur de positionnement social très complet, que l'écart d'espérance de vie à la naissance entre groupes sociaux favorisés et groupes sociaux défavorisés pouvait atteindre 6,6 années chez les femmes et 9,1 années chez les hommes.

La Wallonie à la peine

Pourtant, le travail de l'Agence intermutualiste recèle un autre intérêt majeur : il met au jour des différences majeures –



sur le même thème – entre Flamands, francophones et Bruxellois. La question de la mortalité, par exemple, interpelle. On l'a vu, entre pauvres et riches, le risque de décès dans l'année est de 56 % supérieur au niveau national. Par contre, la différence de risque est de 58 % en Flandre, de 66 % en Wallonie, mais retombe à 36 % à Bruxelles. Tout au long de la centaine de pages de l'étude, les indicateurs sont à l'avenant. Sur l'incapacité de travail de 30 jours minimum par exemple : les travailleurs appartenant à la classe la plus faible présentent un surrisque de 57 % d'être indemnisés par rapport aux travailleurs qui appartiennent à la classe la plus élevée. En Flandre, la différence s'élève à 48 % mais elle grimpe à 84 % en Wallonie et à 91 % à Bruxelles !

Les soins dentaires recèlent également leur lot de différences régionales. Pour peu que le patient se fasse traiter par un dentiste conventionné, les soins dentaires préventifs (détartrage, examen buccal, etc.) sont gratuits pour les jeunes jusqu'à 18 ans. « Mais, manifestement, cette mesure ne suffit pas à garantir l'égalité d'accès. L'impact social est, ici, très important, relèvent les chercheurs. Les jeunes les moins favorisés ont 38 % moins de chances de bénéficier de ce type de soins par rapport à ceux issus de la classe la plus favorisée. La différence est encore plus intense en Wallonie (46 % d'écart entre classes extrêmes).

La consultation du médecin généraliste : de manière globale, on ne voit pas se dessiner d'inégalités, ni entre riches

et moins riches, ni entre Régions. Par contre, elles se font jour quand on examine les prestations dans le détail. Les visites à domicile, par exemple, ici, ce sont ceux qui sont issus de la classe la plus faible qui marquent une préférence pour ce type de contact. « En effet, la probabilité d'avoir une visite de son médecin généraliste est 38 % supérieure pour ceux appartenant à la classe la plus faible par rapport à ceux qui appartiennent à la plus élevée. C'est en Wallonie que ce même pourcentage est le plus élevé (64 %) contre 26 % en Flandre ». Par contre, la Région bruxelloise est atypique : les personnes les moins favorisées ont une probabilité d'appeler le généraliste à domicile de 16 % inférieure à celle des personnes les plus favorisées.

Les mères adolescentes dans la précarité

Enfin, l'Agence intermutualiste a tenté de voir dans quelle mesure les jeunes femmes jusqu'à 20 ans (en 2016) ont eu, au cours de ces quatre dernières années, un accouchement alors qu'elles n'étaient pas encore majeures. Malgré un faible nombre d'observations (qui justifie l'absence d'analyse à l'échelle régionale), on voit se dessiner un gradient social : « Le risque d'avoir accouché durant l'adolescence est accru de 418 % pour les jeunes femmes issues de la classe la moins favorisée par rapport à celles de la classe la plus favorisée. » « Pas de conclusion hâtive », précisent cependant les chercheurs, « avoir un enfant à un jeune âge n'est pas forcément un échec de la prévention. C'est aussi un projet de vie. »

Le recours aux urgences hospitalières est plus fréquent quand on descend le long de l'échelle sociale. Ce n'est pourtant pas la solution la moins chère. © PIERRE-VIVES THIENPONT

De tels écarts reflètent un état de santé plus dégradé suite aux conditions de vie, sociales et économiques, plus dures lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale

”

Constats et recommandations

Explications

L'Agence intermutualiste cherche à expliquer les inégalités. « Pour les populations moins favorisées, un état de santé qui se dégrade signifie que les chances de survie sont moindres, que la probabilité de tomber en incapacité de travail augmente (et donc que les revenus disponibles diminuent encore alors que les dépenses de santé augmentent) et qu'on est davantage confronté à des maladies graves ou invalidantes. Tout cela reflète des conditions de vie, sociales et économiques, plus dures avec moins d'opportunités de pouvoir se soigner correctement. Et cela commence dès l'enfance, comme le montrent les admissions hospitalières en pédiatrie et néonatalogie. Il ne s'agit pas seulement de la santé "physique". Avec les hospitalisations psychiatriques, le recours aux antidépresseurs, aux antipsychotiques, on voit que les inégalités sociales se révèlent également en santé mentale. Ceci ne devrait guère étonner. Vivre ou survivre dans des conditions précaires génère des tensions et un stress permanents auxquels il n'y a pas beaucoup d'issues. »

Stigmatisation

Les experts insistent aussi sur la nécessité de ne pas stigmatiser : « Les inégalités sociales en santé concernent bien l'ensemble de la société. Dans la présentation des résultats, on insiste sur la "tension" entre les classes 1 et 5 : en effet, plus le ratio des indices observés pour ces deux classes est élevé, plus le gradient se verticalise, ce qui montre des inégalités sociales accentuées. Mais il ne s'agit pas seulement d'apprécier la situation de ceux qui appartiennent à la classe la moins favorisée par rapport à ceux de la classe la plus favorisée. En effet, les personnes appartenant aux classes intermédiaires 2, 3 et 4 ont aussi des indices (souvent) moins favorables à celui mesuré pour la classe 5, la plus favorisée. Toutes ces personnes sont donc également concernées par les inégalités en santé. »

Recommandations

Et ils recommandent : « Afin de réduire efficacement les inégalités de santé, l'AIM préconise une amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Mais le système de santé n'est pas seul en cause. Les inégalités en santé résultent de toutes les inégalités sociales. Il faut dès lors avoir une vision plus globale de la santé et questionner les conditions générales de vie, de logement, de l'accueil de la petite enfance, l'accès à l'emploi, à l'éducation, à l'environnement (matériel, social et culturel)... Tous les niveaux de pouvoir de notre pays et tous les acteurs sociaux sont concernés. Si mesurer, c'est savoir, alors maintenant que l'on sait, "Health in all policies" (la santé au cœur de toutes les politiques) devrait être notre nouvelle devise. » É.B.

le mot

LES « JUICERS »

Que font les trottinettes électriques partagées la nuit lorsque les utilisateurs les ont abandonnées sur la voie publique ? Eh bien, elles profitent d'une séance de recharge sur le réseau électrique, assurée par des travailleurs d'un nouveau genre, des « juicers » : terme inspiré de l'anglais *to give juice* (« donner du jus, de l'énergie »). La floraison rapide et massive de ces deux-roues connectés dans quelques grandes villes du pays a assez étonnamment dissi-

mulé la contrainte que représente le rechargement de leurs batteries. Une véritable activité s'y est pourtant greffée avec ces travailleurs qui, chaque soir, sillonnent les rues à la recherche de trottinettes à recharger contre quelque rémunération. Si certains juicers trouvent dans la nouvelle activité un appoint salarial, d'autres s'y sont ménagé un revenu principal moyennant souvent la location d'un garage ou d'un petit local leur permettant de multiplier

chaque soir les rechargements. Dans le portrait que le journal français *Libération* leur consacrait ce week-end, partant de l'exemple parisien, beaucoup de ces nouveaux travailleurs semblent déjà revenus de certaines illusions. L'activité très « flexible » est de moins en moins rémunératrice, suscite des moyens qui mettent en balance l'intérêt environnemental des trottinettes. Pire, provoque une vive concurrence entre juicers. MATHIEU COLINET

MOBILITÉ

Premier mort en trottinette

Un homme de 41 ans a perdu la vie en avril dans ce qui semble être le premier accident mortel avec une trottinette électrique, a annoncé lundi le parquet de Bruxelles. La police est intervenue dans la nuit du 16 au 17 avril vers minuit trente, chaussée de Haecht, auprès d'un homme grièvement blessé, avec une trottinette électrique à ses pieds. Une enquête a été ouverte. Après exploitation des images de vidéosurveillance de la zone concernée, il est apparu que l'homme était seul impliqué dans l'accident. Il est décédé le 18 avril dernier. BELGA