

Riches et pauvres :

A la vie, à la mort

Michel Rosenfeldt ■ Août 2016

Une récente étude, menée de concert par l'UCL et la VUB, a remis en lumière l'influence négative de la précarité sur notre espérance de vie. Ce que les statistiques laissaient déjà percevoir est désormais clairement démontré : un nanti peut vivre jusqu'à 14 ans de plus qu'un précaire !

Malgré les améliorations en termes de santé, d'éducation et de conditions de travail tout au long du 20^{ème} siècle, une réalité persiste : être pauvre « tue » plus vite. Et les chercheurs d'envisager un accroissement de cette différence en raison de la crise de 2008 et de l'augmentation des inégalités sociales.

Imposer l'austérité, couper dans les budgets liés à la santé, ne pas lutter contre le chômage et, au contraire priver ceux qui n'ont pas d'emploi de tout revenu ne fait qu'empirer les choses.

« L'évolution des inégalités sociales et spatiales de mortalité en Belgique et en Wallonie »

Thierry Eggerickx¹, Maître de recherche au FNRS et Professeur au Centre de recherche en démographie de l'UCL est l'un des chercheurs à avoir mené l'étude mettant en évidence le lien entre précarité, mode de vie et mortalité. Il s'agit d'une étude multidisciplinaire financée par le Service public de programmation de la Politique scientifique fédérale (BELSPO), une étude toujours en cours et qui se poursuivra jusqu'en 2018.

Les premiers résultats partiels de cette étude révèlent déjà, en les détaillant, d'une part, l'association négative qui existe entre la situation socioéconomique de chacun et la mortalité, et, d'autre part, une augmentation de ces inégalités sociales de mortalité dans de nombreux pays européens, dont la Belgique et la Wallonie. Un constat préoccupant : ces inégalités sociales persistent, et même, se creusent malgré le fait que nous vivons aujourd'hui deux fois plus longtemps qu'il y a 170 ans et alors même que les différences d'espérance de vie entre les hommes et les femmes se résorbent progressivement. Les différences de mortalité constituent donc, hier comme aujourd'hui, un marqueur social important sur le niveau des inégalités sociales qui sévit au sein d'une société.

Méthodologie utilisée :

- L'étude présentée par M. Eggerickx a pris en compte quatre dimensions : le niveau d'instruction, le statut professionnel, les conditions de logement et d'environnement et le revenu. Les interactions entre ces quatre dimensions ne sont pas toujours évidentes. Ainsi, par exemple, un bon niveau d'instruction ne garantit ni un (bon) emploi, ni un bon logement.
- En se basant sur ces 4 dimensions, 2 optiques d'analyse sont prises en compte :
 1. Une optique « matérialiste ou structurelle » qui met l'accent sur le niveau de vie. Les conditions de logement, le statut professionnel et de revenu prédominent dans cette optique.
 2. Une optique « culturelle ou comportementale » qui met l'accent sur le niveau d'instruction et les attitudes face aux comportements à risque, telles que le recours aux soins de santé par exemple.
- La prise en compte de l'espace communal comme marqueur social pour établir « un indice de condition de vie » dans les communes de Wallonie. Ces communes sont classées en 3 catégories : les communes périurbaines, les agglomérations urbaines et les communes rurales. Cet indice se compose de 40 indicateurs répartis en 4 catégories : « socio-économique », « logement », « environnement » et « services ». La plupart des indicateurs démographiques et sociaux consacrent une opposition entre d'une part les communes

¹ Nous avons rencontré Thierry Eggerickx à l'occasion d'un séminaire organisé par le CEPAG, en avril 2016, sur la thématique de l'espérance de vie.

périurbaines, et d'autre part, les agglomérations urbaines et les communes rurales plus isolées.

- Les groupes sociaux sont identifiés à partir des données des recensements de la population de 1991 et de 2001
- Au final, 16 groupes sociaux ont été identifiés. Ils ont été répartis en 4 grands groupes pour éviter le problème des petits nombres au sein de chaque groupe social, le tout constituant un continuum social, du « groupe social le plus favorisé » au « groupe social le plus défavorisé », en passant par les groupes intermédiaires sociaux « haut » et « bas ».

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

- Des inégalités importantes de mortalité selon les groupes sociaux en 2002 - 2006 :

Entre le « groupe social favorisé » et le « groupe social défavorisé », l'étude met en évidence :

- A l'âge de 5 ans : un écart d'espérance de vie de 10 ans chez les hommes et de 5 ans chez les femmes ;

- A l'âge de 45 ans : un écart d'espérance de vie de 8 ans chez les hommes et de 4 ans chez les femmes.

Entre le « groupe social le plus favorisé » et le « groupe social le plus défavorisé », l'étude met en évidence :

- A l'âge de 5 ans : un écart d'espérance de vie de 14 ans chez les hommes et de 8 ans chez les femmes ;

- A l'âge de 45 ans : un écart d'espérance de vie de 11 ans chez les hommes et de 6 ans chez les femmes.

- Les inégalités de mortalité entre les sexes sont sensiblement plus faibles pour le « groupe social plus favorisé » et augmentent progressivement pour le « groupe social le plus défavorisé ».
- En fonction de l'âge, les inégalités pour le « groupe social défavorisé » se marquent surtout entre 25 et 50 ans, et pour les « groupes sociaux intermédiaires », entre 20 et 35 ans.
- Pour tous les groupes sociaux, chez les hommes comme chez les femmes, les espérances de vie ont augmenté entre 1992-1996 et 2002-2006, mais :

Plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, pour tous les groupes sociaux ;

Plus rapidement pour les « groupes sociaux favorisés » que pour les « groupes sociaux défavorisés » ... entraînant un accroissement des inégalités sociales face aux chances de survie. Pour les « groupes sociaux favorisés », le gain d'espérance de vie chez les hommes à l'âge de 5 ans est de 4,2 à 4,6 ans, alors qu'il n'est que de 2,6 à 3 ans pour les hommes des « groupes sociaux défavorisés » !

- Entre 2002 et 2006, en Wallonie, un homme de 25 ans du « groupe social favorisé » peut espérer encore vivre 56,2 ans alors que pour son homologue de 25 ans du « groupe social défavorisé », l'espérance de vie atteint à peine 46,3 ans, soit une différence de 10 ans entre ces groupes sociaux extrêmes !
- Par rapport à la prise en compte de l'espace communal comme marqueur social, la plupart des indicateurs démographiques et sociaux consacrent une opposition entre d'une part les communes périurbaines, et d'autre part, les agglomérations urbaines et les communes rurales plus isolées :

Depuis 30 ans les écarts se sont creusés entre les communes périurbaines, plus riches, et les agglomérations urbaines. C'est ainsi que la différence d'espérance de vie à la naissance entre le Brabant Wallon et l'agglomération de Charleroi était de 2,3 ans entre 1979 et 1983, alors que cette différence a atteint 5 ans entre 2010 et 2014 ! Entre 1979 et 2014, le gain en espérance de vie à la naissance a été de 9 ans pour le Brabant Wallon et de seulement 6,3 ans pour l'agglomération de Charleroi !

Un homme de 25 à 40 ans résidant dans l'agglomération de Charleroi par rapport à son homologue résidant en Brabant Wallon à :

- Entre 1979 et 1983, 50% en plus de risque de mourir ;
- Entre 1991 et 1995, 60% en plus de risque de mourir ;
- Entre 2005 et 2009, de 90 à 100% en plus de risque de mourir ;

Les premières conclusions que l'on peut tirer des résultats partiels de cette étude sont au nombre de deux :

1. Dans un contexte d'amélioration régulière de la longévité, les inégalités spatiales et sociales face à la mort demeurent très importantes et surtout, elles se sont accentuées !
2. A l'échelle des communes et des milieux de résidence, les écarts de mortalité se sont également accentués ... et les différences se marquent surtout pour les « groupes sociaux défavorisés » !

La santé, une construction sociale

Pour Miguelle Benrubi, Médecin généraliste dans un Centre de santé intégré en région liégeoise, la définition de la santé a évolué depuis le début du XX^{ème} siècle. Elle n'est plus considérée aujourd'hui uniquement comme un état statique et individuel d'absence de maladie ou d'infirmité, mais bien comme une construction sociale sur laquelle une politique collective de santé publique peut avoir une emprise. La Charte d'Ottawa de 1986 définit la santé comme « une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte ».

Comme pour la mortalité (voir plus haut), nous retrouvons aussi ici les mêmes inégalités sociales dans l'état de santé entre les différents groupes sociaux qui sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé. Ces déterminants sociaux sont les conditions socio-économiques (emploi, logement, revenus, éducation...), la qualité de l'environnement (accès à de l'eau potable, l'état de l'agriculture, l'écologie, l'alimentation...), un facteur biologique (génétique et sexualité), le niveau des services de santé et enfin les habitudes, modes de vie, comportements (culture et croyance). C'est donc la distribution inégale de ces déterminants sociaux qui fait que les progrès de la médecine ne profitent pas à tout le monde. Or, souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), nous pouvons agir sur ces injustices sociales en matière de santé. Elles sont donc, selon l'OMS, « évitables », quand bien même elles progressent depuis ces 20 dernières années !

La question qui se pose donc est : « Comment agir ? » Cette question renvoie à une autre question centrale : « Quelle médecine générale pour répondre à quels besoins dans la société ? » Répondre à cette dernière question, selon Miguelle Benrubi, c'est aussi :

- S'interroger sur le rôle social que la société fait jouer à la médecine, dans un contexte où il ne faut plus démontrer l'impact dramatique des réalités sociales sur la santé tant au plan individuel qu'au plan collectif.
- S'interroger sur les fonctions du médecin généraliste. Ne doivent-ils être que « des appendices techniques » ou des leviers au service d'un projet collectif et progressiste de santé publique ?
- Tenir compte des facteurs déterminants qui font que « les gens vivent mal » et qui ont évidemment une influence sur leur santé. On peut citer notamment parmi ces facteurs déterminants : le nombre de travailleurs sans emploi, de personnes qui ne savent ni lire ni écrire, qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté, qui vivent sans domicile fixe, sans oublier la pénibilité/flexibilisation/précarisation du travail, le harcèlement au travail, la situation des familles monoparentales...
- Admettre que la réponse n'est pas seulement scientifique mais aussi et surtout politique et idéologique.
- Reconnaître les limites de l'efficacité des services de santé pour répondre à cette question et, en parallèle, reconnaître l'importance d'une politique globale d'amélioration des conditions économiques et sociales, sans oublier les moyens humains et financiers qu'il

faut mobiliser pour développer les formations de bases et continuées des professionnels de la santé.

- Rendre les soins de santé accessibles à tous, via notamment le développement des maisons médicales.
- Développer des actions non curatives comme la Promotion de la santé, la Prévention et l'Education à la santé, dont l'objectif est de donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé.
- Développer ce qu'on appelle la « Santé communautaire », qui implique que les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».
- Tenir compte des dimensions subjective et anthropologique dans les relations soignants-soignés.
- Construire une nouvelle modélisation de la médecine générale qui englobe tous les enjeux ci-dessus.

En guise de conclusion...

Que ce soit dans l'étude menée par l'UCL et la VUB ou dans l'expérience de terrain de Madame Benrubi, il ressort que malgré les améliorations en matière de santé et de mortalité, une réalité persiste toujours : être pauvre « tue » plus vite.

Les inégalités sociales perdurent et ne font qu'accentuer ce fait. Pire : les politiques d'austérité menées au nom de la recherche absurde d'un équilibre budgétaire continuellement à atteindre ne font qu'augmenter ces inégalités sociales.

En outre, toute la politique actuelle qui vise à allonger la durée de la carrière professionnelle, à rendre encore plus misérable la vie de celles et ceux qui ne trouvent pas de travail, et à retarder l'âge légal de la pension, invoque, pour se justifier, une augmentation de l'espérance de vie. Comme si tout le monde en profitait de la même manière, et alors même que les politiques d'austérité et de précarisation du travail renversent déjà cette tendance pour de nombreuses catégories de travailleurs et de la population.

Face à la machine médiatique bien huilée de la propagande gouvernementale et patronale qui veut nous faire croire que nous allons vivre toujours plus vieux et, sous-entendu, en bonne santé, il est grand temps de se nourrir des arguments qui démontrent le contraire, de se les approprier pour dénoncer cette situation due à l'injustice présente dans notre société : une espérance de vie à deux vitesses.