



Quand santé rime avec inégalités

David Lannoy ■ Janvier 2022

La crise sanitaire de la Covid-19 a révélé au grand jour les profondes inégalités qui traversent notre société. Malheureusement, les promesses d'un monde d'après, plus juste et plus solidaire, se sont rapidement envolées. Et avec elles, l'attention sociétale et médiatique qui s'était portée un temps sur les inégalités sociales. A travers différentes analyses, le CEPAG a décidé de remettre le projecteur sur ce phénomène et ses conséquences. Car, pour lutter contre les inégalités sociales, il est indispensable d'en connaître et comprendre les mécanismes, origines et conséquences.

■ Quand une pandémie révèle - et amplifie – les inégalités sociales

La pandémie de covid-19, la crise sanitaire et les confinements que nous avons connus durant les années 2020-2021 ont rempli un rôle de révélateur, mais aussi d'amplificateur, des crises et inégalités que nous connaissons... et subissons. Les citoyennes et citoyens, alors pour la plupart confinés, ont par exemple pu découvrir qu'une partie d'entre eux n'avaient, au mieux, pas d'accès à l'extérieur dans leur logement, au pire plus de quoi se nourrir et faisaient la queue devant les banques alimentaires dès que l'occasion se présentait.

Les inégalités sociales, et les nombreuses conséquences qui en découlent, ont ainsi épisodiquement été mises en avant par les grands médias. On découvrait ainsi par exemple que 15% des élèves n'avaient pas d'ordinateur à disposition à domicile. Pour ces jeunes, l'accès et le suivi aux cours à distance étaient un vrai parcours du combattant.

Le secteur de la santé n'y a évidemment pas fait exception. La nature même de la crise (... sanitaire !) a même sans doute contribué à rendre particulièrement visibles les inégalités à l'œuvre dans ce domaine. On a donc vu des situations analysées depuis longtemps par des sociologues et des spécialistes de la santé publique, et dénoncées depuis toujours par les associations, syndicats et mutuelles, être mises en avant. Car, en matière de santé, d'accès aux soins ou d'espérance de vie, nous ne sommes pas toutes et tous égaux... Et ces inégalités ne cessent de croître !

■ Non, on n'est pas tous égaux face à la mort

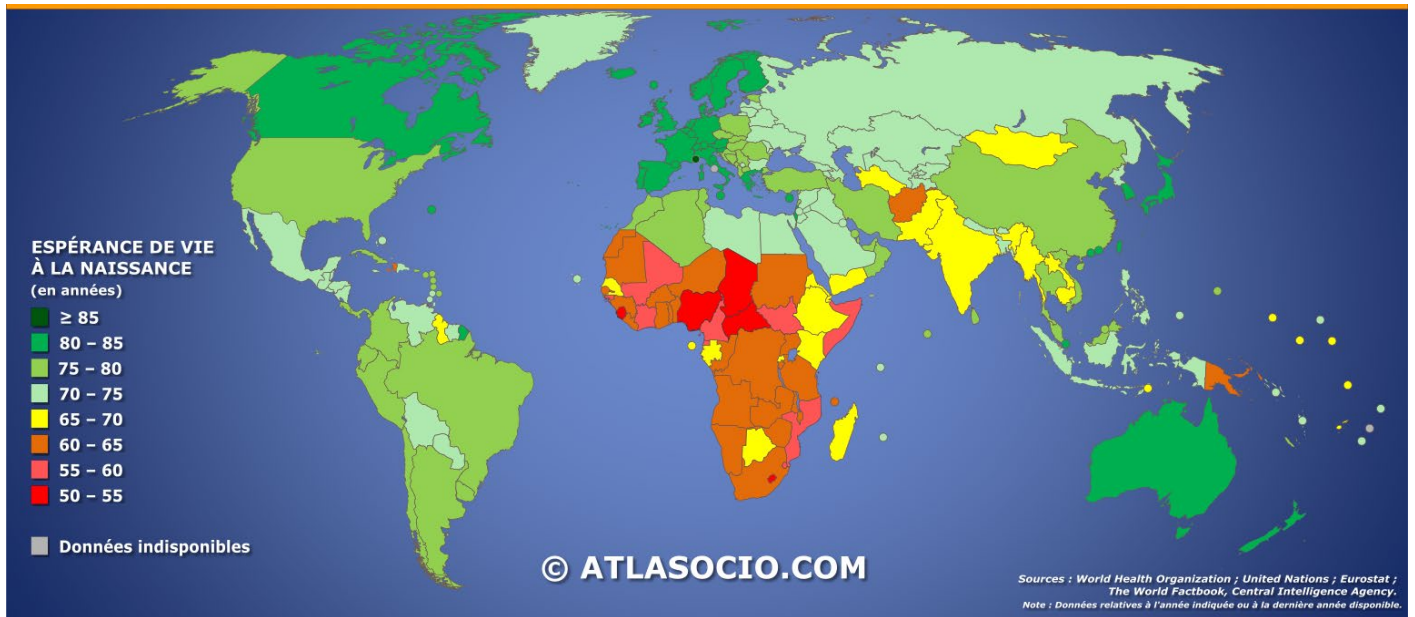
L'adage populaire selon lequel nous serions toutes et tous égaux face à la mort est loin de se vérifier dans les faits. Si tout le monde finit, un jour ou l'autre, par être confronté à sa propre finitude, la durée qui sépare la naissance de celle-ci est en effet variable selon la classe sociale à laquelle on appartient.

Et ces inégalités d'espérance de vie se retrouvent à tous niveaux : entre pays, régions ou classes sociales, selon le niveau de vie et de revenus.

Être né quelque part...

Au niveau mondial, la comparaison entre l'espérance moyenne de vie et le- taux de pauvreté des différents pays est assez frappante. La corrélation entre forte espérance de vie et faible taux de pauvreté, et inversement, apparaît de manière relativement claire quand on compare des cartes thématiques.

Espérance de vie moyenne par pays (2018) ¹



Taux de pauvreté par pays (2018) ²



¹ Sources OMS, ONU, Eurostat, The World factbook et CIA, rassemblées par le site Atlasocio.com.

<https://atlasocio.com/cartes/recherche/selection/esperance-vie.php>

² Sources Banque mondiale, The World factbook, CIA, Eurostat, OCDE et Instituts nationaux de statistiques, rassemblées par le site Atlasocio.com. <https://atlasocio.com/cartes/recherche/selection/taux-pauvrete.php>

Selon que vous soyez puissants ou misérable...

En Belgique, les écarts d'espérance de vie entre riches et pauvres sont particulièrement criantes et augmentent au fil du temps, particulièrement chez les femmes, comme le montre l'étude *Causineq*³ publiée en 2019 par la VUB et l'UCL.

La différence d'espérance de vie entre les 5 % les plus précaires et les plus aisés est tout simplement abyssale !

En Wallonie, les hommes qui font partie des 5% ayant les plus bas revenus vivent en moyenne 13,5 ans de moins que ceux ayant les plus haut revenus. A Bruxelles, la différence est un peu moins élevée mais reste néanmoins énorme puisqu'elle atteint 10 ans et 8 mois. En analysant attentivement le tableau, on se rend compte que ces différences s'accroissent puisque, il y a 20 ans, elles étaient moins élevées, respectivement 13,1 années en Wallonie et 10 ans à Bruxelles.

Chez les femmes, cette différence d'espérance de vie entre plus bas et plus haut revenus atteint 8 ans et demi à Bruxelles et 10 ans et demi en Wallonie. Ici, l'accroissement est sensiblement plus marqué : il y a 20 ans, la différence d'espérance de vie n'était « que » de 6 ans et demi à Bruxelles et 8 ans en Wallonie.

Et, même si l'on élargit les groupes statistiques en prenant en compte les 25 % de la population les plus précarisés – soit une personne sur quatre –, les écarts et leur progression restent particulièrement choquants.

En Wallonie, il y a vingt ans, l'écart d'espérance de vie entre les femmes les plus pauvres et les plus riches était de 5,1 ans, il est de 7,3 années aujourd'hui. Chez les hommes, cet écart est passé de 9,4 ans à 10,1 ans. A Bruxelles, la différence d'espérance de vie a légèrement baissé chez les hommes (moins 5 mois, seule exception dans le tableau) mais augmenté d'un an chez les femmes.

Espérance de vie à la naissance par groupe social, hommes et femmes, en Flandre, Wallonie et Bruxelles - 1992-1996 et 2011-2015								
Groupe social	Hommes				Femmes			
	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
1992-1996								
Plus bas revenus (5 %)	65.6	68.1	66.1	63.9	75.3	76.9	75.5	74.3
Bas revenus (25 %)	69.6	70.4	70.6	67.6	78.3	78.6	78.8	77.2
Revenus moyens inférieurs	73.5	72.6	74.6	71.9	81.1	80.5	81.6	80.3
Revenus moyens supérieurs	75.4	74.8	76.1	74.3	82.2	81.9	82.6	81.6
Hauts revenus	78.0	78.1	78.4	77.0	83.1	83.4	83.5	82.3
Moyenne	73.3	73.1	74.3	71.7	80.1	80.0	80.5	79.3
Différence hauts revenus/ bas revenus	8.4	7.7	7.8	9.4	4.8	4.8	4.7	5.1
2011-2015								
Plus bas revenus (5 %)	70.2	73.1	71.0	68.4	76.6	78.1	76.6	75.6
Bas revenus (25 %)	73.9	75.2	75.0	71.7	80.4	80.8	81.1	78.9
Revenus moyens inférieurs	78.2	77.6	79.1	76.5	84.1	83.6	84.8	82.7
Revenus moyens supérieurs	79.9	79.7	80.7	78.5	84.8	84.3	85.4	83.9
Hauts revenus	83.0	82.4	83.8	81.9	87.0	86.6	87.7	86.1
Moyenne	78.1	77.9	79.1	76.2	83.1	82.8	83.8	81.8
Différence hauts revenus/ bas revenus	9.1	7.3	8.8	10.1	6.6	5.8	6.6	7.3

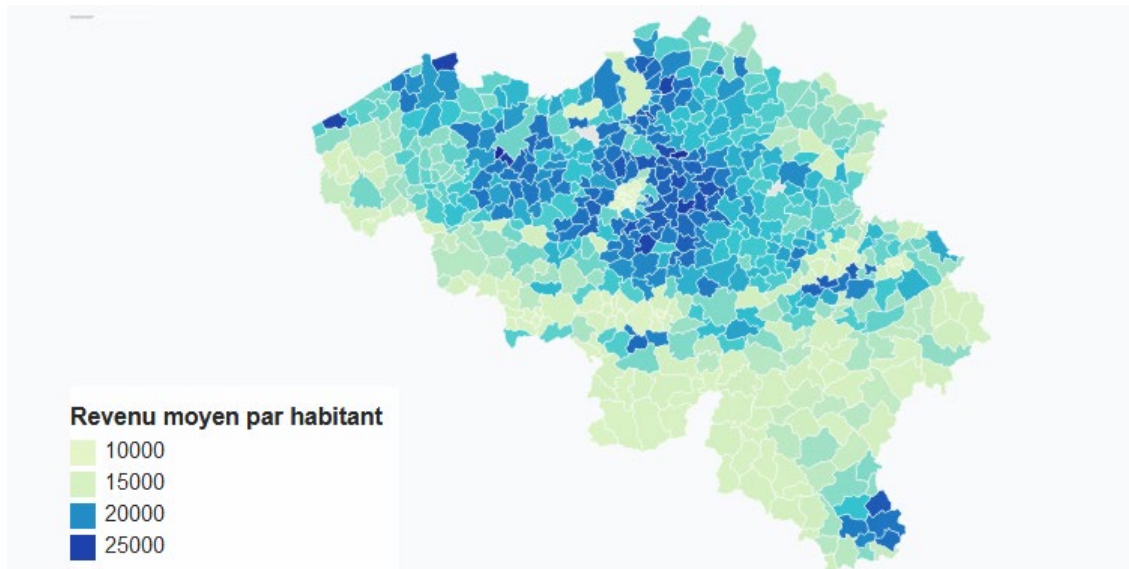
Source : Eggerickx et al. 2018b

³ CAUSINEQ. *Inégalités sociales de santé et de mortalité en Belgique. De multiples dimensions, de multiples causes. Final Report*, Brussels : Belgian Science Policy Office 2019 (BRAIN-be – Belgian Research Action through Interdisciplinary Networks). www.belspo.be/belspo/brain-be/projects/FinalReports/CAUSINEQ_FinRep.pdf

Dis-moi où tu vis, je te dirai combien de temps...

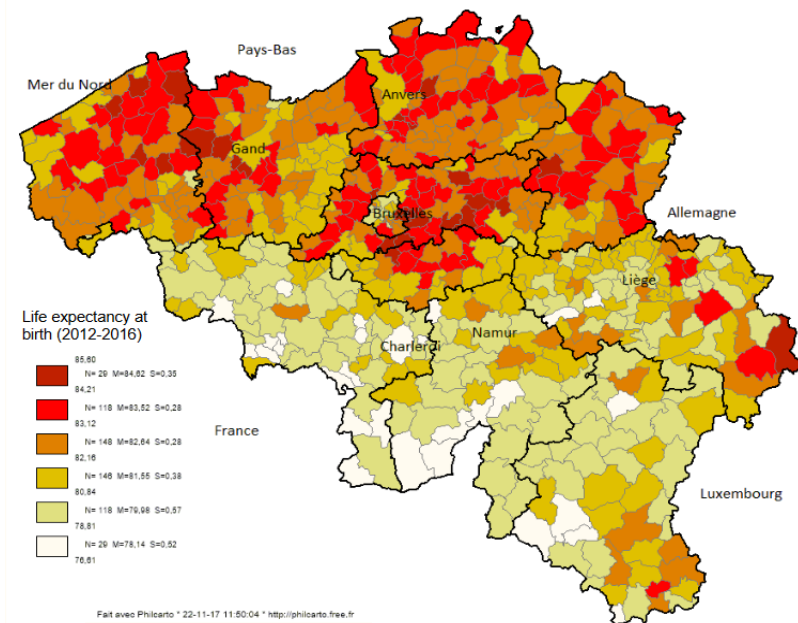
La grille d'analyse régionale est tout aussi interpellante, mais néanmoins sans surprise, puisque l'espérance de vie est plus basse dans les régions et sous-régions... les plus pauvres. Des inégalités qui collent presque à l'identique aux données relatives au revenu moyen par ménage, aux taux de pauvreté et de chômage ou encore au nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale.

Revenus moyens par habitant au niveau communal⁴



Espérance de vie moyenne par communes

Figure 5. Life expectancy at birth by municipalities, Belgium, in 2011-2015



Source: Eggerickx et al. 2018b

⁴ Sources Statbel et RTBF, <https://www.rtbef.be/article/quelles-sont-les-communes-les-plus-riches-et-les-plus-pauvres-notre-carte-interactive-9747388>

Le travail, c'est la santé... Ou pas.

Enfin, et sans surprise également, l'étude relevait un rapport étroit entre espérance de vie et emploi. Ainsi, une personne au chômage présente deux fois (!) plus de risques de décès dans les 10 ans à venir qu'une personne sous contrat à durée indéterminée. Même triste constat pour les travailleurs et travailleuses précaires (saisonniers, intérimaires, CDD...), chez qui ce risque est de 57 % plus élevé que pour les personnes sous CDI.

Les conclusions de l'étude CAUSINEQ sont à ce sujet sans appel : « Cette dernière étude souligne l'importance de la qualité de l'emploi pour la santé de la population. Différents modèles de mortalité sont associés à différentes formes ou trajectoires d'emploi, ce qui confirme l'idée que la réduction des inégalités de santé ne passe pas uniquement par l'insertion professionnelle, mais aussi par la qualité des emplois »⁵.

Accès aux soins : un déterminant de santé central et fondamental

En santé publique, les facteurs qui influencent l'état de santé des personnes sont appelés *déterminants de santé*. Ceux-ci sont nombreux et variés. On pense évidemment aux revenus, à la situation socio-économique personnelle et celle du pays ou de la région où on vit, comme on vient de le voir dans les lignes qui précèdent.

Mais de nombreux autres déterminants de santé existent, et l'on n'aurait pas pu les passer tous en revue dans cette courte analyse : conditions de travail, logement, genre, origine, accès à l'alimentation, aux sports, etc.

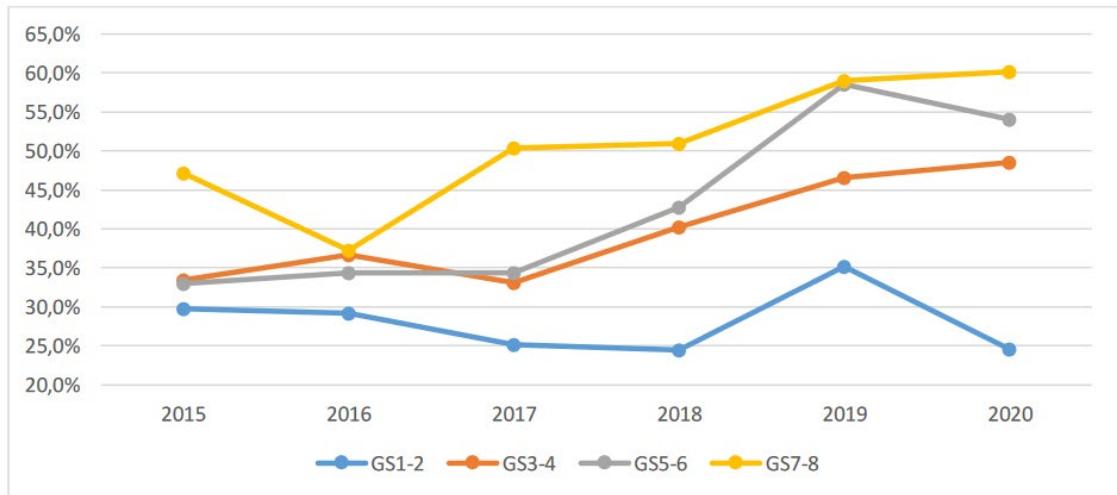
Nous nous focaliserons ici sur un aspect de la question, celui de l'accès aux soins.

Dans ce domaine, le constat des inégalités est également implacable. Selon les données recueillies par l'Institut Solidaris auprès d'un échantillon de 1.000 Belges francophones, le renoncement aux soins pour raisons financières a considérablement augmenté entre 2015 et 2020⁶. Ainsi, 46,9 % des personnes interrogées déclarent avoir dû renoncer au moins à un type de soins (généraliste, spécialiste, dentiste, ophtalmologue, santé mentale ou médicaments) pour raisons financières au cours de l'année écoulée contre 35,9 % cinq ans plus tôt, soit une augmentation de 11 %.

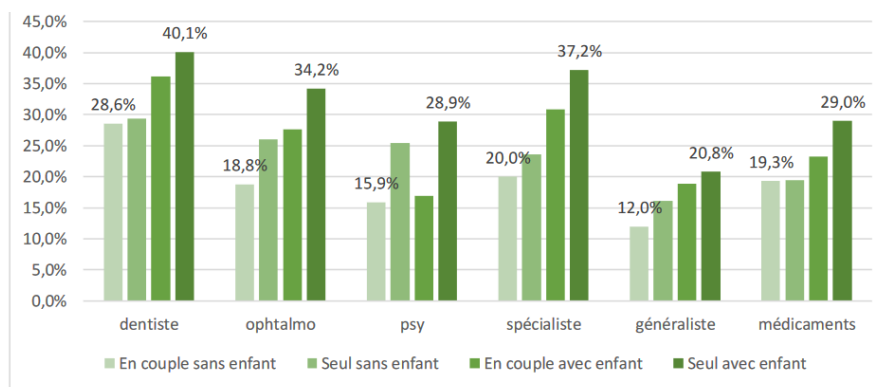
Ce phénomène s'est aggravé au point de concerner, non plus les seules classes populaires, mais également les ménages aux revenus moyens. Depuis 2017-2018, on constate en effet une augmentation du phénomène parmi 50 % de la population aux revenus moyens (les *groupes sociaux GS 3 à 8*), seul le quart des plus aisés n'est pas touché (les *groupes sociaux GS 1 et 2*).

⁵ CAUSINEQ, op.cit., p.63.

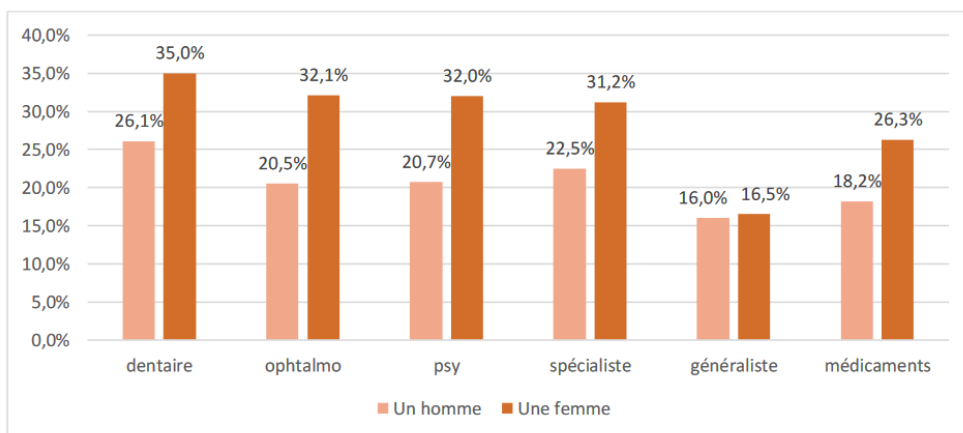
⁶ Institut Solidaris. (2020). *Le renoncement aux soins pour raisons financières en Fédération Wallonie-Bruxelles*. <https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2020/11/reportsdesoins2020VF.pdf>.



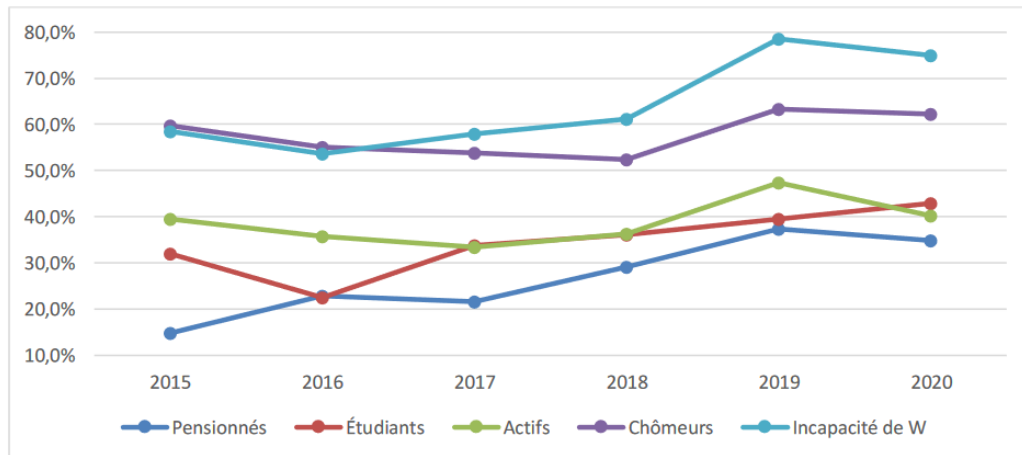
Dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, les femmes, les familles monoparentales (qui concernent, dans plus de 8 cas sur 10, des femmes), les personnes privées d'emploi et les... malades (!) sont les plus touchés.



Graphique : Comparaison du report de soins selon la structure du ménage en 2020



Graphique : Comparaison du report de soins entre hommes et femmes en 2020



Graphique : Evolution du report d'au moins un type de soin selon le statut professionnel depuis 2015

On le voit, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire dans notre pays. Cette situation est réellement problématique et risque d'entraîner une spirale négative de précarisation de la santé des plus faibles : leur accès aux soins se réduisant, les inégalités de santé se renforceront, alimenteront les dynamiques d'exclusion qui, elles-mêmes, réduiront encore davantage l'accès aux soins des plus précaires.

Pour espérer casser cette spirale négative, et entrevoir de réelles perspectives de réductions des inégalités de santé, la prise en compte de nouveaux enjeux et problématique s'avèrera essentielle.

Ainsi, la pandémie a également entraîné un développement brutal et rapide des outils digitaux dans le domaine de la santé : consultations et diagnostics par visioconférence, accès à certaines données en ligne, prescriptions électroniques, visites aux proches en maison de repos et maison de repos et de soins uniquement possibles en virtuel... Outre l'impact psychologique important et une déshumanisation accrue des rapports sociaux, cette évolution pose également question quant à la fracture numérique déjà existante et qui touche particulièrement les classes populaires.

Il est en effet à craindre que, sans balises ni contrôles, ce phénomène aggrave les inégalités d'accès à l'aide et aux soins de santé. Des perspectives inquiétantes qu'il est urgent d'identifier, de nommer et de mettre en débat dans l'optique, plus globale, d'une transversalité de la lutte contre la pauvreté et les inégalités.