

« Les inégalités sociales nuisent gravement à la santé »

Synthèse

Dans la perspective des Assises de la Mutualité consacrées au thème des inégalités sociales de santé le 8 et 9 juin 2018, Solidaris a mené une étude approfondie sur la situation en Belgique. Malgré les progrès en matière de santé publique et notre système de protection sociale offrant une large accessibilité aux soins de santé, les inégalités de santé ne se résorbent pas ces dernières décennies, au contraire. L'analyse quantitative menée par Solidaris – sur base des données mutualistes de l'ensemble de ses affiliés – mettent en lumière le lien étroit entre inégalités sociales et inégalités de santé. Ainsi, le taux de mortalité avant l'âge de 65 ans est 2 fois plus élevé parmi les personnes issues des milieux les plus précaires comparativement aux milieux les plus aisés. Leur état de santé est sensiblement plus dégradé avec 3,2 fois plus de personnes en situation de handicap et une prévalence du diabète 2 fois supérieure. Le recours aux soins préventifs est aussi très marqué par le clivage social, notamment en matière de dépistage du cancer pour lequel la couverture est moindre et de grossesses parmi les adolescentes jusqu'à 7,5 fois plus nombreuses parmi les populations situées en bas de l'échelle sociale. La conséquence est une consommation de soins nettement plus élevée par la suite avec 1,4 fois plus de personnes hospitalisées et pour des durées 1,3 fois plus longues parmi les personnes issues des milieux précarisés. L'analyse de Solidaris montre aussi que les inégalités sociales de santé ne se résument pas à un clivage entre les plus pauvres et les plus riches mais se marquent tout au long de l'échelle sociale. Ces inégalités de santé sont le fruit d'une construction sociale et sont, par conséquent, évitables. Solidaris en a fait le thème de réflexion de ses Assises 2018, avec l'ambition de dresser un plan d'action pour combattre ces inégalités en Belgique.

1. Introduction

Les inégalités sociales constituent un enjeu fondamental dans les pays européens et sont présentes dans de nombreux domaines : santé et accès à la santé, revenus, droits, pouvoirs, richesses, accès aux informations et aux services, etc. La source de ces inégalités est multiple et nécessite dès lors une analyse approfondie pour les comprendre.

Dans cette étude, Solidaris se penche en particulier sur les inégalités sociales de santé (ISS) qui représentent un enjeu central de santé publique en Belgique. *De facto*, les ISS se réfèrent aux disparités observées entre différents groupes sociaux au niveau de leur état de santé (physique et mentale), leur bien-être, leur espérance de vie (et celle en bonne santé), leur consommation de soins, leur santé déclarée ainsi qu'au niveau de leur comportement et mode de vie.

De nombreuses recherches tant en Belgique qu'à l'étranger y ont été consacrées. Elles témoignent toutes de l'existence d'une étroite relation entre l'état de santé d'un individu et son appartenance à un groupe social (celui-ci étant fonction du revenu, du niveau d'éducation, de la profession, du lieu de résidence, etc.).

Cela se traduit par davantage de maladies et comportements à risque ainsi qu'une morbidité et une mortalité supérieures parmi les personnes précarisées. A contrario, les personnes qui occupent une position sociale plus élevée sont en meilleure santé, jouissent d'une qualité de vie supérieure et vivent plus longtemps. Les ISS se retrouvent à tous les niveaux de l'échelle sociale : *« ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons »*¹. Elles existent selon un gradient social comme cela a été démontré à plusieurs reprises au niveau d'études belges et internationales² : la fréquence d'un problème de santé augmente des catégories sociales les plus favorisées vers les plus défavorisées³.

Paradoxalement, les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux se sont globalement renforcées ces dernières décennies malgré les progrès en matière de santé publique et les systèmes de protection sociale offrant une large accessibilité aux soins de santé. Si les conditions de vie et des soins de santé se sont améliorées – se traduisant notamment par une progression de l'espérance de vie de plus de deux mois par an ces 20 dernières années⁴ – il n'en reste pas moins que les ISS persistent et continuent même de s'accroître. Les Belges ne bénéficient pas des progrès médicaux et sociaux dans la même mesure : les personnes issues de milieux sociaux moins aisés ne voient pas leur santé s'améliorer autant que ce qui serait possible alors que ceux tout en bas de l'échelle ne connaissent aucun changement, ou pire voient leur situation s'aggraver⁵. Le dernier Baromètre Solidaris⁶ montre des écarts marqués et qui augmentent : l'indice global de bien-être et de confiance, résultant d'une batterie de plus de 200 questions, a ainsi diminué pour les 10% des belges (francophones) les plus précarisés (passant de 17,2% à 15,7%) entre 2015 et 2017 alors que ce même indice a augmenté parmi les 10% les plus aisés (et est passé de 85,4% à 86,7%). En outre, ce Baromètre met en évidence que pour le Belge, la santé est le premier critère qui détermine son bien-être, bien avant le revenu, le statut professionnel ou les relations sociales. Et pourtant, s'il y a bien une chose face à laquelle les individus ne sont pas égaux, c'est la santé.

Solidaris a dès lors décidé de consacrer ses Assises 2018 au thème des inégalités sociales de santé et de baser sa réflexion sur une analyse approfondie de la situation en Belgique.

Cette étude a donc pour objectif de dresser un état des lieux de la question et quantifier plus précisément les écarts de santé entre les deux groupes sociaux situés aux extrêmes de la hiérarchie sociale, approchée par les revenus, soit entre les personnes démunies et les nanties, mais aussi entre les différentes catégories de population, soit tout au long de la distribution des revenus, pour mesurer l'ampleur du gradient social existant à chaque niveau de l'échelle sociale. La méthodologie utilisée dans cette étude permet de mener une analyse quantitative du lien entre inégalités sociales et inégalités de santé parmi la population belge, dans un domaine où les études sont essentiellement qualitatives. Ces résultats apportent dès lors un éclairage nouveau et sont complémentaires à ceux tirés des enquêtes menées sur le sujet.

¹ Potvin, Moquet et Jones (2010), « Réduire les inégalités sociales en santé », Guide INPES, Dossiers Santé en action.

² Van Oyen, Deboosere, Lorant et Charafeddine (2010), *Les inégalités sociales en Belgique*, Van Oyen et al. (Eds), Gent : Academia Press.

³ Leclerc, Kaminski et Lang (2008), *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris : La Découverte.

⁴ Direction générale Statistique – Statistics Belgium (2017), Tables de mortalité et espérance de vie, <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite/tables-de-mortalite-et-espérance-de-vie#news>.

⁵ Fondation Roi Baudouin (2010), « L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique », Tackling Health Inequalities in Belgium, Conclusion du rapport, p. 23.

⁶ Solidaris (2018), « Baromètre Confiance et Bien-être 2018 », Institut Solidaris, Février 2018, <http://www.institut-solidaris.be/index.php/barometre-confiance-bien-etre-2018/>.

2. Comment mesurer l'impact des inégalités sociales sur la santé à partir des données de Solidaris ?

Pour mesurer l'impact des inégalités sociales sur la santé, la première étape consiste à répartir nos affiliés sur une échelle de stratification sociale construite sur base des revenus fiscaux déclarés au niveau des quartiers statistiques⁷. Si nous ne disposons pas de données sur les revenus dans les données mutualistes, celles-ci ont pu être recueillies en exploitant les statistiques fiscales du Service Public Fédéral (SPF Economie)⁸. Les données fiscales concernent le revenu total net imposable du ménage : il se compose de tous les revenus nets (revenus issus des biens immobiliers, revenus et recettes de capitaux et de biens mobiliers, revenus professionnels et revenus divers), moins les dépenses déductibles⁹.

Pour chaque quartier statistique, on dispose d'une information relative au niveau des revenus de ses habitants¹⁰. On peut donc attribuer un revenu fiscal à chaque affilié en fonction de son adresse et du quartier statistique dans lequel il habite afin de déterminer son groupe social (soit où il se trouve sur l'échelle de revenus). Notons qu'il s'agit du revenu médian observé dans le quartier statistique, c'est-à-dire le montant du revenu fiscal qui partage la série d'observations (les déclarations fiscales) en deux parts égales, les déclarations étant classées par ordre croissant de revenus. L'utilisation du revenu médian, plutôt que le revenu moyen, a l'avantage de ne pas être influencé par les valeurs extrêmes et représente donc une donnée plus fiable lorsqu'on s'intéresse à un indicateur de revenus. Par ailleurs, le fait de travailler par quartier statistique permet également de tenir compte d'autres dimensions que celle financière dans la mesure où le quartier statistique représente généralement une uniformité des conditions de vie (urbanisme, accès et proximité aux services, etc.).

Après avoir « collé » le revenu médian du quartier statistique de résidence à chaque affilié, nous pouvons séparer la population totale selon le niveau de revenus. Nous avons choisi de stratifier la population en huit sous-populations (suivant les quantiles statistiques). On obtient ainsi notre population d'affiliés classée sur une échelle de stratification sociale. La première sous-population reprend 5% des affiliés Solidaris (156.705 personnes) vivant dans les quartiers statistiques les plus précarisés tandis que la dernière sous-population reprend 5% des affiliés Solidaris (157.895 personnes) vivant dans les quartiers les plus nantis (Tableau 1).

⁷ Le quartier statistique (ou le secteur statistique) est la plus petite unité territoriale de base du territoire belge – de la taille d'un quartier comme son nom l'indique – pour laquelle les statistiques sont collectées par le Service Public Fédéral (SPF) Economie. L'ensemble du territoire belge est ainsi découpé en 20.000 quartiers statistiques.

⁸ <https://data.gov.be/fr/dataset/9bb534c2ff438fa88d66396dc8eae4cc8c8b282>.

⁹ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux#documents>.

¹⁰ Uniquement sur base des habitants qui ont rempli une déclaration fiscale.

Tableau 1 : Classement des affiliés selon la hiérarchie sociale

Stratification sociale	% Population	Nb observations
Du revenu le plus faible au revenu le plus élevé ↓	5%	156.705
	5%	157.958
	15%	474.040
	25%	789.363
	25%	789.705
	15%	473.507
	5%	157.789
	5%	157.895
	100%	3.156.962

Source : Solidaris (2016)

Ensuite, en s'appuyant sur les données administratives et de remboursement des soins de santé (au niveau de l'assurance obligatoire) de 2016 pour les 3.156.962 affiliés de Solidaris dont l'adresse du lieu de résidence est connue, nous pouvons calculer pour la population totale et au sein des différentes sous-populations, un ensemble d'indicateurs recouvrant différentes dimensions illustrant l'impact des inégalités sociales sur la santé. Ces différentes dimensions sont :

- Le profil socio-démographique ;
- La mortalité ;
- La morbidité et l'état de santé ;
- Le recours aux soins et la consommation de soins ;
- Et enfin le recours à la prévention.

Afin de corriger pour les différences liées à la structure de population entre les groupes (au niveau de l'âge, du sexe ou encore de la région) et les effets qui y seraient imputables, nous présentons les résultats sous forme d'indices standardisés. La méthode de standardisation utilisée est la standardisation indirecte.

Cette méthodologie présente plusieurs avantages pour l'analyse des inégalités sociales de santé :

- Tout d'abord, elle permet de mesurer le niveau socio-économique de l'ensemble de notre population affiliée (salariés et indépendants) de manière beaucoup plus fine qu'au travers des données administratives dont nous disposons (le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) / bénéficiaire ordinaire (BO) et les informations disponibles sur les bons de cotisation)
- A partir de là, on peut décliner tous nos indicateurs selon un gradient social et mesurer le lien entre les inégalités sociales et les différentes dimensions de la santé : mortalité, état de santé, prévention et recours aux soins. A ce stade, on a déjà produit une cinquantaine d'indicateurs. Nous ne présentons ici qu'une sélection de certains indicateurs qui témoignent de l'ampleur des inégalités sociales de santé au sein de notre population.
- Enfin, on dispose d'une analyse quantitative du lien entre inégalités sociales et inégalités de santé basée sur des données d'enregistrement qui sont exhaustives, objectives et contrôlées, dans un domaine où les analyses sont essentiellement qualitatives, sur base d'enquête avec les biais de subjectivité que cela comporte.

3. Les chiffres de Solidaris témoignent des inégalités sociales existantes au sein de la population : jusqu'à 7 fois plus de BIM, 25% de chômeurs de longue durée en plus et 4 fois plus de familles monoparentales en moyenne lorsqu'on compare la population des personnes précarisées à celle des nantis.

Avant toute chose, il nous semble important de revenir brièvement sur quelques indicateurs socio-démographiques qui permettent déjà de caractériser les huit différents sous-groupes de population.

Si la proportion de femmes apparaît la même quel que soit le groupe social (et est de l'ordre de 50%), tous les autres indicateurs varient sensiblement (Tableau 2) :

- Les plus précarisés sont, en moyenne, plus jeunes (35 ans) et l'âge augmente au fur et à mesure que l'on grimpe dans l'échelle sociale pour atteindre 42 ans dans le groupe social le plus élevé.
- On retrouve beaucoup plus de familles monoparentales parmi les groupes aux revenus les plus faibles et leur proportion diminue de manière continue lorsque que le revenu augmente. Si on calcule le ratio entre les deux groupes extrêmes sur l'échelle sociale, on retrouve 4 fois plus de familles monoparentales parmi le groupe des précarisés que parmi les nantis.
- Cette tendance s'observe logiquement pour les deux autres indicateurs donnant une information sur la situation socio-économique des affiliés, à savoir le fait d'être bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) ou chômeur de longue durée (c'est-à-dire les personnes de plus 50 ans au chômage depuis plus d'un an). Sans surprise, la proportion de BIM est de 62% parmi les précarisés¹¹ et elle diminue à chaque niveau de la hiérarchie sociale pour atteindre 9%. En d'autres mots, la proportion de BIM est 7 fois supérieure parmi les précarisés par rapport aux nantis. Cet écart persiste lorsqu'on corrige pour les différences liées à la structure de la population (âge, sexe et région) : le taux standardisé reste 4 fois supérieur parmi les précarisés. De même, on compte 25% de chômeurs de longue durée en plus parmi les précarisés. Cet écart monte même à 2 lorsqu'on tient compte des différences au niveau de la structure de ces deux sous-groupes de population.

Tableau 2 : Profil socio-démographique des affiliés selon leur groupe social

Stratification sociale	% Population	Age moyen	% Femmes	% Familles mono parentales	% BIM	% Chômeurs longue durée
Du revenu le plus faible au revenu le plus élevé ↓	5%	35	50%	9%	62%	10%
	5%	36	51%	8%	54%	12%
	15%	39	52%	6%	40%	14%
	25%	40	52%	5%	29%	12%
	25%	41	51%	4%	20%	11%
	15%	41	51%	3%	15%	10%
	5%	42	51%	2%	11%	9%
	5%	42	51%	2%	9%	8%
	100%	40	51%	5%	27%	11%

Source : Solidaris (2016)

¹¹ On aurait pu s'attendre à un pourcentage de BIM plus élevé parmi les quartiers précarisés mais la différence peut en partie s'expliquer par le non recours au droit, comme nous l'avons montré dans une étude consacrée à cette thématique.

Nos chiffres témoignent clairement des inégalités socio-économiques existantes entre les différents groupes de population. Il reste encore à évaluer dans quelle mesure ces inégalités sociales se traduisent en écarts de santé, bien qu'il est à souligner que nous n'étudions pas ici le lien de causalité à effet, les problèmes de santé pouvant à leur tour être responsables d'inégalités sociales.

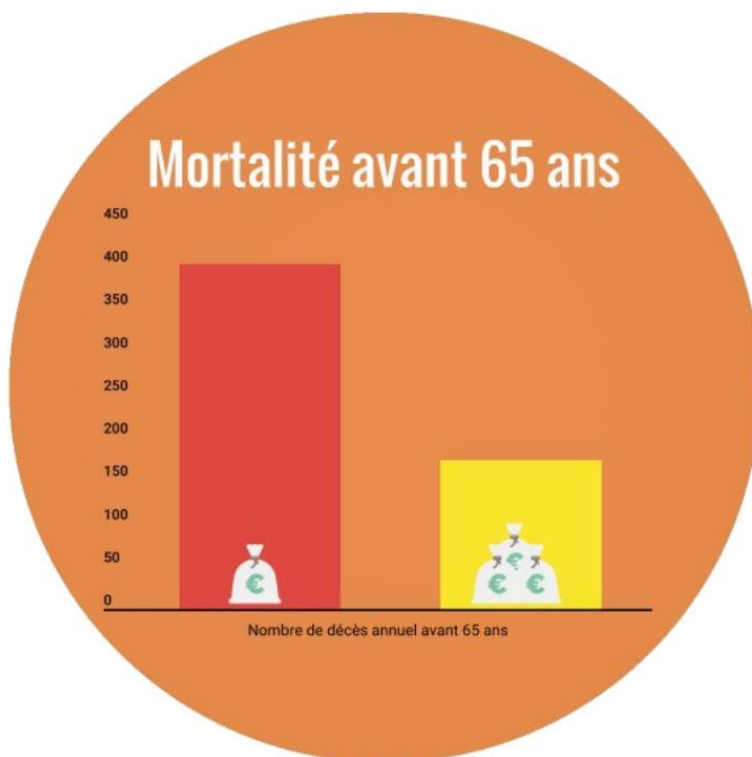
4. Ces inégalités sociales se retrouvent également au niveau de la santé avec un gradient social très marqué au sein de la population.

4.1 *La mortalité avant l'âge de la pension est 2,3 fois supérieure parmi les personnes précarisées par rapport aux nantis.*

Un des indicateurs souvent utilisé pour mesurer les inégalités de santé est celui relatif à la mortalité. Nous calculons le taux de mortalité et le nombre de personnes décédées avant leurs 65 ans en 2016 et nous standardisons cet indicateur pour tenir compte de l'âge, du sexe et de la région.

Nos résultats montrent que le taux de mortalité avant la pension diminue globalement avec le niveau de revenus. Si on analyse cet indicateur pour les deux sous-groupes de population situés aux extrêmes de l'échelle sociale, il ressort que le nombre de décès avant 65 ans est largement supérieur parmi les précarisés. Sur base des taux de mortalité standardisés (sexe, âge et région) en 2016, on estime ainsi pour une population de 150.000 personnes qu'il y a 402 décès parmi les personnes précarisées contre 174 décès parmi les personnes nanties (Figure 1), c'est 2,3 fois plus. En d'autres mots, on recense 228 décès supplémentaires pour 150.000 affiliés avant l'âge de la pension parmi le groupe social le plus précarisé.

Figure 1 : Nombre de décès avant l'âge de 65 ans parmi les précarisés et les nantis



Source : Solidaritis (2016)

4.2 Outre une mortalité nettement plus élevée, sans surprise, les plus précarisés vivent également en moins bonne santé que les nantis et de manière plus générale, chaque groupe social a un état de santé supérieur à celui du groupe d'en-dessous.

4.2.1 Trois fois plus de personnes en situation de handicap parmi les précarisés par rapport aux nantis, tout âge confondu, et des problèmes de santé qui se cumulent tout au long de la vie jusqu'à 60 ans environ, âge au-delà duquel les personnes sont de plus en plus égales face à la maladie.

Le concept de handicap recouvre différentes dimensions : il peut être lié à un problème de déficience physique, mentale ou sensorielle, une maladie grave et invalidante, un accident, etc. Ces disparités de santé constituent à leur tour des inégalités sociales¹².

Nous avons donc calculé la proportion de personnes en situation de handicap¹³ pour chaque groupe social et à tous les âges de la vie. Nos résultats sont sans appel et démontrent un lien fort entre la présence de handicap et le niveau social : le pourcentage de personnes en situation de handicap d'un groupe social est systématiquement plus élevé que celui observé dans le groupe social supérieur. Si on standardise pour l'âge, le sexe et la région, on constate qu'il y a 3,2 fois plus de personnes en situation de handicap parmi les précarisés par rapport aux nantis.

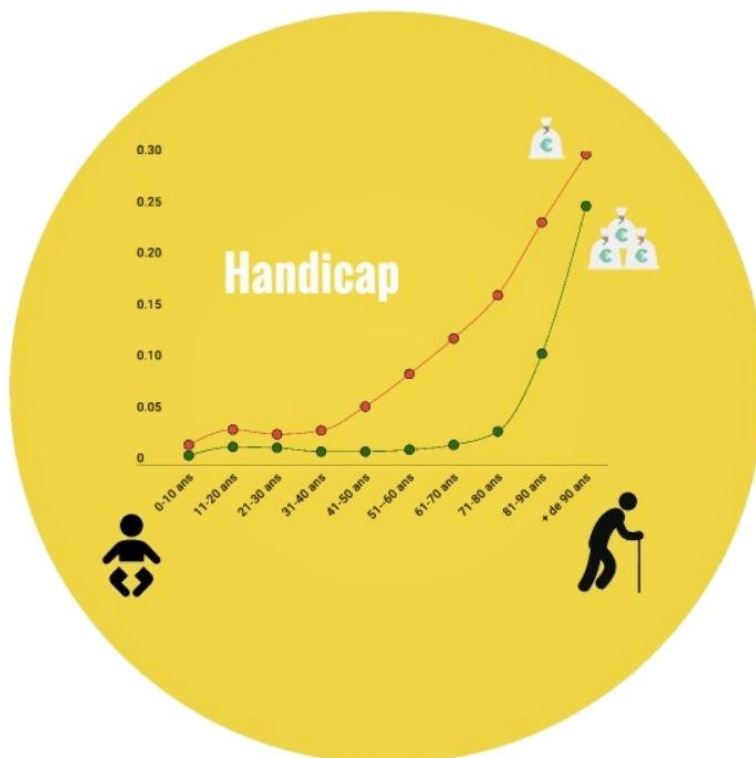
La Figure 2 reprend cette proportion pour les deux groupes sociaux extrêmes mais cette fois tout au long de la vie (chaque boule du graphique reprenant une tranche d'âge de 10 ans, la ligne rouge étant celle pour le groupe social des plus précarisés et celle verte pour le groupe social des nantis).

Dès la naissance, le pourcentage de personnes en situation de handicap est déjà 2 fois plus élevé parmi les précarisés : cela concerne 1,9% de personnes parmi eux vs 0,9% parmi les nantis. Cet écart se creuse nettement avec les années jusqu'à l'âge de 60 ans environ pour finalement se rapprocher au-delà de cet âge (Figure 2). Il apparaît donc que les problèmes de santé se cumulent tout au long de la vie jusqu'à un âge avancé où les personnes, malgré les différences sociales, deviennent de plus en plus égales face à la maladie.

¹² Drulhe (2000), « Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? », dans Leclerc, Fassin, Grandjean et al., Les inégalités sociales de santé.

¹³ Le handicap est défini sur base de la reconnaissance mutuelle de handicap.

Figure 2 : Proportion de personnes en situation de handicap parmi les précarisés et les nantis



Source : Solidaris (2016)

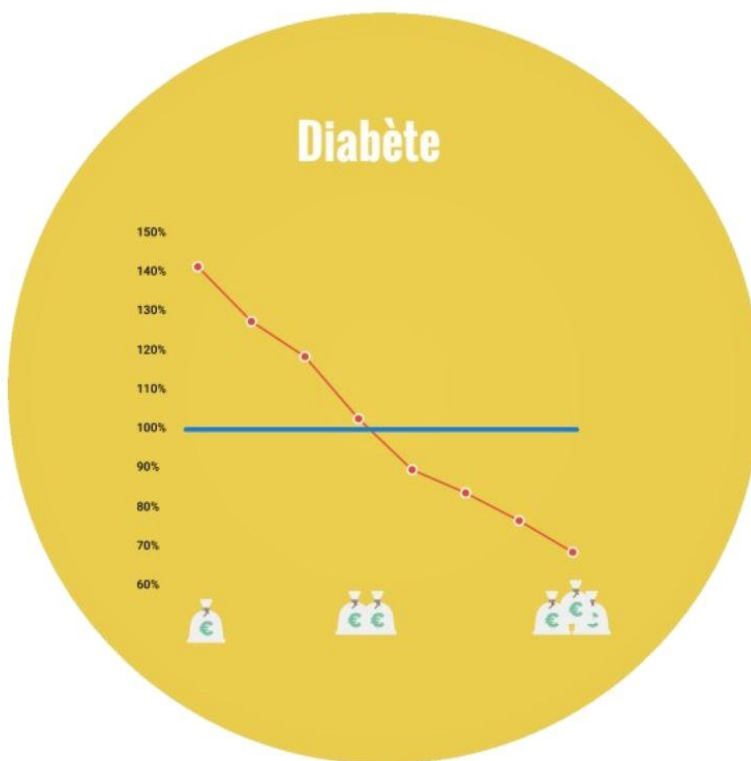
4.2.2 Une probabilité 43% plus élevée d'être diabétique parmi les précarisés en comparaison à la moyenne observée pour la population totale.

L'information relative aux maladies chroniques permet de rendre compte de problèmes de santé parmi lesquels les plus fréquents sont notamment le diabète. Dans cette étude, nous analysons la prévalence du diabète (insulino-dépendant) en fonction du groupe social dans la mesure où cette maladie chronique s'explique par un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux.

La Figure 3 reprend l'indice de prévalence du diabète¹⁴ pour chaque groupe social (soit les huit sous-groupes de population symbolisés par un point rouge sur la figure, la moyenne de la population ayant été ramenée à 100% et étant symbolisée par la ligne bleue). La prévalence du diabète est clairement plus élevée dans le 1^{er} groupe social et elle diminue de façon linéaire en fonction du revenu, témoignant de la sorte de l'existence d'un gradient social. On estime ainsi qu'il y a 43% de personnes diabétiques en plus parmi les personnes précarisées par rapport à la moyenne de la population alors qu'à l'inverse, ils sont 30% en moins parmi les personnes nantis. En d'autres mots, il y a 2 fois plus de personnes souffrant de diabète parmi les précarisées en comparaison aux nantis.

¹⁴ Cet indicateur est calculé à partir des médicaments de la classe ATC A10A (classification des médicaments selon une répartition anatomique, thérapeutique et chimique établie par l'OMS depuis 1987 et qui correspond au traitement du diabète par insuline). Il est également standardisé pour l'âge, le sexe et la région.

Figure 3 : Prévalence du diabète parmi les groupes sociaux



Source : Solidaris (2016)

4.2.3 Un état de santé mentale bien plus détérioré parmi les précarisés avec près de 2,3 fois plus d'hospitalisation psychiatrique par rapport aux nantis.

Une autre dimension contrastée lorsqu'on analyse l'état de santé concerne la santé mentale car elle constitue une composante essentielle de la santé. Selon l'OMS, elle se définit comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.

En Belgique, une personne sur trois (32%) manifeste des difficultés psychologiques qui reflètent un certain mal-être¹⁵ et elles sont tout autant (35%) en invalidité suite à des problèmes de santé mentale¹⁶. Ne pas prendre soin de sa santé mentale par ignorance, méconnaissance, manque d'informations, par crainte ou par désintérêt, peut avoir des conséquences désastreuses à long terme : dans notre pays, le suicide représente la première cause de décès chez les 25-30 ans¹⁷.

Or, la revue de la littérature montre que la prévalence des troubles émotionnels (troubles anxieux, dépressifs et troubles du sommeil), le mal-être, la consommation de somnifères et/ou de calmants et les comportements suicidaires diminuent lorsque le niveau social augmente¹⁸.

¹⁵ Gisle (2014), « Santé mentale », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 1 : Santé et bien-être, Gisle et Desmaret (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 168.

¹⁶ Institut National de l'Assurance Maladie - Invalidité – INAMI (2014), *Statistiques des indemnités*, http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/statistiques_indemnites_2012_2013.pdf

¹⁷ Femmes Prévoyantes Socialistes (2013), « Stress, angoisse, déprime : et si on parlait ? », Campagne FPS - 2013.

¹⁸ Gisle (2014), *Ibidem*.

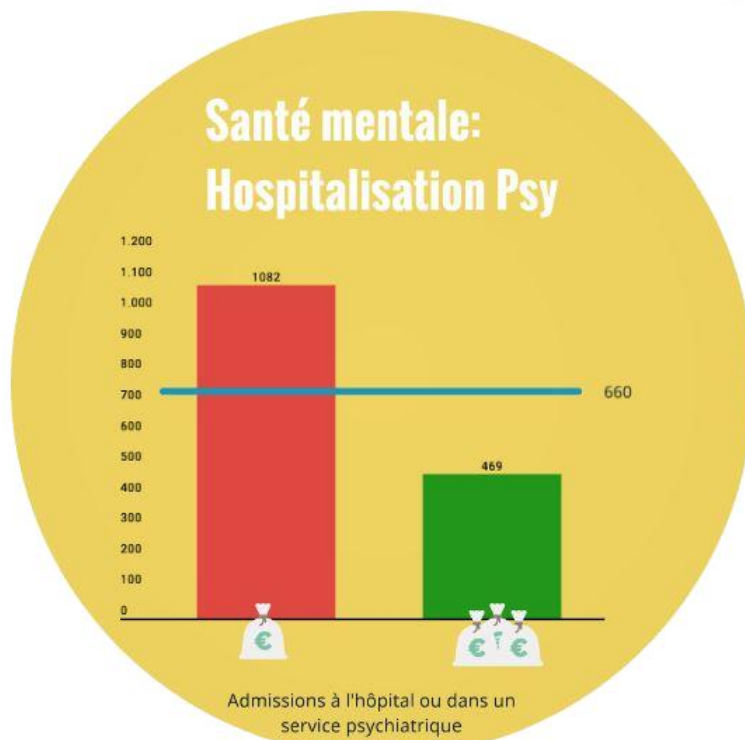
Le premier Thermomètre Solidaris consacré au bien-être psychologique¹⁹ en 2012 a déjà mis en évidence que 16% des sondés ayant des faibles revenus déclarent ressentir (très) souvent de l'anxiété, de l'anxiété ou de la dépression contre 6% parmi les revenus élevés, soit 2,6 fois plus. Ce pourcentage monte même à 36% parmi les demandeurs d'emploi et ils sont 18% à déclarer avoir tenté de se suicider (vs 8% parmi la population). Cette enquête confirmait ainsi que les groupes à risque sont également ceux plus défavorisés socio-économiquement.

Dans cette étude, nous avons analysé les hospitalisations en hôpital psychiatrique et dans un service psychiatrique d'un hôpital général afin de rendre compte du mal-être psychologique parmi les affiliés en fonction de leur appartenance à un groupe social. Il s'agit des admissions en 2016 sur base desquelles nous avons calculé un indicateur standardisé pour l'âge, le sexe et la région.

La Figure 5 – qui reprend le nombre de cas d'hospitalisation – montre clairement un grand écart en terme de santé mentale : on estime qu'il y a 1.082 hospitalisations parmi les précarisés contre 469 parmi les nantis alors que cela concerne 660 cas parmi la population totale (pour 150.000 personnes).

En d'autres mots, les précarisés sont 1,6 fois plus hospitalisés pour raison de santé mentale par rapport à la population et ils le sont 2,3 fois plus en comparaison aux nantis.

Figure 5 : Hospitalisation pour raison de santé mentale parmi les précarisés et les nantis



Source : Solidaris (2016)

¹⁹ Solidaris (2012), *Ibidem*.

4.3 Ce moins bon état de santé et cette mortalité supérieure sont à mettre entre autres en rapport avec les comportements préventifs qui sont moindres parmi les groupes sociaux les plus précarisés.

Si l'environnement et les facteurs héréditaires déterminent largement l'état de santé des Belges, les modes de vie et les comportements préventifs jouent également un rôle non négligeable en matière de santé. Or, les Belges ne sont pas tous égaux face à la prévention et à l'opportunité à développer des habitudes saines, certains ne se préoccupant (ou n'ayant l'occasion de se préoccuper) de leur santé que lorsqu'ils sont malades.

Le Thermomètre Solidaris consacré à la perception de l'alimentation²⁰ a montré que l'exposition aux messages de santé publique différait en fonction de la catégorie sociale : les personnes issues des groupes sociaux les plus précaires sont bien moins nombreuses (33%) à se souvenir des messages de santé publique (tels que manger 5 fruits et légumes par jour, éviter de manger trop gras ou trop sucré, faire du sport/bouger, etc.) que celles issues de milieux supérieurs (45% pour le groupe social le plus élevé).

4.3.1 Une couverture du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus parmi les femmes précarisées inférieure de respectivement 14% et 11% par rapport à ce qu'on observe dans la population totale.

La santé passe également par la prévention qui permet de lutter contre les facteurs de risque et d'éviter que les maladies ne surviennent, ou à tout le moins les prendre en charge à un stade précoce. Selon l'OMS, un mode de vie sain permettrait d'éviter bien souvent les maladies chroniques.

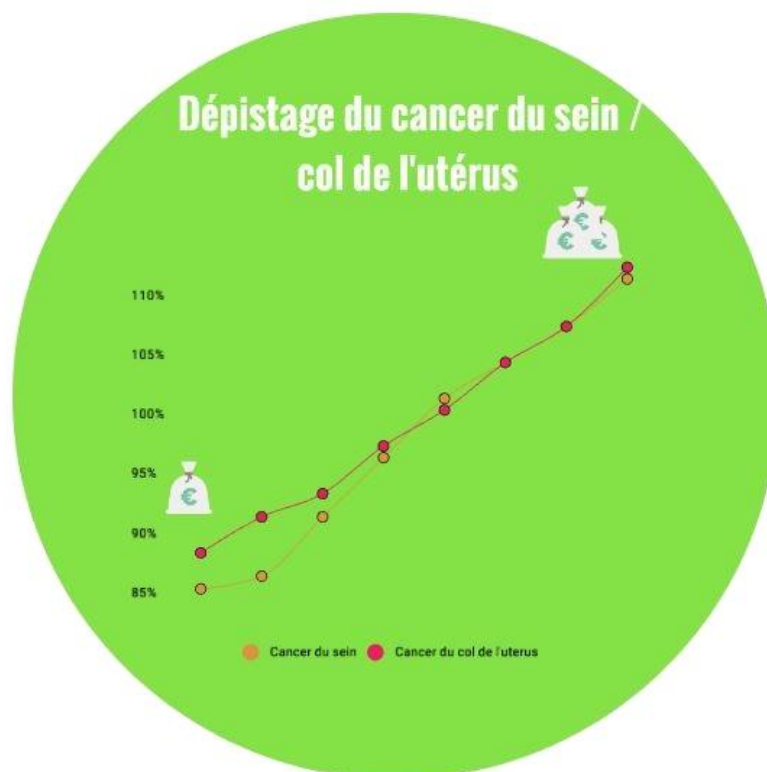
Parmi les mesures de prévention, nous nous intéressons en particulier à celles qui portent sur les femmes au niveau du dépistage du cancer du sein ainsi que le dépistage du col de l'utérus. La dernière Enquête de santé (2013) montre en effet que les inégalités sociales persistent à ce niveau et les femmes de groupes sociaux supérieurs restent celles qui ont une meilleure couverture²¹. De même, les inégalités sociales n'ont pas diminué malgré l'existence d'un programme de dépistage du cancer du sein au niveau national.

Nos résultats confirment ce constat, comme le montre la Figure 6 reprenant l'écart observé au niveau de la couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus par rapport à la moyenne de la population féminine âgée entre 25-64 ans (fixé à 100%). Il ressort clairement que la couverture augmente avec le niveau de revenus (chaque boule représentant un groupe social sur le graphique). La couverture des femmes issues du groupe le plus précarisé est ainsi de 14% inférieure à celle observée dans la population féminine totale au niveau du dépistage du cancer du sein et de 11% moindre dans le cas du dépistage du col de l'utérus. A l'inverse, les femmes issues du groupe social le plus élevé se font plus souvent dépistées que la moyenne, l'écart étant de 12% dans le cas du cancer du sein et de 13% dans le cas du cancer du col de l'utérus.

²⁰ Solidaris (2013), Thermomètre Solidaris : « Comment percevons-nous l'offre de produits alimentaires ? », Institut Solidaris, Thermomètre Solidaris, n°4, Novembre 2013, <http://www.alimentationdequalite.be/IMG/pdf/enquete-alimentation-th4.pdf>.

²¹ Tafforeau (2014), « Dépistage du cancer », dans : Enquête de santé 2013 - Rapport 5 : Prévention, Desmaret et Charafeddine (Eds), Institut Scientifique de Santé Publique – ISP, Bruxelles, p. 100.

Figure 6 : Couverture du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus parmi les groupes sociaux



Source : Solidaris (2016)

4.3.2 Jusqu'à 7,5 fois plus de mères adolescentes parmi les groupes sociaux les plus défavorisés.

En matière de prévention, la contraception reste une priorité de santé publique pour les jeunes filles adolescentes. Encore aujourd'hui, ce malgré les campagnes de prévention et les dispositifs existants (cf. centres de planning familial, brochures, intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire chez certaines mutuelles, etc.), certaines adolescentes ne sont pas assez informées et ne savent pas comment éviter une grossesse, comment obtenir des moyens de contraception, ou ne sont pas en mesure de pouvoir assumer cette charge financière.

La question des grossesses parmi les adolescentes est souvent perçue comme un problème social majeur car elles participent à long terme à la marginalisation économique et sociale de ces dernières²² ; ces jeunes mères rencontrant très souvent de grandes difficultés à concilier vie scolaire/professionnelle et maternité, ce qui peut à son tour renforcer les inégalités sociales. De plus, donner naissance de manière précoce peut constituer un facteur de risque de reproduction des inégalités dans la mesure où la mère adolescente démarre avec moins de « chance » par rapport à une mère ayant une situation financière plus stable, sans compter que les grossesses précoces sont considérées à risque au niveau de la santé du nourrisson car très souvent associées

²² Bonnell (2004), « Why is teenage pregnancy conceptualized as a social problem? A review of quantitative research from the USA and the UK », Culture, Health and Sexuality, volume 6, n° 3, p. 255-272.

à de mauvaises conditions socio-économiques. Les grossesses parmi les jeunes filles sont en effet fortement liées aux dimensions socio-économiques : les adolescentes issues de milieux plus favorisés ont davantage recours aux moyens de contraception alors que celles issues des milieux plus précarisés ont plus recours à l'intervention volontaire de grossesse (IVG), voire n'y ont même pas du tout recours.

A cet égard, la dernière grande enquête de Solidaritis sur la contraception²³, menée en 2017, a mis en exergue une série de résultats, dont notamment :

- En 2017, 34,3% des 14-16 ans et 36,8% des 17-20 ans déclarent avoir eu recours à la pilule du lendemain et 12,8% des 17-20 ans déclarent avoir déjà eu recours à une IVG.
- Toute catégorie d'âge confondu, ces pourcentages sont plus élevés parmi les femmes issues du groupe social le plus bas. Dans le cas des IVG, elles sont 24,9% à être concernées parmi les plus précarisées, soit 3 fois plus que parmi les femmes issues du groupe social le plus élevé.
- Chez les jeunes filles entre 17 et 20 ans, une grossesse sur deux est non-planifiée. Cette proportion est plus élevée parmi les groupes sociaux les plus bas, toute catégorie d'âge confondu.
- La connaissance des différents moyens de contraception est systématiquement plus faible parmi les groupes sociaux les plus bas.
- Deux fois plus de femmes des groupes sociaux les plus bas ont dû renoncer à un moyen de contraception par manque de moyens financiers par rapport aux groupes sociaux les plus élevés (respectivement 9% et 5%).

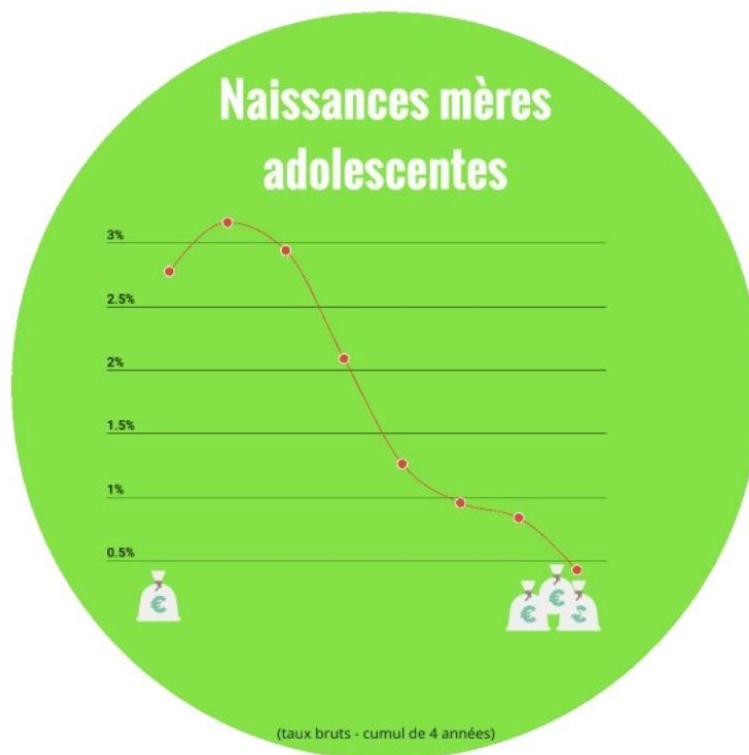
Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes donc intéressés aux naissances²⁴ parmi les adolescentes²⁵, soit les jeunes filles âgées entre 12 et 18 ans, en tenant compte de la catégorie sociale. On constate la présence d'un gradient social avec une proportion de mères adolescentes jusqu'à 7,5 fois plus élevée parmi les groupes sociaux les plus défavorisés en comparaison avec le groupe social le plus favorisé (Figure 7) ; ce qui constitue à son tour un facteur de risque de reproduction des inégalités sociales.

²³ Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS), 2017, « Grande enquête - Contraception 2017 », Institut Solidaritis, Février 2017, <http://www.institut-solidaritis.be/index.php/enquete-contraception/>.

²⁴ Il s'agit des naissances survenues entre 2013 et 2016.

²⁵ A noter que toutes les grossesses précoces ne sont pas toujours non désirées.

Figure 7 : Proportion de naissances parmi les adolescentes



Source : Solidaris (2016)

4.4 L'état de santé dégradé et le moindre recours à la prévention ont pour conséquence que les plus précarisés sont nettement plus nombreux à être hospitalisés (+10%), pour des durées plus longues (+12%) mais aussi plus de fois sur une année (+18%) par rapport à la population alors que l'inverse est vrai parmi les plus nantis.

L'état de santé plus dégradé et le moindre recours à la prévention des précarisés se traduisent par une consommation de soins plus élevée notamment à l'hôpital. Nous avons mesuré ici les hospitalisations²⁶ sous trois dimensions :

- Le nombre qui reprend la proportion d'affiliés hospitalisés au moins une fois en 2016 ;
- La fréquence qui reprend la proportion d'affiliés hospitalisés au moins 6 fois en 2016 ;
- La durée qui reprend pour les personnes hospitalisées le nombre moyen de jours d'hospitalisation en 2016.

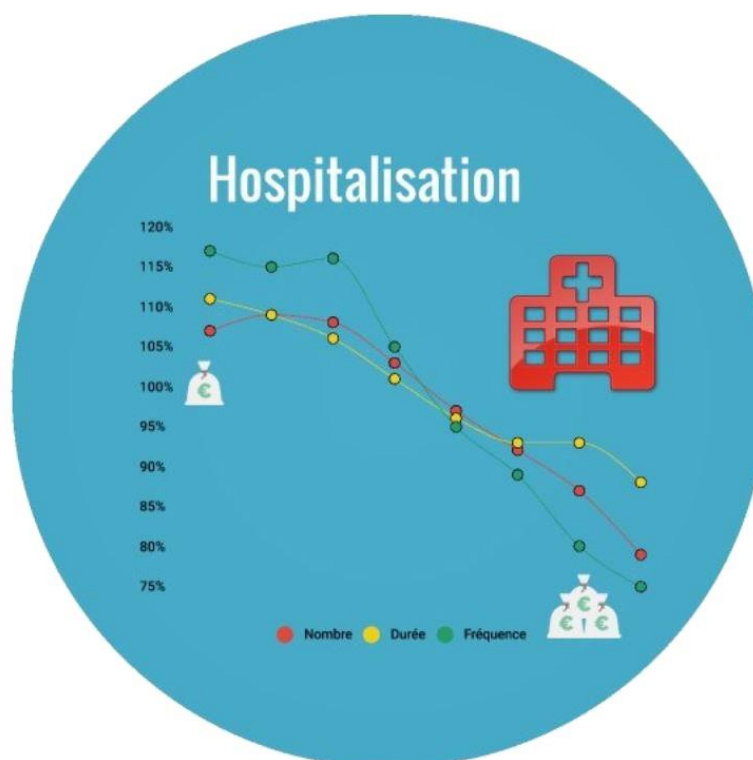
Les hospitalisations concernent bien plus souvent les personnes issues des groupes sociaux plus défavorisés.

²⁶ Notons qu'il s'agit uniquement des hospitalisations classiques (les hospitalisations de jours sont exclues).

La Figure 8 montre ainsi que :

- La proportion d'affiliés hospitalisés au moins une fois en 2016 est plus élevée (entre +8% et +10% dans le premier et second groupe social) parmi les personnes défavorisées par rapport à la moyenne observée au sein de la population (100%) ;
- Ils sont plus nombreux à être hospitalisés au moins six fois sur l'année (+18% parmi les plus précarisés) et pour des durées plus longues (+12%) lorsqu'on compare ces chiffres à la moyenne observée au sein de la population (100%)²⁷ ;
- L'inverse est vrai parmi les groupes les plus nantis : la proportion d'affiliés hospitalisés est de 20% inférieure à la moyenne observée au sein de la population, celle hospitalisée au moins six fois sur l'année est de 24% moindre et pour une durée inférieure de 11%.

Figure 8 : Hospitalisation parmi les précarisés et les nantis



Source : Solidaris (2016)

²⁷ Dans la population (100%), la durée moyenne d'une hospitalisation est de 6,7 jours.

5. Conclusions

Solidaris a mené une étude approfondie sur le lien entre inégalités sociales et inégalités de santé. Cette étude porte sur les données de quelque 3 millions de Belges en 2016 – classés en huit sous-groupes de population en fonction de leurs revenus fiscaux mesurés au niveau du quartier statistique – et débouche sur la production d'une cinquantaine d'indicateurs couvrant les différentes dimensions de la santé : mortalité, morbidité et état de santé, prévention et recours aux soins.

Les résultats sont sans appel. Tout d'abord, les chiffres de Solidaris témoignent des inégalités socio-économiques existantes entre chaque différent sous-groupe de population, révélant des conditions sociales très différentes, en particulier lorsqu'on compare les deux sous-groupes situés aux extrémités de l'échelle sociale (environ 157.000 affiliés dans chacun de ces deux sous-groupes). On recense ainsi jusqu'à 7 fois plus de BIM, 25% de chômeurs de longue durée en plus et 4 fois plus de familles monoparentales en moyenne au sein de la population des personnes précarisées par rapport à celle des nanties.

Par ailleurs, nos données mettent clairement en évidence que ces inégalités sociales ont un impact sur la santé des Belges. Elles démontrent ainsi la relation étroite qui existe entre l'état de santé d'une personne et son niveau socio-économique mais aussi la persistance d'un gradient social au sein de la population, ce malgré notre système de protection sociale et les progrès en matière de santé publique survenus ces dernières décennies. **L'analyse de Solidaris montre aussi que les inégalités sociales de santé ne se résument pas à un clivage entre les plus pauvres et les plus riches mais se marquent tout au long de l'échelle sociale.**

Cette étude permet de quantifier ces inégalités de santé qui se retrouvent à plusieurs niveaux au sein de la population belge :

1) Les personnes issues des milieux les plus précaires meurent plus souvent

- Le taux de mortalité avant 65 ans diminue globalement à mesure que le niveau social augmente.
- On estime qu'il y a près de 402 personnes précarisées qui décèdent avant leur pension contre 174 décès parmi les nanties, soit 2,3 fois plus ou encore 228 personnes qui décèdent en plus sur une année à cause de leurs conditions sociales et économiques.

2) Outre cette mortalité plus élevée, leur état de santé physique et mentale est sensiblement plus dégradé

- Sans surprise, les plus précarisés vivent également en moins bonne santé que les nantis et de manière plus générale, chaque groupe social a un état de santé supérieur à celui du groupe d'en-dessous.
- Il y a 3,2 fois plus de personnes en situation de handicap parmi les personnes précarisées en comparaison aux nanties, tout âge confondu. Il ressort également que les problèmes de santé se cumulent tout au long de la vie jusqu'à 60 ans environ, âge au-delà duquel les personnes issues de ces deux groupes sociaux sont de plus en plus égales face à la maladie.
- Par rapport à la population moyenne, il y a 43% de personnes souffrant de diabète en plus parmi les précarisés alors qu'à l'inverse, ils sont 30% en moins parmi les nantis. On retrouve ainsi 2 fois plus de personnes souffrant de diabète au sein du groupe social le plus bas par rapport à celui le plus élevé.

- La santé mentale est également liée aux conditions socio-économiques avec un état de santé mentale bien plus détérioré parmi les précarisés. Les cas d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique ou un service psychiatrique d'un hôpital général sont 2,3 fois plus nombreux parmi les précarisés (1.082 hospitalisations) par rapport aux nantis (469 hospitalisations).

3) Cela s'explique notamment par un moindre recours à la prévention

- Un taux de couverture du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus qui augmente avec le niveau socio-économique. L'indice de dépistage est ainsi inférieur respectivement de 14% et 11% pour les femmes précarisées par rapport à la population moyenne alors qu'il est supérieur de 12% et 13% parmi les femmes nantis.
- La proportion de mères adolescentes âgées entre 12-18 ans diminue globalement avec le niveau socio-économique : elles sont jusqu'à 7,5 fois plus nombreuses parmi les groupes sociaux les plus défavorisés en comparaison avec le groupe social le plus favorisé.

4) Ayant pour conséquence une consommation de soins nettement plus élevée par la suite

- Le risque d'hospitalisation diminue d'un groupe social à l'autre et en fonction des revenus.
- On retrouve ainsi plus de personnes précarisées ayant été admises à l'hôpital en 2016 (+10% par rapport à la population en moyenne) mais aussi pour des durées plus longues (+12%). En outre, la proportion de personnes hospitalisées six fois sur l'année est également supérieure (+18%). A contrario, c'est l'inverse parmi les plus nantis avec moins de personnes hospitalisées (-20%), moins de personnes hospitalisée au moins six fois sur l'année (-24%) et enfin pour une durée d'hospitalisation inférieure (-11%) lorsqu'on compare les nantis à la population moyenne.

Solidaris est déjà très active pour combattre ces inégalités et ce depuis de nombreuses années. Outre ses actions pour améliorer encore et toujours l'accessibilité financière aux soins de santé pour la population, en particulier les plus précarisés, (via l'assurance obligatoire mais aussi son assurance complémentaire), Solidaris – consciente que les comportements préventifs sont marqués par de grandes inégalités sociales – est également acteur sur le terrain de la promotion de la santé et de l'éducation permanente grâce entre autres à son large réseau associatif. Solidaris développe ainsi toute une série de programmes et campagnes en prévention et promotion de la santé chaque année. En effet, pour Solidaris, la prévention constitue un des piliers essentiels de la bonne santé et représente un des volets majeurs de son rôle de gestionnaire de l'Assurance Maladie Invalidité.

C'est dans ce contexte que Solidaris consacre ses prochaines Assises en juin à la thématique des inégalités sociales car celles-ci continuent de nuire gravement à la santé, comme en atteste cette étude, et ce malgré les actions et dispositifs existant au niveau national. Notre étude démontre que les inégalités sociales représentent aujourd'hui une des principales causes des différences de santé au sein d'une population. Ces inégalités de santé ne sont pas le produit du hasard ou des facteurs biologiques, elles s'expliquent par la catégorie socio-économique à laquelle appartiennent les individus. Les inégalités sociales de santé sont donc le fruit d'une construction sociale et sont, par conséquent, évitables. La lutte contre ces inégalités sociales de santé constitue dès lors un enjeu prioritaire pour Solidaris. Ses prochaines Assises, le 8 et 9 juin 2018, seront dès lors consacrées à une réflexion globale sur le thème des inégalités sociales de santé avec l'ambition d'établir de nouvelles pistes d'action pour les combattre efficacement.