



Article paru dans la revue
l'Observatoire, n°121,
La précarité nuit gravement
à la santé, 2024.

www.revueobservatoire.be

La santé

Une question de justice sociale

Chantal VANDOORNE

**Chercheuse et formatrice en
Promotion de la santé,
collaboratrice scientifique à
ESPRist-ULiège**

chantal.vandoorne@uliege.be

Nathan CHARLIER

**Docteur en Sciences politiques et
sociales et coordinateur
d'ESPRist-ULiège**

ncharlier@uliege.be

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SONT LES REFLETS DE DISPARITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES, POLITIQUES ET ENVIRONNEMENTALES ET SE TRADUISENT PAR DES ÉCARTS SIGNIFICATIFS EN TERMES D'ACCÈS AUX SOINS, D'ÉTAT DE SANTÉ, PHYSIQUE COMME MENTALE, ET DE MORTALITÉ. EN BELGIQUE, LES DONNÉES RÉVÈLENT QUE LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES CUMULENT AINSI DE NOMBREUX DÉSAVANTAGES AU NIVEAU DE LA SANTÉ. AGIR SUR CES INÉGALITÉS EXIGE DES POLITIQUES INCLUSIVES, INSCRITES DANS UNE DÉMARCHE DE JUSTICE SOCIALE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ.

Mots-clés : santé, inégalités, justice sociale, déterminants de la santé

Les « inégalités sociales de santé » sont des différences de santé observées entre des groupes sociaux, des disparités dont le caractère est systématique, important et évitable. D'origine sociale, économique, politique ou environnementale, ces inégalités relèvent de la justice sociale.

Les écarts de santé se creusent entre mieux et moins bien nantis

Comme de nombreux pays européens, la Belgique connaît un allongement global de l'espérance de vie et une amélioration moyenne de l'état de santé. Cependant, ce phénomène est plus rapide pour les catégories aisées. En effet, tous les Belges ne sont pas égaux devant les problèmes de santé et, de ce fait, ils sont inégaux devant le risque de mortalité prématurée. On trouve de nombreuses corrélations entre l'état de santé d'un individu et les indicateurs de position sociale (revenus, études, profession).

Les données collectées et présentées par Sciensano montrent un creusement des inégalités sociales de santé et de mortalité¹. En 2020, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le groupe au statut socio-économique (SSE) le plus élevé et le groupe au SSE le plus bas était de 9,3 ans pour les hommes et de 6,3 ans pour les femmes. Les personnes dont le SSE est plus élevé vivent également plus longtemps en bonne santé. Par exemple, les écarts d'espérance de vie sans incapacités entre les niveaux d'instruction les plus élevés et les plus bas pour les populations qui ont actuellement 25 ans sont de 10,5 ans pour les hommes et de 13,4 ans pour les femmes.

L'Agence intermutualiste (AIM)², quant à elle, s'est attachée à croiser des indicateurs de santé (appliqués aux consultations, incapacités de travail, consommations de médicaments, décès...) avec la stratification sociale du territoire (calculée sur base des statistiques

fiscales). Une de leurs études pointe qu'en 2016, les Belges vivant dans les quartiers les plus pauvres avaient un risque accru de 56 % de décéder dans l'année par rapport à ceux qui vivaient dans les quartiers les plus riches.

Les inégalités de santé se manifestent à travers un gradient social. Plus on descend dans l'échelle sociale, plus l'état de santé, qu'il soit physique ou mental, se dégrade ; plus on est confronté à des maladies graves, chroniques et invalidantes. Ce gradient est également constaté sur de nombreux indicateurs en lien avec la prévention et l'utilisation du système de santé : santé perçue, adoption de comportements et modes de vie

1. Sciensano définit les groupes comme les quartiles d'un score multidimensionnel socio-économique (SSE) : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante/inegalites-en-espérance-de-vie-et-qualité-de-vie>

2. Organisme créé par les sept mutualités nationales, qui compile des millions de données anonymisées.

favorables à la santé, utilisation du système de santé³. Ainsi, un impact des inégalités socio-économiques a été constaté pour la santé mentale et pour de nombreux facteurs de risques, à savoir le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique et les habitudes alimentaires. Des inégalités dans la santé perçue sont mises en évidence par les études de l'AIM : après ajustement pour l'âge, 35 % des personnes ayant un faible niveau d'instruction jugent que leur santé est mauvaise ou moyenne contre 16 % des personnes ayant un niveau d'instruction élevé. L'enquête HBSC de 2018⁴, concernant les élèves scolarisés de 11 à 18 ans, révèle qu'en Belgique francophone, la santé mentale de ces jeunes se détériore avec l'âge. Les adolescent.e.s venant de familles moins aisées sont d'autant plus exposé.e.s aux problèmes de santé mentale : ils et elles tendent à se considérer en moins bonne santé, à déclarer plus de symptômes et à être moins satisfait.e.s de leur vie⁵. On notera qu'à statut socio-économique équivalent, ces indicateurs sont moins bons pour les filles que pour les garçons.

Une distribution injuste des déterminants de la santé

De tels écarts de santé systématiques entre les populations occupant différentes positions sociales ne peuvent pas seulement s'expliquer par des différences individuelles, par exemple liées à l'hérédité, aux comportements et aux modes de vie. On peut évoquer des différences dans l'accès aux soins, mais aussi et surtout des différences de contexte social et environnemental dans lequel vivent les personnes. Ainsi, les inégalités de santé résultent d'une distribution injuste de ces déterminants, qui peuvent être des facteurs protecteurs ou délétères.

Les inégalités sociales de santé sont à la fois systémiques et cumulatives. Systémiques, car les déterminants s'influencent mutuellement dans des liens multiples de causes et d'effets, et cumulatives, car elles ont tendance à s'additionner graduellement de manière négative pour les personnes ayant un SSE plus faible, et de manière positive pour les personnes ayant un SSE plus favorable. La santé et sa distribution dans la population sont ainsi, très largement, le résultat de processus sociaux et historiques.

L'accessibilité et l'utilisation des services de santé

L'accès et l'utilisation des services de santé diffèrent selon les groupes sociaux, avec des barrières plus importantes pour les personnes de statut social inférieur.

On remarque chez ces dernières une utilisation accrue des soins lourds. Elles ont en effet une probabilité d'être hospitalisées ou de faire appel aux urgences respectivement supérieure de 20 % et de 9 % par rapport à la population

générale. Pour elles, la probabilité de consulter un psychiatre est supérieure de 20 % et celle d'être hospitalisées dans un hôpital psychiatrique de 500 %⁶. L'enfance n'est malheureusement pas épargnée par ces inégalités. Selon l'étude de l'AIM, les admissions pédiatriques et en néonatalogie sont bien plus fréquentes pour la classe socio-économiquement la plus basse (19 % de plus que pour les Belges les plus riches).

Par contraste, on constate que ces personnes des classes socio-économiques modestes consultent moins régulièrement les médecins pour les soins « légers » ou préventifs, qui pourraient diminuer le recours aux prestations plus lourdes évoquées ci-dessus. L'étude de l'AIM a montré que la possibilité de soins préventifs gratuits (dépistage des cancers, soins dentaires préventifs pour les enfants) n'entraîne pas un accès effectif et égal pour tous. Le gradient social est aussi marqué dans le recours aux contraceptifs par les jeunes femmes jusqu'à 20 ans : celles issues de la classe la plus faible ont une probabilité moindre de 25 % de faire appel aux moyens contraceptifs en comparaison à celles issues de la classe la plus élevée. Ainsi, il ne suffit pas d'offrir un service universel et peu coûteux pour que toutes les catégories de la population y aient accès. Quatre séries de conditions sont identifiées pour utiliser les systèmes de santé⁷ : (1) la capacité d'identifier de façon suffisamment précoce que l'on a un problème de santé qui nécessite d'aller consulter ; (2) la disponibilité des services et la capacité des patients pour les atteindre ; (3) l'accessibilité financière ; (4) l'acceptabilité des soins⁸.

La réalisation de ces conditions nécessite de mettre en place des

3. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/inegalites-de-sante>

4. LEBACQ T., DUJEU M., DESNOUCK V., HOLMBERG E., MOREAU N., PEDRONI C., CASTETBON K. Évolutions au cours des années d'enquête. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, ULB. 2020.

5. HOLMBERG E., BELLANGER A., SERVAIS J., ROUCHE M., CASTETBON K. Disparités sociales. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, ULB. 2023.

6. InES, Les inégalités de santé, Policy brief, février 2023. <https://inesthinktank.be/inegalites-de-sante/>

7. Ibid.

8. « L'accès aux soins pour une population socio-économiquement défavorisée : situation du quartier de Bruxelles-centre », *Santé conjugulée*, n° 72 - septembre 2015 : https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2015/11/sc72_r_resonance.pdf

stratégies pour lever les freins spécifiques que rencontrent différentes catégories de la population. En effet, ces freins ont tendance à s'accumuler pour les populations aux niveaux socio-économiques les plus modestes. Citons à titre d'exemple : la priorité qu'une personne donne aux besoins de santé par rapport à d'autres besoins essentiels ; les discriminations auxquelles elle peut être confrontée en raison de son statut social ou économique, de sa situation de handicap, de son âge, de son orientation sexuelle ; les listes d'attente pour consulter des professionnels de santé conventionnés ; la possibilité de se libérer de ses obligations familiales et professionnelles pour honorer les rendez-vous et examens médicaux ; la possibilité de s'expliquer et de se sentir écouté face à un professionnel de santé...

Améliorer les conditions de vie et agir au plus près des populations : l'importance des territoires

Les conditions de vie des personnes, et en conséquence les structures sociétales qui les déterminent, jouent un rôle central dans le maintien ou la détérioration de la santé. Elles sont plus dures lorsqu'on descend le long de l'échelle sociale.

Des indicateurs composites, par exemple le taux de privation matérielle et sociale, reflètent assez bien ce que l'on entend par déterminants sociaux liés au statut socio-économique et qui peuvent influencer sur la santé physique ou mentale⁹. En Wallonie, en 2023, 15,5 % de la population vit dans un ménage qui ne peut se permettre au moins 5 des 13 services suivants : (1) payer à temps le loyer, l'emprunt hypothécaire, les

charges du logement ou les crédits à la consommation, (2) chauffer correctement son logement, (3) faire face à des dépenses inattendues (d'environ 1 300 €), (4) manger des protéines tous les deux jours, (5) partir une semaine en vacances une fois par an (pas nécessairement à l'étranger), (6) remplacer des meubles usés ou dégradés, (7) avoir une voiture, (8) avoir deux paires de chaussures, (9) remplacer les vêtements usés par des neufs, (10) se retrouver avec des amis pour dîner ou boire un verre une fois par mois, (11) participer régulièrement à des activités de loisir (sport, cinéma, etc.), (12) dépenser pour soi une petite somme d'argent chaque semaine, (13) avoir un accès personnel à Internet chez soi.

Les familles monoparentales et les personnes seules de moins de 65 ans sont les plus fréquemment touchées par la privation matérielle sévère. Un indice de même type, adapté aux besoins des enfants, illustre que 18 % des enfants entre 1 et 15 ans vivent une privation sévère, et ils sont proportionnellement plus représentés parmi les familles monoparentales.

Prenons pour exemple la qualité du logement comme médiateur du lien entre position sociale et santé, une étude ayant montré qu'un bon confort de logement et un statut de propriétaire demeurent significativement associés à un moindre risque de décès¹⁰. En Belgique, un cinquième de la population vit dans un logement présentant au moins un des problèmes suivants : problèmes d'humidité, pas de baignoire ou de douche, pas de toilette intérieure ou logement considéré comme trop sombre. Ce pourcentage est nettement plus

élevé parmi les groupes aux plus faibles revenus¹¹. Or, en Wallonie, 25,9 % des locataires au prix du marché ont un revenu net équivalent ou inférieur au seuil de pauvreté. Occupant des logements de moins bonne qualité, ils vivent une « double peine » : non seulement leur revenu est plus faible, mais les charges à acquitter pour assurer un confort de vie minimal dans les logements qu'ils louent sont plus importantes que ceux des personnes bénéficiant d'un revenu plus confortable¹².

Poussons l'analyse plus loin et intéressons-nous aux caractéristiques du territoire sur lesquels vivent les populations les plus modestes, et souvent les plus mal logées, en intégrant des indicateurs liés à l'environnement et à des services publics, tels que les transports en commun. L'Indicateur Synthétique d'Accès aux Droits Fondamentaux (ISADF)¹³, développé par l'IWEPS, mesure l'accès des populations de chaque commune francophone de Wallonie aux droits fondamentaux dans neuf domaines : (1) droit à un revenu conforme à la dignité humaine, (2) droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité, (3) droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale, (4) droit à la sécurité sociale, à

9. IWEPS, Les chiffres-clés de la Wallonie, 2024.

10. CAUSINEQ. Causes of health and mortality inequalities in Belgium : multiple dimensions, multiple causes, Final Report, Brussels, Belgian Science Policy Office, 2016.

11. Eurostat, EU-SILC 2017, consulté le 08/12/2024 sur le site du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. <https://luttepauvrete.be/des-faits-et-des-chiffres/chiffres-qualite-logements/>

12. IWEPS, *op. cit.*, 2024.

13. Mini-Site de l'IWEPS consacré à l'ISADF : <https://isadf.iweps.be/isadf.php>

l'assurance santé, à la protection sociale, à l'aide sociale, aux prestations familiales, (5) droit à l'éducation et à l'enseignement, (6) droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau, (7) droit à un environnement et à un cadre de vie sain et adapté, (8) droit à la mobilité, (9) droit au travail, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle.

La visualisation par commune est disponible pour l'indicateur global, par domaine, avec une présentation des indices spécifiques sous forme de radars, ou encore par cartographie.

Consultons le domaine de l'environnement, car il a été établi que les personnes les plus fragiles dans notre société sont également les victimes d'une charge environnementale inégalement répartie, qui a un impact sur leur santé¹⁴. L'ISADF comprend trois indices liés à l'environnement : exposition à la pollution de l'air, exposition à la pollution par le bruit, proximité à moins de 200 m d'un espace non artificialisé (forêt, champs, prairie, espace naturel) ou d'un espace vert urbain d'au moins 5 hectares. Ces indica-

teurs sont généralement plus défavorables dans des zones (ancienne-ment) industrialisées et dans des zones urbaines, territoires qui concentrent des populations à statut socio-économique bas. Toutefois, les zones urbaines offrent une plus grande proximité des services sociaux, culturels, de santé, d'enseignement, de formation qui, dans certaines conditions, pourraient constituer un avantage.

Ainsi, pour comprendre de manière systémique comment se construisent les inégalités sociales de santé dans une commune ou sur un territoire plus large autour de celle-ci, il est intéressant de s'intéresser aux caractéristiques de l'accès aux droits fondamentaux dans les différents domaines.

Enfin, l'actualité récente a aussi attiré l'attention sur d'autres déterminants environnementaux à mettre en lien avec les inégalités sociales de santé et encore peu pris en compte dans les statistiques : la qualité des eaux de consommation, les risques climatiques tels que les pics de chaleur et les inondations...

L'incorporation biologique : quand le social passe sous la peau

Le médecin et anthropologue Didier Fassin va encore plus loin et affirme : « [les inégalités de santé] correspondent à l'inscription dans le corps des inégalités produites par la société. Elles sont l'aboutissement des processus par lesquels le social passe sous la peau¹⁵ ». L'injustice s'accroît lorsque les problèmes tendent à se multiplier et à se concentrer, se renforçant les uns les autres, créant ainsi des groupes très vulnérables en matière de santé.

Pour expliquer comment le social peut influencer la biologie, on dis-

tinguera les expositions exogènes et endogènes¹⁶. Les premières impliquent des molécules externes au corps qui vont modifier les mécanismes biophysiques. Ce sont typiquement des éléments physiques et chimiques de l'environnement de vie : qualité de l'eau et de l'air, composition des aliments, des produits cosmétiques ou d'entretien, boissons alcoolisées et médicaments, etc. Les expositions endogènes, quant à elles, impliquent une interprétation subjective, qui mobilise des molécules internes au corps principalement liées à la perception du stress et au système de réponse au stress (mécanismes neuro-immunitaires et neuroendocriniens). Ces mécanismes sont fréquemment activés face aux contraintes professionnelles ou à des difficultés dans les relations sociales. Dans ce domaine, on a documenté les effets sur la santé du sentiment de manque de contrôle ; les effets des sentiments négatifs, comme la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. A contrario, un environnement psychosocial qui offre des possibilités de vivre des expériences d'efficacité personnelle produit des effets favorables sur la santé et le bien-être.

Les cartographies établies sur la base des indicateurs composites de l'IWEPS montrent comment les déterminants sociaux et environnementaux délétères s'accumulent pour les populations habitant certaines communes, aussi bien rurales qu'urbaines, influençant de manière directe à la fois leur sommeil, leur alimentation, la possibilité de pratiquer une activité physique régulière, la possibilité pour les enfants et personnes âgées d'avoir des activités extérieures dans des espaces aménagés, la

14. LEJEUNE Z. et al., « La qualité du logement comme variable environnementale : l'exemple de la région urbaine de Liège (Wallonie) », *Flux : Cahiers scientifiques internationaux Réseaux et Territoires*, n°89-90, pp. 30-45 ; LEJEUNE Z. et al., « Housing quality as environmental inequality : the case of Wallonia, Belgium », *Journal of Housing and the Built Environment*, vol. 31, n°3 2016, pp. 495-512.

15. FASSIN D., « Entre politique du vivant et politique de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et sociétés*, vol. 24, n°1, 2000, pp. 95-116 ; FASSIN D., « Les impensés des inégalités sociales de santé », dans C. NIEWIADOMSKI et P. AÏACH (DIR.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, pp.19-28

16. KELLY-IRVING M., DELPIERRE C. "Framework for understanding health inequalities over the life course: the embodiment dynamic and biological mechanisms of exogenous and endogenous origin", *Journal of Epidemiol Community Health*, 75(12), 2021, pp. 1181-1186

charge mentale et les liens sociaux, les contraintes organisationnelles liées à la mobilité et au travail, etc. Certains éléments de l'environnement urbain (pollution, cohésion sociale, criminalité, perception du contrôle social du quartier et peur du crime, équipements du quartier) ont déjà été identifiés comme influençant le fonctionnement biologique¹⁷. Ces accumulations de désavantages provoquent des périodes de stress aigu et/ou un stress permanent.

Il faut aussi considérer que le statut de santé d'une personne est affecté par toutes ses expériences passées : elle peut ainsi (ac)cumuler les désavantages au cours de la vie, via des expositions à des déterminants sociaux de maladies et/ou via une susceptibilité héritée. Lutter contre les inégalités sociales de santé impose donc d'être attentif aux parcours de vie et en particulier aux périodes sensibles.

On citera en priorité le développement fœtal, le bas âge ou des périodes du développement de l'enfant et de l'adolescent. Mais on sera aussi attentif aux moments de l'entrée sur le marché du travail ou au moment de la perte d'emploi, au passage à la retraite ou au moment où une maladie chronique se déclare. Ce sont des périodes de changement individuel rapide, des fenêtres de temps durant lesquelles une exposition peut avoir des effets néfastes ou positifs sur le développement biologique ou social futur.

Enfin, il faut aussi considérer que certaines personnes cumulent des désavantages, car elles se situent au croisement de différents systèmes de domination entraînant un risque accru de discrimination, voire de stigmatisation (orientation

sexuelle, genre, race, handicap, maladie mentale, âge, religion). On parle donc ici d'intersectionnalité.

Les stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé

On l'aura compris, diminuer les inégalités sociales de santé passe par des déterminants structurels qui rendent accessibles un emploi et un revenu dignes, un logement et un environnement de qualité, une alimentation saine et durable, un accès à la culture et à l'éducation, un accès aux services sociaux et de santé qui interviennent au plus proche de la population.

Il s'agit donc de mettre en place et de piloter des politiques universelles, aux différents niveaux de l'action publique, en ce compris à l'international tant la qualité de l'environnement, de l'alimentation ou encore l'accessibilité au savoir sont soumis à des phénomènes planétaires. Dans un souci de justice sociale, l'attention doit être accordée à ce que ces politiques activent des leviers différenciés et proportionnels aux obstacles que rencontrent différentes strates de la population.

Mais il s'agit aussi de réinstaurer l'acceptabilité et la confiance des différents publics vis-à-vis des institutions de santé et des institutions démocratiques, par des pratiques qui permettent de donner un pouvoir de dire et d'agir, d'encapaciter les personnes précaires. Agir en matière de santé pour et avec les personnes qui font l'expérience de la stigmatisation, de la précarité et de l'exclusion est aussi un enjeu de démocratie. En permettant à ces personnes de réintégrer la société puis d'y faire entendre leur voix, la santé devient à la fois un objet

mieux maîtrisé et une ressource pour satisfaire leurs besoins et maîtriser leur milieu. Ces valeurs sont au centre de la Charte d'Ottawa¹⁸ qui guide les pratiques de promotion de la santé.

Nous laisserons le mot de conclusion à Paul-Loup Weil-Dubuc : « Tolérer les inégalités sociales de santé revient à relativiser les responsabilités collectives en jeu, tout en les justifiant le plus souvent au moyen d'arguments mettant en avant la responsabilité individuelle des citoyens – en charge de leur santé et de leur bien-être – ou une fatalité résiduelle liée à l'infortune, que celle-ci soit extrinsèque (une pandémie ou un phénomène climatique extrême) ou intrinsèque (une configuration génétique). Or, le scandale tient au fait qu'il s'agit d'inégalités sociales de santé. Autrement dit, ces inégalités ne sont ni contingentes ni naturelles. Elles sont les conséquences de choix collectifs, politiques, économiques et sociaux qui sont autant de valeurs exprimant notre rapport à la vie des êtres humains et aux relations qu'ils entretiennent¹⁹ ».

17. PETTEWAY R., MUJAHID, M. et NURU-JETER A., "Understanding Embodiment in Place-Health Research: Approaches, Limitations, and Opportunities", *Journal of Urban Health*, 96, 2019, pp. 289–299

18. OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1986.

19. WEIL-DUBUC P-L., « Arrêtons avec la société inclusive parlons de non exclusion », *Socialter*, Tribune du 10 décembre 2018. Voir aussi du même auteur : *L'injustice des inégalités sociales de santé*, Rennes, Hygée éditions, Coll. « Controverses », 2023.