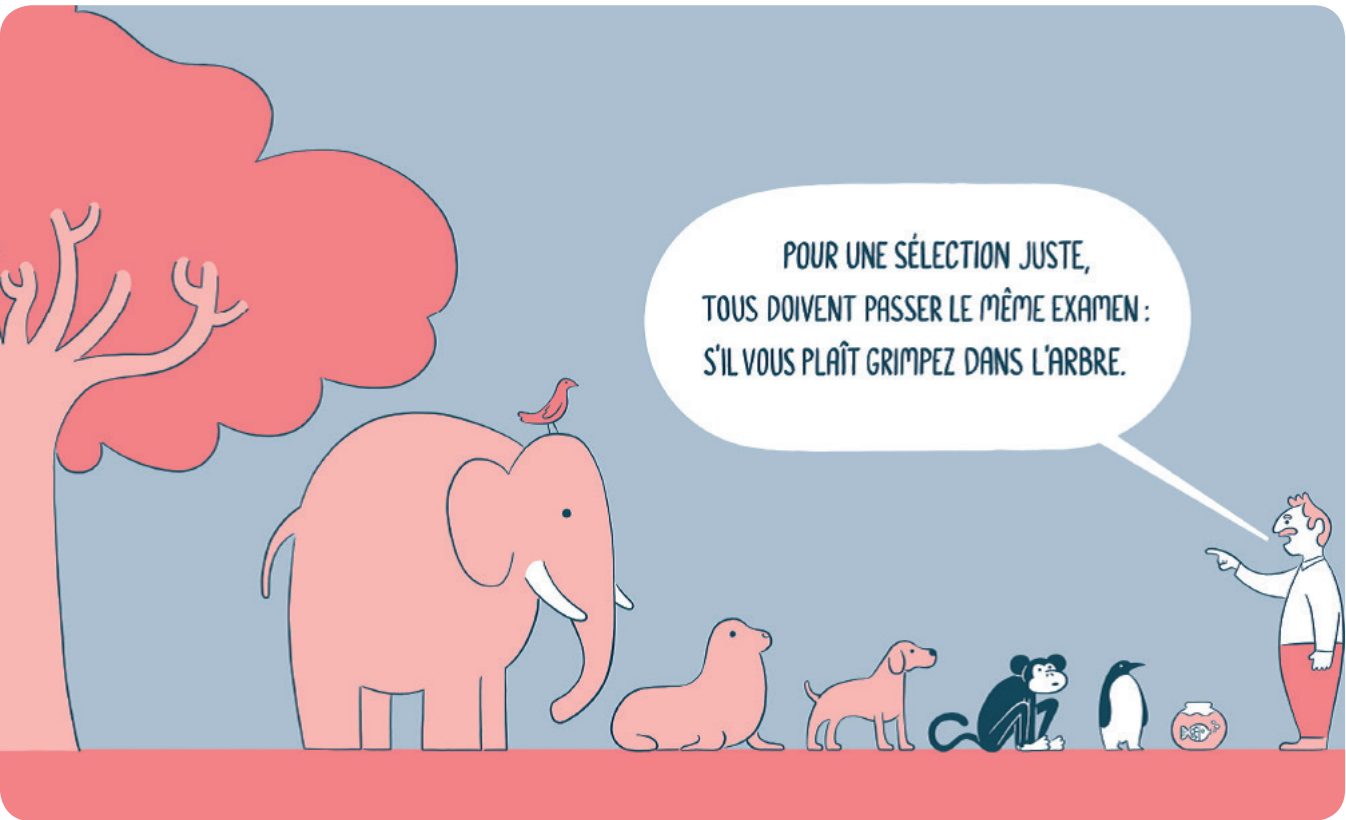




et en développant les savoir-faire des uns et des autres. Dans les lieux d'apprentissage, les méthodes de coopération peuvent être privilégiées à la place du modèle de la compétition et de l'échec. Ces propositions rejoignent en tout ou en partie les recommandations nationales et internationales de réduction des ISS évoquées plus haut.

La troisième piste vise à une **redistribution des revenus** par l'impôt ou les cotisations. C'est cette option qui permet à la Belgique de se classer – derrière les pays nordiques et le Japon – parmi les pays où l'inégalité sociale est moins importante.



IN

égalités

Fiche 1

Les inégalités sociales de santé en deux constats, et deux mouvements

Pour améliorer la santé d'une population, penchez-vous sur les inégalités sociales de santé...

Premier constat : la santé est déterminée par le niveau social

Tous les Belges sont égaux devant la loi. Le sont-ils également en ce qui concerne leur santé ? La réponse est non ! A 25 ans¹, une femme d'instruction supérieure pourrait encore espérer vivre jusqu'à 72 ans en bonne santé (c'est-à-dire sans incapacité). Une femme qui a suivi l'enseignement secondaire supérieur ou inférieur pourrait espérer vivre en bonne santé jusqu'à 66 ans, alors que celle qui n'a suivi que l'enseignement primaire atteindrait 61 ans en bonne santé. Et celle qui n'a suivi aucun enseignement ? Elle pourrait espérer vivre en bonne santé jusqu'à... 54 ans !

Votre niveau d'instruction ou votre catégorie socioprofessionnelle sont des indicateurs de votre groupe social qui impactent donc fortement l'espérance de vie en bonne santé. On appelle **inégalités sociales de santé (ISS)** ces différences d'espérance de vie et d'état de santé liées au groupe social.

Toutes les études menées sur les ISS convergent vers un même constat : face à la mort et à la maladie, nous ne sommes pas égaux. En fait, la santé suit **un gradient social** : plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. Ce gradient concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Cela signifie que ces inégalités touchent tout le monde : le lien entre situation économique, maladies et mortalité concerne chaque personne, et pas uniquement les hommes et les femmes ayant les revenus les plus bas.

Premier mouvement : un changement de perspective

Nos logements ne sont pas les mêmes. Nos revenus diffèrent. Certaines personnes sont solitaires, d'autres pas. Nos modes de vie ne se ressemblent pas. Il en va de même pour notre environnement, notre milieu de vie, l'éducation dont nous avons bénéficié... Pourquoi évoquer ces éléments quand on parle de santé ? Eh bien, c'est parce qu'ils l'influencent.

¹ Politique scientifique fédérale. Lorant V., Charafeddine R., Van Oyen H., Deboosere P. (2010). *Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent.*

En effet, ce sont des **déterminants sociaux de la santé** définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme des «*circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie*».

Les inégalités au sein des déterminants sociaux expliquent les disparités observées au niveau de la santé entre les différents groupes sociaux. Chaque personne se retrouve au centre d'un ensemble de facteurs (voir le schéma ci-après) qui influencent sa santé et dont il ne peut s'extraire. Et «*la capacité individuelle à agir sur eux diminue au fur et à mesure que les cercles sont distants de lui*», remarquent les chercheurs².

Pour agir, il faut donc aborder la santé dans une **perspective globale et multidimensionnelle**. Cela implique de sortir de la seule dimension de la santé et d'arriver à tenir compte de tous les déterminants qui, en amont, agissent défavorablement.

Des actions sur l'habitat, l'éducation, la formation, l'emploi, les revenus... auront un impact sur la santé des individus. Elles sont à privilégier pour réduire les inégalités sociales de santé puisque ce sont les disparités au sein des déterminants qui les expliquent.

Dès lors, pour aborder les inégalités sociales de santé, au niveau microsocial, les recommandations internationales et nationales visent principalement à : mettre en lien les publics et les professionnels, augmenter les compétences des professionnels, intégrer la voix des personnes concernées, favoriser l'empowerment³ et le développement des compétences, mobiliser et enrichir les représentations, agir sur le milieu de vie...

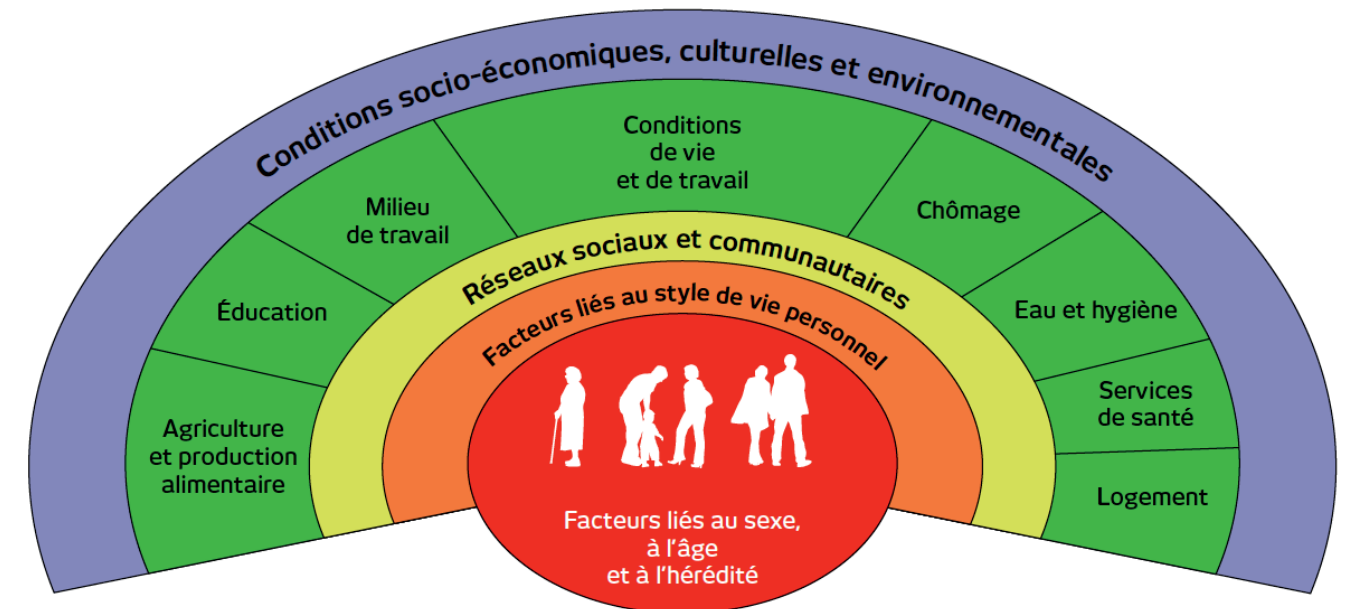
La difficulté – mais elle n'est pas la seule – consiste donc à appliquer localement ces cadres conceptuels et théoriques. Le Conseil Supérieur de Promotion de la santé⁴ préconise d'intégrer structurellement la question des inégalités au sein des services, d'organiser entre eux des échanges et des coopérations à ce sujet mais, aussi, de transmettre et de faire remonter les informations concernant la réduction des inégalités sociales de santé à tous les acteurs concernés, élus y compris.

Deuxième constat : plus d'égalité = plus de bonne santé pour tous

Richard Wilkinson et Kate Pickett l'ont montré dans leurs recherches⁵ : dans les sociétés comme la nôtre, où le niveau de développement permet d'assurer les besoins de base de chacun, plus les inégalités sont importantes, plus elles ont un impact négatif sur la santé. Pour le dire autrement, ce n'est pas uniquement le niveau absolu des revenus qui détermine les inégalités de santé et de longévité : les **inégalités entre les revenus** influencent la santé. Ainsi, dans le cas de deux sociétés présentant un même niveau moyen de revenus, la santé de l'ensemble des citoyens sera meilleure dans la plus égalitaire des deux, c'est-à-dire là où les écarts entre les revenus les plus bas et les revenus les plus hauts sont les moins importants.

Dans un contexte plus inégalitaire, la **compétition** pour maintenir son statut social est plus importante. «*On devient très préoccupé de la façon dont on est jugé par les autres*», rappelle le carnet d'animation «3-2-1 Partez. Questionnons notre société de compétition»⁶.

Cette **menace d'évaluation sociale négative** engendre donc un climat d'insécurité, des tensions, un stress, une crainte des jugements auxquels les individus sont quotidiennement confrontés. L'exposition chronique au stress entraîne un déséquilibre dans la sécrétion d'hormones dont la concentration



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

excessive peut avoir des effets toxiques sur les neurones (troubles de l'apprentissage, troubles de la mémoire). Combinés à d'autres facteurs, cela peut favoriser le développement de certaines maladies⁷. Comme le précisent les auteurs de l'outil 3-2-1 Partez, «*les effets de cette compétition sur la santé ne sont pas neutres et on observe que le stress chronique lié aux situations de compétition concerne l'ensemble de la population. L'omniprésence de situations de compétition présente un risque pour la santé pour tous, mais davantage encore pour les publics les plus défavorisés*».

Ne s'agit-il pas de puissants arguments pour chercher à réduire les inégalités sociales?

Deuxième mouvement : chercher à réduire l'inégalité elle-même

Pour Richard Wilkinson et Kate Pickett, «*la meilleure manière de réagir face aux maux causés par une forte inégalité consisterait à réduire l'inégalité elle-même*» Et pour ce faire, ils suggèrent trois pistes. La première consiste à **réduire les écarts de revenus**. Pour ces deux épidémiologistes comme pour l'économiste Philippe Askenazy⁸, il est nécessaire de questionner la distribution primaire des revenus. Pour ce dernier, les inégalités primaires – avant redistribution par l'impôt – ne sont pas naturelles, elles ne reflètent pas la productivité de chacun. Aujourd'hui, les salaires des travailleuses et des travailleurs moins qualifiés stagnent alors que les salaires des professions supérieures augmentent. Pourtant, les travailleuses et travailleurs moins qualifiés font face à des exigences de productivité plus importantes tout en ayant moins d'autonomie dans l'organisation de leur travail. Pour Philippe Askénazy, il s'agit de refuser «*l'idée d'une inégalité primaire naturelle qui nous conduit à accepter une forme de violence sociale en ravalant toute une partie de la population à la catégorie d'assistés*».

La seconde piste suggérée par Wilkinson et Pickett vise à **privilégier la coopération**. Dans les organisations professionnelles ou associatives, il est possible de reconnaître les compétences de chacun et de s'organiser de manière à ce que chacun «*ait sa place*», en construisant une vision commune et des structures claires. Dans le domaine de l'aide et du soin, il est envisageable de développer les relations en tenant compte des ressources et des capacités de la personne, en questionnant les représentations

² Gouvernement francophone bruxellois (2018/2022) *Plan stratégique de promotion de la santé*.

³ L'empowerment désigne le processus permettant à une personne de se prendre en charge et d'aller vers davantage d'autonomie.

⁴ (2011) La réduction des inégalités sociales de santé – un défi pour la promotion de la santé. Conseil supérieur de promotion de la santé, novembre.

⁵ Wilkinson R., Pickett K. (2013), *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris : Les petits Matins, Institut Veblen pour les réformes économiques – Etopia.

⁶ Cultures & Santé, CLPS du Brabant wallon (2017). 3, 2, 1, Partez ? Questionnons notre société de compétition. Carnet d'animation et de réflexion.

⁷ Cultures & Santé (2017). 3, 2, 1, Partez ? Questionnons notre société de compétition. Carnet d'animation et de réflexion. p.84-85.

⁸ Dans le cadre du projet de réduction des inégalités sociales en santé, Philippe Askenazy a été invité à Louvain-la-Neuve en janvier 2017, pour présenter son livre «Tous rentiers! Pour une autre répartition des richesses» en compagnie de Marie-Hélène Ska de la CSC et de Pierre Reman de la FOPES UCL (cfr fiche n°7).