

Inégalités sociales de santé à Bruxelles : pas seulement une question de soins de santé

Colette Barbier

Le 14 novembre dernier, la Fédération des institutions médico-sociales (FIMS) organisait, au Parlement francophone bruxellois, une rencontre autour des réalités en matière d'inégalités sociales de santé en Région bruxelloise. Différents acteurs ont mis en lumière les problèmes et besoins propres à une ville telle que Bruxelles - lieu de croisement, de proximité, de diversité culturelle, de fortes différences sociales - et ont tenté d'apporter des pistes de solution aux problèmes rencontrés.

D'emblée, le sociologue de la santé, Vincent Lorant (1), a mis les pieds dans le plat en affirmant que, si les inégalités de santé constituent un problème important et complexe, il ne figure pourtant pas encore à l'agenda politique.

« Le paradoxe, c'est que nos économies développées, non seulement celle de la Belgique, mais aussi des pays disposant d'une protection sociale encore plus forte que la nôtre (les pays scandinaves, par exemple), n'ont pas éliminé les inégalités de santé, même si l'espérance de vie, elle, s'est effectivement améliorée, explique Vincent Lorant. Autrement dit, les espoirs que l'on aurait pu placer dans la protection sociale pour réduire les inégalités de santé, n'ont pas encore été rencontrés jusqu'ici. Et nous ne possédons actuellement aucune indication au niveau international qui démontre que les systèmes de protection sociale conduiront à une élimination des inégalités sociales de santé. »

Approche des inégalités par le gradient social

Alors, pourquoi les inégalités de santé ne diminuent-elles pas ? L'approche « pauvre » versus « non pauvre » n'est pas la bonne, observe le sociologue. « Il faut s'intéresser aux inégalités qui existent au niveau de l'ensemble de la population. Ces inégalités sociales de santé suivent en effet une distribution socialement stratifiée au sein de la population. » Cela signifie que chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. C'est pourquoi on parle de « gradient social » des inégalités de santé. « L'approche par le gradient social, évidemment plus complexe que celle qui s'intéresse à l'opposition de populations pauvres et non pauvres, explique peut-être pourquoi il est si difficile de mettre les inégalités sociales de santé à l'agenda », avance Vincent Lorant.

Nouvelles formes de stratification sociale

Les inégalités sociales de santé sont appréhendées et étudiées à partir de sources de stratification sociale telles que le revenu, la scolarité, l'emploi, la richesse, etc. « A Bruxelles, on voit apparaître de nouvelles formes de stratification sociale. L'une d'elles, très importante, est l'ethnicité. Un sujet difficile à aborder en Belgique. Ainsi, à Bruxelles, on compte 6 % de chômeurs parmi les personnes de nationalité belge contre 22 % chez celles qui ont la nationalité turque ou marocaine. » Le milieu de vie, le quartier constituent une autre forme importante de stratification sociale.

Pour illustrer le fait que la stratification sociale entraîne des inégalités sociales de santé, le sociologue fait référence à « l'effet Titanic », un modèle utilisé en santé publique qui montre que nous ne sommes pas tous égaux face à un événement aléatoire, comme ce fut le cas lorsque

chavira le Titanic. « *Les groupes sociaux les plus précaires, confrontés à un événement aléatoire qui ne relève pas de leur responsabilité - on peut donc mettre de côté les comportements de santé - présentent en effet un diagnostic vital moins bon que les groupes sociaux favorisés.* »

Niveau d'instruction et tabagisme

Le niveau d'instruction est une autre forme de stratification et non des moindres : « *Si l'espérance de vie à 25 ans augmente dans toute la population, l'accroissement de celle-ci est légèrement plus fort dans les groupes où le niveau d'éducation est supérieur* », constate le sociologue.

Par ailleurs, lorsqu'on s'intéresse aux inégalités liées aux comportements de santé, le tabagisme doit être pris en compte étant donné, non seulement et évidemment, le fléau qu'il représente pour la santé, mais aussi parce qu'il est plus important dans les groupes peu scolarisés. « *Les inégalités liées au tabagisme augmentent en Belgique, tant chez les hommes que chez les femmes. Dans la littérature, il apparaît que un quart à un tiers des inégalités de santé sont dues au tabac. Quand on sait que le tabagisme est un comportement qui s'acquiert entre 12 et 18 ans, on possède là une voie importante pour prévenir et agir.* »

Nouvelles approches

Pour Vincent Lorant, les comportements de santé ne relèvent pas de la décision individuelle. Ils sont appris et maintenus au sein de groupes. « *Il faut donc appréhender les comportements de santé au départ des groupes et cesser de travailler ceux-ci dans une perspective purement individuelle. Les acteurs en santé peuvent, par exemple, utiliser les effets des réseaux sociaux pour améliorer et modifier les comportements de santé.* »

L'approche par le « *nudging* », d'origine anglo-saxonne, constitue une autre piste pour lutter contre les inégalités sociales de santé. « *Elle consiste à aider les individus à faire les bons choix de santé. Nous sommes en démocratie, on ne peut pas les forcer à opter pour des comportements sains. Mais on peut faire en sorte que les choix les plus faciles à faire soient aussi les meilleurs pour la santé. A Chicago, une très belle expérience a ainsi montré qu'en modifiant la disposition des aliments plus sains et moins sains dans les cantines scolaires, la consommation d'aliments sains a augmenté de 30 %.* »

Enfin, Vincent Lorant insiste sur la nécessité d'inclure les malades chroniques dans la vie sociale. « *Notre système de protection sociale, et peut-être aussi le marché du travail, ont ceci de très problématique pour les malades chroniques, notamment dans le domaine de la santé mentale, qu'ils les mettent très vite hors du marché de l'emploi. Ces malades vivent alors avec des indemnités d'incapacité ou d'invalidité. Mais au final, ce mode de fonctionnement n'est pas favorable à leur état de santé ni à leur réseau social. Evitons donc que les malades chroniques quittent les différents milieux sociaux dans lesquels ils tirent des bénéfices et des utilités sociales.* »

- Vincent Lorant est professeur à la faculté de Santé publique et à l'Institut de recherche santé et société (IRSS).

Des échos de terrain

Ecole favorisée, école défavorisée

Le Service de promotion de la santé à l'école de Bruxelles-Capitale veille sur la santé de

quelque 50 000 élèves répartis dans 40 établissements bruxellois. « Ces écoles concentrent des populations socio-économiques et culturelles très différentes, explique Mina Loukili, infirmière responsable à l'antenne du Service PSE de Bruxelles-Capitale. Si quelques écoles accueillent des jeunes issus d'un milieu socio-économique et culturel aisés, la majorité d'entre elles sont des écoles dites défavorisées, avec notamment une population immigrée, venant d'horizons très variés. Elles comptent, par ailleurs, un nombre important d'enfants primo-arrivants. »

Jana Leban, médecin scolaire au Service PSE, observe, quant à elle, des différences criantes entre les écoles favorisées et celles qui sont défavorisées. « Dans une école favorisée où les classes comptent 20 à 25 élèves, il est habituel de dépister, par classe, cinq élèves porteurs d'une pathologie. Par contre, dans une école défavorisée avec des classes d'enfants de même nombre et d'âge identique, si cinq enfants ne présentent aucune pathologie dans une classe, on trouve cela très bien. Certains enfants cumulent plusieurs pathologies. Les enfants ne nous arrivent donc pas avec un départ égal en santé. »

Difficultés et (tentatives de) solutions

Dans une école favorisée, les parents anticipent généralement les problèmes. Il y a donc peu de pathologies. « Lorsque nous demandons des résultats ou des documents, nous les obtenons, explique le Dr Leban. Quand une pathologie est dépistée, les parents réagissent dans les heures ou les jours qui suivent. Il y a un suivi de notre travail. Dans nos écoles défavorisées, nous avons le sentiment que notre charge de travail peut facilement être multipliée par trois, voire par cinq. »

Le Service PSE met en place des permanences dans les écoles afin d'aider les parents à comprendre et à compléter les documents, les questionnaires médicaux, ainsi que les autorisations de vaccination. Les Services PSE, qui ont aussi pour mission de collecter les données vaccinales, constatent trop souvent que ces données n'existent pas dans les écoles défavorisées. « Le carnet de vaccination est incomplet, voire perdu. »

Lorsqu'une pathologie est détectée, un document décrivant brièvement la pathologie est remis à l'enfant, à l'attention de ses parents. « Aussi simples soient-ils, ces documents ne sont pas compris. Nous devons faire des rappels aux parents, avoir un contact personnel avec eux pour leur expliquer de quoi il s'agit, quelles sont nos motivations. Si nous n'agissons pas de la sorte, il n'y a pas de réaction de la part des parents. »

Le docteur Jana Leban met en évidence le grand décalage existant entre le souci de dépistage des centres PSE et les préoccupations des familles qui, elles, sont totalement prises par leur quotidien tant leur vie est difficile.

« Nous faisons notre travail au mieux de nos possibilités et je pense que nous le faisons bien, analyse Jana Leban. Nous dépistons un maximum de pathologies, mais il y a un réel manque au niveau de l'éducation à la santé - qu'il s'agisse de l'hygiène, de la prévention des maladies, des addictions – que l'on pourrait apporter aux enfants, aux familles et aux éducateurs en général. L'éducation à la santé apporterait un 'plus qualitatif' à notre travail. Dans le domaine de la santé scolaire, il est fondamental d'atteindre les enfants dans leur milieu scolaire, de faire des animations, de la prévention. Il est important de pouvoir également atteindre les parents ainsi que les enseignants pour qu'ils soient un relais dans l'éducation des enfants. Nous manquons malheureusement de temps et d'effectif pour faire ce travail à fond », déplore le médecin scolaire.

Agir dans les milieux de vie

Manu Gonçalves, assistant social et co-directeur au **Service de santé mentale Le Méridien** affirme, lui aussi, que les inégalités sociales de santé sont moins le fait d'une inégalité face aux

soins de santé que la conséquence d'un ensemble d'inégalités : économiques, sociales, structurelles...

Aussi estime-t-il que toute politique de santé publique visant la réduction des inégalités sociales de santé ne saurait se réduire à des dispositifs de facilitation de l'accès à la santé.

« Agir sur les inégalités passe aussi par une politique publique qui vise les déterminants de la santé, et par des actions de promotion de la santé et de prévention qui donnent aux individus et aux groupes sociaux les moyens de mieux s'approprier ce capital santé. Les manettes du changement ne sont pas entre les seules mains des services ambulatoires, en amont de la pratique. Il est nécessaire qu'une action politique de lutte contre la pauvreté se dote des moyens nécessaires. »

Il identifie plusieurs pistes de solutions tirées des pratiques :

« Une offre en santé mentale trouve son public si elle habite son lieu d'implantation, si elle est ouverte sur son environnement immédiat, explique Manu Gonçalves. Il est donc nécessaire de travailler au plus près du lieu de vie des gens. Il est d'abord important de poser un diagnostic des ressources et des besoins sur base d'un territoire, en tenant compte du fait que les populations changent dans les territoires. Il faut ensuite privilégier une approche basée sur la connaissance des institutions qui nous entourent et sur les partenariats. »

Il est également important que les dispositifs d'aide et de soins, de culture, de formation, d'alphabétisation, de sport restent différenciés afin de laisser aux personnes le choix d'aller et de se déposer là où elles le souhaitent. *« En santé mentale, les usagers doivent pouvoir bricoler ce qui leur est utile et nécessaire pour trouver un équilibre. »*

Manu Gonçalves encourage aussi à cibler les publics défavorisés et à mettre en place des approches qui tiennent compte de leurs réalités.

Il considère en outre qu'il est utile d'avoir une vue d'ensemble du système sur lequel on se propose d'intervenir. *« Pour cela, on n'a encore rien trouvé de mieux que de se concerter avec les personnes pour les aider à développer les ressources sur lesquelles elles peuvent s'appuyer. Il faut donc soutenir le capital social des personnes. Ce sont les relations sociales, tout autant que les interventions des professionnels, qui fournissent aux individus les ressources pour leur santé. »*

Enfin, briser le cercle vicieux et remettre les gens au travail. *« Si le travail n'est pas possible, il faut alors impliquer les personnes dans des projets variés qui touchent au 'vivre ensemble' et au 'vivre bien'. Ces projets ne doivent pas nécessairement être en lien avec la santé mentale pour produire des effets sur la santé mentale. L'approche de santé mentale communautaire, les divers projets de cohésion sociale sont, à ce titre, de bons exemples. »*

Accessibilité financière

Pierre-Yves Van Gils, médecin généraliste à la **Maison médicale du Maelbeek** à Etterbeek, estime de son côté que la réduction des inégalités de santé passe par une accessibilité aux soins, en particulier pour les personnes précarisées. *« Cette accessibilité a été un pilier fondateur de la Maison du Maelbeek lorsqu'elle fut créée en 1976. »*

Le tiers-payant y était très souvent pratiqué avant d'être remplacé, il y a deux ans, par le mode de paiement forfaitaire qui permet l'accès sans paiement aux soins de première ligne. *« Etant donné le nombre de patients atteint, nous ne pouvons plus prendre de nouvelles inscriptions, mais nous*

restons ouverts à l'inscription des personnes référencées par les CPAS ou les services sociaux, comme des personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente (AMU) ou des patients psychologiquement fragiles qui hésitent parfois à signer un contrat », explique le Dr Van Gils.

Ceci dit, à la Maison du Malbeek, il n'y a pas que l'aspect financier qui permette l'accès aux soins de santé. D'autres facteurs y contribuent : « *Notre équipe est sensibilisée à l'accueil des personnes fragilisées, d'une part. D'autre part, nous travaillons de manière transdisciplinaire, ce qui offre une porte d'entrée vers tous les secteurs de la Maison médicale : la consultation de la psychologue, de l'assistante sociale, les activités pour les enfants, les activités intergénérationnelles, celles centrées sur la prévention. De plus, nous travaillons également en réseau et collaborons avec les éducateurs de rue, la maison de quartier Chambéry, le service social de la commune et du CPAS, le CIRÉ (Centre d'initiation pour réfugiés et étrangers), etc.*

Nous avons créé il y a plus de dix ans un réseau d'entraide où les gens proposaient leurs services et leurs savoirs. Notre réseau a évolué avec l'âge de nos seniors. Nous avons redynamisé et réorienté le réseau en invitant les seniors peu ancrés dans des liens sociaux à participer comme experts à des activités (transgénérationnelles et entre seniors) : ateliers créatifs avec les enfants et les mamans de l'espace parents-enfants, tricot, réunions à thème, exposition d'œuvres à la semaine des seniors actifs de la commune, animations par les livres, les histoires... Car appartenir à un groupe social, avoir un lien notamment intergénérationnel, pouvoir donner son avis, retrouver l'estime de soi, avoir une activité, une responsabilité, une capacité à solliciter l'aide de l'entourage, sont autant de facteurs qui améliorent la vie et la santé. »

Le personnel de la Maison médicale prête, par ailleurs, une grande attention à la problématique, très importante, du logement. « *Dès la création de l'agence immobilière sociale d'Ixelles, nous avons participé activement, avec d'autres partenaires sociaux, à la mise en place du projet 'Transit Toit'. Il s'agit de logements de transit qui permettent aux personnes sans domicile fixe de pouvoir sortir de la rue et de rétablir, à partir de ce nouveau domicile, leurs différents droits sociaux (aide sociale, chômage...). Un accompagnement soutenu de notre part leur permet de retrouver un logement plus définitif. Nous aidons également toutes les personnes en recherche de logements sociaux à introduire leur dossier auprès de l'agence immobilière et leur assurons, dès leur entrée dans un logement, une guidance sociale durant la première année afin de garantir la réussite de leur projet. Depuis quelques mois, nous participons à la mise en place d'un groupe d'épargne collective et solidaire afin de permettre à des familles à revenus modestes d'accéder à la propriété. »*

Autant d'initiatives qui, espérons-le de tout cœur, permettront de contrer les effets de la stratification sociale et ce faisant, de réduire les inégalités sociales de santé à Bruxelles.

Encadré

Quelques chiffres révélateurs des inégalités à Bruxelles :

- le taux de femmes vivant seules et de familles monoparentales n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Ainsi, en 2007, 25 % des femmes vivaient seules et 34,7 % des ménages avec enfants étaient des familles monoparentales ;
- un peu plus d'un quart des bébés bruxellois naissent dans un ménage sans revenu du travail (25,5 %), et près d'un quart des enfants de moins de 18 ans (22,7 %) grandissent dans ces conditions ;
- un adolescent sur quatre et une jeune fille sur six ont quitté l'école sans avoir obtenu le

- diplôme de l'enseignement secondaire supérieur. Ces jeunes bruxellois ont beaucoup de difficultés à s'insérer sur le marché du travail : moins d'un tiers (31,9 %) ont un emploi ;
- si 17,7 % des élèves bruxellois en première année de l'enseignement secondaire ont déjà accumulé au moins deux ans de retard, cette proportion dépasse les 20 % dans les communes les plus pauvres, la plus haute étant observée parmi les élèves résidant à Saint-Gilles (26,7 %). Parmi les élèves résidant dans les communes à statut socio-économique élevé, cette proportion est nettement plus basse, comme à Woluwe-Saint-Pierre où elle est de 5,5 % ;
 - en septembre 2013, le pourcentage de Bruxellois au chômage était de 17,4 %. Le taux de jeunes Bruxellois au chômage s'élevait quant à lui à 32,3 % ;
 - le taux de chômage en Région bruxelloise varie fortement d'une commune à l'autre : le taux le plus faible est observé à Woluwe-Saint-Pierre (9,8 %) et le plus élevé à Saint-Josse-ten-Noode (29,5 %). Cela représente un facteur qui influence le niveau de revenu des habitants, qui diffère également de façon importante selon les communes bruxelloises : il varie de 13 289 € à Saint-Josse à près du double (22 773 €) à Woluwe-Saint-Pierre ;
 - approximativement un tiers des Bruxellois (33,7 %) doit vivre avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté (2013) ;
 - 1/5 de la population active bruxelloise dépend d'un revenu de remplacement ou de l'aide sociale ;
 - 25,8 % de la population bénéficie de l'intervention majorée soins de santé ou du statut OMNIO ;
 - le coût élevé du logement, qui continue d'augmenter, pèse de plus en plus lourdement dans le budget des ménages bruxellois. En outre, le nombre croissant de familles sur liste d'attente pour un logement social témoigne de l'augmentation continue du déficit en logements sociaux : moins de la moitié des demandes (47,7 %) sont satisfaites.

Source : « *Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2013* » par l'Observatoire de la santé et du social Bruxelles-Capitale.