

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : TOUT A CHANGÉ ?

Perrine Humblet

La stratégie de lutte contre la pandémie a reposé, en Belgique, sur l'objectif d'assurer l'accès aux soins des malades atteints de formes sévères de covid-19, en particulier dans les unités de soins intensifs. Bien qu'elle ait négligé les maisons de repos, elle s'est fondée sur la qualité principale du système de santé, à savoir sa grande accessibilité sociale et financière. Mais les besoins de soins ne diffèrent-ils pas selon les niveaux sociaux ?

Un système de sécurité sociale caractérisé par la solidarité, comme c'est le cas de la Belgique, est essentiel pour une équité d'accès à des soins de qualité. Ce système n'est cependant pas exempt lui-même d'inégalités sociales : pensons aux reports de soins selon le revenu, par exemple. Et il ne permet pas, à lui seul, d'éviter que ne se produisent des inégalités sociales de santé. Ce sont les politiques intersectorielles et transversales ayant un impact sur la santé qui, à condition d'être menées de façon cohérente, permettent de lutter contre les inégalités sociales, au niveau tant de l'incidence des problèmes de santé dans la population que de leurs conséquences à court et long terme.

La problématique générale des inégalités sociales de santé (ISS) résulte de la mise au point d'un construit statistique qui vise à définir des politiques d'équité de la santé. Elle passe par la compréhension des déterminants sociaux de la santé des populations. Les analyses sont réalisées en comparant le niveau de santé de groupes d'individus classés sur base de critères sociaux. Quand on utilise des critères socioéconomiques (le revenu, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'étude, par exemple), les résultats mettent en évidence un « gradient social de santé », sorte d'escalier descendant où les mesures de santé se détériorent parallèlement aux niveaux socioéconomiques des groupes sociaux. Ce constat se vérifie pour la plupart des mesures sanitaires utilisées et dans tous les contextes. À l'instar de l'association entre origine sociale et réussite scolaire, différentes hypothèses théoriques sont développées pour définir les buts et les moyens nécessaires pour que la santé de la population s'éloigne de ce déterminisme social.

LE COVID-19, CAUSE D'INÉGALITÉS DE SANTÉ ?

Dans le cas de la pandémie de covid-19, les données indispensables pour vérifier l'existence d'un gradient social sont limitées en ce début de crise. La différenciation des besoins de soins ne constitue

Perrine Humblet est sociologue, docteure en sciences de la santé publique et professeure à l'ULB.



toutefois pas une hypothèse hasardeuse, car les mesures de protection (lavage des mains, distanciation « sociale », confinement, masques) étaient inégalement accessibles ou réalisables selon les contextes. En outre, les comorbidités les plus importantes – qui sont des facteurs de risque pour les formes sévères de la maladie et pour la mortalité – ont un gradient social marqué. Ainsi, les maladies cardiovasculaires ou le diabète sont plus fréquents dans les groupes défavorisés et socialement vulnérables. Les premières analyses concordent déjà pour identifier la présence d'un gradient social dans certains contextes politiques et sanitaires. C'est le cas aux États-Unis, où la mortalité des Afro-Américains est largement supérieure à la moyenne. C'est aussi le cas dans des zones géographiques particulières où résident des travailleurs qui sont trop vulnérables pour négocier leurs conditions de travail, dont les logements sont exigu, ou dont l'état de santé est plus faible, comme dans le département de Seine-Saint-Denis en France.

D'autres inégalités sociales sont également considérées en santé. Elles sont liées au statut social, à savoir le genre, l'âge et un facteur de différenciation ou de ségrégation sociale. Pour le covid-19, la létalité est supérieure chez les hommes et augmente avec l'âge. L'âge et le sexe/genre sont des facteurs complexes, où les dimensions biologiques et sociales sont imbriquées.

Dans le cas des personnes âgées, dont la vulnérabilité supérieure a été rapidement identifiée, un plan cohérent contre la pandémie a fait défaut dans les maisons de repos, que ce soit en Belgique ou dans d'autres pays. Une sorte de « tache aveugle » à leur égard explique en partie leur discrimination dans l'accès aux différents moyens de prévention et de soins. L'impact sanitaire de cet aveuglement a été le développement de deux épidémies distinctes, l'une dans la population générale et l'autre dans les maisons de repos, la maîtrise de cette dernière ayant été différée de deux à trois semaines. La marginalisation sociale des personnes très âgées résidant en institution et la mauvaise connaissance des soins en maisons de repos et de la gériatrie peuvent, certes, être incriminés. Mais un facteur, et non des moindres, tient aussi au morcellement des compétences en matière de santé entre les niveaux fédéral, communautaire

LES PREMIÈRES ANALYSES CONCORDENT DÉJÀ POUR IDENTIFIER LA PRÉSENCE D'UN GRADIENT SOCIAL DANS CERTAINS CONTEXTES.

et régional, brouillant les lignes des responsabilités en matière de prévention et de soins.

Les taux d'incidence des cas confirmés de covid-19 par sexe et par groupe d'âge sont disponibles pour l'Allemagne. Les différences d'incidence ne sont pas importantes. On constate une légère surreprésentation des femmes avant 60 ans et au-delà de 90 ans¹. Pour la Belgique, parmi les groupes d'âge des actifs (de 20 à 59 ans), le nombre de cas confirmés chez les femmes est plus de deux fois supérieur à celui des cas confirmés chez les hommes. L'explication est probablement à chercher au niveau des différences d'activité professionnelle. Cependant, les informations sur les catégories professionnelles des malades confirmés et des personnes décédées de covid-19 sont rarement disponibles. Des données partielles sont publiées pour l'Allemagne. Par exemple, parmi les 12 372 professionnels des institutions médicales qui étaient malades du covid-19 en date du 24 mai 2020², 73 % étaient des femmes, probablement parce que les femmes sont surreprésentées dans les professions de santé de première ligne (mais les proportions de référence ne sont pas publiées). L'impact d'un statut menant à de la différenciation sociale est documenté pour le Royaume-Uni. Au 12 avril 2020, parmi les 106 travailleurs de la santé et du secteur social décédés du covid-19, deux tiers relevaient de la catégorie *BAME* – soit *Black, Asian and Minority Ethnic*³ – utilisée localement, alors que celle-ci ne représente que 21 % des travailleurs de ce secteur. Des hypothèses génétiques sont évoquées pour expliquer cette surmortalité, ce qui reviendrait à considérer que la catégorie « *white* », privilégiée dans la vie économique et sociale, le serait également en matière génétique : cela ressemble bien à un raisonnement raciste. D'autres

1 *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Situation Report of the Robert Koch Institute*, www.rki.de, 24 mai 2020.

2 *Idem*.

3 T. Cook, E. Kursumovic, S. Lennane, "Exclusive: Deaths of NHS Staff from Covid-19 analysed", 22 avril 2020, www.hsj.co.uk.

catégories victimes de discriminations liées à leur statut – tels que les demandeurs d’asile, les personnes sans papiers, les travailleurs migrants – ne sont pas encore documentées par rapport à la pandémie⁴.

ET SOURCE DE LUTTES SANITAIRES ?

Ceci nous amène à voir qu’une autre perspective des ISS émerge dans le contexte du covid-19 : non plus celle d’un outil statistique pour mener des politiques de santé équitables, mais bien celle de groupes sociaux en lutte, pour leur santé individuelle mais aussi pour la santé collective. Différentes catégories de professionnels, exposés spécifiquement aux risques tant d’être contaminés que de transmettre le virus dans leurs environnements professionnel et privé, luttent en rapport avec cette maladie.

AVEC LE COVID-19, TOUTES LES CATÉGORIES DE PROFESSIONNELS HOSPITALIERS [...] ONT MANIFESTÉ LEUR COLÈRE.

Le cas du secteur des soins de santé est emblématique. La pandémie prend place dans une période de revendications face au sous-financement croissant et aux modifications des financements publics du secteur des soins de santé. Avec le covid-19, tout le secteur – du niveau de la première ligne à celui des soins hospitaliers – et toutes les catégories de professionnels hospitaliers – des technicien·ne·s de surface aux médecins spécialisés – ont manifesté leur colère. Les difficultés d’accès aux moyens préventifs indispensables menaçaient leur propre santé, la qualité des soins, l’hygiène hospitalière et la lutte contre la pandémie dans son ensemble. D’autres secteurs d’activité, comme les transports publics, ont suivi la même voie.

Rappelons ici l’expérience de la pandémie du VIH/sida, lorsque des activistes infectés par le virus se sont mobilisés pour influencer la recherche et les priorités politiques. En cette période de pandémie de coronavirus, on pourrait s’attendre à l’émergence de nouveaux groupes de revendications, sur la base de

caractéristiques liées au covid-19 : avoir, ou non, développé des anticorps, être positif asymptomatique ou ne pas avoir été testé pourrait amener à partager une condition commune d’exclusion ou d’inclusion sociale.

Paradoxalement, face au risque épidémique, les gouvernements ont rapidement modifié certaines situations existantes de discrimination ou d’exclusion. Des décisions ont été prises, comme les régularisations massives – bien que provisoires – de travailleurs sans papiers au Portugal et en Italie. En Belgique, certains détenus ont été libérés pour diminuer le taux d’occupation des prisons ; en ce qui concerne l’accès aux soins de santé, les conditions d’accès à l’aide médicale urgente ont été assouplies, les cartes médicales délivrées par les centres publics d’action sociale ont été reconduites. De nombreuses mesures ont été prises à l’intention des plus vulnérables⁵.

AU-DELÀ DU MODÈLE DE PASTEUR

Parallèlement à l’émergence de nouvelles luttes « sanitaires », la crise met en évidence la nécessité d’accentuer, dans une approche globale intégrée, les efforts en vue de diminuer les ISS. La question des inégalités sociales de santé a émergé il y a plus de trente ans dans un contexte épidémiologique caractérisé surtout par les maladies liées aux conditions de vie et aux comportements : les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l’obésité, par exemple. Les modèles explicatifs développés dans ce cadre identifient à la fois des déterminants structurels (politiques publiques, politiques sociales et économiques) et l’existence d’inégalités sociales parmi les facteurs de protection et de risque. Les premiers, favorables à une bonne santé et à son maintien, sont plus fréquents et plus nombreux dans les groupes sociaux favorisés ; les secondes sont plus fréquentes et plus importantes dans les groupes sociaux défavorisés.

Or la crise actuelle résulte d’une maladie transmissible qui fait lien avec des représentations antérieures de la santé publique, principalement fon-

4 À l’heure d’écrire cet article.

5 Service de lutte contre la pauvreté la précarité et l’exclusion sociale, *Aperçu des mesures covid-19, en soutien aux situations de pauvreté et de précarité*, 9 avril 2020.

**LA CRISE ÉCONOMIQUE
ET SOCIALE EN COURS
TOUCHE TOUS
LES DÉTERMINANTS
SOCIAUX
DE LA SANTÉ.**

dées sur le modèle pasteurien de la prévention – une maladie, un germe. Ce virus peut infecter n'importe qui. Les techniques pour en contrer la propagation requièrent donc l'adhésion de chacun, qui qu'il soit, et elles s'apparentent à la sécurité publique dans une logique descendante, au vocabulaire parfois militaire. Le modèle pasteurien est utile pour le contrôle des maladies transmissibles, mais il n'est pas suffisant. Il risque de faire oublier l'intrication étroite entre déterminants collectifs et déterminants individuels et il risque de faire l'impasse sur la dimension systémique de tout phénomène de santé dans une population, à l'instar des opposants aux vaccinations, qui nient le bénéfice qu'ils tirent du niveau élevé de couverture vaccinale dans la population. La distinction avec les maladies non transmissibles doit aussi être questionnée. Les facteurs de risque de complications et de décès du covid-19 sont des maladies chroniques (le diabète, par exemple) dont on connaît bien les déterminants sociaux et les inégalités sociales de prévalence. Sans compter que les malades ayant souffert d'une morbidité sévère de covid-19 (environ 2200 hospitalisés aux soins intensifs entre le 15 mars et le 21 avril) sont susceptibles d'endurer des effets durables sur les plans physique et mental et de nécessiter des soins de réhabilitation bio-psycho-sociaux. Ce niveau de soins n'est pas, lui non plus, exempt d'inégalités sociales.

DE LA CRISE SANITAIRE À LA CRISE SOCIALE

Venons-en aux conséquences des mesures prises sur les inégalités sociales de santé. Il se peut que des mesures de restriction restent d'actualité pour un certain temps, sachant que les caractéristiques de la maladie sont encore mal connues, y compris pour des facteurs essentiels au contrôle de la pandémie (transmissibilité, létalité, facteurs de vulnérabilité, par exemple). Les effets économiques et sociaux du confinement se déclinent en termes de pertes de revenus, d'inactivité, de pertes d'emplois, de pauvreté, d'isolement social, d'insécurité alimentaire, de renforcement du contrôle de certains groupes sociaux,

de violences domestiques... La liste est longue. Alors que la protection des personnes hébergées en maisons de repos a échappé à la vigilance, de nouvelles situations liées à la crise sociale émergent, telle celles des personnes en situation de handicap qui déposent auprès d'Unia⁶ de nouveaux signalements liés au covid-19, ou celles des personnes qui ne disposent pas de carte bancaire pour leurs achats. Pour les enfants et les jeunes, pendant de nombreuses semaines, ce sont les ressources familiales propres – en termes de qualité des relations ou de qualité du logement et de ses équipements – qui ont été déterminantes. Les écoles ont perdu le contact avec un pourcentage non négligeable de familles, les compétences fédérales en matière de contrôle de l'obligation scolaire ont été mises de côté et, selon de nombreux observateurs, les jeunes enfants vivant dans les quartiers les plus pauvres ne sont jamais sortis de leur domicile, car leurs parents demeuraient dans la crainte du virus et l'incompréhension de la crise sanitaire en cours. Cette période de privatisation aigüe des conditions de vie des enfants a mis en lumière l'importance fondamentale des politiques publiques qui leur permettent de bénéficier des ressources essentielles à leur santé et à leur bien-être.

Les politiques libérales de santé postulent des individus considérés comme des acteurs soucieux de leurs propres risques et responsables de leur santé, quand ils ne le sont pas également de leur condition sociale. La crise économique et sociale en cours touche tous les déterminants sociaux de la santé. Elle ne peut qu'augmenter le poids des lacunes dans les politiques structurelles qui mènent aux inégalités sociales de santé observées depuis longtemps⁷. La priorité des politiques de santé – et des politiques afférentes en matière de logement, de mobilité, d'éducation, de transport, d'alimentation, d'espaces publics – consiste à réduire le déterminisme social de la santé et à lutter contre l'accroissement des inégalités et l'émergence de discriminations inédites. ■

6 Unia est le service public indépendant de lutte contre les discriminations et de promotion de l'égalité des chances (NDLR).

7 Voir P. Humblet, « Santé pour tous ? », *Politique*, n° 101, septembre 2017, p. 60-64.