

# Quand l'argent fait la santé

**SANTÉ** Les moins favorisés sont aussi ceux qui nécessitent le plus de soins

► Une enquête de Solidaris décode la relation entre l'éducation à la santé et la santé.

► Le niveau socio-économique est déterminant pour la consommation de soins.

Un bilan santé, c'est une prise de sang, une anamnèse et une bonne conversation sur son hygiène de vie... Ça, c'est pour la version individuelle via une visite chez son généraliste.

Un bilan santé, c'est aussi prendre le pouls du moral des gens, sonder le ressenti de la population, décoder le sentiment de bien-être et de mal-être. Ça, c'est pour la version collective via l'enquête que vient de clôturer la mutualité Solidaris. En septembre dernier, elle a diffusé un questionnaire ouvert auprès d'un échantillon de 608 personnes représentatif de la population belge. Elle a également interrogé une centaine de médecins. Objectif : déterminer le ressenti de la population par rapport à son état de santé et, dans la foulée, décoder comment le niveau d'information sur les questions de santé influence son rapport avec les soins et les soignants.

**1 Un Belge sur quatre n'est pas en bonne santé.** « Concernant votre état de santé personnel, vous diriez qu'il est plutôt très mauvais, mauvais, moyen, bon ou excellent ? » A cette question, un quart des Belges répond d'emblée « excellent » et près de la

moitié « plutôt bon ». Ouf ! Par contre, le dernier quart se dit préoccupé (santé moyenne) ou très préoccupé (mauvaise, très mauvaise) par son état de santé.

**2 Le handicap de l'âge.** Personne ne s'étonnera que le ressenti relatif à sa santé est intimement lié à l'âge. Ainsi, 100 % des jeunes de 18 à 25 ans se disent en bonne santé, tandis que chez les plus de 60 ans, près de 40 % des gens se déclarent préoccupés ou très préoccupés par leur état de santé. Entre les deux, la courbe de bonne santé descend en relation parfaite avec l'âge.

**3 Les hommes en meilleure santé que les femmes.** C'est bien connu, les femmes vivent plus longtemps que les hommes : 82,8 ans pour les premières, 77,2 ans pour les seconds. Ce qui est moins connu par contre, c'est que les femmes déclarent beaucoup plus de problèmes de santé que les hommes. Toutes catégories d'âge et sociales confondues, elles sont un tiers de plus que les hommes à se dire (très) préoccupées par leur santé. On est là au croisement de plusieurs phénomènes. D'abord, assure Solidaris, un certain nombre de maladies sont spécifiques aux femmes (les cancers du col de l'utérus ou du sein ainsi que les troubles alimentaires, pour ne citer que celles-là). Ensuite, la pauvreté a un visage plus féminin. « Les familles monoparentales, qui sont très souvent le fait de femmes, sont beaucoup plus exposées au risque de pauvreté », dit Claire Huysegoms, chargée de communication pour Solidaris. Une en-

quête récente sur le report de soins démontre que les femmes et les familles monoparentales sont les premières touchées par le report de soins pour des raisons financières. Pas étonnant dès lors qu'elles se disent en moins bonne santé. » Solidaris pointe, en guise de confirmation, la proportion de femmes consommatrices d'anti-dépresseurs : la part de femmes ayant acheté une boîte d'anti-dépresseurs est deux fois plus importante que la proportion d'hommes (14,6 % versus 7,4 % !

**4 Santé et niveau socioculturel.** L'enquête confirme ce que d'autres études ont démon-

tré : plus on « descend » sur l'échelle socio-économique, plus le ressenti sur sa santé personnelle pose problème. Dans les groupes 1 et 2 (qui correspondent grosso modo aux diplômés universitaires ou de l'enseignement supérieur), seuls 15,9 % des gens se disent préoccupés par leur santé. A l'inverse, dans les groupes 7 et 8 (les sans-emploi et les très peu qualifiés), ils sont un tiers à contribuer à grossir les files d'attente dans les cabinets médicaux !

Il faut y voir l'effet conjugué d'une série de facteurs : manque de moyens, report de soins, déficit en information santé... Tous les éléments d'un cercle vicieux dont sont pourtant bien conscients les intéressés. La preuve ? C'est dans les catégories défavorisées que l'on considère que « l'accès à une information juste et honnête est déterminant pour être en bonne santé ». ■

ÉRIC BURGRAFF  
@eburgraff

**L'EXPERT****« Une différence d'espérance de vie de 6 ans »**

Vincent Lorant est professeur à la faculté de Santé publique de l'UCL. Il décrypte pour nous les premiers enseignements.

**Moins d'argent, moins de santé, c'est logique ?**

Effectivement, s'agissant de la santé subjective, on constate l'existence d'un gradient socio-économique assez prononcé. La santé subjective capture

différents éléments comme les incapacités ou la limitation de fonctionnement dans la vie quotidienne. C'est également un bon prédicteur de mortalité à cinq ans.

**Cela reflète-t-il un comportement de la population ?**

La santé subjective capture effectivement des comportements de santé autour de ce qu'on appelle les cinq étoiles : ne pas fumer, pratiquer une activité physique, consommer de l'alcool modérément, s'alimenter sainement et avoir des relations sexuelles protégées. Les gens qui ont un plus grand comportement de santé à risques déclarent très souvent

une santé subjective plus moyenne.

**Et quel lien avec le niveau socio-économique ?**

De nombreuses enquêtes démontrent des comportements à risques plus fréquents dans les classes socialement moins favorisées. Il existe par exemple une différence de 10 % dans l'usage du tabac entre les classes les plus favorisées et les moins favorisées. Chez ces dernières, le taux de morbidité est plus élevé en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires ou les cancers. Notez aussi que la différence d'espérance de vie est de 6 ans entre les groupes

extrêmes.

Cela étant, comment expliquer le différentiel de bonne santé favorable aux gens qui vivent avec des enfants par rapport aux autres ?

Derrière ces situations, il y a sans doute un certain niveau d'activité sociale. Les gens ne répondent pas en fonction de maladies qui les touchent éventuellement mais en fonction d'une vie sociale plus ou moins intense.

E.B.

## témoignage « C'est le cumul de handicaps qui pose problème »

Bernard Vercruysse est médecin généraliste officiant à la maison médicale du Nord, à Schaerbeek. Il côtoie beaucoup de patients fragilisés ou de catégories socio-économiques défavorisées. Quand il jette un coup d'œil au graphique de l'étude, il s'exclame : « Mieux vaut être riche et en bonne santé que pauvre et malade, c'est connu. »

« Non seulement les catégories défavorisées se sentent en plus mauvaise santé, mais elles le sont vraiment, entame-t-il. Saviez-vous que le taux d'obésité est inversement proportionnel aux revenus de la famille ? Il en est de même pour les maladies chroniques, plus nombreuses pour les plus faibles salaires. »

A quoi est-ce dû ? Pour le généraliste, la réponse est multifactorielle. « Je travaille beaucoup avec des jeunes de quartiers. Ils ont peu d'argent mais sont bien intégrés, bien dans leur peau et dans leur tête. Leurs revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté mais ce n'est pas pour cela qu'ils sont pauvres... S'ils sont en moins bonne santé, c'est parce qu'ils cumulent les handicaps et qu'ils ne

sont pas assez valorisés dans la société. Or c'est important pour être en bonne santé. »

**Comprendre l'exclusion**

Et pour preuve : dans des pays à PIB (produit intérieur brut) égal, l'espérance de vie (et donc la santé) diffère. Les gens vivent plus longtemps dans les pays où l'écart entre les richesses est moins important. « La seule explication que j'ai est que les gens se sentent inclus dans la vie sociale sont en meilleure santé que les exclus, poursuit le Dr Vercruysse. C'est d'autant plus vrai que ces publics ont tendance à compenser par les boissons alcoolisées ou la nourriture. »

Pour comprendre l'exclusion, l'argent n'est pas l'unique facteur. Les pauvres mangent moins bien parce que manger sain coûte cher ? Ce n'est qu'une partie réduite du problème. L'obésité, par exemple, peut s'expliquer par l'état du portefeuille, mais aussi par le logement, la scolarité ou les habitudes culturelles.

Le public défavorisé est-il moins bien informé ? Ce n'est pas l'avis du Dr Vercruysse. « Beaucoup de gens savent ce qui est bon

pour leur santé, mais ils ne savent pas forcément le mettre en application », analyse-t-il. Un exemple : une femme obèse, fatiguée et débordée avec ses deux enfants alors que son mari est absent. « On peut lui donner toute l'information qu'on veut, cela risque juste de la culpabiliser encore plus. Dire à un obèse qu'il doit maigrir, ça ne sert à rien ! Il faut lui donner une information qui puisse l'aider à modifier son comportement. Les deux approches sont très différentes. »

Le Dr Vercruysse conclut en évoquant une étude récente de l'Inami, dans laquelle une personne sur trois s'était exprimée en faveur d'un remboursement des soins de santé adapté au mode de vie de la personne. En gros : si elle boit ou mange n'importe quoi, elle est moins remboursée. « La tendance à tout ramener à la responsabilité individuelle est forte dans la médecine actuelle. »

Rien de moins, pour le médecin, qu'une injustice sociale majeure. ■

**ANN-CHARLOTTE BERSIPONT**  
@AnnCharlotte\_B

