

3ème bac Médecine – Namur – 10 novembre 2008

Inégalités – Environnement – Santé

par Philippe DEFEYT, économiste, Président du CPAS de Namur, Institut pour un Développement Durable

Objet du cours : inégalités/environnement/santé, le triangle des incertitudes ... mais des constats inquiétants

inquiétants par rapport

au « progrès »

aux inégalités

! trop d'attention, jusqu'à maintenant, aux inégalités socioéconomiques !

3 pôles : inégalités, environnement, santé

les articulations entre ces trois pôles commencent à prendre une place significative dans la recherche et le débat politique

inégalités – environnement :

au Nord, au Sud

interactions multiples

plus de risque d'être exposé

risques environnementaux > inégalités

moins de capacité d'y répondre

fondamentalement : le bobo même hyperconscientisé consommera et polluera toujours plus qu'un « pauvre »

environnement – santé :

liens évidents encore que...

surtout : environnement > santé

défenses immunitaires

le génétique ???

accessoirement (encore que...) : santé > environnement (ex : résidus d'antibiotiques)

inégalités – santé :

relations dans les deux sens

développées -après

un préalable méthodologique fondamental : différences entre corrélation et causalité

ex : pauvreté et santé

pas blanc-noir, oui-non

relations dans les deux sens

causes/explications multiples

autre ex : exposition à un polluant et morbidité

Inégalités environnementales et risques sanitaires

Source : AFSSET – Colloque du 10 avril 2008 sur « Inégalités environnementales et risques sanitaires » (http://www.afsset.fr/colloque-inegalites-environnementales/AFSSET_accueil_02.swf)

Une illustration

Sans surprise, les populations urbaines sont de façon générale plus exposées aux nuisances sonores que les populations rurales. Mais l'ampleur de l'exposition est fonction du revenu. Ainsi au niveau wallon et dans l'agglomération urbaine de Liège, les personnes aux revenus les plus faibles ont respectivement 5,4 et 3 fois plus de risques de se retrouver dans une commune bruyante que les personnes aux revenus les plus élevés. Cette distorsion est encore nettement plus importante dans l'agglomération urbaine de Charleroi où le risque d'être confrontés à des nuisances sonores est 13,5 fois plus élevé lorsqu'on est « pauvre » que lorsqu'on est « riche ».

Ces inégalités écologiques sont d'autant plus inacceptables que, selon une étude de Wallenborn et Dozzi, les ménages à revenus élevés, bien que davantage sensibilisés aux problèmes environnementaux produisent globalement plus d'impacts négatifs sur l'environnement que les ménages à bas revenus. De plus, l'étude montre que les nuisances sonores se cumulent souvent avec d'autres nuisances environnementales. Ainsi, dans les régions de Charleroi et de Liège, la plupart des communes ont au minimum deux indices de satisfaction sur 5 (en terme de tranquillité, de qualité de l'air, de propreté, de qualité des bâtiments du voisinage et de présence d'espaces verts dans le voisinage) inférieurs à 100 indiquant donc que les ménages insatisfaits sont plus nombreux que les satisfaits. La commune de Charleroi détient le triste record du plus grand cumul des problèmes environnementaux puisque ses 5 indices de satisfaction sont inférieurs à 100.

Quelques résultats de l'exposé « INEQUALITY CAUSED BY CHILDREN'S EXPOSURE TO CHEMICALS » (voir Annexe 1) :

- In a study of >2000 subjects of the US general population, of whom 217 had type 2 diabetes, people in the highest exposure group were almost 40 times more likely to have diabetes.
- Children exposed to air pollution had deficient development of lung function.
- The more an infant is exposed to PCB, the less efficient the response to routine childhood immunisations.
- Electrical signals in the brain travel more slowly after exposure to methylmercury.

Autres choses connues : par exemple l'exposition au bruit nocturne à proximité des aéroports > influence sur les risques cardiovasculaires

Et la dimension socioéconomique ?

L'approche dans l'exposé : « ENVIRONMENTAL (IN)EQUITY IN THE NETHERLANDS »

Definition of environmental equity : *the distribution of environmental burdens ('bads') and amenities ('goods') among socioeconomic economic groups*

Characteristics:

- Environmental 'bads' (worse than standard, potential negative impact on health) *and* 'goods' (better than target value or standard, potential positive effect on health)
- Actual environmental conditions *and* public perception

Lower incomes vs higher incomes

- exposed to somewhat higher levels of (rail) traffic noise and NO₂
- less access to (accumulation of) 'goods', particularly green space
- are more often annoyed by noise and malodour, dust, dirt, and more often dissatisfied with green facilities
- live more often in situation that is both actually 'bad', and is perceived as 'bad'
- more often perceive a situation to be 'bad' while the actual environmental situation is 'good'
- attach less value to absence of noise and presence of green facilities in neighbourhood
- are less actively involved in neighbourhood
- feel less responsible for liveability in neighbourhood

Preferences & choices of people

- lower incomes less choice were to live & other residential preferences than higher incomes

- lower incomes might have less abilities to defend themselves against unwanted situations

Autre dimension d'analyse où on peut parler d'inégalités : « INEGALITES DE SANTE ET FACTEURS PROFESSIONNELS »

**Taux comparatifs masculins de mortalité prématurée (25-54 ans)
par catégorie socioprofessionnelle – Atlas de la santé en France, 1999**

Taux pour 100.000 hab	Ouvriers & Employés	Cadres supérieurs & Professions libérales
Toutes causes	365,9	127,3
Cardiopathies ischémiques	23,8	9,7
Maladies cérébro-vasculaires	10,5	3,0
Cancers du poumon	30,8	8,9
Suicides	39,3	13,7

Plus ou moins un rapport de 1 à 3 ! A expliquer...

La pénibilité physique

Indicateur synthétique de pénibilité physique : être exposé à au moins

- Position debout ou piétinement \geq 20 h / semaine
- Manutention manuelle de charges \geq 20 h / semaine
- Gestes répétitifs \geq 10 h / semaine
- Vibrations transmises aux membres supérieurs \geq 10h / semaine
- Contraintes posturales \geq 2 h / semaine

Faut-il préciser que la probabilité d'y être exposé varie très fort d'une CSP à l'autre ?

Idem pour d'autres indicateurs :

- % de salariés exposés à au moins trois produits chimiques au cours de la semaine précédent l'enquête
- ... à au moins un produit cancérogène
- ... au travail de nuit / posté
- ... à diverses contraintes de rythme de travail
 1. interromption d'une tâche pour une autre non prévue
 2. normes et délais à respecter en une journée au plus
 3. demande extérieure obligeant à une réponse immédiate
 4. dépendance immédiate vis-à-vis d'un ou plusieurs collègues
 5. déplacement automatique d'un produit ou cadence automatique d'une machine

Charge physique et charge mentale.

Il y a des soutiers dans notre système socioéconomique...

Quelques conclusions (voir, notamment, « L'OBSERVATION DES INEGALITES ENVIRONNEMENTALES : LIMITES ET PERSPECTIVES ») :

- inégalités environnementales ne sont pas indépendantes d'autres inégalités
- situations de cumul d'inégalités : populations défavorisées vivent dans des environnements dégradés
- un champ très étendu
 - les inégalités territoriales;
 - les inégalités par rapport aux nuisances et aux

- risques;
 - les inégalités d'accès à l'urbanité et au cadre de vie;
 - les inégalités dans la capacité d'action et d'interpellation de la puissance publique
- difficultés méthodologiques
 - quelles données et quelles approches pour mesurer les Inégalités Environnementales ?
 - disposer des données environnementales pertinentes.
 - précision des données (échelle, géoréférencement).
 - échelle géographique pertinente pour mettre en évidence des situations d'IE
 - + prendre en compte la mobilité des personnes (mobilité : géographique, professionnelle...)

Un champ plus « classique » (quoique...) : santé et inégalités sociales

3 recherches/publications récentes

PANIncl 2008-2011
ANMC
Fondation Roi Baudouin

Inégalités : surtout les inégalités socioéconomiques

Rappels :

- distribution primaire et redistribution des revenus
- pouvoir d'achat « collectif », en particulier les soins de santé
- subsistent de grandes inégalités
 - rappel de l'histoire des revenus dans l'après-guerre
 - deux indicateurs : tension (quintile 5 / quintile 1) et pauvreté

La (« mesure » de la) pauvreté

Vieux débats :

- objectif 1 : seuil absolu (ex : Etats-Unis – seuil pour très longtemps)
- objectif 2 : seuil relatif
- subjectif
- traditions anglo-saxonne et continentale
- **NB** : barre de 1 \$ par jour !

Pendant longtemps > 50% rev moy = entretenir une illusion

Le sommet de Laeken

60% du revenu médian > doublement

Illusion de la mesure

- stock versus flux
- fins de mois difficiles ou pas – pas la même chose
- quels revenus (ex : revenus imputés)
- l'exemple de « Rita »

Nouvelles tentatives :

- pauvreté : approche et mesure multidimensionnelle
- déprivation
- baromètre de la pauvreté

Liens avec la santé : beaucoup d'inconnues (ex : obésité et pauvreté ?) > on pressent une grande complexité pour expliquer certaines observations sanitaires manifestement liées à des

inégalités !

Voir Annexe 2 : Communiqué de presse de l'INS à l'occasion du 17 octobre (2008) (à commenter)

Indicateurs PANIncl 2008-2001

Santé

L'espérance de vie des Belges continue d'augmenter et la mortalité infantile de baisser. En raison du vieillissement de la population; de l'amélioration des traitements et des changements dans le style de vie, les maladies chroniques (affections cardiovasculaires, diabète, cancers, dépression, ...) constituent le principal défi, aussi bien sur le plan de la prévention que des soins.

Les inégalités sociales dans le domaine de la santé restent néanmoins criantes. Pour la plupart des indicateurs de santé, il existe clairement un gradient social. Les indicateurs belges, bons en moyenne, représentent en conséquence une moyenne entre la très bonne santé de la population aisée et la santé plutôt mauvaise de la population plus pauvre.

Les indicateurs confirment donc l'existence de fortes inégalités dans le domaine de l'état de santé, du comportement de santé et de l'accès aux soins de santé. S'agissant de ce dernier point, il convient toutefois de remarquer qu'il faut développer davantage les indicateurs afin de mieux définir cet aspect.

Les différences sociales en matière d'état et de comportement de santé se manifestent dans pratiquement tous les indicateurs: mortalité infantile, évaluation subjective de la santé, degré de difficulté dans l'accomplissement des tâches quotidiennes à la suite d'une maladie, d'une dépression, d'un surpoids, du tabagisme, de la participation aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il ressort d'études antérieures, basées sur des données collectées entre 1991 et 1997, qu'en Belgique, les personnes faiblement qualifiées (pas de diplôme ou uniquement un diplôme de l'enseignement primaire) vivent non seulement moins longtemps (femmes: 2,8 ans; hommes 5,2 ans) mais vivent également beaucoup moins longtemps en bonne santé (femmes 14,5 ans; hommes 15,5 ans) que les personnes très qualifiées (diplôme de l'enseignement supérieur).

En outre, on constate des différences sensibles entre les Régions dans le domaine de la santé également. Les indicateurs témoignent d'un meilleur état de santé de la population en Flandre par rapport à Bruxelles et surtout à la Wallonie. Ces différences en matière de santé sont probablement étroitement liées aux inégalités sociales parallèles. Sur la base de tables de mortalité transversales, sur lesquelles se fonde l'espérance de vie, les hommes flamands avaient en 2004 une espérance de vie à la naissance de 77,6 ans contre près de 74,5 ans pour les hommes wallons. Dans le contexte de l'UE-15, cette différence est très importante. Tous les 'anciens' Etats membres se situent autour de la moyenne de 76 ans pour l'UE-15.

Comparativement aux douze autres Etats membres de l'UE pour lesquels des données de l'EU-SILC avaient déjà été collectées en 2006, le pourcentage de personnes (16+) qui en Belgique déclare avoir eu besoin d'une visite médicale ou d'un traitement mais qui y ont renoncé pour des raisons financières est limité : 0,6%. Le pourcentage de personnes qui déclare avoir reporté une visite médicale/un traitement ou une consultation chez le dentiste pour des raisons financières s'élève à 2,3%. La Belgique enregistre ainsi un des meilleurs résultats parmi les Etats membres. Même si les deux pourcentages sont faibles, d'importantes différences existent en fonction de la position de revenus. Dans le quintile de revenus le plus élevé, le pourcentage de personnes contraintes de reporter une consultation chez le médecin ou le dentiste s'élève à 0,1% alors que dans le quintile le plus bas, ce pourcentage atteint 6,6% . Pour certaines catégories sociales faibles, ce pourcentage est encore plus élevé : pour les personnes au chômage et les familles monoparentales:7%, pour les personnes vivant dans un ménage au sein duquel aucun des membres adultes n'a de travail: 14%. Il n'y a pas de différence significative entre femmes et hommes.

Données statistiques PANIncl 2008-2011 (données en %)

1. Body Mass Index	2001	2004
Totaal	11,7	12,6

Geslacht		
Vrouw	12,2	11,8
Man	11,1	13,4
Leeftijd		
18 (2004:15) - 24	3,4	2,9
25 - 49	8,7	10,3
50 - 64	17	18,8
65 - 74	17,1	18,8
75 +	15,3	12
Type huishouden		
Vrouw alleen, jonger dan 65	13,8	
Vrouw alleen, 65 of ouder	22,5	
Man alleen, jonger dan 65	9,1	
Man alleen, 65 of ouder	14,7	
Twee volwassenen zonder kinderen, beide jonger dan 65	13,8	
Twee volwassenen zonder kinderen, tenminste één van beide 65 of ouder	13,7	
Alleenstaande man met kinderen	4,3	
Alleenstaande vrouw met kinderen	9	
Twee volwassenen met één afhankelijk kind	7,7	
Twee volwassenen met twee afhankelijke kinderen	8,6	
Ander huishouden met kinderen	9,6	
Ander huishouden zonder kinderen	11,9	
Ongedefinieerd huishouden	8,9	
Activiteitsstatus (bevolking 15 jaar en ouder)		
Werkenden	9	10,1
Werklozen	10,4	16,2
Gepensioneerden	17,2	16,9
Zieken/invaliden	21,2	19,3
Andere inactieven	11,4	11,7
Opleidingsniveau (bevolking 15 jaar en ouder)		
Laag	18	19,7
Midden	9,9	10,6
Hoog	5,9	6,4
Studenten	2,5	
Inkomen		
Eerste quintiel	12,9	16,6
Tweede quintiel	16,9	16,2
Derde quintiel	14,1	14,2
Vierde quintiel	9,2	12,7
Vijfde quintiel	8,6	8,5
Minder dan 60% van het mediaan inkomen	14,8	
60% of meer van het mediaan inkomen	11,9	
nationality		
belgium		12,4
not belgian-european		17
not european		12,4

2. % de gros fumeurs	2001	2004
-----------------------------	-------------	-------------

(+ de 20 cig/jour)		
Total	9,5	10,2
gender		
Men	11,8	11,8
Woman	7,3	8,7
age		
15-24	5,3	6,1
25-49	14	13,5
50-64	10,1	11,9
65-74	2	3,7
75+	0,8	1,7
nationality		
belgium		10,2
not belgian-european (EU25)		10,6
not european		7,1
type of household		
single person		13,8
single parent		16,8
couple, no children		7,3
couple with child(ren)		8,7
other		11,3
education		
low	11,4	13,4
medium	11,2	11,2
high	7,1	5,8
equivalent income		
first quintile	11,7	15,8
second quintile	7,8	11,8
third quintile	9,6	10,5
fourth quintile	10,6	10,6
fifth quintile	9,2	7,6
activity status		
employed	12,1	11,5
unemployed	17,8	22,4
retired	2,4	4,4
sick/disabled	30,4	29,4
other inactive	6,7	6,1

3. Espérance de vie à 25 ans

Educational attainment	Health Expectancy at age 25		Life Expectancy at age 25		Bad health expectancy at age 25 (difference LE-HE)	
	Men	Women	Men	Women	Men	Women
Lower education	29,8	28,8	48,1	55	18,3	26,2
Higher education	45,2	43,3	53,3	57,8	8,1	14,5
Difference	15,5	14,5	5,2	2,8	-11,6	-12,9

4. Mortalité enfants en fonction catégorie socioprof du père – couples

mariés			
mortality	1980-1984	1985-1989	1990-1994
Category 1	4,91	4	3,16
Category 2	6,21	5,28	3,99
Category 3	7,51	5,88	4,82
Category 4	9,41	8,22	6,21
0-6 days	1980-1984	1985-1989	1990-1994
Category 1	4,49	3,26	2,57
Category 2	5,22	3,9	3,02
Category 3	6	4,24	3,2
Category 4	6,58	4,98	3,94
7-364 days	1980-1984	1985-1989	1990-1994
Category 1	4,19	4,12	2,84
Category 2	4,83	4,62	4,09
Category 3	5,55	5,36	4,6
Category 4	7,09	6,19	5,41
Category 1	4,19	4,12	2,84

5. Etat de santé estimé mauvais	2004	2005	2006
Total	8,7	8,2	8,4
first quintile	14,4	15,5	17,2
second quintile	12,8	11,9	12,2
third quintile	8	6,7	6,5
fourth quintile	4,5	4,2	3,7
fifth quintile	3,9	2,7	2,2
diff. 1-5	10,5	12,8	15
Men	7,4	6,7	5,9
Women	9,9	9,5	7,9
Total (age>=0)			
0-17	0,3		1,7
15-24	1,8	1,7	1,7
18-24	1,6		1,7
25-49	5,2	4,9	3,8
50-64	11,2	11,4	8,3
65+	19,1	17	15,7
65-74	16,5	14,6	12,3
75+	22,8	20,2	19,9
Total no dependent children	11,7	11	9,5
1 person (total)	15,2	13,2	11,9
2 adults (no children), both <65 years	7,1	7,9	6,3
2 adults (no children), at least one 65+	17,3	16	13,3
Other no dependent children	6,9	6,2	6,5
Total dependent children	4,5	4	3
Single parent, at least one dependent child	7,2	8	7,7
2 adults, 1 dependent child	4,6	4,2	2,6

2 adults, 2 dependent children	2,5	1,9	1,7
2 adults, 3 + dependent children	4,3	2,5	1,5
other households with dependent children	5,9	6,6	4,3
other			
1 person, male <65 years	10,1	8	6,2
1 person, female <65 years	12,9	14,4	10,6
1 person, male 65+ years	20,8	13,1	14
1 person, female 65+ years	22,1	18,9	19,4
single man	12,4	9,1	7,9
single woman	17,6	16,7	15,3
single person, <65	11,3	10,7	8,1
single person, >=65	21,8	17,4	18
Owner	7	6,8	5,8
Tenant	13,4	12,2	10,2
At work	3	2,4	1,4
self-employed	3,8	2,1	1,4
employee	3	2,5	1,4
Unemployed	9,5	9,6	6,3
retired	17,6	16	14,5
other inactive	12,1	12,5	12,3
disable/sick	45,5	50,1	49,6
other inactive	7,3	6,9	6
Education level: low	16,4	14	12,5
Education level: medium	5,7	5,7	4,9
Education level: high	3,5	3,1	2,5
Households without children: W=0	18	19,6	15,9
Households without children: 0<W<1	6,7	6,6	5,5
Households without children: W=1	4,4	3,1	2,1
Households with children: W=0	14,2	15,6	12,6
Households with children: 0<W<0,5	7,6	6,6	4,2
Households with children: 0,5<=W<1	5	4,6	3,1
Households with children: W=1	1,7	1,3	1,3

6. Dépression – échelle SCL-90-R	2004
Total	7,9
Revenus	
first quintile	17,9
second quintile	12,2
third quintile	7,5
fourth quintile	7,9
fifth quintile	4,7
Gender	
Men	5,7
Woman	9,9
age	

15-24	4,8
25-49	7,6
50-64	8,1
65-74	9,5
75+	12,8
Nationality	
belgium	7,9
not belgian-european	8
not european	8,1
Type of household	
single person	12,4
single parent	16,5
couple, no children	7,7
couple with child(ren)	5,4
other	6,9
education	
low	12
medium	6,9
high	4,1
activity status	
employed	5,3
unemployed	12,1
retired	10
sick/disabled	38,2
other inactive	6,5
urbanisation	
urban	8,3
intermediate	8
country	7,3

7. Proportion de personnes qui s'estiment « contraintes » dans leur vie quotidienne par des handicaps divers - 2006

man	
Quintile revenus 1	12,5
Quintile revenus 2	7,8
Quintile revenus 3	4,9
Quintile revenus 4	4
Quintile revenus 5	1,4
vrouw	
Quintile revenus 1	15
Quintile revenus 2	11,1
Quintile revenus 3	5,9
Quintile revenus 4	4,1
Quintile revenus 5	1,7
0-17	
Quintile revenus 1	0
Quintile revenus 2	1,9
Quintile revenus 3	1,9

Quintile revenus 4	4,8
Quintile revenus 5	0
18-64 totaal	
Quintile revenus 1	11
Quintile revenus 2	7,5
Quintile revenus 3	4,4
Quintile revenus 4	2,7
Quintile revenus 5	1,2
18-64 man	
Quintile revenus 1	10,8
Quintile revenus 2	5,6
Quintile revenus 3	4,6
Quintile revenus 4	2,5
Quintile revenus 5	1
18-64-vrouw	
Quintile revenus 1	11,3
Quintile revenus 2	9
Quintile revenus 3	4,2
Quintile revenus 4	2,9
Quintile revenus 5	1,5
65+ totaal	
Quintile revenus 1	20,7
Quintile revenus 2	15,1
Quintile revenus 3	11,1
Quintile revenus 4	15,6
Quintile revenus 5	5,9
65+ man	
Quintile revenus 1	18,6
Quintile revenus 2	13,6
Quintile revenus 3	7
Quintile revenus 4	17,2
Quintile revenus 5	7,1
65+ vrouw	
Quintile revenus 1	22
Quintile revenus 2	16,3
Quintile revenus 3	14,6
Quintile revenus 4	14,2
Quintile revenus 5	4,7

8. Proportion de personnes vivant dans un ménage dont au moins un membre a du postposer des soins (médecins et/ou dentistes) au cours de l'année écoulée

	2004	2005	2006
BE arts+tandarts			
Total	4,3	3	2,3
Men	4,4	3	2,2
Women	4,2	3	2,3

0-15	5,8	3,7	2,9
0-17			3
16-24	4,6	3,7	2,6
18-24			2,2
25-49	4,3	2,9	2,4
50-64	4,1	2,5	2
65+	2,4	2,4	1,3
65-74	2,4	2,8	1,3
75+	2,3	1,9	1,3
Total no dependent children	3,5	2,7	2
1 person (total)	5,6	4,2	2,9
2 adults (no children), both <65 years	3,4	2,6	1,9
2 adults (no children), at least one 65+	2,8	1,6	1,3
Other no dependent children	1,5	1,5	1,5
Total dependent children	5	3,3	2,5
Single parent, at least one dependent child	10,3	9,8	7,3
2 adults, 1 dependent child	3,8	1,5	1,3
2 adults, 2 dependent children	3	1,3	1,3
2 adults, 3 + dependent children	7,5	3,1	3
other households with dependent children	3,3	5,3	2,5
<i>1 person, male <65 years</i>	6,4	4,4	3,7
<i>1 person, female <65 years</i>	8,4	4,4	3,9
<i>1 person, male 65+ years</i>	4,9	3,3	0,3
<i>1 person, female 65+ years</i>	2,2	4,1	1,8
single man	6,1	4,2	2,9
single woman	5,3	4,2	2,8
<i>single person, <65</i>	7,2	4,4	3,8
<i>single person, >=65</i>	2,9	3,9	1,4
Owner	2,3	1,7	1
Tenant	9,9	6,7	6,2
At work	2,1	1,3	0,9
<i>self-employed</i>	2,2	1	0,8
<i>employee</i>	2,1	1,3	1
Unemployed	11,8	8,3	7,3
retired	2,5	2,7	1,3
other inactive	6	3,7	3,6
<i>disable/sick</i>	12,1	9,2	6,8
<i>other inactive</i>	5,1	2,9	3
nationality: UE 25	3,9	2,7	2,1
Non UE 25	8,8	4,7	3,1
Education level: low	5,8	4,2	3,3
Education level: medium	3,9	2,4	2
Education level: high	1,8	1,1	0,8
Households without children: W=0	9	6	4,8
Households without children: 0<W<1	2,2	1,8	1,9

Households without children: W=1	1,8	1,5	0,8
Households with children: W=0	17,2	14,1	14,1
Households with children: 0<W<0,5	13,2	5,4	7,3
Households with children: 0,5<=W<1	4,6	3,1	2
Households with children: W=1	1,5	0,8	0,4
Employed (current)	2,3		
Unemployed (current)	12,7		
Retired/early retired (current)	2,7		
Permanently disabled (current)	12		
Other inactive (current)	5,3		
first quintile	10	8,8	6,6
second quintile	6,3	3,4	3,3
third quintile	3,5	1,3	1
fourth quintile	1,2	1,2	0,4
fifth quintile	0,3	0,4	0,1

+ autres données sur la surface habitable par personne, les relations sociales... toutes choses essentielles pour le bien-être.

La pauvreté nuit à la santé : l'analyse des Mutualités chrétiennes

Le constat n'est pas neuf : les inégalités en matière de santé s'accroissent au sein des pays occidentaux. Et c'est invariablement aux dépens des populations socialement défavorisées. La Mutualité chrétienne (MC) a souhaité objectiver le constat, non pas sur base d'un échantillon mais bien de façon systématique.

L'étude que la Mutualité chrétienne vient de finaliser couvre en effet l'ensemble de ses membres, leurs données administratives et leur consommation en soins de santé (1). Même si les constats ne font que confirmer ces inégalités bien connues, ils n'en restent pas moins frappants.

Inégalités face à la mort

Lorsqu'on ventile la population en cinq groupes ou classes de 'valeur' croissante (échelle établie selon les statistiques de revenus fiscaux déclarés au niveau des quartiers où tout un chacun réside), le groupe au revenu le plus faible vit nettement moins longtemps que le groupe le plus riche. Des études exploitant les données des enquêtes de santé par interview l'ont déjà clairement démontré. Notre étude vient confirmer ce constat sur base des données des 4,5 millions de membres des MC : toutes choses étant égales par ailleurs, le groupe le moins favorisé a un risque de décès dans l'année de 45% supérieur par rapport au groupe des mieux nantis. Par contre, ces derniers meurent plus souvent à domicile (fréquence de 32% plus élevée).

Ceci pourrait en partie être expliqué par le fait que les individus issus des classes moins favorisées peuvent moins se permettre des services d'aide et de soins à domicile. Un autre élément explicatif pouvant être qu'elles peuvent moins compter sur un réseau social pour les aider dans la gestion de leur vie quotidienne à domicile. Ou encore, que leur lieu d'habitation se prête moins à des soins de qualité.

... et face à la maladie

Comme les enquêtes de santé l'ont bien démontré, les populations défavorisées ne vivent pas seulement moins longtemps, elles se retrouvent aussi en mauvaise santé subjective nettement plus tôt dans leur vie. Notre étude en apporte les preuves objectives.

Ainsi, la fréquence de maladies pulmonaires comme la bronchite chronique et obstructive (BPCO) ou les troubles cardiaques est d'environ 15% supérieure parmi les populations pauvres, et ce par rapport aux plus riches. Nous savons que le tabagisme y est plus fréquent et de plus longue durée, et que le régime alimentaire y est en général moins sain.

Ces groupes courent également un risque plus important de tomber en incapacité de travail, voire en invalidité prolongée. Pour ces deux événements, le gradient social est relativement fort. Ainsi, la classe la plus

défavorisée présente un risque de tomber en invalidité au cours de l'année, qui est de 66 % supérieur à celui de la classe la plus favorisée.

Sont en cause les conditions matérielles de travail moins favorables avec un travail physique plus dur. Mais également les conditions psycho-sociales de travail qui ont un impact sur le risque d'incapacité et d'invalidité. Le manque de contrôle de la charge de travail et le manque de reconnaissance sont autant de facteurs de risque d'infarctus et d'autres affections.

La santé mentale

Se trouver en bas de l'échelle sociale a également une influence sur la santé mentale. Au-delà des conditions psycho-sociales de travail, d'autres facteurs liés à la précarité sont cause de stress et de mal-être. Ainsi, la catégorie des revenus les plus faibles a un taux de consommation d'antidépresseurs supérieur de 14 % à celui de la catégorie des revenus les plus élevés. Le gradient social est beaucoup plus marqué pour les admissions en service psychiatrique, avec un risque deux fois plus important pour ceux qui appartiennent au groupe le plus défavorisé (par rapport au groupe le plus favorisé).

Par ailleurs, les troubles mentaux sont de plus en plus souvent une cause d'invalidité.

Pas de prévention sans espoir

Ces groupes de population ayant une espérance de vie en bonne santé de quinze, voire vingt ans inférieure à celle des classes élevées, manifestent également une moins bonne adhésion aux principes et programmes de prévention et de dépistage. En tout état de cause, moins on croit en un avenir positif, moins on sera motivé à suivre les conseils en matière de prévention.

Les dépistages du cancer du sein et du cancer du col touchent moins bien les classes défavorisées, où le taux de participation est de 15 à 20 % inférieur à celui des classes supérieures. Pour ce qui est du recours aux soins dentaires préventifs, l'écart est même de 36 %.

Médicament, moins chers

Une manière de réduire ses frais de santé est de recourir aux médicaments génériques et moins chers. Qu'en est-il des écarts de consommation entre classes sociales ? Étonnement, il n'y a quasi pas de différence, même après avoir tenu compte des différences d'âge et de sexe entre les classes. Ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux d'une étude récente réalisée par le CRIOC (Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs). Selon cette étude, les consommateurs issus des groupes sociaux précaires et moyens déclarent plus souvent ne pas connaître les médicaments génériques et les percevoir plus négativement. Ils doutent de leur efficacité, de leur prix, de leur composition et de la facilité d'obtention et de prise.

L'inégalité n'est pas une fatalité

Tous les résultats concordent : à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale, on voit les indicateurs de santé se dégrader. Il est clair que les causes de ce phénomène dépassent de loin le domaine de l'accès et de la qualité des soins de santé. Différents modèles explicatifs existent. Parmi ceux-ci, le modèle des causes sociales distingue les facteurs structurels des facteurs culturels.

Les facteurs structurels ont trait aux conditions de travail (charge, niveau d'autonomie, etc.), de logement (espace, salubrité, etc.) et d'environnement (sécurité, qualité de l'air, etc.). Les groupes moins favorisés peuvent aussi moins compter sur leur réseau social en cas de difficultés et ont, de manière générale, moins d'autonomie et de contrôle quant à leur vie sociale et professionnelle. Tous ces éléments sont générateurs de stress et d'anxiété, qui ont un impact négatif sur l'état de santé d'un individu.

Quant aux facteurs culturels, il s'agit des pratiques et attitudes qui influencent la santé. Les catégories plus défavorisées fument davantage et depuis plus longtemps, mangent moins de fruits et légumes, ont davantage de problèmes d'obésité, et ont des pratiques sexuelles moins sûres. Outre l'impact des facteurs matériels et psychosociaux, d'autres facteurs, tels que l'accès à l'information quant aux bonnes pratiques en matière de santé, peuvent être à l'origine de ces différences comportementales.

Une politique de réduction des inégalités devra donc forcément s'attaquer à beaucoup de facteurs en même temps et ce, de manière concertée et intégrée. C'est bien le message clé du travail réalisé en 2007 par la Fondation Roi Baudouin.

Plus récemment encore, l'OMS a lancé le défi de combler le fossé en une génération, en s'attaquant aux déterminants sociaux de santé (lire l'article ci-contre).

La Mutualité chrétienne a également lancé différentes initiatives pour s'attaquer aux inégalités au sein de sa propre population de membres. Le but est d'optimiser l'accès aux soins et à l'information pour les membres les moins favorisés, en mettant l'accent sur une communication adaptée et une simplification de certaines procédures administratives. Cela passe également par une meilleure prise de conscience du problème au sein de la Mutualité afin d'être particulièrement attentifs aux personnes socialement défavorisées.

(1) "Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes". Hervé Avalosse, Olivier Gillis, Koen Cornelis, Raf Mertens. Département Recherche et Développement – ANMC - septembre 2008.
La version longue de cette enquête est disponible sur le site Internet www.mc.be (rubrique Infos et actualités/MC-Informations).

Source : http://www.enmarche.be/Social/La_pauvrete_nuit_a_la_sante.htm

L'étude complète (voir Annexe 3):

http://www.mc.be/fr/134/info_et_actualite/mc_informations/mc_info_septembre2008/inegalite_sante/index.jsp?ComponentId=50242&SourcePageId=50619

Les travaux de la Fondation Roi Baudouin

FRB, Communiqué de presse, 31.05.07

Les Belges inégaux face à la santé

La Fondation Roi Baudouin a mis en place un Groupe de travail sur les inégalités en matière de santé. Ce groupe vient de commencer ses activités, notamment en collectant un maximum de données statistiques disponibles.

Mais **la Fondation est tellement interloquée par l'ampleur des inégalités que révèlent ces chiffres** (???!!!) qu'elle a décidé d'en faire part au grand public et aux décideurs, en cette période pré-électorale, avant même d'approfondir la recherche ou de songer aux éventuelles solutions qui pourraient être proposées. Dans les mois qui viennent, en effet, le Groupe de travail devrait rendre publique, avec la Fondation, une note balisant les priorités politiques qu'il aura identifiées.

La Belgique a toujours voulu mettre en avant un système de santé performant et accessible, « un des meilleurs du monde ». Quelques-unes des données développées dans le document ci-joint montrent que la réalité est moins positive :

- Une personne avec un faible niveau d'étude meurt trois à cinq ans plus tôt qu'une personne ayant un niveau d'étude supérieur ; elle peut s'attendre à vivre en bonne santé de 18 à 25 années de moins qu'une personne avec un haut niveau d'étude.
- Un enfant dont les deux parents sont chômeurs court presque 2 fois plus de risques d'être prématuré et d'avoir un faible poids à la naissance.
- Les hommes âgés de 40 à 49 ans et n'ayant qu'un faible niveau d'études courent environ 2 fois plus de risques de mourir d'un cancer du poumon que les hommes possédant un diplôme plus élevé.

Le document ci-joint expose les inégalités mises en lumière et explique pourquoi elles nous ont étonnés :

Inégaux face à la santé

Tous les Belges sont égaux devant la loi. Le sont-ils également en ce qui concerne leur santé?

La réponse est non.

Et l'ampleur de ces inégalités est choquante.

Trois données concrètes suffisent à prendre la mesure de ces inégalités.

Une personne avec un faible niveau d'études meurt trois à cinq ans plus tôt qu'une personne ayant un niveau d'étude supérieur. Elle peut s'attendre à vivre en bonne santé de 18 à 25 années de moins qu'une personne avec un haut niveau d'étude.

Un homme avec un faible niveau d'étude meurt 5 ans plus tôt et peut s'attendre à 18 ans de vie en bonne santé en moins.

Une femme avec un faible niveau d'étude meurt 3 ans plus tôt et peut s'attendre à 25 ans de vie en bonne santé en moins.

Dans les couches sociales les plus basses, seules 60% des personnes estiment être en bonne

santé, contre 87% dans les couches sociales les plus hautes.

Les personnes des couches sociales les plus hautes signalent souffrir en moyenne d'une maladie chronique, les couches sociales les plus basses en moyenne de 1,7.

Un enfant dont les deux parents sont chômeurs court presque 2 fois plus de risque d'être prématuré et d'avoir un faible poids à la naissance. Il court 2 fois plus de risque d'être mort-né qu'un enfant dont au moins un des parents travaille comme fonctionnaire.

Tous les Belges ne sont donc pas égaux en matière de santé. La santé se répartit inégalement, plus inégalement que la Fondation ne s'y attendait. De plus, cette répartition se fait systématiquement au désavantage des couches sociales les plus basses: elle suit de près celles de l'argent, de l'éducation, du statut social; couche par couche, classe par classe. **La pyramide de la santé se révèle être une copie conforme de la pyramide des inégalités de la société.**

La première série de données sur les inégalités en matière d'espérance de vie sont détaillées à la page suivante. La question sur l'efficacité des stratégies centrées sur l'égalité en matière de santé est posée ensuite.

*L'Institut Scientifique de Santé Publique en Belgique a calculé qu'à l'heure de fêter son 25ème anniversaire, une **femme** qui n'a **aucun diplôme** en poche peut s'attendre à vivre 3,5 ans de moins et **être 25 ans de moins en bonne santé** qu'une femme du même âge qui possède un diplôme universitaire.*

***Un homme** dans la même situation vivra 5,5 ans de moins et, pendant cette vie plus courte, vivra environ **18 ans de moins en bonne santé**.*

Il s'agit d'une comparaison entre les niveaux d'éducation extrêmes. Le tableau ci-dessous montre aussi clairement qu'une différence, même minime, de niveau d'étude se traduit par une différence en matière de santé et d'espérance de vie. Il y a donc un lien systématique entre le niveau d'éducation et le statut social d'une part, et la santé d'autre part. Les scientifiques parlent d'un véritable **gradient** de la santé.

Tableau 1 : Espérance de vie en Belgique à l'âge de 25 ans selon le sexe et le niveau d'éducation, 1991-1996/1997 (Intervalle de confiance 95%)

Niveau d'éducation	Espérance de vie	
	Hommes	Femmes
Pas de diplôme	48.1 (48.0-48.2)	55.0 (54.9-55.1)
Primaire	48.2 (48.0-48.3)	55.6 (55.5-55.8)
Secondaire inférieur	50.0 (49.8-50.3)	57.3 (57.1-57.5)
Technique secondaire inférieur	50.4 (50.2-50.6)	57.8 (57.4-58.2)
Professionnel secondaire inférieur	50.0 (49.7-50.2)	57.0 (56.8-57.2)
Général Secondaire supérieur	50.6 (50.3-51.0)	57.5 (57.2-57.8)
Technique secondaire supérieur	51.2 (51.0-51.4)	58.1 (57.7-58.4)
Professionnel secondaire supérieur	50.9 (50.8-51.1)	57.6 (57.4-57.8)
Supérieur de type court	53.4 (53.1-53.6)	58.1 (58.0-58.3)
Supérieur de type long y compris univ.	53.6 (53.4-53.8)	58.5 (58.0-59.0)
Total	49.59 (49.55-49.64)	55.87 (55.83-55.92)

Source: Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. Public Health 2004; 118: 310.

Tableau 2 : Espérance de vie en bonne santé en Belgique à l'âge de 25 ans selon le sexe et le niveau d'éducation, 1991- 1996/1997. (IC à 95%)

Niveau d'éducation	Espérance de vie en bonne santé	
	Hommes	Femmes
Pas de diplôme	28.1 (23.6-32.6)	24.4 (19.8-29.0)
Primaire	30.8 (28.7-32.8)	29.8 (27.4-32.3)
Secondaire inférieur	33.1 (30.3-36.0)	34.7 (31.9-37.4)
Technique secondaire inférieur	36.5 (33.9-39.1)	30.8 (27.2-34.4)
Professionnel secondaire inférieur	38.0 (35.4-40.5)	40.3 (37.7-42.8)

Général Secondaire supérieur	37.6 (34.2-41.0)	40.5 (36.8-44.1)
Technique secondaire supérieur	40.8 (38.9-42.8)	44.9 (41.8-48.0)
Professionnel secondaire supérieur	42.6 (40.7-44.5)	46.5 (44.3-48.8)
Supérieur de type court	46.0 (43.9-48.1)	41.6 (39.0-44.2)
Supérieur de type long y compris univ.	45.9 (44.3-47.5)	49.1 (46.6-51.6)
Total	37.5 (36.8-38.2)	37.6 (36.8-38.5)

Source: Bossuyt N, Gadeyne S, Deboosere P, Van Oyen H. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. Public Health 2004; 118: 310.

Le nombre *d'années de vie en bonne santé* (espérance de vie en bonne santé) des personnes ayant un faible niveau d'études diminue principalement à cause des maladies suivantes: arthrite, maux de dos, maladies cardiaques, attaques, asthme et maladies chroniques des poumons.

La réduction de l'espérance de vie est principalement à attribuer à des causes de décès sur lesquelles la prévention a une influence importante, notamment la cirrhose du foie, le cancer de l'intestin, le suicide et les accidents.

Les hommes âgés de 40 à 49 ans et n'ayant qu'un faible niveau d'études courent environ 2 fois plus de risque de mourir d'un cancer du poumon que les hommes possédant un diplôme plus élevé.

Dans les quartiers les plus défavorisés, plus du double de personnes meurent de cirrhose du foie que dans les quartiers plus aisés. L'espérance de vie n'est donc pas uniquement liée au niveau d'étude mais également au quartier d'habitation, à la profession exercée, etc.

Les hommes qui, à la cinquantaine, sont locataires de leur logement ont un risque de décès de près de 2 fois supérieur à celui des hommes de la même catégorie d'âge qui sont propriétaires de leur logement.

Ces grandes inégalités en matière de santé ne peuvent que nous interpeller. La Belgique ne s'est-elle pas toujours vantée d'avoir un système de santé accessible et abordable? N'était-ce pas là justement un point qui différenciait la Belgique des autres pays? C'est ce que nous pensions jusqu'ici.

Depuis des décennies, "des soins de santé accessibles et abordables pour tous" a été le slogan de tous les gouvernements, de tous les partis politiques, de tous les groupes qui sont concernés par la gestion des soins de santé.

De nombreuses mesures spéciales ont été mises en place pour les personnes ayant un faible revenu; par exemple l'extension de l'intervention majorée avec le statut Omnio ou le maximum à facturer qui veille à ce que les frais de santé ne dépassent pas un certain montant par an. Les efforts réalisés comme les budgets qui y sont consacrés sont importants. Le but poursuivi est-il pour autant atteint?

Notre système de santé si renommé garantit effectivement une large offre de médecins et d'hôpitaux, dispensant des soins de haute qualité, sans délais d'attente, pas trop chers comparativement à d'autres pays et avec une série de mesures spéciales pour les groupes disposant d'un faible revenu. Pourtant, notre système de soins de santé ne parvient pas à réduire les inégalités en matière de santé.

La Belgique n'a pas l'espérance de vie la plus élevée au monde. Selon le Rapport Mondial de la Santé (2006), 25 pays font mieux que la Belgique avec une espérance de vie moyenne de 78 ans. Certaines indications montrent qu'en matière d'égalité de santé, nous faisons également moins bien que nos pays voisins. Une illustration de ce point peut se trouver dans la récente étude de Aileen Robertson (2007) sur l'obésité, l'un des problèmes les plus importants actuellement en Europe tant en matière de santé qu'en matière d'inégalités socio-économiques.

En 1997, en Belgique, les femmes issues des classes sociales les plus basses avaient 14% plus de risque de devenir obèses.

Extrait de : Recherche sur les initiatives mises en place en matière d'inégalités socio-économiques de santé. 1995-2006

Aperçu des récentes initiatives belges visant à diminuer l'inégalité en santé (2008)

Source : Fondation Roi Baudouin

(<http://www.kbs-frb.be/publication.aspx?id=224054&LangType=2060>)

Dans le modèle Whitehead, les facteurs causals des ISES sont situés à différents niveaux, allant du niveau individuel au macro-niveau, les facteurs aux niveaux supérieurs influant non seulement directement sur le problème, mais exerçant aussi un impact sur les facteurs aux niveaux inférieurs. En d'autres mots, plus le niveau est élevé, plus fondamentale et plus forte est son influence sur le problème :

1. **Niveau individuel** : connaissances individuelles, croyances, estime de soi, comportement;
2. **Le niveau de la communauté** : cohésion sociale;
3. **Le niveau des services et structures** : environnement quotidien de vie, d'apprentissage et de travail et accessibilité des services et structures;
4. **Le niveau macro-social, -économique et -culturel** : inégalités en matière de revenus,

Ce schéma permet également de situer toutes les interventions possibles contre les ISES, à savoir :

1. **Renforcement des individus** : interventions au niveau du style de vie et habilitation;
2. **Renforcement de la communauté** : d'une part, des interventions qui augmentent les possibilités d'un quartier de définir et d'appréhender ensemble les problèmes, en tant que collectivité (cohésion horizontale), et d'autre part, des interventions qui relient entre eux les différents groupes socio-économiques, axées sur la participation et la démocratie (cohésion verticale);
3. **Renforcement des conditions de vie et de travail et optimalisation de l'accès aux services et structures ayant une influence positive sur la santé;**
4. **Stimulation de changements macro-économiques, -sociaux et -culturels** (en s'attaquant par ex.aux inégalités en matière de revenus).

(...)

Pistes

- Jusqu'à présent, la réduction des ISES n'apparaît pas explicitement dans les objectifs politiques du gouvernement, ce qui complique le développement d'une politique intersectorielle inclusive.
- Les inégalités socio-économiques de santé sont souvent perçues comme une problématique exclusivement liée à la pauvreté. Pourquoi le gradient social des inégalités de santé n'est-il pas perçu ? Est-ce que la 'quasi-invisibilité' des besoins de santé des strates socio-économiques intermédiaires ne les exclut pas des initiatives en matière d'inégalités de santé ?
- Les besoins différentiels et les inégalités potentielles entre les classes d'âge sont pris en compte avec des initiatives spécifiques pour les jeunes enfants, les adolescents et l'attention croissante accordée aux seniors. Comparativement, les inégalités socio-économiques de santé entre hommes et femmes ne reçoivent qu'une considération transversale, voire purement symbolique. Le cumul systématique du facteur genre avec les autres facteurs d'inégalités de santé ne permettrait-il pas une meilleure prise en compte de, entre autres, la féminisation de la pauvreté, des femmes allochtones, de la sexospécificité des maladies ?
- La mise en réseau des acteurs apparaît comme la stratégie privilégiée pour résoudre l'exclusion des soins de santé. Ceci met en évidence d'une part les nombreuses initiatives existantes ainsi que leur volonté de collaboration et, d'autre part, la prise en compte progressive de l'importance d'une approche multidisciplinaire pour lutter contre les inégalités de santé. Mais quid de la multiplication des réseaux ? Comment réconcilier cette multitude de réseaux avec le besoin d'optimiser l'approche territoriale ?
- Du financement à la coordination ou de la prévention au curatif, il y a très peu d'information

sur l'efficacité des initiatives mises en place. La réduction des inégalités de santé en Belgique est-elle basée uniquement sur de bonnes intentions ou sur une véritable évaluation ?

- Si la recherche est de plus en plus en adéquation avec le modèle explicatif causal et élargit son champ d'étude aux déterminants socioculturels, les constats ne restent-ils cependant pas trop souvent sur papier sans être suivis d'action ?
- Comparativement aux initiatives centrées sur l'accessibilité financière, il y a assez peu d'initiatives portant sur la prévention. Or, il n'y a pas de prévention dans une vision à court terme. La promotion de la santé comme la prévention sont des investissements à long terme avec un impact futur sur la quantité et la gravité de la morbidité. Les mesures mises en place pour lutter contre les inégalités socio-économiques de santé doivent-elles s'inscrire dans le court ou le long terme ? Comment les approches curative et préventive peuvent-elles mieux s'accorder ? Seuls des soins curatifs de qualité donneront aux groupes vulnérables la confiance nécessaire pour être réceptif aux messages préventifs.
- Les initiatives intégrées actuelles qui réussissent à atteindre les défavorisés dans une perspective de santé doivent être soutenues car le travail avec des groupes vulnérables pose des exigences spéciales sur le plan du personnel, de l'infrastructure, de la collaboration,...
- On peut se demander à cet égard si le recours (par ex. dans les soins médicaux curatifs) à une législation centralisée laisse suffisamment de marge pour réagir aux différents besoins locaux de manière adéquate.

Un regard sur les inégalités/différences Nord – Sud

Q: Combien de personnes meurent chaque année?

En 2004, 59 millions le nombre de personnes sont décédées.

Q: Quelle est la principale cause de décès dans le monde?

Ce sont les maladies cardiovasculaires qui font le plus de victimes. En 2004, 7,2 millions de personnes sont décédées d'une cardiopathie coronarienne et 5,7 millions des suites d'un accident vasculaire cérébral ou d'une autre maladie cérébrovasculaire.

Q: Le tabagisme n'est-il pas l'une des principales causes de décès?

Le tabagisme est l'une des causes majeures à l'origine de nombreuses maladies parmi les plus mortelles, notamment les maladies cardiovasculaires, les bronchopneumopathies chroniques obstructives et le cancer du poumon. Au total, il provoque le décès de près d'un adulte sur dix dans le monde. Même s'il n'apparaît pas clairement, le tabagisme est souvent à l'origine de la maladie enregistrée comme ayant entraîné le décès.

Q: Quelles sont les principales différences entre pays riches et pays pauvres?

Dans les pays à revenu élevé, plus de deux tiers de la population vit au-delà de 70 ans et les maladies chroniques sont à l'origine de la plupart des décès: cardiopathies, bronchopneumopathie chronique obstructive, cancers, diabète ou démences. Les infections pulmonaires restent les seules maladies infectieuses répertoriées parmi les principales causes de décès.

Dans les pays à revenu intermédiaire, près de la moitié de la population vit jusqu'à l'âge de 70 ans et, comme dans les pays à revenu élevé, ce sont les maladies chroniques qui provoquent la plupart des décès. En revanche, à la différence des pays à revenu élevé, la tuberculose et les accidents de la circulation font également partie des principales causes de décès

Dans les pays à faible revenu, moins d'un quart de la population vit jusqu'à l'âge de 70 ans et près d'un tiers des décès surviennent avant l'âge de 14 ans. Les maladies infectieuses prédominent dans les causes de décès: infections pulmonaires, maladies diarrhéiques, VIH/sida, tuberculose et paludisme. Les complications de la grossesse et de l'accouchement restent une cause importante de mortalité pour les mères comme pour les nourrissons.

Q: Combien de jeunes enfants meurent chaque année?

En 2004, on a dénombré plus de dix millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, dont 99% dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.

Source : OMS (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index2.html>)

Les principales causes de décès dans le monde

Classement selon les catégories de revenu (2004) - Nous avons utilisé les catégories de revenu, élevé, intermédiaire et faible, définies par la Banque mondiale.

Pays à faible revenu	Millions de décès	% de décès
Infections des voies respiratoires inférieures	2.94	11.2
Cardiopathie coronarienne	2.47	9.4
Pathologies périnatales	2.40	9.1
Maladies diarrhéiques	1.81	6.9
HIV/sida	1.51	5.7
AVC et maladies cérébrovasculaires	1.48	5.6
Bronchopneumopathie chronique obstructive	0.94	3.6
Tuberculose	0.91	3.5
Paludisme	0.86	3.3
Accidents de la route	0.48	1.9
Pays à revenu intermédiaire	Millions de décès	% de décès
AVC et maladies cérébrovasculaires	3.47	14.2
Cardiopathie coronarienne	3.40	13.9
Bronchopneumopathie chronique obstructive	1.80	7.4
Infections des voies respiratoires inférieures	0.92	3.8
Pathologies périnatales	0.75	3.1
Cancer de la trachée ou des poumons	0.69	2.9
Accidents de la route	0.67	2.8
Cardiopathie hypertensive	0.62	2.5
Cancer de l'estomac	0.55	2.2
Tuberculose	0.54	2.2
Pays à revenu élevé	Millions de décès	% de décès
Cardiopathie coronarienne	1.33	16.3
AVC et maladies cérébrovasculaires	0.76	9.3
Cancer de la trachée ou des poumons	0.48	5.9
Infections des voies respiratoires inférieures	0.31	3.8
Bronchopneumopathie chronique obstructive	0.29	3.5
Alzheimer et autres démences	0.28	3.4
Cancer du colon	0.27	3.3
Diet...	0.22	2.7

Cancer du sein	0.16	2.0
Cancer de l'estomac	0.14	1.8
Au niveau mondial	Millions de décès	% de décès
Cardiopathie coronarienne	7.20	12.2
AVC et maladies cérébrovasculaires	5.71	9.7
Infections des voies respiratoires inférieures	4.18	7.1
Pathologies périnatales	3.18	5.4
Bronchopneumopathie chronique obstructive	3.02	5.1
Maladies diarrhéiques	2.16	3.7
HIV/sida	2.04	3.5
Tuberculose	1.46	2.5
Cancer de la trachée ou des poumons	1.32	2.3
Accidents de la route	1.27	2.2

Source : OMS (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index.html>)

Mortalité chez les enfants: de fortes disparités

Les chiffres ci-dessous donnent des estimations pour les six régions de l'OMS, ainsi que pour les pays à revenu élevé regroupés dans une septième catégorie. Les regroupements par région et par revenu sont définis dans la version la plus récente (2004) du rapport sur la charge mondiale de morbidité, que l'on peut consulter sur : www.who.int/evidence/bod

Source : OMS (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/fr/index1.html>)

Conclusions

- les inégalités sautent aux yeux
- elles sont là depuis toujours et on peut se poser des questions sur la réalité des progrès dans la lutte contre les inégalités
- la plus scandaleuse : les inégalités en matière d'espérance de vie en bonne santé
- les interactions environnement, santé et inégalités sont multiples ...
- ... mais aussi très complexes
- de nombreuses incertitudes environnement/santé : les doses, les synergies, les effets à court et long terme...
- idem pour les incertitudes santé/inégalités : difficultés de départager les causes et effets, multiples facteurs, nécessité d'analyser et les causes et les réponses...
- les problèmes d'inégalités ne peuvent se résumer à la seule question de la pauvreté
- triple inégalité
 - l'empreinte écologique est proportionnelle au revenu (Nord-Sud, riches-pauvres) : le bobo même hyperconscientisé consommera et polluera toujours plus qu'un « pauvre »
 - le coût écologique est lui aussi proportionnel au revenu
 - les moins bien lotis ont un potentiel (humain, financier...) moins élevé pour « corriger »
- ne pas oublier les inégalités Nord – Sud
- plus que jamais les liens entre les trois pivots du développement durable (l'économique, le social, l'environnemental) sont profonds

Annexes

Annexe 1 : Philippe Grandjean, « Inequality caused by children's exposure to chemicals »

Annexe 2 : « La pauvreté en Belgique »

Annexe 3 : Etude des Mutualités Chrétiennes sur les « Inégalités sociales de santé : observations à l'aide de données mutualistes »