CC GotCredit 2.0

Inégalités sociales de mortalité en Belgique

De multiples dimensions, de multiples causes

De nombreuses études, menées notamment en Belgique, révèlent l'association négative entre la situation socioéconomique et la mortalité. Une augmentation des inégalités de santé et de mortalité est en outre observée en Belgique ainsi que dans de nombreux pays européens. Le projet Causineq[1] financé par BELSPO dans le cadre du programme BRAIN-be (voir encadré) étudie les mécanismes qui produisent les différences sociales de mortalité et de santé en se concentrant sur les différentes dimensions de la position socioéconomique, leurs effets additifs et interactifs, et en effectuant une analyse détaillée des causes de mortalité. L'identification de ces mécanismes constitue un appui fondamental à la mise en place d'une politique 'health for all' efficace, tant aux plans national que régional.

Dans le contexte actuel d'une dé-standardisation accrue des parcours de vie (diversification et fragilisation), l' accroissement des inégalités sociales de santé et de mortalité serait au moins en partie lié à l'instabilité des carrières professionnelles et des parcours familiaux. Afin de réaliser les objectifs de l'étude, quatre 'Work Packages' (WP) sont distingués. Le WP1 analyse l'évolution à long terme, entre 1970 et 2011, des inégalités sociales de mortalité en se basant sur le couplage des données issues des recensements et du Registre national. Le WP2 envisage le rôle sur la mortalité (générale et par cause) de l'instabilité de la carrière professionnelle, avec une attention particulière accordée aux périodes de chômage. Le WP3 étudie les relations entre l'évolution des situations matrimoniales ainsi que familiales et la mortalité générale et par cause. Les analyses du WP4, compléments de celles des WP3 et 4, portent sur la santé plutôt que sur la mortalité et vérifient principalement les relations entre la mauvaise santé et les conditions d'emploi ou le type de famille.

Le lecteur trouvera ci-après un aperçu des résultats dans chacun des quatre WP à mi-parcours du projet.

Le programme BRAIN-be (Belgian Research Action through Interdisciplinary Network) est un programme-cadre de recherche en réseau multidisciplinaire mis en œuvre par BELSPO en 2012. Il est composé de 6 axes thématiques et de projets pionniers portant sur l'étude du vivant et de l'univers en passant par de la recherche stratégique en soutien aux politiques fédérales, l'étude du patrimoine culturel, historique et scientifique et la gestion des collections. Actuellement, 125 projets de recherches ont été financés. Pour en savoir plus : www.belspo.be/brain-be

WP1. L'évolution des inégalités sociales de mortalité en Belgique : un cadre général

Les analyses du WP1 reposent sur une base de données résultant du couplage des données du Registre national et des recensements de la population et des bulletins de décès de l'état civil.

Des inégalités de mortalité entre groupes sociaux très importantes !

Dans la littérature, le positionnement des individus dans le continuum social est généralement déterminé par les quatre dimensions suivantes : le niveau d'instruction, le statut socio-professionnel, les conditions de logement et le revenu. Si la corrélation entre ces dimensions est élevée, elles peuvent exercer une influence variable sur la vie des individus. Par exemple, en matière d'état de santé et de mortalité, le niveau d'instruction, mesure du niveau de connaissance et du capital culturel, va davantage déterminer les attitudes de prévention, de décisions et de recours aux soins de santé, alors que les trois autres dimensions se réfèrent plus au niveau de vie et donc aux ressources matérielles et à l'accessibilité financière en matière de soins de santé. En définitive, c'est bien une combinaison des quatre dimensions qui influence le positionnement des individus dans le continuum social.

Sur base des données des recensements de 1991 et de 2001, un indicateur composite, basé sur les quatre dimensions, a permis d'établir une typologie du positionnement social des individus, initialement structurée en 16 groupes, ramenée pour les analyses à quatre groupes sociaux, du moins au plus défavorisés. Chacun reprend approximativement un quart des individus pour lesquels les données nécessaires étaient disponibles. Les individus pour lesquels il a été impossible de déterminer le groupe social ont été regroupés dans la catégorie des indéterminés.

En 2002-2006, tant du côté des hommes que des femmes, la mortalité varie bien en fonction du groupe social. Plus le groupe social est défavorisé, plus son espérance de vie, quel que soit l'âge considéré, sera faible (tableau 1). Les écarts absolus d'espérance de vie sont importants : à 25 ans, l'espérance de vie d'un homme du groupe social favorisé vaut 57,5 ans contre 48 ans pour son homologue du groupe défavorisé, soit une différence de près de 10 ans. Du côté des femmes, les inégalités sociales de mortalité sont moins marquées : à 25 ans, l'écart d'espérance de vie est seulement de 5 ans entre les groupes sociaux extrêmes.

Par ailleurs, les différences de mortalité entre les deux sexes varient fortement selon le groupe social : plus le groupe est défavorisé, plus la différence est importante. A 25 ans, pour le groupe social défavorisé, cet écart s'élève à plus de 8 années, alors qu'il n'est que de 3,5 ans pour le groupe social favorisé.

Tableau 1. Espérance de vie masculine et féminine selon le groupe social en années (Belgique 2002-2006)

Groupes sociaux	Hommes					Femmes				
	5 ans	25 ans	45 ans	65 ans	80 ans	5 ans	25 ans	45 ans	65 ans	80 ans
Défavorisé	67,49	48,10	30,24	15,84	7,08	75,88	56,19	37,22	20,28	9,39
Intermédiaire bas	72,01	52,58	34,01	17,58	7,63	78,71	58,96	39,64	21,73	9,88
Intermédiaire haut	75,11	55,71	36,68	19,12	8,52	80,64	60,86	41,36	22,90	10,68
Favorisé	77,15	57,50	38,06	20,09	8,88	80,83	61,00	41,39	22,82	11,18
Indéterminés	68,12	48,68	30,00	14,62	6,23	74,59	54,87	35,66	18,46	7,72
Total	**71,29**	**51,80**	**32,93**	**16,36**	**7,06**	**77,06**	**57,30**	**37,92**	**20,12**	**8,82**

Source : DGS-Registre national, ESE 2001.

Tendances récentes des inégalités de mortalité entre groupes sociaux

Entre 1992-96 et 2002-06, la différence d'espérance de vie à 25 ans, entre les groupes situés aux extrémités du continuum social, a augmenté de 7,7 ans à 9,4 ans chez

cc edanley - SA 2.0

les hommes et de 4,2 à 4,8 ans chez les femmes. Il y a donc bien un accroissement des disparités de mortalité, en particulier chez les hommes. En cause, des progrès d'espérance de vie à des rythmes variables : en bas de l'échelle sociale, les gains ont été de 2,4 ans chez les hommes et de 1,3 années chez les femmes, alors qu'au sommet de la pyramide sociale, plus de 4 années d'espérance de vie ont été gagnées par les hommes et 2,5 années par les femmes.

Dans la suite du projet, il est prévu, d'une part, d'intégrer les causes de décès aux analyses, notamment afin de mieux cerner les différences régionales et, d'autre part, d'étendre la période d'analyse (1970-2010, voire même au-delà de 2010).

WP2. Les inégalités sociales de mortalité par cause selon le statut d'emploi et les parcours professionnels

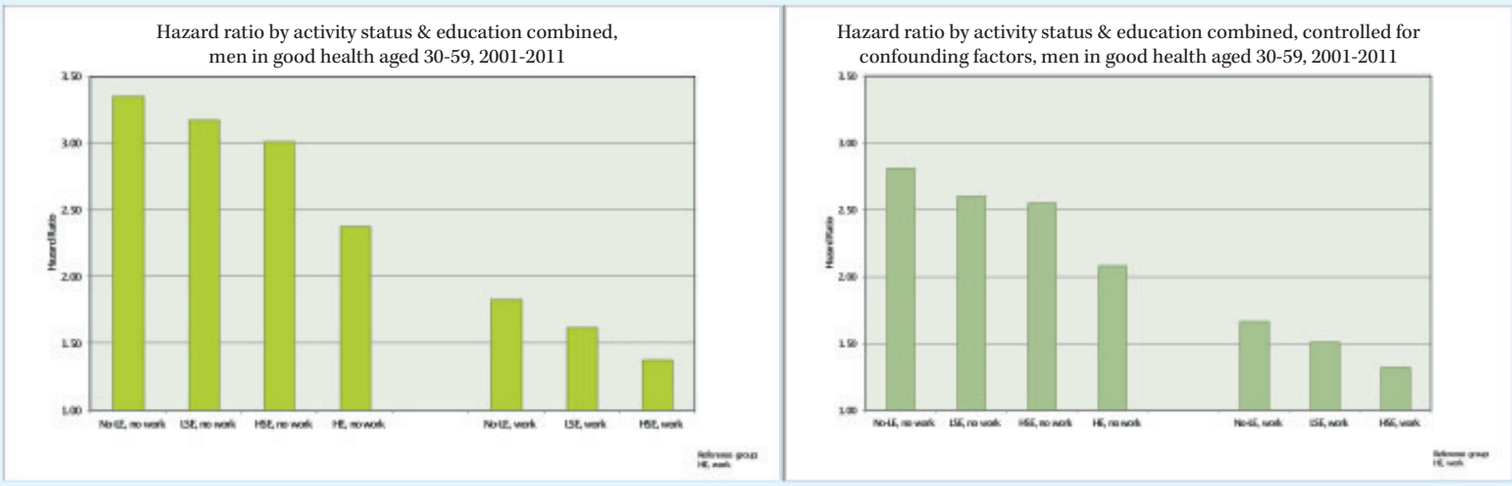
Le WP2 se concentre plus particulièrement sur l'association entre le chômage et la mortalité. Au cours des dernières décennies, le taux de chômage a connu une forte augmentation ; le chômage de longue durée devient de plus en plus fréquent et les personnes ayant une formation supérieure sont également touchées par le chômage. L'association entre le chômage et la mortalité a été confirmée par des études internationales, mais cette donnée n'a jusqu'à présent pas encore été étudiée en Belgique, malgré la disponibilité de données.

Avec le couplage des données du recensement de 2001, du Registre national relatives à la mortalité (et à l'émigration) au cours de la période 2001-2011, ainsi que des certificats de décès, ce WP vérifie s'il existe un lien entre le chômage et la mortalité et si une formation supérieure présente un effet protecteur à l'égard de l'impact du chômage sur la santé. Afin d'exclure les effets de sélection, différents sous-groupes ont été délimités parmi les hommes de 30-59 ans. Les effets de la sélection sont une importante source de biais dans l'analyse des effets du chômage sur la santé, parce qu'un certain nombre de personnes perdent précisément leur emploi en raison de problèmes de santé. Afin de minimiser de tels effets de sélection, un contrôle a été réalisé quant au statut de santé des répondants au moment du recensement (2001) et l'analyse a été limitée aux demandeurs d'emploi et aux travailleurs. D'autres groupes, comme des personnes n'ayant jamais travaillé, des personnes ne travaillant pas pour des raisons familiales, sociales ou de santé et les pensionnés, n'ont pas été repris dans les analyses. Les risques de mortalité, calculés pour cette population sélectionnée, se sont révélés relativement stables dans le temps (2001-2011), ce qui indique la mise sous contrôle des effets de la sélection.

Les résultats montrent que les chômeurs, même ceux ayant un niveau de formation élevé et un logement de qualité, ont un risque de mortalité plus grand que les personnes ayant un travail. En général, les hommes sans emploi présentent un chiffre de mortalité deux fois supérieur aux hommes qui travaillent. En prenant en compte les facteurs de contrôle comme la formation, le logement, la nationalité et le type de famille, cette surmortalité se maintient.

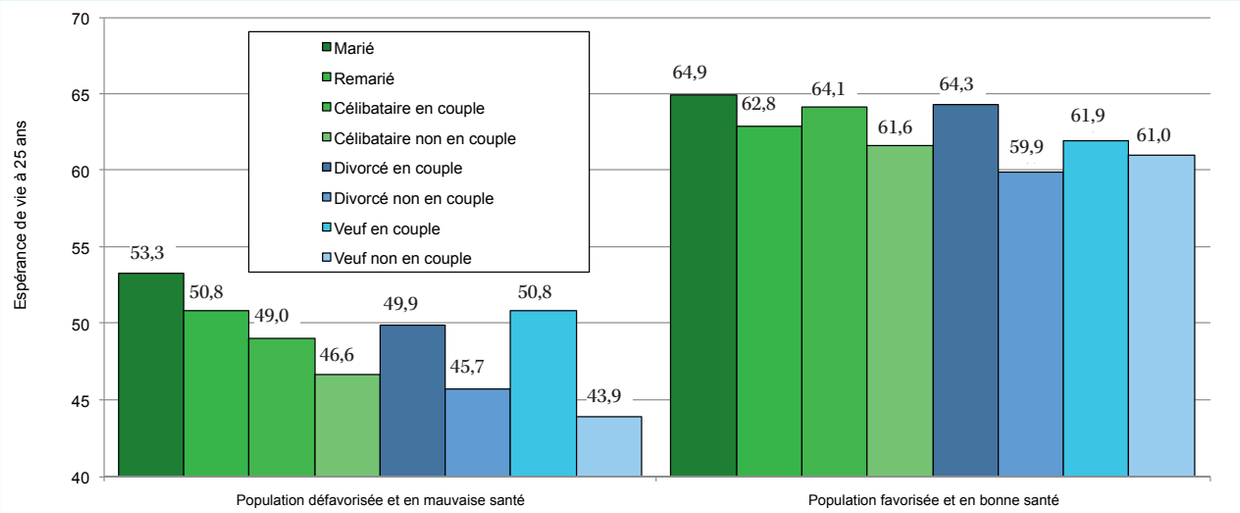
La formation exerce un effet légèrement protecteur : les chômeurs ayant une formation supérieure présentent un risque de mortalité un peu inférieur aux chômeurs de formation inférieure (figure 1). Cela vaut surtout pour la population d'origine belge, mais pas pour les ressortissants des communautés turque et marocaine, par exemple. Il est toutefois frappant de constater que les chômeurs possédant un diplôme de l'enseignement

Figure 1 : Taux de mortalité relatifs selon le statut d'emploi et la formation combinés, avant et après contrôle du logement, de la nationalité et du type de famille, hommes en bonne santé de 30-59 ans, 2001-2001



Source : Recensement 2001, couplé aux informations du Registre national sur la mortalité et la cause de décès, dépouillements propres

Figure 2. Espérance de vie masculine à 25 ans selon le statut matrimonial et le type de ménage (2002-2006)



Source: DGS- Registre national, ESE 2001

supérieur présentent une mortalité supérieure à celle des travailleurs sans diplôme ou ayant un diplôme de l'enseignement primaire.

Lorsque les analyses sont stratifiées selon le niveau de formation, il ressort que l'écart de mortalité entre chômeurs et travailleurs est plus grand chez les personnes ayant une formation supérieure. Cela confirme l'hypothèse du *'disappointment paradox'* : les attentes plus élevées de la personne de formation supérieure accentuent l'impact du chômage par rapport aux personnes de formation inférieure. D' autre part, les différences de conditions de travail font en sorte que les personnes ayant une formation supérieure exercent un travail plus sain que les personnes de formation inférieure, ce qui engendre également une plus grande différence entre travailleurs et chômeurs toujours au profit des personnes de formation supérieure.

Une analyse de la mortalité par cause démontre que l'excédent de mortalité s' applique pour tous les grands groupes de causes. Les plus grandes différences relatives sont observées pour la mortalité liée à l' alcool. Cette cause ne représente toutefois qu'un petit pourcentage de la mortalité totale.

Il ressort d'une comparaison du statut d'emploi aux recensements de 1991 et de 2001 que les personnes sans travail aux deux moments présentent une mortalité sensiblement supérieure à celles qui exerçaient une profession à l'un des deux ou aux deux moments.

Dans la suite du projet, l'impact de la durée du chômage sur la mortalité sera étudié plus en profondeur au moyen des données de la Banque carrefour de la sécurité sociale ainsi que les différences de mortalité entre les employeurs à temps plein et les employeurs à temps partiels.

WP3. La contribution des trajectoires familiales et matrimoniales aux inégalités de mortalité par cause de décès

Le WP3 étudie l'association entre le type de famille, l'état matrimonial et la mortalité. Pour les analyses qui vont suivre, les individus seront répartis selon :

- le statut matrimonial selon que les individus vivent en couple ou pas (Registre national) ;
- la santé autoévaluée (recensement 2001) ;
- Le niveau socioéconomique selon les groupes présentés dans les commentaires du WP1.

Les mariés vivent plus longtemps que les non-mariés !

Comme le montre la figure 2, le contraste en matière d'espérance de vie est mieux marqué pour le groupe socialement défavorisé et en mauvaise santé. Aussi, les commentaires qui vont suivre porteront principalement sur ce groupe. Bien que plus ténues, les différences observées dans la population favorisée et en bonne santé nous amènent aux mêmes conclusions.

La catégorie des mariés se distingue par l'espérance de vie maximale. Par ailleurs, au sein des autres catégories, vivre en couple procure un avantage en matière d'espérance de vie. Ainsi, chez les veufs, la remise en couple (hors mariage) augmente l'espérance de vie de 6,9 ans; chez les divorcés de 4,2 ans et de 2,4 ans chez les célibataires.

Différentes explications sont avancées pour rendre compte de ces inégalités. Ainsi, à propos de l'espérance de vie la plus élevée affichée par les mariés, il semble

CC aloxe-SA 2.0

exister un effet de sélection au mariage, évènement pour lequel seraient sélectionnés les individus en bonne santé physique et mentale, et présentant un niveau socio économique plus élevé. Ensuite, le mariage procurerait une protection financière, par la mise en commun des biens des mariés et la réalisation d'économies d'échelles au sein du couple, ainsi qu'une protection sociale, par le support et le contrôle social que représenterait le conjoint. De même, la présence du conjoint permettrait d'atténuer le stress quotidien. En revanche, le divorce et le décès du conjoint seraient des évènements traumatisants qui influenceraient la santé des individus concernés.

Les écarts soulignés au sein des autres statuts sont au bénéfice de ceux qui vivent en couple et s'expliqueraient par les mêmes processus sociaux que ceux évoqués à propos de la dichotomie mariés/non-mariés. Par ailleurs, les différences entre cohabitants et mariés proviendraient de la cohésion plus forte qui existe entre les époux, qui diminue les risques de séparation et intensifie les effets de protection de la vie en couple. Ainsi, chez les plus défavorisés, l'espérance de vie des mariés est supérieure de 4,3 ans à celle des célibataires en couple, de 3,4 ans à celle des divorcés en couple et de 2,5 ans à celle des veufs en couple.

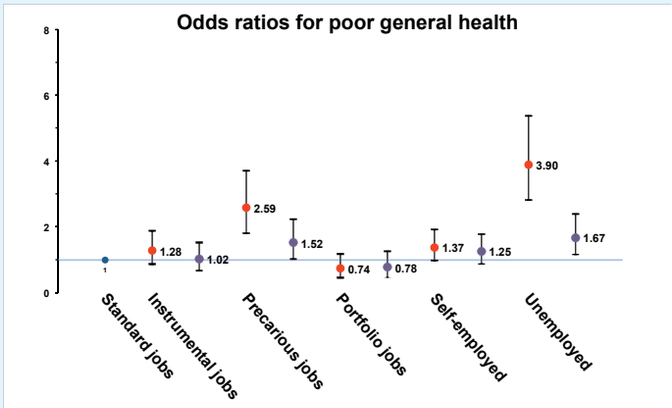
Une analyse par régression de Poisson a confirmé ces résultats. Par exemple, la présence d'un conjoint, marié ou cohabitant, diminue fortement les risques de décès, ce qui n'empêche pas la mortalité des non-mariés vivant en couple d'être plus élevée à niveaux socioéconomique et de santé équivalents que celle des mariés.

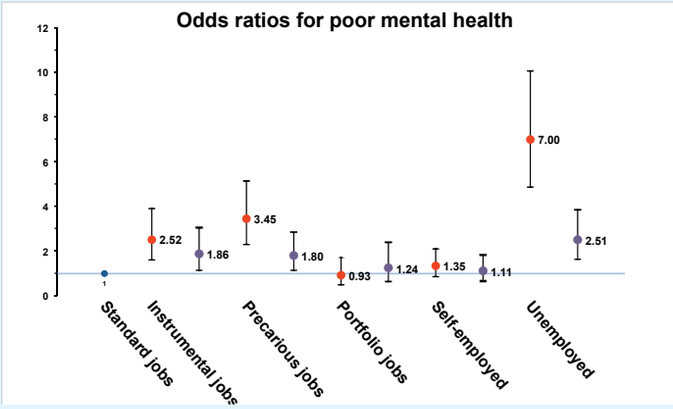
Dans le futur, ces analyses seront enrichies en prenant en compte les causes de décès. Par ailleurs, à plus longue échéance, nous adopterons une approche longitudinale d'analyse des inégalités.

WP4. L'interaction entre statut d'emploi et type de famille : associations avec la santé dans les données d'enquête

Le WP4 a pour objectif d'analyser les relations entre la santé (mentale et générale) autoévaluée et la position sur le marché du travail ainsi que la situation du ménage. Ces relations sont le siège de mécanismes importants dans la formation et le maintien d'inégalités sociales en matière de santé, comme il en ressort des WP2 et WP3. Une étude récente montre que, non seulement des formes différentes d'inactivité sur le marché du travail, mais aussi certaines formes de travail précaires, sont associées à des problèmes de santé. Le ménage est également important, en tant qu'environnement de vie et unité de consommation. Dans le WP4, ces deux éléments de la vie des individus sont abordés à la fois séparément et conjointement en relation avec la santé. Nous voulons ainsi étudier comment la précarité sociale et celle par rapport au travail sont liées entre elles et avec la santé des individus. Pour ce faire, des données d'enquête provenant de la 'Generations and Gender Survey' (GGS) sont utilisées.
Sur la base des variables en rapport avec la position sur

Figure 3 : La relation entre une typologie de positions sur le marché du travail et un mauvais état de santé mentale (à gauche) ou générale (à droite)





Source : GGS, dépouillements propres

le marché du travail de GGS (type de contrat, revenu, avantages extralégaux, temps de travail flexible pour raisons personnelles, temps de travail exceptionnels, travail à temps partiel involontaire, heures de travail prolongées, heures de travail irrégulières et possibilités de formation), une analyse de classes latentes a été réalisée, afin d'établir une typologie des positions sur le marché du travail. Cette typologie comprend cinq positions d' activité (emplois standard, emplois instrumentaux, emplois précaires, emplois portefeuilles et travail indépendant) et deux positions d'inactivité sur le marché du travail (chômage et autres formes d'inactivité sur le marché du travail). Chacune de ces positions sur le marché du travail s'avère fortement liée à certaines caractéristiques sociodémographiques des individus.

Ensuite, nous analysons la relation entre les positions sur le marché du travail et la santé mentale et générale des individus, par le biais de régressions logistiques binaires (voir la figure 3).

Ces analyses révèlent que certaines positions sur le marché du travail sont fortement associées à un état de santé désavantageux. Il s'agit surtout des positions d'inactivité sur le marché du travail, mais l'emploi précaire est également caractérisé par une fréquence relativement élevée de problèmes de santé. Étant donné qu'il y a aussi une relation nette entre les indicateurs de précarité sociale et la santé (mentale et générale), dans une dernière étape, nous avons réalisé une régression incluant la situation financière et les conditions de vie matérielle du ménage, ainsi que le soutien social sur lequel l'individu peut compter. L'intégration de ces indicateurs de précarité sociale entraîne une relation moins forte entre la typologie des positions sur le marché du travail et les indicateurs de santé mais, de manière générale, elle demeure statistiquement significative. Il est également intéressant de noter que les différences entre les positions d'inactivité et précaires sur le marché du travail se réduisent par le contrôle de la précarité sociale. Ainsi, le type d'emploi précaire dans le modèle final présente un niveau similaire de mauvaise santé (mentale et générale) à celui des chômeurs.

En conclusion, les résultats soulignent d' abord et avant tout l'importance des facteurs liés au marché du travail et à la précarité sociale pour la santé autoévaluée des individus. Il existe une corrélation claire entre les différentes positions sur le marché du travail et les indicateurs de situation de ménage d'une part et l'état de santé mentale/générale d'autre part. Les personnes inactives et les personnes ayant un emploi précaire évoquent plus souvent des problèmes de santé.

Ces analyses seront affinées par l'exploitation des données issues de l'enquête sur la main-d'œuvre.

Les auteurs

Interface Demography (Vrije Universiteit Brussel) :
Sylvie Gadeyne (professeur), Karen Van Aerden (junior research associate), Christophe Vanroelen (professeur) et Didier Willaert (chercheur).

Centre de Recherche en Démographie (Université Catholique de Louvain) :
Thierry Eggerickx (professeur), Catherine Gourbin (professeur), Paul Majérus (chercheur), Bruno Masquelier (professeur), Jean-Paul Sanderson (chercheur) et Christophe Vandeschrick (chercheur).

Plus

www.causineq.be