

Changer de trajectoire

Edito



Les inégalités d'accès aux soins, la santé mentale, l'incapacité de travail. Autant de sujets qui sont régulièrement au cœur de l'agenda politique et médiatique. Mais trop souvent, les débats qui portent sur ces questions sont rabattus sur des considérations individuelles : il faut se motiver, s'activer, il faut faire du sport, manger mieux, il faut être résilient. Comme si les difficultés que chacun-e peut rencontrer étaient avant tout la cause d'un manque de volonté ou les résultats de mauvais choix. Et donc aussi comme si chacun-e, face aux épreuves de santé, partait de la même ligne de départ, avec le même potentiel.

Dans ce numéro de *Santé & Société*, nous mettons en lumière une tout autre réalité. Sans doute plus dérangeante, parce que plus complexe. Sans doute plus politique aussi. Dans chacun des articles se laisse lire un fil rouge, selon lequel les inégalités de santé ne sont pas des situations figées, mais des trajectoires qui se construisent dans le temps. Des trajectoires qui sont le produit d'accumulations progressives d'avantages et de désavantages sociaux, économiques, ou encore environnementaux, comme le démontre notamment le Professeur Dale Dannefer. Dans son ouvrage *Age and the Reach of Sociological Imagination* (2021), il explique que l'évolution de l'état de santé de chacun-e doit se lire comme une trajectoire. Et selon lui, cette trajectoire est profondément façonnée par les institutions, les inégalités et les rapports de pouvoir. De ce fait, il appelle à politiser notre compréhension de la santé et ses états, c'est-à-dire à les voir comme le produit de la société, plutôt qu'à les naturaliser et les individualiser. Plus encore, les vul-

néralités ne s'additionnent pas selon un modèle simple : elles s'imbriquent, s'intègrent et se renforcent. Ce mécanisme explique bien pourquoi les écarts se creusent avec l'âge, pourquoi certains groupes payent plus lourdement le prix des crises sanitaires, sociales ou économiques. Parce que le temps n'efface pas les inégalités : il les renforce.

Les trois articles de ce numéro éclairent cette dynamique à partir de terrains très différents. L'étude présentée dans l'article *Comprendre les inégalités face aux soins de santé* repose sur une analyse de données représentatives de la population belge. Elle souligne que les inégalités se construisent non seulement en amont, dans les conditions de vie, mais sont aussi inscrites dans l'infrastructure même du système de soins. Elle met ainsi en évidence un mécanisme central : à mesure que le niveau socio-économique diminue, l'état de santé se dégrade et les besoins de santé augmentent, mais le recours aux soins ne suit pas – il devient au contraire de moins en moins proportionnel à ces besoins. Ce sous-recours s'inscrit dans un contexte de pression financière pour les personnes aux revenus les plus faibles, leurs contributions personnelles pouvant atteindre des niveaux disproportionnés – jusqu'à six fois plus élevés en proportion du revenu par rapport aux personnes les plus aisées. Les dispositifs de protection tels que l'intervention majorée ou le maximum à facturer sont indispensables pour éviter une exposition à des coûts excessifs. Aujourd'hui, ils semblent néanmoins largement insuffisants pour combler ces inégalités. Plusieurs angles morts sont mis en évidence : le non-recours aux droits, une protection insuffisante pour certains ménages à faibles revenus, ainsi que la situation de celles et ceux dont la consommation de soins est trop faible pour activer les mécanismes de plafonnement des tickets modérateurs. Ils ne peuvent alors empêcher un effet cumulatif des désavantages successifs subis et infléchir structurellement les trajectoires. Mais ces résultats montrent aussi que ces trajectoires ne sont pas inéluctables : ils pointent les leviers concrets à activer pour intervenir plus tôt, mieux protéger et rétablir un accès aux soins davantage proportionnel aux besoins.

L'article *Espaces verts et recours aux soins de santé mentale en Belgique*, explore les liens entre le fait de vivre à proximité d'espaces verts et l'état de santé mentale. Dans cette étude, des prestations de soins de santé mentale de plus de quatre millions de membres de la Mutualité chrétienne ont été mises en lien avec le niveau de couverture végétale par secteur statistique. Des modèles de régression ont été utilisés pour analyser dans quelle mesure une augmentation de la couverture végétale est associée à des variations relatives de l'utilisation des soins. L'analyse des résultats pointe une réalité complexe, selon laquelle nous ne sommes pas tous et toutes égaux face aux bienfaits d'un environnement naturel. Là où on observe globalement un effet positif sur la santé mentale du fait de vivre près d'espaces verts, on note que pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée – et donc étant financièrement vulnérables – cette association s'inverse : à exposition comparable, plus de verdure s'accompagne d'une consommation relative plus élevée de soins de santé mentale. Ce n'est pas que la présence d'espaces verts soit pour ce public néfaste. C'est la trajectoire qui l'est. Un même environnement n'agit pas de la même manière selon le cumul antérieur d'adversités : logement de mauvaise qualité, stress chronique, insécurité, contraintes matérielles, isolement social. Le bénéfice du vert dépend de la trajectoire.

Dans l'article *Quels sont les facteurs prédictifs de la sortie de l'incapacité de travail ?*, nous explorons la façon dont les fractures sociales pourraient impacter les trajectoires du retour au travail. Cette recherche se base sur trois enquêtes réalisées entre novembre 2023 et mars 2025. Durant cette période, nous avons observé l'évolution de personnes qui étaient en incapacité de travail au début de l'étude, afin d'identifier le profil de celles qui sont sorties de l'incapacité, et les facteurs associés à cette sortie, séparément pour les personnes qui ont été accompagnées – ou non – par un-e coordinateur-ice de retour au travail. Les résultats sont interpellants. Les personnes qui sortent plus rapidement de l'incapacité sont aussi celles qui cumulaient déjà des ressources : niveau d'études plus élevé, emploi intellectuel,

temps plein, confiance en leurs capacités. Comprendre ce constat sous l'angle de l'accumulation, permet de voir qu'il ne s'agit pas là d'une simple question de motivation, ou de vertu morale, mais d'une question liée à la somme des désavantages et avantages constitués bien avant l'incapacité. Lorsqu'un parcours a déjà été marqué par la pénibilité, la précarité ou les discriminations, chaque épisode de santé rend la pente plus raide. Une politique de réintégration efficace doit tenir compte de ce cumul de vulnérabilités, et moduler son action en fonction de besoins de chacun-e.

Pris ensemble, ces travaux nous invitent à politiser la santé, c'est-à-dire la réinscrire dans une compréhension collective, au croisement des institutions, des rapports de pouvoirs, de l'accumulation des richesses et des discriminations. De là, on comprend alors qu'il ne s'agit pas de stimuler ou de peser sur les comportements individuels, mais de comprendre les trajectoires, et d'agir sur les contextes de vie, sur les conditions de travail, sur l'accès réel et continu aux soins. Parce que l'enjeu est double : réduire l'exposition initiale aux désavantages et empêcher que les barrières répétées ne transforment des difficultés ponctuelles en destins sanitaires. Il faut cesser d'organiser la production de vulnérabilités par des politiques qui conditionnent les droits, fragmentent l'accès et laissent les inégalités s'accumuler. Agir contre les inégalités de santé, c'est reconnaître qu'elles ont une histoire – et décider collectivement d'en changer la trajectoire.

Nicolas Rossignol
Responsable du Service d'études MC-CM

Bibliographie

Dannefer, D. (2021). *Age and the Reach of Sociological Imagination. Power, Ideology and the Life Course*. London: Routledge.