

# Pour une réflexion sur la santé des personnes surendettées

**Romain Duvivier et Caroline Jeanmart  
avec la collaboration d'Amélie Anciaux**

**Octobre 2016**

## **Abstract**

Cet article a pour objectif de répondre à la question suivante : les personnes surendettées souffrent-elles plus fréquemment de problèmes liés à la santé que celles ne connaissant pas de telles difficultés financières ?

Pour répondre à cette question, des données ont été collectées auprès de bénéficiaires d'institutions agréées pour la médiation de dettes des trois régions du pays. Ces données sont comparées à celles de l'Enquête de Santé nationale réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), c'est-à-dire aux individus résidant en Belgique toutes catégories sociales confondues. Parmi ceux-ci, nous avons créé un sous-échantillon de « ménages à bas revenus » (ici entendu comme un revenu équivalent compris entre 750 euros et 1.000 euros).

Trois thématiques principales sont investiguées dans cet article : l'état de santé physique et de santé mentale des individus ainsi que l'accessibilité aux soins. Quelle que soit la thématique analysée, les résultats attestent de fortes disparités entre l'échantillon représentant les personnes surendettées et l'échantillon de comparaison.

Concernant l'état de santé général et comparées aux répondants à bas revenus, les personnes en médiation de dettes interrogées sont :

- plus du double à qualifier leur état de santé de moyen à très mauvais ;
- dix fois moins nombreuses à ne déclarer aucune entrave à leur qualité de vie ;
- 1,5 fois plus nombreuses à déclarer souffrir d'un problème de santé chronique ;
- près d'1,5 fois plus nombreuses à avoir consulté un médecin spécialiste et deux fois plus nombreuses à avoir eu recours à un service d'urgence au cours de l'année écoulée ;
- près de trois fois moins nombreuses à consommer quotidiennement un fruit, 1,5 fois moins nombreuses à prendre quotidiennement un petit déjeuner et 1,2 fois plus nombreuses à être considérées comme obèses.

Concernant la santé mentale et comparées aux répondants à bas revenus, les personnes en médiation de dettes interrogées sont :

- plus du double à souffrir de troubles psychologiques sévères ;
- plus d'1,5 fois plus nombreuses à avoir une consommation problématique d'alcool ;
- près du double à fumer ;
- plus de six fois plus nombreuses à avoir des pensées suicidaires et plus du triple à avoir fait une tentative de suicide dans l'année écoulée ;
- près de quatre fois plus nombreuses à estimer avoir des contacts sociaux insatisfaisants.



En termes d'accessibilité aux soins, et comparées aux répondants à bas revenus, les personnes en médiation de dettes interrogées sont :

- quatre fois plus nombreuses à avoir dû reporter, pour des raisons financières, des soins au cours de l'année écoulée ;
- plus du double à déclarer les soins de santé difficiles, voire impossibles à supporter dans le cadre du budget disponible.

Bien que cette étude n'ait qu'une visée exploratoire et qu'elle n'ait pas pour objectif d'établir de lien de cause à effet entre surendettement et santé, les écarts constatés semblent révélateurs de tendances lourdes. Les analyses soulignent que le niveau de revenus du répondant ne serait qu'un facteur explicatif parmi d'autres de ces écarts. Sont également à prendre en considération le contexte de vie, la culture familiale du répondant, les identités et appartenances sociales, les représentations du corps ou de la maladie, entre autres.

L'Observatoire remercie vivement, pour leur confiance, les répondants qui ont pris part à l'enquête présentée dans cet article. Il remercie aussi les institutions agréées qui ont accepté de se faire le relais de cette enquête, pour leur collaboration, leur disponibilité et leurs marques d'intérêt. Il remercie enfin Paul Berra (chargé d'études à l'Observatoire de la Santé du Hainaut), Alain Joret (psychologue et formateur, animateur de groupes de soutien pour personnes surendettées dans le cadre du Réseau bruxellois d'acteurs de prévention du surendettement), Geneviève Laroche (psychologue au Groupe Action Surendettement), Dr. Evelyne Lenoir (médecin généraliste à Schaerbeek) et Vincent Lorant (chercheur à l'Institut de recherche Santé et Société et professeur à la Faculté de santé publique de l'UCL) pour leur relecture attentive et leurs commentaires.

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	4.
<b>1. Objectifs poursuivis, méthodologie et données utilisées</b>	5.
1.1. <u>Trois échantillons</u>	5.
1.1.1. Les données représentant l'état de santé de l'ensemble de la population	5.
1.1.2. Les données représentant l'état de santé de la population à bas revenus	6.
1.1.3. Les données collectées auprès des institutions agréées pour la médiation de dettes	7.
1.2. <u>Méthodologie d'analyse</u>	7.
<b>2. Quel est l'état de santé relatif des personnes en SMD ?</b>	9.
2.1. <u>Etat de santé général</u>	9.
2.1.1. Santé subjective et qualité de vie	9.
2.1.2. Maladies chroniques	13.
2.1.3. Consommation de soins de santé	14.
2.1.4. Habitudes alimentaires et surpoids	16.
2.2. <u>Indicateurs de santé mentale</u>	21.
2.2.1. Stress et bien-être	22.
2.2.2. Consommation d'alcool	23.
2.2.3. Consommation de tabac	26.
2.2.4. Pensées suicidaires et tentatives de suicide	27.
2.2.5. Sociabilité	28.
<b>3. Accessibilité aux soins</b>	29.
<b>Conclusion</b>	31.
<b>Annexe</b>	33.
Questionnaire auto-administré adressé aux ménages en médiation de dettes auprès d'une institution agréée	

## Introduction

Les études abordant la situation socio-économique des ménages en situation de surendettement, mettent en évidence des liens forts entre le surendettement et la pauvreté monétaire<sup>1</sup>. Par ailleurs, l'existence d'inégalités sociales de santé n'est plus à démontrer<sup>2</sup>. Partant d'indicateurs de santé tels que, par exemple, l'espérance de vie, la morbidité, la santé subjective ou la santé mentale, ces études attestent de l'existence de corrélations entre le statut socioéconomique d'une population et le score qu'elle obtient aux différents indicateurs de santé. En outre, les études portant sur les inégalités sociales de santé montrent l'existence d'un gradient de santé : l'état de santé s'améliore avec le niveau de revenu et/ou à mesure que le niveau d'instruction croît<sup>3</sup>. Concernant la Belgique, deux exemples parmi d'autres peuvent être donnés : « Quand on est situé tout en bas de l'échelle sociale, on meurt en moyenne 3 à 5 ans plus tôt que quand on se trouve en haut de l'échelle. Et les personnes qui ont un faible niveau de formation vivent en bonne santé en moyenne 18 à 25 années de moins que celles qui ont un haut niveau d'études »<sup>4</sup>.

Cet article a pour objectif de répondre à la question suivante : les personnes surendettées souffrent-elles plus fréquemment de problèmes liés à la santé que les individus ne connaissant pas de difficultés financières sévères ? Quatre constats nous poussent à interroger ce lien entre surendettement et santé.

Premièrement, une part non négligeable de personnes surendettées bénéficie de faibles revenus<sup>5</sup>. Or, il a été démontré que les populations à bas revenus avaient un plus grand risque de connaître des problèmes de santé<sup>6</sup>.

Deuxièmement, les données collectées auprès des institutions agréées pour la médiation de dettes soulignent qu'une maladie peut être un des facteurs déclencheurs du surendettement. Lorsque les médiateurs de dettes d'institutions agréées sont interrogés sur ces facteurs déclencheurs, la maladie d'un membre du ménage est citée dans 16,7% des dossiers en Wallonie et dans 32,5% des dossiers en Flandre<sup>7</sup>.

Troisièmement, les dettes liées à la santé sont parmi les plus fréquentes dans les dossiers des ménages suivis par les services de médiation de dettes (SMD). Les analyses de l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement<sup>8</sup> montrent qu'en 2015, 56,6% des dossiers traités par les SMD wallons comportaient au moins une dette liée à la santé pour un montant moyen de 1.251 euros. Le montant de cet endettement pourrait paraître négligeable lorsqu'on le compare à d'autres dettes. Cependant, l'existence de ce type de dette est révélatrice de difficultés éprouvées par certains ménages à faire face à des dépenses aussi essentielles que les soins de santé. En 2003, ce type d'endettement apparaissait dans 51,2% des dossiers pour un montant moyen de 1.045 euros. Au fil du temps, les dettes liées à la santé semblent donc plus souvent présentes dans les dossiers et, surtout, les montants en jeu ont progressé. Les mêmes constats sont posés par les SMD de Flandre<sup>9</sup>.

---

<sup>1</sup> Voir par exemple Duvivier R., De Doncker H., Jeanmart C., (2015), « Recours au crédit et difficultés financières : quel lien avec la pauvreté ? », in Lahaye W., Pannecoucke I., Vranken J. et Van Rossem R., *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2015*, Gand, Academia Press, pp. 69-92.

<sup>2</sup> Willems S., Vyncke, V., (2010), « Différences sociales de santé », in Dierckx D., Van Herck N., Vranken J. (eds), *Pauvreté en Belgique*, Leuven, Acco, pp.153-180.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Fondation Roi Baudouin, (2007), *Inégalités en santé. Recommandations politiques*. Recommandations du groupe de travail 'Inégalités en santé' de la Fondation Roi Baudouin à l'intention des différentes autorités politiques en Belgique, FRB, 20p.

<sup>5</sup> Observatoire du Crédit et de l'Endettement, (2016), *Prévention et traitement du surendettement en Wallonie. Rapport d'évaluation 2015*, Marchienne au Pont, OCE.

<sup>6</sup> Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016), *Onderzoeksrapport. Cijfer- en profielgegevens van de Vlaamse huishoudens in budget- en/of schuldhulpverlening anno 2015*, Bruxelles, VCS, 66p.

<sup>7</sup> Willems S., ibidem.

<sup>8</sup> Observatoire du Crédit et de l'Endettement, (2016) et Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

<sup>9</sup> Observatoire du Crédit et de l'Endettement, (2016).

<sup>9</sup> Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

Quatrièmement, lorsqu'ils sont interrogés sur les difficultés inhérentes à leur pratique, des médiateurs de dettes des trois régions du pays citent la suspicion de problèmes de santé des bénéficiaires comme étant, d'une part, une des difficultés pouvant les empêcher de mener à bien une médiation de dettes<sup>10</sup> et, d'autre part, comme une source de stress<sup>11</sup>.

Cet article a pour ambition de contribuer à une réflexion sur la santé des personnes surendettées et suivies par les services de médiation de dettes agréés, en comparant leur situation à celle d'une population de référence présumée non-surendettée. Pour ce faire, nous avons collecté des données auprès de bénéficiaires d'institutions agréées pour la médiation de dettes des trois régions du pays. Ces données sont comparées à celles de l'Enquête de Santé nationale réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) portant sur l'ensemble de la population résidant en Belgique. Trois thématiques sont principalement investiguées : l'état de santé physique et mentale des individus ainsi que l'accessibilité aux soins de santé.

Dans la suite de cet article, nous commencerons par détailler la méthode de collecte de données et de constitution des échantillons (section 1). Ensuite, les principaux résultats issus de la comparaison des différents échantillons seront présentés afin de déterminer si les personnes surendettées et consultant les services de médiation de dettes sont dans un état de santé moins favorable que les belges présumés non-surendettés (section 2). Enfin, la question de l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes en médiation de dettes sera analysée (section 3).

## **1. Objectifs poursuivis, méthodologie et données utilisées**

Cette section présente les échantillons utilisés pour cette étude ainsi que le mode de collecte de données. Elle discute également la méthodologie et les conclusions qui peuvent en être tirées.

### **1.1. Trois échantillons**

Notre objectif est de vérifier si les personnes surendettées et suivies par un SMD belge ont, en moyenne, un état de santé plus ou moins bon par rapport à la population belge prise dans son ensemble et présumée non-surendettée. A cette fin, les données issues de trois échantillons sont présentées et comparées. Cette section décrit chacun d'eux.

#### ***1.1.1. Les données représentant l'état de santé de l'ensemble de la population***

Depuis 1997 et de manière régulière (tous les 4 ou 5 ans), l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) réalise l'Enquête de Santé nationale (HIS) qui se donne notamment pour objectif de décrire l'état de santé et des besoins en matière de santé de la population, de produire des estimations de la prévalence de certaines maladies, de la répartition des indicateurs de santé, d'analyser des inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins de santé, d'étudier la consommation des soins et ses déterminants<sup>12</sup>.

Deux types de questionnaires sont utilisés pour collecter les données : d'une part, un questionnaire en face-à-face administré par un enquêteur et, d'autre part, un questionnaire auto-administré.

Cette enquête est réalisée sur base volontaire. L'échantillon est composé de 10.000 personnes dont 3.500 sont issues de la Wallonie, autant de la Flandre et 3.000 de la Région de Bruxelles-Capitale<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> Jeanmart C., (2016), « La médiation de dettes : quelles difficultés ressenties par les professionnels (travailleurs sociaux, juristes et avocats) ? », Observatoire du Crédit et de l'Endettement, 23p. Cet article est accessible sur le site de l'Observatoire dans la rubrique « Analyses et études ».

<sup>11</sup> Jeanmart C., (2016), « La médiation de dettes : une activité professionnelle stressante ? L'expérience des travailleurs sociaux, des juristes et des avocats-médiateurs », Observatoire du Crédit et de l'Endettement, 18p. Cet article est accessible sur le site de l'Observatoire dans la rubrique « Analyses et études ».

<sup>12</sup> Pour plus de renseignements sur cette enquête : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>

<sup>13</sup> La sélection des individus pour cet échantillon est réalisée à partir des données du registre national. Le tirage aléatoire a été établi sur base d'une méthode dite « en entonnoir » : au sein des trois régions, certaines communes ont été sélectionnées, et au sein de ces communes,

L'échantillon de l'ISP inclut des personnes qui sont domiciliées en Belgique et sans restriction de nationalité.

Dans sa globalité, cette enquête couvre les domaines suivants : l'état de santé des individus, les styles de vie pouvant influencer la santé, quelques mesures de prévention, l'utilisation des soins de santé, et la santé et la société.

N'ayant pas les moyens de dupliquer la méthodologie de l'ISP dans sa globalité, l'Observatoire s'est centré sur certaines thématiques abordées par le biais du questionnaire auto-administré afin que son mode de collecte soit comparable à celui de l'ISP.

Dans la suite des analyses, nous parlerons de l'échantillon « *population totale* » pour faire référence à ce premier échantillon représentatif de l'état de santé des *individus résidant en Belgique toutes catégories sociales confondues*.

### **1.1.2. Les données représentant l'état de santé de la population à bas revenus**

L'échantillon de l'ISP présentant l'état de santé de l'ensemble de la population est-il le groupe le plus approprié pour établir une comparaison permettant de répondre à notre question? Tout dépend de notre objectif. Établir que les personnes suivies par les services de médiation de dettes sont en moins bonne santé que le reste de la population ne serait que peu intéressant. En effet, la littérature s'est déjà largement penchée sur la question des inégalités sociales de santé.

L'idéal serait de vérifier si le surendettement est un facteur corrélé avec un moins bon état de santé. Toutefois, ne pouvant pas isoler la variable « surendettement » d'autres variables, cette dernière hypothèse n'est pas testable au vu des données disponibles.

Dès lors, de manière réaliste, notre démarche permet de vérifier l'hypothèse d'un lien entre les difficultés financières sévères et un moins bon état de santé. Dans cette hypothèse, l'échantillon constitué de l'ensemble des personnes interrogées par l'ISP n'est pas pertinent. De fait, il existe une corrélation entre certaines caractéristiques socioéconomiques et le surendettement : le type de ménage, le niveau d'instruction, le type de revenus, etc. Or, les individus les plus pauvres ont, en moyenne, un moins bon état de santé<sup>14</sup>.

Dès lors, étudier le caractère plausible d'une corrélation statistique entre le surendettement et la santé nous imposait de centrer notre comparaison sur un échantillon de ménages présumés non-surendettés, mais ayant un profil socioéconomique proche de celui des ménages consultant les SMD. L'objectif fixé dans cette analyse est d'isoler au maximum l'effet spécifique exercé par le surendettement sur la santé de celui attribuable à la pauvreté monétaire. Les données de l'enquête de l'ISP présentant la situation de l'ensemble des ménages belges (échantillon « population belge ») seront donc présentées à titre informatif, mais un sous-échantillon des données collectées par l'ISP, représentatif de la population à bas revenus, servira de groupe de comparaison.

Afin que notre groupe contrôle permette de distinguer l'effet exercé par la faiblesse des revenus de celui pouvant être attribuable au surendettement, nous nous basons sur un sous-échantillon de l'enquête réalisée par l'ISP : les *ménages ayant un revenu équivalent<sup>15</sup> compris entre 750 euros et 1000 euros*. Les individus en SMD interrogés dans le cadre de notre enquête (soit les individus de

---

différents ménages ont été tirés au sort. Certains membres des ménages sélectionnés ont ensuite été invités à répondre au questionnaire relatif à la santé de l'ISP. L'échantillon collecté par l'ISP a été pondéré pour l'âge et/ou le sexe. Nous n'avons donc aucun redressement à effectuer.

<sup>14</sup> Voir notamment Willems, S., et Vyncke, V., (2010).

<sup>15</sup> Le revenu équivalent correspond au revenu total d'un ménage, après impôt et autres déductions, disponible en vue d'être dépensé ou épargné, divisé par le nombre de membres du ménage converti en équivalents adultes. Extraire les revenus extrêmes (soit très élevés ou très faibles) de la population générale belge était le seul moyen de nous rapprocher de la réalité économique des individus fréquentant les services agréés pour la médiation de dettes. En effet, en 2014, un revenu mensuel net de 1085 euros correspond au seuil de pauvreté qui s'établissait pour la Belgique. Ainsi, tous les isolés gagnant moins de cette somme étaient considérés comme étant pauvres.

l'échantillon présenté au point 1.1.3) bénéficient de revenus<sup>16</sup> fluctuant tout en restant très proches de cet intervalle. Lorsque nous nous référerons à cet échantillon nous parlerons des « *personnes à bas revenus* ».

### **1.1.3. Les données collectées auprès des institutions agréées pour la médiation de dettes**

Dans le but de répondre à la question qui nous occupe, l'OCE a réalisé une enquête auprès des personnes en SMD afin d'évaluer leur état de santé. Pour que les données collectées soient comparables à celles de l'ISP, le questionnaire soumis aux personnes en médiation de dettes reprenait une série de questions jugées particulièrement pertinentes, présentes dans la partie auto-administrée de l'Enquête de Santé nationale. Le questionnaire utilisé par l'OCE est disponible en annexe en fin d'article.

Afin de toucher les ménages en médiation de dettes, l'OCE a contacté des institutions agréées pour la médiation de dettes dans les trois régions du pays. Il leur a été proposé de faire connaître l'enquête à leurs bénéficiaires. A cette fin, des questionnaires ont été déposés au sein des SMD ayant marqué leur accord.

Au total 408 questionnaires ont été recueillis et permettent de mesurer un certain nombre de paramètres liés à la santé des ménages fréquentant ces services. Par la suite, nous parlerons des « *personnes en médiation* » pour faire référence à cet échantillon composé de *personnes suivies par les services de médiation de dettes des trois régions*. Notre but est de comparer les données propres aux « *personnes en médiation* » à celles des « *personnes à bas revenus* » (soit le sous-échantillon de l'enquête santé présenté au point 1.1.2).

Comme nous l'avons déjà indiqué, aucune pondération n'a dû être appliquée à l'échantillon de l'ISP étant donné qu'il était déjà représentatif de la population de référence. En ce qui concerne l'échantillon collecté auprès des SMD, un redressement sur base de quatre variables a été effectué : le genre, l'âge, la région d'habitation et la situation professionnelle. Ce redressement a permis d'obtenir un échantillon le plus proche possible de la population qu'il représente, autrement dit, de l'ensemble des individus bénéficiant d'une médiation de dettes au sein d'un SMD en Belgique<sup>17</sup>.

La principale limite de cet échantillon est qu'il existe une surreprésentation de la Région de Bruxelles-Capitale ainsi qu'une sous-représentation de la région flamande. De fait, les questionnaires collectés au sein des SMD bruxellois représentent plus de 30% des répondants, alors que les répondants flamands ne représentent que 18% d'entre eux. Toutefois, un redressement a été appliqué à notre « *échantillon SMD* » afin d'obtenir une répartition régionale conforme à la réalité.

## **1.2. Méthodologie d'analyse**

Nous partons donc des résultats de l'enquête de l'ISP<sup>18</sup> et de celle menée par l'Observatoire auprès des SMD afin de comparer l'état de santé des « *personnes en médiation* » avec celui de la population non-surendettée (échantillons « *population totale* » et « *personnes à bas revenus* ») (voir le schéma ci-dessous).

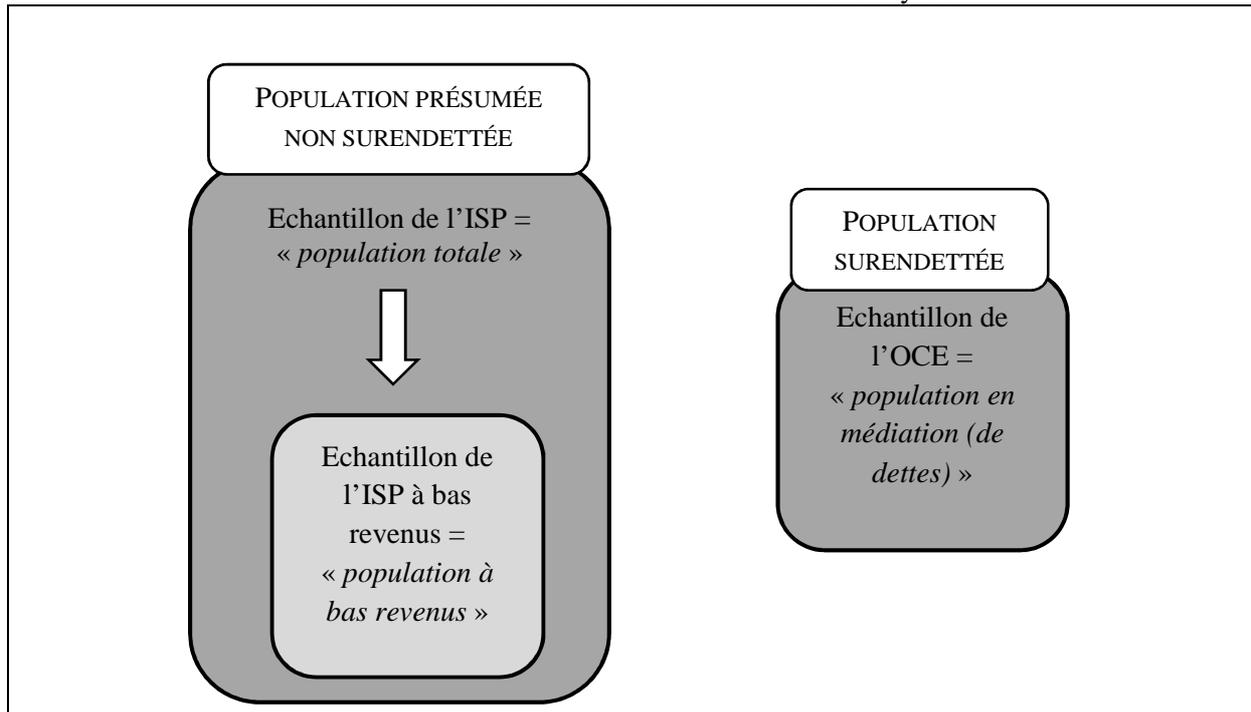
---

<sup>16</sup> Nous parlons bien des revenus perçus par les ménages en médiation de dettes et non du pécule de médiation.

<sup>17</sup> La pondération de la Flandre a pour base les données du Vlaams Centrum Schuldenlast: *Cijfer-en profielgegevens van de vlaamse huishoudens in budget-en/of schulpverlening anno 2013*, Vlaams Centrum Schuldenlast, 2014, 66p. La pondération appliquée pour la Wallonie est calquée sur des données récoltées par l'OCE : *Prévention et traitement du surendettement en Région wallonne. Rapport d'évaluation 2014*, Observatoire du Crédit et de l'Endettement, Charleroi, 2015, 240p. Le redressement appliqué à la Région de Bruxelles-Capitale se base sur les données du Centre d'appui aux services de médiations de dettes de la Région de Bruxelles Capitale. En ce qui concerne la répartition régionale des individus en SMD, nous nous basons sur un article de l'OCE : Jeanmart C., (2015), « Les avocats et les institutions agréées pratiquant la médiation de dettes en Belgique : profils et spécificités régionales », Observatoire du Crédit et de l'Endettement, 11p.

<sup>18</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Schéma 1. Présentation des trois échantillons analysés



Au cours des analyses, nous comparerons tout d'abord la situation de la « population totale » avec celle des « personnes à bas revenus ». Les écarts observés dans les indicateurs de santé entre ces deux échantillons pourraient être attribués à une différence de revenus. Ensuite, nous comparerons la situation des « personnes à bas revenus » avec celle des « personnes en médiation ». Les éventuels écarts observés pourraient s'expliquer par des difficultés particulières rencontrées par les ménages suivis par les services de médiation de dettes.

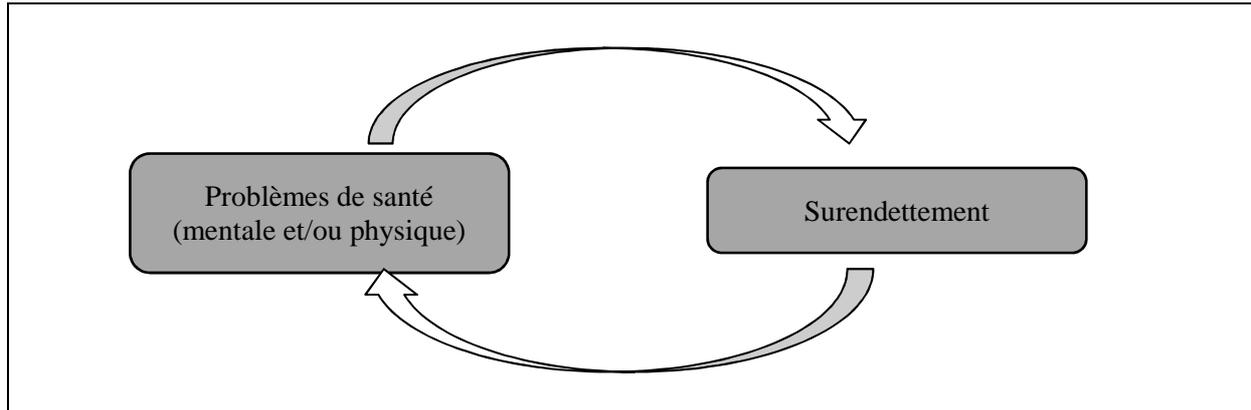
Toutefois, nous devons souligner que le revenu est la seule variable de contrôle. Par conséquent, toutes les autres caractéristiques des ménages suivis par les services agréés qui diffèrent de la population à bas revenus pourraient, elles-aussi, intervenir afin d'expliquer les écarts observés en termes de santé. Comme expliqué ci-dessus, il sera impossible de déterminer si, oui ou non, le surendettement est corrélé avec un moins bon état de santé. Nous adopterons donc l'optique de la falsifiabilité telle que préconisée par Karl Popper<sup>19</sup>. Cette approche considère que la démarche scientifique tente de démontrer le caractère faux des hypothèses proposées, mais qu'elle n'a jamais la prétention d'affirmer qu'elles sont correctes. Les hypothèses qui n'auront pas pu être « falsifiées » (c'est-à-dire être démontrées comme fausses) à l'aide de données seront maintenues et considérées comme une explication valide sur le plan scientifique. Autrement dit, nous ne pouvons jamais affirmer qu'une hypothèse scientifique est vraie, mais nous pouvons affirmer que, dans l'état actuel des connaissances, cette hypothèse n'a pas encore été falsifiée.

Dans cette étude, nous partons de l'hypothèse d'un lien entre le surendettement et la santé. Nous utilisons les statistiques disponibles afin de vérifier si cette hypothèse résiste à l'épreuve des faits. Si les personnes suivies par les services de médiation de dettes sont dans un moins bon état de santé que les personnes à bas revenus, nous n'aurons pas démontré que le surendettement est lié à un moins bon état de santé. Toutefois, dans l'état actuel des données disponibles, cette hypothèse n'aura pas pu être rejetée. En outre, ce moins bon état de santé devra être considéré comme une des caractéristiques des personnes surendettées.

<sup>19</sup> Popper K., (1985), *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot, 610p.

Les conclusions de cette étude n'auront donc qu'une portée limitée. Nous mesurons la santé relative des personnes en SMD sans pouvoir déterminer s'il existe un lien de cause à effet entre le fait d'être surendetté et un état de santé relativement moins bon. En outre, différentes hypothèses sont envisageables. Dans certains cas, les problèmes de santé ont préexisté aux problèmes financiers. Ils pourraient même en être un des éléments déclencheurs (notamment par les coûts qu'ils peuvent engendrer). Par la suite, le surendettement pourrait également être un facteur accentuant les problèmes de santé préexistants. Dans d'autres cas, le surendettement pourrait être un des facteurs déclencheurs des problèmes de santé (dépression, stress, etc.). Le schéma ci-dessous synthétise la complexité de la réflexion sur les liens entre la santé et le surendettement.

Schéma 2. Liens entre santé et surendettement



Malgré ces remarques, la démonstration, le cas échéant, d'un état de santé relativement moins bon pour les personnes en médiation de dettes est importante. Elle devrait permettre d'engager une réflexion de fond et pluridisciplinaire sur cette problématique. Elle devrait également inciter à mettre en place des mesures spécifiques destinées à protéger ce public particulièrement vulnérable ou, à tout le moins, à l'aider à s'orienter au mieux dans les dispositifs existants.

## **2. Quel est l'état de santé relatif des personnes en SMD ?**

Les personnes consultant les institutions agréées pour la médiation de dettes sont-elles dans un état de santé relativement moins bon, lorsque nous comparons leur situation à celle de personnes présumées non-surendettées? Afin de répondre à cette question, nous nous centrons sur deux catégories d'indicateurs: des indicateurs d'état de santé général (point 2.1.) ainsi que des indicateurs de santé physique et mentale (point 2.2.).

### **2.1. Etat de santé général**

#### ***2.1.1. Santé subjective et qualité de vie***

Lorsqu'il est question d'évaluer la santé des individus, les indicateurs de santé subjective sont souvent privilégiés. La santé subjective se définit comme « l'appréciation réalisée par l'individu lui-même de son propre état de santé »<sup>20</sup>. Il s'agit d'une mesure globale « comprenant à la fois la santé physique, la santé psychique et la vie sociale. (...) L'approche subjective du concept témoigne effectivement du fait que l'on a affaire à une réaction émotionnelle plutôt qu'à une analyse cognitive systématique. »<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Tafforeau J., (2014), « Santé subjective », in Van der Heyden J., Charafeddine R. (éds.), *Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être*, Bruxelles, ISP, p.31.

<sup>21</sup> Ibidem, p.33.

Les indicateurs de santé subjective sont considérés comme de bons indicateurs de santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population<sup>22</sup>. Un des principaux avantages du recours à ces indicateurs est qu'ils reflètent correctement l'impact des douleurs et des maladies dont souffre une personne et ce, même si elle est incapable de nommer ses propres problèmes de santé. Sur le plan statistique, les indicateurs de santé subjective sont fortement corrélés à la mortalité<sup>23</sup>, à la morbidité<sup>24</sup>, au niveau de la capacité fonctionnelle<sup>25</sup> ainsi qu'à la consommation de soins<sup>26</sup>.

Deux raisons additionnelles permettent de renforcer ce choix de présenter les résultats d'un indicateur de santé subjective. Premièrement, il n'existe pas de mesure objective de santé unanimement validée<sup>27</sup>. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé de la manière suivante : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>28</sup>. Cette définition est sujette à diverses interprétations (notamment entre différents pays) et ne permet donc pas de définir un ensemble de critères déterminants avec précision une évaluation objective de l'état de santé des individus<sup>29</sup>. Deuxièmement, dans l'hypothèse où une mesure objective de santé pourrait voir le jour, il est manifeste que cette dernière demanderait un déploiement humain et financier très conséquent. En effet, pour mesurer l'état de santé d'un individu, l'idéal serait de lui faire passer un entretien avec des personnes habilitées. C'est ce qui est, en partie, réalisé par l'étude de l'ISP. Ne pouvant réaliser une démarche de cette ampleur, nous avons uniquement repris de l'enquête de l'ISP des éléments du questionnaire auto-administré, permettant donc de recueillir des informations fiables dans un cadre de collecte réaliste.

Ainsi, étudier la santé subjective des individus nous permet d'obtenir de premiers constats globaux sur la santé des répondants et, éventuellement, de mettre en évidence des différences significatives entre nos échantillons. La perception qu'ont les répondants de leur propre état de santé ainsi que leur évaluation de leur qualité de vie sont les deux indicateurs de santé subjective retenus<sup>30</sup>.

---

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Voir notamment:

- Grant M.D., Piotrowski Z.H., Chappell R., (1995), « Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986 », *Journal of Clinical Epidemiology*, vol.48, n°3, pp.375-387.

- Valkonen T., Sihvonen A.P., Lahelma E., (1997), « Health expectancy by level of education in Finland », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n°6, pp.801-808.

- Idler E.L., Benyamini Y., (1997), « Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, vol.38, n°1, pp.21-37

<sup>24</sup> Goldberg P., Gueguen A., Schmaus A., Nakache J.P., Goldberg M., (2001), « Longitudinal study of associations between perceived health status and self-reported diseases in the French Gazel cohort », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol.55, n°4, pp.233-238.

<sup>25</sup> Voir notamment :

- Delpierre C., Datta G.D., Kelly-Irving M., Lauwers-Cances V., Berkman L., Lang T., (2012), « What role does socioeconomic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA? », *European Journal of Public Health*, vol.22, n°3, pp.317-321.

- Galenkamp H., Braam A.W., Huisman M., Deeg D.J.H., (2013), « Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability », *European Journal of Public Health*, vol.23, n°3, pp.511-517.

<sup>26</sup> Voir notamment:

- de Bruin A., Picavet H.S., Nossikov A., (1996), *Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments*, Copenhagen, World Health Organisation, 170p.

- DeSalvo K., Fan V., McDonell M., Fihn S., (2005), « Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question », *Health Services Research*, vol. 40, n°4, pp.1234-1246.

<sup>27</sup> Clark A.E., Vicard A., (2007), « Conditions de collecte et santé auto-déclarée : analyse sur données européennes », *Economie et statistiques*, n°403-404, pp.143-163.

<sup>28</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

<sup>29</sup> Lardjane S., Dourgnon P., (2007), « Les comparaisons internationales d'état de santé subjectif sont-elles pertinentes ? Une évaluation par la méthode des vignettes-étalons », *Economie et statistique*, vol.403, n°1. pp. 165-177.

<sup>30</sup> Voir notamment Willems, S., et Vyncke, V., (2010).

a) Perception de l'état de santé général

La première question relative à la santé subjective est présentée ci-dessous.

Encadré 1. Question relative à la santé subjective

Comment est votre état de santé en général?	
<input type="checkbox"/>	Très bon
<input type="checkbox"/>	Bon
<input type="checkbox"/>	Ni bon, ni mauvais
<input type="checkbox"/>	Mauvais
<input type="checkbox"/>	Très mauvais

Plus de trois quarts de la population totale (77,9%) se considère en bonne, voire en très bonne santé alors que 22,1% estiment que leur état de santé est soit moyen, mauvais ou même très mauvais (voir tableau 1 ci-dessous). Lorsque nous comparons ces mêmes proportions pour la population à bas revenus, le pourcentage des personnes s'estimant en bonne, voire en très bonne santé diminue un peu, mais il reste majoritaire : plus de 7 personnes à bas revenus sur 10 se considèrent en bonne, voire en très bonne santé. Concernant les personnes en médiation de dettes, les résultats apparaissent totalement différents : seul un tiers de cet échantillon se considère en bonne, voire en très bonne santé.

	Population totale	Population à bas revenus	Personnes en médiation
Pourcentage des répondants estimant avoir un état de santé bon à très bon	77,9%	70,5%	33,8%
Pourcentage des répondants estimant avoir un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais	22,1%	29,5%	66,2%

Source : HISIA<sup>31</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Comparés aux personnes à bas revenus, la proportion des ménages consultant les SMD et se sentant en mauvaise, voire en très mauvaise santé est plus du double.

b) Évaluation de la qualité de vie des individus

La qualité de vie est ici entendue comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »<sup>32</sup>. L'indicateur de la qualité de vie dépasse la perception de l'état de santé au sens strict car il ne se limite pas aux aspects strictement médicaux, mais englobe également des facteurs psychologiques, économiques et sociaux.

Pour évaluer la perception de la qualité de vie des répondants, nous avons recours aux cinq questions de l'échelle EQ-5D<sup>33</sup>. Ces questions portent respectivement sur la perception qu'ont les individus de leur mobilité, de leur autonomie, de la facilité avec laquelle ils accomplissent les activités courantes,

<sup>31</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

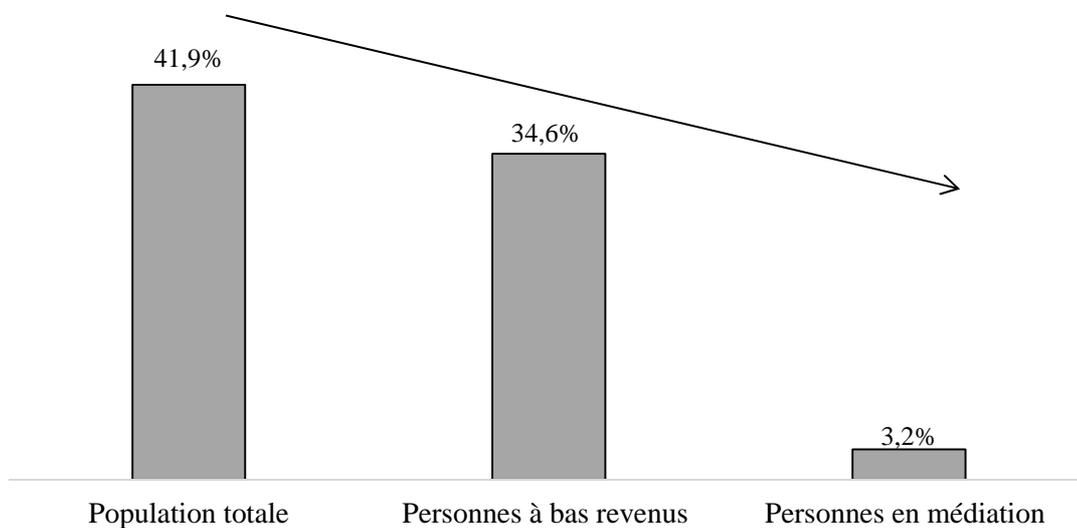
<sup>32</sup> O.M.S., (1947), « The Constitution of W.H.O. », *W.H.O Chron. Geneva: W.H.O Headquarter*, vol.1, p.29.

<sup>33</sup> Cleemput I., (2010), « A social preference valuations set for EQ-5D health states in Flanders, Belgium », *European Journal of Health Economics*, vol.11, n°2, pp.205-13. <http://www.euroqol.org>

des douleurs et de gênes qu'ils ressentent ainsi que de leur état d'anxiété et/ou dépressif. Pour chaque question, le répondant avait le choix entre cinq modalités de réponse allant de « Je n'ai pas de problème » par rapport à cette thématique à « J'ai des problèmes sévères ». Les cinq questions utilisées pour former l'indicateur EQ-5D se trouvent en annexe. À partir des réponses à ces questions, nous nous sommes centrés sur les personnes déclarant n'avoir aucune entrave à leur qualité de vie en considérant les cinq thèmes analysés, soit les personnes ayant opté pour le premier choix à chacune des cinq questions.

Le graphique 1 ci-dessous illustre, comme pour le résultat précédent, de fortes différences entre les trois échantillons : au sein des personnes en médiation, seuls 3,2% des répondants déclarent aucune entrave à leur qualité de vie contre 34,6% parmi la population à bas revenus. Au niveau de la population totale, plus de 4 personnes sur dix ne déclarent aucune entrave à leur qualité de vie.

**Graphique 1. Pourcentage des répondants ne déclarant aucune entrave à leur qualité de vie**



Sources : HISIA<sup>34</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

A la lecture de ce résultat, il semble donc que la pauvreté monétaire et, plus encore, le fait d'être suivi par un service de médiation de dettes aient un impact sur la qualité de vie des individus.

### c) *Corrélation entre l'état de santé et la qualité de vie*

La perception qu'ont les individus de leur état de santé et l'analyse relative à la qualité de vie sont deux dimensions complémentaires. Il nous a semblé pertinent de tester l'existence d'une relation entre la « perception de l'état de santé » et la « qualité de vie » pour l'échantillon relatif aux personnes en SMD.

La corrélation entre la santé subjective et la qualité de vie des personnes en médiation de dettes est positive, c'est-à-dire que les individus qui s'estiment en bonne santé sont ceux qui expriment le moins d'entraves à leur qualité de vie. Le coefficient de corrélation<sup>35</sup> entre les deux variables est de 0,53.

<sup>34</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

<sup>35</sup> Le coefficient de corrélation (souvent symbolisé par la lettre r) nous renseigne sur le sens ainsi que la force de la relation linéaire entre deux variables. Il est toujours compris entre -1 et +1. Ce coefficient est positif lorsque les deux variables évoluent dans le même sens, négatif lorsqu'elles évoluent en sens opposé et s'approche de 0 lorsque les deux variables ne sont pas (ou peu) liées l'une à l'autre. La corrélation entre deux variables est d'autant plus forte que le coefficient s'approche de 1 (en valeur absolue). Lorsque nous faisons face à un coefficient proche de 1, nous parlons d'une forte corrélation positive : les variables évoluent fortement dans le même sens. Un coefficient de corrélation proche de -1 signifie que les deux variables sont fortement liées mais évoluent dans des sens opposés.

Nous observons donc un lien fort entre la qualité de vie et la perception de l'état de santé. Inversement, les individus indiquant avoir le plus d'entraves à leur qualité de vie sont ceux qui s'estiment en moins bonne santé. Bien que pouvant sembler aller de soi, cette observation atteste de la cohérence des résultats obtenus à partir de notre échantillon de personnes fréquentant les SMD.

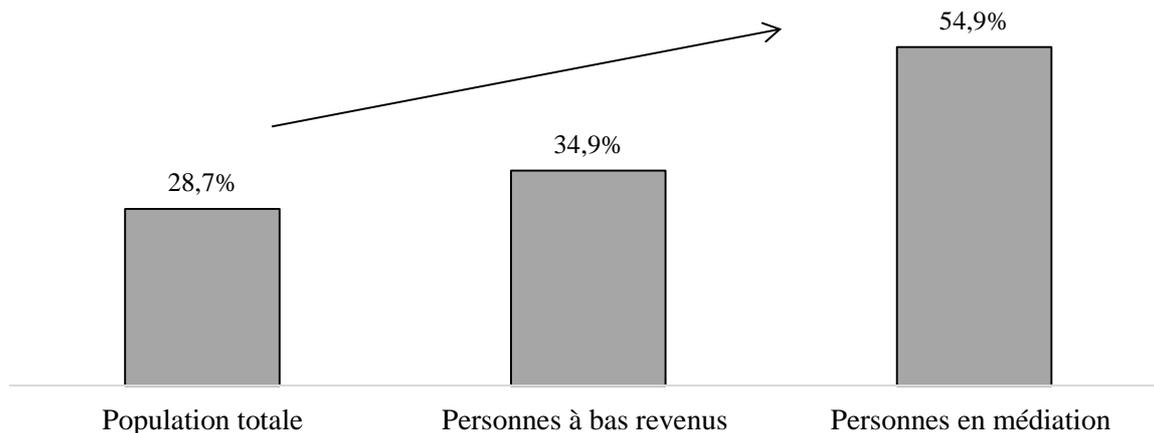
### 2.1.2. Maladies chroniques

Sur base des résultats précédents, nous remarquons que les individus en médiation de dettes ont tendance à percevoir leur qualité de vie et leur état de santé comme moins bons que les individus ayant un revenu similaire, mais n'étant pas en médiation de dettes. Afin de compléter notre analyse, nous nous sommes intéressés à la prévalence de maladies et/ou de problèmes de santé chronique. Par maladie chronique, nous entendons une affection « non réversible, sans vraie perspective de rétablissement complet et avec une durée relativement longue »<sup>36</sup>. Les maladies chroniques comprennent, entre autres, les cardiopathies, les accidents vasculaires-cérébraux, les maladies respiratoires chroniques, les diabètes, les cancers, etc.

Deux raisons poussent à investiguer cette thématique. Premièrement, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, ces pathologies sont la première cause de mortalité dans le monde<sup>37</sup>. Deuxièmement, de nombreuses études ont montré l'existence de corrélations étroites entre le fait qu'une personne souffre de maladies et/ou de problèmes de santé chronique et son faible niveau de qualité de vie<sup>38</sup>. Le lien entre ces deux variables serait, d'une part, lié au fait que ces personnes ainsi que leur entourage subissent un niveau de stress important du fait de ces pathologies. D'autre part, la consommation régulière de soins qu'implique le traitement de ce type de maladie aurait aussi un impact sur la qualité de vie<sup>39</sup>. L'analyse de la prévalence de ce type de pathologie peut donc être considérée comme un indicateur approprié de la santé des personnes suivies par les services de médiation de dettes.

Le graphique 2 ci-dessous montre le pourcentage des répondants de chaque échantillon affirmant souffrir d'une maladie ou d'un problème de santé chronique.

**Graphique 2. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique? (Pourcentage de "oui")**



Sources : HISIA<sup>40</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

<sup>36</sup> Van der Heyden J., Charafeddine R., (2014), *Enquête de santé 2013 : Rapport 1: Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats*, ISP, 36p.

<sup>37</sup> [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases](http://www.who.int/topics/chronic_diseases)

<sup>38</sup> Voir notamment Jaisson-Hot I., Nancey S., Guerre P., Colin C., Roblin X., Flourié B., (2008), « MICI et qualité de vie », *Hépatogastro & Oncologie Digestive*, vol. 15, n°1, pp.49-54.

<sup>39</sup> Voir notamment Canavan C., Abrams K.R., Hawthorne B., Drossman D., Mayberry J.F., (2006), « Long-term prognosis in Crohn's disease : factors that affects quality of life », *Alimentary Pharmacology Therapeutics*, vol.23, n°3, pp.377-385.

<sup>40</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., *Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis*. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Si l'on considère la population totale, nous remarquons que 28,7% des répondants affirment souffrir de ce type de pathologie contre 34,7% pour les personnes à bas revenus. Nous pouvons donc en conclure que la pauvreté monétaire est corrélée avec la prévalence de maladies chroniques. Cette dernière augmente de manière très importante lorsque l'on passe d'un public à faibles revenus présumé non-surendetté à un public consultant un SMD. De fait, parmi les personnes suivies par les institutions agréées pour la médiation de dettes, plus de la moitié (54,9%) dit connaître une maladie ou un problème de santé chronique. Ce constat corrobore nos premières analyses se basant sur la santé subjective qui attestait déjà de l'existence d'un fossé important entre les personnes en médiation de dettes et le reste de l'échantillon.

### **2.1.3. Consommation de soins de santé**

La consommation de soins de santé d'une population donnée peut être mise en lien avec son état de santé général. Par consommation de soins, nous entendons et nous nous limitons ici au recours aux soins ambulatoires (médecin généraliste et médecin spécialiste) ainsi qu'aux services des urgences. Il est évident que d'autres dimensions de la consommation de soins de santé auraient pu être prises en compte comme, par exemple, le montant des prises en charge ou encore la consommation de médicaments.

Se limiter à des questions simples et ne faisant que peu appel à la mémoire des répondants nous paraissait essentiel. En effet, toutes les formes de consommation des soins de santé ne sont pas aussi facilement mesurables. En outre, nous devons nous limiter à la consommation des soins de santé prise en compte dans la partie auto-administrée du questionnaire santé de l'ISP.

Les trois questions relatives à cette thématique sont reprises ci-dessous.

#### Encadré 2. Questions relatives à la consommation de soins de santé

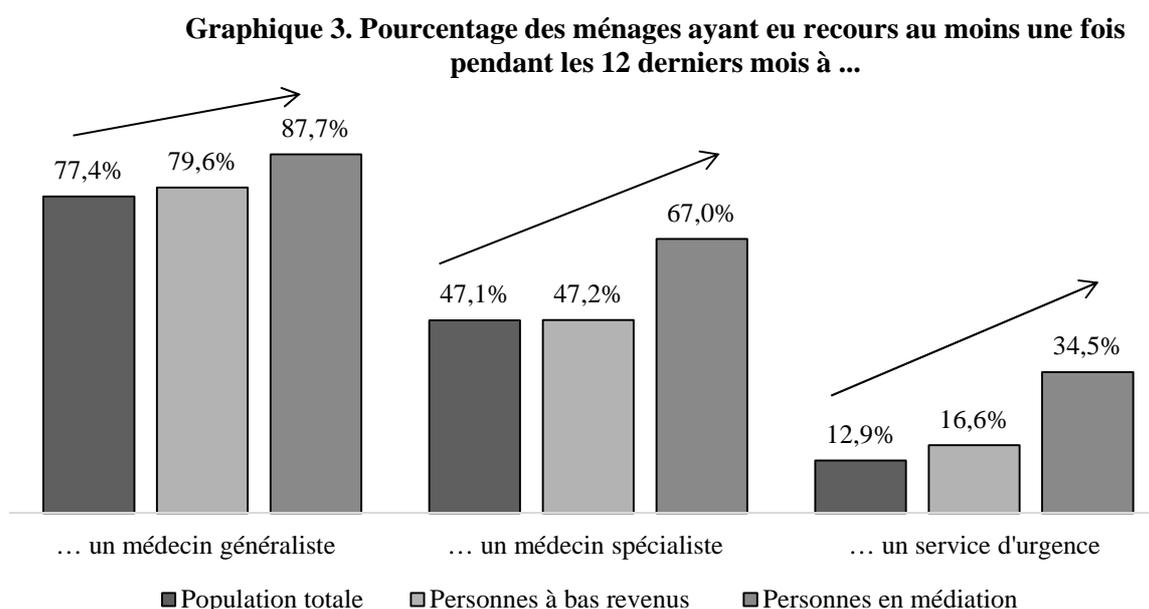
- |   |
|---|
| <p>1. Quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour la dernière fois ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Il y a moins de 12 mois</li><li><input type="checkbox"/> Il y a 12 mois ou plus</li><li><input type="checkbox"/> Jamais</li></ul> <p>2. Quand avez-vous consulté un médecin spécialiste la dernière fois?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Il y a moins de 12 mois</li><li><input type="checkbox"/> Il y a 12 mois ou plus</li><li><input type="checkbox"/> Jamais</li></ul> <p>3. Quand avez-vous consulté un service des urgences d'un hôpital pour la dernière fois?</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Il y a moins de 12 mois</li><li><input type="checkbox"/> Il y a 12 mois ou plus</li><li><input type="checkbox"/> Jamais</li></ul> |
|---|

Notre hypothèse de départ était la suivante : une personne avec un moins bon état de santé devrait avoir tendance à recourir davantage à différents prestataires de soins (qu'il s'agisse d'un médecin généraliste, spécialiste ou d'un service d'urgences). Même si des exceptions peuvent être observées au niveau des comportements individuels, lorsque nous raisonnons au niveau d'une population, les groupes les plus vulnérables en termes de santé devraient consommer davantage de soins de santé. La consommation de soins peut donc être considérée comme un indicateur acceptable de l'état de santé. Bien entendu, des contraintes d'ordre budgétaire pourraient limiter le recours aux soins des personnes en état de besoin. Un groupe d'individus plus pauvre et en moins bonne santé pourrait moins consulter qu'un groupe de référence en raison de sa plus grande précarité économique sans que l'on puisse en conclure que son état de santé soit meilleur.

De manière générale, en Belgique, les services médicaux sont présentés comme étant accessibles, abordables et financés par des mécanismes de solidarité. La consultation au cabinet d'un médecin généraliste, par exemple, est prise en charge par le système de sécurité sociale à hauteur de 83,5% si

cela s'opère dans le cadre d'un dossier médical global et sans considérer la possibilité que le bénéficiaire ait le régime préférentiel. Dans une telle situation, le bénéficiaire ne déboursa réellement que 4 euros dès lors que l'on considère le remboursement. Avec le régime préférentiel, le bénéficiaire ne débourse que 1 euro<sup>41</sup>. La contrainte financière ne devrait pas constituer une limitation importante au recours à ce type de soins. En outre, en prenant le raisonnement inverse, si un groupe d'individus plus pauvres consulte davantage, nous ne pouvons pas utiliser l'argument budgétaire pour remettre en doute le lien qui apparaît entre la consommation de soin et l'état de santé. Dans une telle situation, les écarts de consommation observés entre deux groupes pourraient même ne pas complètement refléter l'écart réel de santé entre les eux.

Le graphique 3 ci-dessous indique, pour chaque catégorie de soins de santé considérée et pour chacune des populations étudiées, le pourcentage des ménages affirmant avoir eu recours à des soins de santé au cours de l'année écoulée.



Sources : HISIA<sup>42</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Nous observons des différences parfois très nettes dans le recours aux soins des trois échantillons.

En ce qui concerne les visites chez un médecin généraliste, nous n'observons que peu de différences entre les deux premiers groupes. Près de 80% de la population belge dit avoir au moins une fois eu recours à un médecin généraliste dans l'année et ce, peu importe le niveau de ses revenus. Ce pourcentage s'élève à 87,7% pour les personnes consultant les services de médiation de dettes.

En ce qui concerne le recours au médecin spécialiste, aucune différence significative n'est observée entre la population belge et la population belge à bas revenus dont près de 47% disent avoir consulté au cours de l'année écoulée. Pour les personnes en médiation de dettes, par contre, nous observons que plus de deux tiers des répondants ont eu au moins une fois recours à un spécialiste au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

L'écart entre les échantillons est encore plus significatif concernant le recours au service des urgences. Alors que, respectivement 12,9% et 16,6% de la population belge et des belges à bas revenus se sont

<sup>41</sup> Situation à partir du 01/02/2016. Voir : <http://www.inami.fgov.be>

<sup>42</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

au moins une fois rendus aux urgences au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ils sont plus de 34,5% parmi les personnes consultant les services de médiation de dettes, soit plus du double. Selon certains professionnels de santé, la plus grande fréquentation des urgences serait notamment liée au fait que les personnes retardent les soins et qu'elles aient moins accès à une médecine préventive.

En outre, de l'avis de professionnels de la santé, certaines personnes surendettées se plaindraient de ce qu'ils qualifient de « médecine à deux vitesses ». *Elles se sentiraient négligées lorsqu'elles bénéficient de l'aide médicale, auraient l'impression d'avoir « moins le choix du traitement, de ne pas avoir la possibilité de prendre plusieurs avis avant de se faire soigner, de ne pas avoir accès à des techniques médicales de pointe ».*

Si nous acceptons l'hypothèse que le recours aux soins de santé est un bon indicateur de l'état de santé général d'une population, nous pouvons conclure, comme c'était déjà le cas avec les indicateurs précédents, que les personnes consultant les services de médiation de dettes ont un moins bon état de santé que l'ensemble de la population, mais aussi que les personnes à bas revenus.

### **2.1.4. Habitudes alimentaires et surpoids**

Les habitudes alimentaires et le surpoids peuvent constituer des indicateurs additionnels de l'état de santé d'une population, mais également révéler des comportements qui seraient plus ou moins favorables au maintien d'une bonne santé. De nombreuses études soulignent que l'obésité est relativement moins fréquente chez les personnes plus aisées<sup>43</sup>. D'autres études montrent que la structure de la consommation alimentaire varie fortement selon le niveau de vie des populations considérées.

Dès le XIX<sup>ème</sup> siècle, Engel mettait en évidence que plus une famille est pauvre, plus grande est la proportion de ses dépenses consacrées à l'alimentation. Dans le même ordre d'idée, la consommation de poisson ainsi que celle des fruits serait un indicateur fort des inégalités sociales. Des chiffres éloquentes ressortent de données françaises : les 10% d'individus les plus riches ont des dépenses de consommation qui sont, respectivement, quatre fois et trois fois supérieures à celles des 10% de plus pauvres pour le poisson et les fruits<sup>44</sup>.

Qu'en est-il lorsque nous nous centrons sur la situation des personnes suivies par les services de médiation de dettes ? Les habitudes alimentaires sont ici appréhendées au moyen de la consommation journalière de fruits, de la prise quotidienne d'un petit déjeuner et du surpoids. Les questions analysées dans cette partie sont reprises dans l'encadré ci-dessous.

#### Encadré 3. Questions relatives à la consommation de soins de santé

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> kg.</li><li>2. Quelle est votre taille, sans chaussures? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> cm.</li><li>3. A quelle fréquence mangez-vous des fruits (sans compter les jus de fruit)?<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1 fois par jour ou plus</li><li><input type="checkbox"/> 4 à 6 fois par semaine</li><li><input type="checkbox"/> 1 à 3 fois par semaine</li><li><input type="checkbox"/> Moins d'une fois par semaine</li></ul></li></ol>
--

<sup>43</sup> Voir par exemple :

- Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), « Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? », *Cahier de recherche n°22, CREDOC*, 113p.

- Spycckerelle Y., Giordonella J.P. et Poisson D., (2002), « Grignotage, surpoids et obésité chez les jeunes, quels liens avec la précarité ? », *Alimentation et précarité*, n°16.

<sup>44</sup> Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), « Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? », *Cahier de recherche n°22, CREDOC*, 113p.

#### 4. A quelle fréquence prenez-vous un petit déjeuner (le matin)?

- Tous les jours
- 5 à 6 fois par semaine
- 2 à 4 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

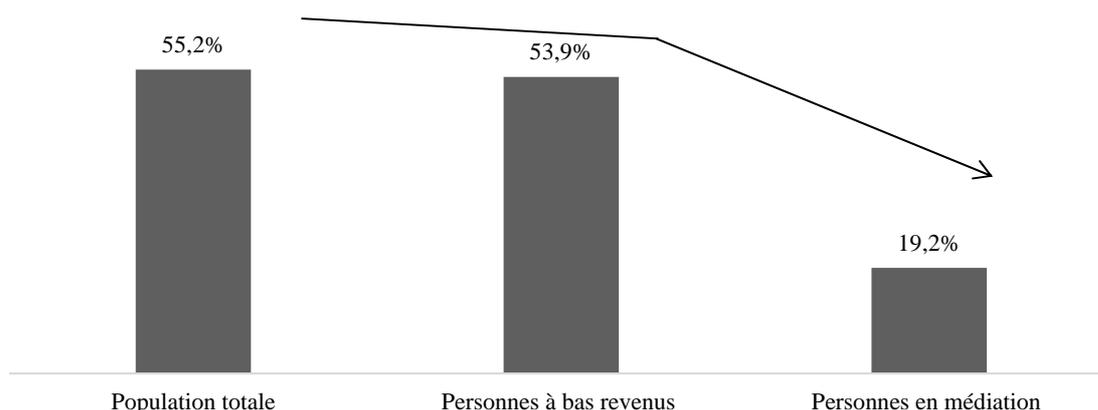
L'objectif est de vérifier si la population fréquentant les SMD présente un style de vie particulier qui pourrait nous pousser à penser que, de manière plus ou moins consciente ou plus ou moins contrainte, ils mettent en place moins de stratégies et d'habitudes susceptibles d'être favorables à la santé. Les trois variables retenues ne sont, bien entendu, que des indicateurs très partiels de style de vie.

##### a) Les fruits et le petit déjeuner

Depuis des siècles, un lien est établi entre l'alimentation et l'état de santé<sup>45</sup>. Les habitudes alimentaires des individus pourraient en partie favoriser un meilleur état de santé. En effet, « une étroite relation a été démontrée entre la surconsommation de certains aliments (trop gras, riches en sucres rapides, etc.) et un certain nombre d'affections chroniques sérieuses comme les maladies cardio-vasculaires, différents types de cancer, le diabète de type 2, les caries dentaires, les troubles gastro-intestinaux et les problèmes osseux et articulaires »<sup>46</sup>. Dès lors, une moindre consommation de fruits et le fait de ne pas prendre de petit déjeuner pourraient être corrélés à un moins bon état de santé.

Le graphique 4 ci-dessous montre que plus d'une personne sur deux affirme manger au moins un fruit par jour, tant au sein de la population belge qu'au sein du groupe de personnes à bas revenus. Par contre, cette proportion est inférieure à une personne sur cinq au sein des personnes en médiation de dettes au sein d'un SMD.

**Graphique 4. Pourcentage de personnes mangeant au minimum un fruit par jour**



Sources : HISIA<sup>47</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

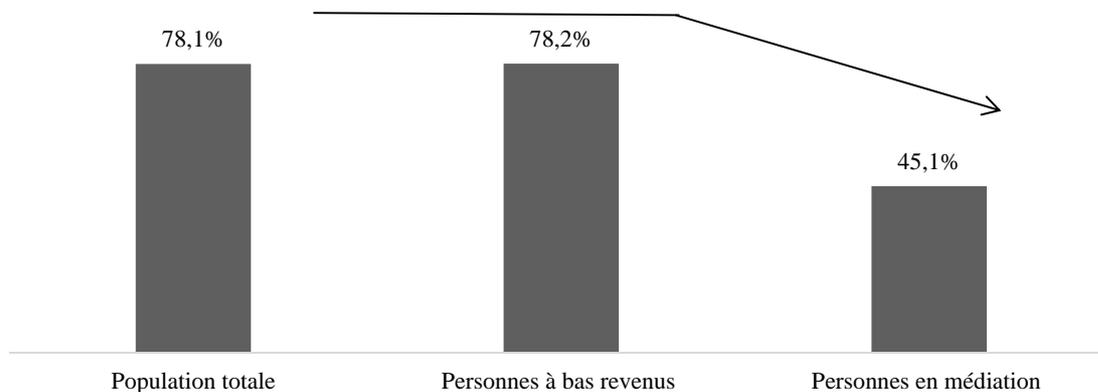
<sup>45</sup> Hubert A., (2000), « Alimentation et Santé : la Science et l'imaginaire », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, vol. 35, n°5, pp.353-356.

<sup>46</sup> Drieskens S., (2014), « Les habitudes nutritionnelles », in Gisle L., Demarest S., *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*, Bruxelles, ISP, p.521.

<sup>47</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Les observations faites sur base de la prise quotidienne d'un petit déjeuner vont dans le même sens que celles partant de la consommation de fruits (voir le graphique 5 ci-dessous). Ainsi, au sein de la population belge, et indépendamment du niveau de revenu, plus de 75% des répondants prennent quotidiennement un petit-déjeuner. Ce pourcentage chute à 45% parmi les personnes suivies par les services de médiation de dettes.

**Graphique 5. Pourcentage de personnes prenant quotidiennement un petit déjeuner**



Sources : HISIA<sup>48</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Ces deux résultats soulignent que les personnes en médiation de dettes ont des habitudes alimentaires différentes de celles adoptées par la population belge prise dans son ensemble. Par contre, nous n'observons pas de différence significative entre la population totale et la population à bas revenus. L'explication de ce résultat est complexe. Nous ne pouvons en effet pas conclure que la faiblesse des revenus pousse les individus à adopter des habitudes alimentaires différentes car la population belge à faible revenu obtient des résultats proches de la population générale. D'autres variables doivent donc entrer en ligne de compte afin d'expliquer les habitudes alimentaires des personnes en médiation de dettes.

Bien que ce résultat puisse paraître surprenant, il ne l'est pas réellement à la lecture de récentes recherches. Comme elles l'indiquent, « l'adoption de comportements alimentaires sains est encore souvent perçue comme dépendant uniquement du choix des personnes. Selon cette vision, la malbouffe relèverait donc de la seule responsabilité individuelle. Or d'autres facteurs explicatifs sont communément avancés, comme les moyens financiers dont disposent les personnes et leur niveau d'éducation. Si ces deux aspects sont déterminants, ils sont loin d'être les seuls. Outre le fait que les acteurs de la filière alimentaire (industrie, distributeurs etc.) déterminent l'enveloppe des choix possibles, les décisions d'achats des consommateurs ne sont pas seulement guidées par leurs moyens financiers et leur perception des informations se rapportant aux produits. Elles sont aussi largement déterminées par le goût, qui reste le critère d'achat numéro un. Or, le goût est socialement construit, il est influencé entre autres par la culture familiale, les identités et les appartenances sociales »<sup>49</sup>.

Ces études soulignent notamment que le revenu ou encore le niveau d'éducation ne suffisent donc pas à expliquer les comportements alimentaires. « Loin d'une réduction aux facteurs économiques, la réception et la diversité de la mise en pratique des normes nutritionnelles sont intimement liées aux représentations de l'alimentation, à celles du corps, à la symbolique de la maladie, au lien établi ou non entre santé et alimentation, autant d'éléments qui relèvent des représentations collectives et

<sup>48</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

<sup>49</sup> Biernaux M., (2014), « Les comportements alimentaires sains : juste une question de moyens et d'éducation ? », *Revue Education Santé*, n°304, p.10.

identités propres à chaque classe »<sup>50</sup>. Dès lors, « il ne suffit pas d'augmenter les revenus ou de baisser les prix, ou encore 'd'éduquer' pour modifier les choix alimentaires »<sup>51</sup>.

Sur base de ces analyses, les personnes en médiation pourraient, par exemple, avoir des habitudes alimentaires moins favorables à la santé sur base du fait qu'elles sont moins sensibles aux enjeux de santé ou qu'elles aient moins à l'esprit les liens pouvant exister entre un régime alimentaire de qualité et une bonne santé. Un résultat<sup>52</sup> allant dans ce même sens montre qu'outre des variables économiques traditionnelles, des variables sociologiques jouent un rôle essentiel pour expliquer le fait que les personnes ayant des profils socioéconomiques précaires adoptent des comportements alimentaires moins favorables à la santé. Par ailleurs, « des disparités sociales en matière d'alimentation et d'activité physique se manifestent dès le début de la vie, et pourraient contribuer à la constitution des inégalités sociales de santé à travers l'accumulation, quand la position socioéconomique décroît, de contraintes économiques, structurelles et psychosociales qui limitent l'adoption de comportements favorables à la santé »<sup>53</sup>. Dans le même ordre d'idée, une étude du Credoc<sup>54</sup> montrait qu'en 2003, 85% des Français interrogés estimaient que leur mode d'alimentation avait une influence sur leur état de santé. Les moins diplômés étaient ceux qui considéraient le moins que la manière de s'alimenter avait une influence sur la santé. A l'inverse, les individus les plus diplômés étaient ceux qui avaient une alimentation plus saine étant donné qu'ils s'intéressaient plus aux liens entre alimentation et santé. Pour revenir aux fondamentaux, Bourdieu<sup>55</sup> montrait déjà qu'il existait des structures de consommation alimentaire très différentes au sein d'une même classe de revenu et ce, selon l'idée que chaque classe se fait de son corps et de l'effet de l'alimentation sur ce dernier.

#### b) Le risque de surpoids

Le surpoids, ici mesuré au moyen de l'indice de masse corporelle (IMC), est un indicateur additionnel du style de vie pouvant affecter la santé. L'IMC s'obtient en faisant le rapport entre le poids (en kilogrammes) et la taille (exprimée en mètre) au carré. Cet indice est couramment utilisé par les professionnels de santé pour estimer la prévalence de la dénutrition, de la surcharge pondérale et de l'obésité<sup>56</sup>.

La surcharge pondérale, par exemple, est établie à partir du seuil de 25. Près de la moitié des personnes interrogées par l'ISP dans le cadre de l'Enquête de Santé nationale était en surcharge pondérale<sup>57</sup>.

L'obésité concerne les personnes ayant un IMC supérieur à 30. C'est ce critère qui nous intéresse dans le cadre de cette étude. L'IMC est donc un indicateur qui, dans notre cas, permettra d'évaluer le risque de surpoids des différents échantillons. Bien entendu, certains individus connaissent des IMC nettement au-delà de la moyenne en raison de pathologies et sans que leur style de vie ne puisse être mis en cause. Toutefois, lorsque nous comparons deux populations, des écarts trop importants dans la moyenne de l'IMC ne peuvent pas être considérés comme liés à des pathologies, mais sont en lien avec des comportements propres aux groupes considérés.

Le graphique 6 ci-dessous indique le pourcentage de chacun des échantillons ayant un IMC supérieur au seuil de 30, c'est-à-dire le pourcentage de personnes pouvant être considérées comme obèses.

---

<sup>50</sup> Régnier F., Masullo A., (2009), « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol.50, n°4, p.769.

<sup>51</sup> Biernaux M., p.10.

<sup>52</sup> Maillot M., Darmon N., Drewnowski A., Arnault N., Hercberg S., (2006), « Le coût et la qualité nutritionnelle des groupes d'aliments : quelle hiérarchie ? », *Cahiers de nutrition et de diététique*, vol. 41, n°2, pp87-96.

<sup>53</sup> Darmon N., Carlin G., (2013), « Alimentation et inégalités sociales de santé en France », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, Vol. 48, n°5, pp. 233-239.

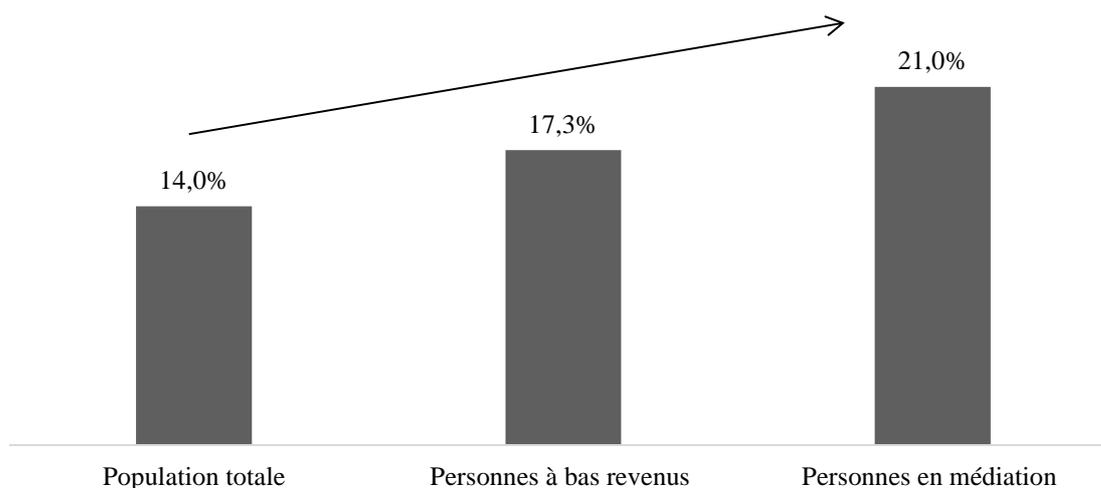
<sup>54</sup> Recours F., Hebel P., Chamaret C., (2006), « Les populations modestes ont-elles une alimentation déséquilibrée ? », *Cahier de recherche* n°22, CREDOC, 113p.

<sup>55</sup> Bourdieu P., (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Editions de Minuit, 670p.

<sup>56</sup> Andrieu E., Caillaver F., (2005), « Consommation alimentaire et statut pondéral en France », *Documents de travail du Corela*, n°05-06, INRA, 221p.

<sup>57</sup> Drieskens, S., (2014), « État nutritionnel », in Gisle L, Demarest S (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie*, Bruxelles, WIV-ISP, p.458.

**Graphique 6. Pourcentage de la population avec un IMC supérieur à 30**



Sources : HISIA<sup>58</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Alors que 14,0% de la population totale peut être considérée comme étant en situation d'obésité, ils sont respectivement 17,3% parmi les personnes à bas revenus et 21,0% parmi les personnes en médiation.

Ces résultats ne semblent pas étonnants au vu de ceux qui ressortaient de l'analyse de l'alimentation. Une alimentation a priori moins favorable à la santé pour les personnes en médiation devrait avoir des répercussions sur leur IMC. En outre, une étude du CREDOC avait montré que la précarité sociale (mesurée à l'aide du niveau de revenu et du diplôme) était corrélée avec un IMC plus élevé. En outre, la position sociale d'un individu et, plus particulièrement, l'image que la société lui renvoie exerce des effets psychologiques. Certaines études<sup>59</sup> ont, par exemple, montré que, même en absence de difficultés financières sévères, les personnes se sentant inférieures et/ou humiliées éprouvent plus de difficultés à adopter un mode de vie sain et/ou à prendre soin de leur santé. Les personnes au bas de l'échelle des revenus subissent également plus de stress suite à la crainte de l'arrivée de l'huissier, des fins de mois difficiles, etc. Ces stress peuvent exercer des effets sur la santé. Ces tendances sont confirmées par nos analyses. Certaines études se sont d'ailleurs centrées sur cette problématique du lien entre surendettement et risque d'obésité<sup>60</sup>.

En outre, l'accès à une nourriture équilibrée et à des aliments frais sont rendus compliqués par le manque de moyens financiers. Lorsque les ménages font appel à l'aide alimentaire, la qualité des colis alimentaires pose parfois question. Une analyse de la situation à Bruxelles<sup>61</sup> révèle notamment que, de façon générale, les produits sont issus d'une production bas de gamme (quantité d'eau et d'additifs importante), la plupart des produits contiennent des doses importantes de sucre, de sel et/ou de « mauvaise » graisses, plusieurs produits ne présentent pas d'intérêt nutritionnel (pas de fibres, pas de vitamines, pas de minéraux) et, pour des raisons logistiques, la présence de produits frais (les légumes notamment) est plutôt rare. Et de conclure : « Le manque de diversité induit forcément des carences nutritionnelles en cas de consommation exclusive des produits du colis »<sup>62</sup>. Soulignons que les

<sup>58</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

<sup>59</sup> Mackenbach, J., (2006), *Health inequalities : Europe in profile*, Department of Health, United Kingdom, 48p.

<sup>60</sup> Münster E., Rüger H., Ochsmann E., Letzel S., Toschke A., (2009), « Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study », *BMC Public Health*, vol.9, n°1, pp.286-291.

<sup>61</sup> Cette analyse concerne la distribution des colis « européens » financés par le Programme européen d'aide aux plus démunis. Source : Concertation Aide Alimentaire, (2015), « Colis alimentaires. Recommandations ».

<sup>62</sup> Ibidem.

bénéficiaires de ce type d'aide alimentaire sont conscients de ce manque de qualité et sont critiques à cet égard<sup>63</sup>.

Il est important de rappeler, en conclusion de l'analyse de ces indicateurs, que « les comportements en matière de santé sont le résultat des connaissances, perceptions, attitudes et valeurs. Certains groupes socio-économiques ont des connaissances incomplètes ou fausses concernant, par exemple, le cancer de la peau, la préparation d'un repas sain et équilibré, les conséquences du tabac, l'utilisation correcte des moyens contraceptifs ou le danger d'intoxication au CO. Or, l'adoption d'un style de vie sain suppose une connaissance et une compréhension de ce que cela comprend. Les attitudes, les valeurs et les normes (sub)culturelles sont également associées au comportement. Si peu d'intérêt est accordé à l'état de santé, on sera moins enclin à adopter un style de vie plus sain. »<sup>64</sup>.

Pour éviter les raccourcis, rappelons qu'il « est souvent supposé que le comportement et le style de vie d'un individu relèvent d'un choix personnel. Pourtant un comportement est aussi la résultante du contexte social dans lequel un individu a grandi et vit. Les différences de comportement ne peuvent donc pas être entièrement attribuées à un choix exercé librement mais trouvent leur origine dans le contexte social. Les habitudes alimentaires par exemple sont développées en majeure partie pendant l'enfance et l'adolescence. Ce qu'une personne mange ne dépend pas seulement de ses connaissances en matière de nourriture mais aussi de la nourriture disponible à la cantine ou de ses moyens financiers pour se procurer une nourriture saine »<sup>65</sup>.

## 2.2. Indicateurs de santé mentale

La section précédente nous a permis de comparer la santé des personnes en médiation de dettes avec celle de deux échantillons de référence en nous centrant sur certains indicateurs : la santé perçue, la qualité de vie, la prévalence de maladies chroniques, la consommation de soins de santé et des indicateurs d'habitudes alimentaires. Ces analyses ont attesté de l'existence de nettes différences entre la santé de la population belge et celle de la population fréquentant les SMD. Même lorsque nous les comparons aux belges avec des revenus relativement faibles, les personnes consultant les SMD semblent avoir une santé nettement moins bonne et ce, quel que soit l'indicateur considéré.

Cette section analyse un ensemble d'indicateurs relatifs à la santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne comprend ses propres capacités, peut surmonter les tensions normales de la vie, peut accomplir un travail productif et fructueux, et peut contribuer à la vie de sa communauté ». <sup>66</sup>

La santé mentale est ici mesurée à l'aide d'indicateurs subjectifs. De fait, lorsqu'on étudie l'état de santé mentale des individus, il est impossible, à l'aide d'un questionnaire, de poser des diagnostics précis sur leurs éventuels troubles. Nous devons nous contenter de mettre à jour les perceptions qu'ont les individus de leur santé mentale<sup>67</sup>. Les indicateurs que nous présentons sont ceux qui sont les plus couramment utilisés par les chercheurs s'intéressant à cette problématique et, à ce titre, ont été repris dans l'enquête de santé réalisée par l'ISP.

En outre, la santé physique est intimement liée à la santé mentale dans le sens où l'adoption de comportements « moins sains » que d'autres est souvent corrélée à une moins bonne santé mentale<sup>68</sup>. Ainsi, la santé mentale d'un individu peut avoir des conséquences sur sa santé physique. Par exemple, fumer, consommer de l'alcool, des drogues auront, et à long terme, des impacts sur le physique de l'individu.

<sup>63</sup> Hubert H.-O. et Vleminck J., (2016), « L'aide alimentaire aujourd'hui, le droit à l'alimentation de demain », *Recherche-action*, Fédération des Services Sociaux-Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires, p.64.

<sup>64</sup> Willems S., Van de Geuchte I., Alaluf V., Impens J., Van Nespén I., Maulet N., Roland M, De Maeseneer J., (2007), « Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique », *Santé conjugulée*, n°40, p.33.

<sup>65</sup> Ibidem.

<sup>66</sup> OMS, (2007), Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, *Aide-mémoire*, n° 220, Genève.

<sup>67</sup> Mawani F., Gilmour H., (2010), « Validation of self-rated mental health », *Health Reports*, vol. 21, n°3, pp. 61-75.

<sup>68</sup> Lambrette G., (2010), « Santé et santé mentale, une question anthropologique ? », *Santé conjugulée*, n°52, p.17-22.

L'objectif de cette section est de comparer l'état de santé mental de nos trois échantillons au moyen de différents indicateurs: un indicateur de bien-être psychologique, de la consommation de tabac, d'alcool, des pensées suicidaires et de la vie sociale.

### 2.2.1. Stress et bien-être

Le stress apparaît chez des personnes qui sont soumises à une pression psychologique, physique ou émotionnelle. Il correspond à une réaction de l'organisme pour faire face à certaines situations. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées.

Le stress et le bien-être sont évalués sur base de l'indicateur GHQ-12<sup>69</sup>. Cet indicateur évalue le bien-être psychologique global des répondants sur base de douze questions. Les questions à partir desquelles est construit l'indicateur se situent au point V de l'annexe.

Au plus l'indicateur GHQ-12 est élevé pour un groupe, au plus la probabilité est grande que les individus de ce groupe connaissent des troubles psychologiques. Le tableau 2 ci-dessous nous renseigne sur les résultats obtenus par les trois populations à l'indicateur GHQ-12.

<b>Tableau 2. Indicateurs de bien-être psychologique</b>			
	Population totale	Personnes à bas revenus	Personnes en médiation
Score moyen du GHQ-12 (sur 12)	1,7	1,9	5,8
Proportion des répondants connaissant un mal-être psychologique (GHQ-12>2)	31,6%	34,1%	71,0%
Proportion des répondants connaissant un mal-être psychologique sévère (GHQ-12>4)	17,7%	21,5%	58,8%

Sources : HISIA<sup>70</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

La première ligne du tableau montre à quel point l'écart entre les personnes en médiation de dettes et le groupe de comparaison est important. En Belgique, le score moyen au GHQ-12 est de 1,7. Ce score est plus de trois fois supérieur au sein de la population en SMD.

Les lignes 2 et 3 nous renseignent respectivement sur la proportion des ménages de chaque groupe ayant un indicateur GHQ-12 supérieur à 2 et à 4. Un GHQ-12 supérieur à 2 indique un mal-être psychologique alors que lorsque le seuil de 4 est dépassé, des troubles plus sévères peuvent être suspectés. 71% des personnes en SMD connaissent un mal-être psychologique contre 34,1% pour les belges à bas revenus. En outre, près de 60% de la population fréquentant les SMD vivent un mal-être psychologique sévère contre 21,5% de la population à bas revenus.

Comment interpréter cette différence entre la population générale et la population en médiation de dettes? La question du revenu ne semble pas être décisive car les différences entre la population générale et la population générale à bas revenus apparaissent assez faibles. Les pistes d'explication

<sup>69</sup> Pevalin D.J., (2000), « Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects », *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, vol.35, n°11, pp.508-512.

<sup>70</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

sont donc à chercher ailleurs. Certains professionnels de la santé témoignent : « j'observe une fréquence élevée, parmi les personnes surendettées que je rencontre, d'enfances maltraitées, de troubles de l'attachement, d'abandonnisme, ce qui pourrait accroître la fréquence des troubles de la santé mentale et pourrait aussi avoir une incidence sur le surendettement (éducation déficiente à la gestion du quotidien et de l'argent) ».

Des éléments de réponses intéressants apparaissent également au sein de contributions scientifiques sur la question. Plusieurs recherches ont démontré des liens étroits entre un niveau de stress important et un moins bon état de santé. Les conséquences négatives peuvent tant porter sur la santé mentale que physique de l'individu<sup>71</sup>. Plus particulièrement, les personnes stressées sont plus susceptibles d'adopter des comportements néfastes pour la santé tels que fumer, consommer de la drogue et manger trop, ainsi que des comportements à l'égard de l'alcool<sup>72</sup> entraînant, notamment, des maladies cardiaques et pulmonaires.

Certains auteurs ont étudié le lien entre la santé mentale, l'endettement, voire le surendettement<sup>73</sup>. Deux résultats sont à souligner<sup>74</sup>. D'une part, selon les auteurs, un faible niveau de revenu augmente la probabilité de souffrir d'un trouble mental et/ou d'une psychose. D'autre part, alors que la faiblesse des revenus est fortement corrélée avec une moins bonne santé mentale, la relation de corrélation est encore plus forte lorsque l'on met en rapport la santé mentale et le surendettement. Selon ces auteurs, les personnes avec six dettes différentes (ou plus) ont une probabilité six fois plus grande de souffrir d'un trouble psychologique que les autres : « Plus les individus ont des dettes, plus ils sont susceptibles de souffrir de désordre mental, de névroses, de psychoses, d'addiction à l'alcool ou à la drogue »<sup>75</sup>.

### 2.2.2. Consommation d'alcool

La consommation d'alcool peut être considérée comme un indicateur de l'état de santé global des individus en tant que facteur pouvant avoir un impact négatif sur la santé.

L'indicateur utilisé pour évaluer la consommation d'alcool est le CAGE<sup>76</sup>. Son objectif est d'estimer la fréquence de l'usage problématique de l'alcool au sein d'une population. Il se base sur quatre questions reprises dans l'encadré ci-dessous.

---

<sup>71</sup> Voir notamment :

- Steptoe A., (1991), « Invited review: The links between stress and illness », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 35, n° 6, p. 633-644.
- McEwen B.S., E. Stellar, (1993), « Stress and the individual. Mechanisms leading to disease », *Archives of Internal Medicine*, vol. 153, n° 18, p. 2093-2101.
- Faye K., Heng L.H., Collomp R., Peroux E., (2003), « Hypertension et stress », *Journal des Maladies Vasculaires*, vol.28, n°1, pp.4-8.
- Radat F., (2013), « Stress et migraine », *Revue Neurologique*, vol.169, n°5, pp.406-412.
- Duijts S.F., Zeegers M.P., Borne B.V., (2003), « The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis », *International Journal of Cancer*, vol.107, n°6, pp.1023-1029.

<sup>72</sup> Umberson D., Lui H., C. Reczek, (2008), « Stress and health behavior over the life course », *Advances in Life Course Research*, vol.13, pp.19-44.

<sup>73</sup> Voir notamment :

- Selenko E., Batinic B., (2011), « Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health », *Social Science and Medicine*, vol. 73, n°12, pp.1725-1732.
- Richardson T., Elliott P., Roberts R., (2013), « The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, vol.33, n°8, pp.1148-1162.
- Meltzer O., Bebington P., Brugha T., Farrell M., Jenkins R., (2013), « The relationship between personal debt and specific common mental disorders », *European Journal of Public Health*, vol.23, n°1, pp.108-113.
- Turunen E., Hiilamo H., 2014, « Health effects of indebtedness: a systematic review », *BMC Public Health*, vol.22, n°14, p.489

<sup>74</sup> Jenkins R., Bhugra D., Bebington P., Brugha T., Farrell M., Coid J., Fryers T., Weich S., Singelton N., Meltzer H., (2008), « Debts, income and mental disorder in the general population », *Psychological Medicine*, vol. 38, n°10, pp.1485-1493.

<sup>75</sup> Ibidem, p.1490.

<sup>76</sup> CAGE, c'est-à-dire "Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener". L'acronyme français est «DETA».

Voir notamment Mayfield D., McLeod G., Hall P., (1974), « The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument », *American Journal of Psychiatry*, vol.131, n°19, pp.1121-1123.

#### Encadré 4. Questions de l'indicateur CAGE

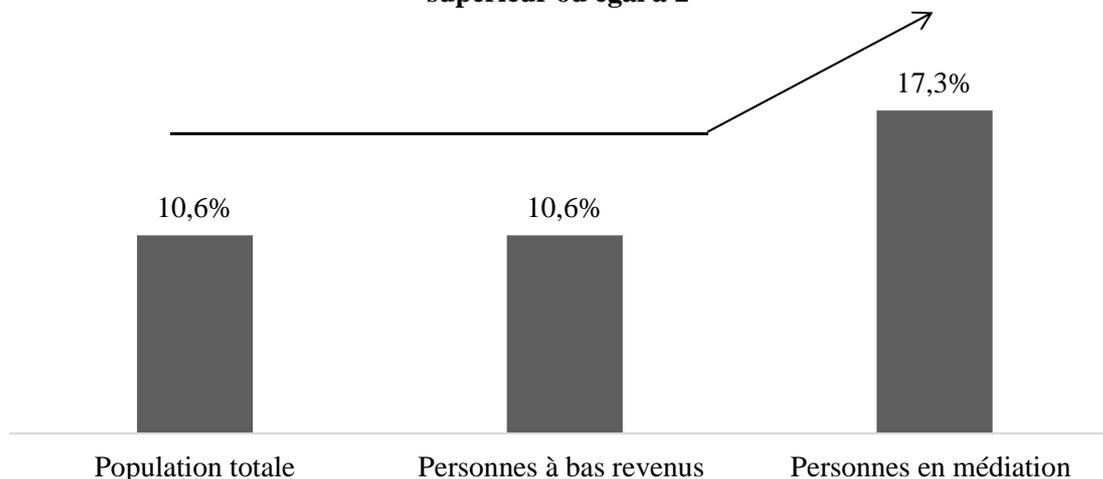
1. Vous est-il déjà arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?  
 Oui       Non
2. Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ?  
 Oui       Non
3. Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ?  
 Oui       Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb) ?  
 Oui       Non

Les questions sont adressées aux personnes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois, ainsi qu'à celles qui ont arrêté de boire, c'est-à-dire qui ont déjà bu de l'alcool au cours de leur existence, mais pas au cours de l'année écoulée.

Sur base des quatre questions, un score est établi en donnant, pour chaque question, un point si la réponse est « oui » alors que les réponses « non » ne reçoivent aucun point. Chaque répondant obtient alors un score compris entre 0 et 4. La consommation d'alcool d'un individu est considérée comme problématique s'il a répondu positivement à au moins deux questions sur les quatre.

Concernant la consommation d'alcool, le graphique 7 ci-dessous montre un écart important entre la population belge et la population SMD. Au sein de la population belge, 10,6% des répondants ont une consommation d'alcool problématique et ce, quel que soit le niveau de revenus. Ce pourcentage s'élève à 17,3% pour les personnes en médiation de dettes au sein d'un SMD.

**Graphique 7. Pourcentage des répondants ayant obtenu un score CAGE supérieur ou égal à 2**



Sources : HISIA<sup>77</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Outre cet indicateur, il est intéressant de présenter les résultats de deux autres questions (voir l'encadré ci-dessous).

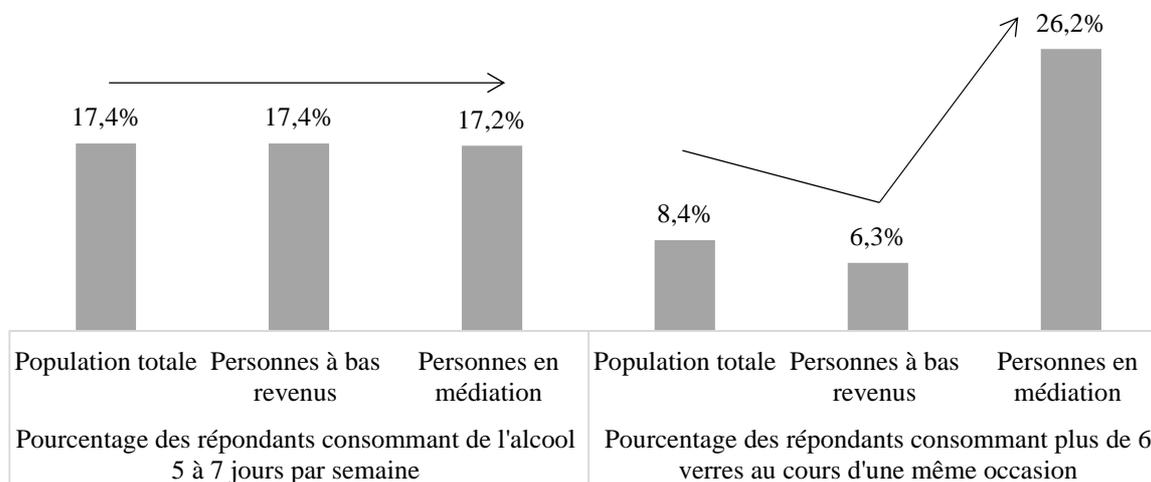
<sup>77</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Encadré 5. Questions relatives à la fréquence de la consommation d'alcool et à la quantité d'alcool ingérée

1. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (par ex.: bière, vin, cidre, apéritif, cocktail, breezers, liqueur, alcool fait maison...)?
2. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu lors d'une même occasion, 6 verres ou plus de boissons alcoolisées? Par exemple lors d'une sortie, une fête, un repas, avec des amis ou seul(e) chez vous...
  - Tous les jours ou presque
  - 5-6 jours par semaine
  - 3-4 jours par semaine
  - 1-2 jour(s) par semaine
  - 2-3 jours par mois
  - 1 jour par mois
  - Moins d'un jour par mois
  - Pas au cours des 12 derniers mois
  - Jamais de ma vie

Premièrement, il ressort, du graphique 8 ci-dessous que la proportion des répondants buvant de l'alcool entre 5 et 7 fois par semaine est identique pour les trois échantillons, soit approximativement 17%. Deuxièmement, concernant la quantité d'alcool consommée au cours d'une même occasion, nous observons des différences importantes entre les échantillons. Si 8,4% de la population belge boit plus de six verres au cours d'une même occasion au moins une fois par semaine, cette proportion triple lorsqu'il s'agit des personnes consultant les services de médiation de dettes.

**Graphique 8. Indicateurs relatifs à la consommation d'alcool**



Sources : HISIA<sup>78</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Ces résultats montrent donc que, pour une même fréquence hebdomadaire de consommation d'alcool, les personnes en médiation de dettes consomment plus d'alcool au cours d'une même occasion et entretiennent plus facilement une relation problématique avec ce dernier. Ce n'est pas tant la fréquence de consommation qui distingue les échantillons, mais bien la quantité d'alcool consommée par occasion.

<sup>78</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

### 2.2.3. Consommation de tabac

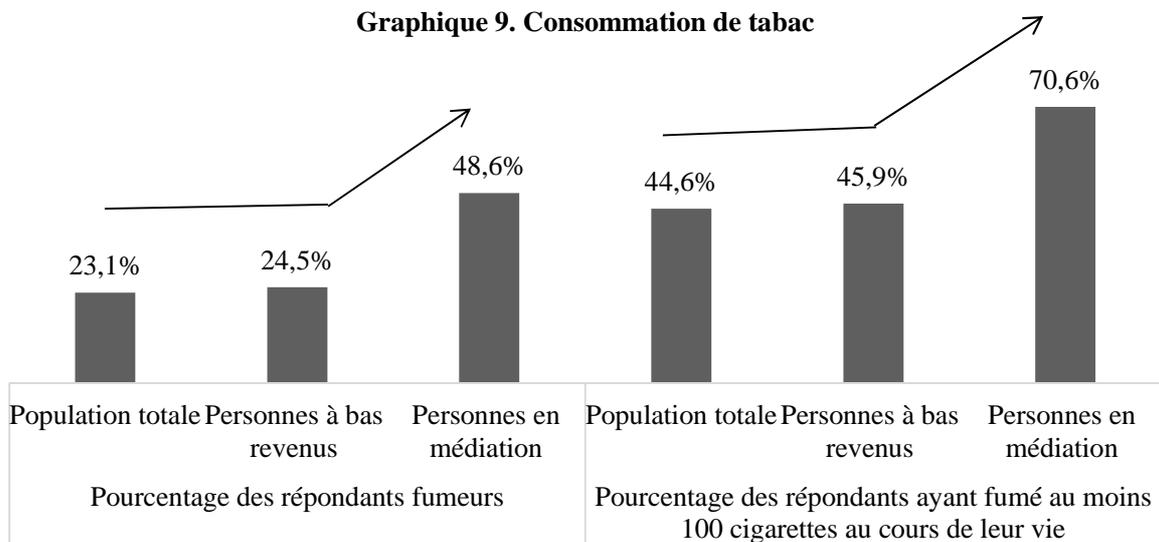
Les effets négatifs du tabac sur la santé sont clairement établis. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un fumeur sur deux décèdera des conséquences du tabac<sup>79</sup>. De nombreuses études démontrent depuis des dizaines d'années que le tabagisme est la première source de développement de cancer du poumon, mais il a également un impact non négligeable notamment sur les maladies cardiaques ou respiratoires chroniques<sup>80</sup>.

Afin de déterminer si la consommation de tabac des personnes consultant les SMD différait de celle de la population belge et de la population belge à bas revenus, les deux questions de l'encadré ci-dessous ont été posées.

Encadré 6. Questions relatives à la consommation de tabac

1. Fumez-vous actuellement ?	
<input type="checkbox"/>	Oui, tous les jours
<input type="checkbox"/>	Oui, occasionnellement
<input type="checkbox"/>	Non, pas du tout
2. Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac en tout dans votre vie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Les résultats à ces deux questions sont présentés dans le graphique 9 ci-dessous.



Sources : HISIA<sup>81</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Premièrement, nous avons demandé aux répondants s'ils fumaient au moment de l'enquête, qu'ils soient fumeurs occasionnels ou réguliers. Une différence importante ressort de la comparaison de nos échantillons. Une proportion proche de 50% des personnes en SMD indique être fumeur contre, respectivement, 23,1% et 24,5% pour la population belge et pour la population belge à bas revenus.

<sup>79</sup> OMS, Aide-mémoire n°339, mis à jour en juillet 2013.

<sup>80</sup> Eriksen M, Mackay J, Seliger N., Gomeshtapeh F., Drope J., (2015), *The tobacco atlas*, Atlanta, American Cancer Society, 88p.

<sup>81</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Deuxièmement, nous avons demandé aux répondants s'ils avaient consommé plus de 100 cigarettes, au total, au cours de leur vie. La proportion des personnes ayant répondu positivement est proche de 70% pour les personnes consultant les SMD. Par contre, pour la population générale, on remarque que seuls 44,6% des répondants ont déjà fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie. Ce pourcentage n'augmente que faiblement (45,9%) lorsqu'on restreint l'échantillon à la population générale ayant un revenu compris entre 750€ et 1000€.

Ces deux résultats soulignent clairement que les personnes consultant les services de médiation de dettes ont relativement plus tendance à consommer du tabac. Toutefois, lorsque l'on compare le nombre d'années durant lesquelles les répondants ont fumé quotidiennement, les différences se réduisent : une moyenne de 21,2 années pour la population générale, 24,9 années pour les personnes à bas revenus et 21,3 années pour les personnes en SMD.

#### **2.2.4. Pensées suicidaires et tentatives de suicide**

La thématique du suicide constitue un indicateur additionnel de la santé mentale des individus. Soulignons en préambule que les questions posées aux personnes en médiation de dettes ne sont pas relatives à leurs difficultés financières. Dès lors, si ces répondants indiquent avoir des pensées suicidaires, celles-ci ne sont pas nécessairement en lien avec leurs problèmes financiers, mais elles sont révélatrices d'un mal-être.

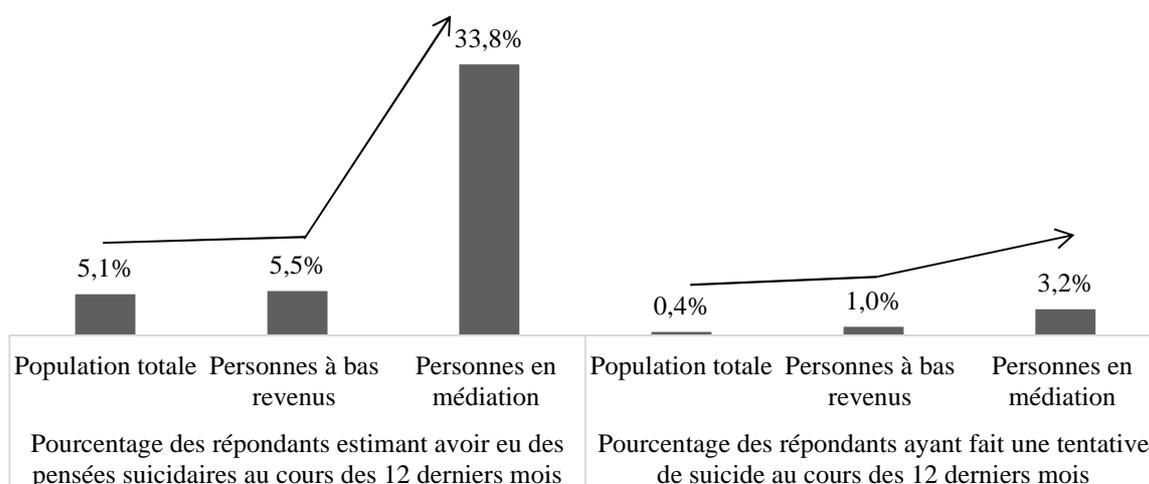
Quatre questions ont été posées concernant le suicide et les tentatives suicidaires (voir l'encadré ci-dessous).

##### Encadré 7. Questions relatives aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide

<p>1. Vous est-il déjà arrivé de sérieusement penser à mettre fin à votre vie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, une fois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p>2. Avez-vous eu ce type de pensées au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, plusieurs fois</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, une fois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p>4. Avez-vous fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
--

Comme pour les autres indicateurs, nous observons des écarts importants entre les ménages suivis par les services de médiation de dettes et le groupe de comparaison qui ne nous permettent pas de douter d'une santé mentale plus fragile des personnes en médiation de dettes (voir le graphique 10 ci-dessous).

**Graphique 10. Pensées suicidaires et tentatives de suicide**



Sources : HISIA<sup>82</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

S'agissant des pensées suicidaires, un tiers des répondants en médiation de dettes au sein d'un SMD reconnaît en avoir eues au cours des 12 derniers mois contre un peu plus de 5% parmi nos deux échantillons de comparaison.

Des écarts importants s'observent également au niveau des tentatives de suicide. Parmi la population belge, 0,4% des répondants reconnaissent avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Lorsque nous nous centrons sur les Belges à faibles revenus, le pourcentage passe de 0,4% à 1%. Parmi les personnes en médiation de dettes au sein d'un SMD, ce taux est de 3,2%, soit plus de trois fois supérieur à celui des Belges à bas revenus.

Par rapport à l'ensemble des Belges, la population consultant les services de médiation de dettes est donc nettement plus concernée par la problématique du suicide. Ce résultat est d'ailleurs confirmé par la littérature. Certains auteurs ont montré qu'au plus une personne éprouve des difficultés à honorer ses dettes, au plus elle risque de souffrir d'une dépression et d'avoir des pensées suicidaires<sup>83</sup>. De l'avis d'un professionnel de la santé rencontré, la relation peut également être inverse : « *J'ai rencontré des personnes qui se sont surendettées à cause de leurs idées suicidaires. Elles voulaient flamber avant de se faire disparaître* ».

### 2.2.5. Sociabilité

Les difficultés financières tout comme le vécu d'une médiation de dettes peuvent conduire à une perte d'estime de soi et une certaine forme d'exclusion sociale. L'exclusion sociale peut se définir comme l'ensemble des mécanismes de rupture par rapport aux relations sociales<sup>84</sup>. La faiblesse du réseau social constitue un bon indicateur d'exclusion sociale.

L'Enquête de Santé nationale aborde la thématique de la vie sociale relative notamment aux contacts sociaux. Les questions traitant de ce thème sont reprises en annexe.

Le tableau 3 ci-dessous illustre que les personnes suivies par les services de médiation de dettes sont nettement plus nombreuses à estimer avoir des contacts sociaux insatisfaisants<sup>85</sup>. Au sein des SMD,

<sup>82</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

<sup>83</sup> Turunen E., Hiilamo H., (2014), « Health effects of indebtedness: a systematic review », *BMC Public Health*, vol.14, pp.489-496.

<sup>84</sup> Cette définition est adaptée de Gloukoviezoff G., (2004), « De la bancarisation de masse à l'exclusion bancaire puis sociale », *Revue française des affaires sociales*, n°3, pp.9-38.

<sup>85</sup> Modalités de réponses « vraiment insatisfaisant » et « plutôt insatisfaisant ».

elles sont 38,8% à se dire insatisfaites de leurs contacts sociaux alors que ce pourcentage n'est, respectivement, que de 8,7% et 9,9% parmi la population belge et parmi les belges à bas revenus.

<b>Tableau 3. Pourcentage des personnes interrogées estimant avoir des contacts sociaux insatisfaisants</b>		
Population totale	Personnes à bas revenus	Personnes en médiation
8,7%	9,9%	38,8%

Sources : HISIA<sup>86</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Ce résultat souligne, une fois de plus, que les écarts constatés entre les échantillons ne sont pas spécifiquement dus au montant des revenus des répondants. Dans ce cas-ci, les personnes en médiation de dettes sont près de quatre fois plus nombreuses à qualifier leurs contacts sociaux d'insatisfaisants. Les écarts constatés entre les personnes à bas revenus et les personnes en médiation ne sont donc vraisemblablement pas liés aux revenus. D'autres facteurs semblent jouer. Nous pouvons poser l'hypothèse que cette insatisfaction est liée à l'excès de dettes du ménage ou à la médiation de dettes en tant que telle qui auraient un impact négatif sur les contacts sociaux des répondants. Toutefois, il est également possible que les liens sociaux étaient déjà faibles ou insatisfaisants avant de connaître une situation de surendettement.

A cet égard, il convient de s'interroger sur les raisons qui font que le surendettement et la médiation de dettes pourraient être des freins à une vie sociale satisfaisante. Une précédente étude de l'Observatoire<sup>87</sup> illustre ces freins. Lorsque les personnes en médiation de dettes se confient sur la qualité de leur réseau social et leurs difficultés relationnelles, elles s'expriment de la manière suivante :

- « *On se sent rabaissé* ».
- « *Nous n'avons plus de relations sociales puisque rien n'est prévu [dans le cadre de la médiation de dettes] pour nous permettre de sortir* ».
- « *J'ai souvent l'impression d'être une brebis galeuse* ».
- « *Nous nous sommes renfermés sur nous-mêmes et ne faisons plus aucune sortie ou promenade* ».
- « *Nous n'avons plus de réseau social. Nous ne faisons plus aucune sortie. Nous n'avons plus moyen d'aller à un anniversaire ou payer un cadeau de Saint-Nicolas aux filleuls. Donc on ne bouge plus* ».
- « *Dans les relations avec mes collègues, j'évite les pots car je n'ai pas les moyens* ».

Ces quelques citations attestent du fait que le manque de moyens financiers et l'incapacité d'accéder à la consommation qui en découle, l'impossibilité d'avoir des activités de loisirs, la stigmatisation liée au fait d'être surendetté ainsi qu'à la peur du regard des autres sont des facteurs pouvant conduire les ménages surendettés à réduire leur réseau social. En outre, comme le confie ce professionnel : « *le surendettement fait peur. L'entourage évite les personnes surendettées ou les juge négativement* ».

### **3. Accessibilité aux soins de santé**

Les résultats qui précèdent montrent que les personnes consultant les services de médiation de dettes sont dans un état de santé relativement moins bon que la population prise comme point de

<sup>86</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

<sup>87</sup> Voir à ce sujet : Duvivier R., (2014), « Une évaluation des coûts et bénéfices socioéconomiques de la médiation de dettes », Actes du colloque 2014 de l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement (disponible sur le site de l'Observatoire dans la rubrique « colloque », [www.observatoire-credit.be](http://www.observatoire-credit.be)).

comparaison. Cet état de santé relativement moins bon peut être lié aux difficultés financières de deux manières.

D'une part, une santé moins bonne entraîne des coûts plus importants qui peuvent être difficiles à supporter pour certains ménages. A ce titre, il est intéressant de rappeler que les problèmes de santé du bénéficiaire ou d'un membre de sa famille seraient un des facteurs déclencheurs du surendettement dans 16,7% des dossiers analysés par l'OCE<sup>88</sup>. En Flandre, les problèmes de santé seraient une des causes ayant conduit au surendettement dans 32,5% des dossiers analysés par le VCS<sup>89</sup>.

D'autre part, une santé relativement moins bonne peut s'expliquer par un moindre recours aux soins de santé alors qu'ils sont nécessaires ou, tout au moins, par de moindres mesures préventives. Ces dernières peuvent être liées aux difficultés financières vécues par les ménages. Rappelons que la part du budget consacrée aux soins de santé diffère selon les revenus du ménage. Comme le soulignent certains auteurs, « en termes de soins de santé par exemple, les ménages les plus riches dépensent en moyenne le double des plus pauvres (2000 euros par an contre 1000 euros). (...) Cependant, pour les plus riches, ce poste ne représente que 3% du revenu et occupe la 11ème position du budget alors qu'il s'agit d'un poste deux fois plus lourd pour les ménages les plus pauvres (6% du revenu) et surtout plus important puisqu'il occupe la 5ème place de leur budget »<sup>90</sup>.

Le moins bon état de santé des personnes en médiation de dettes peut donc tant être causé par les difficultés financières qu'être à l'origine de ces dernières. Dans tous les cas, il est intéressant de s'interroger sur l'accessibilité aux soins de santé des personnes consultant les SMD.

<b>Tableau 4. Indicateurs d'accessibilité aux soins de santé</b>			
	Population totale	Personnes à bas revenus	Personnes en médiation
Pourcentage des répondants ayant dû reporter des soins de santé au cours des 12 derniers mois	8,7%	11,2%	52,0%
Pourcentage des ménages déclarant que les soins de santé sont difficiles, voire impossibles à supporter dans le cadre du budget disponible	26,4%	37,5%	67,6%

Source : HISIA<sup>91</sup> et calculs OCE sur échantillon propre

Selon les résultats de l'enquête, (voir le tableau 4 ci-dessus), 52,0% des ménages en SMD interrogés ont dû reporter, pour des raisons financières, des soins de santé qui leur paraissaient pourtant nécessaires au cours de l'année écoulée. Pour notre groupe de comparaison, cette proportion est de 8,7%, soit six fois moins élevée.

Parmi les personnes en médiation ayant dû reporter certains soins, 41,4% ont mentionné avoir repoussé des soins dentaires, 29,0% des médicaments prescrits par un médecin, 27,2% l'acquisition de lunettes/lentilles et 22,7% des soins liés à la santé mentale.

En outre, plus de deux tiers des répondants (67,6%) affirment que les soins de santé sont difficiles, voire impossibles à supporter financièrement. Cette proportion est de 26,4% pour le groupe de comparaison, soit moins de la moitié.

<sup>88</sup> Observatoire du Crédit et de l'Endettement, (2016).

<sup>89</sup> Vlaams Centrum Schuldenlast, (2016).

<sup>90</sup> Bernal O., Manceaux J., (2009), « Le Belge face à l'épargne (2/2) : le budget, Focus on the Belgian economy », *Economic research*, ING, 7p.

<sup>91</sup> Drieskens S., Charafeddine R., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J. & Van der Heyden J., Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis. Brussels: WIV-ISP. <https://hisia.wiv-isp.be/>

Une fois de plus, on constate de fortes différences entre les trois échantillons. La question du niveau de revenus est une nouvelle fois posée. Comparées aux répondants à bas revenus, les personnes en SMD sont cinq fois plus nombreuses à avoir dû reporter des soins pour des questions budgétaires et près du double à déclarer les soins de santé difficiles à supporter financièrement. Outre le revenu, d'autres facteurs devraient donc permettre de comprendre ces différences. Toutefois, l'explication reste complexe.

Rappelons cependant que la gratuité des soins n'empêche pas le non-recours aux professionnels de la santé, comme en témoigne ce médecin généraliste : « *Nous avons de nombreux patients dépressifs surendettés qui ne consultent pas en médecine générale, même si cela ne coûte rien. La gratuité des consultations est certainement un 'plus', mais cela ne suffit pas à expliquer un recours insuffisant aux soins de santé. Le problème d'image de soi est plus complexe* ».

## **Conclusion**

Cet article avait pour objectif de répondre à la question suivante : les personnes surendettées s'adressant à un SMD souffrent-elles plus fréquemment de problèmes liés à la santé que les individus ne connaissant pas de difficultés financières sévères ? Au terme des analyses, la réponse apparaît clairement positive, quelle que soit la dimension étudiée : la santé physique, la santé mentale ou l'accès aux soins. Rappelons que notre recherche se base sur les personnes en médiation de dettes au sein d'une institution agréée. Elle n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population surendettée. Comme l'indique ce professionnel de santé : « *Arriver à une médiation de dettes suppose une structuration mentale minimale. Il s'agit quand même d'un parcours du combattant pour y arriver. (...) Je demande parfois, avec l'accord de la personne concernée, une mise sous protection de biens en zappant la case médiation de dettes* ».

En conclusion, il semble important de mettre en avant différentes dimensions de ce travail. Il est frappant de voir comme les différents indicateurs étudiés dans cet article sont interdépendants les uns des autres. Dès lors, il nous semble primordial de souligner l'importance d'analyser ces résultats dans leur globalité plus que de les distinguer ou de les isoler les uns des autres. Il est également important de rappeler que de nombreux facteurs influencent l'état de santé d'un individu. Ainsi, il nous est impossible de pouvoir déterminer avec précision l'ensemble des facteurs impactant de près ou de loin la santé (mentale, physique et sociale) des individus. C'est pourquoi, il est prudent de prendre avec précaution les résultats énoncés ci-dessus. Néanmoins, malgré ces différentes limites, et au constat de l'importance des écarts avec les résultats de la population générale (limitée en fonction du revenu ou non), nous pouvons observer que les personnes en SMD se déclarent généralement en moins bonne santé que le reste de la population. Les pistes d'explications restent nombreuses et hypothétiques. Les individus en médiations, vu leur situation financière compliquée, ont-ils moins de ressources (moyen de locomotion pour atteindre des soins, connaissances de base en santé, en diététique ...) que les autres pour entretenir un bon état de santé général ? Il reste aussi que les résultats présentés ne manquent pas d'inquiéter à propos de cette catégorie de la population dont la fragilité n'est pas uniquement monétaire. Ils soulignent l'importance de mettre en œuvre des politiques visant à réduire les écarts avec la population générale (limitée en fonction du revenu ou non) sur les questions liées à la santé.

Le rapport entre la santé et le surendettement est très peu abordé par la littérature scientifique et cette étude innovante nous montre que les opportunités de recherche sont larges et qu'il y a encore bel et bien matière à travailler sur le sujet. L'un des apports importants de l'article, outre d'éclairer une idée reçue, est de montrer que la plus grande prévalence de problèmes de santé n'est pas nécessairement liée à la faiblesse des revenus.

Un autre objectif de l'article était de proposer des premières bases de réflexion concernant la santé des personnes surendettées. Il devrait permettre d'engager une réflexion pluridisciplinaire sur cette problématique et inciter à mettre en place des mesures spécifiques destinées à protéger ce public

particulièrement vulnérable ou, à tout le moins, à l'aider à s'orienter au mieux dans les dispositifs existants. A cet égard, deux pistes pourraient être creusées en termes de prévention. La première piste est, de toute évidence, de travailler à la prévention des problèmes de santé de cette population fragile. Il s'agirait notamment de tenter de comprendre leur plus grande prévalence chez les personnes surendettées. La deuxième piste est de réfléchir à une série d'outils permettant d'aider les médiateurs de dettes face à une population fragile, notamment sur le plan de la santé. Ces outils pourraient être variés : aide à la détection de problèmes, création d'un carnet d'adresses de professionnels relais compétents, etc.

## ANNEXE

Questionnaire auto-administré adressé aux ménages en médiation de dettes  
auprès d'une institution agréée.

### I. POUR COMMENCER, NOUS AVONS BESOIN DE CONNAÎTRE UN CERTAIN NOMBRE D'ÉLÉMENTS VOUS CONCERNANT OU CONCERNANT VOTRE MÉNAGE. L'ENQUÊTE RESTE ANONYME !

1. **Votre code postal :**

2. **Vous êtes :** (cochez)

- Un homme  
 Une femme

3. **Votre année de naissance :**

4. **Vous vivez :** (cochez)

- Seul (adulte isolé)  
 Seul avec enfant(s)  
 En couple sans enfant  
 En couple avec enfant(s)  
 Autre situation, précisez: \_\_\_\_\_

5. **Si vous en avez, quel est l'âge de vos enfants toujours à votre charge (partiellement ou totalement) ? (arrondissez à l'âge inférieur : si votre enfant a un an et demi, notez 1)**

Enfant 1 :	ans
Enfant 2 :	ans
Enfant 3 :	ans
Enfant 4 :	ans

Enfant 5 :	ans
Enfant 6 :	ans
Enfant 7 :	ans
Enfant 8 :	ans

6. **Votre niveau de scolarité (dernier diplôme obtenu) :** (cochez)

- Pas de diplôme (études primaires non achevées)  
 Primaire (études primaires achevées)  
 Secondaire inférieur (trois premières années achevées avec succès)  
 Secondaire supérieur (six années achevées avec succès)  
 Supérieur niveau baccalauréat /graduat (formation terminée avec diplôme)  
 Supérieur niveau master /licence/ou plus (formation terminée avec diplôme)

7. **Avez-vous pour le moment une activité professionnelle rémunérée, éventuellement temporairement interrompue ?**

- Oui, une activité rémunérée (éventuellement temporairement interrompue)  
 Non, pas d'activité rémunérée

**8. Si vous n'exercez actuellement aucune activité rémunérée, dans quelle situation suivante vous retrouvez-vous le mieux ?**

- Chômage
- Maladie ou invalidité
- Etudes
- Pensionné(e)
- Je suis occupé(e) à temps plein dans le ménage, sans rémunération
- Je suis un aidant chez un indépendant

**9.a Quels types de revenus vous ou les autres membres de votre ménage touchez-vous ?**

- Revenus de travail (salarié ou indépendant)
- Allocations de chômage
- Pensions de retraite ou de survie
- Indemnités pour maladie
- Indemnités pour incapacité temporaire
- Indemnités pour handicap/incapacité permanente
- Revenu Minimum ou support du CPAS
- Allocations familiales (liées aux enfants)
- Bourses d'études
- Autres revenus réguliers (loyers, rentes...)
- Aucune source de revenus

**9.b Si vous êtes en incapacité, depuis combien de temps ?** *(Ne répondez à cette question que si vous avez coché une forme d'indemnité à la question 9.a)*

- Depuis moins d'un an
- Depuis plus d'un an mais moins de deux ans
- Depuis plus de deux ans

**9.c Si vous êtes au chômage, depuis combien de temps ?** *(Ne répondez à cette question que si vous avez coché « allocations de chômage » à la question 9.a)*

- Depuis moins d'un an
- Depuis plus d'un an mais moins de deux ans
- Depuis plus de deux ans mais moins de cinq ans
- Depuis plus de cinq ans

**10. Quel est le montant approximatif des revenus mensuels perçus par votre ménage ?** *(tous types de revenus. Si vous le connaissez, indiquez le montant net)*

s

**11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contacté un ou plusieurs professionnel(s) (avocats, service de médiation de dettes,...) afin d'envisager une médiation de dettes ou une autre démarche vous permettant de mieux gérer vos dettes ?**

- Oui
- Non

12. Etes-vous actuellement en procédure de règlement collectif de dettes ou en médiation de dettes ?

- Oui
- Non

13. En pensant à l'ensemble de vos crédits en cours, quel est le montant que vous remboursez chaque mois (montant total approximatif pour tous vos crédits) ?

uros

14. Parmi les 4 propositions suivantes, cochez celle qui correspond le mieux à votre situation en termes d'endettement. (cochez une seule réponse parmi les 4 cases ci-dessous)

- J'ai trop de dettes par rapport à mes revenus et je risque d'avoir des difficultés à les rembourser.
- J'ai un niveau d'endettement acceptable par rapport à mes revenus.
- J'ai peu de dettes et vu mes revenus, je pourrais sans risque augmenter mon endettement.
- Je n'ai pas de dettes.

15. Etes-vous d'accord avec l'affirmation « je boucle mes fins de mois facilement » ? (cochez une seule case)

Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. STYLE DE VIE ET SANTÉ

1. Quel est votre poids, sans vêtements et sans chaussures?

kg

2. Quelle est votre taille, sans chaussures?

m

3. A quelle fréquence mangez-vous des fruits (sans compter les jus de fruit)?

- 1 fois par jour ou plus
- 4 à 6 fois par semaine
- 1 à 3 fois par semaine
- Moins d'une fois par semaine

4. **A quelle fréquence prenez-vous un petit déjeuner (le matin)?**

- Tous les jours
- 5 à 6 fois par semaine
- 2 à 4 fois par semaine
- 1 fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Jamais ou presque jamais

**III. ACCESSIBILITE AUX SOINS DE SANTE**

1. **Quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour la dernière fois ?**

- Il y a moins de 12 mois
- Il y a 12 mois ou plus
- Jamais

2. **Au cours des 2 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un médecin généraliste pour vous-même?**

fois

3. **Quand avez-vous consulté un médecin spécialiste la dernière fois?**

- Il y a moins de 12 mois
- Il y a 12 mois ou plus
- Jamais

4. **Combien de fois avez-vous consulté un médecin spécialiste au cours des 2 derniers mois ?**

fois

5. **Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, d'avoir réellement eu besoin de consulter un médecin spécialiste, mais de ne pas l'avoir fait?**

- Oui
- Non

6. **Quand avez-vous consulté un service des urgences d'un hôpital pour la dernière fois?**

- Il y a moins de 12 mois
- Il y a 12 mois ou plus
- Jamais

7. **Combien de fois avez-vous consulté le service des urgences d'un hôpital au cours des 2 derniers mois ?**

fois

**8. Avez-vous déjà été vacciné(e) ou reçu un rappel de vaccin contre la grippe?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas de quoi il s'agit

**9. Avez-vous reçu une ou plusieurs autres vaccinations au cours des 12 derniers mois?**

- Oui
- Non

**10. Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il été confronté à une situation où l'un d'entre vous a eu besoin de soins qu'il n'a pas pu se payer?**

	Oui	Non	Ne sait pas
Des soins médicaux ou une opération nécessaire(s) que vous n'avez pas pu vous payer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins dentaires nécessaires que vous n'avez pas pu vous payer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des médicaments prescrits nécessaires que vous n'avez pas pu vous payer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des lunettes ou des lentilles nécessaires que vous n'avez pas pu vous payer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des soins de santé mentale, par un psychologue ou un psychiatre nécessaires que vous n'avez pas pu vous payer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. En général, vous trouvez que votre contribution personnelle pour les soins de santé est :**

- Facilement supportable pour votre budget
- Difficile à supporter pour votre budget
- Impossible de supporter pour votre budget

#### IV. PERCEPTION DE LA SANTÉ

**1. Comment est votre état de santé en général?**

- Très bon
- Bon
- Ni bon, ni mauvais
- Mauvais
- Très mauvais

**2. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique?**

- Oui
- Non

**3. Etes-vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement?**

- Oui, sévèrement limité(e)
- Oui, limité(e)
- Non, pas du tout

## V. STRESS ET BIEN-ÊTRE

**Comment vous êtes-vous senti(e) au cours de ces dernières semaines? Veuillez rapporter votre situation actuelle, pas celle que vous avez pu avoir dans le passé.**

**1. Avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?**

- Mieux que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins bien que d'habitude
- Beaucoup moins bien que d'habitude

**2. Avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**3. Avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?**

- Plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins utile que d'habitude
- Beaucoup moins utile que d'habitude

**4. Vous êtes-vous senti(e) capable de prendre des décisions?**

- Plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins capable que d'habitude
- Beaucoup moins capable que d'habitude

**5. Vous êtes-vous senti(e) constamment tendu(e) ou "stressé(e)"?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**6. Avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**7. Avez-vous été capable d'apprécier (de tirer satisfaction de) vos activités quotidiennes normales?**

- Plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Un peu moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

**8. Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?**

- Plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Moins capable que d'habitude
- Beaucoup moins capable que d'habitude

**9. Avez-vous été malheureux(se) et déprimé(e)?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**10. Avez-vous perdu confiance en vous-même?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**11. Vous êtes-vous considéré(e) comme quelqu'un qui ne valait rien?**

- Pas du tout
- Pas plus que d'habitude
- Un peu plus que d'habitude
- Beaucoup plus que d'habitude

**12. Vous êtes-vous senti(e) raisonnablement heureux(se), tout bien considéré?**

- Plus que d'habitude
- Comme d'habitude
- Un peu moins que d'habitude
- Beaucoup moins que d'habitude

## VI. VIE SOCIALE

**1. Comment trouvez-vous vos contacts sociaux?**

- Très satisfaisants
- Plutôt satisfaisants
- Plutôt insatisfaisants
- Vraiment insatisfaisants

2. **Habituellement, à quelle fréquence avez-vous des contacts avec des parents, des enfants, des amis, des connaissances,...**
- Au moins 1 fois par semaine
  - Au moins 1 fois par mois
  - Au moins 3 ou 4 fois par an
  - Au moins 1 fois par an
  - Jamais
3. **Combien de personnes sont suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles lorsque vous avez de graves problèmes?**
- Aucune
  - 1 ou 2
  - 3 à 5
  - 6 ou plus
4. **Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites?**
- Beaucoup
  - Moyennement
  - Je ne peux pas le dire avec certitude
  - Un peu
  - Pas du tout
5. **Vous est-il facile d'obtenir, en cas de besoin, une aide pratique de vos voisins?**
- Très facile
  - Facile
  - Possible
  - Difficile
  - Très difficile

## VII. CONSOMMATION DE TABAC

1. **Avez-vous fumé plus de 100 cigarettes (environ 5 paquets) ou une quantité équivalente de tabac en tout dans votre vie?**
- Oui
  - Non
2. **Avez-vous déjà, à un moment de votre vie, fumé tous les jours?**
- Oui
  - Non
3. **Si oui, combien d'années en tout avez-vous fumé quotidiennement?**  
(Comptez toutes les périodes séparées durant lesquelles vous fumiez quotidiennement)
- \_\_\_\_\_ années (si c'est moins d'une année, inscrivez "0")

**4. Fumez-vous actuellement?**

- Oui, tous les jours
- Oui, occasionnellement
- Non, pas du tout

**VIII. CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISÉES**

**1. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu des boissons alcoolisées (par ex.: bière, vin, cidre, apéritif, cocktail, breezers, liqueur, alcool fait maison...)?**

- Tous les jours ou presque
- 5 - 6 jours par semaine
- 3 - 4 jours par semaine
- 1 - 2 jours par semaine
- 2 - 3 jours par mois
- 1 jour par mois
- Moins d'un jour par mois
- Pas au cours des 12 derniers mois, car je ne bois plus d'alcool
- Jamais de ma vie, ou pas plus de quelques gorgées

**2. Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu lors d'une même occasion, 6 verres ou plus de boissons alcoolisées? Par exemple lors d'une sortie, une fête, un repas, avec des amis ou seul(e) chez vous...**

- Tous les jours ou presque
- 5 - 6 jours par semaine
- 3 - 4 jours par semaine
- 1 - 2 jours par semaine
- 2 - 3 jours par mois
- 1 jour par mois
- Moins d'un jour par mois
- Pas au cours des 12 derniers mois
- Jamais de ma vie

**3. Vous est-il déjà arrivé de ressentir le besoin de diminuer votre consommation d'alcool?**

- Oui
- Non

**4. Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool?**

- Oui
- Non

**5. Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool?**

- Oui
- Non

**6. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool en vous levant pour être vraiment réveillé(e) (ou pour vous remettre d'aplomb)?**

- Oui
- Non

## IX. SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES

1. **Vous est-il déjà arrivé de sérieusement penser à mettre fin à votre vie?**
  - Oui, plusieurs fois
  - Oui, une fois
  - Non, jamais
2. **Avez-vous eu ce type de pensées au cours des 12 derniers mois?**
  - Oui
  - Non
3. **Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?**
  - Oui, plusieurs fois
  - Oui, une fois
  - Non, jamais
4. **Avez-vous fait une tentative de suicide au cours de ces 12 derniers mois?**
  - Oui
  - Non

## X. QUALITÉ DE VIE

Veillez cocher **UNE** case, celle qui décrit le mieux votre santé **AUJOURD'HUI**.

1. **Mobilité**
  - Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
  - J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
  - J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
  - J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
  - Je suis incapable de me déplacer à pied
2. **Autonomie de la personne**
  - Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
  - J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
  - J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
  - J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
  - Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)
3. **Activités courantes** (*exemples : travail, études, travaux ménagers, activités familiales ou loisirs*)
  - Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
  - J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
  - J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
  - J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
  - Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

**4. Douleurs / Gêne**

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

**5. Anxiété / Dépression**

- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)