

●● Des faits et des chiffres

● Existe-il des inégalités sociales de santé ?

Dernière mise à jour : 03/04/2015

Oui. Les chiffres révèlent que les personnes ayant un statut social plus bas (niveau de formation, statut professionnel, niveau de revenu) sont souvent en moins bonne santé, ont moins accès aux soins de santé et meurent plus jeunes que celles occupant une position plus élevée sur l'échelle sociale.

Commentaire :

Cette fiche porte sur les inégalités sociales de santé au sein de la population générale. Une analyse plus spécifique des liens entre pauvreté et santé devrait être faite, vu la situation spécifique des personnes très pauvres et le fait qu'elles sont peu voire pas représentées dans les enquêtes.

Nous structurons le commentaire selon le plan suivant :

1. Les inégalités en matière de santé

→ [Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé](#)

→ [La pauvreté rend malade - la maladie rend pauvre](#)

→ [Enfants et jeunes](#)

2. Facteurs de risques

→ [Conditions de vie](#)

→ [Prévention médicale](#)

→ [Mode de vie](#)

3. Inégalités sur le plan de l'accès aux soins de santé

→ [Utilisation des services de santé et des services sociaux](#)

→ [Accessibilité financière aux soins de santé](#)

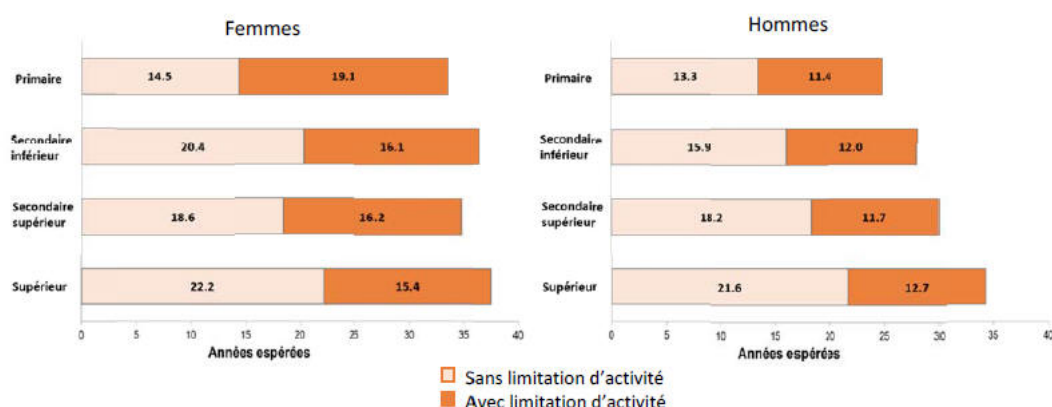
1. Les inégalités en matière de santé

Plus la position socio-économique d'un individu est basse, plus il a de chances d'être en mauvaise santé. [Une recherche de la Politique scientifique fédérale](#) (2011) montre que par ailleurs, ces importantes inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socio-économiques ne diminuent pas. Des chiffres récents de l'OCDE montrent eux aussi la persistance de ces inégalités sociales de santé en Europe. (source : OECD, [Health at a glance](#), 2014).

→ Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

L'étude des inégalités relatives à l'espérance de vie et aux nombres d'années de vie en bonne santé selon le niveau d'instruction (sur une cohorte de personnes incluses en 2004) confirme qu'il existe bel et bien en Belgique une inégalité qui se manifeste tant dans l'espérance de vie que dans l'espérance de vie en bonne santé. Voir la figure 9a.

Figure 9a : Espérance de vie (EV) et Espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 50 ans en Belgique et par niveau d'instruction (Enquête SILC 2004 et suivi de mortalité jusqu'au 31/12/2009)



Source : European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), [Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014](#) - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health.

● L'espérance de vie chez les hommes à 50 ans est la plus basse chez les personnes les moins instruits (niveau primaire ou moins : 24,7 années) et la plus élevée chez les plus instruits (34,4 années).

L'espérance de vie à 50 ans chez les femmes est la plus faible chez les femmes les moins instruites (niveau primaire : 33,6 années) et plus élevée chez les femmes les plus instruites (37,6 années).

● 'L'espérance de vie en bonne santé' donne une indication du nombre d'années qu'une personne d'un certain âge peut espérer de vivre en bonne santé. Si 'l'espérance de vie en bonne santé' est mesurée en tant que 'l'espérance de vie sans limitation d'activité', on observe que les hommes les plus instruits à 50 ans, peuvent espérer vivre 21,6 années contre 13,3 années pour les hommes avec un niveau d'instruction primaire ou moins. Les inégalités en espérance de vie sans limitation d'activité sont de 8,3 années. Le nombre d'années avec une limitation d'activité est presque similaire pour les différentes catégories d'instruction, cependant ce nombre est légèrement plus élevé chez les hommes les plus instruits (12,7 années) et plus faible chez les hommes les moins instruits (11,4 années).

A 50 ans, les femmes les plus instruites peuvent espérer vivre 22,2 années en bonne santé contre 14,5 années pour les femmes avec un niveau d'instruction primaire ou moins, une différence de 7,7 années. Les femmes les moins instruites connaissent une espérance de vie avec limitation d'activité de 19,1 années contre 15,4 années chez les femmes les moins instruites.

Source : European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), [Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014](#), op.cit.

→ La pauvreté rend malade - la maladie rend pauvre

D'après l'[Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2013](#), il existe un lien très clair entre état de santé et niveau social (niveau d'éducation, statut d'activité, niveau de revenu).

source : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.) (2014). [Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats](#)).

● Santé subjective

La santé subjective varie en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus: les personnes les moins scolarisées (niveau primaire) estiment plus que leur état de santé n'est pas bon comparé à celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire. Ces dernières estiment à leur tour plus souvent que leur état de santé n'est pas bon comparé à celles issues de familles dont le niveau d'instruction atteint le supérieur. Ces différences restent significatives après standardisation pour l'âge et le sexe. Le lien entre statut socio-économique et santé subjective est constaté depuis plusieurs années déjà.

Plus d'infos : Tafforeau J. [Santé subjective](#). Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

La santé subjective varie également en fonction du niveau de revenu: les groupes aux plus faibles revenus estiment leur santé plus souvent étant en (très) mauvais état.

Voir les résultats de l'enquête [EU-SILC 2013](#), tableau hlth_silc_08.

La pauvreté monétaire et la santé subjective sont fortement liées dans les trois Régions (la Wallonie, la Flandre et la Région Bruxelles Capitale).

Source : Romagnoli A., Foubert J. Van Rossem R. et Bernard J. (2014). La relation entre la pauvreté et la santé : une recherche exploratoire menée dans les différentes Régions belges. Dans : Pannecoucke Isabelle, Lahaye Willy, Vranken Jan et Van Rossem Ronan (eds), *Pauvreté en Belgique - Annuaire 2014*, pp.49-71.

● Maladies chroniques

La plupart des maladies sont plus fréquentes chez les personnes avec un niveau d'éducation faible que chez les personnes avec un niveau d'éducation élevé. Il s'agit souvent de maladies chroniques graves, comme des maladies cardio-vasculaires, des pathologies respiratoires chroniques, le diabète et des maladies rénales graves.

En ce qui concerne la multimorbidité -le fait de souffrir de deux ou de plusieurs maladies (chroniques) en même temps - on constate un gradient évident lié au niveau d'éducation: plus le niveau d'éducation est faible, plus le risque de multimorbidité est élevé.

Plus d'infos : Van der Heyden J. [Maladies chroniques](#). Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

● Limitations fonctionnelles de longue durée

Chez la population de 65 ans et plus, on constate un gradient social évident : chez les personnes avec un niveau d'éducation faible, on retrouve toujours des pourcentages plus élevés que chez les personnes avec un niveau d'éducation élevé, et ceci tant pour les limitations dans la mobilité que pour les limitations dans les activités de base, les activités de la vie quotidienne et les tâches domestiques.

Plus d'infos : Demarest S., [Limitations fonctionnelles de longue durée](#). Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2013.

● Santé mentale

Les personnes moins instruites connaissent davantage des difficultés psychologiques et de fatigue (un moindre degré d'énergie vitale). Les prévalences des troubles émotionnels qui sont pris en compte dans l'enquête de santé - des troubles anxieux, dépressifs et des troubles du sommeil - diminuent à mesure que le niveau d'éducation s'accroît et la prise de somnifères et/ou de calmants est relativement plus fréquente chez les personnes moins instruites.

Plus d'infos : Gisle L., [Santé mentale](#). Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

● Qualité de vie liée à la santé

Dans l'Enquête de santé 2013, la qualité de vie liée à la santé est estimée sur la base de questions sur la mobilité, l'autonomie personnelle, les activités courantes, les douleurs/gêne et l'anxiété/dépression. La qualité de vie liée à la santé augmente significativement avec le niveau d'instruction.

Plus d'infos : Charafeddine R., [Qualité de vie liée à la santé](#). Dans : Van der Heyden J., Charafeddine R. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

Tableau 9a : Pourcentage de la population* (de 15 ans et plus) avec une mauvaise santé subjective, avec des difficultés psychologiques et avec une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps selon le niveau d'instruction, Belgique, 2013

Niveau d'instruction	Evalue son propre état de santé comme moyen à très mauvais	Difficultés psychologiques**	Présence d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps
Primaire / Sans diplôme	38,7	45,2	36,3
Secondaire inférieur	27,2	31,5	30,1
Secondaire supérieur	20,3	33,5	26,5
Enseignement supérieur	13,5	26,9	22,9
Total	19,0	31,5	26,6

*correction pour âge et sexe.

**score GHQ au seuil 2+ : à partir de deux dispositions psychologiques 'anormales' au moins.

Source : [Enquête de santé 2013](#). Rapport 1: Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014.

● Tuberculose

Il existe un lien entre la pauvreté et l'incidence de la tuberculose (= le nombre de nouveaux tuberculeux par an pour 100.000 habitants). Le risque de contracter la TBC et de développer une TBC active est effectivement lié à la sous-alimentation, à la surpopulation, à un renouvellement insuffisant de l'air ambiant, ainsi qu'à de mauvais équipements sanitaires. La pauvreté peut également faire obstacle à un traitement efficace et effectif de la maladie (accès insuffisant à l'information et au traitement). Sur le plan géographique, on observe également une corrélation avec l'urbanisation. L'incidence se concentre au sein de groupes à risque spécifiques, comme les demandeurs d'asile et les sans-abri. En 2012, 987 patients tuberculeux ont été signalés, ce qui correspond à une incidence de la maladie de 8,9/100.000. Un peu plus que la moitié des patients (53,3 %) étaient d'origine non belge (n = 526 sur un total de 987), la proportion de non-Belges étant relativement stable ces dernières années (54,6 % en 2010 et 52,1 % en 2011). Les grandes villes (Bruxelles, Liège, Anvers et Charleroi) étaient celles qui connaissent les incidences de la tuberculose les plus élevées. En 2012, 10,5 % des cas signalés étaient des demandeurs d'asile, 6,7 % des sans-papier, 3,1 % étaient des détenus et 2,9 % des sans-abri ou sans-domicile. La coinfection TBC/VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est présente dans 4,4 % des cas (8,0 % à Bruxelles) (source : [FARES](#)).

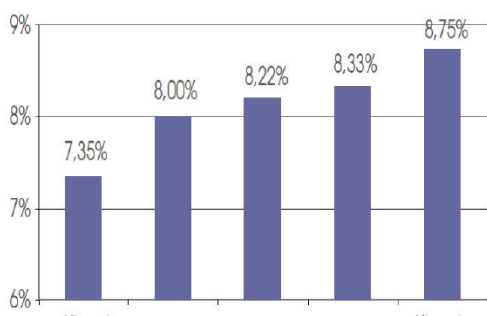
↳ Enfants et jeunes

Les inégalités sur le plan de la santé touchent les enfants dès avant la naissance et continuent de se manifester durant l'ensemble de leur développement. Les enfants contraints de vivre en situation de pauvreté évoluent dans un environnement qui met en péril leur développement physique et mental (source : [European Perinatal Health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010](#), p. 24).

Le taux de prématurité est fortement corrélé avec des facteurs sociaux. En classant les communes en 5 catégories sur base d'indicateurs de pauvreté (niveau de chômage, d'instruction et revenu), on observe une croissance du taux de prématurité avec le taux de pauvreté de la commune: 7,35 % pour les communes les plus riches contre 8,75 % pour les communes les plus pauvres (voir la figure 9b)

Figure 9b:

Taux de prématurité selon le niveau socio-économique des communes (niveau de chômage, d'instruction et revenu)



Sources : BDMS-ONE 2006-2007, SPF Economie et SPF Affaires sociales

Figure comme publiée dans Billiet A., Tellier V., Vandenhooft A., Deguerry M. (2014). [Les inégalités sociales de santé chez les enfants](#), Fondation Roi Baudouin, [Colloque 'Agir sur les causes structurelles de la pauvreté des enfants'](#).

Une étude réalisée en Flandre a mis en évidence davantage de malformations, ainsi qu'une proportion supérieure en termes de mortalité foeto-infantile chez les mères à faible niveau d'instruction. Les facteurs de carence in utero agissent de manière continuée au fil des générations. Ils sont également à la source de prédispositions pour des pathologies ultérieures (diabète, maladies vasculaires) et hypothèquent l'espérance de vie de manière globale. Ces carences transgénérationnelles ne peuvent, par ailleurs, plus être « compensées » avant et pendant la grossesse, grâce à des compléments alimentaires et vitaminiques par exemple (source : Cammu H. et al. (red.) (2010), *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2009*. Brussel, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), p. 81).

À Bruxelles, en 2010-2011, les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail ont presque deux fois plus de risque d'être mort-nés et, pour les enfants nés vivants, 1,5 fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an par rapport aux enfants qui naissent dans un ménage à deux revenus (source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2014), [Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014](#), p. 41).

S'agissant des adolescents, une étude internationale longitudinale de [Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\)](#) a montré que des inégalités existent entre les jeunes sur le plan de la santé, lesquelles inégalités peuvent être mises en relation avec leur origine sociale. Les jeunes issus de familles moins aisées évaluent leur santé de manière moins favorable que ceux qui proviennent de familles plus aisées et se plaignent également davantage de leur santé. (voir e.a. [HBSC 2009/10](#), p. 67).

2. Facteurs de risques

↳ Conditions de vie

Les conditions de vie difficiles à différents égards (logement, cadre de vie, emploi, finances,...) expliquent en grande partie le mauvais état de santé des personnes pauvres et les différences constatés en matière de santé (voir OMS, [Déterminants sociaux de la santé](#); EuroHealthNet, [Les inégalités de santé](#)). Pendant les concertations sur le thème de santé, organisées par le [Service de lutte contre la pauvreté](#), il a toujours été rappelé que la pauvreté touchait durement la santé. Les acteurs engagés dans la lutte contre la pauvreté plaident ainsi pour que la prévention en matière de santé soit conçue de manière très large et que l'on investisse dans l'amélioration des conditions de vie des personnes pauvres. (source: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013), [Protection sociale et pauvreté](#), p. 69-70).

↳ Prévention médicale

A côté du rôle important de la 'prévention non-médicale' qui vise une amélioration des conditions de vie, la 'prévention médicale' par le biais du système de santé contribue également au maintien d'une bonne santé. Elle consiste à vacciner, dépister certaines maladies etc. Dans certaines circonstances, la prévention peut encore accroître les inégalités sociales pour des motifs très divers : les 'visites de contrôle' chez un médecin coûtent cher, les moyens mis en place sont insuffisants pour atteindre les plus pauvres etc. L'enquête de santé 2013 relève que des inégalités sociales persistent dans le domaine du dépistage du cancer du sein malgré l'existence d'un programme national : les femmes plus instruites ont une meilleure couverture. Chez les femmes de 50-69 ans, on passe d'un taux de couverture de 56% chez celles ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement primaire à 82% chez celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. De grandes différences socioéconomiques existe aussi

dans la réalisation d'un frottis du col de l'utérus en vue du dépistage précoce d'un cancer. On passe ainsi de 51% chez les femmes de 20-69 ans qui ont tout au plus un diplôme de l'enseignement primaire à 77% chez celles ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. Les tumeurs au niveau colorectal constituent un des cancers les plus fréquents, tant chez les hommes que chez les femmes en Belgique. La couverture en ce qui concerne le test de détection du sang fécal occulte (DSFO) ne varie pas de manière sensible en fonction du niveau d'éducation. Par contre en ce qui concerne l'examen par colonoscopie : le taux est de 17% chez les personnes de 50-74 ans ayant un faible niveau d'éducation contre 28% chez celles ayant un niveau élevé. (sources : Demarest S., Charafeddine R. (éd.) (2015), [Enquête de santé 2013. Rapport 5: Prévention. Résumé des principaux résultats](#) ; Tafforeau J. [Dépistage du cancer](#). Dans : Demarest S., Charafeddine R (éd.). (2015), [Enquête de santé 2013. Rapport 5 : Prévention](#). WIV-ISP, Bruxelles).

→ Mode de vie

Les facteurs de risque associés au mode de vie et aux habitudes alimentaires offrent une explication partielle aux écarts sanitaires constatés. Les personnes avec un faible niveau d'éducation représentent un groupe à risque en ce qui concerne la pratique d'activités physiques et ils sont plus à risque de surpoids et d'obésité. Les personnes au statut socio-économique plus faible ont également d'habitudes alimentaires moins favorables. La santé bucco-dentaire est un des domaines où les inégalités sociales en matière de santé sont les plus marquées. Les personnes avec le niveau d'éducation le plus faible cumulent toute une série de problèmes : elles sont plus nombreuses à ne plus avoir de dents, à avoir une prothèse dentaire ou à avoir des difficultés pour mâcher des aliments durs; elles brossent également leurs dents moins fréquemment. Quant à la santé sexuelle, les personnes moins scolarisées déclarent plus souvent avoir eu des relations sexuelles précoces et les femmes moins scolarisées utilisent moins souvent un moyen de contraception. (source : Gisle L., Demarest S. (ed.) (2014), [Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Résumé des principaux résultats](#)).

3. Inégalités sur le plan de l'accès aux soins de santé

La Belgique prend la sixième place dans un classement européen par rapport à l'accessibilité des soins ([European Health Consumer Index, 30/11/2013](#)), mais il existe des différences importantes en matière de l'accès aux soins de santé.

→ Utilisation des services de santé et des services sociaux

Les résultats de l'Enquête de santé 2013 montrent que les personnes ayant un faible niveau d'éducation consultent plus souvent le médecin généraliste et il s'agit davantage de consultation pour le suivi d'un problème connu ou pour une visite de contrôle. Ceci est dû en partie à un plus grand nombre de problèmes de santé. Les personnes plus instruites quant à elles consultent relativement plus souvent pour un nouveau problème de santé ou pour un soin préventif.

Un médecin spécialiste semble être un pas plus difficile à franchir pour les personnes peu instruites. Les variations socio-économiques dans l'utilisation des soins prodigués par un médecin spécialiste diffèrent en fonction du type de spécialiste. Le gynécologue et le pédiatre sont les spécialistes qui sont plus souvent consultés par les personnes avec un niveau d'éducation élevé.

Les personnes ayant un niveau d'instruction peu élevé ont plus souvent recours à un service d'urgence.

Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes avec le niveau d'éducation le plus élevé sont deux fois plus nombreuses à visiter annuellement le dentiste que les personnes les moins instruites.

La consommation de médicaments prescrits augmente à mesure que le niveau d'éducation diminue. Cette tendance se vérifie aussi bien pour les produits qui sont remboursés que pour ceux qui ne le sont pas remboursés. Inversement, la consommation de produits sans prescription (qui bien entendu ne sont jamais remboursés) est la plus importante au sein des groupes avec le niveau d'éducation le plus élevé. On peut en conclure que les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé ont plus souvent recours à de l'automédication.

En ce qui concerne les services de soins et d'aide à domicile, -il existe en Belgique un vaste réseau de soins et d'aide à domicile et la mutuelle rembourse une partie importante des frais pour bon nombre de ces services- : les personnes avec un faible niveau d'éducation utilisent plus souvent les services de soins et d'aide à domicile, notamment les services prestés par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme. (source : Drieskens S., Gisle L. (ed.) (2015), [Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et de services sociaux. Résumé des principaux résultats](#)).

→ Accessibilité financière aux soins de santé

Le tableau 9b présente l'évolution des dépenses en soins de santé, ainsi que le pourcentage de ménages contraints de reporter des soins de santé.

Tableau 9b : Tableau récapitulatif en matière d'accessibilité des soins de santé

	1997	2001	2004	2008	2013
Dépenses moyennes par mois en soins de santé (en Euros; montants indexés)	142	144	130	128	108
Part (%) du revenu disponible des ménages consacrée aux dépenses en soins de santé	5,9%	6,6%	5,8%	5,8%	5,2
Pourcentage des ménages...					
qui indiquent que leurs dépenses en soins de santé sont difficiles à intégrer dans le budget familial	33,1%	29,4%	29,5%	34,8%	25,9
qui indiquent avoir dû reporter des soins de santé au cours des 12 derniers mois	8,5%	10,1%	9,7%	13,6%	8,4

Source : Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013 tel que repris dans : Drieskens S., Gisle L. (ed.) (2015), [Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et de services sociaux. Résumé des principaux résultats](#), p. 36.

Les résultats de l'Enquête de santé 2013 montrent que en moyenne, un ménage consacre 5% de son budget aux dépenses en soins de santé. Il s'agit de 7% des revenus pour les 20% de ménages avec les revenus les plus bas et de 3% des revenus pour les 20% des ménages avec les revenus les plus élevés.

Un quart des ménages indiquent que les dépenses en soins de santé sont (très) difficiles à intégrer dans leur budget. 53% des ménages avec les revenus les plus faibles indiquent avoir des difficultés à assumer les dépenses en soins de santé par rapport à 7% des ménages avec les revenus les plus élevés.

Malgré toutes les mesures de protection, les enquêtes de santé successives ont démontré qu'un pourcentage assez élevé des ménages indique devoir reporter des soins pour des raisons financières. L'enquête de santé 2008 montrait que 14% des ménages étaient dans ce cas. D'après une étude approfondie des résultats de l'enquête de santé 2008 à la demande de l'INAMI, il apparaît qu'il s'agit surtout de familles monoparentales, de personnes isolées, de ménages avec un niveau d'instruction faible, de ménages dont la personne de référence est née en dehors de l'UE, de ménages résidant en Région bruxelloise ou, plus généralement en zones urbaines. Il s'agit aussi de ménages avec des revenus (relativement) faibles et avec des frais de soins de santé (relativement) élevés. Ces frais peuvent s'expliquer par le fait que (les membres) de ces ménages sont confrontés à un plus grand nombre de problèmes de santé (affections chroniques, limitations). Les résultats de l'enquête de santé 2013 montrent que 8% des ménages ont dû reporter des soins médicaux, des soins dentaires, des soins de santé mentale et/ou l'achat de médicaments (prescrits) ou de lunettes, une forte diminution comparée aux résultats de l'enquête de santé 2008 (14%). Pour comprendre cette différence, une analyse plus approfondie est nécessaire. (source: Demarest S., [Accessibilité financière aux soins de santé](#). Dans : Driekens S, Gisle L (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. WIV-ISP, Bruxelles, 2015.

La problématique de la protection sociale pour les personnes malades ou handicapées est abordée dans le rapport bisannuel 2012-2013 du Service de lutte contre la pauvreté. (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013), [Protection sociale et pauvreté](#)).

Dernière mise à jour : 03/04/2015.
