

## 8.1.1. Introduction

En 1977, l'OMS et ses états membres adoptaient une résolution en faveur de la "Santé pour tous". En 1982, les 32 états membres de la région européenne de l'OMS adoptaient 38 des objectifs de cette résolution qui met un accent important sur la réduction des inégalités devant la santé.

Le thème des inégalités sociales face à la santé est une préoccupation quasi constante de la recherche épidémiologique. Le plus souvent, on peut associer des scores de santé plus bas avec un statut socio-économique plus défavorisé. Les exemples suivants sont bien connus: poids moyen des bébés à la naissance, prévalence plus élevée des maladies pulmonaires chroniques obstructives non spécifiques, prévalence élevée des limitations physiques (difficultés pour courir par exemple), affections cardio-vasculaires, plaintes ostéo-articulaires, diabète etc..

## 8.1.2. BELGIQUE

### 8.1.2.1. Etat général de santé.

(5.1) La perception de son état de santé général (PE01\_1) montre une association directe avec le niveau de diplôme: 30 à 40% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ou plus bas déclarent qu'ils se perçoivent leur état de santé comme moyen à mauvais (la proportion est de 22% dans l'ensemble de la population, 18% chez les personnes qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et 13% chez celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur). Le même type de gradient est observé en fonction du niveau de revenu.

(5.2.- 5.3.) Il n'y a pas de lien évident ni significatif entre le niveau de diplôme ou celui des revenus et l'absence de maladies chroniques ou la prévalence de la co-morbidité (plus d'une affection chronique)

(5.4) Il y a par contre une légère association négative entre le nombre moyen de plaintes (Questionnaire voeg basé sur une liste de 23 plaintes) et le niveau de formation: au plus on est diplômé, au moins on rapporte de plaintes. On n'observe pas par contre de gradient net entre le niveau de revenu et le nombre de plaintes mais on peut dire qu'au delà de 40 000FB de revenu équivalent par mois, on rapporte moins de plaintes. En ce qui concerne les répercussions de douleurs physiques sur les activités journalières, les observations vont dans le même sens: les personnes dont le revenu ou le diplôme sont plus bas, sont plus handicapés dans leur vie quotidienne par la douleur.

(5.5) Le poids relatif (indice de masse corporelle(IMC)) diminue lorsque le niveau de diplôme, et dans une moindre mesure celui des revenus augmente. La proportion de personnes obèses est plus basse parmi les diplômés de l'enseignement supérieur. Par contre, la proportion de personnes préoccupés par leur poids est inférieure dans les catégories sociales défavorisées. Les autres ont plus tendance à utiliser des méthodes amaigrissantes moins recommandées (jeûner par exemple) et plus chères.

(5.7) On observe significativement plus de personnes qui déclarent souffrir de dépression parmi les personnes socio-économiquement défavorisées, mais pour le reste, on n'observe pas vraiment d'association entre la santé mentale et le bien-être socio-économique, sauf pour la consommation de psychotropes (gradient inverse) mais la relation n'est pas significative.

(5.8) Il n'y a pas d'association franche entre le niveau socio-économique et la santé sociale. On peut juste mettre en évidence un lien partiel en ce qui concerne les répercussions de la santé physique et émotionnelle sur la santé sociale: pour les personnes dont le revenu est inférieur à 40 000FB, ces deux aspects ont des répercussions plus importantes sur la santé sociale.

### 8.1.2.2. Style de vie et prévention

(6.1) La consommation de tabac (régulière ou occasionnelle) est associée au niveau de diplôme: les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur sont celles qui fument le moins (26% pour un taux global de 30-35%). La proportion de fumeurs occasionnels augmente avec le niveau de revenu et de diplôme mais celle des gros fumeurs est la plus basse chez les personnes qui appartiennent à la tranche de revenu (>60 000FB) ou de diplôme (Enseignement supérieur) la plus élevée.

(6.2) On observe une association entre la consommation d'alcool et le niveau de revenus ou de diplôme: la proportion de personnes qui ont consommé au moins une fois de l'alcool dans l'année écoulée, le nombre moyen de verre par semaine et la proportion de consommateurs quotidiens est plus élevée chez les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur (52% des personnes sans diplôme ont consommé de l'alcool contre 93% chez les diplômés de l'enseignement supérieur, et le nombre moyen de verres par semaine est respectivement de 3 et 6) La proportion de consommateurs quotidiens est également plus élevée dans la tranche de revenu supérieure.

(6.3) En ce qui concerne la pratique d'une activité physique de loisir, on observe que 40 à 60% des personnes dont le diplôme est inférieur ou égal à l'enseignement secondaire inférieur, ou dont le revenu est bas, ne pratiquent aucune forme de sport. Cette proportion tombe à 23% pour les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou pour les personnes dont le revenu équivalent est supérieur à 60 000FB. On observe la même tendance pour l'indicateur de pratique au moins hebdomadaire d'une activité sportive suffisante pour provoquer de la sudation.

(6.4) On n'observe pas de lien entre les vaccinations contre la grippe, le tétanos et la rubéole en fonction des indicateurs socio-économiques.

(6.5.) Il y a une association nette entre les connaissances sur le mode de contagion du sida et les moyens de se protéger, et le revenu ou le niveau de diplôme. Une attention spéciale a été accordée au fait de savoir que la transfusion en Belgique ne comporte aucun risque de transmission du sida. Ici encore, la relation est nette. Le même gradient peut être observé en ce qui concerne les pratiques de dépistage du sida: on réalise plus de tests dans les tranches élevées de revenus et de diplômes.

Enfin, on note encore un gradient socio-économique vis à vis des variables d'attitude vis à vis des patients séro-positifs: 81% des personnes sans diplôme ont une attitude discriminante contre 61% des personnes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

(6.6) On observe par ailleurs une association positive entre le revenu et le diplôme et les habitudes alimentaires saines. Les personnes défavorisées consomment moins souvent de poisson, de fruits et légumes, et plus souvent des collations ou boissons sucrées.

(6.7) Il n'y a pas de lien évident entre le niveau de diplôme de la mère et le fait d'allaiter ou non son enfant à la naissance. Par contre, pour les indicateurs de durée d'allaitement (allaitement à six semaines et trois mois), on observe une courbe en "U": plus de mères de très haut ou très bas revenus allaitent leur enfant à cet âge et la même chose pour le niveau d'instruction.

Moins de mères sans diplôme ou de revenus très bas ont reçu une visite de l'ONE/kin en gezin à la maison à la sortie de la maternité. Les mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur font plus souvent suivre leur enfant par un médecin de la crèche ou par un pédiatre privé. Par ailleurs, les mères ayant un revenu bas ou un diplôme peu élevé consultent un nombre de fois plus élevé un médecin au cours de la première année de vie de leur enfant.

(6.7) L'utilisation d'un moyen de contraception par les femmes est indépendant des variables socio-économiques. Dans le choix de la méthode, on observe par contre quelques différences en fonction des variables socio-économiques: les femmes dont les revenus sont les plus bas utilisent plus la pilule et moins la stérilisation, et les préservatifs masculins ou féminins que dans l'ensemble de la population féminine.

(6.7) Le petit nombre de cas ne nous permet pas de mettre en évidence dans les résultats de l'enquête de différence significative dans le suivi de la grossesse en fonction des variables socio-économiques.

(6.7) Il en va de même à propos des comportements à risque (vis à vis de la mort subite) concernant l'environnement du sommeil du nourrisson. On observe cependant une tendance à avoir de meilleures habitudes en ce domaine chez les mères diplômées de l'enseignement supérieur ou dont le revenu équivalent se situe dans la tranche supérieure.

(6.8) On ne peut pas mettre en évidence de différences socio-économiques en ce qui concerne le suivi de la tension artérielle, mais bien en ce qui concerne le dépistage de l'hypercholestérolémie dans les cinq ans qui ont précédé l'enquête: les personnes les plus favorisées veillent plus à leur taux de cholestérol.

(6.9) L'analyse des résultats concernant le dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) montre une forte association avec le niveau socio-économique: La mammographie, l'examen clinique des seins, et le dépistage du cancer du col sont plus fréquents chez les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. L'auto examen des seins dans le mois qui précède ne montre par contre aucune différence en fonction des variables socio-économiques.

(6.10) On n'observe pas d'association entre les variables socio-économiques et l'incidence des accidents. Le port de la ceinture de sécurité à l'avant d'un véhicule est plus élevé lorsque le diplôme l'est aussi. La connaissance exacte du taux d'alcool autorisé lors de la conduite d'un véhicule est plus fréquent chez les personnes qui ont un diplôme et un revenu élevés

### 8.1.2.3. Consommation médicale

(7.1) Il n'y a pas de lien évident entre les variables socio-économiques et les contacts avec les généralistes

(7.3.) Il en va de même pour les contacts avec les spécialistes: néanmoins, la proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un spécialiste durant l'année écoulée est plus élevée chez les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (52% contre 45% dans les autres catégories). De plus, les personnes dont les revenus et le diplôme sont élevés consultent plus souvent un spécialiste sans être référé par leur généraliste (bien que ce ne soit pas vrai pour toutes les spécialités) Le nombre moyen de contacts avec le spécialiste, le motif de consultation et le type de contact (suivi ou nouvelle consultation) ne montrent pas de différence en fonction du bien-être matériel.

(7.5) Il n'y a pratiquement pas de relation entre les indicateurs socio-économiques et *l'hospitalisation*. Ni la probabilité d'admission ni la durée de séjour sont corrélés avec le niveau d'instruction ou de revenus. Par contre, la fréquence de problèmes cardio-vasculaires et/ou psychosociaux, les principaux déterminants des hospitalisations, est plus élevée parmi les classes socio-économiques les plus défavorisées.

(7.6.) Avant d'entamer la recherche de liens possibles entre le niveau socio-économique et la *consommation de médicaments* au cours des deux semaines précédant l'enquête, il faut faire la distinction entre les médicaments prescrits par le médecin et les autres. La fréquence d'utilisation de médicaments prescrits ne semble que peu influencée par les caractéristiques socio-économiques, mais on trouve une corrélation positive entre le niveau de revenus et la consommation de médicaments non prescrits (27% dans la catégorie la plus basse, contre 41% dans la catégorie la plus haute).

On peut constater des petites différences entre les classes sociales en ce qui concerne l'utilisation de certains types de médicaments, ainsi les moins instruits déclarent consommer plus d'analgésiques, les personnes appartenant aux catégories de revenu et de niveau d'instruction plus basses consommeraient plus de médicaments agissant sur le système nerveux.

(6.7) On n'a pu constater aucun lien entre l'appartenance d'un ménage à une des caractéristiques socio-économiques retenues avec l'occurrence d'une *dépense* pour prestation de soins médicaux pendant la période de référence, ni avec son montant moyen. Cette absence de corrélation persiste, si on exclut de l'analyse les ménages n'ayant pas eu de frais pour prestations de santé pendant cette période. Par contre le niveau des dépenses pour les médicaments suit celui des niveaux d'instruction. Après standardisation pour l'âge et le sexe de la personne de référence du ménage, la valeur moyenne des dépenses pour médicaments diffère de façon statistiquement significative pour chaque classe de revenus. On n'a pas pu mettre en évidence une relation entre le niveau socio-économique et la fréquence d'hospitalisation, ou la moyenne des frais occasionnés par une hospitalisation.

### **8.1.3.**

## COMMUNAUTE FRANCAISE

### 8.1.3.1. Etat général de santé.

(5.1) La perception de son état de santé général (PE01\_1) montre une association directe avec le niveau de diplôme: 30 à 50% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ou plus bas déclarent qu'ils se perçoivent leur état de santé comme moyen à mauvais (la proportion est de 25 à 27% dans l'ensemble de la population, 18% à 20% chez les personnes qui ont un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et 13% à 15% chez celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur). Le même type de gradient est observé en fonction du niveau de revenu.

(5.2.- 5.3.) Il n'y a pas de lien évident ni significatif entre le niveau de diplôme ou celui des revenus et l'absence de maladies chroniques ou la prévalence de la co-morbidité (plus d'une affection chronique)

(5.4) Il y a par contre une légère association négative entre le nombre moyen de plaintes (Questionnaire voeg basé sur une liste de 23 plaintes) et le niveau de formation: au plus on est diplômé, au moins on rapporte de plaintes. On n'observe pas par contre de gradient net entre le niveau de revenu et le nombre de plaintes mais on peut dire qu'au delà de 40 000FB de revenu équivalent par mois, on rapporte moins de plaintes. En ce qui concerne les répercussions de douleurs physiques sur les activités journalières, les observations vont dans le même sens: les personnes dont le revenu ou le diplôme sont plus bas, sont plus handicapés dans leur vie quotidienne par la douleur.

(5.5) Le poids relatif (indice de masse corporelle(IMC)) diminue lorsque le niveau de diplôme, et dans une moindre mesure celui des revenus augmente. La proportion de personnes obèses est plus basse parmi les diplômés de l'enseignement supérieur. Par contre, la proportion de personnes préoccupés par leur poids est inférieure dans les catégories sociales défavorisées. Les autres ont plus tendance à utiliser des méthodes amaigrissantes moins recommandées (jeûner par exemple) et plus chères.

(5.7) On observe significativement plus de personnes qui déclarent souffrir de dépression parmi les personnes socio-économiquement défavorisées, mais pour le reste, on n'observe pas vraiment d'association entre la santé mentale et le bien-être socio-économique, sauf pour la consommation de psychotropes (gradient inverse) mais la relation n'est pas significative.

(5.8) Il n'y a pas d'association franche entre le niveau socio-économique et la santé sociale. On peut juste mettre en évidence un lien partiel en ce qui concerne les répercussions de la santé physique et émotionnelle sur la santé sociale: pour les personnes dont le revenu est inférieur à 40 000FB, ces deux aspects ont des répercussions plus importantes sur la santé sociale.

### 8.1.3.2. Style de vie et prévention

(6.1) La consommation de tabac (régulière ou occasionnelle) n'est pas associée au niveau de diplôme.

(6.2) On observe une association entre la consommation d'alcool et le niveau de revenus ou de diplôme: la proportion de personnes qui ont consommé au moins une fois de l'alcool dans l'année écoulée, le nombre moyen de verre par semaine et la proportion de consommateurs quotidiens est plus élevée chez les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur (52% des personnes sans diplôme ont consommé de l'alcool contre 90 à 93% chez les diplômés de l'enseignement supérieur, et le nombre moyen de verres par semaine est respectivement de 3 et 6) La proportion de consommateurs quotidiens est également plus élevée dans la tranche de revenu supérieure.

(6.3) En ce qui concerne la pratique d'une activité physique de loisir, on observe que 48 à 63% des personnes dont le diplôme est inférieur ou égal à l'enseignement secondaire inférieur, ou dont le revenu est bas, ne pratiquent aucune forme de sport. Cette proportion tombe à 27% à 29% pour les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur. On observe la même tendance pour l'indicateur de pratique au moins hebdomadaire d'une activité sportive suffisante pour provoquer de la sudation.

(6.4) On n'observe pas de lien entre les vaccinations contre la grippe, le tétanos et la rubéole en fonction des indicateurs socio-économiques.

(6.5.) Il y a une association nette entre les connaissances sur le mode de contagion du sida et les moyens de se protéger, et le revenu ou le niveau de diplôme. Une attention spéciale a été accordée au fait de savoir que la transfusion en Belgique ne comporte aucun risque de transmission du sida. Ici encore, la relation est nette. Le même gradient peut être observé en ce qui concerne les pratiques de dépistage du sida: on réalise plus de tests dans les tranches élevées de revenus et de diplômes.

Enfin, on note encore un gradient socio-économique vis à vis des variables d'attitude vis à vis des patients séro-positifs: 84% à 92% des personnes sans diplôme ont une attitude discriminante contre 50% à 59% des personnes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

(6.6) On observe par ailleurs une association positive entre le revenu et le diplôme et les habitudes alimentaires saines. Les personnes défavorisées consomment moins souvent de poisson, de fruits et légumes, et plus souvent des collations ou boissons sucrées.

(6.7) Il n'y a pas de lien évident entre le niveau de diplôme de la mère et le fait d'allaiter ou non son enfant à la naissance. Par contre, pour les indicateurs de durée d'allaitement (allaitement à six semaines et trois mois), on observe une courbe en "U": plus de mères de très haut ou très bas revenus allaitent leur enfant à cet âge et la même chose pour le niveau d'instruction.

Moins de mères sans diplôme ou de revenus très bas ont reçu une visite de l'ONE/kin en gezin à la maison à la sortie de la maternité. Les mères ayant un diplôme de l'enseignement supérieur font plus souvent suivre leur enfant par un médecin de la crèche ou par un pédiatre privé. Par ailleurs, les mères ayant un revenu bas ou un diplôme peu élevé consultent un nombre de fois plus élevé un médecin au cours de la première année de vie de leur enfant.

(6.7) L'utilisation d'un moyen de contraception par les femmes est indépendant des variables socio-économiques. Dans le choix de la méthode, on observe par contre quelques différences en fonction des variables socio-économiques: les femmes dont les revenus sont les plus bas utilisent plus la pilule et moins la stérilisation, et les préservatifs masculins ou féminins que dans l'ensemble de la population féminine.

(6.7) Le petit nombre de cas ne nous permet pas de mettre en évidence dans les résultats de l'enquête de différence significative dans le suivi de la grossesse en fonction des variables socio-économiques.

(6.7) Il en va de même à propos des comportements à risque (vis à vis de la mort subite) concernant l'environnement du sommeil du nourrisson. On observe cependant une tendance à avoir de meilleures habitudes en ce domaine chez les mères diplômées de l'enseignement supérieur ou dont le revenu équivalent se situe dans la tranche supérieure.

(6.8) On ne peut pas mettre en évidence de différences socio-économiques en ce qui concerne le suivi de la tension artérielle, mais bien en ce qui concerne le dépistage de l'hypercholestérolémie dans les cinq ans qui ont précédé l'enquête: les personnes les plus favorisées veillent plus à leur taux de cholestérol.

(6.9) L'analyse des résultats concernant le dépistage des cancers féminins (sein et col de l'utérus) montre une forte association avec le niveau socio-économique: La mammographie, l'examen clinique des seins, et le dépistage du cancer du col sont plus fréquents chez les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. L'auto examen des seins dans le mois qui précède ne montre par contre aucune différence en fonction des variables socio-économiques.

(6.10) On n'observe pas d'association entre les variables socio-économiques et l'incidence des accidents. Le port de la ceinture de sécurité à l'avant d'un véhicule est plus élevé lorsque le diplôme l'est aussi. La connaissance exacte du taux d'alcool autorisé lors de la conduite d'un véhicule est plus fréquent chez les personnes qui ont un diplôme et un revenu élevés

### 8.1.3.3. Consommation médicale

(7.1) Il n'y a pas de lien évident entre les variables socio-économiques et les contacts avec les généralistes

(7.3.) Il en va de même pour les contacts avec les spécialistes: néanmoins, la proportion de personnes ayant eu au moins un contact avec un spécialiste durant l'année écoulée est plus élevée chez les personnes diplômés de l'enseignement supérieur (42% à 52% contre 57 à 61% dans les autres catégories). De plus, les personnes dont les revenus et le diplôme sont élevés consultent plus souvent un spécialiste sans être référé par leur généraliste (bien que ce ne soit pas vrai pour toutes les spécialités) Le nombre moyen de contacts avec le spécialiste, le motif de consultation et le type de contact (suivi ou nouvelle consultation) ne montrent pas de différence en fonction du bien-être matériel.

(7.5) Il n'y a pratiquement pas de relation entre les indicateurs socio-économiques et *l'hospitalisation*. Ni la probabilité d'admission ni la durée de séjour sont corrélés avec le niveau d'instruction ou de revenus. Par contre, la fréquence de problèmes cardio-vasculaires et/ou psychosociaux, les principaux déterminants des hospitalisations, est plus élevée parmi les classes socio-économiques les plus défavorisées.

(7.6.) Avant d'entamer la recherche de liens possibles entre le niveau socio-économique et la *consommation de médicaments* au cours des deux semaines précédant l'enquête, il faut faire la distinction entre les médicaments prescrits par le médecin et les autres. La fréquence d'utilisation de médicaments prescrits ne semble que peu influencée par les caractéristiques socio-économiques, mais on trouve une corrélation positive entre le niveau de revenus et la consommation de médicaments non prescrits (27% dans la catégorie la plus basse, contre 41% dans la catégorie la plus haute). On peut constater des petites différences entre les classes sociales en ce qui concerne l'utilisation de certains types de médicaments, ainsi les moins instruits déclarent consommer plus d'analgésiques, les personnes appartenant aux catégories de revenu et de niveau d'instruction plus basses consommeraient plus de médicaments agissant sur le système nerveux.

(7.7) On n'a pu constater aucun lien entre l'appartenance d'un ménage à une des caractéristiques socio-économiques retenues avec l'occurrence d'une *dépense* pour prestation de soins médicaux pendant la période de référence, ni avec son montant moyen. Cette absence de corrélation persiste, si on exclut de l'analyse les ménages n'ayant pas eu de frais pour prestations de santé pendant cette période. Par contre le niveau des dépenses pour les médicaments suit celui des niveaux d'instruction. Après standardisation pour l'âge et le sexe de la personne de référence du ménage, la valeur moyenne des dépenses pour médicaments diffère de façon statistiquement significative pour chaque classe de revenus. On n'a pas pu mettre en évidence une relation entre le niveau socio-économique et la fréquence d'hospitalisation, ou la moyenne des frais occasionnés par une hospitalisation.