


Enquête de Santé par Interview Belgique 2001



Livre 6 Santé et Société



**Rue de Louvain, 44
1000 Bruxelles**

**Section d'Epidémiologie
Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles
Tél : 02/642.57.94
e-mail his@iph.fgov.be
[http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/
index4.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm)**

Equipe de recherche :

**Jamila Buziarsist
Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Jean Tafforeau
Johan Van der Heyden
Herman Van Oyen**

Avec la collaboration de :

**Pieter-Jan Miermans
Francis Sartor**

Equipe logistique :

**Monique Schoonenburg
Véronique Verhocht**

Table des Matières

LIVRE 1 :

Pages

Introduction.....	8
--------------------------	----------

Objectifs de l'Enquête de Santé

I. Contenu du Questionnaire	8
II. Constitution de l'Echantillon.....	11
III. Présentation des Différents Intervenants	17
IV. Organisation du Travail sur le Terrain	19
V. Réseau d'Enquêteurs	20
VI. Contrôles de Qualité	24
VII. Degré de Participation.....	28
VIII. Facteurs de Pondération	33
IX. Tableaux de Base	34
X. Population de l'Etude	39

LIVRE 2 :

1. Etat de Santé	45
1.1. Santé Subjective	47
1.2. Santé Physique	81
1.2.1. Maladies et Affections Chroniques	81
1.2.2. Affections Aiguës	237
1.3. Santé Mentale	307
1.4. Limitations de l'Activité et Restriction de la Participation	419

LIVRE 3 :

2. Style de Vie	627
2.1. Activités Physiques	629
2.2. Nutrition	699
2.2.1. Etat Nutritionnel	699
2.2.2. Habitudes Nutritionnelles	769
2.3. Consommation d'Alcool	877
2.4. Consommation de Tabac	951
2.5. Usage de Drogues Illicites	1037
2.6. Santé et Sexualité	1081

Table des Matières

Pages

LIVRE 4 :

3. Prévention	1131
3.1. Vaccination chez les Adultes	1133
3.2. Prévention Cardiovasculaire	1201
3.3. Dépistage du Diabète	1277
3.4. Dépistage du Cancer du Sein	1319
3.5. Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus	1375

LIVRE 5 :

4. Consommation de Soins	1401
4.1. Contacts avec des Professionnels de la Santé	1403
4.1.1. Contacts avec le Médecin Généraliste	1403
4.1.2. Contacts avec le Médecin Spécialiste	1533
4.1.3. Contacts avec le Service des Urgences	1629
4.1.4. Contacts avec le Dentiste	1679
4.1.5. Contacts avec les Professionnels Paramédicaux	1733
4.2. Hospitalisation	1773
4.3. Consommation de Médicaments	1857
4.4. Satisfaction du Patient	1985
4.5. Thérapies Non-Conventionnelles	2077

LIVRE 6 :

5. Santé et Société	2139
5.1. Accès aux Soins de Santé	2141
5.2. Différences Socio-Economiques en Matière de Santé	2187
5.3. Santé et Environnement	2193
5.4. Accidents, Sécurité Routière et Violence	2235
5.5. Santé Sociale	2339
5.6. Services Sociaux et Préventifs	2407



5.2. Différences Socio-Economiques en Matières de Santé



Cette enquête a été réalisée à l'initiative de :

J. Tavernier

*Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé Publique
et de l'Environnement*

J. Chabert

*Ministre des Travaux Publics, du Transport, de la Lutte contre l'Incendie
et de l'Aide médicale urgente de la Région Bruxelles-Capitale*

T. Detienne

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de Région Wallonne

D. Gosuin

*Ministre de l'Environnement et de la Politique de l'Eau, de la Conservation de la Nature
et de la Propreté Publique, et du Commerce Extérieur de la Région Bruxelles-Capitale*

N. Maréchal

Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté Française

H. Niessen

*Ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites, de la Santé
et des Affaires Sociales de la Communauté Germanophone*

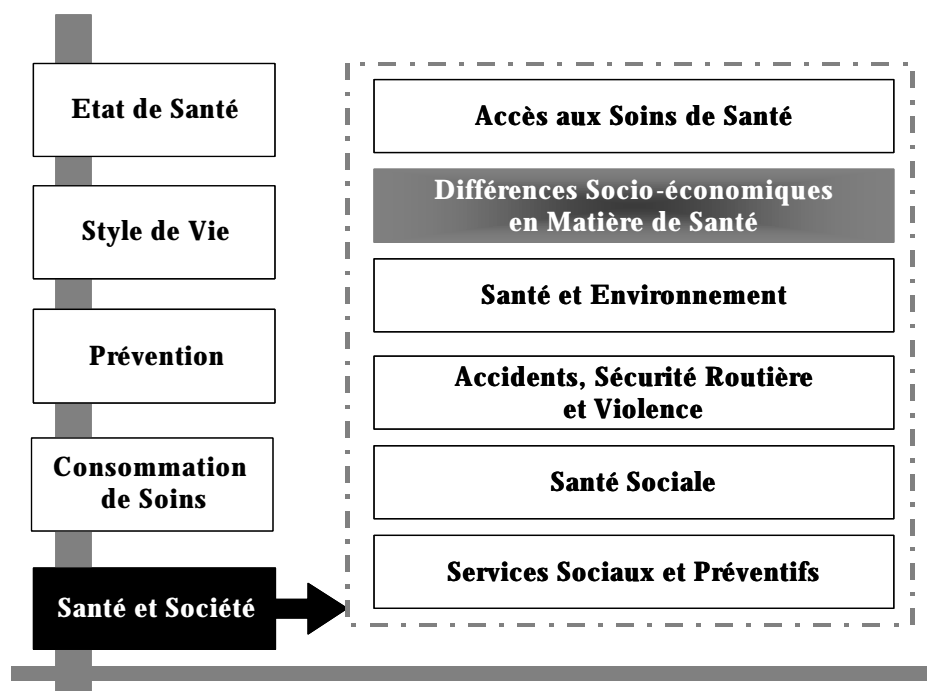
F. Vandenbroucke

Ministre des Affaires Sociales et des Pensions

M. Vogels

Ministre de l'Aide Sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances de la Communauté Flamande

5.2. Différences Socio-Economiques en Matière de Santé



Introduction

Les chapitres précédents ont dores et déjà abordé un grand nombre d'indicateurs de santé. L'approche standard de ces indicateurs prévoyait de les mettre en relation avec un certain nombre de facteurs, parmi lesquels figure le niveau d'éducation. Pour rappel, le niveau d'éducation est déterminé, pour l'ensemble des membres d'un même ménage, par le diplôme de la personne de référence ou, si celui-ci est plus élevé, par le diplôme de son/sa partenaire. On attribue ensuite ce niveau de diplôme (le plus élevé des deux, entre celui de la personne de référence et de son/sa partenaire) à tous les membres co-habitants du ménage, quel que soit leur âge ou leur propre niveau d'éducation.

L'enquête de santé a également recueilli des informations concernant le niveau des revenus des ménages et la situation professionnelle de chacun des membres. L'ensemble de ces données rend possible une investigation approfondie de la relation entre les caractéristiques socioéconomiques de la population et la santé. Une telle analyse dépasse toutefois les visées de ce rapport de base.

Dans ce chapitre, nous revenons sur la question de la relation entre le niveau d'éducation – comme indicateur du statut socioéconomique – et la santé, telle qu'elle a été traitée tour à tour dans les chapitres antérieurs. Alors que ces données sont dispersées dans les différents chapitres au travers du rapport, l'information est rassemblée dans ce présent chapitre afin de pouvoir s'en faire une image plus cohérente.

La structure de ce chapitre rappelle donc l'agencement global du rapport, à savoir que les thèmes suivants s'y succèdent : 1. l'état de santé, 2. les style de vie, 3. les mesures de prévention et 4. la consommation de soins médicaux.

I. Résultats

1.1. Le niveau d'éducation a un lien direct avec la *santé subjective*. D'une part, 41% des personnes du groupe des diplômés de l'école primaire évaluent leur santé comme étant plutôt négatif, alors que ce pourcentage est (fortement) diminué chez les personnes ayant un niveau d'étude plus élevé (14% chez les diplômés de l'enseignement supérieur). D'autre part, les personnes ayant un bas niveau d'enseignement ont plus tendance à rapporter une détérioration de leur état de santé sur une période d'un an.

1.2.1. Plus le niveau d'éducation est faible, plus les résultats sont mauvais au sujet des *maladies chroniques*. Considérons par exemple le nombre de maladies ou d'affections chroniques: les personnes ayant tout au plus un diplôme d'école primaire rapportent en moyenne 2,2 maladies ou affections chroniques; pour les personnes ayant au maximum un diplôme du secondaire, ce chiffre baisse à 1,1, et pour celles qui ont un diplôme du cycle supérieur, il est de 0,9 maladies chroniques. L'hypertension et l'affection persistante du dos, entre autres, sont plus fréquents chez les personnes ayant un faible degré d'enseignement.

1.2.2. Aucune différence significative n'apparaît entre les niveaux d'éducation en ce qui concerne les affections aiguës étudiées (diarrhée, bronchite aiguë/pneumonie).

1.3. Les personnes des milieux les plus instruits ont, globalement parlant, une meilleure *santé mentale*. Ainsi, tant les troubles somatiques, anxieux, dépressifs et du sommeil, que l'occurrence conjointe de ces troubles (comorbidité), manifestent des différences significatives en fonction du niveau d'éducation. Les prévalences pour les troubles somatiques illustrent bien ces différences: leur taux est de 4% chez les personnes avec un diplôme du cycle supérieur et grimpe à 17% chez les personnes sans diplôme ou avec le diplôme du primaire. Pour la consommation de médicaments psychotropes, la relation avec la scolarité est inversée: on en consomme davantage dans le groupe des sans diplôme (26%) que dans les milieux les plus instruits (9% chez les diplômés du supérieur).

1.4.1. Les personnes de faible niveau d'instruction indiquent plus souvent le fait de souffrir de *limitations de longue durée* ou de présenter un *handicap*. Ainsi, la prévalence d'un handicap moteur est de 16% au niveau d'instruction le plus faible et de 3% au niveau le plus élevé.

1.4.2. Une relation négative ressort clairement entre le niveau d'éducation et la prévalence des *limitations de courte durée*, que ce soit pour des problèmes physiques ou mentaux. Plus le niveau d'éducation est faible, plus le risque de présenter une limitation de courte durée augmente. Le nombre moyen de jours par année d'incapacité pour des raisons physiques s'élève 23 dans le groupe des certifiés de l'enseignement primaire, alors qu'il s'agit de 12 jours seulement dans le groupe des diplômés du supérieur.

1.5. Conclusion

Les résultats de l'enquête de santé mettent clairement en évidence un lien entre l'état de santé des individus et les caractéristiques socioéconomiques. Globalement, les personnes avec un faible niveau d'instruction sont en moins bonne santé que celles qui ont un niveau d'éducation plus élevé.

Ce phénomène n'est pas uniquement dû à des différences d'âge ou de sexe dans la composition des sous-groupes de personnes selon le niveau d'éducation, dans le sens que les personnes âgées seraient sur-représentées dans les groupes à faible niveau d'instruction. En fait, lorsque les données sont contrôlées pour l'âge et le sexe (c'est-à-dire que leurs effets sont neutralisés), une part non négligeable des différences persiste.

Dans les paragraphes suivants, nous considérons brièvement d'autres sources possibles des inégalités sociales en matière de santé: les styles de vie, la consommation médicale et la distribution de la prévention. Etant donné que certains de ces aspects peuvent également être liés au niveau d'éducation, une partie de la variation dans l'état de santé pourrait s'expliquer par là.

II. Styles de vie

2.1. En ce qui concerne *l'activité physique* pendant les loisirs, un gradient socioéconomique émerge clairement des données : la proportion de personnes qui pratique des activités physiques augmente avec le niveau d'éducation. Si l'on tient compte également des activités physiques accomplies dans le cadre professionnel ou durant des activités courantes de la journée, le gradient tend à s'inverser : la dépense moyenne d'énergie diminue en fonction de l'éducation (sauf à Bruxelles).

2.2.1. Les résultats relatifs à *l'état nutritionnel* indiquent que la valeur moyenne du BMI (Body Mass Index) est également fortement liée au niveau d'éducation. Cette valeur diminue de manière significative à mesure que le degré d'instruction s'accroît. La prévalence de l'obésité (BMI de 30 ou plus) est nettement moins élevée dans les couches de population les plus éduquées en comparaison avec les autres niveaux d'éducation. La proportion de jeunes ayant une surcharge pondérale est significativement plus faible dans les milieux instruits que dans les milieux peu scolarisés (primaire ou secondaire inférieur). Les personnes qui ne se préoccupent pas du tout de leur poids sont proportionnellement plus nombreuses dans les couches peu scolarisées et leur proportion augmente régulièrement avec le niveau d'instruction.

2.2.2. Le fait d'avoir des habitudes alimentaires saines est lié au niveau d'éducation. Ainsi, la proportion de personnes ayant un profil d'alimentation irrégulier (sauts de repas...) est la plus élevée dans le groupe des diplômés du primaire (mais la différence n'est pas significative). La proportion de personnes qui mange quotidiennement des fruits et des produits laitiers, et hebdomadairement du poisson, augmente avec le niveau d'éducation.

2.3. La *consommation de boissons alcoolisées* – du moins le fait d'avoir bu au moins une boisson alcoolisée dans les douze mois précédents – est positivement liée au niveau d'éducation. La proportion de consommateurs qui boivent en semaine est significativement plus élevée chez les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé.

2.4. Les résultats affichent une différence significative dans la distribution des *fumeurs* en fonction du niveau d'éducation : on trouve proportionnellement moins de fumeurs actuels dans les milieux les plus instruits (22%) que dans les milieux moins instruits (27% à 30%), exception faite des non diplômés (25%). Le nombre de grands fumeurs diminue avec la progression dans les études : chez les diplômés du supérieur on compte 27% de grands fumeurs, ce qui est significativement plus bas que dans les autres catégories, et on y compte 24% de fumeurs occasionnels, ce qui représente la proportion la plus élevée.

2.5. Concernant les *drogues illégales*, l'utilisation de cannabis à titre expérimental est plus élevée dans les classes de personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur (14%) que dans les autres classes moins éduquées.

2.6. Conclusion

On peut dire que, dans les grandes lignes, les personnes de milieux moins instruits pratiquent moins souvent des activités physiques (salutaires), ont plus tendance à fumer, ont un profil d'alimentation moins favorable pour la santé et sont moins disposés à le changer. Toutefois, les habitudes de vies dans les groupes plus éduqués ne sont pas franchement positifs : ils consomment en finale plus d'alcool et de cannabis que les groupes peu scolarisés.

Les efforts de prévention et/ou les campagnes de promotion de la santé qui se focalisent sur des aspects liés aux styles de vie devraient sans doute s'adresser plus spécifiquement aux groupes socioéconomiques dans lesquels le comportement particulier apparaît le plus distinctement. Un message adapté au groupe-cible aura un effet plus marqué.

III. Prévention

3.1. Les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé sont plus souvent vaccinées, tant contre le *tétanos* que contre *l'hépatite B*. La prévalence de la vaccination contre la grippe ne diffère pourtant pas de manière significative.

3.2.1. La fréquence du dépistage de *l'hypertension* ou du contrôle systématique du niveau de *cholestérol* ne varie pas au regard du niveau d'éducation. La propension à rapporter des problèmes d'hypertension est plus courante chez les personnes issues des milieux moins scolarisés.

3.2.2. On n'observe pas de différences significatives entre les niveaux d'éducation pour le *dépistage du diabète*. Les personnes de faible niveau d'éducation s'entendent plus souvent dire que leur taux de sucre dans le sang est trop élevé.

3.3. L'auto examen ainsi que *l'examen clinique des seins* (dans le mois précédent) sont plus souvent rapportés chez les femmes diplômées du secondaire supérieur que chez celles ayant un niveau d'éducation inférieur. Il en va de même pour le *dépistage du cancer du col de l'utérus*, lequel se fait plus fréquemment chez les femmes de milieux plus instruits : chez 37% des femmes du groupe des primaires, chez 49% de celles du groupe du secondaire inférieur et chez 68% de celles du groupe des études supérieures.

3.4. Conclusion

Lorsque des différences socioéconomiques sont observées en ce qui concerne les mesures de vaccination et de dépistage, ce sont les groupes d'éducation les plus favorisés qui marquent une distinction positive. Sur le plan de la vaccination et du dépistage du cancer, les résultats appellent une double remarque. On ne sait si leur sous-utilisation dans les milieux socioéconomiques défavorisés se situe au niveau du style de vie particulier ou si c'est attribué à un manque d'information à propos de la possibilité ou la nécessité de recourir à ces mesures préventives.

Etant donné l'importance du dépistage précoce du cancer du sein ou du cancer du col, une méconnaissance de la possibilité et de la nécessité de ces méthodes préventives constitue une menace en termes de santé publique.

IV. Consommation de soins

Le fait que l'état de santé d'une personne soit influencé de manière négative par le statut socio-économique de celle-ci, a pour conséquence que la relation éventuelle entre la consommation de soins et le statut socio-économique s'explique en partie par les différences en ce qui concerne l'état de santé. C'est pour cette raison que l'état de santé est utilisé comme facteur confondant dans les modèles d'analyse sur la relation entre la consommation de soins et le statut socio-économique.

4.1.1. Médecin généraliste

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction ont visité moins souvent leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois, mais ceci s'explique par le fait que leur état de santé est en général meilleur que celui des personnes avec un niveau d'instruction assez bas.

On observe un gradient socio-économique net et significatif au point de vue statistique (après standardisation pour le sexe, l'âge et l'état de santé) en ce qui concerne le nombre de consultations: au plus niveau d'instruction est bas, au plus le nombre de consultations chez le généraliste est élevé.

Le pourcentage de contacts à l'initiative du médecin généraliste augmente lorsque le niveau d'instruction diminue. Chez les personnes avec un niveau élevé d'instruction, 11% des contacts ont eu lieu à l'initiative du médecin généraliste contre 45% chez les personnes qui n'ont pas de diplôme. Ce gradient est plus prononcé en Wallonie, moins en Flandre et est inexistant à Bruxelles.

4.1.2. Médecin spécialiste

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction vont plus facilement chez le médecin spécialiste et le font plus souvent de leur propre initiative. La comparaison a été faite avec les autres niveaux d'instruction en tenant compte de l'état de santé et les différences observées. On peut donc en conclure que ces différences sont indépendantes de l'état de santé des personnes interrogées.

4.1.3. Service des urgences

On n'observe pas ici de différences en fonction du statut socio-économique des personnes interrogées.

4.1.4. Dentiste

Chez les personnes avec un niveau élevé d'instruction, le pourcentage qui ont eu un contact avec le dentiste au cours des douze derniers mois est plus élevé que chez les personnes avec un faible niveau d'instruction. Les personnes avec un niveau élevé d'instruction ont plus souvent encore toutes leurs dents (93%) que celle qui n'ont suivi qu'un niveau d'enseignement primaire (59%). Ces différences sont significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

4.1.5. Prestataires de soins paramédicaux

Les taux bruts montrent des différences importantes en fonction du niveau d'instruction en ce qui concerne les contacts avec les prestataires de soins paramédicaux : les personnes sans diplôme semblent avoir plus recours aux services de soins à domicile que les personnes avec un niveau d'instruction élevé.

4.2. Hospitalisation

Après standardisation pour l'âge, le sexe et l'état de santé, le pourcentage de personnes hospitalisées au cours des douze derniers mois ne varie pas en fonction du niveau d'instruction. Le nombre moyen d'hospitalisations est plus élevé chez les personnes avec un faible niveau d'instruction mais cette différence s'explique en grosse partie par un mauvais état de santé. Il en est de même en ce qui concerne la durée moyenne d'hospitalisation.

4.3. Consommation de médicaments

Les personnes avec un faible niveau d'instruction consomment plus de médicaments soumis à prescription. La différence avec les personnes qui ont un niveau élevé d'instruction persiste après standardisation pour l'âge et le sexe, mais n'est plus significative si l'on tient compte aussi de l'état de santé. La consommation élevée de médicaments chez les personnes avec un faible niveau d'instruction s'explique donc en bonne partie par leur mauvais état de santé.

On observe un phénomène inverse en ce qui concerne les médicaments qui sont en vente libre : les personnes avec un niveau d'instruction élevé consomment plus ce genre de médicaments. Cette différence est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

4.4. Qualité des soins – satisfaction des patients

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction sont plus souvent satisfaites de la qualité des prestations fournies par le médecin généraliste. Les personnes avec un niveau plus faible d'instruction sont plus souvent satisfaites de la qualité des prestations fournies par le médecin spécialiste. La satisfaction des patients en ce qui concerne les admissions à l'hôpital ne varie pas par contre en fonction du niveau d'instruction.

4.5. Médecine non conventionnelle

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction consultent plus souvent un médecin qui pratiquent des techniques de médecine non conventionnelle. Les différences sont significatives uniquement entre les personnes qui n'ont qu'un diplôme d'enseignement primaire (6%) et celles qui ont suivi un enseignement supérieur (16%).

4.6. Conclusions

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction font plus souvent appel à des groupes de médecins et à des spécialistes. Les personnes avec un niveau plus faible d'instruction ont plus souvent recours aux services de soins à domicile. Les autres aspects de la consommation de soins (hospitalisation, consommation de médicaments) ne semblent pas en relation avec le niveau d'instruction quand on contrôle aussi l'état de santé de la personne interrogée.

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction font plus souvent appel aux médecines non conventionnelles. Ce comportement, non-conformiste et critique, est peut-être à mettre en relation avec les autres soins prodigués (cfr. Satisfaction du patient).

V. Santé et société

5.1. On n'observe pas de relation entre le niveau d'instruction et le fait de se plaindre de la qualité de l'environnement, comme l'excès de bruit par exemple.

5.2. Accident, actes de violence: La proportion d'accidents, de morsures de chien, de vol ou de violence physique ne varie pas en fonction du statut socio-économique (niveau d'instruction). Les personnes avec un niveau élevé d'instruction sont plus souvent victimes d'agression verbale et d'agression au travail ou à l'école.

Les personnes avec un niveau élevé d'instruction mettent moins volontiers leur ceinture de sécurité quand ils sont en voiture. Ils ont par contre une meilleure connaissance du niveau d'alcool autorisé au volant.

5.3. Santé sociale: Les personnes avec un niveau élevé d'instruction rapportent moins souvent avoir peu de contacts sociaux ou avoir un petit réseau social. Le contenu et la qualité des relations sociales sont aussi en général meilleur chez ces personnes avec un niveau élevé d'instruction.