



**Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance | octobre 2010 | Bruxelles, Belgique**

N° de référence interne : 2010/054

N° de dépôt : D/2010/2505/47

ISSN : 2032-9180

# Résultats Principaux

## Les inégalités Socio-Economiques en matière de santé





## Table des matières

<b>Table des matières.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>7</b>
<b>Etat de santé .....</b>	<b>9</b>
<b>Styles de vie et prévention.....</b>	<b>13</b>
<b>Consommation de soins .....</b>	<b>17</b>
<b>Santé et société.....</b>	<b>21</b>





## Introduction

### L'Enquête de Santé est réalisée à l'initiative des autorités politiques en charge de la santé

La quatrième Enquête Nationale de Santé a été menée en 2008. Les éditions précédentes de cette enquête ont eu lieu en 1997, 2001 et 2004. L'enquête de santé est réalisée à la demande des ministres compétents en matière de santé publique aux niveaux fédéral, régional et communautaire.

### Six ménages invités sur dix ont pris part à l'enquête

La participation à l'enquête n'est pas obligatoire: parmi les 10.555 ménages sélectionnés qui ont pu être contactés par un enquêteur, 5.809 (55%) ont marqué leur accord de participation à l'enquête.

### Les résultats donnent une image représentative de la santé de la population

Au total, 11.254 personnes ont été interrogées au moyen d'une interview structurée menée à domicile: 3.897 personnes résidant en Région Flamande, 3.351 personnes résidant en Région Bruxelloise et 4.006 personnes résidant en Région Wallonne. Des estimations représentatives au niveau du pays et de chacune des régions peuvent être obtenues grâce à la pondération des données récoltées.

### Les résultats seront présentés dans six rapports séparés

- **Le rapport 1**, "Etat de santé", qui est présenté ce jour, porte sur les problèmes de santé physiques et mentaux auxquels la population se trouve confrontée et les conséquences qui en découlent sur le plan fonctionnel.
- **Le rapport 2**, "Style de vie et prévention", s'intéresse de près aux habitudes et modes de vie qui jouent un rôle dans le maintien de la santé, dans la prévention des troubles physique et dans l'amélioration du bien-être psychologique. Il aborde aussi certaines activités de prévention primaire et secondaire.
- **Le rapport 3**, "Consommation des soins", se centre sur le recours aux soins de santé. Il s'agit notamment des contacts ambulatoires avec des prestataires de soins (médecin généraliste, spécialiste,...), mais aussi des admissions à l'hôpital. Une large part du rapport est dévolue à l'analyse de l'usage des médicaments.
- **Le rapport 4**, "Santé et société", replace la notion de 'santé' dans un contexte plus large, qui dépasse le point de vue strictement médical. Y sont considérées des thématiques comme la relation entre la santé et l'environnement physique et l'entourage social, l'accès aux soins santé et les attitudes et choix en fin de vie.



- **Le rapport 5**, “Inégalités sociales en santé”, étudie plus en profondeur les différences au niveau de l'état de santé, mais aussi, de la consommation des soins et des comportements de santé entre les personnes selon leur statut social.
- **Le rapport 6**, “Personnes âgées”, se penche plus en détail sur la santé de nos aînés, ce qui a été rendu possible grâce à un sur échantillonnage des personnes âgées dans l'enquête de 2008 (*publication prévue pour octobre 2010*).



## Méthodologie

### Le niveau d'éducation a été choisi comme indicateur du statut socio-économique

Dans le cadre de la présente analyse, le choix a porté sur le niveau d'éducation (le plus élevé au niveau du ménage auquel appartient la personne interrogée) comme indicateur du niveau socio-économique. Quatre catégories ont été prises en compte : pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement inférieur, diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, diplôme de l'enseignement supérieur.

### On peut déjà apprendre beaucoup grâce aux taux bruts, mais ceux-ci ne disent pas tout

Les résultats sont présentés dans le rapport complet et dans le présent résumé, comme ils ont pu être calculés sur base de l'enquête. Toutefois, les variations observées entre les niveaux d'éducation peuvent être dues à des différences en termes de distribution par âge et/ou par sexe entre les catégories d'éducation. C'est la raison pour laquelle des résultats standardisés par âge et par sexe sont également présentés.

### Différents indices ont été mesurés pour vérifier la présence d'inégalités sociales

Différents indices ont été mesurés pour vérifier la présence d'inégalités sociales: le Odds ratio, la Population Attributable Fraction, le Gini-coefficient, le Slope Index of Inequality et le Relative Index of Inequality. Une description détaillée de chacun de ces indices est disponible dans le rapport complet. Dans ce résumé, seuls les Odds Ratio et Relative Index of Inequality sont expliqués brièvement:

- L'Odds Ratio (OR) donne une estimation de la différence relative en ce qui concerne la prévalence soit d'un problème de santé, soit d'un comportement à risque, ..., pour les personnes qui appartiennent à la catégorie d'éducation la plus faible (enseignement primaire au maximum) par rapport aux personnes qui appartiennent à la catégorie d'éducation la plus élevée (enseignement supérieur). Pour simplifier, il s'agit d'une mesure d'association qui permet d'estimer à quel point le risque (d'avoir un problème de santé, un comportement à risque, ...) est plus élevé (ou plus faible) dans le niveau d'éducation le plus bas par rapport au niveau d'éducation le plus élevé.
- Le Relative Index of Inequality (RII) est basé sur la position relative de chacune des catégories d'éducation (la proportion de chaque catégorie d'éducation par rapport à la population totale). Cette position est mise en relation avec la prévalence soit d'un problème de santé, soit d'un comportement à risque,... via une droite de régression. Le RII est calculé comme étant le rapport entre de la prévalence (estimée sur base de la droite de régression) de l'indicateur tout en bas de l'échelle en ce qui concerne la position relative en matière d'éducation (niveau d'éducation = 0) et la prévalence au niveau le plus élevé de cette échelle (niveau d'éducation = 1).



- Une valeur de « 1 » signifie qu'il n'y a pas de différence entre les groupes étudiés;
- une valeur plus petite que « 1 » signifie que la situation est meilleure (prévalence plus faible) dans le niveau d'éducation le plus bas par rapport au plus élevé;
- une valeur plus grande que « 1 » signifie que la situation est meilleure (prévalence plus faible) dans le niveau d'éducation le plus élevé par rapport au plus bas.

### Gradient social versus inégalités sociales

Le présent rapport ne vise pas seulement à mettre en évidence des différences éventuelles en fonction du niveau d'éducation, mais aussi à vérifier si la prévalence de certains problèmes de santé, comportements à risque, ... ne varie pas de manière systématique en fonction du niveau d'éducation.

### Evolution dans le temps

Des techniques d'analyses spécifiques ont été mises en œuvre afin de d'estimer si les inégalités / gradients sociaux avaient évolué dans le temps depuis la première enquête de 1997. Est-ce que les inégalités ou les gradients observés ont augmenté, diminué ou sont restés stables au cours de la période étudiée (les dix dernières années).





## Etat de santé

### Un faible niveau d'éducation va de pair avec un mauvais état de santé subjective

23% de la population (de 15 ans ou plus) estime être en mauvaise santé. On observe une relation nette avec le niveau d'éducation: toutes les analyses montrent que le pourcentage de personnes qui déclarent être en mauvaise santé diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'élève. On peut donc parler ici d'un véritable gradient social. Ces différences n'ont toutefois pas évolué de manière significative dans le temps au cours des dix dernières années, ni dans le sens d'une aggravation de la différence entre les classes socio-économiques, mais pas non plus dans le sens d'une diminution de ces différences.

### Les personnes avec un faible niveau d'éducation déclarent plus souvent (que les personnes plus éduquées) souffrir d'une maladie chronique

28% de la population déclare souffrir d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Les personnes avec le niveau d'instruction le plus bas déclarent relativement plus souvent souffrir de ces maladies que les personnes avec un niveau élevé d'instruction. La fréquence des maladies chroniques diminue régulièrement à mesure que le degré d'éducation s'élève. Cette constatation est confirmée par les analyses complémentaires. Des inégalités sociales en ce qui concerne les maladies chroniques avaient déjà été mises en évidence lors de la première Enquête de Santé en 1997 ; elles ont été retrouvées lors de toutes les enquêtes successives.

#### *Voici quelques exemples:*

- Les personnes sans diplôme ou seulement avec un diplôme de l'enseignement primaire déclarent plus souvent souffrir d'hypertension que les personnes avec un niveau élevé d'instruction. Chez les hommes, cette différence semble rester relativement stable au cours du temps mais chez les femmes par contre ces différences semblent plutôt s'aggraver au cours du temps depuis la première enquête.
- Les personnes avec un faible niveau d'instruction déclarent plus souvent souffrir d'arthrose. Cette constatation avait déjà été faite sur base des données de l'enquête de 1997, et la situation est restée inchangée depuis lors.
- La fréquence du diabète est beaucoup plus élevée chez les personnes avec un faible niveau d'instruction. Le risque par exemple de déclarer souffrir de diabète est 3 fois plus élevé chez les personnes les moins éduquées en comparaison avec celle qui ont un niveau d'éducation élevé. Ces différences sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes. En outre, le gradient social semble bien s'aggraver au cours du temps (depuis 1997) chez les femmes.



- L'allergie est le seul problème spécifique de santé étudié dans le cadre de l'Enquête de Santé pour lequel la fréquence augmente au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'élève. Le risque par exemple de déclarer souffrir d'allergie est 1,7 fois plus faible chez les personnes les moins éduquées en comparaison avec celle qui ont un niveau d'éducation élevé.

### Plus de limitations de longue durée comme conséquence d'une maladie chronique chez les personnes qui ont un faible niveau d'éducation

34% des personnes sans diplôme (ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) déclarent souffrir de limitations de longue durée à cause d'une maladie chronique. Ce pourcentage diminue de manière systématique au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente : chez les personnes avec le niveau d'éducation le plus élevé la fréquence de ces limitations n'est que de 11%. Ce phénomène s'explique en partie par le fait que les personnes avec un faible niveau d'éducation sont aussi celles qui sont les plus âgées (et inversement pour les plus scolarisées). Quand on tient compte de ce fait, le risque de souffrir de limitations suite à une maladie chronique reste encore deux fois plus élevé chez les personnes avec le niveau d'éducation le plus bas par rapport à celles qui ont le niveau d'éducation le plus élevé.

### Les personnes les moins scolarisées présentent plus souvent des limitations fonctionnelles<sup>1</sup>

Si l'on se base sur les résultats bruts, on observe une relation étroite entre le niveau d'éducation et la fréquence de limitations fonctionnelles: 44% des personnes sans diplôme (ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) déclarent souffrir d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles contre 16% à peine chez les personnes avec un niveau élevé d'éducation. Bien qu'on l'observe ici aussi un effet de la distribution par âge dans les catégories d'éducation, le gradient social persiste après avoir tenu compte de cette distribution.

---

<sup>1</sup> parmi les limitations fonctionnelles qui ont été étudiées on retrouve les problèmes en ce qui concerne le fait de : marcher, se mettre au lit / sortir du lit, faire sa toilette, ... mais aussi des difficultés pour suivre un programme de TV avec un niveau de son normal, la possibilité de reconnaître quelqu'un de loin, ...



### Au fur et à mesure que le niveau d'éducation baisse, la proportion de personnes qui souffrent de différents types de douleur augmente

Pas moins de 42% des personnes sans diplôme (ou avec un diplôme de l'enseignement primaire) déclarent souffrir de douleurs diverses contre 35% des personnes avec un niveau d'éducation de l'enseignement secondaire inférieur, 28% des personnes avec un niveau d'éducation de l'enseignement secondaire supérieur et 21% avec un diplôme de l'enseignement supérieur. Les analyses statistiques démontrent qu'il existe un véritable gradient social dans ce domaine avec un risque 2 fois plus élevé de déclarer souffrir de douleurs diverses chez les personnes les moins éduquées par rapport aux plus éduquées.

### Le mal-être psychique est réparti de façon plus ou moins équivalente entre les différents groupes/niveaux d'éducation

On retrouve un pourcentage plus élevé de personnes avec un mal-être psychique (29,4%) parmi celles qui ont un faible niveau d'éducation. Il ne s'agit pas toutefois pas d'un véritable gradient socio-économique : les variations ne vont toutes toujours dans le même sens en fonction du niveau d'éducation et les différences sont parfois relativement faibles.

### L'obésité est visiblement un problème qui a une forte connotation sociale

La distribution de l'obésité (c'est à dire un indice de masse corporelle plus grand ou égal à 30) varie nettement en fonction du niveau d'éducation avec un risque 2,3 fois plus élevé d'en souffrir chez les personnes les moins éduquées par rapport aux plus éduquées. On observe ici un véritable gradient social avec une baisse systématique de la proportion de personnes qui présentent une obésité au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente. Ce gradient est resté inchangé au cours du temps (depuis l'enquête de 1997).



Etat de santé: aperçu des inégalités sociales en matière de santé Belgique, Enquête de Santé, 2008						
	<i>Pas ou primaire</i>	<i>Second. inférieur</i>	<i>Second. supérieur</i>	<i>Supérieur</i>	<i>OR(*)</i>	<i>RII(*)</i>
	%	%	%	%		
Mauvaise santé subjective	42,7	31,1	22,1	14,3	2,7	3,3
Maladie chronique (général)	44,2	40,3	25,1	20,4	1,7	1,7
Hypertension	24,5	19,7	12,4	7,7	1,5	1,7
Arthrose	29,7	20,2	11,4	7,7	1,8	1,9
Diabète	9,9	5,4	3,0	1,6	2,9	4,7
Allergie	9,3	12,3	10,8	15,9	0,6	0,6
Limitations de longue durée (suite à une maladie chronique)	34,2	28,0	15,4	11,4	2,1	2,5
Limitations fonctionnelles	44,3	31,9	19,0	16,4	1,7	2,4
Douleurs	42,3	34,8	28,5	21,4	2,0	2,0
Mal-être psychique	29,4	26,7	24,7	25,5	1,3	1,1
Excès de poids	58,9	57,7	54,3	50,8	1,8	1,6
Obésité	19,2	19,9	14,5	9,1	2,3	3,7

(\*) Basé sur les taux standardisés pour l'âge et le sexe. Une valeur inférieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes moins éduquées ; une valeur supérieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes plus éduquées.



## Styles de vie et prévention

Pas d'inégalités sociales en ce qui concerne l'activité physique globale, mais bien pour les activités physiques durant les temps libres.

Les différentes méthodes utilisées pour étudier les inégalités sociales ne montrent pas de différences marquantes entre les catégories socio-éducatives en ce qui concerne les activités physiques prises dans leur globalité. En revanche, si l'on considère uniquement les activités physiques durant les temps libres, les résultats indiquent que le manque d'activité durant les loisirs est plus fréquent parmi les groupes moins scolarisés (48%) que parmi les plus instruits (17%). On observe aussi un gradient social manifeste: à mesure que le niveau d'éducation augmente, le pourcentage de personnes qui n'ont pas d'activité physique durant leurs loisirs diminue.

### Davantage de fruits dans les milieux les plus scolarisés

La consommation quotidienne de fruits (sans inclure les jus) est clairement plus courante parmi les personnes avec le niveau d'éducation le plus élevé (69% mangent des fruits tous les jours) par rapport à celles des autres niveaux d'éducation (autour de 60%). Toutefois, on ne relève pas de véritable gradient social; il s'agit surtout d'une distinction entre les plus instruits et les trois autres catégories d'éducation. Bien que la proportion de personnes qui consomment des fruits au quotidien augmente depuis 1997 dans chaque catégorie d'éducation, les inégalités sociales n'ont, quant à elles, pas diminué dans le temps.

### Le poisson est plus populaire dans les milieux les plus scolarisés

67% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur mangent du poisson au moins une fois par semaine. Dans les catégories d'éducation inférieures, cette habitude alimentaire n'est rapportée que dans 60% des cas. On ne perçoit toutefois pas de véritable gradient social; il s'agit surtout d'une distinction entre le niveau d'éducation le plus élevé et les autres catégories d'éducation. Cette inégalité entre classes sociales n'a pas changé au cours des dix dernières années.

### Fumer reste avant tout une habitude des classes sociales moins favorisées

Alors que 13% des personnes ayant bénéficié d'un enseignement supérieur indiquent qu'elles fument quotidiennement, ce pourcentage est significativement plus élevé dans les catégories qui n'ont pas accédé aux études supérieures. Ainsi, 29% des personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire déclarent fumer quotidiennement. Cette différence se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes. De manière globale, ce gradient social n'a pas évolué dans le temps. Il faut toutefois noter que chez les femmes, on observe une augmentation dans le temps du risque de fumer quotidiennement dans la catégorie d'éducation la plus faible.



### La consommation excessive d'alcool n'est pas déterminée socialement

Les résultats bruts indiquent que la proportion de personnes qui consomment de l'alcool en excès est plus importante parmi celles avec une éducation supérieure (8%) par rapport aux à celles avec un niveau d'éducation plus faible (6%), mais cette différence n'est pas significative lorsque les données sont ajustées pour l'âge et le sexe. L'analyse temporelle montre peu de changements dans la distribution de la consommation excessive d'alcool.

### On néglige le brossage des dents dans les classes sociales moins favorisées

54% des personnes ayant accédé à l'enseignement supérieur déclarent se brosser les dents au moins deux fois par jour, contre seulement 36% des personnes avec le niveau d'éducation le plus bas. Ce gradient social au niveau de l'hygiène bucco-dentaire avait déjà été observé en 1997 lors de la première enquête de santé, et ne semble pas avoir évolué / diminué depuis lors.

### La connaissance des modes de transmission du VIH diffère selon les classes sociales

Pas moins de 82% des personnes avec le niveau de scolarité le plus faible n'ont pas identifié correctement deux méthodes inefficaces de protection contre la transmission du VIH (soit: "choisir des partenaires qui paraissent en bonne santé" et "se retirer avant l'éjaculation"). Cette proportion diminue cependant à mesure que le niveau d'éducation augmente. Parmi les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur, 39% (soit encore une personne sur trois!) pensent que ces deux méthodes peuvent protéger contre la transmission du virus. Les résultats corrigés pour l'âge et le sexe atténuent quelque peu le gradient observé dans les données brutes, mais les différences persistent néanmoins. Le gradient social dans la reconnaissance des méthodes de protection contre la transmission du VIH est resté inchangé depuis l'enquête de santé de 1997.

### Le vaccin contre la grippe: sommes-nous tous logés à la même enseigne?

Le pourcentage de personnes qui n'ont pas été vaccinées contre la grippe au cours des 12 mois précédant l'enquête est plus élevé dans la classe sociale la plus éduquée (78%, contre 54% dans la classe la moins éduquée). Ces différences sociales sont toutefois essentiellement liées à la distribution par âge des groupes étudiés et disparaissent après standardisation pour l'âge et le sexe.



### Le vaccin contre le Tétanos: une moins bonne couverture dans les classes défavorisées

Les taux bruts indiquent que les personnes avec un niveau d'éducation élevé sont moins souvent vaccinées contre le Tétanos dans les 10 années précédant l'enquête. Toutefois, lorsque les chiffres sont ajustés pour l'âge et le sexe, on remarque l'inverse: en fait, le pourcentage de personnes non couvertes est plus élevé dans la classe d'éducation la plus faible (46%) et diminue à mesure que le niveau d'éducation augmente (parmi les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur, 33% n'ont pas été vaccinés contre le Tétanos). Cette situation ne semble pas avoir évolué de manière significative dans le temps.

### Le contrôle de la cholestérolémie est plus fréquent parmi les plus scolarisés

Le pourcentage des personnes qui n'ont pas eu de contrôle de la cholestérolémie au cours des cinq dernières années est plus élevé parmi celles ayant un faible niveau d'éducation (40%) que parmi celles avec un niveau d'éducation supérieur (30%), et ce après ajustement des données pour l'âge et le sexe. Autrement dit, le risque de ne pas avoir eu de contrôle de la cholestérolémie est environ 1,6 fois plus élevé chez les personnes avec un niveau d'éducation primaire que chez personnes diplômées de l'enseignement supérieur.

### Le niveau d'éducation et le contrôle de la glycémie vont de pair

Le pourcentage des personnes n'ayant pas eu de contrôle de la glycémie (taux de sucre dans le sang) au cours des trois années précédant l'enquête est plus élevé parmi les personnes qui ont un faible niveau d'enseignement (48%) que parmi celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur (38%), et ce, après ajustement des résultats pour l'âge et le sexe. En fait, le risque de ne pas avoir eu un contrôle de la glycémie est environ 1,5 fois plus élevé chez les personnes avec un niveau d'éducation primaire que chez les personnes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.



Styles de vie et prévention: aperçu des inégalités sociales Belgique, Enquête de Santé, 2008						
	<i>Pas ou primaire</i>	<i>Second. inférieur</i>	<i>Second. supérieur</i>	<i>Supérieur</i>	<i>OR(*)</i>	<i>RII(*)</i>
	%	%	%	%		
Activité physique globale	76,0	67,6	61,0	57,2	1,6	1,1
Manque d'activités physiques durant les temps libres	49,3	34,4	27,9	17,1	3,3	2,8
Consommation quotidienne de fruits	64,1	61,9	59,8	69,0	0,6	0,8
Consommation hebdomadaire de poisson	63,8	61,1	62,2	67,1	0,6	0,7
Fumer quotidiennement	22,0	29,1	25,1	13,1	3,7	3,2
Surconsommation d'alcool	5,9	7,5	7,9	8,4	0,8	1,0
Se brosser les dents au moins deux fois par jour	36,3	38,6	50,4	57,4	0,5	0,6
Identification erronée de méthodes non-protectrices contre la transmission VIH	82,9	67,7	56,3	39,4	4,8	2,1
Vaccination contre la grippe	53,9	65,6	77,7	78,4	1,0	1,0
Vaccination contre le Tétanos	57,4	46,4	35,3	31,1	1,7	1,3
Contrôle de la cholestérolémie	26,0	29,2	38,5	35,7	1,6	1,3
Contrôle de la glycémie	34,8	41,0	48,1	41,4	1,5	1,3

(\*) Basé sur les taux standardisés pour l'âge et le sexe. Une valeur inférieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes moins éduquées ; une valeur supérieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes plus éduquées.





## Consommation de soins

### Le généraliste, médecin pour tous

Une grande majorité (78%) de la population déclare avoir vu un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. On n'observe pas de différences ni de gradient social à ce sujet (les pourcentages sont quasi équivalents dans toutes les catégories d'éducation). Cette constatation vaut pour les résultats de la première enquête de 1997 et pour toutes les enquêtes successives.

### Les personnes plus éduquées ont plus souvent recours au médecin spécialiste

52% des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur déclarent avoir eu recours à un médecin spécialiste (en ambulatoire) au cours des 12 derniers mois. Ce taux n'est que de 45% dans les autres groupes d'éducation (enseignement primaire, secondaire inférieur, secondaire supérieur). Cette répartition est observée et reste inchangée depuis 1997.

### Les visites chez le dentiste augmentent avec le niveau d'éducation

On observe un gradient social marqué en ce qui concerne les visites chez le dentiste. 35% des personnes sans diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire disent avoir vu un dentiste au cours des 12 derniers mois mais ce taux augmente au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'élève: 38% chez les personnes avec un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, 51% pour l'enseignement secondaire supérieur et 58% pour l'enseignement supérieur. Ce gradient avait déjà été observé en 1997 et s'est maintenu depuis lors.

### Le kinésithérapeute est plus souvent sollicité par les personnes plus éduquées

Bien que les taux bruts témoignent d'un recours plus fréquent (17,6%) aux services du kinésithérapeute de la part des moins éduqués par rapport aux plus éduqués (16%), les chiffres standardisés pour l'âge et le sexe montrent un gradient social important qui va dans l'autre sens avec le recours au kinésithérapeute qui augmente au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'élève. Ce gradient existait déjà en 1997 et s'est maintenu tout au long de la période étudiée (1997 – 2008).

### Les personnes plus éduquées sont des utilisateurs assidus des pratiques alternatives

18% des personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur déclarent avoir eu recours aux services d'un praticien de médecine alternative (ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur,...). Ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation baisse: 10% chez les personnes avec un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, 7% avec un diplôme secondaire inférieur et 6% chez les personnes sans diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire. Ce gradient était déjà apparu lors de l'analyse des données de l'Enquête de Santé de 1997 et il est resté inchangé depuis lors.



### On retrouve plus de personnes avec un faible niveau d'éducation dans les services d'urgence

Bien que les taux bruts ne montrent pas de relation entre le recours aux services d'urgence au cours des 12 derniers mois et le niveau d'éducation, les taux standardisés témoignent de l'existence d'un gradient social important. Ainsi, le risque d'avoir recours au service d'urgence est 1,4 fois plus élevé chez les personnes avec un faible niveau d'éducation par rapport à celle qui ont un niveau élevé.

### Plus d'hospitalisations chez les personnes avec un faible niveau d'éducation

17% des personnes sans diplôme ou seulement avec un diplôme de l'enseignement primaire ont dû être hospitalisées (et passer au moins une nuit à l'hôpital) au cours des 12 derniers mois. Ce taux est plus faible dans les autres niveaux d'éducation. On n'observe pas par contre d'inégalités sociales en ce qui concerne les hospitalisations de jour.

### Distribution homogène en ce qui concerne la consommation de médicaments soumis à la prescription médicale

Au premier abord, le pourcentage de personnes qui déclarent avoir consommé au cours des 2 dernières semaines des médicaments prescrits semble plus élevé (69%) chez les personnes avec un faible niveau d'éducation par rapport aux personnes avec un niveau d'éducation élevé (43%). Cette différence s'explique par la répartition en fonction de l'âge dans les différents groupes d'éducation (relativement plus de personnes âgées dans les groupes avec un faible niveau d'éducation). Toutefois, après avoir tenu compte de cette répartition, on n'observe plus de différences entre les niveaux d'éducation en ce qui concerne la consommation de médicaments soumis à la prescription médicale.

### La consommation de médicaments de comptoir est surtout le fait des personnes avec un niveau d'éducation élevé

17% des personnes avec un faible niveau d'éducation (sans diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) ont consommé un médicament de comptoir / sans prescription au cours des 2 dernières semaines. Ce taux augmente de manière systématique au fur et à mesure que le niveau d'éducation s'élève pour atteindre 27% chez les personnes les plus éduquées. Le risque d'avoir consommé un médicament de comptoir est 50% plus faible chez les personnes avec un faible niveau d'éducation par rapport aux personnes avec un niveau élevé.



**Consommation de soins: aperçu des inégalités sociales  
Belgique, Enquête de Santé, 2008**

	<i>Pas ou primaire</i>	<i>Second. inférieur</i>	<i>Second. supérieur</i>	<i>Supérieur</i>	<i>OR(*)</i>	<i>RII(*)</i>
	%	%	%	%		
Contact avec le médecin généraliste	84,8	79,5	76,7	75,9	0,9	1,0
Contact ambulatoire avec un médecin spécialiste	48,8	47,1	44,6	51,3	0,6	0,7
Consultation chez un dentiste	35,4	46,7	58,8	68,9	0,3	0,6
Recours aux services d'un kinésithérapeute	17,6	14,8	13,2	16,0	0,8	0,7
Recours aux services d'un praticien de médecine alternative	5,6	6,7	10,2	17,6	0,3	0,2
Visite dans un service d'urgence	15,4	12,9	14,1	12,3	1,4	1,4
Hospitalisation classique	16,8	11,3	11,4	9,6	1,4	1,2
Hospitalisation de jour	8,7	8,6	6,6	6,8	1,0	0,8
Consommation de médicaments soumis à prescription	68,9	61,0	49,1	43,3	1,1	1,1
Consommation de médicaments de comptoir / sans prescription	16,6	20,1	19,4	26,7	0,5	0,6

(\*) Basé sur les taux standardisés pour l'âge et le sexe. Une valeur inférieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes moins éduquées ; une valeur supérieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes plus éduquées.





## Santé et société

### Les ménages avec un faible niveau d'éducation doivent plus souvent reporter des soins de santé pour des raisons financières

Les chiffres bruts montrent un gradient social manifeste: les familles les moins scolarisées (sans diplôme ou niveau primaire) déclarent plus souvent avoir dû postposer des soins de santé pour des raisons financières (18%) que celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire inférieur (18%), le secondaire supérieur (13%) ou celles dont le niveau d'éducation atteint l'enseignement supérieur (9%). Le risque est 3 fois plus élevé de devoir reporter des soins de santé chez les personnes avec le niveau d'éducation le plus bas par rapport à celle avec le niveau d'éducation le plus élevé.

### Tous égaux face aux nuisances environnementales

Il ne semble pas exister de gradient social en ce qui concerne le pourcentage de personnes qui déclarent avoir été incommodées par des nuisances environnementales (pollution atmosphérique, mauvaises odeurs, accumulation d'immondices, humidité, moisissures ou champignons, vibrations ou bruit). De même, aucune différence n'a pu être observée entre les niveaux d'éducation pour ce qui concerne les troubles du sommeil liés au bruit (provenant de la circulation routière, ferroviaire, tram ou métro, des avions, des entreprises etc.).

### La fréquence des accidents / traumatismes ne varie pas en fonction du niveau socio-économique des individus

L'examen des inégalités sociales liées aux traumatismes au cours des douze derniers mois a porté sur deux aspects, avoir été victime: (1) d'un accident qui a nécessité une consultation médicale et (2) d'une agression (verbale, physique) ou d'un vol. Des différences sociales tangibles n'ont pas été observées dans ces domaines.

### Les personnes peu scolarisées sont moins satisfaites de leurs relations sociales

Les résultats bruts indiquent une relation claire entre le niveau d'éducation et la satisfaction par rapport aux relations sociales. 10% des personnes sans diplôme (ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire) ne sont pas satisfaites de leurs relations sociales. Ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente: il est de 8% chez les personnes dont le niveau d'instruction atteint le secondaire inférieur, 6% chez celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire supérieur et 5% chez celles dont le niveau d'instruction atteint l'enseignement supérieur.

### Les personnes moins favorisées ont plus souvent recours à des services de soins à domicile

La proportion de personnes qui fait appel à un service de soins à domicile diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente: 11% des personnes les moins scolarisées (sans diplôme, niveau primaire) déclarent avoir eu recours aux services d'une infirmière (ou d'une sage-femme), contre 8% de celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire inférieur, 4% de celles dont le niveau d'instruction atteint le secondaire supérieur et 3% de celles dont le niveau d'instruction atteint le supérieur.



## Les personnes moins instruites font plus souvent appel aux services du CPAS

On observe clairement pour cet indicateur un gradient social: le recours au CPAS diminue lorsque le niveau d'instruction du ménage augmente (de 7% chez les moins instruits à moins de 1% chez les plus instruits, et cela même après standardisation pour le sexe et l'âge). Ainsi, le risque d'avoir un contact avec un CPAS au cours des douze derniers mois est 9 fois plus élevé chez les personnes avec le niveau d'éducation le plus bas par rapport à celle avec le niveau d'éducation le plus élevé.

Consommation de soins: aperçu des inégalités en matière de santé Belgique, Enquête de Santé, 2008.						
	<i>Pas ou primaire</i>	<i>Second. inférieur</i>	<i>Second. supérieur</i>	<i>Supérieur</i>	<i>OR(*)</i>	<i>RII(*)</i>
	%	%	%	%		
Report de la consommation médicale	18,1	17,6	13,4	9,4	3,1	5,4
Nuisances environnementales	15,2	20,1	17,6	18,0	1,0	1,2
Problèmes de sommeil lié au bruit	24,1	24,5	23,4	28,9	1,0	0,9
Victime d'un accident	6,9	6,0	7,6	6,6	1,1	1,0
Victime de violence	8,0	7,2	10,2	13,6	1,0	0,6
Insatisfaction par rapport aux relations sociales	10,1	8,0	6,2	4,9	2,2	2,0
Recours aux soins à domicile	11,1	7,7	4,4	3,0	1,5	2,2
Recours au CPAS	7,0	5,6	2,5	0,8	9,2	-7,9

(\*) Basé sur les taux standardisés pour l'âge et le sexe. Une valeur inférieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes moins éduquées ; une valeur supérieure à 1 indique une meilleure situation (prévalence plus faible) chez les personnes plus éduquées.