

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale

●● Des faits et des chiffres

● La santé des personnes vivant dans la pauvreté est-elle moins bonne ?

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 :

Plus la position socioéconomique d'un individu est basse, plus il a de chances d'être en mauvaise santé. [Une recherche récente de la Politique scientifique fédérale](#) montre que par ailleurs, il n'y a aucune diminution des importantes inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socioéconomiques. Au contraire, les inégalités entre certains groupes ont plutôt tendance à augmenter.

C'est ainsi que les inégalités sociales en termes de mortalité ont augmenté au cours de la dernière décennie. Entre 1991 et 2001, l'espérance de vie des belges a augmenté au niveau global pour l'ensemble des niveaux d'instruction mais cette augmentation est nettement plus marquée pour les niveaux supérieurs, ce qui explique l'accroissement de l'inégalité. Les personnes n'ayant suivi aucune scolarité mourraient en moyenne, en 2001, 7,5 ans plus tôt que les personnes appartenant au groupe des plus instruits, alors qu'en 1991 l'écart n'était que de 5,2 ans (source: La Politique scientifique fédérale (2010), [Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent](#), Communiqué de presse 4 mai 2010).

Tableau 9a : Espérance de vie à 25 ans en 2001 chez les hommes selon le niveau d'instruction, 1991 et 2001

| Niveau d'instruction | 1991 | 2001 |
|------------------------|-------|-------|
| Enseignement supérieur | 52.68 | 55.03 |
| Secondaire supérieur | 50.59 | 52.52 |
| Secondaire inférieur | 49.66 | 51.33 |
| Primaire | 47.84 | 49.29 |
| Sans diplôme | 47.45 | 47.56 |
| Total | 49.15 | 51.38 |

Source : La Politique scientifique fédérale (2010), [Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent](#), Communiqué de presse 4 mai 2010.

L'inégalité sociale en matière d'espérance de vie s'est également encore accrue ces dernières années. Une femme qui n'a suivi aucun enseignement en 2004 peut s'attendre à vivre 18 ans de moins en bonne santé qu'une femme avec le niveau d'instruction le plus élevé; en 1997, cette différence atteint encore 11,5 ans.

Tableau 9b : Espérance de vie sans incapacité à 25 ans en 1997 et 2004 chez les femmes selon le niveau d'instruction

| Niveau d'instruction | 1997 | 2004 |
|------------------------|-------|-------|
| Enseignement supérieur | 44.73 | 47.10 |
| Secondaire supérieur | 43.41 | 41.27 |
| Secondaire inférieur | 40.88 | 42.01 |
| Primaire | 34.70 | 36.27 |
| Sans diplôme | 33.31 | 28.92 |
| Total | 38.91 | 40.42 |

Source : La Politique scientifique fédérale (2010), [Les inégalités de santé entre catégories sociales s'accroissent](#), Communiqué de presse 4 mai 2010.

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 : Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (2010), [Rapport alternatif des ONG sur l'application de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant par la Belgique](#)). À Bruxelles, les enfants nés dans un ménage sans revenu du travail ont 2 fois plus de chances de subir une mort subite du nourrisson ou de décéder dans le premier mois suivant la naissance que les enfants issus d'un ménage à deux revenus. L'écart sur le plan de la mortalité fœto-infantile entre les classes sociales les plus pauvres et les classes les plus aisées a augmenté entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007. Cette augmentation est essentiellement consécutive à l'augmentation des décès à la naissance chez les enfants issus des familles les plus pauvres (source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2010), [Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2010](#)). Une étude réalisée en Flandre a mis en évidence une claire surproportion de la multiparité chez les mères à faible niveau d'instruction, davantage de malformations, ainsi qu'une proportion supérieure en termes de mortalité fœto-infantile. Et les chercheurs de conclure : « L'augmentation de la mortalité fœtale (mort dans l'utérus) indique clairement qu'il ne s'agit pas uniquement d'une « carence en information » (manque d'aptitudes, hygiène dans les soins du nouveau-né), et que la génération de pauvres sont préjudiciés « biologiquement » de manière plus aigue. 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).

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 présentent également davantage de plaintes sur le plan de la santé.

D'après l'[Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2008](#), il existe une relation claire entre niveau d'instruction et santé subjective : les personnes moins instruites signalent plus souvent être en mauvaise santé que les personnes à plus haut niveau d'instruction. Cette inégalité ne se modifie pas avec le temps (de 1997 à 2008). En ce qui concerne les affections chroniques, les personnes à faible niveau d'instruction en rapportent davantage que les personnes plus instruites. La première enquête de santé de 1997 avait déjà constaté des inégalités sociales sur le plan de la prévalence des affections chroniques, une situation qui s'est confirmée dans toutes les enquêtes consécutives. Les restrictions à long terme se manifestent davantage chez les personnes peu instruites que chez les personnes plus scolarisées et les personnes faiblement scolarisées sont également plus touchées par des restrictions fonctionnelles que les personnes hautement scolarisées. Plus le niveau d'instruction est faible, plus la proportion de personnes qui souffrent de douleur augmente. Le risque de signaler la douleur est deux fois plus élevé chez les personnes les moins scolarisées par rapport aux personnes les plus scolarisées. Le sentiment de mal-être psychique est, quant à lui, plus ou moins également réparti parmi les différents groupes de niveau de scolarisation. C'est chez les personnes les moins instruites que l'on note le plus haut pourcentage de personnes signalant un mal-être psychique (29,4 %) mais on ne peut pas réellement parler de gradient social au sein de la population, étant donné que le pourcentage de personnes qui rapportent un mal-être psychique ne varie pas de manière univoque en fonction du niveau d'instruction. Il s'agit davantage de petits écarts entre les personnes faiblement et hautement instruites. L'obésité, par contre, est fortement teintée socialement. Le risque d'obésité est 2,3 fois plus élevé chez les personnes les moins instruites qu'à l'opposé de l'échelle. Il existe clairement un gradient sur ce plan : plus le niveau d'instruction est élevé, plus le nombre relatif de personnes obèses diminue. Les inégalités sociales en termes d'obésité sont très stables au fil du temps (source : Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport V – Les inégalités Socio-Economiques en matière de santé](#). Institut Scientifique de Santé Publique).

Tableau 9c : Etat de santé: aperçu des inégalités sociales en matière de santé
Belgique, Enquête de Santé, 2008

| Niveau d'instruction | Pas ou primaire | Second. inférieur | Second. supérieur | Supérieur | Relative Index of Inequality(*) |
|---|-----------------|-------------------|-------------------|-----------|---------------------------------|
| | % | % | % | % | |
| Mauvaise santé subjective | 42,7 | 31,1 | 22,1 | 14,3 | 3,3 |
| Maladie chronique (général) | 44,2 | 40,3 | 25,1 | 20,4 | 1,7 |
| Hypertension | 24,5 | 19,7 | 12,4 | 7,7 | 1,7 |
| Arthrose | 29,7 | 20,2 | 11,4 | 7,7 | 1,9 |
| Diabète | 9,9 | 5,4 | 3,0 | 1,6 | 4,7 |
| Allergie | 9,3 | 12,3 | 10,8 | 15,9 | 0,6 |
| Limitations de longue durée (suite à une maladie chronique) | 34,2 | 28,0 | 15,4 | 11,4 | 2,5 |
| Limitations fonctionnelles | 44,3 | 31,9 | 19,0 | 16,4 | 2,4 |
| Douleurs | 42,3 | 34,8 | 28,5 | 21,4 | 2,0 |
| Mal-être psychique | 29,4 | 26,7 | 24,7 | 25,5 | 1,1 |
| Excès de poids | 58,9 | 57,7 | 54,3 | 50,8 | 1,6 |
| Obésité | 19,2 | 19,9 | 14,5 | 9,1 | 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. Pour plus d'explications relatives au Relative Index of Inequality, nous renvoyons au rapport Demarest.

Source : Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport V – Les inégalités Socio- Economiques en matière de santé](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique), p. 12.

Il existe un lien entre la pauvreté et l'incidence de la tuberculose. 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 2009, 1 020 patients tuberculeux ont été signalés, ce qui correspond à une incidence de la maladie (nombre de nouveaux tuberculeux par an pour 100 000 habitants) de 9,6. Moins de la moitié des patients (48,6 %) étaient d'origine non belge (n = 496 sur un total de 1 020), la proportion de non-Belges ayant chuté sous les 50 % depuis longtemps. Les grandes villes (Bruxelles, Liège, Anvers et Charleroi) étaient celles qui connaissaient les incidences de la tuberculose les plus élevées. En 2009, 15,2 % des cas signalés étaient des demandeurs d'asile ou des sans-papier, 2,2 % étaient des détenus et 1,7 % des sans-abri ou sans-domicile. La coinfection TBC/VIH est présente dans 4,2 % des cas (5,3 % à Bruxelles) (source : FARES (2011), [Registre belge de la tuberculose 2009](#)).

Les facteurs de risque associés au mode de vie et aux habitudes alimentaires offrent une explication partielle aux écarts sanitaires constatés. L'obésité et le tabagisme sont, à cet égard, les facteurs les plus documentés comme se manifestant plus souvent chez les personnes à faible niveau d'instruction : l'obésité est présente chez 19,4 % des personnes dans ce groupe, contre 9,2 % chez les personnes à haut niveau d'instruction.

La consommation de tabac demeure répandue au sein des groupes de la population les moins instruits. C'est dans population que l'on retrouve plus de fumeurs, plus de fumeurs quotidiens et plus de grands fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour). L'âge de début du tabagisme y est plus faible qu'au sein des autres groupes de la population, le nombre moyen de cigarettes consommées y est plus élevé et la dépendance tabagique y représente un problème plus fréquent. On dénombre moins de grands fumeurs parmi les diplômés de l'enseignement supérieur (4 %) qu'au sein des autres catégories de niveaux d'instruction (9 % à 13 %).

Tableau 9d : Pourcentage de la population adulte (18 ans et plus) avec obésité (BMI \geq 30), Belgique, la Belgique et les régions, 2008

| | Belgique | Région de Bruxelles-Capitale | Région flamande | Région wallonne |
|-------------------------|----------|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Total | 13,8 | 11,9 | 13,7 | 14,6 |
| Primaire / Sans diplôme | 19,4 | 23,2 | 17,2 | 22,0 |
| Secondaire inférieur | 20,1 | 12,2 | 22,7 | 17,8 |
| Secondaire supérieur | 14,5 | 13,7 | 14,3 | 15,2 |
| Enseignement supérieur | 9,2 | 7,4 | 8,9 | 10,5 |

Source : Van der Heyden J., Gisle L., Demarest S. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport I - Etat de santé](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.

Tableau 9e : Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) considéré comme des fumeurs "intensifs" (20 cigarettes ou plus par jour) selon le niveau d'instruction, la Belgique et les régions, 2008

| | Belgique | Région de Bruxelles-Capitale | Région flamande | Région wallonne |
|-------------------------|----------|------------------------------|-----------------|-----------------|
| Total | 7,4 | 7,4 | 6,6 | 9,2 |
| Primaire / Sans diplôme | 9,4 | 10,3 | 8,0 | 12,2 |
| Secondaire inférieur | 12,7 | 15,5 | 11,4 | 14,4 |
| Secondaire supérieur | 8,6 | 6,8 | 8,0 | 10,1 |
| Enseignement supérieur | 4,0 | 4,8 | 3,5 | 5,0 |

Source : Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008](#).

Rapport II – Style de Vie et Prévention. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.

De grandes différences socioéconomiques sont à relever sur le plan de l'accès aux soins de santé. Tel est, par exemple, le cas dans la réalisation d'un frottis du col de l'utérus en vue du dépistage précoce d'un cancer : 27,7 % des femmes à faible niveau d'instruction affirment en avoir subi un au cours des trois années écoulées, contre 69,5 % au sein du groupe à niveau d'instruction plus élevé. Élément notable : les femmes flamandes en font réaliser un moins souvent que les femmes bruxelloises et wallonnes.

Tableau 9f : Pourcentage de femmes (de 15 ans et plus) qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années selon le niveau d'instruction, la Belgique et les régions, 2008

| | Belgique | Région de Bruxelles-Capitale | Région flamande | Région wallonne |
|----------------------------|----------|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| Total | 58,2 | 64,6 | 55,0 | 62,7 |
| Primaire / Sans diplôme | 27,7 | 37,7 | 23,0 | 34,7 |
| Secondaire inférieur | 52,2 | 49,1 | 46,6 | 62,6 |
| Secondaire supérieur | 56,4 | 57,8 | 54,5 | 59,9 |
| Enseignement supérieur | 69,5 | 77,9 | 66,3 | 73,7 |

Source : Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention. Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.

Le pourcentage de femmes subissant un dépistage précoce du cancer du sein varie, lui aussi, en fonction du niveau d'instruction : 66,9 % des femmes faiblement scolarisées et âgées de 50 à 69 déclaraient n'avoir subi aucune mammographie au cours des deux dernières années, contre 78,8 % des femmes à haut niveau de scolarité.

Tabel 9g: Pourcentage de femmes (de 50 à 69 ans) qui déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années selon le niveau d'instruction, la Belgique et les régions, 2008

| | Belgique | Région de Bruxelles-Capitale | Région flamande | Région wallonne |
|----------------------------|----------|---------------------------------|--------------------|-----------------|
| Total | 72,7 | 69,5 | 71,6 | 76,1 |
| Primaire / Sans diplôme | 66,9 | 52,3 | 70,0 | 63,9 |
| Secondaire inférieur | 66,6 | 57,4 | 64,9 | 72,6 |
| Secondaire supérieur | 71,3 | 59,0 | 69,3 | 78,8 |
| Enseignement supérieur | 78,8 | 81,2 | 78,7 | 78,4 |

Source : Gisle L., Hesse E., Drieskens S. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.

On constate également des différences socioéconomiques sur le plan du nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste : les femmes à faible niveau d'instruction déclaraient avoir davantage de contacts avec leur médecin de famille que les plus instruites, et il s'agissait également plus souvent de contacts de suivi ou de contrôles périodiques. Cette situation s'explique partiellement par leur état de santé moins favorable. Des écarts socioéconomiques s'observent également sur le plan de la nature des nouveaux symptômes inspirant l'appel au

médecin traitant : les symptômes associés au système digestif sont plus fréquemment à la base d'une consultation du médecin traitant chez les personnes faiblement instruites, tandis que les symptômes respiratoires sont plus fréquents chez les personnes plus instruites. Enfin, le nombre de visites à domicile est nettement plus élevé chez les personnes faiblement scolarisées. Des différences socioéconomiques sont également à relever en ce qui concerne les contacts avec un spécialiste : les personnes à haut niveau de scolarité contactent plus souvent le spécialiste ; elles le font plus souvent sur indication d'un autre spécialiste et moins souvent par renvoi du médecin traitant, et elles consultent également davantage un spécialiste en l'absence de symptôme spécifique ou de problème de santé. Les femmes hautement scolarisées consultent plus fréquemment un gynécologue que les femmes à faible niveau d'instruction.

Les personnes à scolarité élevée consultent également plus souvent un dentiste. Les personnes appartenant au groupe de niveau de scolarité le plus élevé se rendent presque deux fois plus souvent chez le dentiste que les personnes de la catégorie la plus faible (source : Drieskens S., Van der Heyden J., Hesse E. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport V – Les inégalités Socio- Economiques en matière de santé](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique).

Quasiment toute le monde dispose en Belgique d'une assurance santé (niveau de couverture supérieur à 99 %) et des efforts tout particuliers sont mis en œuvre pour améliorer le remboursement au bénéfice des groupes précarisés. Cependant, toute une série de personnes doivent reporter des soins de santé pour des motifs financiers. Il ressort ainsi des résultats de l'Enquête de santé 2008 qu'au sein des ménages appartenant à la catégorie de scolarité la plus faible, 18,1 % avaient dû différer une consommation médicale – 17,6 % au sein du groupe 'secondaire inférieur', 13,4 % au sein du groupe 'secondaire supérieur' et 9,4 % chez les ménages du groupe 'enseignement supérieur'. Le report de la consommation médicale est trois fois plus fréquent chez les ménages les moins instruits qu'au sein des ménages les plus instruits. Les personnes appartenant à la catégorie de scolarité la plus faible recourent neuf fois plus souvent aux services du CPAS que les personnes les plus scolarisés (source : Demarest S., Drieskens S., Gisle L. e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport V – Les inégalités Socio- Economiques en matière de santé](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique).

Le tableau 9h présente l'évolution des dépenses en soins de santé, ainsi que le pourcentage de ménages contraints de reporter des soins de santé. Le pourcentage de ménages ayant dû reporter des soins de santé en 2008 a significativement augmenté par rapport à 2004.

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

| | 1997 | 2001 | 2004 | 2008 |
|--|------|------|------|------|
| dépenses mensuelles moyennes pour des soins | 120€ | 125€ | 127€ | 125€ |
| dépenses relatives pour des soins de santé par mois | 7% | 7% | 7% | 7% |
| Pourcentage des ménages... | | | | |
| qui estiment que leur propre contribution aux soins de santé est trop élevée | 33% | 30% | 30% | 35% |
| qui ont dû reporter des soins de santé | 9% | 10% | 10% | 14% |

Source : Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004, 2008 tel que repris dans : Demarest S., Hesse E., Drieskens S., e.a. (2010), [Enquête de santé, 2008. Rapport IV – Santé et Société](#). Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, p. 6.

Dernière mise à jour : 25/03/2011