

Les inégalités sociales de santé en Wallonie

Anouck BILLIET
Sociologue de la santé, Observatoire Wallon de la Santé, Région wallonne

Les inégalités sociales de santé sont connues depuis des années. Les études qui s’y intéressent convergent pour constater que les personnes les plus instruites, les travailleurs les plus qualifiés ou les ménages les plus aisés financièrement bénéficient d’une meilleure santé, d’une espérance de vie plus longue, d’une prise en charge plus adéquate, etc. Il est de plus en plus connu aussi que ces inégalités sont progressives: l’état de santé s’améliore graduellement au fur à mesure que le niveau socio-économique augmente. On parle de gradient socio-économique¹.

Mais quelle est l’ampleur de ces inégalités en Wallonie? Sont-elles plus ou moins importantes qu’ailleurs? Y a-t-il des pathologies ou des états de santé qui y sont plus sensibles? Cela concerne-t-il tous les domaines de la santé?

C’est à ces questions que tente de répondre l’Observatoire Wal-

lon de la Santé dans les pages suivantes en décrivant d’abord la situation en Wallonie et en essayant ensuite de caractériser d’où viennent ces inégalités sociales de santé.

Quels indicateurs témoins d’inégalités sociales de santé en Wallonie?

Pour mesurer l’ampleur des inégalités sociales de santé en Wallonie, une série d’indicateurs de santé ont été retenus et étudiés sous l’angle des différences sociales.

Un indicateur est un condensé de données qui permet de connaître et de mesurer une situation ou une tendance. Les indicateurs de santé illustrent l’état sanitaire d’une population par une information chiffrée.

Il est classique de partir des indicateurs d’espérance de vie et de mortalité et de compléter ce tableau par des indicateurs de morbidité².

ESPÉRANCE DE VIE

En Wallonie, à 25 ans, un homme d’un niveau socio-économique élevé³ peut espérer

vivre encore 45 ans dont 35 sans incapacité. Un homme du même âge d’un niveau socio-économique inférieur peut par contre espérer vivre encore 43 ans dont 27 sans incapacité.

Chez les femmes, la différence d’espérance de vie à 25 ans selon le groupe socio-économique est aussi de deux ans (47 et 45 ans). Mais la différence d’espérance de vie en bonne santé, sans incapacité, est de 15 ans, c’est-à-dire qu’à 25 ans, une femme d’un niveau socio-économique élevé aura encore 40 ans à vivre sans incapacité tandis qu’une femme du même âge du niveau inférieur n’en aura que 25!⁴

1. Dans le Tableau de bord de la santé en Wallonie, la gradient socio-économique est défini de la façon suivante: la relation entre les résultats (trait mesurable comme par exemple l’état de santé) et le statut socio-économique de l’individu dans une population donnée. Tellier et Al., Tableau de bord de la santé en Wallonie, SPW, Namur, 2009

2. Nombre de personnes affectées par une maladie donnée ou de cas enregistrés d’une maladie au sein d’une population donnée à un moment donné. (Définition de l’office québécois de la langue française).

3. VAN OYEN, Differential inequality in health expectancy by region in Belgium, Soz Preventivmed., 2005, 50, 5, 301-10. Dans cette étude, le niveau socio-économique est estimé par le niveau d’éducation moyen du groupe d’appartenance (par sexe et âge) en attribuant un score de 1 à 10 pour une position relative de chaque groupe.

4. VAN OYEN, Differential inequality in health expectancy by region in Belgium, Soz Preventivmed., 2005, 50, 5, 301-10.

Les décès avant 65 ans sont considérés comme «prématurés». En effet, étant donné qu'en Wallonie, l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans pour les hommes et de 82 ans pour les femmes⁵ on peut considérer que les décès qui surviennent «plus de 10 ans trop tôt» sont prématurés.

Comme dans les autres régions belges, les décès prématurés en Wallonie sont proportionnellement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Entre 1995 et 1997, 28% de l'ensemble des décès masculins et 14% de l'ensemble des décès féminins étaient prématurés⁶.

Les régions socio-économiquement faibles sont celles qui ont une mortalité prématurée plus importante, reflet encore une fois des inégalités sociales en matière de santé.

Parmi les décès prématurés certains sont considérés comme « évitables ». Ce sont les décès prématurés qui sont dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Autrement dit, ce sont des décès qui n'auraient pas dû arriver avant un certain âge si les comportements individuels ou les soins de santé reconnus comme meilleurs pour la santé avaient été d'application. Ce sont notamment les décès liés au tabac, à l'alcool, aux accidents de la route, aux suicides et ceux dont la cause aurait pu être dépistée plus tôt ou mieux soignée.

D'après nos calculs⁷, en 2004, 53% des décès prématurés étaient 'évitables' chez les hommes wallons et 49% l'étaient chez les femmes wallonnes. Ces proportions sont semblables dans les autres régions belges.⁸

Ces notions sont intéressantes pour la santé publique car elles permettent de mettre en évidence, d'une part quels sont les décès prématurés pour lesquels il faut encore chercher la meilleure solution pour les éviter et d'autre part ceux pour lesquels la solution est connue mais n'est pas suffisamment ou correctement mise en œuvre (mortalité évitable).

5. TELLIER et Al., Tableau de bord de la santé en Wallonie, SPW, Namur, 2009.

6. TELLIER et Al., Tableau de bord de la santé en Wallonie, SPW, Namur, 2009.

7. Calculs d'après les données de SPMA, de l'Institut Scientifique de Santé Publique.

8. Cette estimation est basée sur la classification simplifiée «S9» de l'INSERM où sont considérés comme 'évitables' les décès avant 65 ans par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'oesophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères,

mortalité maternelle, accident de la route, chute accidentelle et suicide.

9. SCHEPERS, SMET et al. 1985.

10. Tellier V. et al., Tableau de bord de la santé en Wallonie, SPW, Namur, 2009.

11. CAMBOIS E., Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives, BEH, 2008.

12. AVENANDO M., et al. (2006), "Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 western European populations during the 1990s", Heart, 92(4), pp. 461-467.

13. WILLEMS S., «Problématiques des inégalités socio-économiques de santé en Belgique» in Santé conjugée, 2007.

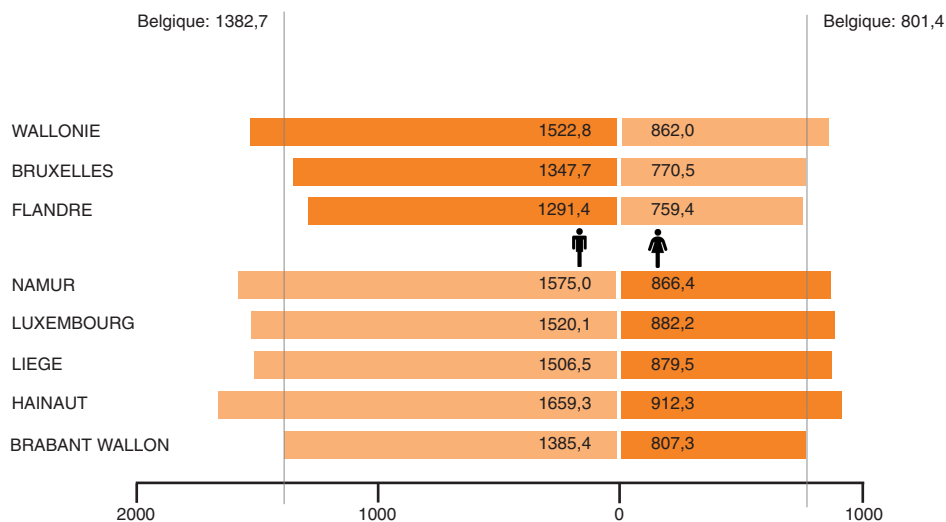
MORTALITÉ

Il fut un temps où la Wallonie avait un taux de mortalité plus faible que la Flandre, mais depuis la Seconde Guerre mondiale cette situation a changé.⁹ Des études, dont le Tableau de bord de la santé en Wallonie, montrent que la partie wallonne du pays est aujourd'hui caractérisée par un taux de mortalité plus élevé que dans les autres régions et ce indépendamment de la structure d'âge ou de sexe¹⁰. Autrement dit, à âge égal, le risque de mourir est, en moyenne, plus élevé pour un(e) Wallon(ne) que pour un(e) Bruxellois(e) ou un(e) Flamand(e). Ces différences s'expliquent notamment par l'influence du contexte socio-économique (Leclerc 2000).

Certaines maladies contribuent plus que d'autres aux inégalités face au risque de décès.¹¹ En premier lieu, on trouve les décès par maladies cardio-vasculaires et, en particulier, les accidents-vasculaires cérébraux et les infarctus (cardiopathies ischémiques). «En Belgique, les hommes et les femmes d'âge moyen et ayant un faible niveau d'éducation courent respectivement 1,41 et 1,84 fois plus de risque de mourir de maladie ischémique que ceux qui possèdent un niveau plus élevé».¹²⁻¹³ Notons que les accidents vasculaires-cérébraux sont liés à l'hypertension artérielle et augmentent lorsque cette dernière est mal contrôlée. Ils augmentent également avec la consommation de tabac.

Le cancer du poumon chez les hommes est une autre cause de mortalité fortement différenciée en fonction du groupe social. En

Figure 1: Taux standardisés de mortalités toutes causes, 1995-1997
(pour 100 000 habitants)



Source : Tellier V. et al., Tableau de bord de la santé en Wallonie, SPW, Namur, 2009.

Belgique, «les hommes ayant un faible niveau d'éducation et âgés de 40 à 49 ans ont 1,97 fois plus de risque de mourir de ce cancer que les hommes du même âge ayant un plus haut niveau d'éducation».¹⁴

D'autres décès par cancer sont plus fréquents dans les publics plus défavorisés, comme ceux

liés aux cancers des voies aéro-digestives supérieures (cavité buccale, pharynx, etc.) chez les hommes, et les décès liés aux cancers de l'estomac et de l'utérus chez les femmes.¹⁵

Les causes externes de décès (suicides, accidents, homicides), bien qu'elles ne concernent qu'une petite partie des décès, sont d'une importance particulière pour expliquer les différences socio-économiques de décès, notamment, chez les jeunes. On a constaté qu'en Belgique, il y a 1,47 fois plus de suicides dans les quartiers socio-économiquement défavorisés.¹⁶

MORBIDITÉ

En ce qui concerne la morbidité, c'est-à-dire le mauvais état de santé, la dernière Enquête Nationale de Santé par interview récemment publiée par l'Institut Scientifique de Santé

Publique¹⁷ illustre particulièrement bien la présence d'inégalités sociales. Les principaux indicateurs de cette enquête mettent en évidence le gradient socio-économique dans presque chaque dimension de la santé. Dans cette étude, le niveau de diplôme a été retenu comme indicateur de la position socio-économique relative de chaque individu. Le niveau de diplôme est en effet un bon indicateur, souvent utilisé en santé comme mesure de la situation sociale des individus. C'est un élément plus simple à obtenir que le revenu et plus facile à mesurer que le type d'emploi occupé. Le niveau d'instruction est mesuré par le plus haut diplôme obtenu par la personne-même ou par une personne dans son ménage. Cette étude nationale permet, par ailleurs, de situer la réalité sanitaire de la Wallonie par rapport aux deux autres régions.¹⁸

14. Mackenbach J., (2004), «Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations» in European Journal of Cancer, 40(1), 126-35

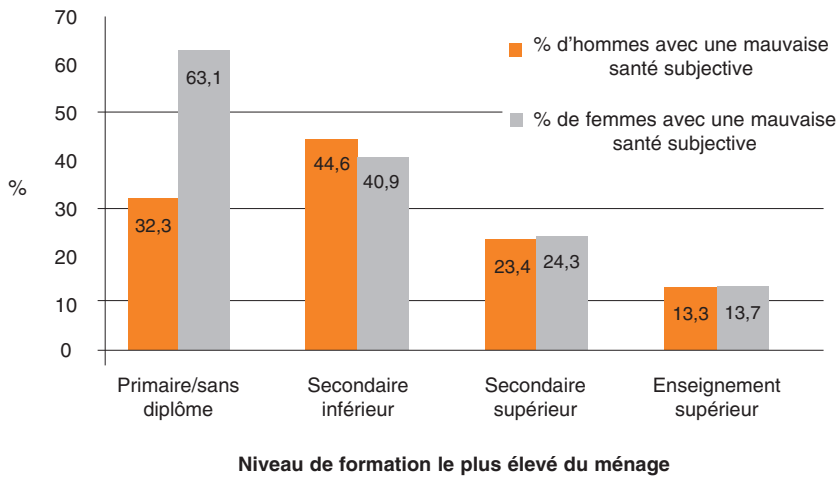
15. MENVIELLE G., GRASS H., Inégalités sociales de mortalité par cancer en France, BEH, 2008.

16. LORANT V., (2000), «Mortality socio-economic inequalities for small-areas in Belgium: assessing concentration» in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 48(3), pp. 239-247.

17. VAN DER HEYDEN J, GISLE L, DEMAREST S, DRIESKENS S, HESSE E, TAFFOREAU J., Enquête de santé, 2008. Rapport I - Etat de santé, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.

18. Les résultats présentés dans cette partie portent tous sur les chiffres de 2008.

Figure 2: Pourcentage de la population wallonne qui s'estime en mauvaise ou très mauvaise santé selon le niveau de formation et le sexe, HIS 2008.

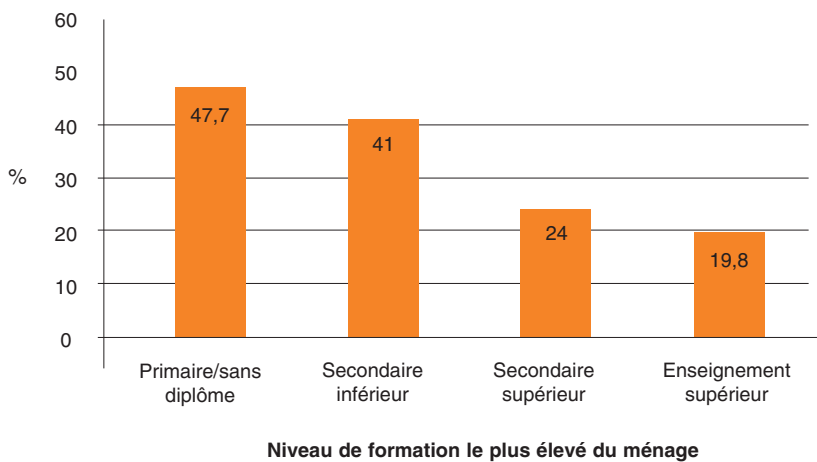


Santé subjective

La santé subjective est l'évaluation que font les individus de leur propre santé en répondant à la question «*Comment est votre état de santé général?*». Cet indicateur est subjectif car c'est une réponse personnelle qui n'est pas spécialement basée sur des informations scientifiques. Il

n'en est pas moins un bon indicateur de la santé au niveau individuel et au niveau d'une population. La littérature internationale montre d'ailleurs une forte association entre l'état de santé subjectif, estimé par l'individu lui-même, et l'état de santé tel qu'il pourrait être mesuré par les professionnels de la santé.¹⁹⁻²⁰

Figure 3: Pourcentage de la population wallonne qui déclare souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques, affections de longue durée ou handicaps selon le niveau de formation, HIS 2008.



Les différences se marquent systématiquement dans la perception qu'ont les gens de leur santé en fonction du niveau de formation. Ainsi en Wallonie, dans les familles les moins scolarisées, 50,8% des personnes interrogées s'estiment en mauvaise santé. Tandis que dans les familles dont le niveau d'instruction atteint l'enseignement supérieur, 13,5% des personnes s'estiment en mauvaise santé. Dans les ménages où le plus haut diplôme est celui de l'enseignement primaire, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à considérer leur santé comme mauvaise ou très mauvaise (Figure 2).

Le gradient de santé subjective en fonction du niveau socio-économique existe dans les trois régions du pays, mais on constate en Wallonie une amélioration globale assez nette (et significative): en 1997, 73% de la population wallonne s'estimait en bonne santé contre 78% en 2008 alors qu'en Flandre et à Bruxelles, la situation n'a pas évolué (autour de 79% en Flandre et 75% à Bruxelles). Les analyses réalisables actuellement ne nous permettent pas de déterminer si cette évolution a bénéficié de la même façon à tous les groupes sociaux.

19. DE BRUIN A. et al., «Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments» in WHO regional publications. European series 1996; 58: 1-161.

20. IDLER E. et al., «Self-rated health and mortality. A review of twenty-seven community studies» in Journal of Health and Social Behavior 1997; 38: 21-37.

Tableau 1: Prévalence des maladies chroniques les plus fréquentes dans la population totale, hommes et femmes, tous les âges, Wallonie, HIS 2008.

	HOMMES	FEMMES
Affections du bas du dos	14,4%	16,2%
Hypertension artérielle	12,2%	14,7%
Allergies	12,0%	13,9%
Arthrose	9,7%	18,9%

Maladies chroniques

En Wallonie, plus d'une personne sur 4 déclare souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques, maladies de longue durée ou d'un handicap (27,8%). Comme dans les autres régions, cette prévalence diminue lorsque le niveau d'éducation s'élève (Figure 3).

En Wallonie, la proportion de personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques reste stable entre 2004 et 2008, alors qu'elle augmente en Flandre (de 21,1% à 26,2%) et à Bruxelles (de 24,6 à 30,5%).

Il n'y a pas de différence entre hommes et femmes en ce qui concerne la proportion d'affections chroniques. Par contre, le type d'affection est sensiblement différent. Près de 20% des femmes se plaignent d'arthrose et 16% des affections du bas du dos. Chez les hommes, 14% se plaignent de ces mêmes affections du bas du dos et 12% déclarent de l'hypertension artérielle (Tableau 1).

L'arthrose, l'hypertension artérielle et les affections du bas du dos diminuent quand le niveau d'éducation augmente. En Flandre cependant, le gradient social n'apparaît pas pour l'arthrose.

En Wallonie, l'arthrose augmente plus nettement entre 1997 et 2008 que dans les autres régions. En 1997, dans la population wallonne, 8,6% s'en plaignait contre 14,4% en 2008. Cette augmentation est plus prononcée dans les ménages les moins scolarisés (Figure 4).

Pour l'hypertension artérielle, le même gradient socio économique est observé dans les trois régions du pays. En Wallonie comme en Flandre, la proportion de personnes qui déclarent souffrir d'hypertension artérielle augmente entre 1997 et

2008: passant en Wallonie de 10,6% en 1997 à 13,8% en 2008. A Bruxelles, cette proportion reste constante. Comme pour l'augmentation de l'arthrose, l'augmentation de l'hypertension artérielle est plus importante dans les ménages à plus faible niveau de formation (Figure 5).

... suite
de l'article dans le n°65
de l'Observatoire

Figure 4: Evolution du pourcentage de la population wallonne qui déclare souffrir d'arthrose selon le niveau de formation, HIS 1997 à 2008.

