



*Institut Scientifique de la Santé Publique  
Service d'Epidémiologie*

# **RAPPORT DE SANTÉ: DIFFERENCES SOCIO-ECONOMIQUES EN SANTÉ**

**BOSSUYT N.  
VAN OYEN H.**



Bossuyt N., Van Oyen H.  
Rapport de Santé: Différences socio-économiques en Santé  
Institut Scientifique de la Santé Publique, Service d'Epidémiologie  
IPH/EPI REPORTS N° 2001 - 013  
Novembre 2001; Bruxelles  
N° de Dépot: D/2001/2505/19

**RAPPORT DE SANTÉ:**

**DIFFERENCES SOCIO-ECONOMIQUES EN  
SANTÉ**

BOSSUYT N.  
VAN OYEN H.

Institut Scientifique de la Santé Publique  
Service d'Epidémiologie  
Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles  
☎ 32 2 642 54 07  
fax. 32 2 642 54 10  
email: [nathalie.bossuyt@iph.fgov.be](mailto:nathalie.bossuyt@iph.fgov.be)  
<http://www.iph.fgov.be/epidemio/>

# Différences socio-économiques en santé

<b>1. Introduction</b>	<b>2</b>
<b>2. Définitions</b>	<b>3</b>
<b>2.1 Statut socio-économique</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Différences dans la santé</b>	<b>3</b>
<b>2.3 Inégalités dans le domaine de la santé</b>	<b>3</b>
<b>3. Buts</b>	<b>3</b>
<b>4. Recherche des différences socio-économiques dans la santé</b>	<b>4</b>
<b>4.1 International</b>	<b>4</b>
<b>4.2 Belgique</b>	<b>4</b>
4.2.1 Sources des données	4
4.2.2 Différences en mortalité	5
4.2.3 Différences dans l'état de santé	5
4.2.3.1 Santé perçue, plaintes de santé et limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne	5
4.2.3.2 Affections spécifiques	6
4.2.4 Différences dans les déterminants de la santé	7
<b>5. Conclusion</b>	<b>9</b>
<b>6. Références</b>	<b>10</b>

## **1. Introduction**

---

Les personnes ayant un statut social bas paraissent souvent en plus mauvaise santé que les personnes ayant une position plus élevée dans l'échelle sociale. Malgré le bien-être croissant, ces différences ne semblent pas pour autant disparaître.

De telles différences socio-économiques dans le domaine de la santé peuvent être considérées comme injustes et sont jusqu'à un certain point évitables. Du point de vue éthique, il n'est que juste de diminuer ces excès en problèmes de santé dans les groupes défavorisés (1). Cela nécessite une intervention sur les facteurs intermédiaires par lesquels le statut socio-économique exerce une influence sur la santé. Ces facteurs comprennent entre autre l'offre de services médicaux, de circonstances individuelles et de comportement. Une telle attitude semble être la façon la meilleure et la plus effective pour amener la santé de la population entière à un niveau plus haut.

Une stratégie de gestion concrète suppose en premier lieu l'information sur l'étendue du problème et sur les déterminants les plus importants. Différents points d'application sont possibles: on peut entre autre partir d'un problème de santé spécifique, d'un facteur causal important ou d'un groupe à risque élevé (2).

Le rapport 'Soins de Santé en Belgique: défis et opportunités' de la commission d'experts Peers a donné un aperçu de la situation actuelle en ce qui concerne les soins de santé en Belgique. Une attention particulière a été portée sur les inégalités sociales et leurs conséquences pour la santé et la maladie, résultant dans une analyse de fond de l'inégalité sociale dans le financement des soins de santé et dans les attributions des soins. Une recherche orientée vers l'accessibilité des soins de santé est faite actuellement dans ce contexte.

Dans ce rapport les termes utilisés seront d'abord définis, Ensuite il y aura un bref aperçu de la recherche dans notre pays et dans les pays avoisinants. Enfin suit l'examen des résultats par rapport aux buts que la Belgique s'est fixés dans ce domaine.

## 2. Définitions

---

### 2.1 Statut socio-économique

Dans notre société les moyens sont partagés de façon inégale entre les individus. Cette répartition inégale conduit à l'existence d'une hiérarchie sociale. La position d'une personne dans cette hiérarchie détermine son statut socio-économique. Les trois dimensions qui fixent le plus la position dans la hiérarchie sociale sont l'éducation, les revenus et la profession (1).

Le niveau de l'instruction détermine dans une grande mesure l'accès à l'information et l'habilité à utiliser ces nouvelles informations de manière utile. C'est un déterminant important des revenus et de la profession. Le niveau de formation des personnes individuelles dans une population est facile à déterminer et a en outre l'avantage de modifier très peu au cours de la vie adulte. C'est la raison pour laquelle le niveau de formation est fréquemment utilisé dans les études comme indicateur pour le statut socio-économique.

Les revenus interviennent surtout pour l'accès aux " denrées rares ", aussi bien en terme de facteurs environnants que dans l'accès aux soins de santé. Il est difficile de fixer les revenus d'un individu, du fait que la notion de revenus est difficilement définissable et très sensible. Le taux de réponse par le questionnaire est fréquemment bas et une grande partie des réponses sont inexactes.

La profession influence les facteurs sur lesquels les revenus et le niveau d'éducation ont aussi une influence et ajoute encore des avantages spécifiques, liés à la pratique de professions bien spécifiques, tels que le prestige, les privilèges, la puissance et les aptitudes sociales et techniques. L'envergure de la profession n'est certes pas à prendre en considération pour une partie importante de la population et il est de plus difficile de hiérarchiser les différentes classes professionnelles.

### 2.2 Différences dans la santé

Il y a des différences dans la santé entre les différents groupes de personnes. Le terme *différence* est purement descriptif et ne contient aucun jugement de valeur. C'est le collectif pour toutes les variations dans le domaine de la santé.

### 2.3 Inégalités dans le domaine de la santé

Certaines différences dans le domaine de la santé sont inutiles et évitables, et sont considérées comme injustes. Ces différences sont appelées *inégalités*. Le terme inégalité ('inequity') n'est pas par conséquent décrit textuellement mais a aussi une dimension éthique (3) .

L'Organisation Mondiale de la Santé utilise le sens 'equity in health' et montre avec cette expression la situation idéale où chacun obtient une chance équitable pour atteindre son potentiel maximal en santé et dans laquelle personne ne subit de préjudice quand cela peut être évité (4).

## 3. Buts

---

En 1980 les Etats Membres du Bureau Régional pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé dont la Belgique se sont engagés à travailler sur une stratégie de santé commune 'Health for All by the Year 2000'.

En 1984, 38 buts pour la santé furent acceptés par les états membres. Le but ultime avait été posé qu'en l'an 2000, les inégalités existantes au point de vue santé entre les pays et les groupes (socio-économiques ) seraient réduites d'au moins 25%, pour le niveau de santé des pays les moins favorisés et pour les groupes à améliorer...' (5). Le problème des différences socio-économiques dans la santé reste toujours le point central dans 'Health 21', la suite de 'Health for All by the Year 2000'(6).

## **4. Recherche des différences socio-économiques dans la santé**

---

### **4.1 International**

La relation entre le statut socio-économique (SSE) et la santé a été étudié amplement. Au Royaume-Uni on recherche déjà à partir de la création du Registre National en 1837, par l'analyse des statistiques nationales de mortalité, si des facteurs socio-économiques ont une influence sur la mortalité (7). Le rapport du Registre National contient depuis le début des années '20 l'analyse de la mortalité selon les classes sociales. Cinq classes sociales ont été séparées sur base de la profession (8).

Après la seconde guerre mondiale, on s'attendait, vu le bien-être croissant général à ce que les différences socio-économiques dans la mortalité soient moindres. Le Black Report (9;10) nous montra en 1980 que les différences au Royaume-Uni n'avaient pas disparu, mais avaient même augmenté. Ces découvertes ont contribué à la création d'une nouvelle vision sur les inégalités sociales dans le domaine de la santé pendant les années '80 en '90, sous la forme de nouvelles études et des stratégies d'intervention comme celles élaborées par l'Organisation Mondiale de la Santé par exemple.

De nombreuses études internationales ont montré entre-temps l'existence de différences socio-économiques en santé en Europe de l'Ouest et en Scandinavie durant ces 20 dernières années (11). Des différences dans la mortalité ont été aussi démontrées en Finlande (12), Norvège (11), Italie (11), Danemark (13), Suède (14), France (15), le Royaume-Uni (8), Irlande, Suisse, Espagne et Portugal (16;17).

Il y a aussi des différences socio-économiques importantes dans l'espérance de vie en bonne santé, santé subjective, présence de maladies chroniques, limitations et problèmes de santé de longue durée (17-21). Il est réellement difficile de comparer les chiffres entre eux du fait de l'utilisation de différentes catégories d'âge, de différentes définitions de santé et de différentes dimensions socio-économiques.

### **4.2 Belgique**

#### **4.2.1 Sources des données**

En Belgique, la recherche durant les 20 dernières années a été orientée sur les différences socio-économiques dans le domaine de la santé.

Ces études ont été fortement limitées car l'information sur la santé de l'individu ne pouvait pas être couplée à son information socio-économique. Ceci eut comme conséquence que la plupart des recherches sur les différences en mortalité durant la période 1980 – 1990 concerne surtout des études écologiques avec une description des différences géographiques ou des différences en mortalité en fonction de la naissance. Des études sur les différences socio-économiques dans le domaine de la santé étaient fortement basées sur des enquêtes uniques et à petite échelle qui concernaient parfois une affection spécifique.

La situation a changé récemment. Le couplage de l'information socio-économique provenant du recensement de 1991 au Registre National avec les données des causes de décès a permis d'explorer plus à fond le phénomène de mortalité différentielle. A côté de cela, l'enquête de santé publique sur le plan national de 1997 offre de nouvelles possibilités pour établir des différences socio-économiques en santé.

Lagasse a présenté un aperçu de la recherche à ce sujet pendant la période 1988 – 1992 en Belgique (22). Vous trouverez xi-dessous, une liste de quelques résultats remarquables.

## **4.2.2 Différences en mortalité**

L'existence de gradients sociaux dans la mortalité en général a été clairement démontrée dans notre pays. C'est ainsi que l'on constate une mortalité cardio-vasculaire plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique plus bas (23).

Sur le plan de la mortalité infantile, on note entre autre une mortalité périnatale plus élevée en Flandre, à partir du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'après la seconde guerre mondiale, suivi d'une période avec un taux plus élevé de mortalité infantile en Région Wallonne jusqu'en 1984 (24). De plus, il semble qu'il existe encore toujours clairement des différences socio-économiques dans la mortalité néonatale et des nourrissons, et que ces différences augmentent même (25-27).

Les causes de décès évitables pour lesquelles on constate les différences les plus frappantes semblent être surreprésentées dans les régions géographiques économiquement défavorisées (28). Une étude récente a montré un lien positif entre un état socio-économique défavorable (au niveau communal) et des formes déterminées de décès qui sont évitables par la prévention primaire ou secondaire, à savoir les décès causés par la cirrhose du foie, le cancer de l'intestin, le suicide et les chutes. La mortalité due à ces causes était toutefois concentrée dans une certaine mesure dans les communes défavorisées (29).

Grâce à la Banque Nationale de données sur la mortalité, obtenue par le couplage de l'information socio-économique individuelle provenant du Recensement de 1991 avec Le Registre National et les données sur les causes de décès, il est maintenant possible d'examiner un certain nombre d'hypothèses sur la mortalité différentielle au niveau individuel (30).

Chez les hommes d'âge moyen et de nationalité belge, on a trouvé une mortalité nettement différentielle pour des dimensions différentes, tant matérielles qu'immatérielles du statut socio-économique. Ces différences sont comparables aux tendances dans la littérature internationale d'Europe et des Etats-Unis (31).

L'analyse de la banque de données montre qu'il semble exister aussi des différences régionales importantes dans la mortalité pour ces hommes. La Wallonie connaît une mortalité plus élevée et la Flandre une mortalité plus faible que sur le plan national. Les différences à Bruxelles se rapprochent plus de celles de la Région Wallonne. Après examen du statut socio-économique d'importantes modifications régionales apparaissent, comme on s'y attendait, qui diminuent généralement le risque de mortalité chez les hommes en Wallonie et augmentent en général en Flandre. Les différences de mortalité par arrondissement sont plus sensibles pour les contrôles sur les dimensions matérielles du statut socio-économique (par exemple la profession, l'emploi) que pour les contrôles sur les facteurs immatériels (par exemple l'enseignement) (32).

Bien que diminué, le patron de mortalité géographique général semble encore valable après contrôle du statut socio-économique, qui montre qu'à côté des effets socio-économiques importants, d'autres facteurs dans certaines régions ont aussi une influence sur le risque de mortalité. Il est frappant qu'en Flandre après contrôle du statut socio-économique les régions rurales connaissent la mortalité relative la plus basse, tandis qu'en Wallonie on note clairement la plus haute mortalité relative dans les régions rurales. On montre par conséquent, à l'aide de ces données individuelles, que l'hypothèse traditionnelle selon laquelle la différenciation régionale de la mortalité en Belgique est attribuée aux caractéristiques socio-économiques, se présentent partiellement mauvaises (32).

## **4.2.3 Différences dans l'état de santé**

### **4.2.3.1 Santé perçue, plaintes de santé et limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne**

La manière dont les personnes perçoivent leur santé est un des plus importants indicateurs pour examiner la santé et la qualité de vie. Cet indicateur est repris dans le but 2 de la stratégie de l'Organisation Mondiale de la Santé (33).

L'indicateur focalise sur l'impact d'une situation de santé ressentie sur la possibilité de mener une vie qui donne pleine satisfaction, et est une mesure pour la qualité de la vie ayant rapport avec la santé dans le sens large du mot (34). L'indicateur paraît stable et on a trouvé un fort lien négatif entre la santé perçue et le nombre de contacts annuel avec un médecin. L'indicateur a une forte valeur prédictive pour la santé, entre autre pour la forme physique ressentie et pour la mortalité (35-39).

La santé perçue peut être exprimée à l'aide du terme 'espérance de santé'. Tout comme l'indicateur 'espérance de vie' indique le nombre d'années qu'une personne peut encore espérer vivre, l'indicateur 'espérance de vie en bonne santé' donne le nombre d'années qu'une personne à un âge déterminé peut encore s'attendre à vivre en bonne santé (ici : santé bien ressentie). L'indicateur combine donc aussi bien l'information sur la mortalité que sur la maladie.

Des données de 1989 ont montré qu'il existait des différences géographiques dans le nombre d'années à espérer vivre en bonne santé perçue entre la Région Flamande et la Région Wallonne (40). Les hommes de la Région Flamande pouvaient à l'âge de 15 ans s'attendre à vivre encore 56,5 ans en bonne santé perçue tandis que pour les hommes en Région Wallonne cette durée de vie n'était que de 50,2 années. Les femmes de la Région Flamande avaient à l'âge de 15 ans une espérance de vie en bonne santé de 61,3 années et les femmes de la Région Wallonne une espérance de vie de 58,1 années.

Il semble dans l'analyse des données de la période 1991-1997 qu'il existe aussi des différences dans l'espérance de vie en bonne santé en fonction du niveau d'éducation. L'espérance de vie en bonne santé perçue des groupes de scolarisation plus basse semble être plus faible que pour les plus élevés et on remarque tant pour les hommes que pour les femmes une évolution systématiquement croissante avec l'augmentation du niveau d'éducation. La différence en 'espérance de vie en bonne santé perçue' à l'âge de 25 ans peut aller jusqu'à 17,8 années chez les hommes et jusqu'à 24,7 années chez les femmes (41).

Chez les hommes, 'l'espérance de vie sans limitations fonctionnelles' augmente aussi avec le niveau d'éducation, mais cet accroissement n'est pas aussi systématique en comparaison avec l'espérance de vie en bonne santé perçue. L'augmentation de 'l'espérance de vie sans limitations fonctionnelles' est moins systématique chez les femmes. On remarque des différences bien nettes entre des catégories déterminées. Les femmes en haut de l'échelle hiérarchique au niveau de l'instruction se séparent nettement du groupe moyen. Les femmes avec une classification dans le bas de l'échelle ont clairement une 'espérance de vie sans limitations fonctionnelles' moindre que les autres groupes tandis que les femmes haut placées dans la classification ont une 'espérance de vie sans limitations fonctionnelles' remarquablement plus élevée que celle des autres femmes. Les personnes de niveau scolaire bas peuvent aussi s'attendre pendant leur vie plus courte à un plus grand nombre d'années avec des limitations (41).

#### **4.2.3.2 Affections spécifiques**

On a trouvé de nombreuses différences socio-économiques dans les affections spécifiques. Beaucoup de recherches ont été effectuées dans le domaine de la morbidité périnatale.

Des données datant des années 80 ont mis en lumière qu'il existait des différences socio-économiques et géographiques importantes dans le poids à la naissance, le temps de la grossesse, les anomalies congénitales.

Les données de 1983 ont révélé que la prématurité (une durée de grossesse de moins de 37 semaines) et un poids trop bas à la naissance surviennent plus fréquemment chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants d'employés (42). Les enfants d'origine africaine forment une exception à ce sujet. Malgré le fait que ce groupe a sur base de la profession du père en moyenne un statut socio-économique plus bas, on a noté une plus petite fréquence de faible poids à la naissance que chez les enfants d'origine belge (43).



On applique plus fréquemment un cerclage chez les femmes enceintes ayant un statut social bas. Elles ont rapporté plus de plaintes de grossesse, ont pris plus de médicaments pendant leur grossesse et étaient plus souvent hospitalisées que les femmes de statut social plus élevé. De plus les enfants de mères à niveau social bas ont dû plus fréquemment être placés en couveuse (28).

D'autres affections semblent également survenir plus fréquemment chez les personnes ayant moins d'avantages sociaux. C'est ainsi qu'on a trouvé dans une petite zone urbaine des différences géographiques importantes dans l'apparition des maladies coronariennes. Ces différences sont en relation avec la situation socio-économique à l'intérieur des zones géographiques (44). On trouve aussi plus de caries dentaires chez les enfants de pères ayant une éducation moindre (45).

On a trouvé un lien inverse chez les jeunes filles de 12 ans d'origine belge entre d'une part le statut social et d'autre part la prévalence et la gravité de l'obésité. On n'a pas retrouvé ce lien chez les jeunes gens et les enfants d'origine non belge (46). Ce lien est plus précis chez les jeunes filles entre 12 et 15 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'on constate un nombre plus élevé de nouveaux cas d'obésité chez les jeunes filles ayant une position sociale plus basse, tandis qu'un nombre restreint de jeunes filles obèses de ce groupe atteinne à nouveau un poids normal pendant cette période. Il faut instaurer préférentiellement des mesures préventives dès le début de l'adolescence, en prêtant une attention toute particulière aux jeunes filles de niveau social peu élevé (47).

On a découvert chez les jeunes gens ( entre 18 et 25 ans ) une association entre le surpoids et le revenu moyen dans leur commune. En 1990 les communes plus pauvres ont connu 3 % de plus de surpoids et 8 % en plus d'obésité que dans les communes plus riches. Cette différence est restée quasi inchangée par rapport à la situation en 1979 (48).

#### **4.2.4 Différences dans les déterminants de la santé**

Il semble, vu ce qui a été dit plus haut, qu'on peut clairement montrer une relation entre la situation socio-économique et la santé. Il existe des hypothèses différentes sur la direction de cette relation et sur les mécanismes cachés pouvant expliquer cette relation. Une hypothèse se présente par exemple que la situation au point de vue santé d'une personne a une influence sur son statut socio-économique. Selon la littérature actuelle il y a bien des modifications pour de tels processus sélectifs, mais dans une mesure incomplète pour pouvoir expliquer totalement toutes les différences de santé.

La théorie causale sociale part de la supposition que le statut socio-économique via des facteurs intermédiaires a une influence sur la situation en santé. Des différences de santé sociale existent comme les facteurs qui ont une influence sur l'inégalité au point de vue santé partagée entre les différents groupes socio-économiques. Un premier groupe de facteurs intermédiaires forme les facteurs de comportement et les habitudes de vie comme les habitudes alimentaires, le comportement vis-à-vis du tabac, les activités physiques, le comportement vis-à-vis des risques et l'utilisation des préventions en santé.

Un groupe suivant constitue les facteurs de structure, qui comprennent entre autre les conditions matérielles dans le travail et l'habitat, la situation financière individuelle et l'assurance maladie. Enfin des facteurs psychosociaux ont aussi une influence sur la santé. Sous cette dénomination on inclut d'une part les facteurs stressants ( tels que life-events) et d'autre part les mécanismes allant avec ces facteurs de stress tels que la manière individuelle de recevoir les événements et le réseau social (49).

De tels facteurs intermédiaires ont été étudiés également. Un des premiers domaines de la recherche dans lequel on a déjà fait pas mal de recherche est celui des facteurs de risques en relation avec la maternité et la naissance.

Une étude effectuée dans le Hainaut durant les années 1979-1980 a montré qu'on trouvait chez les groupes avec un poids plus faible à la naissance, une plus haute incidence de facteurs de risque (poids plus faible à la naissance du précédent enfant, parité plus élevée, moins d'un an

entre deux accouchements, prévention inadéquate durant la grossesse, soins médicaux moins spécialisés si nécessaire, qualité de vie plus mauvaise, logement plus mauvais, usage plus important de café et de tabac). L'incidence de ces facteurs de risque était systématiquement plus élevée dans les groupes sociaux moins favorisés (basé sur un groupe de facteurs socio-économiques, pas sur des facteurs isolés) (27).

Le pourcentage de femmes enceintes qui se présentent tard dans la maternité pour des soins prénatals est plus élevé chez les femmes qui ont obtenu au plus haut un diplôme de l'enseignement secondaire (50).

On a aussi constaté des différences remarquables dans le domaine des habitudes alimentaires. La consommation des graisses alimentaires par exemple chez les hommes semble montrer une relation inverse avec le niveau d'éducation (51). Les mères ayant un niveau d'éducation plus élevé limitent fortement la consommation de bonbons sucrés, de boissons fraîches et de snack pour leurs enfants. Ces différences peuvent être expliquées jusqu'à un certain point par des différences dans les considérations de santé et de goût entre les classes. Les mères ayant un niveau d'éducation plus élevé se laisseraient plus guider pour l'alimentation par des considérations de santé et moins par des préférences de goût de la famille que les mères moins scolarisées (52;53).

L'offre et l'utilisation de soins préventifs est un troisième type de facteurs qui peuvent expliquer la relation entre la santé et la situation socio-économique. Les femmes défavorisées sur le plan socio-économique sont par exemple moins disposées à aller à une invitation de dépistage du col de l'utérus (54).

Les adolescents (14 à 18 ans) de classe sociale basse semblent être vaccinés dans une moindre mesure contre la polio, le tétanos et la rougeole. La chance de ne pas être vacciné en fonction du type de vaccin semble être 1,5 à 4 fois plus élevée pour les enfants issus de classe sociale basse en comparaison avec les enfants de classe sociale plus élevée. Presque un quart des adolescents de bas niveau social semble ne pas être correctement vacciné contre le tétanos et plus d'un tiers ne reçoivent pas la quatrième dose du vaccin de la polio. Le seul vaccin pour lequel on ne retrouve pas de gradient social est le vaccin contre la rubéole chez les jeunes filles : le fait que cette vaccination incombe au service de l'inspection médicale scolaire ne joue pas par hasard un rôle important. La vaccination scolaire semble donc être aussi une stratégie effective pour diminuer les différences socio-économiques dans la couverture vaccinale (55).

En comparant les enfants sur base de moyens plus avantageux (sur base de la profession du père), on constate chez les enfants de groupes socio-économiques défavorisés 1,5 fois plus de carie dentaire non soignée. Le nombre d'enfants avec des attaques dentaires qui sont déjà traitées est 30 % plus élevé et le nombre d'enfants ayant des dents manquantes suite aux attaques dentaires est 4 fois plus élevé. Ces différences importantes en quantité et la qualité des soins donnés entre les différents groupes trouve son origine dans un accès inégal aux soins dentaires (56).

## 5. Conclusion

---

Il ressort de ce document que de nombreux aspects du thème inégalités sociales en santé ont déjà été étudiés. Les récents développements en données de santé ouvrent maintenant la possibilité d'élargir sensiblement les données dans ce domaine

Il existe en ce moment de nettes différences socio-économiques en santé, et bien qu'il soit difficile de fixer déjà une tendance, l'amplitude de ces différences ne semble pas diminuer. Comme les données individuelles au niveau des populations belges totales ne sont disponibles que depuis peu, on peut difficilement juger si le but mentionné ci-dessus de l'Organisation Mondiale de la Santé publique est atteint. Les résultats actuels de la recherche peuvent à partir de maintenant faire fonction de valeurs de référence pour la détermination des tendances.

L'inégalité en Belgique semble être dans chaque cas plus grande en termes de qualité de la santé (état de la santé) qu'en termes de quantité (espérance de vie). Cette conclusion corrobore celle des recherches comparables dans d'autres pays. Ces résultats confirment que les personnes dans une position socio-économique plus basse vivent moins longtemps, passent moins d'années en bonne santé et plus d'années en mauvaise santé et que le nombre de mauvaises années prend un plus grand pourcentage de leur durée de vie totale.

Bien que ce ne soit pas aussi grand pour toutes les dimensions de santé, les différences en Belgique semblent suffisamment impressionnantes pour justifier une politique active, orientée sur la diminution de cette inégalité en santé. L'évaluation de cette politique suppose une détermination régulière de la grandeur des différences.

Les facteurs intermédiaires, tels que les facteurs de comportement et les habitudes de vie (comme fumer, boire, la nutrition, activités physiques...), l'utilisation des soins préventifs en santé et des facteurs structurels (environnement professionnel et familial, situation financière) constituent des points d'intervention. La recherche orientée sur l'importance relative en Belgique de ces facteurs est nécessaire.

Un autre domaine important pour la recherche ultérieure est l'étude de l'impact des maladies chroniques sur la qualité et la durée de la vie en fonction de la classification socio-économique. Cela peut se réaliser d'une part par la détermination de l'augmentation en espérance de vie et en espérance de vie sans incapacité et après élimination d'une affection. D'autre part les récents développements méthodologiques dans la décomposition des différences en espérance de vie et en espérance de vie sans handicap (57) offrent la possibilité d'examiner quelles affections sont responsables des différences observées.

## 6. Références

---

- (1) Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office, 1994.
- (2) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. 1-50. 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- (3) Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1990.
- (4) WHO. Social justice and equity in health (Report on the WHO meeting in Leeds, United Kingdom, 1985). ICP/HSR 804/m02. 1986. Copenhagen, Regional Office for Europe.
- (5) WHO Regional Office for Europe. Targets for Health for All . The health policy for Europe . Summary of the updated edition . September 1991 . 1991. WHO.
- (6) WHO Regional Office for Europe. Health 21 - Health for All in the 21st Century, an Introduction. Copenhagen: 1998.
- (7) Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. Independent Inquiry into Inequalities in Health . 1-165. 1998. London, The Stationary Office.
- (8) Pamuk E. Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies* 1985; 39:17-31.
- (9) Black D. Inequalities in health, Report of a research working group. London: Department of Health and Social Security, 1980.
- (10) MacIntyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med* 1997; 44(6):723-745.
- (11) Kunst AE, Groenhouf F, Anderson O, Borgan JK, Costa G, Desplanques G et al. Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *Am J Public Health* 1999; 89(1):47-53.
- (12) Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. In: Fox J, editor. *Health inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower, 1989.
- (13) Kunst AE, Mackenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *Am J Public Health* 1994; 84:932-937.
- (14) Vagerö D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *The Lancet* 1989;35-36.
- (15) Desplanques G. [Social inequality of mortality in France (1975-1980): a longitudinal study]. *Soz Praventivmed* 1984; 29(6):268-272.
- (16) Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *BMJ* 1998; 316(7145):1636-1641.
- (17) Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, Groenhouf F, Geurts JJM, Andersen O et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349(9066):1655-1659.
- (18) Wilkins R, Adams OB. Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions. *Am J Public Health* 1983; 73:1073-1080.
- (19) Bebbington AC. Regional and social variations in disability-free life expectancy in Great Britain. In: Robine J-M, Mathers CD, Bone M, Romieu I, editors. *Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives*. Paris: Colloque INSERM / John Libbey Eurotext Ltd , 1993: 175-191.
- (20) Cambois E, Brouard N. Calcul d'espérance de vie sans incapacité selon le statut social dans la population masculine française, 1980-1991. Un indicateur de l'évolution des

inégalités sociales de santé. Institut d'Etudes Politiques de Paris - Cycle de Démographie Economique, 1999.

- (21) van Hertem LM, Boshuizen HC, Perenboom RJM, Van De Water HPA. Gezonde levensverwachting naar sociaal-economische status. TNO rapport 97.008, 1-91. 1997. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie.
- (22) Lagasse R, Godin I, Leveque A. Gelijheid op het vlak van gezondheid. Een status questionis voor België. In: Raes V, Kerkhofs E, Louckx F, editors. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. Brussel: VUBpress, 1993: 75-90.
- (23) Kornitzer M, Bara L. Differences between north and south in coronary risk factors, food habits and mortality in Belgium. For the B.I.R.N.H. Study Group. *Acta Cardiol* 1989; 44(2):145-155.
- (24) De Wals P, Bertrand F, Verlinden M, Beckers R. Perinatal mortality in Belgium. *Biol Neonate* 1989; 55(1):10-18.
- (25) Bouckaert A, Theunissen I, Van Lierde M. Poids et taille du nouveau-né, différence entre garçons et filles. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992; 21:398-402.
- (26) Honggokoesoemo S. Vroegneonatale sterfte in België 1981: analyse naar geboortegewicht, gezondheidstoestand van de moeder en sociale beroepsgroep van de vader. *Arch B Méd Soc ,Hyg ,Méd Tr & Méd Lég* 1988; 46:359-378.
- (27) Masuy-Stroobant G. Social inequalities in perinatal health. *Biol Neonate* 1989; 55:42-49.
- (28) Lagasse R, Humblet PC, Lenaerts A, Godin I, Moens GFG. Health and social inequities in Belgium. *Soc Sci Med* 1990; 31(3):237-248.
- (29) Lorant V. [Mortality socio-economic inequalities for small-areas in Belgium: assessing concentration]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2000; 48(3):239-247.
- (30) Deboosere P, Gadeyne S. De Nationale Databank Mortaliteit. 1999-7, 1-26. 1999. Brussel, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, Vrije Universiteit Brussel. Working Paper.
- (31) Gadeyne S, Deboosere P. Socio-economische factoren in differentiële sterfte van mannen van 45-64 jaar in België. Analyse van de Nationale Databank Mortaliteit. 2000-1, 1-31. 2000. Brussel, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, Vrije Universiteit Brussel. Working Paper.
- (32) Deboosere P, Gadeyne S. Zijn de regionale sterftepatronen in België te verklaren door individuele socio-economische kenmerken? 2000-3, 1-48. 2000. Brussel, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, Vrije Universiteit Brussel. Working Paper.
- (33) WHO Regional Office for Europe. Targets for Health for all. Copenhagen: WHO, 1985.
- (34) Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993; 2(6):451-459.
- (35) Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H. Self-rated health status as a health measure - the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(5):517-528.
- (36) Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. Predicting changes in perceived health status. *Am J Public Health* 1984; 74(6):611-615.
- (37) Maddox GL, Douglass EB. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *J Health Soc Behav* 1973; 14(1):87-93.
- (38) Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273(1):59-65.

- (39) Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(2):123-129.
- (40) Van Oyen H, Tafforeau J, Roelands M. Regional inequities in health expectancy in Belgium. *Soc Sci Med* 1996; 43(11):1673-1678.
- (41) Bossuyt N, Van Oyen H. Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België. 2000 - 3, 1-96. 2000. Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Afdeling Epidemiologie. IPH/EPI reports.
- (42) Buekens P, MacGillivray I, Campbell D, Dramaix M, Darquennes H, Derom R et al. Social differences in low birthweight and preterm deliveries in twins. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991; 5:276-285.
- (43) Buekens P, Masuy-Stroobant G, Delvaux T. High birthweights among infants of North African immigrants in Belgium. *Am J Public Health* 1998; 88(5):808-811.
- (44) De Backer G, Thys G, Decraene I, Verhasselt Y, de Henauf S. Coronary heart disease rates within a small urban area in Belgium. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48:344-347.
- (45) Van Nieuwenhuysen J-P, D'Hoore W, Vreven J. Etude de la carie dentaire dans une population scolaire belge âgée de 5 à 21 ans. *Rev Belge Méd Dent* 1992; 47(2):31-43.
- (46) De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. Social class and obesity in 12-year-old children in Brussels: influence of gender and ethnic origin. *Eur J Pediatr* 1998; 157:432-435.
- (47) De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. The influence of socioeconomic status on the incidence and evolution of obesity during early adolescence. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(3):268-274.
- (48) Lorant V, Tonglet R. Obesity: trend in inequality. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(8):637-638.
- (49) Stronks K, van de Mheen DH, Mackenbach J. Achtergronden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Een overzicht van de literatuur en een onderzoeksmodel. In: Raes V, Kerkhofs E, Louckx F, editors. *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*. Brussel: VUBpress, 1993: 11-26.
- (50) Buekens P, Kotelchuck M, Blondel B, Kristensen FB, Chen JH, Masuy-Stroobant G. A comparison of prenatal care use in the United States and Europe. *Am J Public Health* 1993; 83(1):31-36.
- (51) de Craene I, De Backer G, Kornitzer M, de Henauf S, Bara L, Rosseneu M et al. Determinants of fat consumption in a general population. *Revue Epid et Santé Publ* 1990; 38(5-6):539-543.
- (52) Hupkens CL, Knibbe RA, Van Otterloo AH, Drop MJ. Class differences in the food rules mothers impose on their children: a cross-national study. *Soc Sci Med* 1998; 47(9):1331-1339.
- (53) Hupkens CL, Knibbe RA, Drop MJ. Social class differences in food consumption. The explanatory value of permissiveness and health and cost considerations. *European Journal of Public Health* 2000; 10(2):108-113.
- (54) Arbyn M, Quataert P, Van Hal G, Van Oyen H. Cervical cancer screening in the flemish region (Belgium): measurement of the attendance rate by telephone interview. *European Journal of Cancer Prevention* 1997; 6(4):389-398.
- (55) De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. [Social inequalities and prevention: vaccination status of adolescents]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1996; 44(3):228-236.
- (56) D'Hoore W, Van Nieuwenhuysen JP. Application of the tracer method in the evaluation of the quality of dental care in 3237 Belgian schoolchildren. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1991; 39(1):63-69.

- (57) Arriaga EE. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography* 1984; 21:83-96.