

Étude statistique numéro 108

Espérance de vie en bonne santé
selon le statut socio-économique
en Belgique

L'institut national de statistique propose des informations impartiales à un prix abordable.

Les informations sont diffusées conformément à la loi, notamment pour ce qui concerne leur confidentialité.

Nous classons les statistiques en huit domaines :

Généralités	Économie et finances
Territoire et environnement	Agriculture et activités assimilées
Population	Industrie
Société	Services, commerce et transports

Tous droits de traduction, d'adaptation, de reproduction par tous procédés, y compris la photographie et le microfilm sont soumis à autorisation préalable de l'Institut national de statistique.

Toutefois, la citation de courts extraits, à titre explicatif ou justificatif, dans un article, un compte-rendu ou un livre, est autorisée moyennant indication claire et précise de la source.

L'analyse des données de base ainsi que les commentaires n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs

Éditeur responsable : Claude Chéruy



© 2001, INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE *éditeur*

B-1000 Bruxelles – Courriel : desk@statbel.fgov.be
Téléphone + 32 (0) 25 48 62 11 - Fax + 32 (0) 25 48 63 67

Avant-propos

L'Institut national de statistique publie une étude effectuée par le Docteur Nathalie Bossuyt et le Docteur Herman Van Oyen, du service Epidémiologie de l'Institut scientifique de la santé publique.

Cette recherche, réalisée dans le cadre du programme AGORA des Services fédéraux des affaires scientifiques, techniques et culturelles (S.S.T.C., Services du Premier Ministre), analyse l'espérance de vie en bonne santé en combinant des résultats de l'Enquête santé de 1997, des statistiques de décès élaborées par l'INS et du Recensement de la population de 1991.

ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ SELON LE STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE EN BELGIQUE

Bossuyt N., Van Oyen H.
Institut Scientifique de la Santé Publique
Section Epidémiologie
Rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles
☎ 32 2 642 57 40
fax. 32 2 642 54 10
email: nathalie.bossuyt@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidemiol/>

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	1
2. Différences socio-économiques dans le domaine de la santé	2
2.1 Indications pour les différences socio-économiques dans le domaine de la santé	2
2.2 Mécanismes expliquant les différences socio-économiques dans le domaine de la santé	3
2.3 Points de départ pour l'intervention	4
2.4 Evolution de la santé d'une population	4
2.4.1 Transition épidémiologique	4
2.4.2 Vieillesse	5
2.4.3 Développements récents dans le domaine des indicateurs de santé	6
3. Matériel et méthodes	8
3.1 Méthode de calcul	8
3.1.1 Méthodes pour calculer l'espérance de vie en bonne santé	8
3.1.2 Développement pratique de la méthode de Sullivan	8
3.1.3 Groupes d'âge	12
3.2 Données	13
3.2.1 Répartition des données sur la mortalité et la morbidité en fonction du statut socio-économique	13
3.2.2 Les données sur la mortalité de cette étude	14
3.2.3 Les données sur la morbidité de cette étude	14
3.3 Choix des indicateurs	17
3.3.1 Indicateurs pour le statut socio-économique	17
3.3.2 Indicateurs pour l'état de santé	18
3.4 Mesurer les différences	20
3.5 Conversion du statut socio-économique absolu en statut socio-économique relatif	21
4. Résultats	24
4.1 Espérance de vie suivant le sexe et le niveau d'instruction	24
4.2 Prévalences suivant le niveau d'instruction	25
4.3 Espérance de vie en bonne santé perçue	28
4.3.1 Espérance de vie en bonne santé perçue suivant le sexe	28
4.3.2 Espérance de vie en bonne santé perçue suivant le niveau d'instruction	29
4.3.3 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue, de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif	31
4.4 Espérance de vie sans incapacités	34
4.4.1 Espérance de vie sans incapacités suivant le sexe	34
4.4.2 Espérance de vie sans incapacités suivant le niveau d'instruction	34
4.4.3 Espérance de vie partielle sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif	36
4.5 Espérance de vie en bonne santé mentale	38
4.5.1 Espérance de vie en bonne santé mentale suivant le sexe	38
4.5.2 Espérance de vie en bonne santé mentale suivant le niveau d'instruction	38
4.5.3 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif	40
5. Discussion	42
5.1 Valeur informative des données de base	42
5.2 L'indicateur espérance de vie en bonne santé	42
5.3 Type de lien entre l'espérance de vie en bonne santé et le niveau d'instruction	43
5.4 Grandeur des différences en espérance de vie en bonne santé	43
5.4.1 Niveau d'instruction absolu	43
5.4.2 Niveau d'instruction relatif	44
5.5 Quels groupes passent le plus d'années en mauvaise santé?	45

6. Conclusion	47
7. Bibliographie	48
8. Annexes	54
8.1 Tableau 17: Question sur le plus haut diplôme obtenu dans le recensement de la population de 1991	54
8.2 Tableaux 18-20: Questions de l'enquête de santé de 1997	54
8.3 Résultats	59
8.3.1 Tableaux 21-26: Espérance de vie	59
8.3.2 Tableaux 27-36: Espérance de vie en santé perçue bonne	61
8.3.3 Tableaux 37-66: Espérance de vie avec et sans incapacités	64
8.3.4 Tableaux 67-76: Espérance de vie en bonne santé mentale	73

Tableaux

Tableau 1	Méthode de Sullivan: dressement d'une table de mortalité (groupes d'âge de 5 ans)	9
Tableau 2	Méthode de Sullivan: compléter les prévalences dans la table de mortalité	11
Tableau 3	Sujets traités dans l'enquête de santé de 1997	15
Tableau 4	Espérance de vie partielle, âge de 25, suivant le niveau d'instruction, Belgique, 1991-1996	25
Tableau 5	Prévalence spécifique pour l'âge de la santé perçue mauvaise suivant le sexe, enquête de santé de 1997, Belgique	26
Tableau 6	Prévalence spécifique pour l'âge des incapacités suivant le sexe, enquête de santé 1997, Belgique	26
Tableau 7	Prévalence spécifique pour l'âge d'une santé mentale mauvaise suivant le sexe, enquête de santé 1997, Belgique	28
Tableau 8	Espérance de vie en mauvaise santé perçue en rapport avec l'espérance de vie totale à l'âge de 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997	31
Tableau 9	Espérance de vie en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997	32
Tableau 10	Comparaison espérance de vie en bonne santé perdue, âge de 25 à 75 ans chez les hommes en Belgique, en Norvège et en Finlande (79)	33
Tableau 11	Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé perdue, âge de 25 à 75 ans chez les femmes en Belgique, Norvège et Finlande (79)	33
Tableau 12	Rapport espérance de vie avec incapacités par rapport à l'espérance de vie à 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997	36
Tableau 13	Espérance de vie sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997	37
Tableau 14	Rapport espérance de vie en mauvaise santé mentale comparé à l'espérance de vie totale à 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997	40
Tableau 15	Espérance de vie en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997	41
Tableau 16	Espérance de vie partielle et espérance de vie en bonne santé, âge de 25 à 75 ans suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-96/97	45
Tableau 17	Partie de la question IV 7 du recensement de la population de 1991	54
Tableau 18	Question sur la santé perçue (Enquête de santé 1997)	54
Tableau 19	Questionnaire incapacités (CBS – WHO) (Enquête de santé 1997)	55
Tableau 20	General Health Questionnaire	57
Tableau 21	Espérance de vie en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	59
Tableau 22	Espérance de vie en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	59

Tableau 23	Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	59
Tableau 24	Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	60
Tableau 25	Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	60
Tableau 26	Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	60
Tableau 27	Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	61
Tableau 28	Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	61
Tableau 29	Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	61
Tableau 30	Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	62
Tableau 31	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	62
Tableau 32	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-96/97	62
Tableau 33	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	63
Tableau 34	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	63
Tableau 35	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-96/97	63
Tableau 36	Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	64
Tableau 37	Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	64
Tableau 38	Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	64
Tableau 39	Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	65
Tableau 40	Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	65
Tableau 41	Espérance de vie avec de graves incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	65
Tableau 42	Espérance de vie avec de graves incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	66
Tableau 43	Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	66

Tableau 44	Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	66
Tableau 45	Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	67
Tableau 46	Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	67
Tableau 47	Espérance de vie avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	67
Tableau 48	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-96/97	68
Tableau 49	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	68
Tableau 50	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	68
Tableau 51	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	69
Tableau 52	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-96/97	69
Tableau 53	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	69
Tableau 54	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau relatif d'enseignement. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	69
Tableau 55	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	70
Tableau 56	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	70
Tableau 57	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau relatif d'enseignement. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	70
Tableau 58	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	70
Tableau 59	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	71
Tableau 60	Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	71
Tableau 61	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-96/97	71
Tableau 62	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	71
Tableau 63	Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-96/97	72

Tableau 64	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	72
Tableau 65	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-96/97	72
Tableau 66	Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-96/97	72
Tableau 67	Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	73
Tableau 68	Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	73
Tableau 69	Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	73
Tableau 70	Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	74
Tableau 71	Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	74
Tableau 72	Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997	74
Tableau 73	Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997	74
Tableau 74	Espérance de vie en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	75
Tableau 75	Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-96/97	75
Tableau 76	Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans suivant le niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997	75

Figures

Figure 1	Répartition du niveau d'instruction suivant l'âge (hommes, recensement de la population 1991)	22
Figure 2	Répartition du niveau d'instruction suivant l'âge (femmes, recensement de la population 1991)	22
Figure 3	Méthode de régression pour la cohorte i	23
Figure 4	Espérance de vie à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, Belgique, 1991-1996	25
Figure 5	Prévalence de la santé perçue mauvaise suivant le niveau d'instruction, standardisé suivant l'âge et le sexe, avec 95% des intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique	27
Figure 6	Prévalence des incapacités physiques suivant le niveau d'instruction, standardisé suivant l'âge et le sexe, avec 95% d'intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique	27
Figure 7	Prévalence d'une santé mentale mauvaise suivant le niveau d'instruction, standardisée suivant l'âge et le sexe, avec 95% d'intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique	28
Figure 8	Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, hommes, Belgique, 1991-1996/1997	29
Figure 9	Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 25 ans suivant le niveau de l'enseignement, femmes, Belgique, 1991-1996/1997	30
Figure 10	Espérance de vie en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif (Belgique, 1991-1996/1997)	32
Figure 11	Espérance de vie sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, hommes, Belgique, 1991-1996/1997	34
Figure 12	Espérance de vie sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'éducation, femmes, Belgique, 1991-1996/1997	35
Figure 13	Espérance de vie partielle sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997	37
Figure 14	Espérance de vie en bonne santé mentale à 25 ans, hommes, Belgique, 1991-1996/1997	38
Figure 15	Espérance de vie en bonne santé mentale à 25 ans, femmes, Belgique, 1991-1996/1997	39
Figure 16	Espérance de vie en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997	41

Résumé

Diverses études internationales ont montré des différences socio-économiques dans le domaine de la santé, aussi bien en ce qui concerne la mortalité que la morbidité. Dans certains pays occidentaux il semble que, malgré le bien-être croissant, ces différences ne diminuent pas et même augmentent. Précédemment, il était difficile d'exécuter de pareilles études dans notre pays car les informations sur la mortalité, la morbidité et la situation socio-économique ne pouvaient être reliées au niveau de l'individu. Des initiatives récentes telles que le couplage du recensement de la population de 1991 au Registre National et à l'Enquête de Santé de 1997 ont rendu possible cette relation au niveau individuel et ont donné l'occasion d'organiser une série de nouvelles études dans ce domaine.

Le but de cette étude est de décrire le lien existant entre le niveau socio-économique et la santé en utilisant l'indicateur de l'espérance de vie en bonne santé.

L'état de santé de la population peut être décrit simplement sur base de la mortalité ou de la morbidité. Cette approche constitue l'information de base. Les chiffres sont clairs et permettent d'effectuer facilement la comparaison entre des populations dans le temps et l'espace. Mais il n'y a qu'un seul aspect de l'état de santé qui est envisagé et il n'est nullement tenu compte de l'interaction complexe entre la mortalité et la morbidité.

C'est pourquoi l'état de santé est de plus en plus évalué au moyen d'indicateurs composés qui contiennent des informations tant sur la mortalité que sur la morbidité. L'observation dans le temps de l'état de santé par le biais d'un tel indicateur, comme par exemple l'espérance de vie en santé, peut aussi apporter plus de clarté s'il y a une compression ou une expansion de la morbidité. L'espérance de vie en santé donne, en analogie avec l'espérance de vie, le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut encore s'attendre à vivre à un âge déterminé.

Les avantages de l'espérance de vie en santé sur d'autres indicateurs de santé composés comme par exemple le DALY (Disability-adjusted life years) sont entre autre la simplicité et la relation conceptuelle avec une série d'indicateurs déjà bien connus (l'espérance de vie), la disponibilité des bases de données et les possibilités de représentation visuelle.

La santé est une notion très large qui peut être mesurée de plusieurs façons, selon l'interprétation. On peut obtenir une meilleure vision de la santé de la population par l'examen de plusieurs dimensions. Dans cette étude, l'espérance de vie en bonne santé a été calculée pour 3 domaines : la santé perçue, l'absence de handicaps et la santé mentale.

Bien que les trois dimensions les plus importantes permettant d'évaluer le statut socio-économique soient fortement liées entre elles (la profession, les revenus et le niveau d'enseignement), chacune a quand même son influence spécifique sur la santé. Des différences dans l'espérance de vie en bonne santé ont été déterminées dans cette étude sur base d'une seule dimension, le niveau d'enseignement le plus élevé. Ce choix a été fait d'une part pour des raisons pratiques telles que la disponibilité des risques de décès en fonction du niveau d'enseignement. D'autre part, la dimension 'enseignement' présente visiblement quelques avantages en comparaison avec les autres dimensions : cette information est à peu près disponible dans notre société pour tout le monde et reste relativement stable dans le temps.

Les différents indicateurs de l'espérance de vie en santé ont été calculés suivant la méthode de Sullivan. Cette méthode utilise les risques de décès et les prévalences des problèmes de santé. Les risques de mortalité sont obtenus par le couplage du recensement de 1991 avec le Registre National sur une période de 5 ans (1991 - 1996). Les prévalences proviennent de l'Enquête de santé de 1997.

La prise en compte de la taille relative de chaque niveau d'éducation, la correction pour l'effet de cohorte et les problèmes de comparabilité au niveau international n'ont pas permis de prendre en considération les différences dans l'espérance de santé par rapport au niveau d'enseignement absolu mais aussi relatif. C'est pourquoi on a évalué pour chaque âge, les risques de décès spécifiques par l'âge et les prévalences au moyen d'un modèle de régression linéaire pondéré. L'enseignement, variable par catégorie, a été transposé ici dans une échelle numérique de 0 à 100 en donnant à chaque catégorie d'enseignement une place bien définie dans la hiérarchie socio-économique. Le positionnement de certaines classes d'enseignement (notamment l'enseignement secondaire général) n'est pas déterminé de façon empirique. Il faut tenir compte de cela dans l'interprétation des résultats obtenus par cette méthode.

On peut calculer tant les différences absolues que relatives en santé entre les différents groupes socio-économiques. Les différences relatives sont en général plus facilement compréhensibles, mais l'importance pour la santé publique générale est parfois plus clairement démontrée par des différences absolues.

C'est pourquoi l'accent, dans les résultats de cette étude, a surtout été mis sur les différences absolues; les différences relatives sont restées plutôt secondaires. Comme l'indicateur 'espérance de vie' contient aussi bien l'information sur la mortalité que sur la morbidité, on peut comparer beaucoup d'aspects différents. La différence absolue (en années) entre deux groupes dans l'espérance de santé totale est ce qu'on compare presque toujours. L'espérance de vie et de santé partielle rendent possible la comparaison avec un très grand nombre d'aspects tels que l'espérance de vie et de santé perdues entre deux âges bien définis.

A 25 ans, les hommes peuvent encore espérer vivre en moyenne 49,6 années jusqu'à l'âge de 74,6 ans dont 37,5 années (76%) en bonne santé perçue, 38,1 années (77%) sans incapacité et 36,9 années (74%) en bonne santé mentale.

Chez les femmes, l'espérance de vie à 25 ans est en moyenne de 55,9 années jusqu'à l'âge de 80,9 ans dont 37,6 années (67%) en bonne santé perçue, 39 années (70%) sans incapacité et 36,6 années (66%) en bonne santé mentale.

La différence la plus grande dans l'espérance de vie à 25 ans entre les différentes catégories d'enseignement est de 5,5 ans chez les hommes et de 3,5 ans chez les femmes.

Les différences dans l'espérance de vie en santé sont vraiment plus grandes. Dans l'espérance de vie en bonne santé perçue, la différence entre les catégories d'enseignement peuvent aller jusqu'à 17,8 ans chez les hommes et jusqu'à 24,7 ans chez les femmes. La différence dans l'espérance de vie sans incapacité est de 22 ans chez les hommes et de 17,3 ans chez les femmes. La différence dans l'espérance de vie en bonne santé mentale est au maximum de 11,1 ans chez les hommes et de 13,7 ans chez les femmes.

Les différences dans l'espérance de santé dans cette étude semblent plus importantes que dans certains autres pays où une étude semblable a été effectuée. Ceci peut être attribué aux différences dans les définitions des catégories d'enseignement utilisées. C'est pourquoi l'étude des différences dans l'espérance de santé selon le niveau d'enseignement relatif est important.

La différence dans l'espérance de vie partielle, de 25 à 75 ans, entre les personnes ayant la position socio-économique la plus basse et la plus haute possible dans la société est de 3,5 ans chez les hommes et de 1,3 ans chez les femmes.

La différence entre l'espérance de vie en bonne santé partielle, de 25 à 75 ans entre les 2 extrêmes est de 17,1 ans chez les hommes et de 21 ans chez les femmes. En comparaison avec la Norvège et la Finlande, les différences absolues et relatives, l'espérance de vie en mauvaise santé perçue, l'espérance de santé perdue et le pourcentage de vie en bonne santé perdue sont chaque fois du même ordre de grandeur.

en Belgique qu'en Norvège et sensiblement plus grands qu'en Finlande. Par comparaison avec les Pays-Bas, les résultats de cette étude semblent indiquer une plus grande différence dans l'espérance de vie en bonne santé perçue.

La différence entre l'espérance de vie partielle sans incapacité, de 25 à 75 ans entre les personnes ayant la position socio-économique la plus basse et la plus haute possible dans la société est de 15,1 ans chez les hommes et de 12,5 ans chez les femmes. Pour l'espérance de vie partielle en bonne santé mentale, cette différence est de 5,2 ans chez les hommes et de 5,9 ans chez les femmes.

Le nombre d'années absolues où la santé est ressentie comme mauvaise dans toutes les catégories d'enseignement est plus grand chez les femmes que chez les hommes. Entre leur 25^{me} année et le moment de décès, les hommes les moins scolarisés peuvent s'attendre jusqu'à 10 ans de plus, à une santé perçue comme mauvaise en comparaison des hommes de haut niveau scolaire. Par contre, ce chiffre se porte à 21,2 ans chez les femmes.

La différence maximale en années avec des incapacités est de 16,6 ans chez les hommes et de 14,2 ans chez les femmes. La différence maximale en années en mauvaise santé mentale est de 8,6 ans chez les hommes et de 13,4 ans chez les femmes.

Les conclusions de cette étude concordent avec celles d'études internationales similaires. Cela signifie que des personnes avec une position basse dans la hiérarchie socio-économique (définie dans ce cas par le niveau d'enseignement le plus haut atteint) ne vivent pas seulement moins longtemps que des personnes placées haut dans l'échelle sociale, mais encore vivent moins longtemps en bonne santé. De plus, ils peuvent s'attendre pendant leur vie plus courte, aussi bien absolu que relatif, à plus d'années en mauvaise santé. L'inégalité est donc plus grande en terme de qualité de vie qu'en quantité.

Le but de cette étude était de décrire et de quantifier les différences en fonction du gradient socio-économique basé sur le niveau d'enseignement le plus élevé atteint. Le fait que les différences en espérance de vie sont plus faibles que celles en espérance de santé calculée, indique l'existence d'une compression de la morbidité en fonction de la position socio-économique. La détermination de la grandeur de ces différences est un critère pour l'évaluation des mesures politiques pour diminuer les inégalités en matière de santé. Des stratégies d'intervention devront être dirigées vers les facteurs intermédiaires qui déterminent la relation entre le niveau d'enseignement et la santé. Ces facteurs sont, entre autres, le comportement, le style de vie (tabagisme, habitudes alimentaires, ...), l'usage des services de santé et les facteurs structurels (circonstances de l'habitat, du travail, ...). Dans l'avenir immédiat, une recherche est nécessaire dans les domaines suivants:

- détermination de l'importance relative en Belgique de ces facteurs intermédiaires sur la relation entre la position socio-économique et la santé;
- détermination de l'impact des maladies chroniques et des affections sur la qualité et la durée de la vie
 - par l'étude de l'effet de l'élimination théorique de certaines maladies sur l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité;
 - par la décomposition des différences en fonction du statut socio-économique dans l'espérance de vie et l'espérance de vie sans handicap pour examiner quelles sont les maladies responsables de ces différences.

1. Introduction

Le but de cette étude est de décrire le lien entre le statut socio-économique et la santé et de quantifier ce lien avec l'indicateur composé qu'est l'espérance de vie en bonne santé. Le statut socio-économique est déterminé par une seule dimension, c'est-à-dire le plus haut niveau d'instruction atteint.

L'étude cadre avec le programme AGORA (convention de recherche NR AG/03/007-AG/50/021) des Services Fédéraux des Affaires Scientifiques (SSTC), Techniques et Culturelles des Services du Premier Ministre. Le but de la mission AGORA est de faciliter l'accès aux informations des banques de données administratives fédérales, de prendre des mesures pour le soutien scientifique de leur utilisation à la demande des institutions concernées et de compléter les informations en rassemblant des données socio-économiques du type non-administratif par des enquêtes. Cette étude est basée sur une combinaison de données provenant du recensement de la population (1991), du Registre National (1991-1996) et de l'Enquête de santé nationale (1997).

Le projet a été réalisé du 1^{er} février 1999 au 31 décembre 1999 par le service d'Epidémiologie de l'Institut de la Santé Publique, en collaboration avec le point d'appui démographique¹ de la Vrije Universiteit Brussel et l'unité d'enseignement et de recherche sur les sciences démographiques et la méthodologie socio-scientifique² de l'université de Gand.

Dans ce rapport, nous donnons d'abord un bref aperçu de la problématique générale et de la façon dont sont démontrées les différences socio-économiques dans le domaine de la santé. Ensuite, nous décrivons l'organisation ainsi que les résultats de l'étude.

1 R. Lesthaeghe, P. Deboosere & S. Gadeyne

2 H. Page

2. Différences socio-économiques dans le domaine de la santé

2.1 Indications pour les différences socio-économiques dans le domaine de la santé

Dans notre société, les moyens des individus sont mal répartis. C'est sur base de cette répartition qu'une hiérarchie sociale se développe. La position d'une personne au sein de cette hiérarchie détermine son statut socio-économique (1).

Le lien entre le statut socio-économique (SSE) et la santé est étudié depuis bon nombre d'années. Déjà en 1837, au moment où le General Register Office fut créé au Royaume-Uni, William Farr tenta de découvrir, en analysant des statistiques nationales de mortalité, les déterminants de la mortalité, dont les facteurs socio-économiques (2). Le rapport du registre général consiste depuis le début des années '20 en l'analyse de la mortalité suivant les classes sociales pour les hommes actifs et pensionnés ainsi que pour les enfants. Sur base des professions, on distingue cinq classes sociales. Les enfants sont classés en fonction de la profession de leur père (3).

A la suite de la Deuxième Guerre Mondiale, on s'attendait, en général, à ce que l'augmentation du bien-être réduise les différences socio-économiques en ce qui concerne la mortalité. En 1980, le Black Report (4) (5) constatait néanmoins qu'au Royaume-Uni les différences n'avaient pas disparues, mais bien au contraire, avaient augmentées. Cette constatation renouvelait l'attention portée à l'inégalité sociale dans le domaine de la santé au cours des années '80 et '90, sous forme de nouvelles études et stratégies d'intervention, telles qu'elles ont été élaborées, entre autres, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS utilise la notion 'equity in health', qui concerne l'état dans lequel chaque individu a les mêmes opportunités pour atteindre une santé potentielle maximale, plutôt qu'une situation dans laquelle tout le monde aurait le même état de santé.

En 1980, les états-membres du Bureau Régional de l'Europe de l'OMS, dont la Belgique, se sont engagés à collaborer à la stratégie de santé collective 'Health for All by the Year 2000'. En 1984, les états-membres ont adopté 38 objectifs à cette fin. Le but final était de diminuer les inégalités actuelles dans le domaine de l'état de santé entre les différents états-membres et les groupes (socio-économiques) au sein des pays avec au moins 25% pour l'an 2000 en améliorant le niveau de santé des pays et des groupes défavorisés (6). Dans 'Health 21', les différences socio-économiques dans le domaine de la santé occupent toujours une place centrale (7).

Entretemps, de nombreuses études internationales au cours des vingt années écoulées ont montré l'existence de différences socio-économiques dans le domaine de la santé dans l'Ouest de l'Europe et en Scandinavie (8). Les différences en ce qui concerne la mortalité, en fonction de la profession ou du niveau d'instruction, ont entre autres été démontrées en Finlande (9), en Norvège (8), en Italie (8), au Danemark (10), en Suède (11), en France (12), au Royaume-Uni (3), en Irlande, en Suisse, en Espagne et au Portugal (13,14). On a également observé des différences en ce qui concerne la morbidité (e.a. définie sous forme de santé subjective, présence de maladies chroniques, incapacités ainsi que problèmes de santé de longue durée) suivant les catégories de profession, de revenus ou d'enseignement (14).

En Belgique, des études sur les inégalités sociales dans le domaine de la santé ont été réalisées au cours des vingt années écoulées. Ces études ont souvent été limitées à cause du fait que les informations sur la santé individuelle ne peuvent être couplées aux informations socio-économiques individuelles. Ceci avait pour conséquence que la plupart des recherches faites entre 1980 et 1990 étaient des études écologiques décrivant des différences géographiques et des différences quant à la mortalité des naissances. Les études sur les différences socio-économiques de morbidité étaient souvent basées sur des enquêtes uniques, plutôt réalisées à petite échelle, et concernaient parfois des maladies spécifiques (15) (16-33).

Récemment, la situation a par contre changé. Le couplage des informations socio-économiques individuelles du recensement de la population de 1991 au Registre National et les données des causes de décès, ont permis d'explorer plus profondément le phénomène de la mortalité différentielle. Ainsi, chez les hommes entre 45 et 64 ans, on a par exemple observé, pour un certain nombre d'indicateurs de statut socio-économique, une mortalité différentielle comparable aux tendances dans la littérature internationale en Europe et aux Etats-Unis (34). A côté de cela, l'Enquête de Santé Nationale de 1997 offre de nouvelles possibilités pour observer des différences socio-économiques dans le domaine de la santé.

L'indicateur de santé 'espérance de vie en bonne santé' combine autant les informations sur la mortalité que les informations sur la morbidité. Les données de 1989 démontrent la présence de différences géographiques en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé entre la Région flamande et la Région wallonne (35).

2.2 Mécanismes expliquant les différences socio-économiques dans le domaine de la santé

Dans ce qui précède, il s'avère que de nombreux éléments indiquent l'existence d'un lien entre la santé et le statut socio-économique. Il y a néanmoins plusieurs hypothèses en ce qui concerne la direction du lien et les mécanismes sous-jacents pouvant l'expliquer. Voici une brève description des théories les plus courantes.

Suivant l'hypothèse artefact, les différences observées dans le domaine de la santé en fonction d'un gradient socio-économique reposeraient en grande partie sur des artefacts au sein de l'étude. Cette déformation, telle que le biais 'numérateur-dénominateur', peut se produire de différentes façons. L'erreur se produit quand les informations sur le statut socio-économique pour le nombre de personnes en mauvaise santé ou décédées et pour la population totale, proviennent de différentes sources sur base de différentes définitions. Par exemple, une source considère la dernière profession exercée comme indicateur socio-économique et une autre source considère la profession actuelle comme indicateur socio-économique (36). De nombreuses études souffrent en effet d'un type de déformation et un certain nombre de différences socio-économiques observées dans le domaine de la santé trouve peut-être bien une partie de son origine dans cette déformation. Néanmoins, le fait que l'on trouve à chaque fois des indications pour les différences socio-économiques dans le domaine de la santé par le biais de méthodes de recherche très diverses, laisse présumer qu'il y existe en effet des différences réelles (37).

L'hypothèse de la sélection sociale adopte le point de vue que l'état de santé d'une personne a une influence sur son statut socio-économique. La position socio-économique serait donc déterminée par l'état de santé et pas inversement. Cette théorie part du principe qu'en cas de mobilité sociale une sélection est faite sur la santé. L'hypothèse de la prédisposition génétique rejoint la théorie de sélection. Les affections déterminées génétiquement peuvent avoir une influence sur le statut socio-économique. Par la mobilité sociale, les personnes ayant une prédisposition génétique non-favorable se concentreraient au bout d'un certain temps dans les groupes sociaux les moins élevés. Selon la littérature scientifique actuelle il y a des indications pour ce type de procédés de sélection, mais en mesures insuffisantes pour pouvoir expliquer décisivement toutes les différences sociales dans le domaine de la santé (37).

La théorie de la causation sociale part de l'hypothèse que le statut socio-économique a une influence sur l'état de santé via des facteurs intermédiaires. Les facteurs culturels sont de très près liés à la position socio-économique et jouent également un rôle. Les différences de santé sociales se manifestent quand les facteurs ayant une influence sur la santé sont mal répartis entre les différents groupes socio-économiques. Un premier groupe de facteurs intermédiaires est constitué par des facteurs de comportement et le style de vie, tel que les habitudes alimentaires, le tabagisme, les activités

physiques, le comportement à risque et l'application de dispositions de santé. Un autre groupe est formé par les facteurs structurels, comportant e.a. les circonstances matérielles d'habitation et de travail, la situation financière individuelle et l'assurance maladie. Enfin, les facteurs psychosociaux ont également une influence sur la santé. Sous ce dénominateur tombent d'une part les stressseurs (tels que les life-events) et d'autre part les mécanismes pour traiter ces stressseurs, tels que la façon dont l'individu les affronte et le réseau social (37).

Non seulement la position socio-économique actuelle, mais aussi le statut socio-économique au cours de la vie entière démontre un lien causal avec la santé (38).

2.3 Points de départ pour l'intervention

Les différences socio-économiques dans le domaine de la santé constituent un défi important pour les hommes politiques, étant donné que ces différences sont souvent considérées injustes et sont évitables jusqu'à un certain niveau.

Dans ce sens, il est tout aussi équitable qu'effectif de réduire cette outremesure de problèmes de santé dans les groupes défavorisés (1), et ce en intervenant sur les facteurs intermédiaires. Ainsi, le statut socio-économique exerce une influence sur la santé, autant en termes d'offre de services médicaux qu'en circonstances individuelles ou comportement.

Une stratégie concrète suppose en premier lieu des informations sur l'importance du problème et une intelligence des déterminants les plus importants. Plusieurs points de départ sont possibles : on peut entre autres partir d'un problème de santé spécifique, d'un facteur causal important ou d'un groupe courant plus de risques (39).

2.4 Evolution de la santé d'une population

2.4.1 Transition épidémiologique

Au cours des 150 années écoulées, l'état de santé de la population a considérablement évolué. La diminution de la mortalité pendant cette période est couplée à un certain modèle de maladie. Cette évolution fut décrite en 1971 par A. Omran comme 'la transition épidémiologique' (40).

La théorie part de l'hypothèse que la mortalité est un facteur fondamental dans la dynamique de la population. Jusqu'en 1650, la mortalité mondiale était fort variable mais toujours très élevée et la population mondiale n'augmentait donc presque pas. A partir de 1650, la courbe de croissance de la population mondiale perdait son modèle cyclique et la population augmentait de plus en plus. La mortalité restait néanmoins à un niveau très élevé. Vers 1850, la mortalité commençait à diminuer dans le monde occidental et l'espérance de vie lors des naissances augmentait. Le phénomène d'une mortalité diminuante avec un glissement des chiffres de mortalité de niveaux élevés et instables vers des niveaux moins élevés et plus stables est appelé la 'transition démographique'.

Pendant cette transition, un glissement de longue durée s'est produit quant aux causes de la mortalité et les modèles de maladies où les maladies infectieuses dans des épidémies cycliques ont été remplacées par des maladies dégénératives et des maladies causées par l'homme qui n'ont plus de modèle cyclique. Cette transition est définie comme la transition épidémiologique. Les changements les plus bouleversants dans le domaine de la santé et des modèles de maladies se sont produits chez les enfants et les jeunes femmes, probablement parce qu'il s'agit des groupes les plus sensibles pour les infections et les maladies à cause d'une déficience.

On distingue différentes périodes dans la transition épidémiologique. Le premier stade est caractérisé par des épidémies et la famine et une grande majorité des décès pouvant être imputée aux maladies infectieuses, à la malnutrition et aux complications de grossesse. Dans le second stade, le nombre de pandémies se réduit. Les maladies infectieuses perdent leur importance tandis que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les accidents se font de plus en plus nombreux. Le troisième et dernier stade est placé sous le signe des maladies dégénératives et des maladies causées par l'homme. A la fin de ce dernier stade, la mortalité diminue à un âge élevé puisque l'âge auquel les maladies dégénératives causent la mort augmente. Les dernières 25 années, la plus grande diminution du taux de mortalité s'est produite dans les groupes d'âge les plus élevés. Ce phénomène est tellement inattendu et spectaculaire que certains indiquent cette période comme le quatrième stade de la transition épidémiologique (41).

Le shift dans le domaine de la santé et des modèles de maladie caractérisant la transition épidémiologique n'est non seulement étroitement lié à la transition démographique, mais également à l'évolution socio-économique. Il résulte d'une diminution de la mortalité et des infections une activité effective et une productivité économique à cause d'un meilleur fonctionnement de la population professionnellement active et de l'augmentation de la proportion d'enfants qui survivront et seront les membres productifs de la société (40).

2.4.2 Vieillesse

A cause de ces transitions et notamment à cause de l'augmentation de l'espérance de vie, la population mondiale ne devient non seulement plus grande, mais en moyenne aussi beaucoup plus âgée. La question est par contre de savoir combien de temps cette évolution continuera et quelles en seront les conséquences, e.a. en ce qui concerne la qualité de vie.

Plus l'espérance de vie moyenne augmente, plus le taux de mortalité devra diminuer afin d'obtenir une augmentation encore significative. En supposant que l'espérance de vie n'augmente plus de façon spectaculaire, la proportion de personnes âgées dans la société ne devrait pas se stabiliser tout de suite. Deux phénomènes ont eu une grande influence sur le vieillissement de la population. Le baby-boom après la Deuxième Guerre Mondiale augmentait la base de la structure d'âge de la population totale. Le vieillissement de cette génération, en même temps que la diminution des chiffres de fertilité, causent néanmoins un vieillissement plus rapide de la population. A côté de cela, le procédé est accéléré par la diminution de la mortalité à un âge très élevé (42).

Il n'est pas clair comment le vieillissement de la population influence la morbidité. Un point de vue pessimiste ('expansion of morbidity') observe une augmentation de la morbidité. D'une part, les interventions médicales diminuent le nombre de complications mortelles des maladies dégénératives et les personnes ayant une maladie chronique restent plus longtemps en vie (43). D'autre part, la mortalité diminuante parmi les groupes d'âge les plus élevés laisse les personnes vivre jusqu'à un âge auquel les risques d'une maladie non-mortelle sont très élevés (44).

Un point de vue plus optimiste fut présenté en 1980 par Fries (45). Son modèle ('compression of morbidity') part d'une durée de vie possible maximale, une limite génétiquement déterminée, pour un individu s'il n'est pas influencé par des facteurs de risques exogènes (46). Les maladies chroniques peuvent e.a. être remises à un âge ultérieur grâce à un style de vie sain. La morbidité chronique est alors compressée dans la période moins longue, entre le début de la morbidité et l'âge de décès fixé. Ceci résulte en une diminution du chiffre total de la morbidité.

Une troisième hypothèse (l'équilibreur) a été développée par Manton (47). Il prétendait qu'il y aurait bel et bien une augmentation du nombre d'années avec une morbidité lors d'une augmentation accrue de l'espérance de vie, mais le nombre d'années avec une sérieuse morbidité et des incapacités resterait constant parce que les interventions médicales diminuent le degré de progression des maladies chroniques. Ainsi, un équi-

libre dynamique est maintenu entre l'espérance de vie et le fonctionnement à un âge élevé.

En ce moment, il y a trop peu de données empiriques pour exclure l'une ou l'autre hypothèse.

Les termes compression et expansion de la morbidité ne peuvent non seulement être appliqués sur l'évolution dans le temps, mais également sur la comparaison des différents groupes.

2.4.3 Développements récents dans le domaine des indicateurs de santé

La santé d'une population s'exprime traditionnellement par l'espérance de vie. En général, les données sont connues pour tous les membres de la population et la définition est univoque. Ainsi, la mesure permet facilement de comparer les populations dans l'espace et le temps. On a longtemps cru qu'il y avait une association positive entre la mortalité et la morbidité. Une diminution de la mortalité a été associée avec une diminution de la morbidité (43,46-48). Les précédents paragraphes montrent que ce lien ne peut être acceptée sans aucune réserve.

L'impact sur la mortalité et la morbidité dépend très fort de la maladie. Certaines maladies ont par exemple une mort très rapide avec une très courte période de morbidité pour conséquence et d'autres une longue période de morbidité ne menant néanmoins pas à la mort (46,49). De plus, par l'apparition de la morbidité ou la mortalité, un glissement des facteurs à risques peut se produire ou une population plus forte ou plus faible peut être créée. Ces facteurs ont à leur tour une influence sur la morbidité et la mortalité globale (46).

L'état de santé d'une population serait donc mieux jugé en utilisant un indicateur qui comprend des informations sur la mortalité et la morbidité. Le suivi dans le temps de l'état de santé en utilisant tel indicateur peut fournir plus d'informations sur l'apparence d'une compression ou expansion de la morbidité.

Au cours des années 1960, naquit l'idée d'intégrer aussi bien la qualité que la quantité de vie dans un seul indicateur de santé. En 1964, Sanders (50) proposait de coupler les chiffres sur la capacité de remplir un rôle social au taux de mortalité. On a calculé un indice, l'espérance de vie en bonne santé, par une table de décès modifiée. Le calcul fait sur base de la proposition de Sanders a été appliqué pour la première fois de façon pratique par Sullivan au début des années 1970 (51).

L'espérance de vie en bonne santé donne la moyenne du nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre dans un état de santé déterminé si les modèles actuels de décès et de morbidité restent d'application. C'est un terme générique qui enveloppe une famille d'indicateurs. Un exemple d'un tel indicateur est l'espérance de vie sans incapacités ('disability-free life expectancy'), le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en moyenne sans incapacités (52).

Comparé à d'autres indicateurs de santé combinés, tels que le Daly (Disability-adjusted life years), l'espérance de vie en bonne santé a plusieurs avantages (58). La présentation visuelle de l'indicateur résume bon nombre d'informations dans une seule figure. De plus, l'espérance de vie en bonne santé est facile à calculer et il s'agit de l'élargissement d'un concept généralement connu, l'espérance de vie. Les données de base peuvent être rassemblées de façon relativement facile et sont par conséquent souvent disponibles.

En 1980, Colvez a calculé l'espérance de vie sans incapacités pour les Etats-Unies et a constaté que le gain en espérance de vie entre 1966 et 1978 a seulement mené à l'augmentation des incapacités dans la population. Ceci a donné l'occasion à une série

de recherches en Europe, aux États-Unis et au Canada, où l'espérance de vie en bonne santé a été calculée avec la méthode de Sullivan (53).

En 1989, le réseau international REVES (The International Network on Health expectancy and the Disability Process) vit le jour. En 1994, le réseau européen Euro-REVES s'y ajouta. L'objectif est de promouvoir l'indicateur pour des fins qui répondent à la politique et d'harmoniser les méthodes de calcul (54).

En 1996, 37 pays calculèrent l'indicateur. Une enquête parmi les pays de l'Union européenne a révélé que c'est le cas dans 11 des 15 états-membres (54). Six pays ont utilisé les résultats dans des documents politiques. Les responsables dans la plupart des autres pays ont clairement exprimé leur intérêt pour l'indicateur. En Belgique, la publication des résultats (35,55,56) a entre autres mené à l'approbation de la proposition d'organiser une enquête de santé nationale. Un des rapports de recherche décrit l'espérance de vie en bonne santé comme un instrument pour le planning et le processus décisionnel dans le domaine de la santé publique (57).

3. Matériel et méthodes

3.1 Méthode de calcul

3.1.1 Méthodes pour calculer l'espérance de vie en bonne santé

3.1.1.a Méthode multistate

La méthode multistate se base sur les incidences (59).

Durant sa vie, l'individu parcourt un certain nombre de niveaux de santé (réversibles). On peut calculer l'espérance de vie en bonne santé à un âge et à un moment déterminé sur base des estimations de l'incidence des transitions entre ces niveaux de santé à cet âge et à ce moment. Ceci requiert des données longitudinales.

Le rassemblement de données longitudinales sur les transitions entre les différents niveaux de santé, est une procédure de longue durée qui requiert beaucoup de travail. De telles données ne sont pas disponibles pour la Belgique.

3.1.1.b Méthode de Sullivan

En 1971, Sullivan développa une méthode alternative pour calculer l'espérance de vie en bonne santé. Il utilisa des taux de mortalité spécifiques pour l'âge et des prévalences spécifiques pour l'âge de la population dans les différents états de santé, au lieu d'incidences des transitions entre les différents niveaux de santé. Le calcul de l'espérance de vie en bonne santé donne l'état de santé actuel de la population, indépendamment de la structure d'âge de cette population. Les prévalences spécifiques pour l'âge sont, à l'opposé des données sur l'incidence, disponibles à grande échelle.

Les résultats de la méthode de Sullivan sont comparables aux résultats de la méthode multistate, à condition qu'il n'y ait pas de changements soudains quant à l'incidence ou la mortalité. L'espérance de vie en bonne santé, calculée par la méthode de Sullivan reflète en fait l'état de santé d'une population telle qu'elle s'est développée jusqu'à cet instant, tandis que la méthode multistate donne l'espérance de vie en bonne santé au niveau individuel par le biais d'extrapolations basées sur les transitions actuelles entre les niveaux de santé (57,60).

3.1.2 Développement pratique de la méthode de Sullivan

Ce qui suit est basé sur l'ouvrage *'The life table and its applications'*, de C. L. Chiang (61) et les rapports qui ont été faits dans le cadre du réseau REVES et dans le cadre de la précédente mission des SSTC (57,59). Pour plus de détails, nous référons à ces ouvrages de base.

3.1.2.a Construction d'une table de mortalité

Une table de mortalité donne le nombre d'années vécues pour une cohorte, sur base des risques de décès actuels spécifiques pour l'âge de la population. Lors du calcul de l'espérance de vie en bonne santé avec la méthode de Sullivan, on calcule par la suite, par le biais de prévalences spécifiques pour l'âge, le nombre d'années vécues en moins bonne santé.

Une table de mortalité contient essentiellement les colonnes suivantes (voir Tableau 1). La première colonne donne l'âge x_i , ou le groupe d'âge ($x_{i-n} - x_i$) s'il s'agit d'une table de mortalité 'abridged'.

Tableau 1 Méthode de Sullivan: dressement d'une table de mortalité (groupes d'âge de 5 ans)

x_i	q_i	l_i	d_i	a_i	L_i	T_i	e_i
25-29	0,006	100000	639	0,5	498.295	5.093.996	50,9
30-34	0,007	99361	652	0,5	495.162	4.595.701	46,3
35-39	0,008	98709	795	0,5	491.504	4.100.540	41,5
40-44	0,012	97913	1.213	0,5	486.789	3.609.036	36,9
45-49	0,019	96700	1.834	0,5	479.197	3.122.246	32,3
50-54	0,030	94867	2.839	0,5	467.873	2.643.049	27,9
55-59	0,041	92028	3.810	0,5	451.048	2.175.176	23,6
60-64	0,066	88218	5.858	0,5	427.106	1.724.128	19,5
65-69	0,105	82360	8.616	0,5	391.510	1.297.022	15,7
70-74	0,174	73743	12.831	0,5	338.024	905.512	12,3
75-79	0,277	60913	16.842	0,5	262.522	567.488	9,3
80-84	0,422	44070	18.581	0,5	172.358	304.966	6,9
85-89	0,561	25489	14.309	0,5	88.760	132.609	5,2
90-94	0,735	11180	8.223	0,5	32.896	43.849	3,9
95	0,238	2958	704	0,5	10.953	10.953	3,7

La deuxième colonne donne les risques de décès spécifiques pour l'âge \hat{q}_i . Pour $n=1$, l'estimation du risque de décès \hat{q}_i est le ratio entre le nombre de personnes d_i qui meurent pendant l'intervalle ($x_{i-1} - x_i$) et le nombre de personnes l_i qui courent le risque de mourir dès le début de cet intervalle :

$$\hat{q}_i = \frac{d_i}{l_i}$$

\hat{q}_i est souvent calculé sur base du chiffre de décès M_i , défini comme suit.

$$M_i = \frac{\text{le nombre de personnes décédées dans l'intervalle d'âge } (x_i, x_{i+1})}{\text{le nombre d'années vécues dans l'intervalle } (x_i, x_{i+1}) \text{ par les personnes en vie à l'âge } x_i}$$

Si dans un intervalle avec longueur n_i ($n_i = x_{i-1} - x_i$) l_i personnes sont en vie à l'âge de x_i et que parmi eux d_i personnes décèdent pendant l'intervalle et si les d_i personnes décédées ont survécu en moyenne une fraction a_i de l'intervalle, le chiffre de décès M_i peut être exprimé comme suit:

$$M_i = \frac{d_i}{n_i(l_i - d_i) + a_i n_i d_i}$$

La relation entre le chiffre de décès M_i et le risque de décès q_i dans l'intervalle d'âge est:

$$\hat{q}_i = \frac{n_i M_i}{1 + (1 - a_i) n_i M_i}$$

La troisième colonne donne par groupe d'âge le nombre de survivants l_i en vie à l'âge x_i . Dans le premier groupe d'âge on indique un nombre arbitraire. Dans les groupes d'âge suivants, le nombre est calculé sur base du risque de décès et le nombre de survivants dans le groupe d'âge précédent.

$$l_{i+1} = l_i - d_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

La quatrième colonne contient le nombre de personnes d_i décédées dans l'intervalle d'âge (x_i, x_{i+1}) .

$$d_i = l_i \hat{q}_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

Dans la cinquième colonne se trouve la fraction a_i , qui est la fraction de l'intervalle que les personnes décédées d_i ont survécues en moyenne. Les recherches révèlent que cette valeur peut être assimilée à 0,5 à partir de l'âge de 5 ans. En d'autres mots, on considère que le chiffre des décès est uniformément réparti sur l'intervalle et que les personnes qui décèdent dans l'intervalle d'âge concerné, survivent en moyenne la moitié de cet intervalle.

La sixième colonne contient le nombre d'années L_i vécues par la cohorte pendant l'intervalle.

$$L_i = n_i(l_i - d_i) + a_i n_i d_i \quad i = 0, 1, \dots, w-1$$

Le dernier intervalle d'âge est considéré ouvert. Pour cet intervalle, L_w est calculé sur base du chiffre de décès M_w pour les personnes à partir de l'âge de w .

$$L_w = \frac{l_w}{M_w}$$

Dans la septième colonne, on trouve le nombre total des années T_i vécues par la cohorte à partir de l'âge de x_i .

$$T_i = L_i + L_{i+1} + \dots + L_w \quad i = 0, 1, \dots, w$$

Enfin, dans la huitième colonne, on trouve l'espérance de vie à l'âge de x_i .

$$\hat{e}_i = \frac{T_i}{l_i} \quad i = 0, 1, \dots, w$$

3.1.2.b Application de prévalences sur la table de mortalité

On ajoute quelques colonnes à la table de mortalité pour le calcul de l'espérance de vie en bonne santé.

Tableau 2 Méthode de Sullivan: compléter les prévalences dans la table de mortalité

x_i	l_i	L_i	p_x	$(1 - p_x) * L_i$	$\sum (1 - p_x) * L_i$	HE_i
25-29	100000	498.295	0,00	498.295	4.259.271	42,6
30-34	99361	495.162	0,10	447.734	3.760.976	37,9
35-39	98709	491.504	0,08	454.482	3.313.242	33,6
40-44	97913	486.789	0,06	458.120	2.858.761	29,2
45-49	96700	479.197	0,18	391.221	2.400.641	24,8
50-54	94867	467.873	0,22	365.594	2.009.420	21,2
55-59	92028	451.048	0,15	382.501	1.643.826	17,9
60-64	88218	427.106	0,29	304.478	1.261.325	14,3
65-69	82360	391.510	0,18	320.808	956.847	11,6
70-74	73743	338.024	0,17	278.916	636.038	8,6
75-79	60913	262.522	0,33	174.771	357.123	5,9
80-84	44070	172.358	0,71	49.743	182.352	4,1

Si π_x est la prévalence du problème de santé, $(1 - \pi_x)$ représente la proportion de personnes sans le problème de santé. On obtient le nombre d'années individuelles vécues en bonne santé en multipliant la proportion $(1 - \pi_x)$ avec le nombre d'années individuelles L_i vécues dans l'intervalle d'âge.

On calcule ensuite pour chaque groupe d'âge le nombre total d'années de personnes vécues en bonne santé en additionnant tous les L_i à partir de ce groupe d'âge jusqu'au groupe d'âge le plus élevé.

Enfin, l'espérance de vie en bonne santé est calculée en divisant le nombre total des années de personnes vécues en bonne santé $\sum (1 - p_x) * L_i$ par le nombre de survivants l_i en vie à l'âge de x_i .

3.1.2.c Variance

La variance en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé est la somme de la variance causée par la variance autour des chiffres de décès et la variance causée par la variance autour des prévalences. Etant donné que la part dans la variance causée par les chiffres de décès est négligeable en comparaison avec la part causée par la variance autour des prévalences, la variance $S^2(HE_i)$ est considérée égale à:

$$S^2(HE_i) = \frac{\sum \left(\frac{\pi_x * (1 - \pi_x)}{N_i} \right) * L_i^2}{I_i^2}$$

Pour plus de détails, nous référons aux rapports de Mathers (62) et Roelands (57).

3.1.3 Groupes d'âge

L'espérance de vie en bonne santé peut être calculée par année de vie ou par groupe d'âge. Quand on fait le calcul par âge, les prévalences spécifiques pour l'âge représentent la situation à cet âge de façon plus correcte, mais étant donné que les groupes sont plus petits, les intervalles de fiabilité sont plus larges. Les deux calculs sont défendables et ont été appliqués dans cette étude.

La différence en espérance de vie en bonne santé, d'une part calculée par année de vie et d'autre part calculée par groupe d'âge de 5 ans, était minime. Par contre, le calcul de l'espérance de vie en bonne santé suivant le statut socio-économique relatif par année de vie montre que pour certains âges et catégories d'enseignement, le nombre de personnes contribuant à la prévalence est réduit, ayant pour conséquence que les prévalences suivant la position socio-économique relative, estimées sur base d'une régression, sont peu fiables. Pour cette raison et pour rendre le rapport le plus compréhensible possible, nous avons opté pour une table de décès 'abridged' avec des groupes d'âge de 5 ans.

Le groupe d'âge le plus jeune était le groupe d'âge 25-29 ans. Dans la présente étude, le plus haut diplôme obtenu est utilisé comme indicateur pour le statut socio-économique. Étant donné qu'il n'est pas sûr que les étudiants termineront leurs études actuelles ou qu'ils obtiendront encore d'autres diplômes, ils ne pouvaient pas être répartis en niveaux d'enseignement. Beaucoup de personnes étudient encore avant l'âge de 25 ans et le calcul de l'espérance de vie en bonne santé suivant le diplôme final à bas âge, excluerait une grande partie de la population de la cette étude. Les personnes étudiantes ayant plus de 25 ans n'ont pas été prises en compte dans ce rapport.

En ce qui concerne le groupe d'âge le plus élevé, l'espérance de vie en bonne santé a été calculée une fois avec un dernier intervalle d'âge ouvert et une fois avec un dernier intervalle d'âge fermé. Dans le premier calcul, les tables de mortalité ont été fermées à l'âge de 95 ans, le dernier groupe d'âge constituait un intervalle ouvert. Chiang (61) propose de calculer le nombre d'années vécues L_{95} dans ce dernier groupe d'âge en utilisant les chiffres de décès M_{95} . L_{95} devient alors le quotient du nombre de survivants l_{95} en vie à l'âge de 95 ans et le chiffre de décès M_{95} . Par contre, dans la présente étude, le chiffre des décès M_{95} n'était pas connu. Voilà pourquoi M_{95} a été estimé comme suit:

$$M_{95} = \frac{l_{95} * (1 - (0,5 * q_{95}))}{q_{95}}$$

Ceci suppose néanmoins une répartition linéaire de la mortalité, tandis que ce n'est pas toujours le cas à un âge plus élevé.

L'enquête de santé compte relativement peu de personnes ayant 85 ans ou plus. Ainsi, les prévalences spécifiques pour l'âge des problèmes de santé proviennent d'un groupe très réduit. C'est la raison pour laquelle dans ce rapport, nous ne présentons pas les résultats pour les personnes ayant 85 ans ou plus, bien qu'ils ont été calculés.

Du fait que le groupe d'âge des personnes ayant 85 ans ou plus qui contribuent aux prévalences est réduit, les prévalences suivant la position socio-économique estimées sur base d'une régression sont moins fiables. C'est la raison pour laquelle l'espérance de vie en bonne santé suivant le statut socio-économique relatif a seulement été déterminée entre l'âge de 25 et 75 ans, le dernier intervalle d'âge étant un intervalle fermé.

3.2 Données

3.2.1 Répartition des données sur la mortalité et la morbidité en fonction du statut socio-économique

Le rapport de discussion 'Measuring Socio-economic Inequalities in Health' de A.E. Kunst et de J.P. Mackenbach en 1995 (1) décrit de façon très didactique les aspects les plus importants du développement d'une étude sur les différences socio-économiques dans le domaine de la santé. Dans les chapitres suivants, les points essentiels du rapport sus-mentionné sont décrits.

Afin de déterminer les différences dans le domaine de la santé entre les différents groupes socio-économiques, il est nécessaire de disposer d'informations sur l'état de santé des groupes. Selon la définition que l'on donne à la notion 'santé', il s'agit ici de taux de mortalité, la morbidité ou une combinaison des deux. Les principales sources de données sont les registres de mortalité et les enquêtes de santé (sous forme d'une entrevue, éventuellement complétée par des recherches cliniques).

Cette information sur la santé doit être liée à l'information sur une ou plusieurs dimensions de la position dans la hiérarchie socio-économique, telles que l'éducation, les revenus ou la profession. Il existe différentes méthodes pour rassembler des informations couplées (1).

3.2.1.a Les données sur la morbidité

Les enquêtes de santé fournissent des prévalences de certains problèmes de santé, en d'autres mots, l'état à un moment donné dans le temps. Le statut socio-économique de la personne est déterminé au même moment dans le temps (1).

3.2.1.b Les données sur la mortalité

Les taux de mortalité montrent l'apparence de décès dans un certain groupe de personnes durant une certaine période d'observation. Le couplage des informations sur les décès à la situation socio-économique des personnes en question, peut se faire de quatre façons (1).

Jusqu'à il y a quelques années, la plupart des études sur les différences socio-économiques en santé dans notre pays étaient des études écologiques. Ce type d'études concerne les données au niveau de la population, où la population est divisée en sous-groupes, en règle sur base de la zone d'habitation géographique. Pour chaque unité géographique on détermine le statut socio-économique moyen et le chiffre de mortalité dans cette unité est relaté à ce niveau socio-économique. L'inconvénient de cette méthode est que les différences observées en mortalité entre les différentes zones d'habitation ne montrent pas aussi simplement les différences en mortalité au niveau individuel. Ce type d'études ne permet donc pas d'estimer les différences de santé au niveau individuel, mais peut tout de même fournir des informations utiles pour les responsables, en identifiant les zones d'habitations avec un excès de problèmes de santé.

Il y existe encore deux autres types d'informations sur les décès suivant le statut socio-économique: les données transversales couplées et les données transversales non-couplées.

Les données transversales couplées sont basées sur des registres où le statut socio-économique des personnes, ainsi que la raison pour laquelle certaines personnes disparaissent du registre (par exemple à cause de décès), sont connues. Ces données

fournissent des informations sur le statut socio-économique des personnes décédées et sur le nombre de personnes par groupe socio-économique courant le risque de décéder et sont appelées des données transversales couplées parce que les informations sur les décès et le statut socio-économique réfèrent à la même période.

Au cas où de telles informations ne sont pas disponibles, on peut utiliser des données transversales non-couplées. Dans ce cas, les informations sur la situation socio-économique des personnes décédées et des personnes courant le risque de décéder proviennent de diverses sources, notamment le certificat de décès pour les personnes décédées et le recensement de la population pour la population exposée au risque. On obtient les chiffres des décès spécifiques au point de vue socio-économique en divisant le nombre de décès par statut socio-économique par le nombre d'années individuelles par statut socio-économique. Ces informations sont moins précises puisque le statut socio-économique sur le certificat de décès et celui du recensement de la population ne sont pas toujours entièrement comparables.

Dans la méthode la plus qualifiée, on fait usage de données longitudinales. A un certain moment dans le temps, on détermine la situation socio-économique de certaines personnes (par exemple à la suite d'un recensement de la population). A partir de ce moment, le groupe est suivi pendant un certain temps et on enregistre pour chaque personne la durée de survie dans cette période. Cela peut se faire en couplant les données du recensement de la population à ceux du registre des décès en utilisant le numéro du registre national ou en suivant un panel. Ces données sont depuis peu disponibles dans notre pays et les chiffres des décès suivant le statut socio-économique dans cette étude sont basés sur des données longitudinales avec un couplage au niveau individuel.

3.2.2 Les données sur la mortalité de cette étude

Les personnes du recensement de la population de 1991 ont été suivies pendant 5 ans par le point d'appui démographique de la Vrije Universiteit Brussel. Le fichier a été divisé suivant l'âge, le sexe, la région et le statut socio-économique. On a fait un couplage entre ce fichier et le Registre National. Sur base du suivi, les tables de mortalité ont été établis pour différents groupes socio-économiques.

Les données sont limitées. Les personnes ayant un niveau d'instruction inconnu et une grande mortalité, ne sont par exemple pas reprises dans l'étude.

Pour plus d'informations sur ces données, nous référons aux rapports du point d'appui démographique de la VUB (34,63).

3.2.3 Les données sur la morbidité de cette étude

3.2.3.a Description de l'Enquête de Santé Nationale de 1997

Une étude de santé nationale à grande échelle a été réalisée pour la première fois en Belgique en 1997. Cette enquête a été réalisée à la demande et en collaboration avec les ministres compétents, les administrations du gouvernement fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone ainsi qu'avec la Région Bruxelles-capitale et la Région wallonne. La mise en oeuvre a été faite conformément aux directives européennes concernées.

Le questionnaire intégral se divise en trois parties: un questionnaire pour le ménage, un questionnaire oral et un questionnaire écrit. Le questionnaire sur le ménage comprenait 31 questions, à remplir par l'enquêteur. L'enquêteur a également rempli le

questionnaire individuel, comprenant 239 questions. Aux questions pour les personnes trop malades et/ou avec des incapacités cognitives, et pour les enfants ayant moins de 15 ans, un autre membre du ménage a répondu. Les personnes ayant 15 ans et plus ont en plus rempli un questionnaire écrit comprenant 147 questions.

En établissant le questionnaire, on a fait le plus possible usage d'instruments standardisés proposés par le groupe de travail OMS pour "L'harmonisation des méthodes et instruments dans les enquêtes de santé" (64) et des instruments alternatifs déjà utilisés dans des enquêtes de santé à l'étranger. Si les traductions officielles étaient à disposition, elles ont été utilisées. Tableau 3 offre un aperçu des thèmes abordés dans les différents questionnaires.

Au total, 10.221 personnes dans 4664 ménages ont été interrogées. Elles ont été sélectionnées parmi la totalité de la population belge en utilisant le Registre National. Seulement les personnes dans des communautés collectives, telles que les couvents ou prisons, ont été exclues.

L'échantillonnage s'est fait en plusieurs étapes: il y a eu une stratification, d'abord par région (avec une grandeur d'échantillon prédéterminée) et ensuite par province (en proportion avec la taille de la population). Ensuite, un certain nombre d'unités d'échantillons primaires (communes) ont été choisies par province, par le biais d'un échantillon arbitraire systématique pesé (en proportion avec la taille de la population). Dans chaque commune sélectionnée, 50 personnes devaient être questionnées. A l'étape suivante, les ménages ou les unités d'échantillon secondaires ont été choisies. Pour cela, la méthode de l'échantillonnage arbitraire systématique de cluster a été appliquée.

Tableau 3 Sujets traités dans l'enquête de santé de 1997

<i>Parties</i>	<i>Items</i>
Ménage	L'âge de tous les membres de la famille Le sexe de tous les membres de la famille La nationalité de tous les membres de la famille Le pays d'origine et l'affiliation à une mutuelle Revenus absolus et relatifs du ménage Dépenses pour les soins de santé Accès aux services de santé
Liste orale	Présence de maladies chroniques, incapacités et handicaps, ainsi que l'impact de ceux-ci sur les activités quotidiennes Prévalence des maladies et affections chroniques spécifiques (une liste de 34 maladies) et la consommation médicale comme conséquence des ces affections Incapacités de courte durée comme conséquence de problèmes physiques ou mentaux Incapacités physiques de longue durée Utilisation de services de santé : généralistes, spécialistes, dentistes, hôpitaux, paramédicaux, services sociaux, médicaments (prescrits et non-prescrits) Vaccination Alimentation (poids et taille; utilisation de catégories spécifiques d'aliments) Activité physique pendant les loisirs Santé au cours de la grossesse et la première année de vie de l'enfant (e.a. utilisation de services, vaccinations, habitudes de fumer pendant la grossesse, ...) Profil socio-économique

Liste écrite	La perception de sa santé La présence de certains symptômes et plaintes Style de vie : tabagisme, alcool, alimentation (contrôle de poids), prévention d'accidents Connaissance de et attitude envers le SIDA et le VIH, l'application de tests SIDA Santé mentale Prévention cardiovasculaire : tension artérielle, cholestérol
--------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(basée sur le secteur statistique, la taille du ménage et l'âge de la personne de référence). Enfin, les unités d'échantillon tertiaires ou les individus à questionner ont été sélectionnés. Par ménage, au maximum quatre personnes ont été questionnées.

Les enquêtes ont été faites au domicile des personnes enquêtées, par des enquêteurs formés recrutés en collaboration avec l'Institut National des Statistiques (INS). Les enquêteurs fournissaient les questionnaires remplis et un journal de bord à l'INS, où les deux formulaires ont été introduits. Le journal de bord décrivait les différentes actions entreprises par l'enquêteur pour contacter un ménage et réaliser les enquêtes, le résultat final pour le ménage et si nécessaire aussi la raison du refus. La protection de l'atmosphère privée a été assurée par un seul et unique numéro d'identification, à utiliser après la prise de contact (65).

La qualité des données a été vérifiée de deux façons et les données ont été corrigées là où il était nécessaire de les corriger. Avec un contrôle horizontal, on a vérifié si pour chaque ménage et chaque personne enquêtée tous les questionnaires nécessaires se trouvaient dans la base de données. On a également vérifié s'il n'y avait pas de questionnaires dans la base de données pour les ménages et les personnes, dont on savait qu'ils n'étaient pas disponibles ou avaient refusés. Avec un contrôle vertical, on a vérifié toutes les variables. La validité de la réponse à chaque question a été testée en vérifiant si la réponse figurait parmi les réponses possibles (en cas de question fermée) et en vérifiant la cohérence des réponses données avec les réponses aux autres questions.

Toutes les données ont été réparties suivant l'âge, le sexe, la région et les catégories de statut socio-économique sus-mentionnées.

3.2.3.b Personnes institutionnalisées

En général, on conseille de réaliser une enquête de santé chez une population comportant des personnes vivant dans un ménage privé et des personnes qui ne vivent pas dans un ménage privé. Le deuxième groupe comporte principalement des personnes vivant dans un ménage collectif et des personnes sans domicile fixe (64). Ce dernier groupe est beaucoup plus difficile à joindre. Pour répondre à ce conseil il a été décidé d'intégrer dans l'échantillon de l'enquête de santé de 1997, en principe, des personnes vivant dans une institution (à l'exception de prisons et de couvents) ainsi que des personnes non-institutionnalisées (66).

Les enquêteurs ont contacté les ménages sélectionnés à l'adresse du domicile figurant dans le registre national. En Belgique, il s'avère néanmoins qu'à peu près un tiers des personnes institutionnalisées (maisons de repos et maisons de repos et de soins) sont réellement domiciliées à l'institution. Les autres deux tiers sont domiciliés à l'adresse d'un ménage non-collectif, dans la plupart des cas l'adresse de la famille de la personne concernée.

Dans l'enquête de santé, il s'est avéré à maintes reprises qu'une personne plus âgée, qui selon la liste de l'enquêteur faisait partie du ménage, ne vivait pas à cette adresse. Au cas où il s'agissait d'une personne de référence dans un ménage comptant une personne, un autre ménage avec les mêmes caractéristiques (même secteur statisti-

que, même âge) a été contacté. S'il s'agissait d'une personne de référence faisant partie d'un ménage avec plusieurs personnes, ou s'il ne s'agissait pas de la personne de référence, la personne fut barrée de la liste du ménage et ne fut pas interrogée.

Ainsi, une grande partie des personnes sélectionnées vivant dans une institution n'a pas été contactée. Pour plus de détails, nous référons au rapport de Quataert (66) et au manuel de l'enquête de santé. Les prévalences des problèmes de santé fournies par l'enquête de santé, sont donc plutôt représentatives pour la population non-institutionnalisée.

A l'Institut National des Statistiques (INS), la répartition selon le SSE et le sexe est connue pour les personnes faisant partie de ménages collectifs. Ces informations proviennent du recensement de la population de 1991. A cause du même problème de la domiciliation, le nombre total des personnes faisant partie d'un ménage collectif, n'est néanmoins pas connu. L'Institut National d'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI) possède des informations sur le nombre total de personnes institutionnalisées, mais ne dispose pas d'une répartition suivant le statut socio-économique ou le sexe.

La combinaison des deux bases de données devrait en principe pouvoir donner une réponse à la question si pour ce rapport les hypothèses adoptées sont correctes (voir plus loin). Puisque les deux sources montrent de grandes lacunes, l'insécurité augmente considérablement. A cause des limites des données, on a également décidé de ne pas, contrairement aux autres calculs de l'espérance de vie en bonne santé, utiliser le nombre d'années en institution comme statut de santé spécifique lors de la détermination de l'espérance de vie en bonne santé (67).

Pour ce rapport, on a donc considéré que toutes les personnes institutionnalisées et non-institutionnalisées répondant aux autres critères d'admission, furent intégrées dans le cadre de l'échantillon de l'enquête de santé. Les calculs ont été réalisés avec les prévalences de toutes les personnes de l'enquête de santé et ces prévalences ont été considérées comme provenant de la population étant représentative pour la totalité de la population institutionnalisée et non-institutionnalisée.

Cette approche est basée sur un certain nombre d'hypothèses:

- 1) La prévalence des problèmes de santé est la même chez les personnes institutionnalisées étant domiciliées à l'institut que chez les personnes n'y étant pas domiciliées.
- 2) La répartition en fonction du statut socio-économique est la même pour les personnes institutionnalisées étant domiciliées à l'institut que pour les personnes n'y étant pas domiciliées.

Les hypothèses peuvent donc constituer une source d'erreurs. En tant que contrôle, on a essayé d'estimer l'état de santé des personnes institutionnalisées de l'enquête de santé. Etant donné que seulement 43 personnes s'avéraient domiciliées à l'institution, ce nombre est trop réduit pour réaliser une évaluation pertinente.

3.3 Choix des indicateurs

3.3.1 Indicateurs pour le statut socio-économique

Les trois dimensions déterminant le plus la position dans la hiérarchie sociale sont l'enseignement, les revenus et la profession (1). Parfois, on utilise d'autres indicateurs approximatifs pour la position socio-économique, tel que le type de ménage, la possession d'une habitation, le confort de l'habitation ou le fait d'avoir une voiture.

Le niveau d'instruction détermine surtout l'accès aux informations et l'aptitude de tirer profit des nouvelles informations et est un déterminant important des revenus et de la profession. Les revenus ont surtout une influence sur 'l'accès aux biens rares', autant en termes de facteurs d'environnement qu'en accès aux soins de santé. La profession

influence en partie les facteurs sur lesquelles les revenus et l'enseignement ont une influence et y ajoutent des avantages spécifiques, liés à l'exécution de certaines professions, tels que le prestige, les privilèges, le pouvoir ainsi que les capacités sociales et techniques.

La dimension 'enseignement' a comme avantage d'être disponible pour la plupart des personnes dans la population et est en plus très stable. Voilà pourquoi c'est un indicateur très facilement applicable.

Les dimensions 'revenus' et 'profession' ont en comparaison un certain nombre d'inconvénients qui en diminuent en peu l'utilité. On peut difficilement définir les revenus vu la sensibilité du thème, le degré de réponse est peu élevé et les réponses ne sont pas précises. La dimension profession n'est pas disponible pour une considérable partie de la population et il est en plus difficile d'ordonner hiérarchiquement les différentes classes professionnelles.

Le niveau d'instruction peut être mesuré de différentes façons. La mesure la plus directe est le niveau le plus élevé pour lequel un diplôme a été obtenu. Pour pouvoir identifier suffisamment les groupes les plus défavorisés, il faut faire la distinction entre un minimum de catégories. Si aucune information sur le diplôme n'est disponible, on peut utiliser une alternative avec le nombre d'années d'enseignement que la personne a suivie ou avec l'âge qu'avait la personne en terminant ses études. Le plus grand inconvénient de ces indicateurs est le fait qu'on ne tient pas compte du niveau d'instruction.

Dans cette étude, la position socio-économique a été déterminée par le biais du plus haut diplôme obtenu. La dimension 'enseignement' a été choisie d'une part pour des raisons pratiques : seul les risques de décès suivant le niveau d'instruction sont disponibles et d'autre part parce qu'elle a incontestablement un certain nombre d'avantages pour les dimensions 'profession' et 'revenus'.

On a fait la distinction entre dix différentes catégories d'enseignement:

1. pas de diplôme
2. enseignement primaire
3. enseignement secondaire inférieur professionnel (ESP inférieur)
4. enseignement secondaire inférieur technique (EST inférieur)
5. enseignement secondaire inférieur général (ESG inférieur)
6. enseignement secondaire supérieur professionnel (ESP supérieur)
7. enseignement secondaire supérieur technique (EST supérieur)
8. enseignement secondaire supérieur général (ESG supérieur)
9. enseignement supérieur du type court (1-3 années d'enseignement supérieur)
10. enseignement supérieur du type long (plus de 3 années d'enseignement supérieur)

3.3.2 Indicateurs pour l'état de santé

L'intérêt pour la notion 'qualité de vie' augmente et plus particulièrement 'la qualité de vie dans le domaine de la santé'. Ce concept a été défini de plusieurs façons. En bref, la notion a évolué d'un modèle étant seulement orienté sur la maladie à un modèle ayant également trait à la santé et au bien-être. La plupart des définitions actuelles comportent ainsi autant les aspects fonctionnement physique que bien-être psychologique, soutien social et activités. Bowling, par exemple, définissait le terme comme les niveaux optimaux du fonctionnement de rôle mental, physique et social (68).

Suite à une réunion du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe en 1992, un certain nombre d'indicateurs de santé ont été indiqués comme adéquats pour suivre l'avancement des différents objectifs de 'Health for All'. L'utilisation généralisée de ces indicateurs contribuerait en grande partie à l'obtention

d'informations sur les inégalités en santé étant comparables au niveau international (1,69).

On considère l'enquête de santé par interview comme la source de données la plus conseillée pour les informations exigées pour la détermination et le suivi des différences en santé (64). Une enquête de santé fournit des informations uniques étant donné que les données provenant de différents domaines sur une même personne ont été rassemblées au même moment. Ainsi, il est possible de vérifier la cohérence des différents domaines. De plus, une enquête ne fournit non seulement des informations sur les problèmes de santé diagnostiqués, mais également sur des problèmes de santé pour lesquels on ne cherche pas d'aide médicale et sur l'expérience de sa propre santé. Il s'agit en plus d'une information de santé pour un groupe de personnes représentatif pour l'ensemble de la population (70).

Dans cette recherche, l'espérance de vie en bonne santé a été calculée pour les trois résultats de santé: la santé perçue, les incapacités et la santé mentale. Pour l'espérance de vie en bonne santé, on utilise la santé perçue par la convention nommée l'espérance de vie perçue en bonne santé ('healthy life expectancy'). On appelle l'espérance de vie en bonne santé basée sur l'absence d'incapacités 'l'espérance de vie sans incapacités' et l'espérance de vie basée sur l'absence de problèmes psychiatriques 'l'espérance de vie en bonne santé mentale'.

3.3.2.a Santé perçue

Dans cette étude, l'indicateur 'santé perçue' a été mesuré avec une seule question : 'Comment est votre état de santé général? Cinq réponses étaient possibles 'très bon', 'bon', 'ça va (raisonable)', 'mauvais' et 'très mauvais'. Les réponses ont à nouveau été codées en considérant les réponses 'très bon' et 'bon' comme 'santé perçue bonne' et les réponses 'ça va (raisonable)', 'mauvais' ou 'très mauvais' comme 'santé perçue mauvaise'.

L'indicateur se concentre en fait sur l'impact de l'état de santé perçue sur la possibilité de mener une vie satisfaisante et est une mesure pour la 'qualité de la vie en ce qui concerne la santé' au sens large du mot (71). L'indicateur s'avère stable et on a observé une forte cohérence négative entre la santé perçue et le nombre de contacts annuel avec le médecin. L'indicateur a une forte valeur prédictive pour la santé, e.a. pour la santé physique perçue et pour la mortalité (72-76).

La santé perçue est un des indicateurs les plus importants du monitoring de la santé et de la qualité de vie. Cet indicateur est repris dans l'objectif 2 de la stratégie de l'OMS.

3.3.2.b Incapacités de longue durée

Le questionnaire sur la présence d'incapacités est divisé en deux parties. La première partie constitue la partie 'Fonctionnement Physique' du questionnaire SF-36, une partie où l'on interroge la personne sur ses capacités de soulever, porter, se mobiliser, monter les escaliers, s'incliner en avant, fléchir les genoux et prendre soins de soi (77).

Les personnes ayant moins de 60 ans et ne mentionnant aucune incapacité dans ce premier questionnaire recevaient automatiquement le score final 'pas d'incapacités'. On a soumis aux autres personnes le questionnaire sur les incapacités, conseillé par le Nederlands Centraal Bureau voor de Statistiek et l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est avec 11 questions que les incapacités de locomotion, déplacement, habillage-déshabillage, se laver les mains et le visage, manger, aller aux toilettes, problèmes de continence, les incapacités d'ouïe et les incapacités de vision ont été scrutés. Il y avait trois réponses possibles pour chaque question : 'pas d'incapacités', 'moyennes incapacités' ou 'graves incapacités'. Le score a été calculé en additionnant le nombre

d'incapacités moyennes et graves. Les personnes avec au moins 2 incapacités moyennes ou au moins 1 grave incapacité ont été considéré comme des 'personnes avec de graves incapacités'; les personnes ayant donné une fois une incapacité moyenne comme des 'personnes avec de moyennes incapacités' (69).

La première partie du questionnaire est un instrument de screening parce que les organisateurs de l'enquête de santé estimaient que l'instrument du CBS-OMS en soi n'était pas assez sensible pour les personnes jeunes.

3.3.2.c Santé mentale

Le General Health Questionnaire (GHQ) est l'instrument de screening international le plus utilisé pour les affections psychiatriques générales dans les soins de santé de première ligne. L'échelle a été développée pendant les années soixantes et septantes par Goldberg. L'instrument détecte les problèmes récents en enquêtant sur les symptômes ayant été observé plus ou moins fréquemment que habituellement par la personne au cours des deux dernières semaines (68,78,79).

Dans l'enquête de santé, c'est la courte version avec 12 questions qui a été utilisée. Ainsi, trois domaines de la morbidité psychiatrique ont été étudiés: anxiété et insomnie, dysfonctionnement social et humeur dépressive. Le score peut varier entre 0 et 12: un score de 0 ou 1 fut considéré normal, tandis qu'un score de 2 ou 3 indique une affection psychiatrique moyenne et un score de 4 ou plus une affection psychiatrique grave.

3.4 Mesurer les différences

Les différences socio-économiques en santé peuvent être exprimées de différentes façons (1).

D'abord, on fait la distinction entre les différences absolues et relatives. Les différences peuvent être exprimées en termes relatifs, par exemple en présentant le chiffre de décès du groupe socio-économique le plus élevé comme pourcentage du chiffre du groupe le moins élevé. D'autre part, on peut également montrer les différences absolues, par exemple en prenant la différence du chiffre de décès de deux différents groupes socio-économiques. En général, on comprend mieux les différences relatives, mais l'importance pour la santé publique est parfois plus clairement démontrée par des différences absolues.

Ensuite, il faut choisir si l'on veut seulement décrire l'effet ou l'impact total. L'impact sur la santé publique générale peut être estimé en tenant compte de la grandeur relative des différents groupes. Cette grandeur relative se trouve bien-sûr en partie en dehors de la zone d'influence des hommes politiques. La façon dont on présente les différences dépend de la mesure dans laquelle on veut uniquement mettre l'accent sur l'aspect changeant de ces différences.

Une troisième distinction peut être faite entre les mesures simples et les mesures plus sophistiquées. Les mesures simples, telles que les ratios des taux (rate ratios) entre les différents groupes, ont l'avantage d'être faciles à calculer et à comprendre et d'être relativement peu exigeants pour les données de base. En revanche, ces mesures simples cachent une partie des informations disponibles. Ne démontrant par exemple que la différence entre le groupe le plus élevé et le moins élevé, on n'obtient aucune information sur les groupes du milieu. Des mesures plus sophistiquées basées sur une régression tiennent plus compte des informations disponibles, mais sont plus complexes et plus exigeants pour les données de base. On demande par exemple que la variable socio-économique puisse être présentée sur une échelle d'intervalles.

Dans cette étude, on utilise différentes mesures. Les différences en espérance de vie en bonne santé entre les différentes catégories d'enseignement existantes sont présentées comme des différences absolues en années et comme ratio de différentes espérances de vie en bonne santé. Ici, il s'agit donc de deux mesures simples, une différence absolue et une différence relative, qui se limitent à chaque fois à l'effet du niveau d'instruction. De plus, on calcule ces différences en santé sur base d'une méthode de régression, où l'on tient compte avec la taille relative des différents groupes socio-économique dans notre société et leur position relative dans la hiérarchie.

3.5 Conversion du statut socio-économique absolu en statut socio-économique relatif

Le diplôme absolu ne tient pas compte de la taille relative des groupes d'enseignement, ce qui a des conséquences pour le statut relatif du diplôme. Par exemple, à cet époque, on étudie plus longtemps qu'avant (Figure 1 et Figure 2) ce qui fait que le statut socio-économique obtenu suite à un certain diplôme, a changé.

De plus, le système d'enseignement belge diffère sur quelques points, du système dans d'autres pays, ce qui a pour conséquence qu'il est difficile de procéder à des comparaisons internationales.

Ces problèmes sont résolus en utilisant une méthode par laquelle on applique une régression linéaire sur les prévalences spécifiques pour l'âge et les risques de décès. Cette méthode a été appliquée pour la première fois par Pamuk (3) et récemment plus spécifiquement pour l'espérance de vie en bonne santé par Sihvonen (80).

Figure 3 l'explique brièvement et d'une façon plus visuelle. La bande inférieure montre la répartition de l'enseignement de la population pour une certaine cohorte. Chaque petit carré représente une catégorie d'enseignement. Le premier petit carré représente par exemple le pourcentage de personnes sans diplôme, le second petit carré le pourcentage de personnes ayant un diplôme d'enseignement primaire, etc. ... Les catégories sont ensuite ordonnées en ordre croissant d'enseignement. Cet ordre est pour certaines catégories d'enseignement assez arbitraire. En ordonnant, on constitue une échelle de 0 à 100% dont chaque catégorie d'enseignement accapare quelques pourcents, proportionnellement à la taille de la population.

Figure 1 Répartition du niveau d'instruction suivant l'âge (hommes, recensement de la population 1991)

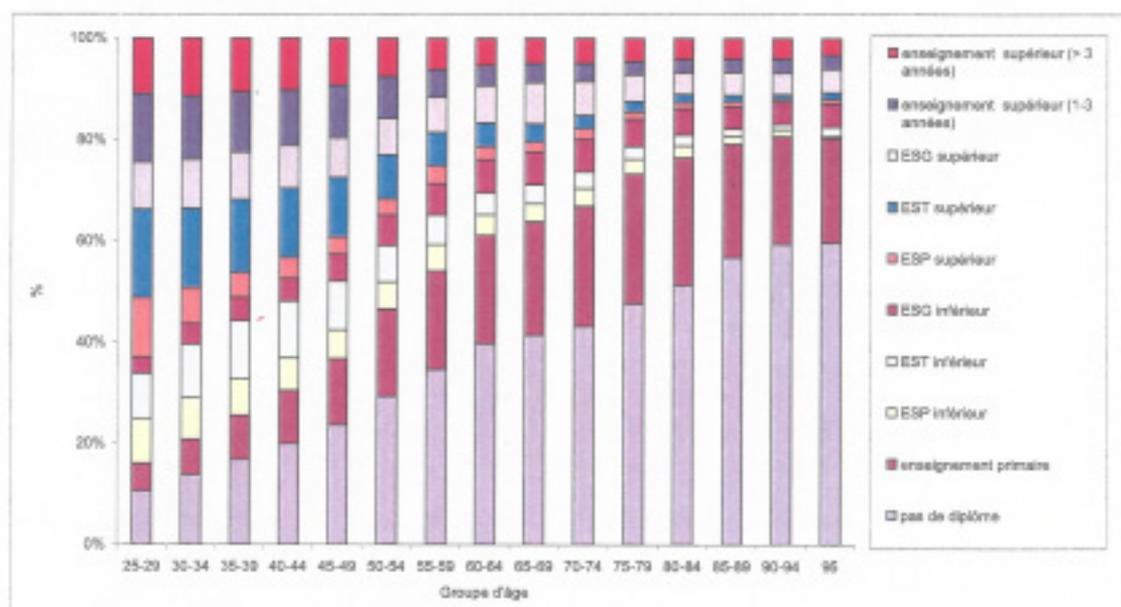


Figure 2 Répartition du niveau d'instruction suivant l'âge (femmes, recensement de la population 1991)

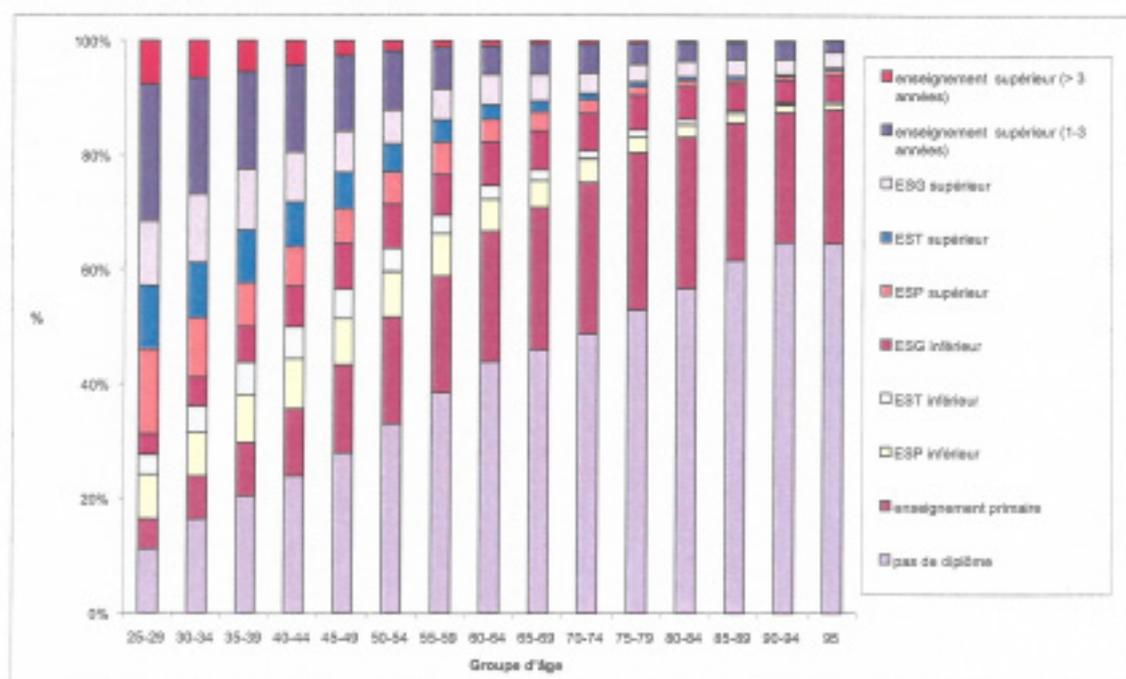
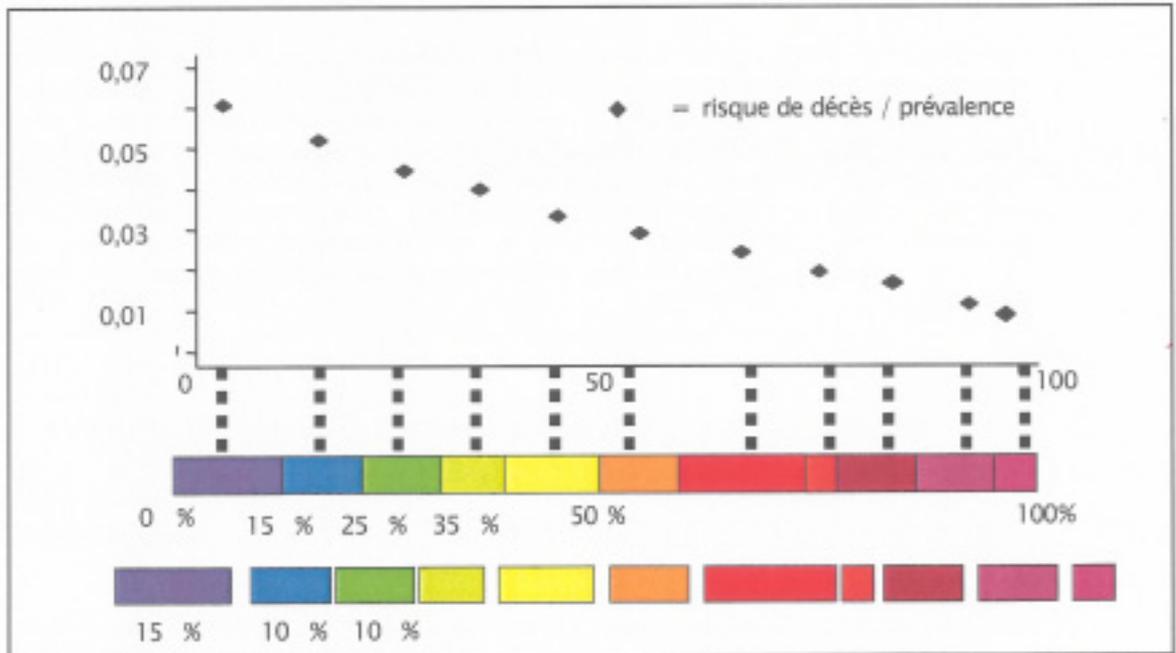


Figure 3 Méthode de régression pour la cohorte I



Cette échelle peut être considérée comme reflet d'une répartition socio-économique de la cohorte. Chaque catégorie d'enseignement se positionne au centre de son ordre. Dans l'exemple, les limites pour les personnes sans diplôme pour cet ordre sont 0 et 15%. Le point moyen du range donne à chaque fois l'ordre sur l'échelle pour cette catégorie d'enseignement. Par exemple, sur l'échelle, l'ordre pour les personnes sans diplôme, est donné par le point 7,5%.

Après la détermination de la position de chaque catégorie d'enseignement sur cette échelle, les risques de décès et les prévalences des différentes catégories d'enseignement pour cette cohorte en particulier sont traitées dans une graphique. La valeur x du risque de décès (ou la prévalence) est à chaque fois la position des personnes de cette catégorie d'enseignement sur l'échelle socio-économique. Finalement, on applique une régression linéaire pondérée sur les dix points. Les coefficients obtenus offrent la possibilité d'estimer le risque de décès (ou la prévalence) pour chaque position sur cette échelle. Les deux extrêmes, position 0% et position 100%, concordent avec la position la moins et la plus haute qui peut être obtenue dans la communauté.

Cette méthode est utilisée pour chaque cohorte et l'estimation des risques de décès et de la prévalence offrent la possibilité de calculer l'espérance de vie en bonne santé pour chaque position dans la hiérarchie sociale.

Dans la cohorte plus âgée il y a des niveaux d'enseignement, principalement plus élevés, avec peu de personnes ou même aucune personne. Voilà pourquoi, aussi en référant à la littérature (80), seulement l'espérance de vie en bonne santé suivant le niveau d'instruction relatif est calculé jusqu'à l'âge de 75 ans.

4. Résultats

Le but de cette étude est de décrire les différences en espérance de vie en bonne santé suivant un gradient socio-économique, notamment suivant le plus haut diplôme obtenu. Les données spécifiques, seulement en mortalité ou morbidité, tombent en dehors de ce cadre. D'autre part, l'espérance de vie en bonne santé rassemble les risques de décès spécifiques pour l'enseignement et les prévalences. Pour pouvoir estimer à sa juste valeur la contribution des deux types de données à l'espérance de vie en bonne santé, on donne un très bref aperçu de quelques différences observées. Pour une étude approfondie des différences, nous référons à d'autres études (34,65,81).

4.1 Espérance de vie suivant le sexe et le niveau d'instruction

A l'âge de 25 ans, les hommes ont encore une espérance de vie de 49,6 ans et peuvent par conséquent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 74,6 ans. L'espérance de vie chez les femmes ayant 25 ans, est de 55,9 ans. En moyenne, elles atteignent l'âge de 80,9 ans.

L'espérance de vie à cet âge, suivant le niveau d'instruction, augmente graduellement suivant un niveau d'instruction plus élevé (Figure 4, annexe: tableaux 21, 22). Seul les catégories ESG inférieur et ESG supérieur ont une espérance de vie moins élevée que celle du groupe précédent (respectivement EST supérieur et inférieur).

Pour tenir compte avec la taille des différents groupes socio-économiques et afin de corriger l'effet cohorte, on a également calculé l'espérance de vie suivant le niveau d'instruction relatif. Tableau 4 montre l'espérance de vie des personnes avec la position la plus basse (0%) et la plus haute possible (100%) dans la hiérarchie socio-économique. La population a également été divisée en trois groupes. Les points 17%, 50% et 83% représentent l'espérance de vie moyenne de personnes des groupes socio-économiques, respectivement, les plus bas, du milieu et les plus hauts (annexe: tableaux 25, 26).

La différence en espérance de vie partielle, âge de 25 à 75 ans, entre les hommes ayant la position la plus basse et la plus haute possible sur l'échelle sociale est de 3,6 ans (43,0 ans versus 46,6 ans). L'espérance de vie des hommes du tertiel le plus bas de la société est de 43,6 ans, du tertiel intermédiaire 44,7 ans et pour le tertiel le plus haut de 45,8 ans. La différence en espérance de vie par tertiel est de 1,1 ans.

Figure 4 Espérance de vie à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, Belgique, 1991-1996

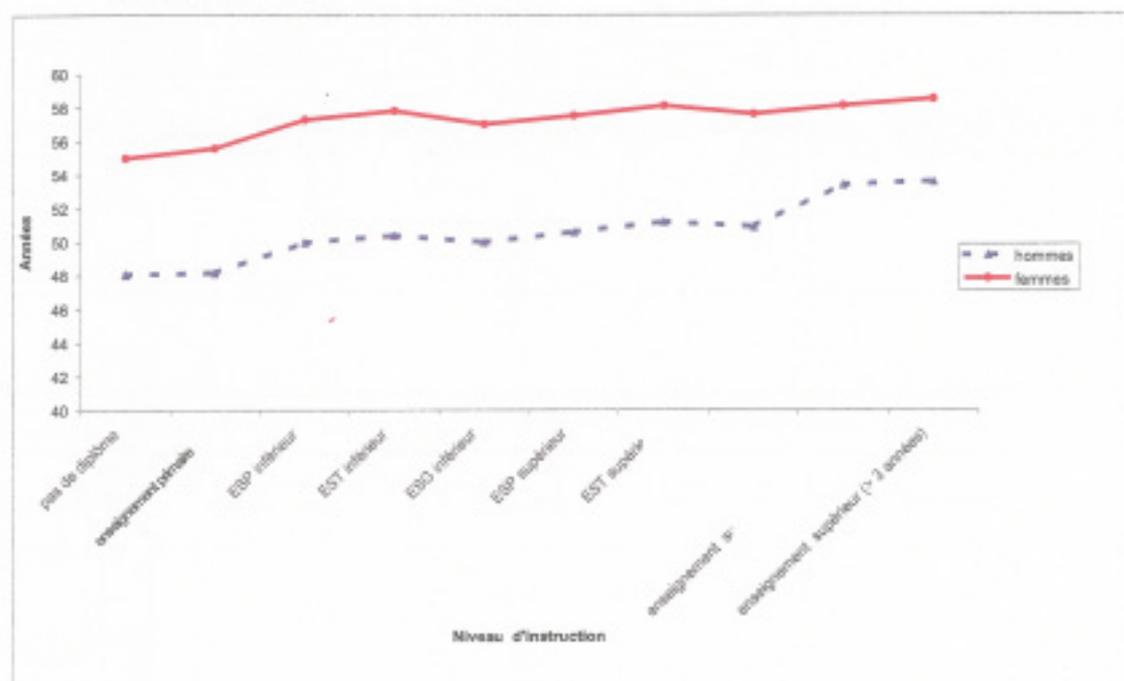


Tableau 4 Espérance de vie partielle, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996

Position relative dans la hiérarchie d'enseignement	Hommes	Femmes
Position 0% (position la moins élevée possible)	43,0	46,5
Position 17% (tertil le moins élevé)	43,6	46,8
Position 50% (tertil moyen)	44,7	47,2
Position 83% (tertil le plus élevé)	45,8	47,6
Position 100% (position la plus haute possible)	46,6	47,9

Chez les femmes, les différences sont plus petites. La différence entre les extrêmes est de 1,3 an; l'espérance de vie des femmes faisant partie du tertiel le moins élevé est de 46,8 ans, pour le tertiel moyen elle est de 47,2 ans et pour le tertiel le plus élevé elle est de 47,6 ans. La différence en espérance de vie par tertiel est de 0,4 an.

4.2 Prévalences suivant le niveau d'instruction

Les tableaux ci-dessous donnent les prévalences pour les trois résultats de santé étudiées - la santé perçue, les incapacités et la santé mentale - suivant l'âge et le sexe. Les tableaux 5 et 6 révèlent que la prévalence de la santé perçue mauvaise et les incapacités augmentent avec l'âge et est plus élevée chez les femmes pour à peu près chaque groupe d'âge.

Tableau 5 Prévalence spécifique pour l'âge de la santé perçue mauvaise suivant le sexe, enquête de santé de 1997, Belgique

Groupes d'âge	Hommes		Femmes	
	Prévalence	95% I.F.	Prévalence	95% I.F.
15-24	7,9	(4,9-10,9)	9,9	(6,5-13,2)
25-34	7,8	(5,2-10,5)	12,2	(9,4-15,0)
35-44	15,2	(11,7-18,6)	26,0	(21,6-30,3)
45-54	19,5	(15,4-23,5)	26,7	(21,8-31,7)
55-64	32,6	(25,7-39,5)	32,5	(25,4-39,5)
65-74	39,7	(31,9-47,5)	46,8	(39,5-54,1)
75 +	52,1	(43,0-61,3)	56,0	(46,7-65,4)

Tableau 6 Prévalence spécifique pour l'âge des incapacités suivant le sexe, enquête de santé 1997, Belgique

Groupes d'âge	Hommes		Femmes	
	Prévalence hommes	95% I.F.	Prévalence femmes	95% I.F.
15-24	4,4	(2,2- 6,7)	7,5	(4,5-10,4)
25-34	6,2	(3,9- 8,6)	7,5	(5,2- 9,8)
35-44	7,9	(5,2-10,5)	14,6	(10,9-18,2)
45-54	15,3	(11,6-19,0)	17,0	(12,6-21,4)
55-64	28,3	(21,4-35,1)	29,4	(22,1-36,6)
65-74	43,1	(34,7-51,5)	46,4	(39,0-53,9)
75 +	65,3	(56,6-74,0)	71,4	(63,3-79,5)

La prévalence de la santé perçue mauvaise et des incapacités varie suivant le niveau d'instruction et est moins élevée suivant un niveau d'instruction plus élevé. Contrairement à une espérance de vie plus élevée, les prévalences des personnes de l'enseignement technique EST n'est pas systématiquement moins élevée que celles des personnes de l'ESG. Les prévalences et les intervalles de fidélité correspondants sont affichés dans les figures 5 et 6.

Figure 5 Prévalence de la santé perçue mauvaise suivant le niveau d'instruction, standardisé suivant l'âge et le sexe, avec 95% des intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique

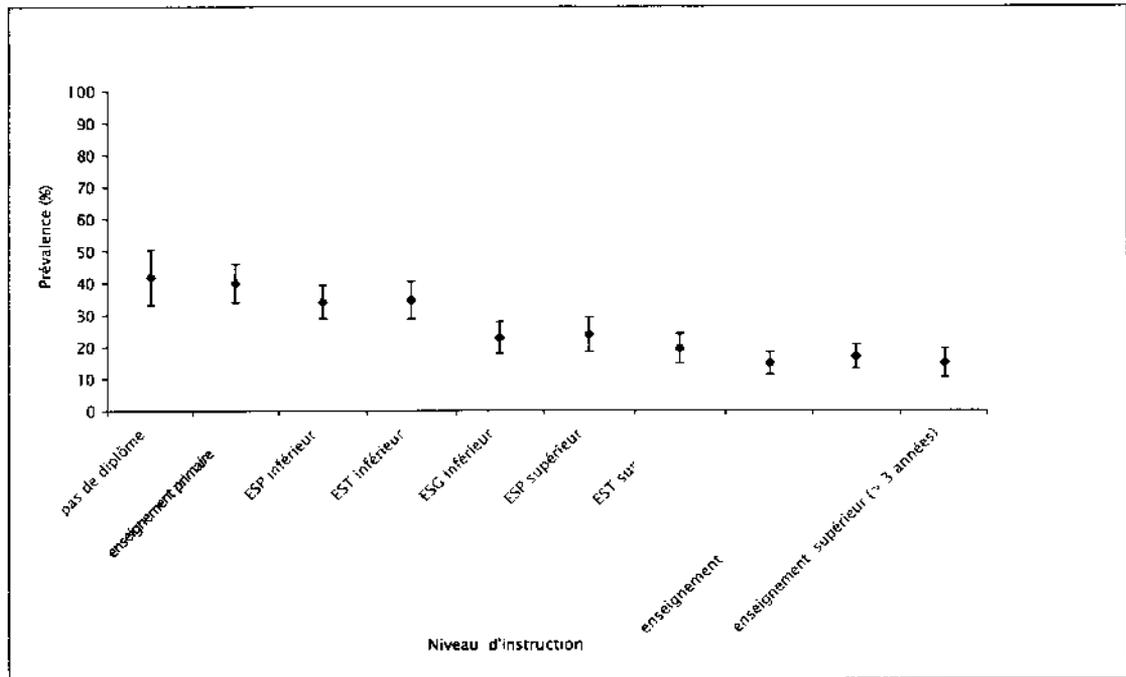
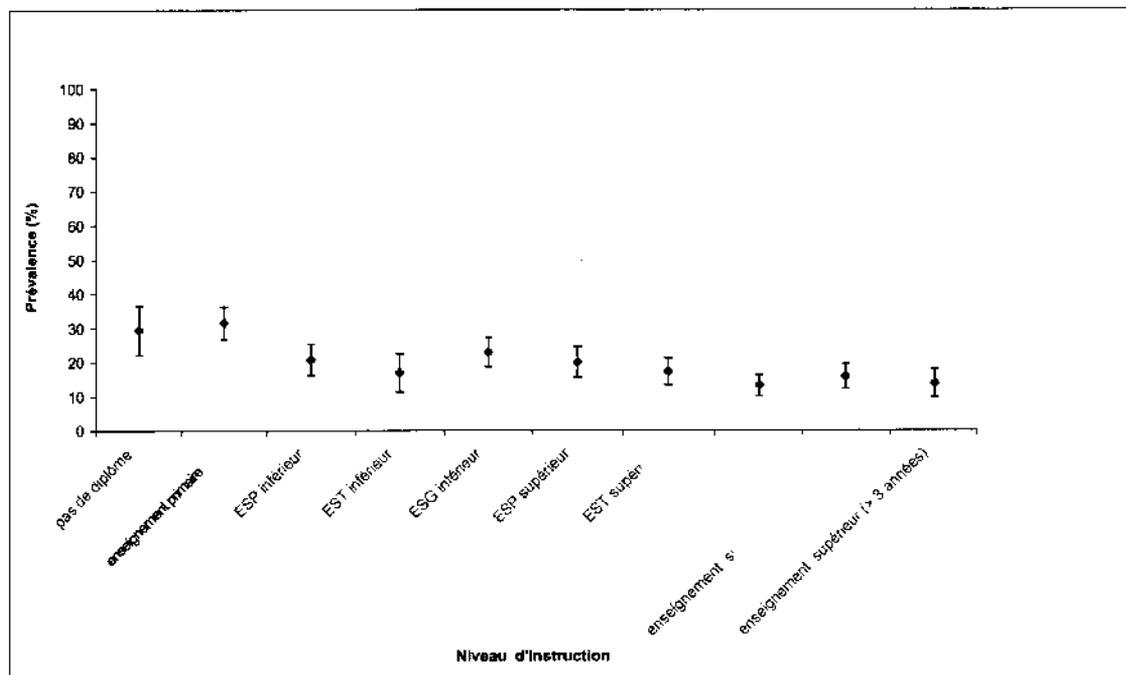


Figure 6 Prévalence des incapacités physiques suivant le niveau d'instruction, standardisé suivant l'âge et le sexe, avec 95% d'intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique



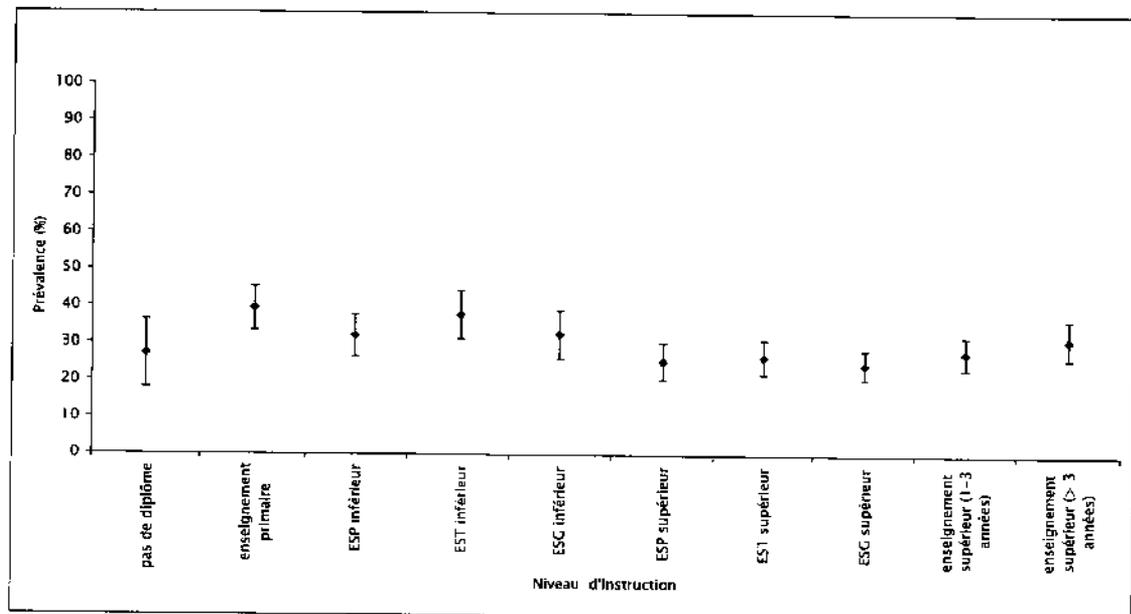
Les prévalences d'une santé mentale mauvaise (GHQ score > 2), montrent un autre modèle suivant l'âge. L'enquête de santé révèle qu'il n'y a aucun lien entre l'âge et l'apparition de problèmes de santé mentale. Les prévalences sont un peu plus élevées chez les femmes que chez les hommes, mais cette différence n'est que significative pour deux groupes d'âge (15-24 ans et 65-74 ans) (Tableau 7). Il n'y a pas de lien univoque avec l'enseignement (Figure 7). La prévalence peu élevée dans le groupe sans

diplôme est possiblement un artefact. Pour les autres niveaux d'enseignement, la prévalence montre une courbe en forme de U avec les prévalences les moins élevées dans l'enseignement secondaire supérieur.

Tableau 7 Prévalence spécifique pour l'âge d'une santé mentale mauvaise suivant le sexe, enquête de santé 1997, Belgique

Groupes d'âge	Hommes		Femmes	
	Prévalence	95% I.F.	Prévalence	95% I.F.
15-24	24,4	(19,7-29,2)	41,1	(35,7-46,5)
25-34	28,3	(23,9-32,7)	33,5	(29,5-37,5)
35-44	30,6	(26,2-34,9)	38,4	(33,6-43,2)
45-54	24,7	(20,3-29,1)	34,0	(28,8-39,3)
55-64	24,0	(17,9-30,1)	29,9	(23,1-36,7)
65-74	22,0	(15,4-28,7)	36,4	(29,4-43,3)
75 +	22,0	(14,5-29,5)	35,1	(26,1-44,0)

Figure 7 Prévalence d'une santé mentale mauvaise suivant le niveau d'instruction, standardisée suivant l'âge et le sexe, avec 95% d'intervalles de fidélité, enquête de santé 1997, Belgique



4.3 Espérance de vie en bonne santé perçue

L'espérance de vie ainsi que l'espérance de vie en bonne santé se calculent sur base des risques de décès actuels (1991-1996) et des prévalences (1997), partant de la supposition qu'ils ne changent pas au fil des années.

4.3.1 Espérance de vie en bonne santé perçue suivant le sexe

L'espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 25 ans est de 37,5 ans chez les hommes et de 37,6 chez les femmes, respectivement 76% et 67% de l'espérance de vie.

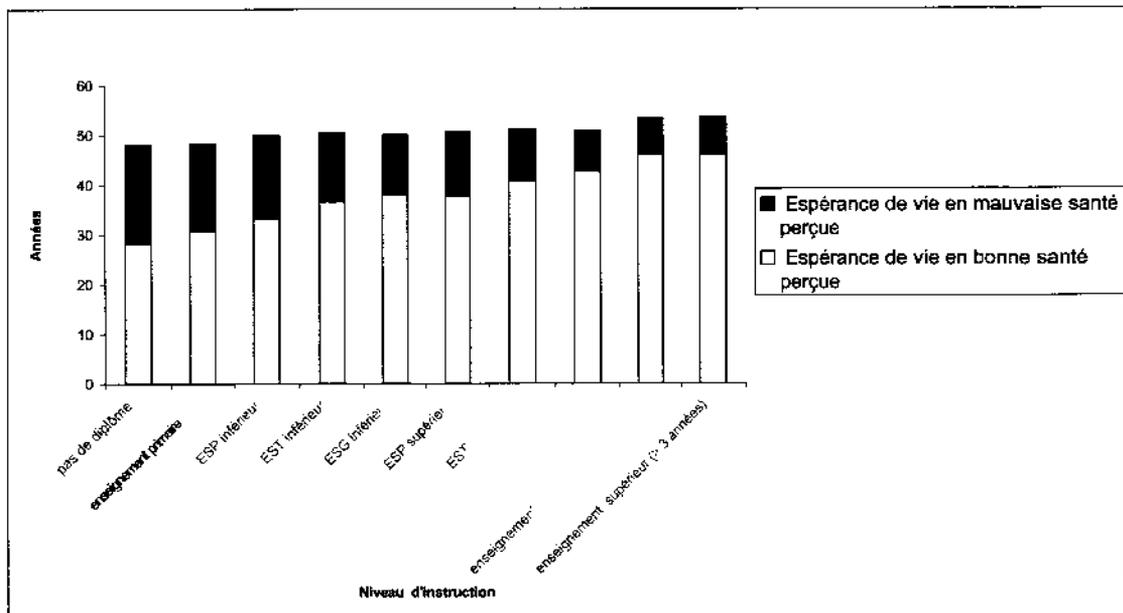
4.3.2 Espérance de vie en bonne santé perçue suivant le niveau d'instruction

L'espérance de vie en bonne santé perçue est plus élevée chez les catégories d'enseignement plus élevées. Les figures 8 et 9 (annexe :Tableaux 27-30) montrent qu'en général, la différence en espérance de vie en bonne santé est graduelle, autant chez les hommes que chez les femmes et dans toutes les catégories, et que les groupes du milieu ont également de façon systématique une espérance de vie en bonne santé moins élevée que les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé.

L'espérance de vie en bonne santé des hommes ayant au maximum un diplôme d'ESG inférieur est clairement plus bas que celle des hommes ayant au moins un diplôme d'ESG supérieur. Chaque groupe a été comparé de façon plus approfondie avec le groupe d'enseignement supérieur du type long et la différence n'est seulement pas significative pour les groupes de l'ESG supérieur et de l'enseignement supérieur du type court ($p > 0.05$).

La comparaison des deux groupes extrêmes donne une idée sur la grandeur maximale des différences. Les hommes ayant 25 ans et sans diplôme peuvent s'attendre à vivre en moyenne 73,1 ans. Dans cette période, ils percevront leur santé bonne pendant 28,1 ans. Les hommes ayant 25 ans et un diplôme de

Figure 8 Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, hommes, Belgique, 1991-1996/1997



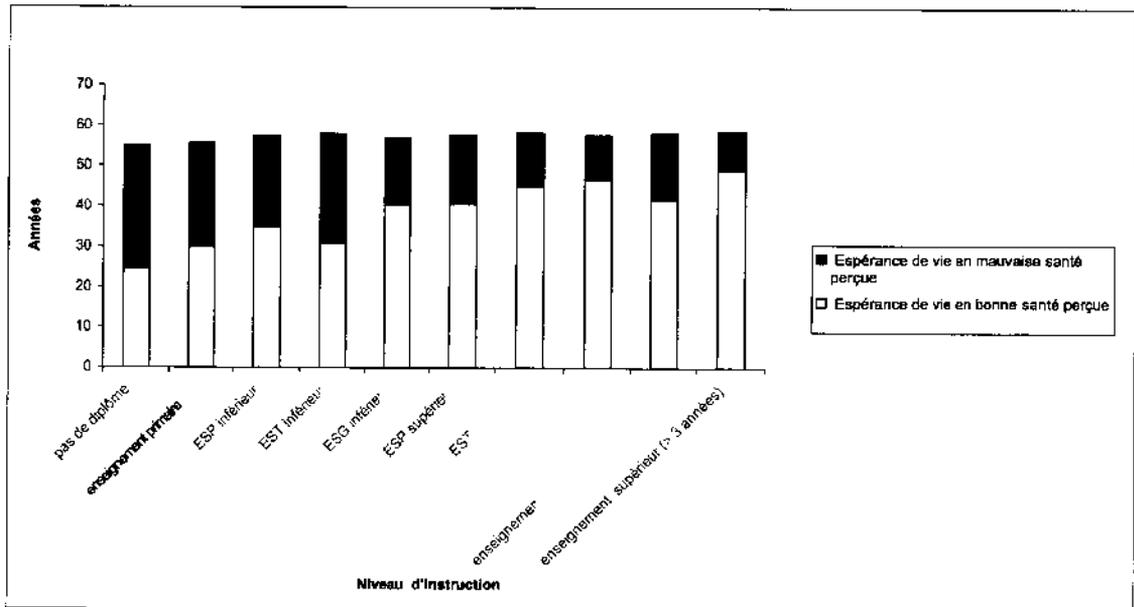
l'enseignement supérieur du type long vivent en moyenne jusqu'à 78,6 ans et peuvent s'attendre à vivre 45,9 ans en bonne santé. La différence en espérance de vie en bonne santé perçue entre les différents groupes peut par conséquent s'élever à 17,8 ans. Cette différence est beaucoup plus grande que la différence en espérance de vie, qui s'élève à au maximum 5,5 ans.

L'espérance de vie en bonne santé perçue augmente chez les femmes aussi suivant un niveau d'instruction plus élevé. Deux catégories forment néanmoins une exception quant à l'évolution graduelle, notamment les femmes avec un diplôme de l'EST inférieur et de l'enseignement supérieur du type court. Chez ces femmes, l'espérance de vie en bonne santé perçue est considérablement moins élevée que celle des classes d'enseignement précédentes (Figure 9).

La différence en espérance de vie en bonne santé perçue est significative ($p < 0,05$) entre les femmes ayant tout au plus un diplôme de l'EST inférieur d'une part, et les

femmes ayant tout au moins un diplôme de l'EST supérieur d'autre part. Il faut noter la différence significative entre les catégories EST inférieur et ESG inférieur. Les femmes possédant un diplôme de l'enseignement supérieur du type long ont, à l'exception des femmes ayant un diplôme de l'EST supérieur et de l'ESG supérieur, une espérance de vie en bonne santé perçue significativement plus élevée que les autres femmes.

Figure 9 Espérance de vie en bonne santé perçue à l'âge de 25 ans suivant le niveau de l'enseignement, femmes, Belgique, 1991-1996/1997



Les femmes ayant 25 ans et sans diplôme vivent en moyenne jusqu'à l'âge de 80,0 ans et peuvent s'attendre à vivre en bonne santé pendant 24,4 ans. Les femmes ayant 25 ans et un diplôme d'enseignement supérieur du type long peuvent s'attendre à vivre en moyenne jusqu'à 83,5 ans, dont 49,1 ans en bonne santé. La plus grande différence possible en espérance de vie en bonne santé perçue suivant le niveau d'instruction est donc de 24,7 ans, tandis que la différence en espérance de vie est d'au maximum 3,5 ans.

En général, les personnes ayant un diplôme de l'enseignement inférieur ne semblent non seulement vivre moins d'années en bonne santé, mais également à espérer en général plus d'années absolues en mauvaise santé perçue pendant leur vie plus courte que les personnes ayant eu une éducation plus élevée (Figure 8 et 9). Les hommes sans diplômes peuvent espérer vivre jusqu'à plus de 12 années supplémentaires en mauvaise santé perçue en comparaison avec les hommes ayant un diplôme d'études supérieures. Chez les femmes, cette différence peut s'élever à 21,2 ans entre les deux groupes d'enseignement extrêmes. Le nombre d'années absolues et relatives (Tableau 8) où l'on perçoit la santé moins bonne est dans toutes les catégories d'enseignement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La proportion de l'espérance de vie en mauvaise santé perçue en comparaison avec l'espérance de vie totale est plus grande chez les personnes peu qualifiées. Cette proportion varie entre 41,6% et 13,9% chez les hommes et entre 55,6% et 16,1% chez les femmes. La différence entre les proportions est plus claire chez les femmes.

Tableau 8 **Espérance de vie en mauvaise santé perçue en rapport avec l'espérance de vie totale à l'âge de 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997**

<i>Diplôme</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Pas de diplôme	41,6%	55,6%
Enseignement primaire	36,1%	46,4%
ESP inférieur	33,8%	39,4%
EST inférieur	27,6%	46,7%
ESG inférieur	24,0%	29,3%
ESP supérieur	25,7%	29,6%
EST supérieur	20,3%	22,7%
ESG supérieur	16,3%	19,3%
Enseignement supérieur du type court	13,9%	28,4%
Enseignement supérieur du type long	14,4%	16,1%

4.3.3 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue, de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif

Etant donné qu'autant les risques de décès, les prévalences de la santé perçue bonne que l'espérance de vie en bonne santé perçue montrent un gradient systématique avec le niveau d'instruction, la grandeur des différences quant à l'espérance de vie en bonne santé peut être résumée par une mesure obtenue par régression. Le chapitre 'Matériel et Méthodes' offre une discussion sur les inconvénients et les avantages d'une mesure montrant la différence entre l'espérance de vie en bonne santé suivant le degré de scolarisation relatif.

L'espérance de vie en bonne santé a été calculée pour la position la plus et la moins élevée possible dans la hiérarchie d'éducation et pour le tertiel le plus bas, moyen et le plus haut de la population (Tableau 9).

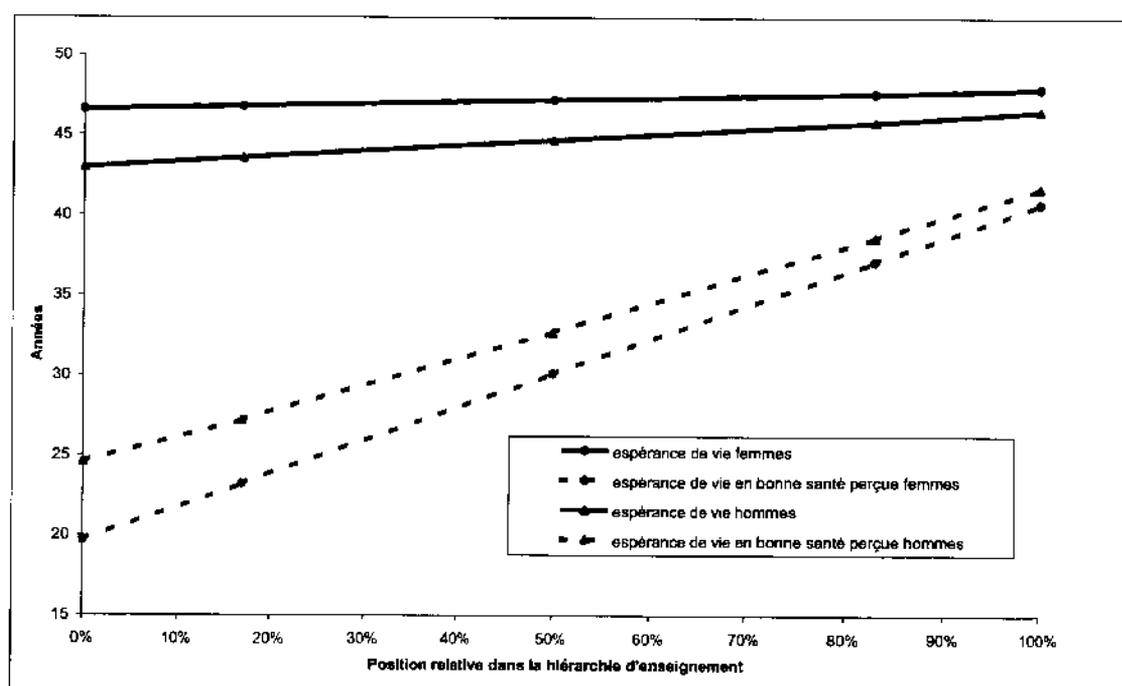
La différence en espérance de vie partielle en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, entre les personnes ayant une éducation la plus haute et la plus basse possible est de 17,1 ans chez les hommes et de 21 ans chez les femmes (Figure 10, annexe:Tableaux 33, 36). Cette différence est beaucoup plus grande que la différence en espérance de vie (respectivement 3,5 et 1,3 ans). Chez les hommes, cette différence par tertiel est de 5,5 ans, chez les femmes elle est de 6,9 ans. Il est surprenant que les femmes ont même en bas âge, c'est-à-dire avant qu'elles n'atteignent l'âge de 75 ans, une espérance de vie en bonne santé plus courte que les hommes, malgré leur plus longue espérance de vie.

Figure 10 montre qu'il y a des indications pour la compression de la morbidité quand le niveau d'instruction atteint le plus haut augmente. La pente de la droite traversant ces cinq points est une mesure pour la grandeur des différences mutuelles. La pente de la droite montrant le changement de l'espérance de vie partielle est plus forte chez les hommes (une différence de 0,35 ans par glissement de 10%) que chez les femmes (une différence de 0,13 ans par glissement de 10%) dont on peut déduire qu'il y a une plus grande inégalité en espérance de vie chez les hommes. La pente de la droite montrant le changement en espérance de vie en bonne santé est néanmoins plus forte chez les femmes que chez les hommes (une différence de respectivement 2,10 et 1,72 ans par changement de position de 10%) ce qui indique que l'inégalité en espérance de vie en bonne santé perçue est plus grande chez les femmes.

Tableau 9 Espérance de vie en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997

Position SSE	Espérance de vie (EV)	EV en bonne santé perçue	EV en mauvaise santé perçue	Espérance de vie en bonne santé perdue
Hommes				
Position la plus basse				
Tertiel le plus bas	43	24,6	18,4	25,4
Tertiel le plus bas	43,6	27,2	16,4	22,8
Tertiel moyen	44,7	32,7	12	17,3
Tertiel le plus élevé	45,8	38,6	7,2	11,4
Position la plus élevée	46,5	41,7	4,8	8,3
Femmes				
Position la plus basse				
Tertiel le plus bas	46,6	19,7	26,9	30,3
Tertiel le plus bas	46,8	23,2	23,6	26,8
Tertiel moyen	47,2	30,1	17,1	19,9
Tertiel le plus élevé	47,6	37,1	10,5	12,9
Position le plus élevé	47,9	40,7	7,2	9,3

Figure 10 Espérance de vie en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif (Belgique, 1991-1996/1997)



Sihvonen (80) a également calculé, pour la Norvège et la Finlande, l'espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre l'âge de 25 et 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif. Les risques de décès et prévalences ont été obtenus de la même façon et le résultat de santé a été scruté par une question quasi identique que dans cette recherche. Voilà pourquoi on a comparé autant les différences absolues que les différences relatives pour certains aspects de l'espérance de vie en bonne santé avec les résultats de la Norvège et de la Finlande. La comparaison de l'ordre de grandeur

des résultats discutés dans ce rapport avec ceux des autres pays est une forme de validation externe.

Autant pour les hommes (Tableau 10) que les femmes (Tableau 11), la différence absolue quant au nombre d'années de vie perdues, âge de 25 à 75 ans, entre les personnes ayant la position la plus élevée ou la moins élevée possible dans la hiérarchie d'enseignement est plus basse en Belgique (3,2 ans chez les hommes et 1,2 ans chez les femmes) qu'en Norvège (respectivement 3,7 ans et 1,5 ans) et surtout qu'en Finlande (respectivement 5,0 ans et 1,7 ans). La différence relative en années de vie perdues entre les deux extrêmes est dans les trois pays chez les hommes quasi aussi élevée, c'est-à-dire 1,9 en Belgique et 2,1 en Norvège et en Finlande. La différence relative était chez les femmes de 1,6 en Belgique, de 1,8 en Finlande et de 1,8 en Norvège.

Bien que les différences absolues quant à la mortalité sont plus grandes en Finlande, un autre modèle a été dévoilé lors de la comparaison de la morbidité.

Tableau 10 Comparaison espérance de vie en bonne santé perdue, âge de 25 à 75 ans chez les hommes en Belgique, en Norvège et en Finlande (79)

Hommes		Années de vie perdue	EV en mauvaise santé perçue	EV en bonne santé perçue perdue	Pourcentage de vie en bonne santé perdue
Belgique		3,2 ans	13,8 ans	17,0 ans	32,7%
	différence ratio	1,9	3,9	3,0	4,2
Finlande		5,0 ans	9,6 ans	14,6 ans	27,7%
	différence ratio	2,1	1,6	1,7	1,8
Norvège		3,7 ans	11,3 ans	15,0 ans	27,1%
	différence ratio	2,1	3,9	3,0	4,3

Tableau 11 Comparaison de l'espérance de vie en bonne santé perdue, âge de 25 à 75 ans chez les femmes en Belgique, Norvège et Finlande (79)

Femmes		Années de vie perdue	EV en mauvaise santé perçue	EV en bonne santé perçue perdue	Pourcentage de vie en bonne santé perdue
Belgique		1,2 ans	19,8 ans	21,0 ans	42,8%
	différence ratio	1,6	3,8	3,3	3,9
Finlande		1,7 ans	11,4 ans	13,2 ans	26,1%
	différence ratio	1,8	1,7	1,7	1,7
Norvège		1,5 ans	13,3 ans	14,8 ans	29,0%
	différence ratio	1,7	3,7	3,1	3,9

L'état de santé des différents groupes socio-économiques a été mesuré par trois indicateurs apparentés à l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire l'espérance de

vie en mauvaise santé perçue, l'espérance de vie en bonne santé perdue et le pourcentage de vie en bonne santé perdue. Les différences absolues sont à chaque fois un peu plus élevées en Belgique qu'en Norvège, qui à son tour a de plus grandes différences absolues que la Finlande. Les différences relatives en espérance de vie en bonne santé en Belgique sont à chaque fois du même ordre de grandeur qu'en Norvège et sensiblement plus grandes qu'en Finlande.

4.4 Espérance de vie sans incapacités

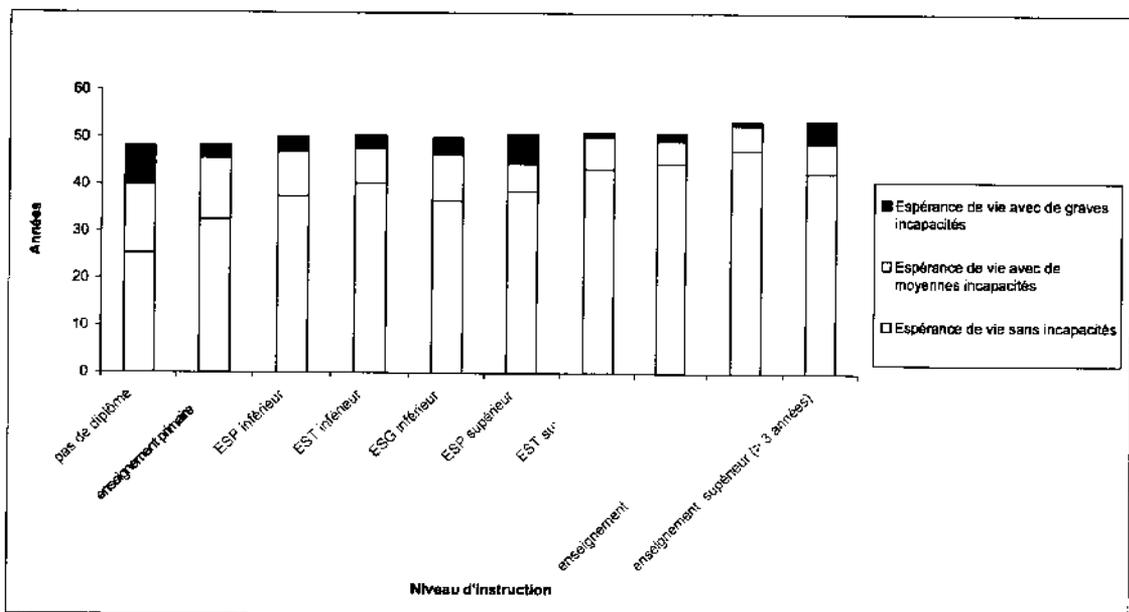
4.4.1 Espérance de vie sans incapacités suivant le sexe

L'espérance de vie sans incapacités à l'âge de 25 ans est de 38,1 ans chez les hommes et de 39,0 ans chez les femmes. Ceci consiste respectivement en 77% et 70% de l'espérance de vie à cet âge.

4.4.2 Espérance de vie sans incapacités suivant le niveau d'instruction

Chez les hommes, l'espérance de vie sans incapacités augmente également avec un niveau d'instruction plus élevé, mais pas aussi systématiquement que l'espérance de vie en bonne santé perçue. L'espérance de vie sans incapacités chez les femmes ne montre pas d'augmentation consistante avec un niveau d'instruction plus élevé. Il y a néanmoins de grandes différences entre certaines catégories (annexe : Tableaux 37-42).

Figure 11 Espérance de vie sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction, hommes, Belgique, 1991-1996/1997



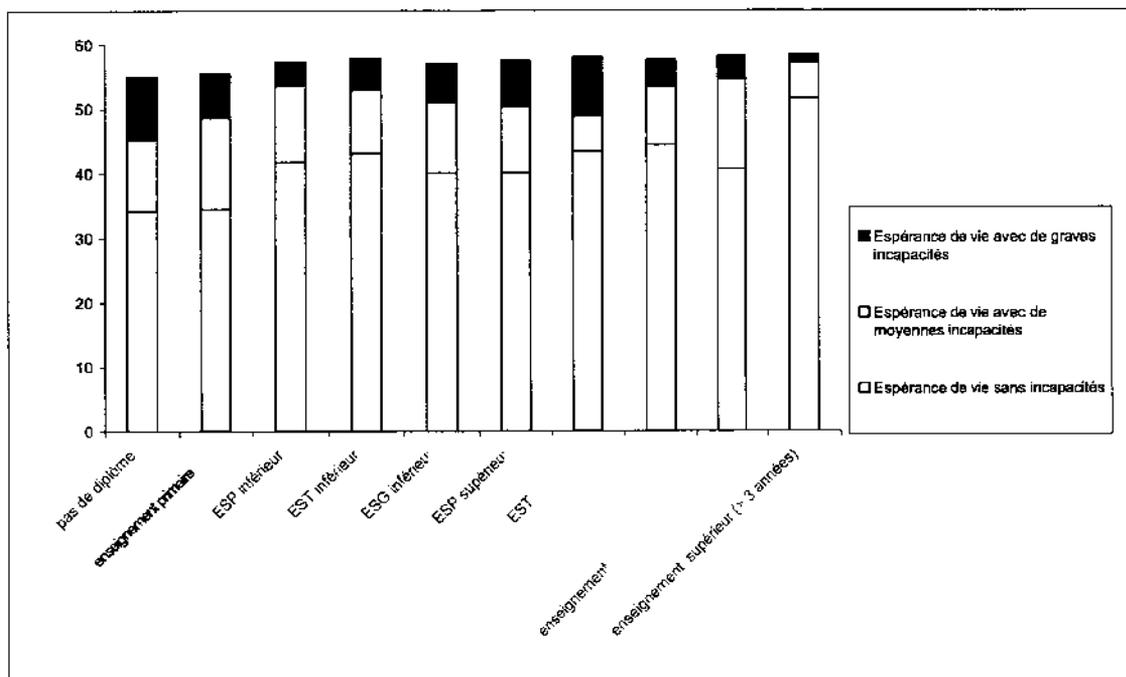
A l'exception de la catégorie EST inférieur, l'espérance de vie sans incapacités diffère de façon significative entre les hommes qui ont tout au plus obtenu un diplôme d'enseignement secondaire inférieur d'une part et les hommes ayant au moins un diplôme de ESG supérieur d'autre part (Figure 11).

Il est remarquable qu'il existe des différences significatives dans les catégories d'enseignement les plus élevées. Les hommes ayant un diplôme d'enseignement supérieur du type court ont une espérance de vie sans incapacités significativement plus élevée que les hommes ayant un diplôme d'enseignement du type long.

Les groupes extrêmes ont été comparés pour avoir une idée de la grandeur maximale des différences. Les hommes ayant 25 ans et pas de diplôme peuvent s'attendre à vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 73,1 ans et de vivre 25,3 ans sans incapacités. Les hommes ayant 25 ans et un diplôme d'études supérieures du type court vivent en moyenne jusqu'à l'âge de 78,4 ans et peuvent s'attendre à vivre en moyenne 47,3 ans sans incapacités physiques. La différence en espérance de vie sans incapacités entre les groupes mutuelles peut donc s'élever à 22 ans, une différence beaucoup plus grande que la différence maximale en espérance de vie (5,5 ans).

Les femmes aux extrémités de l'hierarchie d'enseignement se différencient clairement du groupe du milieu. Les femmes ayant tout au plus un diplôme d'enseignement inférieur ont une espérance de vie significativement plus basse sans incapacités que les femmes ayant au moins un diplôme de l'EST supérieur. Les femmes ayant un diplôme d'enseignement supérieur du type long ont une espérance de vie significativement plus haute que celles des autres groupes (Figure 12).

Figure 12 Espérance de vie sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'éducation, femmes, Belgique, 1991-1996/1997



Les femmes ayant 25 ans et pas de diplôme vivent en moyenne jusqu'à l'âge de 80 ans et peuvent s'attendre à vivre 34,3 ans sans incapacités. Les femmes ayant 25 ans et un diplôme d'enseignement supérieur du type long peuvent s'attendre à vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 83,5 ans dont 51,6 années sans incapacités. La différence la plus grande possible est donc de 17,3 ans en comparaison avec une différence d'espérance de vie de 3,5 ans.

Les personnes peu qualifiées peuvent s'attendre à vivre plus d'années dans leur courte vie avec des incapacités. Ces années ont été réparties en années avec de moyennes incapacités et des années avec de graves incapacités. On ne peut néanmoins pas en déduire une tendance linéaire claire suivant l'éducation quant au nombre d'années avec de moyennes incapacités et de graves incapacités à part.

Chez les hommes (Figure 11) le nombre d'années avec de moyennes incapacités varie entre 14,6 ans (sans diplôme) et 4,8 ans (ESG supérieur). La différence en années avec de graves incapacités varie entre 8,1 (sans diplôme) et 0,8 ans (enseignement supérieur du type court). Les hommes sans diplôme sont donc fort desservis en ce qui

concerne le nombre d'années avec des incapacités. Surtout le nombre d'années avec de graves incapacités est beaucoup plus élevé que pour les autres groupes.

Le nombre d'années avec de graves incapacités est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Egalement chez les femmes, on n'a pas trouvé de lien clair entre l'éducation et le nombre d'années avec de graves et de moyennes incapacités (Figure 12). Le nombre d'années avec des incapacités moyennes varie entre 5,5 (EST supérieur) et 14,1 ans (enseignement inférieur); le nombre d'années avec de graves incapacités varie entre 9,7 (enseignement inférieur) et 1,3 ans (enseignement supérieur du type long).

Les personnes peu qualifiées passent une considérablement plus grande partie de leur vie avec des incapacités. Cette part varie entre 47,4% et 11,4% chez les hommes et entre 37,9% et 11,8% chez les femmes (Tableau 12). La répartition est particulièrement défavorable pour les hommes sans diplôme en comparaison avec les autres hommes. Le pourcentage le plus bas de l'espérance de vie avec incapacités a été observé chez les femmes ayant un diplôme d'enseignement supérieur du type long.

4.4.3 Espérance de vie partielle sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif

La différence en espérance de vie partielle sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, entre personnes avec l'éducation la plus haute et la plus basse possible est de 15,1 ans chez les hommes et de 12,5 ans chez les femmes. Chez les hommes, la différence par tertiel est de 5,0 ans et chez les femmes de 4,2 ans (Tableau 13, annexe:Tableaux 51, 54, 57, 60, 63, 66).

Tableau 12 Rapport espérance de vie avec incapacités par rapport à l'espérance de vie à 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997

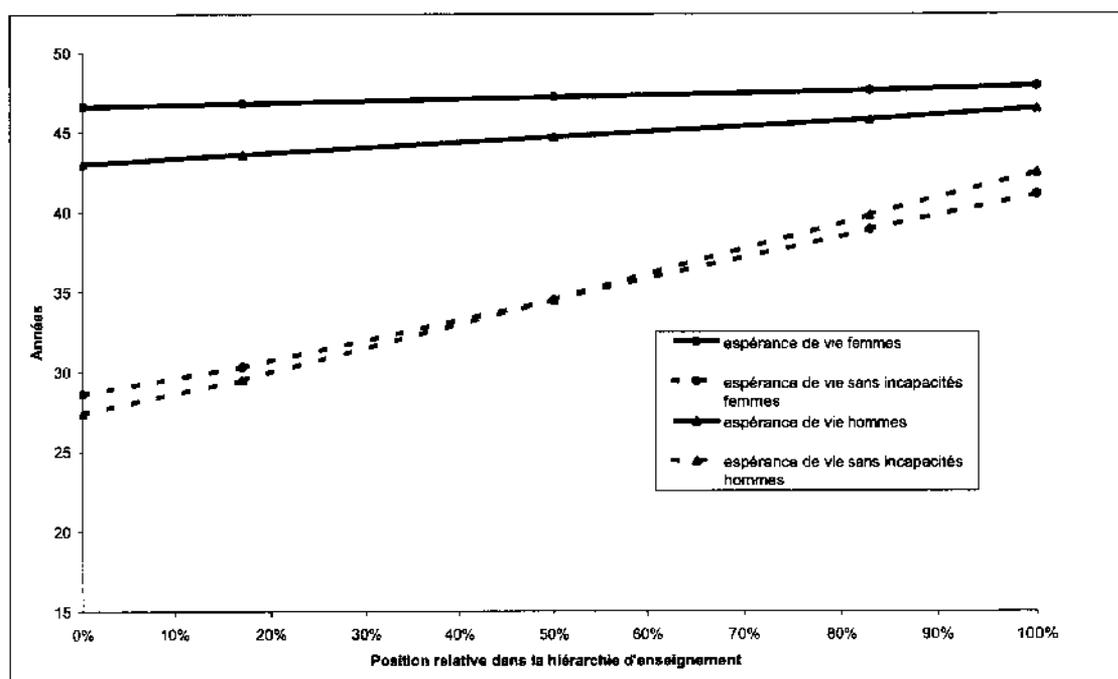
<i>Diplôme</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Pas de diplôme	47,4%	37,6%
Enseignement inférieur	32,6%	37,9%
ESP inférieur	25,2%	27,2%
EST inférieur	20,4%	25,4%
ESG inférieur	27,0%	29,8%
ESP supérieur	23,9%	30,3%
EST supérieur	15,4%	25,3%
ESG supérieur	12,6%	22,9%
Enseignement supérieur du type court	11,4%	29,9%
Enseignement supérieur du type long	20,7%	11,8%

Tableau 13 Espérance de vie sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997

<i>Position SSE</i>	<i>Espérance de vie (EV)</i>	<i>EV en bonne santé perçue</i>	<i>EV en mauvaise santé perçue</i>	<i>Espérance de vie en bonne santé perdue</i>
Hommes				
Position la plus basse	43,0	27,4	15,8	22,6
Tertiel le plus bas	43,6	29,5	14,0	20,5
Tertiel moyen	44,7	34,5	10,2	15,5
Tertiel le plus élevé	45,8	39,8	6,0	10,2
Position la plus élevée	46,5	42,5	3,9	7,5
Femmes				
Position la plus basse	46,6	28,6	18,4	21,4
Tertiel le plus bas	46,8	30,3	16,6	19,7
Tertiel moyen	47,2	34,5	12,7	15,5
Tertiel le plus haut	47,6	38,9	8,8	11,1
Position la plus haute	47,9	41,1	6,9	8,9

Une fois de plus, il s'avère qu'il y a des indications pour une compression de la morbidité lorsque le niveau d'instruction s'élève (Figure 13). La pente de la droite montrant le changement quant à l'espérance de vie sans incapacités est un peu plus forte chez les hommes que chez les femmes (un changement de respectivement 1,53 et 1,27 ans par changement de position de 10%) ce qui indique que l'inégalité en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacités est un peu plus grande chez les hommes.

Figure 13 Espérance de vie partielle sans incapacités à l'âge de 25 ans suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997



4.5 Espérance de vie en bonne santé mentale

4.5.1 Espérance de vie en bonne santé mentale suivant le sexe

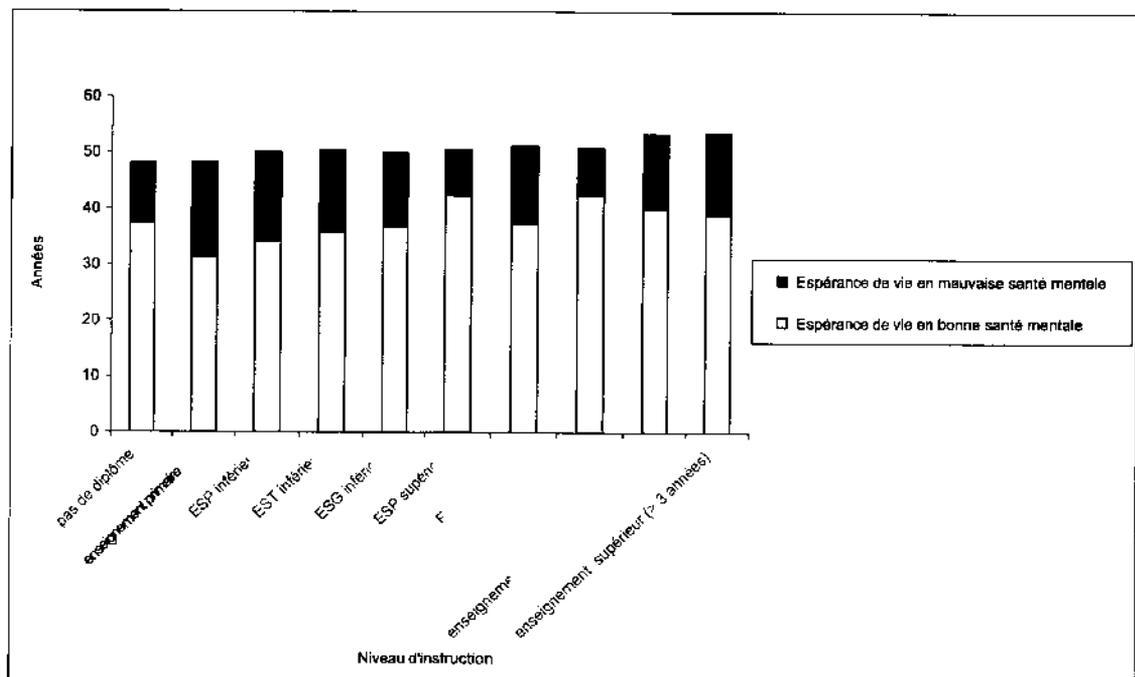
L'espérance de vie en bonne santé mentale à l'âge de 25 ans est de 36,9 ans chez les hommes et de 36,6 ans chez les femmes. Vu l'espérance de vie ceci est respectivement 74% et 66% de la durée de vie après l'âge de 25 ans.

4.5.2 Espérance de vie en bonne santé mentale suivant le niveau d'instruction

L'espérance de vie en bonne santé mentale à l'âge de 25 ans montre plutôt un lien en forme de U que linéaire avec le niveau d'éducation (annexe : Tableaux 67-70). L'espérance de vie en bonne santé la plus élevée est observée chez les personnes ayant un diplôme d'enseignement secondaire supérieur. Les personnes sans diplôme constituent une exception. Ils ont relativement une espérance de vie en bonne santé mentale élevée. Ceci peut être dû à un artefact.

Chez les hommes, la relation en forme de U se retrouve clairement (Figure 14). Les hommes ayant un diplôme de ESG supérieur ont l'espérance de vie en bonne santé mentale la plus haute et significativement plus élevée que celle pour les hommes ayant tout au plus un diplôme d'enseignement secondaire inférieur. Les hommes avec un diplôme d'enseignement inférieur ont l'espérance de vie en bonne santé mentale la moins élevée et significativement plus basse que celle pour les hommes ayant tout au moins un diplôme de ESG inférieur. La différence en espérance de vie en bonne santé mentale entre les différents groupes peut s'élever à 11,1 ans.

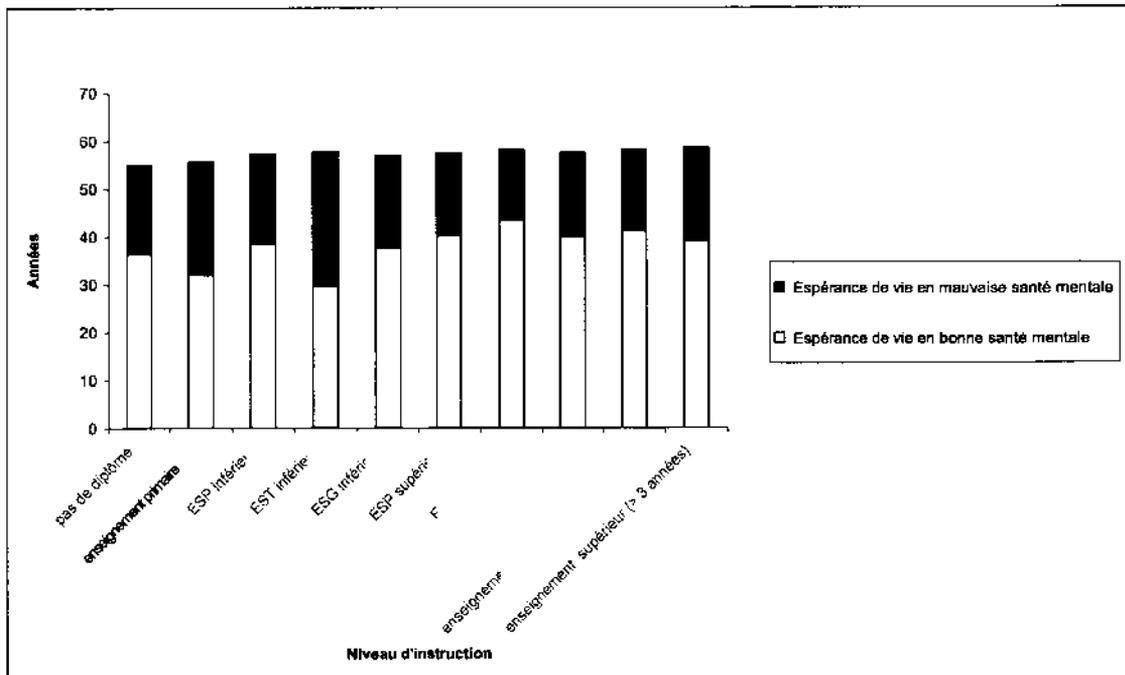
Figure 14 Espérance de vie en bonne santé mentale à 25 ans, hommes, Belgique, 1991-1996/1997



Chez les femmes aussi, on observe un rapport en forme de U entre l'éducation et la santé mentale (Figure 15). Les femmes ayant un diplôme EST inférieur constituent néanmoins une exception parmi la série et ont en comparaison une espérance de vie en bonne santé mentale très peu élevée. Il y a une différence significative avec les autres femmes qui ont au moins un diplôme de l'enseignement secondaire.

L'espérance de vie en bonne santé mentale la plus élevée est observée dans la catégorie EST supérieur. Cette espérance de vie en bonne santé est significativement différente de celle des femmes ayant un diplôme d'enseignement inférieur et EST inférieur. La différence maximale est de 13,7 ans. Il est frappant que le diplôme EST supérieur chez les femmes va de pair avec une espérance vie en bonne santé mentale très élevée tandis qu'elle est peu élevée chez les hommes.

Figure 15 Espérance de vie en bonne santé mentale à 25 ans, femmes, Belgique, 1991-1996/1997



Les personnes ayant un diplôme d'enseignement inférieur n'ont non seulement le plus petit nombre d'années en bonne santé et le nombre absolu d'années en mauvaise santé mentale le plus élevé, voire jusqu'à 8,6 ans de plus que les hommes avec un autre diplôme. Les femmes avec un diplôme d'EST inférieur peuvent s'attendre au nombre d'années en mauvaise santé mentale le plus élevé et notamment jusqu'à 13,4 ans de plus que les femmes ayant un autre diplôme.

Le rapport espérance de vie en mauvaise santé mentale comparé à l'espérance de vie totale à l'âge de 25 ans est également le plus bas pour ces catégories d'enseignement et varie entre 35,1% et 16,4% chez les hommes et entre 48,6% et 25,3% chez les femmes (Tableau 14).

Tableau 14 Rapport espérance de vie en mauvaise santé mentale comparé à l'espérance de vie totale à 25 ans, Belgique, 1991-1996/1997

<i>Diplôme</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Pas de diplôme	22,5%	33,8%
Enseignement inférieur	35,1%	42,4%
ESP inférieur	31,8%	32,6%
EST inférieur	29,2%	48,6%
ESG inférieur	26,6%	33,9%
ESP supérieur	16,4%	30,1%
EST supérieur	27,0%	25,3%
ESG supérieur	16,7%	30,7%
Enseignement supérieur du type court	25,1%	29,3%
Enseignement supérieur du type long	27,2%	33,2%

4.5.3 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif

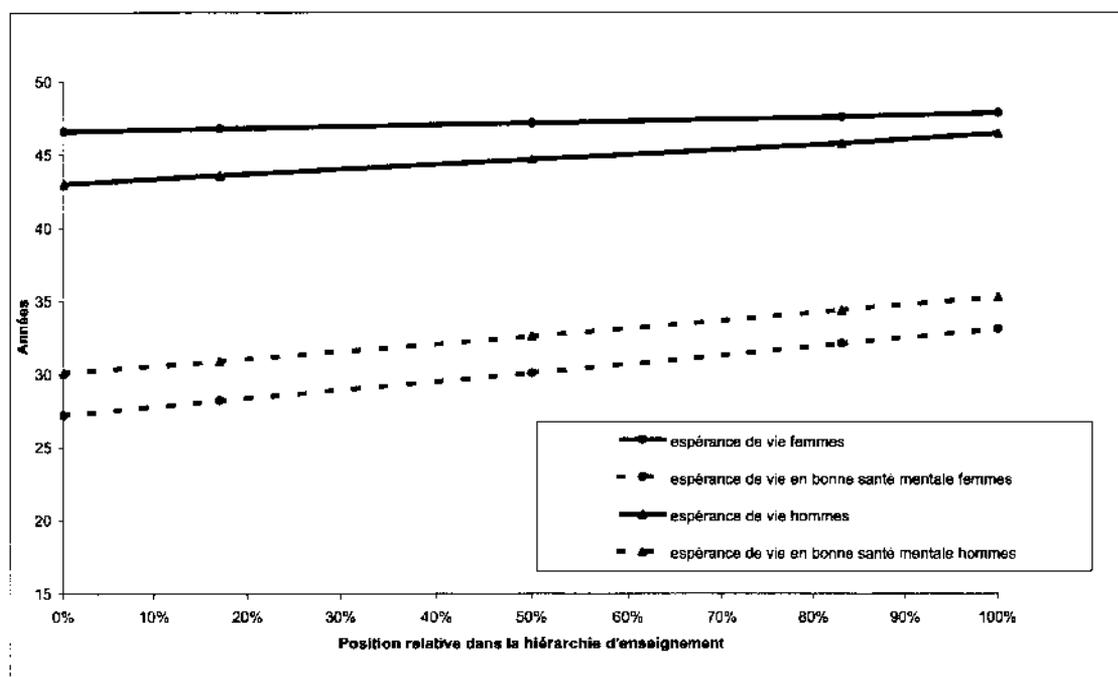
La différence en espérance de vie partielle en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, entre les personnes ayant l'éducation la plus haute et la moins haute possible est de 5,2 ans chez les hommes et de 5,9 ans chez les femmes. Chez les hommes, cette différence est de 1,7 ans par tertiel et chez les femmes elle est de 1,9 ans (Tableau 15, annexe : Tableaux 73,76).

Une fois de plus, il y a des indications pour une compression de la morbidité si le niveau d'instruction est plus élevé (Figure 16). La pente de la droite représentant l'augmentation de l'espérance de vie partielle est plus forte chez les hommes que chez les femmes (respectivement 0,35 ans et 0,13 ans par glissement de 10%). La pente de la droite représentant le changement quant à l'espérance de vie en bonne santé mentale est à peu près aussi forte chez les femmes que chez les hommes (respectivement 0,59 et 0,52 ans par changement de position de 10%). Ceci indique que l'inégalité quant à l'espérance de vie en bonne santé mentale est presque aussi grande chez les femmes que chez les hommes, mais que la compression est plus claire chez les femmes.

Tableau 15 Espérance de vie en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997

Position SSE	Espérance de vie (EV)	EV en bonne santé perçue	EV en mauvaise santé perçue	Espérance de vie en bonne santé perdue
Hommes				
Position la plus basse	43,0	30,1	12,9	19,9
Tertiel le plus bas	43,6	30,9	12,7	19,1
Tertiel moyen	44,7	32,6	12,1	17,7
Tertiel le plus haut	45,8	34,4	11,4	15,6
Position la plus haute	46,5	35,3	11,2	14,4
Femmes				
Position la plus basse	46,6	27,2	19,4	22,8
Tertiel le plus bas	46,8	28,2	18,6	21,8
Tertiel moyen	47,2	30,1	17,1	19,9
Tertiel le plus haut	47,6	32,1	15,5	17,9
Position la plus haute	47,9	33,1	14,8	16,9

Figure 16 Espérance de vie en bonne santé mentale, âge de 25 à 75 ans, suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997



5. Discussion

5.1 Valeur informative des données de base

On ne peut que tirer des conclusions pertinentes pour la politique lorsque les données de base à partir desquelles l'indicateur composé est calculé sont assez récentes. Dans cette étude, autant les risques de décès (1991-1996) que les prévalences (1997) satisfont à cette condition.

La population totale contribue à la détermination des risques de décès suivant le niveau d'instruction. Les prévalences ont été obtenues par l'enquête de santé en 1997 couvrant 0,1% de la population. Dans cette recherche, l'espérance de vie en bonne santé suivant le plus haut niveau d'instruction atteint, est déterminé pour les hommes et les femmes ayant 25 ans et plus et donc pour la majorité de la population. La dimension éducation a comme avantage que l'information est connue pour la plupart des personnes interrogées et reste relativement stable dans le temps.

Une importante limitation des données est le fait que l'enquête de santé, contrairement au but, n'a pas assez atteint la population institutionnalisée. Ce problème n'a pas été pris en compte dans le cadre de cet exercice et les limites des différentes acceptations quant à l'association position socio-économique et santé ont été discutés. Les données de mortalité ont comme principal limitation que les personnes ayant un niveau d'instruction inconnu ainsi qu'une mortalité élevée ne sont pas repris dans l'étude.

Autant les informations sur la mortalité que les données de morbidité sont couplées au niveau individuel à la situation socio-économique. Les risques de décès sont d'ailleurs obtenus par une recherche longitudinale. Ces deux facteurs augmentent la validité interne. Le fait que pas moins de dix catégories d'éducation homogènes ont été utilisées, contribue à la validité interne. Dans d'autres études, on a utilisé moins de classes d'éducation n'étant pas aussi homogènes.

La répartition utilisée a néanmoins aussi ses limites, principalement par respect à la méthode relative. On estime qu'autant pour l'enseignement secondaire inférieur que pour l'enseignement secondaire supérieur, l'ESG se trouve au premier rang. Dans l'ordre du diplôme le plus haut obtenu, ceci peut être fautif étant donné que ces deux enseignements ne peuvent en principe pas donner de diplôme final. Ils préparent à une formation plus élevée.

La précision des chiffres de décès, étant le résultat d'un suivi de cinq ans de la population totale, est bien plus grande que celle de l'enquête de santé où seulement 0,1 % de la population totale a été interrogée. Voilà pourquoi pour le calcul de la variance de l'espérance de vie en bonne santé seulement les insécurités en ce qui concerne les prévalences ont été pris en compte.

5.2 L'indicateur espérance de vie en bonne santé

La santé est un concept très large et peut suivant l'interprétation être mesurée de façons divergentes. L'étude des différentes dimensions en santé permet d'arriver à une plus grande intelligence sur la santé de la population. Dans cette recherche on a calculé pour 3 résultats de santé l'espérance de vie en bonne santé: 1) la santé perçue parce que, indépendamment de la santé objective, il s'agit d'un prédicteur important de la mortalité et de la morbidité (76), 2) la santé mentale, parce qu'il s'agit d'un composant essentiel de la santé générale et sera dans les années à venir un des thèmes les plus importants de la santé publique (76,82) et 3) l'espérance de vie sans incapacités, parce qu'il s'agit de l'indicateur de base de la famille des indicateurs pour l'espérance de vie en bonne santé et parce que cet indicateur est étroitement lié au concept de vieillir en bonne santé (83)

L'indicateur composé espérance de vie en bonne santé est utilisé pour exprimer la santé de différents groupes socio-économiques avec un seul chiffre qui résume les infor-

mations sur la mortalité et les informations sur la morbidité. Les avantages de l'espérance de vie quant à d'autres indicateurs de santé composés sont e.a. le simple calcul et l'interprétation, la disponibilité des données de base, la possibilité de présenter l'indicateur de façon visible et compréhensible et la relation conceptuelle avec un indicateur déjà connu, l'espérance de vie.

A côté de l'indicateur de base, l'espérance de vie en bonne santé, les statistiques dérivées (telles que le nombre d'années en mauvaise santé, le pourcentage de vie en bonne santé, l'espérance de vie perdue et l'espérance de vie en bonne santé perdue) peuvent élargir l'intelligence.

5.3 Type de lien entre l'espérance de vie en bonne santé et le niveau d'instruction

Pour les trois dimensions de santé, l'espérance de vie en bonne santé des groupes peu qualifiés est moins élevée que celle des groupes plus qualifiés. Surtout l'espérance de vie en bonne santé perçue augmente systématiquement, autant chez les hommes que chez les femmes, à travers les différentes catégories d'enseignement.

Chez les hommes, l'espérance de vie sans incapacités augmente également avec un niveau d'instruction croissant, mais en comparaison avec l'espérance de vie en bonne santé perçue, cette augmentation n'est pas aussi systématique. Il est remarquable qu'également dans les catégories d'enseignement les plus élevées il y existe des différences significatives. Les hommes ayant un diplôme d'enseignement supérieur du type court ont un score remarquablement bon. L'augmentation de l'espérance de vie sans incapacités chez les femmes est moins systématique. Il y a bien de nettes différences entre certaines catégories à faire remarquer. Les femmes aux extrémités de la hiérarchie d'éducation se distinguent clairement du groupe moyen. Les femmes ayant tout au plus un diplôme d'enseignement inférieur ont une espérance de vie sans incapacités significativement moins élevée que presque tous les autres groupes. Les femmes ayant un diplôme d'enseignement supérieur du type long ont une espérance de vie plus élevée de façon significative dans tous les autres groupes.

L'espérance de vie en bonne santé mentale montre plutôt un modèle en forme de U où les catégories 'enseignement secondaire' ont un score plus élevé que les personnes moins ou plus qualifiées.

5.4 Grandeur des différences en espérance de vie en bonne santé

5.4.1 Niveau d'instruction absolu

La plus grande différence possible en espérance de vie entre les différentes catégories d'enseignement à 25 ans est de 5,5 ans chez les hommes et de 3,5 ans chez les femmes.

Les différences en espérance de vie en bonne santé sont néanmoins plus grandes. La différence en espérance de vie en bonne santé perçue entre les différentes catégories d'enseignement peut s'élever à 17,8 ans chez les hommes et à 24,7 ans chez les femmes. Chez les hommes, seulement la catégorie ESP supérieur a une espérance de vie en bonne santé moins élevée que la catégorie précédente. Chez les femmes, l'espérance de vie en bonne santé perçue des personnes ayant un diplôme d'EST inférieur et d'enseignement supérieur du type court s'avère bien moins élevée que pour les groupes avoisinants dans la hiérarchie d'enseignement.

La différence en espérance de vie sans incapacités entre les différents groupes peut s'élever à 22 ans chez les hommes et jusqu'à 17,3 ans chez les femmes.

La différence en espérance de vie en bonne santé mentale entre les différents groupes est d'au maximum 11,1 ans chez les hommes et de 13,7 ans chez les femmes. Il est remarquable que l'espérance de vie la plus élevée en bonne santé mentale n'est pas observée chez les personnes ayant un diplôme d'enseignement supérieur. Les hommes ayant un diplôme d'enseignement secondaire général supérieur peuvent s'attendre à vivre le plus grand nombre d'années en bonne santé. L'espérance de vie la plus élevée en bonne santé mentale chez les femmes s'observe dans la catégorie EST supérieur.

Seulement dans quelques pays occidentaux, l'espérance de vie en bonne santé a été calculée suivant le statut socio-économique, soit sur base de la santé perçue, soit sur base de l'absence d'incapacités. Ce rapport est le premier résultat de l'espérance de vie en bonne santé mentale suivant le gradient socio-économique. Les résultats actuels confirment les publications antérieures, c'est-à-dire que les personnes dans une position socio-économique moins élevée, vivent moins longtemps, qu'elles passent moins d'années de vie en bonne santé et plus d'années en mauvaise santé et que le nombre d'années en mauvaise santé constitue un pourcentage plus élevé de leur durée de vie totale.

Au Canada, Wilkins (84) a démontré par exemple une différence quant à l'espérance de vie en bonne santé perçue à la naissance parmi les 20% de personnes ayant les revenus les plus et les moins élevés. La différence est de 14,3 ans chez les hommes et de 7,6 ans chez les femmes.

Bebbington (85) a calculé l'espérance de vie sans incapacités pour les hommes en Grande-Bretagne au début des années quatre-vingts. La différence entre la catégorie la plus élevée et la moins élevée des (trois) catégories professionnelles était à l'âge de 20 ans de 6,9 ans pour l'espérance de vie sans incapacités fonctionnelles et de 9,2 ans pour l'espérance de vie sans incapacités de longue durée.

Cambois (86) a trouvé une différence de 7,3 ans en 1980 et de 6,8 ans en 1991 quant à l'espérance de vie sans incapacités à l'âge de 35 ans entre les ouvriers et les fonctions cadres.

Aux Pays-Bas, on a démontré des différences en espérance de vie en bonne santé perçue suivant le niveau d'instruction (87). Trois catégories d'éducation ont été distinguées et la différence en espérance de vie en bonne santé perçue à la naissance entre la catégorie la plus et la moins élevée était de 11,9 ans chez les hommes et de 11,5 ans chez les femmes.

A cause de l'utilisation de différentes catégories d'âge et de différentes définitions pour les résultats de santé et les dimensions socio-économiques, il est difficile de comparer les chiffres entre eux. Les différences en espérance de vie en bonne santé dans cette étude semblent être plus élevées que dans les autres pays, mais ceci est certainement partiellement dû au fait que dans cette étude beaucoup plus de différentes catégories socio-économiques ont été utilisées, ce qui fait que les groupes extrêmes sont d'une part plus éloignés l'un de l'autre et d'autre part plus homogènes.

5.4.2 Niveau d'instruction relatif

Le calcul de différences en espérance de vie en bonne santé suivant le niveau d'instruction relatif offre une solution pour les différences internationales et les définitions des enseignements. Avec cette méthode on a également pris en compte la grandeur relative des sous-groupes et l'effet cohorte.

La différence en espérance de vie partielle, âge de 25 à 75 ans, entre les personnes ayant l'éducation la plus élevée et la moins élevée possible, est de 3,5 ans chez les hommes et de 1,3 ans chez les femmes.

Tableau 16 Espérance de vie partielle et espérance de vie en bonne santé, âge de 25 à 75 ans suivant le niveau d'instruction relatif, Belgique, 1991-1996/1997

	Position SSE	Espérance de vie (EV)	de EV en bonne santé perçue	EV sans incapacités	EV en bonne santé mentale
Hommes	0	43,0	24,6	27,4	30,1
	100	46,5	41,7	42,5	35,3
	Différence	3,5	17,1	15,1	5,2
Femmes	0	46,6	19,7	28,6	27,2
	100	47,9	40,7	41,1	33,1
	Différence	1,3	21,0	12,5	5,9

La différence en espérance de vie partielle en bonne santé perçue, âge de 25 à 75 ans, entre personnes ayant l'éducation la plus et la moins élevée, est bien plus élevée et compte 17,1 ans chez les hommes et 21 ans chez les femmes. Les différences mutuelles en bonne santé perçue sont plus grandes chez les femmes. Il est remarquable que les femmes, même jeunes, c'est-à-dire avant 75 ans, aient une espérance de vie en bonne santé moins élevée que les hommes, malgré leur plus longue espérance de vie.

L'espérance de vie en bonne santé perçue suivant le niveau d'instruction relative a presque été calculée de la même façon que dans une étude en Norvège et en Finlande (80). De cet exercice s'avère qu'autant pour les hommes que les femmes la différence absolue en nombre d'années de vie perdue entre les positions extrêmes dans la hiérarchie d'éducation est plus petite en Belgique qu'en Norvège et surtout qu'en Finlande. Pour les deux sexes, la différence relative en années de vies perdues est quasi aussi grande dans les trois pays. Les différences absolues quant à l'espérance de vie en bonne santé perçue sont en Belgique à chaque fois un peu plus grande qu'en Norvège et beaucoup plus grande qu'en Finlande. La différence relative est en Belgique du même ordre de grandeur qu'en Norvège et sensiblement plus grande qu'en Finlande. Aux Pays-Bas aussi, l'espérance de vie en bonne santé perçue à la naissance suivant le niveau d'instruction relatif a été calculée pour trois catégories. La différence entre la catégorie la plus élevée et la moins élevée est de 11,6 ans chez les hommes et de 11,0 ans chez les femmes (87).

La différence en espérance de vie partielle sans incapacités, âge de 25 à 75 ans, entre personnes ayant l'éducation la plus haute et la plus basse possible est de 15,1 ans chez les hommes et de 12,5 ans chez les femmes. Les différences mutuelles en espérance de vie sans incapacités sont donc plus grandes chez les hommes.

Quant à l'espérance de vie partielle en bonne santé mentale de 25 à 75 ans, les différences entre la position la plus basse et la plus haute étaient de 5,2 ans chez les hommes et de 5,9 ans chez les femmes.

5.5 Quels groupes passent le plus d'années en mauvaise santé?

En général, les personnes peu qualifiées peuvent s'attendre à vivre plus d'années absolues en mauvaise santé pendant leur courte vie que les personnes plus qualifiées. Le nombre d'années absolues où l'on perçoit la santé comme mauvaise est dans toutes les catégories d'enseignement plus élevées chez les femmes que chez les hommes. Les hommes les moins qualifiés peuvent espérer vivre jusqu'à 10 années de plus en mauvaise santé perçue, tandis que la différence est au maximum de 21,2 ans chez

les femmes. Les groupes les plus défavorisés sont les hommes qui ont tout au plus un diplôme de l'enseignement primaire inférieure et les femmes sans diplômes ou ayant un diplôme d'EST inférieur.

Les personnes peu qualifiées peuvent s'attendre également à un plus grand nombre d'années avec des incapacités pendant leur vie plus courte. La différence maximale est de 16,6 ans chez les hommes et de 14,2 ans chez les femmes. On ne peut néanmoins pas observer une tendance claire suivant l'éducation lorsque ces années se divisent par grièveté. Les hommes sans diplôme sont fortement desservis par rapport aux autres en ce qui concerne le nombre d'années avec des incapacités et surtout quant il s'agit de graves incapacités. Le nombre d'années avec de graves incapacités est beaucoup plus élevé chez les femmes que chez les hommes. La différence maximale des années en mauvaise santé mentale est de 8,6 ans pour les hommes tandis que la différence peut être de 13,4 ans chez les femmes.

6. Conclusion

Tant en espérance de vie qu'en espérance de vie en bonne santé, on a retrouvé un gradient socio-économique suivant le plus haut niveau d'instruction obtenu. Il y a des indications pour la compression de la morbidité lorsque le niveau d'instruction augmente. En Belgique, l'inégalité est donc plus grande en termes de qualité de santé qu'en termes de quantité de santé. Les résultats se trouvent sur la même ligne que les recherches comparables dans d'autres pays.

L'indicateur composé 'espérance de vie en bonne santé' a certains avantages par rapport aux indicateurs de santé uniques plus classiques. Il existe néanmoins encore beaucoup de discussions sur la façon la plus correcte et informative pour présenter les différences en espérance de vie en bonne santé. Vu l'importance croissante de l'indicateur, il faudra porter plus d'attention à la problématique.

Bien que les différences ne sont pas aussi grandes pour toutes les dimensions de santé, en Belgique elles semblent assez impressionnantes pour justifier une politique active orientée sur la diminution de ces inégalités dans le domaine de la santé. L'évaluation de cette politique suppose bien évidemment une détermination régulière de la grandeur des différences.

Les facteurs intermédiaires, tels que les facteurs de comportement et les habitudes de vie (e.a. tabagisme, alimentation, activité physique, ...), utilisation des dispositions de santé et les facteurs structurels (e.a. circonstances d'habitation et de travail, état financier, ...) constituent des points de départ pour une intervention. L'étude ponctuelle de l'importance relative en Belgique de ces facteurs est nécessaire.

Un autre domaine pour des recherches approfondies est l'étude de l'impact des affections chroniques sur la qualité et la quantité de la vie suivant la répartition socio-économique. D'une part, ceci peut être fait en déterminant l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacités après élimination d'une affection et d'autre part, les développements méthodologiques récents quant à la décomposition des différences quant à l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacités (88) offrent la possibilité de vérifier quelles affections sont responsables pour les différences observées.

7. Bibliographie

1. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office; 1994.
2. Acheson, D., Barker, D., Chambers, J., Graham, H., Marmot, M., and Whitehead, M. Independent Inquiry into Inequalities in Health. 1-165. 1998. London, The Stationary Office.
3. Pamuk E. Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies*. 1985;39:17-31.
4. Black D. Inequalities in health, Report of a research working group. London: Department of Health and Social Security; 1980.
5. Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med*. 1997;44:723-745.
6. WHO Regional Office for Europe. Targets for Health for All . The health policy for Europe . Summary of the updated edition . September 1991 . WHO.
7. WHO Regional Office for Europe. Health 21 - Health for All in the 21st Century, an Introduction. Copenhagen: 1998.
8. Kunst AE, Groenhof F, Anderson O, et al. Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *Am J Public Health*. 1999;89:47-53.
9. Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries. In: Fox J, ed. *Health inequalities in European Countries*. Aldershot: Gower; 1989.
10. 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.
11. Vagerö D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. *The Lancet*. 1989;35-36.
12. Desplanques G. [Social inequality of mortality in France (1975-1980): a longitudinal study]. *Soz Praventivmed* . 1984;29:268-272.
13. Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. *BMJ*. 1998;316:1636-1641.
14. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AEJM, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet*. 1997;349:1655-1659.
15. Lagasse R, Godin I, Leveque A. Gelijkheid op het vlak van gezondheid. Een status questionis voor België. In: Raes V, Kerkhofs E, Louckx F, eds. *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*. Brussel: VUBpress; 1993:75-90.
16. De Wals P, Bertrand F, Verlinden M, Beckers R. Perinatal mortality in Belgium. *Biol Neonate*. 1989;55:10-18.
17. Hooft P, Van d, V. [Relative risk areas in the Louvain region. An ordinal geographical analysis of the health status and the distribution of health care]. *Arch Belg*. 1989;47:157-160.

18. Komitzer M, Bara L. Differences between North and South in coronary risk factors, food habits and mortality in Belgium. *Acta Cardiol.* 1989;XLIV,2:145-155.
19. 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.
20. Lagasse R, Humblet PC, Lenaerts A, Godin I, Moens GFG. Health and social inequities in Belgium. *Soc Sci Med.* 1990;31:237-248.
21. Buekens P, MacGillivray I, Campbell D, et al. Social differences in low birthweight and preterm deliveries in twins. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1991;5:276-285.
22. 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.
23. Masuy-Stroobant G. Social inequalities in perinatal health. *Biol Neonate.* 1989;55:42-49.
24. De Backer G. Physical activity and psychosocial variables in atherosclerosis. *Acta Cardiologica.* 1988;107-112.
25. Sand EA, Verhaegen L, Meyer J. [Depressive symptoms in adolescents (1). Prevalence - remedy]. *Arch Belg.* 1989;47:29-33.
26. Van Nieuwenhuysen J-P, D'Hoore W, Vreven J. Le bilan carieux et l'hygiène dentaire dans un groupe d'enfants en âge scolaire. *Archives Belges Méd Soc,Hyg Tr et Méd Leg.* 1989;1-4:38-41.
27. Sucs FE, Guiot A, Nizetic BZ. Aspects cliniques et socio-épidémiologiques d'affections chorio-rétiniennes chez les enfants d'âge scolaire. *Bull.Soc.belge Ophtalmol.* 1990;239:19-28.
28. Toppet M, Malfrout A, Hofman B, Casimir G, Cantraine F, Dab I. Tuberculosis in children : a 13-year follow up of 1714 patients in a Belgian home care centre. *Eur J Pediatr.* 1991;150:331-335.
29. Nollevaux MA. Protection de la grossesse: problème administratif, médical et social. *Arch.B.Méd.Soc.,Hyg.,Méd.Tr.& Méd.Lég.* 1988;46:284-301.
30. De Laet H. [The spatial organization of health care in Flanders]. *Arch Belg.* 1989;47:128-132.
31. Van Der Stuyft P, De Muyneck A, Schillemans L, Timmerman C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med.* 1989;29:53-60.
32. D'Hoore W, Van Nieuwenhuysen J-P. Application de la méthode des traceurs à l'évaluation de la qualité des soins dentaires chez 3237 écoliers belges. *Revue Epid.et Santé Publ.* 1991;39:63-69.
33. de Craene I, De Backer G, Komitzer M, et al. Determinants of fat consumption in a general population. *Revue Epid.et Santé Publ.* 1990;38:539-543.
34. Deboosere, P. and Gadeyne, S. Socio-economische factoren in differentiële sterfte van mannen van 45-64 jaar in België. 2000-1, 1-31. 2000. Brussel, Vrije Universiteit Brussel; Universiteit Gent. Working Papers Steunpunt Demografie.
35. Van Oyen H, Tafforeau J, Roelands M. Regional inequities in health expectancy in Belgium. *Soc Sci Med.* 1996;43:1673-1678.

36. Mackenbach JP, van der Maas P. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid; een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In: De ongelijke verdeling van gezondheid. WRR voorstudies en achtergronden V58. Den Haag: Staatsuitgeverij; 1987:59-95.
37. 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, eds. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid. Brussel: VUBpress; 1993:11-26.
38. Blane D. The life course, the social gradient, and health. In: Marmot M, Wilkinson RG, eds. Social Determinants of Health. New York: Oxford University Press; 1999:64-80.
39. Dahlgren, G. and Whitehead, M. Policies and strategies to promote equity in health. 1-50. 2000. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
40. Omran AR. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1971;49:503-538.
41. Olshansky SJ, Ault AB. The fourth stage of the epidemiologic transition : The age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1986;64:355-391.
42. Olshansky SJ, Carnes BA, Cassel CK. In Search of Methuselah: estimating the Upper limits to Human Longevity. *Science*. 1990;250:634-640.
43. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1980;62 (supplement 285):382-397.
44. Olshansky SJ, Rudberg MA, Carnes BA, Cassel CK, Brody JA. Trading off longer Life for worsening health. The expansion of morbidity hypothesis. *Journal of aging and health*. 1991;3 (2):194-216.
45. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*. 1980;303:130-135.
46. Nusselder, W. J. Compression or expansion of morbidity? A life table approach. 1-253. 1998. Erasmus University Rotterdam.
47. Manton KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*. 1982;60:183-244.
48. Verbrugge LM. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*. 1984;62:475-519.
49. Chapman SH, Laplante MP, Wilensky G. Life expectancy and health status of the aged. *Soc.Secur.Bull*. 1986;49:24-48.
50. Sanders BS. Measuring Community Health Levels. *Am J Public Health*. 1964;54:1063-1070.
51. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*. 1971;86:347-354.
52. Mathers CD, Robine J-M, Wilkins R. Health expectancy indicators: recommendations for terminology. In: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies: Proceedings of the 7th meeting of the International Network on health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare: AGPS; 1994:34-41.

53. Murray CJL. Rethinking Dalys. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health; 1996:1-98.
54. Robine JM, Ritchie K. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. *BMJ*. 1991;302:457-460.
55. Van De Water HPA. Policy relevance of the health expectancy indicators. Planning the next steps. In: REVES, ed. REVES Conference 19-21 February. Ottawa: 1992.
56. Van Oyen H, Roelands M. Ongelijkheden in de gezondheidsverwachting. In: Anonymou-sOuderen in solidariteit. Zaventem: Kluwer Editorial; 1993:95-108.
57. Van Oyen H, Roelands M, Vandenbroele H. De gezondheidsverwachting. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1993;49:1169-1176.
58. Roelands, M. and Van Oyen, H. De levensverwachting zonder invaliditeit op hogere leeftijd: een methode voor planning en besluitvorming in de welzijnssector. 1994. Brussels, Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden.
59. Jagger, C. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: a Practical Guide. NUPRI Research Papers Series 68, 1-37. 1999. Tokyo, NUPRI. NUPRI Research Papers Series. 1999.
60. Crimmins E, Saito Y, Hayward M. Sullivan and multistate methods of estimating active life expectancy: two methods, two answers. In: Robine JM, Mathers C, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives. France: John Libbey; 1993:155-160.
61. Chiang CL. The life table and its applications. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Company; 1984.
62. Mathers C, Robine JM. Health expectancy indicators: a review of the work of REVES to date. In: Robine JM, Mathers C, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives. London: J. Libbey; 1993:1-21.
63. Deboosere, P. and Gadeyne, S. De Nationale Databank Mortaliteit. 1999-7, 1-26. 1999. Brussel, Vrije Universiteit Brussel; Universiteit Gent. Working Papers Steunpunt Demografie.
64. de Bruin A, Picavet H, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO-Europe, CBS-Netherlands; 1996.
65. Van Oyen, H., Demarest, S., Leurquin, P., Tafforeau, J., Tellier, V., and Van der Heyden, J. De gezondheid van de bevolking in Belgique, in de Vlaamse Gemeenschap en in het Brussels Gewest. Gezondheidsenquête, Belgique, 1997. 1998. Brussel, Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
66. Quataert P, Van Oyen H, Tafforeau J, et al. Health Interview Survey, 1997. Protocol for the selection of the households and the respondents. Brussel: S.P.H.; 1998.
67. Robine JM, Mormiche P. Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991. *Solidarité Santé*. 1994;17-36.

68. Bowling A. *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales.* Buckingham - Philadelphia: Open University Press; 1995.
69. CBS Netherlands, WHO Regional Office for Europe. *Third consultation to develop common methods and instruments for Health interview surveys, 22-24 September 1992.* Copenhagen: WHO - CBS; 1993.
70. Hermans, H., Lambert, M., Reginster, G., Tafforeau, J., and Van Oyen, H. *Naar een gezondheidsenquête door middel van interview in Belgique.* IHE/Episerie N°3, 1-193. 1995. Brussel, IHE.
71. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models.* *Qual.Life Res.* 1993;2:451-459.
72. Miiunpalo 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;50:517-528.
73. Goldstein MS, Siegel JM, Boyer R. *Predicting changes in perceived health status.* *Am J Public Health.* 1984;74:611-615.
74. Maddox GL, Douglass EB. *Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects.* *J.Health Soc.Behav.* 1973;14:87-93.
75. Wilson IB, Cleary PD. *Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes.* *JAMA.* 1995;273:59-65.
76. Lee Y. *The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults [In Process Citation].* *J.Epidemiol.Community.Health* 2000.Feb.;54. (2.):123.-9. 54:123-129.
77. Ware Jr JE. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide.* Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
78. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. *A standardized psychiatric interview for use in community surveys.* *Br.J.Prev.Soc.Med.* 1970;24:18-23.
79. Goldberg DP, Williams P. *A User' s Guide to the General Health Questionnaire.* Windsor: NFER - Nelson; 1988.
80. Sihvonen AP, Kunst AE, Lahelma E, Valkonen T, Mackenbach JP. *Socio-economic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s.* *Soc Sci Med.* 1998;47:303-315.
81. Demarest, S., Leurquin, P., Tellier, V., Van der Heyden, J., Van Oyen, H., and Tafforeau, J. *La santé de la population en Belgique. Enquête de santé par interview, Belgique, 1997.* 1998. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Institute Scientifique de la Santé Publique.
82. STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health - Finland). *Framework for Promoting Mental Health in Europe.* Helsinki: STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health - Finland); 1999.
83. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. *Successful aging : predictors and associated activities.* *Am J Epidemiol.* 1996;144:135-141.
84. Wilkins R, Adams OB. *Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions.* *Am J Public Health.* 1983;73:1073-1080.

85. Bebbington AC. Regional and social variations in disability-free life expectancy in Great Britain. In: Robine J-M, Mathers CD, Bone M, Romieu I, eds. Calculation of health expectancies: harmonization, consensus achieved and future perspectives. Paris: Colloque INSERM / John Libbey Eurotext Ltd; 1993:175-191.
86. Cambois, E. and Brouard, N. Calcul d'espérance de vie sans incapacité suivant le statut social dans la population masculine française, 1980-1991. Un indicateur de l'évolution des inégalités sociales de santé. 1-321. 1999. Institut d'Etudes Politiques de Paris - Cycle de Démographie Economique.
87. van Herten, L. M., Boshuizen, H. C., Perenboom, R. J. M., and Van De Water, H. P. A. Gezonde espérance de vie naar sociaal-economische status. TNO rapport 97.008, 1-91. 1997. Leiden, TNO Preventie en Gezondheid, divisie Collectieve Preventie.
88. Arriaga EE. Measuring and explaining the change in life expectancies. *Demography*. 1984;21:83-96.

8. Annexes

8.1 Tableau 17: Question sur le plus haut diplôme obtenu dans le recensement de la population de 1991

Tableau 17 Partie de la question IV 7 du recensement de la population de 1991

A. Etes-vous diplômé d'études terminées en Belgique?	Oui Non
B. Si oui, indiquez les cases qui correspondent à vos diplômes Belges	Enseignement primaire Enseignement secondaire inférieur Formation générale Artistique Technique Professionnel Enseignement secondaire supérieur Formation générale Artistique Technique Professionnel Instituteur (trice) gardien (ne) Instituteur (trice) primaire Régent ou agrégé de l'enseignement secondaire inférieur Autre enseignement supérieur de type court Enseignement universitaire ou supérieur de type long

8.2 Tableaux 18-20: Questions de l'enquête de santé de 1997

Tableau 18 Question sur la santé perçue (Enquête de santé 1997)

PE.01 Comment est votre état de santé général?
1. Très bon
2. Bon
3. Moyen
4. Mauvais
5. Très mauvais

Tableau 19 Questionnaire incapacités (CBS – WHO) (Enquête de santé 1997)

- IL.14 Jusqu'où pouvez-vous marcher sans vous arrêter et sans éprouver de gêne importante?**
1. Quelques pas seulement
 2. Plus de quelques pas mais moins de 200 mètres
 3. 200 mètres ou plus
- IL.15. Pouvez-vous vous lever et vous coucher sans aide?**
1. Oui, sans difficultés
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour me lever et me coucher.
- IL.16 Pouvez-vous vous asseoir dans un fauteuil et vous lever sans aide?**
1. Oui, sans difficulté
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour m'asseoir et me lever d'un fauteuil.
- IL.17 Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller sans aide?**
1. Oui, sans difficulté
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour m'habiller et me déshabiller.
- IL.18 Pouvez-vous vous laver les mains et le visage sans aide?**
1. Oui, sans difficulté
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour me laver les mains et le visage.
- IL.19 Pouvez-vous manger sans aide et couper votre nourriture?**
1. Oui, sans difficulté
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour manger et couper ma nourriture.
- IL.20 Pouvez-vous aller aux toilettes sans aide?**
1. Oui, sans difficulté
 2. Oui, avec une certaine difficulté
 3. J'ai toujours besoin de l'aide de quelqu'un pour aller aux toilettes.
- IL.21.01 Vous-arrive-t-il d'avoir des problèmes pour retenir vos urines?**
1. Oui
 2. Non - passez à IL.22.
- IL.21.02. A quelle fréquence vous-arrive-t-il d'avoir des problèmes pour retenir vos urines?**
1. Au moins une fois par semaine
 2. Moins d'une fois par semaine mais au moins une fois par mois
 3. Moins d'une fois par mois
- IL.22 Entendez-vous suffisamment bien pour suivre un programme télévisé avec un volume acceptable pour les autres?**
1. Oui – passez à IL.24.
 2. Non
- IL.23 Pouvez-vous suivre le programme télévisé avec un volume plus élevé?**
1. Oui
 2. Non

IL.24 Avez-vous une vue suffisamment bonne pour reconnaître un ami à 4 mètres de distance (de l'autre côté de la rue)?

1. Oui - passez à IL.26.
2. Non

IL.25 Avez-vous une vue suffisamment bonne pour reconnaître un ami à 1 mètre de distance (la longueur du bras)?

1. Oui
2. Non

IL.26 Etes-vous capable de mordre et de mâcher une nourriture dure comme une pomme dure par exemple?

1. Oui, sans difficulté
2. Oui, mais avec une certaine difficulté
3. Oui, mais avec beaucoup de difficultés
4. Non, je ne peux pas

Tableau 20 General Health Questionnaire

Nous allons vous poser quelques questions sur votre bien-être actuel et au cours de ces dernières semaines.

WB.01 Ces derniers temps, avez-vous manqué de sommeil à cause de vos soucis?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.02 Ces derniers temps, vous êtes-vous senti (e) constamment tendu ou 'stressé'?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.03 Ces derniers temps, avez-vous été capable de vous concentrer sur tout ce que vous faites?

1. Mieux que d'habitude
2. Comme d'habitude
3. Moins que d'habitude
4. Beaucoup moins que d'habitude

WB.04 Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment de jouer un rôle utile dans la vie?

1. Plus que d'habitude
2. Comme d'habitude
3. Moins utile que d'habitude
4. Beaucoup moins utile que d'habitude

WB.05 Ces derniers temps, avez-vous été capable de regarder vos difficultés en face?

1. Plus que d'habitude
2. Comme d'habitude
3. Moins capable que d'habitude
4. Beaucoup moins capable que d'habitude

WB.06 Ces derniers temps, vous vous êtes senti (e) capable de prendre des décisions (concernant des choses)?

1. Plus que d'habitude
2. Comme d'habitude
3. Moins bien capable que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.07 Ces derniers temps, avez-vous eu le sentiment que vous ne pourriez pas surmonter vos difficultés?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.08 Ces derniers temps, vous vous êtes senti (e) raisonnablement heureux (se), tout bien considéré?

1. Plus que d'habitude
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu moins que d'habitude
4. Beaucoup moins que d'habitude

WB.09 Ces derniers temps, avez-vous été capable de prendre plaisir à vos activités quotidiennes normales?

1. Plus que d'habitude
2. Comme d'habitude
3. Un peu moins que d'habitude
4. Beaucoup moins que d'habitude

WB.10 Ces derniers temps, avez-vous été malheureux (se) et déprimé (e)?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.11 Ces derniers temps, avez-vous perdu confiance en vous-même?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

WB.12 Ces derniers temps, vous êtes-vous considéré (e) comme quelqu'un qui ne valait rien?

1. Pas du tout
2. Pas plus que d'habitude
3. Un peu plus que d'habitude
4. Beaucoup plus que d'habitude

8.3 Résultats

8.3.1 Tableaux 21-26: Espérance de vie

Tableau 21 Espérance de vie en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	48,1	43,5	39,0	34,4	29,9	25,6	21,6	17,7	14,1	11,0	8,4	6,2
Enseignement primaire	48,2	43,8	39,2	34,7	30,3	26,1	21,9	18,0	14,4	11,2	8,5	6,3
ESP inférieur	50,0	45,4	40,7	36,1	31,5	27,2	23,0	18,8	15,1	11,8	9,1	6,6
EST inférieur	50,4	45,7	41,0	36,3	31,8	27,3	23,0	18,9	15,1	11,7	8,9	6,7
ESG inférieur	50,0	45,4	40,7	36,2	31,7	27,3	23,1	19,1	15,4	12,1	9,2	6,8
ESP supérieur	50,6	45,9	41,2	36,6	32,0	27,7	23,5	19,5	15,8	12,4	9,7	7,3
EST supérieur	51,2	46,4	41,6	36,9	32,3	27,8	23,4	19,3	15,4	12,0	9,1	6,5
ESG supérieur	50,9	46,3	41,5	36,9	32,3	27,9	23,6	19,5	15,7	12,3	9,3	6,9
Enseignement supérieur du type court	53,4	48,5	43,7	38,9	34,2	29,6	25,2	21,0	17,0	13,4	10,3	7,6
Enseignement supérieur du type long	53,6	48,7	43,8	39,0	34,3	29,7	25,3	21,0	17,0	13,4	10,4	7,7

Tableau 22 Espérance de vie en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	55,0	50,2	45,4	40,6	36,0	31,5	27,0	22,7	18,6	14,7	11,2	8,2
Enseignement primaire	55,6	50,8	46,0	41,3	36,6	32,1	27,6	23,2	19,0	15,1	11,5	8,4
ESP inférieur	57,3	52,4	47,6	42,8	38,1	33,5	29,0	24,6	20,3	16,1	12,5	9,2
EST inférieur	57,8	52,9	48,0	43,2	38,5	33,9	29,3	24,9	20,5	16,4	12,6	9,5
ESG inférieur	57,0	52,2	47,4	42,6	38,0	33,4	28,9	24,5	20,3	16,2	12,5	9,2
ESP supérieur	57,5	52,6	47,7	42,9	38,2	33,6	29,1	24,7	20,5	16,4	12,6	9,4
EST supérieur	58,1	53,1	48,2	43,4	38,7	34,0	29,4	25,0	20,7	16,5	12,8	9,5
ESG supérieur	57,6	52,7	47,9	43,1	38,4	33,8	29,3	24,9	20,6	16,5	12,8	9,4
Enseignement supérieur du type court	58,1	53,2	48,3	43,5	38,7	34,1	29,5	25,1	20,8	16,6	12,8	9,4
Enseignement supérieur du type long	58,5	53,6	48,7	43,8	39,1	34,5	30,0	25,4	21,2	17,1	13,2	9,5

Tableau 23 Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Pas de diplôme	43,8	39,2	34,6	29,9	25,4	21,0	16,7	12,5	8,5	4,5
Enseignement primaire	43,7	39,2	34,6	30,0	25,6	21,2	16,8	12,7	8,6	4,5
ESP inférieur	44,8	40,1	35,4	30,8	26,1	21,7	17,3	12,9	8,7	4,5
EST inférieur	45,2	40,5	35,7	31,0	26,4	21,8	17,3	13,0	8,7	4,5
ESG inférieur	44,6	40,0	35,3	30,7	26,1	21,6	17,3	13,0	8,8	4,6
ESP supérieur	45,0	40,2	35,5	30,8	26,1	21,7	17,3	13,0	8,8	4,5
EST supérieur	45,7	40,9	36,0	31,3	26,6	22,0	17,5	13,1	8,8	4,6
ESG supérieur	45,3	40,5	35,8	31,1	26,4	21,9	17,5	13,1	8,9	4,6
Enseignement supérieur du type court	46,5	41,6	36,7	31,9	27,2	22,5	17,9	13,4	9,0	4,7
Enseignement supérieur du type long	46,6	41,7	36,8	32,0	27,2	22,5	17,9	13,4	9,0	4,6

Tableau 24 Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Pas de diplôme	46,8	42,0	37,1	32,3	27,6	23,0	18,4	13,8	9,3	4,7
Enseignement primaire	47,0	42,2	37,3	32,5	27,8	23,1	18,5	13,9	9,3	4,8
ESP inférieur	47,5	42,6	37,7	32,9	28,1	23,4	18,7	14,1	9,5	4,8
EST inférieur	47,7	42,8	37,9	33,0	28,2	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8
ESG inférieur	47,3	42,4	37,6	32,8	28,0	23,4	18,7	14,1	9,4	4,8
ESP supérieur	47,5	42,6	37,7	32,8	28,1	23,4	18,7	14,1	9,5	4,8
EST supérieur	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,2	9,5	4,8
ESG supérieur	47,5	42,6	37,7	32,9	28,1	23,4	18,8	14,1	9,5	4,8
Enseignement supérieur du type court	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,2	9,5	4,8
Enseignement supérieur du type long	47,8	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8

Tableau 25 Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	43,0	38,5	33,8	29,3	24,8	20,4	16,2	12,1	8,3	4,4
Tertiel le moins élevé	43,6	38,9	34,3	29,7	25,1	20,7	16,5	12,3	8,4	4,4
Tertiel du milieu	44,7	39,9	35,2	30,5	25,9	21,4	17,0	12,7	8,6	4,5
Tertiel le plus élevé	45,8	41,0	36,1	31,4	26,6	22,0	17,5	13,1	8,8	4,6
Position la plus élevée possible	46,5	41,5	36,6	31,8	27,0	22,3	17,8	13,3	8,9	4,6

Tableau 26 Espérance de vie partielle entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	46,6	41,8	36,9	32,2	27,4	22,8	18,2	13,7	9,2	4,7
Tertiel le moins élevé	46,8	42,0	37,1	32,3	27,6	22,9	18,3	13,7	9,2	4,7
Tertiel du milieu	47,2	42,3	37,5	32,6	27,9	23,2	18,5	13,9	9,3	4,7
Tertiel le plus élevé	47,6	42,7	37,8	32,9	28,1	23,4	18,7	14,1	9,4	4,8
Position la plus élevée possible	47,9	42,9	38,0	33,1	28,3	23,5	18,8	14,1	9,5	4,8

8.3.2 Tableaux 27- 36: Espérance de vie en santé perçue bonne

Tableau 27 Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	28,1 (23,6- 32,6)	23,3 (18,8- 27,9)	20,3 (16,1- 24,5)	16,4 (12,6- 20,2)	13,2 (9,8- 16,6)	11,3 (8,4- 14,2)
Enseignement primaire	30,8 (28,7- 32,8)	26,6 (24,6- 28,5)	23,3 (21,6- 25,1)	20,1 (18,5- 21,6)	17,5 (16,1- 18,9)	14,9 (13,6- 16,2)
ESP inférieur	33,1 (30,3- 36,0)	28,5 (25,6- 31,3)	24,5 (21,7- 27,3)	20,5 (17,7- 23,2)	17,1 (14,4- 19,7)	13,7 (11,2- 16,3)
EST inférieur	36,5 (33,9- 39,1)	32,3 (29,8- 34,9)	28,0 (25,5- 30,5)	23,5 (21,0- 26,0)	20,1 (17,7- 22,5)	16,1 (13,7- 18,4)
ESG inférieur	38,0 (35,4- 40,5)	33,7 (31,2- 36,2)	30,8 (28,5- 33,0)	26,1 (23,9- 28,4)	22,3 (20,1- 24,5)	18,7 (16,7- 20,7)
ESP supérieur	37,6 (34,2- 41,0)	33,3 (29,9- 36,6)	28,8 (25,4- 32,2)	24,6 (21,3- 28,0)	20,2 (16,9- 23,5)	17,2 (14,2- 20,3)
EST supérieur	40,8 (38,9- 42,8)	36,1 (34,2- 38,1)	31,8 (29,9- 33,7)	27,8 (25,9- 29,6)	23,7 (21,9- 25,5)	19,2 (17,4- 21,1)
ESG supérieur	42,6 (40,7- 44,5)	37,9 (36,0- 39,7)	33,6 (31,7- 35,4)	29,2 (27,4- 31,0)	24,8 (23,0- 26,6)	21,2 (19,5- 22,9)
Enseignement supérieur, type court	46,0 (43,9- 48,1)	41,1 (39,0- 43,2)	36,3 (34,1- 38,4)	31,8 (29,7- 33,9)	27,8 (25,7- 29,9)	23,9 (21,9- 26,0)
Enseignement supérieur, type long	45,9 (44,3- 47,5)	41,1 (39,5- 42,7)	36,6 (35,1- 38,2)	32,1 (30,5- 33,7)	28,3 (26,8- 29,8)	23,8 (22,3- 25,4)

Tableau 28 Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	9,1 (6,6- 11,6)	4,7 (2,2- 7,2)	2,7 (0,6- 4,8)	1,6 (0,0- 3,2)	0,7 (0,1- 1,4)	1,1 (0,1- 2,0)
Enseignement primaire	11,7 (10,5- 12,8)	9,5 (8,5- 10,5)	6,8 (5,9- 7,7)	4,8 (3,9- 5,6)	3,3 (2,4- 4,2)	2,5 (1,6- 3,3)
ESP inférieur	11,4 (9,0- 13,8)	9,7 (7,5- 11,8)	7,7 (6,1- 9,4)	6,8 (5,5- 8,1)	4,8 (4,8- 4,8)	6,6 (6,6- 6,6)
EST inférieur	13,1 (10,8- 15,3)	11,0 (8,9- 13,0)	8,5 (6,6- 10,5)	7,6 (5,9- 9,2)	5,9 (4,6- 7,3)	6,7 (6,7- 6,7)
ESG inférieur	14,7 (12,8- 16,7)	10,6 (8,6- 12,6)	8,6 (6,7- 10,4)	6,5 (4,8- 8,2)	5,1 (3,4- 6,8)	4,1 (2,1- 6,1)
ESP supérieur	14,0 (11,1- 16,9)	12,0 (9,3- 14,7)	10,0 (7,5- 12,5)	7,8 (5,4- 10,3)	6,7 (4,9- 8,5)	3,7 (2,1- 5,4)
EST supérieur	15,4 (13,6- 17,2)	12,0 (10,3- 13,7)	9,8 (8,2- 11,4)	7,7 (6,4- 8,9)	4,5 (3,3- 5,6)	2,6 (2,6- 2,6)
ESG supérieur	17,9 (16,3- 19,4)	14,3 (12,8- 15,8)	11,6 (10,3- 12,9)	8,6 (7,3- 9,9)	5,9 (4,6- 7,2)	4,1 (2,9- 5,4)
Enseignement supérieur, type court	20,2 (18,2- 22,2)	17,4 (15,6- 19,2)	14,2 (12,6- 15,8)	10,8 (9,1- 12,4)	8,3 (6,7- 9,8)	6,6 (5,2- 7,9)
Enseignement supérieur, type long	19,8 (18,3- 21,3)	16,0 (14,5- 17,4)	12,3 (10,9- 13,7)	9,9 (8,6- 11,1)	7,4 (6,2- 8,6)	5,5 (4,7- 6,3)

Tableau 29 Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	24,4 (19,8- 29,0)	23,3 (19,4- 27,2)	18,9 (15,1- 22,6)	14,7 (11,2- 18,3)	13,7 (10,3- 17,0)	10,1 (7,1- 13,1)
Enseignement primaire	29,8 (27,4- 32,3)	26,8 (24,6- 28,9)	23,5 (21,8- 25,3)	21,4 (19,9- 23,0)	18,6 (17,1- 20,0)	16,0 (14,7- 17,3)
ESP inférieur	34,7 (31,9- 37,4)	30,2 (27,5- 32,9)	25,9 (23,2- 28,6)	22,0 (19,4- 24,5)	19,9 (17,5- 22,4)	17,7 (15,4- 20,0)
EST inférieur	30,8 (27,2- 34,4)	27,2 (23,8- 30,5)	24,8 (21,7- 28,0)	22,5 (19,7- 25,3)	20,0 (17,3- 22,6)	16,3 (13,8- 18,8)
ESG inférieur	40,3 (37,7- 42,8)	35,4 (32,8- 37,9)	31,1 (28,7- 33,5)	28,2 (25,9- 30,4)	24,5 (22,3- 26,7)	21,7 (19,8- 23,7)
ESP supérieur	40,5 (36,8- 44,1)	36,3 (32,6- 39,9)	31,9 (28,3- 35,5)	27,5 (24,0- 31,1)	24,2 (20,8- 27,7)	20,1 (16,6- 23,5)
EST supérieur	44,9 (41,8- 48,0)	40,9 (37,9- 43,9)	36,7 (33,7- 39,7)	33,1 (30,2- 36,0)	29,7 (26,8- 32,6)	25,7 (22,9- 28,5)
ESG supérieur	46,5 (44,3- 48,8)	41,8 (39,6- 44,0)	37,3 (35,1- 39,5)	33,4 (31,3- 35,6)	29,0 (26,9- 31,2)	25,5 (23,4- 27,5)
Enseignement supérieur, type court	41,6 (39,0- 44,2)	36,8 (34,2- 39,4)	32,8 (30,2- 35,4)	28,2 (25,6- 30,8)	24,2 (21,6- 26,8)	20,0 (17,5- 22,6)
Enseignement supérieur, type long	49,1 (46,6- 51,6)	44,5 (42,0- 47,0)	39,8 (37,3- 42,3)	35,6 (33,1- 38,1)	31,5 (29,0- 33,9)	27,9 (25,6- 30,2)

Tableau 30 Espérance de vie en bonne santé perçue en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	8,6 (6,2- 11,0)	8,1 (5,9- 10,3)	7,7 (5,8- 9,5)	7,2 (5,4- 9,1)	7,3 (5,6- 8,9)	4,4 (3,1- 5,7)
Enseignement primaire	12,9 (11,7- 14,1)	10,4 (9,4- 11,5)	7,8 (6,9- 8,7)	5,3 (4,5- 6,1)	3,4 (2,6- 4,1)	1,8 (1,2- 2,4)
ESP inférieur	15,0 (12,8- 17,2)	11,5 (9,4- 13,5)	8,7 (6,8- 10,5)	6,8 (5,1- 8,5)	5,5 (3,9- 7,0)	3,0 (1,9- 4,2)
EST inférieur	13,9 (11,8- 15,9)	12,2 (10,6- 13,8)	8,2 (6,9- 9,6)	8,2 (6,2- 8,2)	3,7 (2,1- 5,3)	4,4 (2,5- 6,3)
ESP supérieur	18,4 (16,6- 20,3)	14,3 (12,5- 16,2)	11,4 (9,7- 13,1)	9,1 (7,5- 10,8)	8,0 (6,5- 9,5)	7,0 (5,7- 8,3)
EST supérieur	16,4 (13,0- 19,8)	13,4 (10,2- 16,6)	10,7 (7,5- 13,8)	9,1 (6,1- 12,2)	7,2 (4,1- 10,2)	3,5 (0,0- 7,0)
ESG supérieur	21,4 (18,6- 24,3)	17,3 (14,5- 20,1)	14,4 (11,8- 17,0)	10,7 (8,1- 13,2)	9,4 (7,4- 11,4)	9,5 (6,7- 9,7)
Enseignement supérieur, type court	22,3 (20,4- 24,2)	18,2 (16,3- 20,1)	14,5 (12,8- 16,3)	11,3 (9,5- 13,0)	8,0 (6,3- 9,7)	8,2 (5,6- 8,8)
Enseignement supérieur, type long	16,2 (13,7- 18,7)	13,0 (10,5- 15,4)	10,2 (7,9- 12,6)	7,5 (5,2- 9,7)	5,5 (3,4- 7,6)	4,7 (2,5- 6,8)
Enseignement supérieur, type long	24,4 (22,3- 26,5)	22,5 (20,7- 24,2)	18,2 (16,3- 20,0)	16,0 (14,6- 17,4)	12,3 (11,1- 13,5)	9,5 (6,7- 9,7)

Tableau 31 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	27,7 (23,2- 32,2)	23,0 (18,4- 27,5)	19,9 (15,7- 24,1)	16 (12,2- 19,8)	12,8 (9,4- 16,2)	10,9 (8,0- 13,8)
Enseignement primaire	29,0 (27,0- 31,1)	24,8 (22,9- 26,7)	21,5 (19,9- 23,2)	18,3 (16,8- 19,7)	15,7 (14,4- 17,0)	13,0 (11,9- 14,2)
ESP inférieur	30,4 (27,6- 33,2)	25,7 (22,9- 28,6)	21,7 (18,9- 24,5)	17,7 (14,9- 20,4)	14,2 (11,6- 16,9)	10,8 (8,3- 13,4)
EST inférieur	33,1 (30,6- 35,6)	28,8 (26,4- 31,2)	24,5 (22,1- 26,9)	20,0 (17,6- 22,3)	16,6 (14,3- 18,8)	12,4 (10,2- 14,7)
ESP supérieur	35,0 (32,6- 37,4)	30,7 (28,5- 33,0)	27,8 (25,6- 29,8)	23,1 (21,1- 25,1)	19,2 (17,3- 21,1)	15,5 (13,8- 17,2)
EST supérieur	33,7 (30,5- 36,9)	29,3 (26,1- 32,5)	24,8 (21,6- 28,0)	20,6 (17,5- 23,8)	16,2 (13,0- 19,3)	13,1 (10,2- 16,0)
ESG supérieur	38,1 (36,3- 39,9)	33,4 (31,6- 35,2)	29,1 (27,3- 30,8)	25,0 (23,3- 26,7)	20,9 (19,2- 22,6)	16,4 (14,7- 18,1)
Enseignement supérieur du type court	39,0 (37,3- 40,7)	34,3 (32,5- 36,0)	29,9 (28,3- 31,6)	25,5 (23,9- 27,2)	21,1 (19,5- 22,7)	17,4 (16,0- 18,9)
Enseignement supérieur du type long	40,4 (38,6- 42,3)	35,5 (33,7- 37,4)	30,7 (28,8- 32,5)	26,2 (24,4- 28,0)	22,1 (20,4- 23,9)	18,2 (16,5- 19,9)
Enseignement supérieur du type long	40,9 (39,5- 42,3)	36,1 (34,7- 37,5)	31,6 (30,3- 33,0)	27,1 (25,7- 28,4)	23,3 (22,0- 24,5)	18,7 (17,5- 20,0)

Tableau 32 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	8,6 (6,2- 11,1)	4,3 (1,8- 6,8)	2,2 (0,2- 4,2)	1,1 (0,0- 2,6)
Enseignement primaire	9,7 (8,7- 10,8)	7,4 (6,6- 8,2)	4,5 (3,8- 5,2)	2,2 (1,7- 2,7)
ESP inférieur	8,4 (6,0- 10,8)	6,6 (4,4- 8,7)	4,4 (2,7- 6,0)	3,0 (1,7- 4,3)
EST inférieur	9,3 (7,2- 11,4)	7,1 (5,2- 8,9)	4,3 (2,6- 6,0)	2,8 (1,5- 4,1)
ESP supérieur	11,5 (9,9- 13,1)	7,2 (5,6- 8,8)	4,9 (3,5- 6,3)	2,4 (1,4- 3,4)
EST supérieur	9,8 (7,1- 12,4)	7,6 (5,1- 10,0)	5,1 (3,0- 7,3)	2,4 (0,4- 4,4)
ESG supérieur	12,5 (10,9- 14,1)	9,0 (7,5- 10,5)	6,6 (5,2- 7,9)	4,0 (3,2- 4,9)
Enseignement supérieur du type court	14 (12,6- 15,3)	10,2 (9,0- 11,5)	7,3 (6,4- 8,2)	3,8 (3,0- 4,5)
Enseignement supérieur du type long	14,3 (12,7- 16,0)	11,3 (9,9- 12,7)	7,8 (6,8- 8,9)	3,7 (2,8- 4,6)
Enseignement supérieur du type long	14,6 (13,3- 15,8)	10,6 (9,4- 11,7)	6,6 (5,6- 7,6)	3,6 (2,8- 4,4)

Tableau 33 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	24,6	20,3	16,7	12,9	10,0	7,6	5,1	3,2	1,1	0,2
Position la plus élevée possible	41,7	36,8	32,0	27,3	23,0	18,3	14,2	10,5	7,2	3,9
Tertiel le moins élevé	27,2	22,8	19,0	15,1	12,0	9,2	6,5	4,3	2,1	0,8
Tertiel du milieu	32,7	28,1	23,9	19,8	16,2	12,7	9,4	6,6	4,0	2,0
Tertiel le plus élevé	38,6	33,8	29,2	24,7	20,7	16,4	12,5	9,1	6,1	3,2

Tableau 34 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	19,1 (14,7-23,5)	18,0 (14,2-21,7)	13,5 (9,9-17,1)	9,3 (6,0-12,6)	8,2 (5,1-11,4)	4,6 (1,8-7,3)
Enseignement primaire	27,3 (24,9-29,7)	24,2 (22,2-26,2)	21,0 (19,4-22,6)	18,9 (17,5-20,3)	16,0 (14,7-17,3)	13,4 (12,2-14,6)
ESP inférieur	30,4 (27,9-32,9)	25,9 (23,4-28,3)	21,6 (19,2-24,0)	17,6 (15,4-19,9)	15,6 (13,5-17,6)	13,3 (11,4-15,2)
EST inférieur	27,8 (24,2-31,4)	24,2 (20,8-27,6)	21,8 (18,7-25,0)	19,5 (16,7-22,3)	17,0 (14,3-19,6)	13,2 (10,7-15,7)
ESG inférieur	34,0 (31,8-36,2)	29,1 (26,9-31,4)	24,8 (22,7-26,9)	21,8 (19,9-23,8)	18,1 (16,3-19,9)	15,3 (13,7-16,8)
ESP supérieur	34,8 (32,1-37,6)	30,6 (27,9-33,3)	26,2 (23,5-28,9)	21,8 (19,2-24,5)	18,5 (16,1-21,0)	14,3 (11,9-16,7)
EST supérieur	37,4 (34,8-40,0)	33,4 (30,8-36,0)	29,2 (26,7-31,7)	25,5 (23,1-28,0)	22,1 (19,7-24,5)	18,0 (15,7-20,3)
ESG supérieur	40,2 (38,4-42,0)	35,4 (33,7-37,2)	31,0 (29,3-32,7)	27,0 (25,4-28,7)	22,6 (21,0-24,2)	18,9 (17,4-20,4)
Enseignement supérieur du type court	37,1 (35,2-39,1)	32,4 (30,4-34,4)	28,3 (26,4-30,3)	23,7 (21,8-25,7)	19,7 (17,8-21,6)	15,5 (13,6-17,4)
Enseignement supérieur du type long	39,2 (36,8-41,5)	34,6 (32,3-36,9)	29,9 (27,5-32,2)	25,6 (23,3-27,9)	21,4 (19,2-23,6)	17,7 (15,6-19,9)

Tableau 35 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	3,0 (1,0-5,0)	2,3 (0,5-4,0)	1,6 (0,3-2,9)	0,8 (0,0-1,9)
Enseignement primaire	10,2 (9,2-11,2)	7,7 (6,9-8,5)	4,9 (4,2-5,6)	2,3 (1,9-2,7)
ESP inférieur	10,5 (8,8-12,3)	6,9 (5,3-8,4)	3,9 (2,7-5,2)	1,9 (0,9-2,8)
EST inférieur	10,8 (8,7-12,8)	9,1 (7,5-10,7)	5,0 (3,7-6,3)	4,8 (4,8-4,8)
ESG inférieur	11,9 (10,5-13,2)	7,6 (6,3-8,9)	4,5 (3,4-5,6)	1,8 (1,0-2,7)
ESP supérieur	10,5 (8,3-12,8)	7,4 (5,4-9,3)	4,4 (2,7-6,1)	2,6 (1,3-3,8)
EST supérieur	13,7 (11,4-15,9)	9,4 (7,2-11,6)	6,2 (4,3-8,2)	2,1 (0,3-3,9)
ESG supérieur	15,7 (14,4-17,0)	11,4 (10,3-12,6)	7,6 (6,6-8,5)	3,9 (3,2-4,6)
Enseignement supérieur du type court	11,8 (9,8-13,4)	8,3 (6,6-9,9)	5,4 (3,9-6,9)	2,4 (1,3-3,4)
Enseignement supérieur du type long	14,1 (12,2-15,9)	12 (10,5-13,4)	7,3 (5,8-8,8)	4,6 (3,7-5,5)

Tableau 36 Espérance de vie partielle en bonne santé perçue entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	19,7	16,0	12,3	10,0	8,3	6,2	4,2	2,7	1,5	0,6
Tertiel le moins élevé	23,2	19,2	15,4	12,7	10,5	8,1	5,8	3,9	2,3	1,0
Tertiel du milieu	30,1	25,8	21,7	18,2	15,1	12,0	9,0	6,3	3,9	1,8
Tertiel le plus élevé	37,1	32,5	28,1	23,8	19,8	16,0	12,3	8,8	5,5	2,6
Position la plus élevée possible	40,7	35,8	31,3	26,6	22,2	18,0	13,9	10,1	6,3	3,0

8.3.3 Tableaux 37-66: Espérance de vie avec et sans incapacités

Tableau 37 Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	25,3 (21,8-28,8)	25,6 (22,0-29,1)	21,6 (18,3-25,0)	17,3 (14,2-20,5)	14,0 (11,4-16,6)	9,3 (6,6-11,9)
Enseignement primaire	32,5 (30,5-34,4)	28,6 (26,8-30,3)	25,0 (23,4-26,5)	20,8 (19,3-22,2)	17,4 (16,0-18,7)	14,5 (13,2-15,7)
ESP inférieur	37,4 (34,9-39,8)	32,7 (30,2-35,2)	27,9 (25,4-30,4)	23,8 (21,3-26,2)	20,0 (17,6-22,3)	15,8 (13,4-18,1)
EST inférieur	40,1 (37,7-42,5)	35,6 (33,2-38,1)	31,1 (28,7-33,5)	27,0 (24,7-29,4)	22,5 (20,1-24,8)	19,1 (16,8-21,3)
ESG inférieur	36,5 (34,0-39,0)	32,1 (29,7-34,5)	28,9 (26,7-31,2)	25,1 (23,1-27,2)	21,1 (19,1-23,1)	17,4 (15,5-19,2)
ESP supérieur	38,5 (35,5-41,4)	33,7 (30,7-36,7)	29,0 (26,0-32,0)	24,3 (21,3-27,3)	20,2 (17,4-23,1)	15,7 (12,8-18,6)
EST supérieur	43,3 (41,4-45,2)	38,5 (36,6-40,5)	34,4 (32,5-36,3)	29,8 (27,9-31,7)	25,1 (23,2-27,1)	21,4 (19,5-23,3)
ESG supérieur	44,5 (42,8-46,2)	39,8 (38,1-41,5)	35,3 (33,6-37,0)	30,6 (28,9-32,3)	26,3 (24,6-28,0)	22,4 (20,9-24,0)
Enseignement supérieur, type court	47,3 (45,4-49,2)	42,5 (40,6-44,4)	37,8 (35,9-39,7)	33,2 (31,3-35,1)	28,6 (26,7-30,5)	24,4 (22,6-26,3)
Enseignement supérieur, type long	42,5 (40,8-44,2)	37,6 (35,9-39,3)	33,2 (31,5-34,8)	28,8 (27,1-30,4)	24,2 (22,5-25,9)	19,8 (18,2-21,5)

Tableau 38 Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	8,4 (6,0-10,7)	3,9 (1,5-6,3)	3,9 (1,5-6,2)	2,6 (0,6-4,7)	0,7 (0,0-2,1)	0,2 (0,0-1,1)
Enseignement primaire	11,0 (9,8-12,1)	8,9 (7,8-9,9)	6,3 (5,5-7,2)	3,5 (2,7-4,3)	2,6 (1,8-3,4)	1,8 (1,0-2,7)
ESP inférieur	11,8 (9,4-14,1)	8,0 (5,7-10,2)	6,8 (4,9-8,7)	4,8 (3,4-6,2)	3,8 (3,8-3,8)	5,3 (5,3-5,3)
EST inférieur	15,3 (13,0-17,5)	12,7 (10,7-14,7)	10,7 (8,9-12,5)	8,5 (7,0-10,0)	5,9 (4,4-7,3)	4,8 (4,8-4,8)
ESG inférieur	14,3 (12,6-15,9)	10,2 (8,5-11,8)	5,9 (4,2-7,6)	5,1 (3,5-6,6)	2,7 (1,2-4,3)	2,2 (0,4-4,0)
ESP supérieur	11,9 (9,0-14,7)	7,6 (4,7-10,5)	5,0 (2,7-7,4)	2,1 (0,0-4,3)	0,9 (0,0-2,4)	0,3
EST supérieur	17,3 (15,4-19,1)	14,1 (12,3-15,9)	11,2 (9,6-12,8)	7,8 (6,2-9,5)	7,2 (6,0-8,3)	6,5 (6,5-6,5)
ESG supérieur	18,2 (16,7-19,8)	14,2 (12,6-15,8)	11,1 (9,7-12,4)	7,9 (6,6-9,3)	5,1 (3,8-6,3)	1,9 (0,5-3,3)
Enseignement supérieur, type court	20,4 (18,6-22,3)	16,3 (14,5-18,1)	12,2 (10,3-14,0)	8,6 (6,7-10,4)	5,8 (3,9-7,6)	3,7 (2,4-5,1)
Enseignement supérieur, type long	15,7 (14,1-17,4)	11,7 (10,1-13,3)	8,1 (6,5-9,6)	6,4 (5,0-7,8)	3,8 (2,6-5,1)	0,8 (0,0-1,8)

Tableau 39 Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	14,6 (11,3-17,9)	14,8 (11,4-18,1)	14,9 (11,5-18,3)	14,6 (11,4-17,8)	13,4 (10,8-16,1)	13,8 (11,1-16,5)
Enseignement primaire	13,0 (11,1-14,9)	12,4 (10,8-14,1)	11,5 (10,0-13,0)	11,1 (9,7-12,5)	10,3 (9,0-11,7)	8,9 (7,7-10,1)
ESP inférieur	9,4 (6,8-12,2)	9,4 (6,6-12,2)	9,5 (6,7-12,3)	9,1 (6,3-11,8)	8,4 (5,6-11,1)	8,2 (5,5-10,9)
EST inférieur	7,5 (5,3-9,7)	7,3 (5,1-9,4)	7,1 (4,9-9,3)	6,5 (4,4-8,5)	6,4 (4,3-8,5)	5,7 (3,6-7,7)
ESG inférieur	9,8 (7,4-12,1)	9,5 (7,3-11,8)	8,3 (6,2-10,3)	7,5 (5,5-9,4)	7,1 (5,2-8,9)	7,0 (5,2-8,9)
ESP supérieur	5,9 (3,6-8,3)	6,0 (3,6-8,3)	5,9 (3,5-8,2)	5,9 (3,6-8,3)	6,0 (3,6-8,4)	6,1 (3,6-8,5)
EST supérieur	6,9 (5,0-8,8)	6,9 (5,1-8,8)	6,4 (4,8-8,2)	6,3 (4,4-8,1)	6,3 (4,4-8,2)	5,7 (3,9-7,5)
ESG supérieur	4,8 (3,3-6,3)	4,8 (3,3-6,3)	4,6 (3,1-6,1)	4,6 (3,2-6,1)	4,4 (3,0-5,9)	4,2 (2,8-5,6)
Enseignement supérieur, type court	5,3 (3,6-7,0)	5,3 (3,6-7,0)	5,2 (3,5-6,9)	5,0 (3,3-6,7)	4,9 (3,2-6,6)	4,5 (2,9-6,1)
Enseignement supérieur, type long	6,4 (4,8-7,9)	6,4 (4,8-7,9)	6,1 (4,5-7,6)	5,6 (4,1-7,1)	5,5 (4,0-7,0)	5,2 (3,7-6,7)

Tableau 40 Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	10,5 (8,1-12,9)	10,9 (8,5-13,3)	7,7 (5,6-9,8)	6,3 (4,7-7,9)	7,4 (5,9-8,9)	5,9 (4,9-6,9)
Enseignement primaire	8,6 (7,4-9,7)	6,7 (5,7-7,7)	5,8 (4,9-6,7)	5,6 (4,7-6,5)	4,2 (3,3-5,2)	3,1 (2,2-4,1)
ESP inférieur	7,9 (5,2-10,6)	7,7 (5,0-10,4)	4,9 (2,4-7,4)	3,5 (1,1-5,9)	2,0 (0,0-4,4)	0,5 -
EST inférieur	5,4 (3,4-7,4)	4,0 (2,2-5,8)	2,4 (0,9-3,9)	1,1 (0,1-2,1)	0,8 (0,0-1,6)	0,6 -
ESG inférieur	5,8 (4,2-7,5)	5,8 (4,1-7,4)	6,0 (4,3-7,7)	4,3 (2,8-5,8)	4,0 (2,4-5,5)	3,0 (1,3-4,7)
ESP supérieur	5,7 (3,4-8,1)	5,7 (3,4-8,1)	4,5 (2,9-6,1)	3,8 (2,6-5,1)	4,7 (3,2-6,3)	1,4 -
EST supérieur	5,7 (3,8-7,5)	4,6 (2,9-6,4)	3,7 (2,1-5,4)	3,7 (2,0-5,3)	1,7 (0,5-2,8)	0,0 (0,0-0,0)
ESG supérieur	4,2 (2,8-5,6)	4,3 (2,8-5,7)	3,7 (2,4-4,9)	3,3 (2,2-4,5)	3,0 (2,0-4,0)	3,7 (2,6-4,8)
Enseignement supérieur, type court	4,0 (2,4-5,6)	3,9 (2,3-5,5)	4,1 (2,4-5,7)	4,1 (2,5-5,7)	3,8 (2,2-5,4)	2,9 -
Enseignement supérieur, type long	4,8 (3,3-6,3)	4,5 (3,0-5,9)	4,6 (3,1-6,1)	2,6 (1,3-3,9)	1,5 (0,4-2,7)	0,8 (0,0-1,8)

Tableau 41 Espérance de vie avec de graves incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	8,1 (5,9-10,3)	3,2 (1,0-5,4)	2,4 (0,6-4,3)	2,5 (0,6-4,3)	2,5 (0,6-4,4)	2,6 (0,6-4,5)
Enseignement primaire	2,7 (2,0-3,5)	2,8 (2,0-3,6)	2,8 (2,0-3,6)	2,8 (2,0-3,6)	2,6 (1,9-3,3)	2,7 (1,9-3,4)
ESP inférieur	3,3 (1,4-5,1)	3,3 (1,5-5,1)	3,3 (1,5-5,2)	3,3 (1,4-5,1)	3,2 (1,3-5,1)	3,2 (1,3-5,1)
EST inférieur	2,8 (1,5-4,2)	2,8 (1,5-4,2)	2,8 (1,5-4,2)	2,9 (1,5-4,2)	2,9 (1,5-4,3)	2,6 (1,2-3,9)
ESG inférieur	3,7 (2,3-5,1)	3,7 (2,4-5,1)	3,5 (2,2-4,9)	3,6 (2,2-4,9)	3,6 (2,2-4,9)	2,9 (1,9-4,0)
ESP supérieur	6,2 (4,2-8,3)	6,3 (4,2-8,3)	6,3 (4,3-8,4)	6,3 (4,3-8,4)	5,8 (3,9-7,6)	5,9 (4,0-7,8)
EST supérieur	0,9 (0,1-1,7)	1,0 (0,1-1,8)	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,4)
ESG supérieur	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,7 (0,7-2,6)	1,6 (0,6-2,5)	1,2 (0,4-2,0)
Enseignement supérieur, type court	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)	0,7 (0,0-1,6)
Enseignement supérieur, type long	4,7 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,8)	4,6 (3,4-5,7)	4,6 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,8)	4,7 (3,5-5,9)

Tableau 42 Espérance de vie avec de graves incapacités en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	2,7 (0,6-4,7)	2,8 (0,7-5,0)	2,5 (0,6-4,5)	2,1 (0,3-4,0)	0,2 (0,0-0,9)	0,1 (0,0-0,5)
Enseignement primaire	2,4 (1,7-3,0)	2,4 (1,7-3,1)	2,3 (1,6-2,9)	2,1 (1,5-2,8)	1,7 (1,0-2,4)	1,3 (0,6-2,1)
ESP inférieur	3,3 (1,3-5,2)	3,2 (1,2-5,2)	3,5 (1,3-5,6)	3,5 (1,2-5,7)	3,3 (0,9-5,6)	0,8 (0,8-0,8)
EST inférieur	2,3 (1,0-3,6)	2,2 (0,9-3,4)	2,0 (0,8-3,2)	2,1 (0,8-3,4)	2,3 (0,9-3,7)	1,3 (0,9-2,1)
ESG inférieur	3,0 (1,9-4,2)	3,2 (2,0-4,4)	3,4 (2,2-4,7)	2,6 (1,6-3,7)	2,5 (1,5-3,5)	1,5 (0,9-2,1)
ESP supérieur	5,9 (4,0-7,8)	6,2 (4,2-8,1)	6,3 (4,5-8,1)	6,5 (4,7-8,4)	4,1 (2,8-5,4)	5,6 (4,1-7,1)
EST supérieur	0,5 (0,0-1,3)	0,6 (0,0-1,3)	0,5 (0,0-1,2)	0,5 (0,0-1,4)	0,3 (0,0-0,8)	0,0 (0,0-0,0)
ESG supérieur	1,3 (0,4-2,1)	1,1 (0,3-1,9)	1,0 (0,3-1,8)	1,0 (0,3-1,8)	1,2 (0,3-2,1)	1,3 (0,2-2,4)
Enseignement supérieur, type court	0,8 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,7)	0,7 (0,0-1,6)	0,8 (0,0-1,7)	0,8 (0,0-1,8)	1,0 (0,0-2,3)
Enseignement supérieur, type long	4,8 (3,6-5,9)	4,8 (3,6-6,0)	4,4 (3,3-5,4)	4,4 (3,3-5,4)	5,0 (3,8-6,2)	6,1 (4,7-7,5)

Tableau 43 Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	34,3 (30,8-37,9)	29,5 (25,9-33,0)	24,6 (21,0-28,1)	19,9 (16,3-23,4)	16,2 (12,8-19,6)	12,1 (8,9-15,4)
Enseignement primaire	34,5 (32,3-36,7)	30,8 (28,9-32,7)	27,0 (25,4-28,6)	23,1 (21,6-24,5)	19,9 (18,6-21,3)	15,9 (14,6-17,2)
ESP inférieur	41,7 (39,4-44,1)	36,9 (34,6-39,2)	32,8 (30,5-35,0)	28,3 (26,1-30,5)	24,1 (22,0-26,3)	19,5 (17,4-21,6)
EST inférieur	43,1 (39,9-46,3)	38,6 (35,6-41,7)	33,8 (30,8-36,9)	29,2 (26,2-32,3)	25,6 (22,7-28,5)	21,9 (19,1-24,6)
ESG inférieur	40,0 (37,6-42,4)	35,1 (32,7-37,5)	30,8 (28,5-33,0)	27,6 (25,4-29,7)	23,7 (21,6-25,7)	19,1 (17,1-21,1)
ESP supérieur	40,1 (37,1-43,2)	35,3 (32,3-38,4)	30,5 (27,4-33,5)	26,4 (23,4-29,4)	22,9 (20,0-25,7)	18,6 (15,7-21,4)
EST supérieur	43,4 (40,6-46,1)	38,8 (36,1-41,6)	34,3 (31,6-37,1)	30,0 (27,3-32,7)	26,0 (23,3-28,6)	21,7 (19,1-24,3)
ESG supérieur	44,4 (42,1-46,7)	39,6 (37,4-41,9)	35,2 (32,9-37,4)	30,5 (28,2-32,7)	26,5 (24,3-28,7)	22,9 (20,7-25,0)
Enseignement supérieur du type court	40,7 (38,2-43,2)	35,9 (33,4-38,4)	31,3 (28,8-33,8)	26,7 (24,3-29,2)	22,7 (20,3-25,2)	18,3 (15,9-20,8)
Enseignement supérieur du type long	51,6 (49,1-54,1)	47,4 (45,0-49,9)	43,0 (40,5-45,4)	38,3 (35,8-40,7)	33,8 (31,3-36,2)	29,8 (27,4-32,2)

Tableau 44 Espérance de vie sans incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	9,4 (6,5-12,4)	8,1 (5,4-10,7)	5,5 (3,3-7,7)	5,0 (2,8-7,2)	3,7 (1,7-5,6)	2,6 (0,9-4,4)
Enseignement primaire	12,7 (11,8-13,8)	9,7 (8,7-10,7)	6,6 (5,8-7,4)	3,8 (3,1-4,6)	2,5 (1,9-3,2)	1,0 (0,5-1,4)
ESP inférieur	16,2 (14,2-18,2)	13,3 (11,5-15,1)	9,9 (8,3-11,5)	6,2 (4,6-7,7)	5,1 (3,7-6,4)	1,3 (0,2-2,5)
EST inférieur	18,3 (15,8-20,8)	14,3 (12,1-16,6)	10,1 (8,0-12,3)	7,0 (7,0-7,0)	3,3 (0,4-6,2)	1,3 (0,0-2,8)
ESG inférieur	16,1 (14,2-18,0)	12,6 (10,8-14,4)	9,2 (7,6-10,8)	6,5 (5,0-8,0)	4,0 (2,6-5,4)	2,4 (1,2-3,5)
ESP supérieur	14,3 (11,5-17,1)	9,8 (7,0-12,6)	7,0 (4,3-9,7)	5,8 (3,2-8,4)	2,7 (0,2-5,3)	1,7 (0,0-4,2)
EST supérieur	17,4 (14,8-19,9)	13,4 (10,9-15,9)	9,6 (7,3-11,9)	6,5 (4,5-8,5)	3,4 (2,4-4,5)	3,7 (2,4-5,3)
ESG supérieur	19,1 (17,0-21,2)	16,1 (14,2-17,9)	12,4 (10,7-14,1)	8,6 (6,9-10,3)	4,7 (2,9-6,4)	3,8 (2,4-5,3)
Enseignement supérieur du type court	14,8 (12,4-17,2)	11,6 (9,3-14,0)	8,2 (6,1-10,4)	5,4 (3,5-7,3)	3,8 (2,0-5,6)	3,6 (1,7-5,5)
Enseignement supérieur du type long	25,6 (23,2-27,9)	21,4 (19,1-23,6)	18,4 (16,4-20,3)	14,9 (13,1-16,6)	11,1 (9,5-12,7)	9,4 (8,7-10,1)

Tableau 45 Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	11,0 (6,0-14,0)	11,0 (8,0-14,1)	11,1 (8,1-14,1)	11,0 (8,0-14,0)	9,9 (7,1-12,7)	9,5 (6,9-12,2)
Enseignement primaire	14,1 (12,1-16,2)	13,0 (11,3-14,7)	12,4 (10,8-13,9)	11,6 (10,2-13,0)	10,9 (9,6-12,2)	10,4 (9,2-11,7)
ESP inférieur	11,9 (9,7-14,0)	11,9 (9,7-14,1)	11,6 (9,5-13,8)	11,7 (9,5-13,8)	11,4 (9,3-13,5)	11,5 (9,4-13,7)
EST inférieur	9,9 (7,1-12,7)	9,5 (6,8-12,2)	9,5 (6,8-12,2)	9,3 (6,7-11,9)	8,4 (5,9-10,9)	7,8 (5,4-10,2)
ESG inférieur	10,9 (8,8-13,0)	11,0 (8,8-13,1)	10,4 (8,5-12,4)	9,9 (8,0-11,8)	9,4 (7,6-11,2)	9,5 (7,7-11,3)
ESP supérieur	10,2 (7,5-12,8)	10,2 (7,5-12,8)	10,1 (7,5-12,8)	9,5 (6,9-12,0)	8,2 (5,9-10,6)	8,0 (5,6-10,4)
EST supérieur	5,5 (3,3-7,7)	5,1 (3,0-7,3)	5,0 (2,8-7,1)	4,5 (2,4-6,6)	4,3 (2,2-6,4)	3,8 (1,8-5,8)
ESG supérieur	9,1 (6,9-11,3)	8,9 (6,7-11,1)	8,5 (6,4-10,7)	8,5 (6,3-10,7)	7,8 (5,7-9,9)	6,8 (4,7-8,8)
Enseignement supérieur du type court	14,0 (11,8-16,3)	13,9 (11,6-16,1)	13,8 (11,5-16,0)	13,6 (11,3-15,8)	12,9 (10,7-15,2)	12,6 (10,4-14,9)
Enseignement supérieur du type long	5,6 (3,3-7,9)	4,9 (2,7-7,2)	4,5 (2,2-6,8)	4,4 (2,2-6,7)	4,2 (2,0-6,5)	3,6 (1,4-5,8)

Tableau 46 Espérance de vie avec de moyennes incapacités en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	9,5 (6,9-12,2)	6,5 (4,2-8,8)	6,3 (4,1-8,4)	5,3 (3,2-7,4)	3,2 (1,5-5,0)	1,7 (0,4-3,1)
Enseignement primaire	9,3 (8,2-10,4)	8,0 (7,0-9,0)	7,2 (6,3-8,1)	6,2 (5,3-7,0)	4,1 (3,3-4,9)	2,6 (1,9-3,2)
ESP inférieur	10,5 (8,5-12,5)	9,0 (7,2-10,9)	8,4 (6,7-10,1)	8,2 (6,5-9,9)	6,2 (4,7-7,7)	7,1 (5,4-8,9)
EST inférieur	7,1 (4,9-9,2)	6,5 (4,6-8,4)	6,6 (4,7-8,5)	6,0 (6,0-6,0)	5,9 (4,1-7,7)	7,1 (4,9-9,3)
ESG inférieur	8,1 (6,4-9,8)	7,2 (5,8-8,7)	6,4 (5,0-7,8)	6,0 (4,6-7,3)	5,6 (4,3-7,0)	4,9 (3,8-6,1)
ESP supérieur	7,7 (5,4-10,0)	7,5 (5,3-9,8)	5,9 (3,8-8,0)	2,8 (1,0-4,6)	2,6 (0,7-4,4)	1,9 (0,3-3,5)
EST supérieur	3,5 (1,5-5,4)	3,3 (1,3-5,2)	2,5 (0,8-4,2)	2,6 (0,9-4,4)	2,9 (1,0-4,8)	1,6
ESG supérieur	6,1 (4,2-8,1)	5,3 (3,5-7,1)	4,7 (3,0-6,5)	4,7 (2,9-6,4)	4,9 (3,0-6,7)	2,3 (0,7-3,9)
Enseignement supérieur du type court	11,6 (9,5-13,8)	10,3 (8,3-12,4)	10,4 (8,4-12,5)	9,6 (7,7-11,5)	7,7 (6,0-9,4)	5,0 (3,3-6,6)
Enseignement supérieur du type long	3,4 (1,2-5,5)	3,1 (1,0-5,2)	2,3 (0,5-4,1)	1,8 (0,1-3,5)	1,7 (0,1-3,2)	0,1 (0,0-0,8)

Tableau 47 Espérance de vie avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	9,7 (6,8-12,5)	9,7 (6,8-12,6)	9,7 (6,8-12,6)	9,8 (6,9-12,7)	9,9 (6,9-12,8)	9,8 (6,9-12,7)
Enseignement primaire	7,0 (5,8-8,2)	7,1 (5,8-8,3)	6,7 (5,6-7,7)	6,7 (5,6-7,7)	5,8 (4,9-6,7)	5,7 (4,8-6,5)
ESP inférieur	3,7 (2,0-5,4)	3,6 (1,9-5,4)	3,2 (1,5-4,8)	2,8 (1,3-4,4)	2,6 (1,0-4,1)	2,4 (0,9-3,9)
EST inférieur	4,8 (3,0-6,6)	4,8 (3,0-6,6)	4,7 (2,9-6,5)	4,7 (2,9-6,5)	4,5 (2,7-6,2)	4,2 (2,5-5,9)
ESG inférieur	6,1 (4,5-7,8)	6,1 (4,5-7,8)	6,2 (4,5-7,8)	5,2 (3,7-6,7)	4,9 (3,5-6,4)	4,8 (3,4-6,3)
ESP supérieur	7,2 (4,8-9,5)	7,1 (4,7-9,4)	7,1 (4,7-9,4)	7,0 (4,7-9,4)	7,1 (4,7-9,5)	7,0 (4,7-9,4)
EST supérieur	9,2 (6,4-11,9)	9,2 (6,5-11,9)	8,9 (6,2-11,7)	9,0 (6,2-11,7)	8,4 (5,7-11,1)	8,5 (5,8-11,2)
ESG supérieur	4,1 (2,6-5,6)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,6)	4,1 (2,6-5,7)	4,1 (2,6-5,7)
Enseignement supérieur du type court	3,5 (1,8-5,1)	3,5 (1,8-5,1)	3,2 (1,6-4,9)	3,2 (1,6-4,8)	3,1 (1,5-4,7)	3,1 (1,5-4,8)
Enseignement supérieur du type long	1,3 (0,0-2,6)	1,2 (0,0-2,5)	1,2 (0,0-2,5)	1,1 (0,0-2,4)	1,1 (0,0-2,4)	1,1 (0,0-2,3)

Tableau 48 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80						
Pas de diplôme	8,0	(5,5-10,6)	8,2	(5,6-10,7)	6,8	(4,6-9,0)	4,4	(2,3-6,5)	4,3	(2,2-6,4)	3,8	(1,7-5,9)
Enseignement primaire	5,5	(4,7-6,4)	5,5	(4,7-6,4)	5,2	(4,4-5,9)	5,0	(4,3-5,8)	4,9	(4,1-5,6)	4,8	(4,1-5,6)
ESP inférieur	2,3	(0,8-3,8)	2,2	(0,7-3,7)	1,9	(0,5-3,4)	1,8	(0,3-3,2)	1,2	(0,0-2,6)	0,7	(0,0-2,1)
EST inférieur	3,9	(2,4-5,4)	4,0	(2,4-5,6)	3,7	(2,4-5,1)	3,5	(3,5-3,5)	3,4	(0,5-6,3)	1,2	(0,0-2,7)
ESG inférieur	4,7	(3,3-6,1)	4,7	(3,3-6,2)	4,7	(3,2-6,1)	3,8	(2,4-5,1)	2,8	(1,6-4,1)	1,9	(0,9-3,0)
ESP supérieur	7,2	(4,7-9,6)	7,3	(4,8-9,8)	7,6	(5,0-10,1)	7,8	(5,1-10,4)	7,3	(4,7-10,0)	5,8	(3,3-8,4)
EST supérieur	8,6	(5,9-11,4)	8,4	(5,7-11,2)	8,5	(5,8-11,3)	7,4	(4,8-9,9)	6,5	(4,5-8,5)	4,3	-
ESG supérieur	4,1	(2,5-5,7)	3,6	(2,2-5,0)	3,5	(2,1-4,9)	3,3	(1,9-4,7)	3,3	(1,8-4,7)	3,3	(1,9-4,7)
Enseignement supérieur du type court	3,1	(1,4-4,7)	3,1	(1,5-4,8)	2,1	(0,7-3,6)	1,6	(0,3-2,9)	1,3	(0,1-2,6)	0,8	(0,0-2,0)
Enseignement supérieur du type long	1,0	(0,0-2,3)	1,0	(0,0-2,2)	0,6	(0,0-1,5)	0,4	(0,0-1,3)	0,5	(0,0-1,4)	0,0	-

Tableau 49 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50						
Pas de diplôme	24,9	(21,5-28,4)	25,2	(21,7-28,7)	21,2	(18,0-24,5)	16,9	(13,9-20,0)	13,6	(11,1-16,1)	8,9	(6,3-11,4)
Enseignement primaire	31,1	(29,2-32,9)	27,2	(25,5-28,8)	23,5	(22,0-25,0)	19,3	(17,9-20,7)	15,9	(14,6-17,2)	13,0	(11,8-14,1)
ESP inférieur	35,2	(32,7-37,7)	30,5	(28,0-33,0)	25,7	(23,2-28,2)	21,5	(19,1-24,0)	17,7	(15,4-20,1)	13,5	(11,1-15,8)
EST inférieur	36,7	(34,4-39,0)	32,2	(29,9-34,4)	27,6	(25,3-29,8)	23,5	(21,3-25,7)	18,9	(16,8-21,1)	15,4	(13,4-17,5)
ESG inférieur	34,9	(32,6-37,2)	30,5	(28,3-32,7)	27,3	(25,3-29,3)	23,5	(21,7-25,4)	19,4	(17,7-21,2)	15,7	(14,1-17,2)
ESP supérieur	38,0	(35,1-40,8)	33,2	(30,3-36,0)	28,5	(25,6-31,3)	23,8	(21,0-26,7)	19,7	(17,0-22,4)	15,2	(12,4-17,9)
EST supérieur	39,0	(37,2-40,7)	34,1	(32,3-35,9)	30,0	(28,2-31,7)	25,4	(23,6-27,1)	20,7	(18,9-22,4)	16,8	(15,1-18,6)
ESG supérieur	41,4	(39,9-42,9)	36,7	(35,1-38,2)	32,2	(30,7-33,7)	27,4	(25,9-28,9)	23,1	(21,7-24,6)	19,2	(17,9-20,5)
Enseignement supérieur du type court	43,4	(42,0-44,8)	38,6	(37,2-40,0)	33,9	(32,5-35,3)	29,3	(27,9-30,7)	24,6	(23,2-26,0)	20,4	(19,1-21,7)
Enseignement supérieur du type long	39,9	(38,4-41,4)	35,0	(33,5-36,5)	30,6	(29,1-32,0)	26,2	(24,7-27,6)	21,6	(20,1-23,0)	17,2	(15,8-18,6)

Tableau 50 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70				
Pas de diplôme	8,0	(5,8-10,2)	3,5	(1,2-5,7)	3,4	(1,2-5,6)	2,1	(0,3-3,8)
Enseignement inférieur	9,4	(8,4-10,5)	7,2	(6,3-8,1)	4,5	(3,9-5,2)	1,4	(1,0-1,9)
ESP inférieur	9,4	(7,1-11,7)	5,5	(3,2-7,7)	4,1	(2,2-6,0)	1,8	(0,3-3,2)
EST inférieur	11,5	(9,5-13,6)	8,8	(7,0-10,6)	6,6	(5,1-8,1)	3,8	(2,9-4,8)
ESG inférieur	12,5	(11,2-13,8)	8,3	(7,1-9,6)	4,0	(2,7-5,2)	2,9	(2,0-3,8)
ESP supérieur	11,3	(8,6-14,0)	7,0	(4,3-9,7)	4,4	(2,3-6,5)	1,3	(0,0-3,2)
EST supérieur	12,6	(10,9-14,3)	9,2	(7,6-10,8)	6,0	(4,6-7,4)	2,0	(0,6-3,3)
ESG supérieur	14,9	(13,5-16,2)	10,7	(9,4-12,0)	7,3	(6,3-8,3)	3,7	(2,9-4,6)
Enseignement supérieur du type court	16,4	(15,1-17,6)	12,1	(10,9-13,3)	7,7	(6,6-8,9)	3,7	(2,7-4,6)
Enseignement supérieur du type long	13,0	(11,6-14,4)	8,9	(7,6-10,2)	5,1	(3,9-6,3)	3,2	(2,3-4,1)

Tableau 51 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	27,4	23,0	18,9	14,7	11,1	8,1	5,3	3,3	2,6	0,0
Tertiel le moins élevé	29,5	25,1	20,9	16,6	12,8	9,6	6,6	4,2	3,0	0,3
Tertiel du milieu	34,5	29,8	25,5	21,1	16,9	13,3	9,7	6,6	4,3	1,5
Tertiel le plus élevé	39,8	34,9	30,4	25,9	21,3	17,2	13,0	9,1	5,7	2,8
Position la plus élevée possible	42,5	37,6	33,0	28,4	23,6	19,2	14,7	10,5	6,4	3,5

Tableau 52 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	10,8 (7,6-14,0)	10,9 (7,7-14,2)	11,0 (7,7-14,3)	10,7 (7,6-13,7)	9,4 (6,9-12,0)	9,7 (7,1-12,3)
Enseignement primaire	10,8 (9,0-12,6)	10,2 (8,6-11,8)	9,2 (7,7-10,6)	8,8 (7,7-10,6)	8,0 (7,5-10,1)	6,5 (5,4-7,6)
ESP inférieur	8,2 (5,8-10,6)	8,2 (5,8-10,7)	8,3 (5,9-10,7)	7,9 (5,5-10,3)	7,1 (4,8-9,4)	7,0 (4,7-9,3)
EST inférieur	7,0 (4,8-9,1)	6,8 (4,7-8,9)	6,6 (4,5-8,7)	6,0 (4,5-8,7)	5,9 (3,9-8,0)	5,2 (3,2-7,1)
ESG inférieur	7,5 (5,3-9,6)	7,2 (5,2-9,3)	5,9 (4,1-7,8)	5,1 (4,1-7,8)	4,7 (3,4-6,8)	4,6 (3,0-6,2)
ESP supérieur	3,2 (1,0-5,3)	3,2 (1,0-5,3)	3,1 (0,9-5,3)	3,1 (0,9-5,3)	3,1 (0,9-5,4)	3,1 (0,9-5,4)
EST supérieur	5,9 (4,2-7,6)	5,9 (4,2-7,7)	5,4 (3,7-7,1)	5,2 (3,7-7,1)	5,3 (3,5-7,0)	4,7 (3,0-6,3)
ESG supérieur	2,9 (1,6-4,3)	3,0 (1,6-4,3)	2,7 (1,4-4,1)	2,7 (1,4-4,1)	2,5 (1,2-3,8)	2,3 (1,0-3,5)
Enseignement supérieur du type court	2,8 (1,5-4,1)	2,7 (1,4-4,1)	2,6 (1,3-4,0)	2,4 (1,1-3,7)	2,3 (1,0-3,6)	1,9 (0,6-3,1)
Enseignement supérieur du type long	5,3 (4,0-6,7)	5,4 (4,0-6,7)	5,0 (3,7-6,4)	4,6 (3,3-5,9)	4,4 (3,2-5,7)	4,1 (2,9-5,4)

Tableau 53 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	6,2 (4,0-8,5)	6,4 (4,1-8,6)	2,7 (0,9-4,6)	0,5 (0,0-1,6)
Enseignement inférieur	6,1 (5,1-7,1)	4,1 (3,3-4,9)	2,9 (2,3-3,6)	2,3 (1,8-2,7)
ESP inférieur	6,6 (4,4-8,9)	6,4 (4,1-8,6)	3,5 (1,6-5,4)	1,9 (0,4-3,3)
EST inférieur	4,9 (3,0-6,9)	3,5 (1,8-5,2)	1,8 (0,4-3,2)	0,4 (0,0-1,2)
ESG inférieur	3,3 (2,0-4,6)	3,1 (1,9-4,4)	3,2 (1,9-4,4)	1,1 (0,3-1,9)
ESP supérieur	2,7 (0,6-4,9)	2,6 (0,5-4,7)	1,1 (0,0-2,3)	0,0 -
EST supérieur	4,6 (2,9-6,3)	3,5 (1,9-5,1)	2,5 (1,1-3,9)	2,3 (0,9-3,7)
ESG supérieur	2,1 (0,9-3,4)	2,2 (0,9-3,4)	1,4 (0,4-2,4)	0,8 (0,0-1,7)
Enseignement supérieur du type court	1,3 (0,2-2,5)	1,1 (0,0-2,2)	1,1 (0,0-2,3)	0,9 (0,0-1,7)
Enseignement supérieur du type long	3,7 (2,5-4,9)	3,4 (2,2-4,5)	3,4 (2,2-4,6)	1,3 (0,5-2,2)

Tableau 54 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée	12,8	12,7	12,3	11,9	11,2	10,0	8,9	6,8	3,6	2,8
Tertiel le moins élevé possible	11,3	11,2	10,9	10,5	9,9	8,9	7,9	6,1	3,4	2,5
Tertiel du milieu	8,2	8,2	7,8	7,5	7,1	6,4	5,8	4,6	3,0	1,9
Tertiel le plus élevé	4,8	4,9	4,6	4,3	4,2	3,8	3,5	3,0	2,5	1,3
Position la plus élevée	3,1	3,2	2,9	2,7	2,7	2,5	2,4	2,2	2,2	1,0

Tableau 55 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50				
Pas de diplôme	8,0	(5,8-10,2)	3,1	(0,9-5,2)	2,3	(0,5-4,1)	2,3	(0,5-4,2)	2,4	(0,5-4,4)
Enseignement primaire	1,8	(1,2-2,5)	1,9	(1,2-2,5)	1,9	(1,2-2,6)	1,9	(1,2-2,6)	1,7	(1,0-2,3)
ESP inférieur	1,4	(0,2-2,6)	1,4	(0,2-2,6)	1,4	(0,2-2,7)	1,3	(0,1-2,5)	1,2	(0,0-2,4)
EST inférieur	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,5	(0,4-2,6)	1,1	(0,1-2,2)
ESG inférieur	2,3	(1,0-3,5)	2,3	(1,0-3,5)	2,0	(0,9-3,2)	2,1	(0,9-3,2)	2,0	(0,8-3,2)
ESP supérieur	3,8	(1,8-5,9)	3,8	(1,8-5,9)	3,9	(1,8-5,9)	3,8	(1,8-5,9)	3,3	(1,4-5,1)
EST supérieur	0,8	(0,1-1,5)	0,8	(0,1-1,5)	0,7	(0,0-1,4)	0,7	(0,0-1,4)	0,5	(0,0-1,2)
ESG supérieur	0,9	(0,2-1,7)	0,9	(0,2-1,7)	0,9	(0,1-1,7)	0,9	(0,1-1,7)	0,8	(0,1-1,5)
Enseignement supérieur du type court	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)
Enseignement supérieur du type long	1,3	(0,5-2,1)	1,3	(0,5-2,1)	1,2	(0,4-2,0)	1,2	(0,4-2,0)	1,2	(0,4-2,1)

Tableau 56 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70				
Pas de diplôme	2,5	(0,5-4,5)	2,7	(0,6-4,8)	2,4	(0,5-4,3)	2,0	(0,2-3,7)
Enseignement primaire	1,4	(0,8-1,9)	1,4	(0,8-1,9)	1,1	(0,6-1,6)	0,8	(0,4-1,2)
ESP inférieur	1,2	(0,0-2,5)	1,1	(0,0-2,2)	1,1	(0,0-2,4)	0,9	(0,0-2,0)
EST inférieur	0,9	(0,0-1,8)	0,7	(0,0-1,5)	0,4	(0,0-1,0)	0,3	(0,0-0,9)
ESG inférieur	1,4	(0,5-2,4)	1,5	(0,5-2,5)	1,6	(0,6-2,7)	0,6	(0,0-1,2)
ESP supérieur	3,2	(1,4-5,1)	3,4	(1,5-5,4)	3,3	(1,5-5,1)	3,2	(1,4-5,0)
EST supérieur	0,4	(0,0-1,0)	0,4	(0,0-1,0)	0,3	(0,0-0,9)	0,3	(0,0-1,0)
ESG supérieur	0,4	(0,0-1,0)	0,2	(0,0-0,7)	0,1	(0,0-0,4)	0,0	-
Enseignement supérieur du type court	0,2	(0,0-0,7)	0,2	(0,0-0,7)	0,1	(0,0-0,5)	0,1	(0,0-0,5)
Enseignement supérieur du type long	1,2	(0,4-2,1)	1,2	(0,3-2,0)	0,5	(0,0-1,0)	0,1	(0,0-0,4)

Tableau 57 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	3,0	2,9	2,9	2,9	2,7	2,6	2,2	2,3	2,3	1,9
Tertiel le moins élevé	2,7	2,6	2,6	2,6	2,4	2,3	2,0	2,1	2,0	1,6
Tertiel du milieu	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,5	1,5	1,3	1,0
Tertiel le plus élevé	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	0,9	0,7	0,4
Position la plus élevée possible	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,3	0,1

Tableau 58 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50						
Pas de diplôme	31,7	(28,4-34,9)	26,8	(23,5-30,0)	21,9	(18,6-25,1)	17,1	(13,9-20,4)	13,5	(10,4-16,5)	9,3	(6,4-12,2)
Enseignement primaire	32,6	(30,5-34,7)	28,9	(27,1-30,7)	25,1	(23,5-26,6)	21,1	(19,7-22,5)	18,0	(16,7-19,3)	14,0	(12,8-15,1)
ESP inférieur	37,8	(35,7-39,8)	32,9	(30,8-35,0)	28,8	(26,8-30,8)	24,3	(22,3-26,2)	20,1	(18,3-21,9)	15,4	(13,6-17,3)
EST inférieur	40,5	(37,3-43,6)	36,0	(32,9-39,1)	31,2	(28,1-34,2)	26,6	(23,6-29,6)	22,9	(20,1-25,8)	19,2	(16,4-21,9)
ESG inférieur	36,8	(34,7-39,0)	31,9	(29,8-34,1)	27,6	(25,7-29,6)	24,4	(22,6-26,2)	20,5	(18,8-22,1)	16,9	(14,2-17,5)
ESP supérieur	38,0	(35,6-40,3)	33,2	(30,8-35,5)	28,3	(26,0-30,6)	24,2	(22,0-26,5)	20,7	(18,6-22,7)	16,4	(14,4-18,3)
EST supérieur	40,6	(37,9-43,3)	36,1	(33,4-38,7)	31,6	(28,9-34,2)	27,2	(24,6-29,8)	23,2	(20,6-25,7)	18,9	(16,4-21,4)
ESG supérieur	40,7	(38,8-42,5)	35,9	(34,1-37,8)	31,5	(29,7-33,3)	26,7	(24,9-28,5)	22,7	(21,0-24,4)	19,1	(17,5-20,7)
Enseignement supérieur du type court	37,6	(35,6-39,6)	32,8	(30,8-34,8)	28,2	(26,2-30,3)	23,7	(21,7-25,7)	19,6	(17,7-21,6)	15,2	(13,2-17,2)
Enseignement supérieur du type long	42,6	(40,5-44,8)	38,4	(36,3-40,5)	34,0	(31,9-36,1)	29,2	(27,2-31,3)	24,7	(22,6-26,7)	20,6	(18,6-22,6)

Tableau 59 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	6,6 (4,1-9,1)	5,1 (3,0-7,3)	2,5 (1,0-3,9)	1,8 (0,4-3,1)
Enseignement primaire	10,7 (9,7-11,7)	7,6 (6,8-8,4)	4,5 (3,9-5,1)	1,6 (1,2-2,0)
ESP inférieur	12,0 (10,4-13,7)	9,1 (7,6-10,5)	5,6 (4,4-6,7)	1,6 (0,6-2,5)
EST inférieur	15,6 (13,1-18,1)	11,5 (9,3-13,8)	7,2 (5,1-9,4)	3,9 (3,9-3,9)
ESG inférieur	12,8 (11,3-14,3)	9,2 (7,9-10,6)	5,7 (4,6-6,8)	2,8 (2,0-3,6)
ESP supérieur	12,0 (10,1-13,9)	7,5 (5,7-9,4)	4,6 (3,1-6,1)	3,3 (2,1-4,5)
EST supérieur	14,5 (12,0-16,9)	10,4 (8,1-12,8)	6,6 (4,5-8,8)	3,4 (1,6-5,1)
ESG supérieur	15,2 (13,7-16,7)	12,1 (11,0-13,2)	8,3 (7,5-9,2)	4,3 (3,7-4,8)
Enseignement supérieur du type court	11,6 (9,8-13,5)	8,4 (6,7-10,1)	4,9 (3,4-6,3)	1,9 (0,9-2,9)
Enseignement supérieur du type long	16,2 (14,3-18,2)	11,9 (10,0-13,7)	8,5 (7,2-9,8)	4,6 (3,7-5,5)

Tableau 60 Espérance de vie partielle sans incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	28,6	23,8	19,5	15,7	12,6	8,3	5,7	3,6	1,0	0,0
Tertiel le moins élevé	30,3	25,6	21,2	17,2	13,9	9,7	6,8	4,4	1,6	0,2
Tertiel du milieu	34,5	29,9	25,4	21,1	17,4	13,2	9,9	6,9	3,7	1,4
Tertiel le plus élevé	38,9	34,3	29,8	25,2	21,0	16,8	13,0	9,4	5,9	2,6
Position la plus élevée possible	41,1	36,6	32,0	27,3	22,9	18,7	14,6	10,7	7,0	3,2

Tableau 61 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	8,6 (5,9-11,4)	8,7 (6,0-11,4)	8,7 (6,0-11,4)	8,6 (5,9-11,3)	7,5 (5,0-10,0)	7,1 (4,8-9,4)
Enseignement primaire	11,1 (9,1-13,0)	9,9 (8,3-11,5)	9,3 (7,9-10,7)	8,5 (7,2-9,7)	7,8 (6,6-9,0)	7,3 (6,1-8,4)
ESP inférieur	7,0 (5,2-8,8)	7,0 (5,2-8,8)	6,7 (5,0-8,5)	6,8 (5,0-8,5)	6,4 (4,7-8,2)	6,5 (4,8-8,3)
EST inférieur	5,2 (2,4-8,0)	4,7 (2,0-7,4)	4,7 (2,1-7,4)	4,5 (1,9-7,1)	3,5 (1,0-6,0)	3,0 (0,6-5,4)
ESG inférieur	6,5 (4,7-8,4)	6,6 (4,7-8,4)	6,0 (4,4-7,7)	5,4 (3,9-7,0)	4,9 (3,5-6,4)	4,9 (3,5-6,4)
ESP supérieur	8,1 (6,0-10,3)	8,1 (5,9-10,3)	8,1 (5,9-10,3)	7,4 (5,3-9,5)	6,2 (4,3-8,1)	5,9 (4,1-7,7)
EST supérieur	3,2 (1,7-4,8)	2,8 (1,3-4,3)	2,7 (1,2-4,1)	2,2 (0,8-3,6)	2,0 (0,6-3,3)	1,5 (0,2-2,7)
ESG supérieur	5,3 (3,6-6,9)	5,1 (3,5-6,7)	4,7 (3,1-6,3)	4,6 (3,0-6,2)	3,9 (2,4-5,3)	2,8 (1,5-4,2)
Enseignement supérieur du type court	7,8 (6,0-9,6)	7,7 (5,9-9,5)	7,6 (5,8-9,3)	7,3 (5,6-9,1)	6,7 (4,9-8,4)	6,3 (4,6-8,0)
Enseignement supérieur du type long	4,3 (2,3-6,2)	3,6 (1,7-5,5)	3,2 (1,3-5,1)	3,1 (1,2-5,0)	2,9 (1,0-4,8)	2,2 (0,4-4,0)

Tableau 62 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	7,1 (4,8-9,3)	3,9 (2,1-5,7)	3,6 (2,0-5,2)	2,4 (1,0-3,8)
Enseignement primaire	6,1 (5,2-7,0)	4,7 (3,9-5,4)	3,8 (3,2-4,4)	2,5 (2,1-3,0)
ESP inférieur	5,4 (3,8-7,0)	3,8 (2,5-5,2)	3,0 (1,9-4,1)	2,6 (1,6-3,5)
EST inférieur	2,1 (0,0-4,3)	1,5 (0,0-3,4)	1,4 (0,0-3,4)	0,5 -
ESG inférieur	3,5 (2,2-4,8)	2,5 (1,4-3,5)	1,5 (0,7-2,3)	0,8 (0,2-1,4)
ESP supérieur	5,6 (3,8-7,3)	5,4 (3,7-7,0)	3,7 (2,4-5,0)	0,4 (0,0-1,2)
EST supérieur	1,1 (0,0-2,2)	0,8 (0,0-1,8)	0,0 -	0,0 -
ESG supérieur	2,1 (0,9-3,4)	1,1 (0,3-2,0)	0,5 (0,0-1,1)	0,2 (0,0-0,6)
Enseignement supérieur du type court	5,2 (3,7-6,8)	3,8 (2,3-5,2)	3,7 (2,3-5,1)	2,5 (1,5-3,5)
Enseignement supérieur du type long	2,0 (0,3-3,7)	1,7 (0,0-3,3)	0,8 (0,0-2,0)	0,3 (0,0-1,2)

Tableau 63 Espérance de vie partielle avec de moyennes incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	12,1	12,0	11,8	11,2	10,3	10,2	9,1	6,7	5,8	4,4
Tertiel le moins élevé	11,1	11,0	10,7	10,2	9,4	9,2	8,1	6,0	5,2	3,8
Tertiel du milieu	9,0	8,8	8,5	8,1	7,5	7,1	6,2	4,6	3,8	2,7
Tertiel le plus élevé	6,8	6,5	6,2	6,0	5,5	5,0	4,2	3,2	2,4	1,5
Position la plus élevée possible	5,7	5,3	5,0	4,9	4,5	3,9	3,1	2,5	1,7	0,9

Tableau 64 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	6,5 (4,1-8,9)	6,5 (4,1-8,9)	6,5 (4,1-8,9)	6,6 (4,1-9,0)	6,7 (4,2-9,1)	6,6 (4,1-9,0)
Enseignement primaire	3,4 (2,3-4,4)	3,4 (2,3-4,5)	3,0 (2,1-3,8)	3,0 (2,1-3,8)	2,1 (1,4-2,8)	1,9 (1,3-2,5)
EST inférieur	2,7 (1,4-4,1)	2,7 (1,4-4,0)	2,2 (1,0-3,5)	1,9 (0,8-3,0)	1,6 (0,6-2,6)	1,5 (0,5-2,4)
EST inférieur	2,1 (0,2-3,9)	2,1 (0,2-3,9)	2,0 (0,2-3,7)	2,0 (0,2-3,8)	1,7 (0,0-3,5)	1,4 (0,0-3,1)
ESG inférieur	3,9 (2,6-5,2)	3,9 (2,6-5,3)	3,9 (2,6-5,3)	3,0 (1,8-4,1)	2,7 (1,6-3,7)	2,5 (1,5-3,6)
ESP supérieur	1,4 (0,3-2,5)	1,3 (0,2-2,4)	1,3 (0,2-2,4)	1,2 (0,2-2,2)	1,2 (0,2-2,3)	1,1 (0,1-2,1)
EST supérieur	4,0 (1,8-6,2)	4,0 (1,8-6,2)	3,7 (1,6-5,9)	3,7 (1,6-5,9)	3,2 (1,0-5,3)	3,2 (1,0-5,4)
ESG supérieur	1,5 (0,5-2,6)	1,6 (0,5-2,6)	1,6 (0,5-2,6)	1,5 (0,5-2,5)	1,5 (0,5-2,6)	1,5 (0,5-2,5)
Enseignement supérieur du type court	2,4 (1,1-3,6)	2,4 (1,1-3,6)	2,2 (0,9-3,4)	2,1 (0,9-3,4)	2,0 (0,8-3,2)	2,0 (0,8-3,3)
Enseignement supérieur du type long	0,9 (0,0-2,0)	0,8 (0,0-1,9)	0,8 (0,0-1,9)	0,7 (0,0-1,8)	0,7 (0,0-1,8)	0,7 (0,0-1,7)

Tableau 65 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	4,7 (2,8-6,6)	4,7 (2,8-6,7)	3,2 (1,9-4,5)	0,6 (0,0-1,5)
Enseignement primaire	1,7 (1,1-2,3)	1,6 (1,0-2,1)	1,1 (0,7-1,5)	0,7 (0,4-1,0)
EST inférieur	1,3 (0,4-2,2)	1,2 (0,3-2,1)	0,9 (0,1-1,7)	0,7 (0,0-1,4)
EST inférieur	1,1 (0,0-2,6)	1,1 (0,0-2,7)	0,8 (0,0-2,1)	0,4 -
ESG inférieur	2,4 (1,4-3,4)	2,4 (1,4-3,3)	2,2 (1,3-3,2)	1,2 (0,5-1,9)
ESP supérieur	1,1 (0,1-2,1)	1,1 (0,1-2,2)	1,2 (0,1-2,3)	1,0 (0,0-2,1)
EST supérieur	3,2 (1,0-5,4)	2,9 (0,8-5,1)	2,9 (0,7-5,0)	1,4 (0,0-3,2)
ESG supérieur	1,4 (0,4-2,4)	0,8 (0,1-1,6)	0,6 (0,0-1,3)	0,3 (0,0-0,8)
Enseignement supérieur du type court	1,9 (0,7-3,2)	2,0 (0,7-3,3)	0,9 (0,0-1,9)	0,4 (0,0-0,9)
Enseignement supérieur du type long	0,6 (0,0-1,6)	0,6 (0,0-1,6)	0,2 (0,0-0,7)	0,0 -

Tableau 66 Espérance de vie partielle avec de graves incapacités entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	6,3	6,3	6,0	5,7	5,0	4,7	3,8	3,8	2,8	0,8
Tertiel le moins élevé	5,5	5,4	5,2	4,9	4,3	4,1	3,3	3,3	2,4	0,7
Tertiel du milieu	3,7	3,7	3,5	3,3	3,0	2,8	2,5	2,4	1,8	0,7
Tertiel le plus élevé	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,1	0,7
Position la plus élevée possible	1,2	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	0,8	0,7

8.3.4 Tableaux 67 - 76: Espérance de vie en bonne santé mentale

Tableau 67 Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	37,3 (33,2-41,4)	32,6 (28,5-36,8)	29,6 (25,8-33,3)	27,7 (24,6-30,8)	23,1 (19,9-26,2)	21,0 (18,5-23,5)
Enseignement primaire	31,3 (29,0-33,5)	28,6 (26,8-30,5)	26,6 (25,0-28,3)	25,1 (23,8-26,5)	22,9 (21,7-24,1)	20,3 (19,2-21,3)
EST inférieur	34,1 (31,1-37,1)	31,1 (28,2-33,9)	26,9 (24,1-29,7)	23,5 (20,8-26,3)	20,4 (17,8-23,1)	17,6 (15,1-20,1)
EST inférieur	35,7 (33,1-38,3)	31,9 (29,4-34,4)	27,7 (25,2-30,1)	24,2 (21,8-26,5)	20,9 (18,7-23,2)	17,2 (15,0-18,5)
ESG inférieur	36,7 (33,9-39,5)	33,3 (30,9-35,8)	31,0 (28,8-33,3)	28,0 (26,1-30,0)	25,0 (23,2-26,9)	20,8 (19,1-22,6)
ESP supérieur	42,3 (39,7-44,9)	38,3 (35,8-40,8)	35,1 (32,6-37,5)	31,9 (29,5-34,2)	27,6 (25,3-29,9)	24,5 (22,6-26,4)
EST supérieur	37,4 (35,3-39,4)	33,9 (31,9-35,9)	30,9 (29,0-32,8)	26,9 (25,0-28,8)	24,2 (22,5-26,0)	21,0 (19,3-22,7)
ESG supérieur	42,4 (40,4-44,4)	38,7 (36,9-40,6)	35,7 (34,0-37,4)	31,7 (30,1-33,3)	28,3 (26,8-29,8)	24,6 (23,3-25,9)
Enseignement supérieur du type court	40,0 (37,6-42,3)	36,3 (34,1-38,6)	32,3 (30,1-34,5)	28,4 (26,2-30,6)	24,8 (22,7-27,0)	21,6 (19,5-23,6)
Enseignement supérieur du type long	39,0 (37,2-40,9)	35,4 (33,6-37,3)	32,6 (30,9-34,4)	29,9 (28,2-31,5)	27,0 (25,4-28,6)	23,6 (22,1-25,2)

Tableau 68 Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	18,0 (15,9-20,2)	14,5 (12,5-16,5)	11,3 (9,5-13,2)	8,6 (6,9-10,3)	8,3 (7,9-8,6)	6,1 (5,5-6,6)
Enseignement primaire	16,6 (15,6-17,5)	14,0 (13,2-14,8)	10,9 (10,1-11,6)	7,8 (7,0-8,6)	6,0 (5,2-6,8)	4,5 (3,7-5,3)
EST inférieur	14,9 (12,5-17,2)	12,2 (10,0-14,4)	8,1 (5,8-10,4)	6,1 (3,9-8,3)	3,7 (1,5-5,9)	1,0 -
EST inférieur	14,3 (12,2-16,4)	12,8 (10,9-14,6)	10,0 (8,2-11,7)	8,4 (7,0-9,8)	7,5 (6,8-8,2)	5,0 -
ESG inférieur	18,9 (17,4-20,3)	14,9 (13,5-16,4)	11,8 (10,5-13,1)	9,7 (8,7-10,7)	7,3 (6,4-8,3)	6,3 (5,8-6,8)
ESP supérieur	21,6 (20,1-23,1)	17,9 (16,5-19,3)	15,5 (14,9-16,1)	12,4 (12,4-12,4)	9,7 (9,7-9,7)	7,3 -
EST supérieur	17,8 (16,2-19,4)	15,0 (13,6-16,4)	12,4 (11,1-13,6)	8,7 (7,4-10,1)	7,0 (6,3-7,7)	4,3 -
ESG supérieur	20,9 (19,6-22,1)	17,3 (16,1-18,4)	14,2 (13,2-15,2)	11,2 (10,2-12,1)	8,4 (7,4-9,3)	6,5 (5,6-7,3)
Enseignement supérieur du type court	17,8 (15,8-19,8)	13,7 (11,7-15,7)	10,1 (8,2-12,0)	7,9 (6,4-9,4)	4,8 (3,4-6,3)	1,2 (0,0-2,7)
Enseignement supérieur du type long	19,9 (18,4-21,3)	16,9 (15,6-18,3)	14,7 (13,7-15,8)	11,5 (10,4-12,6)	8,8 (7,7-9,8)	6,4 (5,4-7,3)

Tableau 69 Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	36,4 (32,3-40,5)	31,5 (27,5-35,5)	26,6 (22,5-30,7)	23,2 (19,4-27,0)	19,3 (15,7-22,9)	17,6 (14,4-20,8)
Enseignement primaire	32,0 (29,5-34,4)	29,2 (27,1-31,3)	27,2 (25,4-28,9)	25,5 (24,0-27,1)	23,3 (21,8-24,7)	20,2 (18,8-21,5)
EST inférieur	38,6 (35,9-41,3)	36,0 (33,4-38,6)	33,5 (31,1-36,0)	31,1 (28,8-33,4)	28,3 (26,2-30,4)	24,4 (22,4-26,5)
EST inférieur	29,7 (26,4-32,9)	28,9 (25,8-32,0)	26,1 (23,3-28,9)	24,7 (22,1-27,2)	21,0 (18,5-23,4)	17,0 (14,7-19,2)
ESG inférieur	37,7 (34,7-40,7)	35,2 (32,6-37,9)	32,5 (30,1-34,8)	29,4 (27,2-31,6)	26,3 (24,2-28,3)	22,4 (20,5-24,3)
ESP supérieur	40,2 (37,2-43,1)	36,8 (33,9-39,7)	33,5 (30,7-36,3)	29,4 (26,7-32,1)	26,3 (23,8-28,9)	24,6 (22,2-27,0)
EST supérieur	43,4 (40,6-46,1)	40,2 (37,5-42,8)	36,8 (34,2-39,3)	33,5 (31,1-36,0)	30,4 (28,1-32,8)	27,9 (25,7-30,1)
ESG supérieur	39,9 (37,3-42,5)	36,1 (33,6-38,6)	32,2 (29,7-34,6)	29,6 (27,1-32,1)	26,4 (24,1-28,8)	23,5 (21,3-25,8)
Enseignement supérieur du type court	41,1 (38,6-43,6)	37,5 (35,0-39,9)	34,0 (31,6-36,5)	30,7 (28,3-33,1)	28,1 (25,7-30,4)	24,7 (22,4-27,0)
Enseignement supérieur du type long	39,1 (36,0-42,3)	36,5 (33,4-39,6)	33,1 (30,0-36,2)	29,5 (26,5-32,5)	26,7 (23,7-29,6)	23,7 (20,8-26,5)

Tableau 70 Espérance de vie en bonne santé mentale en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70	75	80
Pas de diplôme	14,2 (11,4-17,0)	13,5 (11,0-16,0)	10,0 (7,9-12,1)	8,6 (6,6-10,6)	8,1 (6,4-9,8)	4,4 (2,2-6,6)
Enseignement primaire	17,4 (16,3-18,5)	14,5 (13,4-15,5)	11,2 (10,3-12,2)	8,9 (8,1-9,8)	6,3 (5,5-7,2)	4,6 (3,8-5,3)
ESP inférieur	21,6 (19,7-23,5)	17,4 (15,6-19,2)	14,3 (12,7-16,0)	10,5 (8,8-12,2)	8,1 (6,6-9,6)	5,6 (4,4-6,8)
EST inférieur	13,7 (11,8-15,6)	10,7 (9,2-12,1)	6,5 (5,3-7,7)	6,5 (6,5-6,5)	5,2 (2,8-7,7)	5,1 (3,6-6,7)
ESG inférieur	19,1 (17,2-20,9)	16,7 (15,0-18,4)	14,1 (12,6-15,6)	12,1 (10,7-13,5)	9,6 (8,3-10,9)	8,3 (7,4-9,2)
ESP supérieur	20,7 (18,4-23,0)	17,0 (14,9-19,1)	13,8 (11,9-15,8)	12,0 (10,3-13,7)	9,6 (8,3-10,9)	7,7
EST supérieur	26,0 (24,0-28,0)	22,7 (20,9-24,4)	19,3 (17,8-20,8)	15,7 (14,4-17,0)	11,9 (10,5-13,3)	9,1 (9,1-9,1)
ESG supérieur	20,8 (18,7-22,9)	18,7 (14,6-18,7)	14,2 (12,3-16,2)	11,7 (9,9-13,6)	9,3 (7,5-11,0)	6,9 (5,5-8,4)
Enseignement supérieur du type court	21,5 (19,4-23,8)	18,0 (15,9-20,2)	15,1 (13,1-17,2)	12,0 (10,1-13,9)	10,2 (8,4-11,9)	7,7 (6,0-9,4)
Enseignement supérieur du type long	20,5 (17,8-23,2)	19,9 (17,4-22,5)	16,6 (14,2-19,0)	13,7 (11,6-15,9)	12,5 (11,4-13,6)	9,5

Tableau 71 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	33,0 (28,9-37,1)	28,3 (24,2-32,5)	25,2 (21,5-29,0)	23,3 (20,2-26,4)	18,6 (15,5-21,7)	16,4 (13,9-18,9)
Enseignement primaire	28,1 (25,9-30,3)	25,4 (23,6-27,3)	23,4 (21,8-25,0)	21,9 (20,6-23,1)	19,5 (18,4-20,6)	16,8 (15,9-17,8)
ESP inférieur	31,9 (29,3-34,6)	28,9 (26,4-31,5)	24,7 (22,2-27,3)	21,3 (18,9-23,7)	18,2 (15,9-20,5)	15,3 (13,2-17,4)
EST inférieur	31,3 (28,7-34,0)	27,5 (25,0-30,0)	23,2 (20,8-25,6)	19,7 (17,4-22,0)	16,4 (14,2-18,7)	12,6 (10,5-14,8)
ESG inférieur	32,4 (29,7-35,2)	29,1 (26,7-31,5)	26,7 (24,6-28,9)	23,7 (21,8-25,6)	20,6 (18,9-22,3)	16,3 (14,6-18,0)
ESP supérieur	36,6 (34,0-39,2)	32,6 (30,0-35,1)	29,3 (26,9-31,8)	26,1 (23,7-28,4)	21,7 (19,4-24,0)	18,5 (16,6-20,4)
EST supérieur	33,1 (31,1-35,1)	29,7 (27,7-31,6)	26,6 (24,7-28,4)	22,6 (20,8-24,4)	19,9 (18,1-21,6)	16,8 (14,9-18,2)
ESG supérieur	37,3 (35,4-39,2)	33,6 (31,9-35,4)	30,5 (28,9-32,1)	26,5 (25,0-28,0)	23,0 (21,7-24,4)	19,2 (18,0-20,4)
Enseignement supérieur du type court	36,7 (34,6-38,9)	33,1 (31,0-35,1)	29,0 (27,0-31,0)	25,1 (23,1-27,1)	21,5 (19,7-23,4)	18,2 (16,4-20,0)
Enseignement supérieur du type long	33,2 (31,4-34,9)	29,5 (27,9-31,2)	26,7 (25,1-28,3)	23,9 (22,4-25,4)	21,0 (19,5-22,4)	17,6 (16,2-18,9)

Tableau 72 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Hommes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	13,3 (11,1-15,4)	9,4 (7,4-11,4)	5,8 (3,9-7,6)	2,1 (0,5-3,8)
Enseignement primaire	13,0 (12,2-13,8)	10,2 (9,6-10,9)	6,8 (6,2-7,3)	3,0 (2,6-3,5)
ESP inférieur	12,5 (10,7-14,4)	9,7 (8,1-11,4)	5,5 (3,8-7,2)	3,1 (1,8-4,4)
EST inférieur	9,6 (7,6-11,7)	7,8 (6,0-9,6)	4,7 (3,0-6,4)	2,4 (1,1-3,7)
ESG inférieur	14,2 (12,9-15,5)	10,0 (8,7-11,3)	6,5 (5,4-7,7)	3,8 (3,1-4,4)
ESP supérieur	15,4 (13,8-16,9)	11,4 (10,0-12,8)	8,5 (7,9-9,1)	4,5 (1,8-4,3)
EST supérieur	13,2 (11,7-14,7)	10,3 (8,9-11,6)	7,3 (6,1-8,4)	3,0 (3,7-4,8)
ESG supérieur	15,4 (14,3-16,4)	11,5 (10,5-12,5)	8,0 (7,3-8,7)	4,2 (3,0-4,6)
Enseignement supérieur du type court	14,4 (12,7-16,1)	10,1 (8,5-11,8)	6,4 (4,9-7,9)	3,8 (3,5-4,7)
Enseignement supérieur du type long	13,6 (12,4-14,9)	10,5 (9,5-11,6)	8,0 (7,3-8,7)	4,1 (3,5-4,7)

Tableau 73 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction relatif. Hommes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	30,1	26,8	23,4	20,4	17,5	14,7	11,7	9,3	5,1	1,6
Tertiel le moins élevé	30,9	27,5	24,1	21,1	18,1	15,2	12,1	9,4	5,5	2,0
Tertiel du milieu	32,6	29,0	25,7	22,5	19,4	16,2	12,9	9,9	6,3	2,8
Tertiel le plus élevé	34,4	30,7	27,4	24,0	20,8	17,4	13,8	10,3	7,2	3,7
Position la plus élevée possible	35,3	31,6	28,3	24,8	21,6	18,0	14,2	10,6	7,7	4,1

Tableau 74 Espérance de vie en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50
Pas de diplôme	30,5 (26,6-34,3)	25,6 (21,7-29,4)	20,6 (16,8-24,5)	17,2 (13,7-20,7)	13,2 (9,8-16,6)	11,4 (8,5-14,3)
Enseignement primaire	27,2 (24,9-29,6)	24,5 (22,5-26,4)	22,4 (20,8-24,0)	20,7 (19,3-22,2)	18,4 (17,1-19,7)	15,3 (14,1-16,4)
ESP inférieur	32,3 (29,8-34,7)	29,6 (27,3-31,9)	27,1 (25,0-29,3)	24,7 (22,8-26,6)	21,8 (20,1-23,6)	17,9 (16,3-19,5)
EST inférieur	25,5 (22,2-28,7)	24,7 (21,6-27,8)	21,9 (19,4-24,7)	20,4 (17,9-23,0)	16,7 (14,3-19,1)	12,6 (10,4-14,9)
ESG inférieur	30,2 (27,4-33,0)	27,7 (25,3-30,1)	24,9 (22,8-27,0)	21,8 (19,8-23,8)	18,6 (16,8-20,4)	14,6 (13,0-16,3)
ESP supérieur	32,6 (29,8-35,3)	29,2 (26,5-31,9)	25,8 (23,2-28,4)	21,7 (19,2-24,2)	18,6 (16,3-20,9)	16,8 (14,5-19,0)
EST supérieur	33,8 (31,4-36,3)	30,6 (28,2-33,0)	27,2 (24,9-29,5)	23,9 (21,7-26,1)	20,7 (18,7-22,8)	18,1 (16,2-20,0)
ESG supérieur	32,6 (30,4-34,8)	28,8 (26,7-30,9)	24,8 (22,8-26,9)	22,3 (20,3-24,2)	19,0 (17,2-20,8)	16,0 (14,3-17,7)
Enseignement supérieur du type court	32,9 (30,8-34,9)	29,3 (27,2-31,3)	25,8 (23,8-27,8)	22,4 (20,5-24,4)	19,7 (17,9-21,6)	16,3 (14,5-18,1)
Enseignement supérieur du type long	29,0 (26,0-32,1)	26,4 (23,4-29,3)	23,0 (20,0-25,9)	19,3 (16,4-22,2)	16,4 (13,6-19,2)	13,3 (10,6-16,0)

Tableau 75 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans en fonction du niveau d'instruction. Femmes, 55+, Belgique, 1991-1996 / 1997

	55	60	65	70
Pas de diplôme	7,9 (5,5-10,3)	7,0 (5,0-9,1)	3,3 (1,7-4,9)	1,4 (0,1-2,8)
Primaire	12,4 (11,5-13,3)	9,3 (8,6-10,1)	5,9 (5,3-6,5)	3,3 (2,9-3,7)
ESP inférieur	15,0 (13,6-16,4)	10,6 (9,2-11,9)	7,3 (6,3-8,4)	3,1 (2,2-4,0)
EST inférieur	9,3 (7,4-11,2)	6,2 (4,7-7,7)	1,9 (0,7-3,1)	1,6 -
ESG inférieur	11,2 (9,7-12,7)	8,7 (7,3-10,0)	5,8 (4,7-6,8)	3,3 (2,5-4,1)
Secondaire BSO	12,7 (10,7-14,8)	8,9 (7,1-10,7)	5,4 (3,8-7,0)	3,1 (1,9-4,3)
EST supérieur	16,1 (14,5-17,8)	12,6 (11,2-13,9)	8,9 (8,0-9,8)	4,8 (4,8-4,8)
ESG supérieur	13,2 (11,7-14,7)	8,8 (7,4-10,3)	6,2 (5,0-7,3)	3,3 (2,4-4,1)
Enseignement supérieur du type court	13,1 (11,5-14,8)	9,3 (7,8-10,9)	6,2 (4,8-7,5)	2,6 (1,6-3,6)
Enseignement supérieur du type long	10,0 (7,4-12,5)	9,2 (6,8-11,6)	5,5 (3,4-7,7)	2,1 (0,2-4,1)

Tableau 76 Espérance de vie partielle en bonne santé mentale entre 25 et 75 ans suivant le niveau d'instruction relatif. Femmes, Belgique, 1991-1996 / 1997

	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
Position la moins élevée possible	27,2	24,4	21,7	19,8	16,9	13,6	10,5	8,1	4,3	2,6
Position la plus élevée possible	33,1	29,7	26,1	22,4	19,5	16,3	13,2	9,7	6,6	3,3
Tertiel le plus bas	28,2	25,3	22,4	20,2	17,3	14,0	11,0	8,4	4,7	2,7
Tertiel moyen	30,1	27,0	23,8	21,1	18,1	14,9	11,9	8,9	5,4	2,9
Tertiel le plus élevé	32,1	28,8	25,3	22,0	19,0	15,8	12,8	9,5	6,2	3,2

Informations

L'Institut national de statistique

Où trouver l'information de l'I.N.S. ?

Dans cinq grandes villes du pays, l'I.N.S. met à la disposition du public :

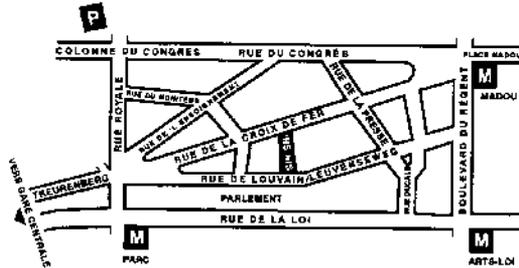
- ◇ Des annuaires et des publications spécialisées ainsi qu'une sélection de disquettes et de cédéroms.
- ◇ Une salle de lecture où il est possible de consulter les publications de l'I.N.S., d'autres ministères ou d'institutions belges et internationales.

Toutes nos bibliothèques sont accessibles les jours ouvrables de 9h à 12h et de 13h à 16h.

Bruxelles

Rue de Louvain 44, B-1000 Bruxelles
tél. 0.25.48.63.65 – 0.25.48.63.66 fax 0.25.48.63.67

- Train (B) : Gare Centrale ou Congrès
Métro (M) : ligne 1A et 1B, station Parc ou Arts-Loi
ligne 2, station Arts-Loi ou Madou
Tram-Bus : 92, 93, 94 arrêt Parc
65, 66 arrêt Presse
29, 63 arrêt Congrès
Parking (P) : Cité administrative (payant)



Anvers

Italiëlei 124 - bus 85, B-2000 Antwerpen
tél. 0.32.29.07.00 fax 0.32.33.28.30

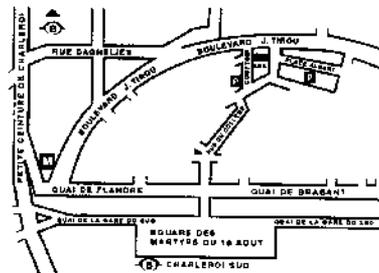
- Train (B) : Centraal Station
Métro (M) : arrêt Opera
Tram-Bus : accès facile (Fr. Rooseveltplaats)



Charleroi

Centre Albert, place Albert 1er, 8e étage, B-6000 Charleroi
tél. 0.71.32.44.72 fax 0.71.32.44.71

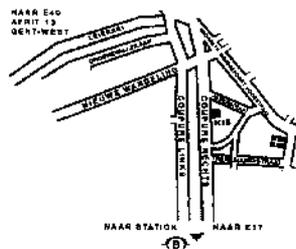
- Train (B) : Charleroi Sud, 10 min depuis la gare (Place Buisset, Rue du Collège, Rue de Marchienne)
Bus : arrêt Tirou
Autoroute : petite ceinture de Charleroi - sortie Gare du Sud
Parking (P) : payant face à l'INS



Gand

Coupure rechts 620, B-9000 Gent
tél. 0.92.25.77.16 fax 0.92.33.41.93

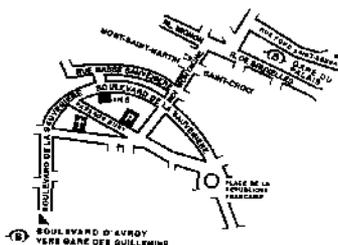
- Train (B) : Gent St. Pieters
Tram-Bus : 40, 43 arrêt Theresianenstraat
Autoroute : accès aisé par autoroute E40 (sortie N° 13 - Gent - West/Drongen)
Parking (P) : au long de la "Coupure Rechts"



Liège

Bd de la Sauvenière 73-75, B-4020 Liège
tél. 0.42.22.47.00 fax 0.42.22.49.94

- Train (B) : Gare des Guillemins ou Gare du Palais
Tram-Bus : (Guillemins) 1 et 4 arrêt Sauvenière
Parking (P) : Neujean (à 20 m - même trottoir)
Mercure (en face)



L'I.N.S. diffuse de nombreux produits qui donnent une image chiffrée de la réalité socio-économique belge.

Ces produits, repris dans notre catalogue, sont disponibles auprès de nos centres régionaux ou auprès de notre service de Documentation - vente de Bruxelles. Notre catalogue vous sera envoyé sur simple demande. (voir adresses ci-contre).

Vous trouverez également un extrait de nos données, ainsi que la liste de nos publications sur notre site Internet : <http://statbel.fgov.be>

Publications analytiques (extrait)

Études statistiques

La série «Études statistiques» présente des analyses couvrant les différents aspects de la situation de notre pays (territoire, démographie, société, économie, finances,...).

Nos statisticiens et d'autres auteurs vous y proposent des descriptions de méthodologie ou leurs réflexions basées sur nos statistiques.

Monographies du recensement

Des professeurs, des chercheurs et autres experts se sont penchés sur les résultats du Recensement de la Population et des Logements de 1991. Ces données exhaustives leur ont permis d'analyser en profondeur différents aspects de la situation belge face à l'évolution de la population et des familles, la fécondité, la mobilité, l'emploi, la scolarisation, le logement et l'urbanisation. Le fruit de leur collaboration est édité par l'I.N.S. dans une série de onze monographies disponibles en français et en néerlandais.

Quelques autres publications

Publications générales

Annuaire de statistiques régionales
Bulletin de statistique - *Mensuelle*

Territoire et environnement

Statistique de l'occupation du sol (*disquette*)

Population

Mouvement de la population - *Annuelle*

Société

Enquête sur les budgets des ménages - *Annuelle*
Causes de décès - *Annuelle*

Économie et finances

Vente de biens immobiliers - *Annuelle*
La conjoncture - *Mensuelle*

Agriculture

Recensement agricole et horticole
au 15 mai - *Annuelle*

Industrie

Production industrielle et construction - *Mensuelle*

Commerce, services et transports

Statistiques mensuelles du transport - *Mensuelle*
Commerce intérieur - *Annuelle*

Études statistiques déjà publiées

Numéro	Titre
-	Tableau "Entrées-Sorties" de la Belgique pour 1959 (3 tomes), description générale de la méthode de calcul, demande finale au prix d'acquisition et investissements par branche d'activité, les coefficients techniques et la matrice inverse.
1	Analyse de la demande d'après les enquêtes sur les budgets des ménages effectués en Belgique en 1948-1949 et 1956-1957.
2	Croissance du revenu national de 1948 à 1959 et prévisions sur cette base pour les années à venir. Les dépenses des ménages en combustibles solides, électricité et gaz de ville de 1948 à 1959. Les élasticités de la demande des ménages en charbon, gaz et électricité aux prix et aux revenus d'après les séries chronologiques 1948-1959.-Prévisions relatives à la consommation des ménages en 1965.
3	Sur quelques aspects de la précision d'estimations basées sur les enquêtes de budgets ménagers. Répartition par province et par région linguistique du produit intérieur global et de la valeur ajoutée relative aux diverses branches d'activité.
4	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1962.
5	Enquête sur les budgets des ménages 1961 - Description de la méthode - Revenu, consommation et épargne de dix groupes sociaux.
6	La valeur ajoutée par branche d'activité et par travailleur dans les différentes provinces et régions linguistiques de 1955 à 1959. Évolution de la concentration industrielle, variation du rendement, des rémunérations, de la valeur ajoutée et des investissements avec la dimension des établissements industriels.
7	Enquête sur les budgets des ménages 1961 - Structure du budget selon les charges familiales et selon les régions linguistiques - Étude du caractère représentatif de l'enquête sur les budgets des ménages.
8	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1963 - Principales caractéristiques de l'évolution.
9	Enquête sur les budgets des ménages 1961 - Structure du budget selon la classe d'importance des communes et selon la branche d'activité ou le chef de ménage est occupé - Structure du budget selon l'épargne positive ou négative des ménages.
10	La révision 1964 de l'indice de la production industrielle. Indice de la production de biens intermédiaires, de biens de consommation et de biens d'investissement. Décomposition des séries chronologiques en leurs composantes suivant diverses méthodes - Application à quelques séries belges.
11	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1964 - Le développement économique et social.
12	Croissance économique des provinces et régions linguistiques 1955-1963.
13	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1965.
14	Situation actuelle de la statistique régionale. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions linguistiques. Répartition régionale du revenu national en 1961. Croissance économique des provinces et des régions linguistiques de 1962 à 1964.
15	Emploi et rémunération du travail par branche d'activité industrielle dans les provinces et régions linguistiques de 1955 à 1964.
16	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1966.
17	Typologie des communes belges d'après le degré d'urbanisation au 31 décembre 1961. Comparaison des enquêtes de 1961 et de 1963 sur les budgets des ménages d'ouvriers et d'employés.
18	Répartition de la valeur ajoutée des différentes branches d'activité et du produit intérieur global par province et par région linguistique - Années 1965 et 1966. Les indices régionaux de la production industrielle (base 1964=100); La réforme de l'indice des prix de détail.
19	Les comptes nationaux de la Belgique 1963-1967.
20	Les comptes nationaux de la Belgique 1965-1968.
21	Les comptes nationaux de la Belgique 1953-1969.
22	Tableau "Entrées-Sorties" de la Belgique pour 1965.
23	Croissance économique des provinces et régions linguistiques de 1965 à 1968. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions linguistiques - Années 1966 à 1968.
24	Vers un développement des comptes nationaux.
25	Les comptes nationaux de la Belgique 1966-1970.

Études statistiques déjà publiées

Numéro	Titre
26	Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1963-1970. Les investissements des producteurs-distributeurs d'électricité: tests des hypothèses de l'accélération et de la capacité.
27	La division des communes belges en secteurs statistiques. Les investissements industriels des régions linguistiques de 1955 à 1969. Tableau "Entrées-Sorties" 1965. Données complémentaires sur l'emploi par branche d'activité.
28	Les comptes nationaux de la Belgique 1963-1971.
29	Les loyers des logements en 1970 et 1971.
30	Valeur ajoutée par travailleur dans l'industrie de 1953 à 1969. Les investissements industriels des provinces de 1955 à 1969.
31	Étude de quelques applications des équations de récurrence. Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1963-1971.
32	Ajustements makehamiens, optimaux au sens des moindres carrés, d'une table de mortalité sur un intervalle d'âge déterminé. Croissance économique des provinces et régions linguistiques de 1966 à 1971. Valeur ajoutée et produit global par branche d'activité et région géographique.
33	Les comptes nationaux de la Belgique 1965-1972.
34	Les comptes nationaux de la Belgique. Estimations en prix de 1970 pour la période de 1953-1964. Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1965-1972.
35	Tables de mortalité 1968-1972. A propos d'ajustements makehamiens d'une table de mortalité.
36	Les comptes nationaux de la Belgique 1966-1963.
37	L'industrie céramique de 1957 à 1972. Les carrières et les industries connexes de 1955 à 1972. L'industrie de la terre cuite de 1955 à 1972.
38	Enquête sur les budgets des ménages 1973-1974 (I).
39	Analyse des éléments actuariels résultant des tables de mortalité ajustées HS (1968-1972), HD (1968-1972) et HFR (1968-1972). Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions linguistiques en 1971. Livraisons à l'étranger par branche d'activité et par région linguistique.
40	Les comptes nationaux de la Belgique 1966-1974.
41	Enquête sur les budgets des ménages 1973-1974 (II).
42	Tables de mortalité par régions linguistiques et pour la période 1968-1972. Quelques données de base sur l'évolution démographique de la Belgique et de ses régions. Le loyer des logements en 1973.
43	Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1966-1974. Croissance économique des provinces et régions linguistiques de 1970 à 1974. Valeur ajoutée et produit global par branche d'activité et région géographique. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions linguistiques en 1972. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région linguistique. Les investissements industriels des provinces et des régions linguistiques de 1970 à 1974.
44	Le chiffre d'affaires des entreprises et leurs achats de biens d'investissement depuis le 1er janvier 1971, sur base des déclarations à la taxe sur la valeur ajoutée.
45	Les comptes nationaux de la Belgique 1966-1975.
46	Enquête sur les budgets des ménages 1973-1974 (III).
47	Estimations de la population 1976-1985 pour le Royaume et ses régions. Tables de mortalité par état matrimonial pour la période 1968-1973.
48	Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1966-1975. Comparaison de diverses mesures de la concentration dans les secteurs industriels en Belgique. Taux de variation moyen d'une série chronologique sur un intervalle de temps donné - Taux idéal de Pesek - Application à la croissance économique et aux investissements industriels des régions linguistiques et du Royaume de 1970 à 1974.
49	Tableau "Entrées-Sorties" de la Belgique pour 1970.

Études statistiques déjà publiées

Numéro	Titre
50	Enquête sur les budgets des ménages 1974-1974 (IV). Enquête sur les budgets des ménages d'indépendants 1973-1974.
51	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions linguistiques en 1973. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région linguistique. Typologie des communes belges d'après le degré d'urbanisation au 31 décembre 1970. Réflexions sur l'emploi optimal des agents chargés des contrôles des recensements agricoles et horticoles en Belgique. La répartition des revenus personnels en Belgique: analyse statique. Les budgets communaux 1972-1975.
52	Les comptes nationaux de la Belgique 1967-1976. Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1967-1976.
53	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1974. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Concentration industrielle en économie ouverte: le cas de la Belgique.
54	Les comptes nationaux de la Belgique 1968-1977.
55	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1975. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Croissance économique des provinces et régions de 1970 à 1976. Valeur ajoutée et produit global par branche d'activité et région géographique.
56	Les régions urbaines belges. Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1968-1977. Les comptes sociaux européens.
57	Les comptes nationaux de la Belgique 1970-1978.
58	Statistiques au service des entreprises - Description et méthodologie.
59	Nouvelles perspectives de population (1976-2000) pour la Belgique, ses régions et ses arrondissements.
60	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1976. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Croissance économique des provinces et régions - Année 1977. Valeur ajoutée et produit global par branche d'activité et par région géographique.
61	Les comptes nationaux de la Belgique 1970-1979.
62	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1977. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux.
63	Neuf cent mille étrangers en Belgique. Reflet de la récente évolution socio-économique et de la situation géographique du pays. Dispersion et relations de niveau élémentaire des noyaux d'habitat en Belgique. Situation en 1980 (avec carte hors texte).
64	Les comptes nationaux de la Belgique 1970-1980.
65	L'utilisation du sol en Belgique et son évolution depuis 1934 sur base des données cadastrales.
66	Caractéristiques complémentaires de l'évolution économique selon les comptes nationaux 1970-1980. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1978. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région.
67	Les comptes nationaux de la Belgique 1970-1981.
68	Localisation et structure de la population agricole belge.
69	Mortalité due au cancer en Belgique 1960-1979. Première analyse. Évolution de la concentration industrielle en Belgique. Croissance économique des provinces et régions de 1975 à 1979. Valeur ajoutée et produit global par branche d'activité et région géographique.
70	Tableau "Entrées-Sorties" de la Belgique pour 1975.
71	Les comptes nationaux de la Belgique 1971-1982.
72	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions en 1979. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Subdivision des communes en quartiers en vue du recensement général de la population et des logements de 1981.
73	Les comptes nationaux de la Belgique 1970-1983.

Études statistiques déjà publiées

Numéro	Titre
74	Répartition régionale de l'activité de l'industrie des fabrications métalliques en 1982 et 1983 selon la statistique mensuelle. Quelques résultats du recensement général des logements du 1er mars 1981.
75	L'enquête de contrôle, un instrument permettant de déceler les erreurs dans les déclarations des effectifs et de déterminer la variance des réponses. Recensement agricole et horticole du 15 mai 1979 en Belgique.
76	Les comptes nationaux de la Belgique 1975-1984.
77	Quel avenir pour le recensement de la population? Le commerce extérieur de l'U.E.B.L en 1984.
78	Les comptes nationaux de la Belgique 1976-1985.
79	Croissance économique des provinces et régions de 1975 à 1984.
80	Quelques données sur l'évolution de la population active de 1970 à 1981.
81	Le commerce extérieur de l'U.E.B.L en 1986. Répartition régionale de l'activité des fabrications métalliques en 1984 et 1985 selon la statistique mensuelle.
82	Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions, période 1980-1983. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région.
83	Les comptes nationaux de la Belgique 1976-1986.
84	Tableau "Entrées-Sorties" de la Belgique pour 1980.
85	Les comptes nationaux de la Belgique 1976-1987.
86	Quelques données issues du recensement de la population au 1er mars 1981 sur la mobilité géographique de la main-d'œuvre. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions. Période 1984-1985. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région. Répartition régionale de l'activité de l'industrie des fabrications métalliques en 1986 et 1987 selon la statistique mensuelle.
87	Tableau "Entrées-Sorties" énergie de la Belgique pour 1980.
88	Les comptes nationaux de la Belgique 1980-1988.
89	Les régions urbaines belges en 1981. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions - Année 1986. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région.
90	Les comptes nationaux de la Belgique 1980-1989.
91	Croissance économique des provinces et régions de 1980 à 1988. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions - Année 1987. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région.
92	Les étrangers en Belgique d'après les recensements.
93	Les comptes nationaux de la Belgique 1980-1990.
94	La mortalité en Belgique à l'aube des années 90. Orientation à l'exportation des différentes provinces et régions - Année 1988. Livraisons à l'étranger par branche d'activité industrielle et par région.
95	Les comptes nationaux -SEC- 1980-1991. Agrégats - Comptes.
96	Les comptes nationaux -SEC- 1970-1991. Comptes et tableaux détaillés.
97	Les comptes nationaux -SEC- 1980-1992.
98	Les comptes nationaux -SEC- 1980-1992. Comptes et tableaux détaillés.
99	Orientation à l'exportation du Royaume, des régions, des provinces, des arrondissements et du Brabant flamand et wallon - Période 1980-1989. Livraisons industrielles à l'étranger par branche d'activité et par région.
100	Intrastat: une prévision des répercussions sur la qualité de la statistique belge du commerce intra-communautaire après 1992.
101	Les comptes nationaux -SEC- 1981-1993. Agrégats - Comptes.

Études statistiques déjà publiées

Numéro	Titre
102	Répartition régionale de l'emploi intérieur - Période 1980-1992.
103	Comptes nationaux -SEC- 1981-1993. Comptes et tableaux détaillés.
104	Les régions urbaines belges en 1991.
105	La fécondité en Belgique de 1991 à 1995.
106	La variabilité des réponses dans les enquêtes statistiques - <i>estimation théorique et pratique</i>
107	Santé et mortalité foeto-infantile



Première édition

Achévé d'imprimer
par l'imprimerie de l'INS
B-1000 Bruxelles

Février 2001