

ENQUÊTE SOCIO-ÉCONOMIQUE 2001
MONOGRAPHIES

Santé et soins informels

Patrick Deboosere
Stefaan Demarest
Vincent Lorant
Pieter-Jan Miermans
Maria-Isabel Portet
Herman Van Oyen

Cette publication est le résultat du projet «la fourniture de soins et le sentiment subjectif de santé», financé par le Service publique fédéral Politique scientifique dans le cadre du programme «Atlas: valorisation des résultats de l'Enquête socio-économique 2001».

Accompagnement scientifique: M. Lambrecht, H. Van der Haegen
Administrateurs de programme: B. Van doninck, S. Vrielinck

Le projet est exécuté sous la direction de P. Deboosere, Interface Demography - Vrije Universiteit Brussel, V. Lorant, Ecole de santé publique - Université Catholique de Louvain et H. Van Oyen, Institut scientifique de Santé publique à Bruxelles.

Le contenu des textes n'engage que la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de traduction, d'adaptation, de reproduction par tous procédés, y compris la photographie et le microfilm sont soumis à autorisation préalable de la Direction générale Statistique et Information économique. 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.

Editeur responsable: Niko Demeester

© 2006, SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie
Direction générale Statistique et Information économique
B-1000 Bruxelles – Rue de Louvain 44
E-mail: info@statbel.economie.fgov.be
Notre websites: <http://economie.fgov.be> - <http://statbel.fgov.be>
Numéro d'entreprise: 0314.595.348

Le Recensement de 2001 a reçu la dénomination officielle d' Enquête socio-économique générale 2001 afin de souligner que le chiffre officiel de population n'est plus déterminé sur la base d'un recensement de la population mais sur la base d'un registre de personnes centralisé. Néanmoins, tant au niveau du degré de couverture (un questionnement de l'ensemble de la population) qu'au niveau des questions, cette enquête socio-économique se situe dans le prolongement des recensements organisés dans le passé.

Avant-propos

Depuis le milieu du 19^{ème} siècle, la Belgique organise tous les dix ans un recensement général de la population. Ce rythme décennal ne fut perturbé qu'à quelques rares occasions, entre autres durant la Seconde Guerre mondiale et dans l'immédiat après-guerre. Le but du recensement est de connaître en profondeur les caractéristiques de la population. S'y ajoutent un vaste ensemble de données socio-économiques relatives à la population elle-même, aux ménages et à leur logement. Le recensement représente une source d'informations indispensables pour les décideurs publics et les chercheurs. Depuis peu, ces données sont également demandées par l'Union européenne.

Si le recensement de 2001 poursuit le même objectif que les précédents, il en est cependant différent, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, le nom qu'on lui a donné : « Enquête socio-économique générale 2001 » (en abrégé, ESE2001) indique qu'il ne s'agit plus en priorité d'un « comptage » de la population (permettant par exemple d'attribuer le nombre de sièges au parlement par arrondissement). Ce comptage de la population est d'ailleurs organisé depuis 1989 par le Registre national de la population. L'ESE2001 met davantage l'accent qu'auparavant sur la collecte d'informations de nature démographique et socio-économique, comme le niveau d'éducation, le logement, la mobilité, etc. Il s'agit la plupart du temps de données qui ne sont pas disponibles ailleurs, en tout cas pas à ce degré de finesse. Ensuite, l'ESE2001 s'intéressait pour la première fois non plus uniquement à des informations purement factuelles, mais également à l'opinion de la population, notamment sur la qualité de sa santé et celle de son environnement. L'enrichissement des informations collectées n'en est que plus grand, les rendant encore plus aptes à être étudiées dans un contexte international.

Cette collecte générale de données à un rythme décennal reste une source unique et irremplaçable d'informations sur la population belge, ceci non seulement par l'étendue des données collectées simultanément mais surtout par la possibilité de les coupler les unes aux autres. L'ESE2001 est par ailleurs d'une importance capitale pour l'analyse spatiale : les données y sont en effet disponibles pour toutes les unités administratives jusqu'au niveau communal et bien souvent même au niveau du quartier.

L'on ne peut dès lors que regretter la polémique ayant entouré l'ESE2001 à propos de protection de la vie privée, polémique bien vite relayée dans la presse et dans certains milieux politiques. Elle s'est malheureusement traduite par le refus de certaines personnes de répondre à tout ou partie du questionnaire. L'on regrettera de même la limitation de l'enquête à la population légalement enregistrée auprès du Registre national, en particulier pour l'étude des grandes villes. Les restrictions budgétaires elles aussi ont affecté l'enquête, la population n'ayant pu bénéficier cette fois du soutien des enquêteurs pour remplir les formulaires. Ces formulaires ont en effet dû être envoyés par la poste, avec obligation pour chacun de les renvoyer par la même voie. La conséquence en fut une perte de qualité dans les réponses, surtout pour les groupes sociaux les plus faibles. Les restrictions budgétaires ont également affecté la préparation de la population à l'enquête et, plus tard, la qualité du traitement des données recueillies. Les monographies portent à cet égard une attention toute particulière à l'exhaustivité et à la qualité des données recueillies.

Et pourtant, l'ESE2001 a recueilli dans l'ensemble une bonne collaboration de la part de la population. Plus de 95% des formulaires ont été renvoyés, ce qu'on peut considérer comme un succès. Les analyses souhaitées ont par conséquent pu être réalisées. La recherche a pu être engagée sur les développements socioéconomiques et démographiques les plus récents dans le pays. Et pour la première fois, il fut

possible d'étudier l'état subjectif de santé de la population et son opinion à l'égard de son environnement, ce qui donne une nouvelle dimension à l'état actuel des connaissances.

Comme pour le recensement de 1991, il a été décidé de mettre en oeuvre une série de monographies valorisant les données de l'enquête 2001. Une attention particulière y est aussi portée aux évolutions observées depuis 1991 ainsi qu'à l'apport d'autres sources d'informations qui peuvent renforcer la complétude et la qualité des données de l'enquête.

Ces monographies sont le résultat de la collaboration entre la Direction générale Statistique et Information économique du SPF Affaires économiques (ex-Institut national de Statistique), en charge de la communication des données de l'ESE2001 aux équipes de recherche, et la Politique scientifique fédérale qui finance et suit ces équipes dans le cadre du programme « ATLAS : valorisation des résultats de l'enquête socio-économique générale 2001 ».

La réalisation de ces monographies a été confiée à des équipes de recherche universitaires sélectionnées avec la collaboration d'experts étrangers. Pour l'accompagnement des travaux scientifiques, la Politique scientifique fédérale est assistée de Micheline Lambrecht (Bureau fédéral du Plan) et Herman Van der Haegen (Koninklijke Vlaamse Academie van België voor Wetenschappen en Kunsten).

A partir de 2006 seront publiées des monographies sur les thématiques suivantes:

- l'évolution de la population;
- les migrations internes;
- la population allochtone et les migrations internationales;
- les ménages et familles;
- la nuptialité et la fécondité;
- l'emploi (sous ses aspects structurels);
- la scolarisation;
- le logement et le cadre de vie;
- l'urbanisation;
- les navettes;
- le sentiment subjectif de santé et les soins informels;
- la population âgée.

Les données provenant de l'ESE2001 et d'autres sources sont également utilisées pour la réalisation d'un « Atlas de Belgique », un travail qui se veut complémentaire aux monographies et qui sera publié à partir de 2006.

La publication des monographies est une occasion à saisir pour tourner son regard vers le futur. Après de nombreuses discussions sur l'opportunité de mettre encore en oeuvre un « recensement » général de la population, le gouvernement a en effet décidé que l'ESE2001 serait la dernière enquête fondée sur une interview auprès de l'entièreté de la population. A partir de 2011, la collecte des données de l'enquête devra être réalisée au départ de sources administratives existantes, complétées le cas échéant par des enquêtes plus ciblées. De travaux commandités par le Conseil supérieur de la Statistique, il est ressorti que cette nouvelle forme de « recensement » n'était pas encore possible en 2001. Depuis lors, de nombreux travaux ont été effectués. La réalisation d'un « Microcensus 2006 », une expérience menée conjointement par la Direction générale Statistique et Information économique du SPF Affaires économiques et la Politique scientifique fédérale, va dans le même sens. Ce Microcensus teste, sur un échantillon de 20% de la population, la possibilité de coupler les données administratives pour délivrer une information similaire à celle d'un « recensement ».

Table des matières

Introduction	1
Santé et déterminants sociaux	1
Organisation de la monographie	5
Chapitre 1: La transition sanitaire et la mortalité en Belgique	7
1.1 la santé des belges dans une perspective historique et internationale	7
1.1.1 La transition épidémiologique (1750-1950)	7
1.1.2 La révolution cardio-vasculaire et le renversement des maladies de civilisation	10
1.1.3 Les conséquences de la transition sanitaire récente	15
1.2 Mortalité spécifique en Belgique, 1997	21
1.2.1 Introduction	21
1.2.2 Nombres absolus de décès	21
1.2.3 Ratios proportionnels de mortalité des principales causes de décès	22
1.3 Style de vie et santé	26
1.3.1 Comportement tabagique	26
1.3.2 Mortalité liée à la consommation du tabac	27
1.3.3 Consommation d'alcool	28
1.3.4 Activités physiques	29
1.3.5 Habitudes alimentaires	30
Chapitre 2: Présentation et validité des données de santé dans l'Enquête socio-économique 2001	31
2.1 Instruments d'étude	31
2.1.1 Introduction	31
2.1.2 Santé subjective	32
2.1.3 Limitations de l'activité	32
2.1.4 Aide informelle	33
2.2 Validité interne	34
2.2.1 Introduction	34
2.2.2 Non-réponse aux questions sur la santé	34
2.2.3 Santé subjective	35
2.2.4 Affections chroniques	36
2.2.5 Limitations physiques et alitement	37
2.2.6 Aide informelle	38
2.2.7 Aperçu des modèles de réponse des questions conditionnelles	39
2.3 Validité externe	42
2.3.1 Cadre général	42
2.3.2 Le plan d'échantillonnage	44
2.3.3 Collecte de données	44
2.3.4 Santé subjective	46
2.3.5 Affectations de longue durée et maladies chroniques	48

2.3.6	Limitations	49
2.3.7	Alitement	50
2.3.8	Conclusions	50
Chapitre 3: La santé subjective, les maladies chroniques et les limitations fonctionnelles		55
3.1	Introduction et interprétation des tableaux	55
3.2	La santé subjectives	56
3.3	La présence d'affectations chroniques	63
3.4	Gênes dans les activités quotidiennes	68
3.5	Alitement à la suite d'affectations chroniques	73
3.6	Degré de dépendance au sein de la population belge	78
3.7	Indicateurs de l'espérance de santé	84
3.7.1	Méthodes	85
3.7.2	Résultats	85
3.7.3	Conclusion	88
Chapitre 4: Soins informels		89
4.1	Introduction	89
4.2	Déterminants des soins informels	92
4.2.1	Caractéristiques des soignants informels	92
4.2.1.1	Age et sexe	92
4.2.1.2	Position dans le ménage	94
4.2.1.3	Instruction, activité et région	96
4.2.2	Caractéristiques des soignants informels et des receveurs de soin	99
4.2.2.1	Age et sexe	100
4.2.2.2	Position dans le ménage	100
4.2.2.3	Instruction, activité et région	101
4.2.3	Caractéristiques des soignants informels et nombre d'heures de soins fournis	102
4.2.3.1	Age et sexe	102
4.2.3.2	Position dans le ménage	103
4.2.3.3	Instruction, activité et région	103
4.2.3.4	Intensité des soins fournis	105
4.3	Influence de la prestation des soins sur la santé subjective	106
4.4	Comparaison internationale sur les aidants informels	108
4.5	Conclusion	112
Chapitre 5: Cartographie de la santé		115
5.1	L'utilisation d'un indicateur de santé subjective pour l'analyse géographique de la morbidité	115
5.2	Santé subjective et différences entre les régions	116

5.3	Une cartographie de la santé au niveau communal	121
5.3.1	Mauvais santé subjective en tant que mesure des besoins de santé au niveau communal	121
5.3.2	Les différences de santé régionales selon le group d'âge	124
5.3.3	Les maladies chroniques de longue durée	126
5.3.4	Le déficit de santé : une cartographie des différences communales après standardisation pour l'âge et le sexe	129
5.3.5	Soins informels	132
5.4	Le déficit de santé au niveau du quartier	136
5.5	L'influence des facteurs socio-économiques sur la distribution géographique de la santé	141
5.6	Conclusions	144
	Conclusion	147
	Inclusion de questions sur la santé dans le Recensement	147
	Mortalité et morbidité	148
	Validité	149
	Santé subjective et limitations fonctionnelles	150
	Soins informels	152
	Différences régionales de santé	154
	Bibliographie	157
	Summary	167
	Questions relating to health in the Census	167
	Mortality and disease rate	167
	Validity	168
	Subjective health and physical limitations	170
	Informal care	172
	Geographical differences in health	174

Liste des figures

Figure 1:	Modèle: relation entre la santé et ses déterminants selon Marmot et Wilkinson	4
Figure 2:	Evolution de l'espérance vie en Belgique, 1843-2000	9
Figure 3:	Nombre de décès par 100.000 des suites de maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique	13
Figure 4:	Nombre de décès par 100.000 des suites de maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge, évolution 1954-1995, femmes, Belgique	13
Figure 5:	Nombre de décès par 100.000 des suites d'accidents de la route par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique	14
Figure 6:	Nombre de décès par 100.000 des suites d'un cancer du poumon par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique	14
Figure 7:	Nombre de décès par 100.000 des suites d'un cancer du poumon par groupe d'âge, évolution 1954-1995, femmes, Belgique	15
Figure 8:	Nombre de survivants par million de naissances, par âge, par cohorte, femmes, Belgique	16
Figure 9:	Surmortalité masculine par âge, moyenne mobile par 5 ans, Belgique 1880-2002	19
Figure 10:	Distribution de la mortalité spécifique par âge, hommes, Belgique, 1991-95	25
Figure 11:	Distribution de la mortalité spécifique par âge, femmes, Belgique, 1991-95	25
Figure 12:	Mise en pages de la question sur les affections chroniques	38
Figure 13:	Modèle de réponse à la question sur les affections chroniques	40
Figure 14:	Modèle de réponse à la question sur les soins informels	41
Figure 15:	Mauvaise santé subjective, selon le sexe et l'âge	57
Figure 16:	Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage et l'âge, hommes	58
Figure 17:	Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage et l'âge, femmes	58
Figure 18:	La probabilité de survie par groupe d'âge quinquennal et la prévalence d'une bonne santé subjective, pas de morbidité chronique, pas d'incapacité, d'incapacité modérée et d'incapacité grave chez les femmes	86
Figure 19:	La probabilité de survie par groupe d'âge quinquennal et la prévalence d'une bonne santé subjective, pas de morbidité chronique, pas d'incapacité, d'incapacité modérée et d'incapacité grave chez les hommes	86
Figure 20:	La différence (en années) d'espérance de vie et des indicateurs d'espérance de santé entre les femmes et les hommes	88
Figure 21:	Relation entre la demande de soins, l'offre de soins informels et l'offre de soins formels	90
Figure 22:	Questions sur les soins informels dans le Recensement belge de 2001	91
Figure 23:	Pourcentage d'aidants informels selon l'âge et le sexe	94
Figure 24:	Proportion en moins bonne santé par groupe d'âge pour les trois régions, hommes et femmes confondus	117
Figure 25:	Différence en moins bonne santé subjective par âge en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre	118
Figure 26:	Proportion d'hommes en mauvaise santé par âge et par province	119
Figure 27:	Proportion de femmes en mauvaise santé par âge et par province	120
Figure 28:	Différence entre la proportion d'hommes et de femmes en mauvaise santé selon l'âge dans les provinces de Liège et du Limbourg	120

Figure 29:	Comparaison des odds ratios pour une mauvaise santé subjective dans l'Enquête santé (HIS 2001) avec un intervalle de confiance de 95% et dans le Recensement	150
Figure 30:	Pourcentage de la population en mauvaise santé subjective, selon l'âge et le sexe	151
Figure 31:	Pourcentage d'aidants informels selon l'âge et le sexe	153

Liste des tableaux

Tableau 1:	Espérance de vie à la naissance, à 65 ans et à 80 ans, période 1950-2000	12
Tableau 2:	Nombre de décès répartis selon les principales causes de décès, Belgique, 1997	22
Tableau 3a:	Ratios proportionnels de mortalité (%) des principales causes de décès chez les hommes, par catégorie d'âge, Belgique, 1997	23
Tableau 3b:	Ratios proportionnels de mortalité (%) des principales causes de décès pour les femmes, par catégorie d'âge, Belgique, 1997	24
Tableau 4:	Nombre de réponses manquantes aux trois questions principales sur la santé et l'aide informelle	35
Tableau 5:	Non-réponse aux questions sur la santé, par caractéristique socio-démographique	36
Tableau 6:	Taux de non-réponse pour la question sur l'alitement selon les catégories de réponses de la question sur les limitations	37
Tableau 7:	Taux de non-réponse aux questions sur les soins informels, par caractéristique socio-démographique	39
Tableau 8:	Comparaison de la méthodologie d'échantillonnage du Recensement, de l'Enquête de santé et du Panel démographie familiale	44
Tableau 9:	Comparaison de la collecte des données, Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale	45
Tableau 10:	Pourcentage de personnes ayant une mauvaise santé subjective, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale	47
Tableau 11:	Pourcentage de personnes souffrant d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale	49
Tableau 12:	Pourcentage de personnes selon l'ampleur de la gêne en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale	51
Tableau 13:	Pourcentage de personnes selon l'ampleur de l'alitement en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement et l'Enquête de santé	52
Tableau 14:	Mauvaise santé subjective selon différentes caractéristiques socio-démographiques	59
Tableau 15:	Mauvaise santé subjective, selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe	60
Tableau 16:	Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe	61
Tableau 17:	Odds ratios pour une mauvaise santé subjective	62
Tableau 18:	Affections chroniques par caractéristique socio-démographique	64
Tableau 19:	Affections chroniques selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe	65
Tableau 20:	Affections chroniques selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe	66
Tableau 21:	Odds ratios pour les affections chroniques	67

Tableau 22:	Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques	69
Tableau 23:	Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe	70
Tableau 24:	Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe	71
Tableau 25:	Odds ratios pour la gêne dans l'activité quotidienne à la suite d'affections chroniques	72
Tableau 26:	Alitement en raison d'affections chroniques	74
Tableau 27:	Alitement en raison d'affections chroniques, selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe	75
Tableau 28:	Alitement en raison d'affections chroniques, selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe	76
Tableau 29:	Odds ratios pour l'alitement en raison d'affections chroniques	77
Tableau 30:	Combinaison des catégories de réponses et code indicateur correspondant du degré de dépendance	78
Tableau 31:	Degré de dépendance, selon différentes caractéristiques socio-démographiques	80
Tableau 32:	Degré de dépendance selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe,	81
Tableau 33:	Degré de dépendance selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe	82
Tableau 34:	Odds ratios pour un degré de dépendance plus élevé pour les variables socio-démographiques	83
Tableau 35:	Espérance de vie (LE), Espérance de vie en bonne santé (HE), Espérance de vie sans morbidité (MFLE) et Espérance de vie sans incapacité (DFLE), avec incapacité modérée (MDLE) et avec incapacité grave (SDFL) en années et en pourcentage de l'espérance de vie chez les hommes et chez les femmes à l'âge de 0 et 65 ans	87
Tableau 36:	Soins informels parmi les personnes âgées de plus de 15 ans : pourcentage et odds ratio	93
Tableau 37:	Total des personnes (en %) âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe et l'âge	93
Tableau 38:	Soins informels selon l'âge, le sexe et la position dans le ménage parmi les personnes âgées de plus de 15 ans : pourcentage et odds ratio	95
Tableau 39:	Total des personnes (en %) âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, l'âge et le type de ménage	96
Tableau 40:	Soins informels selon le niveau d'instruction, la région et le statut professionnel parmi les personnes âgées de plus de 15 ans : pourcentage et odds ratio	97
Tableau 41:	Pourcentage des personnes âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau d'instruction	98
Tableau 42:	Pourcentage des personnes âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, le groupe d'âge et le type d'activité	99
Tableau 43:	Distribution des soins informels par type de personne aidée et par groupe socio-économique de l'aidant (%)	101
Tableau 44:	Pourcentage des soins informels fournis selon sexe par type de receveur (%)	102
Tableau 45:	Total des personnes donnant des soins informels (en %) selon le nombre d'heures	104

Tableau 46:	Probabilité de donner plus de deux heures de soins par jour parmi les soignants	105
Tableau 47:	Santé subjective des personnes ne donnant pas des soins informels et des personnes donnant des soins (%)	107
Tableau 48:	Santé subjective des personnes donnant des soins informels selon le temps consacré aux soins (%)	107
Tableau 49:	Probabilité d'être en mauvaise santé subjective des personnes donnant des soins informels selon le temps consacré aux soins (%)	108
Tableau 50:	Sources de données concernant les soins informels	109
Tableau 51:	Pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans donnant des soins informels et sa distribution selon le nombre d'heures de soins fournis par semaine au Canada et au Royaume-Uni, en Belgique (données des recensements de 2001) et en Flandre (Mantelzorg in Vlaanderen)	111
Tableau 52:	Pourcentage de la population donnant des soins informels dans chaque tranche d'âges au Canada et au Royaume-Uni (données des recensements de 2001)	112
Tableau 53:	Proportion de la population qui se sent en moins bonne santé par région	117
Tableau 54:	Les communes où la santé subjective est la plus mauvaise	123
Tableau 55:	Nombre de secteurs statistiques par classe	136

Liste des cartes

Carte 1:	Proportion de la population qui se déclare en mauvaise santé	122
Carte 2:	Idem que la carte 1 mais avec des limites de l'intervalle de classe fixes de 5%	122
Carte 3:	Proportion des personnes de 6 à 19 ans qui se déclarent en mauvaise santé	125
Carte 4:	Proportion des personnes de 40 à 64 ans qui se déclarent en mauvaise santé	125
Carte 5:	Proportion des personnes de plus de 65 ans qui se déclarent en mauvaise santé	126
Carte 6:	Les personnes ayant des maladies de longue durée, des affections de longue durée ou des handicaps	127
Carte 7:	Alitement de temps en temps à la suite de maladies de longue durée, d'affections de longue durée et de handicaps	128
Carte 8:	Alitement permanent à la suite de maladies de longue durée, d'affections de longue durée et de handicaps	128
Carte 9:	Perception subjective de la santé	130
Carte 10:	Carte standardisée des maladies chroniques (population de 15 ans et plus)	131
Carte 11:	Carte standardisée de l'alitement permanent (25-74 ans; ménages privés)	131
Carte 12:	Proportion de la population de 15 ans et plus qui donne des soins informels	133
Carte 13:	Proportion des personnes de 20 à 24 ans qui donnent des soins informels	135
Carte 14:	Proportion des personnes de 55 à 59 ans qui donnent des soins informels	135
Carte 15:	Perception subjective de la santé dans la Région de Bruxelles-Capitale	138
Carte 16:	Revenus médians dans la Région de Bruxelles-Capitale, 2001-2002	138
Carte 17:	Logements sans salle de bain ou sans toilette séparée dans la Région de Bruxelles-Capitale	139
Carte 18:	Perception subjective de la santé à Gand	139
Carte 19:	Perception subjective de la santé à Liège et à Chaudfontaine	140
Carte 20:	Indice de précarité	142
Carte 21:	Part des chercheurs d'emploi parmi la population active	143
Carte 22:	Santé subjective des personnes entre 25 et 74 ans (régression logistique: standardisation pour l'âge, le sexe, le niveau d'enseignement, la variable composée du logement et la nationalité d'origine)	144

Introduction

Santé et déterminants sociaux

Le recensement du 1er octobre 2001 a été baptisé «Enquête socio-économique générale». Cette nouvelle dénomination devait montrer clairement qu'un recensement moderne implique bien plus qu'un recensement de la population. À partir de 1988, le Registre national des Personnes physiques tient de manière centralisée les registres de personnes dans notre pays de telle sorte qu'un recensement n'est plus nécessaire pour déterminer la taille de la population. Le recensement est devenu depuis longtemps une collecte de données démographiques et socio-économiques fondamentales où l'estimation de la taille de la population ne présente qu'un aspect mineur. En 2001, un certain nombre de nouvelles questions ont également été reprises. Les questions portant sur la santé et l'aide informelle constituent une innovation importante. Avec le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada, la Belgique appartient dès lors au groupe restreint de pays qui ont collecté ces informations au niveau de l'ensemble de la population.

L'inclusion des questions sur la santé et sur les soins informels dans le Recensement offre de nombreuses informations utiles pour une politique de santé et ce, non seulement au niveau fédéral, régional ou communautaire, mais surtout au niveau local.

Au cours de ces dernières années, notre pays a consenti de sérieux efforts visant à aboutir à une meilleure compréhension de la santé publique et de ses déterminants. En 1997, une enquête de santé nationale a été organisée pour la première fois. Depuis, l'Institut scientifique de Santé publique a déjà organisé deux autres enquêtes. Ce même souci a poussé à ajouter un nombre limité de questions portant sur la santé et les soins informels dans le Recensement de 2001. C'est ainsi qu'est née une base de données exceptionnelle qui apporte une contribution unique à une meilleure compréhension de la santé publique. De par son caractère exhaustif, elle permet d'effectuer des analyses très précises de la santé en relation avec le statut socio-économique et le lieu de résidence, et constitue un bon complément aux informations plus fouillées provenant des enquêtes de santé. L'inclusion des questions sur la santé pour l'ensemble de la population fournit une banque de données disposant d'une force statistique exceptionnelle.

Il va sans dire que la valeur d'une telle banque de données dépend entièrement de la bonne collaboration des citoyens. L'Institut National de Statistique veille à ce que ces données soient utilisées uniquement à des fins statistiques et de façon anonyme. La protection stricte de la vie privée est capitale pour que la population accorde sa confiance à l'institut statistique et réponde aux questions consciencieusement et conformément à la vérité. Le taux de réponse élevé à ces questions provient également du fait que la santé est en général perçue comme prioritaire par la population. Pour la personne qui n'est pas en bonne santé et qui est confrontée chaque jour avec son état de santé, cela n'est peut-être pas anormal. Mais la personne qui est en bonne santé consacre également beaucoup d'attention à sa santé. S'enquérir de la santé de chacun ne fait-il pas partie des principaux sujets de conversation? La réaction aux questions sur la santé a été particulièrement positive et le taux de réponse très élevé (près de 97% à la question portant sur la santé subjective).

L'analyse des questions sur la santé démontre que le traitement de ces données donne une image particulièrement bonne de la situation de la santé publique dans notre pays. Bien entendu, la réponse à

la question portant sur la santé subjective est une donnée subjective. L'on pourrait donc se demander, à raison, à quel point ce critère est précis. Dans la littérature, l'on est relativement unanime pour estimer l'évaluation subjective de la santé comme un bon baromètre de l'état de santé d'un individu. L'auto-évaluation de la santé est souvent la base du premier diagnostic et conduit le plus souvent à une consultation médicale. Dans une étude récapitulative, Idler et Benyamini montrent également la capacité de la santé subjective à prédire la mortalité, l'utilisation des services et l'incapacité. En général, la santé subjective est perçue comme l'un des meilleurs indicateurs de la santé d'une population.

La Belgique fait partie des pays les plus prospères au monde. La population de notre pays jouit d'un niveau de vie élevé et l'espérance de vie des hommes et des femmes est déjà depuis des années parmi les vingt les plus élevée du monde. Mais cette prospérité et la santé ne sont pas distribuées uniformément. Les personnes disposant d'un revenu plus faible ont non seulement un niveau de vie plus bas, mais également une santé plus mauvaise (Bossuyt et Van Oyen, 2000; Bossuyt *et al.*; Gadeyne et Deboosere). Au fil des ans, le lien entre le statut socio-économique et la santé a été amplement décrit au niveau international. Il ne faut cependant pas sous-estimer l'importance de décrire ce lien dans notre pays. L'inégalité face à la santé et à la mortalité appartient aux inégalités les plus criantes car elle touche au fondement même de notre existence. L'étude de cette inégalité revêt par ailleurs un intérêt capital car elle permet une meilleure compréhension des facteurs sociaux qui déterminent notre santé.

Même si notre connaissance à propos des déterminants sociaux de la santé a fortement avancé, il est essentiel de quantifier précisément et de définir les relations entre les différents facteurs socio-économiques dans notre pays afin d'aboutir à une politique de santé efficace. Il existe un large consensus international sur le fait que la politique de santé ne peut se limiter au développement du secteur des soins de santé. Cependant, la politique de santé est encore fortement, en Belgique, dominée par une attention trop exclusive au développement du secteur des soins de santé et aux aspects médico-techniques de la prévention et de la promotion. Il est vrai que les sciences médicales et le développement du secteur des soins de santé sont essentiels pour la santé et l'espérance de vie de la population. Mais, entre-temps, nous avons également tous pris conscience que notre style de vie, nos habitudes alimentaires et nos conditions de vie sociales et économiques sont des déterminants importants de la santé de la population. Nous savons que ces facteurs jouent un rôle dès l'enfance et que leur effet sur la santé est déterminé par l'effet cumulatif de tous les facteurs auxquels nous sommes exposés durant notre vie (Bartley *et al.*; Blane *et al.*; Kuh et Ben-Shlomo).

Une bonne politique de santé doit pouvoir évaluer correctement les facteurs sociaux et économiques qui sont à l'origine des inégalités. L'élimination de cette inégalité est une priorité politique. Il s'agit par ailleurs d'une manière très appropriée d'améliorer la santé générale de la population. Il est clair que bon nombre de ces mesures devront s'attaquer aussi à l'inégalité et à l'injustice en général au sein de notre société dans la mesure où la santé constitue en premier lieu une donnée sociale. Mais cette approche doit être sérieusement fondée. Le besoin d'une base scientifique claire sur laquelle repose la politique de santé se fait ressentir plus que jamais. Une évaluation correcte de l'importance et des relations mutuelles des déterminants socio-économiques de la santé est cependant extrêmement complexe à réaliser. L'analyse des questions sur la santé provenant de l'Enquête socio-économique peut contribuer à cet apport.

Parmi les **éléments** qui déterminent la santé d'une population, les caractéristiques démographiques sont naturellement fondamentales. L'état de santé d'une population est tout d'abord déterminé par sa **composition démographique** sur la base de l'âge et du sexe. L'influence déterminante de l'âge et du sexe explique la nécessité de standardiser ces analyses pour l'âge et le sexe.

La santé est néanmoins bien plus qu'une simple donnée biologique. Il s'agit également d'un concept fondamentalement social et culturel. Les différences de santé entre les groupes de population s'expliquent dans les grandes lignes par trois causes fondamentales: les déterminants héréditaires, les facteurs socio-économiques et le comportement de santé ou style de vie. Les grandes différences au niveau de l'espérance de vie entre pays jusqu'à aujourd'hui et l'énorme évolution au cours de l'histoire montrent à quel point les facteurs socio-économiques et culturels ou liés au style de vie influencent la santé humaine.

Cette monographie porte beaucoup d'attention aux **déterminants socio-économiques** de la santé. Le lien entre le statut social et la santé est connu depuis longtemps déjà. Les conditions de travail difficiles et la situation de logement précaire des ouvriers ont pesé lourdement sur la santé et ont fait l'objet de débats depuis la naissance de l'État belge. La forte inégalité sociale en matière de santé constituait aussi l'objet de l'Enquête sur la condition des classes ouvrières et sur le travail des enfants de l'une des premières commissions d'enquête officielles mise sur pied en 1843 par le Parlement (Chlepnier). Un peu plus d'un siècle plus tard, et surtout depuis l'instauration du système de sécurité sociale actuel après la Seconde Guerre mondiale, la conviction était que les facteurs sociaux avaient perdu de leur importance. Cette conviction était présente non seulement en Belgique, mais représentait une image généralement répandue sur l'évolution de la santé dans les États providences modernes. Ces dernières années ont cependant été témoins de la profusion d'études qui démontrent qu'une inégalité importante continue d'exister sur la base du statut socio-économique; cette inégalité va même jusqu'à augmenter dans certains cas (Mackenbach, 1988, 1991, 1995; Mackenbach *et al.*). Cela a donné lieu à un regain d'intérêt pour l'influence des facteurs sociaux et économiques sur notre santé et à une très forte augmentation des recherches scientifiques dans ce domaine. Plusieurs hypothèses ont été avancées en vue d'expliquer le lien entre la position socio-économique et la santé. Les thèses selon lesquelles il s'agit d'un artefact (suite à des problèmes de données) ou d'une fausse relation où la santé et le statut socio-économique trouvent tous deux leurs racines dans une prédisposition génétique sous-jacente ont assez vite été abandonnées. Les études de Whitehall, principalement, dans les années quatre-vingt, y ont contribué (Macintyre; Marmot *et al.*). Une partie importante de la recherche dans les années quatre-vingt et nonante se sont concentrées sur l'intensité et le sens de la causalité entre le statut social et la santé. Selon l'hypothèse de la sélection, un statut social inférieur était la conséquence d'une mauvaise santé. À l'opposé, se trouvait la théorie de la causalité sociale qui attribuait la cause d'une mauvaise santé à la position socio-économique et aux conditions de vie. Parfois, l'accent était mis sur les causes matérielles et structurelles directes où les conditions de travail et la privation matérielle, ainsi que les conditions de vie et l'accès aux soins de santé, étaient avancées en tant que principales explications. D'autres études ont souligné l'importance des styles de vie ou des facteurs psycho-sociaux en tant que mécanismes intermédiaires dans le rapport entre le statut social et la santé. Au fil du temps, toutes ces études ont réussi à avancer de nombreuses explications sur les mécanismes qui sont responsables de cette inégalité. La relation causale entre le statut social et la santé a été établie dans nombre d'études. Cependant, l'on a pris conscience que plusieurs causes peuvent agir dans une interaction complexe et mener à une inégalité par le biais de divers mécanismes intermédiaires. Des études ont également montré que des mécanismes de sélection peuvent jouer un rôle subordonné mais important dans une perspective de cycle de vie où le statut social et la santé prennent progressivement forme tout au long de la vie (Beck *et al.*).

Dans une publication de l'Organisation mondiale de la Santé, Wilkinson et Marmot résumant l'état des connaissances scientifiques. Ces résultats ont été documentés amplement dans une étude complémentaire (Marmot *et al.*). Quelques-unes de leurs principales conclusions: 1) La santé manifeste un gradient social. Ce n'est pas seulement la pauvreté extrême qui se trouve à l'origine d'une mauvaise santé, mais la santé et le statut social évoluent conjointement sur toute l'échelle

sociale. 2) L'enfance et la scolarité ont un impact sur la santé tout au long de la vie. 3) La sécurité de l'emploi a un impact favorable sur la santé. Le chômage est responsable de maladie et de mortalité prématurée. La pauvreté et l'exclusion sociale coûtent des vies humaines. La consommation d'alcool, de stupéfiants et du tabac est influencée par l'environnement social.

Il existe plusieurs modèles qui tentent de représenter schématiquement la relation entre la santé et ses déterminants. Un tel schéma est, il est vrai, une simplification extrême de la réalité, mais il présente l'avantage de dépeindre les principaux mécanismes et d'offrir une trame de réflexion claire et globale. Le modèle simple de Marmot ci-dessous se concentre exclusivement sur les déterminants socio-économiques (cause-effet) et sur les modes de transmission (statut et style de vie) entre les déterminants socio-économiques et la santé. Ces modèles peuvent contribuer à dépeindre les relations entre la santé et divers facteurs démographiques, géographiques et socio-économiques.

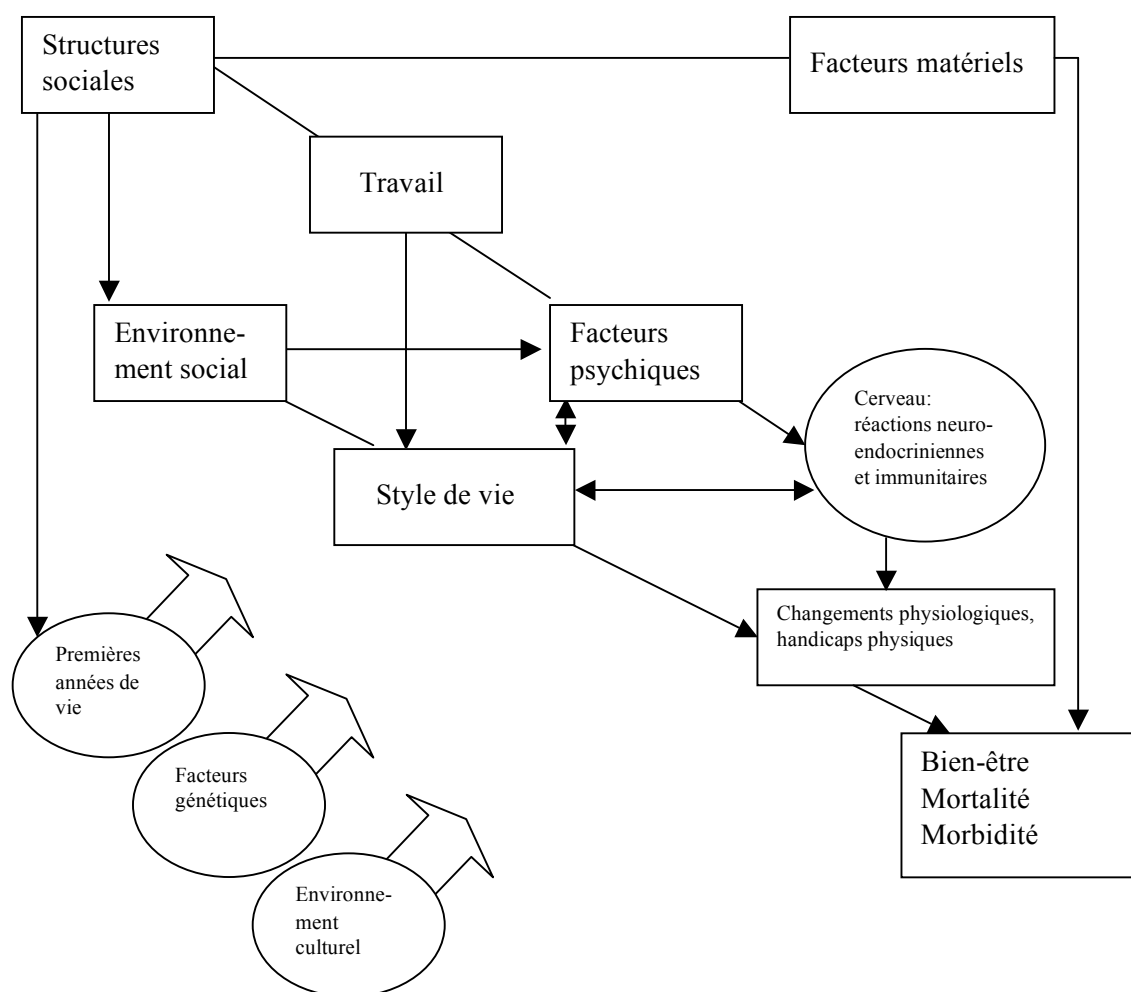


Figure 1: Modèle: relation entre la santé et ses déterminants selon Marmot et Wilkinson

Il est impossible, dans le cadre de cette monographie, de traiter de tous ces aspects influençant la santé. Cette monographie ne peut représenter qu'une première étape descriptive. Mais elle aura atteint ses objectifs si elle permet de décrire ces inégalités en Belgique. Il est rare, même au niveau international, de disposer d'une source si riche de données. Nous espérons que cette monographie incitera dès lors à mener des études plus approfondies et à exploiter ces données.

Organisation de la Monographie

Le premier chapitre retrace l'histoire de l'état de santé de notre population. L'attention est principalement portée sur l'évolution récente de l'espérance de vie et sur les changements dans la composition de la mortalité par cause spécifique. Ce chapitre porte aussi sur l'influence des styles de vie et du comportement de santé et raison de leur importance croissante dans la mortalité. Il est cependant établi à travers plusieurs recherches que les campagnes sur le style de vie sont insuffisantes et qu'il importe de travailler aux facteurs qui sont à la base d'un style de vie à risque (Marmot *et al.*; Mackenbach et Bakker).

La validité et la fiabilité de l'instrument de mesure sont cruciales. Dans le deuxième chapitre, ces questions sont analysées et approfondies. Le troisième chapitre présente principalement les résultats des différents indicateurs de santé par rapport aux facteurs démographiques et socio-économiques.

L'état de santé et plus spécialement l'absence d'une bonne santé peuvent avoir des répercussions sur l'entourage des personnes en moins bonne santé. Une partie non négligeable de la population est concernée d'une manière ou d'une autre par les soins de santé informels ; c'est l'apport du quatrième chapitre. Les données de l'Enquête socio-économique fournissent des informations de première main sur les personnes qui apportent des soins quotidiens à des membres de leur famille, leurs amis ou voisins. La participation de ces soignants informels est essentielle pour une société solidaire. Il est important de leur donner un visage et d'estimer à leur juste valeur les efforts énormes qu'ils fournissent.

Le chapitre cinq cartographie la santé. Différents atlas relatifs à la santé ont déjà été publiés en Belgique antérieurement. Ils ne pouvaient généralement se fonder que sur les données de mortalité (Andre et Pereira Roque; Humblet *et al.*; Levêque *et al.*; Lagasse *et al.*). Les questions portant sur la santé dans l'Enquête socio-économique représentent à cet égard un enrichissement considérable. Elles permettent d'analyser les différences régionales au niveau de la santé, qui ne coïncident pas totalement avec les différences en matière de mortalité. Elles permettent en outre de décrire des unités géographiques très petites. Cela fournit des informations supplémentaires sur la distribution du bien-être et de la santé au niveau du quartier. De plus, ces informations peuvent aussi être confrontées aux indicateurs socio-économiques. Le dernier chapitre clôt la monographie par une série de modèles spatiaux de la santé au niveau des communes et des quartiers, et illustre ainsi l'utilité pratique des données pour les politiques locales.

Chapitre 1:

La transition sanitaire et la mortalité en Belgique

1.1 La santé des Belges dans une perspective historique et internationale

La santé de la population belge est le résultat de longues tendances historiques. Pour se faire une idée de la santé de notre population en 2001, il convient donc de se replacer dans une perspective historique. Les chiffres de la mortalité constituent la principale source de données quantitatives pour pouvoir établir cette comparaison dans le temps et l'espace. Bien que la mortalité et la santé ne coïncident pas totalement, la mortalité (ou l'espérance de vie) donne une image correcte de l'état de santé général de la population. Les données sur la mortalité présentent l'avantage d'être disponibles depuis déjà longtemps et pour l'ensemble du pays: elles se prêtent par conséquent assez bien aux études comparatives historiques et internationales.

Le chemin parcouru pour arriver à l'espérance de vie actuelle est considérable. La table de mortalité belge de 1880-1890 indique que les hommes avaient une espérance de vie de 43,5 ans à la naissance. Avec 46,6 ans, les femmes avaient déjà, à l'époque, une espérance de vie plus élevée. En 2000-2002, les hommes atteignent une espérance de vie de 76 ans à la naissance et les femmes de 82 ans (INS, Tables de mortalité 2002 et 2000-2002). Avec les conditions de mortalité actuelles, trois quarts des générations qui naissent aujourd'hui atteignent le seuil de 70 ans. Parmi les générations qui sont nées à la fin du 19^e siècle, seuls 25% atteignaient l'âge de 70 ans.

L'espérance de vie en Belgique a évolué au même rythme que celle dans l'ensemble de l'Europe dans le courant du vingtième siècle, avec un gain moyen d'espérance de vie de 28 ans, entre 1900 et la fin du siècle (Caselli *et al.*; Vallin *et al.*).

1.1.1 La transition épidémiologique (1750-1950)

Le passage d'un régime de mortalité élevée au régime de mortalité basse que l'on connaît aujourd'hui, forme, avec la baisse de la fécondité, l'essentiel de la première transition démographique. Pendant des milliers d'années, l'espérance de vie humaine n'a probablement jamais dépassé les 25-35 ans. Au cours de cette longue préhistoire épidémiologique, la mortalité pouvait varier fortement selon la région ou la période, et des différences considérables apparaissaient parfois au niveau des causes de maladie et de mortalité; cependant, en général, le régime de mortalité restait le même.

Ce n'est qu'au milieu du 18^e siècle que l'Europe commence à connaître une longue tendance à la baisse de la mortalité toute cause. Il a fallu attendre le début du vingtième siècle pour se rendre compte qu'il s'agissait d'une tendance longue et pas simplement de fluctuations temporaires de la mortalité (Santow).

Ce passage d'une mortalité élevée à une mortalité faible a été qualifié par Omran de «transition épidémiologique». Dans son article, Omran donne un aperçu de la manière dont cette baisse de mortalité est survenue et comment celle-ci a abouti après environ deux siècles, à un nouveau régime de mortalité où les causes de mortalité principales ont glissé de la faim et de l'épidémie vers la vieillesse et les maladies de civilisation. Quand Omran a écrit son article à la fin des années soixante, cette mortalité décroissante avait apparemment atteint son maximum dans de nombreux pays où l'espérance de vie était la plus élevée. Pour Omran, la phase de transition était quasiment terminée et un nouveau régime de faible mortalité était apparu. Ce régime ne se caractérisait pas seulement par un nouveau modèle de causes de mortalité dominantes, mais également par un changement drastique de la mortalité spécifique par âge: la mort était repoussée dans les groupes les plus âgés.

Une discussion intense sur le moteur de cette transition a fait rage parmi les historiens. McKeown, principalement, s'est fait connaître par sa thèse selon laquelle, au vingt-et-unième siècle, les sciences médicales ont peu contribué à la transition de mortalité. Pour lui, c'était principalement le développement de la production, la conservation et la répartition des denrées alimentaires qui ont apporté une contribution importante à l'accroissement de l'espérance de vie. Entre-temps, il est apparu clairement, qu'un ensemble complexe de facteurs ont permis la transition épidémiologique (McKeown). Tant l'accroissement du bien-être général que les améliorations spécifiques dans le domaine de l'alimentation (Fogel), du logement (Burnett) et des conditions sanitaires, ont joué un rôle dans le recul des maladies infectieuses. Une série de découvertes scientifiques ont également permis de mettre fin à l'issue fatale de certaines maladies infectieuses. La découverte et la diffusion des vaccins, des sulfamides et des antibiotiques ont joué un rôle essentiel dans la baisse de la mortalité à l'entre-deux-guerres et après la Seconde Guerre mondiale (Vallin et *al.*). De plus, tous ces facteurs ont eu une influence différente, selon la période, le lieu et la classe sociale. Ce n'est que petit à petit, grâce à une multitude d'études détaillées, que nous obtenons une image de la manière dont la transition de mortalité s'est déroulée en Europe.

La reconstruction économique et la croissance de la richesse après la Seconde Guerre mondiale entraînent très rapidement une forte amélioration de la santé de la population. Mais, une nouvelle épidémie apparaît progressivement. Les générations nées au tournant du siècle ont fait connaissance avec la cigarette dans les tranchées de la Première Guerre mondiale. La longue période d'incubation du cancer du poumon ne déclenche pleinement l'épidémie qu'à partir des années cinquante. Entre-temps, la production industrielle de produits de tabac à bon marché, continue à inciter la consommation du tabac. Outre le cancer du poumon, le fait de fumer joue également un rôle dans la genèse de nombreuses autres maladies, principalement au niveau du système respiratoire et du système cardio-vasculaire. Ici aussi probablement, une synergie apparaît avec les conditions de travail difficiles pour une partie considérable de la population masculine dans l'Europe du charbon et de l'acier. Le régime alimentaire, qui se caractérise par une forte hausse de la consommation de graisses animales, parallèlement à la diminution de l'activité physique et de l'exercice physique, a contribué à l'amplification des maladies cardio-vasculaires dans le nord-est de l'Europe. Au cours de cette même décennie, la consommation de masse de la voiture entraîne une hausse considérable des accidents de la route avec une surmortalité en particulier parmi les jeunes de sexe masculin. L'apparition de nouvelles maladies liées à la civilisation ne se reflète pas encore dans les chiffres de la mortalité durant la première période, étant donné que l'amélioration générale de la santé masque encore la tendance négative. À partir des années soixante, les pays les plus industrialisés finalisent la lutte contre les épidémies classiques. La mortalité infantile et juvénile a pratiquement disparu. La mortalité due aux maladies infectieuses chez les adultes a également reculé. Les progrès encore enregistrés dans ce domaine n'ont plus d'effet sur l'espérance de vie en raison de la mortalité élevée due aux «maladies dégénératives et liées à la civilisation».

Bien que, sur la base des chiffres français, Vallin et Meslé doutent d'une augmentation réelle de la mortalité cardio-vasculaire, ils soulignent que, vu l'élimination d'autres causes de mortalité, la mortalité cardio-vasculaire sera, incontestablement et de manière proportionnelle, la principale cause de mortalité au cours de la deuxième partie du vingtième siècle (Vallin et Meslé, 2002). Les «*man-made diseases*» connaissent en effet une véritable explosion. Ce ne sont pourtant pas les causes qu'Omran avait prédites (telles que les maladies des rayons, les maladies professionnelles ou les cancers provoqués par l'industrie ou les additifs alimentaires), mais principalement le tabac et les accidents de la route qui entraînent des changements dans les causes de mortalité.

La **Belgique** a suivi les grands mouvements de la transition épidémiologique ou sanitaire. Dès la deuxième partie du 18^e siècle, l'espérance de vie commence à augmenter. Cette tendance se poursuivra jusque dans les années 1840 (Eggerickx).

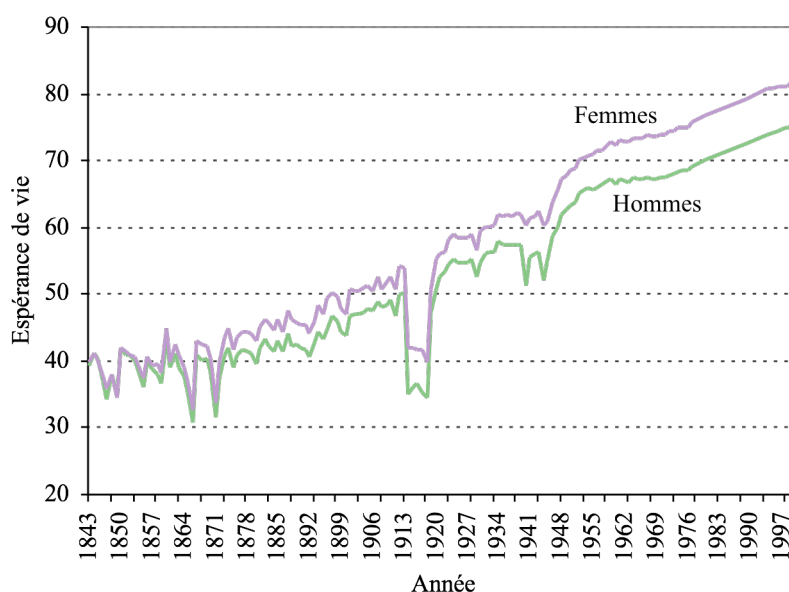


Figure 2: Evolution de l'espérance de vie en Belgique, 1843-2000

Source: Devos

La deuxième partie du 19^e siècle est l'apogée de l'industrialisation intense et effrénée. Les conditions de travail extrêmes, le travail des enfants, le logement et les installations sanitaires précaires dans les centres industriels conduisent à une mauvaise santé générale et à une mortalité infantile et juvénile extrêmement élevée, principalement parmi la classe ouvrière des villes (Alter *et al.*; Eggerickx et Debuisson). La période allant de 1840 à 1870 est une période de stagnation, où l'on assiste même à une augmentation de la mortalité. C'est la période des famines et des crises de l'agriculture des années 1845-1856 et des grandes épidémies (le choléra en 1866 et la scarlatine en 1870-1871) (Eggerickx).

À partir de 1870, la mortalité commence progressivement à baisser. Le progrès est réparti de manière très inégale et de grandes différences demeurent entre différentes villes et régions et entre la ville et la campagne avec une surmortalité considérable dans les villes.

Dans le courant de la dernière décennie du 19^e siècle, la baisse de la mortalité chez les enfants âgés de moins de 15 ans contribue à faire baisser fortement la mortalité générale. À partir de 1890 et jusqu'en 1930, c'est la baisse de la mortalité infantile qui contribue pour la majeure partie à l'augmentation de l'espérance de vie. Pendant toute cette période, les chiffres de la mortalité en Flandre sont moins bons qu'en Wallonie. La mortalité infantile moyenne pour la période 1886-1924 est presque deux fois plus élevée en Flandre-Occidentale et Orientale que dans le Hainaut industrialisé (Debuisson). À partir des

années trente, la baisse des chiffres de la mortalité chez les personnes de plus de seize ans représentera une partie substantielle de l'augmentation de l'espérance de vie (Poppel et Veys).

Après la Seconde Guerre mondiale, on assiste à un gain considérable de l'espérance de vie tant chez les hommes que chez les femmes. Nous pouvons cependant remarquer pendant ces mêmes années un ralentissement manifeste de la baisse de la mortalité dans les groupes d'âges les plus avancés. Chez les hommes, dans les années cinquante, on a constaté une augmentation de l'espérance de vie à la naissance de 2,78 ans (voir tableau 1). Chez les femmes, elle atteignait même 3,71 ans. Chez les personnes de plus de 65 ans, le gain s'élevait encore à 0,57 an chez les femmes, mais chez les hommes de ce groupe d'âge, l'espérance de vie reculait à 65 ans. Dans la décennie suivante, l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance se retracait à 0,54 an pour les hommes et à 0,97 an pour les femmes. Chez les plus de 65 ans, l'espérance de vie masculine continuait à baisser. Tous les gains étaient réalisés dans les groupes d'âges plus jeunes et les effets négatifs du tabagisme commençaient à se manifester pleinement. Durant cette période, les hommes portaient peut-être encore le poids de la pénible phase industrielle de l'après-guerre.

Dans beaucoup de pays industrialisés, un ralentissement similaire dans l'accroissement de l'espérance de vie a été observé. Dans certains pays, tels les Pays-Bas, l'espérance de vie des hommes a diminué dans la période 1961-1971 (Poppel et Veys).

À la fin des années soixante, l'on était de plus en plus convaincu que la mortalité avait atteint son plancher. Bon nombre d'auteurs étaient d'avis que la transition épidémiologique était arrivée à terme et que l'espérance de vie s'approchait d'un maximum naturel (Vallin et Giovanni).

1.1.2 La révolution cardio-vasculaire et le renversement des maladies de civilisation

Au cours des années soixante, cependant, il ne faisait aucun doute qu'une nouvelle tendance à la baisse de la mortalité avait fait son apparition dans le monde occidental, en premier lieu grâce à un recul spectaculaire de la mortalité cardio-vasculaire. Ainsi, au Royaume-Uni, le recul de la maladie cardio-vasculaire représente plus de 50% du gain de 6,4 ans de l'espérance de vie dans la période 1965-2000 (Vallin et Meslé, 2005).

Dans toute une série de pays, les maladies de civilisation («man-made diseases») avaient entre-temps également atteint leur point culminant. Au Royaume-Uni, la tendance à la baisse de la mortalité due au cancer du poumon avait déjà été amorcée dans les années quatre-vingt (chez les hommes). Le Royaume-Uni faisait aussi partie des premiers pays où le grand public était sensibilisé aux effets nocifs du tabac. Petit à petit, d'autres cancérigènes commençaient également à être identifiés et le rôle d'un régime alimentaire équilibré devenait évident. La crise pétrolière de 1973 allait elle aussi contribuer, surtout dans le nord-ouest de l'Europe, à augmenter l'espérance de vie. La tendance à la baisse des victimes de la route amorcée à partir de ce moment, allait par après être progressivement soutenu par des mesures de sécurité routière.

La nouvelle baisse de la mortalité diffère fondamentalement de la transition épidémiologique ébauchée par Omran. Pour Shiro Horiuchi il s'agit même d'une toute nouvelle transition où la donnée centrale est la baisse de la mortalité cardio-vasculaire. Vallin et Meslé (2002) parlent de «révolution cardio-vasculaire». Cette baisse observée a donné lieu à une extension de la théorie d'Omran. Olshansky et

Ault ont introduit une quatrième phase dans la transition épidémiologique. Après les trois phases qu'Omran avait décrites (phase de mortalité élevée, phase de transition, nouveau régime de mortalité faible), ils voient le début d'une nouvelle période: la phase du report des maladies de vieillesse. Pour Olshansky, dans cette quatrième phase, il n'est pas vraiment question d'un glissement entre les causes de mortalité, mais uniquement d'un report de la mortalité à des âges toujours plus avancés. John Caldwell et Julio Frenk placent néanmoins cette nouvelle évolution dans un cadre beaucoup plus large et parlent désormais de la «transition sanitaire». Ils sont suivis en cela par Valin et Meslé qui en préfèrent ne pas trop intervenir dans le concept de la transition épidémiologique d'Omran. Ils suivent la proposition de Frenk visant à considérer la transition épidémiologique comme la première phase au sein d'une transition sanitaire beaucoup plus large. Ils définissent la révolution cardio-vasculaire comme une deuxième phase et la régression des maladies de vieillesse comme l'amorce d'une troisième phase au sein de la transition sanitaire (Vallin et Meslé, 2005).

Une première caractéristique de cette nouvelle transition est, en tout cas, qu'elle intervient auprès de **nouveaux groupes d'âge**. Chez les hommes, il est encore question pour une grande partie de la baisse de la mort prématurée à l'âge adulte. Chez les femmes la baisse de mortalité est réalisée à des âges bien plus avancés, au-dessus des quatre-vingts ans. Sur la base de données provenant des États-Unis, Horiuchi souligne qu'il ne s'agit pas uniquement d'un allongement de la vie des personnes âgées malades, mais d'une amélioration générale de la santé des personnes âgées. Dans une étude relative à la mortalité après 1950 chez les personnes âgées de plus de 80 ans dans 28 pays présentant un faible taux de mortalité, Kannisto indique que les chiffres de la mortalité à un âge avancé ont atteint un plancher historique et que cette tendance a encore augmenté au cours de ces dernières années. Comme motif d'explication, Kannisto avance surtout la transition à un style de vie plus sain parmi la population urbaine, fortunée et ayant suivie une formation supérieure

En voici précisément la deuxième caractéristique de la nouvelle transition: la participation individuelle dans le contrôle de sa propre santé. Les soins de santé curatifs jouent un rôle majeur dans la diminution de la mortalité cardio-vasculaire. En effet, les hypocholestérolémiants, pontages et transplantations cardiaques sont autant d'éléments qui y ont contribué. Mais la nouvelle transition a surtout été soutenue par une conscientisation collective quant aux facteurs de risques et par un changement de comportement général du grand public. Il est manifeste que la disponibilité accrue d'aliments frais et la suppression du sel et tant que conservateur jouent un rôle dans l'abaissement des niveaux de tension artérielle et des taux de cholestérol élevés. Mais parmi de grands groupes de la population, les comportements de santé sont également devenus un aspect important dans la détermination du régime alimentaire. Par ailleurs, les dépistages réguliers deviennent plus fréquents pour une partie de la population.

L'approche individuelle dans la problématique des maladies cardio-vasculaires est aussi fortement présente dans la campagne antitabac. La santé est devenue une affaire de comportement de santé personnel et de style de vie. C'est pourquoi, au cours de ces dernières années, le style de vie a revendiqué une place centrale dans le débat sur la santé.

À la suite de la révolution cardio-vasculaire, la mortalité due au cancer commence également à diminuer dans un certain nombre de pays. Il s'agit tout d'abord de cancers qui trouvent leur origine dans le tabagisme. Horiuchi y voit déjà une nouvelle transition: la régression de la mortalité due au cancer, en tant que signe précurseur d'une dernière transition: le recul de la mortalité liée au processus de vieillissement (Horiuchi).

Il est à noter que cette évolution récente ne s'est pas produite partout et qu'elle est apparue à un rythme différent dans certains pays. Dans nombre de pays d'Europe de l'Est, la révolution cardio-

vasculaire n'a pas été amorcée et les maladies de civilisation demandent un lourd tribut (Shkolnikov *et al.*; Nolte *et al.*). La baisse de l'espérance de vie surtout chez les hommes montre qu'une tendance à la baisse de la mortalité n'est pas qu'un simple acquis. Il ne suffit pas seulement de conserver les gains réalisés, mais chaque génération doit en plus persister dans un style de vie sain.

En plus, les maladies infectieuses peuvent à nouveau constituer une menace. Récemment, une hausse de la tuberculose a pu être constatée dans plusieurs pays. Le monde scientifique craint également la propagation de nouveaux virus très virulents.

La **Belgique** participe à la baisse de la mortalité des années septante. L'espérance de vie à la naissance croît à nouveau de 2 ans chez les hommes et de 2,45 ans chez les femmes. Pour la période 1970-2000, on observe une augmentation de l'espérance de vie de 6,77 ans chez les hommes et de 6,73 ans chez les femmes. Cependant, les hommes enregistrent le gain le plus important de l'espérance de vie dans les groupes d'âge de moins de 65 ans, tandis que chez les femmes, le gain est surtout réalisé au sein des groupes de population plus âgés. L'espérance de vie à 65 ans augmente de 4,39 ans et celle à 80 ans de 2,24 ans ou un quart de l'espérance de vie totale à 80 ans. Cette tendance est contraire à celle des vingt années précédentes où un gain d'espérance de vie d'à peine une demi-année était réalisé à cet âge.

Année	0 ans		65 ans		80 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1950	65,00	69,98	12,68	14,43	5,42	6,08
1955	67,11	72,36	12,70	14,77	5,21	6,04
1960	67,78	73,69	12,52	15,00	5,28	6,15
1965	68,07	74,15	12,62	15,50	5,62	6,44
1970	68,32	74,66	12,46	15,64	5,67	6,55
1975	69,28	75,72	12,53	16,13	5,55	6,68
1980	70,34	77,11	13,16	17,09	6,01	7,24
1985	71,59	78,44	13,64	17,91	6,14	7,73
1990	73,19	79,85	14,64	18,97	6,36	8,32
1995	73,93	80,68	15,13	19,50	6,61	8,69
2000	75,09	81,39	15,91	20,03	6,91	8,79

Tableau 1: *Espérance de vie à la naissance, à 65 ans et à 80 ans, période 1950-2000*

Source: *Données INS, calculs du Bureau fédéral du Plan*

L'évolution de la mortalité cardio-vasculaire en Belgique représente un facteur important dans la nouvelle augmentation de l'espérance de vie. Tandis que, en 1954, environ 10.000 hommes et 7.500 femmes de plus de 65 ans décédaient à la suite de maladies cardio-vasculaires, nous voyons qu'en 1995, après une augmentation initiale dans les années soixante, ce chiffre a reculé à 7.300 chez les hommes et à moins de 5.000 chez les femmes. Cette tendance se poursuit encore.

L'augmentation brusque des années soixantes est probablement partiellement liée à un changement de dans la codification des causes de décès.

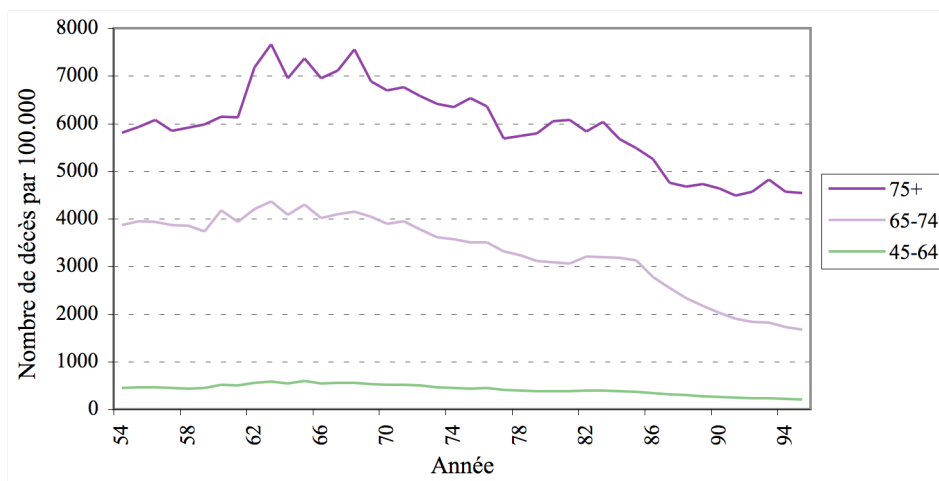


Figure 3: *Nombre de décès par 100.000 des suites de maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique*

Source: *WHO, traitement Interface Demography VUB*

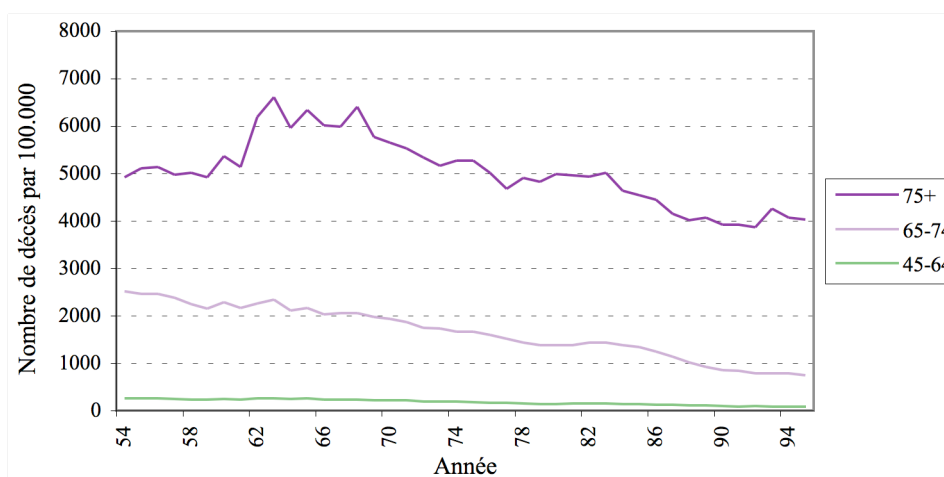


Figure 4: *Nombre de décès par 100.000 des suites de maladies cardio-vasculaires par groupe d'âge, évolution 1954-1995, femmes, Belgique*

Source: *WHO, traitement Interface Demography VUB*

La mortalité due aux accidents de la route a connu son apogée en Belgique en 1973, à l'exception des 20-30 ans dont la mortalité est restée élevée jusque dans les années quatre-vingt. Malgré la tendance à la baisse, le nombre de décès dus à la route en Belgique est resté sensiblement plus élevé qu'aux Pays-Bas ou qu'au Royaume-Uni et continue à avoir un effet négatif sur l'espérance de vie surtout chez les hommes.

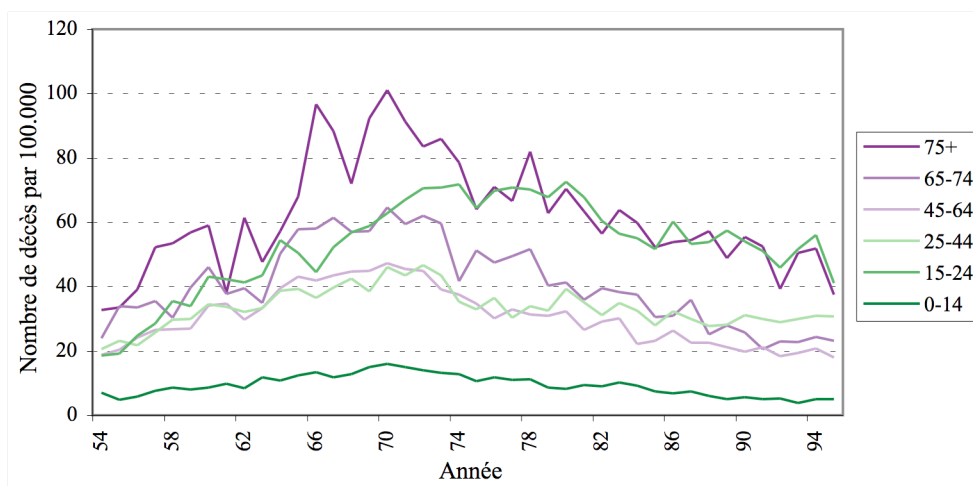


Figure 5: *Nombre de décès par 100.000 des suites d'accidents de la route par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique*

Source: *WHO, traitement Interface Demography VUB*

La mortalité due au cancer connaît un certain nombre de développements différents selon le type de cancer. Le cancer de l'estomac, principale cause de mortalité dans les années cinquante, a systématiquement diminué depuis lors, surtout grâce aux changements des habitudes alimentaires. Nous constatons un mouvement totalement opposé pour le cancer du poumon. Chez les hommes, la mortalité due au cancer du poumon a septuplé entre les années cinquante et le milieu des années quatre-vingt. Depuis, il y a une stagnation et même une timide diminution au cours de ces dernières années. Les femmes, qui connaissent une mortalité due au cancer du poumon considérablement inférieure, présentent une tendance à la hausse qui se poursuit encore aujourd'hui. Le cancer du poumon est la cause la plus importante qui a fortement neutralisé le gain de l'espérance de vie des hommes dans d'autres domaines.

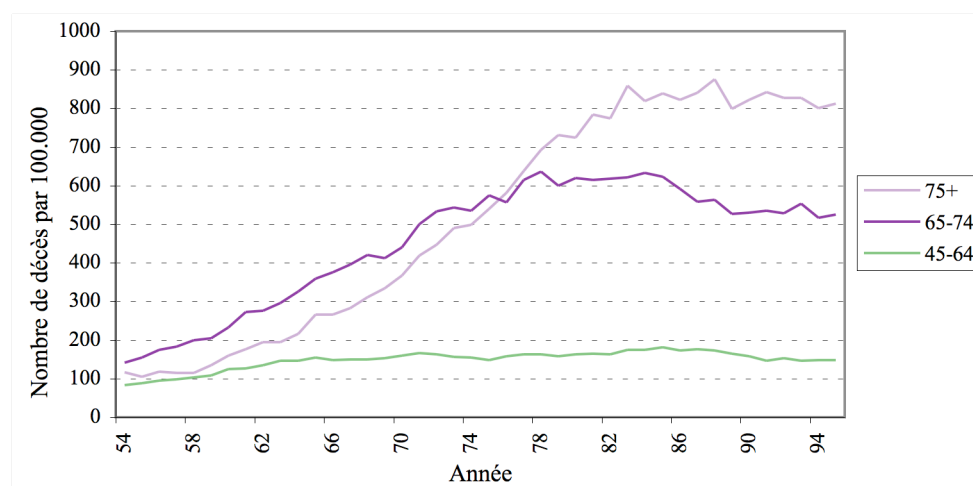


Figure 6: *Nombre de décès par 100.000 des suites d'un cancer du poumon par groupe d'âge, évolution 1954-1995, hommes, Belgique*

Source: *WHO, traitement Interface Demography VUB*

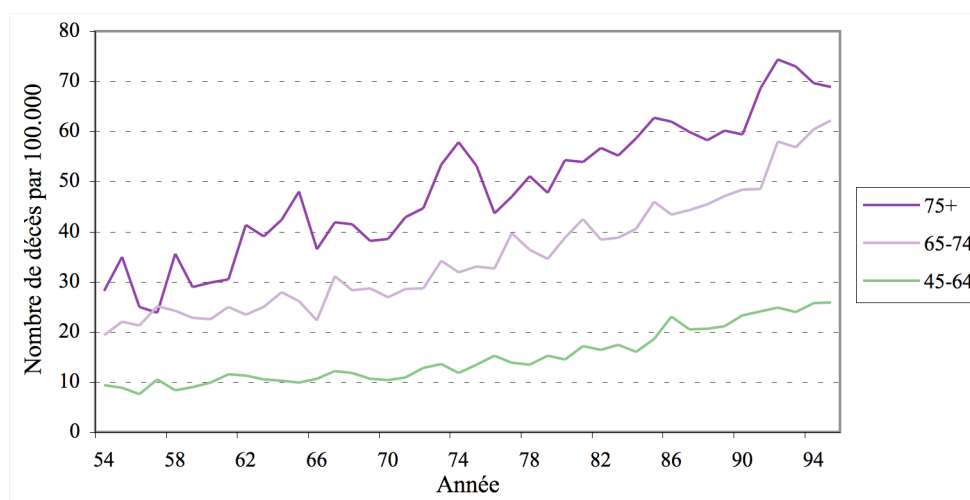


Figure 7: Nombre de décès par 100.000 des suites d'un cancer du poumon par groupe d'âge, évolution 1954-1995, femmes, Belgique

Source: WHO, traitement Interface Demography VUB

1.1.3 Les conséquences de la transition sanitaire récente

La transition sanitaire, et en particulier sa phase la plus récente, a entraîné quelques changements importants. Tout d'abord, il y a le vieillissement de la population. Deuxièmement, il y a le changement de la relation entre la santé et la mortalité. Troisièmement, une forte augmentation de l'âge moyen de décès est apparue dans le courant du vingtième siècle. Quatrièmement, la transition a contribué à accroître les inégalités face à la mortalité.

Paradoxalement une évolution positive, le progrès dans le domaine de la santé et l'espérance de vie a suscité beaucoup d'inquiétude. Tel est notamment le cas en Europe occidentale où le vieillissement par le haut est accompagné d'un vieillissement par le bas suite à la baisse de la fécondité. Au nœud du débat se trouve la question de savoir si notre société est en mesure de soutenir le vieillissement. C'est la conséquence la plus évidente et la plus directe de la transition sanitaire et elle a provoqué de nombreuses discussions durant ces dernières années, vu les conséquences importantes d'une population vieillissante pour l'économie et pour la société dans son ensemble.

Les dernières décennies, l'essentiel du gain de l'espérance de vie est enregistré surtout dans les groupes d'âge avancé. La conséquence de cette évolution est que de plus en plus de personnes atteignent un âge avancé. La courbe de survie de la population prend la forme d'un rectangle: la rectangularisation de la courbe de survie

La figure 8 illustre ce phénomène de la rectangularisation. Nous observons que, dans les cohortes plus anciennes (1880-90), le nombre de survivants diminue progressivement au fur et à mesure du vieillissement. Par contre, dans les cohortes plus récentes (2000-2002), le nombre de survivants reste relativement élevé, pour chuter brutalement à partir de 70 ans. Cette courbe de survie prend progressivement un angle de 90 degrés.

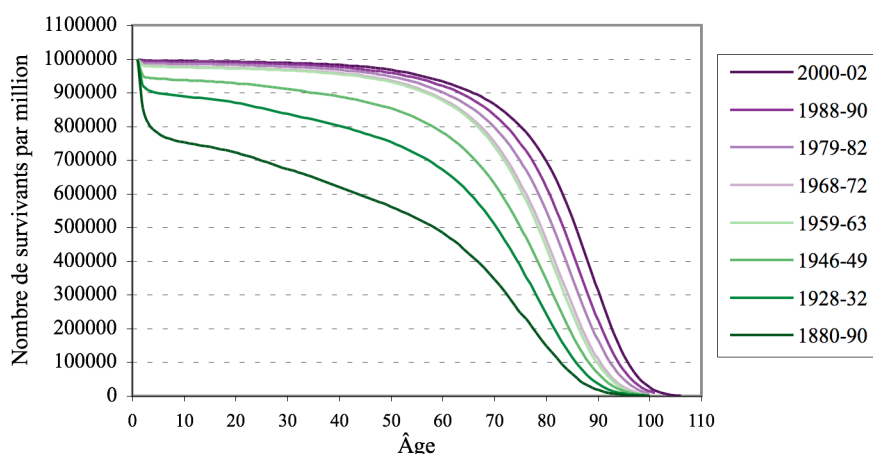


Figure 8: Nombre de survivants par million de naissances, par âge, par cohorte, Belgique, femmes

Source: INS

Parallèlement, il apparaît que la survie à des âges avancés augmente également. Le nombre de centenaires dans notre pays a quasiment doublé pour passer de 546 en 1990 à 1.163 en 2004 (INS 2004). La courbe de survie ne devient donc pas seulement rectangulaire, mais glisse aussi vers des âges plus avancés, ce qui, durant ces dernières années, a donné lieu à un débat intense sur les limites démographiques et biologiques du vieillissement humain.

Quelques auteurs (Olshansky *et al.*) sont convaincus qu'une vie humaine a une durée déterminée et que l'espérance de vie moyenne ne dépassera pas de beaucoup l'âge de 85 ans. La rectangularisation de la courbe de survie est, pour ces auteurs, la preuve que, en l'absence de percée scientifique fondamentale, l'homme est arrivé au seuil de la limite biologique (Nusselder). D'autres pensent qu'un gain considérable en années à vivre peut encore être réalisé (Vallin et Giovanni; Vaupel). Bon nombre de ces questions restent en suspens et les recherches visant à y répondre sont en cours (Carey et Tuljapurkar; Manton *et al.*). Ce débat est important pour l'évolution à long terme. Pour ce qui est des décennies à venir, il est évident que, dans les conditions actuelles, le sommet de la pyramide de la population deviendra toujours plus rectangulaire tandis que le faible niveau de fécondité de ces dernières décennies provoque un rétrécissement de la base. La combinaison des deux processus entraîne un changement rapide de la composition de la population par âge.

Un nouveau lien entre la mortalité et la santé est une deuxième conséquence de la transition sanitaire. Traditionnellement, l'on partait du principe que la santé et la mortalité étaient corrélées positivement. Des chiffres de mortalité peu élevés supposent une population en bonne santé. Cependant, aux Pays-Bas, Van der Maas indique, en 1982, que «certaines formes d'interventions médicales conduisent à une réduction de la mortalité mais également à un accroissement du nombre de maladies dans la population.» (Poppel et Veys). Riley a même suggéré que les tendances en matière de mortalité et de morbidité seraient désormais négativement corrélées. Selon cette thèse, à cause de l'expansion de l'espérance de vie, nous allons au-devant d'une pandémie de sénilité et d'autres maladies de vieillesse qui, dans le futur, pèseront lourd sur la société. La diminution des maladies mortelles engendre une augmentation exponentielle des maladies non mortelles telles que la démence, l'arthrite et la réduction de la mobilité parmi les groupes d'âges les plus avancés (Egidi et Frova).

Face à cette vision pessimiste de l'avenir, Fries a avancé une thèse alternative de la compression de la morbidité. Pour Fries, une limite biologique est atteinte dans l'espérance de vie. Le recul des maladies chroniques qui permet d'allonger le nombre d'années à vivre, diminue également, dans un même mouvement, la morbidité de la population. L'accroissement de l'espérance de vie se traduit principalement par une rectangularisation de la courbe de survie avec une compression de la morbidité dans la dernière phase de vie. Cette thèse de la compression des années de vie en mauvaise santé est fondée sur le fait que l'amélioration générale des conditions de santé entraîne également une amélioration de la santé à un âge avancé (Egidi et Frova).

Les hypothèses intermédiaires estiment (Manton et al.) que l'augmentation de l'espérance de vie entraînera peut-être une morbidité plus élevée mais qu'il s'agira le plus souvent de limitations modérées. L'accroissement de l'espérance de vie ne peut en effet se poursuivre que dans la mesure où les maladies chroniques continuent à diminuer, ce que mène à une sorte d'équilibre dynamique ou à un status quo dans l'évolution de la morbidité.

Jusqu'à présent, il n'y a pas d'élément clair qui permet de dire directement quelle est l'hypothèse la plus plausible, les études ne convergent en effet pas toujours. Cette discussion éclaire néanmoins les rapports très complexes entre la mortalité et la morbidité de la population. De même, ceci doit nous inciter à beaucoup de prudence quand on compare la santé entre différents groupes de population. Les groupes de population (géographiques, par nationalité, par statut socio-économique,...) qui se déclarent en moins bonne santé peuvent aussi bien présenter une mortalité élevée que faible. Une mauvaise santé générale peut s'accompagner d'une mortalité relativement faible suite à une prévalence plus élevée de maladies chroniques sans conséquences fatales à court terme.

Nous devons nous montrer prudents surtout concernant la santé à des âges plus avancés. En tout cas, dans notre jugement, nous devons tenir compte aussi bien des mesures de santé que de la mortalité. La question de savoir si le recul de la mortalité n'entraîne pas une hausse de la morbidité donne lieu à l'introduction de nouveaux indices dont «l'espérance de vie en bonne santé» (cf. chapitre 3.7, p. 84) qui tentent de synthétiser en une seule mesure la santé de la population et la mortalité (WHO).

L'âge du décès a subi un glissement drastique au cours du siècle écoulé. Alors qu'au début du siècle, il était relativement normal que les parents assistaient aux obsèques de leurs enfants, cela est de moins en moins le cas. De nos jours, les petits-enfants ont encore souvent leurs grands-parents. La concentration croissante du processus de mortalité aux groupes d'âges les plus avancés a engendré un profond changement dans la manière dont nous percevons la mort. Ce glissement a assurément contribué à une adaptation de notre conception collective de la jeunesse et a imprégné notre pensée d'un certain sens d'immortalité. Étrangement, le vieillissement de la population est, dans notre conscience culturelle collective, porteur du culte de la jeunesse éternelle. Par ailleurs, la mort est de moins en moins présente dans la vie quotidienne. La mort est peu à peu reléguée aux confins de l'existence humaine, chez les groupes d'âges les plus avancés où les enfants qui ont presque atteint l'âge de la pension assistent au processus de décès de leurs parents.

Toutefois, le processus de fin de vie a connu également des changements importants à cause de nouvelles répartitions des causes de mortalité et à cause de l'augmentation de l'âge moyen du décès. D'où l'intérêt international accru porté au débat sur les soins palliatifs et l'euthanasie.

Une conséquence moins évidente de l'accroissement de l'espérance de vie, avec la venue de la génération babyboom, est une hausse considérable du nombre absolu de personnes qui décéderont à un âge avancé.

Une dernière constatation touche à l'influence de la transition sanitaire sur l'**inégalité face à la mort**. La transition entre les régimes de mortalité revêt une importance capitale dans la genèse, le modèle et l'évolution de l'inégalité face à la mort selon le sexe, selon le statut socio-économique, selon la région ou selon le groupe ethnique ou de nationalité. Ce n'est pas la transition qui crée l'inégalité, mais l'inégalité actuelle ne peut être comprise pleinement qu'à travers l'historique de cette transition sanitaire.

La santé et la mort sont le produit de processus sociaux. Cela apparaît clairement du point de vue historique ou au vu des comparaisons entre pays. Le risque de décéder à la suite d'un accident cardio-vasculaire en Finlande est plusieurs fois supérieur au risque en Italie. Des facteurs spécifiques à la société finlandaise et italienne expliquent cette différence. En Belgique également, des différences apparaissent au niveau de la morbidité et de la mortalité entre les groupes de la population. Ces différences sont plus que simplement la somme des différences individuelles, mais le résultat de processus d'interaction complexes entre les facteurs environnementaux, les attitudes, le stress et le style de vie spécifiques aux groupes sociaux. L'inégalité sociale face à la mort a été établie très tôt, dans les études sur la mortalité menées au 19^e siècle (notamment par Villermé pour la France et par Chadwick pour la Grande-Bretagne). Après la Seconde Guerre mondiale, il régnait pourtant la conviction que cette inégalité avait diminué dans une large mesure. La publication du Black Report en Grande-Bretagne en 1980 a révélé que cela n'était pas le cas. Une foule d'études ont depuis illustré la persistance de l'inégalité sociale face à la mort et pour un certain nombre de pays, une hausse de cette inégalité a même été observée.

Cette nouvelle transition sanitaire (recul de la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et aux tumeurs) se caractérise par le fait qu'elle exige une implication beaucoup plus active de chaque individu. La régression des maladies infectieuses a certes demandé un effort général au niveau de l'amélioration de l'hygiène et de la vaccination, mais a été soutenue en grande partie par une amélioration générale du niveau de vie et par l'introduction de médicaments spécifiques tels les antibiotiques. La lutte contre la mortalité cardio-vasculaire et les cancers exige cependant un engagement individuel personnel dans la lutte contre les modes de vie à risque (par ex. le tabagisme) et dans l'adoption d'un comportement de santé sain (par ex. l'alimentation, l'exercice physique).

Pour Vallin et Meslé (2002) cette caractéristique de la récente transition sanitaire est aussi responsable de l'augmentation de l'inégalité selon le statut socio-économique. Le recul des causes de mortalité qui étaient classiquement associées à des conditions de travail difficiles (anthracose, asbestose) ne débouche pas sur l'amélioration de l'espérance de vie de manière égale dans tous les groupes socio-économiques. La principale raison est l'assimilation plus lente d'un nouveau style de vie. Quiconque appartient à un groupe socio-économique supérieur adapterait plus rapidement son style de vie à de nouvelles évolutions sanitaires. Les nouveaux éléments du style de vie (bons ou mauvais pour la santé) sont généralement acquis d'abord par les groupes les plus instruits ou les plus privilégiés, ensuite, ils gagnent peu à peu l'ensemble de la population.

Le constat qu'un certain nombre de causes de mortalité, étroitement liées au style de vie (tabagisme, alcool, cholestérol), sont, dans une large mesure, responsables des différences sociales face à la mort a suscité des campagnes d'éducation à la santé plus ciblées. Des recherches sur l'influence du stress sur le lieu de travail ont néanmoins révélé que dans le mode de production moderne des aspects psychosociaux peuvent également être à l'origine de ces inégalités. De plus, il apparaît clairement que le lien entre le statut social et le style de vie est lui-même lié aux origines sociales comme dit Horiuchi «*For a life to be fully lived, it should be worthy of living*» (Horiuchi).

Pour le futur immédiat, la question se pose de savoir si, après l'accroissement de l'espérance de vie de ces trente dernières années, nous pouvons encore espérer une nouvelle augmentation. Il n'y a que deux manières d'y parvenir. En rectangularisant davantage la courbe de survie, c.-à-d. en réduisant davantage la mortalité prématurée et en amenant une partie toujours plus grande de la population au moins au niveau moyen actuel de l'espérance de vie. En fait, cela implique surtout d'éliminer ou de réduire l'inégalité face à la mort. Cela suppose qu'une partie encore plus importante de notre population adopte un style de vie sain tout en évitant des comportements à risque. Des recherches ont abondamment démontré que ce changement est fortement déterminé par l'environnement socio-économique. Si nous souhaitons donner l'occasion à plus de personnes d'atteindre les limites actuelles de la santé et l'espérance de vie, ceci sera en premier lieu en leur garantissant un accès maximal à toutes les opportunités de la vie à travers l'enseignement, la sécurité de l'emploi et du logement. Ce n'est que de cette manière qu'il est possible de créer une base pour introduire un style de vie sain dans de plus larges couches de la population. Cela ne sera pas chose aisée, mais ce sera peut-être moins difficile que l'autre option: l'allongement ultérieur de l'espérance de vie en déplaçant la courbe de survie dans son ensemble davantage vers la droite. Cela implique de réaliser encore un nouveau gain sur les chances de survie des groupes d'âges les plus avancés.

Les groupes d'âge au sein desquels le gain peut être réalisé sont fortement corrélés avec les causes spécifiques de mortalité. Pendant longtemps, la mortalité prématurée se définissait comme la mortalité qui survient avant l'âge de 65 ans. Au cours des dernières années, l'on a poussé cette limite (arbitraire) vers le haut et plusieurs auteurs définissent la mortalité qui survient avant l'âge de 75 ans comme mortalité prématurée. Dans tous les groupes d'âge, les causes de mortalité associées au style de vie, forment un élément-clé tant pour le maintien de l'espérance de vie actuelle que pour la réalisation d'un nouveau gain. Dans les prochaines pages, nous décrirons d'abord brièvement la distribution actuelle des causes de mortalité dans notre pays. Ensuite nous nous attacherons particulièrement aux causes de mortalité qui sont liées au style de vie.

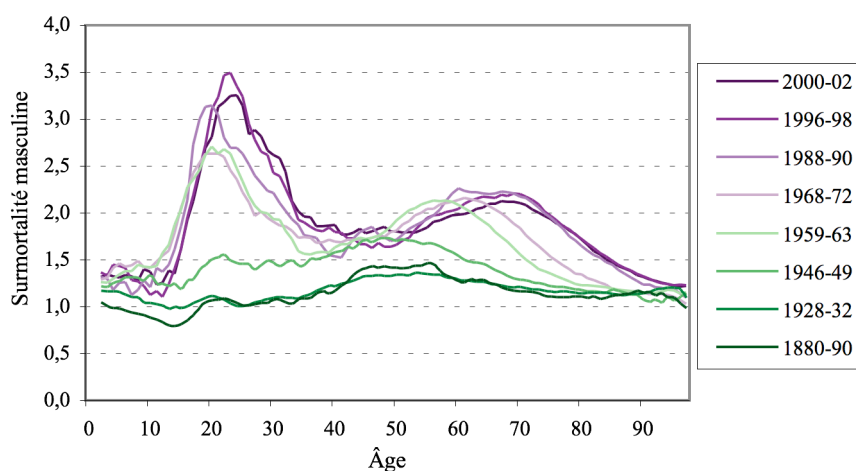


Figure 9: *Surmortalité masculine par âge – moyenne mobile par 5 ans, Belgique 1880-2002*

Source: *INS*

6 années de différence au niveau de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes: inévitable ou surmontable?

La différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'élevait en Belgique à plus de 3 ans en 1890. Dans les années nonante, cette différence a grimpé jusqu'à plus de 6 ans. Les femmes sont manifestement le sexe fort d'un point de vue génétique. Les mutations d'un gène sur le chromosome X se manifestent toujours chez les garçons, tandis que le deuxième chromosome X chez les femmes arrive souvent à compenser les déficiences. C'est pourquoi certaines maladies génétiques telles que l'hémophilie surviennent le plus souvent chez les garçons. En dessous de l'âge d'un an, la surmortalité chez les hommes a toujours fluctué entre 25 et 30% depuis le début du vingtième siècle (Miermans et Van Oyen). On suppose également que d'autres éléments propres à la femme, comme les taux sanguins hormonaux, pourraient jouer un rôle protecteur contre certaines maladies. Cependant, l'importance de ces différences biologiques pour l'espérance de vie n'est pas mesurable. Dès lors, la question se pose de savoir ce que représentent les facteurs sociaux dans les différences actuelles au niveau de l'espérance de vie.

Les risques de travail, les accidents de la route, l'alcool et le comportement tabagique seraient les principaux facteurs qui engendrent cette différence. Pour la Finlande, Martelin *et al.* ont récemment calculé que la moitié de la différence au niveau de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes est à imputer à la différence au niveau de la consommation d'alcool et de tabac. D'après un calcul de la part que joue le comportement tabagique dans la différence au niveau de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes dans cinq pays européens pour la période entre 1970 et 1989, la part moyenne du comportement tabagique est estimé à lui seul à 2,4 ans, soit plus de 40% des différences par sexe au niveau de l'espérance de vie en 1970-1974. Par rapport à 1985-1989, cette différence avait déjà diminué à 1,8 an soit 30% grâce à l'évolution inverse du comportement tabagique entre les hommes et les femmes (Ewing). La figure 9 montre l'évolution de la surmortalité masculine selon l'âge en Belgique entre 1880 et 2000.

Déjà en 1880, la surmortalité masculine était répartie sur la plupart de la durée de la vie. Il existait une surmortalité féminine limitée aux filles et aux jeunes femmes. Celle-ci a disparu dans les chiffres de la mortalité de 1928-1932. Dans les années suivantes, la surmortalité masculine augmentera encore avec l'apparition de deux moments culminants: à l'âge de jeune adulte et à un âge plus avancé. La surmortalité chez les jeunes adultes, principalement due aux accidents de la route, glisse de 20 à 24 ans. Depuis la Seconde Guerre mondiale le deux-pièces point culminant se maintient en se déplaçant vers des âges plus avancés. Les données les plus récentes, font finalement apparaître une baisse de la surmortalité masculine.

Dans les années cinquante et soixante, le progrès de l'espérance de vie parmi les hommes belges a été fortement freiné, notamment par la forte croissance des maladies du système respiratoire. Cette croissance a été influencée probablement grandement par le comportement tabagique et peut-être aussi par les conditions de travail dans l'industrie lourde et les mines. L'influence était surtout visible dans les groupes d'âge entre cinquante et septante ans.

À partir des années septante, la mortalité cardio-vasculaire va baisser. Les femmes savent conserver leur avantage relatif sur les hommes et, dans un premier temps, elles réalisent même un gain de l'espérance de vie plus rapidement.

1.2 Mortalité spécifique en Belgique, 1997

1.2.1 Introduction

Les tendances et évolutions décrites plus haut débouchent sur un instantané de la mortalité en 1997, l'année la plus récente pour laquelle des données sur la mortalité spécifique sont actuellement disponibles pour l'ensemble du pays.

Après un aperçu des nombres absolus de décès, en nous attachant aux tendances générales tous groupes d'âge confondus, nous envisagerons les taux de mortalité proportionnels afin d'obtenir une image plus précise de l'impact relatif des principales causes de décès.

Sur le site Internet de l'Institut scientifique de Santé publique, il est possible de consulter l'application SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis)¹. Ce programme permet d'analyser la mortalité générale et la mortalité spécifique.

1.2.2 Nombres absolus de décès

Les deux principaux groupes de causes de mortalité chez les hommes, à savoir les affections cardio-vasculaires et le cancer, représentent ensemble environ un tiers de la mortalité totale. On notera également le nombre de décès dus aux affections respiratoires. Les catégories pneumonie/influenza et les affections respiratoires chroniques obstructives sont la cause de plus de 10% des décès. La mortalité chez les hommes jeunes (10 à 35 ans) est principalement due aux accidents et aux suicides. Les causes de décès les plus importantes en nombre absolu apparaissent à partir de 40 ans. A partir de cet âge, le cancer est la première cause, suivie des affections cardio-vasculaires, cette distribution s'inverse dans la catégorie d'âge de 75 à 79 ans.

Les affections cardio-vasculaires comme cause de décès prédominent chez les femmes. Il s'agit de la cause principale de décès avec 20.923 décès, soit 40,3% des décès. Les différentes formes de cancer, avec 11.855 décès, occupent la deuxième place. Chez les plus jeunes, les accidents du transport et les suicides sont les causes les plus fréquentes de décès. À partir de la catégorie d'âge de 40 à 44 ans, les cancers et les affections cardio-vasculaires arrivent en tête. Alors que pour les hommes, les affections cardio-vasculaires dépassent le cancer dans la catégorie d'âge de 75 à 79 ans, chez les femmes cela se passe dans la catégorie d'âge antérieure, à savoir dès 70 ans.

¹ <http://www.iph.fgov.be/sasweb/spma/spma.htm>

Causes de décès	Nombre de décès Hommes	Nombre de décès Femmes
Affections cardio-vasculaires	17.031	20.923
Maladies ischémiques	6.723	5.256
Insuffisance cardiaque et affections cardiaques mal définies	2.882	5.010
Affections cérébro-vasculaires	3.652	5.801
Athérosclérose	1.027	893
Cancer	16.088	11.855
Cancer du poumon	5.723	1.090
Cancer colorectal	1.532	1.627
Cancer de la prostate	1.924	/
Cancer du sein	/	2.416
Cancer du col de l'utérus	/	432
Démence	1.289	2.609
Affections respiratoires		
Pneumonie / influenza	1.703	1.925
Affections respiratoires chroniques obstructives	3.401	1.572
Cirrhose du foie	831	514
Mort accidentelle		
Accidents de la route	1.067	387
Chute accidentelle	565	728
Suicide	1.551	595
Conditions et symptômes mal définis	1.165	1.876
Toutes les causes de décès	51.890	51.913

Tableau 2: Nombre de décès répartis selon les principales causes de décès, Belgique, 1997

1.2.3. Ratios proportionnels de mortalité des principales causes de décès

Les ratios proportionnels de mortalité offrent un autre regard sur la mortalité. Ces ratios mesurent l'importance relative de certaines causes de décès. En effet, les ratios proportionnels de mortalité (RPM) indiquent quelle part du nombre total de décès est due à une cause déterminée.

Causes de décès	Hommes					Total	N(*)
	1-14	15-24	25-44	45-64	65+		
Affections cardio-vasculaires	4,57	3,90	13,91	27,36	36,29	32,82	17.031
Maladies ischémiques	0,00	0,34	6,50	14,64	13,36	12,96	6.723
Insuffisance cardiaque et affections cardiaques mal définies	1,14	0,68	1,19	2,67	6,69	5,55	2.882
Affections cérébro-vasculaires	0,57	1,53	2,79	4,27	8,17	7,04	3.652
Athérosclérose	0,00	0,00	0,42	1,16	2,34	1,98	1.027
Cancer	22,29	6,79	14,37	41,09	30,38	31,01	16.136
Cancer du poumon	0,00	0,17	2,79	16,50	10,58	11,03	5.723
Cancer du sein	/	/	/	/	/	/	/
Cancer de l'utérus	/	/	/	/	/	/	/
Cancer du col de l'utérus	/	/	/	/	/	/	/
Cancer colorectal	0,00	0,17	1,38	3,34	3,05	2,95	1.532
Cancer de la prostate	0,00	0,00	0,08	1,16	4,68	3,71	1.924
Diabète sucré	0,00	0,00	0,88	1,00	1,21	1,13	585
Démence	0,00	0,00	0,34	0,11	0,45	2,48	1.289
Affections respiratoires	3,43	1,02	2,18	6,22	14,35	12,00	6.225
Pneumonie / influenza	0,57	0,68	0,84	1,38	3,98	3,28	1.703
Affections respiratoires chroniques obstructives	0,57	0,17	1,03	3,77	7,79	6,55	3.401
Cirrhose du foie	0,00	0,00	4,32	4,30	0,81	1,60	831
Mort accidentelle							
Accidents de la route	17,14	42,11	16,36	1,86	0,47	2,05	1.067
Empoisonnement accidentel	0,57	3,57	1,99	0,18	0,04	0,20	106
Chute accidentelle	4,00	1,19	2,22	1,15	0,99	1,09	565
Suicide	3,43	21,05	23,28	4,90	0,91	2,99	1.551
Conditions et symptômes mal définis	2,29	0,85	2,03	1,95	2,20	2,25	1.165
Toutes les causes de décès	175	589	2.616	9.373	38.777	51.888	/

(*) N=Nombre total de décès pour cause de décès spécifique

Tableau 3a: Ratios proportionnels de mortalité (%) des principales causes de décès chez les hommes, par catégorie d'âge, Belgique, 1997

Causes de décès	Femmes						Total	N(*)
	1-14	15-24	25-44	45-64	65+			
Affections cardio-vasculaires	2,31	4,61	13,60	18,92	43,99	40,30	20.923	
Maladies ischémiques	0,00	0,00	3,12	6,89	10,83	10,12	5.256	
Insuffisance cardiaque et affections cardiaques mal définies	0,00	0,00	1,04	2,20	10,86	9,65	5.010	
Affections cérébro-vasculaires	1,54	1,38	4,96	5,40	12,14	11,17	5.801	
Athérosclérose	0,00	0,00	0,64	0,48	1,91	1,72	893	
Cancer	23,85	12,44	33,28	50,42	19,64	22,84	11.905	
Cancer du poumon	0,00	0,00	2,72	6,39	1,63	2,10	1.090	
Cancer du sein	0,77	0,00	11,60	16,03	3,25	4,65	2.416	
Cancer de l'utérus	0,00	0,00	0,80	1,15	0,67	0,71	370	
Cancer du col de l'utérus	0,00	0,00	3,36	2,18	0,62	0,83	432	
Cancer colorectal	0,00	0,92	1,92	4,41	3,06	3,13	1.627	
Cancer de la prostate	/	/	/	/	/	/	/	
Diabète sucré	0,00	0,00	0,96	1,37	2,29	2,14	1.112	
Démence	0,00	0,00	0,24	0,73	5,71	5,03	2.609	
Affections respiratoires	2,31	1,84	2,32	5,27	9,21	8,57	4.447	
Pneumonie / influenza	1,54	0,00	0,80	1,05	4,14	3,71	1.925	
Affections respiratoires chroniques obstructives	0,00	0,92	0,88	3,21	3,11	3,03	1.572	
Cirrhose du foie	0,00	0,00	4,80	3,90	0,57	0,99	514	
Mort accidentelle								
Accidents de la route	18,46	34,10	7,84	1,52	0,25	0,75	387	
Empoisonnement accidentel	1,54	4,15	1,12	0,20	0,03	0,10	50	
Chute accidentelle	1,54	0,46	0,96	0,97	1,48	1,40	728	
Suicide	0,00	15,67	15,12	4,53	0,32	1,15	595	
Conditions et symptômes mal définis	2,31	0,92	1,36	1,52	3,86	3,61	1.876	
Toutes les causes de décès	130	217	1.250	5.052	44.974	51.912	/	

(*) N=Nombre total de décès pour cause de décès spécifique

Tableau 3b: Ratios proportionnels de mortalité (%) des principales causes de décès chez les femmes, par catégorie d'âge, Belgique, 1997

En 1997, 33% des décès chez les hommes sont à attribuer à des affections cardio-vasculaires. Le cancer, avec 31%, a un impact presque aussi important. Les affections respiratoires avec la pneumonie/influenza et les affections respiratoires chroniques obstructives sont à la baisse de 12% des décès chez les hommes en Belgique. Dans les RPM chez les femmes, les affections cardio-vasculaires représentent 40% de la mortalité totale chez les femmes. Le cancer, avec 23%, est la deuxième cause principale de décès. Outre ces différences importantes entre les sexes en ce qui concerne l'importance relative des deux causes de décès principales, il existe également des différences pour d'autres causes

de décès. Le RPM du suicide chez les hommes est de 3% par rapport à 1,2% chez les femmes. En Belgique, le RPM des accidents de la route, avec une valeur de 2,2%, est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (0,8%). Chez les femmes, la démence (5%) et le diabète (2,1%) ont des RPM plus élevés que chez les hommes avec des valeurs respectives de 2,5% et 1,1%.

La figure ci-dessous illustre pour les hommes et les femmes la répartition par cause de mortalité pour chaque âge et sexe. Les nombres absolus varient fortement en fonction de l'âge. La répartition par cause indique les causes qui prédominent à chaque âge.

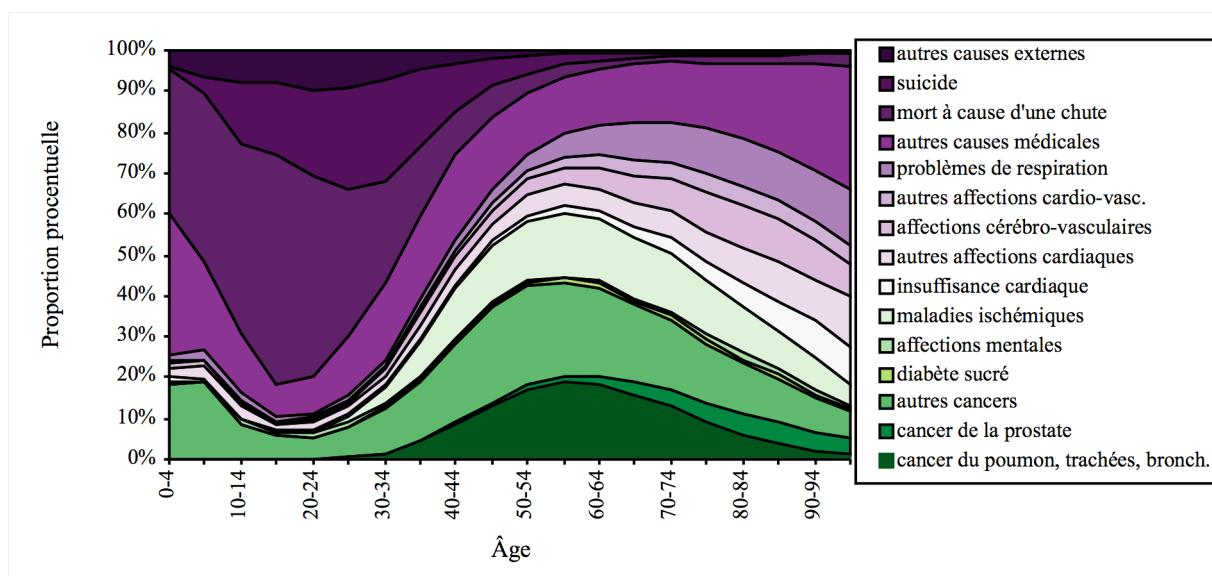


Figure 10: Distribution de la mortalité spécifique par âge, hommes, Belgique, 1991-1995

Source: Banque de données nationales sur la mortalité – Recensement INS 1991 – certificats de décès

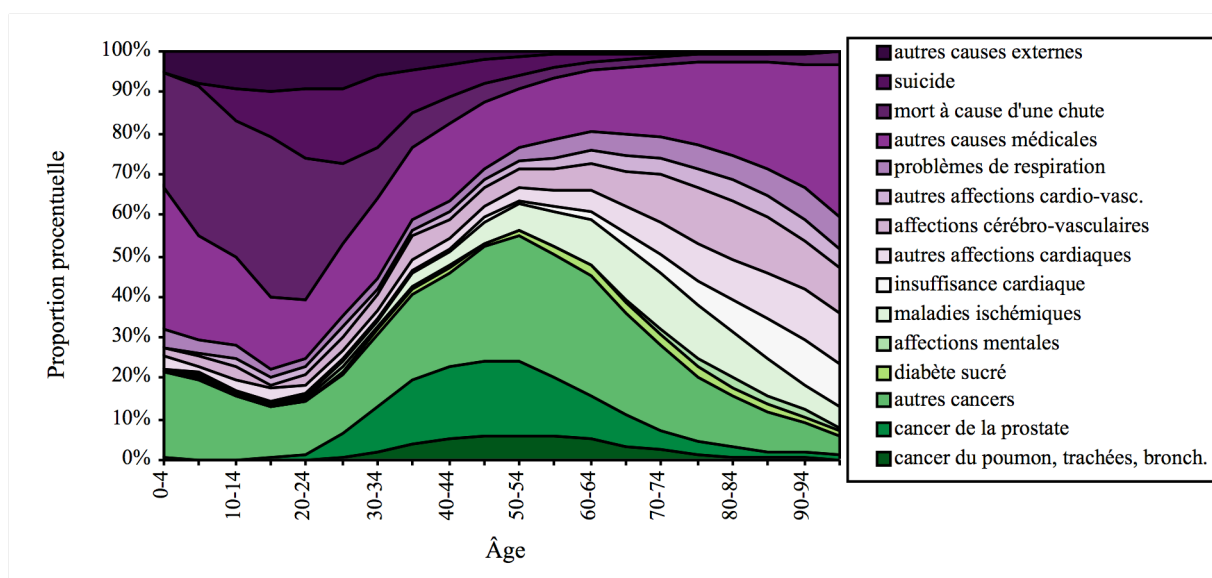


Figure 11: Distribution de la mortalité spécifique par âge, femmes, Belgique, 1991-1995

Source: Banque de données nationales sur la mortalité – Recensement INS 1991 – certificats de décès

Tandis que dans les catégories d'âges plus jeunes, le suicide et les accidents de la route (soit les causes de décès non naturelles) sont les principales causes de mortalité, dans les catégories d'âges plus avancés. Ce sont les différentes formes de cancer et de maladies cardio-vasculaires qui représentent la plus grande partie de la mortalité.

1.3 Style de vie et santé

La discussion précédente a souligné l'importance croissante des styles de vie personnel dans la diminution de la mortalité prématurée. Ces styles de vie constituent donc des déterminants importants de l'état de santé.

Dans cette section, nous allons décrire la situation en Belgique pour certains styles de vie qui ont un impact significatif sur l'état de santé: le tabagisme, la consommation d'alcool, l'exercice physique et les habitudes alimentaires. Les informations proviennent de l'Enquête de Santé par Interview de 2001. Des comparaisons sont établies avec la situation en 1997 lorsque cela est possible.

1.3.1 Comportement tabagique

Dans le monde occidental, le nombre total de fumeurs a diminué durant ces trente dernières années grâce aux campagnes de prévention et à l'augmentation du prix du tabac. Toutefois, la consommation de tabac fait encore partie de la vie quotidienne de bon nombre de personnes, et ce malgré le fait que les effets néfastes du tabac sur la santé sont connus depuis longtemps. La consommation de tabac est incontestablement un facteur de risque important pour le développement de différentes affections (cancer du poumon, maladies ischémiques, affections respiratoires chroniques, emphysème,...) et reste la principale cause de mortalité évitable (Murray; Sherman).

Dans l'Enquête de santé 2001, des questions sur l'usage du tabac ont été posées à des personnes d'au moins 15 ans. Les résultats dont nous parlons ne prennent donc pas en compte les jeunes. Les résultats révèlent qu'en 2001 la Belgique comptait 28% de fumeurs, dont un tiers de gros fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour). En comparaison avec 1997, le nombre de fumeurs n'a pas connu de changement significatif. Dans l'Enquête de santé de 2004 par contre on peut constater une diminution significative de 33% à 26% parmi les jeunes de 15 à 24 ans.

Pour pratiquement tous les aspects du comportement tabagique, la situation est plus grave chez les hommes que chez les femmes: il y a plus de fumeurs parmi les hommes (34%) que parmi les femmes (24%), nettement plus d'hommes (68%) indiquent avoir déjà fumé que de femmes (21%) et les hommes commencent également à fumer à un âge plus jeune (en moyenne à 17 ans) que les femmes (en moyenne à 18 ans). Un quart des fumeurs actuels – tant les hommes que les femmes – fumaient déjà avant l'âge de 15 ans.

En 2001, un jeune (entre 15 et 24 ans) sur trois (33%) était un fumeur et un jeune sur deux (51%) avait déjà fumé. Parmi les jeunes fumeurs, 16% fument au moins 20 cigarettes par jour. Le comportement tabagique chez les jeunes est plus fréquent en Région wallonne. En effet, 40% des jeunes wallons entre 15 et 24 ans fument (dont 20% fument au moins 20 cigarettes par jour) et 63% ont déjà fumé.

Le niveau de formation joue un rôle important dans le comportement tabagique: chez les personnes plus scolarisées, le pourcentage de fumeurs (22%) est inférieur par rapport à celui chez les personnes moins scolarisées (27% à 30%).

1.3.2 Mortalité liée à la consommation du tabac

L'impact précis de la consommation de tabac sur la santé publique est difficile à quantifier. Peto a développé une méthode permettant d'établir une estimation de la mortalité liée au tabac sur la base des données de la population américaine (Peto *et al.*). À l'aide de cette méthode, il a été possible d'évaluer la mortalité liée au tabac en Belgique (Miermans et Van Oyen).

En 1996, pas moins d'un tiers de tous les décès pour causes médicales² chez les hommes belges de 35 ans et plus est dû au tabac. En chiffres absolus, cela représente **15.958 décès**. Le cancer du poumon, avec 5.221 décès (soit 94% de tous les cas de cancer du poumon) occupe une part importante dans la mortalité due au cancer. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par le risque élevé de cancer du poumon consécutif au tabac et le pourcentage élevé de fumeurs parmi les hommes.

Les affections cardio-vasculaires (avec 3.685 décès, soit 20,88% de tous les cas dans cette catégorie de causes), les affections respiratoires chroniques obstructives (2.712 décès, soit 75,82% de la catégorie de causes en question) et d'autres formes de cancers (1.549 décès, soit 16,91% de ces cancers) constituent d'autres causes importantes de décès liées au tabac chez les hommes.

Chez les femmes, l'impact du tabac sur la mortalité totale est plus limité. Seuls 4,7% de la mortalité pour causes médicales est à mettre en rapport avec la consommation de tabac, ce qui s'explique en grande partie par la consommation de tabac historiquement plus basse chez les femmes. On a constaté qu'au cours des dernières décennies, de plus en plus de femmes se sont mises à fumer. Cette évolution, allant de pair avec une diminution de la consommation du tabac chez les hommes, laisse supposer que les chiffres des deux sexes relatifs à la mortalité liée au tabac se rapprocheront à l'avenir.

Le cancer du poumon (565 décès, soit 58% de la mortalité totale de cancer du poumon), les affections respiratoires chroniques obstructives (555 décès, soit 34%) et les affections cardio-vasculaires (446 décès, soit 2%) sont les causes principales de décès liées au tabac chez les femmes.

² La notion de mortalité médicale est la mortalité provoquée par des maladies ou des affections aiguës ou chroniques. La mortalité non médicale est provoquée par des causes comme le suicide, les accidents de la route, la mort violente, la mort accidentelle...

Différences entre les régions

Les chiffres font apparaître que la Région wallonne enregistre un pourcentage plus élevé de décès médicaux dus au tabac chez les hommes (Wallonie 35%, Flandre 33% et Bruxelles 30%). La mortalité féminine liée au tabac se présente dans un ordre régional un peu différent (Bruxelles 7%, Wallonie 6% et Flandre 4%).

La plus grande contribution à la mortalité médicale parmi les hommes wallons est reflétée dans l'importance de la mortalité liée au tabagisme des maladies cardiovasculaire (23%) et de la catégorie "autres causes médiales" (22%).

Les différences régionales sont surtout marquantes chez les femmes: à Bruxelles la contribution de la mortalité liée au tabagisme (7%) à la mortalité médicale est presque le double qu'en Flandre (3,6%).

1.3.3 Consommation d'alcool

La consommation de boissons alcoolisées fait partie de nos styles de vie. L'alcool peut pourtant engendrer une dépendance et, en cas de consommation excessive, des conséquences graves sur la santé. L'impact de l'alcool sur la santé varie selon le sexe, l'âge et d'autres facteurs tels que le poids (Janssen et Vranckx).

La consommation de grandes quantités d'alcool pendant un laps de temps bref entraîne des actes de violence, des accidents de la route, de l'absentéisme au travail,... Une consommation excessive d'alcool peut également provoquer des problèmes de santé physiques et psychiques (cirrhose du foie, problèmes mentaux,...). L'alcool est en outre un facteur important d'obésité (Janssen et Vranckx).

Dans cette section, nous analysons la consommation problématique d'alcool sur la base des questions CAGE (une abréviation de «Cut down», «Annoyed», «Guilty» et «Eye opener») (Ewing).

Au moyen de 4 questions concises, ce questionnaire indique si un répondant présente les symptômes de la dépendance à l'alcool. Les questions CAGE sont fréquemment utilisées dans les services de santé à libre accès et ont une haute sensibilité et spécificité pour l'identification de problèmes liés à l'abus d'alcool (Girela *et al.*).

On peut affirmer que 7% des personnes qui ont indiqué consommer de l'alcool (donc abstinents non pris en compte) sont éventuellement des consommateurs problématiques. Chez les hommes (10%), cette proportion est nettement plus élevée que chez les femmes (4%). Chez les hommes, la proportion de consommateurs d'alcool problématiques est la plus élevée dans le groupe d'âge de 55 à 64 ans (13%). Tandis que chez les femmes, il s'agit du groupe d'âge de 35 à 44 ans (5%).

C'est en Région flamande que l'on trouve la plus petite proportion de consommateurs d'alcool problématiques (5%). Cette proportion est considérablement plus élevée tant en Région bruxelloise qu'en Région wallonne (10%).

1.3.4 Activités physiques

Une bonne activité physique est associée à une diminution de la mortalité en général et de la mortalité cardio-vasculaire en particulier (Hein *et al.*; Lamb et Brodie).

En outre, l'activité physique a un effet cardio-protecteur et permet de diminuer les problèmes d'hypertension. Elle réduit aussi le risque de cancer du colon et de développer un diabète (Berlin et Colditz). Elle diminue les risques de dépression et améliore le bien-être en général (Koplan *et al.*).

L'activité physique durant l'enfance et l'adolescence permet en outre d'accroître la densité osseuse et de prévenir l'ostéoporose (Blair *et al.*; Coupland *et al.*).

La recommandation générale est que tout individu pratique au moins une demi-heure d'activité physique chaque jour. Plusieurs auteurs estiment par ailleurs que la quantité totale d'activité physique est plus importante que les caractéristiques spécifiques de celles-ci (intensité, durée, etc.) (Pate *et al.*).

L'activité physique a été abordée dans l'Enquête de santé pour les personnes d'au moins 15 ans. Pour ces questions, une distinction a été établie entre l'activité physique pendant les temps libres et l'activité physique en tenant compte de toutes les activités (donc également pendant le travail ou les tâches ménagères).

Le pourcentage de personnes manquant d'activité physique est de 32% (si l'on ne tient compte que de l'activité physique de loisir) et à 54% (si l'on tient compte de l'ensemble des activités). Les femmes sont plus à risque (pratiquent moins d'activités physiques) que les hommes. Ce pourcentage croît avec l'âge. Plus les personnes sont âgées, plus elles ont tendance à pratiquer insuffisamment d'activité physique.

Le pourcentage de personnes sans activité physique est plus élevé à Bruxelles (38%) et en Wallonie (35%) qu'en Flandre (29%). La différence entre la Flandre et les deux autres régions est significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

L'association entre la pratique d'une activité physique et le niveau d'instruction est double: si l'on ne considère que l'activité physique de loisir, l'on peut constater que la pratique d'une activité physique est liée positivement au niveau d'instruction: tandis que 9% des personnes qui n'ont suivi qu'un enseignement primaire ont indiqué qu'elles pratiquaient une activité physique de loisir intense au moins 4 heures par semaine, ce pourcentage grimpe à 20% chez les personnes qui ont suivi au minimum un enseignement secondaire supérieur. L'on obtient le contraire si l'on considère l'ensemble des activités physiques (exprimé en dépense moyenne en énergie). La dépense moyenne en énergie chez les personnes qui ont suivi uniquement un enseignement primaire est nettement plus élevée que chez les personnes qui ont suivi un enseignement supérieur ou universitaire.

1.3.5 Habitudes alimentaires

D'importantes affections chroniques, telles que les maladies cardio-vasculaires, plusieurs types de cancers, l'ostéoporose et beaucoup d'autres encore, sont liées à des facteurs alimentaires. L'on admet que les habitudes alimentaires influencent de nombreux autres aspects de la santé d'un individu comme la perception de la santé, d'autres habitudes (activité physique), l'état de santé fonctionnel, mais aussi, éventuellement, la consommation des soins de santé.

Dans l'Enquête de santé, plusieurs aspects des habitudes alimentaires sont abordés. Dans cette monographie, nous nous concentrerons cependant uniquement sur la régularité des repas et le changement possible de consommation de graisses et de fibres.

Un peu plus de trois quarts de la population (78%) affirment respecter la régularité des repas, c'est-à-dire consommer régulièrement un petit-déjeuner, un déjeuner et un souper. Ceux qui ne respectent pas ce modèle sautent principalement le petit-déjeuner; 19% de la population déclarent ne prendre un petit-déjeuner que de manière (très) irrégulière. C'est surtout parmi la population active jeune (25-34 ans) que près d'une personne sur trois prend le petit-déjeuner de façon irrégulière.

Un tiers de la population (33%) a indiqué avoir diminué sa consommation de graisses au cours des deux années écoulées. Il s'agit, par exemple, d'une baisse de la consommation d'aliments riches en lipides comme le beurre, la margarine, la mayonnaise,... et/ou de la substitution de produits riches en graisses (comme les produits laitiers entiers) par des produits moins gras (par exemple des produits laitiers écrémés). Le souhait de maigrir et la crainte des conséquences d'une consommation importante de graisses sont de loin les deux principaux motifs de limiter la consommation de graisses.

Au total, 23% de la population ont déclaré avoir augmenter leur consommation de fibres au cours de ces deux dernières années. Dans ce cas, l'on fait abstraction du volume de fibres déjà consommé initialement. L'espoir d'effets favorables sur la santé est de loin la principale raison pour laquelle les personnes choisissent un régime plus riche en fibres, outre l'idée qu'un tel comportement «cadre dans un régime amaigrissant».

Chapitre 2:

Présentation et validité des données de santé dans l'Enquête socio-économique 2001

Avant de présenter les résultats (chapitre 3 et suiv.), ce chapitre s'arrête sur l'origine et la qualité des informations collectées. Dans un premier temps, nous discuterons les concepts utilisés en matière de santé et les questions reprises dans l'Enquête socio-économique.

Dans un deuxième temps, nous analyserons dans quelle mesure les répondants ont effectivement répondu aux questions sur la santé du Recensement. Bien que la participation à l'enquête (du moins le renvoi du formulaire de réponse) était obligatoire, cela ne signifie en effet pas que tous les répondants ont répondu aux questions sur la santé.

L'absence de réponse aux questions de l'enquête ne pose pas de problème en soi à condition que celle-ci soit répartie de manière aléatoire, c'est-à-dire qu'*aucun* lien ne puisse être constaté entre les caractéristiques (socio-démographiques) de la population et l'absence de réponse. S'il y a *bel et bien* un lien et que certains groupes sont sous-représentés dans l'échantillon final, la prévalence de certains phénomènes étudiés risque d'être sous ou surévaluée dans la mesure où ils sont plus prévalents dans certains groupes (par exemple les personnes âgées).

Enfin, dans un troisième temps, nous étudierons dans quelle mesure les résultats du Recensement correspondent à deux autres enquêtes réalisées auprès de la population la même année, qui posaient des questions semblables sur la santé. Cela concerne l'Enquête de santé 2001 et le Panel démographie familiale 2001. Cette *validation externe* sert à vérifier si les résultats observés du Recensement correspondent aux données belges déjà disponibles sur la santé et représente, en d'autres mots, un baromètre de la qualité des données collectées.

Dans les pages qui suivent, nous utiliserons le terme «Enquête de santé» comme dénomination de l'Enquête de Santé belge par Interview 2001, menée par l'Institut scientifique de Santé publique, conjointement avec l'Institut national de Statistique. Le «Panel démographie familiale» est le Panel Study on Belgian Households, une étude longitudinale réalisée par des équipes de l'Université d'Anvers (UA) et de l'Université de Liège (ULG), dont la dixième vague a été organisée en 2001.

2.1 Instruments d'étude

2.1.1 Introduction

Dans le Recensement de 2001, des questions sur la santé ont été repris pour la première fois. Lors de la conception du questionnaire, le choix s'est porté sur une question sur l'état de santé perçu ou subjectif, trois questions sur la présence et l'impact de maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps, et trois questions sur l'aide informelle. Cette section décrit ces questions.

2.1.2 Santé subjective

La santé subjective peut être considérée comme une mesure globale qui inclut différents aspects de la santé, tant physique que sociale et émotionnelle. Elle n'est que partiellement influencée par la présence de symptômes ou de plaintes spécifiques ou par un diagnostic médical d'une maladie éventuelle. La notion «subjective» témoigne du fait qu'il s'agit d'une évaluation personnelle et émotionnelle et non d'une analyse cognitive de la santé (personnelle). Bien que la santé réfère en premier lieu à l'état de santé, d'autres aspects également interviennent indubitablement, si bien que la notion «santé» peut être élargie à la santé liée à la qualité de vie.

De nombreux auteurs ont démontré que la perception de son état de santé est un bon indicateur de la gravité des plaintes et maladies dont souffre la personne interrogée (Dunne *et al.*). La santé subjective observée est par ailleurs, dans certains groupes de population, étroitement liée à la mortalité (Appels *et al.*) et à l'espérance de vie (Grant *et al.*; Idler et Kasl; McCallum *et al.*; Mossey et Shapiro; Valkonen *et al.*; Wolinsky et Johnson; Wolinsky *et al.*; Yu *et al.*).

La santé subjective constitue en outre un bon prédicteur de la morbidité, du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins (de Bruin *et al.*). La santé subjective peut dès lors être considérée comme un instrument très utile et bon marché pour la détection des groupes à haut risque.

Pour déterminer la santé subjective, la question suivante très simple peut être utilisée: «comment est votre état de santé général», avec les réponses: «très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise.» Pour mesurer l'état de santé de la population, l'OMS recommande (de Bruin *et al.*) d'utiliser le pourcentage de la population avec une santé subjective bonne à très bonne (par opposition à moyen, mauvais ou très mauvais état de santé subjective).

La question se rapportant à l'état de santé subjective a été formulée et reprise dans le Recensement sur la base des recommandations de l'OMS. Toutes les personnes d'au moins 6 ans devaient répondre. Dans les tableaux comparant les résultats du Recensement à ceux de l'Enquête de santé et du Pane, la limite d'âge est cependant fixée à 15 ans, étant donné que dans ces deux dernières enquêtes, des informations ont été collectées uniquement à partir de 15 ans.

2.1.3 Limitations de l'activité

Les limitations de l'activité sont souvent la conséquence d'une affection de longue durée, dont la prévalence dans la population augmente avec l'âge.

L'impact des affections sur les limitations de l'activité est déterminant pour la personne et la société (Idler et Kasl). En outre, le vieillissement réduit également les capacités physiques. Pour éviter les incapacités de longue durée et optimiser les facteurs environnementaux du vieillissement, une combinaison de stratégies est donc cruciale pour contrôler l'apparition et l'impact des limitations physiques.

Les projections démographiques dont il ressort qu'une partie toujours plus grande de la population se retrouvera dans des catégories d'âges plus avancés dans un futur proche, soulignent l'impact éventuel des limitations physiques sur l'état de santé de la population dans son ensemble.

De plus, il subsiste une question quant à l'évolution des limitations dans la population générale et la population plus âgée. Les données empiriques pour l'instant ne permettent pas de répondre à cette question. Néanmoins, les études récentes montrent que la prévalence des limitations n'augmente pas mais plutôt qu'elle diminue légèrement (Grant *et al.*). Dans les ouvrages, ce phénomène est connu sous le terme «compression de la morbidité».

Il était donc opportun de profiter des possibilités d'un recensement général et d'y reprendre un nombre limité de questions portant sur les limitations. Le but consistait principalement à décrire les effets de maladies et d'affections de longue durée ou de handicaps sur le fonctionnement physique. Trois questions ont été posées:

- Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps? (catégories de réponses: oui/non)
- Ceux qui répondaient «oui» à la question précédente, devaient répondre aux deux questions suivantes:
 - Êtes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes en raison de ces maladies, affections ou handicaps? (catégories de réponses: en permanence/de temps en temps/pas ou rarement)
 - Etes-vous alité à la suite de ces maladies, affections ou handicaps? (catégories de réponses: en permanence/de temps en temps/pas ou rarement)

2.1.4 Aide informelle

Par aide informelle ou soins de santé informels, nous faisons référence à l'aide ou aux soins qui ont lieu en dehors du secteur professionnel, en d'autres mots, les soins qui sont dispensés par les proches d'une personne. Il s'agit le plus souvent de soins donnés par un partenaire, un enfant, un autre membre de la famille, un voisin, un(e) ami(e),...

L'aide informelle est un sujet d'étude relativement nouveau dans la recherche sur la santé, ce qui fait qu'encore aucune question standard n'a été développée et recommandée par l'OMS. Pour le Recensement, les trois questions suivantes ont été choisies en vue d'évaluer l'aide informelle dispensée:

1. Apportez-vous au moins une fois par semaine, en dehors de votre profession, une aide ou des soins à une ou plusieurs personnes ayant une maladie, affection ou handicap durable (ex. mobilité réduite)?

2. Si OUI, cette ou ces personnes sont (cochez plusieurs cases si nécessaire)

Membre(s) de votre ménage

Membre(s) de la famille n'appartenant pas à votre ménage

Voisin(s)

Ami(s), connaissance(s), etc.

3. Si OUI, combien de temps consacrez-vous à cette aide ou à ces soins?

Au moins une fois par semaine (mais pas tous les jours)

Tous les jours, moins de 30 minutes

Tous les jours, de 30 minutes à moins de 2 heures

Tous les jours, de 2 à moins de 4 heures

Tous les jours, 4 heures ou plus

La première question s'est largement inspirée du recensement mené au Royaume-Uni en 2001: «*Carers—Do you look after, or give any help or support to family members, neighbours or others because of long term physical or mental ill health or disability, or problems related to old age? (Do not count anything you do as part of your paid employment.)*»³.

2.2 Validation interne

2.2.1 Introduction

Les questionnaires du Recensement devaient être complétés par les répondants eux-mêmes, sans l'aide d'un enquêteur pur apporter une précision ou un commentaire.

Implicitement, de nombreuses suppositions ont été faites concernant les capacités physiques et intellectuelles du répondant, sa maîtrise de la langue et sa bonne volonté à participer à l'enquête.

L'on peut supposer que certains répondants souffrant d'affections, telles que la dyslexie, un handicap visuel ou une démence (naissante), qui les empêchent de lire ou de comprendre les questions, ont complété le questionnaire de manière partielle ou incorrecte. La langue utilisée dans les questions et l'objectif du questionnaire peuvent être difficiles à comprendre pour certains groupes de la population. Enfin, il ne faut pas oublier que même si que la participation à l'enquête était obligatoire, il n'était pas obligatoire de donner une réponse valide aux questions. L'obligation de participation était remplie au moment où le formulaire, complété ou non, était renvoyé à l'INS.

Les questions ayant trait à la santé peuvent par ailleurs être classées parmi les questions sensibles. Des personnes peuvent penser que les informations sur leur état de santé relèvent de la sphère privée et sont, par conséquent, moins enclines à y répondre.

2.2.2 Non-réponse aux questions sur la santé

Dans un premier temps, l'on a examiné globalement dans quelle mesure les répondants avaient complété les questions sur la santé et l'aide informelle. La question sur la santé subjective, la question sur la présence d'affections chroniques et la question sur l'aide informelle.

³ <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=453>

Nombre de réponses manquantes	Nombre de personnes	Pourcentage de la population totale
0	7.992.586	85,63
1	953.416	10,22
2	276.330	2,96
3	111.096	1,19

Tableau 4: *Nombre de réponses manquantes aux trois questions principales sur la santé et l'aide informelle*

Un peu plus de 86% des répondants ont répondu aux trois questions sur la santé. Un total de 10,2% des répondants n'a pas répondu à l'une de ces trois questions. Pour 111.096 répondants soit 1,2%, il manque une réponse aux trois questions.

Les questions portant sur la santé ne constituent qu'une partie des questions du Recensement. C'est pourquoi il est intéressant de vérifier si la non-réponse aux questions à propos de la santé s'associe à la non-réponse aux autres parties du questionnaires. Pour cette analyse, nous avons sélectionné, parmi ces autres parties du questionnaire, 23 questions auxquelles tous les répondants devaient répondre.

Le nombre moyen de réponses manquantes à ces 23 questions est associé positivement au nombre de réponses manquantes aux questions de santé. Tandis que le nombre moyen de réponses manquantes s'élève à 1,97% quand il manque des informations sur une question sur la santé, ce chiffre s'accroît jusqu'à 8,31 quand les 3 questions de la santé sont sans réponse. Cette association suggère que le comportement de non-réponse aux questions sur la santé suit le comportement de non-réponse en général.

2.2.3 Santé subjective

Le taux de non-réponse à la question sur la santé subjective s'élève à 3,2%. Les personnes appartenant aux catégories d'âges les plus avancés (75 ans ou plus) ont davantage tendance à ne pas répondre à cette question (6,5%) en comparaison avec les autres catégories d'âges (+/- 3%).

La non-réponse à la question relative à la santé subjective est liée au niveau d'instruction. Tandis qu'à peine 1,6% des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire n'ont pas répondu à la question sur la santé subjective, ce pourcentage est de 3,2% chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement inférieur.

Le pourcentage de personnes sans aucune réponse valide est le plus faible pour la Région flamande (3,1%) et la Région wallonne (3,1%) et légèrement plus élevé dans la Région de Bruxelles-Capitale (3,9%).

Caractéristique socio-démographique	Santé subjective		Affections chroniques		Limitations		Alitement	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Sexe								
Hommes	2,87	4.538.351	7,43	4.538.351	6,70	873.277	19,60	873.277
Femmes	3,45	4.795.077	8,75	4.795.077	6,95	970.586	18,60	970.586
Groupe d'âge								
6-14	3,44	1.100.422	10,09	1.100.422	10,41	50.605	24,12	50.605
15-24	2,41	1.195.420	7,38	1.195.420	7,42	83.062	23,62	83.062
25-44	2,21	2.891.163	5,65	2.891.163	6,56	365.969	20,71	365.969
45-64	3,06	2.440.962	7,83	2.440.962	6,30	627.969	18,89	627.969
65-74	4,39	959.402	11,60	959.402	6,75	356.578	18,83	356.578
75+	6,49	746.059	12,31	746.059	7,48	359.680	16,22	359.680
Niveau d'instruction								
Primaire ou moins	3,16	1.605.900	8,85	1.605.900	7,10	584.447	16,68	584.447
Secondaire inférieur	2,38	2.046.895	7,52	2.046.895	6,21	461.437	18,71	461.437
Secondaire supérieur	1,88	2.275.944	5,65	2.275.944	6,04	353.315	19,94	353.315
Supérieure ou universitaire	1,60	1.801.610	3,91	1.801.610	5,72	235.934	19,38	235.934
Région								
Flandre	3,10	5.505.032	7,60	5.505.032	7,14	1.001.969	21,03	1.001.969
Bruxelles	3,87	811.144	9,21	811.144	7,36	163.315	17,78	163.315
Wallonie	3,10	3.017.252	8,76	3.017.252	6,25	678.579	16,51	678.579
Total	3,17	9.333.428	8,11	9.333.428	6,83	1.543.863	19,08	1.843.863

Tableau 5: Non-réponse aux questions sur la santé, par caractéristique socio-démographique

2.2.4 Affections chroniques

Le taux de non-réponse pour la question sur la présence d'affections chroniques est nettement plus élevé (8,1%) que pour la question sur la santé subjective. Ici non plus, aucune différence substantielle ne peut être observée entre les hommes (7,4%) et les femmes (8,8%).

Selon la catégorie d'âge, nous constatons que le taux de non-réponse est le plus élevé parmi les catégories d'âges les plus avancées: 11,6% chez les 65 à 74 ans et 12,3% chez les 75 ans et plus par rapport à 5,6% chez les 52 à 44 ans.

Le taux de non-réponse auprès des personnes ayant un diplôme primaire (8,9%) est le double de celui des personnes ayant un diplôme supérieur ou universitaire (3,9%).

2.2.5 Limitations physiques et alitement

L'interprétation de la non-réponse pour les questions sur les limitations dans les activités quotidiennes et l'alitement requière une approche différente. Tandis qu'une réponse aux questions sur la santé subjective et les limitations était attendue de tous les répondants, il ne fallait répondre aux questions sur les limitations et l'alitement que si un répondant avait indiqué souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, affections de longue durée, ou handicaps. Pour les répondants qui avaient indiqué ne pas souffrir de maladies de longue durée et pour les répondants qui n'avaient pas donné de réponse valide à cette question, les questions sur les limitations ou l'alitement n'étaient pas d'application.

De manière globale, pour 6,8% de ceux qui auraient dû répondre, il n'y a pas d'informations valides en ce qui concerne la présence de limitations. Ici non plus, aucune différence substantielle n'est observée entre les répondants masculins et féminins. Contrairement aux deux questions précédentes, il n'y a presque pas de différences entre les différentes catégories d'âges. Le taux de non-réponse est un peu plus élevé chez les répondants ayant un diplôme primaire (7,1%).

Le pourcentage de personnes qui n'ont pas donné de réponse valide à la question sur l'ampleur de l'alitement à la suite d'une maladie ou affection de longue durée est relativement élevé: 19,1%. En d'autres mots, cela signifie que pour un cinquième des personnes ayant indiqué souffrir de maladies ou affections de longue durée, l'on ne sait pas si elles sont forcées de rester alitées en raison de la gravité de ces maladies ou affections de longue durée. Le pourcentage élevé du taux de non-réponse pour la question sur l'alitement est peut-être associé à une interprétation inexacte de la structure de la question. En effet, un certain nombre de répondants qui ont indiqué ne «pas ou rarement» être gênés par des maladies, affections ou handicaps, ont peut-être jugé inutile de répondre à la question sur l'alitement.

Une analyse spécifique du taux de non-réponse à la question sur l'alitement selon les catégories de réponses de la question sur les limitations illustre cela. Moins une personne souffre de limitations, plus il y a de chance qu'elle ne réponde pas à la question sur l'alitement (tableau 6) Environ un quart des répondants qui ont répondu «pas ou rarement» ou qui n'ont pas du tout donné de réponse n'a pas d'informations valides pour la question sur l'alitement.

Catégories de réponses de la question sur les limitations	Non-réponse (%) pour la question sur l'alitement
En permanence	13,55
De temps en temps	21,46
Pas ou rarement	23,81
Pas de réponse	24,47

Tableau 6: Taux de non-réponse pour la question sur l'alitement selon les catégories de réponses de la question sur les limitations

Une autre explication pour le taux de non-réponse élevé se trouve dans la mise en page du questionnaire. Après la question 3b sur les limitations dans les activités quotidiennes, le répondant n'est pas renvoyé explicitement vers la question 3c sur l'alitement. La question 3c est donc facilement sautée par les personnes qui n'ont pas lu le questionnaire attentivement ou par les personnes assumant

qu'une réponse négative à la question sur les limitations dans les activités quotidiennes (pas ou rarement) exclut automatiquement une réponse positive à la question sur l'alitement, question qui devient donc superflue (ce qui est en effet un raisonnement logique).

3a. Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps ?

oui non

3b. Si OUI, êtes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes par ces maladies, affections ou handicaps ?

en permanence
 de temps en temps
 pas ou rarement

3c. Si OUI (question 3a), devez-vous rester au lit à la suite de ces maladies, affections ou handicaps ?

en permanence
 de temps en temps
 pas ou rarement

Figure 12: Mise en pages de la question rédigée sur les affections chroniques

2.2.6 Aide informelle

Pour 8,4% des répondants, aucune information valide n'est disponible en ce qui concerne la question sur l'aide informelle. Comme cela est également le cas pour les questions sur la santé, le taux de non-réponse augmente avec l'âge. Tandis qu'il n'y a aucune information valide pour 5,4% des 15-24 ans, ce pourcentage grimpe à 15,1% pour les plus âgés. Le taux de non-réponse semble par ailleurs démontrer un lien avec le niveau d'instruction des répondants. Plus la catégorie d'instruction est faible, plus le taux de non-réponse est élevé.

Il faut interpréter différemment le taux de non-réponse à la question sur l'aide (informelle) et celui de la question quant à la personne aidée. Les répondants qui ont indiqué n'apporter aucune aide (informelle) ne devaient, en effet, pas répondre à la question de savoir à qui cette aide était apportée. Pour 5,3% des répondants qui ont indiqué apporter une aide informelle, il n'y a pas d'informations valides sur la personne aidée. Ce pourcentage est comparable pour les hommes (5,5%) et pour les femmes (5,1%). Peu de différences significatives sont observées selon l'âge. Le taux de non-réponse à la question de savoir à qui l'aide (informelle) est apportée, n'est pas davantage lié- au niveau d'instruction.

Une même tendance peut être observée en ce qui concerne le temps consacré à l'aide: ici également le taux de non-réponse s'élève à 5% et aucune différence ne peut être constatée entre les hommes ou les femmes ou entre les divers groupes d'âges distingués ici (à l'exception pour le groupe d'âges les plus avancé, où le taux de non-réponse atteint 9,9%). Les répondants ayant un niveau d'instruction plutôt faible donnent moins souvent une réponse valide à la question sur le temps consacré à l'aide informelle (6,7%). Le taux de non-réponse à cette question est plus élevé chez les habitants de Bruxelles (7,5%) que chez les habitants de Flandre (5,2%) ou de Wallonie (4,6%).

Caractéristique socio-démographique	Soins informels		Identité du bénéficiaire des soins		Temps consacré aux soins	
	%	N	%	N	%	N
Sexe						
Hommes	7,81	4.538.351	5,48	305.739	5,20	305.739
Femmes	9,01	4.795.077	5,12	434.979	5,17	434.979
Groupe d'âge						
6-14	21,89	1.100.422	10,10	13.819	10,67	13.819
15-24	5,43	1.195.420	6,12	45.586	5,59	45.586
25-44	3,76	2.891.163	5,16	190.209	4,42	190.209
45-64	6,01	2.440.962	4,25	321.917	3,94	321.917
65-74	11,74	959.402	5,57	106.182	6,62	106.182
75+	15,10	746.059	8,55	63.005	9,87	63.005
Niv. d'instruction						
Primaire ou moins	8,53	1.605.900	5,60	145.419	6,65	145.419
Secondaire inférieur	5,69	2.046.895	4,35	192.554	4,55	192.554
Secondaire supérieur	3,74	2.275.944	4,57	188.550	3,82	188.550
Supérieure ou universitaire	2,18	1.801.610	4,86	159.923	3,03	159.923
Région						
Flandre	8,40	5.505.032	5,80	409.023	5,21	409.023
Bruxelles	8,89	811.144	5,59	66.737	7,45	66.737
Wallonie	8,35	3.017.252	4,36	264.958	4,57	264.958
Total	8,43	9.333.428	5,27	740.718	5,18	740.718

Tableau 7: Taux de non-réponse aux questions sur les soins informels, par caractéristique socio-démographique

2.2.7 Aperçu des modèles de réponse des questions conditionnelles

Après chaque réponse positive aux questions sur la présence d'une affection durable ou sur la dispense de soins non professionnels (soins informels), les répondants doivent répondre aux deux questions qui s'y rattachent.

La réponse pour ces questions de suivi dépend donc de la réponse aux deux questions principales. Un répondant qui donne une réponse invalide à une question principale ne peut ensuite plus donner de réponse valide aux questions subsidiaires. Les pourcentages représentés de taux de non-réponse ne reflètent toutefois pas cette réalité. Ils comprennent uniquement les répondants qui sont censés répondre aux sous-questions après avoir donné une réponse valide (positive) aux questions principales.

Pour donner une image claire du moment où apparaît précisément la perte d'informations, nous présentons ci-dessous deux graphes qui illustrent le déroulement complet de ces deux questions.

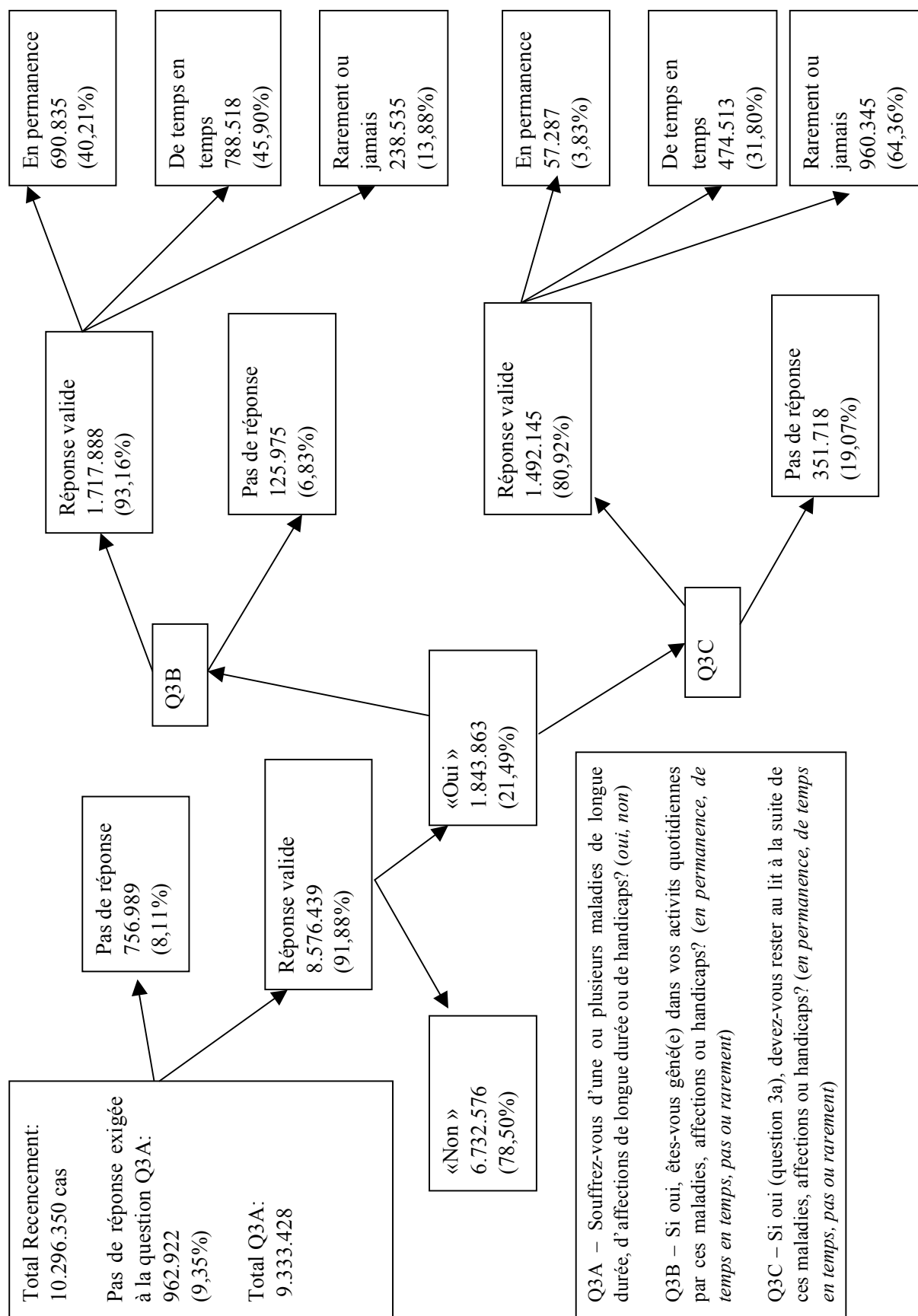


Figure 13: Modèle de réponse à la question sur les affections chroniques

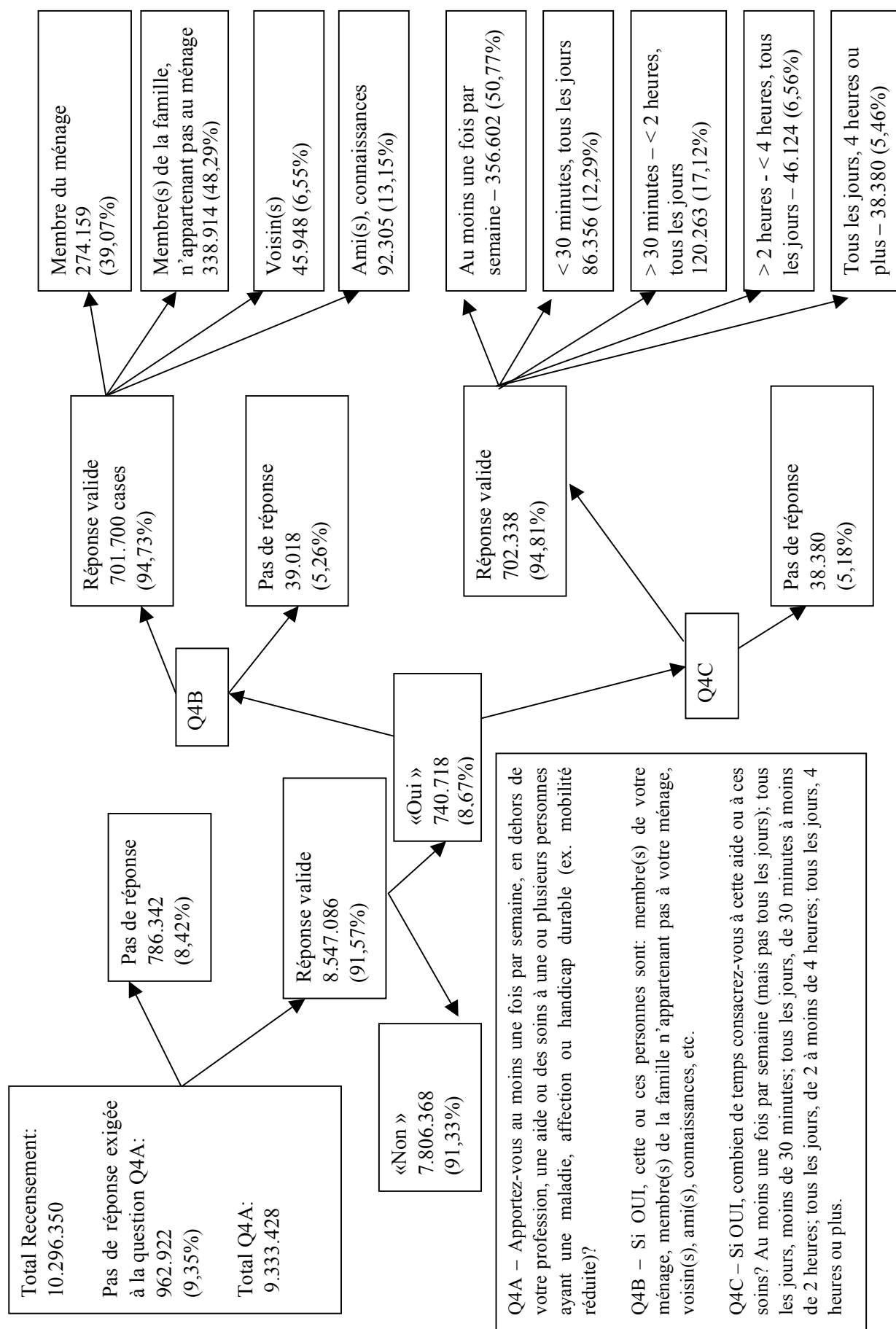


Figure 14: Modèle de réponse à la question sur les soins informels

Pour 8,1% des 9.333.428 répondants desquels une réponse valide est attendue à la question portant sur la présence de maladies ou affections de longue durée ou handicaps, cette réponse fait défaut. Pour les deux questions suivantes, il y a ainsi une perte supplémentaire d'informations de respectivement 6,8% et 19,1%.

Pour les trois questions sur l'aide non professionnelle, il manque des informations pour la question d'ouverture pour 8,4% des répondants. Les deux questions qui s'y rattachent connaissent un taux de non-réponse supplémentaire de respectivement 5,3% et 5,2%.

2.3 Validation externe

Nous comparons ici trois fichiers de données qui ont tous été collectés en 2001 et qui contiennent des questions semblables sur la santé: l'Enquête socio-économique générale 2001 (Recensement), l'Enquête de Santé par Interview (HIS) et la dixième vague du Panel démographie familiale (PSBH). L'objectif de cette comparaison vise à étudier dans quelle mesure les résultats des différentes enquêtes corroborent ou se contredisent. Du point de vue du Recensement, nous analysons dans quelle mesure les résultats de l'étude sont confirmés par les deux autres enquêtes.

Une comparaison de ces fichiers doit se faire avec toute la prudence nécessaire: les données du Recensement peuvent-elles être efficacement comparées avec, par exemple, l'Enquête de santé, en sachant que la première enquête est une enquête postale, alors que dans l'Enquête de santé, les données sont collectées par un enquêteur?

Dans cette partie, nous traiterons plus à fond des méthodes qui ont été appliquées lors de la collecte des données dans les trois fichiers afin de pouvoir identifier les différences et les similitudes. Il s'agit d'une condition nécessaire pour interpréter et utiliser correctement les différences éventuelles au niveau des résultats. Les méthodes utilisées pour la collecte des informations contiennent divers aspects qui peuvent tous influencer leurs résultats et utilité.

- Cadre global de l'étude: objectifs sous-jacents, commanditaires, thèmes abordés
- Le plan d'échantillonnage: unité de référence, période de référence, plan d'échantillonnage, nombre d'observations, taille de l'échantillon, taux de participation
- Manière dont les données ont été collectées: méthode de questionnement, instrument, mise en pages et longueur de l'instrument, manière dont les questions ont été formulées, non-réponse

2.3.1 Cadre général

Les textes officiels qui encadrent les trois fichiers permettent de mettre en avant les différences dans le cadre général.

L'objectif de l'Enquête socio-économique est multiple. Dans les textes officiels, il est fait référence à l'obligation internationale de la Belgique d'organiser une telle enquête et il est indiqué que cette enquête est utilisée pour l'aide aux politiques. En outre, le Recensement est également lié aux objectifs proposés de la Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999, tant en ce qui concerne l'intégration

sociale et l'économie sociale, la politique des grandes villes et la simplification administrative qu'en ce qui concerne la qualité du travail scientifique qui appuie les décisions politiques.

L'Enquête de santé vise à collecter des informations tant sur l'état de santé, les problèmes de santé et les besoins en matière de santé de la population que sur la consommation et la disponibilité des soins de santé. Le Panel démographie familiale a enfin et surtout pour objectif d'observer les changements qui apparaissent dans le style de vie, les moyens financiers des individus et ménages belges ainsi que dans les structures démographiques.

Par rapports aux thèmes qui sont abordés, le Recensement se distingue des deux autres sources d'informations par son caractère multisectoriel: autant de questions sur la formation, la formation professionnelle, la mobilité, le logement, la santé, la composition du ménage, la fécondité,... Le Panel démographie familiale se concentre davantage sur l'emploi, le ménage, la pauvreté ainsi que sur les aspects relatifs à la santé. Seule l'Enquête de santé est spécifiquement axée sur les divers aspects de la santé: maladies, limitations, soins, prévention,...

Une deuxième différence se rapporte au contexte géographique. Le Recensement a été développé pour soutenir la politique nationale et la politique des grandes villes. Il se caractérise également par une perspective géographique plus détaillée que l'Enquête de santé et le Panel démographie familiale, lesquels ont été conçus pour pouvoir émettre des jugements fondés sur les phénomènes au niveau national et régional.

Les commanditaires sont également différents. Le Recensement est organisé par la Direction générale Statistique et Information économique. L'Enquête de santé est une collaboration entre l'Institut scientifique de Santé publique et la Direction générale Statistique et Information économique. Enfin, le Panel démographie familiale est le résultat d'une collaboration entre l'Université d'Anvers (UA) et l'Université de Liège.

En ce qui concerne la population de référence, de petites différences peuvent être discernées. Le Recensement s'adresse à tous les habitants de la Belgique au 1er octobre 2001. L'Enquête de santé s'adresse à tous les habitants de la Belgique au 1er janvier 2001. La population de référence de la dixième vague du Panel démographie familiale est plus difficile à déterminer, vu que le Panel utilise un échantillon composé en 1992 et qui, depuis lors, a été complété plusieurs fois par des nouveaux ménages pour remplacer ceux qui ont abandonné.

De plus, dans le Panel démographie familiale, il s'agit clairement d'un échantillon de ménages où tous les membres du ménage sont interrogés. L'Enquête de santé est un échantillon de ménages où plusieurs personnes du ménage peuvent être interrogées. Le Recensement par contre interroge toute la population. Néanmoins, dans tous les fichiers, tant les données au niveau individuel qu'au niveau du ménage sont disponibles.

Les trois fichiers de données présentent également de légères différences dans les critères d'exclusion qui sont appliqués. Les ménages collectifs n'ont pas été retenus dans le Panel démographie familiale. Dans l'Enquête de santé un certain nombre de ménages collectifs ont été exclus, comme les prisons, les institutions psychiatriques et les communautés religieuses. Par contre les personnes qui habitent dans une maison de repos ou dans une maison de soins ont été retenues.

2.3.2 Le plan d'échantillonnage

Dans le tableau 8 les plans d'échantillonnage du Recensement, de l'Enquête de santé et du Panel démographie familiale sont comparés. Tandis que l'Enquête de santé et le Panel démographie familiale se rapportent à l'année calendrier 2001 complète, les données pour le Recensement ont été collectées en octobre 2001 (en automne), ce qui peut influencer les résultats des questions sur la santé (influences saisonnières), surtout chez les personnes âgées.

Le degré de participation est plus faible dans le Panel démographie familiale et plus élevé dans le Recensement (la participation était obligatoire).

	Recensement	Enquête de santé	Panel démographie familiale
Unité de référence	Individu	Ménage	Ménage
Periode de collecte de données	Du 24/09/01 au 03/02	Du 5/01/01 au 20/01/02	Du 3 avril 2001 au 31 décembre 2001
Plan d'échantillonnage	Exhaustif: population totale	Échantillon stratifié en plusieurs étapes	Échantillon stratifié en plusieurs étapes. Pas de stratification
Cadre d'échantillonnage	Registre national	Registre national	Registre national
Nombre d'observations	10.296.349 individus	12.050 individus	4.439 ménages
Probabilité de tirage	1	Belgique 1,2/1000; Bruxelles (3,1/1000)	
Degré de participation	96,9% (individuelle)	61,4% (ménages)	49,7% (ménages)

Tableau 8: *Comparaison de la méthodologie d'échantillonnage du Recensement, de l'Enquête de santé et du Panel démographie familiale.*

2.3.3 Collecte des données

Globalement, tant l'Enquête de santé que le Panel démographie familiale sont des enquêtes en vis-à-vis avec enquêteur, tandis que le Recensement est une enquête postale. Il convient toutefois d'ajouter qu'une partie des données de l'Enquête de santé a également été collectée au moyen d'un questionnaire écrit.

	Enquête de santé	Recensement	Panel démographie familiale
Méthode de questionnement	Santé subjective (questionnaire écrit, supervisé par l'enquêteur), affections chroniques (enquêteur)	Enquête postale (questionnaire écrit)	Enquêteur
Mise en pages et longueur	++ / très long	+ - / court	++ / long
Formulation de la question sur la santé subjective	Comment est votre état de santé général? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais	Comment est votre état de santé général? Très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais	Comment est votre santé en général? Très bonne, bonne, moyenne, mauvaise, très mauvaise
Formulation de la question sur les affections chroniques	Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps? Oui/Non	Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps? Oui/Non	Souffrez-vous d'une maladie chronique, d'un handicap ou d'une infirmité? Oui/Non
Formulation de la question sur les limitations fonctionnelles	Êtes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes en raison de cette (ces) maladie(s), cette (ces) affection(s) ou ce(s) handicap(s)? En permanence, De temps en temps, Pas ou rarement	Si oui, êtes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes par ces maladies, affections ou handicaps? En permanence, De temps en temps, Pas ou rarement	Vos activités quotidiennes sont-elles limitées par cette maladie chronique, une incapacité physique ou une infirmité? Oui, beaucoup, Oui partiellement, Non
Formulation de la question sur l'alitement	Êtes-vous confiné(e) au lit à la suite de cette (ces) maladie(s), cette (ces) affection(s) ou ce(s) handicaps? En permanence, De temps en temps, Pas ou rarement	Si oui, devez-vous rester au lit à la suite de ces maladies, affections ou handicaps? En permanence, De temps en temps, Pas ou rarement	Pas de question
Non-réponse	Santé subjective: 0,5% Affections de longue durée: 0,6% Limitations fonctionnelles: 2,2%	Santé subjective: 2,7% Affections de longue durée: 7,5% Limitations fonctionnelles: 6,6%	

Tableau 9: Comparaison de la collecte des données, Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale

Les questionnaires utilisés dans les trois enquêtes diffèrent fortement. Les questionnaires de l'Enquête de santé et du Panel démographie familiale sont très longs. Ainsi, le questionnaire écrit de l'Enquête de santé compte 38 pages et le questionnaire oral 71 pages. Pour le Recensement, en revanche, le questionnaire dispose de 4 pages (instructions non comprises) a été envoyé aux répondants. La mise en page du questionnaire du Recensement laisse à désirer. Trop de questions ont été comprimées sur 4 pages, ce qui a un impact négatif sur la qualité des réponses.

Les questions sur la santé sont identiques ou fortement similaires dans les trois enquêtes:

- Par rapport à la question sur la santé subjective, une différence minime peut-être constatée au niveau de la formulation: dans le Recensement et l'Enquête de santé, la question est «comment est votre état de santé général», tandis que dans le Panel démographie familiale on demande «votre santé en général».
- Le Panel démographie familiale parle de «un problème de santé chronique (physique ou psychique)», tandis que le Recensement et l'Enquête de santé utilisent les termes «maladies de longue durée, affections de longue durée ou handicaps».
- En ce qui concerne la question relative aux limitations, tant le Recensement que l'Enquête de santé demandent la fréquence des limitations, alors que le Panel de démographie familiale interroge à propos de la gravité des limitations.

2.3.4 Santé subjective

Concernant la santé subjective, les résultats des trois enquêtes vont toujours dans le même sens: le pourcentage de personnes qui jugent leur propre santé mauvaise est supérieur parmi les femmes, les personnes âgées, ceux ayant un niveau d'instruction plus faible et ceux qui habitent en Région bruxelloise et en Région wallonne. Bien que les possibilités de comparaison au niveau du type de ménage soient plutôt limitées en raison de la composition légèrement différente des catégories dans les différentes enquêtes, l'on peut quand même déduire des résultats que la catégorie des personnes isolées présente le pourcentage le plus élevé de personnes qui ont un jugement plutôt négatif de leur propre santé.

Bien que la tendance qui se dégage dans les différentes enquêtes soit la même, l'on peut affirmer grosso modo que les résultats du Recensement donnent une image un peu moins positive que ceux qui ressortent de l'Enquête de santé. Par exemple, tandis que dans l'Enquête de santé 25,6% des femmes ont indiqué juger leur propre santé mauvaise, ce pourcentage monte jusqu'à 30,2% dans le Recensement. La prévalence moins élevée d'une mauvaise santé subjective dans l'Enquête de santé se manifeste surtout en Wallonie, chez les personnes moins instruites et dans la population âgée. Surtout dans la population âgée (+75), des différences importantes sont enregistrées.

Une comparaison des résultats du Recensement à ceux du Panel démographie familiale révèle certaines similitudes, mais aussi de très nombreuses divergences. Le lien très fort entre, par exemple, l'âge et la santé subjective qui est observé dans le Recensement est moins prononcé dans le Panel de démographie familiale. À noter également: pour chacun des niveaux d'instruction distingués, le pourcentage de personnes qui ont une image plutôt négative de leur propre santé est plus élevé dans le Panel de démographie familiale que dans le Recensement.

Caractéristique socio-démographique	Recensement		Enquête de santé		Panel démographie familiale	
	%	N	%	N	%	N
Sexe						
Hommes	25,7	3.864.892	21,2	4.927	21,1	1.361
Femmes	30,2	4.110.274	25,6	5.265	31,8	4.519
Groupe d'âge						
15-24	6,1	1.166.553	8,1	1.388	7,7	191
25-44	13,5	2.827.372	12,9	3.652	15,6	1.180
45-64	33,5	2.366.337	26,8	3.069	32,6	1.728
65-74	54,0	917.238	43,8	1.139	48,3	1.442
75+	70,8	697.666	53,6	945	57,8	1.339
Niveau d'instruction						
Primaire ou moins	52,0	1.555.124	44,5	1.693	55,1	1.990
Secondaire inférieur	29,0	1.998.179	32,5	1.864	32,4	1.539
Secondaire supérieur	17,5	2.233.148	17,8	2.725	20,8	1.293
Supérieure ou universitaire	12,8	1.772.702	13,4	2.360	16,0	931
Type de ménage						
Isolé	44,1	1.227.084	35,3	1.765	39,9	1.819
Ménage monoparental	26,1	672.413	19,7	984	31,9	510
Couple sans enfant	39,1	2.147.115	30,8	2.979	37,7	1.950
Couple avec enfant(s)	15,4	3.734.265	14,7	4.424	16,1	1.411
Ménage complexe	40,6	101.953	-	-	33,9	190
Ménage collectif	67,9	92.336	-	-	-	-
Région						
Flandre	24,7	4.724.123	21,7	6.428	22,8	2.247
Bruxelles	30,6	691.655	26,5	998	31,6	719
Wallonie	33,4	2.559.388	26,8	2.767	34,1	2.914
Total	28,0	7.975.166	23,5	10.193	29,3	5.880

Tableau 10: Pourcentage de personnes ayant une mauvaise santé subjective, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale

Plusieurs raisons possibles peuvent expliquer pourquoi ces pourcentages divergent dans certains cas:

- Une première observation importante a déjà été citée précédemment: le Recensement a été organisé pendant l'automne, tandis que les deux autres enquêtes se sont déroulées tout au long de l'année. Il est possible que ceci a un impact négatif sur les réponses des personnes âgées.
- En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate un taux de non-réponse relativement élevé dans le Recensement. Comme le taux de non-réponse est plus grand parmi les personnes à bas niveau d'instruction, ceci peut engendrer des biais.
- La question sur la santé subjective faisait partie du questionnaire écrit dans l'Enquête de santé et devait être complétée par le répondant lui-même (il n'était pas permis d'avoir recours à un proxy). La méthode de questionnaire était différente dans le Panel démographie familiale. Dans cette enquête, la question sur la santé subjective faisait partie du

questionnement oral. Le Recensement consistait d'un questionnaire écrit mais sans contrôle sur qui exactement a rempli le formulaire. Il est bien possible que parmi les personnes âgées les questionnaires ont été remplis par exemple par un membre de la famille.

En règle générale, les résultats pour la question sur la santé subjective du Recensement confirment les tendances observées dans l'Enquête de santé et le Panel démographie familiale. Les différences entre les diverses enquêtes peuvent probablement être imputées en grande partie aux différentes méthodes de collecte de données.

2.3.5 Affections de longue durée et maladies chroniques

De même, en ce qui concerne la question sur la présence de maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps, les résultats des trois enquêtes convergent; les femmes, les personnes âgées et les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur indiquent plus que les autres souffrir d'affections de longue durée. Alors que des différences régionales peuvent être notées dans le Recensement et l'Enquête de santé, elles sont quasiment nulles dans les résultats du Panel de démographie familiale.

Outre des similitudes, les résultats des trois enquêtes laissent également apparaître des différences: la prévalence des affections de longue durée dans l'Enquête de santé est nettement plus élevée que dans les deux autres enquêtes et ce en fonction de pratiquement toutes les caractéristiques socio-démographiques qui sont considérées ici.

- Vu que le questionnaire du Recensement et de l'Enquête de santé est identique et que celui utilisé dans le Panel démographie familiale diffère fortement, les résultats de cette dernière enquête pourraient s'écarter des deux premières enquêtes. Néanmoins, les résultats du Recensement sont beaucoup plus proches de ceux du Panel de démographie familiale.
- Il est possible que la méthode de questionnement (enquête postale pour le Recensement, questionnement oral pour l'Enquête de santé et le Panel démographie familiale) soit à l'origine de ces différences.
- Les chiffres élevés dans l'Enquête de santé s'expliquent peut-être par le fait que la question sur la présence de maladies de longue durée suit une série de questions portant sur la santé, ce qui fait que l'accent est fortement mis sur son propre état de santé et que toutes les plaintes possibles sont présentes à l'esprit d'un répondant. Cet «effet de contexte» a peut-être pu avoir un effet de suggestion sur la présence de maladies de longue durée.

Les résultats du Recensement sont fort proches de ceux du Panel de démographie familiale. Les deux s'éloignent cependant considérablement des résultats de l'Enquête de santé qui indiquent une prévalence nettement supérieure d'affections de longue durée.

Caractéristique socio-démographique	Recensement		Enquête de santé		Panel démographie familiale	
	%	N	%	N	%	N
Sexe						
Hommes	22,8	3.695.477	28,7	4.927	19,9	1.284
Femmes	24,4	3.891.586	29,0	5.265	22,5	3.184
Groupe d'âge						
15-24	7,5	1.107.240	12,1	1.388	6,3	156
25-44	13,4	2.727.773	19,0	3.652	13,0	981
45-64	27,9	2.249.732	32,4	3.069	22,8	1.205
65-74	42,0	848.109	48,0	1.139	36,4	1.084
75+	55,0	654.209	56,5	9.451	45,0	1.042
Niveau d'instruction						
Primaire ou moins	39,9	1.463.784	46,6	1.693	37,8	1.365
Secondaire inférieur	24,4	1.892.895	35,2	1.864	22,3	1.048
Secondaire supérieur	16,5	2.147.373	24,9	2.725	17,2	1.070
Supérieure ou universit.	13,6	1.731.192	19,8	2.360	15,5	899
Type de ménage						
Isolé	35,2	1.163.196	40,7	1.765	34,2	1.560
Ménage monoparental	22,0	638.691	29,0	984	24,1	382
Couple sans enfant	31,7	2.023.908	36,2	2.979	27,7	1.431
Couple avec enfant(s)	14,4	3.574.798	19,1	4.424	11,1	968
Ménage complexe	33,2	95.891	-	-	22,7	127
Ménage collectif	62,9	90.597	-	-	-	-
Région						
Flandre	21,6	4.511.421	27,4	6.428	21,7	2.136
Bruxelles	24,2	656.355	29,7	998	21,8	495
Wallonie	27,3	2.419.287	31,9	2.766	21,7	1.837
Total	23,6	7.587.063	28,8	10.193	21,8	4.468

Tableau 11: *Pourcentage de personnes souffrant d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale*

2.3.6 Limitations

Bien que la question sur les limitations éventuelles à la suite d'affections de longue durée soit identique dans le Recensement et l'Enquête de santé et soit comparable à celle utilisée dans le Panel démographie sociale, il existe une différence évidente dans les possibilités de réponse dans cette dernière enquête. Le Recensement et l'Enquête de santé abordent la *fréquence* des limitations tandis que le panel vise la *gravité* des limitations. Il n'est dès lors pas surprenant que les résultats du Recensement soient plus proches de ceux de l'Enquête de santé que de ceux du Panel. La fréquence et la gravité sont des points de vue nettement différents pour évaluer les conséquences d'affections de longue durée.

Même si les questions et les catégories de réponses dans le Recensement et l'Enquête de santé sont identiques, des différences surgissent au niveau des résultats. Ces différences apparaissent seulement dans une mesure limitée quand il s'agit du pourcentage de personnes qui indiquent être limitées *en permanence*, mais apparaissent fortement quand il s'agit de personnes qui indiquent être limitées *de temps en temps* ou *rarement ou jamais* à la suite d'affections de longue durée. La tendance est manifeste: le pourcentage de personnes qui indiquent être limitées *de temps en temps* est nettement plus élevé dans le Recensement que dans l'Enquête de santé. Identifions quelques raisons possibles:

- Tout d'abord, il est évident que la distinction entre limité en permanence et limité «de temps en temps» ou «rarement ou jamais» est beaucoup plus marquée que la distinction entre «de temps en temps» et «rarement ou jamais». Dans les deux dernières catégories de réponses, il s'agit de nuances qui sont bien plus sujettes à interprétation de la part du répondant.
- Ici également, on peut pointer les différences entre les méthodes de questionnement: le Recensement est une enquête écrite, l'Enquête de santé est une enquête orale. Peut-être que la tendance à opter plutôt pour le choix intermédiaire au lieu des catégories de réponses extrêmes (en combinaison avec la remarque précédente, cet effet jouerait surtout sur un glissement de «rarement ou jamais» à «de temps en temps») joue partiellement un rôle.
- La cause la plus importante est probablement liée à la sélection qui précède la question. La prévalence des maladies chroniques est beaucoup plus élevée dans l'Enquête de santé que dans le Recensement. Par conséquent, les personnes qui déclarent avoir une maladie chronique dans le Recensement sont plus fréquemment gênées par leur maladie.

Globalement, les résultats du Recensement et de l'Enquête de santé permettent une identification fiable de la prévalence des limitations en permanence à la suite d'affections de longue durée. Les catégories de réponses différentes du Panel démographie familiale entravent la comparaison avec les deux autres enquêtes.

2.3.7 Alitement

Par rapport à la question sur l'alitement à la suite de maladies, affections ou handicaps, la comparaison se limite au Recensement et à l'Étude de santé. Dans le Panel démographie familiale, aucune question n'a été reprise sur l'alitement. Dans les résultats des deux enquêtes, une même tendance se dessine; l'alitement à la suite d'affections est relativement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, plus chez les personnes âgées et plus chez les personnes ayant un niveau d'instruction (plutôt) faible.

2.3.8 Conclusion

La mortalité, bien qu'elle est un indicateur de santé de population important, ne concerne qu'une petite fraction de la population, principalement les personnes âgées. Il est donc nécessaire de mesurer la santé sur l'ensemble de la population. En outre, la santé, et son impact sur les soins de santé, est multi-dimensionnelle. La littérature anglo-saxonne tend à distinguer 1) la santé subjective (*illness*) qui correspond à l'utilité ou au bien-être que les individus tirent de leur fonctionnement; 2) les maladies (*disease*); 3) les fonctionnements ou les rôles que les individus sont capables d'exercer (*sickness*).

Caractéristique socio-démographique	Recensement				Enquête de santé				Panel démographie familiale			
	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N
Sexe												
Hommes	38,7	46,2	16,2	788.098	36,3	34,0	29,8	4.927	26,7	48,4	24,9	2.100
Femmes	42,3	46,6	11,2	884.453	39,5	36,1	24,4	5.265	31,6	51,2	17,2	2.356
Groupe d'âge												
15-24	21,1	50,1	28,8	76.895	14,3	39,3	46,4	166	11,7	50,3	37,9	612
25-44	29,2	51,0	19,9	341.955	26,1	42,6	31,3	690	17,7	55,7	26,6	1.918
45-64	39,1	48,1	12,8	588.420	37,1	36,1	26,8	990	23,1	59,1	17,8	1.277
65-74	42,5	46,1	11,4	332.516	44,2	28,5	27,3	545	37,7	43,9	18,4	409
75+	57,4	35,6	7,0	332.765	56,0	29,2	14,8	530	44,9	42,1	13,1	240
Niv. d'instruction												
Primaire ou moins	50,1	42,0	7,8	542.974	51,7	31,7	16,6	786	39,0	47,7	13,4	542
Second. inférieur	39,5	48,4	12,1	432.789	41,6	35,0	23,4	653	34,8	48,4	16,8	949
Second. supérieur	31,5	50,3	18,2	331.982	28,6	36,1	35,3	676	26,1	51,0	22,8	1.467
Sup. ou universit.	24,3	48,4	27,3	222.440	25,6	37,6	36,8	464	15,8	56,9	27,4	1.450
Type de ménage												
Isolé	43,8	44,8	11,4	380.757	46,2	33,7	20,1	710	35,7	44,6	19,7	493
Ménage monoparental	40,9	46,4	12,6	129.897	34,4	35,0	30,6	284	30,1	50,5	19,4	300
Couple sans enfant	32,8	49,0	18,2	479.132	38,8	36,2	25,0	1.073	32,5	50,5	16,8	1.128
Couple avec enfant(s)	41,6	46,2	12,3	599.633	31,4	35,3	33,3	840	18,6	59,0	22,4	2.510
Ménage complexe	49,5	40,0	10,5	29.437	-	-	-	-	23,6	55,1	21,3	25
Ménage collectif	70,1	24,3	5,6	53.695	-	-	-	-	-	-	-	-
Région												
Flandre	36,7	48,2	15,1	905.871	36,7	32,1	31,2	1.753	30,4	50,1	19,6	2.565
Bruxelles	39,7	44,9	15,4	147.143	40,0	35,1	24,8	294	22,9	40,2	36,9	379
Wallonie	46,4	42,8	10,8	619.537	40,1	41,1	18,9	872	31,9	53,5	14,6	1.512
Total	40,6	45,9	13,6	1.672.551	38,0	35,1	26,8	2.919	30,4	50,5	19,0	4.456

* 1: en permanence – 2: de temps en temps – 3: rarement ou pas

Tableau 12: Pourcentage de personnes selon l'ampleur de la gêne en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement, Enquête de santé et Panel démographie familiale

Caractéristique socio-démographique	Recensement				Enquête de santé			
	En permanence	De temps en temps	Rarement ou jamais	N	En permanence	De temps en temps	Rarement ou jamais	N
Sexe								
Hommes	3,4	28,3	68,2	679.592	1,8	12,6	85,6	4.927
Femmes	4,2	35,7	60,1	774.155	2,3	15,6	82,2	5.265
Groupe d'âge								
15-24	2,6	16,0	81,4	63.439	1,4	5,3	93,3	166
25-44	2,5	27,4	70,1	290.183	0,4	13,8	85,8	690
45-64	2,7	34,1	63,2	509.342	1,6	16,3	82,1	990
65-74	3,8	32,8	63,4	289.431	1,4	13,8	84,8	545
75+	7,5	36,7	55,8	301.352	5,7	13,8	80,5	530
Niveau d'instruction								
Primaire ou moins	5,3	37,8	56,9	486.942	4,3	16,8	78,9	786
Second. inférieur	2,8	32,5	64,7	375.121	1,9	16,8	81,3	653
Second. supérieur	2,3	26,7	71,0	282.854	0,2	11,8	88,0	676
Sup. ou universit.	1,4	19,4	79,2	190.217	1,2	10,4	88,4	464
Type de ménage								
Isolé	3,5	35,1	61,4	333.918	2,2	14,7	83,2	710
Ménage monoparental	4,2	34,6	61,3	114.186	0,8	15,3	83,9	284
Couple sans enfant	3,0	27,8	69,2	408.157	2,7	14,5	82,8	1.073
Couple avec enfant(s)	3,8	33,2	63,1	520.372	1,5	12,6	85,9	840
Ménage complexe	6,5	35,9	57,7	26.175	-	-	-	-
Ménage collectif	12,0	33,7	54,4	50.939	-	-	-	-
Région								
Flandre	4,3	30,0	65,7	770.937	1,6	11,4	86,9	1.753
Bruxelles	3,9	34,8	61,3	130.735	3,5	18,1	78,4	294
Wallonie	3,2	34,8	62,0	552.075	2,4	18,2	79,3	872
Total	3,9	32,3	63,9	1.453.747	2,0	14,2	83,8	2.919

Tableau 13: *Pourcentage de personnes selon l'ampleur de l'alitement en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques, comparaison Recensement et l'Enquête de santé*

Les différents indicateurs présentés dans ce chapitre mesurent les différents aspects de la santé de la population. La santé subjective ne mesure pas seulement la santé mais aussi le bien-être physique et psychique. L'indicateur des maladies chroniques nous offre l'aspect médical de la santé, et en combinaison avec les deux questions sur limitations et alitement, l'aspect fonctionnel de la santé.

L'objectif de validation dans ce chapitre était double: évaluer la qualité des données de l'Enquête socio-économique et comparer les résultats avec d'autres bases de données. Globalement, sur ces deux points, les résultats sont plutôt satisfaisants.

En ce qui concerne la qualité des données, le Recensement présente un taux de non-réponse relativement bas en ce qui concerne les questions de santé.

En ce qui concerne la comparaison avec d'autres bases de données, on observe les mêmes tendances, mais les niveaux des prévalences sont pour quelques indicateurs significativement différents. On peut cependant trouver des explications pour ces divergences.

Bien que le cadre d'échantillonnage pour les trois enquêtes dont il est question ici soit le même, le plan d'échantillonnage du Panel de démographie familiale est difficilement comparable avec celui de l'Enquête de santé, étant donné qu'il est basé sur un échantillon de 1991 ou 1992. La particularité du Panel de démographie familiale – une étude longitudinale – fait qu'il est difficile de le comparer avec des enquêtes transversales.

Le degré de participation de l'Enquête de santé et du Panel démographie familiale n'est pas si élevé, ce qui peut provoquer une distorsion de la sélection des participants dont il faut sérieusement tenir compte.

La formulation des questions au sujet de la santé subjective et des affections de longue durée se ressemble dans les trois enquêtes. Par ailleurs, la méthode d'enquête de l'Enquête de santé et du Panel de démographie familiale réduit le pourcentage de non-réponse en comparaison avec le Recensement. Ce problème est encore accentué par la constatation qu'il était possible d'améliorer la mise en pages du Recensement pour améliorer le taux de réponse.

D'autres éléments entrent également en jeu et peuvent simplifier ou compliquer la comparaison des résultats des questions sur la santé. Les données du Recensement ont été principalement collectées pendant l'automne; le risque d'une surévaluation des problèmes de santé liés aux saisons étant ainsi possible. Une autre étude a enfin révélé que tant le degré de participation que le taux de non-réponse peuvent varier entre les différents groupes de la population (Dunne *et al.*; Jacobs et Marynissen; Hill *et al.*; Hook; Lahaut *et al.*; Milligan; Rupp *et al.*; Ward-Griffin).

Chapitre 3:

La santé subjective, les maladies chroniques et les limitations fonctionnelles

3.1 Introduction et interprétation des tableaux

Dans les chapitres précédents, un cadre pour l'interprétation des résultats des questions sur la santé du Recensement a été fixé. L'attention s'est notamment portée sur l'évolution de la mortalité, les causes principales de décès et les déterminants de la santé. Ensuite, la méthodologie de l'Enquête socio-économique a été expliquée, le contexte des indicateurs utilisés a été présenté et la qualité des informations collectées a été évaluée.

Ces chapitres préparatoires permettent à présent de présenter les résultats des diverses questions sur la santé du Recensement.

Les résultats sont présentés successivement à l'aide des indicateurs de la **santé subjective**, la présence d'**affections chroniques**, les **restrictions** et l'**alitement** liés à ces affections chroniques et l'indicateur composite du **degré de dépendance**. Ce dernier est, comme mentionné précédemment, calculé sur la base des réponses à la question relative à la présence d'affections chroniques et des réponses aux questions afférant aux restrictions et à l'alitement.

Chaque indicateur est chaque fois analysé à l'aide de quatre tableaux: 1) une répartition univariée avec les pourcentages bruts et standardisés, 2) les résultats selon le niveau d'instruction et 3) selon la position dans le ménage. Le quatrième tableau représente les odds ratios pour l'indicateur de santé au sein des différentes variables socio-démographiques.

Pour chaque indicateur, les résultats sont présentés par le biais de pourcentages. N ou le «Nombre de personnes» représente le nombre total d'observations valides sur la base duquel ce pourcentage a été calculé, en d'autres mots le nombre total de répondants qui ont répondu à la question. Le nombre absolu de personnes qui ont donné une réponse spécifique (bonne ou mauvaise santé) n'est donc pas mentionné mais peut être recalculé à l'aide du pourcentage et du N indiqué.

Quand des **chiffres standardisés** sont présentés, cela implique que pour chaque sous-groupe des résultats, les effets de l'âge et du sexe sont neutralisés en reprenant la répartition de l'âge et du sexe de la population complète de l'étude. De cette manière, l'effet d'une composition différente selon l'âge et le sexe est annulé et une comparaison plus directe entre les catégories est possible.

Les tableaux reprenant les résultats selon le niveau d'instruction et la position dans le ménage sont **stratifiés** par âge et sexe parce que ces variables ont une influence prépondérante sur la santé. Bien qu'une veuve de quatre-vingts ans cohabitait avec son fils de cinquante ans et une mère isolée de 25 ans adoptent la même position dans le ménage, les deux se trouvent en effet dans des situations radicalement différentes.

Un OR égale à 2 est interprété comme suit: un individu qui se trouve dans cette catégorie a un risque deux fois plus élevé de subir le phénomène étudié par rapport à un individu de la catégorie de référence. Un OR égale à 0,5 signifie qu'un individu de cette catégorie a un risque deux fois moins élevé de subir le phénomène étudié par rapport à un individu de la catégorie de référence.

En intégrant plusieurs variables socio-démographiques dans la régression, on procède aussi à la standardisation pour les effets confondants éventuels de ces variables sur la relation entre la variable dépendante et une autre variable indépendante dans le modèle. À titre d'exemple, l'âge peut confondre la relation entre niveau d'instruction et santé: comme les cohortes d'âge plus jeune ont une instruction plus élevée et sont également en meilleure santé que les cohortes d'âge plus âgé, l'analyse du lien entre instruction et la santé est sur-estimée.

En d'autres mots, en intégrant l'âge dans la régression, nous pouvons reproduire la relation entre l'instruction et santé en supprimant l'influence de l'âge. Par la régression, tous les odds ratios obtenus pour les catégories d'une caractéristique tiennent compte des autres caractéristiques socio-démographiques reprises.

Dans la perspective d'une action politique, les odds ratios permettent de mesurer un effet indépendamment des autres variables explicatives. L'impact d'une mesure politique sur l'évolution de la santé de la population belge peut par conséquent être évalué de manière plus directe.

3.2 Santé subjective

Un total de 25,1% de la population belge, soit plus de 2,25 millions de personnes, déclare que leur santé subjective est moyenne à très mauvaise. Ce résultat est légèrement meilleur que la moyenne européenne de 27,1% pour la période 1997-2001, indiquée dans un résumé des Enquêtes de santé⁴.

La proportion de personnes qui jugent leur propre santé comme (plutôt) mauvaise est plus élevée chez les femmes (27,1%) que chez les hommes (22,9% – tableau 14) Après standardisation pour les diverses caractéristiques socio-démographiques, cette différence entre les femmes et les hommes s'affaiblit en grande partie ($OR_{\text{femmes}}=1,04$; $IC=1,04-1,05$; tableau 17).

La différence initiale entre les femmes et les hommes est ainsi à mettre principalement sur le compte des différences au niveau des caractéristiques socio-démographiques. Notamment le fait que l'espérance de vie chez les femmes est bien plus élevée que chez les hommes, et qu'il y a donc relativement plus de femmes âgées.

L'évaluation de la santé dépend largement de l'âge; tandis que dans la catégorie d'âge de 15 à 24 ans «seulement» 6,1% de la population jugent leur santé comme (plutôt) mauvaise, ce pourcentage augmente systématiquement dans les catégories d'âges plus avancés pour finalement atteindre 54% dans la catégorie d'âge de 65 à 74 ans et 70,8% dans la catégorie d'âge le plus avancé (75 ans et plus). Après standardisation pour les caractéristiques socio-démographiques, les différences entre les catégories d'âge demeurent. Ainsi, l'OR s'élève à respectivement 10,91 ($IC=10,78-11,04$) et OR 19,58 ($IC=19,33-19,82$) chez une personne dans la catégorie d'âge de 65 à 74 ans et 75 ans et plus. Ce rapport entre l'âge et la santé subjective s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Déjà

⁴ http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHITA/self/20041123_7

dans les groupes d'âges plus jeunes, la proportion de femmes qui considèrent leur santé comme (plutôt) mauvaise est plus élevée que chez les hommes.

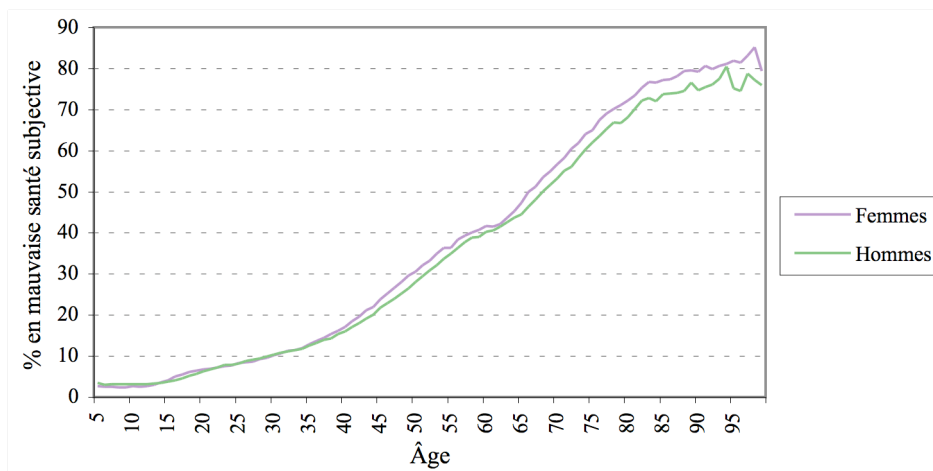


Figure 15: Mauvaise santé subjective, selon le sexe et l'âge

Le niveau d'instruction et la santé sont étroitement associés. Tandis que la majorité (52%) de ceux qui ont un diplôme primaire déclarent avoir une santé (plutôt) mauvaise, ce pourcentage chute pour les autres catégories d'instruction pour atteindre 12,8% dans la catégorie d'instruction la plus élevée. Après standardisation pour les caractéristiques socio-démographiques, les écarts s'affaiblissent, mais les différences restent néanmoins très prononcées. Le risque qu'une personne ayant seulement un diplôme primaire juge sa santé comme (plutôt) mauvaise est plus élevée (OR=3,72; IC=3,70-3,75) que pour une personne ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire (groupe de référence OR=1). Les différences entre les niveaux d'instruction peuvent s'expliquer en partie par le fait que le niveau d'instruction n'est pas indépendant de l'âge: parmi les personnes plus âgées, il y a relativement plus de personnes qui ont un niveau d'instruction plutôt faible, tandis que parmi les jeunes, il y a relativement plus de jeunes qui ont un niveau d'instruction plutôt élevé.

Il ressort du tableau stratifié par âge et par sexe (tableau 15) qu'au sein d'une même catégorie d'âge, les différences en matière du niveau d'instruction ont un effet sur l'état de santé subjectif. Tandis que parmi les hommes âgés de 25 à 44 ans disposant d'un diplôme primaire, 27,3% trouvent qu'ils ont une mauvaise santé, parmi les hommes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire, ce pourcentage descend à 6,7%. Ces différences restent également importantes dans les groupes plus âgés: 36,2% des femmes entre 65 et 74 ans ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire indiquent avoir une mauvaise santé subjective contre 61,6% chez celles ayant un diplôme de l'enseignement primaire.

Dans le tableau stratifié par âge et par sexe de la position dans le ménage (tableau 16), nous voyons que chez les hommes de 25 à 44 ans ceux qui sont isolés et parents isolés sont à peu près deux fois plus nombreux à juger mauvaise leur santé (respectivement 21% et 21,4%) par rapport à ceux qui sont mariés et cohabitants avec ou sans enfant (entre 10 et 13%). Dans les groupes plus âgés, ces différences s'estompent.

Chez les femmes de 25 à 44 ans, ce sont également les isolées et les mères isolées qui indiquent plus souvent un mauvais état de santé (respectivement 18,5% et 23,9%). Dans cette même catégorie d'âge, les femmes «mariée avec enfant(s)» (11,4%) et «cohabitante et sans enfant» (11,0%) ont une meilleure perception de leur état de santé.

Les prévalences par âge de mauvaise santé subjective sont identiques pour les hommes et femmes isolés. De même, chez les hommes et femmes mariés avec enfant(s), les prévalences se rapprochent. Les personnes mariées avec enfant(s) indiquent le plus souvent une bonne santé.

La relation entre la santé et la position dans le ménage est le résultat d'une interaction complexe dans laquelle les effets de sélection jouent un rôle important. Les personnes en mauvaise santé ont par exemple plus de difficultés à entamer une relation. De même, les jeunes femmes en mauvaise santé auront plus de difficultés d'avoir des enfants. Leur état de santé influence leur position dans le ménage. Par contre des parents monoparentaux subiront des effets négatifs de santé suite à leur double tâche de gagne-pain et de parent.

Il est frappant de constater le très mauvais état de santé des mères dans les ménages monoparentaux. Jusqu'à un âge avancé (65/74 ans), elles font état d'une plus mauvaise santé que les femmes mariées avec enfant(s). Aux jeunes âges, il y a sans doute un effet de sélection. Les femmes appartenant aux classes socio-économiques vulnérables ont un risque plus grand d'être isolées et de rapporter une mauvaise santé. En plus, les mères monoparentales vivent souvent dans des conditions socio-économiques dures. Ce n'est qu'après l'âge de 38 ans que la proportion en mauvaise santé des mères monoparentales est moins élevée que la proportion en mauvaise santé des personnes isolées.

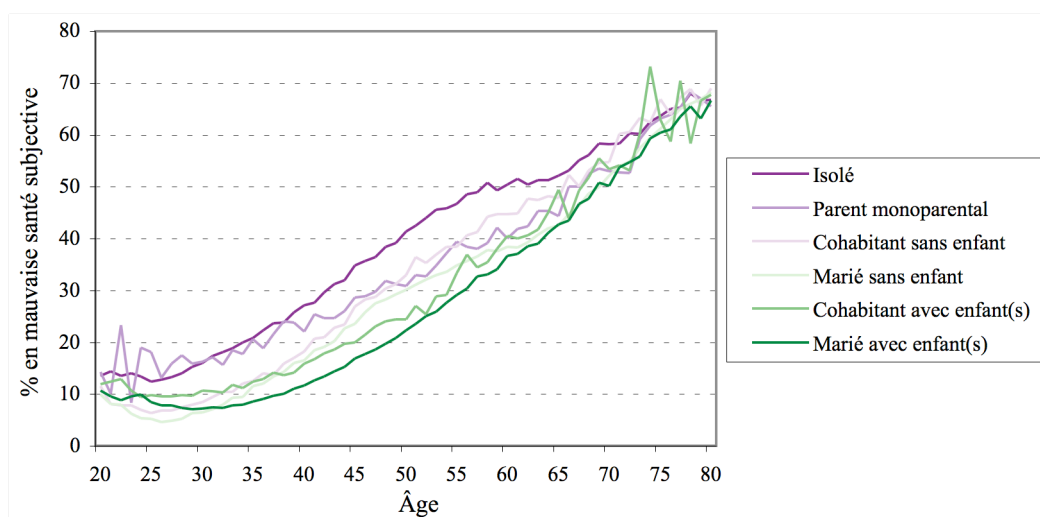


Figure 16: Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage et l'âge, hommes

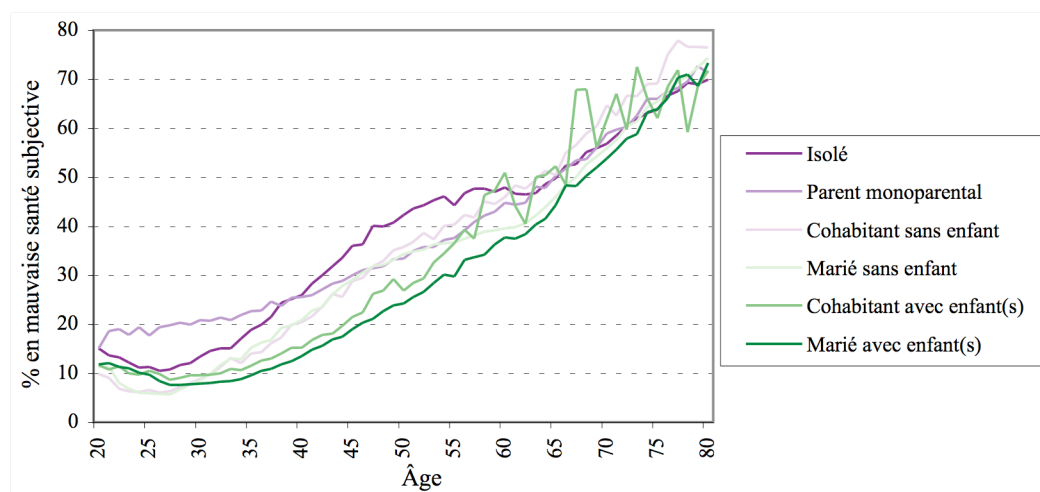


Figure 17: Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage et l'âge, femmes

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage	Pourcentage standardisé	Nombre de personnes
Sexe			
Hommes	22,95	24,26	4.408.249
Femmes	27,10	25,75	4.629.529
Groupe d'âge			
6-14	2,93	2,91	1.062.612
15-24	6,14	6,14	1.166.553
25-44	13,49	13,49	2.827.372
45-64	33,50	33,52	2.366.337
65-74	54,00	53,88	917.238
75+	70,83	70,24	697.666
Niveau d'instruction			
Primaire ou moins	52,05	34,40	1.555.124
Secondaire inférieur	29,03	26,86	1.998.179
Secondaire supérieur	17,49	20,81	2.233.148
Supérieure ou universitaire	12,78	15,56	1.772.702
Inconnu	17,60	37,08	1.478.625
Position dans le ménage			
Enfant d'un couple marié	4,78	20,87	1.788.501
Enfant d'un couple cohabitant	4,83	25,56	107.737
Enfant dans un ménage monoparental	11,37	28,37	461.285
Isolé	44,10	30,77	1.227.084
Marié(e) sans enfant	42,18	25,00	1.798.034
Marié(e) avec enfant(s)	18,59	21,82	2.417.504
Cohabitant sans enfant	21,11	25,96	320.503
Cohabitant avec enfant(s)	15,32	23,74	239.647
Parent dans un ménage monoparental	35,26	29,71	355.734
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	32,72	29,27	123.123
Autre position	39,55	30,66	105.215
Ménage collectif	67,22	40,13	93.411
Région			
Flandre	22,15	22,10	5.334.376
Bruxelles	27,62	27,64	779.774
Wallonie	29,74	29,89	2.923.628
Total	25,08	100,00	9.037.778

Tableau 14: Mauvaise santé subjective selon différentes caractéristiques socio-démographiques

Âge	Niveau d'instruction	Hommes		Femmes	
		%	N	%	N
25-44	Primaire ou moins	27,34	107.463	30,11	105.619
	Secondaire inférieur	18,07	316.068	21,34	262.920
	Secondaire supérieur	11,87	518.905	12,57	487.355
	Supérieure/universitaire	6,70	444.412	6,75	518.877
	Inconnu	28,45	36.167	30,52	29.586
45-64	Primaire ou moins	46,65	257.637	47,40	291.750
	Secondaire inférieur	34,40	321.768	35,97	345.920
	Secondaire supérieur	26,45	266.539	27,05	258.731
	Supérieure/universitaire	18,41	271.918	20,40	229.597
	Inconnu	50,13	60.317	50,84	62.160
65-74	Primaire ou moins	58,39	165.390	61,59	219.390
	Secondaire inférieur	50,12	94.522	52,15	123.430
	Secondaire supérieur	43,34	58.270	44,19	60.250
	Supérieure/universitaire	34,06	51.936	36,24	35.439
	Inconnu	63,25	48.242	64,56	60.369
75+	Primaire ou moins	71,44	109.457	75,57	228.271
	Secondaire inférieur	67,28	50.425	69,48	88.248
	Secondaire supérieur	60,62	32.277	62,49	40.516
	Supérieure/universitaire	53,03	27.104	57,61	23.537
	Inconnu	75,40	34.619	78,03	63.212
Total		22,95	3.273.436	27,10	3.535.177

Tableau 15: Mauvaise santé subjective, selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe

Position dans le ménage	6-14		15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hommes												
Enfant d'un couple marié	2,66	412.613	4,71	399.351	12,13	147.415	32,92	9.507	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	3,50	34.712	5,62	18.199	14,66	3.575	37,50	280	-	-	-	-
Enfant dans un ménage monopar.	5,34	85.593	7,51	92.807	19,59	57.244	39,61	22.296	54,20	679	-	-
Isolé	-	-	13,78	28.729	21,04	229.034	44,25	164.686	57,39	61.589	68,01	56.676
Marié(e) sans enfant	-	-	6,27	6.634	10,52	113.067	35,77	365.731	50,67	269.868	67,07	147.453
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	9,67	4.290	10,37	633.639	24,78	500.493	49,22	53.908	65,18	17.834
Cohabitant sans enfant	-	-	7,76	17.199	10,90	92.504	37,14	36.315	55,02	10.379	69,17	5.057
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	11,19	4.922	12,78	88.676	26,48	24.162	52,47	1.115	66,57	353
Parent dans un ménage monopar.	-	-	15,41	266	22,43	17.398	34,44	27.849	52,85	6.407	68,80	6.254
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	4,05	8.200	7,03	11.486	12,52	16.719	41,78	7.953	59,36	4.468	72,42	5.076
Autre position	7,67	1.681	10,36	6.342	19,08	18.722	42,42	12.531	56,80	5.567	71,69	4.211
Ménage collectif	5,91	558	16,73	1.231	34,93	5.022	58,85	6.376	66,61	4.352	76,23	10.939
Femmes												
Enfant d'un couple marié	2,22	394.983	4,56	349.109	11,75	71.112	35,65	4.368	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	2,95	33.427	6,35	15.393	14,42	1.873	35,16	256	-	-	-	-
Enfant dans un ménage monopar.	4,57	80.767	8,01	80.750	18,59	28.570	38,99	11.818	50,71	700	-	-
Isolé	-	-	13,05	25.161	18,49	124.729	44,72	167.717	57,32	152.243	70,92	216.520
Marié(e) sans enfant	-	-	7,78	19.040	13,48	112.927	37,66	416.311	54,44	245.228	71,37	101.775
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	10,90	16.295	11,41	725.522	26,23	416.793	51,83	38.109	70,07	10.621
Cohabitant sans enfant	-	-	7,66	33.360	11,03	77.621	38,85	34.182	60,34	9.133	76,41	4.753
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	10,71	10.355	12,11	93.338	28,39	15.509	60,63	790	73,54	427
Parent dans un ménage monopar.	-	-	18,33	6.897	23,87	142.017	35,66	94.786	57,51	25.907	72,75	27.953
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	3,56	7.980	7,38	12.617	12,44	13.533	47,59	7.768	64,35	7.309	80,49	20.014
Autre position	5,76	1.581	9,34	5.062	17,93	10.398	44,52	12.836	57,10	10.738	73,90	15.546
Ménage collectif	6,00	517	14,84	1.058	33,57	2.717	49,52	5.814	61,38	8.693	79,10	46.134

Tableau 16: Mauvaise santé subjective, selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	1,04	1,04-1,05
Groupe d'âge		
15-24	1,00	-
25-44	2,58	2,55-2,61
45-64	6,42	6,35-6,49
65-74	10,91	10,78-11,04
75+	19,58	19,34-19,82
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	3,73	3,70-3,75
Secondaire inférieur	2,45	2,44-2,68
Secondaire supérieur	1,70	1,69-1,71
Supérieure ou universitaire	1,00	-
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	0,98	0,97-0,99
Enfant d'un couple cohabitant	1,02	0,98-1,06
Enfant dans un ménage monopar.	1,56	1,54-1,58
Isolé	1,84	1,83-1,85
Marié(e) sans enfant	1,42	1,42-1,43
Marié(e) avec enfant(s)	1,00	-
Cohabitant sans enfant	1,34	1,33-1,36
Cohabitant avec enfant(s)	1,05	1,04-1,06
Parent dans un ménage monopar.	1,69	1,67-1,70
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,57	1,57-1,60
Autre position	1,75	1,72-1,78
Ménage collectif	2,58	2,54-2,62
Région		
Flandre	1,00	-
Bruxelles	1,47	1,46-1,48
Wallonie	1,67	1,66-1,68

Tableau 17: Odds ratios d'une mauvaise santé subjective

Aux âges plus élevés, la distribution des mères monoparentales selon le statut socio-économique et selon la santé approche de plus en plus la moyenne de la population.

Tant chez les hommes que chez les femmes, nous constatons que les personnes ayant une position dans le ménage «enfant dans un ménage monoparental» font plus fréquemment état d'une mauvaise santé que les enfants dans d'autres situations familiales (couple marié, couple cohabitant). Cette tendance se dégage dans toutes les catégories d'âge. En général, nous observons que les différences au niveau de la santé entre les positions au sein du ménage s'estompent à mesure que l'âge augmente.

Les habitants de la Région wallonne indiquent relativement plus souvent une mauvaise santé (29,7%) que les habitants de la Région bruxelloise (27,6%) et que les habitants de la Région flamande (22,2%). Après standardisation pour les caractéristiques socio-démographique, les différences subsistent entre les diverses régions ($OR_{\text{Région bruxelloise}}=1,46$; $IC=1,46-1,48$ et $OR_{\text{Région wallonne}}=1,67$; $IC=1,66-1,68$).

3.3 La présence d'affections chroniques

Plus d'un cinquième des 8.576.469 individus indiquent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps.

La proportion de personnes souffrant d'une affection chronique est quelque peu plus élevée chez les femmes (22,2%) que chez les hommes (20,8%) (tableau 18). Après contrôle pour plusieurs caractéristiques socio-démographiques, la différence entre les femmes et les hommes disparaît presque totalement (OR pour les femmes: 0,93; $IC=0,93-0,94$ – tableau 21) et les femmes déclarent même moins d'affections chroniques.

La prévalence d'affections chroniques varie fortement avec l'âge. Tandis que 5,1% des plus jeunes (6-14 ans) indiquent souffrir d'une affection chronique, ce pourcentage augmente progressivement avec l'âge. Dans le groupe des plus âgés (75 +), 55,0% de la population souffrent d'une ou plusieurs maladies de longue durée, affections de longue durée ou handicaps ($OR_{75+ \text{ -vs- } 15-24}=9,99$; $IC=9,90-10,11$)

La prévalence d'affections de longue durée décroît avec le niveau d'instruction. Parmi les personnes disposant d'un diplôme d'enseignement primaire, 39,9% manifestent une affection chronique contre 13,6% chez ceux ayant un diplôme d'enseignement supérieur. Cette différence subsiste après standardisation pour les autres caractéristiques. Ainsi, l' OR pour les personnes ayant une formation primaire est de 2,24 ($IC=2,20-2,26$) en comparaison avec les personnes ayant une formation supérieure ou universitaire. Les données stratifiées par âge et par sexe confirment qu'au sein de la même catégorie d'âge, le niveau d'instruction est fortement associé à la prévalence d'affections chroniques. À titre d'illustration, dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans, les personnes ayant un diplôme primaire (hommes: 38,1%, femmes: 35,0%) signalent environ deux fois plus souvent une affection chronique que les personnes ayant un diplôme supérieur ou universitaire (hommes: 18,5%, femmes: 19,9%). (tableau 19).

Les isolés et les parents d'un ménage monoparental souffrent plus souvent d'une affection chronique. C'est principalement dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans que ces différences sont le plus prononcées. Tandis que 21,9% des hommes mariés avec enfant(s) signalent une affection, ce pourcentage grimpe à 37,4% chez les hommes isolés. Chez les femmes dans la même catégorie d'âge, nous observons une différence similaire: 21,1% pour les femmes mariées avec enfant(s) par rapport à 36,0% chez les isolées (tableau 20).

En tout, 24,7% des habitants de la Région wallonne ont indiqué souffrir d'une affection chronique, contre 19,7% en Région flamande et 22,2% en Région bruxelloise. L' OR pour une affection chronique en Région wallonne s'élève à 1,37 ($IC=1,37-1,38$) en comparaison avec la Région flamande.

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage	Pourcentage standardisé	Nombre de personnes
Sexe			
Hommes	20,79	21,69	4.201.092
Femmes	22,18	21,23	4.375.347
Groupe d'âge			
6-14	5,11	5,08	989.376
15-24	7,50	7,49	1.107.240
25-44	13,42	13,40	2.727.773
45-64	27,91	27,90	2.249.732
65-74	42,04	42,04	848.109
75+	54,98	54,60	654.209
Niveau d'instruction			
Primaire ou moins	39,93	27,29	1.463.784
Secondaire inférieur	24,38	22,22	1.892.895
Secondaire supérieur	16,45	18,55	2.147.373
Supérieure ou universitaire	13,63	15,45	1.731.192
Inconnu	15,56	32,30	1.341.195
Position dans le ménage			
Enfant d'un couple marié	6,89	18,55	1.688.680
Enfant d'un couple cohabitant	6,86	27,63	100.004
Enfant dans un ménage	12,60	25,81	432.570
Isolé	35,18	25,65	1.163.196
Marié(e) sans enfant	33,82	21,05	1.688.869
Marié(e) avec enfant(s)	16,41	18,07	2.319.557
Cohabitant sans enfant	19,18	22,16	308.026
Cohabitant avec enfant(s)	14,01	19,73	230.601
Parent dans un ménage	27,15	23,34	338.690
Résidant dans un ménage de type 2	28,31	25,44	115.769
Autre position	32,43	25,85	98.884
Ménage collectif	62,28	46,45	91.593
Région			
Flandre	19,70	19,70	5.086.912
Bruxelles	22,18	22,12	736.474
Wallonie	24,65	24,68	2.753.053
Total	21,50	100,00	8.576.439

Tableau 18: Affections chroniques par caractéristique socio-démographique

Âge	Niveau d'instruction	Hommes		Femmes	
		%	N	%	N
25-44	Primaire ou moins	24,33	102.196	23,00	99.785
	Secondaire inférieur	17,55	302.105	17,52	249.216
	Secondaire supérieur	13,06	502.789	12,30	469.686
	Supérieure/universitaire	8,76	436.824	8,57	506.423
	Inconnu	28,53	32.513	27,09	26.236
45-64	Primaire ou moins	38,10	243.138	35,04	272.399
	Secondaire inférieur	29,97	307.677	28,29	326.278
	Secondaire supérieur	24,01	258.800	22,98	247.349
	Supérieure/universitaire	18,51	267.470	19,89	222.217
	Inconnu	42,08	52.404	39,70	52.000
65-74	Primaire ou moins	45,12	154.129	44,41	204.098
	Secondaire inférieur	40,99	89.705	40,07	115.016
	Secondaire supérieur	37,22	56.170	36,15	56.190
	Supérieure/universitaire	32,96	50.990	33,27	33.620
	Inconnu	51,21	39.806	49,48	48.385
75+	Primaire ou moins	54,12	103.877	56,91	218.912
	Secondaire inférieur	52,91	48.229	53,53	83.970
	Secondaire supérieur	49,32	30.968	49,99	38.047
	Supérieure/universitaire	45,45	26.471	48,79	22.357
	Inconnu	60,95	28.725	63,98	52.653
Total		20,79	3.134.986	22,18	3.344.837

Tableau 19: Affections chroniques selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe

Position dans le ménage	6-14		15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hommes												
Enfant d'un couple marié	5,35	385.532	6,73	378.751	14,47	141.268	32	9.016	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	6,31	31.877	7,51	17.100	17,13	3.416	35,38	260	-	-	-	-
Enfant dans un ménage monopar.	8,04	78.737	9,16	87.377	20,57	54.678	36,11	21.206	43,95	628	-	-
Isolé	-	-	13	27.441	19,65	221.431	37,38	158.334	46,37	58.176	51,97	53.674
Marié(e) sans enfant	-	-	7,31	6.376	11,72	110.044	30,91	348.526	41,02	251.122	52,54	137.456
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	9,03	4.074	11,16	614.232	21,89	481.380	39,49	50.461	51,18	16.704
Cohabitant sans enfant	-	-	9,37	16.581	12,58	89.976	31,74	34.774	44,09	9.660	54,65	4.701
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	10,43	4.658	13,17	85.775	23,53	23.288	43,80	1.048	52,74	328
Parent dans un ménage monopar.	-	-	13,60	250	19,91	16.744	28,54	26.952	41,06	6.116	52,87	5.958
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	6,05	7.402	8,78	10.714	13,75	15.957	38,25	7.626	47,10	4.168	57,62	4.750
Autre position	8,84	1.528	10,43	5.975	18,30	17.861	36,22	11.867	44,60	5.117	54,98	3.916
Ménage collectif	11,69	539	23,79	1.194	48,88	5.045	66,77	6.260	63,90	4.277	65,85	10.758
Femmes												
Enfant d'un couple marié	3,94	369.498	6,30	331.827	14,49	68.604	35,17	4.145	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	4,63	30.800	7,40	14.490	16,50	1.806	31,33	233	-	-	-	-
Enfant dans un ménage monopar.	6,08	74.340	8,73	76.280	19,99	27.490	35,96	11.123	42,12	660	-	-
Isolé	-	-	11,98	24.131	18,16	120.599	36,14	158.104	42,65	139.337	52,87	201.969
Marié(e) sans enfant	-	-	7,83	18.348	13,24	109.348	29,63	389.514	41,12	223.991	54,63	94.144
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	7,40	15.537	10,69	697.366	21,06	394.967	38,69	35.023	54,11	9.813
Cohabitant sans enfant	-	-	8,75	32.146	12,16	75.195	30,86	32.219	45,46	8.388	59,69	4.386
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	8,13	9.844	10,88	89.741	22,21	14.804	45,86	713	57,71	402
Parent dans un ménage monopar.	-	-	11,35	6.530	18,36	135.628	27,27	90.099	42,07	24.024	56,58	26.389
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	4,71	7.183	7,23	11.820	11,86	12.880	39,03	7.382	49,22	6.851	66,22	19.036
Autre position	6,21	1.465	9,19	4.775	16,38	10.008	35,78	12.025	44,34	9.815	58,41	14.532
Ménage collectif	9,89	475	20,96	1.021	45,77	2.681	56,56	5.628	57,04	8.482	67,93	45.233

Tableau 20: Affections chroniques selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	0,93	0,93-0,94
Groupe d'âge		
15-24	1,00	-
25-44	2,26	2,24-2,27
45-64	4,70	4,65-4,75
65-74	6,86	6,78-6,94
75+	9,99	9,87-10,11
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	2,25	2,24-2,265
Secondaire inférieur	1,765	1,755-1,775
Secondaire supérieur	1,39	1,38-1,40
Supérieure ou universitaire	1,00	-
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	1,20	1,19-1,21
Enfant d'un couple cohabitant	1,23	1,18-1,275
Enfant dans un ménage monopar.	1,66	1,64-1,68
Isolé	1,70	1,69-1,71
Marié(e) sans enfant	1,40	1,39-1,40
Marié(e) avec enfant(s)	1,00	-
Cohabitant sans enfant	1,37	1,36-1,39
Cohabitant avec enfant(s)	1,04	1,03-1,055
Parent dans un ménage monopar.	1,48	1,465-1,49
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,63	1,60-1,66
Autre position	1,66	1,64-1,69
Ménage collectif	3,11	3,06-3,16
Région		
Flandre	1,00	-
Bruxelles	1,17	1,16-1,17
Wallonie	1,37	1,37-1,38

Tableau 21: Odds ratios pour les affections chroniques

3.4 Gênes dans les activités quotidiennes

Parmi les personnes souffrant d'une affection chronique, 40,2% ont signalé être gênées en permanence dans leurs activités quotidiennes en raison de cette affection. Ce pourcentage est un peu plus élevé chez les femmes (41,9%), que chez les hommes (38,3%) (tableau 22). Après standardisation pour les autres variables socio-démographiques également, nous remarquons que les femmes font plus souvent état de gêne (OR=1,12; IC=1,11-1,13 – tableau 25). Les différences entre les catégories d'âge sont très marquées. Parmi les personnes souffrant d'une affection chronique, 21,1% des plus jeunes (15-24 ans) indiquent être gênés en permanence. Ce pourcentage augmente ensuite dans toutes les catégories d'âge suivantes jusqu'à une proportion de 57,4% dans la catégorie d'âge le plus avancé. Cet effet de l'âge subsiste après standardisation pour les autres variables socio-démographiques: en comparaison avec les 15-24 ans, l'OR est de respectivement 2,46 (IC=2,42-2,49), 2,46 (IC=2,42-2,51) et 4,12 (IC=4,04-4,12) dans les groupes d'âge 45-64 et 65-74 et 75 ans et +.

Alors que 24,3% des personnes ayant une formation supérieure ou universitaire indiquent être gênées en permanence en raison d'affections chroniques, ces gênes augmentent jusqu'à 50,1% parmi les personnes d'instruction plus modeste. Après standardisation pour les autres variables socio-démographiques, cette différence reste élevée: $OR_{\text{diplôme primaire-vs- supérieur}}=2,863$ (IC=2,83-2,89).

Les personnes qui vivent seules et les parents isolés ne signalent pas seulement des affections chroniques plus fréquentes, mais ces affections s'avèrent leur produire plus de gêne. 29,1% des femmes isolées de 25 à 44 ans ayant une affection chronique en souffrent en permanence. Ce même pourcentage s'élève à 32,4% chez les mères isolées, mais à seulement 22,5% chez les femmes cohabitant sans enfant et à 26,4% chez les femmes mariées avec enfant(s) (tableau 24).

Il y a des différences substantielles entre les régions au niveau de la prévalence des limitations à la suite d'affections chroniques. Tandis qu'en Flandre 36,4% de la population indiquent être gênée en permanence par la présence d'une affection chronique, ce pourcentage monte à 39,4% à Bruxelles (OR=1,18; IC=1,16-1,19) et à 45,9% en Région wallonne (OR=1,53; IC=1,52-1,54).

Caractéristique socio-démographique	En permanence		De temps en temps		Rarement ou jamais		Nombre de personnes
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
Sexe							
Hommes	38,33	39,35	45,17	44,70	16,51	15,94	814.799
Femmes	41,92	40,59	46,56	47,36	11,52	12,04	903.089
Groupe d'âge							
6-14	27,67	27,37	46,10	46,23	26,23	26,39	45.337
15-24	21,12	20,94	50,12	50,38	28,76	28,66	76.895
25-44	29,18	29,23	50,95	51,16	19,87	19,60	341.955
45-64	39,05	39,00	48,10	48,28	12,84	12,71	588.420
65-74	42,54	42,52	46,07	46,03	11,39	11,43	332.516
75+	57,41	56,44	35,64	36,10	6,95	7,44	332.765
Niveau d'instruction							
Primaire ou moins	50,14	47,05	42,03	41,81	7,83	8,48	542.974
Secondaire inférieur	39,45	39,35	48,41	46,50	12,14	11,49	432.789
Secondaire supérieur	31,52	34,70	50,27	46,99	18,21	15,64	331.982
Supérieure ou universitaire	24,31	27,56	48,41	45,96	27,28	23,83	222.440
Inconnu	47,49	52,48	40,61	39,06	11,89	8,45	187.703
Position dans le ménage							
Enfant d'un couple marié	29,30	41,42	44,91	29,91	25,79	9,23	42.920
Enfant d'un couple cohabitant	26,88	47,95	48,68	33,36	24,44	11,89	2.578
Enfant dans un ménage	34,97	47,68	47,03	38,37	18,01	13,93	19.100
Isolé	46,35	39,52	44,35	45,19	9,29	12,63	230.505
Marié(e) sans enfant	41,57	37,23	48,23	46,20	10,20	13,92	256.816
Marié(e) avec enfant(s)	32,12	36,68	53,45	46,49	14,42	14,17	165.995
Cohabitant sans enfant	33,54	37,84	51,04	46,07	15,42	13,44	26.457
Cohabitant avec enfant(s)	28,25	39,23	55,77	45,97	15,97	12,15	13.421
Parent dans un ménage	41,73	41,34	48,65	45,18	9,62	10,83	69.752
Résidant dans un ménage de type	65,87	54,34	28,05	35,36	6,07	10,29	19.772
Autre position	53,73	45,58	38,10	42,31	8,18	12,09	17.842
Ménage collectif	71,94	63,94	23,49	27,52	4,57	8,53	37.931
Région							
Flandre	36,43	36,35	48,08	48,14	15,49	15,50	930.419
Bruxelles	39,39	39,54	44,94	44,80	15,67	15,65	151.288
Wallonie	45,94	45,98	34,64	42,87	29,65	11,13	636.181
Total	40,21		45,90		13,89		1.717.888

* St% : pourcentage standardisé

Tableau 22: *Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques, selon différentes caractéristiques socio-démographiques*

Âge	Niveau d'instruction	Hommes				Femmes			
		1*	2*	3*	Nombre de personne	1*	2*	3*	Nombre de personne
25-44	Primaire ou moins	46,15	41,99	11,86	22.932	44,49	46,58	8,93	21.103
	Secondaire inférieur	31,97	52,32	15,71	49.830	34,65	54,46	10,89	40.677
	Secondaire supérieur	24,69	52,44	22,86	61.972	27,22	55,92	16,86	54.031
	Supérieure/universitaire	14,36	45,52	40,12	36.217	16,79	54,38	28,84	40.679
	Inconnu	52,82	35,83	11,35	8.175	53,97	36,33	9,70	6.339
45-64	Primaire ou moins	47,19	43,83	8,99	86.371	43,42	48,54	8,04	88.710
	Secondaire inférieur	40,42	47,27	12,31	87.224	38,43	51,58	9,99	86.843
	Secondaire supérieur	34,74	47,36	17,90	58.795	34,82	52,32	12,86	53.430
	Supérieure/universitaire	25,51	45,67	28,81	46.842	27,54	54,51	17,95	41.625
	Inconnu	52,21	40,09	7,70	19.905	48,44	44,19	7,37	18.675
65-74	Primaire ou moins	45,50	44,94	9,56	64.674	46,32	45,73	7,95	84.512
	Secondaire inférieur	40,33	45,96	13,71	34.606	39,98	49,15	10,87	43.271
	Secondaire supérieur	36,76	44,97	18,27	19.688	36,81	49,84	13,35	19.085
	Supérieure/universitaire	28,41	44,05	27,54	15.962	31,33	51,38	17,29	10.582
	Inconnu	49,73	42,02	8,25	18.398	47,69	44,81	7,51	21.738
75+	Primaire ou moins	55,15	37,77	7,09	51.884	62,82	32,63	4,55	115.900
	Secondaire inférieur	50,44	39,59	9,98	23.642	56,36	37,13	6,51	41.976
	Secondaire supérieur	46,98	39,40	13,62	14.248	52,66	39,07	8,28	17.691
	Supérieure/universitaire	44,28	36,49	19,23	11.208	49,17	40,38	10,44	10.217
	Inconnu	56,87	36,89	6,24	15.509	63,01	32,06	4,92	30.490
Total		38,33	45,17	16,51	814.799	41,92	46,56	11,52	847.574

* 1=en permanence; 2=de temps en temps; 3=rarement ou jamais

Tableau 23: Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe

Position dans le ménage	6-14				15-24				25-44				45-64				65-74				75+				
	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	
Hommes																									
Enfant d'un couple marié	28,64	44,62	26,74	18.678	23,27	45,04	31,69	23.694	39,14	39,59	21,27	19.041	48,93	38,38	12,69	2.655	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	29,22	45,30	25,49	1.797	24,72	46,81	28,46	1.177	40,44	39,15	20,40	544	45,45	42,05	12,50	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant dans un mén. monop. Isolé	28,01	49,56	22,44	5.656	24,53	48,84	26,63	7.387	41,38	41,48	17,13	10.400	47,89	39,86	12,24	7.097	48,24	40,39	11,37	255	-	-	-	-	-
Marié(e) sans enfant	-	-	-	-	13,32	55,37	31,31	428	22,66	50,63	26,72	12.169	40,13	45,92	13,95	101.340	40,68	45,60	13,72	96.247	50,55	39,48	9,97	66.416	
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	-	-	24,17	50,15	25,68	331	23,97	51,33	24,70	64.324	35,31	47,17	17,52	99.115	41,85	45,09	13,06	18.578	52,30	38,03	9,67	7.857	
Cohabitant sans enfant	-	-	-	-	16,56	53,59	29,84	1.461	20,50	51,58	27,91	10.730	41,47	45,78	12,75	10.396	43,26	45,48	11,26	3.960	50,13	40,42	9,45	2.318	
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	-	-	16,96	61,01	22,03	454	24,69	54,14	21,18	10.625	37,02	47,05	15,92	5.194	45,54	41,55	12,91	426	51,28	42,31	6,41	156	
Parent dans un mén. monop. Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	-	-	-	-	24,24	54,55	21,21	33	36,55	48,84	14,60	3.116	39,16	46,69	14,15	7.230	43,47	44,97	11,56	2.326	56,52	35,99	7,49	2.912	
Autre position	37,03	39,80	23,17	397	26,30	48,78	24,91	863	39,62	42,19	18,18	2.024	58,09	32,41	9,50	2.675	52,38	38,86	8,76	1.804	67,60	27,44	4,96	2.500	
Ménage collectif	30,70	48,25	21,05	114	20,87	49,74	29,39	575	32,19	47,96	19,85	3.038	45,10	43,03	11,88	4.000	46,50	41,27	12,24	2.084	58,42	33,94	7,64	1.977	
	-	-	-	-	41,29	39,39	19,32	264	56,84	31,15	12,01	2.289	65,61	25,95	8,44	3.958	65,79	26,13	8,08	2.599	69,69	24,33	5,97	6.695	
Femmes																									
Enfant d'un couple marié	25,85	45,35	28,80	13.016	20,01	50,26	29,73	19.344	48,72	35,30	15,98	9.201	63,14	29,46	7,40	1.351	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	26,08	48,39	25,52	1.246	18,96	54,23	26,81	981	48,55	34,42	17,03	276	63,24	33,82	2,94	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant dans un mén. monop. Isolé	26,13	51,76	22,11	3.957	20,84	55	24,16	6.105	45,71	39,82	14,46	5.040	52,12	38,86	9,03	3.734	45,85	45,85	8,30	253	-	-	-	-	-
Marié(e) sans enfant	-	-	-	-	15,50	58,20	26,30	2.677	29,08	52,44	18,48	20.499	40,67	49,25	10,08	53.255	42,03	48,01	9,97	55.282	56,26	37,62	6,12	98.792	
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	-	-	15,19	55,61	29,19	1.336	27,73	53,46	18,81	13.624	38,22	51,24	10,54	108.170	41,54	48,40	10,05	86.068	53,93	39,36	6,71	47.618	
Cohabitant sans enfant	-	-	-	-	20,58	58,35	21,07	1.030	26,38	55,91	17,71	69.510	34,18	53,19	12,63	77.880	42,61	47,49	9,90	12.626	56,01	37,30	6,69	4.949	
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	-	-	11,64	59,28	29,07	2.628	22,53	54,02	23,46	8.577	39,72	50,71	9,56	9.317	44,80	47,24	7,97	3.527	56,31	38,25	5,44	2.408	
Parent dans un mén. monop. Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	-	-	-	-	15,44	61,74	22,82	745	25,23	57,05	17,72	9.062	35,28	53,70	11,02	3.095	53,09	39,74	7,17	307	64,15	33,49	2,36	212	
Autre position	-	-	-	-	18,91	61,57	19,52	661	32,42	55,98	11,60	23.002	37,49	51,68	10,82	22.839	45,66	45,68	8,65	9.406	62,61	32,86	4,53	13.844	
Ménage collectif	33,67	40,74	25,59	297	22,39	49,94	27,67	777	38,89	43,15	17,96	1.409	55,97	37,23	6,80	2.646	56,66	36,97	6,37	3.108	77,68	19,90	2,42	11.535	
	-	-	-	-	23,57	51,12	25,31	403	35,74	49,64	14,63	1.511	45,46	44,63	9,91	4.006	47,93	42,76	9,31	4.039	66,16	29,38	4,46	7.804	
	-	-	-	-	47,40	31,25	21,35	192	60,55	30,14	9,30	1.118	64,51	28,68	6,81	2.922	64,09	29,20	6,71	4.562	74,55	21,76	3,69	29.096	

* 1: en permanence; 2: de temps en temps; 3: rarement ou jamais

Tableau 24: Gêne dans l'activité quotidienne en raison d'affections chroniques selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	1,12	1,11-1,13
Groupe d'âge		
15-24	1,00	-
25-44	2,14	2,01-2,18
45-64	3,09	3,03-3,15
65-74	3,07	3,01-3,14
75+	4,98	4,88-5,08
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	2,83	2,80-2,86
Secondaire inférieur	2,17	2,15-2,20
Secondaire supérieur	1,70	1,68-1,71
Supérieure ou universitaire	1,00	-
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	1,42	1,40-1,45
Enfant d'un couple cohabitant	1,34	1,24-1,43
Enfant dans un ménage monopar.	1,55	1,51-1,58
Isolé	1,16	1,15-1,17
Marié(e) sans enfant	1,06	1,05-1,07
Marié(e) avec enfant(s)	1,00	-
Cohabitant sans enfant	1,02	1,00-1,04
Cohabitant avec enfant(s)	0,99	0,97-1,01
Parent dans un ménage monopar.	1,22	1,21-1,24
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,98	1,93-2,04
Autre position	1,39	1,35-1,42
Ménage collectif	2,55	2,49-2,60
Région		
Flandre	1,00	-
Bruxelles	1,18	1,16-1,19
Wallonie	1,53	1,52-1,54

Tableau 25: Odds ratios pour la gêne dans l'activité quotidienne à la suite d'affections chroniques

3.5 Alitement à la suite d'affections chroniques

Parmi les personnes souffrant d'une affection chronique, le Recensement demandait si cette affection entraînait un alitement. Tandis que 31,3% des hommes indiquent d'être alités en permanence ou de temps en temps, ce pourcentage est de 39,5% chez la population féminine belge (tableau 26). Cette différence entre les sexes, c'est-à-dire une plus grande proportion personnes qui sont alitées chez les femmes, se maintient après standardisation pour les autres variables socio-démographiques considérées; OR=1,3 (IC=1,3-1,3) (tableau 29).

Alors que chez les plus jeunes (15-24), la proportion de personnes qui sont alitées en permanence ou de temps en temps en raison de l'affection signalée est de moins de 20%, ce pourcentage s'élève à 44,2% chez les plus de 75 ans. L'OR pour ce groupe d'âge en comparaison avec les 15-24 ans est de 2,3 (IC=2,2-2,5).

Tandis que 1,4% des personnes souffrant d'une affection chronique et ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire indique être alitées en permanence, cette proportion atteint 5,3% dans la catégorie d'instruction la plus basse. Après standardisation pour les autres variables socio-démographiques, l'OR entre les populations les plus instruites et les moins instruites s'élève à 2,7 (IC=2,7-2,7)

Dans tableau stratifié par âge et par sexe (tableau 27), nous remarquons qu'au sein des catégories d'âge séparées également, l'instruction est fortement corrélée à l'ampleur de l'alitement en raison d'affections chroniques dans chaque catégorie d'âge. Alors que 75,5% des hommes de plus de 75 ans ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire ne sont jamais ou rarement alités en raison de leur affection chronique, seuls 57,3% des hommes de plus de 75 ans ayant un diplôme de l'enseignement primaire ou moins ne sont jamais ou rarement alités en raison d'une affection chronique. Chez les femmes, ces pourcentages s'élèvent respectivement à 66,5% et 51,5%.

Dans la catégorie d'âge de 25 à 44 ans, 62,9% des pères isolés ayant une affection chronique indiquent ne jamais ou rarement être alités. Chez les hommes isolés (68,9%) et les hommes mariés avec enfant(s) (76,2%) dans cette catégorie d'âge, ces pourcentages sont considérablement meilleurs. (tableau 28). Chez les femmes dans cette catégorie d'âge, 56,9% des mères isolées ne sont jamais ou rarement alitées en raison de l'affection chronique signalée. Les femmes qui cohabitent avec (69,0%) ou sans (71,9%) enfant(s) sont moins souvent alitées.

Les trois régions ne présentent pas de grandes différences en ce qui concerne l'ampleur de l'alitement dû à une affection. Nous notons toutefois que les habitants de la Région bruxelloise indiquent cet alitement plus fréquemment que les habitants de la Région flamande (OR=1,3; IC=1,2-1,3).

Caractéristique socio-démographique	En permanence		De temps en temps		Rarement ou jamais		Nombre de personnes
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
Sexe							
Hommes	3,43	3,62	27,85	28,26	68,72	68,10	702.094
Femmes	4,20	3,95	35,31	34,96	60,48	61,08	790.051
Groupe d'âge							
6-14	3,42	3,47	13,74	13,92	82,84	82,64	38.398
15-24	2,56	2,53	16,03	16,11	81,48	81,34	63.439
25-44	2,50	2,48	27,43	27,79	70,07	69,72	290.183
45-64	2,67	2,67	34,14	34,41	63,19	62,91	509.342
65-74	3,80	3,79	32,81	32,75	63,39	63,44	289.431
75+	7,46	7,26	36,71	35,96	55,83	56,76	301.352
Niveau d'instruction							
Primaire ou moins	5,28	4,87	37,83	36,08	56,89	56,46	486.942
Secondaire inférieur	2,83	2,91	32,51	31,69	64,66	62,81	375.121
Secondaire supérieur	2,28	2,65	26,67	27,27	71,04	67,50	282.854
Supérieure ou universitaire	1,44	1,86	19,40	20,08	79,16	75,47	190.217
Inconnu	7,50	8,04	35,65	40,72	56,85	51,22	157.011
Position dans le ménage							
Enfant d'un couple marié	3,42	4,35	16,41	19,90	80,17	55,53	36.417
Enfant d'un couple cohabitant	4,10	19,15	17,09	21,57	78,81	59,27	2.194
Enfant dans un ménage	3,86	5,43	25,12	29,45	71,02	65,11	16.503
Isolé	3,58	3,12	37,38	33,61	59,04	60,68	203.250
Marié(e) sans enfant	3,77	3,35	36,76	31,31	59,48	62,75	222.530
Marié(e) avec enfant(s)	2,58	3,84	33,25	30,70	64,17	62,86	142.228
Cohabitant sans enfant	2,96	3,47	34,39	33,35	62,65	60,59	22.712
Cohabitant avec enfant(s)	2,16	4,77	31,90	33,79	65,93	58,85	11.516
Parent dans un ménage	4,10	4,13	40,12	35,04	55,79	58,24	62.168
Résidant dans un ménage de type	12,93	8,27	42,34	35,01	44,73	56,71	18.328
Autre position	7,31	5,39	39,23	34,27	53,46	60,35	16.078
Ménage collectif	13,58	7,12	35,79	25,17	50,63	67,70	36.127
Région							
Flandre	4,29	4,25	29,53	29,50	66,18	66,24	791.294
Bruxelles	3,86	3,85	34,51	34,44	61,63	61,70	134.282
Wallonie	3,21	3,24	34,33	34,28	62,46	62,46	566.569
Total	3,84		31,80		64,36		1.492.145

* St% : pourcentage standardisé

Tableau 26: Alitement en raison d'affections chroniques

Âge	Niveau d'instruction	Hommes				Femmes			
		1*	2*	3*	Nombre de personne	1*	2*	3*	Nombre de personne
25-44	Primaire ou moins	5,03	32,73	62,24	20.227	5,02	40,42	54,57	18.978
	Secondaire inférieur	2,56	28,75	68,69	41.692	2,44	39,17	58,40	35.386
	Secondaire supérieur	1,96	21,58	76,46	50.947	1,75	29,84	68,41	46.153
	Supérieure/universitaire	1,01	12,03	86,96	30.096	0,88	19,96	79,15	34.407
	Inconnu	7,71	32,08	60,21	6.871	7,45	36,93	55,62	5.426
45-64	Primaire ou moins	3,62	36,09	60,29	76.140	3,93	42,20	53,87	78.798
	Secondaire inférieur	2,08	31,62	66,30	74.996	2,05	38,45	59,49	75.271
	Secondaire supérieur	1,83	26,74	71,43	50.531	1,84	34,35	63,81	45.918
	Supérieure/universitaire	1,12	17,85	81,03	40.298	1,10	27,12	71,78	35.412
	Inconnu	6,52	42,36	51,13	16.526	6,35	47,97	45,68	15.452
65-74	Primaire ou moins	4,26	33,00	62,74	57.113	4,22	38,48	57,30	74.965
	Secondaire inférieur	2,80	26,37	70,83	30.314	2,67	32,29	65,05	37.664
	Secondaire supérieur	2,77	23,08	74,15	17.394	2,83	29,41	67,76	16.370
	Supérieure/universitaire	1,47	15,31	83,22	14.066	1,66	23,48	74,86	9.157
	Inconnu	6,94	40,24	52,82	14.900	6,92	45,64	47,43	17.488
75+	Primaire ou moins	6,88	35,83	57,28	47.521	8,09	40,41	51,50	107.212
	Secondaire inférieur	5,14	29,86	65,00	21.361	5,59	34,67	59,73	38.038
	Secondaire supérieur	4,84	26,21	68,96	12.862	5,35	32,45	62,20	15.762
	Supérieure/universitaire	3,99	20,52	75,49	10.149	5,14	28,42	66,45	9.132
	Inconnu	10,45	42,20	47,35	13.061	13,75	45,82	40,43	26.254
Total		3,43	27,85	68,72	702.094	4,20	35,31	60,48	790.051

* 1=en permanence; 2=de temps en temps; 3=rarement ou jamais

Tableau 27: Alitement en raison d'affections chroniques, selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe

Position dans le ménage	6-14				15-24				25-44				45-64				65-74				75+				
	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	1*	2*	3*	N	
Hommes																									
Enfant d'un couple marié	3,13	11,23	85,64	15.798	2,67	13,03	84,30	19.199	4,12	21,03	74,85	15.719	3,81	27,67	68,52	2.284	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	2,85	13,50	83,65	1.511	3,99	15,63	80,39	928	6,65	22,02	71,33	436	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant dans un mén. monop.	3,58	18,40	78,02	4.723	2,95	17,96	79,09	6.069	4,13	25,63	70,24	8841	4,19	28,92	66,89	6.225	6,17	27,75	66,08	227	-	-	-	-	-
Isolé	-	-	-	-	2,68	19,04	78,28	2.763	2,74	28,37	68,89	34.402	3,03	35,17	61,79	48.274	3,32	30,62	66,06	22.095	4,96	31,14	63,91	23.134	-
Marié(e) sans enfant	-	-	-	-	2,25	22,25	75,49	355	2,01	21,85	76,15	10.162	2,32	30,73	66,95	87.728	3,49	28,42	68,10	83.240	5,90	32,30	61,80	59.189	-
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	-	-	4,84	24,22	70,93	289	2,05	21,74	76,21	53.629	2,28	27,68	70,03	84.884	4,52	29,48	66,00	16.396	7,27	33,20	59,53	7.205	-
Cohabitant sans enfant	-	-	-	-	2,16	14,87	82,97	1.157	1,73	19,46	78,81	8.783	2,49	33,69	63,82	8.879	3,57	32,70	63,72	3.443	6,29	33,87	59,84	2.052	-
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	-	-	2,20	21,76	76,03	363	1,66	23,43	74,91	8.851	2,57	30,05	67,38	4.323	3,75	32,71	63,54	373	9,03	30,56	60,42	144	-
Parent dans un mén. monop.	-	-	-	-	-	-	-	-	3,04	34,08	62,88	2.667	2,83	32,50	64,68	6.330	4,15	29,31	66,54	2.095	7,89	34,18	57,93	2.674	-
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	4,62	20,00	75,38	325	3,97	16,47	79,56	680	4,85	24,31	70,84	1.670	6,74	31,27	61,98	2.328	7,60	33,00	59,39	1.618	12,46	43,41	44,13	2.359	-
Autre position	4,00	30,00	66,00	100	3,21	19,06	77,73	467	4,35	27,49	68,17	2.554	4,19	31,54	64,28	3.488	5,22	31,08	63,71	1.860	8,15	35,60	56,25	1.792	-
Ménage collectif	-	-	-	-	1,74	9,57	88,70	230	2,69	15,05	82,26	2.119	4,36	22,36	73,28	3.672	6,99	29,28	63,73	2.432	12,53	36,64	50,84	6.395	-
Femmes																									
Enfant d'un couple marié	3,21	12,90	83,90	11.072	2,45	13,62	83,93	16.139	5,18	24,63	70,19	8.010	6,64	31,71	61,65	1.189	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant d'un couple cohabitant	5,03	15,83	79,14	1.074	2,09	14,50	83,42	814	5,42	24,58	70,00	240	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfant dans un mén. monop.	4,50	19,98	75,52	3.398	2,37	21,00	76,63	5.156	4,68	27,35	67,97	4.443	4,54	33,04	62,43	3.263	2,15	37,34	60,52	233	-	-	-	-	-
Isolé	-	-	-	-	2,25	23,19	74,56	2.268	2,03	33,65	64,32	17.913	2,72	42,25	55,02	46.687	2,77	35,70	61,52	48.006	4,81	36,84	58,35	88.376	-
Marié(e) sans enfant	-	-	-	-	2,37	19,89	77,74	1.096	2,09	30,70	67,21	11.713	2,61	37,32	60,07	93.365	3,79	35,68	60,53	73.936	6,77	39,51	53,72	42.420	-
Marié(e) avec enfant(s)	-	-	-	-	3,51	25,82	70,67	883	1,96	30,33	67,71	59.031	2,43	35,09	62,48	66.819	4,41	35,79	59,80	11.008	8,36	39,54	52,11	4.487	-
Cohabitant sans enfant	-	-	-	-	0,74	16,89	82,37	2.161	1,81	26,27	71,93	7.309	2,99	41,07	55,94	8.033	4,38	41,31	54,31	3.060	6,98	44,77	48,26	2.149	-
Cohabitant avec enfant(s)	-	-	-	-	1,28	21,73	77,00	626	1,71	29,34	68,95	7.761	2,23	39,23	58,54	2.651	8,24	46,59	45,16	279	13,07	45,73	41,21	199	-
Parent dans un mén. monop.	-	-	-	-	2,74	29,85	67,41	583	2,62	40,48	56,90	20.336	2,61	40,55	56,84	20.084	4,17	37,59	58,25	8.426	8,81	40,99	50,20	12.739	-
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	7,54	15,08	77,38	252	3,05	20,73	76,22	656	4,32	27,88	67,80	1.205	6,92	39,81	53,27	2.384	9,48	43,10	47,43	2.817	16,77	46,19	37,04	11.014	-
Autre position	-	-	-	-	2,57	20,00	77,43	350	2,86	34,14	63,01	1.330	4,25	39,01	56,74	3.530	5,12	36,99	57,89	3.593	10,98	42,45	46,57	7.211	-
Ménage collectif	2,78	5,56	91,67	36	3,89	15,00	81,11	180	4,25	16,90	78,85	1.059	5,60	24,54	69,86	2.787	9,63	30,41	59,96	4.278	15,42	38,64	45,94	27.787	-

* 1: en permanence; 2: de temps en temps; 3: rarement ou jamais

Tableau 28: Alitement en raison d'affections chroniques, selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	1,31	1,30-1,32
Groupe d'âge		
15-24	1,00	-
25-44	1,81	1,76-1,86
45-64	2,08	2,03-2,14
65-74	1,77	1,72-1,82
75+	2,25	2,19-2,31
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	2,68	2,65-2,72
Secondaire inférieur	2,04	2,01-2,07
Secondaire supérieur	1,63	1,60-1,65
Supérieure ou universitaire	1,00	-
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	0,88	0,86-0,90
Enfant d'un couple cohabitant	0,97	0,88-1,07
Enfant dans un ménage monopar.	1,09	1,06-1,12
Isolé	1,08	1,07-1,09
Marié(e) sans enfant	1,05	1,04-1,06
Marié(e) avec enfant(s)	1,00	-
Cohabitant sans enfant	1,06	1,04-1,08
Cohabitant avec enfant(s)	0,10	0,97-1,02
Parent dans un ménage monopar.	1,29	1,27-1,32
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,75	1,71-1,80
Autre position	1,30	1,26-1,34
Ménage collectif	1,34	1,31-1,37
Région		
Flandre	1,00	-
Bruxelles	1,26	1,24-1,27
Wallonie	1,15	1,14-1,15

Tableau 29: Odds ratios pour l'alitement en raison d'affections chroniques

3.6 Degré de dépendance au sein de la population belge

L'indicateur du degré de dépendance a été composé à l'aide de 3 questions: la question sur la présence d'une maladie chronique, et les deux questions qui y sont associées, relatives à la gêne dans les activités quotidiennes et à l'alitement.

Les indicateurs précédents (gêne et alitement) sont analysés au niveau d'un sous-groupe de la population, à savoir les personnes qui font état d'une affection chronique. En créant un indicateur combiné, nous sommes en mesure de reproduire l'impact des affections chroniques au niveau de la population totale.

Le tableau 30 reflète comment les combinaisons de réponses possibles à ces trois questions ont été converties en un nouvel indicateur du degré de dépendance.

Réponse à l'ampleur de la gêne dans les activités quotidiennes en raison d'une affection de longue durée, d'une maladie de longue durée ou d'un handicap signalé	Réponse à la question sur l'ampleur de l'alitement en raison d'une affection de longue durée, d'une maladie de longue durée ou d'un handicap signalé	Code indicateur «degré de dépendance»	Légende indicateur «degré de dépendance»
Gêné(e) en permanence dans les activités quotidiennes	Alité(e) en permanence	1	Degré de dépendance élevé à cause d'une affection
Gêné(e) en permanence dans les activités quotidiennes	Alité(e) de temps en temps	1	
Gêné(e) de temps en temps dans les activités quotidiennes	Alité(e) de temps en temps	2	Degré de dépendance moyen à cause d'une affection
Gêné(e) en permanence dans les activités quotidiennes	Pas ou rarement alité(e)	2	
Pas ou rarement gêné(e) dans les activités quotidiennes	Alité(e) de temps en temps	3	Degré de dépendance faible à nul à cause d'une affection
Gêné(e) de temps en temps dans les activités quotidiennes	Pas ou rarement alité(e)	3	
Pas ou rarement gêné(e) dans les activités quotidiennes	Pas ou rarement alité(e)	3	
Pas de maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps (réponse à la question 3a)		4	Pas d'affection

Tableau 30: *Combinaison des catégories de réponses et code indicateur correspondant du degré de dépendance*

Un nombre limité de répondants ont répondu «pas ou rarement» ou «de temps en temps» à la question sur les gênes dans les activités quotidiennes, et ont indiqué à la question qui s'y rattache être alités en permanence. En vue d'une interprétation univoque, nous avons décidé de ne pas calculer l'indicateur combiné de «degré de dépendance» pour ces répondants.

Outre la difficulté à classer ces personnes dans l'une des catégories du nouvel indicateur du «degré de dépendance», il est possible que ces 2.634 réponses incohérentes (sur un total de 1.395.617 observations valides pour ce qui est de la combinaison Q3B et Q3C) représentent tout simplement des réponses ou des codages erronés. L'élimination de ces observations n'a qu'un impact minime sur la répartition des réponses de l'indicateur composé.

La proportion «degré de dépendance élevé» est un peu plus élevée chez les femmes (OR=1,05; IC=1,05-1,05) (tableau 34). L'indicateur «degré de dépendance» est fortement lié à l'âge. Tandis que dans la catégorie d'âge de 65 à 74 ans, 7,7% tombent dans la catégorie «degré de dépendance élevé», ce pourcentage monte à 14,6% dans la catégorie d'âge des 75 ans et + (tableau 31). L'OR dans le groupe d'âge le plus avancé s'élève à 9,76 (IC=9,67-9,86) en comparaison avec le groupe d'âge de 15 à 24 ans.

Alors que 9,25% de la catégorie d'instruction la plus modeste manifeste une dépendance élevée, ce pourcentage atteint 7,15% pour le niveau d'instruction le plus élevé. En comparaison avec une personne de la catégorie d'instruction la plus élevée, une personne ayant un diplôme de l'enseignement primaire a 2,38 fois plus de risque (IC=2,36-2,39) de manifester une dépendance élevée, après standardisation pour les autres caractéristiques.

Les personnes qui vivent dans une famille du type «couple avec enfant(s)» sont les moins infirmes de tous les autres types de ménage. En comparaison avec cette catégorie, les personnes qui vivent dans un ménage isolé (OR=1,62; IC=1,61-1,63) ou dans un ménage monoparental (OR=1,65; IC=1,62-1,67) ont davantage besoin de soutien.

La Région wallonne compte une proportion plus élevée (4,8%) de personnes infirmes que la Région flamande (3,0%) et bruxelloise (3,8%). Après standardisation pour les autres variables socio-démographiques, cette différence subsiste (OR=1,44; IC=1,44-1,45)

Caractéristique socio-démographique	Degré de dépendance élevé à cause d'une affection		Degré de dépendance moyen à cause d'une affection		Degré de dépendance faible à nul à cause d'une affection		Sans affection		Nombre de personnes
	%	St%*	%	St%*	%	St%*	%	St%*	
Sexe									
Hommes	3,07	3,27	6,21	6,54	10,39	10,68	80,33	79,49	4.142.614
Femmes	4,25	3,93	6,92	6,54	9,79	9,55	79,04	79,99	4.307.850
Groupe d'âge									
6-14	0,25	0,24	1,32	1,30	3,04	3,01	95,39	95,43	984.108
15-24	0,41	0,39	1,57	1,56	5,00	4,99	93,02	93,03	1.101.073
25-44	1,57	1,56	3,46	3,45	7,61	7,59	87,35	87,38	2.703.759
45-64	4,77	4,74	8,68	8,67	13,17	13,16	73,38	73,41	2.210.183
65-74	7,73	7,64	13,50	13,49	19,12	19,17	59,65	59,68	824.047
75+	14,65	14,06	20,47	20,19	17,92	18,35	46,95	47,38	627.294
Niveau d'instruction									
Primaire ou moins	9,25	5,67	14,15	9,63	14,77	10,48	61,82	62,56	1.422.311
Secondaire inférieur	4,04	3,70	7,61	6,97	11,56	10,41	76,78	67,25	1.864.247
Secondaire supérieur	2,03	2,56	4,40	5,32	9,19	9,69	84,38	70,77	1.717.698
Supérieure ou universitaire	1,15	1,57	2,95	3,78	8,85	9,29	87,05	73,69	1.320.168
Inconnu	3,09	7,12	5,15	12,13	5,98	10,74	85,78	70,00	
Position dans le ménage									
Enfant d'un couple marié	0,50	2,58	1,78	7,78	4,08	7,10	93,64	77,79	1.679.193
Enfant d'un couple cohabitant	0,44	5,92	1,76	9,11	4,04	8,83	93,78	73,42	99.321
Enfant dans un ménage monoparental	1,38	4,19	3,82	9,35	6,43	10,63	88,36	75,82	427.862
Isolé	6,63	4,36	11,67	7,97	15,21	12,00	66,48	64,00	1.134.056
Marié(e) sans enfant	6,17	3,55	10,61	6,16	15,50	10,23	67,72	68,39	1.650.407
Marié(e) avec enfant(s)	2,25	3,06	4,39	5,18	8,85	8,77	84,50	71,32	2.294.719
Cohabitant sans enfant	2,77	3,89	5,24	5,68	10,14	10,42	81,85	67,34	304.180
Cohabitant avec enfant(s)	1,64	3,89	3,61	5,77	7,98	8,98	86,77	69,68	228.530
Parent dans un ménage monoparental	5,53	4,48	8,57	7,16	11,58	10,41	74,32	66,28	331.956
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	8,63	6,22	9,80	9,16	8,10	8,52	73,47	76,08	112.966
Autre position	7,34	4,95	10,89	8,52	12,45	10,84	69,32	75,67	96.382
Ménage collectif	19,81	8,06	27,57	22,44	13,48	14,15	39,15	55,33	88.249
Région									
Flandre	3,04	3,04	5,51	5,51	10,00	9,97	81,45	81,46	5.015.362
Bruxelles	3,81	3,73	7,03	6,98	10,04	10,07	79,12	79,20	724.447
Wallonie	4,80	4,77	8,41	8,42	10,25	10,30	76,53	76,50	2.710.655
Total	3,67		6,57		10,08		79,67		8.450.464

* St% : pourcentage standardisé

Tableau 31: Degré de dépendance, selon différentes caractéristiques socio-démographiques

Âge	Niveau d'instruction	Hommes					Femmes				
		Degré de dépendance élevé à cause d'une affection	Degré de dépendance moyen à cause d'une affection	Degré de dépendance faible à nul à cause d'une affection	Sans affection	Nombre de personnes	Degré de dépendance élevé à cause d'une affection	Degré de dépendance moyen à cause d'une affection	Degré de dépendance faible à nul à cause d'une affection	Sans affection	Nombre de personnes
25-44	1*	4,32	8,77	9,78	77,13	100.264	4,68	8,21	8,66	78,45	97.934
	2*	2,19	4,93	9,55	83,33	298.906	2,94	5,32	8,25	83,48	246.219
	3*	1,11	3,03	8,28	87,58	499.108	1,47	3,08	7,05	88,40	465.957
	4*	0,37	1,27	6,69	91,67	434.776	0,58	1,49	6,01	91,92	503.715
	5*	5,12	11,09	9,81	73,98	31.413	5,22	11,33	8,34	75,11	25.467
45-64	1*	7,66	13,61	15,20	63,54	236.882	7,64	11,77	13,98	66,61	265.664
	2*	4,90	9,59	14,33	71,18	302.678	5,21	8,84	13,02	72,93	320.810
	3*	3,16	6,91	12,94	76,98	255.452	3,64	6,70	11,56	78,10	243.944
	4*	1,50	4,15	12,04	82,31	264.816	2,20	5,00	11,74	81,05	219.650
	5*	9,68	15,77	14,16	60,39	50.255	9,53	14,16	13,64	62,67	50.032
65-74	1*	8,76	15,26	19,31	56,67	149.261	9,81	15,05	17,84	57,31	197.962
	2*	6,11	12,99	20,43	60,47	87.543	6,90	12,43	19,23	61,43	112.200
	3*	4,85	10,90	20,07	64,17	54.954	5,51	10,67	18,55	65,27	54.960
	4*	2,68	8,00	21,16	68,17	50.147	3,84	8,82	19,39	67,95	33.017
	5*	11,39	18,14	19,11	51,35	37.820	11,91	16,80	18,36	52,93	46.183
75+	1*	13,78	19,66	18,68	47,88	99.545	17,68	21,92	15,52	44,87	210.239
	2*	10,66	19,06	21,28	49,00	46.353	12,94	20,66	18,22	48,18	81.000
	3*	8,77	16,93	21,89	52,42	29.944	10,60	18,90	18,68	51,82	36.719
	4*	6,39	15,24	22,06	56,30	25.648	9,29	17,60	20,27	52,84	21.666
	5*	16,61	22,55	18,87	41,97	26.726	22,18	23,13	16,34	38,35	49.454
Total		3,07	6,21	10,39	80,33	3.082.491	4,25	6,92	9,79	79,04	3.282.792

* 1: primaire ou moins; 2: secondaire inférieur; 3: secondaire supérieur; 4: supérieure ou universitaire; 5: inconnue

Tableau 32: Degré de dépendance selon le niveau d'instruction, stratifié par âge et par sexe

Position dans le ménage	15-24					25-44					45-64					65-74					75+							
	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N	1*	2*	3*	4*	N			
Hommes																												
Enf. couple marié	0,35	1,45	4,49	93,71	376.970	1,67	4,51	7,44	86,39	139.872	4,95	12,25	13,02	69,78	8.786													
Enfant couple coh.	0,45	1,77	4,71	93,07	16.992	2,16	5,45	8,50	83,88	3.375	7,81	12,50	14,06	65,63	256													
Enfant dans un mén. monop.	0,60	2,15	5,77	91,49	86.759	2,78	6,82	9,72	80,68	53.829	6,05	13,43	14,89	65,63	20.646	7,58	16,14	18,29	57,99	607								
Isolé	0,81	2,64	8,86	87,70	27.224	2,36	5,27	11,03	81,34	218.755	6,85	12,34	16,65	64,16	154.536	7,87	15,39	21,27	55,48	56.236	10,28	19,13	20,47	50,13	51.428			
Marié(e) sans enf.	0,44	1,15	5,16	93,25	6.338	1,05	2,45	7,64	88,87	109.316	5,03	9,66	14,94	70,38	342.135	6,61	12,74	20,03	60,61	244.364	11,28	18,43	20,74	49,55	131.650			
Marié(e) avec enf.	0,92	1,83	5,45	91,80	4.037	1,00	2,41	7,13	89,46	610.020	3,03	6,22	11,61	79,14	475.106	6,87	12,44	18,51	62,17	49.114	12,14	17,81	19,12	50,93	16.012			
Coh. sans enfant	0,44	1,65	6,77	91,14	16.488	0,93	2,49	8,58	88	89.383	5,49	10,33	14,63	69,54	34.134	7,79	15,12	19,40	57,70	9.361	11,73	19,03	21,33	47,91	4.450			
Coh. avec enfant(s)	0,37	2,42	7,03	90,19	4.626	1,17	3,11	8,21	87,52	85.104	3,54	7,03	12,01	77,42	23.003	8,08	14,88	19,01	58,03	1.015	12,22	17,04	20,90	49,84	311			
Parent dans un mén. monop.	1,61	2,01	9,64	86,75	249	3,27	5,88	9,71	81,15	16.527	4,81	8,80	13,68	72,71	26.490	7,17	13,25	18,80	60,78	5.931	13,85	18,92	18,15	49,09	5.720			
Résidant dans un ménage type 2-6	0,56	2,12	5,42	91,89	10.636	1,77	4,30	6,75	87,18	15.787	8,17	15,63	12,43	63,77	7.384	10,83	16,71	17,46	55,00	4.009	21,52	20,39	13,49	44,60	4.513			
Autre position	0,69	2,24	6,77	90,30	5.927	2,26	5,09	9,87	82,77	17.631	6,43	12,67	15,47	65,42	11.569	8,38	15,23	18,76	57,63	4.919	15,00	20,03	17,83	47,14	3.740			
Ménage collectif	0,60	9,97	11,93	77,51	1.174	4,83	24,18	18,02	52,98	4.868	11,08	36,14	18,33	34,45	6.038	15,59	30,03	17,11	37,27	4.143	23,12	27,05	14,40	35,43	10.369			
Femmes																												
Enf. couple marié	0,30	1,24	4,31	94,14	330.264	2,27	5,24	6,05	86,44	67.862	7,43	16,49	9,53	66,54	4.038													
Enfant couple coh.	0,35	1,35	5,11	93,19	14.399	2,47	6,17	6,84	84,53	1.784	9,65	11,40	8,77	70,18	228													
Enfant dans un mén. monop.	0,56	1,94	5,56	91,94	75.725	3,01	7,18	8,45	81,36	27.036	7,09	14,28	13,02	65,61	10.857	8,66	14,49	16,69	60,16	635								
Isolé	0,77	2,29	8,14	88,81	23.918	2,55	4,79	9,85	82,80	119.196	7,46	11,66	15,41	65,47	154.222	7,88	13,92	19,09	59,11	135.196	12,71	20,43	17,78	49,07	193.989			
Marié(e) sans enf.	0,53	1,23	5,56	92,68	18.247	1,79	3,18	7,59	87,44	108.489	5,40	9,04	13,85	71,70	382.274	7,92	12,94	18,63	60,51	217.955	14,42	19,50	18,80	47,28	90.329			
Marié(e) avec enf.	0,54	1,61	4,52	93,32	15.418	1,29	2,59	6,16	89,96	692.303	3,35	6,06	10,57	80,01	389.669	7,91	11,92	17,20	62,97	34.098	15,71	18,80	17,85	47,64	9.452			
Coh. sans enfant	0,33	1,36	6,53	91,78	31.962	1,21	2,66	7,62	88,51	74.631	6,17	9,75	13,57	70,51	31.592	9,89	15,38	18,27	56,47	8.102	17,39	22,10	18,18	42,34	4.176			
Coh. avec enfant(s)	0,42	1,54	5,65	92,39	9.789	1,18	2,67	6,33	89,82	89.042	3,89	6,69	10,60	78,82	14.611	14,86	14,72	14,72	55,70	693	21,99	19,11	14,40	44,50	382			
Parent dans un mén. monop.	0,73	2,82	6,70	89,75	6.450	3,06	5,41	8,73	82,80	133.735	5,07	8,53	12,24	74,15	88.366	9,44	13,37	17,51	59,67	23.323	18,24	20,63	15,84	45,28	25.302			
Résidant dans un ménage type 2-6	0,42	1,75	4,45	93,38	11.743	1,69	3,71	5,63	88,96	12.762	9,65	15,56	11,81	62,98	7.147	14,51	18,13	14,54	52,82	6.587	30,54	23,48	10,19	35,80	17.966			
Autre position	0,65	2,15	5,70	91,50	4.739	2,43	5,12	7,74	84,71	9.880	7,59	12,30	14,26	65,85	11.729	10,01	14,92	17,58	57,49	9.502	20,57	21,37	14,41	43,65	13.848			
Ménage collectif	2,10	7,81	9,31	80,78	999	5,37	23,41	14,70	56,53	2.572	10,77	27,99	15,69	45,56	5.367	15,46	24,35	15,78	44,41	8.206	26,60	28,87	11,26	33,27	43.602			

* 1: degré de dépendance élevé à cause d'une affection; 2: degré de dépendance moyen à cause d'une affection; 3: degré de dépendance faible à nul à cause d'une affection; 4: sans affection

Tableau 33: Degré de dépendance selon la position dans le ménage, stratifié par âge et par sexe

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio*	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	0,95	0,95-0,95
Groupe d'âge		
15-24	1,00	-
25-44	2,36	2,34-2,39
45-64	4,99	4,94-5,05
65-74	7,09	7,01-7,18
75+	10,95	10,81-11,08
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	2,38	2,36-2,39
Secondaire inférieur	1,81	1,80-1,82
Secondaire supérieur	1,41	1,40-1,42
Supérieure ou universitaire	1,00	-
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	1,24	1,22-1,25
Enfant d'un couple cohabitant	1,24	1,20-1,29
Enfant dans un ménage monopar.	1,69	1,67-1,71
Isolé	1,69	1,68-1,70
Marié(e) sans enfant	1,39	1,38-1,40
Marié(e) avec enfant(s)	1,00	-
Cohabitant sans enfant	1,39	1,37-1,40
Cohabitant avec enfant(s)	1,04	1,03-1,05
Parent dans un ménage monopar.	1,49	1,48-1,50
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,85	1,82-1,88
Autre position	1,72	1,70-1,75
Ménage collectif	3,48	3,43-3,53
Région		
Flandre	1,00	-
Bruxelles	1,19	1,18-1,20
Wallonie	1,44	1,44-1,45

* Comme la variable dépendante (degré de dépendance) consiste de plusieurs catégories, les odds ratios sont le résultat d'une régression logistique multivariée cumulative avec les personnes sans affections comme catégorie de référence.

Tableau 34: Odds ratios pour un degré de dépendance plus élevé pour les variables socio-démographiques

3.7 Indicateurs de l'espérance de santé

Vu l'accroissement de l'espérance de vie, il est important, tel que mentionné dans l'introduction, d'étudier si l'augmentation du nombre d'années de vie est liée à une augmentation du nombre d'années en bonne santé ou, si au contraire, elle s'accompagne d'une augmentation de la mauvaise santé. Les indicateurs composés tels que l'espérance de vie en bonne santé permettent de diviser l'espérance de vie en plusieurs périodes de santé changeantes (Molla *et al.*; Robine *et al.*). L'indicateur de l'espérance de santé est déterminé par la mortalité et par l'état de santé de la population survivante. La combinaison des deux données est traduite dans l'espérance de vie en bonne santé. Ce faisant, l'attention porte tant sur la quantité que sur la qualité de la vie. Une espérance de santé peut être interprétée de la même manière que l'espérance de vie. Elle est exprimée en nombre estimé d'années à vivre à partir d'un certain âge. L'indicateur est indépendant de la structure d'âge de la population si bien que les populations ou sous-groupes tels que les groupes socio-économiques, par sexe et les zones géographiques peuvent être comparées directement.

En combinant les données de la mortalité en Belgique en 2001 avec les données du Recensement, différents indicateurs de l'espérance de santé peuvent être déterminés. Ils sont définis ci-dessous et le nom en anglais le plus connu ainsi que l'abréviation de l'indicateur sont à chaque fois donnés.

- L'espérance de vie en bonne santé (Healthy life expectancy – HE). L'état de santé est défini sur la base de la santé subjective (question Q2) où la «bonne santé» comprend les catégories de réponses «très bonne» et «bonne». Les personnes en mauvaise santé répondent «très mauvaise», «mauvaise» ou «moyenne».
- L'espérance de vie sans morbidité chronique (Morbidity Free Life Expectancy – MFLE). L'état de santé est déterminé sur la base de la présence ou non de la morbidité de longue durée (question Q3A).
- L'espérance de vie sans incapacités (Disability Free Life Expectancy – DFLE, avec limitations moyennes (Moderate Disability Life Expectancy – MDLE) et graves (Severe Disability Life Expectancy – SDLE). Une combinaison des questions Q3A et Q3B a été utilisée pour calculer ces indicateurs. Les personnes n'ont pas d'incapacités si elles n'ont pas de morbidité chronique ou si elles ne ressentent pas d'effet notable sur les activités quotidiennes à la suite d'une morbidité chronique. Les personnes avec une morbidité chronique qui indiquent également qu'elles sont limitées ici et là dans leurs activités quotidiennes sont définies comme étant «avec incapacité modérée». Les personnes avec une morbidité chronique qui sont toujours limitées dans leurs activités forment la catégorie «avec incapacité grave».

L'intérêt sur le plan politique des indicateurs de l'espérance de santé est évident à la lumière de quelques propositions européennes. Ainsi, le DFLE est jusqu'à présent le seul indicateur de santé qui est repris dans la liste des «indicateurs structurels»⁵. Ce groupe d'indicateurs doit être soumis annuellement aux chefs d'État des États membres lors de leur réunion de printemps. Le DFLE est également repris dans la liste des indicateurs de santé UE (ECHI), la liste des indicateurs de développement durable et la liste des indicateurs d'inclusion sociale.

⁵ <http://europa.eu.int/comm/eurostat/structuralindicators>

3.7.1 Méthodes

Vu que les informations relatives à l'âge dans la base de données du Recensement sont regroupées dans des groupes d'âge de 5 ans, les tables d'espérance de vie pour l'année 2001 de l'INS (0 à 105 ans) ont été transformées en tables d'espérance de vie raccourcie avec des groupes d'âge de 5 ans. Les indicateurs de l'espérance de vie ont été estimés selon la méthode de Sullivan (Sullivan, Jagger). Dans cette méthode, la prévalence d'un état de santé est appliquée aux personnes-années de la cohorte de la table de vie afin d'estimer le nombre total d'années vécues dans cet état de santé spécifique à partir d'un certain âge. La variance et les intervalles de confiance de 95% (IC) de l'espérance de vie ont été calculées (Chiang). Pour l'estimation de l'espérance de santé, il a été tenu compte de la variance des données de mortalité et des données de morbidité (Newman, Molla *et al.*). Pour l'estimation des indicateurs de santé à partir de la naissance, nous avons supposé que la prévalence dans les groupes d'âge de 0 à 4 ans est identique à celle du groupe d'âge de 5 à 9 ans, ce qui est une supposition conservatrice sur la base des données de l'Enquête de santé 2001.

3.7.2 Résultats

Un aperçu des différentes données qui sont utilisées dans l'évaluation des différents indicateurs de l'espérance de santé se trouve à la figure 18 et la figure 19. La chance de survie à 5 ans chez les hommes est toujours légèrement plus basse que chez les femmes mais la différence devient plus prononcée à partir de l'âge de 45 ans. La chance de survie à 5 ans reste supérieure à 0,50 jusque dans le groupe d'âge de 85 à 89 ans chez les femmes et jusqu'au groupe d'âge de 80 à 84 ans chez les hommes. La prévalence d'une bonne santé subjective est inférieure à la prévalence des autres indicateurs de santé positifs et cette différence est prononcée à partir de l'âge de 40 ans. À noter: l'augmentation des limitations graves à un âge plus avancé, ce qui fait que la prévalence des limitations graves dépasse la prévalence des limitations modérées après l'âge de 75 ans.

Le tableau 35 reproduit l'espérance de vie (Life Expectancy – LE) et les indicateurs de l'espérance de santé à la naissance et à l'âge de 65 ans. Le pourcentage du nombre d'années dans un état de santé spécifique par rapport à la totalité de l'espérance de vie est également indiqué. En 2001, chez les femmes belges, l'espérance de vie à la naissance atteint 81,67 ans. L'espérance de vie en bonne santé, l'espérance de vie sans morbidité chronique et sans incapacité sont de respectivement 59,46; 63,38 et 66,14 ans. Cela signifie qu'une fille qui est née en 2001 peut s'attendre à passer environ 73% de sa vie en bonne santé subjective, 78% sans morbidité chronique et 81% sans incapacité. Le nombre d'année avec incapacité est représentée de manière à peu près égale selon la gravité, à savoir 7,81 ans avec incapacité modérée et 7,72 ans avec incapacité grave.

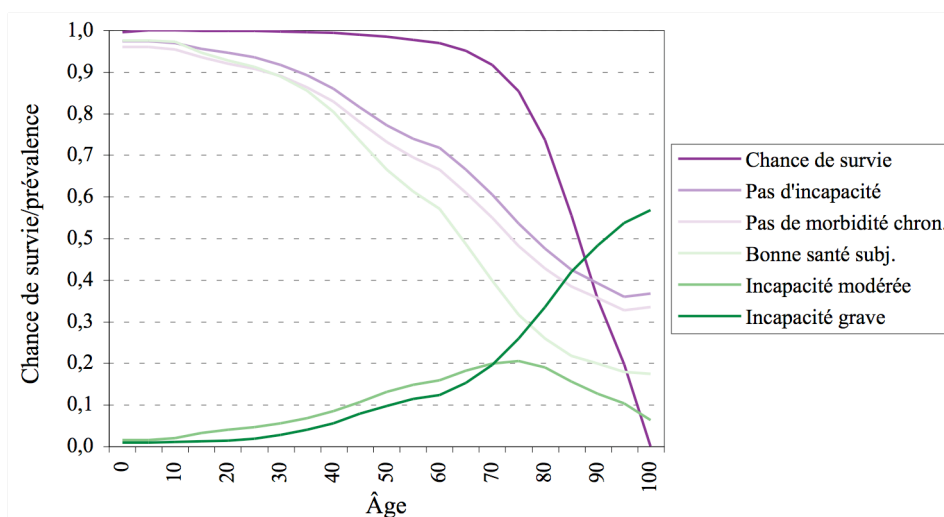


Figure 18: La probabilité de survie par groupe d'âge quinquennal et la prévalence d'une bonne santé subjective, pas de morbidité chronique, pas d'incapacité, d'incapacité modérée et d'incapacité grave chez les femmes

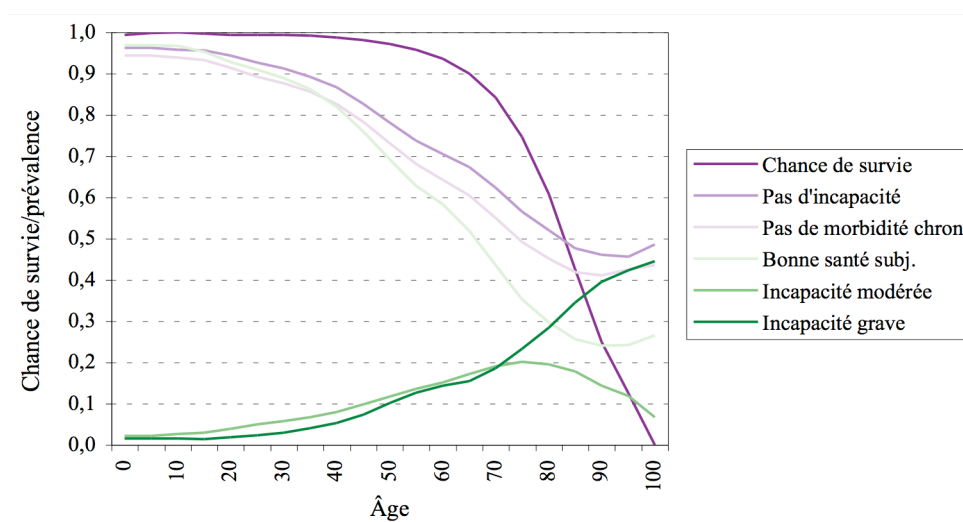


Figure 19: La probabilité de survie par groupe d'âge quinquennal et la prévalence d'une bonne santé subjective, pas de morbidité chronique, pas d'incapacité, d'incapacité modérée et d'incapacité grave chez les hommes

Âge/ Sexe	LE		HE		MFLE		DFLE		MDLE		SDLE	
	Année	Année	%	Année	%	Année	%	Année	%	Année	%	
0 ans												
Hommes	75,42	58,00	76,91	59,70	79,15	62,82	83,29	6,62	8,78	5,98	7,93	
Femmes	81,67	59,46	72,81	63,38	77,61	66,14	80,99	7,81	9,56	7,72	9,45	
65 ans												
Hommes	16,24	6,57	40,45	8,55	52,64	9,67	59,56	3,01	18,53	3,55	21,9	
Femmes	20,23	7,05	34,83	10,12	50,02	11,16	55,15	3,74	18,49	5,33	26,4	

Tableau 35: *Espérance de vie (LE), Espérance de vie en bonne santé (HE), Espérance de vie sans morbidité (MFLE) et Espérance de vie sans incapacité (DFLE), avec incapacité modérée (MDLE) et avec incapacité grave (SDFL) en années et en pourcentage de l'espérance de vie chez les hommes et chez les femmes à l'âge de 0 et 65 ans*

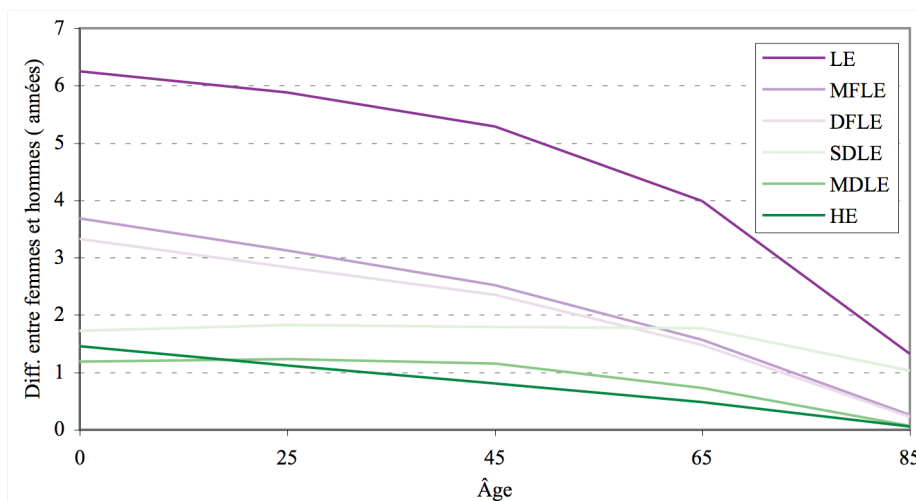
À l'âge de 65 ans, l'espérance de vie chez la femme s'élève encore à 20,23 ans, dont 7,05 ans (35%) en bonne santé subjective, 10,12 ans sans morbidité chronique (50%) et 11,16 ans (55% sans incapacité). À 65 ans, le nombre d'années qu'il reste à vivre avec incapacité grave (5,33 ans) est plus élevé que le nombre d'années avec incapacité modérée (3,74 ans). La proportion d'années à vivre en bonne santé diminue sensiblement à un âge plus avancé quel que soit l'indicateur utilisé.

En 2001, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes atteignait 75,42 ans. La partie de la vie en bonne santé subjective est de 77% (58,00 ans); un homme peut s'attendre à vivre sans morbidité chronique 79% de sa vie ou 59,70 ans. L'espérance de vie sans incapacité est de 62,82 ans (83%). Selon les estimations au moment de sa naissance, un homme passera plus de temps de sa vie avec une incapacité modérée (6,62 ans) qu'une incapacité grave (5,98 ans). À l'âge de 65 ans, l'espérance de vie s'élève à 16,24 ans. Ce nombre d'années comporte 6,57 ans (40%) en bonne santé subjective, 8,55 ans (53%) sans morbidité chronique et 9,67 ans (60%) sans incapacité. À cet âge, le nombre d'années estimé avec une incapacité modérée s'élève à 3,01 ans (18%) tandis que le nombre d'années estimé avec une incapacité grave s'élève à 3,55 ans (22%).

Les différences au niveau de l'espérance de vie et des indicateurs de l'espérance de santé entre les femmes et les hommes sont indiquées à la figure 20. La différence en termes d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes est supérieure à 6 ans. À l'âge de 65 à 85 ans, cette différence s'élève toujours à 4 ans et 1,3 an. Le gain d'années pour les femmes à la naissance est relativement moins bon sur le plan de la bonne santé subjective. Les femmes ne vivent en effet qu'1 an et demi en plus dans cet état de santé. La valorisation de la différence du nombre d'années est meilleure sur le plan de la morbidité chronique et des incapacités vu que le gain du nombre d'années sans morbidité chronique (3,7 ans) et des années sans incapacité (3,3 ans) représente plus de 50% de la différence des années de vie. Pendant leur durée de vie plus longue, les femmes passent cependant 2,9 ans de plus (ou quasi 47% de la différence d'espérance de vie) avec une incapacité; dont 1,7 ans avec incapacité grave.

À 65 ans, la différence d'espérance de vie n'est que de 4 ans à l'avantage des femmes, mais à cet âge, le gain d'années n'est plus traduit en années en bonne de santé. Pour tous les indicateurs, le gain du

nombre d'années en bonne santé est en effet considérablement inférieur à la moitié de la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Sur les 4 ans qu'une femme de 65 ans peut espérer vivre plus longtemps qu'un homme, 2,5 ans seront vécus avec une incapacité, dont 1,8 ans avec incapacité grave. À 85 ans, l'espérance de vie est encore de 1,32 an en plus chez les femmes mais cette période est presque totalement (juste un peu plus de 1 an) touchée par une incapacité grave.



Espérance de vie (LE), espérance de vie en bonne santé (HE), espérance de vie sans morbidité (MFLE) et espérance de vie sans incapacité (DFLE), avec incapacité modérée (MDLE) et avec incapacité grave (SDFL)

Figure 20: La différence (en années) d'espérance de vie et des indicateurs d'espérance de santé entre les femmes et les hommes

3.7.3 Conclusion

Cette représentation des indicateurs d'espérance de vie démontre clairement l'importante contribution des questions sur la santé dans le Recensement pour calculer une série d'indicateurs d'espérance de la santé. D'autres calculs sur des unités géographiques plus petites sont possibles. Les femmes ne vivent pas seulement plus longtemps que les hommes, elles vivent également plus d'années en bonne santé (bonne santé subjective, sans morbidité chronique et sans incapacité). Ces années en bonne santé ne représentent cependant qu'une fraction du gain total d'espérance de vie, si bien que les femmes vivent également un certain nombre d'années en plus en moins bonne santé. La proportion du gain d'années de vie qui consiste en une moins bonne santé augmente avec l'âge et représente au moins quatre cinquièmes de la différence à 85 ans selon l'indicateur.

Chapitre 4: Soins informels

4.1 Introduction

Face à la maladie, le malade dispose de plusieurs options: s'accommoder aux symptômes, prendre soin de lui-même, demander l'aide de ses proches ou encore requérir l'aide d'un professionnel de la santé (Amstrong). Le choix du malade parmi ces options est lié d'une part, à la sévérité de sa maladie et d'autre part, aux ressources à sa disposition (Amstrong). L'essentiel de la recherche sur le «help-seeking» s'est principalement intéressé à l'utilisation des soins professionnels. Néanmoins, force est de constater que le premier aidant est d'abord un proche. L'objet de ce chapitre est de décrire l'ampleur et les facteurs des soins informels (ou non-professionnels).

Les soins prestés par des membres de la famille, des amis ou des voisins sont généralement associés à trois facteurs: i) la demande de soins, ii) la disponibilité et la volonté pour assumer le rôle d'aidant, iii) la disponibilité d'alternatives dans le système de santé. Depuis les années 1980, les changements démographiques et les contraintes budgétaires de la sécurité sociale ont eu un impact direct sur ces trois facteurs. D'un côté, l'augmentation de la demande de soin est associée à certains facteurs démographiques comme le vieillissement de la population. En effet, les personnes âgées souffrent davantage de problèmes de santé, notamment de maladies chroniques (Gisele *et al.*; Mestdagh et Lambrecht; Vanbrabant et Craeynest), ce qui entraîne une plus grande demande d'aide et de soins (Cheal).

Le changement dans l'offre de soins informels est aussi lié à des facteurs démographiques et socio-économiques. Selon Daartland, dans l'actuel contexte européen l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail, l'augmentation du taux de divorce, l'augmentation du nombre de personnes isolées ainsi que la réduction du taux de natalité risquent de réduire la disponibilité de l'aide informelle au sein des ménages. Par ailleurs, les restrictions budgétaires ont amené les gouvernements à ralentir l'accroissement des investissements dans les services sociaux, notamment ceux liés à la garde des jeunes enfants et aux services aux personnes âgées. En conséquence, les familles supportent des responsabilités croissantes, non seulement dans les domaines du marché du travail mais aussi dans la prise des problèmes de santé des enfants et des personnes âgées.

La demande de soins informels est aussi liée à l'offre d'autres types de soins, notamment les soins professionnels. La relation entre l'offre de soins professionnels et les soins informels est loin d'être évidente. En effet, plusieurs études montrent que ces deux types d'offre de soins peuvent être complémentaires ou substituts selon la pathologie du patient et son niveau de dépendance (Couch *et al.*; Denton; Pezzin *et al.*; Ward-Griffin; White-Means et Rubin). Néanmoins, les politiques actuelles visent à réduire la durée du séjour à l'hôpital favorisant un retour rapide à domicile. De plus, en ce qui concerne les personnes âgées, la plupart des pays appartenant à l'Union européenne mettent la priorité au maintien à domicile (European Commission). Cette réduction des durées de séjours et le maintien à domicile accroissent le poids sur les soignants informels. Dans ce contexte, plusieurs politiques visent à soutenir l'aide formelle à domicile (soins infirmiers, centres de coordination de soins et services à domicile, aides aux familles et aux personnes âgées etc.) Cependant, plusieurs études montrent, que les

aides formelles sont insuffisantes pour couvrir les besoins des malades et que les soignant informels jouent un rôle central dans le maintien à domicile.

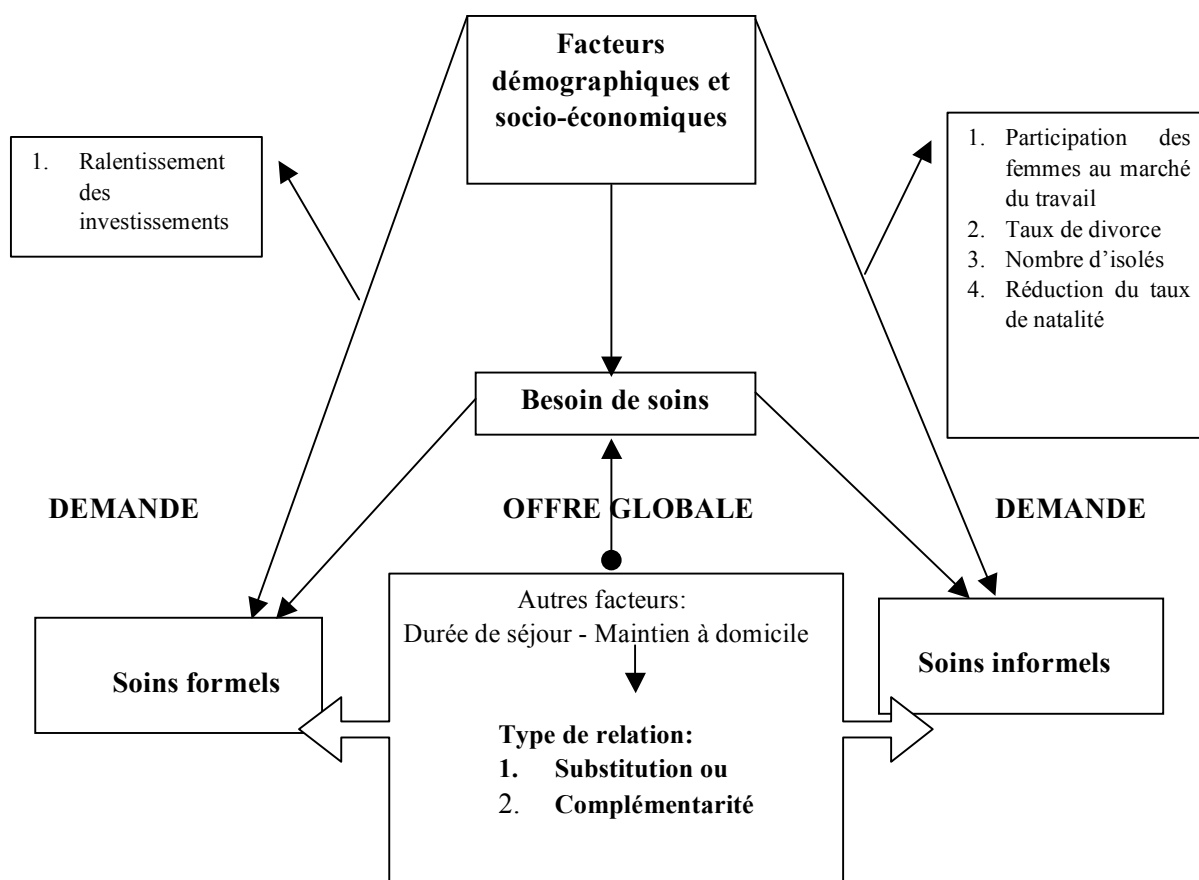


Figure 21: Relation entre la demande de soins, l'offre de soins informels et l'offre de soins formels

Plusieurs auteurs mentionnent la difficulté de distinguer les différents types de soins «formels» et «informels» (Daly et Lewis; Daly; Pfau-Effinger). En effet, aujourd'hui les limites entre les responsabilités assumées dans la sphère privée et la sphère publique sont nettement moins définies. Nous constatons qu'il existe actuellement une juxtaposition des initiatives visant la prise en charge des personnes par le secteur public, par les familles et par le marché (Daly et Lewis). Selon Kröger, l'État-Providence prend de plus en plus en considération la soutenabilité des réseaux de soins basés sur des liens de solidarité entre les individus, notamment ceux tissés au sein des ménages. En conséquence, différentes politiques sont mises en place pour compenser et inciter la prise en charge des personnes par leurs proches. Ces compensations peuvent prendre la forme de déductions fiscales ou de transferts monétaires (European Commission). Ceci constitue des «nouvelles formes de rémunération» pour les activités «informelles» qui étaient jusque là considérées comme gratuites. La Communauté flamande a adopté le 30 mars 1999 un décret portant parmi d'autres sujets, sur la prise en charge des soins informels. Le soignant informel qui est défini comme «[la personne physique majeure] qui fournit des services et des soins non-médicaux dans un cadre non-professionnel» (décret du 30 mars 1999, Art. 2) ne reçoit pas de compensation. Le décret prévoit par contre une compensation pour la personne qui

reçoit des soins, à condition qu'elle est inscrite auprès d'une caisse de soins (zorgkas⁶).

Depuis les années 1990, l'aide des proches est reconnue comme essentielle dans la prise en charge des personnes, des aînés et des malades chroniques (Twig). Tester estime quant à lui, que 75 à 80% de la totalité des soins reçus par les personnes âgées sont prestés par une personne du ménage (Tester). Cependant, les données nécessaires pour évaluer et quantifier la prise en charge par la famille sont en général manquantes. Le Recensement belge de 2001 permet de décrire l'aide informelle. Il permet de mieux élucider certaines caractéristiques d'une activité basée sur des liens de solidarité entre les individus. La question 4A, vise à identifier les personnes ayant une activité régulière en tant qu'aidant (au moins une fois par semaine). Les questions 4B et 4C visent à identifier le receveur de soins et le temps consacré à prester des soins informels.

4a. Apportez-vous au moins une fois par semaine, en dehors de votre profession, une aide ou des soins à une ou plusieurs personnes ayant une maladie, affection ou handicap durable (ex. mobilité réduite)?

oui non

4b. Si OUI, cette ou ces personnes sont :
(cochez plusieurs cases si nécessaire)

membre(s) de votre ménage

membre(s) de la famille n'appartenant pas à votre ménage

voisin(s)

ami(s), connaissances, etc.

4c. Si OUI, combien de temps consacrez-vous à cette aide ou à ces soins ?

au moins une fois par semaine (mais pas tous les jours)

tous les jours, moins de 30 minutes

tous les jours, de 30 minutes à moins de 2 heures

tous les jours, de 2 à moins de 4 heures

tous les jours, 4 heures ou plus

Figure 22: Questions sur les soins informels dans le Recensement de 2001

L'emploi du terme «informel» dans cette monographie ne fait pas allusion à des activités au noir ou non déclarées. Différencier ces deux «types» d'activité est essentiel pour éviter des contradictions dans l'analyse (Escobedo *et al.*). Sachant que les proches s'engagent souvent à assister ainsi qu'à soigner les membres de leur entourage souffrant d'une maladie, nous utiliserons dans cette monographie les termes «aidant» et «soignant» en tant que synonymes. L'exploitation des données du Recensement belge de 2001 sur les aidants (et/ou soignants) permet d'améliorer la compréhension du besoin de soins et de son rôle dans la société actuelle. La première partie de cette monographie analyse les

⁶ Les «zorgkassen» peuvent être constituées de (Laasman):

1. Mutualités, union de mutualités et société d'intérêt mutuel
2. La caisse SNCB
3. Les sociétés d'assurance privées

soins et de son rôle dans la société actuelle. La première partie de cette monographie analyse les facteurs socio-économiques du ménage influençant la prestation de soins informels en Belgique. Ce chapitre décrit l'impact de la prestation de soins informels sur la santé subjective, et la comparaison internationale sur les caractéristiques des aidants informels. Nous utiliserons pour cela les données des recensements de 2001 du Canada et du Royaume-Uni ainsi que l'étude «Mantelzorg in Vlaanderen».

4.2 Déterminants des soins informels

4.2.1 Caractéristiques des soignants informels

4.2.1.1 Âge et sexe

En Belgique, 9,37% des personnes âgées de plus de 15 ans prestent des soins informels. Les femmes prestent plus de soins que les hommes: 10,77% contre 7,9% respectivement (tableau 40, colonne 1).

Nous calculons le risque de devenir aidant en utilisant des régressions logistiques. En contrôlant par l'âge et le sexe, les femmes ont un risque de devenir un aidant qui est de 42% supérieur à celui des hommes (OR=1,42; voir tableau 40, colonne 3). Ce résultat est cohérent avec la littérature consacrée aux facteurs déterminant la prestation de soins informels (Breuil-Genier; Cannuscio *et al.*; Couch *et al.*; Ettner, 1995; Ettner, 1996).

La prévalence des soins informels varie en fonction de l'âge du soignant. Nous constatons que le pourcentage de la population prestant des soins informels augmente dans les trois premiers groupes d'âge, passant de 4,25% pour le groupe des personnes âgées de 15-24 ans à 7,39% pour ceux ayant entre 25 et 44 ans et à 13,95% pour les personnes ayant entre 45 et 64 ans (voir tableau 40). Pour les deux derniers groupes d'âge (65 et plus), nous observons une faible réduction de la prévalence d'aidant. Nous constatons que 12,39% des personnes âgées entre 64 et 75 ans et 9,7% des personnes ayant plus de 75 ans prestent des soins informels.

Par rapport aux personnes âgées entre 15 et 24 ans, les personnes appartenant aux autres groupes d'âge ont une plus grande probabilité de donner des soins. Cette probabilité est particulièrement élevée lorsque nous considérons le groupe des personnes âgées entre 45 et 64 ans (OR=3,69; IC= 3,63-3,73). La forte prévalence des soins informels parmi les adultes âgés entre 45 et 64 ans peut être associée au phénomène appelé «la Génération Sandwich» (Spillman *et al.*). Chez ces personnes, la fourniture de soins informels vient concurrencer leur participation au marché du travail ainsi que leur responsabilité envers leurs enfants. Ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur dans le contexte démographique actuel, en raison de l'accroissement du taux de participation des femmes dans le marché du travail ainsi que de la naissance de plus en plus tardive des enfants

Âge/Sexe	Aidants informels		Résultats régression logistique	
	%	Total des personnes	Odds ratio*	Intervalle de confiance (95%)
Sexe				
Hommes	7,90	3.741.479	1,00	
Femmes	10,77	3.939.263	1,42	(1,41-1,43)
Groupe d'âge				
15-24	4,25	1.740.957	1,00	
25-44	7,39	2.170.668	1,80	(1,78-1,81)
45-64	13,95	2.292.223	3,69	(3,66-3,73)
65-74	12,39	845.280	3,14	(3,11-3,17)
75+	9,70	631.614	2,24	(2,21-2,27)
Total	9,37	7.680.742	-	-

* Les odds ratios sont contrôlés pour l'âge et le sexe

Tableau 36: Soins informels parmi les personnes âgées de plus de 15 ans: pourcentage et odds ratio

Nous avons stratifié la part des aidants par âge et par genre (tableau 37). La part des hommes donnant des soins est proche de 10,5% dans les groupes d'âge 45 à 64 ans, 65 à 75 ans et 75 ans et plus. Par contre, la part des femmes prestant des soins varie considérablement dans les différentes tranches d'âge. Il est important de mentionner que la part des femmes donnant des soins est beaucoup plus élevée que celle des hommes pour le groupe d'âge entre 45 et 64 ans: 16,36% contre 10,32% respectivement. Par contre, à partir de 75 ans, la part des femmes donnant des soins est inférieure à celle des hommes: 6,77% contre 10,61% respectivement.

Sexe	Groupe d'âge	Soins informels	Total des personnes
Hommes	15-24	3,66	867.126
	25-44	5,62	1.078.164
	45-64	10,32	1.118.748
	65-74	10,57	375.103
	75+	10,61	220.305
Femmes	15-24	4,67	848.977
	25-44	8,66	1.056.944
	45-64	16,36	1.110.099
	65-74	11,87	435.695
	75+	6,77	382.871

Tableau 37: Total des personnes (en %) âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe et l'âge

La figure 23 montre l'évolution de la part des hommes et des femmes donnant des soins en fonction de leur âge. La part des femmes donnant des soins est supérieure à celle des hommes jusqu'à l'âge de 74 ans. Avant 74 ans, l'écart le plus important entre la part des aidants hommes et femmes se situe à l'âge de 56 ans. En effet, cette différence est de 7,34% (19,11% des femmes contre 11,76% des hommes). A partir de 75 ans, cette tendance s'inverse et la part des hommes donnant des soins est supérieure à celle des femmes. Lorsque les personnes sont âgées de 86 ans, la différence entre la part d'aidant homme et femme atteint son maximum: 7,21% (5,94% des femmes contre 13,14% des hommes). Plusieurs raisons peuvent expliquer le renversement de la tendance dans la prestation des soins. En effet, en raison de leur plus faible taux de mortalité, un nombre élevé de femmes âgées ne doivent plus prêter des soins car elles ont perdu leur conjoint ainsi que leurs parents. En conséquence, la part des femmes «soignantes» diminue. Par contre, il est probable que les hommes ayant plus de 74 ans qui vivent avec leur conjoint soient amenés à aider ou soigner leur conjoint.

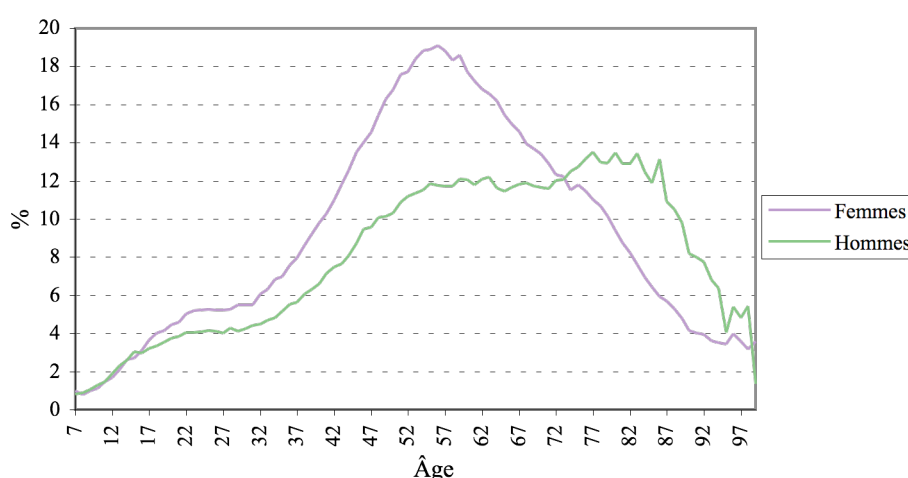


Figure 23: Pourcentage d'aidants informels selon l'âge et le sexe

4.2.1.2 Position dans le ménage

La part des personnes donnant des soins informels est plus élevée parmi les époux sans enfant (12,76%), les parents dans un ménage monoparental et parmi les personnes ayant une autre position dans le ménage (14,62%). Par contre, la part des aidants informels est la plus faible chez les enfants appartenant à un couple marié ou à un couple cohabitant (4,2% et 4,1%) et chez les cohabitants avec enfants. En contrôlant par l'âge et le sexe, nous obtenons l'effet net de la position de l'individu dans le ménage sur la prestation de soins (tableau 38).

Par rapport aux époux avec enfant, les époux sans enfant ont 13% de chance en plus de prêter des soins informels (OR=1,13; CI=1,12-1,14). Par contre, les cohabitants sans enfant et les cohabitants avec enfants ont 4% de chance en moins de donner des soins informels que les époux avec enfants (OR=0,96; CI=0,95-0,97 et OR=0,96; CI=0,95-1,01). Ces résultats semblent suggérer un lien entre la structure «légale» du ménage et son offre de soins informels. En effet, il se peut que les personnes appartenant aux nouvelles structures familiales soient moins disponibles à donner des soins que les personnes appartenant à des structures familiales plus traditionnelles. Par ailleurs, les personnes appartenant à des nouvelles structures familiales peuvent être en meilleure santé ou peuvent se séparer lorsqu'un des membres du ménage tombe malade. Nous constatons que les enfants dans un ménage

monoparental ont 84% (OR=1,84; CI=1,81-1,87) plus de chance de prêter des soins informels que les époux avec enfants. Par contre, les enfants dans un couple marié et dans couple cohabitant ont 4% de chance en moins de donner des soins informels que les époux avec enfants (OR=0,96; CI=0,95-0,97 et OR=0,96; CI=0,95-1,01). Ceci peut s'expliquer en tenant compte que les partenaires du couple sont considérés comme les «principaux» soigneurs et que les enfants assument le rôle de soigneur lorsque l'une des deux personnes du couple est absente ou ne peut pas prêter les soins requis (Spillman et Pezzin).

Position dans le ménage	Aidants informels		Résultats régression logistique	
	%	Total des personnes	Odds ratio*	Intervalle de confiance (95%)
Enfant d'un couple marié	4,20	950.841	0,96	(0,95-0,97)
Enfant d'un couple cohabitant	4,10	38.182	0,96	(0,95-1,01)
Enfant dans un mén. monoparental	9,65	284.444	1,84	(1,81-1,87)
Isolé	8,68	1.164.133	0,85	(0,84-0,86)
Époux (épouse) sans enfant	12,76	1.699.099	1,13	(1,12-1,14)
Époux (épouse) avec enfant(s)	9,67	2.368.284	1,00	-
Cohabitant sans enfant	7,07	312.999	0,91	(0,90-0,92)
Cohabitant avec enfant(s)	6,56	235.896	0,85	(0,83-0,86)
Parent dans un mén. monoparental	11,22	344.027	1,04	(1,03-1,05)
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	7,16	100.425	0,86	(0,84-0,88)
Autre position	14,62	96.120	1,67	(1,64-1,71)
Ménage collectif	7,59	86.292	0,76	(0,74-0,78)

* Les odds ratios sont contrôlés pour l'âge et le sexe

Tableau 38: Soins informels selon l'âge, le sexe et la position dans le ménage parmi les personnes âgées de plus de 15 ans: pourcentage et odds ratio

Position dans le ménage	15-24		25-44		45-64		65-74		75+	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Hommes										
Enfant d'un couple marié	3,23	465.962	6,20	64.520	17,13	9.011	-	18	-	2
Enfant d'un couple cohabitant	3,26	19.546	6,90	1.449	17,25	2.55	-	9	-	0
Enfant dans un mén. monop.	4,75	108.794	11,67	36.093	26,31	21.263	51,64	639	-	24
Isolé	5,23	82.552	6,96	170.528	10,24	159.503	8,49	57.596	7,03	5.2349
Époux (épouse) sans enfant	3,25	41.321	5,96	77.250	11,43	353.487	11,89	250.222	14,66	133.019
Époux (épouse) avec enfant(s)	3,40	51.508	5,10	578.910	9,93	490.964	13,69	50.884	17,19	16.362
Cohabitant sans enfant	3,15	55.791	5,36	52.953	10,81	35.271	11,76	9.580	13,11	4.484
Cohabitant avec enfant(s)	4,01	21.853	4,87	70.609	8,50	23.795	10,60	1.047	12,54	311
Parent dans un mén. monop.	6,05	1.107	7,18	16.182	10,19	27.401	10,72	6.156	8,77	5.860
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	5,48	17.107	6,65	10.098	5,48	7.527	8,21	4.089	6,13	4.578
Autre position	7,92	11.932	11,28	12.383	17,30	11.968	14,89	5.049	12,62	3.793
Ménage collectif	4,22	2.153	7,04	3.960	8,56	6.086	9,37	4.108	6,67	10.208
Femmes										
Enfant d'un couple marié	4,09	380.312	9,84	26.877	27,51	4.122	-	17	-	0
Enfant d'un couple cohabitant	3,82	15.907	12,07	762	31,12	241	-	7	-	6
Enfant dans un mén. monop.	5,63	88.955	16,13	16.706	35,59	11.279	59,39	665	-	26
Isolé	5,95	62.926	9,33	84.541	15,45	160.126	9,43	138.166	5,37	195.846
Époux (épouse) sans enfant	4,42	59.628	9,27	70.820	16,92	398.825	13,97	223.902	14,56	90.625
Époux (épouse) avec enfant(s)	5,06	99.957	8,65	628.947	17,56	405.830	18,68	35.284	19,97	9.638
Cohabitant sans enfant	4,28	71.037	7,19	38.614	14,11	32.915	12,49	8.214	12,22	4.140
Cohabitant avec enfant(s)	5,23	31.923	7,18	70.094	14,16	15.156	15,38	728	8,42	380
Parent dans un mén. monop.	7,37	23.274	9,75	121.863	15,63	92.182	12,44	24.251	9,30	25.751
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	6,80	17.410	11,26	7.761	13,38	7.298	7,42	6.695	3,96	17.862
Autre position	8,74	8.356	15,98	6.702	26,16	12.213	19,22	9.804	11,01	13.920
Ménage collectif	5,34	1.646	10,85	2.046	18,31	5.505	18,24	8.150	4,22	42.430

Tableau 39: Total des personnes (en %) âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, l'âge et le type de ménage

4.2.1.3 Education, activité et région

La prestation de soins informels varie peu selon le niveau d'éducation. En effet, ce pourcentage est de 9,73% pour les personnes ayant un niveau d'éducation primaire, de 9,91% pour les personnes ayant un niveau d'éducation secondaire inférieur, de 8,54% pour les personnes ayant un niveau d'éducation secondaire supérieur et de 9,05% pour les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur ou universitaire. Par ailleurs, le pourcentage des personnes ne spécifiant pas leur niveau d'éducation qui fournissent de soins est de 11,69%. Cependant, les personnes âgées sont le plus souvent faiblement scolarisées. Il est donc important de tenir compte de cet effet «âge». Les résultats de la régression logistique (tableau 40) montrent que les personnes ayant un niveau de scolarité primaire ont un plus

faible risque de donner des soins que ceux ayant un niveau de scolarité supérieur (OR=0,71; CI=0,70-0,72). La scolarité accroît le risque de donner des soins informels.

Caractéristique socio-démographique	Aidants informels		Résultats régression logistique	
	%	Total des personnes	Odds ratio*	Intervalle de confiance (95%)
Niveau d'instruction				
Primaire ou moins	9,73	1.466.138	0,71	(0,70-0,72)
Secondaire inférieur	9,91	1.929.011	0,91	(0,91-0,92)
Secondaire supérieur	8,54	2.069.750	0,97	(0,96-0,98)
Supérieure ou universitaire	9,05	1.882.202	1,00	-
Inconnu	11,69	333.641	-	-
Région				
Flandre	8,78	4.543.845	1,00	
Bruxelles	9,65	668.818	1,15	(1,14-1,16)
Wallonie	10,40	2.468.079	1,21	(1,21-1,22)
Activité				
Actif travaillant	7,79	3.823.710	1,00	
Actif à la recherche d'emploi	10,04	447.610	1,28	(1,27-1,29)
Inactif	11,02	3.327.720	1,43	(1,41-1,43)

* Les odds ratios sont contrôlés pour l'âge, le sexe et le type de ménage

Tableau 40: Soins informels selon le niveau d'instruction, la région et le statut professionnel parmi les personnes âgées de plus de 15 ans: pourcentage et odds ratio

Le tableau 41 montre la part des personnes donnant des soins stratifiée selon le niveau d'instruction, l'âge et le sexe. Les personnes âgées entre 25 et 44 ans ayant un niveau de scolarité faible donnent plus de soins informels que ceux ayant un niveau d'éducation plus élevé. Par contre, la part des personnes âgées de plus de 45 ans s'engageant à donner des soins informels est plus importante lorsque leur niveau de scolarité dépasse le secondaire inférieur.

Le pourcentage des personnes fournissant des soins en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles est respectivement de 8,78%, 9,65% et 10,40%. Si l'on tient compte des variables socio-économiques, les habitants de Bruxelles et de Wallonie ont respectivement 15% (OR=1,15; CI=1,14-1,16) et 21% (OR=1,21; CI=1,21-1,22) de chance en plus de donner des soins informels que les personnes habitants en Flandre. Cela est particulièrement intéressant dans le cadre du débat actuel sur la couverture du risque de dépendance.

Le pourcentage des personnes ayant un emploi qui fournissent des soins est de 7,79%. Par ailleurs, le pourcentage des actifs à la recherche d'emploi et des inactifs fournissant des soins est respectivement de 10,04% et 11,02%. Ces résultats peuvent s'expliquer en tenant compte de deux hypothèses. Les personnes à recherche d'un emploi ou les inactifs donnent plus de soins car ils ont plus de temps disponible. Les personnes décident d'arrêter de travailler pour pouvoir se consacrer à prester des soins.

Par rapport aux actifs travaillant, les inactifs ont 43% de chance en plus de donner des soins informels (OR=1,43; CI=1,40-1,43) et les actifs à la recherche d'emploi ont 28% de chance en plus d'être des aidants (OR=1,28; CI=1,27-1,29). Notons cependant que certaines personnes pourraient opter pour un travail à temps partiel afin de s'occuper d'un proche.

Groupe d'âge	Niveau d'instruction	Hommes		Femmes	
		%	N	%	N
15-24	Primaire ou moins	3,86	51.305	5,17	38.856
	Secondaire inférieur	3,78	253.762	4,63	207.903
	Secondaire supérieur	3,83	357.915	4,94	335.158
	Supérieure/universitaire	3,42	201.180	4,52	267.430
	Inconnu	5,20	15.464	6,18	11.984
25-44	Primaire ou moins	6,51	91.450	9,45	90.546
	Secondaire inférieur	6,60	261.468	10,38	221.137
	Secondaire supérieur	5,86	361.468	9,14	348.798
	Supérieure/universitaire	4,99	353.618	7,72	393.368
	Inconnu	7,70	26.931	10,67	21.884
45-64	Primaire ou moins	9,46	245.918	13,41	277.559
	Secondaire inférieur	11,08	313.762	17,14	335.125
	Secondaire supérieur	11,11	252.117	18,01	241.410
	Supérieure/universitaire	11,61	283.224	20,47	239.996
	Inconnu	11,04	51.510	15,18	51.602
65-74	Primaire ou moins	10,60	153.402	10,87	203.298
	Secondaire inférieur	12,07	90.455	13,38	115.865
	Secondaire supérieur	11,89	53.838	15,06	54.225
	Supérieure/universitaire	12,95	54.380	19,79	36.966
	Inconnu	12,61	37.322	13,72	45.529
75+	Primaire ou moins	11,05	101.010	6,62	212.794
	Secondaire inférieur	13,00	47.292	8,42	82.242
	Secondaire supérieur	12,65	29.259	10,20	35.562
	Supérieure/universitaire	13,40	27.939	13,42	24.101
	Inconnu	15,05	25.490	10,31	45.925
Total		7,90	3.741.479	10,77	3.939.263

Tableau 41: Pourcentage des personnes âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau d'instruction

Lorsque nous stratifions la prestation des soins selon le type d'activité, l'âge et le sexe, nous constatons que la prestation de soins chez les femmes varie moins que chez les hommes. En effet, chez les personnes âgées entre 45 et 64 ans la différence entre la part des hommes à la recherche d'emploi et les actifs qui donnent des soins est de 2,81%, tandis que chez les femmes elle est de 0,85%.

Groupe d'âge	Activité	Hommes		Femmes	
		%	N	%	N
15-24	Actif travaillant	3,66	472.084	4,70	404.178
	Actif à la recherche d'emploi	6,16	75.187	7,06	92.050
	Inactif	3,31	329.522	4,22	360.413
25-44	Actif travaillant	5,41	985.406	8,07	791.920
	Actif à la recherche d'emploi	9,61	66.364	10,57	106.193
	Inactif	10,36	39.246	11,91	166.526
45-64	Actif travaillant	9,82	719.125	16,39	442.906
	Actif à la recherche d'emploi	12,63	47.349	16,89	60.350
	Inactif	12,63	374.090	17,60	612.525
65-74	Actif travaillant	11,77	5.128	15,65	2006
	Actif à la recherche d'emploi	-	43	-	74
	Inactif	11,63	382.643	12,96	441.721
75+	Actif travaillant	17,72	615	17,54	342
	Inactif	12,32	229.078	8,02	391.956
Total		7,89	3.725.880	10,72	3.873.160

Tableau 42: *Pourcentage des personnes âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels selon le sexe, le groupe d'âge et le type d'activité*

4.2.2 Caractéristiques des soignants informels et receveurs de soins

Le Recensement belge de 2001 permet d'établir qui est (sont) le(s) receveur(s) des soins informels. Cette question permet d'établir si les soins sont fournis au sein du ménage, à l'extérieur du ménage à un membre de la famille, à l'extérieur du ménage à un voisin ou à un ami. Il est important de mentionner que les aidants remplissant cette question, peuvent choisir parmi plus d'un choix. En effet, il se peut que l'aidant soigne en même temps son conjoint (aide dans le ménage) et ses parents (aide à la famille en dehors du ménage). Cette variable peut être considérée comme une approximation de la demande de soins.

Nous constatons que les soins sont prestés principalement dans le cercle familial. En effet, 38,56% des aidants disent donner des soins à un membre du ménage et 48,76% prestant des soins à un membre de la famille, à l'extérieur du ménage. En ce qui concerne la prestation de soins à des personnes n'appartenant pas à la famille, 13,16% sont des amis et 6,52% sont des voisins (tableau 43).

4.2.2.1 Âge et sexe

Le pourcentage des aidants hommes donnant des soins dans le ménage et aux membres de la famille en dehors du ménage est similaire (respectivement 43,99% et 43,58%, tableau 43). Par contre, le pourcentage des aidants femmes donnant des soins en dehors du ménage à la famille est plus élevé que le pourcentage des femmes donnant des soins dans le ménage (52,35% contre 34,79%).

Le tableau 44 montre la distribution de l'aide selon le sexe dans chaque catégorie de personnes aidées. La différence entre le pourcentage des soins prestés au sein du ménage par des hommes et par des femmes est faible (46,74% contre 53,24%). Par contre, les femmes fournissent 63,35% du total des soins à des membres de la famille en dehors du ménage. Nous pouvons interpréter ce résultat en faisant l'hypothèse que la majorité des soins prestés en dehors du ménage à la famille correspond aux soins fournis par des enfants à leurs parents. Par ailleurs, les soins dans le ménage correspondent à ceux prestés au sein du couple. En tenant compte de ces hypothèses, le fait que les femmes soient plus engagées à fournir des soins à des membres de la famille que les hommes, indiquerait que les filles prestent plus de soins à leurs parents que les fils. Ce résultat est en ligne avec la littérature (Couch *et al.*; Ettner, 1996; Spillman et Pezzin).

Les personnes âgées entre 15 et 24, entre 25 et 44 ainsi que les personnes âgées entre 45 et 64 prestent des soins principalement en dehors du ménage à des membres de la famille (tableau 43). Par contre, les personnes ayant entre 64 et 75 ans ainsi que celles âgées de plus de 75 ans fournissent des soins principalement au sein du ménage. Nous retrouvons ici l'hypothèse selon laquelle les soins informels au sein du ménage correspondent à ceux fournis dans le couple (correspondant à des couples âgés) et les soins fournis à des membres de la famille en dehors du ménage correspondent à ceux fournis par des enfants à leurs parents. Ceci montre que la demande de soins varie entre les différents types de ménage et qu'elle est fortement influencée par la structure familiale et l'âge des individus. Le pourcentage des soins fournis à des amis est particulièrement élevé pour les personnes âgées entre 15 et 24 ans (17,46%). Par ailleurs, nous constatons que le pourcentage des soins fournis aux voisins est plus élevé pour les personnes âgées entre 65 et 75 ans (9,52%) ainsi que pour les personnes âgées de plus de 75 ans (8,86%).

4.2.2.2 Position dans le ménage

Les ménages collectifs ainsi que les enfants dans un ménage monoparental donnent des soins principalement au sein de ménage. Les soins prestés dans le ménage par des époux sans enfant sont aussi importants que ceux prestés à des membres de la famille en dehors du ménage. Par contre, les couples mariés avec enfant ainsi que les cohabitants avec et sans enfant(s) donnent des soins principalement à des membres de la famille en dehors du ménage.

4.2.2.3 Education, activité et région

Caractéristique socio-démographique	Dans le ménage	En dehors du ménage à la famille	En dehors du ménage aux voisins	En dehors du ménage aux amis	Nombre d'aidants
Total	38,56	48,76	6,52	13,16	683.669
Sexe					
Hommes	43,99	43,58	6,00	13,30	280.239
Femmes	34,79	52,35	6,88	13,07	403.430
Groupe d'âge	39,29	46,34	5,00	17,46	69.669
25-44	34,76	53,92	5,81	12,71	152.321
45-64	31,40	58,10	5,81	11,30	306.448
65-74	51,68	30,45	9,52	15,71	99.007
75+	63,86	19,13	8,86	14,77	56.224
Niveau d'instruction					
Primaire ou moins	54,16	34,67	6,60	10,14	134.981
Secondaire inférieur	39,40	48,58	6,70	12,03	183.022
Secondaire supérieur	33,47	54,26	5,91	13,31	168.809
Supérieure ou universitaire	26,92	58,56	6,36	16,62	162.173
Inconnu	52,66	31,88	8,93	14,02	34.684
Position dans le ménage					
Enfant d'un couple marié	54,10	33,61	4,33	15,76	37.669
Enfant d'un couple cohabitant	49,89	38,87	3,28	15,67	1.461
Enfant dans un mén. monop.	69,46	23,9	3,5	9,85	26.142
Isolé	9,71	55,56	13,79	31,71	93.523
Époux (épouse) sans enfant	45,03	46,05	5,93	8,92	207.568
Époux (épouse) avec enfant(s)	37,65	55,43	4,81	8,17	218.904
Cohabitant sans enfant	29,97	56,19	5,36	14,93	21.081
Cohabitant avec enfant(s)	35,71	54,13	5,28	11,76	14.698
Parent dans un mén. monop.	33,95	49,84	7,91	16,73	36.655
Résidant dans un ménage de type				11,5	
2 jusqu'à 6	58,74	33,05	3,4		6.716
Autre position	62,12	28,20	4,83	11,96	13.370
Ménage collectif	52,80	15,77	8,99	31,06	5.882
Région					
Flandre	41,58	49,40	4,20	9,31	376.683
Bruxelles	31,95	45,81	10,56	23,45	61.084
Wallonie	35,57	48,50	9,07	16,52	245.902
Activité					
Actif travaillant	29,91	60,23	4,89	11,42	284.285
Actif à la recherche d'emploi	35,09	49,70	7,52	17,03	42.909
Inactif	45,77	39,54	7,69	14,15	347.263

Les aidants peuvent choisir parmi plus d'un choix. Ils pouvaient répondre dans le questionnaire qu'ils donnaient des soins à des personnes appartenant à différentes catégories de personnes aidées (aide dans le ménage et aide en dehors du ménage à un ami).

Tableau 43: Distribution des soins informels par type de personne aidée et par groupe socio-économique de l'aidant (%)

Les aidants ayant un niveau d'éducation primaire prestent des soins principalement dans le ménage (54,16%). Ce pourcentage est plus faible pour les personnes ayant une éducation de niveau secondaire inférieur (39,40%), secondaire supérieur (33,47%) ainsi que supérieur ou universitaire (26,92%). Nous constatons que 58,56% des personnes ayant un niveau d'éducation universitaire donnent des soins en dehors du ménage.

L'interprétation de ces résultats doit être faite en tenant compte des résultats obtenus selon l'âge des soigneurs. En effet, nous pouvons considérer qu'une grande partie des personnes âgées de plus de 65 ans donnant des soins dans le ménage, ont un niveau d'éducation primaire.

Le pourcentage des personnes donnant des soins au sein du ménage en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles est respectivement de 41,58%, 31,95% et 35,57% (tableau 43). Le pourcentage des personnes prestant des soins à des membres de la famille en dehors du ménage varie moins entre les régions: 49,40% pour la Flandre, 45,81% pour Bruxelles et 48,50% pour la Wallonie. Il est intéressant de constater que le pourcentage des personnes donnant des soins aux amis est élevé à Bruxelles (26,45%); ceci pouvant être expliqué par les caractéristiques particulières des structures familiales à Bruxelles.

Sexe	Dans le ménage	En dehors du ménage à la famille	En dehors du ménage aux voisins	En dehors du ménage aux amis
Hommes	46,76	36,64	37,72	41,43
Femmes	53,24	63,35	62,27	58,61
Total des personnes	263.623	333.357	44.575	89.971

Tableau 44: Pourcentage des soins informels fournis selon sexe par type de receveur (%)

4.2.3 Caractéristiques des soignants informels et nombre d'heure de soins fournis

Le Recensement inclut une question visant à établir la fréquence (nombre de jours par semaine) et le nombre d'heures de soins prestées quotidiennement. La plupart des aidants donnent des soins au moins une fois par semaine (50,96%) (tableau 45). Parmi les personnes donnant des soins quotidiennement, ceux fournissant entre 30 minutes et 2 heures de soins sont les plus nombreux (17,2%).

4.2.3.1 Âge et sexe

La fréquence et le nombre d'heure de soins fournis par des hommes et par des femmes sont similaires (tableau 45). La part des soignants donnant des soins au moins une fois par jour décroît avec l'âge. Cependant, les soins prestés de façon hebdomadaire restent les plus fréquents dans les différentes catégories d'âge. Le pourcentage des aidants donnant plus de 4 heures de soins par jour est

particulièrement élevé pour les personnes âgées entre 64 et 75 ans ainsi que pour celles âgées de plus de 75 ans (20,08% et 26,56% – tableau 45) . Il est fort probable que dans ces groupes d'âge, des individus fournissent des soins à leur partenaire âgé et dans ce cas, il est probable que la demande de temps de soins soit importante.

4.2.3.2 Position dans le ménage

La part des aidants donnant plus de 4 heures de soins par jour est supérieure à la moyenne nationale (13,18%) parmi les couples mariés sans enfant (16,39%), les ménages collectifs (16,00%), les autres types de ménage (24,93%) ainsi que chez les ménages monoparentaux (16,34%) (tableau 45).

4.2.3.3 Education, type d'activité et région

Le pourcentage des personnes prestant des soins au moins 1 fois par semaine ou quotidiennement pendant moins de 30 minutes s'accroît avec le niveau d'éducation. La part des soignants donnant des soins de façon hebdomadaire est particulièrement élevée auprès des individus ayant un niveau d'éducation universitaire (63,35%). Par ailleurs, la part des soignants donnant des soins quotidiennement pendant plus de 30 minutes décroît avec le niveau d'éducation (voir tableau 45). La part des soignants donnant des soins pendant plus de 4 heures par jour est particulièrement élevée auprès des individus ayant un niveau d'éducation primaire (22,71%).

Parmi les aidants ayant un emploi, 60,07% prestent des soins au moins une fois par semaine. Le pourcentage des personnes s'engageant à donner des soins pendant plus de 4 heures par jour, est supérieur à la moyenne nationale, parmi les actifs à la recherche d'emploi ainsi que parmi les inactifs.

La fréquence et le nombre d'heures de soins prestés varient considérablement en fonction du niveau d'éducation et de l'activité des soignants. Ceci peut s'expliquer en tenant compte que la réduction de salaire liée à réduire le temps de travail pour se consacrer à prester des soins est plus élevée pour les aidants ayant un niveau d'éducation élevé. En conséquence, les individus pour lesquels la perte de revenu est moindre sont plus disponibles pour prendre en charge une personne ayant besoin de beaucoup d'heures de soins. Par ailleurs, il peut exister un effet de sélection parmi les aidants qui, dû au fait qu'ils sont au chômage, décident de donner plus de soins.

Dans les trois régions, la part des individus prestant des soins de façon hebdomadaire est la plus élevée. En Flandre, le pourcentage des individus donnant entre 2 et 4 heures de soins (7,56%) ainsi que ceux donnant plus de 4 heures de soins (15,02%) est supérieur à la moyenne nationale.

SOINS INFORMELS

Caractéristique socio-démographique	Au moins 1 fois par semaine (mais pas tous les jours)	Tous les jours				Total des personnes
		Moins de 30 min	30 min à 2 h	2 h à 4 h	4h et plus	
Total	50,96	12,05	17,2	6,59	13,18	684.369
Sexe						
Hommes	49,42	13,43	18,04	6,70	12,39	281.148
Femmes	52,03	11,08	16,61	6,52	13,73	403.221
Groupe d'âge						
15-24	61,94	12,95	13,06	4,39	7,64	70.215
25-44	56,03	11,88	15,72	5,69	10,65	153.459
45-64	53,18	11,27	18,03	6,39	11,10	307.442
65-74	39,93	12,66	18,71	8,60	20,08	97.910
75+	30,17	14,59	19,22	9,44	26,56	55.343
Niveau d'instruction						
Primaire ou moins	35,71	13,22	19,57	8,76	22,71	133.466
Secondaire inférieur	48,69	12,55	18,39	7,11	13,23	182.648
Secondaire supérieur	55,78	11,45	16,69	5,97	10,08	170.132
Supérieure ou universitaire	63,65	10,61	14,51	4,56	6,64	165.224
Inconnu	36,77	14,77	17,05	8,31	23,07	32.899
Position dans le ménage						
Enfant d'un couple marié	55,46	15,81	15,84	5,10	7,76	37.881
Enfant d'un couple cohabitant	56,35	14,68	14,41	5,34	9,20	1.478
Enfant dans un ménage monop.	35,10	15,21	22,28	8,92	18,47	26.109
Isolé	64,88	9,44	13,21	5,37	7,07	93.975
Époux (épouse) sans enfant	43,97	12,45	19,44	7,73	16,39	206.360
Époux (épouse) avec enfant(s)	52,94	11,84	16,90	6,13	12,16	220.389
Cohabitant sans enfant	58,22	10,46	14,73	5,23	11,33	21.026
Cohabitant avec enfant(s)	57,35	11,47	14,17	5,10	11,88	14.775
Parent dans un ménage monop.	54,69	10,35	14,56	5,55	14,83	36.510
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	37,65	16,16	19,30	8,48	18,39	6.661
Autre position	31,33	13,43	21,23	9,06	24,93	13.137
Ménage collectif	34,12	18,04	21,24	10,58	16,00	6.068
Région						
Flandre	47,23	11,33	18,84	7,56	15,02	379.048
Bruxelles	60,68	10,44	12,74	5,39	10,73	59.906
Wallonie	54,35	13,55	15,74	5,39	10,94	245.415
Activité						
Actif travaillant	60,07	12,24	16,29	4,81	6,56	287.789
Actif à la recherche d'emploi	52,98	11,13	15,77	6,91	13,19	42.585
Inactif	43,45	11,97	18,15	8,00	18,41	345.393

Tableau 45: Total des personnes donnant des soins informels (en %) selon le nombre d'heures

4.2.3.4 Intensité des soins fournis

Pour mesurer l'impact des facteurs socio-économiques sur l'intensité des soins prestés, nous avons calculé la probabilité de donner plus de 2 heures de soins par jour à l'aide.

Caractéristique socio-démographique	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Sexe		
Hommes	1,00	-
Femmes	1,04	(1,03-1,06)
Groupe d'âge		
15-24	1,00	
25-44	1,87	(1,81-1,94)
45-64	1,55	(1,50-1,60)
65-74	2,14	(2,06-2,22)
75+	3,09	(2,97-3,21)
Niveau d'instruction		
Primaire ou moins	2,33	(2,28-2,38)
Secondaire inférieur	1,64	(1,61-1,67)
Secondaire supérieur	1,39	(1,37-1,42)
Supérieure ou universitaire	1,00	
Position dans le ménage		
Enfant d'un couple marié	0,96	(0,92-1,00)
Enfant d'un couple cohabitant	1,01	(0,87-1,18)
Enfant dans un ménage monop.	2,01	(1,95-2,08)
Isolé	0,50	(0,49-0,52)
Époux (épouse) sans enfant	0,85	(0,84-0,87)
Époux (épouse) avec enfant(s)	1,00	
Cohabitant sans enfant	0,90	(0,86-0,94)
Cohabitant avec enfant(s)	1,16	(1,10-1,21)
Parent dans un ménage monop.	0,99	(0,96-1,02)
Résidant dans un ménage de type 2 jusqu'à 6	1,34	(1,26-1,43)
Autre position	1,80	(1,73-1,90)
Ménage collectif	0,94	(0,88-1,00)
Région		
Flandre	1,00	
Bruxelles	0,74	(0,72-0,75)
Wallonie	0,69	(0,68-0,70)
Activité		
Actif travaillant	1,00	
Actif à la recherche d'emploi	2,02	(1,96-2,08)
Inactif	2,09	(2,06-2,13)

Tableau 46: Probabilité de donner plus de deux heures de soins par jour parmi les soignants

Nous avons choisi cette catégorisation car les aidants donnant plus de 20 heures⁷ de soins par semaine sont considérés dans la littérature comme des aidants ayant une charge de soins «lourde» (Brouwer *et al.*; Burton *et al.*). La probabilité de donner plus 2 heures de soins par jour est similaire pour les hommes et pour les femmes (OR=1,04; CI=1,03-1,06; tableau 46). Par rapport aux personnes âgées entre 15 et 24 ans, les personnes âgées entre 65 et 74 ainsi que les personnes âgées de plus de 75 ans ont un plus grand risque de prester plus de 2 heures de soin par jour. Les personnes ayant un niveau d'éducation primaire ont 2,3 fois plus de chance de donner plus de 2 heures de soins que les personnes ayant un niveau d'éducation universitaire. Par rapport aux époux avec enfants, les cohabitants avec enfants, les enfants dans un ménage monoparental ainsi que les personnes ayant une autre position dans le ménage, ont une plus grande probabilité de donner plus de deux heures de soins par jour. Si l'on considère les variables socio-économiques, les habitants de Bruxelles et de la Wallonie ont respectivement 26% (OR=0,74; CI=0,72-0,76) et 31% (OR=1,69; CI=1,68-1,70) moins de chance de donner plus de 2 heures de soins que les personnes habitant en Flandre. Par rapport aux personnes ayant un emploi, les inactifs ont 2,02 fois plus de chance de donner plus de 2 heures de soins (OR=2,02; CI=1,96-2,08) et les actifs à la recherche d'emploi ont 2,1 fois plus de chance de donner plus de 2 heures de soins (OR=2,09; CI=2,06-2,13). Il est important de mentionner que nos résultats sont liés uniquement à la charge de soins et non au nombre de personnes qui s'engagent à prester des soins informels.

4.3 Influence de la prestation de soins sur la santé subjective

L'effet de la prestation des soins informels sur la santé physique et mentale des aidants a été étudié dans la littérature (Brouwer *et al.*; Baumgartenn *et al.*; Marks; Schulz et Beach). Ces études utilisent généralement des petits échantillons où les personnes donnant des soins ont 45 ans ou plus. Par rapport à ces études, le Recensement belge a comme avantage de permettre d'analyser la prestation de soins dans toute la population belge. Le Recensement inclut une question sur l'état de santé subjectif de tous les individus du ménage, ce qui permet d'analyser l'impact de la prestation des soins sur la santé des aidants. Pour atteindre cet objectif, nous comparons l'état de santé subjectif des aidants informels et des personnes ne donnant pas de soins informels. Le pourcentage des personnes ayant un mauvais état de santé est plus élevé pour les aidants (36,79%) que pour les personnes ne donnant pas de soins (25,9%). Le tableau 47 montre le ratio entre le pourcentage des aidants en mauvaise santé et le pourcentage des non-aidants en mauvaise santé. L'impact sur la santé des aidants décroît en fonction de l'âge des individus. Ce résultat doit être interprété avec prudence. En effet, la dégradation de l'état de santé des jeunes est «relativement» plus importante que celle des personnes âgées car, au départ, les jeunes ont un meilleur état de santé. Ce résultat n'indique pas pour autant qu'en terme «absolu» l'état de santé de tous les jeunes donnant des soins se dégrade plus que celui des personnes âgées. En moyenne, la prestation de soins informels augmente le risque de mauvaise santé de 63% chez les hommes et de 27% chez les femmes.

⁷ Dans le recensement, les personnes donnant 20 heures semaine peuvent appartenir aux catégories «2 heures à 4 heures de soins par jour» ou «plus de 4 heures de soins par jours».

Sexe	Groupe d'âge	Ne donne pas de soin		Donne des soins		Ratio (2) / (1)
		Mauvais à moyen santé		Mauvais à moyen santé		
		% (1)	N	% (2)	N	
Hommes	15-24	6,59	835.365	14,17	32.407	2,15
	25-44	13,37	1.017.465	24,05	63.026	1,80
	45-64	30,85	1.003.263	38,26	122.134	1,24
	65-74	50,13	335.423	56,75	44.041	1,13
	75+	66,22	196.926	71,03	27.650	1,07
	Total	23,58	3388.442	38,41	289.258	1,63
Femmes	15-24	6,72	809.265	13,63	40.396	2,03
	25-44	14,09	965.384	21,89	94.486	1,55
	45-64	33,65	928.458	35,26	190.241	1,05
	65-74	54,77	383.947	56,01	57.145	1,02
	75+	72,06	356.930	71,02	31.214	0,99
	Total	28,17	3.443.984	35,66	413.482	1,27

Tableau 47: Santé subjective des personnes ne donnant pas des soins informels et des personnes donnant des soins (%)

La santé dépend également du temps consacré à la prestation de soins (Cannuscio *et al.*; Schulz). Le pourcentage des aidants ayant un mauvais état de santé croît avec le temps consacré aux soins (voir tableau 48). Le pourcentage des aidants en mauvaise santé passe de 29,64% pour des soins hebdomadaires à 39,14% pour des soins quotidiens. Le pourcentage des aidants en mauvaise santé varie peu si le temps consacré quotidiennement est de moins de 30 minutes (39,14%) ou de 30 minutes à 2 heures (39,6%). Par contre, lorsque les soins sont fournis pendant plus de 2 heures par jour, le pourcentage des aidants en mauvaise santé augmente.

Temps consacré aux soins	Mauvais à moyen	Bon à très bon	N
Au moins 1 fois par semaine	29,64	70,36	342.198
Tous les jours, moins de 30 min	39,14	60,86	80.633
Tous les jours, de 30 min à 2 h	39,60	60,40	115.226
Tous les jours, de 2 h à 4 h	44,13	55,87	44.059
Tous les jours, 4h et +	50,22	49,78	87.722

Tableau 48: Santé subjective des personnes donnant des soins informels selon le temps consacré aux soins (%)

Nous avons calculé l'impact de l'intensité des soins prestés (nombre d'heures) sur la probabilité d'être en mauvaise santé chez les soignants informels (tableau 49). Nous avons exclu les personnes ne donnant pas de soins de cette analyse afin de mettre en valeur l'impact du temps consacré à donner des soins et non l'impact de donner des soins sur la santé subjective. Les résultats sont contrôlés par les différentes variables socio-économiques (le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la région et le statut

professionnel). Par rapport aux soignants donnant des soins de façon hebdomadaire, la prestation de soins informels pendant 30 minutes tous les jours augmente le risque de mauvaise santé à concurrence de 25%. Le risque de mauvaise santé augmente considérablement lorsque les soins fournis dépassent 2 heures par jour. En effet, par rapport aux soignants donnant des soins au moins une fois par semaine, le risque de mauvaise santé augmente de 36% pour les personnes donnant des soins entre 2 et 4 heures par jour et de 45% pour les personnes donnant des soins plus de 4 heures par jour.

Temps consacré aux soins	Odds ratio	Intervalle de confiance (95%)
Au moins 1 fois par semaine	1,00	-
Tous les jours, moins de 30 min	1,25	(1,23-1,27)
Tous les jours, de 30 min à 2 h	1,27	(1,25-1,29)
Tous les jours, de 2 h à 4 h	1,36	(1,33-1,39)
Tous les jours, 4h et +	1,45	(1,43-1,49)

Les résultats sont contrôlés par le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la région et le statut professionnel

Tableau 49: Probabilité d'être en mauvaise santé subjective des personnes donnant des soins informels selon le temps consacré aux soins (%)

L'association entre prestation de soins informels et mauvaise santé doit cependant être interprétée avec prudence. En effet, nos données ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre ces deux variables. Il est, par exemple possible, que certains facteurs confondant dans ce questionnaire (les styles de vie alimentaire ou le tabagisme), généralement partagés par les membres d'un ménage, expliquent l'association entre soins informels et mauvaise santé.

4.4 Comparaison internationale sur les aidants informels

Le tableau 50 montre les différentes sources d'informations sur les soins informels. Nous remarquons que le mode de collecte et le type d'informations sont différents. Dans plusieurs pays, il existe des initiatives pour mesurer l'ampleur des aidants informels. Ces données sont en général récoltées en utilisant des enquêtes (ayant des tailles d'échantillonnage variables) et plus récemment, en utilisant des questionnaires dans les recensements. Les enquêtes sur les soins informels peuvent suivre deux perspectives différentes: i) la perspective du receveur de soins, ii) la perspective de l'aidant. Grammenos (2003) a constaté qu'il n'existe pas d'indicateur unique pour mesurer la prise en charge des personnes par les membres du ménage. En outre, les données existantes portent le plus souvent sur les caractéristiques des personnes recevant les soins que sur les personnes donnant des soins (Grammenos). Il y a peu de données sur les aidants informels ce qui ne permet d'identifier ni les facteurs déterminant la prestation des soins, ni les besoins des aidants informels.

Pays	Source des données				Sujet relié à	
	Nom	Type	Perspective	Année	Santé	Emploi du temps
Angleterre	Census 2001 ¹	Census	Aidant	2001	*	
Belgique	Census 2001	Census	Aidant	2001	*	
Flandre	Mantelzorg in Vlaanderen	Enquête	Aidant	2002-2003	-(a)	-(a)
Nouvelle-Zélande	Census ²	Census	Aidant	2001		*
Canada	Census ³	Census	Aidant	1996 et 2001		*
	General Household Survey ⁴	Enquête	Soigné/aidant	Différents modules de l'enquête entre 1985 et 2002	*	*
France	Handicap-incapacité-dépendance (HID) ⁵	Enquête	Soigné	1998 à 2002	*	
	Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages ⁶	Enquête	Soigné	1996 à 2004	*	
États-Unis	National Long Term Care Survey (NLTCS) ⁷	Enquête	Soigné	1984, 1989, 1994 et 1999	*	
	Assets and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD) ⁸	Enquête	Soigné	1993, 1995, 1998, 2000, 2002 et 2004	*	*
	Survey of Income and Program Participation (SIPP) ⁹	Enquête	Soigné/aidant	Différents modules de l'enquête entre 1984 et 1996	*	*
Union européenne	Panel socio-économique européen ¹⁰	Enquête	Aidant	1994 à 2001		*

Tableau 50: Sources de données concernant les soins informels

Source:

¹ Vidler

² Statistics New Zealand

³ Statistics Canada

⁴ Michelson et al.

⁵ Bressé et Dutheil

⁶ Breuil-Genier

⁷ White-Means et Rubin; Spillman et Pezzin; Hiedemann et Steven. Certaines vagues incluent des enquêtes spécifiques pour les aidants.

⁸ Van Houten et Norton; Mellor; Feld et al.

⁹ Ettner (1996)

¹⁰ Les données sur les soins informels sont incluses dans la partie de relations sociales. <http://epp.eurostat.cec.eu.int>

(a) Cette enquête vise à fournir des informations sur les soignants informels

En 2001, quatre pays ont décidé d'inclure dans le Recensement des questions sur les soins informels: le Royaume-Uni, le Canada, la Nouvelle Zélande et la Belgique. Il existe certaines différences qui doivent être mentionnées. D'une part, pour le Royaume-Uni et pour le Canada la question sur les soins informels porte exclusivement sur les soins aux personnes âgées. Ceci n'est pas le cas dans le Recensement belge car la question porte sur «les personnes ayant une maladie, une affection ou handicap durable». D'autre part, dans le recensement du Royaume-Uni et de la Belgique, les questions sur l'aide informelle sont incluses dans une partie portant sur la santé. Pour le Canada et la Nouvelle Zélande, la question visant les soins informels est incluse dans la partie reliée aux activités au sein des ménages.

Mis à part ces quatre recensements, il existe un nombre considérable d'enquêtes portant principalement sur les personnes recevant des soins formels et/ou informels. Les enquêtes présentées dans le tableau 50 ne sont qu'un échantillon de toutes les enquêtes existantes mentionnées dans des publications scientifiques récentes.

Sur base des données de 2001 du Canada et du Royaume-Uni, de la Belgique et d'une enquête en Flandre, on peut observer d'une part, la part de la population prestant des soins informels et d'autre part, la distribution des aidants selon le nombre d'heures de soins prestées (tableau 51).

L'enquête «Mantelzorg in Vlaanderen» vise à mieux décrire les soignants informels et leur rôle dans la prise en charge des personnes malades en Flandre (Jacobs et Lodewijckx). L'enquête utilise deux échantillons différents de la population pour estimer la prévalence des soins informels et pour présenter un «profil» des soignants. Le premier échantillon a été tiré parmi des résidents flamands et le deuxième a été tiré parmi les soignants informels enregistrés dans plusieurs caisses de soins. Selon Vanbrabant et Craeynest, 2 personnes sur 3 donnent des soins informels. Les auteurs mentionnent que 66% des femmes et 62% des hommes prestant des soins informels (Laasman). Nous constatons que nos résultats sur la prévalence totale des soins informels en Belgique (9,37%) ainsi qu'en Flandre (8,78%) sont nettement inférieurs aux résultats de la recherche «Mantelzorg in Vlaanderen» (64%). Ceci s'explique en tenant compte du fait que le Recensement permet de mesurer une prévalence ponctuelle et que l'enquête de la recherche «Mantelzorg in Vlaanderen» permet de mesurer une prévalence pendant une période de 12 mois. Par définition, une prévalence mesurée sur une période est supérieure à «une prévalence ponctuelle». Par ailleurs, les définitions sur les soins informels diffèrent dans les deux enquêtes. En conséquence, les résultats obtenus sont difficilement comparables.

Au Canada, 18,1% des personnes âgées de plus de 15 ans prestant des soins informels. La plupart d'entre eux donnent des soins pendant 5 heures au plus par semaine. Les soins informels sont plus élevés chez les femmes (20,9%) que chez les hommes (15,2%) âgés de plus de 15 ans (tableau 51). Au Royaume-Uni, la part de la population donnant des soins informels est de 12,5%. Il est intéressant de constater que les aidants prestant un plus grand nombre d'heures en Grande-Bretagne qu'au Canada. En effet, au Royaume-Uni, 2,7% de la population âgée de plus de 15 ans donnent des soins pendant 30 heures ou plus par semaine tandis qu'au Canada la part de la population donnant des soins pendant 20 heures et plus par semaine est égale à 1,3%. Les données sur la prévalence des soins informels au Canada et au Royaume-Uni sont inférieures à celles de la Belgique. Ceci peut être lié aux différences dans les systèmes de soins de santé. Cependant ces résultats doivent être comparés avec prudence car les questions des trois recensements sont très différentes.

Pays	Hommes	Femmes	Total
Canada¹	15,2	20,9	18,1
Moins de 5 heures	10,4	12,7	11,6
5 à 19 heures	3,8	6,4	4,3
20+	0,9	1,7	1,3
Royaume-Uni²	11,0	14,0	12,5
1 à 14 heures	7,7	9,3	8,5
15 à 29 heures	1,2	1,6	1,4
30+	1,6	3,1	2,7
Flandre³	62,0	66,0	64,0
Belgique⁴	7,9	10,7	9,4
Au moins une fois par semaine	3,7	5,3	4,5
1 à 14 heures semaines *	2,4	2,8	2,6
15 à 28 heures semaines **	0,5	0,7	0,6
+28 heures semaines ***	0,9	1,4	1,2
Non-réponse sur le temps de soins	0,4	0,5	0,5

Tableau 51: *Pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans donnant des soins informels et sa distribution selon le nombre d'heures de soins fournis par semaine au Canada et au Royaume-Uni, en Belgique (Données des recensements de 2001) et en Flandre (Mantelzorg in Vlaanderen)*

Source: ¹Statistics Canada

²<http://www.statistics.gov.uk/census2001/default.asp>

Les données disponibles concernent l'Angleterre et le Pays de Galles (Doran et al., 2003).

³*Vanbrabant et Craeynest. Nous avons mis ensemble les soignants donnant des soins d'intensité moyenne et élevée.*

⁴*Données du Recensement. Les heures de soins par semaines correspondent aux catégories * Moins de 30 min; ** 30 min à 2h et 2h à 4h; *** 4h et plus.*

Calculs propres.

Le tableau 52 montre la part de la population fournissant des soins informels dans chaque tranche d'âge. Par pays, nous constatons que la part des individus qui fournissent des soins informels est plus élevée dans le groupe d'âge 50-64 au Royaume-Uni (21,3%), dans le groupe d'âges 45-64 ans au Canada (23,8%) et en Belgique (20,0%). Il est intéressant de constater que plus de 10% des adultes âgés de 25 à 44 ans au Canada et ceux âgés de 35 à 49 ans au Royaume-Uni fournissent des soins informels. Dans les trois pays, le groupe d'âge qui preste le plus de soins fait partie de la population en âge de travailler. Ces données indiquent donc que des adultes pouvant participer au marché du travail et susceptibles d'avoir des enfants à charge doivent prester des soins aux personnes âgées. Ce phénomène est connu dans la littérature comme la «Génération Sandwich» (European Commission; Spillman et Pezzin).

Tranche d'âges	Royaume-Uni ¹	Tranche d'âges	Canada ²	Tranche d'âges	Belgique ³
16 à 34	6,1	15 à 24	11,0	15 à 24	4,25
35 à 49	13,9	25 à 44	17,4	25 à 44	7,39
50 à 64	21,3	45 à 64	23,8	44 à 65	20,0
65+	13,5	65+	16,5	65+	13,2

Tableau 52: *Pourcentage de la population donnant des soins informels dans chaque tranche d'âges au Canada et au Royaume-Uni*

Source: ¹<http://www.statistics.gov.uk/census2001/default.asp>

Les données disponibles concernent l'Angleterre et le Pays de Galles (Doran et al.)

²Statistics Canada

³ *Données du Recensement. Les heures de soins par semaines correspondent aux catégories * Moins de 30 min; ** 30 min à 2h et 2h à 4h; *** 4h et plus.*

Calculs propres.

Il existe des différences dans la fourniture de soins informels entre la Belgique, le Royaume-Uni et le Canada qui peuvent être liées à l'accessibilité aux soins formels, aux fortes différences dans la densité de population ainsi qu'aux différences culturelles. Par ailleurs, les questions posées dans le recensement de ces deux pays ne sont pas identiques et en conséquence, la comparaison de ces résultats doit être faite avec précaution. Cependant, dans les deux pays il existe une prévalence considérable de soins informels dans l'ensemble de la population. Ce phénomène est très important pour les adultes en âge de travailler (25 à 65 ans). Ces résultats montrent l'importance des soins informels dans des pays industrialisés et mettent en évidence le besoin de mieux connaître les facteurs qui déterminent la fourniture d'aide informelle. Dans la section suivante nous étudierons en détail les facteurs socio-économiques ayant un impact dans la prestation d'aide informelle en Belgique.

4.5 Conclusions

En Belgique, 9.37% de la population âgée de plus de 15 ans prestent des soins informels. Nous constatons que le pourcentage des adultes qui prestent des soins est particulièrement élevé pour les personnes âgées de plus de 45 ans. Les femmes prestent plus souvent des soins que les hommes. Néanmoins cette différence dépend du type de personne aidée. Il est intéressant de constater que le pourcentage des hommes et des femmes donnant des soins au sein du ménage est très similaire. Par contre, les femmes prestant des soins représentent plus de 63% du total des aidants s'engageant à soigner des membres de la famille en dehors de leur ménage.

Dans cette monographie nous avons analysé l'impact de la prestation de soins sur la santé des soignants. Cependant, il est important de mentionner que donner des soins informels peut entraîner d'autres conséquences sur le soignant. En effet, les soignants informels sont souvent confrontés à réduire leur temps de travail, ce qui entraîne une réduction de leur revenu. Nous avons constaté que le pourcentage des personnes ayant une mauvaise santé subjective est plus élevé parmi les soignants informels que parmi les personnes qui ne donnent pas de soins. Par ailleurs, la santé des soignants est étroitement liée aux nombres d'heures de soins prestées.

Nos résultats montrent qu'en Belgique la part de la population donnant des soins informels n'est pas négligeable, en particulier chez les personnes âgées de plus de 45 ans. Ceci est particulièrement important dans le contexte actuel où le vieillissement de la population a pour effet d'augmenter la demande de soins formels et informels. Cependant, face à cette demande croissante, plusieurs facteurs peuvent provoquer une réduction de la prestation de soins informels. En effet, la forte participation des femmes dans le marché du travail, le faible taux de natalité, l'augmentation des ménages composés par un seul individu et les nouvelles structures familiales peuvent entraîner une diminution de l'offre de soins informels. Il est nécessaire de tenir compte des conséquences de la prestation de soins sur les soignants. Les besoins du soignant informel doivent être reconnus au-delà du soutien financier. Selon Travers, les soignants informels ont besoin de «reconnaissance, information et soutien» (Travers). Le soutien inclut la possibilité d'absence ponctuelle de son rôle de soignant, d'aide psycho-sociale et d'accès aux services subsidiés tels qu'une aide ménagère (Leroy et Neiryck). Par ailleurs, il est nécessaire de tenir compte des besoins des soignants informels qui participent dans le marché du travail. En effet, des politiques permettant d'augmenter la flexibilité des horaires de travail ainsi que la possibilité d'obtenir des congés (rémunérés ou non) visant à la prise en charge d'un parent malade sont nécessaires pour mieux concilier les responsabilités en tant que travailleur et soignant. Nous constatons que les politiques réduisant la charge des soignants informels sont variées. Ces aides restent insuffisantes pour améliorer la qualité de vie et la santé des aidants informels dans l'Union européenne. Cependant, la reconnaissance du rôle du soignant dans la prise en charge des personnes âgées, des malades chroniques est le premier pas vers des politiques améliorant la qualité de vie des soignants.

Chapitre 5: Cartographie de la santé

5.1 L'utilisation d'un indicateur de santé subjective pour l'analyse géographique de la morbidité

La cartographie thématique d'un phénomène spécifique date du début du 19^e siècle. La cartographie de la santé et de la maladie était l'une des toutes premières applications. L'exemple le plus connu et le plus ancien de l'utilisation de la cartographie dans l'épidémiologie est dû à John Snow qui a dressé la carte de la propagation du choléra par les sources d'eau contaminées à Londres en 1855. La percée de l'épidémiologie cartographique est cependant relativement récente. Grâce au développement des ordinateurs, des bases de données informatisées et des systèmes d'information géographiques (SIG), d'énormes progrès ont été réalisés dans la cartographie de la santé et de la maladie au cours de ces dernières dizaines d'années (Szreter; Walter).

Les cartes de la santé sont souvent dressées sur la base des données de mortalité, parfois également sur base de l'incidence des maladies (principalement le cancer) ou des admissions hospitalières. Au cours de cette dernière décennie, la question portant sur la santé subjective a été de plus en plus souvent posée dans les enquêtes de santé, mais le nombre limité d'observations ne se prête pas à des applications cartographiques fines. L'introduction des questions relatives à la santé dans le recensement de divers pays, dont le Royaume-Uni (1991, 2001), l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Canada et la Belgique, a ouvert la voie à l'utilisation de questions portant sur la santé subjective pour l'analyse des différences géographiques de santé subjective. L'utilisation d'indicateurs de santé subjective dans les analyses géographiques est relativement récente et fortement liée à l'étude des indicateurs sociaux (Elliott et *al.*; Doran et *al.*; Haynes et Gale; Hou et Myles; Mitchell et *al.*). Les possibilités au niveau de la recherche scientifique ont été peu exploitées.

L'étude des différences de santé à un niveau spatial fin (tel que la commune) est souvent confronté au problème de petits nombres. Pour la Belgique, on ne descendait en général pas en dessous du niveau des arrondissements pour cartographier la mortalité (Humblen et *al.*; Lagasse et *al.*). Si l'on souhaite aller jusqu'au niveau de la commune, la puissance statistique est accrue en regroupant plusieurs années (Eggerickx et Poulain; Kesteloot et *al.*, 1996), mais il s'avère encore souvent nécessairement d'agréger les plus petites communes.

L'intégration de questions portant sur la santé dans le Recensement résout ce problème. L'ensemble de la population a été questionné et le nombre de répondant est tellement grand que le problème de la puissance statistique disparaît. De plus, nous n'avons pas affaire à un échantillon mais à l'ensemble de la population. Contrairement à la mortalité, où nous pouvons considérer la mortalité d'une année donnée comme un échantillon dans le temps, la question sur la santé exprime l'état de santé unique de la population à un moment bien déterminé.

Par conséquent, nous disposons de chiffres stables jusqu'à des niveaux de résolution géographique très petit (commune en secteur statistique), ce qui nous permet d'étudier la santé jusqu'au niveau des communes et même des quartiers des agglomérations urbaines.

Nous sommes ainsi en mesure d'utiliser des entités géographiques selon une division qui se rapproche davantage de l'environnement de vie réel. L'étude de la mortalité était, comme nous l'avons dit, souvent limitée au niveau de l'arrondissement, une division administrative trop agrégée. Les communes faisant partie d'un même arrondissement n'ont parfois que peu de choses en commun et

l'énorme hétérogénéité au sein de l'arrondissement tend à disparaître. En outre, les groupes de mauvaise ou bonne santé au-delà des limites des arrondissements ne sont pas mis en valeur. La cartographie de la santé dans de petites entités géographiques offre des possibilités supplémentaires d'analyse spatiale. La création de groupes de communes ou de quartiers selon des modèles qui correspondent à des caractéristiques socio-démographiques et économiques donne une première impulsion à l'étude des motifs d'explication de l'inégalité face à la santé et à la mortalité.

Il va sans dire qu'il ne faut pas assimiler les résultats relatifs à la santé subjective aux chiffres de la mortalité. Bien qu'il y ait un lien évident entre l'état de santé d'une population et l'espérance de vie, ce lien n'est pas directement proportionnel. Un groupe de population qui est caractérisé pour des chiffres de mortalité élevés peut présenter en même temps un modèle de santé relativement bon. Ce paradoxe apparent peut se manifester de nombreuses manières. Le bon état de santé des hommes jeunes s'accompagne par exemple d'une mortalité considérable due aux accidents de la route. Il y a d'autres mécanismes qui polluent le lien entre la santé et la mortalité. Une mortalité élevée enlèvera plus rapidement de la population de l'étude précisément la population en plus mauvaise santé. La conséquence est que parmi les groupes de population ayant une mortalité élevée, le groupe d'âge le plus avancé présente un meilleur profil de santé que ce que ne laisse penser l'état de santé général de la population. En outre, le risque vital varie fortement selon le type de problème de santé. Le développement industriel et minier a laissé des traces profondes sur l'état de santé de la population. L'on peut donc s'attendre à ce que d'anciens bassins miniers présentent encore à l'heure actuelle des modèles typiques tant concernant la santé que la mortalité. Il n'est donc pas exclu qu'une cartographie de la morbidité puisse révéler des modèles différents ou complémentaires qui ne sont pas mis en avant par une cartographie de la mortalité.

La santé subjective apparaît être un bon indicateur visant à mesurer l'état de santé général de la population. La mesure la plus simple est la proportion de personnes au sein de la population qui indiquent être en mauvaise santé. Il va de soi que le nombre de personnes dans une commune qui se sentent en mauvaise santé est très fortement influencé par la composition d'âge de la population dans la commune. Une commune où résident beaucoup d'habitants âgés comptera potentiellement davantage de personnes qui se sentent en mauvaise santé. Certes, quand ils font état de leur santé subjective, les gens tiennent également compte de leur âge, mais cela influence peu le lien étroit entre l'âge et la santé subjective.

Toutefois, une cartographie qui ne tient pas compte de la composition d'âge de la population n'est pas sans intérêt. Une telle cartographie peut être comprise comme un indicateur de la demande de services de santé: le proportion de la population en mauvaise santé indique la charge potentielle des services de santé dans une région.

5.2 Santé subjective et différences entre les régions

Une différence nette apparaît entre les régions en ce qui concerne la proportion de la population qui ne se sent pas en bonne santé. La Wallonie l'emporte avec 29,7%, suivie par Bruxelles avec 27,6% et la Flandre avec 22,2%. Ces proportions ne résultent pas d'une différence de la structure d'âge entre les régions. Au contraire, la population wallonne possède une structure d'âge plus jeune que la population flamande. L'âge moyen en Wallonie est près d'un an plus bas qu'en Flandre (38,99 contre 39,84). Bruxelles est la région la plus jeune avec un âge moyen de 38,36 ans. Cette composition plus jeune de la population en Wallonie est également reflétée dans le rapport entre les personnes de moins de 20 ans et ceux de plus de 65 ans. La Wallonie compte 7% de jeunes en plus que de personnes âgées, la

Flandre compte en revanche 1% de jeunes en moins que de personnes âgées. Bruxelles, avec l'âge moyen le plus bas, compte presque 6% de personnes de plus de 65 ans en plus que de jeunes de moins de 20 ans. Quand nous prenons en compte la structure d'âge, la situation en Wallonie sur le plan de la santé subjective est encore bien plus mauvaise que ce que nous déduisons des pourcentages bruts. Malgré la composition plus jeune de la population wallonne, la demande de soins de santé en Wallonie, mesurée à l'aide de la santé subjective, est 34% plus élevée qu'en Flandre et 8% plus élevée qu'à Bruxelles (tableau 53).

Région	Nombre de personnes en moins bonne santé	Population totale	% en moins bonne santé
Flandre	1.181.576	5.334.376	22,2
Bruxelles	215.385	779.774	27,6
Wallonie	869.454	2.923.628	29,7
Belgique	2.266.415	9.037.778	25,1

Tableau 53: Proportion de la population qui se sent en moins bonne santé par région

La figure 24 sur la santé subjective par âge et par sexe montre que les données ont une grande consistance interne. L'effet des grands nombres donne une évolution par âge bien alignée. Même par région, on observe des moyennes par âge et par sexe cohérentes qui diffèrent de façon consistante. La somme des réponses individuelles à la question sur la santé subjective a clairement une dimension sociale dans la courbe âge-spécifique par région.

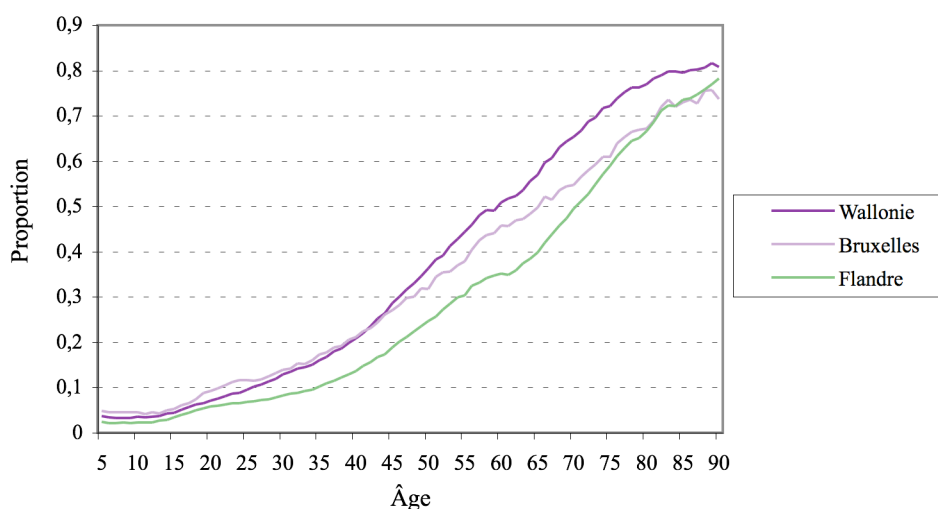


Figure 24: Proportion en moins bonne santé par groupe d'âge pour les trois régions, hommes et femmes confondus

La question se pose naturellement de savoir quel est le lien entre région et santé. Comment se fait-il que la population dans son ensemble se sente systématiquement en meilleure santé dans une région que dans une autre? Est-ce lié à une vision différente de la vie (différences culturelles)? À une différence linguistique pour les gradations de l'indication de sa propre santé? À une différence des conditions socio-économiques, de style de vie ou d'autres facteurs de risques?

Une description des différences géographiques ne peut pas fournir toutes les explications, mais peut quand même exclure un certain nombre de pistes pouvant mener à des hypothèses explicatives. Quand nous examinons le graphique de la santé par région, la Wallonie obtient systématiquement des scores moins bons que la Flandre à partir de l'âge de 6 ans. Le fossé se creuse avec l'âge et connaît un maximum à partir de 66 ans. Cela est clairement illustré dans la figure 25 qui représente en pourcent la différence de mauvaise santé selon l'âge entre la Wallonie et la Flandre et entre Bruxelles et la Flandre.

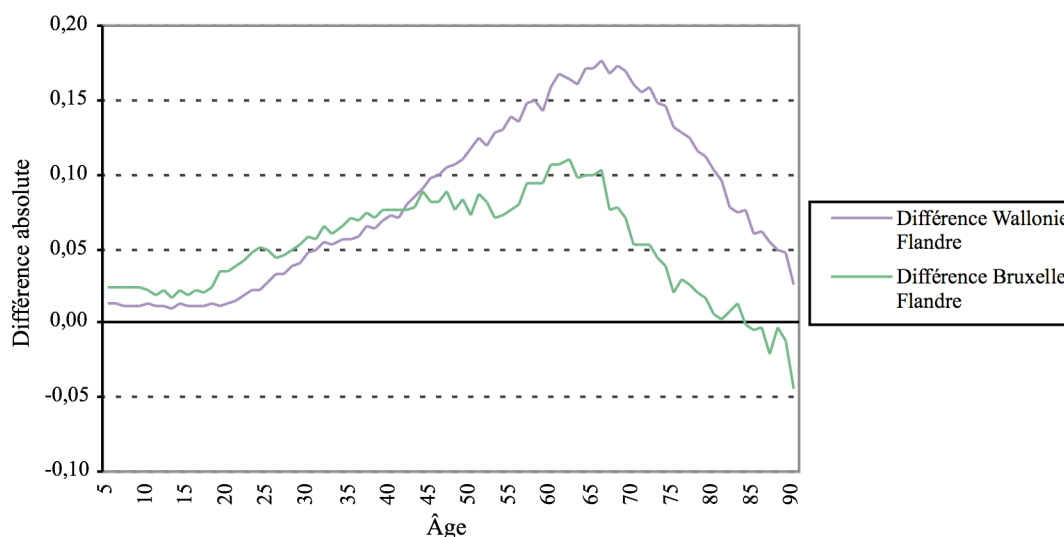


Figure 25: Différence en moins bonne santé subjective par âge en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre

La Région de Bruxelles-Capitale qui enregistre à un âge jeune un plus mauvais résultat que la Wallonie et qui enregistre un score encore plus mauvais pour les jeunes de 20 ans, passe progressivement avec l'âge à une position qui, à un âge avancé, correspond aux proportions de mauvaise santé subjective en Flandre. Ce modèle correspond à la composition de la population bruxelloise: une forte surreprésentation de migrants ayant un statut socio-économique peu élevé parmi les jeunes et un groupe de population belge aisé plus âgé qui habite dans les communes bruxelloises plus riches.

Bien que les chiffres existants ne permettent pas de discerner totalement la dynamique de cette évolution, ils semblent suffisamment alarmants pour continuer à suivre de près l'évolution de Bruxelles à l'avenir. Les chiffres donnent un instantané de l'état de santé. Il faut cependant s'attendre à ce que les groupes de population plus jeunes en moins bonne santé au sein de la Région bruxelloise deviennent peu à peu plus âgés avec pour conséquence une pression accrue sur les services de santé.

Toutefois, c'est en Wallonie que l'état de santé de la population en général est le plus inquiétant. Pour chaque groupe d'âge, la santé est plus mauvaise en Wallonie qu'en Flandre. À partir de l'âge de 42 ans, la Wallonie présente systématiquement un profil de santé plus mauvais qu'à Bruxelles. Les différences sont impressionnantes. En Flandre, ce n'est qu'à partir de l'âge de 71 ans que la moitié de la population se sent en moins bonne santé. En Wallonie, cette proportion est atteinte à l'âge de 60 ans; soit plus de 10 ans plus tôt qu'en Flandre. À 46 ans, 4 Flamands sur 5 se sentent encore en bonne santé. À cet âge, près d'1 Wallon sur 3 déclare ne pas se sentir en bonne santé. À 65 ans, le nombre de Flamands qui se sentent en moins bonne santé passe du simple au double et grimpe de 20% à 40%. En Wallonie, cet indicateur passe de 30% à 57%. Ces chiffres sont le signe d'une énorme différence en termes de santé en Wallonie résultant d'un cumul de risques pour la santé.

Nous constatons des résultats similaires par province également (figures 26 et 27). Tant parmi les hommes que parmi les femmes, le Hainaut détient la proportion la plus élevée de personnes en mauvaise santé au-dessus de l'âge de 30 ans. Bruxelles présente, pour les deux sexes, la proportion la plus élevée de personnes en mauvaise santé parmi les jeunes entre 10 et 30 ans, pour finir ensuite par les proportions les plus basses à un âge avancé.

En général, il s'avère que les hommes et les femmes affichent pratiquement un même ordre provincial à travers les différents âges, ce qui révèle une très forte composante géographique dans la santé subjective. Comment ce parallélisme entre les sexes peut-elle s'expliquer à travers les provinces? Cela indique soit un fort facteur environnemental, soit une forte composante sociale. La classe sociale, les conditions de travail et de vie, les habitudes alimentaires et le style de vie présentent des différences régionales qui influencent probablement dans le même sens les hommes et les femmes dans la cohorte d'âge correspondante.

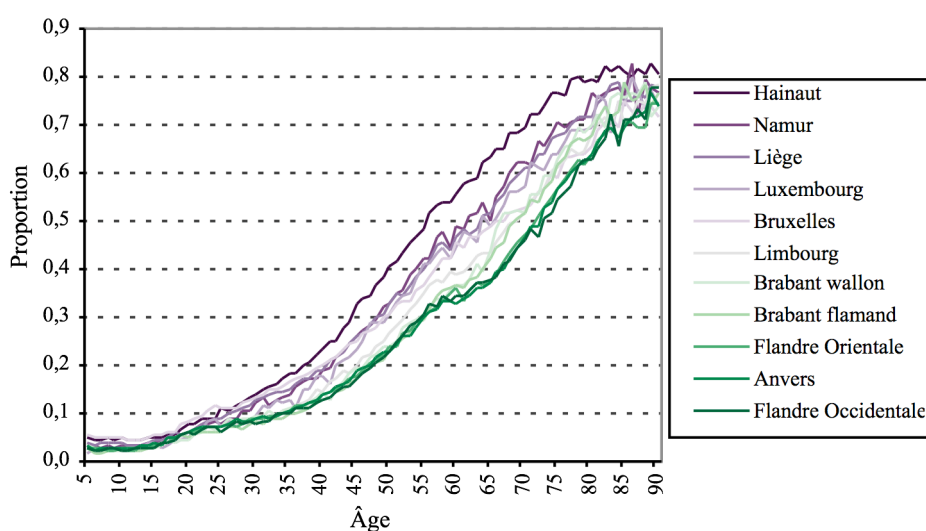


Figure 26: Proportion d'hommes en mauvaise santé par âge et par province

Les graphiques indiquent également la manière dont les différences de santé entre les provinces sont beaucoup plus marquées, surtout à partir de l'âge de 25 ans. Les données ne permettent pas d'établir une distinction entre le rôle de l'effet «âge» et l'effet «période» dans l'évolution de la santé. Il se peut en effet que toute une province, pendant une période déterminée et dans tous les groupes d'âge, connaisse une dégradation (ou une amélioration) de l'état de santé général. La courbe d'âge reflète peut-être aussi une évolution spécifique par âge de la santé provinciale.

Les femmes, dans la plupart des provinces, présentent une plus mauvaise santé que les hommes et, dans certaines provinces, cela est vrai pour toute la durée de vie. Dans la majorité des provinces, la santé des femmes se distingue négativement par rapport aux hommes à partir de l'âge de 35 ans. Le Limbourg constitue toutefois une exception: les hommes s'y sentent plus souvent en plus mauvaise santé que les femmes. La courbe des hommes limbourgeois s'avère également évoluer plus rapidement à partir de 40 ans, à des proportions plus élevées en mauvaise santé que dans les autres provinces flamandes.

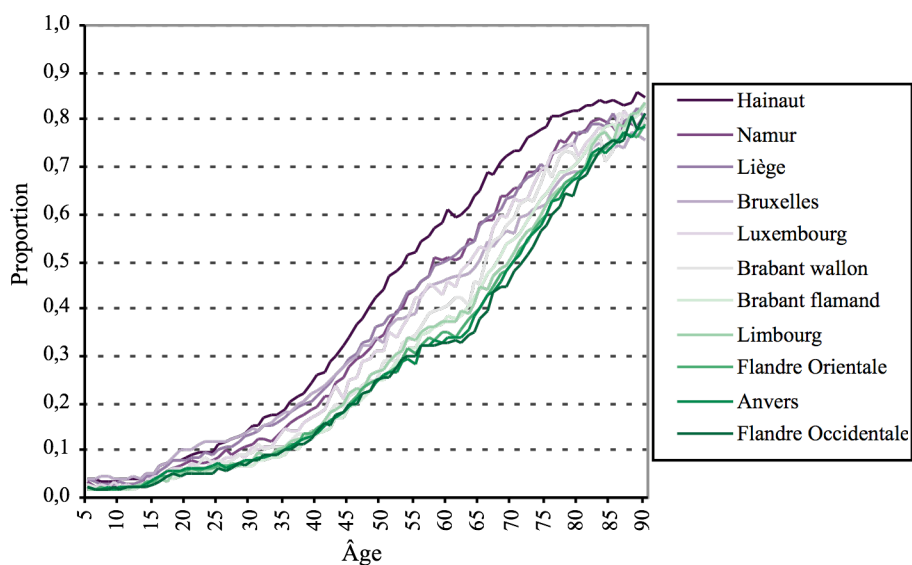


Figure 27: Proportion de femmes en mauvaise santé par âge et par province

De même, la proportion d'hommes et de femmes qui se sentent en moins mauvaise santé n'évolue pas de manière égale dans les différentes provinces. Dans le graphique 5, les différences entre les hommes et les femmes sont présentées pour le Limbourg et Liège.

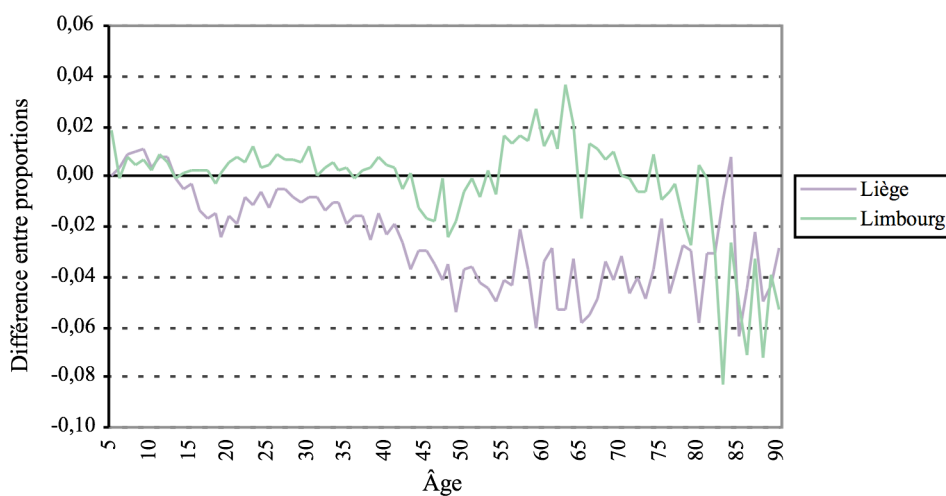


Figure 28: Différence entre la proportion d'hommes et de femmes en mauvaise santé selon l'âge dans les provinces de Liège et du Limbourg

Ce graphique présente la différence de mauvaise santé entre les hommes et les femmes (0=pas de différence). À partir de l'âge de 15 ans, les femmes à Liège signalent une plus mauvaise santé que les hommes. Dans le Limbourg, la santé des femmes est meilleure sur pratiquement toute la ligne, à l'exception de l'intervalle d'âge 45-55 ans. Entre vingt et cinquante ans, les différences de santé entre les hommes et les femmes dans les deux provinces semblent évoluer proportionnellement à l'âge. Entre cinquante et septante ans, les différences de santé par sexe entre les provinces évoluent plutôt dans un sens opposé: d'abord elles divergent, ensuite elles convergent. Une explication possible de ces différences pourrait résider dans des différenciations d'emploi, selon l'âge entre les femmes liégeoises et limbourgeoises.

5.3 Une cartographie de la santé au niveau communal

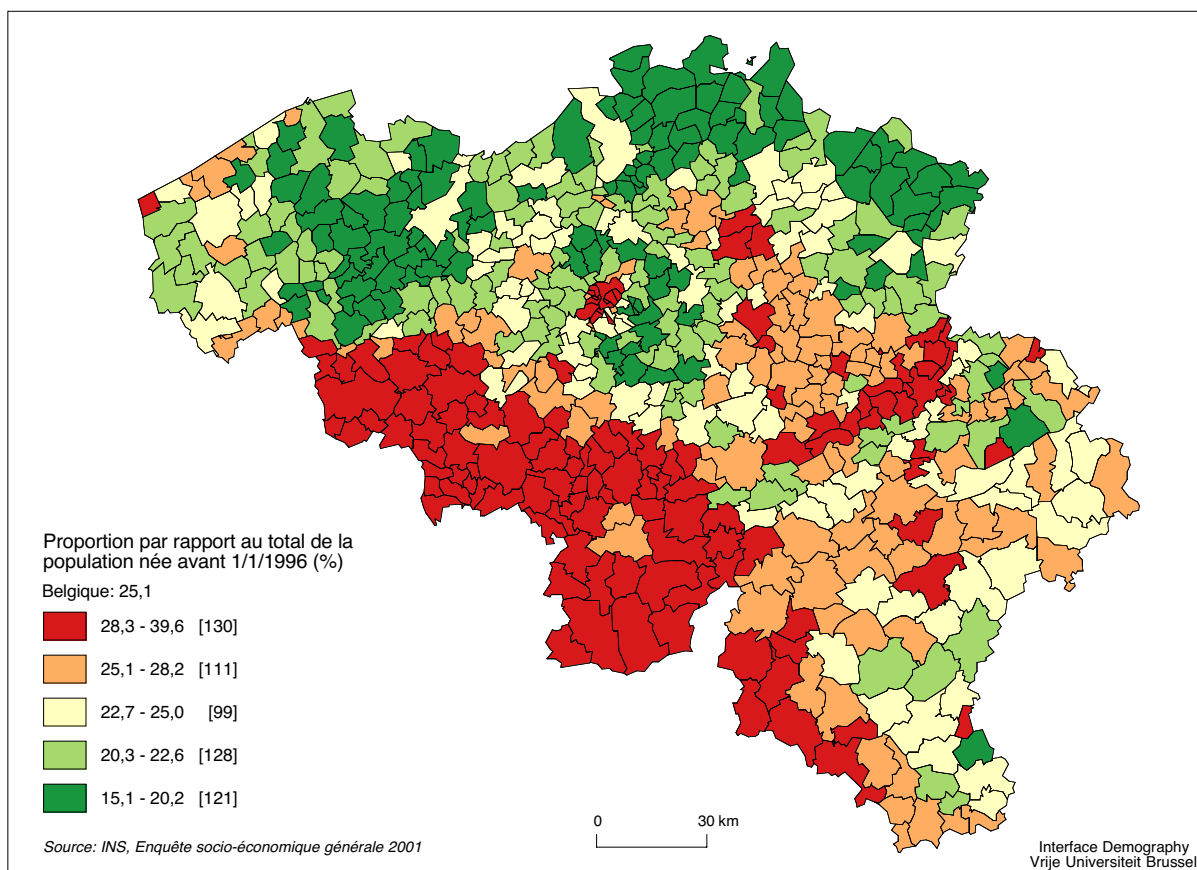
5.3.1 Mauvaise santé subjective en tant que mesure des besoins de santé au niveau communal

Au niveau communal, la proportion de personnes qui se déclarent en mauvaise santé donne une indication de la demande en soins de santé au sein de la commune. Dans les cartes qui suivent⁸, les communes sont divisées (sauf mention contraire) en cinq groupes égaux sur base de la proportion des personnes qui se sentent en mauvaise santé. Cela permet de travailler à l'aide de couleurs contrastantes autour d'une couleur intermédiaire neutre. Cette méthode donne des cartes faciles à lire qui peuvent être comparées entre elles et qui soulignent la position relative en matière de santé que les régions adoptent les unes envers les autres. L'attention est directement attirée par les communes qui se situent dans les extrêmes. Les communes et quartiers ayant les scores de santé les plus mauvais sont colorés en rouge. Ces cartes sont intéressantes tant pour une politique de santé curative que préventive. L'accent est mis sur la cartographie des profils de santé des régions. Il convient toutefois de prendre conscience du fait que la densité de population diffère considérablement entre les communes et qu'une mauvaise santé (zone rouge) au sein d'une population fortement concentrée telle que celle de la Région de Bruxelles-Capitale pose un problème de santé publique sensiblement plus important que ce que ne laisse entendre l'image cartographique.

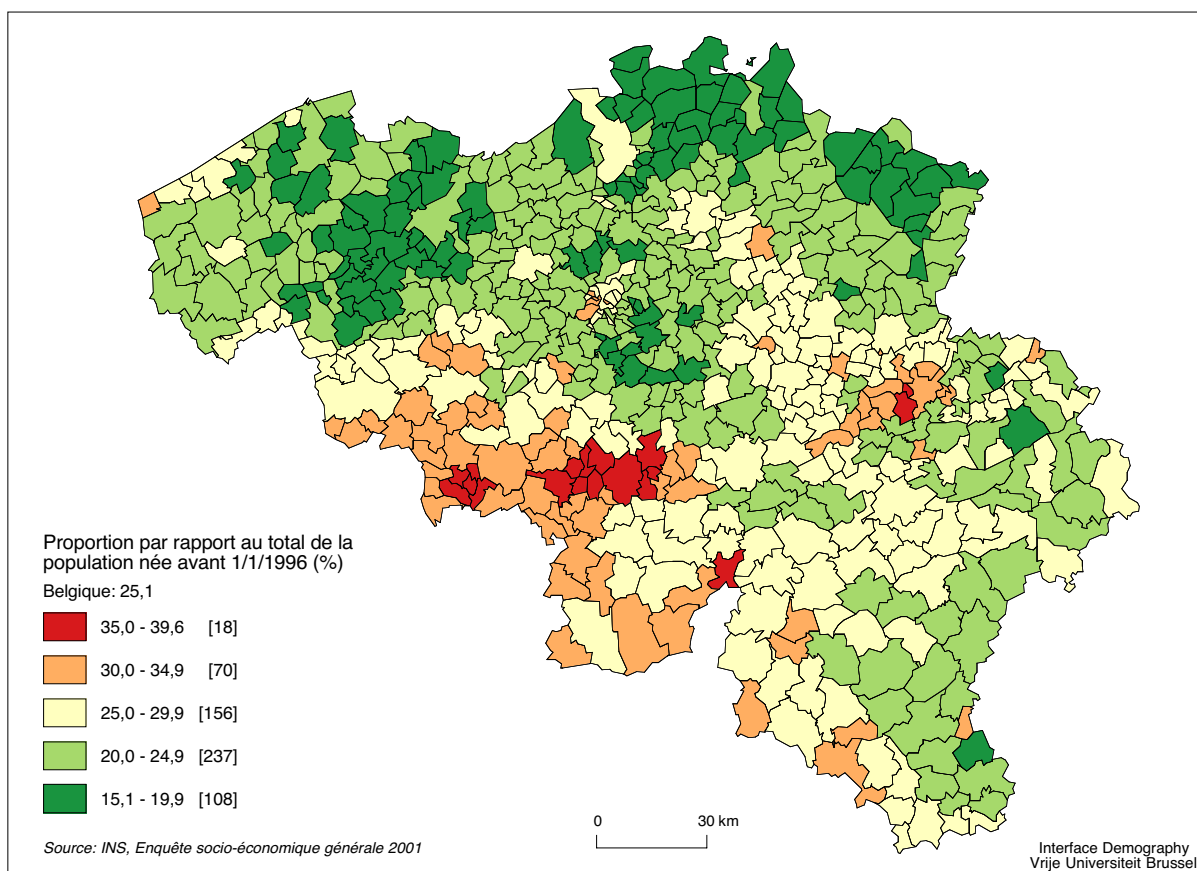
La proportion de la population qui se sent en moins bonne santé varie de 15% à 40% d'une commune à l'autre. Une grande partie des communes sont très proches de la moyenne belge. Dans les trois quintiles intermédiaires, qui couvrent 60% des communes, la proportion de personnes en moins bonne santé se situe entre 20% et 28%. La distance entre l'état de santé des deux quintiles extrêmes est cependant très grande. Pour le quintile le mieux placé, la proportion de la population en moins bonne santé se situe à 20%. Dans les 118 communes ayant la plus mauvaise santé, cette proportion varie entre 28% et 40%. Les communes comptant le plus petit nombre de personnes en mauvaise santé sont menées par la commune de Sint-Martens-Latem en Flandre Orientale et par la commune de Lasne dans la Brabant wallon. En queue de peloton, oscillent principalement les communes de la province du Hainaut.

Les taux bas de bonne santé de la province du Hainaut apparaissent également clairement dans la carte. Il ressort de la carte 1 que l'état de santé subjectif n'est pas du tout réparti de manière uniforme sur la Wallonie. Une carte de l'état de santé par commune montre comment les chiffres wallons négatifs sont dominés par la province du Hainaut et les arrondissements de Thuin et de Philippeville, avec des pointes le long de la frontière française et le long de l'ancien axe industriel vers Liège. La partie orientale de la Wallonie affiche un meilleur profil de santé et dans le Brabant wallon différentes communes font partie des communes de Belgique en meilleure santé.

⁸ Cartographie: Didier Willaert, Interface Demography, VUB



Carte 1: Proportion de la population qui se déclare en mauvaise santé



Carte 2: Idem que la carte 1 mais avec des limites de l'intervalle de classe fixes de 5 %

Il est étonnant de constater comment sur l'ensemble du pays, des groupes clairement associés de communes apparaissent avec un profil de santé identique. Ces territoires d'un seul tenant ne suivent pas complètement le courant de la limite linguistique. Le profil du Hainaut passe progressivement dans le sud de la Flandre Orientale à un meilleur profil de santé. Depuis l'axe Andenne-Liège, un corridor plus large s'étend de Tirlemont et Saint-Trond jusqu'à Aarschot et Heist-op-den-Berg avec un profil de santé plus mauvais marqué. En Flandre, trois territoires se dégagent avec un très bon profil de santé: le nord de la province du Limbourg, les communes à l'est d'Anvers jusqu'à passé Turnhout et les communes autour de Gand passant dans la région où la Flandre Orientale et Occidentale se rencontrent. Bruxelles affiche une dualité classique avec cependant une seule commune (Woluwé-Saint-Pierre) qui appartient au meilleur quintile. Bruxelles est encerclée par les communes ayant un meilleur état de santé tant dans le Brabant flamand que dans le Brabant wallon à l'exception de Vilvorde qui se rattache à Bruxelles en ce qui concerne l'état de santé.

Afin de mieux identifier les communes où la santé est la plus problématique, une deuxième carte procède à la division en quintiles et les communes sont divisées en phases de 5%. Les «communes en meilleure santé» commencent avec 15% jusqu'à 20% de la population en moins bonne santé. Entre 30% et 35%, nous trouvons encore 70 communes. Parmi les plus mauvais scores avec plus de 35% de la population en moins bonne santé, nous trouvons encore 18 communes.

Le tableau 54 indique les communes où la santé subjective est la plus mauvaise. Le top 10 est monopolisée par les communes du Hainaut. Dans le top 18, se trouvent 2 communes de la province de Liège et 1 commune de la province de Namur. Ensemble, ces communes abritent plus d'un demi-million d'habitants, dont la plus grande est celle de Charleroi.

Commune	Nombre d'habitants	Proportion en moins bonne santé (%)
Colfontaine	17.311	40
Anderlues	10.128	38
Frameries	17.969	38
Farciennes	9.840	38
Charleroi	172.312	38
Chatelet	31.175	37
Boussu	17.354	37
Quaregnon	16.384	37
Dour	14.762	37
Binche	28.526	37
Hastière	4.457	37
Fontaine-L'éveque	14.788	37
Courcelles	25.741	36
Morlanwelz	16.108	36
Fleurus	19.566	36
Seraing	52.471	36
Chapelle-lez-Herlaimont	12.502	35
Saint-Nicolas	19.995	35

Tableau 54: Les communes où la santé subjective est la plus mauvaise

Pour chaque commune, il y a le nombre de personnes qui ont répondu à la question portant sur la santé subjective (seules les personnes nées avant le 1er janvier 1996 devaient répondre à cette question). Il

n'est probablement pas étonnant qu'il existe des similitudes frappantes entre la répartition des communes selon la santé et selon les revenus.

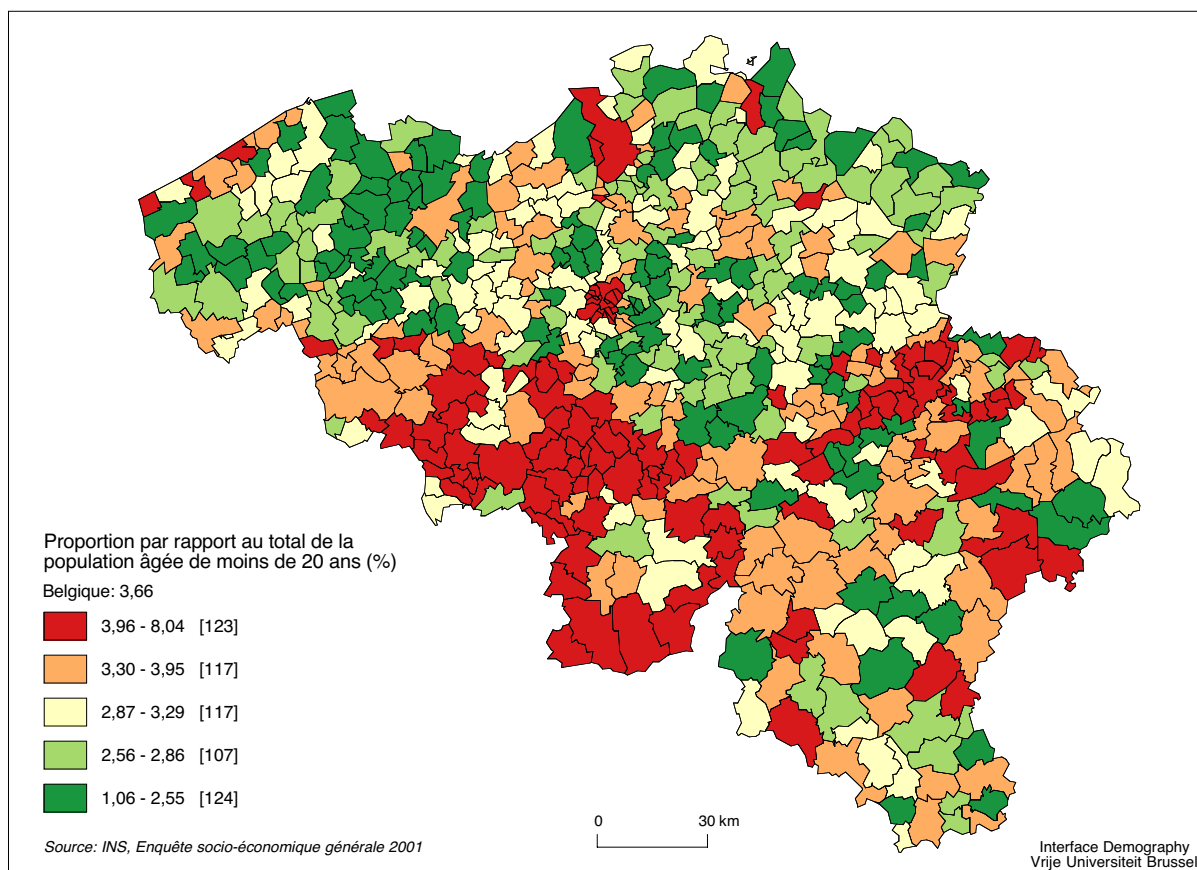
5.3.2 Les différences de santé régionales selon le groupe d'âge

Le problème de la santé peut prendre des formes régionales spécifiques selon les groupes d'âge. Une prévalence élevée de mauvaise santé auprès de la population âgée ou auprès des jeunes a des conséquences bien différentes pour les besoins de santé aussi bien sur le plan préventif que curatif. Le type de maladies ou de handicaps les plus fréquents différera fortement. Si le mauvais état de santé est principalement déterminé par des personnes très âgées, la demande de maisons de repos et d'établissements de soins sera élevée, tandis qu'une mauvaise santé chez les jeunes à la suite d'accidents de la route ou de la consommation de stupéfiants fait appel à d'autres services. Un déficit de santé au sein d'un groupe d'âge peut également souligner l'importance d'un certain nombre de facteurs contextuels spécifiques à l'âge tels que le chômage des jeunes ou la reconversion des travailleurs plus âgés.

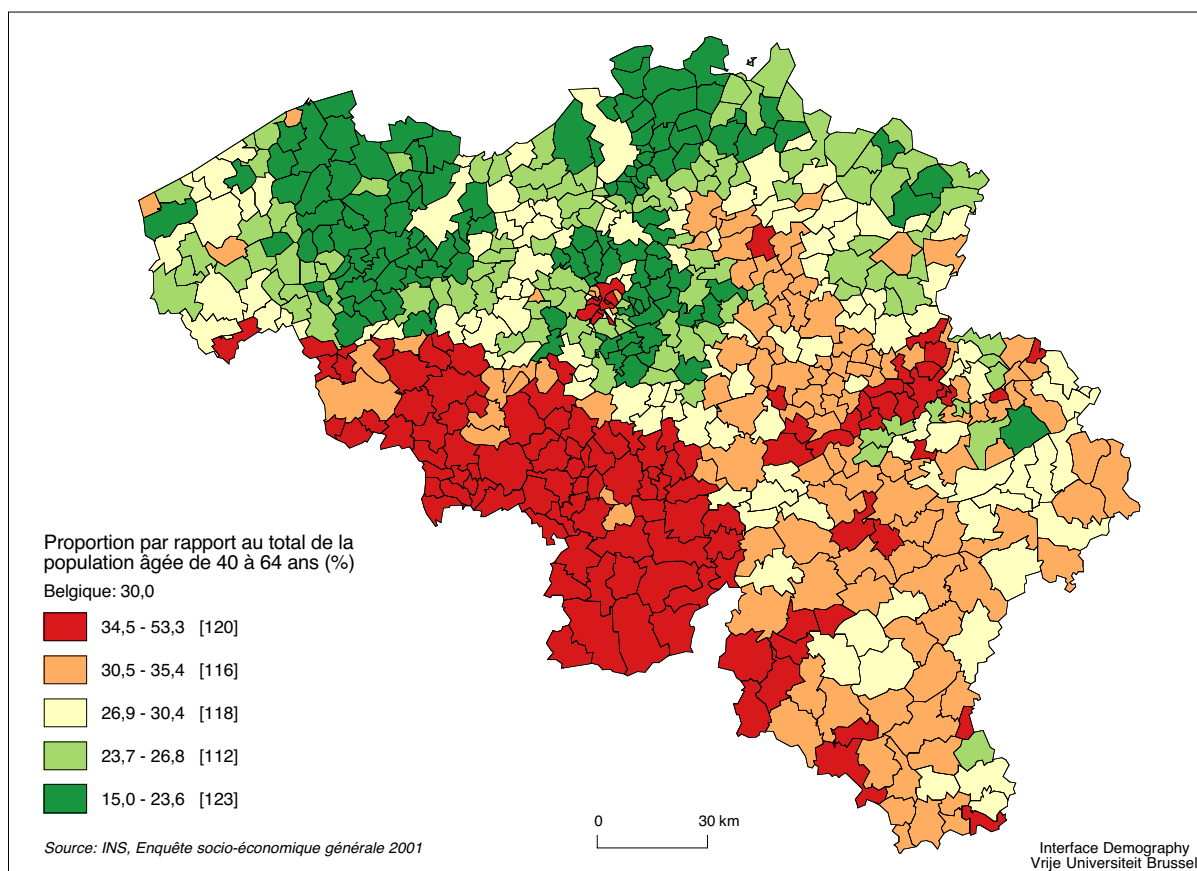
L'analyse par groupe d'âge révèle une très grande cohérence géographique quelque soit l'âge (cartes 3, 4 et 5). Cependant, nous pouvons distinguer trois groupes dans les grandes lignes. Parmi les jeunes de moins de 20 ans, la différenciation géographique commence à se profiler mais avec une série de différences significatives par rapport à la carte globale, surtout en Flandre. Anvers et Gand ainsi qu'une série de communes plus petites (Malines, Turnhout, Ostende, Nieuport, Vilvorde, Wervik, Niel, Ham, Zwijndrecht et Merksplas) arrivent dans le plus mauvais quintile.

Dans la catégorie des adultes faisant partie de la population active (de 20 à 64 ans), la présence du Limbourg est moins éminente parmi les communes en meilleure santé que dans le groupe d'âge le plus avancé (65 ans et +). C'est l'inverse qui se produit dans le Brabant flamand et dans une partie du Brabant wallon. Le profil sain de ces communes se trouve être dû en grande partie au profil de santé des 20 à 64 ans, tandis que le groupe d'âge audessus de 65 ans est moins bien représenté dans les communes à meilleure santé. La bande de communes avec une très bonne santé qui forment la frontière entre la Flandre Orientale et Occidentale semble se consolider à mesure que l'âge augmente.

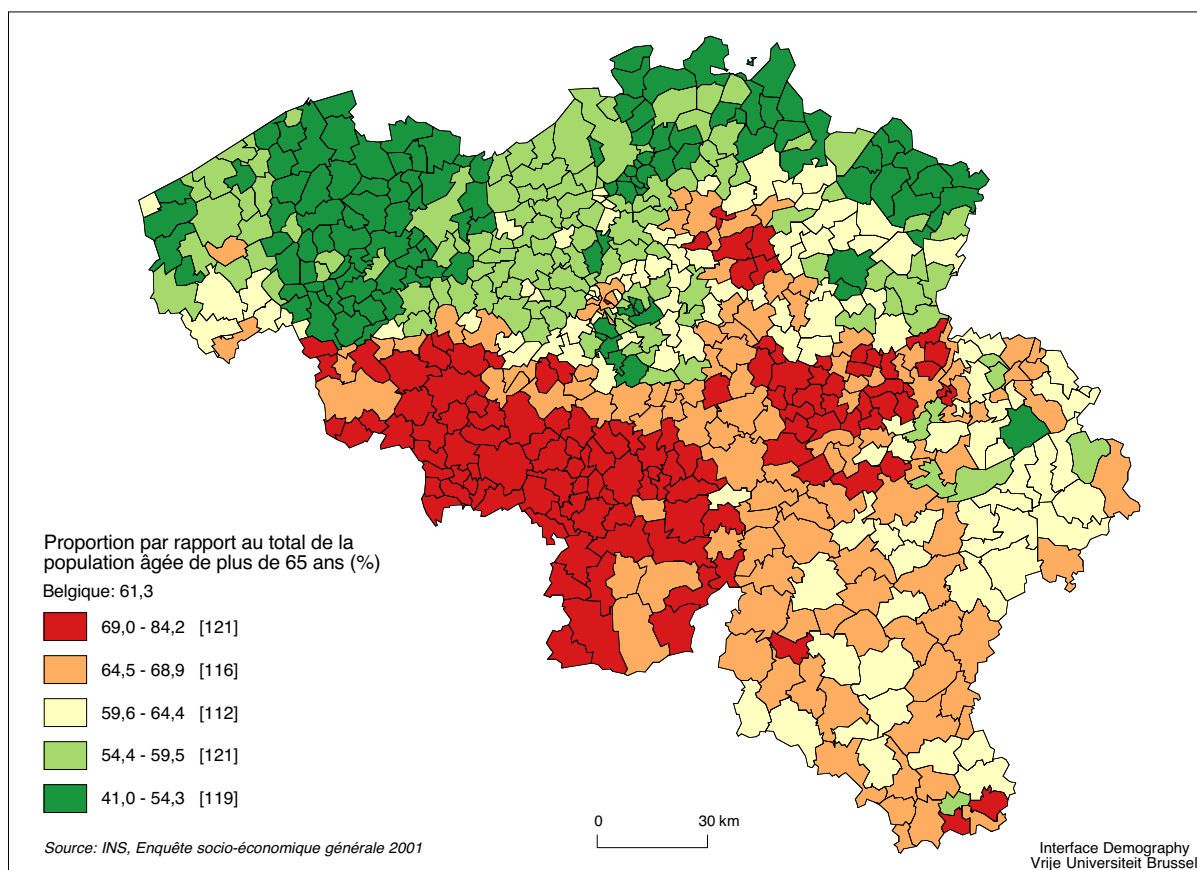
L'explication de ces différences géographiques de santé spécifiques par âge est complexe. Un effet cumulatif sur toute la durée de vie des facteurs menaçant la santé est vraisemblable. Des évolutions inégales en matière d'emploi et de bien-être social entre les régions peuvent toucher des cohortes d'âge de manière inégale. De plus, la migration peut également jouer un rôle important. Dans le passé, le sud de la Flandre Occidentale a connu par exemple une émigration importante de jeunes ayant suivi un enseignement supérieur ou universitaire. À l'inverse, tant le Brabant flamand que le Brabant wallon connaissent un afflux important de diplômés de l'enseignement supérieur ou universitaire. De même, la position de santé moins favorable des villes par rapport à leurs environs s'explique certainement par des flux migratoires. Les milieux urbains représentent souvent un pôle d'attraction pour les personnes qui rencontrent plus de difficultés ou pour des populations plus marginales. Surtout dans les grandes villes, le mauvais profil de santé à un âge jeune est peut-être partiellement la conséquence de flux migratoires sélectifs. Les familles marginalisées avec enfants seront tentées de partir vers la ville. Les quartiers typiquement défavorisés abritant une grande proportion d'enfants de migrants se trouvent plutôt dans des zones urbaines. Il n'est toutefois pas exclu que le fait de grandir en ville, et surtout dans les quartiers défavorisés de la ville, impose un effet négatif supplémentaire à la santé des jeunes enfants audessus de l'effet de composition.



Carte 3: Proportion des personnes de 6 à 19 ans qui se déclarent en mauvaise santé



Carte 4: Proportion des personnes de 40 à 64 ans qui se déclarent en mauvaise santé



Carte 5: Proportion des personnes de plus de 65 ans qui se déclarent en mauvaise santé

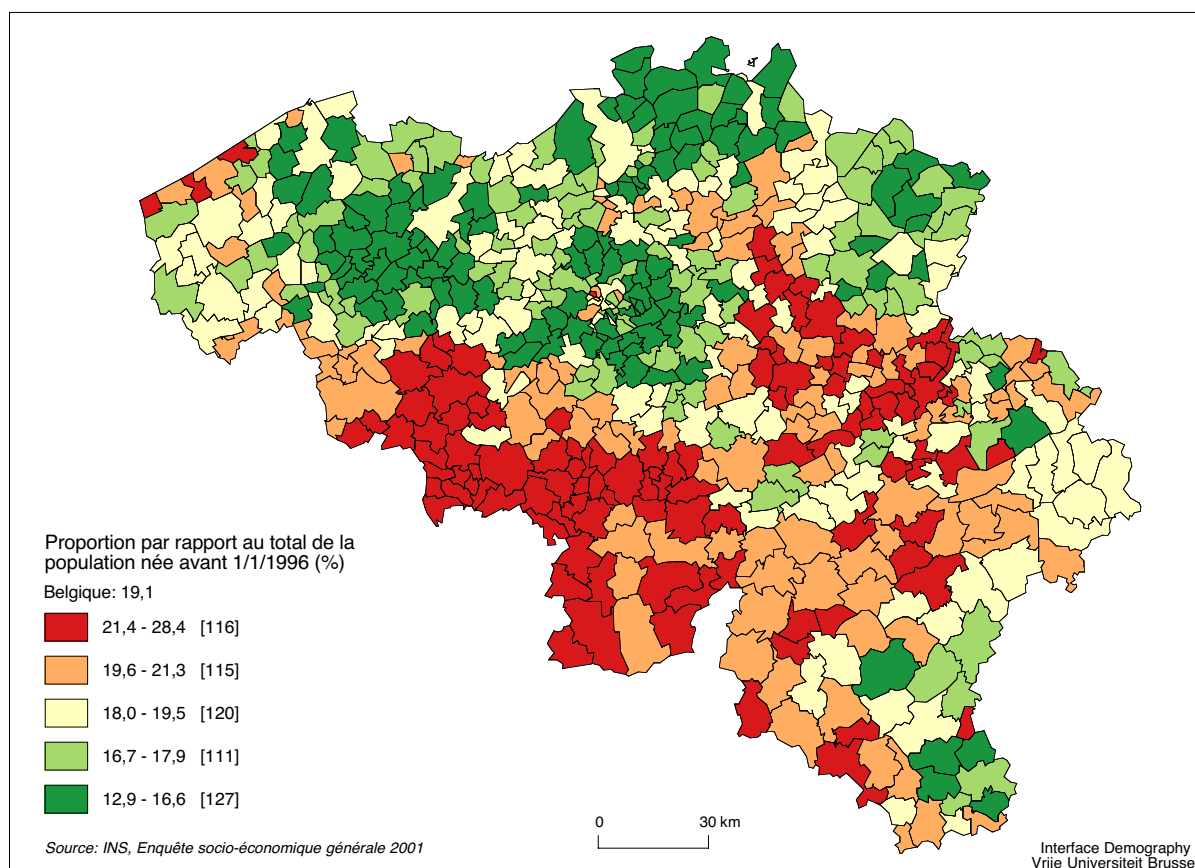
5.3.3 Les maladies chroniques de longue durée

La cartographie des communes en fonction de la proportion de maladies chroniques (carte 6) devrait normalement être proche de la cartographie de la santé subjective, ce qui est globalement le cas. Nous observons une dualité entre le Nord du pays avec un nombre beaucoup plus faible de maladies chroniques et le Sud qui présente une prévalence plus élevée. Néanmoins, la prévalence d'affection chronique ne suit pas strictement la frontière linguistique. Le Brabant wallon se rattache au Brabant flamand, et en Flandre également il semble que la région qui couvre partiellement La Hesbaye se rapproche du sud.

En comparaison avec la cartographie de la santé subjective, l'écart le plus important se trouve dans l'Ouest de la Flandre-occidentale. Les communes situées dans la partie occidentale du littoral se situent même dans les quintiles les plus élevés. Cela est la conséquence de la migration des pensionnés vers la côte.

Dans les trois quintiles intermédiaires, la dispersion entre les communes n'est que de 5%, allant de presque 17% à presque 22% de la population qui déclare avoir une maladie chronique. Cependant, la dispersion des communes les plus extrêmes selon la proportion de la population souffrant de maladies chroniques est très importante. Dans les communes ayant le plus mauvais profil de santé, le pourcentage qui indique une maladie chronique est deux fois plus élevé que dans les communes ayant le meilleur profil de santé. Hastière a ainsi 28,3% de maladies chroniques sur 4.642 personnes. Lasne se trouve à l'autre extrême avec 13,6% de maladies chroniques sur 12.070 personnes.

Il ne faut pas oublier que la proportion de maladies chroniques dépend fortement de l'âge. Cela n'ôte cependant rien aux grandes différences au niveau de la demande de soins de santé entre les communes qui appartiennent aux extrêmes de la répartition.

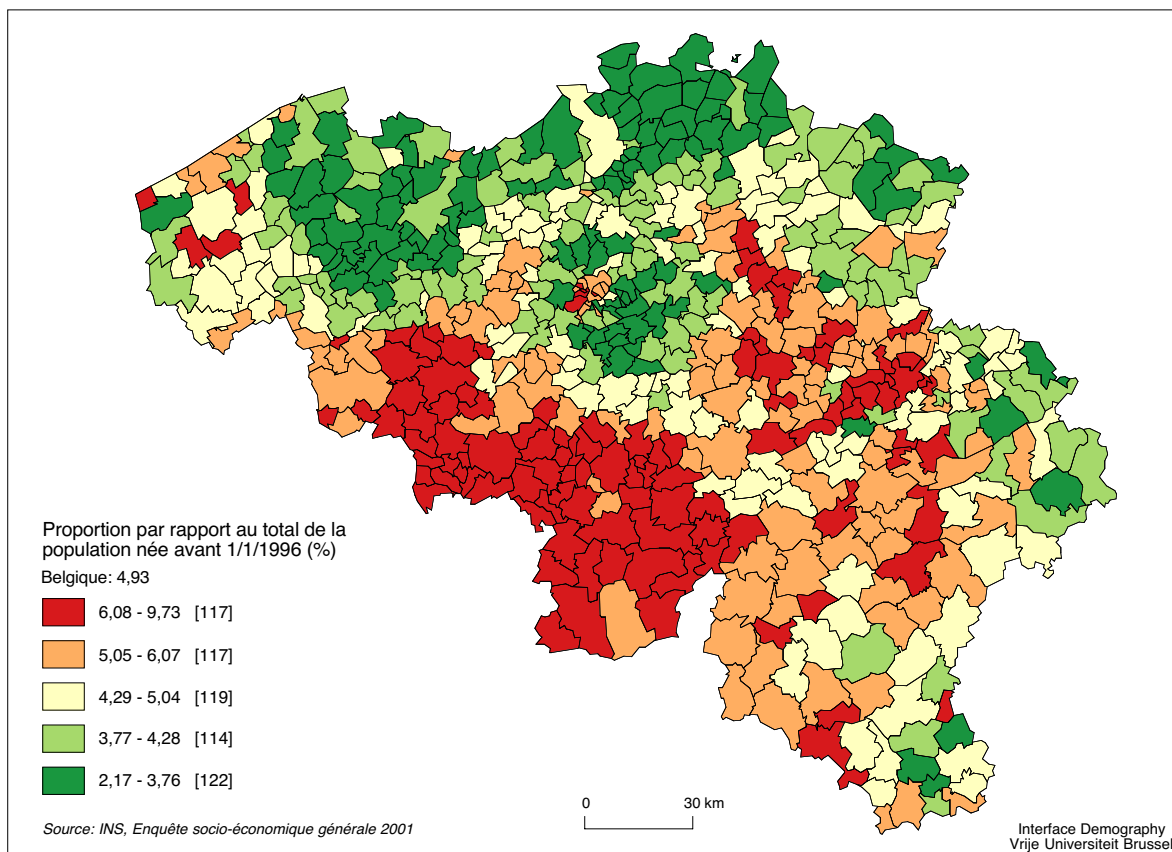


Carte 6: Les personnes ayant des maladies ou des affections de longue durée, ou des handicaps

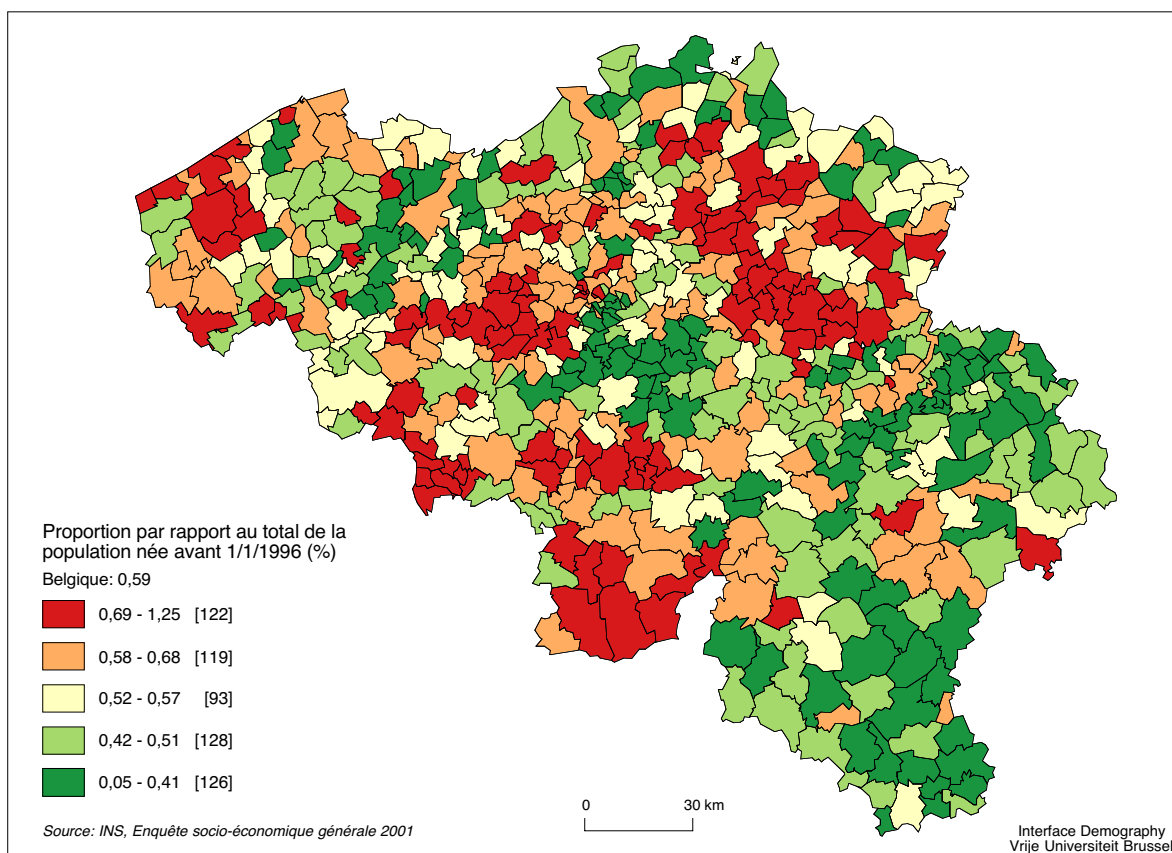
Après analyse des différentes sous-questions relatives aux maladies de longue durée, affections de longue durée ou handicaps, nous avons choisi de cartographier uniquement le problème de l'alitement (cartes 7 et 8). Bien que l'évaluation de gradations telles que «pas ou rarement» et «de temps en temps» laisse de la place à l'interprétation, le fait d'être alité ou non est une situation ayant un grand impact sur la qualité de la vie. Dans ce sens, cette question est très complémentaire de celle sur la santé subjective.

Au moment du Recensement, 57.285 personnes ont déclaré être alitées en permanence. Près d'un demi-million de Belges déclare devoir rester au lit de temps en temps tandis que près d'un million de Belges déclare «souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps», mais «ne pas ou rarement devoir rester au lit à la suite de ces maladies, affections ou handicaps».

La répartition en pour cent par commune des différentes gradations d'alitement montre que la dispersion géographique des communes «en meilleure santé» et «en moins bonne santé» reflète les mêmes points noirs des cartes antérieures. Cependant, à mesure que le phénomène se fait plus rare, nous obtenons moins de zones qui se jouxtent et de plus en plus une mosaïque.



Carte 7: Alitement de temps en temps à la suite de maladies ou d'affections de longue durée et de handicaps



Carte 8: Alitement permanent à la suite de maladies ou d'affections de longue durée et de handicaps

Ce qui est frappant est la manière dont le groupe de communes ayant une proportion élevée de personnes alitées en permanence en Flandre pèse plus lourd que les formes plus légères d'alitement. L'alitement permanent semble en tout cas être fortement présent dans les anciennes régions minières. En Flandre, nous voyons les communes minières telles que Maasmechelen, Houthalen, Heusden-Zolder et Beringen progresser vers le groupe ayant la plus mauvaise santé. Via Tessenderlo, cette région se rattache désormais à l'axe Saint-Trond - Heist-op-den-Berg qui obtient aussi de mauvais résultats pour les autres indicateurs de santé. En Flandre Occidentale, Wervik-Menen et Dixmude ainsi que d'autres communes associées échouent également dans le plus mauvais groupe.

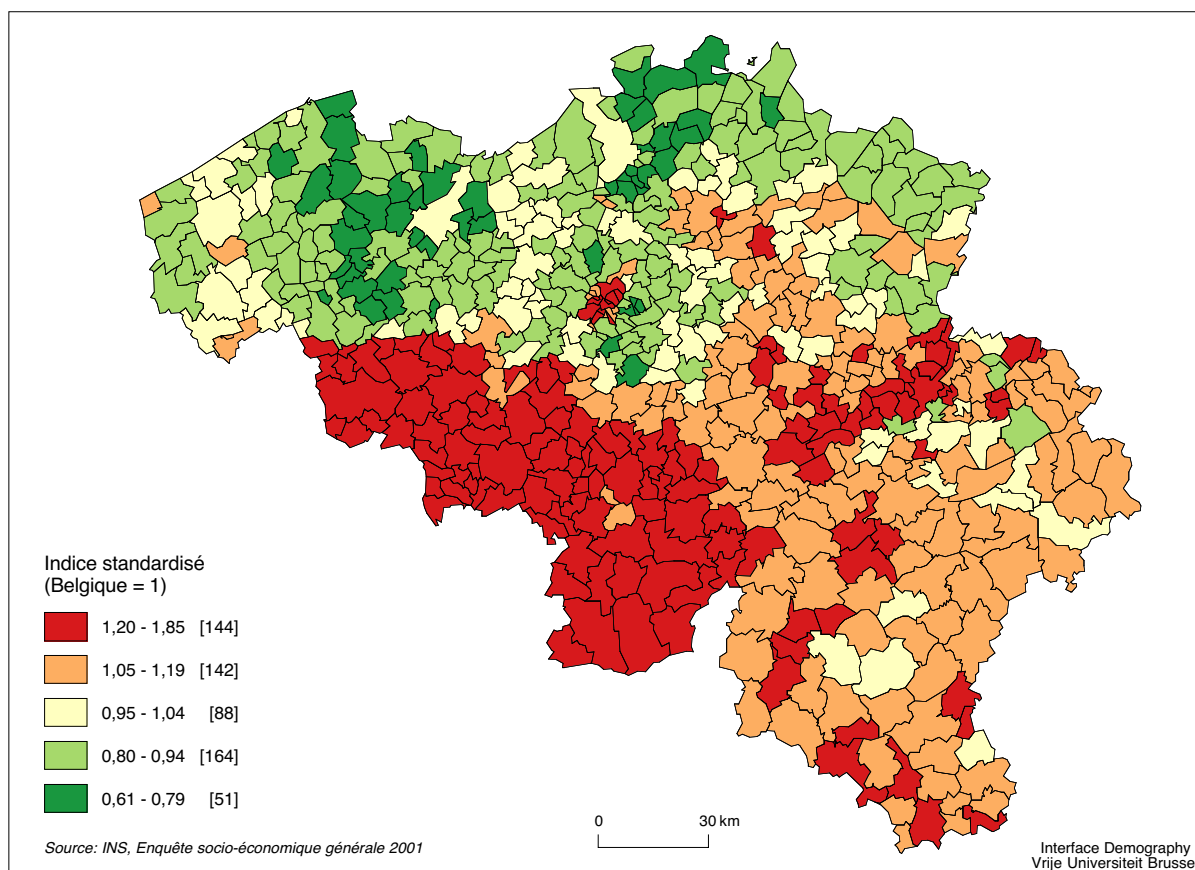
En Wallonie, c'est principalement le bassin liégeois qui glisse vers une position relativement meilleure, tandis que le Borinage et la région du Viroin restent coincées dans les communes les plus affectées.

À noter: la manière dont les communes bruxelloises occupent une position relativement meilleure que ce à quoi l'on pourrait s'attendre au vu des chiffres de la santé subjective. Bien que sur la carte de l'alitement permanent se trouve encore un grand groupe de communes avec Molenbeek, Jette, Schaerbeek et Saint-Josse-ten-Noode se situant dans la plus mauvaise catégorie. Cela pourrait indiquer l'apparition de modèles spécifiques de déficit de santé à Bruxelles.

5.3.4 Le déficit de santé: une cartographie des différences communales après standardisation pour l'âge et le sexe

Vu la relation qui existe entre l'âge et la santé, il est bien possible que la distribution géographique soit influencée par l'âge. L'analyse générale entre les régions démontre que la Wallonie, en dépit d'une composition d'âge plus jeune, a une mauvaise situation de santé. La standardisation pour l'âge ne modifiera donc pas cette image générale, mais permettra d'éliminer les différences de santé dues aux différences d'âge entre communes. La standardisation selon l'âge ne reflète plus la demande brute, mais indique à présent ce qu'il en est de l'état de santé de la population à âge égal.

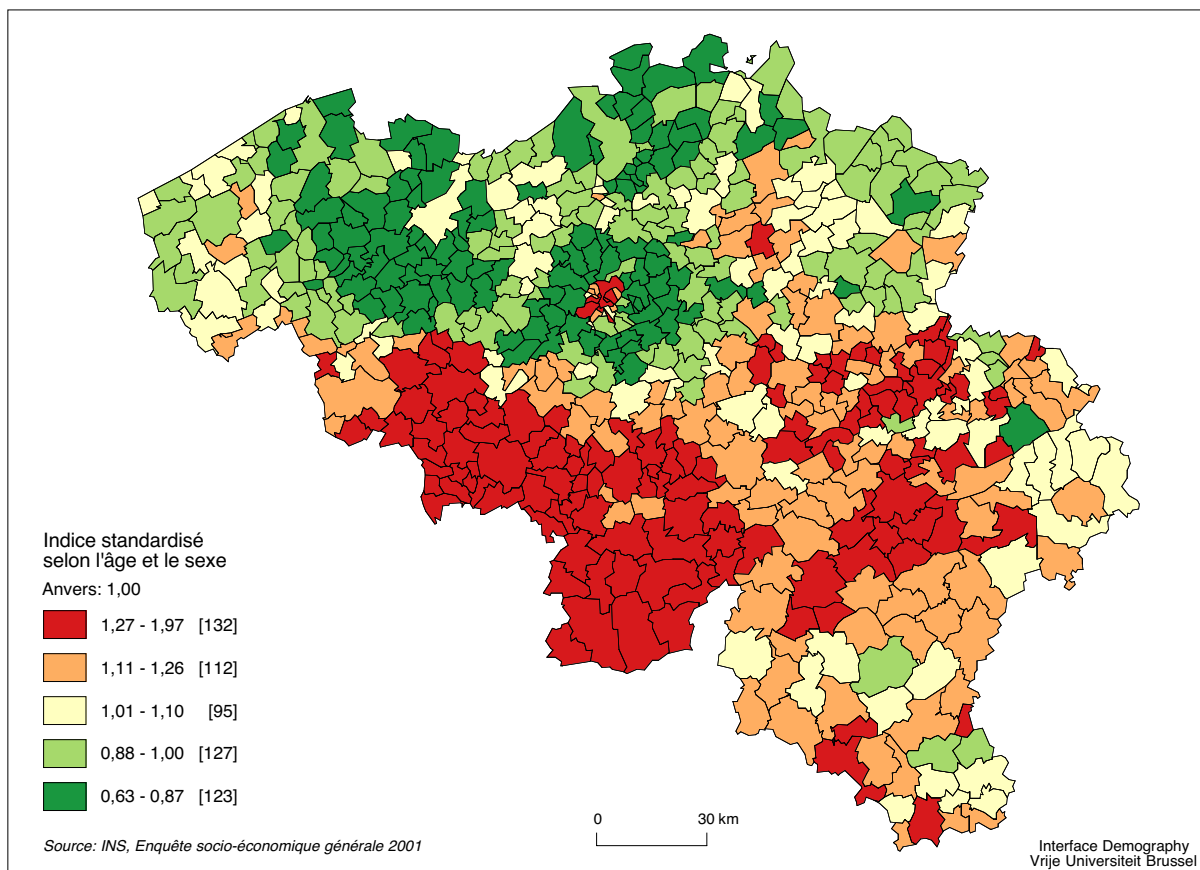
La proportion de personnes qui se sentent en moins bonne santé est calculée pour les deux sexes et pour chaque âge pour l'ensemble de la Belgique. Les chiffres spécifiques à l'âge sont appliqués sur la structure d'âge de la population dans chaque commune. Le rapport entre la proportion mesurée de personnes qui se déclarent en mauvaise santé et la proportion attendue sur la base des moyennes belges indique comment la santé générale locale est perçue en comparaison avec la moyenne nationale. Les communes avec un index 1 se trouvent donc précisément au niveau de la moyenne nationale. Dans une commune avec un index 2, la proportion de personnes qui ne se sentent pas en bonne santé est deux fois la moyenne nationale. Une commune avec un index en dessus de 1 indique que, en tenant compte de l'âge et du sexe, plus de personnes de la commune se sentent en bonne santé que la moyenne nationale.



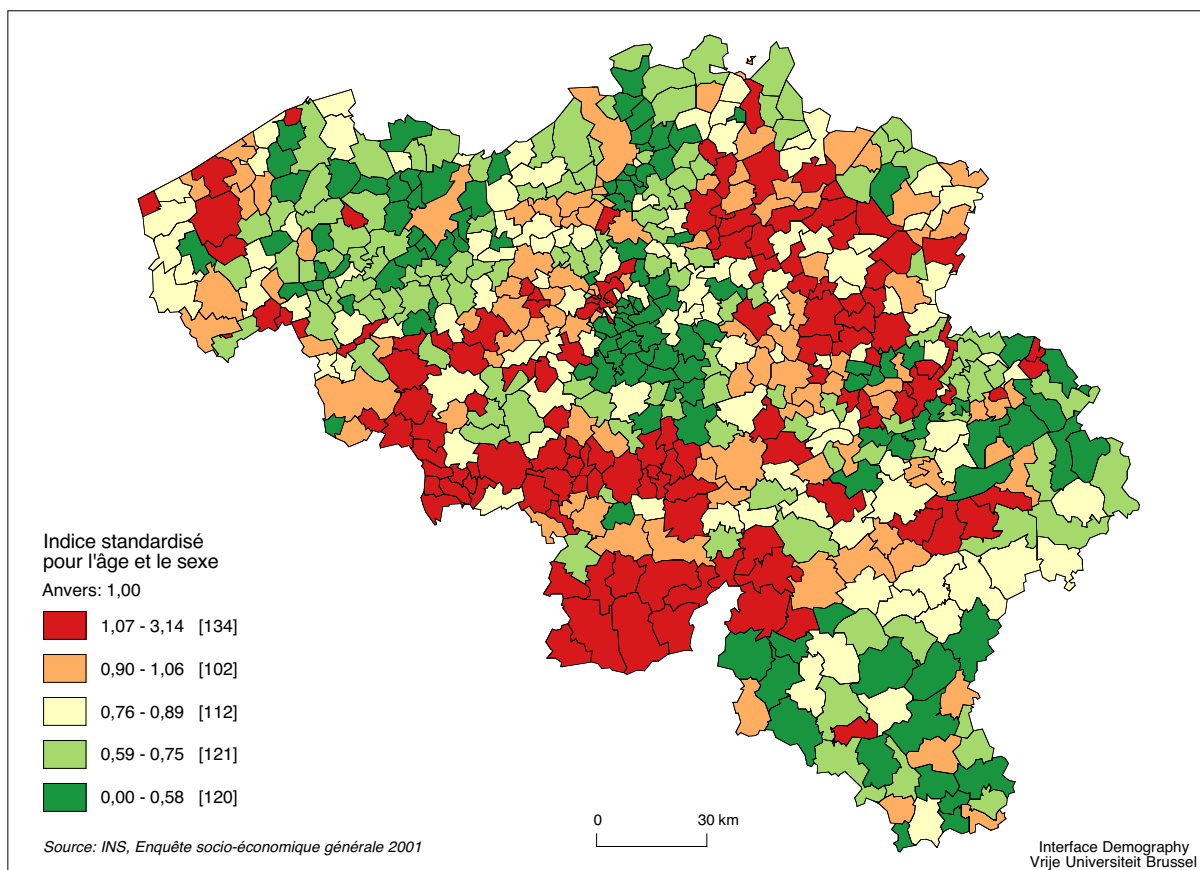
Carte 9: Perception subjective de la santé

Dans la carte 9, les communes en rouge foncé ont, après standardisation pour l'âge et le sexe, toutes au moins 20% de personnes en plus qui se sentent en moins bonne santé par rapport à la moyenne nationale. La cartographie qui en découle est préoccupante. Le déficit de santé dans les communes ayant la plus mauvaise santé s'avère manifestement ne pas être la conséquence de la structure d'âge. Les modèles de la distribution géographique se rattachent bien aux cartes non standardisées, mais pour certaines communes, la situation après standardisation pour l'âge est encore plus mauvaise.

Dans les cartes sur la maladie chronique et l'alitement, les distributions géographiques précédentes sont confirmées. Dans les cartes 10 et 11, la standardisation pour l'âge et le sexe est basée sur une régression logistique avec la commune d'Anvers comme référence. Les communes ont ensuite été divisées en cinq groupes de taille égale. Dans les communes en rouge foncé, carte 10, le risque relatif d'avoir une maladie chronique est 27% à 97% plus élevé qu'à Anvers. Dans les communes avec un index inférieur à 1, les habitants ont un risque plus faible qu'à Anvers d'avoir une maladie chronique, après standardisation pour l'âge et le sexe. La représentation cartographique des maladies chroniques, après standardisation pour l'âge et le sexe, correspond bien à la distribution géographique de la santé subjective. Des différences entre la carte de l'alitement permanent et la carte de la santé subjective se maintiennent. L'alitement permanent fait une irruption dans la région minière (en Flandre) jusqu'à la Campine anversoise avec des valeurs relativement élevées. En Flandre Occidentale également, quelques communes affichent des valeurs élevées. En outre, nous avons Anvers, Gand, la région de Malines jusqu'à Zele et la région autour de Grammont jusqu'à Denderleeuw qui obtiennent des scores supérieurs à la moyenne. Bien qu'il s'agisse ici de nombres relativement petits, les différences pour la plupart des communes sont statistiquement significatives dans les deux quintiles extrêmes. Cette situation reflète sans doute un lien avec l'emploi et l'activité dans d'anciens secteurs industriels.



Carte 10: Carte standardisée des maladies chroniques (population de 15 ans et plus)



Carte 11: Carte standardisée de l'alitement permanent (25-74 ans ; ménages privés)

D'autres facteurs également (pollution de l'air, comportement tabagique) peuvent contribuer au modèle de maladie chronique grave. Pour un certain nombre de petites communes, nous devons rester prudents dans l'interprétation. Leur coloration a surtout du sens en relation avec les communes avoisinantes. La situation relativement plus mauvaise pour l'alitement permanent que pour la santé subjective dans un certain nombre de régions en Flandre (le Hageland, une partie de la Campine limbourgeoise et anversoise, Grammont, la région autour de Dixmude) est surtout dû aux habitants plus âgés. Lors de la standardisation selon l'âge (carte 11), la position relative de ces communes s'améliore par rapport à la carte 8. Cela indique probablement une situation de santé historique relativement mauvaise qui s'améliore à présent progressivement. Cela est cohérent avec la carte des maladies chroniques et de la santé subjective.

L'ensemble de ces cartes décrit adéquatement l'état de santé général de la population par commune. Les différences, après standardisation pour l'âge et le sexe, présentent une forte corrélation avec les indicateurs socio-économiques par commune.

Le résultat de santé des communes les mieux placées peut-être considéré du point de vue de la santé publique comme un objectif réalisable. Les communes avec la meilleure santé démontrent ce qui est possible de réaliser sur le plan de la santé publique dans le contexte donné du développement économique et des connaissances médicales.

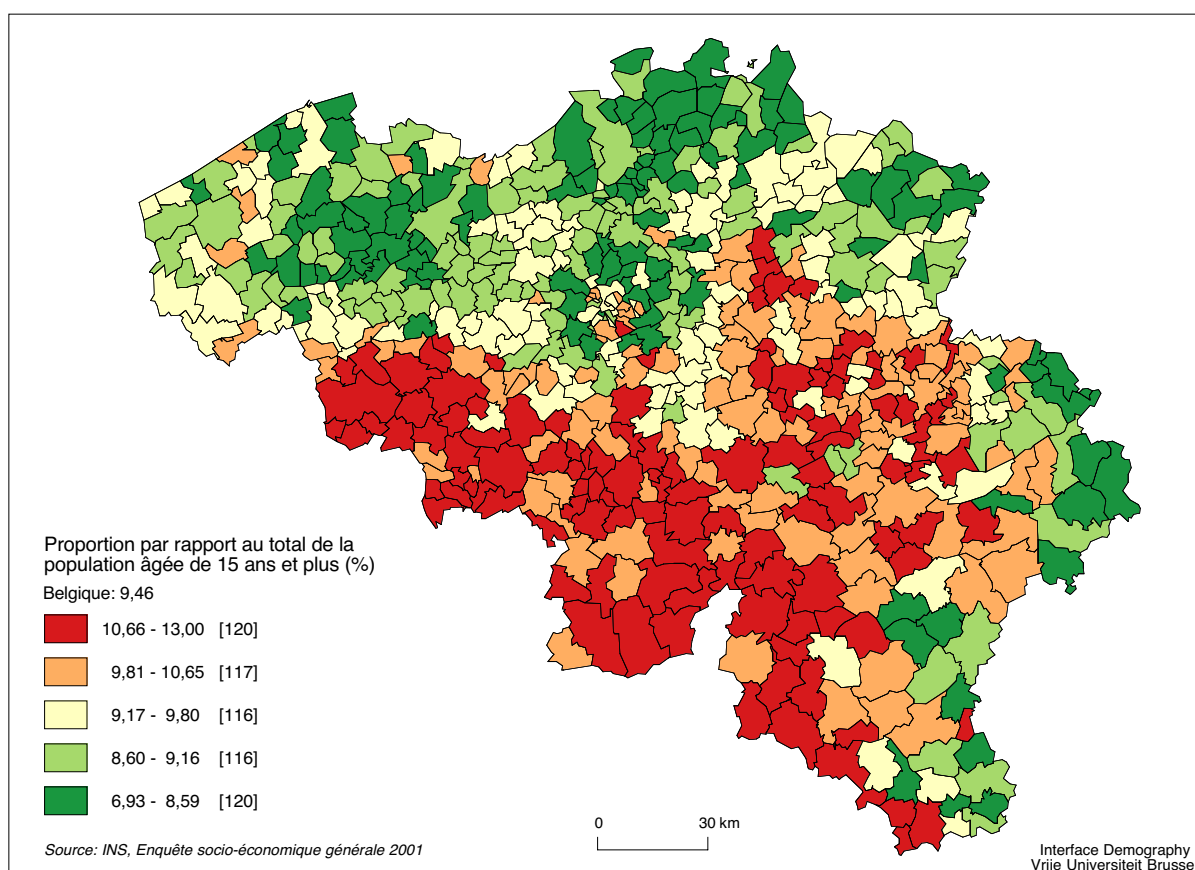
La distance entre les communes en mauvaise santé et celles en bonne santé indique les efforts qui sont nécessaires pour que toutes les communes puissent atteindre l'état de santé des communes les mieux placées. Bien sûr, il est peu probable que cette disparité soit due principalement à des inégalités dans la politique de santé. Le score inégal en matière de santé semble tout d'abord lié à la composition socio-économique générale et est probablement le résultat d'une multitude de facteurs.

5.3.5 Soins informels

Il est important de souligner que les questions relatives aux soins informels ont été posées dans la perspective du prestataire de soins et pas dans la perspective de la personne qui reçoit les soins. Nous pouvons donc dire que le problème de la santé dans l'Enquête socio-économique de 2001 est approchée de deux points de vue différents. Du point de vue de la validation des données, les questions relatives à la prestation de soins informels constituent une source supplémentaire d'information. Ce point a déjà été abordé au chapitre 2 lors de la discussion de la validité et de la fiabilité des questions.

Le pourcentage de la population qui procure des soins informels est plus élevé en Wallonie, ensuite à Bruxelles et finalement en Flandre. L'explication de cette distribution régionale ne se trouve pas dans la présence d'un réseau de soins formels plus développé en Flandre ou dans le manque de générosité ou de serviabilité dans la population flamande, mais principalement dans la demande de soins. Etant donné que le nombre de demandeurs de soins est plus élevé en Wallonie, la demande est plus grande et donc aussi la chance que quelqu'un peut et/ou doit procurer des soins. Naturellement, la disponibilité et la bonne volonté à apporter de l'aide jouent un rôle important, mais au niveau d'une population ces éléments n'ont qu'un effet modulateur par rapport à la demande d'aide. Une cartographie par commune de la proportion de la population de 15 ans ou plus déclarant donner des soins en est une parfaite illustration.

La carte 12 n'est pas standardisée pour l'âge ou le sexe et donne pour chaque commune la proportion d'habitants de 15 ans ou plus qui apportent une aide informelle. Les communes ont été divisées en cinq groupes de taille égale. Les chiffres sont très proches les uns des autres pour la majorité des communes belges. Les trois quintiles intermédiaires ont une variation de 8 à 10% de prestataires de soins parmi la population de la commune. Ces différences subtiles produisent cependant une carte qui est pratiquement la réplique de la cartographie de la santé. Dans les communes où la santé est la meilleure ou où la morbidité chronique est la plus basse, nous trouvons aussi souvent une proportion d'aidants informels moins élevée. Inversement, les régions ayant plus de problèmes de santé se révèlent être également des régions où la proportion d'aidants informels est plus élevée. Par ailleurs, il est étonnant de constater que ces différences sont identiques à celles basées sur la répartition spatiale de la santé. Nous remarquons à nouveau en Flandre une même zone au sein du triangle Tongres-Hoegaarden-Aarschot qui correspond à la prévalence en Wallonie. Notons cependant que les aidants n'habitent pas nécessairement dans la même commune que la personne aidée. Parfois les enfants qui donnent des soins à leurs parents feront de longs déplacements. Mais l'aide aux personnes habitant sous le même toit et aux voisins ainsi qu'auprès des membres de la famille et des amis qui habitent dans l'entourage indirect est plus évidente et domine clairement l'image générale.



Carte 12: Proportion de la population de 15 ans et plus qui donne des soins informels

Cette carte indique également comment d'un point de vue social les soins informels et formels ne peuvent se substituer l'un à l'autre que de manière limitée. Il va de soi qu'il y a une certaine capacité de substitution entre ces deux formes d'aide, mais une augmentation de l'aide informelle est principalement dictée par une augmentation de la demande d'aide.

La possibilité de répondre à cette demande d'aide dépend de la disponibilité en temps et en moyens de l'entourage familial ou du cercle d'amis. Au niveau individuel, la disponibilité des soins informels

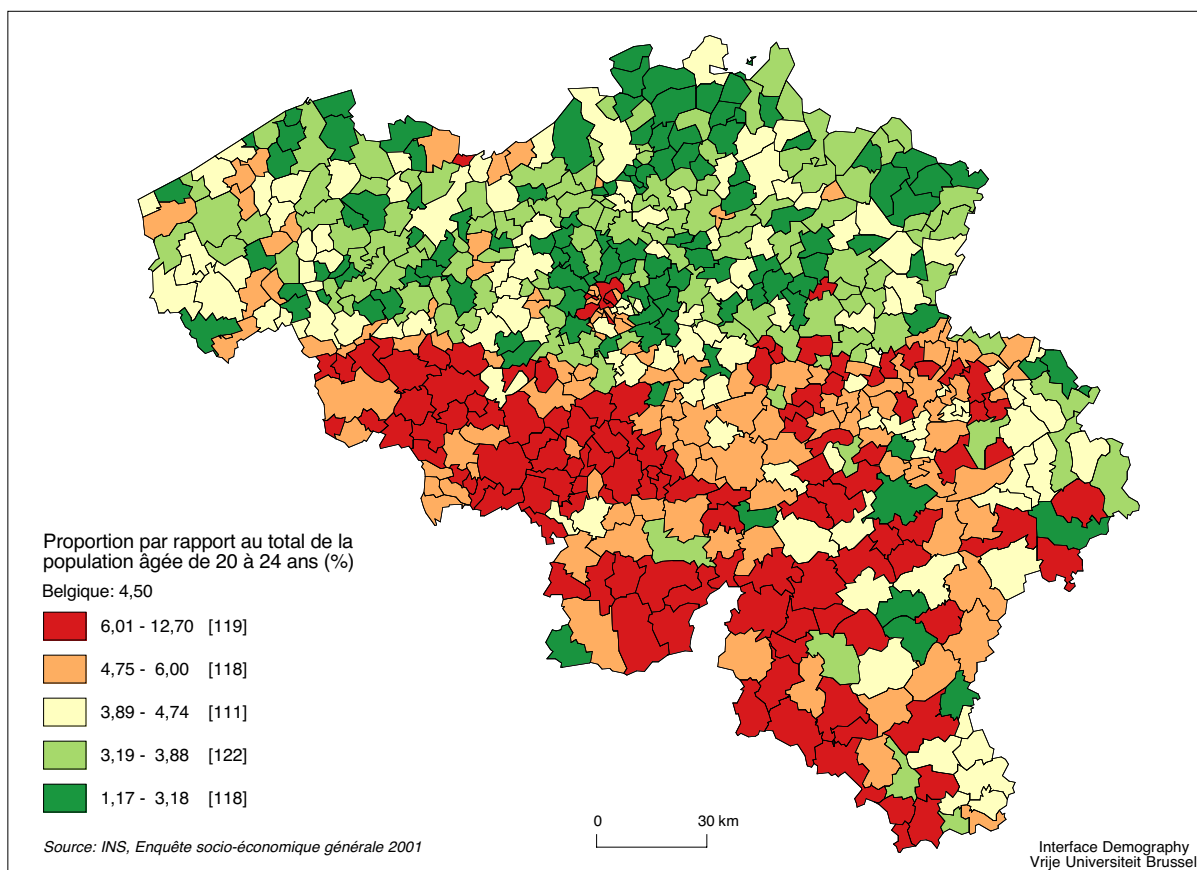
peut être déterminante dans la décision de faire le pas vers une maison de repos et vers plus de soins formels. Au niveau de la société par contre, la hausse de la mauvaise santé de la population résulte en un accroissement global de la demande de soins, tant formels qu'informels.

Il est peu sensé de standardiser une cartographie des soins de santé selon l'âge et le sexe. Trop de facteurs interviennent et compliquent l'image. Une fois adulte, la possibilité d'apporter de l'aide dépend peu de l'âge en tant que tel, mais beaucoup plus du temps disponible et de sa propre santé. Deux cartes selon l'âge peuvent illustrer la complexité de la problématique.

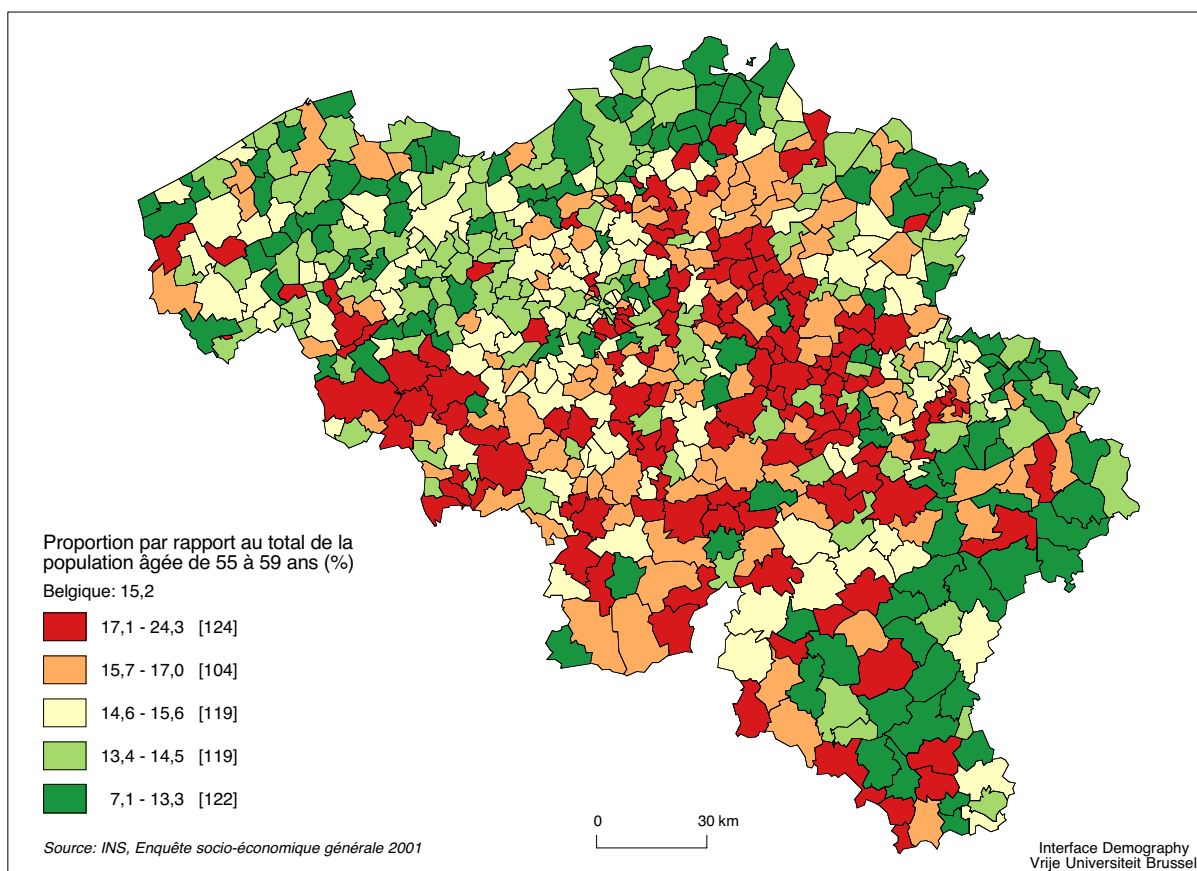
La carte de la proportion d'aidants informels âgés entre 20 et 24 ans est par exemple très fortement dominée par la demande d'aide. Le nombre d'aidants informels est relativement faible parmi les jeunes âgés de 20 à 30 ans. Ils sont dans une phase où leur famille (habitant sous le même toit) et famille proche se trouvent en bonne santé et où ils poursuivent eux-même leur chemin de vie (étudier, commencer à travailler, habiter tout seul, démarrer une relation ou fonder une famille,...). L'apparition de différences géographiques est ici fortement déterminée par le niveau de santé général de la population dans la région. Quand plus de problèmes de santé apparaissent à un âge plus jeune, le risque est plus grand que des jeunes âgés entre 20 et 24 ans soient confrontés à la dépendance chez leur parents encore relativement jeunes ou éventuellement chez un partenaire ou des enfants. En outre, une incidence élevée de la morbidité parmi la population entraîne comme conséquence que les possibilités d'une substitution des soins au sein des réseaux familiaux ou au sein du quartier soient limitées.

Tel est beaucoup moins le cas quand nous prenons en considération l'aide informelle entre 55 et 59 ans. En chiffres absolus, les personnes de 55 ans forment le groupe principal d'aidants informels: près de 20% des femmes dans ce groupe d'âge donnent des soins informels. La contribution de ce groupe d'âge à l'aide informelle est surtout le résultat de différents développements démographiques où la demande d'aide et la disponibilité se croisent le plus dans cette tranche d'âge.

Ce sont les parents de ce groupe d'âge qui appartiennent à la population qui est le plus demandeur de soins. De plus, il s'agit du groupe au sein duquel l'augmentation des problèmes de santé accroît le risque que les partenaires s'entraident entre eux. Parallèlement, il s'agit d'une population qui présente peut-être la plus grande capacité de soins. Une grande partie de ce groupe est même encore relativement en bonne santé, se retire dans une large mesure du marché de l'emploi et n'est plus liée à des obligations familiales vis-à-vis de jeunes enfants. La cartographie des soins informels continue cependant à accentuer dans les grandes lignes les régions qui ont des problèmes de santé, mais l'image est moins nette. Peut-être qu'un autre facteur est que dans ces régions ayant de gros problèmes de santé il y a aussi une diminution, au sein de ce groupe d'âge, du nombre de personnes qui sont elles-mêmes en bonne santé pour apporter une aide active. C'est également le groupe d'âge de 50 à 59 ans qui offre surtout leur aide à la famille en dehors de leur propre ménage et la chance que cette aide soit apportée auprès des parents dans une autre commune est assez élevée, ce qui fait que les distributions spatiales de l'aide apportée et la question sur la santé concordent moins nettement. Une analyse plus fine des flux d'aide nous éclairerait peut-être. On peut remarquer, par exemple, au niveau cartographique comment, entre la carte des personnes âgées de 20 à 24 ans et celles âgées de 55 à 59 ans au sein d'une région telle que Liège, un glissement se produit des communes demandant des soins vers les communes donnant des soins. Dans les communes ayant le pourcentage le plus faible de personnes entre 55 et 59 ans donnant une aide informelle (de 7,1 à 13,3% de ce groupe de population), ce pourcentage est à peu près équivalent au pourcentage de jeunes qui donnent une aide informelles dans les régions ayant le nombre le plus élevé d'aidants informels parmi les 20-24 ans (de 6,0% à 12,7%).



Carte 13: Proportion des personnes de 20 à 24 ans qui donnent des soins informels



Carte 14: Proportion des personnes de 55 à 59 ans qui donnent des soins informels

Une donnée qui indique en partie que la proportion d'aide informelle est menée par la demande et seulement dans une mesure inférieure par la disponibilité ou la bonne volonté des intéressés, en tout cas au niveau de la population.

5.4 Le déficit de santé au niveau du quartier

Ce qui vaut au niveau des communes est peut-être encore plus clair au niveau des quartiers. Malgré leurs différences, les communes sont assez semblables pour les différents indicateurs de santé. À un échelon géographique plus bas, le quartier, les différences sont cependant plus grandes.

Les extrêmes entre les quartiers avec une bonne santé et ceux avec une mauvaise santé sont encore plus grands quand nous cartographions par secteur statistique. Les unités géographiques plus petites présentent en effet une chance plus grande de composition homogène en leur sein avec pour conséquence une plus grande hétérogénéité entre secteurs statistiques. La cartographie par secteur statistique, même après standardisation pour l'âge et le sexe, est désormais plus sensible aux effets de la composition de la population selon le statut socio-économique ou selon la nationalité.

Seuls les secteurs comptant au moins 50 habitants sont cartographiés. Pour l'ensemble de la Belgique, il est question de 16.140 secteurs qui comprennent ensemble près de 9 millions de répondants. En moyenne, environ 550 répondants habitent par secteur statistique et le secteur le plus peuplé en compte près de 5.000.

Quand nous conservons les mêmes limites de classes que celles utilisées pour la carte des 589 communes (carte 9), cela donne la répartition suivante où la dispersion est plus grande dans le groupe le plus élevé et le groupe le plus bas:

Limites de l'intervalle des classes	Nombre de secteurs statistiques
1,20 – 2,41	3.449
1,05 – 1,19	2.626
0,95 – 1,04	2.402
0,80 – 0,94	4.001
0,22 – 0,80	4.082

Tableau 55: *Nombre de secteurs statistiques par classe*

Dans les secteurs statistiques avec un score proche de 1, la proportion de la population qui se sent en moins bonne santé est proche de la moyenne belge à âge et sexe égaux. Dans les secteurs avec un score supérieur à 1, plus de personnes se sentent en moins bonne santé et inversement pour un score inférieur à 1. Les intervalles des classes pour la répartition des communes en cinq quintiles (carte 9) ont été conservés. Pour les secteurs où la santé est la meilleure, nous devons déplacer la limite inférieure de 0,61 à 0,22 par rapport à la carte 9. De même, pour les secteurs où la santé est la plus mauvaise, nous devons déplacer la limite supérieure (de 1,85 à 2,41). Dans les secteurs statistiques les plus petits, il y a plus de chances d'avoir une population relativement homogène (plus saine ou moins saine). Un

peu plus de la moitié des secteurs ont une santé subjective qui est supérieure à la moyenne belge. 3.449 secteurs se trouvent dans la classe la plus défavorable (tableau 55).

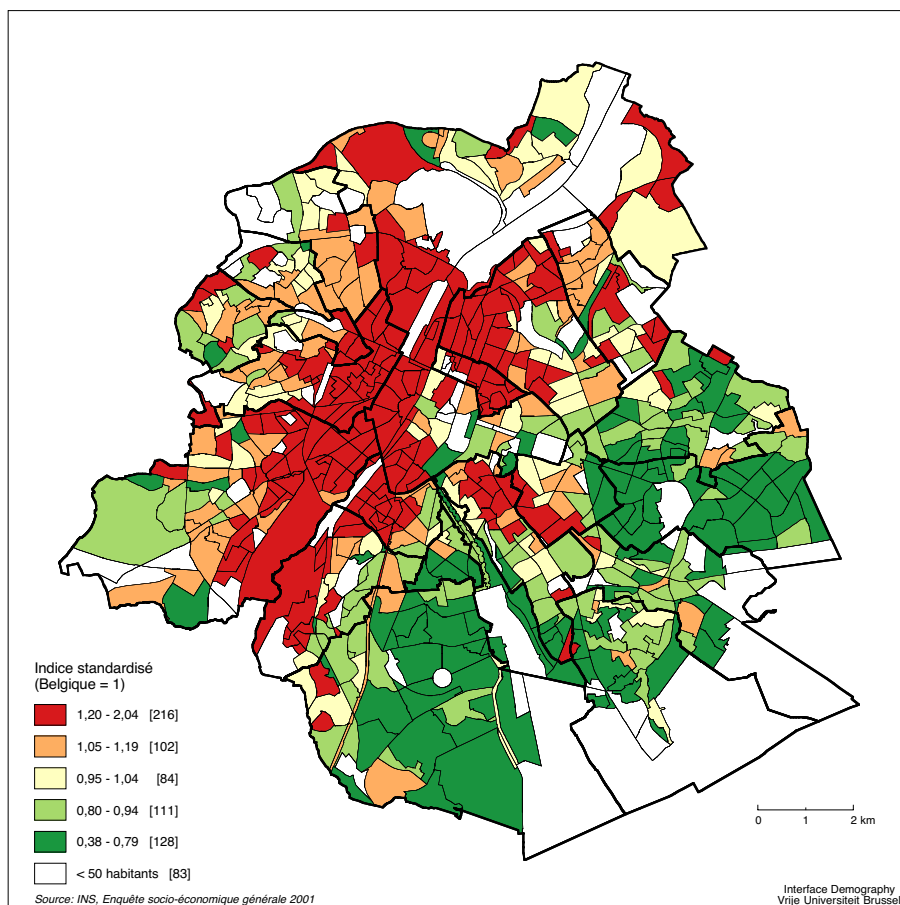
Les secteurs statistiques permettront de détecter encore plus précisément les endroits où les valeurs de santé sont extrêmement élevées ou faibles. Pour la cartographie des secteurs statistiques, les ménages collectifs ont été écartés de l'analyse. Il n'y a donc aucune maison de repos ou de soins qui pourrait influencer la représentation cartographique. Certes, cette méthode écarte une partie des personnes en très mauvaise santé, mais elle est la seule qui permette d'éviter une concentration artificielle au niveau du quartier en raison de la présence d'une maison de repos. Vu que nous appliquons cette méthode pour l'ensemble du pays, l'effet dans la répartition régionale de la santé est marginal.

Une carte de la Belgique est difficile à lire à l'échelle du secteur statistique. L'image globale montre cependant comment au sein de zones de santé qui, à l'origine, étaient relativement homogènes apparaissent à présent des groupes de secteurs avec un profil de santé bien distinct. Au moyen de la question portant sur la santé subjective, il est possible de reproduire presque complètement la cartographie des quartiers défavorisés (Kesteloot et *al.*, 1996) En effet, au niveau du quartier, la santé subjective et les indicateurs de situation socio-économique défavorisée s'avèrent être très fortement corrélés.

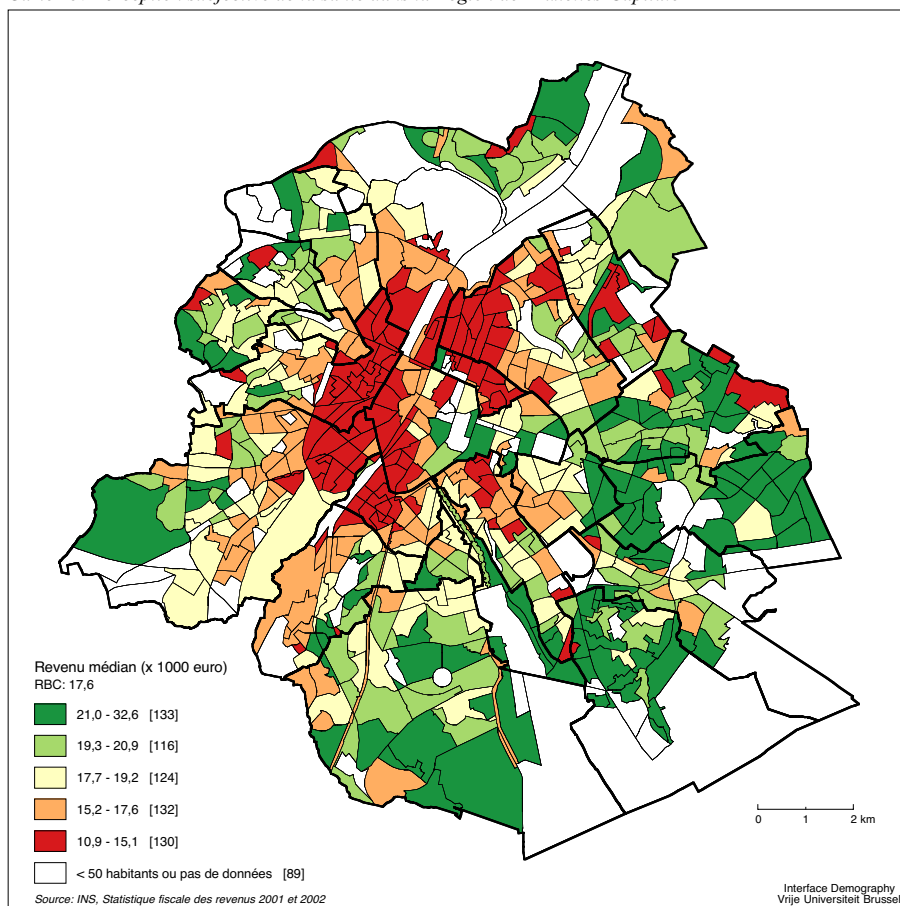
Tel est par exemple clairement le cas au sein des grandes villes en Flandre. Cette constatation n'est pas sans intérêt. Elle montre en fait clairement que les différences entre la Flandre et la Wallonie sont peut-être très peu influencées par des différences linguistiques ou culturelles dans l'évaluation de la santé subjective, mais ont bien plus une base socio-économique objective. Même après standardisation pour la forte présence de migrants dans ces secteurs, il reste encore dans les grandes villes flamandes des secteurs où les valeurs de santé négatives sont particulièrement élevées et comparables aux secteurs les plus défavorisés en Wallonie.

Quand nous regardons de plus près la cartographie de Bruxelles, Anvers, Gand, Liège ou Charleroi, nous remarquons une parfaite reproduction des quartiers défavorisés. Lorsque nous utilisons une standardisation au niveau de la Belgique, une différence majeure est qu'à Anvers ou à Gand, cependant, il est question de beaucoup moins de quartiers que par exemple à Charleroi ou à Liège où de grandes parties de la ville ont des indicateurs de santé très négatifs par rapport à la moyenne belge.

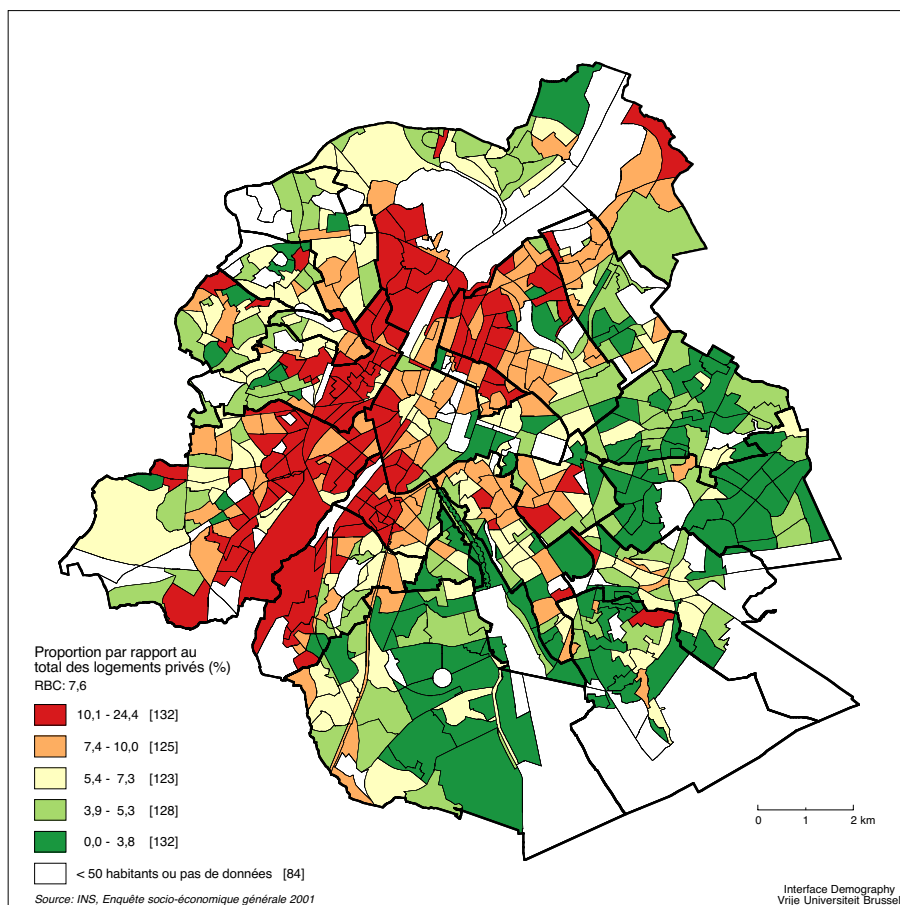
La cartographie de la santé de Bruxelles coïncide totalement avec la dualité connue au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Les quartiers où la santé est la meilleure se trouvent tous concentrés dans le quadrant Sud-Est de la ville (à l'exception des anciens quartiers d'Etterbeek et d'Ixelles). Les quartiers où la santé est la plus mauvaise se situent dans un demi-croissant partant de Saint-Gilles dans le sud, couvrant Anderlecht et Molenbeek et la partie Ouest du pentagone jusqu'à Schaerbeek et Saint-Josse. Il s'agit de quartiers traditionnellement défavorisés, caractérisés par de faibles revenus (carte 16), un parc immobilier de piètre qualité (carte 17) et des concentrations élevées d'ouvriers, de personnes peu scolarisées et de migrants. Vers l'Ouest, ces quartiers passent progressivement dans une zone où la santé est un peu meilleure et qui s'étend du haut de Molenbeek et Ganshoren jusqu'à Jette.



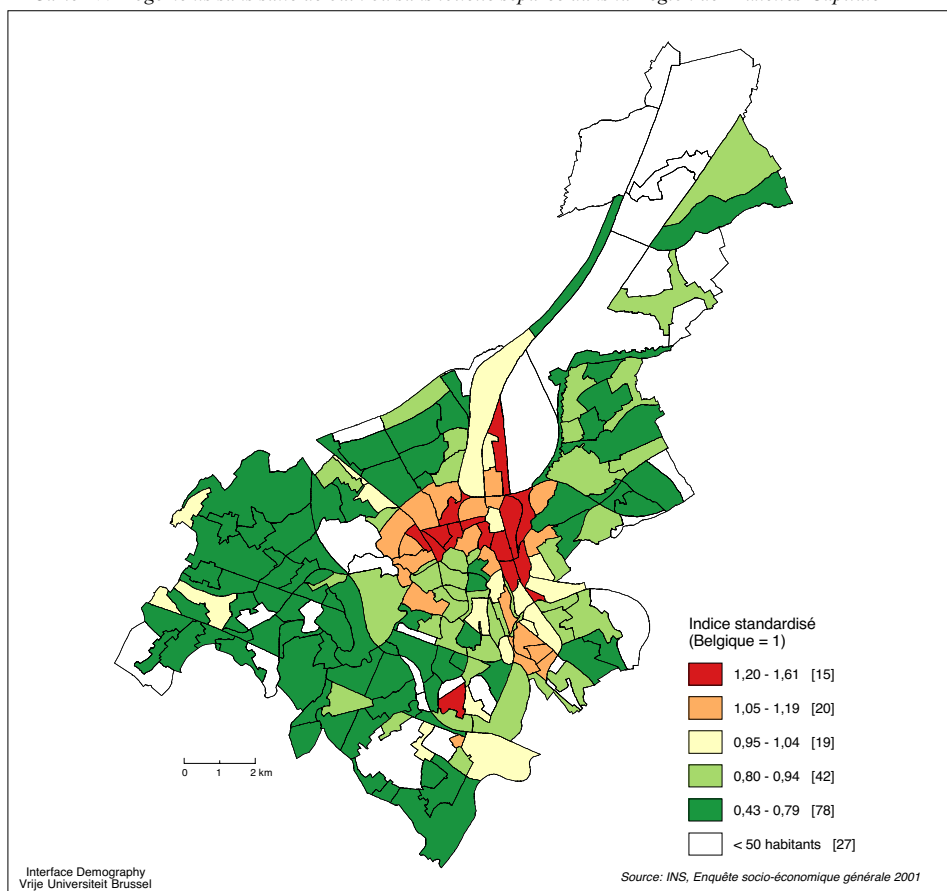
Carte 15: Perception subjective de la santé dans la Région de Bruxelles-Capitale



Carte 16: Revenus médians dans la Région de Bruxelles-Capitale, 2001-2002



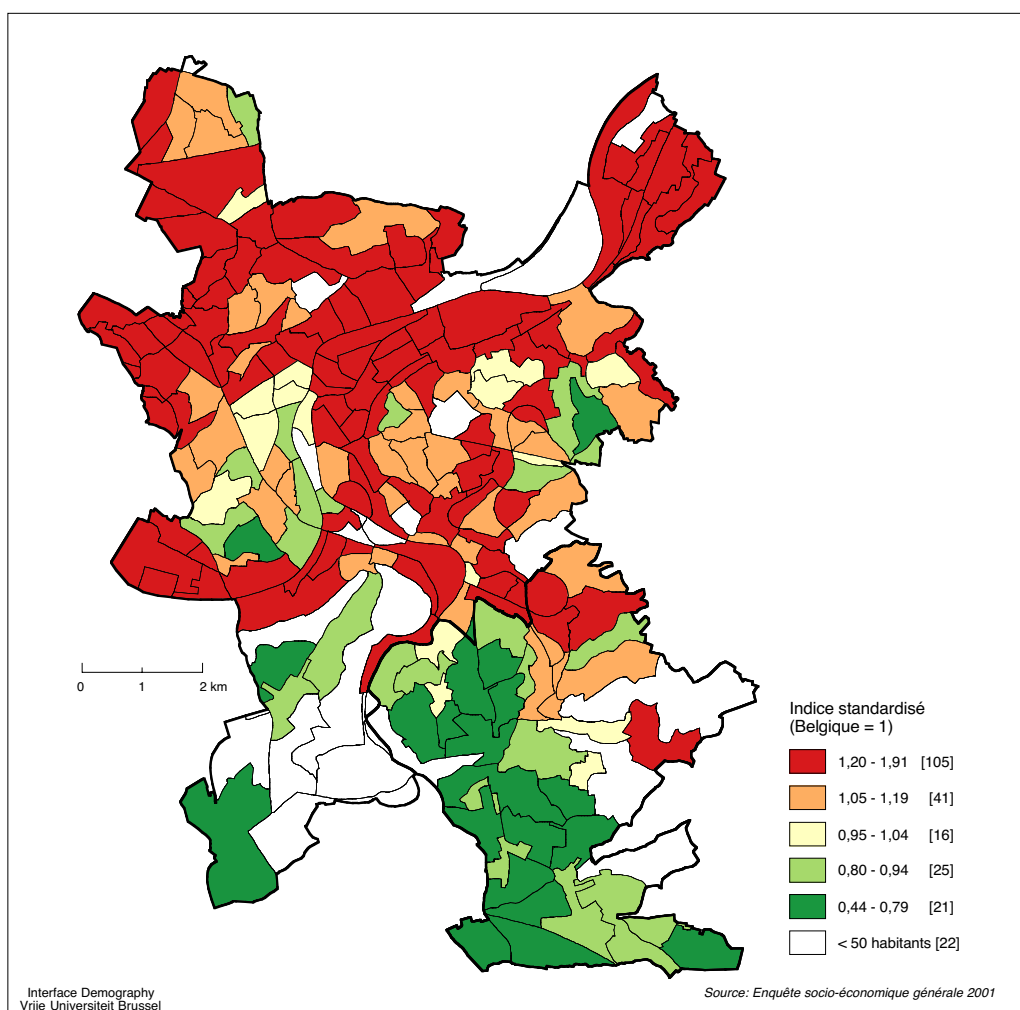
Carte 17: Logements sans salle de bain ou sans toilette séparée dans la Région de Bruxelles-Capitale



Carte 18: Perception subjective de la santé à Gand

Les quartiers de Gand où la santé est plus mauvaise chevauchent presque totalement les quartiers ouvriers qui se situent au nord et à l'est autour du centre-ville avec une pointe au nord le long du canal Gand-Terneuzen (carte 18). Cette partie Nord de la ceinture de la ville du 19e siècle connaît également les concentrations les plus élevées de chômeurs. Dans ces mêmes anciens quartiers ouvriers, nous trouvons par ailleurs les concentrations les plus élevées de personnes d'origine turque. Plus au sud, Ledeborg se manifeste avec une situation de santé négative graduellement moins prononcée. Un secteur qui contraste visiblement avec son environnement est le secteur «Nouveau Gand» dans le sud de la ville. C'est là que se situe un complexe de près de 2 000 logements sociaux, coincé entre le campus universitaire et l'hôpital universitaire. Il s'agit de la seule concentration considérable d'une population disposant de revenus limités hors de la zone ininterrompue qui entoure le centre-ville (Kesteloot et *al.*, 2001). Par ailleurs, le fait que ces quartiers affichent une santé moyenne plus mauvaise provient également d'un mécanisme de sélection: la priorité aux personnes souffrant de problèmes de santé ou d'un handicap pour l'accès au logement social.

La mauvaise situation de santé dans nombre de secteurs statistiques à Liège et dans les communes avoisinantes (Seraing, Saint-Nicolas, Herstal) reflète une ville qui est marquée par une concentration élevée de quartiers ouvriers qui se sont développés le long de la vallée de la Meuse dans le sillage de l'exploitation minière et de l'industrie lourde. Ici également, un affinement de l'analyse géographique par quartier révèle un nombre limité de secteurs où la santé est très bonne. Le centre-ville de Liège se détache clairement des quartiers ouvriers avoisinants avec une santé qui est supérieure à la moyenne belge (carte 19). Le centre de Liège est toujours resté plutôt typiquement bourgeois.



Carte 19: Perception subjective de la santé à Liège et à Chaudfontaine

Dans la partie sud du centre-ville, nous remarquons une forte représentation d'universitaires et de professions libérales (Kesteloot et *al.*, 2001). Il est cependant étonnant de remarquer surtout la concentration de secteurs où la santé est très bonne au sud de Liège avec, entre autres, la commune de Chaudfontaine. Une zone suburbaine étendue s'y est développée avec des logements plus récents et où l'on trouve principalement des familles disposant de revenus élevés.

5.5 L'influence des facteurs socio-économiques sur la distribution géographique de la santé

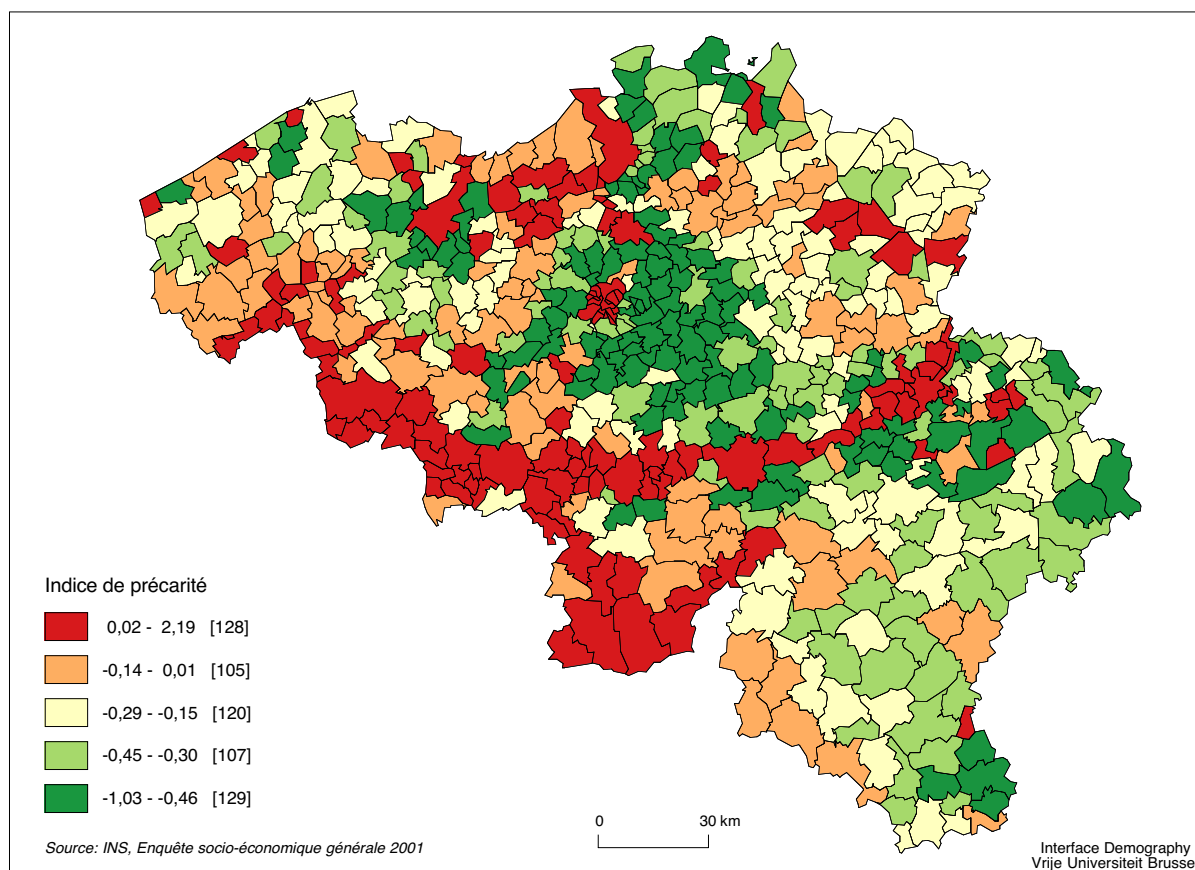
Le lien entre la santé et les facteurs socio-économiques a déjà été documenté abondamment dans plusieurs études et a déjà été abordé largement dans les chapitres précédents. La cartographie de la santé confirme ce lien. Il suffit d'étudier une carte de l'inégalité socio-économique par commune pour constater que la distribution géographique associe mauvaise santé et revenu faible.

Cette constatation a engendré une série d'études qui mettaient l'accent sur les indicateurs de pauvreté ou de situation défavorisée en tant que modèle explicatif pour l'inégalité face à la mortalité et à la santé. Au Royaume-Uni, Townsend et *al.* et Carstairs et Morris ont développé, sur la base des données du recensement, des indicateurs de situation défavorisée au niveau du quartier afin de mesurer le lien avec les problèmes de santé. Dans notre pays également, la création de la base de données nationales de mortalité (Deboosere et Gadeyne) a permis de relier la distribution géographique de mortalité à des facteurs socio-économiques individuels (Gadeyne et Deboosere; Colicis et *al.*).

Ce genre d'analyse n'était cependant pas possible à un niveau de désagrégation fin. L'introduction de questions portant sur la santé dans l'Enquête socio-économique de 2001 ouvre à cet égard de nouvelles perspectives. Dans cette monographie, nous nous limitons à quelques cartes générales.

Tout d'abord, nous reprenons une carte avec un indice de précarité par commune adapté à la Belgique. L'indice de Carstairs se base normalement sur quatre variables: le taux de chômage parmi les hommes actifs entre 18 et 64 ans, le nombre de personnes dans un ménage sans voiture, le nombre d'ouvriers et le pourcentage de personnes qui dispose de moins d'une chambre par personne. Lors du calcul du score, aucune pondération ni transformation n'a été utilisée. Le score total est la somme des variables standardisées (Z-score). Pour la Belgique, nous n'avons pas repris le nombre de personnes par chambre car ce facteur s'est avéré avoir peu d'effet. La part d'ouvriers a été remplacée par la part de la population possédant tout au plus un diplôme de l'enseignement primaire. Sur la base des données du Recensement, il n'est en effet pas possible de distinguer les ouvriers du secteur public. Au niveau des secteurs statistiques, cet indice s'avère corrélérer particulièrement bien avec l'indice de santé. Le test a été limité aux personnes de moins de 65 ans dans les ménages privés et effectué sur 11.912 secteurs statistiques avec une population d'au moins 200 personnes. Le résultat est une corrélation (Pearson Correlation) de 0,77 entre l'indice de santé et l'indice de précarité.

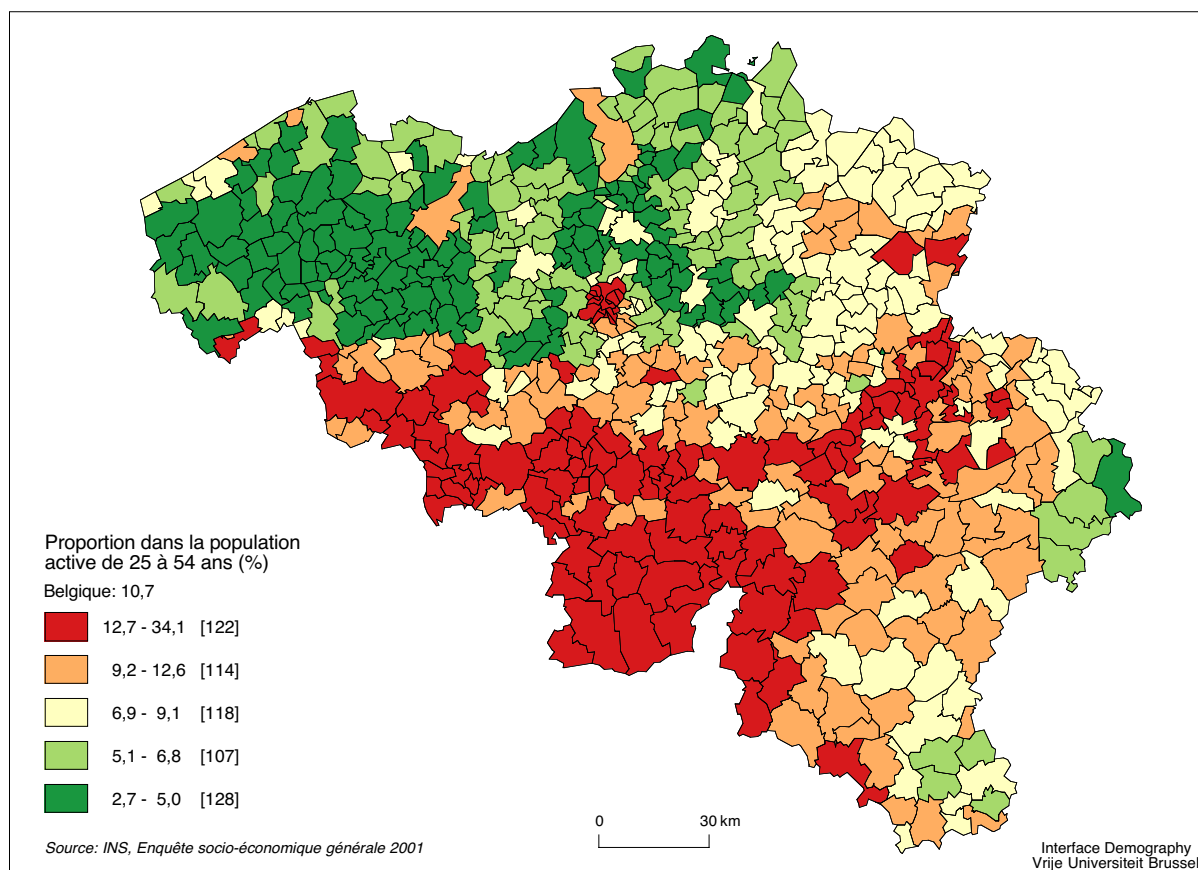
Cet indice de précarité est calculé et cartographié ci-dessous par commune (carte 20).



Carte 20: Indice de précarité

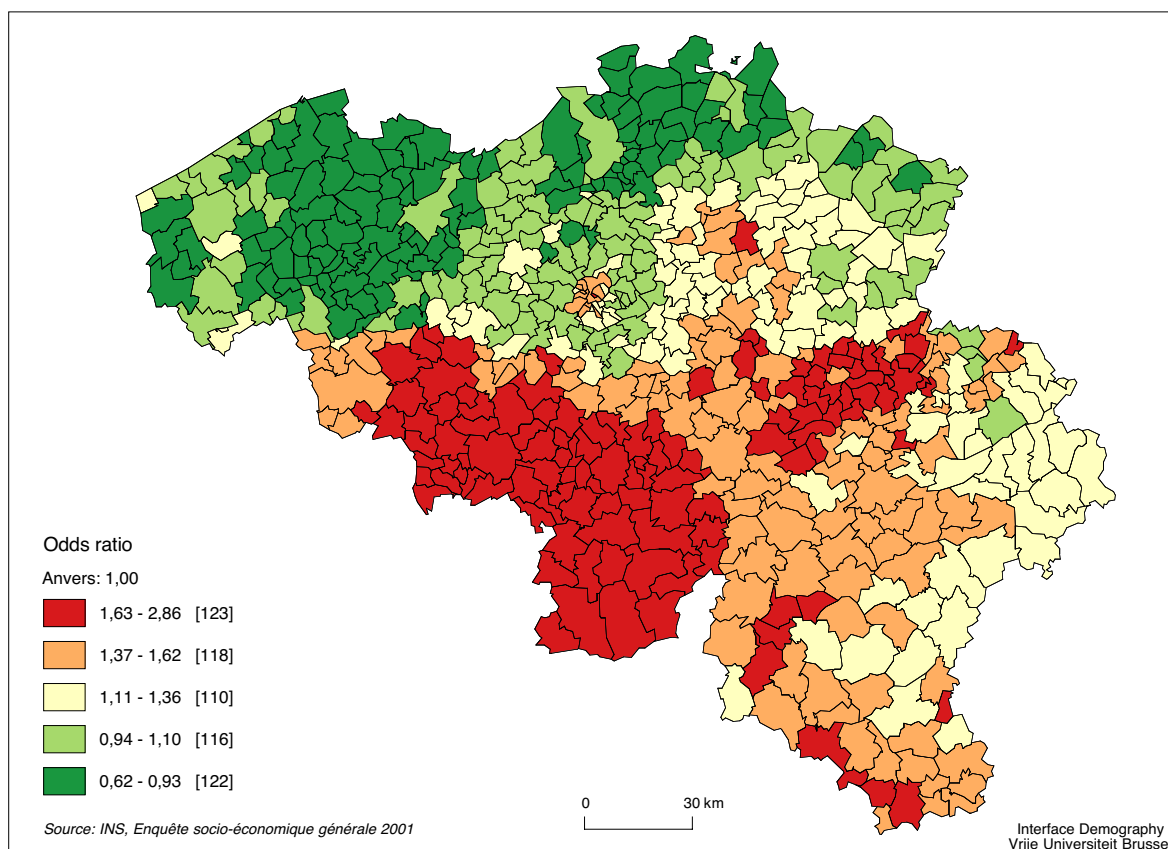
Bien que la carte de la précarité par commune présente une certaine ressemblance avec les cartes de santé, des différences importantes apparaissent. Le Hainaut n'apparaît plus comme un ensemble monolithique. L'axe industriel de la Wallonie avec des pointes claires jusqu'à Liège se manifeste désormais clairement. Quasiment toutes les communes bruxelloises, à l'exception de la périphérie est, font à présent partie des communes les plus défavorisées. En Flandre, la région minière limbourgeoise se démarque très visiblement, tout comme la région entre Lokeren, Dendermonde, Saint-Nicolas et Anvers et le sud de la Flandre Occidentale. Par ailleurs, Gand et une série de villes régionales telles qu'Ostende, Malines, Turnhout et Ronse appartiennent aux communes où l'indice de précarité est négatif. Cela ne coïncide pas avec les zones où la santé subjective est mauvaise, ce qui indique une relation plus complexe différente selon la région. Toutefois, cette carte correspond relativement bien à la répartition des communes sur la base du pourcentage de personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'un handicap qui entraîne un alitement permanent. La distribution géographique semble montrer que la précarité coïncide principalement avec la situation la plus extrême de morbidité. Une étude plus approfondie de ces données serait nécessaire en vue de confirmer cette hypothèse.

Les cartes basées sur les variables socio-économiques du Recensement de la population de 1991 (Mérenne et *al.*) ou sur des données plus récentes avec l'accent sur les aspects spécifiques des différences régionales (Colicis et *al.*) s'accordent bien aux modèles de santé. Parallèlement, il est évident que les inégalités régionales de santé sont le résultat d'un effet cumulatif de plusieurs facteurs. Cela est bien illustré par une carte du chômage basée sur l'Enquête socio-économique (carte 21) où les points noirs correspondent en partie aux cartes de santé, mais avec des différences. L'étude des facteurs spécifiques qui tempèrent l'effet négatif du chômage sur la santé pourrait fournir du matériel très intéressant.



Carte 21: Part des chercheurs d'emploi parmi la population active

Cette analyse cartographique peut être complétée par une analyse statistique au moyen d'une régression logistique. Ci-dessous, nous représentons la cartographie de la santé subjective communale après standardisation pour l'âge, le sexe, le diplôme le plus élevé obtenu, le confort et la qualité du logement (comme proxy pour le bien-être) et la nationalité d'origine (carte 22). Anvers a été utilisée comme commune de référence en tant que commune la plus densément peuplée du pays avec des valeurs proches de la moyenne nationale. Dans les communes qui sont colorées en rouge foncé, le risque relatif de se sentir en moins bonne santé est au moins plus élevé de 63% qu'à Anvers. Les distributions géographiques entre les communes varient à peine. L'introduction du chômage au niveau individuel dans le modèle logistique ne change rien non plus à la dernière représentation cartographique. Les différences individuelles par statut socio-économique se révèlent avoir relativement peu d'influence sur les différences de santé par commune. Les extrêmes sont aplanis et nous obtenons une délimitation encore plus claire des régions géographiques liées. Les différences selon le statut socio-économique auront donc surtout pour effet d'atténuer les différences entre les communes au sein d'une même région. Par ailleurs, nous remarquons que la vaste région autour de Bruxelles, tant en Flandre qu'en Wallonie, a une meilleure situation de santé, qui apparaît principalement être liée à une formation supérieure et à un bien-être supérieur. La position relativement bonne du Brabant est manifestement sensible à la standardisation pour le diplôme et le confort du logement et ces communes glissent du premier quintile au second quintile. Ces facteurs ont à nouveau moins d'importance dans la Campine anversoise et dans la région qui forme la frontière entre la Flandre Occidentale et la Flandre Orientale où, après standardisation pour ces variables socio-économiques, toutes les communes restent dans le cinquième quintile. La Wallonie également, tout comme la Flandre, est à présent plus nettement divisée en grandes zones d'un seul tenant. La standardisation pour les facteurs socio-économiques comprime certes les extrêmes, mais modifie peu



Carte 22: Santé subjective des personnes entre 25 et 74 ans (régression logistique: standardisation pour l'âge, le sexe, le niveau d'enseignement, la variable composée du logement et la nationalité d'origine)

la position globalement défavorable du Hainaut, de la partie occidentale de la province de Namur et de l'axe vers Liège.

Une analyse semblable au niveau du quartier, par exemple dans le Hainaut ou en Région bruxelloise (Deboosere et *al.*) indique qu'une grande partie de l'hétérogénéité entre les quartiers disparaît après la standardisation pour les facteurs socio-économiques. Les différences de santé au niveau du quartier s'avèrent être fortement liées aux différences au niveau de la composition socio-économique du quartier. À l'inverse, il ressort que les facteurs de mauvaise santé au niveau régional résultent d'un ensemble plus complexe de facteurs que simplement de nature socio-économique, du moins de facteurs socio-économiques qui ont pu être contrôlés lors du Recensement. Une étude plus approfondie qui combine les caractéristiques socio-économiques individuelles et les facteurs de risques régionaux est nécessaire.

5.6 Conclusions

Une cartographie de la santé démontre à quel point la santé est influencée par les facteurs socio-économiques. Les indicateurs de santé ne produisent pas une mosaïque aléatoire, mais forment des zones géographiques cohérentes. En soit, ceci démontre clairement que le facteur aléatoire peut jouer un rôle extrêmement important pour la santé de l'individu, mais uniquement à l'intérieur de conditions sociales déterminantes. Cela est connu depuis longtemps et est à la base d'une attention particulière en géographie de la santé pour les aspects sociaux. C'est toutefois inattendu que la santé subjective

dessine une distribution spatiale aussi explicite. Naturellement, les explications sont de nature très diverse. Les différences de santé peuvent par exemple trouver leur origine dans le milieu physique, dans des sources de pollution, dans la situation sociale et économique, dans les habitudes de vie, etc. Afin de découvrir les causes des différences, une étude plus approfondie est nécessaire.

La cartographie des indicateurs de santé par commune confirme dans les grandes lignes les différences de santé mises en évidence au cours de ces dernières dizaines d'années sur la base des données de mortalité. Ce qui frappe en premier lieu est la dualité entre le Nord et le Sud du pays. Comme il est déjà ressorti des enquêtes de santé, l'état de santé général est bien meilleur en Flandre qu'en Wallonie ou qu'à Bruxelles. Dans la mesure où les indicateurs de santé utilisés reposent sur la réponse des répondants, il existe naturellement une possibilité que les différences culturelles ou une différence de perception linguistique provoquent cette division Nord-Sud si marquée. Les chiffres de la mortalité indiquent cependant une dualité similaire et confirment le résultat des indicateurs de santé de l'Enquête socio-économique.

Toutefois, cette évaluation générale demande d'emblée un certain nombre de nuances. Pour commencer, la ligne de séparation ne correspond pas strictement à la frontière linguistique. Tant en Flandre qu'en Wallonie, il y a des zones qui se rapprochent plutôt du modèle de santé de l'autre partie du pays. Quand nous passons au secteur statistique, cela est encore plus évident. Au niveau du quartier, nous constatons en effet que des quartiers en Flandre abritent une population où les indicateurs de santé obtiennent des scores aussi mauvais que dans les plus mauvaises communes en Wallonie. À l'inverse, il s'avère qu'en Wallonie, au sein de communes où les indicateurs de santé sont mauvais, il y a aussi des quartiers où la santé moyenne est très bonne.

La correspondance entre la cartographie des indicateurs de santé et des principales caractéristiques socio-économiques indique que les différences de santé individuelles sont clairement liées au statut socio-économique de ces mêmes individus. La cartographie confirme ici les conclusions qui ont été tirées dans les autres chapitres sur la base d'analyses à deux ou plusieurs variables.

Parallèlement, plusieurs questions restent toujours sans réponse et demandent une analyse approfondie. La standardisation des différences de santé par caractéristique sociale individuelle atténue les grandes différences entre les communes, mais ne les fait pas totalement disparaître. Les scores de mauvaise santé dans une grande partie du Hainaut subsistent même lorsque les caractéristiques socio-économiques sont prises en compte. Une même procédure appliquée au niveau des quartiers au sein d'une même agglomération produit beaucoup plus d'effet et réduit fortement les différences entre les quartiers. Il se pourrait que cela indique que l'hétérogénéité dans la santé au niveau du quartier est à imputer, presque exclusivement, aux différences sociales dans la composition de la population. En revanche, au sein d'entités géographiques plus vastes, d'autres facteurs pourraient encore exercer une influence. Nous sous-estimons peut-être les effets socio-économiques collectifs ou contextuels. Le malaise économique généralisé dans une région pourrait ainsi avoir un impact supplémentaire, outre les effets sur la santé de la position sociale individuelle. Il est néanmoins tout autant possible que nous ayons affaire à des effets environnementaux (pollution d'anciens sites industriels et de l'activité industrielle encore existante) ou aux modes de vie qui suivent leurs propres modèles géographiques (tabagismes, ...).

En tout cas, la santé subjective mesurée auprès d'une très grande partie de la population s'avère représenter un instrument de mesure particulièrement efficace pour la santé publique. La précision ressort également des résultats que nous obtenons sur la base d'une analyse au niveau du quartier. Après standardisation pour les caractéristiques sociales individuelles, l'inégalité entre la plupart des quartiers est balayée. Les secteurs qui présentent tout de même une mauvaise santé encore élevée

apparaissent refléter étonnamment bien l'effet de sélection qui apparaît dans les complexes de logements sociaux. Pour la Région de Bruxelles-Capitale, un tel exercice résulte en la production d'une carte avec des quartiers de logements sociaux.

Cela doit probablement former un stimulant pour étudier plus en profondeur ce qui ne va pas dans ces secteurs ou communes où il n'y a, apparemment, aucune raison d'avoir un effet de sélection. Bien qu'il convienne de nous montrer extrêmement prudents avec les possibilités d'analyse et d'interprétation, cela peut peut-être nous encourager à mener une étude plus approfondie.

Dans tous les cas, nous devons conclure que les indicateurs de santé donnent une très bonne indication de l'état de santé de la population. Il semble donc recommandé que la politique prenne particulièrement à cœur les signaux d'alarme pour certains groupes de la population, certaines régions ou certains quartiers. Il est question ici de différences réelles très importantes en termes de chance de survie et de qualité de vie parmi notre population.

Une cartographie de la santé nous permet au moins deux choses: une meilleure estimation des besoins objectifs pour la mise en place de services de santé et une indication claire pour l'élaboration d'une politique de santé préventive. En effet, des économies sociales gigantesques sont possibles et ce en même temps d'une répartition de la santé plus équitable.

Conclusion générale

Inclusion de questions sur la santé dans le Recensement

La Belgique a choisi d'inclure des questions portant sur la santé et les soins informels dans son Recensement de 2001. Ce choix peut paraître étonnant car les recensements portent généralement sur des questions de démographie, de logement ou de nature socio-économique. Le choix de faire une place à la santé dans le Recensement se justifie largement.

La santé est tout d'abord un élément fondamental de la dignité humaine, du bien-être et de la qualité de vie (Ruger). La santé est en effet une des composantes du capital humain, aux côtés de la scolarité et du capital social qui permet aux individus de s'épanouir et de participer pleinement à la société.

En deuxième lieu, la santé est une ressource qui est distribuée de manière inégale dans la population de notre pays, que ce soit entre les groupes sociaux, les groupes ethniques, les genres ou encore les régions géographiques. Ce constat n'est pas propre à la Belgique et s'observe dans toute l'Europe pour divers problèmes de santé (Huisman *et al.*). De la même manière que la taxation permet d'atteindre une distribution plus égalitaire des ressources économiques, les politiques de santé doivent s'efforcer de viser une répartition plus équitable de la santé au sein de la population (Mackenbach et Bakker). L'information recueillie dans le Recensement permet de mettre en évidence les inégalités existantes en Belgique.

En troisième lieu, le Recensement est un outil décennal qui est progressivement supplanté par l'utilisation de banques de données administratives d'une part et d'enquêtes par échantillon d'autre part. La Belgique réalise depuis 1997 des enquêtes de santé qui fournissent de multiples informations sur l'état de santé, les problèmes de santé, la consommation de soins et sur les comportements de santé des Belges. L'inclusion des questions de santé dans le Recensement permet donc, dans le cadre du remplacement du recensement par des enquêtes par échantillonnage, d'évaluer la fiabilité de l'enquête de santé.

Enfin, le Recensement est un outil important pour les autorités locales, tel que les villes et les communes. Les disparités géographiques de santé sont fréquentes dans la plupart des pays européens tant pour la mortalité (Shaw *et al.*) que pour des indicateurs de santé subjective (Sadana *et al.*). Il est important pour un pays, pour une région et pour une ville de connaître ces disparités géographiques et, afin de les réduire, de les expliquer. Les villes et les communes développent des instruments politiques tel que les «Ville en Santé» (WHO), les contrats de quartier, les programmes de rénovation urbaines, qui manifestent souvent un ancrage local. Le Recensement, parce qu'il approche la population à un niveau géographique fin, permet de relier la santé aux milieux de vie et d'aider les communautés locales dans leur mission de planification.

Mortalité et morbidité

Une analyse de la santé de la population ne peut être correctement comprise que lorsqu'elle est placée dans un contexte historique. La mortalité et la morbidité sont des indicateurs classiques pour décrire – négativement – la santé d'une population. Le premier chapitre s'est donc attelé à décrire l'évolution récente de la mortalité, de la morbidité et des comportements de santé. En s'intéressant aux changements dans les causes de mortalité et dans les comportements de santé, ce chapitre fournit d'importantes indications sur l'origine de certains problèmes de santé.

L'évolution des chiffres de la mortalité constitue un indicateur important pour les principales tendances en termes de santé. L'importance relative des causes de décès indique clairement les domaines où des progrès sont possibles en vue d'améliorer l'état de santé.

Au début du 20^e siècle, l'on s'est aperçu que l'accroissement observé de l'espérance de vie ne se rattachait pas à une fluctuation périodique, mais à une longue évolution amorcée au milieu du 18^e siècle.

Un ensemble complexe de facteurs a permis cette baisse de la mortalité prématurée: des améliorations au niveau, respectivement, de la conservation et la préparation des aliments, des installations sanitaires, du logement et des sciences médicales, ne sont que quelques éléments qui y ont contribué.

À la fin des années 60, la transition épidémiologique semblait être arrivée à terme. L'épidémie du tabagisme, l'emploi dans des industries préjudiciables de charbon et d'acier ainsi qu'une hausse de la consommation de graisses animales ont eu pour effet de freiner les progrès réalisés en matière d'espérance de vie.

Au cours des années 70, une régression spectaculaire des maladies cardio-vasculaires a cependant contribué à un nouveau progrès. Les «man-made diseases» avaient atteint leur point culminant et commençaient à régresser, en partie grâce à une plus grande prise de conscience des effets nocifs de certains styles de vie.

L'espérance de vie continue à augmenter durant cette dernière décennie. Ce nouvel accroissement ne se caractérise plus autant par un glissement entre les causes de décès mais par un report des maladies de vieillesse à des âges toujours plus avancés. En 1997, les maladies de vieillesse étaient les principales causes de mortalité en Belgique. Le cancer et les affections cardio-vasculaires représentent respectivement 31 et 33% de la mortalité chez les hommes et 23 et 40% chez les femmes.

La santé d'une population n'est pas seulement déterminée par des facteurs externes tels que les soins de santé et les sciences médicales. Les choix de style de vie actifs et conscients des individus ont également un impact sur l'état de santé. La consommation de produits du tabac et l'abus d'alcool; certaines habitudes alimentaires et un manque d'exercice physique portent préjudice à la santé. Une conscientisation croissante peut contribuer dans une large mesure à une espérance de vie en bonne santé plus élevée.

Validité

L'étude de la validité des informations collationnées par le Recensement est importante: elle permet de présenter les questions sous-jacentes aux résultats, d'évaluer la qualité de l'information récoltée et la cohérence avec les autres bases de données tel que l'enquête de santé par interview (HIS 2001) et le panel de démographie (PSBH 2001).

Le taux de réponse du Recensement était élevé: pas moins de 96,9% des questionnaires individuels ont été renvoyés.

L'étude de la validité montre que, dans la grande majorité des cas (86%), les résidents ont répondu à toutes les questions de santé qui leur étaient posées. Seulement 3.2% de la population n'a pas répondu à la question de santé subjective. Le taux de non-réponse croît à 11% en ce qui concerne les affections chroniques et redescend à 7% pour les limitations fonctionnelles. La question sur l'alitement à cause d'une maladie reçoit le taux de non-réponse le plus élevé (19%) vraisemblablement à cause de la structure conditionnelle des questions et du layout du questionnaire. En ce qui concerne les soins informels, 10% de la population n'a pas répondu à cette question.

Ces taux de réponse sont-ils homogènes dans la population? Non, ils sont légèrement plus élevés chez les personnes âgées, chez les individus moins scolarisés, chez les isolés ou les personnes vivant dans des ménages collectifs. Les non-réponses sont également plus élevées dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Nous avons comparé les données du Recensement avec celles de l'enquête de santé par interview et celle du panel. Quoique les données ne furent pas collectées de la même manière, ce sont les mêmes questions administrées la même année. Les comparaisons montrent plusieurs résultats intéressants en ce qui concerne l'état de santé en général et les différences entre groupes socio-démographiques.

Le mauvais état de santé subjectif est plus faible dans l'enquête de santé par rapport au Recensement: tandis que 28% des individus se disent en mauvaise santé dans le Recensement, ces chiffres descendent à 24% dans l'enquête de santé. Cette tendance est néanmoins inversée en ce qui concerne la question sur les affections chroniques: 24% des individus déclarent une affection dans le Recensement contre 29% dans l'enquête de santé. Enfin, nous avons également observé que les limitations fonctionnelles sont plus fréquentes selon le Recensement que selon l'enquête de santé: parmi les personnes déclarant une affection chronique, 86% déclarent rencontrer des limitations fonctionnelles dans le Recensement contre 73% dans l'enquête de santé et 81% dans le panel de démographie.

Dans la figure 29 les différences socio-démographiques sont résumées par des odds ratios. En général, les différences de santé entre groupes socio-démographiques vont dans le même sens dans le Recensement ou l'enquête de santé. Les différences existantes restent, par ailleurs, modérées. Néanmoins, les personnes âgées de plus de 65 ans + et les personnes inactives sont en plus mauvaise santé dans le Recensement que dans l'enquête de santé. Globalement, nos analyses montrent que les groupes socio-démographiques les plus vulnérables (personnes âgées, personnes isolées, personnes avec scolarité primaire,...) ont un état de santé plus mauvais dans le Recensement que dans l'enquête de santé. En ce qui concerne le panel de démographie, ses résultats sont plus proches de ceux du Recensement.

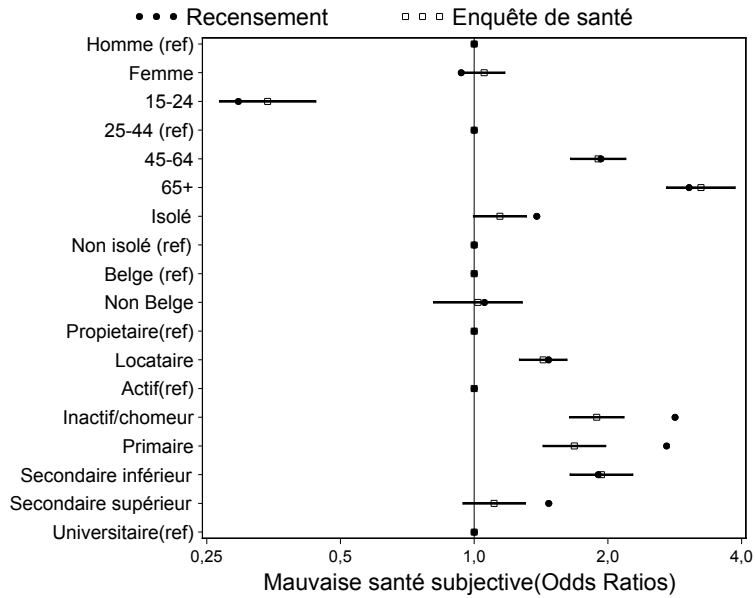


Figure 29: Comparaison des odds ratios pour une mauvaise santé subjective dans l'Enquête santé (HIS 2001) avec un intervalle de confiance de 95% et dans le Recensement

Plusieurs explications ont été apportées dans le monographie pour expliquer ces différences. Le Recensement fut distribué en automne tandis que l'enquête de santé fut réalisée tout au long de l'année. Certains groupes sont plus à risque de non-réponse dans le Recensement (personnes âgées) ou dans l'enquête de santé (personnes moins scolarisées). Par ailleurs, les méthodes d'enquête sont différentes: postales en ce qui concerne le Recensement et en face-à-face en ce qui concerne l'enquête de santé ou le panel de démographie. Enfin, l'enquête de santé et le panel sont des échantillons et, en conséquence, plus vulnérables aux problèmes de biais de sélection ou de participation aux enquêtes.

L'évaluation montre que les données de santé du Recensement disposent d'une bonne validité interne et externe; les craintes qui furent émises en ce qui concerne leur qualité – en particulier sur le risque de non-réponse- apparaissent, a posteriori non justifiées.

Santé subjective et limitations fonctionnelles

Au cours d'une année, la mortalité ne concerne qu'1% de la population, (qui plus est très âgée) et seulement entre 20 à 30% de la population a une affection. Se limiter à la mortalité et la morbidité néglige donc la majorité de la population. D'où l'intérêt d'indicateurs de santé qui s'appliquent à l'ensemble de la population.

Le chapitre 3 donne un aperçu détaillé des réponses aux question sur la santé du Recensement, à savoir les questions portant sur la santé subjective, la présence d'affections chroniques, et les limitations et l'alitement y afférents.

Par ailleurs, un indicateur composé «Degré de dépendance en raison d'affections chroniques» est présenté, calculé sur la base des réponses à la question relative à la présence d'affections chroniques et

aux sous-questions sur les limitations et l'alitement. Nous avons également démontré l'importance de la contribution de ces questions sur la santé dans le Recensement pour le calcul des indicateurs de l'espérance de vie pour la Belgique.

La situation de santé, telle que mesurée dans les divers indicateurs, apparaît être liée de manière significative à certaines caractéristiques personnelles.

Certes, nous savions déjà que l'état de santé d'une personne est lié à son âge mais les données du Recensement nous ont aidés à quantifier cette tendance. Le pourcentage de personnes en mauvaise santé subjective passe de 33,5% chez les 45-64 ans, à 70,8% chez les 75 ans et plus, en passant par 54,0% chez les 65-74 ans. Dans ces trois groupes d'âge, le taux de dépendance élevée à la suite d'affections de longue durée s'élève, respectivement à 4,8%, 7,7% et 14,7%.

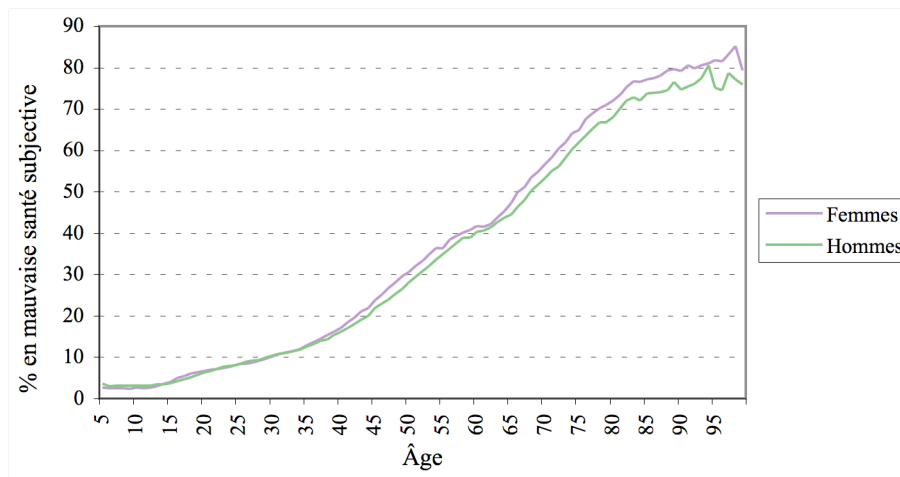


Figure 30: Pourcentage de la population en mauvaise santé subjective, selon l'âge et le sexe

Outre l'âge, la formation d'une personne est également étroitement liée à son état de santé. Après standardisation pour l'âge et le sexe, de sorte que le fait qu'en moyenne les cohortes plus âgées soient allées moins longtemps à l'école n'a aucune influence sur la comparaison des groupes d'âge, il existe une corrélation manifeste entre la formation et la santé subjective. Le pourcentage de la population qui perçoit son état de santé comme mauvais s'élève à 15,6% chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire, 20,8% et 26,9%, respectivement, chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et inférieur, et grimpe jusqu'à 34,4% chez les personnes sans diplôme ou ayant un diplôme de l'enseignement primaire. Tandis que, après standardisation pour l'âge et le sexe, seulement 1,6% des personnes titulaire d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire est gravement limité par une affection, ce pourcentage se chiffre à 5,7% pour les personnes sans diplôme ou titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire.

Une troisième caractéristique personnelle pour laquelle la corrélation avec la santé a été étudiée est la position qu'une personne occupe au sein du ménage. La signification d'une position dans le ménage dépend fortement de l'âge et du sexe. Ainsi, dans la catégorie d'âge plus jeune, les hommes qui habitent avec une épouse et des enfants sont en meilleure santé que les pères isolés, mais à mesure que l'âge augmente, nous constatons que ces différences disparaissent. En général, nous remarquons cependant que les personnes isolées et les familles monoparentales se déclarent en plus mauvaise santé que les personnes mariées et les cohabitants.

Les pourcentages standardisés «mauvaise santé subjective» pour la Flandre, Bruxelles et la Wallonie s'élèvent respectivement à 22,1%, 27,6% et 29,9%. Pour les différents indicateurs de santé, il apparaît

clairement que la santé en Wallonie est moins bonne que celle de la population résidant en Flandre. Bruxelles se trouve dans une position intermédiaire. Ces différences régionales de santé font l'objet d'une discussion détaillée dans le dernier chapitre qui traite spécifiquement des disparités géographiques.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes. À la naissance, une femme peut s'attendre à passer 73% de sa vie en bonne santé subjective, 78% de sa vie sera sans morbidité chronique et 81% sans incapacité. Chez les hommes, ce pourcentage d'années en bonne santé est de respectivement 77%, 79% et 83%. Le gain d'années à vivre qu'une femme a à la naissance par rapport à un homme est positif vu que plus de 50% de ces années seront des années en bonne santé sans morbidité chronique ou sans incapacité. À 65 ans, le nombre d'années à vivre chez les femmes est toujours plus élevé que chez les hommes. Cette différence du nombre d'années à vivre n'est pas complètement positive pour la femme étant donné qu'il se peut que plus de la moitié de ces années soient des années avec morbidité chronique ou incapacité.

En comparaison avec les enquêtes de santé menées depuis 1997, l'Enquête socio-économique 2001 apporte de nouvelles informations précieuses concernant les connaissances de la santé de la population belge. Non seulement les informations observées dans l'Enquête de santé sont validées et confirmées par le Recensement, mais au lieu des pourcentages obtenus par l'Enquête de santé sur la base d'un échantillon, l'Enquête socio-économique peut situer en chiffres absolus la problématique de la santé en Belgique.

Le Recensement offre des informations géographiques détaillées et exceptionnelles, alors que l'Enquête de santé peut fournir des données utilisables uniquement au niveau provincial et régional. Ce niveau de précision fait que les interventions politiques au niveau local (niveau du quartier) en matière de politique de santé peuvent s'appuyer sur les données du Recensement.

Les différences socio-économiques observées dans les enquêtes de santé en matière de santé subjective de la population belge sont également constatées. Ces différences sont, en outre, plus marquées dans les données du Recensement que dans les données HIS, ce qui pourrait inciter à porter davantage d'intérêt politique à cette problématique.

Soins informels

Le patient malade peut faire face à la maladie en combinant, bon gré mal gré, plusieurs stratégies. Il peut s'accommoder de ses symptômes, il peut prendre soin de lui-même, il peut obtenir de l'aide de ses proches ou, enfin, requérir de l'aide d'un professionnel de la santé (Amstrong). La ou les solutions dépendront de la sévérité de sa maladie et des ressources à sa disposition (Amstrong). L'essentiel de la recherche sur le recours aux soins s'est principalement intéressé à l'utilisation des soins professionnels ambulatoires ou hospitaliers. Néanmoins, force est de constater que la recherche a largement passé sous silence que le premier aidant est d'abord un proche, le plus souvent un non-professionnel des soins de santé. L'objet du chapitre 4 était de décrire l'ampleur, les facteurs et les conséquences des ces soins informels.

Qui sont ces soignants? En Belgique, pratiquement une personne sur 10 prestent des soins informels (9.4%). Ce soutien n'est pas homogène dans la population. Il est plus élevé pour les personnes âgées de plus de 45 ans et pour les femmes. Cette différence de genre dépend de l'âge (voir figure 2). Les femmes donnent plus des soins que les hommes jusque l'âge de 74 ans. L'écart entre homme et

femmes se creuse pour atteindre un maximum à 56 ans. En effet, à cet âge, 19% des femmes prestant des soins informels contre 12% des hommes. A partir de 75 ans, cette tendance s'inverse: la part des hommes donnant des soins devient supérieure à celle des femmes. Plusieurs raisons peuvent expliquer le renversement de la tendance dans la prestation des soins. En effet, en raison de leur plus faible taux de mortalité, un nombre élevé de femmes âgées ne doivent plus prester des soins car elles ont perdu leur conjoint ainsi que leurs parents. En conséquence, la «demande» des soins informels diminue. Par contre, il est probable que les hommes ayant plus de 74 ans qui vivent avec leur conjoint soient mener à aider ou soigner leur conjoint.

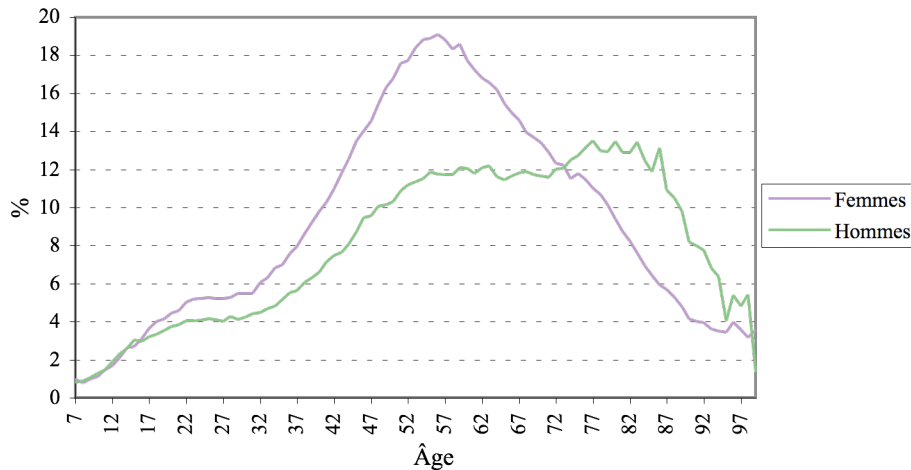


Figure 31: Pourcentage d'aidants informels selon l'âge et le sexe

D'autres caractéristiques socio-démographiques sont également associées à la prestation de soins informels. Les soins informels sont plus fréquents parmi les époux sans enfant (13%) et parmi les parents dans un ménage monoparental (11%). La prestation de soins informels varie peu selon le niveau d'éducation. Néanmoins, cette absence de différence est obscurcie par les différences d'âge entre niveaux de scolarité (les plus âgés sont moins scolarisés et prestant plus de soins). A âge égal, les personnes ayant un niveau de scolarité primaire ont une plus faible propension de donner des soins que ceux ayant un niveau de scolarité supérieur (OR=0,71). Toutes autres choses égales par ailleurs, la scolarité accroît la chance de donner des soins informels. Le pourcentage des personnes fournissant des soins en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles sont fort proches. Par contre, si l'on tient compte de la composition socio-économique des régions, les Bruxellois et les Wallons ont respectivement 15% et 21% de chance en plus de donner des soins informels en comparaisons avec les résidents de Flandre. Cela est particulièrement intéressant dans le cadre du débat actuel sur la couverture du risque de dépendance. La prestation de soins est un coût d'opportunité par rapport au marché du travail. Les soins informels concernent près de 8% des personnes ayant un emploi contre 11% des inactifs. Toutes autres choses égales par ailleurs (en particulier par d'âge), les inactifs ont 43% de chance en plus de donner des soins informels en comparaison des personnes travaillant.

Qui sont les personnes aidées? Les soins prestés vont principalement au cercle familial dans le ménage (39%) ou hors du ménage (49%). Les femmes sont plus engagées dans des soins hors du ménage que les hommes.

Quelle est l'ampleur de ces soins? Parmi les 684.369 personnes prestant des soins, 51% le font au moins une fois par semaine, 29% prestant moins de 2 heures par jours et 20% prestant plus de 2 heures par jour. L'offre de soins informels touche donc un nombre très important de personnes. Les personnes de plus de 75 ans ont trois fois plus de chance de prester des soins intensifs (plus de 2h par

jour). Toutes autres choses égales par ailleurs, les inactifs, les individus faiblement scolarisés et les enfants vivant dans un ménage monoparental ont deux fois plus de chance de prester des soins intensifs. Le gradient régional s'inverse: les Bruxellois et les Wallons ont respectivement 26% et 31% de chance en moins de donner plus de 2 heures de soins par jour que les Flamands.

Quelles sont les conséquences pour les soignants? Nous avons analysé l'impact de la prestation de soins sur la santé des soignants. Cependant, il est important de mentionner que donner des soins informels peut entraîner d'autres conséquences sur le soignant. En effet, les soignants informels sont souvent confrontés à réduire leur temps de travail, ce qui entraîne une réduction de leur revenu. Nous avons constaté que le pourcentage des personnes ayant une mauvaise santé subjective est plus élevé parmi les soignants informels que parmi les personnes qui ne donnent pas de soins. La prestation de soins informels est associée à une augmentation de 27% de mauvaise santé chez les femmes et de 63% chez les hommes. La santé des soignants se dégrade avec le nombre d'heures de soins prestées: toutes autres choses égales par ailleurs, les soignants informels prestant plus de 4 heures par jour ont 45% de chance en plus d'avoir une mauvaise santé par rapport à ceux qui ne prestant qu'au moins une fois par semaine.

Nos résultats sont particulièrement interpellant dans le contexte actuel où le vieillissement de la population a pour effet d'augmenter la demande de soins formels et informels. Cependant, face à cette demande croissante, plusieurs facteurs peuvent provoquer une réduction de la prestation de soins informels. En effet, la forte participation des femmes dans le marché du travail, le faible taux de natalité, l'augmentation des ménages composés par un seul individu et les nouvelles structures familiales peuvent entraîner une diminution de l'offre de soins informels. Il est nécessaire de tenir compte des conséquences de la prestation de soins sur les soignants. Les besoins du soignant informel doivent être reconnus au-delà du soutien financier. Le soutien inclut la possibilité d'absence ponctuelle de son rôle de soignant, d'aide psycho-sociale et d'accès aux services subsidiés tels qu'une aide ménagère (Leroy et Neiryck). Par ailleurs, il est nécessaire de tenir compte des besoins des soignants informels qui participent dans le marché du travail. En effet, des politiques permettant d'augmenter la flexibilité des horaires de travail ainsi que la possibilité d'obtenir des congés (rémunérés ou non) sont nécessaires pour mieux concilier les responsabilités en tant que travailleur et soignant informel. Nous constatons que les aides pour les soignants restent insuffisantes dans l'Union européenne. Cependant, la reconnaissance du rôle du soignant dans la prise en charge des personnes âgées, des malades chroniques est le premier pas vers des politiques améliorant la qualité de vie des soignants.

Différences régionales de santé

La division nord-sud dans la santé subjective est le résultat le plus surprenant de l'analyse cartographique. Cela n'est guère étonnant: en effet, tant les chiffres de la mortalité que la consommation de soins de santé au cours de ces dernières années vont dans le même sens. La population de la Wallonie et de Bruxelles se sentent considérablement en moins bonne santé qu'en Flandre. Le lien avec la situation socio-économique des différentes régions constitue, à cet égard, un important facteur d'explication. Cependant, cette distribution inégale de la santé ne suit pas tout à fait les frontières des régions. Les écarts peuvent s'expliquer tout d'abord par des différences au niveau du statut socio-économique général de la sous-région concernée. Ainsi, le Brabant-Wallon se rapproche davantage de la Flandre.

L'analyse de la santé à un niveau spatial inférieur (quartiers ou secteurs statistiques) révèle des différences considérables au sein d'un certain nombre de communes et surtout au sein des agglomérations urbaines. Cette grande inégalité au niveau du quartier se retrouve aussi bien à Bruxelles et en Flandre qu'en Wallonie. Le nombre de quartiers où les valeurs sont très négatives est toutefois beaucoup plus limité dans les villes flamandes. La standardisation pour les facteurs socio-économiques montre qu'au sein des communes, les différences de santé s'expliquent presque entièrement par des facteurs socio-économiques. Tel n'est pas le cas au niveau régional. Au niveau des entités régionales plus vastes, interviennent également probablement des éléments de culture et de style de vie qui agissent indépendamment des facteurs socio-économiques.

Les indicateurs de santé négatifs au niveau du quartier sont peut-être à attribuer en partie aux effets environnementaux négatifs. L'on peut par exemple penser à des facteurs matériels (logement), à des facteurs environnementaux (nuisance sonore, rejet de substances dangereuses,...) ainsi qu'à des facteurs de cohésion sociale.

La principale explication à ces différences entre quartiers réside cependant dans la ségrégation du logement selon le statut socio-économique. Le revenu forme un filtre pour les divers segments du marché du logement. La carte de la santé par quartier ne reflète, en général, pas spécialement des caractéristiques de mauvaise santé par quartier mais une concentration d'une population qui cumule le plus de risques de santé en raison de son statut socio-économique. Dans une série de grandes villes, en plus de l'écart de revenus, une concentration ethnique peut également être observée avec parfois un impact supplémentaire sur la santé subjective.

La santé au niveau du quartier est le résultat de plusieurs facteurs et il est particulièrement difficile de déterminer quelle est la contribution des effets de composition et des effets environnementaux. Il va tout simplement de soi que dans les quartiers défavorisés une rénovation et une restauration du quartier auraient une incidence favorable sur la santé. Toutefois, l'approche de la problématique de la santé au niveau du quartier ne peut être efficace que si elle fait partie d'une approche globale des facteurs de discrimination.

Il est conseillé de poursuivre les recherches afin de déterminer si un certain nombre d'effets au niveau du quartier peuvent être davantage expliqués par des problèmes environnementaux spécifiques. Dans le passé, un tel problème pouvait être perçu dans des quartiers d'habitation qui étaient situés à proximité d'usines (par ex. la Métallurgie Hoboken). Une analyse minutieuse des données actuelles pourrait aider à mieux placer toute une série de pollutions locales.

Les disparités géographiques en termes de santé sont tellement importantes que la politique de santé doit en tenir compte sérieusement. Au niveau régional, la situation en Wallonie et à Bruxelles, principalement, est inquiétante. Une partie de cette inégalité pourra disparaître uniquement si la position sociale et économique des régions se rapproche. Parallèlement à des mesures plus générales au niveau socio-économique, l'on peut toutefois également penser à des campagnes de santé ciblées dans les régions où le déficit de santé est le plus important.

C'est principalement la Région de Bruxelles-Capitale où l'on enregistre de très grandes différences de santé. Celles-ci reflètent l'importante inégalité socio-économique au sein de la région qui se traduit également dans le modèle de logement. Dans la mesure où les quartiers défavorisés sont aussi ceux où la composition de la population est très jeune, nous pouvons nous attendre, dans le futur, à une aggravation relative de la situation de santé à Bruxelles. L'état de santé dans les quartiers défavorisés qui comptent bon nombre de migrants n'est qu'un des nombreux indicateurs qui soulignent la nécessité de s'attaquer sérieusement à cette discrimination.

Mais les différences spatiales nous apprennent qu'il y a encore beaucoup de choses à faire dans toutes les parties du pays en vue de supprimer les différences de santé.

Pour terminer sur une note plus positive, notons toutefois que les meilleurs résultats de santé par quartier ou commune soulignent également le potentiel qui peut encore être réalisé en l'état actuel de la science et des soins de santé. Il est évident qu'il existe encore une marge considérable pour atteindre un meilleur état de santé pour l'ensemble de la population.

Bibliographie

ALTER G., BOURDELAIS P., DEMONET M., ORIS M. (1991): "Mortalité et migration dans les villes industrielles au XIXe siècle: exemples belges et français", *Annales de Démographie Historique*, 2: 31-62.

AMSTRONG D. (1994): "*Outline of Sociology as Applied to Medicine*", London: Oxford University Press.

ANDRE R., PEREIRA ROQUE J. (1978): "*Analyse démographique de la mortalité en Belgique, Etude régionale, Demografische analyse van de mortaliteit in België, Regionale studie*", Brussel: Programmatie van het Wetenschapsbeleid - Programmation de la Politique scientifique.

APPELS A., BOSMA H., GRABAUSKAS V., GOSTAUTAS A., STURMANS F. (1996): "Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population", *Social Science & Medicine*, 42, 5: 681-690.

BARTLEY M., FERRIE J., MONTGOMERY S.M. (1999): "Living in a high-employment economy: understanding the health consequences", in Marmot M., Wilkinson R. (eds.), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press.

BAUMGARTEN M., BATTISTA R.N., INFANTERIVARD C., HANLEY J. (1992): "The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia", *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1: 61-70.

BECK M., VANROELEN C., LOUCKX F. (2002): "*Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg*", Brussel: VUBPRESS.

BERLIN J.A., COLDITZ G.A. (1990): "A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease", *American journal of epidemiology*, 132: 612-628.

BLAIR S.N., KOHL H.W., PAFFENBARGER R.S., CLARK D.G., COOPER K.H., GIBBONS L.W. (1989): "Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women". *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 262: 2395-2401.

BLANE D., WHITE I., MORRIS J. (1996): "Education, social circumstances and mortality", in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (eds.), *Health and social organisation. Towards a health policy for the 21st century*, London: Routledge, 171-191.

BOSSUYT N., VAN OYEN H. (2000): "*Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradient in België*", Brussel: Scientific Institute of Public Health, Unit Epidemiology.

BOSSUYT N., GADEYNE S., DEBOOSERE P., VAN OYEN H. (2004): "Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium", *Public Health*, 118, 1: 3-10.

BRESSE S., DUTHEIL N. (2004): "L'évolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus", *Etudes et Résultats, Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 346, octobre 2004.

BREUIL-GENIER P. (1998): "Aides aux personnes âgées dépendantes: la famille intervient plus que les professionnels", *Economie et Statistique*, 316-317.

BROUWER W.B.F., VAN EXEL N.J., VAN DE BERG B., DINANT H.J., KOOPMANSCHAP M.A., VAN DEN BOS G.A.M. (2004): "Burden of caregiving: Evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis", *Arthritis & Rheumatism-Arthritis Care & Research*, 51, 4: 570-577.

- BURNETT J. (1991): "Housing and the decline of mortality", in Schofield R., Reher D., Bideau A. (eds), *The decline of mortality in Europe*, Oxford: Clarendon Press, 158-176.
- BURTON L.C., ZDANIUK B., SCHLUZ R., JACKSON S., HIRSCH C. (2003): "Transitions in Spousal Caregiving", *The Gerontologist*, 43, 2:230-241.
- CANNUSCIO C., COLDITZ G., RIMM E., BERKMAN L., JONES C., KAWACHI I. (2004): "Employment status, social ties and caregivers' mental health", *Social Science and Medicine*, 58, 7: 1247-1256.
- CAREY J.R., TULJAPURKAR S. (eds.) (2003): "*Life span: evolutionary, ecological, and demographic perspectives*", New York: Population Council.
- CARSTAIRS V., MORRIS R. (1989): "Deprivation explaining differences in mortality between Scotland, England and Wales", *British Medical Journal*, 299: 886-889.
- CASELLI G., MESLE F., VALLIN J. (1999): "Le triomphe de la médecine", in Bardet J.-P., Dupâquier J. (eds.), *Histoire de la Population Européenne*, Paris: Arthème Fayard, 125-181.
- CHEAL D. (2000): "Aging and Demographic Change", *Canadian Public Policy*, 26, 2: 109-122.
- CHLEPNER, B.-S. (1972): "*Cent ans d'histoire sociale en Belgique*", Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- COLICIS O., DEBUISSON M., DUSSART L., MAINGUET C., VANDEN DOOREN L., VANDER STRICHT V. (2004): "*Les communes les plus défavorisées sur le plan socio-économique en Wallonie*", Namur: IWEPS.
- COUCH K.A., DALY M.C., WOLF D.A. (1999): "Time? Money? Both? The Allocation of Resources to Older Parents", *Demography*, 36, 2: 219-232.
- COUPLAND C., WOOD D., COOPER C. (1993): "Physical Inactivity Is an Independent Risk Factor for Hip Fracture in the Elderly", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 6: 441-443.
- DAATLAND S.O. (1996): "Adapting the Scandinavian Model of care for elderly people" in Hennessy P. (ed.), *Caring for frail Elderly People: Policies in Evolution*, Paris: OECD Social Policy Studies, 19: 247-260.
- DALY M., LEWIS J. (2001): "The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states", *British Journal of Sociology*, 51, 2: 281-298.
- DALY M. (2002): "Care as Good for Social Policy", *Journal of Social Policy*, 31, 2: 251-270.
- DEBOOSERE P., GADEYNE S. (1999): "*De Nationale Databank Mortaliteit. Aanmaak van een databank voor onderzoek van differentiële sterfte naar socio-economische status en leefvorm*", Vrije Universiteit Brussel, Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek, Working Paper 1999-7.
- DEBOOSERE P., DEMARETS S., LORANT V., MIERMANS P.-J., VAN OYEN H. (in voorbereiding): "*Self-assessed health in the Brussels Capital Region*".
- DE BRUIN A., PICAVET H.S., NOSIKOV A. (1996): "Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments", *WHO regional publications. European series*, 58: 1-161.
- DEBUISSON M. (2001): "The decline of infant mortality in the Belgian districts at the turn of the 20th century", *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis*, XXXI, 3-4: 497-527.

- DENTON M. (1997): "The linkages between informal and formal care of the elderly", *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne du Vieillissement*, 16, 1: 30-50.
- DEVOS I. (2006): "*Allemaal beestjes. Mortaliteit en morbiditeit in Vlaanderen*", Gent: Academia Press.
- DORAN T., DREVER F, WHITEHEAD M. (2003): "Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data", *British Medical Journal*, 327, 7428: 1388.
- DORAN T., DREVER F, WHITEHEAD M. (2004): "Is there a north-south divide in social class inequalities in health in Great-Britain? Cross sectional study using data from the 2001 census", *British Medical Journal*, 328: 1043-1045.
- DUNNE M.P., MARTIN N.G., BAILEY J.M., HEATH A.C., BUCHOLZ K.K., MADDEN P.A., STATHAM D.J. (1997): "Participation bias in a sexuality survey - psychological and behavioural characteristics of responders and non-responders", *International journal of epidemiology*, 26: 844-854.
- EGGERICKX T., DEBUISSON M. (1990): "La surmortalité urbaine: le cas de la Wallonie et de Bruxelles à la fin du XIXe siècle (1889-1892)", *Annales de Démographie Historique*, 23-41.
- EGGERICKX T., POULAIN M. (1996): "De la variabilité des paramètres démographiques pour les petites populations", *Espace, Populations et Sociétés*, 1: 93-102.
- EGGERICKX T. (2004): "*La dynamique démographique et la transition de la fécondité dans le bassin industriel de la région de Charleroi, de 1831 à 1910*", Bruxelles: Académie royale de Belgique.
- EGIDI V., FROVA L. (2002): "Relations entre morbidité et mortalité par cause», in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 145-164.
- ELLIOTT P., WAKEFIELD J.C., BEST N.G., BRIGGS D.J. (eds.) (2000): "*Spatial Epidemiology, Methods and Applications*", Oxford: University Press.
- ESCOBEDO A., PFAU-EFFINGER B., SLEZAK E., STITZ U. (2004): "Review of Literature on Formal and Informal Work in Europe", in PFAU-EFFINGER B. (ed.), *The concept of informal work*, Discussion Paper no. 2 within the Discussion Paper Series of the 5th EU Framework Research Project "Formal and Informal Work in Europe (FIWE) – A comparative analyses of their changing relationship and their impact on social integration", Hamburg, University of Hamburg.
- ETTNER S.L. (1995): "The Impact of "Parent Care" on Female Labor Supply Decisions", *Demography*, 32, 1:63-80.
- ETTNER S.L. (1996): "The opportunity costs of elder care", *Journal of Human Resources*, 31, 1:189-205.
- EUROPEAN COMMISSION (2001): "*SOCCARE - New kinds of Families, New kinds of Social Care: Shaping multidimensional European policies for formal and informal care*".
- EWING J.A. (1984): "Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 252, 14: 1905-1907.
- FELD S., DUNKLE R., SCHROEPFER T. (2004): "Race/Ethnicity and Marital Status in IADL Caregiver Networks", *Research on Aging*, 26, 5: 531-558.
- FOGEL R.W. (1997): "New findings on secular trends in nutrition and mortality: Some implications for population theory", in Rozenzweig M.R., Stark O. (eds.), *Handbook of Population and Family Economics*, Amsterdam: Elsevier, 434-481.

- GADEYNE S., DEBOOSERE P. (2002): “*Socio-economische ongelijkheid in sterfte op middelbare leeftijd in België. Een analyse van de Nationale Databank Mortaliteit*”, Brussel: Statistics Belgium.
- GIRELA E., VILLANUEVA E., HERNANDEZ-CUETO C. LUNA J. (1994): “Comparison of the CAGE questionnaire versus some biochemical markers in the diagnosis of alcoholism”, *Alcohol & Alcoholism*, 29, 3: 337-343.
- GISELE L., BUZIARSIST J., VAN DER HEYDEN J., DEMAREST S., MIERMANS P.J., SARTOR F. *et al.* (2002): “*Livre2: Etat de santé. Enquête de Santé par Interview*”, IPH/REPORTS: Institut Scientifique de la santé publique.
- GRAMMENOS S. (2003): “*Feasibility Study - Comparable statistics in the area of care of dependent adults in the European Union*”, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, Working Paper and Studies.
- GRANT M.D., PIOTROWSKI Z.H., CHAPPELL R. (1995): “Self-reported health and survival in the longitudinal study of aging, 1984-1986”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 3: 375-387.
- HAYNES R., GALE S. (1999): “Mortality, long-term illness and deprivation in rural and metropolitan wards of England and Wales”, *Health & Place*, 5, 4: 301-312.
- HEIN H.O., SUADICANI P., GYNTELBERG F. (1992): “Physical Fitness or Physical Activity as a Predictor of Ischaemic Heart Disease? - A 17-Year Follow-Up in the Copenhagen Male Study”, *Journal of Internal Medicine*, 232: 471-479.
- HIEDEMANN B., STEVEN S. (1999): “Strategic play among family members when making long-term care decisions”, *Journal of Economic Behavior & Organization*, 40: 29-57.
- HILL A., ROBERTS J., EWINGS P. (1997): “Non-response bias in a lifestyle survey”, *Journal of Public Health Medicine*, 19, 2: 203-207.
- HOOK J.L. (2004): “Reconsidering the division of household labor: Incorporating volunteer work and informal support”, *Journal of Marriage and the Family*, 66, 1: 101-117.
- HORIUCHI S. (1999): “Epidemiological transitions in human history”, in Chamie J., Cliquet R.L. (eds.), *Health and Mortality Issues of Global Concern*, Proceedings of the symposium on health and mortality, Brussels, 19-22 November 1997, Brussels/New York: CBGS/UN Department of Economic and Social Affairs.
- HOU F., MYLES J. (2005): “Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health”, *Social Science & Medicine*, 60, 7: 1557-1569.
- HUISMAN M., KUNST A.E., BOPP M., BORGAN J.K., BORRELL C., COSTA G., DEBOOSERE P., GADEYNE S., GLICKMAN M., MARINACCI C., MINDER C., REGIDOR E., VALKONEN T., MACKENBACH JP. (2005): “Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations”, *The Lancet*, 365, 9458: 493-500.
- HUMBLET P.C., LAGASSE R., MOENS G.F.G., VAN DE VOORDE H., WOLLAST E. (1986): “*Atlas de la mortalité évitable en Belgique (1974-1978) Atlas van de vermijdbare sterfte in België*”, Bruxelles, Leuven: ULB, KUL.
- IDLER E.L., KASL S. (1991): “Health perception and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, 2: 55-65.
- IDLER E.L., BENYAMINI Y. (1997): “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies”, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 1: 21-37.

- JACOBS T., LODEWIJCKX E. (eds.) (2004): “*Zicht op zorg. Studie van de Mantelzorg in Vlaanderen in 2003*”, Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBGS), Werkdocument 2004/11.
- JACOBS T., MARYNISSEN R. (2004): “Panelstudie van Belgische huishoudens: Methodebericht”.
- JANSSEN V., VRANCKX A. (1990): “*Les Buts de la Santé Pour Tous*”, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement.
- KANNISTO V. (1994): “*Development of Oldest-Old Mortality, 1950-1990: Evidence from 28 Developed Countries*”, Odense: Odense University Press.
- KESTELOOT C., VANDENBROECKE H., VAN DER HAEGEN H., VANNESTE D., VAN HECKE E. (1996): “*Atlas van achtergestelde buurten in Vlaanderen en Brussel*”, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- KESTELOOT C., VANDERMOTTEN C., DE TURCK A., MARISSAL P., VAN HAMME G. (2001): “*Sociale structuren en buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten*”, Leuven: KUL.
- KITTEL F., LEYNEN F., STAM M., DRAMAIX M., DE SMET P., MAK R., DE BACKER G., KORNIETZ M. (2002): “Job conditions and fibrinogen in 14226 Belgian workers. The Belstress study”, *European Heart Journal*, 23, 23: 1841-1848.
- KOPLAN J.P., CASPERSEN C.J., POWELL K.E. (1989): “Physical activity, physical fitness, and health: time to act”, *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 262, 17: 2437.
- KUH D., BEN-SHLOMO Y. (1997): “*A life approach course to chronic disease epidemiology*”, Oxford: Oxford University Press.
- LAASMAN J.-M. (1999): “*Le point sur l'assurance “dépendance” en Belgique*”, Union nationale des mutualités socialistes, Direction Générale Etudes, Développement et information, Note d'information et de documentation 1.
- LAGASSE R., HUMBLET P.C., HOOFT P., VAN DE VOORDE H., WOLLAST E. (1992): “Atlas of Avoidable Mortality in Belgium 1980-1984”, *Archives of Public Health*, 50: 1-97.
- LAHAUT V., JANSEN H., VAN DE MHEEN D. (1997): “Non-response bias in a sample survey on alcohol consumption”, *Alcohol & Alcoholism*, 37, 3: 256-260.
- LAMB K.L., BRODIE D.A. (1991): “Leisure-time physical activity as an estimate of physical fitness: a validation study”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 44: 41-52.
- LEROY X., NEIRYNCK I. (2003): “Etude relative à la mise en oeuvre de mécanismes d'aides en faveur des personnes en pertes d'autonomie”.
- LEVEQUE A., HUMBLET P., LAGASSE R. (1999): “Atlas de la mortalité évitable 1985-1989”, *Archives of Public Health*, 57, 1: 1-87.
- MACINTYRE S. (1997): “The Black report and beyond: what are the issues?”, *Social Science & Medicine*, 44, 6: 723-745.
- MACKENBACH J.P. (1988): “Een toename van sociale ongelijkheid voor de dood?”, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 66: 321-324.
- MACKENBACH J.P. (1991): “*Socio-economic health differences*”, Den Haag: Ministerie WVC.

- MACKENBACH J.P. (1995): "Sociaal-economische gezondheidsverschillen in Nederland: een overzicht van recente empirische bevindingen", in Raes V., Kerkhofs E., Louckx F. (eds.), *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, Brussels: VUBPRESS, 27-58.
- MACKENBACH J.P., KUNST A.E., CAVELAARS A.E.J.M., GROENHOF F., GEURTS J.J.M., EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997): "Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe: a comparative study", *The Lancet*, 349: 1655-1659.
- MACKENBACH J., BAKKER M. (eds.) (2002): "*Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*", London: Routledge.
- MANTON K.G., STALLARD E., CORDER L. (1997): "Changes in the age dependency of mortality and disability: cohort and other determinants", *Demography*, 34, 1: 135-157.
- MARKS N.F. (1998): "Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being", *Journal of Marriage and the Family*, 60, 4: 951-966.
- MARMOT M.G., DAVEY-SMITH G., STANSFELD S., PATEL C., NORTH F., HEAD J., WHITE I., BRUNNER E., FEENEY A. (1991): "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study", *The Lancet*, 337: 1387-1393.
- MCCALLUM J., SHADBOLT B., WANG D. (1994): "Self-rated health and survival: A 7-year follow-up study of Australian elderly", *American Journal of Public Health*, 1984: 1100-1105.
- MCKEOWN T. (1976): "*The modern rise of population*", London: Edward Arnold Ltd.
- MELLOR J. (2001): "Long-term care and nursing home coverage: are adult children substitutes for insurance policies", *Journal of Health Economics*, 20: 527-547.
- MERENNE B., VAN DER HAEGEN H., VAN HECKE E. (eds.) (1997): "*België ruimtelijk doorgelicht, Een censusatlas opgesteld in opdracht van de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden met medewerking van het Gemeentekrediet van België*", Brussel: Gemeentekrediet.
- MESTDAGH J., LAMBRECHT M. (2003): "*The AGIR project: Ageing, Health and Retirement in Europe*", Brussels, Federal Planning Bureau, Working paper.
- MICHELSON W., TEPPERMAN L. (2003): "Focus on Home: What Time-Use data can tell about Caregiving to Adults", *Journal of Social Issues*, 59, 3: 591-610.
- MIERMANS P.J., VAN OYEN H. (2002): "*Gezondheidsrapport: een verkenning van de gezondheidssituatie in België aan de hand van sterftecijfers en gezondheidsverwachtingscijfers*", Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie.
- MILLIGAN C. (2003): "Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the caregiving experience", *Social & Cultural Geography*, 4, 4: 455-470.
- MITCHELL R., GLEAVE S., BARTLEY M., WIGGINS R.D., JOSHI H. (2000): "Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities", *Health & Place*, 6: 67-79.
- MOLLA M.T., WAGENER D.K., MADANS J.H. (2001): Summary measures of population health: Methods for calculating Healthy Life Expectancy. 1921.
- MOSSEY J.M., SHAPIRO E. (1982): "Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, 1972: 800-808.

- MURRAY C.J.L. (1996): "Rethinking Dalys", In: Murray C.J., Lopez A.D. (eds), *The global burden of disease*, Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- NIS, FOD Economie – Algemene Directie Statistiek, *Loop van de Bevolking*, jaargangen 1970 tot 2005.
- NOLTE E., MCKEE M., GILMORE A. (2005): "Morbidity and mortality in the transition countries of Europe", in Macura M., MacDonald A., Haug W. (eds.), *The New Demographic Regime, Population Challenges and Policy Response*, Geneva: United Nations Economic Commission for Europe, 153-198.
- NUSSELDER W. (1998): "*Compression or expansion of morbidity? A life-table approach*", Amsterdam: Thesis Publishers.
- OLSHANSKY S.J., AULT A.B. (1986): "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64(3): 355-391.
- OLSHANSKY S.J., CARNES A., CASSEL C. (1990): "In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity", *Science*, 250: 634-640.
- OMRAN A.R. (1971): "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4): 509-538.
- PATE R.R., PRATT M., BLAIR S.N., HASKELL W.L., MACERA C.A., BOUCHARD C., BUCHNER D., ETTINGER W., HEATH G.W., KING A.C., KRISKA A., LEON A.S., MARCUS B.H., MORRIS J., PAFFENBARGER R.S., PATRICK K., POLLOCK M.L., RIPPE J.M., SALLIS J., WILMORE J.H. (1995): "Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine", *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 273: 402-407.
- PETO R., LOPEZ A.D., BOREHAM J., THUN M., HEATH J.C. (1992): "Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics", *The Lancet*, May 23 339: 1268-1278.
- PEZZIN L.E., KEMPER P., RESCHOVSKY J. (1996): "Does publicly provided home care substitute for family care? Experimental evidence with endogenous living arrangements", *Journal of Human Resources*, 31(3): 650-676.
- PFAU-EFFINGER B. (2004): "The concept of informal work", in PFAU-EFFINGER B (ed.). *Formal and Informal Work in Europe*, FIWE- Research project in the 5th EU framework-programme, Hamburg. Formal and Informal Work in Europe.
- POPPEL F.W.A.V., VEYS D. (1987): "De ontwikkeling van de sterfte in Nederland en België", *Mens en Maatschappij*, 2: 131-152.
- RILEY J.C. (1987): "*The eighteenth-century campaign to avoid disease*", Basingstoke: Macmillan.
- ROBINE J.M., ROMIEU I., CAMBOIS E. (1999): "Health expectancy indicators", *Bulletin of the World Health Organization*, 1977: 181-185.
- RUGER J.P. (2004): "Health and social justice", *The Lancet*, 364(9439): 1075-1080.
- RUPP I., TRIEMSTRA M., BOSHIJZEN H.C. (2002): "Selection bias due to non-response in a health survey among patients with rheumatoid arthritis", *European Journal of Public Health*, 1912: 131-135.
- SADANA R., MATHERS C., LOPEZ A., MURRAY C., IBURG K. (2002): "Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status", in Murray C., Salomon J., Mathers C., Lopez A.D. (eds.), *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, Geneva: World Health Organization, 369-386.

- SANTOW G. (1999): "The Mortality, Epidemiological and Health transitions: their relevance for the study of health and mortality", in Chamie J., Cliquet R.L. (eds.), *Health and Mortality Issues of Global Concern. Proceedings of the symposium health and mortality*, Brussels: United Nations.
- SCHULZ R., BEACH S.R. (1993): "Caregiving as a risk factor of Mortality", *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 282, 23: 2215-2219.
- SHAW M., ORFORD S., BRIMBLECOMBE N., DORLING D. (2000): "Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s", *Social Science & Medicine*, 50,7-8: 1047-1058.
- SHERMAN C.B. (1991): "Health effects of cigarette smoking", *Clinics in Chest Medicine*, 1912: 643-658.
- SHKOLNIKOV, V.M. ET AL., (1998): "Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994", *Social Science and Medicine*, 47(3): 357-369.
- SPILLMAN B., PEZZIN L. (2000): "Potential and active Family Caregivers: Changing Networks and the "Sandwich Generation"", *The Milbank Quarterly*, 78, 3: 347-374.
- STATISTICS CANADA (2003): "*Unpaid Work, Statistics Canada 2001 Census Technical Report*".
- STATISTICS NEW ZEALAND (2005) "*2001 Census of Population and Dwellings*", Wellington, New Zealand, Statistics New Zealand.
- SZRETER S. (2003): "The population health approach in historical perspective", *American Journal of Public Health*, 93: 421-431.
- TESTER S. (2005): "*Community Care for Older People: A Comparative Perspective*", Basingstoke: uitgever.
- TOWNSEND P., PHILLIMORE P., BEATTIE A. (1988): "*Health and deprivation: inequalities and the north*", London: Croom Helm.
- TRAVERS A.F. (1996): "*Caring for Older People: Carers*", *British Medical Journal*, 313(7055): 482-486.
- TWIGG J. (1996): "*Issues in Informal Care*", Paris, OCDE. Social Policy Studies.
- VALKONEN T., SIHVONEN A.P., LAHELMA E. (1997): "Health expectancy by level of education in Finland", *Social Science & Medicine*, 1944: 801-808.
- VALLIN J., MESLE F., VALKONEN T. (eds.). (2001): "*Trends in mortality and differential mortality*", Population Studies. Strasbourg: Council of Europe.
- VALLIN J. (2002): "Mortalité, sexe et genre", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 319-350.
- VALLIN J., GIOVANNI B. (2002): "De la mortalité endogène aux limites de la vie humaine", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 169-204.
- VALLIN J., MESLE F. (2002): "La transition sanitaire: tendances et perspectives", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds.), *Démographie: analyse et synthèse. Vol. III Les Déterminants de la mortalité*, Paris: INED, 319-350.
- VALLIN J., MESLE F. (2005): "Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy", *Genus*, LXI, 1: 83-124.

- VANBRABANT A., CRAEYNST K. (2004): "Zorgcapaciteit in het Vlaanderen van nu en morgen", in Jacobs T., Lodewijckx E. (eds.), *Zicht op zorg. Studie van de Mantelzorg in Vlaanderen in 2003*, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie (CBGS), 117-125.
- VAN HOUTEN C.H., NORTON E.C. (2004): "Informal care and health care use of older adults", *Journal of Health Economics*, 23: 1159-1180.
- VAUPEL J.W. (2001): "Demographic insights into longevity", *Population*, 13, 1: 245-260.
- VIDLER G. (2001): "*The 2001 Census of population. [01/21]*", London: Research Paper. House of Commons Library.
- WALTER S.D. (2000): "Disease mapping: a historical perspective 1", in Elliott P., Wakefield J., Best N., Briggs D. (eds.), *Spatial Epidemiology, Methods and Applications*, London: Oxford University Press.
- WARD-GRIFFIN C. (2002): "Boundaries and connections between formal and informal caregivers", *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne du Vieillessement*, 21, 2: 205-216.
- WHITE-MEANS S., RUBIN R.M. (2004): "Trade-Offs Between Formal Home Health Care and Informal Family Caregiving", *Journal of Family and Economic Issues*, 25, 3: 335-357.
- WHO (2000): "*The world health report 2000. Health systems: improving performance*", Genève: WHO.
- WILKINSON R., MARMOT M. (eds.) (2003): "*The solid facts*", Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WOLINSKY F.D., JOHNSON R.J. (1992): "Perceived Health Status and Mortality Among Older Men and Women", *Journal of Gerontology*, 1947: 304-312.
- WOLINSKY F.D., CALLAHAN C.M., JOHNSON R.J. (1994): "Subjective health status and mortality in the elderly. Facts and Research in Gerontology", *Epidemiology and Aging*, 1913: 13-27.
- YU E.S., KEAN Y.M., SLYMEN D.J., LIU W.T., ZHANG M., KATZMAN R. (1998): "Self-perceived health and 5-year mortality risks among the elderly in Shanghai", *American Journal of Epidemiology*, 147: 880-890.

Summary

Questions relating to health in the Census

Belgium has chosen to include in its 2001 Census questions about health and health care. This might seem an odd choice since the scope of a census is generally limited to demography, housing or socio-economic characteristics. The choice to include health in the 2001 Census was based on the following considerations.

Health is a fundamental element of human dignity, of well-being and quality of life (Ruger). Health, together with education and social capital, is one of the components of human capital, which offers individuals the possibility to realize their potential and to fully integrate into society.

Good health is unequally divided over the population of our country; health inequalities exist between social classes, nationalities and gender as well as between geographical regions. This observation is not unique to Belgium, but has been made all over Europe for various health issues (Huisman *et al.*). While a fiscal policy is designed to create a more equal distribution of the economical means, a health policy should aim to create a more equitable distribution of health over the population (Mackenbach & Bakker). The information collected in the Census can reveal and detail the existing inequalities in Belgium.

The census as a ten-year instrument is gradually replaced by the use of administrative databases on the one hand and the use of surveys among samples of the population on the other hand. Since 1997, Belgium organizes health interview surveys that produce a large quantity of information on the medical condition, health problems, use of health care and health behavior of the Belgians. Incorporating questions on health in the Census enables us to test the reliability of the Health Interview Survey.

Finally, the Census is an important instrument for the local authorities, such as cities and municipalities. Geographical differences in health occur in most of the European countries, for mortality figures (Shaw *et al.*) as well as subjective health indicators (Sadana *et al.*). It is of utmost importance for policymakers of the various geographical subdivisions of Belgium – communities, regions, provinces, and even at city level – to know the geographical variations in health. The cities and municipalities develop policy tools that are often aimed at small geographical units, such as the "healthy city" (WHO), the neighborhood contracts and the city renewal programs. Because the Census approaches the population at a very detailed geographical level, it is possible to link health to living conditions and to help the local policymakers to plan their work.

Mortality and disease rate

An analysis of a population's health can only be correctly understood when it is situated in a historical context. The mortality and disease rates are traditional indicators to describe the health of a population in a negative way. Therefore, the first chapter is dedicated to a description of the recent evolution of the mortality rate, the disease rate and health behavior. As this chapter discusses the change in

mortality causes and the change in health behavior, it contains important indications as to the origin of certain health problems.

The evolution of the mortality rate is an important indicator of the main health trends. The relative importance of causes of death clearly indicates where improvements in health can still be made.

At the beginning of the 20th Century it was realized that the observed increase of life expectancy was not merely a periodic fluctuation, but a long-lasting evolution that had started midway through the 18th Century.

This decrease of premature mortality was possible through a complex combination of factors, such as improvements in food storage and preparation, in sanitary facilities, in housing, in measures to improve public health and in medical science.

At the end of the sixties, the epidemiologic transition seemed to have reached its endpoint. The rise of the cigarette, the employment in heavy industries (among others coalmines and steel industry), and an increasing consumption of animal fat, contributed to the slowing down of the increase of life expectancy.

During the seventies a spectacular decline of cardiovascular diseases started a new period of progress. The 'man-made diseases' were past their peaks, in part due to a rising awareness of the detrimental effects of certain lifestyles.

Life expectancy continued to increase throughout the previous decades. This further increase is not characterized as such by a shift in the causes of death but rather by a delay of the onset of age-related diseases to ever increasing ages. In 1997, age-related diseases were the primary cause of mortality in Belgium. Cancer and cardiovascular diseases represented respectively 31 and 33% of mortality among men, and 23 and 40% among women.

The health of a population is not only stipulated by external factors such as health care and medical science. Active, conscious lifestyle choices by individuals have an impact on the medical condition too. Consumption of tobacco, too much alcohol, certain dietary habits and lack of body movement have detrimental effects on health. An increasing awareness of the effects of these elements, leading to a change for the better in the health-related lifestyle elements throughout the population, could contribute significantly to a longer life expectancy in good health.

Validity

A study of the validity of the information collected through the Census enables us to evaluate the quality of the obtained information and the coherence with other databases, such as the Health Interview Survey (HIS 2001) and the Panel Study of the Belgian Households (PSBH 2001).

The overall response percentage of the Census was very high: no less than 96.9% of the individual questionnaires was sent back by the Belgian population.

An analysis of the response rate for individual questions shows that the majority of inhabitants answered the health questions they were asked. In 96.8% of returned questionnaires the question

concerning subjective health was answered. The response rate was 89% for the question on chronic diseases and 93% for the one on physical limitations. The question on bedriddenness has the lowest individual response rate (81%), probably due to the conditional clause used in the question and the layout of the questionnaire. The response rate to the question on informal care was 90%.

These response rates are not equally divided over the population. They are slightly lower in the elderly, in the lower-educated, in singles and in persons living in collective households. The response for the health-related questions is also lower in the Brussels Capital Region.

We compared the data of the Census to those of the Health Interview Survey and those of the Panel Study. Even if these data were not collected using the same methodology, they still contain the same questions that were asked in the same year to the Belgian population or a sample thereof. The comparisons show several interesting results concerning the health state in general and the differences between the socio-demographic groups in particular.

A bad subjective health is reported less in the HIS than in the Census: whereas in the Census 28% of Belgians find themselves in bad health, this figure decreases to 24% in the HIS. However, the opposite trend can be discerned for the question about chronic diseases: 24% of the respondents say they suffer from a chronic disease in the Census, compared to 29% in the HIS. Finally we also note that physical limitations occur more frequently among persons with a chronic disease in the Census than in the HIS. In the Census, 86% of the persons suffering from a chronic disease indicate physical limitations, compared to 73% in the HIS and 81% in the Panel Study.

In figure 29, the socio-demographic differences are summarized by means of odds ratios. In general, the differences in health between the socio-demographic groups are comparable between the Census and the HIS. The existing differences remain moderate actually. Still, people older than 65 years and the unemployed are in worse health in the Census than in the HIS. On the whole our analyses show that the most vulnerable socio-demographic groups (elderly people, singles, persons with a lower level of education...) are in worse health in the Census than in the HIS. The results of the Panel Study, finally, come closest to the Census results.

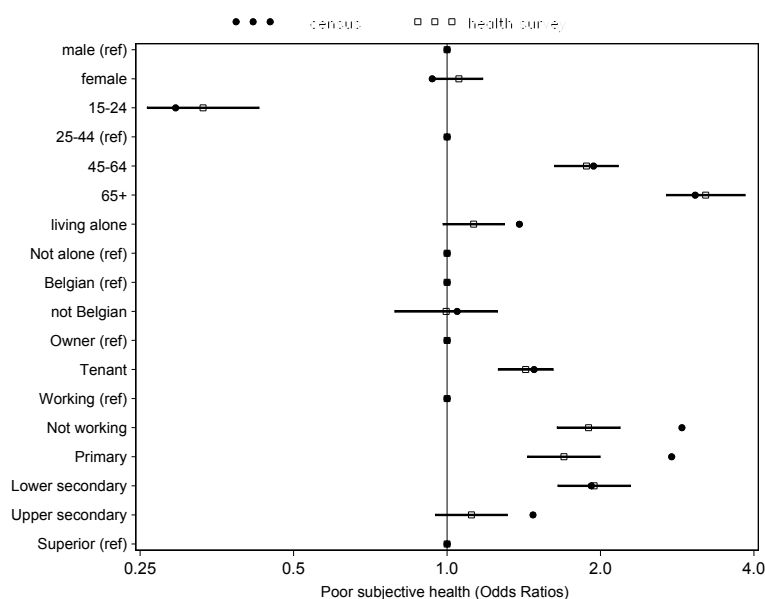


Figure 29: Comparison of the odds ratios for bad subjective health in the Health Interview Survey (HIS 2001) with 95% confidence interval and in the Census

In this monograph several explanations are given to explain these differences. The Census was answered in autumn, whereas the HIS was carried out throughout the year. Certain groups run a greater risk not to answer in the Census (elderly people) or in the HIS (lower-educated people). Moreover the survey methods are different: by means of postal services for the Census and by means of face-to-face interviews for HIS and the Panel Study. Finally the HIS and the Panel Study use population samples, which makes them more sensitive to both selection bias and refusal to participate in the survey.

The evaluation shows that the health data of the Census have both good internal and external validity. The initial fear regarding the quality of the data and in particular a high non-response appears unfounded.

Subjective health and physical limitations

In the course of one year the mortality rate only applies to 1% of the population and, furthermore, predominantly applies to the elderly people. Beyond that figure, only 20 to 30% of the population has a chronic condition. So when a health analysis is limited to mortality and disease rates, the majority of the population is ignored. Hence the interest in health indicators which offer information on the health of the general population.

Chapter 3 gives a detailed overview of the answers to the health questions of the Census, particularly the questions on subjective health, the presence of chronic diseases, and related limitations and bedriddenness.

A composed indicator called 'degree of required assistance due to chronic diseases' is also presented. It was calculated using the answers to the question on the presence of chronic diseases and the related questions on limitations and bedriddenness. In this chapter an illustration is offered of the valuable contribution of the Census data with regards to the calculation of health expectancy indicators for Belgium.

The health status, which we observe through these different indicators, appears to be significantly linked with certain socio-demographic characteristics.

That the health of a person coincides with his or her age is not new, but the data of the Census help us to quantify this trend. The percentage of people that experience bad health increases from 33.5% among 45- to 64-year olds through 54.0% among 65- to 74-year olds to 70.8% among people over 75 years old. In these three age groups, respectively 4.8%, 7.7% and 14.7% are severely limited due to long-term disorders.

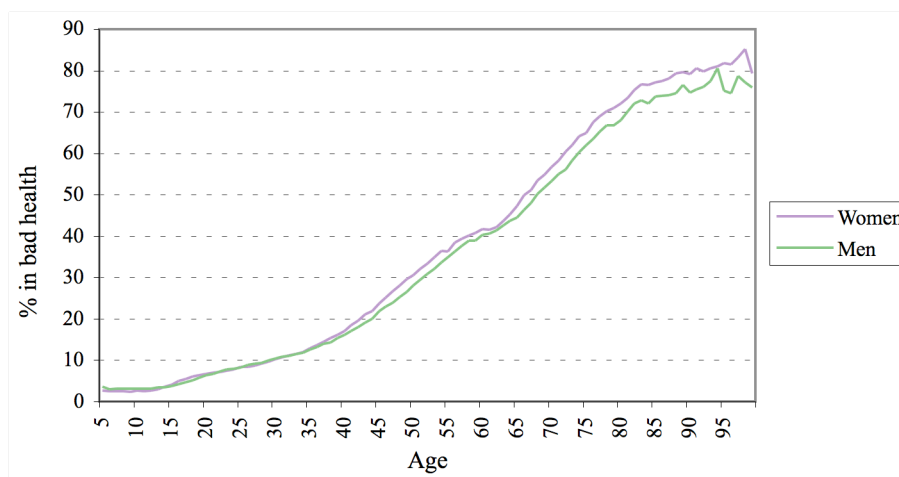


Figure 30: *Percentage of the population with bad subjective health, by age and gender*

Apart from age, education is also closely linked to a person's health. After standardization for age and gender, which levels out the fact that older cohorts on average went less long to school so that it has no influence on the comparison of the age groups, there is a clear link between education and subjective health. The percentage of the population that describes its health as bad increases from 15.6% among persons with a higher degree, over 20.8% and 26.9% respectively for higher secondary and lower secondary education, up to 34.4% for people without a degree or a degree of primary education. Whereas, after standardization for age and gender, only 1.6% of the persons with a degree of higher education is severely limited by a disorder, this figure increases to 5.7% among people with a degree of primary education or without a degree.

A third socio-demographic characteristic, for which the link with health was examined, is the household position of a person. The importance of a household position strongly coincides with age and gender: e.g. men living together with married partners and children are in better health than single fathers, but as age increases these differences fade away. In general, we can state that singles and single-parent families reported to be in worse health than married people and unmarried partners living together.

The standardized percentages of bad subjective health for the Flemish, the Brussels and the Walloon Region are 22.1%, 27.6 and 29.9% respectively. If we look at the different health indicators, the health of the population is clearly worse in the Walloon Region than in the Flemish Region. As a rule, the Brussels Region holds a central position in-between these two. These regional differences in health are discussed in more detail in the last chapter of this book which is dedicated to geographical differences.

Women live longer than men, but this longer life expectancy contains a larger part of years in bad health. At birth, a woman can expect to live 73% of her life in good subjective health, 78% of her life without chronic morbidity and 81% without limitations. In men these percentages of healthy years are respectively 77%, 79% and 83%. The gain in life years a woman has over a man at birth is a net gain as more than 50% of these years will be healthy years without chronic morbidity or limitations. At 65 years the number of life years ahead is still larger in women than in men. This difference in expected life years is not entirely positive, however, as more than half of these years will probably be years with chronic morbidity or limitations.

In comparison with the health interview surveys that have been carried out since 1997, the Census 2001 provides substantially new and valuable information concerning the knowledge on the health of the Belgian population. Not only are the HIS data validated and confirmed by the Census, but instead

of the percentages obtained through the use of samples for the HIS, the Census can illustrate health issues in Belgium in absolute figures.

The Census offers exceptionally detailed geographical information, whereas the HIS can only supply data that are informative at the provincial and regional level. This added level of detail enables policymakers to base their local health policy on the data of the Census.

The socio-economic differences in the subjective health of the Belgian population, observed in the health interview surveys, are also found in the Census. These differences are even more pronounced in the Census than in the HIS, which could lead to more political attention for these problems.

Informal care

The ill patient can cope with his or her disease by combining several strategies, for better or worse. He or she can reconcile to the symptoms, can care for themselves, can ask for help from their surroundings or can, finally, look for help from a healthcare worker (Amstrong). The choice of strategy will depend on the seriousness of the disease and the resources he or she has at his or her disposal (Amstrong). Research concerning the recourse to help focuses predominantly on the use of professional care both intra- and extramurally. Current research, however, shows that the attention given to the first caregiver, a person from the immediate surroundings who as a rule is not a professional healthcare worker, remains limited. Chapter 4 describes the range, the factors as well as the consequences of the informal care.

Who are these caregivers? In Belgium virtually one person in 10 provides informal care (9.4%). This support is not proportionally divided over the population. It occurs more often among people older than 45 years and among women. This gender difference depends on the age (figure 31). Until the age of 74 years, more women than men provide care. The difference between men and women gets larger and reaches its peak at 56 years. At this age, 19% of the women provide informal care, compared to 12% of the men. From the age of 75 this trend inverses: the proportion of men that provide care becomes larger than that of women. The inversion of this trend in care has several causes. Blessed with lower mortality rates a large number of women must no longer supply care as they have lost their

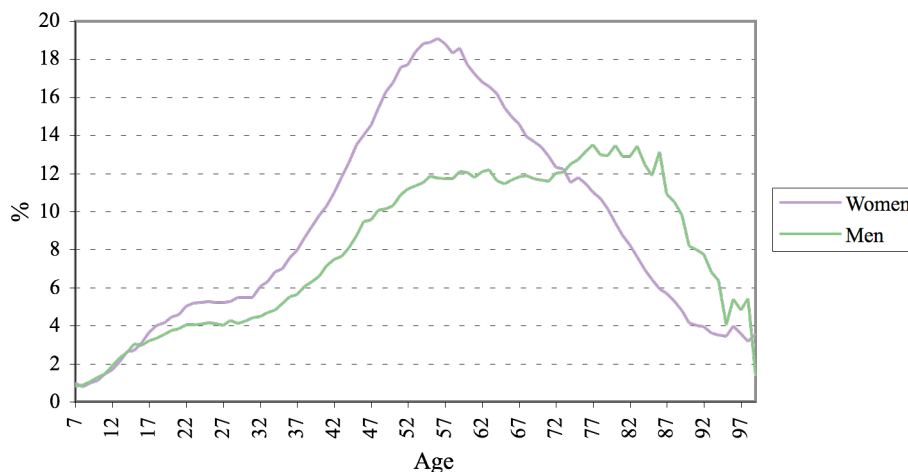


Figure 31: Percentage of informal caregivers by age and gender

spouse and their parents. As a consequence the 'demand' for informal care decreases. At the same time, it is probable that men older than 74 years who still live with their spouse have to help her and care for her.

Other socio-demographic characteristics can also be connected to the provision of informal care. Informal care occurs more often in married couples without children (13%) and in parents of a one-parent family (11%). Informal care barely differs according to the level of education. However a combined analysis of level of education and age shows that there are differences (older people have lower education levels and provide more care). At equal ages, people with a degree of primary education are less inclined to provide care than those with a degree of higher education (OR=0.71). *Ceteris paribus*, the level of education is associated with an increased risk of providing informal care. The percentages of people that provide care in Flanders, Wallonia and Brussels lie close to each other. However, when you take into account the socio-economic composition of the regions, then the inhabitants of Brussels and Wallonia are respectively 15% and 21% more likely to provide informal care compared to the inhabitants of Flanders. This is particularly interesting within the context of the current debate on healthcare insurance. Informal care is an opportunity cost for the labor market. Informal care affects almost 8% of people with jobs, compared to 11% of the unemployed. *Ceteris paribus* (in particular the age differences), the unemployed are 43% more likely to provide informal care compared to working people.

Who are the persons that need assistance? The provided care mainly goes to family members within (39%) or outside the household (49%). Women provide more care outside their household than men.

What is the extent of this informal care? Of the 684,369 people who provide care, 51% do so at least once per week, 29% less than 2 hours per day and 20% more than 2 hours per day. Informal care affects a large number of people. People older than 75 years are three times more likely to provide care intensively (more than 2 hours per day). *Ceteris paribus*, unemployed, semi- and unskilled people and children in a single-parent family are two times more likely to provide care intensively. The regional gradient inverts: inhabitants of Brussels and Wallonia are 26% and 31% less likely to provide care more than 2 hours per day compared to the inhabitants of Flanders.

What are the consequences for caregivers? We have analyzed the impact of the assistance on the health of the caregivers. We must however mention that informal care has consequences in other domains for the caregiver. Thus, informal caregivers can be obliged to work less, as a result of which they are confronted with a loss of income. We have determined that the percentage of people with a bad subjective health lies higher among informal caregivers than among people who do not provide care. The informal care is related to an increase of 27% of bad health in women and of 63% in men. The health of the caregivers deteriorates as the number of hours invested in care increases: *ceteris paribus*, the informal caregivers who supply care more than 4 hours per day are 45% more likely to be in bad health compared to those who supply care at least once a week.

Our results are particularly interesting in the current context in which - through the ageing of the population - the demand for formal and informal care will steadily increase. Apart from this increasing demand there are several factors that could cause a decrease in the supply of informal care: the strong increase of the number of women on the labor market, the low birth rate, the increase of the number of singles and the rise of new family structures.

Therefore, health policies must take into account the consequences of care provision on the care workers. Along with financial support initiatives, the other needs of the informal care worker must also be recognized and addressed. This support includes, besides the possibility to be periodically

absent from work to provide care, psychosocial support and access to subsidized services, such as a house keeping aid (Leroy and Neiryneck). Moreover, one must take into account the needs of informal care workers that are active in the labor market. Policy initiatives are necessary with regard to flexible working hours and the possibility of (paid or unpaid) leave, in order to accommodate the responsibilities of the employee with those of the informal caregiver. We find that the support for caregivers remains insufficient in the European Union. Yet, the recognition of the role of this volunteer aid in looking after elderly people and chronically ill people is the first step to policy initiatives that can improve the quality of life of caregivers.

Geographical differences in health

The north-south division in reported health is the most striking result of the cartographic analysis. This is not astonishing: both the mortality rates and the health consumption of the previous years point in the same direction. The populations of the Walloon and the Brussels regions feel considerably less healthy than the population of Flanders. The relation with the socio-economic situation of the different districts is in this respect an important explanatory factor.

And yet, that unequal health distribution does not entirely follow the district borders. The deviations can be explained in the first place by differences in the overall socio-economic state of the region in question. E.g. Walloon Brabant appears to be connected to Flanders more so than to Wallonia. This confirms the importance of the socio-economic factors for the measured differences in health. When controlling for socio-economic factors however, it is revealed that the regional differences in health cannot be reduced to this aspect exclusively.

The analysis of health at a lower geographical level (neighborhoods or statistical sectors) indicates considerable differences within a number of municipalities and especially within the metropolitan districts.

This large inequality at neighborhood level can be found in Brussels, in Flanders and in Wallonia. The number of neighborhoods with very negative values is, however, considerably smaller within the Flemish cities. Control for socio-economic factors shows that within the municipalities the health inequalities are almost fully explained by socio-economic factors. This does not hold at regional level. At the level of larger regional entities cultural and lifestyle elements, acting independently from the socio-economic factors, are probably partly responsible for the observed differences.

To a certain degree, negative health indicators at neighborhood level can be explained by negative effects from the environment. These can be caused by material factors (housing), environmental factors (noise pollution, disposal of dangerous goods...) and factors of social cohesion.

The most important explanation for the differences between neighborhoods lies however in the residential segregation by socio-economic status. Income acts as a filter for the different housing segments. The map of health by neighborhood reflects in general not unhealthy neighborhood characteristics as such but rather a concentration of a specific population that cumulates the most health risks on the basis of its socio-economic status. In a number of major cities we observe, on top of this income gap, an ethnic concentration with, in some cases, an additional impact on subjective health.

The health at neighborhood level is the result of those different factors and it is particularly difficult to determine the contributions of the compositional effects and of the environmental effects. It is obvious that in neglected neighborhoods, renovation and redevelopment will promote health. The tackling of health problems at the neighborhood level can only be effective, however, as part of an overall approach of the factors of neglect.

Further research is required to determine if a number of effects at neighborhood level can be explained by specific environmental problems. In the past, such a problem could be observed in residential areas near factories (e.g. Metallurgie Hoboken). Careful analysis of the current data could help to locate a number of point source pollutions.

The observed geographical differences in health are significant enough to be given careful consideration by the health policy makers.

At the regional level, the situation in Wallonia and Brussels is especially worrying. A part of this inequality can only disappear if the social and economic positions of the regions grow closer to each other. Parallel to some more general socio-economical measures one could also think of specific health campaigns in the regions with the largest health deficit.

Especially the Brussels Capital Region is confronted with very large internal differences in health. They are a reflection of the large socio-economic inequality within the region which translates itself in the residential pattern as well. To the extent that neglected neighborhoods are also the neighborhoods having a very young population, we can expect a relative deterioration of the health situation in Brussels in the future. The health in neglected neighborhoods with many migrants is only one of many indicators that point to the need to tackle this inequality thoroughly.

The spatial differences show us that in all regions a huge task remains with regards to the eradication of health inequalities.

A more hopeful message is that the best health results by neighborhood or municipality also indicate the potential that can still be realized within the current state of science and healthcare. It is clear that there is still considerable room for improvement in health for the whole of the population.