

## 5.2. Etat de Santé

### 5.2.3. Incapacités physiques de longue durée

#### 5.2.3.1. Résumé

Les affections ou maladies chroniques ont de grandes répercussions sur la qualité de la vie.

Dans ce chapitre, on examine les conséquences des affections chroniques sur le fonctionnement physique grâce à différents indicateurs (voir glossaire) :

- score SF-36 pour le statut fonctionnel physique (15 ans et plus);
- prévalence d'un handicap de mobilité (15 ans et plus) (être confiné à la maison/jardin, au lit/fauteuil, ou ne pas souffrir d'incapacité de mobilité);
- prévalence des limitations spécifiques (15 ans et plus) (score OMS : marcher, se lever et se coucher (lit), s'asseoir et se lever (fauteuil), s'habiller et se déshabiller, se laver les mains et le visage, couper la nourriture et manger, aller à la toilette, souffrir d'incontinence, de troubles de l'audition ou de la vue);
- prévalence de la souffrance due à une affection chronique ou un handicap (tous);
- reconnaissance officielle de ce dernier (tous).

Ensuite, on examine également les limitations fonctionnelles de courtes durée dues à des problèmes aigus.

Une liste de 10 fonctions physiques était passée en revue (SF-36). En moyenne, la population wallonne de quinze ans et plus a des difficultés limitées à accomplir deux fonctions parmi les dix proposées ou des difficultés importantes à en accomplir une.

4% de la population a un handicap de mobilité. Dans 2% des cas, le handicap est de gravité moyenne, ce qui signifie que la personne est limitée dans ses déplacements à la maison ou au jardin. Dans 2% des cas le handicap est plus grave, ce qui signifie que la personne est limitée à son fauteuil ou même au lit.

La prévalence des incapacités spécifiques (score OMS) est de 18%; 13% de la population a une incapacité moyenne et 5% souffre d'une incapacité grave.

25% de la population se dit gêné par une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée. Dans environ un quart des cas les incapacités gênent les occupations quotidiennes et 15% des personnes souffrant des conséquences d'affections chroniques sont régulièrement alitées.

5% de la population prétend avoir une invalidité ou un handicap officiellement reconnu d'un degré à une moyenne 60%.

A la suite de problèmes de santé physiques aigus, les personnes interrogées rapportent en moyenne 17 jours d'incapacités physiques de courte durée, avec en moyenne 4 jours passés au lit. A cause de problèmes émotionnels ou mentaux, elles rapportent 4 jours d'incapacités fonctionnelles dont un jour au lit.

En règle générale, les conséquences des affections sur le fonctionnement physique sont plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Ces différences ne sont pas toutes statistiquement significatives pour tous les indicateurs. Les femmes se situent moins haut sur l'échelle SF36. La prévalence des handicaps de mobilité s'élève à 5% chez les femmes et à 2% chez les hommes. La prévalence des incapacités est de respectivement 21% et 15%. Il n'y a pas de différence selon le sexe pour la fréquence des affections chroniques et la prévalence d'une invalidité officiellement reconnue. Les femmes déclarent en moyenne un peu plus de limitations fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës.

Les troubles au niveau de l'audition (7%) et les incapacités de mobilité (6%) sont les deux principales causes d'incapacités parmi la population de 15 ans ou plus et plus particulièrement parmi la population ayant 65 ans ou plus (respectivement 20% et 27%).

Il y a très souvent un lien négatif entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et les différents indicateurs d'incapacités fonctionnelles de longue durée. Le score SF-36 est le moins haut dans les groupes dont le niveau d'instruction et de revenu est le plus bas. Entre la catégorie d'instruction la plus haute et la plus basse, la prévalence du handicap de mobilité baisse de 8% à 1%. Le gradient dans la prévalence des incapacités passe de 41% à 11%. En ce qui concerne le niveau du revenu, la prévalence du handicap de mobilité s'élève à 8% dans les groupes à moindre revenu et à 2% dans le groupe aux revenus les plus hauts. La prévalence des incapacités est de respectivement 21% et 9%. La population ayant un niveau d'instruction ou de revenus moins haut, déclare plus souvent qu'elle souffre d'affections aiguës. La prévalence des handicaps officiellement reconnus, baisse avec le niveau d'instruction et de revenu.

Il y a un lien clair et net entre la perception de la santé et les incapacités fonctionnelles de longue durée. Celles-ci s'avèrent bien plus fréquentes dans la population qui estime sa santé très mauvaise à moyenne .

Le lien entre et la consommation de tabac et les indicateurs des incapacités fonctionnelles de longue durée n'est pas uniforme : ainsi, après standardisation par âge et sexe, les gros fumeurs ont un score SF36 moins élevé en comparaison avec les non-fumeurs, ils déclarent être plus souvent gênés par une maladie de longue durée et la prévalence de leur invalidité officielle est plus élevée. Il n'y a par contre pas d'association avec la prévalence d'un handicap de mobilité et la prévalence des incapacités spécifiques.

Il y a peu d'évidences pour des différences régionales quant à la fréquence des limitations de longue durée. Ces différences ne sont pas aussi prononcées, ni statistiquement significatives pour tous les indicateurs. En règle générale, les incapacités de longue durée sont les moins fréquentes dans la région Flamande. Par contre, les incapacités fonctionnelles de courte durée à cause d'une maladie aiguë sont les moins fréquentes dans la Région Wallonne.