

5.3.1. Introduction

Il y a un déplacement clair et net au niveau de la perception de la santé. C'est une conséquence de la relation entre la transition démographique et épidémiologique (1). Il est donc tout à fait important pour la politique que non seulement la fréquence des affections soit mesurée, mais que l'impact des affections sur le bien-être et le fonctionnement dans la société soient eux aussi déterminés. Le déplacement de l'importance s'avère clair au niveau du second objet du W.H.O., sur la qualité de vie, et le quatrième objet, sur le vieillissement en bonne santé (2).

Au cours de ce chapitre, les mesures décrivant l'impact des maladies et affections sur le fonctionnement seront reprises :

- Incapacités physiques de longue durée :
 1. Score SF36 pour le fonctionnement physique (IL01_1)
 2. Handicap de mobilité (IL11_2)
 3. Incapacités (IL14_2 - IL14_5) ;
Les deux causes les plus fréquentes des incapacités, c'est-à-dire les incapacités au niveau de l'audition et de la mobilité seront plus spécifiquement détaillées.
- Les conséquences des maladies, affections ou handicaps de longue durée (MB01 - MB01_1) et la fréquence d'handicaps officiellement reconnus (MB05_1 - MB07_2);
- Les incapacités fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës (IC01-IC01_3 et IC04-IC04_3).

Nous référant au chapitre 5.8 pour l'impact des problèmes physiques ou émotionnels sur le bien-être social.

Certaines questions ont seulement été posées à des groupes d'âge spécifiques. Ainsi, les questions sur les incapacités physiques de longue durée ont uniquement été posées aux personnes ayant au moins 15 ans et les questions sur les limitations fonctionnelles de courte durée à cause des maladies aiguës n'ont pas été posées aux enfants ayant moins d'un an.

Le score SF36 pour le fonctionnement physique (dorénavant appelé score SF36) (3) est établi à partir de réponses à une série de 10 questions sur les limitations fonctionnelles moyennes et graves quant à certaines fonctions, dont par exemple les efforts physiques intensifs (ex. courir) et modérés (ex. Déplacer une table), soulever et porter les courses, monter les escaliers, se promener à plusieurs distances, prendre un bain ou une douche. Le score SF36 va de 0 à 100. Lorsque le score est 100, il n'y a aucune limitation fonctionnelle. Pour chaque limitation moyenne le score est déduit de 5 points, le score des limitations graves est déduit de 10 points. Les personnes ayant un score de 90 peuvent souffrir d'une grave limitation dans une fonction ou d'une limitation moyenne dans 2 fonctions.

On pourrait donner à la notion du handicap une dimension sociale en plus de la limitation physique (4). Le handicap de mobilité est déterminé à 3 niveaux: la personne est confinée à sa maison et à son jardin, la personne doit rester toute la journée dans le fauteuil ou elle est alitée (5). La première catégorie est définie comme ayant un handicap moyen, les deux derniers sont regroupées dans le groupe des graves handicaps de mobilité.

Afin de déterminer la prévalence des incapacités, il a fallu faire usage du score du WHO (5). Il a été établi sur base des 7 fonctions AVQ (Activités de la Vie Quotidienne: transfert au/hors du lit ou dans/hors du fauteuil, habillement/déshabillage, se laver les mains et la figure, pouvoir manger sans aide, pouvoir aller aux toilettes et la continence urinaire) avec en plus 3 autres fonctions : mobilité, audition et vue. Pour les fonctions AVQ il est demandé à la personne interrogée si elle peut exécuter la fonction sans

difficultés, avec quelques difficultés ou seulement avec l'aide d'un tiers. L'audition est vérifiée sur base du fait que l'on peut oui ou non suivre une émission télévisée au volume normal. Pouvoir reconnaître un ami à une distance de 4 mètres ou 1 mètre est une donnée utilisée pour l'évaluation du visus. Les personnes interrogées sont considérées moyennement limitées à partir de l'instant où elles ne peuvent qu'exécuter une des fonctions AVQ avec quelques difficultés, lorsqu'elles ne peuvent que suivre une émission télévisée en augmentant considérablement le volume, lorsqu'elles ne reconnaissent personne à une distance de quatre mètres ou si elles ne peuvent que marcher 200 mètres. Il s'agit de graves limitations lorsqu'une des fonctions AVQ ne peut être exécutée sans l'aide d'un tiers, si la personne ne peut suivre une émission télévisée, même avec le volume élevé, lorsque la personne ne reconnaît personne à un mètre de distance ou si la personne ne peut que marcher quelques pas.

Les limitations fonctionnelles de courte durée à cause d'une maladie aiguë sont déterminées sur base de la question si la personne interrogée dans les deux semaines avant l'enquête n'a pas pu faire certaines tâches normales à cause de problèmes physiques et/ou mentaux et émotionnels. Dans ces questions on ne mesure donc pas seulement la fréquence des nouvelles affections, mais aussi le nouvel épisode d'une maladie récurrente ou une exacerbation d'une affection de longue durée. On a aussi demandé à la personne interrogée combien de jours elle n'était pas capable d'exécuter ses activités habituelles et combien de jours elle a dû rester au lit. Le nombre de jours sur base annuelle en incapacités de courte durée ou alités a été calculé sur base de ces données.

5.3.2. Belgique

5.3.2.1. Incapacité Physique de Longue Durée

5.3.2.1.1 Score SF36 pour le fonctionnement physique (IL01_1)

Le score SF36 moyen de la population ayant 15 ans et plus est de 90. Il s'élève à 87 chez les femmes et à 92 chez les hommes. Les femmes ont à tout âge un score moins élevé que les hommes mais la différence est la plus évidente après l'âge de 65 ans. Après standardisation par âge la différence persiste (Tableau 5.3.1). Les femmes ont en moyenne une fonction de plus avec incapacité modérément limitée.

Le score SF36 décroît avec l'âge. Ainsi, à 35 ans, le score est en moyenne plus élevé que 95. Dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, la moyenne est de 70 et à un âge plus élevé, le score moyen ne compte plus que 54. Dans le groupe d'âge le plus élevé, la population est donc modérément limitée dans l'exécution de presque toutes les fonctions ou grièvement limitée dans presque la moitié des 10 fonctions reprises dans l'échelle SF36.

Tableau 5.3.1 score SF36 pour le fonctionnement physique (IL01_1) standardisé par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		MOYENNE	95% B.I.
SEXE	Homme	90,1	(89,6-90,7)
	Femme	85,7	(85,2-86,3)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Pas de diplôme	81,4	(78,7-84,0)
	Enseignement primaire	83,5	(82,2-84,8)
	Enseignement secondaire inférieur	86,0	(84,9-87,0)
	Enseignement secondaire supérieur	90,4	(89,7-91,2)
	Enseignement supérieur	90,4	(89,6-91,2)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	85,4	(83,8-87,1)
	20.000-30.000	85,9	(84,9-86,8)
	30.000-40.000	86,9	(86,0-87,8)
	40.000-60.000	88,6	(87,9-89,4)
	>60.000	92,4	(91,5-93,3)
PERCEPTION DE LA SANTE	Bonne à très bonne	93,5	(93,1-93,9)
	Très mauvaise à modérée	à 76,6	(75,5-77,8)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	89,6	(89,0-90,3)
	A fumé avant	87,5	(86,6-88,3)
	Fumeur moyen (<20)	89,1	(88,0-90,2)
	Gros fumeur	82,7	(79,3-86,1)
LIEU DE RESIDENCE	Région Flamande	89,5	(88,8-90,1)
	Région Bruxelloise	86,6	(85,8-87,4)
	Région Wallonne	85,6	(84,9-86,4)

Personnes ayant 15 ans et plus

Score SF36 pour le fonctionnement physique et caractéristiques de fond

Il y a un lien entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et le score SF36 d'autre part. Le score SF36 évolue avec le niveau d'instruction et de revenu. Ainsi, dans la catégorie d'instruction et de revenu la moins élevée, le score SF36 est respectivement de 78 et 87. Dans les catégories les plus élevées, les scores moyens s'élèvent respectivement à 94 et 95. Ces différences persistent après standardisation par âge et sexe (Tableau 5.3.1).

Les personnes interrogées qui estiment leur santé bonne à très bonne, déclarent en moyenne et en général moins d'incapacités quant aux fonctions physiques de SF36. Dans ce groupe, le score moyen est de 96 en comparaison à 72 dans la population ayant une perception moins positive de leur santé. Après standardisation par âge et sexe, cette grande différence persiste.

Un score SF36 plus élevé est observé chez les non-fumeurs. Ceci ne s'avère que après standardisation par âge et sexe et n'est que prononcé en comparaison avec les gros fumeurs (Tableau 5.3.1).

Le score SF36 est en moyenne un peu plus élevé dans la région Flamande (92) en comparaison avec la région Bruxelloise (87) ou Wallonne (88). Ces différences entre la région Flamande et les deux autres régions, restent significatives après standardisation par âge et sexe.

5.3.2.1.2 Handicap de mobilité (IL11_2)

De la population ayant 15 ans et plus, 96% n'a pas de handicap de mobilité. 2% souffre d'un handicap moyen, ce qui signifie qu'ils sont confinés à leur maison et jardin. 1,4% souffre d'un handicap de mobilité grave, c'est-à-dire que les personnes sont obligées à rester assis (1%) ou au lit (0,4%). Les femmes ont plus souvent un handicap de mobilité: 3% de handicaps moyens et 2% de handicaps graves. Chez les hommes le pourcentage est de 1% dans les deux catégories. Après standardisation par âge, la différence persiste (Tableau 5.3.2).

Tableau 5.3.2 Handicap de mobilité* (en %) (IL11_2) par personne, selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

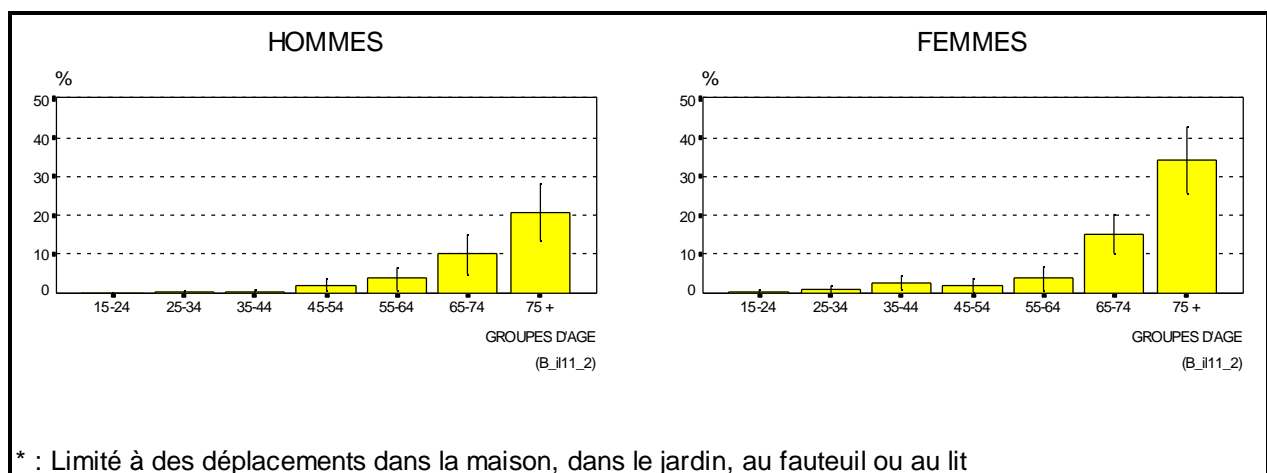
	Total**	Âge						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Aucun								
Homme	96,2 (95,2-97,2)	99,9	99,7	99,1	99,5	97,8	90,0	79,2
Femme	93,8 (92,7-94,9)	99,6	98,7	97,1	97,8	96,2	84,9	65,7
Moyen								
Homme	2,4 (1,6- 3,2)	0,1	0,1	0,4	1,6	2,6	6,4	11,5
Femme	3,9 (3,0- 4,9)	0,1	0,9	1,1	1,7	2,7	12,3	18,8
Grave								
Homme	0,2 (0,0- 0,4)	0,0	0,2	0,1	0,6	1,0	3,6	9,3
Femme	0,6 (0,3- 1,0)	0,3	0,4	1,8	0,5	1,1	2,8	15,5

* : Moyen : confiné à la maison ou au jardin

Grave : confiné au fauteuil ou au lit
 ** : Standardisé par âge avec 95% BI

Le pourcentage de personnes sans handicap de mobilité décroît avec l'âge (Figure 5.3.1). Cette donnée devient très claire chez les femmes à partir de 35 ans et chez les hommes à partir de 55 ans. Dans le groupe d'âge 65-74 ans, la prévalence de handicaps de mobilité s'élève à 15% chez les femmes et à 10% chez les hommes. Dans le groupe d'âge le plus élevé, la prévalence s'élève respectivement à 34% et 21%. Le pourcentage de la population alitée dans ce groupe d'âge est respectivement de 0,5% et 1,6%.

Figure 5.3.1 Handicaps de mobilité* (en %) (IL11_2) par personne, selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997



Handicap de mobilité et caractéristiques de fond

Il y a un lien clair et net entre le niveau de revenu et d'instruction et la fréquence des handicaps de mobilité. Un exemple, parmi les personnes ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur ou de l'enseignement inférieur, la prévalence est de 5%, parmi les personnes de niveau supérieur secondaire la prévalence est de 3% et parmi ceux ayant un niveau supérieur elle compte 1%. Après standardisation par âge et sexe ce lien est clair et net, tant quant à la prévalence du handicap de mobilité en général qu'en ce qui concerne les handicaps moyens. Dans la prévalence des handicaps graves cette tendance négative est surtout claire selon le niveau de revenu.

La prévalence des handicaps est substantiellement supérieure chez les personnes qui estiment leur santé très mauvaise à moyenne. La prévalence d'handicaps modérés s'élève à 8%, des graves handicaps à 5% comparé à respectivement 0,5% et 0,1% chez les personnes interrogées ayant une bonne santé subjective.

Tableau 5.3.3 Handicap de mobilité* (en % avec 95 B.I.) standardisé par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		AUCUN		HANDICAP MOYEN		HANDICAP GRAVE	
		%	95% B.I.	%	95% B.I.	%	95% B.I.
NIVEAU D'INSTRUCTION	Pas de diplôme	94,2	(90,9-97,4)	4,5	(1,4- 7,6)	1,4	(0,0- 2,9)
	Inférieur	92,1	(89,9-94,2)	5,1	(3,3- 7,0)	2,8	(1,6- 4,0)
	Secondaire inférieur	94,3	(92,6-95,9)	3,9	(2,5- 5,3)	1,8	(0,8- 2,8)
	Secondaire supérieur	96,0	(94,6-97,3)	2,4	(1,2- 3,5)	1,7	(0,8- 2,6)
	Supérieur	97,3	(96,0-98,6)	1,5	(0,5- 2,6)	1,1	(0,2- 2,1)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	90,8	(87,7-93,8)	5,8	(3,2- 8,5)	3,4	(1,2- 5,5)
	20.000-30.000	93,6	(92,0-95,2)	4,5	(3,0- 5,9)	1,9	(1,0- 2,9)
	30.000-40.000	95,5	(94,2-96,8)	2,5	(1,6- 3,5)	1,9	(1,1- 2,8)
	40.000-60.000	95,5	(94,1-97,0)	2,8	(1,6- 4,0)	1,7	(0,7- 2,6)
	>60.000	97,4	(95,8-99,0)	1,8	(0,4- 3,1)	,8	(0,0- 1,8)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	98,9	(98,3-99,4)	1,0	(0,5- 1,5)	,2	(0,0- ,4)
	Très mauvaise à moyenne	90,2	(88,4-92,0)	6,2	(4,7- 7,6)	3,6	(2,5- 4,8)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	95,9	(94,8-97,0)	2,3	(1,6- 3,0)	1,8	(1,0- 2,6)
	A fumé avant	95,6	(94,0-97,2)	3,3	(1,9- 4,8)	1,1	(0,3- 1,9)
	Fumeur moyen (<20)	96,3	(94,6-98,0)	2,3	(0,9- 3,7)	1,4	(0,3- 2,5)
	Gros fumeur	95,7	(92,7-98,8)	2,4	(0,5- 4,2)	1,9	(0,0- 4,4)
LIEU DE RÉSIDENCE	Région Flamande	95,7	(94,7-96,7)	3,1	(2,2- 3,9)	1,2	(0,6- 1,8)
	Région Bruxelloise	93,1	(91,5-94,7)	3,8	(2,5- 5,0)	3,1	(2,0- 4,3)
	Région Wallonne	94,2	(92,9-95,5)	3,3	(2,3- 4,3)	2,5	(1,6- 3,4)
* :	Moyen : confiné à la maison ou au jardin						
	Grave : confiné au fauteuil ou au lit						
	Personnes ayant 15 ans ou plus						

Il n'y a pas de lien entre les habitudes tabagiques et la fréquence de handicaps de mobilité.

La prévalence du handicap de mobilité est supérieur dans la Région Bruxelloise (6%) et Wallonne (5%) à celle dans la Région Flamande (3%). Après standardisation par âge et sexe, la différence entre la Région Flamande et Wallonne est statistiquement significative. Il est important que cette différence se retrouve dans la prévalence des handicaps graves et moins dans la fréquence des handicaps moyens.

Le lien sus-mentionné entre la fréquence des handicaps de mobilité d'une part et les caractéristiques de fond d'autre part reste dans la régression logistique où l'on tient non seulement compte de l'âge, du sexe et des variables socio-économiques, mais aussi de la perception de la santé, des habitudes tabagiques et du lieu de résidence. Les différences entre la Région Flamande et la Région Wallonne sont un peu plus prononcées et statistiquement significatives.

5.3.2.1.3 Incapacités (IL14_2 - IL14_5)

Parmi la population ayant 15 ans et plus, 82% des cas n'a pas d'incapacité. 13% est moyennement incapacité. Ces personnes exécutent au moins une fonction sans peine. 5% a des limitations physiques graves ou ne peut pas exécuter au moins une fonction sans aide de tiers. Les femmes ont

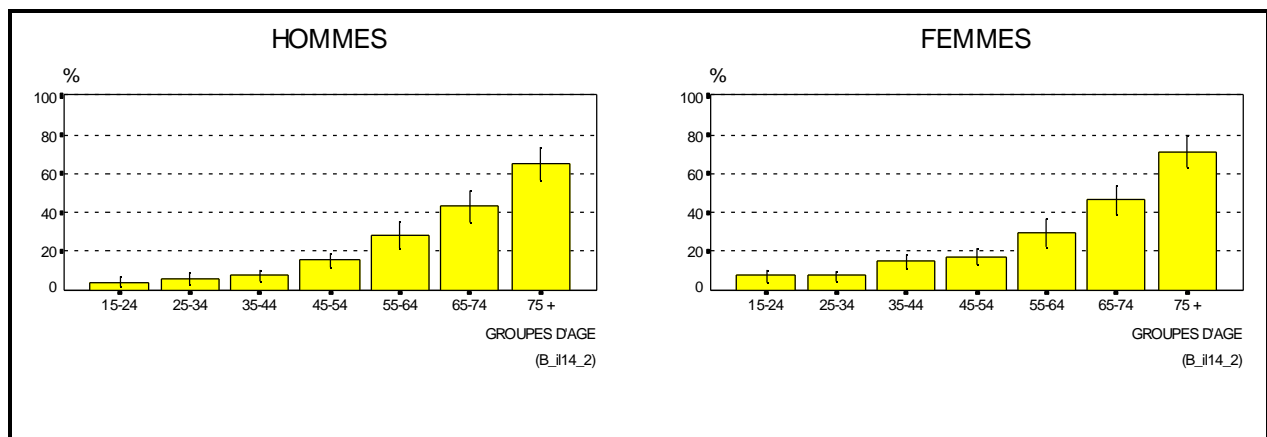
une prévalence plus élevée quant aux incapacités (21%) comparé à 15% chez les hommes. La différence est surtout visible dans la prévalence supérieure des incapacités graves (6% versus 3%). Les femmes ayant des incapacités exécutent en moyenne 1,9 fonctions lorsqu'elles ont un handicap moyen et 2,4 lorsqu'elles souffrent d'une incapacité grave. Ces chiffres s'élèvent chez les hommes respectivement à 1,7 et 1,8. Après standardisation par âge la différence persiste au niveau des sexes (Tableau 5.3.4).

Tableau 5.3.4 Incapacités selon la grièveté* (en %) (IL14_2) par personne, selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

	Total**	Âge						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Aucune								
Homme	80,5 (78,7-82,2)	95,6	93,8	92,1	84,7	71,7	56,9	34,7
Femme	77,3 (75,4-79,1)	92,5	92,5	85,4	83,0	70,6	53,6	29,6
Moyen								
Homme	15,2 (13,5-16,9)	3,7	5,2	6,9	12,6	25,2	31,6	43,5
Femme	15,9 (14,1-17,6)	6,4	5,6	9,7	14,3	24,2	31,2	38,9
Grave								
Homme	4,4 (3,4- 5,4)	0,7	1,0	0,9	2,7	3,0	11,5	21,8
Femme	6,9 (5,7- 8,1)	1,0	1,9	4,9	2,7	5,2	15,2	32,5
* :	Moyen : au moins 1 fonction avec difficultés Grave : au moins 1 fonction avec aide							
** :	Standardisé par âge avec 95% BI							

Le pourcentage de personnes sans incapacités décroît considérablement avec l'âge. Dans chaque groupe d'âge les incapacités sont les plus fréquentes chez les femmes. (Figure 5.3.2). Dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, moins de la moitié de la population est libre d'incapacités. La prévalence des incapacités s'élève chez les femmes à 56% et 22% souffre d'une incapacité grave. Chez les hommes ces chiffres sont respectivement de 52% et 16%.

Figure 5.3.2 Incapacités (en %) (IL14_2) par personne, selon sexe en âge, Enquête de santé, Belgique, 1997



Les deux principales causes d'incapacité sont les incapacités au niveau de l'audition (6% chez les femmes, 7% chez les hommes) et de la mobilité (8% chez les femmes, 4% chez les hommes). Après l'âge de 65 ans les troubles au niveau de l'audition (20%) et les incapacités de mobilité (19%) continuent à être les deux premières causes d'incapacités chez les hommes. Le pourcentage relativement haut des graves incapacités de mobilité est important. Chez les femmes plus âgées il y a d'autres raisons d'incapacités qui s'ajoutent à leur incapacité de mobilité (32% dont un tiers grave). Ce sont des incapacités de transfert au/hors du lit et dans/hors du fauteuil (21% pour les deux) et des problèmes lors de l'habillement/déshabillage (20%). De plus, la prévalence des troubles au niveau de l'audition à cet âge compte chez les femmes 20%. Après l'âge de 65 ans, se laver les mains et la figure s'avèrent les seules fonctions chez les femmes avec une prévalence d'incapacité en-dessous de 10%.

Tableau 5.3.5 Causes d'incapacités selon grièveté (en %) selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

HOMMES	MOYENNE MENT LIMITÉ	GRIEVE MENT LIMITÉ	FEMMES	MOYENNE MENT LIMITÉ	GRIEVE MENT LIMITÉ
<u>Âge 15 ans ou plus</u>					
Audition	6,6	0,4	Mobilité	5,5	2,2
Mobilité	3,3	1,0	L'audition	5,5	1,0
Habillement-déshabillage	2,7	0,6	Visus	4,8	0,9
Transfert:au lit/hors du lit	2,1	0,6	Transfert:au lit-hors du lit	4,4	1,3
Visus	2,3	0,3	Transfert:dans -hors fauteuil	3,9	1,1
Transfert:dans - hors fauteuil	2,0	0,4	Habillement-déshabillage	3,2	1,5
Couper des aliments	0,9	0,3	Continance urinaire	1,2	2,0
Se laver les mains et la figure	0,9	0,3	Aller aux toilettes	1,5	0,9
Continance urinaire	0,4	0,7	Se laver les mains et la figure	1,2	0,9
Aller aux toilettes	0,7	0,3	Couper des aliments	1,2	0,8
<u>Âge 65 ans ou plus</u>					
Audition	19,2	1,1	Mobilité	21,9	10,7
Mobilité	13,1	6,2	Transfert:dans-hors fauteuil	16,9	4,4
Habillement-déshabillage	12,0	4,0	Transfert:au lit-hors du lit	15,1	5,6
Transfert:au lit-hors du lit	10,7	4,3	Habillement-déshabillage	13,4	6,4
Transfert:dans - hors fauteuil	9,9	3,0	L'audition	16,6	3,0
Se laver les mains et la figure	6,4	1,7	Visus	10,1	3,4

Couper des aliments	6,2	1,0	Contenance urinaire	4,9	7,4
Contenance urinaire	1,7	4,3	Aller aux toilettes	7,4	3,1
Aller aux toilettes	3,9	1,4	Couper des aliments	6,6	2,9
Visus	3,9	0,7	Se laver les mains et la figure	6,1	3,1

Incapacités et caractéristiques de fond

Il y a un lien tout à fait négatif entre le niveau d'instruction et de revenu et la fréquence des incapacités. Par exemple parmi la population ayant un niveau d'instruction secondaire inférieur ou l'enseignement inférieur, la prévalence est de 25% ou plus. Dans l'enseignement secondaire supérieur ou l'enseignement supérieur la prévalence est de respectivement 14% et 11%. Après standardisation par âge et sexe, ce lien persiste tout aussi clairement, comme indiqué au tableau 5.3.6.

La prévalence des incapacités chez les personnes ayant une perception négative de leur santé s'élève à 42%, 13% souffre d'une limitation grave. Quant aux perceptions de santé allant de bonne à très bonne, les incapacités ne surviennent que parmi 9% des cas dont seulement 1% de graves limitations. Comme indiqué dans le tableau 5.3.6, ces différences persistent après standardisation par âge et sexe.

Tableau 5.3.6 La fréquence des incapacités (en % avec 95 B.I.) (IL14_2) standardisée par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		AUCUN		LIMITATION MOYENNE		LIMITATION GRAVE	
		%	95% B.I.	%	95% B.I.	%	95% B.I.
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	66,2	(59,2-73,3)	23,3	(16,7-29,9)	10,5	(6,3-14,7)
	Inférieur	72,1	(68,3-76,0)	20,7	(17,2-24,3)	7,2	(5,0- 9,4)
	Secondaire inférieur	75,7	(72,7-78,6)	16,5	(13,9-19,2)	7,8	(5,8- 9,8)
	Secondaire supérieur	82,5	(80,1-84,9)	13,7	(11,4-15,9)	3,9	(2,5- 5,2)
	Supérieur	83,2	(80,7-85,7)	12,2	(9,9-14,6)	4,6	(3,0- 6,2)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	75,8	(71,3-80,4)	15,6	(11,4-19,8)	8,6	(5,6-11,6)
	20.000-30.000	73,6	(70,8-76,4)	19,4	(16,8-22,1)	6,9	(5,2- 8,6)
	30.000-40.000	77,5	(75,0-79,9)	16,5	(14,2-18,8)	6,1	(4,6- 7,6)
	40.000-60.000	80,8	(78,4-83,3)	14,3	(12,0-16,7)	4,8	(3,3- 6,4)
	>60.000	87,1	(84,0-90,3)	10,3	(7,4-13,1)	2,6	(0,9- 4,2)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	86,6	(85,1-88,1)	11,1	(9,7-12,5)	2,3	(1,6- 3,0)
	Très mauvaise à moyenne	64,2	(60,9-67,4)	26,2	(23,0-29,3)	9,7	(7,8-11,5)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	82,2	(80,1-84,2)	12,8	(10,9-14,7)	5,0	(3,8- 6,2)
	A fumé avant	78,7	(76,0-81,5)	16,5	(13,8-19,3)	4,7	(3,1- 6,4)
	Fumeur moyen (<20)	79,7	(76,5-82,9)	16,3	(13,3-19,3)	4,0	(2,2- 5,7)
	Gros fumeur	75,7	(69,9-81,5)	22,1	(16,4-27,8)	2,2	(0,3- 4,1)
LIEU DE RÉSIDENCE	Région Flamande	79,9	(78,1-81,7)	15,8	(14,1-17,6)	4,3	(3,2- 5,3)
	Région Bruxelloise	77,5	(75,2-79,8)	15,5	(13,4-17,7)	7,0	(5,4- 8,5)
	Région Wallonne	77,4	(75,3-79,5)	15,3	(13,3-17,3)	7,3	(5,9- 8,7)
Personnes ayant 15 ans et plus							

La prévalence des incapacités est plus élevée chez les anciens fumeurs (20%) que dans les autres catégories (plus ou moins 16% chaque). Après standardisation par âge et sexe, la prévalence est la moins élevée chez les non-fumeurs, suivi par les fumeurs modérés, les anciens fumeurs et les gros fumeurs. Ces différences ne sont pas significatives.

Les incapacités sont moins fréquentes dans la Région Flamande (16%), que dans la Région Wallonne (20%) et la Région Bruxelloise (22%). Les différences entre les régions s'avèrent les plus claires quant à la prévalence des incapacités graves, respectivement 3%, 6% et 7%. Après standardisation par âge et sexe, la différence quant à la prévalence des incapacités n'est statistiquement pas significative. Les différences en prévalence des graves limitations entre la Région Flamande et les deux autres régions restent néanmoins substantielles et statistiquement significatives.

A l'exception de la province du Limbourg, la Région Flamande (Tableau 5.3.7) compte presque la même prévalence d'incapacités. En Flandre Orientale la prévalence des graves limitations est considérablement inférieure. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Il y a des indications que la prévalence des incapacités dans la Région Wallonne diffère selon la province. La différence entre le Brabant Wallon et les quatre autres provinces est surprenante, surtout dans la province du Hainaut. La différence entre ces deux provinces est statistiquement significative après standardisation par âge et sexe (13% versus 26%). Le pourcentage relativement élevé des limitations graves dans les provinces du Hainaut et de Namur est surprenant.

Tableau 5.3.7 La fréquence des incapacités (en % avec 95 B.I.) (IL14_2) selon la province et standardisée par âge et sexe, Région Flamande, Enquête de santé, Belgique, 1997

	AUCUNE		LIMITATION MOYENNE		LIMITATION GRAVE	
	%	95% B.I.	%	95% B.I.	%	95% B.I.
Région Flamande						
Anvers	80,2	(76,6-83,8)	14,9	(11,6-18,3)	4,9	(2,8- 7,0)
Brabant Flamand	81,3	(77,5-85,0)	14,2	(10,6-17,8)	4,5	(2,3- 6,7)
Flandre Occidentale	80,6	(77,0-84,3)	13,6	(10,0-17,1)	5,8	(3,4- 8,2)
Flandre Orientale	81,4	(77,7-85,2)	16,7	(13,0-20,4)	1,8	(0,3- 3,4)
Limbourg	76,2	(71,2-81,1)	19,7	(14,9-24,6)	4,1	(1,5- 6,7)
Région Bruxelloise						
	77,5	(75,2-79,8)	15,5	(13,4-17,7)	7,0	(5,4- 8,5)
Région Wallonne						
Brabant Wallon	86,6	(81,9-91,2)	9,8	(5,4-14,3)	3,6	(0,9- 6,3)
Hainaut	74,5	(71,0-78,0)	17	(13,7-20,3)	8,5	(6,1-10,9)
Liège	79,9	(76,5-83,4)	14,1	(10,8-17,4)	6	(3,8- 8,2)
Luxembourg	78,4	(72,5-84,3)	17,9	(12,3-23,6)	3,6	(0,9- 6,4)
Namur	78,5	(73,8-83,2)	12,6	(8,5-16,7)	8,9	(5,5-12,2)
Personnes ayant 15 ans et plus						

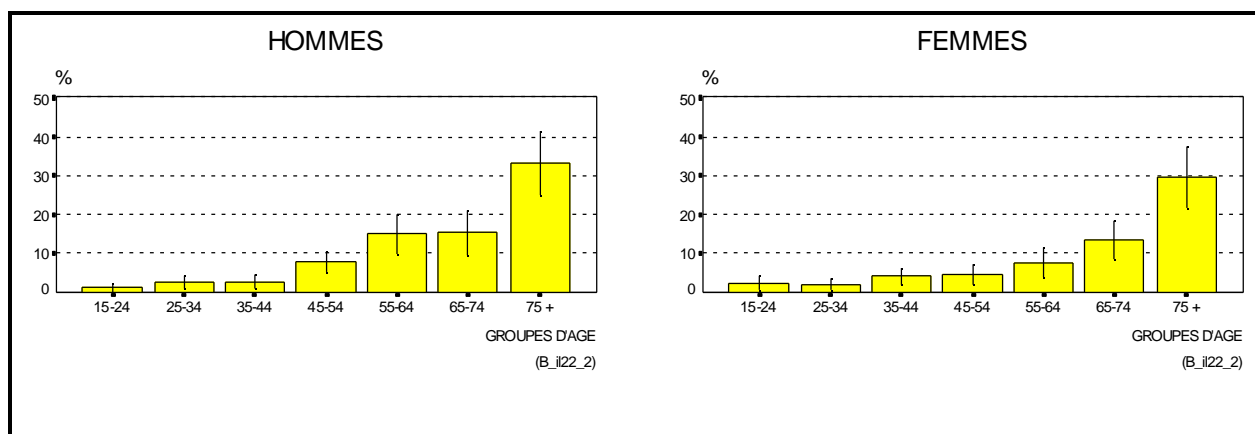
Lors d'une régression logistique où l'on tient non seulement compte de l'âge et du sexe mais aussi des variables socio-économiques, la perception de la santé, les habitudes tabagiques et le lieu de résidence, le lien sus-mentionné est semblable entre la prévalence des incapacités physiques de longue durée d'une part et les caractéristiques de fond d'autre part.

5.3.2.1.4 Les causes d'incapacités les plus fréquentes

5.3.2.1.4.1 Incapacités au niveau de l'audition

Il a été demandé aux personnes interrogées si elles entendent assez pour pouvoir suivre un programme télévisé avec un volume qui est supportable pour tout le monde ou si ce n'est pas le cas, quand le volume est augmenté. 7% de la population ayant 15 ans ou plus déclare des incapacités au niveau de l'audition. La plupart (6%) est modérément limitée, ce qui veut dire qu'elles suivent le programme lorsque le volume est augmenté. La prévalence est de 6% chez les femmes et de 7% chez les hommes. Les disfonctionnements au niveau de l'audition augmentent exponentiellement avec l'âge. Il y a un gradient socio-économique négatif. Ce lien est net quant au niveau d'instruction. Ainsi se produisent des troubles de l'audition après standardisation par âge et sexe dans 10% de la population ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ou inférieur et dans 7% de la population ayant un diplôme du secondaire supérieur et 5% possédant un diplôme du supérieur. Il n'y a pas de lien clair entre les habitudes tabagiques et le disfonctionnement de l'audition. La prévalence ne diffère pas selon les régions.

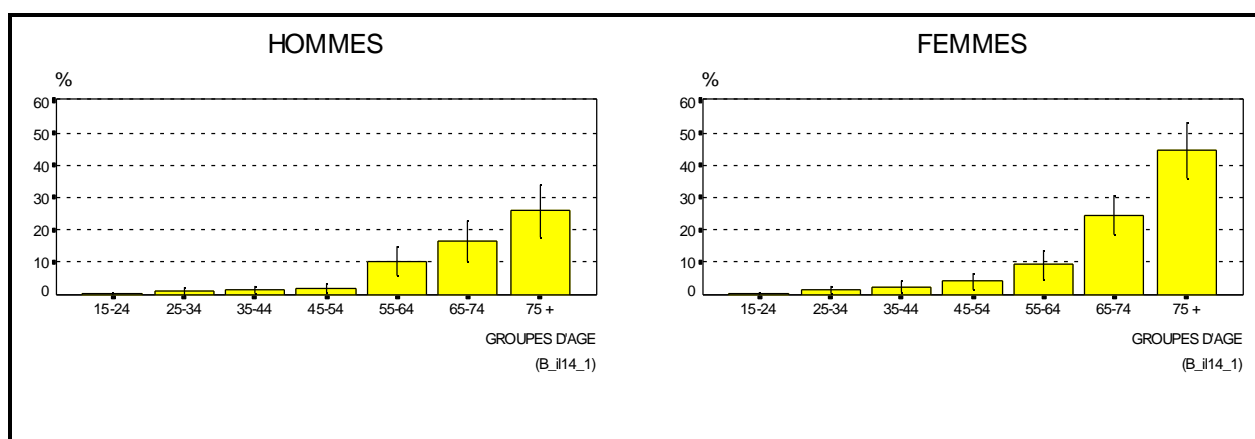
Figure 5.3.3 Incapacités quant à l'audition (en %) par personne, Enquête de santé, Belgique, 1997



5.3.2.1.5 Incapacités de mobilité.

6 % de la population ayant 15 ans ou plus ne peut marcher 200 mètres ou plus sans avoir à s'arrêter ou sans problèmes. Dans 2% des cas, la distance est même limitée à quelques pas. La prévalence s'élève à 8% chez les femmes et à 4% chez les hommes. La limitation de mobilité augmente avec l'âge. Après l'âge de 65 ans, le problème surgit chez à peu près un tiers des femmes et presque 20% des hommes. Il existe un lien tout à fait négatif entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part, et la prévalence des incapacités de mobilité d'autre part. Il y a des différences selon la région : après standardisation par âge et sexe, la prévalence est de 4% dans la Région Flamande et de 8% dans la Région Wallonne et Bruxelloise.

Figure 5.3.4 Incapacités de mobilité (en %) par personne, Enquête de santé, Belgique, 1997

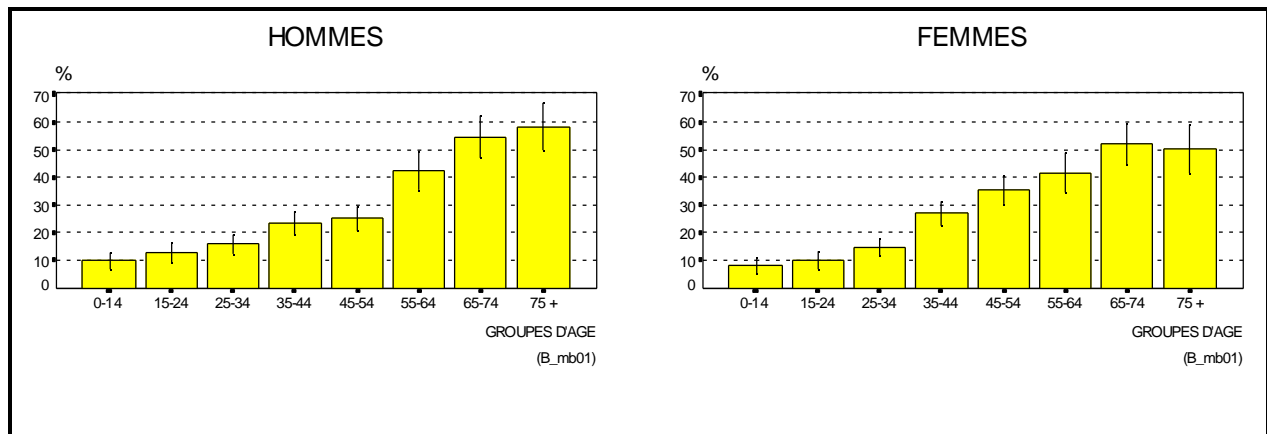


5.3.2.1.6 Les conséquences de maladies, affections ou handicaps de longue durée (et Mb01-Mb01_1)

De la population totale, 25% déclare être gêné par une ou plusieurs maladies, handicaps ou affections de longue durée (les affections mentionnées plus loin). Ce chiffre ne diffère pas beaucoup selon les sexes (26% chez les femmes et 24% chez les hommes) (Tableau 5.3.9).

Le nombre de personnes encombrées par une affection augmente très fort avec l'âge. Pour les personnes ayant 44 ans il s'élève à au moins 25%; après l'âge de 65 ans, le chiffre monte à plus de la moitié de la population (Figure 5.3.5).

Figure 5.3.5 Encombré par une ou plusieurs maladies, affections ou handicaps (%) (MB01) par personne, selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997



Parmi la population déclarant une gêne, 15% souffre de graves conséquences, ce qui veut dire que leur maladie entraîne parfois à souvent des jours alités. A peu près 24% des cas estime qu'ils sont souvent limités par leur affection (moyenne) lors de leurs occupations quotidiennes, tandis que 33% souffre de plus légères limitations (de temps à autres limités lors de leurs occupations quotidiennes). La fréquence et la grièveté des conséquences s'accroissent avec l'âge. (Tableau 5.3.8).

Tableau 5.3.8 La grièveté* des conséquences (en %) par personne qui estime subir les inconvénients d'une ou de plusieurs maladies, affections ou handicaps de longue durée (MB01_1), selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

	Total**	Âge							
		0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Aucune									
Homme	31,1 (26,9-35,3)	35,8	38,6	41,8	22,7	27,7	23,3	25	26,6
Femme	34,0 (29,6-38,4)	60	33	37,9	21,8	35,7	25,7	21,6	13,3
Léger									
Homme	36,3 (32,0-40,6)	46,2	37,5	26,4	46,7	29,7	35,7	35,3	20,8
Femme	31,9 (27,6-36,2)	26,6	47	31,1	31,9	31,2	36	27,6	20,7
Moyen									
Homme	22,0 (18,6-25,5)	12	16,4	21,2	18,9	30,9	32,4	19,1	39,6
Femme	19,0 (15,8-22,1)	2,7	11,6	16,8	24,6	23,4	21,6	36,7	30,1
Grave									
Homme	10,6 (8,0-13,2)	6,1	7,5	10,5	11,6	11,6	8,7	20,5	13
Femme	15,1 (11,9-18,3)	10,8	8,4	14,2	21,7	9,7	16,6	14,1	35,9

* : Léger : parfois limité dans ses occupations quotidiennes
Moyen : souvent limité dans ses occupations quotidiennes

** : Grave : parfois alité
Standardisé par âge avec 95% BI

Conséquences des maladies, affections ou handicaps de longue durée et caractéristiques de fond

Il existe un lien clair et net entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et la déclaration de gêne à cause d'une affection d'autre part. Chez la population ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur ou inférieur la prévalence s'élève à au moins 31%, chez les diplômés du secondaire supérieur ou supérieur elle est respectivement de 22% et 18%. Cela vaut aussi pour la prévalence dans les 3 catégories de revenu les moins élevées : 26% à 30% versus 18% à 20% dans les deux niveaux des revenus les plus hauts. Après standardisation par âge et sexe ce lien persiste clair et net (Tableau 5.3.9).

La population qui estime sa santé négative a 2,5 fois plus de gêne des affections en comparaison avec les personnes qui ont une perception de la santé positive. Cette différence persiste après standardisation par âge et sexe.

Les non-fumeurs ont le moins de problèmes à cause de leur (23%) affection en comparaison avec les anciens fumeurs (34%) et les gros fumeurs (32%). Ce résultat se maintient aussi après standardisation par âge et sexe. La différence entre non-fumeurs et fumeurs modérés n'est statistiquement pas significative.

Dans la Région Wallonne (26%) et Bruxelloise (25%) une plus grande partie de la population a des problèmes à cause d'une affection en comparaison avec la Région Flamande (23%). Après standardisation par âge et sexe seulement la différence entre la Région Wallonne et la Région Flamande est statistiquement significative.

Dans une régression logistique où l'on tient compte de l'âge, du sexe, mais aussi des variables socio-économiques, la perception de la santé, les habitudes tabagiques et le lieu de résidence, seul le lien entre le fait d'être gêné à cause d'une affection d'une part et le niveau d'instruction d'autre part, la perception subjective de la santé et les habitudes tabagiques est significative.

Tableau 5.3.9 La fréquence d'encombrements à cause d'une ou de plusieurs maladies, affections ou handicaps de longue durée (en %) (MB01_1) par personne, selon sexe et standardisée par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		%	95% B.I.
SEXE	Homme	26,0	(24,4-27,7)
	Femme	26,2	(24,5-27,9)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	33,2	(26,8-39,5)
	Inférieur	30,7	(26,9-34,4)
	Secondaire inférieur	31,0	(28,2-33,9)
	Secondaire supérieur	24,5	(22,2-26,9)
	Supérieur	22,3	(20,1-24,6)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	28,2	(24,0-32,3)
	20.000-30.000	31,1	(28,3-33,8)
	30.000-40.000	29,1	(26,7-31,5)
	40.000-60.000	23,6	(21,4-25,9)
	>60.000	19,5	(16,2-22,8)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	18,3	(16,7-19,8)
	Très mauvaise à modérée	à 63,6	(60,1-67,0)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	25,7	(23,5-28,0)
	A fumé avant	32,8	(29,7-35,9)

	Fumeur moyen (<20)	29,4	(25,9-32,8)
	Gros fumeur	36,7	(30,7-42,8)
LIEU DE RÉSIDENCE	Région Flamande	24,6	(22,9-26,3)
	Région Bruxelloise	26,6	(24,5-28,7)
	Région Wallonne	28,5	(26,6-30,5)

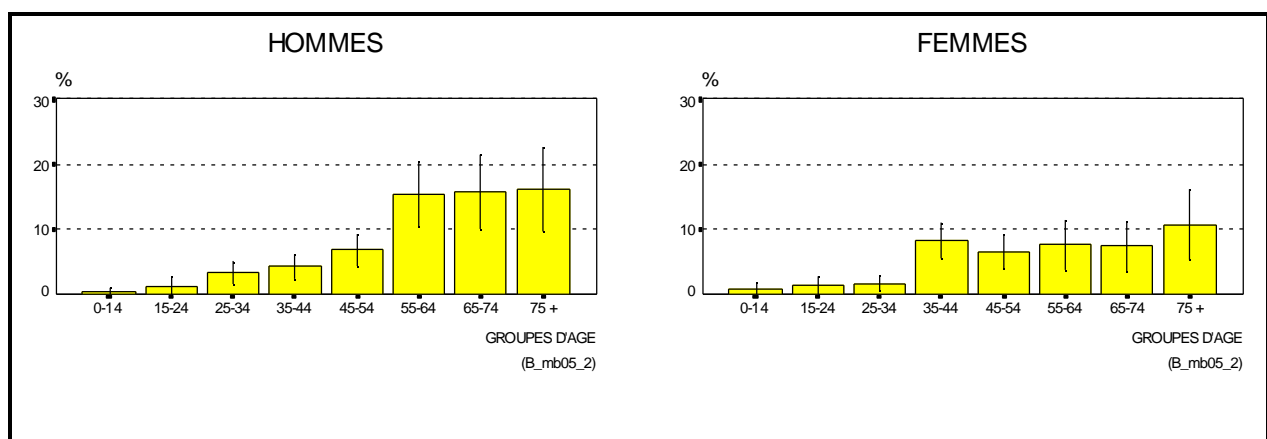
5.3.2.1.7 Invalidité ou handicap officiellement reconnu (MB05_1, MB05_2, MB07_2)

Parmi la population, 5% dit avoir une invalidité ou un handicap officiellement reconnu. C'est-à-dire 5% chez les femmes et 6% chez les hommes. Cette différence n'est statistiquement pas significative après standardisation par âge. Le pourcentage attribué est en moyenne de 60%.

Comme cause du handicap (officiellement reconnu ou non) 40% déclare une maladie. Les accidents et les maladies de travail sont la raison dans 11% et 8% des cas, chez les hommes les chiffres sont respectivement de 14% et 13%. Chez les femmes, 13% déclare une anomalie innée en tant que cause.

La prévalence des handicap officiellement reconnus augmente avec l'âge. Surtout chez les hommes où le chiffre s'élève à au moins 12% après l'âge de 55 ans.

Figure 5.3.6 Invalidité ou handicap officiellement reconnu (en %) (MB05_2) par personne, selon âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997



Handicap ou invalidité officiellement reconnu et caractéristiques de fond

Il y a un lien clair et net entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et la prévalence des invalidités et handicaps officiellement reconnus d'autre part. Dans la population ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur (9%) ou de l'inférieur (11% et 14%), la prévalence est supérieure à celle de la population ayant un niveau d'instruction du secondaire supérieur (4%) ou de l'enseignement supérieur (2%). La prévalence est la même dans les 3 catégories de revenu les plus basses, 7% versus 2% à 3% dans les deux catégories au revenu le plus haut. Après standardisation par âge et sexe, ce lien négatif persiste (Tableau 5.3.10). L'importance de la reconnaissance baisse avec le gradient socio-économique. Ainsi, le pourcentage d'invalidités reconnues est le moins haut dans les groupes au niveau d'instruction le moins haut, en moyenne 66% versus 50% dans le groupe au niveau d'instruction le plus haut. Dans les deux groupes de revenus extrêmes, les chiffres sont respectivement de 76% et de 54%.

Le nombre de personnes qui estiment leur santé négative a une prévalence d'handicap officiellement reconnu qui est 9 fois plus élevée que la prévalence des personnes qui ont une perception positive de leur santé. Cette considérable différence persiste, même après standardisation par âge et sexe.

Tableau 5.3.10 Invalidité ou handicap officiellement reconnu (en %) (MB05_2) par personne, standardisés par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		%	95% B.I.
SEXE	Homme	6,5	(5,4- 7,5)
	Femme	4,9	(4,0- 5,8)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	11,0	(7,0-15,0)
	Inférieur	9,3	(6,8-11,7)
	Secondaire inférieur	8,8	(7,0-10,6)
	Secondaire supérieur	4,2	(3,0- 5,4)
	Supérieur	3,3	(2,2- 4,4)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	7,6	(5,0-10,3)
	20.000-30.000	7,7	(6,0- 9,4)
	30.000-40.000	7,3	(5,8- 8,8)
	40.000-60.000	4,2	(3,0- 5,4)
	>60.000	2,5	(1,2- 3,9)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	2,5	(1,9- 3,2)
	Très mauvaise à modérée	à 16,7	(14,1-19,2)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	5,5	(4,2- 6,8)
	A fumé avant	7,5	(5,6- 9,4)
	Fumeur moyen (<20)	4,8	(3,3- 6,4)
	Gros fumeur	11,3	(6,9-15,7)
LIEU DE RÉSIDENCE	Région Flamande	4,2	(3,3- 5,0)
	Région Bruxelloise	6,3	(5,0- 7,6)
	Région Wallonne	8,0	(6,7- 9,3)

Les non-fumeurs (4%) et les fumeurs moyens (5%) ont une prévalence d'invalidité ou handicap officiellement reconnu inférieure aux anciens et aux gros fumeurs (dans les deux cas 8%). La différence avec les gros fumeurs persiste, même après standardisation par âge et sexe. Le degré de cette reconnaissance s'élève chez les non-fumeurs à en moyenne 56% en comparaison avec 68% chez les gros fumeurs.

La prévalence d'invalidité officiellement reconnue est de 4% dans la Région Flamande, de 6% dans la Région Bruxelloise et de 7% dans la Région Wallonne. Après standardisation par âge et sexe, seulement la différence entre la Région Flamande et Wallonne est statistiquement significative. L'importance de la reconnaissance diffère un petit peu. Elle s'élève à en moyenne 53% dans la Région Flamande, à 64% dans la Région Bruxelloise et à 67% dans la Région Wallonne.

Dans une régression logistique, où l'on tient compte de l'âge, du sexe mais aussi des variables socio-économiques, la perception de la santé, les habitudes tabagiques et la région de résidence, les associations susmentionnées restent statistiquement significatives à l'exception du lien entre la prévalence des invalidités ou handicaps officiellement reconnus et le niveau de revenu et la différence en prévalence entre non-fumeurs et gros fumeurs.

5.3.2.2. Incapacités Fonctionnelles de Courte Durée

5.3.2.2.1 Limitations fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës (IC01-IC01_2 et IC04-IC04_2)

Au cours des deux semaines précédant l'enquête 9% des personnes interrogées ayant un an ou plus n'a pas su faire une activité habituelle à cause de problèmes physiques et 2% à cause de problèmes émotionnels ou mentaux. Chez les femmes le nombre de personnes s'élève respectivement à 10% et 3%; chez les hommes à 8% et 1%. Sur base de ces données une estimation a été faite du nombre de jours en moyenne et sur base annuelle en incapacité fonctionnelles de courte durée ou le nombre de jours en moyenne et sur base annuelle alités à cause de maladies aiguës.

À cause des problèmes physiques ce chiffre s'élève à en moyenne 17 jours en incapacité fonctionnelle dont 4 jours au lit. À cause de problèmes émotionnels ou mentaux, le nombre s'élève à en moyenne 4 jours dont un jour au lit. Chez les femmes il s'agit de respectivement 18 jours dont 5 alités et 6 jours dont 2 alités. Chez les hommes il s'agit d'en moyenne 16 jours (dont 3 au lit) en dehors de leurs activités habituelles à cause de problèmes physiques et 3 jours (dont 1 au lit) à cause de problèmes émotionnels ou mentaux.

Après standardisation par âge les différences selon sexe restent significatives à l'exception du nombre de jours par an en incapacité à cause de problèmes physiques (Tableau 5.3.11).

Le nombre de jours en incapacité fonctionnelle de courte durée ou alité à cause de problèmes physiques augmente considérablement avec l'âge. Ainsi, dans le groupe d'âge des personnes ayant moins de 35 ans, le nombre de jours en incapacité compte 15 jours ou moins. A partir de l'âge de 55 ans, le nombre compte 24 jours ou plus.

Limitations fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës et les caractéristiques de fond

Il y a un lien clairement négatif entre le niveau d'instruction et de revenu et la fréquence des limitations fonctionnelles de courte durée à cause de problèmes physiques ou à cause de problèmes émotionnels ou mentaux. La moyenne du nombre de jours par an en incapacité à cause de problèmes physiques dans la population ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur ou inférieur est de 24 à 35 jours. Dans la population du niveau d'instruction du secondaire supérieur ou supérieur le nombre de jours est d'en moyenne 12 à 14 jours. Le gradient socio-économique est toujours substantiel après standardisation par âge et sexe (Tableau 5.3.11).

Tableau 5.3.11 Le nombre de jours en incapacité fonctionnelle de courte durée et le nombre de jours alités (moyenne et 95% B.I.) à cause de problèmes physiques (IC01_1, IC01_2) ou émotionnels ou mentaux (IC04_1, IC04_2) standardisé par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		À CAUSE DE PROBLÈMES PHYSIQUES				À CAUSE DE PROBLÈMES ÉMOTIONNELS OU MENTAUX			
		NOMBRE DE JOURS		NOMBRE DE JOURS ALITÉS		NOMBRE DE JOURS		NOMBRE DE JOURS ALITÉS	
		n	95% B.I.	n	95% B.I.	n	95% B.I.	n	95% B.I.
SEXE	Homme	16,4	(14,5-18,2)	3,0	(2,3- 3,6)	3,1	(2,2- 4,0)	0,8	(0,4- 1,2)
	Femme	17,9	(16,1-19,8)	4,9	(4,1- 5,8)	5,9	(4,8- 6,9)	2,2	(1,6- 2,9)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	27,1	(18,2-35,9)	7,5	(3,5-11,5)	7,8	(3,7-12,0)	4,9	(2,0- 7,9)
	Inférieur	22,1	(17,1-27,1)	5,7	(3,7- 7,7)	7,7	(5,0-10,3)	2,6	(1,0- 4,3)
	Secondaire inférieur	22,3	(18,6-26,0)	3,3	(2,2- 4,5)	5,4	(3,5- 7,4)	1,0	(0,3- 1,7)
	Secondaire supérieur	13,5	(11,4-15,7)	3,6	(2,6- 4,6)	4,1	(2,8- 5,4)	1,4	(0,7- 2,2)
	Supérieur	13,0	(10,8-15,2)	2,4	(1,6- 3,1)	1,7	(1,0- 2,4)	0,5	(0,1- ,9)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	18,8	(13,5-24,2)	5,3	(2,6- 8,0)	8,5	(5,1-11,9)	3,6	(1,3- 5,9)
	20.000-30.000	21,2	(17,9-24,6)	4,3	(3,1- 5,5)	6,0	(4,3- 7,8)	2	(1,0- 2,9)
	30.000-40.000	21,5	(18,4-24,6)	5,8	(4,3- 7,3)	6,3	(4,4- 8,1)	2,5	(1,3- 3,6)
	40.000-60.000	15,0	(12,7-17,3)	2,7	(1,9- 3,5)	3,3	(2,1- 4,5)	0,6	(0,1- 1,0)
	>60.000	11,8	(8,8-14,8)	2,9	(1,7- 4,1)	1,6	(0,6- 2,7)	0,8	(0,0- 1,5)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	9,2	(7,9-10,5)	1,6	(1,2- 2,0)	1,2	(0,7- 1,6)	0,2	(0,1- 0,3)
	Très mauvaise à modérée	42,8	(37,4-48,1)	8,7	(6,5-10,9)	15,4	(11,6-19,1)	3,5	(1,7- 5,3)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	16,5	(13,9-19,0)	3,1	(2,3- 3,8)	4,3	(2,9- 5,7)	0,5	(0,2- 0,8)
	A fumé avant	19,9	(16,4-23,4)	6,0	(4,0- 8,0)	7,5	(4,9-10,0)	3,3	(1,6- 5,0)
	Fumeur moyen (<20)	15,1	(11,6-18,5)	2,6	(1,5- 3,6)	2,6	(1,3- 3,9)	0,4	(0,0- 0,7)
	Gros fumeur	25,1	(18,9-31,3)	3,4	(1,8- 5,1)	6,9	(3,6-10,2)	2,1	(0,0- 4,6)
LIEU DE RÉSIDENCE	Région Flamande	18,7	(16,4-21,1)	3,6	(2,7- 4,5)	4,9	(3,7- 6,2)	1,6	(0,9- 2,4)
	Région Bruxelloise	20,4	(17,8-23,1)	8,1	(6,5- 9,7)	6,1	(4,6- 7,6)	3,9	(2,6- 5,1)
	Région Wallonne	13,3	(11,4-15,2)	3,1	(2,4- 3,9)	3,2	(2,2- 4,2)	0,6	(0,3- 0,9)
Personnes ayant un an et plus									

Le nombre de jours en incapacité ou le nombre de jours alités est largement quadruplé chez les personnes ayant une perception négative de leur santé en comparaison avec les personnes estimant leur santé positive. Comme indiqué au tableau 5.3.11, les différences persistent, même après standardisation par âge et sexe.

Le nombre de jours sur base annuelle en incapacité de courte durée et le nombre de jours alités à cause de problèmes physiques est en moyenne le plus élevé chez les anciens fumeurs (respectivement 20 et 4 jours par an) et les gros fumeurs (respectivement 26 et 4 jours). Chez les fumeurs modérés et les non-fumeurs, les chiffres concernant les problèmes physiques s'élèvent respectivement à 14 et 2 jours et à 15 et 3 jours. Après standardisation par âge et sexe les différences les chiffres ne sont plus statistiquement significants. La même relation existe lorsque la cause des limitations fonctionnelles de courte durée est d'ordre émotionnel ou mental.

La population dans la Région Wallonne compte moins de jour, sur base annuelle et en moyenne, en incapacité fonctionnelle de courte durée et moins de jours alités. Le nombre de jours en incapacité s'élèvent respectivement à 13 et 3 jours à cause de problèmes physiques, émotionnels ou mentaux. Dans la Région Flamande il s'agit de respectivement 18 et 5 jours et dans la Région Bruxelloise de 20 et 6 jours. Le nombre de jours alités dans la Région Wallonne est de respectivement 3 et 1 versus 3 et 2 jours dans la Région Flamande et 8 et 4 jours dans la Région Bruxelloise. Après standardisation par âge et sexe, le nombre de jours en incapacité de courte durée ou alités dans la Région Wallonne s'avère considérablement inférieur.

5.3.3. RÉGION BRUXELLOISE

5.3.3.1. Incapacité Physique de Longue Durée

5.3.3.1.1 Score SF36 pour le fonctionnement physique (IL01_1)

Le score SF36 moyen de la population ayant 15 ans et plus est de 87. Il s'élève à 85 chez les femmes et à 90 chez les hommes. Les femmes ont en général à tout âge un score moins élevé que les hommes. Après standardisation par âge la différence est moins prononcée (Tableau 5.3.132).

Dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, la moyenne s'élève à 71 et à un âge plus élevé, le score passe à 55. Dans le groupe d'âge le plus élevé, la population s'avère moyennement limitée pour 9 des 10 fonctions du score SF36 ou grièvement limitée pour 4 des 10 fonctions.

Le score SF36 décroît avec l'âge. Ainsi, à 35 ans, le score est en moyenne plus élevé que 95. Dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, la moyenne est de 70 et à un âge plus élevé, le score moyen ne compte plus que 54. Dans le groupe d'âge le plus élevé, la population est donc modérément limitée dans l'exécution de presque toutes les fonctions ou grièvement limitée dans presque la moitié des 10 fonctions reprises dans l'échelle SF36.

Tableau 5.3.132 Score SF36 pour le fonctionnement physique (IL01_1), standardisé par âge et sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

		MOYENNE	95% B.I.
SEXE	Homme	87,7	(86,6-88,9)
	Femme	85,4	(84,3-86,5)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	83,7	(79,8-87,6)
	Inférieur	79,7	(77,1-82,4)
	Secondaire inférieur	82,4	(80,2-84,7)
	Secondaire supérieur	89,4	(87,9-90,8)
	Supérieur	90,4	(89,2-91,6)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	85,8	(82,5-89,0)
	20.000-30.000	82,7	(80,4-85,0)
	30.000-40.000	83,5	(81,4-85,6)
	40.000-60.000	88,8	(87,3-90,3)
	>60.000	90,3	(88,9-91,8)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	93,8	(93,2-94,4)
	Très mauvaise à modérée	à 72,2	(69,7-74,7)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	87,1	(85,7-88,5)
	A fumé avant	87,2	(85,6-88,9)
	Fumeur moyen (<20)	85,4	(83,1-87,7)
	Gros fumeur	81,2	(77,4-84,9)
Personnes ayant 15 ans ou plus			

Score SF36 pour le fonctionnement physique et caractéristiques de fond

Il y a un lien entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et le score SF36 d'autre part. Le score SF36 évolue avec le niveau d'instruction et de revenu. Ainsi, dans la catégorie d'instruction la moins élevée, le score SF36 est de 82 et dans la catégorie la plus élevée, le score est de 93. Cette tendance persiste après standardisation par âge et sexe (Tableau 5.3.132).

Les personnes interrogées qui estiment leur santé bonne à très bonne, déclarent en général moins d'incapacités quant aux fonctions physiques de SF36. Dans ce groupe, le score moyen est de 95 comparé aux 68 dans la population ayant une perception moins positive de leur santé. Après standardisation par âge et sexe, cette grande différence persiste.

Un score SF36 plus élevé est observé chez les gros fumeurs. Après standardisation par âge et sexe les gros fumeurs ont le score le moins élevé. De plus, il diffère de façon significative du score des non-fumeurs (Tableau 5.3.132).

En général, il n'y a pas de différences entre le score SF36 de la Région Wallonne (88) et Bruxelloise. Le score est pourtant inférieur à celui de la Région Flamande (92). Cette différence significative persiste après standardisation par âge et sexe.

5.3.3.1.2 Handicap de mobilité (IL11_2)

De la population ayant 15 ans et plus, 94% n'a pas de handicap de mobilité. 3% souffre d'un handicap moyen, ce qui signifie que cette partie de la population est confinée à sa maison et à son jardin. 3% souffre d'un handicap de mobilité grave, c'est-à-dire que les personnes sont fréquemment obligées à rester assis (2%) ou au lit (0,7%). Il n'y a pas de différence de prévalence entre les sexes : les femmes et les hommes ont une prévalence de handicap d'en moyenne 3%. La prévalence des handicaps graves est de 3% chez les femmes et de 2% chez les hommes.

Le pourcentage de personnes sans handicap de mobilité décroît avec l'âge (Figure 5.3.7). Cette donnée devient très claire chez les femmes à partir de 55 ans et chez les hommes à partir de 65 ans (Tableau 5.3.13). Dans le groupe d'âge 65-74 ans, la prévalence des handicaps de mobilité s'élève à 16% chez les femmes et à 22% chez les hommes. Dans le groupe d'âge le plus élevé, la prévalence compte respectivement 23% et 24%. Le pourcentage de la population alitée dans les deux groupes d'âge les plus élevés est respectivement de 2% et 4%.

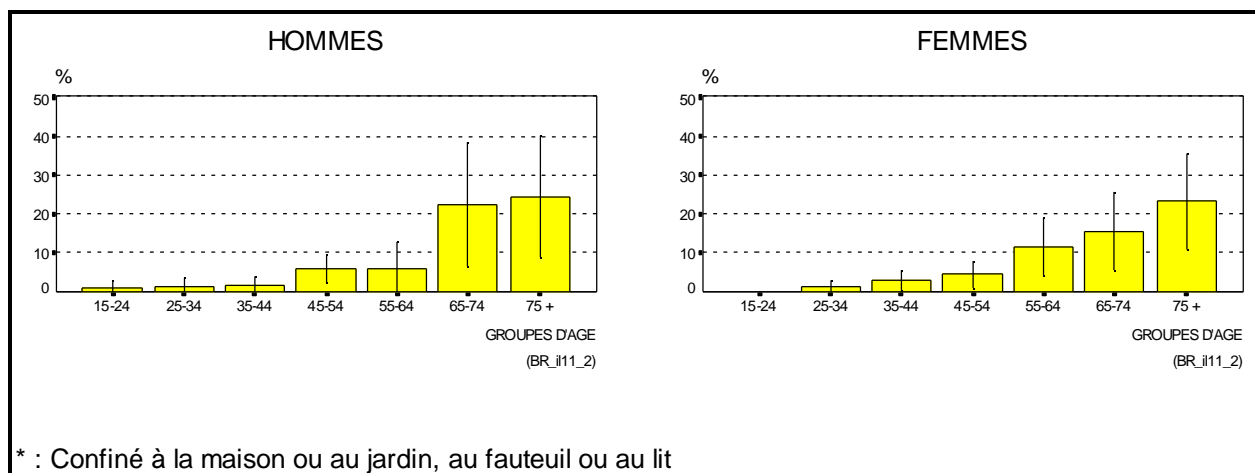
Tableau 5.3.13 Handicap de mobilité (en %) (IL11_2) par personne, selon sexe et âge, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

	Total**	Âge						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Aucun								
Homme	92,9 (90,4-95,5)	98,8	98,4	98,0	94,1	94,1	77,6	75,5
Femme	93,3 (91,4-95,3)	100	98,6	97,0	95,5	88,5	84,5	76,7
Moyen								
Homme	4,0 (2,0- 6,1)	1,2	0,9	1,2	4,2	2,1	13,4	12,3
Femme	3,5 (2,0- 5,0)	0,0	0,4	2,3	3,7	5,3	9,5	7,7
Grave								
Homme	3,0 (1,2- 4,9)	0,0	0,6	0,8	1,7	3,8	9,0	12,2
Femme	3,2 (1,8- 4,6)	0,0	0,9	0,7	0,8	6,2	6,0	15,6

* : Moyen : limité à la maison ou au jardin
Grave : limité au fauteuil ou au lit

** : Standardisé par âge avec 95% BI

Figure 5.3.7 Handicap de mobilité* (en %) (IL11_2) par personne, selon sexe et âge, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997



Handicap de mobilité et caractéristiques de fond

Il y a un lien négatif entre le niveau de revenu et d'instruction et la fréquence des handicaps de mobilité. Ceci signifie que les groupes de la population ont en général une prévalence plus élevée au niveau socio-économique. Après standardisation par âge et sexe ce lien persiste le plus clairement au niveau du gradient des revenus.

La prévalence des handicaps est substantiellement supérieure chez les personnes qui estiment leur santé très mauvaise à moyenne. La prévalence des handicaps modérés s'élève à 10%, des graves handicaps à 8% comparé à, respectivement 0,5% et 0,3% chez les personnes interrogées ayant une bonne santé subjective.

Il n'y a pas de lien entre les habitudes tabagiques et la fréquence des handicaps de mobilité, même si après standardisation par âge et sexe la prévalence est la moins élevée dans le groupe des non-fumeurs.

La prévalence des handicaps de mobilité est supérieure dans la Région Bruxelloise (6%) comparé à celle de la Région Flamande (3%). La prévalence de la Région Wallonne compte 5%. Après standardisation par âge et sexe, les différences persistent. Il est important que cette différence se retrouve dans la prévalence des handicaps graves et moins dans la fréquence des handicaps moyens.

Le lien sus-mentionné entre la fréquence des handicaps de mobilité d'une part et d'autre part les variables socio-économiques, la perception de la santé et les habitudes tabagiques, reste analogue dans un modèle logistique multivariat, à l'exception du lien entre la fréquence du handicap et le niveau d'instruction et de revenu. Le lien négatif des deux variables est moins clair.

Tableau 5.3.14 Handicap de mobilité* (en % avec 95 B.I.) standardisé par âge et sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

		AUCUN		MOYEN HANDICAP		GRAVES HANDICAP	
		%	95% B.I.	%	95% B.I.	%	95% B.I.
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	95,8	(92,3-99,4)	3,9	(0,5- 7,4)	0,2	(0,0- 1,4)
	Inférieur	85,3	(80,6-90,0)	6,3	(3,0- 9,6)	8,4	(4,6-12,3)
	Secondaire inférieur	91,1	(88,1-94,2)	4,1	(1,8- 6,4)	4,8	(2,5- 7,1)
	Secondaire supérieur	95,3	(93,0-97,6)	2,5	(0,8- 4,2)	2,2	(0,6- 3,7)
	Supérieur	97,1	(95,5-98,7)	1,4	(0,4- 2,3)	1,5	(0,2- 2,9)
REVENU EQUIVALENT FB)	< 20.000	89,5	(84,2-94,8)	5,5	(1,9- 9,0)	5	(0,4- 9,6)
	20.000-30.000	86,6	(82,1-91,1)	7,9	(4,5-11,3)	5,5	(2,3- 8,6)
	30.000-40.000	93	(90,5-95,6)	3,1	(1,3- 5,0)	3,8	(1,9- 5,7)
	40.000-60.000	94,1	(91,6-96,6)	2,6	(0,8- 4,4)	3,3	(1,5- 5,1)
	>60.000	98,1	(96,5-99,8)	0,9	(0,0- 2,1)	1	(0,0- 2,2)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	99	(98,1-99,9)	0,6	(0,0- 1,2)	0,4	(0,0- 1,0)
	Très mauvaise à modérée	85,1	(81,4-88,8)	8	(5,1-10,9)	6,8	(4,2- 9,5)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	94,2	(91,8-96,5)	2,4	(1,0- 3,8)	3,4	(1,3- 5,4)
	A fumé avant	93,2	(90,8-95,5)	4,4	(2,3- 6,4)	2,5	(1,0- 3,9)
	Fumeur moyen (<20)	93,9	(90,7-97,0)	2,9	(0,7- 5,1)	3,2	(0,8- 5,6)
	Gros fumeur	90,6	(85,7-95,4)	2,8	(0,4- 5,1)	6,7	(1,9-11,5)
** :	Moyen : limité à la maison et au jardin						
	Grave : limité au fauteuil ou au lit						
	Personnes ayant 15 ans ou plus						

5.3.3.1.3 Incapacités (IL14_2 - IL14_5)

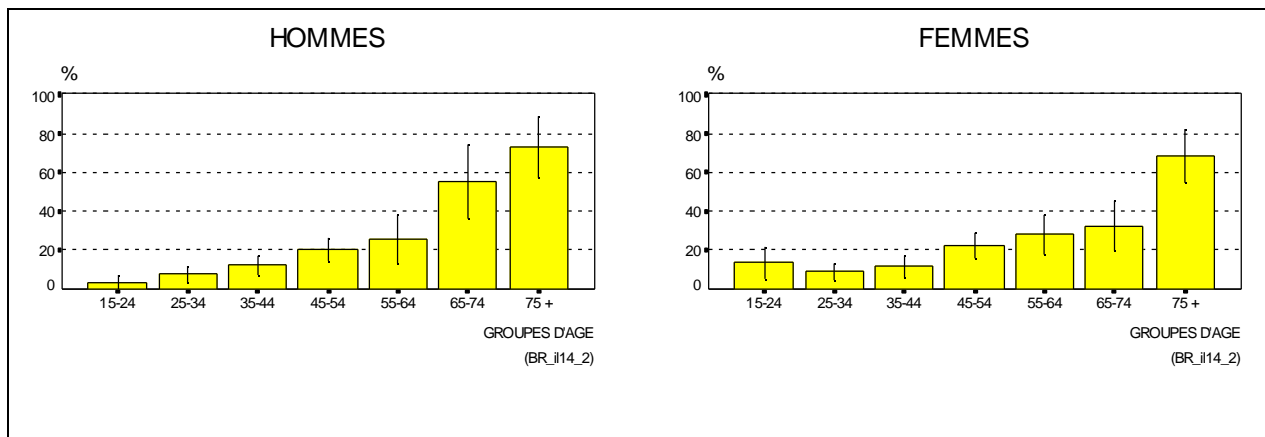
Parmi la population ayant 15 ans ou plus, 78% des cas n'a pas d'incapacités. 14% est moyennement incapacité. Ces personnes exécutent au moins une fonction sans peine. 6% a des limitations physiques graves ou n'exécute aucune fonction sans aide de tiers. Les femmes ont une prévalence plus élevée quant aux incapacités (23%) que les hommes (20%). La différence est surtout la cause de la prévalence supérieure des incapacités graves (9% versus 5%). Les femmes ayant des incapacités exécutent en moyenne 2 fonctions lorsqu'elles ont un handicap moyen et 1,7 lorsqu'elles souffrent d'une incapacité grave. Chez les hommes, ces chiffres s'élèvent respectivement à 1,9 et 1,8. Après standardisation par âge la différence au niveau des sexes (Tableau 5.3.15) n'est toujours pas significative. (Tableau 5.3.15).

Tableau 5.3.15 Incapacités selon la gravité* (en %) (IL14_2) par personne, selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

	Total**	Âge						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +
Aucun								
Homme	77,1 (73,7-80,5)	96,6	93,5	88,1	79,8	74,3	44,6	26,6
Femme	77,9 (74,8-80,9)	86,2	91,9	88,4	78,1	72,1	67,7	31,4
Moyen								
Homme	16,7 (13,4-20,0)	2,3	4,8	8,0	16,7	18,7	44,5	46,9
Femme	14,4 (11,7-17,2)	12,8	6,6	8,9	13,0	23,9	17,2	31,8
Grave								
Homme	6,2 (3,9- 8,5)	1,1	2,8	3,9	3,4	7,0	10,9	26,5
Femme	7,7 (5,7- 9,7)	0,9	2,5	2,8	8,9	4,0	15,1	36,8
* : Moyen : au moins 1 fonction avec difficultés Grave : au moins 1 fonction avec aide								
** : Standardisé par âge avec 95% BI								

Le pourcentage de personnes sans incapacités décroît considérablement avec l'âge. Dans les deux groupes d'âge les plus élevés les incapacités sont les plus fréquentes chez les hommes (Figure 5.3.8). Dans le groupe d'âge de 65 ans et plus, moins de la moitié de la population est libre d'incapacités. La prévalence des incapacités s'élève chez les femmes à 47% dont 24% souffrent d'une incapacité grave. Chez les hommes ces chiffres sont respectivement de 63% et 17%.

Figure 5.3.8 Incapacités* (en %) (IL14_2) par personne, selon sexe en âge, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997



Les deux principales causes d'incapacité (Tableau 5.3.16) se situent au niveau de la mobilité (8% pour les deux sexes) et de l'audition (8% chez les femmes, 7% chez les hommes). Après 65 ans les troubles au niveau de l'audition (22%) et les incapacités de mobilité (28%) continuent à être les deux premières incapacités chez les femmes. Le pourcentage relativement haut des graves incapacités de mobilité est important (12%). Chez les hommes les problèmes d'audition viennent en troisième lieu, après les incapacités de mobilité (35%) et les transferts au lit /hors du lit (16%). Ensuite s'annoncent pour les deux sexes d'autres incapacités (prévalence d'au moins 10%) : transferts au/hors du lit (femmes) ou du fauteuil, habillement/déshabillage, troubles de vue et continence urinaire. Chez les hommes surviennent des problèmes pour aller aux toilettes.

Tableau 5.3.16 Causes d'incapacités selon grièveté (en %) selon sexe et âge, Enquête de santé, Belgique, 1997

HOMMES	MOYEN LIMITÉ	GRAVE LIMITÉ	FEMMES	MOYEN LIMITÉ	GRAVE LIMITÉ
<u>Âge 15 ans ou plus</u>					
Mobilité	5,6	2,2	Mobilité	5,5	2,7
L'audition	5,8	0,9	L'audition	6,0	2,0
Transfert:au/hors du lit	4,2	0,8	Visus	5,6	2,2
Visus	3,6	1,0	Transfert:au/hors du lit	5,2	0,6
Transfert:dans/hors fauteuil	3,5	0,9	Transfert:dans/hors du fauteuil	5,0	0,7
Habillement/déshabillage	3,1	0,9	Habillement/déshabillage	3,9	0,7
Continence Urinaire	0,9	1,5	Continence urinaire	1,2	3,0
Aller aux toilettes	1,9	0,3	Aller aux toilettes	1,4	0,6
Couper la nourriture	1,0	0,4	Se laver les mains et le visage	1,2	0,5
Se laver les mains et le visage	0,7	0,3	Couper la nourriture	0,9	0,7
<u>Âge 65 ans ou plus</u>					
Mobilité	27,0	7,9	Mobilité	16,5	11,7
Transfert:au/hors du lit	11,4	4,6	L'audition	15,9	6,2
L'audition	13,1	1,9	Transfert:au/hors du lit	15,1	2,9
Habillement/déshabillage	10,0	4,7	Visus	11,7	6,0
Aller aux toilettes	12,0	1,5	Transfert:dans/hors du fauteuil	14,7	2,3
Transfert:dans/hors du fauteuil	9,6	3,5	Habillement/déshabillage	13,9	3,0
Continence urinaire	2,7	8,7	Continence urinaire	4,9	9,4
Visus	8,2	2,3	Se laver les mains et le visage	5,1	2,4
Couper la nourriture	6,7	1,7	Aller aux toilettes	5,2	2,3

Se laver les mains et le visage	3,6	1,1	Couper la nourriture	3,4	3,6
---------------------------------	-----	-----	----------------------	-----	-----

Incapacités en caractéristiques de fond

Il y a un lien négatif entre le niveau d'instruction et de revenu et la fréquence des incapacités. Par exemple parmi la population ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur ou inférieur, la prévalence est de 27% ou plus. Dans l'enseignement secondaire supérieur ou supérieur la prévalence est de respectivement 22% et 13%. Après standardisation par âge et sexe, ce lien persiste tout aussi clairement. La tendance négative entre le niveau de revenu et la prévalence des incapacités devient plus claire encore après standardisation par âge et sexe (Tableau 5.3.17).

La prévalence des incapacités chez les personnes ayant une perception négative de leur santé s'élève à 49%, 16% souffre d'une limitation grave. Chez les personnes ayant une perception de leur santé allant de bonne à très bonne, les incapacités ne surviennent que dans 11% des cas dont seulement 2% sont de graves limitations. Comme indiqué au Tableau 5.3.17, ces différences persistent après standardisation par âge et sexe.

Tableau 5.3.17 La fréquence des incapacités (en % avec 95 B.I.) (IL14_2) standardisée par âge et sexe, Enquête de santé, Belgique, 1997

		AUCUN		MOYEN LIMITATION		GRAVES LIMITATION	
		%	95% B.I.	%	95% B.I.	%	95% B.I.
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	73,7	(66,5-80,9)	17,1	(10,5-23,7)	9,2	(5,1-13,3)
	Inférieur	68,4	(62,2-74,5)	17,1	(11,8-22,5)	14,5	(10,0-19,0)
	Secondaire inférieur	73,5	(68,2-78,8)	16,1	(11,3-20,9)	10,4	(7,2-13,5)
	Secondaire inférieur	79,6	(75,7-83,5)	14,9	(11,3-18,5)	5,5	(3,1- 7,8)
	Supérieur	83,1	(79,9-86,2)	11,9	(9,0-14,8)	5	(3,1- 7,0)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	75,6	(69,5-81,8)	13,3	(7,6-19,1)	11	(5,9-16,1)
	20.000-30.000	68,3	(62,9-73,6)	22,5	(17,2-27,8)	9,2	(5,6-12,8)
	30.000-40.000	77,3	(73,0-81,6)	15	(11,3-18,6)	7,7	(4,9-10,6)
	40.000-60.000	81,9	(78,1-85,8)	11,3	(8,0-14,6)	6,7	(4,1- 9,4)
	>60.000	85,2	(81,2-89,1)	11,2	(7,6-14,8)	3,6	(1,4- 5,9)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	86,4	(83,9-88,9)	10,9	(8,5-13,3)	2,7	(1,3- 4,0)
	Très mauvaise à modérée	57,6	(52,5-62,7)	28,6	(23,8-33,4)	13,8	(10,1-17,5)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	78,2	(74,0-82,5)	14,8	(11,0-18,7)	7	(4,4- 9,5)
	A fumé avant	79,9	(76,3-83,5)	14,5	(11,1-18,0)	5,6	(3,5- 7,6)
	Fumeur moyen (<20)	73,1	(68,1-78,1)	20,3	(15,5-25,0)	6,6	(3,5- 9,7)
	Gros fumeur	69,3	(62,6-76,0)	22,9	(16,2-29,6)	7,8	(3,4-12,2)

Personnes ayant 15 ans et plus

La prévalence des incapacités est la plus élevée chez les anciens fumeurs (24%) et la moins élevée chez les gros fumeurs (16%). Après standardisation par âge et sexe, la prévalence est la moins grande chez les anciens fumeurs (20%) et les non-fumeurs (22%) et substantiellement supérieure chez les gros fumeurs (31%). Ces différences ne sont pas significatives.

Les incapacités sont les plus fréquentes dans la Région Bruxelloise (22%), comparées à la Région Wallonne (20%) et à la Région Flamande (16%). Les différences entre les régions s'avèrent les plus claires quant à la prévalence des incapacités graves, respectivement 7%, 6% et 3%. Après standardisation par âge et sexe, les différences persistent.

Dans une régression logistique où l'on tient non seulement compte de l'âge et du sexe, mais aussi des variables socio-économiques, de la perception de la santé et des habitudes tabagiques, le lien susmentionné entre la fréquence des incapacités ou la gravité des incapacités et la perception de la santé ou le lieu de résidence reste semblable.

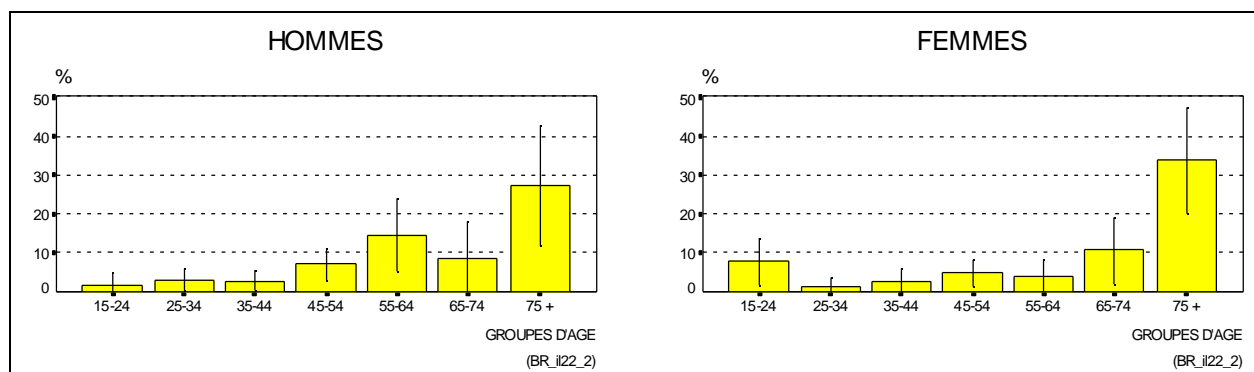
5.3.3.1.4 Les causes d'incapacités les plus fréquentes

5.3.3.1.4.1 Incapacités au niveau de l'audition

Il a été demandé aux personnes interrogées si elles entendent assez pour pouvoir suivre une émission télévisée avec un volume qui est supportable pour tout le monde ou si ce n'est pas le cas, quand le volume est augmenté. 7% de la population ayant 15 ans ou plus déclare des incapacités au niveau de l'audition. La plupart (6%) est modérément limitée, ce qui veut dire qu'elles suivent l'émission lorsque le volume est augmenté. La prévalence est de 8% chez les femmes et de 7% chez les hommes.

Les dysfonctionnements au niveau de l'audition augmentent exponentiellement avec l'âge (Figure 5.3.9). Le grand pourcentage (8%) chez les femmes du groupe d'âge 15-24 ans est surprenant. Il y a un gradient socio-économique négatif. Ce lien est net quant au niveau d'instruction. Ainsi se produisent des troubles d'audition dans 10% de la population ayant un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ou inférieur et dans 7% de la population ayant un diplôme du supérieur secondaire et dans 5% des diplômés du supérieur. Les fumeurs ont une plus grande prévalence d'incapacités d'audition en comparaison aux non-fumeurs. La prévalence ne diffère pas selon les régions.

Figure 5.3.9 Incapacités d'audition (en %) par personne, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

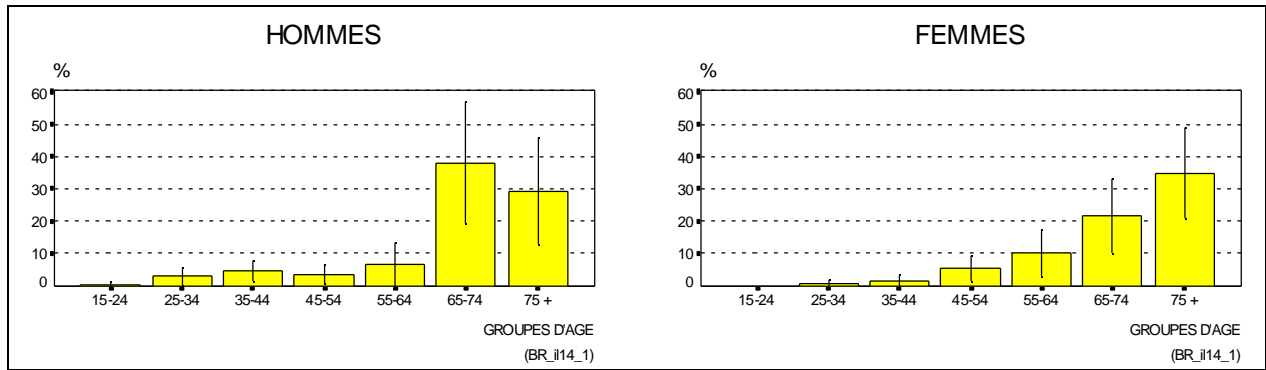


5.3.3.1.4.2 Incapacités de mobilité

8 % de la population ayant 15 ans ou plus ne peut marcher 200 mètres ou plus sans avoir à s'arrêter ou sans problèmes. Dans 2% des cas, la distance est même limitée à quelques pas. Il n'y pas de différence quant à la prévalence entre les deux sexes. La limitation de mobilité augmente avec l'âge (Figure 5.3.10). Après l'âge de 65 ans, le problème surgit chez 28% des femmes et chez plus d'un tiers des hommes. Il existe aussi un lien négatif entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part, et la prévalence des incapacités de mobilité d'autre part. La prévalence dans la Région Bruxelloise est

semblable à celle de la Région Wallonne (8%), mais est deux fois plus élevée que la prévalence de la Région Flamande.

Figure 5.3.10 Incapacités en mobilité (en %) par personne, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

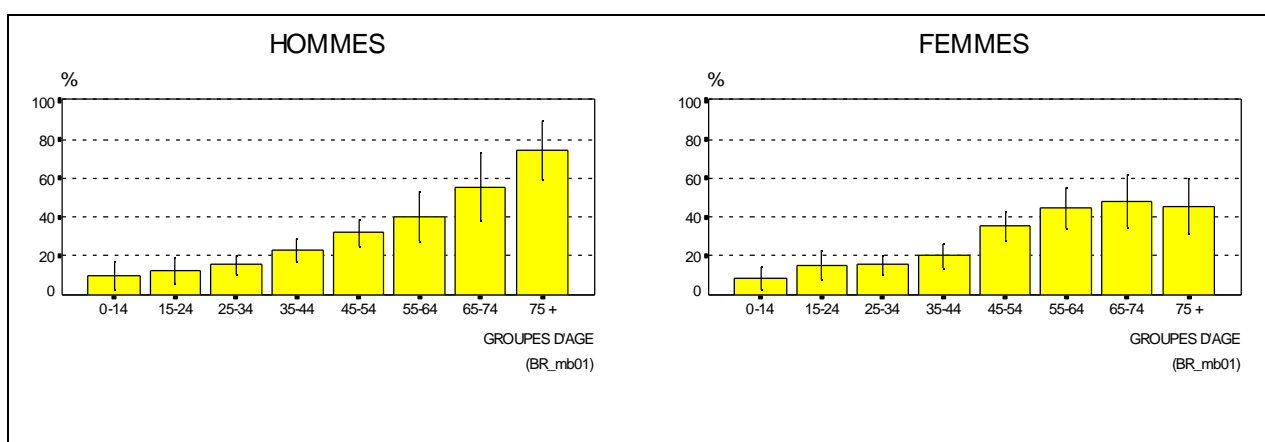


5.3.3.1.5 Les conséquences de maladies, d'affections ou de handicaps de longue durée (et Mb01-Mb01_1)

De la population totale, 26% déclare être gêné par une ou plusieurs maladies, handicaps ou affections de longue durée (les affections mentionnées plus loin). La différence entre les sexes n'est pas statistiquement significative (Tableau 5.3.19).

Le nombre de personnes encombrées par une affection augmente très fort avec l'âge. Chez les personnes ayant moins de 44 ans, moins d'un quart a des problèmes; après 65 ans, le chiffre monte à presque 50% chez les femmes et à 75% chez les hommes (Figure 5.3.11).

Figure 5.3.11 Encombré par une ou plusieurs maladies, affections ou handicaps (%) (MB01) par personne, selon sexe et âge, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997



Parmi la population déclarant une gêne, 23% souffre de graves conséquences, ce qui veut dire que c'est à cause de leur maladie qu'ils sont parfois à souvent alités. A peu près 22% des cas estime qu'ils sont souvent limités par leur affection (modérée) lors de leurs occupations quotidiennes, tandis que 28% souffre de plus légères limitations (de temps à autres limités lors de leurs occupations quotidiennes). La fréquence et la gravité des conséquences s'accroissent avec l'âge (Tableau 5.3.18).

Tableau 5.3.18 La grièveté' des conséquences (en %) par personne qui déclarent q'une ou plusieurs maladies, affections of handicaps de longue durée entraîne une gêne, selon sexe en âge, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

	Total**	Âge								
		0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 +	
Aucune gêne										
Homme	27,9 (19,7-36,0)	48,4	25,1	29,7	16,8	23	26,9	25,2	13,7	
Femme	34,3 (24,5-44,1)	59,6	33,2	30,6	32,8	25	21	27,2	29,5	
Léger										
Homme	31,7 (23,5-39,9)	36,6	31,5	29,5	36,9	34,7	25,6	17,3	36,7	
Femme	26,6 (19,6-33,7)	8,6	46	28,5	36,1	32,2	20,4	29,1	8,3	
Moyen										
Homme	19,0 (13,4-24,6)	16,6 (10,3-22,9)	3,4	19,5	22,5	14,9	33,2	26,4	8,9	37,7
Femme		8,5	12,7	15,8	9,1	17,1	26,7	23,9	36,7	
Grave										
Homme	21,4 (14,7-28,2)	11,5	23,9	18,2	31,3	9,1	21,1	48,6	11,9	
Femme	22,5 (14,0-31,0)	23,3	8,1	25,1	21,9	25,7	31,9	19,8	25,5	
* :	Léger : parfois limité lors des occupations quotidiennes Moyen : souvent limité lors des occupations quotidiennes Grave : parfois à souvent alité									
** :	Standardisé par âge avec 95% BI									

Conséquences des maladies, affections ou handicaps de longue durée et caractéristiques de fond

Il y a un lien négatif entre le niveau d'instruction et la déclaration de gêne à cause d'une affection. La prévalence est de 42% dans la catégorie de la population au niveau d'instruction le moins élevé et de 19% dans la catégorie de la population au niveau d'instruction le plus élevé. Après standardisation par âge et sexe ce lien persiste nettement (Tableau 5.3.19). Le lien avec le niveau de revenu suit le même gradient.

La partie de la population qui estime sa santé négative a 4 fois plus de gêne des affections en comparaison avec les personnes qui ont une perception positive de leur santé. Comme indiqué au Tableau 5.3.19, cette différence persiste après standardisation par âge et sexe.

Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la fréquence des encombrements à cause d'affections et les habitudes tabagiques, même si la prévalence est la moins élevée chez les non-fumeurs (Tableau 5.3.19).

Comparé à la Région Flamande (23%), une plus grande partie de la population dans la Région Bruxelloise (26%), déclare que l'affection aiguë entraîne une gêne. Cette proportion équivaut à la prévalence dans la Région Wallonne (27%). Après standardisation par âge et sexe, la différence comparé à la Région Flamande n'est plus significative.

Dans une régression logistique où l'on tient compte de l'âge, du sexe, mais aussi des variables socio-économiques, la perception de la santé et les habitudes tabagiques, seul le lien entre le fait d'être gêné à

cause d'une affection d'une part et le niveau d'instruction et la perception subjective de la santé d'autre part est significatif.

Tableau 5.3.19 La fréquence d'encombrements à cause d'une ou plusieurs maladies, affections ou handicaps de longue durée (en %) (MB01_1) par personne, selon sexe et standardisée par âge et sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

		%	95% B.I.
SEXE	Homme	27,6	(24,5-30,8)
	Femme	25,6	(22,7-28,4)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	38,4	(31,1-45,7)
	Inférieur	31,6	(25,8-37,3)
	Secondaire inférieur	29,5	(25,2-33,7)
	Secondaire supérieur	26,2	(21,9-30,5)
	Supérieur	20,3	(17,4-23,2)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	21,4	(15,8-27,0)
	20.000-30.000	33,9	(29,4-38,5)
	30.000-40.000	30,6	(26,1-35,1)
	40.000-60.000	25,8	(22,1-29,5)
	>60.000	18,5	(14,4-22,5)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	19	(16,3-21,8)
	Très mauvaise à modérée	à 59,6	(54,2-64,9)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	28,1	(23,8-32,4)
	A fumé avant	30,8	(26,5-35,2)
	Fumeur moyen (<20)	31,4	(26,3-36,6)
	Gros fumeur	37	(30,5-43,5)

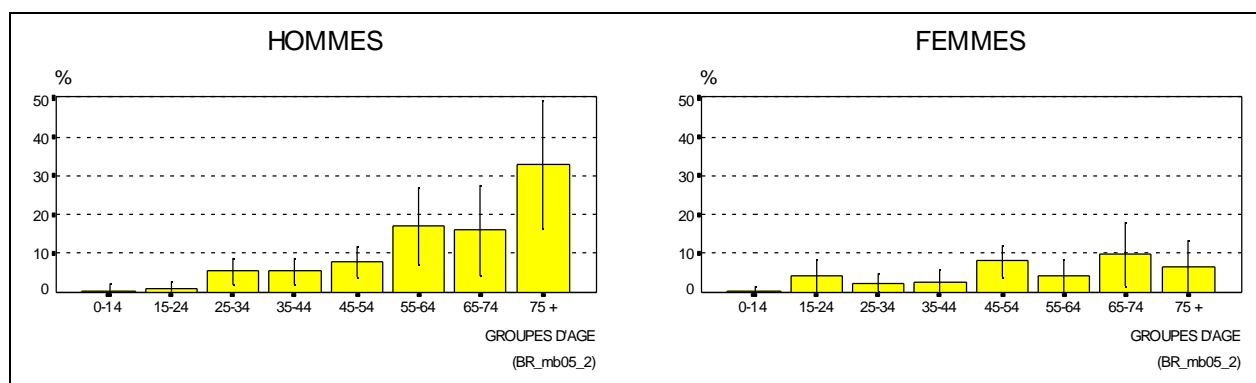
5.3.3.1.6 Invalidité ou handicap officiellement reconnu

Parmi la population, 6% dit avoir une invalidité ou un handicap officiellement reconnu. C'est-à-dire 4% chez les femmes et 8% chez les hommes. Cette différence est statistiquement significative après standardisation par âge. Le pourcentage attribué est en moyenne de 64%.

Comme cause du handicap (officiellement reconnu ou non) 44% déclare une maladie. Les accidents et les maladies de travail sont la raison dans 10% et 8% des cas, chez les hommes les chiffres sont respectivement de 14% et 14%.

Chez les hommes, la prévalence augmente avec l'âge (Figure 5.3.12).

Figure 5.3.12 Invalidité ou handicap officiellement reconnu (en %) (MB05_2) par personne, selon âge et sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997



Handicap ou invalidité officiellement reconnu et caractéristiques de fond

Il y a un lien entre le niveau d'instruction et de revenu d'une part et la prévalence des invalidités et handicaps officiellement reconnus d'autre part. Dans la population ayant un niveau d'instruction du secondaire inférieur (8%) ou de l'inférieur (13% et 15%), la prévalence est supérieure à celle de la population ayant un niveau d'instruction du secondaire supérieur (4%) ou de l'enseignement supérieur (3%). La prévalence est la même dans les 3 catégories de revenu les plus basses, 5% à 8% versus 4% et 2% dans les deux catégories au revenu les plus élevées. Après standardisation par âge et sexe, ce lien négatif persiste, surtout concernant le niveau d'instruction (Tableau 5.3.20). L'importance de la reconnaissance baisse avec le gradient socio-économique. La gravité de la reconnaissance décroît avec le gradient socio-économique. Ainsi, le pourcentage d'invalidité reconnue compte dans les niveaux d'instruction les moins élevés en moyenne 66% versus 58% dans le groupe au niveau d'instruction le plus haut. Dans les deux groupes de revenu extrêmes, les chiffres sont respectivement de 72% et 48%.

Le nombre de personnes qui estiment leur santé négative a une prévalence qui est 8 fois plus élevée comparé à la prévalence des personnes qui ont une perception positive de leur santé. Comme indiqué dans le Tableau 5.3.20., la considérable différence persiste, même après standardisation par âge et sexe.

Les non-fumeurs (4%) ont une prévalence d'invalidité ou d'handicap officiellement reconnus moins élevée comparé aux anciens, moyens et gros fumeurs (respectivement 9%, 8%, 7%). Ces différences ne sont néanmoins pas significatives après standardisation par âge et sexe.

La prévalence d'invalidité officiellement reconnue s'élève à 6% dans la Région Bruxelloise et elle n'est pas statistiquement différente en comparaison avec Région Flamande (4%) et la Région Wallonne (7%).

Dans une régression logistique, où l'on tient compte de l'âge, du sexe mais aussi des variables socio-économiques, la perception de la santé et les habitudes tabagiques, les associations susmentionnées restent les mêmes.

Tableau 5.3.20 Invalidité ou handicap officiellement reconnus (en %) (MB05_2) par personne standardisés par âge en sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

		%	95% B.I.
SEXE	Homme	8,4	(6,3-10,5)
	Femme	4,3	(2,9- 5,7)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	14,2	(9,3-19,1)
	Inférieur	14,2	(9,7-18,7)
	Secondaire inférieur	8,6	(5,7-11,5)
	Secondaire supérieur	3,2	(1,5- 4,8)
	Supérieur	3,1	(1,8- 4,4)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	5,9	(2,3- 9,6)
	20.000-30.000	9,9	(6,5-13,3)
	30.000-40.000	8,6	(5,8-11,5)
	40.000-60.000	4,8	(2,7- 6,8)
	>60.000	1,6	(0,3- 3,0)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	2,9	(1,7- 4,2)
	Très mauvaise à modérée	à 18,1	(14,1-22,1)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	5,1	(3,1- 7,0)
	A fumé avant	7,4	(5,0- 9,9)
	Fumeur moyen (<20)	8,3	(5,0-11,6)
	Gros fumeur	10,3	(5,9-14,6)

5.3.3.2. Incapacités Fonctionnelles de Courte Durée

5.3.3.2.1 Limitations fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës (IC01-IC01_2 en IC04-IC04_2)

Au cours des deux semaines précédant l'enquête 10% des personnes interrogées ayant un an ou plus n'a pas su faire une activité habituelle à cause de problèmes physiques et 3% à cause de problèmes émotionnels ou mentaux. Chez les femmes le nombre de personnes s'élève respectivement à 11% et 3%; chez les hommes à 9% et 3%. Sur base de ces données une estimation a été faite du nombre de jours en moyenne et sur base annuelle en incapacité fonctionnelle de courte durée ou le nombre de jours en moyenne et sur base annuelle alités à cause de maladies aiguës.

À cause des problèmes physiques ce chiffre s'élève à en moyenne 20 jours en incapacité fonctionnelle dont 8 jours au lit. À cause de problèmes émotionnels ou mentaux, le nombre s'élève à en moyenne 6 jours dont 4 jours au lit. Chez les femmes il s'agit de respectivement 22 jours dont 9 alités et 6 jours dont 3 alités. Chez les hommes il s'agit d'en moyenne 19 jours (dont 8 au lit) en dehors de leurs activités habituelles à cause de problèmes physiques et 7 jours (dont 4 au lit) à cause de problèmes émotionnels ou mentaux. Après standardisation par âge les différences selon sexe ne sont plus significatives (Tableau 5.3.21).

Le nombre de jours en incapacité fonctionnelle de courte durée ou alités à cause de problèmes physiques et à cause de problèmes émotionnels ou mentaux augmente en général avec l'âge.

Tableau 5.3.21 Le nombre de jours en incapacité fonctionnelle de courte durée et le nombre de jours alités (moyenne et 95% B.I.) à cause de problèmes physiques (IC01_1, IC01_2) ou émotionnels ou mentaux (IC04_1, IC04_2) standardisé par âge et sexe, Région Bruxelloise, Enquête de santé, Belgique, 1997

		À CAUSE DE PROBLÈMES PHYSIQUES				À CAUSE DE PROBLÈMES ÉMOTIONNELS OU MENTAUX			
		NOMBRE DE JOURS		NOMBRE DE JOURS ALITES		NOMBRE DE JOURS		NOMBRE DE JOURS ALITES	
		n	95% B.I.	n	95% B.I.	n	95% B.I.	n	95% B.I.
SEXE	Homme	19,3	(15,5-23,1)	8,2	(5,9-10,6)	7,3	(4,8- 9,8)	5,0	(2,9- 7,1)
	Femme	21,6	(17,8-25,4)	7,9	(5,8-10,1)	4,9	(3,0- 6,7)	2,8	(1,4- 4,2)
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun diplôme	27,6	(13,1-42,1)	5,3	(0,0-11,2)	2,2	(0,0- 5,8)	0,6	(0,0- 2,4)
	Inférieur	29,7	(20,9-38,4)	14,8	(9,1-20,5)	11,3	(6,5- 16,1)	8,4	(4,3-12,6)
	Secondaire inférieur	33,6	(23,8-43,3)	11,6	(6,7-16,5)	6,3	(1,8- 10,7)	3,4	(0,1- 6,7)
	Secondaire supérieur	15,5	(10,7-20,3)	5,2	(2,9- 7,6)	4,8	(1,9- 7,8)	2,0	(0,3- 3,7)
	Supérieur	14,1	(10,4-17,8)	4,6	(2,6- 6,7)	2,5	(1,0- 4,0)	1,4	(0,1- 2,7)
REVENU EQUIVALENT (FB)	< 20.000	22,6	(12,6-32,6)	7,9	(2,1-13,8)	8,1	(3,0-13,1)	2,7	(0,0- 6,2)
	20.000-30.000	28,6	(22,1-35,1)	12,2	(8,1-16,3)	9,4	(5,6-13,2)	8,0	(4,4-11,5)
	30.000-40.000	20,1	(13,9-26,3)	8,5	(4,7-12,3)	4,8	(1,9- 7,7)	1,7	(0,2- 3,2)
	40.000-60.000	22,4	(16,7-28,1)	9,1	(5,6-12,6)	4,9	(2,0- 7,9)	3,5	(0,9- 6,2)
	>60.000	9,0	(5,3-12,6)	2,9	(0,7- 5,0)	1,8	(0,0- 3,5)	1,4	(0,0- 3,1)
PERCEPTION DE LA SANTÉ	Bonne à très bonne	10,9	(8,3-13,5)	3,0	(1,8- 4,2)	1,5	(0,5- 2,4)	0,4	(0,0- 0,9)
	Très mauvaise à modérée	47,5	(37,8-57,2)	20,4	(14,6-26,1)	17,3	(11,0-23,5)	11,8	(6,4-17,2)
HABITUDES TABAGIQUES	N'a jamais fumé	15,6	(11,2-20,1)	4,2	(2,3- 6,0)	1,5	(0,5- 2,5)	0,3	(0,0- 0,7)
	A fumé avant	28,3	(21,2-35,4)	13,3	(8,6-18,0)	8,5	(5,0-12,1)	6,6	(3,5- 9,8)
	Fumeur moyen (<20)	17,9	(11,4-24,4)	4,7	(2,2- 7,1)	2,6	(0,7- 4,6)	0,9	(0,0- 1,8)
	Gros fumeur	21,7	(11,4-31,9)	9,7	(3,6-15,9)	22,0	(7,9-36,2)	13,4	(1,6-25,3)
Personnes ayant un an ou plus									

Limitations fonctionnelles de courte durée à cause de maladies aiguës et caractéristiques de fond

Il y a un lien clairement négatif entre le niveau d'instruction et de revenu et la fréquence des limitations fonctionnelles de courte durée à cause de problèmes physiques ou à cause de problèmes émotionnels ou mentaux. Après standardisation par âge et sexe, la population d'un niveau d'instruction du secondaire inférieur ou inférieur, souffre en moyenne 30 jours ou plus d'incapacités temporaires à cause de problèmes

physiques. Dans la population du niveau d'instruction secondaire supérieur ou supérieur le nombre de jours compte en moyenne 14 à 16 jours (Tableau 5.3.21).

Le nombre de jours en incapacité ou le nombre de jours alités est largement quintuplé chez les personnes ayant une perception négative de leur santé en comparaison avec les personnes estimant leur santé positive. Comme indiqué au Tableau 5.3.21, les différences persistent, même après standardisation par âge et sexe.

Le nombre de jours sur base annuelle en incapacité de courte durée et le nombre de jours alités à cause de problèmes physiques ou à cause de problèmes d'ordre émotionnel ou mental est le moins élevé chez les non-fumeurs comparé aux anciens et gros fumeurs. Après standardisation par âge, ce lien persiste même si les différences ne sont pas toujours statistiquement significatives.

La population dans la Région Bruxelloise (20 jours) compte après standardisation par âge et sexe, en moyenne et sur base annuelle, moins de jours en incapacités de courte durée et moins de jours alités. Le nombre de jours en incapacité de courte durée à cause de problèmes physiques est supérieur de façon significative comparé à la Région Wallonne. Le nombre de jours en incapacité à cause de problèmes émotionnels ou le nombre de jours alités s'avère statistiquement supérieur de façon significative.

5.3.4. Bibliographie²

1. Omran A.R. - The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971; 49: 503-538.
2. Health for all targets. The health policy for Europe. Copenhagen. WHO, Regional Office for Europe, 1991; 1-228.
3. Ware Jr, J.E. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston. The Health Institute, New England Medical Center, 1993;
4. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva. WHO, 1980;
5. de Bruin, A., Picavet, H., Nossikov, A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods. Copenhagen. WHO-Europe, CBS-Netherlands, 1996; 1-161.