


Enquête de Santé par Interview Belgique 2001



Synthèse



**Rue de Louvain, 44
1000 Bruxelles**

**Section d'Epidémiologie
Rue Juliette Wytsman, 14
1050 Bruxelles
Tél : 02/642.57.94
e-mail his@iph.fgov.be
[http://www.iph.fgov.be/epidemie/
epifr/index4.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm)**

Equipe de recherche :

**Jamila Buziarsist
Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Jean Tafforeau
Johan Van der Heyden
Herman Van Oyen**

Avec la collaboration de :

**Pieter-Jan Miermans
Francis Sartor**

Equipe logistique :

**Monique Schoonenburg
Véronique Verhocht**

Table des Matières

INTRODUCTION	5
1. ETAT DE SANTÉ.....	7
1.1. SANTÉ SUBJECTIVE.....	8
1.2. SANTÉ PHYSIQUE.....	9
1.2.1. Affections chroniques	9
1.2.2. Affections aiguës.....	11
1.3. SANTÉ MENTALE.....	11
1.4. LIMITATION DE L'ACTIVITÉ ET RESTRICTION DE LA PARTICIPATION	14
2. STYLES DE VIE.....	17
2.1. ACTIVITÉS PHYSIQUES.....	17
2.1.1. Niveau d'activité physique.....	17
2.1.2. Risque par manque d'activité physique.....	18
2.2. NUTRITION.....	19
2.2.1. Habitudes nutritionnelles.....	19
2.2.2. Etat nutritionnel.....	20
2.2.3. Préoccupation pour le poids	21
2.3. CONSOMMATION D'ALCOOL.....	21
2.4. CONSOMMATION DE TABAC	23
2.5. USAGE DE DROGUES ILLICITES.....	25
2.6. SANTÉ ET SEXUALITÉ.....	26
2.6.1. Utilisation d'une méthode de planning familial.....	26
2.6.2. Protection contre les maladies sexuelles transmissibles	27
3. PRÉVENTION	28
3.1. VACCINATION	29
3.1.1. Vaccination contre le tétanos.....	29
3.1.2. Vaccination contre l'hépatite B.....	30
3.1.3. Vaccination contre la grippe.....	30
3.2. PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE.....	31
3.2.1. Hypertension artérielle	31
3.2.2. Hypercholestérolémie.....	31
3.3. DÉPISTAGE DU DIABÈTE.....	32
3.4. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	33
3.4.1. Auto examen des seins.....	33
3.4.2. Examen clinique des seins.....	33
3.4.3. Mammographie	34
3.5. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.....	35

4. CONSOMMATION DE SOINS.....	37
4.1. CONTACTS AVEC DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.....	37
4.1.1. Contacts avec le médecin généraliste.....	37
4.1.2. Contacts avec le médecin spécialiste.....	39
4.1.3. Service des urgences.....	40
4.1.4. Contacts avec le dentiste.....	41
4.1.5. Contact avec les services paramédicaux	42
4.2. HOSPITALISATION	43
4.3. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS	44
4.3.1. Consommation de médicaments soumis à la prescription d'un médecin	45
4.3.2. Consommation de médicaments de comptoir	45
4.4. SATISFACTION DES PATIENTS.....	46
4.5. THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES	48
5. SANTÉ ET SOCIÉTÉ	49
5.1. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ.....	49
5.2. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ.....	50
5.2.1. Etat de santé.....	50
5.2.2. Styles de vie	50
5.2.3. Prévention.....	51
5.2.4. Consommation de soins	51
5.2.5. Santé et société.....	52
5.3. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT.....	52
5.4. ACCIDENTS, SÉCURITÉ ROUTIÈRE ET VIOLENCE	53
5.4.1. Accidents.....	53
5.4.2. Morsures de chien	53
5.4.3. Violence	53
5.4.4. Sécurité routière.....	54
5.5. SANTÉ SOCIALE	55
5.6. SERVICES SOCIAUX ET PRÉVENTIFS	56

Introduction

Ce document présente la synthèse des résultats de la deuxième Enquête de Santé par interview qui a été réalisée en Belgique en 2001. De nombreuses problématiques ont été abordées dans le cadre de cette enquête; le choix de celles-ci s'est opéré sur base des principaux objectifs de santé publique dans notre pays d'une part, et sur base des recommandations internationales en matière d'information sanitaire d'autre part. Ces problématiques ont été regroupées en cinq grands thèmes: (1) l'état de santé de la population, (2) les styles de vie et les comportements, (3) les mesures préventives, (4) la consommation de soins et (5) la santé et société.

Il existe bien sûr en Belgique de nombreuses autres sources d'information sur la santé; l'Enquête de Santé reste malgré tout une source qui présente ses propres avantages. On obtient ici un aperçu global de l'état de santé de l'ensemble de la population, et ce du point de vue des personnes elles-mêmes. L'enquête fournit également des informations sur l'état de santé et certains comportements de la population, y compris pour les personnes qui n'ont pas recours aux services de soins. L'Enquête de Santé offre en outre la possibilité d'étudier les liens entre la santé et une série de facteurs déterminants. Enfin, la répétition périodique des enquêtes permet d'étudier l'évolution des problématiques au cours du temps.

Les résultats d'une enquête par interview doivent bien entendu être interprétés avec une certaine prudence. Il ne faut pas perdre de vue le caractère subjectif des informations qui sont recueillies: on se base sur ce que les personnes interrogées ont bien voulu déclarer. Ensuite, l'extrapolation à l'ensemble de la population des résultats observés au sein d'un échantillon est toujours entachée d'une certaine marge d'erreur. Ceci est dû notamment au fait que la représentativité d'un échantillon n'est jamais parfaite, et ce malgré tous les efforts qui peuvent être menés dans ce domaine. Le respect des règles de base en matière de statistique impose également d'adopter une certaine réserve dans l'interprétation des données en provenance des enquêtes.

Il est donc important d'insister sur le fait que les résultats qui sont présentés ici ne sont que des estimations; ces dernières peuvent donc se révéler quelque peu différentes des résultats que l'on aurait obtenus si l'on avait interrogé l'ensemble de la population. Il faut donc être d'autant plus avisé que le nombre de sujets étudiés est petit. Ainsi, les résultats observés au niveau des régions, par exemple, sont sans doute un peu moins fiables que ceux que l'on observe pour l'ensemble du pays.

Au total, 12.111 personnes ont été interrogées à domicile dans le cadre de l'Enquête de Santé belge de 2001. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi les 11 millions d'habitants de la Belgique. Cela permet d'obtenir des résultats représentatifs et une bonne image de la santé de la population. L'enquête était ouverte à tout le monde, sans critère d'exclusion, ni en ce qui concerne la nationalité, ni en ce qui concerne le groupe d'âge. Toutefois, certaines questions de l'enquête étaient posées seulement aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Tout a été mis en oeuvre pour essayer de respecter le mieux possible le profil de la population. L'échantillon aléatoire a été tiré au niveau du Registre National de la Population. On a effectué un échantillonnage systématique des ménages, après stratification par région, par province et par commune. De cette manière, 4.100 interviews ont été réalisées en Flandre, 3.006 à Bruxelles et 5.005 en Wallonie.

Le nombre de personnes qui ont été sélectionnées dans chaque province était en principe proportionnel à la taille de la province en question. Toutefois, quatre provinces ont demandé de pouvoir bénéficier d'un sur-échantillon.

Au sein même des provinces, quelques communes seulement ont été sélectionnées. Le choix de ces dernières s'est également fait de manière aléatoire, et de telle façon qu'aussi bien les grandes métropoles que les petites bourgades avaient des chances d'être sélectionnées.

Au sein de chaque commune sélectionnée, 50 personnes au moins devaient être interrogées. Pour ce faire, un nombre restreint de ménages a donc été sélectionné dans chaque commune. Plusieurs personnes d'un même ménage étaient interrogées, jusqu'à concurrence de 4 au maximum. Parmi les personnes interrogées, on retrouve chaque fois obligatoirement la personne de référence du ménage et, le cas échéant, son ou sa partenaire.

Afin de pouvoir faire une estimation correcte des résultats, tant au niveau du pays qu'à celui de chacune des régions, un facteur de pondération a été calculé pour chaque individu ayant participé à l'enquête. Ce dernier prend en compte la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, au sein de la commune, de la province et de la région. Il prend également en compte le trimestre au cours duquel l'interview a été réalisée (pour minimiser les effets saisonniers).

Malgré cette panoplie de précautions, l'échantillon n'est pas parfaitement représentatif de la population. Citons notamment le cas des personnes qui ne sont pas reprises au Registre National de la Population; ces dernières ne sont, par la force des choses, pas représentées au sein de l'échantillon.

En outre, la participation à l'enquête se faisant sur une base volontaire, un certain nombre de ménages ont refusé de participer. Pour pallier ce genre situation, des ménages de remplacement avaient été prévus; ceux-ci ont été sélectionnés au hasard dans la même commune que le ménage de départ, mais présentent les mêmes caractéristiques en ce qui concerne le nombre de membres dans le ménage et l'âge de la personne de référence. Donc, chaque fois qu'un ménage refusait de participer à l'enquête ou ne pouvait être contacté (après plusieurs tentatives), un ménage de remplacement a été utilisé. Sur l'ensemble des ménages que les enquêteurs ont effectivement pu contacter, 61% ont accepté de participer à l'enquête. Les 39% ont refusé de participer pour diverses raisons : manque d'intérêt, manque de temps, ...

Trois types de questionnaires différents ont été utilisés pour l'enquête. Le premier s'intéresse au ménage en tant que tel: la taille du ménage, sa composition, les revenus, les dépenses en matière de santé. Il était rempli sur place par l'enquêteur, qui lisait les questions et notait directement les réponses dans le questionnaire. Un deuxième questionnaire était rempli de la même façon pour chacune des personnes sélectionnées dans les ménages. Pour les personnes qui ne pouvaient pas répondre elles-mêmes, à cause d'une maladie par exemple, une autre personne pouvait répondre à sa place (proxi). Il en était de même pour les enfants de moins de quinze ans. Enfin, un troisième type de questionnaire devait être rempli directement (par écrit) par la personne; ce questionnaire a toutefois été limité aux personnes âgées de quinze ans et plus. Il s'agissait ici de thématiques plus sensibles comme par exemple, la santé mentale, la consommation d'alcool ou de tabac, etc. Les données recueillies sont présentées par chapitres, en relation aux cinq thèmes abordés. Chaque chapitre est structuré en divers modules particuliers.

1. Etat de Santé

Ce chapitre se focalise sur les problèmes de santé physique et mentale auxquels la population est confrontée. Etant donné que nous restons dans le cadre d'une enquête générale, il n'a pas été possible d'explorer en détail toutes les pathologies. Dès lors, des pathologies physiques ou mentales ont été sélectionnées, et ce, sur base de leur fréquence relative dans nos sociétés et leur pertinence en termes de santé publique.

Les modules suivants font partie du chapitre relatif à l'évaluation de l'état de santé de la population :

1. Evaluation subjective de l'état de santé;
2. Maladies chroniques;
3. Affections aiguës;
4. Santé mentale;
5. Limitation de l'activité et restriction de la participation.

Le cheminement des problématiques incluses dans ce chapitre part d'une perspective très générale de l'état de santé vers une précision progressive des différents problèmes de santé dont souffrent les gens, jusqu'à leurs conséquences dans la vie quotidienne. Les cinq problématiques abordées par module sont brièvement décrites ci-dessous.

L'appréciation que les individus font eux-mêmes de leur propre santé, abordée dans le premier module, est fondamentale pour l'évaluation des progrès en matière de santé. Cette perception subjective de la santé fournit une bonne idée de l'état de santé réelle d'une population.

Après ce premier coup de sonde sur l'état général de la santé, on considère alors les maladies ou affections précises dont souffrent les individus de manière chronique ou prolongée. Ce deuxième module présente le nombre de personnes atteintes d'une ou de plusieurs affections et la distribution de ces différentes affections dans la population.

A côtés des troubles physiques, l'impact des problèmes de santé mentale ou des troubles émotionnels sur le bien-être et la qualité de la vie reçoit de plus en plus d'attention au sein des instances chargées de la santé publique. L'Enquête de Santé s'intéresse au « mal-être » global de la population et à certaines affections mentales particulières, comme les troubles somatiques, anxieux, dépressifs et les troubles du sommeil. Des informations liées à la consommation de médicaments psychotropes sont également présentées, de même que l'indication d'une dépression survenue dans l'année écoulée.

Pour terminer cette partie, l'enquête se penche sur les conséquences ou les limitations que ces problèmes – physiques et psychologiques – imposent sur la vie quotidienne de la population. Il importe de bien cerner ces limitations, lourdes de conséquences tant au niveau individuel que social et professionnel. Ici aussi, on part d'une appréciation très générale de la gêne ressentie de par ces affections, pour la préciser petit à petit : diminution des capacités physiques, limitation dans les activités quotidiennes et de la liberté de mouvement, reconnaissance officielle de l'invalidité, incapacités temporaires.

1.1. Santé Subjective

La santé subjective est une mesure globale qui inclut différentes dimensions de la santé (physique, sociale et émotionnelle). Cette perception subjective de la santé peut se révéler plus déterminante que des mesures de santé objectives. Indépendamment de l'état de santé réel, le fait de se sentir en bonne santé ou non joue un rôle fondamental sur la qualité de la vie des individus.

Presque un quart de la population belge (23%) estime que leur état de santé n'est pas satisfaisant, tandis que trois quarts des personnes interrogées évaluent leur propre état de santé comme bon à très bon. Trois quarts de la population trouvent que leur état de santé n'a pas changé au cours de la dernière année; 13% estiment qu'il s'est amélioré et 13% qu'il s'est détérioré.

Les femmes sont en général plus nombreuses que les hommes à être insatisfaites de leur état de santé actuel, ainsi que de l'évolution de celui-ci au cours des douze derniers mois. Ce contraste se vérifie dans quasiment toutes les tranches d'âge.

Le pourcentage de personnes estimant que leur état de santé n'est pas satisfaisant augmente avec l'âge pour atteindre plus de 54% chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Tableau 1 : Population de 15 ans et plus (en %) insatisfaite de son état de santé, par sexe et par âge, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Groupes d'âge	Hommes	Femmes
15-24	5%	10%
25-34	11%	9%
35-44	12%	17%
45-54	21%	26%
55-64	31%	30%
65-74	39%	45%
75 +	51%	56%
Total	20%	25%

Le niveau d'instruction a une relation directe avec la santé subjective: les personnes des milieux moins "scolarisés" déclarent plus souvent une mauvaise santé. Ces différences sont observées tant au niveau de l'ensemble du pays que dans chacune des régions.

La perception subjective de la santé ne varie pas en fonction du niveau d'urbanisation. En revanche, la santé subjective varie sensiblement d'une région à l'autre: en Région flamande, 21% des résidents estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant contre 26% à Bruxelles et en Région wallonne.

Les résultats observés en 1997 et 2001 sont quasiment identiques: 22% des personnes interrogées en 1997 n'étaient pas satisfaites de leur état de santé, pour 23% en 2001.

Tableau récapitulatif pour la santé subjective, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui...

- juge son état de santé comme moyen à très mauvais	23%
- juge son état de santé comme moins bon que l'an dernier	13%
- juge son état de santé comme meilleur que l'an dernier	13%

1.2. Santé Physique

1.2.1. Affections chroniques

Les maladies chroniques ou affections de longue durée ont des conséquences spécifiques sur l'état de santé, sur le fonctionnement et sur la consommation de soins. Il est donc important de disposer d'informations sur la prévalence de ces maladies, de savoir quelles sont celles qui sont les plus fréquentes et de pouvoir mesurer leur impact sur le fonctionnement et la consommation de soins.

Sur base d'une liste de 36 maladies chroniques (proposée dans le questionnaire de l'enquête), on estime que la moitié de la population (52%) souffre d'au moins une maladie de longue durée, et que 29% souffre de plusieurs maladies chroniques simultanément (comorbidité). Les femmes déclarent plus souvent souffrir d'une maladie chronique que les hommes. La prévalence des maladies, et plus particulièrement de la comorbidité, augmente fortement avec l'âge: après 65 ans, plus de la moitié de la population souffre d'au moins deux maladies chroniques.

Tableau 2 : Population (en %) ayant des maladies ou des affections de longue durée, par sexe et par âge, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Hommes (de tous les âges)		Femmes (de tous les âges)	
Allergie	13%	Arthrose	15%
Hypertension	10%	Allergie	14%
Affection persistante au dos	9%	Hypertension	13%
Arthrose	9%	Migraine	12%
Sinusite	6%	Affection persistante au dos	10%
Migraine	5%	Inflammation des articulations	8%
Bronchite chronique	5%	Sinusite	8%
Asthme	5%	Dépression	6%
Dépression	4%	Fatigue chronique	6%
Inflammation des articulations	4%	Bronchite chronique	5%

Les maladies les plus fréquentes sont celles qui se rapportent au système locomoteur (principalement arthrose et lombalgies persistantes) et au système cardiovasculaire (surtout l'hypertension artérielle) ainsi que les problèmes d'allergie.

Les migraines sont aussi souvent mentionnées chez les femmes. Chez les personnes de 65 ans et plus, les hommes rapportent fréquemment des problèmes de prostate et les femmes, des problèmes d'ostéoporose.

Les personnes qui souffrent de maladie(s) chronique(s) sont, pour la plupart, suivies pour cela par un médecin. C'est seulement dans le cas de migraines que moins de la moitié des patients consultent un médecin. Les patients avec de l'hypertension, du diabète, une bronchite chronique ou une sinusite sont surtout suivis par un médecin généraliste. Les problèmes ophtalmologiques sont plutôt suivis par le spécialiste. Les troubles cardiaques graves, les ulcères à l'estomac ou au duodénum, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers sont pris en charge à la fois par le médecin généraliste et par le spécialiste.

Les maladies chroniques qui entraînent la consommation de médicaments la plus importante (dans plus de 80% des cas) sont l'asthme, la bronchite chronique, les troubles cardiaques, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux. Pour quelques maladies seulement, comme la fatigue chronique ou les troubles au niveau vésiculaire, moins de la moitié des patients déclarent consommer des médicaments.

Les personnes issues des milieux les moins "instruits" ont en moyenne plus de maladies chroniques et souffrent plus souvent de pathologies multiples.

On observe des différences régionales dans la prévalence des maladies chroniques. En Région flamande, le nombre moyen de maladies déclarées est plus bas qu'en Région bruxelloise ou qu'en Région wallonne. On souffre aussi moins souvent de pathologies multiples dans la Région flamande et la prévalence de certaines maladies comme le diabète et les migraines est plus basse.

La prévalence de la plupart des maladies a relativement peu changé en 2001 par rapport à 1997, et les trois affections les plus fréquentes sont restées dans le même ordre. Cependant, la prévalence de l'hypertension semble avoir augmenté sensiblement, ce qui peut s'expliquer par le vieillissement de la population.

Tableau récapitulatif pour les maladies chroniques, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui souffre de...

- allergies	14%
- hypertension	12%
- arthrose	12%
- affections persistantes au dos	10%
- migraine	9%
- diabète	3%
- une seule maladie chronique	24%
- au moins deux maladies chroniques	29%

1.2.2. Affections aiguës

Les maladies aiguës sont fréquentes et constituent une raison importante de visite chez le médecin et de consommation de médicaments. Ces maladies entraînent aussi souvent des arrêts de travail. Les maladies prises en compte dans le cadre de l'Enquête de Santé sont les diarrhées aiguës, les bronchites aiguës et pneumonies, et les crises d'asthme apparues au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Environ 6% des personnes interrogées se sont plaintes de problèmes de diarrhée aiguë. Les taux sont de 4% pour les bronchites aiguës/pneumonies et de 2% pour les crises d'asthme. Chez les personnes qui ont déclaré qu'elles souffraient de bronchite chronique ou d'asthme, l'incidence d'un épisode aigu est respectivement de 28% et de 22%.

On n'observe pas pour ces affections de différences par sexe, par âge, par lieu de résidence (région ou niveau d'urbanisation) ou par niveau d'instruction.

Un médecin est consulté dans la plupart des cas de bronchite aiguë/pneumonie (64%), mais moins souvent en cas de crise d'asthme (35%) ou de diarrhée aiguë (25%). La présence de fièvre comme symptôme associé en cas de diarrhée, et surtout de bronchite, est une raison importante de consulter un médecin.

Les personnes ayant souffert d'une bronchite aiguë rapportent plus souvent avoir pris un antibiotique au cours des deux dernières semaines que les personnes ayant souffert de diarrhée aiguë.

Tableau récapitulatif pour les affections aiguës, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population ayant souffert d'un(e)...</i>	
- épisode de diarrhée aiguë	6%
- épisode de bronchite aiguë / pneumonie	4%
- crise d'asthme	2%

1.3. Santé Mentale

La santé mentale est capitale pour le bien-être des individus et une vie de qualité. Au-delà de la souffrance et des incapacités qu'elles occasionnent, l'impact social et économique des maladies mentales est énorme. On dispose de très peu d'informations sur le nombre de personnes atteintes de troubles mentaux, et on ne sait pas combien de personnes ne reçoivent pas de soins dont ils ont besoin. L'Enquête de Santé permet de donner des informations générales sur la santé mentale de la population.

En Belgique, une personne sur quatre présente un "mal-être" psychologique au moment de l'enquête et pour la moitié d'entre eux, soit 13% de la population, il pourrait s'agir de problèmes assez sérieux de santé mentale. Plus précisément, on estime que 9% de la population connaît des troubles dépressifs, 8% se plaint de symptômes somatiques, 6% manifeste des symptômes anxieux et 20% - soit une personne sur cinq - signale des troubles du sommeil.

En outre, 14% des personnes indiquent avoir consommé des médicaments psychotropes (tranquillisants, somnifères, antidépresseurs) au cours des deux dernières semaines. Enfin, 6% des individus rapportent avoir souffert d'une dépression dans l'année qui a précédé l'enquête.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes à souffrir d'un de ces troubles particuliers de la santé mentale, et elles sont aussi plus nombreuses à prendre des psychotropes (Tableau 3). Globalement, les femmes éprouvent ces troubles plus tôt dans leur existence que les hommes.

Tableau 3 : Population de 15 ans et plus (%) qui manifeste des troubles de la santé mentale ou qui consomme des psychotropes, par sexe, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

	Hommes	Femmes
Troubles récents:		
Mal-être global*	20%	29%
Problème de santé mentale**	10%	16%
Troubles somatiques	5%	10%
Troubles dépressifs	7%	10%
Troubles anxieux	5%	7%
Troubles du sommeil	17%	23%
Dépression dans l'année écoulée	5%	8%
Consommation récente de psychotropes		
Somnifères	5%	11%
Tranquillisants	4%	7%
Antidépresseurs	4%	6%

* Score GHQ-12 dichotomisé à la valeur [2+] ; ** Score GHQ-12 dichotomisé à la valeur [4+]

De manière générale, les problèmes psychoaffectifs (mal-être, dépression, anxiété) se manifestent à tous les âges, tandis que les troubles à connotation biologique (troubles somatiques et du sommeil) sont plus courants aux âges plus avancés. Le recours aux médicaments psychotropes devient aussi plus fréquent en prenant de l'âge, qu'il s'agisse de somnifères, de tranquillisants ou d'antidépresseurs.

Les troubles de la santé mentale sont plus concentrés dans les couches les moins scolarisées de la population. Cette relation est toutefois moins prononcée en Région wallonne que dans le reste du pays. En revanche, le "mal-être" global touche toutes les couches de la population, quel que soit le niveau d'instruction.

Le degré d'urbanisation du lieu de résidence n'est pas lié au développement des troubles de la santé mentale. On remarque pourtant que Bruxelles se démarque par rapport aux autres grandes villes et aux zones moins urbanisées par un "mal-être" plus fréquent et une prise plus importante de tranquillisants.

Les troubles somatiques, anxieux, dépressifs et du sommeil varient peu d'une région à l'autre du pays, quoique la Flandre affiche généralement une situation plus favorable. Les différences régionales sont plus tranchées dans les cas suivants : le mal-être psychologique, la dépression dans l'année écoulée et le recours aux médicaments psychotropes sont plus fréquents à Bruxelles et en Région wallonne qu'en Région flamande.

Enfin, trois indicateurs de la santé mentale ont pu être comparés avec ceux de l'enquête de 1997: le mal-être psychologique, la dépression dans l'année écoulée et la consommation de psychotropes. Alors que le taux de dépressions (dans l'année) n'a pas évolué, on observe une amélioration de l'indice global de bien-être psychologique, surtout chez les femmes. Par ailleurs, l'utilisation de psychotropes a augmenté au niveau national (mais non les antidépresseurs) et dans la Région flamande (surtout les tranquillisants).

Tableau récapitulatif des problèmes de santé mentale, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui souffre de...</i>	
- mal-être global*	25%
- problème de santé mentale**	13%
- troubles somatiques	8%
- troubles dépressifs	9%
- troubles anxieux	6%
- troubles du sommeil	20%
- dépression dans l'année écoulée	6%
<i>Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui consomme...</i>	
- des psychotropes	14%
- des somnifères	8%
- des tranquillisants	6%
- des antidépresseurs	5%

* Score GHQ-12 dichotomisé à la valeur [2+]; ** Score GHQ-12 dichotomisé à la valeur [4+]

1.4. Limitation de l'Activité et Restriction de la Participation

Les maladies chroniques et les affections de longue durée ont des conséquences importantes sur la qualité de la vie. Ce module traite des conséquences des maladies et affections sur le fonctionnement physique. A cet effet, plusieurs indicateurs sont pris en considération:

1. Le fait de souffrir d'une maladie ou affection de longue durée ou d'un handicap;
2. Le score de fonctionnement physique (efforts physiques simples);
3. Les limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne;
4. L'existence d'un handicap de mobilité (se déplacer).

Dans ce module, on aborde également les incapacités fonctionnelles temporaires ou de courte durée, qui ont eu lieu pendant les deux semaines précédant l'enquête et qui ont été provoquées par des problèmes aigus, tant physiques que mentaux ou émotionnels.

Une première estimation de la prévalence des limitations fonctionnelles provient de la question de savoir si les personnes souffrent d'une ou de plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps. Un quart de la population affirme être dans ce cas. Parmi ces personnes affectées, 35% affirment être limitées de temps en temps dans leurs activités quotidiennes alors que 38% indiquent être limitées en permanence.

Une image plus précise des limitations est obtenue en demandant aux personnes quelles sont les fonctions physiques qu'elles peuvent encore effectuer (marcher, monter les escaliers, porter les courses...). Un score peut être établi à partir des réponses à cette liste d'activités, où 100 correspond à une absence totale de limitation. Les résultats indiquent un score moyen de 86 dans la population de 15 ans et plus.

L'étape suivante est de vérifier les incapacités éventuelles dans les activités les plus élémentaires de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller...). Il est apparu que 14% de la population est atteinte d'une incapacité modérée ("fait ces activités avec difficulté") et 7% d'une incapacité grave ("a besoin de l'aide d'un tiers pour faire ces activités").

La dimension sociale des incapacités est abordée au travers de la notion de "handicap de mobilité", qui donne une meilleure idée de la gravité des conséquences des affections. Les chiffres indiquent que sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, 3% sont cloîtrées chez elles (maison ou jardin), 2% doivent rester assises dans un fauteuil et 1% doit rester alité.

Enfin, les gens ont également été questionnés à propos d'incapacités récentes (soit dans les deux semaines avant l'enquête) dans leurs activités habituelles survenues temporairement suite à un problème physique ou mental aigu. Un dixième de la population s'est trouvé dans cette situation: 8% affirme ne pas avoir pu poursuivre les activités normales en raison de problèmes physiques, 2% en raison de problèmes mentaux ou émotionnels.

En règle générale, les conséquences des affections sur le fonctionnement physique sont plus prononcées chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, le score moyen de fonctionnement physique est plus faible – et donc moins favorable – pour les femmes (83) que pour les hommes (90). Il en va de même pour les autres indicateurs, mais non pour le fait de souffrir d'une affection de longue durée (Tableau 4).

Tableau 4 : Conséquences des affections sur les activités, par sexe, Enquête de Santé, Belgique, 2001

	Hommes	Femmes
Limitations de longue durée		
Souffrir d'une maladie, affection ou handicap de longue durée	25%	25%
Score de fonctionnement physique *	90	83
Limitations	18%	24%
Limitation modérée	13%	15%
Limitation grave	5%	9%
Handicap de mobilité	4%	8%
Handicap modéré	2%	5%
Handicap grave	2%	3%
Limitations de courte durée		
Suite à des problèmes physiques	7%	9%
Suite à des problèmes mentaux	1%	2%

* Score variant de 0 à 100, 100 = pas de limitation fonctionnelle

Comme on pouvait s'en douter, l'âge est une variable clé en ce qui concerne la prévalence des limitations fonctionnelles ainsi que des incapacités de courte durée dues à des problèmes physiques.

Il y a un lien négatif entre le niveau d'instruction et les différents indicateurs des limitations de longue durée. Par rapport aux autres niveaux de scolarisation, les personnes appartenant aux milieux moins scolarisés rapportent proportionnellement plus souvent la présence d'affections de longue durée, de limitations ou d'incapacités fonctionnelles de courte durée

On constate des différences régionales dans l'apparition des limitations de longue durée. Ces différences ne sont pas toujours très prononcées ou statistiquement significatives. Généralement, les limitations de longue durée sont moins fréquentes en Région flamande.

En général, on ne trouve pas de différences substantielles dans les indicateurs des limitations de longue durée et de courte durée entre 1997 et 2001.

Tableau récapitulatif pour les limitations et handicaps, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui présente...

- une maladie, affection ou handicap de longue durée	25%
- des limitations fonctionnelles	21%
- un handicap de mobilité	6%
- une limitation temporaire suite à des problèmes physiques	8%
- une limitation temporaire suite à des problèmes mentaux	2%
<hr/>	
Score SF-36 moyen de fonctionnement physique*	86

* Score variant de 0 à 100, 100 = pas de limitation fonctionnelle

2. Styles de Vie

Les habitudes et les modes de vie ont une influence sur la santé, l'espérance de vie et la qualité de vie. En revanche, certains comportements nuisent à la santé lorsqu'ils constituent de véritables habitudes de vie, notamment : une consommation excessive ou chronique de tabac, d'alcool ou de drogues, une alimentation déséquilibrée, un manque d'activités physiques et d'autres comportements à risque comme les relations sexuelles non protégées, la conduite en état d'ébriété, etc.

Dans l'Enquête de Santé, quatre aspects importants ont été étudiés dans ce domaine : les activités physiques, les habitudes nutritionnelles, la consommation d'alcool et la consommation de tabac. D'autres thèmes ont également été abordés, mais de manière moins détaillée: la consommation de cannabis, d'ecstasy et d'amphétamines, l'utilisation de méthodes de planning familial et la protection des maladies sexuellement transmissibles.

Les données concernant les styles de vie n'ont été recueillies que pour les personnes âgées de 15 ans et plus.

2.1. Activités Physiques

Ce module s'attache à étudier le niveau d'activité physique de la population pendant les loisirs et au cours des sept derniers jours. De nombreuses recherches dans le domaine ont en effet permis de démontrer l'impact des exercices physiques tant au niveau de l'état de santé physique des individus qu'au niveau de la santé mentale.

Deux questions recommandées par l'OMS pour les activités physiques de loisir ont été utilisées lors de l'Enquête de Santé belge de 1997. Ces mêmes questions ont été reprises en 2001, mais elles ont été complétées par un nouveau module (IPAQ) en cours de développement au niveau international. L'IPAQ n'est pas limité aux activités de loisirs mais couvre tous les genres d'activités physiques (travail, tâches quotidiennes, ...).

Deux types d'analyse ont été effectués : d'une part le niveau d'activité physique et d'autre part par le risque pour la santé dû à un manque d'activité physique. Dans les deux cas, on fait la différence entre l'activité physique de loisir et l'activité physique en général (pratiquée dans le cadre du travail ou des activités quotidiennes).

2.1.1. Niveau d'activité physique

17% de la population de 15 ans et plus pratique une activité physique (de loisir) de manière intensive au moins 4 heures par semaine et 33% pratique au moins une fois par semaine une activité physique de loisir suffisamment importante pour transpirer. Les hommes pratiquent plus d'activités physiques que les femmes.

La pratique d'une activité physique de loisir diminue régulièrement avec l'âge. Chez les femmes, l'activité physique (de loisir) intensive est surtout de mise chez les jeunes ; elle diminue ensuite rapidement avec l'âge.

La dépense moyenne en énergie, si l'on prend en compte aussi les activités physiques pratiquées dans le cadre du travail ou des activités quotidiennes, augmente chez les 35-44 ans, pour diminuer ensuite.

En ce qui concerne les activités physiques de loisir, on observe un véritable gradient socio-économique: le pourcentage de personnes qui pratiquent une activité augmente avec le niveau d'instruction. Lorsque l'on prend en compte aussi les activités physiques pratiquées dans le cadre du travail ou des activités quotidiennes, ce gradient aurait plutôt tendance à s'inverser: la dépense moyenne en énergie diminue avec le niveau d'instruction. Cette inversion de tendance se vérifie surtout en Région flamande, moins nettement en Région wallonne et pas du tout à Bruxelles.

La pratique d'une activité physique de loisir est moins répandue à Bruxelles (et dans les autres grandes villes en Flandre) que dans les zones semi-urbaines ou rurales. La dépense moyenne en énergie, si l'on prend en compte aussi les activités physiques pratiquées dans le cadre du travail ou des activités quotidiennes, diminue quant à elle de manière très nette en fonction du niveau d'urbanisation: elle est la plus élevée dans les zones rurales et la plus basse dans la zone urbaine de Bruxelles.

La pratique d'une activité physique (de loisir) est plus répandue en Région flamande que wallonne, sauf en ce qui concerne la pratique intensive. Lorsque l'on prend en compte aussi les activités physiques pratiquées dans le cadre du travail ou des activités quotidiennes, la dépense en énergie est équivalente dans les deux régions. La pratique d'une activité physique (de loisir ou autre) est plus faible en Région bruxelloise. Cette différence est sans doute en bonne partie liée au niveau d'urbanisation.

Les niveaux d'activité physique de loisir observés en 2001 sont quasiment identiques à ceux de l'enquête de 1997. Ils semblent toutefois avoir augmenté chez les personnes âgées (hommes 65-74 ans et femmes 55-74 ans) en Région wallonne.

Enfin, à Bruxelles, tous les indicateurs du niveau d'activité physique sont plus faibles chez les personnes de nationalité non européenne par rapport aux belges ou aux non belges de nationalité européenne.

2.1.2. Risque par manque d'activité physique

En Belgique, 54% de la population est à risque par manque d'activité physique (de loisir mais aussi au travail ou sur le chemin du travail). Si on ne prend en compte que les activités de loisir, 32% de la population (de 15 ans et plus) doit être considérée comme étant à risque par manque d'activité physique (car ils ont des loisirs sédentaires).

Les femmes sont plus souvent à risque (pratiquent moins d'activités physiques) que les hommes. La proportion de personnes à risque augmente avec l'âge, plus particulièrement au-delà de 44 ans si l'on tient compte de l'ensemble des activités, et au-delà de 64 ans si on ne prend en compte que les activités de loisir.

Le pourcentage de personnes à risque par manque d'activité physique est en général plus élevé parmi les classes sociales défavorisées. Cette différence est plus marquée en Région flamande; elle est moins nette en Région wallonne et quasiment inexistante à Bruxelles.

Le manque d'activité physique augmente en général avec le niveau d'urbanisation. Il est plus élevé aussi à Bruxelles (38%) qu'en Flandre (29%), la Wallonie se situant en position intermédiaire (35%).

Le pourcentage de personnes à risque par manque d'activité physique est resté au même niveau en 2001 par rapport à 1997. Ce taux semble toutefois bien avoir diminué chez les personnes âgées (hommes 55-74 ans et femmes 65-74 ans) en Wallonie.

A Bruxelles, les personnes de nationalité non européenne sont plus à risque par manque d'activité physique par rapport aux belges ou aux non belges de nationalité européenne.

Tableau récapitulatif pour les activités physiques, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population ...</i>	
- pratiquant une activité physique de manière intensive au moins 4 heures par semaine	17%
- pratiquant au moins une fois par semaine une activité physique de loisir suffisamment importante pour transpirer	33%
- ayant un risque par manque d'activité physique (si on ne prend en compte que les activités de loisir)	32%
- ayant un risque par manque d'activité physique (si l'on tient compte de l'ensemble des activités)	46%

2.2. Nutrition

Les habitudes alimentaires ont un impact considérable sur la santé. Les éléments du régime alimentaire dont il faut tenir compte sont nombreux: la quantité, la qualité, la diversité, la composition des aliments, mais aussi la manière dont on les consomme. Cela dépasse clairement le cadre d'une enquête générale sur la santé. Il a été décidé malgré tout de récolter quelques informations par rapport aux habitudes alimentaires des personnes, à leur état nutritionnel et à leurs préoccupations éventuelles pour leur poids.

2.2.1. Habitudes nutritionnelles

Plus de trois quarts de la population (78%) déclare avoir des habitudes alimentaires stables, c'est-à-dire prendre régulièrement le petit déjeuner, le déjeuner, le souper. Certaines personnes admettent cependant ne pas prendre de petit déjeuner (19% de la population reste à jeun). Chez les 25-34 ans, un tiers des personnes interrogées ne prennent pas de petit déjeuner de manière régulière.

Un tiers de la population indique avoir diminué leur consommation de graisses au cours des deux années écoulées. Les deux grandes motivations en ce qui concerne la diminution de la consommation de graisses sont le régime et la crainte d'un excès de poids. Les jeunes (jusqu'à 25ans) consomment quant à eux plus volontiers des produits gras et ne manifestent pas leur intention de modifier leurs habitudes alimentaires.

Au total 23% de la population dit avoir augmenté sa consommation de fibres durant les deux dernières années. Pour une bonne santé, les gens optent de plus en plus pour un régime riche en fibres et font des régimes d'amaigrissement appropriés.

2.2.2. Etat nutritionnel

L'indice de masse corporelle (IMC, qui rend compte du rapport entre la taille et le poids de l'individu) permet d'évaluer la répartition des problèmes d'obésité et de maigreur excessive dans la population. Selon les normes établies, on considère qu'une personne a un poids normal pour sa taille lorsque l'IMC oscille entre 20 et 25.

Sur base des données de l'enquête, la valeur moyenne de l'IMC en Belgique est de 24,9 chez les adultes de 18 ans et plus. Cette valeur est très proche du seuil qui définit la surcharge pondérale (ICM de 25 et plus).

Au total, 46% de la population adulte peut être considérée comme ayant un poids "normal" (IMC de 20 à 24,9).

Environ 45% de la population tombe dans une classe d'IMC supérieure à la normale, et peut être qualifiée comme ayant un poids trop élevé par rapport à la taille: 33% présente un excès de poids (ICM de 25 à 29,9) et 12% souffre d'obésité (ICM de 30 et plus).

La surcharge pondérale et l'obésité sont plus fréquents dans les milieux sociaux les moins "instruits". Le nombre de personnes avec une surcharge pondérale en 2001 est identique qu'en 1997.

A l'opposé, on constate que 8% de la population adulte est maigre (ICM<20) et 2% souffre de maigreur extrême (ICM<18). La proportion de personnes ayant une carence pondérale est quasiment restée inchangée en 2001 en comparaison avec les chiffres issus de l'enquête de 1997.

Tableau 5 : Pourcentage de surcharge pondérale et d'obésité dans la population de 18 ans et plus, par âge, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Groupes d'âge	Surcharge pondérale (ICM de 25 à 29,9)	Obésité (ICM de 30 et +)	Total poids élevé (ICM de 25 et +)
18-24	14%	3%	17%
25-34	27%	6%	33%
35-44	31%	9%	40%
45-54	36%	14%	50%
55-64	40%	18%	48%
65-74	46%	17%	63%
75 +	32%	15%	47%
Total	33%	12%	45%

2.2.3. Préoccupation pour le poids

Un tiers de la population ne se préoccupe pas de son propre poids (indépendamment du fait que le poids est problématique ou non), alors que 40% indiquent vouloir maintenir leur poids actuel et 24% désirent maigrir. La volonté de maintenir son poids ou de maigrir est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Les personnes qui désirent maintenir leur poids ou maigrir ont recours, en premier lieu, à un régime (qu'il soit équilibré ou non) et un quart d'entre elles font de l'exercice physique (éventuellement en complément) pour y parvenir. Le fait de jeûner détient la troisième place parmi les méthodes utilisées pour maintenir/perdre du poids. En outre, 10% de la population adulte voulant maigrir utilise des produits d'amaigrissement et 6% pensent pouvoir y parvenir en continuant à fumer /en fumant.

Parmi les personnes qui suivent un régime, la majorité a décidé de le faire de sa propre initiative pour maintenir ou perdre du poids, sans l'intervention d'un médecin ou d'un autre professionnel.

Tableau récapitulatif pour la nutrition, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population qui...</i>	
- prend ses repas de manière régulière	78%
- ne prend pas de petit déjeuner	19%
- a diminué sa consommation de graisses*	33%
- a augmenté sa consommation de fibres*	23%
- présente une maigreur (ICM < 20)	9%
- a un poids élevé (ICM de 25 et +)	45%
- présente une surcharge pondérale (ICM de 25 à 29,9)	33%
- souffre d'obésité (ICM de 30 et +)	12%
- désire maigrir	24%

* au cours des deux dernières années

2.3. Consommation d'Alcool

L'alcool fait partie du mode de vie de nombreuses personnes dans la société occidentale. Cependant, les problèmes de santé liés à la consommation d'alcool augmentent à mesure que cette consommation s'accroît. En effet, l'abus d'alcool peut provoquer des problèmes sociaux, physiques et psychologiques. L'abus d'alcool est défini par l'OMS comme une consommation de six verres d'alcool ou plus le même jour. Ce critère peut s'avérer sévère pour la Belgique, où "boire un verre" est bien ancré dans les mœurs, mais sa vocation est avant tout de pouvoir établir des comparaisons internationales. Par ailleurs, les problèmes de dépendance à l'alcool ont été mesurés grâce à un instrument spécifique (questionnaire de CAGE).

Les résultats de l'Enquête de Santé montrent que 81% de la population âgée de 15 ans et plus déclare avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois. Seulement 12% des hommes n'ont pas bu la moindre goutte d'alcool au cours de l'année pour 26% des femmes. Au total, 20% indiquent boire au moins une fois par mois six verres d'alcool ou plus le même jour. Les hommes ont une propension plus grande à une consommation abusive d'alcool: ils sont 33% à boire au moins une fois par mois six verres d'alcool ou plus le même jour, contre 8% des femmes.

Par ailleurs, 10% de la population de 15 ans et plus admet consommer quotidiennement des boissons alcoolisées et 6% présente un problème de dépendance à l'alcool. Le problème de dépendance à l'alcool est également plus fréquent chez les hommes (8%) que chez les femmes (3%).

La consommation d'alcool est plus importante en fin de semaine: 57% des personnes déclarent consommer des boissons alcoolisées pendant le week-end contre 29% des personnes en semaine.

Parmi les jeunes de 15-24 ans, 81% disent avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant les 12 derniers mois, et 22% ont consommé au moins une fois par mois 6 verres ou plus le même jour. Enfin, 1% des jeunes déclare boire de l'alcool chaque jour, tandis que 4% présentent des problèmes de dépendance à l'alcool.

Le pourcentage des répondants qui déclarent avoir bu de l'alcool au cours de la dernière année augmente régulièrement avec le niveau d'instruction. Par contre, la consommation actuelle d'alcool (quotidienne ou excessive) ne semble pas liée au niveau d'instruction.

Certaines différences apparaissent au niveau régional quant à la consommation d'alcool, mais une image claire ne peut être dégagée. Ainsi, le pourcentage d'abstinents est plus élevé en Région bruxelloise (26%) que dans les deux autres régions (16%). En revanche, les bruxellois sont proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool en semaine (34%) que les habitants de la Région flamande (28%) et wallonne (29%). La proportion de consommateurs du week-end est plus importante en Région flamande (59%) qu'en Région wallonne (54%) et bruxelloise (48%). Enfin, on trouve moins de personnes dépendantes à l'alcool en Région flamande (4%) qu'en Région bruxelloise (7%) et wallonne (8%).

Tableau récapitulatif pour la consommation d'alcool, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...

- est abstinente	19%
- consomme au moins une fois par mois 6 verres d'alcool ou plus le même jour	20%
- consomme de l'alcool pendant les jours de la semaine	29%
- consomme de l'alcool pendant le week-end	57%
- consomme quotidiennement de l'alcool	9%
- est dépendant à l'alcool	6%

2.4. Consommation de Tabac

Parmi les différents facteurs de risque pour la santé, le tabagisme est sans conteste le plus critique en termes de morbidité et de mortalité. Même si le nombre de fumeurs a globalement décliné au cours des trente dernières années grâce aux campagnes de prévention, la consommation de tabac fait encore partie de la vie quotidienne de nombreuses personnes. Or, le tabac demeure, malgré les progrès de la médecine, un déterminant majeur du développement de plusieurs maladies (cancer du poumon, maladies cardiaques ischémiques, pathologies chroniques respiratoires, emphysème...) et reste la cause évitable de décès la plus importante. En Belgique, on estime que le tabac est responsable d'environ 20% des décès liés à une maladie. On comprend dès lors que diminuer la consommation de tabac est une des priorités en santé publique.

Les résultats de l'enquête santé pour le tabagisme ne concernent que les personnes âgées de 15 ans et plus.

On compte 28% de fumeurs actuels en Belgique et 10% de grands fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour). Les hommes (34%) sont plus nombreux à fumer que les femmes (24%). Ils sont aussi plus nombreux (68%) que les femmes (51%) à avoir fumé dans le passé. Les hommes ont également commencé plus tôt à fumer (17 ans en moyenne) que les femmes (18 ans en moyenne). En fait, 25% des consommateurs de tabac actuels, hommes et femmes, fumaient déjà avant l'âge de 15 ans.

Actuellement en Belgique, un jeune sur trois (de 15 à 24 ans) est fumeur (33%) et un jeune sur deux a déjà fumé au cours de son existence (51%). Parmi ces jeunes fumeurs, 16% consomment quotidiennement 20 cigarettes ou plus. C'est dans la Région wallonne que le tabagisme des jeunes est le plus alarmant, puisque 40% des 15-24 ans fument (parmi lesquels 20% consomment quotidiennement 20 cigarettes ou plus) et 63% ont déjà consommé du tabac au cours de leur existence. Ces taux ont progressé depuis 1997.

Au total, 59% des individus déclarent avoir déjà fumé au cours de leur existence. Ce pourcentage est plus élevé dans les Régions bruxelloises (63%) et wallonne (64%) qu'en Région flamande (57%). Parmi les personnes qui ont consommé du tabac au cours de leur existence, 48% ont arrêté de fumer à l'heure actuelle, 34% ont tenté d'arrêter sans y parvenir et 18% n'ont jamais essayé d'arrêter. L'âge et le niveau socio-économique jouent en faveur de la réussite du sevrage tabagique.

Quant à l'évolution des comportements sur les deux dernières années, 59% des consommateurs de tabac ont maintenu ou augmenté leur consommation, ce qui suppose une installation dans le tabagisme. Cette proportion est moins importante en Région bruxelloise (52%).

L'âge a un impact sur tous les indicateurs liés au tabagisme: le pourcentage de fumeurs et de grands fumeurs diminue chez les aînés (65 ans et plus). De manière générale, les milieux les moins "scolarisés" constituent des groupes "à risque" au regard des indicateurs du tabagisme.

La proportion de fumeurs en 2001 est restée aussi élevée qu'en 1997. En revanche, les personnes ayant déjà consommé du tabac dans leur existence sont plus nombreuses en 2001, ainsi que celles ayant réussi à arrêter de fumer. Ceci tend à témoigner d'un nombre accru de fumeurs "transitoires", qui essaient l'usage du tabac, sans y adhérer. De nombreux jeunes de 15 à 24 ans semblent appartenir à ce type de consommateurs.

Tableau 6 : Comparaison des taux de tabagisme entre 1997 et 2001, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

	1997	2001
Fumeurs		
Hommes - De tous les âges	37%	34%
- De 15 à 24 ans	38%	36%
Femmes - De tous les âges	23%	24%
- De 15 à 24 ans	26%	30%
Grands fumeurs *		
Hommes - De tous les âges	13%	12%
- De 15 à 24 ans	11%	5%
Femmes - De tous les âges	8%	7%
- De 15 à 24 ans	4%	5%

* = 20 cigarettes ou plus par jour

La comparaison des taux de tabagisme entre 1997 et 2001 indique en outre des différences entre les hommes et les femmes: les chiffres suggèrent chez les hommes une diminution des comportements tabagiques et chez les femmes (surtout les jeunes), une légère tendance à l'augmentation. La Région bruxelloise échappe à cette évolution: le tabagisme féminin recule globalement de 6% par rapport à 1997, ce recul étant plus prononcé chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans (-19%) et de 25 à 34 ans (-12%). Ces chiffres sont confirmés par la progression importante, dans cette Région, du pourcentage des jeunes femmes ayant arrêté de fumer: 32% de plus en 2001 chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, et 21% de plus en 2001 chez celles de 25 à 34 ans.

Tableau récapitulatif pour la consommation de tabac, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...</i>	
- fume actuellement	28%
- fume actuellement 20 cigarettes ou plus par jour (grands fumeurs)	10%
- a déjà fumé au cours de son existence	59%
- a maintenu ou augmenté sa consommation de tabac depuis 2 ans*	59%
- a arrêté de fumer**	48%

* parmi ceux qui fument ou ont fumé au cours de ces 2 dernières années

** parmi les personnes qui fument ou ont fumé au cours de leur existence

2.5. Usage de Drogues Illicites

Ce module, introduit dans l'auto-questionnaire de l'Enquête de Santé 2001, vise à estimer la prévalence de la consommation de cannabis, d'ecstasy et d'amphétamines, que ce soit une fois au cours de son existence ("consommation passée"), ou au cours des 30 derniers jours ("consommation actuelle").

Environ 9% de la population de 15 ans et plus a déjà consommé au moins une fois du cannabis et quasiment 2% a essayé au moins une fois de l'ecstasy, du speed et/ou des amphétamines. Environ 2% de la population a consommé du cannabis aux cours du dernier mois.

Tableau 7 : Population (en %) en fonction de la consommation de cannabis, d'ecstasy, de speed ou d'amphétamines, par groupe d'âge, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de la population qui ...</i>	15-24 ans	25-34 ans
- a déjà consommé du cannabis (consommation passée)	21%	18%
- a consommé du cannabis au cours du dernier mois (consommation actuelle)	8%	4%
- a déjà consommé de l'ecstasy, du speed ou des amphétamines (consommation passée)	4%	4%

La consommation (passée ou récente) de cannabis est proportionnellement plus élevée chez les hommes (respectivement 10,8 et 3,1%) que chez les femmes (respectivement 6,6 et 1,4%). Pour l'ecstasy et/ou les amphétamines par contre, la fréquence de consommation passée est presque semblable chez les hommes (2,1%) et les femmes (1,4%).

La consommation (passée ou récente) de cannabis, ainsi que la consommation passée d'ecstasy et/ou d'amphétamines est plus élevée chez les jeunes de 15-24 ans :

- 21% ont déjà consommé au moins une fois du cannabis;
- 4% ont déjà consommé au moins une fois de l'ecstasy, speed ou amphétamines;
- 8% ont consommé du cannabis au cours du dernier mois.

Les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur sont plus nombreuses à avoir déjà consommé du cannabis. Ceci ne se vérifie pas par contre pour l'ecstasy et/ou les amphétamines, ni pour la consommation récente de cannabis.

La consommation de cannabis, d'ecstasy et/ou d'amphétamines est en général plus répandue dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cette consommation est également plus importante à Bruxelles que dans les deux autres régions.

Tableau récapitulatif pour la consommation de cannabis, d'ecstasy, de speed ou d'amphétamines, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui a ...

- déjà consommé du cannabis	9%
- consommé du cannabis au cours du dernier mois	2%
- déjà consommé de l'ecstasy, du speed ou des amphétamines	2%
- consommé de l'ecstasy, du speed ou des amphétamines au cours du dernier mois	0,3%

2.6. Santé et Sexualité

L'utilisation d'une méthode de contraception est considérée de nos jours comme fondamentale en matière de santé. Cela permet aux couples d'avoir une vie sexuelle épanouie et contribue ainsi au bien-être de l'individu. La planification familiale est d'autant plus importante pour les jeunes chez qui les grossesses sont rarement désirées. La prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) est aussi plus que jamais à l'ordre du jour ; le préservatif joue un rôle clé dans ce domaine.

2.6.1. Utilisation d'une méthode de planning familial

75% des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actives utilisent une méthode de contraception. Le taux de couverture en matière de planning familial est très élevé chez les jeunes filles de 15 à 19 ans (95%), à part peut-être en Région bruxelloise où il n'est que de 85% environ.

L'utilisation d'une méthode de contraception semble augmenter avec le niveau d'instruction mais la différence n'est pas importante, sauf en Région wallonne.

Les taux de couverture observés en 1997 et en 2001 en matière de planning familial sont quasiment similaires, témoignant ainsi du fait que la population sexuellement active se protège, dans l'ensemble, de façon efficace et constante depuis 1997 contre les grossesses non désirées.

La pilule est le moyen contraceptif le plus souvent utilisé en Belgique (62% des femmes qui utilisent une méthode ont choisi la pilule). La stérilisation est la deuxième méthode par ordre de préférence en en Région flamande (20%) ; à Bruxelles et en Wallonie, c'est le stérilet qui occupe la deuxième place avec respectivement 16% et 13%. Par ailleurs, 2% des femmes utilisent des méthodes que l'on ne peut pas considérer comme suffisamment efficace (coït interrompu, abstinence périodique, ...).

Les jeunes (15-24 ans) ont une prédilection pour la pilule et ensuite pour les méthodes de barrière. L'utilisation du stérilet augmente avec l'âge, de même que la stérilisation. Le stérilet et les méthodes de barrière sont plus fréquemment utilisées par les femmes qui ont un niveau d'instruction plus élevé. On observe également des variations assez marquées dans le choix des méthodes en fonction de la nationalité de la femme.

On n'observe pas de différences notables dans le choix des méthodes de contraception en 1997 et en 2001 si ce n'est peut-être une légère augmentation dans l'utilisation des méthodes de barrière.

2.6.2. Protection contre les maladies sexuelles transmissibles

La protection contre les infections sexuellement transmissibles, y inclus l'infection au VIH, paraît encore insuffisante. 13% des personnes sexuellement actives utilisent une méthode de protection contre les MST. Ce taux est plus élevé en Région bruxelloise (17%) que dans les autres régions. Il est plus élevé également dans les zones urbaines que dans les zones semi-urbaines ou rurales. Le condom ou préservatif masculin, est quasiment la seule méthode de protection utilisée contre les MST en Belgique.

Les hommes déclarent plus souvent qu'ils utilisent une méthode de protection contre les MST que les femmes. Il en est de même pour les jeunes : 66% chez les 15-19 ans (et même près de 80% en Wallonie) et 40% chez les 20-24 ans. Il ne faut pas oublier toutefois que ce sont ces mêmes jeunes, comme le montrent d'autres enquêtes, qui changent plus volontiers de partenaires.

Chez les jeunes de 15-19 ans, 11% ont eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois et n'ont pas utilisé de méthode de protection contre les MST. Ce pourcentage est plus élevé en Flandre (13%) que dans les deux autres régions : 9% à Bruxelles et 7% en Wallonie.

Chez les jeunes de 20-24 ans sexuellement actifs, près de la moitié n'ont pas utilisé de méthode de protection contre les MST, ce qui ne veut pas dire bien entendu qu'ils ne sont pas protégés car la plupart d'entre eux ont sans doute déjà un partenaire stable.

Si l'on tient compte de l'évolution défavorable de l'infection au VIH – accroissement du nombre annuel de nouvelles déclarations depuis 1998 – et également d'une certaine recrudescence d'autres infections sexuellement transmissibles, les efforts de prévention dans ce domaine doivent absolument être renforcés. Les plus jeunes paraissent évidemment comme la cible privilégiée, compte tenu de leur haute accessibilité dans les différents réseaux d'enseignement et de leur meilleure réceptivité supposée aux changements de comportement proposés.

Tableau récapitulatif pour la santé et sexualité, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

<i>Pourcentage de ...</i>	
- femmes (entre 15 et 49 ans) sexuellement actives qui utilisent une méthode de contraception	75%
- femmes qui ont choisi la pilule	62%
- personnes sexuellement actives qui utilisent une méthode de protection contre les MST	13%

3. Prévention

Le chapitre précédent évoque les habitudes de vie, telles que l'alimentation ou l'exercice physique, qui lorsqu'elles sont saines constituent déjà des conduites de prévention à part entière. Cette partie-ci se focalise, quant à elle, sur les pratiques préventives qui passent par un service de santé. A savoir:

1. Les vaccinations;
2. La détection des facteurs de risque cardio-vasculaire;
3. Le dépistage du diabète;
4. Le dépistage du cancer du sein;
5. Le dépistage du cancer du col.

Les mesures de prévention abordées ici ont été choisies en fonction de l'importance ou de la fréquence des maladies et de la faisabilité en matière de prévention. Le public et la période visés par les questions varient selon le type de prévention abordé.

Le premier module concerne les vaccinations, dont l'efficacité a largement fait ses preuves. Vu que la couverture vaccinale des nourrissons fait déjà l'objet d'études spécifiques, l'enquête s'intéresse à la vaccination des enfants et des adultes. Les trois maladies que nous avons retenues parce qu'elles concernent une part importante de notre population sont le tétanos, la grippe et l'hépatite B.

Toute politique de santé publique qui se respecte ne peut ignorer la prévention des maladies cardio-vasculaires. D'abord, celles-ci représentent dans nos pays la première cause de mortalité. Ensuite, elles sont également cause d'un grand nombre de limitations fonctionnelles ou d'invalidité. Pour détecter un risque de complication cardio-vasculaire, une tension artérielle ou un taux de cholestérol trop élevé ont été reconnus comme des indicateurs fiables. Ces deux mesures sont utilisées dans le cadre de l'enquête pour étudier les pratiques de dépistage des maladies cardio-vasculaires.

Après les maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré présente un problème grave pour la santé publique d'autant que l'on peut s'attendre à moyen terme à une augmentation du nombre de cas. Un dépistage précoce et une prise en charge correcte du diabète de type 2 permet de prévenir l'apparition de complications, notamment cardio-vasculaires. L'objectif principal poursuivi ici est donc de mesurer le taux de couverture du contrôle de la glycémie.

Le cancer s'impose également comme une cause croissante de mortalité et de morbidité et constitue un souci majeur en matière de santé publique. L'Enquête se limite à deux types de cancer assez fréquents et dont le dépistage est bien maîtrisé: il s'agit du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Les pratiques de dépistages étudiées sont la mammographie, l'examen clinique des seins, l'auto examen des seins et le frottis du col de l'utérus. De vastes campagnes de sensibilisation à ce sujet (lettres d'invitation) sont déployées par les pouvoirs publics de notre pays.

3.1. Vaccination

Les vaccinations retenues dans le cadre de l'Enquête de Santé 2001 sont le tétanos, l'hépatite B et la grippe. Les enfants et les adultes constituent le public cible de ce module. On se base ici sur la déclaration des individus, avec toute la subjectivité que cela entraîne et le risque d'oubli (il est possible donc que les taux de couverture mesurés soient parfois sous-estimés).

En Belgique, 50% de la population détient une carte de vaccination. Ce sont surtout les jeunes (moins de 15 ans) qui ont une carte de vaccination : 89% des 0-14 ans. Les personnes qui appartiennent à une classe sociale plus favorisée (en termes d'instruction) et les personnes de nationalité belge ont plus souvent une carte de vaccination. Le taux de détention de la carte est plus élevé en Région wallonne qu'en Région flamande.

Tableau 8 : Population vaccinée contre le tétanos, l'hépatite B et la grippe, par région, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Région flamande	
- Vacciné(e) contre le tétanos (10 dernières années)	63%
- Vacciné(e) contre l'hépatite B (10 dernières années)	26%
- Vacciné(e) contre la grippe* (dernière saison)	45%
Région bruxelloise	
- Vacciné(e) contre le tétanos (10 dernières années)	73%
- Vacciné(e) contre l'hépatite B (10 dernières années)	29%
- Vacciné(e) contre la grippe* (dernière saison)	42%
Région wallonne	
- Vacciné(e) contre le tétanos (10 dernières années)	78%
- Vacciné(e) contre l'hépatite B (10 dernières années)	22%
- Vacciné(e) contre la grippe* (dernière saison)	36%

*Chez les personnes à risque (65 ans et plus et/ou présence d'une pathologie spécifique), vaccination réalisée juste avant la saison de grippe.

3.1.1. Vaccination contre le tétanos

Pour le tétanos, 68% de la population est en ordre de vaccination. Les hommes sont plus souvent en ordre de vaccination que les femmes et les jeunes plus souvent que les personnes plus âgées. La couverture est meilleure actuellement en Wallonie qu'en Flandre. Le taux de couverture n'a pas changé par rapport à 1997.

3.1.2. Vaccination contre l'hépatite B

Une personne sur quatre est vaccinée contre l'hépatite B. La couverture vaccinale est de 54% chez les moins de 15 ans et de 34% chez les 15-24 ans ; elle diminue ensuite avec l'âge. De manière générale, ces taux sont très encourageants alors que le programme n'a été mis en route qu'il y a quelques années, et on peut donc espérer une diminution significative des cas d'hépatite B dans un proche avenir.

Les personnes qui ont un niveau d'instruction plus élevé et les personnes de nationalité belge ont un taux de couverture plus élevé en ce qui concerne l'hépatite B. Ce taux de vaccination contre l'hépatite B est en général meilleur aussi dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

L'initiative de la vaccination contre l'hépatite B est prise le plus souvent par les gens eux-mêmes mais l'employeur joue aussi un rôle important, surtout en Flandre. Le médecin généraliste est également très actif dans ce domaine au niveau des trois régions du pays. Il faut signaler également en Flandre le rôle des services de la petite enfance (Kind en Gezin), des crèches et des écoles (Centra voor leerlingenbegeleiding).

3.1.3. Vaccination contre la grippe

En ce qui concerne la grippe, 20% de la population (15 ans et plus) a été vaccinée au cours des douze derniers mois. Le taux de couverture en matière de vaccination contre la grippe augmente bien entendu avec l'âge mais la différence se marque surtout à partir des 55-64 ans. Il n'en demeure pas moins que la vaccination des personnes âgées (sans tenir compte d'une pathologie existante) reste imparfaite: 52% chez les 65-74 ans et 65% chez les plus de 75 ans. Il est probable que l'âge, indépendamment de toute pathologie chronique, n'est pas encore considéré par tous les médecins comme un facteur de risque en soi. Le taux de couverture est légèrement plus faible en Wallonie que dans les deux autres régions.

Si l'on étudie les personnes à risque pour la grippe (càd âgées de 65 ans ou plus et/ou souffrant d'une pathologie spécifique), 42% d'entre elles ont été vaccinées au cours de la dernière saison. En 1997, 31% de la population à risque avait été vaccinée contre la grippe au cours de la dernière saison. L'augmentation du taux de vaccination est cependant plus marquée en Flandre et à Bruxelles qu'en Wallonie.

Tableau récapitulatif pour la vaccination, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui...

- possède une carte de vaccination	50%
- est vaccinée contre le tétanos (10 dernières années)	68%
- est vaccinée contre l'hépatite B (10 dernières années)	25%
- est vaccinée contre la grippe* (12 derniers mois)	20%
- est vaccinée contre la grippe** (juste avant la dernière saison de grippe)	42%

* Chez les personnes de 15 ans et plus uniquement

** Chez les personnes à risque (65 ans et plus et/ou présence d'une pathologie spécifique).

3.2. Prévention Cardiovasculaire

L'hypertension et l'hypercholestérolémie constituent des facteurs de risque dans l'apparition des troubles cardiovasculaires. Le dépistage de ces problèmes fait donc partie des mesures de prévention qui doivent être offertes à la population. Il est impératif donc pour les décideurs en santé publique, de disposer d'informations récentes en matière de couverture de la population dans ce domaine.

3.2.1. Hypertension artérielle

En Belgique, plus de 92% des personnes âgées de 15 ans et plus ont bénéficié d'un contrôle de leur tension artérielle au cours des cinq dernières années et 77% en ont bénéficié au cours des douze derniers mois. Le dépistage récent de l'hypertension artérielle (au cours des douze derniers mois) semble plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. La couverture dans ce domaine est quasiment équivalente dans les différentes régions du pays. On observe en outre une légère augmentation entre 1997 et 2001.

Parmi les personnes âgées de 15 ans et plus dont la tension artérielle a été contrôlée, 28% déclarent avoir été informées du fait que celle-ci était trop élevée. Ce taux atteint 50% chez les personnes de 75 ans et plus. On observe un gradient socio-économique assez net à ce sujet : les problèmes de tension trop élevée apparaissent plus fréquemment chez les personnes moins scolarisées. La proportion de personnes informées du fait que leur tension artérielle était trop élevée ne varie pas entre les différentes régions du pays. Cette proportion est aussi restée stable entre 1997 et 2001.

3.2.2. Hypercholestérolémie

En Belgique, 63% des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent avoir eu un contrôle de leur taux de cholestérol au cours des cinq dernières années et 43% au cours des douze derniers mois. Le taux de couverture augmente régulièrement avec l'âge : il est de 46% déjà chez les 25-34 ans, pour atteindre un maximum de près de 90% chez les 65-74 ans. La couverture en ce qui concerne le dépistage de l'hypercholestérolémie est quasiment équivalente dans les différentes régions du pays. On remarque toutefois à Bruxelles un déficit dans ce domaine chez les immigrants d'origine non-européenne.

Si les taux de couverture en matière de dépistage de l'hypertension n'ont pas sensiblement varié de 1997 à 2001 (il faut dire qu'ils sont très élevés), la situation est différente en ce qui concerne le dépistage de l'hypercholestérolémie : la couverture (au cours des cinq dernières années) est passée de 56% en 1997 à 63% en 2001.

En Belgique, 36% des personnes (de 15 ans et plus) qui ont subi un contrôle, déclarent avoir été informées du fait que leur taux de cholestérol était trop élevé. Ce taux est plus élevé chez les hommes (39%, avec un maximum de 52% chez les 55-64 ans) que chez les femmes (33%, avec un maximum de 56% chez les 65-74 ans). Les taux observés ne varient pas d'une région à l'autre du pays. Les taux observés en 1997 (34%) et en 2001 (36%) sont proches mais on constate malgré tout une légère augmentation.

58% des personnes contrôlées (de 15 ans et plus) déclarent suivre un traitement recommandé par leur médecin parce que leur taux de cholestérol était trop élevé. Il s'agit le plus souvent de mesures hygiéno-diététiques. Toutefois, parmi ces personnes, 30% environ déclarent prendre aussi des médicaments hypocholestérolémiants.

Tableau récapitulatif pour la prévention cardiovasculaire, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui a eu...

- un contrôle de la tension (5 dernières années)	92%
- une notification d'une tension artérielle trop élevée*	28%
- un contrôle du niveau de cholestérol (5 dernières années)	63%
- une notification d'une cholestérolémie trop élevée*	36%
- un traitement pour l'hypercholestérolémie**	58%

* Chez les personnes (>15 ans) qui déclarent avoir été contrôlées au cours des 5 dernières années

** Chez les personnes contrôlées (>15 ans) et qui avaient un taux trop élevé de cholestérol

3.3. Dépistage du Diabète

La couverture en Belgique en matière de dépistage du diabète (un contrôle de la glycémie effectué au cours des deux dernières années) est de 47% parmi les personnes âgées de 15 ans et plus. La fréquence du contrôle de la glycémie augmente avec l'âge pour atteindre 60% chez les 55-64 ans. En outre, elle est particulièrement élevée chez les femmes de 25 à 34 ans en raison du dépistage du diabète gestationnel.

Le taux de couverture en matière de dépistage de l'hyperglycémie varie en fonction du niveau d'urbanisation : il est plus élevé pour les résidents des villes et plus bas dans les zones rurales. Ce taux est plus élevé en Région wallonne et à Bruxelles qu'en Région flamande.

En Belgique, 13% des personnes de 15 ans et plus qui ont subi un contrôle, déclarent avoir été informées du fait que leur glycémie était trop élevée. Ce pourcentage reste stable autour de 7% dans les tranches d'âge les plus basses pour augmenter ensuite à partir de 55 ans et atteindre 27% chez les personnes de 75 ans et plus. On observe en outre un pourcentage plus élevé chez les femmes de 25-34 ans (ce qui correspond au diabète gestationnel).

La prévalence du diabète est d'environ 4% dans les pays occidentaux ; le taux de 13% de personnes qui ont été notifiées que leur glycémie était trop élevée dépasse donc ce à quoi l'on pouvait s'attendre.

On observe un gradient assez net entre le niveau d'instruction et la notification d'une glycémie trop élevée: celle-ci est plus fréquente dans les classes à plus faible scolarité. Ce taux varie en outre d'une région à l'autre: 11% en Flandre, 14% à Bruxelles et 17% en Wallonie.

On relève donc des différences régionales tant en ce qui concerne la couverture en matière de dépistage (plus basse en Flandre) qu'en ce qui concerne le pourcentage de personnes mentionnant un taux de glycémie élevé (également plus faible en Flandre).

Tableau récapitulatif pour le dépistage du diabète, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui a eu...

- un contrôle de la glycémie (2 dernières années)	47%
- une notification d'un taux de glycémie trop élevé*	13%

* Chez les personnes (>15 ans) qui déclarent avoir été contrôlées au cours des 2 dernières années

3.4. Dépistage du Cancer du Sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. Il a été démontré toutefois qu'un programme organisé de dépistage permet de diminuer de 30% à 35% la mortalité chez les femmes de 50 à 69 ans ; un tel programme a été mis récemment en place en Belgique. L'Enquête de Santé, menée auprès d'un échantillon relativement important et représentatif de la population générale, offre une opportunité de suivre l'évolution des taux de couverture en matière de dépistage du cancer du sein et de comparer les résultats entre différents sous-groupes de population.

3.4.1. Auto examen des seins

L'auto examen peut s'avérer utile pendant la période qui s'écoule entre deux mammographies de dépistage. 37% des femmes âgées de 15 ans et plus en Belgique ont pratiqué un auto examen des seins au cours du dernier mois. La pratique de cette méthode augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre plus de la moitié des femmes de 50-59 ans. Elle est plus fréquente chez les femmes appartenant à un milieu plus scolarisé. Son utilisation varie aussi d'une région à l'autre : 39% en Flandre, de 34% en Wallonie et de 30% à Bruxelles. La pratique de l'auto examen des seins semble bien avoir augmenté de 1997 (29%) à 2001 (37%).

3.4.2. Examen clinique des seins

40% des femmes âgées de 15 ans et plus ont eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année. Dès l'âge de 30 ans, c'est déjà près de la moitié des femmes qui bénéficient d'un examen clinique des seins annuellement. On observe à ce sujet un véritable gradient socio-économique : les femmes de milieux plus instruits bénéficient plus régulièrement de cet examen clinique. La pratique de l'examen clinique (annuel) des seins est plus fréquente à Bruxelles que dans les deux autres régions. Cette pratique semble en outre avoir diminué de manière sensible de 1997 (53% des femmes âgées de 15 ans et plus ont eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année) à 2001 (40% seulement).

3.4.3. Mammographie

30% des femmes âgées de 15 ans et plus déclarent avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années. Ce taux atteint 40% chez les femmes de 40-49 ans ; il est vrai que dans cette tranche d'âge, l'attitude à adopter est controversée, à cause d'une littérature abondante et contradictoire. Notons toutefois que la pratique d'un dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans ne fait pas partie des recommandations officielles, ni en Belgique, ni en Europe.

57% des femmes âgées de 50 à 69 ans déclarent avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années. La couverture par mammographie est moins bonne entre 60 et 69 ans qu'entre 50 et 59 ans. On observe en outre des inégalités sociales en ce qui concerne le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui ont subi mammographie : les femmes de milieux moins scolarisés sont moins bien couvertes. Ces inégalités sont plus marquées à Bruxelles et en Wallonie.

Le taux de mammographies chez les femmes de 50 à 69 ans recouvre de fortes disparités régionales: 72% à Bruxelles, 59% en Wallonie et 53% en Flandre (Tableau 9). Le faible taux observé en Flandre (53%) est d'autant plus étonnant que cette région déploie depuis de nombreuses années déjà des efforts pour mettre sur pied des programmes de dépistage.

Le pourcentage de femmes de 50-69 ans qui déclarent avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années est passé de 49% en 1997 à 57% en 2001. La différence est plus marquée à Bruxelles (58% en 1997 à 72% en 2001) que dans les deux autres régions.

Tableau 9 : Femmes de 40-49 et 50-69 ans ayant subi une mammographie au cours des 2 dernières années, par région, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

	40-49 ans	50-69 ans
Région flamande	35%	53%
Région bruxelloise	49%	72%
Région wallonne	48%	59%

L'Enquête montre le rôle prépondérant du médecin spécialiste – par contraste avec le médecin généraliste – dans la motivation des femmes à faire une mammographie. Or les femmes de la tranche d'âge concernée ont pratiquement toutes un médecin généraliste, lequel est bien placé pour sensibiliser les femmes, plus particulièrement celles des milieux défavorisés et les allochtones.

En Flandre, 57% des femmes âgées de 50 à 69 ans déclarent avoir reçu une invitation pour passer mammographie de dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années. Il s'agit ainsi avant tout d'invitations réalisées dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. 33% d'entre elles ont effectivement été passés une mammographie suite à cette invitation. A Bruxelles et en Wallonie, c'est 15 à 20% des femmes qui déclarent avoir reçu une invitation (lettre de convocation en provenance de centres de dépistage visités précédemment), avec des taux de participation assez élevés, de l'ordre de 50 à 60%.

Tableau récapitulatif pour le dépistage du cancer du sein, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage des femmes qui ont réalisé...

- un auto examen des seins (dernier mois)	37%
- un examen clinique des seins (dernière année)	40%
- une mammographie (2 dernières années)	30%
- une mammographie (2 dernières années) chez les femmes de 50-69 ans uniquement	57%

3.5. Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus

Le cancer du col de l'utérus occupe la cinquième place parmi les cancers chez la femme en Belgique. Le frottis du col s'est avéré être un test de dépistage efficace. La population cible d'un tel dépistage est constituée par les femmes entre 25 et 64 ans et la fréquence proposée pour le test est d'une fois tous les 3 ans.

En Belgique, la couverture en matière de dépistage du cancer du col est plus élevée que celle pour le cancer du sein: 70% des femmes âgées 25-64 ans déclarent en effet avoir eu un frottis pour le dépistage du cancer du col au cours des trois dernières années. Le taux de couverture chez les femmes de 25-64 ans est égal en Flandre et à Bruxelles (72%) et relativement similaire en Wallonie (65%). Le dépistage est assez bien ciblé sur les groupes prévus par le programme (25-64 ans) sauf en Flandre où le taux de couverture diminue à partir de 55 ans.

Le taux de couverture en matière de dépistage du cancer du col suit un gradient socio-économique avec des valeurs nettement plus faibles parmi les classes sociales moins scolarisées. Ce taux semble moins bon également dans les zones rurales (il serait utile d'investiguer les raisons de ce problème). A Bruxelles, le taux de couverture est significativement plus faible chez les femmes de nationalité non européenne.

Le taux de couverture en matière de dépistage du cancer du col n'a pas évolué de 1997 à 2001, si ce n'est à Bruxelles où il est passé de 64% à 72% rejoignant ainsi le niveau observé en Flandre. La différence se situe surtout chez les femmes âgées de 55-64 ans où le taux de couverture a augmenté de manière très marquée (+ 15%) en 2001.

Les principales motivations des femmes qui ont subi un frottis du col récemment sont les suivantes : suivi d'un examen antérieur, examen de routine et anomalie détectée par la femme ou le médecin. La lettre d'invitation est également une raison dans 10% des cas en Flandre.

Inversement, les raisons invoquées pour ne pas passer cet examen sont les suivantes (dans l'ordre) : examen désagréable, manque de temps, estime ne pas faire partie du groupe cible ou a subi une ablation du col de l'utérus. A Bruxelles et en Région wallonne, les femmes mentionnent aussi le fait que l'examen est trop coûteux et que l'examen n'a pas été proposé par le médecin.

16% seulement des femmes âgées de 25 à 64 déclarent avoir reçu une invitation pour subir un frottis de dépistage du cancer du col : 23% en Flandre, 7% à Bruxelles et 4% en Wallonie. Le pourcentage d'invitation observé en Flandre en 2001 est plus faible que celui qui avait été observé en 1997 (34%).

En Flandre, 37% des femmes ont effectivement eu un frottis du col suite à la lettre d'invitation. Celles qui n'ont pas passé cet examen suite à l'invitation ont mentionné, par ordre de fréquence, les raisons suivantes : avait déjà eu un frottis récemment, trouve l'examen désagréable, a subi une ablation du col de l'utérus, n'avait pas le temps ou estime que cet examen n'est pas nécessaire.

Tableau récapitulatif pour le dépistage du cancer du col, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage des femmes qui ont ...

- réalisé un frottis pour le dépistage du cancer du col (3 dernières années)	70%
- reçu une invitation pour un frottis (3 dernières années)	16%

4. Consommation de Soins

Etant donné le budget qui lui est consacré, la consommation de soins de santé intéresse les responsables de la santé publique au premier chef. Les progrès permanents réalisés dans le domaine des techniques médicales nécessitent de considérables investissements dont il est préférable de pouvoir évaluer et anticiper l'utilité.

L'Enquête de Santé offre certains avantages par rapport au système d'enregistrement existant et est considérée en général comme l'instrument le plus intéressant pour étudier en profondeur le phénomène de la consommation de soins.

Elle permet d'évaluer l'utilisation de services de santé spécifiques et de collecter par ailleurs des informations sur les personnes qui n'utilisent pas les services de soins. Ce genre d'informations est nécessaire pour les responsables des politiques de santé. Savoir qui utilise ou n'utilise pas, et pourquoi, les soins de santé offrent deux perspectives aux décideurs. D'une part, ces renseignements les aideront à mieux orienter les campagnes de promotion de la santé. D'autre part, ils pourront prendre des mesures pour restreindre le phénomène de surconsommation médicale.

L'attention de l'enquête s'est portée sur la consommation des différents services de santé : les deux premiers chapitres traitent des consultations chez le médecin généraliste et le médecin spécialiste. Les chapitres suivants présentent l'utilisation des services d'urgence, la consommation des soins dentaires, l'utilisation des autres services de soins paramédicaux, les hospitalisations et la consommation de médicaments. Les deux derniers chapitres traitent de la satisfaction des patients et des thérapies non conventionnelles.

4.1. Contacts avec des Professionnels de la Santé

4.1.1. Contacts avec le médecin généraliste

Il est nécessaire de disposer d'une information adéquate sur la consommation de soins auprès du médecin généraliste, ceci afin de veiller à la qualité et à une meilleure organisation des soins.

La grande majorité de la population belge (94%) déclare avoir un médecin généraliste attitré. 81% des Belges ont effectivement eu au moins un contact avec leur généraliste au cours de la dernière année. Le nombre moyen de contact par personne et par an est de 6,5.

On ne met pas en évidence en Belgique de barrière en ce qui concerne l'accès aux soins délivrés par le médecin généraliste. Les personnes appartenant aux classes sociales défavorisées (en termes d'instruction) contactent même plus souvent leur médecin généraliste que les autres personnes (cette différence s'explique toutefois en partie par le fait que ces personnes sont aussi en général en moins bon état de santé).

Le rôle du généraliste est moins prépondérant à Bruxelles que dans les deux autres régions. Ceci n'est pas un phénomène lié au niveau d'urbanisation mais bien plutôt une caractéristique spécifique de la région: en effet, les habitants de Bruxelles vont moins facilement chez leur généraliste que ceux des autres grandes villes.

On observe en outre à Bruxelles que les personnes de nationalité non belge et non européenne voient moins volontiers un médecin généraliste (59%) que les Belges (71%).

Le nombre croissant de pratiques de groupe montre que l'évolution de la pratique de la médecine générale touche aussi le niveau organisationnel. 16% de la population déclarent que le médecin de famille travaille en duo et 6% qu'il travaille dans une pratique de groupe. La pratique de groupe s'observe surtout à Bruxelles et dans les grandes villes (11%).

Les contrôles de routine, les examens généraux et les consultations préventives constituent 37% des contacts que les gens ont avec le médecin généraliste. Ce pourcentage augmente avec l'âge, mais varie peu en fonction des autres caractéristiques sociodémographiques de la personne.

Les jeunes et les personnes d'âge moyen consultent plus souvent leur médecin de famille pour des problèmes au niveau du système respiratoire ou locomoteur. A Bruxelles, les problèmes de santé mentale constituent également une des principales raisons de consulter le médecin généraliste chez les femmes de ces mêmes tranches d'âge. Chez les personnes plus âgées, 65 ans et plus, les problèmes cardiovasculaires constituent la principale raison de consulter le médecin de famille.

La proportion de visites à domicile, par rapport aux consultations au cabinet du médecin, augmente de manière sensible à partir de l'âge de 65 ans. En Région wallonne, la proportion de visites à domicile augmente chez les personnes appartenant à des classes sociales défavorisées. Cette proportion est également plus élevée dans les villes qu'en milieu rural.

Le médecin généraliste a pris lui-même l'initiative de provoquer le contact avec son patient dans 20% des cas. Ce phénomène est influencé par l'âge de la personne et par son niveau socio-économique (les personnes défavorisées sont plus souvent convoquées par leur médecin). Dans 10% des contacts le médecin généraliste envoie son patient chez un autre dispensateur de soins, que ce soit pour traitement, avis ou examen complémentaire.

Le nombre moyen de contacts par personne et par an avec le généraliste a augmenté légèrement de 1997 à 2001; ceci était prévisible vu le phénomène de vieillissement progressif de la population. La différence la plus frappante entre 1997 et 2001 est la diminution marquée du pourcentage de visites à domicile en région wallonne: 46% en 1997 et 35% en 2001.

Tableau récapitulatif pour le contact avec le généraliste, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Pourcentage de la population qui déclare avoir un médecin généraliste « attiré »	94%
- Pourcentage de la population qui déclare avoir vu au moins une fois un médecin généraliste au cours de l'année écoulée	81%
- Nombre moyen de contact avec le médecin généraliste par personne et par an	6,5
- Le généraliste envoie son patient chez un autre dispensateur de soins, que ce soit pour traitement, avis ou examen complémentaire	10%

4.1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs qui concernent les contacts ambulatoires avec un médecin spécialiste offrent des informations essentielles pour une bonne politique de la santé. Une utilisation adéquate des services de soins de santé, dans laquelle l'offre s'accorde parfaitement aux besoins, est une préoccupation majeure. En outre, il faut également pouvoir envisager un accès optimal aux soins pour tous les sous-groupes de la population, ainsi qu'une limitation de l'utilisation exagérée des soins médicaux.

La moitié de la population de Belgique rapporte avoir eu au moins un contact avec un spécialiste au cours de l'année écoulée. Les femmes ont eu plus souvent un contact avec un spécialiste que les hommes. Le nombre moyen de contacts ambulatoires avec un spécialiste est de 3,2 par personne et par an.

Les personnes qui habitent en ville ont davantage de contacts avec des spécialistes que les personnes qui habitent dans les zones rurales.

Bien que la différence soit limitée, pour un même problème, les personnes avec un niveau d'éducation plus élevé font plus facilement le pas d'aller chez le spécialiste que celles avec un niveau d'éducation plus faible. Cette tendance apparaît plus clairement en Région wallonne que dans les deux autres régions.

Les allochtones vont moins spontanément chez un spécialiste que les Belges.

On remarque que pour le petit groupe de personnes sans diplôme, l'accident constitue la raison principale pour une consultation chez un spécialiste, et des contacts liés au suivi sont beaucoup moins souvent rapportés.

Entre 1997 et 2001, l'augmentation du nombre moyen de contacts avec un spécialiste est proportionnellement moins importante que l'augmentation du nombre moyen de contacts avec un généraliste. En 1997, on observe 2,4 contacts avec un généraliste pour un contact avec un spécialiste, tandis qu'en 2001, ce rapport diminue à 2. En Région bruxelloise le nombre moyen de contacts ambulatoires avec le spécialiste et avec le généraliste est similaire.

Les pédiatres et les ophtalmologues peuvent, dans la pratique, être considérés comme des médecins de première ligne. En effet, 9 patients sur 10 les contactent directement, sans passer par le généraliste. La grande majorité des consultations chez le dermatologue et le gynécologue se font également sans passer par le généraliste. Les spécialistes dans les domaines de la chirurgie et de la médecine interne voient relativement plus de patients référés par un médecin généraliste. Il reste néanmoins que la moitié de leurs nouveaux patients ne sont pas envoyés par un généraliste.

Sept contacts sur dix chez le spécialiste sont des examens de contrôle. Ces examens de contrôle ou de suivi sont plus fréquents chez le gynécologue, le (neuro)psychiatre et le spécialiste en médecine interne.

Tableau récapitulatif pour le contact avec le spécialiste, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Pourcentage de la population qui rapporte avoir eu au moins un contact avec un spécialiste au cours de l'année écoulée	50%
- Nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste par année	3,2

4.1.3. Service des urgences

L'organisation d'un service d'urgence est une entreprise coûteuse ; il est donc important de l'utiliser de manière optimale. Le service d'urgence ne devrait pas, en principe, être consulté pour des affections ou des traitements à caractère non urgents ou de moindre gravité. On peut donc tenter d'estimer, à partir d'un certain nombre d'indicateurs, dans quelle mesure ce service est utilisé de façon rationnelle.

12% de la population en Belgique rapporte avoir eu un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée. 36% a eu un contact qui remonte à plus d'un an. En revanche, 52% de la population ne s'est encore jamais rendue aux urgences.

Les jeunes hommes adultes et les femmes âgées sont les plus nombreux à se rendre aux urgences.

7% des personnes qui se sont rendus dans un service d'urgence n'ont eu aucun contact avec un médecin généraliste durant l'année écoulée.

Plus de la moitié (57%) des consultations en urgence sont la conséquence d'un accident ou d'une blessure. Dans 41% des cas, les urgences sont consultées suite à une maladie ou une plainte. Au total 73% des contacts se font sans indication d'un médecin. Un peu plus de la moitié (56%) des recours au service d'urgence s'effectue en semaine, dans la journée. Les autres prennent place pendant le week-end ou durant la nuit.

Les raisons les plus souvent citées pour justifier le recours au service d'urgence plutôt que de se rendre chez un médecin généraliste ou un spécialiste, sont que ce service est plus rapidement accessible (ouvert 24 heures sur 24) et que l'on peut y effectuer immédiatement tous les examens nécessaires (prise de sang, radio, etc.).

Les femmes vont relativement moins souvent aux urgences pour cause d'accident et y ont aussi moins souvent recours de leur propre initiative.

L'Enquête montre qu'il y a une différence régionale importante: les Bruxellois sont plus nombreux (15%) à rapporter un contact avec un service d'urgence que les habitants des deux autres régions (11%). Le pourcentage de contacts par initiative personnelle (donc sans indication de la part d'un médecin) est plus élevé à Bruxelles (88%) par rapport aux deux autres régions (75% en Région flamande, 63% en Région wallonne).

Cette différence est surtout due au caractère urbain de la Région bruxelloise, puisque les pourcentages obtenus dans les autres grandes villes du pays sont comparables à ceux observés à Bruxelles.

Toutefois, Bruxelles se distingue des autres grandes villes par deux aspects particuliers: tout d'abord, un contact sur cinq aux urgences implique une personne qui n'a jamais - ou rarement - consulté un médecin généraliste ; ensuite, 25% des contacts sont justifiés par des problèmes d'ordre financier ("car il ne faut pas payer immédiatement").

Tableau récapitulatif pour le service d'urgence, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Pourcentage de la population qui rapporte avoir eu un contact avec un service des urgences au cours de l'année écoulée	12%
- Pourcentage des contacts avec le service des urgences qui se font sans indication d'un médecin	73%
- Pourcentage des contacts avec le service des urgences qui s'effectuent en semaine, dans la journée	56%

4.1.4. Contacts avec le dentiste

Les données concernant les contacts avec le dentiste constituent une information importante pour les responsables politiques car il est difficile de faire une estimation des moyens nécessaires pour les soins dentaires en Belgique.

83% de la population possède encore sa dentition. Ce pourcentage baisse en fonction de l'âge jusqu'à 45% chez les 75 ans et plus. Au plus bas est le niveau d'étude, au plus élevé le pourcentage de personnes sans leur dentition. Le pourcentage des personnes ayant leur dentition complète a baissé par rapport à 1997.

Environ la moitié de la population (49%) déclare avoir consulté le dentiste au cours de l'année. Toutefois, 8% des personnes n'ont jamais été chez le dentiste. 15% des enfants (6-12 ans) ont consulté le dentiste. Ce pourcentage a augmenté par rapport à 1997 en Région flamande.

Le nombre moyen de consultations chez le dentiste par an et par personne est de 2,1.

Dans 45% des consultations, les soins réalisés sont des soins de conservation (plombage, détartrage,...). Dans 7% des cas on a procédé à une extraction.

Les personnes appartenant aux milieux plus instruits sont plus nombreuses à avoir vu leur dentiste au cours des douze derniers mois. Toutefois, le nombre moyen de consultations chez le dentiste par an ne varie pas en fonction du niveau d'instruction.

Les gens ont consulté davantage le dentiste en Région flamande qu'en Région bruxelloise et en Région wallonne.

Il n'y a pas de différence dans l'utilisation des soins dentaires entre 1997 et 2001.

Tableau récapitulatif pour le contact avec le dentiste, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Pourcentage de la population qui déclare avoir consulté un dentiste pendant l'année écoulée	49%
- Nombre moyen de contacts avec le dentiste par an	2,1
- Pourcentage de la population qui déclare avoir consulté un dentiste pour un examen préventif de la bouche au cours des 2 mois écoulés	8%

4.1.5. Contact avec les services paramédicaux

Bien que dans les contacts avec les services de soins de santé nous nous intéressions principalement aux contacts avec les médecins, nous ne pouvons pas perdre de vue qu'il existe d'autres prestataires de soins qui contribuent, dans une large mesure, aux soins de santé. Les autres professions de la santé sont souvent rassemblées sous le dénominateur commun de « professions paramédicales ». D'après le législateur, l'exercice d'une profession paramédicale est « l'accomplissement habituel des actes techniques de soins liés à un diagnostic ou à l'application d'un traitement ».

L'Enquête de Santé comporte des questions sur les contacts avec 6 types de professionnels paramédicaux : l'infirmier à domicile, le kinésithérapeute, le diététicien, le logopède, l'ergothérapeute et le psychologue.

Le kinésithérapeute est le professionnel paramédical auquel on fait le plus souvent appel : 13% de la population indique avoir eu au moins un contact avec un kinésithérapeute au cours de l'année écoulée. Pour les soins à domicile, ce chiffre est de 6 %. Par ailleurs, sur 1000 personnes, 23 ont eu un contact avec un(e) psychologue, 16 avec un(e) diététicien(ne), 16 avec un(e) logopède et 4 avec un(e) ergothérapeute dans l'année.

Les groupes de populations qui font appel aux différents services paramédicaux peuvent être bien cernés en fonction de l'âge : les personnes âgées de 75 ans et plus (31%) font plus souvent appel aux soins infirmiers à domicile, tandis que les jeunes femmes ont plus souvent recours aux services de psychologues et de diététicien(ne)s, et enfin, les enfants et adolescents sollicitent davantage les logopèdes. Le recours à l'ergothérapie n'est pas différencié selon l'âge ou le sexe des personnes demandeuses.

On n'observe pas de barrière socio-économique importante au regard des contacts avec les différents professionnels paramédicaux. Au contraire, les personnes issues des milieux moins éduqués ont plus souvent recours aux soins à domicile que les personnes des milieux plus favorisés. Cette différence s'explique en partie par le fait que les personnes des milieux défavorisés ont une moins bonne santé.

Certaines différences régionales apparaissent dans le recours aux professions paramédicales : les soins infirmiers à domicile sont moins fréquents en Région bruxelloise, alors que l'ergothérapie est moins populaire en Région flamande. En outre, les femmes sont moins nombreuses à consulter un(e) psychologue en Région flamande par rapport aux Régions wallonne et bruxelloise.

Par rapport à 1997, le nombre de personnes qui ont pris contact avec un kinésithérapeute a légèrement diminué, et la différence se situe surtout au niveau de la Région flamande (16% en 1997 et 13% en 2001). Au niveau national, on constate un nombre élevé de personnes faisant appel aux services de soins à domicile. Pour les 75 ans et plus, ce pourcentage a augmenté de manière spectaculaire entre 1997 et 2001 : de 14% à 23% chez les hommes et de 19% à 36% chez les femmes.

Tableau récapitulatif pour le contact avec les services paramédicaux au cours de l'année écoulée, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui déclare avoir eu au moins un contact avec...

- Un(e) kinésithérapeute	13%
- un(e) infirmier(ière) à domicile	6%
- un(e) psychologue	2%

4.2. Hospitalisation

Les hôpitaux constituent une partie essentielle de notre système de santé. Le secteur hospitalier représente aussi une part importante des dépenses de santé. Les informations obtenues à ce sujet sont donc importantes.

Les progrès accomplis dans les sphères du traitement et de l'accompagnement des malades permet de résoudre, par l'admission en hôpital de jour, un nombre croissant de problèmes qui jadis auraient demandé une hospitalisation d'une ou de plusieurs nuits. Il est important pour les responsables politiques de suivre cette évolution de près.

En Belgique, 14% de la population déclare avoir été hospitalisé au cours l'année écoulée (les accouchements ne sont pas pris en compte). Sur base des données de l'Enquête, le nombre moyen d'hospitalisations pour 100 personnes par année est estimé à 17. Parmi les admissions, 28% sont des hospitalisations de jour. La durée moyenne d'une hospitalisation classique est de 8 nuits. Dans 56% des cas, l'hospitalisation est due à une intervention chirurgicale.

Chez les enfants de 0-14 ans, les problèmes du système respiratoire, du système digestif et de l'appareil auditif (drains/diabolos) constituent les principales causes d'hospitalisation. Chez les personnes de 15 à 64 ans, la raison essentielle concerne des problèmes locomoteurs. Les personnes de 65 ans et plus sont également le plus souvent hospitalisées pour des problèmes du système locomoteur, mais chez les hommes de ce groupe d'âge, les problèmes cardiaques et vasculaires sont les causes les plus fréquentes d'admissions.

Tant le nombre que la durée des hospitalisations augmentent à mesure que le niveau d'éducation diminue. Ce lien peut toutefois s'expliquer par le fait que les personnes ayant un niveau d'éducation plus faible présentent généralement plus de problèmes de santé que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé. Les résultats ne montrent pas de grandes différences entre la population urbaine et la population rurale.

Globalement, le nombre d'admissions n'a pas augmenté en 2001 par rapport à 1997. On observe que le taux d'hospitalisations de jour est passé de 20% en 1997 à 28% en 2001. Cette augmentation se situe presque exclusivement dans les Régions bruxelloise et wallonne, où les taux d'hospitalisations de jour ont, de toute évidence, rattrapés ceux qui existaient déjà en Région flamande.

Tableau récapitulatif pour l'hospitalisation, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Pourcentage de la population qui déclare avoir été hospitalisé au cours de l'année écoulée	14%
- Nombre moyen d'hospitalisations pour 100 personnes	16,8
- Durée moyenne d'une hospitalisation classique (nombre de nuits)	8,2
- Pourcentage d'hospitalisations liées à une intervention chirurgicale	56%
- Taux d'hospitalisations de jour	28%

4.3. Consommation de Médicaments

Les médicaments constituent un élément essentiel dans la prise en charge des problèmes de santé. Inversement, l'abus de médicaments mène à des dépenses exagérées et entraîne des effets secondaires non négligeables. Il est donc important de disposer d'une information sur l'importance de la consommation de médicaments afin d'assurer la qualité de leur utilisation.

Il est nécessaire également d'identifier un manque d'utilisation éventuel de certains médicaments importants; cela peut être dû à des problèmes financiers rencontrés par certains groupes de population, par exemple.

Il est utile enfin, d'identifier des groupes d'individus qui utilisent certains médicaments de manière problématique.

L'Enquête de Santé est une source d'information potentielle sur la consommation de médicaments. Elle permet de compléter les sources traditionnelles de données sur ce sujet. Elle fournit notamment de l'information sur la consommation effective de médicaments et pas seulement sur la prescription de ceux-ci.

L'Enquête de Santé permet de mesurer la consommation de médicaments de comptoir (non soumis à la prescription d'un médecin et non remboursés). Elle permet enfin d'étudier la consommation de médicaments en fonction des caractéristiques socio-économiques des individus, ou de leur état de santé.

4.3.1. Consommation de médicaments soumis à la prescription d'un médecin

Environ la moitié de la population déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines. Les femmes consomment plus souvent ce genre de médicaments que les hommes.

Chez les enfants, il s'agit plutôt de médicaments contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorges.

Les hommes de 15-64 ans utilisent surtout des médicaments pour des problèmes cardiovasculaires, pour l'hypertension, et des analgésiques. Chez les femmes de 15-64, ce sont surtout les contraceptifs et, chez les plus âgées, des traitements hormonaux de substitution, qui sont les médicaments les plus utilisés.

Chez les 65 ans et plus, les médicaments les plus utilisés concernent essentiellement les douleurs articulaires; viennent ensuite les somnifères.

L'utilisation de certains types de médicaments a augmenté de manière sensible de 1997 à 2001; il s'agit essentiellement des somnifères, mais aussi des traitements hormonaux de substitution et des analgésiques. La consommation d'antibiotiques est restée stable de 1997 à 2001. En Région wallonne, elle a même plutôt baissé de manière significative. On observe une augmentation en Région flamande et bruxelloise des médicaments prescrits pour les enfants (surtout les garçons) contre l'asthme et les allergies.

On remarque que les individus avec un niveau socio-économique plus élevé utilisent moins de médicaments soumis à prescription. Cette différence s'explique toutefois en grande partie par la différence en matière d'état de santé par rapport aux classes socio-économique moins favorisées.

La consommation de médicaments chez les 45-64 ans a été étudiée plus en détails. Les Beta-bloquants sont les médicaments les plus utilisés dans ce groupe d'âge et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes. On note aussi une consommation importante (surtout chez les hommes) de médicaments hypolipémiants, de psychotropes (surtout des benzodiazépines), d'anti-inflammatoires, de produits anti-rhumatismaux et de psycho-analéptiques (surtout des antidépresseurs) chez les femmes.

Les résultats montrent aussi que les gens de 45 à 64 ans consomment souvent plusieurs types de médicaments de manière simultanée. 40% d'entre eux déclarent avoir consommé un médicament soumis à prescription au cours des dernières 24 heures ; parmi ceux-ci, 13% ont consommé jusqu'à cinq médicaments différents. Ce pourcentage atteint même 20% en Région wallonne.

4.3.2. Consommation de médicaments de comptoir

Un peu plus d'un quart de la population (28%) déclare avoir consommé un médicament de comptoir (sans prescription) au cours des deux dernières semaines. Les femmes consomment plus souvent ce genre de médicaments que les hommes. Chez les enfants, il s'agit plutôt de médicaments contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorges.

Chez les adultes (les hommes aussi bien que les femmes, les jeunes aussi bien que les personnes plus âgées), il s'agit en général d'anti-douleurs et de médicaments contre la fièvre.

On remarque que les individus avec un niveau socio-économique plus élevé utilisent plus de médicaments de comptoir (sans prescription).

L'utilisation de ce type de médicaments est aussi plus fréquente dans la Région bruxelloise et wallonne par rapport à la Région flamande.

La consommation de médicaments de comptoir semble avoir diminué en 2001 par rapport à 1997 ; une telle diminution n'est toutefois pas observée en Région wallonne. Cette diminution observée concerne surtout les produits contre la toux, les refroidissements, la grippe et les maux de gorge.

Tableau récapitulatif pour la consommation de médicaments, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui déclare avoir consommé...

- un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines	47%
- un médicament sans prescription du médecin au cours des deux dernières semaines	28%

4.4. Satisfaction des Patients

La qualité des soins dépend en grande partie des facteurs relatifs aux patients, à leur comportement et de leur fidélité. La satisfaction des patients en est donc un aspect crucial. Les patients ont souvent d'autres attentes, souhaits et priorités que les professionnels de la santé. Pour une organisation de soins efficaces, il est important de pouvoir s'en rendre compte.

L'Enquête de Santé donne un aperçu de la satisfaction des patients et permet des soins prodigués par les différents intervenants.

Dans l'Enquête de Santé, cinq aspects spécifiques ont été approfondis pour rendre compte de la satisfaction des patients vis-à-vis des médecins généralistes et spécialistes:

1. L'écoute du patient (relation et communication);
2. Le soulagement rapide des symptômes (aspect technique des soins);
3. L'information fournie sur la maladie ou les symptômes (informer le patient);
4. L'information fournie quant au renvoi chez un spécialiste ou une admission à l'hôpital (organisation et continuité des soins);
5. La durée d'attente dans la salle d'attente (disponibilité et accessibilité des soins).

En outre, une question générale a été posée sur la satisfaction des patients hospitalisés.

La grande majorité de la population semble satisfaite des soins dispensés par les médecins généralistes et les spécialistes. Environ la moitié de la population est très satisfaite pour les différents aspects étudiés. L'aspect le moins apprécié concerne le temps d'attente, puisque près de la moitié des personnes interrogées est plutôt insatisfaite à ce sujet.

La satisfaction des soins varie avec l'âge ainsi que le niveau d'éducation : les personnes issues des milieux plus "instruits" se montrent plus critiques vis-à-vis des soins donnés. Dans la Région flamande, les patients sont généralement moins satisfaits qu'en Région wallonne. Pour la Région bruxelloise, les chiffres se situent entre les deux.

Une association claire est apparue entre la satisfaction du patient au regard du « soulagement rapide des symptômes » et son bon état de santé. Par ailleurs, le fait d'avoir eu un contact récent avec un généraliste ou un spécialiste n'est pas associé avec le niveau de satisfaction du patient.

Pour les aspects qui concernent l'« écoute du patient », le « soulagement rapide des symptômes », l'« information donnée sur la maladie » et l'« information donnée à propos de l'hospitalisation », la satisfaction des patients est plus élevée lorsqu'il s'agit des médecins généralistes que lorsqu'il s'agit des spécialistes.

Pour l'aspect « durée d'attente dans la salle », le spécialiste reçoit le meilleur score. Pour l'item « soulagement rapide des symptômes », en Région flamande, la satisfaction des patients est plus élevée lorsqu'il s'agit des médecins généralistes tandis qu'en Région wallonne, elle est plus élevée lorsqu'il s'agit des médecins spécialistes. Dans la Région bruxelloise, on n'observe pas de différence au niveau de la satisfaction des patients entre les généralistes et les spécialistes, et ce, pour les cinq items étudiés.

Enfin, pour 63% des hospitalisations, le patient se montre très satisfait des soins donnés.

Tableau récapitulatif de la population déclarant être satisfaite des soins du généraliste et des soins du spécialiste, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Médecin généraliste: *pourcentage de la population qui se dit satisfaite...*

- de la capacité d'écoute du patient	83%
- du soulagement rapide des symptômes	77%
- de l'information fournie sur les symptômes/maladies	83%
- de l'informations fournie sur l'envoi au spécialiste/hôpital	79%
- du temps d'attente dans la salle d'attente	49%

Médecin spécialiste: *pourcentage de la population qui se dit satisfaite...*

- de la capacité d'écoute du patient	77%
- du soulagement rapide des symptômes	70%
- de l'information fournie sur les symptômes/maladies	78%
- de l'informations fournie sur l'envoi au spécialiste/hôpital	76%
- du temps d'attente dans la salle d'attente	56%

4.5. Thérapies Non Conventionnelles

Les « thérapies non conventionnelles » font référence à l'ensemble des pratiques qui n'appartiennent pas au domaine des sciences médicales et qui permettent d'offrir des soins « alternatifs » par rapport à ceux proposés habituellement. Ces traitements peuvent soit s'inscrire dans la continuité des techniques traditionnelles, soit se baser sur des conceptions nouvelles. Les patients qui s'adressent à un thérapeute alternatif le font par curiosité et/ou parce qu'ils sont mécontents du traitement reçu dans les circuits habituels de la médecine. Le traitement alternatif peut compléter une thérapie conventionnelle ou la remplacer.

Bien que de grandes incertitudes subsistent dans le monde scientifique en ce qui concerne l'efficacité et la pertinence des thérapies non conventionnelles, on constate qu'elles deviennent de plus en plus populaires en Belgique. Les chiffres de l'Enquête de Santé de 1997 indiquaient que 8% de la population avait fait appel à une des thérapies non conventionnelles. En 2001, ce chiffre atteint 11%. Cette augmentation correspond surtout à un recours accru à l'homéopathie ainsi qu'à l'ostéopathie – chiropraxie (comme catégorie combinée).

Les femmes ont plus souvent recours que les hommes aux thérapies non conventionnelles. La seule thérapie alternative qui attire les hommes en plus grand nombre est la chiropraxie.

Les thérapies non conventionnelles sont plus populaires auprès des personnes âgées de 35 à 44 ans. Le recours à ce type de soins est nettement moins élevé dans les classes d'âge les plus avancées.

Les personnes appartenant à un milieu social "instruit" font davantage appel aux thérapies non conventionnelles que les personnes de milieux moins favorisés. Cette tendance se remarque surtout pour l'homéopathie et de l'ostéopathie.

Quant à la formation des thérapeutes alternatifs, il appert que 25% d'entre eux n'ont pas leur diplôme de médecine. Pour l'homéopathie et l'acupuncture, le thérapeute s'avère être médecin dans la grande majorité des cas. En revanche, les ostéopathes et les chiropracteurs consultés sont médecins dans respectivement 35% et 52% des cas seulement.

Tableau récapitulatif pour les thérapies non conventionnelles, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui a eu recours à...

- une thérapie non conventionnelle (en général)	11%
- l'homéopathie	6%
- l'ostéopathie	4%
- l'acupuncture	2%
- la chiropraxie	2%

5. Santé et Société

La santé n'est pas une problématique isolée, à considérer selon la seule perspective médicale, mais est un phénomène social à part entière. Cela signifie que la maladie et la santé s'inscrivent dans une société déterminée et nouent des relations étroites avec une série d'autres dimensions de cette société. Six domaines particuliers sont considérés sous cet intitulé « santé et société »:

1. L'accès aux soins de santé
2. Les différences socio-économiques en matière de santé
3. La santé et l'environnement
4. Les accidents, la violence et la sécurité routière
5. La consommation de services préventifs de santé et de soins sociaux
6. La santé sociale.

Au travers de ces six chapitres, il s'agit de faire ressortir l'aspect sociétal des problèmes de santé publique.

5.1. Accès aux Soins de Santé

Les dépenses en matière de soins de santé constituent un poste fixe dans le budget d'un ménage.

Une famille en Belgique consacre en moyenne 110 € par mois, soit 8% de ses revenus, pour des dépenses de soins comme des honoraires de médecin (généraliste et/ou spécialiste), des médicaments, des hospitalisations, etc.

Cette part des dépenses pour les soins de santé par rapport au budget global augmente avec l'âge. Elle est aussi proportionnellement plus élevée au sein des ménages qui appartiennent à des classes sociales défavorisées.

On observe des différences régionales à ce sujet: les dépenses pour des soins de santé (aussi bien en chiffres absolus qu'en proportion par rapport au budget global) sont les plus élevés parmi les ménages de la Région de Bruxelles (en moyenne 140 € par mois, soit 10% des revenus) par rapport aux autres régions.

En comparaison avec 1997, année de la première Enquête de Santé, les dépenses ont augmenté en chiffres absolus (97 € par mois en 1997 et 110 € par mois en 2001); elles n'ont par contre pas augmenté lorsque l'on évalue la proportion des dépenses pour des soins de santé par rapport au budget global du ménage.

29% des ménages estiment que leurs dépenses pour les soins de santé sont (très) difficiles à supporter sur le plan financier. Ce problème est d'autant plus marqué que les ménages appartiennent à une classe socio-économique défavorisée.

9% des ménages ont dû reporter le recours à certains services de soins en raison de problèmes financiers. Il y a à ce sujet de grosses différences régionales : 6% des ménages ont été confronté à ce genre de situation en Région flamande, mais ce pourcentage atteint 20% à Bruxelles.

Tableau récapitulatif pour l'accessibilité des soins de santé, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

- Dépenses moyennes de santé des ménages par mois	110 €
- Part des dépenses de santé par rapport aux revenus des ménages	8%
- Pourcentage des ménages qui estiment que leurs dépenses pour les soins de santé sont (très) difficiles à supporter au niveau financier	29%
- Pourcentage des ménages qui ont dû reporter le recours à certains services de soin en raison de problèmes financiers	9%

5.2. Différences Socio-économiques en Matière de Santé

Le niveau d'instruction a été utilisé comme indicateur socio-économique. Sur base de cet indicateur, des inégalités sociales ont été observées dans divers domaines liés à la santé:

5.2.1. Etat de santé

Les personnes appartenant à des classes défavorisées déclarent plus souvent que leur état de santé général n'est pas satisfaisant ; elles souffrent plus souvent de maladies chroniques, notamment d'hypertension et d'affections persistantes du dos. Elles déclarent plus souvent qu'elles souffrent de limitations de longue durée ou d'un handicap. Les incapacités temporaires sont également plus fréquentes.

Les personnes appartenant à des classes défavorisées semblent avoir plus souvent des problèmes de santé mentale.

Les résultats de l'Enquête de Santé mettent donc clairement en évidence un lien entre l'état de santé des individus et leurs caractéristiques socioéconomiques.

5.2.2. Styles de vie

La proportion de personnes qui pratique des activités physiques de loisir augmente avec le niveau d'éducation. Si l'on tient compte également des activités physiques accomplies dans le cadre professionnel ou durant des activités courantes de la journée, le gradient tend alors à s'inverser.

La prévalence de l'obésité est nettement plus élevée dans les couches de population les plus défavorisées. De même, les habitudes alimentaires sont moins bonnes chez les personnes appartenant à ces couches (profil d'alimentation irrégulier, manque de fruits, légumes frais).

Tandis que l'on trouve plus de fumeurs dans les milieux défavorisés, le gradient social est inversé en ce qui concerne la consommation d'alcool: la proportion de consommateurs est plus élevée chez les personnes socialement favorisées. Il en est de même en ce qui concerne la consommation de drogues illégales.

On peut donc dire que, globalement, les personnes des classes sociales les moins favorisées tendent à adopter des comportements néfastes pour la santé. Les groupes les plus favorisés sont toutefois plus vulnérables en ce qui concerne la consommation d'alcool et de drogues illégales. Il est indispensable donc de bien cibler les efforts de prévention et/ou les campagnes de promotion de la santé.

5.2.3. Prévention

La couverture vaccinale contre le tétanos et l'hépatite B est moins bonne chez les personnes qui appartiennent à une classe sociale défavorisée. On n'observe toutefois pas ce genre de différence en ce qui concerne la vaccination contre la grippe.

La couverture en matière de dépistage de l'hypertension, de contrôle du niveau de cholestérol et de dépistage du diabète ne varie pas au regard du milieu social.

La couverture en matière de dépistage du cancer du sein et du cancer du col est moins bonne parmi les femmes qui appartiennent à une classe sociale défavorisée.

Les inégalités sociales en matière de médecine préventive sont donc plus mitigées ; une attention particulière devrait être accordée à la vaccination et le dépistage du cancer dans les milieux socioéconomiques défavorisés.

5.2.4. Consommation de soins

Les personnes qui appartiennent à un milieu socio-économique moins favorisé consultent plus souvent leur médecin généraliste. Ceci s'explique toutefois par le fait que leur état de santé est en général moins bon.

Inversement, les personnes qui appartiennent aux classes sociales favorisées consultent plus souvent le médecin spécialiste ; cette observation ne s'explique pas par les différences en ce qui concerne l'état de santé. On observe le même phénomène en ce qui concerne les consultations chez le dentiste.

On n'observe pas de variations en fonction du statut socio-économique en ce qui concerne la fréquentation des services d'urgence.

Le nombre moyen d'hospitalisations est plus élevé chez les personnes défavorisées, ainsi que la durée moyenne des hospitalisations; ces différences s'expliquent en partie par le fait d'un état de santé moins bon.

On relève une consommation élevée de médicaments soumis à prescription chez les personnes qui appartiennent aux classes sociales défavorisées ; ceci s'explique également en bonne partie par leur mauvais état de santé.

Le phénomène est toutefois inversé pour ce qui est des médicaments en vente libre : les personnes avec un niveau d'instruction élevé consomment plus de médicaments dits « de comptoir ».

Les personnes qui appartiennent aux classes sociales défavorisées consultent moins souvent les praticiens de thérapies non conventionnelles.

5.2.5. Santé et société

De manière générale, un niveau d'éducation plus élevé se traduit par une meilleure intégration sociale, un support de l'entourage de meilleure qualité et une plus grande satisfaction à l'égard des contacts sociaux.

Les personnes des couches socio-économiques favorisées déclarent plus souvent avoir été victimes de violence que les autres.

Les personnes issues de classes socialement défavorisées sont plus nombreuses à ne pas attacher leur ceinture de sécurité en voiture ; elles sont également moins bien au courant de la limite légale d'alcoolémie autorisée au volant.

5.3. Santé et Environnement

Ce module consacré à la santé et l'environnement aborde la question de la qualité de l'environnement physique sur le lieu d'habitation. Le type d'information recueilli au sein des ménages concerne le niveau de nuisance provoqué les facteurs d'environnement, les effets du bruit sur la qualité de vie et les actions entreprises pour contrer ces effets.

En Belgique, un ménage sur cinq (20%) rapporte avoir été gêné, sur son lieu d'habitation, par des facteurs environnementaux. Ils se plaignent surtout des odeurs (provenant des industries, des égouts, des déchets, ...), des immondices, de l'humidité, de la moisissure et du bruit (provenant du trafic aérien, routier, ferroviaire, voisinage, ...).

11% des ménages déclarent que leur lieu de résidence est bruyant. Parmi ceux-ci, 75% se disent irrités ou agacés par le bruit et 58% disent que leur sommeil en est affecté.

40% des ménages gênés par des problèmes de bruit déclarent se plaindre auprès de leurs voisins pour le désagrément qu'ils occasionnent. Plus d'un ménage sur trois (36%) pense à déménager en raison du bruit ambiant. Dans un ménage sur trois, on dit également s'isoler dans une pièce calme pour tenter d'échapper au bruit et dans 16% des cas, certains membres du ménage prennent des médicaments à cause des nuisances sonores.

Le pourcentage de ménages gênés par des problèmes de bruit ne varie pas en fonction du niveau socio-économique.

A Bruxelles, 32% des ménages déclarent être gênés par des facteurs environnementaux, ce qui est plus élevé que dans les autres grandes villes (21%) ou dans les zones moins urbanisées (9%). De la même façon, 20% des ménages bruxellois qualifient leur lieu de résidence comme bruyant, ce taux étant plus élevé que dans les autres grandes villes (15%), les zones semi-urbaines (10%) ou rurales (6%).

Tableau récapitulatif pour santé et environnement, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de ménages qui rapportent...

- avoir été gêné par des facteurs environnementaux au domicile	20%
- que leur lieu de résidence est bruyant.	11%

5.4. Accidents, Sécurité Routière et Violence

Ce module s'intéresse au problème général des traumatismes; cela comprend notamment les accidents (ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier), les morsures de chiens et les actes de violence interpersonnelle (verbale, physique ou vols). On s'est aussi intéressé aux mesures préventives en matière de sécurité routière (port de la ceinture et alcool au volant). Les questions sur la violence et la sécurité routière s'adressaient uniquement aux personnes âgées de 15 ans ou plus.

5.4.1. Accidents

En Belgique, 9% de la population déclare avoir été victime d'accident sérieux au cours des douze derniers mois. La répartition des accidents est la suivante : 37% d'accidents domestiques, 27% d'accidents au travail ou à l'école, 20% d'accidents de sport et 17% d'accident de la circulation.

De manière générale, les accidents sérieux impliquent plus fréquemment les hommes que les femmes. Ces dernières rapportent plutôt des accidents domestiques et sur la route, tandis que les hommes ont plutôt des accidents au travail/école et dans le cadre de leurs activités sportives.

La gravité des accidents diminue avec l'âge. Le type d'accident varie aussi en fonction de l'âge ; les accidents domestiques notamment sont plus fréquents chez les personnes âgées.

Les accidents sur la route sont plus souvent rapportés par les habitants de la Région flamande (21%).

5.4.2. Morsures de chien

L'incidence des morsures de chiens au cours de 12 derniers mois est estimée à 9 pour 1.000 habitants, et 4 morsures sur 10 entraînent une consultation chez un médecin.

5.4.3. Violence

15% de la population déclare avoir subi des faits de violence (surtout verbale, et dans une moindre mesure, physique et/ou vols) au cours de l'année qui a précédé l'enquête. 74% des victimes évoquent une violence verbale, 20% une violence physique et 29% un vol ou un cambriolage.

De façon générale, la violence touche davantage les jeunes que les personnes plus âgées. Les violences verbale et physique prédominent chez les jeunes de 15 à 24 ans et diminuent avec l'âge, tandis que les vols et cambriolages deviennent plus fréquents avec l'âge.

Les personnes des couches socio-économiques favorisées déclarent plus souvent avoir été victimes de violence que les autres.

Les faits de violence sont plus souvent signalés par les résidents de Bruxelles (24%). Les actes de violence verbale sont rapportés plus souvent dans la Région Wallonne ; les vols et cambriolages sont quant à eux plus fréquemment évoqués par les habitants de Bruxelles.

5.4.4. Sécurité routière

En matière de sécurité routière, 28% de la population dit ne pas mettre systématiquement sa ceinture de sécurité à l'avant de la voiture et 65% à l'arrière de la voiture. Par ailleurs, 23% de la population de Belgique ne connaît pas la limite d'alcoolémie autorisée pour prendre le volant.

Les hommes sont plus négligents que les femmes quant au port de la ceinture à l'avant. Les femmes sont quant à elles moins bien au courant de la limite légale d'alcoolémie autorisée au volant.

Les jeunes sont moins disposés à boucler leur ceinture (à l'avant comme à l'arrière) que les personnes plus âgées. En revanche, les personnes plus âgées sont moins bien au courant de la limite légale d'alcoolémie.

Les personnes issues de classes socialement défavorisées sont aussi plus nombreuses à ne pas attacher leur ceinture ; elles également sont moins bien au courant de la limite légale d'alcoolémie.

La proportion de la population qui ne connaît pas la limite d'alcoolémie autorisée pour conduire est moindre en Wallonie (18%) que dans les deux autres régions (25-26%).

Le port systématique de la ceinture de sécurité en voiture a peu évolué depuis l'enquête de 1997.

Tableau récapitulatif pour les accidents, circulation routière et violences, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population qui ...

- a été victime d'accident sérieux* dans l'année écoulée	9%
- a subi des faits de violence (y compris verbale) dans l'année écoulée	15%
- ne met pas systématiquement sa ceinture à l'avant de la voiture	28%
- ne met pas systématiquement sa ceinture à l'arrière de la voiture	65%
- ne connaît pas la limite d'alcoolémie autorisée pour prendre le volant	23%

* ayant entraîné une consultation médicalisée

5.5. Santé Sociale

Dans le cadre de l'Enquête de Santé, la santé sociale est mesurée au travers de "l'intégration sociale" des individus dans un réseau de relations (mesures structurelles) et du "support social" dont les individus peuvent bénéficier de leur entourage (mesures fonctionnelles). Seules les personnes âgées de 15 ans ou plus ont été interrogées à ce sujet. Les indicateurs suivants ont été retenus:

1. la satisfaction vis-à-vis des contacts sociaux;
2. la fréquence des contacts sociaux;
3. la taille du réseau relationnel;
4. la disponibilité d'un support social instrumental (aide concrète en cas de besoin);
5. la qualité du support social fonctionnel (entourage assurant plusieurs types de soutien).

En Belgique, 7% des personnes sont insatisfaites de leurs contacts sociaux et 7% ont peu de contacts avec les membres de leur famille, des amis ou des connaissances (soit moins souvent qu'une fois par semaine). En outre, 16% des personnes présentent un réseau restreint de relations (de 0 à 3 personnes), alors que la taille moyenne du réseau relationnel de la population est de 9 personnes.

La population compte 13% d'individus recevant peu d'aide concrète de leur entourage. Enfin, 9% des personnes ne bénéficient pas, de la part de leur entourage, d'un soutien assuré pour ce qui est des besoins émotionnels, affectifs, récréatifs, d'information, etc.

Il n'y a pas de différence fondamentale entre les hommes et les femmes au regard des indicateurs de santé sociale, à l'exception de la taille du réseau social, qui est en moyenne plus étendu chez les hommes (10 personnes) que chez les femmes (8 personnes).

L'âge joue un rôle certain ce qui concerne les facteurs individuels qui influencent la santé sociale ; en effet, les différents aspects de la santé sociale sont fréquemment satisfaits chez les jeunes (15-24 ans, voire encore chez les 25-34 ans) mais déclinent après ces âges. On relève en outre que les hommes âgés de 45 à 64 ans sont moins susceptibles de recevoir une aide concrète de leur entourage.

De manière générale, un niveau d'éducation plus élevé se traduit par une meilleure intégration sociale, un support de l'entourage de meilleure qualité et une plus grande satisfaction à l'égard ses contacts sociaux.

Le degré d'urbanisation du milieu de vie n'a pas une influence systématique sur les indicateurs de santé sociale des individus. Par contre, quelques aspects de la santé sociale varient en fonction de la région de résidence. On note en Région bruxelloise un taux plus élevé de personnes ayant peu de contacts sociaux et peu d'aide en cas de besoin. En Région wallonne, les personnes sont plus nombreuses à présenter un réseau restreint de relations (0-3 personnes) ainsi qu'un support de l'entourage de faible qualité.

Une des priorités en matière de politique de la santé serait donc de pouvoir aider les personnes plus âgées à maintenir des réseaux relationnels avec d'autres personnes du même âge ou développer des réseaux transgénérationnels.

Tableau récapitulatif pour la santé sociale, Enquête de Santé, Belgique, 2001.

Pourcentage de la population de 15 ans et plus qui ...

- est insatisfait de ses contacts sociaux	7%
- a peu de contacts avec les membres de sa famille, des amis ou des connaissances (soit moins souvent qu'une fois par semaine)	7%
- présente un réseau restreint de relations (de 0 à 3 personnes)	16%
- reçoit peu d'aide concrète de son entourage	13%
- ne bénéficie pas, de la part de son entourage, d'un soutien assuré pour ce qui est des besoins émotionnels, affectifs, récréatifs, etc.	9%

5.6. Services Sociaux et Préventifs

Si l'on s'intéresse aux populations cibles et aux objectifs spécifiques des différents services de santé sociale et préventive, on peut dire que l'utilisation ces derniers est assez faible. Sur 12 services étudiés, seulement 5 sont effectivement contactés par plus d'1% de la population: les services de médecine du travail (15%), la médecine scolaire (13%), l'ONE ou Kind en Gezin (5%), les services d'aide à domicile (3% pour la population générale et 28% chez les 75 ans et plus) et les CPAS ou Centres Publics d'Aide Sociale (2%).

La fréquentation des services de médecine du travail et les recours aux services d'aide à domicile a augmenté en 2001 par rapport à 1997:

Enquête de Santé, Belgique, 2001

Cette enquête a été réalisée à l'initiative de :

J. Tavernier

*Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé Publique
et de l'Environnement*

J. Chabert

*Ministre des Travaux Publics, du Transport, de la Lutte contre l'Incendie
et de l'Aide médicale urgente de la Région Bruxelles-Capitale*

T. Detienne

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé de Région Wallonne

D. Gosuin

*Ministre de l'Environnement et de la Politique de l'Eau, de la Conservation de la Nature
et de la Propreté Publique, et du Commerce Extérieur de la Région Bruxelles-Capitale*

N. Maréchal

Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté Française

H. Niessen

*Ministre de la Jeunesse et de la Famille, des Monuments et Sites, de la Santé
et des Affaires Sociales de la Communauté Germanophone*

F. Vandenbroucke

Ministre des Affaires Sociales et des Pensions

M. Vogels

Ministre de l'Aide Sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances de la Communauté Flamande