



Synthèse



Enquête de Santé par Interview Belgique 2004



Statistique et
Information économique

Section d'Epidémiologie
Rue Juliette Wylsmans, 14
1050 Bruxelles
Tél : 02/642.57.94
e-mail : his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/index4.htm>

Direction Générale Statistique
Rue de Louvain, 40
1000 Bruxelles

<http://statbel.fgov.be>

Equipe de recherche : (par ordre alphabétique)

Stefaan Demarest
Lydia Gisle
Edith Hesse
Pieter-Jan Miermans
Jean Tafforeau
Johan Van der Heyden

Equipe logistique :

Monique Schoonenburg

Les commanditaires de l'Enquête de Santé par Interview 2004

B. Cerexhe

Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, chargé de l'Economie, de l'Emploi, de la Recherche scientifique, de la Lutte contre l'Incendie et l'Aide médicale urgente et de la Politique agricole – Région Bruxelloise

R. Demotte

Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement - Gouvernement fédéral

C. Fonck

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

B. Gentges

Vize-Ministerpräsident, Minister für Ausbildung und Beschäftigung, Soziales und Tourismus - Deutschsprachige Gemeinschaft

G. Vanhengel

Minister van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering, belast met Financiën, Begroting, Externe Betrekkingen en Informatica - Brussels Hoofdstedelijk Gewest

I. Vervotte

Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - Vlaams regering

C. Vienne

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances - Région Wallonne

Table des matières

INTRODUCTION	3
1. ETAT DE SANTÉ.....	6
1.1. SANTÉ SUBJECTIVE	7
1.2. MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES	9
1.3. SANTÉ MENTALE	14
1.4. LIMITATIONS	16
1.4.1. Incapacités physiques de longue durée.....	16
1.4.2. Incapacité temporaire.....	19
2. STYLES DE VIE	21
2.1. ACTIVITÉ PHYSIQUE.....	22
2.2. HABITUDES NUTRITIONNELLES	24
2.3. ETAT NUTRITIONNEL	25
2.4. CONSOMMATION D'ALCOOL	27
2.5. CONSOMMATION DE TABAC	29
2.6. USAGE DE CANNABIS	32
2.7. SANTÉ ET SEXUALITÉ.....	33
2.8. ATTITUDES FACE AU VIH / SIDA.....	35
3. SERVICES DE MÉDECINE PRÉVENTIVE.....	37
3.1. VACCINATION.....	37
3.2. PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE	40
3.3. DÉPISTAGE DU DIABÈTE	42
3.4. DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	43
3.5. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL.....	45
4. CONSOMMATION DE SOINS	46
4.1. CONTACTS AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS.....	47
4.1.1. Contacts avec le médecin généraliste.....	47
4.1.2. Contacts ambulatoires avec un médecin spécialiste.....	50
4.1.3. Visites dans un service d'urgences.....	53
4.1.4. Contacts avec le dentiste.....	55
4.1.5. Contacts avec les prestataires de soins paramédicaux.....	57
4.2. ADMISSION À L'HÔPITAL	59
4.3. CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS.....	61
4.4. THÉRAPIES NON CONVENTIONNELLES	64
5. SANTÉ ET SOCIÉTÉ	65
5.1. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ.....	65
5.2. DIFFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ	67
5.3. SANTÉ ET ENVIRONNEMENT	69
5.4. TRAUMATISMES.....	71
5.4.1. Accidents.....	71
5.4.2. Violence.....	72
5.5. SANTÉ SOCIALE	73
5.6. SERVICES SOCIAUX ET PRÉVENTIFS	75
5.7. PERSONNES ÂGÉES.....	76

Introduction

Ce document présente la synthèse des résultats de la troisième Enquête de Santé par interview qui a été réalisée en Belgique en 2004. 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
- (5) la relation santé et société.

Suite à une requête du Service Public Fédéral (SPF) des Affaires Sociales et du cabinet du Ministre Fédéral de la Santé, des adaptations ont été apportées à l'organisation de l'Enquête de Santé de 2004. Celles-ci avaient pour but de permettre la récolte d'informations plus précises et plus pertinentes au sujet des personnes âgées. Le but poursuivi était de contribuer à l'adaptation des politiques de santé en matière de vieillissement de la population.

Il existe bien sûr en Belgique de nombreuses autres sources d'information sur la santé; l'Enquête de Santé offre toutefois des avantages spécifiques:

- 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;
- La répétition périodique des enquêtes permet d'étudier l'évolution des problématiques au cours du temps.

Les résultats des enquêtes 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. En outre, 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 informations 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 population¹. 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 précis que ceux que l'on observe pour l'ensemble du pays.

Au total, **12 945 personnes** ont été interrogées à domicile dans le cadre de l'Enquête de Santé belge de 2004. 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 s'adressait à toutes les personnes inscrites au Registre National, à l'exception des personnes qui résidaient: (1) dans une institution qui soit autre qu'une institution pour personnes âgées (les personnes habitant dans un home, une maison de repos ou une maison de repos et de soins faisaient explicitement partie de l'échantillon); (2) dans une communauté religieuse de plus de 8 personnes et (3) dans une prison.

Tout a été mis en oeuvre pour essayer de respecter le mieux possible le profil de la population. Un 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. L'échantillon de base comportait 3500 personnes à interviewer en Flandre, 3500 en Wallonie et 3000 à Bruxelles. La méthode d'échantillonnage a été adaptée afin qu'au moins 1250 individus de 65 ans ou plus soient interrogés et qu'en même temps un nombre suffisant de personnes de 85 ans ou plus soit repris dans l'échantillon. Le nombre de personnes à sélectionner dans chaque province était en principe proportionnel à la taille de la province en question. Toutefois, deux provinces ont opté pour un sur-échantillonnage qu'elles ont financé. Il s'agit de 900 personnes supplémentaires pour la Province de Luxembourg et 450 personnes en plus pour la Province du Limbourg.

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.

En suivant cette méthode on a finalement réalisé 4513 interviews en Flandre, 3440 à Bruxelles et 4992 en Wallonie. Au total 3515 personnes âgées de 65 ans ou plus ont été interrogées, dont 910 personnes de 85 ans ou plus.

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).

¹ Des travaux récents ont montré toutefois que les données recueillies sur la santé subjective dans le cadre du recensement de la population de 2001 n'étaient pas très différents de ceux de l'enquête de santé 2001 (ces travaux seront publiés sous peu dans le cadre du programme AGORA).

Malgré cette panoplie de précautions, l'échantillon n'est pas parfaitement représentatif de l'ensemble 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, 61,4% ont accepté de participer à l'enquête. Les 38,6% restants ont refusé de participer pour diverses raisons: manque d'intérêt, manque de temps, ...

Trois types de questionnaires différents ont été utilisés pour l'enquête:

- (1) Le premier s'intéresse au ménage en tant que tel: la taille du ménage, sa composition, les revenus, les dépenses en matière de santé, la santé et l'environnement. Il s'adressait à la personne de référence du ménage (ou son/sa partenaire). Il était rempli sur place par l'enquêteur, qui lisait les questions et notait directement les réponses dans le questionnaire.
- (2) Un deuxième questionnaire, qui met l'accent sur l'état de santé et la consommation de soins, était rempli de la même façon (par interview) pour chacune des personnes sélectionnées dans les ménages. Lorsqu'une personne ne pouvait répondre elle-même, à cause d'une maladie par exemple, une autre personne pouvait répondre pour elle, à sa place (proxi). Il en était de même pour les enfants de moins de quinze ans: l'interview se faisait par proxi, avec l'un des parents, par exemple.
- (3) 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 ou 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 chapitre, 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 de la population et leurs conséquences fonctionnelles. Il n'a pas été possible d'explorer en détail toutes les pathologies; certaines pathologies physiques ou mentales ont donc été sélectionnées sur base de leur fréquence relative et de leur pertinence en termes de santé publique.

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

1. Evaluation subjective de l'état de santé
2. Maladies et affections chroniques
3. Santé mentale
4. Incapacités physiques de longue durée
5. Incapacité temporaire

L'étude de ces thématiques commence par une évaluation très générale de l'état de santé, puis est suivie par une analyse plus détaillée des différents problèmes de santé dont souffrent les gens, pour enfin s'intéresser aux conséquences de ces maladies dans la vie quotidienne.

La perception subjective de la santé fournit une bonne idée de l'état de santé réelle d'une population. Elle est fondamentale pour l'évaluation des progrès en matière de santé.

On considère ensuite le nombre de personnes atteintes d'une ou de plusieurs **affections chroniques** et la distribution de ces différentes affections dans la population.

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. Enfin, on y trouve des indications quant aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide au cours d'une vie et au cours des 12 derniers mois.

Tous ces problèmes – physiques et psychologiques – peuvent avoir des conséquences et entraîner ou des **limitations dans la vie quotidienne**. Il importe de bien cerner ces limitations, lourdes de conséquences tant au niveau individuel que social et professionnel. On part d'une appréciation très générale de la gêne ressentie de par ces affections, pour la préciser petit à petit: la diminution des capacités physiques, la limitation dans les activités quotidiennes et de la liberté de mouvement, les incapacités temporaires et l'invalidité.

1.1. Santé subjective

La santé subjective est une mesure globale qui inclut différentes dimensions de la santé (physique, sociale et émotionnelle). Cette mesure est obtenue en demandant à l'individu d'estimer son état de santé général, sur une échelle à 5 points allant de "très bonne" à "très mauvaise".

On considère l'évaluation subjective de la santé comme **un des meilleurs indicateurs de santé** tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. De nombreux auteurs ont démontré que la perception subjective de l'état de santé reflète assez bien l'impact des plaintes et maladies dont souffre la personne interrogée; elle a en outre une relation étroite avec la mortalité, la morbidité, le niveau des capacités fonctionnelles et la consommation de soins.

En Belgique, 77% des personnes interrogées estiment que **leur état de santé est satisfaisant**. En moyenne 23% des personnes se plaignent de leur état de santé, mais ce taux monte jusqu'à 47% chez les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Concernant l'évolution récente de l'état de santé:

- 74% des personnes interrogées trouvent que leur état de santé n'a pas changé au cours de la dernière année;
- 15% qu'il s'est amélioré;
- 11% qu'il s'est détérioré au cours de cette période.

Le pourcentage de femmes qui ne sont pas satisfaites de leur état de santé est plus élevé par rapport aux hommes, et ce quasiment dans toutes les tranches d'âge à partir de 45 ans.

Il faut souligner ici l'existence d'un **gradient socio-économique** assez marqué: les groupes de population fragilisés au point de vue socio-économique se plaignent beaucoup de leur état de santé!

Les taux observés en 1997, en 2001 et en 2004 sont quasiment identiques. Cela veut dire que ces indicateurs de santé subjective sont très stables en Belgique et dans chacune des régions prises séparément: il n'y a ni amélioration, ni aggravation.

On observe par contre une **différence entre les régions**: 21% des résidents en Flandre estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant contre 25% à Bruxelles et 27% en Wallonie (ces différences existaient déjà en 1997 et en 2001).

Pour les personnes âgées de 16 ans ou plus, les **données de 2001** provenant de l'Enquête de Santé en Belgique ont été **comparées à celles d'autres pays européens**, collectées entre 2000 et 2002. Les résultats obtenus en Belgique (24%) sont comparables à ceux du Danemark et de l'Angleterre (respectivement 22% et 26% des personnes interrogées estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant). Ils sont par contre moins bons que ceux de la Norvège (20% seulement des personnes interrogées estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant) et de la Suisse (14%).

Tableau récapitulatif pour la santé subjective			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui...			
- juge son état de santé comme moyen à très mauvais	22%	24%	23%
- juge son état de santé comme moins bon que l'an dernier	11%	13%	11%
- juge son état de santé comme meilleur que l'an dernier	15%	13%	15%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

1.2. Maladies et 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 utile de disposer d'informations sur:

- La prévalence de ces maladies et de savoir lesquelles sont les plus fréquentes;
- L'importance de la co-morbidité²;
- L'impact de ces maladies sur le fonctionnement et sur la consommation de soins.

En 2004, en Belgique, environ un quart de la population (24%) déclare souffrir **d'au moins une maladie chronique**, de longue durée ou d'un handicap. Ce taux augmente avec **l'âge**: en dessous de 45 ans, il est de 20%; chez les 75 ans ou plus, il est de 53%.

Pour les personnes âgées de 16 ans ou plus, les données de 2001 provenant de l'Enquête de Santé en Belgique ont été comparées à celles d'autres pays européens, collectées entre 2000 et 2002. **L'analyse comparative** de ces données montre les pourcentages suivants de personnes de 16 ans ou plus souffrant d'une maladie chronique ou de longue durée:

- 29% en Belgique;
- 38% en Norvège;
- 41% au Danemark;
- 45% en Angleterre.

On constate qu'en 2001, la Belgique avait la prévalence des maladies et affections de longue durée la plus basse.

L'Enquête de Santé de 2004 montre pour la Belgique que 8% de la population souffre de **co-morbidité**. Chez les 75 ans ou plus ce taux monte à 31%.

La prévalence des maladies chroniques spécifiques, telle qu'elle est rapportée par les individus, est plus élevée chez les **femmes**; elle augmente aussi en général avec l'âge.

² la co-morbidité se définit ici par la présence simultanée, chez une même personne, de maladies appartenant à des groupes différents. Six groupes ont été définis:

- maladies de l'appareil locomoteur (problèmes de dos, rhumatisme, arthrite, ...)
- maladies de l'appareil respiratoire (asthme, bronchite chronique, ...)
- maladies neurologiques (épilepsie, vertiges, accident vasculaire cérébral, ...)
- maladies cardiaques (infarctus, autres pathologies cardiaques graves)
- cancer
- diabète

Le risque qu'une personne déclare souffrir d'une maladie chronique augmente quand le **niveau d'instruction** diminue. Ainsi chez les personnes dont le niveau d'éducation est bas, on constate:

- Un pourcentage plus élevé de personnes qui déclarent souffrir d'une maladie chronique, de longue durée ou d'un handicap;
- Une co-morbidité plus fréquente;
- Une prévalence plus élevée pour 12 des 26 pathologies chroniques spécifiques étudiées³:
 - bronchite et autres problèmes respiratoires chroniques
 - pathologies cardiaques
 - hypertension artérielle
 - diabète
 - dépression
 - vertiges
 - migraines
 - problèmes graves au niveau du dos
 - arthroses
 - arthrites
 - autres rhumatismes⁴
 - ulcères à l'estomac ou au duodénum

Malgré des comparaisons limitées à une période de 7 années et pour 3 enquêtes, l'Enquête de Santé fournit des informations très utiles sur **l'évolution** des maladies chroniques en Belgique au cours du temps:

- Le pourcentage de personnes qui déclarent souffrir d'une ou de plusieurs maladies chroniques reste stable entre 1997 et 2004.
- On observe même une diminution du nombre d'hommes au-delà de 55 ans et de femmes au-delà de 35 ans qui souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques.
- Contrairement à ce dont on pourrait croire, le pourcentage de personnes avec une co-morbidité reste également stable au cours de la période 1997–2004. On observe même une légère diminution à Bruxelles.
- La prévalence de certaines maladies, surtout celles qui sont fortement liées à l'âge, est en train d'augmenter. C'est le cas pour le diabète, l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la cataracte et le glaucome. Cette augmentation de prévalence s'explique en grande partie par l'augmentation du nombre de personnes âgées dans la population depuis 1997.
- Pour le diabète et l'hypertension artérielle, l'augmentation progressive de la prévalence ne peut toutefois pas s'expliquer par le seul fait du vieillissement de la population.

³ 26 maladies ou groupes de maladies chroniques spécifiques ont été proposées dans le questionnaire de l'enquête : asthme, bronchite ou autre trouble respiratoire chronique, allergie, infarctus ou autre maladie cardiaque grave, hypertension artérielle, trouble intestinal grave, inflammation chronique de la vessie, diabète, trouble thyroïdien, glaucome, cataracte, dépression, vertige (avec chute), migraine, maladie grave de la peau, cancer, fatigue chronique, maladie grave du dos, arthrose, arthrites, autres rhumatismes, accident vasculaire cérébral, ulcère à l'estomac ou au duodénum, ostéoporose, troubles prostatiques, descente de matrice.

⁴ par 'autres rhumatismes' on entend autre que arthroses et arthrites.

Les pathologies les plus souvent citées sont reprises dans les tableaux suivants:

Tableau 1 : Pourcentage de la population qui a souffert de maladies chroniques (auto-rapportées) au cours des 12 derniers mois, sélection des cinq affections les plus fréquentes, par sexe.

Hommes (toutes catégories d'âge confondues)		Femmes (toutes catégories d'âge confondues)	
- Allergies	12%	- Allergies	15%
- Hypertension artérielle	11%	- Hypertension artérielle	14%
- Problèmes sérieux au dos	10%	- Arthroses	13%
- Arthroses	8%	- Migraines	11%
- Bronchite ou autre trouble respiratoire chronique	5%	- Problèmes sérieux au dos	11%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

Tableau 2 : Pourcentage de la population (de 65 ans et plus) qui a souffert de maladies chroniques (auto-rapportées) au cours des 12 derniers mois, sélection des cinq affections les plus fréquentes, par sexe.

Hommes (de 65 ans ou plus)		Femmes (de 65 ans ou plus)	
- Hypertension artérielle	31%	- Arthroses	40%
- Arthroses	24%	- Hypertension artérielle	36%
- Infarctus ou autre maladie cardiaque grave	19%	- Arthrite	22%
- Problèmes prostatiques	17%	- Problèmes sérieux au dos	21%
- Problèmes sérieux au dos	14%	- Ostéoporose	19%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

On observe quelques **différences régionales** en ce qui concerne les maladies chroniques:

- 21% de la population déclare souffrir d'au moins une maladie chronique en Flandre; ce pourcentage est plus élevé à Bruxelles et en Wallonie (respectivement 25% et 28%).
- La co-morbidité est également plus fréquente en Wallonie. La situation à Bruxelles se situe à un niveau intermédiaire et le taux de co-morbidité le plus bas est observé en Flandre.
- Pour la plupart des maladies chroniques étudiées, on observe aussi une prévalence plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. Il faut souligner que Bruxelles est la seule région où l'on constate une diminution (chez les hommes) de la prévalence de l'asthme, des pathologies cardiaques, des vertiges (avec chute) et des autres rhumatismes.

L'enquête de santé permet d'estimer dans quelle mesure les personnes ayant une maladie chronique ont été **suivies par un médecin** (généraliste et/ou spécialiste) pour celle-ci:

- 80% des personnes qui souffrent des pathologies suivantes sont suivies pour ces maladies par un médecin: hypertension artérielle, bronchite chronique, infarctus ou pathologies cardiaques graves, diabète, ulcère à l'estomac ou au duodénum, glaucome et cancer. Cette fréquence est moins élevée (60%) en cas d'allergie ou de migraine.
- Le médecin généraliste est plus souvent contacté (que le spécialiste) en cas d'hypertension artérielle, de migraine, de fatigue chronique, de bronchite chronique, de diabète, de vertiges (avec chute), d'asthme, de dépression ou d'allergie (chez les femmes également pour les problèmes d'arthrite et les autres rhumatismes).
- Le médecin spécialiste est plus souvent contacté (que le généraliste) pour les maladies suivantes: infarctus ou pathologies cardiaques graves, maladies intestinales graves, cataracte, glaucome, cancer.
- Le cancer et les pathologies cardiaques graves sont les maladies qui sont le plus souvent prises en charge en tandem par le médecin généraliste et le spécialiste.

L'enquête de santé permet en outre d'estimer dans quelle mesure les personnes ayant une maladie chronique ont reçu un traitement pour celle-ci:

- Plus de 90% des femmes souffrant d'hypertension artérielle, de bronchite chronique, d'infarctus ou de pathologies cardiaques graves, d'inflammation chronique de la vessie ... consomment des médicaments pour soigner ces maladies. On ne trouve de tels pourcentages chez les hommes que pour le traitement de l'hypertension artérielle et des ulcères à l'estomac ou au duodénum.
- Le pourcentage de personnes qui prennent un traitement non médicamenteux pour des maladies chroniques varie suivant le type de pathologie: il est élevé pour le cancer (65% chez les hommes et les femmes), les problèmes sérieux au niveau du dos (41% chez les hommes, 38% chez les femmes) et la cataracte (34% chez les hommes, 33% chez les femmes).

Trois autres constatations importantes méritent d'être relevées:

- Il existe des différences importantes de prévalence des maladies chroniques entre les divers groupes de population: principalement des différences socio-économiques (plus de maladies chroniques parmi les bas niveaux d'éducation) et des différences régionales (plus de maladies chroniques en Région Wallonne).
- Bien que la population ait vieilli de 1997 à 2004 (ce vieillissement n'est cependant pas majeur sur une si courte période), de manière globale, on ne note pas d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans la population générale. Cela pourrait signifier que le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du taux de l'espérance de vie en bonne santé.
- La pathologie chronique dont la prévalence augmente de manière la plus remarquable est le diabète. Une sensibilisation de la population et du corps médical serait nécessaire pour une détection et une prise en charge précoces et correctes de cette maladie.

Tableau récapitulatif pour les maladies chroniques			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population qui souffre de:			
- une ou plusieurs affections ou maladies de longue durée ou handicaps	24,6%	25,3%	23,8%
- allergie	12,9%	13,8%	13,3%
- hypertension artérielle	9,2%	11,6%	12,3%
- arthrose	10,1%	11,9%	10,3%
- affections persistantes au dos	9,9%	9,8%	10,0%
- migraine	9,7%	9,3%	7,8%
- diabète	2,3%	2,8%	3,5%
- ulcères à l'estomac ou au duodénum	2,6%	3,2%	2,7%
- cataracte	1,1%	1,7%	1,9%
- co-morbidité	6,9%	7,7%	7,8%

Source: *Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004*

1.3. Santé Mentale

En Belgique, parmi la population de 15 ans ou plus:

- 24% présente un "mal-être" psychologique au moment de l'enquête;
- 13% de la population, pourrait manifester une affection mentale assez sérieuse;
- 8% connaît des troubles dépressifs au moment de l'enquête;
- 8% se plaint de symptômes somatiques;
- 6% manifeste des symptômes anxieux;
- 20% signale des troubles du sommeil.

Par ailleurs, 6% des individus rapportent (elles-mêmes) avoir souffert d'une **dépression sérieuse** dans l'année qui a précédé l'enquête. Parmi ces individus, 60% ont consulté un médecin généraliste pour ce problème, 36% ont consulté un spécialiste, 19% ont suivi une psychothérapie et 84% ont pris un traitement médicamenteux.

Ces chiffres sont dans la même lignée que ceux rapportés au **niveau européen**: 27% des adultes de l'Union connaissent au moins une forme de mauvaise santé mentale au cours d'une année donnée, et les pathologies les plus fréquentes sont les troubles anxieux et la dépression.

En Belgique, dans la population âgée de 15 ans ou plus, 15% des personnes indiquent avoir consommé des **médicaments psychotropes** dans les deux semaines précédant l'enquête:

- 9% ont pris des somnifères;
- 7% des tranquillisants;
- 6% des antidépresseurs.

Certaines personnes combinent la prise de plusieurs de ces médicaments.

Enfin, il est apparu que 12% de la population a déjà sérieusement **pensé à se suicider** au cours de sa vie et 4% a déjà posé un geste suicidaire. Quatre personnes sur mille ont déclaré avoir **tenté de mettre fin à leur vie** dans l'année qui a précédé l'enquête.

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes à mentionner des troubles de santé mentale. Elles sont aussi plus nombreuses à indiquer prendre des médicaments psychotropes. Par rapport aux hommes, les femmes admettent plus souvent penser au suicide et reconnaissent plus souvent être passées à l'acte. Par ailleurs, les femmes éprouvent des problèmes psychologiques à un âge plus précoce que les hommes.

Pour ce qui est de la variation des taux **en fonction de l'âge**, le mal-être psychologique global tend à diminuer avec l'âge, tandis que les troubles somatiques, dépressifs et du sommeil, à connotation plus "biologique", sont plus courants aux âges plus avancés. Le recours aux médicaments psychotropes est aussi beaucoup plus fréquent chez les personnes âgées, et cette augmentation avec l'âge est plus forte chez les femmes.

Les problèmes spécifiques de santé mentale tendent à se concentrer chez les personnes les plus faibles sur le **plan socio-éducatif**. L'indicateur de "mal-être" psychologique global, quant à lui, touche toutes les couches de la population, quel que soit le niveau de scolarité.

On n'observe pas de lien entre le degré **d'urbanisation** et la présence de troubles de santé mentale.

Mis à part les troubles anxieux et du sommeil, tous les autres indicateurs de santé mentale sont moins fréquents en Flandre par rapport aux autres **régions**.

Enfin, certains indicateurs ont pu être **comparés dans le temps**:

- La prévalence du mal-être psychologique, de tous les troubles spécifiques (somatiques, dépressifs, anxieux, du sommeil) et de la dépression sérieuse auto-rapportée n'ont pas évolué dans le temps (à structure de population comparable);
- En revanche, les indicateurs de consommation de soins connaissent une progression: parmi les personnes ayant rapporté une dépression sérieuse, elles sont proportionnellement plus nombreuses en 2004 à avoir consulté un professionnel de la santé et à avoir pris des médicaments pour ce problème qu'elles ne l'étaient en 2001;
- En ce qui concerne la prise de médicaments psychotropes, on constate une augmentation constante de l'utilisation de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs sur les trois années d'enquête.

Tableau récapitulatif des problèmes de santé mentale			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui souffre de:			
- mal-être global	31%	25%	24%
- problème de santé mentale**	17%	13%	13%
- troubles somatiques	-	8%	8%
- troubles dépressifs	-	9%	8%
- troubles anxieux	-	6%	6%
- troubles du sommeil	-	20%	20%
- dépression dans l'année écoulée	7%	6%	6%
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui consomme...			
- des psychotropes	10%	13%	15%
- des somnifères	5%	8%	9%
- des tranquillisants	4%	6%	7%
- des antidépresseurs	4%	5%	6%
Pourcentage de la population de 15 ans ou plus qui ...			
- a déjà sérieusement pensé à se suicider	-	-	12%
- a déjà tenté de se suicider-	-	-	4%
- a tenté de se suicider dans les 12 derniers mois-	-	-	0,4%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

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

1.4. Limitations

1.4.1. Incapacités physiques de longue durée

L'accent est mis dans cette partie sur les **limitations fonctionnelles**. L'objectif principal est de mesurer les conséquences des maladies chroniques sur la vie quotidienne des personnes qui en souffrent. Au sein de la **population générale**:

- 9% déclare souffrir d'une maladie chronique qui entraîne une limitation **permanente** dans les activités quotidiennes;
- 7% déclare souffrir d'une maladie chronique qui entraîne une limitation **occasionnelle** dans les activités quotidiennes;
- 7% déclare souffrir d'une maladie chronique mais ne sont **pas ou rarement limités** dans leurs activités quotidiennes;
- 0,4% de la population générale doit rester **alitée en permanence** à cause d'une maladie chronique ou d'un handicap;
- 3,2% de la population doit rester **alitée de temps en temps** pour cette même raison.

Parmi les **gens qui souffrent d'une ou de plusieurs maladies chroniques ou de handicap**:

- 15% sont gravement limités (11% des hommes, 20% des femmes);
- 28% sont moyennement limités;
- 27% sont légèrement limités (28% des hommes, 27% des femmes);
- 29% ne sont pas limités du tout (33% des hommes, 25% des femmes).

Parmi les **personnes âgées (de 75 ans ou plus) qui souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap**:

- Plus de la moitié (56%) en éprouvent une limitation permanente dans leur vie quotidienne;
- Une personne sur cinq doit rester alitée de temps en temps.

6.4% de la population déclare avoir été **reconnue officiellement comme personne handicapée ou invalide** (7.4% des hommes et 5.5% des femmes). Ce pourcentage augmente avec l'âge.

L'origine du handicap est:

- Une maladie congénitale (22%);
- Un accident de travail (16%);
- Une maladie professionnelle (10%);
- Une autre maladie dans 37% des cas.

L'Enquête de Santé s'est intéressée aussi à des **limitations fonctionnelles spécifiques**. Les résultats montrent que:

- 5% de la population de 15 ans ou plus souffre de problèmes de **limitation en matière de mobilité**.
- 2% de la population doit rester **assise ou couchée**.
- 20% de la population éprouve des difficultés à exécuter une série **d'activités de la vie quotidienne**⁵ (13% est modérément limitée, et 7% est sévèrement limitée)
- 7% de la population doit pour au moins une de ces activités **faire appel à l'aide** d'une autre personne.

Parmi les personnes avec des **limitations sévères** pour ces activités de la vie quotidienne:

- 31% ne peuvent compter que sur une aide informelle (famille, connaissances ou amis);
- 40% sur une aide formelle (professionnelle);
- 15% sur une aide à la fois informelle et formelle;
- 14% ne bénéficient d'aucune aide.

La limitation dans **les activités instrumentales de la vie quotidienne** (activités de base nécessaires à la survie) a également été étudiée:

- 5% de la population souffre de limitations dans au moins une des activités suivantes:
 - préparer les repas;
 - faire les courses;
 - effectuer des tâches ménagères légères;
 - faire la lessive.
- 63% de ces personnes avec des limitations instrumentales peuvent compter sur une aide informelle aussi bien que formelle.

Les **limitations fonctionnelles** sont en général plus marquées chez **les femmes**:

- 6% des femmes ont un handicap de mobilité contre 3% chez les hommes;
- 22% des femmes ont des limitations dans la vie quotidienne contre 16% chez les hommes.

Les **limitations fonctionnelles** varient fortement avec **l'âge**. Les limitations sont rares chez les jeunes, mais la prévalence commence à augmenter à partir de 55 ans; ce profil se retrouve pour tous les types de limitations étudiés.

Les **limitations fonctionnelles** sont plus fréquentes chez les personnes qui ont un **faible niveau d'instruction**.

⁵ Marcher, s'asseoir, se lever, se coucher, s'habiller, se déshabiller, se laver la figure et les mains, manger, aller aux toilettes de manière autonome, mais aussi, être continent, voir et entendre suffisamment

On observe enfin peu de différences dans ce domaine entre **les régions**. On observe partout un besoin marqué pour une aide formelle dans les activités de la vie quotidienne des personnes avec des limitations sévères.

Tableau récapitulatif pour les limitations fonctionnelles de longue durée.			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population qui ...			
- est limitée en permanence à cause d'une maladie ou affection chronique	8%	10%	9%
- a un handicap officiellement reconnu	8%	9%	6%
- avec limitation fonctionnelle modérée	13%	14%	13%
- avec limitation fonctionnelle sévère	4%	7%	7%
- avec un handicap de mobilité	4%	6%	5%
Pourcentage de la population (ne résidant pas dans une institution pour personnes âgées) qui présente des limitations dans les activités instrumentales	-	-	5%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

1.4.2. Incapacité temporaire

Ce chapitre offre des informations sur la perte temporaire de capacité à exercer des activités régulières à cause d'un problème de santé physique et/ou mentale.

Trois indicateurs sont analysés, tant pour les problèmes de santé d'ordre physique que pour ceux d'ordre psychologique:

- La prévalence des incapacités pour raison de santé;
- Le nombre annuel moyen de jours d'incapacité par personne;
- Le nombre annuel moyen de jours d'alitement par personne.

Les résultats de l'Enquête montrent que:

- 7% des Belges de 15 ans ou plus ont connu une incapacité temporaire pour cause de **santé physique** dans les 2 semaines précédant l'enquête;
- 2% ont connu une incapacité temporaire pour des **raisons psychologiques**.

Le nombre moyen de journées d'incapacité dans la population âgée de 15 ans et plus s'élève à:

- 16 jours par personne par an en cas de **problème physique**;
- 3 jours par personne par an en cas de **problème psychologique**.

La prévalence de **l'incapacité pour cause physique** et sa durée moyenne ne diffèrent pas selon le sexe. Ces indicateurs progressent avec **l'âge**, mais cette progression connaît des variations régionales. Les périodes critiques se situent entre 35 et 44 ans, et à partir de 65 ans pour les **femmes** et de 75 ans pour les **hommes**.

L'incapacité en raison de problèmes psychologiques est plus fréquente et dure plus longtemps chez les femmes que chez les hommes au niveau de la Belgique et de la Région Flamande, mais pas dans les deux autres régions du pays. L'incapacité pour des raisons psychologiques et la durée de l'incapacité varie également en fonction de **l'âge**, avec des périodes critiques se situant, comme pour l'incapacité physique, entre 35 et 44 ans, et à partir de 65 ans pour les **femmes** et de 75 ans pour les **hommes**.

La prévalence des **incapacités temporaires (physique et psychologique)** n'est pas clairement liée au **niveau de scolarité**, mais le nombre moyen de jours d'incapacité par personne par an est généralement plus élevé dans les groupes les moins scolarisés (primaire et secondaire inférieur).

La prévalence des incapacités et la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité et d'alitement tendent à **diminuer depuis l'enquête de 1997**.

Enfin, on observe des **différences régionales** dans la prévalence et la durée moyenne des incapacités temporaires, tant pour les problèmes d'ordre physique que psychologique: c'est en Région Flamande que les taux et les moyennes sont les plus élevés, et en Région Wallonne qu'ils sont les plus bas.

Tableau récapitulatif pour les incapacités temporaires			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population avec restriction temporaire d'activités au cours des 2 dernières semaines pour cause de ...			
- mauvaise santé physique	9%	9%	7%
- mauvaise santé mentale	3%	2%	2%
Nombre moyen de jours de restriction d'activité par personne et par an pour cause de ...			
- mauvaise santé physique	18	18	16
- mauvaise santé mentale	4	2	3
Nombre moyen de jours d'alitement, par personne et par an pour cause de...			
- mauvaise santé physique	4	3	3
- mauvaise santé mentale	2	1	1

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2. Styles de vie

Les habitudes et modes de vie sont assez souvent des déterminants à part entière de la santé. On sait aujourd'hui qu'une série d'aspects de la vie quotidienne participent au maintien d'une bonne santé, à la prévention de certaines complications physiques et à l'amélioration du bien-être psychologique. 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, etc.

Il est communément admis, et étayé par la littérature scientifique, qu'avant même les progrès de la médecine, c'est l'amélioration de l'hygiène de vie qui a permis d'augmenter considérablement l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé. Or, cette amélioration de l'hygiène de vie a été largement favorisée par le développement, dans de nombreux pays, de politiques de la santé basées sur des programmes d'information, de prévention des comportements à risque et de promotion des styles de vie sains. C'est précisément parce que les habitudes de vie sont partiellement déterminées par la culture et l'environnement que l'on peut, en agissant sur ceux-ci, parvenir à faire changer le système de valeur des individus, et par-là, leurs comportements.

Il est donc essentiel pour les décideurs politiques, mais aussi pour les organismes mis en place dans le cadre de ces programmes, de pouvoir évaluer la prévalence de ces différents styles de vie, leur distribution dans les sous-groupes de la population et leur évolution dans le temps, afin de pouvoir estimer l'impact potentiel des politiques mises en place.

L'Enquête de Santé considère des aspects du style de vie qui ont un impact important sur la santé:

- l'activité physique
- les habitudes alimentaires
- la consommation d'alcool
- la consommation de tabac
- la consommation de cannabis
- les moyens de contraception
- les moyens de protection contre les maladies sexuellement transmissibles
- l'attitude vis-à-vis du VIH/SIDA

La plupart de ces sujets sont abordés dans l'auto-questionnaire auquel seules les personnes de 15 ans ou plus répondent, elles-mêmes, par écrit. Seules les questions sur les habitudes alimentaires sont posées à l'ensemble des personnes sélectionnées.

2.1. Activité physique

Il existe de nombreuses recommandations en ce qui concerne la pratique régulière d'une activité physique mais le message principal est le suivant: chaque individu devrait pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique chaque jour de la semaine.

Les résultats concernant les **activités physiques durant les loisirs** indiquent que:

- 18% de la population (15 ans ou plus) pratiquent une activité physique de loisir au moins 4 heures par semaine;
- 57% pratiquent une activité physique de loisir moins de 4 heures par semaine;
- 25% est à risque par manque d'activité physique durant les loisirs. Aux Etats Unis, ce même chiffre oscille entre 15% et 45%, mais ils se sont fixé comme objectif de ramener ce taux à 20% d'ici 2010.

Certains groupes de population sont plus souvent à risque par manque d'activité physique de loisir:

- Les **femmes**, surtout chez les **jeunes** (15-24 ans) et les personnes **âgées** (75 ans ou plus);
- Les personnes qui résident en **Wallonie** (31%) plus que celles qui résident en Flandre (21%).

Les résultats concernant tous types d'**activités physiques** (pas seulement au cours des loisirs mais aussi dans la vie quotidienne, à la maison, lors des trajets vers et sur le lieu du travail) indiquent que:

- 34% de la population (15 ans ou plus) pratique au moins 30 minutes par jour une activité physique modérée ou vigoureuse. Ce taux s'élève à 47% aux Etats Unis.

Ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, surtout chez les jeunes de 15-24 ans. Il y a en outre plus de personnes en Flandre qui consacrent au moins 30 minutes par jour à des activités physiques; la Wallonie est en deuxième position puis Bruxelles.

Niveau d'activité physique, par région			
	Flandre	Bruxelles	Wallonie
Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) qui déclarent ...			
- ne pas pratiquer d'activité physique de loisir	21%	27%	31%
- consacrer au moins 30 minutes par jour à des activités physiques	40%	22%	30%
Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) qui pratiquent une activité physique suffisante pour avoir un effet bénéfique sur la santé			
	52%	69%	63%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

Il est possible pour chaque individu de vérifier si son niveau d'activité physique est suffisant pour lui procurer des **effets bénéfiques en matière de santé**, soit de manière générale, soit dans certains domaines spécifiques. Le pourcentage de la population (15 ans ou plus) qui pratique une activité physique insuffisante ...

- pour avoir un effet bénéfique sur la santé: 57%
- pour diminuer le risque cardiovasculaire: 62%
- pour éviter la prise de poids: 73%

Certains groupes de population ont plus souvent un niveau d'activité physique insuffisant pour avoir un effet bénéfique en matière de santé:

- Les femmes;
- Les personnes qui résident à Bruxelles.

Si l'on prend en compte le **niveau socio-économique** des individus, on remarque que les personnes à plus faibles niveaux consacrent moins de temps aux **activités physiques de loisir**. Lorsque l'on prend en compte **tous les types d'activités physiques** (professionnelles, etc.), ces populations arrivent au même résultat en ce qui concerne le niveau d'activités physiques nécessaire pour avoir un impact positif sur la santé. La **Wallonie** fait exception à ce sujet: les personnes qui ont suivi un enseignement supérieur pratiquent plus souvent un niveau d'activité physique bénéfique pour la santé que les autres.

Il apparaît clairement en tout cas qu'une grande partie de la population ne pratique pas suffisamment d'activités physiques. Il est impératif de réagir face à cette situation; plusieurs pistes peuvent être suivies:

1. Promouvoir les activités physiques de loisir, plus particulièrement au sein des groupes socio-économiquement faibles;
2. Promouvoir la marche (dans le cadre des loisirs ou sur le chemin du travail). Même si cette activité génère des effets positifs moins marqués, elle est accessible à tous et est susceptible de toucher une grande partie de la population;
3. Encourager les personnes inactives à pratiquer un minimum d'activité physique. Pour atteindre ce but, il faut lancer des initiatives que ces personnes auront facile à intégrer dans leur vie quotidienne.

Tableau récapitulatif pour les activités physiques chez les adultes			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes (15 ans ou plus)...			
- qui déclarent ne pas pratiquer d'activité physique de loisir	33%	34%	25%
- qui déclarent consacrer au moins 30 minutes par jour à des activités physiques	-	38%	34%
- qui pratiquent une activité physique suffisante pour avoir un effet bénéfique sur la santé	-	44%	43%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.2. Habitudes nutritionnelles

Une enquête spécifique sur les habitudes nutritionnelles a été organisée par l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) en Belgique en 2004, à la demande du Ministère Fédéral de la Santé. L'enquête de santé s'est dès lors limitée à investiguer quelques paramètres comme la prise régulière des repas, la consommation de légumes, de fruits frais, de pain gris et de poisson, ainsi que la consommation relative de graisses et de fibres.

Il apparaît que 22% de la population ne prend pas ses **repas de manière régulière**. C'est souvent le petit déjeuner qui est négligé, surtout par les personnes actives.

Voici les résultats pour certains aliments spécifiques:

- 15% de la population consomme des légumes moins qu'une fois par jour;
- 38% de la population consomme du poisson moins qu'une fois par semaine;
- 41% de la population mange des fruits moins qu'une fois par jour;
- 47% de la population ne mange pas assez de pain gris.

Les groupes de population les plus à risque à ce sujet sont: les plus **jeunes** (de 15 à 34 ans) et les personnes avec un **faible niveau de scolarisation**.

68% de la population déclare n'avoir pas tenté de diminuer sa consommation de **matières grasses** au cours des deux dernières années. En outre, 79% de la population déclare n'avoir pas tenté d'augmenter sa consommation de **fibres**. Dans les deux cas, les hommes font en général moins d'efforts que les femmes.

Tableau récapitulatif pour les habitudes nutritionnelles			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui déclarent ne pas prendre ses repas de manière régulière	-	22%	22%
Pourcentage de personnes qui ...			
- ne consomment pas des légumes au moins une fois par jour	-	21%	15%
- ne consomment pas de poisson au moins une fois par semaine	-	45%	38%
- ne mangent pas des fruits au moins une fois par jour	-	39%	41%
- ne mangent pas assez de pain gris	-	48%	47%
Pourcentage de personnes qui déclarent ...			
- n'avoir pas tenté de diminuer leur consommation de matières grasses au cours des deux dernières années	-	68%	68%
- n'avoir pas tenté d'augmenter sa consommation de fibres au cours des deux dernières années	-	78%	79%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

2.3. Etat Nutritionnel

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure du poids relatif en fonction de la taille des personnes qui permet d'identifier les problèmes de poids (excès ou carence).

La valeur moyenne de l'IMC chez les personnes de 18 ans ou plus est de 25,1; ceci indique que les Belges sont, en moyenne, un peu trop gros (le seuil qui définit l'excès de poids est de 25). Par rapport aux deux enquêtes précédentes (1997 et 2001), la valeur moyenne de l'IMC a légèrement augmenté mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

En termes de prévalence, 44% de la population adulte présente un excès de poids (> 25):

- 31% a un poids relatif trop élevé, sans être obèse (IMC entre 25 et 30);
- 13% souffre d'obésité (IMC supérieur à 30).

Ce qui est alarmant, c'est qu'à partir du **groupe d'âge** de 45-54 ans, plus de 50% des individus présentent un excès de poids (IMC>25) et que dans le groupe d'âge de 55-64 ans, 20% peuvent être qualifiés d'obèses (IMC>30).

De plus, 11% des **jeunes de 2 à 18 ans** ont un excès de poids. C'est surtout le cas dans le groupe d'âge de 5 à 10 ans (14%); on n'observe pas à ce sujet de différence entre les filles et les garçons.

Le pourcentage de personnes avec un excès de poids est plus important en **Région Wallonne** (48%) que dans les deux autres régions (43% en Flandre et 39% à Bruxelles).

La prévalence de l'excès de poids a été étudiée (sur base des données de 2001) dans une série de pays européens:

- 50% en Espagne
- 44% en Belgique
- 43% en Norvège
- 42% aux Pays Bas
- 42% au Danemark
- 39% en Suisse

La Belgique se situe donc dans la moyenne européenne à ce sujet.

Parmi les personnes qui ont un excès de poids en Belgique:

- 41% ne se font pas de soucis au sujet de leur propre poids;
- 40% essaient de maintenir leur poids actuel;
- 15% tentent de maigrir (il s'agit des femmes les plus souvent);
- 5% essaient de prendre du poids.

Les personnes qui désirent maigrir ou contrôler leur poids ont le plus souvent recours à:

- Un régime (89%);
- L'exercice physique (36%);
- Aux produits d'amaigrissement (8%).

Tableau récapitulatif pour l'état nutritionnel, par région et par année			
Régions	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes (18 ans ou plus) qui présentent un excès de poids (IMC>25)			
- Flandre	41%	43%	43%
- Bruxelles	38%	41%	39%
- Wallonie	45%	48%	48%
- Belgique	41%	44%	44%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.4. Consommation d'Alcool

Toute une série d'indicateurs ont été calculés en ce qui concerne la consommation d'alcool dans la population âgée de 15 ans et plus:

- 84% de la population déclare avoir consommé une boisson alcoolisée au moins une fois au cours des 12 derniers mois;
- 63% de la population consomme de l'alcool chaque semaine;
- 30% de la population consomme de l'alcool uniquement les week-ends (y compris le vendredi) et 30% étalent leur consommation sur toute la semaine;
- 10% de la population consomme de l'alcool tous les jours;
- Les consommateurs hebdomadaires boivent en moyenne 11 verres par semaine;
- 7% de la population peut être qualifié de "gros buveur" (consommation hebdomadaire moyenne d'au moins 22 verres d'alcool);
- 32% de la population a consommé de l'alcool avec excès au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête (soit 6 verres ou plus d'alcool sur une même journée) et 10% de la population s'adonne à une consommation abusive d'alcool au moins une fois par semaine;
- 8% des consommateurs semblent rencontrer des problèmes liés à leur consommation d'alcool.

L'ensemble de ces indicateurs est plus élevé chez les **hommes** que chez les femmes et certains indicateurs sont également plus élevés chez les **jeunes** de 15 à 24 ans. Chez ces derniers, la consommation d'alcool est surtout concentrée durant les week-ends.

La consommation régulière d'alcool augmente avec le **niveau d'instruction**. La consommation problématique d'alcool est, quant à elle, plus fréquemment rapportée chez les personnes avec un faible niveau d'instruction.

La consommation d'alcool est plus commune en **Flandre**; la différence avec les autres régions se marque surtout chez les **jeunes** de 15-24 ans. Malgré cela, la quantité moyenne d'alcool absorbé par semaine reste moins élevée en Région Flamande que dans les autres régions.

25% la **population bruxelloise** ne boit pas d'alcool; ce résultat reflète probablement la présence d'une population allochtone plus importante. Par contre, c'est à Bruxelles que l'on trouve le plus grand nombre de consommateurs quotidiens d'alcool et de consommateurs à problèmes.

La **Région Wallonne** présente le taux le plus élevé de personnes ayant une consommation abusive régulière. En termes de quantité moyenne absorbée par semaine, la Wallonie détient le record.

Une comparaison a été effectuée avec quelques pays européens sur base des données de l'enquête de 2001. Elle a porté sur le pourcentage de la population de 16 ans ou plus ayant consommé au moins une boisson alcoolisée au cours des 12 derniers mois:

- 89% en Angleterre;
- 86% en Norvège;
- 81% en Belgique;
- 78% en Suisse;
- 63% en Bulgarie.

Tableau récapitulatif pour la consommation d'alcool

	1997	2001	2004
Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui ...			
- a consommé une boisson alcoolisée au moins une fois au cours des 12 derniers mois	84%	80%	84%
- consomme de l'alcool chaque semaine	58%	58%	63%
- consomme de l'alcool uniquement les week-ends	30%	29%	30%
- étale leur consommation sur toute la semaine	26%	27%	30%
- consomme de l'alcool tous les jours	8%	10%	10%
- peut être qualifié de "gros buveur" (consommation hebdomadaire moyenne d'au moins 22 verres d'alcool)	6%	8%	7%
- a consommé de l'alcool avec excès (6 verres ou plus sur une même journée) au moins une fois au cours des 6 mois précédant l'enquête	31%	34%	32%
- consomme de l'alcool avec excès (6 verres ou plus sur une même journée) au moins une fois par semaine	9%	11%	10%
Parmi les consommateurs d'alcool, pourcentage de la population qui ...			
- semble rencontrer des problèmes liés à leur consommation d'alcool	-	7%	8%
Parmi les consommateurs hebdomadaires ...			
- nombre moyen de verres par semaine	10	11	11

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.5. Consommation de tabac

Concernant la consommation de tabac, on relève en Belgique en 2004, les indicateurs suivants (chez les personnes âgées de 15 ans ou plus):

- 28% de fumeurs (24% de fumeurs quotidiens et 4% de fumeurs occasionnels);
- 72% de non-fumeurs (20% d'ex-fumeurs et 52% qui déclarent n'avoir jamais fumé ou avoir fumé moins de 100 cigarettes dans leur vie);
- Les fumeurs quotidiens consomment en moyenne 17 cigarettes par jour;
- 10% de gros fumeurs (≥ 20 cigarettes par jour);
- L'usage régulier de tabac commence en moyenne à l'âge de 17 ans, mais 10% des fumeurs actuels ont commencé à fumer dès l'âge de 14 ans;
- 34% des fumeurs actuels présentent une dépendance au tabac qualifiée de moyenne à très forte;
- 68% des fumeurs actuels ont déjà tenté d'arrêter de fumer, sans y être parvenus.

Les **hommes** sont toujours plus nombreux à fumer que les femmes.

La proportion de fumeurs parmi les **jeunes de 15 à 24 ans** est de 26%, ce qui reste élevé mais constitue néanmoins une amélioration par rapport aux résultats de l'enquête de 2001, où ce taux atteignait 31%. On compte 6% de gros fumeurs (20+ cig./jour) parmi ces jeunes et 12% d'entre eux présentent déjà une dépendance tabagique qualifiée de moyenne à très forte. L'usage du tabac chez les jeunes de 15-24 ans est aujourd'hui plus courant en Région Flamande (30%) que dans les deux autres régions du pays (21%).

La consommation de tabac est plus importante parmi les groupes de population avec un **faible niveau d'instruction**. On commence aussi à fumer à un âge plus précoce (16 ans en moyenne) dans ces groupes et la dépendance au tabac touche un plus grand nombre d'individus (40%).

Peu de **différences régionales** subsistent au niveau de l'usage du tabac; Elles s'amenuisent par rapport au tableau global des enquêtes précédentes qui affichaient des résultats généralement meilleurs en Région Flamande, en 1997 comme en 2001.

Consommation de tabac, par région			
	Flandre	Bruxelles	Wallonie
Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) qui déclarent ...			
- fumer	27%	29%	29%
- fumer tous les jours	23%	24%	26%
Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) qui peuvent être considérées comme des gros fumeurs (20 cigarettes ou plus par jour)			
	9%	11%	12%
Nombre moyen chez les fumeurs quotidiens de cigarettes fumées par jour			
	17	18	18

Enquête de Santé, Belgique, 2004

La prévalence de la consommation de tabac **diminue de manière progressive** depuis la première enquête de santé: 30% de fumeurs en **1997**, 29% en **2001** et 28% en **2004**. Après ajustement pour l'âge et le sexe, cette évolution dans le temps n'est toutefois pas significative, ce qui laisse présager que les différences observées sont davantage liées aux changements dans la composition démographique de la population qu'à de réels changements dans les habitudes tabagiques. La proportion de gros fumeurs n'a d'ailleurs pas changé au cours des années.

Il faut toutefois noter la diminution de l'usage du tabac chez les **jeunes de 15 à 24 ans**, qui est passée de 31% en **2001** à 26% en **2004**, ce qui est certainement encourageant. Toutefois, le tabagisme régulier est initié à un âge significativement plus jeune, soit en moyenne 7 mois plus tôt en 2004 qu'en 2001.

Une comparaison a été effectuée avec quelques pays européens sur base des **données de l'enquête de 2001**. Elle a porté sur la prévalence des fumeurs actuels chez les personnes de 16 ans ou plus:

- 43% en Angleterre
- 37% au Danemark
- 38% en Norvège
- 34% en Espagne
- 30% en Suisse
- 29% en Belgique.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, la prévalence de fumeurs actuels en Belgique est significativement plus basse que celle des de la plupart des pays étudiés.

La prévalence de fumeurs actuels chez les jeunes âgés de 16 à 24 ans est particulièrement élevée dans l'ensemble des pays de l'étude. Si en Belgique en 2001 un tiers des jeunes de 16 à 24 ans fumait, les chiffres s'élèvent à:

- 69% en Angleterre;
- 41% environ en Suisse, Norvège, Bulgarie et Espagne;
- 36% environ au Danemark et aux Pays Bas.

Ces valeurs sont dans la plupart des cas proches voire plus élevées que ce que l'on observe chez les personnes âgées de 25 ans et plus.

Les chiffres belges sont certes encourageants par rapport aux autres pays européens, mais la lutte contre le tabac doit être renforcée si l'on veut respecter le but de l'OMS qui prévoit que d'ici 2015, que "la proportion de non-fumeurs devrait être d'au moins 80% parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus et proche de 100% parmi les moins de 15 ans".

Le fait que la proportion de fumeurs n'ait pas réellement évolué en Belgique ces dernières années souligne l'importance de continuer à prendre des initiatives dans ce domaine.

Tableau récapitulatif pour la consommation de tabac			
	1997	2001	2004
Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui déclare être ...			
- fumeur	30%	29%	28%
- fumeur quotidien	26%	24%	24%
- gros fumeur (20+ cig/j.)	10%	10%	10%
Parmi les fumeurs actuels ...			
- nombre moyen de cigarettes consommées par jour	-	-	17
- âge moyen du début de la consommation régulière de tabac	-	18 ans	17 ans
- pourcentage qui présente une dépendance importante au tabac	-	-	34%
- pourcentage qui a déjà tenté d'arrêter de fumer, sans y être parvenus	64%	64%	68%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.6. Usage de Cannabis

13% de la population de 15 à 64 ans a consommé au moins une fois un produit dérivé du cannabis (haschisch ou marijuana). Mais l'usage du cannabis concerne principalement les individus les plus jeunes (25% des 25 à 34 ans). La consommation récente de cannabis peut se résumer ainsi:

- 5% de la population a consommé du cannabis dans les 12 derniers mois;
- 3% de la population a consommé du cannabis dans les 30 derniers jours.

En outre, 30% des consommateurs actuels utilisent le cannabis de manière intensive, c'est-à-dire au cours de 20 jours au moins sur les 30 derniers jours.

La consommation de cannabis est plus importante:

- Chez les hommes;
- En Région Bruxelloise;
- Dans les zones urbaines.

La consommation de cannabis augmente avec le niveau d'instruction. La différence s'explique toutefois en partie par le fait que les jeunes générations ont en général un niveau d'instruction plus élevé.

Tableau récapitulatif pour l'usage de drogues illicites			
	1997	2001	2004
Pourcentage qui déclare ...			
- avoir consommé au moins une fois un produit dérivé du cannabis	-	11%	13%
- avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois	-	-	5%
- avoir consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours	-	2,7%	3,0%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.7. Santé et Sexualité

75% des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête utilisent (elles-mêmes ou leurs partenaires) une méthode de contraception. Ce pourcentage diminue lorsque l'âge augmente: 84% chez les jeunes femmes de 15-19 ans et 63% chez les femmes de 45-49 ans.

Parmi les femmes qui utilisent une méthode de contraception (elles-mêmes ou leurs partenaires), 60% utilisent la pilule, 13% le stérilet, 8% une méthode de barrière (diaphragme, spermicide, éponge, condom) et 12% la stérilisation.

Parmi les femmes qui utilisent une méthode de contraception, l'utilisation de la pilule:

- est plus fréquente chez les plus **jeunes** (93% chez les femmes entre 20 et 24 ans);
- a baissé de 69% en 1997 à 60% en **2004**. Cette diminution est plus marquée en Flandre (de 70% à 55%);
- est moins fréquente en **Flandre** (55%) qu'en Wallonie et à Bruxelles (69%).

Parmi les femmes qui utilisent une méthode de contraception, l'utilisation du stérilet:

- est plus fréquente chez celles qui ont un **niveau d'instruction élevé**;
- a tendance à augmenter: 9% en 1997 et 13% en **2004**.

La stérilisation est plus souvent pratiquée comme méthode de contraception en **Flandre** (9%) qu'en Wallonie (5%) et à Bruxelles (3%).

Les personnes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête **sans avoir de relation stable** courent un risque potentiel plus grand d'infections sexuellement transmissibles (IST). En Belgique, 7% de la population court un tel risque. Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (9%) et les plus jeunes (18% des 15-24 ans et 13% des 25-34 ans). Ce pourcentage est aussi plus élevé au sein des populations qui résident en zone urbaine.

Parmi cette population à risque, 56% utilisent le condom comme moyen de protection contre les IST. **L'utilisation du condom** (par la personne elle-même ou son partenaire) dans la population à risque est:

- plus fréquente chez les **jeunes** (61% chez les 15-34 ans); on n'observe pas de différence, par contre, entre les sexes;
- est plus basse en **Flandre** (50%) qu'à Bruxelles (67%) et en Wallonie (64%).

Les femmes déclarent plus souvent que les hommes utiliser (elles-mêmes ou leurs partenaires) un condom en Flandre, alors que les hommes le déclarent plus que les femmes à Bruxelles et en Wallonie.

Au total donc, en ce qui concerne le risque de contracter une IST au sein de la population belge en 2004:

- 30% n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête;
- 63% étaient engagés dans une relation stable (avec un même partenaire depuis au moins 12 mois);
- 4% ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête sans être engagés dans une relation stable (population à risque) mais ont utilisé le condom comme moyen de protection au cours des 12 mois précédents l'enquête. On ignore cependant si le condom fut utilisé de manière systématique à chaque rapport sexuel;
- 3% ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête sans être engagés dans une relation stable et n'ont utilisé aucune méthode de protection (ou seulement une méthode peu efficace) au cours des 12 mois précédents l'enquête.

La plus grande proportion de la population qui court un risque de IST sans utiliser de méthode de protection efficace se retrouve: chez les plus **jeunes**, dans les groupes de population les **moins scolarisés** et chez les personnes qui résident en **zone urbaine**.

Tableau récapitulatif pour la santé sexuelle			
	1997	2001	2004
Pourcentage des femmes entre 15 et 49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête et qui déclarent utiliser (elles-mêmes ou leur partenaire) une méthode de contraception	-	76%	75%
Parmi les femmes qui utilisent une méthode de contraception, pourcentage qui utilisent ...			
- la pilule	69%	63%	60%
- le stérilet	9%	10%	13%
- une méthode de barrière	6%	10%	8%
- la stérilisation	12%	14%	12%
Pourcentage des personnes (15 ans ou plus) qui déclarent avoir eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête sans avoir de relation stable	-	-	7%
Pourcentage des personnes (15 ans ou plus) ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête sans avoir de relation stable qui déclarent NE PAS utiliser le condom comme moyen de protection contre les IST	-	-	44%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

2.8. Attitudes face au VIH / SIDA

Ce module vise à vérifier les connaissances de la population (de 15 ans ou plus) sur la manière dont le virus VIH se transmet ainsi que sur la gravité du SIDA en tant que maladie. En résumé:

- Seulement 33% des personnes ont correctement identifié tous les **modes de contacts non contaminant** (ne présentant pas de risque de transmission du virus) repris dans l'enquête;
- Seulement 56% des personnes ont effectivement reconnu que les **méthodes de "protection"** présentées étaient inefficaces contre la transmission du virus lors de rapports sexuels;
- Seulement 38% estiment à sa juste valeur la gravité du SIDA en tant que maladie.

Le point positif est que l'on observe toutefois une légère progression de ces connaissances depuis la première enquête de 1997:

- La connaissance des contacts non contaminant pour le VIH a progressé de 8%;
- La connaissance des méthodes non efficaces de protection contre la transmission du virus a progressé de 3%.

Quant au dépistage du virus, 23% de la population a déjà effectué un test de dépistage pour le VIH (ce taux est resté stable depuis 1997).

Il s'avère que 69% de la population présente une ou plusieurs attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives (ne pas partager un repas, ne pas laisser les enfants en leur compagnie, estimer qu'un patron d'entreprise doit pouvoir les licencier, ...).

Les personnes avec un **niveau d'instruction** plus élevé ont une meilleure connaissance du VIH / SIDA (transmission, protection et gravité), ainsi qu'une attitude plus positive vis-à-vis des personnes séropositives. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir effectué le test de dépistage du virus du SIDA.

Les plus jeunes (15-24 ans) ont une plus faible connaissance de la maladie et une attitude plus négative vis-à-vis des personnes infectées. Chez les personnes âgées de 25 à 54 ans, les connaissances liées au VIH et les attitudes face au SIDA sont meilleures. Dans les groupes d'âge plus avancés, la connaissance du VIH / SIDA diminue et l'attitude discriminatoire est plus fréquente.

Il existe des différences frappantes entre les régions au regard des indicateurs liés au VIH / SIDA. Ainsi, **en Flandre**:

- 17% seulement de la population a effectué un test de dépistage au moins une fois dans sa vie (ce pourcentage s'élève à 37% dans la Région Bruxelloise et 28% dans la Région Wallonne);
- On trouve un plus grand nombre d'habitants ayant des attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives et ayant une conception erronée de la gravité du SIDA;
- La part de la population qui identifie correctement les contacts non contaminant est plus élevée que dans les autres régions.

Tableau récapitulatif pour les attitudes face au VIH / SIDA

	1997	2001	2004
Pourcentage de la population (15 ans ou plus) qui ...			
- identifie correctement les contacts présentés dans l'enquête comme étant tous non contaminant	25%	-	33%
- reconnaît que toutes les méthodes présentées ne protègent pas contre la transmission du virus lors de rapports sexuels	53%	-	56%
- estime à sa juste valeur la gravité du SIDA et son incurabilité.	-	-	38%
- a déjà effectué un test de dépistage du VIH	22%	-	23%
- opterait pour une ou plusieurs attitudes discriminatoires envers les personnes séropositives	70%	-	69%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2004

3. Services de médecine préventive

Les bénéfices de la médecine préventive sont devenus de plus en plus apparents au cours des 30 à 40 dernières années. Cela a révolutionné d'abord la prise en charge du problème des maladies infectieuses, notamment par le biais de la vaccination, mais aussi par la suite celui des maladies non transmissibles. Le dépistage est en effet devenu une des composantes essentielles de la médecine préventive qui a entraîné une réduction importante de la morbidité et de la mortalité.

On a vu apparaître en 1985 les buts de l'OMS de la "Santé pour tous" dans lesquels il est clairement mentionné le fait que l'accent doit être mis sur les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Dans le présent chapitre, traitant des soins préventifs, on s'intéresse essentiellement à ce qui touche la prévention primaire (vaccination chez les adultes) et secondaire (dépistage de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie et de l'hyperglycémie, et dépistage du cancer du sein et du col).

3.1. Vaccination

L'Enquête de Santé ne vise pas à évaluer les taux de couverture vaccinale chez les enfants pour lesquels d'autres sources d'information sont disponibles. On s'est donc intéressé avant tout à la vaccination chez les adultes.

En Belgique, 49% des personnes interrogées déclarent qu'elles disposent d'une **carte de vaccination**.

60% des personnes (de 15 ans ou plus) déclarent avoir été vaccinées contre le **tétanos** au cours des dix dernières années. La couverture est moins bonne:

- Chez les femmes, surtout dans la tranche d'âge 35-54 ans;
- Dans les zones urbaines;
- Chez les personnes de nationalité non européenne.

29% des personnes interrogées déclarent avoir été vaccinées contre l'**hépatite B** au cours des dix dernières années. Le taux de couverture a tendance à augmenter au cours du temps: 24% en 2001 et 29% en 2004. 40% des personnes immunisées contre l'hépatite B ont été vaccinées par leur médecin de famille.

14% des personnes interrogées déclarent avoir été vaccinées contre le **méningocoque type C** au cours des trois dernières années:

- 64% chez les moins de 5 ans;
- 60% chez les 5-9 ans;
- 47% chez les 10-14 ans;
- 37% chez les 15-19 ans;
- 6% chez les 20-24 ans.

49% des personnes à risque⁶ ont été vaccinées contre la **grippe** au cours de la dernière saison de vaccination (de septembre à décembre). Le taux de couverture est nettement moins bon (13%) chez les personnes de nationalité non européenne.

12% des personnes à risque ont été vaccinée contre le **pneumocoque**. Le taux de couverture est très faible chez les 45-54 ans (3%), de même que chez les 55-64 ans (8%); il est meilleur chez les 65-74 ans (16%) et les personnes âgées de 75 ans ou plus (15%).

Taux de vaccination, par région			
	<i>Flandre</i>	<i>Bruxelles</i>	<i>Wallonie</i>
Pourcentage de personnes qui déclarent ...			
- (15 ans ou plus) avoir été vaccinées contre le tétanos au cours des dix dernières années	56%	59%	69%
- avoir été vaccinées contre l'hépatite B au cours des dix dernières années.	30%	33%	26%
- avoir été vaccinées contre le méningocoque type C au cours des trois dernières années	16%	9%	11%
- (personnes à risque) avoir été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière saison de vaccination	51%	42%	47%
- (personnes à risque) avoir été vaccinée contre le pneumocoque	10%	15%	15%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

On peut tirer ici quatre enseignements principaux en ce qui concerne la vaccination (chez les adultes):

1. Persistance d'un **gradient socio-économique**, avec une moins bonne couverture vaccinale chez les personnes avec un faible niveau d'instruction pour les vaccinations contre le tétanos, l'hépatite B et le méningocoque. On n'observe pas, par contre, un tel gradient en ce qui concerne la vaccination contre la grippe et le pneumocoque. Ceci tend à prouver qu'une politique énergique et coordonnée peut porter ses fruits.
2. Baisse du taux de couverture contre le tétanos **au cours du temps** (sauf en Wallonie): de 68% en 1997 à 60% en 2004. Il est impératif de stopper cette tendance; ceci pourrait constituer un beau défi, notamment pour les médecins généralistes.
3. Les résultats obtenus en ce qui concerne la vaccination contre le méningocoque type C sont nettement meilleurs **en Flandre**, notamment dans la tranche des moins de 5 ans. Inversement, la couverture de la population en ce qui concerne la vaccination contre le pneumocoque est meilleure à **Bruxelles et en Wallonie**.
4. Il faut bien constater que chez les **personnes jeunes qui souffrent d'une maladie chronique** (et qui font donc partie du groupe cible pour la vaccination contre la grippe ou contre le pneumocoque), les taux de couverture sont très nettement insuffisants. Les campagnes de sensibilisation ne doivent pas seulement viser les personnes âgées, mais aussi ces groupes à risque que l'on retrouve dans des tranches d'âge plus jeunes.

⁶ 65 ans ou plus, ou 15 ans ou plus avec une maladie chronique spécifique (asthme, bronchite chronique, pathologie cardiovasculaire, hypertension, troubles rénaux ou diabète)

Tableau récapitulatif pour la vaccination chez les adultes			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui déclarent ...			
- qu'elles disposent d'une carte de vaccination	-	50%	49%
- avoir été vaccinées contre l'hépatite B au cours des dix dernières années	-	24%	29%
- avoir été vaccinées contre le méningocoque type C au cours des trois dernières années	-	-	14%
- (personnes de 15 ans ou plus) avoir été vaccinées contre le tétanos au cours des dix dernières années	68%	64%	60%
- (personnes à risque) avoir été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière saison de vaccination	32%	42%	49%
- (personnes à risque) avoir été vaccinées contre le pneumocoque	-	-	12%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

3.2 Prévention cardiovasculaire

La grande majorité (90%) des personnes (de 15 ans ou plus) ont eu leur **tension artérielle** contrôlée au cours des cinq dernières années. 28% déclarent avoir été prévenues lors d'un contrôle que leur tension artérielle était trop élevée.

62% des personnes (de 15 ans ou plus) ont eu leur **cholestérol sanguin** contrôlé au cours des cinq dernières années. 40% déclarent avoir été prévenues lors d'un contrôle que leur cholestérol sanguin était trop élevé.

Contrôle du cholestérol sanguin, Etats Unis 2003 - Belgique, 2004.		
	Etats Unis	Belgique
Pourcentage de personnes (de 15 ans ou plus) qui déclarent ...		
- n'avoir jamais bénéficié d'un contrôle de cholestérol sanguin	23%	36%
- avoir été averties que leur taux de cholestérol était trop élevé	33%	40%

On n'observe pas en ce qui concerne le dépistage de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, **d'inégalités sociales**: les populations plus faibles au niveau socio-économique sont aussi bien couvertes que les autres. Il faut mentionner par contre que les personnes avec un faible niveau d'instruction sont plus souvent averties que leur tension artérielle est trop élevée.

Le taux de couverture en ce qui concerne le contrôle de la cholestérolémie a augmenté **de 1997 à 2004** (de 56% à 62%). Dans le même temps, le pourcentage de personnes qui ont été averties lors d'un contrôle que leur cholestérolémie était trop élevée a également augmenté (de 34% en 1997 à 40% en 2004).

Dépistage cardiovasculaire par région			
	Flandre	Bruxelles	Wallonie
Pourcentage de personnes qui déclarent avoir bénéficié au cours des cinq dernières années ...			
- d'un contrôle de leur tension artérielle	92%	84%	88%
- d'un contrôle de leur cholestérol sanguin	60%	58%	64%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

Les taux de couverture observés à Bruxelles sont plus bas que dans les deux autres **régions**. On y observe en outre un **gradient socio-économique**: les personnes peu scolarisées bénéficient moins souvent d'un contrôle de la tension artérielle ou de la cholestérolémie.

Le pourcentage de personnes averties que leur cholestérolémie est trop élevée est plus important en Flandre (43%) que dans les deux autres régions (35-37%).

L'enquête de santé a aussi donné l'occasion de vérifier, auprès des personnes avec une tension artérielle et/ou une cholestérolémie élevées, quels types de **recommandations leur médecin** leur avait faites:

- Pour l'**hypertension artérielle**, les personnes citent avant tout la prise de médicaments (dans 79% des cas); les autres mesures, comme diminuer le sel, perdre du poids ou augmenter l'activité physique, sont moins souvent recommandées (20% à 30% des cas).
- Pour l'**hypercholestérolémie**, les personnes citent avant tout les mesures diététiques (dans 62% des cas) et ensuite la prise de médicaments (dans 49% des cas); les autres mesures, comme perdre du poids ou augmenter l'activité physique, sont moins souvent recommandées (25% des cas).

Deux constatations importantes doivent être mentionnées à ce sujet:

1. Les personnes avec un faible niveau d'instruction disent moins souvent que leur médecin leur a recommandé de pratiquer plus d'activité physique ou de changer leurs habitudes alimentaires. Ces personnes attendent peut-être trop souvent de leur médecin qu'il leurs prescrive un traitement médicamenteux.
2. On observe au cours du temps une augmentation des recommandations en faveur de la prise d'un médicament, et une baisse des recommandations de type comportemental (perte de poids et/ou activité physique).

L'évolution dans le domaine du dépistage de l'hypercholestérolémie doit en tout cas être suivie de près; on observe en effet une tendance inquiétante avec plus de tests réalisés, plus de résultats anormaux et plus de personnes à qui l'on conseille de suivre un traitement médicamenteux.

Tableau récapitulatif pour le dépistage cardiovasculaire			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui déclarent avoir bénéficié au cours des cinq dernières années ...			
- d'un contrôle de leur tension artérielle	91%	92%	90%
- d'un contrôle de leur cholestérol sanguin	56%	63%	62%
Pourcentage de personnes qui déclarent avoir été averties lors d'un contrôle que ...			
- leur tension artérielle était trop élevée	27%	27%	27%
- leur taux de cholestérol sanguin était trop élevé	34%	36%	40%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

3.3. Dépistage du diabète

50% des personnes (de 15 ans ou plus) ont eu un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années. Ce taux s'élève à 62% au sein du groupe cible (personnes âgées de 45 ans ou plus). Le taux de couverture augmente progressivement avec l'âge; on a donc l'impression que les médecins dosent la glycémie davantage en fonction d'une histoire familiale ou de la présence de facteurs de risque associés que selon un programme de dépistage organisé au niveau de la population.

Le pourcentage de personnes qui déclarent avoir bénéficié d'un **contrôle de la glycémie**:

- est équitablement distribué en fonction du niveau socio-économique (sauf en Wallonie);
- n'a pas progressé sensiblement entre 2001 et 2004;
- est plus bas en Flandre (58%) que dans les deux autres régions (69% à Bruxelles et 70% en Wallonie chez les 45 ans ou plus).

13% des personnes âgées de 15 ans et plus qui ont subi un contrôle ont été prévenues que leur glycémie était trop élevée. Ce pourcentage augmente avec l'âge (de 4% chez les 15-24 ans à 24% chez les personnes âgées de 75 ans ou plus).

Le pourcentage de personnes averties qu'elles ont une **glycémie trop élevée**:

- est plus important parmi les groupes de population plus faibles au point de vue socio-économique;
- n'a pas progressé de manière significative entre 2001 et 2004.

57% des personnes qui ont été prévenues lors d'un contrôle que leur glycémie était trop élevée ont également été averties lors d'un (autre) contrôle que leur cholestérolémie était trop élevée. Ceci plaide pour l'utilisation du concept de risque cardiovasculaire global qui permet d'évaluer la présence simultanée chez une même personne de différents facteurs de risque (âge, sexe, hypertension, hypercholestérolémie, consommation de tabac, hyperglycémie) et d'adapter sa prise en charge.

Tableau récapitulatif pour le dépistage du diabète			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes (de 45 ans ou plus) qui déclarent avoir bénéficié au cours des trois dernières années d'un contrôle de leur glucose dans le sang	-	62%	62%
Pourcentage de personnes (de 15 ans ou plus) qui déclarent avoir été averties lors d'un contrôle que leur taux de glucose sanguin était trop élevé	-	13%	13%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

3.4. Dépistage du cancer du sein

51% des femmes (de 15 ans ou plus) déclarent avoir pratiqué un **auto examen des seins** au cours de l'année qui vient de s'écouler.

40% des femmes (de 15 ans ou plus) déclarent avoir bénéficié d'un **examen clinique des seins** au cours de l'année qui vient de s'écouler.

36% des femmes (de 15 ans ou plus) déclarent qu'elles ont eu une **mammographie** au cours des deux dernières années. Ce taux passe à 71% quand on ne prend en compte que les femmes qui font partie du **groupe cible** du programme de dépistage (de 50 à 69 ans).

Le taux de couverture en 2001 pour les femmes âgées de 50 à 69 ans a été évalué suivant deux méthodes différentes; il est de:

- 43% sur base des données de remboursement (Agence Inter Mutualiste)
- 59% sur base de l'enquête de santé (2001).

Il y a donc une certaine surestimation du taux de couverture dans le cadre de l'Enquête de Santé. Cette enquête reste malgré tout une source d'information importante parce qu'elle permet de vérifier le niveau de couverture en fonction de toute une série de paramètres socio-économiques.

Dépistage du cancer du sein			
	Flandre	Bruxelles	Wallonie
Pourcentage de femmes (50 à 69 ans) qui déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années	70%	72%	73%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

On constate une nette augmentation du taux de couverture aussi bien en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Certains signes montrent toutefois que le programme de dépistage du cancer du sein devrait encore être mieux ajusté:

- 44% des femmes de **40-49 ans** et 35% des femmes de **70-79 ans** déclarent avoir eu une mammographie au cours de deux dernières années. Ces taux sont élevés pour des groupes qui ne sont pourtant pas dans la population cible pour le dépistage du cancer du sein (ils sont d'ailleurs plus élevés à Bruxelles et en Wallonie);
- Les femmes avec un **faible niveau socio-économique** sont moins bien couvertes par le programme (sauf en Flandre);
- 45% des femmes déclarent avoir eu leur dernière mammographie au cours des douze derniers mois et 30% il y a plus d'un an mais moins de deux ans. La différence entre ces pourcentages est peut-être le signe d'un certain niveau d'"*over screening*"; ce phénomène s'amplifie depuis 1997.

L'enquête de santé a aussi été l'occasion de vérifier auprès des femmes ce qui les a poussées à faire une mammographie. Les conseils du gynécologue restent la principale motivation (41% des raisons invoquées), surtout à Bruxelles (56%) et en Wallonie (51%). Le médecin généraliste semble toutefois jouer encore un rôle important, plus particulièrement auprès des femmes avec un faible niveau d'instruction.

70% des femmes de 50-69 ans déclarent avoir reçu au cours des deux dernières années une lettre d'invitation pour passer une mammographie. Ceci représente une augmentation nette par rapport à 2001.

Ce taux est plus faible à **Bruxelles** (30% en 2004). Même si au moment de l'enquête la première vague d'invitation n'était pas terminée, on peut se demander malgré tout pourquoi à peine un tiers des femmes déclarent avoir reçu une lettre d'invitation.

Par contre en **Flandre**, 80% des femmes de 50-69 ans déclarent avoir reçu une lettre d'invitation. Il faut dire que le système d'invitation était déjà assez largement utilisé avant le début du programme national, dans le cadre de projets pilotes.

En **Wallonie**, 49% seulement des femmes qui habitent en milieu urbain déclarent avoir reçu une lettre d'invitation contre 72% des femmes qui habitent dans des zones rurales. Cette différence est difficile à comprendre; est-ce que les femmes des milieux urbains seraient moins réceptives à ce genre de lettre?

19% des femmes qui n'ont pas passé une mammographie après avoir reçu une invitation disent qu'elles estiment que ce n'est pas nécessaire, 16% qu'elles n'ont pas le temps et 15% invoquent le fait qu'elles trouvent cet examen déplaisant (ce dernier argument est surtout mis en avant en Flandre). Ces arguments pourraient être repris dans les futures campagnes de promotion pour le dépistage du cancer du sein.

Tableau récapitulatif pour le dépistage du cancer du sein

	1997	2001	2004
Pourcentage de femmes (15 ans ou plus) qui déclarent avoir ...			
- pratiqué un auto examen des seins au cours de l'année qui vient de s'écouler	53%	56%	51%
- bénéficié d'un examen clinique des seins au cours de l'année qui vient de s'écouler.	38%	39%	40%
- eu une mammographie au cours des deux dernières années	26%	31%	36%
Pourcentage de femmes (50 à 69 ans) qui déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années	49%	59%	71%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

3.5. Dépistage du cancer du col

72% des femmes de 25 à 64 ans déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années (couverture recommandée).

Le taux de couverture estimé via **les données de remboursement** était de 59% pour l'année 2000, soit une différence de 11% par rapport à l'enquête de santé (70% en 2001). Il est possible donc qu'on observe une légère surestimation du taux de couverture par frottis du col dans les résultats de l'enquête de santé (qui se base sur la déclaration des femmes).

Quoi qu'il en soit, on observe un effet très marqué du **niveau d'instruction**: seulement 50% des femmes de 25-64 ans avec un niveau d'enseignement primaire ont eu un frottis du col au cours des trois dernières années contre 80% des femmes avec un niveau d'enseignement supérieur. Les taux de couverture sont aussi plus faibles chez les femmes de nationalité non belge.

Le pourcentage de femmes qui déclarent avoir bénéficié d'un frottis du col a progressé de manière divergente de 1997 à 2004 **selon les régions**: légère diminution en Flandre (malgré une campagne de promotion assez active), mais progression sensible à Bruxelles et en Wallonie. Au total, pour la Belgique, on observe une légère augmentation linéaire (significative après standardisation pour l'âge) de 1997 à 2004.

Les femmes ont, dans la plupart des cas, eu leur dernier frottis du col au cours de la dernière année (62%), ce qui signe l'existence d'un "over screening".

L'enquête de santé a été l'occasion de vérifier auprès des femmes ce qui les a poussées à faire un frottis du col. Les conseils du gynécologue restent la principale motivation (59% des raisons invoquées), surtout chez les femmes avec un niveau d'instruction élevé et de manière générale à Bruxelles et en Wallonie. Le médecin généraliste joue toutefois encore un rôle important chez les femmes avec un faible niveau d'instruction, mais aussi de manière générale en Flandre.

Tableau récapitulatif pour le dépistage du cancer du col			
Régions	1997	2001	2004
Pourcentage de femmes (de 25 à 64 ans) qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années			
- Flandre	73%	72%	71%
- Bruxelles	64%	71%	74%
- Wallonie	64%	64%	73%
- Belgique	70%	69%	72%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

4. Consommation de soins

L'utilisation des services de soins de santé est un domaine prioritaire dans l'agenda politique. Les nouvelles techniques médicales, les nouveaux médicaments et le vieillissement progressif de la population augmentent la pression sur le coût des soins de santé. L'utilisation rationnelle des moyens disponibles est donc plus que jamais à l'ordre du jour.

Pour arriver à délivrer des soins de qualité et à une organisation efficiente des services, il est indispensable de disposer d'informations pertinentes sur la consommation de soins. Ces dernières seront utiles tant pour les décideurs en matière de santé publique, que pour les prestataires de soins, les autres acteurs de terrain et la population.

L'enquête de santé offre malgré tout une opportunité intéressante de compléter les informations fournies par les systèmes d'enregistrement systématique. L'enquête de santé est la seule source potentielle de données qui permet d'étudier de manière concomitante différents aspects de la consommation de soins et d'analyser une série de déterminants potentiels de cette consommation. Les déterminants pris en compte sont les caractéristiques socio-démographiques, mais aussi des facteurs en relation avec les styles de vie et l'état de santé. Une enquête de santé permet en effet, contrairement aux systèmes d'enregistrement systématiques, de collecter aussi de l'information au sujet de la personne, que celle-ci ait eu ou non un contact avec les services de soins. L'enquête de santé est donc un instrument intéressant pour étudier la relation entre la consommation de soins et les demandes ou les besoins de la population.

Ces données contribuent à mieux orienter les campagnes de promotion de la santé mais aussi de développer des mesures pour lutter aussi bien contre la sur-consommation que la sous-consommation de soins.

La description de la consommation de soins dans le cadre de l'enquête de santé 2004 comprend quatre chapitres principaux:

- Les contacts avec les prestataires de soins: généraliste, spécialiste, service des urgences, dentiste et prestataire de soins paramédicaux.
- Les soins de santé au niveau institutionnel: admission à l'hôpital, y compris les hospitalisations de jour.
- La consommation de médicaments, qu'ils soient prescrits ou non prescrits.
- La consommation de soins non conventionnels.

4.1. Contacts avec les prestataires de soins

4.1.1 Contacts avec le médecin généraliste

95% de la population déclare avoir un médecin généraliste attiré et 79% de la population a consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste, par personne et par an, est de 4,6. Ce chiffre est assez proche de celui publié sur base des données de remboursement de l'INAMI.

31% des contacts avec un médecin généraliste correspondent à une visite à domicile (ce chiffre est un peu sous estimé si on le compare aux données de l'INAMI).

Dans 12% des contacts avec le médecin généraliste, le patient est référé vers un autre médecin (spécialiste).

L'**évolution** de ces indicateurs entre 1997 et 2004 est hétérogène:

- Le nombre de personnes qui déclarent avoir un **médecin généraliste attiré** continue à augmenter;
- Le nombre de personnes qui ont vu **au moins une fois un médecin généraliste** reste stable;
- La proportion de patients qui ont été **référés** reste stable aussi;
- Le **nombre moyen de contacts** avec le médecin généraliste diminue;
- Le pourcentage de **visites de suivi** (contacts sur l'initiative du médecin lui-même) diminue;
- La proportion de **visites à domicile** diminue.

Les principaux problèmes de santé pour lesquels le médecin généraliste est consulté, sont:

- Les problèmes au niveau du **système locomoteur**, surtout chez les hommes entre 15 et 64 ans;
- Les problèmes au niveau du **système respiratoire**, surtout chez les femmes entre 15 et 64 ans;
- Les problèmes au niveau du **système cardiovasculaire**, surtout chez les personnes de 65 ans ou plus (on ne note pas à ce sujet de différence importante entre 2001 et 2004).

Les femmes consultent plus souvent un médecin généraliste que les hommes, mais la proportion de visites à domicile, de visites de suivi et de références ne varie pas entre les hommes et les femmes.

Le nombre de contacts, mais aussi le pourcentage de visites à domicile et de visites de suivi (sur l'initiative du médecin lui-même), augmentent nettement avec l'âge.

Malgré tout, 70% des enfants et des adolescents ont eu au moins un contact avec le médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Donc, il est possible **via le médecin généraliste de toucher une grande partie de la population.**

Il n'y a pas en Belgique de barrières importantes en ce qui concerne **l'accès aux soins** délivrés par le médecin généraliste. Il semble toutefois que les personnes avec un faible niveau d'instruction sont moins souvent référées vers un kinésithérapeute et plus souvent référées vers un service d'urgence. Ces différences ne sont toutefois pas significatives après standardisation pour l'âge et le sexe.

Il est clair que le **niveau d'instruction** (qui est utilisé ici comme indicateur du niveau socio-économique) influence la relation médecin-patient. Chez les personnes les moins scolarisées, on relève notamment:

- Plus de contacts avec le médecin généraliste;
- Proportionnellement plus de visites à domicile;
- Plus de contacts sur l'initiative du médecin généraliste lui-même (visites de suivi).

Le médecin généraliste investit donc plus de temps auprès des personnes défavorisées d'un point de vue socio-économique; ceci met en exergue le rôle social du médecin généraliste.

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste est plus élevé dans les villes que dans les zones rurales.

La plupart des indicateurs concernant le médecin généraliste sont relativement similaires quand on compare la **Wallonie** et la **Flandre**. On observe toutefois quelques différences:

- Un pourcentage plus élevé de visites à domicile en Wallonie;
- Un pourcentage plus faible de visites de suivi en Wallonie par rapport à la Flandre;
- Le premier critère de choix du médecin par le patient en Wallonie est sa compétence, alors que le premier critère de choix du médecin par le patient en Flandre est l'accessibilité; Ces deux critères ont la même importance à Bruxelles.

La plupart des indicateurs concernant le médecin généraliste sont différents quand on compare **Bruxelles** avec les deux autres régions:

- Moins de personnes ont un médecin généraliste attitré;
- Le nombre de contacts avec un médecin généraliste est plus faible;
- La proportion de personnes référées par le médecin généraliste est plus élevée, notamment vers le laboratoire ou chez un kinésithérapeute.

Les services du médecin généraliste ne sont donc pas exploités de manière maximale à Bruxelles.

Les différences observées à Bruxelles ne peuvent pas être expliquées uniquement par le phénomène de l'urbanisation. En effet, l'enquête montre clairement que les résidents de Bruxelles utilisent moins les services du médecin généraliste que les habitants des autres grandes villes du pays.

Il faut mentionner aussi qu'à Bruxelles les immigrés en provenance de pays non européens font moins appel au médecin généraliste.

On note malgré tout qu'un nombre croissant de personnes déclarent avoir un médecin généraliste attitré, même à Bruxelles (78% en 1997 et 83% en 2004).

Les personnes peu scolarisées et les immigrés en provenance de pays non européens, quand ils consultent un médecin généraliste, le font plus volontiers dans le cadre de pratiques de groupe ou de centres de santé.

Il faut souligner le **rôle central du médecin généraliste chez les personnes âgées**:

- En moyenne, on compte 12 contacts par personne et par an avec le médecin généraliste chez les personnes âgées de 75 ans ou plus;
- Les contacts ont plus souvent lieu sur l'initiative du médecin généraliste (visites de suivi);
- Les personnes âgées sont moins souvent référées vers un autre service;
- Le médecin généraliste est souvent le seul prestataire de soins auquel les personnes âgées ont recours.

Beaucoup de personnes âgées font entièrement confiance à leur médecin généraliste. Avec le vieillissement progressif de la population et l'augmentation du nombre de personnes âgées qui sont suffisamment valides pour rester à domicile, le rôle du médecin généraliste auprès des personnes âgées ne va faire qu'augmenter.

Il est donc indispensable, vu l'importance et les rôles spécifiques du médecin généraliste dans notre système de soins, de veiller à mieux valoriser ses activités. Il est nécessaire, notamment, de renforcer le caractère attractif de la profession; il est en effet assez paradoxal de constater que de moins en moins de jeunes se destinent à la médecine générale alors que les besoins en la matière ne vont faire que croître dans un proche avenir.

Tableau récapitulatif pour les contacts avec un médecin généraliste			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes ...			
- avec un médecin généraliste attitré	93%	94%	95%
- qui a consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois	79%	80%	79%
Nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste par personne et par an	4,5	5,3	4,5
Pourcentage de contacts avec le médecin généraliste suivis par une référence vers un autre prestataire de soin	10%	10%	12%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

4.1.2. Contacts ambulatoires avec un médecin spécialiste

50% de la population déclare avoir consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois.

Le nombre moyen de contacts ambulatoires avec un médecin spécialiste par personne et par an est de 2,3. Ce chiffre est assez proche de celui publié sur base des données de remboursement de l'INAMI.

55% des nouveaux contacts avec un médecin spécialiste se font sur l'initiative du patient lui-même. 35% de ces contacts se font suite à une référence de la part du médecin généraliste et 9% sur l'initiative d'un tiers (un autre médecin spécialiste, un service de prévention, ...).

L'évolution de ces indicateurs entre 1997 et 2004 est hétérogène:

- Le pourcentage de la population qui a consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois augmente;
- Le **nombre moyen de contacts** avec un médecin spécialiste augmente légèrement;
- Le pourcentage de **visites de suivi** (prises sur l'initiative du spécialiste lui-même) reste stable;
- La répartition des visites suivant le type de spécialité reste la même;
- Le pourcentage de **contacts sur l'initiative du patient** a progressé de 53% en 1997 à 62% en 2001, mais on est revenu en 2004 au même niveau que celui observé en 1997.

Les **femmes** déclarent plus de contacts avec un médecin spécialiste que les hommes.

Le nombre de contacts avec un médecin spécialiste augmente avec l'**âge**, mais moins que pour le médecin généraliste.

Les pourcentages de visites de suivi (sur l'initiative du médecin) ainsi que de contacts sur l'initiative du patient lui-même varient fortement suivant le type de spécialité. Chez le dermatologue et le pédiatre, les **visites de suivi** (initiées par les spécialistes eux-mêmes) sont relativement peu fréquentes, tandis que chez le (neuro)-psychiatre et le gynécologue, elles sont relativement fréquentes. En ce qui concerne les **nouveaux contacts** (qui ne sont pas des contacts de suivi) chez le pédiatre, le dermatologue, le gynécologue et l'ophtalmologue, plus de deux tiers des visites se font **sur l'initiative du patient lui-même**; chez le (neuro)-psychiatre, cette proportion n'est que d'un quart.

Les **principaux problèmes** de santé pour lesquels le médecin spécialiste est consulté, sont:

- Les problèmes du **système locomoteur** dans plus de 25% des cas chez les hommes, surtout entre 15 et 64 ans;
- Les problèmes du **système locomoteur** dans 16% des cas chez les femmes, surtout entre 15 et 64 ans;
- **Grossesse et planning familial** dans 11% des cas chez les femmes;
- **Problèmes de santé mentale** (7-8% des cas chez les hommes et les femmes).
- Les problèmes **cardiovasculaires** sont la première cause de consultation chez les hommes de 65 ans ou plus.
- Les problèmes **locomoteurs et oculaires** sont la première cause de consultation chez les femmes de 65 ans ou plus.
- En comparaison avec les données de 2001, on ne perçoit pas en 2004 de grande différence dans la distribution des motifs de consultation chez un médecin spécialiste.

Le **niveau d'instruction** (qui est utilisé ici comme indicateur du niveau socio-économique) influence la relation entre le médecin spécialiste et son patient. Chez les personnes les moins scolarisées, on relève notamment:

- Moins de personnes qui ont vu un médecin spécialiste (et même, un nombre moyen de contact par personne et par an plus réduit en Wallonie);
- Moins de contact avec un médecin spécialiste sur l'initiative du patient (41% contre 73% chez les personnes les plus scolarisées);
- Proportionnellement moins de consultations chez un pédiatre et un gynécologue;
- Proportionnellement plus de consultations chez un médecin spécialiste en médecin interne (cardiologue, pneumologue, ...).

Les immigrés en provenance de pays non européens sont moins nombreux à avoir vu un médecin spécialiste. Le nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste est d'ailleurs sensiblement plus bas chez eux. A Bruxelles par exemple, on recense en moyenne 3,8 contacts par personne et par an chez les belges, et seulement 1,5 chez les non belges en provenance de pays non européens.

La plupart des indicateurs concernant le médecin spécialiste varient quand on compare les **régions**:

- Le pourcentage de la population qui a vu un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois est plus élevé en Wallonie qu'en Flandre (mais le nombre moyen de contacts est relativement similaire);
- Le nombre moyen de contacts est plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions (cette différence ne peut pas être uniquement expliquée par le phénomène d'urbanisation; en effet, l'enquête montre clairement que le nombre moyen de consultations pour les résidents des villes et des campagnes en Flandre et en Wallonie est équivalent);
- Les patients consultent proportionnellement plus souvent un médecin spécialiste de leur propre initiative à Bruxelles et en Wallonie; En revanche, les patients consultent proportionnellement plus souvent un médecin spécialiste suite à une référence du médecin généraliste en Flandre (40%) qu'en Wallonie (32%) et à Bruxelles (24%);
- La compétence est le premier critère de choix du spécialiste par le patient en Wallonie; L'accessibilité est le premier critère de choix du spécialiste par le patient en Flandre et à Bruxelles.

Lorsque l'on **compare les contacts avec le médecin généraliste et le médecin spécialiste**, on observe quelques différences:

- Le nombre moyen contacts avec le médecin généraliste diminue depuis 1997 tandis que le nombre de contacts avec un médecin spécialiste augmente légèrement;
- Le nombre de contacts avec le médecin généraliste est plus élevé chez les personnes peu scolarisées tandis que le nombre de contacts avec un médecin spécialiste est relativement plus important chez les personnes avec un niveau d'instruction élevé;
- On observe en Wallonie et à Bruxelles une consommation plus élevée de soins du médecin spécialiste; ce n'est pas le cas pour les soins du médecin généraliste (ce dernier est au contraire relativement moins sollicité à Bruxelles).

Il serait utile d'analyser plus en détail les résultats de l'Enquête de Santé, notamment en ce qui concerne l'interaction entre l'état de santé et la consommation de soins, ceci afin de mieux interpréter les différences observées ici.

Tableau récapitulatif pour les contacts ambulatoires avec un médecin spécialiste			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui ont consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois	48%	50%	50%
Nombre moyen de contacts avec un médecin spécialiste par personne et par an	2,0	2,3	2,3
Pourcentage de contacts sur l'initiative du patient lui-même (sans référence de la part d'un médecin généraliste)	53%	62%	55%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

4.1.3. Visites dans un service d'urgences

12% de la population déclare avoir été, au cours des 12 derniers mois, au moins une fois dans un service d'urgences (pour 38%, la dernière visite remonte à plus d'un an).

50% de la population n'a encore jamais été se faire soigner dans un service d'urgences.

Le **nombre moyen de contacts** avec un service d'urgences est de 22 pour 100 personnes et par an (ne sont comptabilisées ici que les visites qui n'ont pas été suivies d'une hospitalisation).

82% des contacts avec un service d'urgences ne font pas suite à une référence de la part d'un médecin.

Les **principales raisons** invoquées pour aller plutôt dans le service d'urgences sont:

- Le service est ouvert 24 heures sur 24;
- Le problème est grave et urgent;
- Des raisons d'ordre financier (10% des cas).

La moitié des visites pour se faire soigner dans un service d'urgences ont lieu aux heures normales de travail.

Dans 56% des cas, le problème est une maladie ou un symptôme et dans 41% des cas, un accident ou une blessure.

Un tiers des problèmes qui ont amené à consulter un service d'urgences se situe au niveau du système locomoteur (aussi bien chez les hommes que chez les femmes). Le système digestif intervient dans 14% des cas chez les femmes et 11% des cas chez les hommes.

On n'observe pas de différence dans le nombre de contacts avec un service d'urgences entre 2001 et 2004.

Moins de 2% de la population déclare avoir visité au cours des 12 derniers mois un service d'urgences, sans avoir jamais vu un médecin généraliste durant la même période.

De manière globale, les indicateurs relatifs aux contacts avec le service des urgences ne varient pas en fonction du **sexe**. On observe peu de différences en fonction de **l'âge**; on peut toutefois remarquer que:

- Le recours au service des urgences est moins fréquent chez les personnes entre 45 et 74 ans;
- Dans la majorité des cas, le recours au service des urgences est le fait du patient lui-même (ou de ses parents) chez les enfants et chez les adultes de moins de 45 ans;
- Plus de 50% des recours se font sur l'initiative d'un médecin chez les personnes âgées de 75 ans ou plus.

On n'a pas pu montrer ici de variation en ce qui concerne la fréquentation d'un service d'urgences en fonction du **niveau d'instruction**.

Les personnes qui résident en **milieu rural** font autant appel au service des urgences que celles qui habitent en ville; cela ne veut pas dire, bien entendu, que les raisons de consultation sont les mêmes.

On observe quelques particularités pour la **Région Bruxelloise**:

- Le pourcentage de la population qui a visité au moins une fois un service d'urgences au cours des 12 derniers mois est plus élevé (qu'en Flandre);
- Le nombre moyen de contacts est aussi plus élevé;
- 8% seulement des contacts avec le service des urgences font suite à une référence de la part d'un médecin (contre environ un quart en Flandre);
- 5% des personnes résidant à Bruxelles déclarent avoir été dans un service d'urgences au cours des 12 derniers mois, sans avoir consulté un médecin généraliste au cours de cette même période (les urgences sont sans doute pour eux une alternative au médecin généraliste). Ce chiffre est 4 fois plus bas en Flandre; il est intermédiaire en Wallonie.

Tableau récapitulatif pour les visites dans un service d'urgences		
	2001	2004
Pourcentage de la population qui a visité un service d'urgence au cours des 12 derniers mois	12%	12%
Nombre moyen de contacts avec un service d'urgence pour 100 personnes et par an	21,3	21,9
Proportion de contacts (en %) avec un service d'urgence ...		
- sans référence de la part d'un médecin	76%	82%
- durant la semaine ou durant la journée	54%	53%

Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004

4.1.4. Contacts avec le dentiste

Une Enquête de Santé ne permet pas de mesurer directement la santé dentaire (comme la prévalence des caries dentaires). Il est toutefois possible d'évaluer l'hygiène dentaire de manière globale et indirecte, et de vérifier quelques facteurs susceptibles de l'influencer. Ainsi:

- 15% de la population de 15 ans ou plus déclare ne plus avoir aucune dent (naturelle);
- 15% de la population éprouve des difficultés pour mâcher un aliment;
- 39% de la population a une prothèse dentaire.

Ces problèmes sont bien sûr plus fréquents chez les personnes âgées, mais il semble malgré tout que chez les personnes âgées de 45 à 54 ans:

- 12% n'ont déjà plus aucune dent (naturelle);
- 9% éprouvent des difficultés pour mâcher;
- Presque une personne sur deux a une prothèse dentaire.

Ces problèmes sont plus fréquents chez les personnes avec un faible niveau d'instruction.

Il est en général recommandé, pour une bonne hygiène dentaire, de se brosser les dents au moins deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et de consulter un dentiste régulièrement.

- Plus de 50% de la population (qui a encore au moins une dent naturelle) déclarent se brosser les dents au moins deux fois par jour;
- Moins de 50% de la population déclare avoir consulté un dentiste au moins une fois au cours des 12 derniers mois;
- Le nombre de consultation chez un dentiste est de 1,4 par personne et par an.

Voici quelques constatations intéressantes:

- On observe **entre 2004 et 2001** une baisse du nombre de contacts avec le dentiste, et plus spécifiquement en ce qui concerne les visites préventives.
- Un tiers des **enfants de moins de 15 ans** n'a encore **jamais** été chez un dentiste (27% en Flandre, 36% en Wallonie et 52% à Bruxelles).
- Chez les **jeunes**, 40% des visites chez le dentiste ont trait à un traitement orthodontique et 32% seulement à un contrôle préventif.
- Les personnes avec un **faible niveau d'instruction** se brossent les dents moins régulièrement et vont moins souvent chez le dentiste (que ce soit pour un examen préventif ou un traitement orthodontique).
- Les femmes se brossent les dents plus régulièrement que les hommes et vont plus souvent chez le dentiste. Les **jeunes hommes** entre 15 et 24 ans consultent trois fois moins souvent le dentiste que les jeunes femmes du même âge.
- Les **personnes âgées**, de 65 ans ou plus, se soucient moins de leur santé dentaire.

- Les **allochtones** de nationalité non européenne se brossent plus fréquemment les dents mais se rendent moins souvent chez le dentiste. A Bruxelles, 70% des jeunes allochtones (de moins de 15 ans) n'ont jamais été chez le dentiste.
- Le recours aux soins de santé dentaire est plus fréquent en **Flandre et à Bruxelles** qu'en Wallonie: plus de visites préventives et de traitements orthodontiques en Flandre.
- En Wallonie et à Bruxelles, le nombre de visites pour des soins de carie (obturations) est plus élevé que le nombre de visites préventives. En Flandre on n'observe pas de différence à ce sujet.

Il est possible de tirer quelques conclusions de santé publique:

- Il est nécessaire de renforcer la **sensibilisation des jeunes en âge scolaire** (et de leurs parents) au sujet de l'importance des contrôles périodiques chez le dentiste. Le dépistage organisé dans le cadre de la médecine scolaire n'est en effet pas suffisant.
- D'autres **groupes cibles** doivent aussi être mieux sensibilisés: les personnes fragilisées au point de vue socioéconomique, les allochtones, les hommes jeunes (entre 15 et 24 ans) et les personnes âgées.
- Le fait que **les personnes fragilisées au point de vue socioéconomique** consultent moins régulièrement le dentiste doit nous obliger à réfléchir à propos de l'accessibilité financière des soins de santé dentaire. La part prise en charge par le patient dans le cadre des soins dentaires, en comparaison avec les autres types de soins, est relativement élevée, surtout pour certains groupes d'âge et certains types de soins. Les personnes fragilisées sont en conséquence obligées de donner la priorité à des soins qui leur semblent plus importants ou qui sont nécessaires pour pouvoir mener une vie normale; les autres types de soins ne viennent qu'après, comme les soins dentaires, qui sont encore considérés comme étant plutôt du niveau esthétique.

En conclusion, la santé et les soins dentaires varient très fort en fonction de l'âge, de la région de résidence et du niveau d'instruction. Les indicateurs qui sont étudiés ici sont donc très utiles pour évaluer les différences dans ce domaine.

Tableau récapitulatif pour les contacts avec le dentiste

	1997	2001	2004
Pourcentage de la population:			
- avec des problèmes de mastication (personnes de 15 ans ou plus)	15%	16%	15%
- qui déclare se brosser les dents au moins deux fois par jour (personnes avec au moins encore une dent naturelle)	-	-	51%
- qui a consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois	49%	48%	49%
- qui a consulté un dentiste au cours des 2 derniers mois pour un examen préventif	7%	8%	6%
Nombre moyen de contacts avec un dentiste par personne et par an	1,4	1,7	1,4

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

4.1.5. Contacts avec les prestataires de soins paramédicaux

Au cours des 12 derniers mois:

- 13% de la population déclare avoir sollicité les services d'un kinésithérapeute;
- 6% déclare avoir eu recours aux services d'une infirmière à domicile;
- 3,4% déclare avoir consulté un(e) psychologue;
- 2,4% déclare avoir consulté un(e) diététicien(ne);
- 1,5% déclare avoir consulté un(e) logopède;
- 0,7% déclare avoir consulté un(e) ergothérapeute.

Le nombre de contacts annuels avec ces différents prestataires n'a pas été comptabilisé dans l'enquête.

Les sous groupes de population qui ont recours à ces différentes prestations sont bien spécifiques:

- Le recours à la kinésithérapie, au service d'infirmières à domicile et à l'ergothérapie est le plus fréquent dans les groupes **d'âge les plus avancés**. Ainsi, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 28% font appel à une infirmière à domicile et 25% rapportent un contact avec le kinésithérapeute.
- Les services d'un(e) logopède sont plus fréquemment requis pour les **enfants** de moins de 15 ans (6%).
- Les soins infirmiers ou les conseils d'un(e) diététicien(ne) sont plus souvent sollicités par les **femmes** que par les hommes.
- Le recours au psychologue diminue avec **l'âge** (moins de 1% des personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent avoir consulté un psychologue au cours des 12 derniers mois). La fréquence des problèmes psychologiques reste toutefois assez élevée chez les personnes âgées; on observe d'ailleurs une consommation importante de produits psychotropes dans ces groupes d'âge. Les personnes **défavorisées** au point de vue socio-économique ont également moins souvent recours aux services d'un psychologue; ceci peut amener à se poser des questions sur l'accessibilité financière de ces services.

On observe assez peu de différences **entre 1997 et 2004** en ce qui concerne le recours aux prestataires de soins paramédicaux:

- Légère baisse du nombre de personnes qui déclarent avoir sollicité les services d'un kinésithérapeute;
- Augmentation marquée du nombre de personnes qui ont eu recours aux services d'une infirmière à domicile entre 1997 et 2001, mais cette tendance ne s'est pas confirmée en 2004;
- Augmentation légère entre 2001 et 2004 du nombre de personnes qui ont eu recours aux services d'un diététicien, d'un psychologue et d'un ergothérapeute (en Flandre).

La tendance générale montre une augmentation du recours aux services de l'infirmière à domicile; cela permet de maintenir à domicile les personnes âgées. Les services de l'ergothérapeute peuvent être utiles également dans ce domaine, mais les résultats de l'Enquête de Santé montrent que cela reste encore une activité assez marginale. Les autorités devraient peut-être stimuler le rôle de l'ergothérapie dans le cadre des soins à domicile.

Tableau récapitulatif pour les contacts avec les prestataires de soins paramédicaux			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui au cours des douze derniers mois ont eu recours à :			
- Un(e) kinésithérapeute(e)	14,5%	13,2%	13,1%
- Un(e) infirmière à domicile	3,2%	6,3%	6,3%
- Un(e) psychologue	-	2,4%	3,4%
- Un(e) diététicien(ne)	1,7%	1,7%	2,4%
- Un(e) logopède	-	1,6%	1,5%
- Un(e) ergothérapeut(e)	-	0,3%	0,7%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

4.2. Admission à l'hôpital

10 % de la population déclare avoir été admise à l'hôpital au cours des 12 derniers mois et 7% avoir été admise en hôpital de jour.

Sur base des données de l'Enquête de Santé, le nombre moyen d'admissions à l'hôpital est de 13 pour 100 personnes par an (et de 8 pour les admissions en hôpital de jour).

Le ratio hospitalisation classique versus hôpital de jour est de 1,5.

La durée moyenne de séjour à l'hôpital (classique) est de 9 nuits.

76% des admissions classiques se font en hôpital général, 22% dans un hôpital universitaire et 2% en hôpital psychiatrique.

82% des admissions en hôpital de jour se font en hôpital général, 18% dans un hôpital universitaire.

Les principaux problèmes pour lesquels les personnes sont admises à l'hôpital varient en fonction de l'âge et du sexe:

- Les problèmes du système locomoteur constituent la raison principale des admissions classiques (24%) et des admissions en hôpital de jour (36%) chez les hommes entre 15 et 64 ans;
- Les problèmes du système digestif comptent pour 25% des admissions en hôpital de jour chez les hommes entre 15 et 64 ans;
- Chez les femmes entre 15 et 64 ans, 24% des admissions classiques font suite à une grossesse ou un accouchement. Par ailleurs, 38% des admissions en hôpital de jour font suite à des problèmes de la sphère génitale;
- Les problèmes cardiovasculaires représentent 41% des admissions classiques chez les hommes de 65 ans ou plus;
- La plus grande part des admissions classiques chez les femmes du même âge (65+) concernent des problèmes du système locomoteur;
- Chez les personnes de 65 ans et plus, tant chez les hommes que chez les femmes, la raison principale des admissions en hôpital de jour concerne des problèmes ophtalmologiques (surtout de cataracte). Il s'agit de 27% des hospitalisations de jour chez les femmes de 65 ans ou plus et 19% chez les hommes du même âge.

Le pourcentage de personnes admises à l'hôpital (classique et de jour), ainsi que la durée de séjour augmente avec l'âge. En ce qui concerne la fréquence des admissions en hôpital de jour, cette tendance est encore plus marquée.

Les admissions en hôpital psychiatrique (ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général) constituent une part importante des admissions chez les jeunes de 15-24 ans.

La durée de séjour à l'hôpital augmente quand le **niveau d'instruction** diminue.

La proportion des admissions en hôpital de jour par rapport aux hospitalisations classiques augmente quand le **niveau d'instruction** est plus élevé. Ceci est sans doute en partie dû au fait que l'on préfère garder de manière prolongée à l'hôpital des patients qui pourraient avoir des complications difficiles à reconnaître, ceci afin d'éviter des problèmes. Cela est peut-être lié au souhait du patient qui n'est pas sûr de pouvoir assumer à domicile les soins post opératoires.

On n'observe pas de différence suivant que les personnes résident en **milieu** rural ou urbain; la seule exception constatée est une proportion plus élevée d'admissions en hôpital universitaire chez les personnes qui résident en milieu urbain.

On n'observe pas de différences non plus suivant la **nationalité** des personnes interrogées.

Le pourcentage de personnes qui ont été admises au cours des 12 derniers mois à l'hôpital classique ne varie pas de manière significative entre les trois **régions**.

Les hospitalisations de jour sont par contre moins fréquentes à **Bruxelles**. Le ratio hospitalisation classique / hospitalisation de jour est de 1,9 à Bruxelles, 1,5 en Flandre et 1,4 en Wallonie. Le succès mitigé des hospitalisations de jour à Bruxelles s'explique peut-être en partie par le nombre élevé d'hôpitaux universitaires qui ont plus de patients hospitalisés de manière classique.

Tableau récapitulatif pour les admissions à l'hôpital (chiffres de 2004 uniquement)	
Pourcentage de personnes admises dans un hôpital (classique) au cours des 12 derniers mois	10%
Pourcentage de personnes admises en hôpital de jour au cours des 12 derniers mois	7%
Nombre moyen d'hospitalisations classiques pour 100 personnes et par an	12,5
Nombre moyen d'admissions en hôpital de jour pour 100 personnes et par an	8
Durée moyenne du séjour (nombre de nuits) lors d'une admission classique à l'hôpital	9

Enquête de Santé, Belgique, 2004.

4.3. Consommation de médicaments

La consommation de médicaments a été étudiée en suivant deux approches différentes:

1. Dans un premier temps l'analyse porte sur les médicaments au sens large, y compris les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les préparations magistrales, les vitamines, les suppléments de minéraux, etc ...
2. Dans un deuxième temps nous nous intéresserons plus à la consommation de produits enregistrés officiellement, c'est-à-dire les médicaments qui figurent dans le Répertoire Commenté du Centre Belge d'Information Pharmaco-thérapeutique (CBIP).

4.3.1. Consommation de médicaments au sens large

59% de la population déclare avoir consommé un médicament au cours des 2 dernières semaines. 47% ont consommé un médicament prescrit par un médecin et 24% un produit non prescrit par un médecin.

La consommation de médicaments prescrits est très répandue en Belgique; elle serait de l'ordre de 25% plus élevée que dans des pays comme les Pays bas, le Danemark, l'Espagne et la Bulgarie.

Seulement 1,4% de la population déclare avoir consommé des médicaments qu'ils ont achetés ailleurs que dans une pharmacie; il s'agit le plus souvent de magasins de produits diététiques ou d'un rayon diététique dans une grande surface.

Le nombre de personnes qui ont consommé des médicaments fournis par un médecin ou du personnel paramédical est très limité.

L'achat de médicaments via Internet est extrêmement rare.

L'évolution de la consommation de médicaments est différente suivant qu'ils ont été prescrits ou non par un médecin:

- La consommation de médicaments prescrits a augmenté entre 1997 et 2001, mais est restée stable ensuite.
- La consommation de produits non prescrits a baissé régulièrement depuis 1997. En 1997, 33% de la population déclarait avoir consommé au cours des 2 dernières semaines un médicament non prescrit par un médecin; en 2004, ce taux n'est plus que de 24%. Cette diminution est moins marquée en Wallonie.

Voici quelques observations concernant la consommation de médicaments:

- Les **femmes** consomment plus de médicaments que les hommes.
- La consommation de médicaments prescrits augmente avec **l'âge**. La consommation de médicaments non prescrits est la plus élevée au sein des tranches d'âge moyen.
- La consommation de médicaments prescrits ne varie pas avec le **niveau d'instruction**; la consommation de médicaments non prescrits est plus importante chez les personnes avec un niveau d'instruction élevé.
- La consommation de médicaments prescrits et non prescrits est plus basse en **Flandre** qu'à Bruxelles ou en Wallonie.

4.3.2. Consommation de médicaments enregistrés officiellement

Au cours de l'Enquête de Santé 2004 on a aussi demandé aux personnes interrogées de montrer à l'enquêteur l'emballage des médicaments qu'ils ont utilisés au cours des 24 heures précédant l'interview. Le nom commercial de ces produits a été relevé par l'enquêteur. Seuls les médicaments enregistrés officiellement ont été retenus pour l'analyse.

Si l'on se base sur cette définition plus stricte, 43% de la population a consommé un médicament au cours des 24 dernières heures. En moyenne chaque personne consomme 1,2 médicaments par jour.

La **polypharmacie** (consommation d'au moins 5 médicaments différents le même jour) est fréquente, surtout chez les personnes âgées: 25% chez les 65-74 ans et 42% chez les 75 ans ou plus. La polypharmacie peut entraîner des effets secondaires et à un impact important sur les coûts directs et indirects. Les données de l'Enquête de Santé 2004 permettent d'étudier ce phénomène plus en détail, notamment en vérifiant le type de produits qui sont utilisés et pour quelles raisons.

La méthode utilisée dans le cadre de l'Enquête de Santé a permis d'étudier la consommation d'une série de produits spécifiques:

- Chez les **femmes** on observe une consommation importante d'analgésiques, de somnifères, de tranquillisants et d'antidépresseurs.
- La consommation de certains médicaments cardiovasculaires et pour l'asthme est plus élevée chez les **hommes**.
- La consommation d'une série de médicaments augmente lorsque le **niveau d'instruction** diminue. C'est le cas notamment avec les médicaments pour les ulcères de l'estomac et des intestins, les somnifères et les tranquillisants, les médicaments pour le diabète et pour l'asthme. La polypharmacie augmente aussi chez les personnes peu scolarisées. On n'observe pas par contre d'augmentation de la consommation d'un type spécifique de médicaments chez les personnes avec un niveau d'instruction élevé.
- La consommation de médicaments est plus importante en **Wallonie** qu'en Flandre et à Bruxelles. La consommation de médicaments à Bruxelles est du même ordre que celle observée en Flandre. On observe toutefois quelques spécificités à **Bruxelles**: consommation plus élevée de psychotropes, consommation moins élevée de médicaments pour le système cardiovasculaire.
- On observe une consommation importante de **benzodiazépines**, qui sont les somnifères et/ou les tranquillisants les plus souvent utilisés: 4,5% de la population (soit presque 500.000 personnes) déclarent avoir consommé des benzodiazépines au cours des dernières 24 heures. Chez les 75 ans et plus, cela concerne même 17% de la population. Les effets secondaires des benzodiazépines sont bien connus: confusion, dépendance physique et psychique, somnolence exagérée et prolongée chez les personnes âgées (avec le risque de chute et de fracture de hanche),... On peut donc se demander s'il n'y a pas ici une surconsommation au niveau de la population générale. Il ne fait pas de doute que les problèmes sociaux (stress au travail, problèmes familiaux et conjugaux, etc.) devraient être pris en charge d'une manière plus adaptée que par une médicalisation.

- Enfin, on relève un grand nombre d'utilisateurs de produits relativement nouveaux et coûteux pour les problèmes d'hypercholestérolémie et d'hypertension (**statines et sartanes**). Il est clair que cette consommation massive a des implications en ce qui concerne le budget de la sécurité sociale. Les autorités, mais aussi les professionnels de la santé, doivent d'une part veiller à ce que ces médicaments restent accessibles pour les patients qui en ont réellement besoin, mais aussi d'autre part, veiller à éviter de prescrire ces médicaments lorsqu'ils ne sont pas nécessaires.

Tableau récapitulatif pour la consommation de médicaments			
	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui ont consommé au cours des 2 dernières semaines ...			
- un médicament prescrit par un médecin	42%	48%	47%
- un médicament non prescrit par un médecin	33%	27%	24%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

4.4. Thérapies non conventionnelles

12% de la population déclare avoir eu recours à un prestataire de thérapie alternative au cours des 12 derniers mois. Le prestataire de ces thérapies était médecin pour 6% de la population, il n'était pas médecin pour 5% de la population et, pour le reste, le statut du prestataire n'était pas connu (1%).

A titre de comparaison, 78% de la population a eu un contact durant la même période avec un médecin généraliste et 50% avec un médecin spécialiste.

Voici quelques détails:

- 5,8% de la population a eu recours aux services d'un homéopathe;
- 4,3% aux services d'un ostéopathe;
- 1,5% a consulté un chiropracteur;
- 1,6% a consulté un acupuncteur.

Les femmes font un peu plus souvent appel à la médecine non conventionnelle (13% versus 10% pour les hommes). Ce sont surtout les personnes d'âge moyen et les personnes avec un niveau d'instruction élevé qui ont recours aux thérapies alternatives.

On avait observé une augmentation de la consommation des pratiques alternatives entre 1997 et 2001, mais la situation s'est stabilisée entre 2001 et 2004.

Tableau récapitulatif pour les thérapies non conventionnelles

	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes qui ont fait appel au cours des 12 derniers mois à:			
- un prestataire de thérapies non conventionnelles	8,2	11,2	11,5
- un homéopathe	3,9	5,9	5,8
- un ostéopathe	-	3,9	4,3
- un acupuncteur	1,2	1,5	1,6
- un chiropracteur	-	1,6	1,5

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004.

5. Santé et Société

La santé n'est pas une problématique isolée, à considérer selon la seule perspective médicale. Elle 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 traumatismes
5. La santé sociale
6. Les services sociaux et préventifs
7. Les personnes âgées

Au travers de ces sept 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 important dans le budget d'un ménage.

En 2004, une famille en Belgique consacre en moyenne 115 € par mois, soit 6% de ses revenus, pour des **dépenses de soins**, comme des honoraires de médecin (généraliste et/ou spécialiste), des médicaments, des hospitalisations, etc. Ceci sans prendre en compte d'éventuels remboursements.

Les ménages dont la personne de référence est plus âgée doivent dépenser davantage en soins de santé, cela tant en termes absolus qu'en termes relatifs. Un ménage dont la personne de référence est jeune dépense 2% du budget du ménage en soins de santé. Ce pourcentage s'accroît progressivement jusqu'à 13% chez les ménages dont la personne de référence a 75 ans ou plus.

La part des dépenses pour les soins de santé par rapport au budget global est proportionnellement plus élevée au sein des ménages appartenant à des classes sociales basses (ménages à revenu bas ou dont la personne de référence a un faible niveau d'éducation).

Il n'y a pas de différence majeure entre les régions concernant les dépenses moyennes en soins de santé.

Les dépenses mensuelles en soins de santé sont passées de 95 € en 1997 à 115 € en 2004, mais la part que ce montant représente dans le budget du ménage est restée stable à +/- 6%.

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. Il est aussi plus marqué en Région Bruxelloise comparée aux autres régions.

10 % des ménages ont dû reporter certains soins en raison de problèmes financiers. Il y a à ce sujet de grosses différences régionales: 5% des ménages ont été confrontés à ce genre de situation en Région Flamande, mais ce pourcentage atteint 16% en Région Wallonne et 18% en Région Bruxelloise.

Tableau récapitulatif pour l'accessibilité des soins de santé			
	1997	2001	2004
Dépenses moyennes de santé des ménages par mois	€ 95	€ 107	€ 115
Part des dépenses de santé par rapport aux revenus des ménages	7%	6%	6%
Nombre de ménages (en %) qui...			
- estiment que leurs dépenses en soins de santé sont trop élevées	33%	30%	29%
- ont dû reporter le recours à certains services de soins en raison de problèmes financiers	8%	10%	10%

Enquête de Santé, Belgique 1997, 2001, 2004

5.2. Différences socio-économiques en matière de santé

5.2.1. Etat de santé

Les personnes avec un **faible niveau d'éducation** sont proportionnellement **plus nombreuses** à:

- déclarer que leur état de santé général n'est pas satisfaisant;
- souffrir de maladies chroniques (ce n'est cependant pas vrai pour toutes les maladies chroniques, par exemple la prévalence des allergies augmente avec le niveau d'éducation);
- présenter une co-morbidité (avoir plusieurs maladies chroniques en même temps);
- avoir une moins bonne santé mentale;
- déclarer consommer des psychotropes;
- avoir de limitations fonctionnelles de longue durée;
- présenter des limitations de longue durée **sévères**.

5.2.2. Styles de vie

Globalement les personnes dans le bas de l'échelle socio-économique ont davantage que les autres un style de vie à plus haut risque pour la santé:

- Moins d'activités physiques de loisir;
- Une prévalence plus élevée d'excès pondéral et d'obésité (également chez les jeunes!);
- Un moins bon suivi des recommandations pour une bonne alimentation;
- Relativement plus de fumeurs.

Il n'y a pas de gradient social probant en ce qui concerne:

- La consommation d'alcool;
- La consommation de cannabis.

Il reste encore beaucoup à faire auprès de la population à faible niveau d'éducation en ce qui concerne:

- Le niveau de connaissance sur VIH/SIDA;
- L'attitude et la perception vis-à-vis des personnes infectées par le VIH;
- Les comportements à risque pour les infections sexuellement transmissibles.

5.2.3. Consommation de soins

En ce qui concerne la consommation de soins, les différences entre les divers niveaux d'éducation pour les indicateurs étudiés ne sont pas univoques. On observe toutefois des variations importantes en fonction du niveau d'éducation pour un grand nombre d'indicateurs:

- Les visites à domiciles du médecin généraliste sont plus fréquentes chez les personnes avec un faible niveau d'éducation;
- Les personnes qui ont un niveau d'éducation élevé consultent plus souvent directement le médecin spécialiste (sans référence préalable);
- La prévalence des contacts avec le dentiste est clairement plus basse parmi les personnes avec un faible niveau d'éducation: cela concerne tant le dernier contact, le nombre moyen de contacts par an et le pourcentage de gens qui ont eu un examen préventif ;
- La durée moyenne d'hospitalisation est plus longue pour les personnes qui appartiennent à un milieu socio-économique moins favorisé;
- La consommation des médicaments non prescrits augmente avec le niveau d'instruction.

5.2.4. Prévention

- Les résultats de l'enquête montrent que les taux de vaccination contre le tétanos, l'hépatite B et le méningocoque type C augmentent avec le niveau d'éducation.

Il n'y a pas, par contre, de gradient socio-économique concernant la vaccination contre la grippe et le pneumocoque.

- Les femmes à faible niveau socio-économique se soumettent moins au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus.

Il n'y a pas de gradient socio-économique concernant le contrôle de la tension artérielle, du cholestérol et de la glycémie.

5.2.5. Santé et société

Les ménages avec un niveau d'éducation et/ou de revenus moins élevés ont relativement plus de dépenses pour des soins de santé (ils y consacrent une part relativement plus importante de leurs revenus) que les personnes avec une formation et/ou des revenus plus élevés. Comme on peut le pressentir, les ménages défavorisés déclarent également plus souvent avoir des difficultés pour faire face aux frais de soins de santé et disent plus fréquemment doivent postposer le recours aux soins pour des raisons financières.

Pour les autres thèmes abordés dans ce chapitre, les inégalités socio-économiques sont moins tranchées. Néanmoins, les résultats pour la partie "santé sociale" démontrent clairement que les personnes défavorisées sur le plan socio-éducatif ont un entourage social relativement restreint. En outre, elles ont une évaluation plus négative de leurs contacts sociaux et perçoivent le soutien social dont elles pourraient disposer en cas de besoin comme étant moins étendue.

5.3. Santé et Environnement

5.3.1. Nuisances environnementales au niveau du domicile

22% des ménages déclarent être gênés par des nuisances environnementales au niveau de leur **domicile**.

Les ménages avec une personne de référence âgée de 65 ans et plus se plaignent moins souvent de nuisances environnementales à la maison.

Les **sources de nuisances** les plus souvent citées sont:

- Le bruit causé par le trafic routier (9%);
- Les mauvaises odeurs en général (6%);
- Les bruits de voisinage (6%);
- Les vibrations (6%).

Les **nuisances sonores dues aux avions** incommode:

- 8% des ménages à Bruxelles;
- 3% des ménages en Wallonie;
- 1% des ménages en Flandre.

Les problèmes dus aux nuisances environnementales sont fortement liés au degré d'urbanisation du lieu de résidence. Cette tendance se reflète également **au niveau des Régions**. En Région Bruxelloise, 33% des ménages se plaignent de nuisances environnementales.

5.3.2. Nuisances environnementales au niveau du quartier

21% déclarent être gênés par des nuisances environnementales au niveau de leur **quartier**.

Les nuisances au niveau de **quartier** touchent:

- 32% des ménages en zone urbaine;
- 16% des ménages en zone semi-urbaine;
- 12% des ménages en zone rurale.

Au total, 9% des ménages se disent gênés par les gaz d'échappement des voitures et 6% des ménages se plaignent de vandalisme et de graffitis dans leur quartier.

Il est frappant de constater que 33% des ménages qui résident en **zone urbaine en Wallonie** se plaignent de nuisances environnementales au niveau du quartier.

5.3.3. Tabagisme passif à domicile

L'enquête de santé s'est intéressée de plus près à une forme particulière de nuisance environnementale, à savoir, le tabagisme passif. Les résultats indiquent que dans 31% des ménages, au moins une personne fume chaque jour à l'intérieur du domicile. Ce taux diminue avec l'âge de la personne de référence du ménage. On fume aussi plus fréquemment à l'intérieur du domicile des ménages dont la personne référence a un niveau socio-économique (éducation et revenus) peu élevé.

42% des ménages prennent des mesures pour limiter la consommation de tabac à l'intérieur du domicile. Quand c'est le cas, il s'agit surtout:

- D'interdire de fumer à l'intérieur (75%);
- De limiter les pièces où il est possible de fumer (28%);
- De ne pas fumer en présence d'enfants (29%).

Tableau récapitulatif pour la santé et l'environnement

Pourcentage de ménages :	
- qui se plaignent de nuisances environnementales dans le quartier	21%
- qui se plaignent de nuisances environnementales au domicile	22%
- où l'on fume chaque jour à l'intérieur du domicile	31%
- où des mesures de restriction du tabagisme sont appliquées	42%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

5.4. Traumatismes

5.4.1. Accidents

En Belgique, 8% de la population déclare avoir été victime d'un **accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier** dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

De manière générale, les traumatismes accidentels surviennent plus fréquemment chez les **hommes** que chez les femmes, et leur occurrence diminue avec **l'âge**.

La fréquence des accidents dans la population n'a pas réellement diminué depuis l'enquête de 2001, sauf en Région Bruxelloise.

Les **traumatismes accidentels** rapportés par les victimes se répartissent comme suite:

- Accidents domestiques (32%);
- Accidents sur le lieu du travail ou à l'école (30%);
- Accidents de la route ou sur la voie publique (24%);
- Accidents liés à une pratique sportive (19%);
- Accidents survenus dans un lieu public (5%).

Les accidents domestiques sont plus courants chez les **femmes**, tandis que les accidents au travail/à l'école et les accidents de sport sont plus communs parmi les **hommes**.

La survenue des différents types d'accidents varie également en fonction de **l'âge**, notamment à cause de leur lien avec les activités propres à chaque étape de la vie, par exemple:

- Les accidents au travail chutent à l'âge de la (pré-)pension;
- Les accidents domestiques augmentent à l'âge de la (pré-)pension;
- Les accidents sur la route concernent davantage les jeunes adultes de 15 à 44 ans et les aînés de 65 ans ou plus;
- Les accidents de sport surviennent surtout chez les jeunes de moins de 35 ans.

Proportionnellement parlant, les victimes d'accidents de la route et sur la voie publique sont plus nombreuses en régions **Bruxelloise** (31%) et **Flamande** (27%) qu'en Région **Wallonne** (16%). Attention, il ne s'agit pas du lieu où l'accident est survenu, mais bien de la région de résidence des victimes.

Les **principaux mécanismes en cause** dans les accidents traumatiques concernent:

- Des chutes (54%);
- Des collisions ou chocs (29%);
- Des coupures (8%).

Les **chutes** sont plus fréquentes chez les **femmes**. Elles sont aussi plus courantes aux deux extrémités de l'échelle des **âges** (surtout chez les aînés de plus de 65 ans), alors que les collisions ou chocs concernent davantage les victimes d'environ 15 à 55 ans.

Deux accidentés sur cinq ont consulté un **médecin** généraliste et quasiment les trois quarts d'entre eux se sont rendus dans un **hôpital** pour se faire examiner et/ou soigner.

5.4.2. Violence

En Belgique en 2004:

- 7% de la population (de 15 ans et plus) a rapporté avoir subi des **violences psychologiques ou verbales** (insultes, menaces, harcèlement, isolement, etc.) au cours des 12 derniers mois;
- 3% de la population a subi des actes de **violence physique** (bousculades, pincements, coups, coupures, agressions);
- 3% ont rapporté des **vols ou cambriolages**.

De façon générale, la violence touche autant les hommes (9,6%) que les femmes (9,0%). Les victimes de violences sont plus nombreuses à Bruxelles (15%) et en Wallonie (13%) qu'en Flandre (6%).

La violence verbale et physique fait plus de victimes parmi les jeunes que parmi les personnes âgées. Par contre les vols et cambriolages augmentent avec l'âge.

Les victimes de **violence survenue dans le milieu de vie** (domicile, travail, école) ont tendance à être plus jeunes et issues de milieux plus favorisés sur le plan socio-éducatif. Elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les régions bruxelloise et wallonne qu'en région flamande. Si la violence au travail ou à l'école se manifeste tant à l'encontre des femmes que des hommes, la violence à domicile, par contre, est plus souvent dirigée vers les femmes.

La **violence à l'extérieur des milieux de vie** (les lieux publics, la rue, ailleurs) s'adresse plus souvent aux hommes qu'aux femmes et aux personnes plus jeunes qu'aux personnes âgées, quel que soit le niveau socio-éducatif. Il s'agit aussi d'un phénomène essentiellement urbain.

Tableau récapitulatif pour les traumatismes		
	2001	2004
Pourcentage de personnes (tous âges) qui ont été victimes d'un accident dans les 12 mois précédents l'enquête ⁷	9%	8%
Pourcentage de personnes de 15 ans ou plus qui ont été victimes:		
- de violence psychologique ou verbale dans les 12 mois précédents l'enquête	11%	7%
- de violence physique dans les 12 mois précédents l'enquête	3%	3%
- de vol ou cambriolage dans les 12 mois précédents l'enquête	5%	3%

Enquête de Santé, Belgique, 2004

⁷ un accident ayant nécessité une consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier

5.5. Santé sociale

Dans le cadre de l'Enquête de Santé, la santé sociale est considérée en termes:

- d'intégration sociale des gens dans leur réseau relationnel (dimension structurelle)
- de support social par l'entourage (dimension fonctionnelle).

Les résultats qui suivent concernent les personnes de 15 ans ou plus.

Les indicateurs suivants ont été retenus:

1. La fréquence des contacts sociaux
2. La participation à la vie associative
3. La perception du support social
4. La disponibilité de l'aide sociale instrumentale (aide concrète en cas de besoin)

7% de la population indique n'avoir que de rares contacts sociaux avec la famille, les amis ou connaissances (c'est à dire moins d'une fois par semaine).

37% affirme ne jamais participer aux activités organisées par des associations.

7% de la population (de 15 ans ou plus) n'est pas satisfaite de ses contacts sociaux.

8% des personnes ont une perception négative de leur support social. Ils ne peuvent pas compter sur une aide fonctionnelle de qualité, c'est-à-dire un environnement social qui remplit plusieurs rôles: instrumental (aide tangible), informel (conseil), émotionnel (écoute, empathie), récréatif (activités de détente ou récréatives) et/ou un rôle affectif.

Pour les divers indicateurs de santé sociale, on remarque à chaque fois que les chiffres sont moins favorables pour les **personnes âgées** que pour les jeunes.

Il n'y a pas de différence notable entre **hommes et femmes** pour ces indicateurs.

Les personnes à **niveau d'instruction** peu élevé ont des contacts sociaux moins fréquents, participent moins souvent à la vie associative, sont moins nombreux à apprécier leurs contacts sociaux et ont une perception plus négative concernant la disponibilité d'une aide sociale.

Les résultats sont moins favorables aux habitants de la **Région Bruxelloise** qu'à ceux des deux autres régions, cela tant concernant la dimension structurelle que fonctionnelle de la santé sociale. Le caractère urbain de la Région Bruxelloise y est sans doute pour quelque chose.

D'un point de vue général, on ne note pas de changements (significatifs) intervenus dans la dimension quantitative ou dans la dimension qualitative de la santé sociale au cours des différentes années de l'enquête.

Tableau récapitulatif pour la santé sociale

	1997	2001	2004
Pourcentage de personnes de 15 ans ou plus qui:			
- ont moins d'une fois par semaine des contacts avec la famille, les amis ou connaissances	8%	7%	7%
- ne prennent pas ou presque jamais part à la vie associative	-	-	37%
- sont insatisfaites de leurs relations sociales	6%	7%	7%
- qui ne peuvent compter sur leur entourage pour un support émotionnel, affectif, récréatif ou informatif	-	9%	9%

Enquête de Santé, Belgique, 1997, 2001, 2004

5.6. Services sociaux et préventifs

L'Enquête de Santé étudie aussi les contacts de la population avec les services sociaux et préventifs au cours des 12 mois précédents l'enquête.

Certains de ces services s'adressent à l'ensemble de la population, d'autres à des groupes de population spécifiques.

Le tableau ci-dessous illustre dans quelle mesure ces services ont été sollicités.

Une attention particulière est portée ici à l'utilisation par les personnes âgées de services qui leurs sont destinés.

Tableau récapitulatif pour les services sociaux et préventifs		
	2001	2004
Pourcentage de personnes qui ont, au cours des 12 mois précédents l'enquête ont :		
- eu un contact avec l'ONE (ne sont pris en compte que les enfants < 3 ans)	69%	65%
- eu un contact avec le médecin scolaire (enfants de 3 à 18 ans)	60%	61%
- eu un contact avec la médecine du travail (personnes professionnellement actives)	34%	33%
- fait appel au CPAS	2%	2%
Pourcentage de personnes de 75 ans ou plus ⁸ qui ont:		
- eu recours à un service d'aide à domicile	-	16%
- eu un contact avec un centre de jour	-	1%
- fait appel à un service de repas chauds à domicile	-	7%
- fait appel au CPAS	-	7%

Enquête de Santé, Belgique, 2001, 2004

⁸ n'inclut pas les personnes âgées résidant en institution

5.7. Personnes âgées

Concernant la santé des **personnes âgées (de 65 ans ou plus)**, on remarque que:

5.7.1. Santé physique

- 44% des personnes âgées (65+) se déclarent insatisfaites de leur état de santé. Ce taux augmente avec l'âge.
- On observe des différences assez marquées entre les hommes (plus de bronchites chroniques et de troubles cardiaques) et les femmes (plus d'hypertension artérielle, de rhumatismes et d'ostéoporose).

5.7.2. Limitations

- 24% déclarent être sévèrement limitées dans les activités de la vie quotidienne, 29% modérément limitées tandis que 47% déclarent ne pas être limitées du tout;
- 19% déclarent être (sévérement ou modérément) limitées dans les activités instrumentales (faire des courses, préparer un repas, faire le ménage...) de la vie quotidienne;
- 13% de celles qui souffrent de limitations sévères déclarent ne pas recevoir d'aide pour les activités de la vie quotidienne.

5.7.3. Santé Mentale

- 22% éprouvent un mal être psychique;
- 13% souffrent de problèmes de somatisation;
- 11% souffrent de problèmes de dépression;
- 7% souffrent de problèmes d'anxiété;
- 24% souffrent de troubles du sommeil;
- 23% déclarent avoir consommé des somnifères(*) au cours des deux dernières semaines;
- 13% déclarent avoir consommé des tranquillisants (*) au cours des deux dernières semaines;
- 9% déclarent avoir consommé des antidépresseurs (*) au cours des deux dernières semaines.

(*) *Il s'agit de la déclaration de la personne interrogée (sans contrôle formel de la part de l'enquêteur sur les boîtes de médicaments).*

5.7.4. Santé sociale

- 8% ne sont pas satisfaites de leurs contacts sociaux. Cette insatisfaction augmente avec l'âge.
- 10% déclarent avoir des contacts sociaux moins d'une fois par semaine. Ce pourcentage augmente avec l'âge.
- 48% déclarent ne jamais participer à une activité sociale.
- 11% ont une appréciation négative du support social sur lequel elles peuvent compter en cas de besoin.

5.7.5. Styles de Vie

- 9% des personnes âgées ont des habitudes alimentaires irrégulières;
- Elles consomment en moyenne 2,3 verres d'alcool par jour en semaine et 2,4 verres d'alcool par jour le week-end. Les hommes boivent plus d'alcool que les femmes.
- 6% déclarent avoir eu une blessure au cours des 12 derniers mois suite à un accident, et que celle-ci a nécessité la visite chez un médecin. Par ordre décroissant: il s'agit de fractures (42% de tous les accidents), plaies (26%), contusions (25%) et entorses (15%)

5.7.6. Vaccination

- 66% ont été vaccinées contre la grippe au cours de la dernière saison (septembre – décembre); Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 75% chez les personnes de 80 ans ou plus.
- 16 % ont été vaccinées contre le pneumocoque au cours des cinq dernières années.

5.7.7. Consommation des soins

- 18% des personnes âgées déclarent avoir été hospitalisées au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 25% chez les personnes de 85 ans ou plus.
- Elles rapportent avoir eu en moyenne 9,7 contacts avec un médecin généraliste au cours de la dernière année. Cette moyenne augmente avec l'âge jusqu'à 14,1 chez les 85 ans ou plus.
- Elles rapportent avoir eu en moyenne 2,9 contacts avec un médecin spécialiste au cours de la dernière année. Il est frappant de constater que les personnes qui vivent en institution déclarent avoir assez peu de contacts avec un médecin spécialiste (1,8).
- 19% déclarent avoir fait appel aux services d'une infirmière à domicile au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage augmente de 10% chez les personnes de 65-69 ans à 47% chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

5.7.8. Consommation de médicaments

- De nombreuses personnes âgées de 65 ans et plus ont consommé des médicaments pour des problèmes cardio-vasculaires au cours des 24 dernières heures:
 - 26% ont pris des bêtabloquants (un des médicaments contre l'hypertension artérielle);
 - 19% ont pris des diurétiques (contre la rétention d'eau);
 - 17% ont pris des statines (contre l'hypercholestérolémie).
- Par ailleurs, d'autres médicaments sont fréquemment utilisés par les personnes âgées:
 - Les benzodiazepines (le plus utilisé contre les troubles du sommeil, anxiété) (14% des personnes âgées);
 - Les analgésiques (10% des personnes âgées);
 - Les antidépresseurs (9% des personnes âgées).

5.7.9. Recours aux services d'aide sociale

- 9% des 65 ans ou plus qui ne résident pas dans une maison de repos déclarent avoir eu recours à un service d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois: 1,9% chez les 65-69 ans contre 25% chez les 85 ans ou plus.
- 4% déclarent avoir fait appel à un service de repas à domicile au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 12% chez les personnes de 85 ans ou plus.
- 4,3% des 65 ans ou plus qui ne résident pas dans une maison de repos déclarent avoir fait appel au CPAS au cours des 12 derniers mois: 2% chez les 65-69 ans et les 70-74 ans contre 9% chez les personnes de 85 ans ou plus.