

# 9. Santé perçue

## 1. Introduction

**Patrick DEBOOSERE, Sylvie GADEYNE**  
**Interface Demography - VUB**

Depuis quelques décennies, la santé perçue est utilisée comme indicateur de l'état de santé général de la population. Cette donnée semble être une bonne mesure tant pour des études exploratoires que pour la planification au niveau politique. Malgré le fait qu'il s'agit d'une information de nature «subjective», la santé perçue présente de nombreux avantages par rapport aux autres indicateurs de santé, c'est pourquoi elle fait partie des questions standard posées dans les enquêtes de santé ou d'autres enquêtes. La question est simple et les personnes interrogées peuvent y répondre facilement. Par ailleurs, la proportion relativement élevée de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé dans la population permet, contrairement à la mortalité, de calculer des taux fiables même pour des populations restreintes. La santé perçue permet de détecter des problèmes de santé rencontrés par certains groupes de la population, ce qui n'est pas possible via les registres de maladies ou des statistiques hospitalières qui répertorient les événements sans identifier la population à risque concernée. Les données collectées via une enquête ou un recensement permettent de mesurer le niveau de l'état de santé de la population générale. Même les problèmes de santé dont la description est moins claire et qui ne font l'objet d'aucun enregistrement spécifique peuvent ainsi être mesurés. En d'autres termes, cet indicateur donne un aperçu de la santé de la population sous un autre angle tout en identifiant la population à risque et permet de ce fait de calculer les taux de risque (Kroeger, 1988).

La «santé perçue» utilisée comme indicateur de santé n'est toutefois pas toujours facile à exploiter tant au regard de la validité que de la fiabilité. La notion de validité se rapporte à ce qu'on mesure et la fiabilité concerne la reproductibilité des résultats obtenus.

La santé est un concept très large. Bien qu'on puisse faire une nette distinction entre la santé au sens large et le bien-être, il n'est pas toujours évident de situer la limite entre ces deux concepts. La question relative à la santé perçue englobe plusieurs dimensions et recouvre des aspects à la fois physiques et mentaux de la santé. Elle permet de cerner l'état de santé général du répondant et, indirectement, mesure en partie le bien-être général. Dans ce sens, la santé perçue est un bon indicateur au regard de l'approche holistique de la santé. La santé est, par excellence, un concept recouvrant de très

nombreuses dimensions de l'être humain qui ne peuvent être appréhendées au moyen d'une mesure unique. Aussi l'évaluation subjective constitue-t-elle peut-être la mesure récapitulative la plus simple. Cet indicateur présente toutefois un inconvénient : une définition moins précise crée une «notion fourre-tout», les limites n'étant pas les mêmes pour tous.

La fiabilité et la comparabilité des résultats sont essentielles. Des différences subtiles dans la manière dont la question est posée, de même que les possibilités de réponse peuvent influencer les résultats. C'est la raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a formulé des questions standardisées. L'interprétation de la question peut cependant varier d'une sous population à l'autre. Ainsi, par exemple, en Asie, les personnes âgées interrogées perçoivent leur santé beaucoup plus positivement qu'en France alors que cette différence ne semble reposer sur aucun fondement objectif (Sadana, 2002). La manière dont on évalue sa propre santé est très culturelle et varie également avec l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, etc. Ainsi, la notion de «bonne santé» n'est pas perçue de la même façon par les personnes âgées et par les jeunes.

Bien qu'il n'existe aucune bonne méthode permettant de vérifier la santé telle qu'elle est perçue par le répondant, des études ont montré que la santé perçue donne de très bons résultats tant en ce qui concerne la validité que la fiabilité lorsque les règles de base sont respectées pour des groupes de population comparables.

La santé perçue semble également être un bon prédicteur de mortalité (Idler et Benyamini, 1997). En ce qui concerne la Belgique, il existe une forte corrélation entre les résultats concernant la santé perçue enregistrés dans le cadre de différentes enquêtes de santé et les résultats issus du recensement (Deboosere, Demarest, et al., 2006).

Dans le recensement de 2001, la question relative à la santé perçue a été formulée selon les recommandations de l'OMS. A la question «Quel est votre état de santé général?», le répondant pouvait choisir entre les possibilités de réponse «très bon», «bon», «moyen», «mauvais» et «très mauvais». La question s'adressait à toutes les personnes nées avant le 1er janvier 1996 qui étaient inscrites au Registre national des personnes physiques. Pour les enfants, le formulaire a été complété par la personne de référence du ménage. Le taux de

réponse pour la question relative à la santé perçue était très élevé. Plus de 92 % de la population âgée de plus de 6 ans ont répondu à cette question.

Le tableau 9-01 montre la distribution des réponses par catégorie d'âges et par sexe pour la population bruxelloise.

La catégorie de «non-réponses» regroupe à la fois les personnes qui n'ont pas répondu à la question spécifique relative à la santé et celles qui n'ont pas renvoyé le formulaire. A Bruxelles, la proportion de non-réponses est de 14 % pour les hommes et 13 % pour les femmes. Les hommes sont un peu plus nombreux à avoir répondu «très bon» et «très mauvais» tandis que les femmes sont surreprésentées dans le groupe «moyen». Les femmes estiment donc leur état de santé un peu moins satisfaisant. A partir de 45 ans, elles sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes dans les modalités de réponses «très bon» et «bon». Jusqu'à l'âge de quatre-vingts ans, elles sont par contre surreprésentées dans les modalités de réponses «moyen» et «mauvais». Dès quatre-vingts ans, les femmes viennent en tête pour la modalité «très mauvais». A partir de cet âge, les résultats sont toutefois considérablement biaisés par le taux important de non-réponses.

Il n'est pas facile d'interpréter ces petites différences liées au sexe. Bon nombre d'enquêtes révèlent une différence entre hommes et femmes. Le fait que les femmes aient une espérance de vie plus élevée mais déclarent avoir une moins bonne santé que les hommes amène certains auteurs à émettre l'hypothèse selon laquelle les femmes sont en meilleure santé que les hommes mais ont tendance à déclarer une santé moins satisfaisante (Spiers, Jagger et al., 2003). Il n'est pas exclu que l'estimation de son propre état de santé soit influencée par des représentations mentales et une attitude face à son corps différentes chez les hommes et chez les femmes. L'analyse de la force de prédiction de la santé perçue pour la mortalité montre que les différences entre hommes et femmes disparaissent après septante ans. Chez les plus jeunes, ces différences s'expliquent probablement par le nombre plus élevé de morts violentes chez les hommes (Deboosere et Gadeyne, 2006). Les résultats d'une étude américaine récente sur la santé perçue, l'hospitalisation et la mortalité suggèrent que ce phénomène paradoxal (un taux de mortalité plus élevé chez les hommes et une santé perçue moins satisfaisante chez les femmes) peut s'expliquer par des différences de type de pathologies plutôt que par des différences systématiques dans la manière de percevoir son propre état de santé (Case et Paxson, 2005).

Quoi qu'il en soit, les chiffres du recensement montrent clairement que les différences entre hommes et femmes dans la santé perçue sont liées à l'âge et qu'elles sont probablement influencées par le cycle de vie biologique spécifique à chaque sexe. De plus, les hommes sont plus souvent confrontés à des problèmes de santé entraînant une mort prématurée alors que les femmes souffrent davantage de problèmes de santé chroniques sans issue fatale. La distribution de l'état de santé est dès lors également influencée par des causes de mortalité spécifiques aux hommes et aux femmes.

**Tableau 9-01** La santé perçue par âge et par sexe, Région bruxelloise (distribution en pourcentage)

classe d'âge	hommes						femmes					
	très mauvais	mauvais	moyen	bon	très bon	pas de réponse	très mauvais	mauvais	moyen	bon	très bon	pas de réponse
5-9	0,18	0,51	3,48	26,76	52,89	16,17	0,15	0,43	2,87	26,62	54,15	15,79
10-14	0,25	0,45	3,25	28,57	53,95	13,53	0,15	0,45	3,16	29,38	53,90	12,97
15-19	0,31	0,60	4,45	33,62	48,64	12,37	0,24	0,68	5,78	37,35	43,97	11,98
20-24	0,51	0,89	6,68	37,37	38,06	16,49	0,24	1,00	8,32	39,96	35,51	14,97
25-29	0,65	1,30	7,63	37,14	35,23	18,05	0,38	1,33	8,85	38,87	34,35	16,22
30-34	0,75	1,87	9,29	37,89	32,21	17,99	0,54	2,04	10,36	38,98	32,36	15,71
35-39	0,94	2,68	11,11	39,47	28,60	17,19	0,91	2,93	13,06	40,06	28,91	14,12
40-44	1,27	3,71	13,59	40,75	25,10	15,58	1,32	4,26	16,18	41,15	24,77	12,33
45-49	1,66	5,04	16,85	41,82	20,73	13,89	1,85	6,16	20,01	41,19	19,87	10,92
50-54	1,97	6,70	20,35	41,21	17,27	12,50	2,04	7,56	23,39	40,41	16,78	9,82
55-59	2,61	8,59	24,40	39,84	13,97	10,60	2,30	9,32	27,87	38,68	13,08	8,76
60-64	2,99	10,14	28,82	38,00	10,64	9,41	2,65	9,16	31,71	38,72	9,75	8,01
65-69	3,13	9,38	34,14	37,36	8,05	7,93	2,74	9,66	37,45	35,56	7,13	7,47
70-74	3,45	10,40	37,42	34,76	6,08	7,88	3,17	10,77	41,21	32,33	5,04	7,48
75-79	3,92	12,46	41,58	30,51	4,09	7,45	3,66	13,27	43,47	26,81	3,79	9,00
80-84	4,32	14,54	43,61	25,65	3,27	8,60	5,10	15,22	42,07	21,97	2,84	12,80
85-89	5,24	16,54	41,32	20,03	2,70	14,17	5,57	15,82	38,92	17,78	2,10	19,81
90-94	4,58	15,58	36,25	19,67	2,75	21,17	5,97	14,36	31,95	15,44	1,61	30,67
95+	5,37	11,98	31,82	16,94	1,24	32,64	5,71	10,79	26,93	12,64	0,93	43,00
<b>total</b>	<b>1,45</b>	<b>4,34</b>	<b>15,42</b>	<b>36,45</b>	<b>28,20</b>	<b>14,13</b>	<b>1,61</b>	<b>5,43</b>	<b>19,35</b>	<b>35,84</b>	<b>25,09</b>	<b>12,67</b>

Bien que la répartition des réponses dans les différentes modalités proposées varie en fonction de caractéristiques sociodémographiques, les réponses à la question relative à l'état de santé peuvent être classées dans deux modalités de réponse seulement sans qu'il n'en résulte une grande perte d'informations. On a opté pour la dichotomie classique recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé en regroupant les modalités de réponses «bon» et «très bon» d'une part et les autres modalités de réponse («très mauvais», «mauvais» ou «moyen») d'autre part. On obtient ainsi une présentation claire des résultats qui permet de calculer facilement, pour les différentes caractéristiques de population, la proportion des personnes se sentant en moins bonne santé avec une perte minimum d'informations.

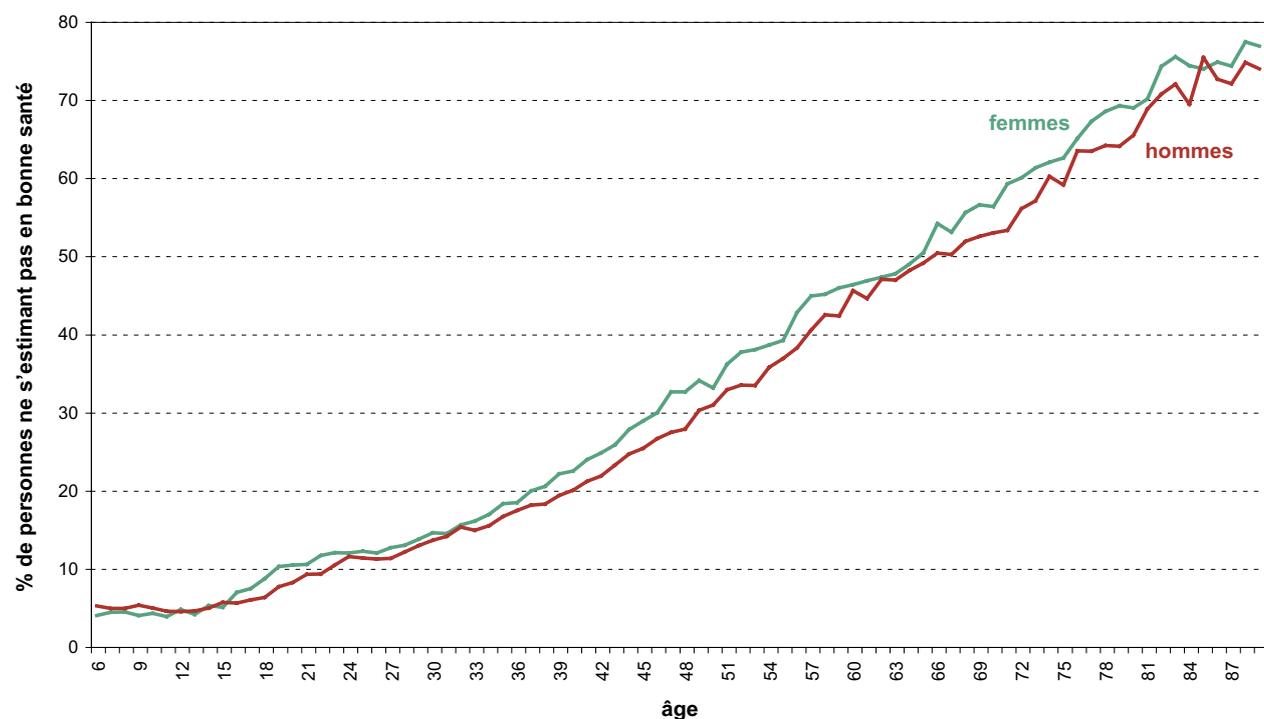
La figure 9-01 révèle une grande consistance interne des données. Grâce au grand nombre de réponses, on obtient une évolution linéaire en fonction de l'âge.

L'horloge biologique est le déterminant de base du «processus d'usure» qui fait que le risque de se sentir en moins bonne santé augmente avec l'âge. Au niveau de la population, cette évolution se traduit par un accroissement de la proportion de personnes qui estiment leur état de santé moins satisfaisant avec l'âge. La forme de la courbe reflète également l'influence des composantes sociales et culturelles de la santé. Avec l'avancée en âge, on relativise son état de santé. A partir de quatre-vingts

ans une personne sur cinq considère même son état de santé comme bon, alors qu'il est évident qu'à cet âge on se sent moins en forme qu'à vingt ans. Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, les facteurs culturels jouent également un rôle très important dans la manière dont on continue, à un âge avancé, de considérer son état de santé comme bon (Sadana, 2002).

La figure 9-01 est en fait une coupe transversale de la santé de la population en fonction de l'âge. Au sens strict, il s'agit d'une moyenne de différents états de santé pour chaque âge. Nous mesurons donc aussi bien ces situations de maladies chroniques et irréversibles que les états de maladie temporaires. La progression en fonction de l'âge montre à la fois une augmentation du risque de se sentir plus souvent en mauvaise santé à un âge avancé et la présence de situations de maladies chroniques apparues à un stade antérieur de la vie. Les brusques ruptures ou sauts constatés dans le graphique peuvent s'expliquer tant par des effets de cohorte que par des effets d'âge. Ils peuvent aussi traduire un changement dans la composition de la population résultant, notamment, de la migration. On peut, par exemple, supposer un effet d'âge sur la perception de la santé à la puberté ou à la ménopause. Théoriquement, certains groupes d'âge parmi les générations plus âgées peuvent également avoir été marqués par une épidémie de grippe ou par la misère des années de guerre.

**Figure 9-01 Santé perçue par âge et par sexe, Région bruxelloise**



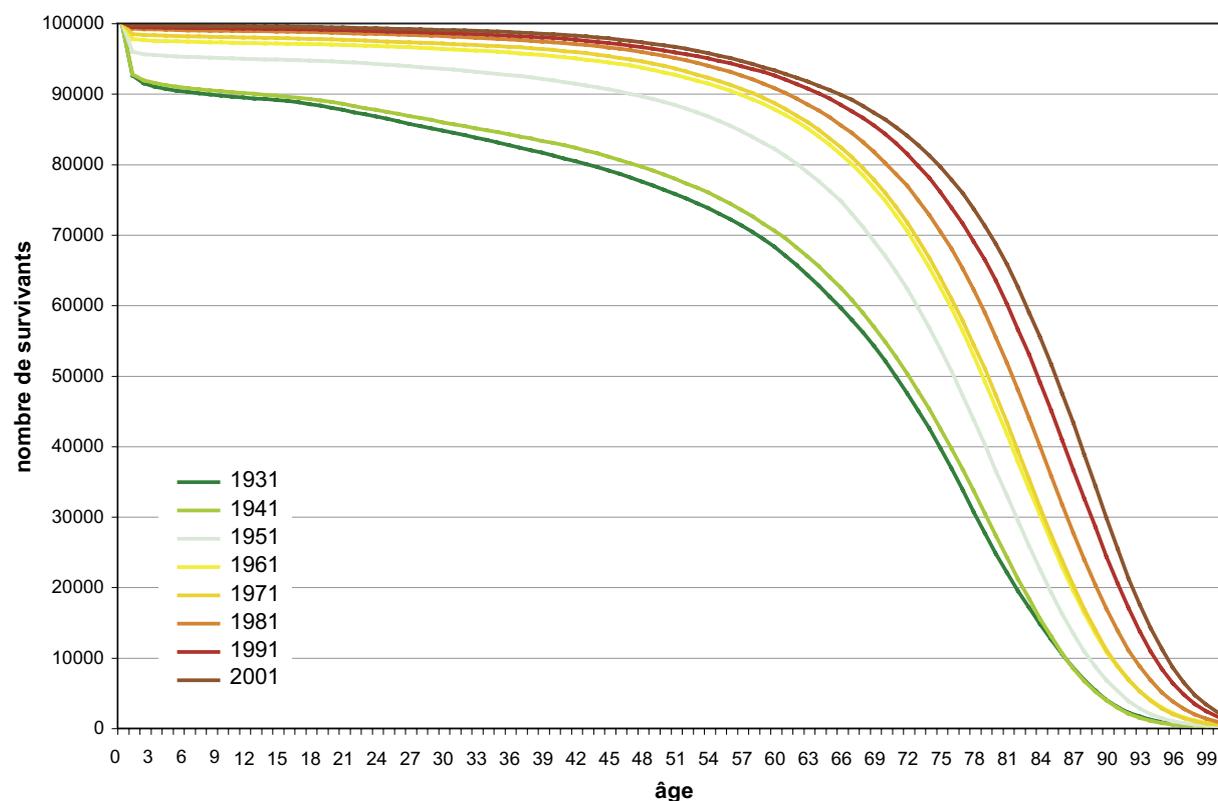
Le graphique linéaire qui semble évident masque de très nombreux facteurs qui influencent l'état de santé «moyen» de manières très diverses, mais il en résulte toutefois une image consistante et cohérente.

En ce qui concerne les jeunes, 2,8 % de la population belge ne se sent pas en bonne santé. Ce pourcentage augmente peu jusqu'à l'âge de 13 ans. La proportion de jeunes qui ne s'estime pas en bonne santé en Région bruxelloise est plus élevée que la moyenne nationale. Cette proportion est de 4,4 % pour la tranche d'âge inférieure à 13 ans. Entre 13 et 38 ans, la proportion de la population qui ne s'estime pas en bonne santé augmente d'un peu plus de 0,5 % par an. Par la suite, l'augmentation est supérieure à 1 % pour enfin s'atténuer à nouveau à 80 ans. La stabilisation de la progression chez les personnes âgées est peut-être partiellement un artefact dû à la forte augmentation du taux de non-réponses dans la catégorie des personnes en mauvaise santé.

Dans la Région bruxelloise, on note une importante augmentation de la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé à l'âge de 18-19 ans. Une explication possible de ce brusque saut réside dans la migration (sélective) de jeunes venant s'établir dans la capitale. Parmi les jeunes de 18 à 19 ans ne vivant plus chez leurs parents, la proportion des personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est beaucoup plus élevée.

Cette courbe de santé par âge n'est pas stable non plus dans le temps. Un meilleur état de santé général de la population réduira inévitablement les proportions de personnes en moins bonne santé pour chaque âge et déplacera la courbe vers le bas et vers la droite. L'évolution de la proportion de personnes en moins bonne santé en fonction de l'âge varie également d'une sous population à l'autre. Ainsi, la courbe de la Flandre commence à un niveau moins élevé et évolue plus lentement que la courbe bruxelloise pour les tranches d'âge jusqu'à quarante ans. Elle augmente ensuite de manière plus abrupte (figure 9-03).

**Figure 9-02 Courbe de survie des femmes (sur 100.000 naissances), Belgique 1931-2001**



L'inégalité en santé est à vrai dire un phénomène normal, déterminé par des paramètres biologiques et par la distribution aléatoire des facteurs qui influencent la santé et la survie. Il en résulte une courbe de survie typique (figure 9-02) (pour l'espérance de vie, en général, et pour l'espérance de vie en bonne santé, en particulier). Si chaque personne avait exactement les mêmes chances de survie, la courbe de survie dessinerait un angle droit avec un âge de décès identique pour tout le monde.

C'est d'ailleurs précisément la diminution des inégalités de mortalité qui est responsable de la forme en angle droit de la courbe de survie (ce qu'on appelle la «rectangularisation» de la courbe de survie). Le vieillissement de la population n'est pas tant le résultat du recul de l'âge maximum au décès, que celui de l'augmentation du nombre de personnes d'une même cohorte d'âge atteignant des âges très élevés.

On peut à proprement dire parler d'une démocratisation de l'expérience du grand âge. Cette rectangularisation n'empêche toutefois pas la poursuite d'un étalement de l'âge de décès.

Source : INS, Human Mortality Database, www.mortality.org (8/2006)

## 2. Qu'en est-il de la santé dans la Région bruxelloise par rapport à la Flandre et à la Wallonie ?

Lorsqu'elles ne sont pas le résultat d'une distribution aléatoire mais qu'elles sont systématiquement liées à des caractéristiques démographiques spécifiques, les inégalités en santé et de mortalité relèvent d'un autre ordre. La présence d'inégalités à la fois entre les sexes, les nationalités et les régions amène à s'interroger sur les causes de ces inégalités. Du point de vue de la santé publique, de telles inégalités indiquent d'éventuelles pistes permettant d'améliorer la santé. Lorsque les inégalités en santé semblent dépendre de facteurs sociaux, tels que la pauvreté, le chômage ou la discrimination raciale, elle doit, en outre, être considérée comme injuste.

D'où l'intérêt de cartographier les inégalités de manière précise et d'analyser la relation systématique avec des facteurs géographiques et sociodémographiques. Il faut également examiner dans quelle mesure l'inégalité de santé en Région bruxelloise dépend de facteurs socio-économiques.

Dans la Région bruxelloise, la proportion de la population qui ne s'estime pas en bonne santé est plus élevée que la moyenne nationale et se situe entre celle des deux autres régions (tableau 9-02). La situation la moins favorable est constatée en Wallonie où 29,7 % de la population considèrent leur état de santé comme moins satisfaisant; elle est suivie par la Région bruxelloise avec 27,6 % et la Flandre avec seulement 22,2 %. Ces proportions ne s'expliquent pas par une différence de structure d'âge entre les régions. Au contraire, en Wallonie la structure d'âge est plus jeune qu'en Flandre avec un âge moyen de près d'un an de moins (38,99 contre 39,84). Bruxelles est même la région la plus jeune avec un âge moyen de 38,36 ans. Si on tient compte de la structure d'âge, la situation en Wallonie et à Bruxelles est encore plus défavorable que ne le révèlent les chiffres bruts. Malgré la jeunesse de la population bruxelloise, la demande potentielle de soins de santé, mesurée au moyen de la santé perçue, est supérieure de 26 % à celle observée en Flandre et n'est que de 8 % inférieure à celle observée en Wallonie.

Si on représente la proportion de personnes en moins bonne santé par âge, on obtient pour chaque région une courbe spécifique. Dans la figure 9-03, les hommes et les femmes ont été traités ensemble pour des raisons de lisibilité.

La population de la région wallonne affiche systématiquement une moins bonne santé que celle de la Flandre dès l'âge de 6 ans. Le fossé se creuse encore avec l'âge jusqu'à 66 ans. Les différences entre les régions et surtout entre la Flandre et la Wallonie sont impressionnantes. En Flandre, ce n'est qu'à partir de l'âge de 71 ans que la moitié de la population se sent en moins bonne santé. En Wallonie, cette limite est atteinte à 60 ans, soit plus

de 10 ans plus tôt. La Région bruxelloise occupe ici une position intermédiaire : la limite de 50 % y est atteinte à 65 ans. En ce qui concerne les jeunes, la situation y est plus défavorable qu'en Région wallonne et même beaucoup plus défavorable pour les jeunes entre 20 et 29 ans. Elle évolue ensuite progressivement pour rejoindre le niveau de la Flandre pour les personnes âgées. Avant l'âge de 42 ans, les Bruxellois se sentent en moins bonne santé que les habitants de la Flandre et de la Wallonie.

Cette dynamique bruxelloise reflète la composition de la population bruxelloise : une forte surreprésentation de migrants ayant un statut socio-économique faible chez les jeunes et une population belge âgée plus aisée qui vit dans les communes plus riches de Bruxelles.

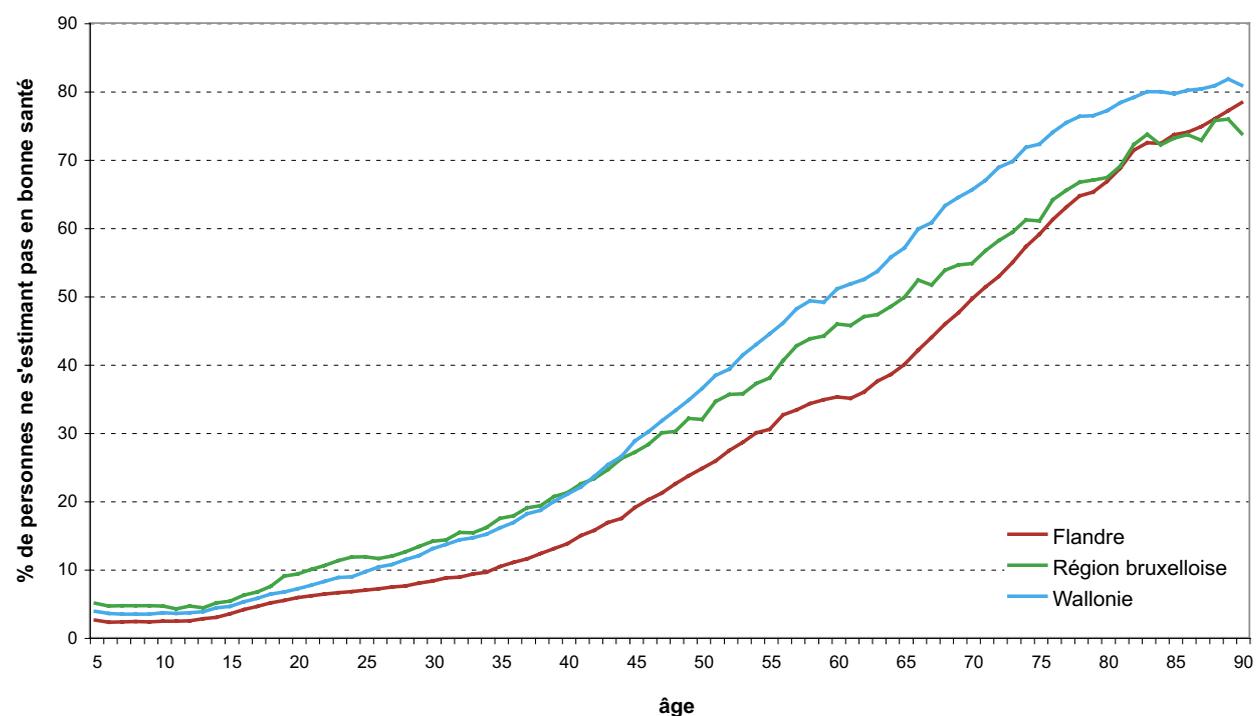
Bien que les chiffres disponibles ne permettent pas de cerner l'ensemble de la dynamique de cette évolution, ils semblent suffisamment alarmants pour, dans le futur, continuer de suivre de près l'évolution de la Région bruxelloise. Il faut s'attendre à ce que les groupes d'âge plus jeunes en moins bonne santé de la Région bruxelloise atteignent peu à peu un âge plus avancé avec comme conséquence une pression accrue sur les services de santé. Les différences de santé par âge ressortent bien dans la figure 9-04.

Les différences entre régions peuvent être interprétées comme un déficit de santé par rapport à la région présentant le meilleur profil. La Région bruxelloise affiche un déficit de santé par rapport à la Flandre pour tous les âges en dessous de 84 ans. Entre 24 et 72 ans, on constate, pour chaque âge, que la proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé est au moins 5 % plus élevée que pour les Flamands du même âge.

**Tableau 9-02** Proportion de la population ne s'estimant pas en bonne santé par région

	Nombre ne s'estimant pas en bonne santé	Population totale	% ne s'estimant pas en bonne santé
Flandre	1 181 576	5 334 376	22,20 %
Région bruxelloise	215 385	779 774	27,60 %
Wallonie	869 454	2 923 628	29,70 %
<b>Population totale Belgique</b>	<b>2 266 415</b>	<b>9 037 778</b>	<b>25,10 %</b>

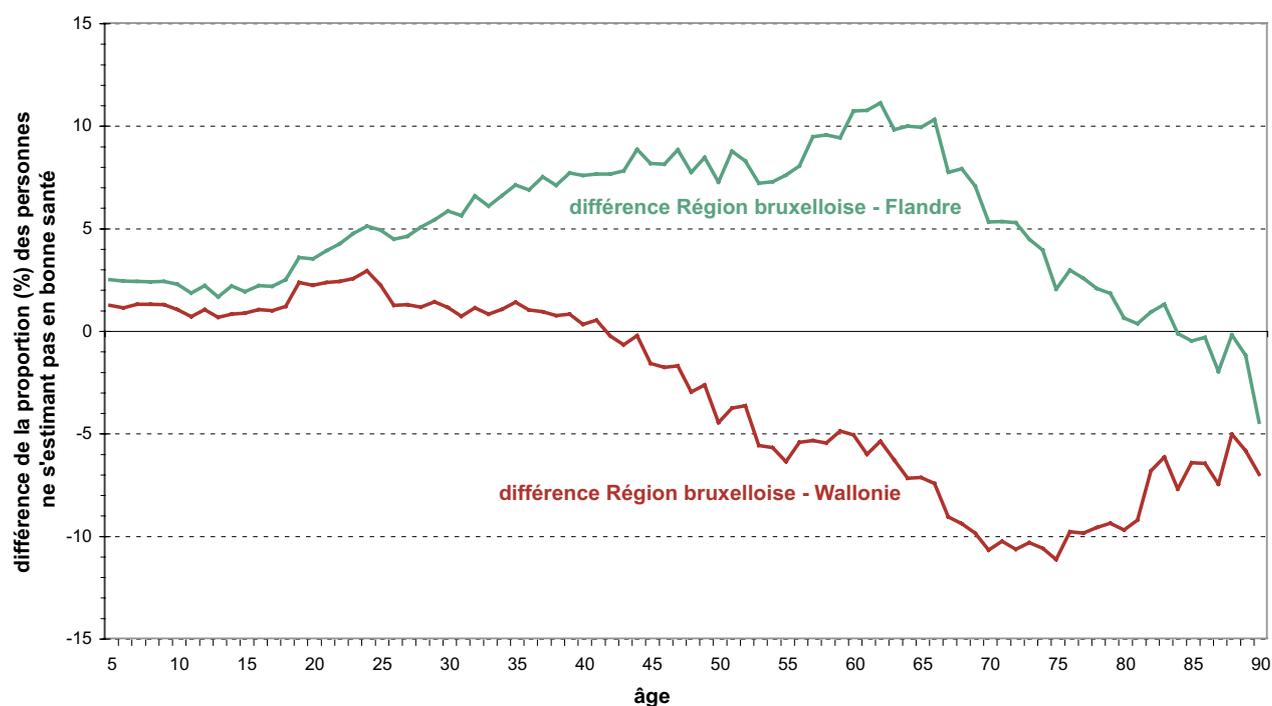
**Figure 9-03** Santé perçue par âge et par région



La relation entre région et santé soulève évidemment la question du «pourquoi». Comment se fait-il que la population d'une région se sente systématiquement mieux que celle d'une autre ? Ce phénomène est-il lié à une vision différente de la vie, à une différence de sensibilité linguistique par rapport à la gradation utilisée pour décrire sa propre santé ou à un contexte socio-économique ou des styles de vie différents ?

L'analyse détaillée des données au niveau du pays montre qu'une partie importante des différences régionales ont une origine socio-économique. Après contrôle des variables socio-économiques du recensement, il semble toutefois subsister entre les régions des différences qui selon toute vraisemblance s'expliquent par des différences des habitudes de vie (Deboosere, Demarest et al., 2006). L'analyse de la santé perçue après contrôle systématique des différentes caractéristiques sociodémographiques disponibles dans le recensement permet d'émettre un certain nombre d'hypothèses explicatives. Les communes riches de Bruxelles situées dans le sud-est de la région se rapprochent parfaitement de la Flandre en ce qui concerne la santé. Les différences de santé notables entre les régions belges se retrouvent à une plus petite échelle au sein de la Région.

**Figure 9-04** Santé perçue par âge : différence entre la Région bruxelloise et la Flandre et la Wallonie



### 3. La carte de la santé de la Région bruxelloise

L'introduction par divers pays tels que le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Canada et la Belgique de questions relatives à la santé dans le recensement a ouvert la voie à l'utilisation de questions sur la santé perçue pour l'analyse des différences spatiales de santé. Le recours à des indicateurs de santé perçue dans les analyses géographiques est relativement récent et fortement lié à l'étude des indicateurs sociaux (Haynes et Gale, 1999; Elliott, Wakefield et al., 2000; Mitchell, Gleave et al., 2000; Doran, Drever et al., 2004; Hou et Myles, 2005). Les études des différences spatiales de santé au sein de la Région de Bruxelles se limitaient souvent, par la force des choses, à des délimitations spatiales moins fines au niveau de la commune (Moens, 1982; Moens, 1984). L'introduction de questions relatives à la santé dans le recensement apporte une solution à ces problèmes. La totalité de la population est interrogée et la proportion de personnes se sentant en mauvaise santé est si importante que le problème des petits nombres et des fluctuations aléatoires ne joue plus aucun rôle. Cette démarche nous permet de disposer de chiffres stables, même à petite échelle, et d'analyser ainsi la santé au niveau des secteurs statistiques de la Région bruxelloise.

L'état de santé de la population bruxelloise n'est pas du tout réparti de manière égale. La proportion des personnes s'estimant en moins bonne santé varie entre 20 % à Woluwé-Saint-Pierre et près de 33 % à Anderlecht. Anderlecht occupe d'ailleurs aussi une position moins favorable pour d'autres indicateurs de santé. Les taux de mortalité foeto-infantile et de petit poids de naissance y sont les plus élevés de la Région. Cette commune enregistre également des résultats particulièrement défavorables en ce qui concerne la mortalité prématurée (Observatoire de la Santé et du Social, 2006). Dans le tableau 9-03, les pourcentages sont répartis, pour chaque commune, dans trois grands groupes d'âge allant jusqu'à quatre-vingts ans. La mauvaise position d'Anderlecht semble également provenir de la surreprésentation de personnes en mauvaise santé chez les plus de quatre-vingts ans. C'est à Saint-Josse-ten-Noode que l'état de santé est le moins bon entre 20 et 79 ans et à Saint-Gilles pour les moins de 20 ans.

La carte 9-01a, représentant la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé par secteur statistique indique bien sûr une variance plus grande encore. Dans une vingtaine de secteurs statistiques, plus de 40 % de la population ne se sent pas en bonne santé mais dans plus de quatre-vingts secteurs statistiques, cette proportion reste inférieure à 20 %.

Tableau 9-03

Nombre de répondants et proportion de la population qui ne s'estime pas en bonne santé, par groupe d'âge et par commune

commune	6-19 ans	%	20-59 ans	%	60-79 ans	%
Anderlecht	13093	6	42297	27	15236	63
Auderghem	3943	3	14136	16	5246	48
Berchem-Sainte-Agathe	2734	4	9347	20	3365	54
Bruxelles	18910	6	65360	24	17868	59
Etterbeek	4651	5	20494	19	5164	55
Evere	4758	5	15062	23	5536	57
Forest	6116	6	22928	23	7159	57
Ganshoren	2539	4	9390	23	4425	55
Ixelles	6419	4	35511	18	8170	50
Jette	5586	5	19719	22	7286	57
Koekelberg	2269	6	8181	25	2537	58
Molenbeek-Saint-Jean	12124	7	33771	27	10186	62
Saint-Gilles	5157	8	21793	26	4651	62
Saint-Josse-ten-Noode	3763	7	10262	31	1935	68
Schaerbeek	15800	6	51116	25	12492	59
Uccle	9700	3	34564	16	13029	46
Watermael-Boitsfort	3465	4	11532	17	4266	48
Woluwé-Saint-Lambert	5769	4	22367	15	8213	47
Woluwé-Saint-Pierre	5194	3	17711	13	6847	41
<b>Région bruxelloise</b>	<b>131990</b>	<b>5</b>	<b>465541</b>	<b>22</b>	<b>143611</b>	<b>55</b>

La proportion de personnes qui ne se sent pas en bonne santé dans un secteur statistique est fortement déterminée par la structure par âge de la population de ce secteur. Un quartier où les habitants âgés sont nombreux compte potentiellement plus de personnes en mauvaise santé. Une cartographie qui ne tient pas compte de la structure par âge de la population est toutefois utile. Une cartographie de ce type peut être comprise comme un indicateur des besoins de soins de santé : la proportion de la population en mauvaise santé indique la pression potentielle sur les services de santé par secteur statistique et donc aussi les risques de voir les services de santé sollicités.

Les cartes par âge donnent des indications sur l'intensité et la répartition des problèmes de santé rencontrés par les principaux groupes de la population, à savoir les jeunes, la population d'âge actif et les pensionnés.

La carte de la santé pour les 6-19 ans (carte 9-01b) révèle également d'importantes différences entre les secteurs statistiques d'une même commune. A Saint-Gilles par exemple, la proportion de jeunes en moins bonne santé oscille entre moins de 3 % et plus de 12 % en fonction des secteurs statistiques. La santé des jeunes et des enfants représente un problème spécifique. Le formulaire a probablement été complété par les parents (du moins pour les plus jeunes enfants) et ceci peut avoir des conséquences difficilement estimables. L'influence du

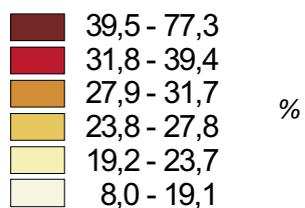
quartier est toutefois extrêmement importante dans ce groupe d'âge. Les enfants sont plus sensibles aux risques pour la santé et, à un jeune âge, leur environnement de vie est souvent limité au quartier qui exerce donc une plus grande influence. Les longues périodes de latence avant que la plupart des problèmes de santé ne se manifestent et l'exposition à dose relativement faible aux facteurs nocifs pour la santé ont pour résultat que la cartographie obtenue est moins nette et les différences d'intensité y sont relativement grandes.

Bien que cette carte mérite une attention particulière, les cartes portant sur la population adulte permettent probablement de mieux cerner les différences de santé. Notons cependant à quel point les différences de santé sont déjà importantes à un âge (6 à 19 ans) généralement caractérisé par une très bonne santé et relativement peu de différences.

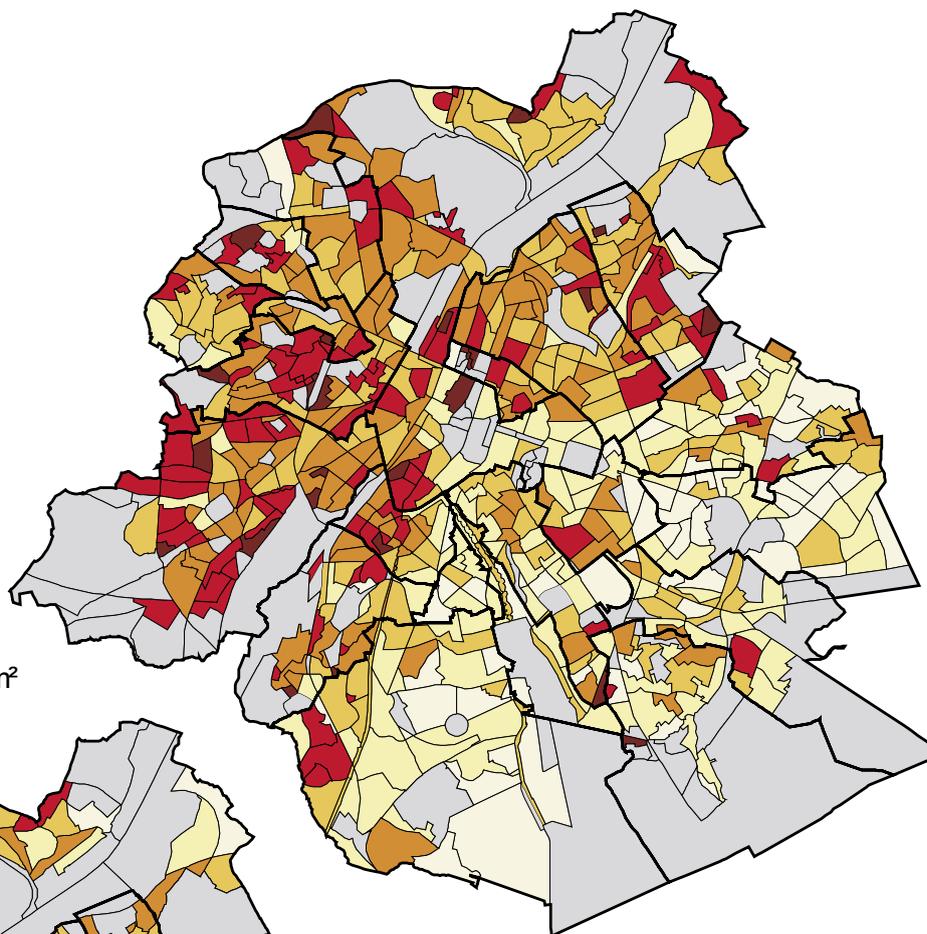
a) Population totale

Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé

Région bruxelloise : 27,6



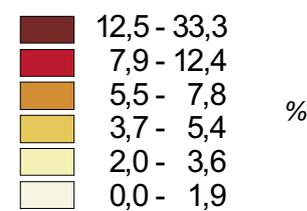
<200 habitants ou <250 hab/km<sup>2</sup>



b) 6-19 ans

Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé

Région bruxelloise : 5,3



<200 habitants ou <250 hab/km<sup>2</sup>



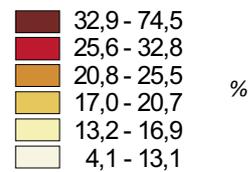
0 1 2 km

Cartographie : VUB - Interface Demography  
Source : INS - enquête socio-économique générale 2001

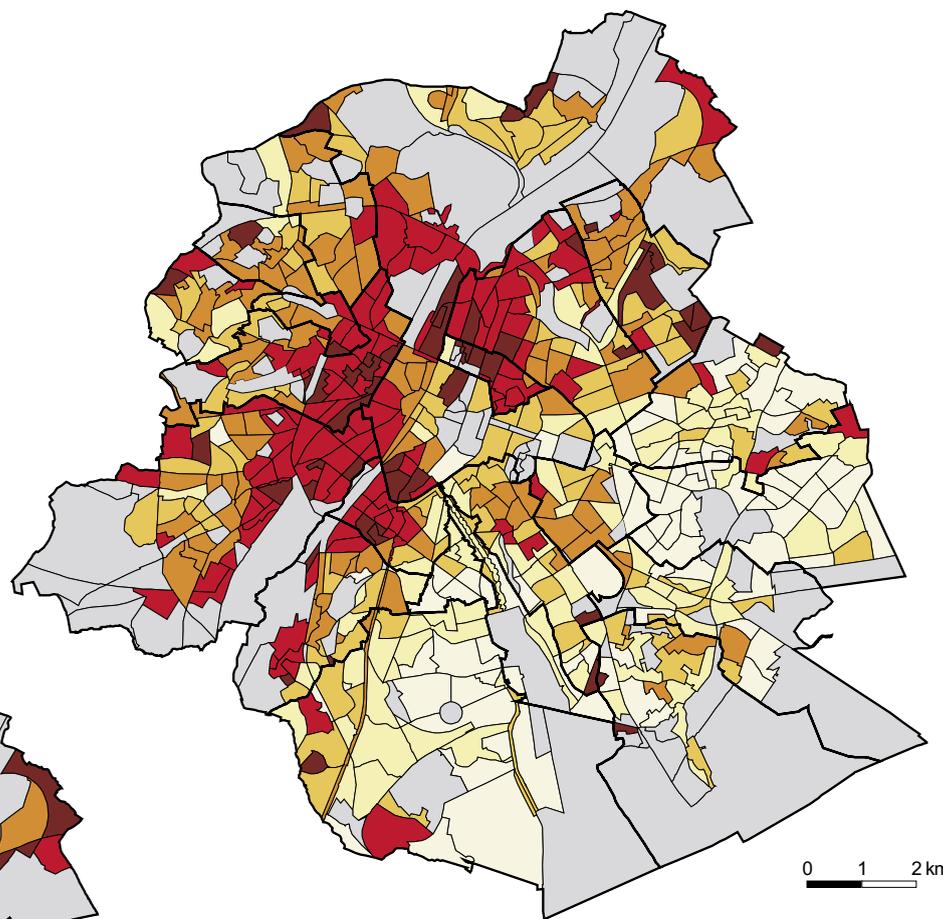
a) 20-59 ans

Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé

Région bruxelloise : 22,2



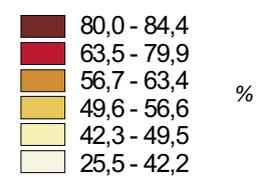
<200 habitants ou <250 hab/km<sup>2</sup>



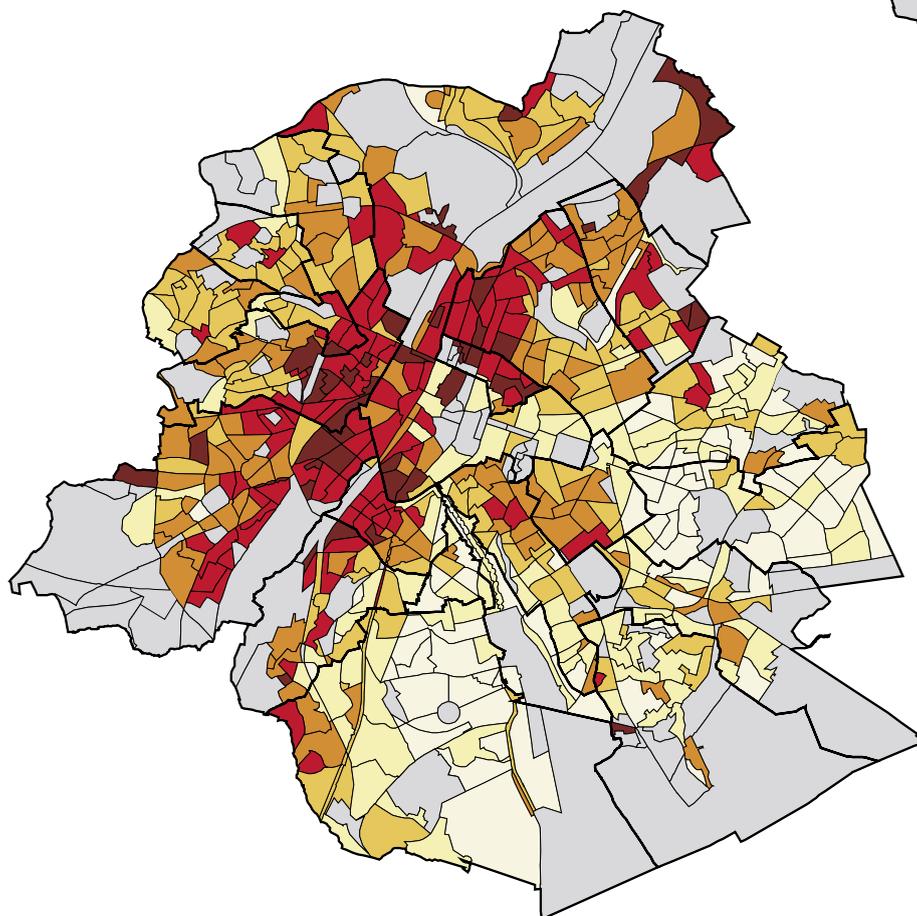
b) 60-79 ans

Part de la population qui déclare ne pas être en bonne santé

Région bruxelloise : 55,3

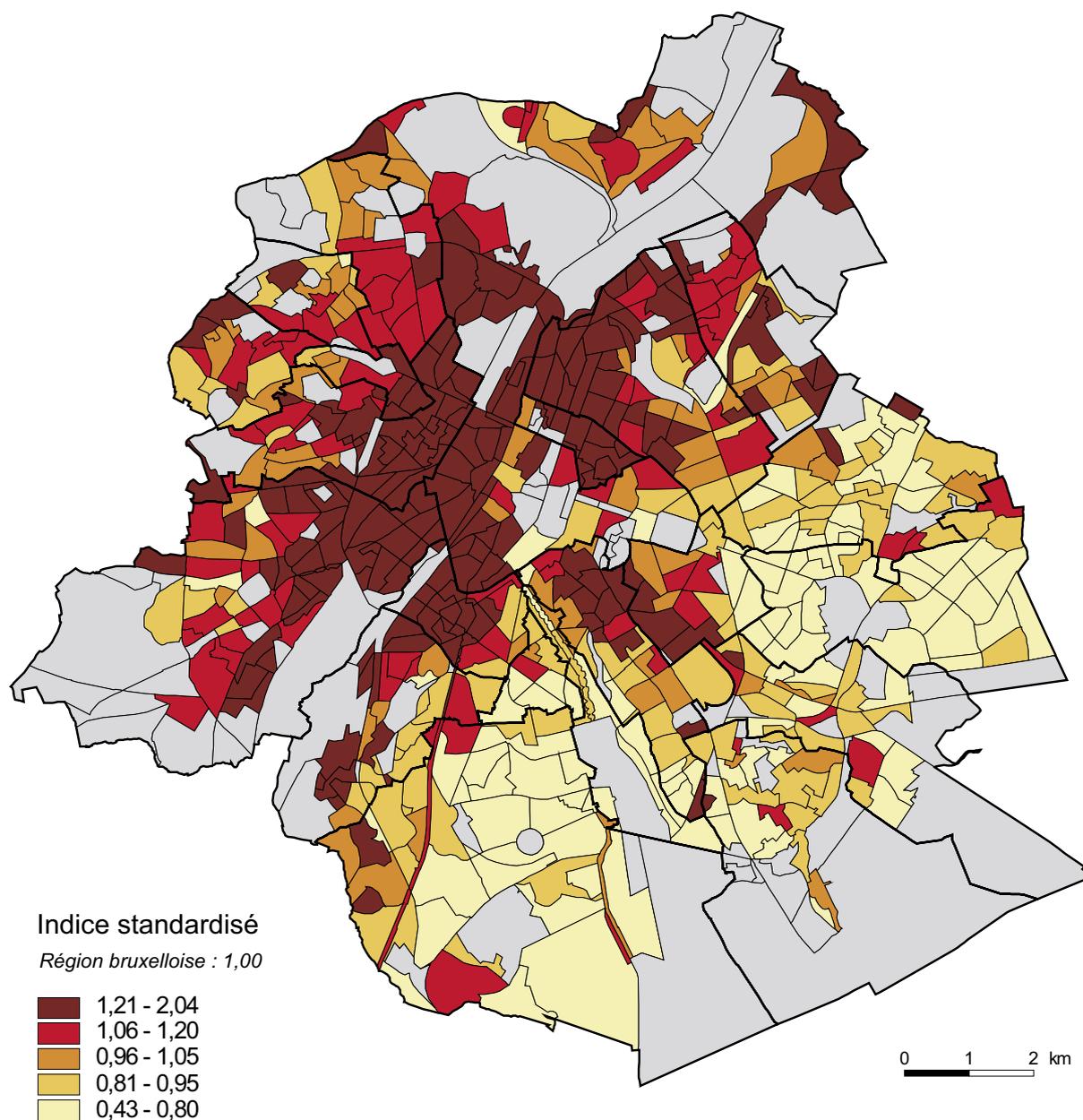


<200 habitants ou <250 hab/km<sup>2</sup>



Cartographie : VUB - Interface Demography  
Source : INS - enquête socio-économique générale 2001

C'est dans la carte 9-02a portant sur les adultes entre 20 et 59 ans que la distribution spatiale classique des quartiers défavorisés à Bruxelles est la plus évidente. On retrouve pratiquement la même image pour le groupe d'âge le plus âgé.



Cartographie : VUB - Interface Demography  
Source : INS - enquête socio-économique générale 2001

Ces informations sont résumées dans la carte 9-03 qui présente la proportion de personnes s'estimant en moins bonne santé après ajustement pour la structure d'âge du secteur statistique. La standardisation ne reflète plus le besoin de soins brut mais indique mieux le niveau d'état de santé de la population. Les pourcentages de personnes ne s'estimant pas en bonne santé par âge et par sexe pour l'ensemble de la Région bruxelloise, sont appliqués à la structure de population par âge et par sexe de chaque secteur statistique (standardisation directe). On obtient ainsi la proportion de personnes qui ne s'estimeraient pas en bonne santé si l'état de santé par âge dans le secteur correspondait à l'état de santé général de la région.

Le rapport entre la valeur observée et la valeur attendue sur la base des moyennes bruxelloises indique dans quelle mesure la population d'un secteur se sent en meilleure ou moins bonne santé que la moyenne bruxelloise, après ajustement pour la composition par âge et par sexe. Nous obtenons donc un indice standardisé de la santé perçue. La standardisation nous permet de comparer les différents secteurs indépendamment de leur structure de population. On obtient ainsi une meilleure estimation de l'état de santé réel de la population dans ce secteur.

Un indice inférieur à 1 signifie que, compte tenu de l'âge et du sexe, la proportion de personnes du quartier concerné se sentant en bonne santé est supérieure à la moyenne bruxelloise. En revanche, un indice de 1,2 signifie que dans ce secteur statistique la proportion de personnes ne se sentant pas en bonne santé est supérieure de 20 % au pourcentage attendu selon la moyenne bruxelloise. Le résultat divise la région en zones de santé clairement délimitées qui correspondent à la distribution spatiale déjà observée dans bon nombre de cartes sociodémographiques. Cette relation est également illustrée dans les tableaux et figures ci-dessous qui mettent en rapport la santé perçue et les principaux indicateurs socio-économiques relevés dans le cadre du recensement.

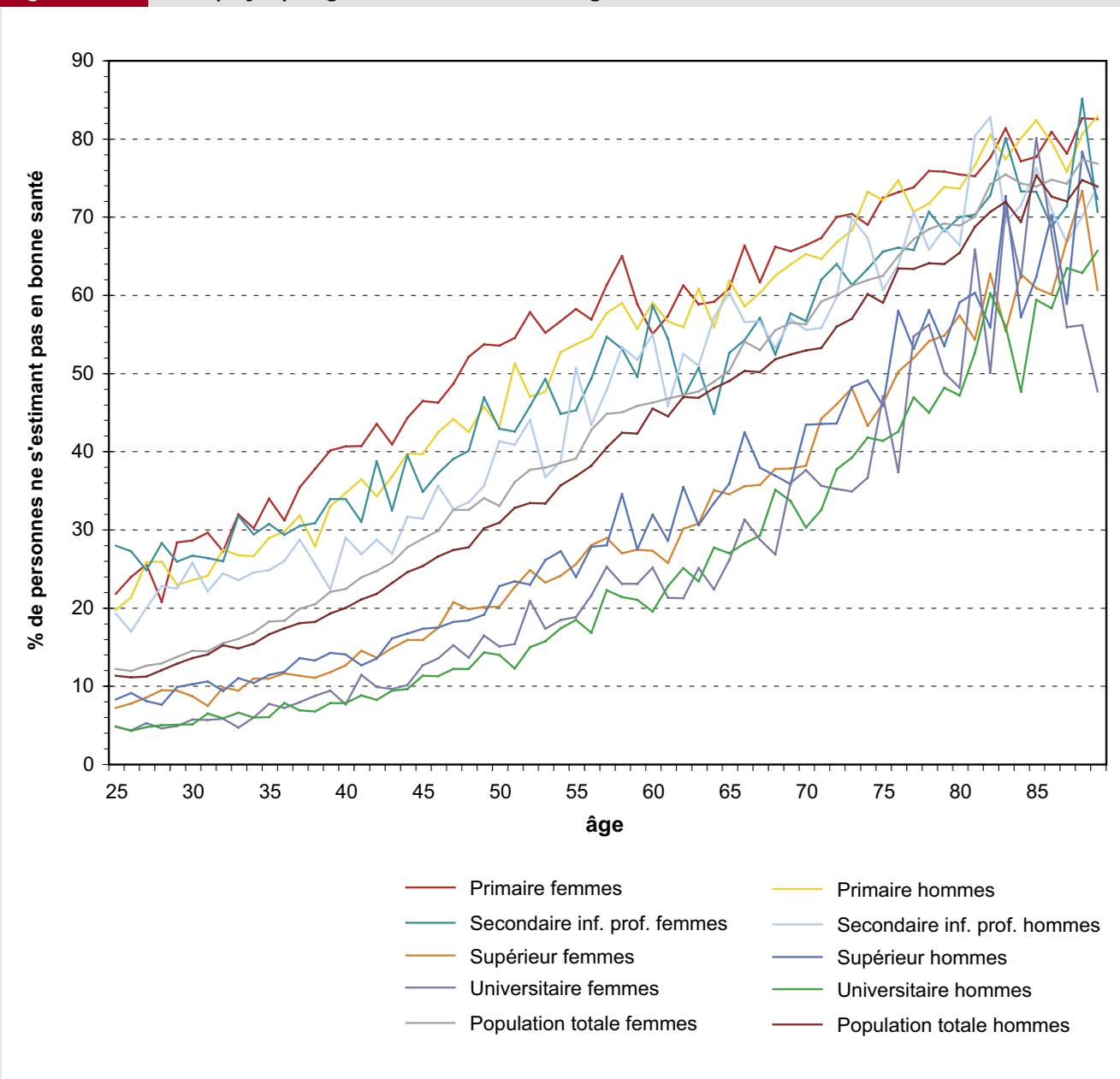
## 4. Différences socio-économiques pour la santé perçue

Le statut socio-économique est habituellement mesuré par trois dimensions: le niveau d'instruction, les revenus et la profession. Ces dimensions sont bien entendu fortement corrélées. Le niveau d'instruction est déterminant pour la profession et par conséquent souvent aussi pour les revenus qu'elle génère. Chacune de ces dimensions a toutefois une influence spécifique sur l'état de santé. L'association entre santé et statut socio-économique a été largement étudiée dans la littérature et le lien entre les deux a été amplement démontré (Marmot et Wilkinson, 1999; Shaw, Dorling et al., 1999). Des processus de sélection peuvent jouer un rôle à certains moments du cycle de vie. Les enfants en mauvaise santé obtiendront souvent de moins bons résultats à l'école et, pour certains la non-obtention d'un diplôme est la conséquence directe d'un mauvais état de santé. Mais globalement, l'effet de sélection liée à la santé joue un rôle secondaire par rapport à l'influence du statut socio-économique sur l'état de santé.

Le recensement contient des indicateurs du niveau d'instruction ainsi que du statut professionnel, mais aucune information sur les revenus. Pour les estimer, nous utilisons un proxy: le type et la qualité du logement. Les variables confort et qualité du logement ont été définies dans le cadre de la monographie relative aux logements (Vanneste, Thomas et al., 2004). Elle est associée ici au statut d'occupation du logement. Cette variable combinée est un très bon indicateur quant à la richesse du ménage.

La figure 9-05 montre la proportion d'hommes et de femmes en moins bonne santé, par âge et selon le diplôme le plus élevé obtenu, à partir de 25 ans. Pour plus de clarté, seuls quatre niveaux d'instruction ont été retenus. Durant tout le cycle de vie, il existe un lien systématique entre la santé perçue et le niveau d'instruction. Ce lien suit un gradient clair: plus le niveau d'instruction est élevé, meilleure est la santé perçue. Les différences entre les extrêmes sont considérables. A l'âge de 55 ans, moins de 20% des hommes et des femmes ayant un diplôme universitaire ne s'estiment pas en bonne santé contre plus de 50% chez les hommes et les femmes ayant au maximum un certificat du niveau d'instruction primaire. Pour tous les autres niveaux d'instruction, les pourcentages se situent entre ces deux taux. Comme le niveau d'instruction varie considérablement en fonction des cohortes d'âge, la courbe de santé moyenne (population totale) pour les âges les plus avancés est plus proche de la courbe relative aux personnes ayant un diplôme d'enseignement primaire alors que, pour les âges les plus jeunes, elle a tendance à suivre celle des personnes ayant un diplôme

Figure 9-05 Santé perçue par âge et niveau d'instruction, Région bruxelloise



universitaire. Le niveau d'instruction général de la population a donc une influence importante sur l'état de santé général de la population.

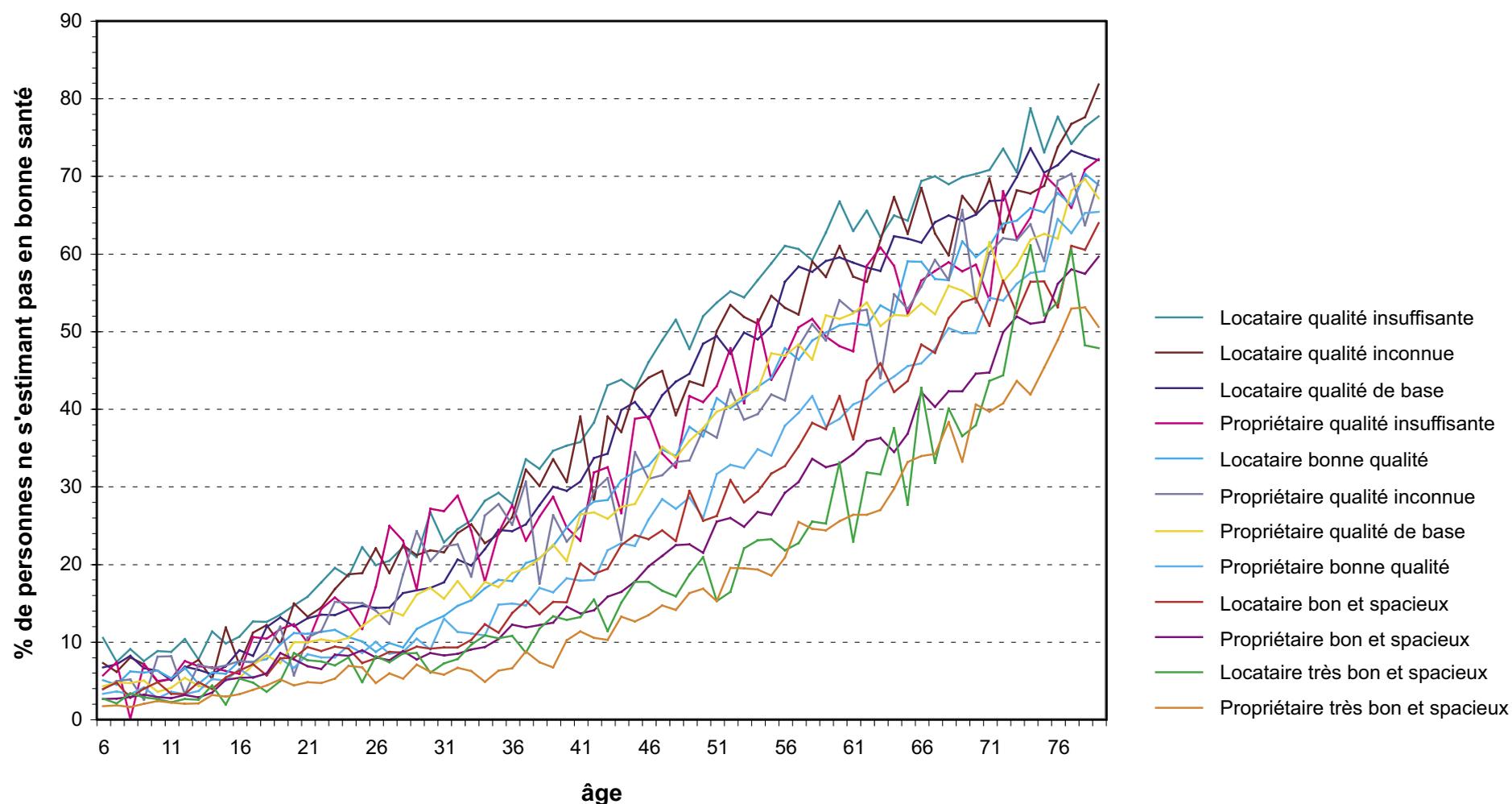
La figure 9-06 montre la santé perçue en fonction de la qualité de l'habitation et du statut d'occupation du logement. Cette analyse peut couvrir toute la population à partir de 6 ans. Pour cet aspect aussi, le gradient de santé est très clairement présent. Les différences varient fortement en fonction de l'âge et ne cessent d'augmenter pour atteindre un niveau maximum à l'âge de 60-65 ans.

Le tableau 9-04 reprend le nombre absolu d'habitants par statut d'occupation du logement et qualité de l'habitation. La colonne 3 donne le pourcentage de personnes ne se sentant pas en bonne santé et la colonne 4 le pourcentage standardisé pour l'âge. Les

ratios figurant dans la colonne 5 indiquent dans quelle proportion le taux des personnes ne se sentant pas en bonne santé est plus élevé que dans le groupe de référence, à savoir les propriétaires d'une habitation de très bonne qualité et très spacieuse.

Les locataires d'un logement de mauvaise qualité ont deux fois et demie plus de risques de se sentir en mauvaise santé que le groupe de référence. Mais on constate aussi que les locataires de logements de qualité de base et même de bonne qualité (catégories très largement représentées) ont encore presque deux fois plus de risques que le groupe de référence de ne pas être en bonne santé.

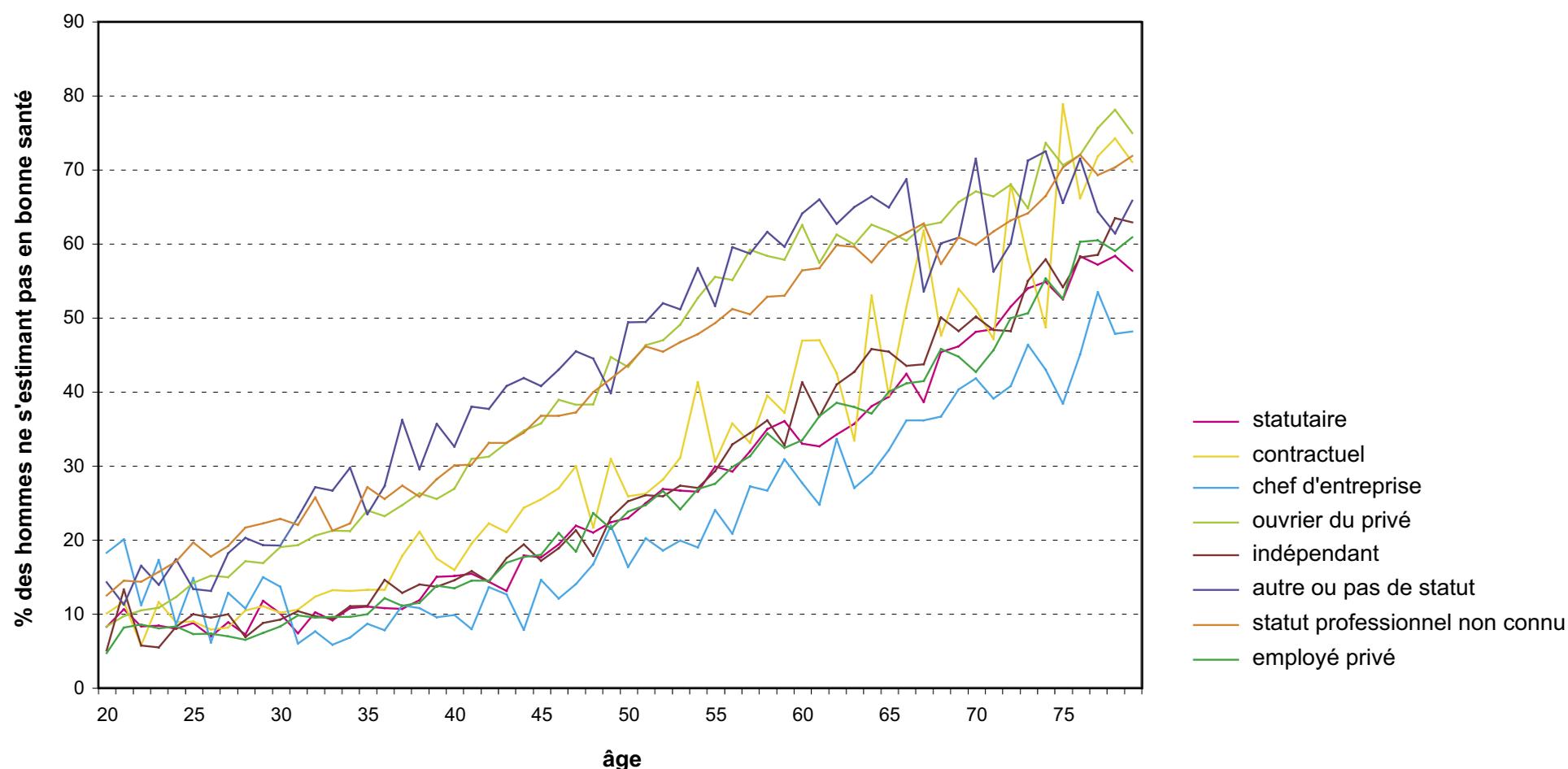
**Figure 9-06** Santé perçue par âge et caractéristiques du logement (qualité et statut d'occupation), Région bruxelloise



**Tableau 9-04** Population en fonction des caractéristiques du logement (qualité et statut d'occupation du logement), Région bruxelloise

Qualité et titre de propriété	Nombre de personnes	Nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé	% ne s'estimant pas en bonne santé	% standardisé pour l'âge	Risque relatif de ne pas s'estimer en bonne santé par rapport au groupe de référence (propriétaires dans un logement de haute qualité)
Locataire qualité inconnue	48026	19011	39,58	38,94	2,50
Locataire qualité insuffisante	17334	7006	40,42	35,09	2,26
Locataire qualité de base	107318	34004	31,69	34,82	2,24
Propriétaire qualité insuffisante	18964	7269	38,33	31,41	2,02
Propriétaire qualité inconnue	12198	4520	37,06	29,43	1,89
Locataire bonne qualité	116186	32753	28,19	29,25	1,88
Propriétaire qualité de base	60654	18681	30,80	28,98	1,86
Propriétaire bonne qualité	87159	25130	28,83	24,65	1,58
Locataire bon et spacieux	65151	12454	19,12	22,77	1,46
Propriétaire bon et spacieux	97118	21522	22,16	20,70	1,33
Locataire très bon et spacieux	18725	2499	13,35	17,23	1,11
Propriétaire très bon et spacieux	79963	11241	14,06	15,55	1,00
<b>Région bruxelloise</b>	<b>728796</b>	<b>196090</b>	<b>26,91</b>	<b>26,91</b>	<b>1,73</b>

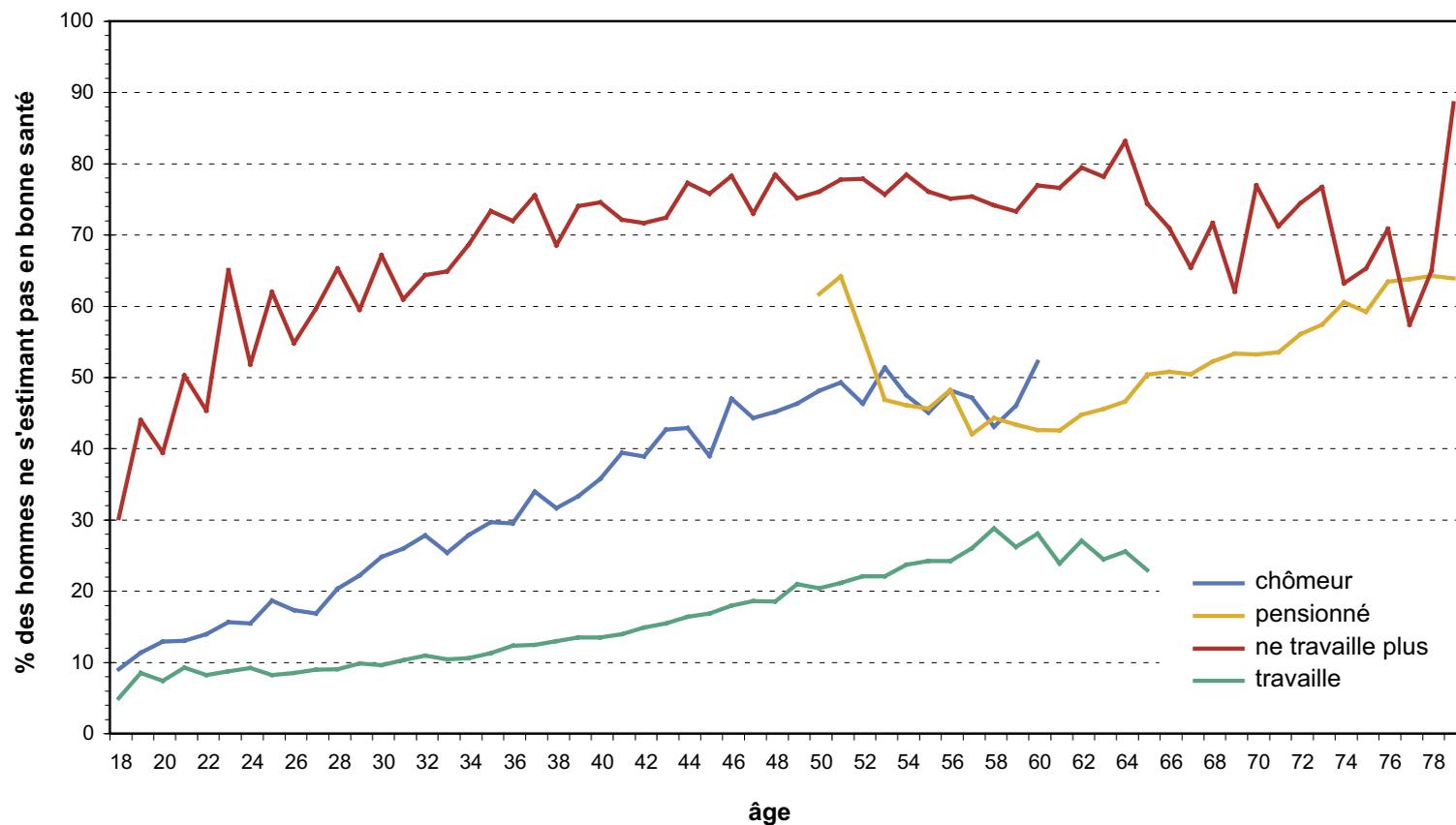
Figure 9-07 Santé perçue chez les hommes par âge et activité professionnelle principale, Région bruxelloise



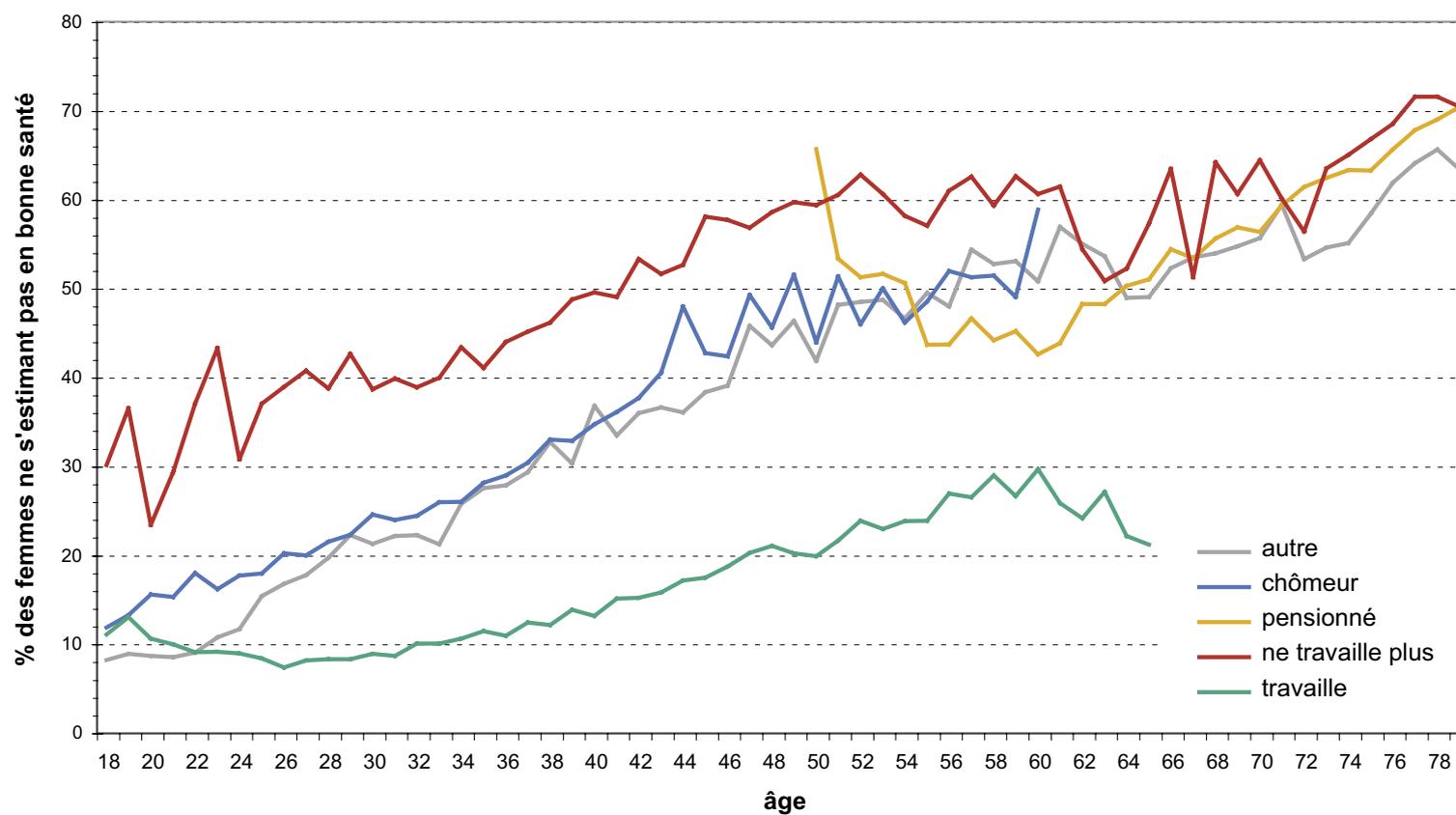
La figure 9-07 montre la santé perçue pour les hommes entre 20 et 79 ans en fonction de l'activité professionnelle actuelle ou antérieure. On observe une dichotomie importante, à tous les âges, entre les ouvriers et les personnes ayant un statut professionnel moins favorable, d'une part, et les autres groupes de professions, d'autre part. Les indépendants, employés du secteur privé et les agents statutaires du secteur public présentent des profils très similaires. Les agents contractuels se déclarent un peu moins souvent en bonne santé. Les chefs d'entreprise affichent clairement le profil le plus favorable.

L'influence du chômage sur la santé est connue. L'emploi constitue un facteur important au même titre que les trois dimensions socio-économiques abordées. Pour les hommes de 18 à 79 ans, les différences de santé en fonction du statut d'activité sont considérables (figure 9-08). Le mauvais état de santé des personnes qui ne travaillent plus est logique étant donné qu'une grande partie d'entre elles ont précisément cessé de travailler pour des raisons de santé. L'augmentation avec l'âge des différences de santé perçue entre les actifs et les chômeurs est moins évidente. Les chômeurs ont plus de deux fois plus de risques de ne pas se sentir en bonne santé que les personnes qui travaillent. Les professions peu qualifiées sont surreprésentées parmi les chômeurs et un effet de sélection où la santé est plutôt la cause que la conséquence du chômage ne peut être exclue. Même après contrôle du statut professionnel et du niveau d'instruction, le chômage a toujours un effet propre sur la santé. La figure 9-09 donne les mêmes informations pour les femmes.

**Figure 9-08** Santé perçue chez les hommes par âge et statut sur le marché de l'emploi, Région bruxelloise



**Figure 9-09** Santé perçue chez les femmes par âge et statut sur le marché de l'emploi, Région bruxelloise

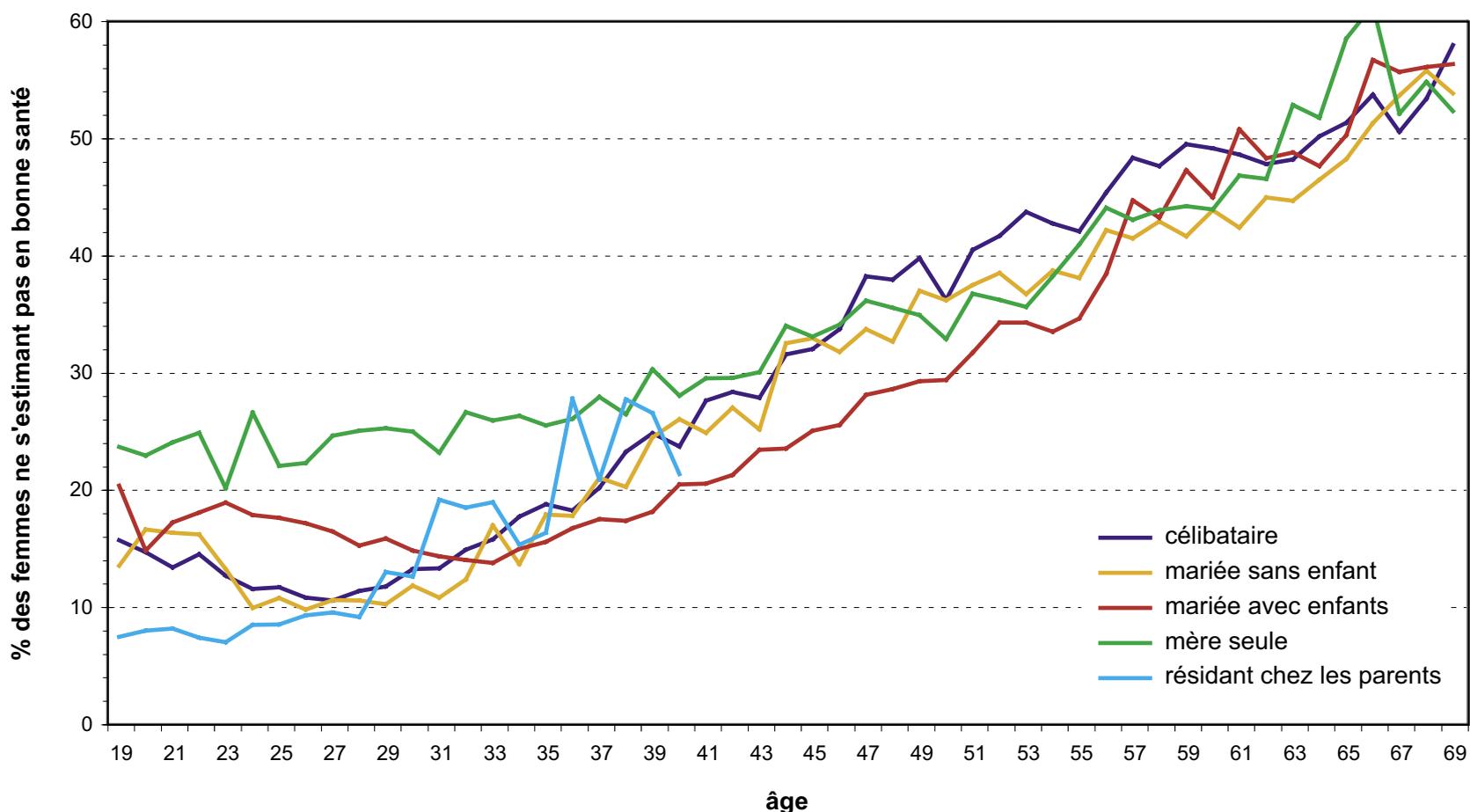


## 5. Santé perçue et position dans le ménage

L'état civil et les formes de vie commune sont associés de manière systématique avec l'état de santé. Dans la littérature, la meilleure santé des hommes mariés est par exemple connue depuis longtemps. Bien que les proportions de personnes en moins bonne santé évoluent progressivement en fonction de l'âge, on ne retrouve plus ici de gradient clair dans tous les groupes d'âge. La figure 9-10 montre, pour les femmes entre 19 et 69 ans, la proportion de personnes ne se sentant pas en bonne santé selon la position dans le ménage. Les différences observées en fonction de l'âge renvoient à un ensemble complexe de relations causales et de mécanismes de sélection. On note ainsi la mauvaise santé perçue des mères seules et surtout des jeunes mères seules. Avant 25 ans on note que les jeunes femmes qui résident encore chez leurs parents présentent un état de santé nettement plus satisfaisant que tous les autres statuts. Il s'agit le plus souvent de femmes qui étudient toujours et qui font partie de ménages aux revenus relativement élevés.

Les profils de la Région bruxelloise s'écartent considérablement des schémas constatés en Flandre ou en Wallonie. Au niveau national, l'état de santé des jeunes femmes célibataires entre 20 et 30 ans est moins satisfaisant que celui des femmes mariées ou cohabitantes avec ou sans enfant, à Bruxelles par contre, l'état de santé le moins satisfaisant se retrouve chez les femmes mariées avec enfant(s) tandis que les jeunes femmes célibataires y sont plutôt en meilleure santé. La composition de la population par nationalité et par niveau d'instruction joue probablement un rôle important à cet égard.

Figure 9-10 Santé perçue chez les femmes par âge et position dans le ménage, Région bruxelloise



## 6. Santé perçue et nationalité

La composition de la population par nationalité est un facteur particulièrement important dans la Région bruxelloise. Les migrants adultes originaires de l'Europe du sud et d'Afrique du nord enregistrent un taux de mortalité plus faible que la population belge autochtone. Ce phénomène est d'autant plus étonnant que cette sous population présente un profil socio-économique moins favorable que celui de la population belge. Différentes explications ont été avancées à ce sujet, mais sur base de l'analyse de la mortalité spécifique par cause, les habitudes alimentaires, les styles de vie et la religion (faible consommation d'alcool et moins de suicides) semblent constituer les principaux éléments explicatifs.

La figure 9-11 montre la santé perçue de la population belge et non belge entre 6 et 89 ans. L'évolution est très similaire dans les deux groupes. A partir de l'âge de quarante ans, les non-Belges ont une santé moins satisfaisante bien que les écarts enregistrés ne

soient pas très importants. Le graphique sous-estime toutefois considérablement le mauvais état de santé de certaines populations immigrées. Tous les non-Belges ont été regroupés de sorte que certaines nationalités présentant une santé perçue particulièrement favorable (Britanniques, Hollandais) neutralisent les chiffres négatifs enregistrés pour les autres nationalités. En outre, la présence d'un grand groupe de Belges naturalisés réduit le contraste dû à la nationalité. En d'autres termes, une distinction par nationalité s'impose. Il faut en outre tenir compte de la nationalité d'origine pour estimer correctement l'état de santé des communautés immigrées dans la Région bruxelloise.

Figure 9-11 Santé perçue par âge et par nationalité, Région bruxelloise

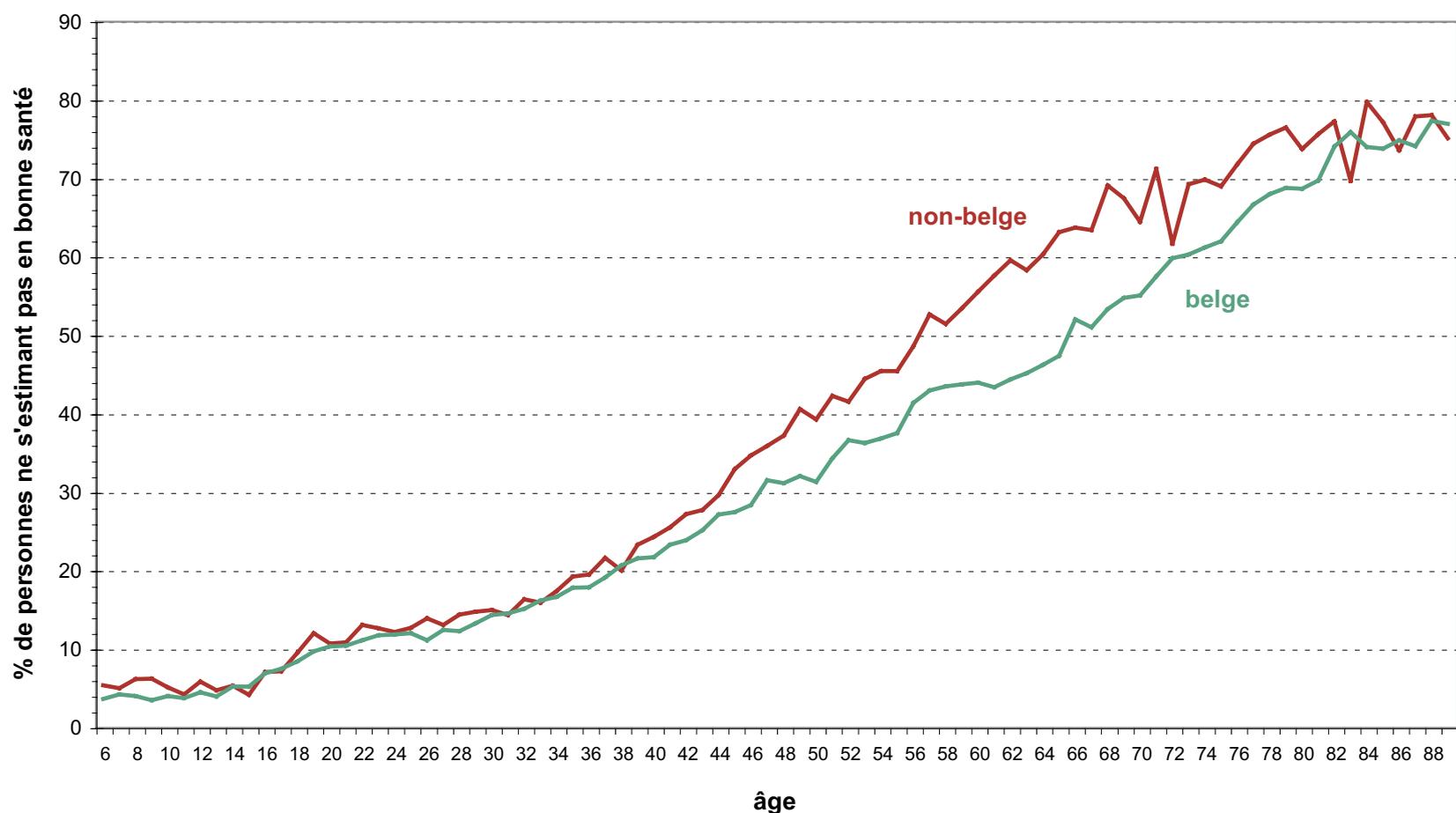
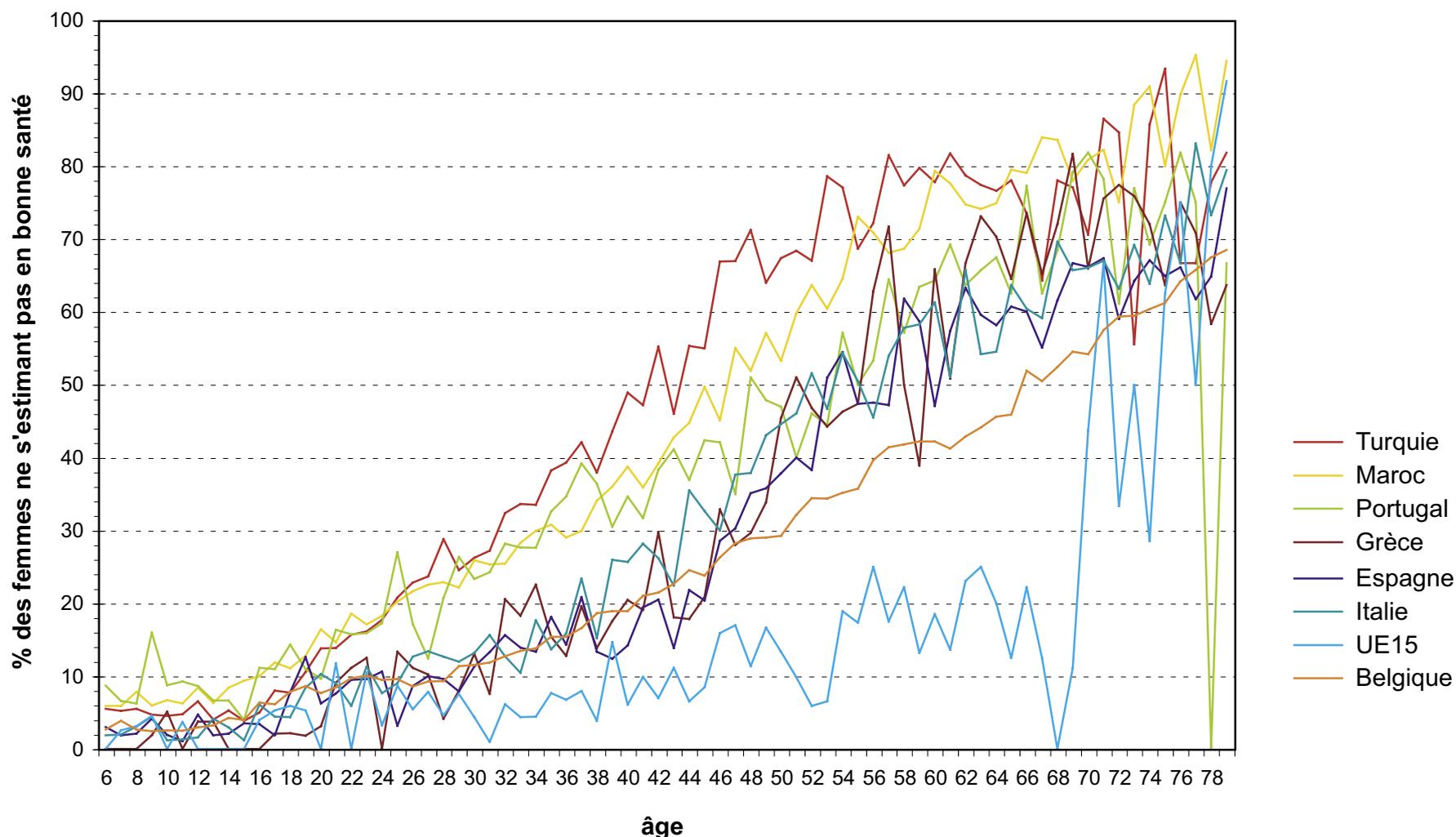


Figure 9-12

Santé perçue chez les femmes par âge et nationalité d'origine, Région bruxelloise



La santé des migrants mesurée sur base de la santé perçue est moins satisfaisante que ne le suggèrent les taux de mortalité. La figure 9-12 montre la santé perçue pour les femmes des principaux groupes issus de l'immigration ouvrière classique. Les femmes turques présentent la plus mauvaise santé perçue, surtout à partir de trente ans. Elles sont suivies par les femmes marocaines et, chez les plus jeunes, par les femmes portugaises. A partir de l'âge de 40-45 ans, l'état de santé des femmes originaires des autres pays du sud de l'Europe est également moins satisfaisant que celui de la population belge.

Les différentes évolutions en fonction de l'âge sont peut-être liées à l'époque de migration et à la composition des différentes communautés. Les migrations turque, marocaine et portugaise sont relativement récentes. Les communautés italienne, espagnole et grecque comptent un plus grand nombre de jeunes et jeunes adultes nés

en Belgique de sorte qu'à beaucoup de points de vue, y compris celui de la santé, ils diffèrent peu des Belges autochtones du même âge. En outre, ces dernières années, de nouveaux migrants hautement qualifiés venus s'établir à Bruxelles dans le cadre des institutions européennes sont venus rejoindre ces groupes de nationalités. Les personnes âgées de ces groupes de nationalités présentent quant à elles encore les caractéristiques typiques d'une population ayant migré pour effectuer des travaux lourds non qualifiés dans les mines et l'industrie.

Dans le tableau 9-05, la santé perçue par nationalité est synthétisée dans un indice ajusté pour l'âge, et ce pour les hommes et les femmes de 6 à 79 ans habitant en Région bruxelloise. La première colonne (N) donne les nombres absolus d'habitants concernés, la deuxième la proportion de la population qui ne s'estime pas en bonne santé et la troisième la proportion de ces personnes dans l'ensemble de la population. La colonne 4 donne le nombre attendu de personnes en moins bonne santé si la population concernée présentait le profil de santé général de l'ensemble de la population (hommes et femmes). Compte tenu de leur âge, la proportion standardisée de personnes en mauvaise santé chez les femmes turques est de 46 %. La dernière colonne donne le rapport entre la proportion des personnes en mauvaise santé dans un groupe de nationalités déterminé et la proportion de personnes en mauvaise santé dans l'ensemble de la population. Le pourcentage d'hommes turcs en

Tableau 9-05 Nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé par nationalité d'origine												
Nationalité d'origine	Hommes						Femmes					
	N	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	N	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Turquie	13607	3418	25,12	2269	38,39	1,51	13256	3888	29,33	2154	46,00	1,80
Maroc	49824	11612	23,31	8578	34,51	1,35	45206	12414	27,46	7387	42,83	1,68
Portugal	5873	1493	25,42	1124	33,87	1,33	6334	1926	30,41	1246	39,40	1,55
Yougoslavie	2719	634	23,32	540	29,91	1,17	2550	708	27,76	509	35,44	1,39
Italie	14965	3855	25,76	3656	26,87	1,05	14206	4022	28,31	3491	29,37	1,15
Espagne	9066	2306	25,44	2270	25,90	1,02	9907	2789	28,15	2649	26,84	1,05
Grèce	4255	1060	24,91	1079	25,04	0,98	4044	1176	29,08	1040	28,82	1,13
Pologne	1956	510	26,07	530	24,53	0,96	2855	897	31,42	795	28,78	1,13
Belgique	195342	48748	24,96	54532	22,79	0,89	221616	64802	29,24	68257	24,20	0,95
France	14891	2708	18,19	3273	21,09	0,83	17744	3934	22,17	4469	22,44	0,88
Pays-Bas	2350	393	16,72	625	16,03	0,63	2607	581	22,29	758	19,54	0,77
Congo	4755	371	7,80	743	12,74	0,50	5673	795	14,01	907	22,34	0,88
Royaume-Uni	3332	407	12,21	830	12,50	0,49	3160	467	14,78	777	15,32	0,60
Population totale	356185	83276	23,38	86937	24,42	0,96	384950	105642	27,44	101981	26,41	1,04
							<b>741135</b>	<b>188918</b>		<b>188918</b>	<b>25,49</b>	<b>1,00</b>

Classe d'âge 6-79 ans standardisé par âge et sexe.

(1) nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé

(2) proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé (taux observé)

(3) nombre de personnes ne s'estimant pas en bonne santé attendu sur base du taux par âge de la population totale

(4) taux standardisé par âge et sexe

(5) ratio standardisé : taux du groupe de population divisé par le taux de la population totale

Tableau 9-06 Santé perçue par nationalité d'origine (standardisée pour l'âge et le sexe) – contrôle pour le statut socio-économique					
Hommes & femmes (25-59 ans)	N	Exp(B) âge et sexe	& contrôle pour le statut d'activité	& contrôle pour le logement	& contrôle pour le niveau d'instruction
Turquie	49641	2,91	1,73	1,65	1,38
Maroc	85172	2,36	1,48	1,26	1,12
Portugal	13493	2,04	1,88	1,55	1,32
Italie	157460	1,74	1,48	1,44	1,31
Pologne	14899	1,60	1,36	1,25	1,28
Grèce	11476	1,48	1,23	1,14	1,10
France	80597	1,35	1,17	1,06	1,03
Espagne	28773	1,34	1,21	1,13	1,05
Allemagne	28517	1,08	1,01	1,00	1,02
<b>Belgique</b>	<b>3881132</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
Congo	12173	0,82	0,58	0,49	0,57
Pays-Bas	63833	0,82	0,74	0,77	0,78
Pseudo R carré		0,10	0,20	0,22	0,23

(chiffres en italique non significatifs à 95 % I.C.)

mauvaise santé est 51 % plus élevé que la moyenne de la population tandis que le pourcentage d'hommes congolais en mauvaise santé est égal à la moitié de la moyenne de la population bruxelloise.

La position de l'état de santé des différentes nationalités par rapport à la population générale est assez parallèle chez les hommes et les femmes mais les ratios sont beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Les femmes turques ont 80 % de risque en plus de se sentir en moins bonne santé que la moyenne de la population bruxelloise et les hommes turcs qui, parmi les hommes, sont ceux qui déclarent la plus mauvaise santé n'ont «que» 51 % de risques en plus de se sentir en moins bonne santé. Le mauvais état de santé perçue d'un certain nombre de communautés immigrées contraste avec les taux de mortalité relatifs plus faible enregistrés pour les adultes de même nationalité. Le paradoxe apparent s'explique peut-être par l'association d'une prévalence plus élevée de maladies chroniques, caractéristique de métiers lourds, et d'une prévalence plus faible de problèmes de santé à issue fatale rapide tels que les cancers et les défaillances cardiaques.

Les facteurs culturels et linguistiques peuvent également contribuer à une estimation différente de sa propre santé bien qu'après contrôle pour les facteurs socio-économiques, la différence de santé disparaît presque totalement pour la plupart des nationalités.

Dans le tableau 9-06, la santé perçue au sein du groupe d'âge 28-59 est contrôlée pour quelques dimensions importantes du statut socio-économique. La population belge représente le groupe de référence. L'analyse couvre l'ensemble de la population belge afin d'augmenter la puissance statistique. Nous nous limitons à trois variables composées importantes : le niveau d'instruction, le logement et le statut d'activité. Nous avons préféré le statut d'activité au statut professionnel car cet aspect est plus déterminant pour le contrôle pour la nationalité.

Le statut d'activité (le fait d'avoir un emploi ou non) a l'effet le plus important sur les différences de santé perçue entre les nationalités. Les personnes d'origine turque ont presque trois fois plus de risques (valeur de l'exposant B = 2,91) de se sentir en moins bonne santé que les Belges après contrôle pour l'âge et le sexe. Après contrôle pour le statut d'activité, nous constatons que ce risque relatif est réduit à 1,73. Le contrôle pour le logement et le niveau d'instruction réduit encore davantage les différences de santé perçue.

Le statut socio-économique moins favorable semble donc expliquer dans une large mesure la santé perçue moins satisfaisante. Pour un certain nombre de nationalités (turque, portugaise, italienne et polonaise), il subsiste toutefois une partie de variance inexpliquée. Des facteurs culturels sont probablement à l'origine de cette situation. Cet aspect ne peut d'ailleurs être totalement exclu pour d'autres nationalités. Certains facteurs peuvent en effet s'annuler de même que certaines habitudes de vie favorables peuvent neutraliser d'autres facteurs défavorables.

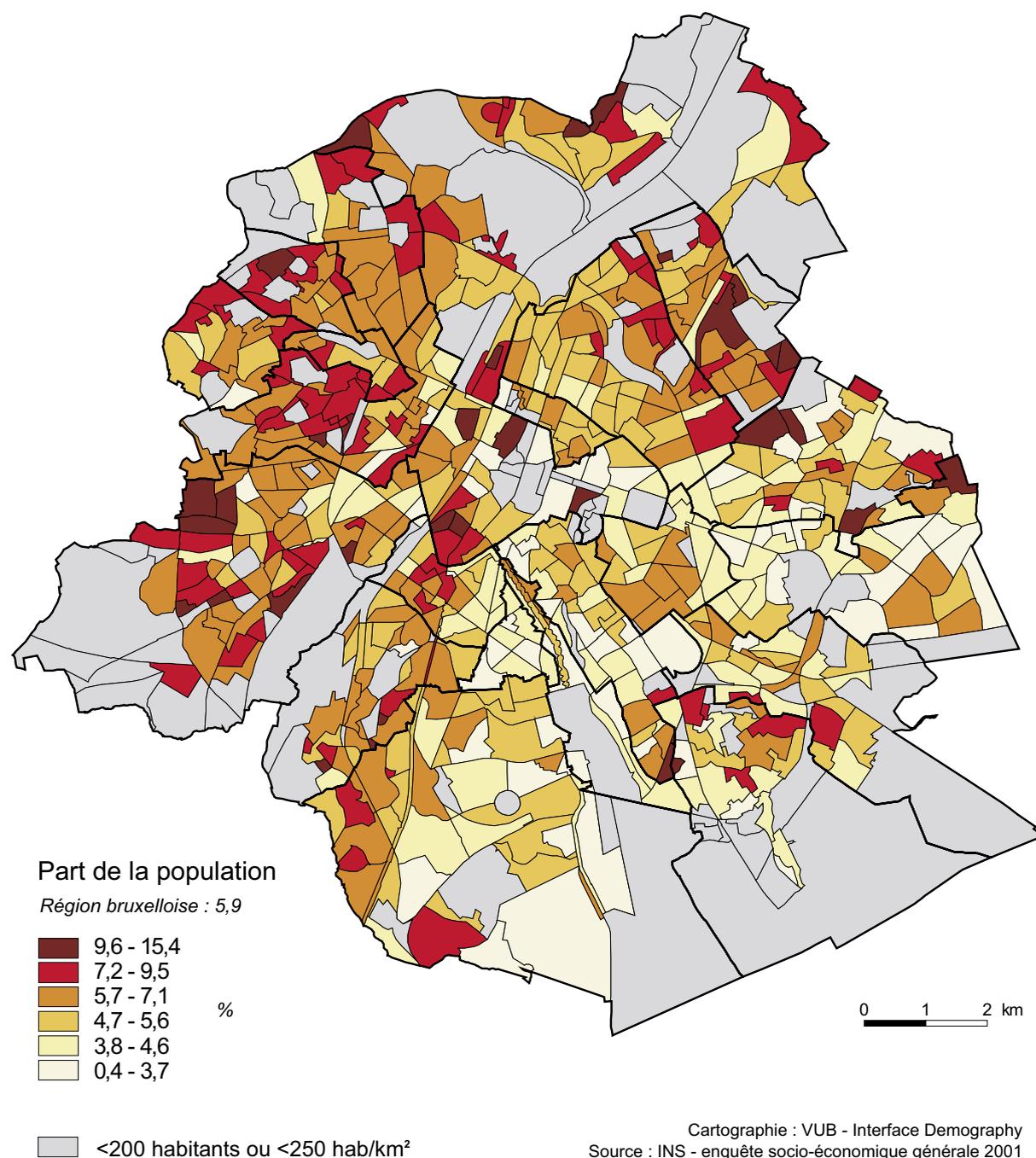
## 7. Limitations dans les activités quotidiennes

Le recensement de 2001 contenait quelques questions complémentaires relatives à la santé. Elles étaient destinées à sonder la population sur des problèmes de santé tels que les maladies chroniques et handicaps, les limitations dans les activités quotidiennes et le confinement au lit. Comme la prévalence observée pour ces problèmes de santé est plus faible, les distributions sont moins stables et les distributions spatiales moins nettes que pour la santé perçue. De manière générale, on retrouve une cartographie comparable avec une influence évidente de la structure d'âge sur les taux bruts.

La carte 9-04 montre la proportion de la population qui déclare être limitée en permanence dans les activités quotidiennes «par des maladies de longue durée, des affections de longue durée ou des handicaps». Les pourcentages ont été calculés sur base de l'ensemble de la population à partir de 6 ans. En moyenne, près de 6 % des Bruxellois déclarent être limités dans les activités quotidiennes par leur santé. Dans 33 secteurs statistiques, ces personnes représentent plus de 14 % de la population. Ces valeurs extrêmement élevées sont étroitement liées à la structure par âge du quartier. Dans certains secteurs statistiques, la proportion élevée de personnes ayant des limitations s'explique par la présence de maisons de repos et de soins. Bien que l'analyse n'ait pas porté sur les ménages collectifs, dans de nombreuses communes, certaines personnes résidant dans des ménages collectifs semblent avoir été inscrites comme isolées dans un ménage privé.

Les secteurs statistiques qui enregistrent de telles proportions de personnes éprouvant des limitations dans leurs activités quotidiennes méritent bien sûr une attention particulière dans la mesure où les habitants ne sont pas déjà pris en charge dans le cadre de soins dans un ménage collectif. Le statut socio-économique des personnes concernées ainsi que la composition du ménage constituent également des paramètres importants dans l'autonomie finale.

Carte 9-04 Limitations dans les activités quotidiennes



## 8. Perception de l'offre de services de santé

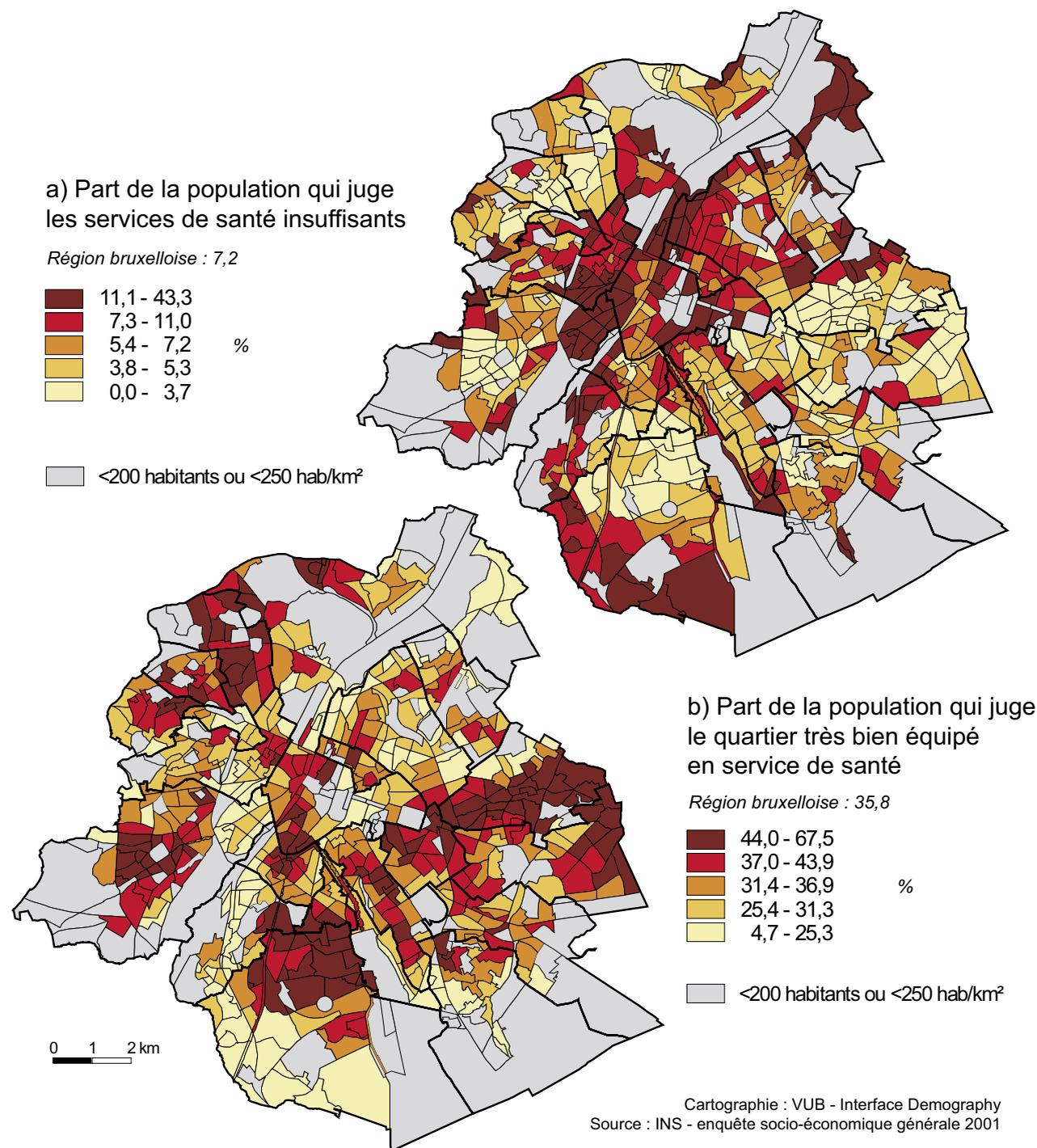
A la question relative aux facilités (équipements) en services de santé (médecin, infirmière, etc.) dans le quartier, plus de 92 % des Bruxellois répondent être satisfaits et 36 % même très satisfaits. La proportion d'habitants de la Région bruxelloise estimant que leur quartier est mal équipé en ce qui concerne les services de santé représente toutefois 7 % de la population. Ces chiffres sont proches des moyennes nationales.

L'évaluation des services de santé par la population est le résultat de deux mécanismes différents. Si la présence objective de services de santé explique bien sûr une plus grande satisfaction, les caractéristiques des répondants peuvent également influencer cette appréciation. Le groupe d'habitants non satisfaits de l'offre compte principalement des personnes qui se sentent en moins bonne santé. Cette insatisfaction est plus forte encore chez les jeunes qui ne se sentent pas en bonne santé.

Les groupes de nationalités issues de l'immigration ouvrière ont pratiquement deux fois plus de risques que les personnes d'origine belge d'être mécontents. Les citoyens de l'UE, et en particulier les ressortissants du Royaume-Uni, sont en revanche extrêmement satisfaits. Les données disponibles ne permettent pas de faire une analyse approfondie des motifs à l'origine des différences de perception. Ainsi le lieu d'habitation et la présence effective de services de santé peuvent être déterminants, mais l'aptitude à la communication, le degré d'information, la mobilité, etc. peuvent également jouer un rôle. En outre, cette question générale ne permet pas vraiment de spécifier le type de soins de santé visés. Le répondant se base-t-il sur la présence d'un médecin généraliste ou tient-il compte de la proximité d'un hôpital ? Même si les distances à l'intérieur de la Région bruxelloise sont relativement courtes, la proximité d'un hôpital semble toutefois considérablement influencer la perception de l'offre de services de santé.

La carte 9-05 illustre clairement ces aspects. La carte a qui indique le pourcentage de personnes qui estiment que les services de santé proposés dans le quartier sont insuffisants coïncide en grande partie avec la carte des quartiers défavorisés. La carte b qui présente la proportion de personnes estimant que le quartier est «très bien équipé» au niveau des services de santé révèle une distribution spatiale très positivement corrélée avec la présence d'un hôpital dans le quartier. Ceci apparaît clairement dans les quartiers autour des grands hôpitaux universitaires (UCL, ULB et VUB). Même dans la zone classique des quartiers défavorisés, la présence d'un hôpital joue un rôle important mais dans un périmètre plus restreint. Ce phénomène est probablement lié à une moindre mobilité de la population dans ces quartiers.

Carte 9-05 Perception des services de santé



## 9. Relation entre la distribution spatiale de la santé perçue et le statut socio-économique de la population

Les résultats du recensement confirment le rôle déterminant de facteurs socio-économiques par rapport à la santé. L'impact des facteurs socio-économiques sur la santé, qui a été mis en évidence également en Belgique ces dernières années sur base des données de mortalité et des enquêtes santé (Bossuyt et Van Oyen, 2000; Gadeyne et Deboosere, 2002; Bossuyt, Gadeyne et al., 2004) peut, à présent, grâce aux données du recensement de 2001, être représenté dans une cartographie de la santé au niveau des secteurs statistiques.

La carte de la santé perçue, standardisée pour l'âge et le sexe (carte 9-03), montre des différences de santé considérables entre les secteurs statistiques de la Région bruxelloise. La distribution spatiale de l'état de santé correspond à la stratification sociale des secteurs statistiques au sein de la région. Cette association visuelle peut aussi être testée statistiquement en considérant le secteur statistique du domicile au moment de l'enquête comme une variable dans des modèles individuels.

Au moyen d'une régression logistique, on vérifie l'intensité de la relation entre les caractéristiques socio-économiques individuelles des habitants et la santé par secteur statistique. Il importe de souligner que le contrôle se fait via des covariables au niveau individuel. Il ne s'agit donc pas de mesures d'association de données agrégées ne permettant pas d'identifier l'association précise entre la mesure de santé et la variable de contrôle.

**Dans une première analyse**, on prend les trois dimensions classiques du statut socio-économique et on examine en plus l'influence du statut d'activité. Cette analyse n'est réalisée que pour la population masculine âgée de 25 à 64 ans. A cet âge, pratiquement tout le monde a obtenu un diplôme définitif. En outre, les données recueillies auprès des jeunes adultes sont le moins fiables en raison du niveau élevé de migration et de non-réponse. L'analyse est ensuite réalisée séparément pour chaque sexe en raison des schémas d'emploi typiques des hommes et des femmes.

**Dans la deuxième analyse** (voir plus loin), la population est élargie au maximum (tous les hommes et toutes les femmes entre 25 et 74). Les variables de contrôle doivent de ce fait être adaptées.

Pour des raisons de protection de la vie privée et afin d'augmenter la stabilité du modèle, seuls les secteurs statistiques comptant au moins 200 habitants sont retenus. Les analyses sont également limitées aux personnes faisant partie d'un ménage privé de manière à neutraliser l'effet potentiel de hautes concentrations de personnes en moins bonne santé dues à la présence d'un ménage collectif (maison de repos, par exemple) dans un secteur statistique.

Le secteur statistique choisi comme secteur de référence est le secteur le plus peuplé de la commune d'Uccle (Churchill) qui se situe précisément entre les deux quintiles présentant la situation de santé la plus favorable en Région bruxelloise. Le profil de santé du secteur de référence se rapproche de la moyenne belge et, en termes de santé publique, égaliser ce profil de santé constitue donc un objectif très réalisable.

### ANALYSE 1 :

Le tableau 9-07 récapitule les résultats de la première analyse pour les hommes entre 25 et 64 ans pour sélectionner les 27 secteurs statistiques dont les scores restent significativement moins bons après contrôle pour toutes les variables dans le modèle. Pour les variables de contrôle, le tableau mentionne les chiffres relatifs à l'ensemble de la population visée. Nous disposons d'informations concernant toutes les variables dans le modèle pour 198.297 des 253.630 hommes en âge de travailler. Au total, 76,2 % du groupe analysé déclare être en bonne ou très bonne santé alors que 23,8 % estiment ne pas être en bonne santé. L'analyse couvre 597 secteurs statistiques comptant au moins 200 habitants. La première colonne indique le nombre d'hommes dans le secteur ou groupe concerné, la deuxième colonne mentionne la proportion exprimée en pourcentages.

**Dans le premier modèle**, il s'agit des résultats de la régression logistique après contrôle pour l'âge. La standardisation classique est remplacée ici par la procédure via régression logistique<sup>[1]</sup> dont le principe est exactement le même : adapter le résultat pour le secteur en fonction de la structure d'âge. Après contrôle pour l'âge, 314 secteurs statistiques présentent une santé significativement moins bonne que le secteur de référence.

Dans le tableau, les rapports de cotes<sup>[2]</sup> (en anglais : Odds ratios) sont exprimées comme une valeur de l'exposant B qui indique dans quelle mesure, vu son âge, un habitant de ce secteur a plus de risques de se sentir en moins bonne santé qu'un habitant du secteur de référence. Dans 17 secteurs de la Région bruxelloise, nous constatons un risque qui est quatre à cinq fois plus élevé que dans le secteur de référence. Dans le tableau 9-07, nous ne retenons que les secteurs qui dans le modèle 3 ont toujours une santé significativement moins bonne que le secteur de référence. Les colonnes 4 et 5 indiquent la limite inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance à 95 %. Nous pouvons également déduire du premier modèle que le risque de se sentir en moins bonne santé augmente de 6 % par année de vie.

**Dans le deuxième modèle** (colonne 6), on examine l'effet de trois variables de contrôle socio-économique cruciales : le niveau d'instruction, le logement et la profession.

- La variable niveau d'instruction compte 11 niveaux différents et, dans le modèle, le niveau d'instruction le plus élevé (université) est pris comme groupe de référence (valeur de l'exposant B = 1).
- La variable logement a été conçue sur la base de trois composantes : le confort et la qualité de l'habitation (le nombre de rénovations nécessaires) et le statut d'occupation du logement (locataire versus propriétaire). On obtient ainsi 12 groupes. Le groupe de référence est composé des propriétaires qui occupent un logement de grand confort et en parfait état.
- La variable profession est basée sur la question relative à la dernière activité professionnelle principale. Cette question discrimine relativement mal le statut professionnel. La distinction entre ouvrier et employé n'est pas claire et elle est limitée au secteur privé. En outre, aucune distinction n'est faite entre ouvrier qualifié et non-qualifié ou entre employé de niveau supérieur et de niveau inférieur. Pour les indépendants, la subdivision n'est pas précise non plus, bien que les chefs d'entreprise (avec personnel) fassent l'objet d'une catégorie séparée. Cette variable donne toutefois une certaine indication quant au statut professionnel. Les employés du secteur privé qui forment un groupe important affichant une santé relativement bonne constituent le groupe de référence.

Ces trois variables expliquent ensemble environ 7 % des différences de santé. Ce tableau nous permet de conclure qu'après contrôle de l'âge, du logement et du statut professionnel, les hommes entre 25 et 64 ans qui possèdent au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur professionnel ont deux fois et demi plus de risques de se sentir en mauvaise santé que les hommes ayant obtenu un diplôme universitaire. L'effet du contrôle pour ces facteurs sur les écarts entre les différents secteurs statistiques est toutefois impressionnant. Dans la plupart des secteurs statistiques, le profil de santé moins satisfaisant disparaît après contrôle pour les trois dimensions du statut socio-économique alors que les secteurs statistiques affichant la situation de santé la plus défavorable voient leur risque relatif réduit de plus de moitié. Ce phénomène met en évidence la relation extrêmement forte entre la santé des habitants d'un quartier et sa composition au niveau du statut social. Si la variable logement fournit une indication sur les revenus, elle nous renseigne aussi sur une éventuelle influence directe des caractéristiques physiques du logement sur la santé.

**Dans le troisième modèle,** nous examinons l'effet de l'emploi sur la santé. Il va de soi que la relation est ici double. Une personne en mauvaise santé ne sera pas en état de travailler. En conséquence, une grande partie des quelque 15.000 hommes qui ne travaillent pas, a temporairement ou définitivement cessé de travailler pour des raisons de santé. D'où un risque relatif huit fois plus élevé que dans le groupe de référence (personnes actives). Parmi les pensionnés de moins de 65 ans, nous retrouvons également des personnes pour lesquelles des raisons de santé ont contribué à la retraite anticipée. Toutefois, des études ont clairement démontré que le chômage peut également être à l'origine de maladies. Le risque relatif pour les demandeurs d'emploi est ainsi plus de deux fois plus élevé que pour les personnes actives. Le contrôle pour le statut d'activité explique 7 % supplémentaires de la variance. Pour près de 300 secteurs statistiques où l'état de santé était significativement moins bon que dans le groupe de référence, la différence est totalement due à la composition socio-économique de la population. En fin de compte, seuls 27 secteurs statistiques, repris dans le tableau 9-07, affichent encore une santé significativement plus mauvaise que dans le secteur de référence. Plusieurs secteurs statistiques où la population d'origine turque est surreprésentée en font partie. L'analyse de l'état de santé par nationalité d'origine a déjà permis de mettre en évidence qu'une partie de l'état de santé relativement plus mauvais de la population turque n'est pas liée au statut socio-économique.

**1** La régression linéaire est une méthode qui convient pour examiner la relation entre variables. Pour cela, les variables concernées doivent toutefois être des variables continues. La variable dépendante (état de santé) est cependant dichotomique : il n'y a que deux possibilités de réponse. Pour connaître la probabilité qu'une personne se sente en moins bonne santé compte tenu des différentes variables indépendantes, la régression logistique est une méthode d'analyse appropriée qui est très proche de la technique de régression linéaire.

**2** Les «rapports de cotes», traduction précise du terme «odds ratio», seront dans la suite du texte exprimés par le terme «risque relatif» qui doit être compris alors comme un terme générique pour exprimer des rapports de mesures de fréquences relatives plutôt que dans le sens étroit du concept de risque relatif en français.

SECTEUR STATISTIQUE	N	%	Modèle 1 (âge)			Modèle 2 (SSE)			Modèle 3 (SSE + chômage)		
			Exp(B) (1)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)		Exp(B) (2)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)		Exp(B) (3)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)	
21001B31-	102	0,05	5,74	3,72	8,86	2,19	1,39	3,46	1,78	1,10	2,90
21007A41-	110	0,06	4,95	3,22	7,61	2,06	1,32	3,22	1,74	1,09	2,79
21012A21-	149	0,08	4,76	3,25	6,98	2,03	1,37	3,01	1,77	1,18	2,66
21015A04-	760	0,38	4,68	3,71	5,92	2,03	1,59	2,60	1,69	1,31	2,19
21004F930	289	0,15	4,62	3,43	6,21	2,04	1,49	2,78	1,52	1,09	2,11
21001A83-	379	0,19	4,58	3,48	6,04	1,75	1,31	2,34	1,37	1,02	1,86
21013A121	194	0,10	4,42	3,13	6,26	1,88	1,31	2,71	1,58	1,08	2,32
21012A172	189	0,10	4,12	2,90	5,84	1,68	1,16	2,42	1,53	1,04	2,24
21014A04-	502	0,25	4,07	3,15	5,26	1,95	1,49	2,55	1,54	1,16	2,04
21013A422	513	0,26	3,97	3,07	5,13	1,65	1,26	2,16	1,39	1,05	1,85
21012A00-	387	0,20	3,95	3,01	5,20	1,68	1,26	2,23	1,37	1,02	1,85
21014A10-	421	0,21	3,94	3,00	5,17	1,77	1,33	2,35	1,49	1,10	2,00
21015A44-	481	0,24	3,93	3,02	5,12	1,72	1,30	2,26	1,44	1,08	1,92
21004A16-	323	0,16	3,86	2,88	5,16	1,80	1,32	2,45	1,44	1,04	1,99
21001B21-	445	0,22	3,78	2,89	4,93	1,55	1,17	2,05	1,36	1,02	1,83
21008A220	394	0,20	3,50	2,66	4,61	1,75	1,32	2,33	1,51	1,12	2,03
21018A35-	108	0,05	3,45	2,24	5,30	1,87	1,19	2,94	1,87	1,17	2,99
21001A132	180	0,09	3,37	2,34	4,86	1,65	1,13	2,40	1,56	1,06	2,31
21016A72-	146	0,07	3,11	2,10	4,58	1,79	1,19	2,69	1,67	1,09	2,55
21015A111	493	0,25	3,07	2,36	4,00	1,68	1,28	2,21	1,62	1,22	2,16
21012A511	425	0,21	3,02	2,30	3,98	1,48	1,11	1,97	1,43	1,06	1,92
21007A03-	162	0,08	2,87	1,97	4,19	1,54	1,04	2,30	1,53	1,01	2,31
21015A24-	442	0,22	2,66	2,02	3,51	1,46	1,09	1,96	1,37	1,01	1,85
21015A33-	455	0,23	2,64	2,00	3,47	1,55	1,16	2,07	1,41	1,04	1,91
21018A14-	215	0,11	2,57	1,82	3,63	1,85	1,28	2,67	1,92	1,32	2,80
21001A911	366	0,18	2,53	1,88	3,39	1,34	0,99	1,81	1,41	1,03	1,93
21005A031	294	0,15	2,36	1,73	3,24	1,51	1,09	2,10	1,46	1,03	2,05

VARIABLE DE CONTRÔLE	N	%	Modèle 1 (âge)			Modèle 2 (SSE)			Modèle 3 (SSE + chômage)		
			Exp(B) (1)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)		Exp(B) (2)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)		Exp(B) (3)	95 % intervalle de confiance pour Exp(B)	
âge			1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,04	1,04	1,05
<b>plus haut diplôme obtenu</b>											
inconnu	8351	4,21				2,90	2,73	3,08	2,40	2,25	2,56
pas de diplôme formel	11220	5,66				2,66	2,52	2,81	2,15	2,03	2,29
primaire	19845	10,01				2,92	2,78	3,06	2,51	2,39	2,64
S.I. professionnel	12487	6,30				2,50	2,37	2,64	2,25	2,12	2,38
S.I. technique	9788	4,94				2,18	2,06	2,31	2,06	1,94	2,19
S.I. général	16649	8,40				2,28	2,17	2,40	2,02	1,91	2,12
S.S. professionnel	9076	4,58				2,15	2,02	2,29	2,00	1,87	2,13
S.S. technique	11524	5,81				1,90	1,79	2,01	1,80	1,69	1,91
S.S. général	19959	10,07				1,97	1,88	2,07	1,77	1,69	1,86
Supérieur	34118	17,21				1,47	1,41	1,54	1,41	1,35	1,48
Universitaire	45280	22,83				1,00	.	.	1,00	.	.
<b>qualité et statut d'occupation du logement</b>											
propriétaire qualité insuffisante	4256	2,15				2,36	2,18	2,56	2,26	2,08	2,46
propriétaire qualité de base	15113	7,62				1,83	1,73	1,94	1,74	1,64	1,85
propriétaire bonne qualité	21947	11,07				1,55	1,46	1,63	1,49	1,41	1,58
propriétaire bon et spacieux	24300	12,25				1,31	1,24	1,38	1,31	1,23	1,38
locataire qualité inconnue	4352	2,19				2,45	2,26	2,66	2,14	1,97	2,33
locataire qualité insuffisante	14708	7,42				2,82	2,66	2,99	2,32	2,18	2,47
locataire qualité de base	33812	17,05				2,33	2,21	2,45	1,99	1,89	2,10
locataire bonne qualité	33647	16,97				1,87	1,77	1,97	1,71	1,61	1,80
locataire bon et spacieux	18424	9,29				1,38	1,30	1,47	1,31	1,23	1,40
locataire très bon et spacieux	5290	2,67				1,03	0,94	1,14	0,99	0,89	1,09
propriétaire qualité inconnue	2384	1,20				1,86	1,68	2,07	1,77	1,59	1,97
propriétaire très bon et spacieux	20064	10,12				1,00	.	.	1,00	.	.
<b>statut professionnel</b>											
statutaire	25865	13,04				0,99	0,95	1,03	1,20	1,15	1,25
contractuel	9997	5,04				1,14	1,08	1,21	1,21	1,13	1,28
chef d'entreprise	7531	3,80				0,89	0,83	0,95	0,92	0,85	0,99
ouvrier du privé	38003	19,16				1,38	1,33	1,43	1,25	1,20	1,29
indépendant	26182	13,20				1,02	0,98	1,06	1,08	1,04	1,13
aidant d'indépendant	840	0,42				1,83	1,57	2,13	1,50	1,27	1,76
personnel domestique	580	0,29				1,36	1,13	1,63	1,14	0,93	1,39
autre ou pas de statut	6695	3,38				1,84	1,74	1,96	1,36	1,27	1,45
statut inconnu	25886	13,05				1,42	1,37	1,48	1,24	1,19	1,29
employé du privé	56718	28,60				1,00	.	.	1,00	.	.
<b>statut sur le marché de l'emploi</b>											
autre	1741	0,88							2,77	2,49	3,08
cherche un emploi	21790	10,99							2,36	2,29	2,45
pensionné	13617	6,87							1,77	1,69	1,85
ne travaille plus	15075	7,60							8,54	8,18	8,91
travaille	146074	73,66							1,00	.	.
Pseudo R-carré (Nagelkerke)			0,146			0,213			0,29		
Total cas valides	198297	100,00									
Cas avec données manquantes	55333										
Population totale	253630										
Totale sous-populations	194866										
<b>santé perçue</b>											
bonne ou très bonne	151101	76,20									
moins que bonne	47196	23,80									

## ANALYSE 2 :

Dans la deuxième analyse, nous élargissons la population étudiée en prenant en compte toutes les femmes et les hommes de 25 à 74 ans. En limitant la population aux personnes de moins de 74 ans, nous excluons les groupes d'âge où le taux des non-répondants est élevé. Par ailleurs, le nombre de personnes résidant dans des maisons de repos et de soins est encore relativement bas à cet âge. Compte tenu du pourcentage de réponses pour la question relative à la santé (87 % à Bruxelles contre 94 % pour l'ensemble du pays), la population analysée compte 487.864 personnes. En ce qui concerne cette population, le contrôle pour les dimensions classiques du statut socio-économique est compliqué. De nombreuses personnes âgées de plus de 64 ans n'ont mentionné aucune activité principale antérieure. Par ailleurs, le statut professionnel ne peut plus être utilisé puisque pratiquement toutes les personnes âgées de plus de 64 ans sont pensionnées. En outre, chez les femmes, le statut d'activité est souvent associé au fait d'avoir ou non des enfants, ce qui intervient dans la relation avec la santé. Les facteurs de contrôle socio-économiques se limitent dès lors au niveau d'instruction et à la variable logement. Comme troisième variable de contrôle, on a opté pour la nationalité d'origine. L'analyse des données montre que les différences de santé en fonction de la nationalité sont dans une large mesure déterminées par le statut socio-économique. La nationalité représente pour ainsi dire un facteur de contrôle résiduel dont nous supposons qu'il couvre la plus grande partie de l'inégalité sociale qui subsiste (Neels et Stoop, 2000)<sup>3</sup>.

En contrôlant la nationalité, on contrôle également les caractéristiques culturelles spécifiques et les comportements de santé, la perception de la santé et éventuellement aussi les différences constatées dans l'estimation subjective de la santé. Dans la mesure où cet élément intervient peut-être aussi pour les communautés turque et portugaise, il pourrait expliquer une partie de l'inégalité restante entre les quartiers, mise en évidence lors de la première analyse. Le groupe de référence est composé de la population belge, soit environ 300.000 personnes. Les 18 autres nationalités ou groupes de nationalités comptent ensemble près de 200.000 personnes.

Les résultats pour toutes les variables de contrôle et les cent secteurs les moins favorables sont joints en annexe 4. Ils sont également représentés dans les cartes ci-dessous. On calcule d'abord (**modèle 1**) les risques relatifs par secteur, sans contrôle pour l'âge ou le sexe. Les différences entre les secteurs sont particulièrement grandes et les risques relatifs (Odds Ratios) varient entre 0.3 et presque 8. Sur la base de ces résultats, les secteurs statistiques sont répartis dans cinq groupes composés d'un nombre de secteurs identique. Le secteur de référence se

<sup>3</sup> Cette hypothèse est incomplète vu que l'étude de Neels et Stoop a mis en évidence que le taux de chômage dans la population marocaine et turque est, en raison notamment de la discrimination, beaucoup plus élevé que le taux escompté compte tenu du diplôme obtenu.

Tableau 9-08

ANALYSE 2 : Santé perçue des 25-74 ans après détermination des limites de classes par quintiles et distribution (nombre de secteurs statistiques) après contrôle pour les variables sociodémographiques

	O.R.'s	modèle 1	modèle 2	modèle 3	modèle 4	modèle 5
quintile 1	2.13 to 7.93	123	234	56	24	12
quintile 2	1.65 to 2.13	115	105	117	85	72
quintile 3	1.29 to 1.65	117	96	143	160	183
quintile 4	1.00 to 1.29	117	82	165	207	212
quintile 5	0.29 to 1.00	122	77	113	118	115
Pseudo R-carré						
Nagelkerke		0,046	0,195	0,235	0,248	0,251

modèle 1 : distribution des secteurs selon la santé perçue

modèle 2 : distribution des secteurs après contrôle par l'âge et le sexe

modèle 3 : distribution des secteurs après contrôle par l'âge, le sexe et le niveau de diplôme

modèle 4 : idem que 3 avec ajout du contrôle par la qualité et le titre d'occupation du logement

modèle 5 : idem que 4 avec ajout du contrôle par la nationalité d'origine

situe précisément entre les deux quintiles présentant la meilleure santé. Parmi les secteurs bruxellois, 122 présentent une situation de santé plus favorable avec un risque relatif inférieur à 1. L'utilisation de limites de classes fixes permet une représentation visuelle qui montre comment, après contrôle pour les variables socio-économiques et la nationalité, les secteurs statistiques passent d'un groupe à risque initial à un autre.

Le tableau 9-08 donne un aperçu de la répartition des secteurs statistiques sur la base des limites de classes déterminées (risque relatif de moins bonne santé brut)

**Dans le deuxième modèle**, le risque relatif par secteur statistique est contrôlé pour l'âge et le sexe. Il va de soi que la représentation cartographique de cette régression logistique (carte 9-06a) correspond parfaitement à la carte de la santé standardisée pour l'âge et le sexe (carte 9-03). Après contrôle pour l'âge et le sexe, on constate une importante extension de la zone de secteurs affichant le profil de santé le moins bon. Pas moins de 234 secteurs se situent à présent dans le quintile supérieur (risque relatif supérieur à 2). Compte tenu de la composition par âge et par sexe, le nombre de personnes en moins bonne santé est plus de deux fois plus élevé dans ces secteurs que dans le secteur de référence. Le profil de santé défavorable de nombreux secteurs statistiques est donc considérablement sous-estimé en raison de la structure jeune de la population de ces quartiers. Cette carte est la carte la plus alarmante. Elle montre à quel point, dans une grande partie de la Région bruxelloise, l'état de santé est mauvais ou menaçant. C'est la carte qui reflète le mieux la situation réelle de la santé.

Les cartes 9-06a et c fournissent plutôt des explications sur ce mauvais état de santé en contrôlant la relation avec les différentes variables socio-économiques.

Comme l'a déjà montré la figure 9-05, la santé perçue est fortement liée au niveau d'instruction (**modèle 3**). Rien d'étonnant dès lors à ce que le contrôle pour le niveau d'instruction ait un effet particulièrement important sur

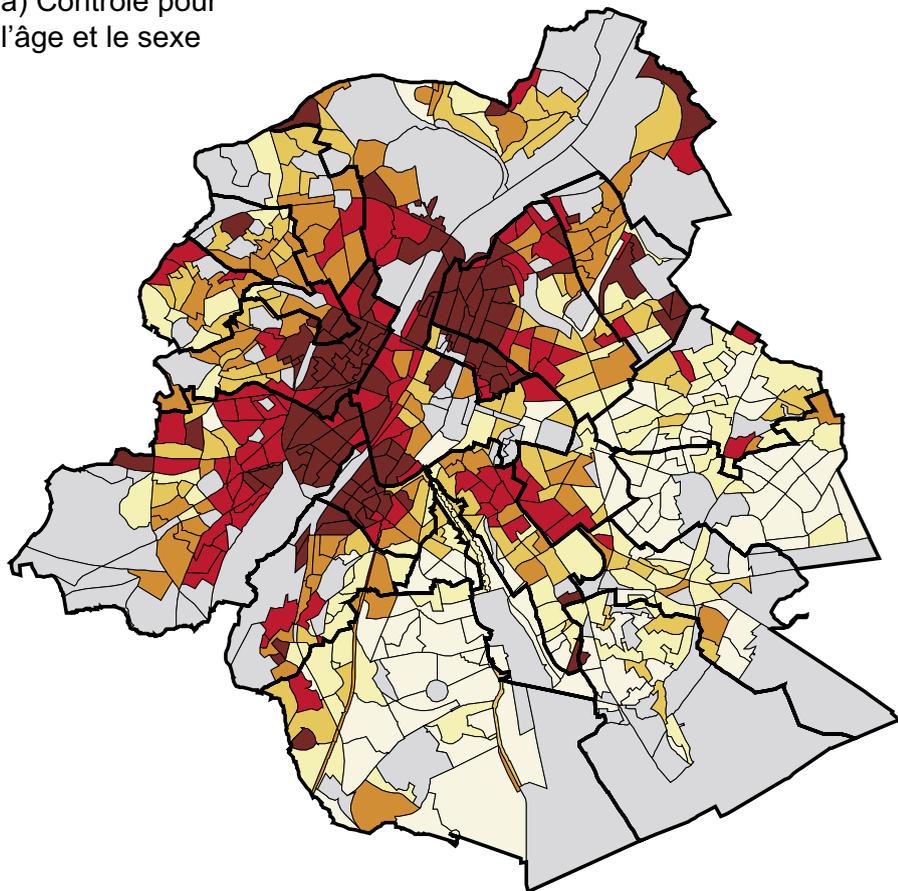
les positions relatives des quartiers bruxellois en matière de risques : après contrôle pour le niveau d'instruction, le nombre de secteurs se situant dans le groupe supérieur est 4 fois moindre et on constate une nette concentration dans le deuxième quintile.

Le contrôle pour le logement (confort, qualité et statut d'occupation du logement ensemble) réduit de moitié encore le nombre de secteurs dans le quintile supérieur (**modèle 4**). Dans les secteurs des deuxième et troisième quintiles, le risque relatif diminue également et on constate un déplacement vers le quatrième quintile qui regroupe à présent un tiers de tous les secteurs statistiques.

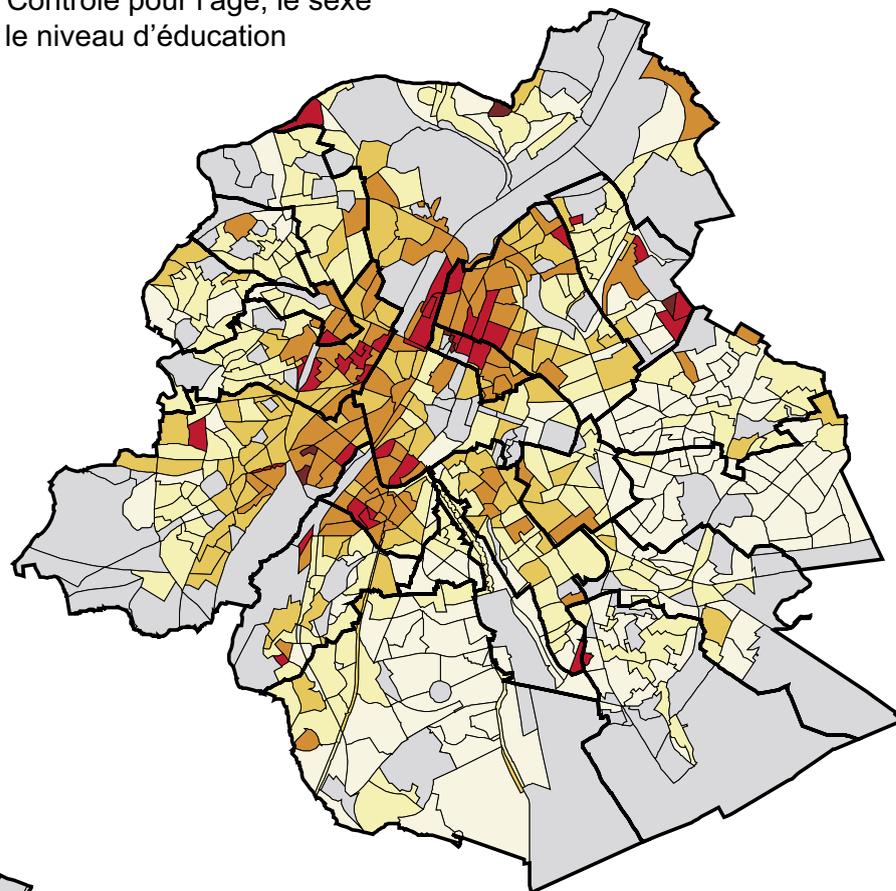
L'introduction de la nationalité comme facteur de contrôle (**modèle 5**) va une fois de plus réduire de moitié le nombre de secteurs dans le quintile supérieur et poursuivre encore le déplacement de secteurs. Seuls 12 secteurs restent encore dans les limites de classe initiales du quintile supérieur.

Dans les secteurs qui, après contrôle pour le niveau d'instruction, le logement et la nationalité, font toujours partie du quintile supérieur ou du deuxième quintile supérieur, on constate une nette surreprésentation des quartiers à logements sociaux (carte 9-06c). Ce phénomène est la conséquence de mécanismes de sélection. Les personnes ayant des problèmes de santé peuvent bénéficier d'un traitement de faveur lors de l'attribution d'un logement social. La politique qui consiste à tenir compte des problèmes de santé dans le cadre du logement social a donc un effet réel. Le fait qu'après contrôle pour les variables socio-économiques, certains secteurs continuent de présenter un statut de santé relatif moins satisfaisant ne doit donc pas toujours être considéré comme préoccupant. Il serait toutefois souhaitable de mener des recherches plus approfondies concernant ces secteurs statistiques afin de mieux identifier les mécanismes responsables de la situation de santé moins favorable qui y est constatée.

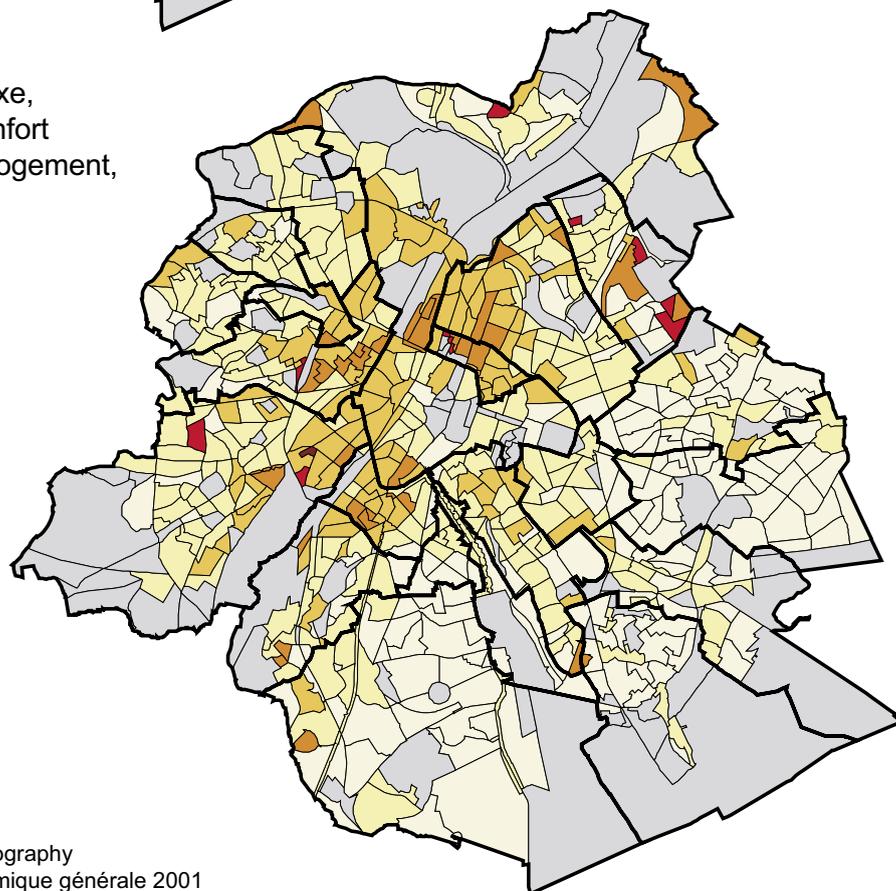
a) Contrôlé pour l'âge et le sexe



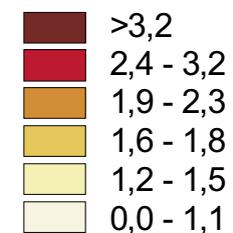
b) Contrôlé pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation



c) Contrôlé pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le confort & le statut d'occupation du logement, la nationalité



Risque relatif vis-à-vis du secteur de référence (esposant B-valeur)



<200 habitants ou <250 hab/km<sup>2</sup>

0 1 2 km

Cartographie : VUB - Interface Demography  
Source : INS - enquête socio-économique générale 2001

## 10. Pouvons-nous réduire l'inégalité de santé entre les quartiers ?

La répartition inégale de la santé entre les quartiers soulève d'emblée la question de l'influence du lieu d'habitation sur la santé. Il va de soi qu'il existe une relation entre domicile et santé. L'analyse des données du recensement de 2001 confirme ce lien de manière convaincante. Les différenciations spatiales sont bien visibles tant au niveau régional qu'au niveau des secteurs statistiques.

La question qui se pose à présent est la suivante : comment se développe cette relation et quels sont les mécanismes qui font que la santé varie en fonction du lieu d'habitation ?

Au niveau national, il nous est possible de démontrer qu'après contrôle des facteurs sociodémographiques, il subsiste d'importantes différences de santé. Cette constatation vient renforcer la thèse selon laquelle l'environnement de vie a également un impact sur la santé. La notion d'environnement de vie doit être interprétée au sens le plus large, les facteurs purement environnementaux (pollution de l'air, utilisation de pesticides, composition du sous-sol), l'offre des services de santé (infrastructure) ainsi que l'environnement social et culturel jouant un rôle important.

Ainsi les différences de mortalité et de morbidité entre les régions subsistent en partie après contrôle pour les caractéristiques socio-économiques. Différentes particularités peuvent expliquer ce phénomène, chacune d'elles contribuant au développement de profils régionaux. Ainsi, la différence de mortalité par affections cardiaques entre le Luxembourg et Bruxelles peut, par exemple, s'expliquer par la rapidité d'intervention. Les différences de mortalité entre la Wallonie et la Flandre qui subsistent après contrôle pour les facteurs socio-économiques individuels pourraient notamment être dues à des habitudes alimentaires différentes (consommation de beurre, matières grasses, frites versus margarines de régime, légumes, fruits et poissons). Les différences dans la consommation d'alcool auraient une incidence sur la mortalité spécifique par cause constatées dans les zones frontalières avec la France, dans les provinces du Hainaut et de Namur. L'état de santé moins satisfaisant constaté dans le Borinage et l'ancien axe industriel wallon jusqu'en terre liégeoise, qui subsiste après contrôle pour les différences socio-économiques, s'explique aussi par le passé industriel. Il n'est pas évident de déterminer le rôle d'éléments tels que les caractéristiques environnementales historiques ou actuelles, la pollution, une dégradation supplémentaire de la santé dans le secteur de l'industrie lourde et minière ou encore des facteurs socio-psychologiques dus à un taux élevé de chômage ou aux paysages sinistrés qu'offrent les anciens sites industriels et quartiers ouvriers.

En cas de pollution ponctuelle comme la présence de métaux lourds dans les environs de Métallurgie-Hoboken ou de cadmium en Campine du nord, la relation entre lieu d'habitation et santé est matériellement évidente. Cette pollution ponctuelle n'a toutefois pas nécessairement un impact perceptible sur la situation générale de la santé de la population. Il ne s'agit en effet que de l'un des nombreux éléments qui contribuent l'état de santé final.

La persistance de différences de santé au niveau régional, après contrôle pour les caractéristiques socio-économiques, a également été constatée dans d'autres pays et notamment au Royaume-Uni où il est clairement question d'un contraste nord-sud en ce qui concerne la santé (Sloggett et Joshi, 1998; Doran, Drever et al., 2004).

Au niveau local, au sein de la Région bruxelloise, les effets de composition semblent jouer le rôle principal. En effet, après contrôle pour les facteurs socio-économiques, pratiquement toutes les différences de santé disparaissent. Ce n'est pas l'environnement qui est déterminant mais plutôt les personnes vivant dans le quartier. Cette conclusion rejoint de nombreuses études internationales qui, dans le meilleur des cas, n'ont démontré qu'un faible effet contextuel, minime par rapport à l'énorme influence des caractéristiques individuelles (Pickett et Pearl, 2001).

La différence entre l'influence de la composition de la population (effet de composition) et l'influence de l'environnement (effet contextuel) est, à beaucoup d'égards, plus théorique que réelle et est dans la pratique difficile à discerner (Macintyre, Ellaway et al., 2002). Aussi cette discussion n'est-elle pas des plus pertinentes ici. En revanche, les caractéristiques socio-économiques individuelles de la population sont de toute évidence étroitement liées à l'état de santé moyen du quartier.

L'impact de la composition de la population sur la santé est indirect (via des caractéristiques de la population liées à la santé comme, par exemple, la proportion plus élevée de personnes ayant travaillé dans l'industrie lourde) ou direct, via la sélection d'une population qui a développé des comportements de santé particuliers suit un modèle de santé différent (par exemple, la proportion plus élevée de personnes qui fument en raison de leur environnement culturel).

A la limite, la santé joue elle-même un rôle dans le choix de l'endroit où on s'établit. Ce phénomène est très clair dans le cas des maisons de repos et de soins : les personnes âgées qui se retrouvent seules et sont en moins bonne santé s'y installent en raison de leur état de santé. Bien que les ménages collectifs n'aient pas été inclus dans cette analyse, leur influence n'a pas totalement disparu. Le fait que dans la Région bruxelloise, des personnes résidant dans un ménage collectif soient inscrites comme isolés explique la situation relativement mauvaise de la santé dans un certain nombre de secteurs abritant des établissements de ce genre. Cet effet de sélection joue évidemment aussi un rôle important dans le profil de santé plus défavorable de plusieurs quartiers de logements sociaux.

Au niveau de la Région, l'effet de ségrégation sociale globale est beaucoup plus important. L'inégalité de santé entre les groupes démographiques est la conséquence de facteurs sociaux générateurs de mauvaise santé. Si nous pouvons constater, au sein de la Région, une telle inégalité entre les secteurs c'est parce que ces mêmes facteurs sociaux déterminent l'accès au marché du logement. Le niveau d'instruction, la carrière professionnelle et les revenus donnent accès au meilleur ou moins bon segment du marché du logement et ipso facto aux meilleurs ou moins bons quartiers. C'est la raison pour laquelle, même si elle est sujette à des mouvements migratoires intenses, la Région bruxelloise continue de reproduire un schéma tenace d'inégalité de santé. Les migrations ne modifient pas la composition sociale du quartier. Les personnes qui restent vivre dans un quartier moins favorable n'ont pas toujours le choix. Même les migrants (originaires de l'étranger ou d'autres régions) s'établissent de manière sélective dans la ville en fonction de leurs moyens financiers. Nous pouvons même constater que la distribution spatiale de la santé peut mettre en évidence les processus de gentrification dans la ville.

Cela n'exclut pas que le lieu d'habitation peut, à son tour, influencer la santé de manière positive ou négative. L'environnement résidentiel direct est l'un des environnements sociaux et physiques au travers desquels agissent les mécanismes qui font que le statut socio-économique joue un rôle aussi déterminant sur la santé qui étaient évidents au cours de la deuxième moitié du 19ème siècle et au début du 20ème et qui ont été à l'origine de l'assainissement des quartiers ne sont manifestement plus présents. Il existe toutefois pour un certain nombre de facteurs environnementaux tels que le bruit, la pollution atmosphérique, les espaces verts, l'aspect des immeubles, une distribution spatiale qui correspond plutôt à la distribution spatiale des quartiers défavorisés. De plus, si on se penche sur la qualité du logement, qui est aussi beaucoup moins bonne dans les mêmes quartiers, on retrouve certains facteurs dont on connaît l'impact sur la santé tels que les problèmes d'humidité, les moisissures, les anciennes peintures contenant du plomb, les tuyauteries en plomb, ... Même en l'absence des grands problèmes visibles de surpopulation et des maladies épidémiques auxquels on était confronté au 19ème siècle, les logements de mauvaise qualité et la surpopulation dans des habitations trop exigües peuvent avoir une influence négative tant sur la santé physique que mentale. L'intervention d'autres effets environnementaux importants dans la Région bruxelloise est improbable bien que cette éventualité ne puisse être totalement exclue pour certains sites.

Les importantes différences de santé entre les quartiers semblent donc être dues à un ensemble de facteurs complexe. Un accès sélectif au marché du logement lié au statut socio-économique représente le principal élément en Région bruxelloise. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de discerner l'impact

supplémentaire du quartier sur la santé (Oakes, 2004). Il n'est donc pas question d'un quelconque effet général de l'environnement résidentiel sur la santé mais plutôt d'un ensemble très varié de facteurs qui s'associent ou s'annulent pour générer les différences spatiales de santé constatées (Macintyre, Ellaway et al., 2002). Même les migrations fréquentes au sein de la Région n'ont qu'une faible influence. Une partie importante de cette mobilité a lieu entre quartiers et logements du même type. En conséquence, même si certaines personnes restent relativement peu de temps dans un même environnement résidentiel, elles accumulent durant leur vie le même type de déterminants négatifs de la santé.

En termes de politique de santé, cette situation implique qu'il faille suivre simultanément plusieurs pistes. Des campagnes en matière de santé publique orientées vers le tabagisme ou les habitudes alimentaires peuvent contribuer à l'amélioration de la santé de la population (bien qu'elles puissent aussi indirectement contribuer à une plus grande inégalité. On a en effet constaté que les personnes ayant un niveau d'instruction élevé ont beaucoup plus tendance à adopter des modes de vie sains. Il importe donc que, lors de ces campagnes, une attention particulière soit apportée pour toucher les groupes cibles plus vulnérables).

La réhabilitation d'un quartier, l'aménagement d'espaces verts, la suppression du bruit, la réduction de la pollution liée aux particules fines dans les milieux urbains sont autant de mesures qui contribuent à l'amélioration de la santé et, éventuellement, à la réduction de l'inégalité de santé car tous ces mécanismes jouent en effet un rôle dans la dégradation de la santé. Toutefois, une politique qui aborde tous ces éléments ne fera disparaître qu'une partie de ces inégalités. Une politique généralement axée sur la suppression des inégalités de statut socio-économique est au moins tout aussi fondamentale. L'emploi est de toute évidence un élément-clé auquel sont liés de nombreux problèmes sociaux y compris la santé. Investir dans l'emploi est également une politique qui peut être rentable par l'amélioration de la santé de la population et, en termes purement économiques, la réduction des dépenses de santé.

Les jeunes requièrent une attention particulière. Surtout pour les enfants en bas âge, le quartier joue, au même titre que l'influence directe de l'environnement familial, un rôle capital pour le développement ultérieur de la santé. Il est, à cet égard, particulièrement inquiétant de constater que 26,6% des enfants bruxellois naissent dans des familles ne disposant d'aucun revenu du travail (Observatoire de la Santé et du Social, 2005) et que les quartiers abritant le plus d'enfants sont souvent aussi les plus défavorisés.

## 11. Bibliographie

Bossuyt N., Gadeyne S., et al. (2004). Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *Public Health* 118 : 3-10.

Bossuyt N. et Van Oyen H. (2000). *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradient in België*. Brussel, Scientific Institute of Public Health, Unit Epidemiology.

Case A. et Paxson C. (2005). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *Demography* 42(2) : 189-214.

Deboosere P., Demarest S., et al. (2006). Enquête Socio-économique générale 2001 : *Santé et Soins informels, Monographie n° 11*, Bruxelles.

Deboosere P. et Gadeyne S. (2006). *Self assessed health and mortality in migrant communities in Belgium*. Population Association of America, Los Angeles.

Doran T., Drever F. et al. (2004). Is there a north-south divide in social class inequalities in health in Great-Britain? Cross sectional study using data from the 2001 census. *British Medical Journal* 328 : 1043-1045.

Elliott P., Wakefield J.C., et al., Eds. (2000). *Spatial Epidemiology, Methods and Applications*. New York, Oxford University Press.

Gadeyne S. et Deboosere P. (2002). *Socio-economische ongelijkheid in sterfte op middelbare leeftijd in België. Een analyse van de Nationale Databank Mortaliteit*. Brussels, Statistics Belgium.

Haynes, R. et Gale S. (1999). Mortality, long-term illness and deprivation in rural and metropolitan wards of England and Wales. *Health & Place* 5 : 301-312.

Hou, F. et Myles J. (2005). Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health. *Social Science & Medicine* 60 : 1557-1569.

Idler E. et Benyamini Y. (1997). Self-rated health and mortality : a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour* 38 : 21-37.

Kroeger A. (1988). Modules 10-12, morbidity and specific diseases, conditions and symptoms. *Training modules for household surveys on health and nutrition*. W. H. Organization. Geneva.

Macintyre S., Ellaway A., et al. (2002). Place effects on health : how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 55 : 125-139.

Marmot M. et Wilkinson R.G., Eds. (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Mitchell R., Gleave S., et al. (2000). Do attitude and area influence health? A multilevel approach to health inequalities. *Health & Place* 6 : 67-79.

Moens G. F. G. (1982). Verschillen in sterftepatroon van de Brusselse bevolking in 1970. *Arch. Belg. Med. Soc.* 40 : 122-136.

Moens G. F. G. (1984). Some aspects of the geographical mortality pattern of the Brussels population in 1970. *Social Science and Medicine* 18(1) : 59-62.

Neels K. et Stoop R. (2000). Reassessing the ethnic gap. Employment of younger Turks and Moroccans in Belgium. *Communities and Generations. Turkish and Moroccan populations in Belgium*. R. Lesthaeghe, NIDI-CBGS Publications. 36 : 279-320.

Oakes J. M. (2004). The (mis)estimation of neighborhood effects : causal inference for a practicable social epidemiology. *Social Science & Medicine* 58 : 1929-1952.

Observatoire de la Santé et du Social (2005). *Baromètre social*. [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be)

Observatoire de la Santé et du Social (2006). Statistiques sanitaires et sociales en Région de Bruxelles-Capitale. Edition 2006-01. Fiche 19 : Commune de Woluwé-Saint-Pierre.

Pickett K. et Pearl M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socio-economic context and health outcomes : a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55 : 111-122.

Sadana, R. (2002). Development of standardized health state descriptions. *Summary Measures of Population Health*. A. D. Lopez. Geneva.

Shaw M., Dorling D., et al. (1999). *The widening gap. Health inequalities and policy in Britain*. Bristol, The Policy Press.

Sloggett A. et Joshi H. (1998). Deprivation indicators as predictors of life events, 1981-1992, based on the ONS Longitudinal Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52(4) : 228-233.

Spiers N., Jagger C., et al. (2003). Are Gender Differences in the Relationship Between Self-Rated Health and Mortality Enduring? Results From Three Birth Cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *Gerontologist* 43 : 406-411.

Vanneste D., Thomas I., et al. (2004). Fysische staat van de woning. *Ruimte en Planning* 24(4) : 12-36.