



ÉTAT DE SANTÉ



avec la participation du
FEDER



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Directions Régionales des Affaires
Sanitaires et Sociales
de Picardie
de Champagne-Ardenne
du Nord - Pas-de-Calais



Sommaire

Contexte	3
Santé perçue.....	5
Indice de masse corporelle	7
Maladies chroniques.....	11
Restriction d'activité	17
Ce qu'il faut retenir	18
Glossaire	18
Bibliographie.....	19

CONTEXTE

En utilisant plusieurs sources de données de santé, il est possible d'appréhender l'état de santé d'une population de manière fiable. Parmi celles-ci, les enquêtes nationales de santé par interview qui se déroulent tous les quatre ans en Belgique et tous les dix ans en France recellent une mine d'informations.

Elles offrent la possibilité, unique dans l'état actuel des données disponibles sur la santé, de croiser à partir d'une même source de nombreuses caractéristiques sociologiques, démographiques et économiques des individus (et des ménages) avec leur état de santé – morbidité déclarée et indicateurs de santé –, leurs caractéristiques de mode de vie et leur consommation de soins curatifs ou préventifs.

La présentation de l'État de santé des populations est basée principalement sur l'enquête décennale de santé de 2002 en France et sur l'enquête nationale de santé de 2001 en Belgique. Une comparaison des enquêtes des deux pays a été menée afin d'identifier les questions dont les énoncés et les items sont identiques ou suffisamment proches pour rendre pertinentes les comparaisons.

Les données présentées portent sur la santé perçue, l'indice de masse corporelle, les maladies chroniques et les restrictions d'activité.

L'enquête décennale de santé de 2002-2003 (France)

Les enquêtes Santé de l'Insee sont réalisées à un rythme décennal depuis 1960. Elles ont pour objectif principal, à partir d'un échantillon représentatif de « ménages ordinaires »¹, d'estimer la consommation médicale annuelle de la population résidant sur le territoire métropolitain, et d'y associer la morbidité déclarée, incidente² et prévalente³. L'édition 2002-2003 s'est déroulée sur un an en cinq vagues, couvrant les douze mois allant d'octobre 2002 à septembre 2003.

L'enquête est planifiée de telle sorte que les adultes concernés soient présents aux trois visites de l'enquêteur car le questionnement se fait en face-à-face strict, sans recours à un « proxy » (une autre personne du ménage ou un aidant naturel connaissant bien la personne sélectionnée, qui répond à sa place). Entre les visites, les ménages remplissent le carnet de soins et conservent les emballages des médicaments achetés ainsi que les ordonnances. La durée d'enquête par ménage est de deux mois ; chaque visite dure en moyenne une heure.

L'enquête 2002-2003 comprend la réalisation de cinq extensions régionales, rendant possibles les interprétations des résultats à cette échelle : en Champagne - Ardenne, Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais, Picardie et Provence - Alpes - Côte d'Azur. Au total, près de 41 000 personnes ont répondu à l'enquête, dont 2 536 en Champagne-Ardenne, 2 719 en Picardie et 4 038 en Nord – Pas-de-Calais.

Le questionnaire de la première visite porte sur les caractéristiques socio-démographiques du ménage et de chaque individu, la protection sociale des membres du ménage, les gênes et handicaps, les questions individuelles sur les maladies et problèmes de santé, le recours au médecin et les hospitalisations durant les douze derniers mois.

Lors de la première visite, des auto-questionnaires santé, validés aux niveaux international et national et différents selon l'âge de l'individu (11-14 ans, 15-17 ans et 18 ans et plus), sont également remis et permettent d'interroger les individus sur la perception de leur qualité de vie, sur des problèmes de santé spécifiques (dépression, asthme, migraines, lombalgies) et certains facteurs de risque (consommation de tabac et d'alcool, conditions de travail).

La deuxième visite débute par une actualisation de la liste des maladies ou problèmes de santé déclarés en première visite (oubliés, nouvelle maladie), puis porte sur les antécédents chirurgicaux, les interruptions d'activité, les alitements et les consommations médicales sur la période (hospitalisations, consultations, biologie clinique, actes diagnostics, actes paramédicaux, médicaments...).

Enfin, la dernière visite refait le point sur l'actualisation des listes des maladies et problèmes de santé, des interruptions d'activité et alitements, et sur les consommations médicales pendant la période, avant d'interroger la personne sur ses incapacités physiques et déficiences, ses habitudes alimentaires et ses actes de prévention.

¹ Personnes vivant de façon autonome dans un logement indépendant.

² Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou nombre de personnes atteintes de cette maladie dans une population pendant une période déterminée.

³ Nombre de cas d'une maladie donnée ou nombre de personnes atteintes de cette maladie, existant dans une population à un moment donné, sans distinction entre les nouveaux et les anciens cas.

Comité de rédaction :

ORS Champagne-Ardenne : Delphine Gouzer, Noémie Oswald, Marie Antoinette Castel Tallet

OR2S Picardie : Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon

OSH : Paul Berra, Pénélope Fiszman, Véronique Tellier, Nicole Thauvoys, Luc Berghmans

Relecteurs :

ORS Haute-Normandie : Gaëlle Hochart

L'enquête nationale de santé de 2001 (Belgique)

Les objectifs de l'enquête de santé belge fixés par l'Institut scientifique de santé publique sont similaires à ceux de l'enquête décennale française. Ils sont formulés comme suit : identification des priorités en matière de santé, description de l'état de santé, des comportements de santé et des besoins en santé de la population, analyse des inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins de santé, étude de la consommation de soins et de ses déterminants, et, enfin, observation des tendances au cours du temps puisque cette enquête se déroule depuis 1997 (1997, 2001 et 2004).

La collecte des données se déroule sur une année et a comme unité de sondage le ménage. Des grappes de 50 ménages sont échantillonnées dans les unités géographiques sélectionnées selon une méthode qui assure la participation des habitants de chaque grande commune et celle d'au moins une partie des petites entités. Cet échantillonnage se fait sur base de la personne de référence inscrite au registre national et selon des critères d'âge et de taille du ménage.

La personne de référence ainsi que son conjoint sont systématiquement interrogés ainsi qu'un maximum de deux autres personnes du ménage, choisis selon un procédé aléatoire. L'enquête se fait en un temps et comporte trois questionnaires différents : une feuille de ménage, un questionnaire en face-à-face (interview) et un questionnaire écrit auto-administré.

La feuille de ménage porte sur la composition de la famille, ses revenus, ses dépenses en soins de santé, son logement et son environnement.

Le questionnaire en face-à-face aborde les maladies et affections chroniques, les affections aiguës, les traumatismes (accidents), les activités physiques, les incapacités physiques de courte ou longue durée, les consommations de soins (contacts avec un médecin généraliste ou spécialiste, avec le service d'urgence d'un hôpital, avec un dentiste, hospitalisation, consommation de médicaments), les vaccinations, la nutrition et le profil socio-économique de la personne. Contrairement à l'enquête française, un proxy peut répondre à la place de la personne sélectionnée dans certaines conditions.

Le questionnaire par écrit a été posé aux personnes de 15 ans et plus. Il comporte des questions sur des thèmes estimés plus personnels ou plus intimes comme la perception de la santé, les plaintes en matière de santé (liste de symptômes), la vie sociale, la consommation de tabac, d'alcool et d'autres produits, la nutrition, les traumatismes, la santé mentale (bien-être émotionnel), la satisfaction des patients, la prévention (tension artérielle, cholestérol, diabète), la sexualité, le dépistage de cancer (sein et col de l'utérus).

Territoires concernés

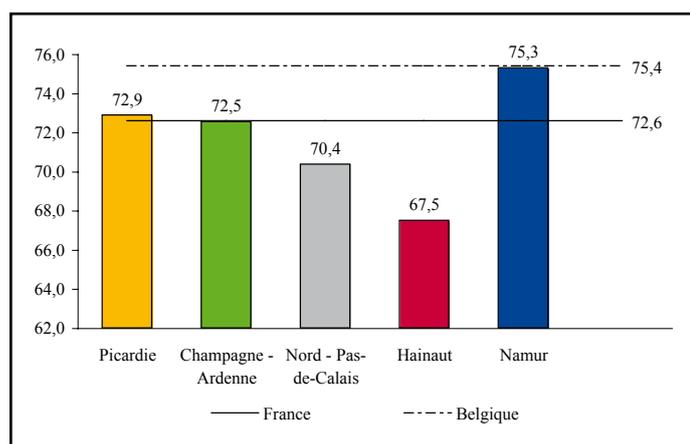
Côté belge, l'unité géographique reste inchangée, à savoir les provinces du Hainaut et de Namur.

Côté français, les résultats de l'enquête décennale ne sont pas représentatifs au niveau du département. Il faut considérer le niveau régional pour obtenir des résultats représentatifs (Picardie, Champagne-Ardenne et Nord - Pas-de-Calais).

Santé perçue

Comme le rappelle la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La perception qu'une personne peut avoir de son état de santé revêt donc une importance capitale. Bien que subjective et liée à des facteurs émotionnels individuels, la littérature a montré que cet indicateur était fortement corrélé à l'état de santé objectivable par des professionnels.

Figure 1 Proportions de personnes de 18 ans et plus se jugeant en bonne santé (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Trois Belges ou Français sur quatre (respectivement 75,4 % et 72,6 %) se disent en bonne santé⁴.

Dans la zone étudiée, le Hainaut présente le plus faible pourcentage de personnes se déclarant en bonne santé (67,5 %) tandis qu'en province de Namur, 75,3 % de personnes se déclarent en bonne santé, soit autant que la moyenne belge.

Côté français, les régions de Picardie et de Champagne-Ardenne présentent des proportions intermédiaires et sont proches de la moyenne nationale alors que la région du Nord – Pas-de-Calais est bien en dessous des régions françaises de la zone étudiée (respectivement 72,9 %, 72,5 % et 70,4 % contre 72,6 % au niveau national).

Les personnes de 18 à 64 ans se déclarent plus souvent en bonne santé que les plus âgés. La Belgique compte 81,6 % des 18-64 ans en bonne santé, contre 51,1 % des 65 ans et plus. La France métropolitaine a des proportions plus faibles avec respectivement 79,4 % et 45,9 %.

Les pourcentages de 18-64 ans en bonne santé se situent dans une fourchette plus étroite que pour leurs aînés : entre 74,6 % dans la province du Hainaut et 81,3 % dans la province de Namur, soit un différentiel de 6,7 points ou 9 %. Les minimum et maximum pour les 65 ans et plus se retrouvent également dans ces deux provinces puisque 37,7 % de 65 ans et plus se disent en bonne santé dans le Hainaut contre 50,5 % dans la province de Namur (différentiel de 12,8 points soit un tiers en plus).

Questions posées

Santé perçue

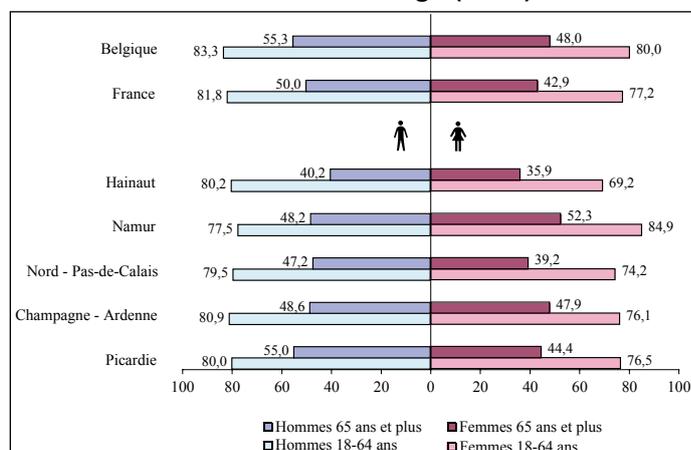
Belgique : Comment est votre état de santé général (très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais) ?

France : Comment pensez-vous votre état de santé (très bon / bon / moyen / mauvais / très mauvais) ?

Quel que soit l'âge, les femmes se déclarent généralement en moins bonne santé que les hommes, sauf en province de Namur.

L'écart entre les genres est particulièrement important dans la province du Hainaut, chez les 18-64 ans (69,2 % de femmes en bonne santé contre 80,2 % chez les hommes) et en Picardie, chez les 65 ans et plus (44,4 % de femmes se jugeant en bonne santé contre 55,0% d'hommes).

Figure 2 Proportions de personnes se jugeant en bonne santé, selon le sexe et l'âge (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

⁴ Pour cette question, nous avons regroupé les catégories de réponses proposées pour avoir au final une dichotomie « bon » (très bon, bon) / « mauvais » (moyen, mauvais, très mauvais).

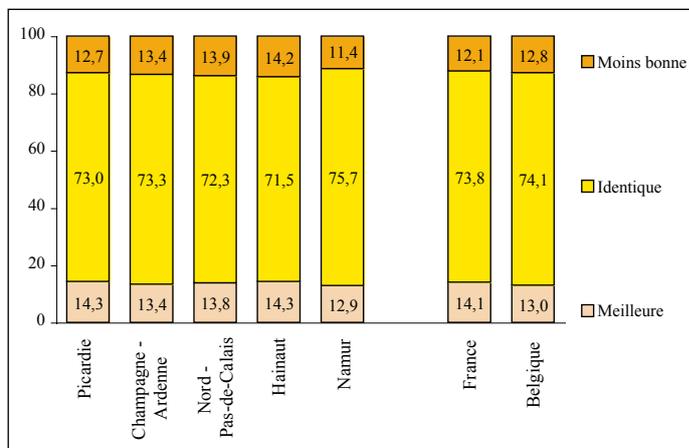
Évolution de l'état de santé

La question était de savoir comment les personnes interrogées estiment l'évolution de leur santé depuis un an. Un peu plus de sept personnes sur dix (entre 71,5 % et 75,7 %) pensent avoir une santé identique par rapport à l'année précédente.

Globalement, à part la province de Namur, les régions et provinces de la zone étudiée ont des proportions de personnes se déclarant en moins bonne santé supérieures aux moyennes nationales (12,1 % en France métropolitaine et 12,8 % en Belgique).

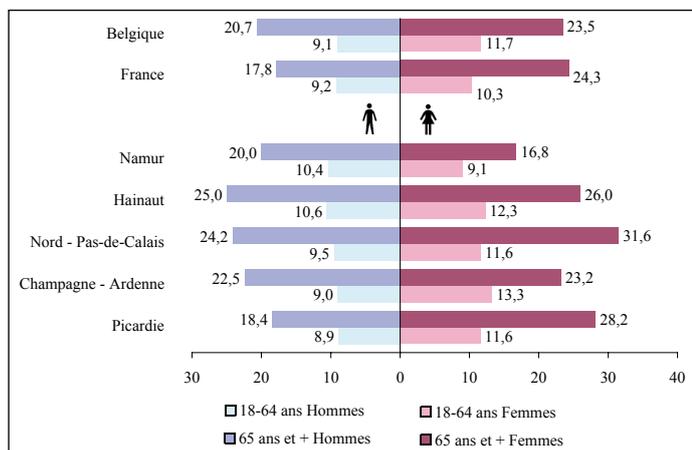
Les 18-64 ans sont plus nombreux à se déclarer en meilleure santé par rapport à l'année précédente que les 65 ans et plus : respectivement 15,7 % et 7,8 % en France métropolitaine, et 14,0 % et 9,4 % en Belgique. Les écarts entre les deux classes d'âge sont moins importants côté belge, y compris pour les moyennes nationales (7,9 points de différence en France métropolitaine contre 4,6 points en Belgique).

Figure 3 Proportions d'individus se déclarant en moins bonne, en meilleure santé ou de santé identique par rapport à l'année précédente (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Figure 4 Proportions d'individus se déclarant en moins bonne santé par rapport à l'année précédente, selon le sexe (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

De la même manière que les femmes s'estiment en règle générale en moins bonne santé que les hommes, elles affirment également plus souvent que leur santé a tendance à se dégrader, et ce quel que soit l'âge. Ici encore, la province de Namur fait exception.

Chez les 18-64 ans, 13,3 % des femmes de Champagne – Ardenne estiment avoir une moins bonne santé contre 9,0 % des hommes. Elles sont 12,3 % dans le Hainaut (contre 10,6 % des hommes), 11,6 % en Picardie et dans le Nord – Pas-de-Calais (contre respectivement 8,9 % et 9,5 % des hommes) et seulement 9,1 % dans la province de Namur (pour 10,4 % d'hommes).

À 65 ans et plus, le Nord – Pas-de-Calais a la plus forte proportion de femmes se plaignant d'avoir une moins bonne santé que l'année précédente (31,6 %), tandis que Namur garde le plus faible pourcentage (16,8 %). Chez les hommes, ce sont les provinces du Hainaut et la région de Picardie qui ont respectivement la plus forte et la plus faible proportion d'hommes en moins bonne santé que l'année précédente (25,0 % et 18,4 %).

Questions posées

Évolution de la santé perçue

Belgique : Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment (bien meilleur que l'an dernier / plutôt meilleur / à peu près pareil / plutôt moins bon / moins bon) ?

France : Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment (bien meilleur que l'an dernier / plutôt meilleur / à peu près pareil / plutôt moins bon / moins bon) ?

Indice de masse corporelle

Classiquement, on mesure la corpulence relative grâce à l'indice de Quetelet ou Indice de masse corporelle (IMC) qui reflète assez bien la proportion de tissu gras dans le corps.

L'indice de masse corporelle est une mesure simple tenant compte du poids par rapport à la taille et permettant de définir si un individu est en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) ou si sa corpulence est normale. Cet indice s'applique aux deux sexes et aux adultes de 18 ans et plus.

L'indice de Masse Corporelle (IMC) ou Indice de Quetelet est calculé selon la formule suivante :

$$\text{IMC} = \text{Poids en kg}/(\text{taille en m})^2.$$

Selon les normes de l'IOTF (*international obesity task force*), le poids est considéré comme :

- bas (maigre) lorsque l'IMC < 20
- normal lorsque l'IMC est ≥ 20 mais < 25
- trop élevé (surpoids) lorsque l'IMC est ≥ 25 mais < 30
- beaucoup trop élevé (obésité) lorsque l'IMC est ≥ 30
- à partir de 40, on parle d'obésité morbide.

Ces bornes ne sont valables que pour les personnes de 18 ans et plus. Chez les plus jeunes, cet indice n'est pas constant. Il évolue avec l'âge. C'est vers 6 ans qu'il est le plus faible. Il remonte ensuite jusqu'à 18 ans environ, âge à partir duquel il est assez stable. Chez les moins de 18 ans, on interprète la valeur de l'IMC grâce à des tables de références internationales pour l'excès de poids (Tim Cole) et aux références de Madame Rolland-Cachera pour les poids inférieurs à la normale.

L'épidémie de surcharge pondérale que vivent les régions fortement industrialisées et les grandes villes de manière plus générale sera un des facteurs clefs de la morbidité et de la consommation de soins des années à venir en raison de tous les problèmes de santé qui lui sont associés. D'aucuns prédisent même qu'elle entraînera prochainement une diminution de l'espérance de vie.

Le surpoids et l'obésité augmentent partout dans le monde, tant chez les adultes que chez les enfants. Ils résultent principalement d'apports alimentaires excessifs par rapport aux dépenses et d'un manque d'activité physique. La surcharge pondérale est associée à une prévalence accrue et à une gravité plus importante de nombreuses maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (cardiopathie, accident vasculaire cérébral), le diabète de type II, les troubles musculo-squelettiques (arthrose), etc. Elle affecte également la santé mentale et sociale.

L'excès de poids, le nombre de kilos en trop, est un bon indicateur de risque ou d'existence d'un problème de santé ou de comportement de santé. L'objectif de lutte contre l'obésité ou d'une meilleure prise en charge ou de prévention de l'obésité ne doit pas être uniquement formulé en termes de kilos à perdre, de corpulence à maintenir ou à réduire mais bien en termes d'équilibre de vie à restaurer, d'alimentation adéquate et d'activité physique suffisante.

Il est opérationnellement difficile et coûteux de mesurer la prévalence de l'excès de poids dans une population sur base de mesures fiables, prises dans des conditions standardisées, tant pour le poids que la taille. C'est pourquoi la plupart des enquêtes de santé se basent sur les déclarations des personnes interrogées en considérant qu'elles connaissent leur poids et leur taille de façon suffisamment précise. C'est notamment le cas tant dans l'enquête nationale de santé belge que dans l'enquête décennale française.

La littérature rapporte cependant des différences entre le poids et la taille estimés et les mesures objectives et ce, tant chez les adultes que chez les jeunes. Les différences vont toujours dans le sens d'une sous-estimation du poids et parfois dans le sens d'une surestimation de la taille.

L'Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie a publié, en mars 2004 [17], une étude portant sur la santé des jeunes où le poids et la taille étaient à la fois déclarés par les jeunes eux-mêmes et mesurés par les médecins du centre d'examen de santé. Des différences ont été constatées pour la proportion de surcharge pondérale : de deux points chez les garçons (15 % pour les données déclaratives et 17 % pour les données mesurées) et de un point pour les filles (respectivement 16 % et 17 %), avec des proportions toujours plus importantes pour les données réelles.

De même, une autre étude publiée par l'OR2S en juin 2007 [8] a étudié les écarts entre le déclaratif et le mesuré concernant le poids et la taille, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et les troubles auditifs *via* l'extension régionale de l'enquête décennale réalisée en Picardie.

Ainsi, 13,3 % des personnes sont jugées obèses d'après le poids et la taille qu'elles ont déclarés contre 16,2 % lorsque les données sont mesurées. La différence provient d'une sous-déclaration du poids (en moyenne 3 kilos) et d'une sur-estimation de la taille (en moyenne 1 cm).

Par ailleurs, deux personnes sur cinq pouvant présenter une hypertension artérielle ne la déclarent pas. Il en est de même pour deux personnes sur cinq en ce qui concerne l'hypercholestérolémie et pour deux personnes sur trois pour les troubles auditifs.

Lors des enquêtes nationales de santé effectuées en France et en Belgique, un peu moins d'un individu sur deux déclare un poids « normal » par rapport à sa taille : 49,9 % en France métropolitaine et 45,6 % en Belgique.

La proportion de personnes ayant un indice de masse corporelle normal est plus faible dans les provinces belges étudiées que dans les régions françaises.

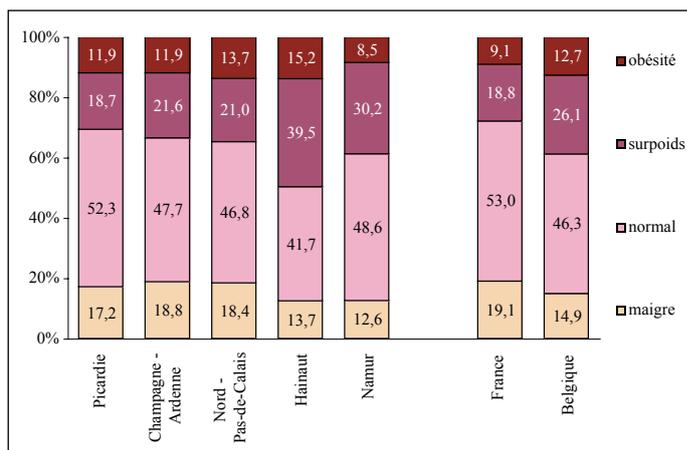
Chez les femmes, on observe plus de surcharge pondérale en Belgique (26,1 % en Belgique contre 18,8 % en France) et plus de maigreur en France (17,8 % en France contre 9,9 % en Belgique).

La Picardie est la seule région/province à avoir une majorité de femmes (52,3 %) de corpulence normale. Les autres régions en ont moins de 49 % avec un minimum dans la province du Hainaut (41,7 %).

Le Hainaut a par ailleurs la proportion la plus importante de femmes en surcharge pondérale (54,7 %, dont 39,5 % en surpoids et 15,2 % en obésité).

La maigreur des femmes est plus présente côté français du territoire, avec un écart maximal de 6,2 points entre la Champagne-Ardenne (18,8 % de maigres) et Namur (12,6 %).

Figure 5 Répartition de la population selon l'Indice de masse corporelle, femmes (en %)



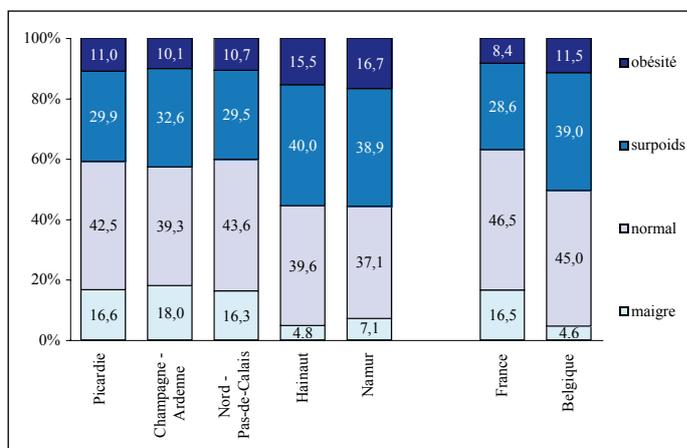
Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Les hommes sont plus souvent en surcharge pondérale que les femmes mais celles-ci comptent proportionnellement plus d'obèses que les hommes.

La surcharge pondérale atteint plus de 55 % dans les provinces du Hainaut et de Namur.

Les régions françaises ne dépassent pas 43 % de surcharge (40,2 % dans le Nord - Pas-de-Calais, 40,9 % en Champagne-Ardenne et 42,7 % en Picardie), proportions toutefois plus élevées que chez les femmes.

Figure 6 Répartition de la population selon l'Indice de masse corporelle, hommes (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Diplômes et Indice de masse corporelle

Globalement, plus le diplôme⁵ est élevé, plus la proportion de poids normal est importante.

Poids normal

En France métropolitaine, la proportion de personnes de corpulence normale passe de 43,1 % parmi les non-diplômés à 67,7 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur ; en Belgique, ces chiffres sont respectivement de 36,3 % et 53,5 %. Pour chaque niveau de diplôme, la France et les régions françaises du territoire étudié ont des pourcentages de poids normaux plus élevés que la Belgique et les provinces belges.

Plus spécifiquement, on remarque que la province du Hainaut présente le plus petit écart entre la proportion de personnes de poids normal parmi les non-diplômées (34,3 %) et parmi les personnes ayant fait des études supérieures (45,9 %, soit 11,6 points de différence), tandis que la province de Namur affiche l'écart le plus important (31 points, avec des proportions respectives de 24,5 % et 55,5 %).

Les femmes sont globalement plus nombreuses que les hommes à avoir un IMC normal mais il existe de grands écarts : la proportion allant de 28,0 % de femmes de corpulence normale parmi les non-diplômées du Hainaut à 77,7 % parmi les diplômées de l'enseignement supérieur en Champagne-Ardenne.

Chez les hommes, la tendance qui se dégage est la même mais les profils des régions/provinces diffèrent peu.

Surpoids

Les proportions de surpoids sont plus importantes en Belgique qu'en France, excepté parmi les non-diplômés : 35,5 % des Belges non-diplômés sont en surpoids (36,9 % des Français), ils sont ensuite 35,7 % parmi les diplômés de l'enseignement secondaire inférieur (30,4 % des détenteurs du brevet des collèges français), 33,4 % des diplômés de l'enseignement secondaire supérieur (22,9 % des bacheliers) et 28,2 % des personnes ayant un diplôme d'études supérieures (21,8 % en France).

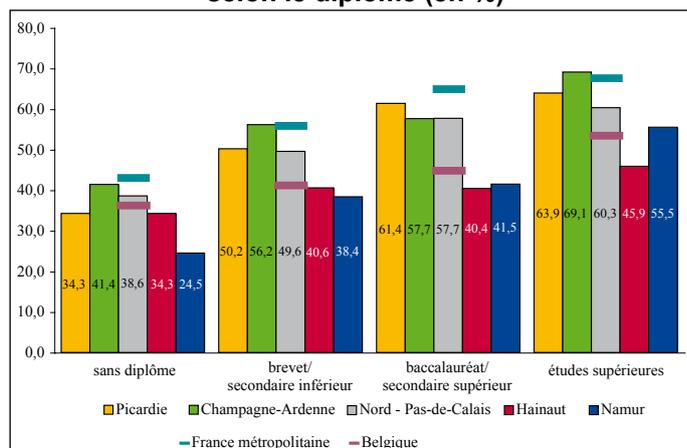
Obésité

Les pourcentages sont plus importants en Belgique qu'en France métropolitaine avec des taux allant de 19,9 % d'obèses parmi les non-diplômés belges (17,1 % en France) à 6,2 % parmi les diplômés de l'enseignement supérieur (5,1 % en France).

Chez les hommes de Champagne-Ardenne, le gradient est particulièrement important : la proportion d'obèses passe de 19,4 % chez les non-diplômés pour atteindre le niveau le plus bas de la zone, à savoir 2,9 % d'obèses chez les diplômés de l'enseignement supérieur.

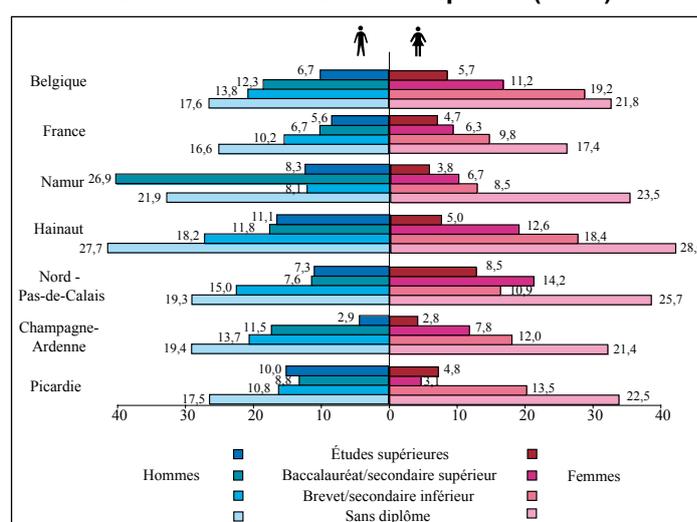
Chez les diplômés de l'enseignement secondaire supérieur ou plus, les hommes sont plus nombreux que les femmes à être obèses alors que c'est l'inverse chez les diplômés de l'enseignement secondaire inférieur ou moins.

Figure 7 Répartition de la population d'Indice de masse corporelle normal selon le diplôme (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Figure 8 Répartition de la population obèse selon le sexe et le diplôme (en %)



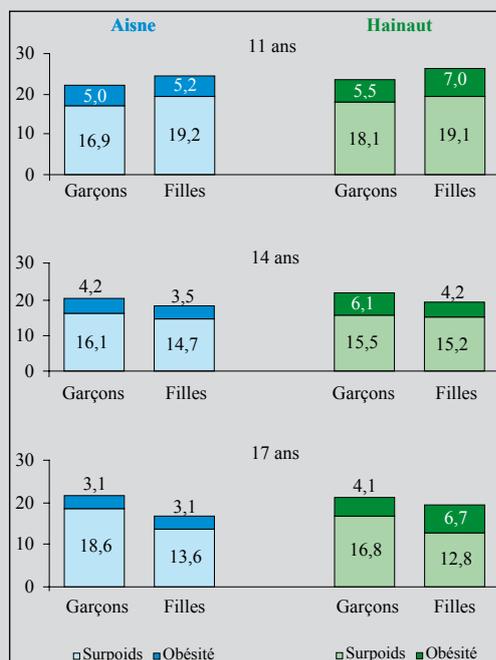
Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

⁵ Il s'agit ici du dernier diplôme obtenu. Quatre catégories ont été établies : sans diplôme, diplôme du brevet/secondaire inférieur, diplôme du baccalauréat/secondaire supérieur et diplôme obtenu en études supérieures.

Focus sur les jeunes

Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes 2003-2004

Figure 9 Prévalence de l'obésité et du surpoids en 2004 (en %)



Source : Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes, 2003-2004

Entre 1997 et 2004, la surcharge pondérale a augmenté chez les jeunes axonnais. Les écarts entre jeunes hainuyers et axonnais se sont donc fortement réduits alors que les proportions de jeunes en excès de poids sont restées étonnamment stables dans le Hainaut.

Globalement, entre 17 % (Axonnaises de 17 ans) et 26 % (Hainuyères de 11 ans) des jeunes sélectionnés pour l'enquête transfrontalière de 2003-2004 présentent un excès de poids ou de l'obésité.

La prévalence de jeunes présentant un poids supérieur à la normale est toujours plus élevée dans la province du Hainaut que dans l'Aisne (à l'exception des garçons de 17 ans).

Mais les écarts entre les valeurs belges et françaises sont faibles et ne sont pas significatifs.

De part et d'autre de la frontière, on observe des effets identiques d'âge et de sexe.

Dans la classe d'âge la plus jeune, les garçons sont moins nombreux que les filles à présenter un excès de poids, le phénomène s'inverse aux âges plus élevés.

Toutefois, les différences entre garçons et filles ne sont pas significatives (sauf chez les jeunes axonnais de 17 ans).

Chez les filles, la proportion de sujets en excès de poids est plus élevée dans le groupe des 11 ans que dans les classes d'âge supérieures.

Tableau 1 Prévalence standardisée* de la surcharge pondérale (en %)

	1997	2004
Aisne		
11 ans	15,2	22,6
14 ans	16,1	19,6
17 ans	11,2	21,6
Hainaut		
11 ans	24,7	25,7
14 ans	24,1	21,0
16 ans**	19,3	20,2

Source : Enquête transfrontalière sur la santé des jeunes, 2003-2004

* standardisation sur le sexe (population de référence : les populations belges et françaises des deux périodes d'enquête).

** le groupe des 17 ans présentait des effectifs trop faibles dans le Hainaut, empêchant toute analyse pertinente de l'évolution. Le groupe des 16 ans se substitue à ce groupe. Il a été constitué en appliquant des critères de sélection moins restrictifs en termes d'âge, et ne constitue pas une population comparable au groupe des 17 ans de l'Aisne.

Maladies chroniques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une **maladie chronique** est « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies* ». Parmi les maladies chroniques, il y a par exemple les cancers, les maladies cardiovasculaires, le sida, la polyarthrite rhumatoïde, la mucoviscidose, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, etc. Les maladies chroniques augmentent et s'aggravent avec l'âge.

Maladies chroniques

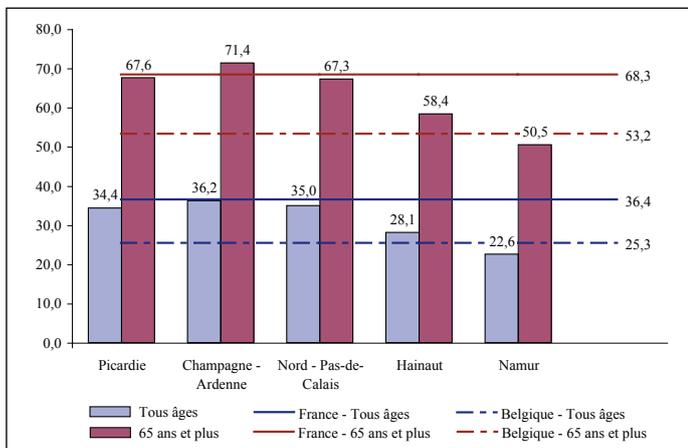
Questions posées

Maladies chroniques

Belgique : Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladie(s) de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps (oui/non)?
France : Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) (oui/non) ?

Globalement, 36,4 % des Français et 25,3 % des Belges déclarent souffrir d'une maladie chronique. Après 65 ans, ces proportions montent respectivement à 68,3 % et 53,2 %. Ces différences se retrouvent au niveau des régions et provinces avec des proportions plus importantes côté français. Elles peuvent être liées en partie à la manière de poser la question.

Figure 10 Proportions de personnes déclarant avoir une maladie chronique (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
 B – Enquête nationale de santé, 2001

Dans la population générale (18 ans et plus), la Champagne-Ardenne, avec 36,2 % de personnes déclarant une maladie chronique, devance de peu le Nord – Pas-de-Calais (35,0 %) et la Picardie (34,4 %). Les provinces belges sont sous la barre des 30 % avec 28,1 % des Hainuyers et 22,6 % des Namurois.

Chez les 65 ans et plus, la Champagne-Ardenne est la plus touchée : 71,4 % déclarent une maladie chronique, pour 67,6 % en Picardie et 67,3 % dans le Nord – Pas-de-Calais. Les provinces belges ont de nouveau des proportions les plus basses avec 58,4 % dans le Hainaut et 50,5 % dans la province de Namur.

Les femmes des régions françaises ont plus souvent que les hommes des maladies chroniques tandis que les Hainuyères sont autant touchées que les Hainuyers (28,7 % et 27,4 %) et que les Namuroises déclarent moins de maladies chroniques (18,7 %) que les Namurois (26,7 %).

Maladies chroniques par pathologie

Questions posées

Maladies chroniques par pathologie

La question posée est différente entre les deux pays, ce qui a provoqué des écarts pour certaines maladies chroniques.

En Belgique, la question était fermée, c'est-à-dire avec des propositions prédéfinies : « Voici une liste de maladies ou d'affections. Pouvez-vous, pour chacune d'entre elles, m'indiquer si vous en souffrez ou si vous en avez souffert au cours des 12 derniers mois ? ».

En France, il s'agissait d'une question ouverte, sans suggestion de réponse : si la personne déclarait au préalable avoir une maladie chronique, la question suivante était « De quoi s'agit-il ? ».

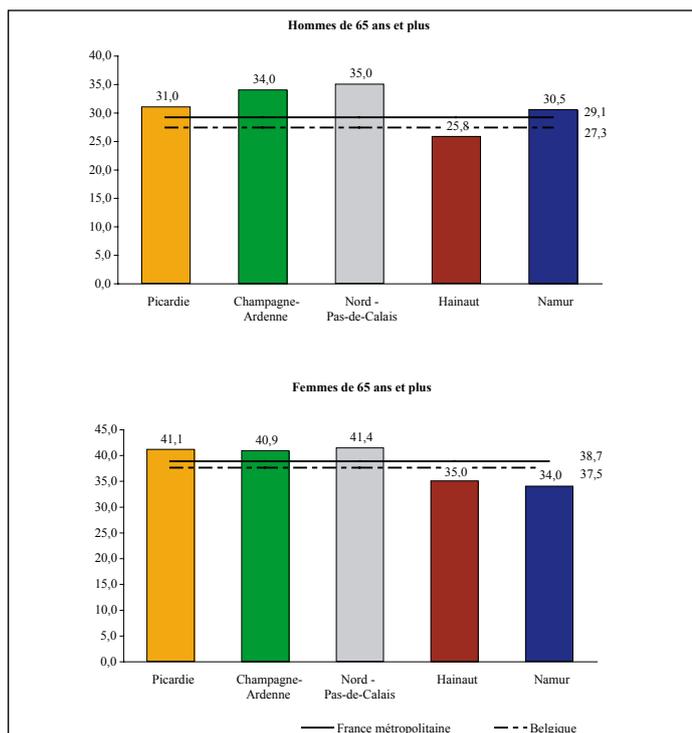
Maladies cardiovasculaires

Globalement, les maladies cardiovasculaires constituent tant dans le territoire étudié que dans l'ensemble de la Belgique ou la France, la première cause de mortalité, suivies de près, pour les hommes, par les cancers. À âge égal, les taux belges de mortalité cardiovasculaire sont largement supérieurs à ceux de la France (voir fiche sur les causes de décès).

Les maladies cardiovasculaires les plus fréquemment létales sont les maladies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques. Parmi les facteurs de risque communs à ces pathologies, notons l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie en plus des facteurs hygiéno-diététiques (excès de poids, alimentation, sédentarité, consommation de tabac, d'alcool, exposition à des toxiques environnementaux, etc.).

Dans ce document, nous abordons l'hypertension artérielle et l'incidence des cardiopathies ischémiques. Pour ces dernières, nous nous basons sur l'étude Monica réalisée à Charleroi (Hainaut) et à Lille selon le même protocole. Cette étude concerne les personnes de 25 à 69 ans. Pour l'hypertension artérielle, les résultats proviennent des enquêtes nationales de santé et concernent les personnes de 65 ans et plus.

Figure 11 Proportions de personnes de 65 ans et plus déclarant avoir une hypertension artérielle (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Hypertension artérielle

Affection fréquente responsable de complications vasculaires graves, l'hypertension artérielle (HTA) est définie comme l'élévation de la pression sanguine au-delà de 140 mmHg pour la pression systolique et/ou de 90 mmHg pour la pression diastolique.

Dans l'hypertension artérielle, quelques symptômes non spécifiques (céphalées, bourdonnements d'oreille, etc.) peuvent alerter mais la plupart du temps, l'affection évolue insidieusement, d'où l'intérêt d'un dépistage systématique lors de toute consultation.

Les chiffres présentés sont donc probablement sous-évalués en raison d'une part, de l'ignorance de la maladie par certaines personnes, et d'autre part, d'un biais de sous-déclarations.

Les pourcentages de personnes de 65 ans et plus déclarant souffrir d'hypertension artérielle sont légèrement plus importants en France métropolitaine et côté français de la zone étudiée qu'en Belgique et parmi les provinces du Hainaut et de Namur en particulier.

De plus, dans ces tranches d'âge, les proportions observées sont d'environ dix points plus élevées pour les femmes que pour les hommes (37,5 % pour 27,3 % en Belgique et 38,7 % pour 29,1 % en France)

Les régions françaises étudiées présentent des proportions supérieures au taux français moyen pour les deux sexes. Côté belge, le Hainaut a une proportion plus faible que la moyenne belge tant pour les hommes que pour les femmes. Les hommes de Namur, par contre, se déclarent plus souvent hypertendus que les Belges en moyenne.

Chez les hommes, le Nord – Pas-de-Calais est la région où la proportion d'hommes de 65 ans et plus déclarant souffrir d'hypertension est la plus élevée (35,0 %), devant la Champagne-Ardenne (34,0 %). La Picardie et la province de Namur ont des pourcentages comparables (respectivement 31,0 % et 30,5 %). Le Hainaut a le plus faible pourcentage d'hommes (25,8 %), soit moins que la moyenne belge.

Chez les femmes, les trois régions françaises présentent des proportions de personnes qui se déclarent hypertendues proches (41,1 % en Picardie, 40,9 % en Champagne-Ardenne et 41,4 % en Nord – Pas-de-Calais) et ont des proportions plus importantes que celles des provinces belges (35,0 % dans le Hainaut et 34,0 % dans la province de Namur).

Accidents coronariens aigus : étude MONICA

De 1983 à la fin des années 1990, le projet « MONICA » (Multinomial Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a suivi les accidents coronariens aigus et les facteurs de risque pour les maladies cardio-vasculaires dans 38 groupes de population de 21 pays différents.

L'entité de Charleroi et la communauté urbaine de Lille ont ainsi participé à ce projet.

Une étude publiée dans « The Lancet » en 2000 [15] compare les résultats de l'étude « MONICA » dans les différents pays chez les personnes de 35 à 64 ans et montre que les accidents coronariens ont diminué dans toutes les régions étudiées au cours du projet mais à des vitesses variables.

Les taux standardisés moyens observés à Charleroi et à Lille pour les 5 dernières années prises en compte dans l'article (1993 à Charleroi et 1996 à Lille) sont de 485 et 290 accidents coronariens aigus pour cent mille hommes de 35 à 64 ans et de 73 et 63 pour 100 000 femmes du même âge. Ces différences observées sont cohérentes avec les différences observées pour la mortalité causée par les cardiopathies ischémiques (voir fiche causes de décès). La différence d'incidence entre les deux régions est importante et plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Après l'étude MONICA, entre 1997 et 2002, l'incidence des événements coronariens aigus ne diminue plus vraiment (chez les femmes il tend à augmenter sans que la différence soit significative) alors que la mortalité semble continuer à descendre.

Les taux sont en effet passés de 314 à 272 pour cent mille chez les hommes de Lille (35 à 64 ans) et de 426 à 359 à Charleroi (25 à 69 ans). Chez les femmes des mêmes groupes d'âges et la même période, les taux standardisés sont passés de 52 à 57 à Lille et de 120 à 128 à Charleroi. A Charleroi, les taux les plus élevés ont été observés chez les hommes en 1991 : on nota cette année-là 640 accidents coronariens aigus pour cent mille hommes.

Au niveau des facteurs de risque, seule la tension artérielle semble plus élevée à Lille qu'à Charleroi lors la dernière enquête (127 mm Hg contre 122 chez les femmes et 135 vs 131 chez les hommes). Pour les autres facteurs de risque mesurés, Charleroi a chaque fois des indices moins favorables que Lille.

Ces facteurs de risque sont cependant du même ordre de grandeur dans les deux régions sauf en ce qui concerne les fumeurs quotidiens.

Globalement, au cours du projet on a observé une diminution du cholestérol total des fumeurs quotidiens et de la tension artérielle mais une augmentation de l'IMC moyen.

Cancers

Depuis plusieurs années, le cancer est une des principales préoccupations de santé publique. En effet, malgré les nombreux progrès réalisés sur les plans diagnostics et thérapeutiques, le cancer reste la cause d'un tiers des décès.

En France, il est même la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme [14]. En Belgique, le cancer est globalement la deuxième cause de mortalité tant chez l'homme que chez la femme après les maladies cardiovasculaires.

Sa prévalence augmente avec l'âge. Dans les contextes de vie actuels, un peu moins d'une personne sur trois mourra d'un cancer (voir fiche sur les causes de décès). On peut aussi grossièrement estimer que près d'une personne sur deux souffrira un jour ou l'autre d'un cancer sans forcément en mourir.

L'intérêt d'un dépistage précoce, en termes de pronostic, n'est plus à démontrer. La prévention sous toutes ses formes, notamment en termes d'alimentation, d'activité physique et d'arrêt de la consommation de tabac ou de diminution de celle de l'alcool, de diminution et si possible de l'arrêt de l'exposition aux toxiques environnementaux, est une des meilleures armes de lutte contre le cancer.

Selon leurs déclarations, les hommes de 65 ans et plus sont touchés de la même façon en France métropolitaine comme en Belgique (5,5 % des 65 ans et plus en France métropolitaine déclarent avoir souffert d'un cancer au cours de l'année qui précède et 5,3 % en Belgique).

La région étudiée présente des pourcentages plus élevés que les moyennes nationales, à l'exception de la Picardie où, comme en France métropolitaine, 5,5 % des hommes de 65 ans et plus ont déclaré un cancer dans l'année qui précède. Les autres régions et provinces ont des proportions proches les unes des autres, de près d'un point supérieur aux taux nationaux.

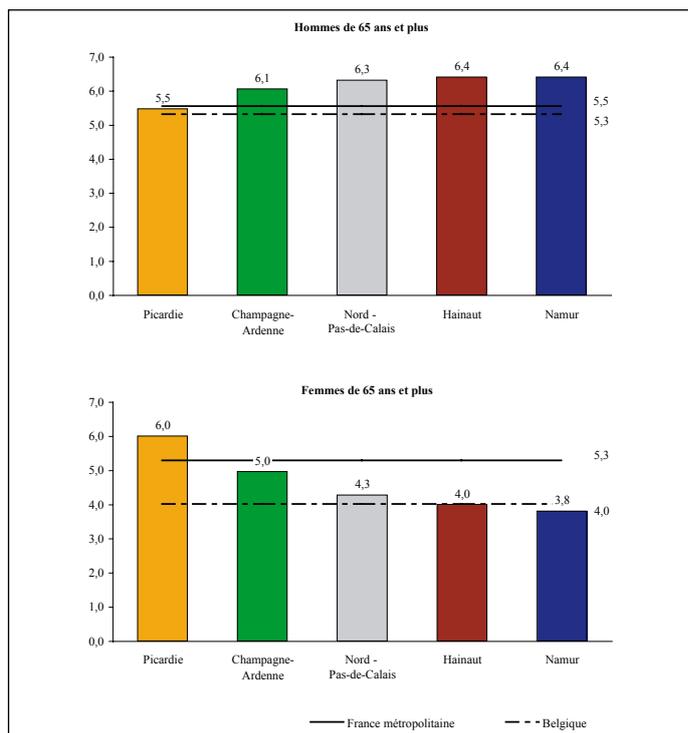
Chez les femmes de 65 ans et plus, 5,3 % d'entre elles ont déclaré un cancer en France métropolitaine, contre 4,0 % en Belgique. Cette différence se retrouve au niveau des régions et provinces.

À l'opposé de ce qui se passe pour les hommes, les femmes picardes déclarent avoir un cancer plus souvent que les Françaises (6,0 %). Elles sont suivies par celles de Champagne-Ardenne (5,0 %). Le Nord – Pas-de-Calais a une proportion plus proche des provinces belges (4,3 % dans le Nord – Pas-de-Calais, 4,0 % en Hainaut et 3,8 % dans la province de Namur).

Ces données semblent conformes avec celles de mortalité. Ces dernières toutefois sont antérieures aux résultats des enquêtes nationales de santé. De plus, elles révèlent des expositions et modes de vie bien antérieurs aux décès. Les données de morbidité proviennent de déclarations et non d'un registre du cancer, on ne peut donc vérifier si les tendances sont compatibles avec celles de la mortalité observée.

Figure 12

Proportions de personnes de 65 ans et plus déclarant avoir un cancer (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Diabète

On dénombre en Europe environ 30 millions de diabétiques. Une certaine proportion d'entre eux, variable selon les pays mais non négligeable dans la plupart des cas, l'ignore. Comme pour l'hypertension, les chiffres présentés sont probablement inférieurs à la réalité car certains malades s'ignorent et d'autres oublient de déclarer leur diabète.

Il existe deux types de diabète : le diabète est dit insulino-dépendant ou insulino-prive lorsque le pancréas ne produit plus assez ou plus du tout d'insuline. Cela concerne une faible minorité de diabétiques (environ 15 %). 85 % des diabétiques ont un diabète non-insulino-dépendant, « gras » ou insulino-résistant c'est-à-dire lié davantage à une résistance à l'insuline qu'à un manque de production [12].

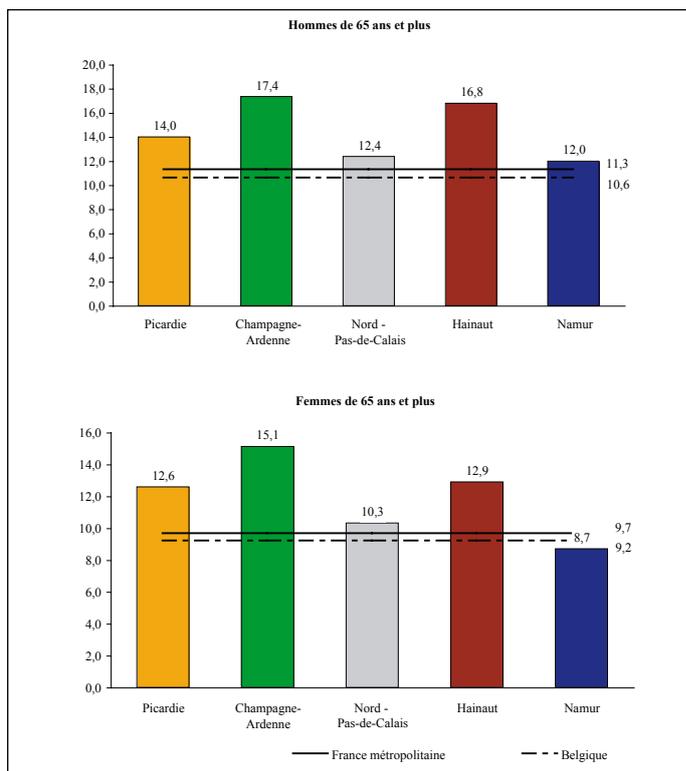
L'excès pondéral est un facteur de risque majeur pour ce type de diabète mais il survient parfois chez des personnes de corpulence normale.

La prévalence du diabète gras augmente parallèlement au vieillissement de la population. Les conséquences en termes de morbidité et mortalité sont importantes. Elles sont liées aux nombreuses complications engendrées par le déséquilibre glycémique (complications cardiovasculaires de tous types, neuropathies, néphropathies, rétinopathies etc.). Un traitement précoce et optimal du diabète (médical et hygiéno-diététique) permet de diminuer, et de retarder, la survenue de ces complications.

Chez les hommes comme chez les femmes (sauf pour les femmes de Namur), les régions et provinces comptent plus de personnes souffrant de diabète parmi les 65 ans et plus que leur pays respectif en moyenne.

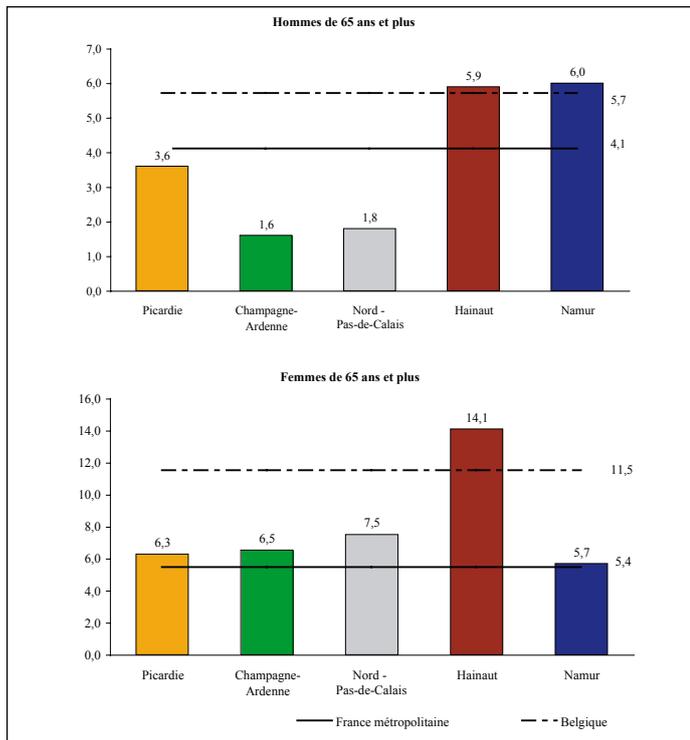
Par ailleurs, pour les deux sexes, l'ordre des régions et provinces est le même : c'est en Champagne-Ardenne que le diabète est le plus présent (17,4 % chez les hommes de 65 ans et plus et 15,1 % chez les femmes), puis viennent en ordre décroissant le Hainaut (16,8 % et 12,9 %), la Picardie (14,0 % et 12,6 %), le Nord – Pas-de-Calais (12,4 % et 10,3 %) et enfin la province de Namur (12,0 % et 8,7 %).

Figure 13 Proportions de personnes de 65 ans et plus déclarant avoir un diabète (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Figure 14 Proportions de personnes de 65 ans et plus déclarant avoir une cataracte (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Chez les hommes, les provinces belges devançant largement les régions françaises, surpassant en outre la moyenne nationale belge. Les régions françaises restent sous la moyenne française avec un minimum en Champagne-Ardenne (1,6 %) et dans le Nord – Pas-de-Calais (1,8 %). Il n'est pas exclu que ces faibles taux soient associés à un sous-diagnostic, lié notamment à la pénurie d'ophtalmologues dans ces deux départements du nord de la France (voir la fiche offre hospitalière).

Chez les femmes, la province du Hainaut se distingue nettement des autres régions étudiées (14,1 % contre 7,5 % au plus dans les autres régions).

Cataracte

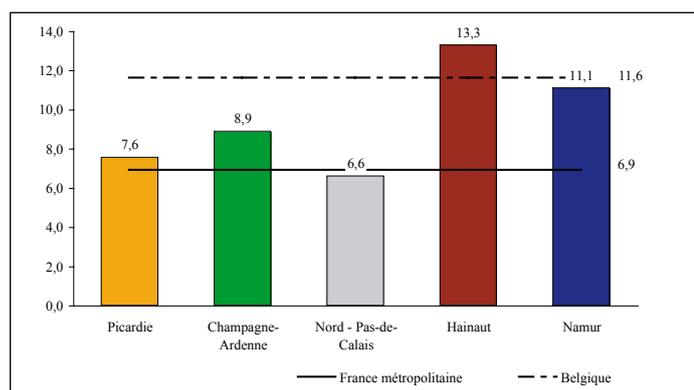
La cataracte est une pathologie très fréquente. Elle correspond à l'opacification totale ou partielle du cristallin et s'intensifie avec l'âge (cataracte sénile).

En augmentation constante dans les pays industrialisés du fait de l'allongement de l'espérance de vie, elle se manifeste essentiellement par une baisse progressive de l'acuité visuelle (en général bilatérale), prédominant souvent sur la vision de loin [6]. La cataracte est associée à une série de pathologies chroniques comme par exemple le diabète.

Le traitement, uniquement chirurgical, est envisagé lorsque la baisse d'acuité devient invalidante. Pratiqué le plus souvent sous anesthésie loco-régionale et de plus en plus fréquemment en ambulatoire, c'est une des plus grandes réussites de la chirurgie oculaire.

Globalement, la Belgique semble davantage concernée par la cataracte que la France métropolitaine, que ce soit pour les hommes (5,7 % des 65 ans et plus en Belgique contre 4,1 % en France) ou pour les femmes (respectivement 11,5 % et 5,4 %). L'écart est particulièrement important chez les femmes, plus fréquemment atteintes que les hommes dans toutes les régions étudiées.

Figure 15 Proportions de femmes de 65 ans et plus déclarant avoir des troubles de la thyroïde (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Les femmes belges de 65 ans et plus sont 11,6 % à déclarer avoir des troubles de la thyroïde contre 6,9 % des Françaises. Au niveau du territoire étudié, cette différence se retrouve : les provinces belges (13,3 % en Hainaut, 11,1 % en province de Namur) devancent les régions françaises (8,9 % en Champagne-Ardenne, 7,6 % en Picardie et 6,6 % dans le Nord – Pas-de-Calais). Seuls le Nord – Pas-de-Calais et la province de Namur se trouvent sous le niveau de leur moyenne nationale.

Asthme - Femmes

L'asthme est une maladie chronique relativement fréquente dont la prévalence augmente depuis quelques années.

Trois études réalisées à Paris sur des étudiants âgés en moyenne de 21 ans montrent une augmentation de la prévalence de l'asthme qui est passée de 3,3 % en 1968 à 5,4 % en 1982 et à près de 14 % en 1992 [20].

Cette affection se manifeste principalement sous forme de « crises » souvent soudaines et spectaculaires pouvant entraîner le décès du patient. En dehors des crises, les capacités fonctionnelles des patients qui en souffrent peuvent être ou non diminuées.

Dans l'asthme dit « d'effort », la restriction pulmonaire fonctionnelle survient lors d'exercices physiques modérés à intenses. Les principaux facteurs prédisposant à l'asthme sont environnementaux et immuno-allergiques. Il existe également une composante génétique.

L'asthme est souvent sous-diagnostiqué, et donc sous-traité et « sous-prévenu ».

On dénombre encore quelque 2000 décès par an en France, malgré des thérapeutiques disponibles, connues et efficaces [2]. En Belgique, en 1997, 295 personnes sont mortes d'une crise d'asthme ; 56 % d'entre elles étaient du sexe féminin. Le risque de mourir d'une crise d'asthme augmente avec l'âge et avant 45 ans, la comparaison des taux standardisés montre que ce type de décès touche davantage les hommes que les femmes alors que c'est l'inverse après 65 ans [9 ; 20].

L'asthme, chez les femmes de 65 ans et plus, est nettement plus fréquemment déclaré en Belgique (6,3 %) qu'en France métropolitaine (3,0 %). On observe par ailleurs de grandes disparités seulement partiellement expliquées par les petites différences méthodologiques des deux enquêtes, entre les régions belges et françaises observées. En Hainaut, 7,1 % de femmes de 65 ans et plus déclarent être asthmatiques, ce qui est supérieur à la moyenne nationale belge, et aux autres régions et province : 5,7 % en Picardie, 3,2 % dans la province de Namur, 2,1 % en Champagne-Ardenne et dans le Nord – Pas-de-Calais.

Les différences entre hommes et femmes varient selon les régions. Deux d'entre elles se distinguent : la Picardie, avec nettement moins d'hommes que de femmes déclarant souffrir d'asthme (1,9 % pour 5,7 %), et la province de Namur avec le phénomène inverse (9,5 % d'hommes pour 3,2 % de femmes).

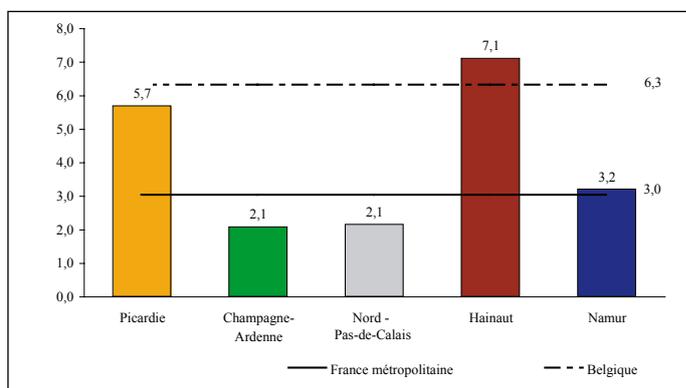
Troubles de la thyroïde - Femmes

Les pathologies thyroïdiennes sont considérées comme fréquentes. Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes (elles souffrent par exemple dix fois plus souvent d'hyperthyroïdie que les hommes) [17].

On distingue les troubles fonctionnels de la thyroïde en deux types: l'hypo- et l'hyper-thyroïdie. Ceux-ci peuvent être associés à diverses atteintes de la thyroïde (goitres, nodules, thyroïdites...).

Les cancers de la thyroïde sont, par contre, relativement rares et d'assez bon pronostic [13].

Figure 16 Proportions de femmes de 65 ans et plus déclarant avoir de l'asthme (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

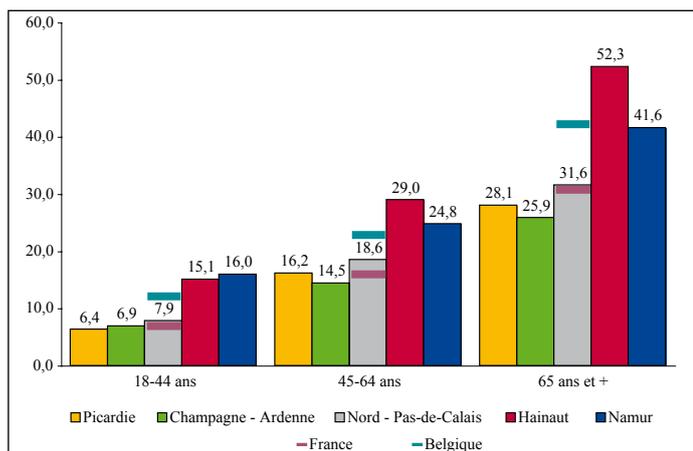
Restriction d'activité

Les différents aspects de la limitation physique de l'individu sont explicités dans le modèle de Wood [7] qui distingue la déficience (« perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique »), l'incapacité (« réduction résultant d'une déficience partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ») et le handicap (qui introduit une notion d'environnement et traduit une désadaptation de l'individu par rapport à son milieu).

La limitation peut résulter de maladies chroniques, d'accidents ou de traumatismes.

Quels que soient la région et le pays, la proportion de personnes déclarant souffrir d'une restriction d'activité depuis au moins six mois s'accroît logiquement avec l'âge.

Figure 17 Proportions de personnes se déclarant limitées, depuis au moins 6 mois, dans les activités quotidiennes (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

façon particulièrement importante parmi les 65 ans et plus (52,3 % de personnes se déclarant limitées dans le Hainaut contre 41,6 % dans la province de Namur).

Les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes se sentir limitées dans les activités quotidiennes. La différence entre les sexes est plus importante en Belgique qu'en France métropolitaine.

Elle est partiellement liée à l'échantillon où les proportions de femmes très âgées sont plus élevées que celles des hommes.

Parmi les régions et provinces étudiées, c'est en Picardie que la différence entre les sexes est la plus grande (8,6 points).

À l'inverse, la Champagne-Ardenne est la seule région où les hommes déclarent légèrement plus de restrictions d'activités que les femmes (26,6 % des hommes contre 25,4 % des femmes).

Enfin, le Nord – Pas-de-Calais a des proportions équivalentes entre les deux sexes : 31,6 % chez les femmes et 31,5 % chez les hommes.

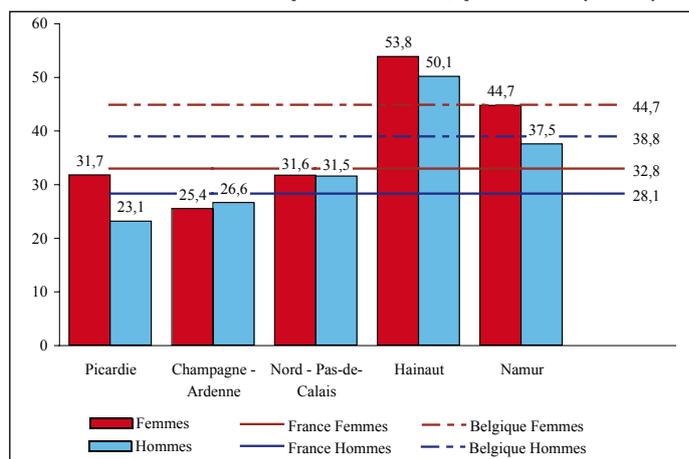
Les taux belges sont plus élevés qu'en France, aussi bien aux niveaux nationaux que parmi les régions et provinces étudiées.

En France, la proportion passe de 7,0 % parmi les 18-44 ans à 30,8 % chez les 65 ans et plus. En Belgique, les proportions sont respectivement de 12,2 % et 42,3 %.

Ces différences peuvent être liées à la construction des questions elles-mêmes. L'intitulé des questions est exactement le même mais les réponses proposées sont différentes. Ainsi, en France, la réponse est dichotomique (oui / non) tandis qu'en Belgique, trois items sont proposés : « oui, sévèrement limité / oui, limité / non, pas du tout ». Un Français se sentant légèrement limité a ainsi pu répondre non, tandis que dans la même situation, un Belge a pu répondre « oui, limité ».

Côté français, le Nord – Pas-de-Calais présente les plus forts taux à tous les âges. Côté belge, le Hainaut devance la province de Namur à partir de 45 ans, et de

Figure 18 Proportions de personnes se déclarant limitées dans les activités quotidiennes, par sexe (en %)



Sources : F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête nationale de santé, 2001

Questions posées

Restriction d'activité

Belgique : Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (oui, sévèrement limité / oui, limité / non, pas du tout) ?

France : Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement (oui / non) ?

Ce qu'il faut retenir...

Cette fiche « État de santé » a pour but de mieux appréhender la santé des habitants de la zone étudiée d'un point de vue large comprenant leur impression sur leur santé, leur situation en termes d'indice de masse corporelle, mais aussi en recherchant des éléments de morbidité (maladies chroniques, restriction d'activité).

Santé perçue

- Près de 3 personnes sur 4 se sentent en bonne santé avec un taux plus fort en Belgique (75,4 % des Belges et 72,6 % des Français),
- Le Hainaut présente le plus faible pourcentage de personnes se trouvant en bonne santé (67,5 %) et Namur, le plus fort (75,3 %).
- On observe une forte baisse de ces proportions lorsque l'on parle des 65 ans et plus (minimum relevé en Hainaut avec 37,7 % et le maximum dans la province de Namur avec 50,5 %).
- Les femmes se sentent en moins bonne santé que les hommes. On observe un écart de 11,0 points dans le Hainaut et de 10,6 en Picardie.
- Entre 71,5 % et 75,7 % des personnes pensent avoir gardé une santé identique à celle de l'année précédente,
- En Hainaut, les réponses sont assez contrastées puisqu'on y trouve à la fois le pourcentage le plus important de personnes déclarant avoir une meilleure santé (14,3 %, ainsi que la Picardie) et de personnes déclarant avoir une moins bonne santé (14,2 %),
- Les proportions de personnes se déclarant en moins bonne santé sont plus élevées dans les régions et provinces étudiées que les moyennes nationales.

Indice de masse corporelle (IMC)

- Les pourcentages de personnes avec un IMC normal sont plus élevés côté français de la zone que côté belge. Le plus fort pourcentage se trouve en Champagne-Ardenne (47,5 %) et le plus faible, dans le Hainaut (40,7 %),
- Le surpoids est plus présent dans les provinces belges (Hainaut : 34,6 % ; Namur : 34,5 %) et moins présent en Champagne-Ardenne (24,2 %),
- Le Hainaut a également la proportion la plus importante d'obèses (15,3 %) tandis que la Picardie a le pourcentage le plus faible (11,0 %).
- Le surpoids et l'obésité sont plus fréquents parmi les personnes non-diplômées que parmi les personnes ayant obtenu un diplôme d'études supérieures.

Maladies chroniques

- La Champagne-Ardenne présente le plus fort taux de personnes déclarant avoir une maladie chronique (36,2 %) et Namur, le plus faible taux (22,6 %).
- Parmi les pathologies étudiées chez les 65 ans et plus, l'hypertension artérielle est la plus fréquente. Elle concerne 35,0 % à 25,8 % des hommes de la zone et de 41,4 % à 34,0 % des femmes,
- Le diabète vient en deuxième position : de 17,4 % à 12,0 % d'hommes diabétiques parmi les 65 ans et plus et de 15,1 % à 8,7 % de femmes touchées.

Restriction d'activité

- Les provinces belges ont des pourcentages plus élevés que les régions françaises de personnes déclarant souffrir d'une restriction physique. À 65 ans et plus, le taux le plus fort côté français est de 31,6 % (Nord - Pas-de-Calais) tandis que côté belge, le taux le plus élevé est de 52,3 % (Hainaut).
- Les femmes déclarent plus souvent que les hommes des restrictions d'activité. La Picardie a le plus fort écart selon le genre (8,6 points), le Nord - Pas-de-Calais a des proportions équivalentes entre les deux genres et la Champagne-Ardenne est la seule à avoir plus d'hommes déclarant une restriction d'activité (1,2 point de différence).

Glossaire

Ardaisnaut - Ardennes Aisne Hainaut
BMI - Body mass index (cf. IMC)
DREES - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
HTA - Hypertension artérielle
IMC - Indice de masse corporelle (cf. BMI)
INS - Institut National de la Statistique

INSEE - Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IOTF - International Obesity Task Force
NHANA - Namur Hainaut Aisne Nord* Ardennes
OMS - Organisation Mondiale de la Santé
ORS - Observatoire Régional de Santé (Champagne-Ardenne)
OR2S - Observatoire Régional de la Santé et du Social (Picardie)
OSH - Observatoire de la Santé du Hainaut

Bibliographie

- [1] Allonier C., Guillaume S., Rochereau T. - **Enquête santé et protection sociale 2004 : premiers résultats** - IRDES - Questions d'économie de la santé, n° 110 - juillet 2006.
- [2] Blétry O., Kahn J.E., Somogyi A. - **Immunopathologie. Réaction inflammatoire** - Collection Abrégés, Modules transversaux - Éditions Masson - 2002.
- [3] Boisselot P. - **L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2006** - DREES - Études et résultats, n°516 - septembre 2006.
- [4] C.H.U. de Grenoble - **Cours de sémiologie et pathologies cardiovasculaires**.
- [5] Cole T., Bellizzi M., Flegal K., Dietz W. - **Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey** - BMJ 2000 ; 320 (7244) : 1240.
- [6] Collège des ophtalmologistes universitaires de France - **Polycopié national d'enseignement en ophtalmologie. 2^e cycle** - 2003/04.
- [7] Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation - **Handicap, incapacité, dépendance** - Collection Abrégés, Modules transversaux - 2002.
- [8] Debuisser S., Thomas N., Trugeon A. - **Écarts entre morbidité déclarée et morbidité mesurée à travers l'enquête décennale de santé** - OR2S - juin 2007.
- [9] Delmas M-C., Zeghnoun A., Jouglu E. - **Mortalité par asthme en France métropolitaine, 1980-1999** - Institut de veille sanitaire - BEH n°47, 2004.
- [10] Ducimetière P. - **Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après MONICA** - BEH 2006 ; 8-9 : 61-68.
- [11] Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J et al. - **Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001** - IPH/EPI REPORTS 2002-22, Institut scientifique de la santé publique, Bruxelles, 2002.
- [12] Pr. A. Grimaldi - **Questions d'internat en diabétologie** - C.H.U. de la Pitié Salpêtrière - 1999-2000.
- [13] Grosclaude P., Bossard N., Remontet L., Belot A., Arveux P., Bouvier A-M., Launoy G., Maynadié M., Velten M., Faivre J., Estève J. - **Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau Francim** - Étude collaborative entre le réseau Francim et le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon - janvier 2007.
- [14] Pr. J-F. Heron - **Cours de cancérologie générale** - Caen - 2006.
- [15] Kuulasmaa K, Tunstall-Pedoe H, Dobson A & al. - **Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations** - The Lancet ; vol 355 ; 2000
- [16] Lanoë J-L., Makdessi-Raynaud Y. - **L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé** - DREES - Études et résultats, n°436 - octobre 2005.
- [17] Lefebvre A., Dr Villet H. - **Enquête santé des jeunes accueillis dans les missions locales et PAIO de l'arrondissement du Havre au cours de l'année 2002** - ORS Haute-Normandie - mars 2004.
- [18] Lissau I, Overpeck M., Ruan W., Due P., Holstein B. - **Health behaviour in school-aged children obesity countries, Israel, and the United States** - Arch Pediatr Adolesc Med 2004 ; 158 (Jan 2004) : 27-33.
- [19] Makdessi-Raynaud Y. - **La prévention : perceptions et comportements. Premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003** - DREES - Études et résultats, n°385 - mars 2005.
- [20] Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement. Ministère de la santé et des solidarités - **Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique** - DGS, DREES - juillet 2005.
- [21] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - **Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine** - Genève : OMS ; 2002 ; 1-262.
- [22] Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) - **Tableau de bord de la santé 2006** - Santé en Hainaut N° 6. Mons : Province de Hainaut ; 2006 ; 224.
- [23] Perlemuter L., Thomas J-L - **Endocrinologie** - Collection Abrégés, Connaissance et pratique - Éditions Masson - 5^e édition - 2003.
- [24] Prouvost H., Poirier G., Sampil M., Brosh S. - **Première extraction de l'enquête décennale de l'INSEE** - ORS Nord - Pas-de-Calais - décembre 2004.

Sitographie

<http://www.insee.fr>

<http://www.or2s.fr>

http://statbel.fgov.be/home_fr.asp

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/ophtalmo/index.html>

<http://www.irdes.fr/irdes/Fichenqu/enquessm.htm>

<http://www.travail.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques/statistiques/sante-au-travail/enquetes/enquete-decennale-sante-2002-2003-2014.html>

<http://www.oncoprof.net/Generale2000/index.html>

<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/CardioCD/cardio/credits.htm>

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/diabeto/index.html>

http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/templates/OSH_dyn.asp?page=actualite&navcont=1,18,0

Observatoire Régional de la Santé de Champagne - Ardenne



48, rue du Barbâtre
F - 51100 REIMS
Tél. : + 33(0)3 26 86 13 65
E-mail : orsca@wanadoo.fr
Web : <http://www.orsca.fr>

Observatoire Régional de la Santé et du Social



Faculté de Médecine
3, rue des Louvels
F - 80036 AMIENS Cedex 1
Tél. : + 33 (0)3 22 82 77 24
E-mail : or2s@u-picardie.fr
Web : <http://www.or2s.fr>

Observatoire de la Santé du Hainaut



rue Saint-Antoine 1
B - 7021 HAVRE
Tél. : + 32 (0)65 87 96 00
E-mail : observatoire.sante@hainaut.be
Web : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Observatoire Franco - Belge de la Santé



11, allée Vauban
F - 59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex
Tél. : + 33 (0) 3 20 05 74 37
E-mail : ofbs@cram-nordpicardie.fr
Web : <http://www.ofbs.eu>

Portails des projets transfrontaliers de santé :

<http://www.franckobelge.org>
<http://www.santetransfrontaliere.org>

Copyrights

Microsoft Office X
Adobe Illustrator®
Adobe® InDesign®
Philcarto©

Réalisation

Macintosh® PowerBook G4

ISBN 978-2-909195-44-5

Imprimé en septembre 2007