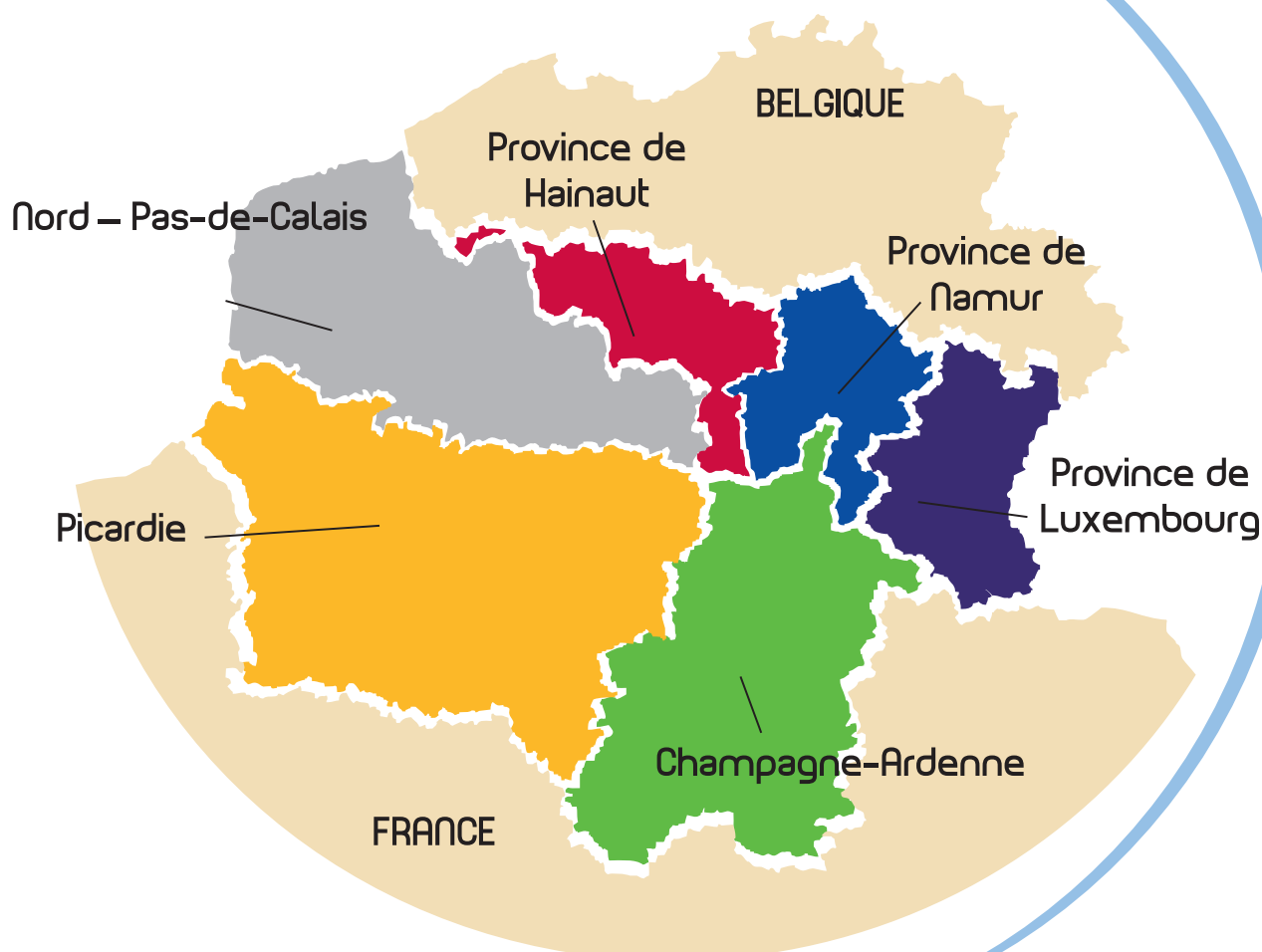


TABLEAU DE BORD Transfrontalier de la santé

1 ■ Seniors



2008-2012

Comité de rédaction

Rédaction

Thomas KLIPFEL (ORS Champagne-Ardenne) et Annick VANLIERDE (OSH)

Relecture

OR2S Picardie : Anne Ducamp, Philippe Lorenzo

OSH : Charlotte Leroy, Christian Massot, Geneviève Houioux, Luc Berghmans

Province de Namur : Marie Thys, Jean-Michel Servais

Observatoire de la Santé de la province de Luxembourg : Frédéric De Ceulaer

ORS Nord - Pas-de-Calais : Marielle Rengot

Nous remercions tout particulièrement Véronique Tellier, Myriam Leleu et Moustapha Dramé pour leur relecture attentive et l'apport de leur expertise.

Mise en page : Anne Ducamp

Cartographie : Roxana Stretcovici, Marie Thys, Thomas Klipfel

Seniors



Cancers



Maladies cardiovasculaires



Inégalités sanitaires et sociales



Conditions de vie - Santé au travail



Conditions de vie - Santé environnement



Sommaire

p 5	Contexte
6	Population étudiée
6	Territoire
p 7	Démographie
7	Population de seniors
8	Indice de vieillissement
p 10	Mortalité
10	Taux standardisés de mortalité toutes causes
12	Espérance de vie à 65 ans
p 13	Facteurs socio-économiques
13	État matrimonial
14	Fréquence des contacts sociaux
15	Aides financières aux personnes âgées précaires
p 17	Offre de soins et d'hébergement
17	Densité de médecins généralistes
18	Densité de kinésithérapeutes
19	Offre d'hébergement
p 21	Consommation de soins
p 23	État de santé
23	Indice de masse corporelle (IMC)
25	Santé perçue
27	Limitations fonctionnelles
28	Maladies chroniques
p 32	Comportements de santé
32	Consommations alimentaires
34	Activité physique
35	Consommations d'alcool et de tabac
p 37	Méthodologie
37	Recueil des données
37	Cartographie
37	Résultats des enquêtes nationales de santé
p 38	Annexes
38	Glossaire
39	Bibliographie
	Cartes
p 6	Carte 1 - Les arrondissements de la zone étudiée et de Flandre occidentale
p 7	Carte 2 - Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en 2006
p 8	Carte 3 - Indice de vieillissement en 2006
p 10	Carte 4 - Taux standardisés de mortalité toutes causes des hommes, 2001-2007
p 11	Carte 5 - Taux standardisés de mortalité toutes causes des femmes, 2001-2007
p 17	Carte 6 - Densité de médecins généralistes en 2007-2008
p 18	Carte 7 - Densité de kinésithérapeutes en 2007-2008
p 19	Carte 8 - Densité de lits en maisons de retraite en 2009-2010

1

Seniors

Seniors

Contexte

En France comme en Belgique, la population vieillit à un rythme soutenu. En Belgique, les projections estiment qu'en 2020 le rapport entre les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes âgées de 20 à 64 ans sera d'une pour trois et même d'une pour deux en 2040¹. La part des personnes âgées passerait ainsi en Belgique de 17,1 % à 25,0 % entre 2007 et 2040. Ces perspectives sont similaires en France, où, selon des projections récentes de l'Insee², la part des personnes âgées de 65 ans et plus pourrait passer de 16,5 % à 25,6 % entre 2007 et 2040.

Le vieillissement de la population marquera progressivement la structure et le fonctionnement de notre société. Il tend à devenir un enjeu majeur pour toutes les politiques publiques, qu'elles soient économiques, sociales, culturelles ou sanitaires.

Que signifie être senior de nos jours ? Avoir 65 ans et plus ? Être retraité ? Être âgé ? Avoir du temps libre ? Être dépendant ? Si, pour certains, cette période de la vie est l'occasion de profiter du temps libre et de s'ouvrir à de nouvelles activités, pour d'autres, elle peut aussi être synonyme de difficultés financières, de maladie ou de limitations physiques. L'image du senior ou de l'aîné a évolué au cours de ces vingt-cinq dernières années passant de la personne à la retraite retirée de la vie active, participant aux activités du club du troisième âge local, à la personne n'ayant plus de contraintes professionnelles, profitant de la vie en voyageant ou encore en suivant des cours universitaires. Mais cette nouvelle image véhiculée par les professionnels du marketing et des médias n'est-elle pas l'image tronquée d'une réalité plus complexe ?

Dans les deux pays, il semble que le sentiment de bonheur ou de bien-être soit à son paroxysme au cours de la soixantaine. Une étude sur le bonheur réalisée dans l'ensemble de la population belge a mis en évidence que les seniors étaient plus heureux que les autres [1] et que ce sentiment était à son apogée entre 66 ans et 75 ans. Pour les auteurs de l'étude, cela s'explique par la fin de la « période agitée » de la vie (crédit immobilier, scolarisation des enfants...) et par le fait que les facteurs de santé n'interviennent négativement qu'après cet âge, diminuant alors le sentiment de bien-être. Ce sentiment se retrouve également en France où son apogée se situe entre 65 et 70 ans [2]. D'après les auteurs de l'étude française, « la croissance du bien-être au-delà de la cinquantaine est l'effet d'un processus psychologique d'adaptation ou de réajustement des aspirations ». Les objectifs sont plus facilement atteints parce que centrés autour de choses plus simples dépendant moins de facteurs externes.

La présente fiche dresse un portrait de l'état de santé et de ses déterminants pour la population des 65 ans et plus. On notera que l'âge chronologique n'est sans doute pas le meilleur indicateur des changements liés au vieillissement. En effet, il existe des différences dans l'état de santé, le niveau d'activité et le degré d'autonomie entre des personnes du même âge. Les conditions socio-sanitaires et socioculturelles dans lesquelles les personnes ont vécu et vivent encore conditionnent tant l'espérance de vie que la qualité du vieillissement.

¹ *Perspective de la population du Bureau du Plan et de la Direction générale Statistique et Information du SPF Economie, 2007*

² *Omphale, Scénario central, 2010*

Population étudiée

La population décrite dans cette fiche est celle des 65 ans et plus. Le parti a été pris de l'appeler « seniors ». Cet âge a été choisi pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'âge de 65 ans correspond à l'âge légal de départ à la retraite en Belgique. En France, cet âge est de 62 ans mais, comme c'est le cas dans de nombreux pays européens, l'âge de la retraite sera repoussé dans les années futures.

Les premières générations issues du baby-boom arrivent aujourd'hui à l'âge de 65 ans et, de ce fait, la part des seniors dans l'ensemble de la population continuera d'augmenter dans les années à venir. Cela pose une série de questions, concernant notamment leurs lieux de vie, leur état de santé, leur survie économique, leurs loisirs, l'accompagnement de leurs nouveaux besoins, la prise en charge financière de leur dépendance ou encore les liens entre les générations.

En un peu plus d'un demi-siècle, la partie de la pyramide des âges concernant les personnes âgées de 65 ans et plus a fortement évolué : sa base s'est élargie et elle s'élève nettement plus haut. Une première raison à cela est l'allongement substantiel de la durée de vie. En 2008, l'espérance de vie à 65 ans atteignait 19,3 ans en Europe des 25 et en Belgique et 21,0 ans en France. Le « papy boom » n'a pas encore fait sentir ses effets, les personnes les plus âgées du baby-boom ayant aujourd'hui entre 60 ans et 65 ans. Ce phénomène explique aussi en partie l'augmentation importante de la part des seniors dans la population pour les années à venir et une augmentation de la population âgée par palier, avec, d'abord, l'accroissement des 65-74 ans, puis des 75-84 ans, et enfin des 85 ans et plus.

Trois périodes successives sont identifiables dans l'accompagnement et la prise en compte des seniors par la société. Elles correspondent aux âges paliers cités précédemment : la première décennie (2010-2020) doit voir principalement l'augmentation des seniors actifs, ensuite celle des personnes commençant à rencontrer des problèmes de santé et d'autonomie et, enfin, celle des personnes dont une grande part sera dépendante et devra le plus souvent être hébergée en milieu familial ou collectif. Dans le même temps, les aidants seront moins nombreux : les générations issues du baby-boom ont elles-mêmes eu moins d'enfants. Or, leur rôle est primordial dans l'accompagnement des personnes dépendantes. L'enjeu sociétal sera ainsi de permettre la prise en charge d'un nombre croissant de personnes, quand bien même le nombre d'aidants diminuera.

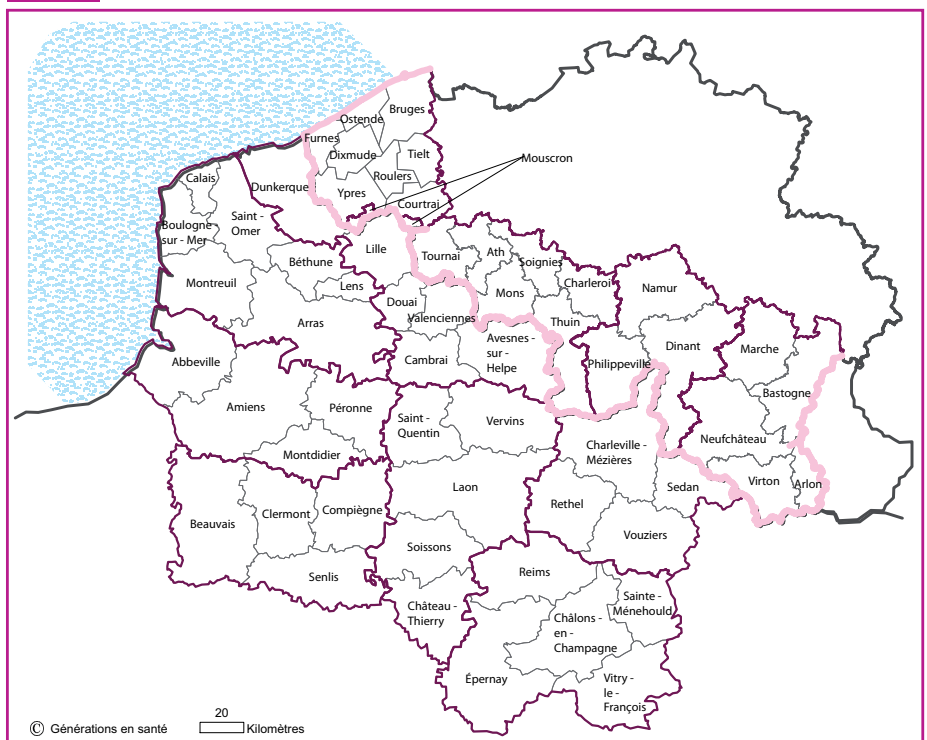
Territoire

Le terme « zone étudiée » correspond au territoire tel qu'il est défini dans le programme Générations en santé. Il inclut les arrondissements des départements français de l'Aisne, des Ardennes, de la Marne, du Nord, de l'Oise, du Pas-de-Calais et de la Somme et ceux des provinces belges de Hainaut, de Namur et de Luxembourg.

Pour une majorité des indicateurs et quand l'information est disponible, la valeur de l'indicateur pour la Flandre occidentale est proposée, accompagnée d'une comparaison avec la zone étudiée.

Carte
1

Les arrondissements de la zone étudiée et de Flandre occidentale

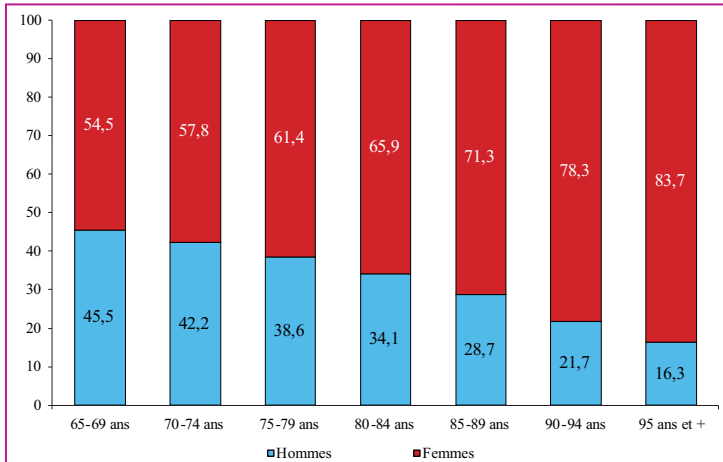


Démographie

Population de seniors

Graph 1

Proportions d'hommes et de femmes dans la zone étudiée par âge, en 2006 (en %)



F – Insee, recensement de population 2006
B – SPF-Economie, PME, classes moyennes et énergie – 2006

Au 1^{er} janvier 2006, la population des seniors de la zone étudiée était de 1 333 282 personnes, soit 522 171 hommes et 811 111 femmes.

La proportion des femmes seniors parmi l'ensemble des femmes est systématiquement supérieure à celle des hommes seniors. Ce constat résulte d'une mortalité féminine inférieure à celle des hommes à tout âge. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, qui présentent des comportements à risque plus fréquents, bien que, sur une période récente, cet écart tend à se réduire.

Globalement, dans la population totale de chaque arrondissement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes. Le rapport de masculinité, qui divise le nombre d'hommes par le nombre de femmes, diminue à mesure que l'âge augmente. Ainsi, la proportion de femmes dans la population augmente constamment dans les différentes catégories d'âge passant de 55 %

pour les 65-69 ans à 84 % chez les 95 ans et plus. La population des seniors de la zone étudiée est ainsi constituée à 61 % de femmes.

Sur l'ensemble de la zone étudiée, les seniors se répartissent à près de 75 % dans la partie française, pour 25 % dans la partie belge wallonne. Cette répartition se reflète également dans la zone étudiée tous âges confondus, dont 77 % de la population est dans la partie française.

Plus de quatre seniors de la zone sur dix résident dans la région Nord – Pas-de-Calais et un senior sur six habite dans la province de Hainaut.

L'arrondissement de Lille concentre à lui seul 11 % de la population des personnes âgées de 65 ans et plus de la zone étudiée, loin devant celui de Charleroi (5,3 %).

La province de la Flandre occidentale compte 225 600 seniors, soit un peu plus que la province de Hainaut.

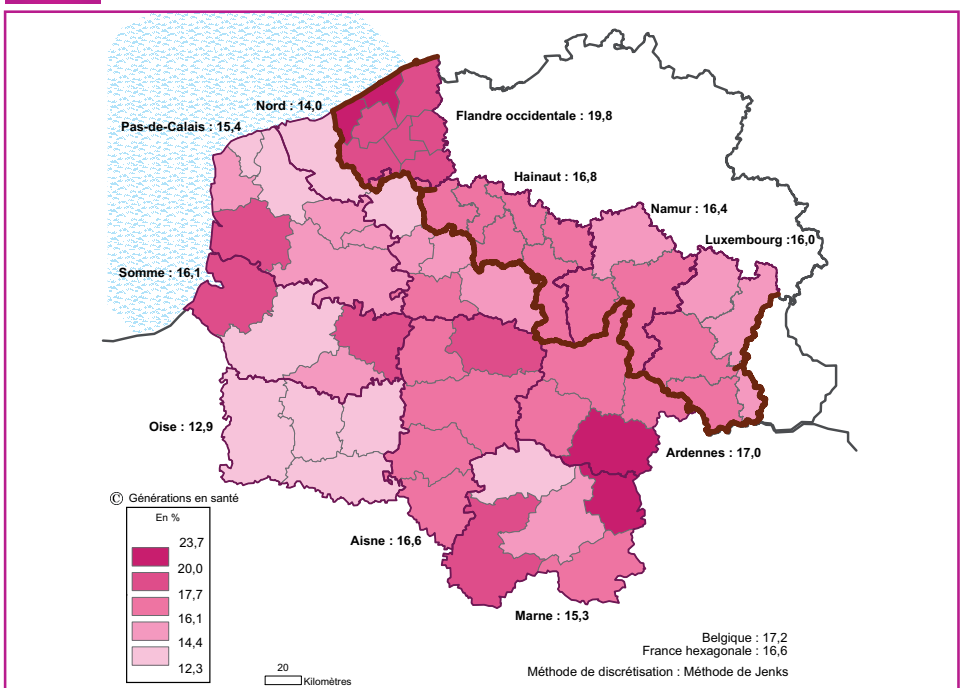
En France hexagonale, les seniors représentent 16,6 % de la population totale, contre 17,2 % en Belgique. Cette proportion est inférieure dans la zone étudiée, avec 15,3 %. Cette part des seniors dans la population totale est plus importante dans le nord et l'est, notamment dans les arrondissements belges et champardennais. Selon le genre, la part des seniors varie de 12,3 % pour les hommes à 18,0 % pour les femmes.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent plus d'un habitant sur six dans les Ardennes (17,0 %) et dans le Hainaut (16,8 %). À l'inverse, elles ne sont que 12,9 % dans l'Oise.

Les arrondissements au sein desquels les seniors occupent la part de population la plus importante sont Vouziers (21,8 %, département des Ardennes) et Sainte-Menehould (21,7 %, département de la Marne).

Carte 2

Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en 2006 (en %)



F – Insee, recensement de population 2006
B – SPF-Economie, PME, classes moyennes et énergie – 2006

À l'opposé, ils représentent moins de 13 % de la population dans les arrondissements de Lille (Nord), Compiègne et Clermont (Oise).

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en Flandre occidentale est de 19,8 % contre 15,3 % dans la zone étudiée.

Indice de vieillissement

$$\text{Indice de vieillissement} = \frac{\text{nombre de personnes âgées de 65 ans et plus}}{\text{nombre de moins de 20 ans dans la population}}$$

Cet indice permet de comparer le nombre de personnes de 65 ans et plus pour une personne de moins de 20 ans.

L'indice de vieillissement, c'est-à-dire le rapport entre seniors et jeunes de moins de 20 ans, est supérieur en Belgique par rapport à la France. Ainsi en 2006, on compte 0,74 personne de 65 ans et plus pour une personne de moins de 20 ans en Belgique contre 0,67 en France hexagonale. La tendance observée en 2000 se confirme : l'indice de vieillissement était de 0,71 pour la Belgique et de 0,63 pour la France hexagonale.

Dans la zone étudiée, les indices de vieillissement observés ne sont pas aussi élevés : on y dénombre 0,57 senior pour une personne de moins de 20 ans. La différence observée entre les deux pays se retrouve en isolant la partie française de la zone (indice de vieillissement de 0,55) de la partie wallonne (0,68). Presque tous les arrondissements transfrontaliers wallons présentent un indice de vieillissement proche de 0,70 (plus de deux seniors pour trois jeunes).

Dans la partie française de la zone, le département des Ardennes connaît l'indice de vieillissement le plus haut (0,66) tandis que les départements du Nord (0,50) et de l'Oise (0,47) ont les indices les plus bas. Dans la partie wallonne de la zone étudiée, c'est la province de Hainaut qui a l'indice de vieillissement le plus élevé (0,70) tandis que la province de Luxembourg a l'indice le plus faible (0,60).

Il apparaît que les arrondissements d'Ath, Mouscron, Thuin et Tournai (tous supérieurs à 0,70) en Belgique et de Vouziers et Sainte-Menehould (supérieurs à 0,90) en France sont ceux dont les indices de vieillissement sont les plus hauts de part et d'autre de la frontière.

Les plus faibles indices de vieillissement parmi les arrondissements sont situés côté français. On observe en effet des indices de vieillissement compris entre 0,44 et 0,49 dans les arrondissements de Lille, Beauvais, Senlis, Saint-Omer ou encore Calais (plus de deux jeunes de moins de 20 ans pour un senior).

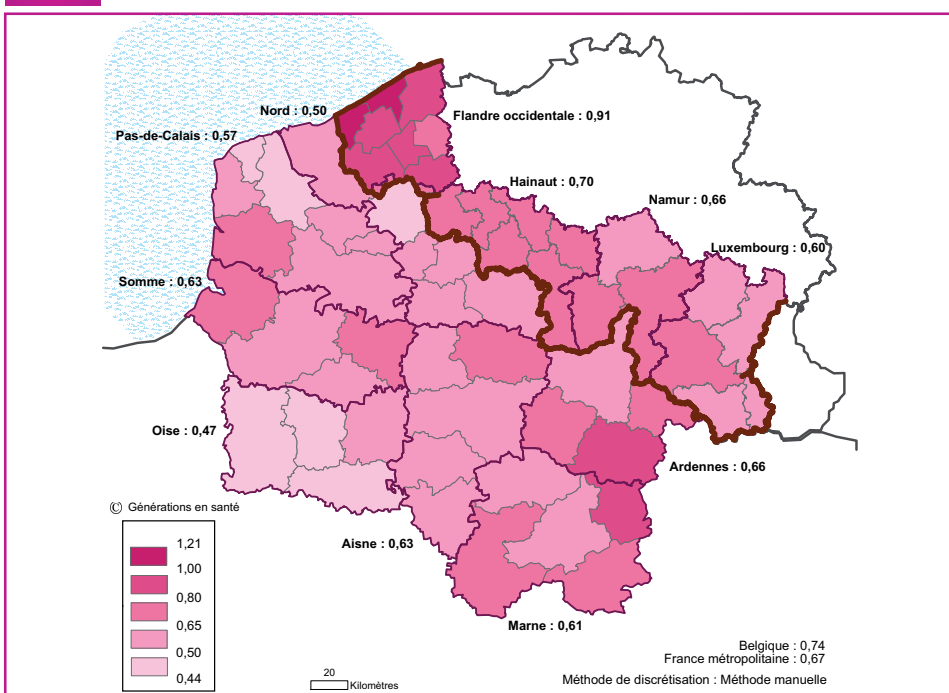
L'indice de vieillissement est un indice synthétique qui recouvre plusieurs processus démographiques.

Les poids relatifs d'une natalité plus ou moins importante et d'une espérance de vie plus ou moins longue se conjuguent différemment : natalité et mortalité sont bien sûr des déterminants importants qui peuvent varier en sens inverse pour aboutir à des indices du même ordre.

À cela s'ajoutent les phénomènes migratoires internes : on observe par exemple une natalité moyenne en Hainaut mais une forte mortalité à tout âge liée aux conditions socio-économiques difficiles. Ce territoire économiquement plus pauvre attire des personnes âgées en quête d'un logement meilleur marché et dispose par ailleurs d'un grand nombre de lits de maisons de repos. À l'inverse, ce sont plutôt des familles jeunes avec ou sans enfants qui migrent vers le nord

Carte 3

Indice de vieillissement en 2006



F – Insee, recensement de population 2006

B – SPF-Economie, PME, classes moyennes et énergie – 2006

du Hainaut, l'arrondissement de Namur ou la province du Luxembourg, en raison d'une distribution de l'offre d'emploi plus favorable à proximité de ces zones. Les zones frontalières ont un indice de vieillissement plus élevé, suite entre autres à l'émigration des jeunes vers des zones plus favorables pour l'emploi ou la mobilité.

Les trois régions françaises de la zone étudiée, et plus spécialement le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie, connaissent une natalité élevée. L'arrondissement de Lille a, pour sa part, la particularité de compter une importante population estudiantine³. Les indices de vieillissement de la partie française de la zone sont relativement faibles d'autant plus que la mortalité est, dans le nord de la France, plus élevée que dans le reste du pays.

Le niveau élevé de la natalité vient ainsi compenser la part grandissante des 65 ans et plus. Ces trois régions sont parmi les plus jeunes de France, mais font aussi partie de celles pour lesquelles l'âge moyen pourrait s'accroître le plus rapidement à l'avenir, et, avec lui, l'indice de vieillissement.

L'indice de vieillissement de la Flandre occidentale se situe à plus de 0,90, ce qui implique un nombre de 65 ans et plus approchant celui des moins de 20 ans, et un vieillissement bien plus avancé que dans les arrondissements de la zone étudiée.

Dans l'arrondissement de Furnes, le nombre de seniors est supérieur à celui de moins de 20 ans : l'indice de vieillissement est de 1,21. L'arrondissement d'Ostende (1,14) est dans le même cas.

³ En France, les étudiants de 18 ans et plus sont domiciliés sur leur lieu d'étude, ce qui n'est pas le cas en Belgique.

Mortalité

Taux standardisés de mortalité toutes causes

Le nombre de décès observé dans chaque arrondissement est fonction de la population qui y réside. Le calcul des taux standardisés de mortalité permet de s'affranchir des effets de taille et de structure par âge et sexe de la population des différents arrondissements, et permet la comparaison entre elles des différentes entités.

Ces taux sont utilisés à des fins comparatives et leur valeur n'a de sens que par la confrontation de plusieurs entités géographiques entre elles.

Les taux standardisés prennent comme population de référence la population de la zone étudiée au 1^{er} janvier 2006 et sont donnés pour 1 000 seniors.

Le nombre de décès de seniors observés entre 2001 et 2007 dans la zone étudiée s'élève à 438 880, soit une moyenne annuelle de 63 000 décès. Ces décès concernent 45,9 % d'hommes et 54,1 % de femmes. Les décès de seniors représentent environ 77 % de l'ensemble des décès survenus dans la zone sur la même période.

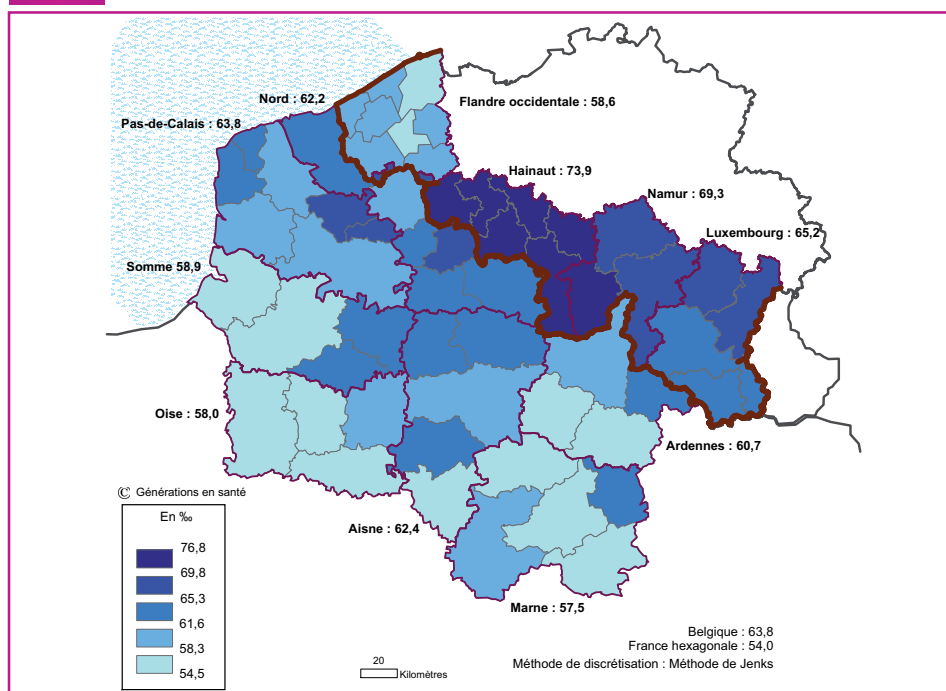
Le taux standardisé de mortalité toutes causes des seniors hommes dans l'ensemble de la zone étudiée est de 63,7 décès pour 1 000 personnes de 65 ans et plus. Il résulte d'un taux pour 1 000 hommes de 71,7 décès pour la partie wallonne, et de 61,4 décès pour la partie française. Il est très proche du taux national belge (63,8 ‰), mais supérieur au taux français (54,0 ‰).

Le département de la Marne est celui pour lequel le taux standardisé de mortalité masculine chez les seniors est le plus faible (57,5 décès pour 1 000 hommes), tandis que le taux maximum se trouve dans le Hainaut (73,9 ‰).

Les arrondissements aux plus forts taux standardisés de mortalité sont ceux de Mons et Charleroi. La mortalité est plus élevée dans le nord de la zone, qui concerne d'anciennes grandes régions industrielles, dans lesquelles une surmortalité avait déjà été mise en avant lors du précédent tableau de bord.

Carte
4

Taux standardisés de mortalité toutes causes des hommes, 2001-2007 (pour 1 000 seniors)



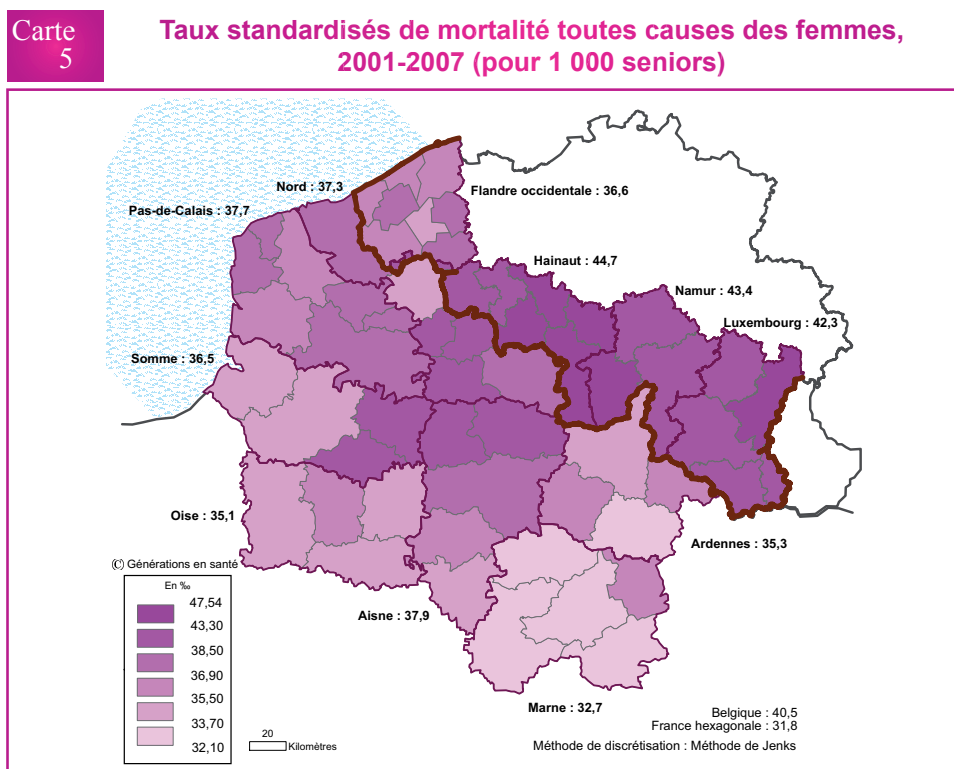
F – Inserm (CépiDc), Insee
B – ISSP, SPF-Economie

Comme pour les hommes, la mortalité des femmes seniors belges est supérieure à celle de leurs homologues françaises, avec un taux standardisé de 40,5 ‰ contre 31,8 ‰.

La mortalité des femmes seniors dans les départements français est inférieure à celle de toutes les provinces belges. Les taux standardisés des départements français sont d'ailleurs plus proches de celui de la Flandre occidentale (36,6 ‰) que de la partie wallonne (44,1 ‰). La Marne (32,7 ‰) et l'Oise (35,1 ‰) sont les deux départements pour lesquels le niveau de mortalité féminine est le plus bas, alors qu'il est le plus élevé en province de Hainaut (44,7 ‰)

Les onze arrondissements pour lesquels la mortalité des femmes de 65 ans et plus est la plus élevée sont tous situés du côté belge de la frontière, et concernent les trois provinces de la zone étudiée.

Ces arrondissements s'opposent à ceux du sud de la zone, principalement dans la Marne et l'Oise, pour lesquels la mortalité des femmes seniors est la plus faible : 32,1 décès pour 1 000 seniors femmes à Châlons-en-Champagne, et moins de 33,0 pour 1 000 à Reims et Vouziers.



F – Inserm (CépiDc), Insee
B – ISSP, SPF-Economie

Les taux standardisés de mortalité toutes causes chez les seniors de Flandre occidentale sont inférieurs à ceux des autres provinces belges, et proches des départements français les mieux situés. Chez les hommes, ce taux est de 58,6 ‰ et chez les femmes, de 36,6 ‰. Les niveaux de mortalité observés dans les différents arrondissements sont relativement homogènes et s'échelonnent de manière régulière autour de la moyenne observée dans la province, de 57,1 ‰ à 60,4 ‰ chez les hommes, et de 35,1 ‰ à 38,5 ‰ chez les femmes.

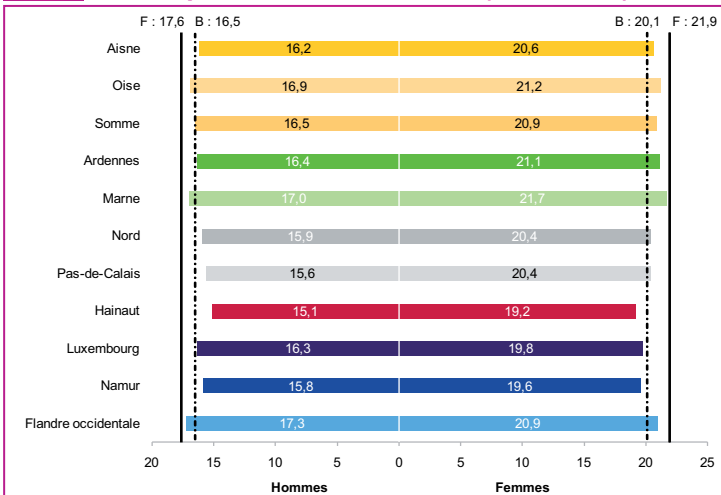
Espérance de vie à 65 ans

L'espérance de vie à l'âge x représente la durée de vie moyenne – autrement dit l'âge moyen au décès – d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité d'une année ou période considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge d'une population. Cet indicateur quantitatif de la durée moyenne de vie ne prend pas en compte les incapacités ou la qualité de vie (ce qui est le cas du calcul de l'espérance de vie « en bonne santé »).

L'indicateur spécifique présenté dans cette partie est l'espérance de vie à 65 ans, c'est-à-dire la durée moyenne vécue par les individus ayant dépassé l'âge de 65 ans et décédés entre les années 2005 et 2007.

Graph 2

Espérance de vie à 65 ans, par sexe, en 2005-2007 (en années)



F – Inserm (CépiDc), Insee
B – ISSP, SPF-Economie

Depuis le XIX^e siècle, la durée de vie n'a cessé d'augmenter. Une évolution qui fut dans un premier temps très rapide, avec un gain en années de vie de plusieurs dizaines d'années jusqu'au milieu du XX^e siècle : les conditions de vie et d'hygiène s'améliorent, les décès de jeunes enfants sont plus rares. Aujourd'hui, les gains d'espérance de vie reposent davantage sur les progrès médicaux ou la réduction de la mortalité évitable (liée notamment au tabac, à l'alcool, au diabète, aux pathologies vasculaires...). Ainsi, même si l'espérance de vie continue d'augmenter, elle croît à un rythme moins soutenu que par le passé.

Dans ce contexte, l'espérance de vie à 65 ans a elle aussi progressé pour s'établir en 2006, dans l'Europe des 25, à 17,1 ans pour les hommes et 20,7 ans pour les femmes.

L'écart d'espérance de vie dans la zone étudiée entre la partie wallonne et la partie française est de 0,8 an, sur la base des décès masculins observés entre 2005 et 2007. Les hommes de la partie française vivent en effet en moyenne 16,2 ans passé l'âge de 65 ans, contre 15,4 ans pour leurs homologues belges. L'écart maximal observé entre les différents départements approche les deux ans, entre les 17,0 années restantes pour les Marnais à 65 ans, et les 15,1 années pour les Hainuyers. En France, les départements de la région Nord – Pas-de-Calais sont ceux pour lesquels l'espérance de vie à 65 ans est la moins élevée, avec 15,6 ans pour le Pas-de-Calais et 15,9 ans dans le Nord.

En Belgique, l'espérance de vie à 65 ans des hommes des arrondissements de Charleroi et de Mons est parmi les plus faibles de la zone, avec en moyenne et respectivement 14,7 et 15,0 années restantes à 65 ans. Ces valeurs sont proches des minimas français : 14,9 ans dans l'arrondissement de Lens et 15,1 dans celui de Valenciennes, voisin de Mons.

Chez les femmes, l'espérance de vie à 65 ans se situe en moyenne autour de 20 ans et est supérieure dans la partie française (20,7 ans) à la partie wallonne (19,4 ans). L'ensemble des seniors des départements français ont une espérance de vie supérieure à celle des provinces belges de la zone étudiée. La moyenne d'années vécues après 65 ans va de 19,2 ans dans le Hainaut à 21,7 ans dans la Marne.

Les arrondissements du sud de la zone se caractérisent par une espérance de vie des femmes à 65 ans plus élevée. Dans le sud de l'Aisne et de l'Oise ainsi que dans la Marne, l'espérance de vie des femmes à 65 ans est supérieure à 21 ans. Dans le nord de la zone, dans les provinces de Hainaut et de Namur, elle est de moins de 20 ans.

L'espérance de vie à 65 ans des hommes en Flandre occidentale se rapproche de la situation du sud de la zone étudiée et marque une forte différence avec les provinces wallonnes. Elle est de 20,9 ans chez les femmes et de 17,3 ans chez les hommes.

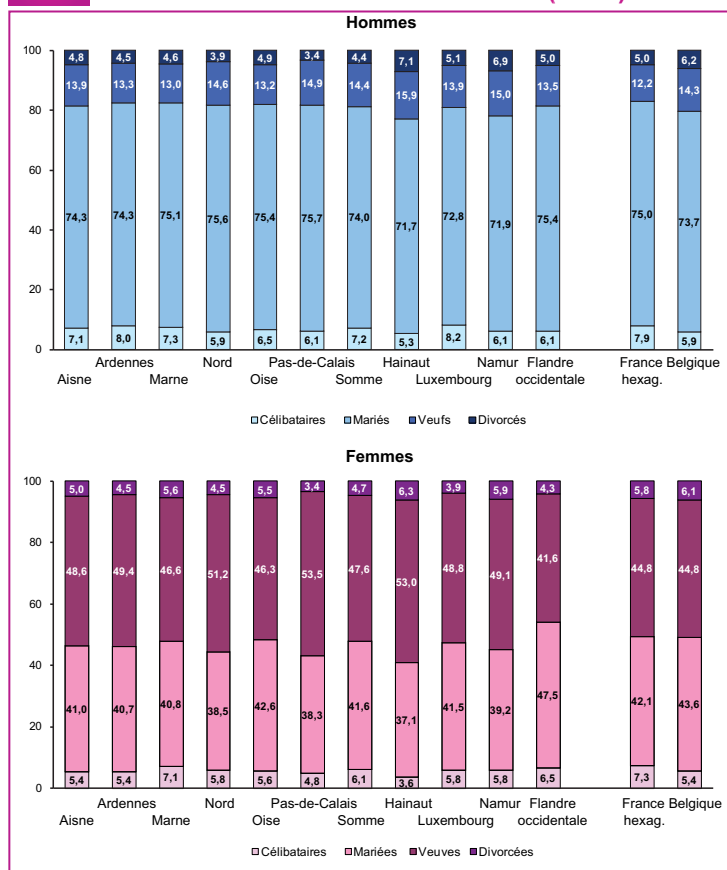
Facteurs socio-économiques

État matrimonial

La répartition des seniors selon leur état matrimonial dépend de facteurs multiples, qui doivent être intégrés à l'analyse des résultats. À titre d'exemple, la proportion de mariés dépend de la fréquence des mariages mais aussi de la fréquence des divorces. Il faut donc se garder de conclure qu'une proportion de mariés plus élevée est l'unique conséquence d'une fréquence de mariages supérieure : même si cette dernière l'explique en partie, elle peut aussi être influencée par une tendance au divorce plus faible.

Graph 3

Répartition des seniors selon leur état matrimonial (en %)



F – Insee, recensement de population 2007

B – SPF-Economie, PME, classes moyennes et énergie – 2007

Entre 1999 et 2007, la répartition des seniors selon leur état matrimonial continue de se modifier. Ces changements s'inscrivent dans une tendance plus large, qui a pris forme dès la seconde moitié du XX^e siècle, et qui se traduit notamment par l'augmentation du nombre de divorces. La proportion de seniors divorcés est passée de 4,3 % à 5,5 % en France entre 1999 et 2007. En Belgique, l'augmentation est plus marquée encore, de 3,9 % à 6,2 %.

En France, la proportion de seniors mariés est quasiment stable entre 1999 et 2007 (de 55,8 % à 55,6 %). La part des veuves et veufs recule, passant de 32,1 % à 31,4 %.

En Belgique, les mariés sont 54,9 % en 1999 et 56,2 % en 2007. Sur la même période, la part de veuves et veufs passe de 34,7 % à 32,0 %.

En 2007, sur l'ensemble de la zone étudiée, 53,1 % des seniors sont marié(e)s, 36,4 % sont veuf(ve)s, 5,7 % sont célibataires et 4,8 % sont divorcé(e)s.

Les seniors de la zone étudiée sont moins fréquemment mariés que dans leurs pays respectifs : 51,4 % dans la partie belge contre 56,2 % en Belgique, et 53,6 % dans la partie française contre 55,6 % en France hexagonale.

La répartition de la situation matrimoniale des seniors varie fortement entre les deux sexes. Ces différences résultent d'un écart marqué entre les niveaux d'espérance de vie des hommes et des femmes.

Ainsi, sur l'ensemble de la zone, près de trois hommes sur quatre (74,4 %) sont mariés parmi les 65 ans et plus. Chez les femmes en revanche, seules 39,3 % sont encore mariées, et plus d'une femme sur deux est veuve (50,6 %). Cette proportion élevée de veuves, conséquence de la surmortalité masculine observée dans l'ensemble de la zone, est particulièrement importante rapportée aux valeurs nationales : 44,8 % en Belgique comme en France.

L'Oise est le département français qui compte la plus forte proportion de seniors mariés (75,4 % pour les hommes et 42,6 % pour les femmes) et la plus faible proportion de veufs et veuves (13,2 % et 46,3 %). Les deux départements de la région Nord – Pas-de-Calais sont ceux pour lesquels les proportions de veuf(ve)s sont les plus élevées, en raison principalement de la surmortalité masculine qui y est très marquée : plus d'une femme senior sur deux est veuve (51,2 % dans le Nord et 53,5 % dans le Pas-de-Calais). Dans la Marne, les seniors femmes célibataires sont plus nombreuses que dans le reste de la zone étudiée (7,1 %). C'est plus que dans la partie française de la zone (5,6 %), mais proche de la valeur nationale (7,3 % en France hexagonale).

Dans les provinces belges, les proportions de seniors mariés tous sexes confondus sont inférieures à la majorité des départements français et s'échelonnent de 50,6 % en province de Hainaut à 52,3 % en province de Namur et 54,4 % en province de Luxembourg. En province de Hainaut, 15,9 % des hommes seniors sont veufs et 53,0 % des femmes sont veuves, contre respectivement 13,9 % et 48,8 % en province de Luxembourg.

Les variations de la structure matrimoniale des seniors entre les différents arrondissements sont relativement importantes, principalement pour les marié(e)s ainsi que les veuf(ve)s. La proportion de seniors marié(e)s est plus importante dans les arrondissements du sud de la zone, comme dans les arrondissements de Senlis (56,8 %), Clermont (56,3 %) et Châlons-en-Champagne (56,1 %). À l'inverse, dans certains arrondissements belges et du Pas-de-Calais, moins d'un senior sur deux est marié : 49,1 % à Mons et 49,4 % et Charleroi ; 49,5 % à Lens. Parallèlement, la proportion de veuves est élevée dans ces mêmes arrondissements, jusqu'à 59,7 % à Lens.

Beaucoup de seniors sont mariés en Flandre occidentale : 75,4 % des hommes et 47,5 % des femmes. Les seniors divorcés sont moins nombreux que dans le reste du pays, et, du fait d'une mortalité plus tardive, seules 29,6 % des femmes seniors sont veuves, contre 37,3 % dans la zone étudiée.

Fréquence des contacts sociaux

Questions posées

La définition retenue pour cet indicateur est la proportion de seniors ayant eu un contact avec une ou plusieurs personnes (parents, enfants et petits-enfants, famille, amis, voisins) en moyenne une fois par semaine au cours de l'année écoulée.

Deux questions différentes ont été posées en France (Enquête permanente sur les conditions de vie, Insee, 1996-2004) et en Belgique (Enquête de santé par interview, 2004) afin d'appréhender les contacts sociaux des seniors ; les résultats obtenus sont du même ordre de grandeur.

Pour la France : « Combien de fois avez-vous rencontré en moyenne votre père, mère, enfants, petits-enfants, autres membres de la famille, amis, voisins (personnes ne vivant pas chez vous) ? ».

Pour la Belgique : « Habituellement, avez-vous des contacts avec des parents, des enfants, des amis, des connaissances ...? ».

Dans l'enquête française, les réponses autres que 0 ont été comptées afin d'obtenir un résultat pouvant être comparé à celui de la Belgique. Par ailleurs, l'enquête française porte sur une période plus longue que l'enquête belge, mais ce choix a été privilégié afin de garantir des effectifs suffisants à une exploitation par département.

L'isolement des plus âgés a généré au cours de la dernière décennie de nombreuses discussions et inquiétudes, notamment suite à la canicule de l'été 2003 qui a vu un accroissement de la mortalité des seniors liée aux fortes températures. Cet épisode a révélé qu'un grand nombre de seniors n'avaient pas, en raison de leur isolement, reçu l'aide et les conseils adéquats pour se prémunir des effets de la chaleur.

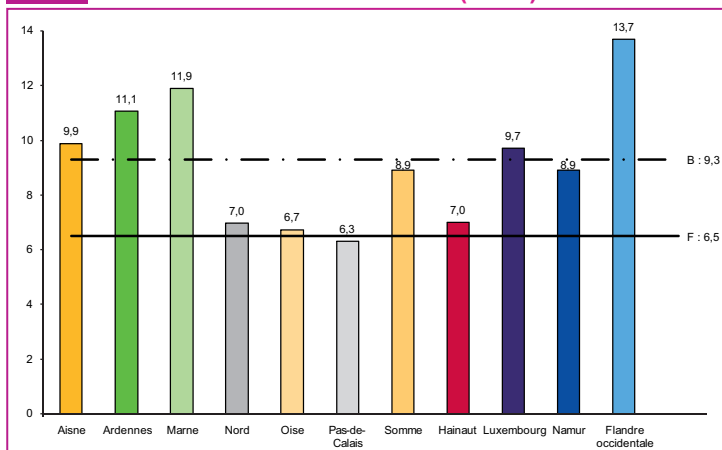
Depuis, cette question revient fréquemment et des campagnes d'information sont régulièrement lancées afin de sensibiliser la population à ces questions. Les différentes actions menées en ce sens visent notamment à permettre aux seniors de se déplacer, afin de recréer du lien social parfois inexistant, ou de leur rendre visite et leur permettre ainsi de garder un contact avec le monde extérieur.

En Belgique, 9,3 % des seniors ont déclaré avoir des contacts avec des personnes de leur entourage moins d'une fois par semaine contre 6,5 % en France hexagonale.

Dans les départements français de la zone étudiée, la proportion de seniors ayant peu de contacts avec leurs proches est plus élevée qu'en France hexagonale.

Les départements de la Marne et des Ardennes sont ceux où les seniors déclarent le moins souvent avoir des contacts réguliers avec leur entourage (respectivement 11,9 % et 11,1 %).

Graph 4 Proportion de personnes déclarant avoir eu des contacts sociaux moins d'une fois par semaine, en 1996-2004 (en %)



F – Insee - EPCV 1996-2004

B – Enquête nationale de santé, 2004

À l'inverse, le département du Pas-de-Calais est celui où les seniors ont déclaré être les moins isolés : seuls 6,3 % d'entre eux déclarent avoir eu des contacts avec leur famille, des amis ou des voisins moins d'une fois par semaine durant l'année écoulée.

Dans la partie wallonne, la province de Luxembourg est celle où les personnes âgées de 65 ans et plus sont les plus isolées (9,7 %) et la province de Hainaut, celle où les contacts sont les plus fréquents (7,0 %).

En Flandre occidentale, 13,7 % des seniors ont eu, au cours de l'année écoulée, moins d'une fois par semaine un contact avec des parents, enfants, amis ou connaissances, ce qui représente une proportion supérieure à celle de la zone étudiée.

Aides financières aux personnes âgées précaires

La différence entre les modalités d'attributions ne permet pas d'établir de comparaison directe entre GRAPA et ASPA. Les proportions de bénéficiaires dans les populations respectives ne peuvent donc être comparées.

En France

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une allocation unique, créée en remplacement des différentes prestations qui composaient le minimum vieillesse jusqu'au 31 décembre 2005, notamment l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV).

L'ASPA constitue un montant minimum de pension de vieillesse accordé, sous condition de ressources, aux personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite.

Le demandeur de l'ASPA doit avoir atteint l'âge de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude).

Pour une personne seule, le plafond de ressources à ne pas dépasser est de 8 507,49 €, ce qui correspond à 708,95 € par mois (montants au 1^{er} avril 2010).

Pour un couple, ce plafond est de 13 889,62 € correspondant à 1 157,46 € mensuels.

En Belgique

La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation offrant une aide financière aux personnes âgées dont les ressources ne sont pas suffisantes. Peuvent en bénéficier les hommes et femmes n'ayant pas ou insuffisamment acquis de droits à la pension et dont les ressources ne permettent pas de répondre à leurs besoins [3]. L'âge minimum requis pour prétendre à la GRAPA est de 65 ans.

Cette prestation est compensatoire : une fois déduites les ressources (pensions, immobilier...) de la ou des personne(s), elle vient les compléter jusqu'à atteindre les plafonds, définis de la manière suivante :

- pour une personne seule (isolée), le plafond de ressources à ne pas dépasser est de 10 995,95 € qui correspondent à 916,33 € par mois (montants au 1^{er} septembre 2010) ;

- pour un couple, ce plafond est de 7 330,63 € pour chacune des personnes, correspondant à 610,89 € mensuels.

Le niveau de revenus des seniors aurait été un indicateur intéressant à mettre en perspective dans cette partie. Toutefois, en raison de différences trop importantes dans les systèmes d'imposition - qui sont les sources de ces données -, et des particularités liées aux revenus des personnes à la retraite, ce qui est le cas de la majorité des seniors, cette comparaison s'est avérée impossible.

En France hexagonale, en 2006, le nombre de bénéficiaires de l'ASPA est de près de 528 000 personnes, correspondant à un taux de bénéficiaires de 51,3 bénéficiaires pour 1 000 seniors.

Dans la partie française de la zone étudiée, le taux de bénéficiaires n'est que de 44,0 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, et varie de manière importante selon les départements.

Le taux de bénéficiaires est bas dans les départements champardennais, avec 35,8 ‰ dans la Marne et 38,8 ‰ dans les Ardennes alors qu'il est plus élevé dans la Somme et dans le Nord, avec respectivement 48,4 et 47,4 bénéficiaires pour 1 000 seniors.

Tab 1 Nombre et taux d'allocataires de l'ASPA, en 2007 (pour 1 000 seniors)

	Nombre	Taux (‰)
Aisne	3 852	43,4
Oise	4 204	40,4
Somme	4 409	48,4
Ardennes	1 872	38,8
Marne	3 107	35,8
Nord	16 959	47,4
Pas-de-Calais	9 529	42,7
France hexagonale	527 939	51,3

F - Drees, estimations

Tab 2 Nombre et taux d'allocataires de la GRAPA, en 2007 (pour 1 000 seniors)

	Nombre	Taux (‰)
Hainaut	1 621	7,5
Luxembourg	359	8,7
Namur	773	10,3
Flandre occidentale	2 344	10,3
Belgique	15 831	8,7

B - Office national des pensions

Les bénéficiaires de la GRAPA en Belgique sont moins nombreux que ne le sont ceux de l'ASPA en France. Cependant, les plafonds d'attribution et les systèmes d'aide des deux pays étant différents, il est impossible de comparer ces chiffres.

Dans l'ensemble de la partie wallonne, on dénombre 8,9 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Les proportions de bénéficiaires sont plus faibles dans les provinces de Hainaut et de Luxembourg, avec 7,5 et 8,7 bénéficiaires pour 1 000 habitants, tandis qu'ils sont 10,3 ‰ en province de Namur.

Le taux de bénéficiaires de la GRAPA parmi les seniors est, en Flandre occidentale, de 10,3 pour 1 000, ce qui est sensiblement plus élevé que dans la partie wallonne.

Offre de soins et d'hébergement

En France, le fichier Adeli est aujourd'hui considéré comme la base de données la plus fiable en matière de démographie médicale car elle est le résultat de travaux d'harmonisation des différentes sources de données entrepris ces dernières années. Ces travaux d'harmonisation ont notamment permis d'établir différents coefficients de redressement tenant compte de la qualité de l'enregistrement des médecins au sein du fichier Adeli. Ce fichier prend en compte les médecins remplaçants. Le fichier Adeli est amené à disparaître avec la mise en place progressive du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) qui devrait améliorer encore les données de démographie médicale en disposant d'une source désormais unique et partagée.

En Belgique, le fichier Inami recense tous les médecins (excepté les candidats spécialistes) dont l'activité a donné lieu à au moins un remboursement au cours des deux dernières années. Le fichier INAMI présente un inconvénient pour une analyse territoriale : la commune dans laquelle est déclaré chaque professionnel n'est pas obligatoirement celle de son lieu d'exercice professionnel : il peut s'agir de son lieu de résidence.

De ce fait, les densités médicales calculées dans les différents arrondissements peuvent être quelque peu différentes dans la réalité, et sont donc à interpréter avec précaution.

Densité de médecins généralistes

Les densités de médecins généralistes en 2007-2008 sont proches entre la Belgique (9,9 généralistes pour 1 000 seniors) et la France hexagonale (10,1 pour 1 000).

Au total, 13 940 médecins généralistes exercent dans la zone étudiée en 2007, dont 76 % côté français.

La densité de médecins généralistes pour les seniors de la partie wallonne (9,9 ‰) est égale à la moyenne nationale belge. Dans la partie française en revanche, la densité de généralistes est sensiblement plus élevée, avec 10,7 médecins pour 1 000 seniors.

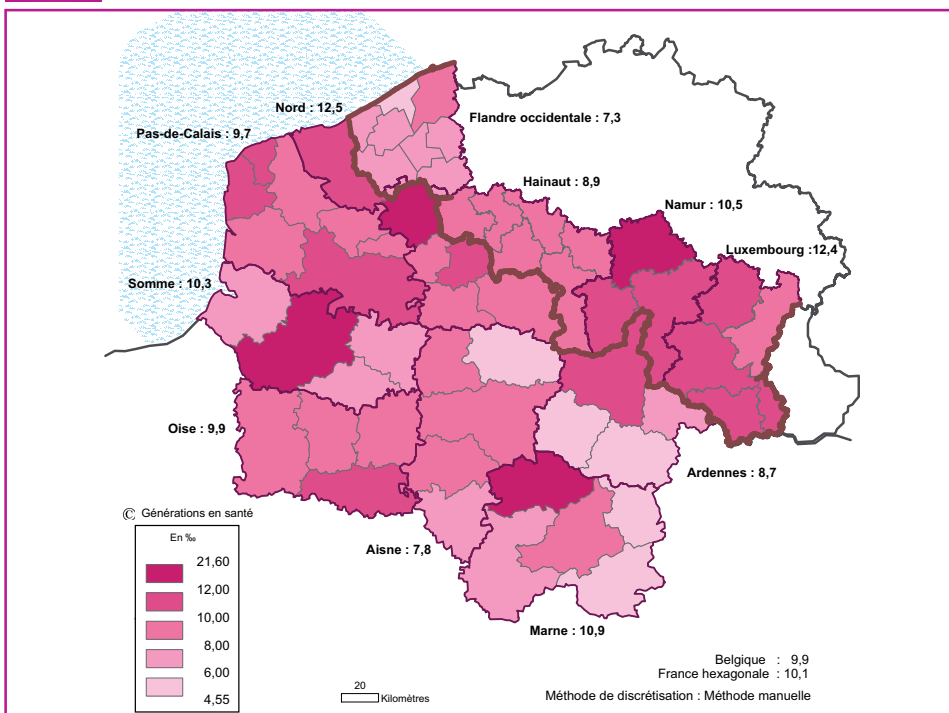
Les écarts de densités en médecins généralistes pour l'ensemble de la population et pour les seniors exclusivement dans les arrondissements de la zone étudiée sont généralement proportionnels. Toutefois, des différences existent.

Ainsi, pour les seniors, qui sont potentiellement plus consommateurs de soins, l'arrondissement de Senlis se classe à la 11^e place, alors qu'il n'est qu'au 36^e rang pour la population générale. À l'inverse, l'arrondissement de Montreuil est à la 37^e place pour la densité de médecins pour la population générale, mais se classe en 19^e position pour la densité pour 1 000 seniors. Ces différences sont dues à la proportion plus ou moins grande de seniors dans l'ensemble de la population.

Les départements du Nord et de la Marne sont ceux ayant les densités de médecins pour 1 000 seniors les plus importantes de la partie française (respectivement 12,5 ‰ et 10,9 ‰). De même, dans la partie wallonne, les provinces de Namur et de Luxembourg ont des densités de médecins importantes (12,4 ‰ et 10,5 ‰).

Carte
6

Densité de médecins généralistes en 2007-2008 (pour 1 000 seniors)



F – Adeli 2008

B – INAMI 2007

L'arrondissement de Namur a une densité de 13,6 médecins pour 1 000 seniors, ce qui en fait l'arrondissement ayant la plus forte densité de médecins de la partie wallonne. Du côté français, trois arrondissements sont particulièrement bien pourvus en médecins généralistes. Ils correspondent aux principales villes françaises de la zone : Lille, Reims et Amiens.

En Flandre occidentale, la densité de médecins généralistes est de 7,3 médecins pour 1 000 seniors en 2007-2008. Cette densité est inférieure à celle observée dans la zone étudiée. Elle peut néanmoins s'expliquer par un très grand nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, la densité médicale rapportée à l'ensemble de la population est proche de celle de la zone étudiée. L'arrondissement de Bruges, le plus peuplé en nombre de seniors, a une densité de 8,4 médecins généralistes pour 1 000 seniors. Celui d'Ostende ne compte à l'inverse que 5,9 généralistes pour 1 000 seniors.

Densité de kinésithérapeutes

Les écarts de densités de kinésithérapeutes pour 1 000 seniors sont proches de ceux observés pour la population générale.

La densité belge reste largement supérieure à la densité française. Dans l'ensemble de la zone étudiée, on dénombre 8,5 kinésithérapeutes pour 1 000 seniors : 15,0 ‰ dans la partie wallonne contre 6,3 ‰ pour la partie française, marquant ainsi un fort effet frontière qui traduit une offre plus importante en Belgique qu'en France.

Les différences de densité entre les provinces belges et les départements français varient du double au triple.

La densité de kinésithérapeutes est la plus élevée dans la province de Namur, où elle est plus de quatre fois supérieure à celle du département de l'Aisne.

La différence nord-sud est très marquée en raison de l'effet frontière, mais se prolonge aussi avec les densités du Nord et du Pas-de-Calais, qui sont les plus élevées de la partie française.

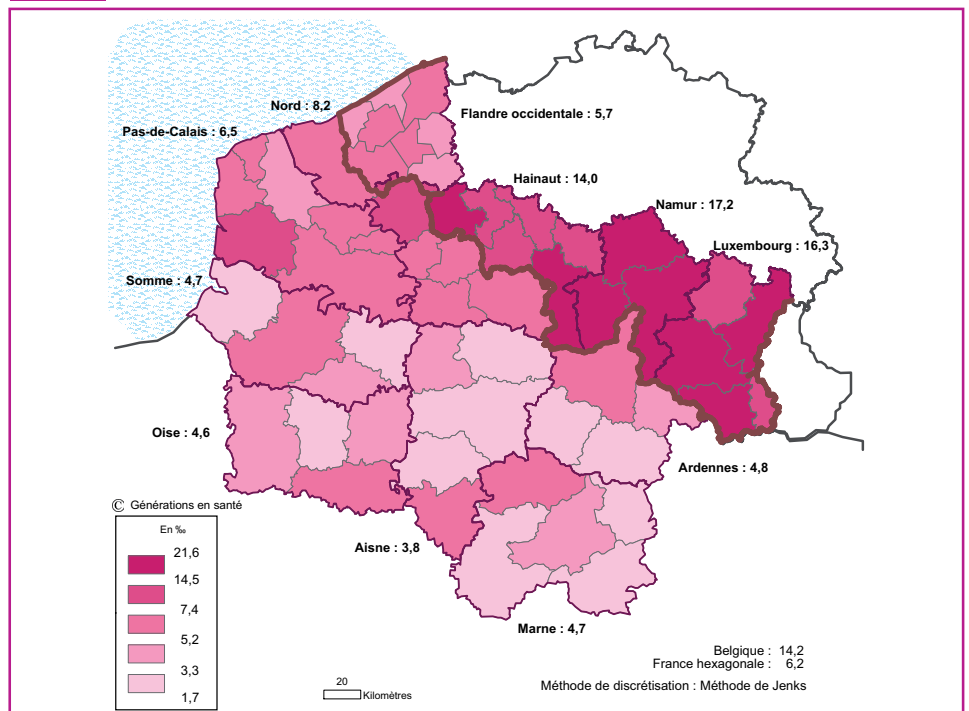
Ainsi, la partie sud de la zone étudiée, composée de la Picardie et des deux départements champardennais regroupe les arrondissements les moins bien dotés en kinésithérapeutes.

L'arrondissement de Bastogne est le mieux pourvu, avec une densité de 21,6 pour 1 000 seniors. L'arrondissement belge dont la densité est la plus basse, Mouscron (11,6 pour 1 000 seniors), est quant à lui proche de l'arrondissement français de Saint-Omer qui est le mieux doté (11,7 kinésithérapeutes pour 1 000 seniors). Les trois arrondissements aux plus faibles densités de kinésithérapeutes se situent en Champagne-Ardenne : Vouziers, dans les Ardennes (1,7 pour 1 000 seniors) et deux arrondissements de l'est marnais, Vitry-le-François et Sainte-Menehould, avec respectivement 2,1 et 2,0 kinésithérapeutes pour 1 000 seniors.

La densité de kinésithérapeutes en Flandre occidentale est de 5,7 pour 1 000 seniors. Cette densité est plus proche des valeurs observées dans les arrondissements français que wallons. L'arrondissement de Bruges, qui compte 7,0 kinésithérapeutes pour 1 000 seniors est le mieux pourvu de la province.

Carte
7

Densité de kinésithérapeutes en 2007-2008 (pour 1 000 seniors)



F – Adeli 2008

B – INAMI 2007

Un processus de médicalisation a été opéré en France et a pour conséquence le remplacement progressif des maisons de retraite traditionnelles par des établissements permettant la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De ce fait, un regroupement entre les lits MR (maisons de repos) et MRS (maisons de repos et de soins) en Belgique et entre les lits de maisons de retraite et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad) en France a été effectué. C'est ce total qui est ici comparé.

En France hexagonale, le nombre de lits en maisons de retraite et Ehpad est de 504 650 en mai 2010, soit un taux d'équipement de 49,0 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.

En Belgique, on dénombre 128 198 lits en MR et MRS en juin 2009, soit 70,4 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, ce qui fait une offre plus dense.

Dans la partie française de la zone étudiée, ce sont 42 368 lits d'hébergement qui sont disponibles, soit un taux d'équipement (42,4 %) inférieur à celui de la France hexagonale.

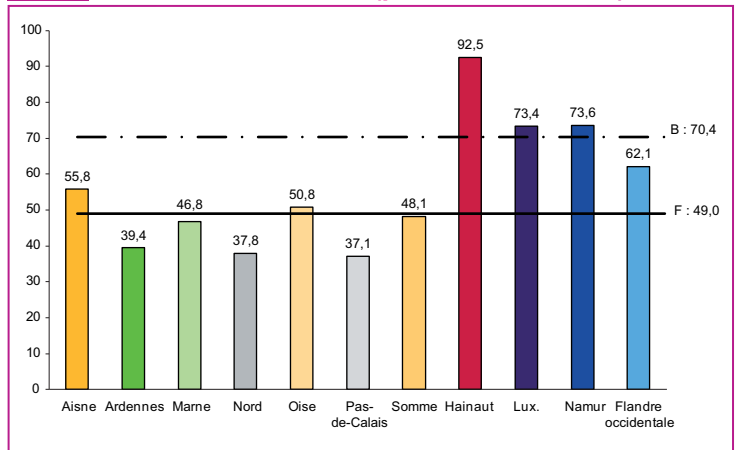
La partie wallonne compte 28 454 lits qui, rapportés à la population de 65 ans et plus, offrent un taux d'équipement (85,9 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus) deux fois plus élevé que le côté français de la zone, et plus élevé que le nombre de lits proposé pour 1 000 personnes de 65 ans et plus en Belgique.

Les départements du Pas-de-Calais, du Nord et des Ardennes ont les taux d'équipement les plus bas de la zone étudiée (respectivement 37,1 %, 37,8 %, 39,4 %).

À l'inverse, la province de Hainaut se démarque grâce à un taux de 92,5 lits pour 1 000 seniors, les arrondissements de cette province bénéficiant des taux d'équipement les plus élevés de l'ensemble de la zone. Dans la partie française, les départements picards sont les mieux pourvus, notamment l'Aisne dont le taux d'équipement est de 55,8 lits pour 1 000.

Graph 5

Densité de lits en maisons de retraite* en 2009-2010 (pour 1 000 seniors)

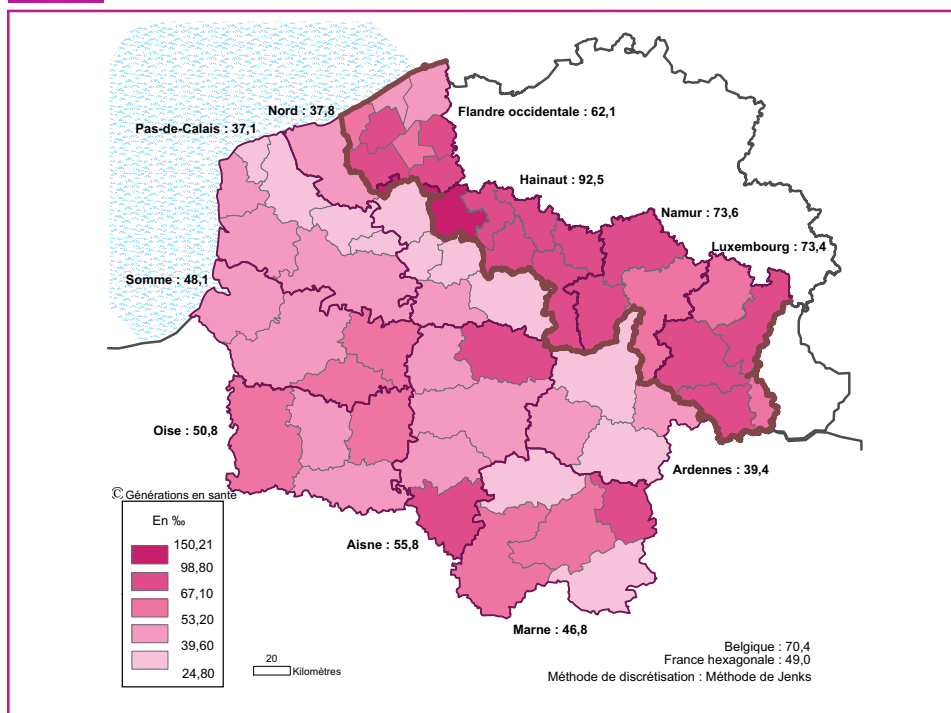


F – Finess au 10/05/2010
B – INAMI 06/2009

* MR/MRS - Ehpad

Carte 8

Densité de lits en maisons de retraite* en 2009-2010 (pour 1 000 seniors)



F – Finess au 10/05/2010
B – INAMI 06/2009

* MR/MRS - Ehpad

Les arrondissements ayant les plus forts taux d'équipement de la zone étudiée se trouvent en Belgique, à Mouscron (150,2 %) et Tournai (124,3 %).

Ces arrondissements sont par ailleurs ceux dont les établissements d'hébergement pour personnes âgées accueillent le plus de Français⁴. Ces derniers se répartissent dans une centaine d'établissements, et représentent, dans seize établissements, plus de la moitié des résidents.

En France, l'arrondissement de Château-Thierry compte près de neuf cents lits en maisons de retraite et Ehpad, soit 75,8 lits pour 1 000 seniors. L'arrondissement de Lens a le taux d'équipement le plus bas avec 24,8 lits pour 1 000 seniors.

⁴ Enquête OFBS 2005

Une enquête réalisée par l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) auprès des établissements d'accueil en 2005 visait à connaître le nombre de Français installés dans les maisons de repos belges, tout comme celui de Belges accueillis en France. En 2005, près de 1 600 Français étaient hébergés dans des établissements belges, alors que seuls douze Belges l'étaient en France. Les seniors français bénéficient ainsi d'une offre qui dépasse les limites frontalières, un grand nombre d'entre eux étant notamment hébergés dans l'arrondissement de Mouscron.

D'autres modes d'hébergement sont proposés aux seniors, notamment les résidences services (Belgique) ou les logements foyers (France). Ce type d'accueil constitue un compromis entre domicile et maison de retraite, s'agissant d'un logement d'une ou deux pièces offrant différents services collectifs tels que la restauration ou le blanchissage. Il est destiné aux seniors autonomes même si, dans certains cas, une prise en charge médicalisée peut être proposée.

Ce mode d'hébergement est plus répandu dans la partie française que belge. Le nombre total de logements est de 1 090 pour la partie wallonne et de 16 124 côté français, soit des taux respectifs de 3,3 et 16,0 pour 1 000 seniors. Leur répartition sur le territoire reste toutefois très disparate.

Avec 62,7 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus, la Flandre occidentale est la province belge de la zone étudiée la moins bien équipée en lits MR et MRS. L'offre y reste toutefois supérieure à celle observée dans la partie française.

Consommation de soins

Les séjours hospitaliers sont constitués de l'ensemble des passages à l'hôpital des patients pour une durée minimale d'une nuit. En France comme en Belgique, il s'agit d'un dénombrement en nombre de séjours et non de personnes. Une personne, hospitalisée deux fois dans l'année sera comptée pour autant de fois. Il s'agit donc bien d'un rapport entre le nombre de séjours et celui d'habitants et non d'une proportion de personnes hospitalisées dans l'année. Les taux d'hospitalisation sont influencés par de nombreux facteurs dont la répartition par âge et sexe, l'accessibilité géographique, l'offre de soins, les pratiques médicales, l'état de santé de la population etc. Tous ces éléments peuvent varier de part et d'autre de la frontière.

En France, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de comptabiliser ces séjours. Les séjours retenus sont d'une durée supérieure ou égale à un jour, « consommés » par les patients résidant en Champagne-Ardenne, Picardie et Nord – Pas-de-Calais en 2007.

En Belgique, le système permettant le comptage des séjours est le résumé clinique minimum (RCM) qui regroupe des informations permettant de résumer le dossier médical du patient⁵ et qui est constitué pour chaque séjour hospitalier.

Les séjours hospitaliers des seniors représentent, de part et d'autre de la frontière, entre 35 % et 40 % de l'ensemble des séjours tandis que les seniors ne représentent que 15 % à 25 % de la population de chaque arrondissement. Le rapport entre nombre de séjours par âge et population concernée augmente avec l'âge. Ainsi, les taux d'hospitalisation sont d'autant plus élevés que la part des 75 ans et plus parmi l'ensemble des seniors est grande.

Séjours hospitaliers

Les hommes âgés de 65 ans et plus sont moins nombreux que les femmes mais consomment proportionnellement plus de séjours hospitaliers.

Ainsi, dans l'ensemble de la zone étudiée, on dénombre 460 séjours hospitaliers pour 1 000 hommes de 65 ans et plus contre 359 pour 1 000 femmes seniors.

Les Français se sont plus souvent rendus à l'hôpital que les Belges : 467 séjours pour 1 000 seniors hommes dans la partie française, contre 437 pour la partie wallonne.

Dans le département de l'Aisne, où la proportion de 75 ans et plus parmi les seniors est la plus élevée (51,7 %), le taux d'hospitalisation est le plus fort : 509 séjours pour 1 000 hommes de 65 ans et plus.

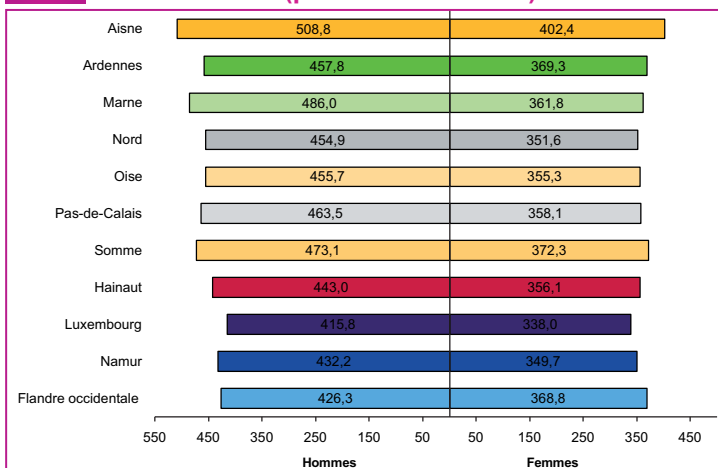
Dans les autres départements français, respectivement l'Oise et la Marne, ce taux varie entre 456 et 486 séjours pour 1 000 seniors.

Les taux d'hospitalisation pour 1 000 seniors sont systématiquement supérieurs dans les départements français par rapport aux provinces belges. Le taux le plus faible est celui de la province de Luxembourg (416 pour 1 000).

Pour les seniors femmes de la zone étudiée, des écarts sont notés entre les deux pays en matière d'hospitalisation, même s'ils sont plus réduits. Comme pour les hommes, c'est dans l'Aisne que le taux de séjour pour 1 000 seniors femmes est le plus élevé de la zone (402 ‰). Les seniors luxembourgeoises ont le moins recours à l'hôpital, avec 338 séjours pour 1 000 en 2007.

Graph 6

Ratio d'hospitalisation, en 2007 (pour 1 000 seniors)



F – PMSI 2007
B – RCM 2007

⁵ <https://www.ehealth.fgov.be>

Les séjours hospitaliers en Flandre occidentale correspondent aux taux d'hospitalisation les plus faibles de la zone étudiée : les taux sont de 426 séjours pour 1 000 hommes et 369 pour 1 000 femmes.

Une majorité des séjours d'une durée supérieure à un jour concernant des seniors est liée à des problèmes cardiovasculaires ou pulmonaires. Les regroupements n'étant pas systématiquement identiques dans les deux pays, le classement peut varier de manière importante. Dans la partie française de la zone étudiée, le motif d'hospitalisation le plus récurrent chez les seniors est une insuffisance cardiaque congestive. Le deuxième diagnostic principal le plus fréquent est regroupé sous le libellé « soins palliatifs ». Le troisième motif de prise en charge se rapproche du premier, et concerne l'insuffisance ventriculaire gauche. Suivent l'insuffisance respiratoire aiguë et la fibrillation et flutter auriculaires.

Les motifs d'hospitalisation des seniors de la partie belge se rapprochent de ceux des Français dans la mesure où ils concernent eux aussi principalement des pathologies cardiovasculaires, mais aussi pulmonaires. Toutefois, la première cause d'hospitalisation est légèrement différente chez les seniors belges puisqu'il s'agit d'arthroplasties fémoro-tibiales ou de la hanche avec implantation de prothèse. Viennent ensuite l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les pneumonies et l'arythmie cardiaque.

État de santé

Indice de masse corporelle (IMC)

La corpulence relative peut être mesurée grâce à l'indice de Quételet, ou indice de masse corporelle (IMC) qui reflète relativement bien la proportion de tissus gras dans le corps.

L'IMC est une mesure simple qui tient compte du poids par rapport à la taille et permet de définir si un individu est en surcharge pondérale (surpoids ou obésité), si sa corpulence est normale ou encore s'il est en état de maigreur.

L'indice de masse corporelle est calculé selon la formule suivante : $IMC = \text{Poids (en kg)} / \text{Taille en m}^2$

Selon les normes de l'IOTF⁶ le poids est considéré comme :

- bas (maigreur) 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
- lorsque l'IMC est ≥ 40 on parle d'obésité morbide

L'interprétation des données concernant l'IMC des personnes âgées de 65 ans et plus est sujette à discussion, en raison notamment d'une diminution de la taille avec l'âge, en lien avec un phénomène naturel de tassement vertébral, mais aussi avec l'ostéoporose plus particulièrement chez les femmes. La taille diminuant, à poids constant, l'IMC augmente. Ainsi, les proportions de seniors en surpoids ou obèses sont supérieures à celles des populations plus jeunes. L'interprétation de ces données doit tenir compte de ces paramètres.

Une étude récente a également mis en lumière que les seuils des IMC délimitant le surpoids et l'obésité sont trop restrictifs pour les personnes âgées [4]. En effet dans cette recherche, les auteurs ont suivi l'IMC, l'état de santé et le mode de vie d'hommes et de femmes de 70 à 75 ans pendant 10 ans. Ils ont montré que les personnes classées dans la catégorie des personnes en surcharge pondérale avaient un risque de décéder dans les dix ans inférieur à celui des personnes ayant un IMC normal. Seules les formes sévères d'obésité (ou la maigreur) montraient un accroissement de mortalité par rapport à un IMC normal. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec le constat que la perte de poids à un âge avancé est associée à une plus forte mortalité. Par ailleurs, cette étude confirme l'effet protecteur de l'activité physique pour les hommes et encore davantage pour les femmes.

Le poids et la taille tels qu'ils sont collectés dans les enquêtes décennale de santé en France et nationale de santé en Belgique sont des données déclaratives et non des mesures réelles. Il est admis que dans ce cas, les personnes interrogées ont tendance à sous-estimer leur corpulence [5].

Il existe aussi un effet de genre, les femmes se trouvant plus souvent trop grosses et moins souvent trop maigres que les hommes [6]. À l'inverse, la taille est souvent surestimée. Tous ces facteurs ont pour résultat de faire diminuer l'IMC et influencent l'estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité.

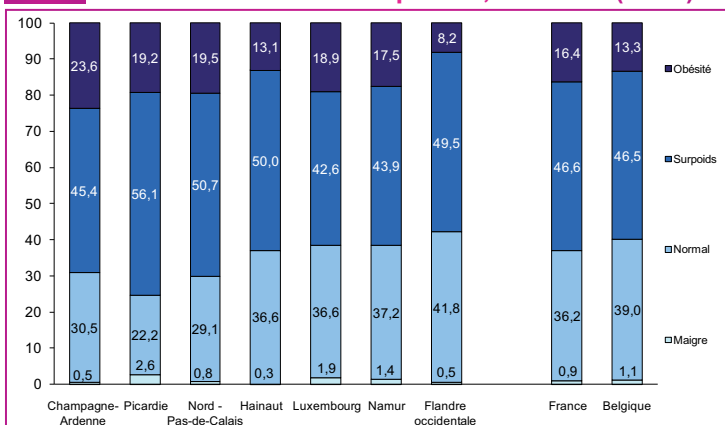
Une récente étude menée par l'InVS [8] auprès de 629 individus a démontré que ces biais de déclaration étaient croissants avec l'âge, notamment en ce qui concerne la taille. L'augmentation de cet écart est aussi expliquée par une mesure de la taille moins fréquente.

En France hexagonale, selon l'enquête décennale de santé, 36,2 % des hommes de 65 ans et plus ont un poids normal, 46,6 % sont en surpoids et 16,4 % sont obèses. La prévalence estimée de la surcharge pondérale est ainsi de 63,0 %.

Les données recueillies en Belgique via l'enquête de santé par interview sont proches de celles observées en France : 39,0 % des seniors hommes ont un IMC normal, 46,5 % sont en surpoids et 13,3 % souffrent d'obésité, ce qui porte la proportion de personnes en surcharge pondérale à 59,5 %.

⁶ http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

Graph 7 Répartition de la population des seniors selon l'indice de masse corporelle, hommes (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Les femmes seniors sont moins souvent en situation de surcharge pondérale que les hommes, mais les proportions de personnes obèses sont supérieures chez ces dernières.

Les données de taille et de poids déclarées par les femmes belges de 65 ans et plus font apparaître une proportion de personnes obèses de 18,4 %, contre 15,2 % en France hexagonale. Ces proportions sont inférieures à celles des provinces belges et régions françaises de la zone étudiée, entre lesquelles il n'existe pas de différences majeures.

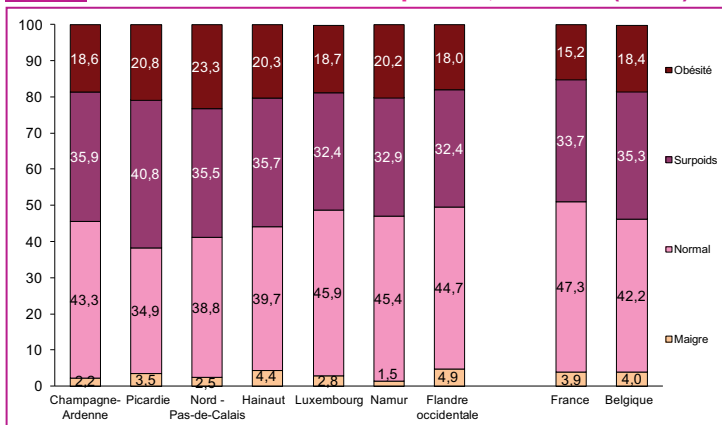
C'est en Nord – Pas-de-Calais que la proportion de femmes seniors obèses est la plus élevée avec 23,3 %. En Picardie, et dans les provinces de Hainaut et de Namur, une senior sur cinq environ est atteinte d'obésité. Enfin, dans la province de Luxembourg, 18,7 % des femmes seniors sont obèses.

La maigreur des seniors, relativement rare chez les hommes, est plus fréquente chez les femmes. Elle concerne 3,9 % des Françaises et 4,0 % des Belges. Dans la province de Hainaut, elle atteint même 4,4 %. Cette proportion augmente de manière significative chez les 85 ans et plus, allant de pair avec l'augmentation des risques de dénutrition.

En France hexagonale, 47,3 % des femmes de 65 ans et plus sont de corpulence normale, contre 42,2 % en Belgique. Les proportions relevées dans les régions et provinces de la zone étudiée sont supérieures aux proportions nationales.

En Flandre occidentale, 8,2 % des hommes et 18,0 % des femmes seniors sont obèses, ce qui est inférieur aux pourcentages observés dans la zone étudiée.

Graph 8 Répartition de la population des seniors selon l'indice de masse corporelle, femmes (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

État de santé général

La perception de l'état de santé reflète en général assez fidèlement l'état de santé réel et ce d'autant plus que les personnes ont un niveau d'instruction élevé [9]. Elle se base sur des indicateurs de santé comme la santé fonctionnelle, la santé mentale ou les troubles physiques [10]. Cependant, les personnes très âgées (plus de 80 ans) ont tendance à sous-estimer le déclin de leur santé et à avoir une perception de leur état de santé meilleure que leur état de santé réel [11].

Questions posées

La santé perçue est abordée par le biais de questions relatives au bien-être. La question posée est la même en France et en Belgique :

« Comment est votre état de santé général ? » Elle est extraite de la section santé générale du questionnaire SF-36. Ce questionnaire vise à connaître la santé du patient à travers 36 questions réparties en 8 sections.

Les proportions de personnes se jugeant en bonne santé constituent un regroupement des personnes ayant déclaré se trouver en « bonne » et en « très bonne » santé.

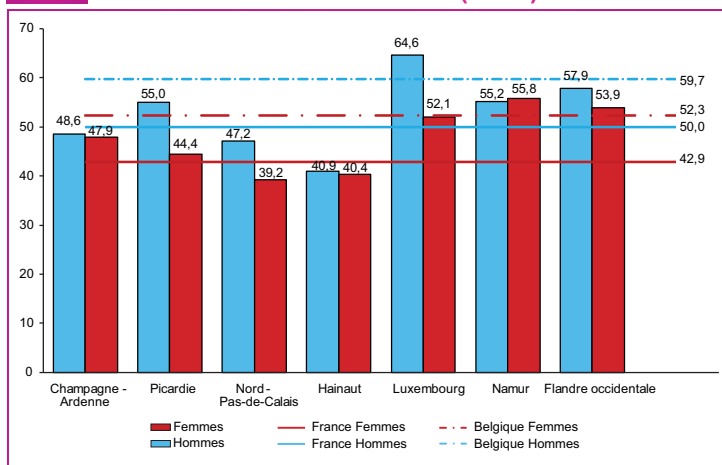
En France, 45,1 % des personnes interrogées de 65 ans et plus ont déclaré être en bonne santé alors qu'en Belgique la proportion de personnes ayant déclaré un bon état de santé est de 55,5 %. Cet écart de perception entre les deux pays est présent aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La Picardie est la seule région française dans laquelle une majorité de seniors s'est déclarée en bonne santé (50,1 %). Cette proportion est proche en Champagne-Ardenne (48,2 %). Dans le Nord – Pas-de-Calais, le sentiment de bonne santé n'est perçu que par 43,2 % des seniors.

En Belgique, en revanche, seuls les Hainuyers ne se sont majoritairement pas déclarés en bonne santé, tandis que dans les autres provinces, la proportion de personnes se déclarant en bonne santé est supérieure ou égale au niveau national. En province de Hainaut, seules 40,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus se déclarent en bonne santé, quand les seniors de la province de Luxembourg se considèrent à 57,2 % en bonne santé.

Le faible pourcentage observé dans le Hainaut correspond à un niveau socio-économique globalement plus faible, et s'accompagne d'un taux de mortalité plus élevé et d'une espérance de vie plus faible.

Graph 9 Proportion de seniors se jugeant en bonne santé, selon le sexe (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003

B – Enquête de santé par interview, 2004

Les différences de perception entre hommes et femmes sont plus ou moins prononcées selon la région ou la province des répondants. En Champagne-Ardenne ainsi que dans les provinces de Hainaut et de Namur, les écarts entre les réponses des hommes et des femmes sont réduits, et la perception de la santé de l'ensemble des seniors reflète celle des deux sexes.

Dans les autres régions et provinces, les différences entre les sexes sont plus prononcées, les hommes se déclarant toujours en meilleure santé que les femmes. Près des deux tiers des seniors hommes luxembourgeois se considèrent en bonne santé, contre 52,1 % des femmes. En Picardie, l'écart entre hommes et femmes est de plus de 10 points de pourcentage : 55,0 % des hommes se déclarent en bonne santé, contre 44,4 % des femmes.

Enfin, les femmes de 65 ans et plus du Nord – Pas-de-Calais sont, de tous les seniors de la zone étudiée, celles qui se déclarent en moins bonne santé, avec seulement 39,2 % de perceptions positives.

En Flandre occidentale, les seniors ont une meilleure perception de leur santé que dans la zone étudiée, particulièrement chez les hommes : 57,9 % se jugent en bonne santé, contre 53,9 % pour les femmes.

Questions posées

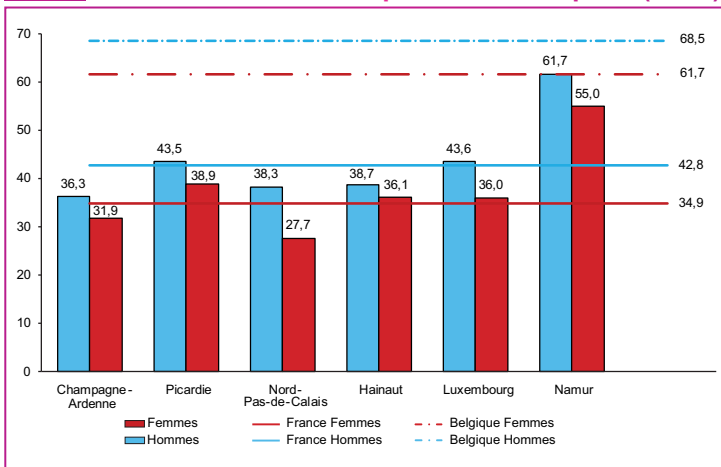
Deux questions figurant dans les enquêtes de santé française et belge permettent de compléter les perceptions que les seniors ont de leur santé. Elles concernent le fait de s'être fréquemment ou non senti dynamique ou épuisé au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête.

Les questions posées, issues du questionnaire SF-36 sont identiques en France et en Belgique.

« Au cours des quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) dynamique ? (en permanence, très souvent, souvent, quelquefois, rarement, jamais). » La même question a été posée avec « épuisé(e) ».

Les modalités de réponses ont été regroupées : en permanence/très souvent/souvent correspondent aux seniors se considérant comme fréquemment dynamiques ou épuisés selon la question posée.

Graph 10 Proportion de seniors se sentant dynamiques au cours des 4 semaines précédant l'enquête (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête de santé par interview, 2004

Les seniors se déclarent plus fréquemment dynamiques qu'épuisés.

En France hexagonale, 42,8 % des hommes et 34,9 % des femmes seniors ont indiqué s'être fréquemment sentis débordants d'énergie. En Belgique, cette proportion est plus importante encore et concerne 68,5 % des hommes et 61,7 % des femmes.

Cet écart est toutefois à relativiser dans la mesure où son importance relève principalement de provinces situées en dehors de la zone étudiée : à l'intérieur de la zone, les différences sont moins marquées, mise à part la province de Namur qui affiche des proportions de seniors se sentant dynamiques nettement supérieures aux autres régions et provinces de la zone.

En effet, les seniors namurois se sont sentis dynamiques pour 61,7 % des hommes et pour 55,0 % des femmes contre des proportions qui varient de 35 % à 45 % dans les autres régions et provinces étudiées.

D'une manière générale, les hommes déclarent plus souvent s'être fréquemment sentis dynamiques que les femmes, de la même manière qu'ils se jugent en meilleure santé.

Chez les hommes, les Champardennais se sont le moins fréquemment perçus dynamiques (36,3 %), contrairement aux seniors picards qui ont déclaré s'être sentis le plus souvent dynamiques par rapport aux autres régions françaises (43,5 % pour les hommes et 38,9 % pour les femmes).

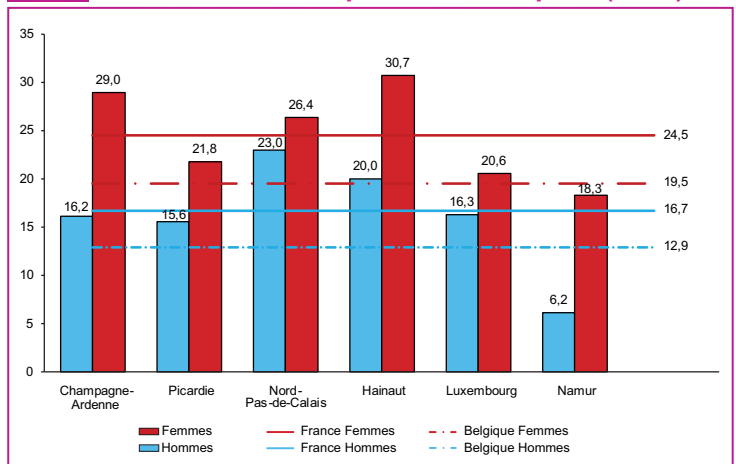
À l'inverse, certains seniors ressentent plus fréquemment que d'autres un sentiment de fatigue, qui est d'autant plus important que l'âge augmente.

Dans l'ensemble, les seniors français, sur une même période de quatre semaines précédant l'enquête, se sont plus perçus épuisés que leurs homologues belges : un senior français sur six chez les hommes, une sur quatre chez les femmes, se sont dit fréquemment épuisés contre respectivement 12,9 % et 19,5 % pour les Belges.

Par ailleurs, les femmes sont plus nombreuses à se déclarer fréquemment épuisées que les hommes, quels que soient les départements ou les provinces considérés.

Les proportions de seniors se déclarant fréquemment épuisés sont les plus importantes en Nord – Pas-de-Calais et en province de Hainaut. En province de Namur, en revanche, hommes et femmes seniors se disent moins fréquemment épuisés que leurs homologues de la zone étudiée.

Graph 11 Proportion de seniors se sentant épuisés au cours des 4 semaines précédant l'enquête (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête de santé par interview, 2004

Questions posées

Les questions posées, issues du questionnaire SF36 sont identiques en France et en Belgique.

« Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. »

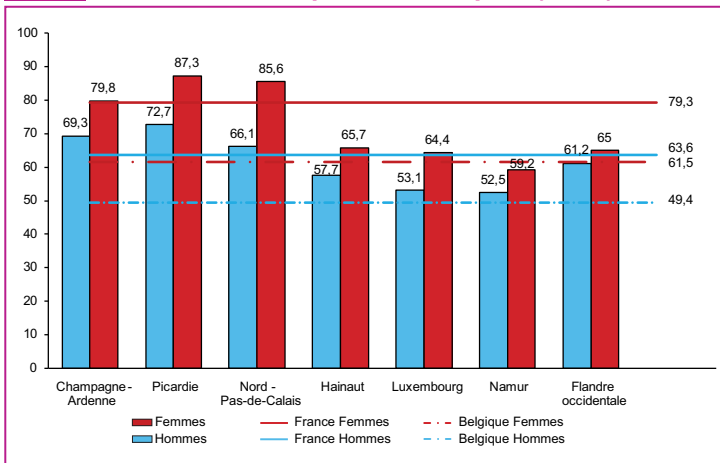
L'indicateur présenté est une synthèse de dix items et indique la proportion de seniors ayant déclaré être limités dans au moins trois fonctions, ou dans deux fonctions avec limitation importante, dont on dira qu'ils présentent des « incapacités multiples ».

Ces fonctions sont les suivantes :

- efforts physiques importants (courir, faire du sport, soulever un objet lourd) ;
- efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ;
- soulever et porter les courses ;
- monter plusieurs étages par l'escalier ;
- monter un étage par l'escalier ;
- se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir ;
- marcher plus d'un kilomètre à pied ;
- marcher plusieurs centaines de mètres ;
- marcher une centaine de mètres ;
- prendre un bain, une douche ou s'habiller.

De nombreux seniors de la zone rencontrent des difficultés dans leurs activités de la vie de tous les jours. La multiplication de ces limitations, qu'elles soient légères ou sévères, peut constituer un frein à leurs activités quotidiennes, et risque surtout, à terme, de les priver d'une partie de leur vie sociale en réduisant leur mobilité.

Graph 12 Proportion de seniors déclarant des incapacités multiples (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
 B – Enquête de santé par interview, 2004

Les seniors belges ont déclaré moins d'incapacités multiples que les Français, mais cet écart est quelque peu à nuancer, la proportion de 75 ans et plus étant supérieure parmi les seniors français.

Ainsi, en France hexagonale, 63,6 % des hommes et 79,3 % des femmes ont déclaré avoir au moins deux limitations sévères ou trois limitations légères.

En Belgique, les seniors cumulant les limitations sont moins nombreux : 49,4 % des hommes et 61,5 % des femmes.

Sur tous les territoires, les femmes ont plus fréquemment déclaré des incapacités multiples que les hommes.

Par ailleurs, la proportion de seniors ayant déclaré des limitations multiples est, dans tous les départements français, supérieure à celles des Belges.

Les Hainuyers ont, à 57,7 % pour les hommes et à 65,7 % pour les femmes, déclaré des limitations multiples, et font du Hainaut la province belge dans laquelle une plus grande partie des seniors est concernée par des limitations dans les activités courantes.

En province de Namur, 52,5 % des hommes et 59,2 % des femmes ont déclaré des limitations multiples, soit le minimum dans la zone étudiée pour chaque sexe.

En France, la région Picardie est celle dans laquelle les seniors rencontrent le plus fréquemment des limitations multiples.

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 sont inclus les cancers, les maladies cardiovasculaires, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, l'asthme. Les maladies chroniques augmentent et s'aggravent avec l'âge.

Questions posées

La question utilisée pour appréhender la prévalence déclarée des maladies chroniques est différente en France et en Belgique, ce qui empêche la comparaison directe entre les résultats des deux pays.

En Belgique, la question était de type fermé, 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 douze derniers mois ? ».

En France, il s'agissait d'une question ouverte : « Avez-vous actuellement une ou plusieurs maladie(s) chroniques ? », sans suggestion de réponse. Si la personne déclarait avoir une maladie chronique, la question suivante était « De quoi s'agit-il ? ».

En France comme en Belgique, plus d'un senior sur deux a déclaré souffrir d'une maladie chronique. La proportion de seniors déclarant une maladie chronique est plus importante en France qu'en Belgique, respectivement 68,3 % et 54,7 %.

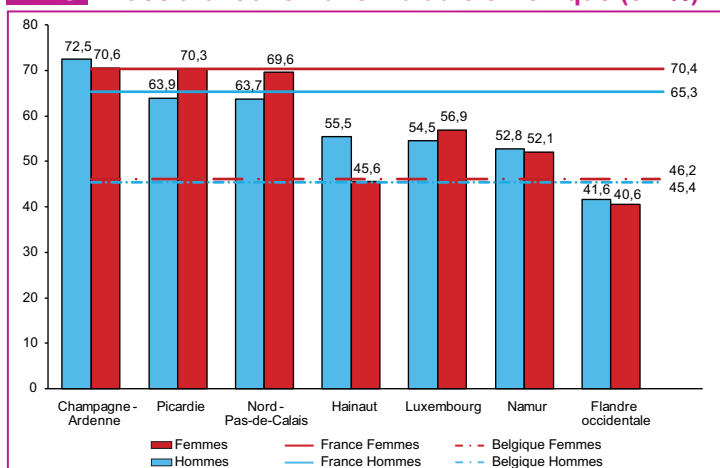
En France, les femmes déclarent plus souvent avoir une maladie chronique que les hommes, hormis en Champagne-Ardenne, où la proportion d'hommes ayant déclaré avoir une maladie chronique (72,5 %) est légèrement supérieure à celle des femmes (70,6 %).

En Belgique, seule la province de Hainaut montre une différence entre les deux sexes, avec un écart de dix points de pourcentage entre hommes et femmes (55,5 % versus 45,6 %). Cet écart, important, ne semble toutefois que ponctuel car il ne se retrouve pas dans les enquêtes de 2001 et de 2008.

Parmi les maladies chroniques citées par les seniors de la zone étudiée, l'hypertension artérielle revient le plus fréquemment, devant le diabète et la cataracte.

Par rapport à l'ensemble des seniors de la zone étudiée ceux de Flandre occidentale déclarent moins fréquemment souffrir d'une maladie chronique : 41,6 % des hommes et 40,6 % des femmes.

Graph 13 Proportion de seniors déclarant avoir une maladie chronique (en %)

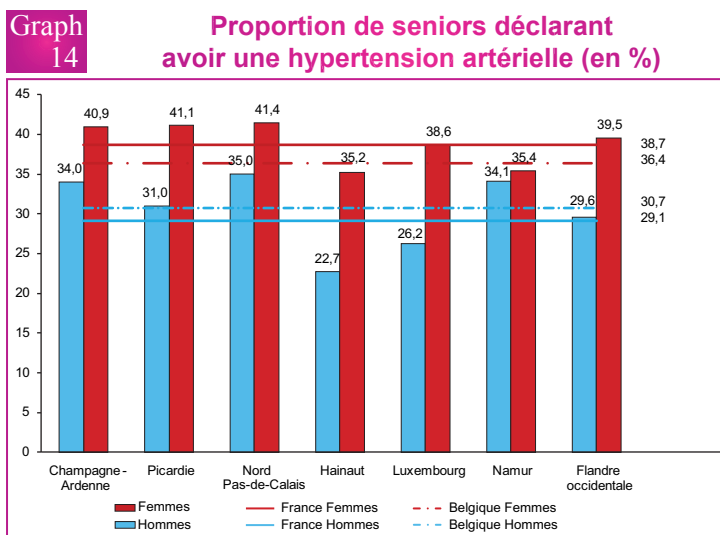


F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête de santé par interview, 2004

Hypertension

L'hypertension artérielle est définie comme une élévation de la pression du sang dans les artères, par rapport à une valeur établie comme « normale ». La valeur de pression artérielle à partir de laquelle est définie l'hypertension artérielle est de 140 millimètres de mercure pour la pression artérielle systolique et de 90 millimètres de mercure pour la pression artérielle diastolique. Elle peut provoquer des complications vasculaires graves mais est le plus souvent insidieuse et nécessite un dépistage systématique lors de toute consultation, spécialement chez les seniors.

Les chiffres présentés ici proviennent des enquêtes de santé. Il s'agit de proportions de personnes déclarant être affectées par cette pathologie. Les personnes pour lesquelles la pression artérielle n'a pas été mesurée, ignorent si elles sont ou non affectées par cette maladie. Aussi, les chiffres présentés sont probablement sous-évalués.



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
 B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Chez les hommes, l'hypertension artérielle est la plus fréquente des maladies chroniques déclarées.

Elle concerne 22,7 % des hommes dans le Hainaut et jusqu'à 35,0 % dans la région du Nord - Pas-de-Calais.

Dans les trois régions françaises de la zone étudiée, le pourcentage de seniors ayant déclaré souffrir d'hypertension est compris entre 31 % et 35 % alors qu'en France hexagonale, seuls 29,1 % des seniors ont déclaré souffrir d'hypertension.

Les femmes seniors déclarent plus souvent une hypertension chronique que les hommes, aussi bien en France qu'en Belgique. Plus du tiers d'entre elles ont, dans chacun des pays, déclaré souffrir d'hypertension. Quatre femmes de 65 ans et plus sur dix souffrent d'hypertension dans la partie française de la zone.

Côté belge, 36,4 % des femmes seniors déclarent une hypertension avec un maximum de 38,6 % parmi les seniors luxembourgeoises.

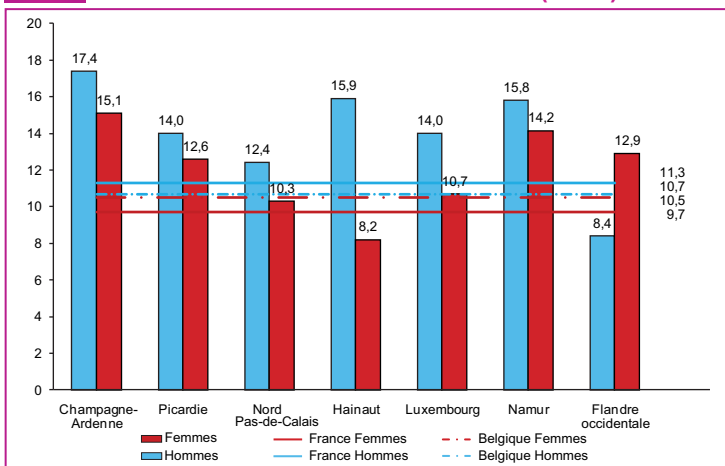
En Flandre occidentale, 39,5 % des femmes et 29,6 % des hommes âgés de 65 ans et plus ont déclaré souffrir d'hypertension, ce qui les rapprochent des seniors de la zone étudiée.

Diabète

Il existe deux types de diabètes : le type I, dit juvénile, et le type II dit de l'adulte. Le diabète de type I touche plus fréquemment les adolescents et les jeunes adultes. Il est dû à une production insuffisante d'insuline liée à la destruction de certaines cellules du pancréas. Le diabète de type II se rencontre chez les sujets plus âgés et est lié à l'excès de poids et à la résistance à l'insuline. Aussi, la population de seniors ayant déclaré du diabète est principalement concernée par le diabète de type II. Ce diabète se développe de manière progressive et silencieuse et peut mettre des années avant de présenter des complications ; c'est pourquoi de nombreuses personnes sont dépistées très tard dans le processus de développement de la maladie. On estime qu'un diabétique sur deux s'ignore (Association belge du diabète). Les conséquences peuvent être nombreuses et avoir un impact important sur la qualité de vie des seniors (cécité, amputations des extrémités, insuffisance rénale, hypertension).

Graph 15

Proportion de seniors déclarant avoir un diabète (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Le diabète⁷ est la deuxième maladie chronique la plus déclarée par les seniors de la zone étudiée. Les hommes sont plus nombreux à se déclarer diabétiques que les femmes.

Les proportions de personnes souffrant du diabète dans les régions françaises et les provinces belges sont supérieures à celles de leurs pays respectifs, avec un écart plus important en France.

Les hommes concernés par le diabète sont les plus nombreux en Champagne-Ardenne (17,4 %). En Belgique, la plus forte prévalence déclarée est observée en province de Hainaut (15,9 %).

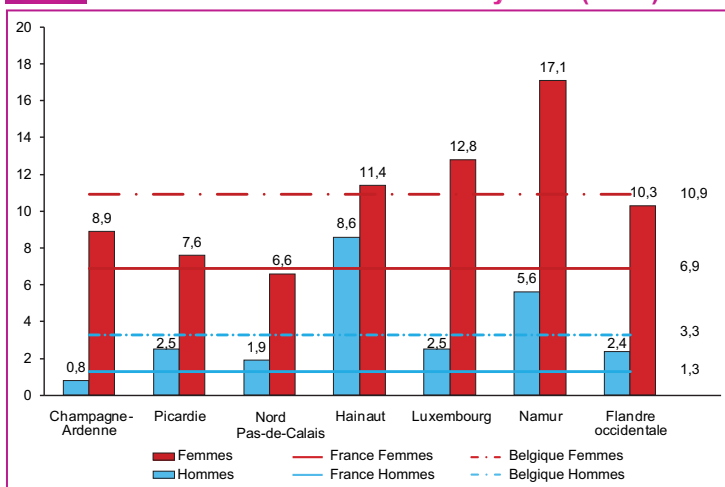
Un constat similaire peut être établi pour les femmes, avec respectivement 15,1 % et 14,2 %. À l'opposé, seuls 12,4 % des seniors hommes déclarent souffrir de diabète chronique en Nord – Pas-de-Calais, et 8,2 % des femmes dans le Hainaut.

Les femmes de 65 ans et plus déclarant souffrir de diabète en Flandre occidentale sont plus nombreuses qu'en Belgique (12,9 % contre 10,5 %). Cette proportion est toutefois plus faible dans l'enquête de 2008 (8,9 %). Les seniors hommes ayant déclaré souffrir de diabète sont 8,4 %, ce qui est inférieur à ce qui a été déclaré dans la zone étudiée.

Troubles de la thyroïde

Graph 16

Proportion de seniors déclarant avoir des troubles de la thyroïde (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Les troubles de la thyroïde concernent, dans les deux pays, plus souvent les femmes que les hommes. Dans l'enquête belge, 10,9 % des femmes seniors et 3,3 % des hommes ont déclaré avoir des troubles de la thyroïde. Dans l'enquête française, 6,9 % des femmes seniors ont indiqué souffrir de troubles de la thyroïde contre 1,3 % des hommes.

Les régions françaises et les provinces belges de la zone étudiée se trouvent au-dessus de leur moyenne nationale respective.

En province de Namur, une femme de 65 ans et plus sur six déclare souffrir de troubles de la thyroïde. Les proportions sont moindres dans les autres provinces : 12,8 % dans la province de Luxembourg et 11,4 % dans le Hainaut.

En France, la prévalence déclarée est plus faible : 8,9 % en Champagne-Ardenne, 7,6 % en Picardie et 6,6 % en Nord – Pas-de-Calais.

⁷ Les informations recueillies dans le cadre des enquêtes de santé portent sur les deux types de diabète confondus, aucune distinction n'ayant été faite dans l'intitulé des questions.

Chez les hommes, on mesure dans le Hainaut une prévalence déclarée plus de deux fois supérieure à la moyenne belge (8,6 % contre 3,3 %).

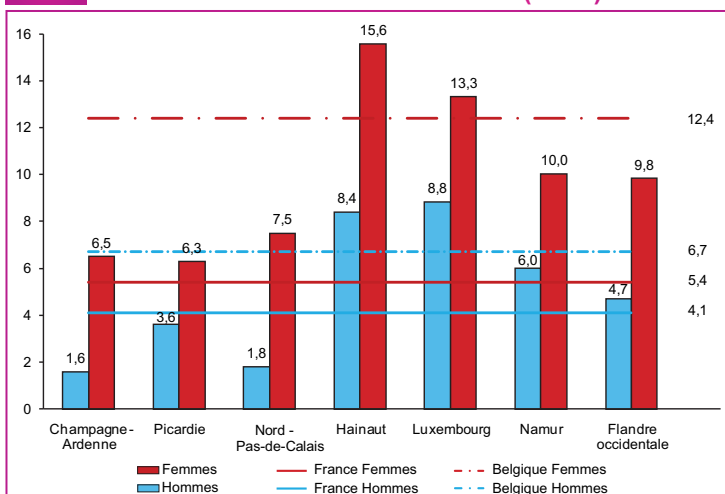
Les hommes ayant déclaré des problèmes de thyroïde sont 2,5 % en Picardie et 1,9 % en Nord – Pas-de-Calais. La Champagne-Ardenne se situe en deçà de la valeur française (0,8 %).

Une senior sur dix en Flandre occidentale déclare souffrir de troubles de la thyroïde (10,3 %) contre 2,4 % des hommes. La Flandre occidentale est l'une des provinces belges pour laquelle les seniors ont le moins déclaré des troubles de la thyroïde.

Cataracte

La cataracte est une opacification totale ou partielle du cristallin, liée au vieillissement, à la présence de maladies chroniques comme le diabète, aux carences en antioxydants ou à l'excès d'oxydation via la consommation de tabac, de certains médicaments ou d'une exposition au soleil sans protection. Elle fait diminuer progressivement la vision mais peut se soigner de manière chirurgicale par la pose d'implants ou par la technique des ultrasons [12]. La cataracte, bien qu'handicapante, n'est pas en elle-même dangereuse pour la personne qui en est atteinte. Sa non correction peut en revanche avoir d'autres conséquences, comme l'augmentation du risque de chutes. Cette pathologie de l'œil touche à un âge similaire davantage les femmes que les hommes. Une des explications possibles serait le rôle joué par les hormones et principalement les œstrogènes dans le processus d'opacification [13].

Graph 17 Proportion de seniors déclarant souffrir d'une cataracte (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Les seniors des régions françaises et des provinces belges de la zone étudiée ont plus fréquemment déclaré une cataracte en regard des moyennes nationales de leurs pays respectifs.

Côté belge, ce sont les seniors hommes luxembourgeois qui déclarent le plus souvent en souffrir (8,8 %) devant ceux des provinces de Hainaut et de Namur (respectivement 8,4 % et 6,0 %).

Dans la partie française, la plus forte prévalence déclarée de la cataracte se situe chez les seniors masculins de Picardie (3,6 %).

Les femmes belges ont déclaré, à 12,4 %, souffrir d'une cataracte. Les Hainuyères seniors sont 15,6 % à déclarer souffrir d'une cataracte, contre 13,3 % des femmes seniors de la province de Luxembourg et 10,0 % de celles de Namur.

En France, 5,4 % des femmes ont déclaré une cataracte. Dans la partie française, les écarts s'échelonnent entre 6,3 % en Picardie et 7,5 % dans le Nord – Pas-de-Calais.

Les femmes de 65 ans et plus à avoir déclaré une cataracte sont moins nombreuses en Flandre occidentale (9,8 %) que dans le reste de la zone étudiée. Les hommes sont 4,7 % à avoir déclaré souffrir d'une cataracte : cette proportion est plus proche des valeurs observées en France qu'en Belgique.

Comportements de santé

Consommations alimentaires

En vieillissant, l'organisme change et les besoins nutritionnels évoluent également : certains vont diminuer et d'autres augmenter. Il n'est pas nécessaire de diminuer ses apports mais ils doivent rester variés afin d'être protégé contre certaines maladies, de limiter la fatigue et le risque d'ostéoporose, ainsi que de se défendre contre les infections. Les plans nationaux nutrition santé en France [14] et en Belgique [15] définissent les recommandations faites aux différentes catégories de population. Les seniors bénéficient, en France comme en Belgique, de recommandations adaptées afin de se prémunir des risques qui les concernent.

Tab 3 Les différentes recommandations pour les seniors

	France	Belgique
Fruits et légumes	Cinq fruits et légumes par jour	À deux repas par jour
Poisson	Une à deux fois par semaine	
Produits laitiers	3 ou 4 fois par jour	À chaque repas

Légumes

De manière générale, les femmes ont déclaré manger plus souvent des légumes que les hommes, et les hommes et femmes belges de la zone étudiée consomment plus de légumes que les Français. En France hexagonale, la part de seniors consommant au moins un légume par jour est de 73,7 % pour les hommes et de 78,1 % pour les femmes. Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus en Belgique, où 80,1 % des hommes et 82,4 % des femmes déclarent manger au moins un légume par jour.

Dans la partie française de la zone étudiée, l'écart le plus important entre hommes et femmes se situe en Picardie avec seulement 53,2 % des hommes déclarant manger au moins un légume par jour contre 70,0 % des femmes. Globalement, la Picardie est la région française de la zone étudiée où les hommes et les femmes de 65 ans et plus déclarent consommer le moins de légumes.

Dans la partie wallonne de la zone étudiée, les provinces de Luxembourg et de Namur se démarquent par une proportion d'hommes déclarant manger au moins un légume par jour, légèrement plus importante que celle des femmes (respectivement 86,4 % contre 84,4 % et 85,4 % contre 83,0 %).

Fruits

La consommation de fruits est de manière générale plutôt féminine. Les femmes sont 85,9 % à déclarer en consommer au moins un par jour en France hexagonale (contre 82,6 % pour les hommes) et 67,5 % en Belgique (contre 63,5 % pour les hommes). Il apparaît aussi que les seniors français déclarent consommer plus de fruits que leurs homologues belges. Si, dans la partie française de la zone étudiée, les seniors déclarent consommer généralement moins de fruits que dans le reste du pays, la situation est inverse dans la partie wallonne.

Dans la partie française de la zone étudiée, ce sont les femmes du Nord – Pas-de-Calais et les hommes de Champagne-Ardenne qui déclarent le plus consommer quotidiennement des fruits (88,2 % et 81,6 %). Toujours en Champagne-Ardenne, les hommes déclarent davantage être consommateurs de fruits que les femmes (celles-ci ne sont que 78,1 % à déclarer manger au moins un fruit par jour).

Dans la partie wallonne de la zone étudiée, ce sont les seniors de la province de Namur qui sont les plus nombreux à déclarer manger quotidiennement des fruits (63,6 % pour les hommes et 70,3 % pour les femmes). À l'inverse, la province de Hainaut (57,7% pour les hommes et 54,6 % pour les femmes) se démarque par une consommation quotidienne déclarée nettement inférieure à celle de la Belgique.

Poisson

Les seniors, français et belges, sont nombreux à avoir déclaré consommer du poisson au moins une fois par semaine.

En France hexagonale, plus des trois quarts des seniors consomment poissons, coquillages ou crustacés de manière hebdomadaire. Les Belges sont légèrement moins nombreux à le faire, et ce constat se retrouve en comparant les provinces belges aux régions françaises de la zone étudiée.

Les seniors de la zone qui consomment le plus fréquemment du poisson sont les Champardennais (78,3 %) et les Picards (76,9 %). La consommation hebdomadaire en poisson des seniors du Nord – Pas-de-Calais est quant à elle plus proche de celles des provinces de Hainaut et de Luxembourg (respectivement 70,3 % ; 69,8 % et 68,9 %). Enfin, dans la province de Namur, les hommes (52,9 %) comme les femmes (62,7 %) ont une consommation hebdomadaire déclarée de poisson plus réduite.

Tab
4

Comportements alimentaires des seniors*, par sexe (en %)

	Fruits		Légumes		Poisson	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Champagne-Ardenne	81,6 %	78,1 %	67,5 %	75,9 %	76,2 %	79,8 %
Picardie	79,1 %	83,9 %	53,2 %	70,0 %	74,1 %	79,1 %
Nord - Pas-de-Calais	79,0 %	88,2 %	74,7 %	81,4 %	65,6 %	73,4 %
France hexagonale	82,6 %	85,9 %	73,7 %	78,1 %	77,9 %	79,6 %
Hainaut	57,7 %	54,6 %	72,1 %	81,5 %	66,8 %	71,7 %
Luxembourg	63,0 %	68,8 %	86,4 %	84,4 %	70,5 %	67,7 %
Namur	63,6 %	70,3 %	85,4 %	83,0 %	52,9 %	62,7 %
Flandre occidentale	62,0 %	70,8 %	80,6 %	88,3 %	84,9 %	79,4 %
Belgique	63,5 %	67,5 %	80,1 %	82,4 %	74,6 %	73,6 %

F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête de santé par interview, 2004

* Proportion de consommateurs journaliers (hebdomadaires pour le poisson)

Fruits et légumes

En Flandre occidentale, 62,0 % des seniors hommes déclarent consommer quotidiennement un fruit, et 80,6 % un légume. Les femmes sont plus nombreuses à déclarer consommer ces produits tous les jours : 70,8 % pour les fruits, et 88,3 % pour les légumes.

Poisson

Les seniors de la Flandre occidentale déclarent consommer plus fréquemment du poisson que l'ensemble des Belges : 84,9 % des hommes et 79,4 % des femmes de plus de 65 ans déclarent en manger au moins une fois par semaine (contre respectivement 74,6 % et 73,6 % en Belgique). Ces consommations déclarées se rapprochent plus de celles déclarées par les Français de la zone étudiée.

La pratique d'une activité physique de loisir adaptée à son âge est bénéfique à tout âge. En dehors de l'impact positif sur de nombreuses maladies comme l'ostéoporose, le diabète de type II, les maladies cardiovasculaires et certains cancers, l'exercice physique régulier semble également diminuer le risque de dépression chez les personnes âgées [17], diminuer le risque de démence (maladie d'Alzheimer ou autres démences) [18] et, d'une manière générale, a un impact positif sur les fonctions cognitives [19].

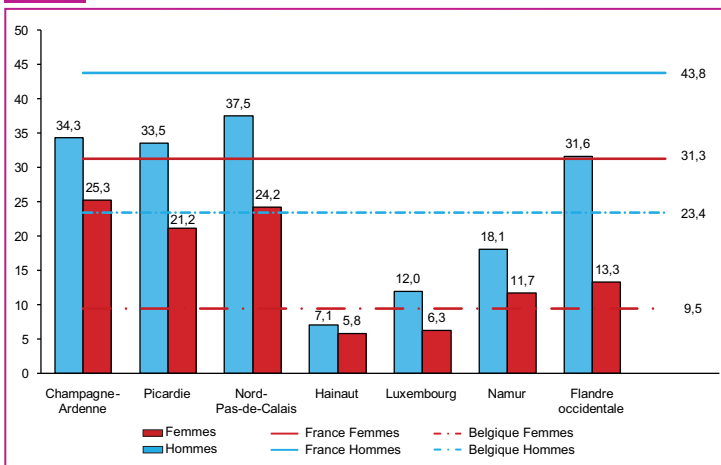
Questions posées

L'activité est abordée par le biais de questions qui diffèrent entre les deux pays. Ces différences peuvent générer des écarts entre les valeurs observées dans chacun des deux pays.

En France : « Pratiquez-vous régulièrement un sport ou avez-vous une activité physique que vous qualifieriez de sportive (en intensité ou en durée) ? ».

En Belgique : « Exercez-vous, au moins une fois par semaine, pendant vos loisirs, une activité physique comme le jogging, le cyclisme, etc. suffisamment longtemps pour transpirer ? ».

Graph 18 Proportion de seniors pratiquant une activité physique suffisante pour un impact positif sur la santé (en %)



F – Enquête décennale de santé, 2002-2003
B – Enquête de santé par interview, 2004

En France hexagonale, 43,8 % des hommes et 31,3 % des femmes de 65 ans et plus ont déclaré avoir une activité physique régulière. En Belgique, ces résultats sont de 23,4 % pour les hommes et de 9,5 % pour les femmes.

Dans la zone étudiée, la province de Hainaut se démarque par un faible taux d'activité physique déclarée aussi bien chez les hommes (7,1 %) que chez les femmes (5,8 %). C'est dans la partie française de la zone étudiée que les résultats sont les plus élevés, aussi bien pour les hommes (37,5 % des hommes vivant dans la région Nord – Pas-de-Calais déclarent une activité physique) que pour les femmes (25,3 % en Champagne-Ardenne). Les résultats obtenus de part et d'autre de la frontière sont toutefois nettement inférieurs aux résultats nationaux. D'une manière générale, dans la zone étudiée, les hommes déclarent davantage pratiquer une activité physique régulière que les femmes.

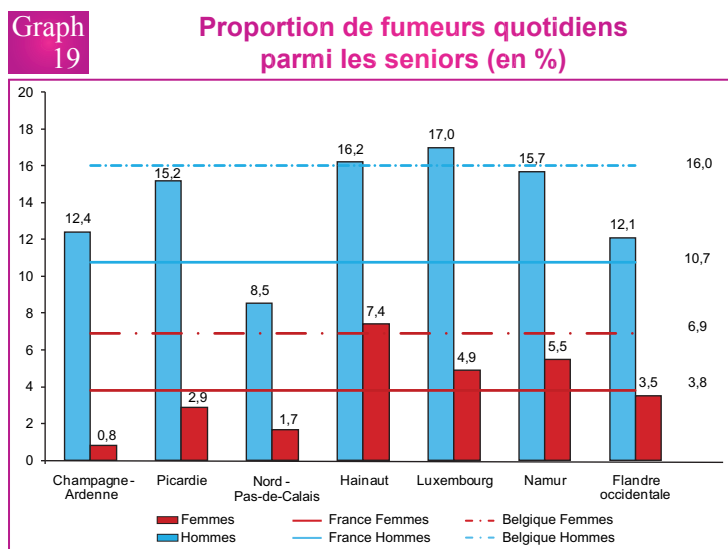
Les seniors de la province de Flandre occidentale ont plus souvent déclaré pratiquer une activité physique que les Belges dans leur ensemble : 31,6 % des seniors hommes, ce qui est assez similaire aux résultats de la partie française de la zone étudiée. La proportion de femmes de Flandre occidentale (13,3 %) déclarant pratiquer une activité physique régulière se rapproche de la proportion observée dans la province de Namur.

Tabac

La consommation de tabac constitue l'un des principaux facteurs de risque pour le cancer du poumon, les bronchites chroniques obstructives, les maladies coronariennes et est également une cause associée à d'autres cancers (sein, vessie, voies aéro-digestives supérieures...).

Elle participe en effet à développer les effets d'autres toxines comme l'alcool. Même au-delà de 65 ans, l'arrêt du tabac a un impact positif sur la santé à court et à long terme. Une étude italienne a montré un impact positif pour les seniors de l'interdiction de fumer dans les hôtels, restaurants et cafés. Les auteurs ont observé une diminution de 7,9 % des admissions hospitalières pour syndrome coronarien aigu dans l'année suivant cette interdiction [20].

La proportion de fumeurs quotidiens déclarés parmi les seniors est moins importante que dans le reste de la population. Comme c'est le cas en population générale, les seniors hommes de la zone étudiée déclarent fumer plus que les femmes. Les seniors hommes ayant déclaré fumer quotidiennement sont moins nombreux en France hexagonale (10,7 %) qu'en Belgique (16,0 %).



F – Enquêtes décennales de santé, 2002-2003
 B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

La province de Luxembourg compte 17,0 % des hommes de 65 ans et plus déclarant fumer quotidiennement contre 15,7 % dans la province de Namur et 16,2 % dans le Hainaut. Cette dernière proportion est proche de la valeur picarde (15,2 %) en France.

Dans les autres régions françaises, ces proportions sont plus réduites : 12,4 % en Champagne-Ardenne et 8,5 % en Nord – Pas-de-Calais.

Les femmes seniors des provinces belges de la zone étudiée sont plus nombreuses à avoir déclaré fumer quotidiennement que les Françaises. Elles sont 7,4 % en province de Hainaut, et respectivement 5,5 % et 4,9 % dans les provinces de Namur et de Luxembourg.

Elles sont encore plus rares dans les départements français (2,9 % au maximum pour la partie française en Picardie contre 3,8 % en France hexagonale).

En Flandre occidentale, 12,1 % des seniors hommes et 3,5 % des femmes déclarent fumer du tabac tous les jours. Chez les hommes, cette proportion est inférieure à celle observée dans les différents territoires de la zone étudiée. Chez les femmes, il s'agit d'un minimum parmi les provinces belges, mais qui reste supérieur aux déclarations des seniors résidant dans les départements français.

Questions posées

La consommation d'alcool par les seniors a été appréhendée dans les enquêtes françaises et belges par des questions quelque peu différentes, ce qui pourraient expliquer au moins partiellement les écarts entre les proportions mesurées dans les deux pays, surtout pour les hommes. L'indicateur retenu est la proportion de consommateurs quotidiens d'alcool parmi les seniors. La question posée dans l'enquête française est plus précise, car elle donne aux répondants une liste de boissons, ce qui peut ainsi éviter des réponses négatives quand bien même ces derniers consommeraient de l'alcool tous les jours.

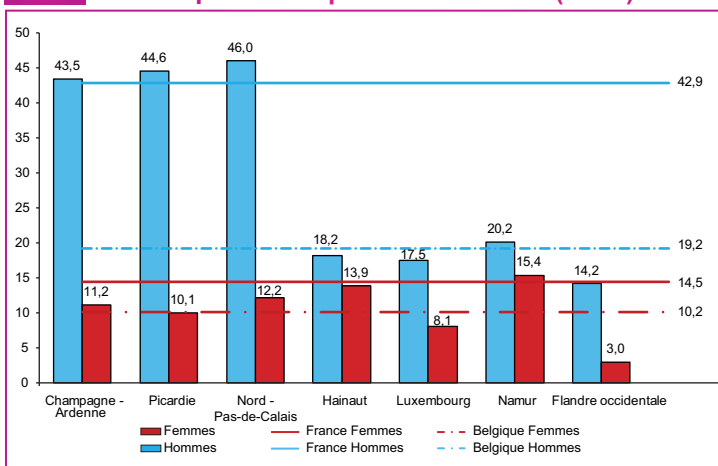
En France : À quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool ? (vin, bière, apéritif, etc.) (jamais/une fois par mois ou moins/deux ou trois fois par mois/une ou deux fois par semaine/trois ou quatre fois par semaine/quatre ou cinq fois par semaine/tous les jours ou presque)

En Belgique : L'indicateur est obtenu en compilant plusieurs questions : « Buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées [pendant la semaine (du lundi au jeudi)]/[pendant le week-end (du vendredi au dimanche)]? Si oui, « Au cours de combien de jours de la semaine (du lundi au jeudi) buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées ? » (1 jour/2 jours/3 jours/4 jours) et « Au cours de combien de jours du weekend (du vendredi au dimanche) buvez-vous habituellement des boissons alcoolisées ? » (1 jour/2 jours/3 jours)

La consommation telle qu'elle est traitée dans ces deux questions ne prend pas en compte la question des consommations excessives, à haut risque pour la santé, notamment la consommation de six verres ou plus d'alcool lors d'une même occasion. Les seniors semblent toutefois moins concernés par ce type de consommation qui est davantage pratiquée chez les plus jeunes (binge drinking). En dehors de la consommation excessive, il existe un risque plus important pour le senior qui est la consommation dangereuse caractérisée par l'inattention et le manque d'information quant à leur vulnérabilité face à l'alcool⁸. À l'inverse, une consommation très modérée d'alcool pourrait avoir un effet protecteur notamment contre les maladies cardiovasculaires ou la démence [21]. D'une manière générale, le vieillissement implique des changements physiologiques qui rendent les seniors plus vulnérables aux effets de l'alcool dont ils ne sont pas toujours conscients. Un autre facteur de risque de la consommation dangereuse est la co-occurrence de la consommation d'alcool et de médicaments. En effet, la consommation d'alcool est contre-indiquée avec la prise de nombreux médicaments consommés par les seniors (anti-douleur, antidépresseurs, médicaments pour l'hypertension...)[22].

Graph 20

Proportion de consommateurs d'alcool quotidiens parmi les seniors (en %)



F – Enquêtes décennales de santé, 2002-2003
B – Enquêtes de santé par interview, 2001-2008

Les seniors hommes français ont déclaré à 42,9 % être des consommateurs quotidiens d'alcool. C'est deux fois plus qu'en Belgique, où 19,2 % ont déclaré avoir consommé de l'alcool tous les jours, au cours de l'année écoulée.

En France, les seniors hommes des régions de la zone étudiée déclarent consommer plus fréquemment de l'alcool que dans le reste du pays. La consommation déclarée est la plus élevée dans le Nord – Pas-de-Calais, où 46,0 % des hommes de 65 ans et plus ont déclaré avoir une consommation d'alcool quotidienne.

En Belgique, seuls les seniors masculins de la province de Namur sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool que le reste du pays (20,2 %). Dans les provinces de Hainaut et de Luxembourg, les hommes déclarant consommer de l'alcool tous les jours sont moins nombreux (respectivement 18,2 et 17,5 %).

Les consommations d'alcool des Françaises et Belges de 65 ans et plus sont davantage comparables que ne le sont celles des hommes. À l'inverse des hommes, elles sont, dans la zone étudiée, moins nombreuses à avoir déclaré une consommation quotidienne d'alcool que ne le font les seniors femmes de leurs pays respectifs.

Les Namuroises déclarent le plus fréquemment consommer de l'alcool tous les jours (15,4 %), devant les Hainuyères (13,9 %) et les Nord – Pas-de-Calaisiennes (12,2 %). En province de Luxembourg, seules 8,1 % des seniors femmes déclarent consommer de l'alcool au moins une fois par jour.

En Flandre occidentale, 14,2 % des seniors hommes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au moins une fois par jour durant l'année écoulée. Les femmes de cette province ne sont que 3,0 % dans ce cas. Ces proportions sont inférieures aux consommations déclarées dans toutes les régions françaises et provinces belges de la zone étudiée.

⁸ www.educalcoool.qc.ca

Méthodologie

Recueil des données

Les indicateurs présentés dans cette fiche ont été retenus selon plusieurs critères :

- comparabilité entre les définitions françaises et belges des différents indicateurs ;
- disponibilité de l'information pour la classe d'âge retenue (65 ans et plus). Les indicateurs doivent être disponibles spécifiquement pour la population des 65 ans et plus. Cela nécessite donc que l'âge ou du moins une classe d'âge soit connue dans le système de recueil de l'information ;
- disponibilité de l'information au niveau géographique souhaité. La priorité a été donnée à l'arrondissement, toutefois, ce découpage n'est pas aussi fréquemment utilisé pour la collecte d'information statistique que le département ou la province, et résulte plutôt de l'agrégation de données cantonales (France) ou communales (Belgique et France). Ainsi, quand les données ne sont pas disponibles par arrondissement, elles sont collectées au niveau le plus fin disponible (département, voire région en France, et province en Belgique) ;
- enfin, la prise en considération de ces différents critères de manière simultanée peut entraîner de ne travailler qu'avec des effectifs faibles, dont on ne saurait alors tirer de conclusions fiables.

Par ailleurs, un certain nombre d'indicateurs disponibles et pertinents de part ou d'autre de la frontière ont dû être écartés car ne répondant pas aux critères ci-dessus. Une enquête - ou une série de questions - strictement identique dans chaque pays et spécifiquement destinée aux seniors permettrait d'ajouter de nouvelles informations à celles déjà disponibles.

Cartographie

Plusieurs méthodes de représentation permettent de cartographier des données statistiques. Le choix de l'une ou l'autre des méthodes de discrétisation a pour conséquence de modifier les bornes des différentes classes et ainsi la répartition des arrondissements au sein de ces mêmes classes. Les méthodes suivantes ont été utilisées dans ce document.

Méthode de Jenks :

Fondée sur la notion de variance, cette méthode présente l'avantage de proposer un découpage où les individus d'une même classe sont les plus proches possibles (faible variance intra-classe) et de bien isoler les différents groupes (forte variance inter-classes).

Rappel : la variance est une mesure de la dispersion des données. Elle représente la moyenne des carrés des écarts à la moyenne. Si elle est faible, les individus (ou arrondissements ici) sont proches de la moyenne. Si elle est élevée, certains arrondissements sont au dessus de la moyenne, d'autres en dessous.

Méthode manuelle :

Les bornes des classes sont décidées de manière arbitraire, en tenant compte de la forme de la distribution des arrondissements ou pour rendre visibles des valeurs précises ayant un intérêt statistique (par exemple la valeur 1 pour l'indice de vieillissement, qui indique sur un territoire la présence d'un senior pour un jeune de moins de 20 ans).

Résultats des enquêtes nationales de santé

Les résultats observés dans l'enquête de santé par interview en Belgique peuvent, pour certains indicateurs et pour certaines provinces, donner lieu à des effectifs faibles, une fois sélectionnés les 65 ans et plus, selon le sexe.

Pour pallier ces limites, et pour présenter des résultats statistiquement fiables, certaines des données présentées sont le résultat de l'agrégation de résultats d'enquêtes successives, afin de garantir un nombre d'individus suffisant et un résultat lissé. La source apparaît alors comme « Enquêtes de santé par interview, 2001-2008 », sans mentionner une année particulière. Les années considérées dès lors regroupent les enquêtes réalisées de 2001 à 2008.

Annexes

Glossaire

Adeli - Automatisation des listes

Aspa - Allocation de solidarité aux personnes âgées

Drees - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPCV - Enquête permanente sur les conditions de vie

Ehpad - Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Grapa - Garantie de revenu aux personnes âgées

HTA - Hypertension artérielle

IMC - Indice de masse corporelle (BMI – *Body mass index* en anglais)

INAMI - Institut national d'assurance maladie invalidité

Inpes - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INS - Institut national de la statistique

Insee - Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS - Institut de veille sanitaire

IOTF - International obesity task force

ISSP - Institut scientifique de santé publique

MR - Maison de repos

MRS - Maison de repos et de soins

OFBS - Observatoire franco-belge de la santé

ONP - Office national des pensions

ORS - Observatoire régional de la santé

OR2S - Observatoire régional de la santé et du social

OSH - Observatoire de la santé du Hainaut

PMSI - Programme de médicalisation des systèmes d'information

RCM - Résumé clinique minimum

Bibliographie

- [1] Elchardus M., Smits W. - **Le plus grand bonheur** – Vrije Universiteit Brussel ; 2007.
- [2] Afsa C., Marcus V. - **Le bonheur attend-il le nombre des années ?** - in *France, portrait social* ; INSEE ; Édition 2008.
- [3] Berghman J., Debels A., Vandenplas H., Verleden F., Mutsaerts A., Peeters H., Verpoorten R. - **L'Atlas des pensions 2010** - *SPF Sécurité Sociale*, Bruxelles ; 140p. ; 2010.
- [4] Flicker L, McCaul KA, Hankey GJ, Jamrozik K., Brown WJ, Byles JE, Almeida OP. - **Body Mass Index and Survival in Older Men and Women Aged 70 to 75 Years** - ; *The Journal of the American Geriatrics Society* ; 2009.
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS) - **Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (GPAQ). Guide pour l'analyse** - Genève ; OMS ; 26 p.
En ligne : http://www.who.int/chp/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf [dernière consultation le 10/01/2011].
- [6] ORS Champagne-Ardenne - **Perceptions et connaissances nutritionnelles en Champagne-Ardenne** - Baromètre santé nutrition 2009 ; 16 p. ; 2011.
- [7] OR2S Picardie - **Perceptions et connaissances nutritionnelles en Picardie** – Baromètre santé nutrition 2008 ; 16 p. ; 2010.
- [8] Julia C., Salanave B., Binard K., Deschamps V., Vernay M., Castetbon K. - **Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité** – Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle, InVS, Université Paris 13, Bobigny, France, BEH 8 du 2 mars 2010, 69-72.
- [9] Deboosere P. - **The Belgian Health Transition at the Dawn of the 21st Century : the Contribution of Social Factors to Inequality and Progress in Population Health** - Bruxelles, VUB; Thèse de doctorat en Sciences Sociales, Promoteur : Prof. Louckx, 2008.
- [10] Pinquart M. - **Correlates of subjective health in older adults : a meta-analysis** - *Psychology and Aging* ; 16(3) : 414-426 ; 2001.
- [11] Henchoz, K., Cavalli, S., & Girardin, M. - **Perception de la santé et comparaison sociale dans le grand âge** - *Sciences sociales et santé* ; 26(3), 47-72 ; 2008.
- [12] Taylor HR, Vu HTV, Keeffe JE. - **Visual acuity thresholds for cataract surgery and the changing Australian population** - *Arch Ophthalmol* ; 124 : 1750-1753 ; 2006.
- [13] Lindblad B., et al - **Hormone replacement therapy in relation to risk of cataract extraction** - *Ophthalmology* DOI : 10.1016/j.ophtha.2009.07.046.
- [14] INPES - **La santé en mangeant et en bougeant** – Le guide nutrition à partir de 55 ans – Programme national nutrition santé ; 2006.
- [15] Ministère des Affaires sociales et de la santé publique - **Vivement recommandé pour seniors au cœur jeune** - Guide 4 - Plan national nutrition santé.
- [16] Dishman R. K., Berthoud H-R., Booth F. W., Cotman C. W., Edgerton V. R., Fleshner M. R., Gandeia S. C., Gomez-Pinilla F., Greenwood B. N., Hillman C. H., Kramer A. F., Levin B. E., Moran T. H., Russo-Neustadt A. A., Salamone J. D., Van Hoomissen J. D., Wade C. E., York D. A., Zigmond M. J - **Neurobiology of exercise** – *Obesity*, vol 14 No 3, p. 345-356, mars 2006.
- [17] Nguyen HQ, Koepsell T, Unützer J, Larson E, LoGerfo JP. - **Depression and use of a health plan-sponsored physical activity program by older adults** - *Am J Prev Med* ; 35 (2) : 111-117 ; 2008.
- [18] Larson EB, Wang L, Bowen JD, et al. - **Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older** - *Ann Intern Med* ; 144(2) : 73-81 ; 2006.
- [19] Kramer, A.F. & Erickson, K.I. - **Capitalizing on cortical plasticity : influence of physical activity on cognition and brain function** - *Trends in Cognitive Sciences*, 11(8), 342-348 ; 2007.
- [20] Cesaroni G et al. - **Effect of the Italian smoking ban on population rates acute coronary events** - *Circulation* ; 117: 1183-1188 ; 2008.
- [21] Letenneur L - **Consommation d'alcool et risque de démence** - *Gérontologie et société*, 2003/2 n° 105, p. 109-118 ; 2003.
- [22] Haaz S, Gache P - **Enjeux et perspective médicale de la consommation d'alcool chez la personne âgée** – *Revue Médicale Suisse*, n°3118, 6p. ; 2007.

9 partenaires franco-belges



Avec le soutien des partenaires associés



Avec le soutien de



Visitez le site Internet :

www.generationsensante.eu

Pour de plus amples informations sur Interreg, visitez le site Internet :

www.interreg-fwvl.eu

Pour tous contacts ou renseignements complémentaires

info@generationsensante.eu