



Interface Demography  
Working Paper

2014-1-2

---

# La santé des jeunes dans la Région de Bruxelles-Capitale

Zoom sur les inégalités sociales au cours de la transition vers l'âge adulte

## Synthèse, discussion et conclusion

Hannelore De Grande<sup>(a)</sup>, David Hercot<sup>(b)</sup> & Hadewijch Vandenheede<sup>(c)</sup>

(a) Interface Demography, Department of Sociology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, [Hannelore.De.Grande@vub.ac.be](mailto:Hannelore.De.Grande@vub.ac.be)

(b) Brussels-Capital Health and Social Observatory, Brussels, [dhercot@ggc.irisnet.be](mailto:dhercot@ggc.irisnet.be)

(c) Interface Demography, Department of Sociology, Vrije Universiteit Brussel, Brussels, [Hadewijch.Vandenheede@vub.ac.be](mailto:Hadewijch.Vandenheede@vub.ac.be)

## **Résumé et conclusion**

Ce document présente une synthèse du document de travail sur la santé des jeunes de 18 à 30 ans en Région bruxelloise. Il détaille la santé dans toutes ses dimensions, en distinguant lorsque c'est pertinent les adolescents (18 à 24 ans) des jeunes adultes (25 à 30 ans). Le document analyse les risques pour la santé étudiés dans les enquêtes santé par interview de 2001, 2004 et 2008. Les différences selon le genre et selon le niveau socioéconomique sont détaillées. Les différences entre les jeunes bruxellois et ceux des autres régions belges sont brièvement pointées. Dans ce document, les données des trois enquêtes de santé successives sont regroupées pour obtenir un échantillon représentatif des jeunes adultes. Ce résumé présente les constats principaux et les limites de cette analyse. Quelques pistes d'action sont suggérées pour conclure. Les analyses détaillées ne sont disponibles qu'en anglais<sup>1</sup>.

### **1. Principaux résultats**

Dans l'ensemble, les jeunes bruxellois sont en bonne santé. Néanmoins, parmi les jeunes, un certain nombre d'entre eux ont des problèmes de santé ou des comportements présentant un risque pour leur santé. Les résultats montrent qu'il existe de fortes différences d'état de santé entre les jeunes bruxellois en fonction de caractéristiques socioéconomiques. Les facteurs de risque et les déterminants varient toutefois en fonction de l'aspect de la santé étudié.

#### **1.1. Les inégalités sociales en matière de santé chez les jeunes adultes dans la Région bruxelloise : quelles leçons peuvent être tirées?**

Dans ce rapport, nous avons étudié les inégalités sociales de santé sur base du niveau d'éducation, du report de soins médicaux dans le ménage et du statut d'activité professionnelle. La population bruxelloise est diverse et complexe à décrire. En général, un niveau d'instruction élevé semble être bénéfique pour bon nombre de comportements de la santé, mais cela ne signifie pas que les jeunes les plus instruits vivent toujours une vie saine ou se comportent d'une manière saine. A l'opposé, grandir dans une famille précarisée pourrait empêcher de faire certains choix protecteurs, cependant, certains comportements protecteurs sont plus fréquemment observés dans le groupe des jeunes les moins favorisés économiquement.

---

<sup>1</sup> Concernant les références détaillées dans ce résumé, vous pouvez également consulter le document de base.

Le tableau 1 ci-dessous présente les principaux résultats des analyses de l'état de santé pour les trois indicateurs socioéconomiques. Lorsqu'un gradient significatif est observé, le résultat est surligné en gris. Il faut cependant tenir compte de la petite taille de l'échantillon : l'absence d'un gradient ne veut pas dire que des différences ne peuvent pas exister mais nous ne les observons pas.

Le niveau d'éducation est le premier indicateur de niveau socioéconomique étudié. Un gradient est observé au niveau de la *santé perçue*. Celui-ci est similaire mais un peu moins prononcé que les résultats trouvés dans les données du recensement par De Grande et al. (2013): plus un jeune est instruit, mieux il évalue son propre état de santé. L'état de santé perçue concerne aussi bien des éléments de santé mentale que physique.

Parmi les indicateurs de *santé mentale*, seul quatre d'entre eux présentent une relation significative avec le niveau d'éducation. Une plus grande proportion de jeunes ayant obtenu au mieux un diplôme du niveau secondaire inférieur présente une vulnérabilité aux tentatives de suicide, des symptômes de dépression et de somatisation ou des troubles anxieux que les personnes ayant achevé des études supérieures. Pour les autres indicateurs de santé mentale, aucun gradient en fonction du niveau d'éducation n'a été trouvé. Une étude de Miech *et al.* (1999) a montré que la relation entre le niveau d'éducation et les troubles psychologiques est unique pour chaque trouble chez les jeunes : par exemple, l'anxiété est inversement proportionnelle au niveau d'éducation alors que chez les jeunes adultes, il n'existe aucune relation entre la dépression et le niveau d'éducation. D'autres sous-groupes sociaux comme les étudiants présentent également des problèmes de santé mentale propre qui transcendent le niveau socioéconomique des jeunes personnes (Verger et al 2009). Dans ce cas, on observe une relation en U entre le niveau d'éducation et les problèmes psychologiques plutôt qu'un gradient inversé ou les jeunes mieux éduqués seraient moins à risque de faire face à des problèmes de santé mentale. L'étude des problèmes de santé mentale chez les jeunes nécessite donc à la fois une approche maladie spécifique et sous-groupe spécifique. Elle ne peut pas être abordée par une approche en bloc.

Ce qui est frappant dans nos résultats, est le fait que les problèmes de santé mentale avec la plus forte prévalence (détresse psychologique ou d'un trouble, troubles du sommeil et les idées suicidaires) montrent peu de différences en fonction du niveau d'éducation. Ces indicateurs de santé mesurent, peut-être, une perturbation normale propre aux jeunes personnes de nos sociétés. Les variations des émotions sont plus fréquentes à ces âges de la vie et se traduisent par des sauts d'humeur, de la tristesse, des explosions d'émotions et des comportements qui tentent de faire oublier des sentiments inconfortables (McNeely & Blanchard, 2009). Pour des problèmes de santé mentale plus graves qui demandent une aide professionnelle comme la tentative de suicide, un gradient en fonction du niveau d'éducation est observé. Le fait que les inégalités se reflètent dans les indicateurs de santé mentale

plus graves est un point important qu'il faut garder à l'esprit pour définir des politiques de prévention et d'intervention.

A l'instar d'autres études, nous avons constaté que les jeunes adultes avec un niveau d'éducation élevé expérimentent très souvent diverses *substances (alcool, drogues illicites)*, tandis qu'une utilisation problématique est plus fréquemment observée chez les personnes moins instruites (Berten, Cardoen, Brondeel, et Vettenburg, 2012; Legleye, Janssen, Beck, Chau, et Khlat, 2011; Legleye et al, 2013).

En ce qui concerne *la santé physique*, on observe moins d'activité physique et plus de surpoids chez les jeunes femmes peu instruites. La nationalité d'origine joue également un rôle que nous discutons ci-dessous. La relation entre le surpoids et les maladies chroniques tel que le diabète et les maladies cardiovasculaires est établi, des efforts devraient être faits pour améliorer les habitudes de vie saines au sein de ce groupe.

Une *connaissance correcte du VIH* est clairement liée au niveau d'éducation: une plus grande proportion de jeunes avec au moins un niveau d'éducation secondaire supérieur a des connaissances correctes sur la manière de se protéger contre le VIH que la proportion parmi les jeunes avec au mieux un niveau du secondaire inférieur. Ceux qui ont une meilleure connaissance ont également une probabilité plus élevée de se soumettre à un test de dépistage pour le VIH. Des recherches antérieures ont montré que les programmes sur les comportements sexuels et les facteurs de protection ciblant les jeunes de moins de 25 ans peuvent avoir un impact sur un ou plusieurs comportements sexuels (Kirby et al, 2007). Ces résultats soulignent la pertinence et l'importance de la sensibilisation en temps opportun dans les écoles. Inversement, comme un meilleur traitement du VIH est maintenant disponible par rapport à il y a dix ans, les jeunes peuvent être moins conscients de la gravité de la maladie et des infections sexuellement transmissibles associées. Par conséquent, les programmes existants ciblant les adolescents doivent être renforcés ou reconstruits, à l'intérieur et en dehors des écoles.

En ce qui concerne *l'accès aux soins*, une plus grande proportion de jeunes parmi les plus instruits consulte un médecin. Il existe également un gradient inverse clair entre la difficulté perçue de payer les frais médicaux et l'éducation.

A côté de l'éducation, nous avons également testé la relation entre l'insuffisance de ressource et la santé: le report des soins médicaux au niveau des ménages a été utilisé comme indicateur. Il est inquiétant de constater qu'une proportion importante de la population jeune en Région bruxelloise vit dans un ménage où des dépenses médicales doivent être reportées. L'association entre les difficultés financières et les problèmes de santé est forte pour un grand nombre d'indicateurs. C'est notamment le cas pour tous les indicateurs concernant la santé mentale, la santé perçue, les limitations physiques, le tabagisme (sévère) chez les jeunes adultes et les connaissances sur le VIH.

Le troisième indicateur d'inégalité sociale testé est le fait d'avoir un emploi ou pas. Cet indicateur est beaucoup moins fortement lié aux différentes dimensions de la santé que les deux autres indicateurs décrits ci-dessus. Néanmoins, les jeunes sans emploi déclarent plus souvent se sentir en mauvaise santé, avoir des limitations physiques, pratiquer trop peu d'activité physique, être en surpoids - particulièrement les femmes, avoir des connaissances sur la transmission du VIH inexactes. Ils ont aussi plus souvent des problèmes pour payer les frais médicaux.

**Tableau 1: Corrélation entre les indicateurs socioéconomiques et les indicateurs de santé**

Indicateur de santé	position socio-économique		
	Education	Postposer des soins	Sans emploi
<i>Mauvaise santé subjective</i>	-	+	+
<i>Santé mentale</i>			
Dépression auto-rapportée	+ bas	+	=
Détresse psychologique (GHQ 2+)	=	+	=
Trouble psychologique (GHQ 4+)	=	+	=
Déjà eu des idées suicidaires	=	+	=
Déjà tenté de se suicider	- haut	+	=
Troubles somatiques (SCL-90-R)	+ bas	+	+
Troubles dépressifs (SCL-90-R)	- haut	+	=
Troubles anxieux (SCL-90-R)	+ bas	+	+
Troubles du sommeil (SCL-90-R)	+ bas	+	+
<i>Santé physique</i>			
Limitations physiques	+ bas	+	+
Manque d'activité physique	+ bas femmes	=	+ femmes
Surpoids	+ bas <sup>a</sup>	=	+ femmes
Obésité	=	=	=
Poids sub-optimal	=	=	=
<i>Conduites à risque et connaissance des comportement à risque pour le VIH</i>			
Consommation d'alcool au cours de l'année écoulée	+	-	-
Consommation d'alcool problématique	+ haut	+	+
Consommation de cannabis au cours de la vie	+ haut	=	-
Consommation de cannabis au cours du dernier mois	+ bas	+	+
Consommation de tabac au cours de la vie	+ bas adolescents	+ jeunes adultes	-
Consommation importante de tabac	+ bas	+ jeunes adultes	- adolescents, + jeunes adult.
Connaissances des modes de contamination et non-contamination pour le VIH	+	-	-
Dépistage VIH	+	-	- étudiants
<i>Consommation de soins</i>			
A un médecin généraliste habituel	- bas	=	-
Contact avec un médecin généraliste	- bas adolescents	+	-
Contact avec un spécialiste	+ haut jeunes adultes	=	+
Difficultés pour payer les soins	-	+	+

En gris: significatif à au moins 95 %.

Attention, la relation « + »/ « - » ne représente pas le bon/pas bon. Il doit être interprété en fonction de l'indicateur de position socioéconomique et de l'indicateur de santé :

'=' **pas de différences socioéconomique** ; par exemple l'utilisation au cours de la vie du Cannabis et le renoncement aux soins : l'utilisation du cannabis est comparable chez les personnes qui ont dû renoncer aux soins et ceux qui n'ont pas renoncé.

'-' **gradient socioéconomique inversé** : par exemple entre la difficulté pour payer les soins et le niveau d'éducation : au plus une personne est éduquée au moins elle a de risque d'avoir des difficultés pour payer les soins.

'+' **gradient socioéconomique** : par exemple les limitations physiques et le (non) emploi : une plus grande proportion de personnes sans emploi ont des limitations physiques que la proportion parmi les personnes qui ont un emploi ou qui étudient. Si une précision est introduite, comme « **bas** », « **femmes** » ou « **jeunes adultes** », cela veut dire que le gradient n'est observé que pour ce groupe spécifique. Par exemple, le manque d'activité physique est plus fréquent chez les femmes les moins éduquées tandis qu'il n'y a pas de gradient chez les hommes ni entre les femmes de niveau d'éducation secondaire supérieur et de niveau supérieur.

## 1.2. Différences Régionales

La santé des jeunes varie entre les trois régions de Belgique. En général, la santé est moins bonne dans la Région bruxelloise et la Région wallonne par rapport à la Région flamande. Par exemple, la plupart des problèmes de santé mentale sont plus fréquents dans la Région bruxelloise et la Région wallonne. Une étude récente a, en outre, montré un gradient socioéconomique plus fort en Région bruxelloise qu'en Région wallonne concernant la santé mentale de la population (Gisle, 2014). Néanmoins, certains indicateurs sont meilleurs en Région bruxelloise : le surpoids et la compréhension des modes de contamination du VIH sont comparables aux niveaux observés en Flandre et meilleur qu'en Wallonie. Il y a aussi plus d'abstinents de l'alcool dans la Région bruxelloise que dans les autres régions. Ces différences s'observent également dans la population totale (2010a Gisle). Une partie de la spécificité bruxelloise s'explique par la plus grande proportion de musulmans pratiquants dans la Région bruxelloise. Une étude récente de Mimilidis *et al.* (2014) a constaté une plus grande proportion de non-utilisateurs de soins médicaux dans la Région bruxelloise par rapport aux autres régions. Ces différences semblent en partie s'expliquer par des facteurs sociodémographiques (la nationalité d'origine, l'âge, la situation familiale, le revenu).

La **composition de la population bruxelloise** joue un rôle important pour expliquer les différences interrégionales. La Région bruxelloise n'a pas seulement un profil sociodémographique différent en termes de nationalité d'origine, mais aussi en termes de ressources financières, de niveau d'éducation, de taux d'emploi et de composition du ménage. Ainsi, si une plus grande proportion de problèmes de santé mentale s'observe en Région bruxelloise comparativement à la Région flamande, cette différence s'estompe si l'on corrige pour les différences de niveau de revenus et la composition du ménage.

Certains problèmes de santé mentale, comme les troubles du sommeil, la somatisation et la détresse psychologique restent plus élevés après ces contrôles. Cette spécificité a également été observée par une recherche réalisée aux Pays-Bas. Elle a trouvé plus de morbidité psychiatrique dans les grandes villes que dans les zones rurales (Peen, Schoevers, Beekman & Dekkers, 2010). Les auteurs mettent en avant la différence de cohésion sociale comme un facteur important expliquant ces différences urbain-rural: les événements de vie négatifs, l'isolement social et la criminalité sont des caractéristiques plus répandues dans les villes que dans les zones rurales. Les Régions flamande et wallonne ont cependant également de grandes agglomérations urbaines comme Anvers, Gand, Charleroi et Liège. Il faut dès lors rester prudent et ne pas parler d'une dichotomie urbain-rural lorsque l'on cherche à comprendre les différences interrégionales.

D'autres **indicateurs de santé restent significativement différents** entre les Régions lorsque l'on corrige pour les différences sociodémographiques. Ces indicateurs méritent une attention particulière : une part importante des jeunes femmes n'a pas suffisamment d'activité physique, la consommation

d'alcool problématique est plus fréquente et la plupart des indicateurs de la consommation médicale sont également moins favorables dans la Région bruxelloise. Mimilidis *et al.* (2014) suggèrent que des facteurs structurels pourraient également expliquer certaines des différences régionales dans l'accès aux soins, telles que le fonctionnement et l'organisation des soins de santé dans la Région.

## 2. Discussion

### 2.1. Les difficultés rencontrées pour analyser la situation socioéconomique des jeunes bruxellois

Lors de l'analyse des inégalités sociales de santé chez les jeunes, la manière de mesurer la position sociale des jeunes est souvent discutée dans la littérature traitant des inégalités socioéconomiques chez les jeunes, comme elle fluctue parfois vite à cette période de la vie. Dans ce rapport, nous avons utilisé trois dimensions du statut social: l'éducation, le report de soins médicaux pour raison financière et la disponibilité d'un emploi.

**L'éducation** a été mesurée à partir du niveau d'éducation obtenu par la personne ou le niveau de formation actuel quand il est encore étudiant. Cela peut éventuellement influencer certains de nos résultats, une partie des jeunes de 18 ans peuvent encore être dans l'enseignement secondaire général, mais viser des études supérieures, tandis que ceux qui ont entamé des études supérieures pourraient ne pas les finir. D'autres études ont cependant montré que l'utilisation de l'orientation des études (général, technique ou professionnel), peut déjà donner une bonne prédiction sur les études supérieures qui suivront éventuellement (Hagquist 2007; Havas, Bosma, Spreeuwenberg, et Frans, 2010). Utiliser le niveau d'éducation le plus élevé au sein du ménage aurait été conceptuellement flou car certains jeunes vivent encore avec leurs parents et d'autres vivent seuls ou avec un partenaire.

Mesurer **la pauvreté économique** des jeunes adultes relève du défi. Le revenu est un indicateur moins représentatif de la position socioéconomique des jeunes personnes que des personnes d'âge moyen, le revenu est en général moins élevé et peut fluctuer ou changer fortement au début de la carrière. La nécessité pour le ménage de postposer des soins pour une raison financière (visites médicales, soins dentaires, opérations chirurgicales, ...) est une mesure alternative valide du niveau de pauvreté économique car elle identifie les ménages en situation financière difficile.

Enfin, **l'activité professionnelle** classe les jeunes en trois groupes: les étudiants, les employés et les chômeurs. Encore une fois, à cette étape de la vie, ce statut est soumis à des changements (fréquents)

et est donc difficile à interpréter. Cependant, il y a des relations fortes entre la santé ou les comportements de santé et l'activité à cette étape de la vie comme nous l'avons illustré plus haut.

Une autre préoccupation rencontrée dans ce rapport est **la sélectivité des non-répondants** parmi les jeunes dans le questionnaire auto-administré. Comme nous avons des informations sur le profil des non-répondants, nous pouvons facilement esquisser un profil et il n'est évidemment pas aléatoire. Les non-répondants sont plus souvent membre d'un ménage avec peu de revenus, d'un niveau d'éducation moins élevé, de nationalité non belge et sans emploi. La question subsidiaire est de déterminer si les personnes pauvres qui n'ont pas répondu ont le même profil de santé que les personnes pauvres qui ont répondu au questionnaire face à face. Des recherches antérieures effectuées par Demarest *et al.* (2012) ont identifié une réticence en général plus forte chez les personnes les moins instruites pour participer à l'enquête de santé. Il est probable que les résultats de l'enquête de santé soient, dès lors, conservateurs et que les différences socioéconomiques réelles soient plus élevées que celles observées.

Il convient de garder à l'esprit que les jeunes les plus démunis ne sont pas inclus dans l'enquête de santé soit en raison de la non-participation à l'enquête décrite ci-dessus, soit parce qu'ils ne sont pas enregistrés en tant que résidents en Belgique - une condition pour participer à l'enquête. Les personnes sans domicile fixe, les immigrés clandestins ou ceux ayant récemment déménagé sont donc exclus de l'enquête. De ce fait aussi, les gradients socioéconomiques sont probablement sous-estimés.

De par **le petit nombre** de jeunes personnes interrogées dans chaque cycle de l'enquête santé et de par la fréquence relativement faible des problèmes de santé à cet âge, nous avons dû rassembler trois enquêtes successives pour atteindre un nombre suffisant de personnes interrogées. Évidemment, certains résultats peuvent avoir évolué au cours du temps mais tel n'est pas le sujet de ce document.

## **2.2. Nationalité d'origine**

Un facteur déterminant la santé des jeunes en Région bruxelloise est leur origine. La Région bruxelloise est une société multiculturelle, avec un afflux permanent de migrants venants de partout dans le monde (Deboosere et al, 2009). Plus de 50 % des groupes d'âge les plus jeunes se composent de personnes d'origine étrangère (Elchardus, Roggemans & Siongers, 2011). Le plus grand groupe de nationalité non-belge sont les Marocains lorsque l'on considère également les Belges dont un des deux parents est originaire du Maroc, suivi par les Européens de l'Ouest et du Sud (Lodewijckx, 2014).

La migration est associée à **des meilleures et moins bonnes conditions de santé** pour les migrants (et leurs descendants) par rapport à la population n'ayant pas d'histoire de migration, et cela varie en

fonction du problème étudié. Par exemple, une plus grande proportion de jeunes personnes d'origine turque et marocaine n'a pas bu de boissons alcoolisées au cours des douze derniers mois que la proportion d'abstinents parmi les belges. A contrario, les jeunes femmes d'origine marocaine ont plus fréquemment une activité physique insuffisante pour protéger leur santé et présentent plus souvent un surpoids, même lorsque nous corrigeons pour leur situation socioéconomique.

Il est **difficile d'un point de vue méthodologique** d'identifier les personnes d'origine étrangère. La plupart des jeunes d'origine marocaine ou turque sont nés en Belgique et ont la nationalité belge, tandis que l'un ou leurs deux parents sont nés au Maroc ou en Turquie. Le nombre de jeunes personnes nées avec une nationalité autre que belge interrogé dans l'enquête de santé est trop limité pour produire des analyses valables statistiquement. Pour contourner ce problème, dans ce rapport, les jeunes ayant une nationalité belge à la naissance qui vivent encore au domicile de leurs parents se sont vu attribuer la nationalité de leurs parents. Ceux qui ne vivent pas avec leurs parents ne peuvent pas être distingués des Belges sans histoire de migration. Ce dernier point peut parfois expliquer des résultats différents pour les Belges à Bruxelles par rapport aux Belges dans d'autres Régions. Par exemple, une jeune personne belge bruxelloise sur quatre n'a pas bu d'alcool au cours des douze derniers mois, ce qui est significativement plus élevé que dans les autres Régions et est dû, en partie, à une part significative de migrants de deuxième génération issus de sociétés où l'on ne boit pas d'alcool parmi les jeunes bruxellois belges.

Malgré nos efforts pour identifier la nationalité d'origine des parents, pour certaines questions, le nombre de répondants non-Belges est **insuffisant pour être représentatif**. De ce fait, les résultats pour des situations peu fréquentes, comme certains problèmes de santé mentale (tentatives de suicide, troubles de somatisation, dépression auto-déclarée) et les comportements à risque (consommation problématique d'alcool, la consommation de cannabis) doivent être traités avec prudence.

### **2.3. Santé et statut social, cause ou conséquence**

Un thème récurrent dans le débat sur les inégalités sociales de santé est la question de la direction de la relation entre le statut social et la santé. En d'autres termes: est-ce le moins bon diplôme qui conduit à une mauvaise situation de santé ou le fait d'être malade qui entraîne une moins bonne situation socioéconomique ? Il existe des arguments convaincants dans les deux directions. La conséquence est la même, les jeunes moins aisés, moins instruits, ont des besoins de santé spécifique. On peut concevoir qu'une partie des personnes ayant au mieux un diplôme du secondaire inférieur **n'a pas**

**poussé sa scolarité plus loin suite à des problèmes de santé**: une maladie de longue durée ou une déficience physique ou mentale.

Cependant, toutes les personnes qui quittent l'école avant la fin d'une scolarité jugée normale ne sont pas en mauvaise santé au moment de quitter l'école. L'interruption de la scolarité est souvent liée à différentes raisons enchevêtrées : mauvais résultats scolaires, problèmes de comportement ou milieu familial précaire sont autant de facteurs influents (Lyche 2010), menant à des emplois précaires et renforçant les comportements à risque (Byrne & Smith, 2010).

Seule une partie des inégalités de santé que nous avons présentée ici peut être considérée comme de la sélection sociale. La part restante est en fait la conséquence du niveau de formation que le jeune a atteint, ou autrement dit, un mécanisme de **causalité sociale**. Premièrement, un diplôme témoigne des connaissances et des idées que l'on a acquises au cours de la formation et que l'on peut adapter dans des circonstances différentes. Appliqué au champ de la santé, on peut exercer ses compétences pour comprendre les messages médicaux, anticiper les risques sanitaires des comportements que l'on adopte ou pas et consulter à temps un professionnel de la santé. Deuxièmement, l'éducation reflète aussi indirectement le travail et le revenu que l'on peut obtenir. Lorsque le niveau d'éducation augmente, les perspectives économiques s'améliorent. Les personnes jeunes sont encore en train de se positionner sur le marché de l'emploi et les retombées économiques du moment ne sont pas toujours proportionnelles à leur niveau d'éducation. Troisièmement, un diplôme renforce également ce que Putnam (2000) appelle le « capital social »: les réseaux et les normes qui permettent aux gens de contribuer efficacement à des objectifs communs, ou en d'autres termes, les amis, la famille et les connaissances qui peuvent apporter un soutien, à la fois matériel et affectif, et confiance.

Comme les données de l'enquête de santé sont des données transversales, il n'est pas possible d'émettre un jugement définitif sur le sens de cette relation. Il est cependant important de comprendre et de garder en mémoire les deux sens de la relation entre le statut social et la santé.

### **3. Et maintenant ?**

Les résultats de ce travail montrent des inégalités sociales pour la santé des jeunes personnes en Région bruxelloise qui méritent **une analyse plus approfondie**. Actuellement, les données disponibles sont insuffisantes pour permettre des analyses plus fines : les jeunes personnes sont sous-représentées dans l'enquête de santé. Les raisons de ce sous-échantillonnage sont multiples, par exemple, les étudiants de l'enseignement supérieur ne sont souvent pas présents lorsque l'enquête a lieu. La seule information disponible à leur sujet est alors assurée par un parent, qui ne répond pas aux questions sur

les comportements à risque, la santé physique ou mentale. Comme De Grande et al (2014) l'ont déjà recommandé dans leur inventaire des données disponibles sur les inégalités de santé dans la Région bruxelloise, les enquêteurs devraient essayer de contacter ces ménages au cours du week-end, quand il y a une plus forte probabilité que ces jeunes soient à la maison. L'enquête santé n'aborde pas un certain nombre de questions importantes à la bonne compréhension de la santé des adolescents et des jeunes adultes, par exemple en matière de santé sexuelle, l'influence des pairs ou de la famille n'est pas documentée. Un certain nombre de questions pourraient être ajoutées pour combler ces lacunes. Cependant, un rapport de l'équipe de l'enquête santé souligne les limites de *Statistics Belgium*, qui assure la collecte des données de l'enquête, pour collecter des informations sur le comportement sexuel, la religion et les opinions politiques (Hesse, 2010).

Comme la taille de l'échantillon et les questions ne sont pas ciblées sur les jeunes adultes en particulier, une autre stratégie pourrait consister à ***étendre la taille de l'échantillon de l'enquête HBSC***, pour obtenir un échantillon représentatif des jeunes d'âge scolaire de Bruxelles. Jusqu'à présent, l'enquête HBSC n'enquête que dans une école néerlandophone et quelques écoles francophones de la Région bruxelloise, et de manière séparée, ce qui empêche de décrire correctement le profil de la jeunesse bruxelloise sur cette base. Bien que de nombreux risques pour la santé soient similaires dans les différentes Régions du pays, nous avons identifié des risques de santé spécifiques qui sont plus fréquents dans la Région bruxelloise et qui persistent après correction pour la pauvreté plus importante de sa population par rapport aux autres Régions. Pour pouvoir interpréter ces différences de manière correcte, des informations de qualité comparable devraient être disponibles pour les trois régions.

Comme mentionné ci-dessus, ***les jeunes les plus précaires*** sont souvent exclus des enquêtes traditionnelles. Une autre approche méthodologique est nécessaire pour surveiller et résoudre leurs besoins de santé spécifiques. Une recherche adaptée combinant les méthodes de recherche qualitatives et quantitatives serait préférable. Les méthodes de recherche qualitative pourraient être utilisées pour aller à la racine des problèmes de santé rencontrés par les jeunes en général et les plus précaires en particulier qui complèteraient les informations des deux enquêtes quantitatives (enquête de santé et HBSC) disponibles actuellement.

Ces résultats confirment nos connaissances antérieures : pour améliorer l'état de santé des jeunes adultes, nous devons mettre en place ***des politiques qui sont universelles***, c'est-à-dire qui touchent tous les jeunes. Cette réponse universelle devrait cependant être différenciée afin de répondre adéquatement aux défis de certains groupes socioéconomiques qui sont confrontés à des difficultés

particulières (OMS, 2013) Cette approche est plus facile à mettre en œuvre durant l'adolescence de par l'obligation scolaire tandis que des approches diversifiées et complémentaires sont nécessaires après l'âge scolaire. *Une approche différenciée* vise à compenser les inégalités socioéconomiques ou culturelles en matière de santé. A titre d'exemple concret, sur base des résultats concernant les connaissances en matière de VIH, une mesure qui pourrait améliorer les connaissances sur le VIH serait de repenser les programmes existants en matière de santé sexuelle dans les écoles et à l'extérieur en prenant en compte les spécificités des groupes ethniques (Alabarracin et al, 2005). Les programmes de sensibilisation devraient être adaptés pour répondre aux préoccupations des groupes cibles et permettre d'atteindre l'efficacité attendue parmi les groupes qui sont les moins susceptibles de répondre aux programmes éducatifs actuels. Hendrickx, *et al.* (2002) ont conclu de leurs discussions avec des garçons et des filles, enfants de la deuxième génération de migrants marocains, que de nouveaux programmes devraient mieux prendre en compte les croyances et les comportements des jeunes immigrés de religion musulmane.

Pour conclure, l'amélioration de la santé des jeunes adultes et la réduction des inégalités de santé entre les jeunes adultes requiert une approche intégrée, une approche qui ne soit pas strictement limitée aux politiques de santé, mais qui inclut les politiques sociales et économiques plus largement : une éducation de qualité pour tous, un marché du travail inclusif et des stratégies d'élimination de la pauvreté devraient figurer en bonne place dans l'agenda politique.