

Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2024

Colophon

Coordination :

Dennis Mathysen, Elise Mendes da Costa

Auteurs :

Dennis Mathysen, Elise Mendes da Costa, Sarah Missine, Joël Girès, Dalia Fele, Melody Yannart

Contributeurs :

Melody Yannart, Deogratias Mazina, Olivier Gillis

Relecteurs :

Sarah Missine, Peter Verduyckt, Dalia Fele, Olivier Gillis, Melody Yannart, Gaëlle Amerijckx

Mise en page :

Nazca agency & Partners

Pour référer ce document :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2024). Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise. Bruxelles : Vivalis.brussels.

Numéro de Dépôt légal :

D/2024/9334/35

Pour plus d'informations :

Dennis Mathysen
dennis.mathysen@vivalis.brussels
Elise Mendes da Costa
elise.mendesdacosta@vivalis.brussels

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - Vivalis.brussels

Rue Belliard 71, boîte 1 – 1040 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89
observat@vivalis.brussels
<https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

Sommaire

Avant-propos

8

1. Quelques caractéristiques de la population bruxelloise

10

La population croissante de Bruxelles

11

Bruxelles est une ville jeune

13

Bruxelles est une ville internationale

15

Bruxelles est une ville prospère, mais sa population est plus exposée au risque de pauvreté

17

2. État de santé des Bruxellois

22

A. Déterminants de l'état de santé des Bruxellois

23

Cadre théorique : inégalités sociales de santé

23

L'impact majeur du statut socioéconomique

24

Les inégalités en matière de santé commencent dès ou avant la naissance

26

Comportements de santé et différences de style de vie

28

Conclusion

35

B. Espérance de vie, causes de décès et (mauvaise) santé

36

Espérance de vie

36

Mortalité, années potentielles de vie perdues et années de vie corrigées sur l'incapacité

37

Conclusion

44

C. Maladies chroniques

44

Aperçu des affections chroniques les plus fréquentes

45

Arthrite ou arthrose

47

Hypertension et excès de cholestérol

47

Affections cardiovasculaires

47

Diabète

49

Multimorbidité

51

Incapacité de travail et invalidité

51

Conclusion

55

D. Cancer

55

Évolution au fil du temps

55

Différences d'âge

57

Incidence par type de cancer

57

Mortalité par type de cancer

59

Conclusion

61

E. Maladies transmissibles

61

Mortalité liée à des maladies transmissibles

61

Covid-19

63

Grippe

65

Rougeole, diphtérie, tuberculose et VIH/SIDA

67

Conclusion	68	E. Utilisation des services de santé pour personnes âgées	124
F. La santé mentale des Bruxellois	69	Introduction	124
Introduction	69	Les soins infirmiers à domicile	124
Bien-être/mal-être psychologique global	69	Maison de repos (et de soins)	127
Troubles mentaux spécifiques	71	Les court-séjours et les centres de soins de jour	127
Pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicides	75	Conclusion	128
Conclusion	77	Conclusion	130
G. L'environnement et l'habitat	79	Annexe	132
Pollution de l'air et exposition au bruit	79	Appendice : Sources et éléments de méthodologie	136
Pollutions au travail	81		
Pollutions dans le logement	85		
Conclusion	87		
3. Recours aux soins des Bruxellois	88		
A. Prévention	89		
Introduction	89		
Vaccination	89		
Dépistage des cancers	95		
Conclusion	97		
Bibliographie	100		
B. Recours à la médecine générale	102		
Introduction	102		
À quelle fréquence le médecin généraliste est-il consulté ?	102		
Combien de Bruxellois ont un médecin généraliste (fixe) ?	102		
Quels facteurs influencent le nombre de contacts avec un médecin généraliste ?	107		
Conclusion	107		
C. Recours aux soins de santé mentale	108		
Introduction	108		
Consultation chez un professionnel de la santé en lien avec un problème de santé mentale	108		
Consommation de médicaments psychotropes	109		
Séjours psychiatriques	113		
Conclusion	115		
Bibliographie	117		
D. Admissions hospitalières et recours aux urgences	118		
Introduction	118		
Evolution entre 2008-2019	118		
Différences selon les catégories d'âge	120		
La durée de séjour en hospitalisation	120		
Recours aux urgences	121		
Trois types de recours aux urgences	121		
Le recours aux urgences référé par un médecin	121		
Conclusion	123		

Le « Tableau de bord de la santé » offre une vision globale de la santé de la population bruxelloise intégrée au contexte démographique, social, environnemental et multiculturel de la Région bruxelloise.

Avant-propos

Dans cette nouvelle édition du Tableau de bord de la santé de la Région bruxelloise, nous proposons un aperçu actualisé de la santé de la population bruxelloise, tenant compte du contexte démographique, social et multiculturel en constante évolution dans la Région. Cette publication, destinée à toutes les personnes impliquées dans le développement d'une politique de santé coordonnée - des décideurs politiques aux professionnels de la santé et aux acteurs des différents domaines de la santé - met en lumière des thèmes importants, tels que l'espérance de vie, les défis posés par les maladies chroniques et infectieuses et le rôle crucial des soins de santé mentale.

Une attention particulière est portée à la relation complexe existant entre la santé et les inégalités sociales, qui sont plus importantes que jamais dans la région de Bruxelles. Ainsi, l'amélioration de la santé ne peut résulter du seul accès aux services de santé, mais dépend aussi d'une action menée envers les déterminants sociaux de la santé tels que l'emploi, le revenu, le logement et l'environnement.

L'approche par les parcours de vie de la population bruxelloise est déclinée, en mettant l'accent sur les besoins et les défis spécifiques en matière de santé, à certaines étapes de la vie. Nous clôturons par une vue d'ensemble de l'offre et de l'utilisation des soins de santé et examinons comment ces éléments affectent l'état de santé des bruxellois. Ce rapport, basé sur une diversité de sources, se veut être un outil d'aide à la décision (politique), conçu pour stimuler le dialogue et le questionnement critique en vue d'améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Bruxellois.

Quelques caractéristiques de la population bruxelloise

Cette partie du rapport aborde brièvement certaines caractéristiques de la population bruxelloise. Elle présente d'abord le **contexte démographique** de la Région via certains indicateurs tels que l'évolution et la densité de la population, le nombre de naissances et de décès, l'âge moyen, ainsi que la répartition de la population par tranche d'âge et selon la nationalité. Nous nous penchons ensuite sur le contexte **socio-économique** de la Région. Pour ce faire, nous examinons entre autres la part de la population vivant sous le seuil de risque de pauvreté, le revenu médian par secteur statistique, le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée, le niveau d'études et les inégalités en matière de logement.

Ces chiffres démontreront que la Région de Bruxelles-Capitale diffère fortement des autres Régions belges, tant du point de vue démographique que socio-économique. La Région de Bruxelles-Capitale a une population jeune et internationale (par rapport à la Flandre et à la Wallonie). C'est aussi une région où l'on produit beaucoup de richesses, mais où de nombreuses personnes vivent sous le seuil de pauvreté. Enfin, ce rapport exposera la situation de certains groupes sociaux face à des défis majeurs en matière de santé.

La population croissante de Bruxelles

Au 1^{er} janvier 2022, la Région de Bruxelles-Capitale comptait officiellement 1 222 637 habitants. La figure 1-1 illustre une croissance démographique qui a repris au début de ce siècle et n'a commencé que récemment à se stabiliser.

Si l'on considère les dix dernières années (2012-2022) et que l'on compare la Région bruxelloise avec les autres Régions de Belgique, il apparaît clairement que la croissance démographique est plus importante à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie : le nombre d'habitants a augmenté de 7,4 % à Bruxelles, de 5,5 % en Flandre et de 3,3 % en Wallonie. Bruxelles est, bien entendu, la seule Région totalement urbanisée¹. Il est donc logique de comparer Bruxelles avec les grandes villes des autres Régions. Cette démarche nous apprend que la population s'est plus fortement accrue dans la Région de

Bruxelles-Capitale que dans les autres villes belges : Anvers et Gand ont connu respectivement une hausse démographique de 5,6 % et 6,8 %, tandis que la population de Charleroi (-0,7 %) et de Liège (-0,2 %) a légèrement diminué.

L'évolution de la population tient à la combinaison de trois facteurs : le solde naturel, le solde migratoire externe et le solde migratoire interne (figure 1-2).

- Le **solde naturel** est la différence entre le nombre de naissances et de décès. Positif depuis les années 1990, ce solde contribue de manière significative à la croissance de la population bruxelloise. Le résultat positif est lié à la structure d'âge de la population bruxelloise, qui se caractérise par une proportion importante d'adultes en âge de procréer et un nombre relativement faible de personnes âgées.
- Le **solde migratoire externe** est la différence entre le nombre de personnes venant de l'étranger pour s'installer en Région bruxelloise au cours de l'année, d'une part, et le nombre de résidents bruxellois ayant déménagé à l'étranger au cours de la même année, d'autre part.
- Le **solde migratoire interne** est négatif à Bruxelles depuis longtemps parce que le nombre de personnes ayant quitté la Région bruxelloise pour vivre en Flandre ou en Wallonie est plus élevé que le nombre de Flamands ou Wallons venus vivre en Région bruxelloise.

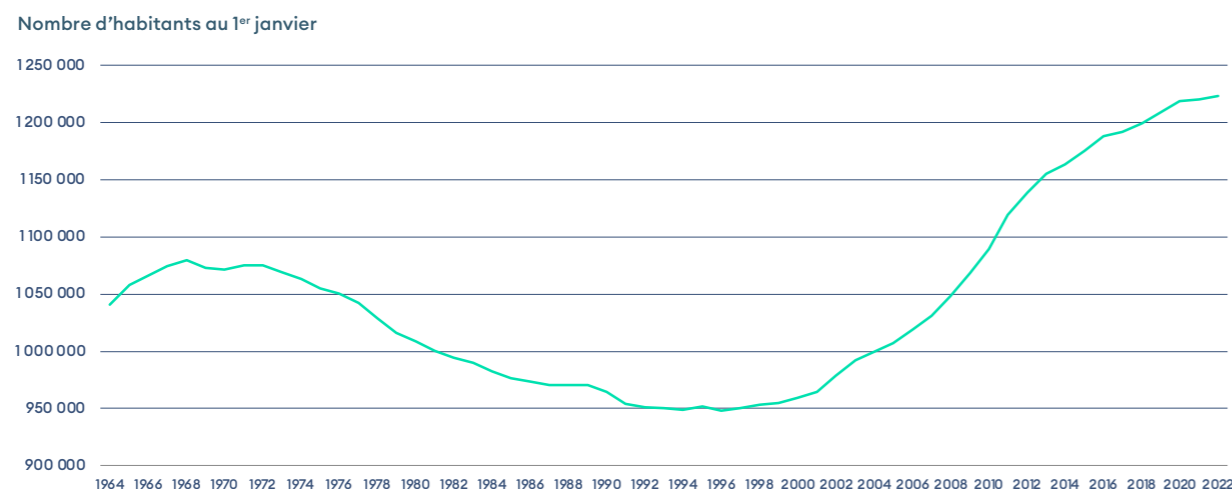
La figure 1-2 montre que le solde global (la somme du solde migratoire et du solde naturel) est également demeuré positif (+1 179) dans la Région de Bruxelles-Capitale en 2020, mais que la croissance démographique a clairement ralenti au cours des 10 dernières années.

Le Bureau fédéral du Plan estime que la population belge continuera à croître dans les trois Régions au cours des prochaines décennies. Le taux de croissance (projeté) entre 2020 et 2030 à Bruxelles sera de 3,4 %, ce qui donne un taux de croissance (relatif) de la population bruxelloise supérieur à celui de la Wallonie (2,5 %) et inférieur à celui de la Flandre (4,7 %). Nous tenons également à souligner qu'il existe des différences entre les communes de la Région bruxelloise en termes d'évolution démographique : pour des aperçus plus détaillés par commune et les discussions connexes, veuillez vous référer à la publication « Zoom sur les communes »².

¹ Le fait que la Région bruxelloise soit totalement urbanisée constitue un facteur important pour de nombreuses analyses présentées dans ce rapport. En effet, les Régions bruxelloise, flamande et wallonne sont régulièrement comparées mais cette comparaison n'est pas toujours évidente pour certains points. Ainsi, la densité de population (en 2021) en Région bruxelloise (7 511 habitants par km²) était logiquement maintes fois supérieure à celle de la Flandre (488 habitants par km²) ou de la Wallonie (216 habitants par km²). Voilà pourquoi (dans la mesure où cela s'avère nécessaire ou possible) la comparaison est également établie avec d'autres « grandes » villes flamandes et wallonnes.

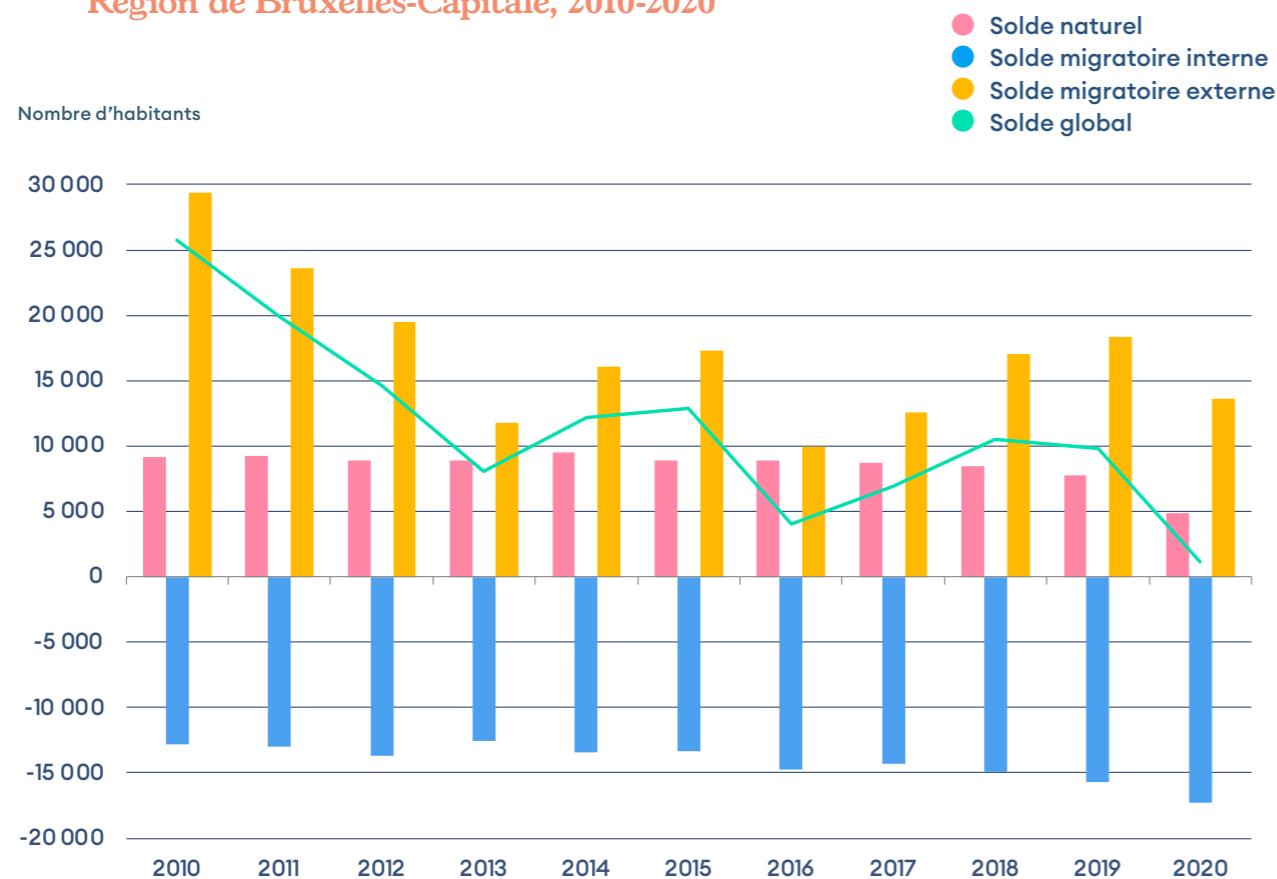
² <https://ibsa.brussels/publications/zoom-sur-les-communes>

Figure 1-1 Évolution de la population dans la Région de Bruxelles-Capitale, 1964-2022



Source : SPF Économie - Statistics Belgium

Figure 1-2 Évolution du solde naturel et des soldes migratoires, Région de Bruxelles-Capitale, 2010-2020



Population au 01/01/2010 : 1 089 538

Population au 01/01/2021 : 1 219 970

Source : SPF Économie - Statistics Belgium; calculs de l'Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

Il est, par ailleurs, important de noter que le nombre de personnes résidant effectivement en Région bruxelloise est en réalité plus élevé que dans les statistiques officielles publiées par le SPF Économie et Statbel. Ainsi, par exemple, entre 2012 et 2022 la moyenne annuelle de candidats-réfugiés inscrits au Registre d'attente était de 11 779 personnes. Bruxelles compte également plus de 10 000 personnes sous statut diplomatique (diplomates, fonctionnaires sous statut diplomatique et membres de leur famille) et un grand nombre de personnes en situation irrégulière sur son territoire. S'agissant de cette dernière catégorie, il convient de souligner que les estimations du nombre de « sans-papiers » effectifs en Belgique ne sont pas exactes et varient souvent de manière considérable. Pour donner un ordre de grandeur, nous précisons toutefois qu'ils représentent quelque 100 000 personnes sur l'ensemble de la Belgique, dont une grande partie en Région bruxelloise.

Bruxelles est une ville jeune

En 2020 (selon Statbel³), le taux de natalité en Région bruxelloise était de 13,0 contre 9,5 et 9,6 en Flandre et en Wallonie (respectivement) par 1 000 habitants. Depuis la fin des années 1980, le taux de natalité à Bruxelles est plus élevé qu'en Flandre ou en Wallonie et a longtemps augmenté. Il semble toutefois que cette tendance se soit inversée autour de l'année 2010 : entre 2010 et 2020, le taux de natalité a diminué pour se retrouver proche des valeurs de la période des années 80. Il demeure néanmoins plus élevé dans la Région bruxelloise qu'en Flandre et en Wallonie.

Les causes de la baisse du taux de natalité dans la Région bruxelloise doivent encore être étudiées plus en détail, mais ce recul pourrait être lié à certaines tendances conjoncturelles (notamment les crises du COVID-19 et du logement) susceptibles d'être ressenties plus durement dans une région davantage touchée par la précarité.

La longue hausse des taux de natalité n'explique que partiellement l'augmentation démographique spectaculaire qui a caractérisé Bruxelles pendant si longtemps. Un autre facteur causal important est que la mortalité globale et la mortalité prématurée à Bruxelles sont toutes deux en baisse depuis le début du siècle. Ainsi, par exemple, le taux de mortalité (standardisé pour l'âge) à Bruxelles en 2019 était de 1 166 pour 100 000 habitants alors qu'en 2000, il s'élevait encore à 1 564 décès pour 100 000 habitants⁴. La deuxième partie de ce rapport examine en détail les principales causes de décès en Région bruxelloise.

Le nombre plus élevé de naissances par rapport à la Flandre et à la Wallonie est lié au fait que Bruxelles a une population plus jeune. La figure 1-4 montre que la population bruxelloise diffère sensiblement de la population belge au sens large en termes de répartition par tranche d'âge. La pyramide des âges en Région bruxelloise se caractérise par une base étendue, avec beaucoup plus de jeunes enfants et de jeunes adultes que dans le reste du pays. Pas moins de six des dix communes « les plus jeunes » de Belgique sont situées dans la Région bruxelloise (Molenbeek-Saint-Jean, Koekelberg, Saint-Josse-ten-Noode, Schaerbeek, Anderlecht et Bruxelles).

Entre 2000 et 2016, l'âge moyen a diminué dans la Région de Bruxelles-Capitale, alors qu'il a régulièrement augmenté dans le reste du pays au cours de la même période. C'est seulement depuis 2017 que l'âge moyen augmente à nouveau dans la Région bruxelloise. L'écart entre Bruxelles et les autres Régions est d'ailleurs frappant : l'âge moyen en 2021 était de 37,7 ans dans la Région bruxelloise et respectivement de 43,0 ans et 41,7 ans en Flandre et en Wallonie.

La Région bruxelloise a donc une population remarquablement jeune, même en comparaison avec d'autres grandes villes belges : à titre d'exemple, l'âge moyen en 2022 était plus élevé à Gand (39,4 ans) et à Anvers (38,6 ans) que dans la ville(-Région) de Bruxelles (37,8 ans). Il convient toutefois de souligner qu'il existe d'importantes divergences entre communes. Comme illustré par la figure 1-5, au 1er janvier 2022, l'âge moyen à Molenbeek-Saint-Jean était de 35,3 ans, contre 42,7 ans à Watermael-Boitsfort.

³ Les taux de natalité de la figure 1-3 sont calculés à partir du Registre national, fondé sur les registres de population des communes (de résidence). Une autre source d'informations réside dans les formulaires statistiques relatifs aux naissances, qui sont complétés par le personnel de santé et les services d'état civil de la commune de naissance. Cette dernière source tient compte de toutes les naissances, quel que soit le statut de résidence de la mère, et indique donc toujours plus de naissances que le Registre national. Entre 2010 et 2019, les formulaires statistiques de naissances ont dénombré en moyenne 723 naissances annuelles de plus que le Registre national chez des mères bruxelloises.

⁴ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale>

Figure 1-3 Évolution du taux de natalité brut (par 1 000 habitants) en fonction de la région de résidence de la mère, 1964-2020

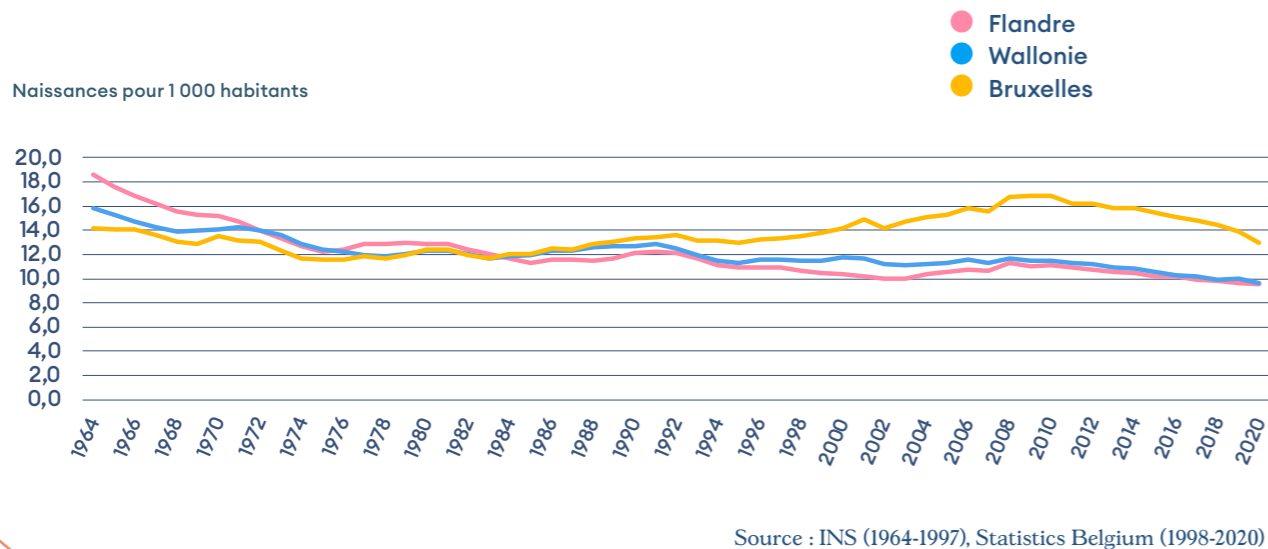


Figure 1-4 Pyramide des âges de la population, Région bruxelloise et Belgique, pour 100 habitants, 1^{er} janvier 2022

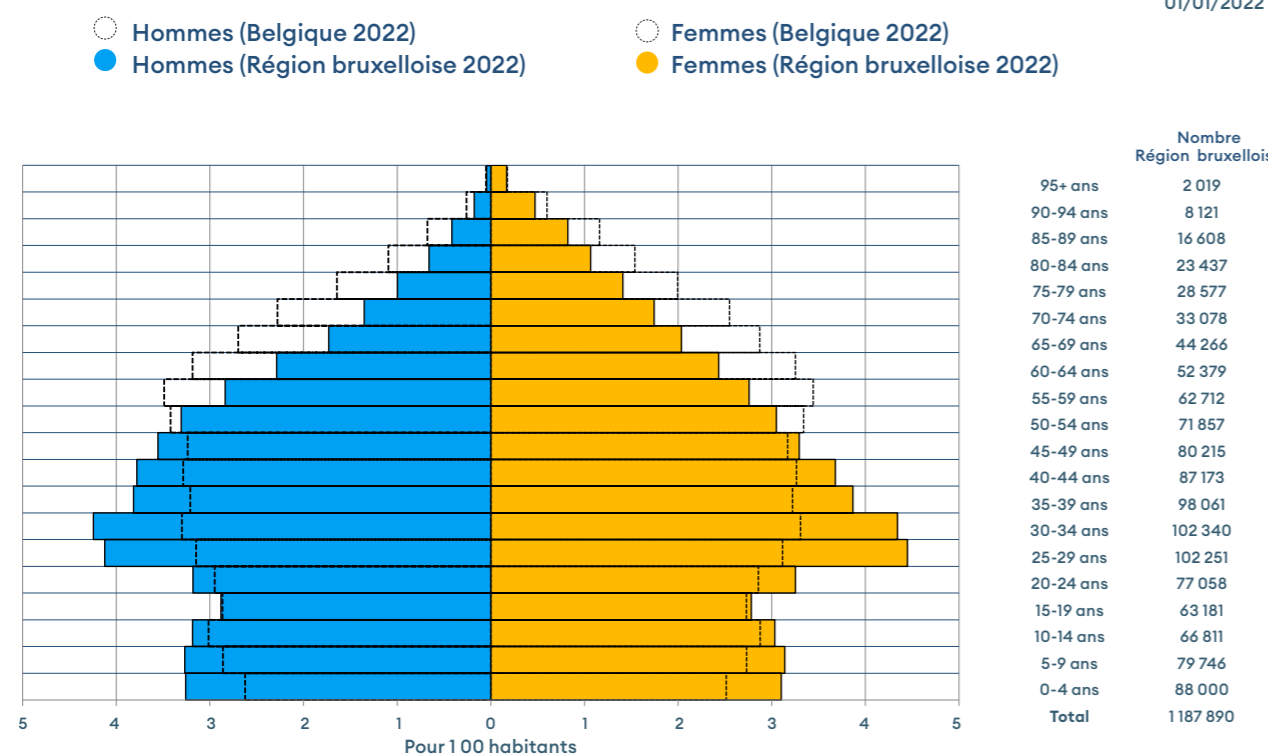
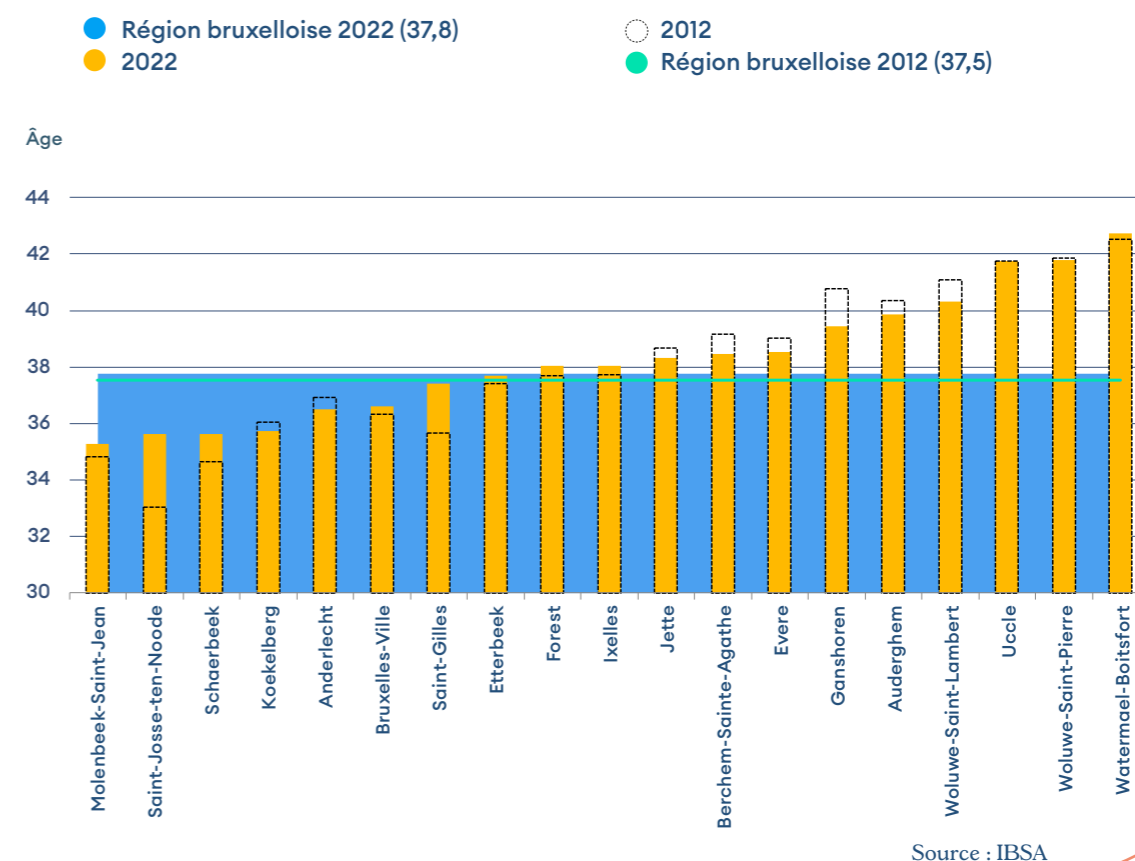


Figure 1-5 Âge moyen de la population par commune, Région bruxelloise, 1^{er} janvier 2012 et 2022



Bruxelles est une ville internationale

Le fait que la population bruxelloise soit plus jeune que celle d'autres villes et Régions belges s'explique en partie par le caractère international unique de Bruxelles : les *expatriés* travaillant pour des institutions internationales retournent souvent dans leur pays d'origine après leur carrière, et l'âge moyen des communautés de migrants (principalement issus de pays situés en dehors de l'Union européenne) est souvent plus bas. Les deux groupes sont plus fortement représentés dans certains quartiers et communes (ayant leur propres spécificités).

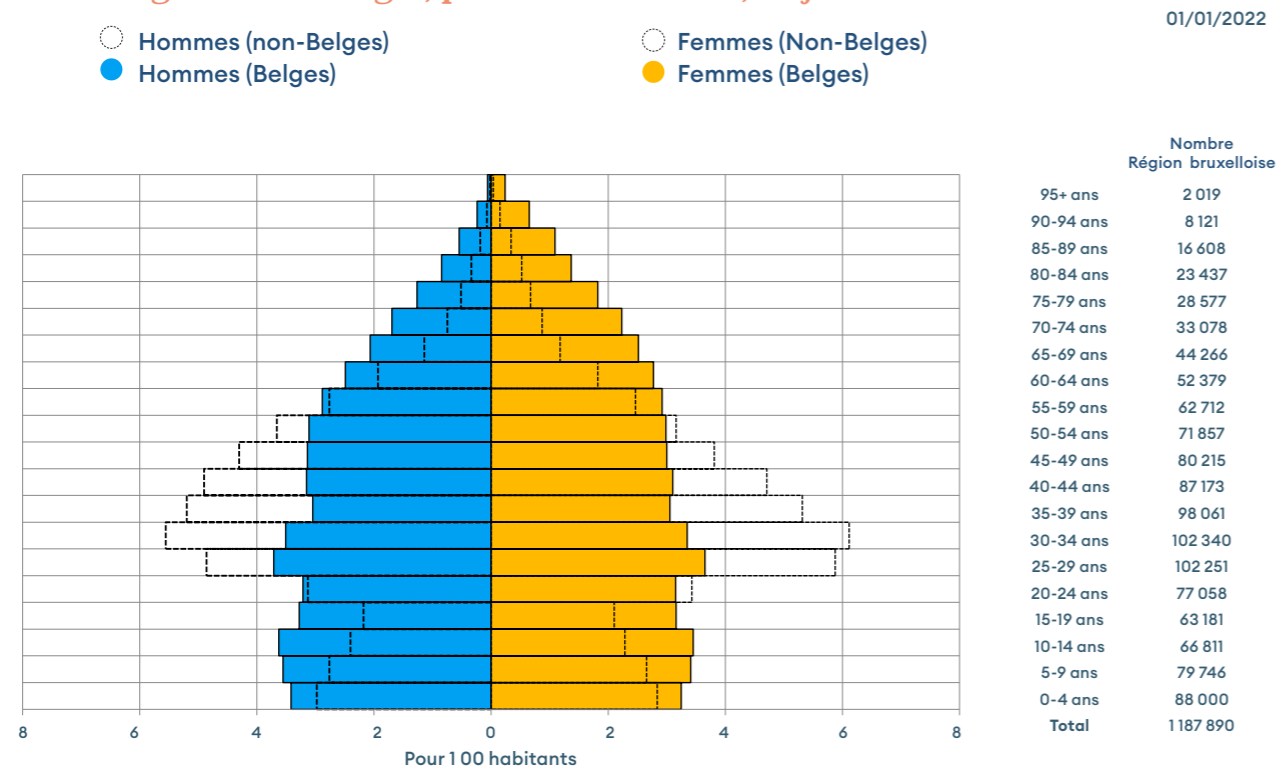
La figure 1-6 compare la pyramide des âges des Bruxellois de nationalité belge à celle des Bruxellois qui n'ont pas la nationalité belge. Le caractère fortement international et multiculturel de Bruxelles explique en effet, dans une large mesure, pourquoi la répartition par tranche d'âge dans la Région bruxelloise est si différente de celle des autres Régions de notre pays.

La répartition par tranche d'âge de la population belge et non belge présente d'importantes disparités : parmi les non-Belges, le nombre de jeunes adultes est plus élevé et le nombre de personnes âgées est plus faible. Cela dit, il apparaît aussi clairement que la base de la pyramide se rétrécit au fil du temps chez les non-Belges et s'élargit chez les Belges. Ce phénomène peut notamment s'expliquer par le fait que les enfants des migrants de la troisième génération obtiennent automatiquement la nationalité belge.

Au 1^{er} janvier 2022, 35,9 % des résidents de la Région bruxelloise avaient une nationalité autre que belge. Ce pourcentage augmente légèrement chaque année depuis 2001. Bruxelles compte beaucoup plus de non-Belges que les autres villes du pays : Anvers (22,0 %) et Liège (19,6 %) complètent le podium.

Le groupe le plus largement représenté de résidents bruxellois « non belges » a la nationalité d'un État membre de l'Union européenne : la figure 1-7 montre qu'ils représentent 65 % de la population bruxelloise non belge. Une distinction est établie entre les pays de l'« UE-14 » et les nouveaux États membres ayant adhéré entre 2004 et 2013. Elle

Figure 1-6 **Pyramide des âges de la population, Région bruxelloise, Belges et non-Belges, pour 100 habitants, 1^{er} janvier 2022**



Source : SPF Économie - Statistics Belgium

montre qu'une majorité de Bruxellois non belges sont originaires des États membres plus « historiques » de l'UE⁵. Le fait que les pays voisins de la Belgique relèvent tous de cette catégorie joue certes un rôle sur ce plan : en 2021, les Français représentaient près de 16 % de la population étrangère en Région bruxelloise. Ils constituent donc de loin le plus grand groupe de personnes de nationalité étrangère en Région bruxelloise. Le nombre de personnes de nationalité marocaine ou turque continue de diminuer - un phénomène essentiellement imputable à l'obtention de la nationalité belge : 23 % des Bruxellois sont belges mais sont nés avec une autre nationalité.⁶

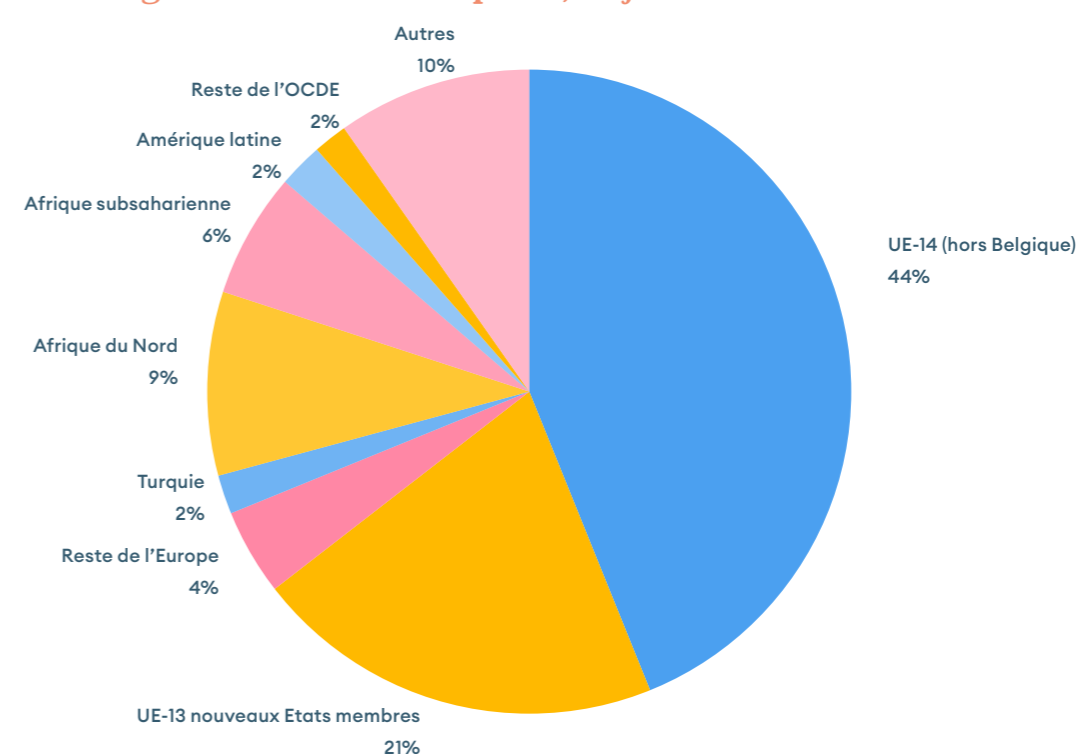
La figure 1-7 tient compte de l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale. Il existe cependant des disparités significatives dans la répartition de la population non belge par nationalité entre les différentes communes de la Région bruxelloise. Pour des informations plus détaillées concernant la représentation des différentes nationalités dans chaque commune et les discussions y afférentes, nous vous renvoyons à nouveau à la publication « Zoom sur les communes »⁷.

⁵ Par souci de clarté, précisons que dans cet aperçu global, le Royaume-Uni n'est plus considéré comme un État membre de l'UE mais relève désormais du « reste de l'Europe ».

⁶ Voir <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/5.1.1.%20barometre-social-2021.pdf>

⁷ <https://ibsa.brussels/publications/zoom-sur-les-communes>

Figure 1-7 **Répartition de la population non belge par nationalité, Région de Bruxelles-Capitale, 1^{er} janvier 2021**



Source : IBSA ; SPF Économie - Statistics Belgium

Bruxelles est une ville prospère, mais sa population est plus exposée au risque de pauvreté

Le statut socio-économique exerce un impact majeur sur la santé et le bien-être, raison pour laquelle le présent rapport y consacre souvent une attention particulière. Dans la mesure du possible, nous utilisons des indicateurs qui évaluent le statut social d'un individu (ou d'une famille), tels que le revenu ou le niveau d'études.

La figure 1-8 montre qu'un Bruxellois sur quatre vit sous le seuil de risque de pauvreté⁸ et que plus d'un sur trois court un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Par rapport aux autres Régions et provinces belges, le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale est le plus élevé dans la Région bruxelloise. Le nombre de personnes bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale⁹ augmente également à Bruxelles,

à la fois en chiffres absolus et relatifs (comme dans les autres Régions belges).

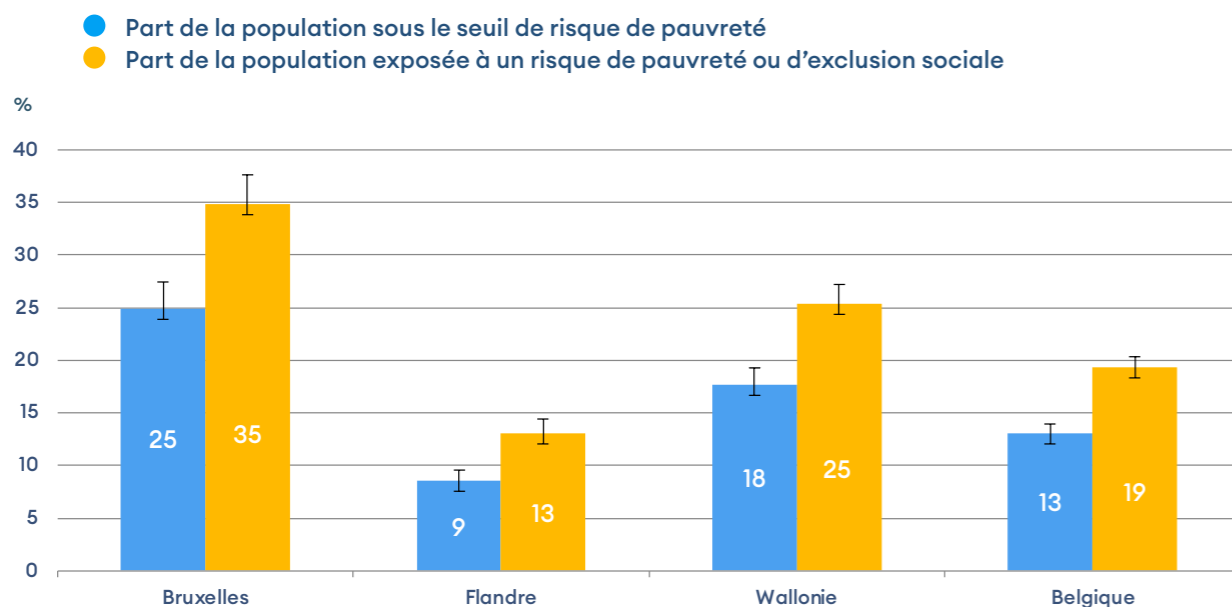
Soulignons une fois encore qu'il convient d'être prudent lorsqu'on compare la Région bruxelloise à la Flandre ou à la Wallonie. En effet, les villes (belges) comptent souvent davantage de personnes au statut socio-économique inférieur que les communes qui les entourent, lesquelles tendent à former une frange suburbaine plus aisée. C'est assurément le cas pour Bruxelles.

Il y a aussi un autre point important à prendre en considération quand on affirme que le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en Belgique est le plus élevé dans la Région bruxelloise : cette dernière se caractérise en effet par d'importants contrastes socio-économiques à l'intérieur de ses frontières. À titre d'exemple, le revenu médian (annuel) des déclarations en Région bruxelloise varie considérablement d'une commune à l'autre : en 2019, il était de 16 277 € à Saint-Josse-ten-Noode et de 26 812 € à Woluwe-Saint-Pierre (voir carte 1-1).

⁸ Seuil de risque de pauvreté : le seuil de revenu fixé à 60 % du revenu individuel médian disponible. Le revenu individuel est calculé sur la base du revenu disponible du ménage, compte tenu du nombre d'adultes et d'enfants dans le ménage. Un deuxième adulte dans un ménage compte pour 0,5 et un enfant pour 0,3.

⁹ Revenu d'intégration sociale : Le revenu d'intégration sociale (RIS) est un revenu minimum versé par le Centre public d'action sociale (CPAS) aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes et ne peuvent y prétendre et qui ne sont pas en mesure de se les procurer, soit par leur effort personnel, soit par d'autres moyens.

Figure 1-8 Part de la population sous le seuil de risque de pauvreté, en Belgique et dans les Régions, et exposée à un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, revenus 2020

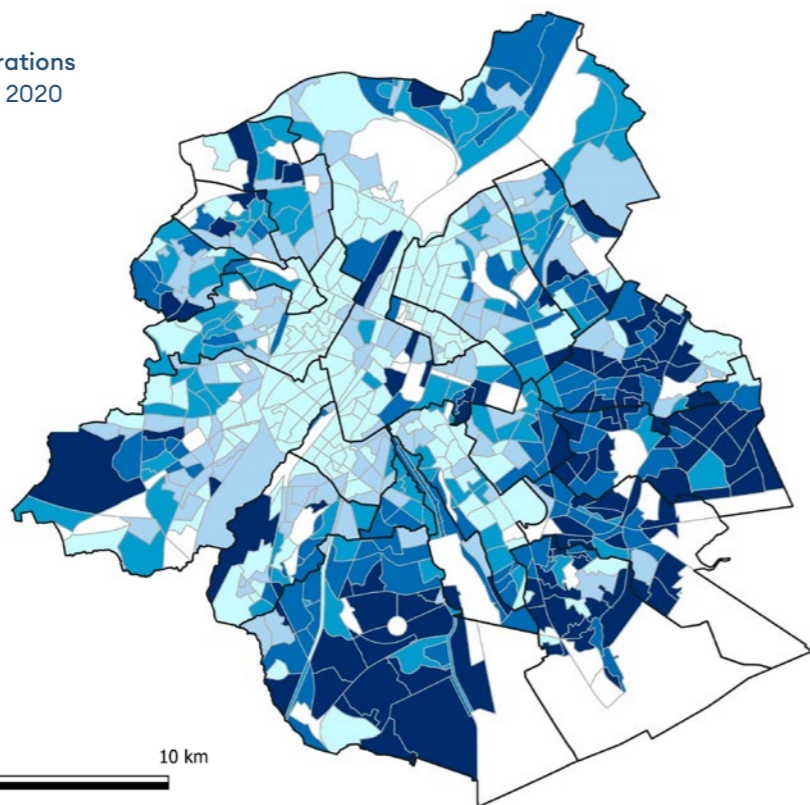


Source : SPF Économie - Statistics Belgium SPF Economie - Statistics Belgium, Quality Report Belgian SILC

Carte 1-1 Revenu médian des déclarations, par secteur statistique, Bruxelles

Revenu médian des déclarations
revenus 2019, déclarations 2020

- < 20 déclarations
- < 19 000 €
- 19 000 - 21 500 €
- 21 500 - 23 900 €
- 23 900 - 26 500 €
- 26 500 - 45 000 €



0 5 10 km

Source : SPF Économie - Statistics Belgium, Statistiques fiscales
Cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Les 7 communes belges au revenu médian le plus bas en 2019 (sur la base des déclarations fiscales) sont toutes des communes bruxelloises (Saint-Josse-ten-Noode, Saint-Gilles, Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht, Bruxelles-Ville, Schaerbeek et Koekelberg).

Les zones où les revenus médians sont les plus faibles se situent en grande partie dans le « croissant pauvre »¹⁰, mais aussi dans certains secteurs comportant de nombreux logements sociaux. La géographie des revenus médians à Bruxelles est très structurée et affiche une grande stabilité depuis quelques années. Elle peut être scindée en trois zones (IBSA, 2021) :

- Le croissant pauvre, où se concentrent les quartiers aux revenus les plus faibles ;
- Le quadrant sud-est, où les revenus sont les plus élevés, surtout dans la deuxième couronne ;
- Les quartiers de la deuxième couronne ouest, avec des valeurs intermédiaires.

La pauvreté n'est, par ailleurs, pas qu'une question de faibles revenus : les coûts élevés peuvent également contribuer à des difficultés financières et autres difficultés. Ainsi, par exemple, le coût élevé du logement dans la Région pèse lourdement sur le revenu des ménages bruxellois. D'après l'Observatoire des loyers de la Région de Bruxelles-Capitale, le loyer moyen (corrige de l'inflation) en Région bruxelloise a augmenté de 20 % entre 2004 et 2018¹¹.

Par ailleurs, si l'on considère le produit intérieur brut (PIB) par habitant, la Région bruxelloise est une ville économiquement prospère par rapport aux autres régions européennes et aux deux autres Régions du pays. En 2019, le PIB par habitant y était de 71 412 €, contre 30 236 € en Wallonie et 42 249 € en Flandre. Cependant, de nombreux habitants de la Région bruxelloise ne peuvent bénéficier de cette richesse produite et des emplois disponibles : la moitié des emplois contribuant au PIB bruxellois sont en effet occupés par des habitants des deux autres Régions.

La figure 1-9 montre que le niveau d'études a augmenté dans toutes les Régions belges au cours de la dernière décennie : la part des personnes peu qualifiées diminue et la part des personnes ayant un plus haut niveau d'études augmente parmi la population active, y compris à Bruxelles. La figure 1-9 illustre en outre, une fois encore, que la Région de Bruxelles-Capitale se caractérise par d'importants contrastes socio-économiques. Par rapport à la Flandre et à la Wallonie, Bruxelles a non seulement un pourcentage plus élevé de personnes hautement qualifiées, mais aussi le pourcentage le plus élevé de personnes « les moins » qualifiées par rapport aux deux autres Régions. Bien entendu, le fait que la Région bruxelloise soit une *ville-Région* joue également un rôle dans ce contexte : Anvers, Charleroi, Gand et Liège sont nettement plus comparables à la Région bruxelloise sur ce plan que la Flandre ou la Wallonie. Mais cela n'explique certainement pas tout : le caractère international unique de la Région bruxelloise entre aussi en ligne de compte. Bruxelles attire à la fois davantage d'immigrants en provenance de pays en développement (où le niveau d'études est plus faible ou dont les diplômes ne sont pas reconnus ici) et des immigrants hautement qualifiés (qui travaillent pour les institutions européennes ou d'autres entreprises et organisations internationales). Bruxelles est, par ailleurs, le cœur politique et administratif de la Belgique, ce qui exerce à nouveau un effet d'attraction sur les personnes ayant un niveau d'études élevé. Elles ne s'installent toutefois pas nécessairement dans les limites de la ville, mais aussi en grand nombre dans la périphérie suburbaine de Bruxelles (elles sont ainsi généralement comptabilisées en Flandre dans cette vue d'ensemble).

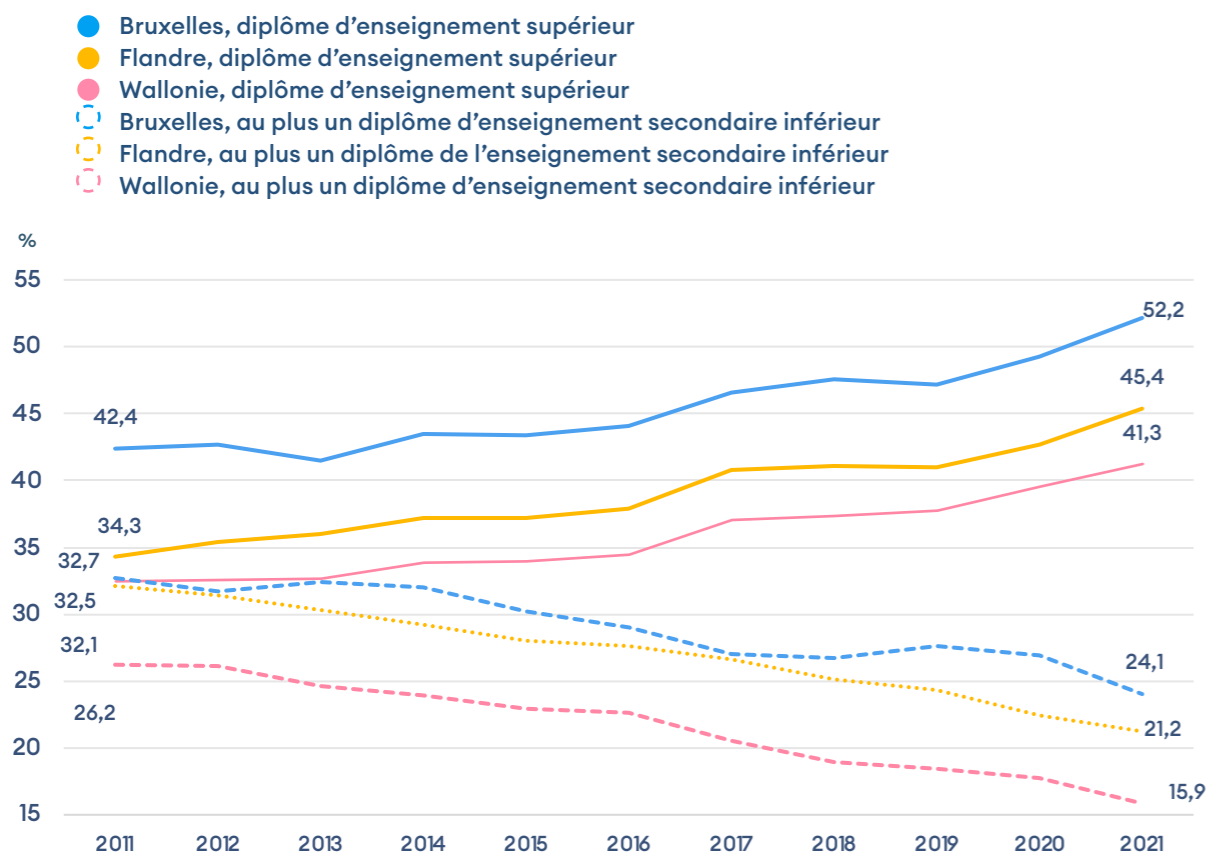
Le niveau d'études est un indicateur de statut socio-économique couramment utilisé. En 2019, le *taux de risque de pauvreté* des personnes peu qualifiées (ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur) en Région bruxelloise était de 45 %, contre 32 % pour les personnes moyennement qualifiées (ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur) et 14 % pour les diplômés de l'enseignement supérieur¹². Il importe de préciser qu'une grande partie de la population immigrée a étudié à l'étranger et n'a pas de diplôme reconnu comme équivalent en Belgique. Si un diplôme ne garantit pas encore un emploi, cette non-reconnaissance d'un diplôme étranger, tout comme l'absence d'un diplôme de l'enseignement

¹⁰ Zone de la Région bruxelloise où se concentrent depuis plusieurs décennies les groupes de la population les plus défavorisés sur le plan économique. Elle englobe les quartiers situés au nord et à l'ouest de la première couronne. Ces quartiers, parmi les plus pauvres de la Région bruxelloise, forment un croissant autour du centre-ville, du bas de Forest jusqu'à Saint-Josse-ten-Noode.

¹¹ Ce calcul a été réalisé sur la base d'une enquête téléphonique menée auprès de 5 000 résidents dans 118 quartiers bruxellois. Les auteurs reconnaissent que la problématique est certainement plus importante que ce rapport ne le suggère, vu la sous-représentation des ménages les plus précarisés dans l'échantillon.

¹² Ces chiffres sont basés sur l'Enquête sur les forces de travail et reflètent le niveau d'études tel que déclaré par la personne interrogée, que le diplôme soit reconnu ou non en Belgique.

Figure 1-9 Évolution de la part de la population âgée de 25 à 64 ans ayant au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ou un diplôme de l'enseignement supérieur, par région, 2011-2021



Source : SPF Économie - Statistics Belgium, Enquête sur les forces de travail ; Calculs : Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

secondaire, réduit les chances d'accéder au marché du travail. C'est particulièrement vrai pour le marché du travail bruxellois, qui impose des exigences élevées en matière de qualifications (Van Hamme et al., 2011 et Observatoire bruxellois de l'emploi, 2017). C'est l'une des raisons pour lesquelles les taux de pauvreté sont plus importants en Région bruxelloise qu'en Flandre et en Wallonie, quel que soit le niveau d'études.

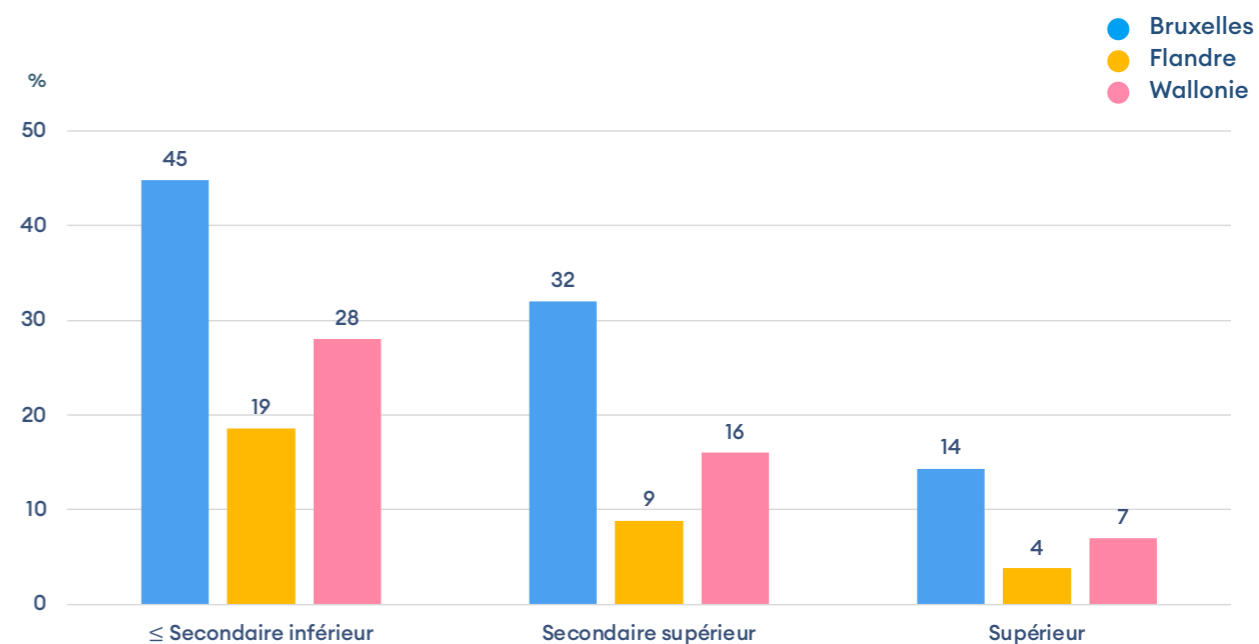
Les conditions de vie, la santé, l'espérance de vie et le statut socio-économique sont étroitement liés et caractérisés par des facteurs réciproques et en interaction mutuelle.¹³ Le logement est l'un des exemples les plus pertinents : divers problèmes de logement, tels que la surpopulation, les logements mal chauffés ou humides, etc., peuvent avoir de grandes répercussions sur la santé physique et mentale, la vie de famille, le parcours scolaire des enfants, etc. Ces

problèmes, auxquels sont souvent confrontées les personnes en situation de précarité, aggravent encore leurs conditions de vie quotidiennes.

Comme l'illustre la figure 1-11, les problèmes de chauffage et de surpeuplement dans un logement en Région bruxelloise sont beaucoup plus fréquents chez les ménages dont les revenus sont inférieurs au seuil de risque de pauvreté. Près de la moitié de la population bruxelloise en situation de risque de pauvreté réside dans un logement jugé trop petit pour la taille de son ménage. Il s'agit généralement de ménages avec enfants.

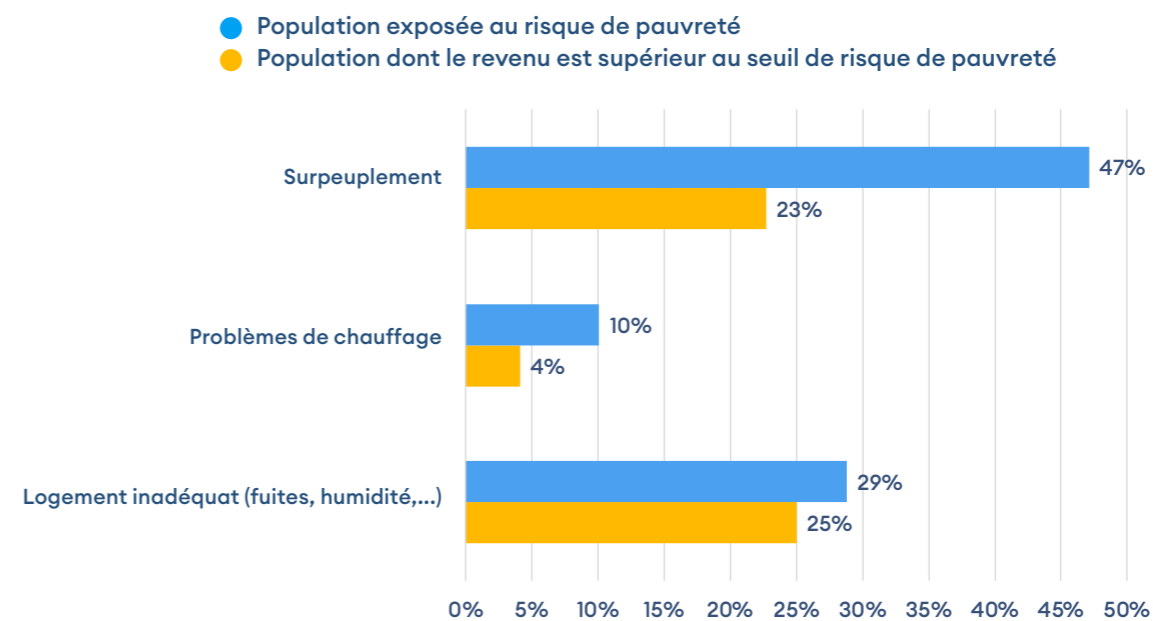
¹³ Voir aussi : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

Figure 1-10 Taux de risque de pauvreté par niveau d'études par région, 2019



Source : SPF Économie - Statistics Belgium ; EU-SILC 2019

Figure 1-11 Part de la population vivant dans un logement inadéquat, ayant des problèmes de chauffage et en situation de surpeuplement dans leur logement, selon le risque ou non de pauvreté des ménages, Région bruxelloise, 2021



Source : SPF Économie - Statistics Belgium ; EU-SILC 2021



État de santé des Bruxellois

Cette partie du rapport donne un aperçu de l'état de santé des Bruxellois à travers plusieurs indicateurs et déterminants cruciaux relatifs à la santé. Dans la partie A, nous accordons de l'attention aux déterminants de la santé. Le contexte social et économique pertinent pour le bien-être et la santé est ici central et les facteurs comportementaux qui influencent la santé de la population sont également analysés. La partie B donne un aperçu général de certains risques pour la santé et se concentre sur l'espérance de vie et les causes de décès. Les parties C à F passent ensuite en revue quelques affections. La partie C se penche ainsi de manière approfondie sur les maladies chroniques et présente la prévalence de certaines affections de longue durée et leur prise en charge. Le cancer, qui est également une affection de longue durée, est abordé distinctement dans la partie D, qui traite de son incidence, des traitements et des mesures préventives. La partie E est axée sur les maladies transmissibles, un aspect de la santé qui a fait l'objet d'une grande attention ces dernières années. La santé mentale, un aspect souvent négligé mais essentiel du bien-être et de la santé, est au cœur de la partie F, qui évalue les défis dans ce domaine et la disponibilité des soins de santé mentale. Enfin, la partie G explore l'influence de l'environnement sur la santé, et analyse l'interaction entre l'environnement et l'état de santé des Bruxellois. Cette partie souligne l'importance du développement durable et de la politique environnementale pour un avenir sain.

A. Déterminants de l'état de santé des Bruxellois

La santé de la population bruxelloise est déterminée par plusieurs facteurs à différents niveaux. Au niveau individuel, l'âge et le sexe sont des déterminants très importants. Le style de vie, c'est-à-dire l'ensemble des comportements et habitudes qui exercent une influence (positive ou négative) sur la santé, joue aussi un rôle fondamental. Par ailleurs, l'environnement physique et social¹⁴ d'une personne influence bien sûr aussi ces facteurs individuels. La qualité de cet environnement dépend à son tour du contexte socioéconomique et politique plus large¹⁵. Dans cette partie, l'accent sera principalement mis sur la comparaison entre la Région bruxelloise et les autres Régions de Belgique et sur l'impact de la situation socioéconomique et du style de vie.

Les éléments liés au style de vie, comme les habitudes alimentaires, l'activité physique, la consommation de substances (illicites), parmi lesquelles l'alcool ou d'autres drogues, etc., ont tous une influence sur la santé, et sont donc aussi qualifiés de « comportements de santé ». Trop souvent considérés comme des choix purement « individuels », ils sont en grande partie déterminés par l'environnement et les conditions de vie au sens large : le ménage, le réseau social, le milieu de vie et la société en général. Une attention doit être accordée à la création de conditions sociales adéquates, qui permettent aux individus de prendre soin de leur santé. Il est ainsi difficile d'adopter un style de vie sain quand on vit dans la précarité.

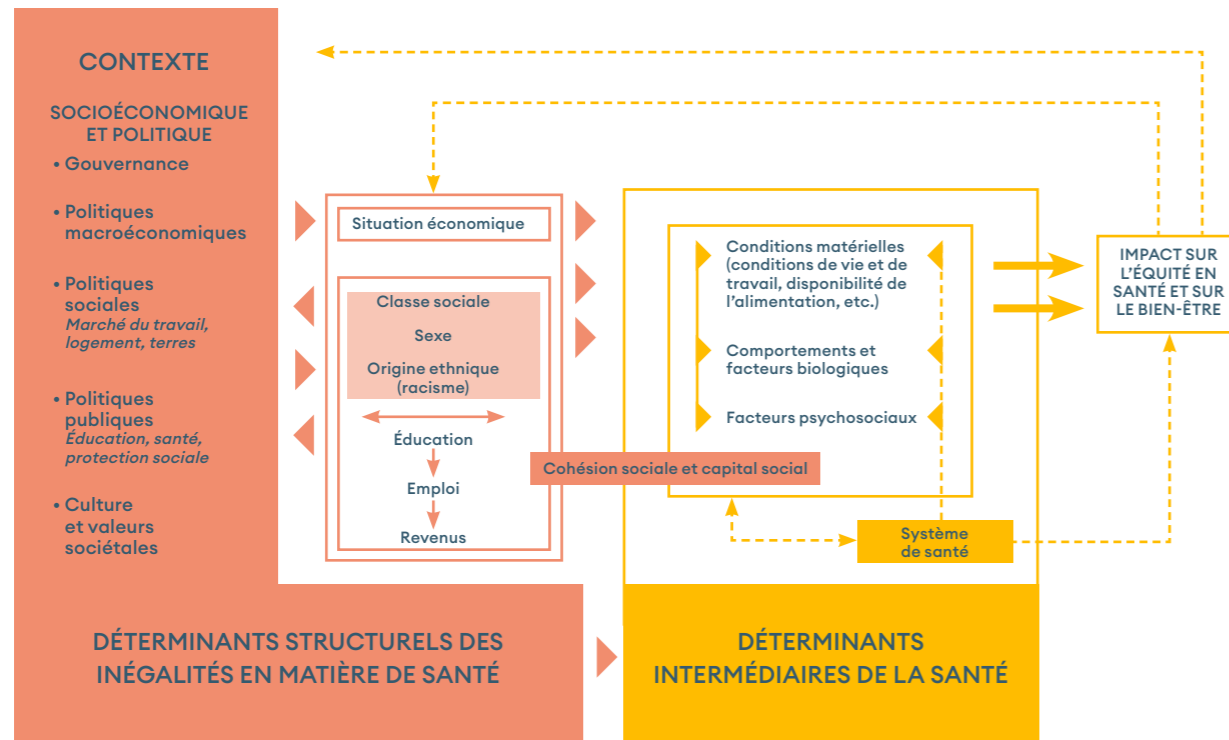
Cadre théorique : inégalités sociales de santé

Sur la base des données et théories existantes, une commission spéciale de l'Organisation Mondiale de la Santé a développé un cadre conceptuel concernant les inégalités sociales de santé (Solar & Irwin, 2010) [→ figure p24].

La situation socioéconomique joue un rôle central dans ce modèle. D'une part, celui-ci montre la mesure dans laquelle la situation socioéconomique d'une personne est codéterminée par le contexte socioéconomique et politique plus général de la société. On parle ici de déterminants **structurels**, puisqu'ils constituent la cause sous-jacente plus

¹⁴ Comme nous l'avons déjà brièvement évoqué lors de l'analyse des conditions de logement contrastées dans la Région bruxelloise.

¹⁵ La plupart des problèmes de santé sont donc le résultat de différents facteurs qui s'influencent mutuellement. Il est donc difficile de donner un aperçu des principaux déterminants de la santé qui reflète pleinement cette complexité. Dans ce rapport, nous évoquons de manière limitée ces mécanismes complexes et nous nous concentrons principalement sur les effets « isolés » de quelques déterminants majeurs de la santé.



profonde des inégalités socioéconomiques de santé. D'autre part, le modèle montre que la situation socioéconomique a une énorme influence sur la santé par le biais de différents déterminants **intermédiaires** (conditions matérielles, facteurs biologiques et liés au style de vie, et facteurs psychosociaux).

Différents mécanismes sous-jacents sont identifiés. Premièrement, **l'exposition aux risques pour la santé** (comme un logement insalubre, un travail dangereux, etc.) diffère selon la position des personnes sur l'échelle sociale (stratification sociale). Deuxièmement, la **vulnérabilité** des personnes en matière de santé (par exemple, l'impact d'une nouvelle maladie en fonction de l'état de santé antérieur) et de ressources matérielles en cas de (risques de) maladie diffère également. Troisièmement, les **conséquences économiques, sociales et même sanitaires des problèmes de santé** diffèrent selon la situation socioéconomique (par exemple, la perte d'un emploi après une maladie grave, faute de pouvoir adapter les conditions de travail). Enfin, le **système de soins de santé** est considéré comme un acteur crucial pour lutter contre les effets défavorables de ces déterminants de la santé.

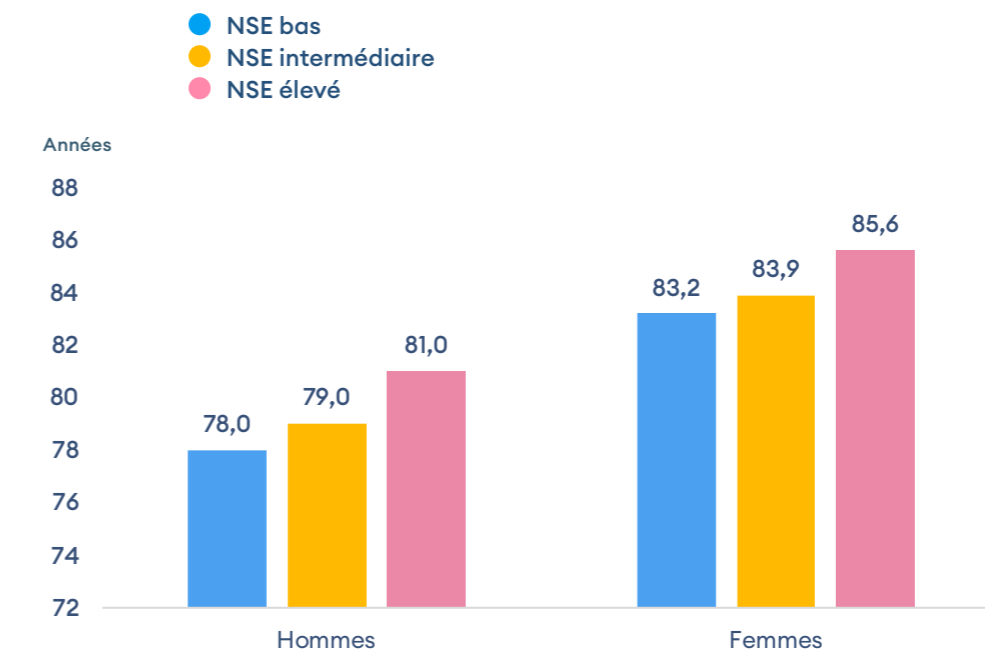
Les inégalités socioéconomiques de santé ne se limitent pas aux différences en matière de santé

entre le groupe le plus pauvre et le reste de la population. Au contraire, elles concernent l'ensemble de la population : l'état de santé est systématiquement moins bon à mesure qu'on descend l'échelle sociale. C'est ce qu'on appelle le gradient social.

L'impact majeur du statut socioéconomique

La figure 2-1 montre l'importance d'examiner en profondeur les inégalités sociales. En guise d'indicateur de la position socioéconomique, nous utilisons un clustering qui regroupe les communes bruxelloises sur la base du revenu médian sur les déclarations fiscales, du taux de chômage et de la proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale. L'espérance de vie moyenne augmente proportionnellement avec le niveau socioéconomique de la commune de résidence. Entre les communes les plus riches et les plus pauvres, la différence d'espérance de vie à la naissance est de trois ans pour les hommes et de 2,4 ans pour les femmes. Précisons toutefois que l'espérance de vie est en hausse depuis un certain temps déjà dans toutes les communes bruxelloises, indépendamment de leur niveau socioéconomique. La figure 2-15 de la partie 2B de ce rapport revient plus en détail sur cette tendance.

Figure 2-1 **Espérance de vie à la naissance selon le niveau socioéconomique (NSE) de la commune de résidence, selon le sexe, 2015-2019**



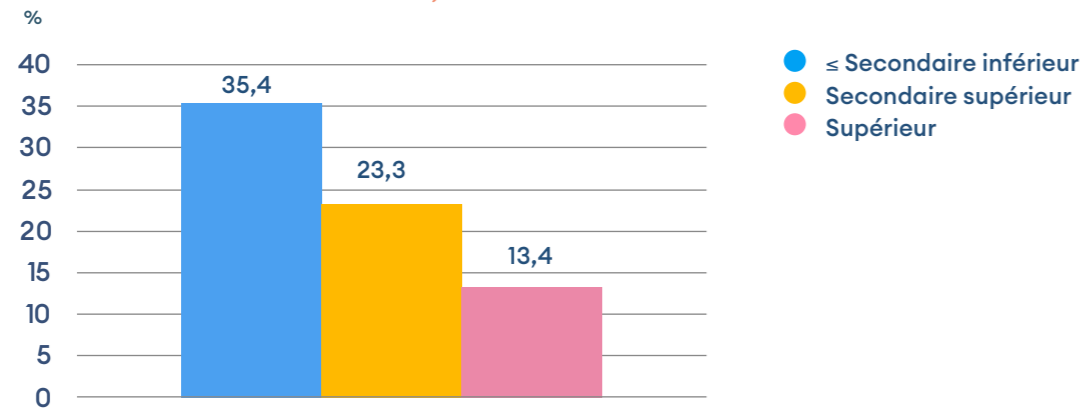
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Tableau 2-1 **Pourcentage de ménages qui déclarent avoir dû reporter des soins de santé pour des raisons financières selon le type de ménage et la situation financière, par région et pour la Belgique, 2018**

		Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Comment arrivez-vous à joindre les deux bouts ?	Très difficilement	44,1	40,6	54,5	47,8
	Difficilement	33,5	20,7	22,9	23,9
	Assez difficilement	15,7	9,4	14,2	12,2
	Assez facilement	7,4	1,9	5,0	3,7
	Facilement	6,1	1,3	2,2	1,9
	Très facilement	1,2	0,4	1,0	0,6
Type de ménage	Personnes isolées	16,8	7,2	13,1	10,7
	Famille monoparentale	26,4	12,6	32,8	22,6
	Couple sans enfants	8,1	2,6	8,6	4,8
	Couple avec enfants	15,2	4,3	8,1	6,7
Total		16,0	5,3	12,8	9,1

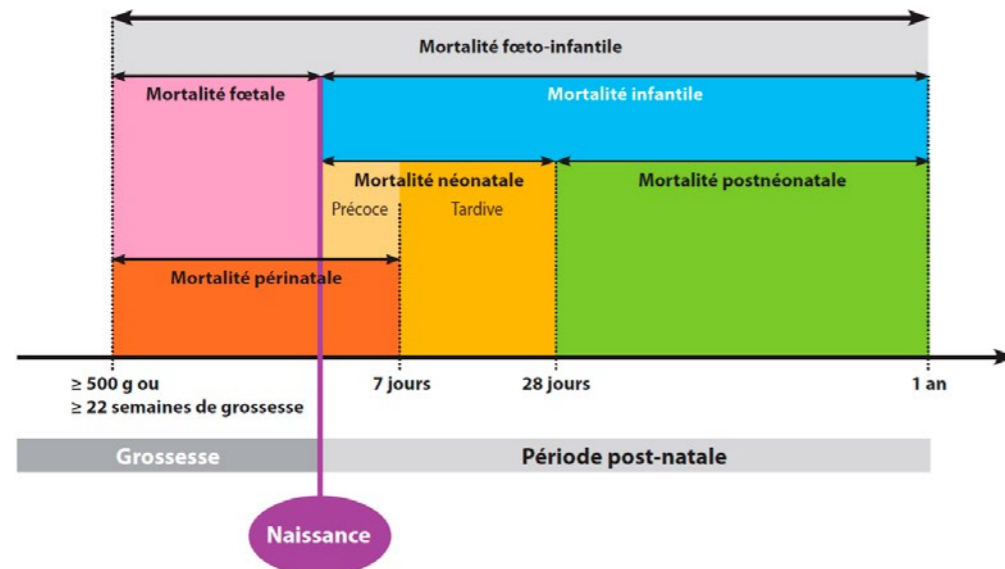
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-2 Proportion de Bruxellois qui se sentent en moins bonne santé selon le niveau d'éducation, 2018



Remarque : standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-3 Composantes de la mortalité fœto-infantile



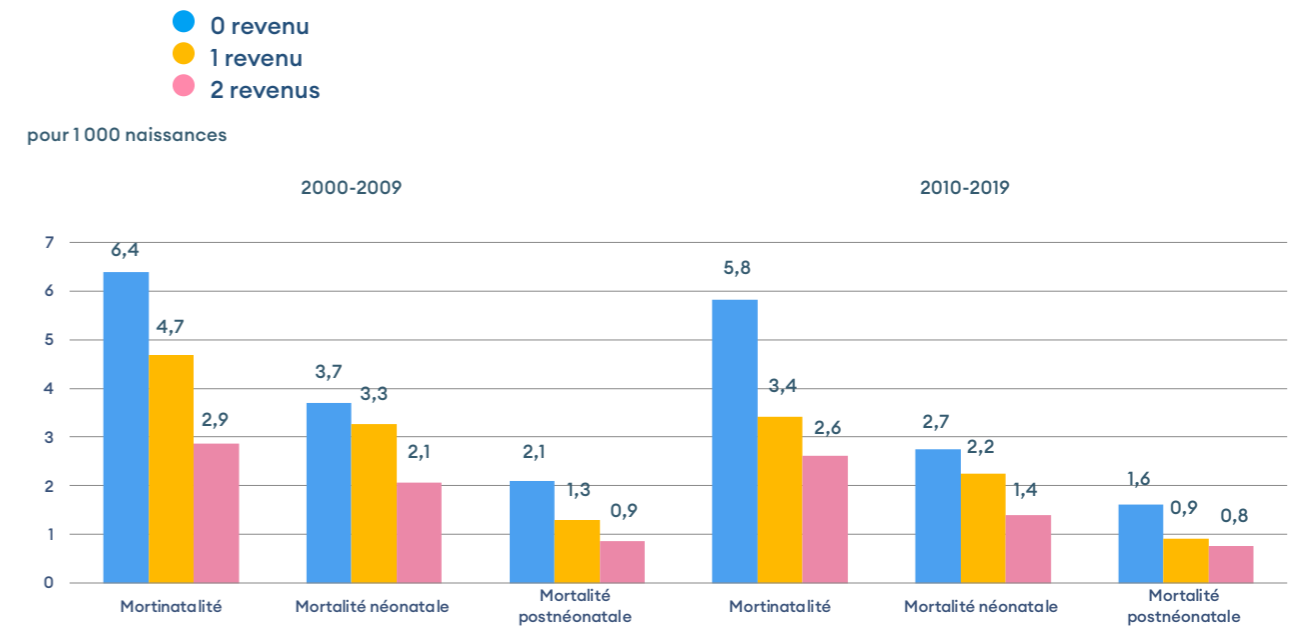
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Le report de soins peut aggraver des problèmes de santé et avoir un impact sur la qualité de vie. En 2018, 16,0 % des Bruxellois déclaraient avoir dû postposer des soins de santé pour des raisons financières (tableau 2-1). Ce pourcentage est plus élevé que dans les autres régions¹⁶ et que la moyenne belge. Cela s'explique par la proportion plus élevée de bas revenus dans la Région bruxelloise.

Le tableau 2-1 montre clairement un gradient social : le report de soins de santé diminue au fur et à mesure que les moyens financiers disponibles augmentent. Dans la Région bruxelloise, 44,1 % des ménages indiquant joindre très difficilement les deux bouts admettent avoir dû renoncer à des soins de santé ou les reporter pour des raisons financières, contre 1,2 % des ménages indiquant joindre très facilement les deux bouts.

¹⁶ La différence avec la Wallonie n'est pas significative sur le plan statistique.

Figure 2-4 Mortinatalité, mortalité néonatale et mortalité postnéonatale selon le nombre de revenus du travail dans le ménage pour les périodes 2000-2009 et 2010-2019, Bruxelles



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Les familles monoparentales sont également les plus susceptibles de reporter des soins. Cela vaut tant à Bruxelles que dans le reste du pays. Les couples avec enfants doivent également plus souvent reporter des soins que les couples sans enfants. Les Bruxellois isolés doivent plus souvent reporter des soins que les personnes isolées de Flandre ou de Wallonie.

La relation entre la santé et le statut socioéconomique s'illustre de nombreuses manières. La figure 2-2 montre la réaction (d'un échantillon) des Bruxellois à qui il a été demandé d'évaluer leur état de santé. L'expérience personnelle est donc prise en compte ici.

Selon l'Enquête de santé 2018 de Sciensano, 22 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus¹⁷ déclare ne pas être en bonne santé. La proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé varie considérablement en fonction du statut socioéconomique, mesuré ici sur la base du niveau d'éducation.

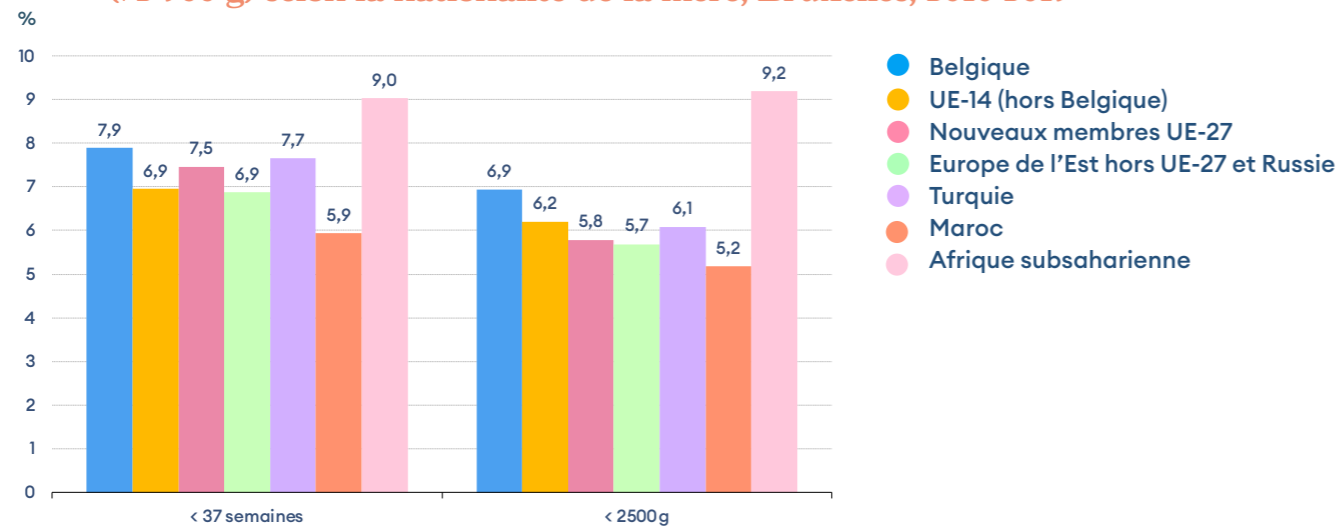
Nous observons un gradient social clair dans la figure 2-2 : plus le niveau d'éducation augmente, plus la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé diminue. Les personnes ayant tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur (35,4 %) sont significativement plus susceptibles de se déclarer en mauvaise santé que celles ayant un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (23,3 %) ou de l'enseignement supérieur (13,4 %).

Les inégalités en matière de santé commencent dès ou avant la naissance

Les inégalités en matière de santé commencent déjà avant la naissance. La mortalité fœto-infantile inclut trois composantes : la mortinatalité, la mortalité néonatale et la mortalité postnéonatale. La mortalité périnatale comprend la mortalité fœtale et la mortalité néonatale précoce. La mortalité infantile regroupe l'ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant leur premier anniversaire (décès entre 0 et 364 jours). Les différents taux de mortalité sont exprimés pour 1 000 naissances vivantes (mortalité néonatale, postnatale ou

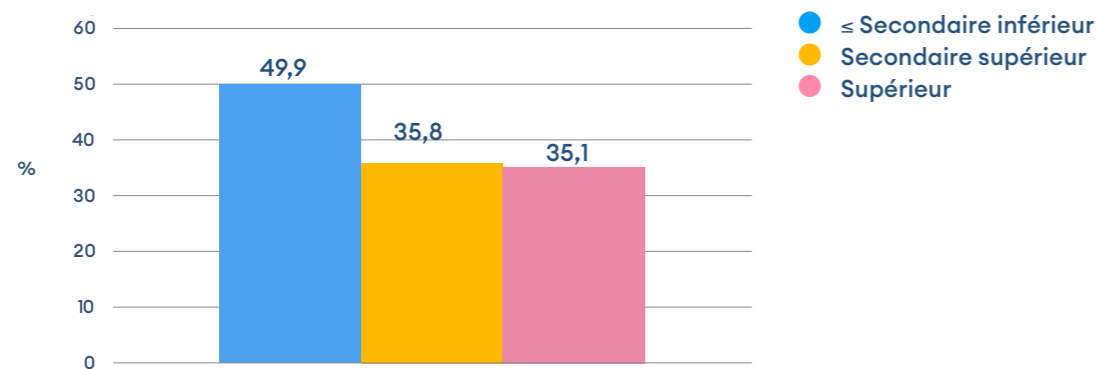
¹⁷ Tous les chiffres basés sur l'Enquête de santé qui sont présentés dans ce rapport concernent des personnes de 15 ans et plus, sauf mention contraire explicite (par exemple dans la figure 2-14).

Figure 2-5 Naissance prématurée (< 37 semaines) et faible poids à la naissance (< 2 500 g) selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 2010-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-6 Proportion de Bruxellois avec une faible littératie en santé, selon le niveau d'éducation, 2018



Remarque : standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

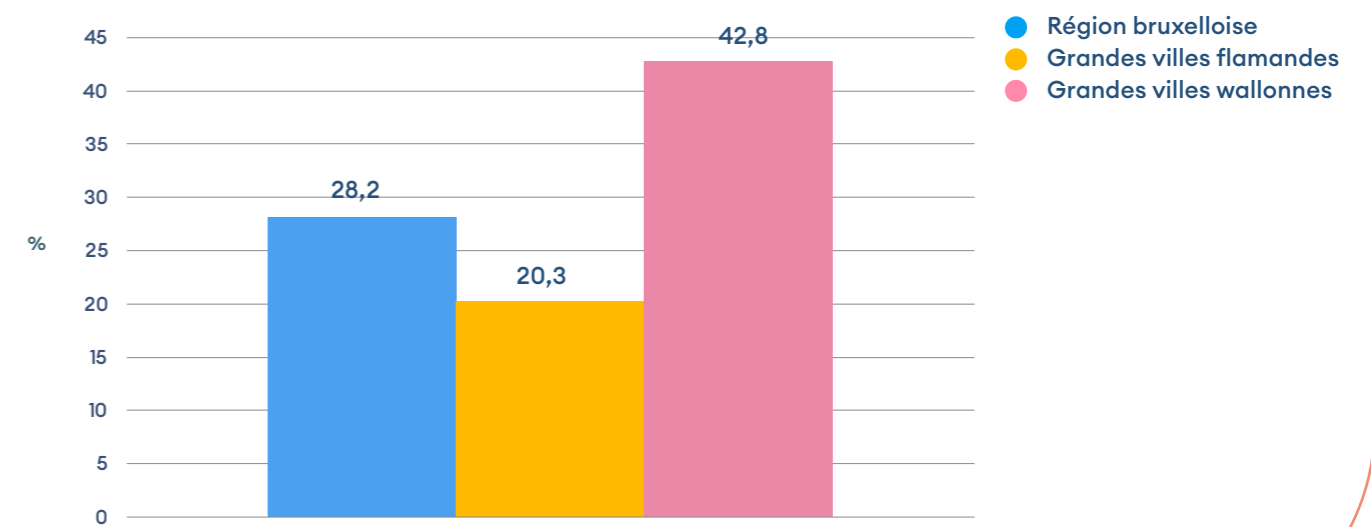
infantile) ou pour 1 000 naissances vivantes et mortinaissances (mortalité foetale, périnatale et foeto-infantile).

La figure 2-4 montre que le risque de décès des nouveau-nés bruxellois pendant la période périnatale ou avant l'âge d'un an varie selon la situation socioéconomique des parents. Pour la période 2010-2019, le risque relatif de mortinatalité était 2,2 fois plus élevé dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage avec deux revenus. La figure 2-4 indique aussi clairement que le risque de

décès avant l'âge d'un an a diminué pour toutes les catégories de revenu entre la période 2000-2009 et la période 2010-2019.

En complément à la figure 2-4, la figure 2-5 présente la proportion de naissances prématurées et la prévalence du faible poids à la naissance à Bruxelles, ventilées selon la nationalité de la mère. Les nouveau-nés avec une mère marocaine ont par exemple moins souvent un faible poids à la naissance et naissent moins souvent prématurément. Des différences dans les habitudes alimentaires pourraient

Figure 2-7 Proportion de personnes sédentaires pendant leur temps libre, selon le sexe et le lieu de résidence, 2018



Remarque : standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

expliquer ce phénomène. Les naissances prématurées sont par contre clairement plus fréquentes chez les mères originaires d'Afrique subsaharienne, qui souffrent plus souvent de surpoids, d'hypertension et de diabète de grossesse¹⁸ que les femmes de nationalité belge. Cela s'explique probablement par une combinaison de différents facteurs de risque, tels que la pauvreté et le stress (Coussons-Read, 2013).

Comportements de santé et différences de style de vie

La figure 2-6 illustre la « littératie en santé » des Bruxellois. Celle-ci se définit comme « la motivation et la capacité relatives à la santé, à les comprendre, les évaluer et les utiliser lors de la prise de décisions dans le contexte des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé » (Sorensen, 2017, p.3).

Les chiffres montrent clairement que le niveau de littératie en santé dépend du niveau d'éducation : la proportion de personnes avec une faible littératie en santé est plus importante parmi les personnes avec un niveau d'éducation inférieur (49,9 %) que parmi celles avec un niveau d'éducation moyen (35,8 %) ou supérieur (35,1 %).

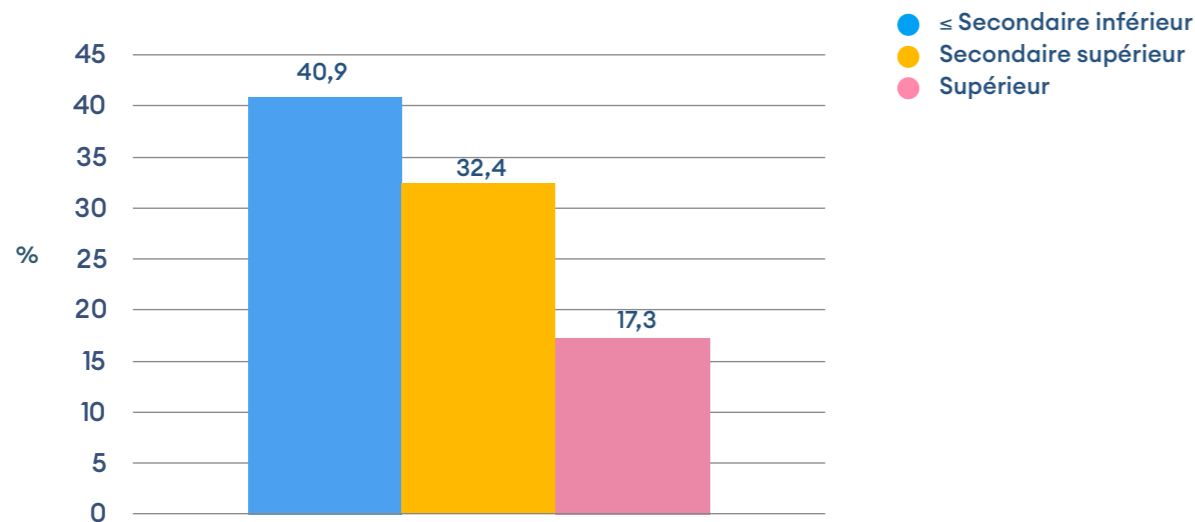
Les différences de littératie en santé entre les diverses couches de la société sont souvent invoquées pour expliquer les différences socioéconomiques dans les comportements de santé. Si elles constituent clairement une partie du tableau, il est nécessaire de ne pas s'y limiter si nous voulons améliorer la situation. En insistant sur le fait que le manque de connaissances et de compétences est à la base des mauvaises habitudes en matière de santé, le risque est de considérer qu'il s'agit uniquement d'une problématique individuelle, et d'oublier ou d'ignorer les déterminants structurels sous-jacents. L'accent porte actuellement encore trop souvent sur la responsabilité individuelle, alors que les différences de littératie en santé doivent être abordées à différents niveaux (enseignement, soins de santé...). Il appartient par exemple au système de soins dans son ensemble (pouvoirs publics, prestataires de soins, etc.) de supprimer les obstacles administratifs, d'identifier les patients à risque et de les accompagner comme il se doit. Tout ne relève donc pas uniquement de la responsabilité individuelle de l'individu avec une faible littératie en santé (Van den Broucke, 2015).¹⁹

En ce qui concerne les comportements de santé expliqués ici, nous comparons souvent la situation dans la Région bruxelloise à celle dans les autres régions de Belgique. Les différences de niveau d'éducation sont aussi abordées. Dans la mesure

¹⁸ https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2021-fr.pdf

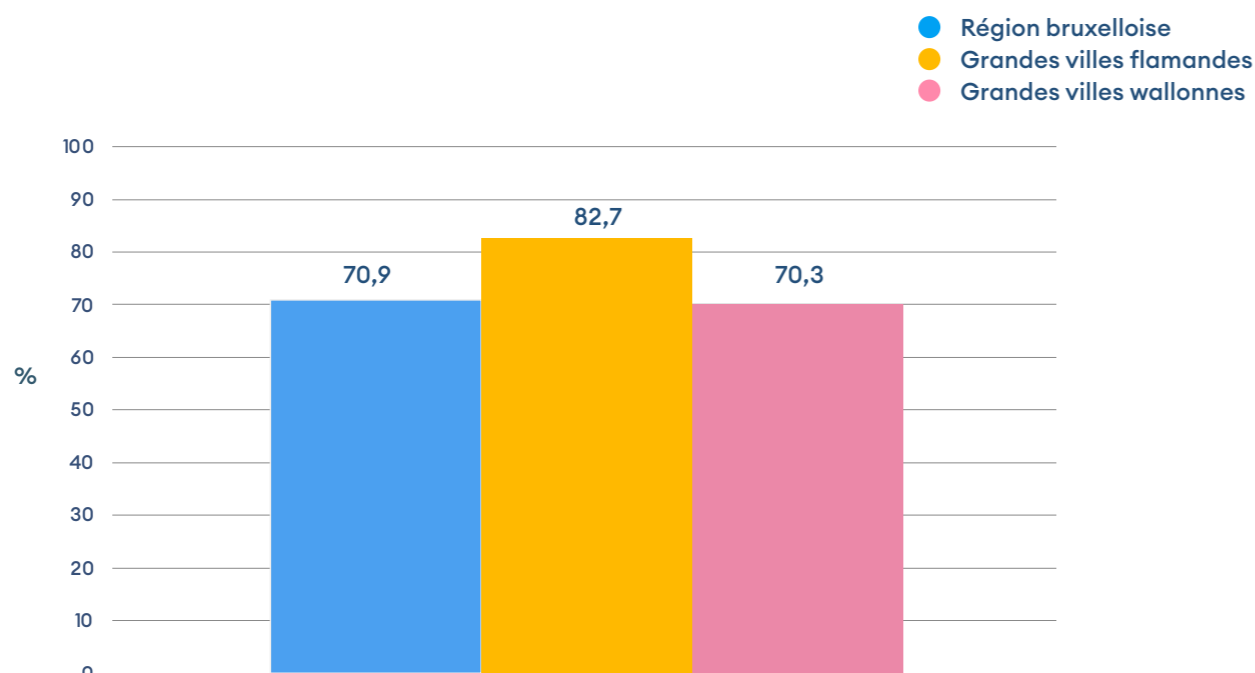
¹⁹ https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

Figure 2-8 Proportion de personnes sédentaires selon le niveau d'éducation, Bruxelles, 2018



Standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-9 Proportion de personnes (y compris < 15 ans) mangeant quotidiennement des légumes, selon le lieu de résidence, 2018



Standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

du possible et si pertinent, nous nous penchons aussi sur la nationalité.

Activité physique pendant le temps libre

Une activité physique régulière participe à la protection contre de nombreux problèmes de santé (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, dépression, etc.)²⁰. Nous définissons ici les personnes « sédentaires » comme des personnes qui ne pratiquent pas d'activité physique au moins une fois par semaine, même sous une forme légère (comme la marche ou le vélo), dans le cadre de leurs loisirs. La figure 2-7 montre que 28,2 % des Bruxellois sont sédentaires pendant leur temps libre. En moyenne, Bruxelles s'en sort ainsi mieux que les grandes villes wallonnes, mais moins bien que les grandes villes flamandes. Une importante nuance doit toutefois être apportée : environ 1 personne sur 5 considérée ici comme « sédentaire » exerce une activité physique modérée ou intensive dans le cadre de ses activités professionnelles (pendant le travail ou les déplacements domicile-travail).

Si nous ventilons la proportion de personnes sédentaires (pendant leur temps libre) selon le niveau d'éducation, un gradient social apparaît clairement. Les personnes avec un niveau d'éducation inférieur sont plus de deux fois plus susceptibles d'avoir un style de vie sédentaire que celles avec un niveau d'éducation supérieur.

La sédentarité constitue un facteur de risque pour plusieurs affections. Pas moins de 14,5 % de tous les hommes bruxellois et 15,1 % de toutes les femmes bruxelloises souffrent ainsi d'obésité (définie comme un IMC de 30 ou plus). L'obésité constitue à son tour un facteur de risque pour de nombreuses maladies (cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, cancer du sein, diabète de type 2, etc.). C'est pourquoi, dans la plupart des pays industrialisés, l'augmentation de l'obésité représente un défi de plus en plus important pour la santé publique.

Habitudes alimentaires

Outre une activité physique suffisante, une alimentation saine constitue aussi une composante essentielle d'un style de vie sain. L'Enquête de santé s'intéresse à différentes habitudes alimentaires, mais pour plus de clarté, nous nous penchons uniquement sur la consommation quotidienne de légumes²¹ en guise d'indicateur de bonnes habitudes alimentaires. 70,9 % de tous les Bruxellois mangent des légumes quotidiennement, un résultat aussi bon que celui des habitants des grandes villes wallonnes, mais moins bon que celui des habitants des grandes villes flamandes. Soulignons que nous parlons ici de la consommation d'une portion simple et non de la « quantité journalière recommandée » (300 grammes²²). Cela donnerait une image moins favorable de la consommation de légumes en Belgique et à Bruxelles.

Tabagisme

Aujourd'hui, l'impact du tabagisme sur la santé (publique) est suffisamment connu. Il est donc positif que la proportion de fumeurs quotidiens ait diminué de manière significative à Bruxelles (et en Belgique en général) au cours des deux dernières décennies²³. En comparaison avec les (grandes villes des) autres régions belges, la proportion de personnes qui fument quotidiennement est plus faible à Bruxelles qu'en Wallonie, mais plus élevée qu'en Flandre (figure 2-10).

La figure 2-11 révèle que la proportion de fumeurs quotidiens varie selon la nationalité, surtout parmi les femmes bruxelloises. Chez les hommes, la variation est moindre. Chez les femmes, les différences concernent surtout celles qui possèdent la nationalité d'un pays hors UE. Les femmes belges sont ainsi presque deux fois plus susceptibles de fumer quotidiennement que les femmes possédant la nationalité d'un pays hors UE.

La figure 2-11 montre aussi clairement que, de manière générale, les femmes fument moins que les hommes, indépendamment de leur nationalité.

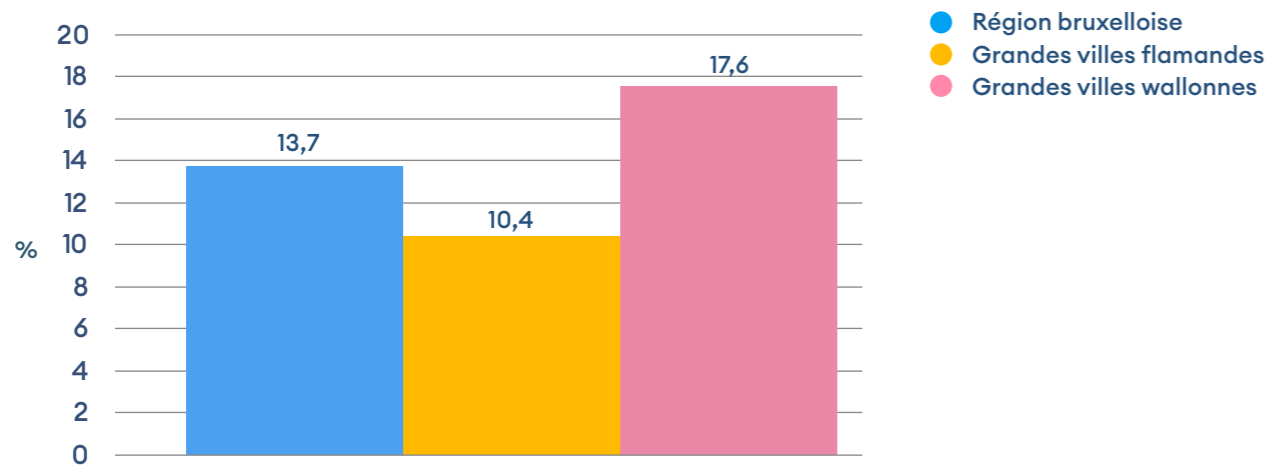
²⁰ <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/activite-physique>

²¹ Les pommes de terre ne sont pas considérées comme des « légumes ».

²² <https://www.gezondleven.be/themas/voeding/voedingsdriehoek/aanbevelingen-hgr>

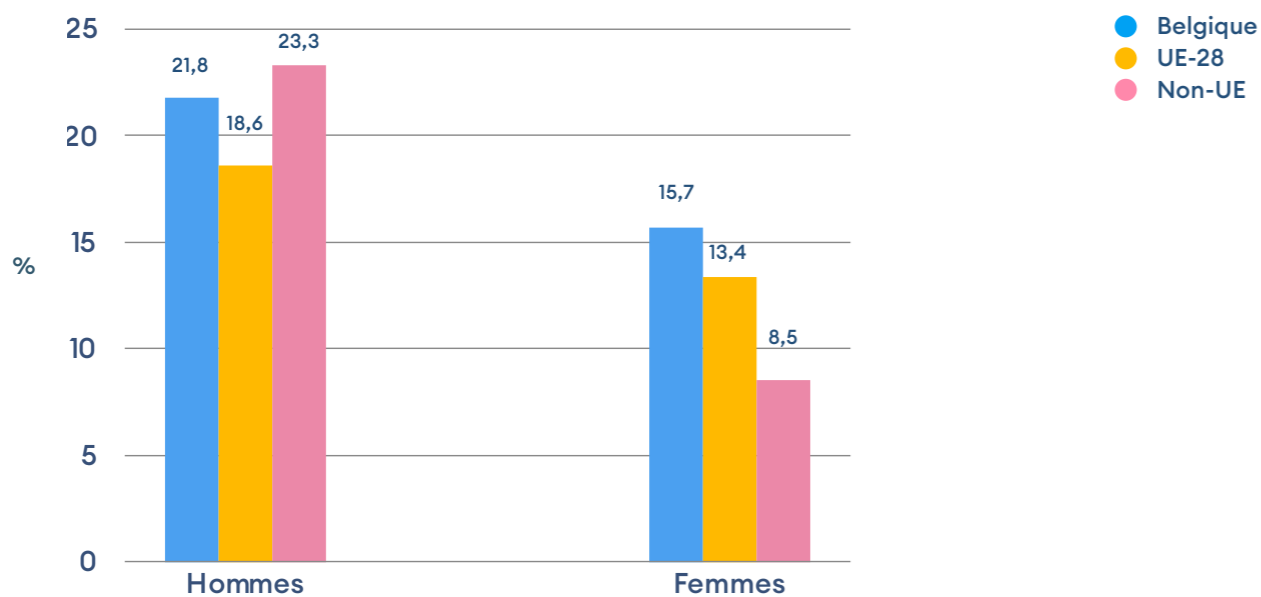
²³ https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_report_2018_fr_v3.pdf

Figure 2-10 Proportion de fumeurs quotidiens, selon le lieu de résidence, 2018



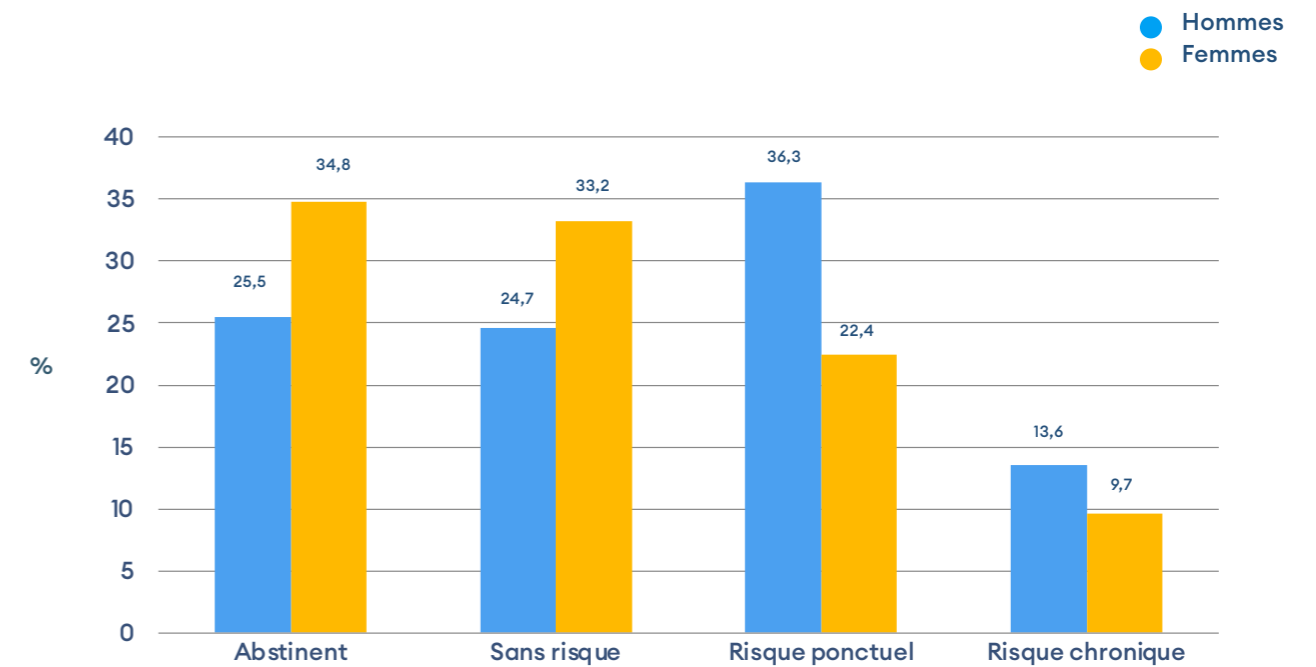
Standardisé selon le sexe et l'âge sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-11 Proportion de fumeurs quotidiens selon la nationalité et le sexe, Bruxelles, 2008-2013-2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2008-2013-2018

Figure 2-12 Répartition des profils de consommation d'alcool selon le sexe, Bruxelles, 2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Consommation d'alcool

La consommation excessive d'alcool a un grand impact sur la santé publique. Il est donc intéressant d'examiner de manière approfondie la consommation d'alcool dans la Région bruxelloise. À cet effet, la consommation d'alcool peut être répartie dans plusieurs catégories tenant compte tant de la quantité que de la fréquence de la consommation.

La figure 2-12 montre qu'une part significative de la population bruxelloise présente un risque chronique de surconsommation d'alcool : c'est le cas de 13,6 % de tous les hommes bruxellois et de 9,7 % de toutes les femmes bruxelloises. Bruxelles enregistre aussi un pourcentage de non-buveurs (tant parmi les hommes que parmi les femmes) plus élevé que les autres régions (non illustré). Ce phénomène s'explique principalement par la présence importante à Bruxelles de communautés qui ne consomment pas d'alcool pour des raisons culturelles ou religieuses.

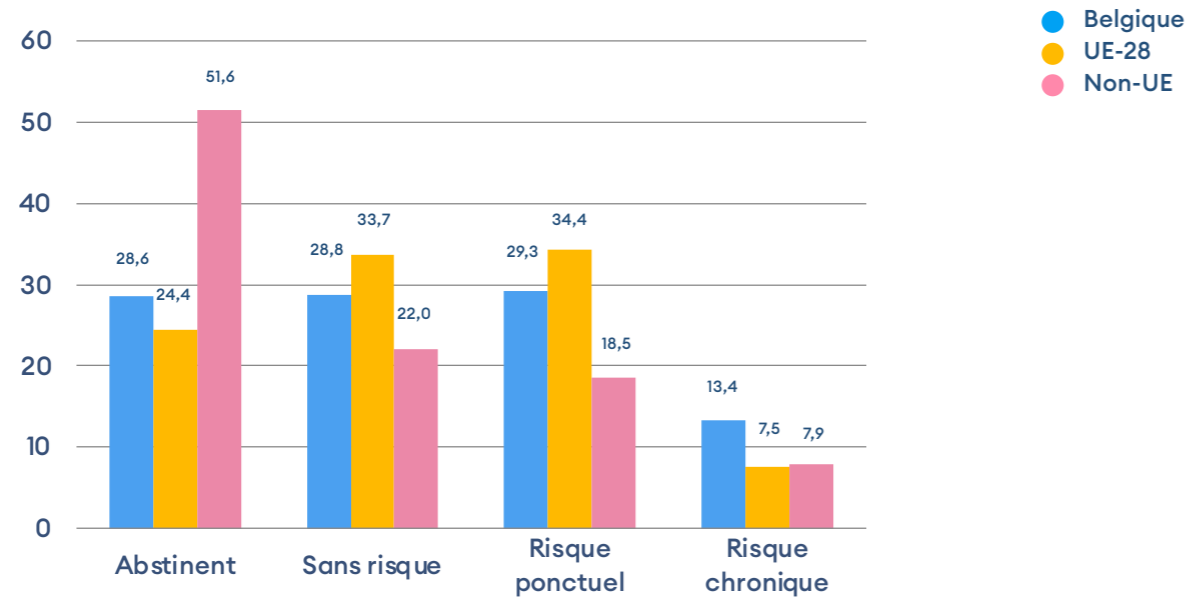
La figure 2-13²⁴ montre que, de manière générale, il y a de grandes différences entre les Bruxellois de nationalité belge et les Bruxellois possédant la nationalité d'un (autre) État membre de l'UE. Il est frappant de constater qu'autant de Bruxellois de nationalité belge (13,4 %) présentent un risque chronique de surconsommation d'alcool.

Un autre élément marquant est que plus de la moitié de l'ensemble de Bruxellois possédant la nationalité d'un pays hors Union européenne déclare ne jamais boire d'alcool. La consommation d'alcool est fortement influencée par des facteurs culturels et religieux. Cela explique en grande partie pourquoi la proportion de Bruxellois qui ne boivent jamais d'alcool est si importante parmi les personnes avec un niveau d'éducation inférieur (50 % chez les hommes, 59 % chez les femmes), un groupe de population qui compte davantage d'individus d'origine marocaine et turque.

Un autre élément digne d'être mentionné, bien que non illustré ici, est que le risque chronique de consommation excessive d'alcool diminue clairement à mesure que le niveau d'éducation augmente.

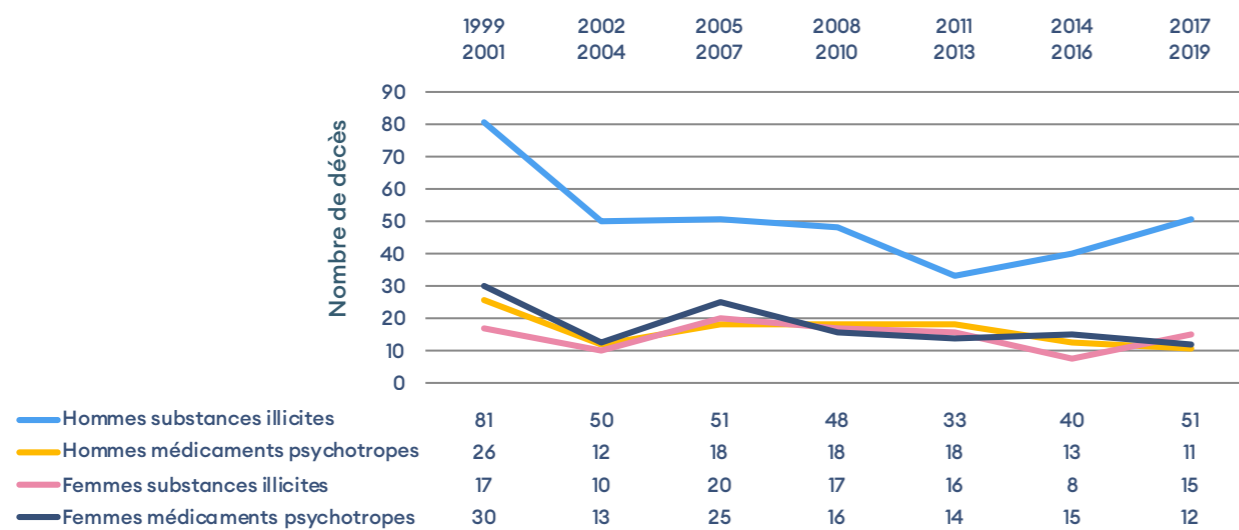
²⁴ À des fins de lisibilité, nous n'avons pas fait ici de distinction entre les hommes et les femmes, mais comme déjà indiqué, les chiffres relatifs à la consommation problématique d'alcool sont systématiquement (considérablement) moins bons chez les hommes que chez les femmes.

Figure 2-13 Répartition du profil de consommation d'alcool selon la nationalité actuelle, Bruxelles, 2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-14 Nombre de décès dus à des substances illicites et médicaments psychotropes, selon le sexe, Bruxelles, 1999-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Consommation d'autres substances illicites et de médicaments psychotropes

Le tabac et l'alcool ne sont pas les seules drogues consommées dans notre société. La figure 2-14 donne un aperçu du nombre de décès dus à la consommation de substances illicites et de médicaments psychotropes à travers le temps (périodes de trois ans). Ces informations sont quelque peu limitées, étant donné qu'elles tiennent uniquement compte de l'issue la plus « dramatique » de la consommation de drogues : un décès dû à une overdose ou à une consommation problématique à long terme.

Selon l'Enquête de santé de 2018, 39,9 % des Bruxellois déclarent avoir consommé du cannabis durant l'année précédente. Nous ne nous penchons pas de manière approfondie sur les chiffres relatifs à d'autres sortes de drogues car leur consommation est très probablement sous-estimée dans ce genre d'enquêtes : la consommation de drogues est très stigmatisée et est en outre (sévèrement) punie dans notre système juridique, ce qui n'incite pas à répondre honnêtement. Ces chiffres sont sans doute aussi soumis à des fluctuations fortuites, étant donné le nombre relativement peu élevé de répondants qui partagent leur expérience.

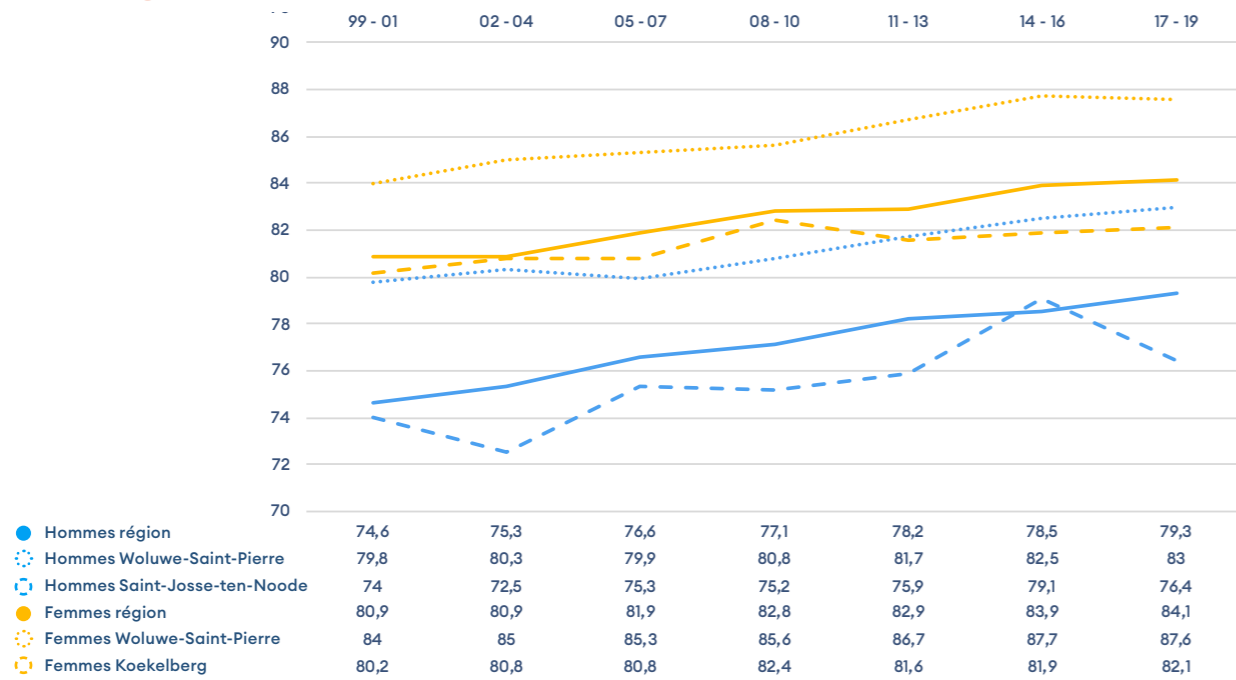
Conclusion

Dans la précédente partie du rapport, nous avons déjà brièvement évoqué le caractère très international et multiculturel de Bruxelles. Il est évident que la nationalité ou le parcours migratoire est un facteur pertinent en ce qui concerne certains comportements de santé : toute personne qui quitte son pays d'origine pour s'installer dans la Région bruxelloise emporte vraisemblablement avec elle certaines habitudes et conceptions en ce qui concerne l'activité physique, l'alimentation ou les services de santé. Par ailleurs, il faut aussi veiller à ne pas accorder une importance prépondérante au bagage culturel ou à la nationalité. Ce rapport a en effet déjà montré à plusieurs reprises qu'il existe aussi de grandes différences dans les comportements de santé entre différents groupes de la population belge : de nombreux comportements de santé présentent par exemple un gradient social évident.

La nationalité peut en outre (surtout à Bruxelles) difficilement être dissociée de certaines réalités socioéconomiques et démographiques : les communautés de migrants (tant celles composées de citoyens d'autres États membres de l'UE que de citoyens de pays en voie de développement) ont par exemple toujours une structure d'âge plus jeune que les « Bruxellois de Belgique ». Par ailleurs, la différence de niveau général d'éducation est souvent importante entre les groupes de nationalité : les Bruxellois qui possèdent la nationalité de l'un des États membres de l'UE ont en moyenne un niveau d'éducation supérieur à celui des Bruxellois de Belgique, tandis que les Bruxellois venus de plus loin ont en moyenne un niveau d'éducation inférieur.

Cette complexité souligne encore une fois l'importance de ne jamais réduire les individus et leurs comportements de santé à une caractéristique personnelle « prépondérante ». Dans cette partie, nous avons examiné en détail les différences socioéconomiques et avons procédé à des ventilations selon différentes caractéristiques (des ventilations pertinentes puisqu'elles renseignent sur les principaux défis en matière de santé au niveau macro), mais les informations fournies par ces analyses doivent toujours être replacées dans un contexte plus large, afin de ne pas commettre d'« erreur écologique » : attribuer irrévocablement les caractéristiques d'un groupe social à un individu qui en fait partie.

Figure 2-15 **Espérance de vie à la naissance selon le sexe et la période, Région bruxelloise, 1999-2019**



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

B. Espérance de vie, causes de décès et (mauvaise) santé

Cette partie donne un aperçu de l'état de santé des habitants de la Région de Bruxelles-Capitale, et analyse l'évolution de l'espérance de vie au cours des vingt dernières années. Elle se penche sur l'influence de la sensibilisation à la santé et de l'amélioration des soins de santé sur cette évolution. En outre, elle explore les différences en matière d'espérance de vie entre les hommes et les femmes et les principales causes de décès, ce qui permet de mieux comprendre les défis en matière de santé publique auxquels la Région est confrontée.

Espérance de vie

Par « espérance de vie à la naissance », nous entendons le nombre d'années qu'un enfant né durant une année donnée peut espérer vivre si, au cours de sa vie, il est confronté aux mêmes risques de mortalité spécifiques à l'âge que ceux mesurés cette année-là. La figure 2-15 montre que l'espérance de vie continue d'augmenter dans la Région bruxelloise. Elle reflète les « extrêmes » de la région : les communes où l'espérance de vie est la plus élevée et celles où elle est la plus basse pour chaque sexe. Une distinction est toujours faite entre les hommes

et les femmes, parce que l'espérance de vie des femmes est systématiquement plus élevée. Alors que l'espérance de vie moyenne des hommes bruxellois s'élevait à 74,6 ans pour la période 1999-2001, elle est passée à 79,3 ans pour la période 2017-2019. La hausse de l'espérance de vie chez les femmes est moins prononcée : elle est passée de 80,9 à 84,1 ans. Les différences entre les hommes et les femmes tendent donc à se réduire.

La hausse de l'espérance de vie a plusieurs causes. En voici les deux principales. Premièrement, il y a eu plusieurs évolutions marquantes en ce qui concerne les comportements de santé. Le tabagisme, par exemple, a diminué de manière systématique. L'émergence du secteur « promotion de la santé » témoigne d'une prise de conscience croissante de la possibilité d'influencer sa propre santé. Deuxièmement, les soins de santé ont évolué. Ces dernières décennies ont été marquées par de nombreux progrès, permettant de dépister plus tôt et/ou de mieux traiter bon nombre d'affections qui auraient autrefois entraîné la mort.

Quand nous comparons les communes bruxelloises considérées comme « extrêmes », l'impact du statut socioéconomique sur l'espérance de vie apparaît clairement : l'espérance de vie est significativement plus élevée, tant pour les hommes que pour les

femmes, dans les communes où le revenu médian est plus élevé. Woluwe-Saint-Pierre, par exemple, était la commune avec le revenu médian le plus élevé à Bruxelles en 2019 (26 812 €) et présente la meilleure espérance de vie, tant pour les hommes que pour les femmes. À l'inverse, Saint-Josse-Ten-Noode enregistrait le revenu médian (16 277 € en 2019) et l'espérance de vie (pour la période 2017-2019) la plus basse.

La différence d'espérance de vie entre les communes avec un niveau socioéconomique plus élevé ou plus faible semble plus prononcée chez les hommes que chez les femmes et le fossé entre les « extrêmes » semble s'être creusé au fil du temps. La figure 2-15 suggère donc que les contrastes socioéconomiques se sont renforcés au cours des deux dernières décennies.

La figure 2-15 concerne l'« espérance de vie » telle qu'elle est le plus souvent définie dans les rapports scientifiques et débats publics, c'est-à-dire l'âge qu'atteindront en moyenne les personnes nées « aujourd'hui » (si les risques de mortalité spécifiques à l'âge restent les mêmes). Une alternative courante consiste à examiner l'« espérance de vie sans incapacité à 65 ans ». Cet indicateur se définit comme suit : « le nombre d'années qu'une personne de 65 ans peut encore espérer vivre sans incapacité. » Il est clair que le statut socioéconomique d'une personne joue aussi un rôle majeur en la matière : en Belgique, nous observons une différence de pas moins de cinq ans entre les femmes avec un haut niveau d'éducation (15,3 ans) et celles avec un faible niveau d'éducation (10,7 ans) en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans.²⁵

Enfin, si l'on compare les régions, il s'avère que les hommes bruxellois de 65 ans (en 2018) peuvent espérer vivre moins d'années sans incapacité (11,3) que les hommes flamands (12,8) ou wallons (12,0). Les femmes bruxelloises de 65 ans, en revanche, s'en sortent plus ou moins aussi bien (13,2) que les femmes flamandes (13,1) et nettement mieux que les femmes wallonnes (10,5 ans)²⁶.

Mortalité, années potentielles de vie perdues et années de vie corrigées sur l'incapacité

L'espérance de vie est bien sûr fortement influencée par certaines maladies et affections. C'est pourquoi cette partie examine en détail les principales causes de décès et d'« années potentielles de vie perdues », ainsi que les « disability-adjusted life years » dans la Région bruxelloise.

Les causes de décès varient significativement selon l'âge et le sexe. C'est pourquoi (conformément à la littérature scientifique relative à la mortalité) nous faisons ici systématiquement une distinction entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les personnes de moins et de plus de 75 ans²⁷.

Les chiffres des figures 2-16 à 2-22 ont été calculés sur la base des bulletins statistiques de naissance et décès. La Commission communautaire commune est compétente pour la collecte et le traitement de ces données relatives à la population bruxelloise. Pour plus de clarté, tous les chiffres relatifs à la mortalité et toutes les causes de décès ne sont pas abordés ici. Nous avons choisi de nous pencher systématiquement sur les 10 principales causes de décès au sein du groupe de population en question²⁸.

Les deux figures suivantes se rapportent aux principales causes de décès chez les hommes (figure 2-16) et les femmes (figure 2-17) de 75 ans et plus. La dernière décennie (2010-2019) y est comparée à la précédente (2000-2009).

Le taux de mortalité standardisé pour les hommes bruxellois de 75 ans (ou plus) s'élevait à 8 545,5 pour 100 000 habitants pendant la période 2010-2019. Il s'agit d'une baisse considérable en comparaison avec la période 2000-2009 durant laquelle le taux de mortalité pour le même groupe était de 9 975,4 pour 100 000 habitants. Pour les hommes bruxellois de 75 ans et plus, nous remarquons une diminution des chiffres (entre les périodes 2000-2009 et 2010-2019) pour de nombreuses causes de décès, et plus spécifiquement pour les quatre « principales », à savoir les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébrovasculaires, les cancers du larynx, de la

²⁵ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>

²⁶ Sur la base des perspectives démographiques que nous avons analysées dans le dossier <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/10.1.%20dossier-2023-personnes-ages-bruxelles.pdf>, nous nous attendons à ce que l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans diminue à l'avenir.

²⁷ Ce seuil a été choisi parce que les décès survenus avant l'âge de 75 ans sont souvent considérés comme des décès « prématurés » dans la littérature scientifique relative à la mortalité. Le principe de base est qu'au début du 21e siècle, une vie « normale » implique « avec certitude » de vivre 75 ans. Cette limite d'âge a (encore assez récemment) augmenté en raison de la hausse de l'espérance de vie. L'analyse de l'espérance de vie moyenne semble aussi soutenir cette convention scientifique : même dans la commune bruxelloise où les hommes décédaient en moyenne le plus tôt pendant la période 2017-2019 (Saint-Josse-Ten-Noode), l'espérance de vie était de 76,4 ans. Le choix de cette limite d'âge n'en est pas moins « théorique » et arbitraire ; il ne serait par exemple pas illogique d'en utiliser une autre pour les femmes, étant donné que leur espérance de vie est systématiquement plus élevée. Pour une interprétation simple et uniforme, nous avons choisi de ne pas le faire.

²⁸ Pour une explication méthodologique des bulletins statistiques de naissance et décès et de la façon dont les chiffres des figures ci-dessous ont été standardisés sur la base de la population européenne de référence, nous vous renvoyons à l'appendice de ce rapport.

Figure 2-16 Taux de mortalité standardisés* (nombre de décès pour 100 000 habitants) selon la cause de décès, 75 ans et plus, hommes, Région bruxelloise, 2000-2019

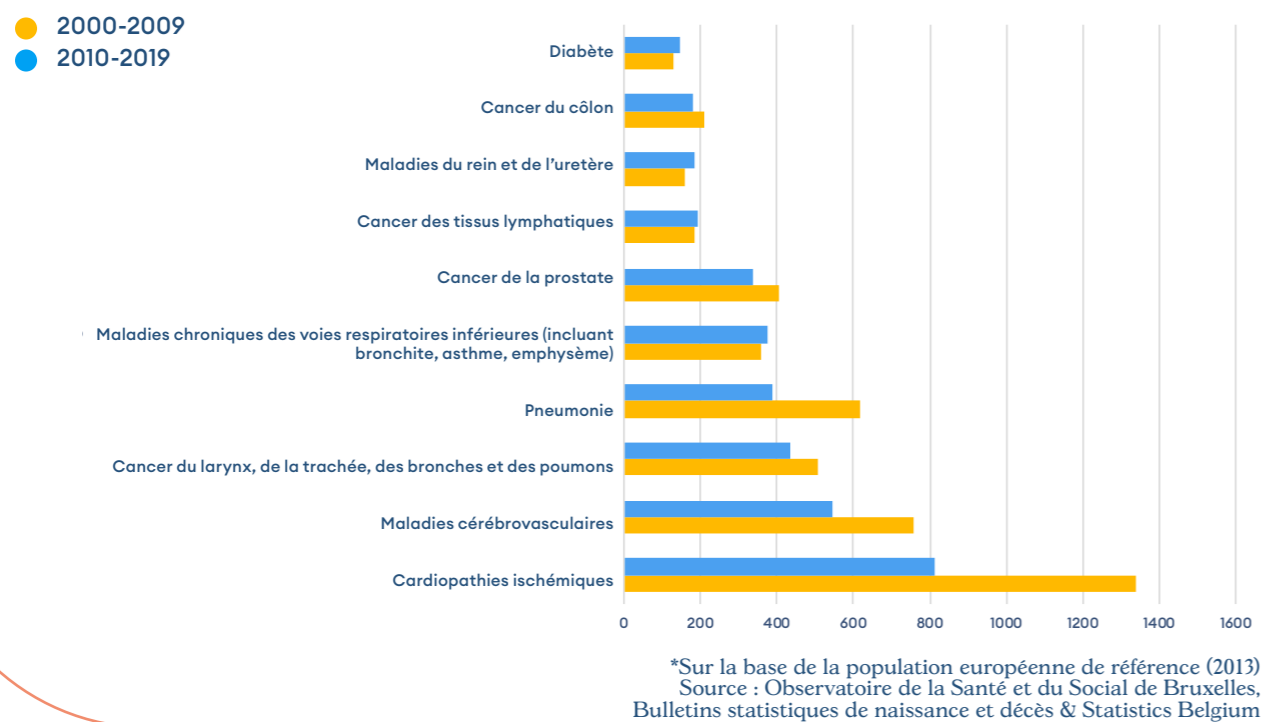
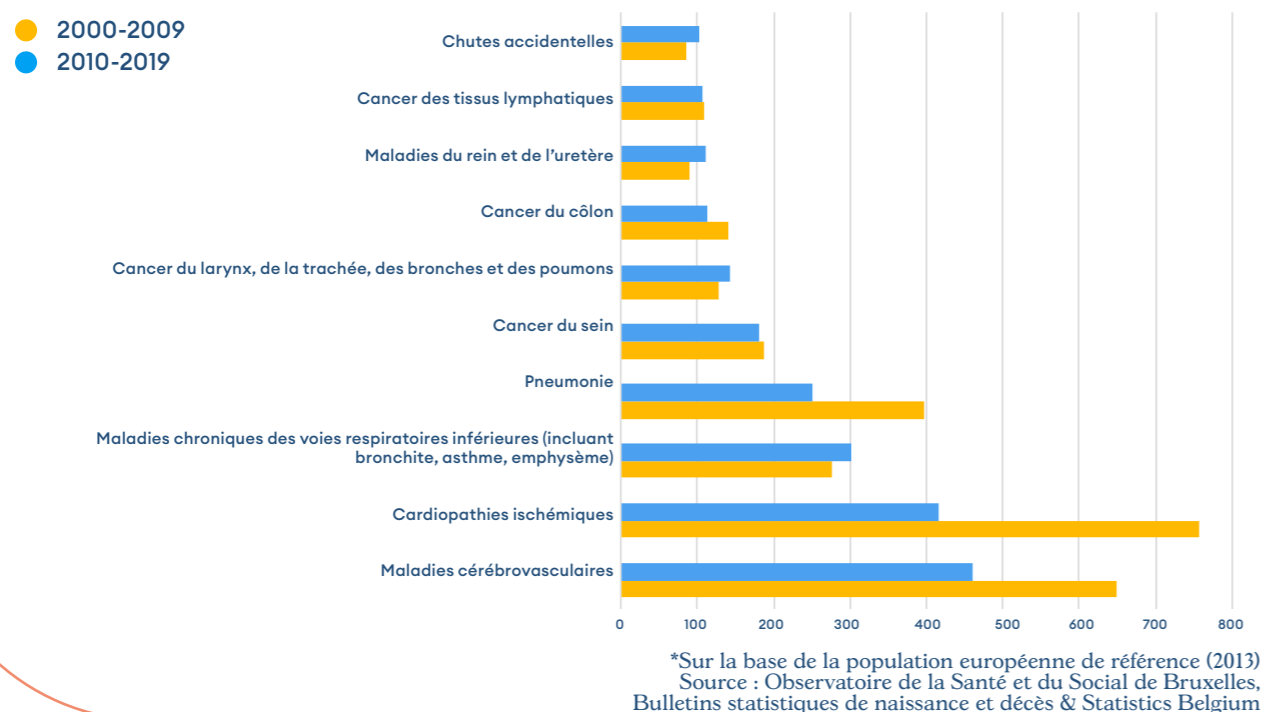


Figure 2-17 Taux de mortalité standardisés* (nombre de décès pour 100 000 habitants) selon la cause de décès, 75 ans et plus, femmes, Région bruxelloise, 2000-2019



trachée et des poumons, ainsi que les pneumonies. La baisse observée pour les cardiopathies ischémiques est particulièrement frappante : alors que 1 336,8 décès (pour 100 000 habitants) à la suite de cardiopathies ischémiques étaient encore constatés pendant la période 2000-2009, ils n'étaient plus que 810,1 (pour 100 000 habitants) pendant la période 2010-2019.

Parmi les femmes bruxelloises de 75 ans (ou plus), le taux de mortalité standardisé a aussi diminué sensiblement entre 2000-2009 et 2010-2019 : il est passé de 7 078,2 à 6 202,0 pour 100 000 habitants. Les taux de mortalité des femmes présentent une évolution similaire à ceux des hommes : nous observons une diminution (parfois importante) pour les principales causes de décès. Chez les femmes, nous constatons par exemple aussi une forte baisse du nombre de décès à la suite d'une cardiopathie ischémique. Par ailleurs, nous notons plusieurs différences entre les hommes et les femmes : le cancer du sein²⁹ apparaît ainsi (logiquement) dans cet aperçu et pas dans celui des hommes, et inversement pour le cancer de la prostate. De plus, les « chutes » sont une cause de décès relativement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Veillez noter que les figures 2-16 et 2-17 (comme les quatre suivantes) sont basées sur une échelle différente : ceci est dû au fait que les taux de mortalité des femmes sont systématiquement plus bas que ceux des hommes, ce qui est bien sûr également lié à l'espérance de vie plus élevée des femmes.

Les figures 2-18 et 2-19 donnent un aperçu des principales causes de décès prématuré³⁰ parmi les femmes et les hommes bruxellois. Les causes de décès prématuré sont particulièrement intéressantes à analyser parce qu'elles peuvent partiellement être interprétées (encore plus que les décès après 75 ans) comme le résultat du système de soins de santé et de la politique de santé belge et bruxelloise. Si nous examinons les causes de décès prématuré parmi les hommes bruxellois, nous constatons plusieurs évolutions positives : tout d'abord, les taux de mortalité pour presque toutes les causes de décès (dans cet aperçu) sont moins élevés pour la période 2010-2019 que pour la période 2000-2009.

Parmi les hommes bruxellois, les diminutions de taux de mortalité les plus frappantes concernent les deux principales causes de décès : les cancers du système respiratoire (larynx, trachée et poumons)

et les cardiopathies ischémiques. La mortalité liée à ces deux affections a considérablement diminué en 10 ans. De nombreux facteurs contribuent à cette évolution, comme les nouvelles évolutions médicales et l'amélioration des traitements, mais la baisse du nombre de fumeurs (quotidiens) joue indubitablement aussi un rôle³¹.

La figure 2-19 témoigne encore une fois de l'impact du style de vie sur la santé (publique). Elle montre en effet que la baisse de la mortalité due à un cancer du poumon est bien moins prononcée chez les femmes que chez les hommes, ce qui s'explique par le fait que la réduction du tabagisme est moindre chez les femmes, mais aussi par le fait que leur « position de départ » est bien meilleure. La proportion de fumeurs quotidiens a toujours été bien plus faible chez les femmes que chez les hommes (voir aussi figure 2-16).

Ici aussi, nous observons quelques différences et points communs frappants entre les taux de mortalité prématurée des femmes bruxelloises et ceux des hommes bruxellois. Les hommes et les femmes « partagent » ainsi neuf des dix causes de décès prématuré les plus fréquentes, mais la dixième, le cancer du sein³², est la deuxième cause de décès chez les femmes.

Si nous nous penchons sur ce qui a changé en 10 ans, nous constatons que le cancer du sein n'est plus la principale cause de décès prématuré parmi les femmes bruxelloises ; le cancer du larynx, de la trachée et des poumons arrive désormais en tête, tant chez les hommes que chez les femmes. Soulignons encore que les taux de mortalité (prématurée) sont systématiquement plus bas chez les femmes.

Les figures 2-20a et 2-20b montrent les principaux groupes de causes de décès, respectivement pour les hommes bruxellois et les femmes bruxelloises, pendant la période 2015-2019. Elles ne traitent donc pas de causes de décès spécifiques, mais de catégories de causes de décès ; les différents types de cancers mentionnés dans les figures 2-16 à 2-19 sont par exemple tous regroupés sous « Tumeurs » dans les figures 2-20a et 2-20b.

L'une des constatations les plus frappantes est que les maladies cardiovasculaires provoquent plus de décès à mesure que l'âge augmente. Nous voyons aussi que les cancers sont surtout responsables de nombreux décès entre 45 et 64 ans. L'importance de

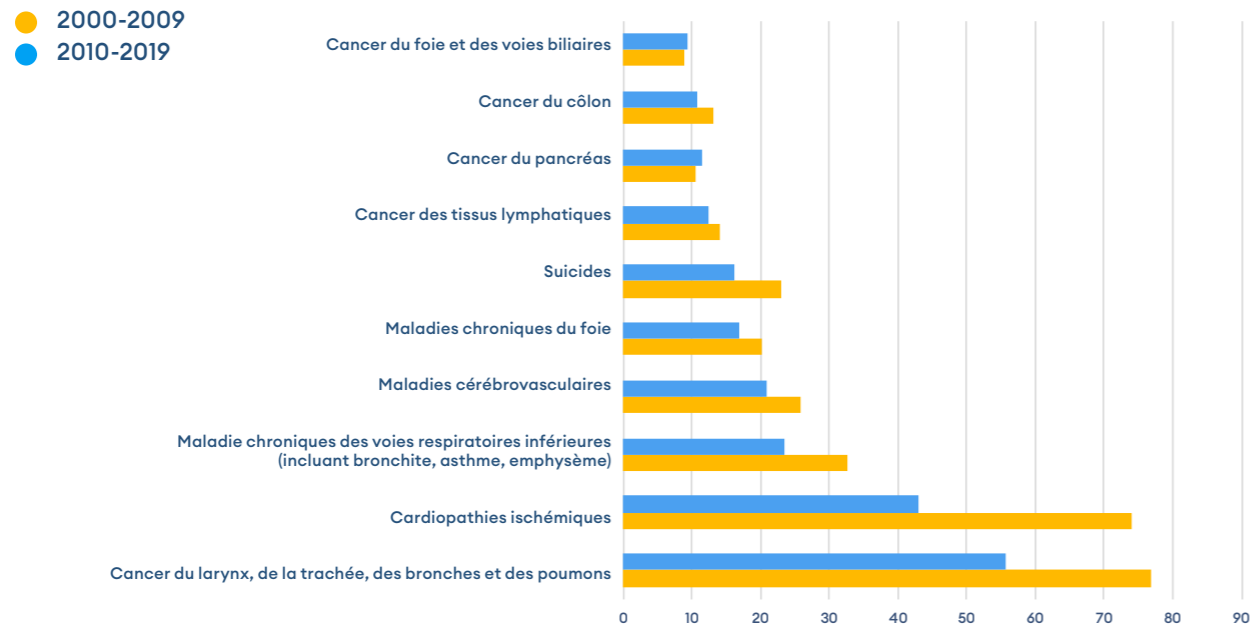
²⁹ Précisons tout de même que le cancer du sein peut aussi toucher les hommes, mais que l'incidence et donc le taux de mortalité sont très faibles (0,3 décès pour 100 000 hommes pendant la période 2010-2019).

³⁰ Avant 75 ans.

³¹ https://www.sciensano.be/sites/default/files/ta_report_2018_fr_v3.pdf

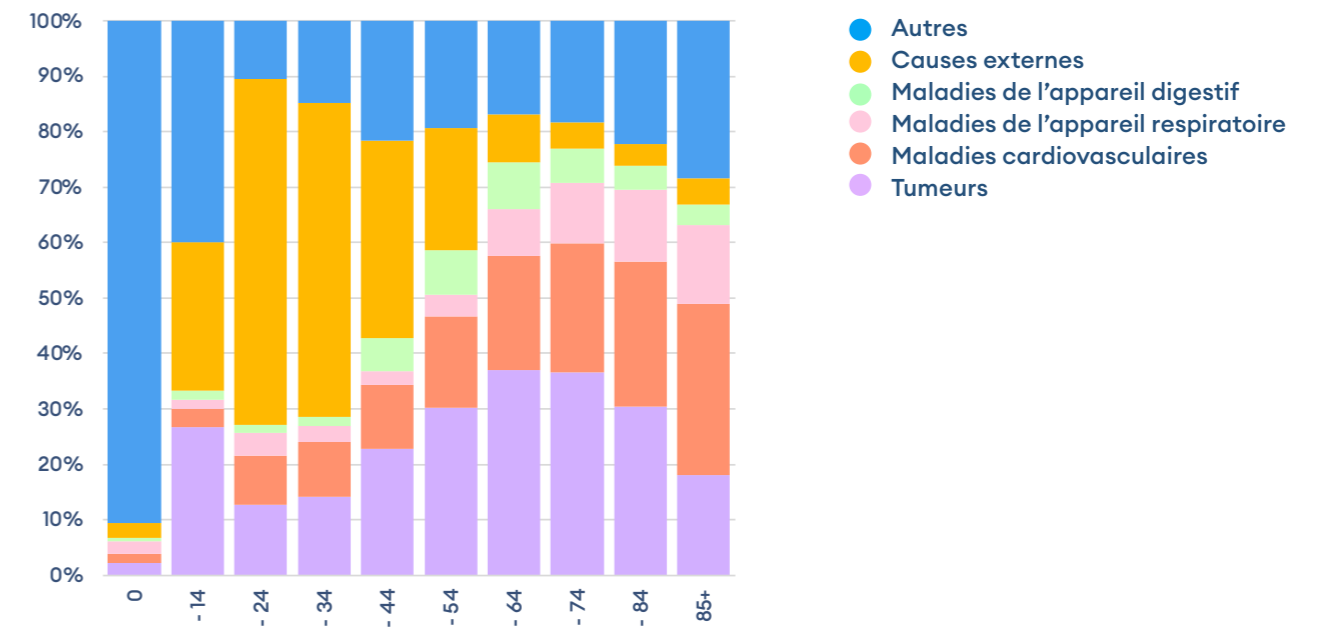
³² Le cancer du foie et des voies biliaires complète le tableau chez les hommes.

Figure 2-18 Taux de mortalité prématurée standardisés* (nombre de décès avant 75 ans pour 100 000 habitants) selon la cause de décès, hommes, Région bruxelloise, 2000-2019



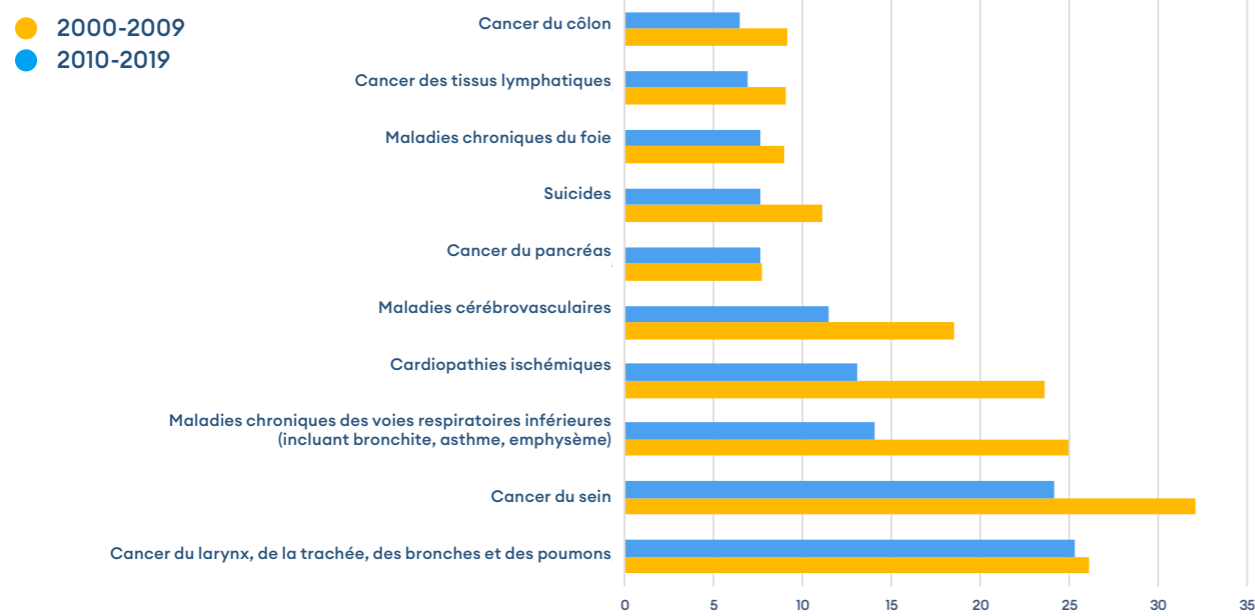
*Sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-20A Répartition des catégories de causes de décès les plus fréquentes selon le groupe d'âge, hommes, Bruxelles, 2015-2019



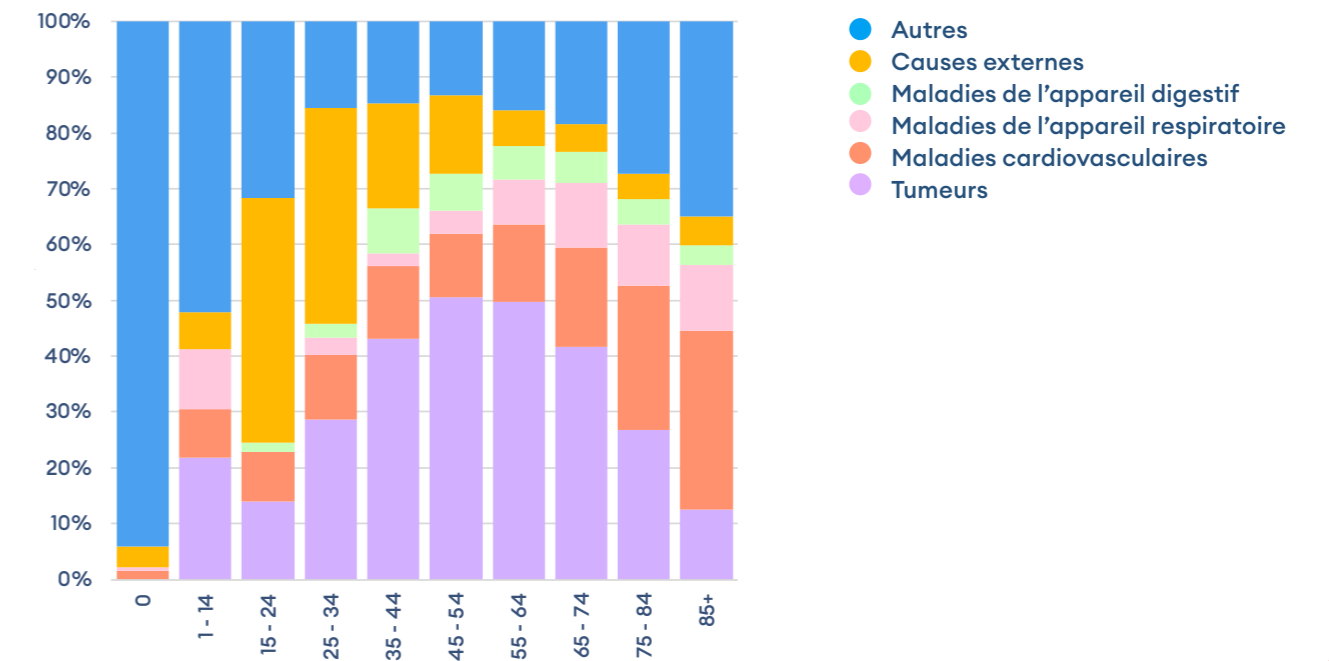
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-19 Taux de mortalité prématurée standardisés* (nombre de décès avant 75 ans pour 100 000 habitants) selon la cause de décès, femmes, Région bruxelloise, 2000-2019



*Sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-20B Répartition des catégories de causes de décès les plus fréquentes selon le groupe d'âge, femmes, Bruxelles, 2015-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-21 Principales causes d'années potentielles de vie perdues selon la période, hommes, Région bruxelloise, 2000-2019

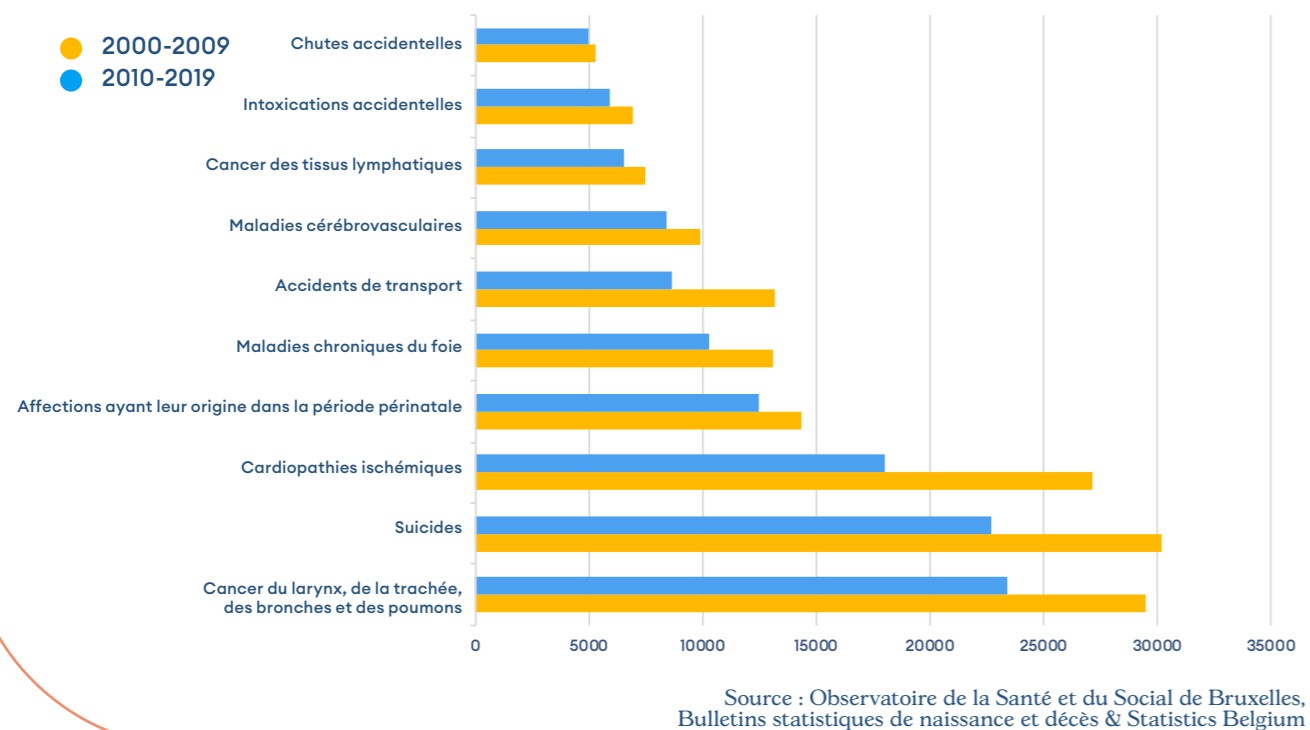
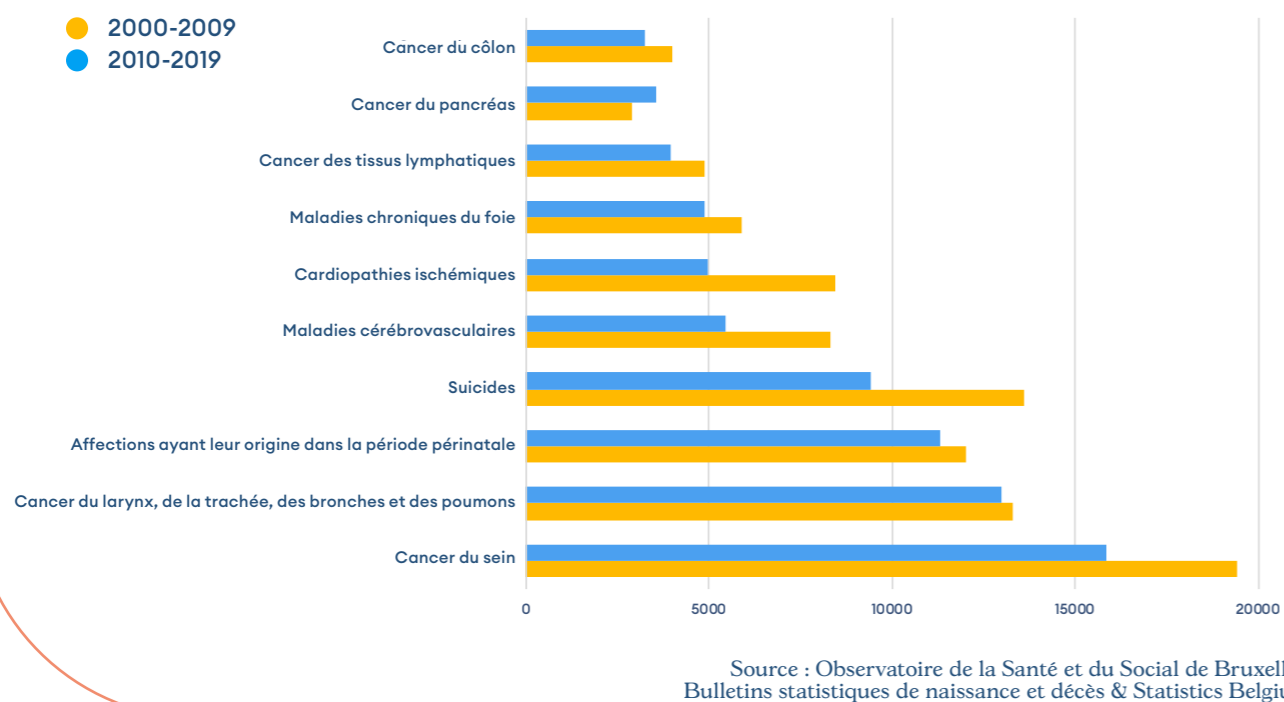


Figure 2-22 Principales causes d'années potentielles de vie perdues selon la période, femmes, Région bruxelloise, 2000-2019



la catégorie « autre » chez les enfants de moins d'un an s'explique presque complètement par le fait que la « mortalité périnatale » relève de cette catégorie.

Une autre manière d'appréhender les causes de la mortalité prématurée consiste à ne pas seulement vérifier si une personne est décédée d'une affection donnée avant l'âge de 75 ans, mais à calculer le nombre d'« années potentielles de vie perdues »³³ pour chaque personne décédée prématurément et à en faire le total par cause de décès. Un décès à 25 ans aura ainsi bien plus de poids (50 APVP) qu'un décès à 75 ans (1 APVP). Les figures 2-21 et 2-22 montrent quelles sont les principales causes de décès, respectivement pour les hommes et les femmes, selon cette méthode. L'impact réel des différentes causes de décès est ainsi plus clair.

La figure 2-21 montre que le suicide est la deuxième cause de décès parmi les hommes bruxellois quand la mortalité prématurée est exprimée en termes d'années potentielles de vie perdues. L'importance accrue accordée au suicide selon cette méthode s'explique facilement, d'un point de vue mathématique, par le fait que, par rapport aux autres causes de décès, le suicide concerne assez souvent des groupes d'âge « plus jeunes » (l'incidence du suicide augmente progressivement après l'adolescence et atteint son pic vers l'âge de 50 ans, après quoi elle décroît). Chez les femmes (figure 2-22), l'importance relative du suicide augmente aussi lorsque la cause de décès prématuré est exprimée en termes d'années potentielles de vie perdues. L'impact majeur du suicide souligne l'importance d'une sécurité sociale solide (en vue de réduire la précarité) et de l'accès à des soins psychologiques de qualité.

La figure 2-22 montre que le cancer du sein reste un énorme défi sanitaire chez les femmes, bien que la mortalité liée à cette maladie ait diminué entre les périodes 2000-2009 et 2010-2019 (comme indiqué dans la figure 2-19). La méthode de calcul joue d'ailleurs ici un rôle moins important que dans le cas du suicide : l'augmentation des décès dus au cancer du sein est en effet directement proportionnelle à l'âge. Le cancer du sein est également la cause de décès la plus fréquente chez les femmes âgées de 35 à 60 ans dans la Région bruxelloise³⁴.

Une différence frappante entre les figures 2-21 et 2-22 est que les causes de décès externes ont visiblement un impact plus lourd sur les hommes que sur les femmes : tant les chutes que les accidents de la route se traduisent par plus d'années potentielles de vie perdues chez les hommes. Plusieurs facteurs

expliquent sans doute ce phénomène, notamment les différences générales d'activité professionnelle entre les hommes et les femmes. Nous savons aussi que, de manière générale, les hommes adoptent plus souvent des « comportements à risque » que les femmes.

Le dernier indicateur abordé dans cette partie est le « fardeau de la maladie » de différentes affections sur le territoire bruxellois en termes d'« années de vie corrigées sur l'incapacité » (DALY, *Disability-Adjusted Life Years*). L'utilisation des DALY est de plus en plus admise dans la littérature scientifique parce qu'elles combinent les deux « aspects fondamentaux de la santé », à savoir la morbidité et la mortalité. Sciensano les définit comme suit : « Les DALY mesurent l'écart de santé en comparant une vie vécue en parfaite santé à la réalité. L'écart de santé est ainsi défini comme le nombre d'années de vie potentiellement en bonne santé perdues à cause de la morbidité, de l'invalidité et de la mortalité. Un fardeau de la maladie de 100 DALY par 1 000 personnes-années impliquerait donc une perte de 100 années de vie en bonne santé pour 1 000 personnes par an. Plus les DALY sont liées à des maladies ou à des facteurs de risque, plus leur impact sur la santé de la population est important. »³⁵

La figure 2-23 présente un classement des 10 maladies avec le plus lourd fardeau pour les femmes et les hommes bruxellois. Étonnamment, ce classement inclut plusieurs affections qui n'étaient pas reprises dans les indicateurs abordés plus haut (comme les douleurs au niveau du cou et la perte de la vue). Il est surtout frappant de constater que les affections en lien avec la souffrance psychologique, comme les dépressions unipolaires, les troubles liés à la consommation de substances (psychoactives), les troubles anxieux et les automutilations, sont ici fortement représentées.

Ce qui saute toutefois le plus aux yeux, c'est l'important fardeau de la maladie qu'entraîne la consommation d'alcool dans la Région bruxelloise. Selon cet indicateur, aucune autre affection n'a un tel impact sur la santé des hommes bruxellois. Chez les femmes, ce sont les dépressions unipolaires qui arrivent en tête du classement. Avec 1 974,4 DALY, le fardeau de cette affection est deux fois plus élevé que celui de la suivante : la lombalgie (1 267,80 DALY).

Pour des informations plus détaillées sur le fardeau de maladies spécifiques, consultez l'outil en ligne³⁶ de Sciensano qui permet de comparer différentes périodes et sous-populations.

³³ Nous partons ici du principe qu'une personne devrait en principe « au moins vivre » jusqu'à ses 75 ans.

³⁴ Sur la base des taux de mortalité absolus (et non standardisés).

³⁵ <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/fardeau-de-la-maladie>

³⁶ <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>

Figure 2-23 'Burden of Disease' (Disability-Adjusted Life Years), Région bruxelloise, 2018*

	Hommes	Femmes
1	Troubles liés à la consommation d'alcool 1 709,38	Troubles dépressifs unipolaires 1 974,38
2	Troubles dépressifs unipolaires 1 595,55	Lombalgie 1 267,8
3	Cardiopathies ischémiques 1 339,09	Troubles liés à la consommation d'alcool 1 040,13
4	Cancer du larynx, de la trachée, des poumons et des bronches 1 317,61	Bronchopneumopathie chronique obstructive 1 005,75
5	Bronchopneumopathie chronique obstructive 1 054,85	Alzheimer et autres formes de démence 856,6
6	Troubles liés à la consommation de drogues 990,35	Douleurs au niveau du cou 854,89
7	Lombalgie 972,35	Cancer du sein 854,02
8	Automutilation 853,52	Maladies cérébrovasculaires 840,02
9	Maladies cérébrovasculaires 843,07	Perte de la vue 813,43
10	Perte de la vue 639,64	Troubles anxieux 746,96

* Consulté le 20/01/2023.
Source : Sciensano

Conclusion

L'espérance de vie des hommes et des femmes est en augmentation continue dans la Région bruxelloise. Ce phénomène va de pair avec la diminution de toute une série de chiffres relatifs aux causes de mortalité (prématurée). Cette tendance positive est en partie due à une meilleure sensibilisation à la santé de la population, qui s'illustre par exemple par une diminution du tabagisme et une attention accrue portée à l'alimentation et à l'activité physique. En outre, les évolutions des soins de santé, par exemple l'amélioration du traitement et de la prévention de certaines maladies qui étaient autrefois plus susceptibles d'entraîner un décès prématuré, jouent aussi un rôle crucial. Cette évolution positive ne doit toutefois pas nous faire oublier que les inégalités sociales sont encore importantes. Les habitants des communes à haut revenu ont ainsi une espérance de vie considérablement plus élevée que les habitants des communes plus pauvres.

C. Maladies chroniques

Dans l'Enquête de santé de 2018, environ un Bruxellois sur trois (28,7 %) déclarait souffrir d'une affection de longue durée. Les chiffres sont similaires en Flandre (27,6 %) et en Wallonie (32,7 %). La proportion de personnes qui souffrent d'une affection chronique augmente systématiquement avec l'âge. Parmi les Bruxellois de 75 ans ou plus, elle s'élève à 46,5 %.

Les affections chroniques peuvent avoir une influence majeure sur la qualité de vie générale et sur la manière dont d'autres maladies affectent une personne. Dans cette partie, nous nous penchons sur la morbidité et la mortalité liées aux affections chroniques les plus fréquentes.

Aperçu des affections chroniques les plus fréquentes

Les trois affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes bruxellois en 2018 étaient les maladies thyroïdiennes³⁷, les allergies et les lombalgies. Par ailleurs, plus de 10 % des hommes bruxellois ont un excès de cholestérol. L'arthrite/arthrose et l'hypertension touchent aussi près de 1 homme bruxellois sur 10.

Le tableau 2-2 montre que les trois affections chroniques les plus fréquentes chez les femmes sont les allergies, l'arthrite/arthrose et les lombalgies. L'hypertension, les problèmes au niveau du cou, l'excès de cholestérol et les maux de tête sévères (dont les migraines) touchent au moins 10 % de la

population féminine bruxelloise. Il est frappant de constater que les femmes déclarent plus souvent souffrir de presque toutes les affections chroniques (à l'exception des maladies thyroïdiennes et de l'excès de cholestérol³⁸).

Plusieurs de ces affections chroniques ont un impact majeur sur la qualité et/ou la durée de vie d'une personne. Quand l'impact social des différentes maladies et affections dans la Région bruxelloise est exprimé en DALY (voir figure 2-23³⁹), il apparaît clairement que les lombalgies, les douleurs au niveau du cou, l'arthrose et le diabète pèsent assez lourdement sur la santé publique. Quand les différentes affections sont classées sur la base du nombre de DALY, nous constatons par exemple que la lombalgie est la deuxième affection la plus

Tableau 2-2 Pourcentage de la population avec une affection chronique fréquente au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Région bruxelloise, 2018

	Hommes (%)	Femmes (%)
Affections du système locomoteur		
Lombalgie	12,1	15,8
Arthrite ou arthrose	9,6	18,4
Problème au niveau du cou	5,1	11,1
Ostéoporose	0,1	3,8
Facteurs de risque cardiovasculaire		
Hypertension artérielle	9,2	11,9
Excès de cholestérol	10,6	10,5
Affections des voies respiratoires		
Allergie	13,8	18,8
Asthme	5,6	7,6
Autres affections		
Maux de tête sévères tels que migraines	5,1	10,4
Fatigue prolongée	4,4	6,9
Dépression	5,1	7,3
Diabète	4,4	5,1
Maladie thyroïdienne	15,4	9,6
Incontinence urinaire	2,3	3,3

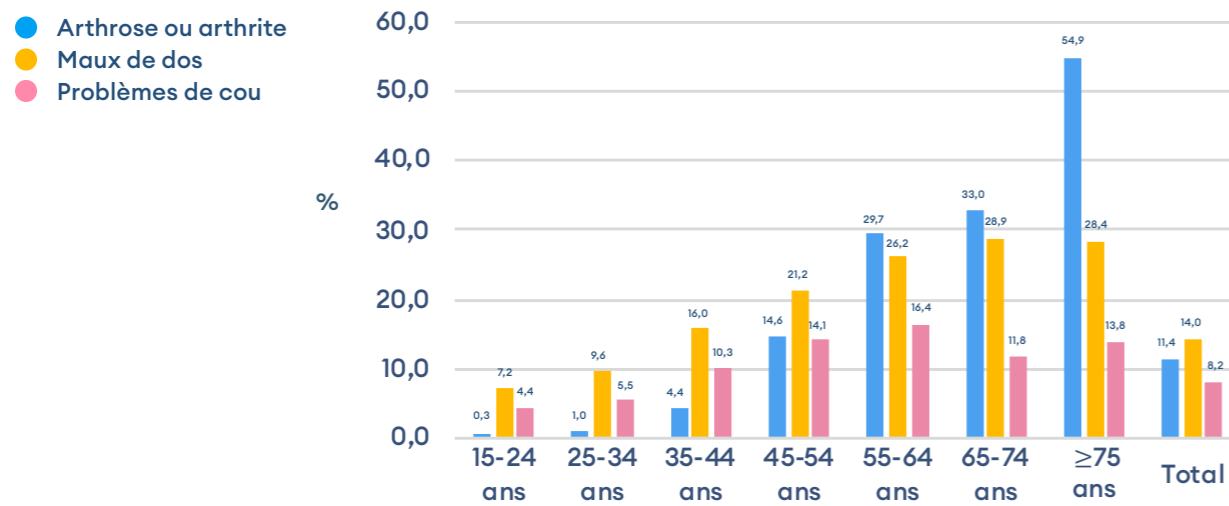
Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

³⁷ En cas de problème thyroïdien, la thyroïde produit trop ou trop peu d'hormones thyroïdiennes. Les troubles thyroïdiens provoquent souvent des symptômes généraux et des changements dans la régulation de la température corporelle, le rythme cardiaque, la fonction intestinale, le poids et la force. <https://www.gezondheidszorg.be/richtlijnen/behandeling-van-schildklierklachten>

³⁸ Dans le cas de l'excès de cholestérol, la différence est presque inexistante : 10,6 % des hommes et 10,5 % des femmes.

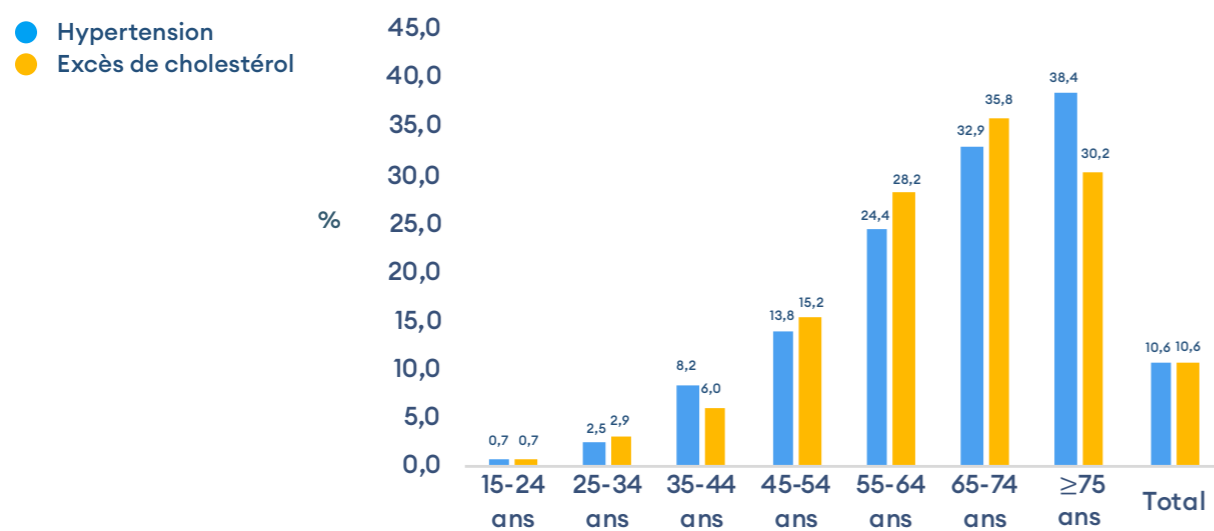
³⁹ <https://burden.sciensano.be/shiny/daly/>

Figure 2-24 Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) souffrant d'arthrose ou d'arthrite, de maux de dos et de douleurs au niveau du cou selon l'âge, Région bruxelloise, 2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Figure 2-25 Pourcentage de personnes (15 ans ou plus) souffrant d'hypertension ou d'un excès de cholestérol selon l'âge, Région bruxelloise, 2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

importante parmi les femmes bruxelloises⁴⁰. Bon nombre des affections fréquentes du tableau 2-2 font partie du « top 20 » en termes de nombre de DALY, tant pour les hommes que pour les femmes. C'est pourquoi nous accordons une attention spéciale à ces affections spécifiques dans cette partie.

De plus, la prévalence de l'hypertension et celle de l'excès de cholestérol sont aussi dignes d'être mentionnées étant donné qu'il s'agit de facteurs de risque des cardiopathies ischémiques. Il est clair que les cardiopathies ischémiques pèsent aussi lourdement sur la santé publique. Il s'agit même de la principale affection chez les hommes en termes de nombre de DALY. Par conséquent, une attention spéciale sera accordée dans cette partie à ces facteurs de risque cardiovasculaire, notamment en examinant l'incidence des infarctus aigus du myocarde.

Enfin, nous aborderons une importante conséquence des maladies chroniques, à savoir l'incapacité de travail. Nous nous pencherons sur plusieurs analyses qui permettent de mieux comprendre dans quelles catégories professionnelles l'incapacité de travail est la plus fréquente et quelles en sont les principales causes.

Arthrite ou arthrose

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 11,4 % de la population (âgée de 15 ans ou plus) déclare souffrir d'arthrite ou d'arthrose. Ces affections sont évaluées ensemble parce que nous supposons que les personnes concernées elles-mêmes ne font pas toujours correctement la distinction entre les deux. En 2018, l'arthrite ou l'arthrose touchait (près) de deux fois plus souvent les femmes (14,9 %) que les hommes (7,6 %), des pourcentages qui augmentent graduellement avec l'âge.

En 2018, 14,0 % de tous les Bruxellois déclaraient souffrir de problèmes lombaires ou autres maux de dos chroniques. Les femmes (15,8 %) y sont plus souvent confrontées que les hommes (12,1 %). À partir de 45 ans, au moins 1 Bruxellois sur 5 souffre de maux de dos.

Les problèmes au niveau du cou, bien que légèrement moins fréquents, restent très importants et touchent 8,2 % de tous les Bruxellois. Ils concernent eux aussi davantage les femmes (11,1 %) que les hommes (5,1 %). La figure 2-24 montre que les jeunes signalent moins de problèmes au niveau du cou,

mais le lien entre l'âge et les douleurs au niveau du cou n'est pas linéaire.

À la fin de cette partie (figure 2-32), nous démontrons que les affections musculosquelettiques (un terme générique qui recouvre l'arthrite, l'arthrose, les maux de dos, les douleurs au niveau du cou et des affections similaires) contribuent de manière importante à l'invalidité.

Hypertension et excès de cholestérol

Comme déjà mentionné, l'hypertension artérielle et l'excès de cholestérol (comme la consommation d'alcool, le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique et l'obésité) sont d'importants facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (Lim et al., 2013). Les trois figures suivantes reflètent donc la prévalence de ces affections chroniques selon l'âge : l'incidence des infarctus aigus du myocarde dans différentes catégories d'âge et les taux de mortalité par tranche d'âge pour les affections cardiovasculaires.

En 2018, 10,6 % de la population bruxelloise déclarait souffrir d'hypertension. Ce pourcentage est légèrement plus élevé chez les femmes (11,9 %) que chez les hommes (9,2 %)⁴¹. Le pourcentage de personnes qui affirment souffrir d'hypertension augmente progressivement avec l'âge. En 2018, 10,6 % des Bruxellois déclaraient aussi avoir un excès de cholestérol. Le pourcentage est presque le même pour les hommes (10,6 %) et pour les femmes (10,5 %). Le pourcentage de personnes avec un excès de cholestérol augmente avec l'âge jusqu'à 74 ans. À partir de 75 ans, il diminue.

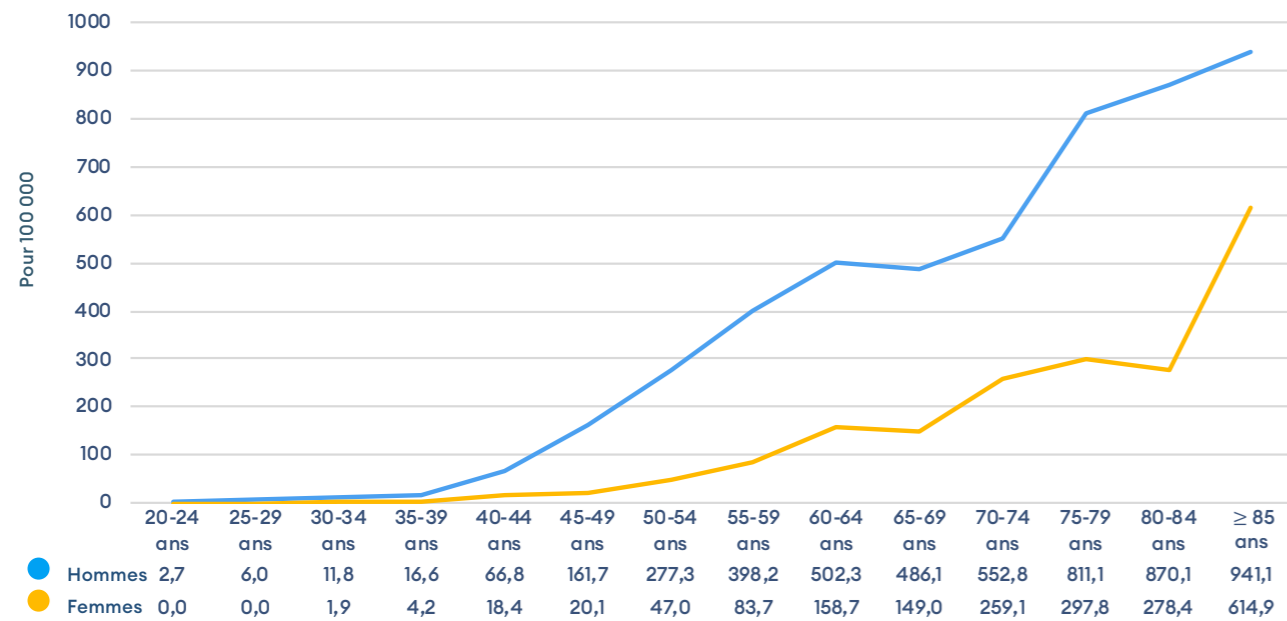
Affections cardiovasculaires

Selon le Résumé Hospitalier Minimum (RHM), les Bruxellois ont effectué 1 327 séjours hospitaliers au total en 2019 pour cause d'infarctus aigu du myocarde : 924 pour les hommes et 403 pour les femmes. Ces données hospitalières n'offrent toutefois qu'une image approximative de l'incidence des infarctus. Elles ne tiennent pas compte des cas qui ne débouchent pas sur une hospitalisation ou qui entraînent immédiatement la mort. La figure 2-26 montre que ces hospitalisations augmentent avec l'âge et qu'elles sont plus nombreuses chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge. Nous constatons aussi que l'augmentation avec l'âge est bien moins linéaire chez les femmes que

⁴⁰ Son impact est plus limité chez les hommes mais reste important. La « lombalgie » arrive en 8e position en termes de nombre de DALY chez les hommes bruxellois.

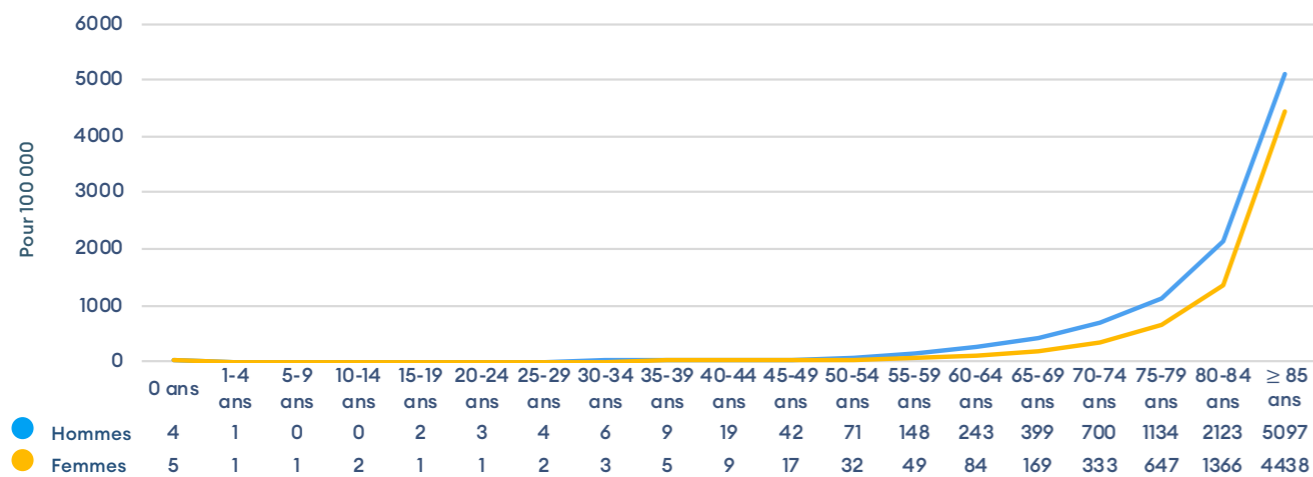
⁴¹ Cette différence n'est toutefois pas significative sur le plan statistique.

Figure 2-26 Incidence de l'infarctus aigu du myocarde (hospitalisation) selon l'âge et le sexe, Région bruxelloise, 2019



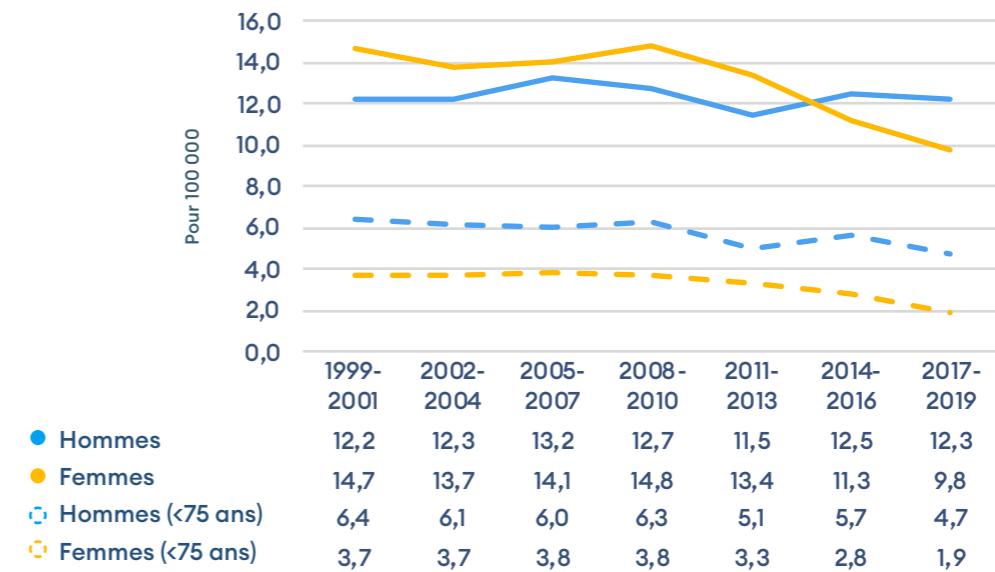
Source : SPF Santé publique, RHM ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-27 Taux bruts de mortalité (pour 100 000 habitants) par tranche d'âge pour les affections cardiovasculaires selon le sexe, Région bruxelloise, 2010-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-28 Mortalité brute totale et prématurée liée au diabète (pour 100 000 habitants) selon le sexe et la période, Région bruxelloise, 1999-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

chez les hommes. Chez les femmes de 85 ans et plus, l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde fait plus que doubler.

Entre 2008 et 2016, l'incidence de l'infarctus aigu du myocarde standardisée selon l'âge a diminué pour les deux sexes à Bruxelles (comme dans les deux autres régions de Belgique). Chez les hommes, la diminution était similaire dans toutes les régions. Chez les femmes, elle était plus prononcée à Bruxelles et en Flandre⁴².

La figure 2-27 montre que le taux brut de mortalité due aux affections cardiovasculaires est étroitement lié à l'âge et est systématiquement plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Diabète

Le diabète constitue un défi majeur en termes de santé publique. Selon les chiffres de l'AIM, 6,2 % des hommes bruxellois et 5,8 % des femmes bruxelloises souffraient du diabète en 2021. Ces chiffres ont augmenté au cours des dernières années⁴³. La

prévalence du diabète est probablement bien plus élevée. De nombreuses personnes en souffrent sans le savoir et sa prévalence est par conséquent sous-estimée. Même dans les pays riches, on estime que 30 à 50 % des cas de diabète ne seraient pas diagnostiqués⁴⁴. En outre, le fardeau de la maladie du diabète (exprimé en DALY) est plus important que celui d'autres affections plus souvent signalées par les Bruxellois en 2018, comme les maladies thyroïdiennes et les allergies. La figure 2-28 montre que le risque de mortalité liée au diabète est en baisse pour les femmes, alors qu'il est plus ou moins stable pour les hommes.

Le diabète touche plus fréquemment les personnes avec un statut socioéconomique inférieur. La prévalence du diabète diagnostiqué est près de deux fois plus élevée chez les bénéficiaires de l'intervention majorée. Les personnes avec un faible niveau d'éducation sont aussi nettement plus susceptibles de souffrir d'un diabète non diagnostiqué ou mal contrôlé que les personnes avec un niveau d'éducation supérieur. Cela suggère l'existence d'inégalités sociales dans le dépistage et le suivi du diabète⁴⁵.

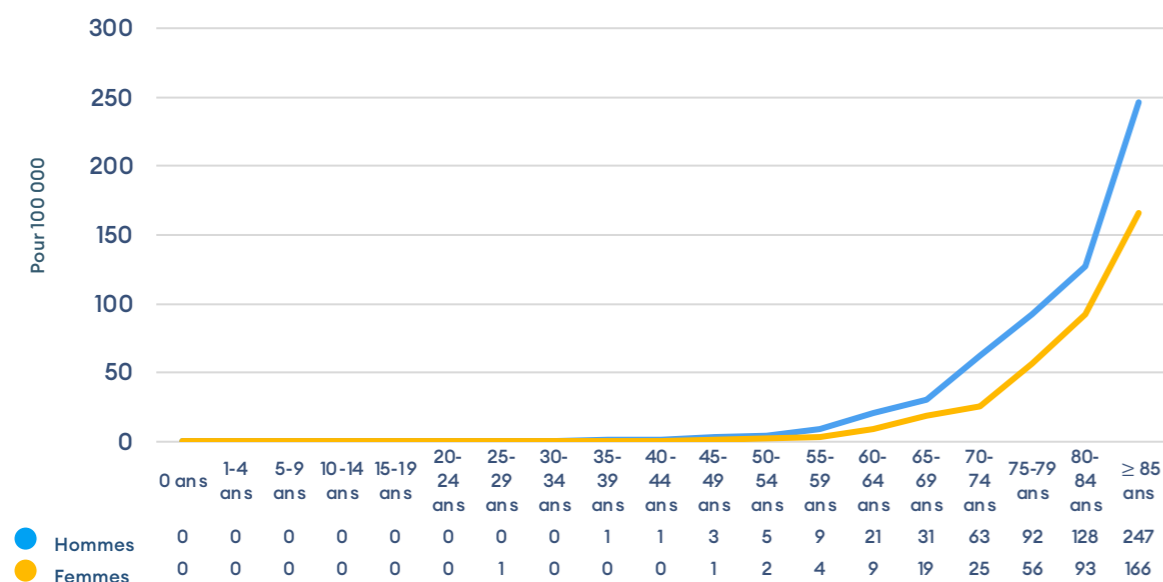
⁴² <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cardiopathie-ischémique>

⁴³ Dix ans plus tôt, en 2011, 5,0 % des hommes bruxellois et 4,8 % des femmes bruxelloises souffraient du diabète.

⁴⁴ https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

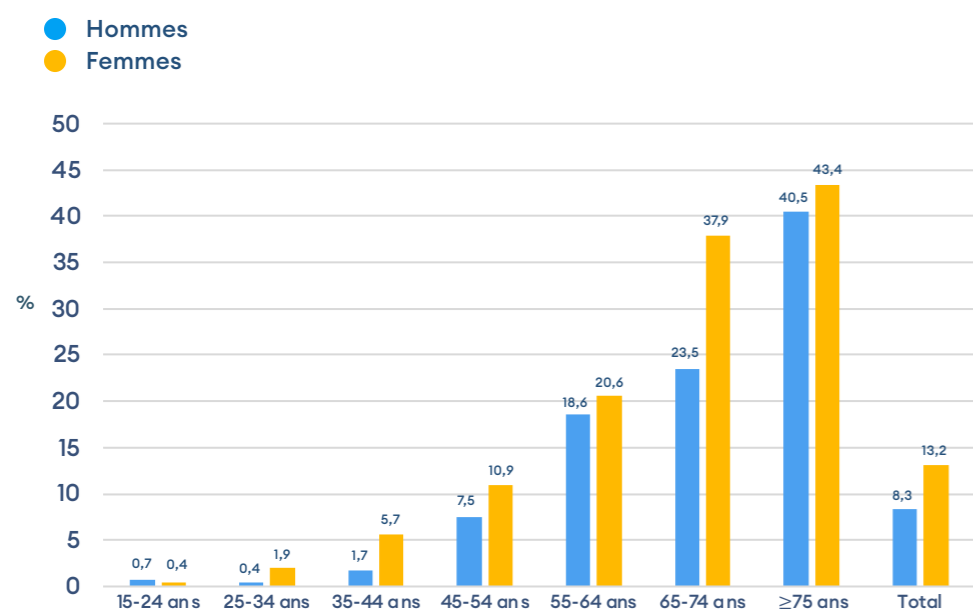
⁴⁵ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/diabete>

Figure 2-29 Taux bruts de mortalité (pour 100 000 habitants) par tranche d'âge pour le diabète selon le sexe, Région bruxelloise, 2010-2019



Bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel, Statistische formulieren voor geboorten en overlijden & Statistics Belgium

Figure 2-30 Pourcentage de la population souffrant de multimorbidité, Région bruxelloise, 2018



Source : Sciensano, Enquête de santé 2018

Pour la période 2017-2019, le taux de mortalité totale liée au diabète (cause initiale) était de 9,8 décès (pour 100 000 habitants) pour les femmes bruxelloises et de 12,3 décès (pour 100 000 habitants) pour les hommes bruxellois. Si nous examinons le taux de mortalité prématurée, nous constatons qu'avant l'âge de 75 ans aussi, les hommes (4,7) décèdent plus souvent du diabète que les femmes (1,9).

La figure 2-29 montre que la mortalité liée au diabète augmente significativement avec l'âge, surtout à partir de 55-59 ans. Avant 50 ans, peu d'hommes et de femmes décèdent des suites du diabète.

Multimorbidité

Nous avons jusqu'à présent abordé les maladies chroniques séparément, mais elles se manifestent souvent conjointement. En 2018, plus d'un Bruxellois sur dix déclarait en effet souffrir de plus d'une maladie chronique. Le pourcentage de Bruxellois souffrant de multimorbidité⁴⁶ augmente significativement avec l'âge et les femmes sont plus souvent touchées que les hommes (sauf chez les 15-24 ans).

La multimorbidité a bien sûr un impact majeur sur la qualité de vie. Pas moins de 54,9 % des personnes qui indiquaient souffrir de deux affections chroniques (ou plus) en 2018 estimaient être en mauvaise santé (Enquête de santé 2018, Sciensano). À titre de comparaison : parmi les personnes atteintes d'une seule affection chronique, 17,2 % « seulement » affirmaient être en mauvaise santé et parmi les personnes ne souffrant d'aucune affection chronique, elles étaient 10,1 % « seulement ».

Incapacité de travail et invalidité

En raison de leur lourd impact sur le fonctionnement quotidien, les maladies chroniques donnent souvent lieu à une incapacité de travail de longue durée⁴⁷. À l'inverse, certaines activités professionnelles entraînent souvent des maladies chroniques. En d'autres termes, il existe un lien entre le travail et l'invalidité. C'est pourquoi nous nous intéressons ici à l'incapacité de travail de longue durée.

Les données présentées ici concernent les personnes qui ont bénéficié d'une indemnité d'invalidité au 30 juin de l'année considérée, après une incapacité de travail de plus d'un an. L'incapacité de travail de courte durée (moins d'un an) n'est donc pas comprise. De manière générale, le nombre de personnes bénéficiant d'une indemnité d'invalidité augmente progressivement d'année en année dans la Région bruxelloise, comme dans le reste de la Belgique⁴⁸. Certains facteurs sociodémographiques expliquent en partie ce phénomène, notamment l'augmentation du nombre d'ayants droit à la suite de la plus grande participation des femmes au marché du travail, le recul de l'âge de la retraite des femmes (aligné sur celui des hommes) et le durcissement des conditions d'accès à la prépension et aux retraites⁴⁹.

En 2021, 38 798 salariés et 2 582 indépendants⁵⁰ ont perçu une indemnité à la suite d'une incapacité de travail de longue durée.

Le taux de personnes en incapacité de travail a augmenté ces 10 dernières années, passant de 6,1 à 9,4 pour 100 salariés et de 2,5 à 3,7 pour 100 indépendants entre 2011 et 2021 (non illustré).

La figure 2-31 montre qu'il existe d'importantes différences entre les hommes et les femmes, d'une part, et entre les ouvriers et les employés, d'autre part, en ce qui concerne le pourcentage de personnes en incapacité de travail. La proportion de personnes en invalidité est plus élevée chez les femmes (12,7 %) que chez les hommes (8,5 %) et chez les ouvriers (13,3 %) que chez les employés (8,0 %).

La proportion de personnes en incapacité augmente avec l'âge, tant pour les hommes que pour les femmes et pour les ouvriers que pour les

⁴⁶ Dans le cadre de l'enquête de santé, la multimorbidité est définie comme la présence d'au moins deux des six affections chroniques suivantes : maladie cardiaque, maladie pulmonaire chronique, diabète, cancer, arthrite et/ou arthrose et hypertension.

⁴⁷ On parle d'invalidité quand une personne est en incapacité de travail depuis plus d'un an.

⁴⁸ Pour plus d'informations sur les facteurs qui expliquent cette hausse, voir <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/tbs-2016-invalidite>

⁴⁹ Recul de l'âge de la retraite des femmes : l'âge de la retraite des femmes a été progressivement aligné sur celui des hommes et l'égalité a été atteinte en 2009. Cette mesure permet notamment aux femmes de bénéficier d'une indemnité d'invalidité plus longtemps ou à un âge plus avancé.

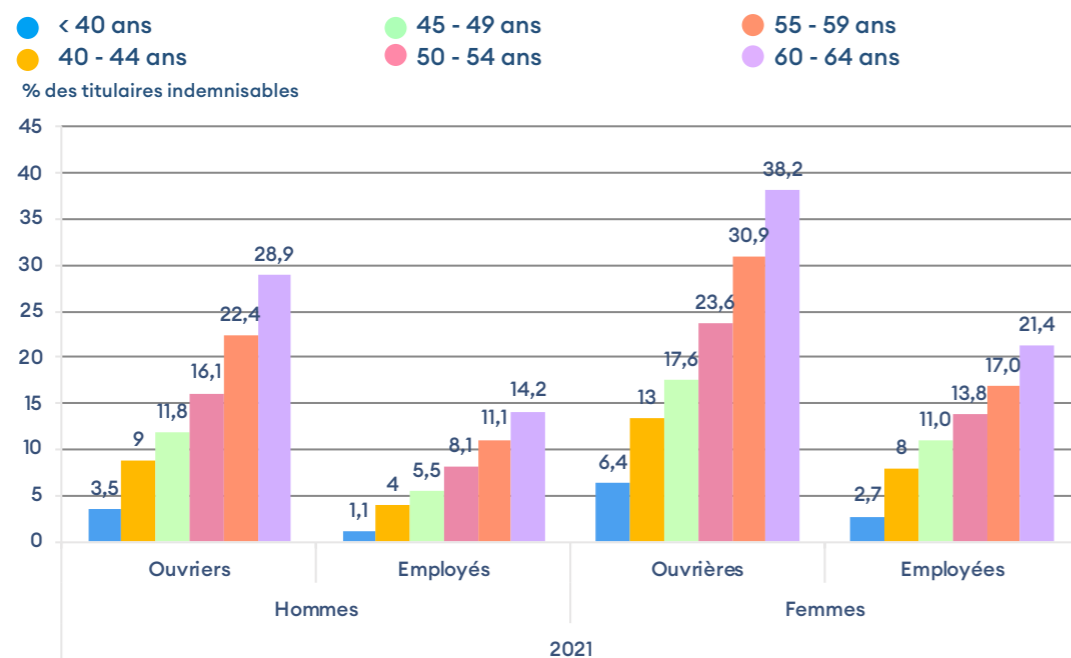
⁵⁰ Les taux d'incapacité de travail sont présentés séparément pour les salariés et les indépendants parce que la situation des personnes en incapacité de travail diffère entre ces deux régimes : outre les différences dans le profil de ceux qui s'inscrivent comme indépendants et dans les types d'activités qu'ils exercent, il existe des différences importantes en termes de droit aux indemnités d'incapacité de travail.

Tableau 2-3 Répartition de l'invalidité selon le statut professionnel et le sexe, Région bruxelloise, 2021

Salariés				Indépendants			
Statut	Sexe	Nombre	%	Statut	Sexe	Nombre	%
Ouvriers		25 077		Indépendants		2 567	99,4
	Hommes	11 805	30,4		Hommes	1 758	68,1
	Femmes	13 272	34,2		Femmes	809	31,3
Employés		13 721	35,4	Conjoints aidants		15	0,6
	Hommes	4 226	10,9		Hommes	6	0,2
	Femmes	9 495	24,5		Femmes	9	0,3
TOTAL		38 798	100,0	TOTAL		2 582	100,0
	Hommes	16 031	41,3		Hommes	1 764	68,3
	Femmes	22 767	58,7		Femmes	818	31,7

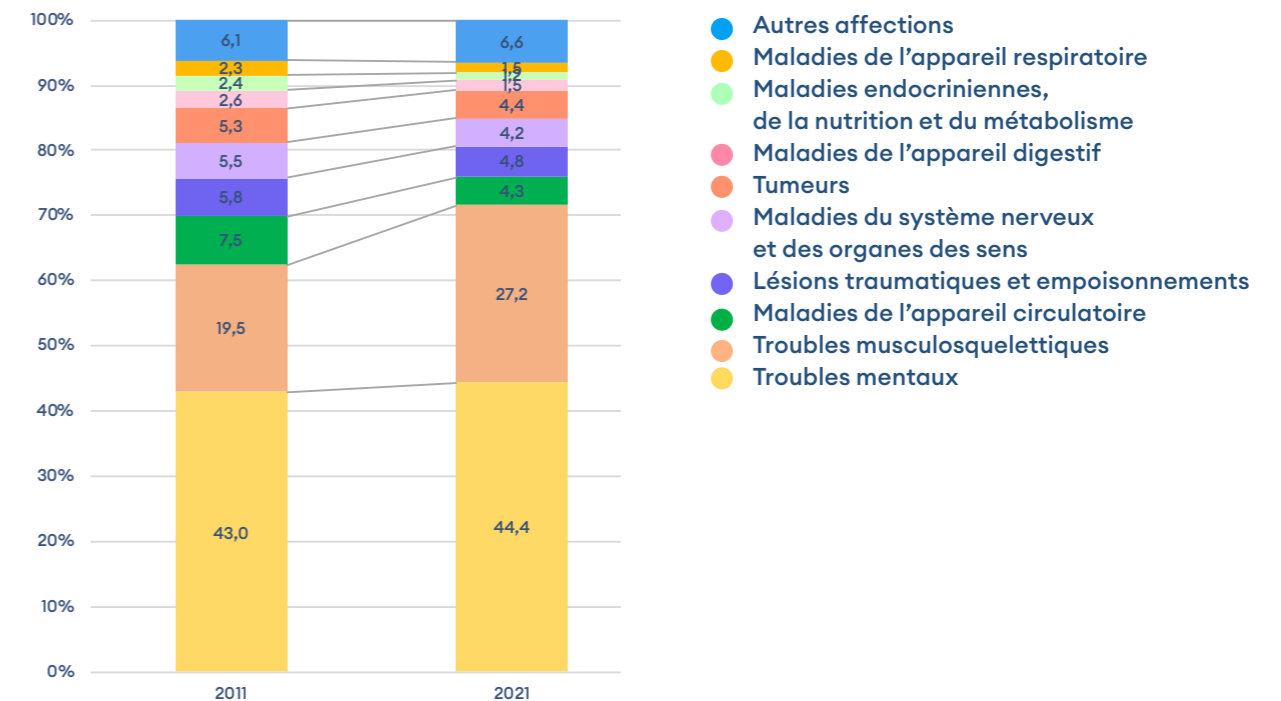
Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-31 Proportion des personnes en invalidité selon le groupe d'âge, le sexe et la situation professionnelle, Région bruxelloise, 2021



Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-32 Causes d'invalidité, Bruxelles, comparaison entre 2011 et 2021



Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

employés. En 2021, plus d'une ouvrière (38,2 %) et un peu moins d'un ouvrier (28,9 %) de 60 à 64 ans souffraient d'un handicap dans la Région bruxelloise, tandis que ces pourcentages s'élevaient à 21,4 % pour les employées et à 14,2 % pour les employés de cette même tranche d'âge.

La figure 2-32 compare les principales causes d'invalidité entre les années 2011 et 2021. Les troubles mentaux étaient la principale cause d'invalidité tant en 2011 qu'en 2021. Par ailleurs, nous constatons que le pourcentage de troubles musculosquelettiques a aussi augmenté par rapport à 2011.

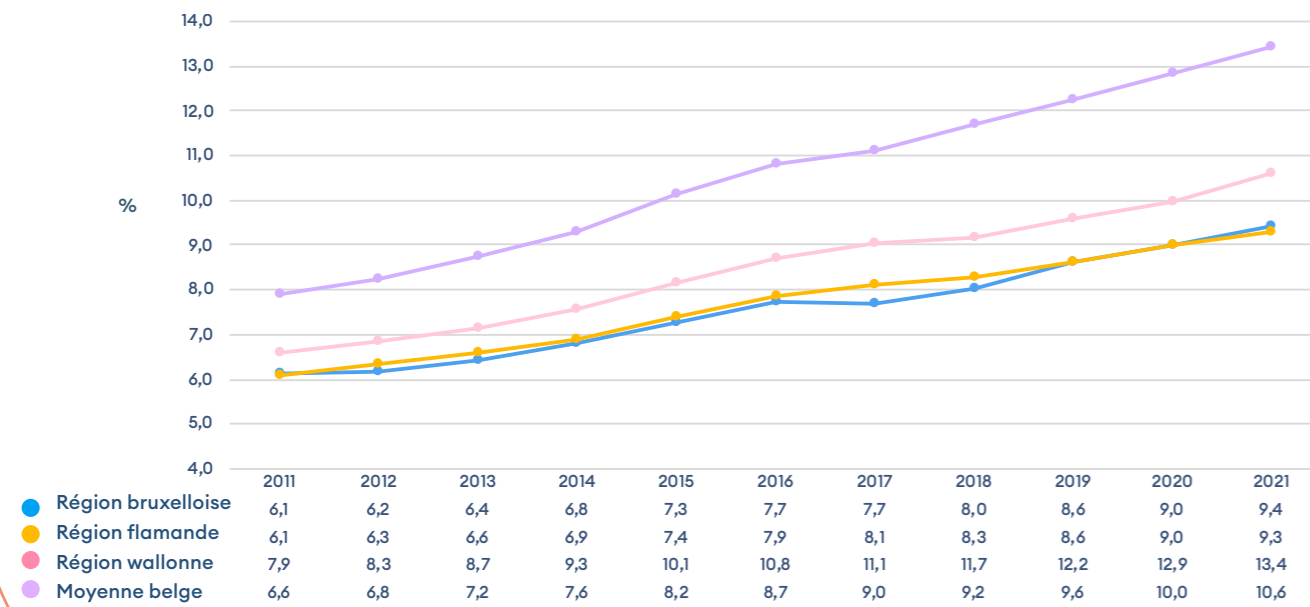
Il existe des différences entre les régions belges et entre les communes bruxelloises en ce qui concerne la proportion de personnes en invalidité. En 2021, la proportion de personnes en invalidité dans la Région bruxelloise s'élevait à 9,4 %, un pourcentage comparable à celui de la Flandre (9,3 %), mais inférieur à celui de la Wallonie (13,4 %) et à la moyenne nationale (10,6 %).

Entre 2000 et 2010, la part des personnes en invalidité dans la Région bruxelloise est passée du niveau de la Région wallonne à celui de la Région flamande. Après une forte diminution, le pourcentage chez les Bruxellois a commencé à augmenter et, depuis 2011, il semble suivre la même tendance à la hausse que celui de la Région flamande. Le taux d'invalidité est principalement en hausse en raison du vieillissement de la population⁵¹.

Enfin, la figure 2-34 compare les différentes communes bruxelloises entre elles. Elle montre que l'invalidité (des salariés comme des indépendants) est répartie de manière inégale entre les communes bruxelloises : en 2021, la proportion d'invalides parmi la population en âge de travailler variait de 2,7 % à Ixelles et Woluwe-Saint-Pierre à 7,3 % à Ganshoren.

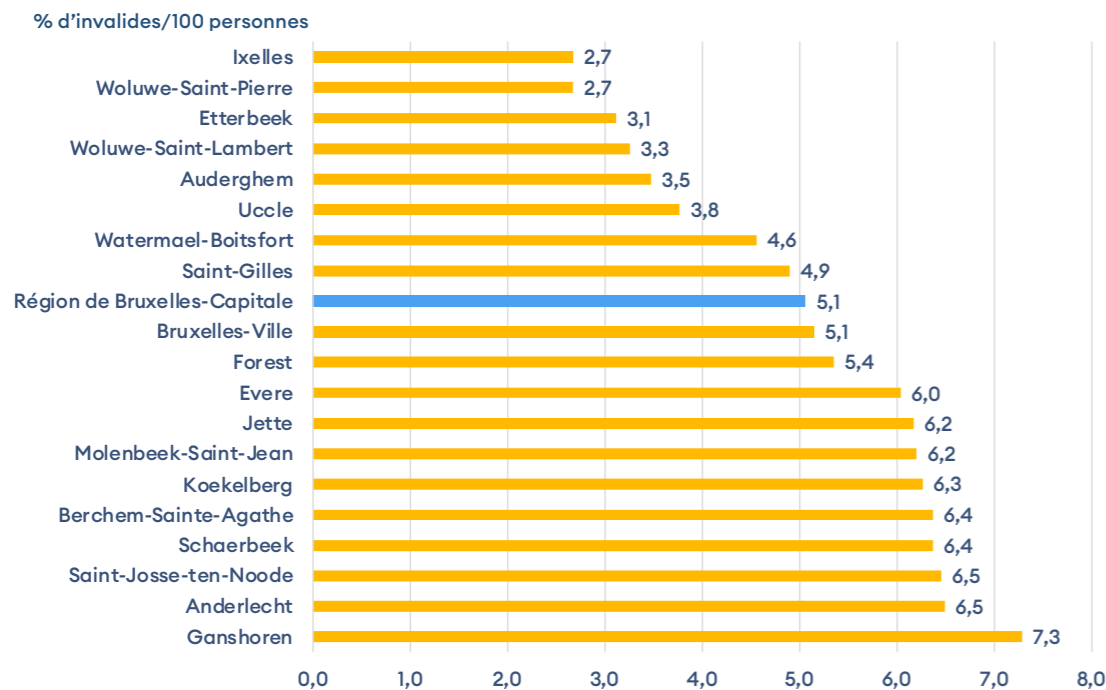
⁵¹ <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/maladie-chronique>

Figure 2-33 Évolution de la proportion de personnes en invalidité par région, régime des salariés, Belgique, 2011-2021



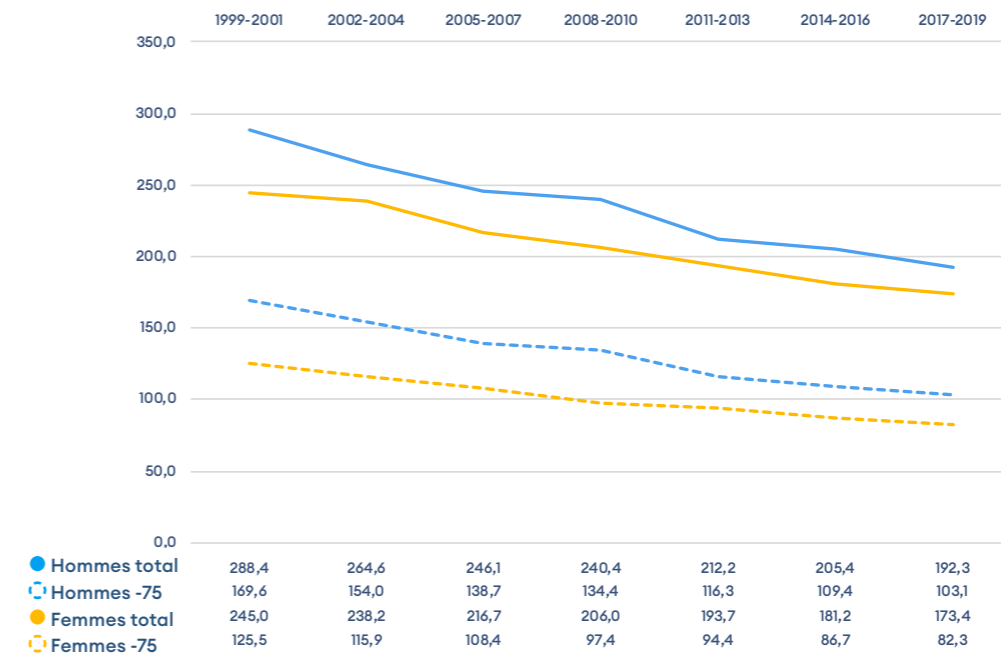
Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-34 Proportion de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité par commune, 2021



Source : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-35 Évolution des taux de mortalité brute (tous les âges) et prématurée (< 75 ans) (pour 100 000 habitants) liée au cancer entre 1999 et 2019, par période de trois ans, selon le sexe, population bruxelloise



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Conclusion

Les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires, les cancers et les affections respiratoires, sont les principales causes de décès en Belgique et dans d'autres pays occidentaux, et leurs facteurs de risque se recoupent souvent, entraînant ainsi des multimorbidités. La Région bruxelloise a en outre enregistré une augmentation remarquable de nombre d'invalides, une tendance observée dans l'ensemble de la Belgique. Ce phénomène est en grande partie dû à une hausse du nombre d'ayants droit, influencée par des facteurs tels que la plus grande participation des femmes au marché du travail, un changement des conditions d'accès à la retraite et l'augmentation du nombre d'habitants en âge de travailler à Bruxelles.

D. Cancer

Ci-dessous, nous abordons la situation générale et les tendances relatives à l'incidence du cancer et à la mortalité due à cette maladie dans la population bruxelloise. Pour des informations plus détaillées sur les différents types de cancers, nous renvoyons aux publications de la Fondation Registre du Cancer⁵², qui mentionnent toujours les chiffres pour la Région bruxelloise.

Le cancer est aujourd'hui la première cause de décès chez les hommes, avant les maladies cardiovasculaires. Chez les femmes, il se classe toujours en deuxième position, après les maladies cardiovasculaires.

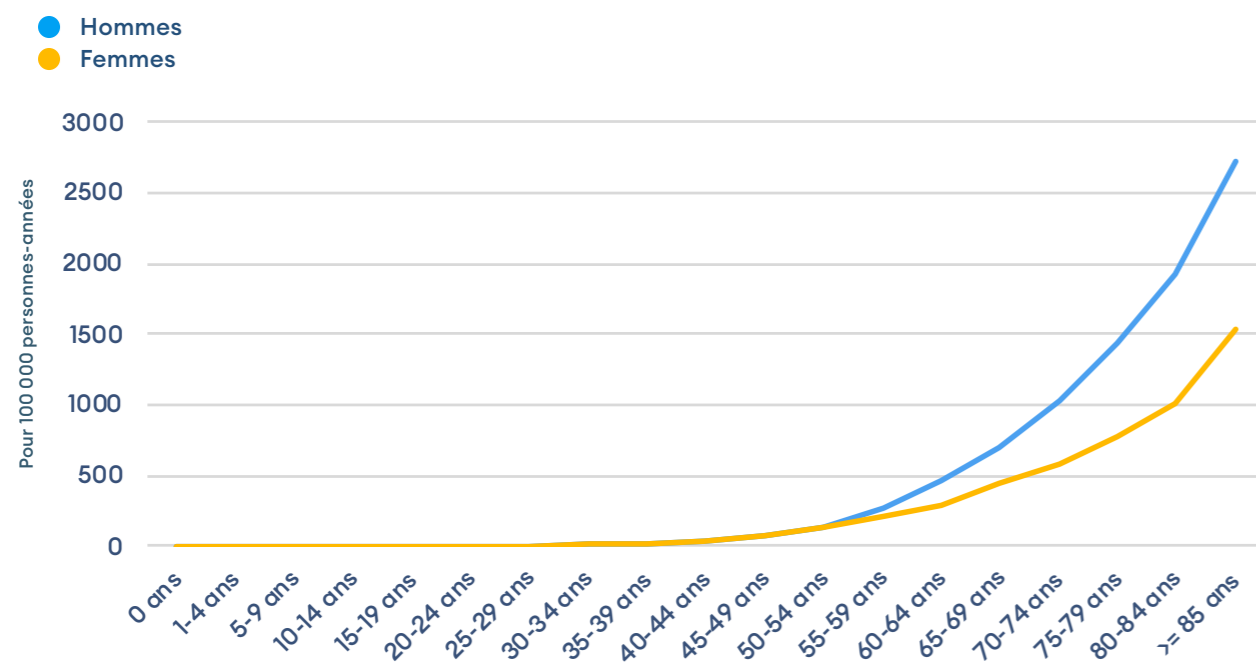
⁵² <https://kankerregister.org/fr>

Tableau 2-4 Incidence des cancers (cancer de la peau non-mélanome exclu) selon le sexe et la région, Belgique, comparaison 2009-2019

	Incidence brute /100 000		Incidence standardisée* /100 000	
	2009	2019	2009	2019
Hommes				
Région bruxelloise	475,0	452,0	477,7	459,7
Région flamande	661,0	721,4	500,2	485,4
Région wallonne	595,1	696,9	505,8	521,8
Belgique	621,7	685,3	501,1	494,7
Femmes				
Région bruxelloise	467,0	442,1	399,4	385,4
Région flamande	513,7	588,0	370,5	399,8
Région wallonne	508,2	580,2	388,1	412,4
Belgique	507,2	570,0	378,7	402,1

*Sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Fondation Registre du Cancer

Figure 2-36 Taux bruts de mortalité liée au cancer (cancer de la peau non-mélanome exclu) selon l'âge et le sexe, Région bruxelloise, 2010-2019



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Évolution au fil du temps

En 2019, le cancer a été responsable de 24,6 % de tous les décès à Bruxelles⁵³, ce qui montre son impact considérable sur la santé publique. Ce pourcentage est en outre bien plus élevé si nous considérons la mortalité prématurée. Parmi tous les Bruxellois de moins de 75 ans décédés en 2019, pas moins de 36,6 % ont perdu la vie à la suite d'un cancer. La figure 2-35 montre clairement que les taux de mortalité liée au cancer diminuent progressivement, tant pour les hommes que pour les femmes.

Selon le Registre du Cancer, 5 402 nouveaux cas de cancer (cancer de la peau non-mélanome exclu) ont été diagnostiqués en 2019 au sein de la population bruxelloise : 2 678 chez les hommes et 2 724 chez les femmes. C'est 371 de plus qu'en 2009 (quand 5 031 nouveaux cas avaient été diagnostiqués au total). Cette hausse s'explique au moins en partie par l'augmentation de la population bruxelloise.

Le tableau 2-4 montre que tant l'incidence brute que standardisée du cancer est restée relativement stable entre 2009 et 2019 dans la Région bruxelloise, alors qu'elle a augmenté en Belgique. Il est aussi frappant de constater que l'incidence brute du cancer est plus faible à Bruxelles que dans le reste de la Belgique, ce qui s'explique par le fait que la population bruxelloise est plus jeune que celle des autres régions.

Différences d'âge

La figure 2-36 montre clairement que le risque de décéder du cancer augmente significativement avec l'âge. Le risque reste relativement faible jusqu'à 60 ans (environ), après quoi il augmente fortement. Par ailleurs, il convient aussi de noter que la mortalité liée au cancer est systématiquement plus élevée chez les hommes, ce qui s'explique en partie par le fait que le cancer du poumon – l'un des plus mortels – est bien plus fréquent chez les hommes (principalement parce que davantage d'hommes fument ou ont fumé).

Incidence par type de cancer

Le tableau 2-5 donne un aperçu des cancers les plus souvent diagnostiqués chez les hommes et les femmes en 2019. Les trois types de cancers les plus fréquents chez les hommes en 2019 étaient le

cancer de la prostate, le cancer des poumons et le cancer colorectal. Chez les femmes, il s'agissait du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer des poumons. Un peu plus loin, nous accordons davantage d'attention à ces types de cancers en nous penchant sur leur évolution dans le temps à l'aide des taux de mortalité standardisés (figures 2-37 et 2-38). Dans la Région de Bruxelles-Capitale, nous avons constaté au cours des deux dernières décennies une tendance à la baisse de l'incidence brute du cancer, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, l'incidence est aussi en baisse si nous tenons compte des chiffres corrigés sur l'âge ; chez les femmes, il est plutôt question d'une stabilisation⁵⁴. Ces chiffres sont étonnants, étant donné que l'incidence brute du cancer a augmenté dans les deux autres régions. Le fait que l'évolution soit différente à Bruxelles s'explique principalement par des différences dans la distribution des âges : comme déjà indiqué, Bruxelles a longtemps connu un rajeunissement de sa population, contrairement aux deux autres régions, et nous savons que le cancer est plus fréquent dans les groupes de population plus âgés.

Le « top 10 » pour les hommes (tableau 2-5) représentait 74,8 % de tous les nouveaux cancers diagnostiqués et 67,1 % de tous les décès dus au cancer en 2019. Pour les femmes, il s'agissait de 76,6 % de tous les nouveaux cancers diagnostiqués et de 58,4 % de tous les décès dus au cancer (2019).

Le tableau 2-5 montre clairement que les cancers les plus souvent diagnostiqués ne sont pas nécessairement les plus mortels. Ainsi, le cancer de la prostate représentait un peu plus de 20 % de tous les nouveaux cancers diagnostiqués chez les hommes en 2019, alors qu'il a été responsable de « seulement » 11,3 % des décès dus au cancer cette année-là. L'inverse est vrai pour le cancer du poumon. Alors que la proportion de cancers du poumon parmi tous les cancers diagnostiqués chez les hommes s'élevait à 14,3 % cette année-là, près de 1 décès dû au cancer sur 4 chez les hommes a été provoqué par une tumeur au poumon et/ou au larynx.

Si nous nous penchons sur la situation des femmes bruxelloises, l'impact du cancer du sein sur la santé publique apparaît encore une fois clairement. En termes d'incidence brute, le cancer du sein est diagnostiqué 3,7 fois plus souvent que le type de cancer suivant (colorectal).

⁵³ Calculé sur la base des bulletins statistiques de décès

⁵⁴ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cancer>.

Tableau 2-5 Tumeurs les plus fréquentes, selon le sexe, Région bruxelloise, 2019

Code ICD-10	Localisation	Total	Incidence brute (/100 000 personnes-années)	Incidence standardisée* (/100 000 personnes-années)	% nouveaux cancers diagnostiqués	% décès dus au cancer
Hommes						
Total (cancer de la peau non-mélanome exclu)		2 678	452,0	459,7	-	-
C61	Prostate	606	102,3	106,3	22,6 %	11,3 %
C34	Poumon	383	64,6	67,0	14,3 %	23,7 %
C18-C20	Colorectal	298	50,3	50,7	11,1 %	9,8 %
C00-C14 ; C30-C32	Tête et cou	159	26,8	28,1	5,9 %	4,7 %
C67	Vessie	123	20,8	19,8	4,6 %	3,4 %
C82-C86	Lymphome non hodgkinien	94	15,9	15,8	3,5 %	2,6 %
C43	Mélanome	91	15,4	15,0	3,4 %	1,1 %
C64	Rein	90	15,2	15,5	3,4 %	2,1 %
C16	Estomac	82	13,8	13,7	3,1 %	2,8 %
C25	Pancréas	76	12,8	13,2	2,8 %	5,6 %
Femmes						
Total (cancer de la peau non-mélanome exclu)		2 724	442,1	385,4	-	-
C50	Sein	953	154,7	142,0	35,0 %	16,2 %
C18-C20	Colorectal	317	51,5	38,3	11,6 %	10,8 %
C34	Poumon	245	39,8	36,1	9,0 %	16,8 %
C43	Mélanome	119	19,3	17,1	4,4 %	0,7 %
C54	Corps de l'utérus	95	15,4	13,0	3,5 %	1,5 %
C73	Thyroïde	86	14,0	13,8	3,2 %	0,3 %
C82-C86	Lymphome non hodgkinien	86	14,0	11,9	3,2 %	1,8 %
C25	Pancréas	72	11,7	9,0	2,6 %	8,1 %
C00-C14 ; C30-C32	Tête et cou	59	9,6	9,1	2,2 %	1,5 %
C53	Col de l'utérus	55	8,9	8,6	2,0 %	0,6 %

*Sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Fondation Registre du Cancer

Mortalité par type de cancer

Le tableau 2-6 donne un aperçu des types de cancers qui ont provoqué le plus de décès (en chiffres absolus) dans la Région bruxelloise entre 2010 et 2019.

De manière générale, la mortalité stagne : aucun type de cancer n'a provoqué plus ou moins de décès entre 2010 et 2019 qu'entre 2000 et 2009. Il est plutôt question d'une diminution générale, en particulier pour certains cancers fréquents (le cancer du poumon chez l'homme et du sein chez la femme).

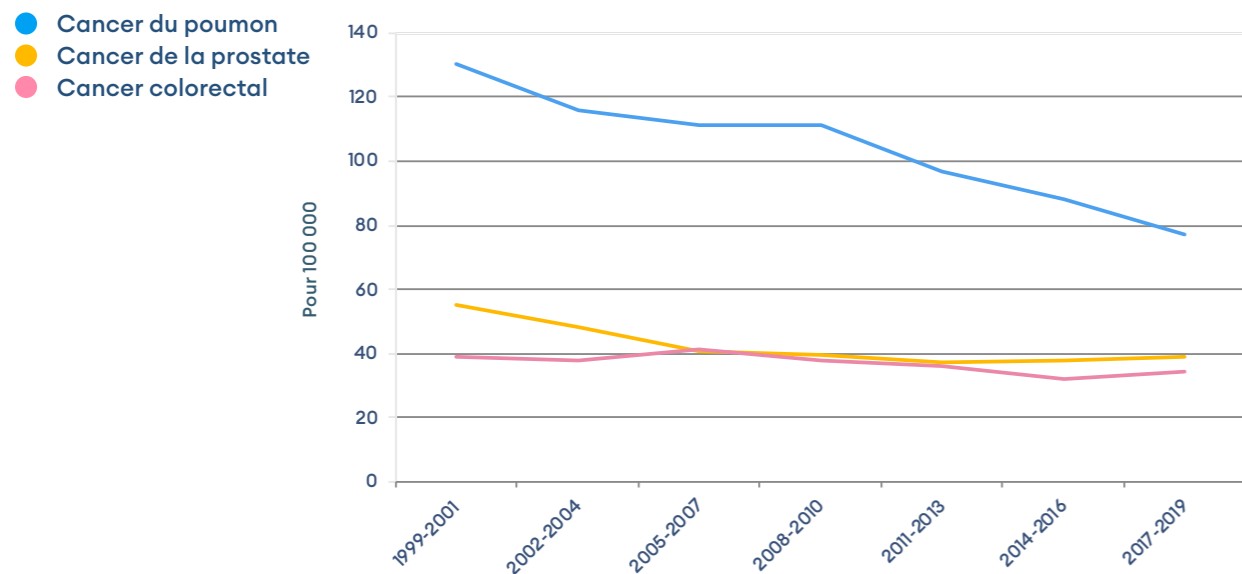
Sept types de cancers sont aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes, à savoir le cancer du poumon, le cancer colorectal, le cancer du pancréas, le cancer du foie et des voies biliaires, le cancer de la vessie, le cancer de l'estomac et le lymphome non hodgkinien. L'impact d'un type de cancer donné peut varier fortement entre les hommes et les femmes, même s'il occupe (plus ou moins) la même place dans le « classement » relatif à la mortalité. Ainsi, la mortalité prématurée et la mortalité à 75 ans ou plus liée au cancer du poumon sont toujours (environ) deux fois plus élevées chez les hommes que chez les femmes. De manière

Tableau 2-6 Nombre de décès dus aux différents cancers (top 10) selon le nombre de décès en 2010-2019 avec taux de mortalité standardisé* (pour 100 000 habitants) par type de cancer, selon le sexe et la période, Région bruxelloise

Code ICD-10	Localisation	Total 2010 - 2019	2000 - 2009		2010 - 2019	
			<75 ans	≥75 ans	<75 ans	≥75 ans
Hommes						
Total (cancer de la peau non-mélanome exclu)		11 358	209,5	2 189,1	170,2	1 931,8
C34	Poumon	2 999	72,4	491,2	52,9	417
C61	Prostate	1 218	9,7	406	8,8	338,5
C18-C20	Colorectal	1 173	17,5	262,9	14,9	233,6
C25	Pancréas	661	10,6	100,8	11,4	94,7
C00-C14 ; C30-C32	Tête et cou	544	14,2	45,8	11,2	52,7
C22	Foie et voies biliaires	537	8,9	76,7	9,3	75
C67	Vessie	533	6,3	135,5	5,8	124
C16	Estomac	377	7,2	70	6	55,8
C15	Œsophage	338	7,3	47,6	6,2	42,4
C82-C86	Lymphome non hodgkinien	326	4,9	55,8	4,3	63,3
Femmes						
Total (cancer de la peau non-mélanome exclu)		10 453	137,7	1 140,1	114,3	1 054,9
C50	Sein	1 985	32,1	186,9	24,1	179,7
C34	Poumon	1 720	25,4	124,6	24,7	139,3
C18-C20	Colorectal	1 157	11,8	173,4	8,9	140,7
C25	Pancréas	754	7,7	78,7	7,6	83,9
C56	Ovaires	488	7,5	53,2	5,5	49,6
C22	Foie et voies biliaires	347	3,5	39,2	3,4	40,1
C82-C86	Lymphome non hodgkinien	294	3,3	38,8	2,3	36,7
C16	Estomac	239	3,0	34,5	2,4	25,9
C71-C72	Système nerveux central	213	3,8	11,2	3,2	14,1
C67	Vessie	205	2,0	29,6	1,3	26,3

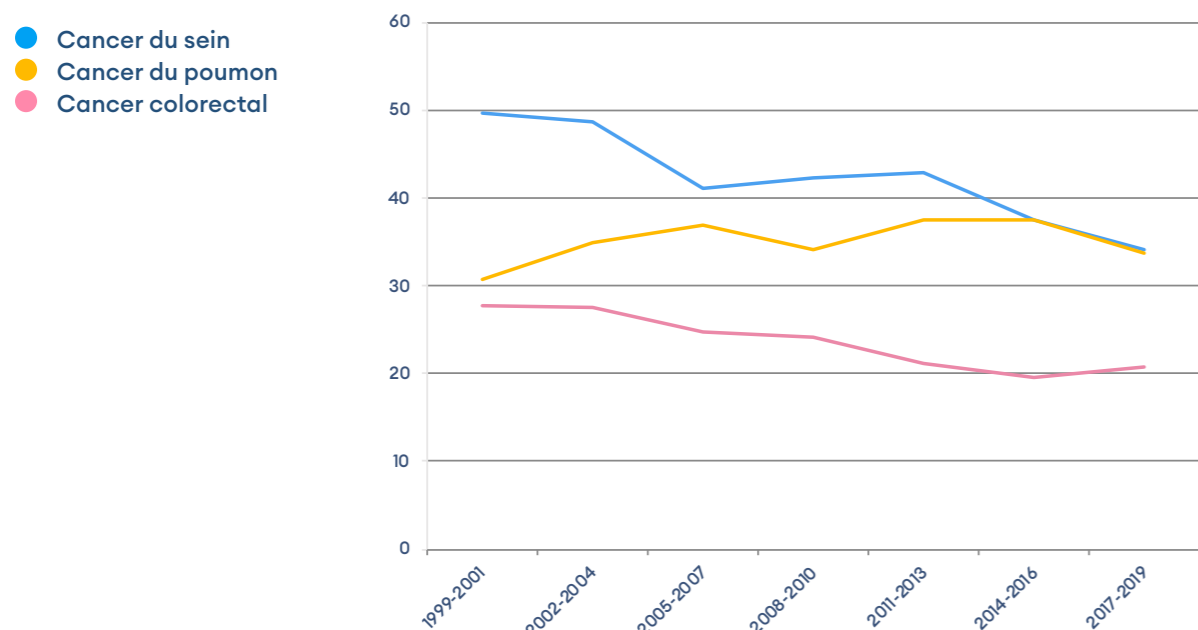
*Sur la base de la population européenne de référence (2013)
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-37 Évolution des taux standardisés* de mortalité due au cancer du poumon, au cancer de la prostate et au cancer colorectal parmi les hommes bruxellois (pour 100 000 habitants), 1999-2019



*Sur base de la population européenne de référence (2013)
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

Figure 2-38 Évolution des taux standardisés* de mortalité due au cancer du sein, au cancer du poumon et au cancer colorectal parmi les femmes bruxelloises (pour 100 000 habitants), 1999-2019



*Sur base de la population européenne de référence (2013)
Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, Bulletins statistiques de naissance et décès & Statistics Belgium

générale, la mortalité liée à presque tous les types de cancer est systématiquement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, les figures 2-37 et 2-38 montrent l'évolution du taux de mortalité liée aux trois types de cancers les plus fréquents (pendant la période 1999-2019), après standardisation selon l'âge, pour les hommes et les femmes. Parmi les hommes bruxellois (figure 2-37), nous observons une baisse de la mortalité liée au cancer du poumon, alors que les chiffres pour le cancer de la prostate et le cancer colorectal se stabilisent. Parmi les femmes bruxelloises (figure 2-38), la mortalité standardisée est relativement stable pour le cancer du poumon et le cancer colorectal, tandis qu'elle est en baisse pour le cancer du sein.

Conclusion

Dans la Région bruxelloise, le cancer est la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes. En 2019, le cancer a été responsable de 24,6 % de tous les décès à Bruxelles. Ce pourcentage augmente considérablement si nous tenons compte de la mortalité prématurée, avec 36,6 % des décès avant 75 ans. Malgré ces taux élevés, nous observons clairement une diminution des taux de mortalité liée au cancer depuis 1999, ce qui témoigne des progrès réalisés dans la prévention et le traitement de cette maladie. L'incidence du cancer dans la Région bruxelloise est systématiquement moins élevée que dans le reste de la Belgique, ce qui s'explique en partie par le fait que la population bruxelloise est plus jeune. Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal ; tandis que chez les femmes, il s'agit du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du poumon. Les résultats évoqués dans cette partie soulignent l'importance d'une prévention et d'un traitement ciblés, ainsi que de la gestion des facteurs de risque, comme le tabagisme et l'alimentation malsaine.

E. Maladies transmissibles

Cette partie aborde brièvement les maladies infectieuses dans la Région bruxelloise, en se concentrant particulièrement sur la période 2017-2021⁵⁵, quand la pandémie de Covid a frappé le monde. Malgré les importants progrès réalisés en matière de diagnostic, de traitement et de prévention, les maladies infectieuses restent une préoccupation majeure en termes de santé publique. Capables d'évoluer et de s'adapter rapidement, elles peuvent provoquer des épidémies.

L'impact du Covid-19 sur la santé publique ces dernières années a été énorme. La pandémie n'a pas seulement entraîné un nombre considérable de décès, elle a aussi eu d'importantes conséquences sociales et économiques et mis le système de soins de santé à rude épreuve.

Mortalité liée à des maladies transmissibles

Le tableau 2-7 montre qu'au cours de la période allant de 2017 à 2021, le nombre de décès dus à des maladies infectieuses a augmenté significativement, alors qu'il était en baisse les années précédentes : il est passé de 49,6 décès pour 100 000 habitants pendant la période 2012-2016 à 89,0 décès pour 100 000 habitants pour la période 2017-2021. La mortalité (pour 100 000 habitants) dépasse ainsi celle de 2002-2006. Cette situation résulte exclusivement de la crise du Covid-19. Selon les informations disponibles sur la base des bulletins statistiques de décès, la pandémie a causé 2 857 décès dans la population bruxelloise en deux ans seulement (2020 et 2021⁵⁶). La pandémie de Covid-19 met en évidence la vulnérabilité de la santé publique en cas d'émergence de nouvelles maladies infectieuses et l'importance d'un suivi et d'une adaptation continus des stratégies de santé publique.

⁵⁵ Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons attendu que les taux de mortalité de 2020 et 2021 soient disponibles.

⁵⁶ Le chiffre pour l'année 2021 n'inclut pas les Bruxellois décédés dans la Région wallonne, ce qui peut entraîner une (légère) sous-estimation du nombre de décès effectifs. Les données ont été récoltées différemment par Sciensano durant la pandémie.

Tableau 2-7 Mortalité due à des infections par période, Région bruxelloise, 2002-2021

	2002 - 2006		2007 - 2011		2012 - 2016		2017 - 2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pneumopathies (autres qu'à streptocoques)	2 264	53,9	1 754	52,7	1 343	46,3	1 452	26,9
Septicémie	1 008	24,0	663	19,9	676	23,3	235	4,4
Infections intestinales	210	5,0	180	5,4	161	5,6	148	2,7
Hépatite virale	124	3,0	100	3,0	91	3,1	53	1,0
VIH/SIDA	90	2,1	86	2,6	59	2,0	34	0,6
Tuberculose	40	1,0	32	1,0	22	0,8	30	0,6
Pneumonie causée par streptococcus pneumoniae	48	1,1	36	1,1	36	1,2	15	0,3
Grippe	36	0,9	20	0,6	46	1,6	79	1,5
Creutzfeldt-Jacob	4	0,1	8	0,2	9	0,3	10	0,2
Infection à méningocoques	10	0,2	7	0,2	4	0,1	1	0,0
Paludisme	1	0,0	3	0,1	3	0,1	1	0,0
Autres méningites bactériennes	16	0,4	22	0,7	8	0,3	10	0,2
Légionellose	9	0,2	7	0,2	7	0,2	9	0,2
Covid-19	/	/	/	/	/	/	2 857	53,0
Autres infections	343	8,2	413	12,4	434	15,0	455	8,4
Nombre total de décès dus à des infections	4 203	100,0	3 331	100,0	2 899	100,0	5 389	100,0
Population (période de 5 ans)	5 022 293		5 409 539		5 846 413		6 052 614	
Mortalité pour 100 000 habitants	83,7		61,6		49,6		89,0	

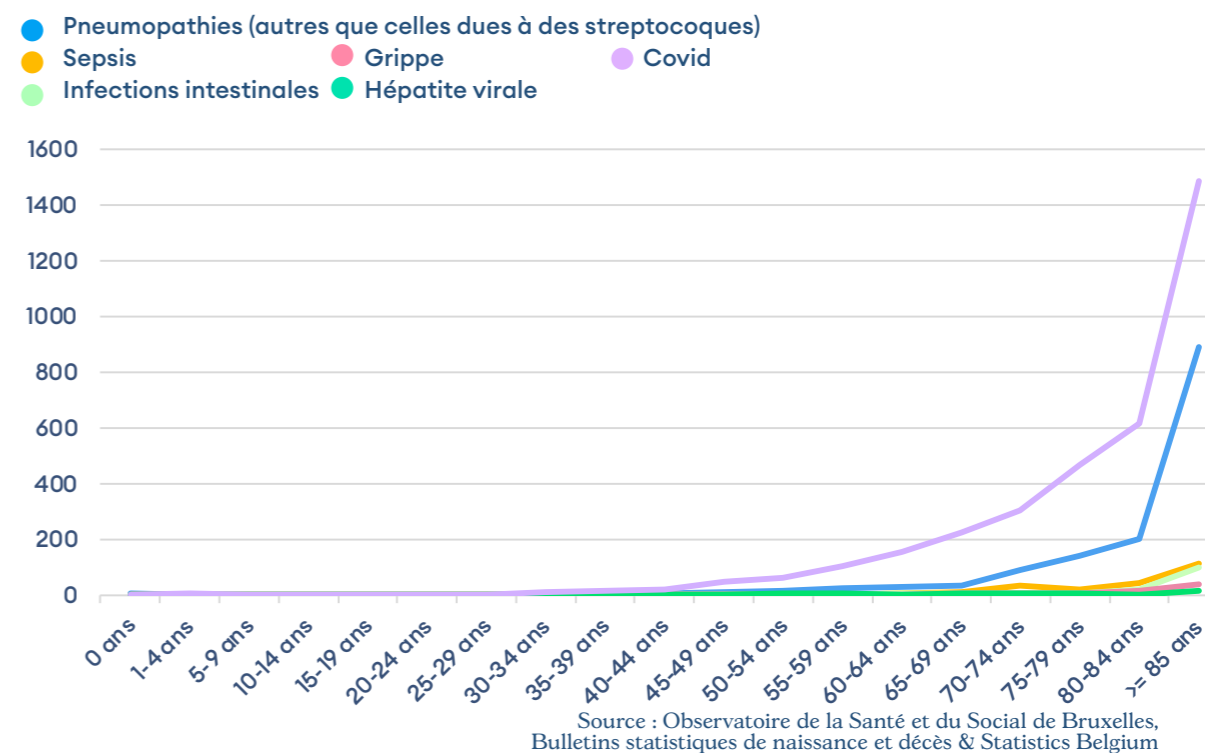
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Outre le fait que le Covid ait provoqué plus de la moitié de tous les décès dus à des maladies infectieuses au cours de la dernière période considérée⁵⁷ (2017-2021), le tableau 2-7 montre aussi que les pneumopathies et la septicémie étaient systématiquement les deux causes les plus fréquentes de décès des suites d'une maladie infectieuse dans la Région bruxelloise avant l'émergence du Covid-19.

Il est aussi important de noter que les maladies infectieuses peuvent affecter de manière disproportionnée les groupes vulnérables. L'accès limité aux soins de santé et à la prévention ainsi que l'exposition accrue à des facteurs de risques contribuent à un taux de mortalité plus élevé dans ces groupes⁵⁸.

La pandémie de Covid-19 et les mesures de lutte contre celle-ci ont aussi certainement eu un énorme impact sur les personnes vivant dans la pauvreté et la précarité, surtout dans la Région bruxelloise, où la pauvreté et les inégalités sociales et en matière de santé étaient déjà considérables avant la crise. Au début de l'épidémie, différents facteurs influençant l'exposition à l'épidémie avaient été identifiés, comme les conditions de travail (possibilité de télétravail, métiers essentiels avec de nombreux contacts rapprochés), la densité résidentielle (mobilité urbaine, manque d'espaces verts) et les conditions de logement (taille du ménage, type de logement). Les personnes en situation précaire cumulent souvent plusieurs facteurs de risque et sont donc

Figure 2-39 Nombre de décès dus à des maladies transmissibles spécifiques selon l'âge, Région bruxelloise, 2017-2021



particulièrement vulnérables. Une étude de Solidaris a confirmé le lien entre la mortalité liée au Covid-19 et la pauvreté : une mortalité plus élevée a été constatée parmi les membres bénéficiant de l'intervention majorée pour les soins médicaux⁵⁹.

La figure 2-39 présente la mortalité par tranche d'âge pour les six maladies transmissibles avec les taux de mortalité les plus élevés pour la période 2017-2021 : pneumopathies, septicémie, infections intestinales, grippe, hépatite virale et Covid-19. Il apparaît de nouveau clairement que le Covid-19 a eu un énorme impact, surtout sur la population plus âgée. Le Covid-19 a donc encore une fois souligné l'importance de l'âge en tant que facteur de risque des maladies infectieuses.

Les maladies infectieuses entraînent en temps normal rarement un décès à un plus jeune âge (du moins dans les pays industrialisés). Il est toutefois important de noter que le Covid-19 a aussi provoqué un nombre considérable de décès parmi des groupes d'âge plus jeunes. La pandémie a donc démontré que tout le monde, quel que soit son âge, court un risque lors de l'apparition de nouvelles maladies infectieuses.

Covid-19

Comme déjà mentionné, la pandémie de Covid-19 a eu un énorme impact sur notre société. Nous présentons ci-dessous deux indicateurs qui reflètent l'intensité et le déroulement de la crise sanitaire à travers le temps : le nombre de cas (confirmés) de Covid-19 et le nombre d'hospitalisations (« normales » et aux soins intensifs) par semaine du début de la pandémie à la moitié de l'année 2023 (environ).

Il convient ici de noter que ces indicateurs concernent le territoire de la Région bruxelloise. Pour les hospitalisations, cela signifie qu'il s'agit des patients admis dans les hôpitaux bruxellois, qu'ils vivent à Bruxelles ou non. Ces chiffres peuvent inclure des habitants de Bruxelles, mais aussi des personnes travaillant à Bruxelles ou visitant la ville.

La figure 2-40 montre que la pandémie a frappé par vagues à Bruxelles, avec des pics et des creux évidents.

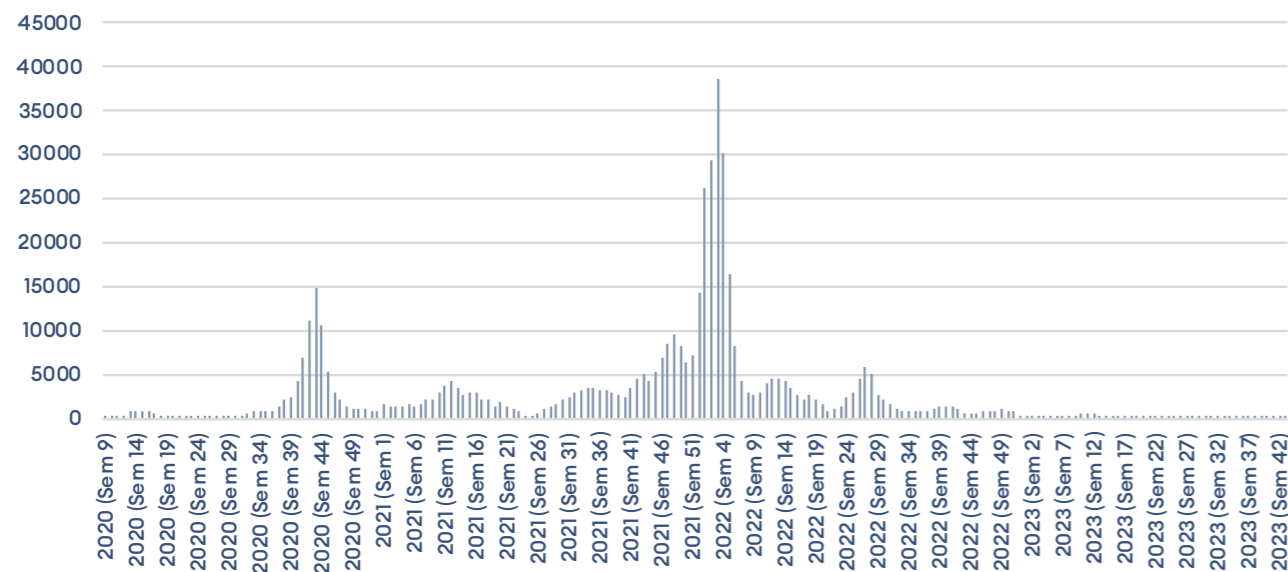
Au début de l'épidémie, tous les cas suspects n'étaient pas testés, et ces données présentent donc peut-être une sous-estimation du nombre réel de

⁵⁷ Pour interpréter le tableau 2-7, il est important de souligner que nous additionnons ici à chaque fois cinq années et que le Covid-19 n'a joué un rôle qu'au cours des deux dernières années (2020 et 2021) de la dernière période.

⁵⁸ Voir aussi : Redefining vulnerability in the era of COVID-19, Lancet 395 (2020).

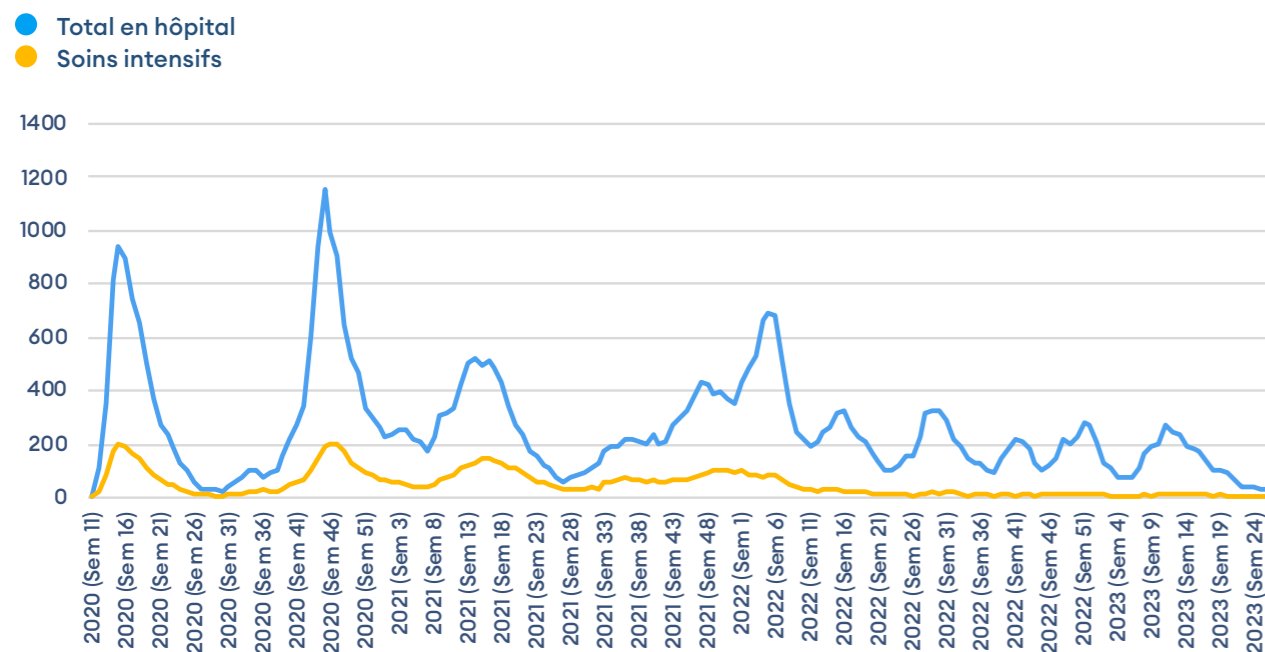
⁵⁹ https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/20220513_diagnosticpostcovid_fr.pdf

Figure 2-40 Nombre de cas confirmés de Covid-19 sur le territoire bruxellois



Source : Covid-19 Dashboard, Sciensano

Figure 2-41 Nombre d'hospitalisations* (y compris aux soins intensifs) pour Covid-19 sur le territoire bruxellois



* Le nombre total d'hospitalisations inclut aussi le nombre d'admissions aux soins intensifs.
Source : Covid-19 Dashboard, Sciensano

cas. En outre, certaines personnes pouvaient choisir de ne pas se faire tester, étant donné les implications en termes de quarantaine, d'isolement et d'absence du travail. La stratégie de dépistage et la disponibilité des tests ont aussi eu une influence sur le nombre de cas diagnostiqués. Au fur et à mesure que la pandémie progressait et que les capacités de dépistage augmentaient, les données sont devenues plus complètes.

En comparaison avec la Belgique (dans son ensemble), nous observons quelques fluctuations uniques (non illustré). Ces différences s'expliquent en partie par la haute densité de population et le fait que Bruxelles soit un centre international et économique majeur, ce qui entraîne davantage d'interactions et de mouvements. Ensemble, ces facteurs montrent à quel point il est complexe d'interpréter les données relatives au Covid-19 et la nécessité de tenir compte du contexte régional et national.

La figure 2-41 montre le nombre d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs à Bruxelles du début de la pandémie à la moitié de l'année 2023 (environ). De manière générale, les vagues de la pandémie de Covid-19 à Bruxelles ont suivi celles de la Belgique, avec des pics et des creux évidents. Ces vagues reflètent la propagation du virus et l'impact des mesures adoptées.

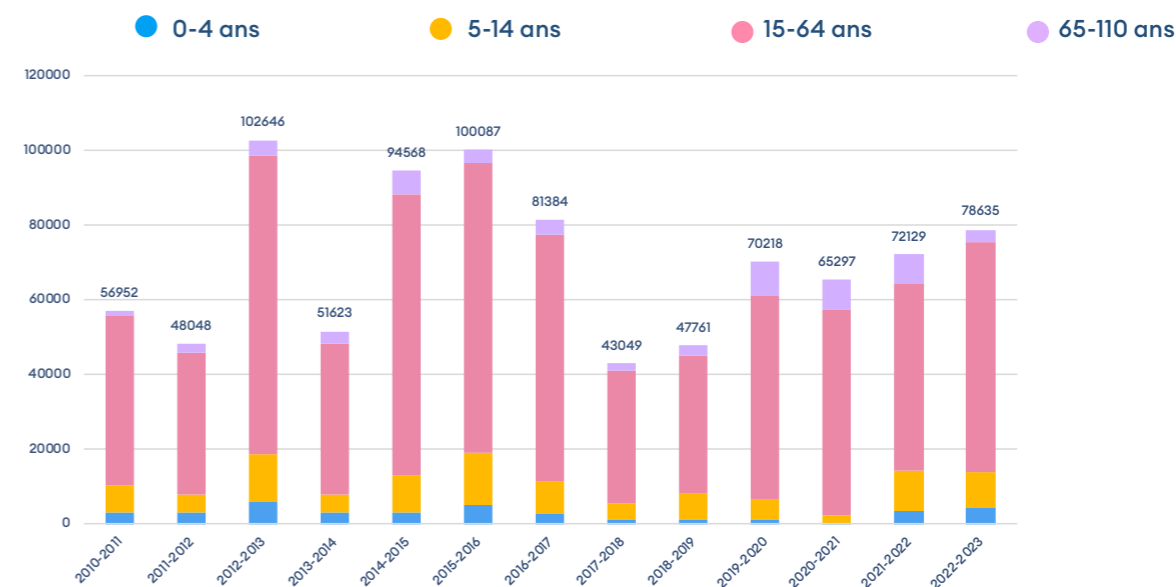
Les pics d'hospitalisations et d'admissions aux soins intensifs ont constitué des moments difficiles pour les soins de santé, lors desquels les capacités, les moyens et surtout le personnel des hôpitaux ont été mis à rude épreuve. Ces observations soulignent l'importance des analyses régionales et la nécessité de stratégies de soins de santé ciblées pour lutter contre les futures épidémies.

Grippe

La grippe est un problème de santé qui revient annuellement dans la Région bruxelloise. Elle est surtout active en automne et en hiver, de novembre à avril. L'intensité et la gravité de l'épidémie varient chaque année, et dépendent surtout du sous-type de virus en circulation et de la vulnérabilité de la population. La figure 2-42 montre le nombre estimé de consultations chez le généraliste dans la Région de Bruxelles-Capitale par saison grippale (depuis 2010-2011), un chiffre qui varie énormément : de 43 049 consultations en 2017-2018 à 102 646 en 2012-2013.

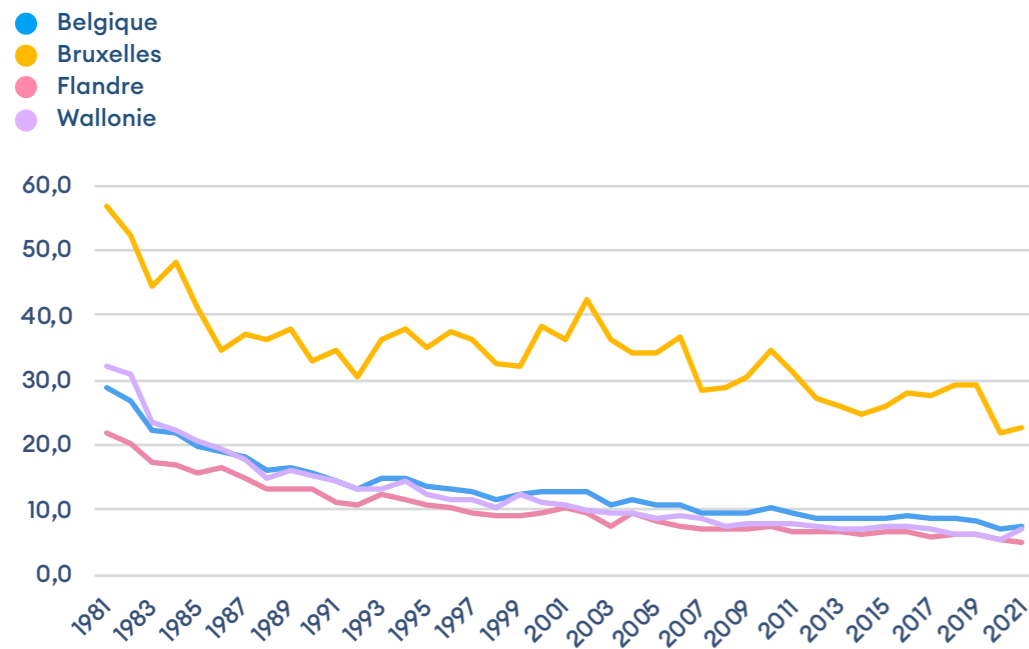
Bien que la grippe n'ait généralement pas de graves conséquences, elle peut entraîner d'importantes complications pour les groupes vulnérables, comme

Figure 2-42 Nombre total de consultations chez le généraliste pour un syndrome grippal* par saison grippale, selon l'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2010-2023



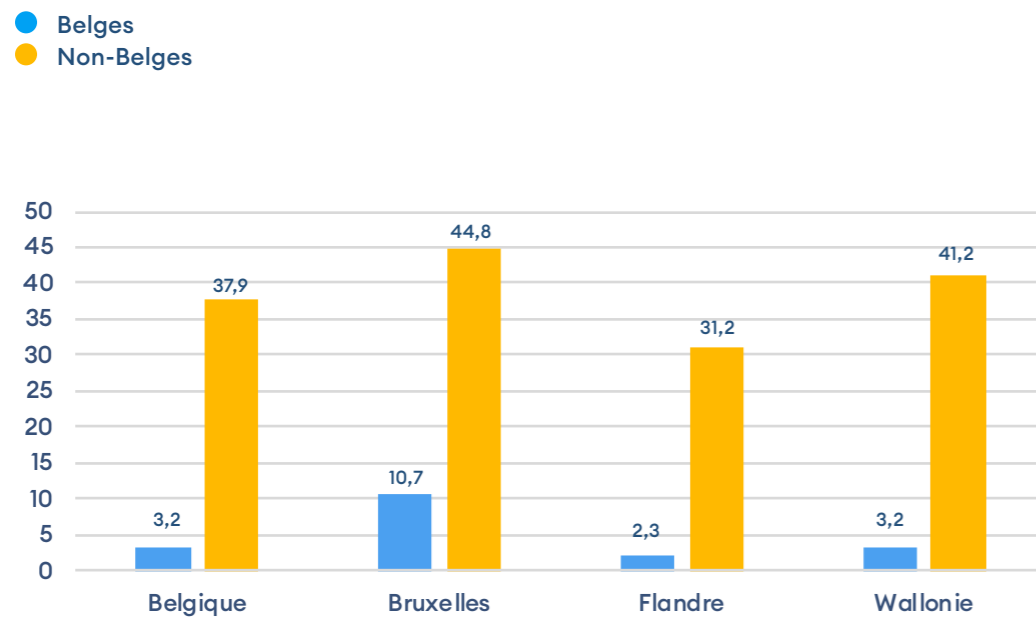
* Ces chiffres ne font pas la distinction entre les habitants de Bruxelles et les habitants d'autres régions qui consultent un généraliste à Bruxelles. Il est aussi important de noter que ces nombres ne représentent pas les nombres exacts de diagnostics, mais des estimations extrapolées à la population bruxelloise sur la base d'une série de facteurs, dont le nombre de généralistes actifs dans la RBC et le taux national de positivité dans les cas où le nombre hebdomadaire d'échantillons à Bruxelles est trop bas.
Source : Réseau des médecins généralistes Sciensano

Figure 2-43 Incidence (pour 100 000) de la tuberculose en Belgique et dans les différentes régions, 1981-2021



Source : Registre belge de la tuberculose, FARES/VRGT

Figure 2-44 Incidence (pour 100 000) de la tuberculose, par région et par nationalité, 2021



Source : Registre belge de la tuberculose, FARES/VRGT

les jeunes enfants (moins de 5 ans), les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les femmes enceintes. Ces complications peuvent aller de la bronchite à la pneumonie, qui dans les cas les plus graves peuvent conduire à une hospitalisation ou même à un décès. La vaccination est fortement recommandée à toutes les personnes de plus de 65 ans, aux personnes souffrant d'une maladie chronique des poumons, du cœur, du foie ou des reins, de troubles métaboliques ou d'affections neuromusculaires, aux personnes avec un IMC égal ou supérieur à 40, aux personnes séjournant en institution, aux femmes enceintes, aux enfants sous thérapie à l'aspirine de longue durée et aux travailleurs du secteur de la santé. Il est important de noter que le vaccin contre la grippe n'offre pas une protection à 100 % et que son efficacité peut varier en fonction de la saison et du sous-type de virus concerné.

Rougeole, diphtérie, tuberculose et VIH/SIDA

En raison de leur pertinence pour la Région bruxelloise, la rougeole, la diphtérie, la tuberculose et le VIH/SIDA sont brièvement abordés ici.

En 2022, 4 cas (confirmés) de rougeole ont été diagnostiqués à Bruxelles, ce qui représente une incidence élevée. Ce chiffre en apparence peu élevé est inquiétant en raison de la couverture vaccinale sous-optimale et de la population internationale très mobile de la région. La couverture vaccinale de la rougeole reste insuffisante à Bruxelles (et en Wallonie) pour éviter les épidémies, en particulier en ce qui concerne la deuxième dose. Bien que les cas graves soient rares (en Belgique), ils sont un peu plus fréquents à Bruxelles. Cela souligne l'importance de la vaccination et la gravité potentielle de la maladie, surtout parmi les populations moins vaccinées. La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse qui peut entraîner des complications graves dans 25 % des cas. Il existe heureusement un vaccin très efficace, le vaccin RRO (rougeole, rubéole, oreillons) combiné. La vaccination, au moyen de deux doses de ce vaccin, constitue la meilleure prévention possible. Depuis 1985, elle est intégrée au schéma de vaccination des enfants. En collaboration avec d'autres pays européens et l'OMS, la Belgique s'est engagée à éradiquer la rougeole. Pour bénéficier du statut d'élimination, l'incidence annuelle de la rougeole ne peut pas dépasser 1 cas par million d'habitants⁶⁰.

En 2022, une inhabituelle épidémie de diphtérie a aussi été observée dans la Région bruxelloise, principalement parmi des demandeurs d'asile d'Afghanistan et de Syrie. Les demandeurs d'asile ont un risque accru de contracter la diphtérie en raison de la couverture vaccinale plus faible dans leur pays d'origine, des mauvaises conditions d'hygiène durant leur périple et des conditions de vie précaires dans les camps de réfugiés. Sur les 31 cas diagnostiqués par le Centre national de référence en 2022, 21 étaient situés dans la Région de Bruxelles-Capitale. Dans la plupart des cas, le statut vaccinal était inconnu. Cette constatation souligne l'importance de stratégies vaccinales ciblées pour ces groupes de population vulnérables⁶¹.

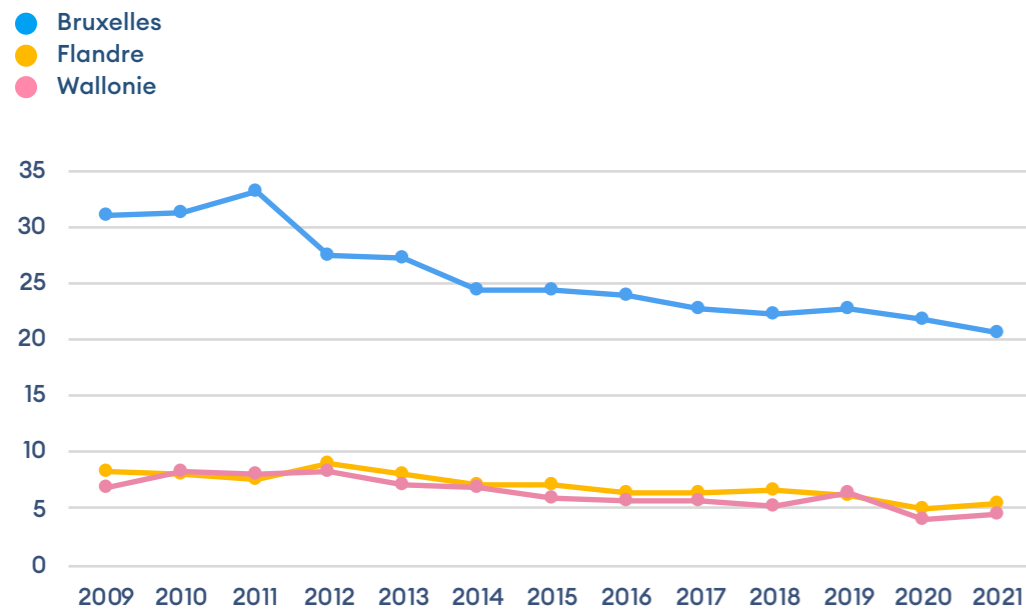
La figure 2-43 montre l'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants dans les trois régions de Belgique. Nous observons une diminution continue dans chacune de ces régions depuis 40 ans. L'incidence est logiquement plus élevée à Bruxelles qu'en Wallonie ou en Flandre. Cela s'explique en partie par des facteurs tels que l'urbanisation, la forte densité de population et la présence de groupes vulnérables. Bien que la tendance générale soit à la baisse, des améliorations sont encore possibles, surtout à Bruxelles.

Il ressort de la figure 2-44 que les Belges comme les non-Belges sont plus souvent contaminés par la tuberculose dans la Région bruxelloise qu'en Wallonie et en Flandre. La différence d'incidence entre les Belges et les non-Belges est remarquablement élevée dans toutes les régions. Elle prouve que le parcours migratoire, le statut socioéconomique et l'accès aux soins de santé sont des facteurs pouvant favoriser la contamination. Cela souligne la nécessité de mesures politiques ciblées qui tiennent compte des différences démographiques et socioculturelles.

⁶⁰ https://www.sciensano.be/sites/default/files/rougeole-rapport_epidemiologique_annuel_2022_fr.pdf

⁶¹ https://www.sciensano.be/sites/default/files/surveillance_epidemiologique_de_la_diphterie_-_donnees_2019-2022.pdf

Figure 2-45 Incidence (pour 100 000) du VIH par région, 2009-2021



Source : Sciensano

La figure 2-45 montre que le nombre annuel de nouveaux diagnostics du VIH pour 100 000 habitants entre 2009 et 2021 a diminué dans toutes les régions de Belgique. En chiffres bruts, c'est en Flandre (non illustré) que la baisse est la plus prononcée, mais en termes relatifs, elle est plus importante dans la Région de Bruxelles-Capitale. À Bruxelles, l'incidence reste élevée en comparaison avec les deux autres régions.

Dans la Région bruxelloise, le VIH est aussi plus souvent diagnostiqué à un stade avancé⁶² qu'en Flandre ou en Wallonie : à Bruxelles, 32,5 % de tous les cas de VIH ont été diagnostiqués tardivement en 2021 (contre 27,2 % en Flandre et 29,2 % en Wallonie)⁶³.

Malgré la diminution générale du nombre de nouveaux diagnostics du VIH, il reste important de déployer des initiatives ciblées en matière de santé publique. Un suivi permanent et des mesures préventives restent nécessaires.

Conclusion

Ces dernières années ont été exceptionnelles en ce qui concerne les maladies infectieuses. En dehors du Covid-19, nous observons de manière générale une tendance à la baisse des taux de mortalité liés aux maladies infectieuses. Il faut toutefois souligner que cette diminution n'est pas répartie uniformément à travers tous les groupes d'âge et de population.

Des maladies spécifiques comme le VIH et la tuberculose restent par exemple toujours un défi. La tuberculose est ainsi plus fréquente dans les communes bruxelloises où davantage d'habitants ont un statut socioéconomique inférieur, tandis que l'épidémie de VIH touche principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes originaires d'Afrique subsaharienne⁶⁴. En combinaison avec le nombre élevé de diagnostics tardifs du VIH à Bruxelles, cette observation souligne l'importance d'initiatives ciblées en matière de santé publique.

⁶² Un diagnostic d'infection au VIH est considéré comme tardif lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³ ou lorsqu'un sida clinique est déjà présent au moment du diagnostic du VIH et qu'il n'y a pas d'indication d'infection récente. Voir https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sida_2023_fr.pdf

⁶³ Voir aussi : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2021>

⁶⁴ <https://www.sensoa.be/hiv-belgie-feiten-en-cijfers@>

La gestion des maladies infectieuses est de plus en plus complexe en raison notamment de la mondialisation, qui favorise une propagation rapide. C'est pourquoi un suivi et une adaptation continus des stratégies de santé publique sont essentiels. La pandémie de Covid-19 a clairement montré à quel point les situations (sanitaires) peuvent évoluer rapidement et à quel point il est important de faire preuve de flexibilité et d'adaptation dans notre prise en charge des maladies infectieuses. Cela souligne aussi l'importance de systèmes de soins de santé robustes et de mesures de prévention efficaces pour gérer et minimiser la propagation des maladies infectieuses.

F. La santé mentale des Bruxellois

Introduction

La santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »⁶⁵. La santé mentale dépasse simplement l'absence de trouble psychique, ou de maladie mentale⁶⁶, la « bonne » santé mentale étant considérée comme relevant d'une « capacité dynamique de l'homme à (r)établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie et de son environnement »⁶⁷. Elle constitue, selon l'OMS, un des éléments essentiels de la santé et du bien-être⁶⁸. Trois dimensions de la santé mentale sont habituellement distinguées : la santé mentale positive, la détresse psychologique et les troubles mentaux⁶⁹.

La santé mentale est déterminée par de multiples déterminants. Ceux-ci peuvent être individuels (facteurs d'ordre psychologique et biologique) mais

aussi sociaux ou structurels⁷⁰. Ainsi l'exposition à certaines circonstances sociales, économiques, ou environnementales par exemple peut être associée à un risque plus élevé de développer des problèmes de santé mentale⁷¹. On peut mentionner les liens-interactions qui s'observent par exemple entre la santé mentale et l'emploi, le logement ou le réseau social, bien documentés dans l'étude Parcours. Bruxelles⁷² qui a analysé, à partir du parcours des usagers, l'organisation du système de santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Le fardeau lié aux problèmes de santé mentale est important, que ce soit en termes de morbidité et de mortalité, mais aussi en termes de répercussions économiques⁷³. Le retentissement des problèmes de santé mentale et de la détresse psychologique peut en effet être important et se manifester à différents niveaux : souffrance pour la personne concernée et ses proches, conséquences sur la santé physique des personnes, répercussions sur leur vie sociale, leur travail, adoption de comportements néfastes pour la santé, comme la consommation excessive d'alcool ou de substances, ou de conduites pouvant menacer l'existence, comme le suicide par exemple⁷⁴. Les conséquences économiques des problèmes de santé mentale peuvent également être non négligeables (coûts des soins, perte de productivité, autres coûts indirects)⁷⁵.

L'objectif de ce chapitre est de décrire l'état de la santé mentale des Bruxellois, ce au travers de différents indicateurs relatifs à un « bien-être » versus « mal-être » psychologique global, à certains troubles mentaux plus spécifiques, tels que les troubles dépressifs et l'anxiété, ainsi qu'au travers de données relatives aux idéations suicidaires, aux tentatives de suicide et au suicide. La crise du Covid-19 a eu un impact non négligeable sur la santé mentale, avec notamment une augmentation des niveaux de

⁶⁵ OMS. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.

Accessible via : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1

⁶⁶ Boisson M, Godot C, Sauneron S, Centre d'Analyse stratégique. (2009, Novembre). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. France. Accessible via : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

⁶⁷ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3 Accessible via : <http://www.enquetesante.be/>

⁶⁸ OMS. (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Accessible via : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1

⁶⁹ Boisson M, Godot C, Sauneron S, Centre d'Analyse stratégique. (2009, Novembre). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. France. Accessible via : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

⁷⁰ OMS. 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁷¹ OMS. 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁷² Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Observatoire de la Santé et du Social. Accessible via : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/parcoursbruxelles-evaluation-qualitative-du-systeme-de-la-sante-mentale-et>

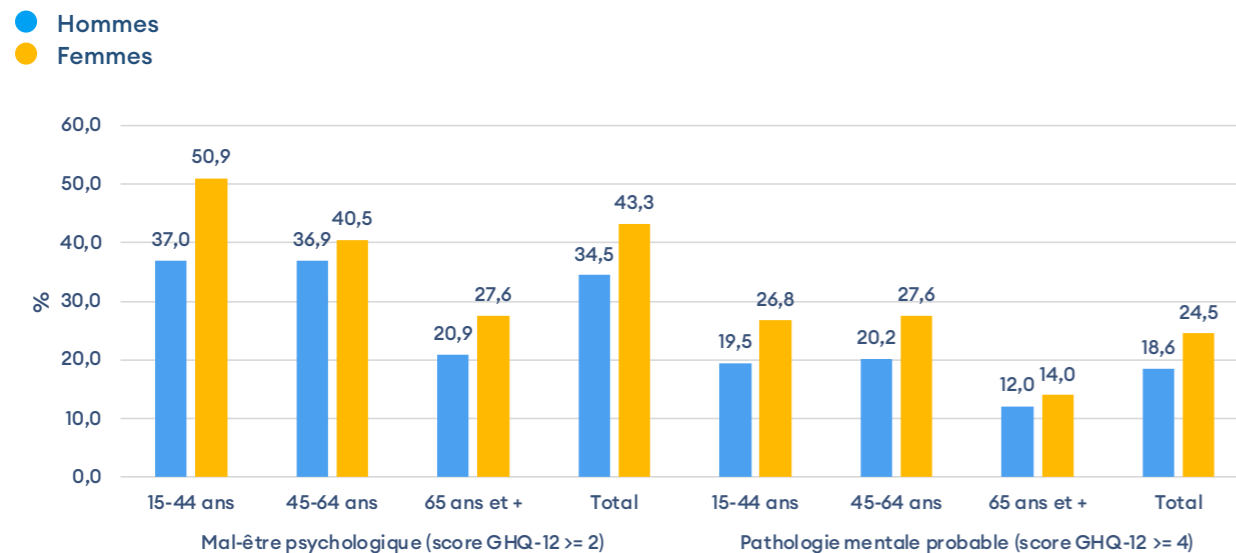
⁷³ OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris Accessible via : https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

⁷⁴ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3 Accessible via : <http://www.enquetesante.be/>

⁷⁵ OMS. 2022. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble. Genève, Organisation Mondiale de la Santé. Accessible via : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>

⁷⁶ OMS. 2022. Troubles mentaux. Accessible via : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> OECD/EU. 2018. & Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. Accessible via : https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

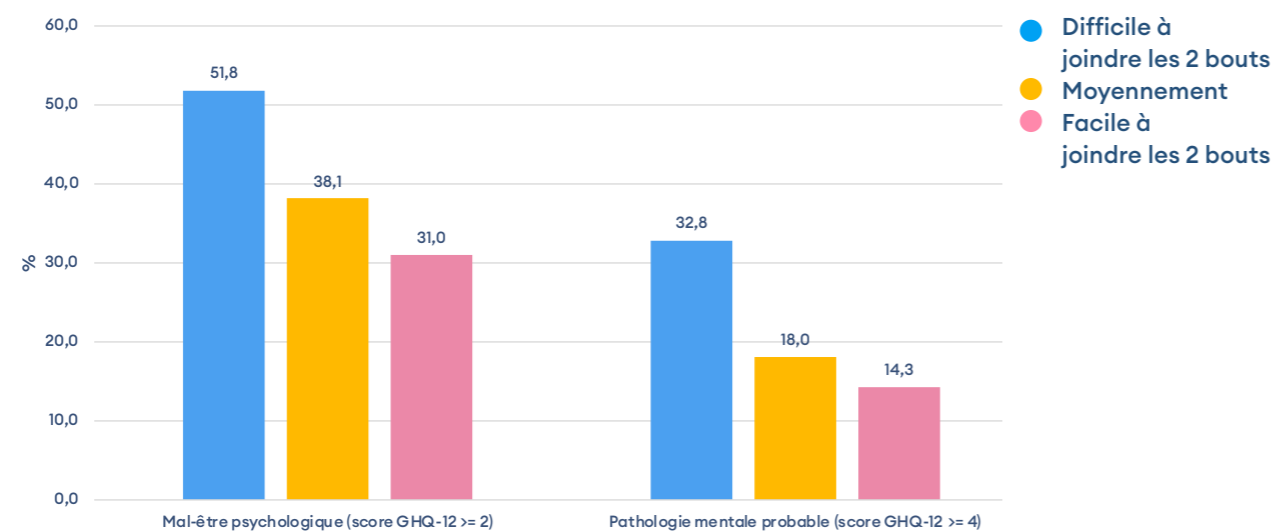
Figure 2-46 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant des difficultés témoignant d'un mal-être psychologique* ou d'une pathologie mentale probable*, selon l'âge et le sexe, Région bruxelloise, 2018



* Mal-être psychologique : score GHQ-12 >= 2 - pathologie mentale probable : score GHQ-12 >= 4. GHQ-12: General Health Questionnaire version à 12 items.

Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-47 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant des difficultés témoignant d'un mal-être psychologique* ou d'une pathologie mentale probable*, selon la difficulté à joindre les deux bouts (chiffres standardisés**), Région bruxelloise, 2018



* Mal-être psychologique : score GHQ-12 >= 2 - pathologie mentale probable : score GHQ-12 >= 4. GHQ-12: General Health Questionnaire version à 12 items

**Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne 2013)

Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

dépression et d'anxiété⁷⁶. Lorsque les données dont nous disposons le permettent, nous documenterons dans ce chapitre l'évolution de la santé mentale des Bruxellois entre le début cette crise et les mois suivants. Les indicateurs présentés dans ce chapitre sont basés sur les données de l'Enquête de santé de 2018, des Enquêtes de santé Covid-19, de la cohorte Belhealth, et les données issues des bulletins statistiques de décès.

Bien-être/mal-être psychologique global

Le General Health Questionnaire (GHQ-12) est utilisé dans l'Enquête de santé pour évaluer le «bien-être» versus le «mal-être» psychologique global⁷⁷. En 2018, 39,1% des Bruxellois âgés de 15 ans et plus interrogés rapportaient des difficultés témoignant d'un mal-être psychologique (score GHQ-12 >= 2) et 21,7% des symptômes dont l'intensité serait le signe d'une pathologie mentale probable (score GHQ-12 >= 4). Après standardisation pour le sexe et l'âge, ces proportions sont significativement plus élevées que ce qui est observé dans les grandes villes flamandes; elles ne diffèrent pas significativement par rapport aux grandes villes wallonnes.

Les proportions de personnes rapportant des difficultés témoignant d'un mal-être psychologique ou d'une pathologie mentale probable sont significativement plus élevées chez les Bruxelloises que chez les Bruxellois, et elles varient également significativement selon l'âge. Chez les Bruxelloises, la part de personnes souffrant d'un mal-être psychologique diminue avec l'âge (figure 2-46). Chez les Bruxellois, elle se situe autour de 37% chez les 15-44 ans et les 45-64 ans, mais est plus basse chez les Bruxellois de 65 ans et plus. Concernant la proportion de personnes avec une pathologie mentale probable, elle est également plus petite dans la catégorie d'âge des 65 ans et plus, tant chez les femmes que chez les hommes (figure 2-46), en comparaison aux catégories d'âge plus jeunes.

Après standardisation pour le sexe et l'âge (voir figure 2-47), on observe que la part de personnes avec des symptômes d'un mal-être psychologique

est, en comparaison aux personnes qui disent avoir facile à joindre les deux bouts, significativement plus élevée dans la catégorie des personnes joignant les deux bouts difficilement ainsi que dans la catégorie intermédiaire. La proportion de Bruxellois avec une pathologie mentale probable est également significativement plus élevée chez les personnes joignant les deux avec difficulté en comparaison avec celles le faisant facilement.

Troubles mentaux spécifiques

Dépression

Le «Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9)» est utilisé dans l'Enquête de santé pour estimer le risque de souffrir d'une dépression⁷⁸. Sur base des réponses données à celui-ci, sont construits un indicateur relatif à la présence d'une dépression «majeure» (ou dépression «caractérisée»), et un indicateur relatif à la présence d'un «trouble dépressif», qu'il s'agisse d'une dépression majeure ou d'un autre trouble dépressif.

Sur base des critères du PHQ-9, 12,8% des répondants bruxellois présentent des symptômes d'un trouble dépressif et 6,2% des symptômes d'une dépression majeure. Après standardisation pour le sexe et l'âge, ces chiffres sont significativement plus élevés que dans les grandes villes flamandes, les différences avec les grandes villes wallonnes ne sont pas significatives.

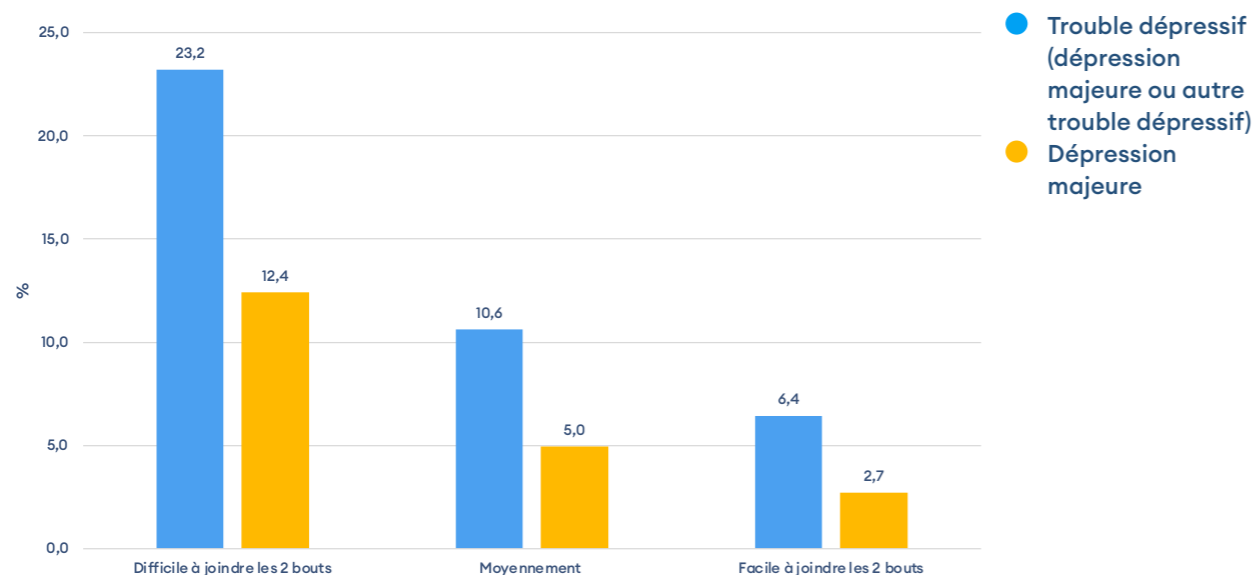
La part de personnes présentant un trouble dépressif ne diffère pas significativement selon le sexe et l'âge. La dépression majeure est significativement légèrement plus fréquente chez les femmes (7,4%) que chez les hommes (4,8%), elle ne diffère pas significativement selon l'âge.

La proportion de personnes présentant un trouble dépressif, ou une dépression majeure, est, après standardisation pour le sexe et l'âge, significativement plus élevée dans la catégorie des personnes joignant les deux bouts difficilement ainsi que dans la catégorie intermédiaire, en comparaison aux personnes qui disent avoir facile à joindre les deux bouts (figure 2-48).

⁷⁷ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3 Accessible via : <http://www.enquetesante.be/>

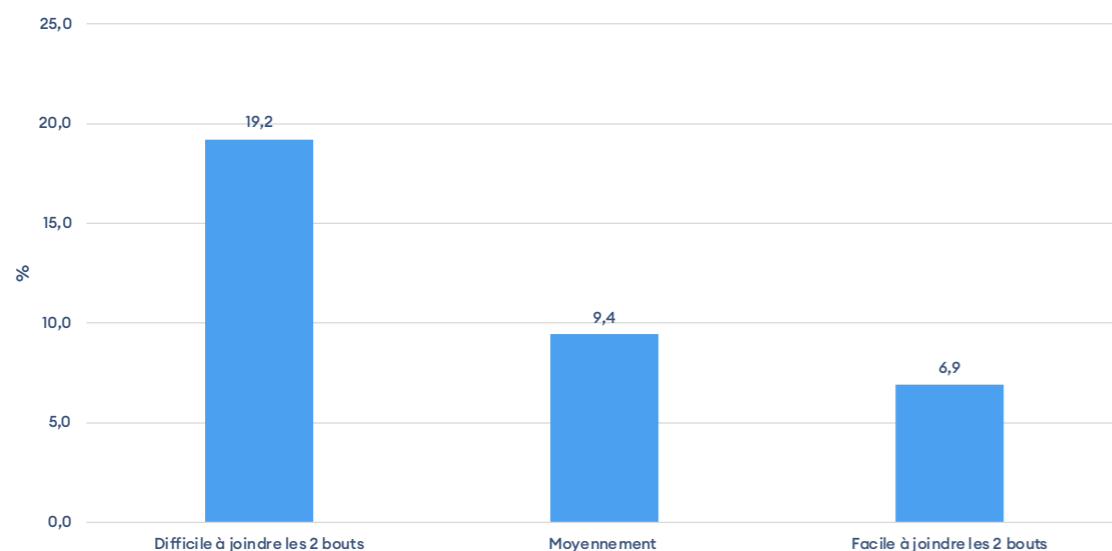
⁷⁸ Un autre indicateur disponible dans l'Enquête de santé de 2018 concerne la proportion de personnes de 15 ans et plus qui rapportent avoir souffert d'une dépression sérieuse (ayant duré au moins deux semaines) au cours des 12 derniers mois; en 2018, cette proportion était de 7,7% parmi les répondants bruxellois à l'Enquête de santé. Cet indicateur se base sur le fait que les personnes sont «conscientes» de leur problème de santé mentale auquel elles peuvent donner un nom, à l'inverse des indicateurs construits à partir des réponses données au PHQ-9, et donc basés sur les symptômes rapportés par les personnes au cours des deux dernières semaines, un problème de dépression n'ayant peut-être pas encore été identifié comme tel. Ce sont les 2 indicateurs basés sur le PHQ-9 qui seront présentés dans ce chapitre plus en détails. Référence : Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3 Accessible via : <http://www.enquetesante.be/>

Figure 2-48 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus présentant un trouble dépressif* ou une dépression majeure**, selon la difficulté à joindre les deux bouts (chiffres standardisés***), Région bruxelloise, 2018



* Trouble dépressif = dépression « majeure » ou autre trouble dépressif sur base du résultat obtenu au PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9-item depression scale)
 ** Trouble dépressif ou dépression majeure :
 *** Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne 2013)
 Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-49 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus présentant un trouble anxieux généralisé*, selon la difficulté à joindre les deux bouts (chiffres standardisés**), Région bruxelloise, 2018



* Trouble anxieux généralisé : score GAD-7 \geq 10. GAD-7: 7-item Generalized Anxiety Disorder scale
 ** Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne 2013)
 Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Anxiété

En 2018, selon les résultats obtenus à la « Generalized Anxiety Disorder scale » (GAD-7)⁷⁹, 12,4% des participants bruxellois à l'Enquête de santé manifesteraient un trouble anxieux généralisé, ce qui ne diffère pas significativement, après standardisation pour le sexe et l'âge, des grandes villes wallonnes et flamandes.

La part de Bruxellois présentant un trouble anxieux généralisé est significativement plus élevée chez les femmes (14,8%) que chez les hommes (9,8%). Elle diffère également significativement selon l'âge: elle est de 12,7% chez les 15-44 ans et de 14,6% chez les 45-64 ans, pour 7,5% chez les 65 ans et plus.

On observe qu'elle est, après standardisation pour le sexe et l'âge, significativement plus élevée lorsqu'il est difficile pour les personnes de joindre les deux bouts, en comparaison aux personnes pour qui c'est facile (figure 2-49).

Evolution des problèmes d'anxiété et de dépression entre le début de la crise Covid et fin juin-début juillet 2023.

L'épidémie de Covid-19, qui a débuté dans les premiers mois de l'année 2020⁸⁰, et les mesures restrictives qui ont dû être prises pour faire face à celle-ci et ont affecté le bien-être général. La figure 2-50 présente l'évolution entre avril 2020 et fin juin-début juillet 2023 de la proportion de personnes présentant un trouble anxieux ou un trouble dépressif⁸¹.

Malgré les différences méthodologiques entre les enquêtes de santé Covid-19 et Belhealth, et l'enquête de santé de 2018⁸², on observe que la

fréquence de ces troubles a augmenté durant la crise du Covid-19 et a fluctué, avec des pics qui semblent suivre l'évolution de l'épidémie de Covid-19 et les mesures prises face à celle-ci.

Par ailleurs, alors qu'en mars 2022, la fréquence des troubles anxieux et dépressifs avait diminué, en juin 2022, lors de la onzième enquête de santé Covid-19, le bien-être psychologique s'est à nouveau dégradé, en particulier pour les troubles dépressifs. Lors de cette enquête, des inquiétudes par rapport au prix de l'énergie, au changement climatique, au prix ou à la pénurie de nourriture, ou à un rebond économique du virus du Covid-19, étaient rapportées par respectivement 58%, 39%, 38% et 13% des participants à l'enquête (résultats pour la Belgique)⁸³. La fréquence des troubles dépressifs a continué à augmenter jusque fin septembre-début octobre 2022 pour ensuite diminuer.

Pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicides

Le suicide représente un problème de santé publique important⁸⁴. Lorsque l'on aborde cette problématique, il faut tenir compte du fait que celle-ci ne se limite pas à l'acte mortel, le suicide, mais qu'il existe également une série de comportements décrivant ce que l'on appelle le processus suicidaire⁸⁵. Ainsi parmi les « comportements suicidaires », on retrouve aussi les comportements suicidaires non fatals (tentatives de suicide), les intentions suicidaires (plans de suicide), les comportements suicidaires indirects (comportements limites, styles de vies risqués) et les idéations suicidaires⁸⁶. Lors de la quantification du phénomène suicidaire, il est donc recommandé d'aussi prendre en compte la fréquence des idéations suicidaires et des tentatives de suicide⁸⁷.

⁷⁹ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Sciensano, Bruxelles, Belgique. Numéro de rapport : D/2020/14.440/3 Accessible via : <http://www.enquetesante.be/>

⁸⁰ Le 11 mars 2020, l'OMS avait qualifié la situation mondiale par rapport à la Covid-19 de « pandémie », l'Europe étant considérée comme le nouvel épicycle de l'épidémie le 13 mars 2020. Pour plus de détails sur quelques moments-clés des débuts de l'épidémie de Covid-19 : voir : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2020). Baromètre social 2020. Bruxelles: Commission communautaire commune. Accessible via : <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2023-12/5.2.1.%20barometre-social-2020.pdf>

⁸¹ Les enquêtes de santé Covid-19 ont été menées entre avril 2020 et juin 2022 afin d'évaluer le bien-être psychologique de la population depuis le début de la crise sanitaire (<https://www.sciensano.be/fr/projets/covid-19-enquete-sante> & <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>). Les dates de réalisation de ces enquêtes sont les suivantes : 1ère enquête : du 2 au 9 avril 2020, 2^{ème} enquête : du 16 au 23 avril 2020, 3^{ème} enquête : du 28 mai au 4 juin 2020, 4^{ème} enquête : du 24 septembre au 1er octobre 2020, 5^{ème} enquête : du 3 au 10 décembre 2020, 6^{ème} enquête : du 18 au 25 mars 2021, 7^{ème} enquête : du 10 au 20 juin 2021, 8^{ème} enquête : du 5 au 18 octobre 2021, 9^{ème} enquête : du 13 au 23 décembre 2021, 10^{ème} enquête : du 17 au 27 mars 2022, 11^{ème} enquête : juin 2022.

La cohorte Belhealth est une étude longitudinale qui vise à suivre la santé et le bien-être d'un large groupe d'habitants en Belgique (<https://www.sciensano.be/fr/projets/cohortes-belge-sante-et-bien-etre>). Les dates de réalisation des premières vagues sont les suivantes : 1ère vague entre le 28 septembre et le 11 octobre 2022 - 2ème vague entre le 6 et le 27 février 2023 - 3ème vague entre le 21 juin et le 6 juillet 2023.

⁸² Des différences doivent être notées entre les enquêtes de santé Covid-19 et la cohorte Belhealth d'une part et d'autre part l'enquête de santé de 2018, notamment au niveau de la méthode d'échantillonnage.

⁸³ Sciensano (2022). Résultats de la 11^{ème} enquête de santé COVID-19. Juin 2022. Accessible via : <https://www.sciensano.be/fr/resultats-de-la-11e-enquete-de-sante-covid-19>

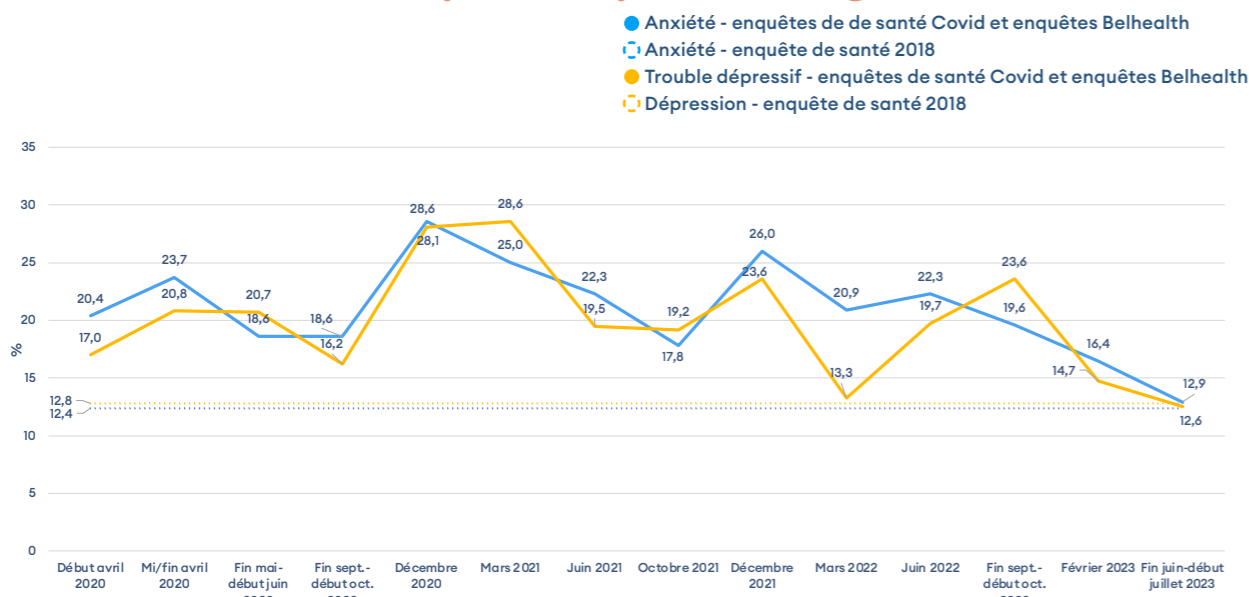
⁸⁴ OMS. 2022. Suicide : facts and figures globally. Accessible via : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.03>

⁸⁵ Senterre C, Bantuelle M et Levêque A. Bruxelles, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique.

⁸⁶ Senterre C, Bantuelle M et Levêque A. Bruxelles, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique.

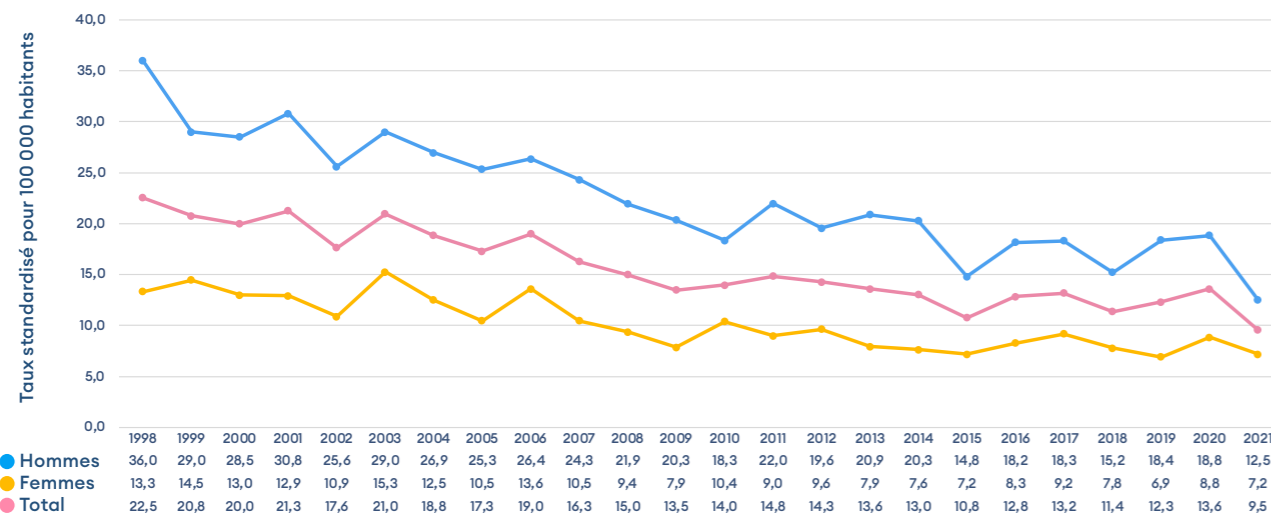
⁸⁷ Le portail de la prévention du suicide. Accessible via : http://www.preventionsuicide.info/connaissances/ampleur_repepi.php

Figure 2-50 Proportion de personnes âgées de 18 ans et plus* présentant un trouble anxieux généralisé** ou un trouble dépressif** : évolution entre avril 2020 et fin juin-début juillet 2023, Région bruxelloise



* Les données de l'enquête de santé de 2018 concernent les personnes de 15 ans et plus
 ** Trouble anxieux généralisé : sur base du résultat obtenu à la GAD-7 - trouble dépressif (dépression « majeure » ou autre trouble dépressif): sur base du résultat obtenu au PHQ-9. GAD-7: 7-item Generalized Anxiety Disorder scale; PHQ-9 : Patient Health Questionnaire 9-item depression scale
 Source : Enquêtes de santé Covid-19, cohortes Belhealth et Enquête de santé 2018, Sciensano

Figure 2-51 Evolution des taux standardisés* de mortalité par suicide des bruxellois, total et selon le sexe, 1998-2021



* Taux standardisé pour l'âge (population de référence européenne 2013)
 Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Idéations suicidaires et tentatives de suicide

Selon les données de l'Enquête de santé de 2018, 14,3% des Bruxellois rapportent avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie et 4,9% en avoir eu au cours des 12 derniers mois. Ces chiffres ne diffèrent pas, après standardisation pour le sexe et l'âge, des chiffres des grandes villes flamandes et des grandes villes wallonnes.

Parmi les participants bruxellois à l'Enquête de santé de 2018, 4,2% déclarent avoir fait une, ou plusieurs, tentative(s) de suicide au cours de leur vie ; 0,4% une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Après standardisation pour le sexe et l'âge, les chiffres bruxellois des tentatives de suicide au cours de la vie sont proches et ne diffèrent pas significativement des chiffres des grandes villes flamandes ; ils sont significativement légèrement moins élevés que dans les grandes villes wallonnes, cette dernière différence doit être interprétée avec prudence vu les petits nombres de personnes déclarant une (des) tentative(s) de suicide au cours de leur vie.

Mortalité par suicide

En 2021, 104 décès par suicide ont été enregistrés parmi les Bruxellois⁸⁸, dont 64 hommes et 40 femmes. Ceci correspond à un taux standardisé pour l'âge⁸⁹ de mortalité par suicide de 9,5 décès par 100 000 habitants (hommes et femmes ensemble), un taux standardisé de mortalité par suicide de 12,5 décès par 100 000 habitants pour les hommes et de 7,2 décès par 100 000 habitants pour les femmes.

Les taux standardisés de mortalité par suicide fluctuent d'une année à l'autre mais la tendance est globalement à une diminution importante depuis le début des années 2000 (voir figure 2-51)⁹⁰. Le taux standardisé de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes, le suicide étant de près de 2 à près de 3 fois, selon les années, plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Taux de suicide selon l'âge et le sexe

Pour analyser les taux bruts de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe, les données de la période de 20 ans allant de 2001 à 2021 ont été regroupées afin de disposer d'effectifs suffisants. De manière globale, le taux brut de mortalité par suicide augmente avec l'âge, chez les hommes et les femmes, mais de manière plus marquée chez les hommes, chez qui on observe par ailleurs une augmentation importante à partir de 75 ans. Les taux bruts de mortalité sont d'autre part inférieurs chez les femmes par rapport aux hommes.

Distribution des suicides par tranche d'âge

Par rapport à l'ensemble des suicides bruxellois survenus entre 2001 et 2021, près de la moitié concernaient des hommes et des femmes âgés entre 40 et 64 ans (respectivement 47,4% et 45,7%). Chez les hommes, la tranche d'âge ensuite la plus touchée est celle des 20-39 ans (29,3%), suivie des 65 ans et plus (21,5%). Chez les femmes, 29,9% des suicides touchaient des femmes de 65 ans et plus, et un peu plus d'un cinquième (21,4%) des femmes entre 20 et 39 ans. Les suicides des 5-19 ans représentaient 1,8% des suicides chez les hommes et 3,0% des suicides chez les femmes.

Mortalité par suicide à Bruxelles et dans les autres régions

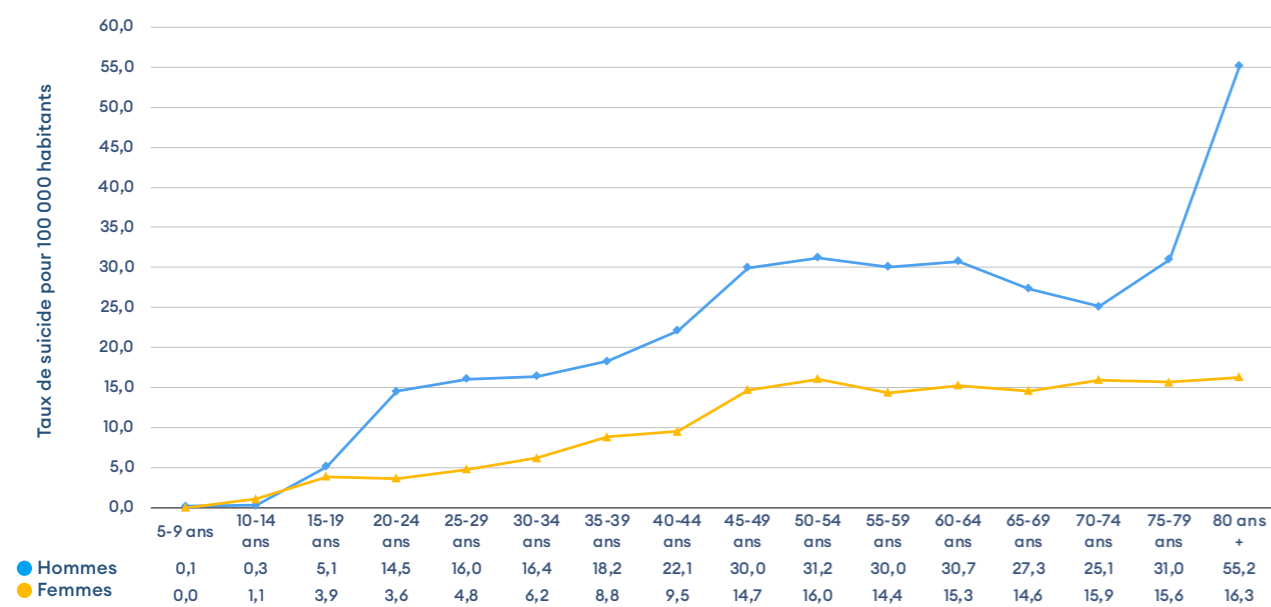
Pour pouvoir comparer Bruxelles à la Belgique et aux autres régions, les chiffres du module SPMA⁹¹, basés sur les données de Statbel, sont utilisés. On observe dans le tableau 2-8 ci-après que les chiffres observés pour Bruxelles pour les hommes sont inférieurs à ceux de la Flandre et de la Wallonie pour l'année 2020. Pour les femmes, les différences entre régions sont moins marquées, les chiffres pour Bruxelles étant légèrement supérieurs.

⁸⁸ Il faut noter que ce chiffre sur le nombre de décès par suicide de bruxellois survenus en 2021 inclut les Bruxellois décédés en Flandre, mais pas les Bruxellois décédés par suicide en Wallonie, ces chiffres ne sont pas disponibles à l'heure de la rédaction de ce chapitre, ils représentent en moyenne 2 décès par an.

⁸⁹ Taux de mortalité standardisé pour l'âge : standardisation sur base de la population de référence européenne 2013

⁹⁰ Les chiffres de mortalité par suicide peuvent être sous-estimés pour différentes raisons, dont le fait que l'intentionnalité de l'acte n'est pas toujours aisée à déterminer avec certitude (1). Sur la période 1998 à 2021, le nombre de décès de Bruxellois liés à des événements d'intention indéterminée a augmenté certaines années, particulièrement en 2012 et 2013 (2). Le site Vers une Belgique en bonne santé présente l'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide en considérant également les événements d'intention indéterminée. Lorsque ceux-ci sont pris en compte, on observe la même tendance à la diminution des taux standardisés de mortalité depuis le début des années 2000 pour Bruxelles. Références : (1) Senterre C, Bantuelle M et Levêque A. Bruxelles, 2006. Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique. (2) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. (3) Sciensano. Santé mentale : Comportements suicidaires, Health Status Report, 30 Août 2023, Bruxelles, Belgique, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/comportements-suicidaires>

Figure 2-52 Taux brut de mortalité par suicide parmi les Bruxellois, par âge et par sexe, années 2001-2021



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Tableau 2-8 Taux standardisé* de mortalité par suicide, total et selon le sexe, par région et pour la Belgique, 2020

	Global	Hommes	Femmes
Bruxelles	13,5	18,6	9,1
Flandre	14,5	21,8	7,9
Wallonie	17,2	27,4	8,4
Belgique	15,2	23,0	8,1

* Taux standardisé pour l'âge (population de référence européenne 2013)
 Source: Standardized Procedures of Mortality Analysis. Sciensano, Brussels, Belgium;
 Accessible via : <https://www.sciensano.be/en/projects/standardized-procedures-mortality-analysis/spma>

Le suicide comme cause d'années potentielles de vie perdues et de mortalité prématurée

Comme on l'a vu précédemment (voir partie 2B), lorsque l'on considère l'ensemble des décès de Bruxellois survenus sur la période 2010-2019, on observe que le suicide constitue la 2^{ème} cause d'années potentielles de vie perdues chez les hommes, et la 4^{ème} cause d'années potentielles de vie perdues chez les femmes. Il représente, pour les décès survenus sur la même période, la 6^{ème} cause de mortalité prématurée (c'est-à-dire la mortalité avant l'âge de 75 ans) chez les hommes (taux de 16,3 décès prématurés par 100 000 habitants) et la 7^{ème} cause de mortalité prématurée chez les femmes (taux de 7,6 décès prématurés par 100 000 habitants).

Conclusion

Comme le montrent les chiffres de l'Enquête de santé de 2018, les problèmes de santé mentale touchent une part non négligeable de Bruxellois, dont certains sont plus à risque comme les personnes rencontrant plus de difficultés financières pour les troubles anxieux et dépressifs notamment, ou les femmes et les générations plus jeunes pour les troubles anxieux.

Les répercussions des problèmes de santé mentale peuvent par ailleurs être importantes pour les personnes elles-mêmes, leur entourage, et la société plus largement. On a vu également précédemment (cf. chapitres 2B et 2C), qu'ils peuvent être la cause d'incapacités de travail de longue durée et également avoir un impact important en termes d'années de vie en bonne santé perdues («DALY's» (Disability-Adjusted Life Years)).

La pandémie de Covid-19 s'est accompagnée à Bruxelles, comme en Europe et dans le monde⁹², d'une augmentation de la fréquence de ces problèmes, notamment les troubles anxieux, les troubles dépressifs. Si la crise de la Covid-19 semble derrière nous, de nouvelles crises sont possibles, comme on l'a vu avec l'offensive militaire russe contre l'Ukraine et les crises énergétique et économique conséquentes à cette invasion, nouvelles crises pouvant s'accompagner de nouvelles répercussions sur le bien-être et la santé mentale des bruxellois, qu'il est donc primordial de continuer à monitorer.

⁹¹ Module Standardized Procedure of Mortality Analysis (SPMA) (Sciensano). Accessible via : <https://www.sciensano.be/en/projects/standardized-procedures-mortality-analysis/spma>

⁹² OMS. 2022. Troubles mentaux. Accessible via: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 OECD/EU. 2018. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. Accessible via: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

G. L'environnement et l'habitat

Les pollutions environnementales ont un véritable impact sur la santé. Cette partie du Tableau de bord a pour objectif de faire un focus sur cette thématique pour la Région bruxelloise. Toutes les pollutions environnementales connues ne sont pas abordées : un choix a été opéré selon leur importance et la disponibilité de données. Trois types de pollution sont examinés. Les premières sont les pollutions de l'air et sonores présentes dans l'espace public. Les deuxièmes sont les pollutions rencontrées dans leur emploi par les Bruxellois. Les troisièmes sont les pollutions intérieures, plus spécifiquement dans le logement. Cette thématique sera traitée avec la préoccupation de mettre en lumière les inégalités sociales face à ces pollutions.

Pollution de l'air et exposition au bruit

Pollution de l'air

Selon des estimations de la *European Environmental Agency*, la pollution de l'air est responsable d'un peu plus de 500 000 décès prématurés par an en Europe⁹³. Pour Bruxelles, une estimation porte le nombre de décès à 930 décès prématurés par an⁹⁴.

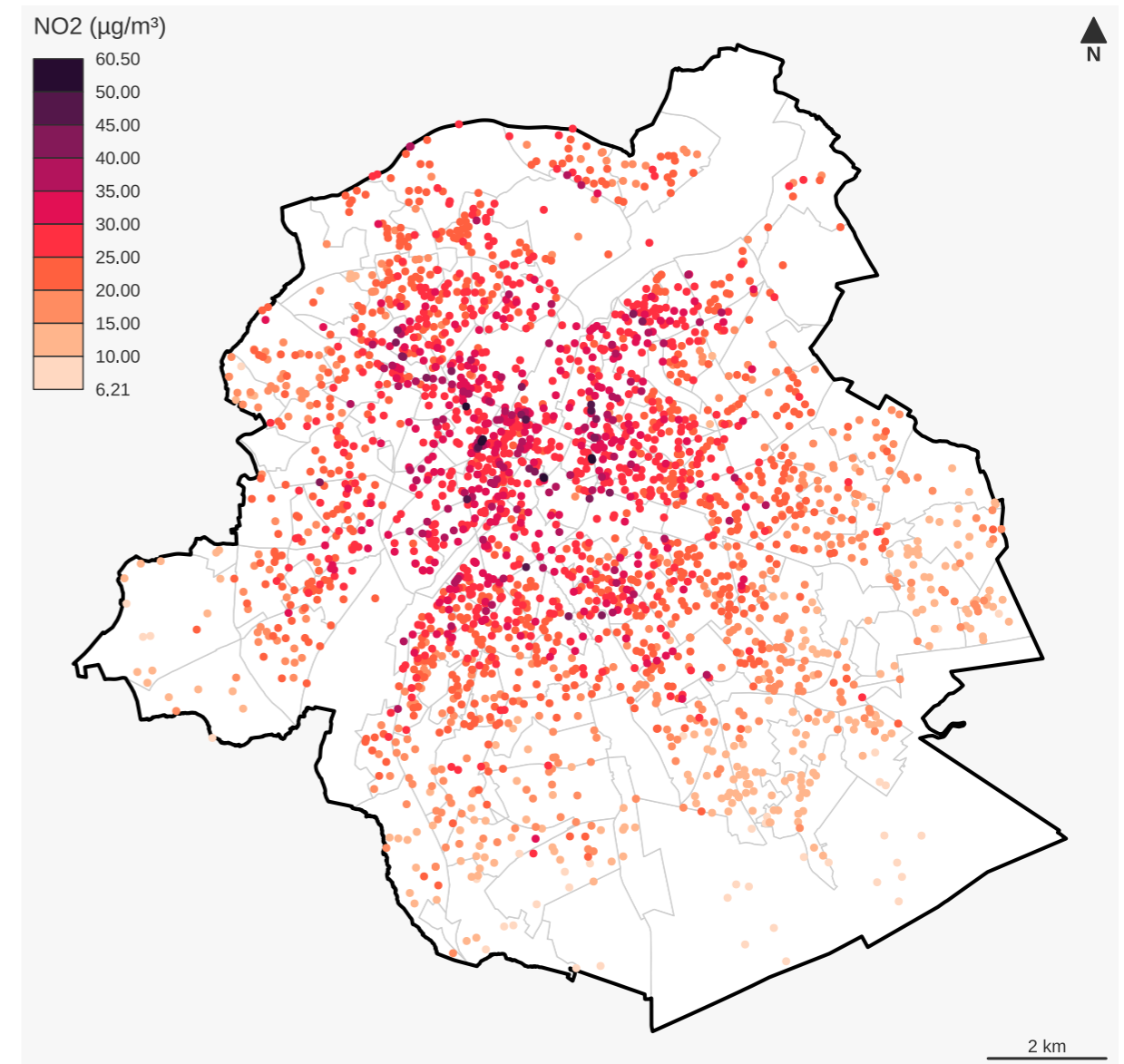
Deux polluants en particulier retiennent l'attention : ce sont les particules fines (PM₁₀ et plus petites) et le dioxyde d'azote (NO₂) ; ils sont les polluants les plus importants en région bruxelloise, compte tenu de leur concentration et de leur effet nocif sur la santé. Le NO₂ est un gaz irritant pour les voies respiratoires, qui provoque à terme une réaction inflammatoire et le développement de maladies chroniques. Les particules fines ont quant à elle la caractéristique de pouvoir passer dans le sang après avoir été inhalées, favorisant notamment le développement de maladies cardiovasculaires et augmentant le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC)⁹⁵.

À Bruxelles, les sources de ces deux polluants sont principalement le transport routier et le chauffage des bâtiments⁹⁶. Entre 1990 et 2020, la concentration de ces deux polluants a fortement diminué à Bruxelles : -80% pour les PM_{2,5} et -71% pour les NO_x⁹⁷. Malgré cette diminution, les concentrations moyennes annuelles à Bruxelles en 2021 sont supérieures aux limites indicatives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : 18,1µg/m³ pour le NO₂ (la valeur limite de l'OMS étant de 10µg/m³) et 10,3µg/m³ pour les PM_{2,5} (valeur limite de l'OMS de 5µg/m³)⁹⁸.

De plus, les concentrations de polluants atmosphériques sont assez inégalement réparties sur le territoire bruxellois. C'est surtout le cas pour le NO₂, produit pour une part importante au sein de la région (trafic routier local). C'est moins vrai pour les particules fines, transportées sur de longues distances⁹⁹. La carte 2-1 présente la répartition des concentrations de NO₂ à Bruxelles mesurées au niveau des façades des habitations. Les données sont issues du projet Curieuzenair, enquête participative menée en 2021 pour laquelle des milliers de Bruxellois ont fixé un appareil de mesure sur leur façade¹⁰⁰.

On constate que les concentrations de NO₂ croissent en fonction de la densité de population (lorsque l'on s'approche du centre-ville) et atteignent les niveaux les plus élevés le long d'axes routiers importants, comme le boulevard Léopold 2 (carte 2-1). Cette géographie implique que les habitants les plus pauvres de Bruxelles sont confrontés à plus de pollution à leur lieu de domicile, ceux-ci étant sur-représentés dans les zones à forte densité. La figure 2-53 met en lien le niveau de revenu des Bruxellois avec une estimation de la concentration de NO₂ à leur quartier de domicile¹⁰¹ : on constate que les logements des personnes dont les revenus se situent dans les quintiles inférieurs se situent plus souvent dans les quartiers plus pollués au NO₂, révélant une inégalité environnementale tout à fait marquante (les quintiles de revenus sont classés des plus bas [1] aux plus élevés [5]). Cette inégalité est plus frappante encore lorsque l'on sait que les moins aisés sont également les moins

Carte 2-1 Concentration de NO₂ à Bruxelles (2021 : Curieuzenair)



Source: Curieuzenair; Infographie : Observatoire de la Santé et du Social

⁹³ Air Quality in Europe, European Environmental Agency, <https://www.eea.europa.eu/publications/air-quality-in-europe-2018>, 2018.

⁹⁴ Andrieux J., Eggen M., Bouland C., « Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale », Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2020.

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ Bruxelles Environnement, Fiche documentée 43 : Synthèse des émissions de polluants atmosphériques En région de Bruxelles-capitale, https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Air_43.

⁹⁷ Calcul de l'Observatoire de la Santé et du Social sur base des informations présentées sur site internet de Bruxelles Environnement, page « Qualité de l'air extérieur : état des lieux », <https://environnement.brussels/citoyen/outils-et-donnees/etat-des-lieux-de-lenvironnement/qualite-de-lair-exterieur-etat-des-lieux>.

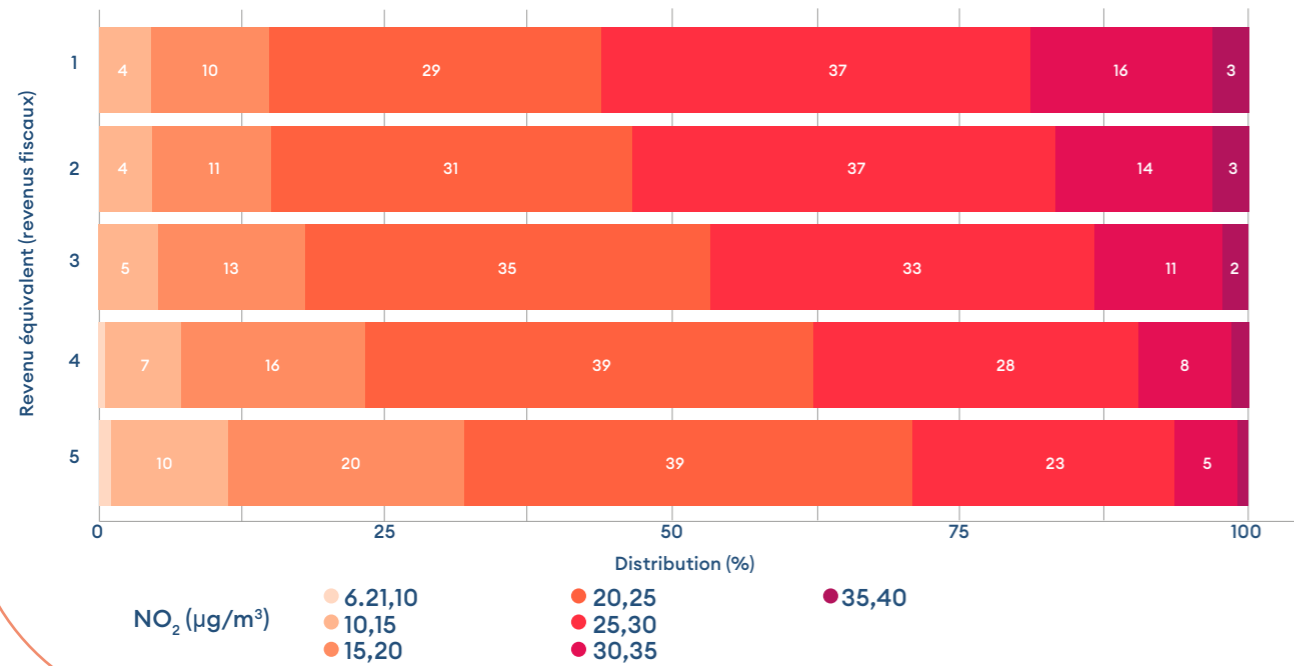
⁹⁸ <https://www.irceline.be/fr/qualite-de-lair/mesures/dioxyde-dazote/history/evolution> et <https://www.irceline.be/fr/qualite-de-lair/mesures/particules-fines/history/evolutions/pm2-5-moyenne-annuelle>.

⁹⁹ Bruxelles Environnement, Fiche documentée 23 : Les particules fines (PM10, PM2.5, PM1 et PM0.1), https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Air_23

¹⁰⁰ Voir le site du projet : <https://curieuzenair.brussels/>.

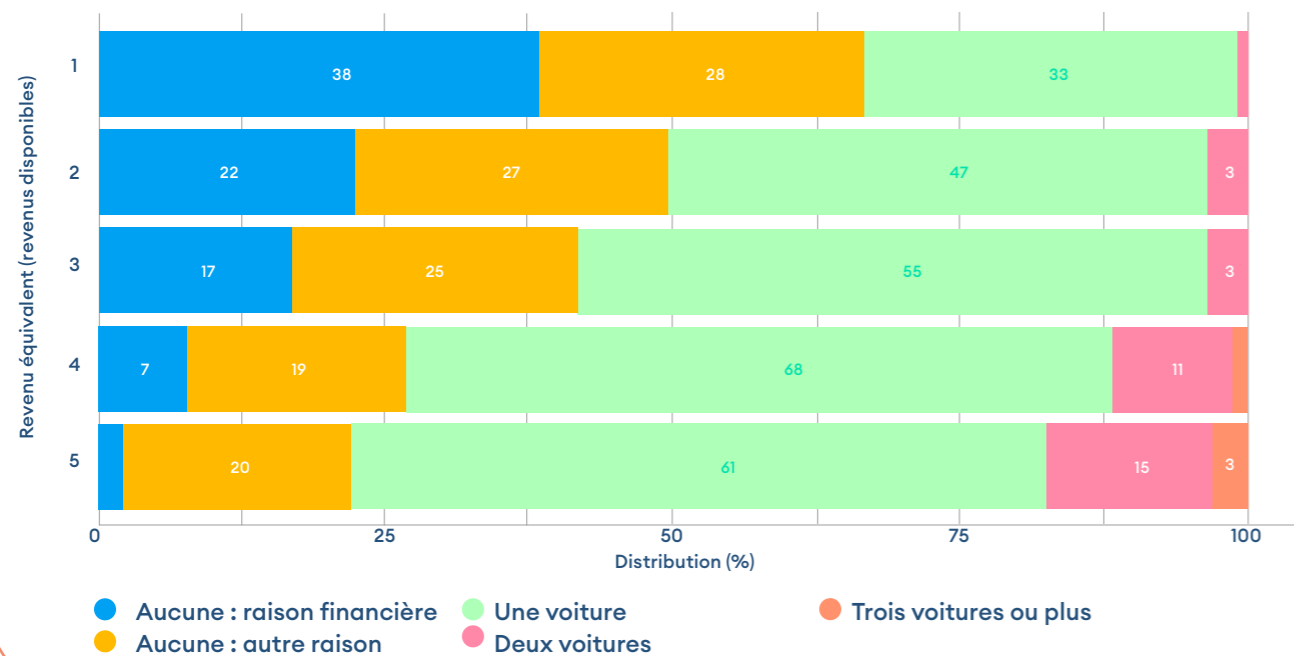
¹⁰¹ Cette estimation a été calculée en faisant la moyenne des points de mesure par secteur statistique. La concentration moyenne de NO₂ a ensuite été couplée au nombre de personnes appartenant à l'un ou l'autre des quintiles de revenu par secteur statistique.

Figure 2-53 Degré d'exposition au NO₂ au lieu de résidence selon le revenu des individus



Source : Curieuzenair, IBSA

Figure 2-54 Nombre de voitures possédées dans le ménage selon le revenu des individus



Source : SILC 2022

motorisés (figure 2-54)¹⁰². Ainsi, les pauvres ont moins souvent une voiture, mais ils souffrent plus souvent de la pollution qu'elles génèrent.

Il faut noter que ce constat concerne la qualité de l'air extérieur au lieu de domicile des personnes, mais ne reflète pas l'exposition réelle de ces dernières à la pollution atmosphérique. En effet, les personnes se déplacent pour se rendre à leur travail, pour aller à l'école, etc. et sont alors exposées à des niveaux de pollutions différents de celui présent à leur lieu de domicile. Par ailleurs, les déplacements eux-mêmes exposent fortement aux polluants. Des études révèlent que l'habitacle d'une voiture dans le trafic expose à un niveau de concentration de NO₂ (mais aussi de particules fines) parfois dix fois supérieurs à celui de l'air ambiant¹⁰³. Les ménages bruxellois aisés possèdent bien plus souvent une voiture, rendant le tableau général des inégalités sociales d'exposition difficile à établir. Il est également à noter que les logements sociaux bruxellois sont le type de logement exposé aux pollutions les plus faibles, du fait de la politique de construction de ceux-ci dans des zones peu denses (non illustré).

Exposition au bruit

Les nuisances sonores constituent un autre type de pollution environnementale fortement présent en milieu urbain ; le phénomène est donc important en Région bruxelloise. Le bruit a un impact peu connu sur la santé : il est une source de fatigue et de stress, et peut perturber le sommeil. L'enquête de santé par interview permet d'analyser la gêne provoquée par le bruit extérieur à Bruxelles du point de vue du ressenti des personnes, en considérant tous les bruits extérieurs : le bruit des trafics routier, ferroviaire et aérien, mais aussi des activités industrielles et logistiques. La figure 2-55 présente ainsi la proportion des personnes déclarant être fortement gênées par l'un de ces bruits à leur domicile, selon la région et leurs difficultés à «joindre les deux bouts». Les données de 2008, 2013 et 2018 ont été rassemblées pour constituer un échantillon plus solide.

Une première différence visible est celle entre Bruxelles d'un côté (20,4% à être fortement gênés par le bruit extérieur), et la Flandre et la Wallonie de l'autre (respectivement 6,8% et 8,1% à être fortement gênés). Cette différence tient au fait que la région bruxelloise est un milieu essentiellement

urbain, propice aux nuisances sonores, alors que la Flandre et la Wallonie comprennent des zones rurales moins denses, avec moins d'activité et de trafic, et donc plus calmes. Une deuxième différence marquante tient à la différence de gêne selon le niveau socio-économique des personnes. Si l'on se focalise sur Bruxelles, on voit que les membres des ménages qui ont le plus de difficultés pour joindre les deux bouts sont 28,9% à être fortement gênés par le bruit, contre 14,6% des personnes vivant dans des ménages avec le plus de facilités financières. On peut formuler plusieurs hypothèses pour expliquer cette différence. D'une part, les personnes avec le plus de difficultés peuvent habiter dans des lieux plus bruyants : elles habitent notamment des communes pauvres plus denses. D'autre part, les logements occupés par les ménages avec le plus de difficultés peuvent être de moindre qualité et moins bien isolés, et faire ressentir une plus grande gêne à bruit extérieur égal.

Pollutions au travail

L'espace public n'est pas le seul endroit où l'on rencontre des pollutions ; les lieux de travail peuvent l'être aussi, avec une intensité parfois très importante. On peut notamment penser aux espaces où travaillent les ouvriers de la construction, les personnels en charge du nettoyage ou les travailleurs dans les transports, lesquels exposent fortement à des matières nocives et à des niveaux sonores élevés. Il est difficile d'établir un lien causal direct entre l'activité professionnelle exercée et la santé, mais des éléments convergents conduisent à identifier celle-ci comme étant effectivement pathogène dans certaines situations, notamment par le biais de l'exposition à des polluants sur les lieux de travail. De manière générale, les personnes exerçant des emplois ouvriers présentent une surmortalité importante, et c'est l'inverse pour les chefs d'entreprise, cadres dirigeants et professions intellectuelles¹⁰⁴.

L'Enquête européenne sur les conditions de travail (EWCS) permet d'estimer l'ampleur de l'exposition à des polluants au travail ; cette enquête est menée tous les cinq ans dans de nombreux pays européens¹⁰⁵. Pour rendre les analyses possibles à Bruxelles, les enquêtes de 2000 à 2021 ont été rassemblées.

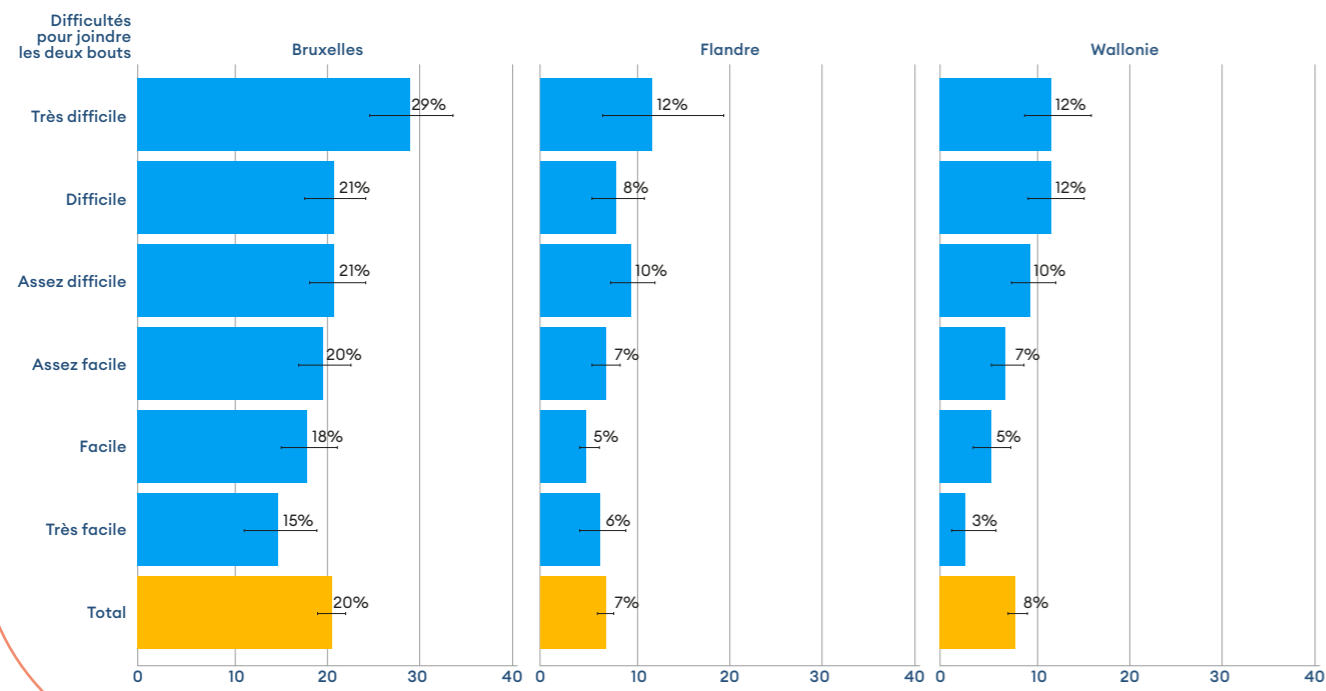
¹⁰² La définition du revenu n'est pas la même pour les figures 2-53 et 2-54 : il s'agit du revenu fiscal pour la première figure (les revenus fiscaux nuls ne sont pas comptés), et du revenu disponible mesuré par le biais de l'enquête SILC pour la seconde. Dans les deux cas, le revenu est exprimé en «revenu équivalent», revenu qui prend en compte la structure des ménages pour estimer le niveau de vie.

¹⁰³ J.-P. Morin, F. Gouriou, D. Preterre, M. Bobbia, V. Delmas, Évaluation de l'exposition aux polluants atmosphériques des conducteurs de véhicules automobiles par la mise en œuvre de mesures dynamiques dans l'habitacle du véhicule, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Vol. 70, Issue 2, 2009, pp. 184-192.

¹⁰⁴ J. Girès, Le travail c'est la santé ? Ecart de mortalité entre professions en Belgique, Observatoire belge des inégalités, 2020, <https://inegalites.be/Le-travail-c-est-la-sante-pas-pour>.

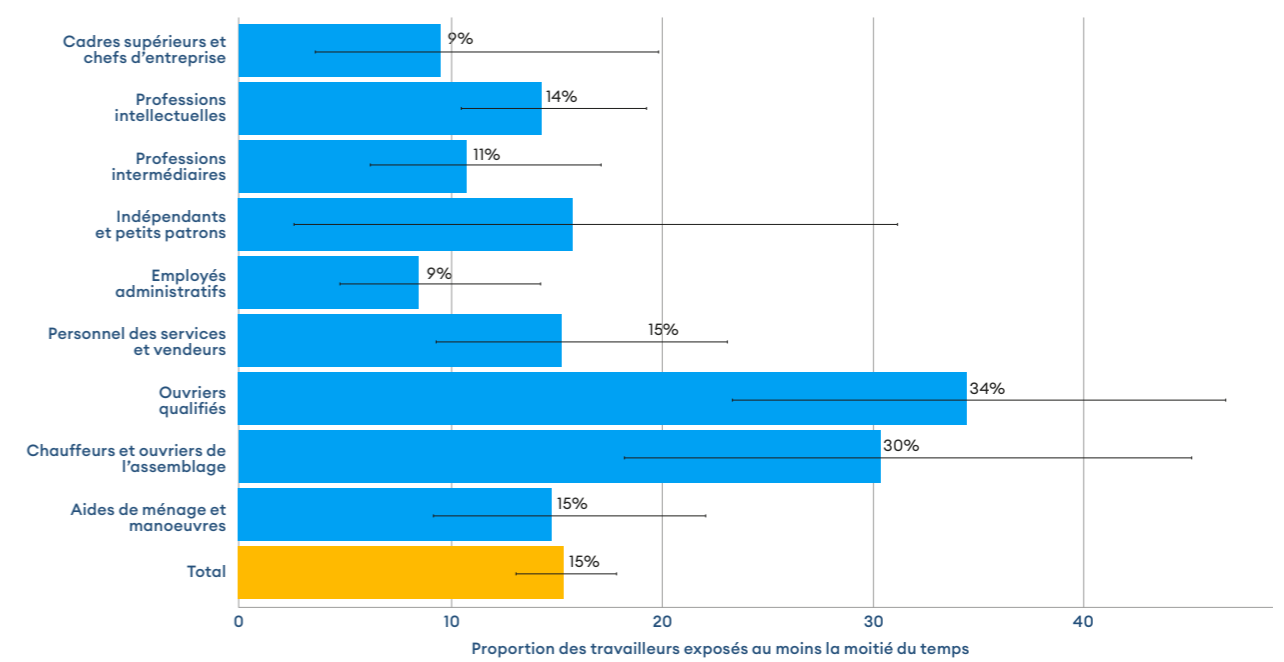
¹⁰⁵ <https://www.eurofound.europa.eu/fr/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>.

Figure 2-55 Pourcentage de personnes fortement gênées par le bruit à leur domicile selon les difficultés pour joindre les deux bouts



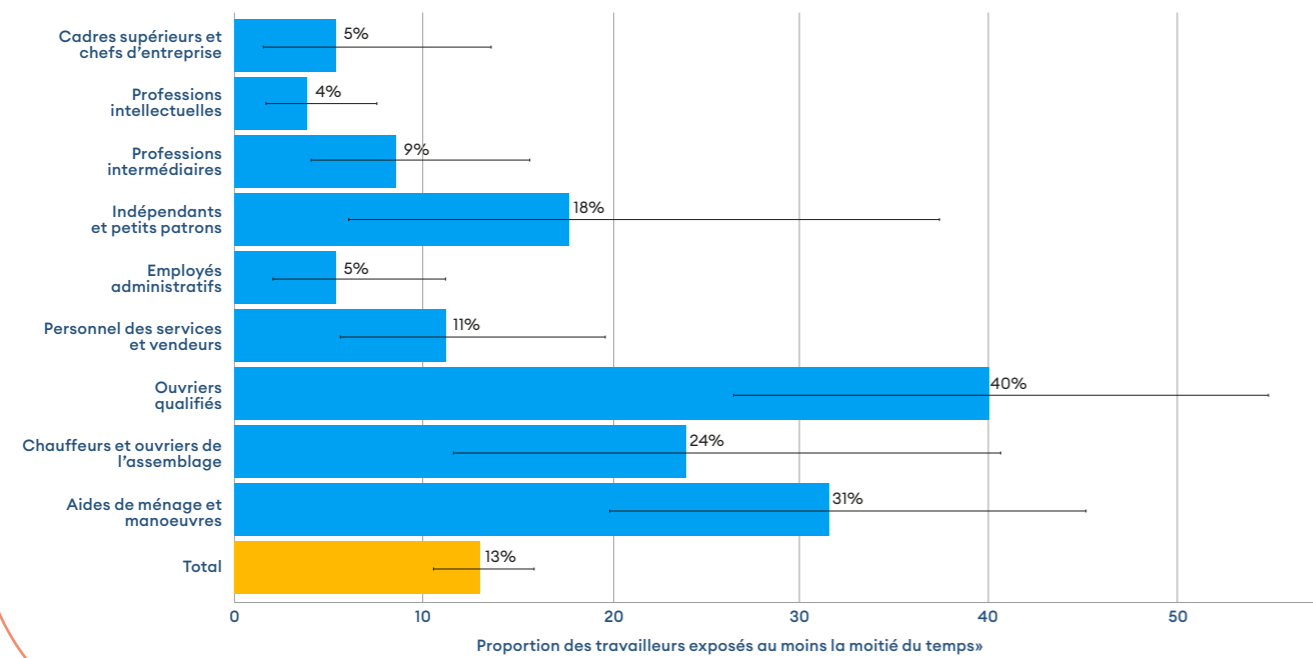
Source : Enquêtes de santé 2008-2018; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-57 Proportion des travailleurs exposés à des bruits si forts qu'il faut élever la voix, Bruxelles, 2000-2021



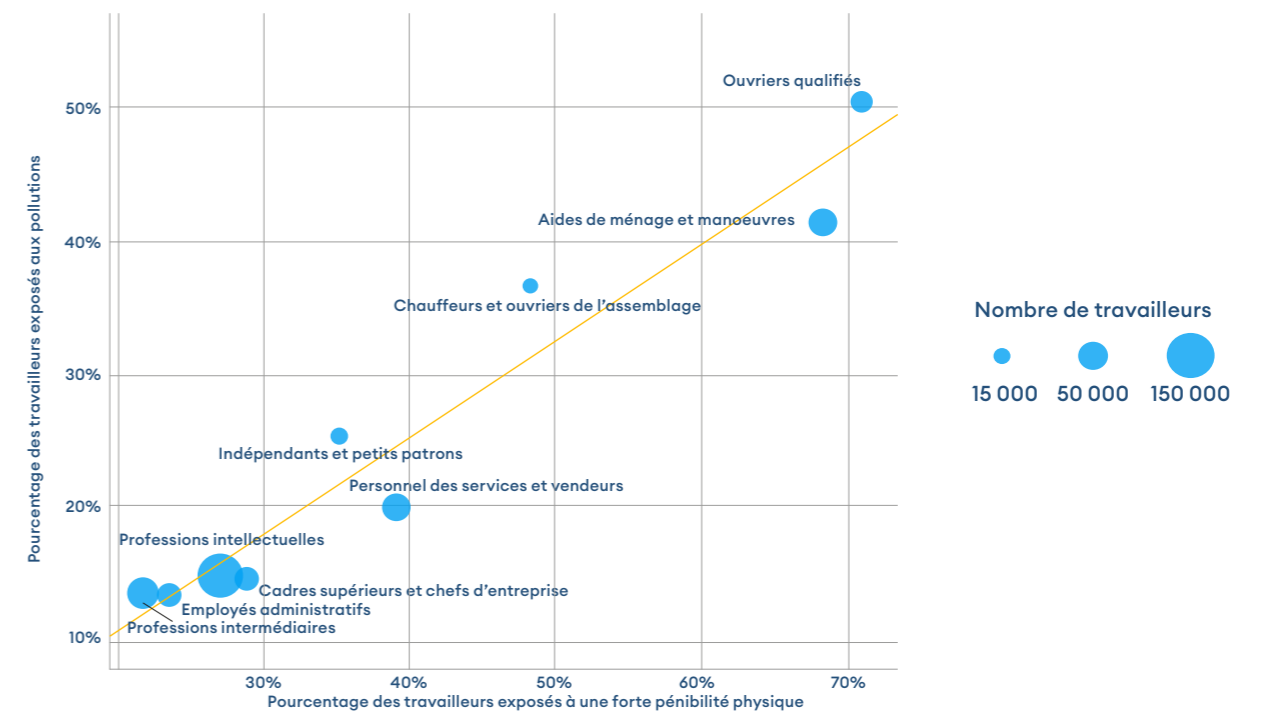
Source : EWCS 2000-2021 ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-56 Proportion des travailleurs exposés à des substances nocives (fumées, vapeurs, poussières ou substances chimiques), Bruxelles, 2000-2015



Source : EWCS 2000-2015 ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-58 Lien entre l'exposition aux polluants des catégories socio-professionnelles et leur pénibilité au travail, Bruxelles, 2000-2015



Source : EWCS 2000-2015 ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Exposition à des substances nocives au travail

L'exposition à des substances nocives sur les lieux de travail est abordée en premier. Cette question est importante en matière de santé publique, puisque des estimations chiffrent à 8 % des cancers ceux qui sont d'origine professionnelle : ces derniers provoqueraient ainsi un peu plus de 2000 décès en Belgique annuellement¹⁰⁶. On peut par ailleurs penser que l'emploi est un domaine où s'expriment de fortes inégalités environnementales, l'activité ouvrière exposant à des risques environnementaux bien supérieur au travail de bureau¹⁰⁷.

Afin d'estimer l'exposition des travailleurs bruxellois à des substances nocives sur le lieu de travail, il a été considéré trois types d'exposition mesurées par l'enquête EWCS : 1. L'exposition aux **fumées, vapeurs** (telles les vapeurs de soudure ou d'échappement) et **poussières** (telles la poussière de bois ou la poussière minérale) ; 2. L'exposition aux **vapeurs** telles que des solvants et des diluants ; 3. Le contact avec des **produits ou des substances chimiques**. La figure 2-56 représente la fréquence d'exposition des différentes catégories socio-professionnelles¹⁰⁸ à au moins un de ces trois types de substances nocives au moins la moitié de leur temps de travail.

On constate de grandes différences d'exposition entre les différentes catégories socio-professionnelles. Les moins exposés sont les *professions intellectuelles*, qui sont 4% à être en contact avec des fumées, vapeurs, poussières ou substances chimiques au moins la moitié du temps, contre 40% des *ouvriers qualifiés*, soit 10 fois plus. Les *aides de ménage et manœuvres* ainsi que les *chauffeurs et ouvriers de l'assemblage* sont également très exposés (respectivement 31 et 24% sont exposés au moins la moitié du temps), ce qui est bien supérieur à ce qui est observé pour la plupart des autres catégories.

Nuisances sonores au travail

Le bruit constitue également une nuisance majeure sur les lieux de travail. On peut notamment penser au bruit des machines dans un atelier, au bruit dans une gare ou dans un restaurant. Le phénomène a de réelles implications en termes de santé : l'exposition à des niveaux sonores élevés peut provoquer de la surdité pour les travailleurs les plus exposés, mais aussi de la fatigue, du stress et des troubles du sommeil¹⁰⁹.

L'enquête EWCS permet de saisir de manière générale les différentiels d'exposition entre catégories socio-professionnelles à Bruxelles. La figure 2-57 représente ainsi la fréquence d'exposition des différentes catégories socio-professionnelles à des **bruits si forts qu'il faut élever la voix** pour parler aux gens, *ce au moins la moitié de leur temps de travail*.

Les résultats sont similaires à ceux de l'exposition à des fumées, vapeurs, poussières ou substances chimiques : les *ouvriers qualifiés* sont les plus exposés (34%), et les *cadres supérieurs* et *chefs d'entreprise* et les *employés administratifs* le sont les moins (9%).

Des inégalités d'exposition connectées aux inégalités socio-professionnelles

Il est utile d'interpréter les inégalités d'exposition à des pollutions au travail à travers les prismes de la hiérarchie socio-professionnelle et de la pénibilité des emplois. La figure 2-58 met ainsi en relation l'exposition aux polluants des différentes catégories socio-professionnelles avec la pénibilité physique à laquelle celles-ci sont confrontées¹¹⁰.

On constate que les catégories socio-professionnelles qui subissent une forte pénibilité physique sont aussi celles soumises à une forte exposition aux polluants, deux éléments qui, à terme, impactent certainement la santé. En outre, ces catégories regroupent en majorité des professions peu valorisées financièrement et socialement, indiquant un véritable cumul de désavantages en termes

socio-économiques et sanitaires. La question n'est pas anecdotique à Bruxelles car les trois catégories les plus exposées - *ouvriers qualifiés, aides de ménage et manœuvres, chauffeurs et ouvriers de l'assemblage* - constituent 22,6% de la population qui a un emploi à Bruxelles (1 personne sur 5), soit 105 000 personnes¹¹¹.

Pollutions dans le logement

Le logement est le lieu privilégié du «chez-soi», entendu comme un espace d'intimité et de sécurité, où l'on peut mener ses activités en étant protégé des risques extérieurs. Le logement peut néanmoins être poreux aux pollutions extérieures, voire être lui-même un espace générateur de nuisances et de pollutions. De nombreuses recherches documentent le lien entre l'état du logement et la santé de ses occupants¹¹². Les effets sur la santé physique sont notamment liés à la présence de gaz de chauffage, de moisissures et allergènes, à la température trop peu élevée et/ou à l'humidité.

Humidité dans le logement

Les affections respiratoires constituent le premier motif médical pour lequel intervient la Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI)¹¹³, souvent pour cause de problèmes d'humidité et de moisissure. Une cause identifiée est la suroccupation des logements, y augmentant l'humidité par condensation et favorisant par conséquent le développement de moisissures. La focale est dirigée sur ce type de problème, semblant important à Bruxelles et étant de surcroît fortement associé à des situations de pauvreté. L'enquête de santé par interview est utilisée pour estimer l'ampleur du problème d'humidité et de suroccupation des logements à l'échelle bruxelloise.

Dans l'enquête de santé est identifié un état du logement potentiellement dommageable pour la santé lorsque les répondants indiquent que leur logement présente des **problèmes d'humidité** et/ou des **problèmes de moisissures sérieux ou très sérieux**. La figure 2-59 présente ainsi la proportion des personnes déclarant rencontrer ce type de

problème dans leur logement, selon leurs difficultés financières à joindre les deux bouts et ce pour les trois régions.

On constate une différence très importante selon le niveau socio-économique : les personnes vivant dans un ménage ayant beaucoup de difficultés financières ont à peu près dix fois plus souvent des problèmes d'humidité/moisissures dans leur logement que les personnes des ménages les plus aisés, quelle que soit la région. A Bruxelles, 22,8% des personnes ayant le plus de difficultés indiquent ce type de problème, contre 2,7% pour les plus aisés. Ce résultat indique très certainement la moins bonne qualité du logement occupé par les personnes les plus précaires, notamment en termes d'isolation ou d'étanchéité, les logements les moins chers étant très probablement les plus vétustes ou dégradés. Si on regarde à l'échelle de la Région bruxelloise, ce sont 8,7% des logements qui sont décrits par leurs occupants comme ayant un problème sérieux ou très sérieux d'humidité/moisissures, ce qui représente un nombre approximatif de 46 000 logements. Près des trois-quarts sont occupés par des locataires (non illustré)¹¹⁴.

Les inégalités d'exposition à l'humidité et/ou aux moisissures traduisent aussi des inégalités dans la manière de pouvoir occuper son logement. L'analyse des données de l'enquête de santé montre que deux éléments sont associés, indépendamment d'autres facteurs, à la déclaration de problèmes d'humidité/moisissure sérieux à Bruxelles : ce sont le fait de rencontrer régulièrement des **difficultés à chauffer son logement en hiver** et d'être dans une **situation de suroccupation dans son logement** (défini comme avoir moins d'une chambre pour deux membres du ménage). Ces deux éléments ont très probablement des raisons financières : ne pas pouvoir chauffer son logement est souvent lié aux difficultés du ménage à assumer financièrement les dépenses énergétiques nécessaires (d'autant plus élevées que le logement est de faible qualité), et être dans une situation de suroccupation résulte vraisemblablement des loyers trop élevés des logements assez grands pour héberger adéquatement toute la famille.

¹⁰⁶ T. Musu, Le coût des cancers professionnels dans l'Union européenne in T. Musu, L. Vogel (dir.), Cancer et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels, ETUI, 2018.

¹⁰⁷ Dares, Chiffres-clés sur les conditions de travail et la santé au travail, Synthèses Stat', N°37, 2021, <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publication/chiffres-clés-sur-les-conditions-de-travail-et-la-santé-au-travail>

¹⁰⁸ La classification européenne des professions ISCO est utilisée (International Standard Classification of Occupations. Voir <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>) afin de mesurer les inégalités d'exposition aux pollutions environnementales selon l'appartenance aux différentes catégories socio-professionnelles.

¹⁰⁹ A. Brahem, S. Rihhi, A. Chouchane, I. Kacem, O. El Maalel, M. Maoua, S. El Guedri, H. Kalboussi, S. Chatti, F. Debbabi, N. Mrizek, Impact du bruit professionnel sur le développement de l'hypertension artérielle : enquête réalisée au sein d'une centrale de production d'électricité et de gaz en Tunisie, Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, Volume 68, Issue 3, 2019, pp. 168-174.

¹¹⁰ L'indicateur d'exposition retenu est ici le fait d'être exposé à au moins l'un des quatre polluants identifiés précédemment (fumée/poussières/vapeurs, solvants, substance chimique ou bruit) au moins la moitié du temps de travail. Quant à la pénibilité physique au travail, elle est définie par rapport à quatre éléments : 1. le fait d'être confronté à des vibrations provoquées par des outils manuels ou des machines ; 2. Le fait de porter des charges lourdes ; 3. Le fait de soulever des personnes ; 4. Le fait de devoir être dans des positions douloureuses ou fatigantes. Une personne est définie en situation de pénibilité physique lorsqu'elle rencontre au moins l'un de ces quatre éléments au moins la moitié du temps de travail.

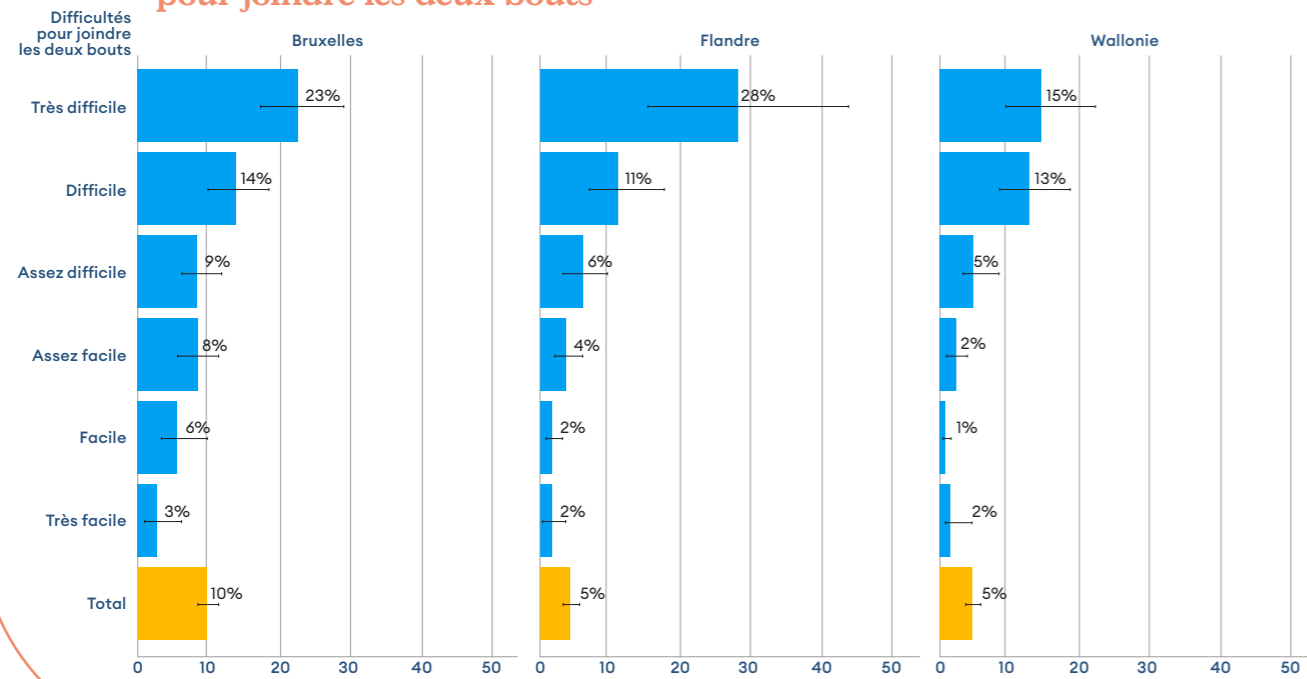
¹¹¹ Cette estimation a été réalisée sur base de l'Enquête sur les Forces de Travail (EFT). Cinq échantillons annuels des années 2018-2022 ont été réunis pour estimer de la manière la plus fiable possible cette proportion.

¹¹² P. Jonckheer, Indoor pollution et inégalités sociales : analyse de la littérature scientifique in P. Cornut, T. Bauler, E. Zaccari, Environnement et inégalités sociales, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 2007, pp. 127-133.

¹¹³ La Région bruxelloise dispose d'une Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure (CRIPI). Celle-ci peut être mobilisée à la demande d'un médecin lorsque ce dernier suspecte qu'un problème de santé est provoqué par des pollutions dans le logement ; une équipe se rend alors sur place et procède à des prélèvements pour identifier le problème.

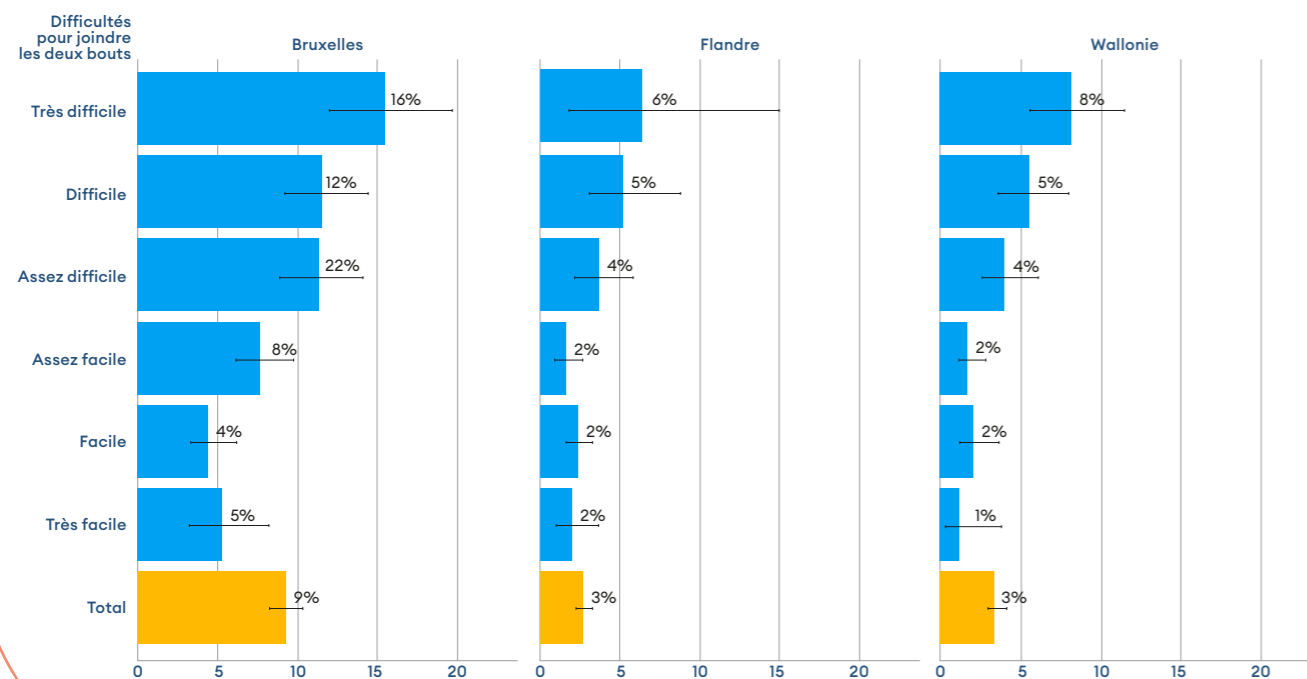
¹¹⁴ Enquête de santé 2008-2018, calcul Observatoire de la Santé et du Social. Le nombre de logements dans cette situation est approximé par le biais du nombre de ménages rencontrant ces problèmes, puisqu'il y a tendanciellement un ménage par logement.

Figure 2-59 Proportion des personnes qui vivent dans un logement avec un problème sérieux d'humidité ou de moisissures selon les difficultés pour joindre les deux bouts



Source : Enquêtes de santé 2008-2018 ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 2-60 Proportion des personnes fortement gênées par le bruit des voisins à leur domicile selon les difficultés pour joindre les deux bouts



Source : Enquêtes de santé 2008-2018 ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Nuisances sonores liées au voisinage

Il faut noter que la suroccupation du logement n'a pas que des effets sur la santé physique : la littérature scientifique identifie également les effets de mauvaises conditions de logement sur la santé mentale, du fait notamment du bruit, du manque d'intimité ou des conflits engendrés par la trop grande promiscuité avec les autres membres de la famille¹⁵. Ce problème peut en réalité se généraliser au bâtiment, puisque la gêne provoquée par le bruit peut avoir comme sources les logements voisins. La figure 2-60 montre ainsi la proportion des personnes déclarant être fortement gênées par le bruit des voisins, selon la région et leurs difficultés financières à joindre les deux bouts.

Cette gêne est plus fréquente en Région bruxelloise qu'en Flandre et en Wallonie, probablement du fait de son caractère urbain : Bruxelles est plus dense et compte proportionnellement plus d'immeubles à appartements¹⁶, induisant une plus grande proximité avec les voisins. La figure 2-60 montre également que les personnes peu aisées sont plus souvent gênées. Cela tient sans doute au fait que celles-ci vivent plus fréquemment dans des immeubles à appartements que dans des maisons. Mais ce n'est pas la seule raison : l'analyse montre qu'à Bruxelles, les plus pauvres sont plus souvent gênés quel que soit le type de logement. Les données suggèrent que deux éléments peuvent jouer : le quartier habité, plus dense et donc aux habitations davantage contiguës, et la qualité du logement, sans doute moindre, notamment en termes d'isolation acoustique.

Conclusion

Les trois types de pollution abordées - dans l'espace urbain, dans l'emploi et dans les logements - ont une dimension inégalitaire tout à fait marquée : les moins aisés résident dans des quartiers plus pollués, plus bruyants, à l'intérieur de logements qui présentent plus souvent de l'humidité et des moisissures. Par ailleurs, ce sont les emplois les moins valorisés qui sont soumis aux pollutions au travail les plus élevées. Cet état de fait révèle la nature structurelle des inégalités environnementales, connectées au fonctionnement ségrégatif du marché du logement, du marché du travail et ainsi aux inégalités socio-économiques dans leur ensemble. Les pollutions spécifiquement urbaines (liées au trafic routier ou au type de bâti) sont quant à elles plus forte à Bruxelles que dans les autres régions, essentiellement du fait qu'il s'agit d'une ville-région.

¹⁵ X. Bonnefoy, Inadequate housing and health: an overview, International Journal of Environment and Pollution, Vol. 30, Nos. 3/4, 2007, pp. 411-429.

¹⁶ SILC 2022, calcul Observatoire de la Santé et du Social.



Recours aux soins des Bruxellois

Cette partie du rapport donne un aperçu du recours aux soins des habitants de la Région de Bruxelles-Capitale. La partie A, centrée sur la prévention, met l'accent sur les stratégies et les initiatives conçues pour prévenir et maîtriser les problèmes de santé, en particulier les programmes de vaccination et de dépistage. La partie B se penche sur l'accessibilité de la médecine générale et son rôle crucial dans les soins de santé de première ligne et de médecine préventive. La partie C explore la disponibilité des services psychologiques et psychiatriques à Bruxelles et le recours à ceux-ci. Nous examinons ici la façon dont les individus ont accès à ces services et les défis rencontrés pour fournir des soins de santé mentale adéquats. Le recours aux hôpitaux et aux urgences est abordé dans la partie D, qui met l'accent sur la fréquence et les caractéristiques des hospitalisations et des visites aux urgences. Cette partie donne une idée de la pression exercée sur les hôpitaux et de l'urgence des problèmes de santé auxquels les habitants de Bruxelles sont confrontés. Enfin, la partie E traite des besoins en soins spécifiques à la population âgée de Bruxelles. Nous nous penchons ici sur la disponibilité des services de soins résidentiels et à domicile, le recours à ceux-ci et la façon dont ils contribuent à la qualité de vie et aux bien-être des habitants âgés. D'autres publications de l'Observatoire se concentrent sur d'autres formes de soins, notamment les soins dentaires¹¹⁷, les soins infirmiers à domicile¹¹⁸ et les associations socioculturelles¹¹⁹.

A. Prévention

Introduction

La prévention a pour objectif de réduire le fardeau lié aux maladies et les facteurs de risque associés (1). Elle comprend les interventions spécifiques de prévention primaire, secondaire et tertiaire (1). La prévention primaire concerne les actions, interventions qui visent à éviter la survenue de la maladie (par exemple la vaccination)(1,2). La prévention secondaire porte sur la détection précoce de la maladie afin de pouvoir prendre des mesures le plus tôt possible et augmenter les chances d'obtenir de meilleurs résultats en termes de santé (par exemple le dépistage des cancers)(1,2). La prévention primaire et secondaire s'adressent ainsi, à l'inverse des

soins curatifs, généralement à des personnes en bonne santé et ne présentant pas de symptômes (2). La prévention tertiaire vise à diminuer, une fois la maladie installée chez un individu, la sévérité de celle-ci et les séquelles associées (par exemple la rééducation)(3); certains auteurs définissent également la prévention quaternaire ayant pour objectif de protéger les patients d'actes inutiles (4).

La promotion de la santé peut être définie comme «*le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants, et par conséquent, de l'améliorer*»(4). Si la prévention et la promotion de la santé visent des objectifs communs et se chevauchent (1), les interventions en promotion de la santé se retrouvent dans, mais aussi et surtout, en dehors du système de santé, et recouvrent différentes dimensions (dimension politique, dimension environnementale, dimension communautaire, dimension individuelle et dimension liée au système de santé)(4). Ces interventions en promotion de la santé ne seront pas illustrées ici dans cette partie.

Ce chapitre vise à décrire - en partie - le recours aux soins préventifs des Bruxellois, en particulier à la vaccination, comme illustration de prévention primaire, et au dépistage de certains cancers, comme exemple de prévention secondaire.

Vaccination

Au cours des dernières décennies, la morbidité et la mortalité dues aux maladies transmissibles ont régulièrement diminué en Belgique grâce à l'amélioration des conditions de vie et à l'organisation de programmes de contrôle tels que les programmes de vaccination et le contrôle de l'hygiène (5). Cependant, la prévention des maladies transmissibles reste un défi majeur pour la santé publique. Ainsi, la pandémie mondiale de COVID a rappelé l'importance de la prévention des maladies transmissibles.

La vaccination permet de se protéger mais aussi de protéger les autres (6,7,8). En effet, en se faisant vacciner contre une maladie infectieuse, on diminue, on évite le risque de développer soi-même cette maladie, et on réduit aussi le risque de transmettre la maladie à d'autres personnes, dont certaines

¹¹⁷ Observatoire de la Santé et du Social. 2019. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019

¹¹⁸ À paraître

¹¹⁹ Thunus S., Donner A., Creten A. & Walker C. Melting Point : situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2023 ; Walker C., Nicaise P., Thunus S. 2019. Parcours.Bruxelles - Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles

personnes chez qui la vaccination peut être moins efficace ou contre-indiquée, ou les nouveau-nés qui doivent attendre quelques semaines avant d'être vacciné. La personne vaccinée constituera une «barrière» contre l'agent infectieux et interrompra la chaîne de transmission. Plus le nombre de personnes vaccinées sera important, plus la circulation du virus ou de la bactérie concerné(e) sera réduite.

Le groupe de travail «vaccination» du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) formule des recommandations en matière de vaccination et de «calendrier vaccinal de base» (voir ci-après), qui servent de base aux programmes de vaccination des communautés (9,10)¹²⁰. En Belgique, la vaccination est en effet une compétence des entités fédérées (communautés et régions), qui sont responsables de la stratégie vaccinale, entre autres l'adaptation et la mise en œuvre du calendrier vaccinal (9). Des petites différences entre communautés existent dans les programmes de vaccination (9). La polio est le seul vaccin légalement obligatoire sur l'ensemble du territoire belge depuis 1967 (9). En fonction de la communauté, et entre autres de l'environnement (par exemple dans les crèches) ou du contexte (vaccination en voyage, vaccination au travail), d'autres vaccins sont recommandés, fortement recommandés, et/ou obligatoires (6,9,10).

Si un grand nombre de vaccinations sont réalisées durant la petite enfance et l'enfance, la vaccination ne concerne pas uniquement ces tranches d'âge. L'objectif de cette partie est de présenter des chiffres de couverture vaccinale pour différents «moments de la vie», à savoir chez les nourrissons et lors de la grossesse, et pour certaines vaccinations en particulier : la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV), l'administration de la deuxième dose de vaccin rougeole-rubéole-oreillons (RRO), et la vaccination contre la grippe. L'impact de la pandémie de Covid-19 sera également documenté lorsque les données disponibles le permettent. Les données présentées sont issues de différentes sources : la dernière enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, les enquêtes de couverture vaccinale menées dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) et les données de l'Agence InterMutualiste (AIM).

Calendrier vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé - Version 2021 (11)

Vaccins Age ¹	Nourrissons					Enfants et adolescents				Adultes		
	8 SEMAINES 2 MOIS	12 SEMAINES 3 MOIS	16 SEMAINES 4 MOIS	12 MOIS	13 - 15 MOIS	5 - 6 ANS	7 - 9 ANS	11 - 13 ANS	15 - 16 ANS	Femme enceinte	≥ 25 ans puis tous les dix ans	≥ 65 ans
Poliomyélite ²	IPV	IPV	IPV		IPV	IPV						
Diphtérie Tétanos Coqueluche ³	DTPa	DTPa	DTPa		DTPa	DTPa			dTpa	dTpa	dTpa	dTpa
Haemophilus influenzae type b ⁴	Hib	Hib	Hib		Hib							
Hépatite B ⁵	VHB	VHB	VHB		VHB							
Rougeole Rubéole ⁶ Oreillons				RRO ₁			RRO ₂					
Men ACWY ⁷					Men ACWY				Men ACWY			
Pneumocoque ⁸	PCV13		PCV13	PCV13								Pneumo
Rotavirus ⁹	Rota	Rota	(Rota)									
HPV ¹⁰							HPV 2 doses					
Influenza ¹¹									Influenza tétra			Influenza tétra

N.B. : par convention internationale, les lettres majuscules « D » et « P » sont utilisées pour désigner les dosages pédiatriques des vaccins diphtérique et coquelucheux, et les lettres minuscules « d » et « p » pour les dosages réduits des vaccins destinés aux adultes.

Ce document ne peut être reproduit que dans son intégralité, sans modification et avec son annexe, sauf autorisation du CSS. Il a été validé par le CSS : juin 2021

N.B. : ce calendrier doit être consulté avec sa notice explicative, qui est reprise dans l'annexe de ce tableau de bord

¹²⁰ Calendrier vaccinal de base recommandé par Conseil Supérieur de la Santé accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_calendrier_vaccinal_css_2021.pdf, dernière consultation le 26/2/2024
 Calendrier de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles accessible via : <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/>, dernière consultation le 9 janvier 2024.
 Calendrier de vaccination en Flandre accessible via : <https://www.laatjevaccineren.be/over-vaccineren/beleid-en-cijfers/basisvaccinatieschema>, dernière consultation le 26/2/2024.

Tableau 3-1 Couvertures vaccinales par maladie (en %, avec intervalles de confiance à 95%). Bruxelles. 2019-2020

Poliomyélite : 4 doses	92,8 (90,5 - 95,2)
Diphtérie - Tétanos - Coqueluche : 4 doses	92,6 (90,2 - 95,0)
Haemophilus Influenzae de type B : 4 doses	92,4 (90,0 - 94,8)
Hépatite B : 4 doses	92,2 (89,7 - 94,6)
Pneumocoque : 3 doses	91,7 (89,2 - 94,3)
Rougeole - Rubéole - Oreillons (RRO) : 1 ^{ère} dose*	94,8 (92,8 - 96,8)
Méningocoque C : 1 dose	92,2 (89,7 - 94,6)
Rotavirus : 2 ou 3 doses selon le vaccin	69,3 (65,1 - 73,6)

*La vaccination RRO complète comporte une deuxième dose (administrée avant le 1er septembre 2020 à 11-12 ans, et depuis cette date entre 7 et 9 ans).
 Source: Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale (12).

Vaccination des nourrissons

La dernière enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale a été réalisée entre juin 2019 et mars 2020 (12) et visait les enfants nés entre le 31 mai et le 30 novembre 2017. Les chiffres de cette étude concernent donc des vaccinations effectuées avant la pandémie de Covid-19; l'impact de cette pandémie sur la vaccination des nourrissons et, des enfants et des adolescents sera discutée plus loin dans le chapitre. Cette enquête possède certaines limites, qui peuvent mener notamment à une surestimation des chiffres de couvertures vaccinales. Une enquête parallèle a eu lieu en Wallonie à la même période (13).

Selon cette enquête menée en Région de Bruxelles-Capitale, 86,7% (IC 95%¹²¹ : 83,9-89,8%) des enfants ont reçu le schéma vaccinal complet recommandé¹²². Lorsque l'on considère également la vaccination complète contre le rotavirus, vaccination recommandée mais non mise à disposition gratuitement, 64,6% (IC 95% : 60,2-68,9%) des enfants peuvent être considérés comme totalement couverts. Ces chiffres sont en Wallonie de 86,4% pour la couverture vaccinale complète, et de 73,7% en incluant également le rotavirus (13).

Les couvertures vaccinales par maladie chez les nourrissons âgés de 18 à 24 mois dont les parents (n = 460) ont participé à l'enquête sont présentées dans le tableau 3-1 ci-dessus. Ces chiffres correspondent aux chiffres de couvertures vaccinales complètes, mis à part pour la vaccination rougeole-rubéole-oreillons (RRO).

En comparaison avec l'enquête de couverture vaccinale menée en 2012 à Bruxelles, les couvertures vaccinales sont globalement légèrement plus élevées en 2019-2020, à l'exception du vaccin contre le rotavirus pour lequel on observe une petite diminution.

Les chiffres de couverture vaccinales pour les vaccins repris dans le tableau 3-1 ci-dessus sont globalement légèrement plus élevés en Wallonie (13) et en Flandre (enquête de couverture menée en 2020) (14)¹²³, à l'exception de la vaccination contre le méningocoque C en Wallonie. Il faut noter que pour le rotavirus, les couvertures vaccinales sont de 80,3% dans l'enquête wallonne et de 92,4% dans l'enquête menée en Flandre.

Un «seuil critique d'immunité collective», c'est-à-dire «un niveau de couverture à atteindre dans la population pour éliminer une maladie transmise de personne à personne», est défini pour un certain nombre de maladies à prévention vaccinale et varie selon les maladies concernées (12). Les chiffres de l'enquête montrent que ces seuils semblent

¹²¹ IC 95% = intervalle de confiance à 95%
¹²² Selon le rapport de l'Enquête de couverture vaccinale (12), depuis 2007, un enfant est considéré comme «complètement vacciné» à l'âge de 15 mois s'il a reçu : 4 doses du vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, poliomyélite et Haemophilus Influenzae de type b), 3 doses de vaccin contre le pneumocoque, 1 dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) et 1 dose de vaccin contre les infections à méningocoque. Etant donné que l'enquête visait les enfants nés entre le 31 mai et le 30 novembre 2017, le calendrier vaccinal recommandé en 2017 a été pris comme référence pour calculer les couvertures vaccinales.
¹²³ Il faut par rapport à ces chiffres tenir compte du fait que des différences méthodologiques existent entre l'enquête menée à Bruxelles et celle menée en Flandre.

globalement atteints pour les différents vaccins, à l'exception du vaccin contre l'Haemophilus Influenzae de type B. Pour le RRO, si le seuil est atteint pour la première dose du vaccin, ce n'est pas le cas pour la deuxième dose (voir plus loin).

Plusieurs questions ont été posées pour estimer la fréquence des refus vaccinaux. Selon celles-ci, la proportion de refus estimée oscillerait entre 2,2% et 4,5%; la part de refus variant par ailleurs selon les vaccins. Rappelons que cette enquête a été menée avant le début de la pandémie de Covid-19.

Des variations des couvertures vaccinales sont observées selon certaines caractéristiques socio-démographiques des parents. Les auteurs observent une tendance à une moins bonne couverture vaccinale lorsque la mère ou le père a étudié plus longtemps. Pour certains vaccins, les auteurs observent également que les enfants issus de ménage à deux revenus professionnels, de mères actives ou fréquentant une crèche sont plus fréquemment vaccinés; il faut cependant noter que ces caractéristiques sont fortement corrélées. Les enfants dont la maman est d'origine étrangère (en dehors des mamans d'origine française) ont tendance, pour certaines «séances»¹²⁴ de vaccination, à être vaccinés plus fréquemment que les enfants dont la maman est d'origine belge; les enfants de mères d'origine française ont tendance eux à l'être moins bien. Enfin, le facteur qui semble le plus discriminant par rapport à la couverture vaccinale est la fréquentation d'une consultation pour enfants de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) ou de Kind en Gezin, qui est associée à une meilleure vaccination des enfants en comparaison aux enfants qui n'ont jamais été suivis dans ces consultations.

Vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV)

Les infections à papillomavirus humain HPV touchent les femmes et les hommes, et sont très fréquentes : près de 80% de la population générale est infectée au cours de sa vie par un virus de type HPV, avec certains groupes de personnes identifiées comme plus à risque d'infection (6).

Le CSS a préconisé, dans un avis datant de juillet 2017, d'élargir la prévention vaccinale contre les infections à HPV, au-delà de la prévention du cancer du col de l'utérus, à tous les autres cancers pour lesquels le HPV est impliqué, ainsi qu'à la prévention des verrues anogénitales (15). Dans ce cadre, le CSS recommande une vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte de jeunes filles et de jeunes garçons d'un âge compris entre 9 et 14 ans inclus suivant un schéma en 2 doses (à 6 mois d'intervalle) d'un vaccin HPV adapté; ainsi que la vaccination de rattrapage des jeunes femmes et hommes de 15 à 26 ans inclus (selon un schéma pouvant être en trois doses selon l'âge pour la vaccination de rattrapage)(15). Précédemment à cet avis de 2017, la vaccination contre les infections à HPV était recommandée uniquement pour les filles de 10 à 13 ans, et ce depuis 2007 (15). En pratique, la vaccination contre le HPV chez les garçons a été initiée à partir de septembre 2019 (année scolaire 2019-2020) (16,17). Le CSS recommande en outre la vaccination des patients transplantés et des patients vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine)(15).

Les dernières données disponibles concernant la couverture vaccinale contre le HPV à Bruxelles sont issues de l'enquête de couverture vaccinale menée auprès des élèves de 2ème secondaire scolarisés dans l'enseignement francophone subventionné ou organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) en 2019-2020 (18). Cette enquête n'inclut pas les enfants scolarisés dans les écoles néerlandophones, ni dans les écoles européennes et internationales, et présente certaines limites pouvant mener à une sous-estimation des couvertures vaccinales.

Les pourcentages d'élèves francophones vaccinés contre les infections à HPV (1ère et 2ème doses) mesurés dans cette enquête sont présentés dans le tableau 3-2 ci-dessous¹²⁵. On observe que les proportions d'élèves ayant reçu le vaccin HPV sont relativement faibles; les chiffres pour la première dose de vaccin HPV étant plus élevés que pour la deuxième dose. Des différences garçons-filles sont également constatées¹²⁶; rappelons cependant que la vaccination des garçons a débuté en septembre 2019, ces résultats concernent donc la première

Tableau 3-2 Couverture vaccinale (% vaccinés)* pour la vaccination contre les infections à HPV (1ère et 2ème dose), par sexe et total, élèves de 2ème secondaire scolarisés dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles et Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). 2019-2020

	Bruxelles 2019-2020	FWB 2019-2020
Filles		
1 ^{ère} dose	50,2	57,5
2 ^e dose	43,9	50,2
Garçons		
1 ^{ère} dose	42,1	50,8
2 ^e dose	35,7	45,4
Total (filles et garçons)		
1 ^{ère} dose	45,7	54,0
2 ^e dose	39,4	47,6

*Il faut noter que ces chiffres de couverture vaccinale sont calculés sur base d'un dénominateur qui tient aussi compte des élèves dont le statut vaccinal est inconnu.
Source : Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2019-2020. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2021 (18).

cohorte d'enfants concernés par l'implémentation de la vaccination universelle filles/garçons. Les chiffres pour les enfants scolarisés dans les écoles bruxelloises sont par ailleurs inférieurs aux chiffres calculés dans le cadre de l'enquête pour l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) (cf. tableau). Ces chiffres de couverture vaccinale sont en outre inférieurs à l'objectif de l'OMS d'atteindre une couverture supérieure ou égale à 90% pour une vaccination complète chez les filles avant l'âge de 15 ans (16, 19).

Selon la dernière enquête de couverture vaccinale menée en Flandre en 2020 (14), les chiffres de couvertures vaccinales étaient pour la première dose de 92,3% chez les filles et de 86,7% chez les garçons, et pour la deuxième dose de 84,3% chez les filles et de 77,3% chez les garçons. La méthodologie de cette enquête réalisée en Flandre diffère de l'enquête menée en FWB¹²⁷, il faut donc être prudent lors des comparaisons.

Administration de la deuxième dose du vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO)

Le CSS a émis un avis en 2019 afin d'abaisser l'âge de la deuxième dose du vaccin RRO de 11-12 ans à 7-8 ans afin de mieux contrôler la rougeole (16). Cette recommandation a été mise en pratique en Fédération Wallonie-Bruxelles à partir de septembre 2020 (20).

Une enquête de couverture vaccinale sur la vaccination RRO¹²⁸ a été menée en 2021-2022 chez les élèves de 6ème primaire de l'enseignement francophone subventionné ou organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles (20)¹²⁹. Selon celle-ci, parmi les élèves de 6ème primaires scolarisés dans des écoles bruxelloises, 70,3% auraient reçu la deuxième dose du vaccin RRO, cette proportion étant de 73,0% pour la FWB¹³⁰. Ces chiffres de couverture

¹²⁸ Des données sur la 1ère dose du vaccin RRO sont disponibles dans cette enquête, nous référons cependant le lecteur sur les chiffres de couverture vaccinale des nourrissons pour cette première dose, la vaccination étant recommandée à l'âge de 12 mois.

¹²⁹ L'enquête de couverture vaccinale menée auprès des élèves de 2ème secondaire scolarisés dans l'enseignement francophone (FWB) en 2019-2020 a également estimé le taux de couverture vaccinale pour la 2ème dose du vaccin RRO. Les auteurs des enquêtes de couvertures vaccinales menées auprès des élèves scolarisés en FWB mentionnent cependant que, la vaccination étant souvent associée par les personnes à l'enfance, il est plus facile de récolter des informations sur les vaccinations lorsque les enfants sont jeunes, les données vaccinales manquantes augmentant à mesure que les enfants grandissent; pour 51,6% des élèves de 2ème secondaire scolarisés fréquentant une école située à Bruxelles ayant participé à l'enquête de couverture vaccinale de 2019-2020, le statut vaccinal était inconnu pour la deuxième dose du vaccin RRO. Etant donné ces différents éléments, nous présentons ici pour la deuxième dose du vaccin RRO les chiffres de l'enquête de couverture vaccinale menée en 6ème primaire plutôt que ceux de celle réalisée en 2ème secondaire.

¹³⁰ Il faut noter que dans le cadre de cette enquête, les enfants pour lesquels il est déclaré qu'ils iraient se faire vacciner ultérieurement chez le pédiatre/le médecin traitant, sont considérés comme non-vaccinés. C'est le cas pour 7,6% des élèves scolarisés dans des écoles bruxelloises, et pour 10,0% pour la FWB. Par ailleurs, dans 11,6% des cas pour les enfants fréquentant des écoles bruxelloises, le statut vaccinal est inconnu (11,6% en FWB); ces enfants dont le statut vaccinal est inconnu sont par ailleurs pris en compte dans le dénominateur sur base duquel sont calculées les proportions d'enfants vaccinés.

¹²⁴ Les «séances» de vaccination correspondent à des âges fixés dans le calendrier vaccinal auxquels sont administrés différents vaccins (par exemple, lors de la séance 1, fixée selon le calendrier vaccinal recommandé en 2017 à 8 semaines, seront administrées une première dose du vaccin hexavalent, une première dose du vaccin contre le pneumocoque et une première dose du vaccin contre le rotavirus).

¹²⁵ Il faut noter que ces chiffres sont calculés sur base d'un dénominateur qui tient aussi compte des élèves dont le statut vaccinal est inconnu; la proportion d'élèves dont le statut vaccinal est inconnu étant élevé à Bruxelles: 43,2% pour la première dose du vaccin HPV et 49,8% pour la deuxième dose. Par ailleurs, les enfants pour lesquels il est déclaré qu'ils iraient se faire vacciner ultérieurement chez le pédiatre/le médecin traitant, sont considérés comme non-vaccinés; c'est le cas pour respectivement pour la première et la deuxième dose du vaccin HPV de 4,5% (filles : 4,0% - garçons: 4,3%) et de 3,2% (filles : 3,8% - garçons : 2,8%) des enfants scolarisés en Région bruxelloise.

¹²⁶ La signification statistique de la différence n'a pas été testée par les auteurs de l'étude.

¹²⁷ Une certaine prudence est de mise lors de la comparaison de la couverture vaccinale entre les régions : la méthode utilisée pour étudier la couverture vaccinale des adolescents en Wallonie et à Bruxelles est en effet différente de celle utilisée en Flandre. En Flandre, les études de couverture vaccinale chez les adolescents sont menées sur un échantillon de la population générale, en même temps que les études de couverture vaccinale chez les nourrissons âgés de 18 à 24 mois. L'enquête sur les données de vaccination est réalisée pour chaque enfant/adolescent (via les parents) et est ensuite complétée activement, si nécessaire, par les données de Vaccinnet, des CLB (centres d'orientation scolaire en communauté flamande) et/ou du médecin traitant. La méthodologie utilisée à Bruxelles et en Wallonie pour les études sur les adolescents présente aussi certaines limites. (16)

vaccinale pour la deuxième dose de RRO sont inférieurs aux objectifs fixés par l'OMS d'atteindre une couverture d'au moins 95% pour les deux doses reçues du vaccin, ceci afin de parvenir à l'élimination de la rougeole et de la rubéole (16). Cette enquête n'inclut pas les enfants scolarisés dans les écoles néerlandophones, ni dans les écoles européennes et internationales, et présente certaines limites pouvant mener à une sous-estimation des couvertures vaccinales.

Selon la dernière enquête de couverture vaccinale menée en Flandre en 2020 (14), 93,8% des adolescents auraient reçu une deuxième dose du vaccin RRO. La méthodologie de cette enquête réalisée en Flandre diffère de l'enquête menée en FWB (cf. ci-avant), il faut donc être prudent lors des comparaisons.

Impact de la pandémie de Covid-19 sur la vaccination des nourrissons et des enfants et des adolescents

Selon des données de l'ONE sur le programme de vaccination en FWB, pour ce qui concerne la petite enfance, en dépit de quelques problèmes, les vaccinations réalisées dans le cadre des consultations ONE ont pu globalement continuer (21,22). L'ONE note que le suivi préventif de certaines familles a cependant été perturbé (21,22). L'ONE rapporte par contre, sur base des données des Services et des Centres en charge de la promotion de la santé à l'école (SPSE, CPMS-WBE), une diminution progressive d'année en année du nombre d'élèves vaccinés depuis le début de la crise (21). Si un certain nombre de rattrapages ont pu être réalisés, l'ONE mentionnait en 2022 que des données complémentaires seraient nécessaires pour évaluer l'impact global de la pandémie.

Le nombre de doses de vaccin RRO administrés chez les élèves de 11-12 ans a baissé de 3% entre les années scolaires 2018-2019 et 2020-2021 (21). Pour les vaccinations contre les infections HPV, leur nombre a diminué entre 2019-2020 et 2020-2021 de 6%, l'ONE mentionnant, en 2022, s'attendre à une poursuite de cette baisse, baisse qui tendrait à être d'autant plus importante à Bruxelles en raison de la participation des services PSE à la vaccination contre la Covid-19 (21). Les chiffres de vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche des 15-16 ans, qui avaient diminué de 15% en 2019-2020 par rapport à 2018-2019, étaient revenus aux chiffres d'avant la crise en 2020-2021 (21).

Différentes raisons sont avancées pour expliquer ces diminutions, dont le temps qui a dû être consacré par les services PSE et les centres PMS à la gestion des cas de Covid-19 au sein des écoles, ainsi, qu'à partir de la rentrée scolaire 2021, à Bruxelles, à la vaccination contre la Covid-19 des élèves de 12-17 ans; ces éléments ayant eu un impact négatif sur les autres vaccinations. Une diminution des autorisations de vaccination pour les vaccins proposés habituellement a également été constatée, pouvant être liée à une plus grande appréhension face à la vaccination en raison des questions ayant émergé autour de la vaccinations contre la Covid-19 et qui ont pu s'étendre aux autres vaccinations. Enfin certains parents ont pu craindre que l'autorisation qu'ils auraient donné pour un vaccin prévu dans le programme de vaccination soit utilisée pour réaliser une vaccination contre la Covid-19 (21).

Vaccination des femmes enceintes

Le CSS recommande la vaccination contre la coqueluche chez les femmes enceintes, de préférence entre la 24^{ème} et la 32^{ème} semaine de grossesse, et à chaque nouvelle grossesse. Le vaccin est accessible gratuitement pour la femme enceinte. Si la mère n'a pas été vaccinée durant la grossesse, il est recommandé de la vacciner, de même que ses proches parents, son entourage direct, le plus rapidement possible après l'accouchement. Le CSS recommande également que les femmes enceintes soient vaccinées contre la grippe saisonnière pendant la saison grippale, quel que soit l'âge gestationnel au moment de la vaccination (6,12,23).

Lors de l'enquête de couverture vaccinale menée en Région bruxelloise en 2019-2020 auprès des parents d'enfants âgés de 18 à 24 mois (12), des questions étaient également posées sur la vaccination contre la coqueluche et la grippe pendant la grossesse ou après la naissance. Selon les chiffres de cette enquête, 37,3% (IC 95% : 32,8-41,7) des mères (31,1% pendant la grossesse et 6,2% après la naissance) et 22,7% des pères ont été vaccinés (peu de temps avant/après la naissance) contre la coqueluche en vue de protéger leur nourrisson. Ces chiffres sont inférieurs aux chiffres de la Wallonie (13) (vaccination des mères : 49,1% (dont 38,9% durant la grossesse) - vaccination des pères : 31,8%) et de la Flandre (14) (vaccination des mères durant la grossesse : 85,0%). Concernant la grippe, 18,6% des futures mères ont été vaccinées contre celle-ci durant leur grossesse, ce qui est supérieur aux chiffres de la Wallonie (10,0%)(13) mais inférieur à ceux de la Flandre (14) (62,3%)(13).

La vaccination des femmes enceintes contre la Covid-19 est également recommandée (6,24). L'enquête de couverture vaccinale ayant été menée entre juin 2019 et mars 2020, celle-ci ne dispose donc pas d'information sur cette vaccination.

Vaccination contre la grippe

Le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière pour certaines personnes, dont les personnes plus à risque de complications, parmi lesquelles on retrouve, entre autres, les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes séjournant en institution (25,26). L'OMS recommande de viser un taux de vaccination de 75% chez les personnes âgées (2).

Selon les données de l'Agence InterMutualiste (AIM)¹³², en 2021, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile qui ont été vaccinées contre la grippe durant l'année civile écoulée est de 46,3% à Bruxelles. Cette proportion est proche du taux de vaccination en Wallonie (49,1%) mais moins élevée que le taux de vaccination en Flandre (64,7%). En incluant les personnes âgées institutionnalisées, ce qui est possible sur base des données de l'AIM uniquement pour Bruxelles et la Wallonie¹³³, le taux de couverture vaccinale pour la vaccination contre la grippe des personnes âgées de 65 ans et plus passe à Bruxelles à 47,4% et en Wallonie à 50,7%.

Dépistage des cancers

Le dépistage de certains cancers permet d'identifier un éventuel cancer ou des lésions précancéreuses avant l'apparition des premiers symptômes, l'identification de la maladie à un stade précoce augmentant les chances du traitement curatif de donner de meilleurs résultats (2,28). Les cancers visés par les campagnes de dépistage officielles sont des cancers pour lesquels un diagnostic précoce est possible et permet d'augmenter les chances de guérison (2). Comme on l'a vu dans le partie 2B (chiffres de l'année 2019), le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et une cause importante de décès chez celles-ci. Le cancer colorectal figure également parmi les cancers les plus fréquents, occupant en 2019 à Bruxelles respectivement chez les femmes et les hommes la deuxième et la troisième place, et parmi les cancers les plus mortels, représentant la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes et la troisième chez les hommes. Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent mais touche

des femmes assez jeunes, et il existe par ailleurs par rapport à ce cancer un test de dépistage accessible et sans danger, le frottis, qui permet de détecter la maladie à un stade précoce auquel la maladie peut encore être guérie (2).

Deux programmes de dépistage du cancer sont organisés en région bruxelloise : le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal; ces dépistages sont mis en œuvre par l'asbl Bruprev¹³⁴ (anciennement Brumammo). Le dépistage du cancer du col de l'utérus est également recommandé, il n'existe cependant actuellement pas de programme de dépistage de ce cancer organisé à Bruxelles.

L'objectif de cette partie est, pour le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus, d'en décrire brièvement l'organisation et de présenter des chiffres sur la part des populations éligibles à ceux-ci qui y participent. Ces chiffres se basent sur les données de l'AIM¹³⁵ et du dernier rapport d'évaluation de la performance du système de santé belge (27).

Dépistage du cancer du sein

Le programme de dépistage du cancer du sein est organisé en Région bruxelloise depuis juin 2002. Les femmes bruxelloises âgées entre 50 et 69 ans et répondant aux conditions d'éligibilité reçoivent une invitation à passer un mammotest tous les 2 ans, le mois de leur anniversaire. Lorsque la femme a reçu cette invitation, ou une prescription par un médecin, elle prend elle-même rendez-vous auprès d'un Centre de Mammographie Agréé. Les premières invitations ont été envoyées en février 2003.

La participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein est faible à Bruxelles : 9,0% des femmes du groupe cible y ont pris part en 2021 ou dans l'année précédente (voir figure 3-1). Près de quatre femmes sur dix ont eu recours au dépistage par mammographie diagnostique (en dehors du programme organisé), amenant la couverture totale pour le dépistage du cancer du sein à 47,0%.

Comme le montre la figure 3-1, la proportion de femmes bruxelloises âgées entre 50 et 69 ans ayant bénéficié d'un mammotest en 2021 ou 2020 varie très légèrement selon que les femmes bénéficient ou non de l'intervention majorée (BIM). La part de femmes ayant eu une mammographie diagnostique (en dehors du programme de dépistage

¹³² Ces données sont présentées dans le rapport « Performance du système de santé belge : rapport 2024. »(27)

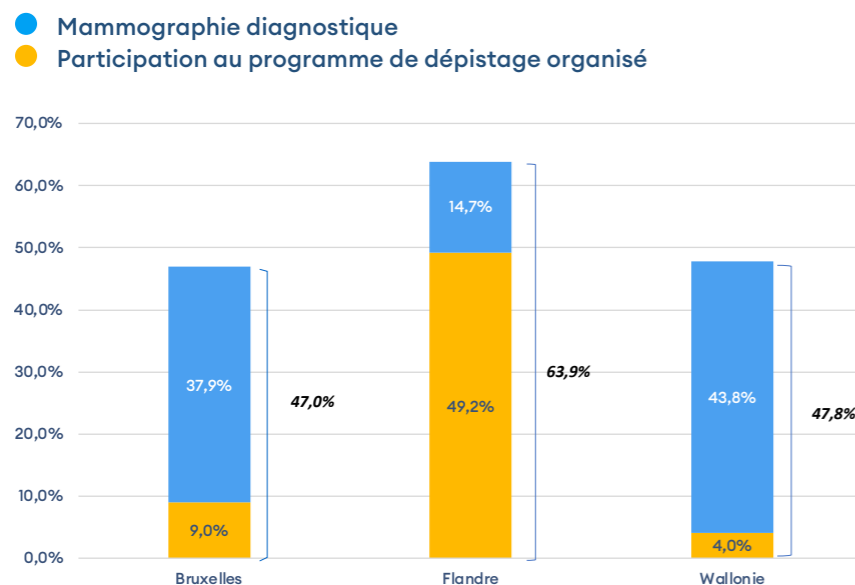
¹³³ Les modalités d'achat du vaccin pour les personnes résidant en institution diffèrent entre les communautés, ce qui ne permet pas de comparaison directe. Les chiffres concernant la couverture vaccinale contre la grippe des personnes âgées résidentes en maisons de repos en Flandre ne sont pas disponibles via les données de l'AIM mentionnées dans le rapport « Performance du système de santé belge : rapport 2024. »(27)

¹³⁴ Bruprev : <https://www.bruprev.be/fr/bruprev>

¹³⁵ Atlas de l'Agence InterMutualiste : <https://www.ima-aim.be/?lang=fr>

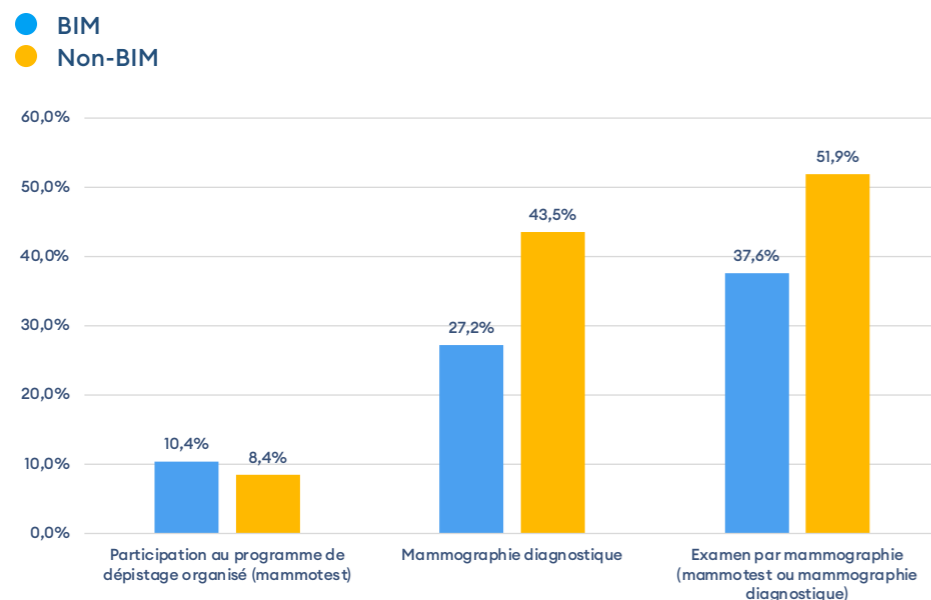
¹³¹ Il faut garder à l'esprit, lors de ces comparaisons, l'existence de différences méthodologiques entre l'enquête menée à Bruxelles et celle menée en Flandre.

Figure 3-1 Proportion (en %) de femmes âgées entre 50 et 69 ans bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire ayant bénéficié, dans l'année ou l'année précédente, d'une mammographie dans le cadre du programme de dépistage organisé ou d'une mammographie diagnostique, par région, 2021



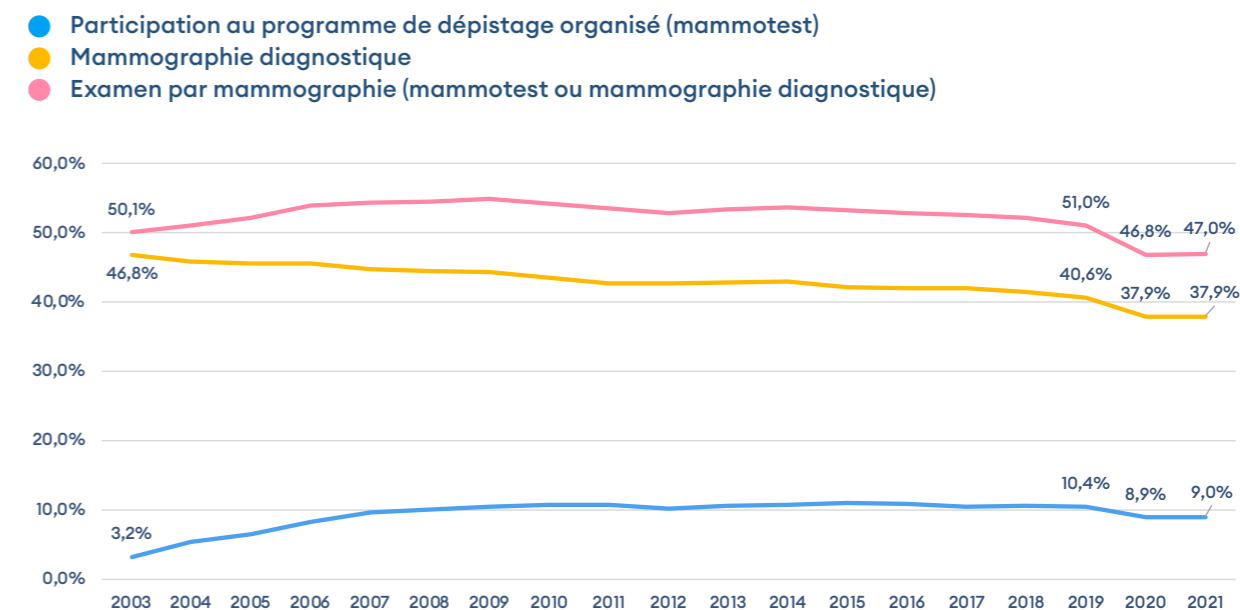
Source : Atlas AIM (consultation le 22/2/24)

Figure 3-2 Proportion (en %) de femmes âgées entre 50 et 69 ans bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire ayant bénéficié, dans l'année ou l'année précédente, d'un mammothest (dépistage organisé) ou d'une mammographie diagnostique, selon le statut BIM, Bruxelles, 2021



Source : Atlas AIM (consultation le 22/2/24)

Figure 3-3 Evolution de la proportion (en %) de femmes âgées entre 50 et 69 ans bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire ayant bénéficié, dans l'année ou l'année précédente, d'un mammothest (dépistage organisé) ou d'une mammographie diagnostique, Bruxelles, 2003-2021



Source : Atlas AIM (consultation le 22/2/24)

organisé) est, elle, plus importante chez les femmes non-BIM que chez les femmes BIM; la couverture totale pour le dépistage du cancer du sein atteignant ainsi 37,6% chez les femmes BIM pour 51,9% chez les femmes non-BIM.

La proportion de femmes ayant bénéficié d'un mammothest a augmenté entre 2003 (3,2%) et 2019 (10,4%), tandis que la part de femmes ayant eu recours à une mammographie diagnostique a diminué sur la même période, passant de 46,8% à 40,6% en 2019. Ces proportions ont ensuite diminué en 2020 pour, en 2021, se stabiliser, ou augmenter légèrement (voir figure 3-3).

Il faut noter que la Belgique participe actuellement, avec d'autres pays, au projet international MyPeBS (29), qui vise à évaluer une stratégie de dépistage du cancer du sein personnalisée basée sur le risque individuel des femmes de développer un cancer du sein, en comparaison avec le programme de dépistage tel qu'organisé actuellement. Le programme de dépistage organisé pourra être amené à évoluer en fonction des résultats de ce projet.

Dépistage du cancer colo-rectal

Depuis 2018, un dépistage du cancer colorectal est organisé à Bruxelles pour les personnes de 50 à 74 ans. Le programme fait partie d'un projet pilote lancé le 24 octobre 2018 et qui est toujours en cours actuellement (en février 2024)¹³⁶. Les personnes appartenant à la population cible (50-74 ans) et répondant aux conditions d'éligibilité reçoivent une lettre d'invitation¹³⁷ avec laquelle elles peuvent aller chercher à la pharmacie un kit de test («colotest»)¹³⁸ permettant la recherche de sang dans les selles.

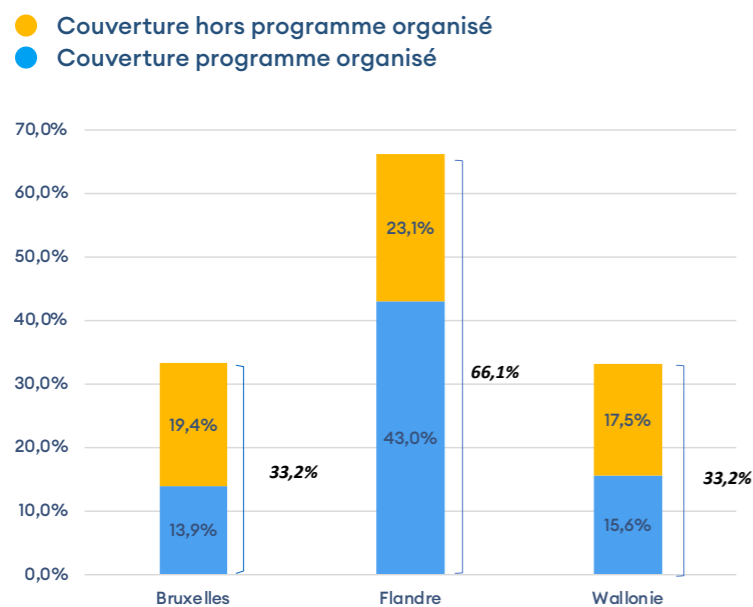
La participation au dépistage du cancer colorectal a été estimée dans le dernier rapport d'évaluation de la performance du système de santé belge (27), sur base de différentes sources de données; les chiffres sont présentés dans la figure 3-4 ci-après. On peut voir que les chiffres de couverture totale (dans le cadre du programme organisé ou en dehors) sont plus bas à Bruxelles (et en Wallonie) qu'en Flandre, et qu'à Bruxelles la part de personnes dépistées en dehors du programme organisé est plus élevée que dans le cadre du programme organisé.

¹³⁶ Précédemment au démarrage de ce programme-pilote, les Bruxellois(es) visés par ce dépistage pouvaient prendre part au programme de dépistage organisé par la Communauté française/Fédération Wallonie-Bruxelles ou au programme organisé par la Communauté Flamande.

¹³⁷ Les colotests sont aussi accessibles gratuitement en pharmacie sur prescription ou sur simple demande si la personne est éligible (30). Les personnes déjà dépistées reçoivent par ailleurs dorénavant le kit directement par lettre sans devoir le récupérer en pharmacie.

¹³⁸ Le colotest est un examen de laboratoire, le iFOBT : immunological Faecal Occult Blood Test, réalisé sur un échantillon de selles.

Figure 3-4 Proportion (en %) de la population éligible pour le dépistage du cancer colorectal (50-74 ans) ayant été dépistée, dans le cadre d'un programme de dépistage organisé ou en dehors, dans les deux dernières années, par région, 2021



Source : Performance du système de santé belge : rapport 2024. (27)

Dépistage du cancer du col de l'utérus

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination contre les infections à HPV (voir ci-avant) et sur le dépistage qui permet de découvrir des lésions précancéreuses ou un éventuel cancer débutant, rendant ainsi possible d'intervenir avant, ou précocement dans le développement du cancer du col, ceci afin d'augmenter les chances de réussite du traitement (28).

Actuellement, le dépistage par examen cytologique d'un frottis de col, est recommandé tous les 3 ans à toutes les femmes entre 25 et 64 ans. Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est organisé en Flandre depuis 2013. En Wallonie, un programme de dépistage est en cours d'élaboration. A Bruxelles, des campagnes d'information et de sensibilisation au dépistage ont été mises en œuvre au cours de la législature 2019-2024 mais il n'existe pas de programme de dépistage organisé.

Selon les données de l'Agence InterMutualiste (AIM), à Bruxelles, 44,9% des femmes âgées entre 25 et 64 ans ont bénéficié du remboursement d'au moins un frottis de col entre 2021 et 2019; cette proportion est de 47,6% en Wallonie. Cette proportion est plus faible chez les femmes bruxelloises bénéficiaires du statut BIM (40,6%) que chez les Bruxelloises ne bénéficiant pas de ce statut (47,2%).

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est amené à évoluer (31). Une décision prise en 2018 par Conférence Interministérielle de la Santé publique (CIM), et confirmée en 2022 par celle-ci, préconise de passer de l'examen cytologique (recherche d'anomalies des cellules - détection de lésions précancéreuses (32)) au dépistage basé sur le test HPV (c'est-à-dire à la recherche de la présence du virus HPV dans les cellules du col de l'utérus (32)) pour le dépistage, ceci conformément aux recommandations internationales. Ainsi, pour les femmes âgées de 30 à 64 ans, un test HPV sera recommandé tous les 5 ans; pour les femmes entre 25 et 29 ans, un examen cytologique restera indiqué tous les 3 ans (31); le test HPV et l'examen cytologique étant tous les deux réalisés sur un prélèvement, un « frottis », de cellules au niveau du col de l'utérus (32). Un dépistage par auto-prélèvement pour certains groupes de populations qui ne répondent pas aux invitations de dépistage pourra aussi être organisé par les entités fédérées compétentes (31).

Conclusion

Les différents chiffres présentés dans ce chapitre montrent qu'un certain nombre de progrès peuvent être réalisés dans le domaine de la prévention en Région bruxelloise.

Dans le domaine de la vaccination, si les couvertures vaccinales des nourrissons sont globalement relativement bonnes, des efforts devraient être faits, notamment pour encourager la vaccination des femmes enceintes ainsi que la vaccination contre les infections à HPV, l'administration de la deuxième dose du vaccin RRO et la vaccination contre la grippe.

La participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein ainsi qu'au programme-pilote de dépistage du cancer colorectal, encore trop faibles, nécessiteraient également d'être améliorées; une réflexion quant aux facteurs pouvant représenter un frein pour participer à ces programmes de dépistage pourrait dégager des pistes d'amélioration. Enfin, afin de poursuivre les efforts de prévention, la faisabilité d'organiser un programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus en Région bruxelloise pourrait également être étudiée.

Bibliographie

- (1) World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2017. *Assessment of essential public health functions in countries of the Eastern Mediterranean Region: assessment tool prepared by the World Health Organization*. Accessible via: https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub_2017_EN_19354.pdf?ua=1 , dernière consultation le 26/2/2024.
- (2) Vers une Belgique en bonne santé. Performance du système de santé. Soins préventifs. Accessible via : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs>, mise à jour le 1/2/2024
- (3) Kisling A, Das J. Prevention Strategies. StatPearls. Accessible via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/> mise à jour le 1/8/2023
- (4) Cambon L, Alla F, Chauvin F. Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? Actualité et dossier en santé publique, 103. Juin 2018. Accessible via : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160>, dernière consultation le 26/2/24.
- (5) Vers une Belgique en bonne santé. Etat de santé. Maladies transmissibles. Accessible via <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-transmissibles>, publication le 11/1/2024.
- (6) Vaccination-info.be. Accessible via : <https://www.vaccination-info.be/>
- (7) Santé publique France. *Quels sont les bénéfices de la vaccination ?* Accessible via : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/quels-sont-les-benefices-de-la-vaccination>, publié le 27/6/2019.
- (8) Vaccination info service.fr. Se protéger et protéger les autres grâce à la vaccination. Accessible via : <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Les-objectifs-de-la-vaccination/Se-protoger-et-protoger-les-autres-grace-a-la-vaccination> , mise à jour le 29/02/2024.
- (9) Wyndham-Thomas C, Boon N, Grammens T, Van Damme P. Rapport annuel VPD 2017. Conseil et politique de vaccination en Belgique. Scienano. Accessible via : <https://www.sciensano.be/nl/biblio/conseil-et-politique-de-vaccination-en-belgique>
- (10) Laat je vaccineren. Accessible via : <https://www.laatjevaccineren.be/>
- (11) Conseil Supérieur de la Santé : Calendrier vaccinal de base, version 2021. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_calendrier_vaccinal_css_2021.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (12) Robert E, Swennen B, Coppieters Y. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles, ULB-ESP, 2020. Accessible via : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/enquete_couverture_vaccinale_enfants_18-24_mois_bruxelles_2019_4.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (13) Robert E, Swennen B, Coppieters Y. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Fédération Wallonie-Bruxelles (Bruxelles excepté). Bruxelles, ULB-ESP, 2020.
- (14) Maertens K, Willen L, Van Damme P, Roelants M, Guérin C, de Kroon M, et al. Studie van de vaccinatiegraad in Vlaanderen, 2020. Leuven Universitair Vaccinologie Centrum, KUL, Leuven and Centrum voor de Evaluatie van Vaccinaties, UA, Antwerpen. Mars 2022. Accessible via : <https://www.laatjevaccineren.be/vaccinatiegraadstudie>, dernière consultation le 26/2/2024
- (15) Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain. Avis n°9181. Juillet 2017. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/9181_hpv_fr_27092017_0.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (16) Grammens T, Cornelissen L. Rapport annuel VPD 2021. . Accessible via : https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (17) ONE, Direction Santé. *Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV): informations générales*. Septembre 202. Accessible via : https://www.ccref.org/e-vax/HPV_sept2022.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (18) Panichelli F, Sarr K., Brasseur C. Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2019-2020. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) chez les élèves de 2ème secondaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2021. Résumé de L'enquête disponible via le lien : https://www.ccref.org/e-vax/ResumeEnqueteCouvertureVaccinale_PSE_2019-2020.pdf, dernière consultation le 26/2/2024 - Rapport complet de l'enquête disponible sur demande auprès de l'ONE.
- (19) World Health Organization. WHO cervical cancer initiative : from call to action to global movement. Accessible via : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/cervical-cancer/230519-ccci-brochure.pdf?sfvrsn=8f15a050_5&download=true , dernière consultation le 26/2/2024
- (20) Brasseur C, Montois C, Sarr K. Rapport de l'enquête de couverture vaccinale 2021-2022. La vaccination contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons (RRO) chez les élèves de 6ème primaire dans l'enseignement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rapport 2023. Rapport complet de l'enquête disponible sur demande auprès de l'ONE.
- (21) Impact de la crise COVID-19 sur les vaccinations du Programme F W-B. Plaquette publiée à l'occasion de la semaine européenne de la vaccination 2022. ONE-Vaccination-info.be. Accessible via : <https://www.ccref.org/e-vax/PlaquetteSemaineEuropeenneVaccination2022.pdf>, dernière consultation le 26/2/2024.
- (22) Kastrissianakis K, Bouvy A-F, Goetghebuer T. Impact of the COVID-19 pandemic on early childhood preventive care activities of Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Belgian Journal of Pediatrics, Vol 23, number 4, dec 2021. Accessible via : https://bvksbp.be/wp-content/uploads/2022/02/BJP_Vol23-N4_December_2021.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (23) Conseil Supérieur de la Santé. Immunisation maternelle: lignes directrices belges. Avis n° 8754. Juillet 2020. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201106_css-8754_immunisation_maternelle_vweb.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (24) Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la Covid-19. Stratégie de vaccination de la population belge pour 2023-2024. Version adaptée du 27/9/2023. Avis n°9766. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230927_css-9766_covid-19_vaccination_2023-2024_vweb.pdf , dernière consultation le 26/2/2024.
- (25) Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2023-2023. Version adaptée du 27/9/2023. Avis n°9767. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230927_css-9767_grippe_saison_23-24_vweb.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (26) Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2019-2020. Avis n°9531. Mars 2019. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/avis_9531_vaccination_grippe_2019-2020_1.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.
- (27) Gerkens S, Lefèvre M, Bouckaert N, Levy M, Maertens de Noordhout, Obyn C, Devos C, Scohy A, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. Performance du système de santé belge : rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 376B. D/2024/10.273/43.
- (28) Fondation contre le cancer. Accessible via : <https://cancer.be/>
- (29) My PeBS. Accessible via : <https://www.mypebs.eu/fr/>
- (30) Dépistage du cancer colorectal. Rapport d'activités 2022. Bruprev. Avril 2023. Accessible via : <https://www.bruprev.be/Uploads/home/activiteitenverslagen-colon/2022-BRUPREV-Colotest-Rapport-d-activite-FR-Def.pdf>, dernière consultation le 26/2/2024
- (31) Conférence Interministérielle Santé Publique. GTI prévention. Dépistage du cancer du col de l'utérus : transition au test HPV. Réunion du 6-7 décembre 2022.
- (32) Haute Autorité de Santé. Questions-Réponses sur l'infection à papillomavirus humain (HPV), cause de cancer du col de l'utérus, et le dépistage. Accessible via : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3146343/fr/questions-reponses-sur-l-infection-a-papillomavirus-humains-hpv-cause-de-cancer-du-col-de-l-uterus-et-le-depistage, article mis en ligne le 6/7/2020

B. Recours à la médecine générale

Introduction

Les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans les soins de première ligne. Dans ce chapitre, nous nous concentrons donc sur le recours à la médecine générale. Nous examinons le nombre de Bruxellois qui ont un médecin généraliste fixe, la fréquence à laquelle ils le consultent en moyenne et les facteurs qui influencent le nombre de contacts avec un généraliste.

À quelle fréquence le médecin généraliste est-il consulté ?

Grâce aux données liées aux remboursements, l'Agence InterMutualiste (AIM) dispose de chiffres concernant le recours aux soins de toutes les personnes pouvant prétendre à l'assurance maladie obligatoire en Belgique et en règle avec celle-ci (les « bénéficiaires »). Il est important de noter que ces chiffres ne concernent pas l'ensemble de la population officielle inscrite au Registre national¹³⁹.

En Belgique, un médecin généraliste a le choix entre un paiement au forfait ou à l'acte. Dans le premier cas, l'organisme assureur (la mutualité) du patient verse chaque mois un montant au cabinet concerné, quel que soit le nombre de consultations. L'habitant ne doit plus avancer de l'argent. Pour ces patients, nous ne disposons pas d'informations détaillées sur le nombre de contacts avec un généraliste. À Bruxelles, 14,5 % des bénéficiaires se rendent dans des cabinets appliquant un système de paiement forfaitaire. Il s'agit généralement de « maisons médicales »¹⁴⁰.

Pour les 84,6 % restants des bénéficiaires bruxellois, nous disposons en revanche de données sur le nombre de contacts, étant donné que leur généraliste est payé à la prestation. Ci-dessous, nous décrivons d'abord la proportion de bénéficiaires qui ont

eu **au moins 1 contact** avec un généraliste, puis le nombre moyen de contacts parmi ceux-ci. Parmi les bénéficiaires payant le médecin généraliste par prestation, en Région bruxelloise, 70 % se sont rendus au moins une fois chez le médecin généraliste en 2020, ce qui est moins qu'en Région flamande (85 %) et qu'en Région wallonne (82 %). La proportion augmente clairement avec l'âge. Dans la plupart des groupes d'âge, elle est légèrement plus élevée chez les femmes. Nous constatons aussi que (très) peu d'enfants (0-4 ans) se rendent chez le généraliste à Bruxelles (41 %). À titre de comparaison, 67 % des enfants de 0 à 4 ans vont au moins 1 fois chez le généraliste en Flandre et 65 % en Wallonie (non illustré). Les Bruxellois consultent plus souvent un spécialiste (pédiatre) avec leurs enfants¹⁴¹, se rendent plus souvent aux urgences pour des problèmes pouvant être traités par le généraliste (voir dossier Observatoire¹⁴²) ou reportent plus souvent des soins (voir ci-dessous).

Parmi les personnes qui ont consulté au moins 1 fois un généraliste en 2020, le **nombre moyen de contacts avec un généraliste** s'élevait à 5,1 dans la Région bruxelloise (contre 5,7 en Flandre et 5,9 en Wallonie). En moyenne, les groupes de population plus âgés ont plus de contacts avec un généraliste, et les hommes en ont un peu moins que les femmes dans chaque catégorie d'âge. Les facteurs influençant la demande de soins sont examinés plus en détail ci-dessous.

Comme les chiffres ci-dessus ne peuvent être calculés que pour les patients qui paient par prestation, et qu'une proportion importante de la population bruxelloise (15,4%) utilise le système de paiement forfaitaire, nous avons également créé notre propre indicateur qui tente d'estimer s'il y a eu un contact annuel avec un médecin généraliste. Pour chaque macrozone¹⁴³, nous examinons le nombre de bénéficiaires qui ont eu au moins un contact avec un médecin généraliste en 2021 (et qui ont payé pour cela par prestation) et nous y ajoutons le nombre de personnes enregistrées auprès d'une maison médicale¹⁴⁴.

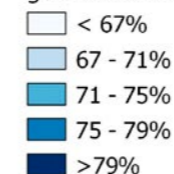
Tableau 3-3 Nombre moyen de contacts avec un généraliste par ayant droit ayant eu au moins 1 contact, 2020, Région bruxelloise

	Hommes	Femmes
0-4 ans	3,1	3,0
5-14 ans	3,0	2,9
15-24 ans	3,4	4,1
25-44 ans	4,0	4,9
45-64 ans	5,2	6,0
65-75 ans	6,1	6,6
75+ ans	7,6	9,0

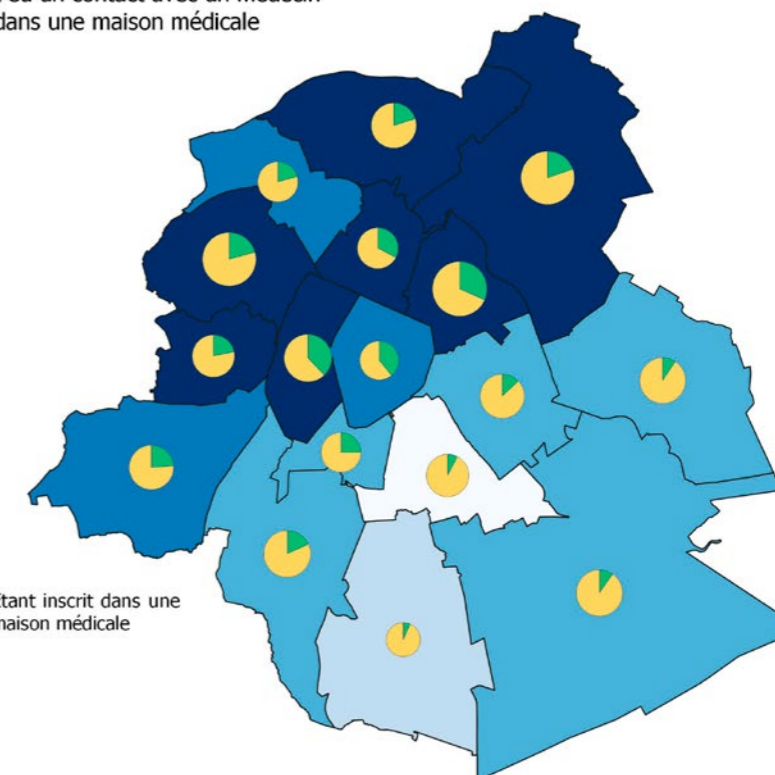
Source : Atlas AIM

Carte 3-1 Part des ayants-droits ayant eu un contact avec un médecin généraliste ou étant inscrit dans une maison médicale

Part des ayants-droits ayant eu un contact avec un médecin généraliste ou étant inscrit dans une maison médicale



Ayant été chez un médecin généraliste Etant inscrit dans une maison médicale



Source : Atlas AIM 2021

Calculs et cartographie : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

¹³⁹ Dans la Région bruxelloise, les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire correspondent à 91,6 % de la population inscrite au Registre national. C'est moins que pour l'ensemble du pays (98 %) (Atlas AIM, 2021). La différence entre les deux sources de données est notamment liée à la période de référence utilisée, à la proportion de travailleurs internationaux avec une assurance privée, à la proportion d'étrangers et à la proportion de personnes qui ne sont pas en règle avec l'assurance maladie obligatoire. Pour plus de détails, voir <https://atlas.ima-aim.be/databanken/?rw=1&lang=fr>. Les personnes non comptabilisées parmi la population officielle sont également exclues des analyses, étant donné qu'elles ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire (étudiants qui ne sont pas domiciliés dans l'une des communes bruxelloises, demandeurs d'asile, étrangers en situation irrégulière, diplomates et membres de leur famille, etc.).

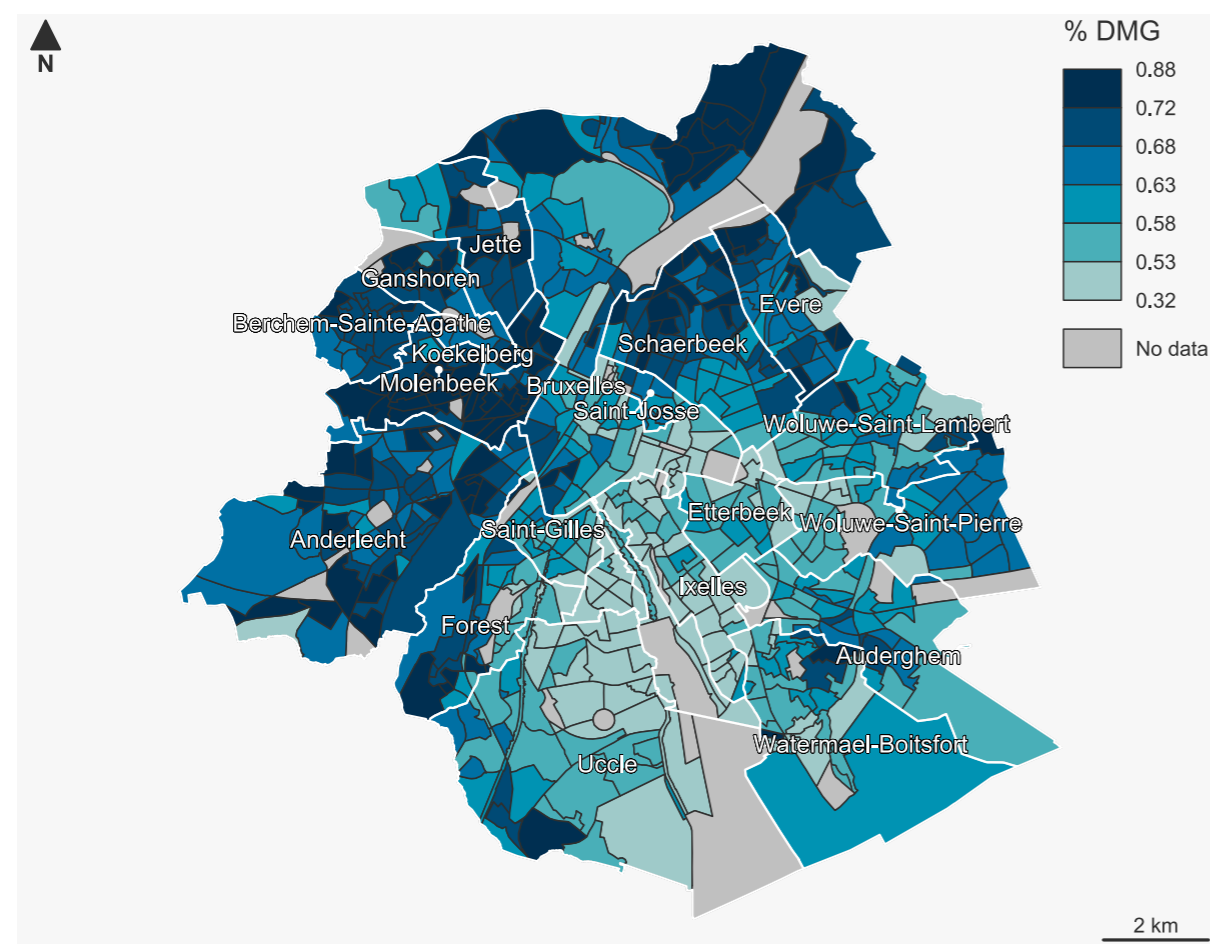
¹⁴⁰ Une maison médicale (ou « medisch huis ») repose sur une forme de collaboration spécifique, à savoir une collaboration multidisciplinaire entre médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, dentistes... Elle s'adresse aux habitants d'une zone géographique clairement définie. Dans la plupart des cas, un système de paiement forfaitaire y est appliqué. Un nombre limité de cabinets « classiques » ont toutefois aussi recours à cette forme de paiement. Les maisons médicales peuvent être définies de différentes façons. L'INAMI distingue les maisons médicales sur la base de l'application du paiement forfaitaire. La COCOF utilise ses propres critères. Par ailleurs, la majorité des cabinets appliquant un système de paiement forfaitaire sont affiliés à l'une des fédérations de maisons médicales à Bruxelles, à savoir la Fédération des Maisons Médicales, la Vereniging voor Wijkgezondheidscentra et la FEPRAF0, qui définissent chacune leurs propres principes de travail.

¹⁴¹ En 2020, 7,8 % des bénéficiaires bruxellois avaient eu au moins un contact avec un pédiatre, contre 5,2 % en Flandre et 6,7 % en Wallonie (Atlas AIM).

¹⁴² Observatoire de la Santé et du Social. 2019. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus

¹⁴³ En 2023, l'IBSA a proposé une nouvelle classification de la Région bruxelloise, basée sur les caractéristiques historiques du développement urbain de la Région bruxelloise.

¹⁴⁴ Veuillez noter que nous ne pouvons pas savoir avec certitude si les personnes inscrites dans une maison médicale contactent effectivement un médecin généraliste.

Carte 3-2 Part des bénéficiaires avec un dossier médical global


Source: AIM ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social

Encadré 3-1
Contacts avec le généraliste : consultations ou visites à domicile ?

Voir *Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2022). Visites à domicile et charge de travail : l'expérience des médecins généralistes bruxellois avant et pendant la pandémie de COVID-19. Commission communautaire commune, Bruxelles*

Parfois, le médecin généraliste se déplace à domicile. Pour les patients alités ou âgés, il s'agit parfois de la seule option. En 2019, on a enregistré 411 visites à domicile pour 1 000 personnes dans la Région bruxelloise, ce qui représente 15 % des contacts avec un généraliste¹. Ce sont surtout les patients âgés, en particulier les plus de 80 ans, qui ont recours aux visites à domicile.

¹ Chiffres basés sur l'échantillon permanent (AIM).

Les visites à domicile sont toutefois en diminution. Si nous comparons 2011 et 2019, nous constatons que les patients ont en moyenne presque toujours autant de contacts avec un généraliste en 2019 qu'en 2011, mais qu'ils viennent plus souvent en consultation qu'ils ne demandent une visite à domicile. La tendance à la baisse des visites à domicile se remarque surtout chez les patients de moins de 80 ans. Chez les plus de 80 ans, le groupe d'âge qui a le plus recours aux visites à domicile, cette évolution n'est pas perceptible.

Dans les parties nord et ouest de la Région bruxelloise, une proportion nettement plus élevée de bénéficiaires est susceptible d'avoir eu un contact avec un médecin généraliste, par rapport au sud et à l'est de la Région. Dans la partie centrale de la Région, autour de l'avenue Louise et du quartier européen, la proportion de bénéficiaires ayant eu un contact avec un médecin généraliste est la plus faible.

Pour chaque macrozone, la relation entre la proportion de personnes inscrites dans une maison médicale (en vert) et la proportion de bénéficiaires ayant au moins 1 contact avec un médecin généraliste payé à l'acte a également été indiquée - dans un camembert. On observe la même distribution spatiale avec une proportion plus faible de personnes inscrites dans une maison médicale dans les parties les plus riches de la Région bruxelloise (sud et est).

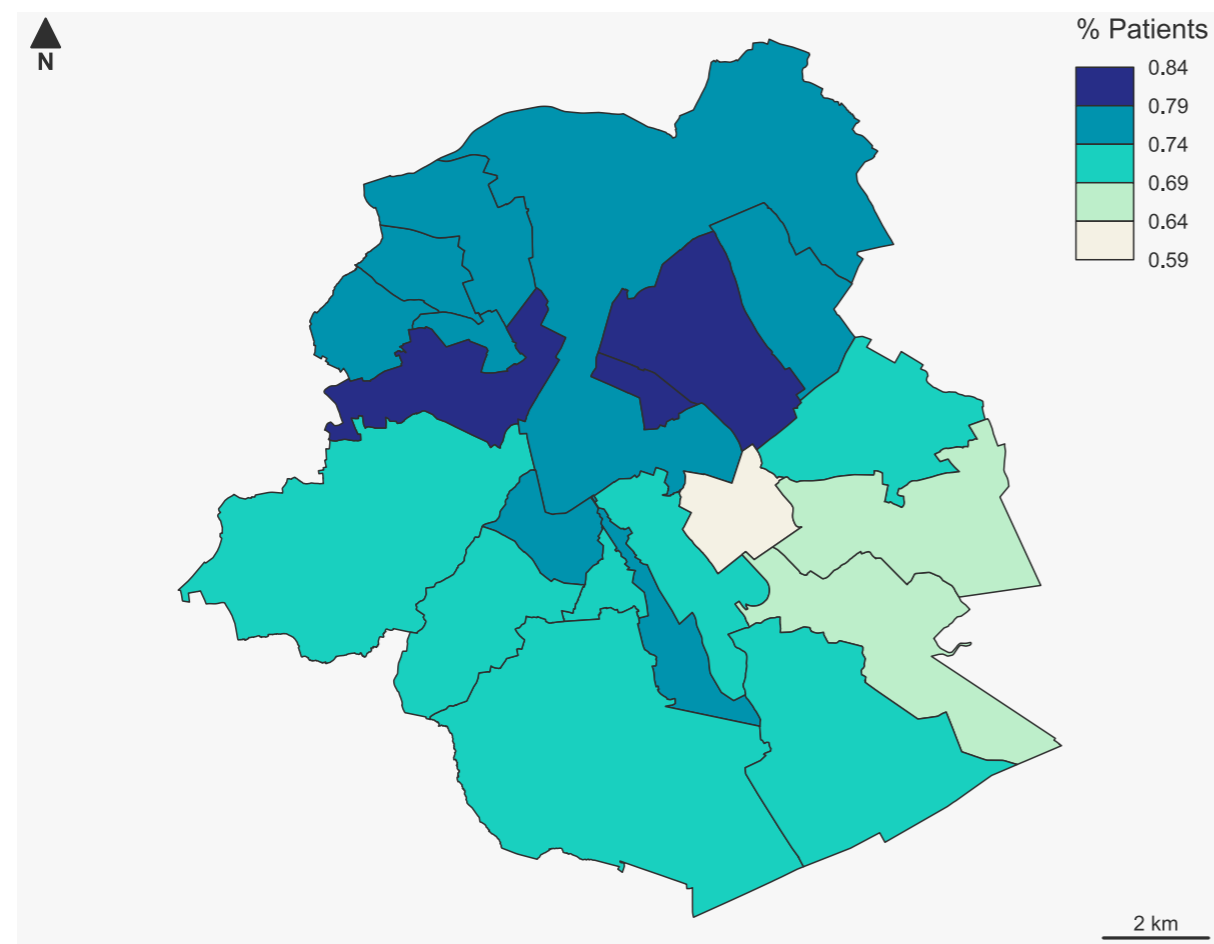
Combien de Bruxellois ont un médecin généraliste (fixe) ?

Il est difficile de répondre avec précision à cette question, mais deux indicateurs peuvent nous aider à y voir plus clair. Tout d'abord, nous pouvons examiner le pourcentage de bénéficiaires bruxellois avec un **dossier médical global (DMG)**. Celui-ci permet au généraliste de garder une vue d'ensemble de la santé du patient et d'adapter les traitements à sa situation personnelle et ses antécédents. L'objectif est que le DMG soit ouvert par le médecin généraliste fixe du patient.

En Région bruxelloise, 64,1 %¹⁴⁵ des bénéficiaires avaient un dossier médical global et donc très probablement aussi un généraliste fixe en 2020. Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui de la Flandre (86 %) et de la Wallonie (76,4 %) (Atlas AIM). Nous observons toutefois des différences majeures entre les communes bruxelloises (carte 3-2). Molenbeek-Saint-Jean enregistre la proportion la plus élevée d'habitants avec un DMG (72,9 %) et Ixelles, la plus faible (51,2 %). La quote-part personnelle que le patient doit payer chez le généraliste est limitée s'il dispose d'un DMG. Cet incitatif financier joue peut-être un rôle moins important au sein des communes plus riches du sud-est de la Région. De plus, lors de l'inscription dans une « maison médicale », un DMG est automatiquement créé.

¹⁴⁵ Il s'agit des chiffres les plus récents. La pandémie de Covid-19 a sans doute eu une influence sur ceux-ci.

Carte 3-3 Observance de patients DMG à la pratique de médecine générale attribuée



Source: AIM ; calculs : Observatoire de la Santé et du Social

De manière générale, les personnes âgées et les femmes disposent un peu plus souvent d'un DMG. L'écart entre les hommes et les femmes se creuse surtout entre 25 et 44 ans. Il s'agit – et ce n'est pas un hasard – de l'âge auquel les jeunes adultes commencent à mener leur propre vie et doivent souvent chercher un nouveau généraliste. Le fait que les femmes aient plus souvent un généraliste fixe pourrait être lié aux consultations médicales en rapport avec la contraception et la grossesse.

Un deuxième indicateur est la fréquence à laquelle les patients se rendent dans un même cabinet médical, qu'on qualifie de « **fidélité des patients** »¹⁴⁶. À Bruxelles, 75 % des bénéficiaires ayant des contacts réguliers avec un généraliste¹⁴⁷ se rendent chez le même médecin dans au moins 3/4 des cas. En Flandre, ils sont 82 % et en Wallonie, 79 %. Nous observons ici aussi des différences entre les communes bruxelloises (voir carte 3-3) : Molenbeek-Saint-Jean enregistre la « fidélité des patients » la plus élevée (84 % en 2020) et Etterbeek, la plus faible (59 %). Il n'y a pas de différences majeures entre les hommes et les femmes ni entre les groupes d'âge (non illustré).

Quels facteurs influencent le nombre de contacts avec un médecin généraliste ?

Premièrement, le nombre de contacts avec un généraliste est influencé par la *demande de soins*. Dans les parties B et C, nous nous sommes penchés de manière approfondie sur le lien entre la prévalence de certaines affections et l'âge, le sexe et/ou la situation socioéconomique.

Deuxièmement, *tout le monde n'exprime pas un problème sous-jacent, ne cherche pas des soins et ne perçoit pas la santé de la même manière*. Une recherche a ainsi démontré que les femmes intériorisent davantage les problèmes de santé mentale, ce qui peut par exemple se traduire par une dépression, tandis que les hommes ont plutôt tendance à les extérioriser, ce qui peut par exemple entraîner de l'alcoolisme (Krueger et al., 2001¹⁴⁸). Les rôles de genre traditionnels peuvent aussi avoir un impact : certaines femmes trouvent ainsi plus naturel de chercher des soins, car cela s'inscrit dans le prolongement de leurs tâches liées au ménage, à la garde des enfants, etc. En outre, certains considèrent la santé comme quelque chose de fonctionnel. Tant que le corps est en état de continuer à travailler ou à faire le ménage, les soins sont reportés, jusqu'à ce qu'on soit « complètement à bout ». C'est clairement le cas des personnes vulnérables (Thunus et al., 2023).

Troisièmement, *l'offre d'autres prestataires de soins* joue aussi un rôle. Il a déjà été indiqué ci-dessus que les Bruxellois font plus souvent appel à des spécialistes et aux urgences pour des problèmes pouvant être traités par un généraliste. En outre, les Bruxellois ont aussi souvent recours à la médecine traditionnelle et à l'automédication (Thunus et al., 2023).

Quatrièmement, il existe toutes sortes d'*obstacles à l'accès aux soins*. Malgré des systèmes de protection comme l'intervention majorée ou le tiers payant¹⁴⁹, il existe encore des obstacles financiers et administratifs aux soins. Les personnes vulnérables doivent ainsi constamment choisir entre, par exemple, des soins pour elles-mêmes ou leurs enfants ou entre des frais scolaires ou médicaux (Thunus et al., 2023). Les personnes non couvertes par l'assurance maladie obligatoire sont particulièrement confrontées à ces obstacles (INAMI, 2014¹⁵⁰).

Enfin, dans le cas des troubles mentaux, le tabou social influence aussi la recherche d'aide. En outre, les problèmes de santé sont souvent complexes et multiples chez les personnes vulnérables. Cela complique l'accès aux soins, étant donné qu'il n'y a alors pas de protocole ou de procédure clairement défini. Des barrières linguistiques, la peur de poser des questions, le stress d'une consultation, etc. peuvent aussi entraîner un report de soins. Une bonne relation avec un prestataire de soins qui libère le temps nécessaire est cruciale (Thunus et al., 2023).

Conclusion

Dans la Région bruxelloise, moins d'habitants entrent chaque année en contact avec un généraliste ou disposent d'un dossier médical global qu'en Flandre et en Wallonie. Les communes bruxelloises où – proportionnellement – beaucoup de personnes sont inscrites dans une maison médicale comptent aussi davantage de personnes avec un dossier médical global. La décision de consulter ou non un généraliste dépend de nombreux facteurs, à savoir la demande de soins, la perception de la maladie et de la santé, l'offre d'autres prestataires de soins et toutes sortes d'obstacles qui ne se limitent pas à l'aspect financier. Les personnes vulnérables et l'omniprésence des problèmes de santé mentale dans les soins de première ligne méritent ici une attention supplémentaire.

¹⁴⁶ Tous les détails méthodologiques sont disponibles ici : https://atlas.ima-aim.be/info/metadataPDF/metadata_stat_003_012_FR.pdf. Notez bien que nous nous concentrons ici sur les personnes qui se rendent régulièrement chez le généraliste (définies comme les bénéficiaires ayant au moins 3 contacts avec un généraliste sur une période de 2 ans). De nombreux bénéficiaires inscrits dans une maison médicale sont considérés comme des patients fidèles. Toutefois, s'ils passent d'un système de paiement à l'autre au cours d'une année, ce n'est pas forcément le cas (communication orale AIM, 2023).

¹⁴⁷ Bénéficiaire ayant au moins 3 contacts avec un généraliste sur une période de 2 ans.

¹⁴⁸ Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245-1259.

¹⁴⁹ En raison notamment d'un important non-recours aux droits sociaux par les personnes pouvant y prétendre. Voir Observatoire de la santé et du social de Bruxelles (2017). Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, Commission communautaire commune : Bruxelles.

¹⁵⁰ INAMI, 2014. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. Kluwer : Waterloo

C. Recours aux soins de santé mentale

Introduction

Comme mentionné précédemment (cf. chapitre 2F), les problèmes de santé mentale touchent une part non négligeable de Bruxellois. Les enjeux en matière de santé mentale sont par ailleurs multiples à Bruxelles dans la mesure où s'y cumulent les problématiques de précarité, de sans-abrisme et de crise du logement (1); ces réalités plaçant la Région bruxelloise dans une situation difficile en matière d'accès aux soins de santé mentale. Les difficultés en termes d'accessibilité au logement en Région bruxelloise contribuent par exemple à la saturation du système de la santé mentale (2). Ces difficultés concernent des publics diversifiés et se répercutent sur le travail quotidien des professionnels de la santé mentale, en entravant la transition entre l'hôpital et les soins communautaires, la continuité des soins et la réinsertion sociale (2).

Selon une enquête récente menée dans différents services de santé mentale (SSM), un tiers des nouvelles demandes adressées à ceux-ci ont dû être réorientées en raison de la saturation du secteur (3). Par rapport à sa population, le nombre de lits de soins psychiatriques, dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux, est inférieur en Région bruxelloise par rapport à la Flandre et à la Belgique en général (4).

Enfin, l'accès aux soins de santé mentale peut rester difficile pour un certain nombre de personnes, dont les personnes en situation de vulnérabilité, nombreuses en Région bruxelloise et plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale, comme on l'a vu également dans le chapitre 2F. En février 2023, parmi les participants bruxellois à l'enquête Belhealth¹⁵¹, 30% déclaraient avoir besoin d'un soutien de santé mentale. Parmi ceux-ci, près de la moitié (44,7%) mentionnaient ne pas en avoir reçu. L'étude Melting Point (5) a également montré que l'accès aux soins de santé mentale pouvait être difficile, dans le cadre de leur étude pour les publics plus vulnérables, et ceci pour différentes raisons. Les auteurs mentionnent, par exemple, des problèmes de disponibilité des services de santé mentale offrant des soins accessibles financièrement, ou des obstacles en lien avec les procédures à suivre pour accéder à ce type de soins, notamment pour des personnes pouvant avoir des difficultés à identifier et à exprimer leurs besoins en soins de santé

mentale, pour des raisons culturelles ou de stigmatisation. Cette étude mentionnait aussi l'obstacle que pouvait représenter le coût lié à l'achat des médicaments pour les femmes en situation de monoparentalité, obstacle qui doit également se poser pour d'autres groupes de personnes vulnérables.

Etant donné ces différents enjeux, dresser un portrait du recours aux soins de santé mentale des bruxellois est essentiel. L'objectif de ce chapitre est de décrire - en partie - le recours aux soins de santé mentale des Bruxellois, et ce au travers de différents indicateurs relatifs à la consultation d'un professionnel de la santé en lien avec un problème de santé mentale, à la consommation de médicaments psychotropes et aux séjours psychiatriques. Ces indicateurs sont basés sur les données de l'Enquête de santé par interview de 2018, de l'Agence Intermutualiste (AIM) et du Résumé Psychiatrique Minimum.

Ce chapitre vise à documenter certains aspects du recours aux soins de santé mentale, mais ne couvre pas l'ensemble des nombreux acteurs impliqués dans le système des soins de santé mentale bruxellois (services de santé mentale (SSM), équipes mobiles, cabinets de consultations privés ou hospitaliers, mais aussi services de soins primaires comme les médecins généralistes ou les maisons médicales, services sociaux ayant un lien direct avec les soins de santé mentale, ...), l'offre de soins de santé mentale pour les adultes étant en Belgique effectivement «très large, variée et complexe» et impliquant de nombreux prestataires, organisations et institutions (6).

Consultation chez un professionnel de la santé en lien avec un problème de santé mentale

Historiquement, parmi les soins psychologiques ambulatoires, seules les consultations chez le psychiatre (consultation et traitement psychothérapeutique) étaient remboursées. Le remboursement des consultations de psychologie clinique, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, a débuté progressivement à partir de 2019, année lors de laquelle a été lancée la réforme «psychologie de première ligne» qui visait à renforcer l'offre de soins psychologiques et qui permettait le remboursement d'un certain nombre de consultations par an, selon certaines conditions. Afin de renforcer davantage

l'offre psychologique de première ligne et de rendre ces soins psychologiques plus accessibles pour la population, les conditions d'accès à ce remboursement ont été élargies en 2022¹⁵².

Selon les données de l'Enquête de santé de 2018, environ un Bruxellois sur 10 (11,2%) déclare avoir consulté un(e) psychologue, un(e) psychothérapeute ou un(e) psychiatre au cours des 12 derniers mois¹⁵³, ce qui ne diffère pas significativement des grandes villes flamandes et des grandes villes wallonnes, après standardisation pour le sexe et l'âge.

Cette proportion ne diffère pas significativement selon le sexe, ni selon la difficulté à joindre les deux bouts. Elle diffère de manière significative selon l'âge, étant plus élevée chez les 0-44 ans (11,5%) et les 45-64 ans (13,8%) que chez 65 ans et plus (5,6% - les effectifs étant petits dans cette catégorie d'âge, ces chiffres doivent être interprétés avec précaution).

Il faut noter que ces données sont issues de l'Enquête de santé menée en 2018, c'est-à-dire avant le lancement de la réforme «psychologie de première ligne». Nous ne disposons pas actuellement des données de remboursement des soins psychologiques dispensés dans le cadre de cette convention sur le territoire bruxellois.

L'AIM dispose également de données sur les consultations chez un psychiatre, celles-ci faisant l'objet d'un remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Selon ces données, parmi les bénéficiaires bruxellois de l'assurance maladie obligatoire, 4,4% comptent au moins une consultation chez un(e) psychiatre en 2021, ce qui est plutôt stable par rapport à 2006 (3,7%). Parmi ceux-ci, le nombre moyen de consultations chez un(e) psychiatre est de 5,8 en 2021, ce qui représente une légère diminution par rapport à 2006 (nombre moyen = 7,5).

Consommation de médicaments psychotropes

L'Agence Intermutualiste (AIM) dispose des données administratives et de facturation des soins et des médicaments remboursés, dont les antidépresseurs et les antipsychotiques, pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de 18 ans et plus en Belgique. Ces données sont assez objectives; elles doivent cependant être interprétées avec prudence, comme cela a été montré notamment pour les antidépresseurs¹⁵⁴. L'Enquête de santé de 2018 fournit également des informations sur la consommation de certains psychotropes. Ces données sont intéressantes mais présentent certaines limites¹⁵⁵, qui peuvent mener à une sous-estimation de la consommation de psychotropes. Tenant compte de ces différents éléments, nous nous basons dans ce chapitre sur les données de l'AIM pour documenter la consommation d'antidépresseurs, et d'antipsychotiques chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les données de l'Enquête de santé de 2018 sont, elles, utilisées ici pour illustrer d'une part la consommation de sédatifs, pour lesquels nous ne pouvons pas utiliser les données de l'Atlas IMA, et d'autre part les inégalités sociales, qui peuvent être étudiées plus en détails sur base des données de l'Enquête de santé.

Consommation d'antidépresseurs

Selon les données de l'AIM, en 2021, un peu plus d'un Bruxellois sur 10 bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgé de 18 ans ou plus (10,9%) a consommé au moins une dose journalière standard (DDD¹⁵⁶) d'antidépresseur¹⁵⁷. Cette proportion était de 12,3% en 2008. La proportion de Bruxellois consommant des antidépresseurs (au moins 1 DDD) est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et ce dans toutes les tranches d'âge (voir figure 3-5 - chiffres de l'année 2020). Elle augmente avec l'âge dans les deux sexes et est la plus élevée chez les 65 ans et plus.

¹⁵² Jusqu'à fin 2021, la réforme «psychologie de première ligne» permettait le remboursement de huit consultations par an pour certains problèmes de santé mentale (problèmes dépressifs, anxieux, de consommation d'alcool ou de somnifères et de calmants), pour des personnes âgées de 18 à 64 ans, sur prescription d'un médecin généraliste, et chez des psychologues ou des orthopédagogues faisant partie d'un réseau de santé mentale et ayant signé une convention avec l'INAMI. Les conditions de remboursement ont été élargies en 2022 : plus de nécessité d'une prescription par un médecin généraliste, plus de limitation du remboursement à certains problèmes de santé mentale, ni de limite d'âge. Par ailleurs, les soins psychologiques spécialisés et les séances de groupe sont également remboursés; le nombre de séances remboursées annuellement dépendant des types de réseau («enfants et adolescents» ou «adultes») et de séance. (7,8,9)

¹⁵³ Les résultats pour l'indicateur relatif à la consultation d'un(e) psychologue, un(e) psychothérapeute ou un(e) psychiatre au cours des 12 derniers mois incluent les personnes qui n'ont pas encore 15 ans, contrairement aux autres indicateurs de l'Enquête de santé de 2018 repris dans ce chapitre.

¹⁵⁴ Dans un précédent dossier relatif aux inégalités sociales de santé à Bruxelles (10), une sous-consommation d'antidépresseurs par rapport à la moyenne par les groupes socio-économiques inférieurs a été observée pour Bruxelles (données de l'AIM de 2016). Ceci allait dans le sens contraire au gradient social «attendu» et pourrait s'expliquer par une sous-consommation de ce type de traitement, et/ou par un sous-diagnostic ou une moindre prise en charge de ce type de pathologie dans ces groupes socio-économiques plus défavorisés.

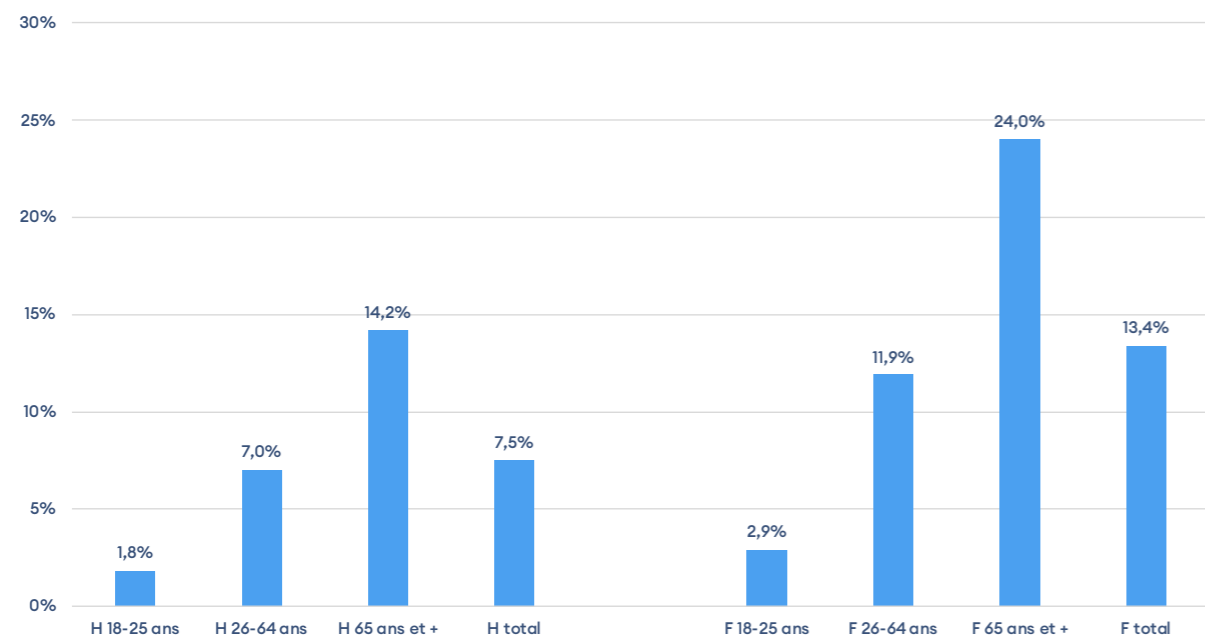
¹⁵⁵ Tout d'abord, les données de l'enquête de santé sont des données auto-rapportées. De plus, il a été montré que les personnes avec des problèmes de santé mentale participent moins aux enquêtes (11). Ces éléments peuvent ainsi mener à une sous-estimation de la consommation de psychotropes.

¹⁵⁶ DDD = « defined daily dose » ou « dose journalière standard ou définie », il s'agit de la « dose journalière usuelle d'un médicament, pour son indication majeure, chez un adulte de 70 kg » - c'est la dose d'entretien qui est considérée (pas la dose initiale du traitement) et elle concerne l'usage thérapeutique et pas l'usage prophylactique. Il s'agit de l'unité de mesure internationale de l'OMS. La DDD concerne les médicaments délivrés et non les médicaments effectivement administrés. Par ailleurs, la dose prescrite peut fortement varier d'un individu à l'autre. (12,13)

¹⁵⁷ Dans l'Atlas AIM, sont considérés comme «consommateurs d'antidépresseurs» les personnes qui comptent au moins une dose journalière standard (DDD) remboursée d'un médicament portant un code ATC N06A délivrée en officine publique au cours de l'année de référence. Les antidépresseurs peuvent être utilisés dans le traitement de la dépression, du stress post-traumatique, ou des troubles de l'anxiété, mais ils sont aussi parfois prescrits dans le cadre du traitement de la douleur chronique, des troubles alimentaires, des troubles du sommeil ou du sevrage tabagique. (12)

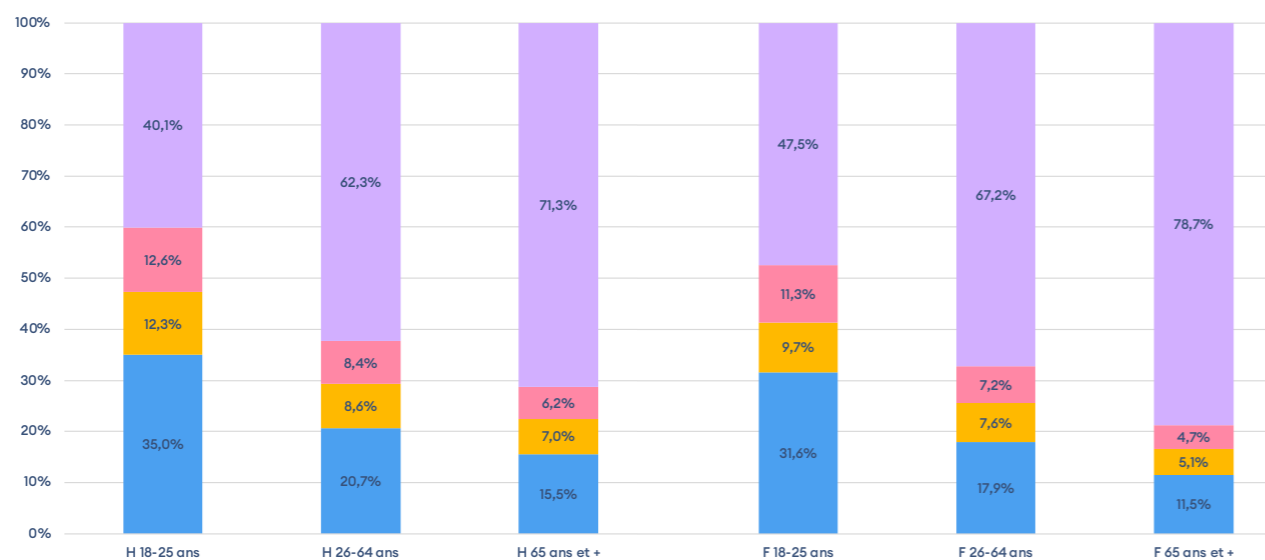
¹⁵¹ La cohorte Belhealth est une étude longitudinale qui vise à suivre la santé et le bien-être d'un large groupe d'habitants en Belgique (<https://www.sciensano.be/fr/projets/cohorte-belge-sante-et-bien-etre>). L'enquête est menée en plusieurs vagues, dont la deuxième s'est déroulée entre 6 et le 27 février 2023.

Figure 3-5 Proportion (en %) de Bruxellois âgés de 18 ans et plus bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire qui consomment des antidépresseurs* - par sexe et par tranche d'âge - Région bruxelloise - 2020



* au moins 1 DDD par année civile
Source : Atlas AIM (consultation le 26/6/23)

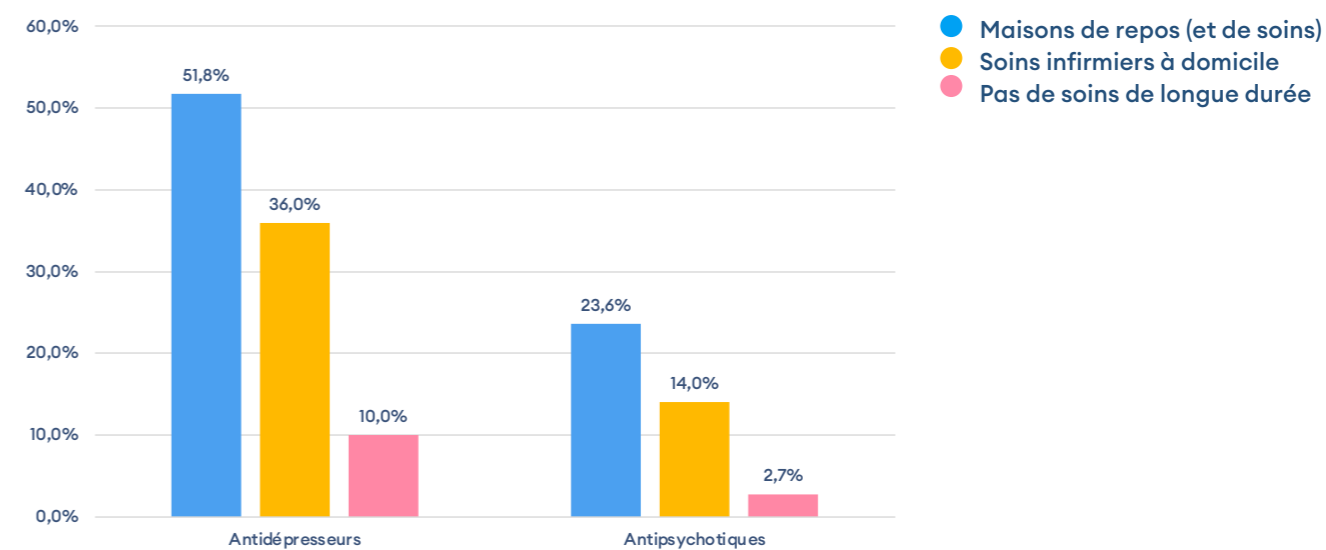
Figure 3-6 Distribution (en %) de la durée de consommation d'antidépresseurs par sexe et par tranche d'âge - Région bruxelloise - 2020



- % consommateurs d'antidépresseurs très courte durée (max. 3 mois / 91 DDD)
- % consommateurs d'antidépresseurs courte durée (3-6 mois / 91-183 DDD)
- % consommateurs d'antidépresseurs moyenne durée (6-12 mois / 183-365 DDD)
- % consommateurs d'antidépresseurs longue durée (> 12 mois / min. 366 DDD)

Source : Atlas AIM (consultation le 23/6/23)

Figure 3-7 Proportion (en %) de consommateurs d'antidépresseurs* et d'antipsychotiques* parmi les personnes de 65 ans et plus bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, par type de soins reçus. Région bruxelloise - 2021



* au moins 1 DDD par année civile
Source : Atlas AIM (consultation 22/9/23)

Selon les données de l'AIM, parmi les Bruxellois âgés de 18 ans et plus bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire ayant consommé des antidépresseurs en 2020, 68,7% en ont consommé sur une longue durée, 6,9% sur une durée moyenne, 7,2% sur une courte durée et 17,2% sur une très courte durée¹⁵⁸. Par rapport à l'année 2008, la part de Bruxellois suivant un traitement de longue durée a légèrement augmenté (64,1%), celle des patients suivant un traitement de très courte durée a légèrement diminué (23,2%).

Comme le montre la figure 3-6, la proportion de consommateurs de longue durée, plus élevée chez les femmes que chez les hommes, augmente avec l'âge dans les deux sexes, pour représenter, respectivement chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus, 71,3% et 78,7% des consommateurs. La part de consommateurs de très courte durée est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et la plus élevée chez les 18-25 ans.

Focus sur les personnes âgées de 65 ans et plus et le type de soins reçus

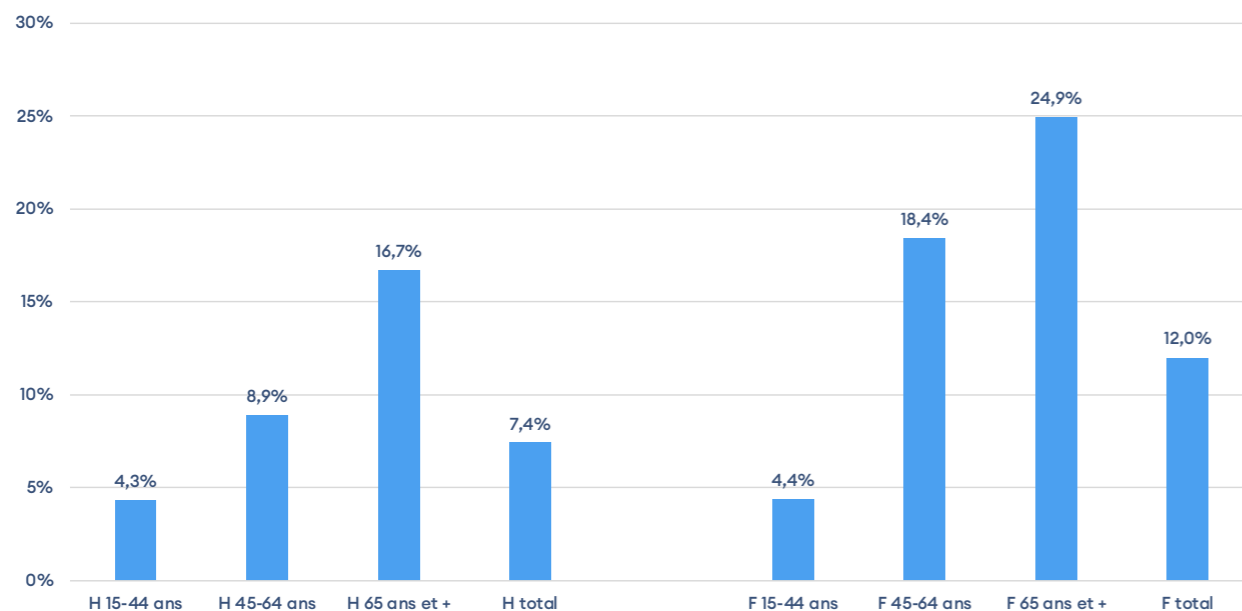
La problématique de la consommation élevée d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos (et de soins) a été illustrée par différentes études (14,15). Or, les personnes âgées sont plus sensibles à certains médicaments, dont ils peuvent ressentir les effets secondaires plus vite, médicaments parmi lesquels on retrouve notamment certains antidépresseurs (à effet anticholinergique) et des antipsychotiques (15).

Comme on le voit dans la figure 3-7, un petit peu plus de la moitié des Bruxellois âgés de 65 ans et plus bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire résidant en maison de repos (et de soins) ont consommé des antidépresseurs (au moins 1 DDD) en 2021; cette part étant d'un peu plus d'un tiers parmi les Bruxellois recevant des soins infirmiers à domicile et d'un dixième parmi les bruxellois ne bénéficiant pas de soins de longue durée.

Concernant les antipsychotiques, la part de Bruxellois âgés de 65 ans et plus bénéficiaires de

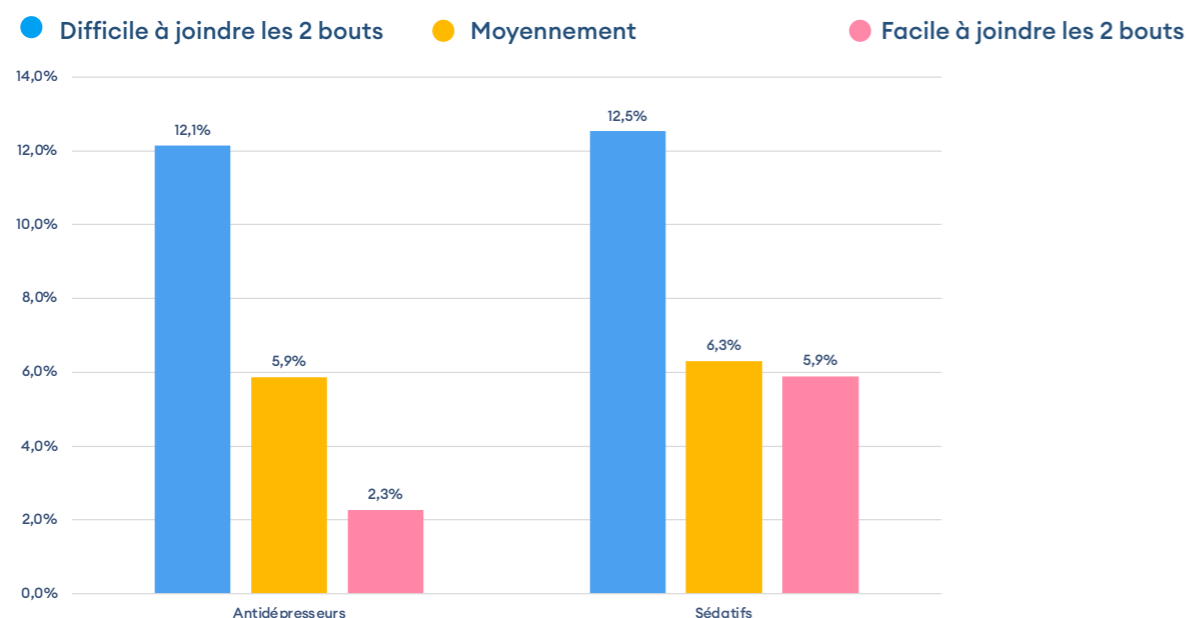
¹⁵⁸ Longue durée : plus de 12 mois/minimum 366 DDD - durée moyenne : 6-12 mois/entre 183-365 DDD - courte durée : 3-6 mois/entre 91 et 183 DDD - très courte durée : maximum 3 mois/maximum 91 DDD.

Figure 3-8 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant pris des sédatifs (somnifères, tranquillisants) prescrits par un médecin au cours des 2 dernières semaines, par sexe et par tranche d'âge, Région bruxelloise, 2018



Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social

Figure 3-9 Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus ayant pris des antidépresseurs ou des sédatifs (somnifères, tranquillisants) prescrits par un médecin au cours des 2 dernières semaines, selon la difficulté à joindre les deux bouts (chiffres standardisés*), Région bruxelloise, 2018



*Standardisation pour le sexe et l'âge (population de référence européenne 2013)
Source : Enquête de santé, Sciensano, 2018; calculs: Observatoire de la Santé et du Social

l'assurance maladie obligatoire en ayant consommé (au moins 1 DDD)¹⁵⁹ en 2021 est également plus élevée parmi les résidents de maison de repos (et de soins) (23,6%) que chez les Bruxellois recevant des soins infirmiers à domicile (14,0%) et ceux ne bénéficiant pas de soins de longue durée (2,7%).

Consommation de sédatifs

Selon les données de l'Enquête de santé de 2018, 9,7% des Bruxellois participants déclarent avoir pris des sédatifs (somnifères, tranquillisants) prescrits par un médecin au cours des 2 dernières semaines, ce qui ne diffère pas significativement des grandes villes flamandes et des grandes villes wallonnes, après standardisation pour le sexe et l'âge. Cette proportion diffère significativement selon le sexe et l'âge. Elle augmente avec l'âge dans les deux sexes, et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les catégories d'âge de 45-64 ans et de 65 ans et plus (figure 3-8).

Focus sur les inégalités

Les données de l'Enquête de santé de 2018 montrent que, après standardisation pour le sexe et l'âge (voir figure 3-9), la part de participants bruxellois de 15 ans et plus qui ont consommé des antidépresseurs dans les 15 derniers jours est significativement plus élevée chez les personnes joignant les deux bouts difficilement ainsi que dans la catégorie intermédiaire, en comparaison avec celles disant le faire facilement. La proportion de Bruxellois ayant consommé des sédatifs (somnifères, tranquillisants) est également significativement plus élevée chez les personnes ayant difficile à joindre les deux bouts, en comparaison aux personnes ayant facile à le faire (voir figure 3-9).

Séjours psychiatriques

Le Résumé Psychiatrique Minimum (RPM) fournit différentes informations sur les séjours des patients admis en hôpital psychiatrique (HP), dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (SPHG), les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP)¹⁶⁰. Les données concernant les séjours en IHP et en MSP ont été enregistrées dans le RPM jusqu'en 2018.

L'objectif est de présenter certaines caractéristiques des séjours psychiatriques des Bruxellois dans ces quatre types d'institutions, pour les séjours ayant eu lieu à ou en dehors Bruxelles¹⁶¹, et ce jusqu'en 2018, dernière année pour laquelle les données étaient disponibles pour les quatre types d'institution. Des évolutions des séjours psychiatriques depuis sont possibles, sachant que le domaine des soins psychologiques a évolué depuis également, ces possibles changements ne sont pas documentés ici.

Séjours des patients bruxellois en institutions de soins psychiatriques

En 2018, 12 164 séjours psychiatriques de résidents bruxellois ont été enregistrés, à et en dehors de Bruxelles, en HP, dans les SPHG, en IHP et en MSP. Ceci correspond à un taux de séjours psychiatriques de 1 010,6 pour 100 000 Bruxellois.

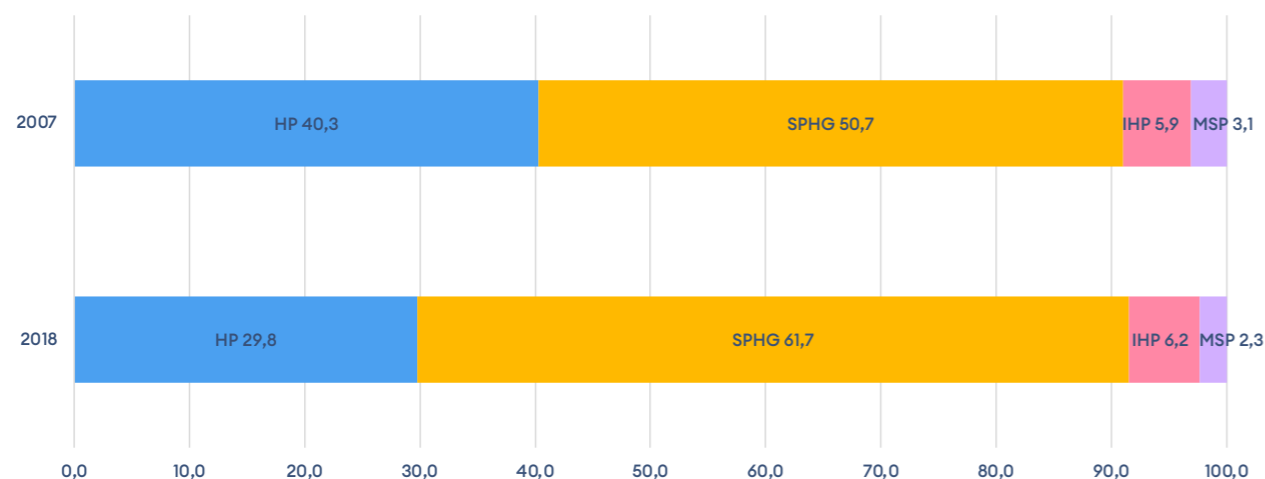
En 2018, plus de la moitié (61,7%) des séjours des Bruxellois ont eu lieu dans un SPHG, 29,8% dans un HP, près de 6% dans une IHP et environ 2% dans une MSP (figure 3-10). Cela peut être mis en lien avec une durée de séjour plus courte en SPHG. Cette répartition a évolué depuis 2007 : la proportion de séjours des Bruxellois en HP ayant diminué au profit des hospitalisations en SPHG (figure 3-10). Cette évolution est liée à l'augmentation du nombre de lits en SPHG et à la diminution du nombre de lits en HP. En effet, entre 2007 et 2018, la répartition des lits agréés à Bruxelles a changé, avec une baisse du nombre de lits en HP (de 890 à 803 lits (- 9,8%)) et une hausse du nombre de lits en SPHG (de 566 à 711 lits (+25,6%)). Par ailleurs, sur la même période (2007 à 2018) à Bruxelles, la part des lits agréés en IHP a augmenté (de 464 à 580 lits (+25,0%)), celle des lits agréés en MSP a diminué (de 257 à 230 lits (- 10,5%)).

¹⁵⁹ Dans l'Atlas AIM, sont considérés comme «consommateurs d'antipsychotiques» les personnes qui comptent au moins une dose journalière standard (DDD) remboursée d'un médicament portant un code ATC N05A délivrée en officine publique au cours de l'année de référence. Les antipsychotiques sont utilisés entre autres dans le traitement des troubles psychotiques, comme par exemple la schizophrénie. Ils sont également prescrits pour des indications non approuvées («off-label») notamment pour le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD), des états de confusion, de l'agitation et de l'insomnie. (16)

¹⁶⁰ Le Résumé Psychiatrique Minimum est un système d'enregistrement de données obligatoire des séjours en hôpital psychiatrique et des séjours dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux (pour plus d'informations, voir: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rpm>. Jusqu'en 2018, le RPM enregistrait également des données sur les séjours en les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP).

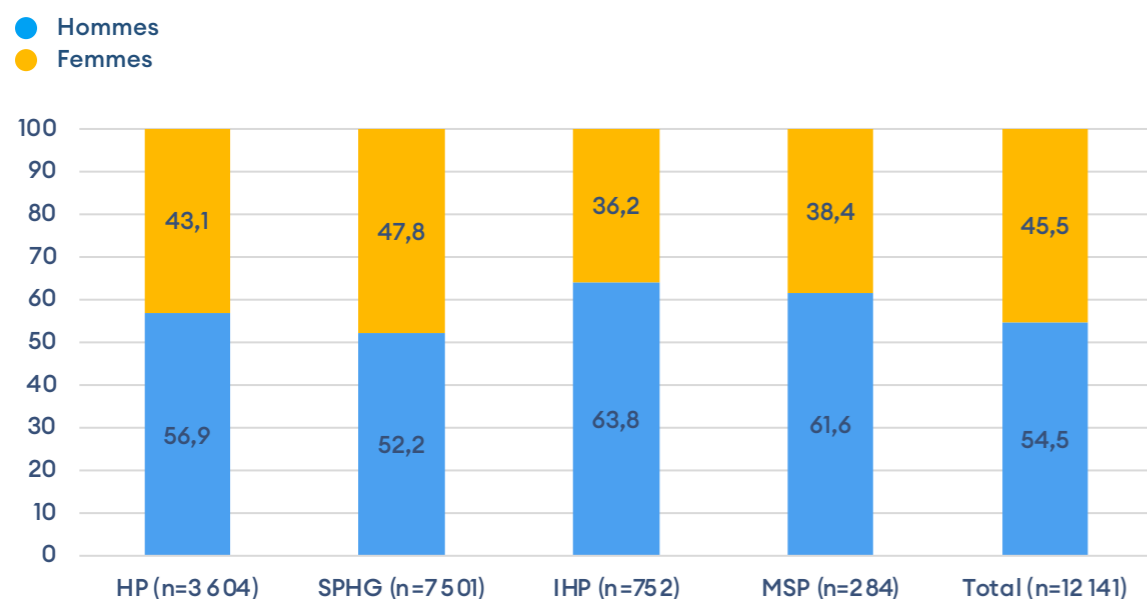
¹⁶¹ Les données du RPM concernent des séjours et non pas des patients; au cours d'une année, un patient peut effectuer plusieurs séjours. La notion de «taux» de séjour psychiatrique doit donc être prise avec précautions. Des différences entre régions, selon l'âge ou le sexe pourraient éventuellement être liées à des différences en termes de nombre de séjours par an (un nombre élevé de séjours de courte durée versus un seul séjour de longue durée). La plupart des séjours sont dits «résidentiels», c'est-à-dire que les personnes séjournent de jour et de nuit. Pour les HP et SPHG, une minorité de séjours peut concerner de l'accueil uniquement de jour ou uniquement de nuit.

Figure 3-10 Répartition (en %) des séjours psychiatriques des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, selon le type d'établissement, 2007 et 2018



Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 3-11 Répartition (en %) des séjours psychiatriques des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, selon le sexe, par type d'établissement, 2018



Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; Calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Tableau 3-4 Age moyen des séjours psychiatriques des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, selon le type d'établissements et le sexe, 2018

	HP		SPHG	
	Hommes (n=2049)	Femmes (n=1555)	Hommes (n=3912)	Femmes (n=3589)
Age moyen (années)	39,5	42,4	41,2	44,5

	IHP		MSP	
	Hommes (n=480)	Femmes (n=272)	Hommes (n=175)	Femmes (n=109)
Age moyen (années)	47,8	47,9	52,3	55,5

Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Caractéristiques des patients bruxellois

Un peu plus de la moitié des séjours des Bruxellois dans des institutions de soins psychiatriques concernent des hommes (54,5% en 2018) (figure 3-11). Des disparités existent selon le type d'établissement. Dans les SPHG, la proportion d'hommes est de 52,2% en 2018; dans les autres établissements, environ 6 séjours sur 10 concernent des hommes.

L'âge moyen des patients bruxellois en institutions de soins psychiatriques diffère selon le type d'établissement, étant le plus bas dans les HP (40,8 ans) et le plus élevé dans les MSP (53,5 ans); il est de 42,8 ans dans les SPHG et de 47,8 dans les IHP. L'âge moyen des hommes est systématiquement plus bas que celui des femmes, excepté dans les IHP où il est identique (tableau 3-4).

Durée de séjour

La durée médiane de séjour des Bruxellois diffère selon le type d'institution. Elle est en 2018 de près de 3 semaines dans les SPHG et d'un petit plus d'un mois (38 jours) dans les HP, et dépasse l'année dans les IHP et MSP (tableau 3-5). Ces différences de durée de séjour selon les types d'établissements peuvent être liées au fait que ceux-ci accueillent des patients aux profils très distincts : une prise en charge de courte durée pour un trouble psychiatrique aigu s'effectuera plutôt en SPHG alors qu'un trouble psychiatrique plus complexe nécessitera une prise en charge d'une durée plus longue en MSP. Les durées médianes de séjour sont assez

stables sur la période 2007-2018 pour les HP. Les SPHG présentent une durée médiane de séjour légèrement plus courte en 2018 après une longue période de stabilité entre 2007 et 2017. Pour les IHP et MSP, une évolution est difficile à analyser car le nombre de patients dont la prise en charge se termine chaque année est plutôt petit, ce qui rend les résultats assez fluctuants.

Conclusion

Les différents indicateurs documentés dans ce chapitre montrent qu'un certain nombre de Bruxellois ont recours à des soins de santé mentale. Les chiffres présentés ci-avant peuvent cependant sous-estimer l'utilisation des soins de santé mentale et la consommation de psychotropes. Par ailleurs, pour un certain nombre de personnes en situation de vulnérabilité, nombreuses en Région bruxelloise et plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale, l'accès à ce type de soins peut rester difficile. Enfin, comme mentionné précédemment, le paysage des soins de santé mentale est large, les données présentées dans ce chapitre n'illustrent donc qu'une partie de celui-ci.

Tableau 3-5 **Durée médiane (p 25-p 75)* en jours des séjours psychiatriques terminés des Bruxellois, à et en dehors de Bruxelles, selon le type d'établissements, 2018**

	n	Médiane (p25-75)
HP	2529	38 (16-81)
SPHG	6633	18 (5-38)
IHP	182	453 (154-959)
MSP	36	677 (211-2022)

* Une médiane (percentile 50 ou p50) scinde les valeurs observées en deux : la moitié des valeurs est inférieure ou égale à la valeur de la médiane et l'autre moitié est supérieure ou égale à la médiane. Exemple : une durée médiane de séjour de 10 jours signifie que 50 % des séjours ont une durée inférieure ou égale à 10 jours et 50% des séjours une durée supérieure ou égale à 10 jours. Les quartiles, quant à eux, scindent les valeurs observées en quatre. Par exemple, si le percentile 25 (p25) vaut 5 jours, cela signifie que 25 % des séjours ont une durée inférieure ou égale à 5 jours et 75 % des séjours une durée supérieure ou égale à 5 jours. Si le percentile 75 (p75) vaut 15 jours, cela signifie que 75 % des séjours ont une durée inférieure ou égale à 15 jours et 25 % des séjours une durée supérieure ou égale à 15 jours.

Source : Résumé psychiatrique minimum (RPM), Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; calculs: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Bibliographie

- (1) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2024). *Baromètre social 2023*. Bruxelles : Vivalis.brussels.
- (2) Walker C, Nicaise P, Thunus S. *Parcours.Bruxelles : Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social. 2019.
- (3) Susswein R. *Saturation ? Analyses du devenir des nouvelles demandes adressées aux services de santé mentale agréés par la COCOF à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021*. Ligue Bruxelloise pour la Santé mentale. 2022. Accessible via : https://lbsm.be/IMG/pdf/rapport_sat_2022_bis.pdf
- (4) SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. *Données phares dans les soins de santé : Soins en santé mentale*. Bruxelles. 2023. D/2023/2196/34. Accessible via : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/telechargez-ici-le-rapport-entier-en-pdf>
- (5) Thunus S, Donnen A, Creten A & Walker C. *Melting point: situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise*. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. 2023.
- (6) Mistiaen P, Cornelis J, Detollenaere J, Devriese S, Ricour C. *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 318B. <https://doi.org/10.57598/R318BS>.
- (7) Noirhomme C. *Le suivi psychologique: accessible en Belgique ?* Santé et Société, 3. Mutualités chrétiennes. Octobre 2022. Accessible via: <https://cm-mc.bynder.com/m/ac42e3cfd5e51e9/original/Sante-Societe-n-3-suivi-psy.pdf>
- (8) INAMI. *Dispenser des soins psychologiques de première ligne ou spécialisés via un réseau de santé mentale*. Mise à jour le 26 septembre 2023. Accessible via : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/psychologue-clinicien/Pages/soins-psychologiques-premiere-ligne-specialises-reseaux-sante-mentale.aspx>
- (9) Commission des psychologues. *Convention de remboursement pour la psychologie clinique*. Mise à jour le 19 décembre 2019. Accessible via : <https://www.compsy.be/fr/remboursement-psychologie-clinique>
- (10) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2019). *Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Commission communautaire commune.
- (11) Torvik F, Rognum K, Tambs K. *Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2012, 47: 805-816.
- (12) Agence Intermutualiste (AIM). *Antidépresseurs: consommation en Belgique*. Accessible via : <https://aim-ima.be/Antidépresseurs-consommation-en?meta=oui&lang=fr>, dernière consultation le 2/10/2023.
- (13) Association Francophone des Pharmaciens hospitaliers de Belgique. <http://www.afphb.be/doc/afphb/grtr/gga/DDAdoc.pdf>, dernière consultation le 1/12/2019.
- (14) Noirhomme C, Lambert L. *Soins aux personnes âgées. La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos reste importante*. MC-Informations, 280. Mutualités chrétiennes. Juin 2020. Accessible via : <https://cm-mc.bynder.com/m/28638d28b7c3ff2/original/MC-Informations-n-280.pdf>
- (15) Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. *Performance du système de santé belge - Rapport 2019 - Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33
- (16) Agence Intermutualiste (AIM). *Consommation d'antipsychotiques en Belgique*. Accessible via : <https://www.aim-ima.be/Consommation-d-antipsychotiques-en-375?lang=fr>, dernière consultation : le 2/10/2023.

D. Admissions hospitalières et recours aux urgences

Introduction

Ce chapitre a pour but de décrire les caractéristiques des séjours hospitaliers et des recours aux urgences des Bruxellois. Toutes les admissions hospitalières en Belgique sont enregistrées dans la base de données des Résumés Hospitaliers Minimum (RHM). Il existe trois grandes catégories d'admissions hospitalières : les urgences ambulatoires, les hospitalisations «classiques» avec au moins une nuit à l'hôpital et les hospitalisations de jour, subdivisées entre médicales et chirurgicales¹⁶².

L'année 2020 a été marquée par la crise du COVID-19. Par conséquent, l'année 2020¹⁶³ est une année particulière pour laquelle s'observent des ruptures de tendance dans les indicateurs de séjours hospitaliers et de recours aux urgences. Dans ce chapitre, les indicateurs sont ainsi illustrés jusqu'en 2019 - dernière année permettant d'évaluer l'évolution des admissions hospitalières et des recours aux urgences.

Les analyses présentées dans ce chapitre se rapportent aux admissions hospitalières des Bruxellois dans les hôpitaux généraux, c'est-à-dire les admissions de patients domiciliés à Bruxelles, indépendamment de la localisation de l'hôpital dans lequel ils sont pris en charge.

Evolution entre 2008-2019

La figure 3-12 montre l'évolution, entre 2008 et 2019, du taux d'hospitalisations classiques et d'hospitalisations de jour chez les Bruxellois.

Les taux d'hospitalisations classiques et de jour médicales sont plus élevés chez les femmes, comparativement aux hommes. Ces tendances sont restées identiques au cours du temps. Quant aux taux d'hospitalisations de jour chirurgicales, ceux-ci ne diffèrent pas selon le sexe (figure 3-12).

En 2008, le taux d'hospitalisations de jour médicales était inférieur à celui des hospitalisations classiques (femmes et hommes respectivement : 131,5 et 109,5 admissions de jour contre 162,9 et 122,9 admissions classiques pour 1 000 Bruxellois-es). Cette tendance s'est progressivement inversée du fait d'une augmentation du taux des hospitalisations de jour médicales entre 2008 et 2019. En 2019, ces taux correspondaient, pour les femmes et pour les hommes, respectivement à 195,4 et 153,0 hospitalisations de jour médicales pour 1 000 Bruxellois-es contre 149,5 et 118,4 hospitalisations classiques pour 1 000 Bruxellois-es (figure 3-12). La réforme du financement des hôpitaux, entrée en vigueur en 2002, pourrait avoir eu comme conséquence une augmentation des hospitalisations de jour¹⁶⁴.

En ce qui concerne les hospitalisations de jour chirurgicales, les taux sont restés globalement stables entre 2008 et 2019 (variant de près de 40 à près de 50 admissions pour 1 000 habitants, selon l'année), tant chez les hommes que chez les femmes (figure 3-12).

Figure 3-12 Taux d'hospitalisations classiques, de jour médicales et de jour chirurgicales (pour 1 000 habitants) des Bruxellois, selon le sexe, 2008-2019

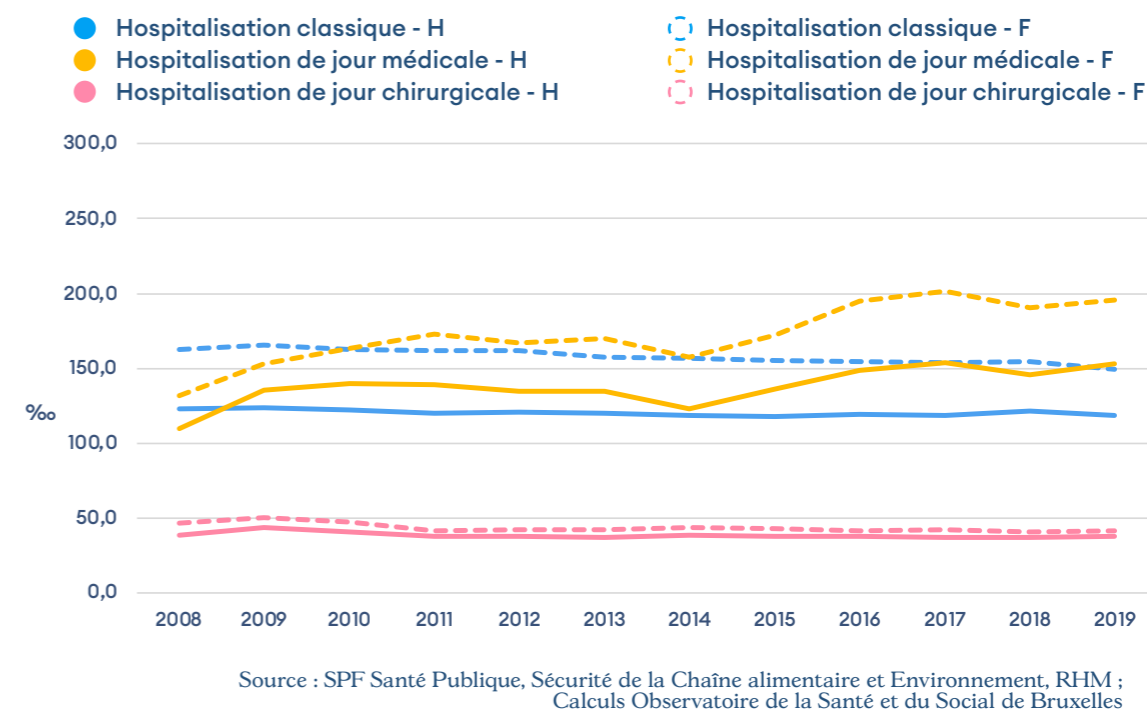
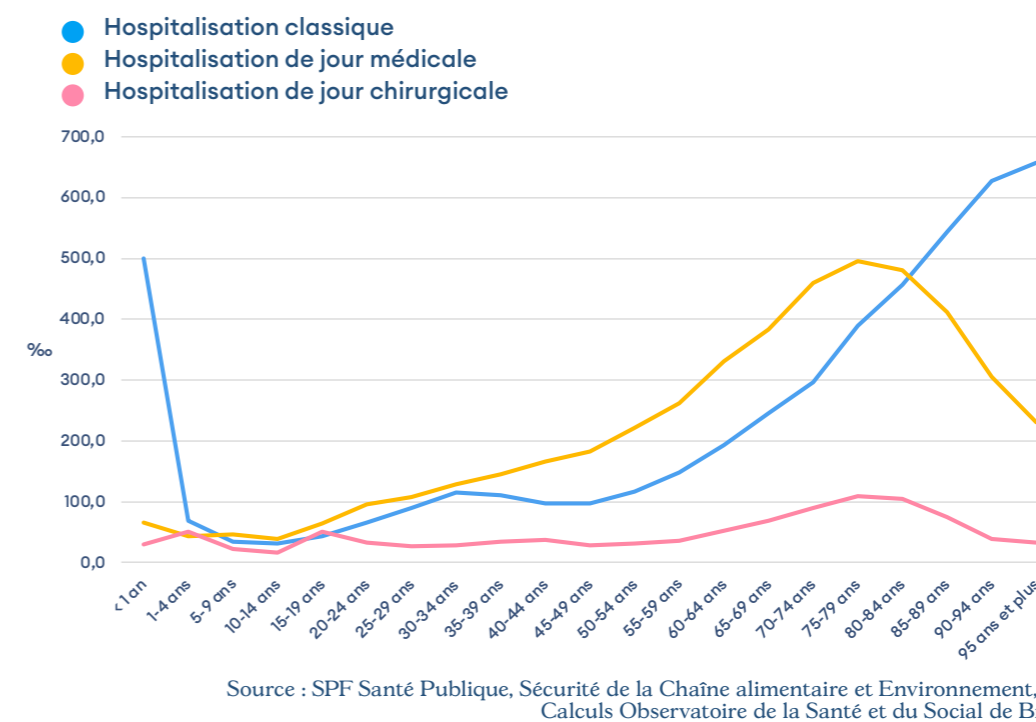


Figure 3-13 Taux d'hospitalisations classiques, de jour médicales et de jour chirurgicales (pour 1 000 habitants) des Bruxellois, par catégorie d'âge, 2019



Encadré 3-2

Une description détaillée, des analyses approfondies (croisement de différents indicateurs) et commentées des séjours hospitaliers et des recours aux urgences se trouvent dans les dossiers :

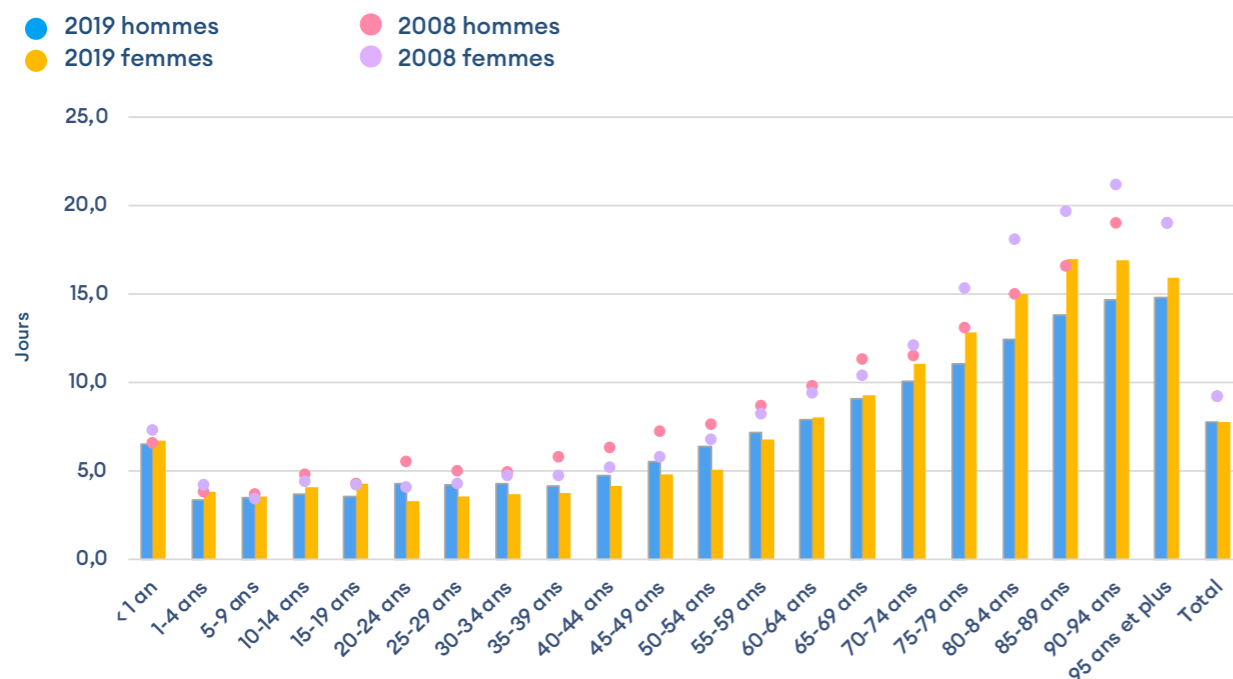
- «Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus» : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-1_recours-urgences-fr.pdf
- Indicateurs de séjours hospitaliers et de recours aux urgences (sur la période 2008-2020), accompagnés d'une note décrivant l'année 2020 : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/indicateurs/indicateurs-sur-les-sejours-hospitaliers-et-le-recours-aux-urgences>

¹⁶² La définition détaillée des différentes catégories d'admissions hospitalières se trouve dans la note des indicateurs RHM : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/indicateurs/RHM/notes_liees_a_la_crise_covid_final.pdf

¹⁶³ Dernière année la plus récente disponible lors de la rédaction de ce dossier. Pour avoir une vue sur les ruptures de tendance en 2020, voir la note et la mise à jour des indicateurs RHM : <https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/indicateurs-social-et-sante/les-indicateurs-de-sejours-hospitaliers-et-urgences>

¹⁶⁴ Carton J. La réforme du financement des hôpitaux : la notion d'activité justifiée. Reflets et perspectives de la vie économique, pages 39-46, 2003.

Figure 3-14 **Durée moyenne de séjour (en nombre de jours) des hospitalisations classiques des Bruxellois, par catégorie d'âge et par sexe, 2008 et 2019**



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social

Différences selon les catégories d'âge

Concernant les taux d'hospitalisations selon l'âge, la figure 3-13 montre des différences selon le type d'hospitalisation.

Le taux d'hospitalisations classiques varie fortement en fonction de l'âge selon une courbe en U. Il est élevé chez les enfants de moins d'un an¹⁶⁵, diminue très fortement dès l'âge de un an et remonte progressivement à partir de 15 ans. C'est seulement à partir de 85 ans que le taux d'hospitalisation dépasse celui des enfants de moins d'un an (figure 3-13).

La courbe du taux d'hospitalisations de jour médicales et chirurgicales diffère de celle de l'hospitalisation classique. Le taux d'hospitalisations de jour médicales et chirurgicales augmente globalement en fonction de l'âge jusqu'à 75 ans pour ensuite diminuer (figure 3-13).

La durée de séjour en hospitalisation

En 2019, la durée moyenne de séjour en hospitalisation classique était de 7,8 jours pour les hommes et de 7,7 jours pour les femmes. En 2008, elle était de 9,2 jours pour les deux sexes. Cette diminution du nombre absolu de la durée moyenne de séjour entre 2008 et 2019 se marque davantage chez les plus âgés, notamment à partir de 75 ans (figure 3-14).

La réduction de la durée des séjours hospitaliers est un point d'attention quant à l'organisation de la sortie des patients âgés dans la mesure où il faut plus rapidement organiser les soins et aides éventuellement nécessaires dans le cadre du retour à domicile ; alors qu'il faut probablement s'attendre à l'avenir à un besoin grandissant de ce type de soins et d'aides (cf. partie 3E sur l'utilisation des services de santé par les personnes âgées). Notons par ailleurs que chez les personnes âgées, la durée moyenne de séjour est plus élevée chez les femmes, comparativement aux hommes.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour est plus élevée chez les enfants de moins d'un an, diminue ensuite dès l'âge d'un an, pour finalement augmenter en fonction de l'âge à partir des alentours de la catégorie d'âge des 45-49 ans (figure 3-14).

¹⁶⁵ Les séjours relatifs aux naissances avec admission uniquement en maternité (dites 'sans complication') ont été exclus de la tranche d'âge des moins d'un an. L'exclusion de ces naissances permet d'avoir une meilleure estimation des problèmes de santé chez les enfants de moins d'un an. Les séjours exclus comprennent les mortinaissances et les décès néonataux très précoces qui n'ont pas été pris en charge par un service de néonatalogie.

Recours aux urgences

Les figures ci-dessous décrivent la situation plus spécifique des recours aux urgences hospitalières¹⁶⁶.

Au-delà de l'appréciation de l'état de santé des Bruxellois, la question des recours aux urgences se pose dans la mesure où l'activité de ces services semble avoir évolué ces dernières décennies : ils joueraient également un rôle d'acteur de première ligne de soins¹⁶⁷. En effet, la littérature scientifique indique qu'une part importante des patients se présentant aux urgences pourrait être prise en charge par un médecin généraliste¹⁶⁸.

De plus, la question du recours aux urgences de la population bruxelloise doit être posée dans la mesure où Bruxelles dispose d'une offre de services d'urgence et d'hôpitaux par densité d'habitants plus élevée par rapport aux deux autres Régions¹⁶⁹, ce qui constituerait une alternative à la visite chez un médecin généraliste¹⁷⁰. La littérature montre effectivement que les habitants de la Région bruxelloise ont, comparativement aux habitants des deux autres Régions, davantage recours aux urgences¹⁷¹, que ces recours sont plus fréquemment non référés par un médecin, et que, chez les patients pédiatriques, les services d'urgence sont davantage utilisés de manière ambulatoire¹⁷².

Le taux de recours aux urgences est le plus élevé chez les enfants de moins de 15 ans, suivi du groupe d'âge des 65 ans et plus (depuis 2010), comparativement au groupe d'âge intermédiaire des 15-64 ans (figure 3-15).

Entre 2008 et 2019, une augmentation du taux de recours aux urgences de 20,6 % est observée - passant de 368,5 à 444,4 admissions pour 1 000 habitants. L'augmentation a été la plus importante chez

la population âgée de 65 ans et plus (+46,0 %), et dans une moindre mesure dans la catégorie d'âge des moins de 15 ans (+17,4 %) et des 15-64 ans (+16,4 %) (figure 3-15).

Trois types de recours aux urgences

Il existe différents types de recours aux urgences : les urgences ambulatoires, les urgences suivies d'une hospitalisation de jour et les urgences suivies d'une hospitalisation classique. En 2019, la moitié (47,3 %) des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation chez les personnes de 65 ans et plus, contre 19,7 % chez les 15-64 ans et 9,7 % chez les moins de 15 ans. Lorsque le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation chez les enfants de moins de 15 ans et chez les patients de 65 ans et plus, il s'agit dans la grande majorité des cas d'une hospitalisation classique. La répartition des différents types de passages aux urgences par tranche d'âge est restée relativement stable par rapport à 2008, avec toutefois une légère augmentation de la part des urgences ambulatoires en 2019 chez les 65 ans et plus (figure 3-16).

Le recours aux urgences référé par un médecin

Un peu plus de neuf passages aux urgences sur dix sont le fait de patients n'étant pas référés par un médecin (figure 3-17).

Les patients de 65 ans et plus sont davantage adressés aux urgences par un médecin, comparativement aux groupes d'âge plus jeunes. En 2019, 16,6 % des recours aux urgences des patients de 65 ans et plus sont référés par un médecin, contre 6,3 % chez les 15-64 ans et 3,8 % chez les enfants de moins de 15 ans (figure 3-17).

¹⁶⁶ Pour plus d'informations et de résultats sur les recours aux urgences, voir l'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019. Disponible à l'URL : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-1-recours-urgences-fr.pdf Les chiffres concernant les recours aux urgences diffèrent légèrement de ceux publiés dans les rapports «Caractéristiques des séjours hospitaliers des Bruxellois en 2014» et «Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016)» suite à la prise de connaissance de discordances entre le premier service de prise en charge et le type de séjours pour certaines urgences ambulatoires entre 2008 et 2013.

¹⁶⁷ Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique - Université libre de Bruxelles, 2010.

¹⁶⁸ Clumeck N., De Spiegelaere M., Deguerre M. et al. Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgence deux filières de soins : gardes hospitalières et médecine générale. Réseau IRIS en collaboration avec l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, 2005 ; Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016a.

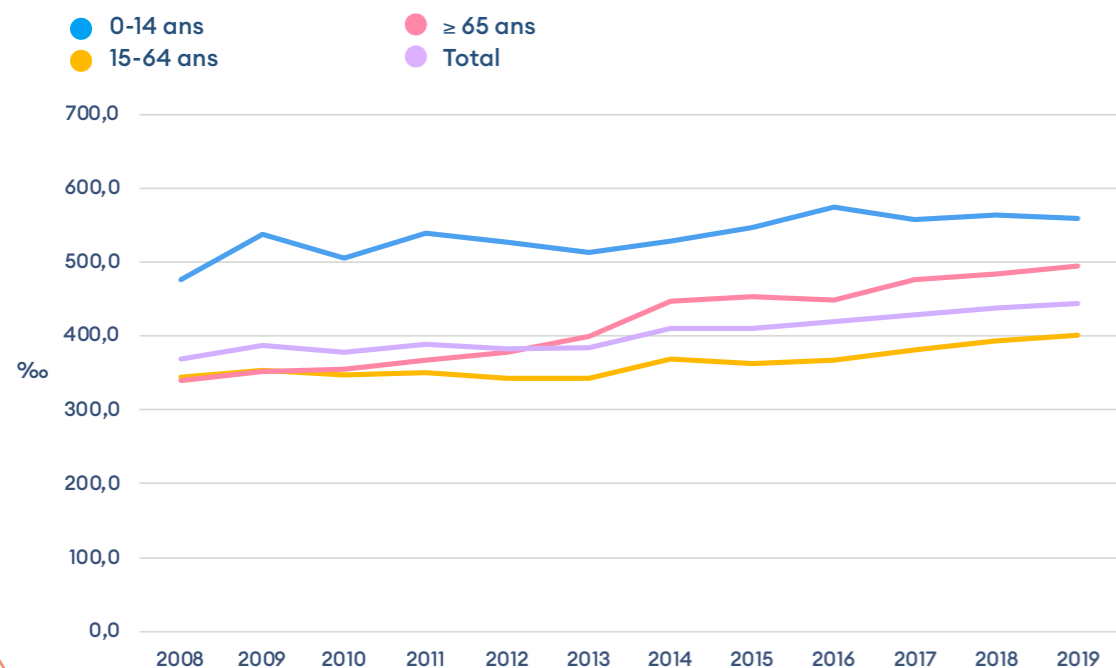
¹⁶⁹ Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016a.

¹⁷⁰ Charafeddine R. Contacts avec le service des urgences. Dans : Driessens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles, 2015.

¹⁷¹ SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

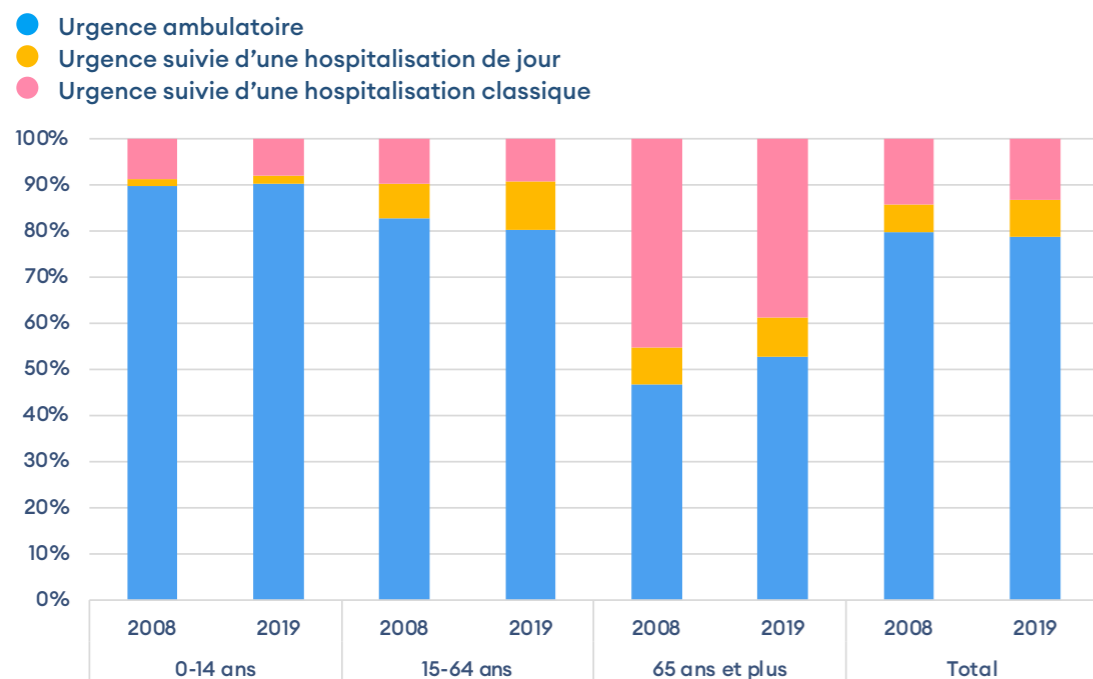
¹⁷² Belgian Paediatric Emergency Department Organization (BePED.ORG). Étude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques réalisée pour le Collège de Pédiatrie. École de Santé Publique - Université libre de Bruxelles, 2010 ; Avalosse H., Chapelle A., van Sloten F. Recours aux urgences hospitalières : exploration des données de la MC. Dans : MC- Informations Analyses et points de vue. Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes n°262. Mutualité Chrétienne, décembre 2015 ; Charafeddine R. Contacts avec le service des urgences. Dans : Driessens S., Gisle L. (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles, 2015.

Figure 3-15 Taux de recours aux urgences (pour 1 000 habitants) des Bruxellois, par groupe d'âge, 2008-2019



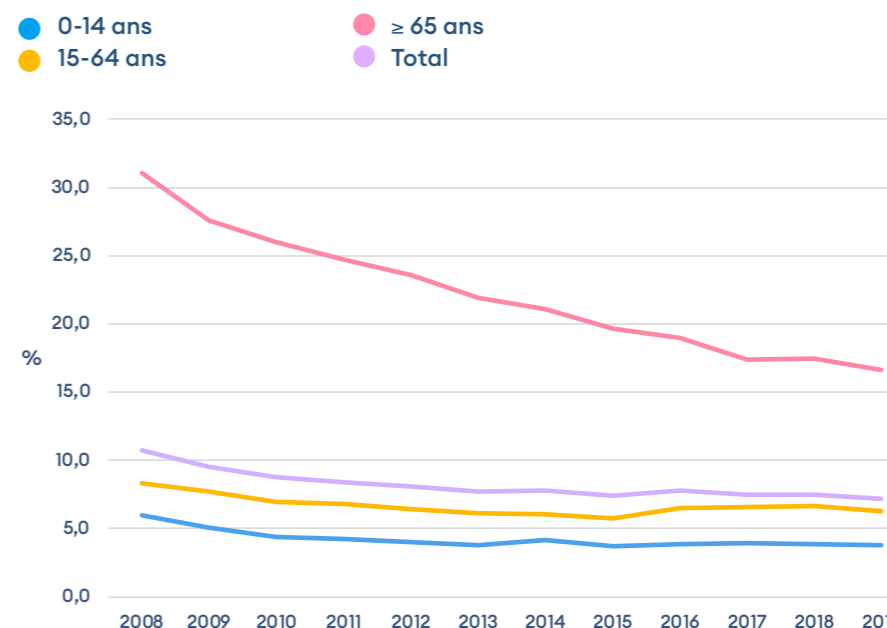
Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 3-16 Distribution des différents types de passages aux urgences des Bruxellois, par groupe d'âge, 2008 et 2019



Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Figure 3-17 Proportion de passages aux urgences des Bruxellois adressés par un médecin*, par groupe d'âge, 2008-2019



* Fait référence au médecin généraliste du patient, à un médecin de garde, à un médecin spécialiste de l'hôpital ou extérieur à l'hôpital avec une lettre d'introduction, après un contact téléphonique ou après un contact oral.
Source : SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, RHM ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

La proportion de patients adressés aux urgences par un médecin a globalement diminué entre 2008 et 2019 (10,7 % à 7,2 %), et ce, de façon plus importante chez les 65 ans et plus. Elle est passée de 31,1 % en 2008 à 16,6 % en 2019 chez ces derniers (figure 3-17).

Ainsi, les recours aux urgences non référés par un médecin et la proportion des urgences ambulatoires sont des indicateurs permettant d'estimer en partie dans quelle mesure les urgences hospitalières font office de services de première ligne de soins, et posent question quant à l'accessibilité des soins de première ligne.

Conclusion

Pour conclure, les différentes données présentées dans ce chapitre permettent d'avoir un aperçu global des caractéristiques des admissions hospitalières.

Alors que les taux d'hospitalisations classiques et d'hospitalisations de jour chirurgicales sont restés relativement stables durant la période 2008-2019, le taux d'hospitalisations de jour médicales a globalement augmenté durant cette même période.

Quant aux taux de recours aux urgences, ceux-ci ont augmenté durant la période 2008-2019, et ce, de manière plus importante dans la catégorie d'âge des 65 ans et plus.

En raison de limites¹⁷³ dans les données de diagnostic principal d'admission et de niveau de sévérité de la pathologie, celles-ci n'ont pas été étudiées dans ce dossier bien qu'il s'agisse d'informations utiles pour déterminer les raisons de l'admission hospitalière.

¹⁷³ Pour plus d'informations sur les limites des données de diagnostics et de niveau de sévérité de la pathologie, voir chapitre «limites de l'étude» (page 12) du dossier «Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus» : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-1_recours-urgences-fr.pdf

E. Utilisation des services de santé pour personnes âgées

Introduction

Depuis 2010, la région bruxelloise est confrontée à une augmentation du nombre de personnes âgées. Au 1^{er} janvier 2022, 160 116 personnes âgées de 65 ans et plus habitent en Région bruxelloise. Elles représentent 13,1 % de la population totale bruxelloise. Selon les projections démographiques réalisées jusqu'en 2070, l'augmentation de cette population se poursuivra pour arriver, en 2070, à 223 273 personnes (soit 18,2 % de la population totale bruxelloise)¹⁷⁴. Le nombre des 85 ans et plus - population plus vulnérable et plus à risque de dépendance aux soins - augmentera fortement à partir des alentours de 2030 (figure 3-18). Le profil des personnes âgées bruxelloises évolue également dans le temps : les personnes âgées sont plus à risque de précarité et culturellement plus diversifiées¹⁷⁵.

L'évolution démographique et socio-culturelle de la population âgée impliquera potentiellement de repenser l'offre socio-sanitaire à Bruxelles (soins et aides à domicile, et types d'accueil et d'hébergements pour personnes âgées).

La crise du COVID-19 a eu un impact sur les recours aux soins par les personnes âgées et sur leur entrée en accueils et hébergements pour personnes âgées, générant ainsi des ruptures de tendance. Il a par conséquent été décidé de présenter les données, pour la plupart, jusqu'en 2019 - dernière année permettant d'évaluer l'évolution des indicateurs d'utilisation des services de santé pour personnes âgées.

Les soins infirmiers à domicile

La figure 3-19 montre que la proportion de consommateurs de soins infirmiers à domicile liés à un certain degré de dépendance est resté globalement stable ces dernières années dans les trois régions. En Région bruxelloise, elle est passée de 3,0 % en 2008 à 3,8 % en 2019. Dans la catégorie d'âge des 85 ans et plus, population qui fait davantage appel aux soins infirmiers à domicile (voir plus bas dans ce chapitre), on observe toutefois une très légère augmentation des recours à ces types de soins. En effet, une hausse de 2,7 et de 2,2 points de pourcentage est observée entre 2008 et 2019 respectivement chez les hommes et chez les femmes de 85 ans et plus¹⁷⁶ (non illustré).

Parmi la population âgée de 65 ans et plus, les Bruxellois sont proportionnellement moins nombreux à recourir aux soins infirmiers à domicile, comparativement aux Flamands et aux Wallons. Ces différences inter-régionales peuvent être expliquées en partie par : 1) l'offre élevée de maisons de repos et d'hôpitaux à Bruxelles ; 2) des problèmes de non-connaissance de l'usager quant aux possibilités des soins et aides à domicile ; 3) Et des questions liées à la diversité culturelle que connaît la Région bruxelloise pourraient également intervenir dans le choix de recourir à des services d'aide et de soins à domicile¹⁷⁷.

Les services d'aides et de soins à domicile jouent un rôle essentiel dans le maintien ou le retour à domicile de certaines personnes et contribuent ainsi à la philosophie du «vivre chez soi le plus longtemps possible». En effet, selon Iriscare, ces services « assistent les personnes isolées, âgées, handicapées, malades ou en difficulté, ainsi que leurs familles, dans les actes de la vie journalière »¹⁷⁸.

Figure 3-18 Projections démographiques des 65 ans et plus, Région bruxelloise, 2023-2070

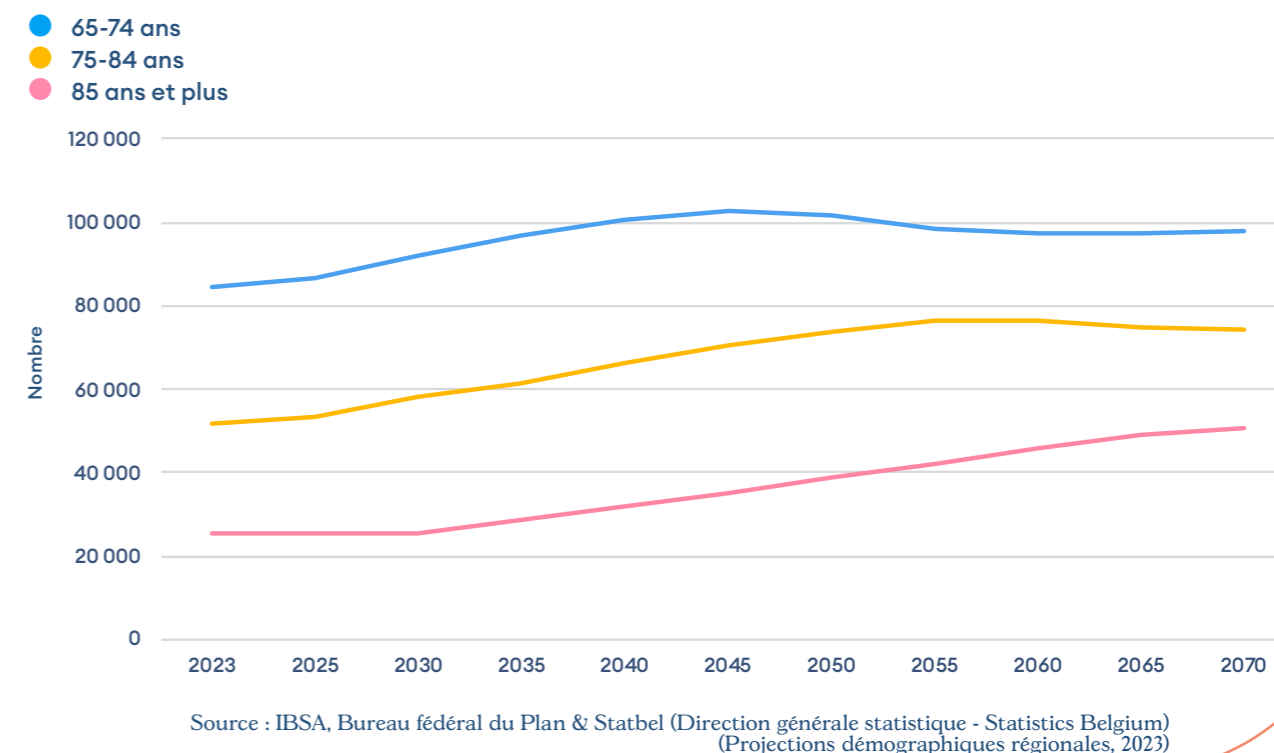
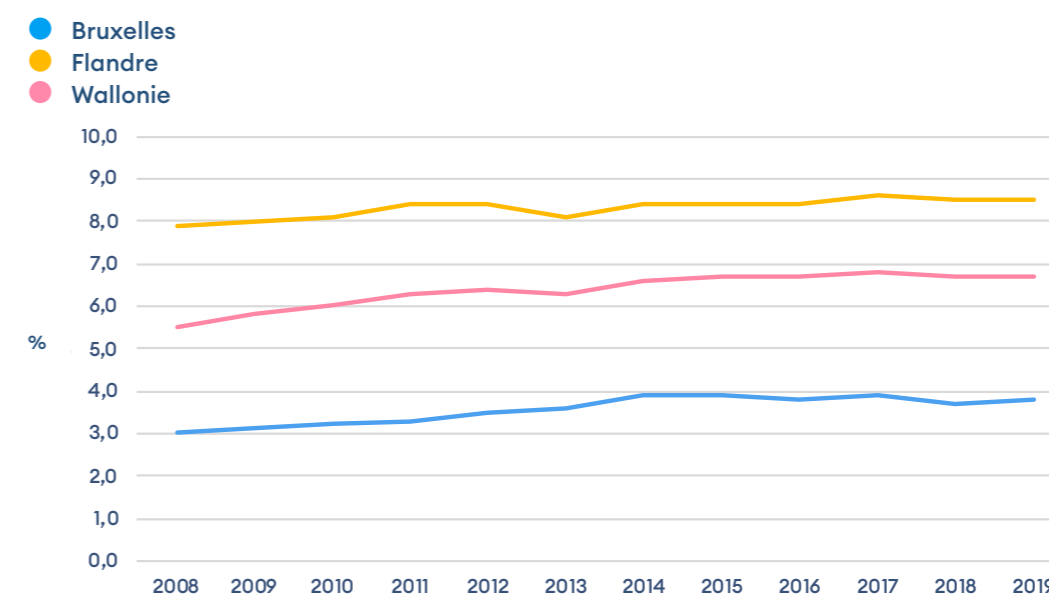


Figure 3-19 Proportion de personnes de 65 ans et plus ayant eu recours à des soins infirmiers à domicile liés à un certain degré de dépendance*, par région, 2008-2019



* Il s'agit des personnes s'étant vu attester un forfait de soins infirmiers à domicile ou une toilette, et aucun forfait MRS/MRPA/court séjour ni de centre de soins de jour.
Source : Atlas AIM

Encadré 3-3

Pour de plus amples informations sur la situation démographique et socio-sanitaire des personnes âgées en Région bruxelloise ainsi que sur l'offre d'accueil et d'hébergements, voir l'étude : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2022. Disponible à l'URL : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-2023-personnes-agees-bruxelles>

¹⁷⁴ Source : Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Disponible à l'URL : <https://ibsa.brussels/themes/population>

¹⁷⁵ Source : étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionnée dans l'encadré en début de chapitre.

¹⁷⁶ Source : Atlas-AIM (<https://aim-ima.be/Atlas-AIM>)

¹⁷⁷ Sources :

- Liesbeth De Donder et al., Etude de programmation pour Bruxelles. Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées. Vrije Universiteit Brussel & Kenniscentrum Woonzorg Brussel. Bruxelles, 2012.
- Le Soir. Les dix plaies des infirmières à domicile. 2019. Disponible à l'URL : <https://brabant.aideetsoinsadomicile.be/fr/actualites/les-dix-plaies-des-infirmieres-domicile-le-soir>

¹⁷⁸ Source : Iriscare. Disponible à l'URL : <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/aides-et-soins/services-daide-a-domicile/>

Figure 3-20 Proportion de personnes de 65 ans et plus ayant eu recours à des soins infirmiers à domicile liés à un certain degré de dépendance*, selon le sexe et par catégorie d'âge, Région bruxelloise, 2019

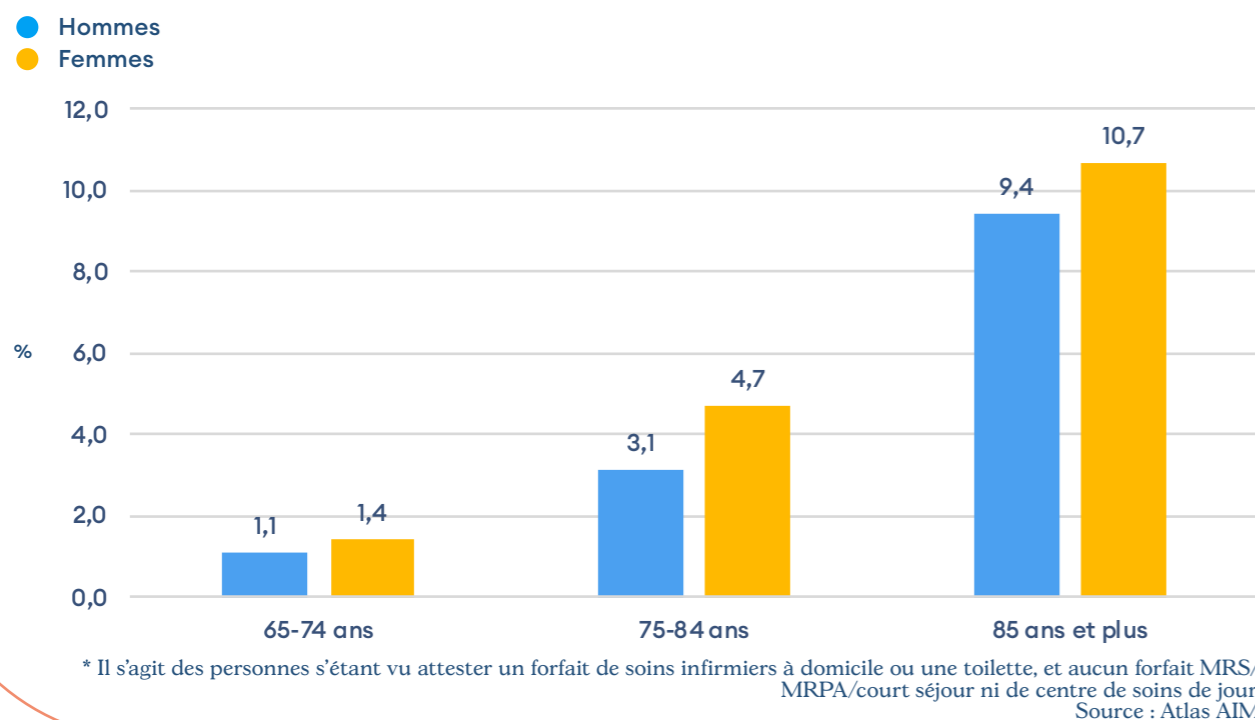
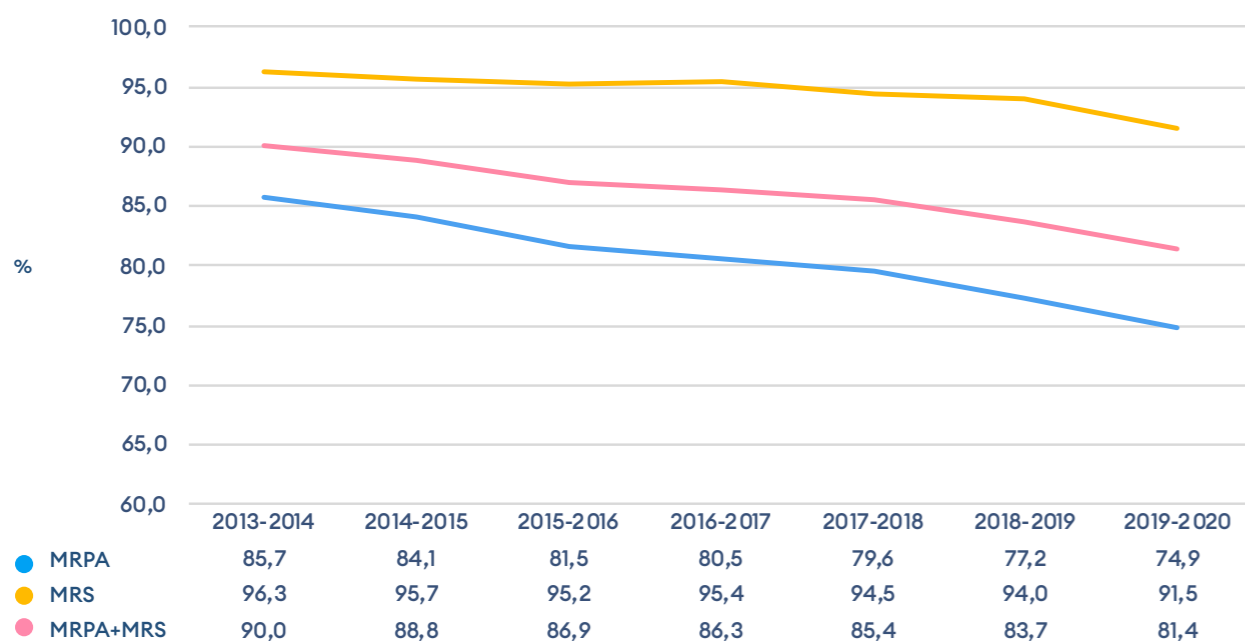


Figure 3-21 Taux d'occupation des maisons de repos (et de soins), par type de structure agréée par la Cocom, Région bruxelloise, 2013-2020



Note méthodologique : Les lits MRS Coma ne sont pas pris en compte car les données des journées facturées ne sont pas disponibles à partir de 2017-2018 pour ces types de lit.
MRPA = Maison de repos pour personnes âgées ; MRS = Maison de repos et de soins
Source : Iriscare ; calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Parmi les bruxelloise-es âgé-e-s de 65 ans et plus, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à recourir à des soins infirmiers à domicile. En 2019, cet écart entre les hommes et les femmes s'observe dans toutes les catégories d'âge, notamment chez les 75 ans et plus. Chez les 75-84 ans, la proportion chez les femmes et les hommes est respectivement de 4,7 % et de 3,1 %, et chez les 85 ans et plus, respectivement de 10,7 % et de 9,4 %. Notons par ailleurs que la proportion de consommateurs de soins infirmiers à domicile augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 3-20).

Maison de repos (et de soins)

En 2018, 7,6 % des Bruxellois de 65 ans et plus résidaient dans une maison de repos (et de soins). A titre de comparaison, cette proportion correspond à 6,1 % pour les Wallons et à 5,3 % pour les Flamands¹⁷⁹ (résultats non illustrés).

Le taux d'occupation des maisons de repos et de soins a globalement diminué entre 2013 et 2020¹⁸⁰. Plus précisément, une diminution d'environ 10 % en points de pourcentage du taux d'occupation est observée dans les MRPA (figure 3-21). Notons que durant cette même période, le nombre de lits agréés MRPA a augmenté de près de 5 % en termes relatifs (résultats non illustrés). Dans les MRS, le taux d'occupation a diminué d'environ 5 % en points de pourcentage (figure 3-21) malgré un nombre de lits agréés resté stable durant cette même période, soit 6 058 lits en 2013 et 6 042 lits en 2020. (résultats non illustrés).

Différentes hypothèses peuvent expliquer en partie la diminution du taux d'occupation des maisons de repos et de soins observée ces dernières années :

- La légère diminution du nombre des 85 ans et plus ces dernières années¹⁸¹ - population étant le plus à risque d'intégrer une maison de repos et de soins. Rappelons toutefois que leur nombre va augmenter à partir des alentours de 2030 (cf. figure 3-18) ;
- La multiculturalité grandissante parmi la population âgée bruxelloise¹⁸². La question de la diversité culturelle pourrait intervenir dans le choix d'intégrer une maison de repos ou de soins ;
- La précarité de plus en plus présente chez les personnes âgées bruxelloises pourrait être un frein à l'entrée en maison de repos au vu des prix croissants de ces types d'hébergements¹⁸³ ;
- La volonté de rester le plus longtemps possible chez soi.

À partir de l'âge de 75 ans, et surtout à partir de 85 ans, les femmes bruxelloises sont proportionnellement plus nombreuses à être institutionnalisées dans une MRPA/MRS comparativement aux hommes (6,8 % contre 4,9 % chez les 75-84 ans et 29,7 % contre 16,4 % chez les 85 ans et plus) (figure 3-22). Ces différences selon le sexe s'observent également dans les deux autres Régions à partir de l'âge de 75 ans¹⁸⁴ (résultats non illustrés).

Les court-séjours et les centres de soins de jour

Finalement, les alternatives aux maisons de repos et de soins telles que les court-séjours et les centres de soins de jour, sont encore peu fréquentées par la population âgée bruxelloise. En effet, parmi les Bruxellois de 65 ans et plus, seuls 0,02 % ont été en court-séjour (contre 0,1 % pour les Flamands et Wallons) et 0,04 % ont fait appel aux services des centres de soins de jour en 2019 (contre 0,05 % pour les Flamands et 0,02 % pour les Wallons)¹⁸⁵.

Ces faibles recours à ces types de service sont liés à la faible offre en places d'accueil en court-séjour et en centre de soins de jour. En effet, seules quatre

¹⁷⁹ Source : Atlas-AIM de l'Agence Inter-mutualiste : <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr> Pour plus d'informations sur les différences entre les Régions et les hypothèses explicatives, voir l'étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionné dans l'encadré en début de chapitre.

¹⁸⁰ Notons que la diminution a été plus importante au cours de cette dernière année (2019-2020) en raison de la crise liée à la COVID-19.

¹⁸¹ Voir l'étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionnée dans l'encadré en début de chapitre.

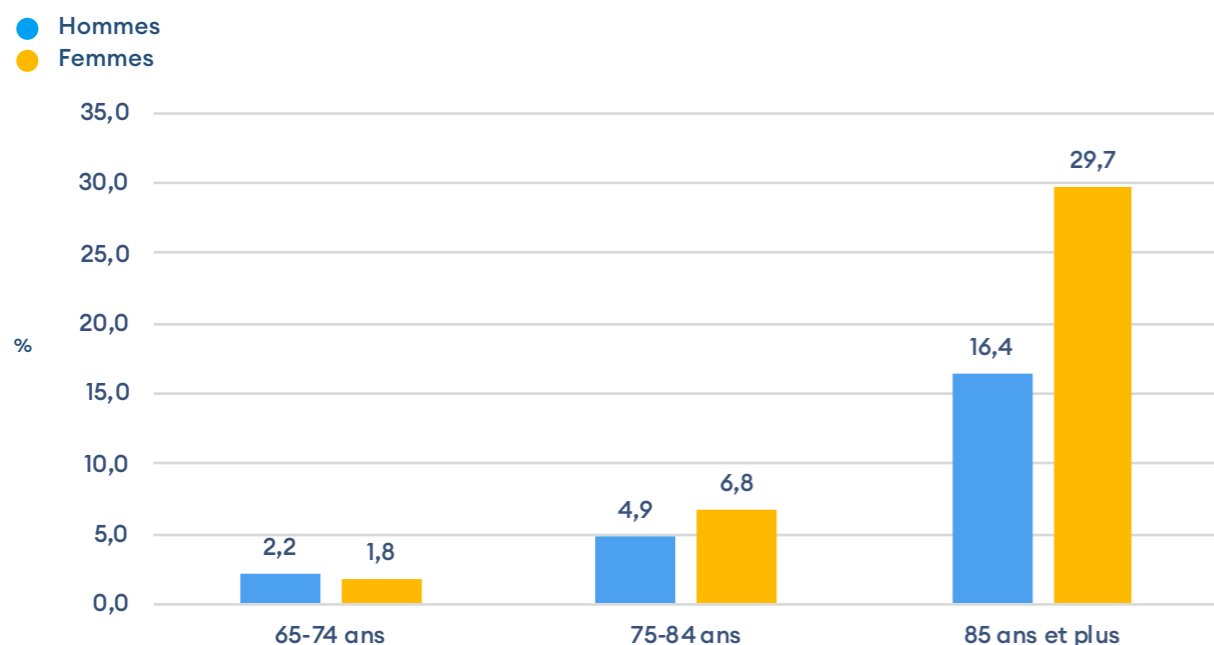
¹⁸² Pour en savoir plus sur la multiculturalité des personnes âgées bruxelloises, voir l'étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionné dans l'encadré en début de chapitre.

¹⁸³ Pour de plus amples informations sur la précarité des personnes âgées bruxelloises, voir l'étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionné dans l'encadré en début de chapitre.

¹⁸⁴ Source : Atlas-AIM de l'Agence Inter-mutualiste : <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

¹⁸⁵ Source : Atlas-AIM de l'Agence Inter-mutualiste : <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

Figure 3-22 Proportion des personnes de 65 ans et plus résidant dans une MRPA/MRS, selon le sexe et par catégorie d'âge, Région bruxelloise, 2018*



* Ici, il a été décidé de présenter l'année 2018 et non 2019 comme pour les autres indicateurs, car selon l'Agence Intermutualiste, les données de 2019 sont incomplètes pour la Région bruxelloise en ce qui concerne le taux d'institutionnalisation en MRPA/MRS. Source : Atlas AIM

communes bruxelloises disposent de structures pour court-séjours : Jette, Anderlecht, Evere et Woluwe-Saint-Pierre. Quant aux centres de soins de jour, de grandes parties de la Région bruxelloise en sont dénuées : dans le nord-est, le sud et le sud-ouest de la Région, il n'existe aucun centre de soins de jour¹⁸⁶.

Conclusion

Ainsi, la croissance du nombre de personnes âgées, l'augmentation de l'espérance de vie, la diminution de la durée des séjours hospitaliers (cf. partie 3 D) et l'évolution du profil socio-culturel des personnes âgées bruxelloises influencent et influenceront le recours aux aides et aux soins à domicile ainsi que le choix d'intégrer un certain type d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. En effet, comme l'ont souligné les résultats de ce chapitre, les recours aux soins à domicile sont en légère augmentation ces dernières années, tandis que le taux d'occupation des MRPA/MRS est en baisse. En outre, selon l'étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise¹⁸⁷, les structures d'accueil de types «court-séjour» sont à développer davantage dans la mesure où elles sont une alternative à la maison de repos en favorisant le maintien à domicile des personnes âgées.

¹⁸⁶ Voir l'étude «Les personnes âgées en Région bruxelloise: Aperçu de leur situation socio-sanitaire et de l'offre d'accueil et d'hébergements» mentionnée dans l'encadré en début de chapitre.

¹⁸⁷ Source : Dobbstein F., Van Cutsem M., Gavroy M. Réalisation d'un étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise. BDO - Iriscare, Bruxelles, 2022 (disponible à l'URL : <https://www.iriscare.brussels/fr/2022/07/06/resultats-de-letude-sur-la-programmation-pour-le-secteur-personnes-agees/>).

Conclusion

Ce rapport explore pour/au sein de la population bruxelloise les questions relatives à son état de santé et à l'utilisation des services de santé dans la région. Il met en lumière le prise en charge des maladies chroniques et infectieuses, les défis en matière de santé mentale, la prévention, l'accessibilité aux soins de santé primaires, et aborde les besoins spécifiques de la population âgée dans un contexte d'allongement de l'espérance de vie et de diversification des contextes sociaux et culturels. Au travers de l'exposé de ces constats, ce rapport souhaite fournir une vue d'ensemble des défis et des opportunités existant en matière de santé dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ce faisant, il veut contribuer à poser les bases d'une prise de décision politique éclairée.

Dans la continuité d'autres travaux, ce rapport pointe les divers défis auxquels la population bruxelloise est confrontée en matière de santé. Les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer constituent les principales causes de décès, tandis que les maladies infectieuses telles que le VIH et la tuberculose demeurent d'importants problèmes en matière de santé publique. Les problématiques de santé mentale ont été exacerbées par les récentes crises dont la pandémie de COVID-19, alors même que la situation des Bruxellois s'avérait déjà moins favorable à plusieurs égards que pour les habitants des deux autres régions du pays. A ceci s'ajoutent les inégalités de santé liées au statut socio-économique et à l'accès aux soins.

Des évolutions positives, comme l'amélioration de l'espérance de vie, sont heureusement également notables bien qu'elles s'insèrent dans un contexte bruxelloise caractérisé par de nombreux défis. L'existence de différences en matière de comportements et d'état de santé entre les différents groupes de population appellent la mise en place d'interventions en matière de santé et de programmes de prévention ciblés. À cet égard, il importe de reconnaître la diversité de la population bruxelloise et d'adapter les stratégies de santé en conséquence.

La marge pour de potentielles améliorations s'agissant de la prévention et de l'utilisation des soins de santé existe notamment en termes de vaccination et de dépistage. En outre, l'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des soins de santé (en particulier les soins de médecine générale et les soins de santé mentale) constituent des facteurs cruciaux en vue d'améliorer l'état de santé général de la population bruxelloise. Les tendances démographiques, tel le vieillissement croissant de la population, influent fortement sur le niveau de besoins futurs en matière de soins de santé, s'agissant notamment des soins à domicile et des soins de courte durée. Les différences importantes dans les environnements de vie et de travail contribuent également aux inégalités en matière de santé.

La Région de Bruxelles-Capitale fait face à des défis complexes en matière de santé, étroitement liés à son contexte démographique et socio-économique spécifique. Il s'avère essentiel de déployer une approche tenant compte à la fois des facteurs individuels et environnementaux pour mettre en œuvre des stratégies de soins de santé et de prévention qui soient efficaces et inclusives. Il s'avère donc crucial de prêter une attention constante aux besoins divers et évolutifs de la population bruxelloise afin de garantir un avenir sain pour tous.

Calendrier vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé - version 2021 - notice explicative¹⁸⁸

Annexe



0. CSS 9606 - Calendrier vaccinal de base (notice explicative)

Notice explicative – calendrier vaccinal de base

Le Calendrier vaccinal recommandé s'applique aux enfants en bonne santé nés à terme ainsi qu'aux adolescents et aux adultes.

En cas de problèmes médicaux spécifiques, nous vous référons aux fiches prématurés, immunodéficients et anaphylaxie.

Lors d'un contact médical ou d'une consultation, il s'avère que les vaccins préconisés pour cette tranche d'âge n'ont pas tous été administrés, chaque occasion doit être saisie pour proposer une vaccination de rattrapage, sauf contre-indication (temporaire) (fiche vaccination de rattrapage).

En cas de coïncidence de l'âge recommandé pour deux vaccins distincts, ceux-ci peuvent être administrés simultanément, mais à des sites d'injection différents (dans un autre membre ou en laissant une distance de 5 cm minimum entre deux sites d'injection dans le même membre).

Dans les paragraphes suivants, des éclaircissements sont apportés pour chacune des onze notes auxquelles fait référence le schéma ci-dessus.

(1) Age

Le calendrier de base préconisé en fonction de l'âge tient compte de l'épidémiologie des maladies, des caractéristiques des vaccins et de l'organisation des structures préventives réalisant des vaccinations de groupe (par ex : consultations pour enfants de l'ONE et Service de Promotion de la santé à l'école). L'application de ce schéma doit permettre d'offrir une protection optimale aux sujets.

Pour ce qui est de l'âge des nourrissons, il est exprimé en « semaines » jusqu'à 16 semaines pour permettre un suivi strict du calendrier et le respect minimum des délais de 4 semaines entre doses.

Lorsqu'une plage d'âge est indiquée comme « 5-6 ans » cela signifie : à partir du 5^{ème} anniversaire jusqu'au jour précédant le 7^{ème} anniversaire. « Plus de 25 ans » signifie à partir du 25^{ème} anniversaire, etc.

(2) Vaccin contre la Poliomyélite (IPV)

La vaccination contre la polio se fera en utilisant un vaccin polio inactivé (IPV) compris dans le vaccin combiné hexavalent DTPa-VHB-IPV-Hib. Pour ce vaccin combiné, le schéma comporte 3 doses administrées au cours de la première année, à 4 semaines d'intervalle chacune, ainsi qu'une dose de rappel à l'âge de 13-15 mois. Dans ce cas, le certificat à remettre à la commune mentionnera uniquement les dates de la première, troisième et quatrième dose.

La vaccination de rappel à 5-6 ans se fera avec un vaccin tétravalent DTPa-IPV. En cas de vaccination par le vaccin IPV seul, 3 doses sont suffisantes. L'intervalle entre les 2 premières doses sera alors de 8 semaines minimum, la troisième dose sera administrée à l'âge de 12-18 mois (CSS 9208A).



¹⁸⁸ Conseil Supérieur de la Santé : Calendrier vaccinal de base, version 2021. Accessible via : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210701_fiche_9606_calendrier_vaccinal_css_2021.pdf, dernière consultation le 26/2/2024.

0. CSS 9606 - Calendrier vaccinal de base - (notice explicative)

VACCINATION DE L'ENFANT DE L'ADOLESCENT & DE L'ADULTE

VERSION 2021

(3) Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTPa et dTpa)

Pour la primo-vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche du nourrisson, un vaccin combiné hexavalent DTPa-VHB-IPV-Hib sera utilisé.

Pour la vaccination de rappel à 5-6 ans, on utilisera un vaccin combiné tétravalent DTPa-IPV.

A partir de l'âge de 15-16 ans (pour les adolescents), pour la femme enceinte, à chaque grossesse, et pour les adultes (tous les 10 ans) une vaccination de rappel aura lieu au moyen d'un vaccin trivalent dTpa.

Ces vaccins combinés contiennent tous un vaccin coquelucheux acellulaire (CSS 8807).

(4) Vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (Hib)

Pour la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* de type b, on utilisera un vaccin combiné hexavalent DTPa-VHB-IPV-Hib (cf. 2). Lorsque la primovaccination est administrée après l'âge de 12 mois, une seule dose suffit. Après l'âge de 2 ans, en raison de l'immunité acquise naturellement, la vaccination n'est plus recommandée que pour les enfants à risque d'infections invasives (asplénie, immunodéficience) (CSS 8808).

(5) Vaccin contre l'hépatite B (VHB)

Le vaccin combiné hexavalent DTPa-IPV-Hib-VHB sera utilisé pour la vaccination du nourrisson contre l'hépatite B. Une fois ce schéma de base complété (4 doses), aucune vaccination de rappel ultérieure n'est préconisée.

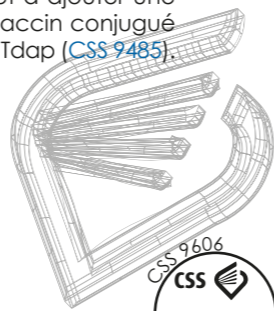
Pour les enfants dont la mère est porteuse du HBsAg, une dose supplémentaire est recommandée à la naissance avec un vaccin monovalent VHB (CSS 8809).

(6) Vaccin rougeole, rubéole et oreillons (RRO)

La vaccination RRO comporte deux doses : une à 12 mois (RRO1) et l'autre à 7-9 ans (RRO2). Le Comité national d'élimination de la rougeole plaide pour l'abaissement de l'âge de la deuxième dose de RRO, afin de mieux contrôler l'élimination de la rougeole dans notre pays. C'est pourquoi le CSS propose d'administrer, à partir de 2019, la dose de RRO2 à 7-9 ans au lieu de 10-13 ans précédemment. Il faut donc rester attentif à ce que tous les enfants reçoivent bien leur seconde dose. L'objectif d'élimination de la rougeole en Europe ne pourra être atteint que si les couvertures vaccinales pour les deux doses sont d'au moins 95% (CSS 8811).

(7) Vaccin conjugué contre le méningocoque du sérogroupe C

Le CSS recommande de remplacer le vaccin contre le méningocoque de type C par le vaccin conjugué contre les méningocoques de types ACWY dans le calendrier vaccinal de base du CSS chez les enfants âgés de 13 - 15 mois et d'ajouter une vaccination contre les méningocoques de types ACWY avec le vaccin conjugué chez les adolescents de 15-16 ans administrée en association avec le Tdap (CSS 9485).



VACCINATION DE L'ENFANT DE L'ADOLESCENT & DE L'ADULTE

0. CSS 9606 - Calendrier vaccinal de base (notice explicative)

(8) Vaccin antipneumococcique

a. Vaccin antipneumococcique conjugué à 13-valences (PCV13) chez le nourrisson

La vaccination contre le pneumocoque au moyen du vaccin PCV13 se fera en 3 doses suivant le schéma 2+1. Un intervalle de 8 semaines sera respecté entre les doses, la troisième dose s'administrera le plus tôt possible au cours de la deuxième année, de préférence à l'âge de 12 mois (CSS 9519). Le choix du vaccin antipneumococcique est lié à l'épidémiologie des infections invasives à pneumocoques, en 2019, il se portera sur le vaccin PCV13.

Une vaccination de rattrapage n'est plus judicieuse au-delà de l'âge de 24 mois, sauf chez les enfants présentant un risque accru d'infection invasive à pneumocoque.

b. Vaccin antipneumococcique chez l'adulte à partir de 65 ans

Chez les adultes en bonne santé âgés de 65 à 85 ans, le schéma préférentiel est la vaccination au moyen du PCV13 suivie du PPV23. Le délai recommandé entre les deux vaccins chez les adultes en bonne santé âgés de 65 à 85 ans est de minimum 1 an. Un schéma de vaccination alternatif chez ce groupe peut être la vaccination unique au moyen du PPV23 uniquement (CSS 9562).

(9) Vaccin contre le Rotavirus

Le vaccin contre le rotavirus, administré par voie orale, est recommandé à tous les nourrissons ; la vaccination doit être tout à fait complète avant l'âge de six mois. Suivant le vaccin utilisé, le schéma comporte 2 doses (Rotarix®) ou 3 doses (RotaTeq®). Au-delà de l'âge de 6 mois, aucune vaccination de rattrapage contre le rotavirus n'est recommandée (CSS 8812).

(10) Vaccin contre le papillomavirus humain

Une vaccination prophylactique généralisée chaque année d'une cohorte de jeunes filles et de jeunes garçons d'un âge compris entre 9 et 14 ans inclus est recommandée suivant un schéma en 2 doses de vaccin HPV adapté (0,6 mois). Au-delà de 15 ans, pour une vaccination de rattrapage, un schéma vaccinal en trois doses est recommandé (CSS 9181). Un schéma de rattrapage alternatif en deux doses peut également être recommandé entre 15 et 18 ans inclus.

(11) Vaccin contre l'influenza

Une dose annuelle de vaccin inactivé tétravalent contre l'influenza, contenant 2 composantes du virus de l'influenza A et 2 composantes du virus de l'influenza B, est recommandée pour tous les adultes à partir de l'âge de 65 ans, pour toute personne institutionnalisée, pour toutes les femmes enceintes quel que soit le stade de grossesse et pour tout patient âgé > 6 mois présentant une affection chronique.

Les recommandations « grippe saisonnière » font l'objet d'une révision annuelle par le CSS (CSS 9581). Pour plus de détails et les recommandations mises à jour, veuillez consulter le site internet du Conseil Supérieur de la Santé : <https://www.health.belgium.be/fr/vaccination>



Appendice :

Sources et éléments de méthodologie

A. Sources principales de données

Les deux sources principales des données de ce tableau de bord sont d'une part les Bulletins statistiques de naissance et de décès et d'autre part l'Enquête nationale de santé. D'autres sources ont été utilisées. Ne seront reprises ci-dessous que les sources utilisées le plus fréquemment.

Les bulletins statistiques de naissance et de décès

Les bulletins statistiques de décès et de naissance ont pour objectif l'établissement des statistiques vitales par la Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE, anciennement INS). La Commission communautaire commune est compétente pour le traitement des données relatives à la population bruxelloise. C'est l'Observatoire de la Santé et du Social qui est chargé de ce traitement.

Il existe trois modèles de formulaires: le modèle I (déclaration de naissance d'un enfant né vivant), le modèle IIID (déclaration de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né), le modèle IIIC (déclaration de décès d'une personne âgée d'un an ou plus).

Tous ces modèles sont composés de 4 volets.

Le volet A, non anonyme, est à compléter par le médecin et est conservé par l'administration communale.

Le volet B est à remplir par le médecin et sera vérifié par l'administration communale avant d'être envoyé avec le reste du formulaire au médecin fonctionnaire responsable de la Commission communautaire commune.

Le volet C, qui contient les informations médicales, est à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin (ces informations ne sont donc pas accessibles à l'administration communale). Il sera ouvert à l'Observatoire de la Santé et du Social sous la responsabilité du médecin responsable.

Le volet D, qui contient des informations administratives et sociales anonymes, est complété par l'administration communale.

Les formulaires sont imprimés par la Direction générale Statistique et Information économique qui les distribue aux administrations communales et aux maternités. Les administrations communales se chargent de les distribuer aux médecins et aux hôpitaux de leur commune.

L'Observatoire de la Santé et du Social vérifie les données et prend contact avec les administrations communales pour des corrections éventuelles des données administratives. Les différents volets des bulletins sont alors encodés, et les causes de décès sont codées selon la classification internationale des maladies de l'OMS ICD-10.

L'Enquête nationale de santé

Depuis 1997, une Enquête nationale de santé est menée régulièrement sur l'ensemble du pays par Sciensano. Une telle enquête a ainsi été menée en 1997, 2001, 2004, 2008, 2013 et 2018.

Cette enquête constitue une des principales sources d'information sur l'état de santé de la population ainsi que sur certains déterminants de la santé. La plupart des autres sources de données de santé (excepté les bulletins statistiques de naissances et de décès) sont extraites des enregistrements réalisés lors de la consommation de soins de santé et ne concernent donc que les personnes qui ont consommé certains soins. Il s'agit aussi d'une des rares sources qui permettent de faire le lien entre le statut socio-économique des personnes et leur état de santé.

Lors de chaque enquête de santé, environ 12 000 personnes ont été interrogées. Un sur-échantillonnage important pour la Région bruxelloise permet de disposer de données recueillies auprès de plus de 3 000 Bruxellois dans chacune de ces enquêtes.

Les différents indicateurs de santé ont été analysés en fonction de l'âge, du sexe, de l'année de l'enquête, du niveau d'instruction de chaque individu pour les répondants qui ont terminé leurs études (proxy du statut socio-économique), de la nationalité et par comparaison aux grandes villes flamandes et wallonnes.

Résumé Psychiatrique Minimum (RPM)

Le Résumé Psychiatrique Minimum est un enregistrement obligatoire en Belgique dans tous les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux depuis le premier juillet 1996, et dans les initiatives d'habitations protégées et les maisons de soins psychiatriques depuis le premier septembre 1998. Il s'agit entre autre de données enregistrées au début et à la fin du séjour médico-psychiatrique, telles que le diagnostic à l'admission, les caractéristiques socio-économiques des patients et le mode d'admission et de sortie.

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

L'INAMI, placé sous l'autorité du Ministre des Affaires sociales, organise, gère et contrôle l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en Belgique. Il dispose de banques de données

administratives relatives au nombre et aux activités des dispensateurs de soins (par exemple des médecins généralistes et des infirmiers/infirmières), mais aussi au nombre de personnes qui utilisent des soins déterminés lorsque ceux-ci font l'objet d'une intervention de l'assurance maladie.

Agence intermutualiste (AIM)

L'Agence Intermutualiste (AIM) est une association sans but lucratif qui a été fondée par les unions nationales des organismes assureurs (OA's) en octobre 2002.

Les organismes assureurs disposent de données concernant leurs membres, dans le cadre de l'exécution de leur mission légale en rapport avec l'assurance maladie obligatoire. Ces données sont relatives aux remboursements des frais médicaux et à l'incapacité de travail ou à l'invalidité ainsi qu'aux indemnités pour cause de maternité.

L'AIM est à la fois une source d'informations et un partenaire de recherches pour une série d'analyses et d'études relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie ; elle a pour objectif de rassembler et d'analyser ces données de sa propre initiative et dans le cadre de missions spécifiques commanditées entre autre par l'Etat.

Fondation Registre du Cancer

La Fondation Registre du Cancer a été créée en juin 2005 en vue d'assurer la continuité de l'enregistrement du cancer en Belgique, et s'attelle depuis au développement d'un réseau d'enregistrement du cancer pour toute la Belgique.

Le Registre du Cancer enregistre les données de tous les nouveaux diagnostics de cancer en Belgique et garantit la collecte, le contrôle de qualité, le traitement, l'analyse, le codage, le stockage, les rapports, l'accessibilité et la protection des données. Chaque année, il publie des rapports sur les incidences de cancer par sexe, groupe d'âge, type de cancer et région. Ces résultats sont disponibles à partir de l'année 1999¹⁸⁹ sur le site <http://www.registreducancer.org/>.

FARES/VRGT

En Belgique, deux associations sont chargées de la surveillance de la tuberculose et des affections respiratoires : le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) et la Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Parmi leurs missions, elles collectent et analysent les données issues de la déclaration (obligatoire) de la tuberculose.

A Bruxelles, pour 2009, cette mission est instituée par une convention entre la Fondation contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires/Stichting tegen de Tuberculose en de Respiratoire aandoeningen et la COCOM/VGC, convention qui a pour objet de contribuer à la tenue du registre de la tuberculose en Région de Bruxelles-Capitale. Toutes les données recueillies par le FARES et la VRGT sont encodées de manière anonyme dans ce Registre de la tuberculose.

B. Concepts méthodologiques

Quelques indicateurs de santé fréquemment utilisés

Taux de prévalence : il mesure le fardeau de la maladie dans une population, il s'agit du nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, exprimé en proportion du total de la population.

Taux d'incidence: les cas incidents d'une maladie sont les nouveaux cas de cette maladie survenant dans une population définie et dans une période de temps déterminée ; le taux d'incidence est ce nombre de nouveaux cas proportionnellement à l'effectif de la population au début de la période.

Taux brut de natalité : c'est le rapport entre le nombre de naissances de l'année considérée et la population moyenne de l'année. La valeur est exprimée pour 1 000 habitants. Bien qu'il soit d'un usage fréquent, c'est un indicateur imparfait de la fécondité des populations car sa valeur dépend non seulement du niveau de la fécondité mais aussi de la structure par âge de la population.

Taux de fécondité : c'est le nombre de naissances vivantes chez les femmes d'un âge donné divisé par le nombre total de femmes de même âge. Habituellement, il est exprimé par 1 000 individus de même sexe et âge, et se réfère à une période donnée en année(s) civile(s), d'un an ou de cinq ans ; pour le dénominateur, on prend alors le nombre moyen du total des femmes au cours de la période (effectif en fin de période + effectif en début de période, divisé par deux).

Taux brut de mortalité : c'est le rapport, pour une période donnée, entre le nombre de décès dans une population donnée, et l'effectif moyen de cette population au cours de la période. Il s'exprime en nombre de décès pour 1 000 habitants et par année. Les sources dans ce Tableau de bord sont, pour le numérateur, les données relatives aux décès issues des Bulletins statistiques de décès, et pour le dénominateur, la population du Registre national.

Taux de mortalité prématurée : le taux de mortalité prématurée concerne les décès des personnes de moins de 65 ans, mais, étant donné l'allongement de l'espérance de vie, on considère de plus en plus souvent comme prématurés les décès survenus avant l'âge de 75 ans. Le taux de mortalité prématurée est calculé en divisant le nombre de décès de personnes de moins de 65/75 ans au cours de la période étudiée par la population en milieu d'année des personnes âgées de moins de 65/75 ans (une population en milieu d'année est la moyenne du

nombre d'habitants au 1er janvier d'une année donnée et du nombre d'habitants au 1er janvier de l'année suivante). Il s'exprime en général en nombre de décès pour 100 000 habitants et par année.

Taux de mortalité prématurée par cause : il est obtenu en divisant le nombre de décès liés à une cause donnée au cours de la période étudiée par la population en milieu d'année des personnes âgées de moins de 65/75 ans (une population en milieu d'année est la moyenne du nombre d'habitants au 1er janvier d'une année donnée et du nombre d'habitants au 1er janvier de l'année suivante). Il s'exprime en général en nombre de décès pour 100 000 habitants.

Années potentielles de vie perdues (APVP) : l'indicateur des Années Potentielles de Vie Perdues est de plus en plus utilisé pour déterminer les priorités de Santé Publique. Les APVP représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément, c'est-à-dire avant un âge limite, n'a pas vécu. Le choix de l'âge limite dépend de l'objectif fixé (65, 70, 75 ou 80 ans). On considère de plus en plus souvent comme prématurés les décès survenant avant l'âge de 75 ans, et on exclut du calcul des APVP tous les décès survenus après l'âge limite retenu (75 ans). Sont également exclus du calcul des APVP les décès infantiles (première année de la vie) parce qu'ils sont dus à des causes spécifiques et ont souvent une étiologie différente de celle des décès à un âge ultérieur.

Autres définitions utiles

Revenu d'intégration sociale (RIS) : le RIS est un revenu minimum attribué par les Centres Publiques d'Action Sociale (CPAS) aux personnes qui ne disposent ni de ressources suffisantes et ne peuvent y prétendre ni ne sont en mesure de se les procurer, soit par leur effort personnel, soit par d'autres moyens.

Seuil de risque de pauvreté : c'est le seuil de revenus fixé à 60% du revenu médian disponible au niveau individuel. Le revenu individuel est calculé à partir du revenu familial disponible, en tenant compte du nombre d'adultes et d'enfants dans le ménage. Un deuxième adulte dans un ménage compte pour 0,5 unité, un enfant pour 0,3.

Secteur Statistique : un secteur statistique est la plus petite unité administrative pour laquelle des données socio-économiques et administratives sont disponibles. Chaque commune peut être divisée en plusieurs secteurs statistiques. Les données par secteur statistique permettent de mieux comprendre les différences intra-communales. La Région de

¹⁸⁹ Pour les années antérieures, un lien renvoie à l'ancien site web, mais il faut savoir que les chiffres sont sous-estimés de façon importante pour toutes les régions du pays jusqu'en 1996.

Bruxelles-Capitale est divisée en 724 secteurs statistiques. En 2002, un secteur comptait en moyenne 1350 habitants.

Quelques concepts et méthodes statistiques utilisés

Selon les situations, deux types de taux sont utilisés : les taux bruts et les taux ajustés ou standardisés (ou encore, contrôlés).

Les taux bruts rapportent directement les événements observés au cours d'une période à la population à risque durant la même période. Ils reflètent ainsi la situation réellement vécue par cette population. Lorsqu'aucune précision n'est apportée, les taux présentés dans ce document sont bruts.

La standardisation est une méthode qui consiste à corriger les taux pour permettre des comparaisons entre des populations qui diffèrent fortement par une de leurs caractéristiques (la pyramide des âges, la répartition des sexes, etc.). On standardise souvent les taux selon l'âge, déterminant majeur de la santé, mais ils peuvent l'être selon d'autres caractéristiques comme le sexe, la nationalité, etc... L'explication qui suit se base sur l'exemple d'une standardisation de taux de mortalité selon l'âge.

Il est normal d'observer plus de décès au cours d'une période au sein d'une population dont la structure d'âge est plus vieille. Dès lors, il sera difficile de déterminer si le taux de mortalité plus élevé que dans une population de comparaison, est dû à la distribution des âges, ou à d'autres facteurs influençant la mortalité ; il y a un effet de confusion : on dit que l'âge est une variable confondante. Pour pouvoir étudier l'influence de ces autres facteurs, il est nécessaire d'éliminer les effets de l'âge.

La plupart des méthodes de standardisation utilisent une moyenne pondérée de taux obtenus dans les différentes catégories d'âge. Il y a deux types de standardisation, directe et indirecte.

Dans la standardisation directe, le taux standardisé est calculé en appliquant les taux bruts dans chaque catégorie d'âge de la population étudiée, aux effectifs par catégorie d'âge d'une population unique de référence (dite « population standard »). On obtient le nombre de décès qui auraient été prévus, ou « attendus », dans la population étudiée si elle avait eu la même structure d'âge que la population de référence. Ensuite, le taux standardisé s'obtient en divisant le total des décès attendus par l'effectif de la population standard. Celle-ci peut être l'ensemble des deux populations comparées ou une autre population (souvent européenne si on veut effectuer des comparaisons internationales).

Dans la standardisation indirecte, on calcule d'abord le nombre de décès « attendu » en appliquant à l'effectif de chaque classe d'âge de la population, les taux de mortalité par classe d'âge d'une population de référence. On calcule ensuite le rapport entre le nombre de décès réellement observé, et ce nombre de décès « attendu » : on obtient un « rapport (ou ratio) standardisé de mortalité » (RSM ou SMR).

Un rapport supérieur à 1 dans une population étudiée indique que, compte tenu de l'âge, le taux de mortalité est plus élevé dans la population étudiée que dans la population de référence. Le RSM dans la population de référence est 1.

L'analyse de classification ou analyse par cluster est une méthode statistique d'analyse des données qui a pour but de regrouper un ensemble de données en différents groupes homogènes, de telle sorte que les données de chaque sous-ensemble partagent des caractéristiques communes. Dans ce Tableau de Bord de la Santé, le méthode a été utilisée pour répartir les 19 communes de la Région bruxelloise en fonction de leur statut socio-économique. Sur base de plusieurs variables, les communes ont été divisées en trois groupes.

C. Carte des communes de la Région bruxelloise



D. Références

Andrieux J., Eggen M., Bouland C. (2020). Etat des connaissances sur les liens entre environnement et santé en Région de Bruxelles-Capitale. Centre de Recherche en Santé Environnementale et Santé au Travail (Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Bonnefoy X. (2007). Inadequate housing and health: an overview. *International Journal of Environment and Pollution*, Vol. 30, Nos. 3/4, pp. 411-429.

Brahem A., Riahi S., Chouchane A., Kacem I., El Maalel O., Maoua M., El Guedri S., Kalboussi H., Chatti S., Debbabi F., Mrizek N. (2019). Impact du bruit professionnel sur le développement de l'hypertension artérielle : enquête réalisée au sein d'une centrale de production d'électricité et de gaz en Tunisie. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, Volume 68, Issue 3, pp. 168-174.

Charafeddine R. (2015). Contacts avec le service des urgences. Dans : Drieskens S., Gisle L. (éd.). *Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*. Sciensano (WIV-ISP), Bruxelles.

Coussons-Read ME. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstet Med*, 6(2):52-57.

De Donder L. et al. (2012). Etude de programmation pour Bruxelles. Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées. *Vrije Universiteit Brussel & Kenniscentrum Woonzorg Brussel*, Bruxelles.

Dobbelstein F., Van Cutsem M., Gavroy M. (2022). Réalisation d'un étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise. *BDO - Iriscare*, Bruxelles.

Ermans T. (2019). Focus n°32 : Les ménages bruxellois et la voiture. *IBSA*.

Girès J. (2020). Le travail c'est la santé ? Ecart de mortalité entre professions en Belgique. *Observatoire belge des inégalités*.

Jonckheer P. (2007). Indoor pollution et inégalités sociales : analyse de la littérature scientifique. In P. Cornut, T. Bauler, E. Zaccà, *Environnement et inégalités sociales*, Editions de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, pp. 127-133.

Krueger R. F., McGue M., Iacono W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30(7), 1245-1259.

Lim S. et al. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380 (9859), 2224-2260.

Morin J.-P., Gouriou F., Preterre D., Bobbia M., Delmas V. (2009). Évaluation de l'exposition aux polluants atmosphériques des conducteurs de véhicules automobiles par la mise en œuvre de mesures dynamiques dans l'habitacle du véhicule. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, Vol. 70, Issue 2, pp. 184-192.

Musu T. (2018). Le coût des cancers professionnels dans l'Union européenne. In T. Musu, L. Vogel (dir.), *Cancer et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels*, ETUI.

Solar O., Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, World Health Organisation.

Thunus S., Donner A., Creten A., Walker C. (2023). *Melting Point: de toegang tot en het gebruik van eerstelijnszorg door kwetsbare personen in het Brussels Gewest*. Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad.

Van den Heede K., Dubois C., Devriese S. et al. (2016a). Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme. Synthèse. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Van den Broucke S. (2015). Interview en Education Santé, n. 302.

Walker C., Nicaise P., Thunus S. (2019). *Parcours.Bruxelles: Evaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la Réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale*. Observatoire de la Santé et du Social.

Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2024

Le Tableau de bord de la santé 2024 offre une vision globale de l'état de santé au sein de la Région bruxelloise. Ce rapport éclaire sur la santé de la population bruxelloise, considérée dans un contexte démographique, social, spatial et multiculturel diversifié.

Des thèmes importants tels que l'espérance de vie, les maladies chroniques et infectieuses, et la santé mentale sont discutés en détail. L'impact des inégalités sociales sur la santé est également examiné en profondeur, soulignant que la santé est plus que l'accès aux services de soins. Cette publication s'attache également aux défis et besoins spécifiques en matière de santé à différentes étapes de la vie des Bruxellois.

Cette édition met en évidence la relation complexe entre la santé, les facteurs sociaux et l'environnement de vie, et offre des insights précieux pour tous ceux qui sont impliqués dans le développement d'une politique de santé efficace et coordonnée.

Avec cette publication, basée sur une diversité de sources, l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale vise à améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Bruxellois.

Cette documentation est également disponible en néerlandais sur <https://www.vivalis.brussels/nl/informereren/observatoire/observatorium-voor-gezondheid-en-welzijn-van-brussel>