

**Tableau de bord de la santé
en Région bruxelloise
2010**





Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010



Les Tableaux de bord de la santé

Les «Tableaux de bord de la santé» offrent une vision globale de la santé de la population bruxelloise intégrée au contexte démographique, social, environnemental et multiculturel de la Région bruxelloise. Ces documents sont disponibles sur le site web de l'Observatoire de la Santé et du Social (www.observatbru.be). Ils peuvent être copiés, moyennant mention de la source.

Dans la collection «Les Tableaux de bord de la santé» :

2008

Actualisation des statistiques de mortalité du Tableau de bord de la santé 2004

2004

Tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-Capitale

2001

Tableau de bord de la santé en Région de Bruxelles-Capitale

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2010.

Rédaction

Murielle DEGUERRY,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Gille FEYAERTS,
Pénélope FISZMAN,
Marianne FLAMENT,
Miguel Angel LUQUE FERNANDEZ,
Déogratias MAZINA,
Peter VERDUYCKT

Cartographie

Truus ROESEMS

Collaboration scientifique

Patrick DE SMET (FARES, PROMES),
Greet LAUWEREYS (Observatoire
de la Santé et du Social),
Judith RACAPE (ULB)

Remerciements

Cette troisième édition du Tableau de bord
de la santé n'aurait pu voir le jour sans
la précieuse collaboration de nombreux
partenaires qui par leur transmission de
données, leur relecture attentive et leurs
conseils avisés ont enrichi ce travail.

Nahima AOUASSAR (CCC),
Johan BOTS (CCC),
Jean-Benoit BURRION (Brumammo),
Béa BUYSSE (K&G),
Joachim COHEN (ZrL, VUB),
Ann DEFRAÏE (ISP),
Luc DELIENS (ZrL, VUB),
Geneviève DUCOFFRE (ISP),
Jean-Pierre ERMANS (Rivage TEN ZAET),
Tessa GOETGHEBUER (ONE),
Jean-Pierre GORISSEN (SPF Santé Publique),
Béatrice GULBIS (Hôpital Erasme),
Germaine HANQUET (ISP),
Dirk HOUTTEKIER (ZrL, VUB),
Ignacio GUTIERREZ (ISP),
Jean LEGRAND (SPF Santé Publique),
Muriel LIEGEOIS (ONE),
Pascal MEEUS (INAMI),
Samuel NDAME (ONE),
Françoise RENARD (Fondation
Registre du cancer),

Martine SABBE (ISP),
André SASSE (ISP),
Franck SEYNAEVE (INAMI),
Bénédicte VAN CUTSEM (FAT),
Johan VAN DER HEYDEN (ISP),
Relinda VANDERSTRAETEN (Home-Info),
Marc VANDERVEKEN (ADDIBRU),
Johan VANOVERLOOP (AIM /
Mutualités Socialistes),
Sophie VERHAEGEN (CCC),
Bénédicte VOS (Programme de
dépistage néonatal systématique de la
surdité en Communauté française),
Jacques WAGENAERE (CCC),
Maryse WANLIN (FARES),
Marianne WINKLER (ONE).

Nous remercions également les
services d'état civil des 19 communes
bruxelloises et les médecins qui
collaborent activement à l'élaboration des
statistiques de naissances et de décès.

Mise en page

Centre de Diffusion de la
Culture Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Traduction

Brussels Language Services sprl

Numéro de dépôt légal

D/2010/9334/35

Pour plus d'information

Observatoire de la Santé et du
Social de Bruxelles-Capitale
Commission communautaire commune
183 avenue Louise - 1050 Bruxelles
Tél.: 02/552 01 89
observat@ccc.irisnet.be
www.observatbru.be

Murielle Deguerry

Tél.: 02/552 01 65
mdeguerry@ccc.irisnet.be

Table des matières

Avant-propos	11
--------------------	----

Partie I : Contexte Général

1. Contexte démographique	13
1.1 Évolution de la population bruxelloise	13
1.2 Structure par âge et sexe	14
1.3 Bruxelles : une ville multiculturelle	17
1.4 Structure par type de ménage	19
1.5 Natalité	19
1.6 Mortalité	21
1.6.1 Mortalité générale	21
1.6.2 Mortalité prématurée	23
1.7 Espérance de vie	24
1.8 Migrations	25
2. Contexte socio-économique	26
Références	27

Partie II : État de santé

1. La santé perçue	29
2. Les causes de mortalité	31
2.1 La mortalité tout âge	31
2.2 La mortalité prématurée	32
2.2.1 Hommes	32
2.2.2 Femmes	35
3. Les maladies chroniques	37
3.1 Vue d'ensemble des pathologies	37
3.1.1 La prévalence des maladies chroniques	37
3.1.2 L'invalidité	38
3.2 Les affections cardiovasculaires	40
3.2.1 Mortalité	40
3.2.2 Morbidité	43
3.3 Les cancers	45
3.3.1 Vue d'ensemble des cancers	45
3.3.2 Le cancer du poumon	52
3.3.3 Cancer du sein chez les femmes	55
3.3.4 Le cancer colorectal	59
3.3.5 Le cancer de la prostate	61
3.3.6 Autres cancers chez la femme	63
3.3.7 Cancers des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	64
3.4 Les affections respiratoires chroniques	66
3.5 Les maladies liées à l'alcool	69
3.6 Les troubles musculo-squelettiques	72
3.7 Le diabète	73
3.8 Obésité	76

4. Les infections	77
4.1 Surveillance et contrôle des maladies infectieuses	77
4.2 Fréquence des décès liés aux infections	78
4.3 Les infections par le VIH	79
4.3.1 Mortalité	79
4.3.2 Séropositivité	80
4.3.3 Morbidité (SIDA)	84
4.4 Autres infections sexuellement transmissibles	86
4.4.1 Situation générale	86
4.4.2 Les types d'infections	88
4.5 Tuberculose	91
4.5.1 Contrôle de la tuberculose en Région bruxelloise	91
4.5.2 Épidémiologie de la tuberculose	92
4.6 Les hépatites	95
4.6.1 Mortalité générale	95
4.6.2 L'hépatite B	96
4.6.3 L'hépatite C	97
4.6.4 L'hépatite A	99
4.7 Les infections intestinales	100
4.8 Les infections à méningocoques	102
4.9 Les infections respiratoires	104
4.9.1 La grippe (Influenza A et B)	104
4.9.2 Les pneumonies à pneumocoques	104
5. La santé mentale	105
5.1 Vue d'ensemble	105
5.2 Le suicide	108
5.2.1 Mortalité	108
5.2.2 Tentatives de suicide	111
5.3 La dépression	112
5.4 Les troubles psychotiques	114
5.5 Anxiété et troubles du sommeil	116
6. Les accidents	117
6.1 Les accidents du travail	117
6.1.1 Les accidents survenus en Région bruxelloise	118
6.1.2 Les accidents du travail chez les Bruxellois	119
6.2 Les accidents de la circulation	121
6.3 Les accidents de la vie courante	124
Références	126

Partie III : Les déterminants de la santé

1. Les styles de vie	129
1.1 La nutrition.....	130
1.1.1 Prendre régulièrement un petit déjeuner.....	130
1.1.2 Consommer régulièrement des fruits et des légumes.....	131
1.1.3 Consommer régulièrement du poisson.....	134
1.2 L'activité physique.....	135
1.3 La consommation de tabac.....	137
1.4 La consommation d'alcool.....	140
1.5 La consommation d'autres substances psychotropes.....	143
1.5.1 La consommation de médicaments psychotropes.....	144
1.5.2 La consommation de drogues illicites.....	144
2. Les inégalités sociales de santé	147
2.1 Les inégalités de mortalité.....	148
2.1.1 Inégaux dès la naissance.....	148
2.1.2 Espérance de vie et mortalité générale.....	149
2.1.3 Les principales causes de décès à l'origine des inégalités sociales de mortalité.....	153
2.2 Les inégalités sociales d'état de santé.....	162
2.2.1 La santé subjective.....	163
2.2.2 Les maladies chroniques.....	164
2.2.3 La santé mentale.....	166
2.3 Les inégalités sociales face aux styles de vie.....	167
2.3.1 Le tabagisme.....	167
2.3.2 La nutrition.....	168
2.3.3 L'activité physique.....	169
2.3.4 La consommation d'alcool et d'autres drogues.....	170
3. Bruxelles multiculturelle	172
3.1 Introduction.....	172
3.2 Nationalité et santé périnatale.....	173
3.3 Nationalité et mortalité.....	175
3.3.1 Mortalité générale.....	175
3.3.2 Les principales causes de décès par groupes de nationalité.....	176
3.3.3 Grandes causes de décès et nationalité.....	183
3.4 État de santé et nationalité.....	188
3.4.1 La santé subjective.....	188
3.4.2 Les maladies chroniques.....	189
3.4.3 La santé mentale.....	191
3.5 Style de vie et nationalité.....	192
3.5.1 La nutrition.....	192
3.5.2 L'activité physique.....	192
3.5.3 Le tabagisme.....	193
3.5.4 Alcool et autres drogues.....	194
4. Accès aux soins et prévention	195
4.1 L'accès aux soins.....	195
4.1.1 Accessibilité socio-économique.....	195
4.1.2 Le recours au médecin généraliste.....	196
4.2 Prévention et dépistage.....	198
4.2.1 Vaccinations.....	198
4.2.2 Dépistages.....	200
Références	202

Partie IV : Cycle de vie

1. Autour de la naissance	205
1.1 Caractéristiques des mères	205
1.1.1 Âge des mères à l'accouchement	205
1.1.2 Nationalité des mères	206
1.1.3 Statut socio-économique des mères	207
1.2 Le suivi prénatal	208
1.2.1 Évaluation du risque	208
1.2.2 Fréquence du suivi et des examens	208
1.3 Les indicateurs de santé périnatale	209
1.3.1 La prématurité	209
1.3.2 Le petit poids de naissance	210
1.3.3 Les grossesses multiples	210
1.3.4 Les interventions obstétricales	211
1.3.5 Mortalité fœto-infantile	212
1.4 Les causes de la mortalité infantile	214
1.5 Les dépistages chez le nourrisson et le jeune enfant	215
1.5.1 Dépistages sanguins	215
1.5.2 Dépistage des problèmes visuels	215
1.5.3 Dépistage de la surdité	216
1.6 L'allaitement maternel en Région bruxelloise	217
1.6.1 Allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité	218
1.6.2 Allaitement maternel exclusif ultérieur	219
2. Les enfants de un à neuf ans	220
2.1 La mortalité	220
2.2 Les maladies infectieuses	222
2.2.1 Poliomyélite	222
2.2.2 Rougeole	222
2.2.3 Rubéole	223
2.2.4 Oreillons	223
2.2.5 Coqueluche	223
2.2.6 Infections invasives à pneumocoques	223
2.2.7 Diarrhée à rotavirus	224
2.3 La couverture vaccinale (enfants de 18 à 24 mois)	225
2.4 Le dépistage de l'enfance maltraitée	226
3. Les adolescents de 10 à 19 ans	228
3.1 La santé des adolescents	228
3.1.1 La mortalité des adolescents	228
3.1.2 La morbidité des adolescents	229
3.2 Les comportements des adolescents	231
3.2.1 Les dépendances	231
3.2.2 Les habitudes alimentaires des adolescents	234
3.2.3 L'usage abusif de télévision	236
4. Les adultes	237
4.1 Caractéristiques socio-démographiques	237
4.2 La santé des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen	238
4.2.1 La santé perçue	238
4.2.2 La mortalité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen	238
4.2.3 La morbidité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen	240
4.2.4 Les accidents du travail	247
4.3 Les comportements des adultes	248
4.3.1 Les dépendances (tabac, alcool, drogues)	248
4.3.2 L'obésité et les habitudes alimentaires des adultes	249

5. Les personnes âgées	251
5.1 Caractéristiques de la population âgée.....	251
5.1.1 Évolution.....	251
5.1.2 Répartition géographique.....	251
5.1.3 Sex-ratio.....	251
5.1.4 Multiculturalité.....	251
5.2 État de santé.....	252
5.2.1 La santé perçue.....	252
5.2.2 Morbidité.....	252
5.3 Mortalité.....	256
5.4 La fin de la vie.....	258
Références	261

Partie V : Offre et consommation de soins

1. Les professionnels de la santé	263
2. La fréquentation des structures préventives de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et de Kind & Gezin (K&G)	267
3. Les hôpitaux	270
3.1 L'offre hospitalière.....	270
3.2 Facteurs influençant l'hospitalisation.....	272
3.2.1 Caractéristiques de la population.....	272
3.2.2 Facteurs liés aux soins.....	273
3.3 Les caractéristiques des séjours hospitaliers.....	274
3.3.1 Hospitalisations classique et hospitalisation de jour.....	274
3.3.2 Durée de séjour.....	276
4. Aide et hébergement des personnes âgées	277
4.1 Options politiques.....	277
4.2 Aide et soins à domicile.....	277
4.3 Hébergement.....	277
4.3.1 Une diversité de formules de logement.....	277
4.3.2 L'offre à Bruxelles.....	278
Références	282

Partie VI : Sources et éléments de méthodologie

1. Sources principales de données	283
1.1 Données individuelles exhaustives	283
1.1.1 Les bulletins statistiques des naissances et décès	283
1.1.2 Les données du programme bruxellois de dépistage organisé du cancer du sein	283
1.2 Données individuelles non exhaustives	283
1.2.1 L'Enquête nationale de Santé	283
1.3 Données agrégées issues d'institutions publiques ou privées	284
1.3.1 Service Public Fédéral Santé publique	284
1.3.2 Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)	284
1.3.3 Agence intermutualiste (AIM)	285
1.3.4 Fonds des Accidents du Travail (FAT)	285
1.3.5 Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR)	285
1.3.6 Direction générale de la Statistique et de l'Information économique (DGSIE)	285
1.3.7 Fondation Registre du Cancer	286
1.3.8 Institut Scientifique de Santé Publique (ISP)	286
1.3.9 Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de Santé Publique (ESP) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)	286
1.3.10 FARES/VGRT	286
1.3.11 Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et de Kind & Gezin	286
1.3.12 Eurostat	286
2. Éléments de méthodologie	287
2.1 Variables et indicateurs	287
2.1.1 La variable «nationalité»	287
2.1.2 La variable «grande ville»	287
2.1.3 Les indicateurs de santé	287
2.1.4 Les indicateurs du statut social	288
2.2 Autres définitions utiles	289
2.3 Quelques concepts et méthodes statistiques	289
2.3.1 La standardisation des taux	289
2.3.2 La précision statistique d'une mesure	289
2.3.3 La signification statistique d'une différence	290
2.3.4 Mesures d'association et régression logistique	290
2.3.5 L'analyse par cluster	290
Références	290

Ce troisième Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise offre une vision globale de la santé de la population bruxelloise, enrichie de 10 années d'observation (1998-2007) et intégrée au contexte démographique, social et multiculturel de la région.

Ce Tableau de bord 2010 s'adresse à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique coordonnée de santé : responsables politiques, professionnels de santé ou acteurs impliqués dans les nombreux domaines qui déterminent la santé de la population.

Ce Tableau de bord ne se veut pas exhaustif. Le développement de certaines thématiques dépend non seulement de l'existence ou non de données et des limites en termes de temps et de moyens d'analyse, mais correspond également à un choix. La place importante faite, dans cette édition, aux inégalités sociales de santé (Partie III) veut mettre en lumière le fait que le statut social reste le déterminant le plus puissant de l'état de santé. L'amélioration de la santé de la population ne peut se faire uniquement à travers l'offre de services et de soins mais nécessite également une mobilisation concertée de tous les acteurs pouvant agir sur les déterminants sociaux (dans les domaines de l'emploi, du revenu, du logement, de l'éducation, de l'environnement ...). La Commission communautaire commune en est d'ailleurs consciente puisqu'elle a mis au centre de sa déclaration gouvernementale 2009-2014 la lutte contre les inégalités sociales de santé.

En plus d'un rappel du *Contexte général* (Partie I) et de la partie développant *l'État de santé* (Partie II), on trouvera également dans cette troisième édition, une section intitulée *Cycle de vie* (Partie IV), qui reprend et détaille certaines informations par phase de la vie ; une section *Offre et consommations de soins* (Partie V), encore peu étoffée, clôture cet ouvrage. Il n'y a pas de section concernant la santé et l'environnement car nous prévoyons de creuser certains aspects de cette thématique ultérieurement.

Les sources utilisées sont multiples : les bulletins statistiques de naissance et de décès, les résultats d'enquêtes, mais également des données quantitatives et qualitatives recueillies par des administrations, des professionnels de santé, des associations ou des chercheurs.

On trouvera des précisions sur ces sources, ainsi que des explications sur la méthodologie employée dans les analyses, dans la section *Sources et éléments de méthodologie* (Partie VI) ; les notions explicitées sont signalées dans le texte par un style en italique et une *.

Pour faciliter la lecture du rapport, nous avons volontairement limité les tableaux complexes et les données par commune ; ces données sont cependant disponibles sur notre site, dans d'autres publications ou à l'Observatoire, sur demande.

Ce Tableau de bord est un outil complémentaire à nos autres publications. Nous encourageons vivement les lecteurs à compléter les informations à l'aide de nos autres publications : Atlas de la santé et du social, Atlas «Vivre chez soi après 65 ans», Indicateurs de santé périnatale, Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein, Fiches statistiques sanitaires et sociales communales, Rapports sur l'état de la pauvreté.

Enfin ce Tableau de bord se veut un outil d'aide à la décision : c'est de la discussion avec les acteurs, de la confrontation des chiffres avec la réalité et l'expertise de terrain que se dégageront les pistes pour améliorer la santé et la qualité de vie de tous les Bruxellois. Cette publication ne se veut donc pas l'aboutissement mais le début d'un processus que nous espérons riche d'échanges et de questionnements.

L'équipe de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Partie I : Contexte général

1. Contexte démographique

1.1 ÉVOLUTION DE LA POPULATION BRUXELLOISE

Au 1^{er} janvier 2008, la population bruxelloise comptait officiellement 1 048 491 habitants (et 17 180 habitants dans le Registre d'attente).

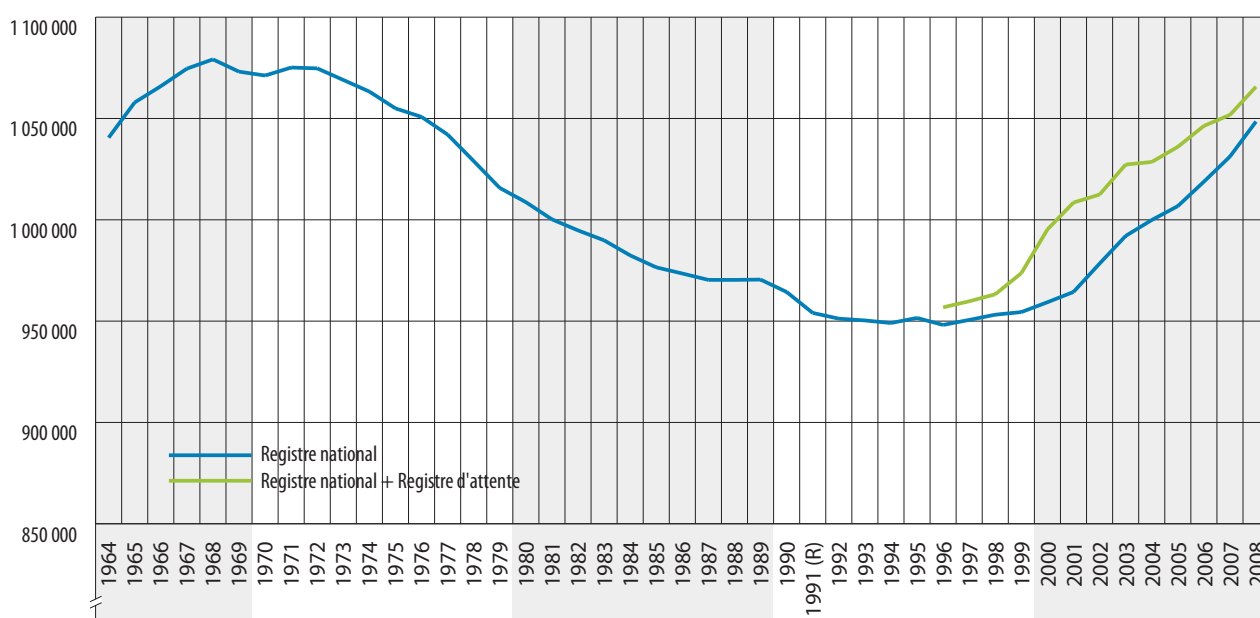
Les chiffres officiels doivent cependant être corrigés. Le nombre d'habitants qui résident effectivement dans la Région bruxelloise est en réalité plus élevé que le nombre repris dans les statistiques officielles publiées par la Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE).

Le tableau ci-dessous reprend les différentes catégories de population reprises dans les données officielles et celles qui n'y sont pas reprises.

Le nombre d'habitants de la région tenant compte du Registre d'attente est repris en vert sur la figure. En 2008, la population dans le Registre d'attente représentait 1,6 % de la population officielle totale. Cette proportion est en diminution depuis 2003 (1).

Figure 1-01 Évolution de la population en Région de Bruxelles-Capitale, 1964-2008

Nombre d'habitants au 1^{er} janvier



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national 1964-2008, Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), Registre d'attente 1996-2008, 1991 : Recensement (R)

Tableau 1-01 Catégories de population

Catégorie	Source	Nombre
Population «officielle»	Registre national des personnes physiques	1 048 491 au 1/1/2008
Candidats réfugiés	Registre d'attente	17 180 au 1/1/2008 13 895 au 1/1/2009
Personnes ayant un statut diplomatique (diplomates, fonctionnaires ayant un statut diplomatique, et membres de leur famille)	Service Public Fédéral des Affaires étrangères	Environ 12 000 au 15/9/2009 en Région bruxelloise
Personnes en situation irrégulières («sans papiers»)	S. Adriaenssens in «De sociale staat van Vlaanderen 2009»	Estimation : 100 000 en Belgique, dont une grande partie en Région bruxelloise
Certaines catégories de personnes séjournant en Région bruxelloise, mais qui n'y sont pas domiciliées (étudiants, touristes, ...)		

Une grande partie des données présentées dans ce chapitre pour la Région bruxelloise, existe également au niveau communal ; nous vous invitons à consulter l'outil «Fiches communales d'analyse des statistiques locales en Région bruxelloise 2009», disponible bientôt sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social (www.observatbru.be).

Aux Bruxellois «officiellement recensés» (actuellement plus d'un million), s'ajoutent les candidats réfugiés inscrits sur le Registre d'attente, les personnes ayant un statut diplomatique, mais aussi les personnes sans papiers.

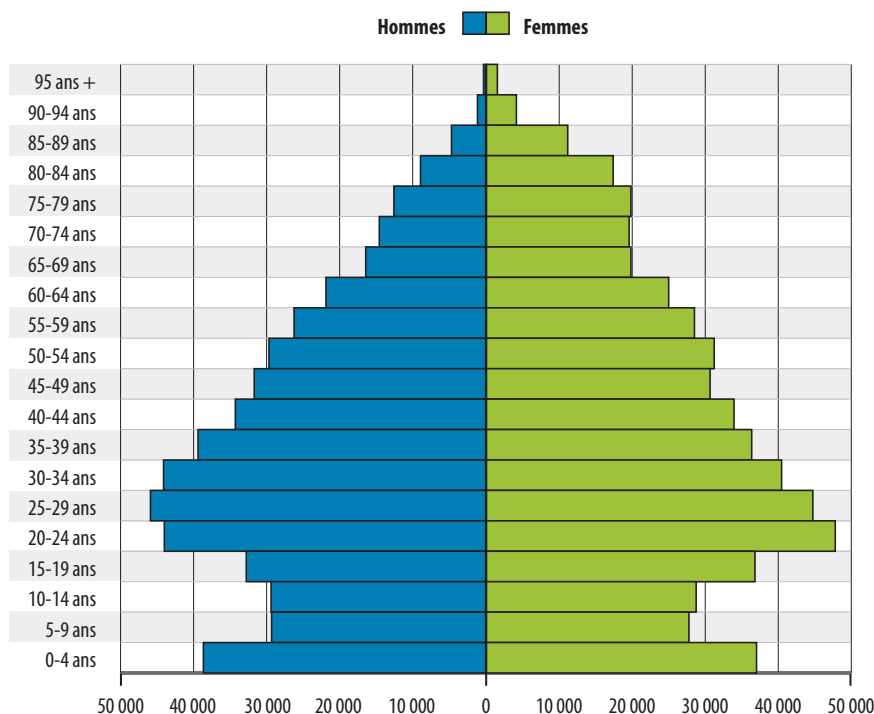
1.2 STRUCTURE PAR ÂGE ET SEXE

La structure de la pyramide des âges en Région bruxelloise se caractérise par un élargissement de la base, avec un nombre croissant de jeunes enfants et de jeunes adultes.

Contrairement à ce qu'on observe dans le reste du pays, l'âge moyen de la population bruxelloise diminue. L'âge moyen diffère fortement d'une commune bruxelloise à

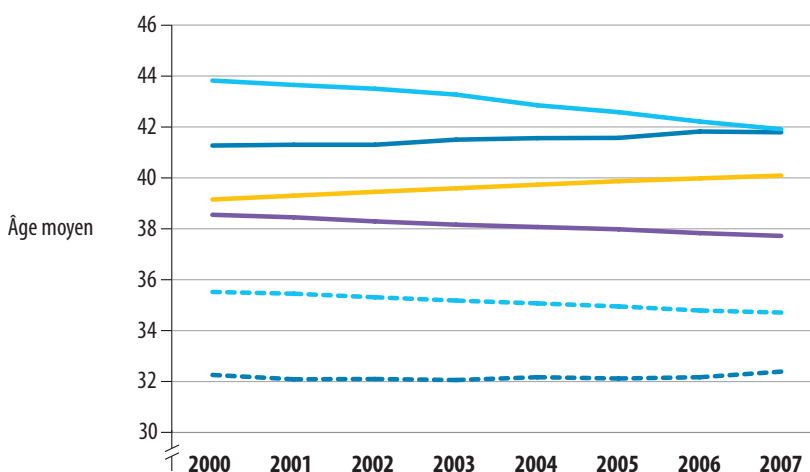
l'autre : Ganshoren reste la commune la plus «âgée», rejointe par Watermael-Boitsfort, tandis que Saint-Josse-Ten-Noode est la plus «jeune» (figure 1-03). L'âge moyen diminue dans toutes les communes, sauf dans les communes du quadrant sud-est : l'âge moyen reste stable dans les communes de Woluwe-Saint-Lambert et Uccle, et augmente même à Watermael-Boitsfort et Woluwe-Saint-Pierre.

Figure 1-02 Histogramme de la population de la Région bruxelloise au 1^{er} janvier 2008



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Figure 1-03 Évolution de l'âge moyen en Région bruxelloise et comparaison entre communes extrêmes et ensemble du pays, 2000-2007

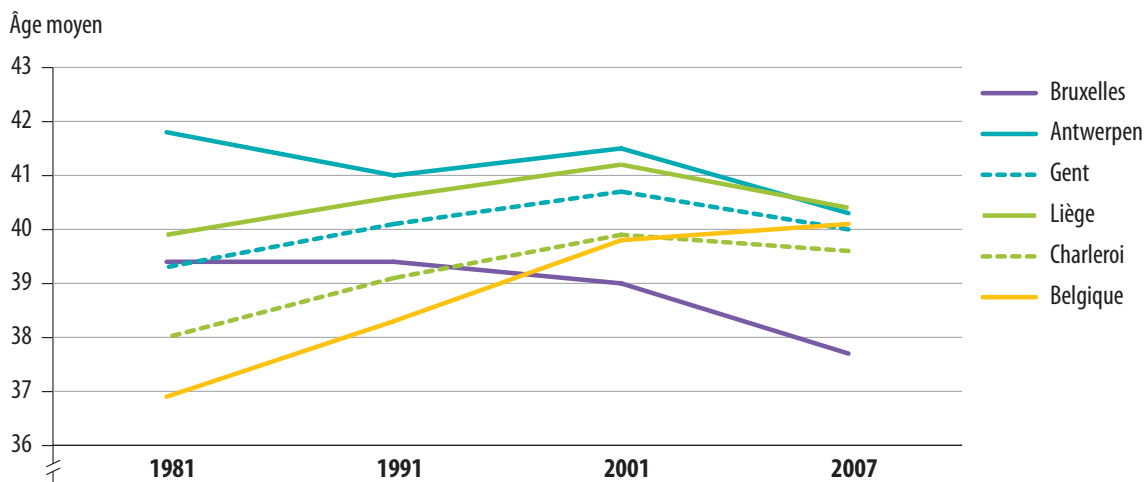


	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
— Région bruxelloise	38,55	38,45	38,29	38,16	38,07	37,98	37,83	37,72
— Belgique	39,15	39,30	39,45	39,59	39,73	39,87	39,98	40,09
— Ganshoren	43,82	43,65	43,50	43,27	42,85	42,58	42,21	41,91
— Watermael-Boitsfort	41,27	41,30	41,30	41,50	41,56	41,57	41,82	41,79
- - - Schaerbeek	35,52	35,45	35,31	35,18	35,07	34,95	34,79	34,71
- - - Saint-Josse-Ten-Noode	32,26	32,09	32,10	32,06	32,17	32,12	32,17	32,39

Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Le rajeunissement de la population touche toutes les grandes villes belges au cours des dernières années, mais seule la Région bruxelloise enregistre une diminution de l'âge moyen constante depuis 1981.

Figure 1-04 Évolution de l'âge moyen dans les grandes villes belges, 1981-2007



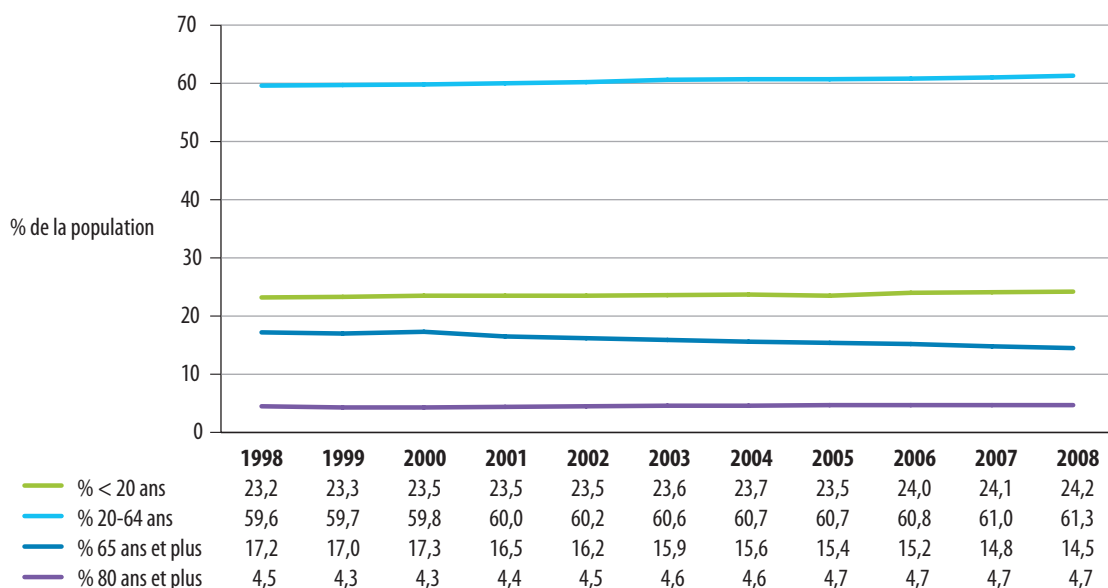
Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

En Région bruxelloise, la proportion de jeunes de moins de 20 ans et la population active (20-64 ans) continuent à croître légèrement, tandis que la proportion de la population qui a plus de 65 ans diminue. La proportion de personnes de plus de 80 ans dans la population bruxelloise s'est stabilisée depuis 2005 (figure 1-05).

Ces évolutions expliquent la diminution constante de l'indice de vieillissement* qui est passé de 74 % en 1998 à 60 % en 2008, ainsi que de l'indice de dépendance*. L'indice d'intensité du vieillissement est au contraire en augmentation constante (figure 1-06).

Selon les estimation du bureau du plan, ces tendances devraient se poursuivre jusqu'en 2020 (2).

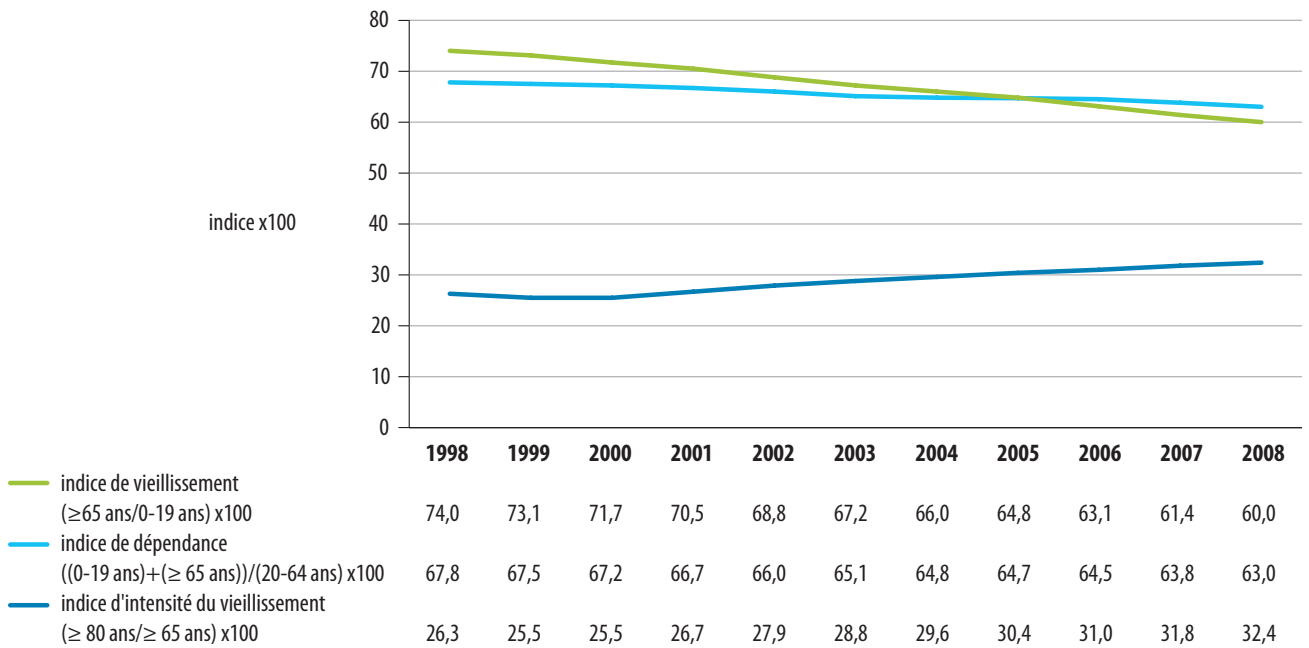
Figure 1-05 Évolution de la proportion de la population bruxelloise par tranches d'âge, 1998-2008



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Figure 1-06

Évolution des indices démographiques, Bruxelles 1998-2008



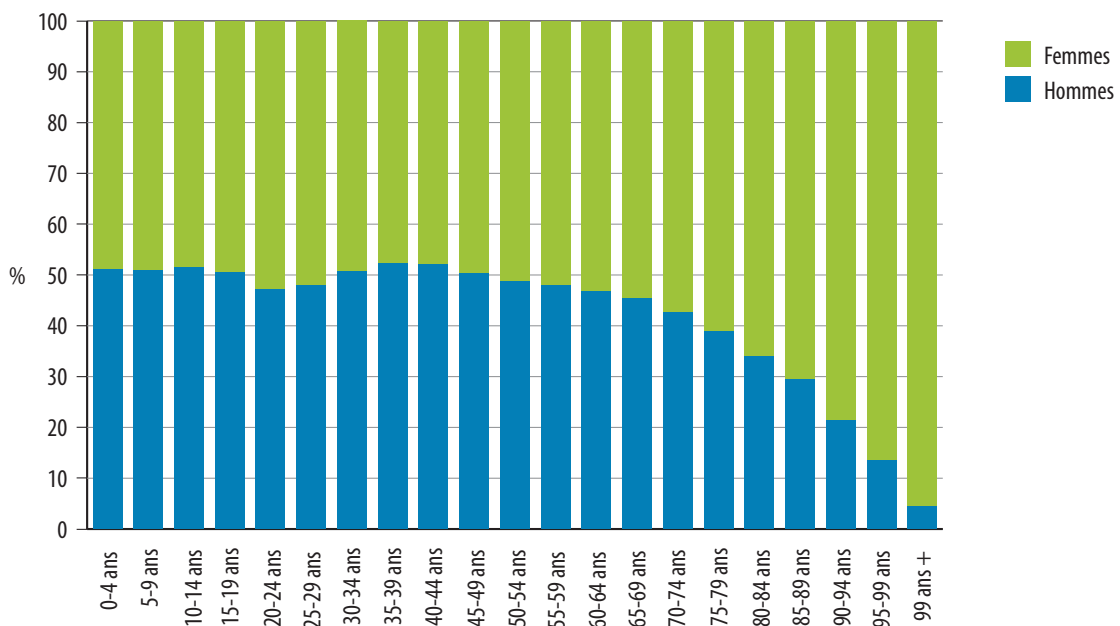
Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Contrairement à ce qu'on observe dans l'ensemble de la Belgique, l'âge moyen de la population bruxelloise diminue, comme c'est le cas dans toutes les grandes villes du pays.

La proportion d'hommes et de femmes varie avec l'âge. Il y a un peu plus d'hommes que de femmes pour les moins de 20 ans et entre 30 et 50 ans. À partir de 50 ans, la proportion des femmes augmente progressivement jusqu'à atteindre 74 % pour les plus de 85 ans.

Figure 1-07

Proportion d'hommes et de femmes dans la population bruxelloise selon l'âge, 2008



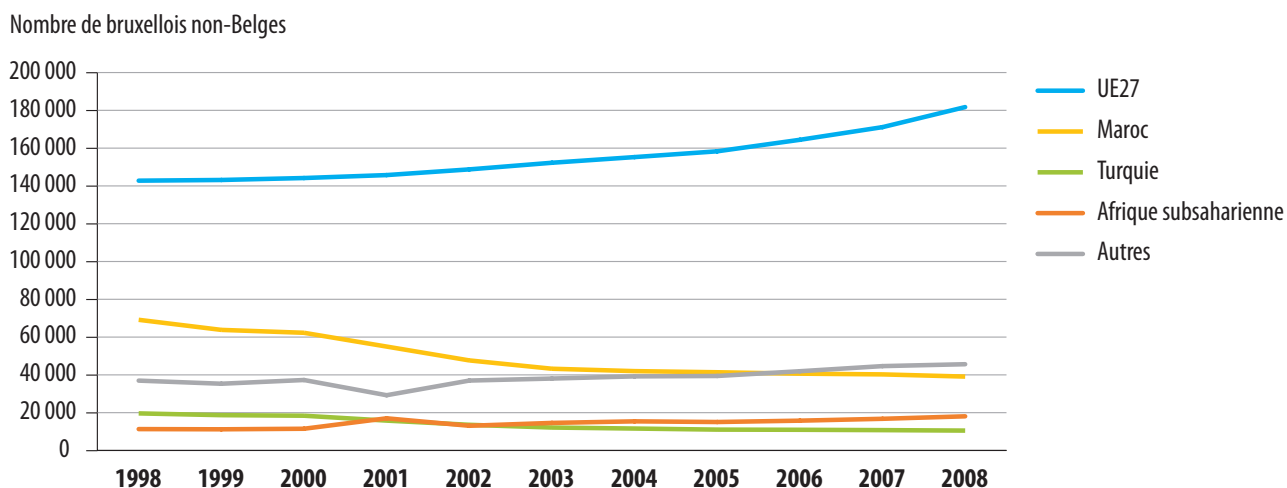
Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

1.3 BRUXELLES : UNE VILLE MULTICULTURELLE

Au 1^{er} janvier 2008, la Région bruxelloise comptait officiellement 28,1 % d'habitants de nationalité non belge. Ce pourcentage est en légère augmentation chaque année depuis 2001. L'augmentation la plus importante concerne les personnes provenant d'un pays de l'Union européenne (UE27).

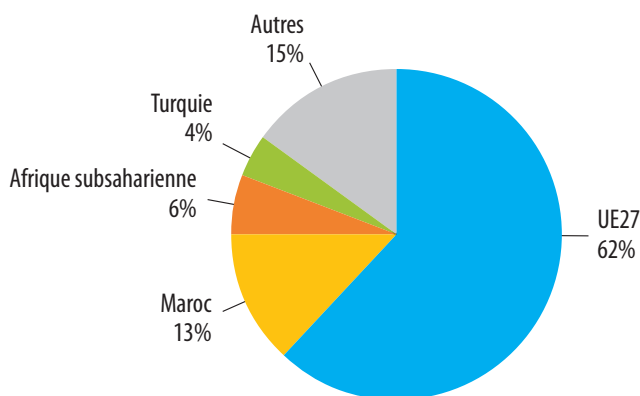
Au 1^{er} janvier 2008, elles représentaient 61,6 % de la population bruxelloise non belge. Le nombre de personnes de nationalité marocaine et turque continue à diminuer, essentiellement par acquisition de la nationalité belge pour les nouvelles générations (figure 1-08).

Figure 1-08 Évolution du nombre de Bruxellois non belges par nationalité 1998-2007



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Figure 1-09 Distribution de la population non belge en Région bruxelloise au 1/1/2008



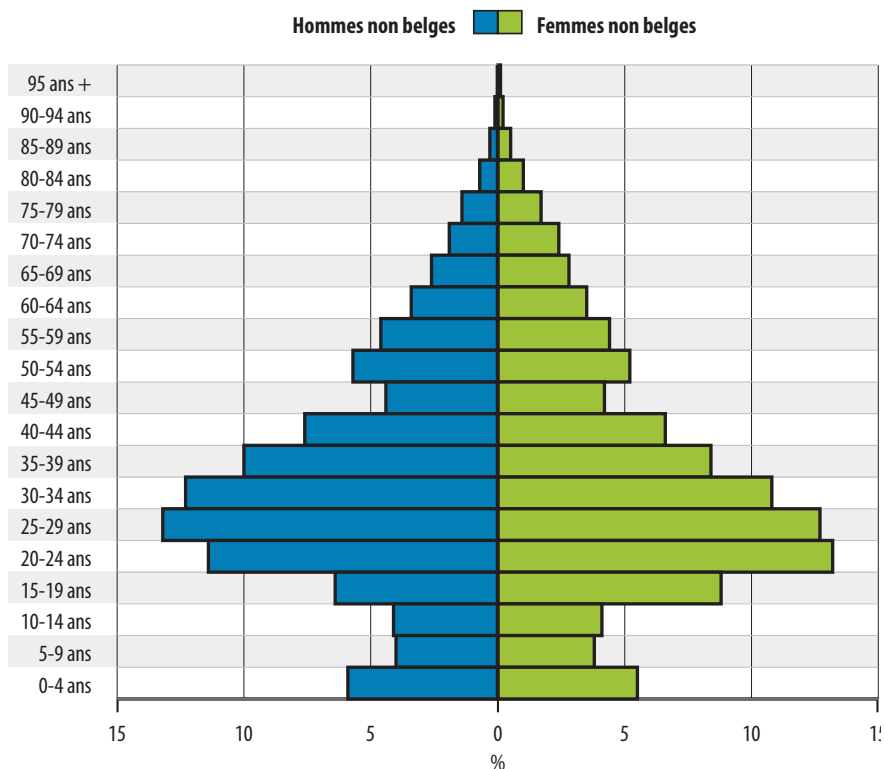
Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Près des deux-tiers des non-Belges habitant officiellement Bruxelles sont originaires d'un des 27 pays de l'UE.

La structure par âge de la population belge et non belge diffère fortement : la proportion de jeunes adultes est plus élevée et la proportion de personnes âgées plus faible parmi les non-Belges. On observe cependant avec le temps un rétrécissement de la base de la pyramide chez les non-

Belges et un élargissement de cette base chez les Belges. Ce phénomène s'explique entre autre par l'acquisition automatique de la nationalité belge pour les enfants de la troisième génération d'immigrés.

Figure 1-10 Histogramme de la population belge et non belge en Région bruxelloise au 1/1/2008

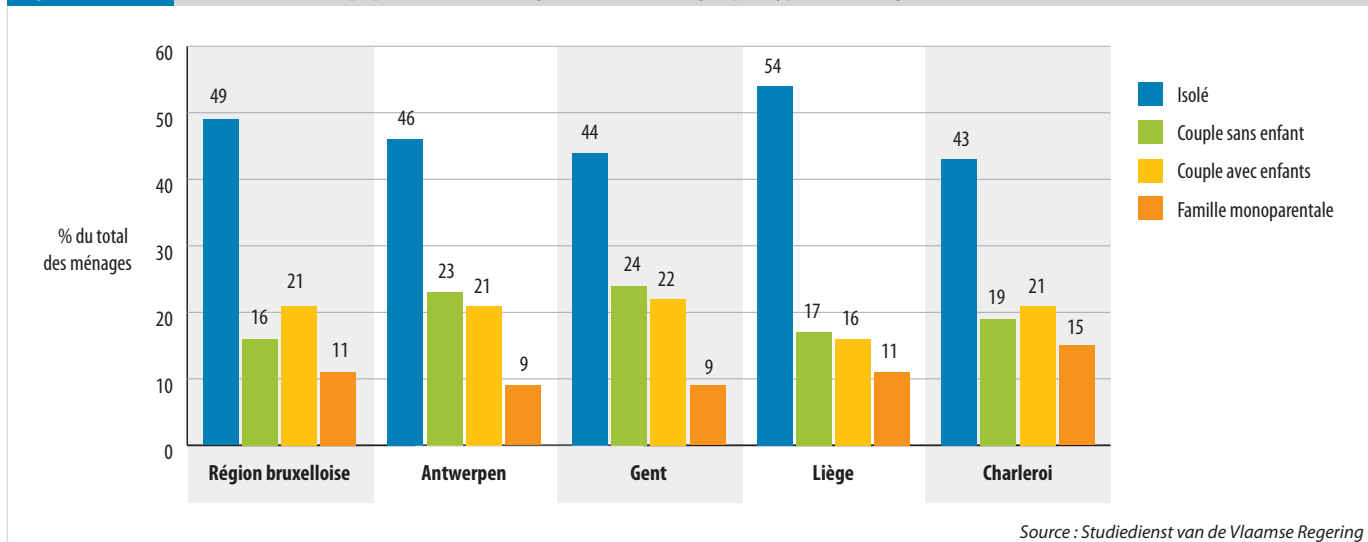


Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

1.4 STRUCTURE PAR TYPE DE MÉNAGE

En ce qui concerne la proportion d'isolés, la Région bruxelloise arrive en deuxième rang, après Liège. La proportion de familles monoparentales est équivalente dans ces deux villes, après Charleroi.

Figure 1-11 Distribution de la population dans les grandes villes Belges par type de ménage^[1], 2007



1.5 NATALITÉ

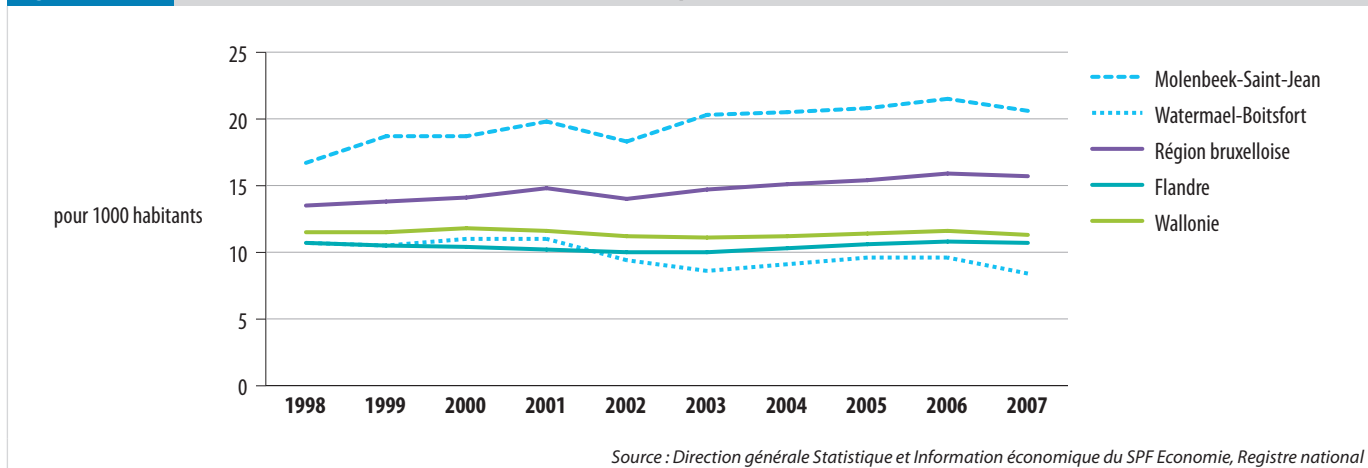
Le *taux de natalité** est en constante augmentation en Région bruxelloise.

Les taux de natalité présentés sur la figure 1-12 sont calculés sur base du Registre national, lui-même constitué sur base des registres de population des communes (commune de résidence). Une autre source d'information concernant les naissances est constituée par les bulletins statistiques de naissances qui sont complétés par les professionnels de la santé et les services d'état civil de la commune de naissance. Cette source prend en compte toutes les naissances, quel que soit le statut de résidence de la mère. Le nombre de

naissances enregistrées via cette source est donc plus élevé que celui enregistré par le Registre national (+1 456 naissances en 2007).

En 2007, plus de la moitié de ces naissances non enregistrées au Registre national concernent des habitants de Bruxelles-Ville, Schaerbeek, Anderlecht et Ixelles. Ces naissances concernent d'une part des enfants dont la mère est inscrite au registre d'attente (138 naissances en 2007 et 114 en 2008) et d'autre part des situations particulières (voir tableau 1-01). Proportionnellement, elles représentent plus de 10 % des naissances dans les communes de Woluwe-Saint-Pierre, Saint-Josse-Ten-Noode, Etterbeek et Bruxelles-Ville.

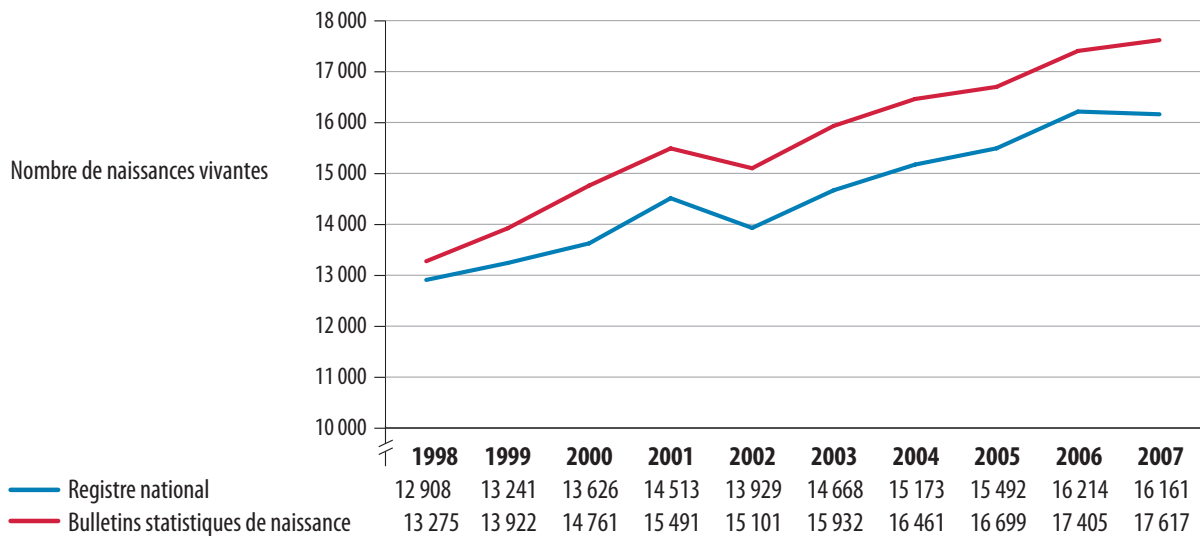
Figure 1-12 Évolution des taux de natalité (nombre de naissances pour 1 000 habitants), 1998-2007



¹ Les ménages d'un autre type que les catégories données ci-dessus ne sont pas repris, ce qui explique que le total des % ne fasse pas 100 %.

Figure 1-13

Évolution du nombre de naissances vivantes bruxelloises, selon le Registre national et les bulletins statistiques de naissances^[2], 1998-2007



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national et Observatoire de la Santé et du Social, Bulletins statistiques de naissances

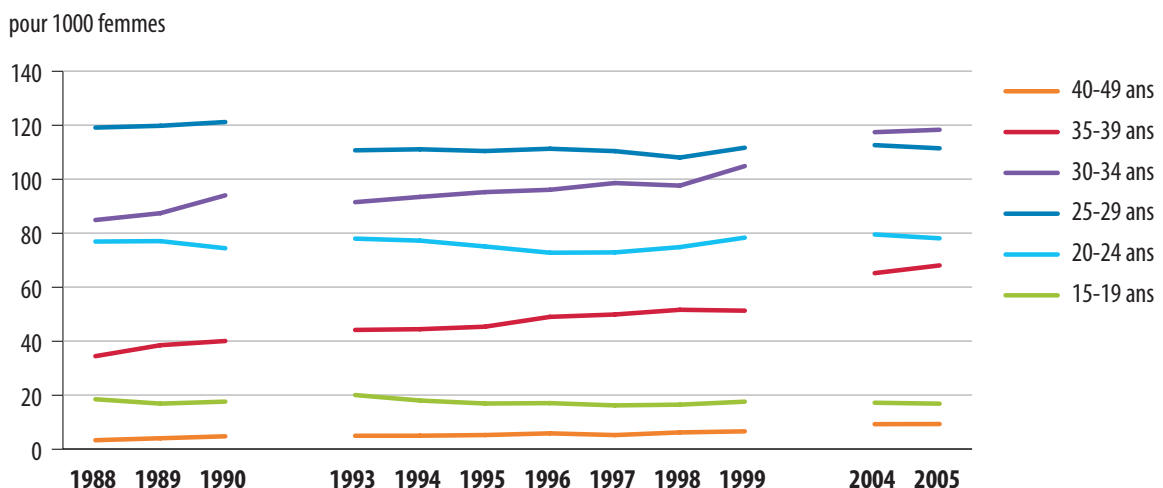
Pour l'analyse des caractéristiques socio-démographiques des naissances bruxelloises, la seule source disponible est constituée par les bulletins statistiques de naissances. Pour la suite de ce rapport, c'est donc cette source qui sera utilisée.

Les taux de fécondité diminuent pour les femmes de moins de 20 ans alors qu'ils augmentent fortement pour les plus de 30 ans. Le taux de fécondité pour les plus de 40 ans a triplé entre 1988 et 2005.

Le taux de natalité plus élevé en Région bruxelloise par rapport aux autres régions est lié à un *taux de fécondité** plus élevé mais surtout à une part plus importante de jeunes adultes en âge d'avoir des enfants.

Figure 1-14

Évolution des taux de fécondité par groupes d'âge en Région bruxelloise, 1988-2005

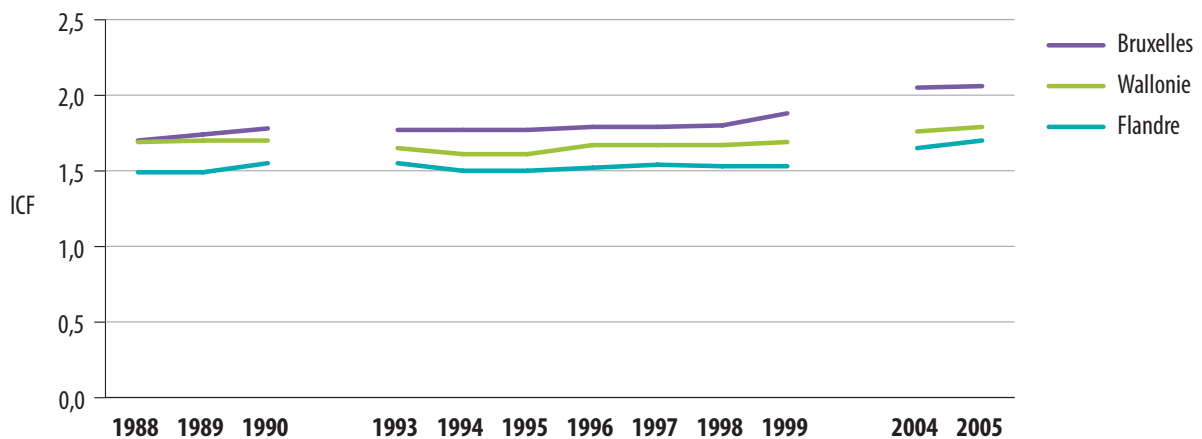


Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national et Observatoire de la Santé et du Social, Bulletins statistiques de naissances

² L'écart entre les deux sources est sous-estimé pour les années 1998 et 1999 car les naissances d'enfants bruxellois en Wallonie ne sont pas comptabilisées dans les bulletins pour ces années là au moment de l'écriture de ce rapport ; elles représentent environ 1,5 % des naissances bruxelloises.

L'indice conjonctuel de fécondité* permet d'avoir une représentation du nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme de la population considérée au cours de sa vie féconde (si elle connaissait à chaque âge la même fécondité que celle observée pour cet âge au cours de l'année étudiée). L'écart entre Bruxelles et les autres régions s'est accru entre la fin des années nonante et 2004.

Figure 1-15 Évolution de l'indice conjonctuel de fécondité (ICF), comparaison régionale, 1988-2005



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national et Observatoire de la Santé et du Social, Bulletins statistiques de naissances

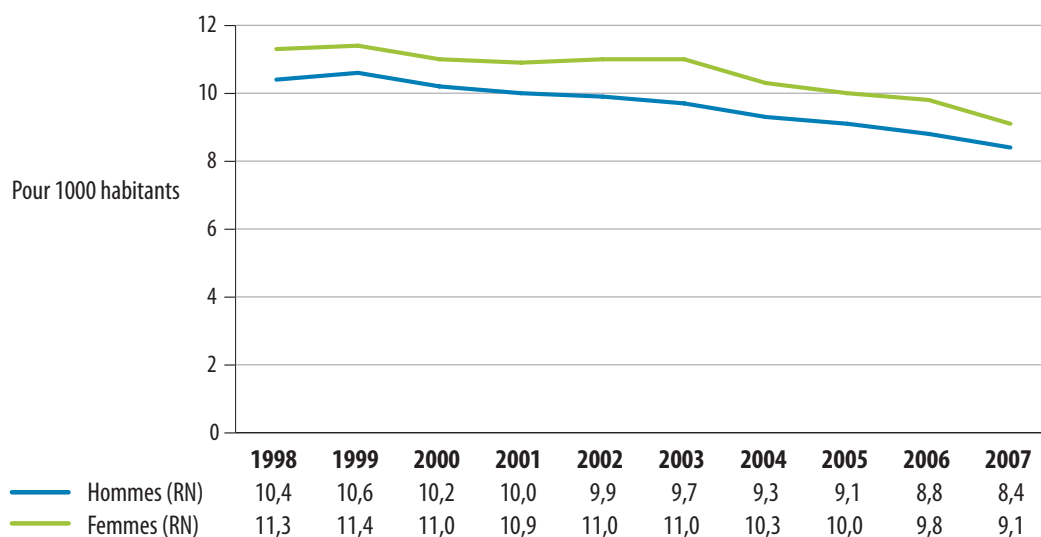
Le taux de natalité plus élevé en Région bruxelloise par rapport aux autres régions est surtout lié à une part plus importante de jeunes adultes en âge d'avoir des enfants. Le taux de fécondité a triplé entre 1988 et 2005 pour les femmes de plus de 40 ans.

1.6 MORTALITÉ

1.6.1 Mortalité générale

Le taux de mortalité tout âge continue à diminuer. Celui des femmes est supérieur à celui des hommes parce qu'il y a plus de femmes âgées dans la population.

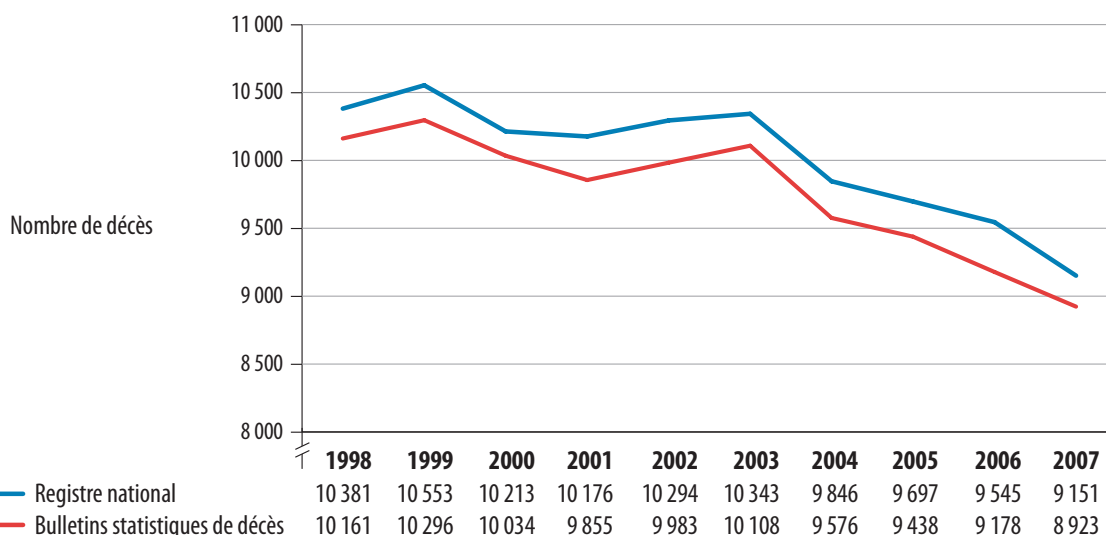
Figure 1-16 Évolution des taux de mortalité (tout âge) par sexe en Région bruxelloise 1998-2007



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national

Contrairement à ce qu'on observe pour les naissances, le nombre de décès enregistrés via les bulletins statistiques est inférieur à celui enregistré via le Registre national. Cette différence s'explique en grande partie par l'absence dans les bulletins statistiques établis à Bruxelles, des décès des Bruxellois survenus en Wallonie^[3] ou à l'étranger^[4].

Figure 1-17 Évolution du nombre de décès de résidents bruxellois enregistrés via le Registre national ou via les bulletins statistiques de décès, 1998-2007



Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie, Registre national et Observatoire de la Santé et du Social, Bulletins statistiques de décès

Pour l'analyse plus fine de la mortalité (par âge, par cause, etc.), la source utilisée dans ce rapport est constituée par les bulletins statistiques de décès. Les taux de mortalité sont donc légèrement sous-estimés (pour l'année 2007 le taux de mortalité général tout âge calculé sur base du Registre national est de 8,8 pour 1 000, alors qu'il est de 8,6 pour 1 000 sur base des bulletins statistiques).

Les taux de mortalité bruxellois se situent en dessous de la moyenne européenne pour la période 2003-2007. Les taux bruxellois standardisés pour l'âge suivant la *population européenne standard (ESR)** sont de 792,9/100 000 pour les hommes et de 504,4/100 000 pour les femmes (en comptant les décès de moins d'un an) ; c'est un peu plus élevé qu'en Flandre pour 2004-2006 (respectivement 750,5 et 470,2) (4).

Comparaison des taux de mortalité standardisés à Bruxelles et dans d'autres régions d'Europe

Pour les hommes comme pour les femmes, les taux standardisés sont nettement plus élevés à Bruxelles que dans d'autres régions urbaines comme l'Ile de France ou la région de Madrid, plus élevés aussi qu'à Berlin ou Stockholm, et proches des taux observés à Londres, aux Pays-Bas ou au Luxembourg (3). Cependant, ils se situent parmi les taux des 10 pays aux taux les plus faibles, derrière la Finlande et avant le Royaume uni (5)

Comme les taux standardisés tiennent compte de la structure d'âge, les taux de mortalité relativement faibles pour la Région bruxelloise ne s'expliquent pas par la structure d'âge de la population. Les différences géographiques de taux de mortalité standardisés reflètent plutôt les différences socio-économiques. Les régions européennes avec les taux standardisés les plus élevés sont les régions défavorisées socio-économiquement comme les pays d'Europe de l'Est, le Nord-Pas-de Calais en France, l'Ecosse au Royaume-Uni ou l'Andalousie en Espagne.

Mais il existe également une influence des styles de vie. La plupart des régions du Sud de l'Europe présentent des taux de mortalité particulièrement faibles, principalement pour les femmes, grâce à une mortalité cardiovasculaire très faible liée probablement à ce qu'on appelle la «diète méditerranéenne» (huile d'olive, légumes, fruits, poisson, consommation modérée de viande et produits laitiers ...). À Bruxelles, la mortalité résulte à la fois de facteurs négatifs (proportion importante de personnes pauvres) et de facteurs positifs (proportion élevée de personnes issues de pays méditerranéens).

3 Au moment de réaliser cette publication, nous ne disposons pas encore de toutes les données concernant les décès de Bruxellois en Wallonie. Pour l'année 2004, ce nombre s'élève à 212, soit 2,2 % des décès enregistrés via les bulletins.

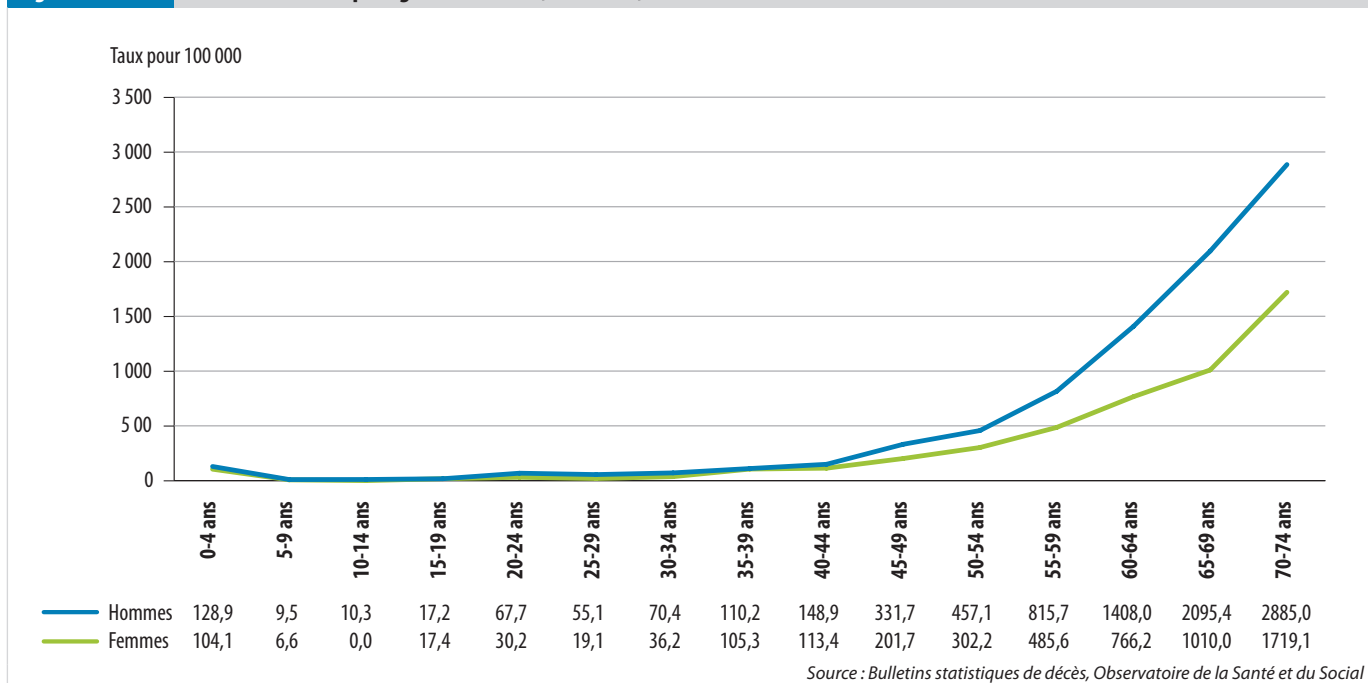
4 Il s'agit plus souvent alors de personnes non belges.

1.6.2 Mortalité prématurée

De manière générale, on parle de mortalité prématurée pour les décès survenus avant l'âge de 65 ans. Cependant, on considère de plus en plus souvent comme prématurés les décès survenus avant l'âge de 75 ans.

Les taux de mortalité augmentent avec l'âge sauf dans l'enfance : les taux de mortalité sont les plus bas pour les 5-14 ans. À tout âge, les taux de mortalité sont plus élevés pour les hommes que pour les femmes.

Figure 1-18 Taux de mortalité par âge avant 75 ans, Bruxelles, 2007



La mortalité avant 65 ans est en diminution constante depuis 1990, particulièrement pour les hommes (figure 1-19). La mortalité des 65-74 ans diminue également de manière plus marquée pour les hommes au cours des 10 dernières années (figure 1-20).

Figure 1-19 Évolution de la mortalité prématurée (< 65 ans), Bruxelles, 1990-2007

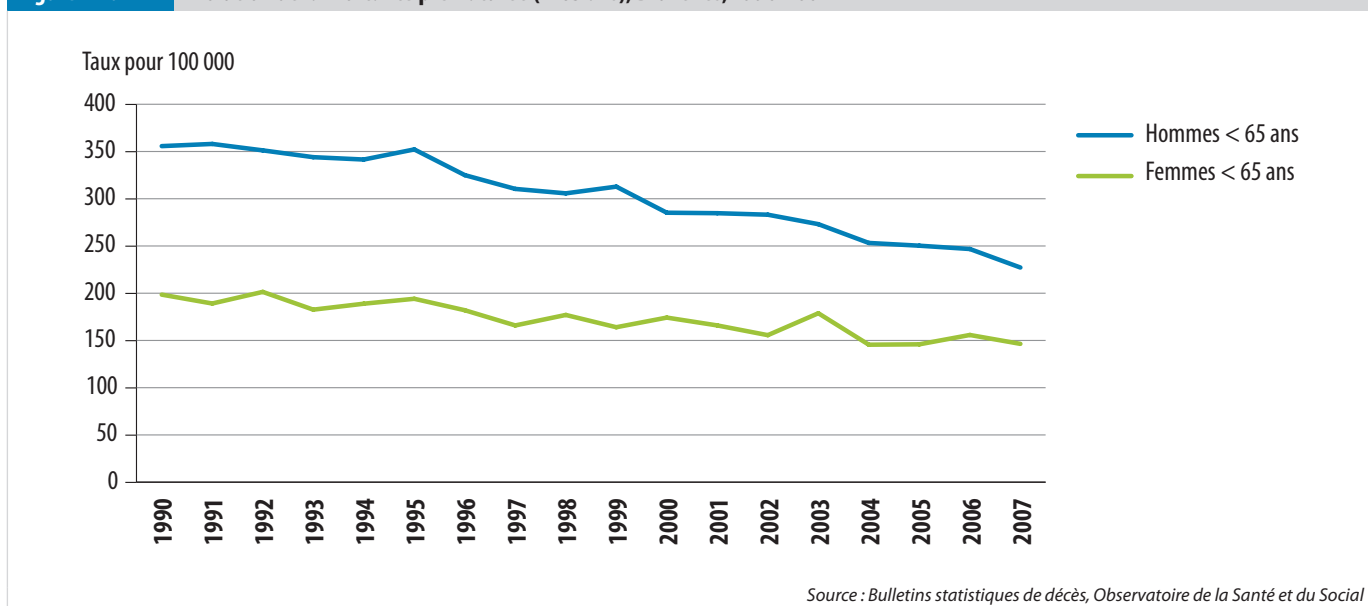
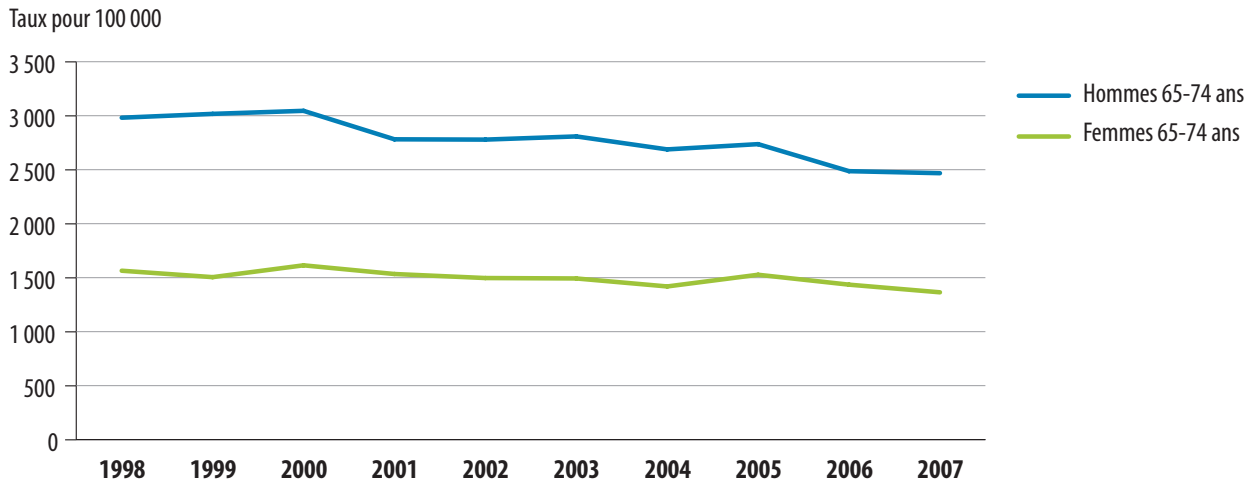


Figure 1-20 Évolution de la mortalité entre 65 et 74 ans, Bruxelles, 1998-2007



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

La mortalité avant 65 ans est en diminution constante depuis 1990, particulièrement pour les hommes.

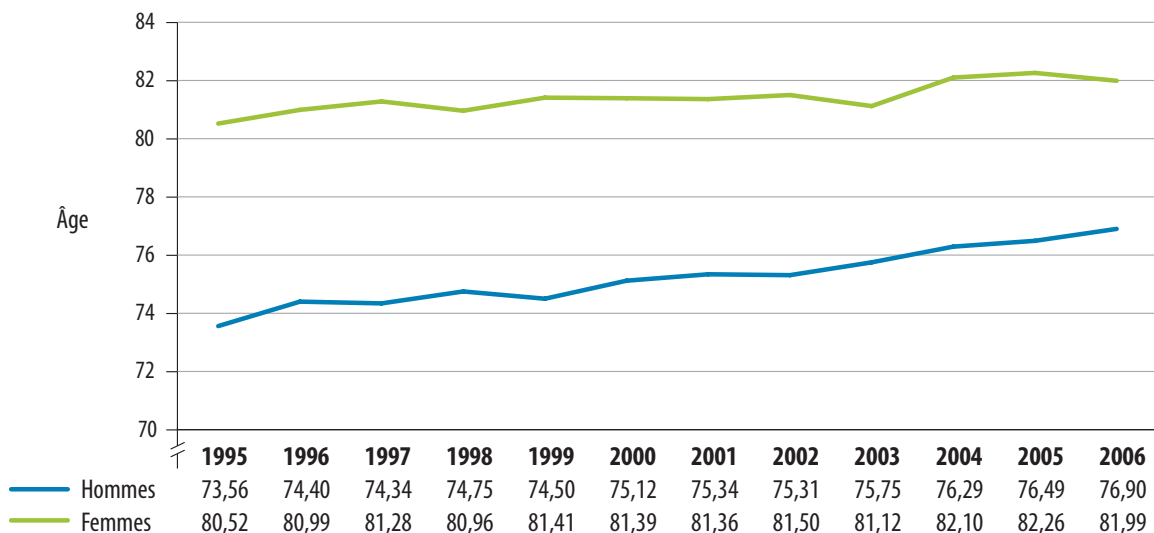
1.7 ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie à la naissance continue de s'allonger, en Région bruxelloise comme dans l'ensemble du pays.

Sur base des données du Registre national, en 2006, l'espérance de vie à la naissance est de 76,9 ans pour les hommes et de 82,0 ans pour les femmes. Ces chiffres sont proches de ceux de l'ensemble du pays : 77,0 pour les hommes et 82,6 pour les femmes.

La différence d'espérance de vie à la naissance entre hommes et femmes se réduit : elle est passée de 7,0 ans en 1995 à 5,1 ans en 2006. C'est en Région bruxelloise que cette différence est la plus faible (en 2006, elle est de 5,2 ans en Flandre et 6,5 ans en Wallonie).

Figure 1-21 Évolution de l'espérance de vie selon le sexe, Bruxelles, 1995-2006



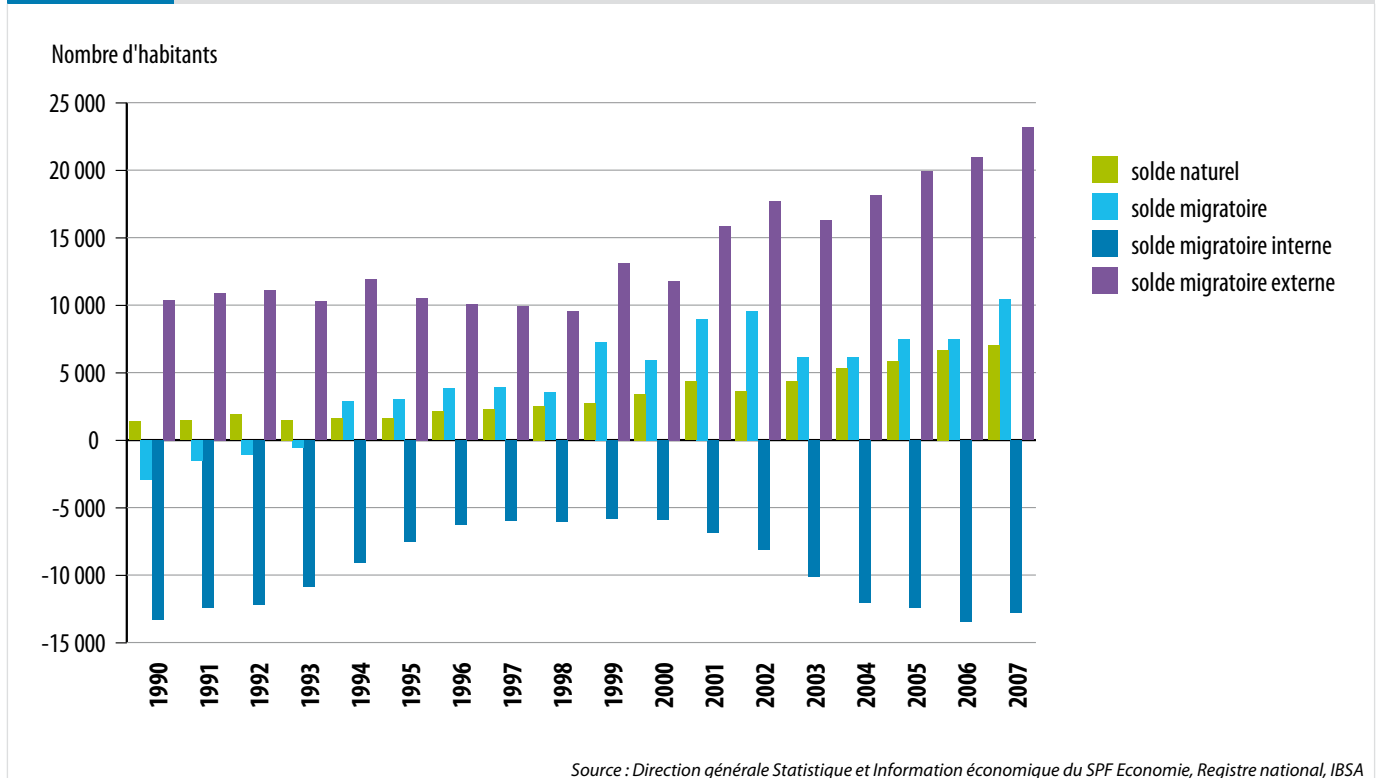
Source : Direction générale Statistique et Information économique du SPF Economie

1.8 MIGRATIONS

Pour l'année 2007, le solde migratoire interne (mouvements de population entre le reste du pays et la Région bruxelloise) est de -12 787 (78 010 personnes venant du reste du pays se sont installées en Région bruxelloise et 90 797 Bruxellois ont quitté la région pour une autre région du pays). Le solde migratoire externe (mouvements de population entre le reste du monde et la Région bruxelloise) est de +23 179 (34 992 personnes issues d'un autre pays se sont installées en Région bruxelloise et 11 831 Bruxellois ont émigré vers l'étranger) (1).

L'intégration des différents mouvements de population : naissances, décès et migrations permet de comprendre les mécanismes qui amènent une augmentation constante de la population Bruxelloise depuis 1999 : un nombre de naissances supérieur au nombre de décès (solde naturel positif) et un solde migratoire (interne + externe) positif. Ces différentes composantes sont représentées sur la figure 1-22.

Figure 1-22 Évolution des soldes naturels et migratoires, Bruxelles, 1990-2007



L'augmentation constante de la population Bruxelloise depuis 1999 s'explique par un nombre de naissances supérieur au nombre de décès, et par le nombre important de personnes venant d'un autre pays qui se sont installées en Région bruxelloise.

2. Contexte socio-économique

Plus d'un Bruxellois sur quatre vit sous le *seuil de risque de pauvreté**, et le nombre de bénéficiaires d'un *revenu d'intégration sociale** ou d'allocations pour handicapé ne cesse d'augmenter. Le chômage reste à un niveau élevé, particulièrement chez les jeunes (6). Si une partie importante de la population vit dans une situation sociale précaire, la Région attire également de jeunes adultes très qualifiés. La population de plus de 50 ans a en moyenne un niveau d'instruction plus élevé que la moyenne nationale.

Mais la Région de Bruxelles-Capitale est une région urbaine très contrastée sur le plan socio-économique. Parmi les 19 communes bruxelloises, se trouvent les 3 communes dont le revenu fiscal par habitant est le plus faible du pays, tandis que cinq autres se situent au contraire nettement au-dessus de la moyenne nationale.

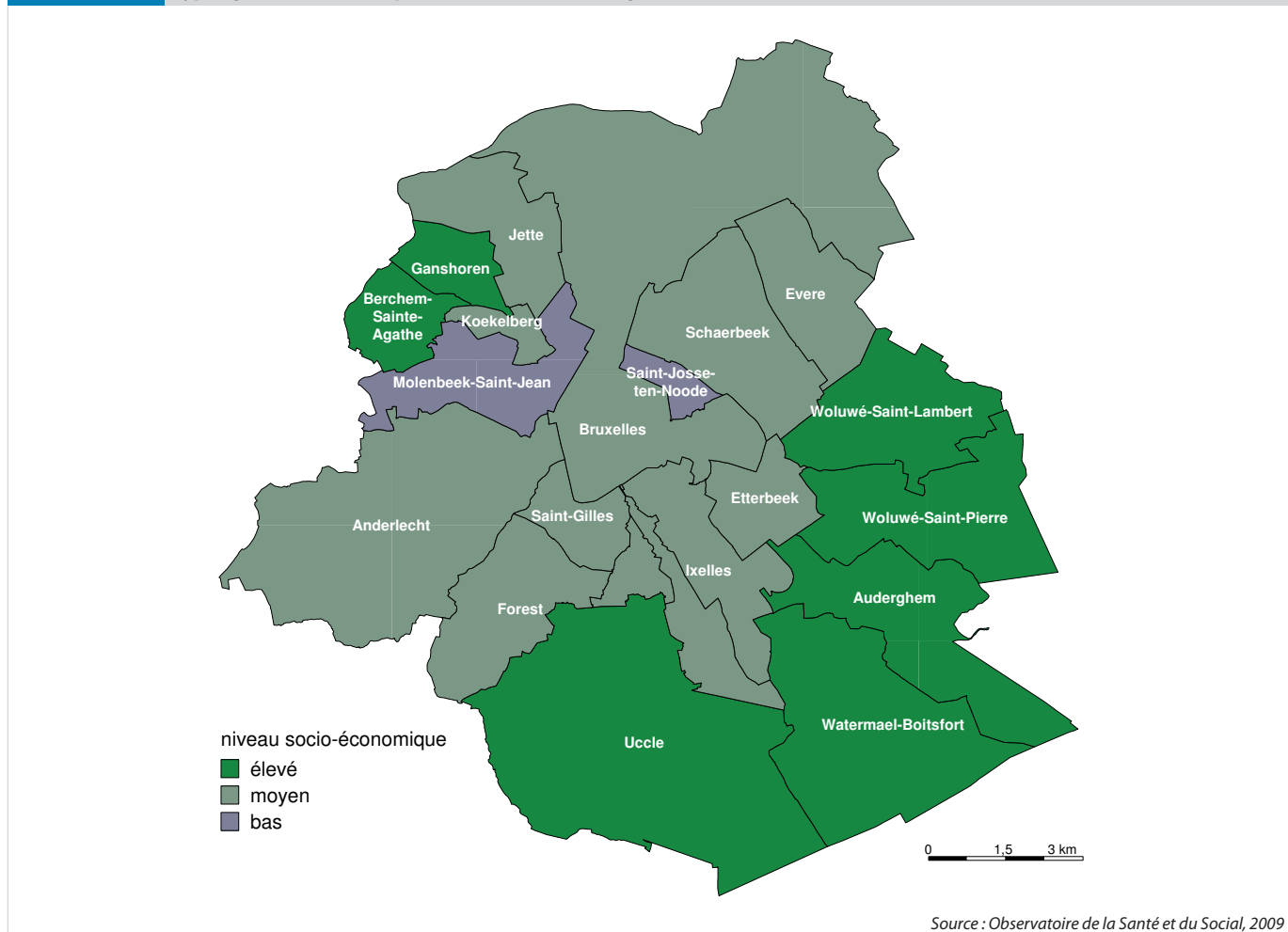
Même au sein de chaque commune, les disparités socio-économiques sont très marquées. Elles ont été analysées et cartographiées dans l'Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale publié en 2006^[5] (7).

Le statut social est un déterminant majeur de l'état de santé, c'est pourquoi un chapitre de ce Tableau de bord est consacré à l'analyse du lien entre statut social et santé en Région bruxelloise.

Pour analyser les inégalités sociales face à la mortalité nous ne disposons pas de données socio-économiques individuelles ; nous avons dès lors utilisé une approche «écologique» en attribuant à chaque personne le niveau socio-économique de sa commune de résidence. Les 19 communes ont été catégorisées en 3 groupes selon une *analyse par cluster** à partir de cinq variables : la proportion

Carte 1-01

Typologie socio-économique des communes de la Région bruxelloise



Le statut social est un déterminant majeur de l'état de santé. Plus d'un Bruxellois sur quatre vit sous le seuil de risque de pauvreté mais les disparités socio-économiques à l'intérieur de la Région sont très marquées.

5 Consultable sur le site de l'Observatoire de la Santé et du Social, www.observatbru.be

Références

de propriétaires, le revenu moyen par habitant, le pourcentage d'enfants vivant dans un ménage sans revenu de travail, la part de la population bénéficiaire d'un revenu d'intégration sociale ou équivalent, et le pourcentage de demandeurs d'emploi.

La carte ci-dessus présente le résultat de cette analyse par cluster.

Saint-Josse-Ten-Noode et Molenbeek-Saint-Jean ont un score plus bas pour les cinq indicateurs que les autres communes ; elles sont classées dans la catégorie «statut socio-économique bas». Dans la précédente édition du Tableau de bord de la santé, Saint-Gilles appartenait également à la catégorie des communes les plus pauvres mais entretemps, le profil de cette commune s'est rapproché de la catégorie moyenne.

Les communes classées dans la catégorie «statut socio-économique élevé» ont un score pour les cinq indicateurs bien meilleur que le score moyen bruxellois. Ces communes se trouvent au sud-est de la région (Woluwe-Saint-Lambert, Woluwe-Saint-Pierre, Auderghem, Watermael-Boitsfort et Uccle). Appartiennent aussi à ce groupe Berchem-Sainte-Agathe et Ganshoren.

Les communes qui sont classées dans la catégorie «statut socio-économique moyen» ont un profil semblable à la moyenne régionale.

- (1) Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse. Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale – 2007, 2007-2009.
- (2) Bureau Fédéral du Plan et Direction Générale Statistiques et Information économique. Perspectives de population 2007-2060, 1-136, 2008.
- (3) Eurostat. Health Statistics - Atlas on mortality in the European Union, 2003.
- (4) Vlaams Gewest. Sterftcertificaten alle overlijdens : (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterfteatlas.aspx>).
- (5) WHO Health for all Mortality database (jan 2009) : www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html
- (6) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2009, Commission communautaire commune, 2009
- (7) Roesems T., De Spiegelaere M., Deboosere P., Wayens B., Kesteloot C., Willaert D., Gadeyne S., Slegers K., Van Cutsem S., Marissal P., Vandermotten C., and Charles J. Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2006

Partie II : État de santé

1. La santé perçue

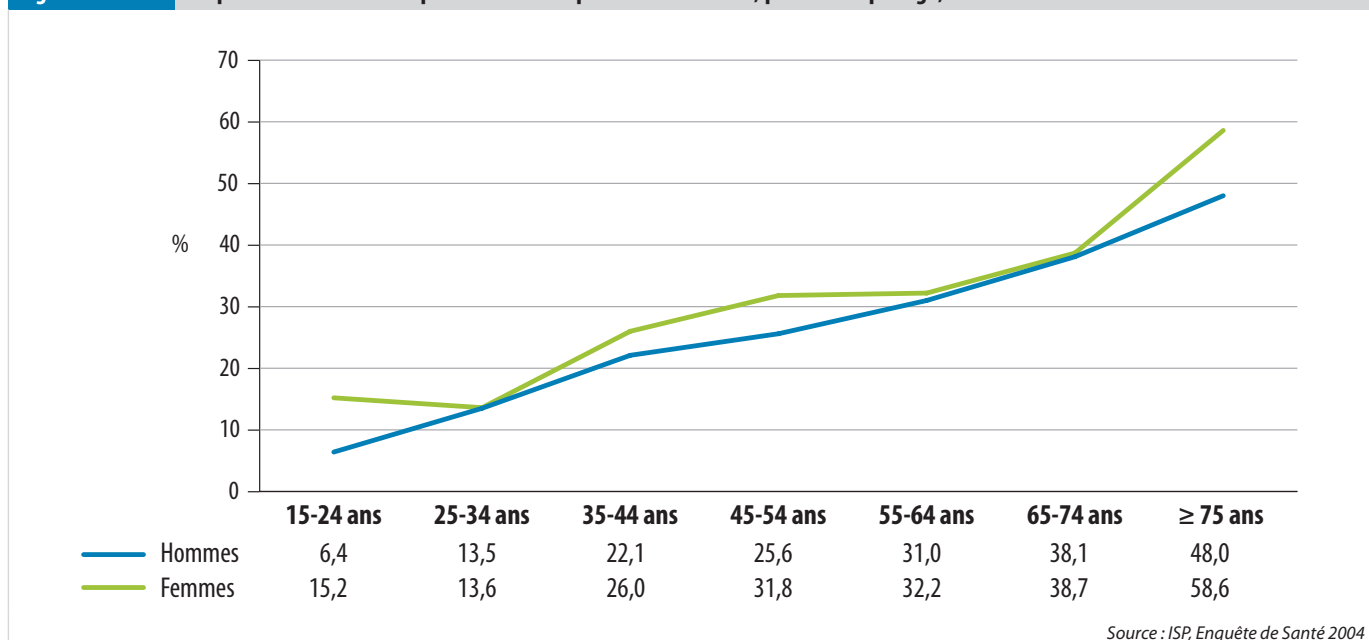
La «santé perçue» est une notion qui englobe à la fois le bien-être et la santé au sens large⁽¹⁾ ; elle est utilisée comme indicateur de l'état de santé général d'une population.

En 2004, dans la Région de Bruxelles-Capitale, 25 % des personnes interrogées lors de l'Enquête Nationale de Santé estimaient que leur état de santé n'était pas satisfaisant (moyen, mauvais ou très mauvais) (1). Cette proportion est sensiblement la même que dans les enquêtes de 1997 (25 %) et de 2001 (26 %).

Cette proportion augmente avec l'âge et est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (28 % versus 23 %).

Les différences entre hommes et femmes se marquent surtout pour les plus jeunes – la proportion de jeunes filles s'estimant en mauvaise santé (15,2 %) vaut plus du double de celle des jeunes garçons (6,4 %) – et chez les personnes de plus de 75 ans.

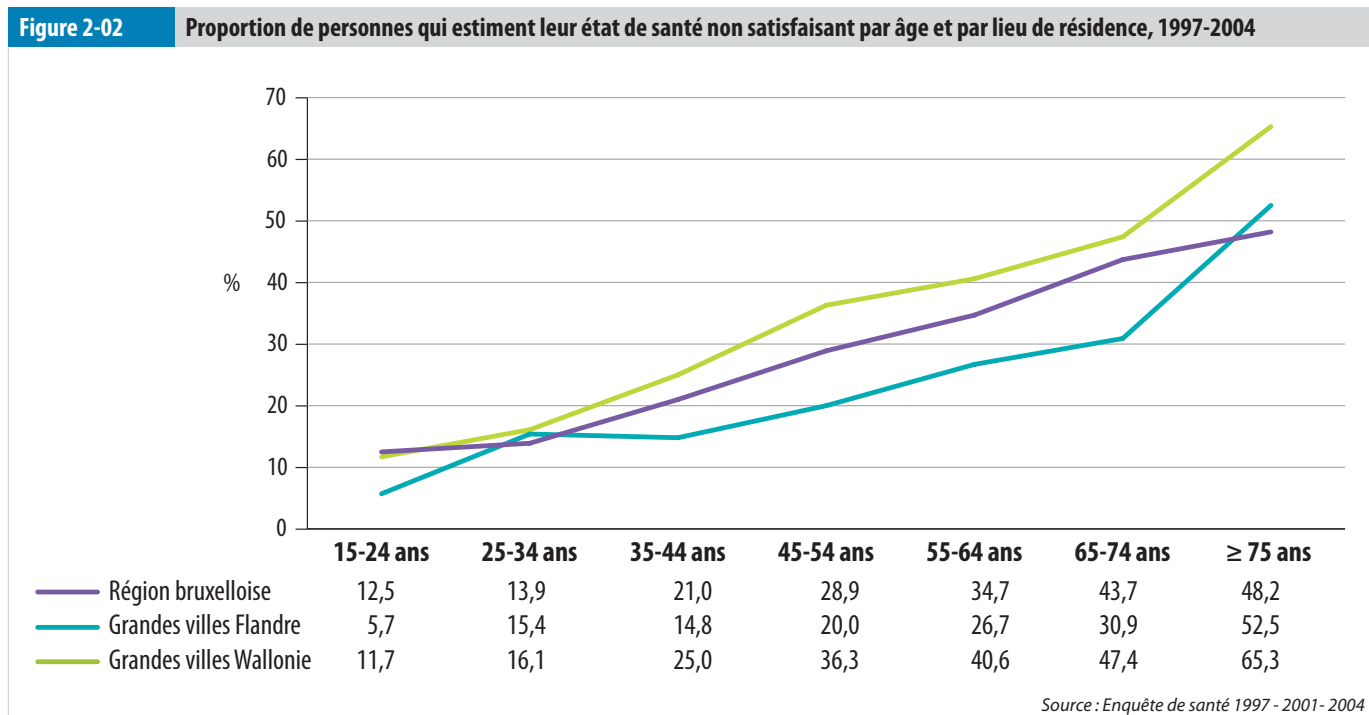
Figure 2-01 Proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé, par sexe et par âge, 2004



1 On pourra trouver dans l'Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale publié par l'Observatoire en 2006 un chapitre consacré à cet indicateur, une discussion sur sa validité et l'analyse détaillée des valeurs observées pour Bruxelles dans l'Enquête socio-économique 2001.

Les jeunes Bruxellois se sentent plus souvent en mauvaise santé que les jeunes des *grandes villes** de Wallonie et de Flandre, tandis que les Bruxellois de plus de 75 ans s'estiment moins souvent en mauvaise santé que les personnes du même âge dans les autres grandes villes du pays (figure 2-02). Pour toutes les autres tranches d'âges, la proportion

de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est la plus élevée dans les grandes villes wallonnes et la plus faible dans les grandes villes flamandes. L'analyse de l'enquête socio-économique 2001 dessine les mêmes différences géographiques dont l'explication peut être complexe (2).



La santé perçue varie aussi de manière importante selon le niveau de diplôme, pour les hommes comme pour les femmes. On observe également des différences selon la nationalité, qui s'expliquent en partie par les différences de statut social. Les différences selon le statut social et la nationalité sont détaillées dans la partie III «Les déterminants de la santé».

2. Les causes de mortalité

Dans la Partie I on a observé que le taux de mortalité à Bruxelles se situe dans la fourchette de taux des dix pays européens aux taux les plus bas, mais est tout de même supérieur à celui d'autres grandes régions urbaines européennes telles que l'Île-de-France ou Madrid ; ce risque moyen découle à la fois de facteurs négatifs (proportion importante de personnes pauvres) et de facteurs positifs (proportion élevée de personnes issues de pays méditerranéens).

2.1 LA MORTALITÉ TOUT ÂGE

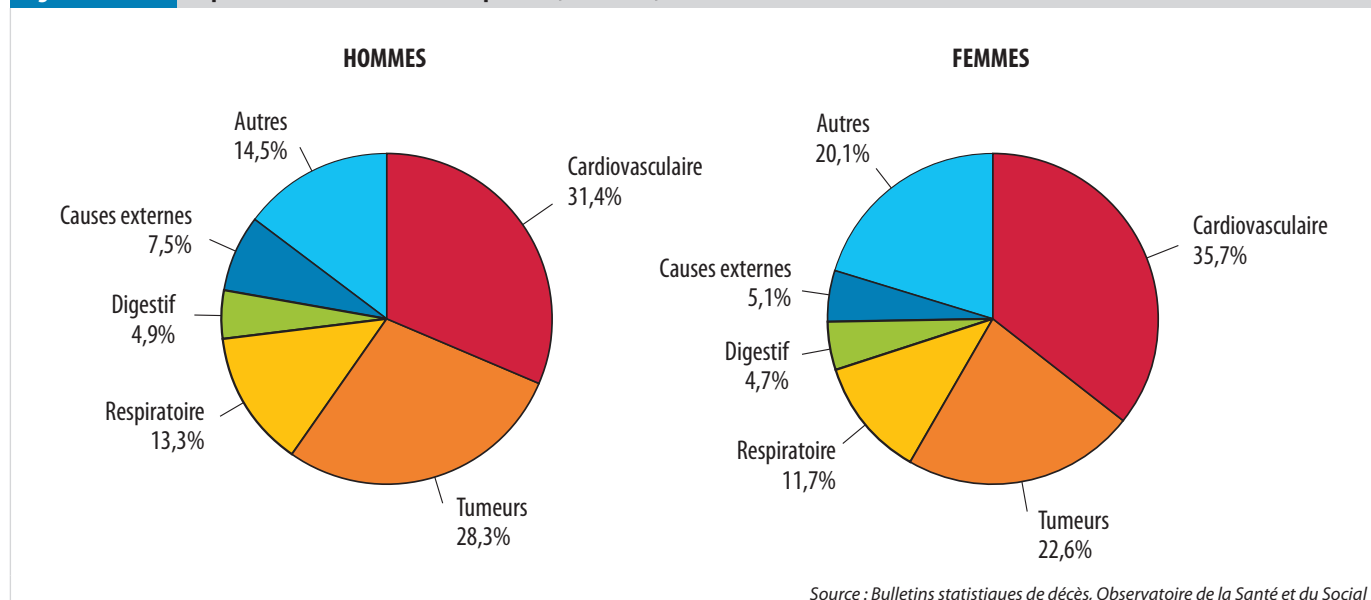
Pour ne pas alourdir ce document nous ne reprenons pas ici l'ensemble des nombres et taux de mortalité par cause selon la «liste européenne résumée» proposée par Eurostat ;

ces chiffres sont cependant disponibles sur notre site dans la partie «Indicateurs» (www.observatbru.be). Chaque fois que ce sera nécessaire, nous préciserons nos choix en référence à la classification internationale des maladies ICD-10 (3).

Les principales causes de décès restent les maladies cardiovasculaires qui provoquent 32 % du total des décès, et les cancers, responsables de 24 % des décès.

La répartition des principales causes de décès diffère un peu entre hommes et femmes : le poids des maladies cardiovasculaires est plus important pour les femmes, tandis que la part des décès liés aux cancers et aux causes externes (accidents, suicides et homicides) est plus importante pour les hommes.

Figure 2-03 Répartition des causes de décès par sexe, Bruxelles, 2003-2007



Par rapport à la période 1998-2002, on note une diminution du poids des maladies cardiovasculaires tant pour les hommes que pour les femmes, et une diminution de la part des décès liés au cancer pour les hommes (4).

Les maladies cardiovasculaires restent la principale cause des décès pour la période 2003-2007 mais le poids de cette cause est en diminution par rapport à 1998-2002.

2.2 LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Les principales causes de décès varient avec l'âge (voir Partie IV «Cycle de vie»). On s'intéresse plus particulièrement à la mortalité prématurée parce que ces décès sont considérés comme «évitables».

Classiquement, la mortalité prématurée inclut les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Cependant, l'allongement de l'espérance de vie et de la durée de vie sans incapacité amène à considérer les décès survenus avant 75 ans également comme prématurés. C'est pourquoi, dans ce chapitre, sont analysées de manière plus précise les principales causes de décès avant 65 ans et pour la tranche d'âge 65-74 ans. Pour mesurer les évolutions, les chiffres de la période 2003-2007 sont comparés à ceux de la période 1998-2002, qui avaient été présentés dans le précédent Tableau de bord (4).

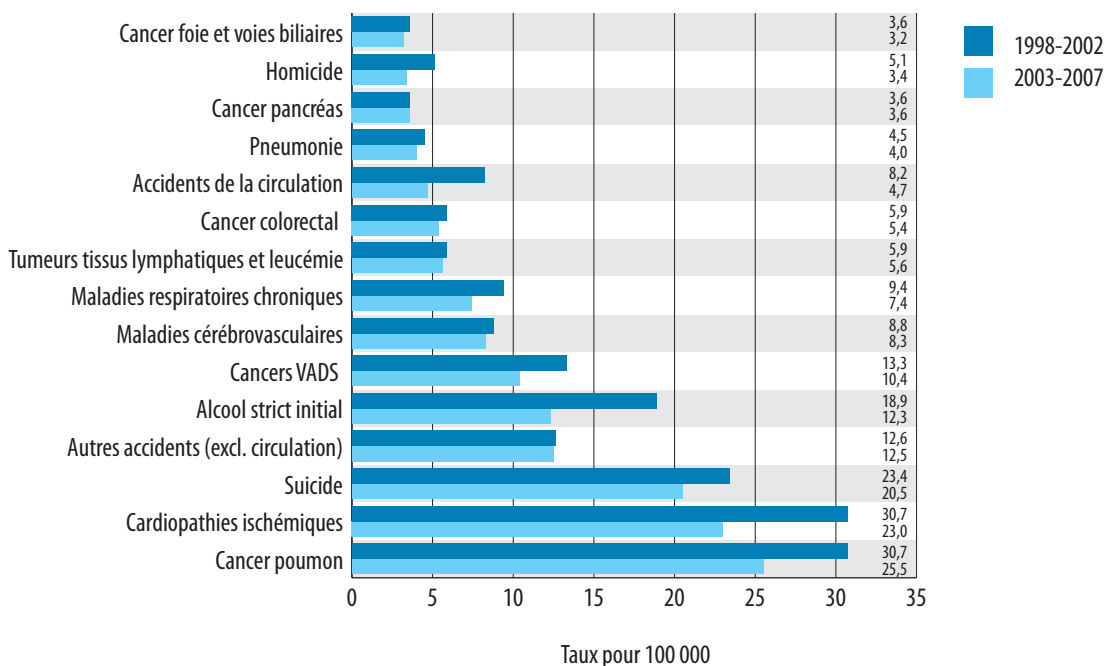
2.2.1 Hommes

Chez les hommes, on observe une diminution des taux de mortalité pour la plupart des principales causes de décès prématurés. Le cancer du poumon reste la première cause de mortalité prématurée.

Les diminutions les plus marquées se retrouvent pour les accidents de la circulation, les cardiopathies ischémiques, l'alcool^[2], et le cancer du poumon.

Pour les accidents (autres que de la circulation) et le cancer du pancréas, les taux restent stables.

Figure 2-04 Taux de mortalité par cause pour 100 000 hommes bruxellois de 0-64 ans, 1998-2002 et 2003-2007



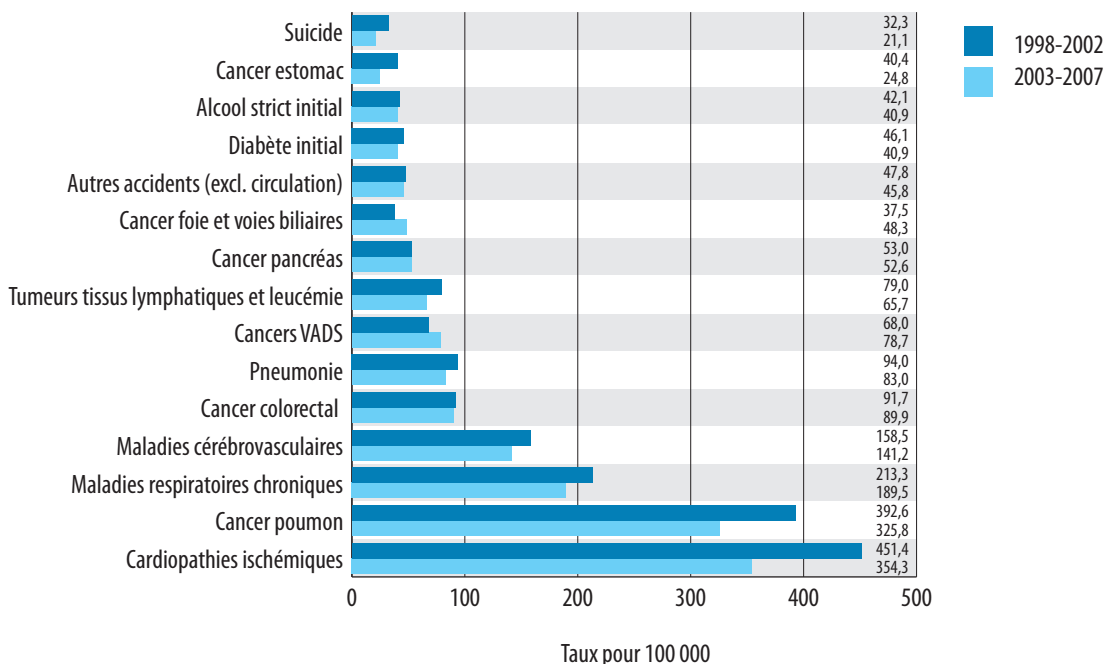
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

² Dans ce tableau, les décès liés à l'alcool ne reprennent que les décès dont la cause est une maladie spécifiquement due à la consommation d'alcool et mentionnée comme cause initiale du décès. L'analyse de la mortalité liée à l'alcool dans une définition plus large est présentée dans le chapitre sur les maladies chroniques.

Pour les hommes de 65 à 74 ans, on observe également une diminution des taux pour les principales causes de décès à l'exception des cancers des voies respiratoires et digestives supérieures (VADS : voies aérodigestives supérieures) et du cancer du foie.

Le rang des différentes causes n'est pas identique à celui de la mortalité des 0-64 ans. Les cardiopathies ischémiques sont en tête et les maladies respiratoires chroniques sont en 3e position. Le cancer colorectal est en 5e position ; le diabète ^[3] et les maladies liées à l'alcool, pris dans leur définition la plus étroite, entrent dans le top 15.

Figure 2-05 Taux de mortalité par cause pour 100 000 hommes bruxellois de 65-74 ans, 1998-2002 et 2003-2007



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

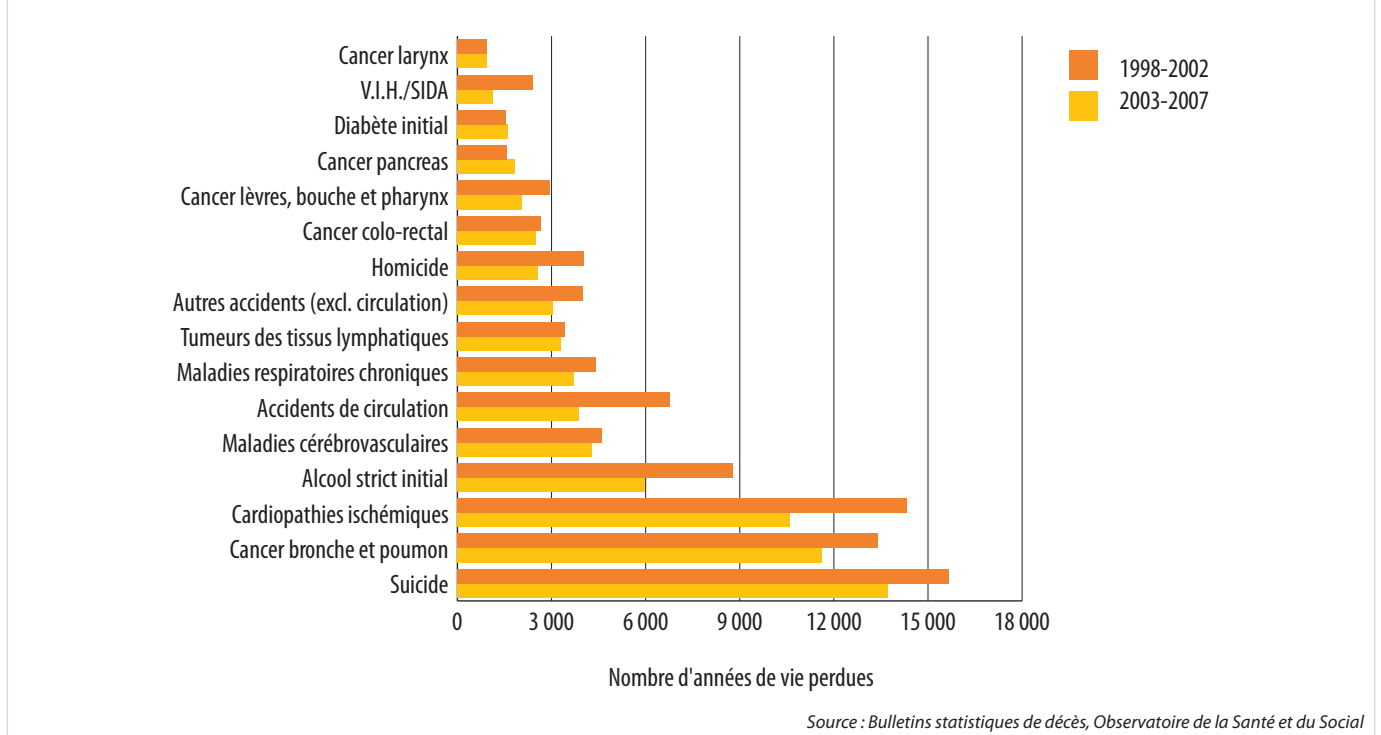
3 Pour pouvoir comparer les différentes causes de décès, la mortalité par diabète ne reprend que les décès pour lesquels le diabète est mentionné en cause initiale, ce qui sous-estime le taux réel de mortalité par diabète. Dans le chapitre maladies chroniques, la mortalité par diabète est analysée plus finement en y intégrant les décès par diabète mentionné dans les causes multiples de décès. (Voir «Sources et éléments de méthodologie» pour la classification des décès).

Une autre manière d'approcher les causes de mortalité prématurée est d'évaluer leur poids en nombres d'années potentielles de vie perdues (APVP) ^[4] avant 75 ans. Cet indicateur prend en compte non seulement le nombre de décès mais également l'âge auquel ce décès survient. Le nombre d'APVP est donc d'autant plus important que le décès est précoce.

Pour les hommes, le suicide est la première cause d'années potentielles de vie perdues, devant le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques. Les maladies liées à l'alcool (dans leur définition la plus étroite) sont en 4e position.

Si on compare avec la période précédente, le nombre absolu d'APVP diminue pour toutes les principales causes à l'exception du diabète et du cancer du pancréas.

Figure 2-06 Nombre d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les hommes, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



⁴ Pour la définition des APVP se reporter à «Sources et éléments de méthodologie».

2.2.2 Femmes

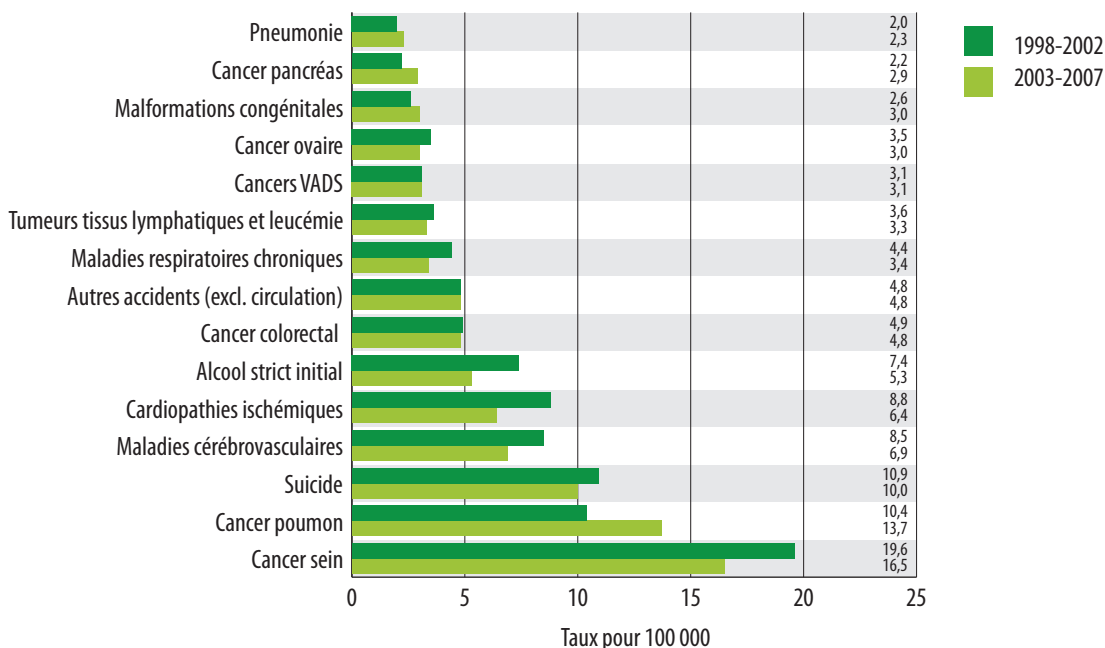
Les taux de mortalité prématurée des femmes sont très nettement inférieurs à ceux des hommes ; seules six causes ont un taux supérieur à 5 pour 100 000.

Le cancer du sein est toujours la première cause de mortalité prématurée, même si son taux diminue. On observe une nette augmentation du taux de mortalité par cancer du

poumon, qui devient la 2e cause de mortalité prématurée des femmes bruxelloises.

Si les taux de la plupart des causes sont en diminution, les taux pour les accidents (non circulation) sont stables comme chez les hommes.

Figure 2-07 Taux de mortalité par cause pour 100 000 femmes bruxelloises de 0-64 ans, 1998-2002 et 2003-2007

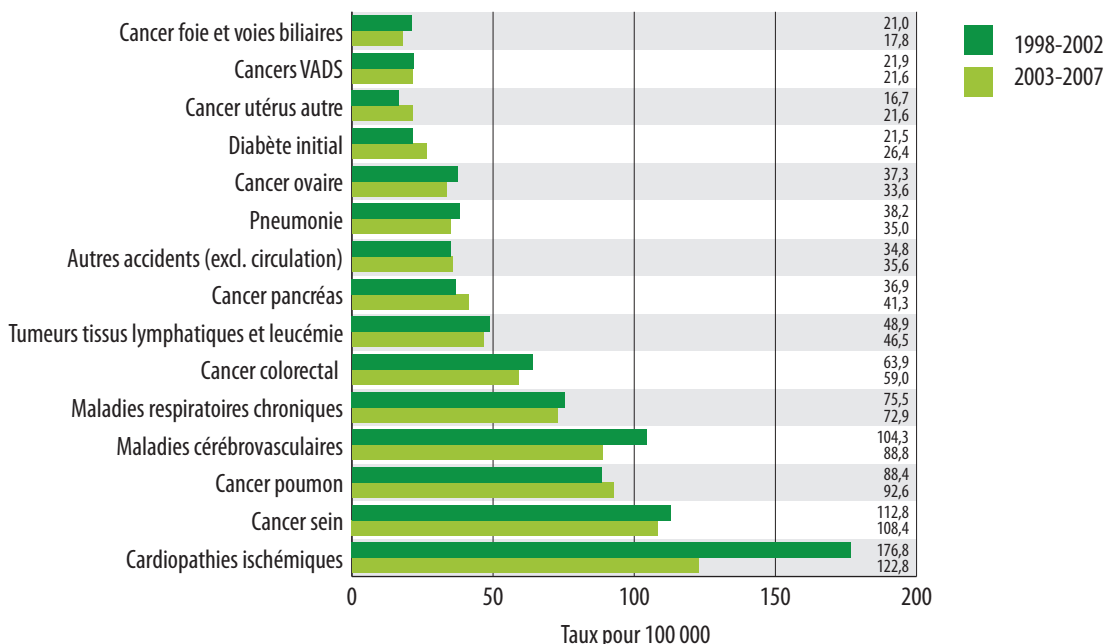


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Pour les 65-74 ans, on observe une très nette réduction des taux de mortalité par cardiopathies ischémiques. Les taux de

mortalité par cancer du poumon, du pancréas et de l'utérus, ainsi que par diabète sont en augmentation.

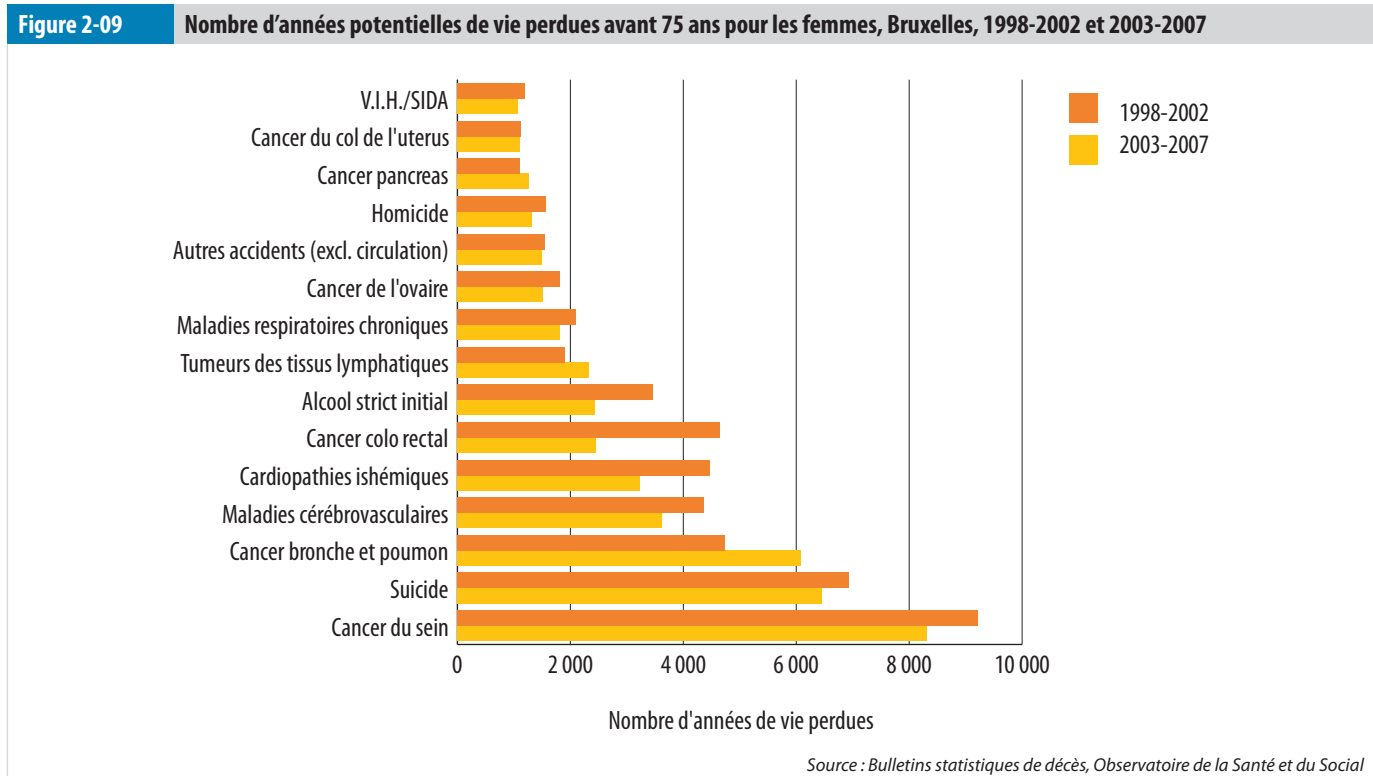
Figure 2-08 Taux de mortalité par cause pour 100 000 femmes bruxelloises de 65-74 ans, 1998-2002 et 2003-2007



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

C'est le cancer du sein qui cause le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans, devant le suicide et le cancer du poumon.

Le nombre absolu d'APVP diminue pour la plupart des causes, mais augmente fortement pour le cancer du poumon, et de manière plus modérée pour le cancer du pancréas, les tumeurs des tissus lymphatiques et le diabète.



La première cause de mortalité prématurée chez l'homme est le cancer du poumon, tandis que chez la femme, c'est le cancer du sein ; on observe cependant une diminution de ces taux de mortalité entre 1998-2002 et 2003-2007.

3. Les maladies chroniques

3.1 VUE D'ENSEMBLE DES PATHOLOGIES

3.1.1 La prévalence des maladies chroniques

Lors de l'Enquête de santé 2004, 24,6 % des Bruxellois déclarent souffrir de maladie chronique, d'une affection de longue durée ou d'un handicap (25,8 % en 1997, 25,3 % en 2001).

Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge pour atteindre 53 % des hommes et 56 % des femmes de plus de 75 ans.

Parmi les maladies chroniques les plus souvent citées, on retrouve les allergies^[5], les problèmes de dos, la migraine et l'hypertension. L'arthrose est également citée par plus d'une femme sur 10.

La proportion de personnes souffrant d'une affection chronique qui disent être suivies par un médecin pour cette affection (généraliste, spécialiste ou les deux) permet d'estimer, de manière grossière, la gravité de l'affection ou du moins les besoins ressentis^[6] en soins. La proportion de personnes suivies médicalement est la plus faible pour les migraines et les allergies.

Pour les affections telles que les douleurs dorsales, l'arthrose, l'ostéoporose, la dépression ou la fatigue chronique, les femmes déclarent plus souvent être suivies par un médecin que les hommes.

	HOMMES		FEMMES	
	Prévalence (%)	% suivi par médecin	Prévalence (%)	% suivi par médecin
<i>Maladies du système locomoteur</i>				
Affection persistante du dos	9,4	59,4	11,4	74,5
Arthrose	5,2	58,5	11,3	74,5
Rhumatisme inflammatoire, arthrite chronique, arthrite rhumatoïde	3,8	72,3	8,6	67,3
Ostéoporose	1,0	44,9	6,5	82,5
<i>Maladies cardiovasculaires</i>				
Affection cardiaque grave ou infarctus	3,1	91,6	2,6	95,3
Hypertension	8,7	89,0	12,1	84,2
<i>Maladies des voies respiratoires</i>				
Allergie	13,9	56,9	19,3	61,1
Asthme	5,0	81,2	5,9	73,6
Bronchite chronique	5,8	78,4	5,7	86,6
<i>Autres maladies</i>				
Migraine	8,0	43,6	12,5	41,9
Dépression	5,3	51,9	7,1	81,6
Fatigue chronique	4,8	55,0	6,9	70,8
Troubles thyroïdiens	1,2	83,5	5,8	83,8
Troubles prostatiques	3,6	81,3		
Ulcère de l'estomac ou duodénum	4,9	79,2	4,8	76,4
Diabète	3,0	90,8	4,2	87,4
Cataracte	2,0	71,6	3,7	76,1
Glaucome	1,9	87,0	2,2	84,5
Cancer	1,2	95,0	1,4	93,6

Source : ISP, Enquête de santé 2004

La proportion de Bruxellois qui déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques n'est pas significativement différente, après standardisation pour l'âge, de celle observée dans les autres grandes villes du pays, hormis pour les hommes wallons qui déclarent plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques.

Près d'un quart des Bruxellois – et plus de la moitié des Bruxellois âgés de plus de 75 ans – disent souffrir de maladie chronique, d'une affection de longue durée ou d'un handicap.

5 Dans le questionnaire, la notion d'allergie n'est pas spécifiée, il peut donc s'agir d'affections très variées, bénignes ou plus graves, touchant la peau (eczéma), les voies respiratoires ou le système digestif.

6 Il existe des besoins en soins qui ne sont pas « ressentis » ou qui ne se manifestent pas par une consommation de soins. Les raisons en sont multiples : méconnaissance de la gravité de l'affection ou des possibilités éventuelles de traitement, obstacles à l'accès aux soins, etc.

3.1.2 L'invalidité

Les maladies chroniques, même prise en charge, peuvent entraîner des limitations pouvant empêcher les personnes de poursuivre leur activité professionnelle. Les personnes qui sont en incapacité de travail suite à une maladie ou un accident pour une durée de plus de 12 mois peuvent être reconnues comme «invalides» et percevoir une allocation^[7]. Les maladies chroniques causent plus de 90 % des invalidités.

En 2007, 22 404 Bruxellois étaient reconnus comme invalides, ce qui représente un taux de 6,4 % des Bruxellois ayant un statut permettant de prétendre à cette reconnaissance^[8]. Ce taux est plus élevé que pour l'ensemble du pays (5,7 %) et se situe entre les taux observés en Wallonie et en Flandre (6,7 % et 5,3 %). Au cours de la période 2000-2007, le nombre absolu d'invalides a augmenté dans tout le pays mais le taux bruxellois est resté stable (6,3 % en 2000), tandis que le taux

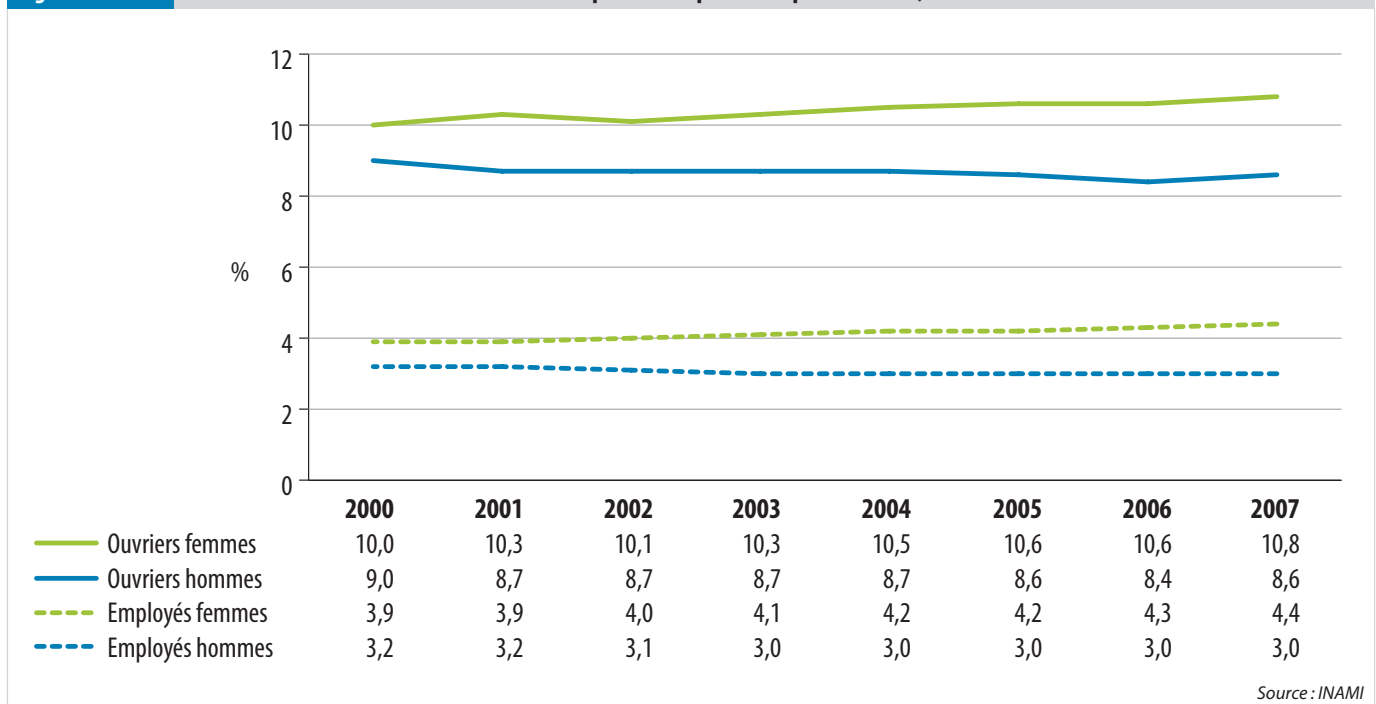
augmente dans les deux autres régions, particulièrement en Flandre (source : données INAMI 2000-2007).

Le groupe d'âge le plus touché est celui des 50-59 ans (40 % du total des invalides).

Globalement, le taux d'invalidité est en légère diminution chez les hommes depuis les années 2000, alors qu'il augmente chez les femmes : depuis 2002, le taux d'invalidité chez les femmes est supérieur à celui des hommes. Il est probable que la plus grande participation des femmes au marché du travail, le relèvement de l'âge de la pension et le type d'affection responsable de l'invalidité (voir plus loin pour les causes) expliquent en partie cette évolution (5).

Dans les deux sexes, les ouvriers sont plus touchés que les employés (9,3 % versus 3,7 %) (figure 2-10).

Figure 2-10 Évolution du taux d'invalidité des Bruxellois par sexe et par statut professionnel, 2000-2007



7 L'incapacité doit être d'au moins 66 % par rapport à la profession habituelle ou au groupe de professions dans lequel se range cette activité.

8 Les données concernant les invalidités présentées dans ce rapport concernent les personnes qui ont bénéficié d'allocations d'invalidité au 30 juin de l'année considérée. Elles ne prennent en compte que les allocations octroyées aux travailleurs salariés ou chômeurs bénéficiaires du régime d'assurance maladie-invalidité (Régime Général). Elles ne concernent donc pas les incapacités suite à une maladie professionnelle ou à un accident de travail (voir Chapitre «Adultes» dans la Partie IV «Cycle de vie»). Pour les taux, le dénominateur comprend les travailleurs salariés ou chômeurs pouvant prétendre à des indemnités d'incapacité de travail dans le régime général.

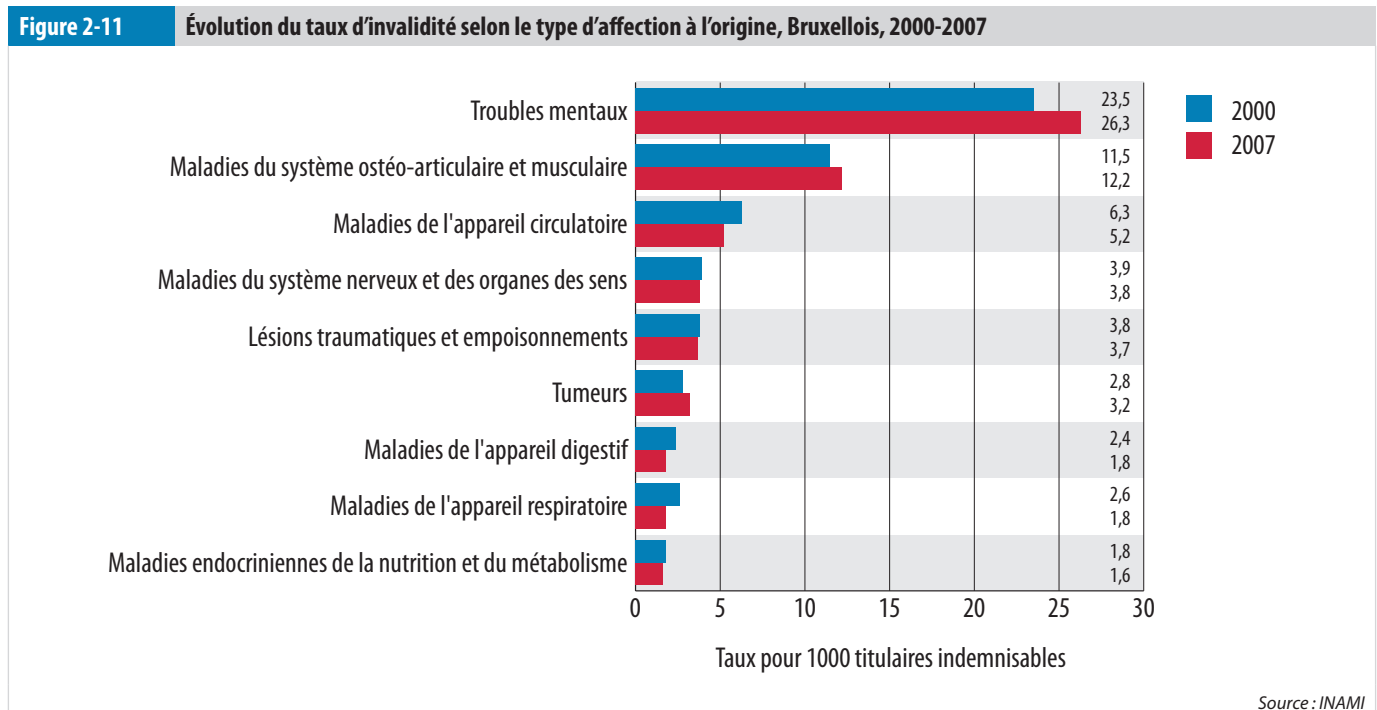
Trois pathologies expliquent à elles seules plus des deux tiers des invalidités : les troubles mentaux (de loin la plus importante cause d'invalidité), les troubles musculo-squelettiques et les maladies de l'appareil circulatoire.

Tableau 2-02 Répartition des causes d'invalidité des Bruxellois, par sexe, 2007

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre	%	Nombre	%
Troubles mentaux	4 161	38,2 %	5 096	44,3 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 017	18,5 %	2 268	19,7 %
Maladies de l'appareil circulatoire	1 163	10,7 %	665	5,8 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	621	5,7 %	705	6,1 %
Tumeurs	402	3,7 %	708	6,2 %
Maladies de l'appareil digestif	347	3,2 %	303	2,6 %
Maladies de l'appareil respiratoire	346	3,2 %	280	2,4 %
Mal. endocriniennes de la nutrition et du métabolisme	309	2,8 %	254	2,2 %
Autres affections	717	6,6 %	468	4,1 %
Lésions traumatiques et empoisonnements	819	7,5 %	481	4,2 %
Total	10 902	100,0 %	11 502	100 %

Source : INAMI

Entre 2000 et 2007, on observe une augmentation du taux d'invalidité pour les troubles mentaux, les maladies du système ostéo-articulaire et les tumeurs.



Depuis 2002, le taux d'invalidité des femmes est supérieur à celui des hommes. Les trois premières cause d'invalidités sont les troubles mentaux, les troubles musculo-squelettiques et les maladies de l'appareil circulatoire.

3.2 LES AFFECTIONS CARDIOVASCULAIRES

Les maladies du cœur et des vaisseaux sanguins ont suscité très tôt l'intérêt des épidémiologistes, en raison de l'important problème de santé publique qu'elles constituent. Les maladies liées à l'athérosclérose, qu'elles touchent le cœur, le cerveau, l'aorte ou les artères périphériques, ont fait l'objet de nombreuses études. Il en est résulté une compréhension des principaux facteurs de risque cardiovasculaire : le mode d'alimentation, l'hyper-

cholestérolémie, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension, le diabète et la sédentarité. Cependant, la traduction de ces facteurs en termes de décisions de santé publique reste une question complexe : quelles stratégies pour quels publics cibles ? Les réponses aux questions (voir encadré) ne seront pas abordées ici mais il est utile de mesurer l'importance de l'environnement socio-économique dans la genèse de ces facteurs de risque.

Stratégies de lutte contre les maladies cardio-vasculaires

Prend-on comme objectif de réduire la cholestérolémie des personnes présentant les valeurs les plus hautes, ou plutôt de réduire la moyenne de la population ? Faut-il chercher à préserver un grand nombre d'années de vie en bonne santé chez les jeunes, ou plutôt réduire la survenue à court terme d'accidents cardiovasculaires chez les personnes âgées ? Quel type de stratégie suivre : une stratégie de «l'addition» (élargir l'emploi de certains médicaments, ajouter à l'apport alimentaire de la population des nutriments particuliers,...), au risque d'aggraver l'inégalité sociale face à la santé vasculaire ; ou une stratégie de la «soustraction» (réduire l'exposition à certains facteurs de risque) ? Par qui les mesures touchant l'alimentation de la population doivent-elles être décidées (l'industrie alimentaire, les pouvoirs publics, les professionnels de santé ?). Est-il juste de faire peser la responsabilité sur les individus alors que l'on connaît l'importance de l'environnement socio-économique dans la genèse des facteurs de risque ? (6).

3.2.1 Mortalité

La diminution de la mortalité cardiovasculaire, qui s'est amorcée pendant le dernier quart du siècle dernier dans un grand nombre de pays industrialisés, repose en grande partie, mais pas seulement, sur une modification des habitudes de vie (voir encadré).

En 2007, on a enregistré en Région bruxelloise 2 874 décès par maladies cardiovasculaires, contre 3 620 en 1998. En 2007, les maladies cardiovasculaires représentent 30,7 % du total des décès chez les hommes (32,5 % en 1998) et 33,5 % du total des décès chez les femmes (38,2 % en 1998).

Avec des *taux standardisés de mortalité** de 242,0/100 000 pour les hommes et 153,6 pour les femmes^[9] (période 2003-2007), la Région bruxelloise se classe parmi les régions présentant les taux de mortalité cardiovasculaire les plus faibles d'Europe (7).

Malgré le vieillissement de la population, le taux brut de mortalité par affections cardiovasculaires diminue

sensiblement au cours des 10 dernières années, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette diminution concerne aussi bien la mortalité tout âge que la mortalité prématurée (avant 65 ans) ou entre 65 et 75 ans. La diminution du taux de mortalité cardiovasculaire totale observée entre 1998 et 2007 est de 24 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes.

Parmi les principales causes de décès cardiovasculaires, on retrouve les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires. La diminution de la mortalité cardiovasculaire totale va de pair avec la diminution de la mortalité pour ces deux types d'affections.

La diminution de la mortalité cardiovasculaire est plus marquée pour les cardiopathies ischémiques (35 % chez les hommes et 39 % chez les femmes) que pour les maladies cérébrovasculaires. Pour ces dernières, la diminution est plus marquée chez les femmes (39 %) que chez les hommes (22 %).

9 En utilisant la Population standard européenne comme population de référence.

Comment expliquer la diminution de la mortalité cardiovasculaire ?

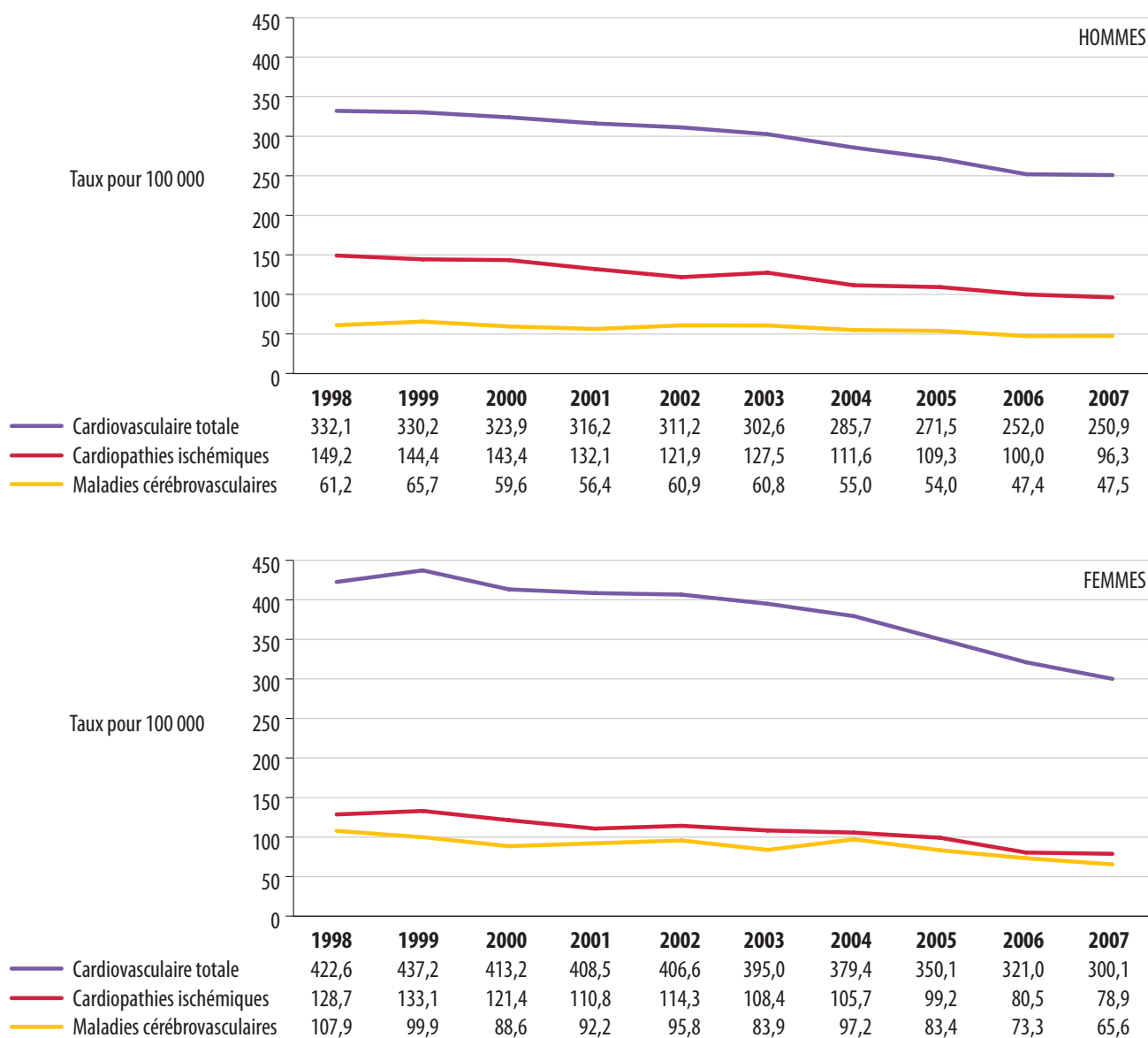
Une diminution de la mortalité par cardiopathie ischémique et maladie vasculaire cérébrale est observée dans la plupart des pays industrialisés et s'explique par les modifications des facteurs de risque classiques, comme un meilleur contrôle de l'hypertension et du diabète, une amélioration des habitudes alimentaires et une diminution du tabagisme (8-10). On observe également une diminution de la létalité^[10] de l'infarctus du myocarde, grâce à une amélioration de la prise en charge des cas aigus et de la prévention secondaire (11-13).

Etant donné le long temps de latence qui existe entre la présence de facteurs de risque et le décès, la baisse de la mortalité cardiovasculaire qui est observée depuis les années 70 reflète en partie les modifications des facteurs de risque «classiques» survenues au cours des décennies précédentes. L'augmentation actuelle de l'obésité, de la sédentarité et d'autres facteurs de risques psychosociaux pourrait modifier à terme cette tendance.

10 Le taux de létalité est le nombre de décès dus à une maladie sur le nombre de personnes atteintes par cette maladie. Il s'agit d'un indicateur de gravité de la maladie ou du problème de santé.

Figure 2-12

Évolution des taux de mortalité bruts, tout âge, par maladies cardiovasculaires totales, cardiopathies ischémiques et maladies cérébrovasculaires, Région bruxelloise, 1998-2007



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

Les cardiopathies ischémiques

Même si le poids des cardiopathies ischémiques dans la mortalité totale est en diminution ^[11], elles constituent toujours la principale cause de décès par maladies cardiovasculaires. Au cours de la période 2003-2007, elles représentent 40 % des décès cardiovasculaires chez les hommes (43 % en 1998-2002) et 27 % chez les femmes (29 % en 1998-2002).

Après standardisation selon l'âge, le taux de mortalité des hommes est deux fois plus élevé que celui des femmes.

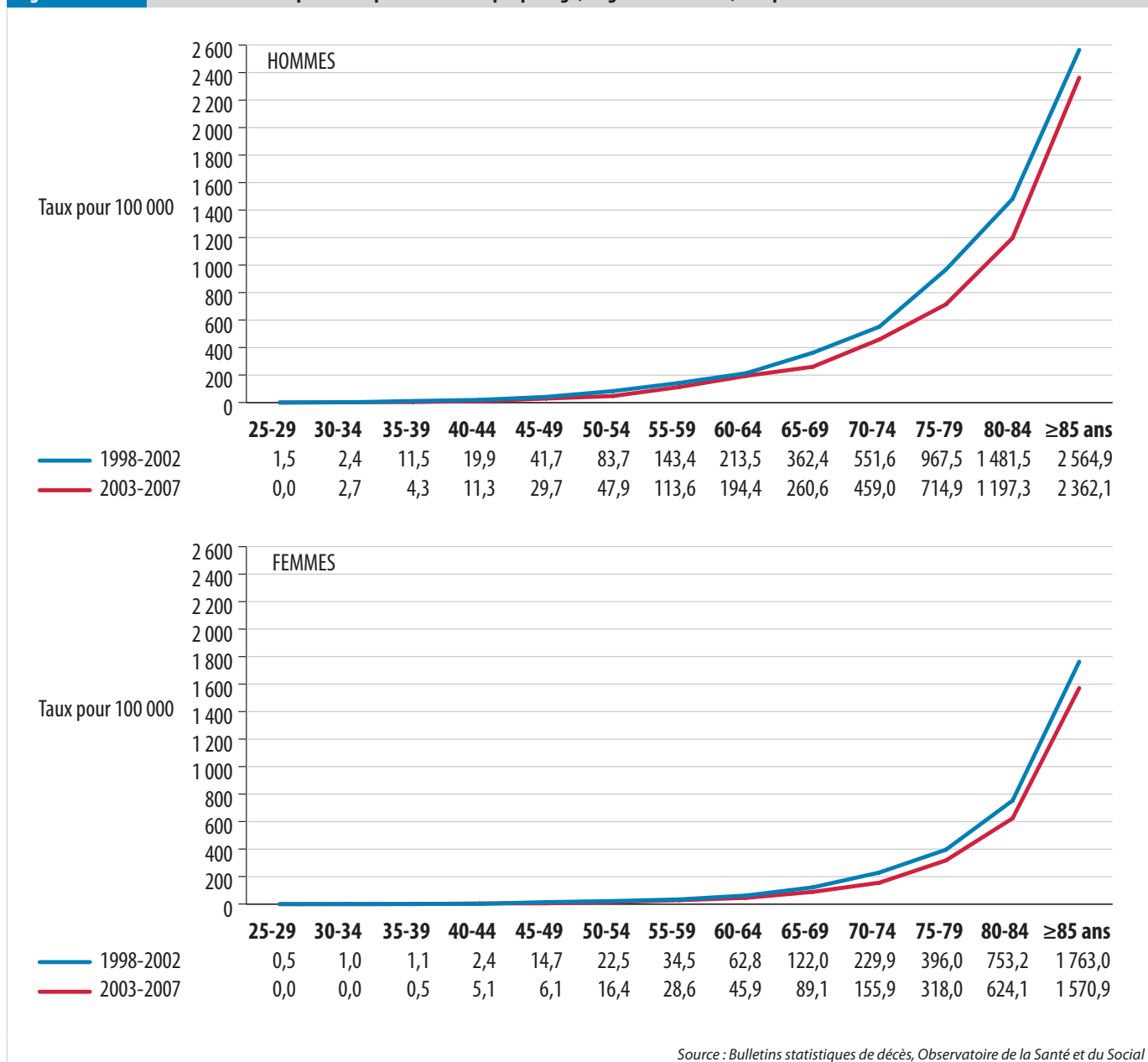
Il s'agit aussi de l'une des principales causes de décès prématuré. Pour la période 2003-2007, il s'agit de la

deuxième cause de décès avant 65 ans et la première cause entre 64 et 75 ans chez l'homme. Chez la femme, elle vient en cinquième position pour les décès avant 65 ans, mais elle représente aussi la première cause de décès entre 65 et 75 ans, avant le cancer du sein.

Le risque de décès par cardiopathie ischémique augmente avec l'âge.

Les graphiques ci-dessous montrent la réduction des taux de mortalité dans tous les groupes d'âge entre 1998-2002 et 2003-2007.

Figure 2-13 Taux de mortalité par cardiopathie ischémique par âge, Région bruxelloise, comparaison 2003-2007 et 1998-2002



11 Elles représentaient 13,9% du total des décès et 12,8% des décès avant 75 ans chez les hommes en 1998-2002 et respectivement 12,5% et 11,1% en 2003-2007. Pour les femmes également on passe de 12,1% du total des décès et 8,4% des décès avant 75 ans à respectivement 9,6% et 6,2%.

Les maladies cérébrovasculaires

Les maladies cérébrovasculaires constituent la seconde cause de décès par maladies cardiovasculaires. Elles représentent 19 % des décès cardiovasculaires chez les hommes et 23 % chez les femmes. Après standardisation selon l'âge, le taux de mortalité des hommes est un plus élevé que celui des femmes.

En 2007, on a enregistré en Région bruxelloise près de 600 décès par maladies cérébrovasculaires, ce qui représente 6,6 % du total des décès.

Pour la période 2003-2007, les maladies cérébrovasculaires sont parmi les principales causes de décès prématurés (voir figures 2-04 et 2-07).

On note une diminution des taux de mortalité par maladies cérébrovasculaires entre 1998 et 2007 (-24 % chez les hommes et -29 % chez les femmes). Cette diminution est un peu plus importante pour les moins de 65 ans (respectivement -30 % et -36 %).

Le risque de décès par maladies cérébrovasculaires augmente fortement avec l'âge. Comme pour les cardiopathies ischémiques, on observe une réduction des taux de mortalité dans tous les groupes d'âge entre 1998-2002 et 2003-2007, mais de façon moins marquée.

La Région bruxelloise présente un taux de mortalité cardiovasculaire parmi les plus faibles d'Europe.

Les cardiopathies ischémiques en constituent la première cause, suivie par les maladies cérébrovasculaires. Le taux de mortalité de ces deux types de maladies est en diminution.

3.2.2 Morbidité

Il y a très peu de données de morbidité cardiovasculaire disponibles pour la Région de Bruxelles-Capitale.

Selon l'enquête de santé 2004, 2,8 % des Bruxellois interrogés (3,1 % des hommes et 2,6 % des femmes) déclarent avoir souffert d'affection cardiaque grave ou d'un infarctus au cours des 12 derniers mois ; ces proportions sont semblables à celles observées dans les grandes villes du pays. Plus de 90 % d'entre eux sont suivis par un médecin (majoritairement par un spécialiste).

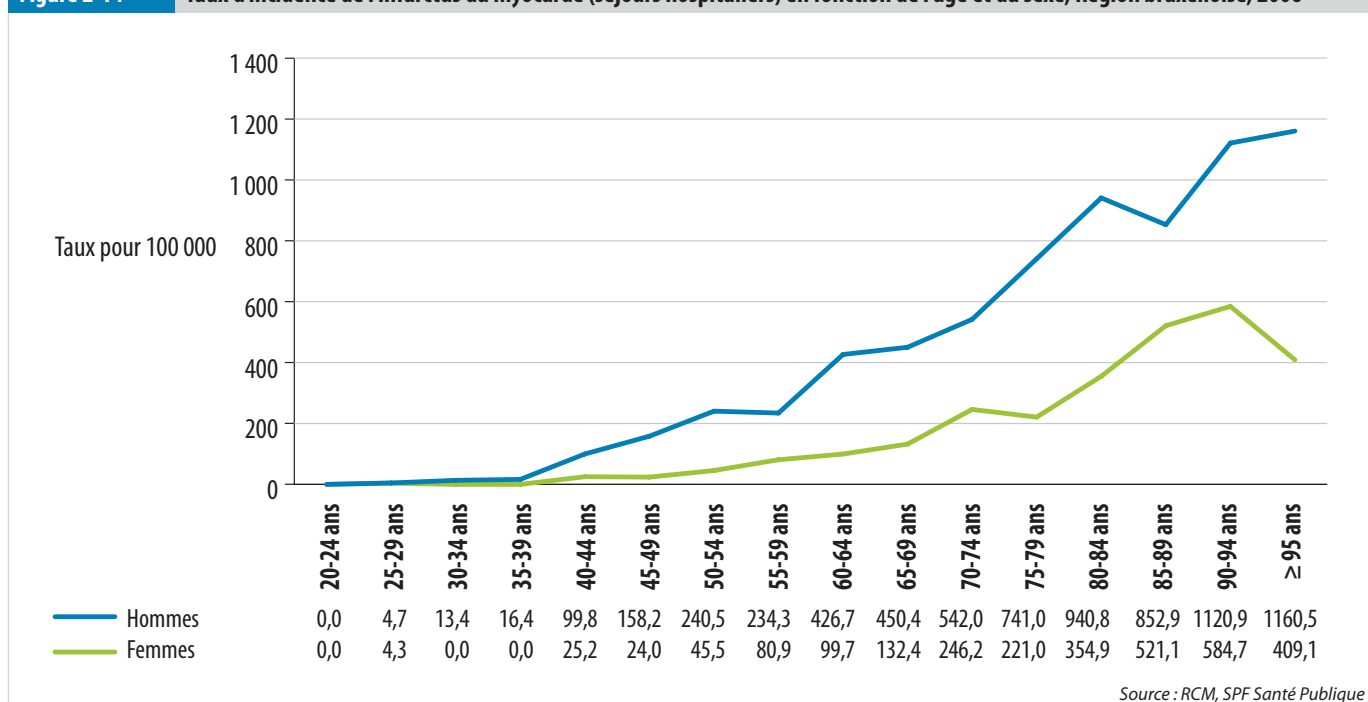
Entre 1997 et 2004, on n'observe pas d'évolution significative pour les femmes ; par contre, pour les hommes, la prévalence déclarée a diminué.

Les affections cardiovasculaires sont la troisième cause d'invalidité. En 2007, 1 828 Bruxellois (1 163 hommes et 665 femmes) étaient en incapacité de travail depuis plus d'un an pour maladie cardiovasculaire (source INAMI).

Selon les données des *Résumés Cliniques Minimum** (RCM) des hôpitaux, 1 057 séjours hospitaliers pour **infarctus aigu du myocarde** ont été enregistrés en 2006 pour les résidents bruxellois^[12] (991 en 2000). Ces informations hospitalières ne sont qu'une approximation du taux d'incidence de l'infarctus du myocarde. Elles ne prennent pas en compte les infarctus n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni ceux ayant entraîné un décès immédiat^[13].

Le taux d'incidence est plus élevé pour les hommes que pour les femmes, et ce pour tous les âges.

Figure 2-14 Taux d'incidence de l'infarctus du myocarde (séjours hospitaliers) en fonction de l'âge et du sexe, Région bruxelloise, 2006

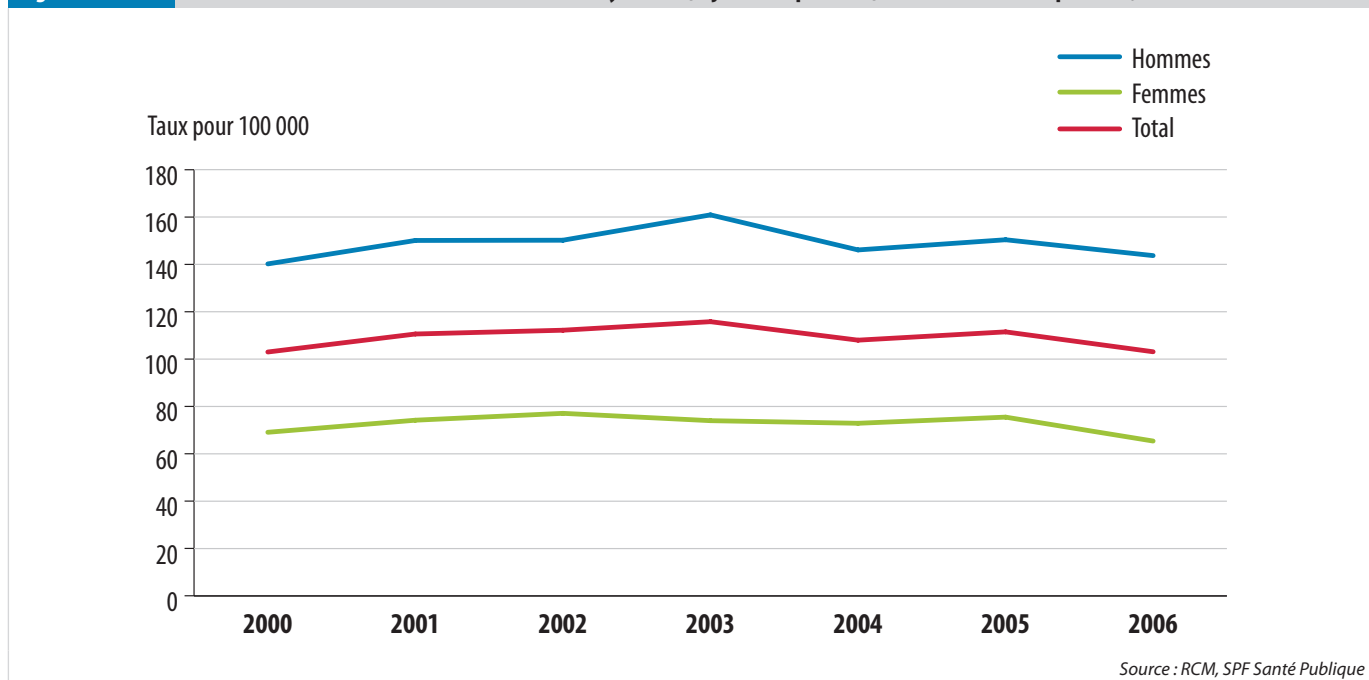


¹² Il s'agit du nombre de séjours pour premier épisode de soins pour infarctus aigu du myocarde (diagnostic principal).

¹³ C'est ce qui explique probablement en partie qu'au-delà de 70 ans, les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques sont plus élevés que les taux d'incidence mesurés sur base des séjours hospitaliers.

Entre 2000 et 2006, le taux d'incidence de l'infarctus hospitalisé n'a pas diminué, ni pour les hommes ni pour les femmes, probablement du fait du vieillissement de la population (plus de pathologie) et d'un nombre plus important de prises en charge hospitalières (étant donné la disponibilité de traitements efficaces).

Figure 2-15 Évolution du taux d'incidence d'infarctus du myocarde (séjours hospitaliers) chez les Bruxellois par sexe, 2000-2006



Selon l'Enquête de santé de 2004, 10,5 % des Bruxellois (9 % des hommes et 12 % des femmes) déclarent avoir souffert d'**hypertension** au cours des 12 derniers mois ; ces proportions sont semblables à celles observées dans les grandes villes du pays. Parmi eux, 89 % des hommes et 84 % des femmes sont suivies par un médecin (essentiellement un généraliste) et plus de 90 % prennent des médicaments

pour leur hypertension. La proportion de personnes déclarant souffrir d'hypertension augmente fortement avec l'âge : elle passe de moins de 5 % entre 25 et 34 ans, à 10 % entre 45 et 54 ans et plus de 30 % au-delà de 65 ans. On n'observe pas d'augmentation ou de diminution significative de la prévalence de l'hypertension entre 1997 et 2004.

3.3 LES CANCERS

Le cancer reste une maladie qui mobilise et inquiète l'opinion publique plus que toute autre pathologie, et s'il demeure bien la première cause de mortalité prématurée (deuxième cause de mortalité tout âge), on assiste ces dernières années à une évolution divergente : la mortalité diminue mais l'incidence, elle, augmente.

L'augmentation et le vieillissement de la population, la modification des comportements à risque (consommation alcool-tabagique, surpoids et obésité, exposition au soleil), l'intensification des pratiques de dépistage pour certains cancers et dans une moindre mesure, les progrès thérapeutiques, sont les principaux facteurs jouant un rôle dans cette évolution (14 ; 15).

L'amélioration des taux de guérison ou de rémission ont transformé le cancer en maladie chronique. Sa prise en charge pèse donc sur les services de santé (soins) mais également sur la société (invalidité) et l'entourage proche (soutien à la qualité de vie).

3.3.1 Vue d'ensemble des cancers

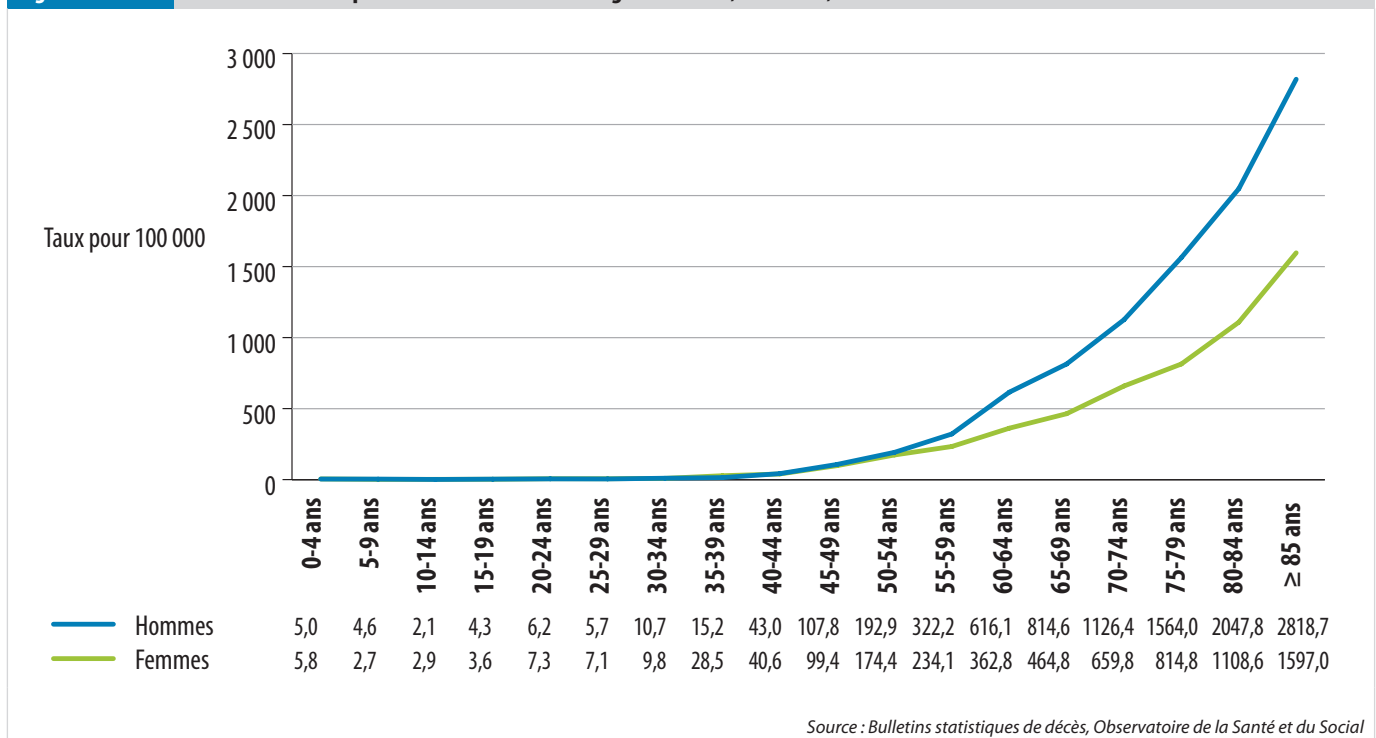
Mortalité

En 2007, 2 224 Bruxellois sont décédés des suites d'un cancer. Pour la période 2003-2007, les cancers représentent la deuxième cause de mortalité tout âge, après les maladies cardiovasculaires, tant chez les hommes (27 % du total des décès) que chez les femmes (22 % du total des décès) mais il s'agit de la principale cause de décès avant 75 ans.

Avec des taux standardisés selon l'âge de 224,3/100 000 pour les hommes, la Région bruxelloise se situe sous la moyenne européenne et parmi les régions européennes à taux relativement faible. Pour les femmes par contre, le taux standardisé de 140,7/100 000 est un peu supérieur à la moyenne européenne (7).

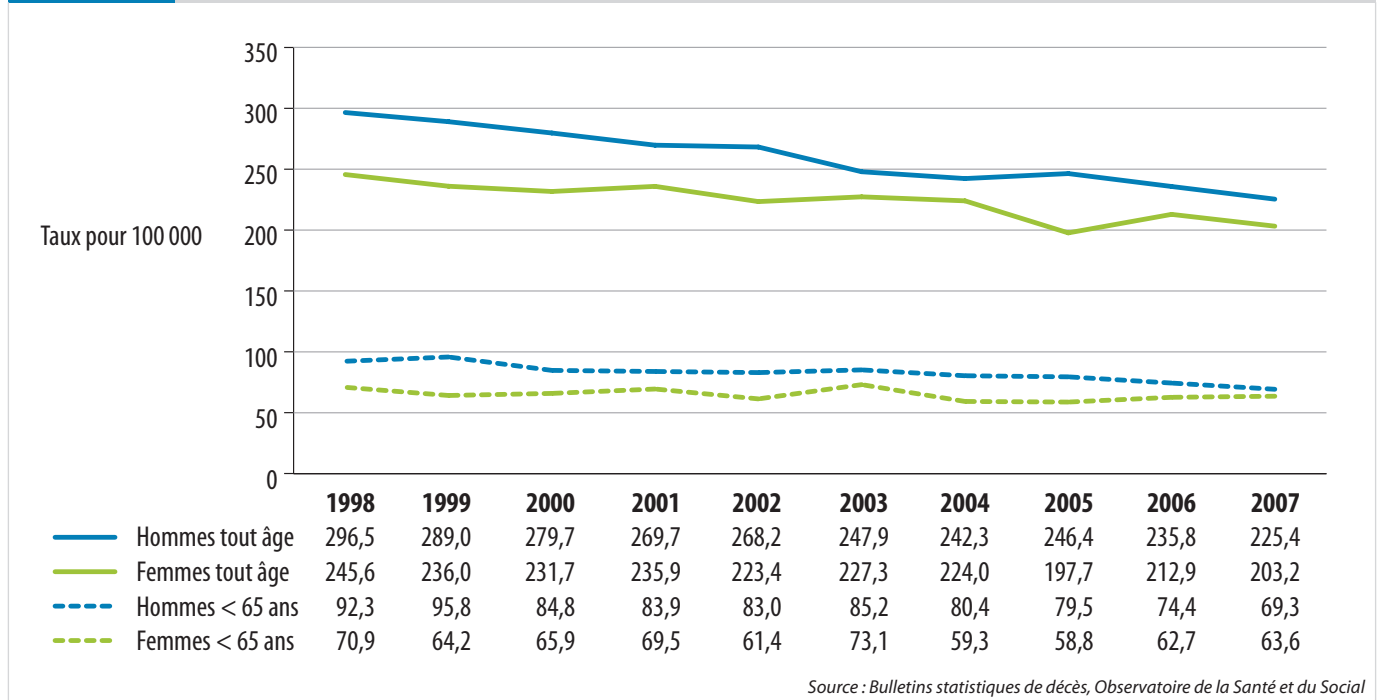
Le risque de décès par cancer est plus important pour les hommes que pour les femmes à partir de la quarantaine, et cette différence s'accroît avec l'âge.

Figure 2-16 Taux de mortalité par cancer en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2003-2007



Au cours de la période 1998-2007, le taux de mortalité totale par cancer a diminué ; la diminution est un peu plus marquée pour les hommes (-24 % entre 1998 et 2007) que pour les femmes (-17 % entre 1998 et 2007). La mortalité prématurée a diminué également.

Figure 2-17 Évolution des taux bruts de mortalité par cancer entre 1998 et 2007, par sexe, Bruxelles



Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité générale mais la mortalité par cancer est en diminution.

Le tableau ci-dessous présente les taux de mortalité par sexe pour les principaux sièges de cancer pour les périodes 2003-2007 et 1998-2002. On constate une augmentation de la mortalité par cancer du poumon et par mélanome chez les femmes.

Tableau 2-03 Taux de mortalité par type de cancer, par sexe et par période (/100 000) en Région bruxelloise (1998-2002 et 2003-2007)

Hommes	2003-2007			1998-2002		
	Tout âge	< 65 ans	65-74 ans	Tout âge	<65 ans	65-74 ans
Poumon	69,4	25,5	325,8	85,2	30,7	392,6
Colorectal	24,2	5,4	89,8	25,1	5,9	91,7
Prostate	23,7	1,6	70,0	31,3	1,9	68,6
Leucémies et lymphomes*	18,4	5,6	65,7	20,5	5,9	79,0
Pancréas	12,0	3,6	52,6	11,7	3,6	53,0
Vessie	10,6	1,5	40,9	11,9	1,9	37,5
Foie et voies biliaires	9,9	3,2	48,3	10,1	3,6	37,5
Estomac	7,9	3,4	24,8	11,1	3,4	40,4
Lèvres, bouche pharynx	7,6	4,8	32,8	10,1	6,9	27,7
Œsophage	7,2	3,1	32,8	7,8	4,1	25,4
Rein	4,7	1,2	19,8	5,5	1,8	21,3
Larynx	3,7	2,5	13,0	4,3	2,3	15,0
Mélanome	2,0	1,0	6,2	2,0	1,0	6,3
Autres	37,7	15,5	139,4	43,2	14,5	159,7
Femmes	2003-2007			1998-2002		
	Tout âge	< 65 ans	65-74 ans	Tout âge	<65 ans	65-74 ans
Sein	40,9	16,5	108,4	46,3	19,6	112,8
Poumon	31,5	13,7	92,6	27,3	10,4	88,4
Colorectal	26,6	4,8	59,0	30,3	4,9	63,9
Leucémies et lymphomes*	17,8	3,3	46,5	18,8	3,6	48,9
Pancréas	13,3	2,9	41,3	13,3	2,2	36,9
Ovaire	9,9	3,0	33,6	12,6	3,5	37,3
Utérus (sauf col)	6,6	1,0	21,6	7,2	1,6	16,7
Vessie	4,6	0,7	9,6	5,2	0,7	12,4
Foie et voies biliaires	6,4	1,1	17,8	6,7	1,0	21,0
Estomac	4,4	1,2	12,0	8,4	2,1	15,9
Rein	4,0	0,7	12,5	4,0	0,7	11,6
Œsophage	3,9	1,5	11,5	4,3	1,1	12,9
Col de l'utérus	3,1	2,1	6,7	3,6	2,2	8,2
Lèvres, bouche, pharynx	3,0	1,2	8,6	2,9	1,4	6,4
Mélanome	2,4	1,0	8,2	2,1	1,1	4,7
Larynx	0,8	0,7	1,4	0,7	0,5	2,6
Autres	33,5	8,3	72,0	40,7	9,6	97,8

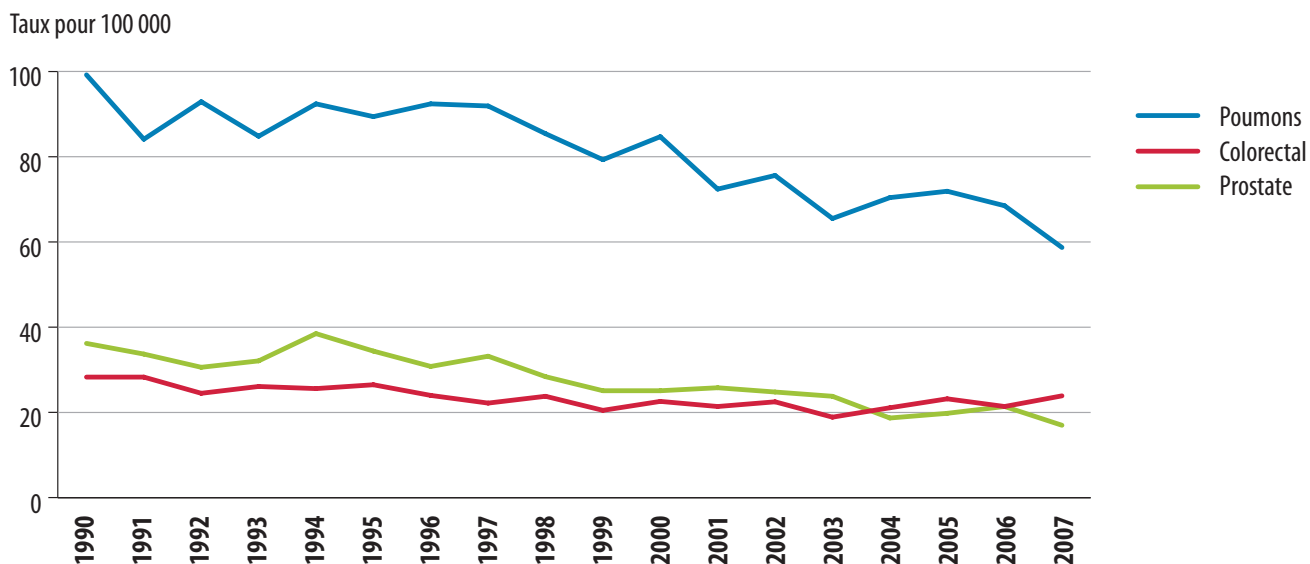
* La dénomination exacte est : Tumeurs malignes des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés.
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les graphiques ci-dessous montrent l'évolution de la mortalité liée aux trois principaux sièges de cancers depuis 1990 après standardisation selon l'âge^[14] pour les hommes et les femmes. Pour les hommes, on observe une diminution constante de la mortalité par cancer du poumon et par cancer de la prostate. L'évolution de la mortalité par cancer colorectal est moins nette: elle a légèrement diminué jusqu'en 2003 pour ensuite se stabiliser.

Pour les femmes, on observe une diminution générale de la mortalité par cancer du sein mais une augmentation de la mortalité par cancer du poumon. Les taux de mortalité standardisés pour ces deux causes sont actuellement très proches. La mortalité par cancer colorectal reste relativement stable.

Figure 2-18

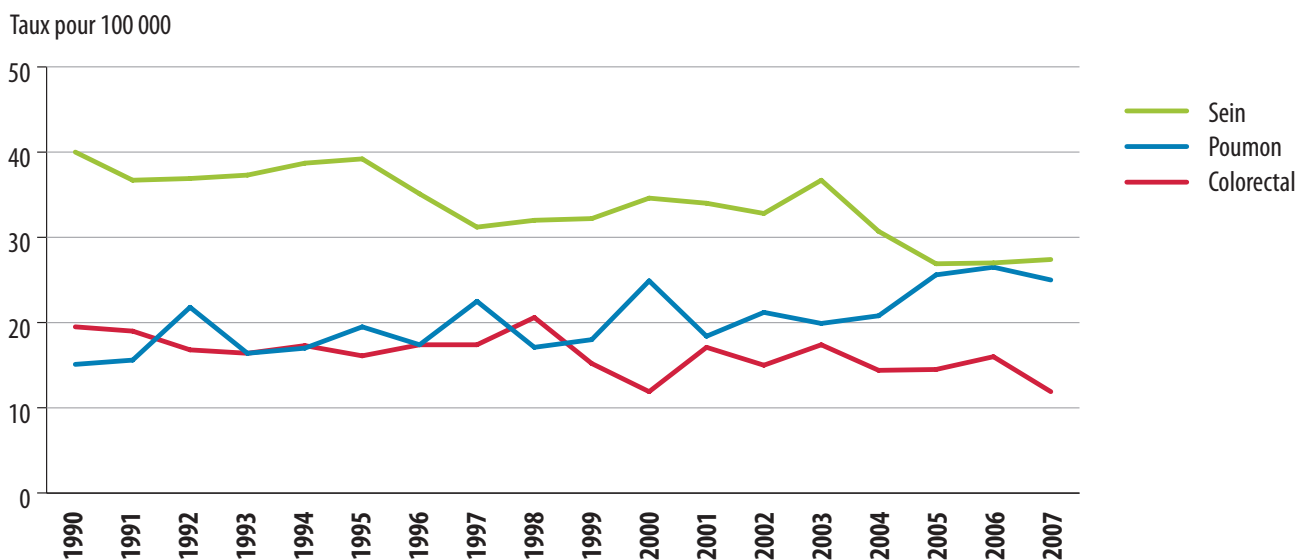
Évolution des taux de mortalité standardisés par cancer du poumon, colorectal et de la prostate chez l'homme, Région bruxelloise, 1990-2007



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

Figure 2-19

Évolution des taux de mortalité standardisés par cancer du sein, du poumon et colorectal chez la femme, Région bruxelloise, 1990-2007



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

La mortalité par cancer du poumon et par cancer de la prostate sont en diminution constante chez l'homme, mais restent parmi les principales causes de décès masculin par cancer. Chez la femme, la mortalité par cancer du sein diminue, le cancer du poumon est devenu la deuxième cause de mortalité par cancer.

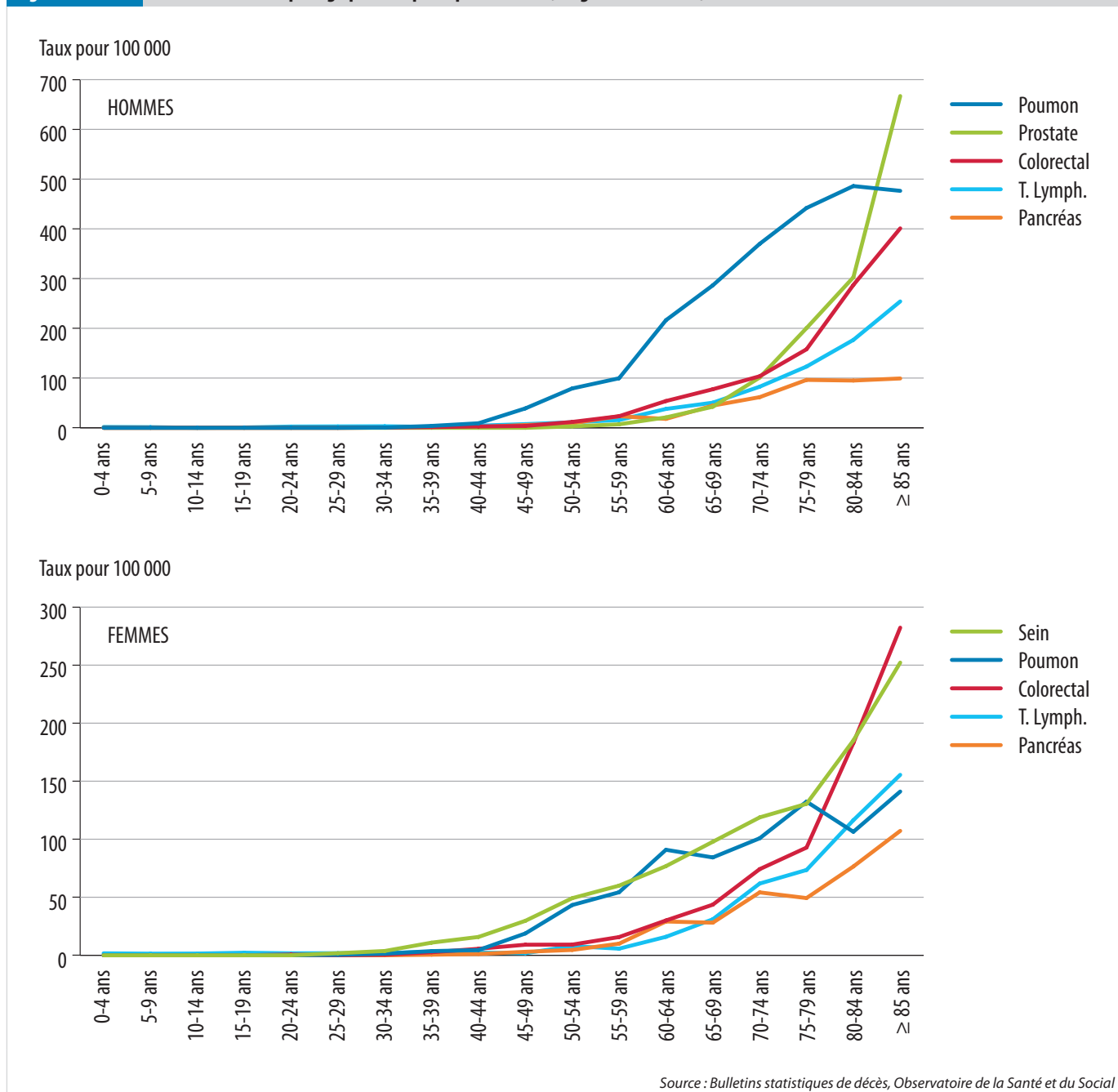
14 Population de référence = Population standard européenne

Les décès liés aux différents types de cancers surviennent à des âges plus ou moins avancés.

Pour les hommes, à l'exception des tumeurs lymphatiques qui surviennent dès l'enfance mais avec des taux de mortalité faible, le cancer du poumon est celui qui présente les taux de mortalité les plus précoces et les plus élevés jusqu'à 80 ans ; à partir de cet âge, c'est le cancer de la prostate qui présente les taux les plus élevés.

Pour les femmes, le cancer du sein présente les taux de mortalité les plus précoces (à l'exception des tumeurs lymphatiques) et les plus élevés jusqu'à 80 ans. On note cependant l'augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon dès la quarantaine, et ils dépassent même ceux du cancer du sein entre 60 et 64 ans.

Figure 2-20 Taux de mortalité par âge pour les principaux cancers, Région bruxelloise, 2003-2007



Selon le Registre du cancer, 5 005 cas de cancer ont été diagnostiqués en 2005 en Région bruxelloise (4 995 en 2004) ce qui représente 8,8 % des cas de cancer diagnostiqués en Belgique^[16]. Le nombre absolu de cancers est stable, mais il est difficile de tirer des conclusions sur les raisons de cette stabilité pour ces deux premières années d'analyse^[17]. En Flandre, où un registre performant fonctionne depuis de nombreuses années, on assiste à une augmentation régulière des cas depuis 1999, augmentation cependant moindre que ce que laisserait prédire le vieillissement de la population (14).

Après ajustement pour l'âge, le taux d'incidence varie peu entre les régions du pays. L'incidence légèrement plus basse à Bruxelles chez les hommes est probablement à mettre en rapport avec l'incidence moindre du cancer de la prostate, et l'incidence plus élevée chez les femmes avec une incidence plus élevée du cancer du sein (14). Il est possible que des pratiques différentes de dépistage entre les régions pour ces années (dépistage moins important en Région bruxelloise pour le cancer de la prostate, et plus important pour le cancer du sein) influence l'incidence de ces deux cancers.

On peut comparer les taux standardisés ci-dessus aux taux observés en France en 2005 (539,8/100 000 pour les hommes et 343,1 pour les femmes) (16) et à ceux observés aux Pays-Bas pour la même année (470/100 000 chez les hommes et 380 chez les femmes) (17).

Les quatre cancers les plus fréquents chez l'homme sont celui de la prostate, du poumon, le cancer colorectal et les leucémies et lymphomes ; chez la femme, ce sont le cancer du sein, le cancer colorectal, les leucémies et lymphomes, et le cancer du poumon. Ces cancers sont également, dans chaque sexe, les cancers les plus meurtriers.

Cependant, les cancers les plus incidents ne sont pas toujours les plus meurtriers.

Par exemple chez l'homme, le cancer de la prostate représente en 2004-2005 près d'1/4 des cancers mais moins d'un décès sur 10 par cancer ; le cancer du poumon, responsable de près d'1/3 des décès par cancer, représente 17 % des nouveaux cas de cancer.

Chez la femme, le cancer du sein représente plus d'1/3 des cancers et est responsable de moins d'un décès sur 5 par cancer.

Dans les deux sexes, le poids en termes de mortalité des cancers du foie et du pancréas dépasse leur poids en termes d'incidence.

Tableau 2-04 Incidence des tumeurs invasives par sexe et par région, Belgique, 2004-2005		
	Taux d'incidence brut /100 000	Taux d'incidence standardisé* /100 000
HOMMES		
Région bruxelloise	520,6	502,1
Région flamande	597,1	521,9
Région wallonne	653,7	521,6
Belgique	622,9	520,6
FEMMES		
Région bruxelloise	477,8	396,5
Région flamande	495,2	370,9
Région wallonne	469,4	369,6
Belgique	485,1	372,4

* European Standardised Rate
Source : Fondation Registre du cancer, 2008

15 La Fondation Registre du Cancer (www.registreducancer.org) a publié fin 2008 les chiffres de l'incidence du cancer en Belgique pour les années 2004 et 2005 ; les données et interprétations présentées dans ce paragraphe sont issues de cette publication (14).

16 La Belgique est un des pays d'Europe où l'on retrouve la plus haute incidence de cancer, incidence en grande partie expliquée par une incidence très élevée du cancer de la prostate chez l'homme, du cancer du sein et du cancer tête et cou chez la femme.

17 L'inclusion de cas *prévalents** (et non seulement *incidents**) en début de registre peut artificiellement augmenter l'incidence du cancer. De plus, le risque de cancer augmentant avec l'âge, un vieillissement de la population augmente le nombre de cancers.

Tableau 2-05

Taux d'incidence brut et standardisé, proportion (%) des cancers incidents et de la mortalité par cancer, par cause et par sexe, Région bruxelloise, 2004-2005

	Incidence brute /100 000	Incidence standardisée* /100 000	% cancers incidents	% décès par cancer
HOMMES				
Prostate	133,0	125,7	24,0	9,3
Poumon et larynx	95,7	96,3	17,3	31,8
Colorectal	66,3	62,9	12,0	10,1
Leucémies et Lymphomes	46,2	44,6	8,3	7,1
Vessie	29,7	26,5	5,4	4,3
Lèvre, bouche, pharynx	22,7	24,5	4,1	2,9
Estomac	14,7	13,6	2,7	3,6
Rein	12,6	12,3	2,3	2,2
Mélanome	12,4	11,7	2,2	0,8
Œsophage	10,1	10,3	1,8	3,0
Pancréas	8,8	8,3	1,6	4,7
Foie et voies biliaires	5,1	4,9	0,9	4,1
FEMMES				
Sein	174,1	158,5	35,0	19,4
Colorectal	65,6	42,7	13,2	12,5
Leucémies et Lymphomes	39,2	30,7	7,9	8,3
Poumon et larynx	35,4	30,4	7,1	15,6
Utérus	20,8	15,9	4,2	3,5
Mélanome	16,4	14,5	3,3	1,1
Ovaire	15,0	12,7	3,0	4,6
Col de l'utérus	12,2	11,1	2,4	1,5
Lèvre, bouche, pharynx	10,2	8,9	2,0	1,8
Vessie	7,7	5,1	1,5	1,7
Estomac	7,4	5,0	1,5	2,1
Pancréas	7,3	5,5	1,5	6,0
Rein	6,1	5,4	1,2	2,2
Œsophage	4,6	3,9	0,9	1,8
Foie et voies biliaires	3,4	2,5	0,7	2,5

* suivant population européenne

Source : Registre du cancer, Bulletins statistiques de décès.

La distribution des types de cancer varie avec l'âge et la région de résidence (pour plus de détails, se référer à la publication 2008 du Registre du cancer, (14)).

Selon l'Enquête de santé 2004, 1,3 % des Bruxellois interrogés (1,2 % des hommes et 1,4 % des femmes) déclarent avoir souffert d'un cancer au cours des 12 derniers mois. Plus de 90 % de ces personnes sont suivies par un médecin, essentiellement par un spécialiste.

3.3.2 Le cancer du poumon

Le cancer du poumon reste la cause la plus fréquente de mortalité par cancer en Europe.

Cependant même si ce cancer reste difficile à traiter, la connaissance du lien étroit existant entre cancer du poumon et consommation tabagique ouvre des opportunités préventives.

Tabagisme et société

Dans nos sociétés, le tabagisme a longtemps été un privilège masculin. Chez les femmes, la consommation tabagique a augmenté parallèlement au changement de leur rôle social (émancipation, travail, loisir...) (7). Si le tabagisme était réservé dans les années 30 aux citadines aisées et cultivées, il se répand après la deuxième guerre mondiale dans toutes les couches de la société et est actuellement plus élevé dans les classes sociales défavorisées (18 ; 19).

Cette évolution n'est pas propre à la Belgique mais est également observée en Grande-Bretagne, en France et aux États-Unis (20).

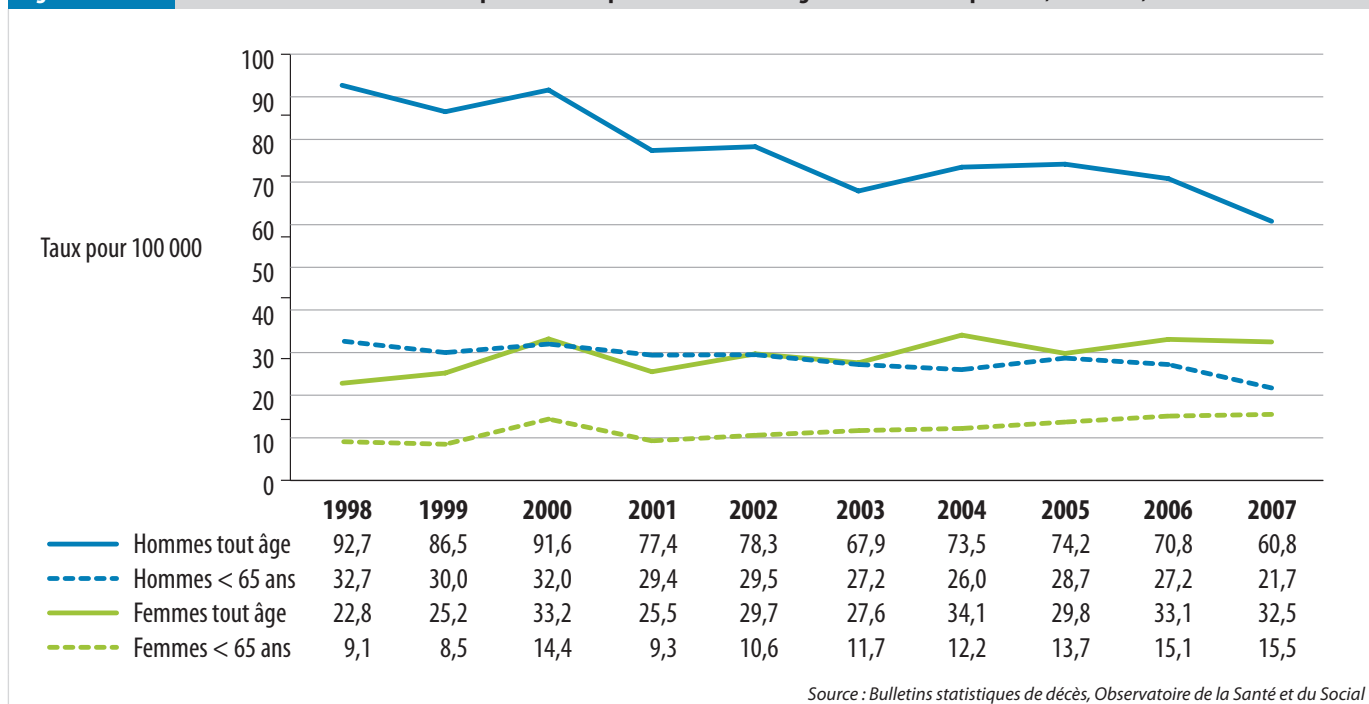
Les campagnes d'information ont bien entraîné une diminution du tabagisme chez l'homme mais pas chez la femme et les facteurs en sont complexes (cibles des campagnes, rôle du tabagisme, acceptation dans son propre réseau social...) ; l'histoire de la mortalité par cancer du poumon reflète avec délai ces évolutions.

Mortalité

Le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier chez les hommes (305 décès à Bruxelles en 2007) ; il vient en seconde place chez les femmes (175 décès en 2007), après le cancer du sein.

Entre 1998 et 2007, le taux de mortalité par cancer du poumon diminue très nettement chez les hommes, tandis qu'il augmente chez les femmes. Ces évolutions concernent aussi bien la mortalité tout âge que la mortalité avant 65 ans.

Figure 2-21 Évolution des taux de mortalité par cancer du poumon bruts tout âge et avant 65 ans par sexe, Bruxelles, 1998-2007



Pour la période 2003-2007, après standardisation pour l'âge, le taux de mortalité des hommes est trois fois plus élevé que celui des femmes. La différence hommes/femmes est moins importante pour les plus jeunes et elle diminue avec le temps (sex-ratio de 4 en 1998-2002).

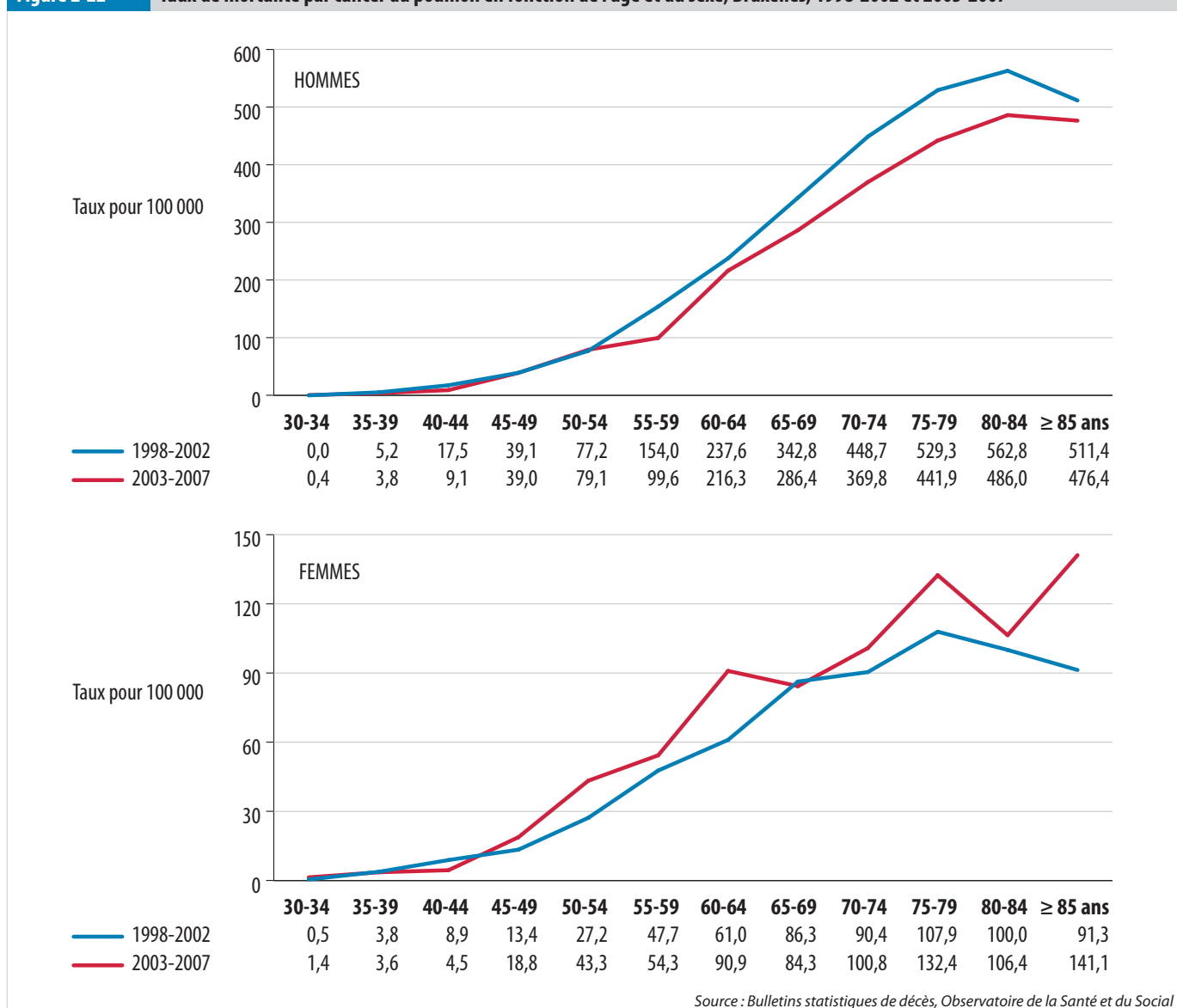
Avec un taux standardisé de 71,0 pour 100 000 hommes^[18], la Région bruxelloise se situe dans la moyenne des régions européenne, et proche des taux enregistrés dans des régions urbaines telles que l'Ile de France, Londres, Berlin ou Madrid. Par contre, avec un taux standardisé de 25,0 pour 100 000 femmes, le taux de mortalité par cancer du poumon chez les femmes en Région bruxelloise est parmi les taux les plus élevés de l'Union européenne, bien au dessus des taux enregistrés en Ile de France et dans le reste de la France ou dans toutes les régions du sud de l'Europe. On retrouve des

taux élevés également dans des régions urbaines du nord de l'Europe telles que Hambourg ou Berlin, les Pays-Bas, Londres ou Stockholm (7).

Le risque de décéder d'un cancer du poumon augmente avec l'âge, mais comparé aux autres décès par cancer, le cancer du poumon concerne aussi des personnes plus jeunes. Pour la période 2003-2007, environ un tiers des décès concernent des personnes de moins de 65 ans (32,3 % pour les hommes, 35,6 % pour les femmes).

La comparaison de l'évolution des taux de mortalité par âge entre la période 1998-2002 et la période 2003-2007 met bien en évidence la réduction de la mortalité dans tous les groupes d'âge au-delà de 55 ans chez les hommes, et l'augmentation de la mortalité chez les femmes dès 45 ans.

Figure 2-22 Taux de mortalité par cancer du poumon en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



18 Pour les comparaisons européennes, on utilise la classification européenne qui regroupe le cancer du poumon et de la trachée avec le cancer du larynx (C32 à C34). Les autres taux présentés dans cette partie concernent le cancer du poumon et de la trachée uniquement (C33-C34).

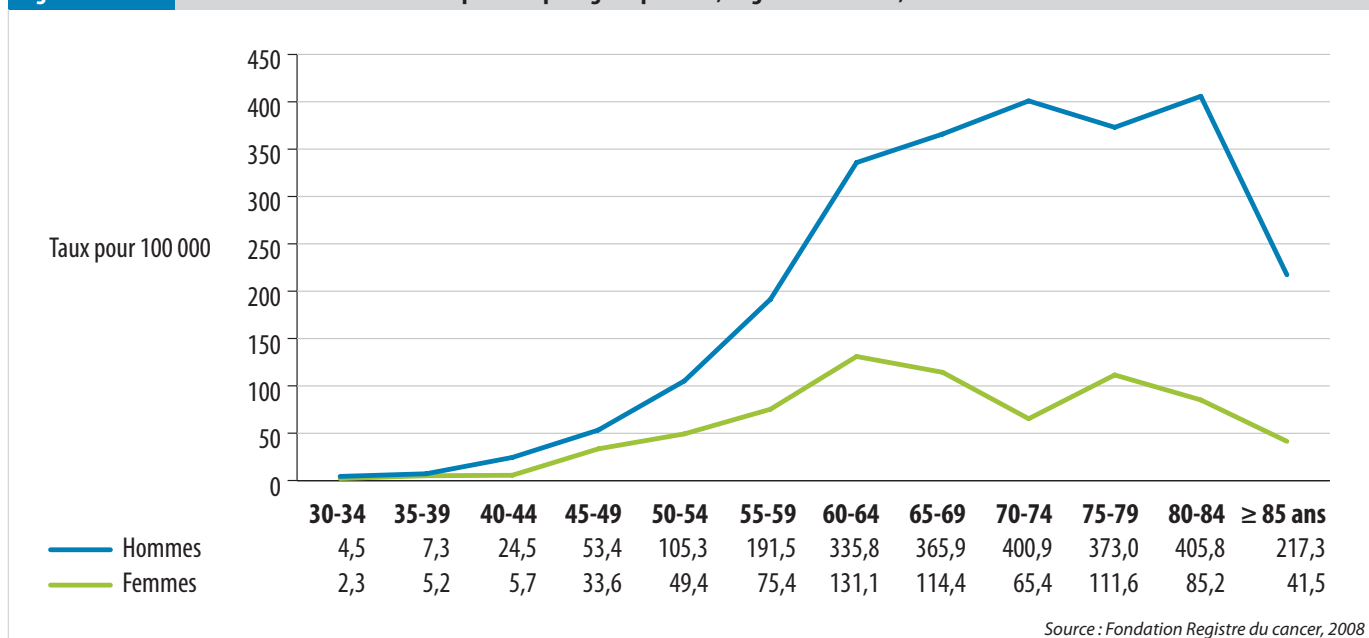
La mortalité par cancer du poumon en Région bruxelloise diminue chez l'homme et augmente chez la femme, pour qui elle est parmi les plus élevées des pays de l'Union européenne. Ces évolutions ont un lien avec les modifications des habitudes tabagiques.

Morbidité

En 2005, 560 nouveaux cas de cancer du poumon ont été diagnostiqués chez des Bruxellois (598 en 2004) dont 396 chez des hommes. C'est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième chez la femme.

Le taux d'incidence pour la période 2004-2005 est de 83,8 pour 100 000 chez les hommes et de 33,4 chez les femmes. Le taux d'incidence augmente avec l'âge. On n'a pas enregistré de cas avant 30 ans et jusqu'à 40 ans, le risque de cancer du poumon est comparable chez les hommes et chez les femmes.

Figure 2-23 Taux d'incidence du cancer du poumon par âge et par sexe, Région bruxelloise, 2005



Des données concernant l'évolution de l'incidence dans le temps ne sont pas encore disponibles en Région bruxelloise mais, étant donné le taux de survie faible pour le cancer du poumon, l'évolution de la mortalité reflète bien l'évolution de l'incidence, à savoir une diminution de l'incidence chez les hommes et une augmentation chez les femmes.

Comme pour le taux de mortalité, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes bruxelloises est élevé. Après standardisation selon l'âge, il est plus élevé que dans le reste du pays (voir tableau 2-6) et qu'en France (17,5/100 000 en 2005, (16)) mais plus faible que dans d'autres régions européennes du Nord comme les Pays-Bas (33,0/100 000 en 2006, (17)).

Tableau 2-06 Incidence des cancers du poumon par sexe et par région, Belgique, 2004-2005

	Taux d'incidence brut	Taux d'incidence standardisé*
HOMMES		
Région bruxelloise	83,8	83,6
Région flamande	108,1	84,6
Région wallonne	106,1	92,0
Belgique	105,1	86,8
FEMMES		
Région bruxelloise	33,4	28,6
Région flamande	27,6	20,8
Région wallonne	29,9	24,7
Belgique	28,9	22,7

* suivant population européenne
Source : Fondation Registre du cancer, 2008

3.3.3 Cancer du sein chez les femmes

Le cancer du sein résulte de multiples facteurs environnementaux et héréditaires. Si certains facteurs de risques restent encore débattus, comme l'alimentation, l'obésité ou la consommation d'alcool, les principaux facteurs de risque sont liés à une exposition endogène aux œstrogènes. On estime qu'en Europe, plus de la moitié des cancers du sein sont attribuables à des facteurs comme : avoir peu ou pas d'enfants, une première grossesse plus tardive, l'absence d'allaitement maternel, une ménarche précoce et/ou une ménopause tardive. Les traitements hormonaux de substitution à la ménopause ont également accru le risque de cancer du sein (21).

Le développement de programmes de dépistage peut également influencer le nombre de cancers diagnostiqués et leur évolution ; leur impact sur la réduction de la mortalité par cancer du sein reste encore débattu (22). Les progrès thérapeutiques influencent bien entendu la mortalité.

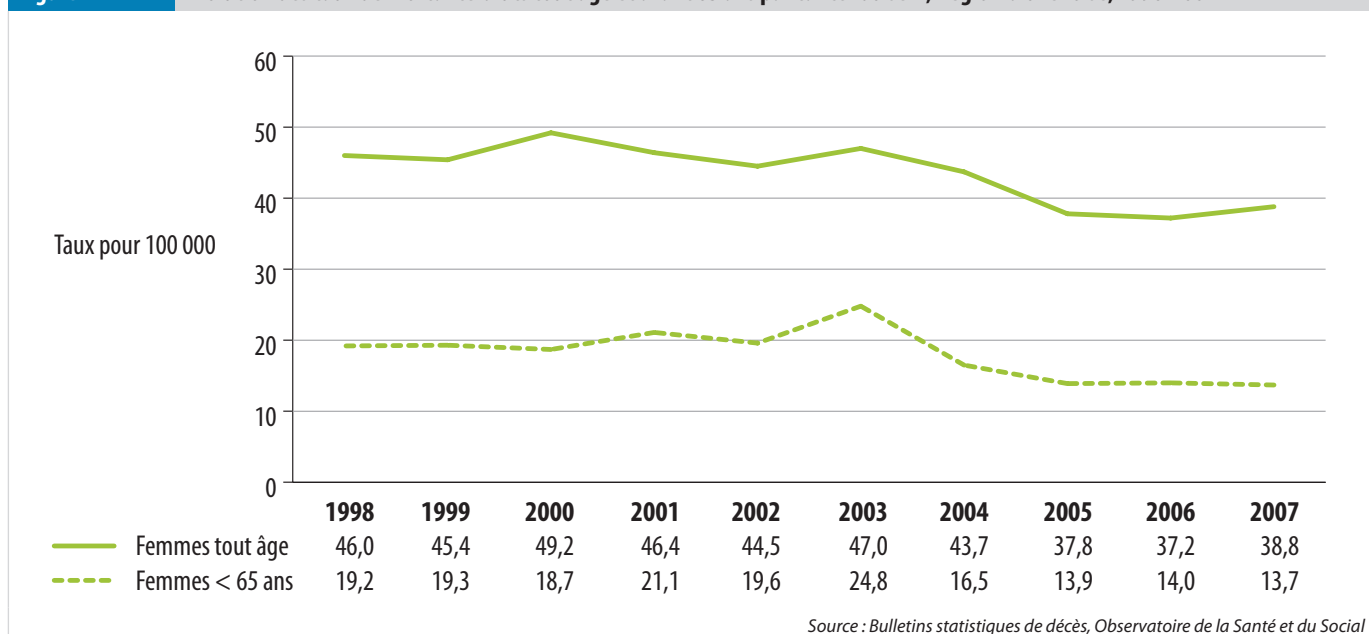
Mortalité

Le cancer du sein est le cancer le plus meurtrier chez la femme (209 décès bruxellois en 2007, 19% des décès par cancer) : c'est la première cause de décès par cancer, la première cause de décès prématuré chez la femme et la deuxième cause de décès entre 65 et 74 ans après les cardiopathies ischémiques.

Entre 1998 et 2007, 2 244 femmes bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein, soit 224 femmes par an en moyenne.

Au cours des dix dernières années, on enregistre une diminution du taux brut de mortalité par cancer du sein, qui s'explique par le rajeunissement de la population bruxelloise.

Figure 2-24 Évolution des taux de mortalité bruts tout âge et avant 65 ans par cancer du sein, Région bruxelloise, 1998-2007



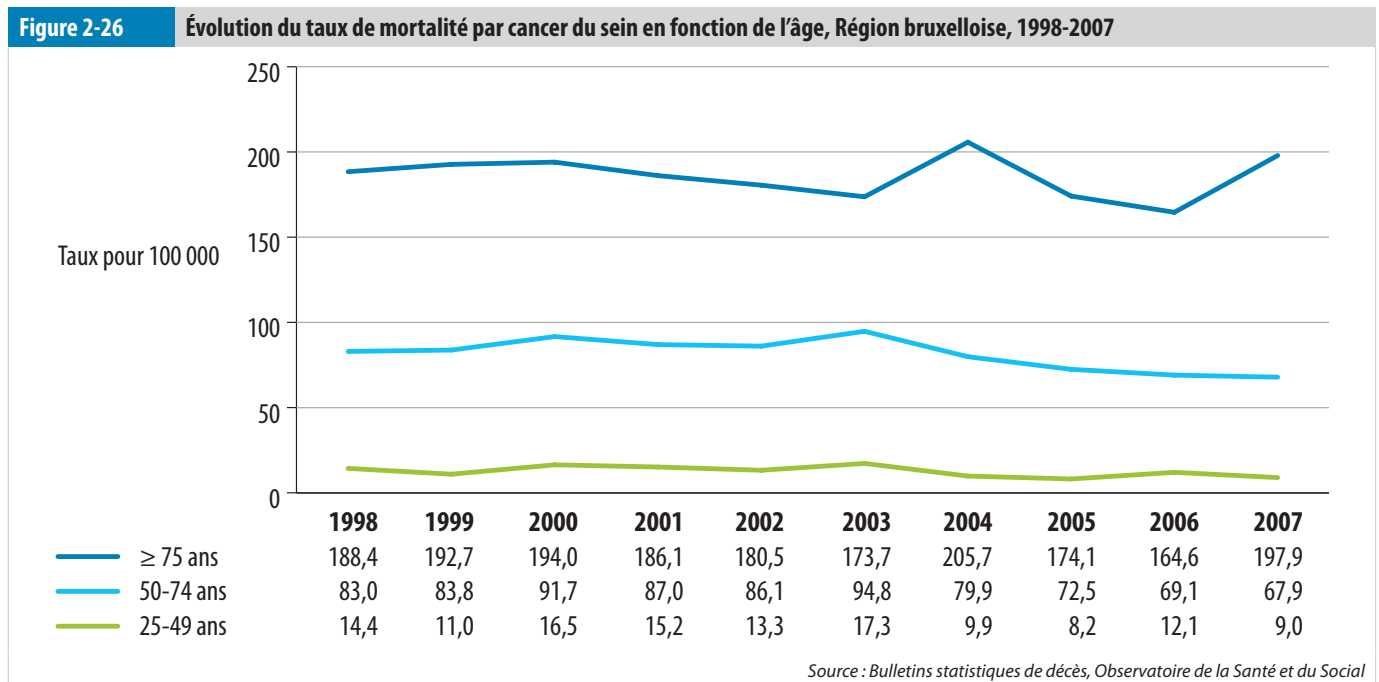
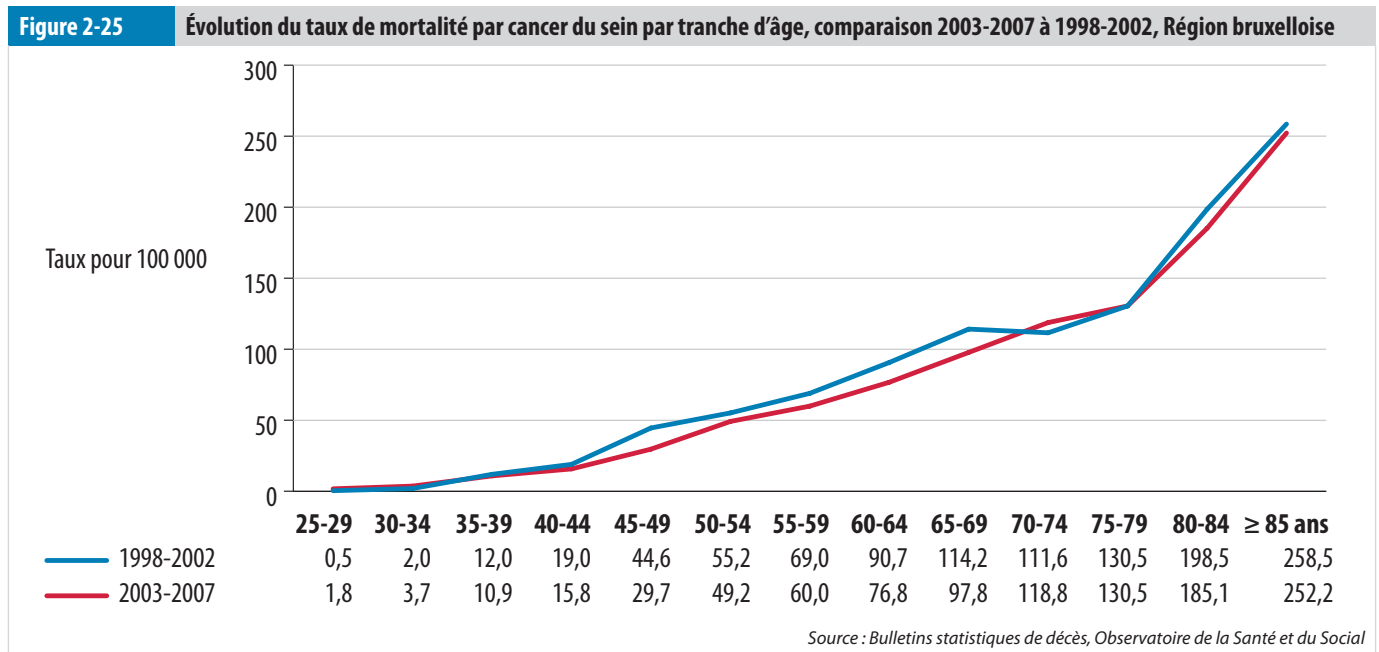
Le risque de décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge, la mortalité après 70 ans étant entre 15 et 20 fois supérieure à la mortalité entre 20 et 49 ans.

La comparaison des taux de mortalité par âge entre la période 1998-2002 et la période 2003-2007 montre une réduction de la mortalité surtout entre 40 et 70 ans.

Pour suivre l'évolution de la mortalité en lien avec le programme de dépistage (qui s'applique aux femmes de 50 à 69 ans), il est important de distinguer trois groupes d'âge :

les décès avant 50 ans qui ne peuvent être influencés par le programme de dépistage (10 % des décès par cancer du sein en 2003-2007) ; les décès entre 50-74 ans dans la tranche d'âge où un impact du programme sur la mortalité pourrait se marquer (44 % des décès) ; et les décès au-delà de 75 ans en principe beaucoup moins influencés par le dépistage (46 % des décès).

On observe, comme dans d'autres pays, que la mortalité pour les 50-74 ans diminue depuis 2003, soit avant que le programme de dépistage ne puisse avoir un impact (23-25).



Avec un taux de mortalité standardisé de 29,7 pour 100 000, la Région bruxelloise fait partie des régions européennes présentant les taux les plus élevés (7), comme la Flandre, les Pays-Bas, le Danemark, la région urbaine de Londres ou le Nord de la France.

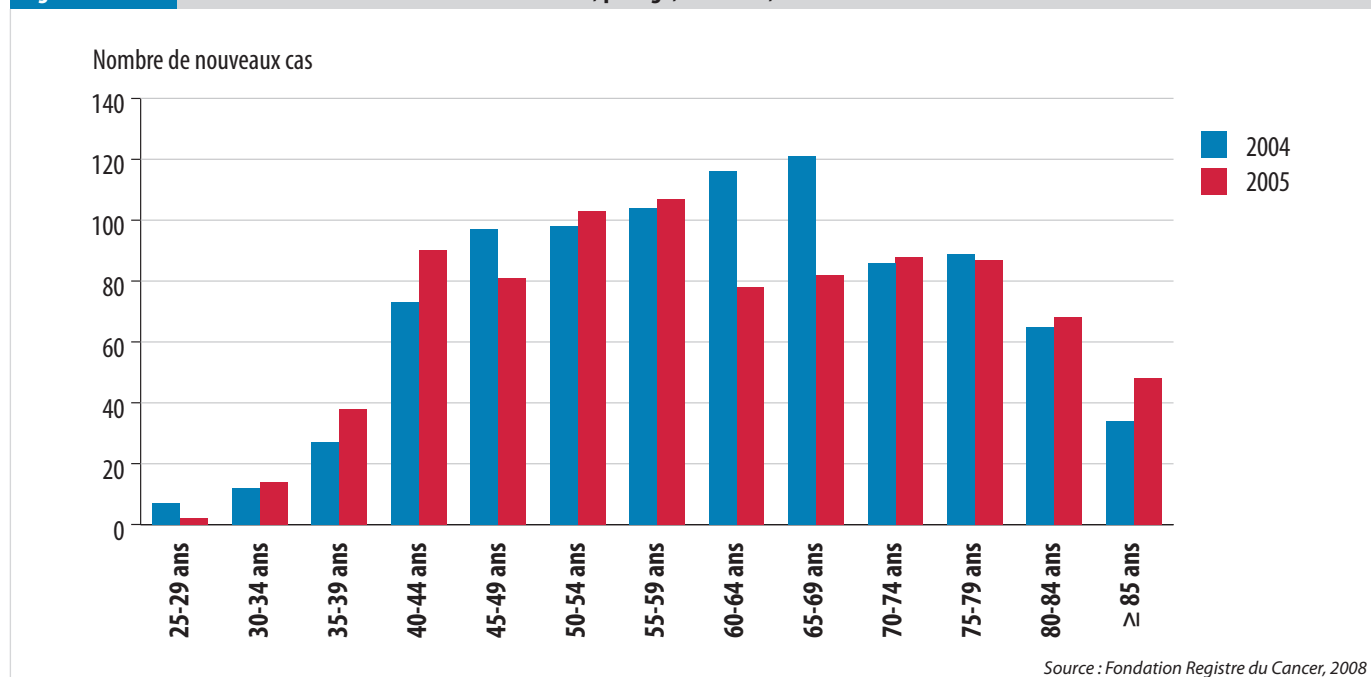
Morbidité

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, il représente à lui seul 35 % des cancers féminins à Bruxelles pour les années 2004-2005.

Pour la Région bruxelloise, le nombre total de tumeurs invasives du sein chez les femmes est de 929 cas en 2004 et 886 cas en 2005.

La figure illustre la répartition par âge des nouveaux cas. On n'a pas enregistré de cas avant 25 ans. Près d'un cancer du sein sur 4 survient avant l'âge de 50 ans, un peu moins de la moitié entre 50 et 69 ans et 1/3 concernent des femmes de 70 ans et plus.

Figure 2-27 Incidence du cancer du sein chez les femmes, par âge, Bruxelles, 2004-2005



Le taux d'incidence brut du cancer du sein parmi les femmes en Région bruxelloise est de 178,8/100 000 en 2004 et 169,4 en 2005.

Après standardisation pour l'âge, la Région bruxelloise présente un taux d'incidence plus élevé que les autres régions du pays pour les années 2004 et 2005 (voir tableau 2-07). Le taux d'incidence est également plus élevé que dans d'autres pays européens comme la France (136,9 en 2005) (16) ou les Pays-Bas (143/100 000) (17).

Tableau 2-07 Nombre et taux d'incidence (standardisés pour l'âge) des cancers du sein féminins en Belgique et dans les trois régions, 2004-2005

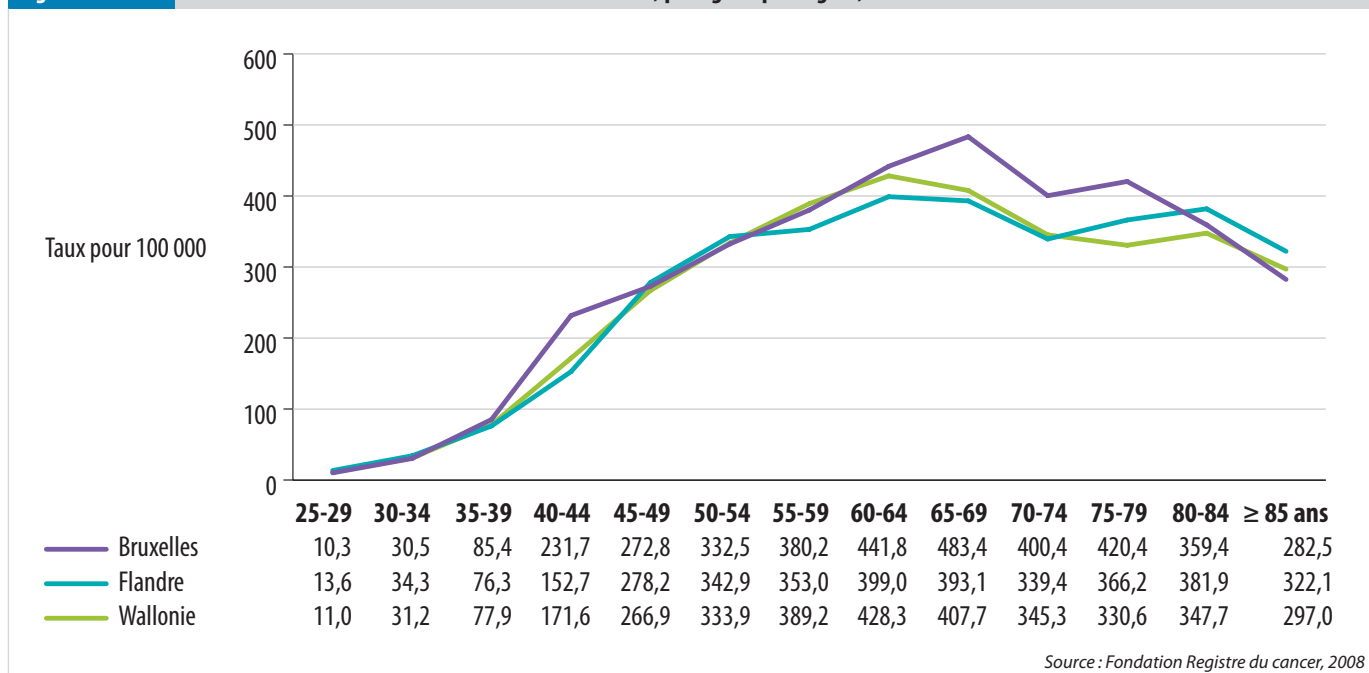
	Nombre de cas 2004	Taux incidence* standardisé 2004	Nombre 2005	Taux incidence* standardisé 2005	Nombre 2004-2005	Taux incidence* standardisé 2004-2005
Belgique	9 369	147,7	9 405	145,2	18 774	146,4
Bruxelles	929	164,6	886	152,5	1 815	158,5
Wallonie	3 095	151,3	2 995	142,9	6 090	147,1
Flandre	5 345	143,4	5 524	145,5	10 869	144,4

* ESR, population de référence= population européenne
Source : Fondation Registre du Cancer, 2008

Les taux d'incidence par âge suivent le même profil dans les trois régions pour les années 2004-2005. On note que l'incidence est plus élevée en Région bruxelloise pour les 65-79 ans surtout. Une des hypothèses pourrait être le profil sociologique particulier de cette tranche d'âge en Région bruxelloise : femmes de niveau d'instruction en

moyenne plus élevée que dans le reste du pays et vivant en milieu urbain, mieux insérée sur le marché du travail, une proportion plus importante d'entre elles pourraient avoir été exposée aux facteurs de risques liés à la vie reproductive (moins d'enfants, plus tardifs, moins d'allaitement, traitement de substitution plus fréquents).

Figure 2-28 Taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes, par âge et par région, 2004-2005



Source : Fondation Registre du cancer, 2008

En ce qui concerne l'évolution de cette incidence en Région bruxelloise, seules les données de 2004 et 2005 sont disponibles. L'incidence en Flandre a quant à elle augmenté entre 1999 et 2003 et semble diminuer depuis.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et aussi le plus meurtrier chez la femme ; la Région bruxelloise fait partie des régions européennes présentant les taux de mortalité les plus élevés.

3.3.4 Le cancer colorectal

Le cancer colorectal est la seconde cause de décès par cancer en Europe. À côté des facteurs génétiques, on a mis en évidence le rôle prédisposant du tabagisme et d'une alimentation riche en viande rouge et pauvre en fruits et légumes. Une activité physique régulière réduit également les risques (7). C'est un des cancers pour lequel le dépistage est efficace, puisqu'il permet de détecter des lésions «précurseur» (polypes), mais le type de stratégie de dépistage ainsi que le type de test à utiliser ne font pas encore l'unanimité.

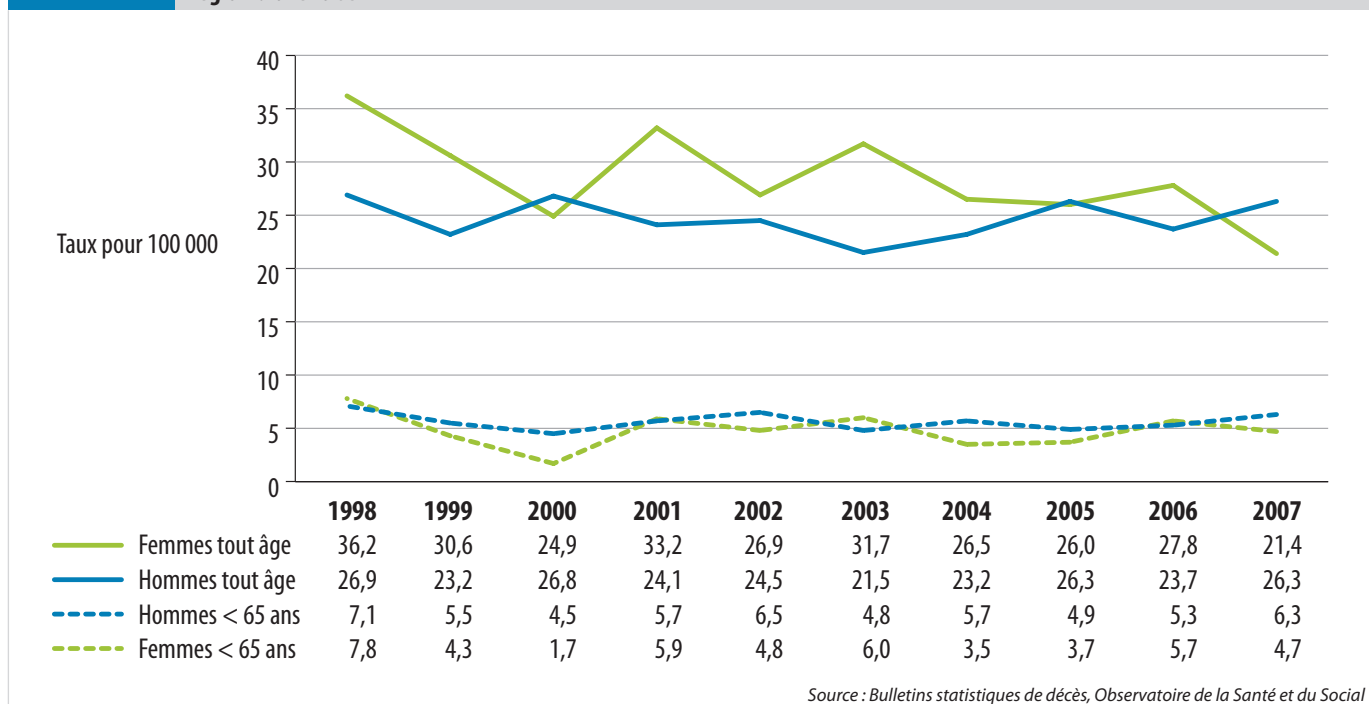
Mortalité

Parmi les décès liés au cancer, le cancer colorectal vient en deuxième position pour les hommes et en troisième pour les femmes. En 2007, 247 Bruxellois sont décédés d'un cancer colorectal.

Au cours des 10 dernières années, la mortalité tout âge par cancer colorectal a plutôt diminué pour les femmes alors qu'elle restait stable pour les hommes. La mortalité prématurée reste relativement stable tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 2-29

Évolution du taux de mortalité par cancer colorectal en fonction de l'âge et du sexe, comparaison 2003-2007 à 1998-2002, Région bruxelloise



Après standardisation pour l'âge, la mortalité par cancer colorectal est plus faible chez la femme que chez l'homme (sex-ratio H/F= 1,4) pour la période 1998-2007.

Avec un taux de mortalité standardisé pour les hommes de 21,7 pour 100 000, la Région bruxelloise se situe parmi les régions aux taux les plus faibles comme l'Île de France, Londres ou Stockholm, taux bien inférieurs à ceux enregistrés en Flandre dans les provinces d'Anvers, du Brabant Flamand ou de Flandre Orientale, ou enregistrés aux Pays-Bas. Le taux standardisé pour les femmes est proche

de la moyenne européenne comme la Région d'Anvers, de Madrid ou de Stuttgart mais plus élevé que le taux de l'Île de France ou de Londres (7).

Le risque de décéder d'un cancer colorectal augmente avec l'âge et plus 90 % des décès concernent des personnes de plus de 55 ans.

Il y a peu de différence de taux de mortalité par âge entre 1998-2002 et 2003-2007.

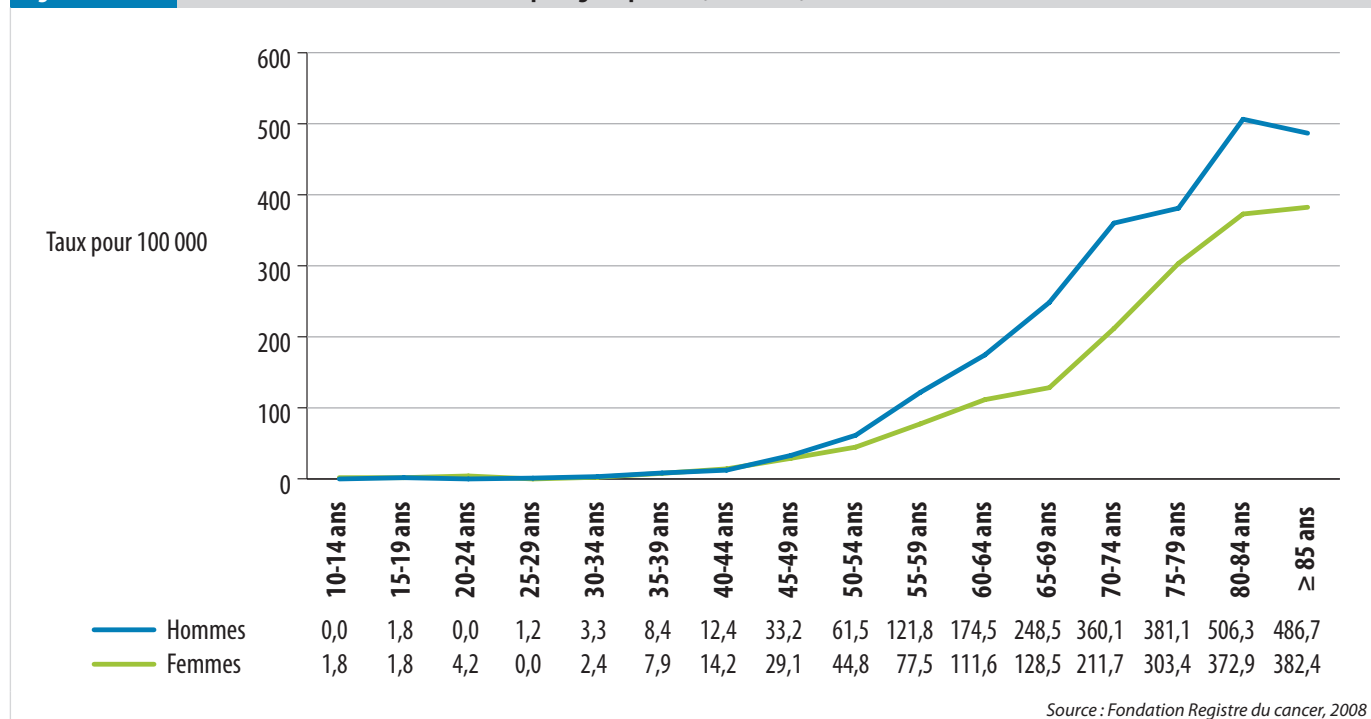
La mortalité tout âge par cancer colorectal tend à diminuer chez la femme, et reste stable chez l'homme. Elle est proche de la moyenne européenne chez la femme, tandis que chez l'homme, elle correspond aux régions d'Europe présentant les taux les plus faibles.

Morbidité

En 2005, 677 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués chez des Bruxellois (645 en 2004) dont 332 chez des hommes et 345 chez des femmes. C'est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme.

Le taux d'incidence pour la période 2004-2005 est de 65,0/100 000 chez les hommes et de 63,0 chez les femmes. Le taux d'incidence augmente fortement avec l'âge. Après 50 ans, le risque de cancer colorectal est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Figure 2-30 Taux d'incidence du cancer colorectal par âge et par sexe, Bruxelles, 2004-2005



Après contrôle pour l'âge, l'incidence du cancer colorectal est plus faible en Région bruxelloise qu'en Flandre, et proche des taux wallons.

En France en 2005, le taux d'incidence standardisé du cancer colorectal est de 56,6/100 000 pour les hommes et 36,5 pour les femmes (16). Selon les estimations faites pour 2006 par l'Observatoire européen du cancer, la Belgique se situerait en position intermédiaire parmi les pays européens^[19].

Tableau 2-08 Incidence du cancer colorectal par sexe et par région, Belgique, 2004-2005

	Taux d'incidence brut	Taux d'incidence standardisé*
HOMMES		
Région bruxelloise	65,0	61,8
Région flamande	88,4	68,9
Région wallonne	70,4	59,6
Belgique	80,4	65,4
FEMMES		
Région bruxelloise	63,0	40,7
Région flamande	66,5	41,8
Région wallonne	62,4	40,5
Belgique	64,8	41,3

* suivant population européenne
Source : Fondation Registre du cancer, 2008

¹⁹ Sources : (Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. Ann Oncol 2007 ; 18 :581-92), (<http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-6-colon-and-rectum.html,en#block-9-40>).

3.3.5 Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate représente 10 % des cancers masculins en Europe. Ce cancer se manifeste surtout à partir de 50 ans et sa fréquence augmente avec l'âge. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité toute cause explique l'augmentation de ce type de cancer en Europe (7).

C'est un cancer qui reste longtemps asymptomatique, de croissance lente, et qui de ce fait n'est pas fréquemment la cause du décès de la personne atteinte. Des publications évaluent de façon contradictoire les bénéfices du dépistage organisé en termes de réduction de mortalité. Les experts en santé publique ne recommandent pas pour l'instant de mettre en place de tels programmes, notamment en raison de l'importance du surdiagnostic et des complications qu'entraînent le dépistage et le traitement (dont infections, incontinence, dysfonction érectile)(26).

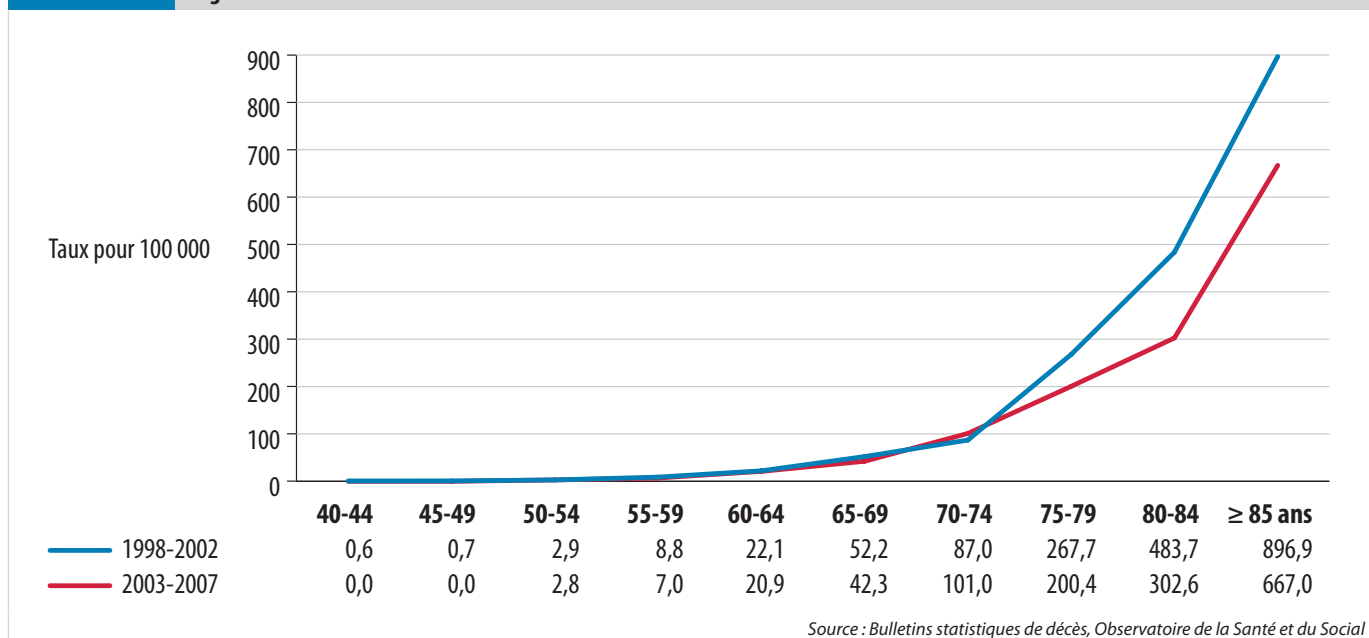
Mortalité

Le cancer de la prostate vient en troisième position dans les causes de mortalité par cancer chez les hommes. En 2007, 100 Bruxellois sont décédés d'un cancer de la prostate. On n'a enregistré aucun décès avant la quarantaine et 75 % des décès concernent des hommes de plus de 75 ans.

Le risque de décès par cancer de la prostate a diminué au cours des 10 dernières années. La comparaison entre 1998-2002 et 2003-2007 montre que cette diminution concerne essentiellement les hommes de plus de 75 ans.

Figure 2-31

Évolution du taux de mortalité par cancer de la prostate en fonction de l'âge, comparaison 2003-2007 et 1998-2002, Région bruxelloise



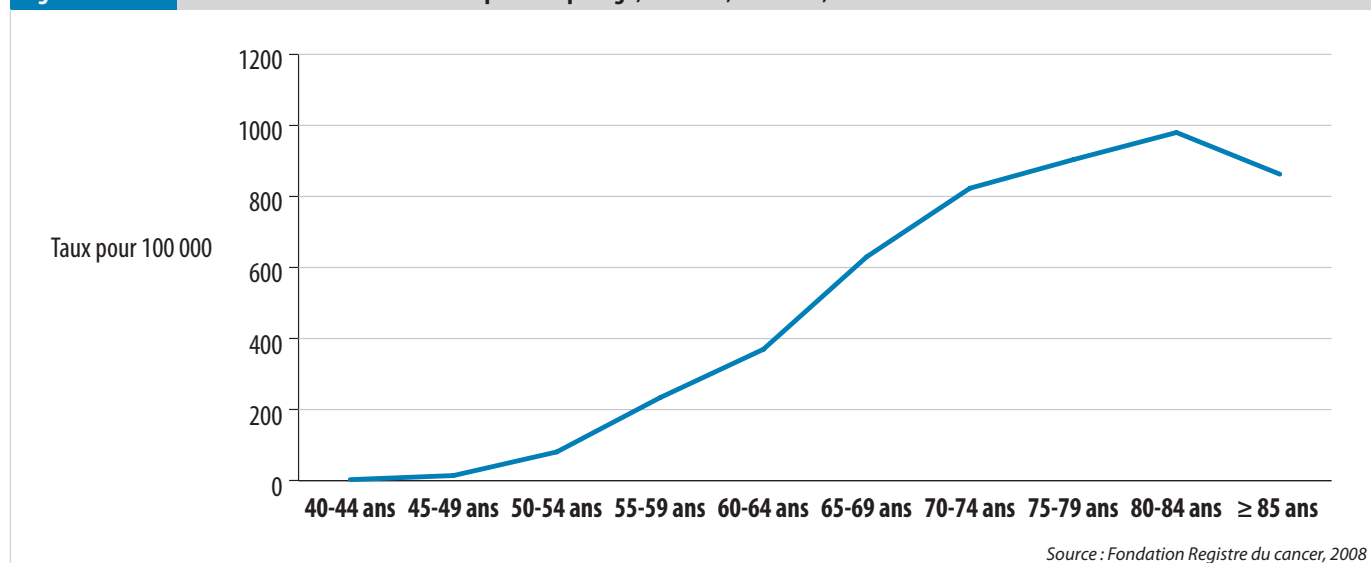
Morbidité

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme non seulement en Région bruxelloise mais également dans les deux autres régions du pays. La pratique plus ou moins répandue du dépistage (par dosage sanguin de PSA), qui permet de détecter précocement de nombreux cancers asymptomatiques, joue certainement un rôle dans l'ampleur de ces taux d'incidence.

En 2005, 669 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués chez les Bruxellois (613 en 2004).

Le taux d'incidence pour la période 2004-2005 est de 133,0/100 000. Si le cancer de la prostate est rare avant 50 ans, il augmente par la suite fortement avec l'âge.

Figure 2-32 Taux d'incidence du cancer de la prostate par âge, hommes, Bruxelles, 2004-2005



Le taux d'incidence bruxellois est inférieur aux taux observés dans les deux autres régions (voir tableau 2-9). Le taux enregistré en Belgique est plus faible que celui enregistré dans d'autres pays européens comme la France, la Finlande ou la Suède, mais plus élevé qu'en Allemagne, aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni. Les différences de pratiques en termes de dépistage de ce cancer expliquent sans doute grandement les différences d'incidences observées.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Les écarts d'incidence du cancer de la prostate entre divers pays d'Europe, ainsi qu'entre Bruxelles et les autres régions, s'expliquent probablement en grande partie par des pratiques différentes de dépistage.

Tableau 2-09 Incidence du cancer de la prostate par région, hommes, Belgique, 2004-2005

	Taux d'incidence brut	Taux d'incidence standardisé*
Région bruxelloise	133,0	125,7
Région flamande	202,6	159,0
Région wallonne	176,4	152,4
Belgique	187,6	154,3

* suivant population européenne
Source : Fondation Registre du cancer, 2008

3.3.6 Autres cancers chez la femme

Le cancer de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire est le cancer gynécologique le plus meurtrier après le cancer du sein. 51 Bruxelloises sont décédées de ce cancer en 2007. Le cancer de l'ovaire touche plutôt des femmes plus âgées (64 % des décès surviennent après 70 ans) mais on enregistre aussi des décès parmi les femmes jeunes (voir figure 2-33). Le taux de mortalité diminue au cours des dernières années et est passé de 12,6 à 9,9 pour 100 000 entre 1998-2002 et 2003-2007.

En 2005, 85 nouveaux cas de cancers de l'ovaire ont été diagnostiqués (71 en 2004).

Le cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col par frottis est très efficace en termes de réduction de l'incidence et de la mortalité du cancer invasif du col ; on constate cependant de fortes inégalités sociales quant à ce dépistage, en l'absence de programme de dépistage organisé (voir Partie III «Les déterminants de la santé»). Il est maintenant admis que le cancer du col de l'utérus est associé à une infection par le virus Papilloma humain (HPV), infection transmise par voie sexuelle et qui altère les cellules du col utérin^[20]. En Belgique, l'assurance maladie rembourse la vaccination contre le HPV (active contre 70 % des souches pré-cancéreuses) depuis 2009 pour toutes les jeunes filles de 12 à 18 ans.

La mortalité par **cancer du col de l'utérus** est relativement faible et évolue peu au cours du temps (18 décès en 2007, 21 décès en 1998). Ce cancer touche des femmes plus jeunes : 55 % des décès surviennent avant 65 ans (voir figure 2-33).

En 2005, 62 nouveaux cas de cancers du col ont été diagnostiqués (65 en 2004). Au cours des années 2004-2005, 16 % des nouveaux cas invasifs concernaient des femmes de moins de 40 ans. L'évolution de l'incidence n'est pas connue pour la Région bruxelloise ; elle est relativement stable pour la Flandre (14).

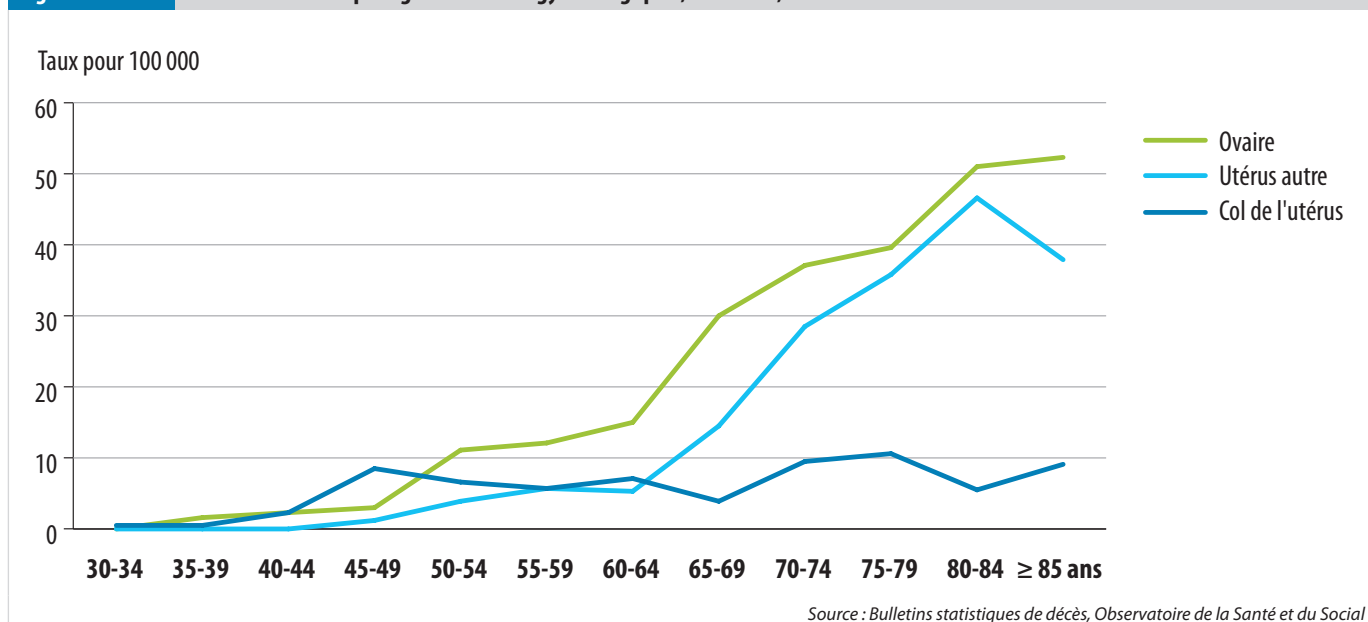
Le cancer du corps de l'utérus

La mortalité par cancer du corps de l'utérus (dans laquelle on inclut également les cancers de l'utérus de siège non déterminé) est un peu plus élevée que celle liée au cancer du col. On a enregistré 30 décès en 2007. Ce cancer touche plus souvent des femmes plus âgées et 79 % des décès surviennent après 70 ans (voir figure 2-33).

Entre 1998-2002 et 2003-2007, le taux de mortalité tout âge diminue légèrement, mais on observe une augmentation du taux de mortalité pour les femmes de 65 à 79 ans.

En 2005, 107 cas de cancers du corps de l'utérus ont été diagnostiqués (104 en 2004).

Figure 2-33 Taux de mortalité par âge des cancers gynécologiques, Bruxelles, 2003-2007



La mortalité et l'incidence du cancer du corps de l'utérus sont plus élevées que celles du cancer du col, et concernent des femmes plus âgées.

²⁰ Si toutes les patientes atteintes d'un cancer du col doivent avoir été infectées par un HPV, toutes les patientes infectées par un HPV ne développent pas un cancer du col utérin.

3.3.7 Cancers des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés

Ce groupe rassemble des cancers tels que les différents types de leucémies, la maladie de Hodgkin et les lymphomes non hodgkiniens, les maladies immunoprolifératives malignes ou le myélome multiple.

Mortalité

Pour la période 2003-2007 on a enregistré 918 décès parmi lesquels les leucémies représentaient 42,2 % des décès, les lymphomes non hodgkiniens 33,7 %, le myélome multiple (et les tumeurs à plasmocytes) 19,7 % et la maladie de Hodgkin 3,1 %. La répartition du nombre de décès pour ces différents cancers reste relativement stable au cours des 10 ans analysés et est assez semblable pour les hommes et les femmes.

Ce groupe de cancers touche toutes les tranches d'âge avec des taux de mortalité qui augmentent à partir de 50 ans. Les taux d'incidence sont à peu près dix fois plus élevés que les taux de mortalité pour les plus jeunes, alors que ces deux taux sont du même ordre de grandeur pour les personnes très âgées (voir figures 2-34 et 2-36). Les taux de mortalité varient également en fonction du type de tumeurs et de l'efficacité des traitements.

Au cours des dix dernières années, les taux de mortalité sont restés relativement stables.

Figure 2-34 Taux de mortalité par cancer des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques par âge et sexe, Bruxelles, 2003-2007

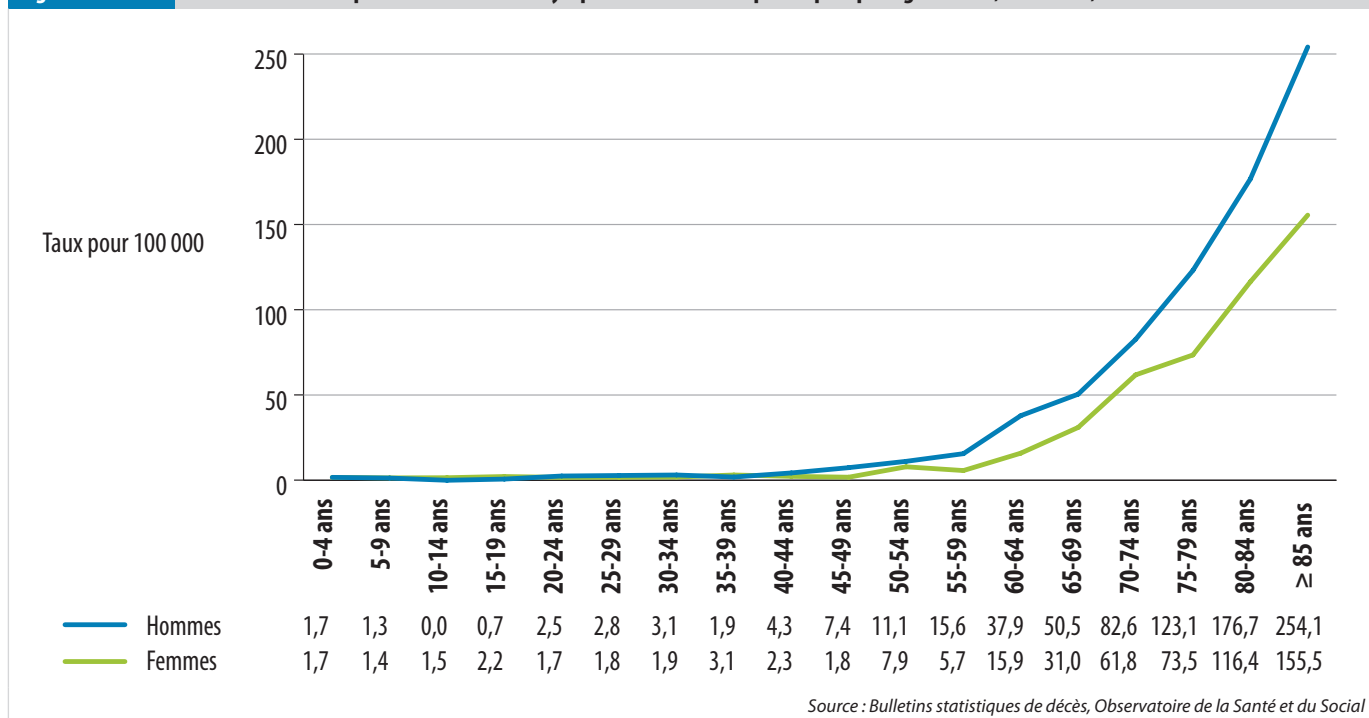
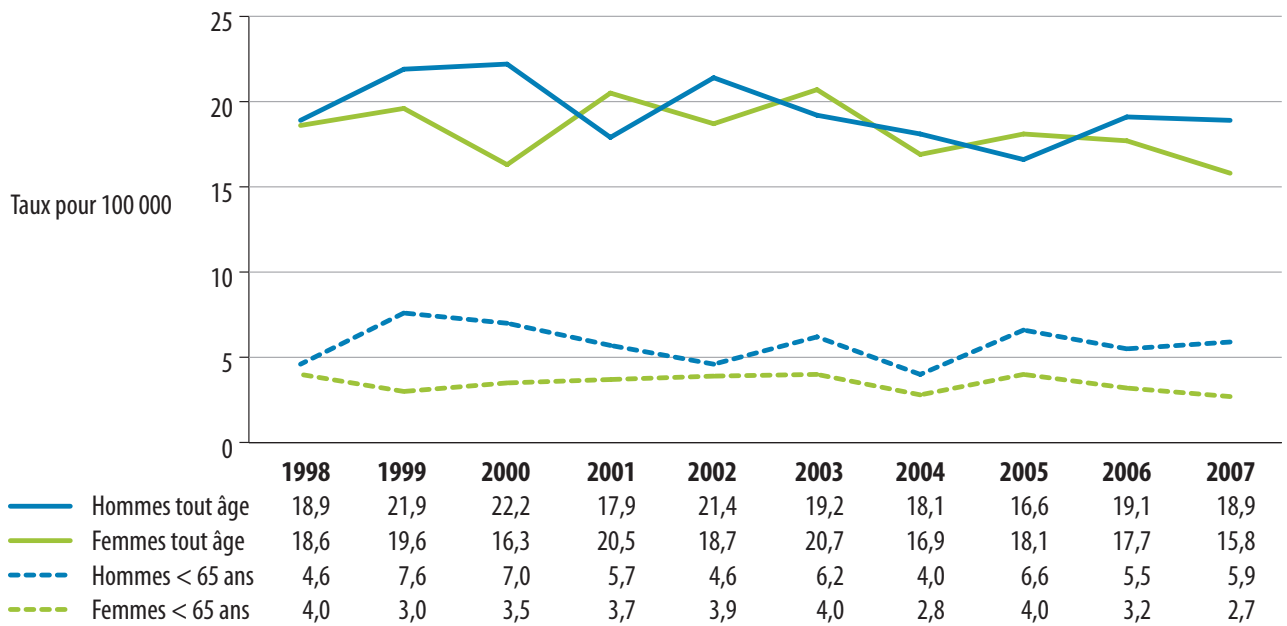


Figure 2-35 Évolution des taux de mortalité par cancers des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques, Bruxelles, 1998-2007

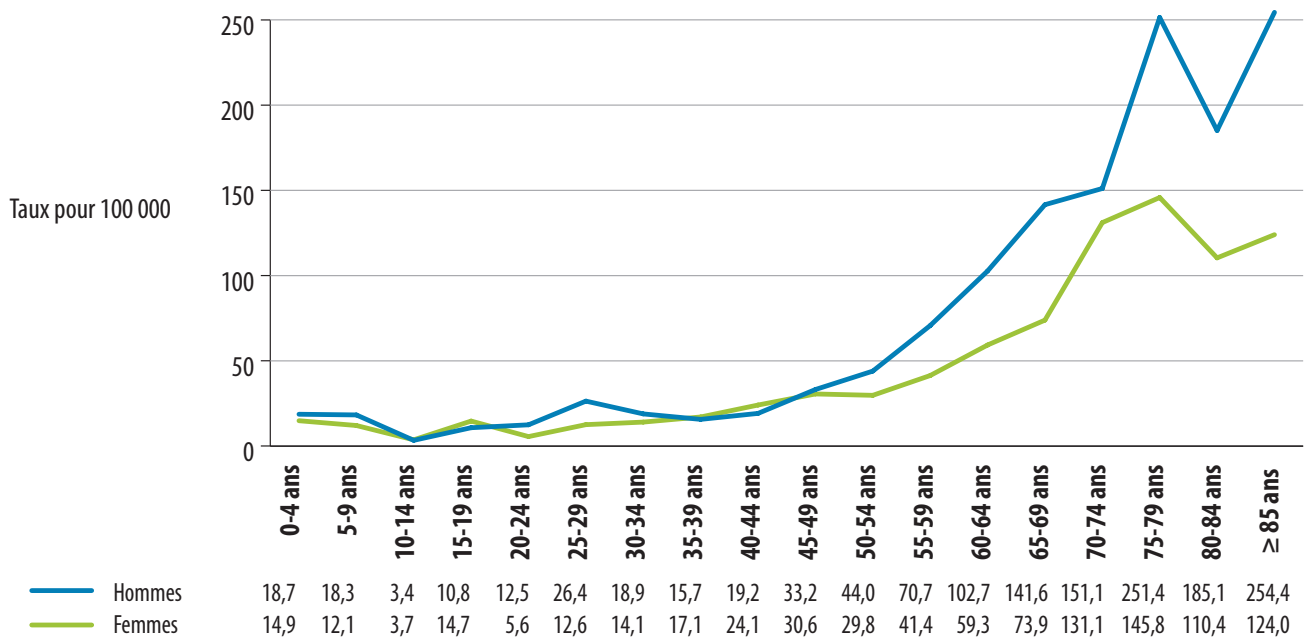


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Morbidité

L'incidence des différents types de leucémie et lymphomes varie avec l'âge. L'incidence est plus élevée chez les hommes au-delà de 50 ans.

Figure 2-36 Taux d'incidence des cancers des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques par âge, 2004-2005



Source : Fondation Registre du cancer, 2008

3.4 LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES CHRONIQUES

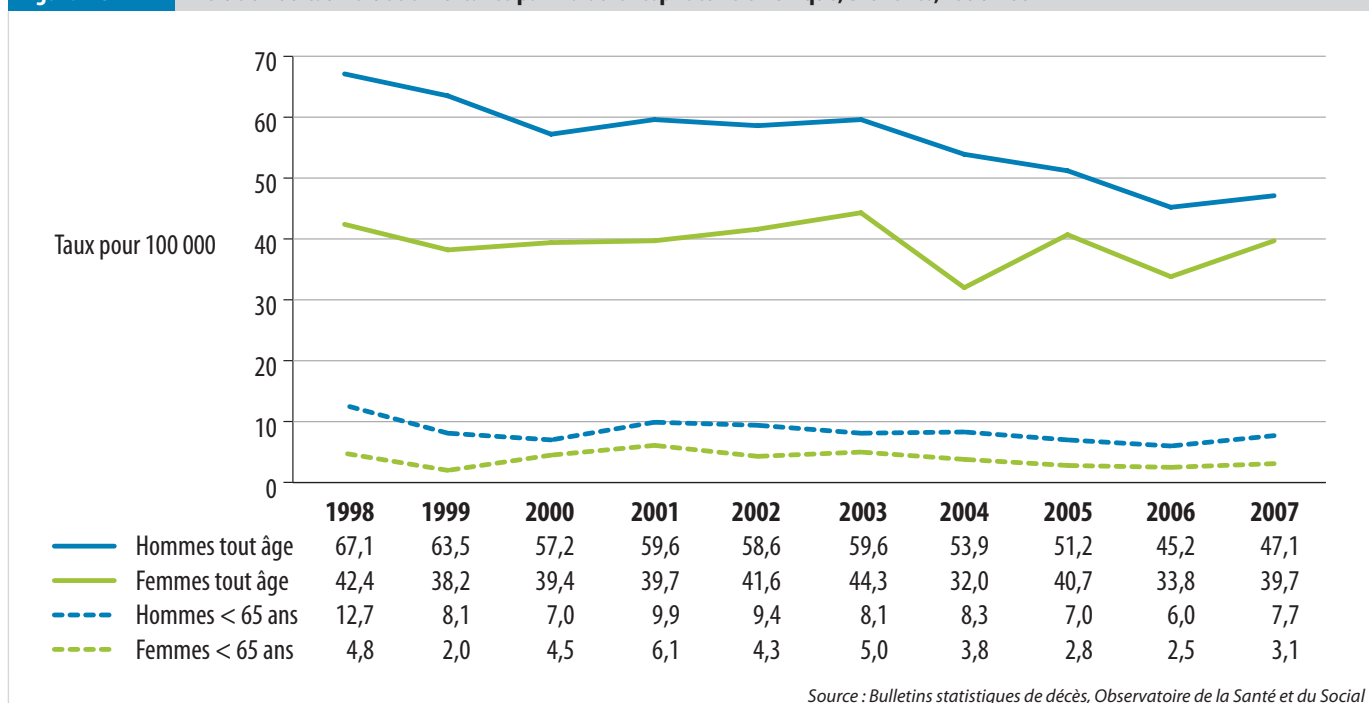
Les maladies qui affectent l'appareil respiratoire d'une façon chronique sont d'une part l'asthme, d'autre part un groupe de maladies formant ce que l'on appelle les «bronchopneumopathies chroniques obstructives» (BPCO): bronchite chronique, emphysème pulmonaire, bronchectasies et autres. Le lien entre BPCO et tabagisme actif est bien connu ; le rôle du tabagisme passif, quoique bien établi, ne bénéficie pas encore de la même renommée. Le lien entre les maladies respiratoires chroniques et la pollution (pollution extérieure, urbaine et industrielle, mais aussi intérieure) a été signalé par plusieurs études, mais le nombre de facteurs qui interagissent en rend l'analyse complexe (27). Par conséquent les personnes économiquement défavorisées vivant dans les grandes villes cumulent les facteurs de risque respiratoire chronique (28).

Mortalité

En 2007, 450 Bruxellois sont décédés d'une maladie respiratoire chronique.

Entre 1998 et 2007, on observe une diminution des taux de mortalité par maladie respiratoire chronique, particulièrement chez les hommes.

Figure 2-37 Évolution du taux brut de mortalité par maladie respiratoire chronique, Bruxelles, 1998-2007



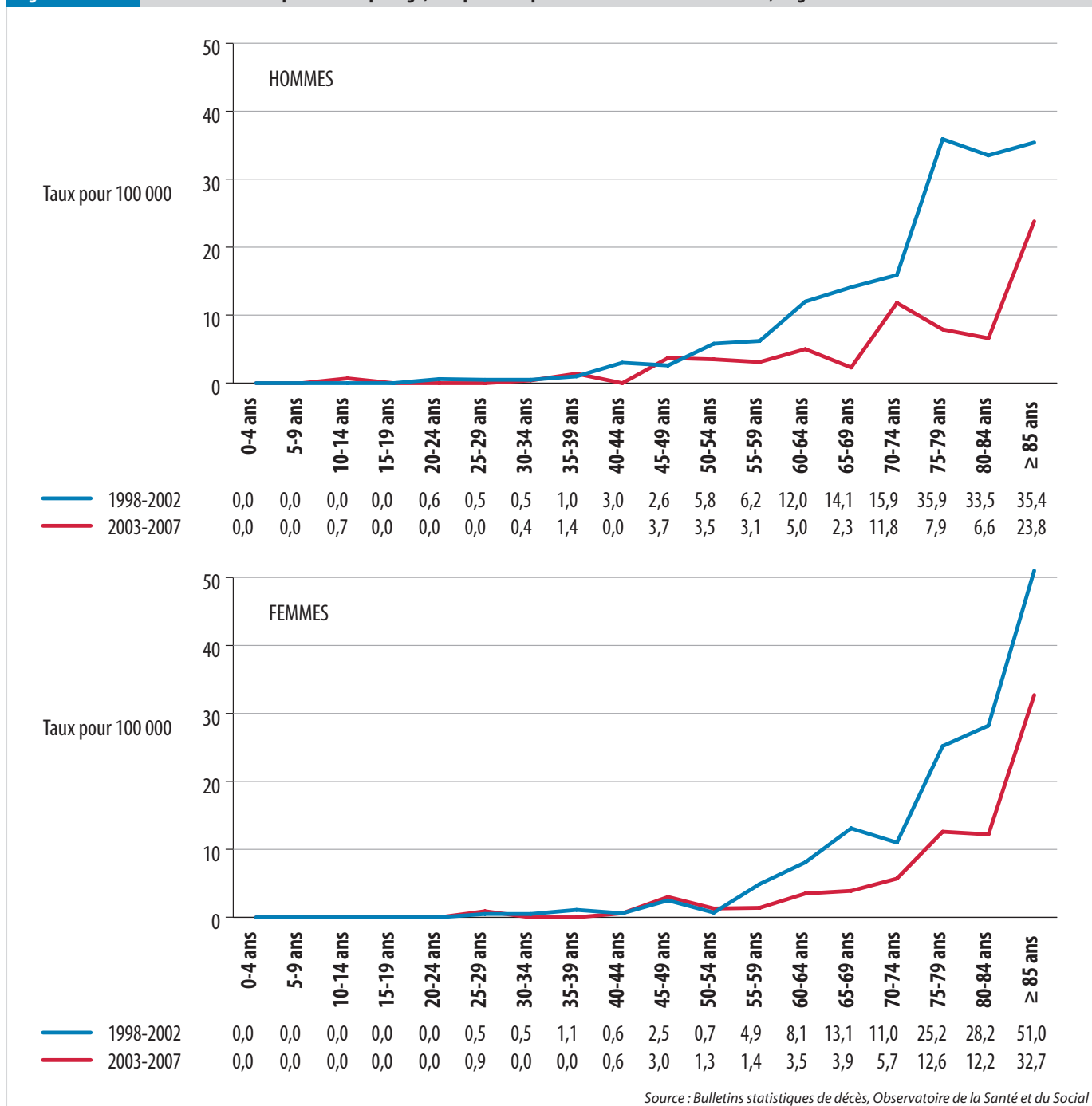
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

La mortalité par maladie respiratoire chronique est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Après standardisation pour l'âge, pour la période 2003-2007, le taux de mortalité prématurée est 2,3 fois plus élevé chez les hommes. Ce sex-ratio est stable dans le temps.

Le risque de décéder d'une maladie respiratoire chronique augmente avec l'âge, tant pour les hommes que pour les femmes.

Au cours de la période 2003-2007, on a enregistré 125 décès par **asthme**. Les taux de mortalité ont nettement diminué par rapport à la période 1998-2002, tant pour la mortalité prématurée que pour la mortalité tout âge. Les graphiques ci-dessous montrent cette diminution importante particulièrement pour les plus de 50 ans. On déplore cependant toujours des décès de personnes très jeunes (1 décès avant 20 ans, 6 décès entre 20 et 40 ans).

Figure 2-38 Taux de mortalité par asthme par âge, comparaison période 1998-2002 et 2003-2007, Région bruxelloise



Morbidité

Selon l'Enquête de santé de 2004, 5,8 % des Bruxellois (5,8 % des hommes et 5,7 % des femmes, différence non significative) déclarent avoir souffert de **bronchite chronique ou de problèmes pulmonaires chroniques** (asthme exclus) au cours des 12 derniers mois (pas de différence avec l'enquête de 2001). Le pourcentage de personnes déclarant souffrir de bronchite chronique augmente nettement à partir de 45 ans.

Parmi les hommes et les femmes qui déclarent souffrir d'une affection respiratoire chronique, respectivement 87 % et 78 % sont suivis par un médecin, majoritairement un généraliste ; 90 % de ces personnes prennent des médicaments pour cette pathologie.

Le pourcentage d'hommes ou de femmes bruxellois déclarant souffrir de bronchite ou de problèmes pulmonaires chroniques ne diffère pas du pourcentage dans les grandes villes wallonnes et flamandes.

La prévalence de problèmes respiratoires chroniques est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est faible.

Plus d'un Bruxellois sur vingt déclare souffrir de problèmes pulmonaires ou bronchiques chroniques.

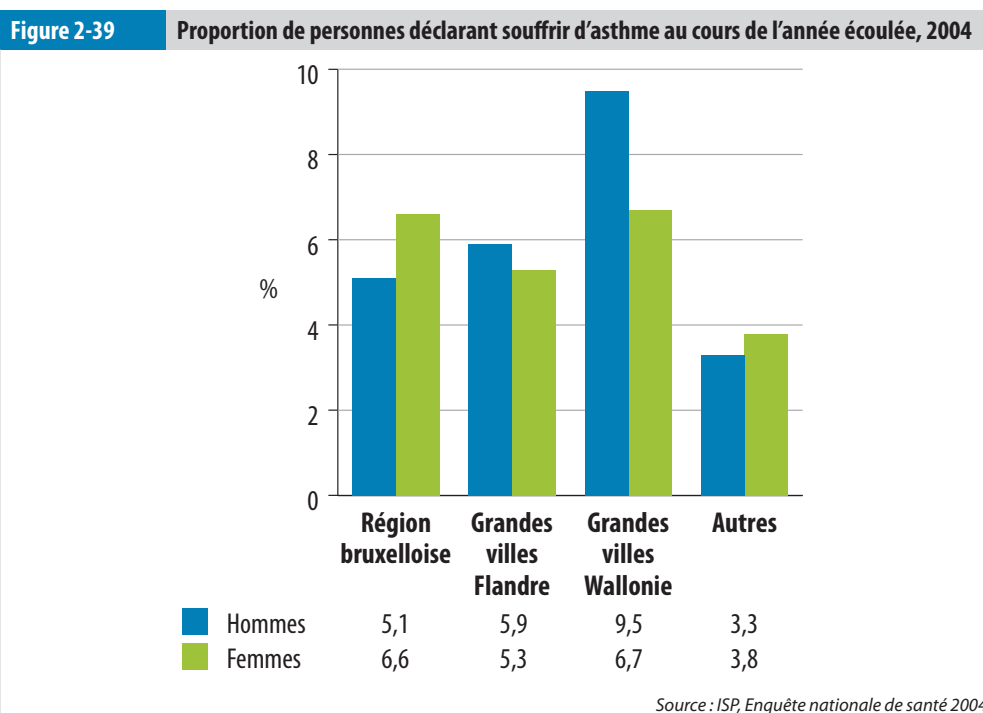
Selon cette même enquête, 5,5 % des Bruxellois (5,0 % des hommes et 5,9 % des femmes, différence non significative) déclarent avoir souffert d'**asthme** au cours des 12 derniers mois.

Cette proportion a diminué significativement entre 2001 et 2004 pour les hommes.

81 % des hommes qui déclarent souffrir d'asthme sont suivies par un médecin et 89 % prennent des médicaments. Ces proportions sont plus faibles pour les femmes, respectivement 74 % et 81 %.

La prévalence de l'asthme ne varie pas significativement avec l'âge.

La proportion d'hommes de plus de 15 ans déclarant souffrir d'asthme est plus élevée dans les grandes villes que dans les autres zones du pays. On observe une proportion particulièrement élevée pour les hommes des grandes villes wallonnes.



Plus d'un Bruxellois sur vingt déclare souffrir d'asthme ; pour les hommes adultes, cette proportion est plus élevée dans les grandes villes que dans les autres zones du pays.

3.5 LES MALADIES LIÉES À L'ALCOOL

La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important pour de nombreuses maladies chroniques, entre autres les maladies chroniques du foie, des problèmes de santé mentale, des cancers ou encore des troubles neurologiques, digestifs ou cardiaques.

La consommation excessive d'alcool est également un facteur de risque important pour les accidents, les suicides et les actes violents, et a des conséquences souvent désastreuses sur la vie sociale. Ces aspects ne seront cependant pas abordés ici.

Mortalité

L'estimation de la mortalité par les maladies liées à l'alcool est très complexe. Il y a d'une part les décès qui sont liés à une maladie spécifiquement alcoolique^[21] et d'autre part les maladies pour lesquelles la consommation excessive d'alcool joue un rôle déterminant mais non spécifique, comme les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèvres, bouches, pharynx, œsophage et larynx) pour lesquels le tabagisme joue également un rôle important, la combinaison alcool-tabac multipliant les risques.

Pour analyser la mortalité liée à l'alcool, nous avons utilisé plusieurs définitions : «l'alcool strict» qui ne prend en compte que les décès strictement liés à l'alcool et «l'alcool large» qui prend également en compte les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Parmi les décès liés à l'alcool strict, mentionné en cause initiale, 68,6 % sont dû à une maladie alcoolique du foie, 24,1 % à des troubles mentaux, 2,7 % à une myocardiopathie alcoolique, 1,6 % à une pancréatite alcoolique, 1,5 % à des troubles neurologiques, 1,0 % à une intoxication accidentelle, 0,4 % à un suicide.

On peut limiter les analyses aux décès pour lesquels ces causes sont mentionnées en cause initiale du décès : c'est le choix qui a été fait pour la comparaison des causes de mortalité prématurée au début de cette Partie II (voir figures 2-04 et 2-07). On peut aussi prendre en compte tous les décès pour lesquels ces causes sont mentionnées dans les causes multiples du décès, c'est le choix qui est fait pour la suite de ce chapitre.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de décès selon ces différentes définitions. Le poids des maladies alcooliques représente donc de 1,2 à 4,5 % des décès totaux pour la période 2003-2007.

	Nombre de décès			% des décès			Taux de mortalité tout âge /100 000		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Alcool strict initial	370	174	544	1,7 %	0,7 %	1,2 %	15,2	6,6	10,7
Alcool large initial	825	380	1 205	3,9 %	1,5 %	2,6 %	33,8	14,4	23,7
Alcool strict total	973	391	1 364	4,6 %	1,5 %	2,9 %	39,8	14,8	26,9
Alcool large total	1 484	625	2 109	7,0 %	2,4 %	4,5 %	60,8	23,7	41,5

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

21 Il y a ainsi 30 codes ICD-10 en 3 digit qui sont spécifiques à l'alcool (29). Pour nos analyses, nous avons repris les maladies suivantes : la maladie alcoolique du foie (K70), la pancréatite chronique alcoolique (K86.0), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (F10), la dégénérescence du système nerveux lié à l'alcool (G31.2), les crises épileptiques liées à l'alcool (G40.5), la polynévrite alcoolique (G62.1), la myocardiopathie alcoolique (I42.6), la gastrite alcoolique (K29.2), et l'intoxication par l'alcool qu'elle soit accidentelle (X45), auto-infligée (X65) ou d'intention indéterminée (Y15).

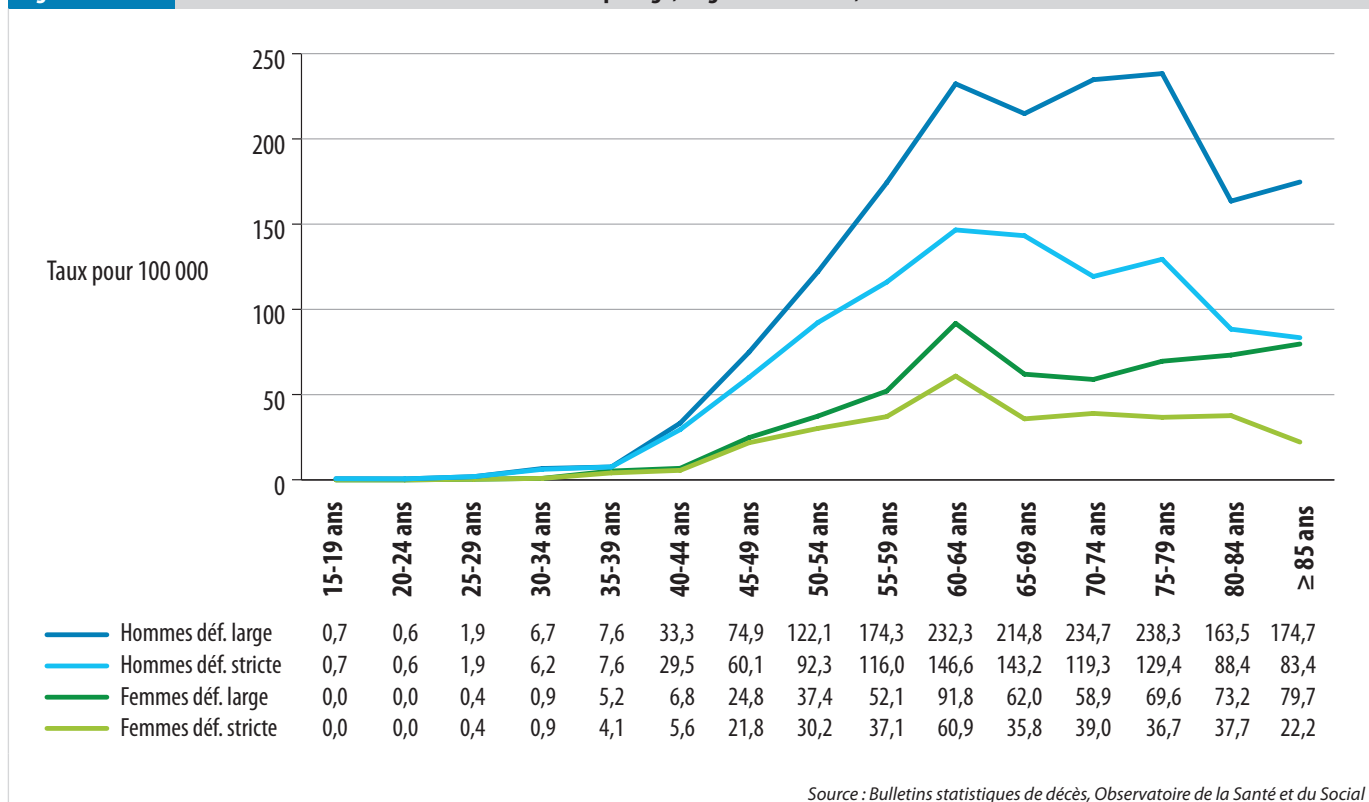
L'alcool joue un rôle majeur aussi si on regarde le nombre d'années potentielles de vie perdues. Dans sa définition la plus large, l'alcool a causé en 2003-2007 la perte de 18 278 années de vie pour les hommes ce qui représente 12,6 % des années potentielles de vie perdue avant 75 ans et de 6 094 années de vie pour les femmes (6,9 %).

Entre 1998-2002 et 2003-2007, la mortalité liée à l'alcool avant 65 ans diminue tant pour les hommes que pour les femmes. Par contre, les taux de mortalité pour les 65-74 ans augmentent pour les hommes.

Pour les hommes, pour la période 2003-2007, on a enregistré 2 décès avant 25 ans (contre 6 en 1998-2002). Les taux de mortalité augmentent rapidement avec l'âge à partir de 35 ans, et les taux les plus élevés se retrouvent entre 60 et 69 ans si on ne prend en compte que les maladies alcooliques spécifiques, et entre 60 et 79 ans si on tient compte également des cancers des VADS qui surviennent plus tardivement.

Les taux de mortalité des femmes sont nettement plus faibles et on n'enregistre pas de décès avant 25 ans. En 2003-2007, on observe un pic de mortalité pour les 60-64 ans.

Figure 2-40 Évolution des taux de mortalité liée à l'alcool par âge, Région bruxelloise, 2003-2007

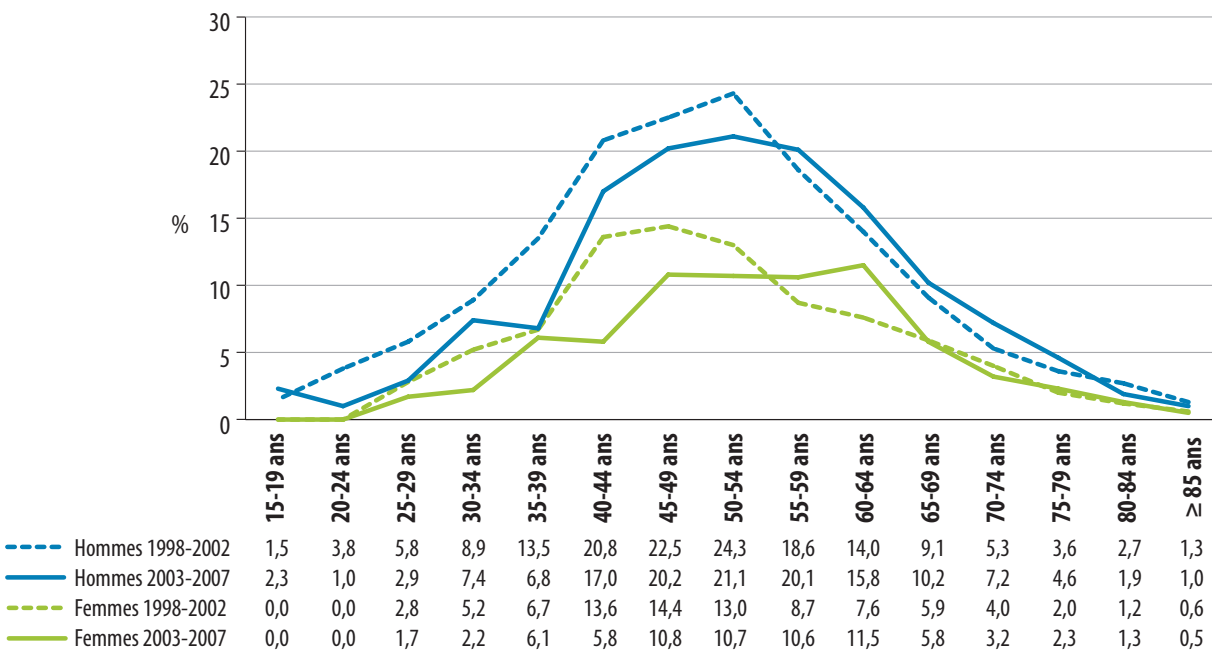


Le poids de la mortalité liée à l'alcool varie en fonction de l'âge.

Entre les deux périodes étudiées, la part des décès liée à l'alcool a diminué pour les moins de 55 ans mais augmenté pour les plus âgés.

Figure 2-41

Pourcentage des décès liés à l'alcool (définition large), comparaison 1998-2002 et 2003-2007, Région bruxelloise



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

Morbidité

En Région bruxelloise, on observe des différences très marquées de mortalité liée à l'alcool selon la nationalité : le taux de mortalité des Bruxellois de nationalité marocaine ou turque est beaucoup plus faible que celui des Belges (voir partie III : «Les déterminants de la santé»).

L'alcool joue un rôle majeur dans la mortalité prématurée : 13 % des années potentielles de vie perdues chez l'homme ont été causées par l'alcool, 7 % chez les femmes.

On ne dispose pas de données de prévalence des maladies liées à l'alcool en Région bruxelloise.

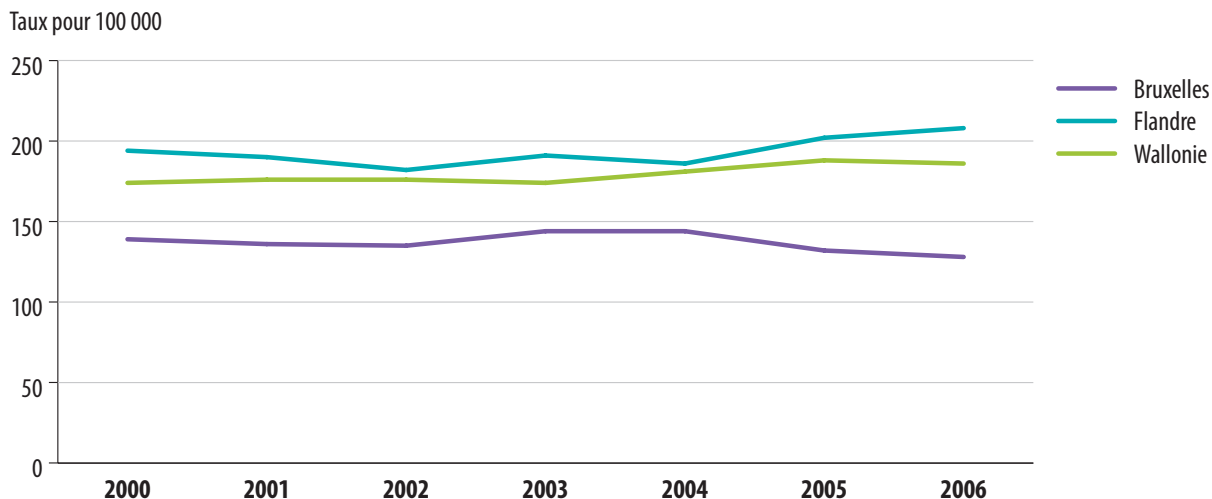
Le profil de consommation d'alcool des Bruxellois est présenté dans le chapitre «Styles de vie» de la partie III.

Les Résumés Psychiatriques Minimum (RPM) permettent d'approcher l'évolution du taux d'admission dans un service de psychiatrie pour alcoolisme et troubles liés à l'alcool. Ce taux reste relativement stable en Région bruxelloise alors qu'il augmente dans les autres régions.

Ces admissions ne concernent pas les hospitalisations dans d'autres services où sont admis les patients pour des problèmes médicaux liés à leur consommation d'alcool.

Figure 2-42

Évolution par région des taux d'admission psychiatrique pour alcoolisme ou troubles liés à l'alcool, 2000-2006



Source : SPF santé, Résumés psychiatriques minimum

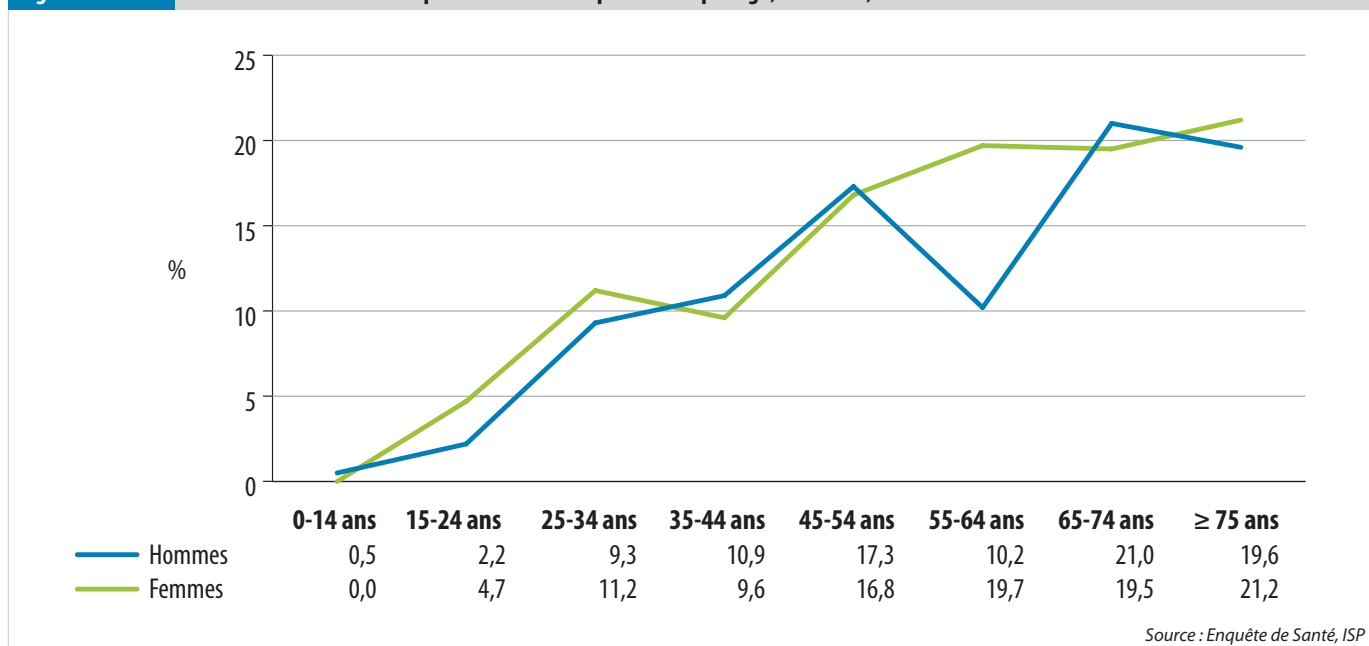
3.6 LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Même si les données disponibles ne constituent qu'une approche incomplète de la morbidité des troubles musculo-squelettiques, il nous a paru important de mettre en évidence cette symptomatologie qui comprend entre autres les lombalgies, trouble en augmentation notamment du fait du stress et de la sédentarisation de notre mode de vie.

Dans l'enquête de santé 2004, 10,4% des Bruxellois déclarent avoir souffert d'une affection persistante au dos au cours des 12 derniers mois. Cette proportion reste stable entre 1997 et 2004.

Entre 25 et 44 ans, 1 personne sur 10 déclare souffrir d'une affection persistante au dos. À partir de 55 ans, cela concerne environ 1 personne sur 5.

Figure 2-43 Prévalence des affections persistante au dos par sexe et par âge, Bruxelles, 2004



Le pourcentage de personnes souffrant du dos ne diffère pas significativement entre hommes et femmes. On observe cependant que les femmes sont plus souvent suivies par un médecin (74,5 % versus 59,5 %) et prennent plus souvent des médicaments pour ce problème que les hommes (67,1 % versus 60,9 %).

La proportion d'hommes ou de femmes déclarant souffrir d'une affection persistante au dos n'est pas différente à Bruxelles de celles des grandes villes wallonnes ou flamandes.

Les troubles musculo-squelettiques sont à l'origine de 18,7 % des invalidités à Bruxelles ^[22], ce qui en fait la deuxième cause, tant chez les hommes que chez les femmes (après les troubles mentaux et avant les maladies cardiovasculaires). Entre 2000 et 2007, le nombre d'invalides à cause de

troubles musculo-squelettiques est passé de 3 610 à 4 285, soit une augmentation de 19 %.

La part des invalidités liées aux troubles musculo-squelettiques est plus importante chez les ouvriers que chez les employés : chez les employés, 11,4 % chez les hommes et 17,1 % chez les femmes sont dus aux troubles musculo-squelettiques ; chez les ouvriers, ce sont respectivement 20,6 % et 21,5 % (source INAMI).

Un adulte jeune sur dix déclare souffrir d'un problème persistant au dos. Chez les ouvriers, un cinquième des invalidités sont dues à un trouble musculo-squelettique.

22 Invalidité reconnue et indemnisée.

3.7 LE DIABÈTE

Le diabète, principalement de type II, est un problème majeur de santé publique dans de nombreux pays du monde. Les régions ayant connu un développement socio-économique rapide ces cinquante dernières années, s'accompagnant d'un changement des habitudes de vie, ont vu et voient s'accroître l'incidence du diabète et de ses complications. Cette maladie prend des proportions «épidémiques» particulièrement dans les groupes défavorisés, et tout porte à croire que cette tendance va persister dans les prochaines années.

Il est actuellement bien établi que le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire (tabagisme, obésité, hypertension, hyperlipidémie...) voient leurs effets se cumuler lorsqu'ils sont associés.

En dehors de son impact sur la mortalité, le diabète est la cause de nombreux handicaps par ses complications microvasculaires dans différents organes (rétinopathies, néphropathies et neuropathies). Un certain nombre de personnes souffrent de diabète sans le savoir et la mortalité qui lui est attribuée est donc sous-estimée.

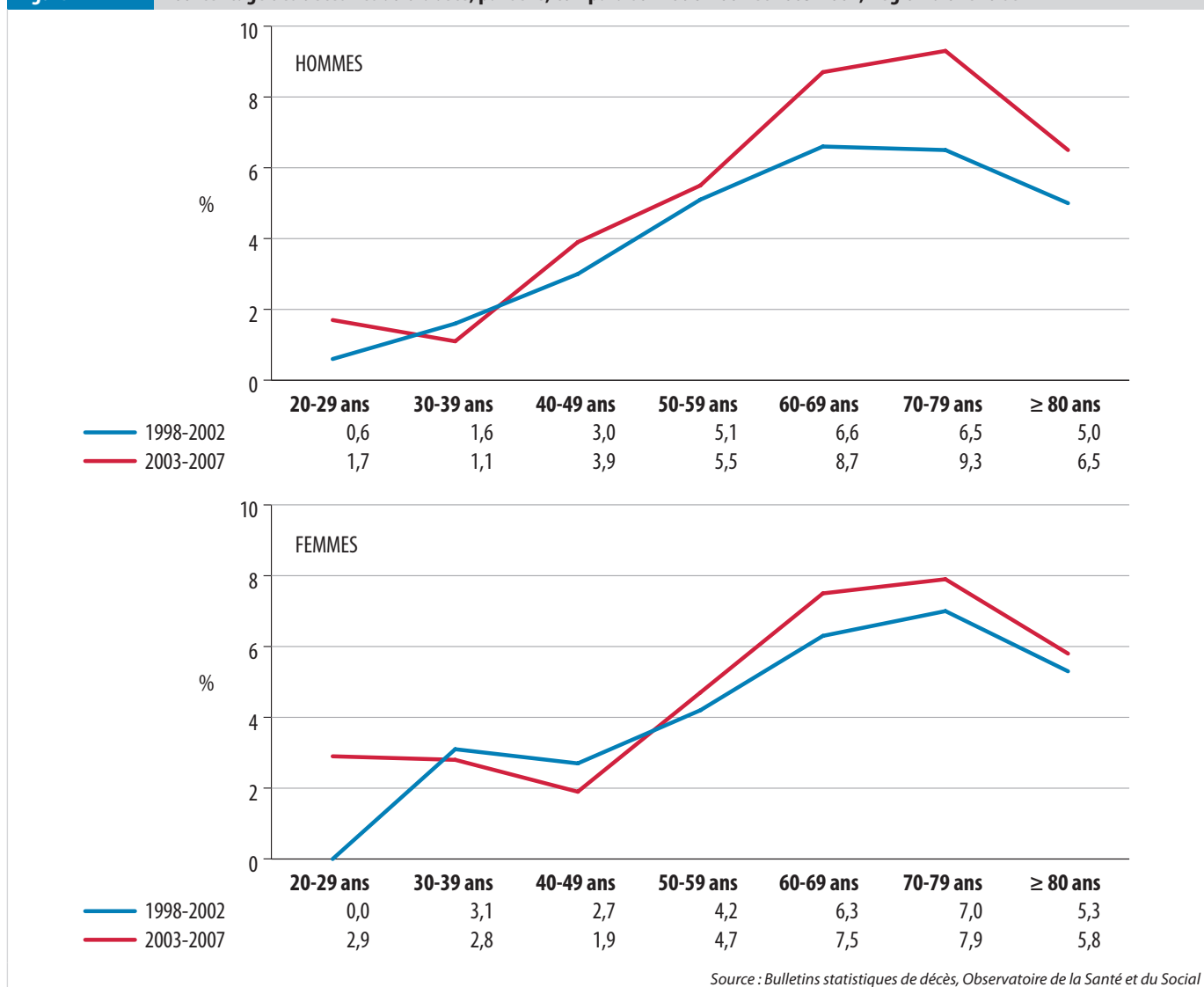
Mortalité

Les résultats présentés ci-dessous comprennent tous les décès pour lesquels le diabète est mentionné parmi les causes multiples du décès^[23].

Le poids du diabète dans le total des décès augmente au cours des 10 dernières années. Il est impliqué dans 7,2 % des décès chez les hommes au cours de la période 2003-2007 pour 5,5 % au cours de la période 1998-2002. Chez les femmes, cette augmentation est plus faible : 6,1 % des décès pour 2003-2007 pour 5,6 % pour 1998-2002.

La mortalité liée au diabète augmente avec l'âge et est plus élevée pour les hommes que pour les femmes (sex-ratio = 1,8). Il y a très peu de décès liés au diabète avant l'âge de 20 ans : au cours de la période 2003-2007 on n'a enregistré qu'un seul décès dans cette tranche d'âge (figure 2-45).

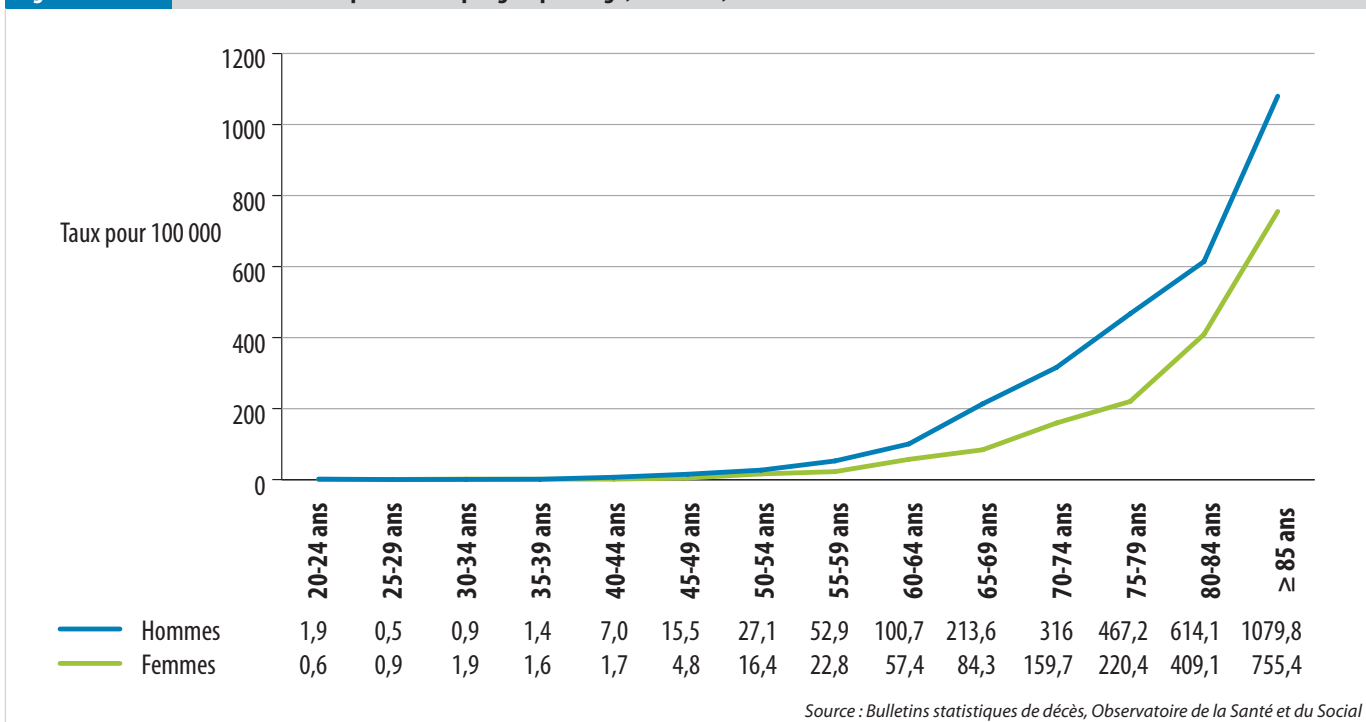
Figure 2-44 Pourcentage des décès liés au diabète, par sexe, comparaison 1998-2002 et 2003-2007, Région bruxelloise



23 En effet, la seule considération du diabète mentionné comme cause initiale entraîne une sous-estimation des décès liés au diabète. Pour l'année 2007, parmi les 607 décès

liés au diabète (comme cause multiple du décès), seuls 130 mentionnent le diabète comme cause initiale du décès. Cette sous-estimation augmente fortement avec l'âge.

Figure 2-45 Taux de mortalité par diabète par groupes d'âge, Bruxelles, 2003-2007



Morbidité

Entre la période 1998-2002 et la période 2003-2007, on observe une augmentation des taux de mortalité liés au diabète pour les hommes : le taux de mortalité tout âge s'élève à 62,5 pour 100 000 habitants en 2003-2007 pour 53,9 en 1998-2002. Cette augmentation concerne essentiellement les hommes de plus de 60 ans. Pour les femmes, les taux de mortalité restent stables : 59,7 pour 100 000 en 2003-2007 pour 60,0 en 1998-2002.

Les taux de mortalité sont très nettement supérieurs pour les femmes marocaines et turques comparés aux taux des femmes belges ou issues d'un pays de l'UE 27. Ces différences existent aussi, mais moins marquées, pour les hommes marocains.

Contrairement à ce qui s'observe dans la population belge ou issue de l'UE, les taux de mortalité par diabète sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes dans la population marocaine.

Le Registre belge du diabète suit l'épidémiologie du diabète survenant avant l'âge de 40 ans. Dans ce registre, on observe une augmentation de l'incidence du diabète de type 1 chez les moins de 15 ans, essentiellement les garçons (30).

Selon l'Enquête Santé 2004, 3,6 % des Bruxellois interrogés (4,2 % des femmes et 3,0 % des hommes) déclarent avoir souffert de diabète^[24] au cours des 12 derniers mois. Les différences entre hommes et femmes ne sont pas significatives après contrôle pour l'âge.

Parmi les personnes déclarant souffrir de diabète, 91 % des hommes et 87 % des femmes sont suivies par un médecin (35 % des hommes et 46 % des femmes sont suivis exclusivement par leur généraliste). La plupart suivent un traitement médicamenteux.

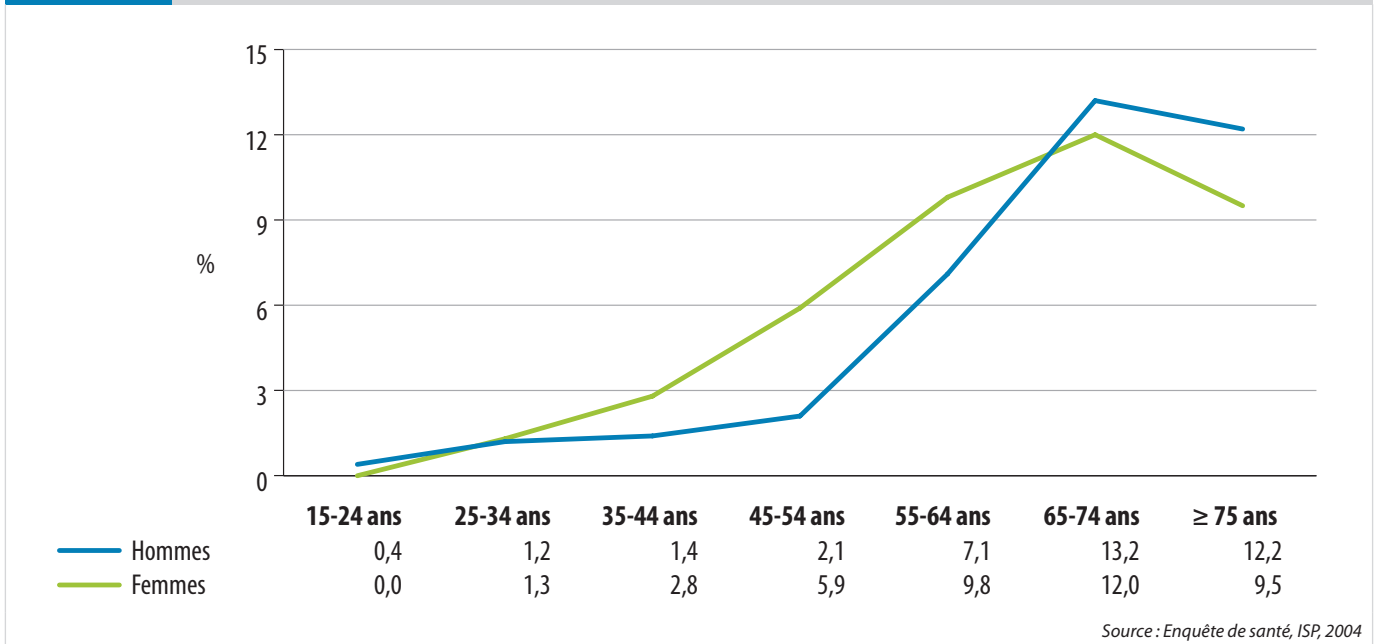
On n'observe pas d'augmentation significative de la prévalence du diabète déclaré chez les hommes entre 1997 et 2004 (population contrôlée pour l'âge). Par contre chez les femmes la prévalence du diabète a augmenté, passant de 2,9 % en 1997 à 4,1 % en 2004.

La prévalence du diabète augmente avec l'âge et cette maladie touche plus d'une personne sur dix au-delà de 65 ans.

²⁴ En l'absence de symptômes ou de diagnostic, certaines personnes peuvent ignorer être atteintes de diabète. La question ne comporte aucune distinction permettant de différencier le type de diabète.

Figure 2-46

Pourcentage de personnes interrogées déclarant souffrir de diabète par âge et par sexe, Bruxelles, 2004



La proportion d'hommes ou de femmes déclarant souffrir de diabète n'est pas différente à Bruxelles et dans les grandes villes wallonnes et flamandes.

On observe des inégalités sociales marquées face au diabète, particulièrement chez les femmes. Après contrôle pour l'âge, le risque pour les moins diplômées de souffrir de diabète est trois fois plus élevé que celui des diplômées de l'enseignement supérieur.

Indépendamment du niveau d'instruction, la nationalité turque ou marocaine est également un facteur de risque pour le diabète chez les femmes (voir détails dans la partie III «Les déterminants de la santé»).

Ces inégalités par rapport au diabète peuvent être expliquées en grande partie par l'inégalité face à l'obésité (voir plus loin).

Le diabète touche plus d'une personne sur dix au-delà de 65 ans.

3.8 OBÉSITÉ

L'obésité n'est pas une maladie en soi, mais elle est un facteur de risque pour de nombreuses affections (cardiopathies ischémiques, hypertension artérielle, maladies cérébrovasculaires, cancers du colon, de l'utérus ou du sein, diabète de type 2, calculs biliaires). C'est pourquoi l'augmentation continue de l'excès pondéral dans la plupart des pays industrialisés au cours des dernières décennies est un important problème de santé publique. Dans les pays à haut niveau de vie ou dont le niveau de vie moyen s'accroît, la population est inondée de tentations qui favorisent l'absorption de nourritures hautement caloriques ; de plus, elle adopte généralement un mode de vie de plus en plus sédentaire. Les personnes pauvres ou précarisées sont particulièrement fragiles car les produits trop riches en graisses et/ou en sucres sont plus accessibles financièrement que les fruits et les légumes.

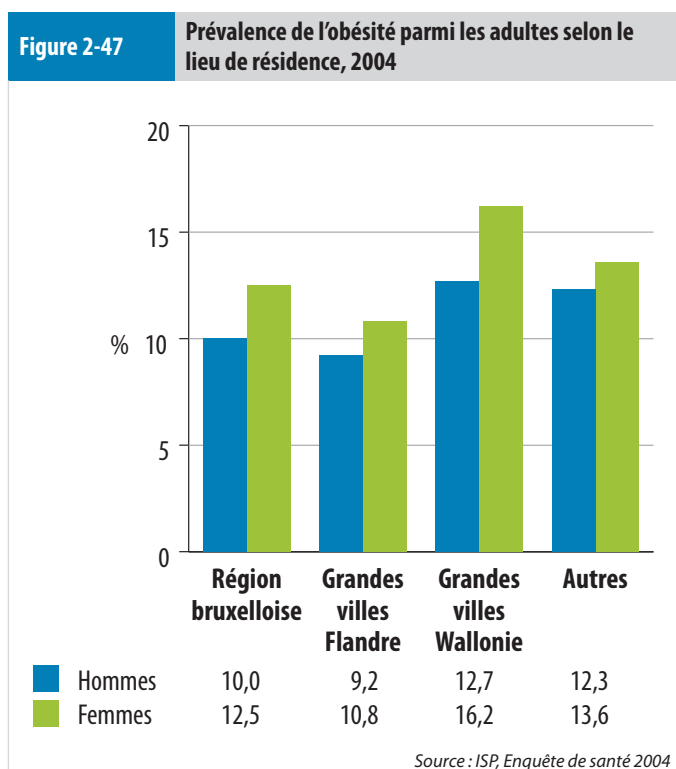
En 2004, 39 % des Bruxellois de plus de 18 ans (44 % des hommes et 35 % des femmes) se déclarent en excès de poids (BMI>25). Environ un quart de ces personnes en excès de poids est obèse : 10,0 % des hommes et 12,6 % des femmes (BMI>30).

La proportion de Bruxellois qui souffre d'obésité est un peu plus faible que dans l'ensemble du pays. Après contrôle pour l'âge il n'y a pas de différence significative entre Bruxelles et les grandes villes de Flandre et de Wallonie.

À Bruxelles, la proportion d'hommes en excès pondéral et obèses a augmenté entre 1997 et 2004 (respectivement de 39 % à 44 % et de 8 % à 10 % ; augmentation significative après contrôle pour l'âge). Pour les femmes l'augmentation n'est pas significative.

Les inégalités sociales face à l'obésité sont importantes, particulièrement pour les femmes. Les femmes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire souffrent 4 fois plus souvent d'obésité que les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Indépendamment du niveau d'instruction, les femmes turques et marocaines souffrent également plus souvent d'obésité que les femmes belges (voir plus de détails dans la partie III «Les déterminants de la santé»). Ces inégalités face à l'obésité expliquent en grande partie les inégalités observées pour le diabète.

Le diabète et l'obésité sont deux problèmes de santé publique importants, pour lesquels il existe un gradient social marqué, surtout chez les femmes.



4. Les infections

Les maladies infectieuses, qui constituaient autrefois la première cause de mortalité dans la population, ont progressivement cédé le pas depuis la fin du dix-neuvième siècle dans les pays industriels, aux maladies cardiovasculaires, aux cancers et au diabète. Cependant, les maladies infectieuses continuent à faire l'objet d'une surveillance attentive au niveau de la santé publique. Dans le dernier quart du siècle passé, de nouvelles maladies infectieuses, tel le SIDA, ont fait leur apparition, tandis que d'anciennes, telle la tuberculose, ont montré qu'elles étaient toujours bien présentes.

4.1 SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DES MALADIES INFECTIEUSES

La surveillance des maladies infectieuses vise à obtenir des informations valides concernant les nouveaux cas d'infections, afin que les autorités compétentes prennent des mesures de contrôle à l'encontre des infections susceptibles de présenter des risques pour la population. Les informations disponibles pour la Région bruxelloise proviennent de différentes sources (voir encadré).

Les dispositifs de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses

La déclaration obligatoire des maladies transmissibles : en Région bruxelloise, une quarantaine de maladies figurent sur la liste des maladies à déclaration obligatoire (nouvel arrêté du 23/04/2009, <http://reflex.raadvst-consetat.be/reflex/pdf/Mbbs/2009/06/18/113359.pdf>). Les médecins inspecteurs d'hygiène de la Commission communautaire commune^[25] reçoivent les déclarations et mettent en œuvre les mesures nécessaires.

Les laboratoires vigies : ce programme repose sur la participation volontaire et non rémunérée de 109 laboratoires de microbiologie dans l'ensemble du pays, soit 63 % de l'ensemble des laboratoires agréés en 2007 pour la microbiologie, de type hospitalier ou privé, répartis dans 32 des 43 arrondissements du pays. Au total, une cinquantaine de germes sélectionnés pour leur importance en santé publique sont surveillés. Parmi les 17 laboratoires de microbiologie agréés en Région bruxelloise, 15 participent au réseau de laboratoire vigies.

Les laboratoires de référence : une quarantaine de laboratoires sont spécialisés chacun pour l'étude d'un ou plusieurs germes en particulier. Ils assurent la confirmation du diagnostic des échantillons envoyés par les laboratoires de microbiologie, et mènent des examens complémentaires, tels que le typage des souches et/ou l'étude de la résistance aux antibiotiques.

Le réseau sentinelle de cliniciens : Ce réseau a été mis en place en 2000 et est coordonné par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Il est basé sur la participation bénévole de cliniciens répartis sur le territoire belge tels que gynécologues, dermatologues, généralistes, internistes, urologues, centres de prévention et de planning familial, cliniques MST, centres médicaux pour étudiants. Le réseau comptait 48 sites début 2008, dont 11 en Région bruxelloise. Il réalise l'enregistrement anonyme d'une dizaine d'infections sexuellement transmissibles.

Le réseau des médecins vigies : En 2007, ce réseau comprenait 187 médecins généralistes représentatifs du profil des médecins en Belgique (dont 8,6 % à Bruxelles), qui enregistrent en continu et bénévolement un certain nombre de pathologies (dont certaines maladies infectieuses comme le VIH). Cet enregistrement est anonyme et s'effectue au moyen de formulaires hebdomadaires. Une rétro-information leur est régulièrement fournie.

25 L'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune a été mise en place en 2002. CCC, Avenue Louise 183, 1050 Bruxelles. Tél : 02/552 01 13/67. Urgences : 0478 77 77 08.

4.2 FRÉQUENCE DES DÉCÈS LIÉS AUX INFECTIONS

Pour la période 2003-2007, 4021 Bruxellois sont décédés d'une maladie infectieuse ou parasitaire ^[26], soit 8,6 % des décès.

La part du total des décès liés aux infections est plus élevée que pour la période 1998-2002 (7,4 %). La principale augmentation est liée aux décès par infections intestinales, décès qui sont près de six fois plus nombreux au cours

de la période 2003-2007 qu'au cours des cinq années précédentes.

Les pneumopathies et les septicémies restent les premières causes de mortalité par infections.

Les taux de mortalité par infection augmentent entre les deux périodes pour les personnes âgées, particulièrement en ce qui concerne les infections intestinales.

Tableau 2-11 Décès par infection, par pathologies, Bruxelles, 1998-2007

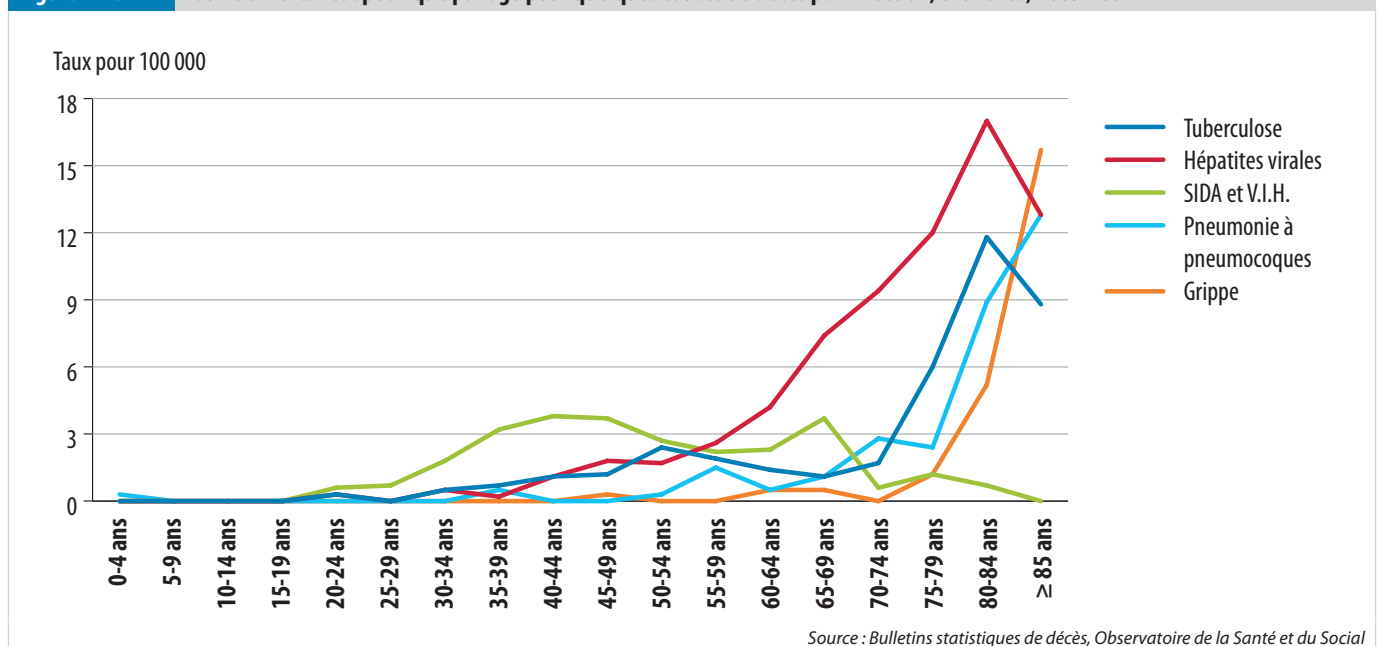
	1998-2002		2003-2007	
	N décès	%	N décès	%
Pneumopathies (sauf pneumocoques)	2 216	59,9 %	2 142	53,3 %
Septicémies	749	20,2 %	928	23,1 %
Infections intestinales	44	1,2 %	221	5,5 %
Hépatites	128	3,5 %	122	3,0 %
Infection à VIH	118	3,2 %	82	2,0 %
Tuberculose	61	1,6 %	69	1,7 %
Pneumonie à pneumocoques	38	1,0 %	45	1,1 %
Grippe	69	1,9 %	28	0,7 %
Infection à méningocoques	19	0,5 %	10	0,2 %
Autres méningites bactériennes	19	0,5 %	16	0,4 %
Légionellose	5	0,1 %	11	0,3 %
Maladie de Creutzfeldt-Jacob	6	0,2 %	3	0,1 %
Paludisme	3	0,1 %	0	0,0 %
Autres infections	226	6,1 %	344	8,6 %
Total	3 701	100 %	4 012	100 %

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

Les pneumopathies et les septicémies sont les premières causes de mortalité par infections.

On trouvera ci-dessous pour 2003-2007 les taux de mortalité par âge pour certaines infections.

Figure 2-48 Taux de mortalité spécifique par âge pour quelques causes de décès par infection, Bruxelles, 2003-2007



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

26 Il s'agit ici de l'ensemble des décès par maladies infectieuses et parasitaires, et pas uniquement les décès se rapportant au chapitre "maladies infectieuses et

parasitaires" de la classification ICD10 (A00-B99) cités dans le tableau disponible sur le site de l'Observatoire sous l'onglet Indicateurs (www.observatbru.be).

4.3 LES INFECTIONS PAR LE VIH

Les chiffres présentés ci-dessous proviennent des bulletins statistiques de décès pour la mortalité, et de l'Institut Scientifique de Santé Publique pour la morbidité (laboratoires de référence pour les infections (séropositivité) et notification anonyme des médecins cliniciens pour les cas de SIDA).

4.3.1 Mortalité

Les décès liés à l'infection par le VIH représentent 3,2 % des décès par infection pour la période 1998-2002 (118 décès) et 2,0 % pour la période 2003-2007 (82 décès).

Le taux de mortalité par infection à VIH s'élève à 1,6 pour 100 000 habitants pour la période 2003-2007, ce qui est une nette diminution par rapport au taux observé pour la période 1998-2002 (2,4/100 000).

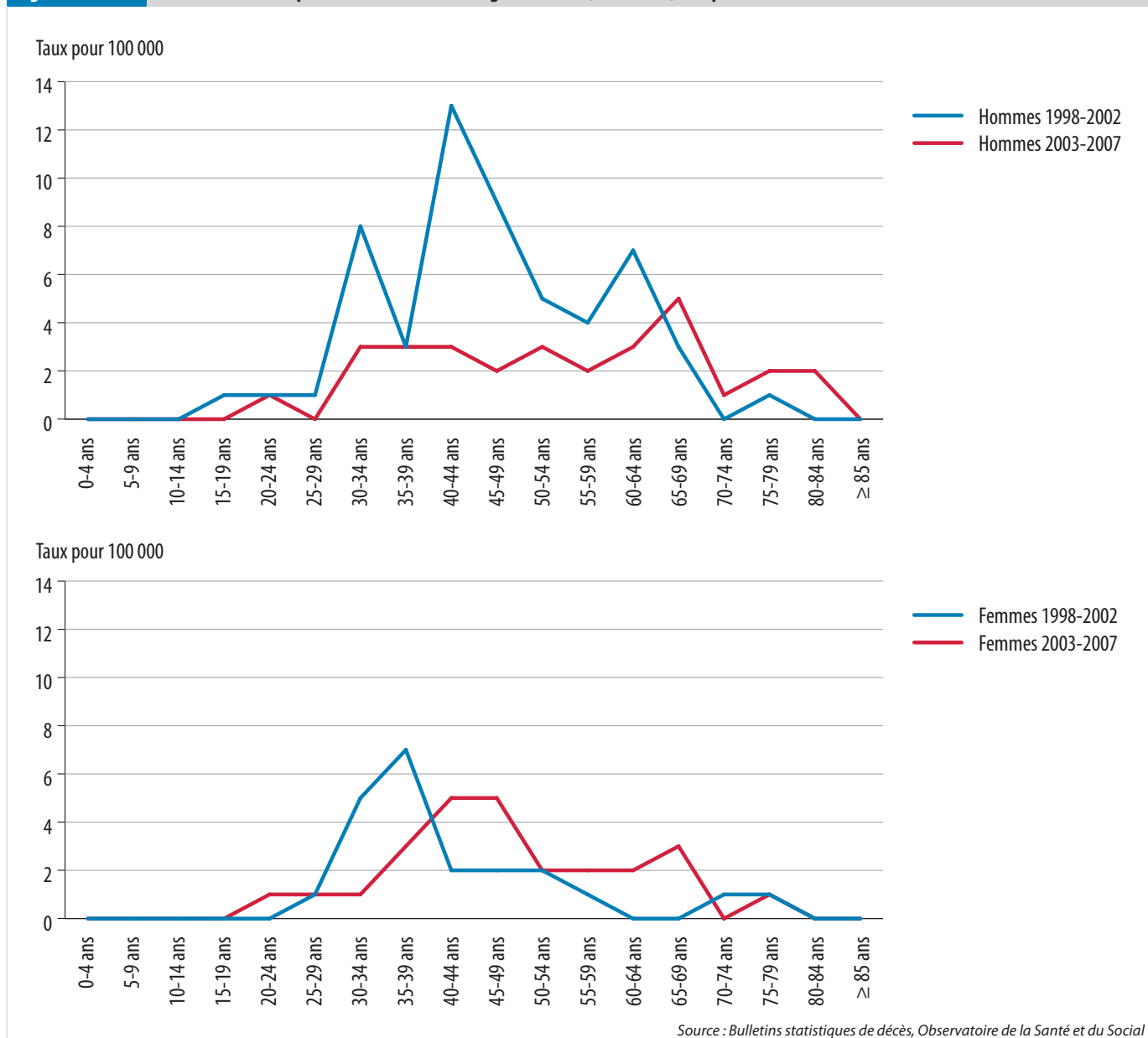
Cette diminution de la mortalité est très marquée chez les hommes de 25 à 49 ans.

Le taux de mortalité des femmes a très légèrement augmenté, passant de 1,4 à 1,5 pour 100 000. On observe une diminution de la mortalité pour les femmes jeunes mais une augmentation pour les plus de 40 ans.

Pour 2003-2007, les taux de mortalité restent globalement plus élevés pour les hommes que pour les femmes (1,8 versus 1,5 pour 100 000) sauf pour la tranche 40-49 ans, où le taux de mortalité des femmes est supérieur à celui des hommes.

Le taux de mortalité par infection à VIH diminue, essentiellement pour les hommes de 25 à 49 ans.

Figure 2-49 Taux de mortalité par VIH en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, comparaison 1998-2002 et 2003-2007



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

Le taux de mortalité par VIH diffère selon la nationalité. Les taux bruts sont respectivement de 1,5 pour 100 000 pour les Belges, 1,0 pour les Européens (EU27), 1,8 pour les Marocains (pas de décès pour les Turcs) et 42,1 pour les ressortissant d'Afrique subsaharienne.

Après standardisation selon l'âge, la mortalité avant 75 ans est 14,5 fois plus élevée pour les hommes originaires d'Afrique subsaharienne que pour les hommes belges, et 54 fois plus pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne que pour les femmes belges.

Cette surmortalité très importante est probablement la résultante de différents facteurs. L'Afrique sub saharienne regroupant des pays à forte endémicité, il est possible que certains migrent pour raison médicale, augmentant la prévalence VIH dans cette partie de la population. Par ailleurs, étant donné les carences des systèmes sanitaires dans ces pays, beaucoup arrivent avec une maladie à un stade tardif et ceux qui sont diagnostiqués en Belgique découvrent souvent leur séropositivité en même temps que leur maladie (31). Enfin, il n'est pas certain que l'accessibilité au traitement en Belgique, permettant de retarder le décès, soit parfaite.

Il n'existe pas de différences significatives pour les autres nationalités, hormis un taux moindre pour les femmes issues de l'Europe des 27.

4.3.2 Séropositivité

Du début de l'épidémie au 31/12/2007, 4 620 personnes ont été déclarées séropositives en Région bruxelloise, ce qui représente 37 % des personnes infectées en Belgique dont la résidence est connue^[27].

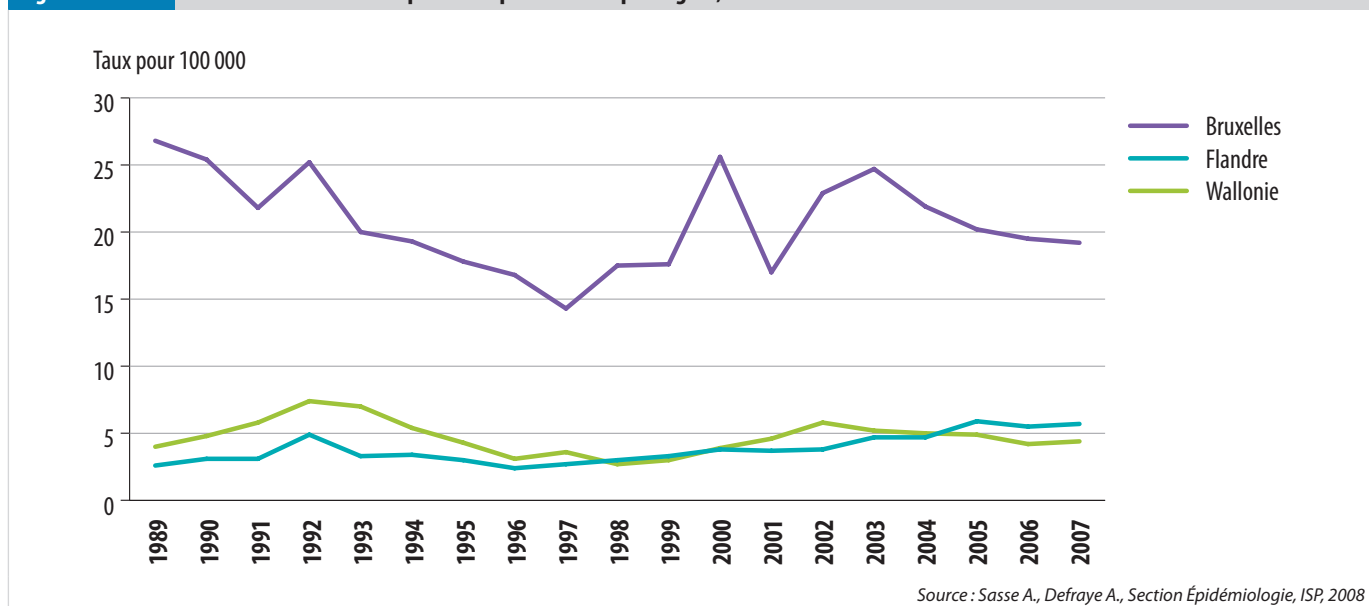
En 2007, 198 nouveaux cas de séropositivité ont été rapportés en Région bruxelloise.

En 2007, 50 % des nouveaux cas de séropositivité résident en Flandre (principalement à Anvers), 28 % en Région bruxelloise et 22 % en Wallonie.

De 2003 à 2007, l'incidence est croissante en Flandre alors qu'elle a plutôt tendance à diminuer dans les deux autres régions. Ceci doit cependant être interprété avec prudence vu le pourcentage de notifications incomplètes en ce qui concerne le lieu de résidence (voir note précédente).

Si l'on observe l'évolution en Région bruxelloise depuis le début de l'épidémie, on voit qu'après avoir diminué régulièrement de 1989 à 1997, les notifications montrent depuis 1998 une tendance ascendante. Malgré une légère diminution ces dernières années, l'incidence semble se stabiliser actuellement, et ce à un niveau bien supérieur à 1997 (46 % de cas en plus en 2007 qu'en 1997). Ce profil est similaire à celui observé pour toute la Belgique.

Figure 2-50 Taux d'incidence de séropositivité par année et par région, 1989-2007

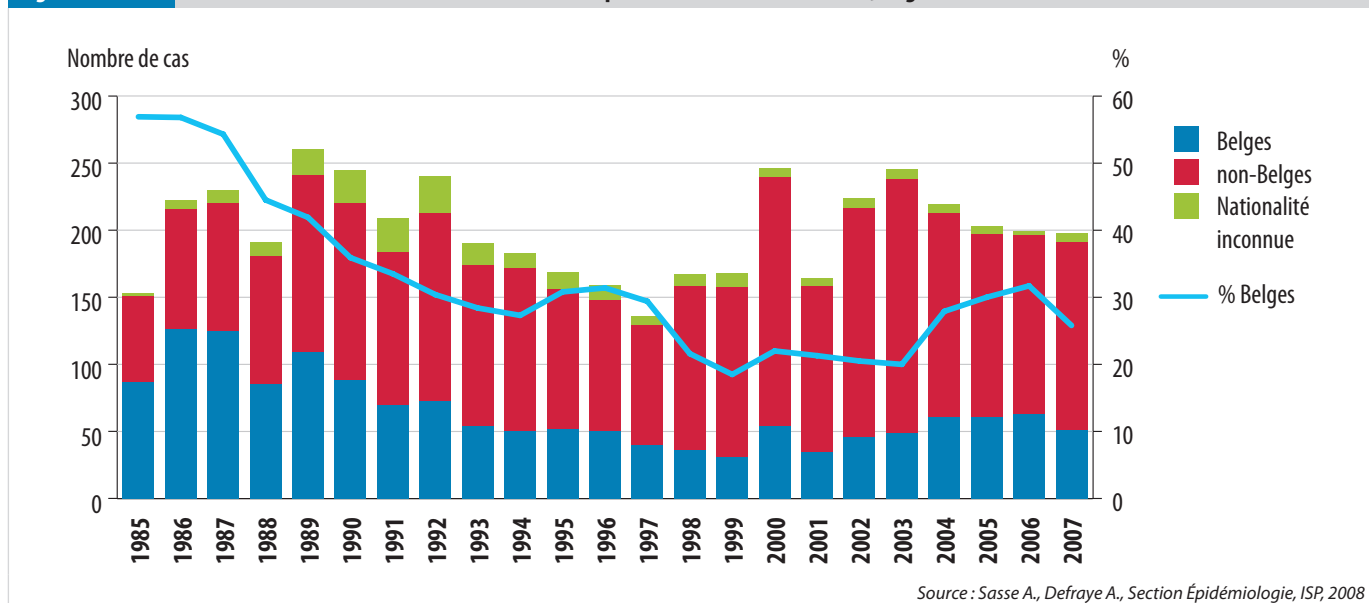


²⁷ La résidence n'est pas connue pour 40 % d'entre eux pour la période 1998-2002 et pour 33 % pour la période 2003-2007. Ces cas seront donc exclus des analyses faites dans ce dossier.

En 2007, un quart des nouveaux cas sont belges. Parmi les cas de séropositivité non belges (dont la nationalité est connue), la majorité provient d'Afrique subsaharienne : en 2007, pour 140 patients non belges diagnostiqués, 60 % proviennent d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Europe, 3 %

d'Afrique du Nord et 14 % d'autres pays. Les personnes issues de pays où l'épidémie est généralisée constituent la plus grande part des patients contaminés par voie hétérosexuelle.

Figure 2-51 Évolution du nombre de nouveaux cas de séropositivité entre 1985 et 2007, Région bruxelloise

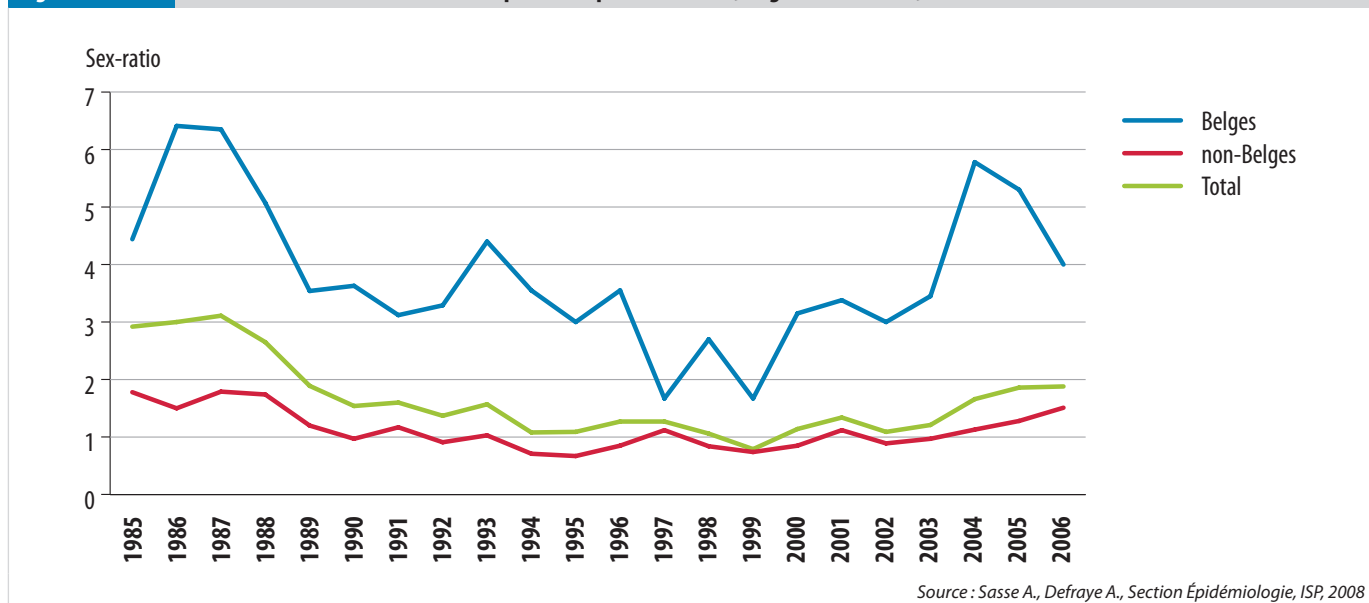


Si le taux d'incidence ^[28] a tendance à décroître depuis 1989 pour les bruxellois belges (décroissance de plus de la moitié), on observe un profil plus variable pour les non-Belges ; en 2007, le taux pour les non-Belges revient à son niveau de 1990 (plus de 7 fois supérieur à celui des Belges) (non illustré).

En début d'épidémie, on rapportait trois fois plus d'hommes que de femmes parmi les nouveaux cas de séropositivité.

Après dix ans d'un sex-ratio proche de 1 (1994-2003), la proportion d'hommes augmente de nouveau dans les cas rapportés ; en 2007, près de deux fois plus d'hommes sont rapportés séropositifs, notamment en raison de l'augmentation de la transmission homosexuelle. Le sex-ratio des non-Belges reste constamment proche de 1, reflétant entre autre le mode de transmission prépondérant (hétérosexuel) ; il influence fortement le sex-ratio total.

Figure 2-52 Sex-ratio des nouveaux cas de séropositivité par nationalité, Région bruxelloise, 1985-2007

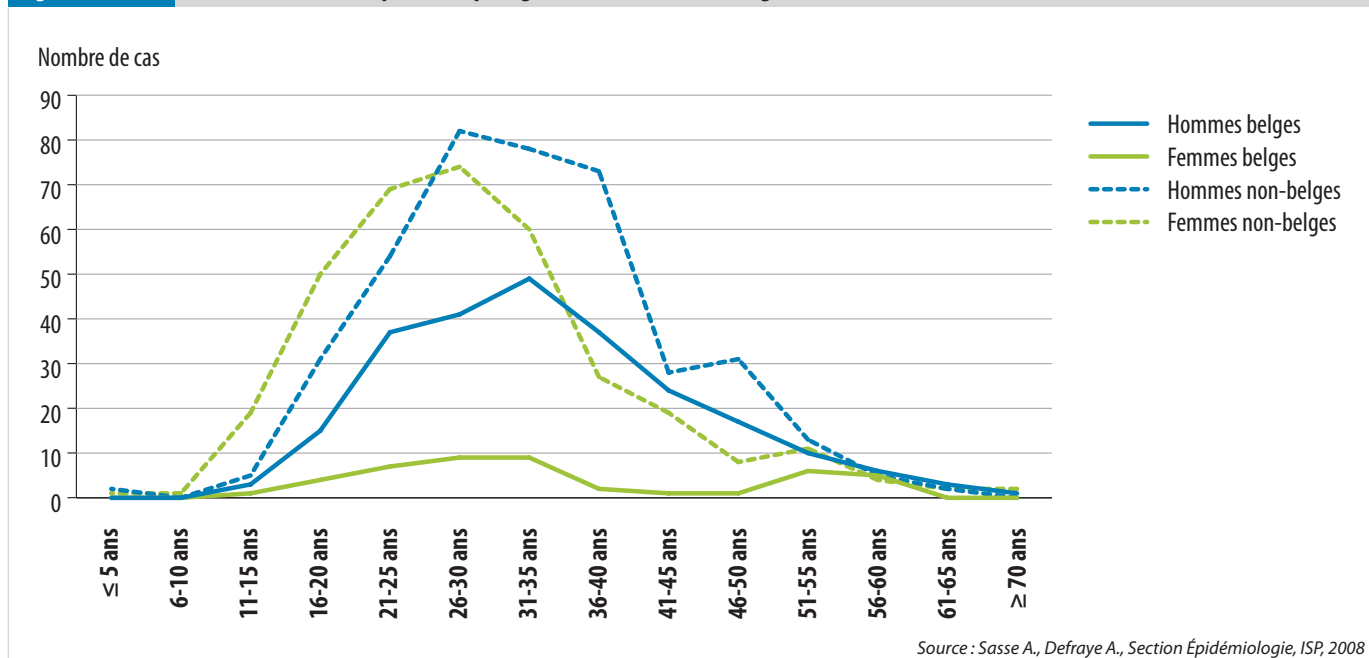


²⁸ Calculé avec la population tout âge comme dénominateur.

En ce qui concerne l'ensemble des personnes séropositives, tant l'âge moyen que l'âge médian au diagnostic ont augmenté d'environ cinq ans depuis le début de l'épidémie, pour arriver à 35,7 ans d'âge moyen et 34,9 d'âge médian en 2007. Cette augmentation de l'âge est surtout effective chez les hommes.

Dans les deux périodes, la tranche d'âge la plus touchée est celles des 30-39 ans chez les hommes, et ce tant pour les non-Belges que les Belges ; pour les femmes, c'est la tranche des 25-39 ans.

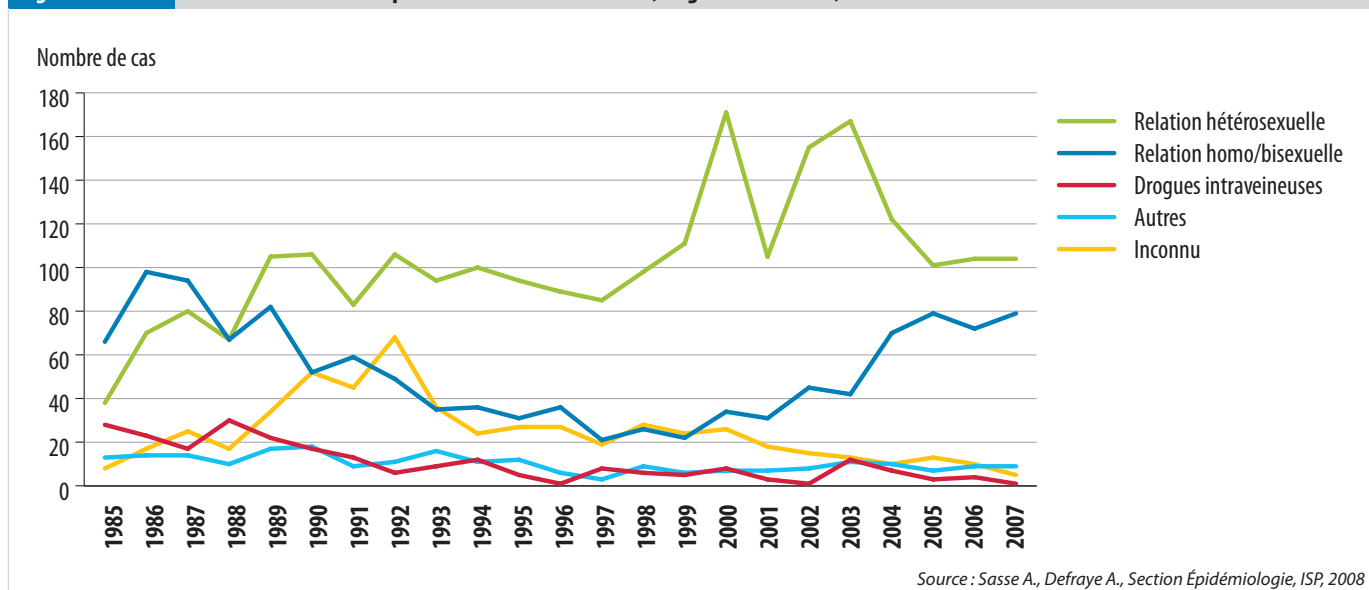
Figure 2-53 Nouveaux cas de séropositivité par âge, sexe et nationalité, Région bruxelloise, 2003-2007



De 1986 à 1998, on a assisté à une diminution de la transmission par relation homo/bisexuelle et par injection de drogues, parallèlement à une augmentation de la transmission par relation hétérosexuelle. Globalement, la transmission hétérosexuelle est le mode prédominant de transmission, et l'incidence de ce mode de transmission continue à augmenter.

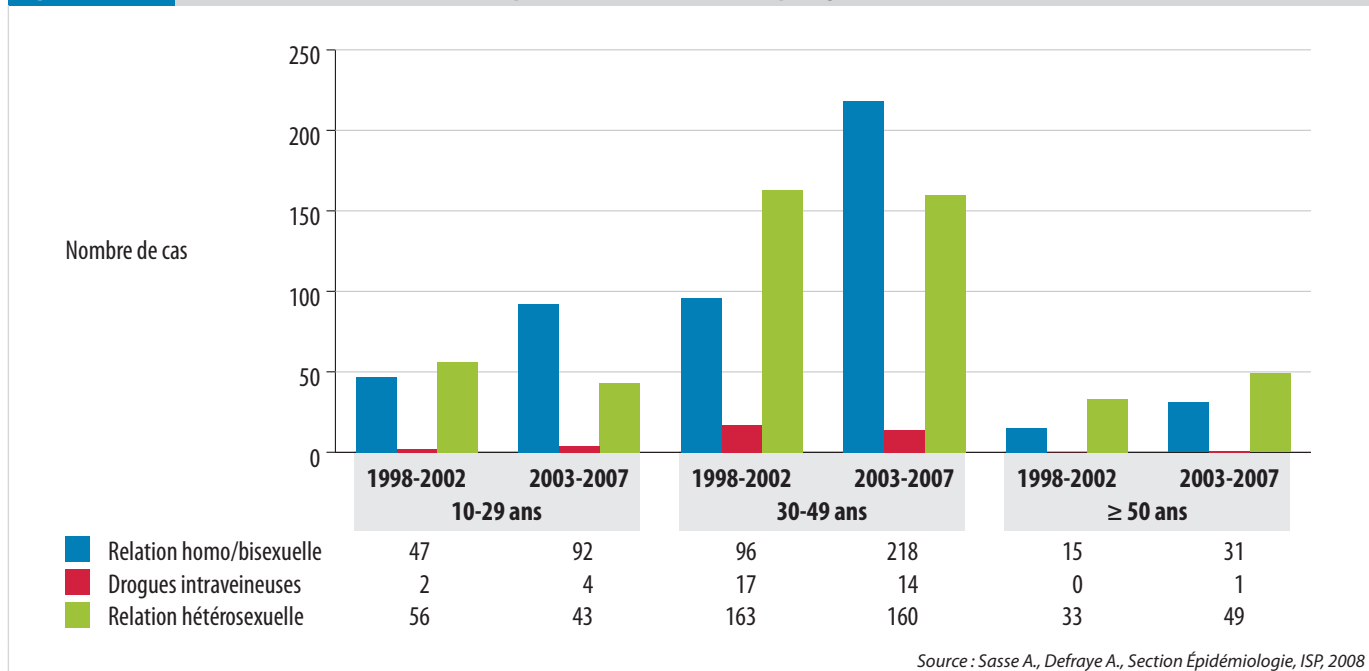
Cependant, on assiste à nouveau depuis 1999 à une augmentation de la transmission homosexuelle (79 % des hommes belges et 38 % des hommes non belges en 2003-2007), transmission qui, en 2007, revient pratiquement à son niveau du début d'épidémie.

Figure 2-54 Mode de transmission probable de l'infection à VIH, Région bruxelloise, 1985-2007



Il est préoccupant de constater que le nombre de cas de séropositivité par transmission homosexuelle augmente également chez les hommes jeunes, et pas seulement chez les hommes plus âgés chez qui un effet de lassitude des efforts de prévention se fait sentir.

Figure 2-55 Évolution du mode de transmission probable de l'infection à VIH par âge, hommes, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



Pour les femmes, la transmission hétérosexuelle représente 92,6 % des cas dans la première période et 90 % dans la deuxième.

Au cours de la dernière décennie, la transmission du VIH par voie homosexuelle augmente de nouveau, traduisant une diminution des comportements de prévention.

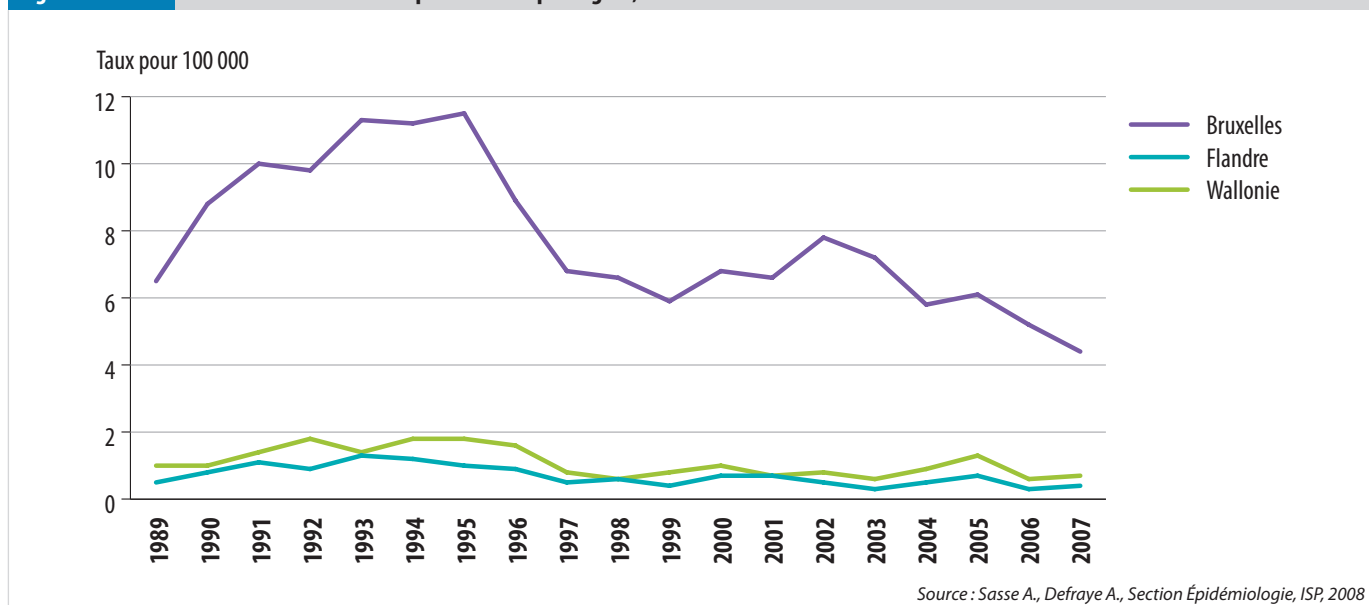
4.3.3 Morbidité (SIDA)

Au 31/12/2007, 1 568 cas de SIDA ^[29] ont été déclarés en Région bruxelloise depuis le début de l'épidémie dont 45 en 2007, ce qui constitue le nombre de cas annuels le plus faible depuis 1988.

Tout au long de l'épidémie, Bruxelles a enregistré la moitié des cas déclarés ^[30] en Belgique

En Région bruxelloise comme en Belgique, les taux ont nettement chuté depuis l'introduction des trithérapies en 1995 ^[31]. En 2007, le taux d'incidence bruxellois reste cependant onze fois supérieur à la Flandre et six fois supérieur à la Wallonie. Dans les deux autres régions, les provinces les plus touchées sont par ordre décroissant : Liège, Anvers, le Brabant wallon et le Hainaut, sans toutefois que leur taux d'incidence n'atteigne celui de Bruxelles.

Figure 2-56 Taux d'incidence du SIDA par année et par région, 1989-2007



La trithérapie a permis un allongement de la durée de vie des patients sans toutefois les guérir ; c'est pourquoi on assiste à une augmentation de la prévalence de l'infection VIH dans la population ; en conséquence, le nombre de personnes qui sont suivies et soignées est en augmentation. En Belgique, 9 351 patients étaient suivis médicalement ^[32] en 2007 (et 8 583 en 2006).

Si les malades bruxellois belges représentent 41 % des cas cumulés depuis le début de l'épidémie, ils ne représentent plus que 23,5 % des cas de 1998 à 2007.

Depuis 1998, les malades d'Afrique subsaharienne représentent 77 % des cas non belges. Pour la période 1998-2007, le taux d'incidence moyen du SIDA est de 2/100 000 pour les Belges, de 4/100 000 pour les non-Belges et de 271/100 000 pour les personnes d'Afrique subsaharienne. Il est probable que les non-Belges n'ont pas bénéficié des trithérapies de la même façon que les Belges, soit parce qu'ils n'ont pas pu bénéficier de la trithérapie dans leur pays d'origine (que leur maladie leur soit connue ou qu'ils découvrent leur séropositivité en même temps que leur maladie en Belgique), soit parce que l'accès aux soins en Belgique leur est difficile.

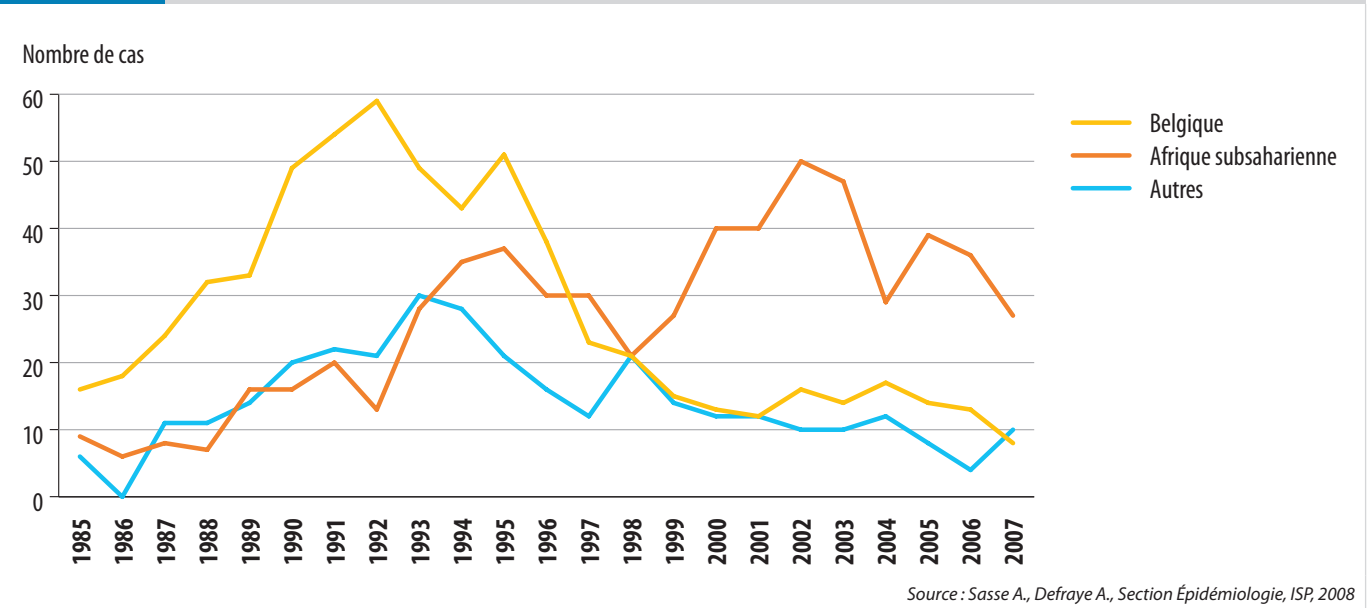
29 La définition de la maladie SIDA a plusieurs fois été révisée depuis 1982, incluant notamment des pathologies indicatives de SIDA chez des patients à sérologie VIH inconnue ou négative.

30 De 1985 à 2007, le lieu de résidence des cas de SIDA n'était connu que dans 82 % des cas (92 % chez les malades belges et 74 % chez les non-Belges) ; ces dernières années, ce taux approche les 95 %.

31 Un certain nombre de patient n'ont pas bénéficié de la trithérapie (soit par ignorance de leur séropositivité soit par non disponibilité du traitement) ce qui explique une certaine stabilisation des taux depuis 1998 (31).

32 Les patients sont considérés comme suivis médicalement si au cours de l'année écoulée, au moins une mesure de charge virale a été réalisée.

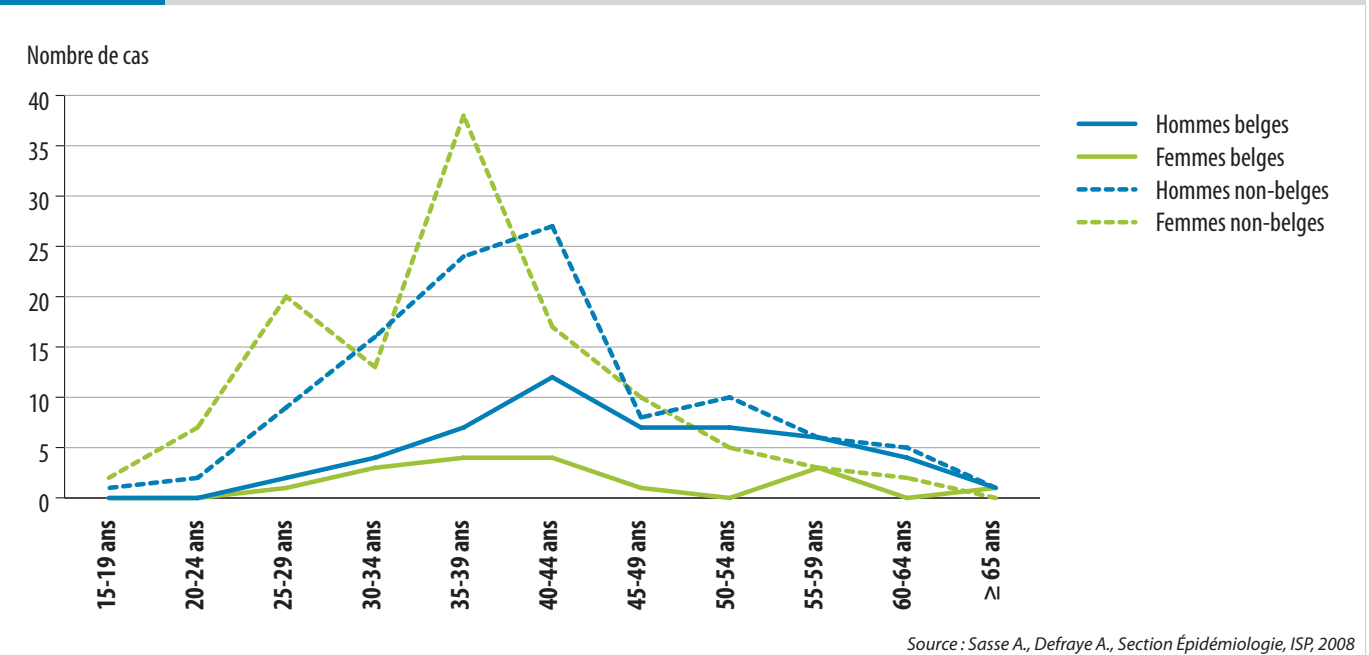
Figure 2-57 Nombre de nouveaux cas de SIDA par année de diagnostic et par nationalité, Région bruxelloise, 1985-2007



Depuis le début de l'épidémie, on a observé plus de cas de SIDA masculins que féminins, avec de grandes disparités suivant les nationalités (cinq fois plus d'hommes que de femmes parmi les malades belges, contre 1,2 fois plus d'hommes chez les non-Belges) ; le sex-ratio a tendance à diminuer pour atteindre 1,6 en 2007, principalement par diminution des malades masculins belges et augmentation de malades féminins non belges.

L'âge moyen au moment du diagnostic de SIDA est plus élevé chez les hommes que chez les femmes ; il a augmenté dans les deux sexes de 1998 à 2007 et est en moyenne cinq ans plus vieux que pour la séropositivité.

Figure 2-58 Nouveaux cas de SIDA par âge, sexe et nationalité, Région bruxelloise, 2003-2007



L'évolution des modes de transmission du SIDA est semblable à celle observée pour la séropositivité, avec un retard de quelques années.

Les taux de SIDA ont fortement chuté depuis l'introduction des trithérapies.

4.4 AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Comme signalé dans le précédent tableau de bord, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) augmentent de façon préoccupante en Europe occidentale depuis les années 90. Or les IST reflètent les tendances dans les comportements sexuels à risque et inversement les pratiques en termes de protection ; de plus, la présence d'une IST facilite la transmission du SIDA.

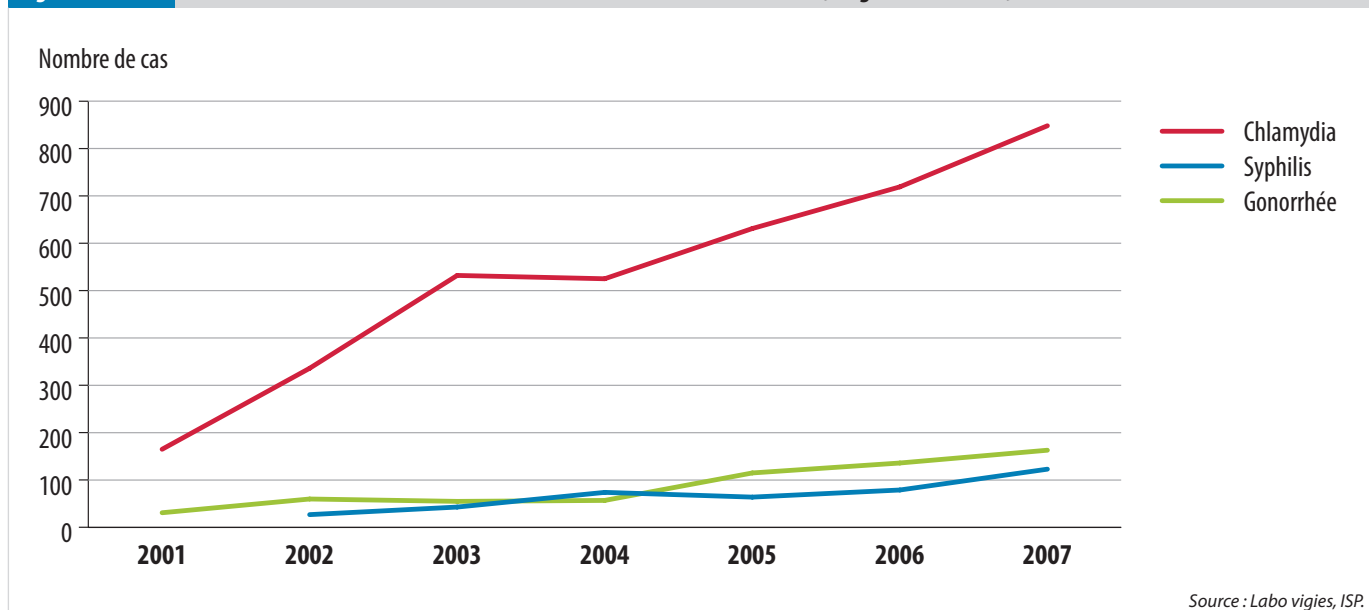
Les sources d'information concernant les IST sont le réseau sentinelle de cliniciens, le réseau de laboratoires de microbiologie^[33], le système de notification obligatoire des maladies^[34] et, depuis 2007, les centres de référence SIDA. Nous utiliserons ci-dessous pour Bruxelles d'une part les données des laboratoires (données quantitatives) même si, en l'absence de données cliniques, il n'est pas possible de différencier les anciens cas des nouveaux cas à travers cette source ; et d'autre part les données du réseau sentinelle de cliniciens (données qualitatives)^[35].

4.4.1 Situation générale

Entre 2001 et 2007, on observe sur base des données des laboratoires vigies, une augmentation de la syphilis, de la gonorrhée et des infections à chlamydia (figure 2-59), augmentation également constatée dans d'autres grandes villes belges.

La comparaison de ces données avec différents pays européens, même si elle est difficile en raison des systèmes d'enregistrement différents, montrent des tendances similaires.

Figure 2-59 Évolution du nombre de cas d'Infections Sexuellement Transmissibles, Région bruxelloise, 2001 à 2007



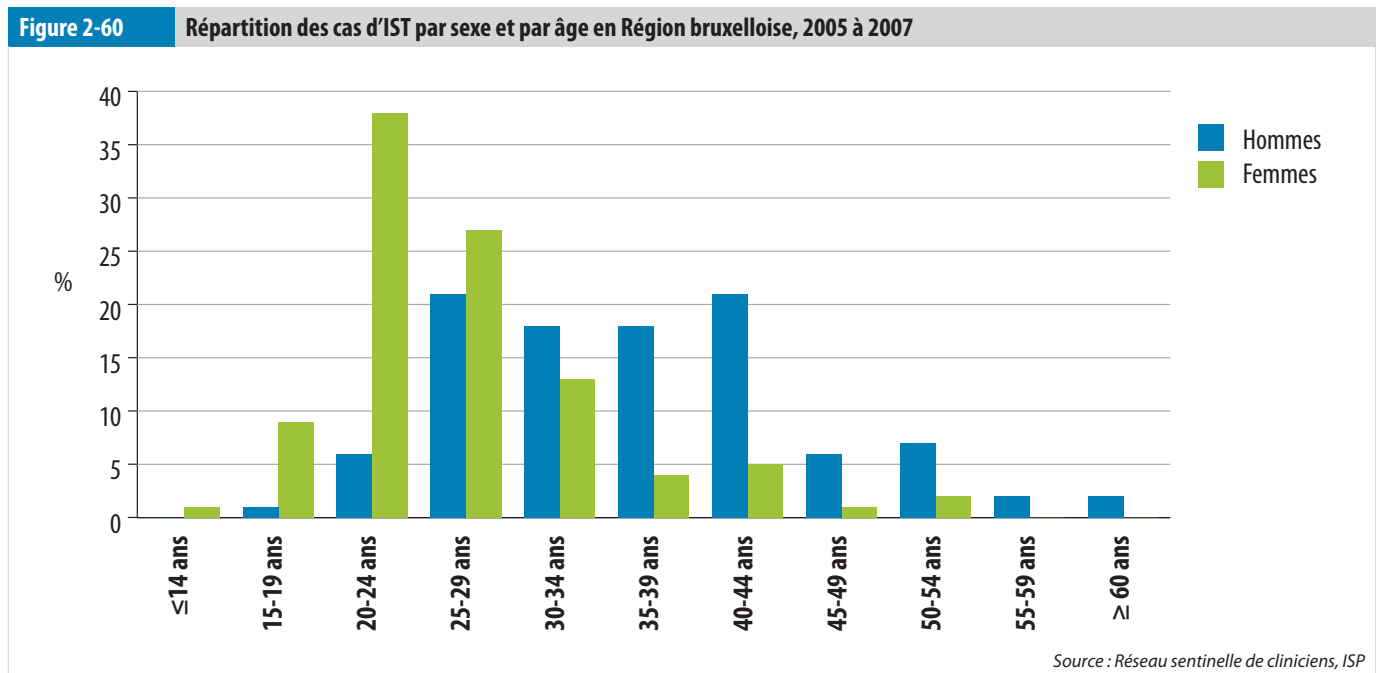
³³ Les germes Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae sont enregistrés depuis 1986, et les nouveaux cas de Treponema Pallidum (Syphilis) uniquement depuis 2001. Certains cas peuvent être asymptomatiques.

³⁴ Les notifications obligatoires sont faites aux médecins inspecteurs de santé des Communautés. Gonorrhée, syphilis, hépatite B sont à déclaration obligatoire dans les deux communautés et à la Commission communautaire commune mais seule la Communauté française impose le signalement des infections à Chlamydia. L'organisation de l'enregistrement étant actuellement en cours de réorganisation en Communauté française et à la COCOM, il n'est pas possible de comparer les données de 2007 avec celles des années précédentes.

³⁵ Depuis 2006, l'ISP publie un rapport spécifique aux IST où les données des différentes sources sont intégrées, mais ce rapport ne détaille pas les données par région (32 ; 33).

Les 188 patients enregistrés entre 2005 à 2007 par le réseau sentinelle de cliniciens bruxellois ^[36] livrent des renseignements quant aux caractéristiques des patients. Chez ces patients, les infections les plus fréquentes sont la syphilis et les condylomes chez l'homme, les infections à chlamydia et les condylomes chez la femme. Le sex-ratio est de 1,3.

La tranche d'âge la plus touchée est celle de 20 à 24 ans chez les femmes et 25-29 et 40-44 chez les hommes. Dans la tranche 15 à 24 ans, les femmes sont plus de cinq fois plus nombreuses que les hommes. Neuf cas ont été diagnostiqués chez des moins de 20 ans entre 2005 et 2007.



Deux tiers des patients hommes sont homo- ou bisexuels, 99 % des femmes sont hétérosexuelles.

Soixante pour cent des patients ont un niveau d'études supérieures ^[37].

Il est préoccupant de constater qu'un tiers des patients connaissaient leur statut VIH avant la consultation pour IST ; cela indique donc qu'ils n'ont pas modifié leur comportement à risque après une prise de risque antérieure ou même une séropositivité découverte.

Plus de trois quarts des patients sont européens, dont 81 % de Belges. Le faible nombre de patients issus d'Afrique subsaharienne contraste de façon surprenante avec la proportion observée dans les cas d'infections à VIH.

Les Infections Sexuellement Transmissibles augmentent de façon préoccupante en Région bruxelloise comme en Europe occidentale depuis une vingtaine d'années.

³⁶ Le lieu de résidence est connu pour 86 % des cas enregistrés au cours de cette période. Les données recueillies par le réseau sentinelle ne permettent pas de suivre l'évolution du nombre de cas (non représentatif pour Bruxelles) mais informent sur les caractéristiques des patients.

³⁷ Le niveau d'éducation est connu dans 80 % des cas.

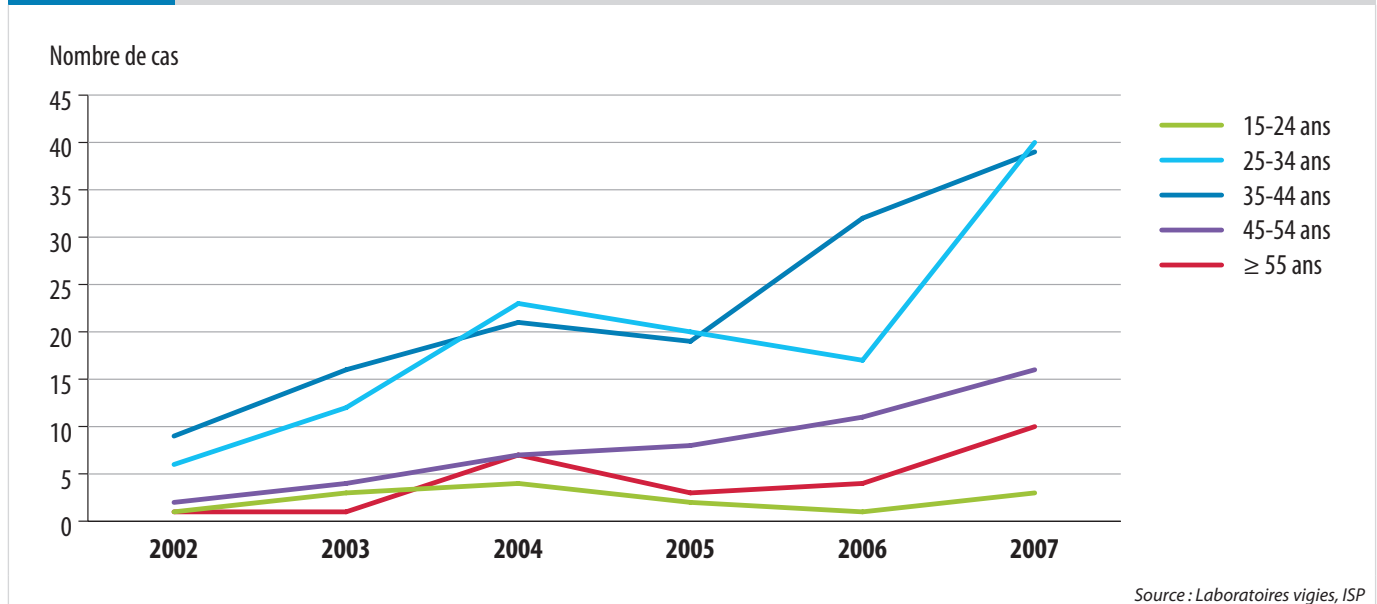
4.4.2 Les types d'infections

Entre 2002 et 2007, les cas de **syphilis** enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été multipliés par 4,6 (de 27 à 123 cas)^[38]. Cette augmentation est principalement due aux hommes.

Les cas déclarés par le réseau sentinelle ainsi que ceux enregistrés par les labos vigies, sont en très grande majorité

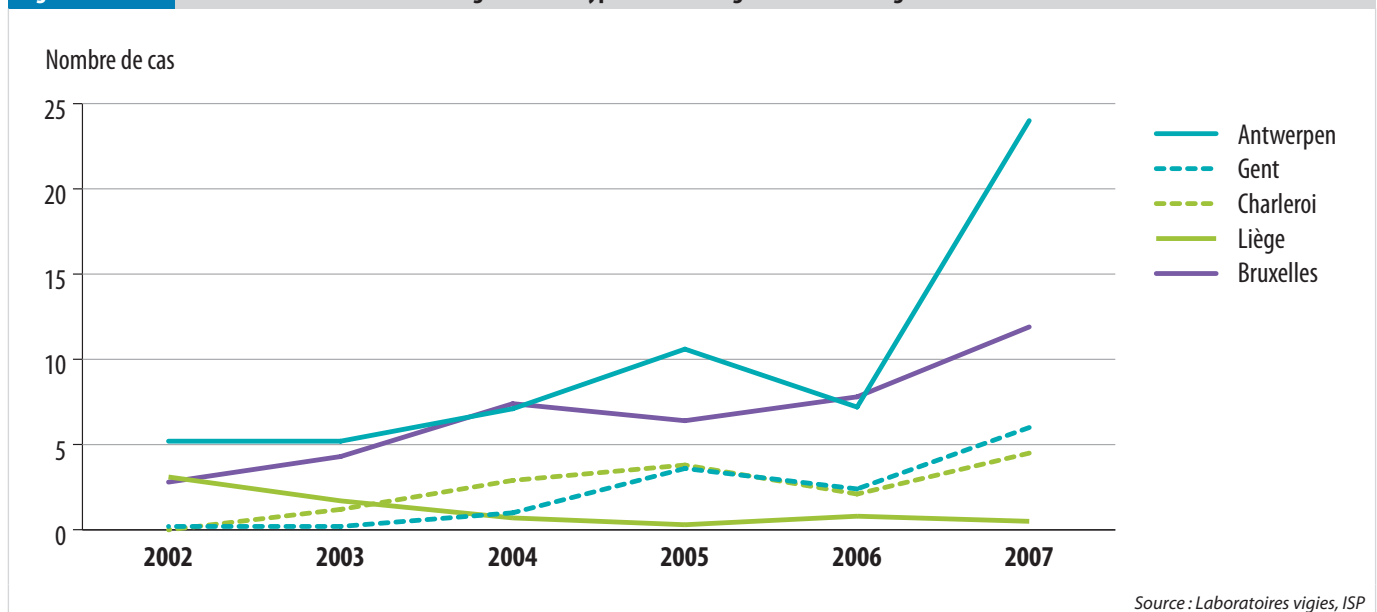
masculins (dont les trois quarts sont homosexuels). Les tranches d'âge les plus touchées sont entre 30 et 44 ans ; ce sont d'ailleurs dans ces tranches d'âge que l'on observe l'augmentation la plus forte entre 2002 et 2007. Les réinfections sont fréquentes chez les homosexuels séropositifs.

Figure 2-61 Évolution des cas de syphilis par âge chez les hommes bruxellois, 2002-2007



Cette augmentation, confirmée par les réseaux sentinelles de cliniciens, n'est pas propre à Bruxelles ; on observe également une nette augmentation dans d'autres grandes villes belges, notamment à Anvers.

Figure 2-62 Évolution de l'incidence des diagnostics de syphilis dans les grandes villes belges entre 2002 et 2007

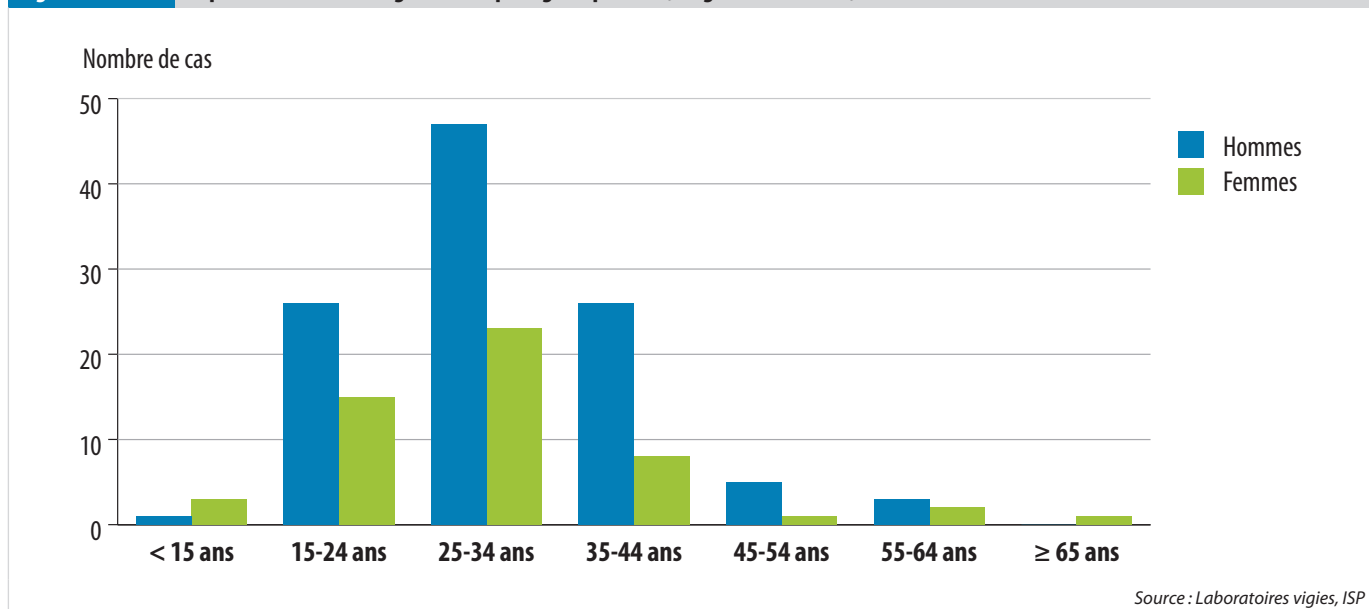


³⁸ En l'absence de données cliniques sur les déclarations transmises par les laboratoires, il est difficile de différencier les anciens des nouveaux cas.

Entre 2001 et 2007, les cas de **gonorrhée** enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été multipliés par 5,3 (de 31 à 163 cas)³⁹. Cette augmentation s'observe chez les hommes et chez les femmes. En 2007, 2/3 des cas sont masculins.

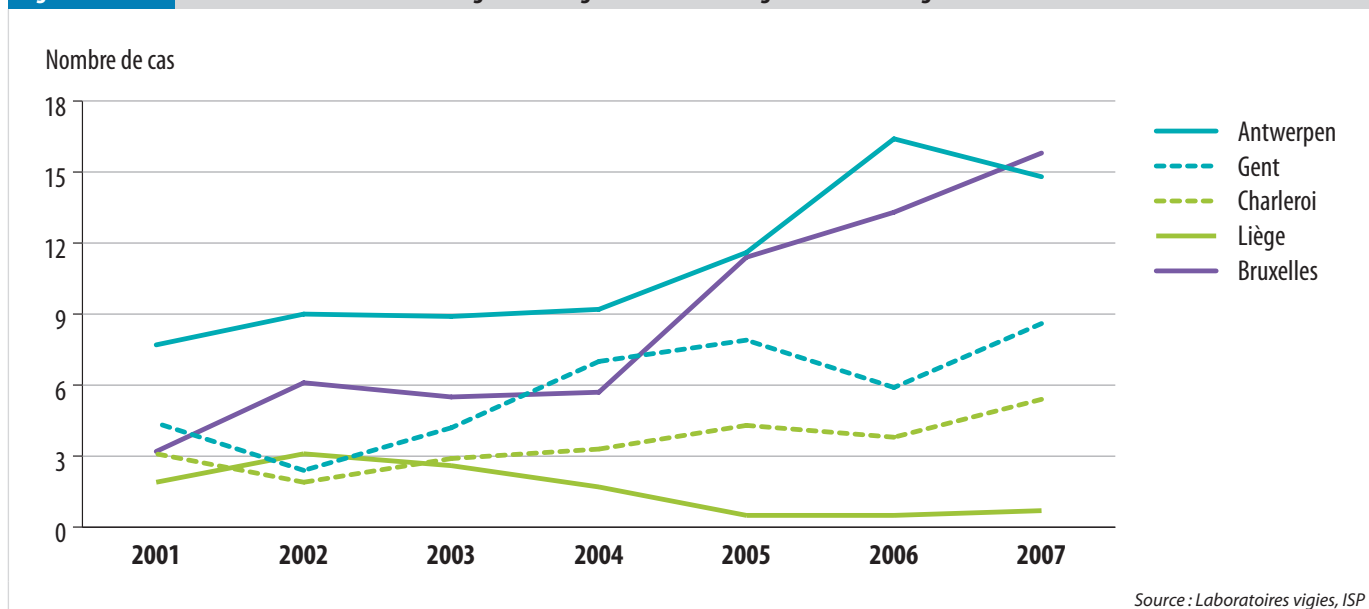
Cette IST touche des personnes plus jeunes que la syphilis : la tranche d'âge la plus touchée dans les deux sexes est celle des 25-34 ans. La proportion de patients de 15 à 24 ans augmente dans les deux sexes entre 2001 et 2007.

Figure 2-63 Répartition des cas de gonorrhée par âge et par sexe, Région bruxelloise, 2007



La même évolution est retrouvée dans d'autres grandes villes belges.

Figure 2-64 Évolution de l'incidence des diagnostics de gonorrhée dans les grandes villes belges entre 2002 et 2007



³⁹ Le remboursement par l'INAMI depuis 2000 de tests d'amplification moléculaire a probablement joué un rôle au début de la période.

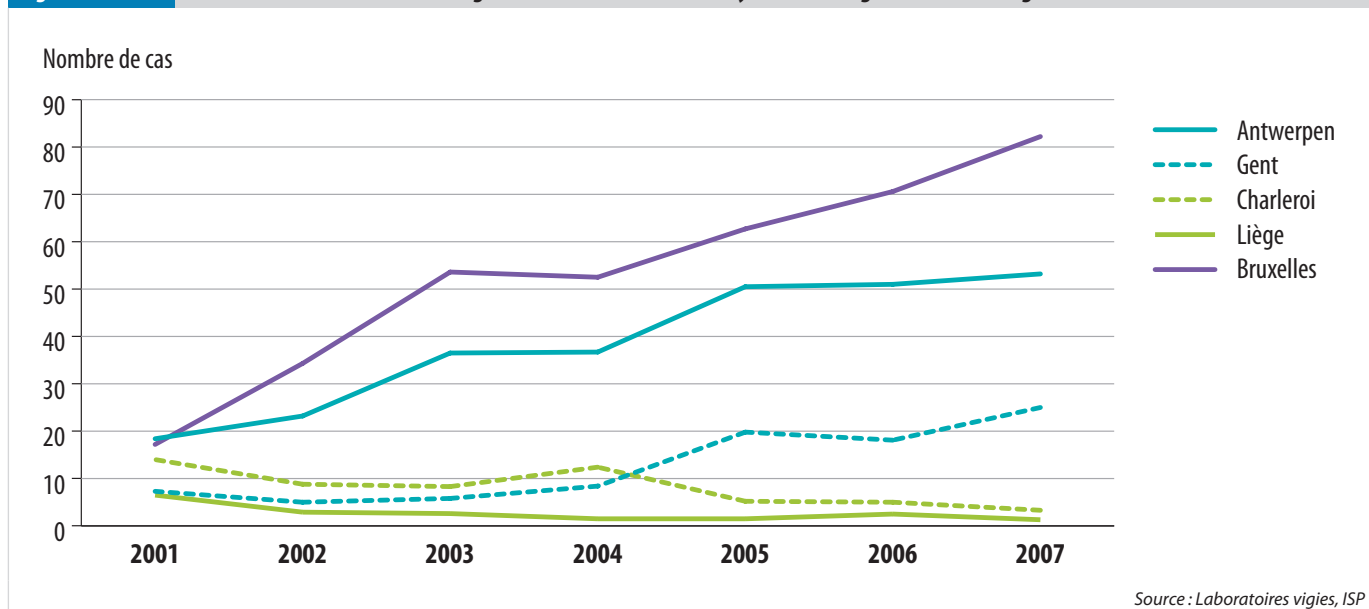
Entre 2001 et 2007, les cas d'infections à **Chlamydia** enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été multipliés par 5,1 (de 165 à 848 cas)^[40].

Les cas déclarés par le réseau sentinelle aussi bien que ceux enregistrés par les labos vigies sont en très grande majorité féminins. Les tranches d'âge les plus touchées en 2007 sont

celles de 20 à 24 ans chez les femmes et 25 à 29 ans chez les hommes ; ce sont d'ailleurs dans ces tranches d'âge que l'on observe l'augmentation la plus forte entre 2002 et 2007.

La même évolution est retrouvée dans d'autres grandes villes belges.

Figure 2-65 Évolution de l'incidence des diagnostics d'infections à Chlamydia dans les grandes villes belges entre 2002 et 2007.



En ce qui concerne les **condylomes**, 58 cas ont été rapportés entre 2005 et 2007 par le réseau sentinelle, chez des patients masculins dans 64 % des cas. Ceci n'est qu'une sous-estimation des cas d'infection à HPV, étant donné les autres formes cliniques possibles. Les tranches d'âge les plus touchées sont celles de 20 à 24 ans chez les femmes et 25 à 29 ans chez les hommes.

Les autres infections sexuellement transmissibles sont principalement les infections à **Lymphogranuloma Venereum (LGV)** et **l'hépatite C aiguë par transmission sexuelle**, infections qui concernent les hommes homo ou bisexuels. En 2007, 27 cas de LGV ont été enregistrés par sept centres de référence SIDA en Belgique, dont un cas à Bruxelles^[41] ; les premiers cas ont été enregistrés à Anvers en 2004 (34)

40 Entre 2001 et 2005, l'augmentation peut être expliquée partiellement par la mise en œuvre et le remboursement de tests plus sensibles. Ce n'est plus le cas pour l'augmentation en 2006-2007 ; il est possible qu'un dépistage plus intensif et plus ciblé participe à cette augmentation.

41 2 CRS bruxellois n'ont pas participé à l'enregistrement.

4.5 TUBERCULOSE

Bien que l'incidence de la maladie tuberculeuse continue à décroître en Europe, cette maladie reste un problème préoccupant pour certains groupes de personnes davantage exposées au risque : migrants en provenance de pays à forte prévalence, personnes en situation de précarité, personnes infectées par le VIH...

4.5.1 Contrôle de la tuberculose en Région bruxelloise

En Région bruxelloise, la Commission Communautaire Commune (CCC), a une convention avec la Fondation contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires qui a pour objet de contribuer à la tenue du registre de la tuberculose, afin de suivre l'évolution de la maladie et d'identifier les groupes à risques^[42]. Les données ci-dessous sont tirées des données recueillies et analysées par la FARES/VRGT.

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire ; tout cas doit être déclaré dans les 48h au médecin inspecteur de la CCC, lequel informe la FARES/VRGT qui procède à une demande de renseignements complémentaires, tant sur les caractéristiques du patient que sur les données de suivi du traitement. Les problèmes rencontrés sont à ce jour inchangés : délai important entre le diagnostic et la déclaration, faible taux de déclaration des hôpitaux et des médecins généralistes, faible taux de déclaration arrivant directement à l'inspection médicale d'hygiène, déclarations incomplètes et difficulté d'obtenir les informations concernant le suivi à un an.

Les objectifs de la lutte contre la tuberculose sont à la fois la prise en charge des malades et le contrôle de la maladie, ce qui implique un diagnostic précoce, un traitement et

un suivi adéquat afin d'assurer la guérison et de limiter la transmission.

À Bruxelles en 2007, 87 % des patients diagnostiqués sont des patients symptomatiques se présentant spontanément au dépistage ou référés par leur médecin, 7,5 % le sont après des activités de dépistage organisées dans les lieux de vie des groupes à haut risque, et 4 % font partie des contacts de patients connus. Les groupes à haut risque identifiés en Région bruxelloise sont les prisonniers, les immigrés récents provenant de pays à haute prévalence (dont les demandeurs d'asile et illégaux), les sujets précarisés (dont les personnes sans-abri) et les usagers de drogue intraveineuse ainsi que le personnel en contact avec ces personnes à risque.

Quelques 140 actions de sensibilisation (envoi de brochures et/ou séances d'information) ont été réalisées en 2008 auprès des relais de ces groupes à risque, ainsi que de nombreuses activités régulières de dépistage décentralisées.

Si la mise à disposition du traitement est une avancée significative (voir encadré), il faut cependant aussi que les patients adhèrent au traitement. En 2007, la FARES/VRGT a supervisé 208 DOT (Directly Observed Treatment) et a été confronté à des difficultés croissantes. De plus en plus de malades ne sont pas réguliers pour des raisons étrangères à la maladie : problèmes sociaux et financiers, problèmes de logement, problèmes psychiques et/ou d'assuétude, déménagement. Par ailleurs, le concours des médecins inspecteurs d'hygiène (rôle renforcé par la nouvelle Ordonnance relative à la politique de prévention en Santé du 19/07/2007) a été sollicité pour des patients refusant le traitement et l'isolement.

Le projet BELTA-TBnet : faciliter l'accès au traitement pour les personnes précarisées

En vue de permettre à tous, même aux plus précarisés, l'accès au traitement antituberculeux, le projet BELTA-TBnet^[43] a été mis en place fin 2005 à Bruxelles : il assure une prise en charge des médicaments antituberculeux, des consultations et des examens diagnostiques aux patients sans couverture sociale ou aux patients multirésistants.

Du 1/12/2007 au 30/11/2008, ce projet a pris en charge 112 patients (dont 62 % de nouveaux patients), contre 120 l'année précédente ; 77 % étaient des demandeurs d'asile ou illégaux. La mise en œuvre de ce projet a en outre eu deux conséquences importantes sur la charge de travail de la FARES/VRGT, en assumant la prise en charge d'un nombre croissant de patients référés aux consultations de la FARES/VRGT et un important travail de remise en ordre administrative de patients pouvant bénéficier d'autres systèmes de prise en charge.

⁴³ Financé par l'INAMI et coordonné par la Belgian Lung and TB Association (AR du 10/03/2005) et fonctionnant selon le principe de résiduarité, il a été généralisé à l'ensemble de la Belgique en Février 2006.

⁴² Les missions qui lui sont confiés visent la collecte, l'encodage et le traitement des données, la coordination et la réalisation des dépistages des contacts, et la coordination du dépistage des groupes à risque.

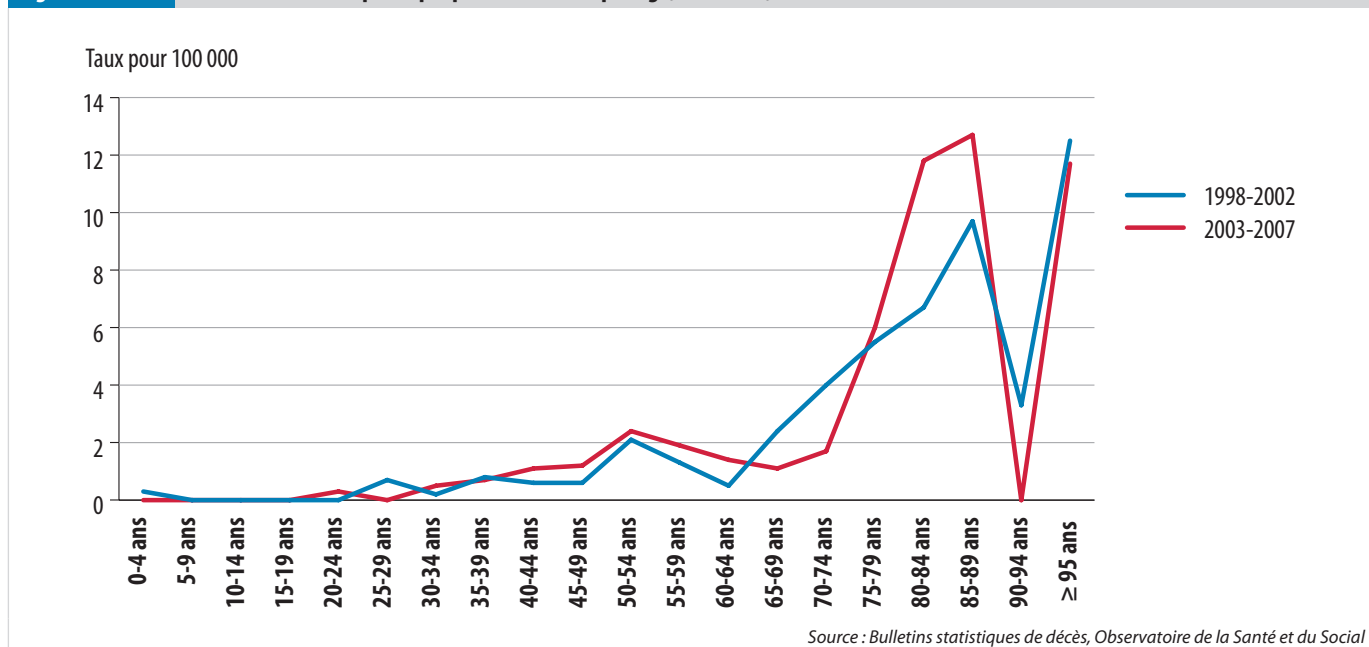
4.5.2 Épidémiologie de la tuberculose

Mortalité

Pour la période 2003-2007, 69 personnes sont décédées de tuberculose (61 décès en 1998-2003) ce qui représente 1,6 % des décès par infection.

La mortalité par tuberculose augmente avec l'âge.

Figure 2-66 Taux de mortalité spécifique par tuberculose par âge, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007

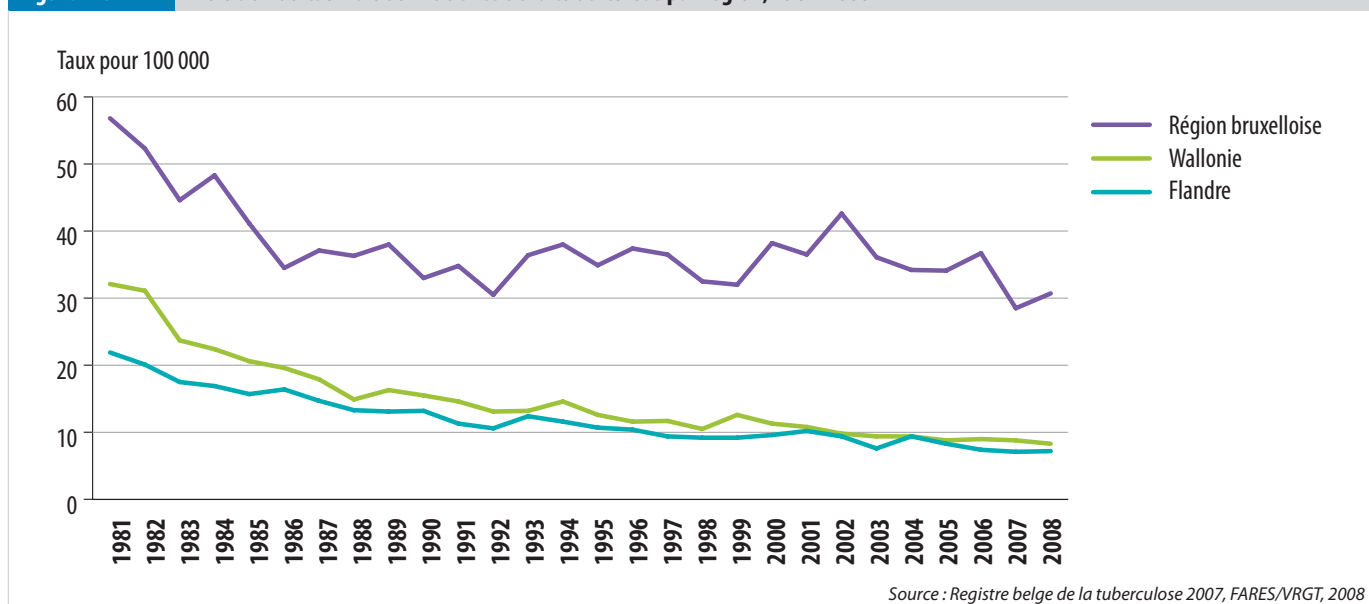


Morbidité

L'incidence de la tuberculose enregistrée en Belgique décroît régulièrement depuis les années 80, avec un ralentissement de cette décroissance depuis 1992. Cette évolution se retrouve en Flandre et en Wallonie alors qu'en Région bruxelloise, après une période de décroissance jusqu'en 1987, on observe depuis lors une certaine stabilité ; cette

stabilité est la résultante d'une incidence décroissante chez les Belges combinée à une incidence croissante chez les non-Belges. La tendance à la décroissance en fin de période reflète une diminution de l'incidence chez les non-Belges (35;36)).

Figure 2-67 Évolution du taux brut d'incidence de la tuberculose par région, 1981-2008

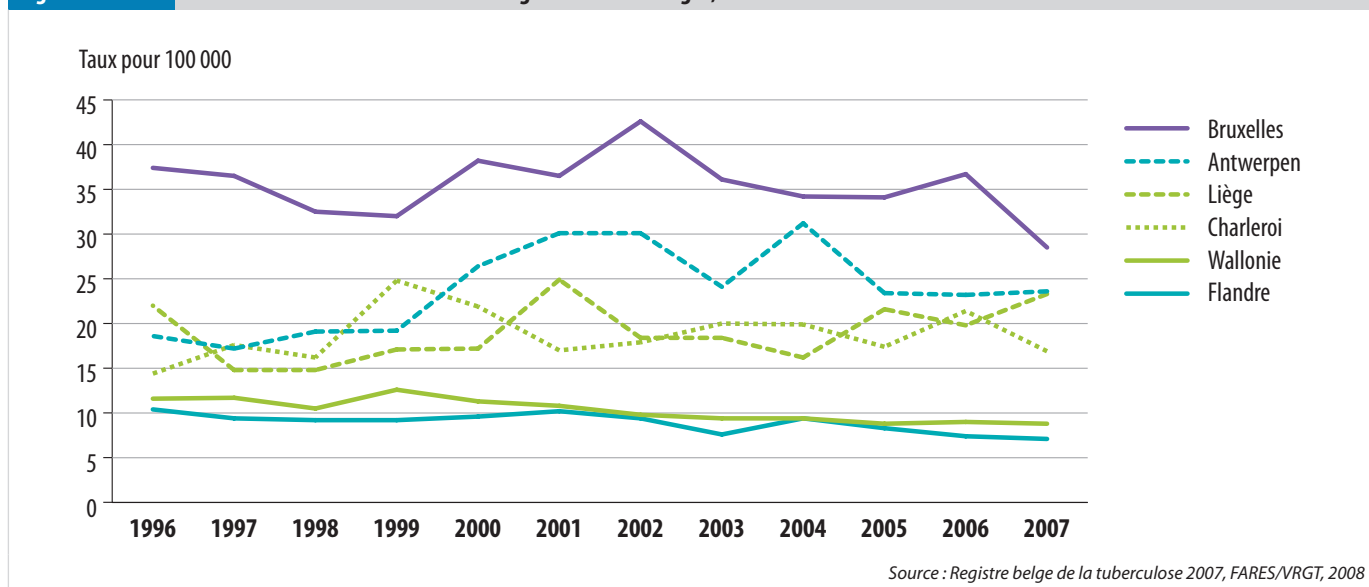


En 2007, 294 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en Région bruxelloise (374 en 2006) ce qui correspond à 28,6 % des nouveaux cas déclarés en Belgique. L'incidence en Région bruxelloise, 28,5/100 000 habitants, est 3 à 4 fois plus élevée que l'incidence observée en Wallonie (8,8/100 000) et en Flandre (7,1/100 000). Après standardisation selon l'âge et le sexe, l'incidence pour les Belges en Région bruxelloise entre 2001 et 2006 est significativement plus élevée que

celle observée dans les deux autres régions, tandis que l'incidence pour les non-Belges est significativement plus élevée qu'en Wallonie.

La tuberculose est plus fréquente en zone urbaine. Les grandes villes belges ont une incidence plus élevée que les régions auxquelles elles appartiennent ; parmi elles, Bruxelles et Anvers ont les incidences les plus élevées.

Figure 2-68 Incidence de la tuberculose dans les grandes villes belges, 1996-2007



Comme dans les deux autres régions, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (62 % des cas déclarés).

L'incidence de la tuberculose varie fortement selon la nationalité, notamment pour les personnes originaires de pays à haute prévalence de tuberculose ^[44]. En 2006, 66 % des nouveaux patients tuberculeux bruxellois sont de nationalité étrangère (versus 42 % en Flandre et 37 % en Wallonie).

L'incidence standardisée chez les non-Belges bruxellois est de 68,8/100 000 habitants (40,9 si on exclut les demandeurs d'asiles et les illégaux ^[45]) alors qu'elle est de 13,2/100 000 pour les Belges. Comme en 2002, les nationalités les plus représentées parmi les 195 patients non belges sont les Marocains (26 % des cas) et les Congolais (11 % des cas).

L'incidence de la tuberculose varie avec l'âge, et l'association entre l'âge et le risque de tuberculose diffère selon la nationalité. En général, pour les Belges dans l'ensemble

du pays, on observe une augmentation progressive de l'incidence avec l'âge, avec un risque quatre fois plus grand pour la population de plus de 75 ans par rapport aux moins de 15 ans. Cette incidence élevée chez les plus âgés s'explique par l'histoire de la maladie (réactivation, en présence de co-morbidité, d'une infection contractée dans l'enfance). Si ce profil est bien retrouvé en Flandre et en Wallonie, on observe plutôt en Région bruxelloise un profil en cloche, la tranche d'âge majoritaire étant celle des 30-44 ans ; une des hypothèses est que ce profil épidémiologique est influencé par la proportion non négligeable de patients belges issus de pays à haute prévalence et récemment nationalisés. Chez les non-Belges en effet, et ceci dans les trois régions, le risque de tuberculose est maximal entre 15 et 44 ans. L'âge médian de déclaration est de 37 ans chez les Bruxellois belges (versus 53 ans en Flandre et 50 ans en Wallonie) et de 33 ans chez les non-Belges (31 ans en Flandre et 36 ans en Wallonie).

En 2007, 15 enfants de moins de 4 ans ont été déclarés.

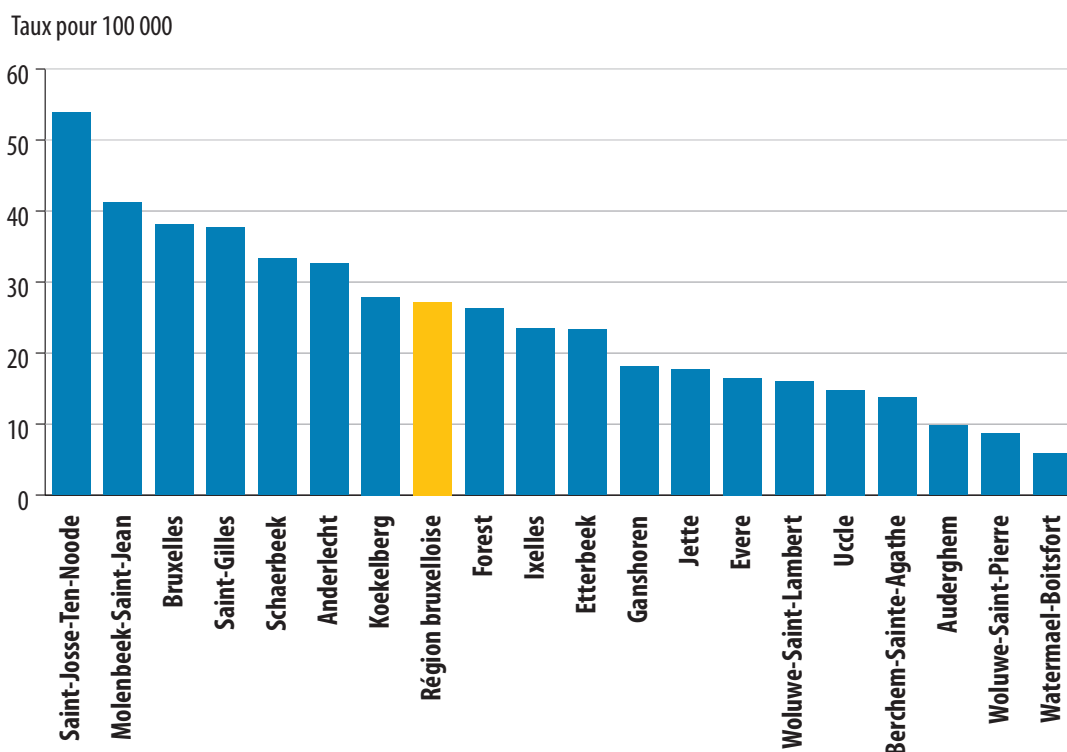
44 Une analyse génétique des souches isolées réalisée en 2005 par l'institut Pasteur (37 ; 38) dans le cadre de Prospective Research a bien montré la grande diversité de souches retrouvée à Bruxelles, ce qui indique que la plupart des cas de tuberculose parmi les patients étrangers étaient probablement le résultat d'infection contractée dans leur pays d'origine. Par ailleurs, cette étude a observé que la transmission «transnationalité» (et notamment belge-étranger) était très limitée.

45 Ces personnes n'étant pas reprises dans le registre national qui sert de dénominateur au calcul des taux, l'incidence chez les non-Belges est donc un peu surestimée. L'incidence réelle chez les demandeurs d'asile et les personnes en situation irrégulière n'est pas connue.

L'incidence varie selon la commune de résidence^[46]. Sept communes ont un taux plus élevé que la moyenne de la Région bruxelloise.

Figure 2-69

Incidence moyenne annuelle de la tuberculose par commune de la Région bruxelloise, à l'exclusion des prisonniers, demandeurs d'asile et illégaux, 2001-2007



Source : Registre belge de la tuberculose 2007, FARES/VRGT, 2008

Les dépistages ciblés ont permis de dépister 147 cas parmi les personnes identifiées comme appartenant à un groupe à risque.

Même si elle peut atteindre tous les organes, la tuberculose pulmonaire^[47] est la forme la plus fréquente ; à Bruxelles en 2007, 68,7 % des patients ont présenté une tuberculose pulmonaire.

La co-infection avec le SIDA est plus élevée en Région bruxelloise que dans les autres régions : 8 % pour 4 % en Flandre et 3 % en Wallonie.

Parmi les 202 patients atteints de tuberculose pulmonaire et confirmés par culture en 2006, 65 % ont terminé leur traitement (guérison confirmée dans 18 % des cas par analyse bactériologique), 7 % sont décédés, 18 % ont interrompu leur traitement ou ont été perdus de vue^[48],

1 patient était en échec de traitement. La proportion de tuberculose pulmonaire résistante aux antibiotiques classiques est stable.

La politique de lutte contre la tuberculose en Région Bruxelloise a certainement été renforcée par la nouvelle ordonnance de 2007, mais l'importance des populations à risque dans cette région et leur paupérisation, fait que la nécessité d'adaptation des stratégies de dépistage et la coordination entre les différents partenaires, qu'ils soient de terrain ou institutionnels, restent plus que jamais nécessaires.

L'incidence de la tuberculose n'accuse plus de décroissance claire en Région bruxelloise depuis plus de vingt ans.

⁴⁶ Les cas de tuberculose chez les prisonniers, demandeurs d'asiles et illégaux ont été exclus pour ne pas augmenter artificiellement le taux d'incidence dans les communes concernées ; en effet, le nombre de cas de tuberculose est élevé parmi ces populations, or ils ne sont pas inclus dans le registre de population et donc pas dans le dénominateur.

⁴⁷ La tuberculose pulmonaire est potentiellement contagieuse et responsable de la transmission de la maladie au sein de la collectivité.

⁴⁸ Ce problème est particulièrement important pour les demandeurs d'asile qui sont souvent transférés dans une autre région du pays sans avis préalable.

4.6 LES HÉPATITES

Les hépatites sont des maladies infectieuses longtemps asymptomatiques, chroniques pour certaines d'entre elles, contre lesquelles nous ne sommes plus démunis. Tout d'abord, de grands progrès thérapeutiques ont été réalisés, grâce auxquels plus de 50 % des hépatites C peuvent être guéries et 80 % des hépatites B contrôlées. Il est donc important de promouvoir le dépistage, en particulier dans les groupes à risques (personnes en situation de précarité, migrants originaires de pays endémiques, détenus, usagers de drogues) et de garantir l'accessibilité au traitement. Enfin, l'existence d'un vaccin contre l'hépatite B et son introduction dans le calendrier vaccinal depuis 2004 modifiera à terme le profil épidémiologique de cette affection.

4.6.1 Mortalité générale

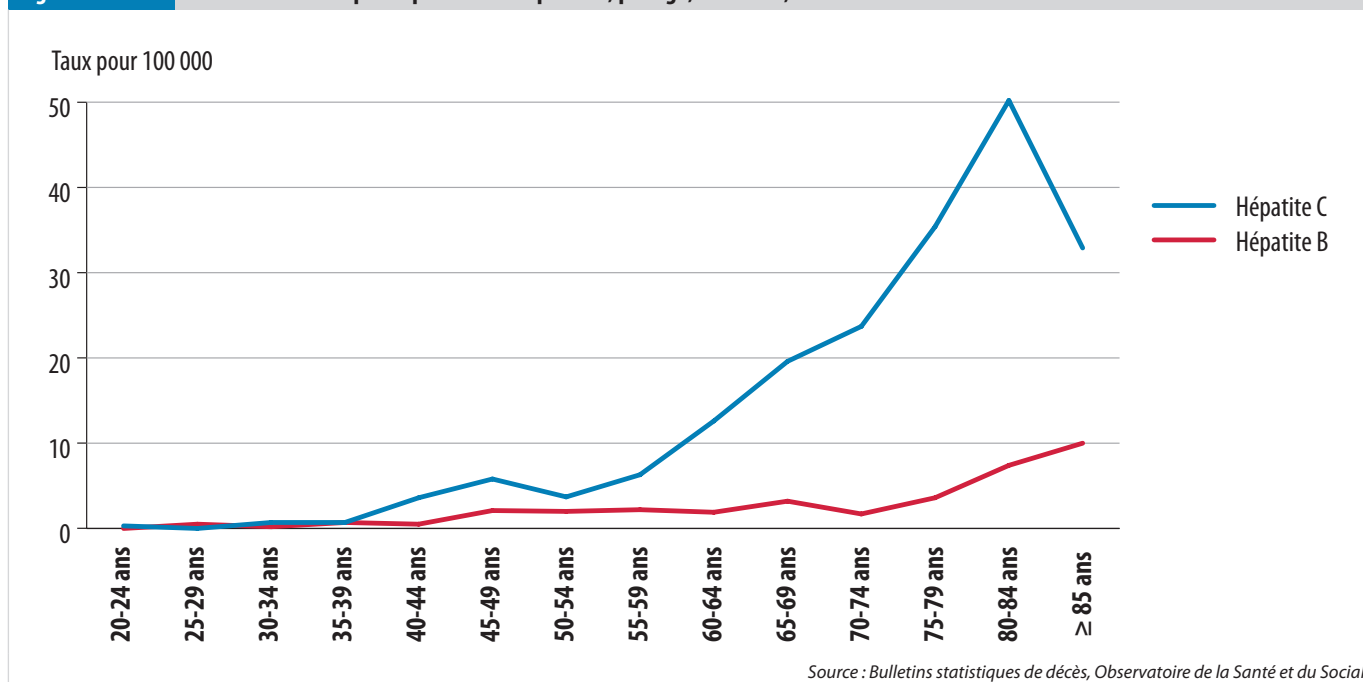
De 1998 à 2007, on a enregistré 250 décès liés directement à une hépatite virale (mentionnée comme cause initiale)^[49]. La mortalité liée à l'hépatite C est beaucoup plus importante que la mortalité liée à l'hépatite B (observation également faite en France mais dans une moindre mesure (39)). La mortalité liée à l'hépatite B est en légère diminution tandis que la mortalité liée à l'hépatite C est plutôt en augmentation.

Tableau 2-12 Nombre de décès par hépatite A, B ou C (cause initiale), Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007

	1998-2002	2003-2007
Hépatite A	2	0
Hépatite B	26	13
Hépatite C	90	100
Total hépatites	128	122

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

Figure 2-70 Taux de mortalité par hépatite B et hépatite C, par âge, Bruxelles, 2003-2007



On observe des taux de mortalité plus élevés chez l'homme que chez la femme pour l'hépatite B alors que les taux sont semblables dans les deux sexes pour l'hépatite C.

49 Une part importante des décès liés aux hépatites B et C ne se retrouvent pas dans les décès où l'hépatite est mentionnée en cause initiale. C'est pourquoi pour ces 2 types d'hépatites, il est intéressant d'analyser la mortalité en tenant compte également des décès où l'hépatite est mentionnée comme cause associée ou intermédiaire.

4.6.2 L'hépatite B

La transmission de l'hépatite B s'effectue par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale. Sa gravité réside dans le passage à la chronicité dans 5 à 10 % des cas, pouvant évoluer après plusieurs années en cirrhose, voire en cancer du foie. Il existe un vaccin qui est également proposé de façon combinée aux nourrissons (vaccin hexavalent).

Mortalité

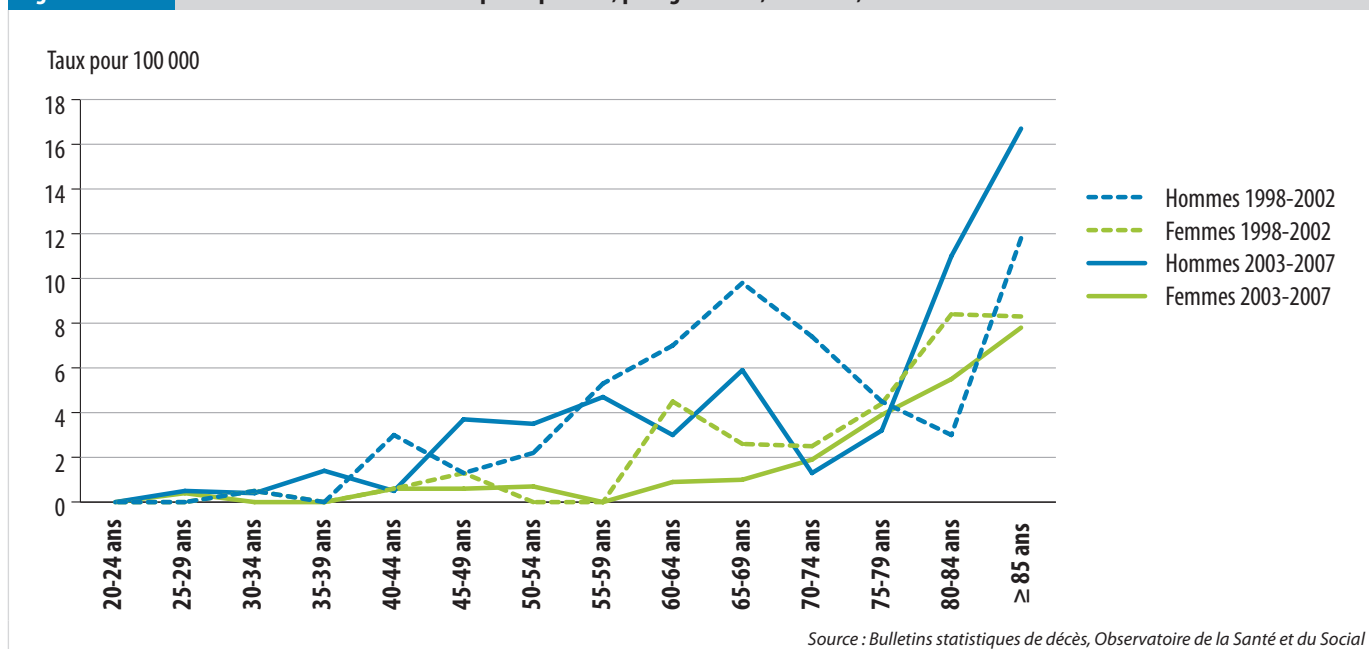
Au cours de la période 1998-2007, on a enregistré 145 décès liés à une hépatite B (dont 39 décès mentionnés en cause initiale). Parmi ces décès, la cause initiale est dans 27 % des cas une hépatite B, 25 % un cancer du foie, 7 % une maladie du foie (surtout fibrose ou cirrhose). On note 1 cas de co-infection avec l'hépatite C et 6 cas avec le VIH.

Le taux de mortalité est plus élevé pour les hommes que pour les femmes (1,8 versus 0,9 pour 100 000 en 2003-2007)

Le taux de mortalité tout âge pour l'hépatite B (total) a légèrement diminué entre la période 1998-2002 (1,6 pour 100 000 habitants) et la période 2003-2007 (1,3 pour 100 000). Cette diminution concerne aussi bien les hommes (de 2,0 à 1,8) que les femmes (de 1,3 à 0,9) et surtout la tranche des 60-69 ans.

Le taux de mortalité par hépatite B est nettement plus élevé pour les Bruxellois originaires d'Afrique Sub-saharienne que pour les autres nationalités.

Figure 2-71 Évolution des taux de mortalité par hépatite B, par âge et sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



Morbidité

Bien que la maladie soit à déclaration obligatoire, il n'y a pas de réelles données d'incidence ou de prévalence. En effet, les seules données disponibles sont d'une part les données de surveillance des laboratoires de référence et laboratoires vigies, où les cas de séropositivité sont enregistrés anonymement, un même cas pouvant donc donner lieu à plusieurs enregistrements ; et d'autre part, les déclarations aux médecins inspecteurs, procédure très peu suivie à Bruxelles. Par ailleurs, de nombreuses personnes sont asymptomatiques et ne font pas l'objet de détection.

Selon les données 2005 à 2007 des laboratoires vigies, l'incidence est plus élevée à Bruxelles et en Flandre qu'en Wallonie.

Plus de 6 germes sur 10 sont identifiés dans la tranche d'âge 20-44 ans (influence des pratiques de dépistage des femmes enceintes ?).

Comme dans la majorité des arrondissements belges, le nombre de cas diagnostiqués en 2006 est inférieur à 2005, mais en 2007, on assiste à un quasi doublement des cas par rapport à 2005 (114 cas versus 63), notamment dans la tranche d'âge des 20-44 ans.

Etant donné l'introduction du vaccin hexavalent en 2004 et le doublement de la couverture vaccinale pour les enfants de 18 à 24 mois entre 2000 et 2006, il sera intéressant d'observer dans les décennies à venir l'évolution de l'incidence de l'hépatite B chez les jeunes adultes.

En 2007, le nombre de cas d'hépatite B enregistrés a doublé par rapport à 2005.

4.6.3 L'hépatite C

La transmission de l'hépatite C s'effectue essentiellement par voie sanguine (les voies sexuelle et materno-fœtale sont plus rares). Sa gravité réside dans le passage à la chronicité dans 70 % des cas. Il n'existe pas de vaccin actuellement.

Mortalité

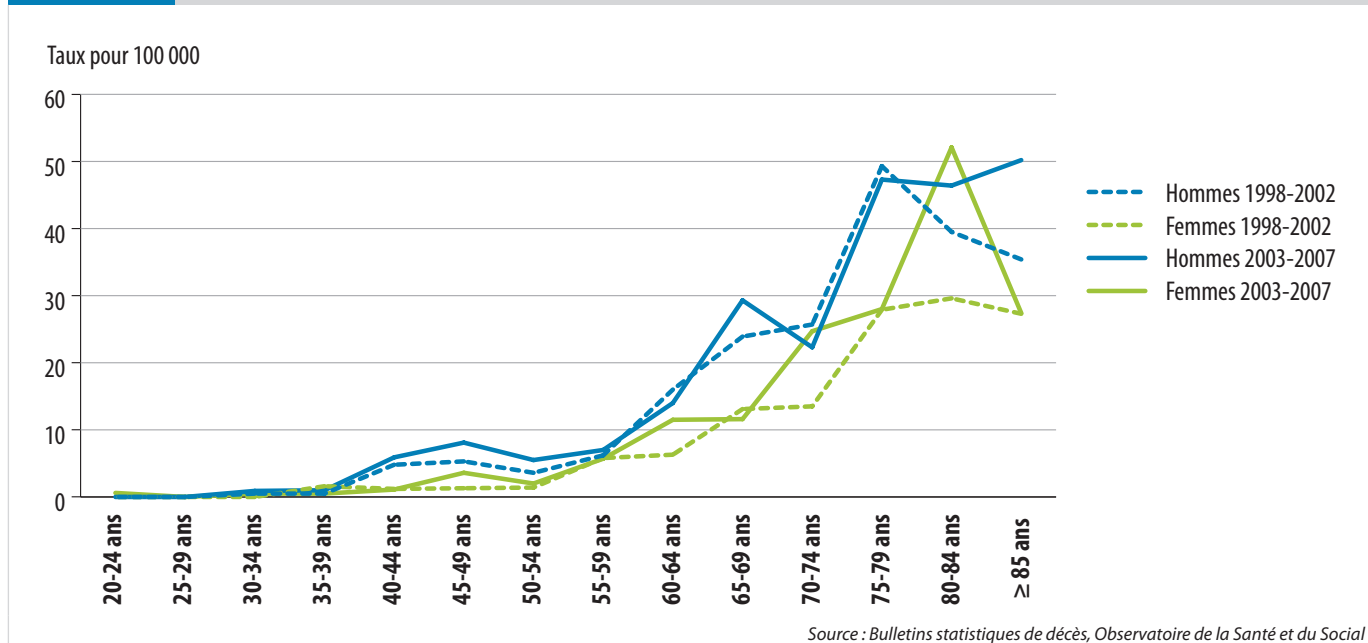
Au cours de la période 1998-2007, l'hépatite C a causé, de manière directe ou indirecte, en moyenne 61 décès chaque année parmi la population bruxelloise (608 décès pour toute la période dont 190 pour lesquels l'hépatite C était mentionnée en cause initiale).

Parmi ces décès, la cause initiale est dans 31 % des cas une hépatite C, 28 % un cancer du foie, 5 % une maladie du foie (surtout fibrose ou cirrhose). On note 5 cas de co-infection avec l'hépatite B et 7 cas avec le VIH.

Le taux de mortalité est semblable chez les hommes et chez les femmes (respectivement 6,7 et 6,5 pour 100 000 en 2003-2007).

Contrairement à ce qu'on observait pour l'hépatite B, le taux de mortalité par hépatite C a augmenté entre 1998-2002 et 2003-2007. Cette augmentation est plus marquée pour les femmes (de 5,2 à 6,5 pour 100 000) que pour les hommes (de 6,2 à 6,7 pour 100 000) et concerne plutôt les personnes âgées.

Figure 2-72 Évolution des taux de mortalité par hépatite C, par âge et sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



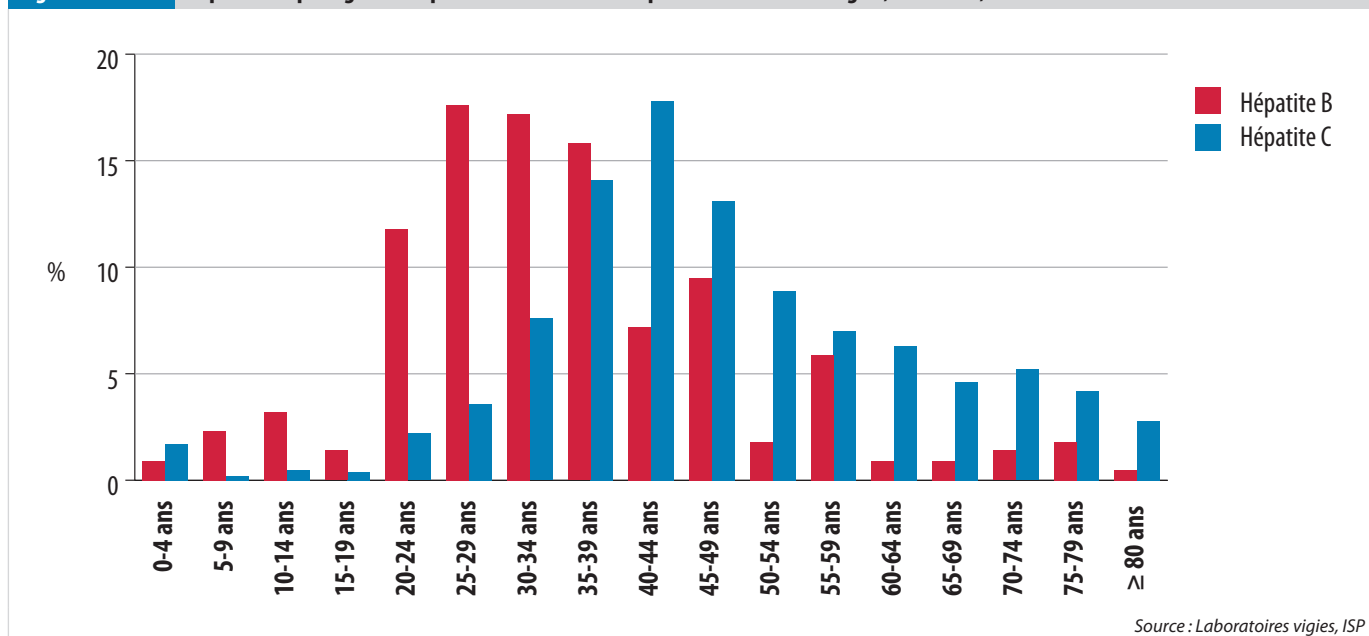
Le taux brut de mortalité par hépatite C est également nettement plus élevé pour les Bruxellois originaires d'Afrique Sub-saharienne que pour les autres nationalités.

Morbidité

Les remarques quant à la connaissance de l'incidence et de la prévalence faites pour l'hépatite B s'appliquent également à l'hépatite C, il n'existe pas actuellement d'enregistrement systématique des hépatites C. Selon les données 2005 à 2007 des laboratoires vigies, plus de la moitié des cas sont diagnostiqués à Bruxelles (570 cas en moyenne). Entre 2005

et 2007, on a diagnostiqué presque huit fois plus d'hépatite C que d'hépatite B. Les trois quarts de ces diagnostics concernent des personnes entre 30 et 64 ans. La répartition par âge est différente, l'hépatite B touchant des personnes plus jeunes que l'hépatite C.

Figure 2-73 Répartition par âge des hépatites B et C identifiées par les laboratoires vigies, Bruxelles, 2005-2007



Une revue des chiffres européens disponibles en 2008 ^[50] montre que l'incidence de l'hépatite C s'est accrue ces 10 dernières années en Europe sans que l'on puisse déterminer s'il s'agit d'une réelle augmentation de l'incidence, ou du résultat d'une surveillance accrue, de l'intensification des activités de dépistage et de la mise à disposition de meilleurs tests de dépistage permettant de détecter des infections anciennes.

Entre 2005 et 2007, le diagnostic d'hépatite C a été posé huit fois plus souvent que le diagnostic d'hépatite B.

⁵⁰ Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review, EUROSURVEILLANCE Vol. 13, Issues 14-26, Apr-Jun 2008. www.eurosurveillance.org.

4.6.4 L'hépatite A

La transmission de l'hépatite A s'effectue par voie orale, essentiellement par contact interhumain. Même si des formes sévères sont possibles, c'est en général une maladie bénigne sans passage à la chronicité (2 décès pour la période 1998-2002, aucun pour 2003-2007). L'importance en Région bruxelloise d'une population originaire de pays à forte endémicité ainsi que le potentiel épidémique de la maladie justifie cependant sa place dans ce chapitre. Un vaccin est disponible depuis 1992.

En ce qui concerne la morbidité, les mêmes remarques que précédemment s'appliquent quant à la disponibilité des données.

Selon les données 1994-2007 des laboratoires vigies, Bruxelles est la région où l'incidence est la plus élevée comparée aux deux autres régions et autres grandes villes wallonnes et flamandes, hormis en 2004 où une épidémie s'était déclarée à Anvers suite à une contamination alimentaire.

Il existait une tendance à la baisse des cas enregistrés en Région bruxelloise depuis 2001 (depuis 1994 en Belgique) mais on observe un nombre de cas beaucoup plus important en 2007 suite à une épidémie en milieu scolaire à Anderlecht et Molenbeek-Saint-Jean. Les premiers cas de cette épidémie ont été contaminés lors de vacances dans un pays endémique (Maroc et Turquie), l'allure épidémique étant compatible avec une transmission interhumaine. Le nombre de cas déclarés aux médecins inspecteurs bruxellois a continué d'augmenter en 2008 ; près de la moitié des cas belges déclarés en 2008 le sont à Bruxelles^[51] (65 cas en 2006, 101 cas en 2007, 154 cas en 2008)^[52].

D'après les données 2004-2007 des laboratoires vigies, la plus grande partie des germes identifiés à Bruxelles le sont dans la tranche d'âge des moins de 19 ans, la moins grande dans les plus de 60 ans. L'augmentation en 2007 se marque uniquement chez les moins de 15 ans.

Hépatite A et vaccination

La recommandation faite aux parents de vacciner leur enfant lors de vacances dans un pays endémique n'est pas toujours suivie d'effet étant donné le coût de la vaccination qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie. Dans son rapport n°98B, le KCE affirme que *«la vaccination d'enfants de 1 à 12 ans issus de l'immigration et qui se rendent dans une région où l'hépatite A est hautement endémique présente selon le Centre pour l'Évaluation des Vaccinations, un rapport coût-efficacité correct. Les résultats de cette étude conduisent le KCE à recommander le financement de cette vaccination pour tous les enfants de 1 à 12 ans qui se rendent dans des régions où la maladie survient encore fréquemment.»* Une récente étude hollandaise (40) fait le point sur l'impact d'une vaccination ciblée sur les enfants turcs et marocains ; si elle reconnaît que la vaccination des enfants allochtones a pu contribuer à la baisse de l'incidence des hépatites A (baisse constatée également dans le reste de l'Europe), le bas niveau d'endémicité actuel ne justifie plus selon les auteurs un programme ciblé prioritaire ; ils considèrent cependant qu'il est important de vacciner tout voyageur se rendant dans des contrées endémiques, quel que soit son pays d'origine.

51 Communication personnelle Johan Bots, médecin inspecteur d'hygiène de la Région bruxelloise.

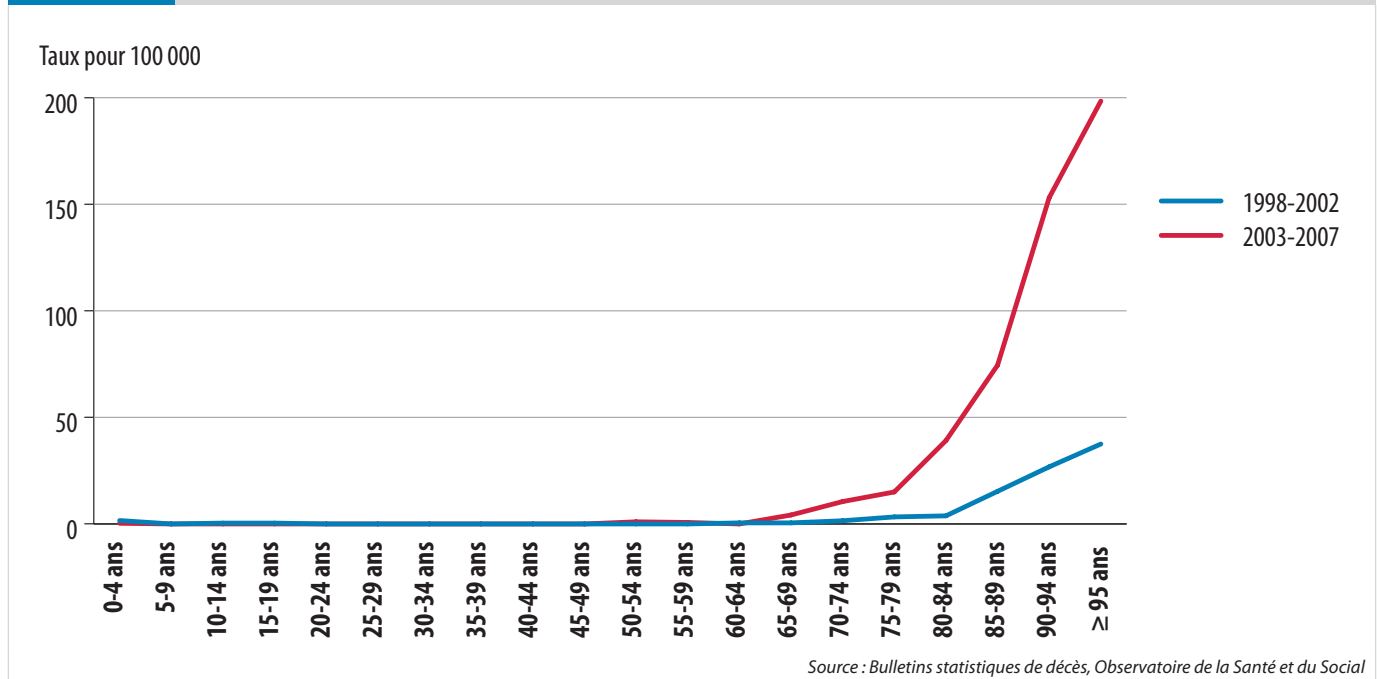
52 À noter que les cas déclarés à l'inspection d'hygiène sont supérieurs à ceux enregistrés par les laboratoires vigies, notamment parce que des déclarations ont été acceptées sans confirmation biologique, en particulier lorsque ces cas étaient des cas secondaires à un cas existant. De plus à partir de 2008, des tests rapides salivaires ont été mis à la disposition des équipes médicales des services de Promotion de la Santé à l'École, responsables de la gestion des épidémies.

4.7 LES INFECTIONS INTESTINALES

L'augmentation des décès liés aux infections au cours de la période 2003-2007 est principalement due à l'augmentation des décès par infections intestinales : 221 décès pour la période 2003-2007 versus 44 décès pour 1998-2002.

La mortalité par infection intestinale augmente avec l'âge. L'augmentation du taux de mortalité entre les deux périodes est surtout marquée à partir de 60 ans.

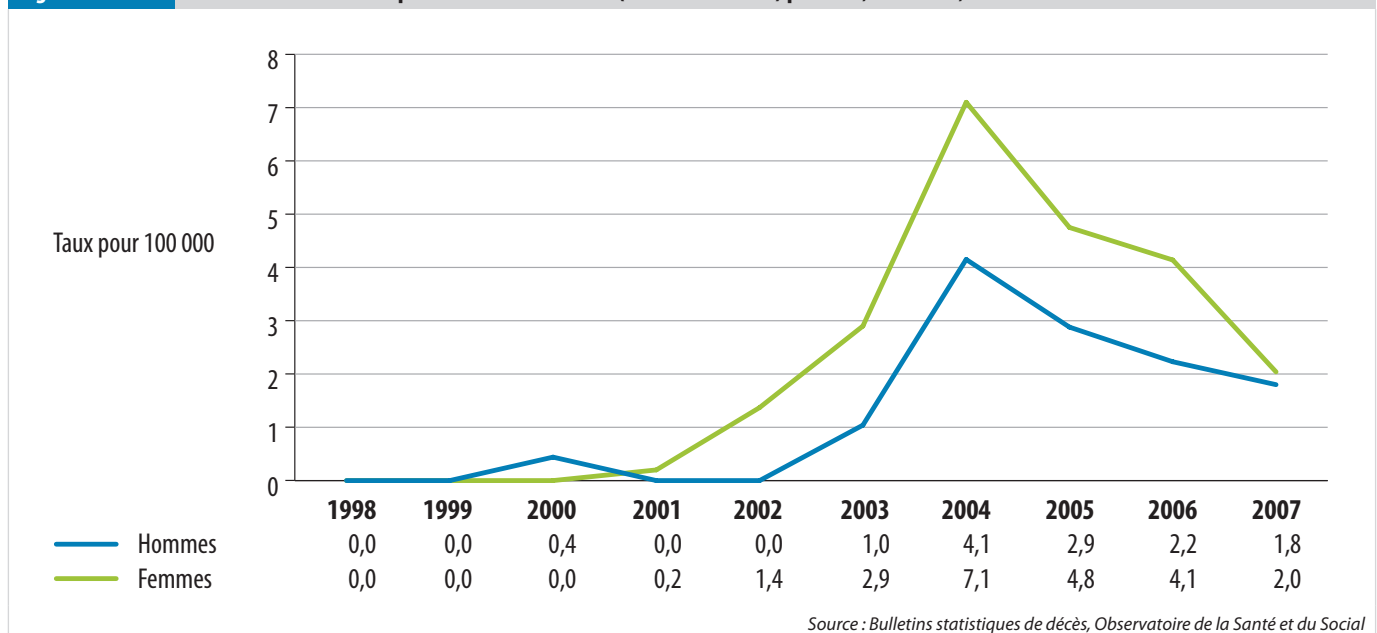
Figure 2-74 Évolution de la mortalité par infection intestinale, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



Cette augmentation est notamment due à l'augmentation des décès par infections à *Clostridium difficile* : 11 décès en 1998-2002 (25 % des décès par infection intestinale), 169 décès en 2003-2007 (76 % des décès). Le taux de mortalité augmentent avec l'âge, surtout à partir de 85 ans.

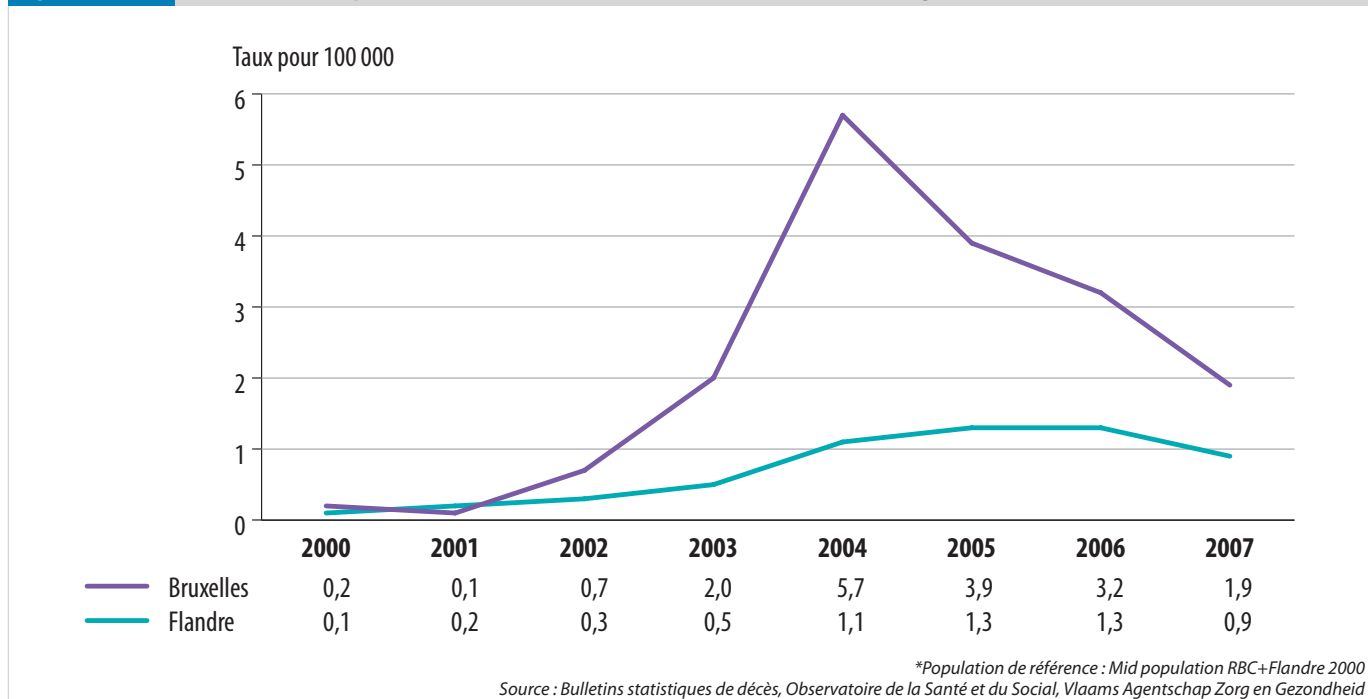
L'analyse des bulletins statistiques de décès montrent une augmentation importante de la mortalité associée au *Clostridium difficile* à partir de l'année 2001, avec un pic en 2004 suivi d'une décroissance ; cette augmentation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

Figure 2-75 Taux brut de mortalité par *Clostridium difficile* (en cause initiale) par sexe, Bruxelles, 1998-2007



Même si l'augmentation de la mortalité concerne toute la Belgique, les taux de mortalité standardisés des Bruxellois sont beaucoup plus élevés que ceux observés en Flandre (différence statistiquement significative de 2003 à 2006).

Figure 2-76 Taux de mortalité par *Clostridium difficile* (en cause initiale) standardisé selon âge* à Bruxelles et en Flandre, 2000-2007



Clostridium difficile : apparition d'une souche hypervirulente

Suite à cette augmentation remarquable de la létalité aussi bien que de l'incidence de l'infection à *Clostridium difficile*, cette infection a fait l'objet ces dernières années d'une attention particulière. Une augmentation importante et significative de la morbidité et de la mortalité dues aux infections à *C. difficile* a été rapportée au Canada et aux USA depuis 2002 et est associée à l'apparition d'une nouvelle souche hypervirulente de *C. difficile* (toxinotype III et ribotype 027) (41 ; 42). En Europe, cette souche a été isolée lors des pics épidémiques dans certains pays comme l'Angleterre, la Hollande, la France, etc. (43)

Cette souche a été décrite pour la première fois en Belgique en 2005 (ISP), et a été identifiée en 2006 comme étant à l'origine d'une épidémie dans huit hôpitaux belges, suite à une surveillance mise en place par l'ISP (NISH : Programme de surveillance Nationale des infections dans les hôpitaux) en collaboration avec le BICS (Belgian Infection Control Society) et le laboratoire de référence de l'Université Catholique de Louvain. Selon les résultats de cette surveillance, l'augmentation de l'incidence ne serait pas expliquée par l'amélioration des techniques diagnostiques (Sources : http://www.iph.fgov.be/nsih/surv_cdif/inleiding_fr.asp et http://www.iph.fgov.be/epidemie/epiffr/plabfr/plabanfr/07_cdif_r.pdf).

À Bruxelles entre 1998 et 2007, 80 % des décès sont survenus à l'hôpital, et le lieu de vie avant le décès était une institution dans 36 % des cas.

4.8 LES INFECTIONS À MÉNINGOCOQUES

La déclaration des infections graves à méningocoques est obligatoire. Les données présentées ci-dessous proviennent des déclarations de cas d'infections à méningocoques par les laboratoires de référence et le réseau des laboratoires vigies (44), ainsi que des déclarations par les médecins (notamment des hôpitaux et des structures scolaires) à l'inspection d'hygiène de la Commission communautaire commune.

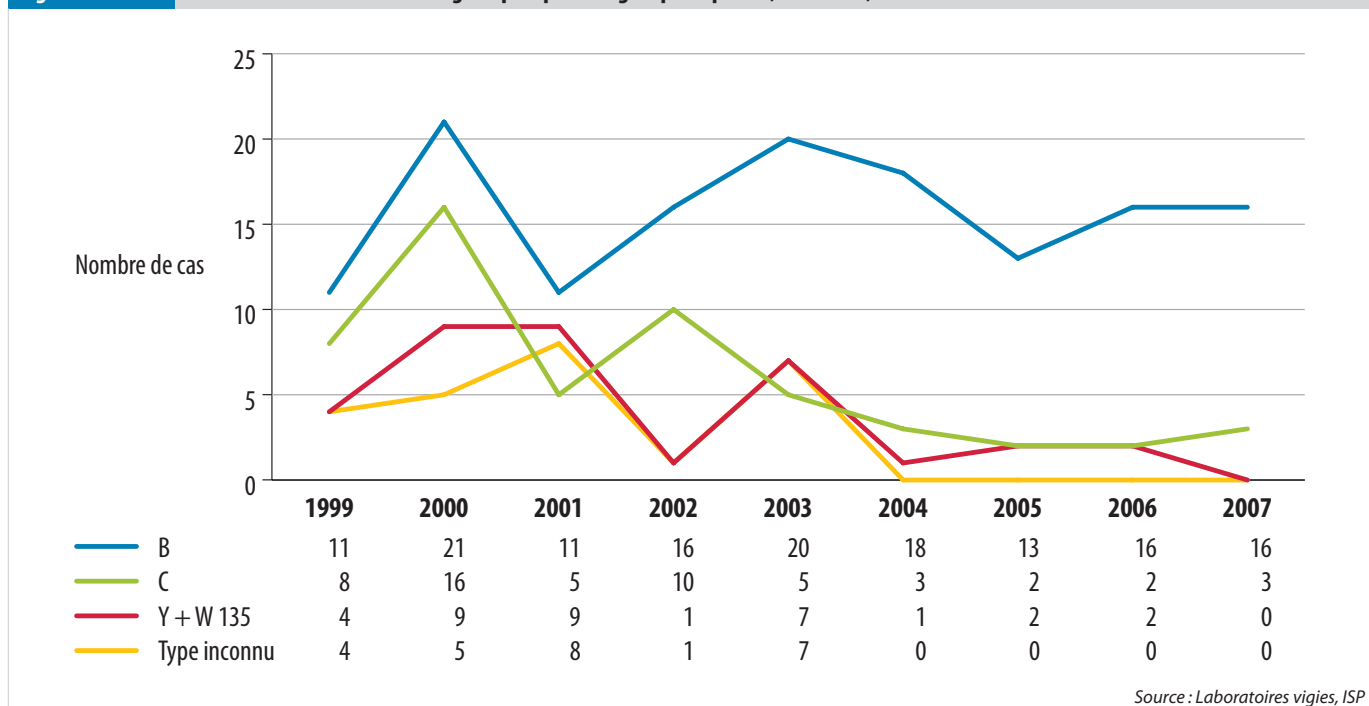
Pour la période 1998-2002, 19 personnes étaient décédées d'infections à méningocoques en Région bruxelloise, ce qui représentait 0,5 % des décès par infection ; pour la période 2003-2007, le nombre de décès n'est plus que de 10 cas (0,2 % des décès par infection).

En 2007, 19 cas de méningite ont été déclarés en Région bruxelloise (incidence de 1,8/100 000), 82 en Flandre (1,3/100 000) et 59 en Wallonie (1,7/100 000) ^[53].

Après un pic d'infections enregistrées en 2000 ^[54] et une décroissance entamée en 2001 ^[55], on assiste comme dans les deux autres régions à une stabilisation des cas enregistrés depuis les années 2004. Pour la période 2004 à 2007, environ 20 cas de méningite et septicémies sont observés par an en Région bruxelloise, dont 2 ou 3 cas du sérotype C, le sérotype B restant prédominant (81 %). Le profil saisonnier montre qu'un plus grand nombre de cas sont déclarés en hiver et en automne.

Le faible nombre de cas rend difficile l'interprétation des évolutions dans le temps à Bruxelles. Plusieurs raisons peuvent expliquer la diminution du sérotype C (diminution à partir de 2003 à Bruxelles) : l'efficacité de la campagne de vaccination, le déclin naturel du sérotype C ou une immunité de groupe. De nouvelles études sont nécessaires pour évaluer le poids respectif de ces facteurs.

Figure 2-77 Nombre d'infections à méningocoques par sérotype et par an, Bruxelles, 1999-2007



53 Fin du troisième trimestre 2008, le centre de référence a confirmé 14 cas en Région bruxelloise pour 12 cas à la même période en 2007 ; le nombre confirmé pour toute la Belgique était de 83 cas, ce qui est de 30 % inférieur à 2006 (Source : Bulletin d'information n°3, ISP 2008).

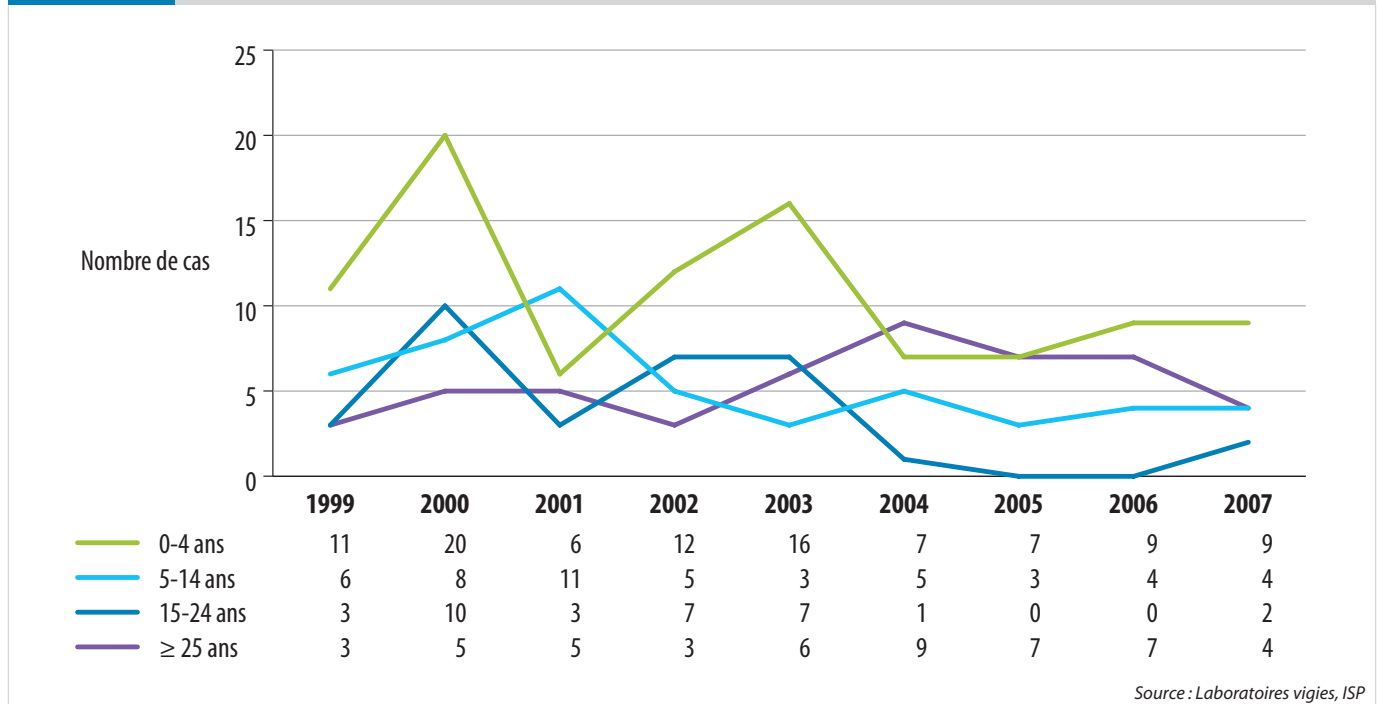
54 Suite à la recommandation du Conseil Supérieur d'Hygiène, de vastes campagnes de vaccination contre le méningocoque C ont été mises en place dans les trois communautés à partir de 2001, puis le vaccin a été introduit dans le calendrier vaccinal (voir détails dans le Tableau de Bord 2004).

55 En Flandre et en Wallonie, cette diminution n'est observée qu'à partir de 2002, avec une diminution de moitié des infections dues au sérotype C. Cette diminution s'observe tant dans les tranches d'âge vaccinées que dans les tranches d'âge non vaccinées.

En ce qui concerne la distribution par âge, malgré la diminution des cas parmi les moins de 25 ans (et surtout chez les très jeunes enfants), ceux-ci constituent encore 3/4 des cas en 2007.

En 2007, les trois cas du sérotype C ont plus de 19 ans.

Figure 2-78 Nombre d'infections à méningocoques par âge et par an, Bruxelles, 1999-2007



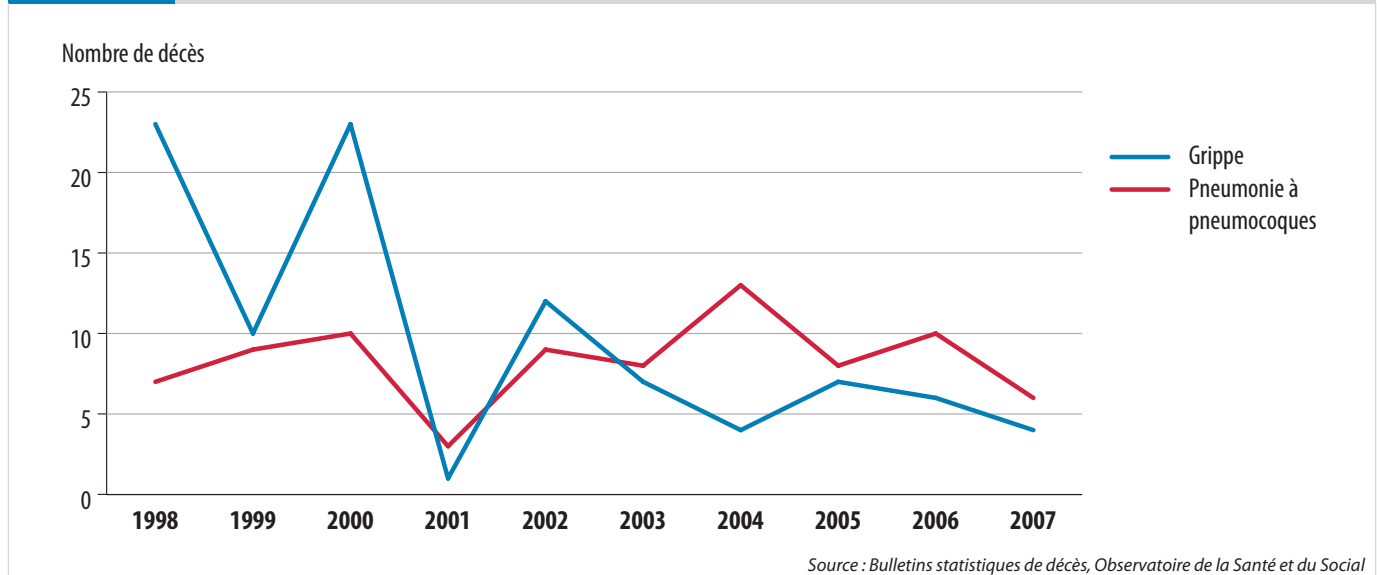
4.9 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

4.9.1 La grippe (Influenza A et B)

Au cours de la période 2003-2007, on a enregistré 28 décès par grippe, soit un taux de mortalité de 0,6 pour 100 000 habitants. Les taux de mortalité augmentent avec l'âge : on n'enregistre pas de décès avant 45 ans. Les taux de mortalité

passent de 1,2 pour 100 000 habitants pour les 75-79 ans à 23,3 pour 100 000 pour les personnes de 95 ans ou plus. C'est ce qui explique le taux de mortalité un plus élevé chez les femmes que chez les hommes (0,7 vs 0,4 pour 100 000).

Figure 2-79 Évolution du nombre de décès dus à la grippe et à la pneumonie à pneumocoques, Bruxelles, 1998-2007



Le nombre de décès liés à la grippe varie d'une année à l'autre, mais on n'observe plus de pic de mortalité depuis 2002. Les données des médecins vigies rapportent des épidémies annuelles mais les épidémies de haute intensité (2003-2004, 2006-2007) ne correspondent pas toujours à un pic de mortalité (45). La virulence des souches impliquées dans les épidémies ainsi que l'état vaccinal de la population (voir plus loin) influencent probablement la mortalité.

Le nombre de cas déclarés par les laboratoires vigies augmente d'année en année (x 4 entre 2004 et 2007) : 544 cas ont été déclarés en 2007, incidence estimée supérieure aux autres régions.

Dans 82 % des cas déclarés, les patients sont des enfants de moins de 5 ans dont plus de 40 % ont moins d'un an, probablement parce que ces enfants sont le plus souvent hospitalisés. Le diagnostic de grippe chez l'adulte s'appuie plus rarement sur une confirmation sérologique.

	2004	2005	2006	2007
0-19 ans	110	283	405	502
20-59 ans	11	8	10	33
60+ ans	9	10	1	9
Tout âge	130	301	416	544

Source : Laboratoires vigies, ISP

4.9.2 Les pneumonies à pneumocoques

Les pneumonies à pneumocoques représentent 2,1 % de l'ensemble des décès par pneumopathie pour la période 2003-2007. C'est plus élevé que pour la période 1998-2002 (1,7 %). On déclare en moyenne 8,3 décès par an, dont 64 % concernent des personnes de 75 ans ou plus. On n'observe pas de diminution du nombre de cas de décès par pneumonie à pneumocoque au cours du temps (voir figure 2-79).

Le nombre de cas identifiés chez les Bruxellois de 60 ans et plus par les laboratoires vigies ne montre pas de décroissance, et montre même une augmentation en 2005.

En Belgique, moins d'un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans ont reçu de leur médecin généraliste le vaccin à 23 valences contre le pneumocoque ; la couverture est un peu meilleure dans la partie francophone du pays suite à une adhésion totale des associations professionnelles aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (46). Les chiffres pour Bruxelles ne sont pas disponibles.

5. La santé mentale

5.1 VUE D'ENSEMBLE

La santé mentale est une composante essentielle de la santé en général. Elle est d'ailleurs le plus souvent incluse dans la perception que les personnes ont de leur santé.

On peut l'aborder de manière positive, par exemple au travers de «l'indice de santé mentale positive» (échelle de vitalité du SF-36) qui évalue le degré perçu de dynamisme et d'énergie dans l'Enquête de santé^[56]. Il est de 56,3 pour les Bruxellois (58,8 pour les hommes et 54,1 pour les femmes), soit plus bas que les habitants de Flandre et plus élevé qu'en Wallonie (après standardisation pour l'âge) (1).

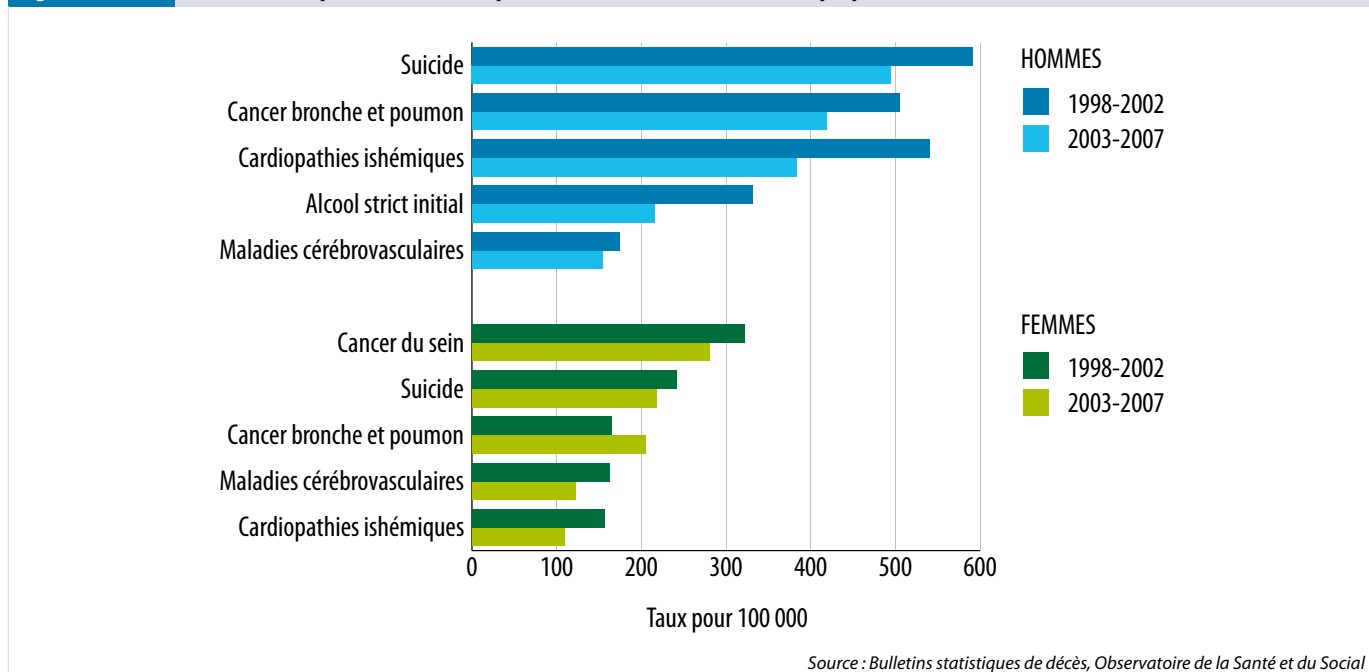
Dans l'enquête HBSC (47), 83,3 % des adolescents et plus de 73,5 % des adolescentes se disent heureux ou très heureux. Les garçons se disent plus souvent confiants en eux (74 %) que les filles (51,6 %).

On peut aussi approcher la santé mentale au travers d'indicateurs de troubles mentaux. Plusieurs sources d'informations permettent d'évaluer l'ampleur des problèmes : les données de mortalité, les hospitalisations psychiatriques, les données des invalidités ou encore les enquêtes telles que l'Enquête nationale de santé pour les adultes ou l'enquête HBSC pour les adolescents

L'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une priorité de santé publique en Région bruxelloise.

Le suicide est la première cause d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans chez les hommes, la deuxième chez les femmes.

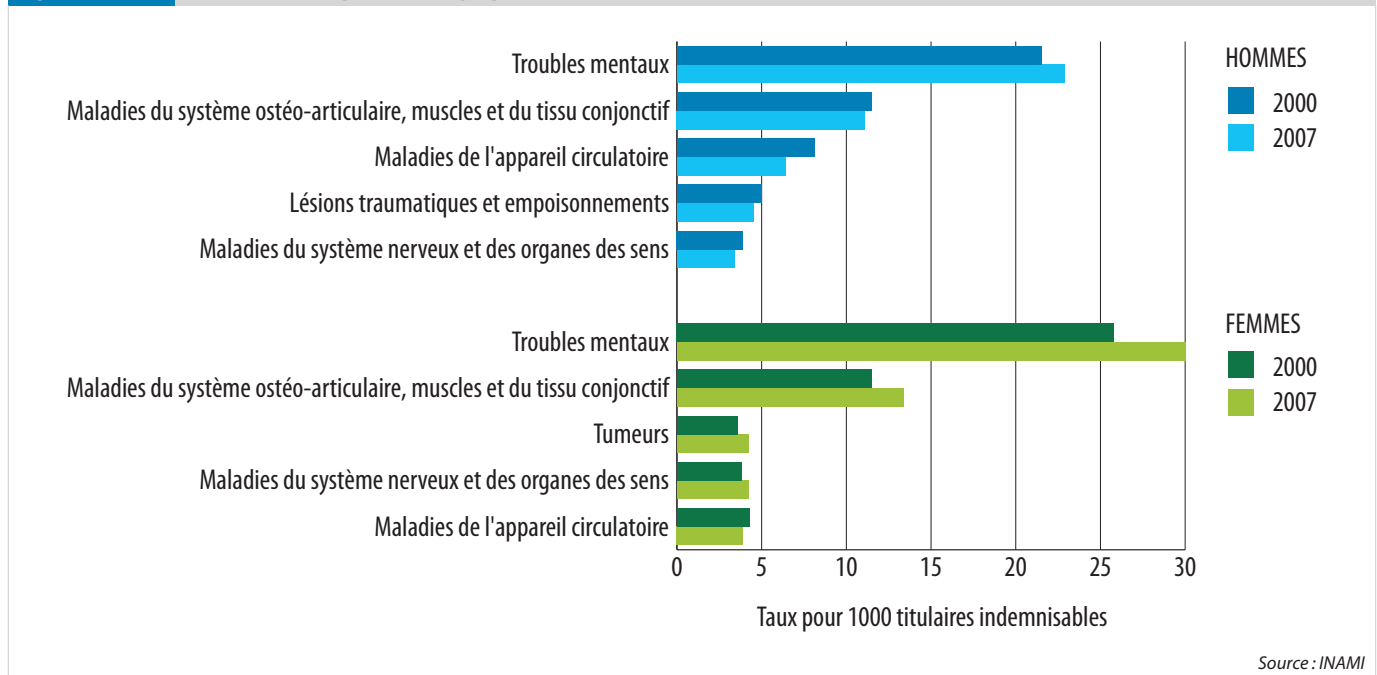
Figure 2-80 Taux d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans (/100 000), Top 5 par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



⁵⁶ Il s'agit de 4 items mesurant le niveau d'énergie et de fatigue des individus. L'indicateur varie sur une échelle de 1 à 100, où les valeurs élevées correspondent à une plus grande vitalité ou énergie

Les troubles mentaux sont aussi la première cause d'invalidité des Bruxellois, tant chez les hommes que chez les femmes, chez les ouvriers comme chez les employés ; le nombre d'invalidités suite à des troubles mentaux est en augmentation constante, passant de 7 399 en 2000 à 9 257 en 2007, soit une augmentation de 25 %.

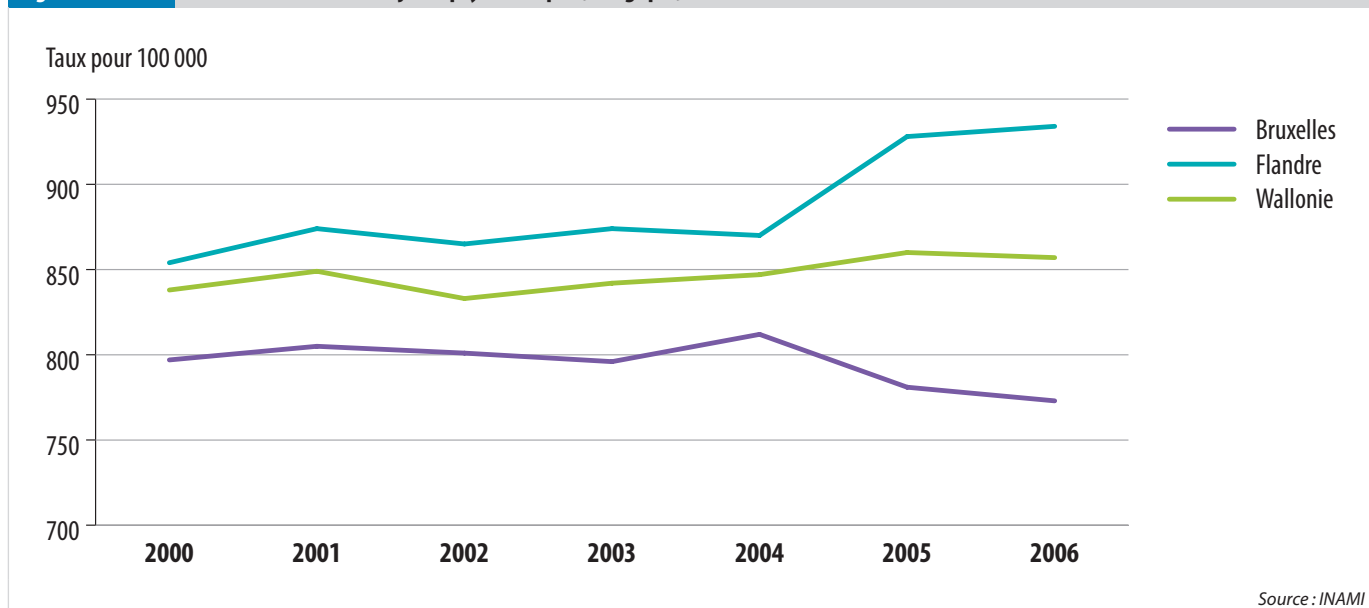
Figure 2-81 Taux d'invalidité par cause, Top 5 par sexe, Bruxelles, 2000 et 2007



L'Enquête de santé de 2004 mettait en évidence une proportion significativement plus élevée de «mal-être» psychologique parmi les résidents bruxellois de plus de 15 ans par comparaison avec les autres grandes villes belges : 12,8 % des hommes et 18,6 % des femmes présentent des difficultés psychologiques ^[57] (1). 22,9 % des hommes et 27,6 % des femmes présentent au moins un trouble spécifique récent de santé mentale (trouble somatique, dépressif, anxieux ou du sommeil, selon le SCL-90R ^[58]).

En 2006, on a enregistré 7 873 admissions de résidents bruxellois en psychiatrie ^[59]. Les taux d'admission des Bruxellois sont inférieurs aux autres régions et divergent nettement à partir de 2004. D'après le SPF Santé Publique ^[60], trois facteurs pourraient expliquer cette différence : la durée de séjour (s'allongeant à Bruxelles), le sous-enregistrement (les hôpitaux n'enregistrent pas tous leurs séjours dans la base RPM) et la reconversion des lits (plus de reconversion de lits C vers lits A (lits de psychiatrie aiguë) en Flandre et en Wallonie qu'à Bruxelles).

Figure 2-82 Évolution du taux de séjours psychiatriques, Belgique, 2000-2007



La dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues est bien entendu en lien avec la santé mentale. Ces problèmes sont abordés dans le chapitre «styles de vie» de la partie III «Les déterminants de la santé».

Les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité chez les Bruxellois et cette cause est en augmentation. Le «mal-être» psychologique chez les Bruxellois est supérieur à celui des habitants des autres grandes villes belges.

57 Il s'agit d'un score GHQ \geq 4. Le General Health Questionnaire permet d'apprécier la notion de bien-être psychologique global. Les résultats expriment la possibilité de souffrir d'un trouble psychique. Chaque item varie sur une échelle allant de 0 à 4, un score plus élevé indiquant une plus grande probabilité/sévérité de mal-être psychologique.

58 Le «Symptom Checklist-90-Revised» (SCL-90-R) est utilisé pour sonder certaines affections psychologiques spécifiques.

59 Ces informations proviennent des Résumés Psychiatriques Minimums (RPM) qui recueillent des données sur l'ensemble des patients admis dans un hôpital

psychiatrique, une section psychiatrique d'un hôpital général, une initiative d'habitations protégées ou une maison de soins psychiatrique. Il s'agit du nombre de séjours et pas du nombre de personnes (une même personne peut faire plusieurs séjours au cours de la période étudiée). Il faut prendre cette notion de «taux» avec précaution. Des différences entre régions, âge ou 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) (https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,512879&_dad=portal&_schema=PORTAL)

60 Communication personnelle : Jean-Pierre Gorissen.

5.2 LE SUICIDE

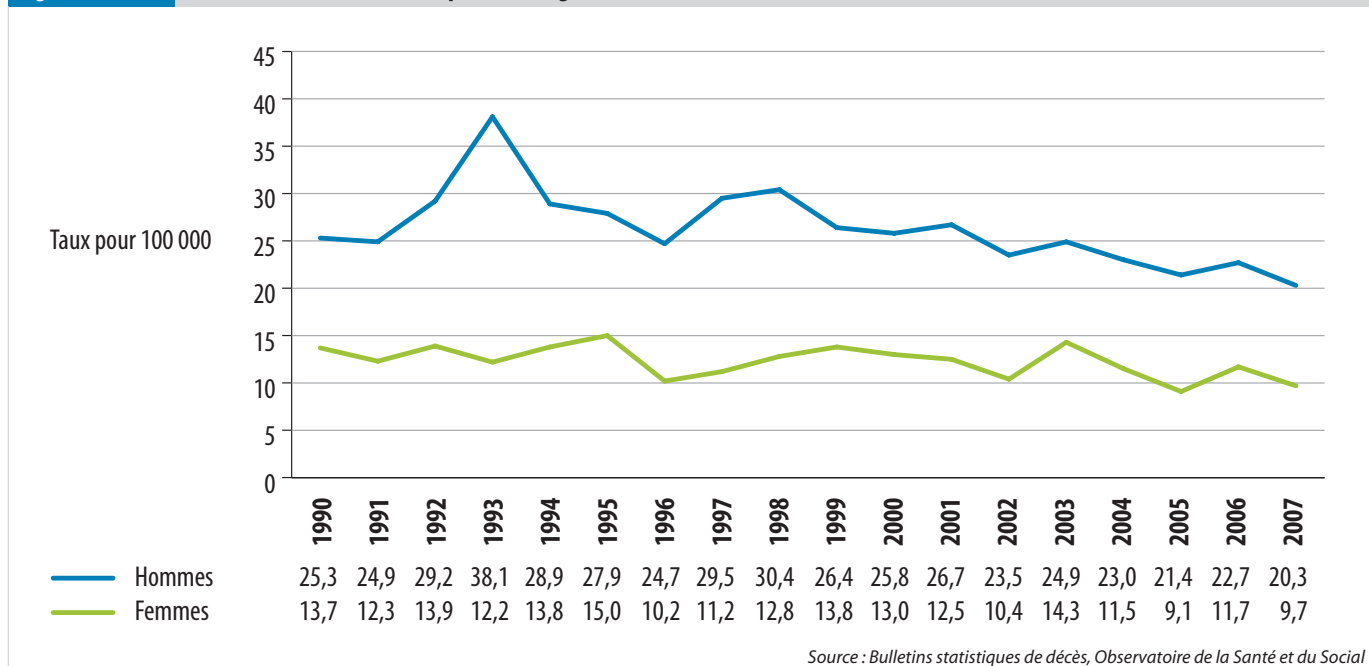
5.2.1 Mortalité

En 2007, on a enregistré 154 décès par suicide, 102 hommes et 52 femmes^[61].

Au cours des 20 dernières années, on observe une tendance à la diminution des taux de suicide, particulièrement chez les hommes. Le suicide reste plus fréquent chez les

hommes : après contrôle pour l'âge, le taux de mortalité des hommes est 2,1 fois plus élevé que celui des femmes. On note toutefois que pour les moins de 20 ans, le nombre de décès par suicide est aussi important chez les filles que chez les garçons.

Figure 2-83 Évolution du taux de suicide par sexe, Région bruxelloise, 1990-2007



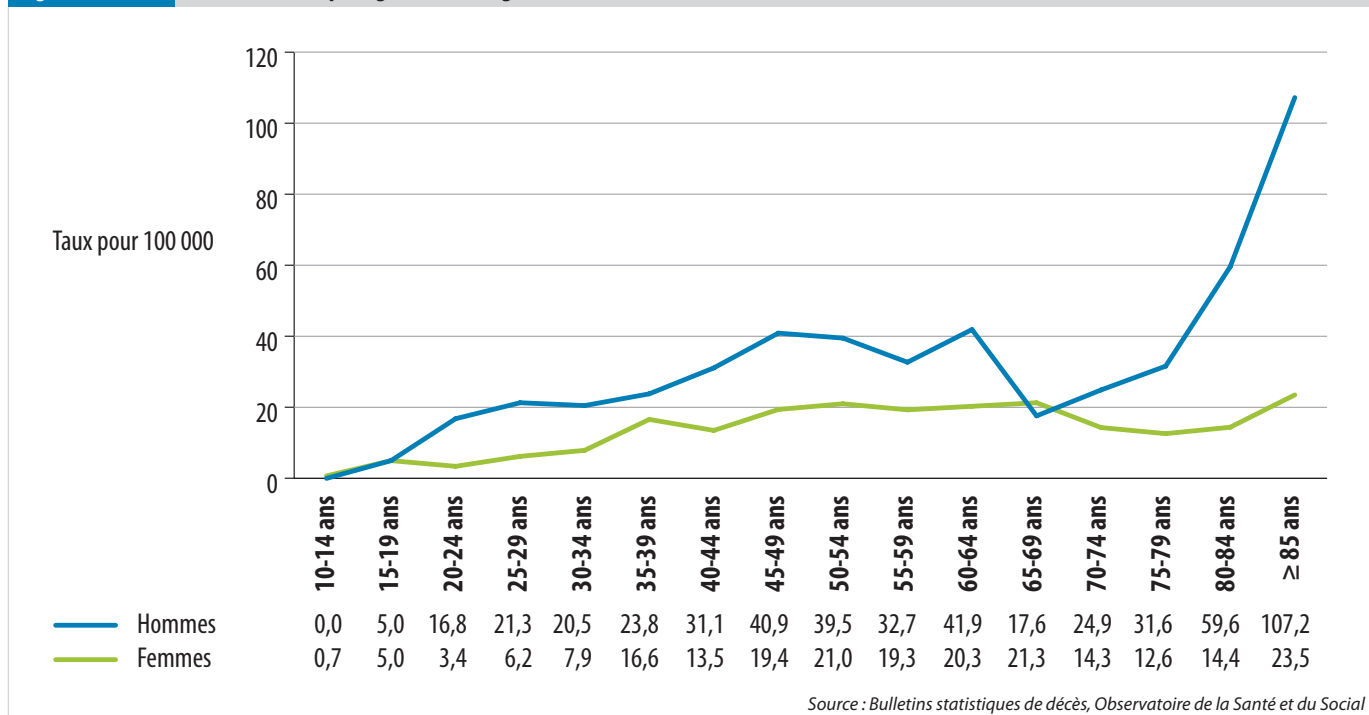
Avec des taux de mortalité standardisés de 21,7/100 000 pour les hommes et 10,6 pour les femmes pour la période 2003-2007, le taux de mortalité par suicide de la Région bruxelloise est plus élevé que la moyenne européenne. Pour les hommes, il est du même ordre de grandeur que les taux enregistrés pour la province d'Anvers et du Brabant flamand mais inférieur à ceux des autres provinces de Flandre ou du Nord de la France. Il est par contre plus élevé que les taux de régions urbaines comme l'Île de France, Berlin, Londres ou Stockholm. Pour les femmes, le taux de suicide en Région bruxelloise est parmi les taux les plus élevés d'Europe. Il est plus élevé que les taux du Brabant flamand et de régions urbaines comme l'Île de France, Londres, Berlin ou Stockholm (7).

Par rapport aux taux enregistrés en Flandre pour la période 2004-2006 (15,9), le taux standardisé de suicide des Bruxellois (15,7) est un peu plus faible (il est inférieur au taux de Flandre pour les hommes mais un peu plus élevé pour les femmes) (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/doodsoorzaken.aspx>).

⁶¹ On estime que, de manière générale et dans l'ensemble des pays, les statistiques de mortalité par suicide sous-estiment le nombre réel de décès par suicide. Pour plus de détail, se référer à la section Méthodologie du dossier sur le suicide publié en 2003 par l'Observatoire (www.observatbru.be).

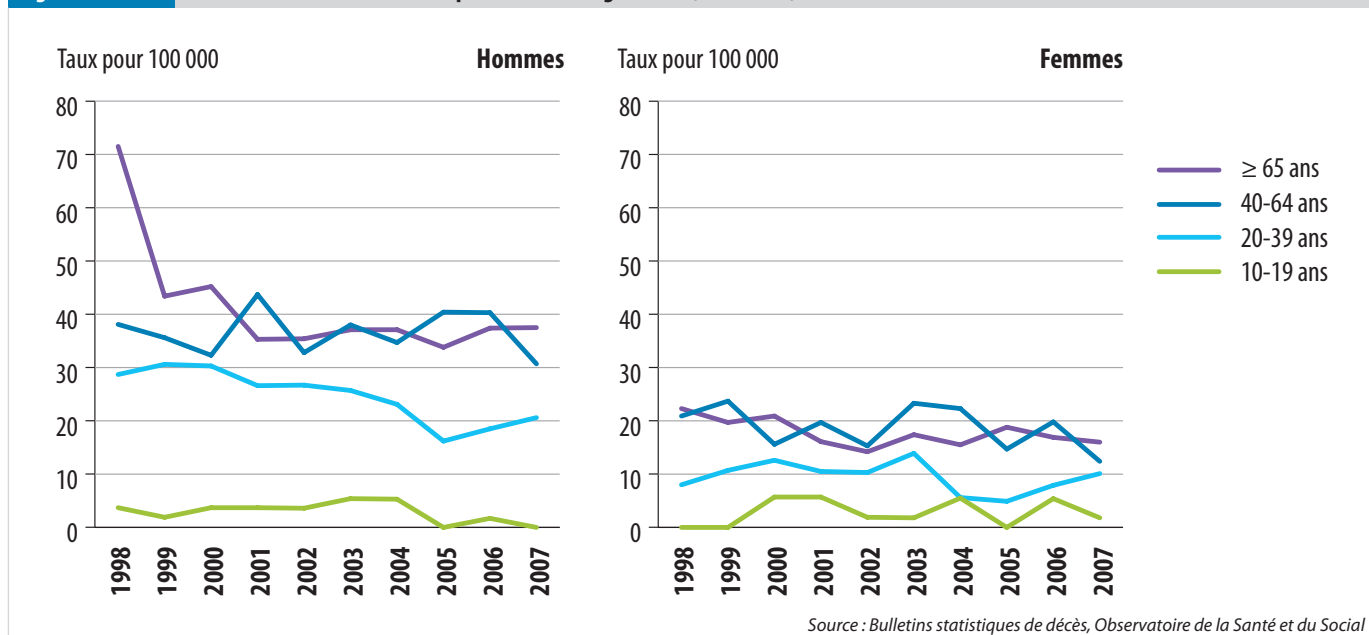
Chez les hommes, les taux de suicide augmentent avec l'âge, avec un plateau entre 45 et 65 ans puis une augmentation rapide après 70 ans. Chez les femmes, on observe une augmentation avec l'âge moins marquée que pour les hommes, avec un plateau à partir de 45 ans.

Figure 2-84 Taux de suicide par âge et sexe, Région bruxelloise, 2003-2007



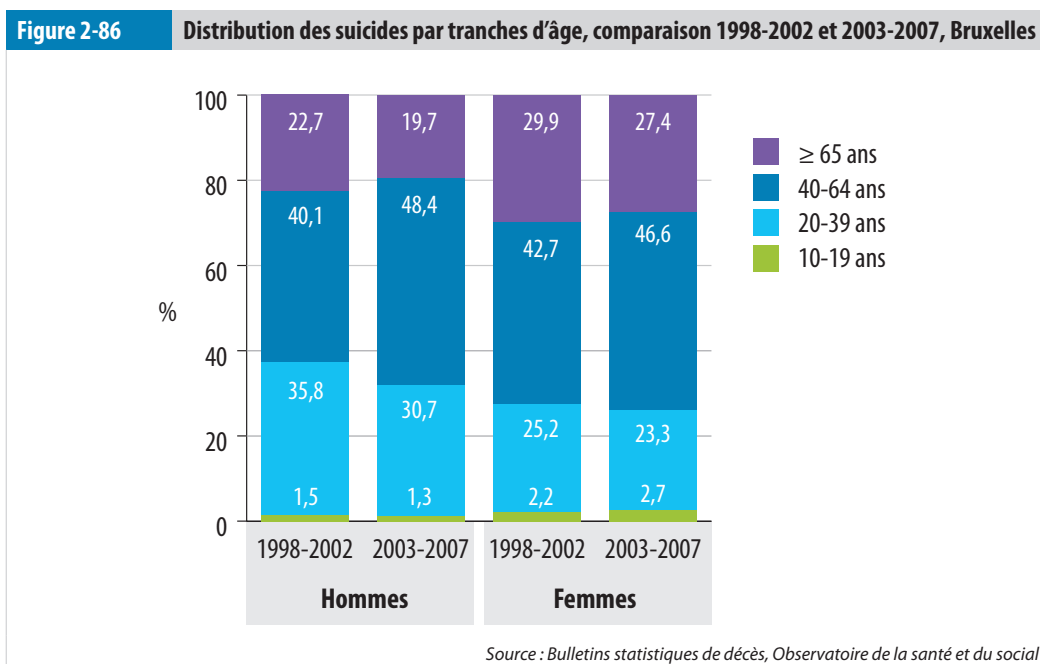
Au cours des dix dernières années, on note une diminution du taux de suicide chez les hommes âgés.

Figure 2-85 Évolution des taux de suicide par tranches d'âge et sexe, Bruxelles, 1998-2007



Près de la moitié des suicides concernent la tranche d'âge 40-64 ans. La part des suicides dans cette tranche d'âge augmente avec le temps (figure 2-86).

Pour la période 2003-2007, le suicide des adolescents représente moins de 2 % des suicides chez les hommes et près de 3 % chez les femmes.



Le suicide représente 10 % des décès chez les adolescents et 23 % chez les adolescentes (tableau 2-14). C'est la seule tranche d'âge pour laquelle le nombre de suicide est aussi important pour les garçons que pour les filles.

Chez les jeunes adultes, le suicide cause un décès sur 4 chez les hommes et un sur 5 chez les femmes. On ne note pas d'évolution notable entre les 2 périodes.

Tableau 2-14 Nombre de suicides et pourcentages de décès par âge et par sexe, comparaison 1998-2002 et 2003-2007, Bruxelles

	HOMMES						FEMMES					
	Période 1998-2002			période 2003-2007			Période 1998-2002			période 2003-2007		
	nb	nb décès	%	nb	nb décès	%	nb	nb décès	%	nb	nb décès	%
10-19 ans	9	91	9,9 %	7	60	11,7 %	7	43	16,3 %	8	35	22,9 %
20-39 ans	218	868	25,1 %	168	671	25,0 %	79	417	18,9 %	69	358	19,3 %
40-64 ans	244	4 666	5,2 %	265	4 386	6,0 %	134	2 707	5,0 %	138	2 715	5,1 %
65 ans+	138	17 025	0,8 %	108	15 976	0,7 %	94	24 020	0,4 %	81	22 555	0,4 %

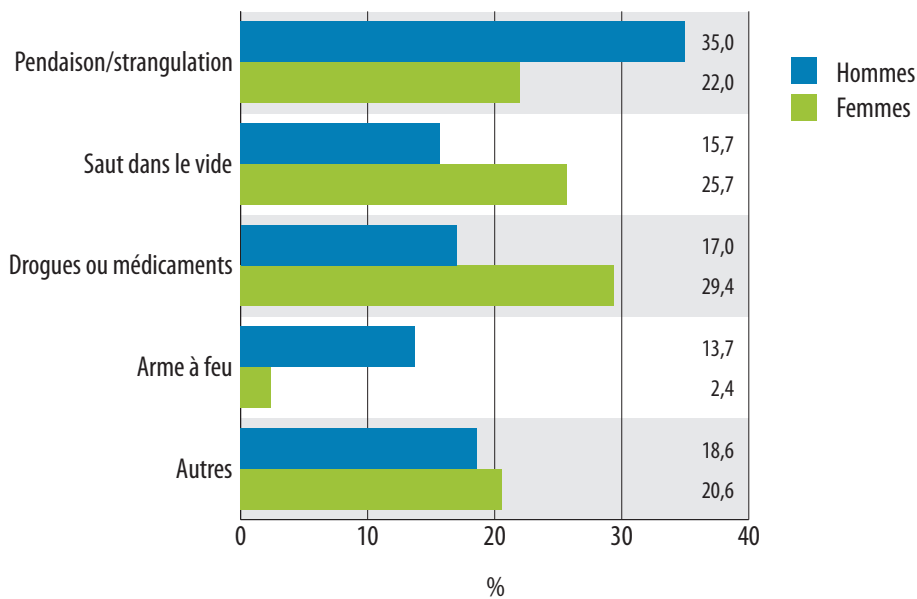
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la santé et du social

Les moyens utilisés pour se suicider diffèrent entre hommes et femmes. On note l'utilisation beaucoup plus fréquente d'une arme à feu chez les hommes et proportionnellement plus de pendaisons que chez les femmes. Celles-ci par contre utilisent plus souvent des drogues ou médicaments, ou le saut dans le vide.

On note peu d'évolution entre les deux périodes étudiées.

Le risque de suicide est plus bas dans les territoires ne comportant pas de grande ville (non illustré).

Figure 2-87 Distribution des moyens de suicide utilisés en fonction du sexe, Bruxelles, 2003-2007



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

5.2.2 Tentatives de suicide

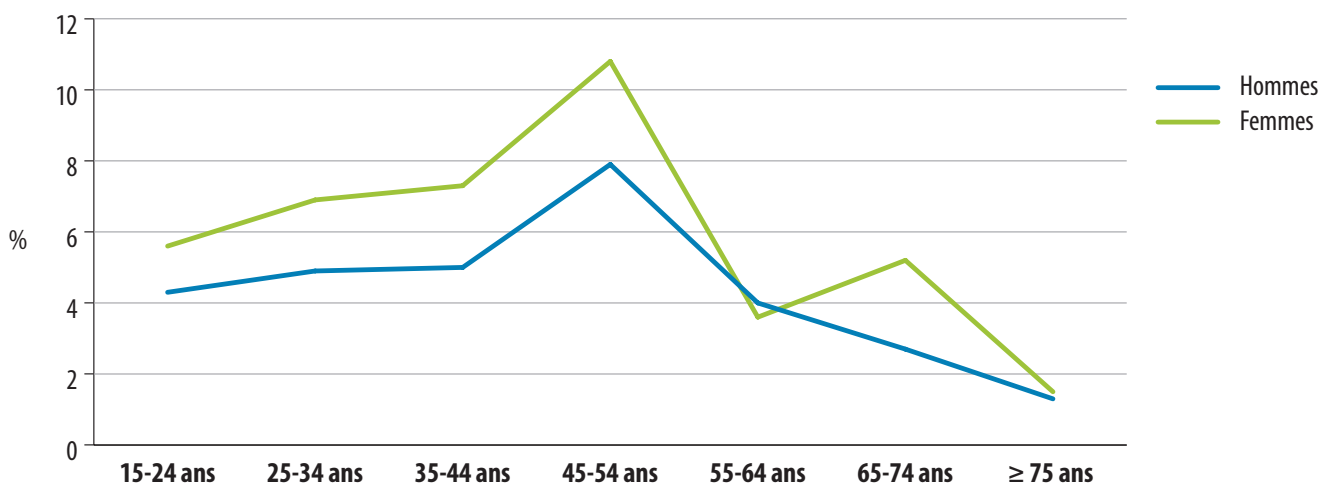
Dans l'Enquête de santé de 2004, il est demandé au répondant s'il/elle a commis une tentative de suicide dans les douze mois précédents, et s'il/elle a déjà commis une tentative de suicide dans sa vie.

À la question de savoir si une tentative de suicide a été commise dans l'année écoulée, 0,5 % des répondants répondent positivement, ce qui, extrapolé à la population entière, signifierait qu'en 2004, 5000 Bruxellois environ ont commis au moins une tentative (ratée) de suicide. Etant donné le petit nombre de réponses positives, il est difficile d'analyser plus avant cette question de façon fiable (p.ex. en ce qui concerne l'âge, le sexe, statut socio-économique).

Par contre, la question portant sur une tentative de suicide effectuée au cours de la vie entière ramène suffisamment de données. Néanmoins, cette question soulève des problèmes de validité et de fiabilité (précision de la mémoire ? Edulcoration des événements du passé lointain ? Souvenirs subjectifs ? Etc.).

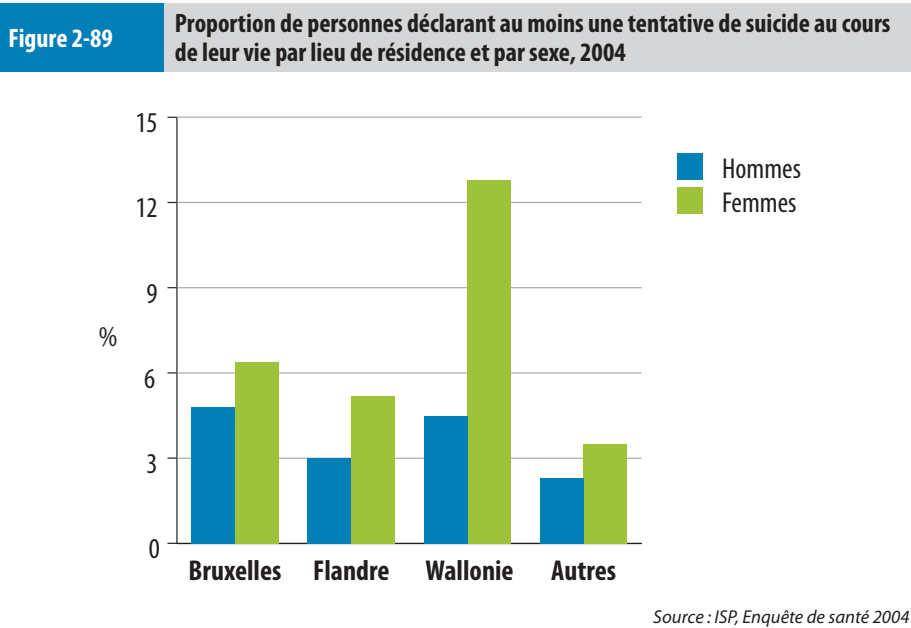
La distribution par âge et par sexe des tentatives de suicide est très différente de la distribution des suicides (voir figure 2-83). Plus de femmes que d'hommes signalent avoir déjà commis une tentative de suicide et l'on observe dans les deux sexes un pic pour les 45-54 ans.

Figure 2-88 Proportion de personnes déclarant au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, Région bruxelloise, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

La comparaison avec les autres territoires urbains de Belgique révèle que le risque de tentative de suicide est un peu plus bas dans les grandes villes flamandes qu'en Région bruxelloise, beaucoup plus élevé pour les femmes des grandes villes wallonnes et moins élevé dans les territoires hors grande ville.



5.3 LA DÉPRESSION

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus fréquents. Outre la souffrance psychique importante dont souffrent les personnes atteintes, la dépression est un des principaux facteurs de risque pour le suicide. Elle est aussi la cause d'un nombre croissant d'incapacité de travail et d'invalidité.

Selon l'Enquête de santé 2004, 6,6 % des Bruxellois et 8,4 % des Bruxelloises déclarent avoir souffert d'une dépression au cours de l'année écoulée (1) ^[62].

L'Enquête de santé explore également les troubles dépressifs au travers d'un questionnaire d'auto-évaluation ^[63]. Cet instrument de mesure de l'état psychologique de la personne permet d'identifier les personnes qui souffrent de troubles dépressifs, indépendamment d'un diagnostic médical éventuel (48). C'est cette variable qui est présentée ici.

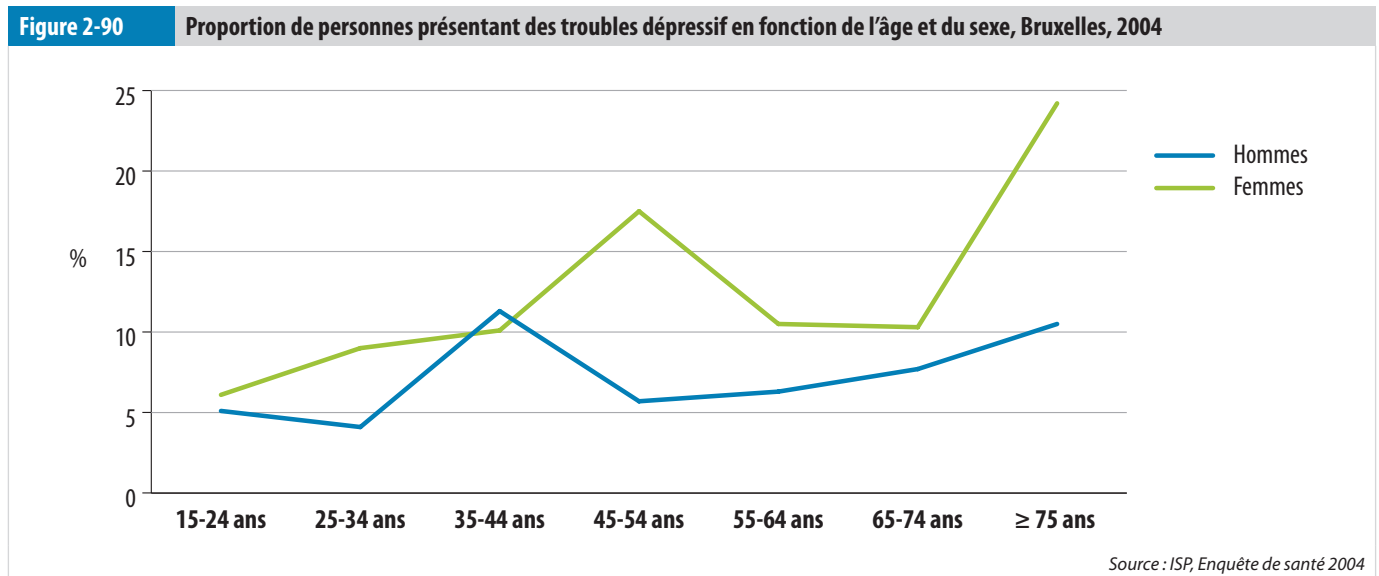
62 Les personnes souffrant de troubles mentaux et qui sont hospitalisées ne sont pas reprises dans l'Enquête de santé.

63 Le «Symptom Checklist-90-Revised» (SCL-90-R) est utilisé pour sonder certaines affections psychologiques spécifiques.

D'après ce questionnaire, 7,0 % des hommes et 11,8 % des femmes présentent des troubles dépressifs (les différences entre hommes et femmes sont significatives après contrôle pour l'âge). On n'observe pas d'évolution significative entre 2001 et 2004.

Il n'y a pas non plus de différences significatives entre la Région bruxelloise et les autres grandes villes.

La fréquence de troubles dépressifs augmente avec l'âge mais on note un pic vers 35-44 ans pour les hommes et 45-54 ans pour les femmes.

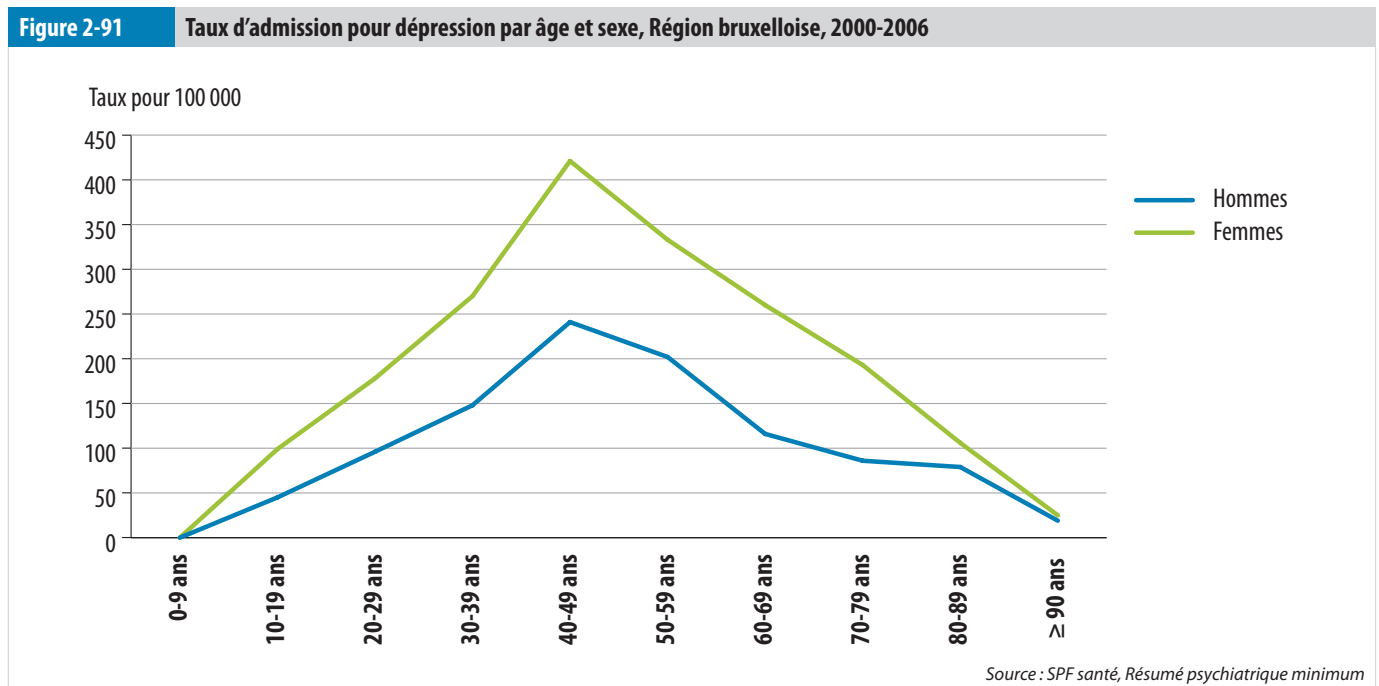


Les troubles dépressifs sont plus fréquents chez les personnes à faible niveau d'instruction et chez les chômeurs.

En 2006, on a enregistré 1 517 admissions de Bruxellois en psychiatrie^[64] pour dépression.

Le taux d'admission pour dépression diminue au cours des dernières années en Région bruxelloise, alors qu'il augmente en Flandre et reste stable en Wallonie.

Le taux d'admission est plus élevé pour les femmes que pour les hommes et est maximal pour les 40-49 ans.



La consommation d'antidépresseurs a augmenté entre 1997 et 2004 chez les hommes. En 2004 5,1 % des hommes et 8,7 % des femmes déclaraient consommer des antidépresseurs. Cette proportion est la plus importante entre 45 et 54 ans : 9,2 % des hommes et 13,2 % des femmes.

64 Voir note 59.

5.4 LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

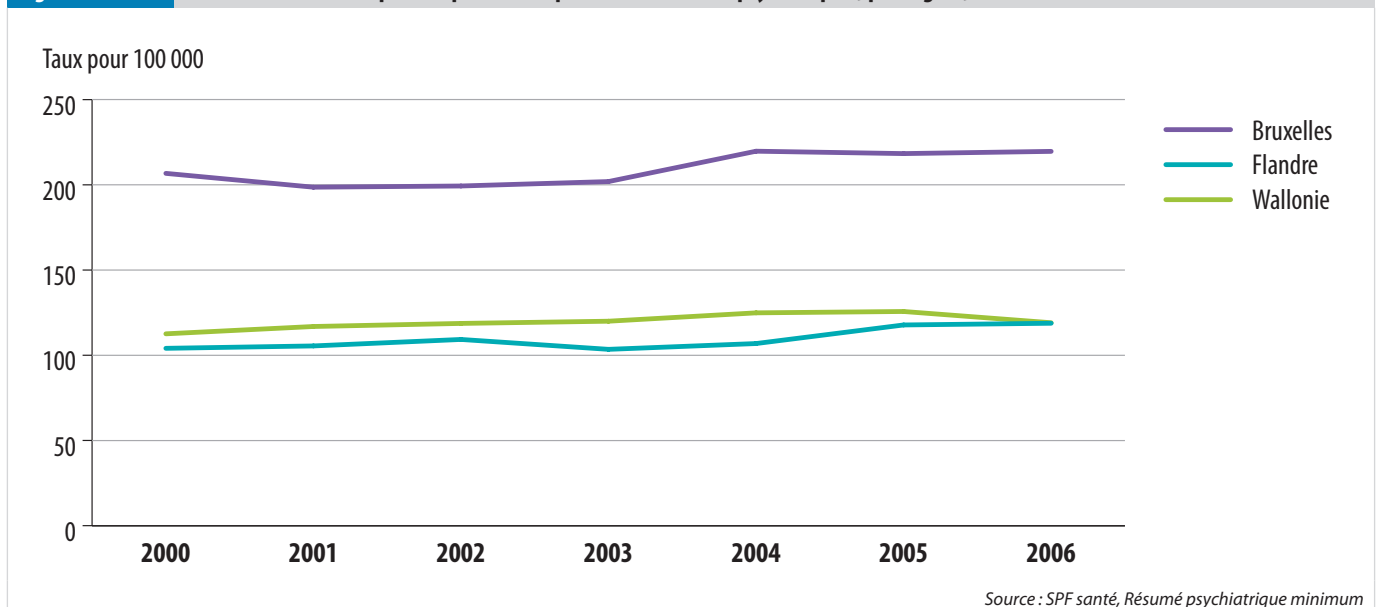
Le taux d'admission^[65] pour schizophrénie et autres troubles psychotiques est beaucoup plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres régions (voir figure 2-92).

Plusieurs études menées en Europe ont mis en évidence la fréquence plus élevée de schizophrénie et autres troubles psychotiques dans les zones urbaines. Une interaction entre les facteurs génétiques et des facteurs environnementaux propres aux grandes villes sont probablement à l'origine de ce phénomène. Parmi les facteurs associés à une fréquence plus élevée de psychose on retrouve la précarité socio-économique et une moindre cohésion sociale ; une étude menée aux Pays-Bas montre que les taux d'hospitalisation pour schizophrénie, troubles psychotiques non affectifs et non organiques, et troubles névrotiques, sont significativement liés au niveau socio-économique (49).

La fréquence de psychose est aussi plus élevée dans certains groupes de migrants aux Pays-Bas ou au Royaume Uni. Il existe également une association entre la consommation de cannabis et le développement de troubles psychotiques. (50-53).

Ces différents facteurs expliquent probablement en partie les différences importantes observées entre la Région bruxelloise et le reste du pays, mais on ne peut exclure en plus un effet de sélection : une grande ville comme Bruxelles «recueille» aussi des personnes qui, à cause de problèmes psychiatriques importants, se retrouvent sans abri et sont hébergées par les structures d'accueil bruxelloises.

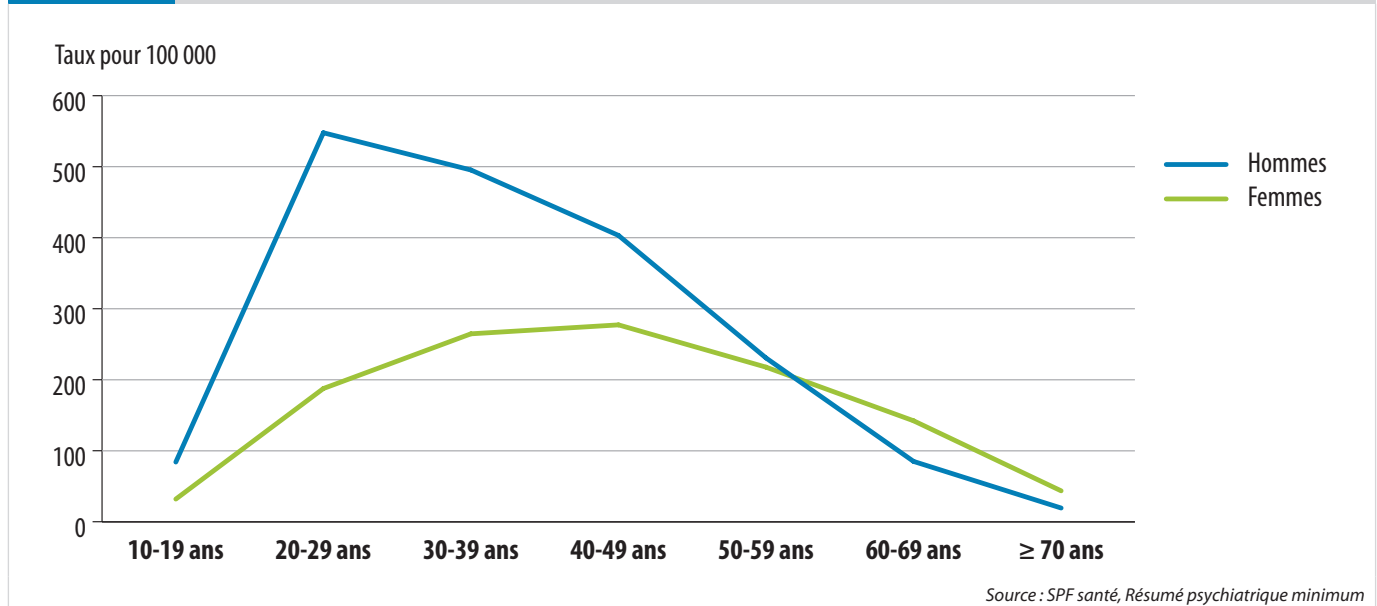
Figure 2-92 Taux d'admission hospitalier pour schizophrénie et troubles psychotiques, par région, 2000-2006



65 Il faut prendre cette notion de «taux» avec précaution puisque le numérateur est un nombre de séjours et pas un nombre de patients. Des différences entre régions, âge ou 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).

Le taux d'admission est plus élevé pour les hommes que pour les femmes et on observe un pic d'admissions pour les hommes de 20 à 29 ans.

Figure 2-93 Taux d'admission pour schizophrénie ou troubles psychotiques par âge et sexe, Bruxellois, 2000-2006



À côté des soins psychiatriques hospitaliers, la fréquence des troubles psychotiques dans une grande ville comme Bruxelles implique des besoins particuliers en accompagnement psychosocial, pour permettre à ces personnes une qualité de vie suffisante. L'espérance de vie des personnes souffrant de ces affections est fortement réduite, non seulement par le risque de suicide qui est nettement plus élevé que dans la population générale, mais également suite à des complications de problèmes de santé divers mal pris en charge suite aux difficultés psychosociales (53).

Les troubles psychotiques sont plus fréquents dans les zones urbaines et sont favorisés par la précarité socio-économique.

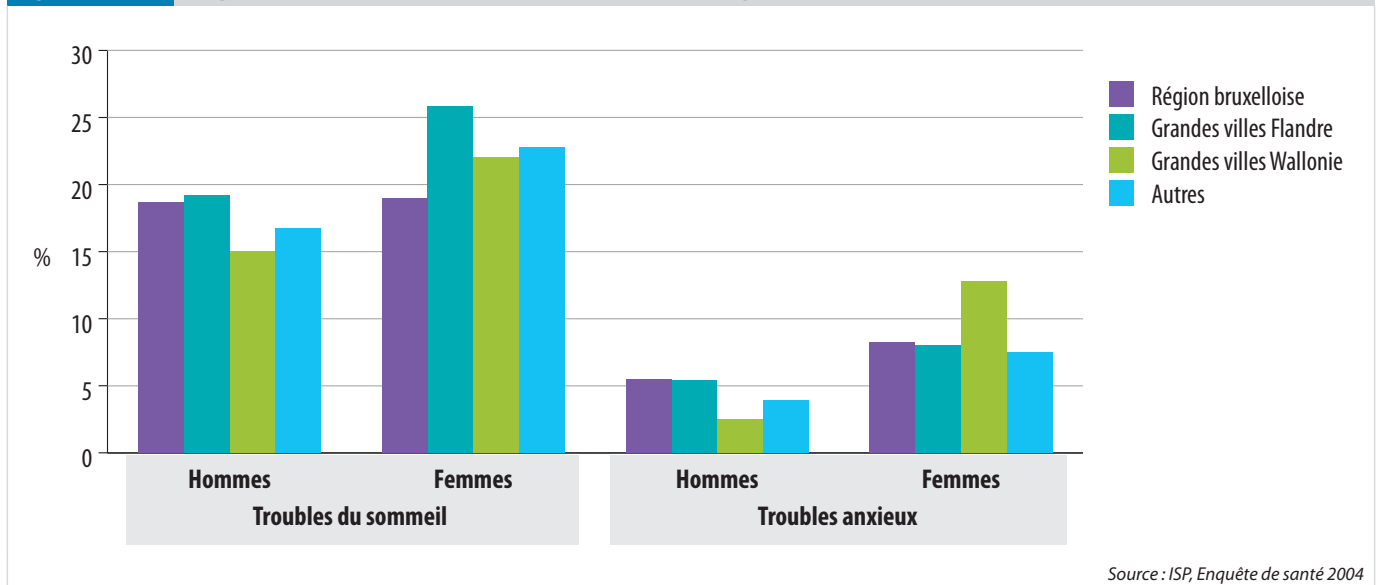
5.5 ANXIÉTÉ ET TROUBLES DU SOMMEIL

À côté des problèmes spécifiques de santé mentale présentés ci-dessus, de nombreux Bruxellois souffrent de troubles du sommeil, d'anxiété ou d'un stress excessif.

Près d'un Bruxellois sur cinq souffre de troubles du sommeil, sans différences entre hommes et femmes ; 5,5 % des hommes et 8,2 % des femmes présentent des troubles anxieux (1).

Ces problèmes ne sont pas plus fréquents en Région bruxelloise que dans les autres grandes villes (les troubles du sommeil sont significativement plus élevés pour les femmes de Flandre et les troubles anxieux pour les femmes de Wallonie).

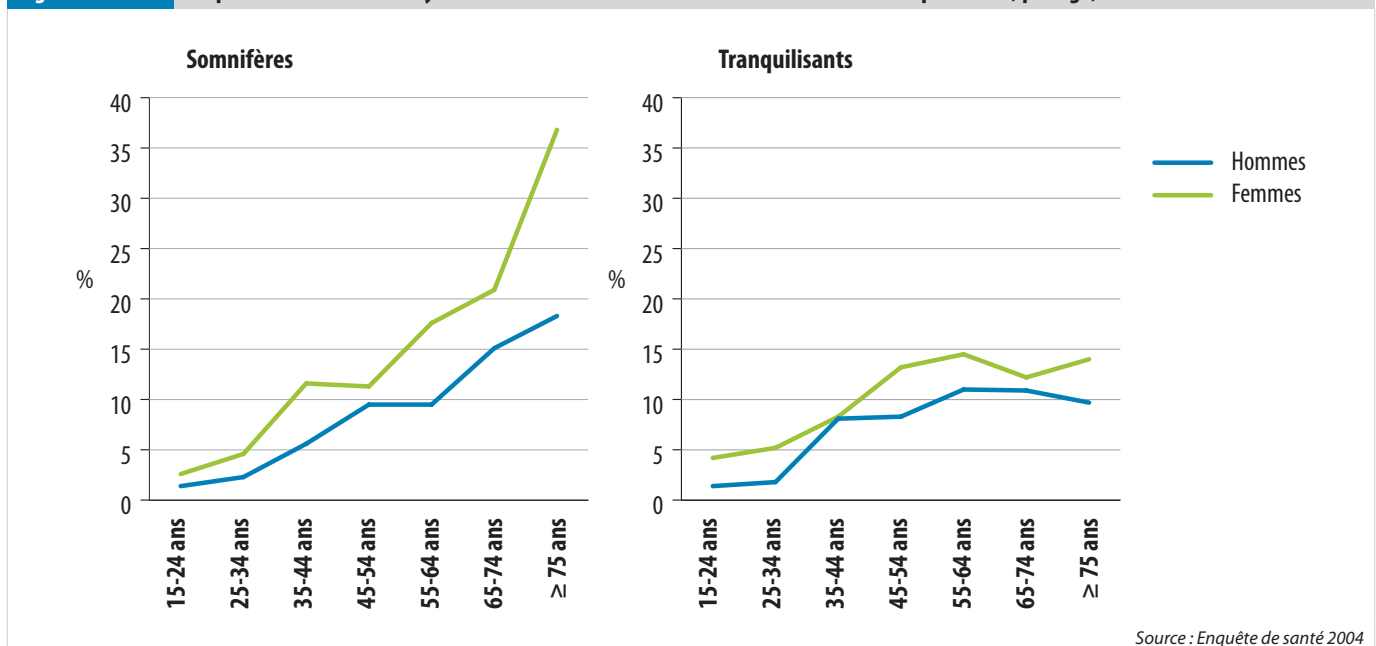
Figure 2-94 Fréquences des troubles du sommeil et des troubles anxieux par sexe et lieu de résidence, 2004



Ces troubles peuvent entraîner la consommation de médicaments psychotropes comme des somnifères ou des tranquillisants. Les femmes consomment plus souvent des médicaments psychotropes que les hommes : 13,4 % des

femmes bruxelloise déclarent dans l'Enquête de santé 2004, avoir consommé des somnifères au cours des deux dernières semaines contre 6,9 % des hommes. Pour les tranquillisants, ces proportions sont respectivement de 9,6 % et 6,3 %.

Figure 2-95 Proportion de Bruxellois ayant consommé des médicaments somnifères ou tranquillisants, par âge, 2004



Près d'une femme sur sept déclare utiliser un somnifère.

6. Les accidents

D'après l'Enquête santé 2004, près de 7 % des Bruxellois (7,3 % des hommes et 6,3 % des femmes) déclarent avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête (54)^[66].

La fréquence des accidents dans la population n'a pas réellement diminué depuis l'enquête de 2001, sauf en Région bruxelloise (54).

Les traumatismes accidentels déclarés sont le plus souvent liés aux accidents de la route (31 %) ^[67] et sur le lieu du travail ou à l'école (28 %), suivi des accidents domestiques (27 %), des accidents liés à une pratique sportive (16 %) et les accidents survenus dans un lieu public (6 %).

Pour l'année 2007, 345 Bruxellois sont décédés suite à un accident, soit près de 4 % de l'ensemble des décès. Le taux de mortalité par accident est resté stable au cours des cinq dernières années.

6.1 LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

On peut envisager l'analyse des accidents du travail en Région bruxelloise de deux manières : d'une part en s'intéressant aux accidents qui surviennent sur le territoire de la Région, quelle que soit la région dont sont issus les travailleurs ; d'autre part en se concentrant sur les accidents du travail dont sont victimes les Bruxellois, quelle que soit la région où ils travaillent.

La première approche permet de suivre dans quelle mesure les activités économiques développées sur le territoire bruxellois sont «accidentogènes», tandis que la seconde permet de suivre l'impact de l'activité professionnelle comme cause d'accidents sur la santé des Bruxellois.

Pour les accidents de travail concernant les Bruxellois, les données sont disponibles à partir de l'année 2005.

Pour les deux approches, les données utilisées proviennent du Fonds des Accidents du Travail (FAT) et ne portent que sur le secteur privé. C'est une limite importante puisque le secteur public représente 38 % de l'emploi total en Région bruxelloise (55). De plus, nous ne pouvons croiser les données avec une source équivalente en termes de répartition des travailleurs par secteur ; il nous sera donc impossible de présenter des taux par secteur.

66 Les questions posées au cours de l'enquête santé de 2004 étaient «**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs accident(s) qui vous ont amené(e) à consulter un médecin ou un service hospitalier ? Dans quelle circonstance cet accident s'est-il produit (ces accidents se sont-ils produits) ?** (Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents sont rapportés) : Au travail (bureau, atelier, chantier...). À l'école/crèche/collège (en classe, dans la cour, salle de gym...). En pratiquant une activité sportive. Sur la voie publique

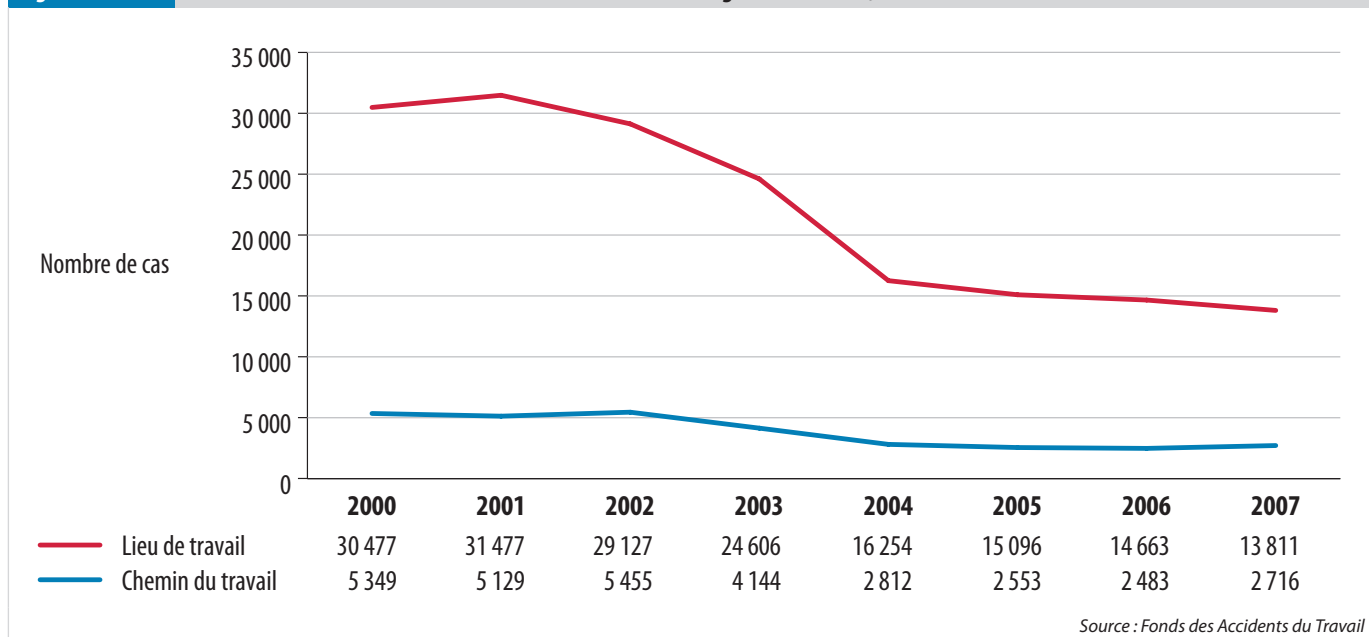
(rue, trottoir, passage piétons...). Dans un lieu public (parc, poste, café...). Dans la maison (cuisine, salle de bain, escalier...). Autour de la maison (jardin, garage...). Autre (précisez...).

67 C'est-à-dire que parmi l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir été victime d'un accident, 31 % ont été victimes d'un accident de la route. Comme plusieurs accidents ont pu être signalés, le total des accidents peut dépasser le total des victimes, et la somme des pourcentages est alors supérieure à 100 %.

6.1.1 Les accidents survenus en Région bruxelloise

Le nombre d'accidents du travail survenus en Région bruxelloise est en diminution depuis l'année 2000, particulièrement en ce qui concerne les accidents survenus sur le lieu de travail (figure 2-96). Les accidents touchent plus souvent les hommes : en 2007, 64 % des accidents survenus à Bruxelles concernaient des hommes.

Figure 2-96 Évolution du nombre d'accidents du travail survenus en Région bruxelloise, 2000-2007



En 2007, 48,3 % des victimes d'accidents du travail survenus en Région bruxelloise sont des résidents bruxellois, 51,8 % viennent des autres provinces, en particulier du Brabant flamand (17,6 %), du Hainaut (9,7 %) et du Brabant wallon (6,2 %).

Certains secteurs économiques sont proportionnellement plus représentés parmi les accidents du travail que ne le laisserait prévoir le nombre de travailleurs qu'ils emploient (55). C'est le cas du secteur de la construction, qui représente moins de 3 % des travailleurs en Région bruxelloise mais plus de 13 % des accidents de travail du secteur privé. C'est le cas aussi du secteur de l'industrie avec 5 % des travailleurs mais près de 11 % des accidents du travail du secteur privé.

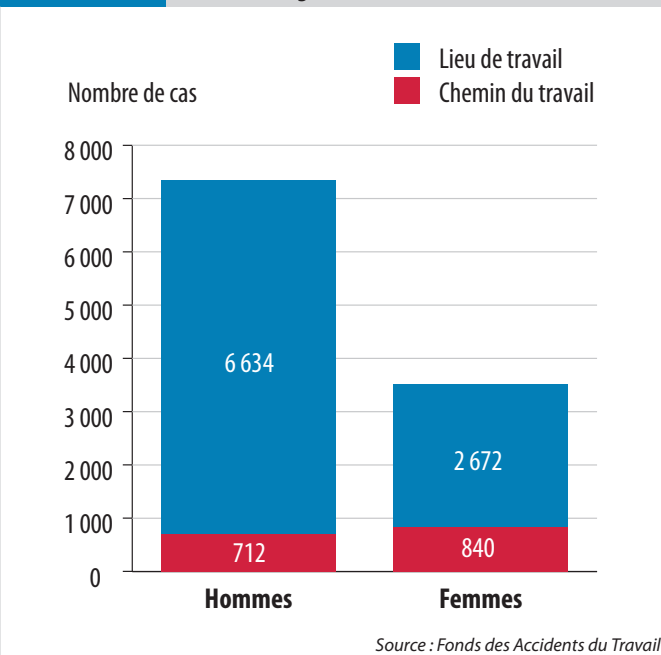
6.1.2 Les accidents du travail chez les Bruxellois

Les données concernant les accidents de travail des Bruxellois portent sur la période 2005-2007.

Un peu moins de 11 000 Bruxellois sont victimes d'un accident de travail chaque année. Ce nombre reste stable entre 2005 et 2007. Parmi ces accidents, 86 % surviennent sur le lieu de travail et 14 % sur le chemin du travail. En ce qui concerne la localisation, 74,4 % des accidents dont sont victimes les Bruxellois surviennent en Région bruxelloise et 14,7 % en Brabant flamand.

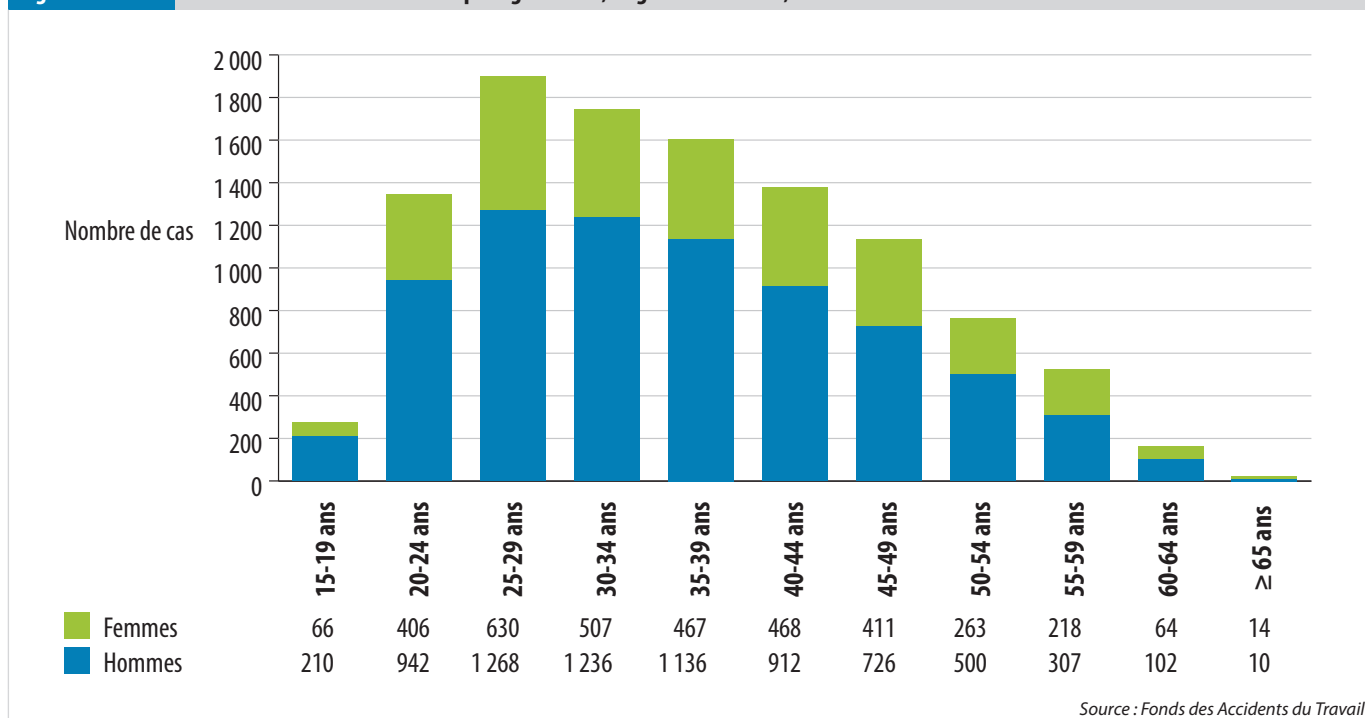
Les hommes totalisent 67,7 % des accidents. La surreprésentation des hommes s'explique par le type de travail exercé (voir plus bas) et ne concerne que les accidents sur le lieu du travail (91 % des accidents chez les hommes). Le nombre d'accidents sur le chemin du travail est par contre un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Figure 2-97 Nombre d'accidents du travail par sexe et par lieu de survenue, Région bruxelloise, 2007



Près de 50 % des accidents du travail concernent des travailleurs de moins de 35 ans.

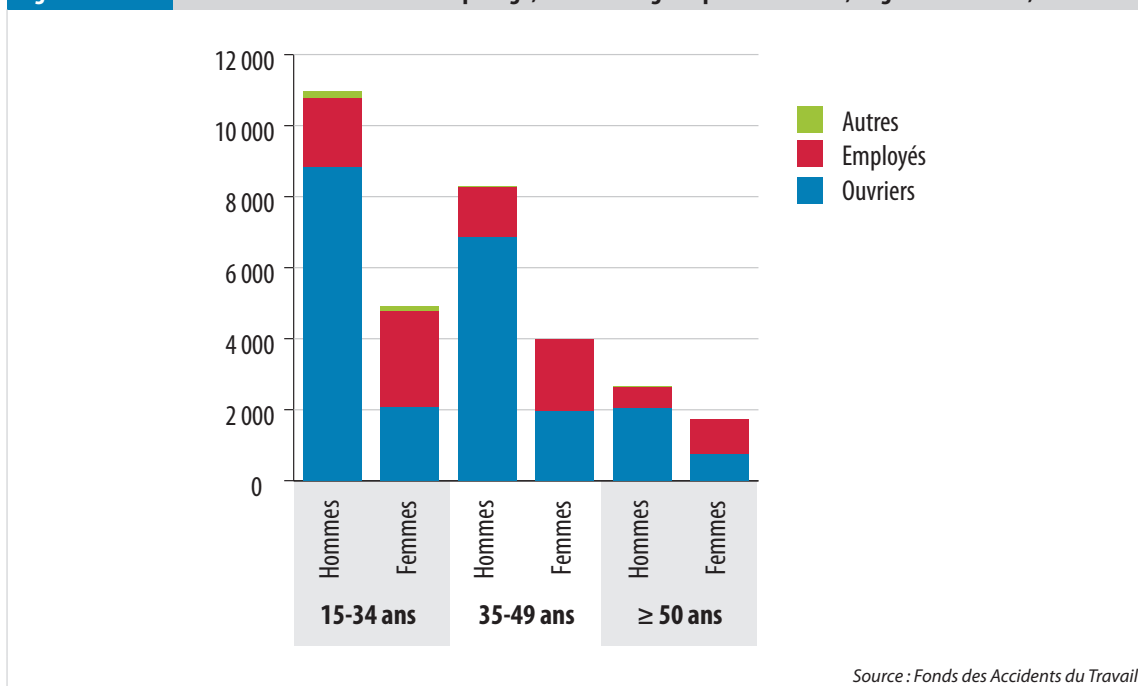
Figure 2-98 Nombre d'accidents du travail par âge et sexe, Région bruxelloise, 2007



La répartition par âge et sexe des victimes d'accidents du travail s'explique surtout par le type de travail exercé : 81 % des accidents du travail chez les hommes et 45 % chez les femmes concernent des ouvriers. La majorité des accidents du travail chez les femmes concernent des employées (54 %).

Parmi les victimes bruxelloises d'un accident du travail, 55,2 % travaillent depuis moins de 5 ans dans l'entreprise.

Figure 2-99 Nombre d'accidents du travail par âge, sexe et catégorie professionnelle, Région bruxelloise, 2005-2007



Pour la période 2005-2007, on compte 12 accidents mortels sur le lieu du travail et 5 sur le chemin du travail. Le nombre d'accidents mortels a diminué : 11 en 2005, 3 en 2006, 3 en 2007.

Les conséquences des accidents de travail sont cependant loin d'être insignifiantes. Ainsi en 2007, 5 310 accidents (48,9 %) ont entraînés une incapacité temporaire – dont 1 528 une incapacité de plus d'un mois – et 1 257 (11,6 %) une incapacité permanente^[68].

Les accidents qui surviennent chez les ouvriers ont plus souvent des conséquences graves que ceux survenus chez les employés. On compte 1,5 fois plus d'accidents mortels, 55,1 % des accidents chez les ouvriers entraînent une incapacité temporaire et 13,0 % une incapacité permanente (versus respectivement 35,6 % et 9,2 % chez les employés).

On compte une fois et demie plus d'accidents mortels chez les ouvriers que chez les employés bruxellois.

⁶⁸ Une incapacité permanente ne signifie pas que le travailleur ne peut plus travailler ; cette incapacité peut en effet être partielle, signifiant que la personne n'a pas perdu toute possibilité de se procurer des revenus réguliers de travail sur le marché de l'emploi.

6.2 LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

Mortalité

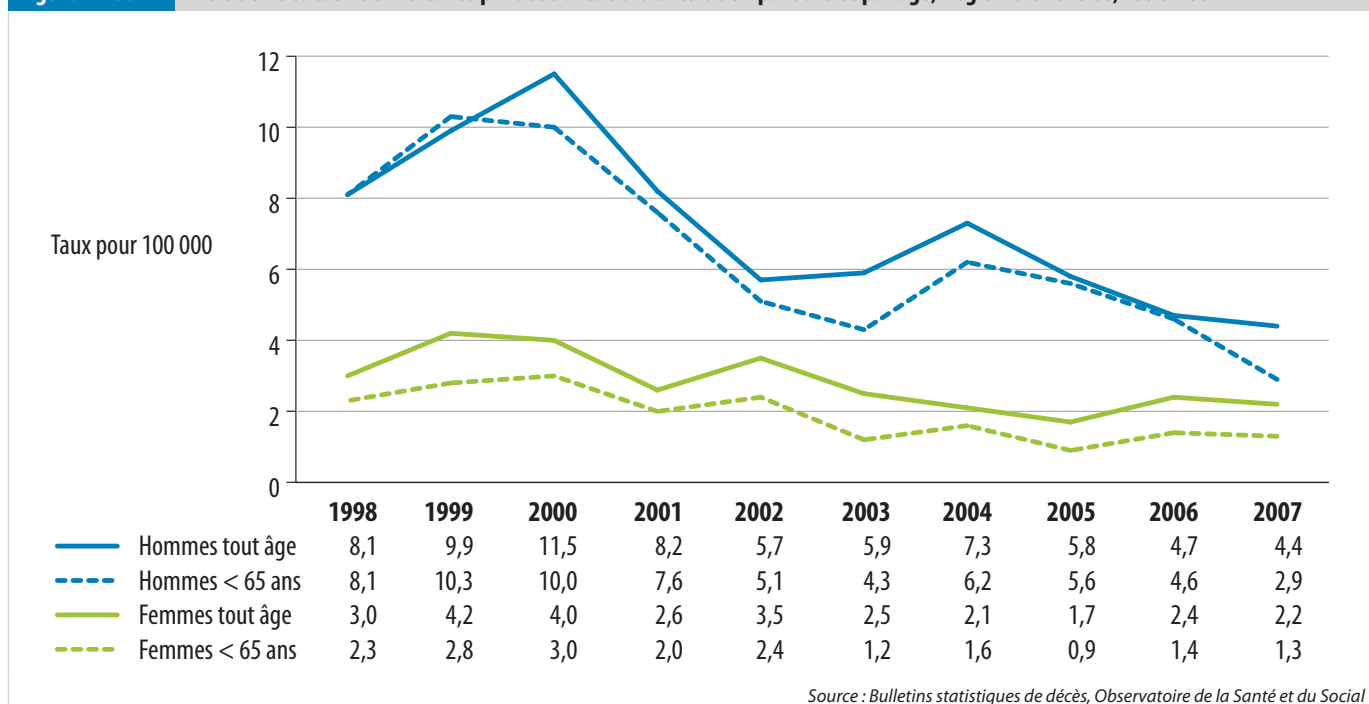
Les décès par accidents de la circulation constituent 11,7 % du total des décès par accident en 2003-2007 (17,5 % pour les hommes et 6,6 % pour les femmes). Suite à un accident de la circulation, 136 Bruxellois et 58 Bruxelloises sont décédés^[69].

La part des accidents de la circulation parmi l'ensemble des décès par accidents est la plus élevée pour les adolescents : 44 % des décès par accident des garçons et 50 % des décès par accidents des filles (voir tableau récapitulatif 2-15).

Après contrôle pour l'âge, la mortalité par accident de la circulation est trois fois plus importante pour les hommes que pour les femmes.

La mortalité par accident de la circulation continue à diminuer, particulièrement pour les jeunes adultes. Entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007, le taux de mortalité par accident de la circulation a diminué de 36 % pour les hommes comme pour les femmes.

Figure 2-100 Évolution des taux de mortalité par accidents de la circulation par sexe et par âge, Région bruxelloise, 1998-2007



⁶⁹ Les décès survenus en Wallonie ne sont pas inclus. Pour l'année 2004, on a enregistré 10 décès de Bruxellois par accident de la circulation en Wallonie.

Morbidité

L'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR) analyse les accidents de la circulation en Belgique à partir de l'enregistrement des accidents par la police. À côté des accidents mortels, les accidents entraînant des blessures sévères ou légères sont également suivis. La comparaison entre régions n'est pas basée ici sur le lieu de résidence de

la victime, mais sur le lieu de l'accident. Étant donné les grandes différences de densité et d'intensité du trafic d'une région à l'autre, les chiffres d'accidents sont calculés sur base du nombre total de kilomètres parcourus dans chaque région^[70].

Figure 2-101 Évolution des accidents mortels par milliard de kilomètres parcourus, dans les trois régions, 1990-2007

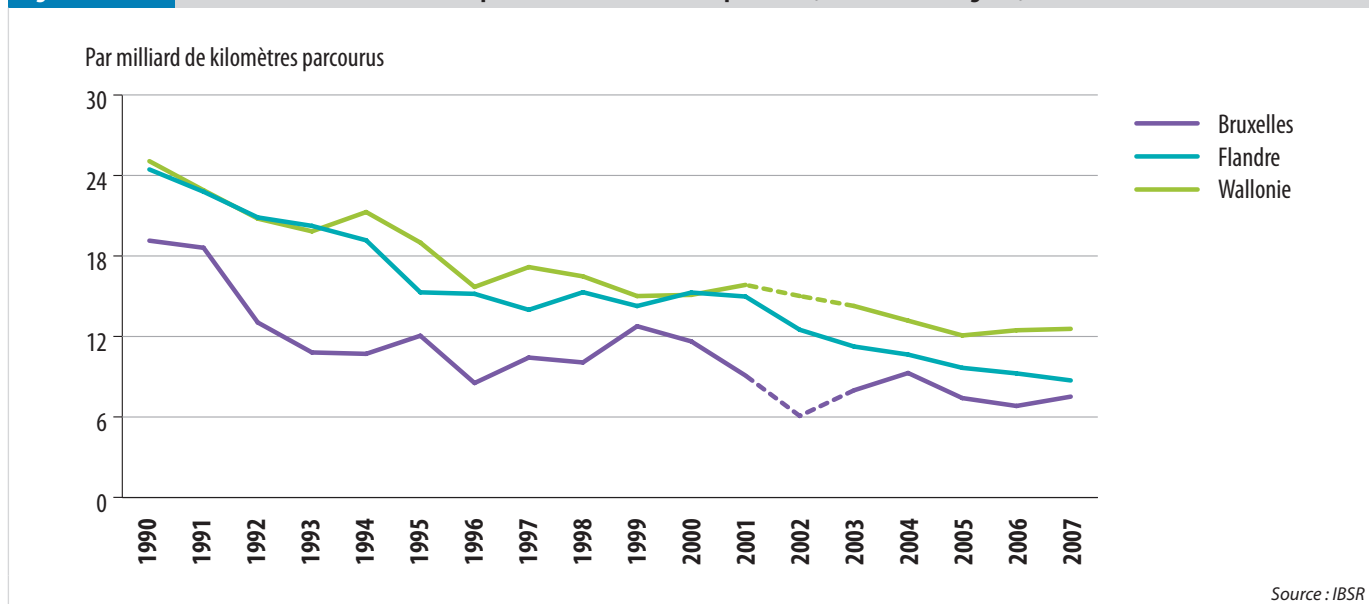
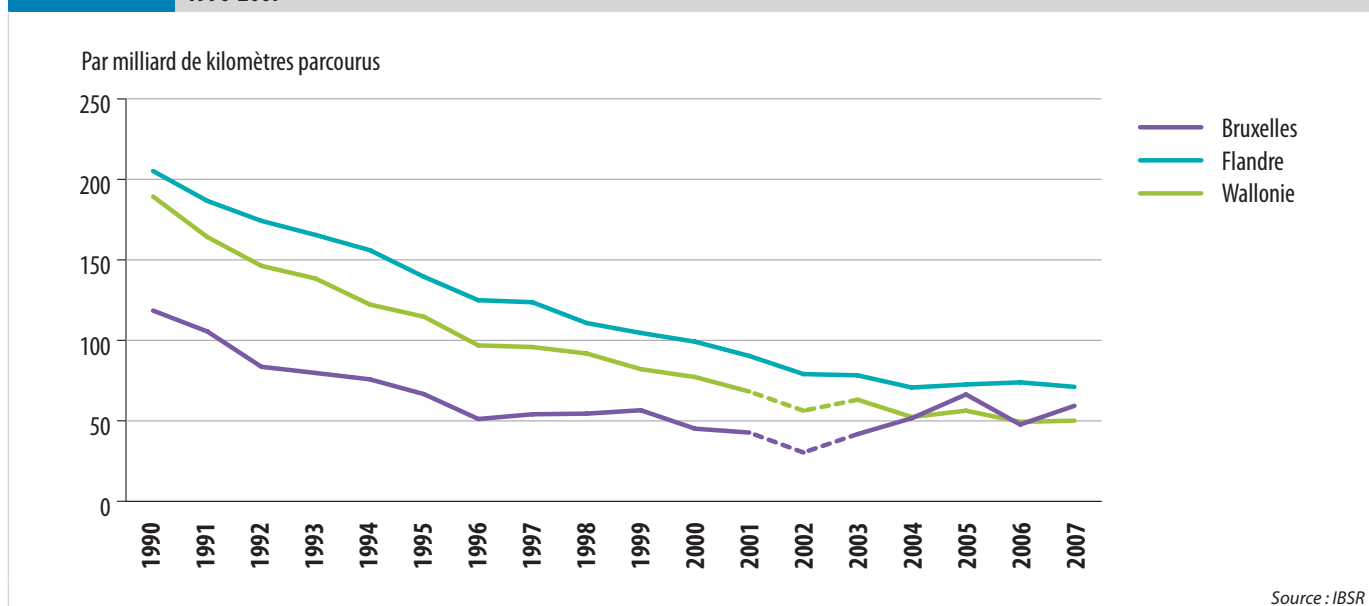


Figure 2-102 Évolution des accidents ayant entraîné des blessures sévères par milliard de kilomètres parcourus, dans les trois régions, 1990-2007

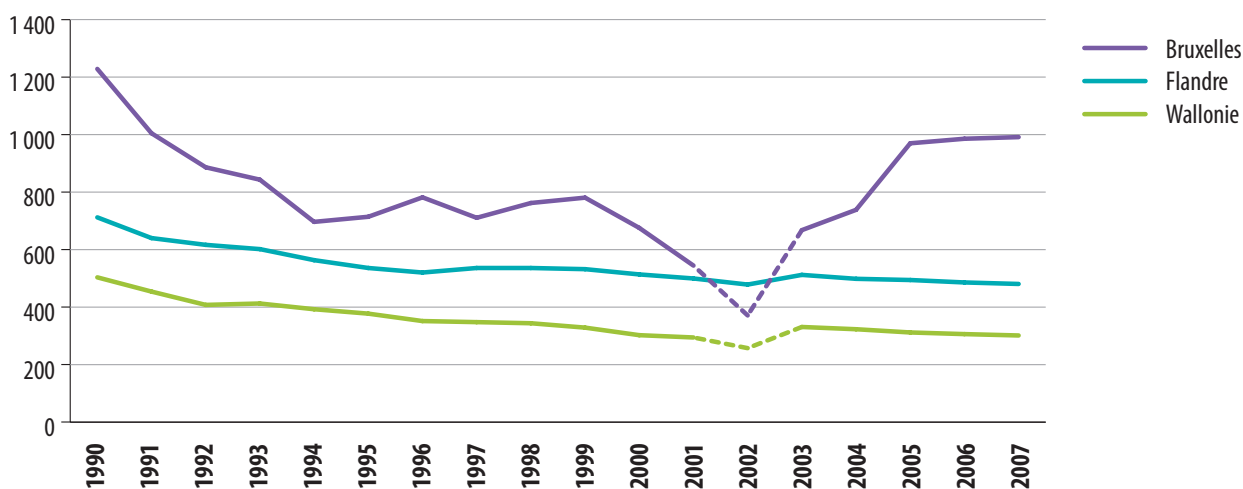


⁷⁰ Les chiffres de 2002 sont signalés par une courbe en pointillés, car suite à la réforme des polices, il y a eu un sous-enregistrement significatif dans quelques zones de la Région bruxelloise et de Wallonie.

Figure 2-103

Évolution des accidents ayant entraîné des blessures légères par milliard de kilomètres parcourus, dans les trois régions, 1990-2007

Par milliard de kilomètres parcourus



Source : IBSR

Bruxelles a compté moins d'accidents mortels ou d'accidents ayant entraîné des blessures sévères (par kilomètre parcouru dans la région) que les deux autres régions. Toutefois, pour les blessures sévères, on note une légère augmentation au cours des dernières années, qui n'apparaît pas dans les deux autres régions.

Le nombre d'accidents ayant entraîné des blessures légères (par kilomètre parcouru) est au contraire toujours plus élevé à Bruxelles que dans les deux autres régions.

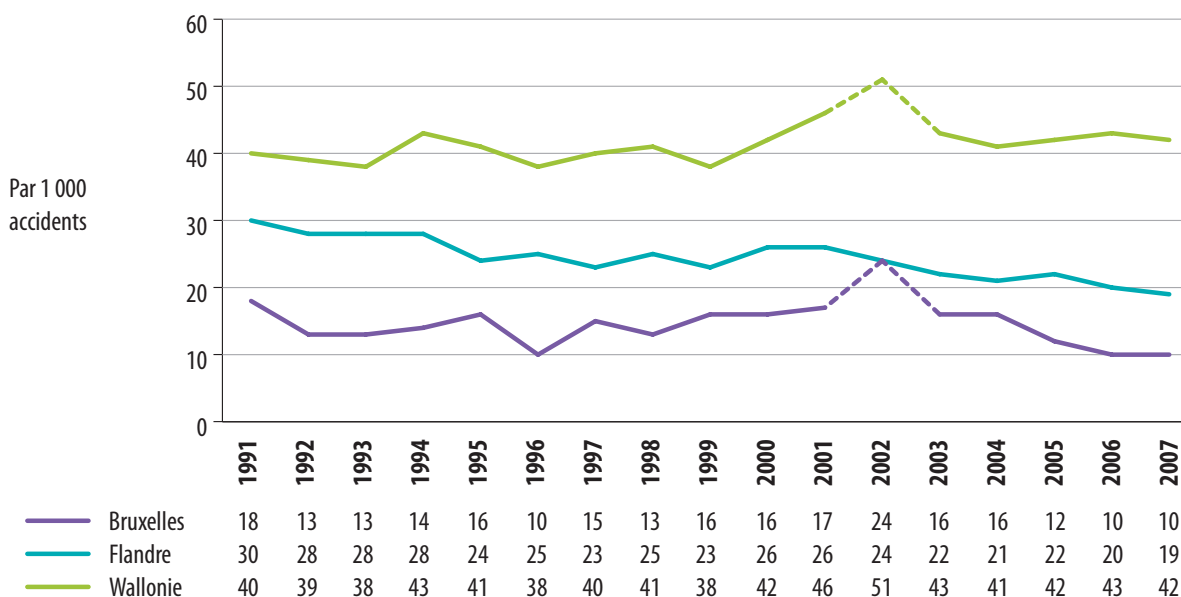
Pour expliquer cette différence, il faut prendre en compte un certain nombre d'éléments. De par son caractère de grande ville, la vitesse moyenne est plus basse à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie, ce qui se traduit par un

nombre relatif moindre d'accidents sévères. Il faut préciser également que les kilomètres des piétons ne sont pas comptabilisés dans le nombre de kilomètres parcourus dans la région, alors que les accidents frappant les piétons, eux, sont bien comptabilisés. Les chiffres pour Bruxelles peuvent donc être en partie surestimés.

L'évolution du nombre de décès (dans les 30 jours suivant l'accident) par 1000 accidents, montre que les accidents en Région bruxelloise sont relativement moins graves qu'ailleurs dans le pays. Ceci aussi peut s'expliquer par une vitesse moyenne moindre.

Figure 2-104

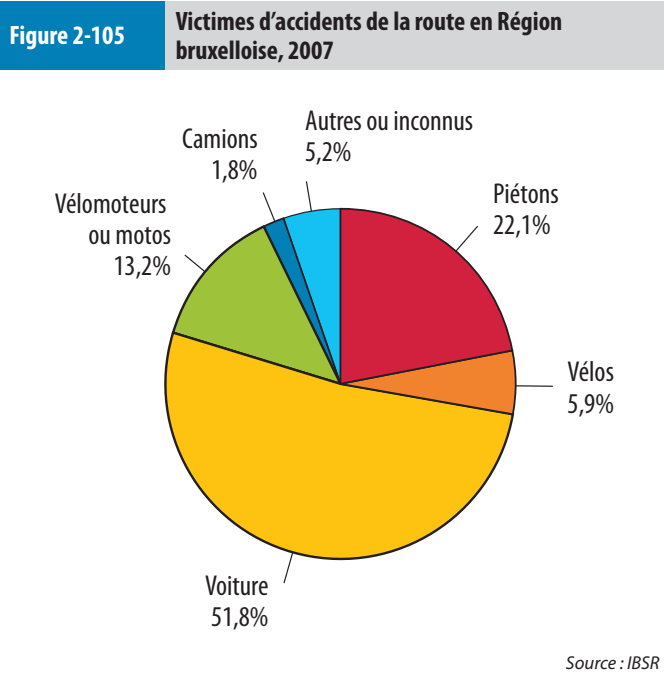
Gravité des accidents (décès dans les 30 jours suivant l'accident) par région, 1991-2007



Source : IBSR

La moitié des victimes d'accident de la route se trouvaient dans une voiture. Un quart des victimes d'accident étaient de «usagers faibles».

Le nombre total des accidents de la route (relatif aux kilomètres parcourus) est plus élevé à Bruxelles, mais les accidents ayant entraîné des blessures sévères sont plus fréquents dans les deux autres régions.



6.3 LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

Les accidents «de la vie courante» regroupent les accidents domestiques (survenant à la maison ou au jardin) et les accidents survenus à l'école, et au cours d'activités sportives ou de loisirs hors du domicile. Cette définition exclut donc les accidents de la circulation, les agressions, les suicides, les accidents dus aux catastrophes naturelles et les accidents du travail^[71].

Mortalité

On a enregistré 1 458 décès par accidents non liés à la circulation au cours de la période 2003-2007, soit en moyenne 292 décès par an.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des décès par accidents selon la cause en fonction de l'âge. Les chutes mortelles représentent 35,4 % des décès par accidents de la vie courante et concernent surtout les personnes âgées (81 %).

Tableau 2-15 Distribution des décès par accident par tranche d'âge selon le type d'accident, Région bruxelloise, 2003-2007

	HOMMES					FEMMES				
	Total accidents	Accidents circulation	Autres accidents			Total accidents	Accidents circulation	Autres accidents		
			Chute	Intoxication	Autres			Chute	Intoxication	Autres
0-9 ans	18	6	5	1	6	11	2	2	0	7
10-19 ans	16	7	0	5	4	2	1	0	1	0
20-39 ans	135	49	10	54	22	37	13	2	14	8
40-64 ans	199	39	60	36	64	82	12	20	21	29
65-79 ans	152	22	60	7	63	166	14	62	6	84
80 ans +	259	13	97	2	147	575	16	198	6	355
Total	779 (100 %)	136 (17,5 %)	232 (29,8 %)	105 (13,5 %)	306 (39,3 %)	873 (100 %)	58 (6,6 %)	284 (32,5 %)	48 (5,5 %)	483 (55,3 %)

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

⁷¹ Cependant, dans les données provenant des bulletins statistiques de décès, les accidents du travail ne peuvent être bien identifiés et sont donc inclus dans les accidents de la vie courante. Ils représentent toutefois une faible proportion des décès par accidents (3 accidents du travail mortels en 2007, source : FAT).

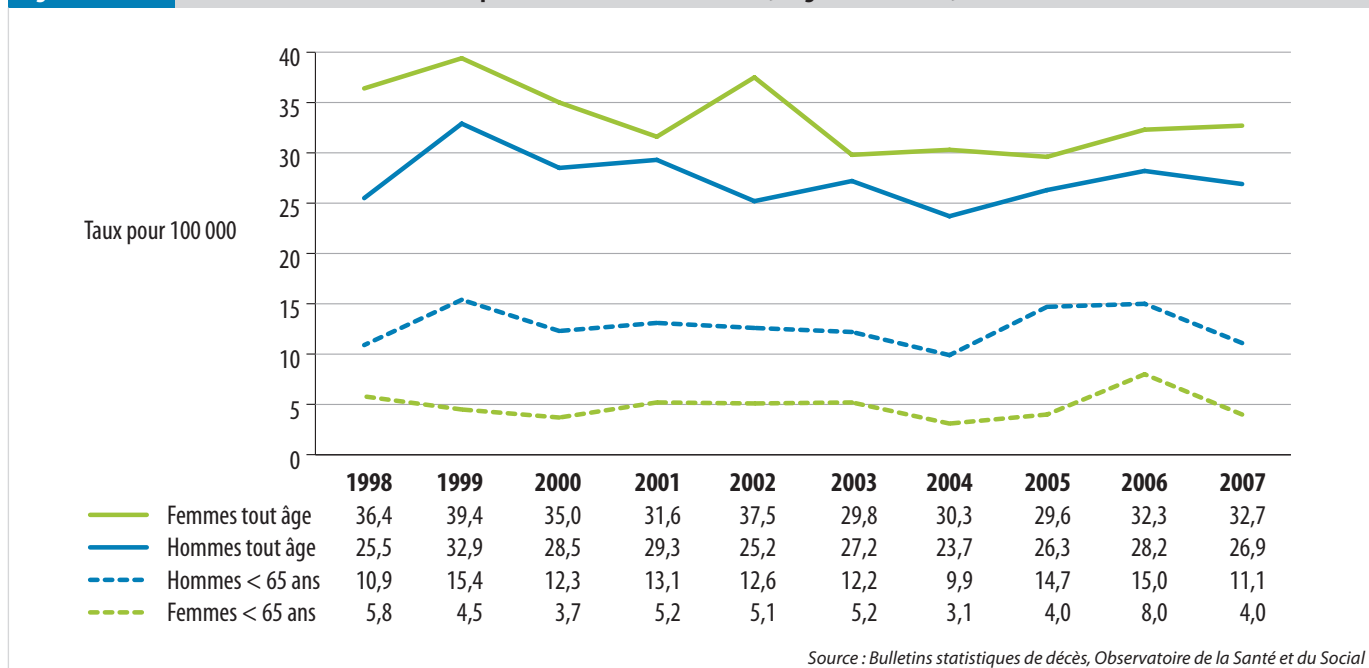
Le nombre de décès par accidents de la vie courante augmente avec l'âge.

Les taux de mortalité restent relativement stables au cours des dernières années. Le taux de mortalité brut tout âge est plus élevé chez les femmes étant donné la part plus importante de femmes âgées dans la population. Par contre,

la mortalité prématurée est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Les chutes mortelles représentent un tiers des décès par accident, et concernent surtout les personnes âgées.

Figure 2-106 Évolution des taux de mortalité par accidents de la vie courante, Région bruxelloise, 1998-2007



Morbidité

Comme signalé dans notre précédent Tableau de bord de la santé (2004), les chiffres sur le nombre et le type d'accidents sont rares et souvent incomplets.

Dans l'Enquête de santé 2004, près de 7 % des Bruxellois (7,3 % des hommes et 6,3 % des femmes) déclarent avoir été victime d'un accident (ou plus) ayant entraîné une

consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Chez les hommes, c'est dans la tranche 25-44 ans que les accidents rapportés sont les plus nombreux ; chez les femmes, c'est dans la tranche des plus de 65 ans (dont 68 % d'accidents domestiques).

Tableau 2-16 Répartition des types d'accidents en pourcentage d'accidents déclarés* par tranche d'âge, par sexe, Bruxelles, 2004

	0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	≥65 ans
HOMMES					
Accident domestique	38,8	15,3	18,5	32,2	56,5
Accident de la route	9,4	27,6	24,9	22,2	38,7
Accident à l'école/au travail	37,6	22,4	34,4	28,9	1,6
Accident de sport	24,7	36,7	24,3	14,4	3,2
Accident dans un lieu public	4,7	8,2	5,8	5,6	3,2
FEMMES					
Accident domestique	34,5	24,1	23,6	46,3	68,4
Accident de la route	10,3	25,9	37,1	24,4	31,6
Accident à l'école/au travail	37,9	35,2	36,0	17,1	0,5
Accident de sport	15,5	20,4	10,1	11,0	1,0
Accident dans un lieu public	15,5	5,6	0,0	4,9	2,6

* Attention, ce tableau reprend le total des accidents déclarés et non le total des victimes (une personne peut déclarer plusieurs accidents)
Source : ISP, Enquête santé 2004

72 Au niveau européen, le système EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) enregistre, via des hôpitaux «sentinelles», les données concernant les accidents de la sphère privée. Ce système n'est plus fonctionnel en Belgique depuis 1999.

Références

- (1) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P-J, Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre II. État de santé. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.
- (2) Roesems T., De Spiegelare M., Deboosere P., Wayens B., Kesteloot C., Willaert D. et al. Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2006.
- (3) Organisation Mondiale de la Santé, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - Dixième Révision. 1995.
- (4) Deguerry M., De Spiegelare M., Haelterman E., Logghe P., Wauters I. Tableau de bord de la santé, Région de Bruxelles-Capitale 2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2004.
- (5) INAMI. Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés. 2009.
- (6) Ménard J. Prévention cardiovasculaire. In: Bourdillon F, editor. Traité de prévention. Paris: Flammarion, 2009: 168-174.
- (7) Eurostat. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union. 2009.
- (8) Eurostat. Statistiques de la santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001. 2002.
- (9) Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. Fourth edition. New York: Oxford University Press, 2004.
- (10) Annuaire Eurostat 2003. Le guide statistique de l'Europe. Données 1991-2001. Commission européenne, Eurostat, 2003.
- (11) Capet F., Tafforeau J. Maladies ischémiques du coeur. Situation actuelle et éléments pour le développement d'une politique de santé. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique - ISP, 2001.
- (12) Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factor epidemiology: a look back at the epidemic of the 20th century. American Journal of Public Health 89[3], 292-294. 1999.
- (13) Buntinx F., Devroey D., Van Casteren V. The incidence of stroke and transient ischaemic attacks is falling: a report from the Belgian sentinel stations. Br J Gen Pract, 52[483]: 813-817, 2002.
- (14) Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2004-2005. 2008.
- (15) INCA. La situation du cancer en France en 2007. 2007.
- (16) Belot A., Velten M., Grosclaude P., Bossard N., Launoy G., Remontet L. et al. Estimation nationale des l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. 2008.
- (17) Harbers M., Van der Wilk E., Kramers PG, Kuunders M., Verschuuren M., Eliyahu H. et al. Dare to compare - Benchmarking dutch health with the ECHI. 2008.
- (18) Leroy O., Question Santé. Fumer à travers l'histoire: du prestige à la culpabilisation. 2005.
- (19) Martinet Y., Bohadona A. Le tabagisme: de la prévention au sevrage. Masson, 2004.
- (20) Hill C., Doyon F., Mousannif A. Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. INVS, 2009.
- (21) Suhrke P., Zahl PH, Maehlen J. Declining breast cancer incidence and decreased HRT use. Lancet 373[9662], 460-461. 2009.
- (22) Brewster DH, Sharpe KH, Clark DI, Collins J. Declining breast cancer incidence and decreased HRT use. Lancet 373[9662], 459-460. 2009.
- (23) DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France: Cancer du sein. Drees, 2008.
- (24) Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. British Medical Journal 321[7262], 665-669. 2000.
- (25) Kobayashi S. What caused the decline in breast cancer mortality in the United Kingdom? Breast Cancer 11[2], 156-159. 2004.
- (26) Schroder FH, Hugosson J., Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S., Nelen V. et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med 2009; 360(13):1320-1328.
- (27) Lam TH, Hedley AJ. Respiratory disease. In: Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H., Oxford textbook of public health. New York: Oxford University Press, 2002: 1227-1254.
- (28) Haguenoer JM. Qualité de l'air. In: Bourdillon F, Traité de prévention. Paris: Flammarion, 2009: 142-154.
- (29) Rehm J., Mathers C., Popova S., Thavorncharoensap M., Teerawattananon Y., Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet 373[9682], 2223-2233. 2009.
- (30) Weets I., Rooman R., Coeckelberghs M., De Block C., Van Gaal L., Kaufman JM et al. The age at diagnosis of type 1 diabetes continues to decrease in Belgian boys but not in girls: a 15-year survey. Diabetes Metab Res.Rev. 23[8], 637-643. 2007.
- (31) Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Wanyama S. Épidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. ISP, 2009.

- (32) Defraye A., Sasse A., Bots J., Ducoffre G., Hanquet G., Lokietek S. et al. SOA - Surveillance - IST 2006 - Belgique. ISP, 2008.
- (33) Defraye A., Buziarsist J., Sasse A., Bots J., Claes P., Ducoffre G. et al. SOA - SURVEILLANCE – IST 2007 - Belgique Rapport annuel commun des différents systèmes d'enregistrement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) en Belgique. 2009.
- (34) Defraye A, Sasse A. Surveillance des IST dans des centres de référence sida en Belgique – Rapport annuel 2007. ISP, 2008.
- (35) Arrazola de Onate W., Wanlin M., De Smet P. Rapports d'activités 2008 - Registre de la tuberculose 2007 - Région de Bruxelles-Capitale. 2009.
- (36) Wanlin M. Rapport d'activités 2006 - Perspectives 2007. FARES, 2007.
- (37) Ducoffre G. Surveillance des Maladies Infectieuses par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie 2005 +Tendances Épidémiologique 1983-2004. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2007.
- (38) Allix-Beguec C., Supply P., Wanlin M., Bifani P., Fauville-Dufaux M. Standardised PCR-based Molecular Epidemiology of Tuberculosis in the Brussels-Capital Region. *Eur Respir J* . 2007.
- (39) Dhumeaux D., Antona D., Letort M-J., Levy-Bruhl D., Brouard C., Delarosque-Astagneau E. et al. Surveillance et prévention des hépatites B et C en France : bilan et perspectives - Numéro thématique. INVS, editor. BEH-Bulletin épidémiologique hebdomadaire 20-21, 193-220. 2009.
- (40) Suijkerbuijk A., Lindeboom R., van Steenberghe JE, Sonder G., Doorduyn Y. Effect of Hepatitis A vaccination programs for migrant children on the incidence of Hepatitis A in the Netherlands. *European Journal of Public Health* 19[3], 240-244. 2009.
- (41) Razavi B., Apisarnthanarak A., Mundy LM. Clostridium difficile: emergence of hypervirulence and fluoroquinolone resistance. *Infection* 35[300], 307. 2007.
- (42) Pepin J., Valiquette L., Alary ME, Villemure P, Pelletier A., Forget K. et al. Clostridium difficile-associated diarrhea in a region of Quebec from 1991 to 2003: a changing pattern of disease severity. *CMAJ* 171[5], 466-472. 2004.
- (43) Kuijper EJ., Coignard B., Brazier JS., Suetens C., Drudy D., Wiuff C. et al. Update of Clostridium difficile-associated disease due to PCR ribotype 027 in Europe. *Eurosurveillance* 12[6], 2007.
- (44) Ducoffre G. Surveillance des Maladies Infectieuses par un Réseau de Laboratoires de Microbiologie 2008, Tendances Épidémiologiques 1983 – 2007, Institut Scientifique de Santé Publique, Section d'Épidémiologie, 2009 - Rapport : D/2009/2505/30. 2008.
- (45) ISP. Surveillance de la grippe saisonnière en Belgique. Saison 2007-2008. 2008.
- (46) Bossuyt N., Van Casteren V. Pneumococcal vaccination coverage in elderly people in Belgium. *Archives of Public Health* 63[4], 185-197. 2005.
- (47) Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en communauté française de Belgique, résultat de l'enquête HBSC 2006. SIPES, 2009.
- (48) Bayingana K., Tafforeau J. La dépression. État des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut Scientifique de la Santé Publique, Ministère de la Communauté Française, 2002. IPH/EPI Reports Nr 2002-011.
- (49) Peen J., Dekker J. Social deprivation and psychiatric service use for different diagnostic groups. *Social Science & Medicine* 53[1], 2001.
- (50) Allardyce J., Gilmour H., Atkinson J., Rapson T., Bishop J., McCreadie RG. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *Br.J.Psychiatry* 187, 401-406. 2005.
- (51) Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C., Dazzan P., Morgan K., Tarrant J. et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch.Gen.Psychiatry* 63[3], 250-258. 2006.
- (52) Peen J., Dekker J. Is urbanicity an environmental risk-factor for psychiatric disorders? *Lancet* 363[9426], 2012-2013. 2004.
- (53) van Os J., Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 374[9690], 635-645. 2009.
- (54) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P-J., Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre VI. Santé et société. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.
- (55) Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse. Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale. Edition 2008. Analyses / Methodologies. 2009.

Partie III : Les déterminants de la santé

La santé de la population bruxelloise dépend de nombreux facteurs qui interviennent à des niveaux différents.

Au niveau individuel, outre les facteurs génétiques, l'âge et le sexe sont des déterminants importants ; ils ont été abordés systématiquement lors de la présentation des problèmes de santé (Partie II). Les styles de vie (ensemble des comportements et habitudes individuels ayant un effet positif ou négatif sur la santé) jouent aussi un rôle important.

L'environnement physique (qualité du logement, conditions de travail, etc.) et social (famille, support social, etc.) interagit avec ces facteurs individuels. Et la qualité de ces environnements est elle-même dépendante du contexte socio-économique et culturel général.

Pour la plupart des problèmes de santé, il faut une interaction de plusieurs facteurs pour que le problème se manifeste : par exemple une prédisposition à l'obésité est renforcée si des comportements défavorables sur le plan de la nutrition ou de l'activité physique sont adoptés. Le développement de ces comportements dépend fortement de l'environnement familial et du contexte économique, politique ou culturel.

Il est très difficile de présenter les grands déterminants de la santé des Bruxellois en respectant cette complexité. Dans cette partie, on ne prétend pas refléter les mécanismes complexes, mais on se borne à présenter quelques déterminants importants. Les styles de vie sont abordés d'une part en tant que tels et d'autre part en lien avec les facteurs socio-économiques et culturels (chapitre 1).

Le statut social, de par ses liens avec tous les autres déterminants, est le déterminant le plus puissant de l'état de santé (1). La grande hétérogénéité sociale qui caractérise la Région se reflète donc par des inégalités sociales de santé importantes qui font l'objet du chapitre 2.

La Région bruxelloise est caractérisée par une part importante d'habitants issus des migrations internationales. Cette diversité influence également l'état de santé de la population et sera abordé de manière spécifique au chapitre 3.

Les soins, préventifs ou curatifs, ont bien sûr également un impact sur l'état de santé. Quelques données concernant l'accès aux soins et la prévention sont présentées en fin de partie. L'offre et la consommation de soins font l'objet d'une partie spécifique du Tableau de Bord (partie V).

L'environnement est certainement un déterminant important de la santé en milieu urbain. Cet aspect n'a malheureusement pas pu être abordé dans ce rapport^[1].

1. Les styles de vie

Les styles de vie tels que la manière de se nourrir, l'activité physique, la consommation de substances nocives pour la santé comme le tabac, l'alcool ou d'autres drogues, ont un impact sur la santé et pour cette raison, ils sont parfois identifiés comme «comportements de santé».

Ces habitudes de vie sont trop souvent considérées comme des comportements «individuels», alors qu'elles sont en grande partie déterminées par l'environnement plus large : la famille, les milieux de vie, la société en général.

C'est pourquoi il ne suffit pas «d'éduquer» la population ou de l'informer sur les dangers de tels comportements pour que ceux-ci changent. L'information seule ne suffit pas, si l'on néglige les conditions auxquelles le public visé peut devenir réellement «partie prenante» de ces efforts d'éducation.

Certains comportements qui mettent en danger la santé peuvent aussi être une tentative de répondre à d'autres malaises (stress, dépression, solitude, perte d'estime de soi,

etc.). Ainsi, le tabagisme peut-être une manière de supporter le stress d'une situation de précarité. La prévention et la promotion de la santé doivent donc s'occuper également de lutter contre la précarité, l'isolement social, le sentiment d'exclusion et d'impuissance,....

Enfin, il faut également que les politiques de santé et les politiques de tous domaines visent à créer des environnements favorables à la santé (par exemple des écoles ou des lieux publics sans tabac, une offre accessible d'aliments sains, un espace public qui favorise l'activité physique, etc.).

Ci-dessous, nous décrivons la fréquence de quelques habitudes de vie en fonction de l'âge et du sexe en Région bruxelloise. Toutes les comparaisons sont effectuées en contrôlant pour l'âge. Les données proviennent de l'Enquête nationale de santé (2) et de l'Enquête HBSC pour les adolescents^[2] (3)

1 Les liens santé-environnement pourraient faire l'objet dans le futur d'un dossier spécifique.

2 Rappelons que les résultats repris ici ne concernent que les élèves fréquentant l'enseignement francophone.

1.1 LA NUTRITION

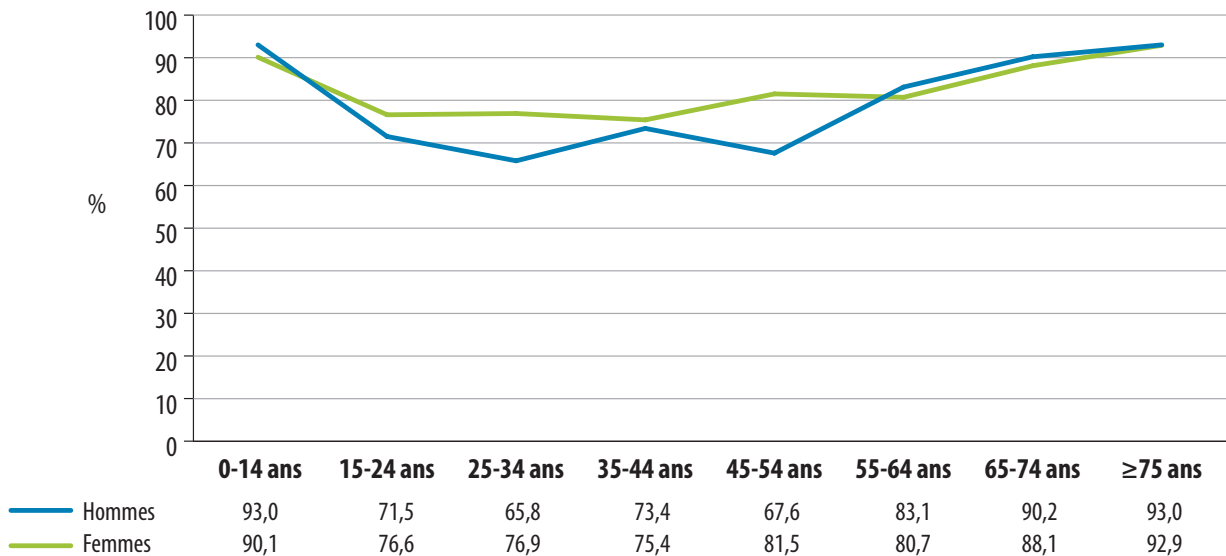
1.1.1 Prendre régulièrement un petit déjeuner

Parmi les Bruxellois, 80,2 % (77,9 % des hommes et 82,3 % des femmes) disent prendre régulièrement (au moins 5 fois par semaine) un petit déjeuner.

Cette proportion est plus élevée chez les enfants et les personnes âgées que chez les adultes. Aux âges actifs, les hommes sont moins nombreux à déjeuner régulièrement

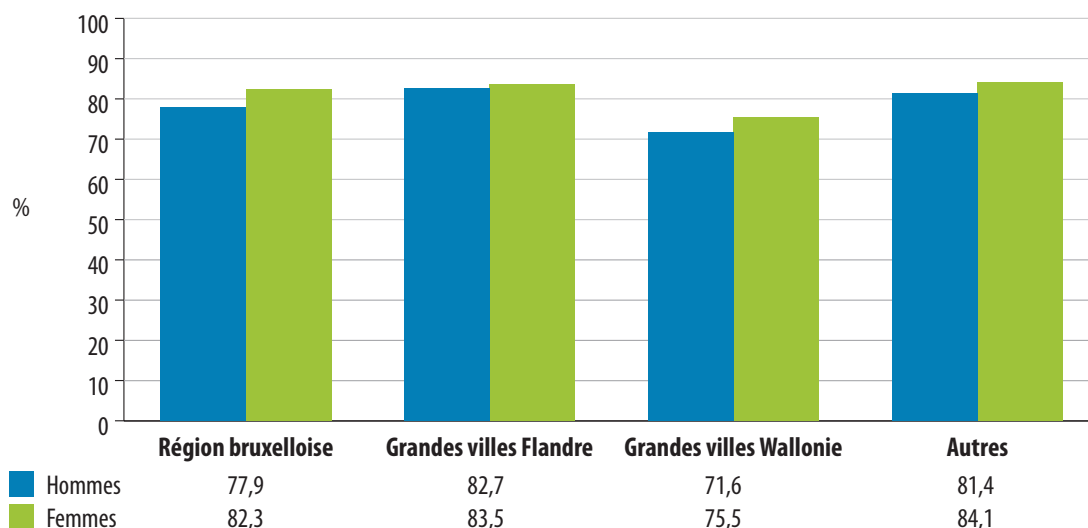
que les femmes. Entre 25 et 34 ans, un tiers des hommes ne prennent pas régulièrement un petit déjeuner. On observe cependant une augmentation significative^[3] de la proportion d'hommes qui déjeunent régulièrement entre 2001 (72,7 %) et 2004 (77,9 %).

Figure 3-01 Proportion de Bruxellois prenant régulièrement un petit déjeuner par âge et sexe, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

Figure 3-02 Proportion de la population qui prend un petit déjeuner régulièrement selon le sexe et le lieu de résidence, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

On n'observe pas de différence significative entre Bruxelles et l'ensemble du pays ou les grandes villes flamandes. La prise régulière d'un petit déjeuner est par contre plus faible dans les grandes villes de Wallonie.

³ Pour les données de l'Enquête de santé, seules les différences statistiquement significatives après contrôle pour l'âge sont mentionnées dans cette partie.

Selon l'enquête HBSC, en Région bruxelloise, seuls 60 % des adolescents et 50 % des adolescentes déclarent prendre un petit déjeuner les jours d'école et cette proportion diminue avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, les filles déjeunent moins souvent que les garçons : 55,7 % versus 66,7 % pour les 13-14 ans et 48,6 % versus 54,8 % pour les 17-18 ans.

On observe des différences marquées entre les filières d'enseignement : les adolescents fréquentant l'enseignement général déjeunent plus souvent que ceux fréquentant l'enseignement technique ou professionnel. Les différences sont particulièrement marquées pour les filles : 56,0 % des filles fréquentant l'enseignement général prennent un petit déjeuner les jours scolaires, contre 35,0 % dans l'enseignement technique et 30,1 % dans l'enseignement professionnel.

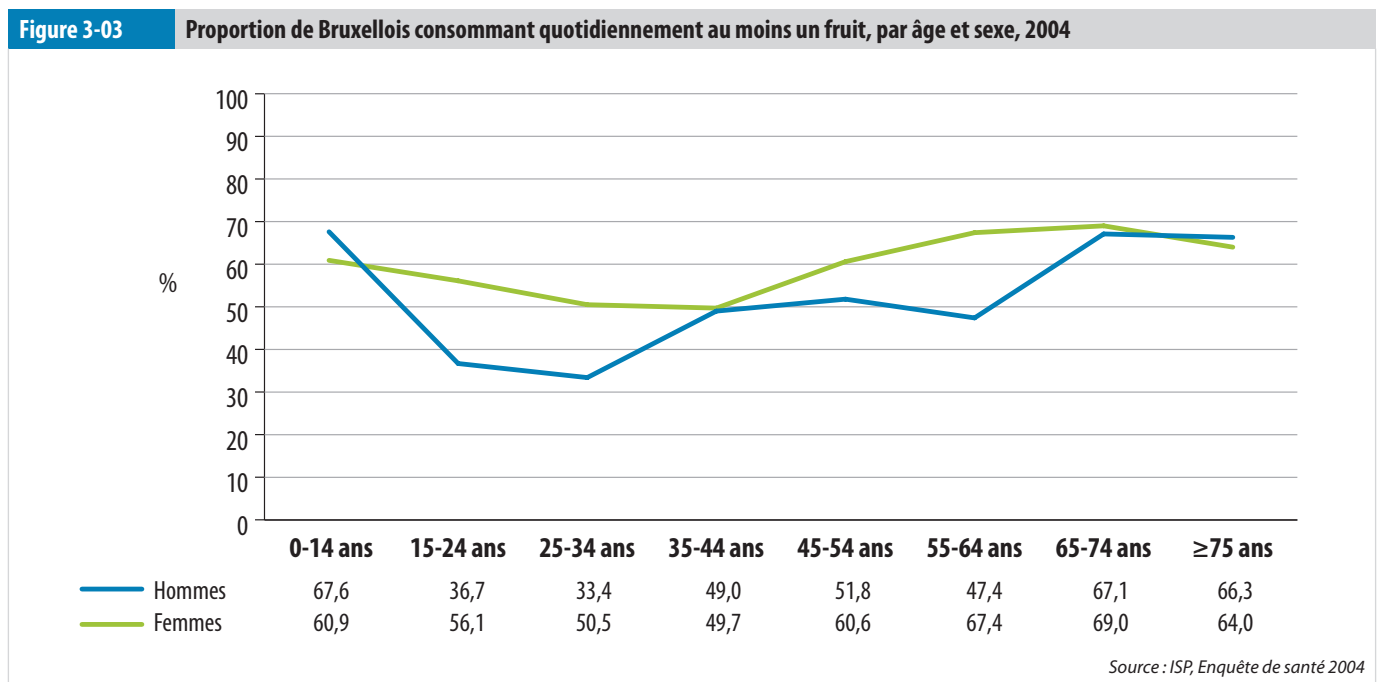
1.1.2 Consommer régulièrement des fruits et des légumes

La consommation quotidienne de fruits et de légumes est recommandée dans le cadre de la prévention de maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires (4) et certains cancers (5). Le Plan National Nutrition Santé belge se fixe l'objectif d'augmenter la consommation de fruits et légumes à au moins 400 g par jour (6).

C'est chez les jeunes adultes que la consommation de fruits est la plus faible. Entre 15 et 35 ans, moins de quatre hommes sur dix consomment quotidiennement un fruit. À partir de 35 ans, la consommation augmente avec l'âge mais reste toujours plus faible pour les hommes que pour les femmes.

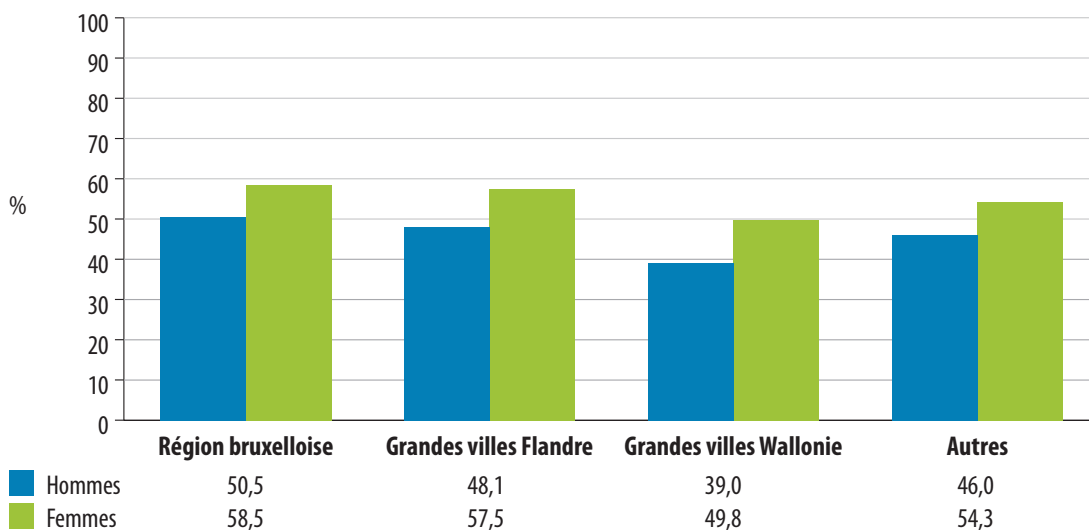
En 2004, 54,7 % des Bruxellois (50,5 % des hommes et 58,5 % des femmes) déclarent consommer au moins un fruit tous les jours ; 10,4 % des hommes et 6,9 % des femmes en consomment moins d'une fois par semaine.

À Bruxelles, la consommation quotidienne de fruits a augmenté entre 2001 et 2004, passant de 44,7 % à 50,6 % chez les hommes et de 52,8 % à 58,6 % chez les femmes.



La proportion de personnes qui consomment des fruits quotidiennement est plus élevée en Région bruxelloise que dans les autres grandes villes du pays. Seules les différences avec les grandes villes wallonnes sont statistiquement significatives.

Figure 3-04 Proportion de la population consommant quotidiennement au moins un fruit selon le sexe et le lieu de résidence, 2004

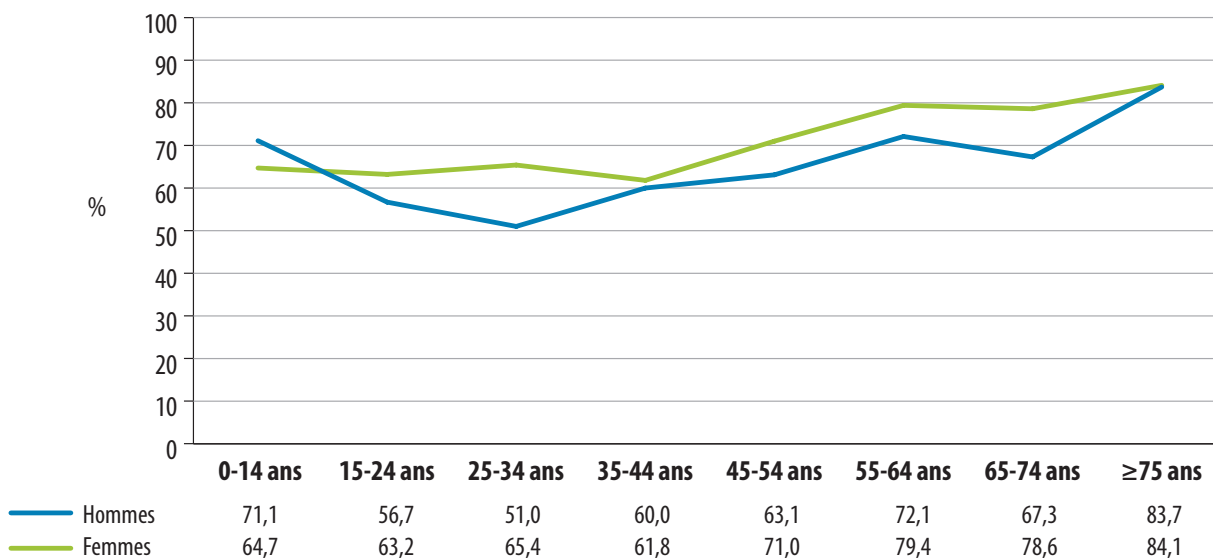


Source : ISP, Enquête de santé 2004

En 2004, 66,5 % des Bruxellois (63,3 % des hommes et 69,4 % des femmes : différence significative) déclarent consommer quotidiennement des légumes. Seuls 1,5 % des hommes et 0,5 % des femmes en consomment moins d'une fois par semaine.

La consommation quotidienne de légumes augmente à partir de 45 ans. Comme pour la consommation de fruits, la consommation de légumes est la plus faible pour les hommes de 25 à 34 ans.

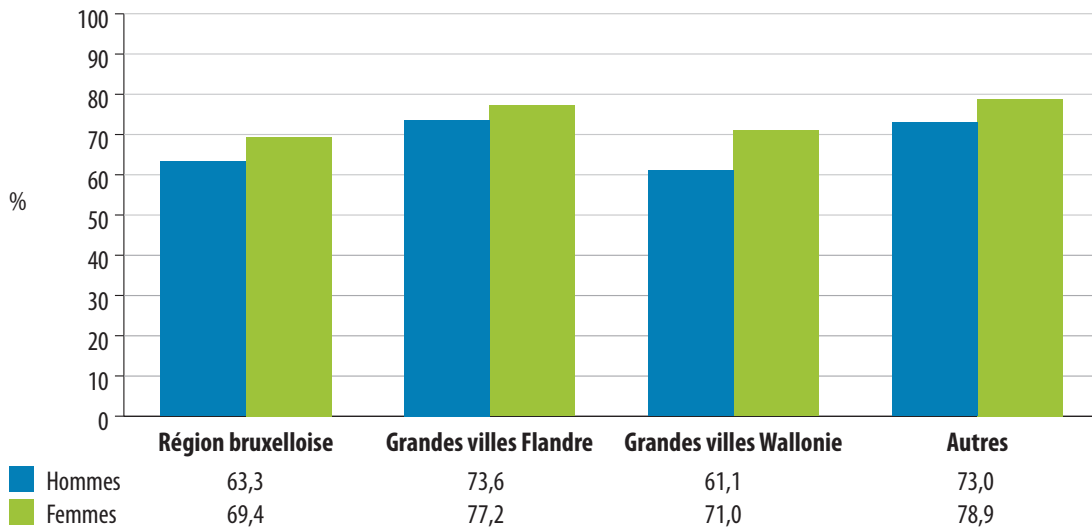
Figure 3-05 Proportion de Bruxellois consommant quotidiennement des légumes par âge et sexe, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

À Bruxelles, le pourcentage d'hommes et de femmes consommant quotidiennement des légumes est significativement plus faible que dans les grandes villes flamandes et que dans les zones hors grandes villes.

Figure 3-06 Proportion de la population consommant quotidiennement des légumes selon le sexe et le lieu de résidence, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

D'après l'enquête HBSC, 46 % des adolescentes et 41 % des adolescents déclarent consommer des fruits quotidiennement. On y retrouve les mêmes constats : la consommation de fruits et de légumes diminue progressivement entre l'enfance et le début de l'âge adulte et elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

1.1.3 Consommer régulièrement du poisson

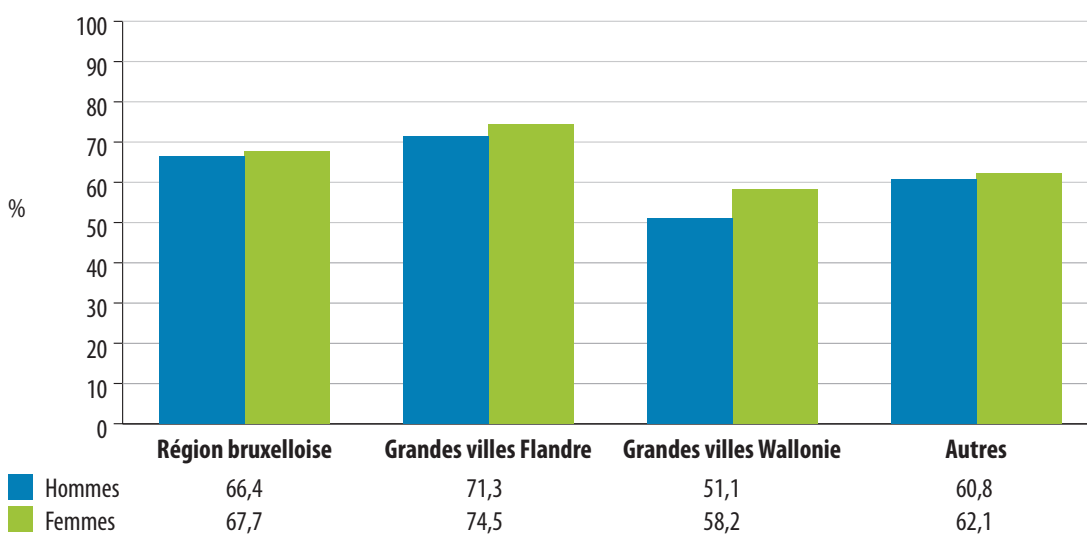
Plusieurs études ont démontré un effet protecteur de la consommation de poisson contre les maladies cardiovasculaires. Les études mettent aussi en évidence que les bénéfices de la consommation de poisson contrebalancent largement les risques liés à la contamination de certaines espèces par des substances chimiques (surtout mercure) (7). On recommande en général de consommer du poisson au moins une fois par semaine, idéalement deux à trois fois.

En 2004, 67,0 % des Bruxellois consommaient du poisson au moins une fois par semaine (66,4 % des hommes et 67,7 % des femmes).

Comme dans le reste du pays, cette proportion a augmenté entre 2001 et 2004, tant pour les hommes (de 54,4 % à 61,6 %) que pour les femmes (de 55,0 % à 63,4 %).

La consommation hebdomadaire de poisson est plus fréquente en Région bruxelloise que dans l'ensemble du pays. La proportion de consommateurs hebdomadaires est significativement plus élevée à Bruxelles que dans les grandes villes wallonnes ou les zones hors grandes villes. Elle est plus faible que dans les grandes villes flamandes (différence significative après contrôle pour l'âge uniquement pour les femmes).

Figure 3-07 Proportion de la population consommant du poisson au moins une fois par semaine selon le sexe et le lieu de résidence, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

De plus en plus de Bruxellois adoptent des habitudes alimentaires favorables à la santé comme prendre un petit déjeuner, ou consommer régulièrement des fruits ou du poisson. C'est parmi les jeunes hommes adultes que ces habitudes favorables sont les moins fréquentes.

1.2 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

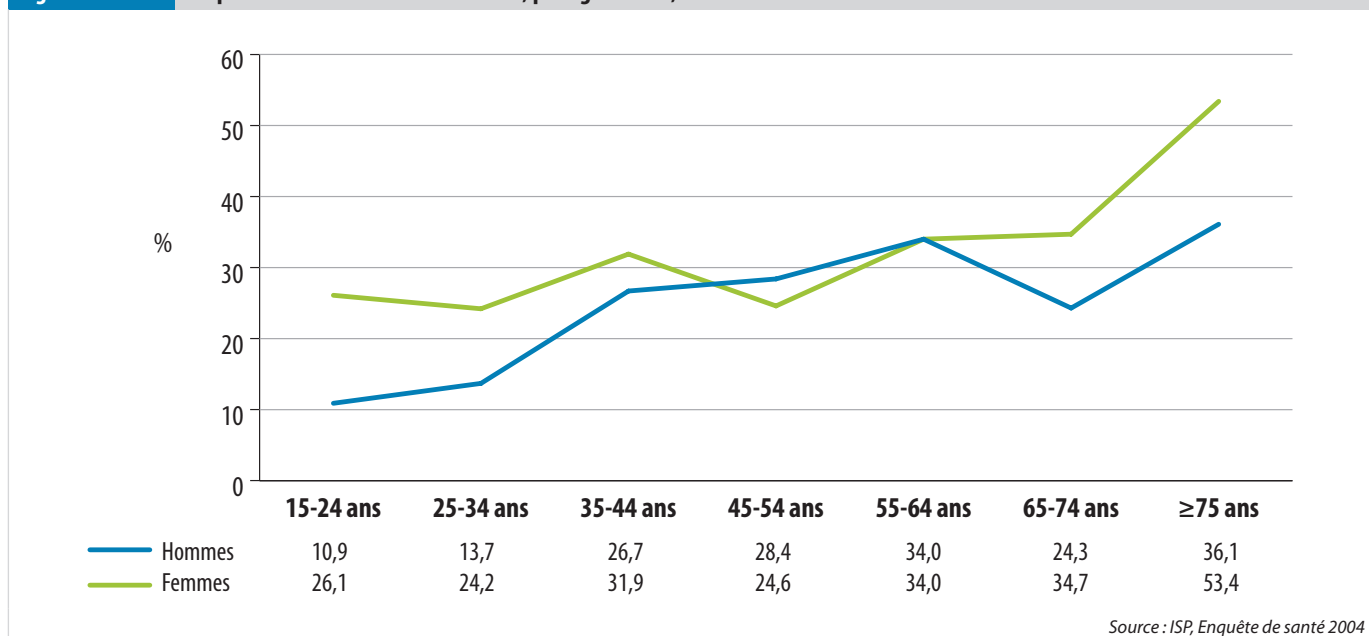
L'activité physique régulière est un facteur protecteur pour de nombreux problèmes de santé (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, ostéoporose, dépression)(8). Elle permet également d'améliorer la qualité de vie pour les personnes âgées et les malades chroniques. Un des objectifs du Plan National Nutrition Santé est que la population belge pratique un minimum de 30 minutes de marche ou d'activité physique équivalente par jour.

L'Enquête nationale de santé propose plusieurs indicateurs de l'activité physique. Aucun n'est cependant tout à fait satisfaisant. Il est en effet difficile de prendre en compte à la fois l'activité physique liée aux activités quotidiennes (faire ses courses, le ménage, les petits travaux, s'occuper de ses enfants ou de personnes dépendantes, etc.), les activités

sportives ou de loisirs et l'activité physique liée au travail. Nous analyserons ici un indicateur qui évalue le risque lié à un manque d'activités physiques de loisirs. Les personnes à risque sont celles qui ne pratiquent pas au moins une fois par semaine une activité physique, même légère (marche, vélo,...) (4). Il faut donc garder à l'esprit que certaines personnes reprises ici comme à faible activité physique de loisirs, personnes qualifiées ici de «sédentaires», peuvent avoir une activité physique importante dans le cadre de leur activité professionnelle.

L'enquête révèle que 22,8 % des Bruxellois et 30,4 % des Bruxelloises sont sédentaires. Les différences entre hommes et femmes concernent surtout les moins de 35 ans et les plus 65 ans.

Figure 3-08 Proportion de Bruxellois sédentaires, par âge et sexe, 2004

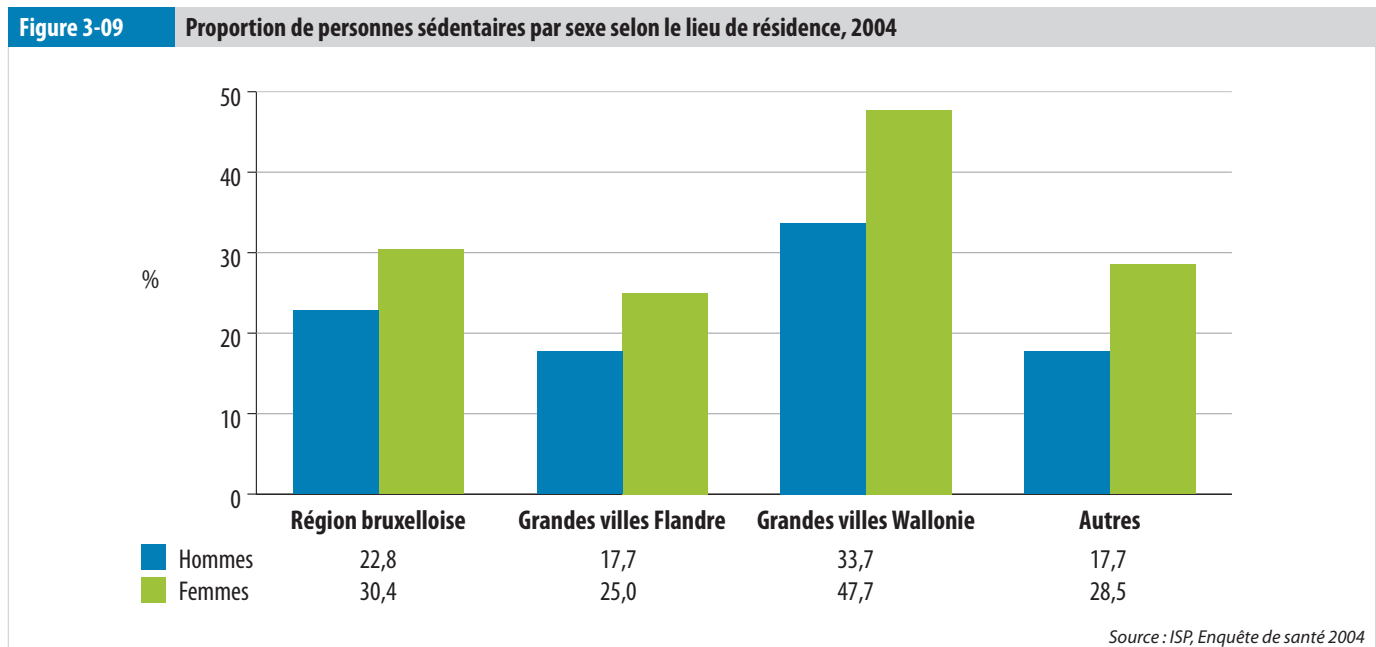


4 La question posée au cours de l'enquête de santé de 2004 était «Quelle proposition caractérise le mieux vos activités physiques au cours de l'année qui vient de s'écouler ?

1. Entraînement intensif et sport de compétition plus d'une fois par semaine ;
2. Jogging, autre sport de détente ou jardinage, au moins 4 heures par semaine ;
3. Jogging, autre sport de détente ou jardinage, moins de 4 heures par semaine ;
4. Marche, vélo ou autre activité légère, au moins 4 heures par semaine ;
5. Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine ;
6. Lecture, TV ou autre activité sédentaire».

C'est donc cette sixième catégorie qui constitue les personnes désignées comme «à risque» dans le texte.

Les différences entre hommes et femmes se retrouvent dans l'ensemble du pays. Le pourcentage de sédentaires en Région bruxelloise se situe entre celui des grandes villes flamandes et celui des grandes villes wallonnes.



D'après une enquête du CRIOC de février 2009 sur des élèves de 10 à 17 ans, l'activité sportive diminue avec l'âge et les jeunes de la Région bruxelloise déclarent moins souvent faire du sport (60 %) que les jeunes de Flandre (67 %) ou de Wallonie (70 %) (CRIOC, La santé et les jeunes. Etude février 2009).

Beaucoup de Bruxellois sont sédentaires.

1.3 LA CONSOMMATION DE TABAC

Au cours de la période 2003-2007, en Région bruxelloise, le tabac est responsable de 24,1 % des décès des plus de 35 ans chez les hommes et de 9,3 % des décès chez les femmes ^[5]. Par rapport à la période 1998-2002, la part des décès liés au tabac a diminué pour les hommes (de 27,7 % à 24,1 %) et augmenté pour les femmes (de 7,4 % à 9,3 %).

En 2004, 23,8 % des Bruxellois de plus de 15 ans (30,1 % des hommes et 18,2 % des femmes) déclarent fumer quotidiennement.

C'est dans la tranche d'âge des 25-54 ans qu'on observe les proportions les plus élevées de fumeurs quotidiens : environ un tiers des hommes et un cinquième des femmes.

Figure 3-10 Proportion de fumeurs quotidiens en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004

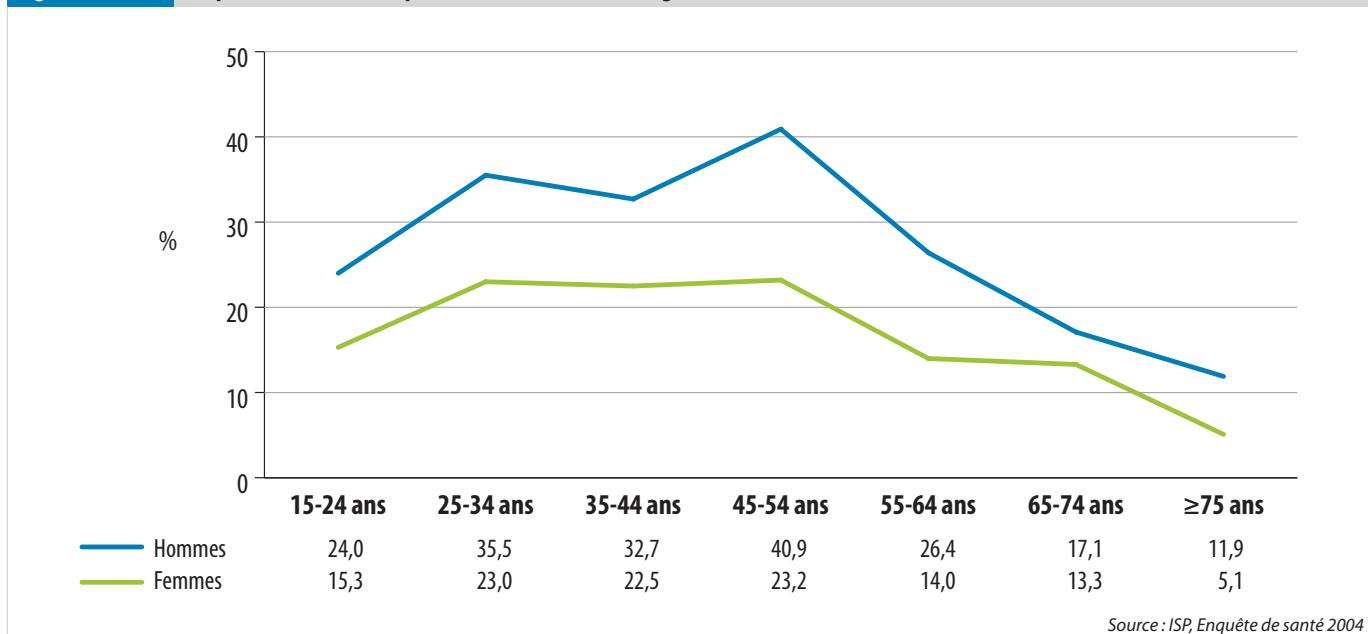
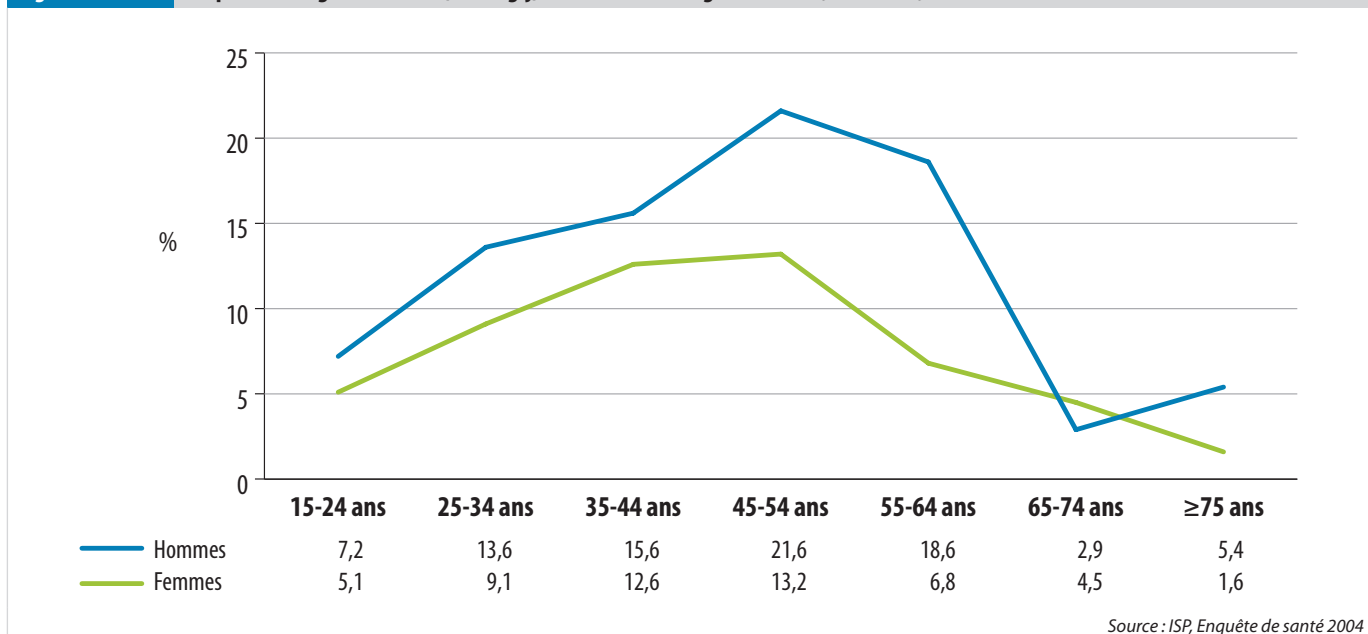


Figure 3-11 Proportion de gros fumeurs (> 20cig/j) en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004



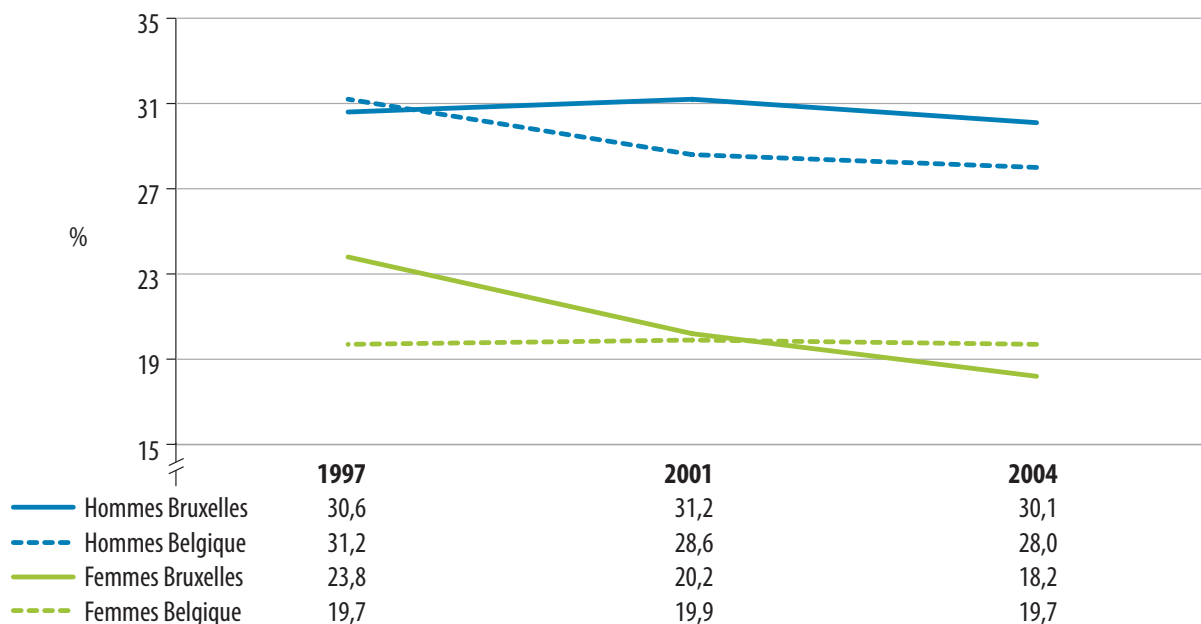
La proportion de gros fumeurs, c'est-à-dire qui fument plus de 20 cigarettes par jour, augmente avec l'âge jusqu'à la cinquantaine. Entre 45 et 54 ans, plus d'un homme sur cinq est un gros fumeur.

5 La méthode utilisée est celle décrite par Peto et al (9) et également utilisée par la Vlaams Agenschap Zorg & gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftcijfers.aspx>). Pour l'année 2007 en Flandre, la part des décès liés au tabac est estimée à 27,6 % des décès masculins et 6,4 % des décès féminins.

Pour les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens reste stable entre 1997 et 2004 en Région bruxelloise alors qu'elle diminue pour l'ensemble du pays. Inversement, pour les femmes, on constate une diminution significative de la proportion de fumeuses quotidiennes en Région bruxelloise, alors que cette proportion reste stable pour

l'ensemble du pays. Ceci n'est pas contradictoire avec l'augmentation du cancer du poumon chez les Bruxelloises (voir Partie II «État de santé», chapitre 3.3.2), étant donné le temps de latence important qui existe entre le début des habitudes tabagiques et l'apparition éventuelle d'un cancer du poumon.

Figure 3-12 Évolution de la proportion de fumeurs quotidiens en Région bruxelloise et en Belgique, par sexe, 1997-2001

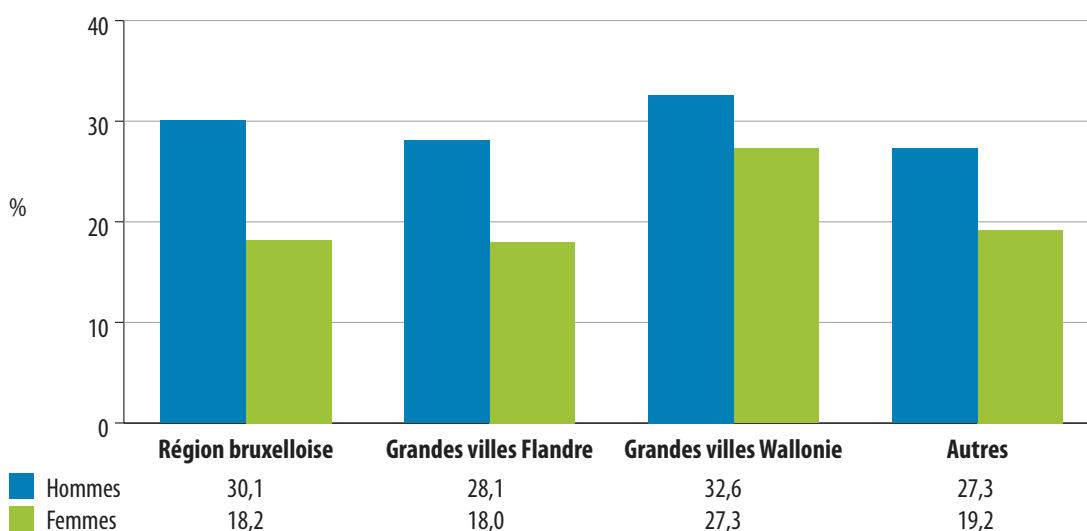


Source : ISP, Enquête de santé 1997-2001-2004

La proportion d'hommes qui fument quotidiennement n'est pas significativement différente entre la Région bruxelloise et les autres grandes villes après contrôle pour

l'âge. Par contre, la proportion de femmes qui fument quotidiennement est significativement plus faible à Bruxelles que dans les grandes villes wallonnes.

Figure 3-13 Proportion de fumeurs quotidiens selon le sexe et le lieu de résidence, 2004

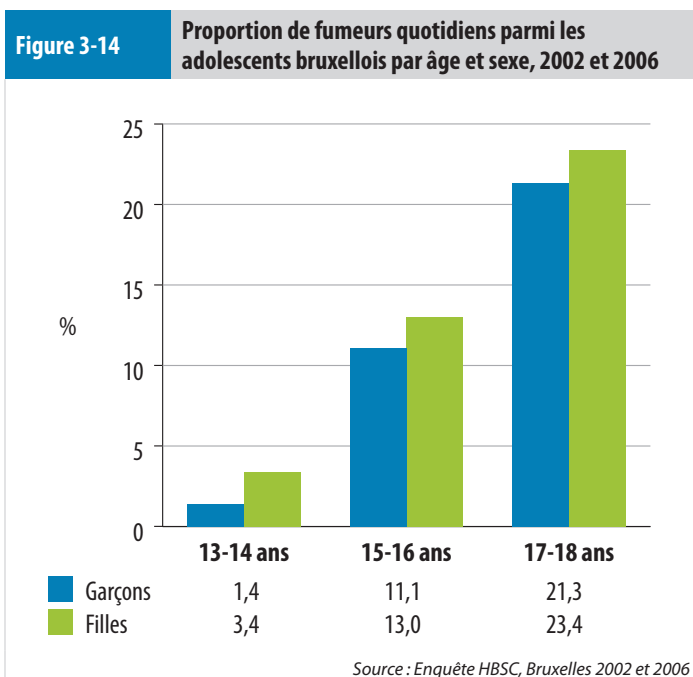


Source : ISP, Enquête de santé 2004

Le poids du tabagisme sur la santé et la mortalité des Bruxellois reste très important même s'il se réduit pour les hommes. Cependant, actuellement, la proportion d'hommes bruxellois qui fument reste stable et ne diminue pas comme dans l'ensemble du pays ; ceci s'explique probablement par l'inégalité sociale importante et croissante face au tabagisme.

Pour les femmes, les problèmes de santé liés au tabac s'accroissent fortement ; ceci reflète le tabagisme important des femmes bruxelloises au cours des dernières décennies. Actuellement, heureusement, la proportion de Bruxelloises qui fument diminue et est plus faible que dans le reste du pays.

Selon l'enquête HBSC, la proportion d'adolescents fumeurs quotidiens augmente progressivement avec l'âge et est plus élevée chez les filles que chez les garçons (figure 3-14). On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : pour les garçons, c'est parmi les élèves de l'enseignement professionnel que le tabagisme est le plus fréquent (13,3 % dans l'enseignement général et 21,4 % dans l'enseignement professionnel), pour les filles c'est parmi les élèves de l'enseignement technique (29,4 % contre 13,1 % dans l'enseignement général).



Chez les adolescents, les différences marquées d'habitudes tabagiques entre les filières scolaires méritent une attention particulière, 29 % des adolescentes de l'enseignement technique fument quotidiennement.

1.4 LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation excessive d'alcool a des répercussions très importantes sur la santé et contribue de manière importante à la mortalité prématurée par cirrhose du foie et autres maladies alcooliques (voir Partie II, État de santé). Selon la définition utilisée^[6], on a enregistré au cours de la période 2003-2007 entre 109 et 422 décès dus à l'alcool chaque année. Ces chiffres ne tiennent pas compte des décès par accidents ou homicides sous l'influence de l'alcool.

La consommation d'alcool a également des liens étroits avec la santé mentale: d'une part elle peut être une tentative de réponse à l'anxiété, aux troubles du sommeil, à la dépression et au mal être en général; d'autre part, la dépendance à l'alcool est une source de souffrance psychique et de troubles mentaux; il y a là un cercle vicieux. La consommation d'alcool joue d'ailleurs un rôle non négligeable dans la problématique du suicide: la consommation d'alcool favorise le passage à l'acte et l'alcoolisme est un facteur de risque important pour le suicide.

Outre ses effets sur la santé physique et mentale, la consommation excessive d'alcool a des conséquences importantes sur le plan professionnel, familial et social.

Selon le profil de consommation, occasionnelle ou régulière, et la quantité d'alcool consommée, on distingue plusieurs niveaux de risque (10) (voir tableau 3-01):

- **risque ponctuel**: le risque d'alcoolisation excessive reste ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil, mais une ivresse de temps en temps suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.
- **risque chronique**: le risque devient chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool ou chez ceux qui connaissent des ivresses fréquentes. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement...) et les maladies induites par l'abus d'alcool.

Pour l'analyse de la consommation d'alcool chez les plus de 15 ans, le profil de consommation établi via l'Enquête nationale de santé a été classifié selon cette typologie qui se base sur les recommandations de l'OMS. Cependant, il faut garder à l'esprit que les enquêtes en population générale ne sont pas l'instrument adéquat pour préciser un diagnostic d'alcoolodépendance^[7], d'autant plus que ce sont les personnes qui consomment le plus qui ont tendance à sous-estimer le plus leur consommation (11).

Tableau 3-01 Typologie des différents profils de consommateurs d'alcool

	Volumétrie hebdomadaire		Consommation de 6 verres ou plus en une occasion	Profil de consommateurs
Hommes	0 verre	et	Jamais	Abstinent
Femmes	0 verre			
Hommes	< 22 verres	et	Jamais	Consommateurs sans risques
Femmes	< 15 verres			
Hommes	< 22 verres	et	Moins d'une fois par semaine	Consommateurs à risque ponctuel
Femmes	< 15 verres			
Hommes	> 21 verres	ou	Au moins une fois par semaine	Consommateurs à risque chronique
Femmes	> 14 verres			

À Bruxelles, les consommations «à risque» sont significativement plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

D'après les seuils retenus, 35,9 % des hommes bruxellois ont une consommation «à risque»: 16,2 % présentent un risque chronique et 19,7 % un risque ponctuel. Ces proportions sont environ moitié moindres chez les Bruxelloises: 18,8 % ont une consommation à risque, dont 8,3 % à risque chronique et 10,5 % à risque ponctuel.

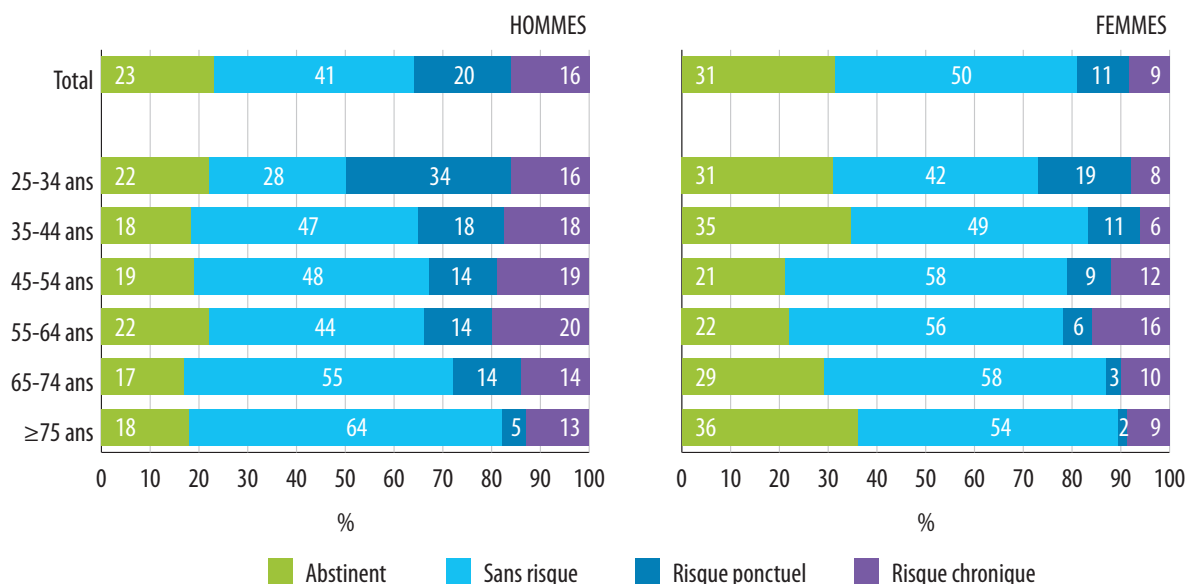
⁶ Voir Partie II «État de santé», paragraphe 3.5.1.

⁷ Les personnes alcoolo-dépendantes sont, comme les personnes très malades et notamment les personnes hospitalisées, moins bien représentées que les autres dans les enquêtes auprès des ménages; elles sont par contre mieux approchées par les enquêtes au sein des services médicaux.

Les profils de consommation varient selon l'âge. Le risque ponctuel est le plus élevé entre 25 et 34 ans. Le risque d'alcoolisation chronique excessive augmente entre 25 et

64 ans. Ces évolutions traduisent en partie le passage d'une non-consommation à la consommation sans risque et puis au développement de risques chroniques excessifs.

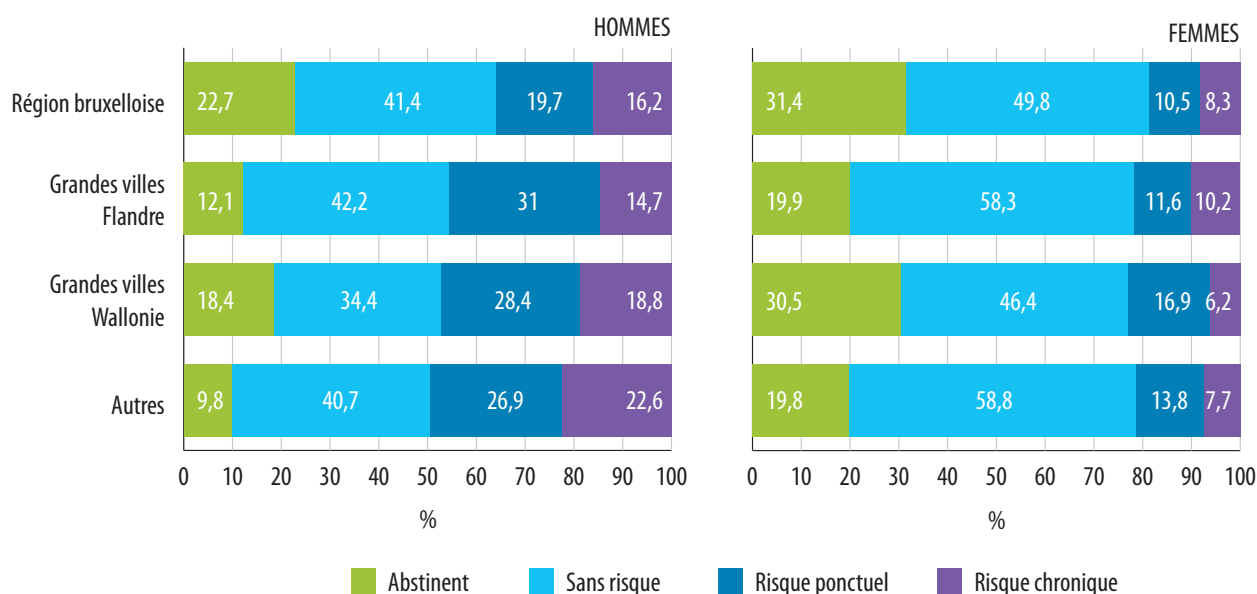
Figure 3-15 Distribution des profils de consommation d'alcool par âge et par sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

La proportion d'abstinents est plus importante à Bruxelles que dans les autres grandes villes. Ceci s'explique essentiellement par la présence à Bruxelles de communautés qui s'abstiennent de consommer de l'alcool pour des raisons culturelles ou religieuses.

Figure 3-16 Profil de consommation par sexe et par lieu de résidence, 2004



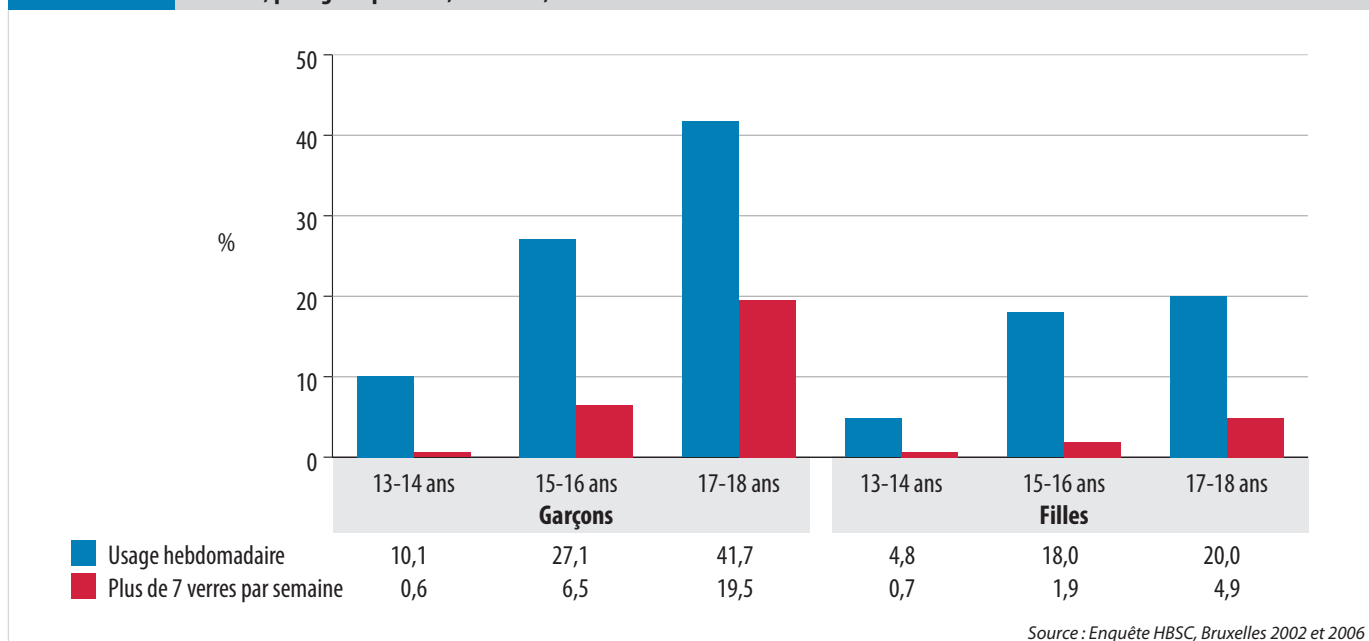
Source : ISP, Enquête de santé 2004

Si on ne tient compte que des non-abstinents (non illustré), la proportion de buveurs à risque chronique en Région bruxelloise ne diffère pas significativement de celle des autres grandes villes belges. Par contre, pour les femmes, la proportion de consommatrices à risque ponctuel est plus élevée en Région bruxelloise que dans les grandes villes de Wallonie et les autres zones (différences non significatives avec les grandes villes de Flandre).

Parmi les adolescents qui fréquentent les écoles bruxelloises, 25,4 % des jeunes garçons et 14,7 % des jeunes filles déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Une partie de ceux-ci consomment des quantités importantes d'alcool : 8,2 % des jeunes garçons et 2,5 % des jeunes filles déclare boire plus de 7 verres d'alcool par semaine. La consommation hebdomadaire d'alcool concerne plus fréquemment les garçons que les filles. Les différences sont encore plus marquées pour la consommation de quantités importantes : le risque est plus de trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. La consommation d'alcool augmente avec l'âge (Enquête HBSC).

Figure 3-17

Proportion de jeunes buvant une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine ou buvant plus de 7 verres d'alcool par semaine, par âge et par sexe, Bruxelles, 2002 et 2006



Le «binge drinking» est un mode de consommation excessive de grandes quantités de boissons alcoolisées en peu de temps, pour atteindre très vite l'ivresse. Selon l'enquête HBSC, parmi les 17-18 ans, 31 % des garçons et 12,5 % des filles ont consommé au moins 5 verres au cours d'une même occasion, au moins 3 fois au cours du mois écoulé. Ces proportions sont importantes déjà chez les jeunes adolescents : 5 % des adolescents de 13-14 ans, 13 % des garçons et 9 % des filles de 15-16 ans.

*À Bruxelles, un homme sur 3 et une femme sur 5 ont une consommation d'alcool à risque.
Le «binge drinking» est un mode de consommation fréquent chez les jeunes.*

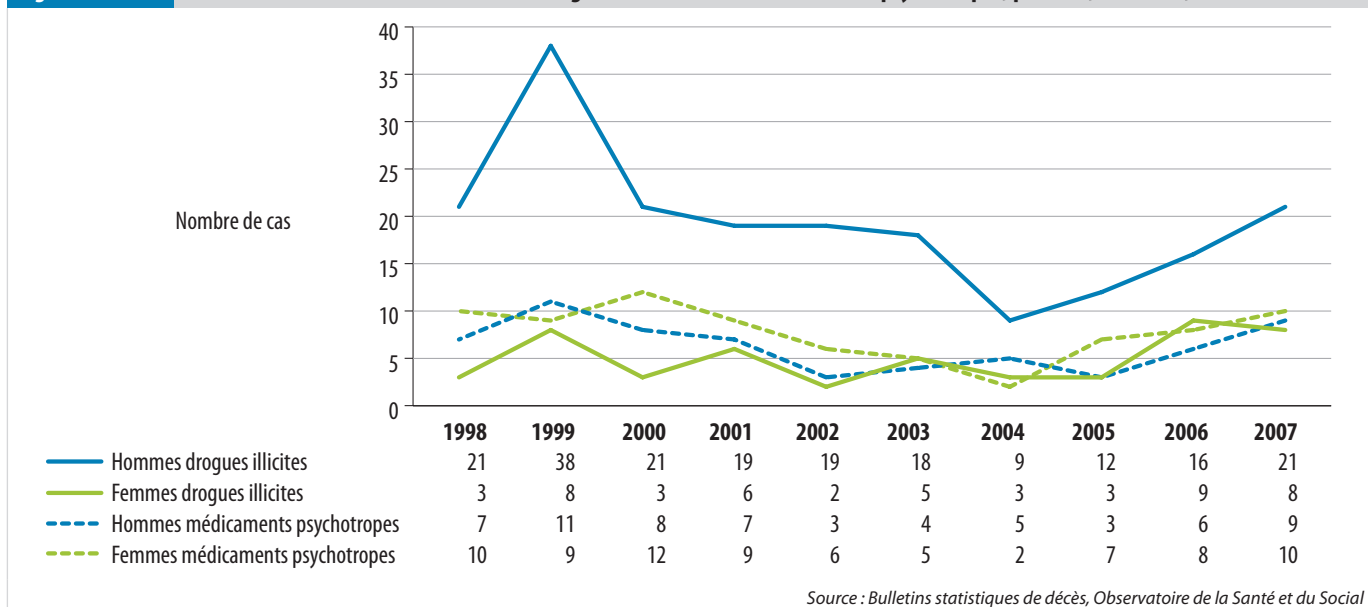
1.5 LA CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOTROPES

À côté du tabac et de l'alcool, un certain nombre de Bruxellois consomment des médicaments psychotropes ou des drogues illicites.

Ces autres types de drogues ont certes un impact plus limité sur la mortalité que le tabac et l'alcool, mais on enregistre

chaque année entre 20 et 50 décès liés aux médicaments psychotropes et aux drogues illicites, en ce compris les suicides. Après une diminution jusqu'en 2004, le nombre de décès est en augmentation.

Figure 3-18 Évolution du nombre de décès liés aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes, par sexe, Bruxelles, 1998-2007

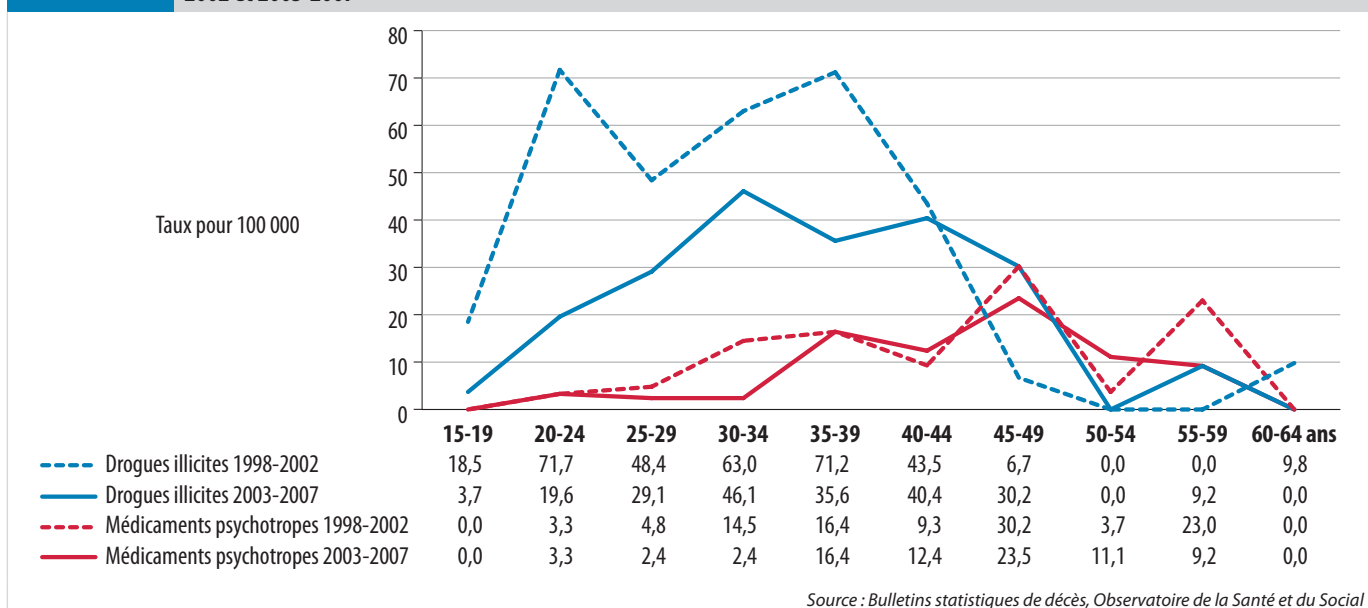


Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une diminution importante des taux de mortalité liée aux drogues illicites pour les hommes de moins de 40 ans avec un décalage de la mortalité vers les tranches d'âge plus élevées (figure 3-19). Pour les femmes (non illustré), on observe le même phénomène avec un décalage du pic de mortalité de 30-34 ans à 35-39 ans. Ce constat rejoint celui fait par les services spécialisés qui assistent à un vieillissement de la population suivie.

La mortalité liée à l'abus de médicaments psychotropes concerne une population en moyenne plus âgée que celle décédant suite à l'usage de drogues illicites.

Les taux de mortalité des femmes sont beaucoup plus faibles que ceux des hommes pour le décès liés aux drogues illicites, mais un peu plus élevés que ceux des hommes pour les décès liés aux médicaments psychotropes (non illustré).

Figure 3-19 Évolution des taux de mortalité par drogues illicites et médicaments psychotropes par âge, hommes, Bruxelles, périodes 1998-2002 et 2003-2007



1.5.1 La consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes est en augmentation à Bruxelles. En 2004, 11,9 % des hommes et 16,7 % des femmes déclaraient prendre des médicaments psychotropes ; ces proportions étaient respectivement de 9,4 % et 12,7 % en 1997 (Enquête nationale de santé et Site de la Concertation Toxicomanie Bruxelles^[8]).

1.5.2 La consommation de drogues illicites

La consommation de drogues illicites peut être approchée indirectement de différentes façons :

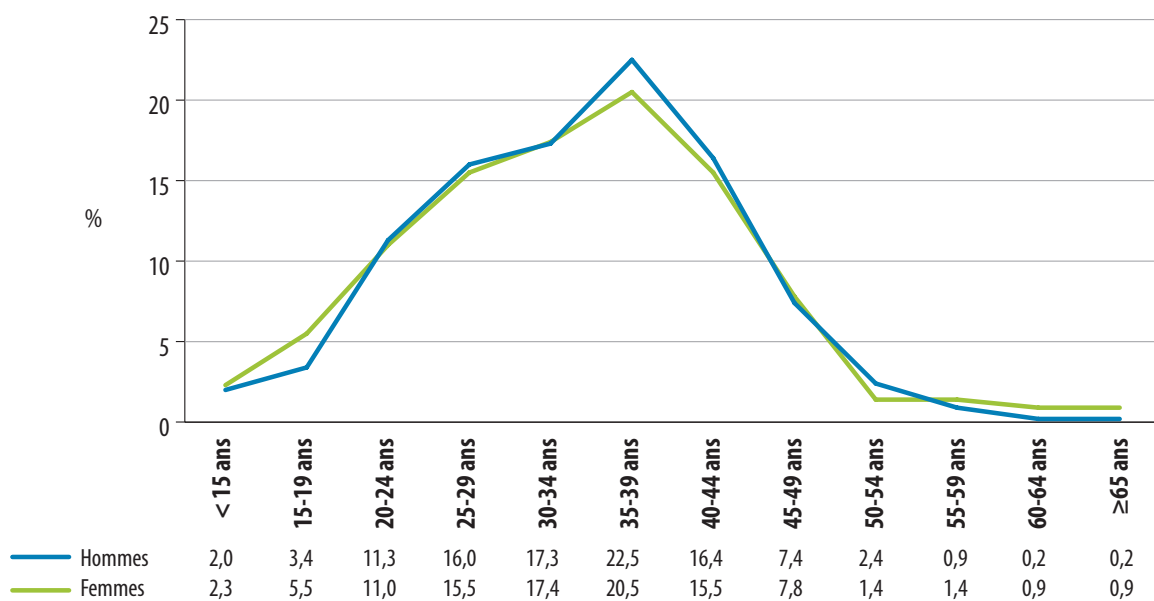
- en analysant l'utilisation des services spécialisés
- à partir de l'Enquête de santé de 2004 (pour le cannabis)
- et pour les adolescents, à partir de l'Enquête HBSC.

En 2008, 1338 personnes ont été admises pour une prise en charge dans un des services spécialisés en Région bruxelloise, dont 84 % d'hommes (source CTB, Addibru

2008)^[8]. Ce chiffre est proche de celui enregistré pour l'année 2007.

La distribution par âge des personnes admises en traitement en 2008 est identique pour les hommes et les femmes. Près de 40 % des admissions concerne des personnes dans la trentaine. L'âge moyen des personnes admises en traitement augmente progressivement (33,7 ans en 2008 contre 32,8 ans en 2004).

Figure 3-20 Distribution par âge et par sexe des personnes admises en traitement dans un service spécialisé en 2008, Bruxelles



Source : Concertation toxicomanie Bruxelles, Addibru 2008

Les opiacés (héroïne et méthadone essentiellement) restent le produit principal consommé par 58,7 % des personnes admises en traitement. La cocaïne vient en deuxième place (19,6 %), suivie par le cannabis (12,4 %). Les hypnotiques et tranquillisants représentent 6,1 % des admissions et les stimulants (amphétamines, MDMA et dérivés) 2,2 % (source CTB, Addibru 2008)^[9].

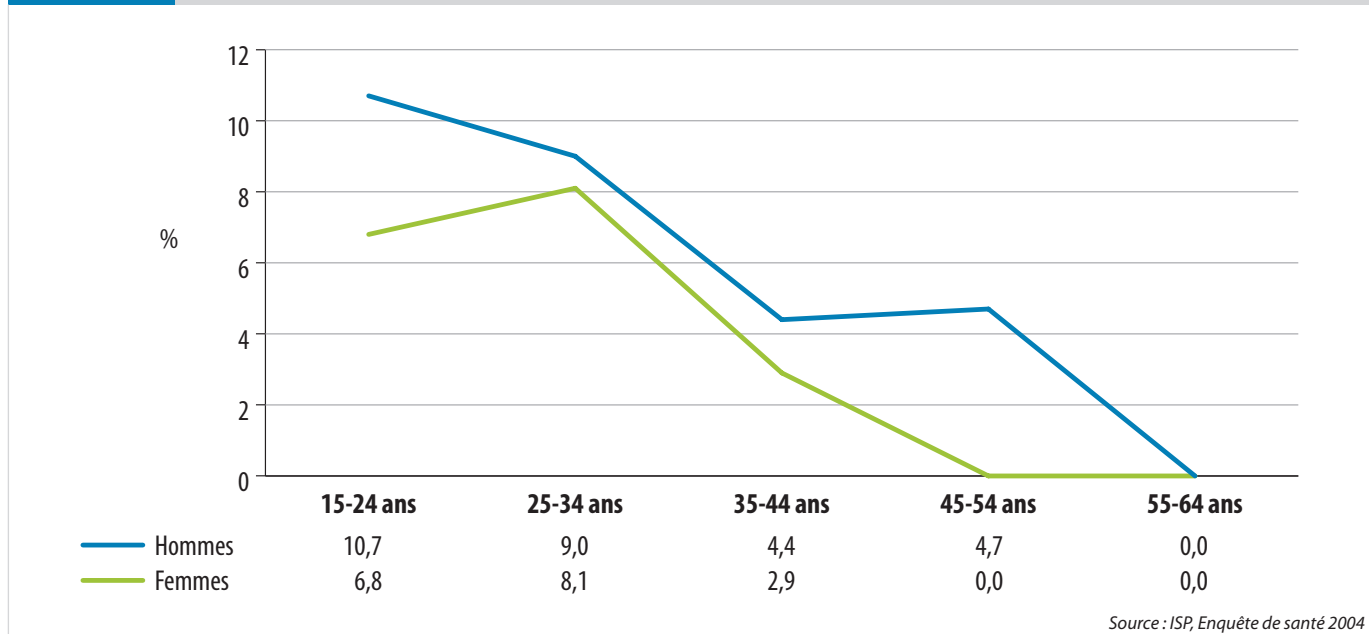
⁸ <http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/addibru/>

⁹ Pour en savoir plus sur le profil des usagers, les évolutions, etc. voir le site de la Concertation Toxicomanie Bruxelles <http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/addibru>

L'Enquête de santé de 2004 sonde les Bruxellois sur leur **consommation de cannabis** : 21,9 % des Bruxellois de 15 à 65 ans (25,1 % des hommes et 18,9 % des femmes) déclarent avoir déjà consommé du cannabis, et 5,0 % en avoir consommé au cours du dernier mois (6 % des hommes et 4 % des femmes). Ces différences hommes-femmes sont statistiquement significatives.

La proportion de Bruxellois qui déclarent une consommation récente de cannabis est restée stable entre 2001 et 2004. La consommation récente de cannabis concerne surtout les adolescents et les jeunes adultes.

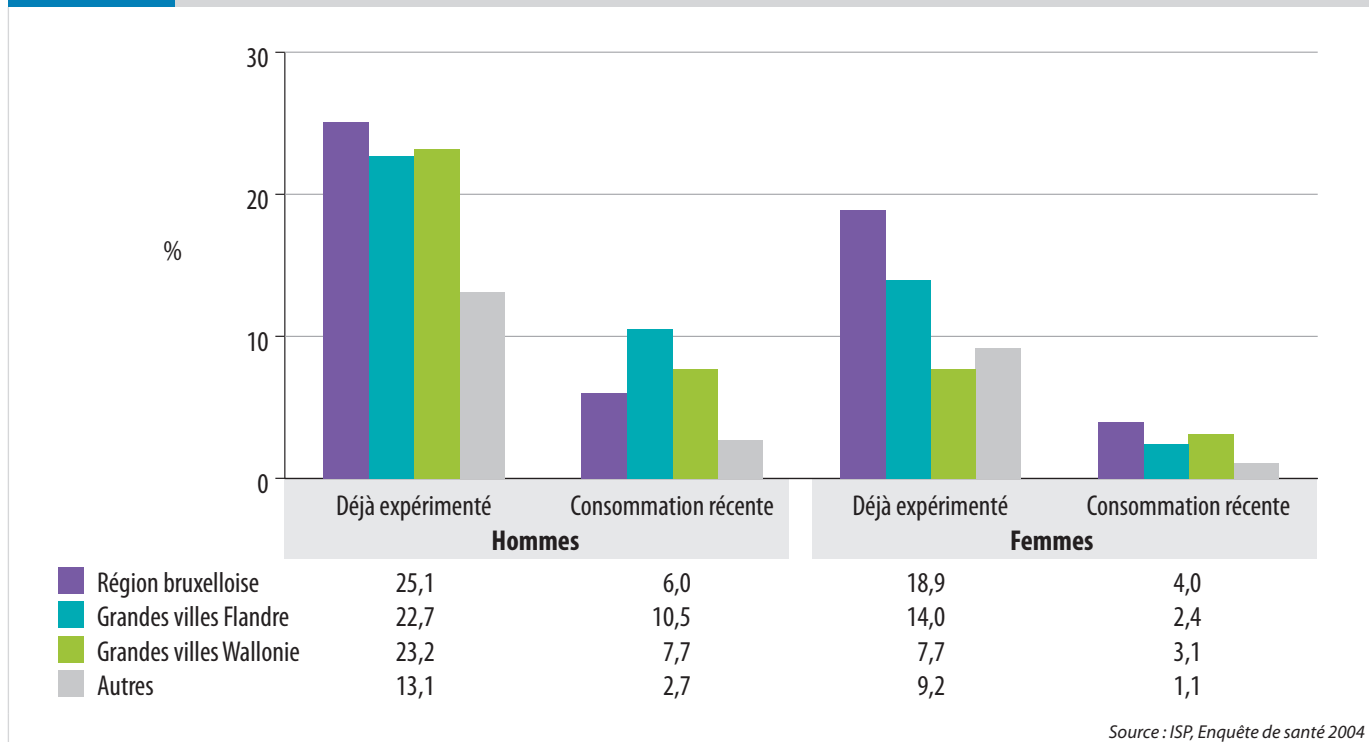
Figure 3-21 Proportion de Bruxellois ayant consommé récemment du cannabis en fonction de l'âge et du sexe, 2004



L'expérimentation et la consommation récente de cannabis sont plus importantes à Bruxelles que dans les communes belges hors grandes villes. Les femmes bruxelloises ont plus souvent expérimenté le cannabis que les femmes

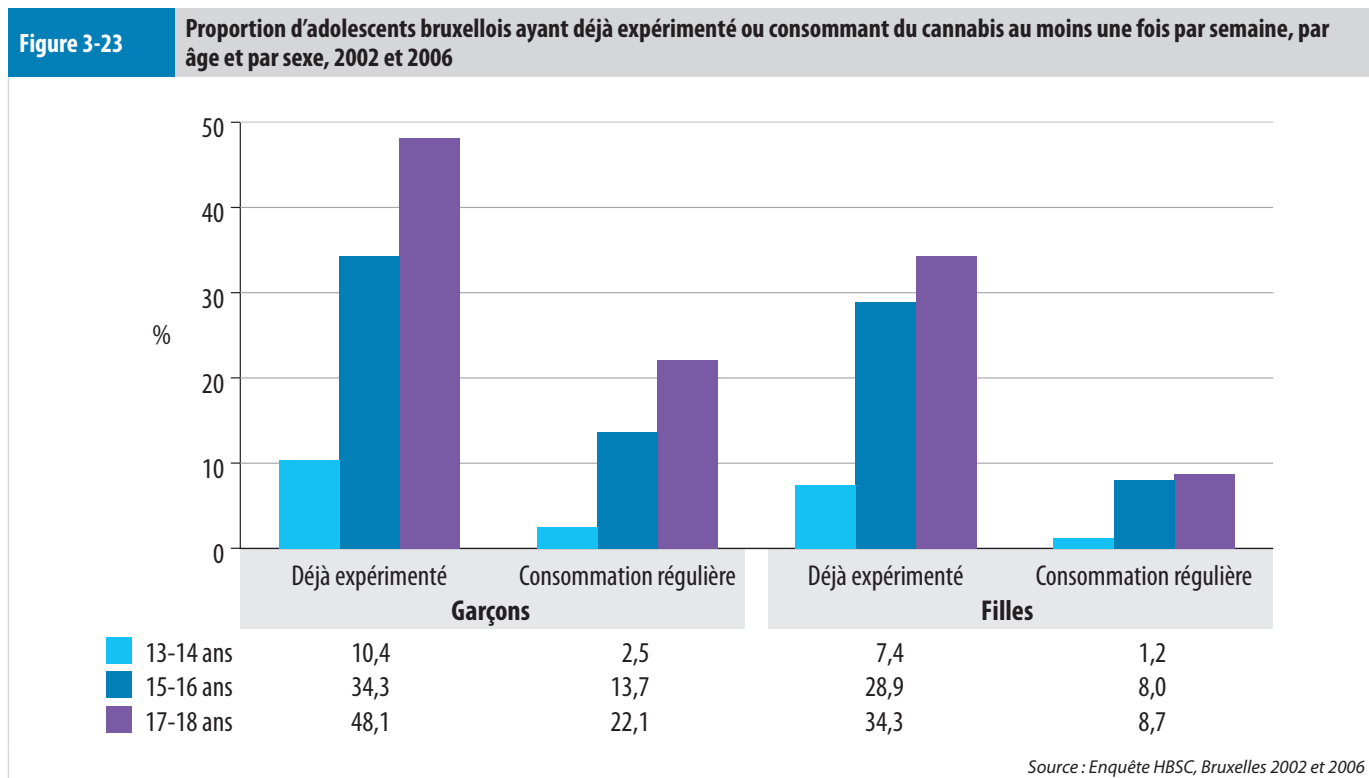
des grandes villes wallonnes. Les hommes bruxellois ont moins souvent consommé récemment du cannabis que les habitants des grandes villes flamandes.

Figure 3-22 Proportion de Bruxellois ayant déjà expérimenté ou ayant consommé récemment du cannabis selon le lieu de résidence, par sexe, 2004



L'enquête HBSC menée dans les écoles donne quelques estimations de la consommation de drogues illicites chez les adolescents : 30,1 % des jeunes garçons bruxellois et 24,2 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé du cannabis ; et 12,3 % des jeunes garçons bruxellois et 6,2 % des jeunes filles bruxelloises en consomment régulièrement (au moins une fois par semaine).

La plus grande augmentation s'observe entre 14 et 16 ans. L'expérimentation et la consommation régulière du cannabis est significativement plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement général que ceux de l'enseignement technique ou professionnel (non illustré).



L'ecstasy est une drogue de synthèse dérivée des amphétamines. L'ecstasy est essentiellement psycho-stimulante et désinhibitrice. Son utilisation a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Son usage est souvent lié à la participation à des soirées techno ou à la fréquentation de discothèques (12).

À Bruxelles, 3,6 % des jeunes garçons et 3,4 % des jeunes filles déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy.

2. Les inégalités sociales de santé

Malgré une amélioration générale de l'état de santé des populations, les inégalités sociales de mortalité et de santé persistent et même tendent à s'aggraver dans les pays développés. Il ne s'agit pas seulement d'une différence qui oppose les groupes les plus défavorisés à ceux qui sont les plus favorisés, mais bien d'un gradient continu qui traverse tout le corps social. Toutes les étapes de la vie sont concernées.

Ces inégalités ont de multiples causes relevant de nombreux domaines, qui peuvent parfois paraître à priori bien loin du domaine de la santé : ce sont par exemple l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les politiques de redistribution des richesses (fiscalité, aides sociales...), l'accès aux soins et le coût des soins,...

Ces facteurs agissent sur la santé et la mortalité d'une manière cumulative : par exemple, ce sont les mêmes individus qui souffrent d'un travail pénible ou dangereux, d'un environnement toxique ou stressant, d'un habitat précaire (accumulation transversale), mais aussi, qui accumulent des facteurs négatifs depuis la naissance (ou même avant) et tout au long de leur vie (accumulation longitudinale).

Ces facteurs négatifs interagissent entre eux, ce qui provoque des enchaînements de circonstances ou d'événements qui aggravent progressivement les problèmes de santé (par exemple, une perte d'emploi peut amener une dépression, qui elle-même réduit les chances de trouver un emploi mais aussi, amène des habitudes de vie délétères, qui aggravent l'état de santé etc.) (13).

Parce qu'on retrouve parmi la population bruxelloise toutes les couches sociales, depuis les plus pauvres jusqu'aux plus riches, les inégalités sociales de santé à l'intérieur de la région sont très marquées, comme nous allons le voir dans ce chapitre.

Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment par des inégalités face au risque de décès lié à différentes circonstances ou pathologies. Les données des bulletins statistiques de décès fournissent donc une mine d'informations sur l'inégalité sociale de santé. Ce sont ces données qui seront analysées d'abord dans ce chapitre.

Mais l'inégalité de mortalité n'est que la pointe d'un iceberg qui englobe de façon beaucoup plus large toutes les inégalités face à la santé. Celles-ci seront abordées dans la deuxième partie du chapitre, où la principale source d'informations sera l'Enquête nationale de santé.

Méthodologie : analyse des inégalités de mortalité

Pour la mortalité avant l'âge d'un an, nous avons utilisé les données des bulletins statistiques de naissances et décès, qui comprennent des données sur le statut socioprofessionnel des parents. Plusieurs variables socioéconomiques ont été combinées^[10] pour construire un indicateur basé sur le nombre de revenu du travail dans le ménage : 0, 1 ou 2 revenus. Lorsque la mère est seule, seule son activité professionnelle est prise en compte. La catégorie 0 revenu rassemble donc les nouveau-nés dont aucun des parents n'a d'activité professionnelle ou dont la mère vit seule et sans revenu.

En ce qui concerne les inégalités sociales de mortalité au-delà de l'âge d'un an, nous ne disposons pas de données fiables pour les mesurer au niveau individuel^[11]. C'est pourquoi nous avons utilisé le niveau socio-économique (NSE) moyen de la commune de résidence comme indicateur du statut socio-économique des personnes. Les communes ont été classées en trois catégories sur base d'une *analyse par cluster** (voir carte en fin de partie D). Les résultats sont présentés séparément pour les moins de 65 ans et les plus de 65 ans parce que les principales causes de décès diffèrent entre ces deux groupes.

(Voir aussi Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»)

10 Pour plus de détail sur la méthodologie, voir le dossier «Indicateurs de santé périnatale en région de Bruxelles-Capitale 1998-2004».

11 Dans les bulletins statistiques de décès, il existe bien des variables portant sur la situation socio-économique des personnes décédées mais, outre le problème des données manquantes, il n'existe pas de dénominateur externe qui nous permettrait de calculer des taux de mortalité par catégories sociales

2.1 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ

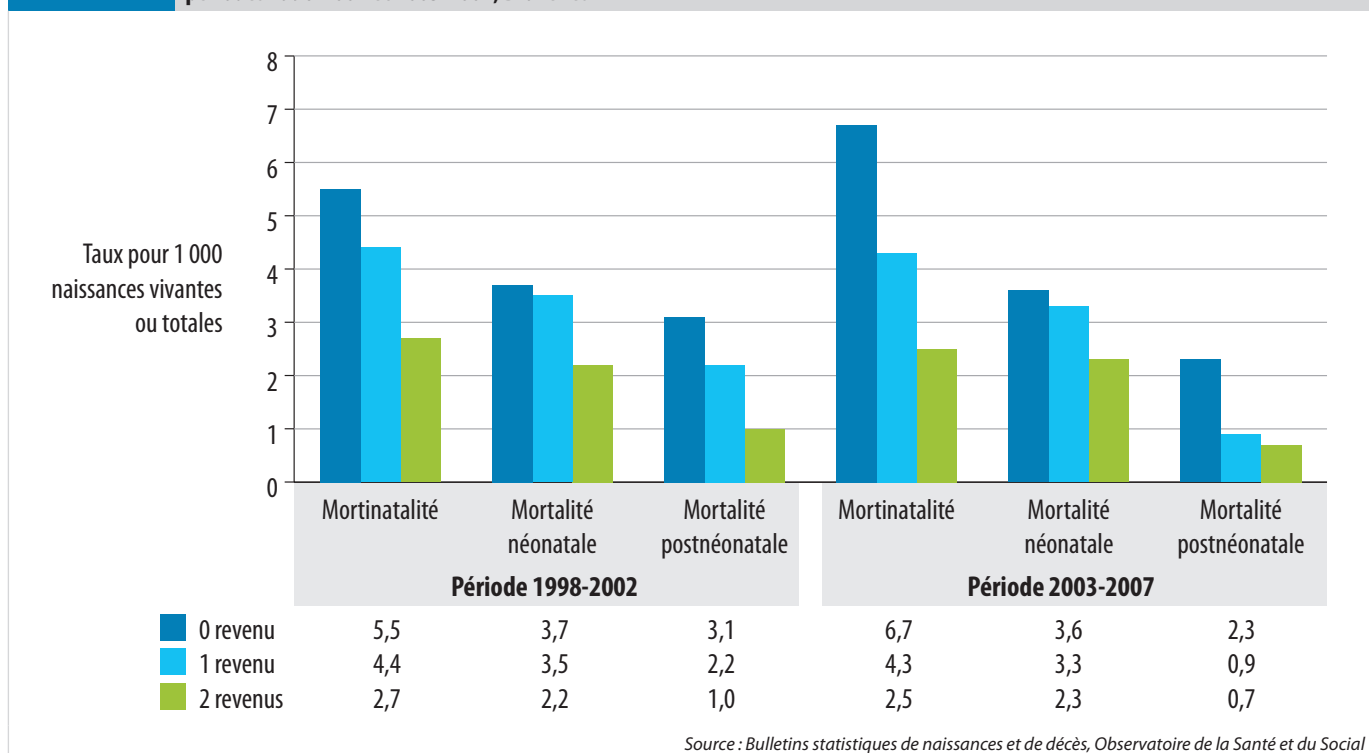
2.1.1 Inégaux dès la naissance

Le risque de décès des nouveau-nés bruxellois au cours de la période périnatale ou avant l'âge d'un an diffère de façon importante selon le statut social des parents. Les analyses détaillées dans le dossier publié par l'Observatoire en 2007 (14) montrent que ces inégalités ne sont pas liées à un problème de santé particulier, mais concernent toutes les causes de décès fœto-infantiles (anomalies congénitales, complications de la prématurité, mort subite du nourrisson, etc.).

Pour la période 2003-2007, le risque de décéder avant l'âge d'un an est 2,3 fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus. Les écarts sont plus importants pour la période post-néonatale^[12] (Risque Relatif = 3,2) que pour la mortalité (RR = 2,7) ou la période néonatale (RR = 1,6).

Figure 3-24

Taux de mortalité fœtale, néonatale et postnéonatale en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage pour les périodes 1998-2002 et 2003-2007, Bruxelles



L'écart de mortalité fœto-infantile entre les catégories sociales les plus pauvres et les plus aisées s'est accru entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007 (le risque relatif est passé de 2,1 à 2,3). Cet accroissement résulte essentiellement de l'augmentation de la mortinatalité des enfants des ménages plus pauvres. Par contre l'écart de mortalité fœto-infantile entre les enfants des ménages à un revenu et à deux revenus s'est réduit (le risque relatif est passé de 1,8 à 1,6), grâce à la réduction importante de la mortalité post-néonatale.

Le risque de décéder avant l'âge d'un an est plus de deux fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus.

¹² La mortalité fœto-infantile est divisée en trois composantes : la mortalité fœtale ou mortinatalité (décès avant ou pendant l'accouchement à partir de 22 semaines ou minimum 500 g), la mortalité néonatale (décès entre 0 et 27 jours révolus) et postnéonatale (décès entre 28 et 364 jours).

2.1.2 Espérance de vie et mortalité générale

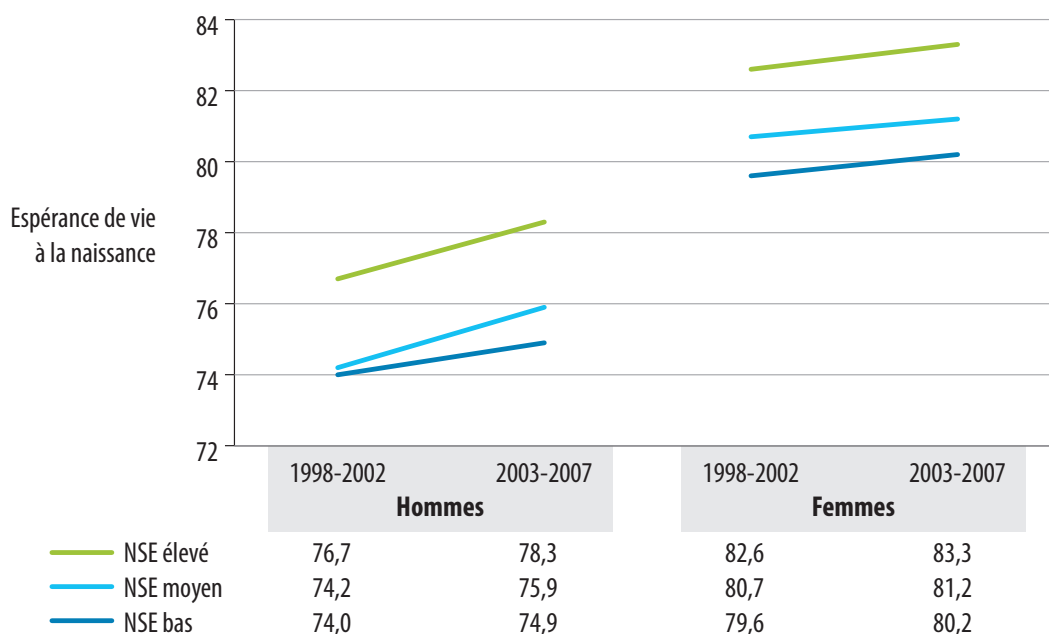
Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance diffère selon le niveau socio-économique de la commune de résidence : entre les communes bruxelloises les plus pauvres et les communes les plus aisées, la différence d'espérance de vie est de 3,4 ans pour les hommes et 3,1 ans pour les femmes.

L'espérance de vie augmente dans les communes de toutes catégories, mais chez les hommes, l'augmentation est plus marquée pour les communes aisées et intermédiaires

(respectivement +1,6 et +1,7 années) que pour les communes les plus pauvres (+0,9 années) ; on observe donc un accroissement des écarts d'espérance de vie à la naissance entre les communes les plus pauvres et les plus aisées entre 1998-2002 (2,7 ans) et 2003-2007 (3,4 ans). Pour les femmes, l'espérance de vie augmente de manière assez homogène dans toutes les catégories de commune et les écarts restent stables (3,0 ans en 1998-2002 et 3,1 ans en 2003-2007).

Figure 3-25 Évolution de l'espérance de vie à la naissance par catégorie de commune et par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007

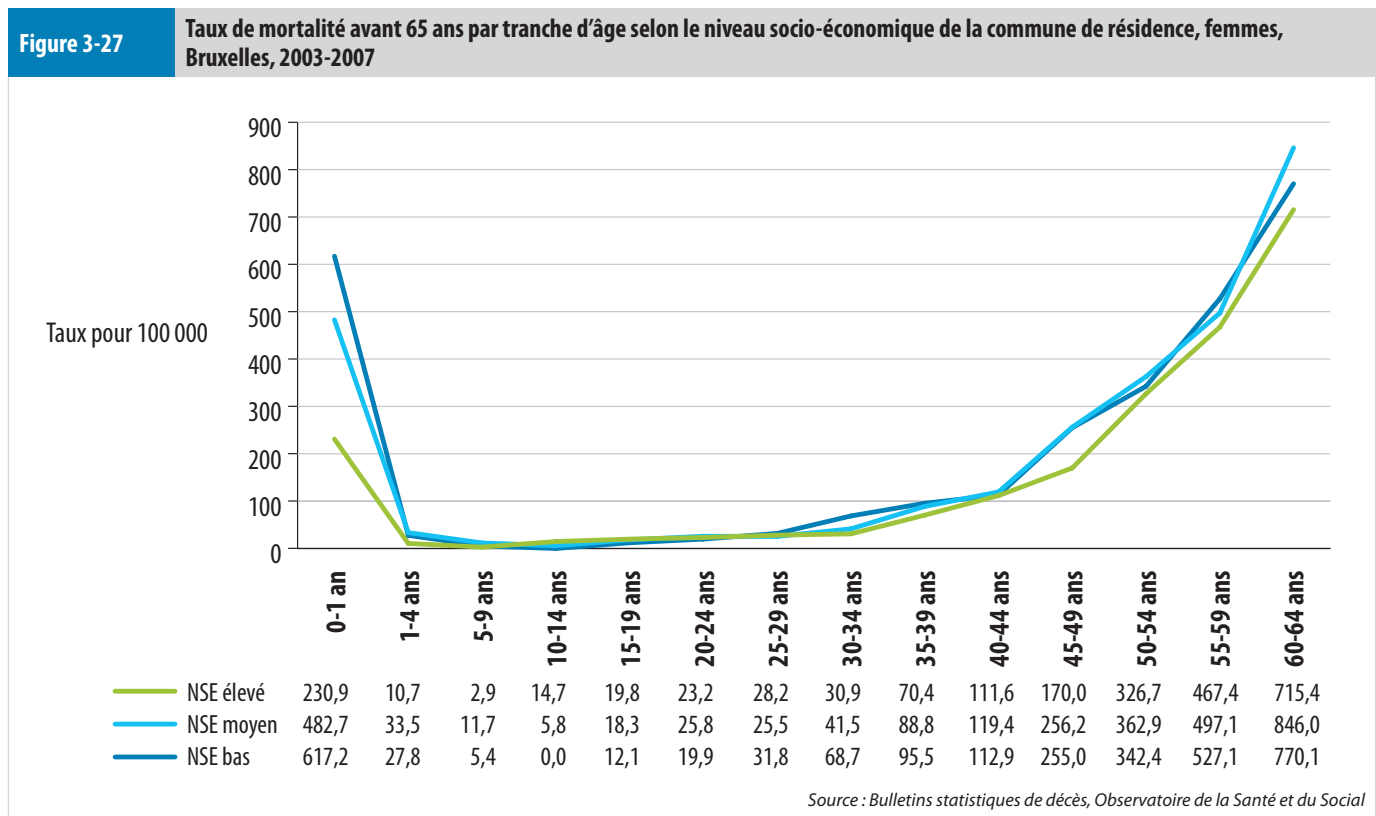
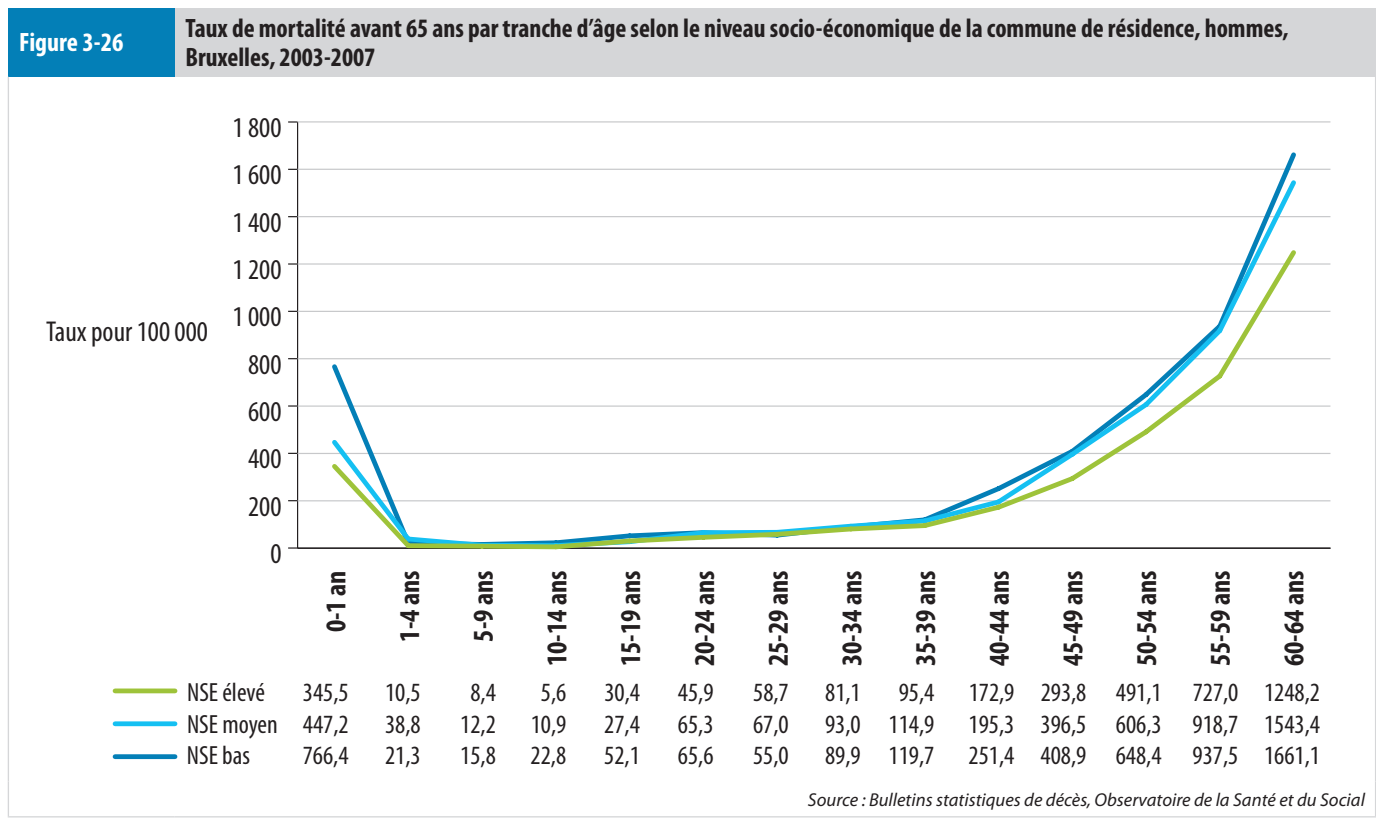


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Mortalité prématurée

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est significativement plus faible pour les habitants des communes les plus aisées que pour les habitants des autres catégories de communes. Les différences sont plus importantes pour les hommes

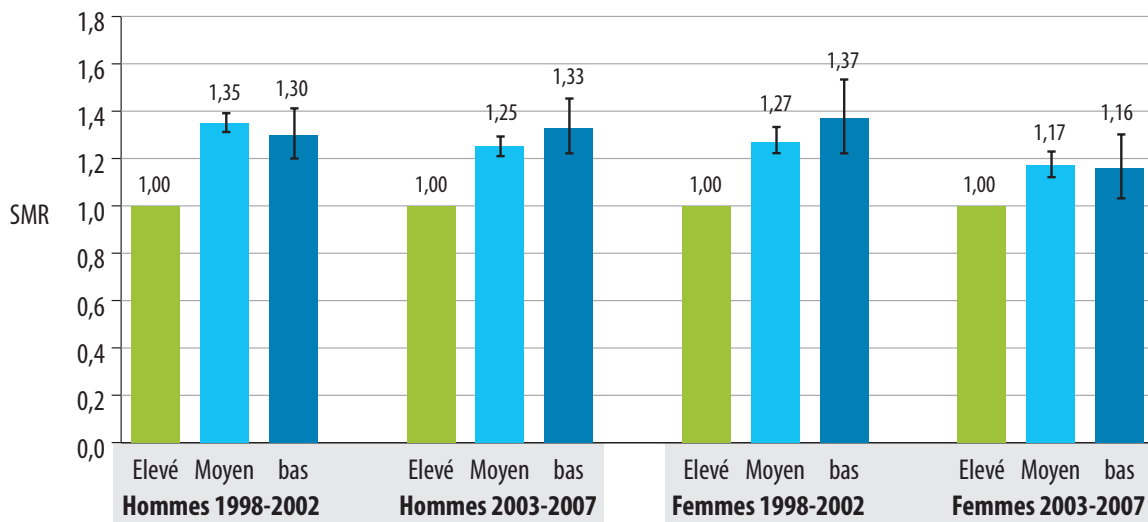
que pour les femmes, et elles se marquent surtout avant l'âge d'un an (voir plus haut) et à partir de 40 ans (attention échelles des graphiques différentes).



Par rapport aux habitants des communes les plus aisées et «à âge égal», les hommes habitant une commune intermédiaire ont un excès de mortalité de 25 % et les hommes des communes pauvres de 33 %. C'est ce que représente le graphique ci-dessous ^[13]. Pour les femmes, l'excès de mortalité est respectivement de 17 % et 16 %.

Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une réduction de l'écart entre les communes aisées et les communes intermédiaires. L'écart entre communes aisées et pauvres s'accroît légèrement pour les hommes mais se réduit pour les femmes.

Figure 3-28 Évolution du rapport standardisé de mortalité (SMR) pour les moins de 65 ans par catégorie de commune* et par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



* (référence = communes aisées)
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

13 Il s'agit d'une comparaison par standardisation indirecte (voir explication dans la partie VI, «Sources et éléments de méthodologie»).

Mortalité après 65 ans

La mortalité des plus de 65 ans est également significativement plus faible dans les communes aisées que dans les autres catégories de communes. Les différences entre les communes intermédiaires et les communes les plus pauvres sont plus marquées que pour la mortalité prématurée. Ceci s'explique en partie parce que la proportion de personnes issues de l'immigration dans les

communes pauvres est moins importante pour les plus de 65 ans que pour les plus jeunes, et donc l'impact négatif du statut social sur la mortalité y est moins contrebalancé par les taux de mortalité plus faible des populations issues du bassin méditerranéen (voir Chapitre 3, «Bruxelles multiculturelle»).

Figure 3-29 Taux de mortalité après 65 ans par tranche d'âge selon le statut social de la commune de résidence, hommes, Bruxelles, 2003-2007

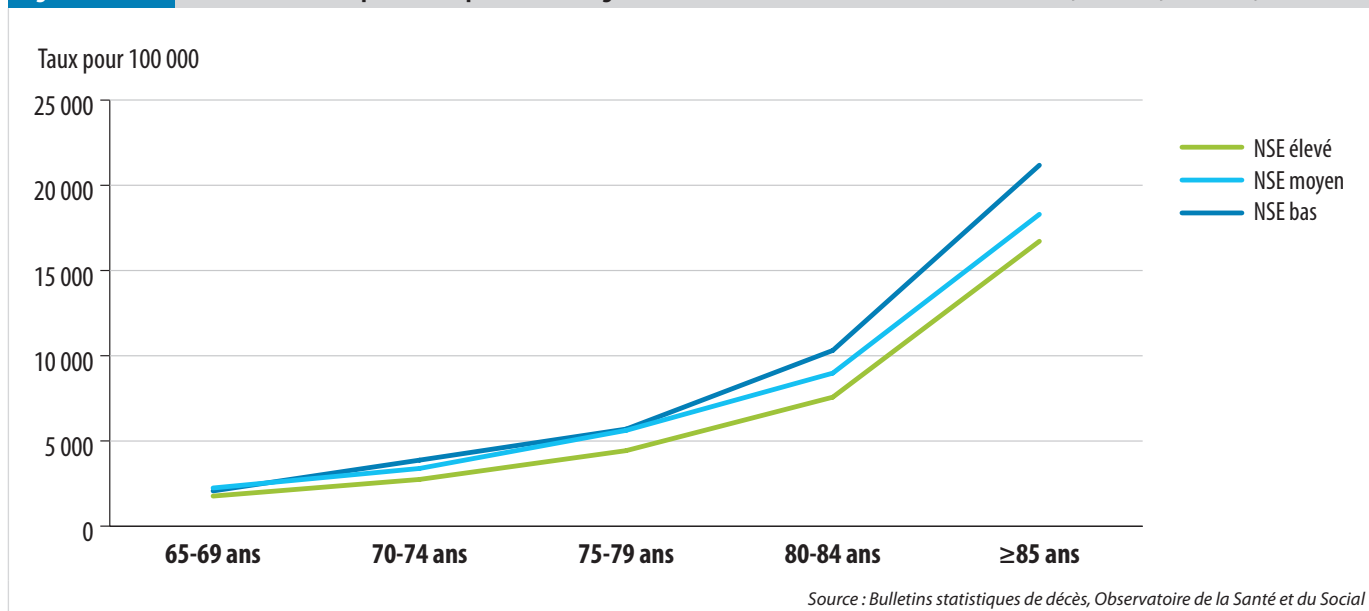
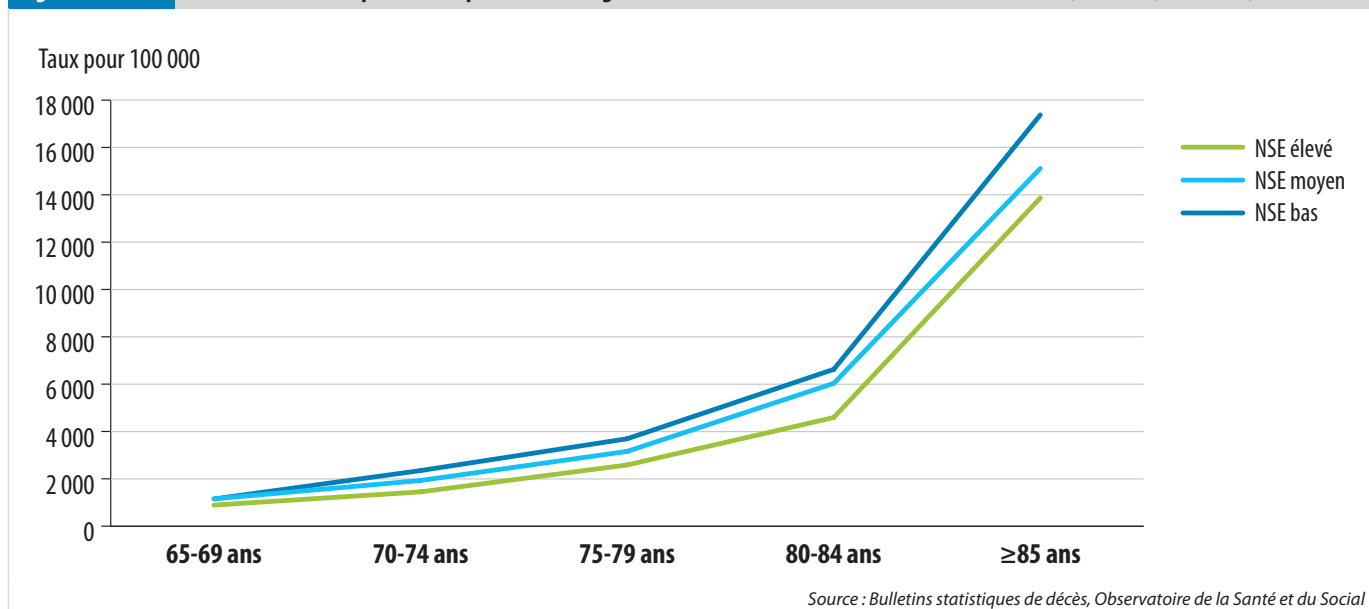
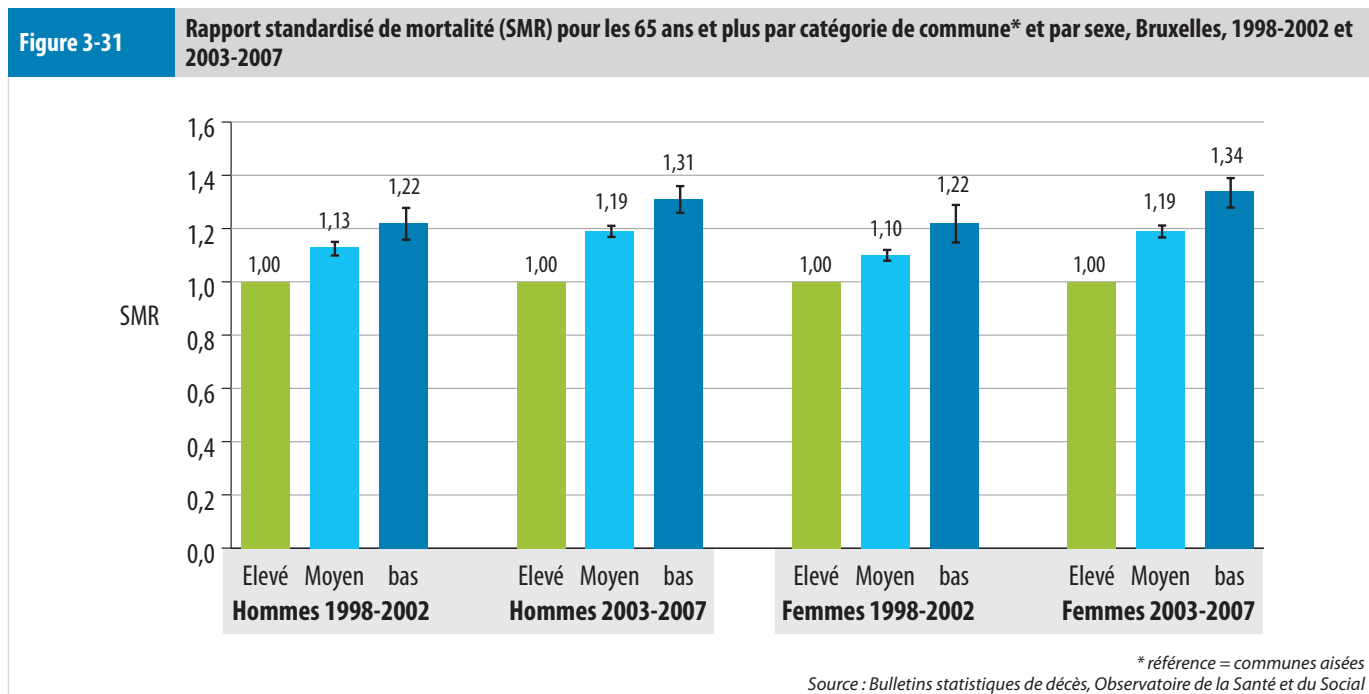


Figure 3-30 Taux de mortalité après 65 ans par tranche d'âge selon le statut social de la commune de résidence, femmes, Bruxelles, 2003-2007



Par rapport aux habitants des communes aisées et «à âge égal», les hommes des communes intermédiaires ont un excès de mortalité de 19 % et les hommes des communes pauvres de 31 %. Pour les femmes, l'excès de mortalité est respectivement de 19 % et 34 %.

Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une accentuation de l'écart entre les communes aisées et les communes pauvres, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette évolution est liée à une réduction plus importante des taux de mortalité dans les communes aisées.



Etant donné la ségrégation sociale de l'espace bruxellois, les inégalités sociales face à la santé peuvent être approchées par les inégalités de mortalité entre les communes.

2.1.3 Les principales causes de décès à l'origine des inégalités sociales de mortalité

Les inégalités observées en termes d'espérance de vie et de mortalité s'expliquent par des inégalités face à une multitude de causes de décès.

De nombreuses études ont pu mettre en évidence que les inégalités sociales de mortalité ne s'expliquent pas par l'un ou l'autre problème de santé spécifique, mais plutôt par une vulnérabilité croissante à la plupart des problèmes de santé au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (15 ; 16).

Cette vulnérabilité prend sa source à différents niveaux : d'une part au niveau des facteurs de risques, ce qui entraîne des différences d'incidence ou de gravité ; d'autre part au niveau des soins, (diagnostics plus tardifs, retards dans la prise en charge, différences en termes de qualité du traitement ou de la prise en charge), ce qui entraîne des différences de survie.

Statut social ou contexte culturel

La méthodologie utilisée pour approcher les inégalités sociales de mortalité dans ce rapport ne permet malheureusement pas d'analyser de manière très fine l'impact du statut social sur les différentes causes de décès. En particulier il est très difficile de mesurer l'impact spécifique du statut social pour des problèmes de santé qui sont également largement influencés par des facteurs culturels. Les communes catégorisées dans le groupe à faible statut socio-économique (Molenbeek et Saint-Josse-Ten-Noode) sont aussi des communes caractérisées par une proportion importante d'habitants issus de l'immigration non européenne. Il est donc important de tenir compte des différences de mortalité entre les groupes de nationalité, décrites dans le chapitre suivant, pour l'interprétation des différences entre communes.

Les deux tableaux suivants montrent les taux standardisés de mortalité pour les moins de 65 ans et les 65 ans et plus, pour la période 2003-2007 et par catégorie de communes, pour quelques causes importantes de décès pour lesquelles des différences significatives ont été observées entre catégories de communes.

		NSE	N décès total	Hommes			Femmes		
				SMR	Intervalle de Confiance à 95 %		SMR	IC à 95 %	
Cancer du poumon	Elevé		215	1,00			1,00		
	Moyen		595	1,28	1,16	1,41	1,19	1,03	1,37
	Bas		94	1,59	1,24	2,00	0,98	0,62	1,47
Cancer du sein	Elevé		116				1,00		
	Moyen		210				0,86	0,75	0,99
	Bas		31				0,91	0,62	1,29
Cardiopathies ischémiques	Elevé		138	1,00			1,00		
	Moyen		426	1,36	1,21	1,51	1,45	1,17	1,78
	Bas		64	1,59	1,20	2,06	1,20	0,60	2,14
Maladies cérébrovasculaires	Elevé		76	1,00			1,00		
	Moyen		225	1,15	0,95	1,38	1,53	1,26	1,86
	Bas		26	1,06	0,61	1,72	1,00	0,48	1,84
Maladies respiratoires chroniques	Elevé		41	1,00			1,00		
	Moyen		162	2,11	1,74	2,54	1,35	1,00	1,78
	Bas		30	2,95	1,87	4,43	1,34	0,54	2,76
Diabète (total)	Elevé		69	1,00			1,00		
	Moyen		281	1,41	1,20	1,63	3,16	2,59	3,80
	Bas		49	1,88	1,29	2,63	3,22	1,84	5,23
Accidents de la circulation	Elevé		24	1,00			1,00		
	Moyen		83	1,01	0,78	1,30	2,19	1,35	3,34
	Bas		21	1,88	1,12	2,98	2,22	0,46	6,49
Autres accidents	Elevé		75	1,00			1,00		
	Moyen		262	1,53	1,32	1,76	1,12	0,87	1,41
	Bas		34	1,45	0,96	2,11	0,76	0,30	1,56
Suicide	Elevé		173	1,00			1,00		
	Moyen		436	0,95	0,84	1,06	0,96	0,80	1,13
	Bas		46	0,65	0,44	0,92	0,76	0,44	1,24
Homicide	Elevé		13	1,00			1,00		
	Moyen		83	2,26	1,70	2,96	2,89	1,95	4,13
	Bas		13	2,87	1,37	5,27	2,11	0,44	6,17

* catégorie de référence = communes aisées
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

14 Les différences significatives apparaissent sur fond de couleur.

Tableau 3-03 Taux standardisés de mortalité pour les 65 ans et plus, par cause et par catégorie de communes*, par sexe, Bruxelles, 2003-2007^[14]

	NSE	N décès total	Hommes			Femmes		
			SMR	IC à 95 %		SMR	IC à 95 %	
Cancer du poumon	Elevé	448	1,00			1,00		
	Moyen	1 109	1,43	1,33	1,54	1,23	1,10	1,37
	Bas	176	1,62	1,35	1,93	1,33	0,99	1,74
Cancer du sein	Elevé	223				1,00		
	Moyen	448				1,13	1,03	1,24
	Bas	56				1,03	0,78	1,34
Cancer colorectal	Elevé	314	1,00			1,00		
	Moyen	670	1,21	1,08	1,36	1,22	1,10	1,35
	Bas	92	1,13	0,80	1,54	1,27	0,95	1,66
Cardiopathies ischémiques	Elevé	1 271	1,00			1,00		
	Moyen	2 801	1,27	1,21	1,34	1,27	1,21	1,34
	Bas	440	1,36	1,17	1,56	1,54	1,36	1,75
Maladies cérébrovasculaires	Elevé	911	1,00			1,00		
	Moyen	1 886	1,17	1,09	1,26	1,22	1,15	1,29
	Bas	290	1,22	0,98	1,49	1,42	1,23	1,64
Maladies respiratoires chroniques	Elevé	535	1,00			1,00		
	Moyen	1 267	1,36	1,26	1,47	1,34	1,14	1,46
	Bas	222	1,81	1,51	2,15	1,62	1,31	1,97
Pneumonie	Elevé	622	1,00			1,00		
	Moyen	1 210	1,15	1,05	1,25	1,13	1,05	1,22
	Bas	220	1,47	1,17	1,81	1,54	1,29	1,83
Diabète (total)	Elevé	640	1,00			1,00		
	Moyen	1 789	1,63	1,52	1,74	1,57	1,47	1,67
	Bas	270	1,58	1,30	1,89	1,90	1,61	2,22
Démence (total)	Elevé	1 491	1,00			1,00		
	Moyen	2 820	1,05	0,98	1,12	1,13	1,08	1,18
	Bas	517	1,49	1,27	1,74	1,48	1,33	1,64
Alcool (large total)	Elevé	260	1,00			1,00		
	Moyen	619	1,26	1,14	1,39	1,37	1,19	1,57
	Bas	77	1,09	0,81	1,43	1,22	0,80	1,79

* catégorie de référence = communes aisées

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

Le **cancer du poumon** joue un rôle important dans les inégalités sociales face à la mortalité dans la plupart des pays (13). En Région bruxelloise également, on observe une surmortalité plus élevée dans les communes plus défavorisées. Etant donné le mauvais pronostic de ce type de cancer, les différences observées s'expliquent surtout par des différences d'exposition aux facteurs de risques, en particulier le tabagisme mais aussi les facteurs environnementaux (17).

Pour les hommes de moins de 65 ans, on observe un gradient social clair avec un excès de mortalité de 28 % dans les communes intermédiaires et de 59 % dans les communes plus pauvres par rapport aux communes aisées. L'écart entre les communes pauvres et aisées s'est accru entre les 2 périodes (de +31 % à +59 %) tandis que l'écart entre communes intermédiaires et aisées s'est réduit (de +47 % à +28 %). Cette évolution devrait se poursuivre dans les années qui viennent étant donné l'évolution défavorable des inégalités sociales face au tabagisme (voir plus bas paragraphe 2.3.1).

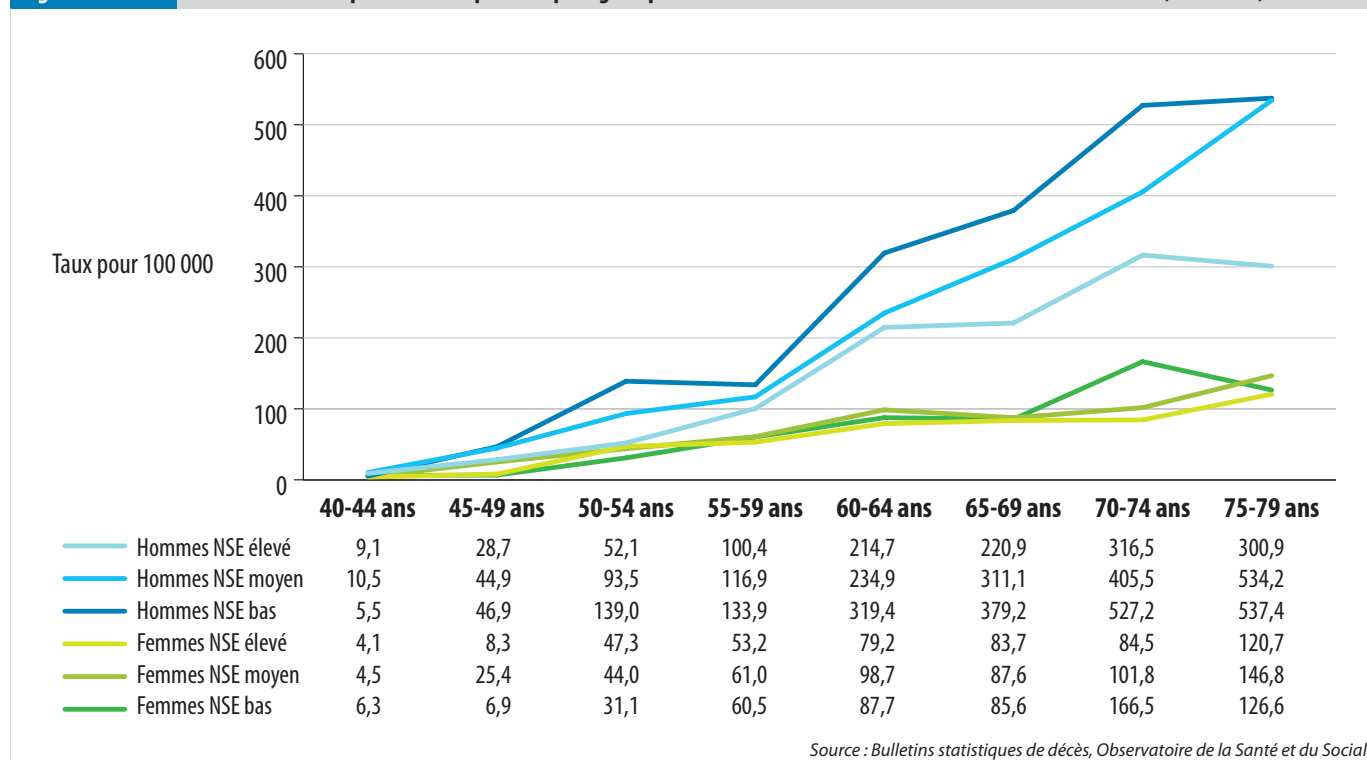
Pour les femmes de moins de 65 ans, on note un excès de mortalité uniquement dans les communes intermédiaires. Pour la période 1998-2002 par contre, on observait un gradient social avec un excès de mortalité respectivement de 35 % et 94 % pour les communes intermédiaires et pauvres par rapport aux communes aisées.

La réduction, voire la disparition du gradient social entre les deux périodes s'explique probablement par la proportion croissante de femmes marocaines dans les groupes d'âges concernés par le cancer du poumon. Ces femmes sont en effet moins touchées par le cancer du poumon parce que moins souvent fumeuses (voir chapitre 3 : «Bruxelles multiculturelle»).

Pour les femmes de moins de 55 ans, le taux de mortalité par cancer du poumon est le plus bas dans les communes pauvres.

Après 65 ans, on observe un gradient social tant pour les hommes que pour les femmes, plus marqué que pour la mortalité prématurée (tableaux 3-02 et 3-03 et figure 3-32).

Figure 3-32 Taux de mortalité par cancer du poumon par âge et par sexe selon le statut social de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007



Les trois graphiques suivants montrent les différences d'évolution observées dans les trois catégories de communes pour les hommes.

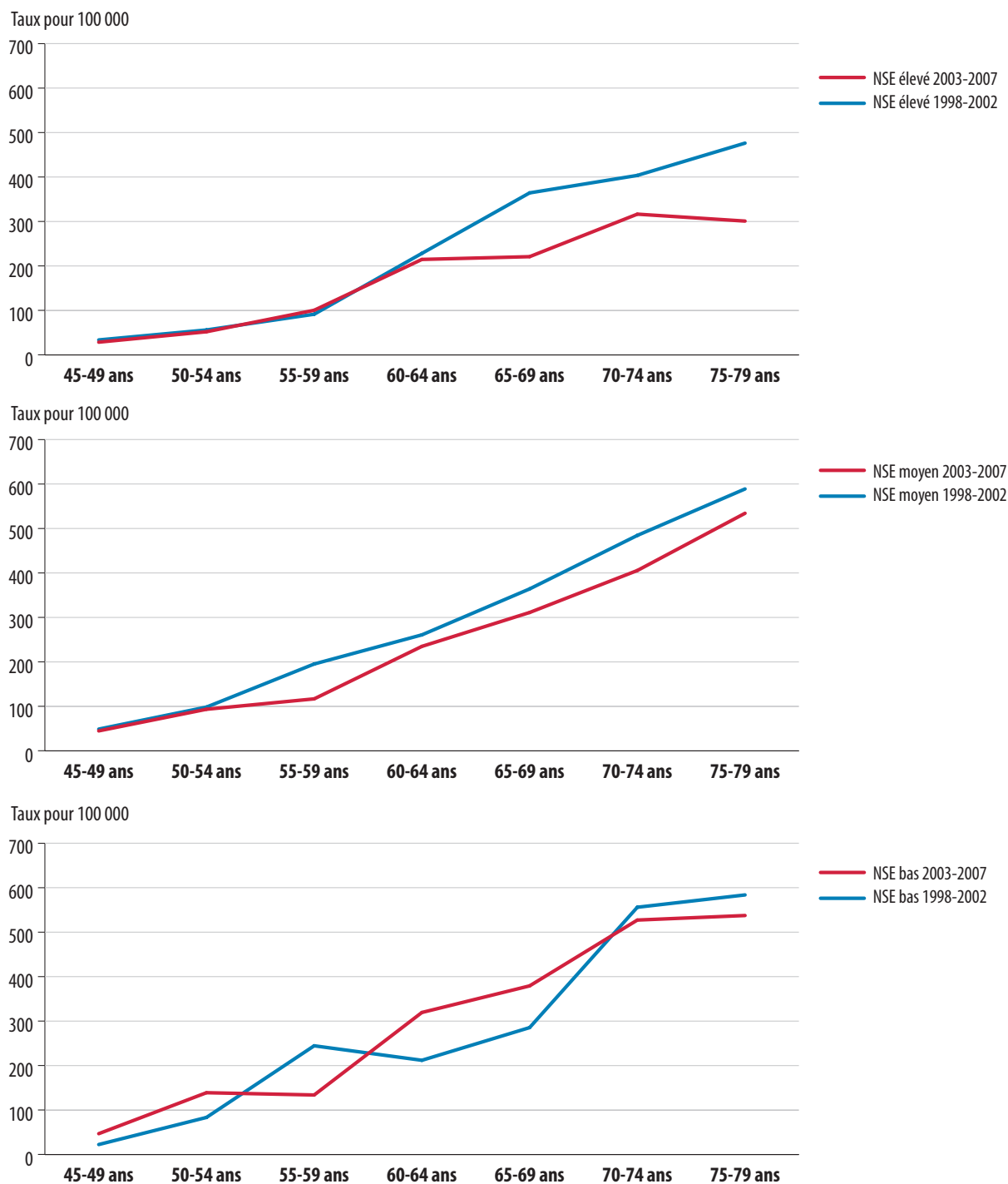
Dans les communes aisées, on note une réduction très marquée des taux de mortalité à partir de 65 ans. Cette évolution reflète l'évolution du tabagisme qui s'est considérablement réduit dans les milieux plus aisés depuis les années 80 (voir plus loin par. 2.3.1).

Dans les communes intermédiaires, la diminution des taux est moins importante, mais concerne toutes les tranches d'âge supérieures à 50 ans. Cette évolution reflète la

réduction du tabagisme plus tardive dans les catégories sociales intermédiaires.

Dans les communes plus pauvres, on note même des taux plus élevés en 2003-2007 qu'en 1998-2002, pour les plus jeunes et les 60-69 ans. Ceci rejoint les observations de l'absence d'une réduction de tabagisme, voire même une augmentation parmi les groupes les moins qualifiés (voir chapitre 1 «Les styles de vie»).

Figure 3-33 Taux de mortalité par cancer du poumon par âge, hommes, comparaison 1998-2002 et 2003-2007, par catégorie de communes, Bruxelles



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

Pour le **cancer du sein**, la situation est différente. Dans la littérature internationale, on note une relative protection des femmes les moins qualifiées, du moins pour les études portant sur la fin du 20^{ème} siècle. Cette protection serait liée au fait qu'elles ont eu plus d'enfants et des enfants plus tôt dans la vie (13). Ces facteurs protecteurs se retrouvent également chez les femmes issues de l'immigration marocaine et turque, qui sont relativement protégées face au cancer du sein, du moins pour la génération des plus de 50 ans (voir analyses par nationalité au chapitre 3, «Bruxelles multiculturelle»). C'est la proportion importante de ces femmes dans les communes pauvres et les quartiers défavorisés des communes intermédiaires qui explique sans doute le risque plus faible de mortalité par cancer du sein pour les moins de 65 ans (non illustré).

Mais une étude récente menée en France montre que la sous-mortalité des femmes les moins qualifiées s'estompe avec le temps et disparaît à la fin des années nonante, avec actuellement une mortalité légèrement supérieure pour cette catégorie de femmes (18). Malgré les effets protecteurs cités plus haut, on voit donc peu à peu s'accroître des inégalités sociales face à la mortalité par cancer du sein, dues à une moindre survie des catégories sociales plus défavorisées (diagnostic plus tardif, autres maladies concomitantes ou différences en termes de prise en charge) et à l'émergence d'autres facteurs de risques tels que l'obésité ou la sédentarité. Pour éviter cet accroissement des inégalités sociales, il est donc essentiel de faire en sorte que les progrès très importants au niveau du dépistage et de la prise en charge de ce cancer puissent bénéficier à tous de manière égale.

On voit peu à peu s'accroître les inégalités sociales de mortalité par cancer du sein, alors qu'à la fin du XX^e siècle, les femmes moins qualifiées bénéficiaient d'une relative protection.

Pour le **cancer colorectal**, on ne note pas de différence de mortalité selon le statut social de la commune de résidence pour les moins de 65 ans.

Une surmortalité significative dans les communes intermédiaires existe pour la période 2003-2007 (absente en 1998-2002) pour les plus de 65 ans. Cette évolution doit également interpeller les pouvoirs publics au moment de mettre en place un programme de dépistage de ce cancer.

Maladies cardiovasculaires

La mortalité par cardiopathies ischémiques est d'autant plus importante que le statut social de la commune de résidence diminue. Les inégalités face à la mortalité par cardiopathies ischémiques s'expliquent à la fois par des différences d'exposition aux facteurs de risque (stress, tabagisme, activité physique, nutrition) et à la fois par des différences au niveau de la prise en charge (diagnostic, traitement des facteurs de risques biologiques, traitement aigu et réhabilitation après infarctus) (13 ; 19 ; 20).

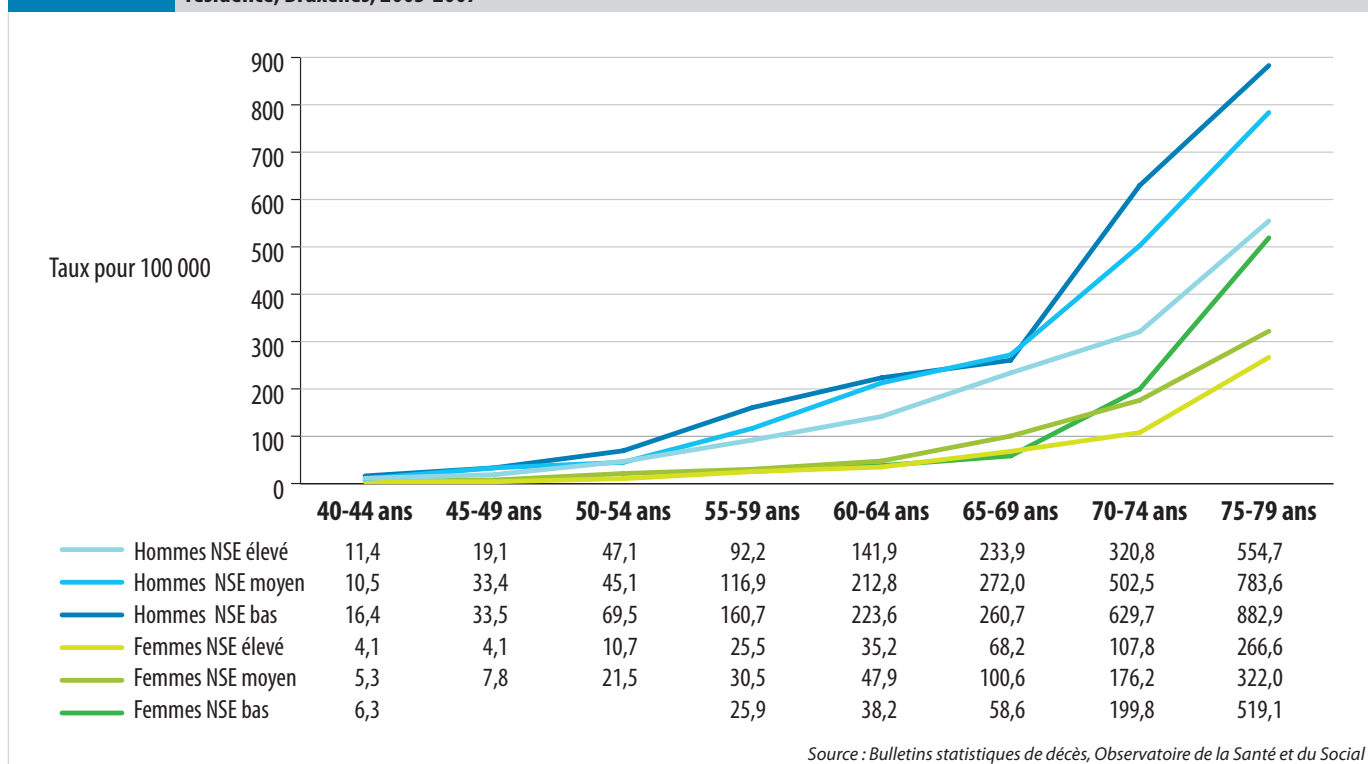
Pour les hommes, il existe un gradient social très net : par rapport aux habitants des communes aisées, les habitants des communes intermédiaires ont un excès de mortalité

avant 65 ans de 36 % et les habitants des communes pauvres de 59 %. Entre 1998-2002 et 2003-2007, l'écart entre les communes intermédiaires et aisées s'est réduit (de +53 % à +36 %) tandis que celui entre communes aisées et pauvres s'est accru (de +41 % à +59 %).

Pour les femmes, la mortalité avant 65 ans est significativement plus élevée dans les communes intermédiaires. Pour les plus de 65 ans, on observe comme pour les hommes un gradient social net avec un excès de mortalité de 54 % pour les femmes des communes pauvres par rapport aux communes aisées.

Figure 3-34

Taux de mortalité par cardiopathie ischémique par âge et par sexe selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007



Diabète

Le diabète^[15] est l'une des causes de décès pour lesquelles les inégalités sociales sont les plus importantes tant avant qu'après 65 ans (voir tableaux 3-02 et 3-03).

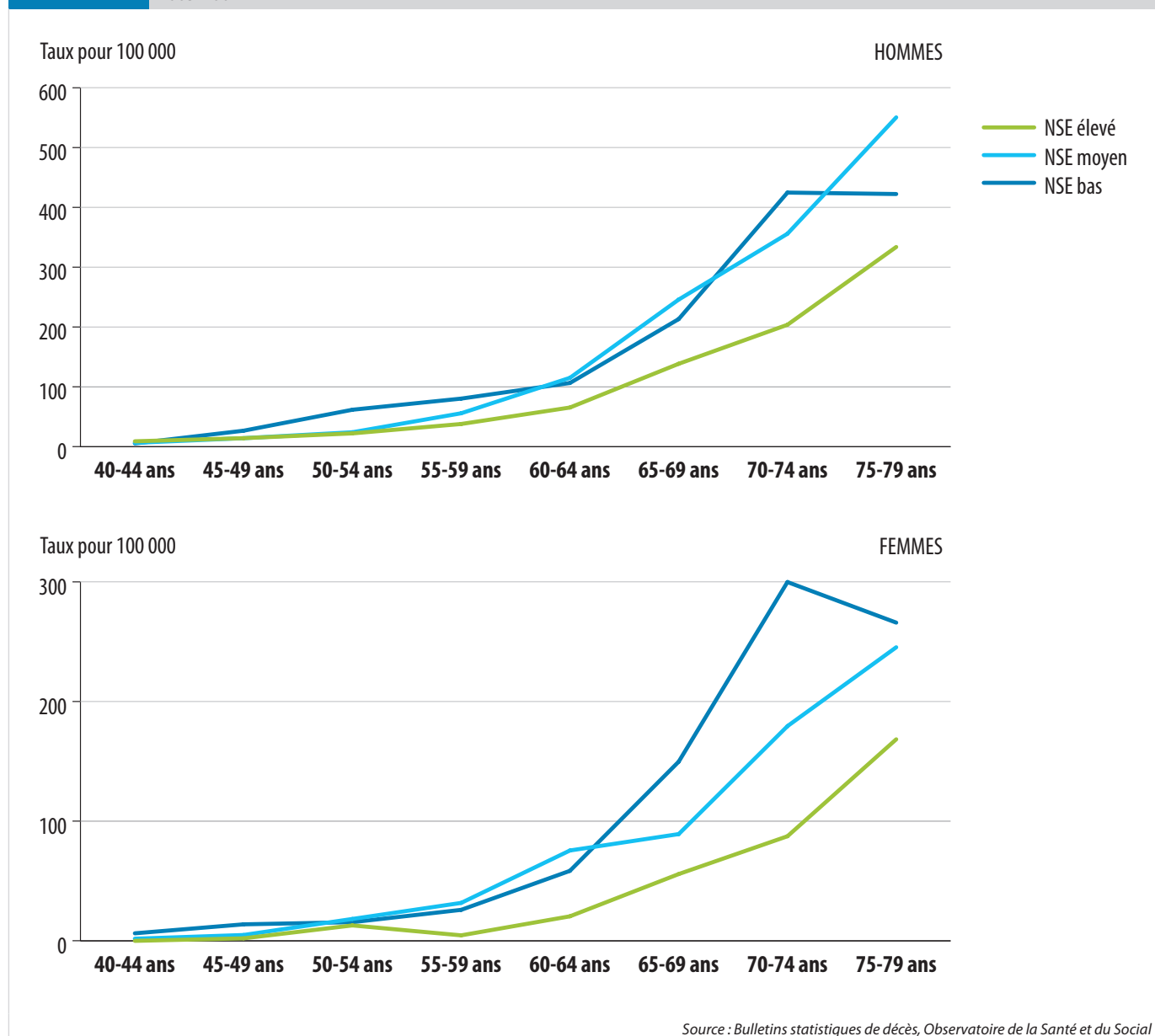
Les différences sont particulièrement marquées pour la mortalité des femmes avant 65 ans : le taux de mortalité est plus de trois fois plus élevé dans les communes intermédiaires et pauvres que dans les communes aisées.

L'impact négatif du statut social s'ajoute aux risques liés à la nationalité pour expliquer les différences très marquées entre catégories de communes. On sait en effet que les femmes turques et marocaines courent un risque accru de développer un diabète (voir partie II, chap 3.7).

L'impact du statut social repose sur des inégalités face aux facteurs de risque, comme les habitudes nutritionnelles ou la sédentarité (voir plus loin). Mais il peut également refléter des différences dans la qualité de la prise en charge.

Figure 3-35

Taux de mortalité par diabète par âge et par sexe selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007



15 Il s'agit ici du diabète mentionné comme cause de décès initiale ou associée (voir partie II État de santé, chap 3.7).

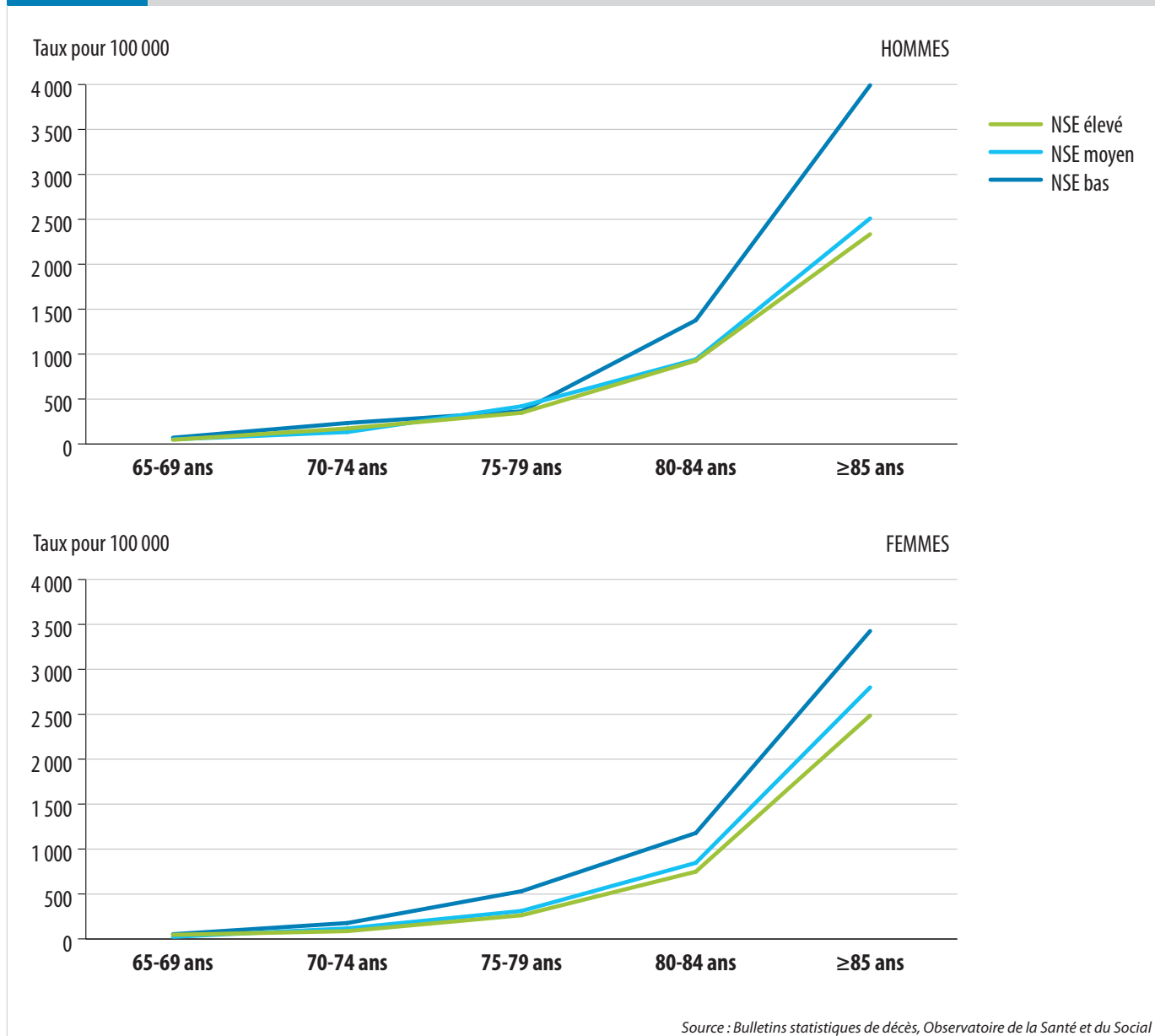
Le **suicide** est l'une des principales causes de décès prématuré à Bruxelles. Cette cause ne contribue cependant pas à la surmortalité observée dans les communes plus pauvres. Au contraire, on observe même une mortalité par suicide significativement plus faible pour les hommes dans les communes pauvres. L'importance de la population bruxelloise issue des communautés marocaines et turques (à faible taux de suicide) peut expliquer cette observation.

La mortalité prématurée par **accident** est par contre plus faible dans les communes aisées que dans les autres catégories de commune.

Au-delà de 85 ans, plus de 17 % des décès sont liés à la **démence** ^[16]. Des études ont mis en évidence une association inverse entre le statut social et le risque de développer une démence (13). On ne dispose pas actuellement de données concernant la prévalence de la démence en fonction des caractéristiques sociales à Bruxelles, mais on observe des différences significatives de mortalité entre catégories de communes. Après contrôle pour l'âge, on note une surmortalité de près de 50 % pour les habitants des communes plus pauvres par rapport aux communes aisées (+49 % pour les hommes et +48 % pour les femmes).

Figure 3-36

Taux de mortalité lié à la démence selon le sexe, l'âge et le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007



16 Il s'agit des décès pour lesquels la démence est mentionnée comme cause initiale ou comme cause associée.

La **pneumonie** est une cause importante de décès pour les personnes âgées. Pour cette pathologie également, on observe un gradient social significatif avec une surmortalité de 54 % pour les femmes et 47 % pour les hommes des communes pauvres par rapport aux communes aisées.

Si l'on s'intéresse à la vaccination des plus de 65 ans contre le pneumocoque, les résultats de l'Enquête santé 2004 montre qu'il existe un faible gradient social selon le niveau d'instruction cependant non significatif.

Les habitants des communes aisées du sud-est de la région bénéficient du taux de mortalité et de mortalité prématurée le plus faible, en général et pour les principales causes de décès, à l'exception du cancer du sein et du suicide.

2.2 LES INÉGALITÉS SOCIALES D'ÉTAT DE SANTÉ

Les inégalités face à la mortalité ne sont que la pointe de l'iceberg. Elles reflètent les inégalités sociales d'état de santé. Celles-ci ont été explorées à travers l'Enquête nationale de santé et de l'enquête HBSC pour les jeunes (voir encadré).

Méthodologie : Inégalités de santé et de styles de vies

Pour les problèmes de santé et les styles de vie, les inégalités sociales ont été analysées au départ de l'Enquête nationale de santé, et, pour les jeunes, au départ de l'enquête HBSC. Il s'agit donc d'une approche de l'état de santé par les personnes elles-mêmes.

L'Enquête de santé contient plusieurs variables approchant le statut social : le revenu du ménage, le statut professionnel, le niveau d'instruction le plus élevé dans le ménage ^[17], ou le niveau d'instruction de chaque individu (pour les personnes qui ont terminé leurs études). C'est cette dernière variable qui a été choisie pour les analyses présentées dans ce rapport.

Le niveau d'instruction individuel permet d'approcher le statut social parce qu'il influence fortement la position sur le marché du travail et reflète les conditions de vie au cours de l'enfance et l'adolescence ; mais il a également pour avantage de prendre en compte la dimension socio-culturelle du statut social, dimension importante pour la santé : par exemple l'accès à des informations de qualité, et la capacité à comprendre et à s'appropriier des informations en lien avec la santé sont fortement associés au niveau d'instruction, indépendamment du revenu.

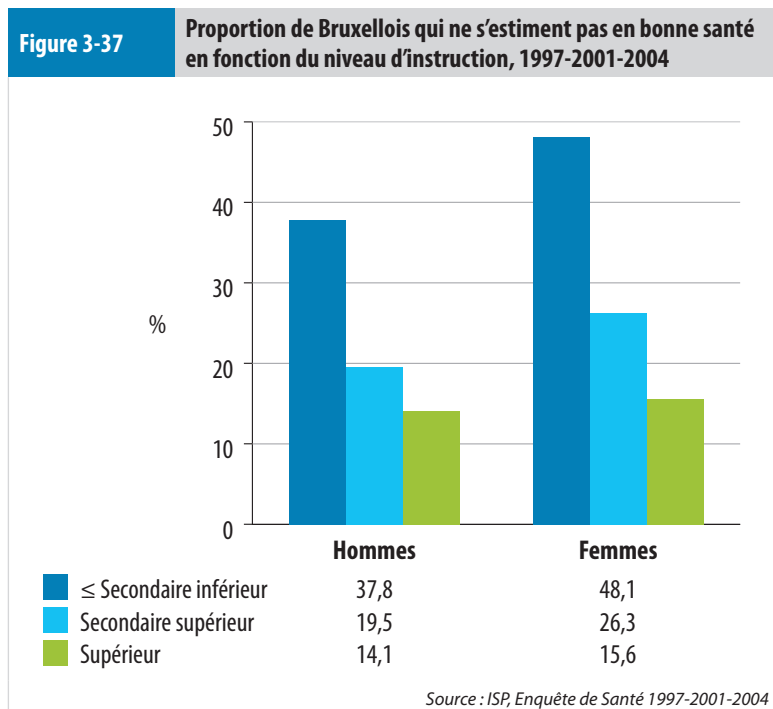
Le niveau d'instruction varie avec l'âge et les jeunes générations ont en moyenne un niveau d'instruction plus élevé. Etant donné que l'âge est également un déterminant majeur de la santé, pour mettre en évidence l'impact du statut social sur la santé, il est donc nécessaire d'ajuster pour l'âge, c'est-à-dire de comparer les niveaux d'instruction «à âge égal». Cet ajustement a été fait par régression logistique (voir Partie VI : «Sources et éléments de méthodologie»).

En ce qui concerne l'enquête HBSC, le niveau socio-économique de la famille du jeune est mesuré en utilisant un score intégrant cinq variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année précédente, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle perçue. Pour l'analyse, les résultats ont été divisés en trois groupes (tertiles) de niveau socio-économique croissant.

17 Cette variable est celle qui est utilisée dans les tableaux présentés sur le site et dans les rapports de l'Institut de Santé Publique.

2.2.1 La santé subjective

La proportion des Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé est inversement liée au niveau d'instruction.



La proportion d'hommes qui ne se perçoivent pas en bonne santé est significativement plus élevée parmi les moins diplômés que parmi les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur (OR = 3,5). Pour les femmes, les écarts sont plus importants encore (OR = 4,2).

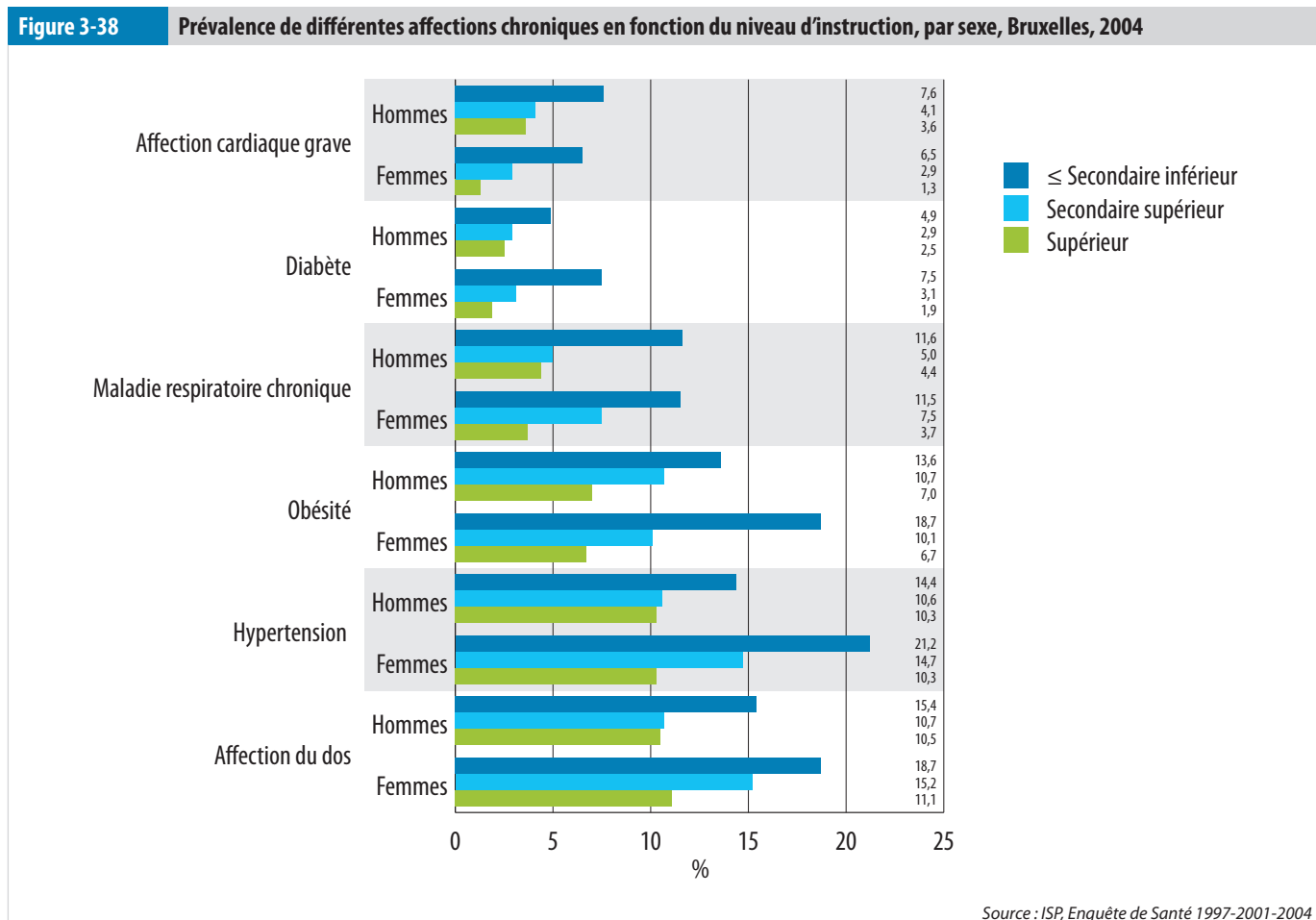
Les inactifs se sentent aussi plus souvent en mauvaise santé que les actifs. C'est bien entendu le cas pour les invalides ou les handicapés pour lesquels l'état de santé est à l'origine de l'inactivité, mais aussi pour les chômeurs. Le risque de ne pas se sentir en bonne santé est significativement plus élevé pour les chômeurs que pour les actifs, tant pour les hommes (OR = 1,6) que pour les femmes (OR = 3,1).

Les personnes les moins diplômées ainsi que les chômeurs se sentent en moins bonne santé que les autres.

2.2.2 Les maladies chroniques

On retrouve un gradient social pour les affections cardiaques graves, l'hypertension artérielle, les bronchites et problèmes pulmonaires chroniques, le diabète et les affections persistantes du dos. Toutes ces différences sont significatives, sauf pour l'hypertension chez les hommes.

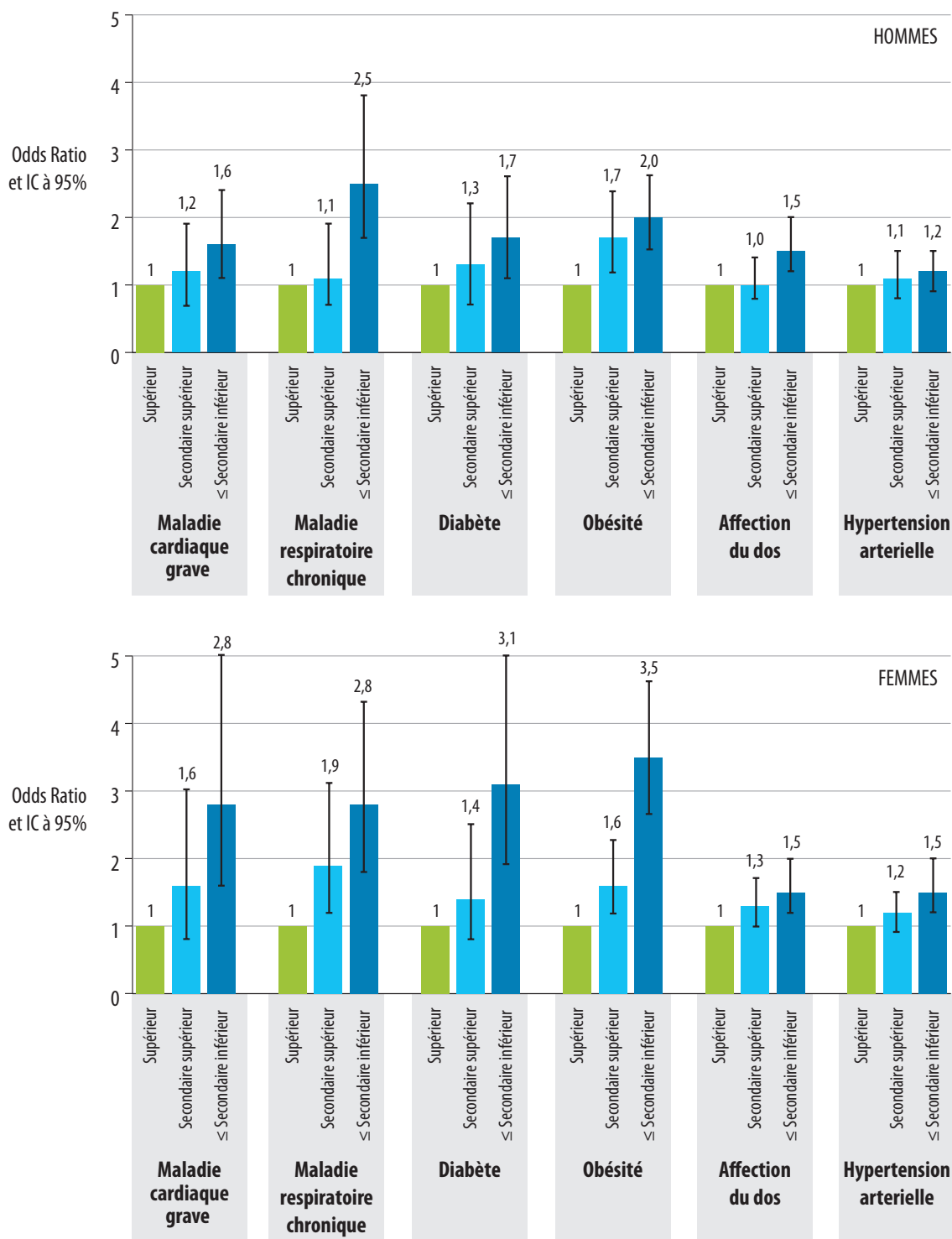
De manière générale, et contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, les inégalités sont plus marquées pour les femmes que pour les hommes.



Après contrôle pour l'âge, chez les femmes, les écarts les plus importants sont observés pour l'obésité, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiaques graves. Pour les hommes, les inégalités les plus marquées se retrouvent pour les maladies respiratoires chroniques.

On note un accroissement des inégalités sociales face au diabète pour les femmes entre 1997 et 2004. Cet accroissement s'explique par une forte augmentation de la prévalence dans les catégories sociales plus défavorisées, alors qu'elle est restée stable chez les femmes qui ont un diplôme d'études supérieures (non illustré).

Figure 3-39 Comparaison de la prévalence d'affections chroniques en fonction du niveau d'instruction après contrôle pour l'âge (OR et IC à 95 %)*, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



*Résultats d'une analyse par régression logistique, pour plus d'information voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»
Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

2.2.3 La santé mentale

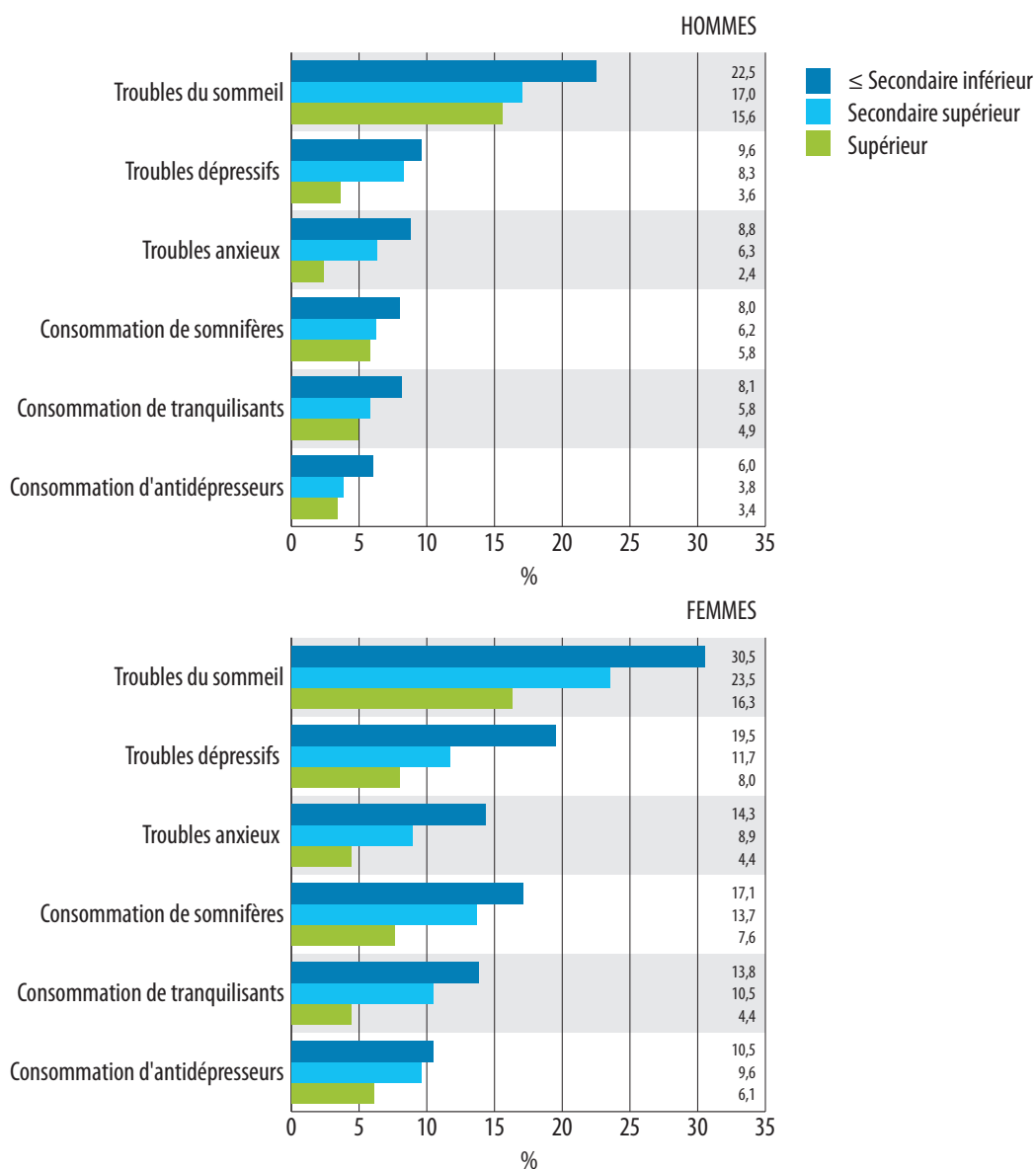
La prévalence de problèmes de santé mentale et de souffrance psychique augmente elle aussi lorsque l'on descend dans l'échelle sociale.

On observe un gradient social bien marqué pour les troubles du sommeil, les troubles dépressifs ou anxieux ^[18], et les inégalités sociales sont plus marquées pour les femmes que pour les hommes (figure 3-40).

Entre 1997 et 2004, on note une augmentation importante de la consommation de somnifères et d'antidépresseurs parmi les personnes les moins qualifiées, alors que cette consommation reste stable pour celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur (non illustré).

Figure 3-40

Troubles psychologiques (2001-2004) et consommation de médicaments psychotropes selon le niveau d'instruction (1997-2001-2004), par sexe, Bruxelles



Source : Enquête de santé 1997-2001-2004

Les inégalités de santé se marquent dès la naissance, avec plus de deux fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus. Elles se poursuivent tout au long de la vie, avec des risques de souffrir de maladies chroniques, d'accidents ou de problèmes de santé mentale qui croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

¹⁸ Rappelons que ces troubles sont explorés dans l'Enquête de santé au travers d'un questionnaire d'auto-évaluation, le «Symptom Checklist-90-Revised ou SCL-90-R, voir Partie II «État de Santé», chapitre 5.

2.3 LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AUX STYLES DE VIE

Les styles de vie, comme les habitudes nutritionnelles, le niveau d'activité physique, et la consommation de tabac ou d'alcool, ont un impact important sur la santé des Bruxellois. Ces styles de vie ne résultent pas uniquement de choix individuels «libres», mais sont largement influencés par les conditions de vie, l'environnement, les ressources économiques, psychiques et sociales, et le niveau d'instruction. C'est ce qui explique les inégalités sociales face à ces comportements.

2.3.1 Le tabagisme

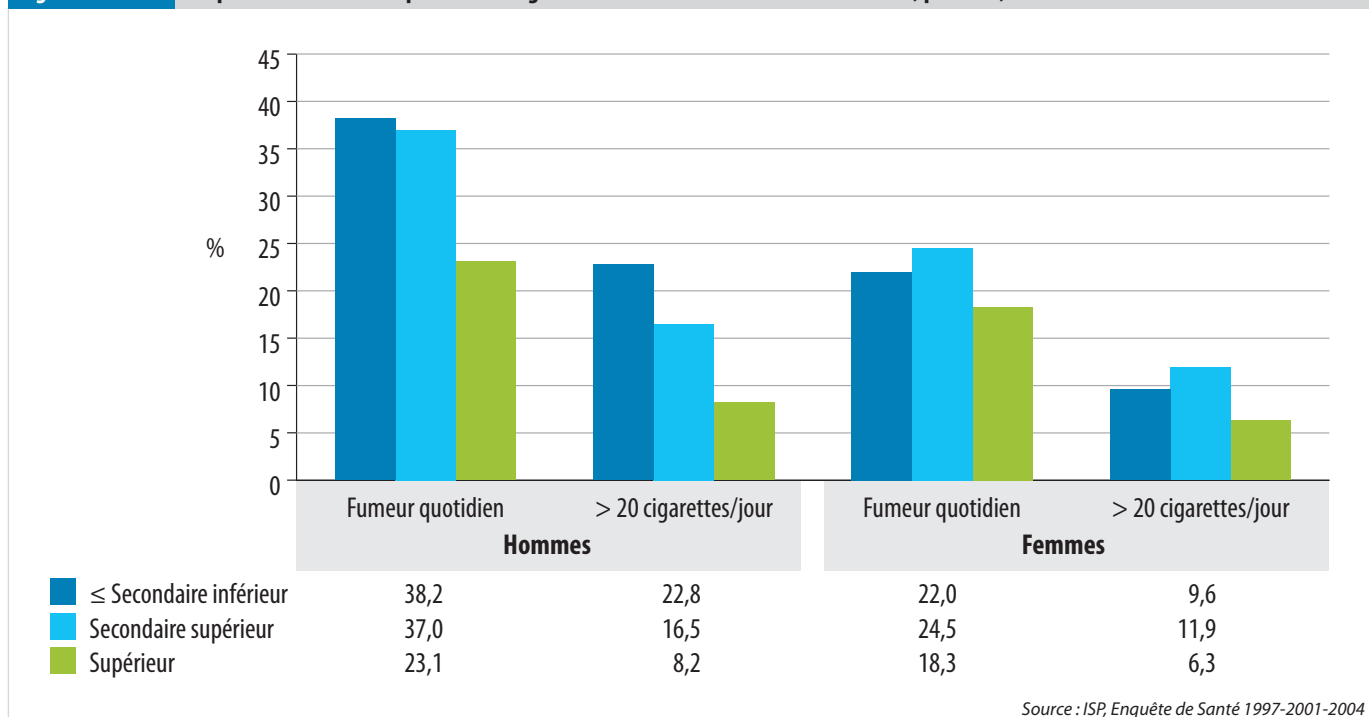
Le tabagisme est un déterminant important de la mortalité et il n'est pas réparti de manière homogène dans la population. Parmi les moins diplômés, 29,3 % des Bruxellois déclarent fumer tous les jours, contre 20,7 % chez les personnes ayant un diplôme d'études supérieures. Cette différence persiste après contrôle pour l'âge.

Pour les hommes, on observe un gradient social clair tant pour le fait de fumer quotidiennement que pour le fait de fumer plus de 20 cigarette par jour (figure 3-41). La part des gros fumeurs parmi les fumeurs est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est faible : parmi les hommes les moins qualifiés, 59,7 % des fumeurs sont des gros fumeurs

contre 44,6 % des fumeurs diplômés de l'enseignement secondaire inférieur et 35,5 % des fumeurs diplômés de l'enseignement supérieur.

Pour les femmes, les différences se marquent surtout entre les femmes diplômées de l'enseignement supérieur et les autres. L'absence de gradient social clair chez les femmes s'explique par la moindre fréquence du tabagisme chez les femmes issues de l'immigration marocaine (figure 3-41). Après contrôle pour la nationalité, on retrouve le même gradient social que celui observé chez les hommes, avec une fréquence de tabagisme qui diminue lorsque le niveau d'instruction augmente.

Figure 3-41 Proportion de fumeurs quotidiens et gros fumeurs selon le niveau d'instruction, par sexe, Bruxelles 1997-2001-2004

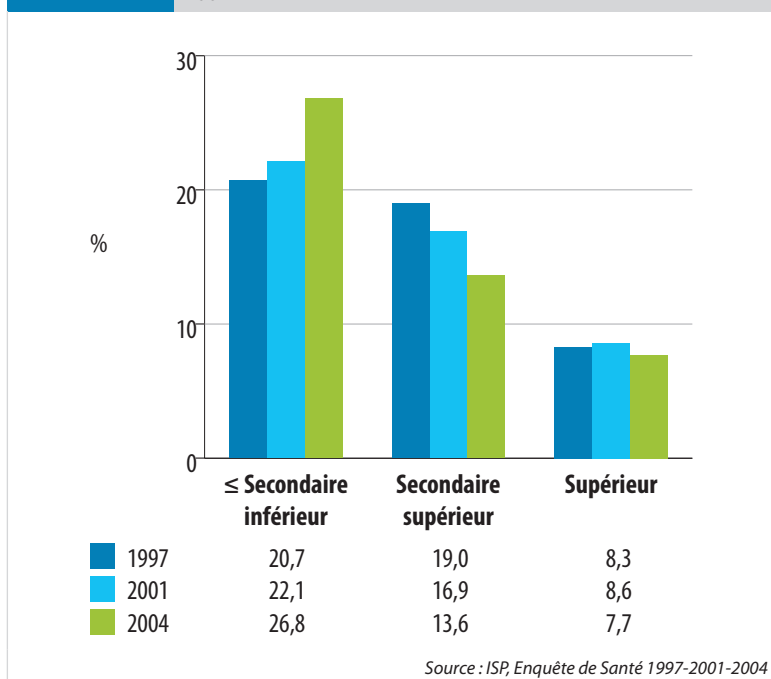


Les inégalités sociales face au tabagisme s'accroissent chez les hommes. La proportion de gros fumeurs diminue entre 1997 et 2004 parmi les Bruxellois ayant au minimum un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, tandis qu'elle augmente parmi les moins qualifiés (figure 3-42). Pour les femmes, les écarts restent relativement stables (non illustré).

Les adolescents déjà sont inégaux face au tabagisme. Les jeunes qui fréquentent l'enseignement général sont moins souvent fumeurs que les élèves de l'enseignement technique ou professionnel, et parmi ceux qui fument quotidiennement, on trouve plus de gros fumeurs parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel, ce qui suggère que ces derniers sont déjà davantage dépendants du tabac, malgré leur jeune âge (source HBSC).

Figure 3-42

Évolution de la proportion de gros fumeurs dans la population selon le niveau d'instruction, hommes, Bruxelles, 1997-2001-2004



2.3.2 La nutrition

Le statut social influence aussi les habitudes alimentaires. En Région bruxelloise, celles-ci sont également influencées par la nationalité (voir chapitre 3 «Bruxelles multiculturelle»). Ces deux facteurs interagissent de manière complexe.

La proportion de personnes qui prennent régulièrement un petit déjeuner est significativement plus élevée pour les diplômés de l'enseignement supérieur que pour les autres catégories (Enquête de santé 2004). La proportion d'adolescents qui consomment régulièrement un petit déjeuner augmente également avec le niveau social (HBSC).

Contrairement à ce qu'on observe pour le reste du pays et dans d'autres pays, on ne trouve pas de différences significatives de consommation de fruits et de légumes entre catégories sociales (21). Ceci pourrait être lié à l'importance de la population issue de l'immigration (avec un niveau de consommation élevé de fruits et légumes) parmi la population moins favorisée.

Chez les adolescents cependant, on observe une proportion croissante de consommateurs réguliers de fruits et de légumes quand on monte dans l'échelle sociale (source HBSC).

La consommation de poisson augmente avec le niveau d'instruction : 66,8 % des Bruxellois ayant un diplôme de l'enseignement supérieur consomment du poisson au moins une fois par semaine, contre 60,3 % de ceux ayant un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et 56,2 % de ceux ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Les différences sont moins marquées pour les femmes (respectivement 65,1 %, 62,8 % et 62,0 %). Après contrôle pour l'âge, les différences sont significatives pour les hommes mais pas pour les femmes.

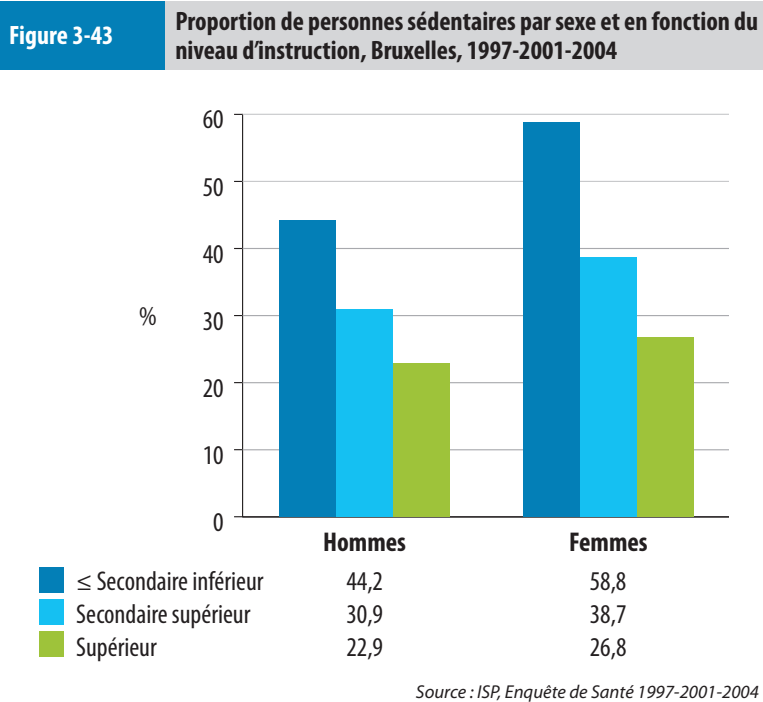
La consommation plus importante de poisson par la communauté marocaine limite le gradient social à cet égard à Bruxelles^[19].

D'autres habitudes alimentaires plutôt défavorables pour la santé sont plus fréquentes parmi les adolescents de statut social bas. Par exemple, la proportion de consommateurs quotidiens de hamburgers ou de frites est 2,5 à 3 fois plus élevée pour les adolescents de statut social bas (7,2 % consomment quotidiennement des frites) que pour les plus aisés (2,8 %) (source HBSC).

¹⁹ Après ajustement pour l'âge et la nationalité par régression logistique, on observe une consommation significativement plus faible de poisson par les Bruxellois de faible niveau d'instruction, tant pour les hommes que pour les femmes (OR niveau inférieur ou égal au sec inf./niveau sup.= 0,53 pour les hommes et 0,72 pour les femmes).

2.3.3 L'activité physique

Il existe un gradient social marqué pour l'activité physique de loisirs. Pour l'indicateur qui a été analysé plus haut (voir paragraphe 1.2), il y a près de deux fois plus de sédentaires^[20] parmi les Bruxellois les moins instruits que parmi ceux qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Après contrôle pour l'âge, les écarts sont plus marqués pour les femmes que pour les hommes (OR niveau inférieur ou égal au sec inf./niveau sup. = 2,7 pour les hommes et 3,5 pour les femmes).



²⁰ Pour rappel il s'agit de personnes à risque par manque d'activités physiques de loisir, sans prendre en compte l'activité physique liée à la profession.

2.3.4 La consommation d'alcool et d'autres drogues

La consommation excessive d'alcool est à l'origine de nombreux problèmes de santé, et dans certains pays, elle contribue aux inégalités sociales de santé (13).

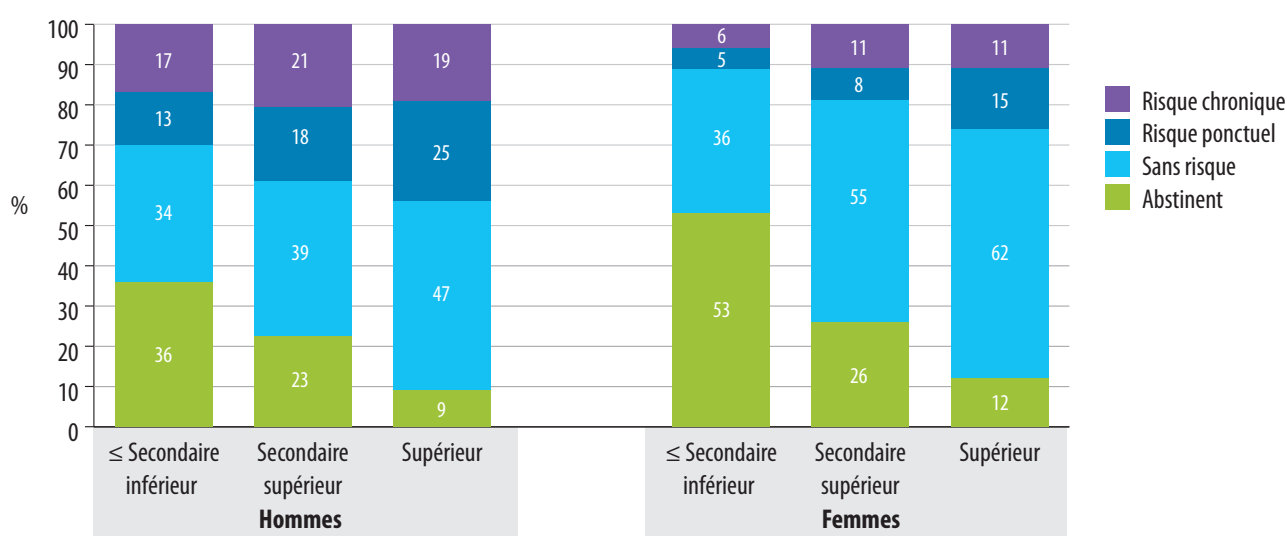
La consommation d'alcool est influencée aussi très largement par des facteurs religieux et culturels. C'est ce qui explique que la proportion de Bruxellois qui ne consomment jamais d'alcool est plus importante parmi les moins qualifiés, chez qui la proportion de personnes issues de l'immigration marocaine ou turque est plus importante.

Chez les hommes, la proportion de consommateurs d'alcool à risque chronique ne varie pas en fonction du niveau de

diplôme (figure 3-44). Par contre, si on ne prend en compte que les non-abstinents, le pourcentage de consommateurs à risque chronique ^[21] est significativement plus faible dans la catégorie sociale plus favorisée.

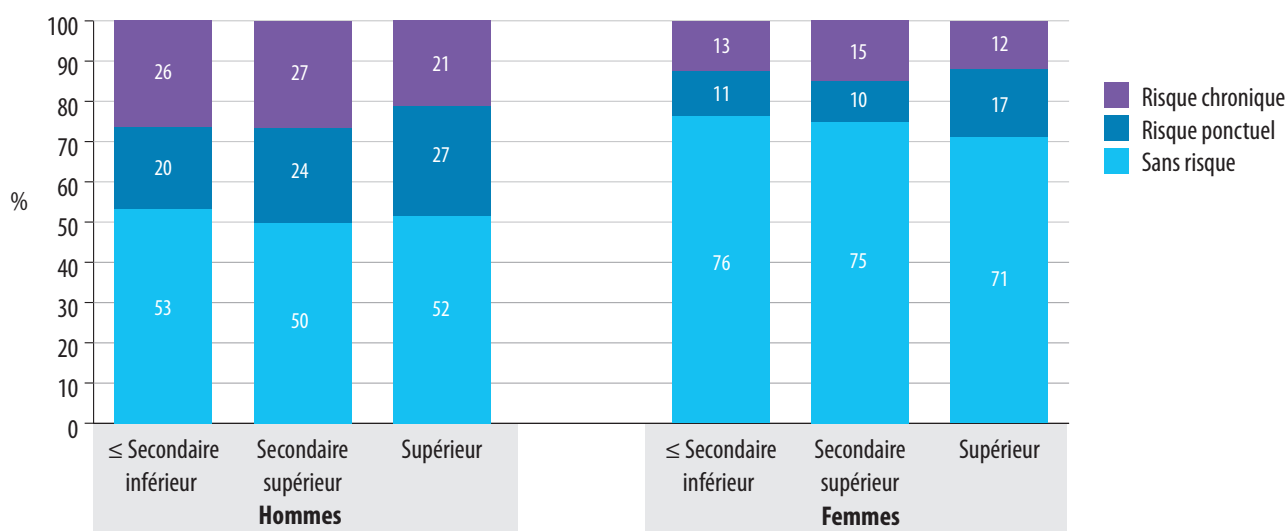
Chez les femmes, la part très élevée de Bruxelloises abstinentes parmi les moins diplômées (plus de la moitié) explique que le pourcentage de consommatrice à risque augmente avec le niveau d'instruction. Si on ne prend en compte que les non-abstinents, il n'existe pas de différence de profil de consommation entre niveaux d'instruction.

Figure 3-44 Distribution du profil de consommation d'alcool par sexe et selon le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

Figure 3-45 Distribution du profil de consommation d'alcool des non-abstinents par sexe et selon le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

²¹ Hommes consommant plus de 21 verres d'alcool par semaine (plus de 14 verres pour les femmes) ou consommant au moins une fois par semaine plus de 6 verres ou plus en une occasion.

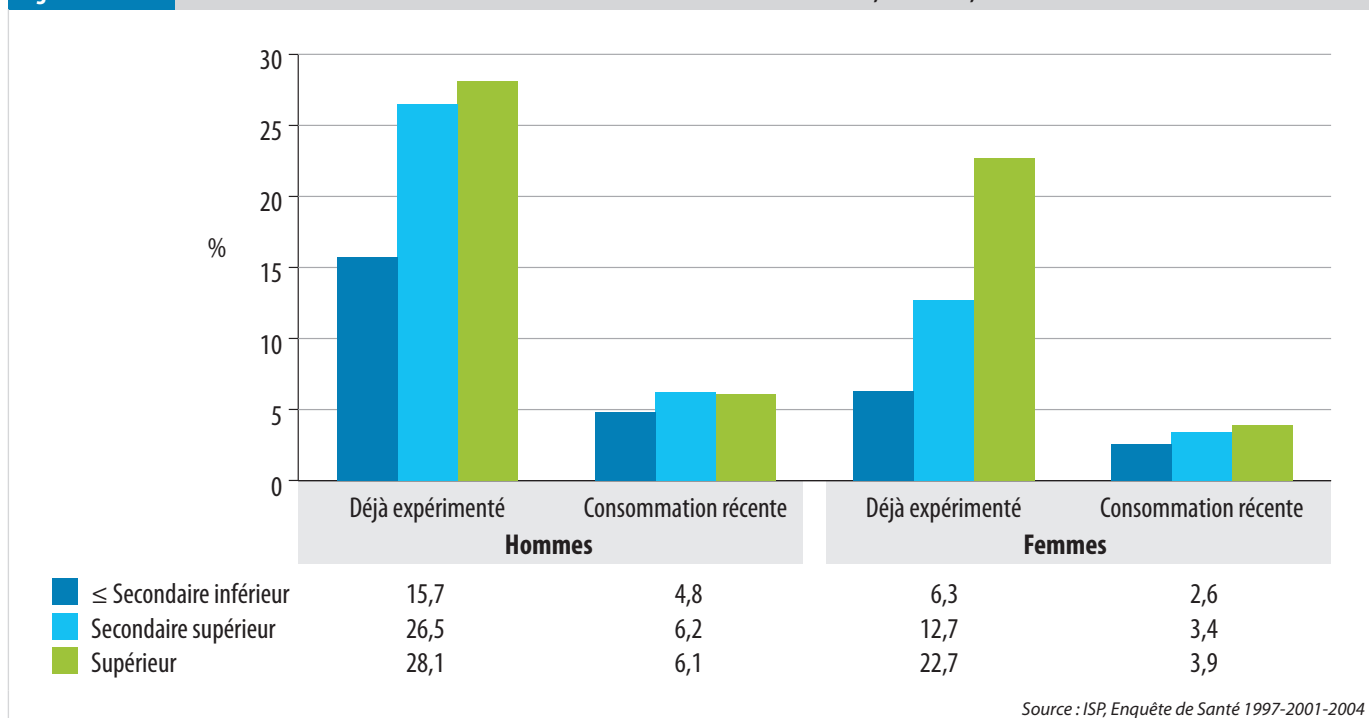
Chez les adolescents bruxellois, on observe une consommation plus fréquente d'alcool chez les élèves de milieu social plus aisés : 29,1 % des jeunes de 13-18 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine contre 12,6 % des jeunes du milieu social le moins aisé (source HBSC, non illustré).

Dans l'Enquête de santé, on observe un gradient social inverse à celui du tabac pour la **consommation de cannabis** chez les plus de 15 ans : plus le niveau d'instruction est élevé, plus la proportion de consommateurs est importante (figure 3-46).

Dans l'Enquête HBSC, on observe également chez les adolescents bruxellois une consommation plus fréquente de cannabis chez les élèves de milieu social plus aisé, à l'égal de l'alcool cité ci-dessus (non illustré).

Toutes les habitudes de vie moins favorables à la santé ne sont donc pas plus fréquentes dans les milieux plus défavorisés.

Figure 3-46 Profil de consommation de cannabis selon le sexe et le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004



Pourquoi les écarts s'accroissent-ils ?

Les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles. Cet accroissement des inégalités résulte le plus souvent d'une amélioration plus rapide et plus marquée de la santé pour les populations plus aisées. C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou cardiopathies ischémiques ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes.

Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme pour l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes.

3. Bruxelles multiculturelle

3.1 INTRODUCTION

Le caractère multiculturel de la Région bruxelloise s'accroît (voir «Contexte démographique» dans la Partie I «Contexte général»). Les Bruxellois «non belges de souche» représentent une part de plus en plus importante de la population, mais ne sont pas constitués d'un groupe homogène.

Il y a les Bruxellois issus des migrations ouvrières venues d'Italie, d'Espagne, du Portugal, de Grèce, de Turquie, du Maroc, puis d'Europe de l'Est, de première, deuxième ou troisième génération ; il y a les migrants plus ou moins temporaires qui viennent à Bruxelles dans le cadre des institutions européennes, de l'OTAN ou de grandes entreprises multinationales ; il y a les personnes qui cherchent refuge en Belgique suite aux guerres ou autres événements tragiques dans leur pays d'origine ; enfin, il y a celles qui cherchent des conditions de vie meilleures mais vivent dans la clandestinité.

Toutes ces situations n'ont pas le même type d'impact sur la santé. Les conditions de vie (logement, travail, etc.), tant au pays d'origine avant la migration que dans le pays d'accueil, ainsi que les habitudes alimentaires, la culture, la religion et les traditions du pays d'origine jouent un rôle important. La santé mentale et physique peut aussi être influencée par le contexte plus ou moins traumatisant de la migration et la discrimination qui touche certains groupes de migrants. D'autres facteurs comme la connaissance de la langue du pays d'accueil, le support social apporté par d'autres

membres de la communauté, etc. peuvent aussi jouer un rôle important, entre autres pour l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge.

Les données disponibles ne permettent pas de différencier ces trajectoires et de cerner les multiples facteurs qui agissent sur la santé des migrants bruxellois. La nationalité est en effet la seule variable disponible. De plus, certaines communautés sont constituées de trop peu de personnes pour pouvoir être prises en compte dans les analyses statistiques. Ce chapitre n'a donc pas la prétention d'approcher très finement la santé des différents groupes de migrants en Région bruxelloise, mais de donner un aperçu de l'influence de la nationalité sur la mortalité, l'état de santé et les styles de vie.

Pour toutes les données présentées dans ce chapitre, qu'elles proviennent des bulletins statistiques de naissance et de décès ou de l'Enquête nationale de santé, la nationalité retenue est la nationalité actuelle (au moment du décès ou de l'enquête). Pour les naissances et les décès des enfants de moins d'un an, il s'agit de la nationalité actuelle de la mère (lors de l'analyse, les nationalités ont été regroupées, voir explication détaillée dans la partie VI Sources et éléments de méthodologie, paragraphe 2.1 Variables et indicateurs).

Etant donné le faible nombre de personnes âgées dans chaque groupe de nationalité étudié, les analyses se limitent aux moins de 75 ans. La mortalité des moins d'un an est présentée à part.

La multiculturalité peut être un facteur d'atténuation du gradient social

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, plusieurs habitudes de vie favorables à la santé sont adoptées davantage dans certaines communautés immigrées, communautés qui comptent aussi une proportion plus élevées de personnes moins favorisées.

À Bruxelles, on ne trouve pas de différences significatives de consommation de fruits et de légumes entre catégories sociales (21) : ceci pourrait être lié à l'importance de la population issue de l'immigration, qui utilise notamment beaucoup de légumes dans la cuisine traditionnelle.

L'absence de gradient social clair chez les femmes bruxelloises pour le tabagisme s'explique par la fréquence moindre du tabagisme chez les femmes issues de l'immigration marocaine.

De même, la proportion de Bruxellois qui ne consomment jamais d'alcool est plus importante parmi les moins qualifiés, chez qui la proportion de personnes issues de l'immigration marocaine ou turque est plus importante.

Enfin, la population issue de l'immigration marocaine consomme volontiers du poisson, ce qui atténue le gradient social pour cette habitude de vie.

On observe donc que pour certains problèmes de santé, les inégalités sociales sont atténuées en Région bruxelloise parce que parmi les populations les moins favorisées se trouvent une part non négligeable de migrants qui ont, ou ont eu, dans leur parcours de vie, des styles de vie relativement plus favorables à la santé.

3.2 NATIONALITÉ ET SANTÉ PÉRINATALE

L'impact de la nationalité de la mère sur la santé périnatale a été présentée de manière détaillée dans le dossier «Les indicateurs de santé périnatale en région de Bruxelles-Capitale 1998-2004» (14). Nous ne reprendrons ici que quelques données actualisées pour la période 1998-2006.

La multiculturalité de la Région bruxelloise transparaît clairement lorsqu'on s'intéresse à la nationalité des mères bruxelloises.

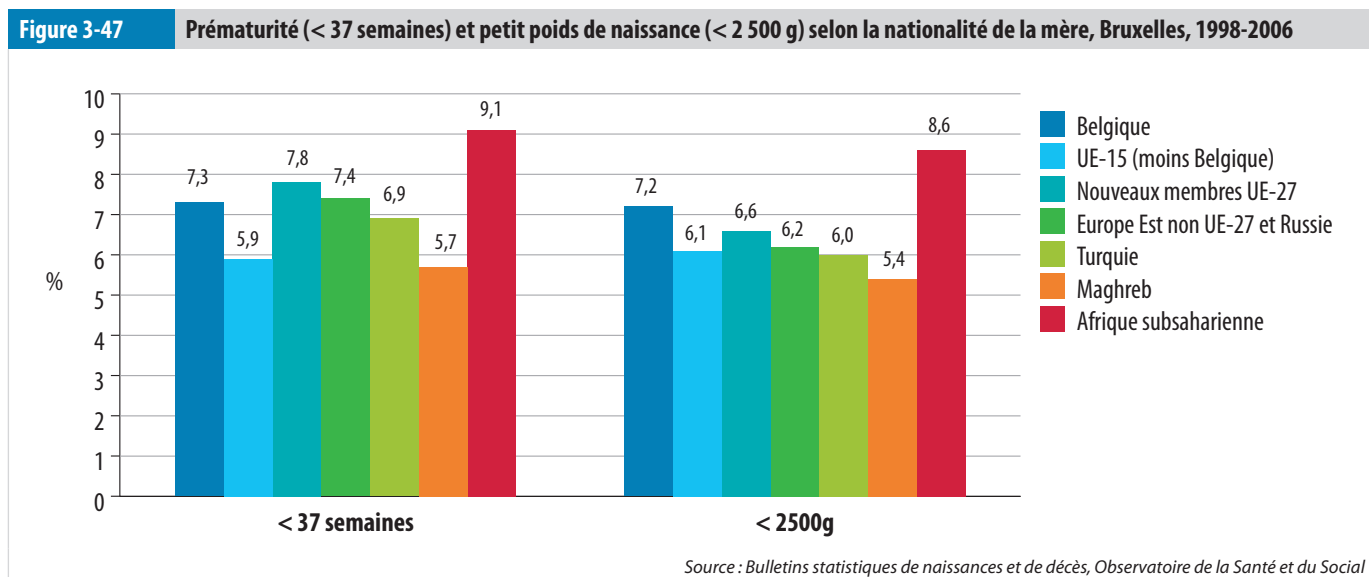
En Région bruxelloise, pour près d'une naissance sur deux, la maman n'est pas de nationalité belge.

	n	%
Belgique	74 767	54,2
EU-15 (moins Belgique)	17 495	12,7
Maroc	16 746	12,1
Nouveaux membres EU-27	4 636	3,4
Turquie	4 301	3,1
Autres Afrique subsaharienne	4 208	3,0
Congo (RDC)	3 737	2,7
Europe de l'Est non EU-27 et Russie	3 578	2,6
Asie Est/Sud	2 455	1,8
Amérique Sud/Centrale et Caraïbes	2 269	1,6
Autre Maghreb et Egypte	1 360	1,0
Asie Nord/Ouest et Proche Orient	1 400	1,0
Amérique du Nord	533	0,4
Europe autre	163	0,1
Autres	306	0,2
Total	137 954	100

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

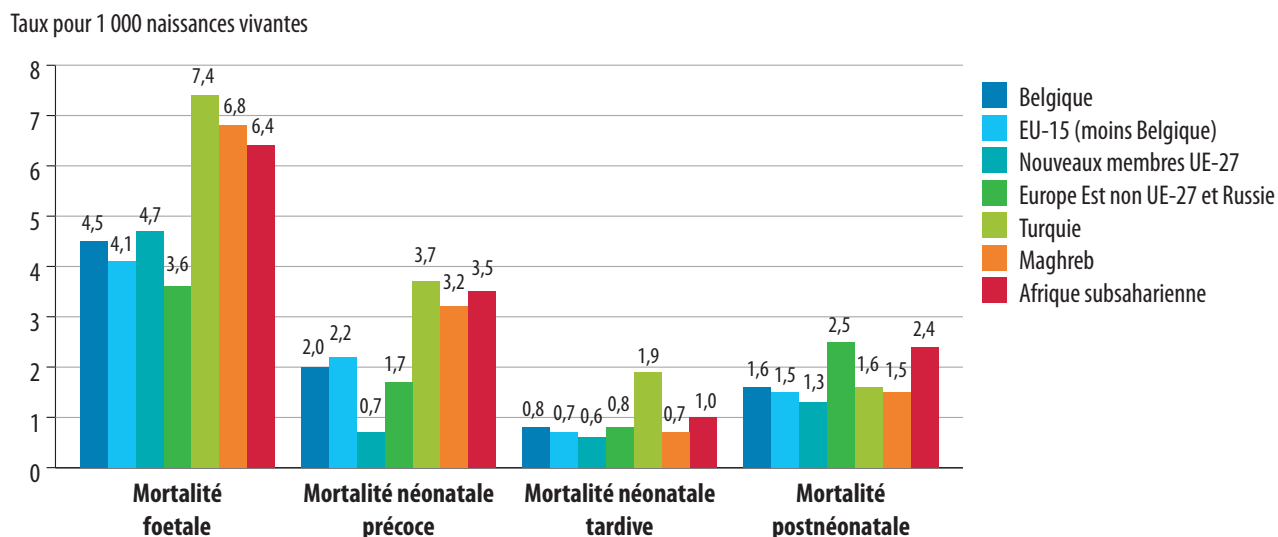
Les proportions de prématurité et de petit poids de naissance diffèrent selon la nationalité de la mère. Les nouveau-nés de mère marocaine sont moins souvent de petits poids et moins souvent prématurés. Les hypothèses explicatives sont les différences nutritionnelles, une plus grande fréquence de diabète gestationnel et moins de tabagisme.

Par ailleurs, la prématurité est nettement plus fréquente chez les nouveau-nés d'Afrique subsaharienne. Ceci s'explique probablement par une conjonction de plusieurs facteurs de risques tels que la précarité et le stress, et une fréquence plus élevée d'infections et de pré-éclampsie (22 ; 23 ; 24).



Les taux de mortalité périnatale (définitions voir note 12) montrent que les bébés de mères turques, d'Afrique subsaharienne ou du Maroc ont un risque accru de décéder en période périnatale.

Figure 3-48 Mortalité foetale, néonatale précoce et tardive et postnéonatale selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2006



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

Après contrôle pour l'âge de la mère et en excluant les grossesses multiples, on observe un excès de mortalité périnatale pour les enfants de mère turque (+86%), maghrébine (+67%) et d'Afrique subsaharienne (+68%) (tableau 3-05).

Après contrôle du nombre de revenus dans le ménage, la surmortalité des enfants de mère d'Afrique subsaharienne disparaît, ce qui signifie que cette surmortalité s'explique en grande partie par la précarité de ces familles. Cette surmortalité peut être mise en parallèle avec l'excès de prématurité et de petit poids de naissance parmi ces enfants.

Par contre, la surmortalité des enfants de mère turque ou maghrébine reste significative après prise en compte du nombre de revenus, ce qui signifie qu'elle ne peut pas être attribuée uniquement aux conditions socio-économiques. Cette surmortalité est paradoxale au vu du faible taux de prématurité et de petit poids de naissance ; les hypothèses évoquées à ce jour sont entre autres un moindre accès aux soins ou une fréquence plus élevée de malformations congénitales.

Tableau 3-05 Mortalité périnatale pour les naissances singletons selon la nationalité de la mère, OR bruts et ajustés, Bruxelles, 1998-2006

Nationalité	OR (IC95 %) brut	OR (IC95 %) ajusté pour l'âge	OR (IC95 %) ajusté pour l'âge et le nombre de revenu dans le ménage
Belgique	1	1	1
EU-15 (moins Belgique)	0,92 (0,74-1,16)	0,90 (0,72-1,13)	0,91 (0,71-1,17)
Nouveaux membres EU-27	0,83 (0,54-1,28)	0,86 (0,56-1,32)	0,52 (0,30-0,88)
Europe Est non EU-27 et Russie	0,86 (0,51-1,36)	0,86 (0,53-1,40)	0,50 (0,27-0,92)
Turquie	1,76 (1,29-2,42)	1,86 (1,35-2,55)	1,65 (1,18-2,30)
Maghreb	1,65 (1,38-1,98)	1,67 (1,40-2,00)	1,53 (1,26-1,85)
Afrique subsaharienne	1,66 (1,3-2,13)	1,68 (1,31-2,15)	1,16 (0,83-1,50)

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

3.3 NATIONALITÉ ET MORTALITÉ

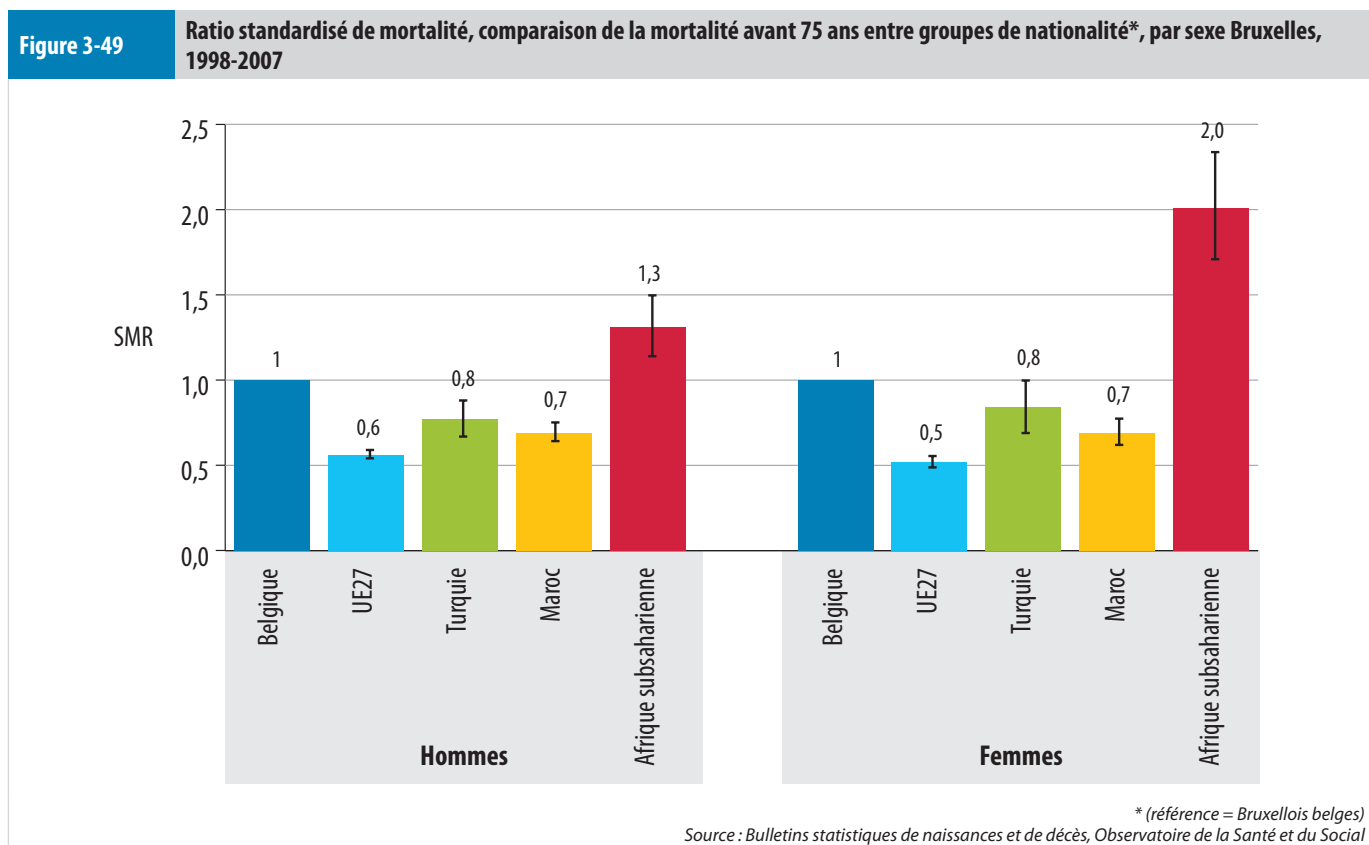
3.3.1 Mortalité générale

C'est la population bruxelloise issue d'un pays de l'UE27 qui présente les taux de mortalité les plus bas : après standardisation selon l'âge, les taux de mortalité prématurée sont près de deux fois moindre pour cette population que pour les Bruxellois belges (voir figure 3-49).

Ceci s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord il est probable qu'une partie des personnes issues de l'UE décèdent dans leur pays d'origine ; ces décès ne sont alors pas enregistrés par les bulletins statistiques de décès. Un deuxième facteur est la surestimation de la taille de cette population, parce que les personnes qui quittent la Région bruxelloise ne sont pas systématiquement radiées des registres de la population (25). Un troisième facteur réside dans les caractéristiques socio-économiques : une partie de la population européenne qui habite en Région bruxelloise bénéficie d'un statut social plus élevé. Enfin, les Européens issus de l'immigration du travail (Espagnol, Italiens, Grecs,...), de statut social moins aisé, peuvent aussi avoir un taux de mortalité plus faible grâce à des habitudes de vie, surtout alimentaires, plus favorables au cours de leur vie (26).

La mortalité prématurée est plus élevée chez les hommes et les femmes d'Afrique subsaharienne que chez les Belges. Après standardisation pour l'âge, la mortalité des femmes avant 75 ans est deux fois plus élevée que celle des femmes belges ; pour les hommes la différence est moins marquée mais significative (voir figure 3-49). L'analyse de la mortalité par cause présentée ci-dessous permet de tester des hypothèses quant aux facteurs à l'origine de cette surmortalité.

Pour les Bruxellois de nationalité marocaine, la mortalité avant 75 ans est significativement plus faible tant chez les hommes que chez les femmes. Après standardisation pour l'âge, la mortalité prématurée est inférieure de 31 % à celle des Belges. La population turque présente également des taux de mortalité avant 75 ans plus faibles que les Belges, de 23 % pour les hommes et 16 % pour les femmes (limite de signification) (voir figure 3-49). Pour ces communautés aussi, l'analyse des causes de décès permet de nuancer ces constats.



3.3.2 Les principales causes de décès par groupes de nationalité

Le tableau ci-dessous reprend les résultats de la comparaison de la mortalité avant 75 ans après standardisation selon l'âge^[22] pour les principales causes de décès pour lesquelles il existe des différences significatives entre nationalités.

Tableau 3-06 Principales causes de décès avant 75 ans par nationalité, SMR, par sexe, Bruxelles, 1998-2007*		SMR (Intervalle de Confiance à 95 %)	
Cause de décès	Nationalité	HOMMES	FEMMES
Mortalité toute cause	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,56 (0,54-0,59)	0,52 (0,49-0,55)
	Maroc	0,69 (0,64-0,74)	0,69 (0,62-0,77)
	Turquie	0,77 (0,67-0,88)	0,84 (0,69-1,00)
	Afrique Subsaharienne	1,31 (1,14-1,50)	2,01 (1,71-2,34)
Cardiopathies ischémiques	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,61 (0,53-0,69)	0,39 (0,29-0,52)
	Maroc	0,79 (0,63-0,98)	1,17 (0,83-1,60)
	Turquie	0,96 (0,64-1,39)	1,36 (0,72-2,32)
	Afrique Subsaharienne	0,68 (0,33-1,25)	1,72 (0,69-3,55)
Maladies cérébrovasculaires	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,71 (0,57-0,87)	0,59 (0,45-0,77)
	Maroc	0,80 (0,53-1,16)	0,91 (0,57-1,36)
	Turquie	1,24 (0,64-2,16)	1,33 (0,64-2,45)
	Afrique Subsaharienne	3,67 (2,17-5,78)	4,02 (2,25-6,63)
Cancer du poumon	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,62 (0,54-0,69)	0,53 (0,42-0,66)
	Maroc	0,83 (0,66-1,02)	0,19 (0,08-0,39)
	Turquie	1,36 (0,97-1,85)	0,18 (0,02-0,65)
	Afrique Subsaharienne	0,48 (0,19-1,00)	0,18 (0,01-1,02)
Cancer du sein	Belgique		1,00
	EU27		0,58 (0,47-0,69)
	Maroc		0,53 (0,34-0,77)
	Turquie		0,55 (0,34-1,07)
	Afrique Subsaharienne		1,47 (0,76-2,58)
Cancer colorectal	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,62 (0,47-0,81)	0,74 (0,54-0,99)
	Maroc	0,26 (0,09-0,56)	0,67 (0,33-1,20)
	Turquie	0,62 (0,17-1,58)	0,21 (0,01-1,15)
	Afrique Subsaharienne	1,00 (0,21-2,94)	0,91 (0,11-3,28)
Diabète (total)	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,64 (0,53-0,76)	0,65 (0,49-0,84)
	Maroc	1,44 (1,13-1,81)	2,82 (2,18-3,58)
	Turquie	0,77 (0,39-1,38)	2,15 (1,21-3,55)
	Afrique Subsaharienne	2,31 (1,32-3,75)	2,44 (1,06-4,82)

22 Il s'agit d'une standardisation indirecte, la population de référence est la population bruxelloise belge (voir partie VI «Sources et éléments de méthodologie»).

Cause de décès	Nationalité	SMR (Intervalle de Confiance à 95 %)	
		HOMMES	FEMMES
Maladies respiratoires chroniques	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,63 (0,51-0,77)	0,31 (0,19-0,47)
	Maroc	0,53 (0,34-0,81)	0,51 (0,23-0,96)
	Turquie	0,85 (0,41-1,57)	0,58 (0,12-1,69)
	Afrique Subsaharienne	0,80 (0,22-2,05)	0,90 (0,11-3,22)
Maladies liées à l'alcool (large total)	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,40 (0,35-0,46)	0,33 (0,25-0,43)
	Maroc	0,15 (0,09-0,24)	0,15 (0,06-0,33)
	Turquie	0,03 (0,00-0,15)	0,08 (0,00-0,47)
	Afrique Subsaharienne	0,58 (0,32-0,95)	1,21 (0,52-2,39)
Accidents de la circulation	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,49 (0,32-0,71)	0,26 (0,08-0,60)
	Maroc	1,28 (0,83-1,89)	0,37 (0,04-1,33)
	Turquie	0,58 (0,12-1,69)	0,62 (0,02-3,43)
	Afrique Subsaharienne	1,05 (0,39-2,29)	0,63 (0,02-3,49)
Autres accidents	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,57 (0,44-0,72)	0,49 (0,32-0,71)
	Maroc	1,02 (0,72-1,41)	0,54 (0,23-1,07)
	Turquie	0,82 (0,36-1,62)	0,92 (0,25-2,36)
	Afrique Subsaharienne	1,90 (1,11-3,04)	1,61 (0,52-3,76)
Suicides	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,39 (0,31-0,48)	0,38 (0,27-0,51)
	Maroc	0,36 (0,23-0,53)	0,17 (0,06-0,40)
	Turquie	0,32 (0,12-0,69)	0,24 (0,03-0,85)
	Afrique Subsaharienne	0,57 (0,30-1,00)	0,13 (0,00-0,70)
Homicides	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,77 (0,47-1,21)	0,15 (0,03-0,44)
	Maroc	1,83 (1,03-3,02)	0,37 (0,04-1,33)
	Turquie	7,32 (4,19-12,0)	-
	Afrique Subsaharienne	2,41 (0,88-5,24)	0,63 (0,02-3,50)

*Les différences statistiquement significatives apparaissent sur fond de couleur
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les principales causes de décès avant 75 ans diffèrent selon la nationalité. Les dix principales causes de décès sont présentées dans les pages suivantes par groupe de nationalité^[23].

23 Il s'agit ici des taux de mortalité avant 75 ans sans standardisation selon l'âge. Les différences entre les différents groupes de nationalité peuvent donc en partie s'expliquer par des différences de structure d'âge de la population de moins de 75 ans.

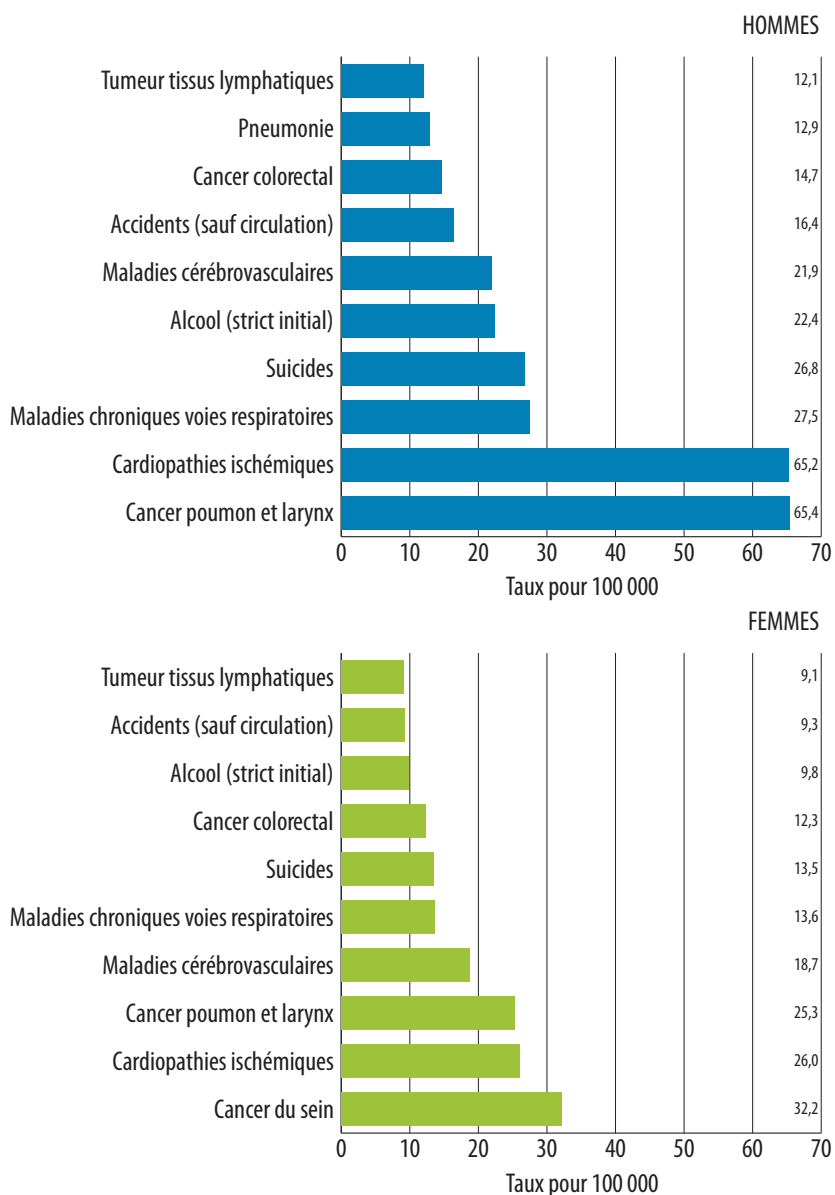
Les Bruxellois de nationalité belge

Le «top 10» des principales cause de mortalité avant 75 ans pour la population bruxelloise de nationalité belge est présentée ci-dessous pour l'ensemble de la période 1998-2007.

Pour les femmes, le cancer sein est la première cause de décès suivie par les cardiopathies ischémiques et le cancer du poumon.

Pour les hommes, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques sont en tête, quasi à égalité.

Figure 3-50 Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité belge, 1998-2007

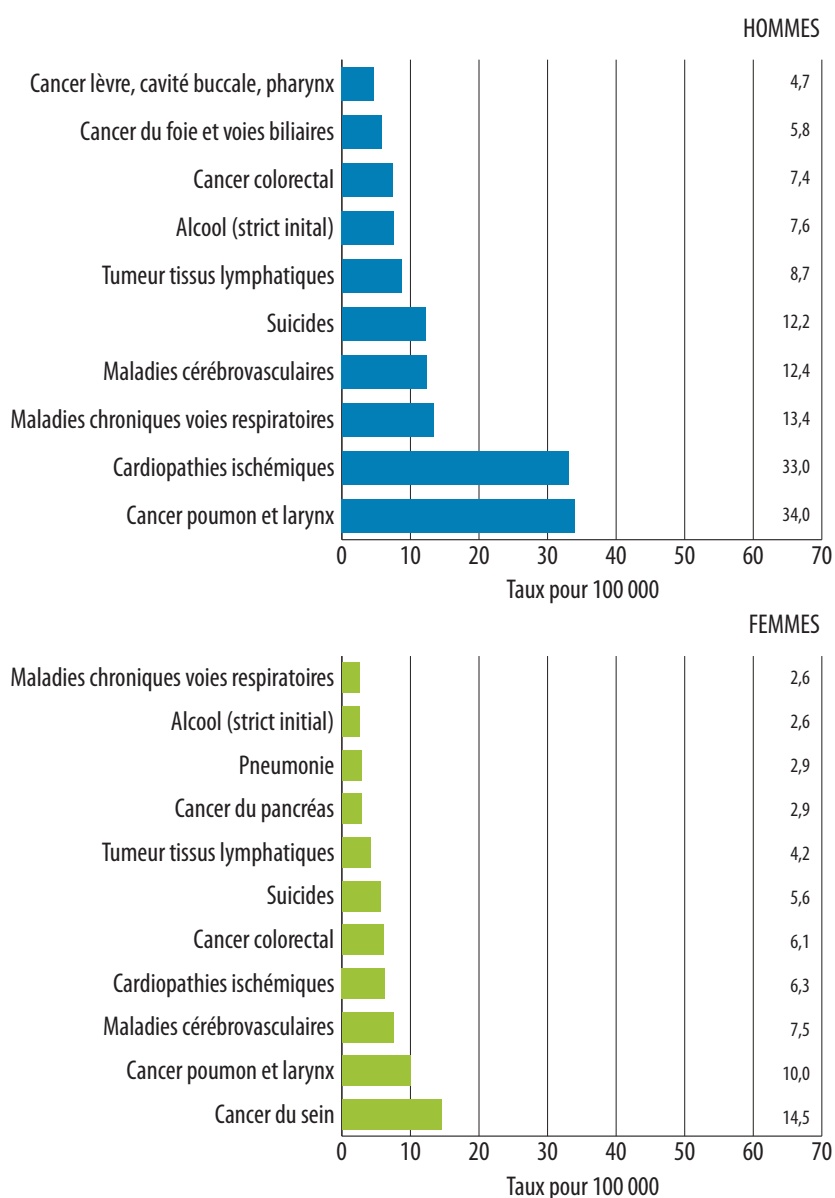


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les Bruxellois de l'EU27

Le profil des principales causes de décès des Bruxellois de l'EU27 est assez semblable à celui des Bruxellois belges, mais les taux bruts sont nettement plus faibles pour la grande majorité des causes. L'interprétation des différences observées est difficile ; diverses hypothèses expliquent les taux de mortalité plus faibles pour ce groupe (voir plus haut).

Figure 3-51 Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de l'EU27, 1998-2007



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

Les Bruxellois de nationalité marocaine

Le "top 10" des principales causes de mortalité avant 75 ans diffère de manière assez nette de celui de la population belge, même si on retrouve en tête également le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques pour les hommes.

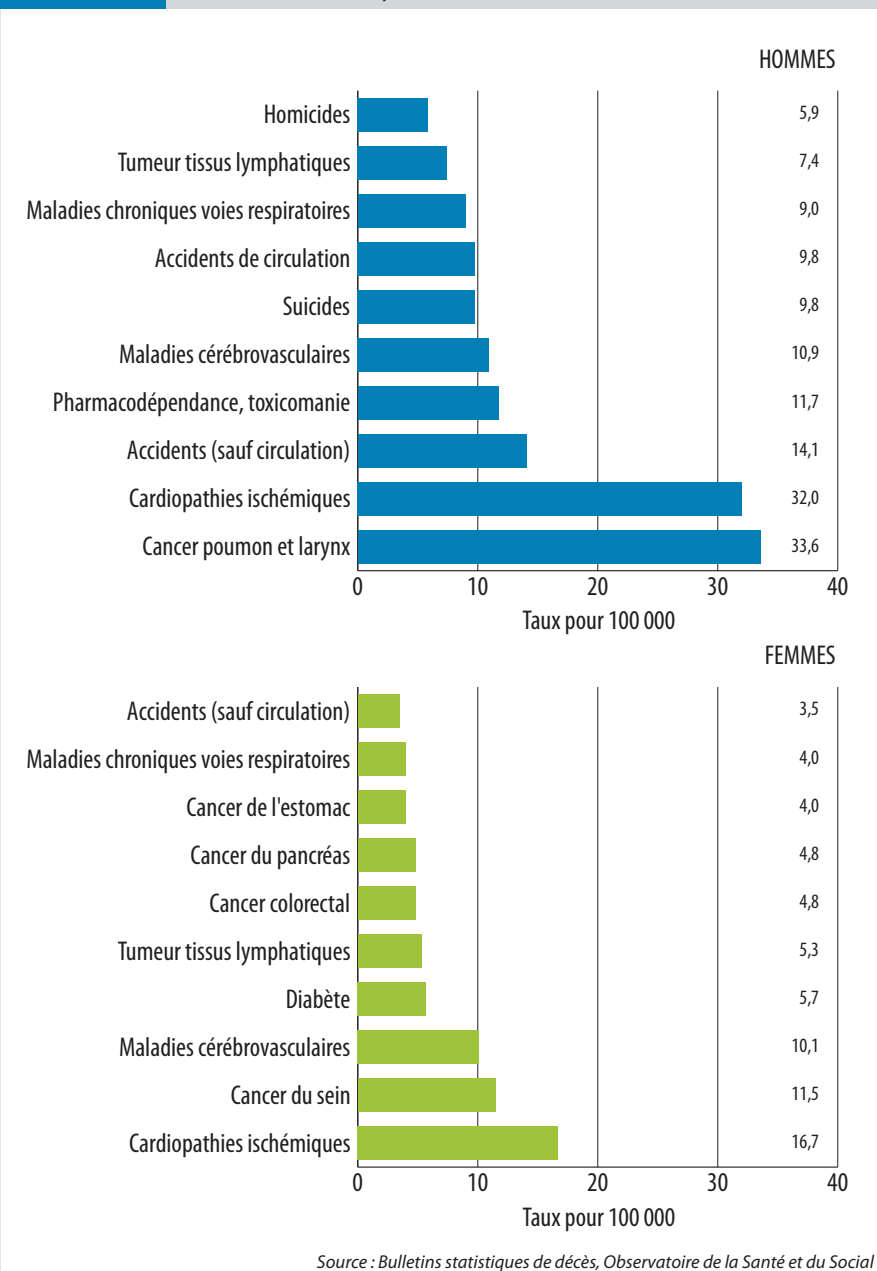
On note chez les hommes marocains un taux de mortalité brut plus élevé pour les toxicomanies qui représentent la quatrième cause de mortalité prématurée^[24]. Les taux de mortalité sont aussi plus élevés que pour les Belges pour les accidents de la circulation et les homicides. Par contre, des causes importantes dans la population belge, comme l'alcool et le cancer colorectal, ne figurent pas parmi les principales causes.

Chez les femmes, le cancer du sein n'est pas la première cause de mortalité avant 75 ans. Ce sont les cardiopathies ischémiques qui viennent en tête. Le diabète, même dans sa définition la plus étroite^[25] (mentionné en cause initiale) est la quatrième cause de décès avant 75 ans.

Le cancer de l'estomac, avec un taux brut plus élevé que chez les Belges, fait partie des principales causes de décès chez les femmes marocaines. On ne retrouve pas une série de causes importantes chez les femmes belges, comme le cancer du poumon, le suicide et l'alcool.

Figure 3-52

Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité marocaine, 1998-2007



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

Les Bruxellois de nationalité marocaine présentent des taux de mortalité nettement plus faible que la population belge, sauf en période périnatale. Cette plus faible mortalité s'explique en grande partie par des habitudes de vie globalement favorables à la santé.

²⁴ L'injection de drogues intraveineuse représente 55 % des modes probables de transmission du Sida chez les malades originaires d'Afriques du Nord (Source : Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D, Épidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31/12/2008, ISP, 2009).

²⁵ Voir plus bas une description plus précise de la mortalité par diabète en fonction de la nationalité.

Les Bruxellois de nationalité turque

Ici aussi, le "top 10" des principales causes de mortalité avant 75 ans diffère de manière assez nette de celui de la population belge.

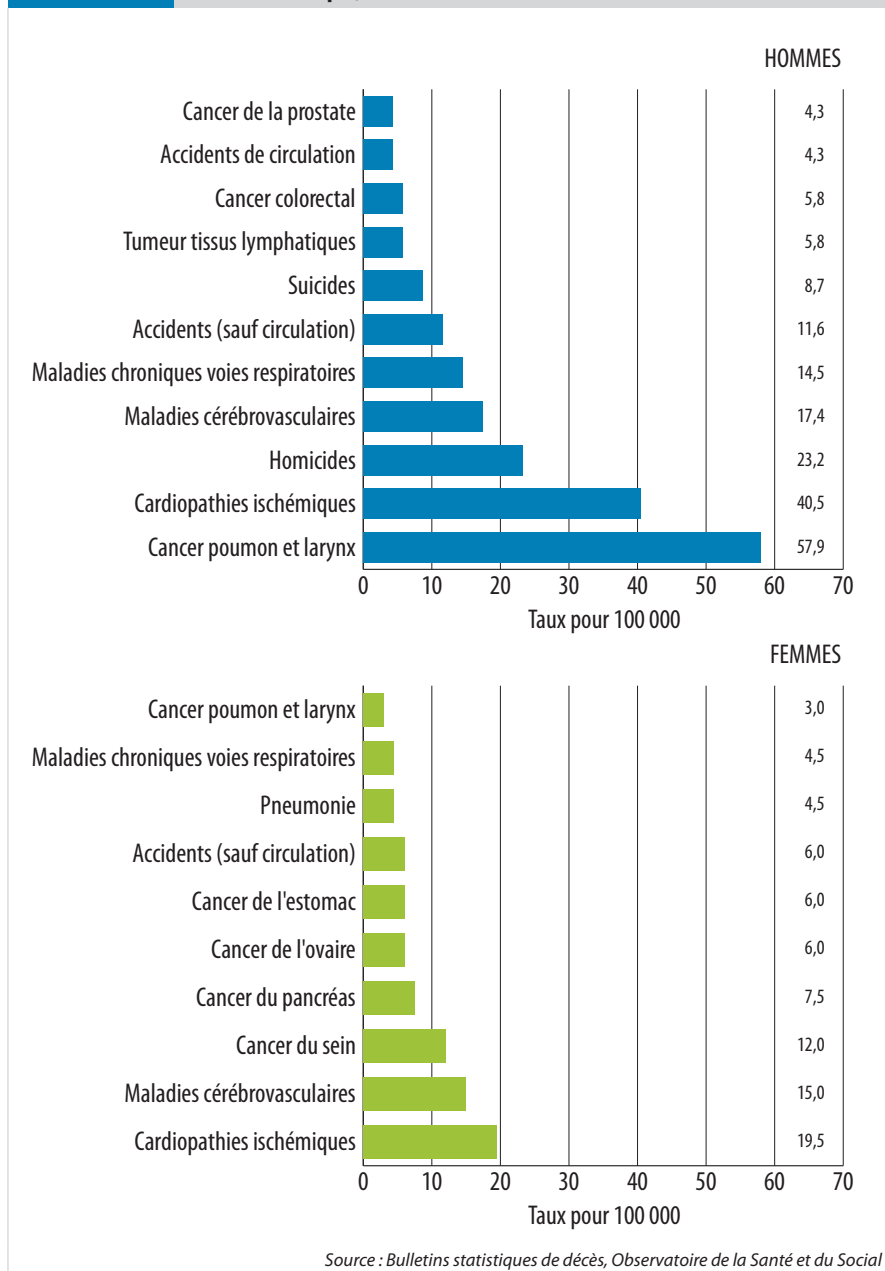
Chez les hommes, le cancer du poumon vient largement en tête, suivi de plus loin par les cardiopathies ischémiques. Le taux de mortalité par homicide est nettement plus élevé que celui de la population belge, et les homicides constituent la troisième cause de décès avant 75 ans chez les hommes turcs.

Pour les femmes, le cancer du sein ne vient qu'en troisième position après les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires. Comme pour les femmes marocaines, on ne retrouve pas dans le top 10 une série de causes importantes chez les femmes belges comme le suicide et l'alcool.

La mortalité par cancer du pancréas est plus élevée et constitue la quatrième cause de décès avant 75 ans. Le cancer de l'estomac, avec un taux brut plus élevé que chez les Belges et les Marocaines, se situe en sixième place.

Le taux de mortalité par diabète, lorsqu'on ne prend en compte que la cause initiale de décès, ne fait pas partie du top 10. Mais si l'on prend en compte également le diabète mentionné en cause associée du décès, le taux de mortalité est beaucoup plus élevé (voir plus bas).

Figure 3-53 Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité turque, 1998-2007



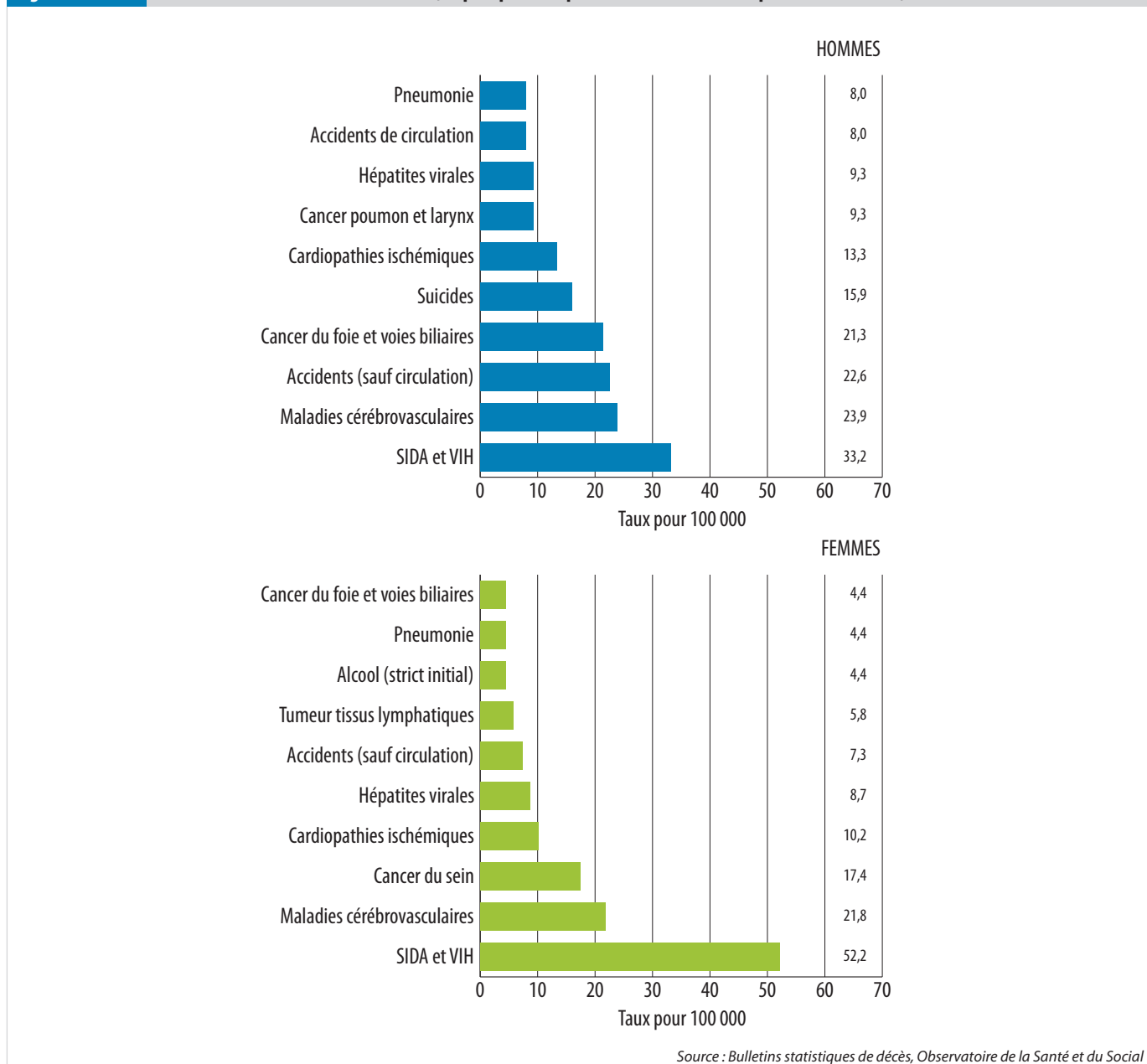
Les indicateurs de santé des Bruxellois de nationalité turque sont proches de ceux des Marocains. Les hommes se différencient cependant par un taux de tabagisme élevé qui entraîne un taux élevé de mortalité par cancer du poumon.

Les Bruxellois d'Afrique subsaharienne

Plusieurs causes expliquent la surmortalité avant 75 ans des hommes et des femmes d'Afrique subsaharienne. Le VIH/sida est la première cause de décès, tant pour les hommes que pour les femmes, mais le taux de mortalité est nettement plus élevé chez les femmes. Les maladies cérébrovasculaires viennent en deuxième position. Les hommes et les femmes africaines présentent également un excès de mortalité par cancer du foie et par hépatite.

Chez les hommes, on note aussi un excès de mortalité liée aux accidents. Par contre, le poids relatif des cardiopathies ischémiques et du cancer du poumon est beaucoup plus faible que pour les hommes belges (peut s'expliquer par une structure d'âge de la population différente).

Figure 3-54 Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois d'Afrique subsaharienne, 1998-2007



Les Bruxellois d'Afrique subsaharienne apparaissent comme un groupe particulièrement vulnérable face à la santé, tant pour la période périnatale avec un taux élevé de prématurité et de décès fœto-infantile, qu'à l'âge adulte. Cette communauté présente des taux de mortalité élevés liés aux infections acquises dans les pays d'origine (sida, hépatites) mais aussi aux accidents vasculaires cérébraux, au diabète et aux accidents (sauf ceux de la circulation).

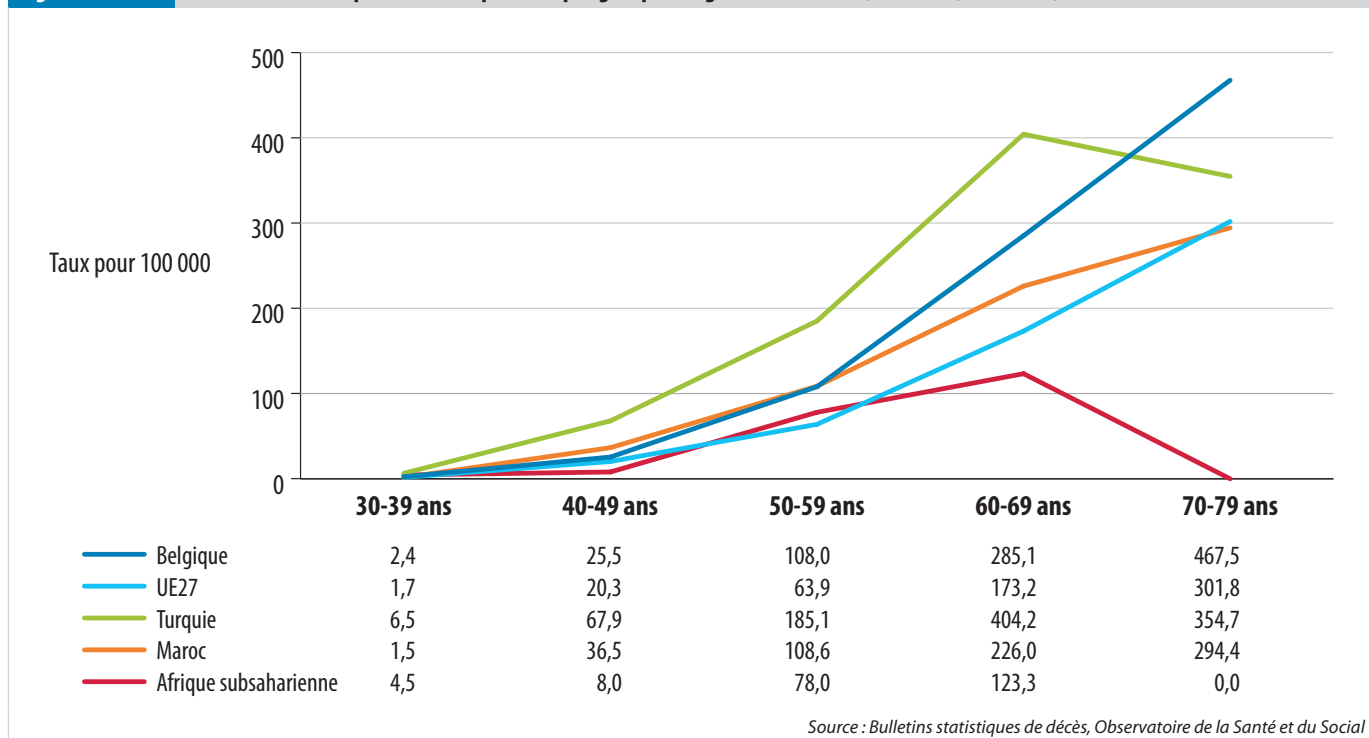
3.3.3 Grandes causes de décès et nationalité

Les cancers

Les variations de mortalité par **cancer du poumon** selon la nationalité diffèrent fortement entre hommes et femmes. Chez les hommes, avant 65 ans, les taux de mortalité les plus élevés sont observés chez les Bruxellois de nationalité turque. Ceci s'explique sans doute par le tabagisme important chez les hommes turcs (voir plus bas). Les taux de mortalité sont par contre significativement plus faibles pour les Bruxellois de l'EU-27. Pour les Marocains, on observe des

taux de mortalité proches de ceux des Belges avant 60 ans, mais inférieurs après 60 ans (voir figure 3-55). Pour les femmes (non illustré), les taux de mortalité sont les plus élevés pour les Bruxelloise de nationalité belge. Après standardisation selon l'âge, le taux de mortalité avant 75 ans est cinq fois plus faible pour les femmes marocaines et turques. Les habitudes tabagiques expliquent probablement ces différences (voir plus bas).

Figure 3-55 Taux de mortalité par cancer du poumon par groupes d'âge et nationalités, hommes, Bruxelles, 1998-2007



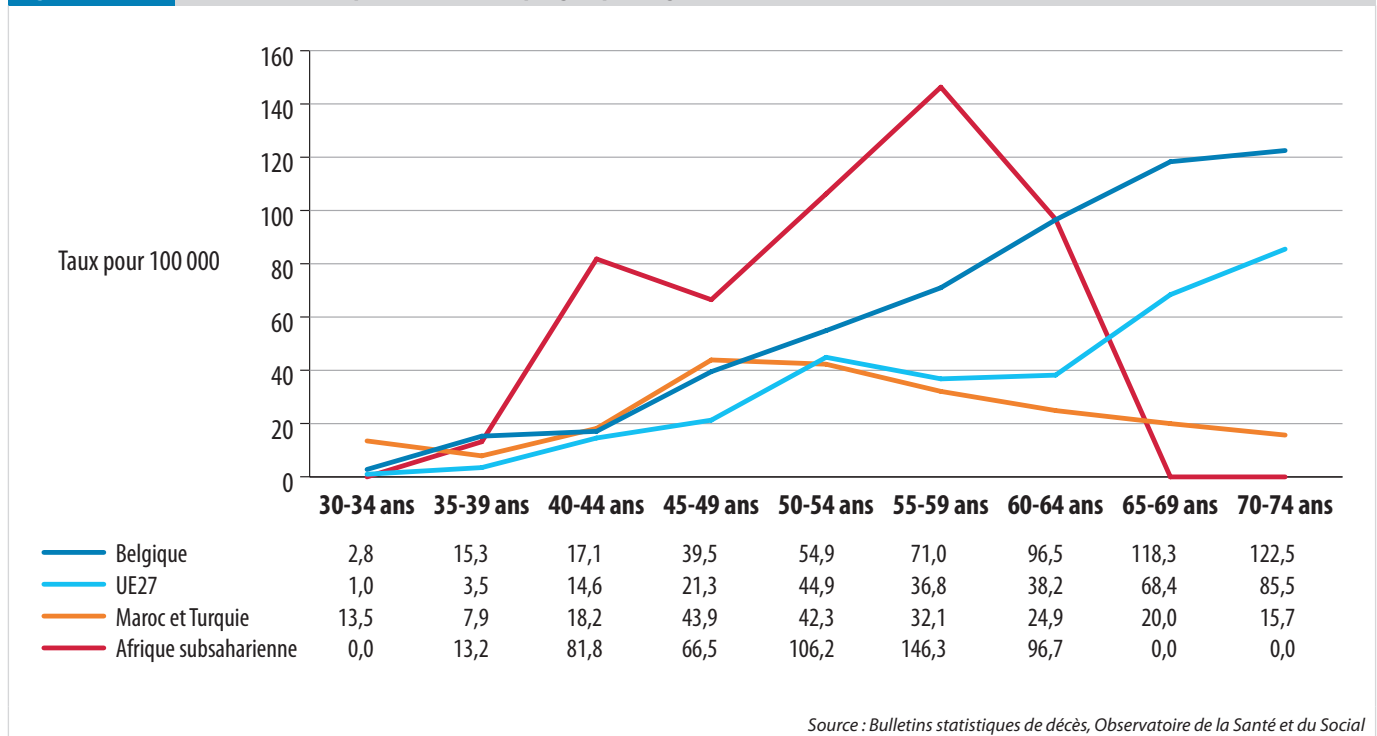
Le taux de mortalité par **cancer du sein** varie lui aussi en fonction de la nationalité. Après contrôle pour l'âge, le taux de mortalité avant 75 ans par cancer du sein est significativement plus faible pour les femmes d'un pays de l'EU 27 que pour les Belges.

Il est également plus faible pour les femmes turques et marocaines (voir Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2). Pour ces dernières, on observe une modification des risques relatifs à partir de 50 ans : avant 50 ans, le taux de mortalité ne diffère pas significativement des femmes belges tandis que pour les plus de 50 ans, après standardisation selon l'âge, la mortalité des femmes turques et marocaines est trois fois plus faible

que celle des femmes belges (SMR = 0,33). Ces différences peuvent en partie s'expliquer par les facteurs protecteurs évoqués déjà plus haut : les femmes turques et marocaines de plus de 50 ans ont eu leur premier enfant plus jeune, et ont eu plus d'enfants, que les femmes belges de plus de 50 ans.

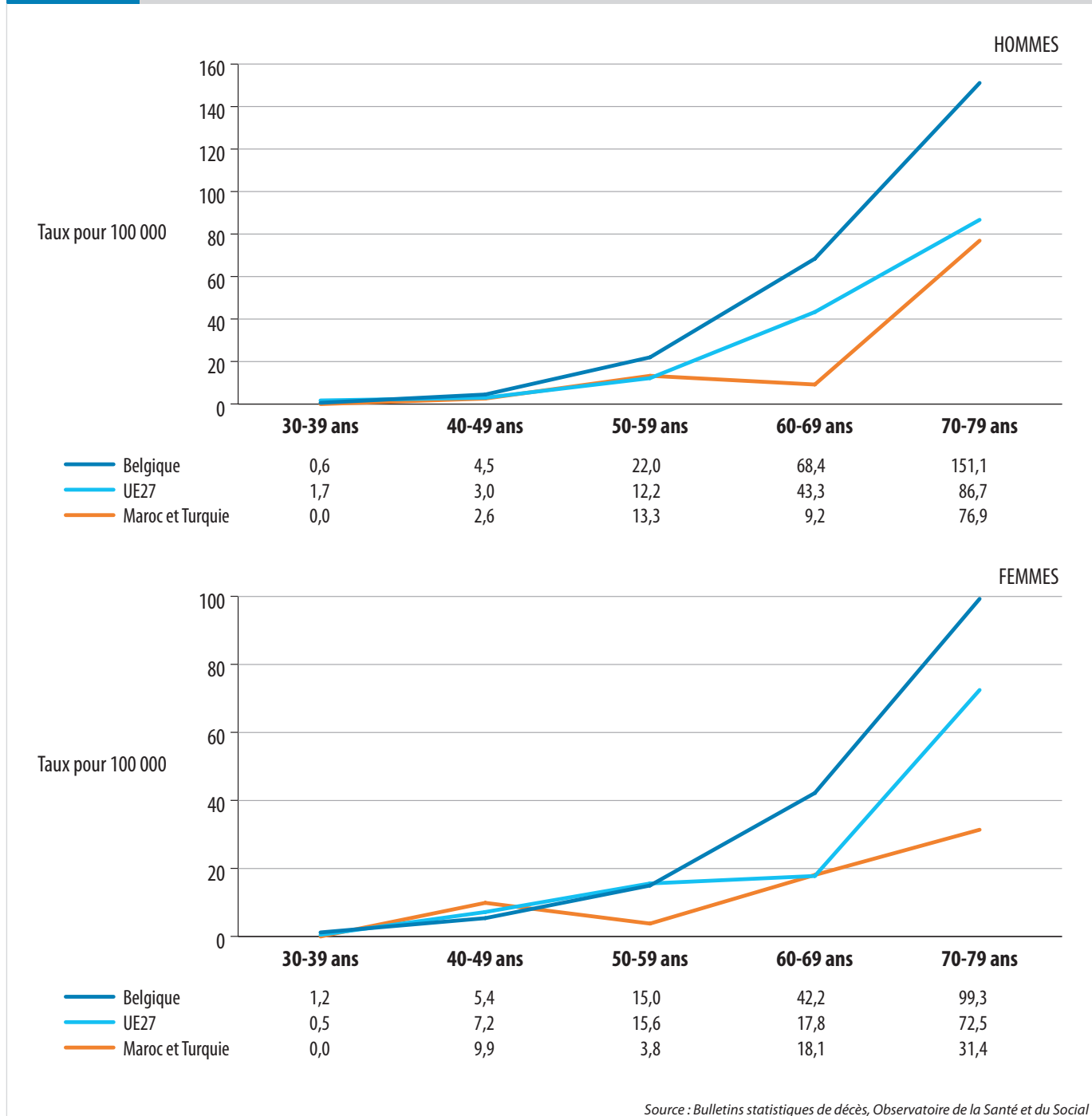
Le taux de mortalité avant 65 ans par cancer du sein est par contre plus élevé pour les femmes d'Afrique sub-saharienne que pour les Belges (voir figure 3-56). On ne peut exclure des inégalités liées à un moindre accès aux soins ou une prise en charge plus tardive.

Figure 3-56 Taux de mortalité par cancer du sein par groupes d'âge et nationalités, femmes, Bruxelles, 1998-2007



Le taux de mortalité par **cancer colorectal** est plus faible pour les Bruxellois de l'EU27, de Turquie et du Maroc que pour les Belges. La mortalité avant 75 ans est significativement plus faible pour les hommes et les femmes de l'EU27 et les hommes du Maroc (voir Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2).

Figure 3-57 Taux de mortalité par cancer colorectal par groupes d'âge et nationalités, Bruxelles, 1998-2007



Les maladies cardiovasculaires

La mortalité par **cardiopathies ischémiques** (non illustré) est significativement plus faible pour les hommes et les femmes issus d'un pays de l'EU27 (-40 % et -61 %) et pour les hommes marocains (-20 %) que pour les Belges.

La mortalité par **accident vasculaire cérébral** (non illustré) est nettement plus élevée pour les Bruxellois d'Afrique subsaharienne que pour les Belges. Le taux de mortalité standardisé avant 75 ans des hommes est 3,7 fois plus élevé et celui des femmes 4,0 fois plus élevé que pour les Belges. De nombreuses études ont montré un même phénomène

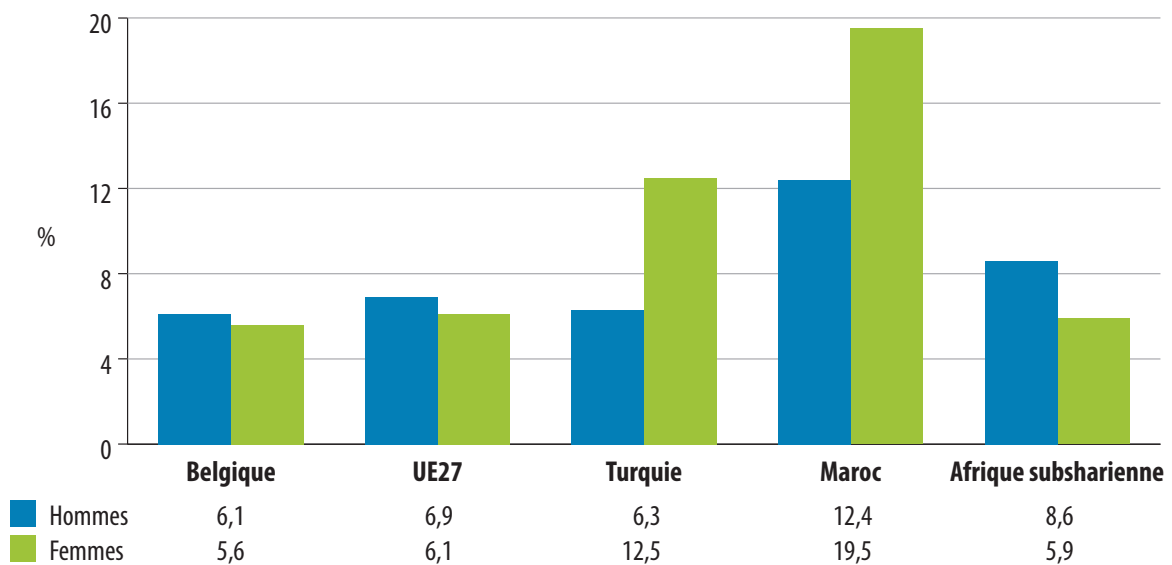
tant pour les populations noires des États-Unis que pour les migrants originaires d'Afrique et des Caraïbes au Royaume-Uni. Cette surmortalité est en partie liée à une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle dans ces groupes. Des auteurs avancent également l'hypothèse d'une moins bonne prise en charge de l'hypertension et d'une prévalence plus élevée de diabète (27 ; 28).

Le taux de mortalité des Marocains (hommes et des femmes) est proche de celui des Belges avant 70 ans et plus faible après 70 ans. La population turque âgée présente des taux un peu plus élevés que la population belge.

Le diabète

La part des décès liés au diabète (définition large) est plus importante pour la population bruxelloise de nationalité marocaine (et turque, pour les femmes). Tout âge confondu, le diabète cause plus de 12 % des décès parmi les hommes marocains et un décès sur cinq pour les femmes marocaines.

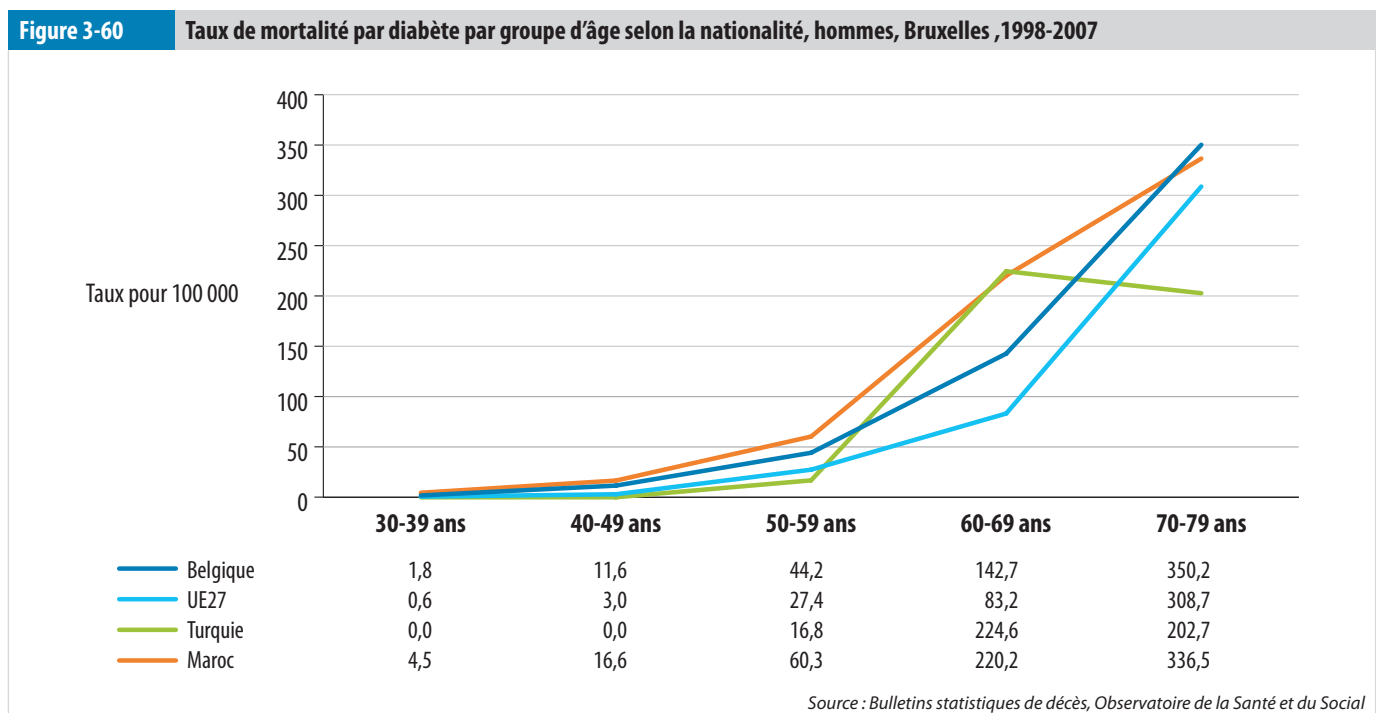
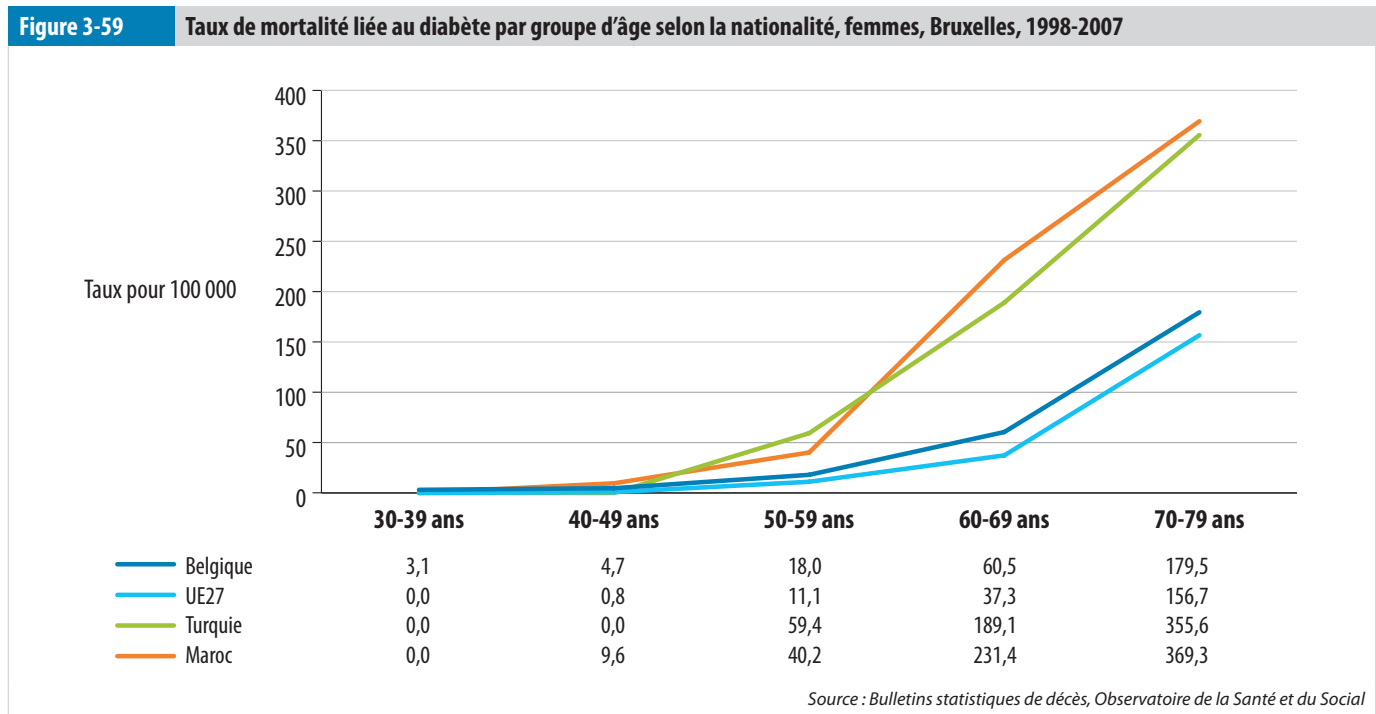
Figure 3-58 Pourcentage des décès tout âge liés au diabète selon la nationalité, Bruxelles, 1998-2007



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

Les taux de mortalité sont très nettement supérieurs pour les femmes marocaines et turques que pour les femmes belges ou issues d'un pays de l'UE 27. Les taux de mortalité standardisés des femmes marocaines et turques sont respectivement 2,8 et 2,2 fois plus élevés que les taux des femmes belges.

Les hommes marocains, mais pas les Turcs, présentent également une surmortalité liée au diabète (voir également Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2).



La population d'Afrique subsaharienne (non représentée dans les graphiques ci-dessus à cause du très faible nombre de décès dans certaines tranches d'âge) présente aussi un risque deux fois plus élevé de décéder du diabète que la population belge (voir Tableau 3-06 dans paragraphe 3.3.2).

3.4 ÉTAT DE SANTÉ ET NATIONALITÉ

Si la mortalité est plus faible pour la plupart des nationalités les plus représentées à Bruxelles, cela ne signifie pas que l'état de santé de ces populations soit systématiquement meilleur que celui de la population belge.

L'enquête de santé ne permet pas d'analyser la situation des Bruxellois d'Afrique subsaharienne, trop peu nombreux dans l'échantillon.

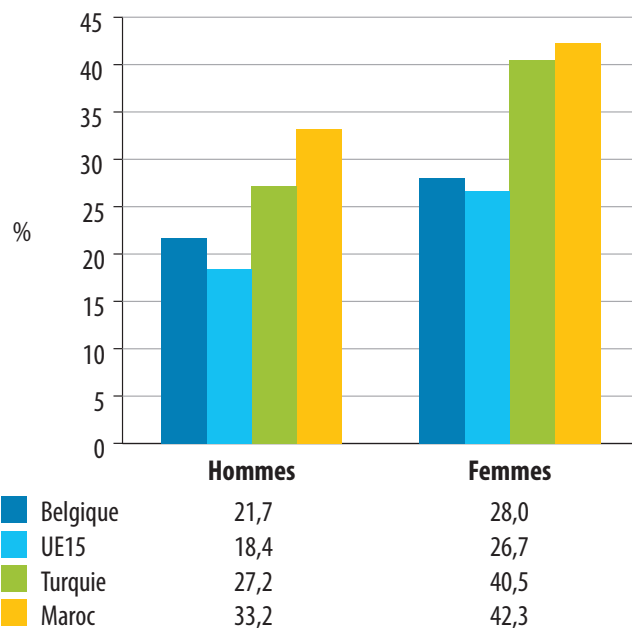
3.4.1 La santé subjective

La proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est plus élevée pour les Bruxellois de nationalité marocaine ou turque.

Ces différences sont significatives tant pour les hommes que pour les femmes^[26].

Figure 3-61

Proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

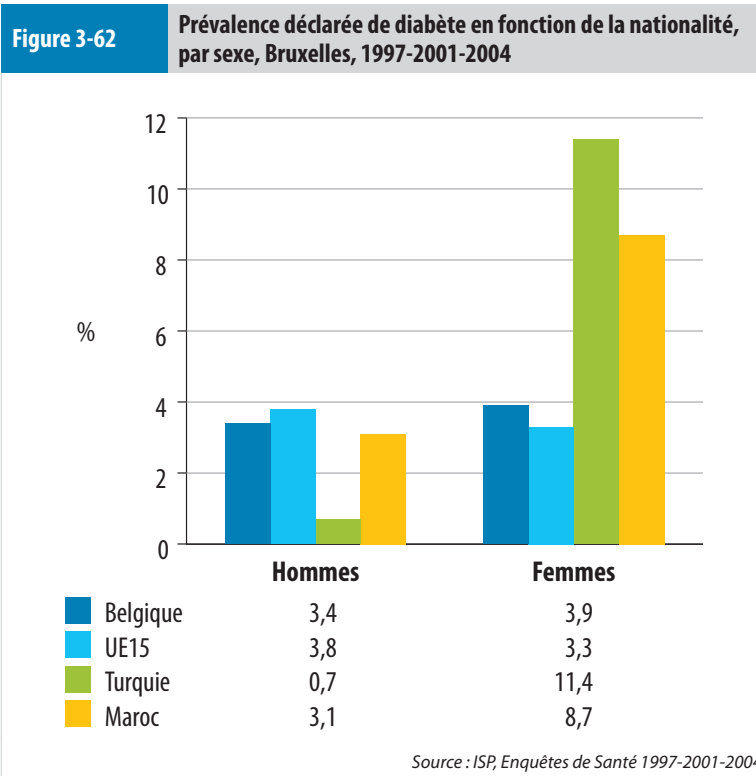
On l'a vu plus haut, l'état de santé est significativement associé au niveau d'instruction. À niveau de diplôme équivalent, les hommes marocains se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes belges (OR = 1,8). Par contre, les différences observées pour les hommes turcs et les femmes turques et marocaines disparaissent lorsqu'on tient compte du niveau d'instruction. On peut donc supposer que la plus mauvaise santé des immigrées marocaines et turques est en grande partie expliquée par leur situation socio-économique défavorable.

Ce mauvais état de santé perçue contraste avec les taux plus faibles de mortalité prématurée constatés pour ces populations. Ceci a également été observé en France (29) et les auteurs s'interrogent sur la comparabilité de l'indicateur de santé perçue entre différentes nationalités (normes de bonne santé et aspiration des individus peuvent varier en fonction de la culture).

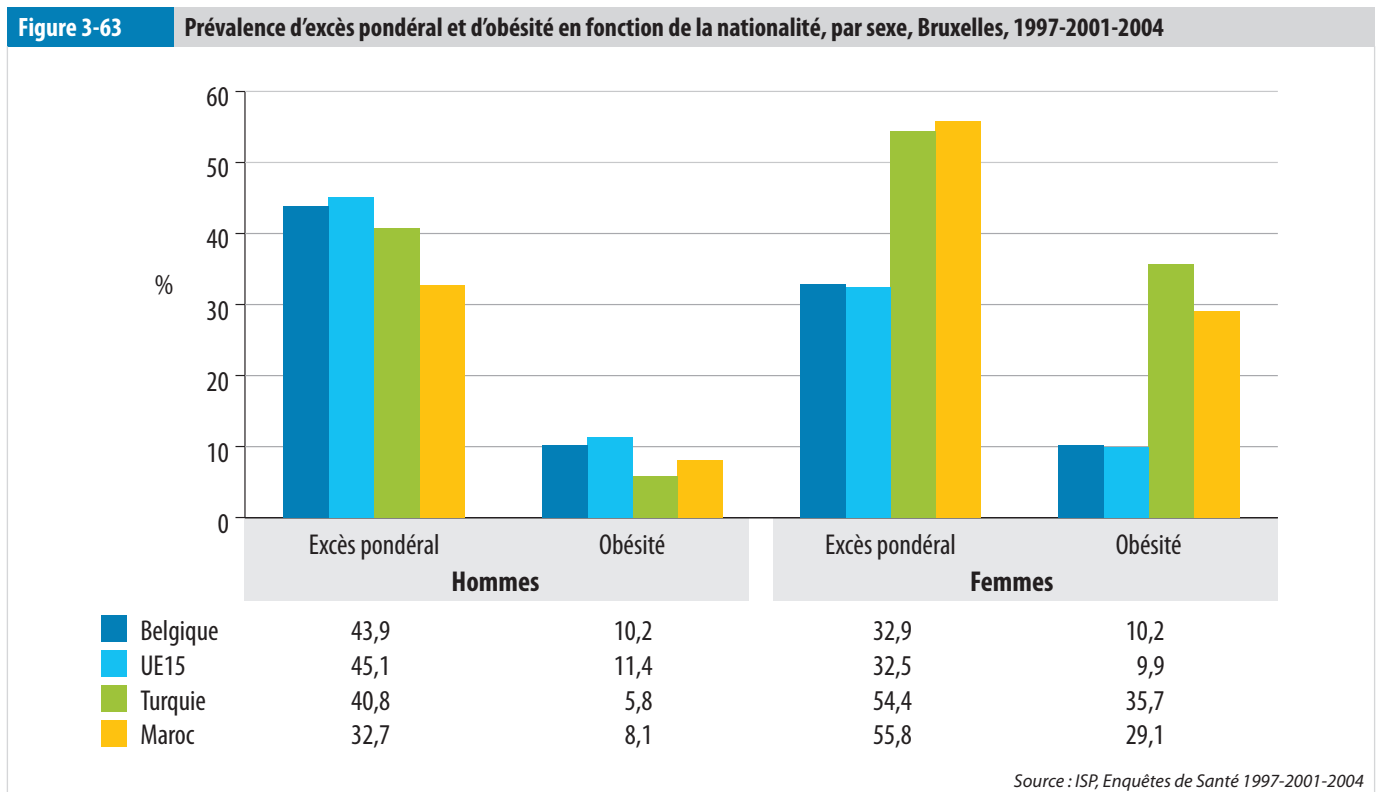
²⁶ OR = 2,1 pour les Turcs et 2,5 pour les Marocains ; et OR = 2,8 pour les Turques et 2,7 pour les Marocaines.

3.4.2 Les maladies chroniques

Comme pour la mortalité, on observe les différences importantes de prévalence du diabète en fonction de la nationalité. Si aucune différence significative n'est observée chez les hommes, les femmes turques et marocaines déclarent beaucoup plus souvent souffrir de diabète que les femmes belges (les OR sont respectivement de 6,7 pour les Turques et 3,4 pour les Marocaines). Cette prévalence plus importante reste élevée après contrôle pour le niveau d'instruction ou le statut d'activité. Face au diabète, les femmes turques et marocaines cumulent donc un risque lié à un statut socio-économique plus précaire et un risque lié à des facteurs culturels. La surcharge pondérale, plus fréquente parmi les femmes de cette communauté, serait l'un des facteurs explicatifs, mais pas le seul. Le stress peut aussi être un facteur de risque de diabète, surtout s'il est associé à un sentiment d'impuissance (30). La relation entre stress aigu et diabète a été démontrée, mais le stress au quotidien pourrait également influencer le risque de diabète (31).



L'obésité est un des principaux facteurs de risque pour le diabète. Les différences observées entre nationalités pour le diabète se retrouvent également pour l'obésité et l'excès pondéral.



Les hommes marocains ont significativement moins d'excès pondéral et d'obésité que les hommes belges ; des constatations semblables ont été faites en France auprès d'immigrés tunisiens (32).

Par contre, la prévalence de l'excès pondéral est significativement plus élevée chez les femmes turques et marocaines que chez les femmes belges. Ce risque plus élevé pour les femmes persiste après contrôle pour le niveau d'instruction ou le statut d'activité^[27].

Comme pour le diabète, les femmes turques et marocaines sont exposées à un risque accru d'obésité, d'une part par leur statut socio-économique plus précaire et d'autre part par des facteurs culturels (par exemple en termes de sédentarité, voir plus bas).

Chez les hommes, un niveau d'instruction plus faible est associé à un risque plus élevé d'obésité, et la nationalité marocaine est associée à un risque plus faible (voir tableau 3-07).

Tableau 3-07 Association entre la fréquence d'obésité et l'âge, le niveau d'instruction et la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004^[27]

		Hommes		Femmes	
		OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Âge	15-24 ans	0,55	0,28-1,06	0,45	0,25-0,82
	25-44 ans	1,00		1,00	
	45-64 ans	1,70	1,29-2,24	1,59	1,23-2,05
	65 ans et plus	1,72	1,24-2,38	0,97	0,72-1,30
Niveau d'instruction	Supérieur	1,00		1,00	
	Secondaire supérieur	1,76	1,28-2,43	1,53	1,11-2,11
	Primaire ou secondaire inférieur	2,19	1,64-2,94	2,69	2,01-3,59
Nationalité	Belgique	1,00		1,00	
	EU15	1,10	0,8-1,53	0,92	0,65-1,30
	Turquie	0,47	0,17-1,30	3,83	2,03-7,26
	Maroc	0,54	0,31-0,95	2,92	2,05-4,16

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

Les hommes turcs et marocains déclarent plus fréquemment souffrir d'une **affection cardiaque grave** que les hommes belges. Cette prévalence plus élevée reste significative après contrôle pour l'âge et après contrôle pour le niveau d'instruction.

Les femmes marocaines déclarent plus souvent souffrir d'**hypertension artérielle** que les femmes belges.

On ne retrouve cependant pas de surmortalité par **cardiopathies ischémiques** ou **maladies cérébrovasculaires** chez les Turcs et les Marocains.

On observe une prévalence significativement moindre d'**affection persistante du dos** chez les hommes marocains.

On ne note pas de différence en fonction de la nationalité pour d'autres maladies chroniques telles que l'asthme ou les maladies respiratoires.

²⁷ Il s'agit d'une analyse par régression logistique qui permet de comparer les nationalités en tenant compte de plusieurs facteurs comme l'âge et le niveau d'instruction ou le statut d'activité (non repris dans le tableau).

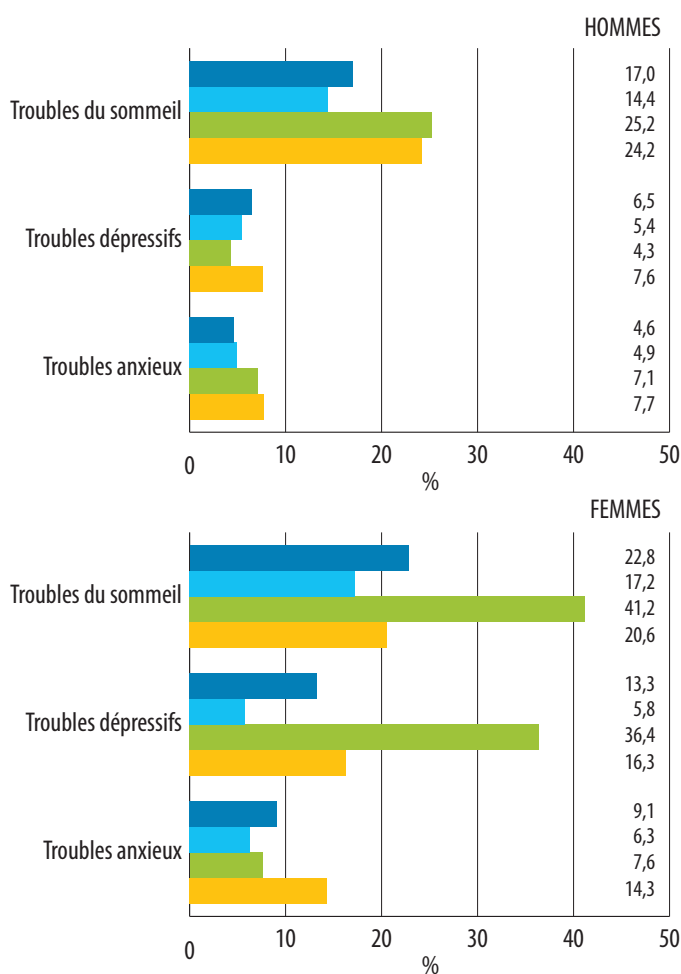
3.4.3 La santé mentale

L'Enquête de santé permet d'avoir un aperçu des différences entre nationalités pour quelques variables en lien avec la santé mentale (voir figure 3-64).

Pour les hommes, les différences observées ne sont pas significatives après contrôle pour l'âge. Pour les femmes par contre, on observe une fréquence plus élevée de troubles du sommeil et de troubles dépressifs chez les femmes turques.

Une partie de ces problèmes s'expliquent par le statut social (voir plus haut). Mais, même à niveau d'instruction égal, les femmes turques présentent plus souvent des troubles dépressifs. Des études néerlandaises révèlent de même une prévalence nettement plus élevée de dépression et de problèmes psycho-émotionnels chez les femmes turques (33 ; 34 ; 35).

Figure 3-64 Proportion de personnes présentant des troubles psychiques selon la nationalité, par sexe, Bruxelles, 2001-2004



Source : Enquête de santé 2001-2004

La proportion plus élevée de plaintes psychiques chez les femmes turques ne s'accompagne pas d'une prise de médicaments psychotropes, probablement parce que ces plaintes ne donnent pas lieu à une consultation (communication personnelle, Nazira Elmaoufik, Forest Quartier Santé). Cette réticence au traitement des troubles psychiques chez les femmes immigrées ressort également d'études américaines. L'explication est sans doute à rechercher dans la stigmatisation dont les troubles psychiques font l'objet dans ces communautés : on a honte d'en parler à autrui, peur du jugement des autres et de la désapprobation des membres de la famille (36).

La population marocaine et issue de l'EU15 consomme moins fréquemment des somnifères et des antidépresseurs que la population belge (ces différences sont statistiquement significatives après contrôle pour l'âge).

La santé des migrants est largement conditionnée par leur statut social mais présente également des spécificités selon les nationalités.

3.5 STYLE DE VIE ET NATIONALITÉ

3.5.1 La nutrition

Certaines habitudes nutritionnelles se maintiennent plus ou moins longtemps après la migration. L'accessibilité aux aliments du pays d'origine joue un rôle non négligeable. En Région bruxelloise, le développement de commerces de proximité proposant des produits alimentaires traditionnels pour les communautés immigrées pourrait donc favoriser ce maintien (épiceries, poissonneries).

On attribue en partie aux facteurs nutritionnels la plus faible mortalité observée pour les migrants issus de l'Europe du Sud, de Turquie ou d'Afrique du Nord (32 ; 37).

Les variables concernant la nutrition reprises dans l'Enquête de santé ne permettent pas d'analyser finement la qualité de l'alimentation des différentes communautés immigrées. Certains éléments favorables (ex. huile d'olive, moindre consommation de viande, etc.) sont difficilement repérables. D'autre part, l'impact de l'alimentation sur la mortalité n'est pas immédiat et l'alimentation au cours de l'enfance et l'adolescence joue un rôle déterminant.

On observe que les hommes turcs et les hommes et les femmes de l'UE des 15 consomment plus souvent des **fruits** chaque jour que les Belges. On n'observe pas de différence en ce qui concerne la consommation quotidienne de **légumes**.

La consommation de **poisson** est significativement plus importante parmi les Bruxellois de nationalité marocaine : 73,5 % des hommes et 75,4 % des femmes marocaines consomment du poisson au moins une fois par semaine, pour 61,2 % des Bruxellois de nationalité belge. La consommation est aussi un peu plus importante pour les Bruxellois de l'UE des 15 (67,5 % des hommes et 69,2 % des femmes).

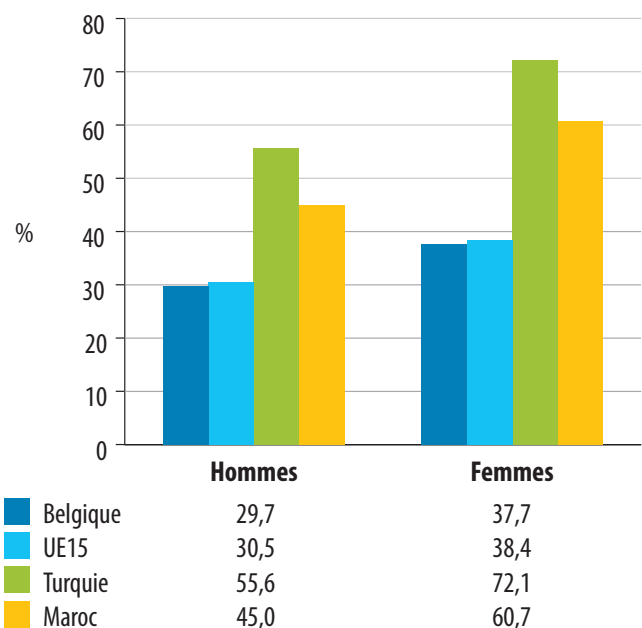
Après contrôle pour l'âge et le niveau d'instruction, les hommes et les femmes marocains prennent aussi plus souvent un petit déjeuner que les Belges.

3.5.2 L'activité physique

La proportion de Bruxellois qui a une activité physique de loisir très faible (les «sédentaires») varie fortement selon la nationalité. Elle est beaucoup plus importante chez les Turcs et Marocains que chez les Belges ou les Européens.

Figure 3-65

Proportion de «sédentaires» en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

L'activité physique de loisirs est aussi associée au niveau d'instruction (voir 2.3.3). Ces deux facteurs, le niveau d'instruction d'une part et la nationalité turque ou marocaine d'autre part, jouent un rôle indépendant l'un de l'autre sur l'activité physique de loisir.

On peut donc supposer que, à côté des facteurs socioéconomiques, des facteurs culturels expliquent ces différences (30).

Obésité et manque d'activité physique de loisirs peuvent se conjuguer pour expliquer la fréquence élevée de diabète chez les femmes turques et marocaines.

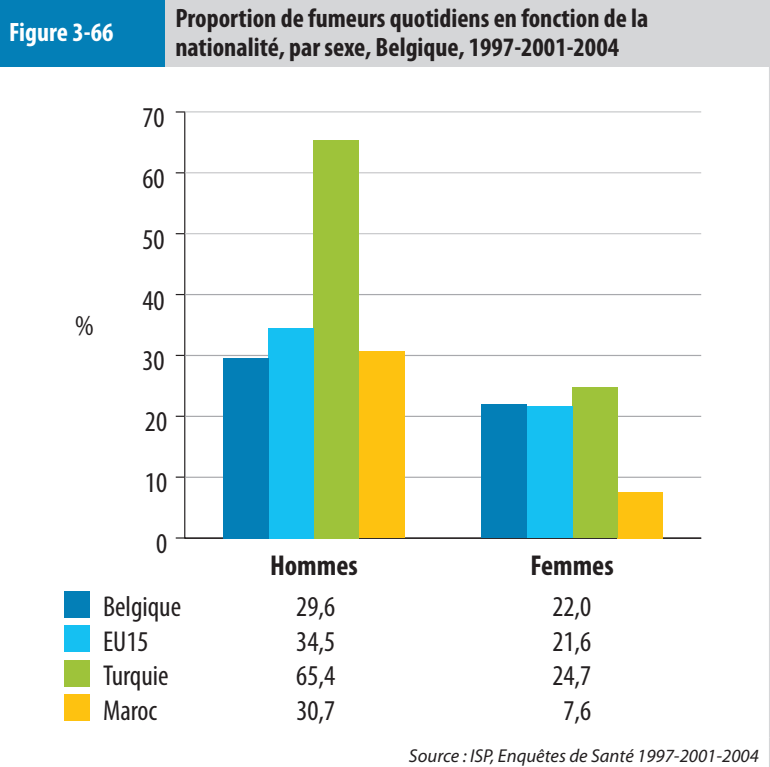
		Hommes		Femmes	
		OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Âge	15-24 ans	0,69	0,47-1,00	0,95	0,66-1,35
	25-44 ans	1,00		1,00	
	45-64 ans	1,19	0,97-1,45	1,02	0,84-1,23
	65 ans et plus	1,60	1,25-2,04	1,84	1,48-2,27
Niveau d'instruction	Supérieur	1,00		1,00	
	Secondaire supérieur	1,52	1,22-1,91	1,58	1,29-1,94
	Primaire ou secondaire inférieur	2,43	1,98-2,99	3,14	2,58-3,82
Nationalité	Belgique	1,00		1,00	
	EU15	0,96	0,75-1,23	1,19	0,93-1,51
	Turquie	2,76	1,41-5,41	3,15	1,37-7,23
	Maroc	1,62	1,15-2,27	1,90	1,30-2,77

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

3.5.3 Le tabagisme

La proportion de fumeurs quotidiens varie fortement selon la nationalité ; on note en particulier une proportion très élevée de fumeurs quotidiens et de gros fumeurs parmi les hommes turcs, et une proportion très faible pour les femmes marocaines, par comparaison avec les Belges.

Pour le tabagisme, il y a donc également une interaction complexe entre l'influence de la nationalité et le statut social. L'analyse de ces différents facteurs montre que la nationalité turque augmente le risque de tabagisme (OR = 2,96), indépendamment du niveau d'instruction pour les hommes (OR ≤ sec inf / sup = 2,40). Pour les femmes, la nationalité marocaine réduit fortement le risque de tabagisme (OR = 0,13) alors qu'un faible niveau d'instruction l'accroît (OR ≤ sec inf / sup = 2,14)



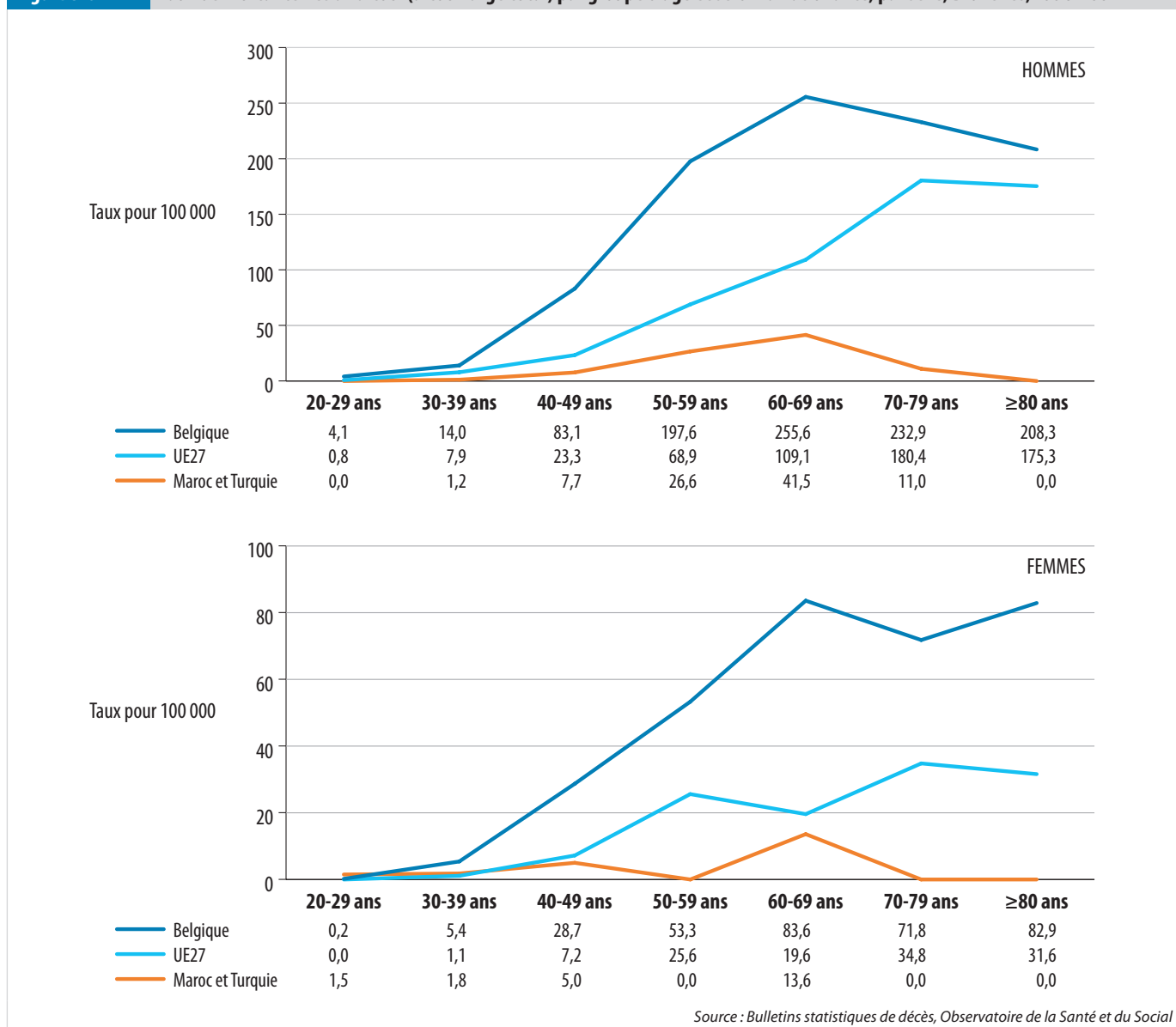
²⁸ Il s'agit d'une analyse par régression logistique qui permet de comparer les nationalités en tenant compte de plusieurs facteurs comme l'âge et le niveau d'instruction (voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»).

3.5.4 Alcool et autres drogues

Les maladies liées à l'**alcool** font partie des principales causes de décès avant 75 ans pour la population de nationalité belge mais pas pour les autres nationalités.

Par rapport aux Belges, le taux de mortalité des Turcs et Marocains est particulièrement bas.

Figure 3-67 Taux de mortalité liés à l'alcool (alcool large total) par groupe d'âge et selon la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1998-2007



Cette faible mortalité est liée à une consommation d'alcool beaucoup plus faible parmi les Bruxellois issus de l'immigration marocaine et turque. Dans la population marocaine, 83 % des hommes et 97 % des femmes sont abstinents^[29]. Dans la population turque, ces proportions sont respectivement de 49 % et 87 %. Par comparaison, parmi les Bruxellois de nationalité belge, 19 % des hommes et 26 % des femmes se déclarent abstinents.

La mortalité liée à la consommation de **drogues illicites** est plus élevée pour les hommes marocains que pour les Belges et les autres nationalités. Après standardisation selon l'âge, la mortalité avant 65 ans par drogues illicites est deux fois plus élevée que dans la population belge (non illustré).

Pour plusieurs «comportements de santé», la grande diversité culturelle de la région lui permet de se positionner relativement favorablement par rapport aux autres grandes villes. Cela tient à la fois à la présence dans la capitale de groupes socio-économiquement favorisés issus de l'Union européenne, et de groupes issus de l'immigration non européenne.

²⁹ Cependant, chez les non abstinents le «risque chronique» est significativement plus élevé chez les hommes marocains, même après contrôle du niveau d'instruction.

4. Accès aux soins et prévention

L'accès aux soins, autant curatifs que préventifs, constitue un déterminant de santé important. Cet accès peut être limité par des facteurs économiques (moyens financiers, couverture ou non par l'assurance des soins de santé) ou pratiques (transports publics, proximité), mais aussi, plus largement, par une série de facteurs socioculturels (les priorités quotidiennes, la perception et la valeur culturelle accordées aux soins, à la prévention et au dépistage, la confiance accordée au système de soins, l'estime de soi,

l'attitude du groupe social ou familial face aux plaintes et à la maladie etc.) ; ces derniers facteurs ne seront toutefois pas analysés dans le cadre de ce chapitre.

L'accès aux soins et à la prévention seront examinés tout d'abord à travers l'accessibilité financière, et ensuite via le degré de recours au médecin généraliste.

Plus spécifiquement, l'accès à la prévention sera étudié en analysant la couverture pour une série de vaccinations et d'examens de dépistage.

4.1 L'ACCÈS AUX SOINS

4.1.1 Accessibilité socio-économique

L'offre en services de santé en Région bruxelloise est riche et diversifiée. L'accessibilité géographique aux services est donc en général satisfaisante.

Cependant, une partie non négligeable de la population bruxelloise vit dans des conditions sociales précaires (38) et l'accès financiers aux soins pose un problème à de nombreux Bruxellois. En 2004, 17,5 % des ménages bruxellois disent avoir dû postposer les soins pour raisons financières (10,1 % pour l'ensemble du pays) (39). Cette proportion

élevée s'explique bien entendu par une proportion élevée de faibles revenus, mais le tableau ci-dessous montre qu'à revenus équivalents, les Bruxellois renoncent plus souvent aux soins que les habitants du pays entier. D'autres facteurs jouent sans doute un rôle, par exemple la charge élevée du logement pour les ménages bruxellois, qui réduit le budget disponible pour les soins, ou encore le coût des soins qui pourrait être plus élevé (moins de médecins conventionnés, recours plus habituel aux spécialistes,...).

Tableau 3-09		Pourcentage des ménages qui déclarent avoir dû postposer des soins de santé pour raisons financières, par région et pour la Belgique, 2004 et évolution			
		Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Sexe	Hommes	17,4	4,6	14,3	8,8
	Femmes	17,8	8,1	19,3	14,1
Groupes d'âge	15-24 ans	18,3	3,0	3,7	8,5
	25-34 ans	13,8	5,7	18,6	11,3
	35-44 ans	21,4	7,7	20,6	13,1
	45-54 ans	23,5	4,1	16,2	10,5
	55-64 ans	19,2	4,4	14,6	9,3
	65-74 ans	12,0	4,4	11,5	7,4
	75 ans et +	9,2	1,9	5,6	3,9
Type de ménage	Célibataires	15,5	6,1	15,0	10,9
	Famille monoparentale	30,0	26,0	30,8	28,6
	Couple sans enfant	12,6	3,3	10,3	6,0
	Couple avec enfants	22,7	5,2	18,8	10,7
Revenu équivalent ⁽³⁰⁾	< 750 €	31,6	8,4	24,2	18,7
	750 - 1000 €	25,4	9,6	29,0	19,7
	1000 - 1500 €	17,8	7,9	14,7	11,5
	1500 - 2500 €	13,9	6,7	17,8	11,3
	> 2500 €	8,7	0,6	4,9	2,5
Total par enquête	1997	19,0	4,2	11,1	8,5
	2001	22,0	5,7	13,3	10,1
	2004	17,5	5,3	15,6	10,1

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

³⁰ Dans l'Enquête de santé, le revenu équivalent représente le revenu du ménage divisé par la somme des pondérations de chaque individu dans le ménage (la personne de référence reçoit la pondération 1, chaque adulte (18 ans ou plus) supplémentaire au sein du ménage reçoit la pondération 0,5 et chaque enfant à charge reçoit la pondération 0,3).

Les ménages bruxellois doivent plus souvent postposer des soins pour raisons financières, que les ménages dans le reste du pays.

4.1.2 Le recours au médecin généraliste

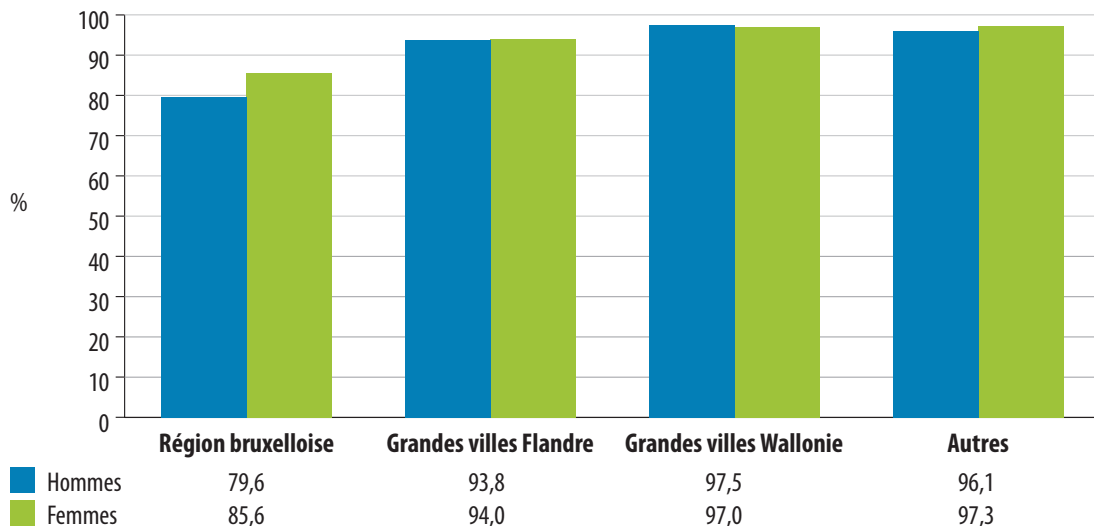
Le médecin généraliste joue un rôle-clé dans les soins de première ligne. Parmi les questions posées à ce sujet dans l'Enquête santé de 2004, c'est celle concernant le fait d'avoir ou non un médecin généraliste attitré qui est explorée ci-dessous ; en effet, la continuité de la relation médecin-patient est susceptible de jouer un rôle favorable, notamment en donnant l'occasion au médecin de poser des actes de prévention ou de dépistage précoce. Une revue de la littérature a établi que la continuité de la relation médecin-patient est associée à une moindre fréquence d'hospitalisations, un moindre recours aux services d'urgence et à des frais de soins de santé réduits ; cette revue suggère que la bonne communication médecin-patient pourrait être associée à un meilleur état de santé de ce dernier (40). Certaines couvertures vaccinales semblent être favorisées par la continuité de la relation

avec le médecin généraliste : c'est le cas notamment pour la vaccination contre la grippe (meilleure couverture pour les détenteurs d'un Dossier Médical Global) et pour celle contre le tétanos (meilleure couverture pour les personnes déclarant un généraliste attitré).

En 2004, 82,7 % des Bruxellois (79,6 % des hommes et 85,6 % des femmes) déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Ce pourcentage est significativement moins élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le pourcentage d'hommes et de femmes déclarant un généraliste attitré est plus faible à Bruxelles que dans les autres grandes villes (figure 3-68), mais ce pourcentage a augmenté à Bruxelles entre 1997 et 2004 (non illustré).

Figure 3-68 Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par région et par sexe, 2004

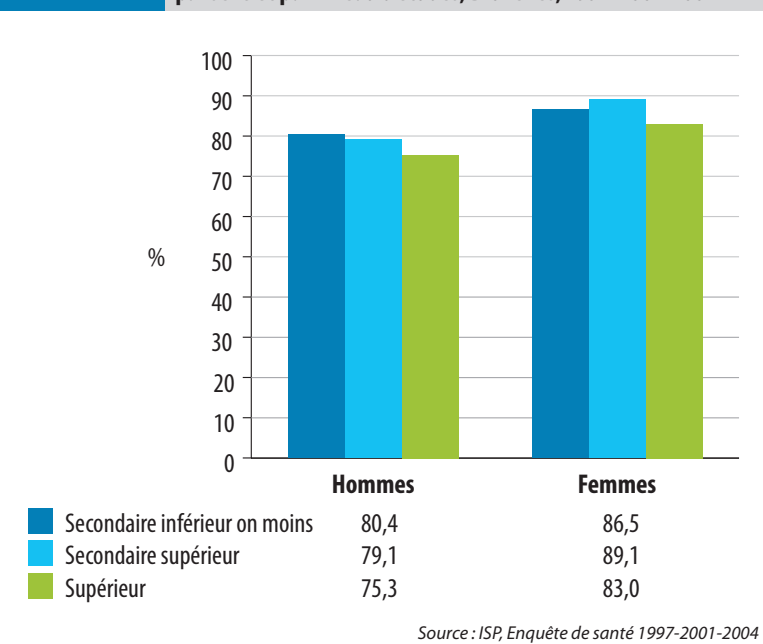


Source : ISP, Enquête de santé 2004

C'est dans la tranche d'âge des hommes de 25-34 ans qu'on observe la proportion la plus élevée de personnes qui n'ont pas de généraliste attitré (non illustré).

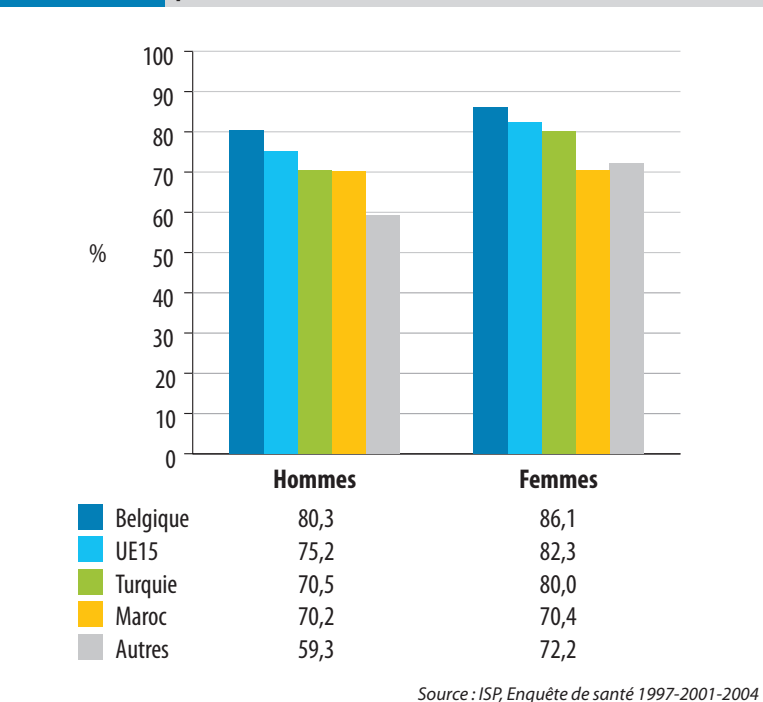
Chez les hommes comme chez les femmes, le pourcentage de personnes déclarant avoir un généraliste attitré est significativement moins élevé dans le groupe possédant un diplôme de l'enseignement supérieur que dans les catégories sociales moins diplômées. Ceci est en partie dû au fait que les plus diplômés recourent d'emblée (sans passer par le généraliste) et plus facilement aux spécialistes (41).

Figure 3-69 Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par sexe et par niveau d'études, Bruxelles, 1997-2001-2004



À Bruxelles, le pourcentage d'hommes et de femmes n'ayant pas de généraliste attitré est significativement plus élevé chez les Européens et les Marocains que chez les Belges.

Figure 3-70 Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par sexe et nationalité, Bruxelles, 1997-2001-2004



4.2 PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

4.2.1 Vaccinations

La vaccination contre la grippe

En Belgique, la vaccination contre la grippe est recommandée aux groupes à risque de complications ainsi qu'aux personnes pouvant transmettre la maladie aux personnes à risque (professionnels, entourage proche). Il n'existe pas en Belgique d'enregistrement du statut vaccinal de la population, mais il est possible de l'approcher sur base du nombre de vaccins vendus^[31] ou remboursés, ainsi que d'après les Enquêtes nationales de santé.

Selon les Enquêtes de santé, on observe une augmentation de la couverture entre 1997 et 2004 pour toutes les régions, tant pour la population générale que pour la population à risque.

Taux de couverture	1997	2001	2004
Belgique	14 % (32 %)	20 % (42 %)	23 % (49 %)
Région bruxelloise	17 % (35 %)	19 % (41 %)	20 % (42 %)
Flandre	14 % (33 %)	21 % (45 %)	21 % (51 %)
Wallonie	13 % (30 %)	17 % (36 %)	21 % (47 %)

**population âgée de 65 ans ou atteinte d'une affection chronique
Source : ISP, Enquêtes de Santé, in Surveillance de la grippe saisonnière en Belgique, Saison 2006-2007, ISP ; 2007*

Sur base du nombre de vaccins antigrippaux remboursés au cours de la saison grippale 2006-2007, l'Agence Intermutualiste a estimé le taux de couverture vaccinale chez les plus de 65 ans bénéficiaires du régime général en Belgique à 60 %^[32] (43,6 % pour les indépendants). Dans cette étude (42)^[33], Bruxelles a systématiquement des taux moins élevés que les autres régions mais, sans ajustement pour le sexe et l'âge, il est difficile de conclure ; par ailleurs, le taux de vaccination varie également selon le profil épidémiologique, le niveau socio-économique et le statut professionnel de la population ainsi que selon les pratiques des professionnels de santé. De nombreux facteurs influencent en effet significativement le taux de vaccination de façon indépendante.

La couverture vaccinale augmente avec l'âge : moins de 5 % à 45 ans, proche de 40 % à 65 ans et plus de 60 % à 80 ans (chiffres concernant les bénéficiaires du régime général).

Comme observé dans les autres régions (et ce pour les bénéficiaires du régime général), la couverture des femmes est systématiquement supérieure à tout âge à celle des hommes, cet écart s'accroissant à partir de 85 ans (non illustré).

31 En 2006, d'après les ventes de vaccins, on a estimé la couverture à 23 %.

32 Ces données sont en concordance avec l'estimation faite par les médecins vigies (61 % pour 2002-2004).

Le taux de couverture vaccinale est beaucoup plus élevé pour les résidents en maison de repos.

	Population totale	Résidents en maison de repos exclus	Résidents en maison de repos ^[34]
Bénéficiaires du régime général	56 %	56 %	79 %
Indépendants	28 %	28 %	52 %

Source : AIM, 2009

Hommes	52 %
Femmes	55 %
Isolés	52 %
Non isolés	54 %
Avec GRAPA*	46 %
Sans GRAPA*	54 %
Forfait chronique** +	55 %
Forfait chronique** -	53 %
DMG***+	67 %
DMG***-	46 %

** Garantie de revenus aux personnes âgées
** Certaines personnes atteintes de maladie chronique peuvent bénéficier, sur base de critères précis, d'un forfait «maladie chronique» alloué chaque année pour assumer la charge des soins.
*** Dossier Médical Global*

Source : AIM, 2009

Une analyse multivariée par régression logistique montre que parmi ces facteurs, ceux qui ont le plus d'influence sont le statut d'assurance et le dossier médical global : un indépendant a 2,6 fois moins de chance d'être vacciné qu'un bénéficiaire du régime général, et une personne avec un dossier médical global 2,3 fois plus de chance d'être vaccinée qu'une personne sans DMG.

Etre indépendant ou posséder un dossier médical global influence fortement le fait d'être vacciné ou non contre la grippe.

33 Les chiffres de cette étude sont complétés dans ce paragraphe par les données d'une recherche AIM effectuée en 2009 (Communication personnelle Johan Vanoverloop, AIM).

34 Certaines maisons de repos recevant leurs médicaments des pharmacies hospitalières, il y a une sous-estimation de la couverture.

La vaccination contre le tétanos

Le tétanos est une maladie potentiellement mortelle qui peut survenir chez les personnes se blessant dans un environnement souillé ; étant donné la gravité de cette affection et la banalité des circonstances qui la déclenchent, il est souhaitable d'obtenir une couverture maximale de la population. Cette vaccination est donc incluse dans le calendrier vaccinal recommandé pour les enfants, mais pour conserver l'immunité, un rappel doit être administré tous les dix ans.

Parmi les Bruxellois interrogés dans l'Enquête de santé 2004, 59,4 % déclarent avoir été vaccinés contre le tétanos au cours des dix dernières années (61,4 % des hommes et 57,6 % des femmes).

La vaccination anti-pneumococcique

La vaccination contre les pneumocoques, agents potentiels des pneumonies aiguës, se fait au moyen d'un vaccin à plusieurs valences (couvrant plusieurs souches de pneumocoques) et est recommandée depuis 2002 à toute personne de plus de 60 ans ou plus, ainsi que chez les patients de plus de 45 ans à risque^[35] (39).

En Belgique, d'après l'enregistrement du réseau sentinelle de médecins généralistes, moins d'un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans ont reçu de leur médecin généraliste le vaccin à 23 valences contre le pneumocoque ; la couverture est un peu meilleure dans la partie francophone du pays suite à une adhésion totale des associations professionnelles aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (43). Le nombre de médecins sentinelles en Région bruxelloise est insuffisant pour tirer de cette source des chiffres fiables pour Bruxelles.

La vaccination contre l'hépatite B

L'hépatite B se transmet principalement via les rapports sexuels ou via du matériel d'injection contaminé. Il existe des porteurs sains du virus, c'est-à-dire des personnes susceptibles de contaminer leur entourage sans avoir présenté des symptômes typiques de maladie. Actuellement, la vaccination est conseillée aux jeunes enfants et adolescents ainsi qu'à certaines professions exposées (comme médicales et paramédicales).

La couverture de vaccination diminue avec l'âge et chute nettement à partir de la tranche d'âge 65-74 chez les hommes, et à partir de la tranche 55-64 chez les femmes. La couverture vaccinale, qui n'est déjà pas suffisante dans la population générale, est donc encore moindre dans la population âgée.

La population ayant un généraliste attiré est significativement mieux vaccinée que la population sans généraliste attiré, et ce dans les deux sexes.

La couverture vaccinale contre le tétanos est largement insuffisante dans la population âgée.

L'Enquête de santé 2004 renseigne le pourcentage de la population bruxelloise à risque qui déclare avoir été vaccinée dans les cinq dernières années (tableau 3-13).

On n'observe pas de différence significative selon le niveau d'instruction.

Tableau 3-13	Pourcentage de la population à risque déclarant avoir été vaccinée contre le pneumocoque au cours des cinq dernières années, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004			
	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	13,7 %	1,7 %	17,4 %	27,8 %
Femmes	3,8 %	9,5 %	14,1 %	24,2 %

Source : ISP, Enquête de Santé, 2004

35 Personnes atteintes de maladie chronique spécifique (asthme, bronchite chronique, pathologie cardiovasculaire, hypertension, troubles rénaux ou diabète).

4.2.2 Dépistages

La couverture de la population bruxelloise sera examinée pour trois dépistages importants : le dépistage du diabète par la mesure de la glycémie ; et le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus chez les femmes.

Le dépistage de l'hyperglycémie

La mesure de la glycémie à jeun constitue l'une des façons de dépister un diabète.

Dans l'Enquête de santé 2004, 47,7 % des hommes et 59,4 % des femmes déclarent avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années (différence significative). Ce pourcentage augmente avec l'âge.

Le pourcentage de personnes déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est plus élevé à Bruxelles que dans les grandes villes flamandes.

Il existe un gradient social pour ce dépistage chez les hommes : le pourcentage d'hommes bruxellois déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est significativement plus élevé chez

ceux qui ont un plus haut niveau d'instruction (56,9 %) ^[36] que chez les moins diplômés (45,8 %). Les hommes de moindre niveau d'instruction ont donc une moindre chance de voir leur diabète dépisté et pris en charge précocement.

Pour les femmes, par contre, ce gradient social pour le dépistage de l'hyperglycémie n'est pas observé.

À Bruxelles, le pourcentage d'hommes déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est significativement plus faible chez les Marocains que chez les Belges. Mais après contrôle pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction, il n'existe plus, pour les hommes, de différences de couverture en fonction des nationalités.

Quant aux femmes, les Bruxelloises européennes déclarent plus souvent avoir été dépistées que les Bruxelloises belges.

Le programme de dépistage du cancer du sein

Suivant les recommandations de l'Europe, la Belgique a mis en place, comme beaucoup d'autres pays européens, un programme de dépistage organisé du cancer du sein destiné aux femmes de 50 à 69 ans ; ce programme a la particularité d'être gratuit et d'imposer un contrôle de qualité tout au long du processus. En Région bruxelloise, il a été mis en place à partir de juin 2002 par l'asbl centre de référence Brumammo.

Ce programme a dû faire face à plusieurs difficultés :

- l'existence depuis plusieurs années d'un programme de dépistage individuel à l'initiative des médecins et des gynécologues n'a pas permis au programme organisé d'emporter d'emblée la conviction des médecins et de leur patientes quant à sa valeur ajoutée
- des problèmes dans la constitution du fichier de la population-cible ont empêché d'inviter l'entièreté de celle-ci (environ 104 000 femmes) lors des deux premiers cycles du programme
- le choix d'un programme décentralisé, s'appuyant sur les professionnels de santé dans leur pratique privée (radiologues, généralistes et gynécologues), impose un dialogue et une coordination accrus
- la mixité sociale et culturelle de la Région bruxelloise impose des actions d'information et de sensibilisation diversifiées et s'appuyant sur les réseaux existants

- la dispersion des centres de mammographie, l'absence d'appareillage imposé et de formation certificative, la dualité des techniques (analogique et numérique) rendent le contrôle de qualité difficile.

Lors du deuxième cycle d'invitations (2005-2006), 8 362 Mammotests ont été réalisés (au moins 58 cancers dépistés ^[37]) et le taux de participation ^[38] au programme organisé était de 10,4 %.

Le taux de participation est variable suivant les communes (de 5,9 % à Uccle à 17,9 % à Jette). Les facteurs qui peuvent faire varier cette participation sont notamment la présence et le dynamisme des centres de dépistages et les habitudes existantes des femmes en termes de dépistage.

Si l'on tient compte des femmes effectuant une mammographie lors d'un dépistage opportuniste, on peut estimer la couverture totale du dépistage du cancer du sein à 50 %.

Pour des informations plus détaillées, il est utile de consulter les deux rapports d'évaluation du programme bruxellois sur www.observatbru.be (onglet Publication > Santé > Dossiers).

Le défi à Bruxelles reste donc à la fois de convaincre les médecins de la qualité du programme, et d'amener les femmes qui n'effectuent actuellement pas de dépistage du cancer du sein, à participer au dépistage organisé.

³⁶ Pourcentage obtenu en analysant ensemble les trois Enquêtes de santé (1997, 2001 et 2004).

³⁷ Information obtenue par enquête rétrospective.

³⁸ Nombre de femmes ayant passé un Mammotest par rapport au nombre de femmes invitées.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus se fait par un frottis triennal du col parmi la population cible des femmes de 25 à 64 ans.

À Bruxelles, dans l'Enquête de santé 2004, 74 % des femmes de 25 à 64 ans déclarent qu'elles ont eu un frottis du col au cours des trois dernières années^[39] ; ce pourcentage a augmenté régulièrement et significativement entre 1997 et 2004 (39).

Le taux de couverture par frottis du col à Bruxelles est similaire à celui observé dans les autres grandes villes du pays et pour tout le pays (non illustré).

Il existe un gradient social marqué pour le dépistage du cancer du col : le pourcentage de Bruxelloises qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années est significativement moins élevé dans le groupe possédant au maximum un diplôme du secondaire inférieur.

Le pourcentage de femmes (25-64 ans) qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années est significativement moins élevé chez les Turques (24,6 %) et les Marocaines (36,5 %) que chez les Belges (73,5 %).

Pour des publics accédant difficilement aux programmes de dépistage organisé, le renforcement de la couverture pour le dépistage du cancer du col passe probablement par le soutien au développement des soins de première ligne. Le dépistage du cancer du col peut aisément être fait par les médecins généralistes. Si toutefois, on décidait de développer à Bruxelles un programme organisé de dépistage du cancer du col, on devra tenir compte des caractéristiques de la population bruxelloise (précarité et multiculturalité importantes).

39 Si l'on compare ces données aux données de remboursement, on peut évoquer la possibilité d'une surestimation de ce taux par les données de l'Enquête de santé : taux rapporté de 70 % en Belgique dans l'Enquête de santé 2001 versus taux de 59 % estimé par les données de remboursement. De plus, comme certaines femmes effectuent des frottis plus fréquemment que tous les trois ans, la couverture réelle est probablement encore inférieure.

Références

- (1) Bartley M., Blane D., Brunner E., Dorling D., Ferrie J., Jarvis M et al. Social Determinants of Health. The Solid Facts. World Health Organization, 1998.
- (2) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre I. Introduction. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.
- (3) Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en communauté française de Belgique, résultat de l'enquête HBSC 2006. SIPES, 2009.
- (4) Ness A.R., Powles J.W. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease : A review. *International Journal of Epidemiology* 26[1], 1-13, 1997.
- (5) Block G., Patterson B., Subar A. Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention - A Review of the Epidemiologic Evidence. *Nutrition and Cancer-An International Journal* 18[1], 1-29, 1992.
- (6) SPF – Santé Publique. Plan national nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010, 2005.
- (7) Mozaffarian D., Rimm E.B. Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA* 296[15], 1885-1899, 2006.
- (8) Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S. Health benefits of physical activity : the evidence. *CMAJ*. 174[6], 801-809, 2006.
- (9) Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C.Jr. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 339, 1268-1278, 1992.
- (10) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Questions d'économie de la santé* [97], 1-8, 2005.
- (11) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? *Questions d'économie de la santé* [129], 1-6, 2008.
- (12) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives : exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. *Psychotropes* 9[3-4], 163-184, 2003.
- (13) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.
- (14) Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en RBC 1998-2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.
- (15) Siegrist J., Marmot M. Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford University Press, 2006.
- (16) Erikson R., Torssander J. Social class and cause of death. *European Journal of Public Health* 18[5], 473-478, 2008.
- (17) Menvielle G. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine* 101[5], 321-330, 2009.
- (18) Menvielle G., Leclerc A., Chastang J.F., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *INVS, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* [33], 289-292, 2008.
- (19) Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules : a contribution to health inequalities ? *European Journal of Public Health* 15[5], 441, 2005.
- (20) Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. The contribution of medical care to inequalities in health : difference between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social Science & Medicine* 29[3], 369-376, 1989.
- (21) De Irala-Estevez J., Groth M., Johansson L., Oltersdorf U., Prattala R., Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe : consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition* 54[9], 706-714, 2000.
- (22) Schulpen T.W., van Steenbergen J.E., van Driel H.F. Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. *Archives of Disease in Childhood* 84[3], 222-226, 2001.
- (23) Haelterman E., Qvist R., Barlow P., Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 111[1], 25-32, 2003.

- (24) Steer P. The epidemiology of preterm labour. *BJOG* 112 Suppl 1, 1-3, 2005.
- (25) Deboosere P., Gadeyne S. La sous-mortalité des immigrés adultes en Belgique : une réalité attestée par les recensements et les registres. *Population* 5-6, 765-811, 2005.
- (26) Eurostat. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union, 2009.
- (27) Hajat C., Tilling K., Stewart J.A., Lemic-Stojcevic N., Wolfe C.D. Ethnic differences in risk factors for ischemic stroke : a European case-control study. *Stroke* 35[7], 1562-1567, 2004.
- (28) Nesbitt S.D. Hypertension in black patients: special issues and considerations. *Curr.Hypertens.Rep.* 7[4], 244-248, 2005.
- (29) Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. IRDES, Institut de recherche et Documentation en Economie de la Santé. Document de travail n°14, 2008.
- (30) Vandenheede H., Deboosere P. Diabetes type 2 in Belgian women of turkish and moroccan origin : an important health issue. Chaire Quetelet 2008, 2009.
- (31) Raikonen K., Keltikangas Jarvinen L., Adlercreutz H., Hautanen A. Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. *Metabolism-Clinical and Experimental* 45[12], 1533-1538, 1996.
- (32) Mejean C., Traissac P., Eymard-Duvernay S., El Ati J., Delpeuch F., Maire B. Diet quality of north African migrants in France partly explains their lower prevalence of diet-related chronic conditions relative to their native French peers. *Journal of Nutrition* 137[9], 2106-2113, 2007.
- (33) Bengi-Arslan L., Verhulst F.C., Crijnen A.A.M. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37[3], 118-124, 2002.
- (34) van der Wurff F.B., Beekman A.T., Dijkshoorn H., Spijker J., Smits C.H., stek M.L. et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 83[1], 33-41, 2004.
- (35) Spijker J., van der Wurff,F.B., Poort E.C., Smits C.H., Verhoeff A.P., Beekman A.T. Depression in first generation labour migrants in Western Europe, the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 19[6], 538-544, 2004.
- (36) Bender E. Depressed immigrant Women Failing to get treatment. *Psychiatric News* 42[24], 8, 2007.
- (37) Darmon N., Khlal M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr.* 4[2], 163-172, 2001.
- (38) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2009. Commission communautaire commune, 2009.
- (39) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre IV. Prévention. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.
- (40) Hsiao C.J., Boulton C. Effects of quality on outcomes in primary care : a review of the literature. *Am.J Med.Qual.* 23[4], 302-310, 2008.
- (41) Van der Heyden J., Demarest S., Tafforeau J., Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 65[2], 153-165, 2003.
- (42) Bronckaers J., de Baerdemaeker E., Vanoverloop J. griepvaccinatie tijdens de winter van 2006-2007, 2010. IMA-AIM.
- (43) Bossuyt N., Van Casteren V. Pneumococcal vaccination coverage in elderly people in Belgium. *Archives of Public Health* 63[4], 185-197, 2005.

Partie IV : Cycle de vie

Dans cette troisième édition du Tableau de bord de la santé, nous avons décidé de regrouper par âge de la vie les informations dont nous disposons. La santé à un âge donné est la résultante du parcours de vie et de ses événements cumulés. Cependant, il nous paraissait intéressant de mettre aussi en lumière ce qui caractérise chaque âge.

Nous en avons profité pour mettre à disposition des données existantes mais qui ne sont pas toujours facilement repérables par les acteurs de terrain, comme par exemple les résultats des dépistages néonataux, les taux de

couverture vaccinale chez les enfants, les causes de décès des adolescents, les invalidités chez les adultes ou les modes de fin de vie chez les personnes âgées.

Il en résulte parfois des répétitions par rapport aux autres sections ou des asymétries dans le traitement des différentes tranches d'âge, mais la lecture des différentes sections du Tableau de bord pouvant se faire de manière indépendante, nous voulons croire que cela ne perturbera pas trop le lecteur.

1. Autour de la naissance

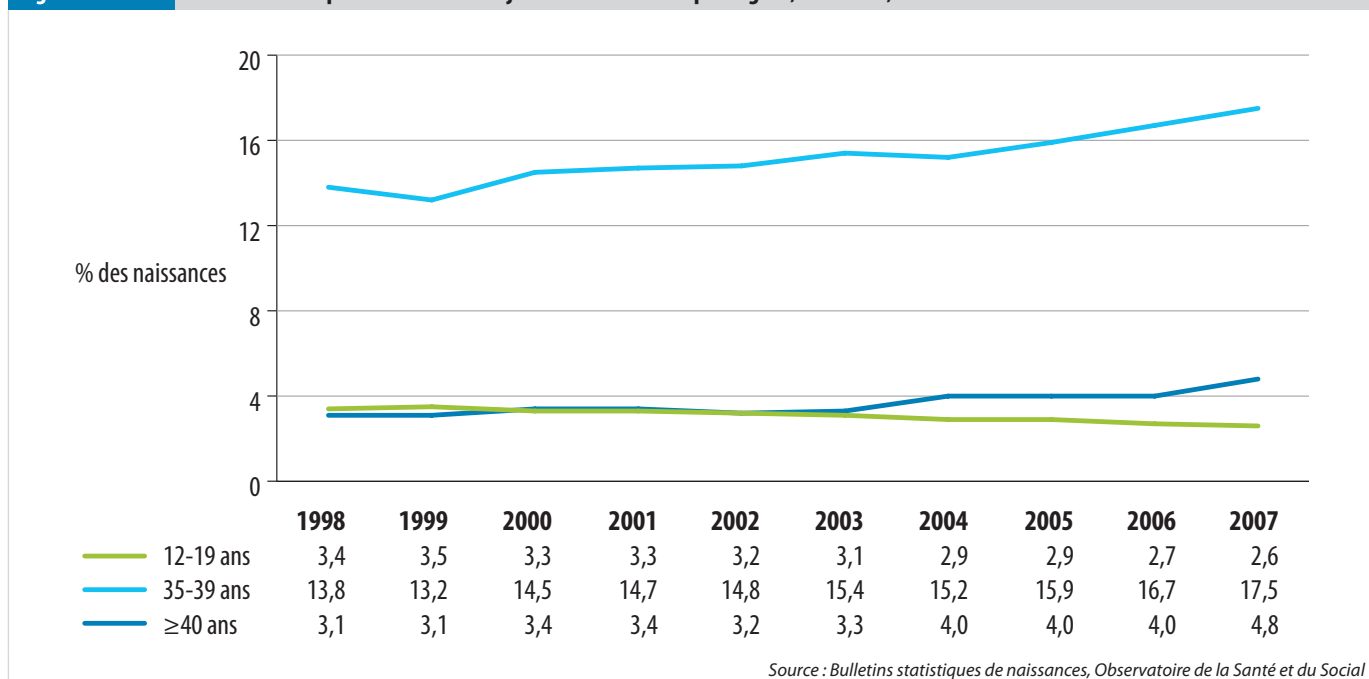
La période autour de la naissance est particulièrement importante car elle affecte la santé des enfants à moyen et à long terme. De plus, dans une région comme Bruxelles, où les jeunes adultes en âge d'avoir des enfants représentent un tiers de la population, la santé des mères et des enfants est un révélateur de la santé globale et de la qualité de vie d'une partie importante de la population bruxelloise.

1.1 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES

1.1.1 Âge des mères à l'accouchement

Au cours des dix dernières années, les évolutions déjà décrites dans le Dossier sur la périnatalité (1) pour la période 1980-2004 se poursuivent. Les mères de moins de 20 ans sont proportionnellement moins nombreuses tandis que s'accroît la part des mères de 35 à 39 ans (+27 %) et de plus de 40 ans (+55 %).

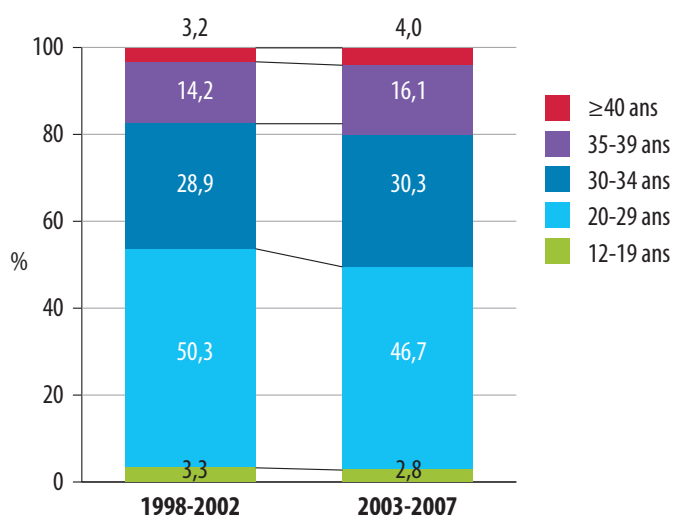
Figure 4-01 Évolution de la part des mères très jeunes et des mères plus âgées, Bruxelles, 1998-2007



Cette évolution se fait au détriment des groupes d'âge les moins à risque : les mères de 20 à 29 ans représentaient 51,5 % en 1998 pour 45,0 % en 2007. Les périodes de 1998 à 2002 et de 2003 à 2007 sont comparées dans la figure suivante (figure 4-02).

Figure 4-02

Distribution des naissances selon l'âge de la mère, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



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

1.1.2 Nationalité des mères

En 2007, près de la moitié (47 %) des bébés bruxellois ont une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement. Les mères de nationalité non belge les plus représentées sont issues des pays de l'UE 27 (18 % des naissances)⁽¹⁾, suivies par les mères marocaines (11 %).

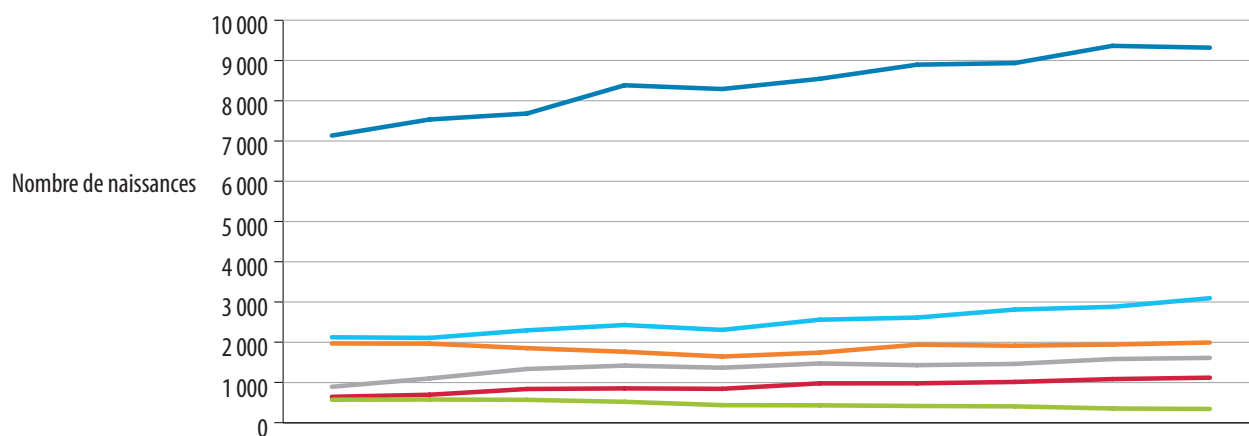
La proportion de mères de nationalité non belge est nettement supérieure à la proportion totale de non-Belges dans l'ensemble de la population bruxelloise. Ceci s'explique surtout par la structure d'âge de la population bruxelloise non belge (population plus jeune comprenant

de nombreux jeunes adultes en âge d'avoir des enfants) mais reflète également le décalage existant entre le Registre national et les Bulletins de naissance en termes de nombre de naissance (les naissances déclarées par un bulletin de naissance concernent toute la population qui vit à Bruxelles, y compris les personnes sans papiers et les personnes dans le registre d'attente).

On trouvera ci-dessous l'évolution ces dix dernières années du nombre de naissances par nationalité de la mère.

Figure 4-03

Évolution du nombre de naissances par nationalité de la mère à l'accouchement, Bruxelles, 1998-2007



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Belgique	7 135	7 534	7 682	8 384	8 291	8 544	8 896	8 935	9 363	9 318
UE27	2 125	2 109	2 297	2 429	2 308	2 561	2 614	2 813	2 880	3 095
Turquie	573	579	571	522	439	434	418	408	356	344
Maroc	1 971	1 967	1 854	1 765	1 646	1 743	1 940	1 915	1 944	1 994
Afrique subsaharienne	646	697	840	855	844	980	981	1 015	1 086	1 121
Autres	895	1 102	1 337	1 421	1 368	1 474	1 432	1 463	1 584	1 613

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

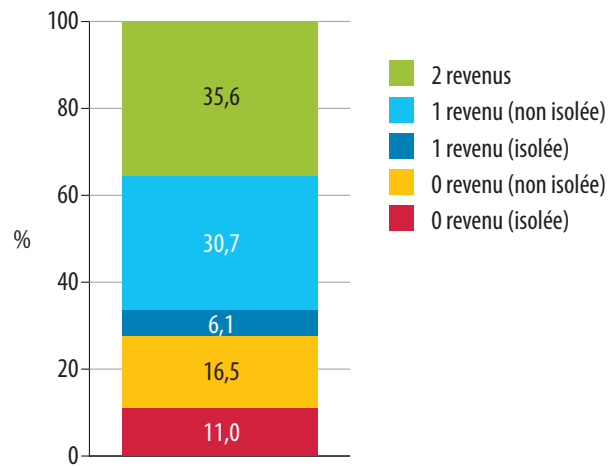
1 On assiste ces dernières années à une importante augmentation des mamans issues des pays de l'ancien bloc de l'Est.

1.1.3 Statut socio-économique des mères

En 2007, 27,5 % des bébés sont nés dans un ménage sans revenu du travail et 17,1 % d'une mère isolée.

Seuls 35,6 % des bébés sont nés dans une famille avec deux revenus du travail.

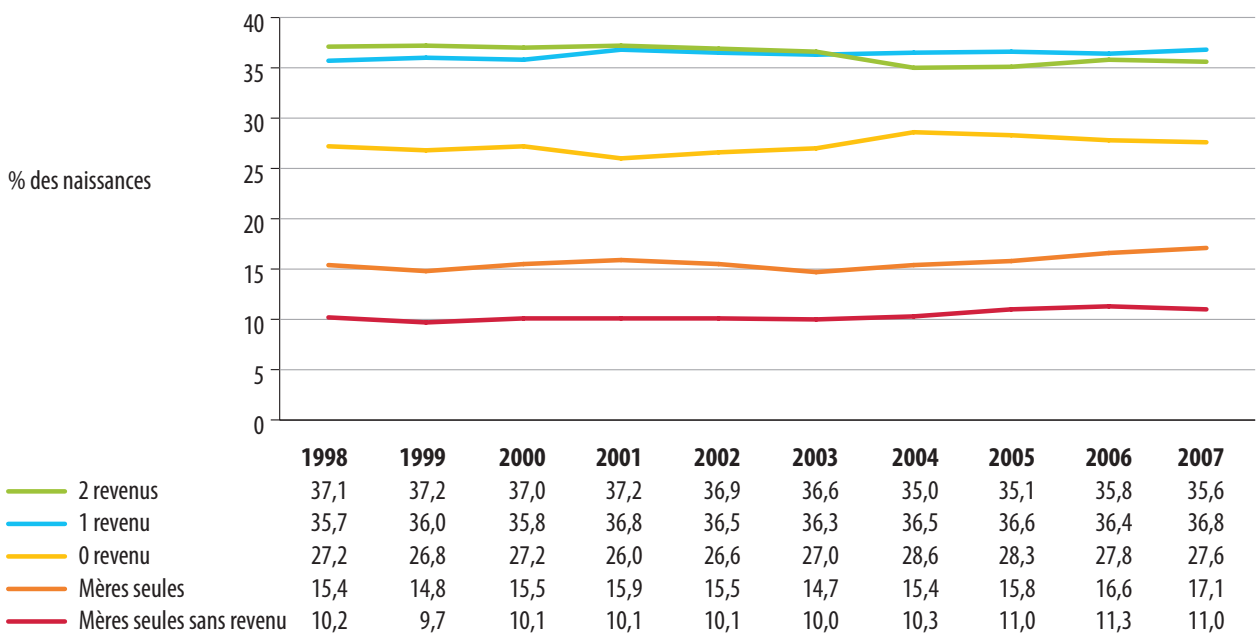
Figure 4-04 Caractéristiques sociales des naissances bruxelloises^[2], 2007



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

La proportion de nouveau-nés dont la mère est isolée ne cesse d'augmenter depuis 2004.

Figure 4-05 Évolution des caractéristiques socio-économique des nouveau-nés, Bruxelles, 1998-2007



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

Etant donné que ces caractéristiques maternelles (niveau socio-économique bas, âge élevé et nationalité étrangère) sont tous des facteurs de risque pour la grossesse, on s'attend à ce qu'un nombre élevé de grossesses bruxelloises soit des grossesses à risque ; il est important d'identifier précocement ces mamans à risque, afin qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement attentif lors du suivi prénatal.

Parmi les accouchements bruxellois, on note une augmentation de la proportion des mères plus âgées, une proportion importante de mères migrantes et de mères de statut socio-économique défavorable.

2 Il s'agit des caractéristiques des parents, en l'occurrence du ménage, qu'il soit composé d'une mère isolée ou d'un couple.

1.2 LE SUIVI PRÉNATAL

En 2007, l'Agence Intermutualiste a publié une étude sur la qualité du suivi prénatal en Belgique en 2005 (2), sur base des remboursements effectués par les mutualités^[3]. L'appréciation de la qualité a été fondée sur la comparaison entre la pratique des soins prénataux et les recommandations publiées par le KCE (Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé) en 2004 (3). Nous reprenons ci-dessous quelques résultats pour la Région bruxelloise.

1.2.1. Évaluation du risque

Selon cette étude, 28 % des femmes enceintes à Bruxelles sont «à risque élevé» : âge extrême (moins de 16 ans et plus de 40 ans) et/ou précarité (évaluée par le statut BIM) et/ou comorbidité. Ce chiffre est de 28 % en Wallonie et 16 % en Flandre.

Parmi les Bruxelloises enceintes, 2,9 % ont plus de 40 ans (1,7 % en Wallonie et 1,3 % en Flandre), 13,7 % sont bénéficiaires d'une intervention majorée (7,3 % en Wallonie et 3,9 % en Flandre) et 14,8 % sont atteintes de maladies chroniques (21,4 % en Wallonie et 12,1 % en Flandre). Ce dernier groupe était évalué d'après la consommation de médicaments pour une série de maladies chroniques, et comprenait à Bruxelles 1 954 femmes ; évaluées par cette méthode, les co-morbidités les plus fréquentes des femmes enceintes bruxelloises étaient l'hypertension (5 % des femmes enceintes), les affections thyroïdiennes (3,5 %) et l'asthme (3,4 %) ; 39 femmes enceintes (0,3 %) étaient séropositives. Ces pourcentages sont peut-être sous-évalués puisqu'ils ne tiennent compte que des affections traitées.

1.2.2. Fréquence du suivi et des examens

Les femmes enceintes bruxelloises à faible risque consultent un gynécologue, un médecin généraliste ou une accoucheuse 13 fois en moyenne au cours de leur grossesse. C'est moins que la moyenne belge (14 fois) mais nettement plus que le nombre recommandé : en cas de risque faible, on recommande 10 consultations pour une primipare (premier accouchement) et sept consultations pour une multipare (plusieurs accouchements).

Si l'on fait abstraction des consultations chez le généraliste, qui ne peuvent être attribuées avec certitude à la grossesse, le nombre moyen de consultations s'élève cependant encore à 11 (3).

Les Bruxelloises à risque élevé consultent, elles, 14 fois en moyenne, ce qui est peu différent des femmes enceintes à faible risque ; c'est également moins que les Belges à haut risque qui consultent 15 fois en moyenne.

La plupart des Bruxelloises enceintes consultent au moins une fois : 98 % consultent au moins une fois un gynécologue, 55 % un généraliste (62 % si à risque), 28 % une accoucheuse et 38 % un autre médecin spécialiste (53 % si à risque).

Les directives concernant les types d'analyses de laboratoire nécessaires au suivi de la grossesse sont plutôt bien respectées, même si les examens sont souvent répétés plus que nécessaires.

Le nombre moyen d'échographies par grossesse est de 4,1 (4,4 si à risque), ce qui est semblable à la moyenne nationale.

Depuis 2006, un feedback de ces données est envoyé aux professionnels concernés, par la plate-forme de l'INAMI pour la promotion de la qualité.

³ Ne concerne pas les femmes ayant un statut d'indépendant (989 sur les 13 188 Bruxelloises ayant accouché en 2005), ni les femmes suivies en prénatal à l'ONE ou à K&G..

1.3 LES INDICATEURS DE SANTÉ PÉRINATALE

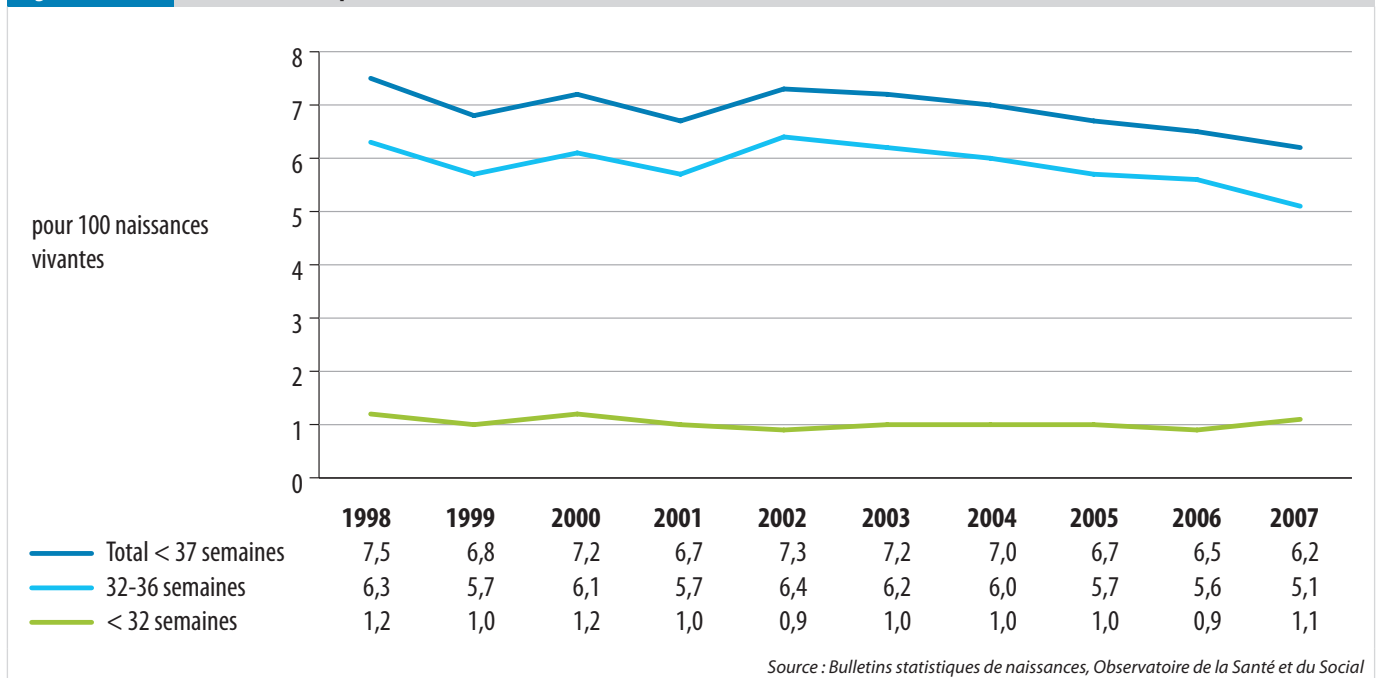
1.3.1 La prématurité

Après une augmentation marquée au cours des années 80 et 90 (voir Dossier sur la périnatalité opus cité), le taux de prématurité diminue depuis 2002. Le taux de grande prématurité (< 32 semaines) reste cependant stable (figure 4-06).

Mais le nombre absolu d'enfants nés très prématurément augmente : 771 nouveau-nés de moins de 32 semaines au cours de la période 2003-2007, pour 660 au cours de

la période 1998-2002. Etant donné l'impact à long terme de la grande prématurité sur le développement des enfants, cette augmentation a des conséquences sur les besoins d'accompagnement médical, psychologique et éducationnel. Des études menées en Europe montrent que 10 à 15 % des enfants nés très prématurément souffrent de handicaps sévères, et 40 % de troubles du développement cognitifs (4).

Figure 4-06 Prévalence de la prématurité, Bruxelles, 1998-2007



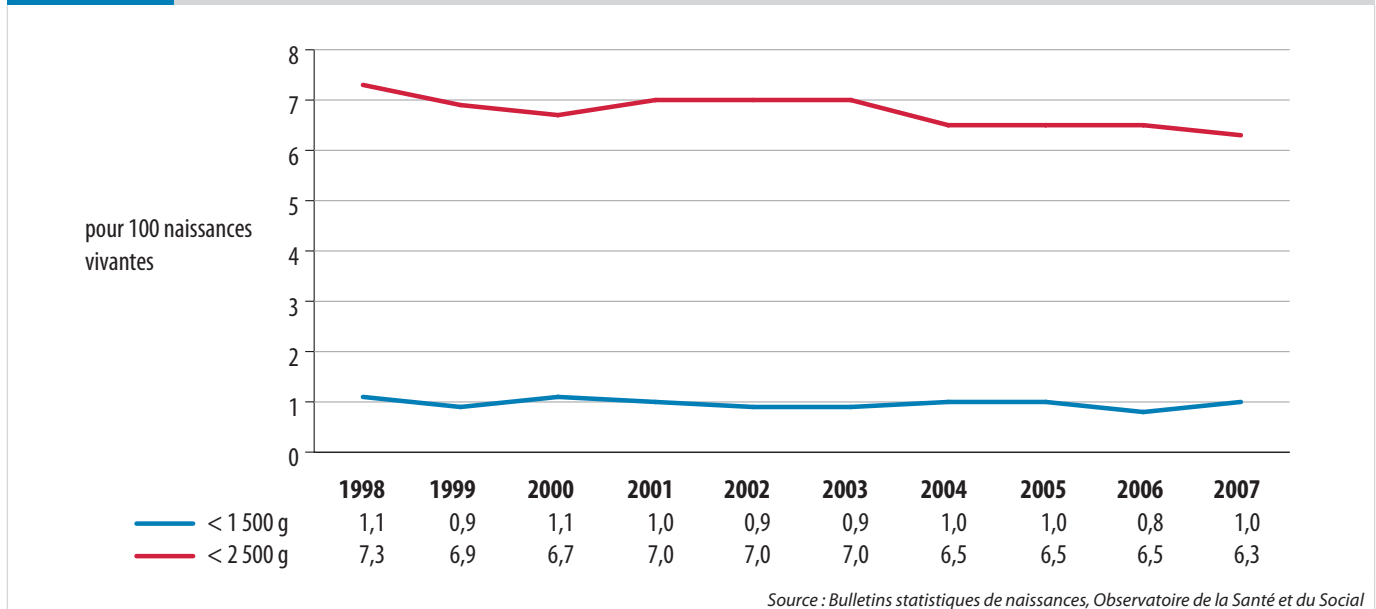
Les taux de prématurité et de petit poids de naissance diminuent, mais les taux de grande prématurité et de très petit poids de naissance restent stables.

1.3.2 Le petit poids de naissance

L'évolution de la prévalence du petit poids de naissance est parallèle à l'évolution de la prématurité : on observe une diminution de la proportion d'enfants de moins de 2 500 g mais une relative stabilité pour les nouveau-nés de très petit poids.

Cependant, comme pour la prématurité, le nombre absolu de naissances vivantes d'enfants de très petit poids de naissance augmente. En 2003-2007, on a enregistré 276 naissances vivantes de nourrissons de moins de 1000 g (237 en 1998-2002), 771 naissances de nourrissons de moins de 1 500 g (660 en 1998-2002) et 5 294 naissances d'enfants de moins de 2 500 g (4 686 en 1998-2002).

Figure 4-07 Évolution de la prévalence du petit poids de naissance et du très petit poids de naissance, Bruxelles, 1998-2007

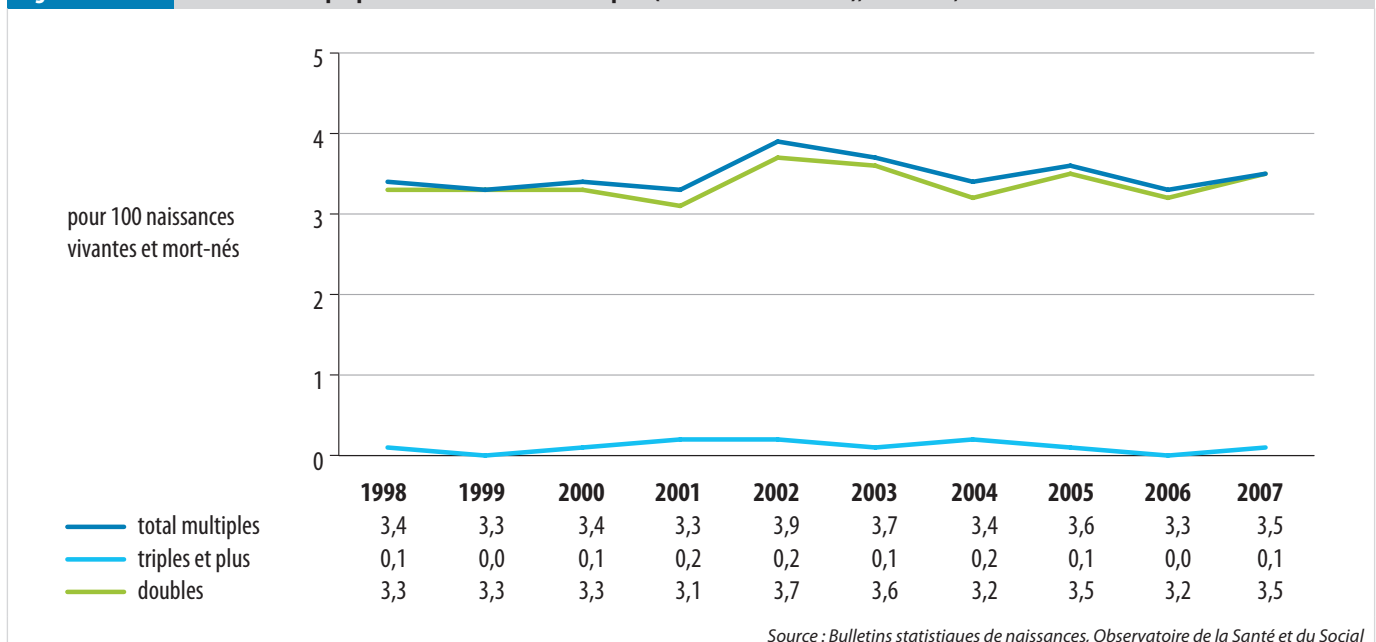


1.3.3 Les grossesses multiples

Après un accroissement très marqué de la fréquence des grossesses multiples au cours des années 80 et 90 suite à l'augmentation du recours à la procréation assistée, on

a atteint un pic en 2002 (voir Dossier sur la périnatalité). Depuis 2004, la proportion de naissances multiples reste relativement stable.

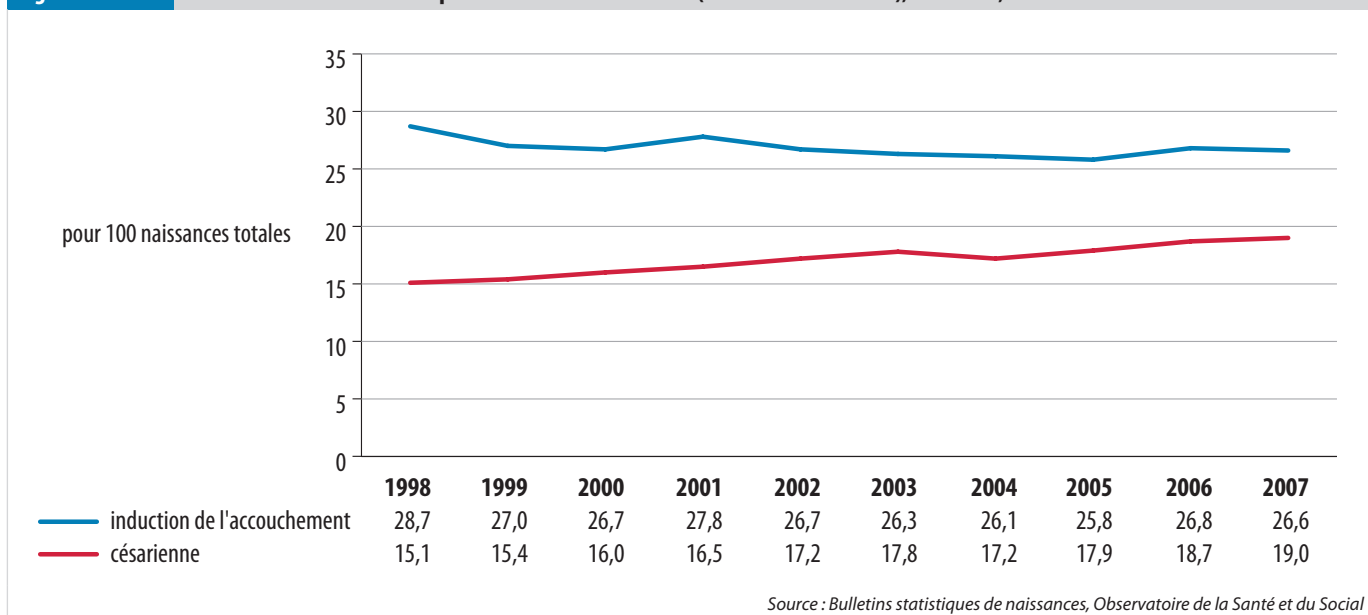
Figure 4-08 Évolution de la proportion de naissances multiples (vivantes et mort-nés), Bruxelles, 1998-2007



1.3.4 Les interventions obstétricales

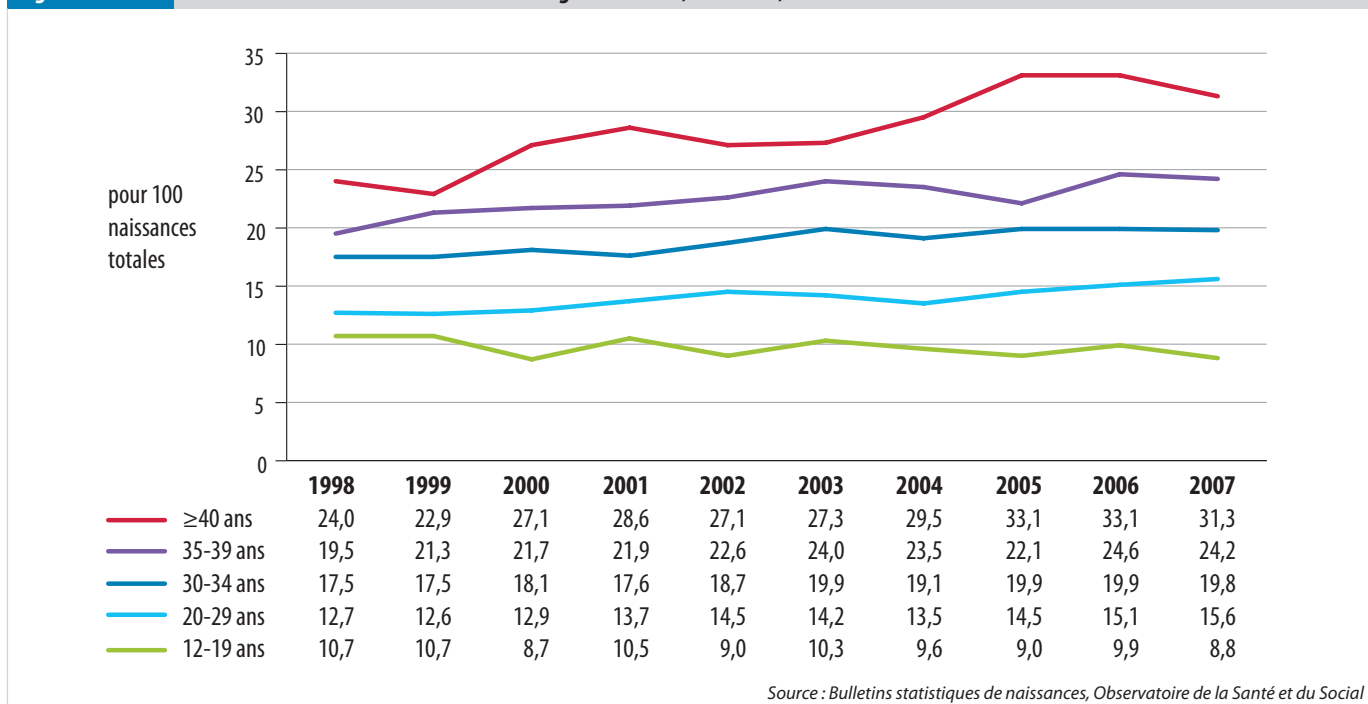
La part d'accouchements induits reste stable, par contre la proportion de naissances par césarienne continue à croître.

Figure 4-09 Interventions obstétricales pour 100 naissances totales (vivantes et mort-nés), Bruxelles, 1998-2007



L'augmentation de la proportion de mère de plus de 35 ans explique partiellement cette augmentation continue du recours à la césarienne. Cependant, la figure 4-10 montre que cette augmentation s'observe également pour les femmes plus jeunes à l'exception des mères de moins de 20 ans.

Figure 4-10 Évolution du taux de césarienne selon l'âge de la mère, Bruxelles, 1998-2007



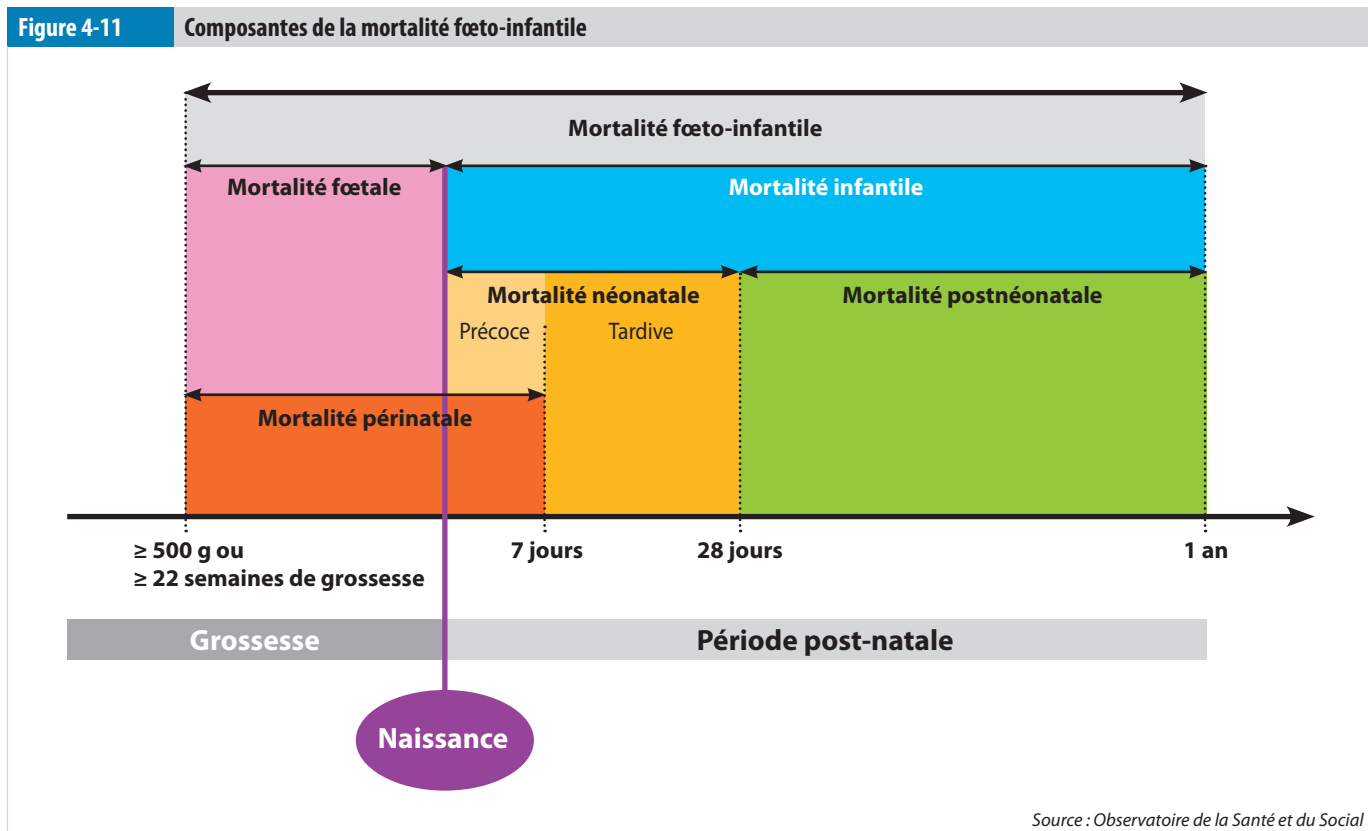
Le recours à la césarienne augmente, surtout chez les mères de plus de 35 ans, mais également pour celles de 20 ans ou plus.

1.3.5 Mortalité foëto-infantile

En 2007, on a enregistré 81 naissances d'enfants mort-nés, et 73 décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants (53 décès avant la fin du premier mois et 20 décès entre 1 mois et 1 an).

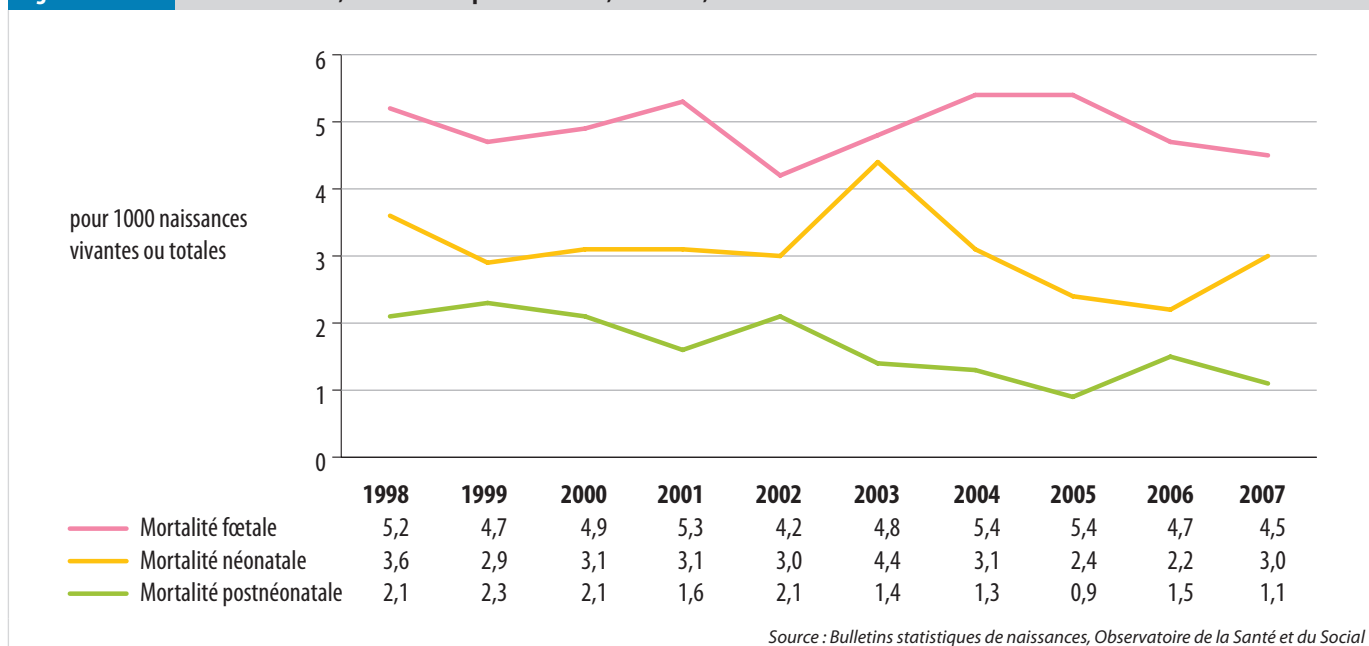
La mortalité foëto-infantile est divisée en trois composantes : la mortalité foëtale ou mortinatalité, la mortalité néonatale et la mortalité postnéonatale. La mortalité périnatale

regroupe la mortalité foëtale et néonatale précoce. La mortalité infantile regroupe l'ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant le premier anniversaire de l'enfant (0 à 364 jours révolus). Les différents taux de mortalité sont exprimés pour 1000 naissances vivantes (mortalité néonatale, postnéonatale ou infantile) ou pour 1000 naissances totales (mortalité foëtale, périnatale et foëto-infantile).



Au cours des 10 dernières années on observe une relative stabilité de la mortalité foetale et néonatale tandis que la mortalité postnéonatale diminue.

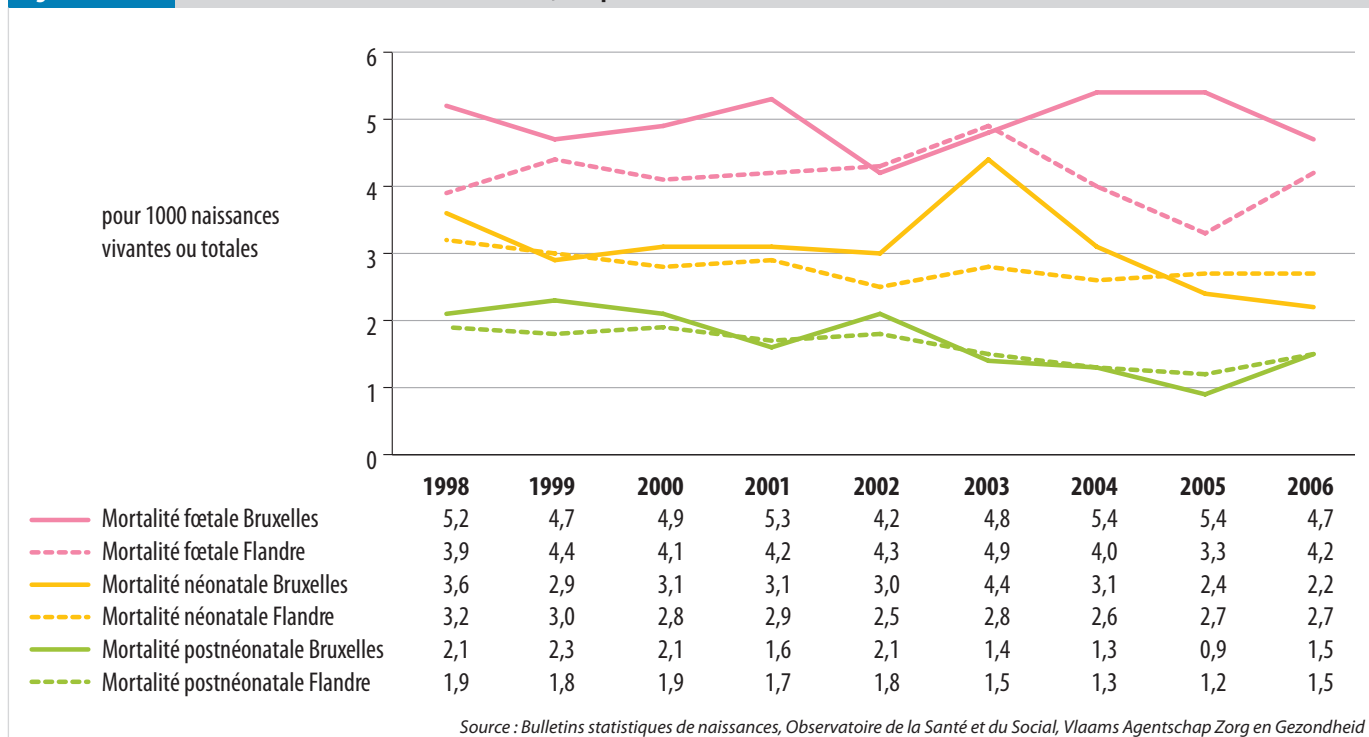
Figure 4-12 Mortalité foetale, néonatale et postnéonatale, Bruxelles, 1998-2007



Les taux de mortalité foeto-infantile évoluent de manière assez semblable à Bruxelles qu'en Flandre. En 2006, la mortalité foetale est en moyenne un peu plus élevée à

Bruxelles mais la mortalité néonatale y est un peu plus basse. La mortalité postnéonatale est semblable dans les deux régions.

Figure 4-13 Évolution de la mortalité foeto-infantile, comparaison avec la Flandre 1998-2006



1.4 LES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

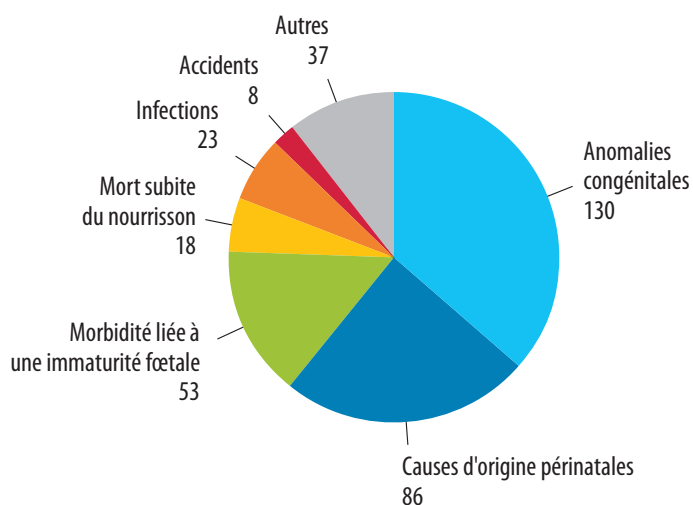
Chez les moins d'un an, 355 décès ont été enregistrés pour la période 2003-2007 (71 décès par an en moyenne).

Les premières causes de mortalité infantile^[4] sont, comme pour la période 1998-2002, les anomalies congénitales, diverses pathologies liées à la période périnatale, l'immaturation et la mort subite du nourrisson.

Jusqu'au milieu des années 1990, la **mort subite** représentait la première cause de mortalité infantile et la première cause de mortalité postnéonatale^[5] (voir Dossier sur la périnatalité). Dans la période 2003-2007, elle est devenue la quatrième cause de mortalité infantile et la deuxième cause de mortalité postnéonatale (15 décès), ce qui la relègue loin derrière les anomalies congénitales (43 décès) et la met presque sur le même rang que les infections (14 décès). Les campagnes d'information et de prévention effectuées depuis 1995 en Belgique ont certainement contribué à la réduction très importante de la mort subite.

On trouvera ci-contre une figure reprenant la répartition des causes de mortalité infantile en 2003-2007, et un tableau comparant les causes de décès infantiles et postnéonataux pour les deux périodes.

Figure 4-14 Nombre de décès infantiles par cause, Bruxelles, 2003-2007



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

Tableau 4-01 Causes de décès infantiles et postnéonataux, Bruxelles, 1998-2007

Causes de décès	Décès infantiles		Décès postnéonataux	
	1998-2002	2003-2007	1998-2002	2003-2007
Anomalies congénitales	112	130	38	43
Causes d'origine périnatales	65	86	6	8
Morbidité liée à une immaturité fœtale	61	53	12	7
Mort subite du nourrisson	41	18	38	15
Infections	32	23	24	14
Accidents	13	8	11	8
Autres	46	37	16	9
TOTAL	370	355	145	104

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

Les décès par mort subite du nourrisson ont nettement diminué entre 1998-2002 et 2003-2007.

4 Ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant le premier anniversaire de l'enfant (0 à 364 jours révolus).

5 Décès d'enfants entre 28 et 364 jours révolus.

1.5 LES DÉPISTAGES CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

1.5.1 Dépistages sanguins

Un certain nombre d'anomalies congénitales sont dépistées dès la naissance par le biais d'un prélèvement sanguin à la maternité. Ces anomalies, si elles ne sont pas prises en charge précocement peuvent entraîner un décès, une arriération mentale ou d'autres troubles permanents.

Les deux plus fréquentes sont la **phénylcétonurie** et l'**hypothyroïdie**. Des cadres législatifs visent à organiser leur dépistage. Nous ne disposons pas du nombre de cas dépistés en Région bruxelloise, mais si on applique aux naissances bruxelloises le nombre de cas positifs pour 100 000 tests effectués par les trois centres de dépistage de la Communauté française, on peut s'attendre à dépister par an en Région bruxelloise environ 2 enfants atteints de phénylcétonurie et 5 enfants atteints d'hypothyroïdie.

Un dépistage des **hémoglobinopathies** (maladies génétiques les plus fréquentes) est organisé depuis 1994 en Région bruxelloise par le service de chimie médicale de l'Hôpital Erasme, où les maternités peuvent adresser les prélèvements. Entre décembre 1994 et décembre 2007, 113 cas de drépanocytose (plus de 8 cas par an), 7 cas de Bêta-thalassémie majeure et 5 cas d'hémoglobine H ont été dépistés parmi 179 788 naissances vivantes ; en outre, un nouveau-né sur 65 est porteur sain d'une hémoglobine S. Au total, pour l'ensemble des naissances dépistées, on retrouve environ 2 % d'enfants porteurs d'une anomalie

de l'hémoglobine et plus d'un nouveau-né sur 2 000 est atteint d'une forme majeure (5 ; 6). Il est donc important de développer une stratégie de prise en charge des hémoglobinopathies par les médecins traitants en région de Bruxelles-Capitale.

En ce qui concerne la mortalité par hémoglobinopathie, sur les 14 décès enregistrés pour la période 1999-2007, 2 décès seulement concernent des enfants (dont un moins d'un an et un entre 1 et 5 ans) et sont dus à des drépanocytoses.

1.5.2 Dépistage des problèmes visuels

Depuis fin 2002, l'ONE a décidé de généraliser progressivement à l'ensemble de la Communauté française le dépistage des problèmes visuels chez les enfants de 15 mois à 3 ans^[6]. En effet, diverses études ont montré qu'environ 10 % des enfants de cette tranche d'âge sont atteints de problèmes visuels et que le traitement est plus efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de trois ans (7).

En Région bruxelloise, le dépistage a commencé en 2006 mais il n'est pas encore disponible partout faute de personnel spécialisé suffisant (11 communes sur 19 ont un dépistage organisé en 2007) ; initialement réalisé gratuitement dans certains centres hospitaliers, il l'est actuellement par quatre orthoptistes et un certain nombre de médecins des consultations ayant bien voulu se former à cet effet. On trouvera ci-dessous les résultats pour les années 2006 à 2008.

Tableau 4-02 Examens de dépistage visuels réalisés en Région bruxelloise par l'ONE entre 2006 et 2008

	Nb examens réalisés*	Dépistages normaux	Dépistages anormaux	Dépistages douteux	Dépistages irréalisables
2006	3 111	2 473 (79,5 %)	270 (8,7 %)	91 (2,9 %)	277 (8,9 %)
2007	2 461	1 819 (73,9 %)	270 (11,0 %)	52 (2,1 %)	320 (13,0 %)
2008	4 701	3 262 (69,4 %)	598 (12,7 %)	156 (3,3 %)	685 (14,6 %)

*Le dépistage peut être réalisé jusqu'à 4 ans.
Source : ONE, 2009

Dans deux à trois cas sur dix, le dépistage nécessite un avis ophtalmologique ou doit être refait^[7].

Les données étant anonymes, nous ne disposons pas séparément des données de suivi sur Bruxelles ; cependant, si l'on considère les 2 150 enfants adressés pour avis ophtalmologique en Communauté française entre 2004 et 2007 et pour lesquels l'ONE a eu connaissance du résultat, l'anomalie est confirmée par l'ophtalmologue référent dans sept cas sur dix.

Kind & Gezin a initié depuis 2007 en Flandre deux projets pilotes de dépistage visuel des nourrissons, dans l'idée d'une généralisation future du programme (8). À Bruxelles, K&G n'a pas établi de programme.

6 En 2007, on estime que ce dépistage a touché un tiers du public cible en Communauté française.

7 Devant l'augmentation de ces dépistages où l'enfant est peu coopératif, l'ONE recommande maintenant de ne pas les réaliser avant 18 mois.

1.5.3 Dépistage de la surdité

Etant donné la prévalence de la surdité néonatale (1 à 4 ‰) et ses répercussions non seulement sur les compétences linguistiques et communicatives de l'enfant mais également sur son développement cognitif et psychosocial, des programmes de dépistage néonataux systématiques ont été mis en place par les Communautés. Idéalement, le diagnostic doit être posé avant 3 mois et la prise en charge débutée avant 6 mois.

En Communauté flamande, un dépistage de ce type est organisé depuis 1998 par Kind & Gezin ; l'incidence de la surdité pour l'ensemble de la Communauté flamande était de 2,6 ‰ en 2006 et de 3,2 ‰ en 2007 (modification de l'outil diagnostique) (9) Nous ne disposons pas des données de dépistage effectué par K&G en Région bruxelloise.

En Communauté française, un dépistage est organisé depuis fin 2006 à l'attention des nouveau-nés ne présentant pas de facteur de risque (8). Il s'agit d'un dépistage par «otoémissions acoustiques automatisées (9)» ; les maternités sont libres de rallier ou non le programme (10). Un premier test est réalisé au 3^{ème} jour et répété le jour suivant en cas de résultat insatisfaisant ; si le résultat anormal persiste, l'enfant est adressé à un ORL.

En ce qui concerne les enfants identifiés à risque (11), ils subissent d'emblée des examens plus poussés auprès d'un ORL.

Au 31/12/2007 (12), sept maternités participaient au programme en Région bruxelloise (entrée progressive au cours de l'année) et 8 318 nouveau-nés ont donc été concernés par ce dépistage en 2007 (environ 68 % des naissances). Si on exclut les «refus», «ailleurs» (voir plus bas)

et premiers tests non réalisés, la couverture des maternités participantes est de 78,5 % pour cette première année de programme. En effet, 43 parents ont exprimé un refus de participer au programme (aucun dans le groupe des enfants ayant des facteurs de risque), et 316 ont exprimé le désir d'effectuer le dépistage «ailleurs» (Kind & Gezin, ORL ou autre institution hospitalière).

Sur les 7 959 enfants restants, 214 enfants avaient un ou plusieurs facteurs de risque mentionnés (13) et ont donc immédiatement été référés (2,7 %).

Au total, pour les enfants à risque et non à risque, six cas de surdité unilatérale et sept cas de surdité bilatérale ont été dépistés en 2007, ce qui correspond à une prévalence de 2,1 ‰ pour les nouveau-nés ayant été testés (14).

Les freins à la réalisation de ce programme sont d'abord les difficultés liées à l'organisation du programme, et à son acceptation (il faut que les parents soient sensibilisés, et il faut qu'ils acceptent l'idée de présenter l'enfant à un spécialiste si le test est insatisfaisant).

Les autres difficultés rencontrées sont :

- la sortie précoce (par ex. le week-end) des nouveau-nés, ne laissant pas le temps d'effectuer le dépistage (environ 1/5^{ème} des enfants de parents «acceptants» n'ont pas de test réalisé)
- la surcharge administrative pour les professionnels de santé
- la formation des professionnels de terrain au dépistage et au diagnostic
- le nombre élevé de professionnels concernés, impliquant une nécessaire et complexe collaboration.

8 Ne dépister que les nouveau-nés ayant un facteur de risque amènerait à n'identifier que 50 % des surdités permanentes néonatales.

9 Ne permet pas d'identifier ni le type ni la sévérité de la surdité.

10 En 2008, il restait deux maternités à Bruxelles qui ne désiraient pas signer de convention avec la Communauté française. La convention permet une réduction des coûts à charge des parents (pris en charge par CF) ainsi que l'enregistrement et l'analyse des données du programme.

11 Antécédents familiaux de surdité héréditaire, consanguinité au premier degré, infections in utero, intoxications diverses, APGAR ≤ 6 à 5', < 36 semaines ou < 1 500 grammes, soins intensifs néonataux > 5 jours, médication ototoxique,

exsanguino-transfusion, ventilation assistée ≥ 24h, malformation associée à hypoacousie, maladie neurologique ou endocrinienne.

12 Source des données : Bénédicte Vos, Coordinatrice du programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française + Revue Percentile, Vol 13, N°4, 2008.

13 Ce qui est probablement une sous-estimation, la littérature relevant plutôt que 6 à 10 % des nouveau-nés présentent au moins l'un de ces facteurs de risque.

14 Il faut noter cependant que 51 enfants à risque et 121 enfants non à risque n'ont pas de résultat définitif au 31/12/2007 (ce nombre inclut probablement des explorations encore en cours, des avis ORL non encore réalisés ou des résultats non reçus).

1.6 L'ALLAITEMENT MATERNEL EN RÉGION BRUXELLOISE

Les bienfaits de l'allaitement maternel sont universellement reconnus ; tant les institutions internationales ^[15] que l'ONE, Kind & Gezin et l'ensemble des professionnels de santé ont entrepris de nombreux efforts ces dernières années afin de créer pour les mères des conditions favorables à l'allaitement maternel. Ceci étant dit, le type d'allaitement est un choix personnel et reste largement influencé par les caractéristiques sociales et économiques des mères, par leur culture d'origine mais aussi celle du pays d'accueil.

Les habitudes d'allaitement en Région bruxelloise ont pu être étudiées grâce aux données recueillies par l'ONE et par Kind & Gezin (K&G) (voir encadré).

Tableau 4-03 Caractéristiques des enfants suivis dans les consultations préventives (ONE et K&G) et des naissances bruxelloises, Bruxelles, 2007

	ONE	K&G	Naissances bruxelloises
Mère non belge	62,6 %*	41,4 %	46,0 %
Mère < 20 ans	1,8 %	2,8 %	2,6 %
Mère ≥ 40 ans	6,0 %	2,6 %**	4,8 %
< 37 semaines	6,5 %	7,1 %	6,2 %
< 2 500 grammes	5,6 %	7,1 %	6,3 %

*50 % de données manquantes **= mère > 40 ans
Sources : Avis de naissances (ONE) et Avis 6^e jour (K&G)

Étude de l'allaitement maternel en Région bruxelloise : méthodologie et sources des données

Les données sur l'allaitement des petits Bruxellois (= mères résidentes à Bruxelles) à la sortie de la maternité ^[16] sont complétées par les travailleuses médico-sociales (TMS) de l'ONE à la maternité et par une visite à domicile ou lors du premier contact par Kind & Gezin ; certains bébés échappent cependant à cet enregistrement ^[17]. Par la suite, les données sont enregistrées à l'occasion des consultations ^[18].

L'ensemble de l'enregistrement (avis de naissance et avis du 6^{ème} jour) des deux institutions représente, en 2007, 103,8 % du nombre de naissances vivantes de résidentes bruxelloises, ce qui suggère un certain nombre de doublons (15 692 avis ONE et 2 382 enregistrements K&G en 2007).

Les pourcentages présentés sont calculés à partir des données connues (exclusions de données manquantes).

16 Au 6^{ème} jour pour Kind & Gezin.

17 Il existe 14 maternités en Région bruxelloise, mais toutes ne participent de la même façon à ce recueil de données ; les données sont donc non exhaustives et/ou partielles pour certaines variables.

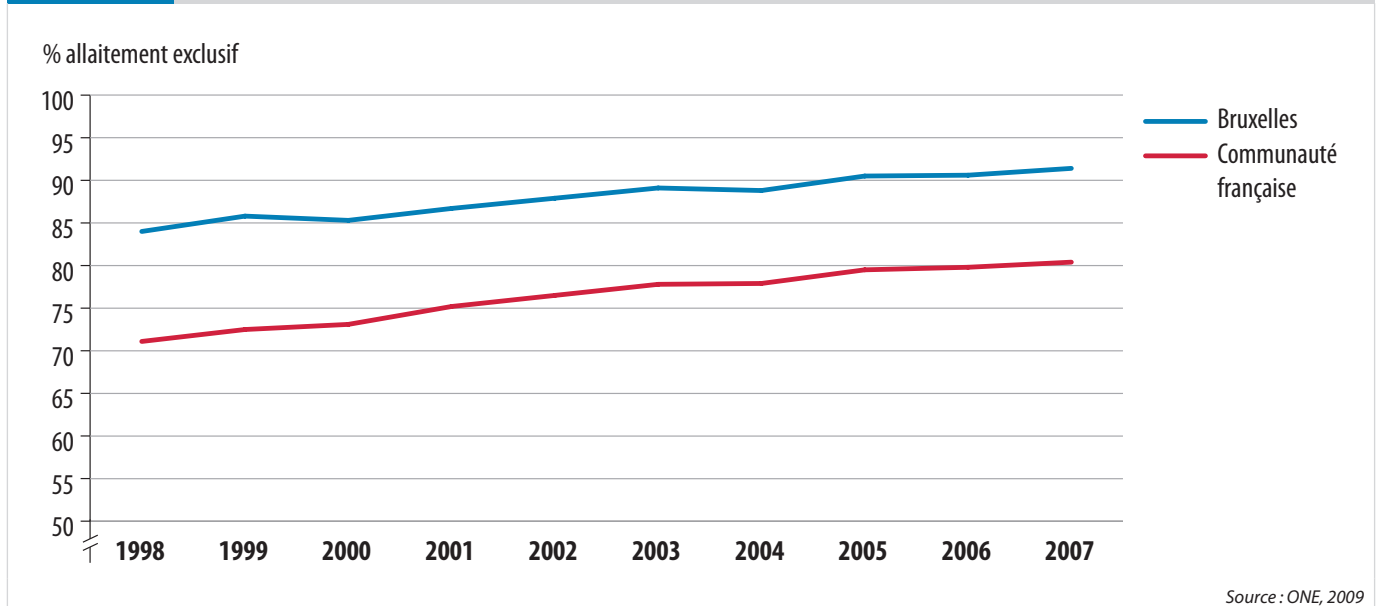
18 De façon ponctuelle à l'ONE (bilan à un âge donné), en continu à K&G. Comme le délai et le mode de recueil diffèrent, les données sont analysées séparément.

15 L'OMS et l'UNICEF ont créé conjointement un «label hôpital ami des bébés» visant à encourager les services de maternité à améliorer leurs pratiques, label attribué si certains critères sont respectés (<http://www.infor-allaitement.be/pages/initiatives2.php>). Les maternités bruxelloises suivantes ont reçu ce label : CHU Brugmann, Hôpital Erasme, Clinique St Jean, CHU St Pierre, Hôpital Iris Sud site Etterbeek-Ixelles, Clinique Edith Cavell.

1.6.1 Allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité

À l'ONE, l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était de 90,6 % en 2006 et 91,4 % en 2007 ; ce pourcentage est en constante augmentation ces dix dernières années, et supérieur à ce qui est observé pour l'ensemble de la Communauté française (respectivement 79,8 % et 80,4 %).

Figure 4-15 Évolution de l'allaitement exclusif (%) à la sortie de la maternité, Bruxelles et Communauté Française, 1998-2007



À K&G, l'allaitement maternel exclusif au 6^{ème} jour de vie était de 77,6 % en 2006 et 77,4 % en 2007 ; ce pourcentage est supérieur à ce qui est observé en Flandre (63,7 % en 2006) et à Anvers (65,0 %).

Si l'on effectue une moyenne des taux ONE et K&G pondérée en fonction de leur couverture respective des naissances, on peut estimer le taux d'allaitement en Région bruxelloise à 88,9 % en 2006 et 89,5 % en 2007, ce qui reste supérieur à la Communauté française et à la Flandre.

Il est probable que les écarts observés entre les taux d'allaitement ONE et K&G proviennent des différences entre les populations recrutées par les deux institutions. Ces écarts apparaissent également lorsqu'on compare les taux d'allaitement par commune et par institution.

Si l'on classe les communes par niveau socio-économique en trois clusters (voir chapitre 2 en partie I Contexte général), on observe les taux d'allaitement donnés au tableau 4-04 (données connues).

Tableau 4-04

Taux d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau socio-économique de la commune de résidence, ONE et K&G, 2006

Niveau Socio-économique de la commune	ONE	K&G
bas	91,5 %	82,4 %
moyen	90,9 %	78,1 %
élevé	88,4 %	79,2 % ^[19]

Source : ONE, K&G, Observatoire de la santé et du social, 2009

Le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité ne cesse d'augmenter.

¹⁹ Pour Kind & Gezin, il n'y a pas d'intervention (et donc pas de données) sur les communes d'Uccle et de Woluwe-Saint-Pierre (appartenant au cluster Niveau socio-économique élevé).

Les bébés prématurés ou de petit poids de naissance sont moins souvent allaités exclusivement à la sortie de la maternité ; en 2007, 86,5 % des bébés nés avant 37 semaines sont allaités à la sortie de la maternité versus 91,8 % des bébés nés après 37 semaines (ONE), 57,1 % des bébés nés avant 37 semaines sont allaités au 6^{ème} jour versus 80,4 % des bébés nés après 37 semaines (K&G).

La mise au sein et l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité diminuent à mesure que la parité augmente ; l'allaitement exclusif à la sortie de la maternité à l'ONE est de 92,3 % chez les primipares versus 87,9 % chez les grandes multipares (≥ 4) et l'allaitement exclusif au 6^{ème} jour à K&G est respectivement de 78,7 % versus 74,4 % (2006-2007).

Ceci est également observé pour l'ensemble de la Communauté française (10), la Flandre (11) et dans d'autres pays (12)

Le taux d'allaitement est le plus élevé pour les mères entre 20 et 40 ans et il diminue après 40 ans. Il est le plus faible pour les mères très jeunes.

On observe un taux d'allaitement supérieur d'environ 6 % pour les bébés de mères non belges que pour ceux de mères belges (nationalité à la naissance de l'enfant). Dans le dossier

spécial consacré à l'allaitement (10), l'ONE avait analysé sur dix ans le taux de mise au sein après l'accouchement des mères en fonction de la nationalité d'origine des mères. En moyenne, le taux de mise au sein n'atteignait pas 70 % pour les Belges alors qu'il était supérieur à 90 % pour les mamans turques et marocaines d'origine ; seules les mamans françaises avaient un taux inférieur à celui des Belges.

Le taux d'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité est nettement plus élevé en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays.

1.6.2 Allaitement maternel exclusif ultérieur^[20]

En 2007, la durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif est de 15 semaines^[21]. Parmi les femmes ayant allaité, environ un tiers ont allaité moins de trois mois, un tiers entre 3 et 6 mois, et le dernier tiers 6 mois et plus.

20 Seules les données des enfants suivis par l'ONE sont disponibles et reprises ci-dessous.

21 Durée calculée pour les enfants encore suivis par l'ONE à 9 mois (environ 15 % des avis de naissance).

2. Les enfants de un à neuf ans

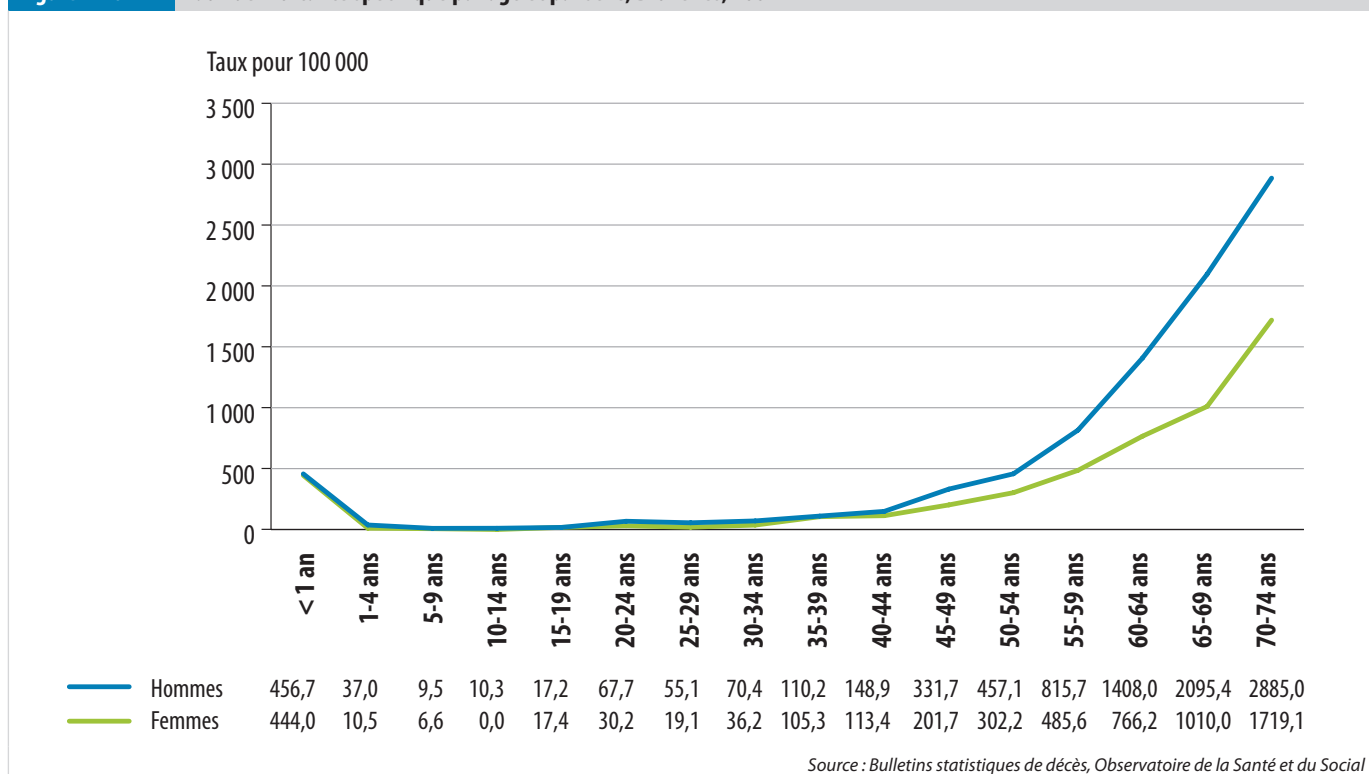
À partir d'un an, âge de la marche, se confirme le mouvement qui ne cessera pas de s'accroître jusqu'à l'âge adulte : le mouvement vers l'autonomie. L'enfant élargit peu à peu le cercle de ses découvertes ; une bonne partie de celles-ci se font dans le cadre de la vie en collectivité. Ces collectivités se prêtent à la transmission des maladies infectieuses. Ce sont les âges où l'on cherche à protéger l'enfant, mais aussi le futur adulte, par l'application du calendrier vaccinal. Celui-ci vise non seulement la protection de l'enfant et de la collectivité d'enfants, mais aussi, pour certaines maladies, l'obtention d'un seuil de protection pour la société entière («seuil critique d'immunité collective»).

2.1 LA MORTALITÉ

Contrairement au groupe des enfants de moins d'un an, les enfants de un à neuf ans font partie des groupes d'âge aux taux de mortalité les plus faibles ; ceci est encore plus marqué pour le groupe des 5-9 ans.

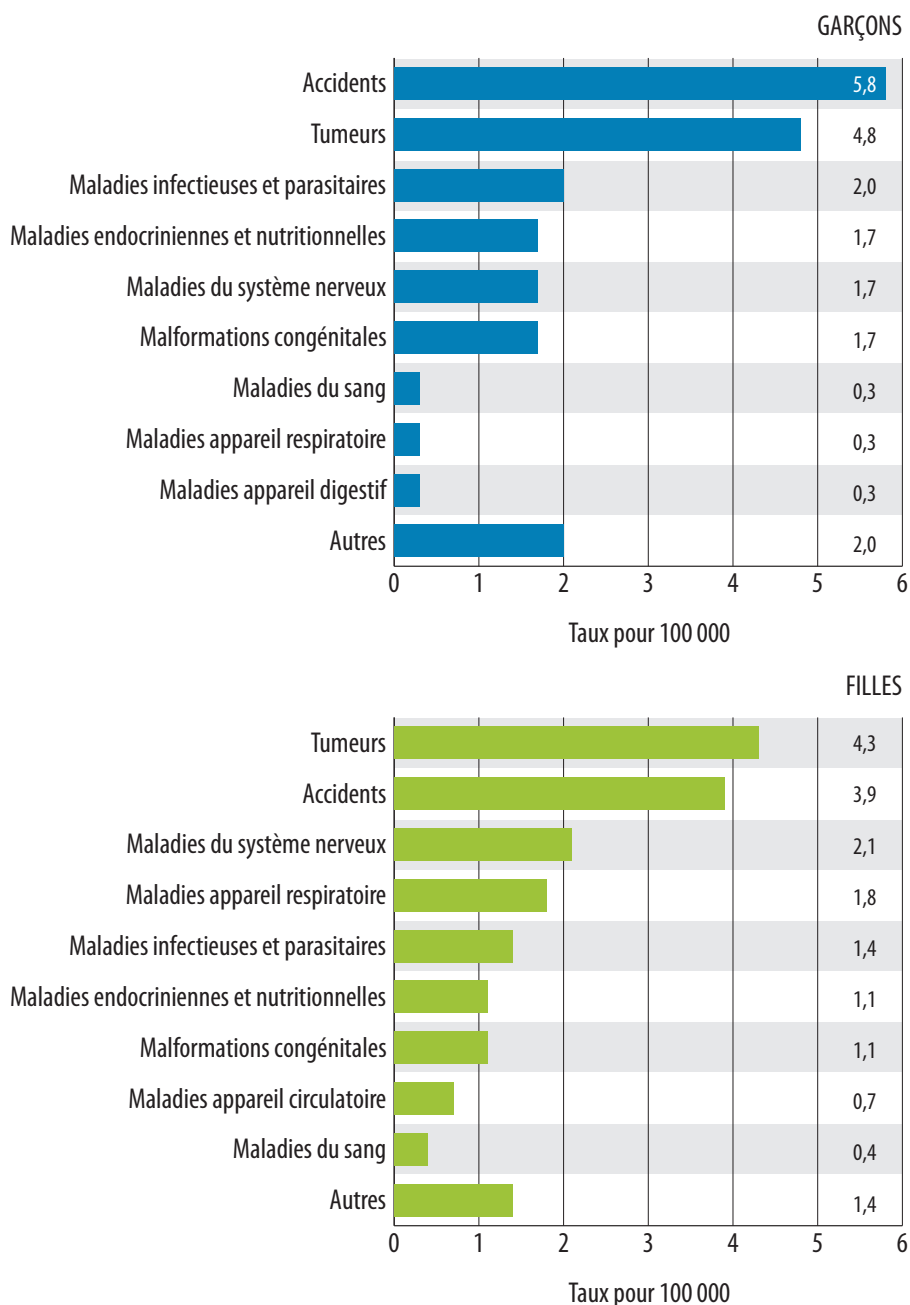
En 2007, ce taux était globalement de 23,3 pour 100 000 chez les garçons et de 8,5 pour 100 000 chez les filles (9,5 pour 100 000 chez les garçons et 6,6 pour 100 000 chez les filles de 5-9 ans).

Figure 4-16 Taux de mortalité spécifique par âge et par sexe, Bruxelles, 2007



Les principales causes de décès sont les accidents et les tumeurs pour les deux sexes, avec les accidents en première place chez les garçons, alors que chez les filles, ce sont les tumeurs qui viennent en premier lieu.

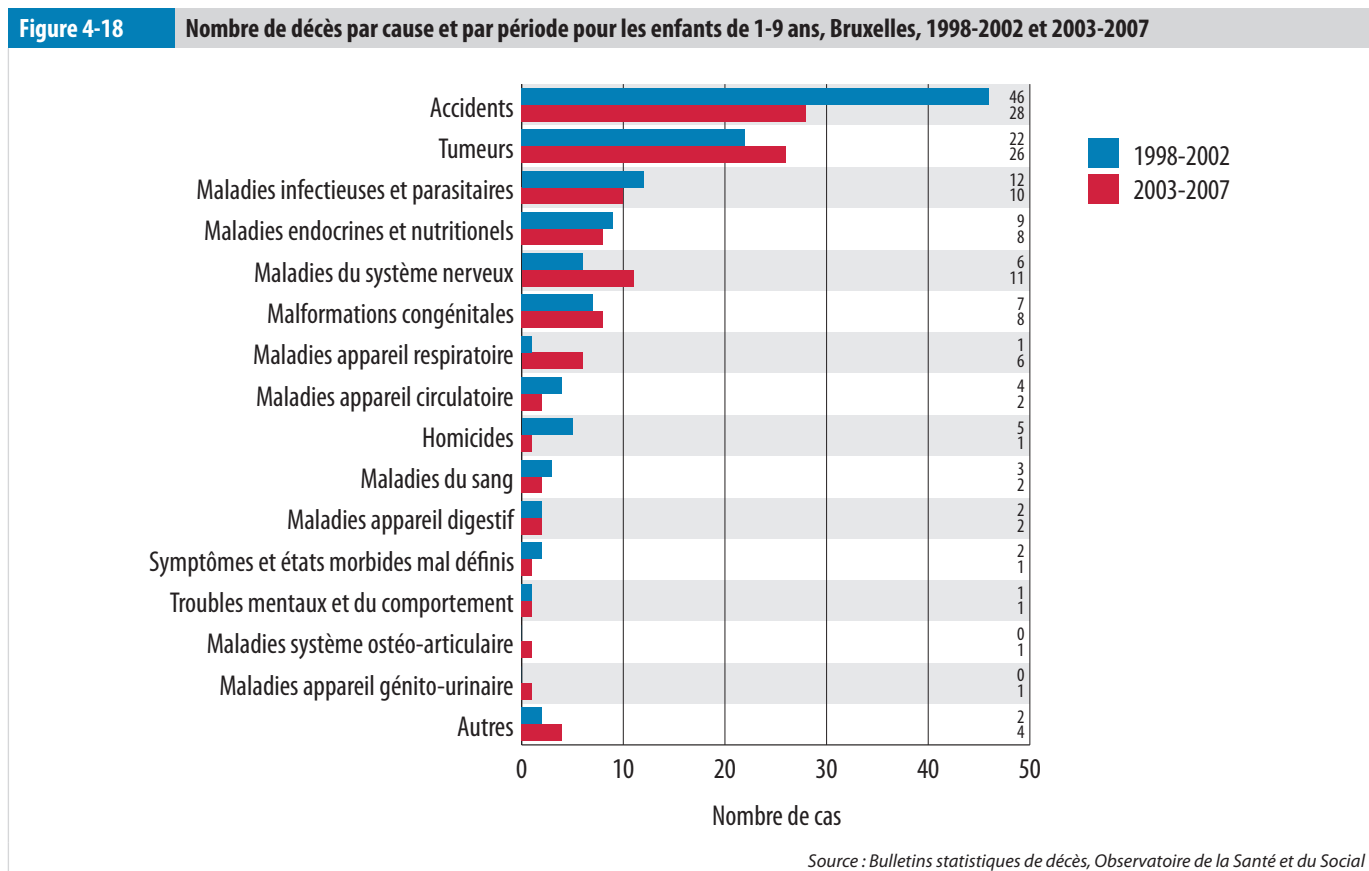
Figure 4-17 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les enfants de 1-9 ans, Bruxelles, 2003-2007



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

La mortalité des enfants de un à neuf ans a légèrement diminué entre 1998 et 2007, passant de 122 décès pour la période 1998-2002 à 112 décès pour la période 2003-2007 (dont 19 décès seulement en 2007) ; le taux de mortalité spécifique est de 19,5 pour 100 000 pour la période 2003-2007, légèrement supérieur chez les garçons (20,8 pour 100 000) que chez les filles (18,1 pour 100 000).

Pour les deux périodes, les deux premières causes de décès restent les accidents et les tumeurs, avec toutefois une forte diminution du nombre de décès par accidents. On trouvera dans la figure suivante le nombre des décès par groupe de causes pour chaque période et pour l'ensemble des deux sexes.



2.2 LES MALADIES INFECTIEUSES

La plupart des maladies infectieuses de l'enfant ne sont pas à déclaration obligatoire (ou en tout cas pas dans toutes les régions du pays), mais il est utile de tenter de les suivre, notamment lorsqu'il existe un vaccin recommandé dans le calendrier vaccinal. La combinaison du réseau PediSurv^[22] avec le réseau des laboratoires vigies et les laboratoires de référence, ainsi que la déclaration obligatoire des maladies infectieuses par les écoles, permet de suivre les tendances épidémiologiques de certaines de ces maladies.

2.2.1 Poliomyélite

En 2007, aucun cas de paralysie flasque aiguë (PFA) n'était suspect d'une infection due à un poliovirus (13).

2.2.2 Rougeole

En 2007, la rougeole n'était pas une maladie à déclaration obligatoire (sauf dans le cadre du contrôle des maladies transmissibles à l'école) mais elle le devient à Bruxelles à partir de l'arrêté du collège réuni daté du 18/06/2009. Alors que la Belgique s'est engagée avec le bureau régional européen de l'OMS à éliminer la rougeole à l'horizon 2010, cet objectif n'est pas encore atteint. En 2006, aucune des trois régions n'atteignait le taux de 95 % de la population vaccinée avec deux doses de vaccin et on observait une épidémie (51 cas) en 2007 à Anvers au sein d'une communauté juive orthodoxe (137 cas d'août 2007 à mai 2008). En 2007, 5 cas ont été confirmés en Région bruxelloise.

²² Participation volontaire à l'enregistrement de 452 pédiatres belges et de 359 médecins généraliste bruxellois en 2007 (50 % notifient au moins 10 fois par an).

2.2.3 Rubéole

En 2007, la rubéole n'était pas une maladie à déclaration obligatoire mais elle le devient à Bruxelles à partir de l'arrêté du Collège réuni daté du 18/06/2009. L'OMS Europe a également pour objectif d'éliminer la rubéole en 2010 pour prévenir la survenue de rubéole congénitale. Aucun cas de Syndrome de Rubéole Congénitale n'a été déclaré en 2007 en Région bruxelloise.

2.2.4 Oreillons

Parmi les cas d'oreillons rapportés, 48 % l'ont été en Région bruxelloise (34 cas), probablement parce que c'est la seule des trois régions où les médecins généralistes, en plus des pédiatres, participent à la déclaration. Le nombre de cas déclarés a presque diminué de moitié par rapport à 2003.

2.2.5 Coqueluche

Contrairement aux autres maladies pour lesquelles il existe un vaccin administré aux enfants, on assiste ces dernières années tant en Belgique (13) que dans plusieurs pays européens et aux États-Unis (14) à une résurgence des cas de coqueluche chez les jeunes enfants, adolescents et jeunes adultes, malgré une couverture vaccinale élevée (voir encadré).

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire en Flandre, à Bruxelles mais pas en Communauté française. La différence de pratique concernant la recherche active de personnes infectées dans l'entourage d'un cas peut également expliquer les différences d'incidence entre régions.

Il est difficile d'estimer avec précision l'incidence de la coqueluche ; en tenant compte des données des laboratoires vigies, des déclarations obligatoires et du RCM, on ne peut que l'approcher, et elle est généralement sous estimée en Belgique. En tenant compte de tous ces différents systèmes d'enregistrement, il semble tout de même exister une augmentation des cas entre 1999 et 2007 (hormis une baisse inexplicable en 2003). À Bruxelles, le nombre de cas diminue en 2007, contrairement aux deux autres régions (35 cas).

2.2.6 Infections invasives à pneumocoques

Streptococcus pneumoniae est une cause importante de pneumonies, d'otites, de sinusites, de méningites et de bactériémies ; ces deux dernières maladies sont dites invasives. Ces germes peuvent aussi être à l'origine d'autres types d'infections telles que conjonctivites, arthrites, mastoïdites, péritonites, péricardites, abcès sous-cutanés, etc. Les maladies dites invasives sont grevées d'une mortalité importante surtout dans les classes d'âge les plus fragiles face aux pneumocoques, à savoir les jeunes enfants et les personnes âgées.

Coqueluche en augmentation : explications et stratégies

L'incidence de la coqueluche augmente en Europe et aux États-Unis, malgré une couverture vaccinale élevée de la population.

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce fait :

- la diminution de l'immunité chez les adultes 30 ans ou plus après leur vaccination ; elle s'explique partiellement par le fait que le vaccin à germes entiers provoquait parfois de fortes réactions et que dans ce cas, le rappel de 5-6 ans n'était pas fait (le vaccin acellulaire, moins réactogène, n'est disponible que depuis les années 90)
- la baisse de l'immunité adulte en raison de «rappels naturels» moins fréquents, étant donnée la faible circulation du virus sauvage dans une population à haute couverture vaccinale
- l'attention accrue accordée à la maladie par les professionnels de santé
- une plus grande proportion de cas déclarés, grâce à de meilleurs outils diagnostics
- une modification de la souche de *Bordetella pertussis* et de l'efficacité vaccinale.

L'augmentation de l'incidence implique un risque de contamination de nourrissons par des adolescents ou des adultes infectés. Depuis 2003, un vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire destiné aux adolescents et aux adultes est disponible en Belgique. Une stratégie de vaccination des adolescents et des adultes a donc été recommandée par le Conseil Supérieur de la Santé depuis février 2008. Cette stratégie est sélective : elle est limitée aux personnes en contact avec des nourrissons non ou insuffisamment vaccinés.

Une autre stratégie pourrait être la vaccination universelle des adultes (remplacer le rappel diphtérie-tétanos tous les dix ans, par un rappel diphtérie-tétanos-coqueluche).

En plus de la surveillance du germe par le réseau des laboratoires vigies de l'ISP, les infections invasives à pneumocoques (IPD) sont surveillées depuis 2005 par le réseau de surveillance des maladies infectieuses pédiatriques «PédiSurv» (réseau composé de pédiatres et aussi, en région bruxelloise, de médecins généralistes). Un appel particulier pour participer à la surveillance des IPD a été lancé à tous les hôpitaux ayant un service de pédiatrie en Belgique (leur degré de participation influence donc la distribution régionale des cas) (13).

Les données recueillies à Bruxelles montrent une baisse importante des identifications de pneumocoques chez les moins de cinq ans (de 89 cas en 2004 à 15 cas en 2007), diminution particulièrement marquée pour les moins de deux ans ; il est cependant difficile d'en tirer des conclusions, car les analyses de pus auriculaire ne sont plus comptabilisées par les laboratoires vigies à partir de 2005.

Cette diminution s'explique en partie par l'introduction du vaccin à sept valences (voir encadré).

2.2.7 Diarrhée à rotavirus

Le rotavirus est la première cause de diarrhée aigue chez l'enfant de moins de cinq ans, et est une cause majeure d'infection nosocomiale en pédiatrie ; c'est une gastro-entérite très contagieuse, la transmission survenant malgré une amélioration de l'hygiène (95 % des enfants de 3-5 ans ont déjà été infectés par le virus).

Si l'introduction de ce vaccin a pour objectif, dans le monde, de prévenir les décès, en Europe, l'objectif est surtout de diminuer le coût social (mini-épidémies, nombreuses hospitalisations et consultations, absentéisme parental). Le vaccin est surtout efficace sur les formes sévères, y compris celles dues à d'autres virus.

Depuis novembre 2006, un des vaccins est partiellement remboursé sur prescription. Nous ne disposons pas de données d'incidence.

L'impact de l'introduction du vaccin antipneumocoque à sept valences

Si le vaccin à 7 valences a été introduit sur le marché belge en 2004, il n'est devenu gratuit qu'à partir de janvier 2007.

Une enquête vaccinale a été effectuée mi-2006 en Région bruxelloise auprès des parents de 533 enfants âgés de 18 à 24 mois (15)

En ce qui concerne la vaccination antipneumocoque, le taux moyen de vaccination complète atteignait 32 % des enfants en âge de bénéficier de la vaccination (nés à partir d'août 2004) et 69,3 % des enfants avaient reçu au moins une dose ; cette couverture était jugée encourageante, étant donné le coût de ce vaccin à cette époque (64 euros par dose)

En comparaison d'autres pays européens, la couverture du vaccin a augmenté extrêmement rapidement en Belgique à partir de la date du remboursement (augmentation estimée : au moins 90 % sur base du nombre de doses vendues).

Pour 2007, on note en Belgique une légère diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoques chez les moins de cinq ans, ainsi que de l'incidence des infections dues aux sérotypes présents dans le vaccin.

Le nombre d'infections a par contre augmenté chez les 5 à 15 ans.

En outre, l'incidence de certains sérotypes non vaccinaux continue également à augmenter ; cette augmentation a débuté avant l'implémentation de la vaccination (16).

Une contribution de la vaccination à la modification de la distribution des sérotypes n'est pas à exclure, mais d'autres facteurs tels que les variations naturelles de sérotypes, l'émergence de clones plus virulents ou la «pression antibiotique» peuvent aussi l'expliquer. Un phénomène semblable est observé dans les autres pays dans les premières années suivant la vaccination.

2.3 LA COUVERTURE VACCINALE (ENFANTS DE 18 À 24 MOIS)

Une enquête vaccinale auprès des parents de 533 enfants âgés de 18 à 24 mois a été effectuée mi 2006 en Région bruxelloise ^[23] (15). De nombreux changements étaient intervenus depuis la précédente enquête, en 2000, tant en ce qui concerne le calendrier vaccinal que la nature des vaccins administrés (voir encadré).

Vaccination de l'enfant : des changements depuis 2001

De nombreux changements sont intervenus ces dernières années dans la vaccination des enfants, aussi bien au niveau des calendriers préconisés, qu'au niveau des types de vaccins utilisés.

Nouveaux vaccins :

- En 2001, le vaccin antipoliomyélite oral (OPV) a été remplacé par le vaccin polio inactivé injectable (IPV)
- Dès 2001 aussi, le recours aux vaccins combinés s'est élargi. Cette tendance s'est accentuée en 2004 avec le passage du vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite (DTPa-IPV) au vaccin hexavalent, par l'adjonction du vaccin contre l'haemophilus influenzae B et du vaccin contre l'hépatite B (DTPa-VHB-IPV-Hib)
- En 2002, le vaccin antiméningocoque C est introduit dans le calendrier
- En 2004, un vaccin antipneumocoque est commercialisé, mais il ne bénéficiait pas d'un remboursement INAMI ; ce vaccin n'est devenu gratuit qu'en janvier 2007, ce qui permet d'espérer une extension de la couverture dans les années suivantes.

Calendrier :

l'âge du début de la vaccination a été abaissé à deux mois (2001), et celui de la vaccination RRO (rougeole-rubéole-oreillons) à 12-13 mois.

La couverture vaccinale selon les maladies (incluant donc tous les types de vaccins disponibles en Belgique) est résumée ci-dessous pour la Région bruxelloise.

Tableau 4-05 Couverture vaccinale selon les maladies contre lesquelles sont protégées les enfants, Bruxelles, 2006

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4
Polio	99,4	99,4	98,6	90,0
Diphtérie/Tétanos/Coqueluche	99,4	99,4	98,6	90,0
Hib	98,2	98,2	97,2	88,8
Hépatite B	97,6	97,6	96,7	88,4
Rougeole/Rubéole/Oreillons	91,1	/	/	/
Méningococcie C	91,7	/	/	/

Source : Robert,E., Swennen,B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 2006

On constate un décrochage de près de 8 % entre la troisième et quatrième dose. Un effort devra donc être fourni pour rappeler aux parents des enfants de 15 mois la nécessité de cette quatrième dose pour obtenir une protection efficace, car si le seuil critique d'immunité collective est bien atteint

pour la polio et la diphtérie, il n'est pas encore atteint pour la coqueluche ni pour la rougeole (95 %).

La couverture antipneumococcique a été évoquée plus haut (voir encadré).

²³ Dans 95 % des cas, un document attestant des vaccinations a pu être consulté par l'enquêteur.

On trouvera au tableau 4-06 l'évolution des couvertures vaccinales entre les différentes périodes d'enquêtes vaccinales.

Tableau 4-06	Évolution des couvertures vaccinales entre 1995 et 2006, Bruxelles		
	1995	2000	2006
Polio3/4 doses	93,7 %	92,6 %	90,0 %
DTP 4 doses	75,4 %	81,1 %	90,0 %
Hib 4 doses	48,7 %	79,2 %	88,8 %
VHB ¾ doses	-	42,1 %	88,4 %
RRO	68,1 %	74,5 %	91,1 %
Méningocoque C	-	-	91,7 %

Source : Robert, E., Swennen, B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 1995, 2000, 2006

Ces données permettent d'affirmer que l'introduction du vaccin hexavalent a procuré une amélioration nette de la couverture vaccinale pour la plupart des maladies concernées. Toutes les couvertures vaccinales, hormis celle de la polio^[24], ont augmenté de manière significative. Cependant, l'on constate, au vu des différences de couvertures entre les maladies, que l'usage du vaccin hexavalent n'est pas généralisé (notamment suite au refus de certains parents de faire vacciner leur enfant contre l'hépatite B par exemple)

Deux tiers des enfants sont vaccinés par l'ONE ou K&G, un tiers par les pédiatres privés (seuls 2 % par les médecins généralistes). Le fait d'être moins aisé, d'être issu d'une famille monoparentale ou d'avoir une maman non belge augmentent la probabilité de fréquenter des structures préventives comme l'ONE ou K&G pour la vaccination.

Si l'on s'intéresse à la couverture vaccinale en fonction des données sociodémographiques, il est clair que pour un vaccin onéreux et non remboursé comme l'antipneumocoque, la couverture vaccinale est significativement liée aux études de la mère et au revenu du ménage : plus la mère est instruite et le milieu aisé, mieux l'enfant est vacciné.

En ce qui concerne les autres vaccins, bien qu'aucune différence ne soit significative, on observe plutôt le gradient inverse, ce qui démontre l'importance du rôle joué par la prise en charge financière des vaccins par les pouvoirs publics, ainsi que du rôle des différents acteurs de la vaccination. Les enfants fréquentant les consultations ONE/K&G ont d'ailleurs une couverture significativement plus haute pour l'ensemble des vaccins (sauf l'antipneumocoque). Pour le RRO et le MenC, le fait d'avoir une mère non belge implique une couverture vaccinale significativement plus haute.

Si l'on compare les couvertures vaccinales en Région bruxelloise pour les dernières doses du calendrier, à celles des deux autres régions, elles sont très semblables, mais on observe une meilleure couverture en Wallonie pour le vaccin hexavalent (près de 5 %, différence significative, enquête 2006) ; elles sont également meilleures en Flandre notamment pour le RRO (94,0 %), mais les différences ne sont pas significatives (enquête en 2005, vaccin hexavalent non introduit).

On constate en 2006 une nette amélioration de la couverture vaccinale, grâce notamment à l'introduction de vaccins combinés, et des inégalités sociales bien rattrapées probablement suite à la gratuité des vaccins et à l'action des structures préventives.

2.4 LE DÉPISTAGE DE L'ENFANCE MALTRAITÉE

L'ONE effectue une action de prévention et de prise en charge de la maltraitance à l'égard des enfants, à la fois à travers les travailleurs médico-sociaux de ses consultations et par le biais du subventionnement et de l'encadrement de 14 équipes multidisciplinaires^[25] de SOS enfants en Communauté française, dont 2 en Région bruxelloise^[26].

En 2007, ce dispositif a reçu en Région bruxelloise 1001 signalements^[27] (pour 3 615 en Wallonie (ONE) et 4 704 en Flandre (K&G)).

Dans 45,1 % des cas, ces signaleurs ne sont pas des professionnels (52,7 % en Wallonie, 43,8 % en Flandre) ; la mère reste le principal signaleur.

Tous les signalements ne sont pas traités par l'ONE : 60 % sont réorientés en fonction des cas vers d'autres acteurs du réseau, plus appropriés. Les cas étant de plus en plus complexes, les prises en charge s'étalent sur plusieurs années ; les 821 enfants pris en charge en 2007 en Région bruxelloise correspondent donc à la fois à des enfants déjà pris en charge les années précédentes et à des enfants nouvellement signalés.

On trouvera dans le tableau 4-07 l'âge des enfants pris en charge en Communauté française ; à Bruxelles, un tiers des enfants ont moins de 6 ans, un tiers ont entre 6 et 12 ans et un tiers ont plus de 12 ans (certains ont plus de 18 ans mais étaient mineurs au moment du signalement).

²⁴ La couverture pour la polio, au départ très élevée, pourrait en quelque sorte être desservie par le fait qu'on est passé d'un schéma à trois doses orales à un schéma à quatre doses injectables ; actuellement, la vaccination n'est donc terminée qu'à 15 mois, et le décrochage observé entre la troisième et la quatrième injection affecte la couverture antipolio.

²⁵ Composées de psychologues, assistants sociaux, psychiatres, pédiatres, juristes, administratifs.

²⁶ Une action similaire est effectuée par Kind & Gezin mais nous ne disposons pas des chiffres pour les Bruxellois.

²⁷ Un signalement ne donne pas automatiquement lieu à une prise en charge.

Selon les statistiques internationales, ce sont les jeunes enfants et les nourrissons qui sont les plus menacés par les mauvais traitements et les infanticides. On peut alors s'étonner de la faible représentation de cette tranche d'âge dans les enfants pris en charge (14,3 %). Si la maltraitance est moins repérable à cet âge, l'enfant n'étant pas scolarisé

et ne pouvant en général pas communiquer lui-même la maltraitance dont il fait l'objet, il est possible aussi que la prévention soit efficace ou que la gravité des actes soit telle que l'enfant est directement dirigé aux urgences hospitalières (17).

Tableau 4-07 Âge des enfants signalés pris en charge par l'ONE en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Moins de 3 ans	117	14,3 %	233	8,1 %	350	9,4 %
3-6 ans	147	17,9 %	420	14,5 %	567	15,3 %
6-12 ans	264	32,2 %	1 171	40,5 %	1 435	38,7 %
Plus de 12 ans	293	35,7 %	1 065	36,9 %	1 358	36,6 %
Total	821	100 %	2 889	100 %	3 710	100 %

Source : ONE, 2009

Les maltraitements diagnostiqués (qui peuvent être différentes des maltraitements signalés) sont reprises dans le tableau ci-dessous. Dans 8 % des cas, le diagnostic de maltraitance n'est pas retenu par l'équipe.

Tableau 4-08 Répartition des maltraitements diagnostiqués en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Physique	91	10,9 %	240	8,8 %	331	9,3 %
Sexuelle	210	25,2 %	681	25,0 %	891	25,0 %
Psychologique	36	4,3 %	252	9,2 %	288	8,1 %
Enfant à risque	187	22,4 %	651	23,9 %	838	23,5 %
Négligence grave	34	4,1 %	207	7,6 %	241	6,8 %
Autres	74	8,9 %	314	11,5 %	388	10,9 %
En cours d'évaluation	133	15,9 %	161	5,9 %	294	8,3 %
Pas de maltraitance	69	8,3 %	219	8,0 %	288	8,1 %
Total	834	100 %	2 725	100 %	3 559	100 %

Source : ONE, 2009

Dans 60 % des cas, l'auteur de la maltraitance fait partie de la famille. Ce n'est que dans 27 % des cas que l'auteur n'est pas connu de l'enfant. L'institution fréquentée par l'enfant est maltraitante dans 0,8 % des cas.

Tableau 4-09 Répartition des auteurs de maltraitance en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Père	132	15,8 %	536	17,2 %	668	16,9 %
Mère	128	15,3 %	596	19,2 %	724	18,4 %
Famille au sens large	237	28,4 %	1 122	36,1 %	1 359	34,5 %
Connaissances (relations, voisinage)	29	3,5 %	122	3,9 %	151	3,8 %
Institutions	7	0,8 %	21	0,7 %	28	0,7 %
Autres	227	27,2 %	525	16,9 %	752	19,1 %
Non identifié	20	2,4 %	29	0,9 %	49	1,2 %
Sans objet	54	6,5 %	159	5,1 %	213	5,4 %
Total	834	100 %	3 110	94 %	3 944	93 %

Source : ONE, 2009

Dans plus de 60 % des cas, l'auteur de la maltraitance fait partie de la famille ou des connaissances de l'enfant.

3. Les adolescents de 10 à 19 ans

L'adolescence est un âge de passage : l'adolescent n'est plus un enfant mais n'est pas encore un adulte. Un des enjeux majeurs de cette période est la conquête progressive de l'autonomie. Durant l'adolescence, leur comportement sont de moins en moins influencés par leur parents et de plus en plus par leur pairs (18 ; 19).

2007 un taux de mortalité spécifique de 13,7 pour 100 000 chez les garçons et 8,9 pour 100 000 chez les filles. Ces taux sont encore plus bas si on ne prend en considération que le groupe de 10-14 ans avec respectivement 10,3 pour 100 000 chez les garçons et aucun décès chez les filles.

Le nombre de décès total entre 1998 et 2007 est de 151 pour les garçons et de 78 pour les filles.

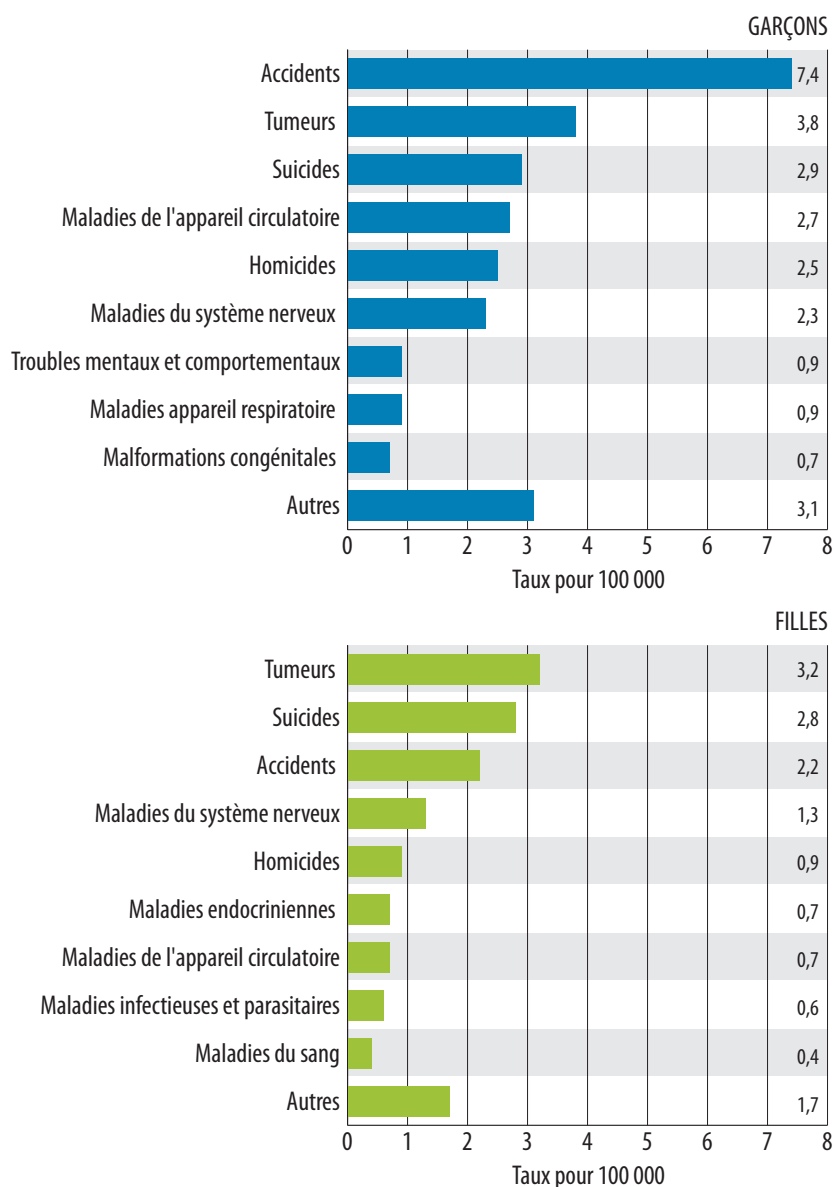
3.1 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

3.1.1 La mortalité des adolescents

Comme le montre la figure 4-16 (chapitre 2.1), les adolescents de 10-19 ans constituent le groupe d'âge ayant le taux de mortalité le plus faible après les 5-9 ans, avec en

Les taux de mortalité par causes chez les 10-19 ans diffèrent selon le sexe. Si l'on considère l'entièreté de la période 1998-2007, la première cause chez les garçons est de loin l'accident (accidents de circulation inclus). Chez les filles, l'accident n'arrive qu'en troisième rang dans les causes, ce qui laisse la première place aux tumeurs malignes.

Figure 4-19 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les adolescent de 10 à 19 ans, Bruxelles, 1998-2007



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

Comme pour l'ensemble de la population bruxelloise, la mortalité des adolescents a diminué entre 1998 et 2007, passant de 134 décès pour la période 1998-2002 à 95 décès pour la période 2003-2007.

Globalement, entre les deux périodes, le nombre de décès d'adolescents de 10-19 ans a diminué pour les différentes causes (notamment pour les accidents), mais les trois premières causes demeurent les accidents, les tumeurs malignes et les suicides.

Causes de décès	1998-2002		2003-2007	
	Nb	TMS	Nb	TMS
Accidents	35	6,4	18	3,3
Tumeurs	20	3,6	18	3,3
Suicides	16	2,9	15	2,7
Homicides	12	2,2	7	1,3
Maladies du système nerveux	10	1,8	10	1,8
Maladies de l'appareil circulatoire	10	1,8	9	1,6
Troubles mentaux et comportementaux	5	0,9	2	0,4
Maladies infectieuses et parasitaires	4	0,7	0	0,0
Maladies endocriniennes et nutritionnelles	4	0,7	0	0,0
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0,0	3	0,5
Maladies du sang	0	0,0	2	0,4
Autres	18	3,3	11	2,0
Total	134	24,4	95	17,4

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

3.1.2 La morbidité des adolescents

La plupart des données sur la santé et sur les comportements des adolescents sont reprises des données recueillies dans le cadre de l'étude internationale «Health Behaviour in School-aged Children» patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé^[28]. Seules les données 2002 et 2006 de l'enseignement francophone bruxellois sont reprises ici^[29]. Dans cette analyse, nous n'avons retenu que les adolescents de 13 à 18 ans.

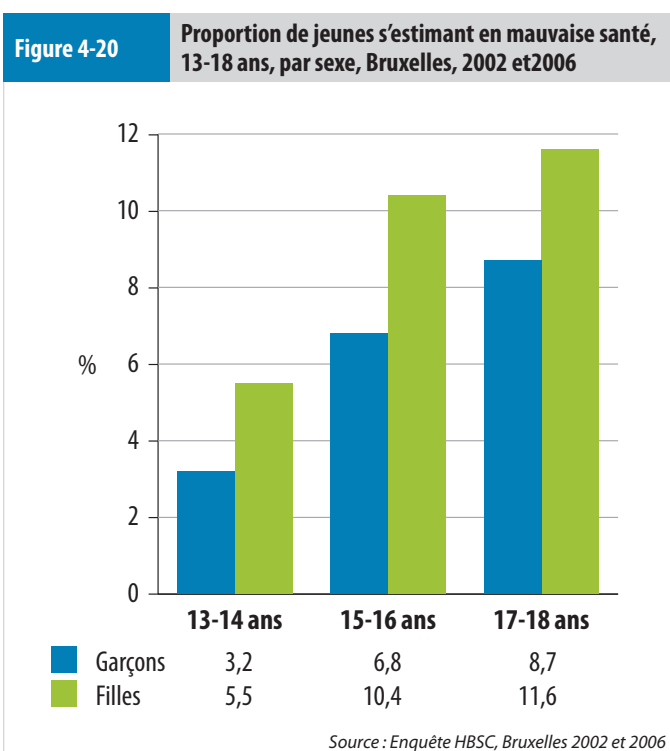
L'état de santé peut être estimé par l'opinion que le jeune lui-même a de sa santé (perception de la santé ou **santé subjective**).

Il s'agit de la réponse à la question «en général, que penses-tu de ta santé?» Trois catégories de réponses étaient proposées: «Très bonne», «Assez bonne» et «Pas très bonne».

Parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises, 6,1 % des jeunes garçons et 9,3 % des jeunes filles estiment que leur santé n'est pas très bonne. Les filles sont donc plus enclines que les garçons à ne pas s'estimer en bonne santé mais une majorité d'adolescents finalement «vont bien».

Le pourcentage de jeunes s'estimant en mauvaise santé augmente avec l'âge.

Il est plus élevé en Région bruxelloise que dans les autres régions du pays (Atlas de la santé et du social, p. 115).



²⁸ Pour plus d'informations voir le site www.hbsc.org.

²⁹ Étude réalisée depuis 1986 par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (PROMES).

La filière d'enseignement est également un bon indicateur du statut social futur du jeune lui-même (l'enseignement général mène plus souvent à une catégorie sociale plus favorisée car il permet de poursuivre des études supérieures), mais également du statut actuel du jeune (les jeunes de l'enseignement général sont plus souvent des enfants de parents favorisés que ceux de l'enseignement professionnel). On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général à se déclarer en mauvaise santé (12,6 % et 13,0 % versus 7,6 %). Les élèves de milieu social plus défavorisé^[30] sont également plus nombreux à se déclarer en mauvaise santé.

L'adolescence est donc en général un période de bonne santé mais la souffrance peut s'exprimer par des symptômes flous dont font partie les maux de tête, maux de ventre, fatigue, ...

La **fatigue** est un symptôme carrefour par excellence. Elle peut être liée au manque de sommeil, à une poussée de croissance, à un déficit de la balance énergétique ... (fatigue «physiologique») mais elle peut aussi avoir valeur d'appel dans certaines pathologies somatiques et dans la souffrance psychique (fatigue «pathologique») (18).

Une forte proportion d'adolescents se plaint de fatigue : parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises 51,5 % des jeunes garçons et 50,7 % des jeunes filles se sont plaints de fatigue matinale plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois. Cette proportion augmente avec l'âge (figure 4-22).

Le pourcentage de jeunes se plaignant de fatigue matinale ne varie pas significativement en fonction de la filière d'enseignement (non illustré).

Figure 4-21 Proportion de jeunes s'estimant en mauvaise santé, 13-18 ans, par niveau socio-économique, Bruxelles, 2002 et 2006

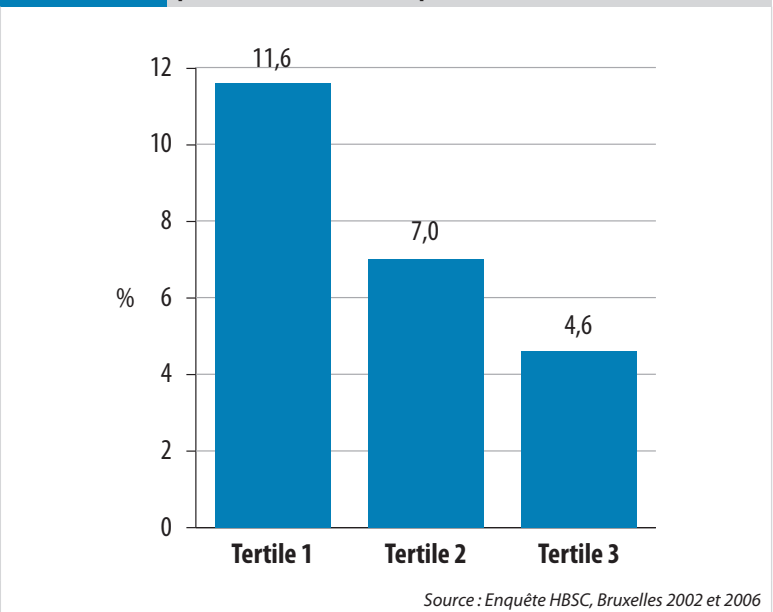
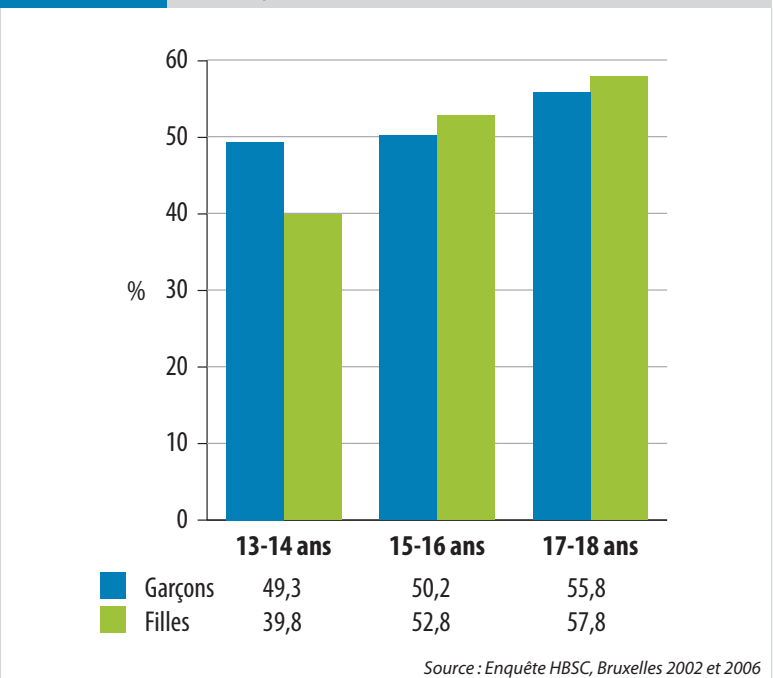


Figure 4-22 Proportion de jeunes se plaignant de fatigue, 13-18 ans, Bruxelles, 2002 et 2006



30 La population interrogée a été divisée en trois groupes (trois tertiles) de niveau socio-économique croissant. Le niveau socio-économique de la famille des jeunes est mesuré par un score intégrant 5 variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année dernière, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle «perçue».

Parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises, 13,4 % des jeunes garçons et 21,5 % des jeunes filles se sont sentis **déprimés**, à plat plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois. Cette proportion augmente avec l'âge.

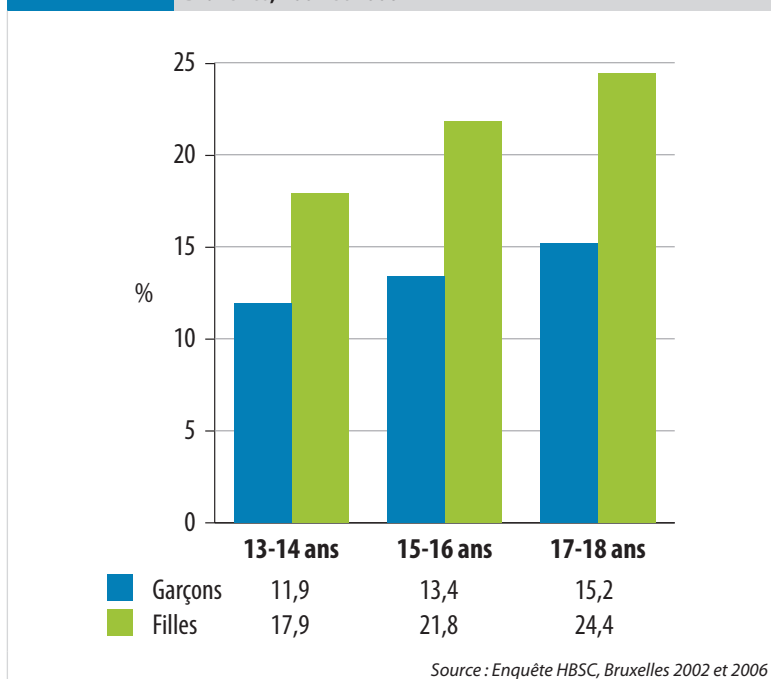
Les jeunes de l'enseignement professionnel et technique sont plus nombreux à s'être sentis déprimés, à plat que ceux de l'enseignement général (20,6 % et 24,9 % versus 16,6 %).

Ces plaintes ne témoignent pas forcément d'une réelle dépression mais peuvent être le symptôme du travail psychique de l'adolescent. Quand un adolescent éprouve des émotions tristes, quand il s'ennuie, cela n'est pas nécessairement négatif (18).

Finalement, la grande majorité des jeunes s'estiment heureux ou très heureux (83,3 % des garçons et 73,5 % des filles). Plus de 70 % des garçons et plus de 50 % des filles ont confiance en eux (souvent ou toujours). Les élèves de l'enseignement général se sentent plus heureux et ont plus confiance en eux que ceux des filières techniques et professionnelles.

Figure 4-23

Proportion de jeunes se sentant déprimés/à plat, 13-18 ans, Bruxelles, 2002 et 2006



1 adolescent sur 6 se sent déprimé ou à plat plus d'une fois par semaine.

3.2 LES COMPORTEMENTS DES ADOLESCENTS

3.2.1 Les dépendances

L'adolescence est souvent l'âge de l'expérimentation, et notamment du tabac, de l'alcool et des drogues. Quand la consommation prend le pas sur l'expérimentation et a pour objectif de pallier certaines difficultés, cela devient problématique.

Les pairs et les médias jouent un rôle important dans l'univers des adolescents. De ce fait, ceux-ci adoptent souvent des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, ...) lors de relations avec leur pairs. La première cigarette, l'adolescent l'a rarement fumée seul. En fait, le jeune choisit souvent le groupe qui lui permet d'avoir le comportement qu'il souhaite, à risque ou pas. Et les jeunes en difficultés sont plus influençables face à ce groupe (18).

Les comportements de la famille (parents et fratrie) en matière de tabac et d'alcool ont également une influence (19).

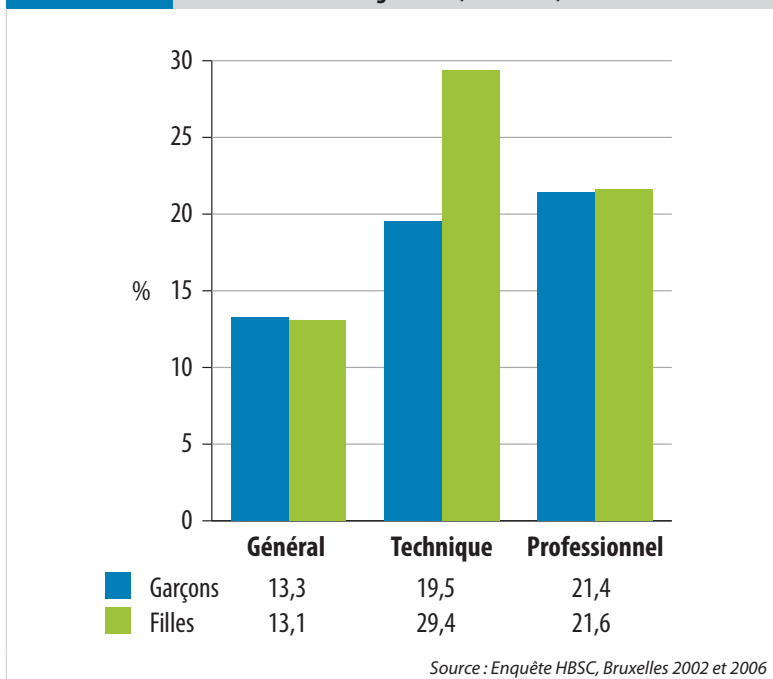
Certains auteurs décrivent que les jeunes qui adoptent un comportement à risque (alcool, tabac, pas de port d'une ceinture de sécurité, cannabis, rapports sexuels non protégés ...) ont proportionnellement plus tendance à en adopter plusieurs (18). Inversement, les jeunes qui n'adoptent pas un certain comportement à risque ont tendance à ne pas en adopter d'autres. Par exemple, les jeunes qui ne boivent pas de manière excessive sont plus souvent non-fumeurs (20).

La consommation de tabac

Parmi les jeunes de 13-18 ans fréquentant les écoles bruxelloises, 10,7 % des garçons et 13,6 % des filles déclarent fumer quotidiennement. Selon l'enquête HBSC, la proportion d'adolescents fumeurs quotidiens augmente progressivement avec l'âge : de 1,4 % à 13-14 ans à 21,3 % à 17-18 ans chez les garçons et de 3,4 % à 23,4 % chez les filles. On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : pour les garçons, c'est parmi les élèves de l'enseignement professionnel que le tabagisme est le plus fréquent, pour les filles c'est parmi les élèves de l'enseignement technique que l'on trouve le plus de fumeuses.

Près de 30 % des filles fréquentant l'enseignement technique fument quotidiennement.

Figure 4-24 Proportion de fumeurs quotidiens parmi les adolescents par sexe et filière d'enseignement, Bruxelles, 2002 et 2006



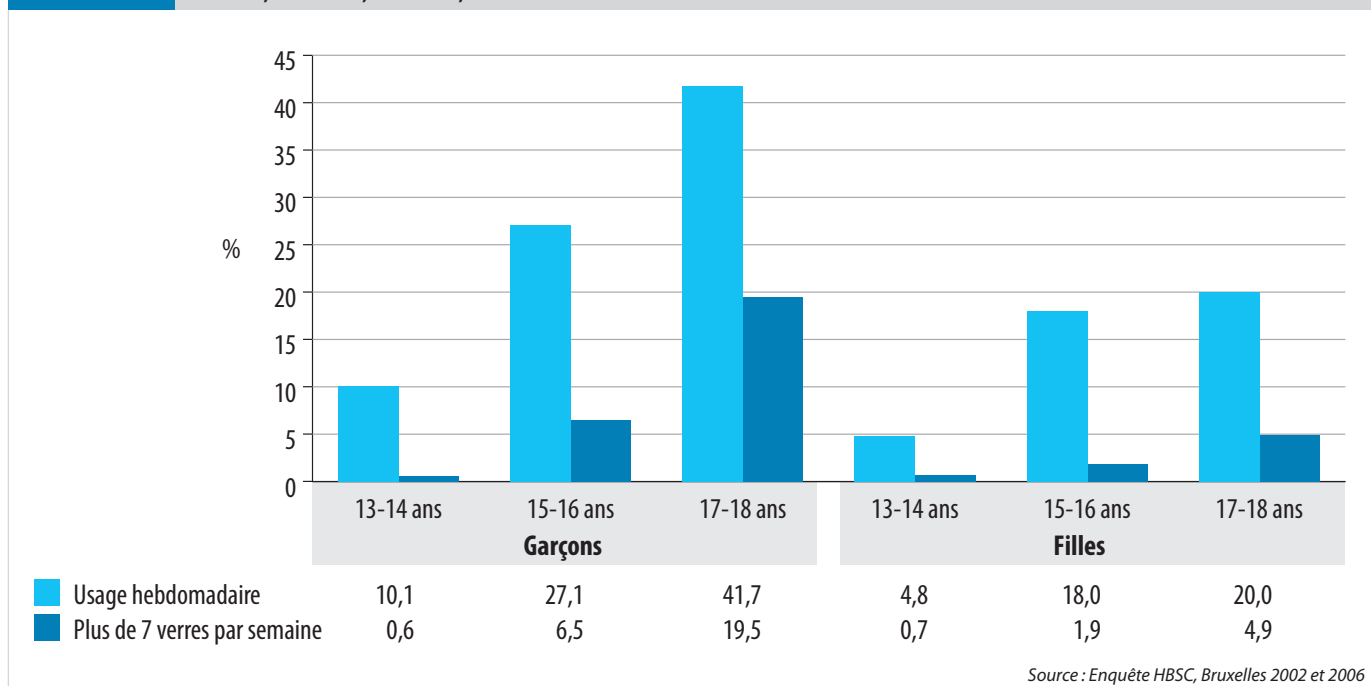
La consommation d'alcool

Parmi les adolescents qui fréquentent les écoles bruxelloises, 25,4 % des jeunes garçons et 14,7 % des jeunes filles déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Une partie de ceux-ci consomment des quantités importantes d'alcool : 8,2 % des jeunes garçons et 2,5 % des jeunes filles déclare boire plus de 7 verres d'alcool par semaine. La consommation hebdomadaire d'alcool concerne plus fréquemment les garçons que les

filles. Les différences sont encore plus marquées pour la consommation de quantités importantes : le risque est plus de trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Ces deux comportements augmentent fortement avec l'âge. La part de grands buveurs parmi l'ensemble des buveurs hebdomadaires augmente également avec l'âge. (Enquête HBSC).

Figure 4-25

Proportion de jeunes buvant une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine ou buvant plus de 7 verres d'alcool par semaine, 13-18 ans, Bruxelles, 2002 et 2006.



Le «binge drinking» consiste à boire de grandes quantités de boissons alcoolisées en peu de temps, pour atteindre rapidement l'ivresse. Dans l'enquête HBSC il a été mesuré par la proportion de jeunes ayant consommé au moins 5 verres au cours d'une même occasion trois fois ou plus au cours des 30 jours précédant l'enquête.

La consommation d'autres drogues

La **consommation de cannabis** par les adolescents est influencée par celle de leurs pairs.

Chez les jeunes, l'expérimentation et la consommation de cannabis s'explique notamment par la curiosité et la recherche de convivialité. Elle s'estompe bien souvent lors de l'entrée dans la vie adulte (21).

L'enquête HBSC donne quelques estimations de la consommation de drogues illicites chez les adolescents. 30,1 % des jeunes garçons bruxellois et 24,2 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé du cannabis. Cette différence n'est pas significative.

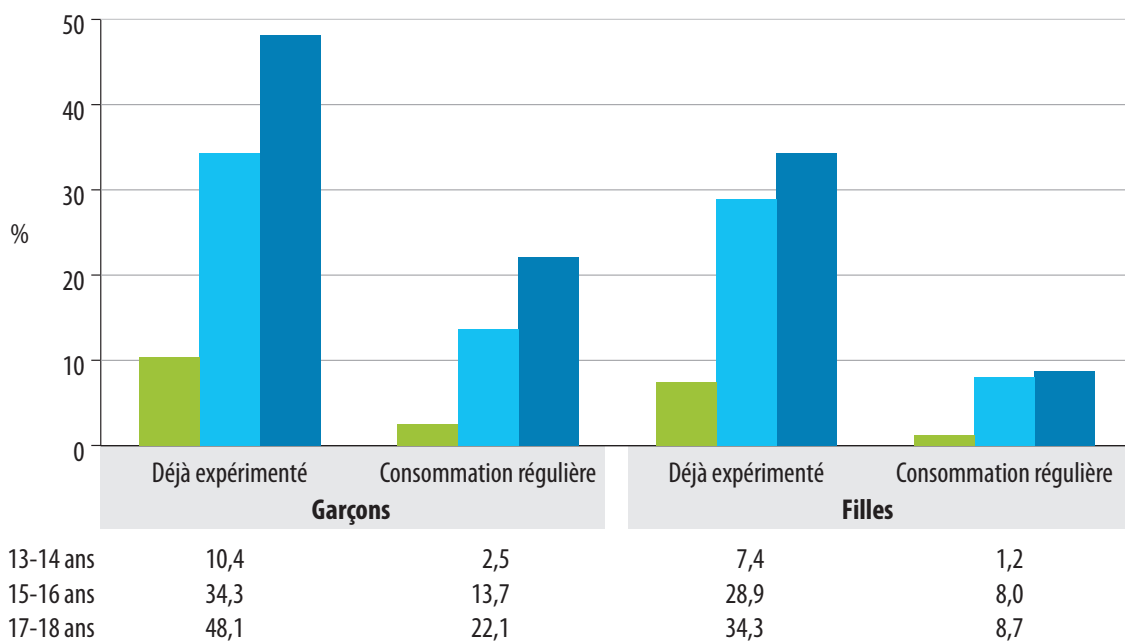
Ce mode de consommation est assez fréquent chez les jeunes Bruxellois et augmente avec l'âge. Ainsi parmi les 17-18 ans, 31 % des garçons et 12,5 % des filles ont consommé au moins cinq verres en une occasion au moins trois fois au cours du mois écoulé. Ces proportions sont importantes déjà chez les jeunes adolescents : 5 % des adolescents de 13-14 ans, 13 % des garçons et 9 % des filles de 15-16 ans.

Par contre, deux fois plus de garçons consomment régulièrement du cannabis (au moins une fois par semaine) que les filles : 12,3 % des jeunes garçons bruxellois et 6,2 % des jeunes filles bruxelloises.

La prévalence de l'expérimentation et de la consommation régulière du cannabis augmente avec l'âge (figure 4-26). Elle est significativement plus élevée parmi les jeunes de l'enseignement général que ceux de l'enseignement technique ou professionnel.

Figure 4-26

Proportion d'adolescents bruxellois ayant déjà expérimenté ou consommant du cannabis au moins une fois par semaine, 13-18 ans, par sexe, Bruxelles, 2002 et 2006



Source : Enquête HBSC, Bruxelles 2002 et 2006

La consommation de cannabis est plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement général que parmi ceux des filières technique ou professionnelle.

L'ecstasy est une drogue de synthèse dérivée des amphétamines. L'ecstasy est essentiellement psychostimulante et désinhibitrice. Son utilisation a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Son usage est souvent lié à la participation à des soirées techno ou à la fréquentation de discothèques (21).

Seuls 3,6 % des jeunes garçons bruxellois et 3,4 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy. Cette différence n'est pas significative.

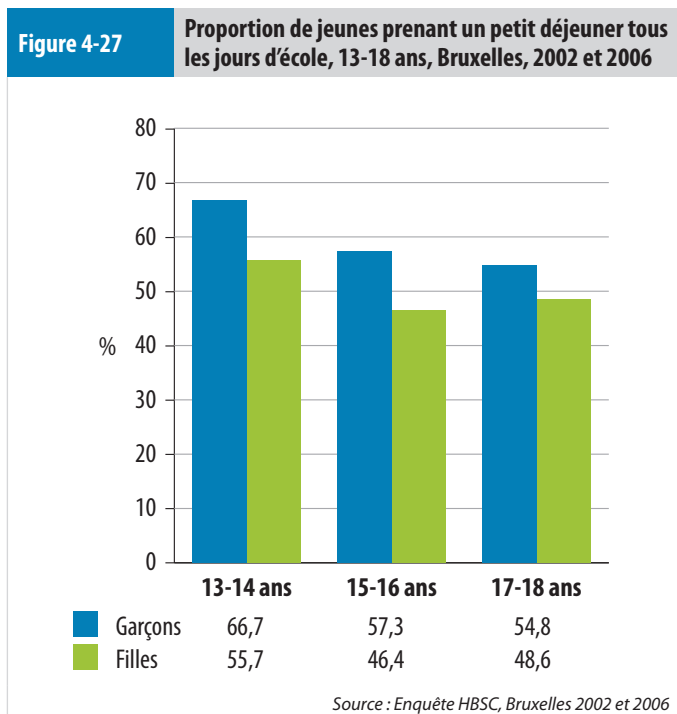
3.2.2 Les habitudes alimentaires des adolescents

Les comportements alimentaires des adolescents sont encore très influencés par les modèles familiaux et culturels (18). L'influence des pairs semble moins importante que pour l'alcool et le tabac car une partie des habitudes nutritionnelles se mettent en place dès l'enfance (10). Les inégalités sociales de nutrition apparaissent dès l'enfance et se maintiennent à l'adolescence (22).

La prise régulière d'un petit déjeuner

Les garçons sont plus nombreux que les filles à prendre un petit déjeuner les jours d'école : 59,8 % des jeunes garçons bruxellois et 49,9 % des jeunes filles bruxelloises déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours d'école. La prise régulière d'un petit déjeuner diminue avec l'âge. Les jeunes de 13-14 ans sont plus de 60 % à déclarer prendre un petit déjeuner tous les jours d'école contre environ 50 % chez les 15-16 ans et les 17-18 ans.

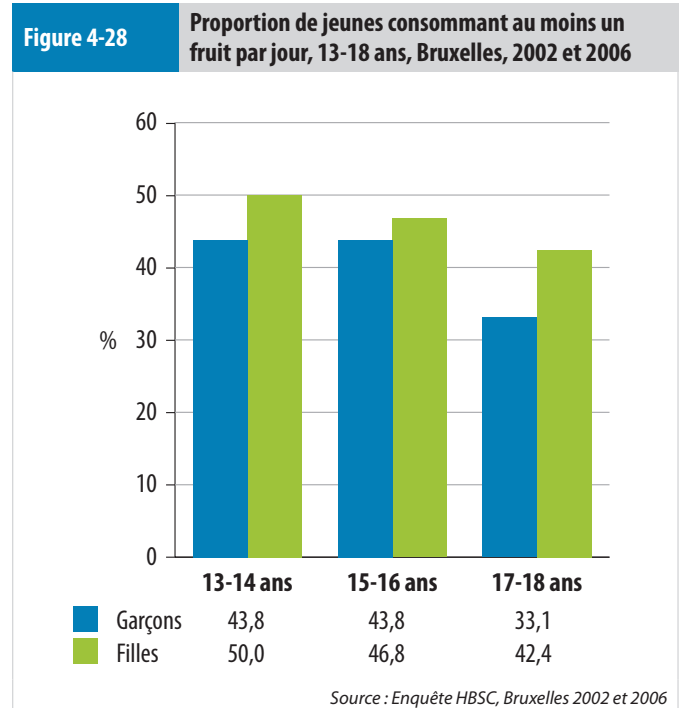
Cette proportion varie aussi selon la filière : 61 % des garçons et 56 % des filles de l'enseignement général contre 49,5 % des garçons et 30,1 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours.



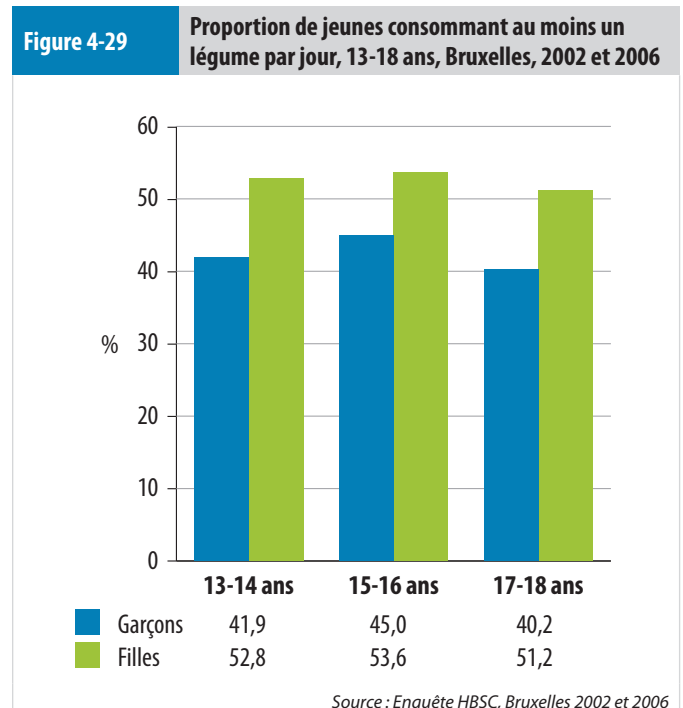
La consommation régulière de fruits et de légumes

La consommation quotidienne de fruits est déclarée par 40,8 % des jeunes garçons bruxellois et 46,2 % des jeunes filles bruxelloises. La consommation quotidienne de fruits diminue avec l'âge.

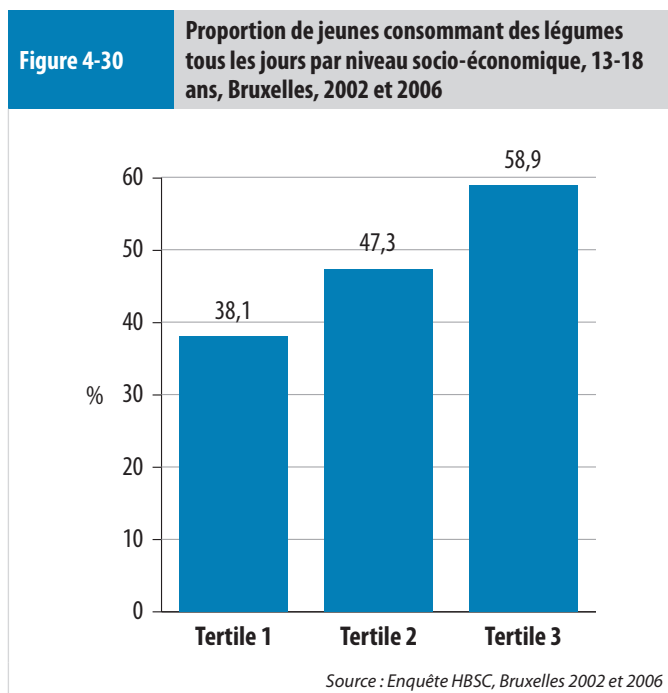
La consommation quotidienne de fruits varie aussi selon le statut socio-économique : 48,6 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 38,7 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer au moins un fruit par jour.



Quant à la consommation quotidienne de légumes, elle est déclarée par 42,5 % des jeunes garçons bruxellois et 52,6 % des jeunes filles bruxelloises.



La consommation quotidienne de légumes reste stable avec l'âge. Par contre, elle est d'autant plus importante que le milieu social est aisé.



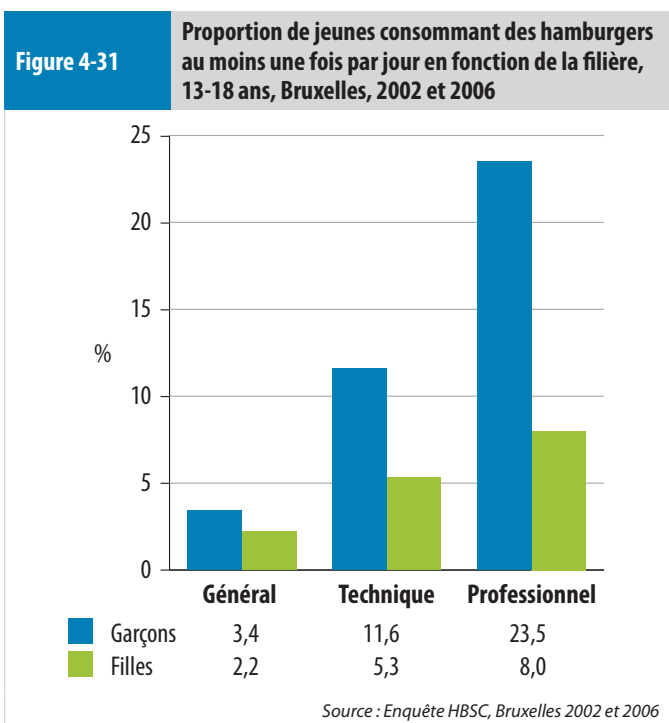
La consommation régulière d'aliments fast-food

La consommation de hamburgers est un indicateur de la consommation d'aliments «fast-food». 7,7 % des jeunes garçons bruxellois et 3,5 % des jeunes filles bruxelloises disent consommer des hamburgers quotidiennement.

La consommation quotidienne de hamburgers ne varie pas significativement en fonction de l'âge.

Par contre, elle varie selon la filière : 3,4 % des garçons et 2,2 % des filles de l'enseignement général contre 11,6 des garçons et 5,3 % des filles de l'enseignement technique et 23,5 % des garçons et 8,0 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent consommer des hamburgers au moins une fois par jour (figure 4-31).

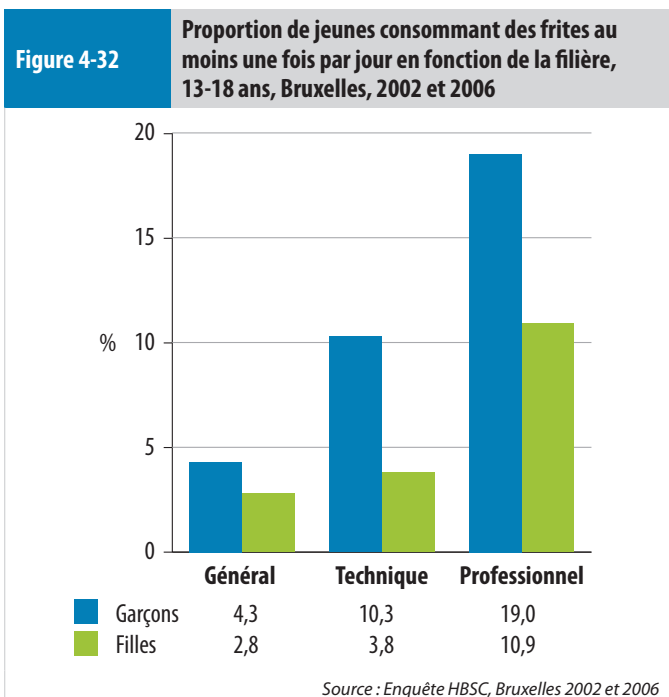
Elle varie aussi selon le statut socio-économique : 2,4 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 7,0 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer des hamburgers au moins une fois par jour.



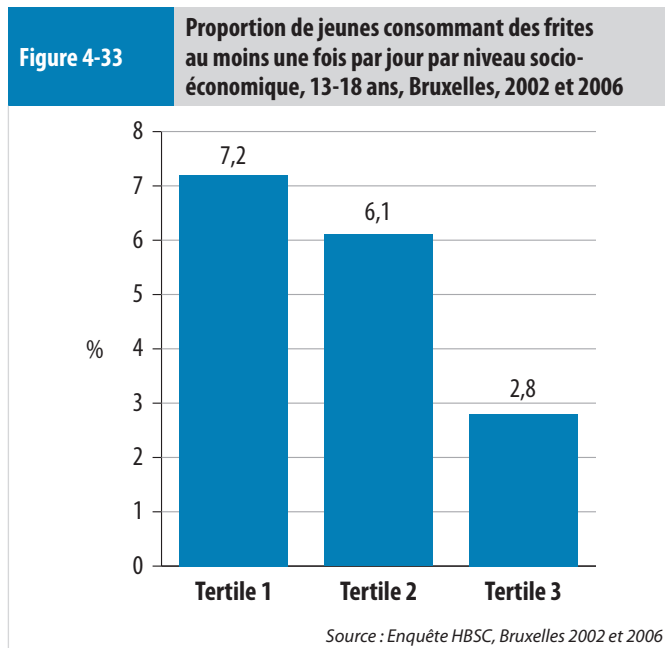
Des frites sont consommées tous les jours par 7,9 % des jeunes garçons bruxellois et 4,0 % des jeunes filles bruxelloises.

Comme pour les hamburgers, la consommation quotidienne de frites ne varie pas significativement en fonction de l'âge mais varie selon la filière : 4,3 % des garçons et 2,8 % des filles de l'enseignement général contre 10,3 % des garçons et 3,8 % des filles de l'enseignement technique et 19,0 % des garçons et 10,9 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent consommer des frites au moins une fois par jour (figure 4-32).

La consommation quotidienne de frites varie aussi selon le statut socio-économique : 2,8 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 7,2 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer des frites au moins une fois par jour (figure 4-33).



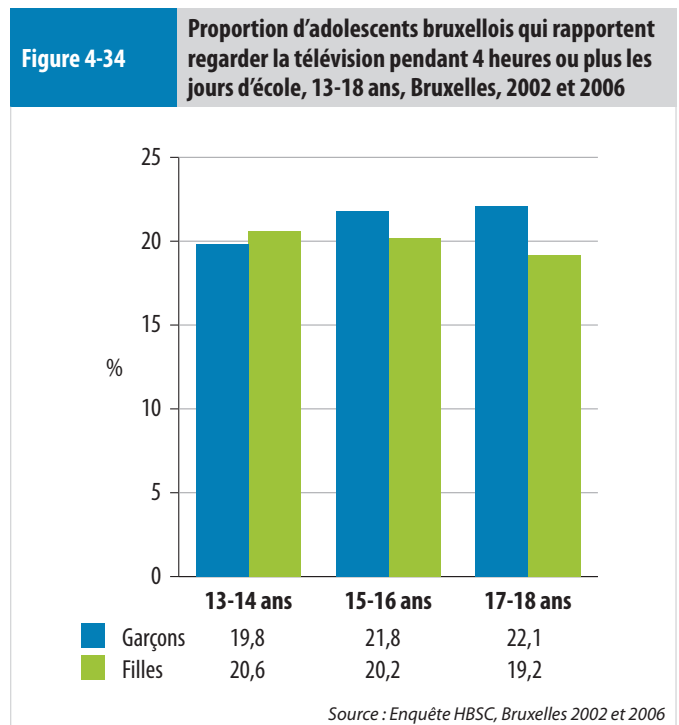
On observe donc de constantes inégalités sociales (évalués par la filière d'enseignement ou le niveau socio-économique) en ce qui concerne le comportement alimentaire des adolescents ; il est important d'en tenir compte lors de l'élaboration de politiques de santé qui ne peuvent se limiter à des injonctions faisant peser sur les individus seuls, la responsabilité de modifier leurs comportements.



Près d'un quart des garçons de l'enseignement professionnel consomment des hamburgers au moins une fois par jour ; un cinquième de ces garçons consomment quotidiennement des frites.

3.2.3 L'usage abusif de télévision

Parmi les jeunes Bruxellois, 21,2 % des garçons et 20,0 % des filles déclarent regarder la télévision pendant quatre heures ou plus les jours d'école. Cette différence filles garçons n'est pas significative.



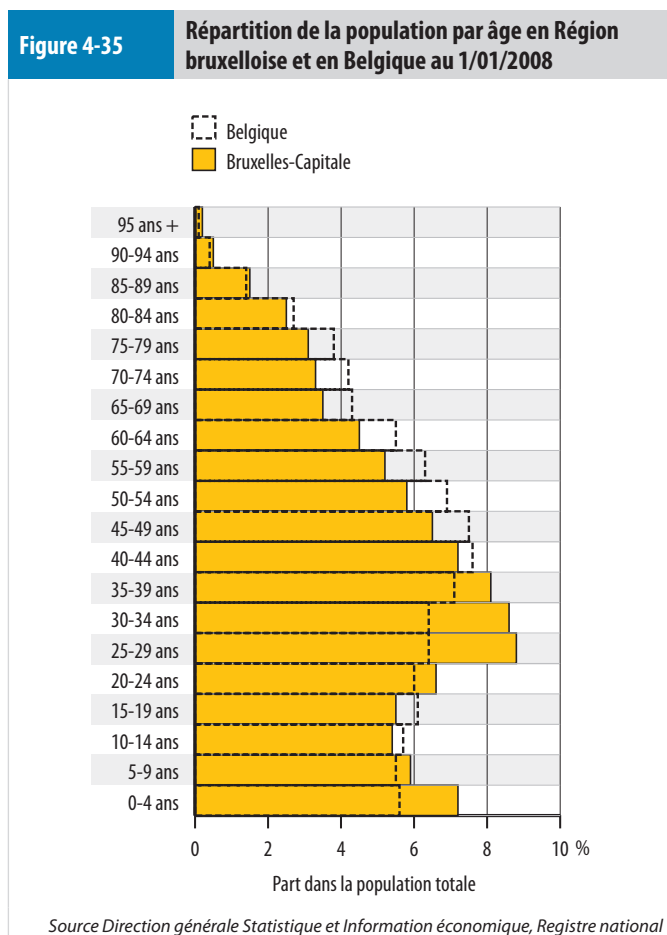
Ce chapitre sur les adolescents peut sembler réducteur par rapport à la richesse de l'adolescence ; l'accent mis sur les comportements de santé se justifie dans un Tableau de bord de la santé, mais le peu de données disponibles sur les jeunes Bruxellois ne nous permet pas de décrire toute la complexité de cette période.

4. Les adultes

Les adultes sont les personnes «d'âge actif», en général les 18-64 ans. Nous avons voulu ici éclairer plus particulièrement deux groupes d'âges : les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen.

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La catégorie des **jeunes adultes** (25-34 ans) est toujours surreprésentée dans les populations urbaines. La Région bruxelloise n'échappe pas à la règle, puisqu'elle présente une surreprésentation importante de jeunes adultes par rapport à l'ensemble du pays (figure 4-35). Cette surreprésentation est encore plus prononcée qu'il y a dix ans à cause d'une diminution du nombre de personnes de cette tranche d'âge dans l'ensemble du pays, et d'une augmentation en Région bruxelloise.



Le début de la vie adulte est marqué par des décisions importantes dans plusieurs domaines de la vie : les jeunes adultes entrent dans le marché du travail, ils construisent un couple, ont des enfants (voir p. 38-39 dans «Observatoire de la santé et du social, Atlas de la santé et du social, 2006» disponible sur www.observatbru.be), et ils entrent aussi dans le marché du logement qui va souvent de pair avec un changement du lieu de résidence ou une migration. En

effet, beaucoup de Bruxellois de cet âge quittent la ville à la recherche d'un logement abordable répondant à leurs besoins alors qu'un certain nombre de jeunes adultes provenant de l'étranger viennent s'installer à Bruxelles (voir figure 1.2.9 dans «IBSA, Indicateurs statistiques, 2008»).

Les caractéristiques économiques de beaucoup de jeunes adultes bruxellois sont plutôt inquiétantes : faible niveau d'instruction, chômage élevé, haut degré de dépendance par rapport à l'aide sociale ... (voir «Observatoire de la santé et du social, Baromètre social 2009» disponible sur www.observatbru.be).

Si le début de la vie adulte correspond en général au début de la vie reproductive, on assiste toutefois ces dix dernières années à l'augmentation de l'âge des mères, poursuivant les évolutions déjà entamées depuis les années 80 : les mères de moins de 20 ans sont proportionnellement moins nombreuses tandis que s'accroît la part des mères de 35 à 39 ans (+27 %) et de plus de 40 ans (+55 %). Cette augmentation résulte probablement à Bruxelles d'un report des grossesses à un âge plus avancé, mais également d'une proportion plus élevée de mères multipares (ayant déjà eu plusieurs enfants).

Ceci n'est pas à négliger puisque les grossesses sont plus à risque dans ces tranches d'âge : au-delà de 35 ans le risque de prématurité, de mortalité périnatale et d'intervention obstétricale augmente (pour plus d'information, se reporter à la Partie 4 de notre dossier : «Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004», disponible sur www.observatbru.be). Il existe des disparités à l'intérieur de la Région bruxelloise : dans les communes plus aisées, on répertorie plus de mères de 40 ans et plus (voir «Observatoire de la Santé et du Social, Fiches communales d'analyse des statistiques locales en Région bruxelloise, 2010» disponible sur www.observatbru.be).

Les adultes d'âge moyen (45-54 ans) attirent également notre attention parce que la mortalité commence à augmenter sensiblement à cet âge, en tout cas pour les hommes (voir figure 4-16). Ils sont sous-représentés en Région bruxelloise par rapport à l'ensemble du pays (figure 4-35).

Cette sous-représentation est devenue plus importante ces 10 dernières années à cause d'une augmentation plus importante de personnes de cette tranche d'âge en Belgique qu'en Région bruxelloise. De plus, dans ce groupe d'âge, la Région bruxelloise perd des habitants au profit du reste du pays, perte compensée par des immigrants de l'étranger mais en effectifs beaucoup moins importants (voir figure 1.2.9 dans «IBSA, Indicateurs statistiques, 2008»).

Le niveau de scolarité des adultes d'âge moyen est semblable à celui observé au niveau belge dans cette même tranche d'âge, mais leur participation au marché du travail est plus basse que celle mesurée en moyenne dans le pays (voir «Observatoire de la santé et du social, Baromètre social 2009» disponible sur www.observatbru.be).

C'est chez les adultes également que l'on trouve le plus d'**aidants informels**, c'est-à-dire des personnes (du ménage, de la famille plus large ou faisant partie des voisins ou connaissances) qui fournissent des soins non rétribués pour aider leurs proches ayant des difficultés dans la vie quotidienne. Selon les données de l'Enquête socio-économique de 2001 (23), 9 % des Bruxellois fournissaient des soins informels, ce qui est égal à la moyenne belge et ce qui contredit l'image d'anonymat d'une grande ville. Les femmes fournissent plus souvent des soins informels que les hommes, surtout dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans (17 % des femmes dans cette tranche d'âge, pouvant atteindre 29 % dans certains quartiers de Bruxelles) ; cependant, en termes relatifs, la proportion d'hommes de plus de 80 ans aidants informels est plus importante que celle des femmes.

Selon la même enquête, 3,0 % des Bruxellois fournissent des soins informels à des membres de leur ménage, 4,2 % à des membres de leur famille hors ménage et 3,1 % à des voisins, amis ou connaissances.

La répartition spatiale des aidants informels au sein de la population bruxelloise est inégale et reflète la structure d'âge des quartiers ainsi que la santé de leurs habitants. (Pour plus d'information, se reporter à la Partie 3 de notre dossier : «Vivre chez soi après 65 ans, Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles», disponible sur www.observatbru.be)

Les jeunes adultes sont surreprésentés en Région bruxelloise.

4.2 LA SANTÉ DES JEUNES ADULTES ET DES ADULTES D'ÂGE MOYEN

4.2.1 La santé perçue

La proportion de mauvaise santé perçue augmente avec l'âge. Parmi les jeunes adultes bruxellois, 13,5 % des hommes et 13,6 % des femmes estiment que leur santé n'est pas bonne (moyenne, mauvaise ou très mauvaise). Parmi

les adultes d'âge moyen, cette proportion est quasi double chez les hommes (25,6 %) et quasi triple chez les femmes (31,8 %). Après 35 ans, les femmes sont plus enclines que les hommes à ne pas s'estimer en bonne santé.

Tableau 4-11 Proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé, par sexe et par âge, Bruxelles, 2004

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Hommes	6,4 %	13,5 %	22,1 %	25,6 %	31,0 %
Femmes	15,2 %	13,6 %	26,0 %	31,8 %	32,2 %

Source : ISP, Enquête de santé 2004

4.2.2 La mortalité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen

La mortalité prématurée est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, à tout âge de la vie, et donc aussi chez les adultes (tableau 4-12). À partir de 40 ans et surtout après 50 ans les taux de mortalité masculins augmentent, ce qui augmente l'écart de mortalité entre les hommes et les femmes adultes. En effet, chez les femmes, l'augmentation de la mortalité est plus progressive et elle est plus prononcée à partir de 69 ans (figure 4-16).

Cet écart de mortalité hommes-femmes a diminué au cours des dernières années (voir figure 1-19, Partie I). En effet la mortalité prématurée des hommes et des femmes diminue depuis 1990. Cette diminution est plus importante pour les hommes (diminution de la mortalité prématurée par accidents de la circulation, liée à l'alcool, et par cancer du poumon) que pour les femmes (augmentation de la mortalité prématurée par cancer du poumon).

Tableau 4-12 Taux de mortalité pour 100 000, par sexe et par âge, Bruxelles, 2007

	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Hommes	55,1	70,4	110,2	148,9	331,7	457,1	815,7	1408,0
Femmes	19,1	36,2	105,3	113,4	201,7	302,2	485,6	766,2

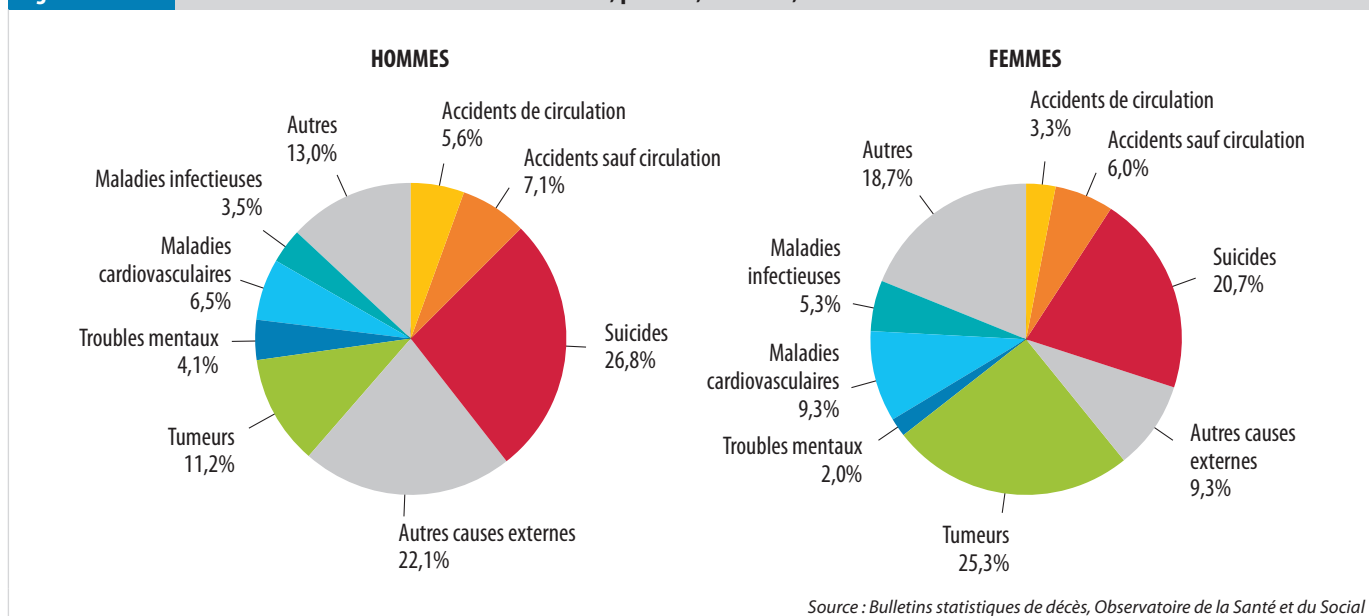
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

La mortalité des jeunes adultes (25-34 ans)

Pour la période 2003-2007, on a enregistré 339 décès d'hommes entre 25 et 34 ans et 150 décès de femmes de cette tranche d'âge.

Chez les hommes, plus de six décès sur dix ont pour cause des causes externes, dont essentiellement des suicides et des accidents (de circulation ou domestiques). Chez les femmes, près de quatre décès sur dix ont pour causes des causes externes, et près d'un quart sont causés par des cancers.

Figure 4-36 Distribution des causes de décès des 25-34 ans, par sexe, Bruxelles, 2003-2007

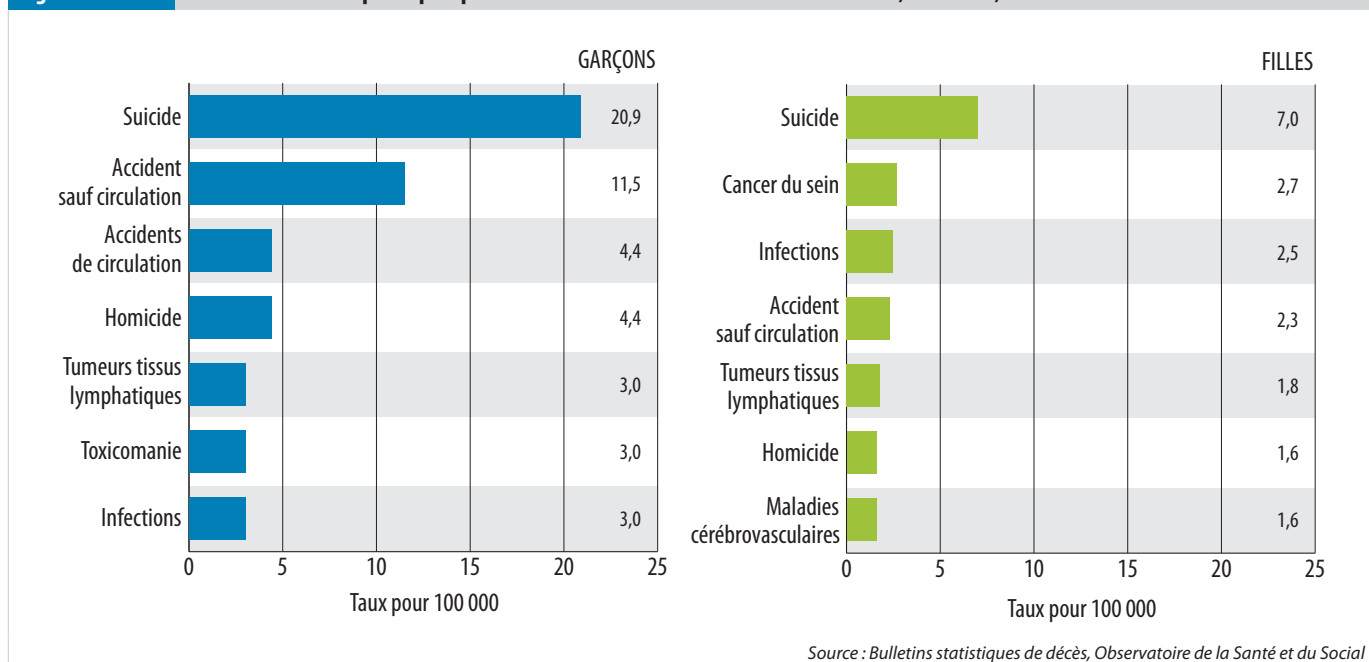


Dans le top 5 des causes de mortalité des hommes de 25 à 34 ans, le suicide arrive en premier lieu ; suivi par les accidents (à l'exclusion des accidents de circulation). Les homicides et les accidents de circulation sont en troisième position.

Pour les femmes de 25-34-ans, la première cause de décès est également le suicide, suivi par les cancers du sein, les infections et les accidents (à l'exclusion des accidents de circulation).

Les hommes de 25-34 ans meurent plus d'accidents de circulation que les femmes.

Figure 4-37 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les adultes de 25 à 34 ans, Bruxelles, 2003-2007



Le suicide est la première cause de décès des adultes de 25 à 34 ans (environ 25 décès par an).

La mortalité des adultes d'âge moyen (45-54 ans)

Pour la période 2003-2007, on a enregistré 1432 décès d'hommes entre 45 et 54 ans et 915 décès de femmes de cette tranche d'âge.

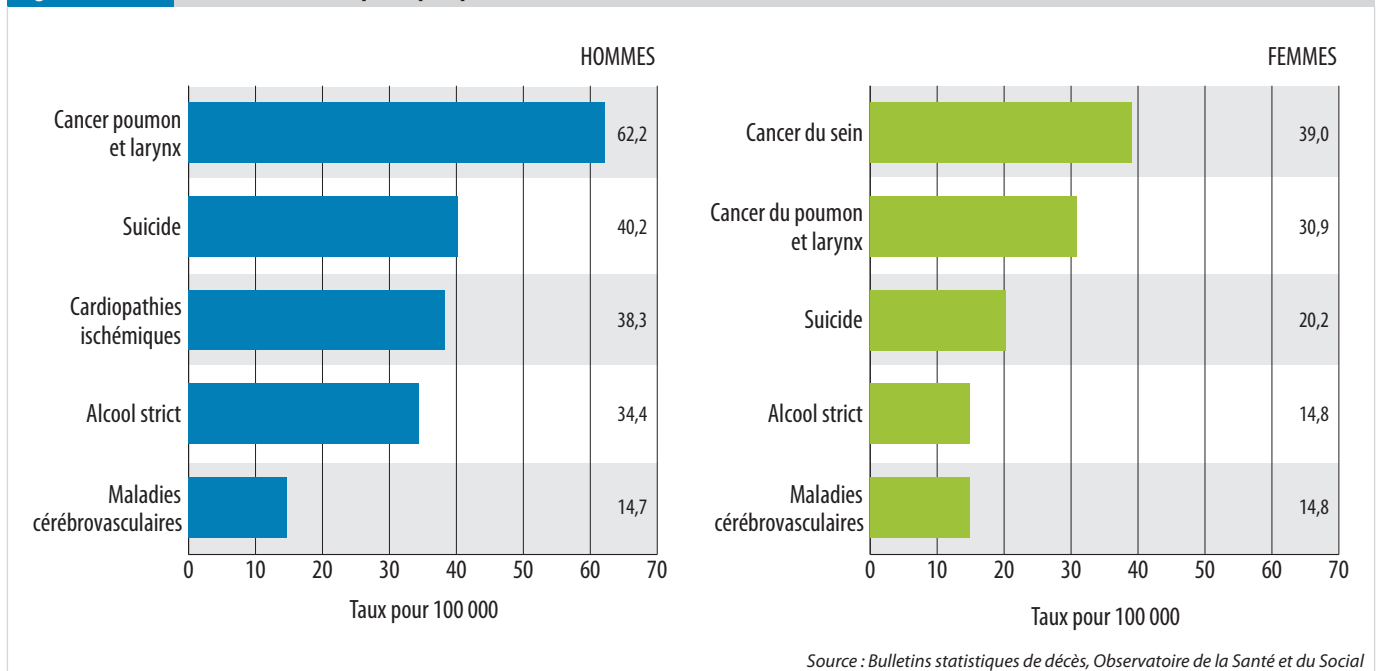
Les principales causes de décès des adultes d'âge moyen sont différentes de celles des jeunes adultes.

Chez les hommes, le cancer du poumon et du larynx est devenu la première cause de mortalité. Il est suivi par les

suicides. Les cardiopathies ischémiques sont en troisième position et les maladies liées à l'alcool, prises dans leur définition la plus étroite, en quatrième.

Chez les femmes, la première cause de décès est le cancer du sein, suivi par les cancers du poumon et du larynx, les suicides et les maladies liées à l'alcool prises dans leur définition la plus étroite.

Figure 4-38 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les adultes de 45 à 54 ans, Bruxelles, 2003-2007



4.2.3 La morbidité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen

Les maladies chroniques

La prévalence des maladies chroniques est estimée à partir de l'Enquête de santé 2004.

Parmi les jeunes adultes bruxellois (25-34 ans), 13,3 % des hommes et 13,5 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue

durée ou de handicaps. Parmi les adultes de 45 à 54 ans, cette proportion a doublé chez les hommes (28,9 %) et quasi triplé chez les femmes (36,7 %). La perception de la santé en fonction de l'âge (par. 4.2.1) est donc à mettre en rapport avec la prévalence des maladies chroniques en fonction de l'âge.

Tableau 4-13 Proportion de Bruxellois qui déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique, une affection de longue durée ou un handicap, par sexe et par âge, 2004

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Hommes	11,5 %	13,3 %	23,4 %	28,9 %	44,9 %
Femmes	13,3 %	13,5 %	22,2 %	36,7 %	39,2 %

Source : ISP, Enquête de santé 2004

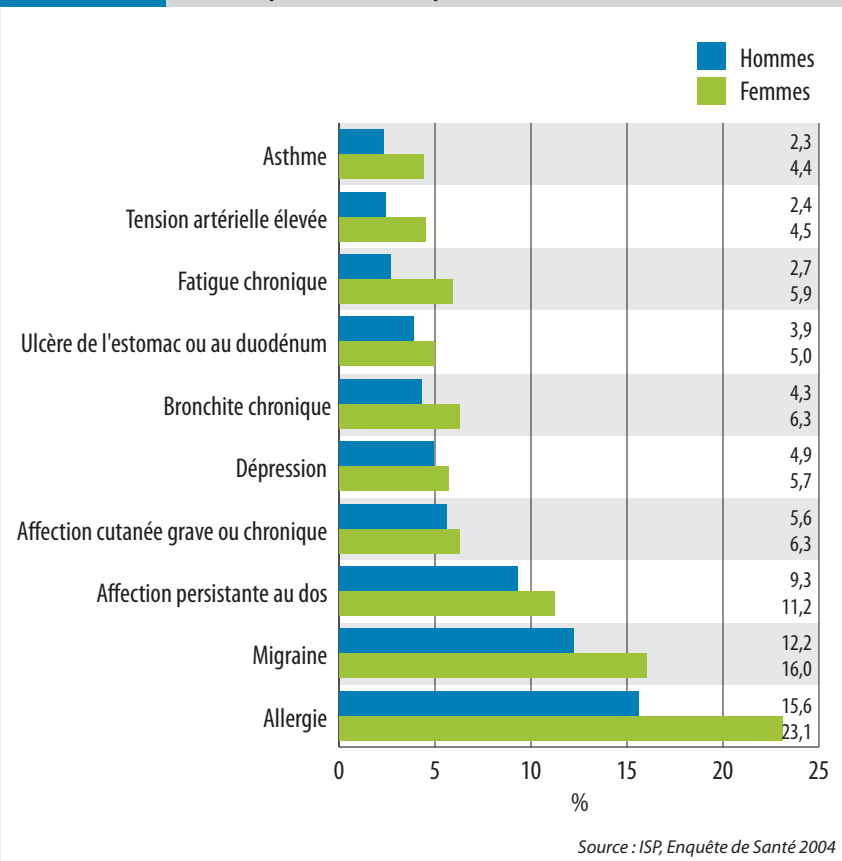
Chez les jeunes adultes (25-34 ans), la maladie chronique la plus fréquemment déclarée dans l'Enquête de santé est l'allergie. Elle est citée par plus d'une femme de cette tranche d'âge sur cinq et environ un homme sur six.

La deuxième maladie la plus fréquemment déclarée par les jeunes adultes, est la migraine qui touche environ une femme sur six et un homme sur huit.

Vient ensuite l'affection persistante du dos : à Bruxelles, plus d'un jeune adulte sur 10 déclare souffrir régulièrement de maux de dos.

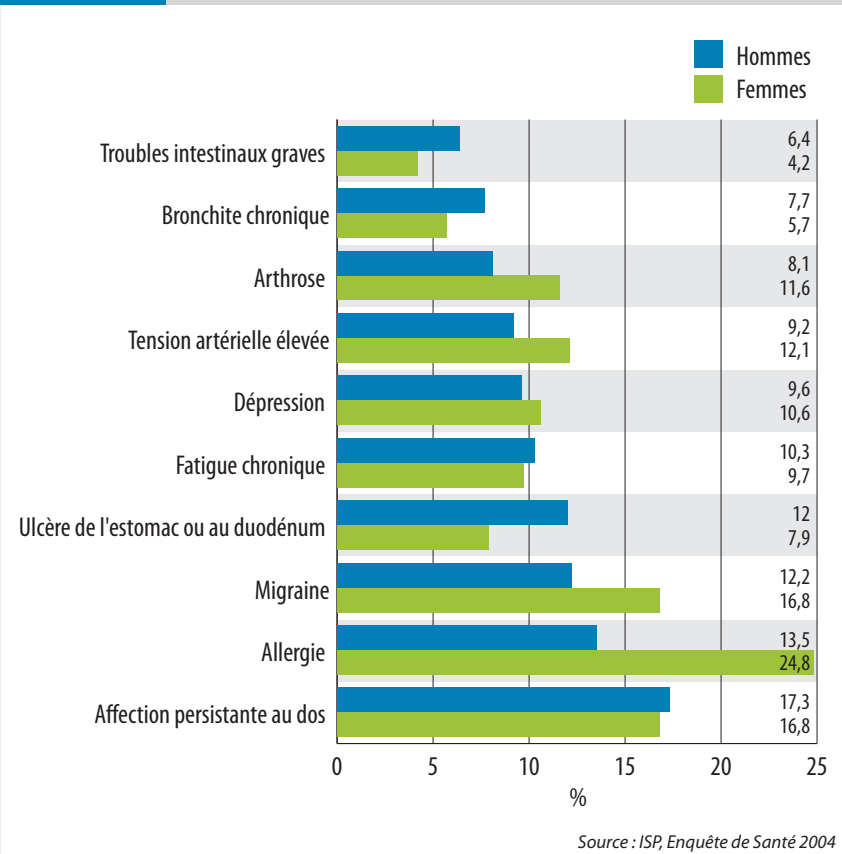
La dépression arrive en cinquième position chez les hommes adultes (près d'un jeune adulte sur 20) et en sixième chez les femmes (précédée par les maladies chroniques respiratoires mais citée par plus d'une jeune femme sur 20).

Figure 4-39 Prévalence des 10 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 25-34 ans, par sexe, Bruxelles, 2004



Chez les adultes d'âge moyen, les trois premières affections chroniques citées sont les mêmes que pour les adultes jeunes (affection persistante au dos, allergie, migraine) quoique dans un ordre différent. Chez les femmes de 45-54 ans, la dépression arrive en cinquième position (une femme sur dix) et en sixième position chez les hommes de cette tranche d'âge (quasi un homme sur dix). La fatigue chronique occupe la sixième position chez les femmes et la cinquième chez les hommes.

Figure 4-40 Prévalence des 10 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 45-54 ans, par sexe, Bruxelles, 2004



Les cancers

Le risque de développer un cancer est plus précoce chez les femmes que chez les hommes (source : Registre du cancer). À partir de 50 ans, l'incidence commence à croître chez les hommes pour dépasser celles des femmes.

La distribution des types de cancer varie selon l'âge ; on trouvera dans le tableau 4-14, les cinq cancers les plus fréquents à l'âge adulte par tranche d'âge et par sexe (24). Chez la femme, près d'un cancer du sein sur quatre survient avant l'âge de 50 ans, un peu moins de la moitié entre 50 et 69 ans.

Tableau 4-14 Top 5 des tumeurs invasives chez l'adulte par âge et par sexe, Bruxelles, 2004-2005

	1	2	3	4	5
Hommes					
15-29 ans	Testicules (19 %)	Lymphome NH (17 %)	Leucémie (15 %)	Lymphome H (11 %)	Cerveau (7 %)
30-44 ans	Mélanome (19 %)	Poumon (17 %)	Tête et cou (15 %)	Testicule (11 %)	Colorectal (7 %)
45-59 ans	Poumons (19 %)	Prostate (17 %)	Tête et cou (15 %)	Colorectal (11 %)	Site primitif inconnu (7 %)
Femmes					
15-29 ans	Mélanome (20 %)	Thyroïde (14 %)	Leucémie (12 %)	Sein (11 %)	Lymphome H (9 %)
30-44 ans	Sein (14 %)	Thyroïde (14 %)	Mélanome (12 %)	Col utérin (11 %)	Lymphome NH (9 %)
45-59 ans	Sein (14 %)	Poumons (14 %)	Colorectal (12 %)	Mélanome (11 %)	Thyroïde (9 %)

Source : Fondation Registre du Cancer, 2008

Si l'on examine la mortalité par cancer, on constate que chez les hommes, c'est à partir de la quarantaine que le risque de décès devient plus important que pour les femmes, l'écart ne cessant de s'accroître par la suite. Pour les hommes toujours, le cancer du poumon est celui qui présente les taux de mortalité les plus élevés à partir de

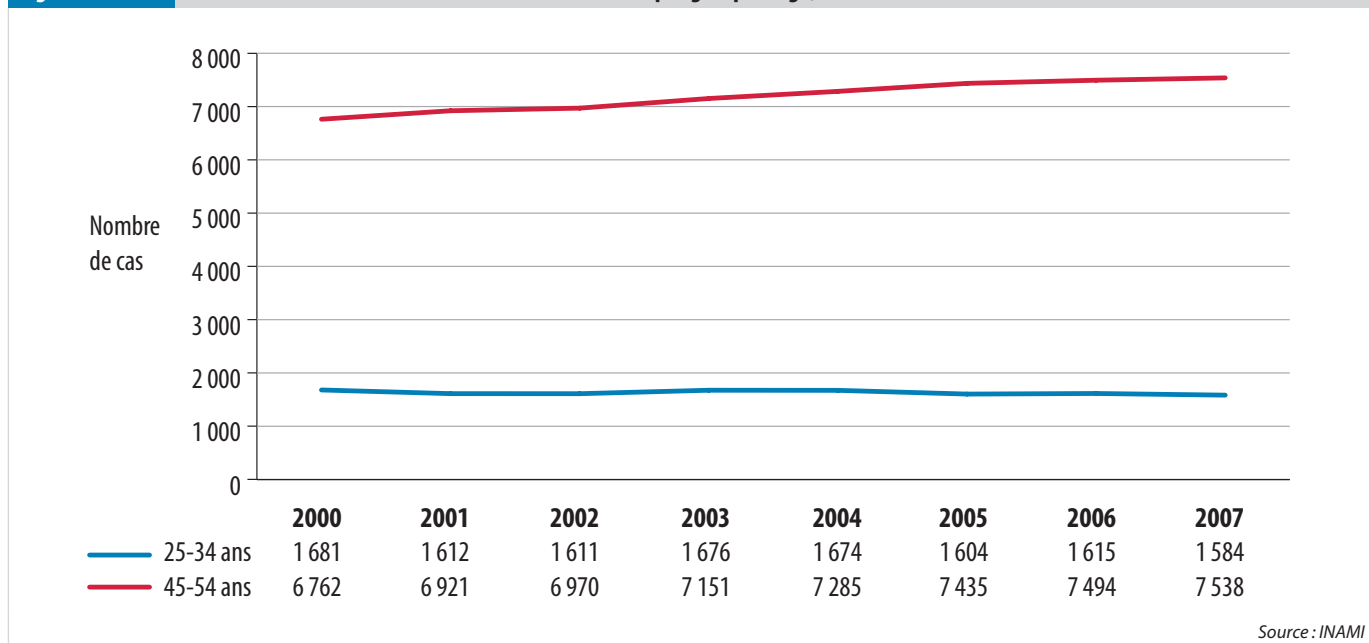
la quarantaine. Pour les femmes, c'est le cancer du sein dès 35 ans, mais on note cependant l'augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon dès la quarantaine : ils dépassent même ceux du cancer du sein entre 60 et 64 ans (voir Partie II État de Santé).

Les invalidités

Dans la partie II État de santé, nous avons détaillé les taux et les causes d'invalidité par sexe. Globalement, les taux d'invalidité sont restés stables à Bruxelles entre 2000 et 2007 ; ils ont cependant augmenté chez les 45-54 ans, alors

qu'ils sont restés stables pour les 25-34 ans (figure 4-41). Les 25-34 ans constituent 7,7 % des invalidités déclarées et indemnisées pour l'ensemble de la période, alors que les 45-54 ans en constituent le tiers.

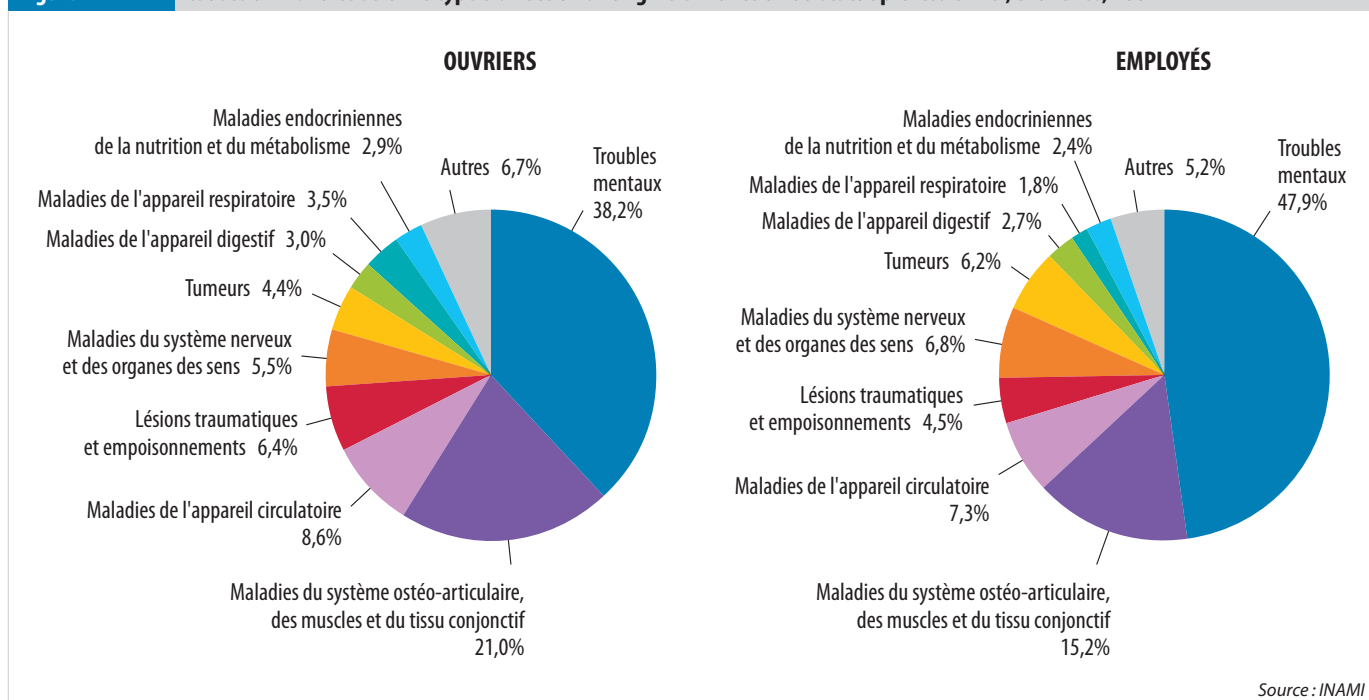
Figure 4-41 Évolution du nombre d'invalides bruxellois adultes par groupe d'âge, 2000-2007



Les taux et les causes varient suivant les professions exercées. Même si les troubles psychiques, les troubles musculosquelettiques et les maladies circulatoires sont les trois premières causes d'invalidité chez les employés comme chez les ouvriers (sauf pour les femmes employées

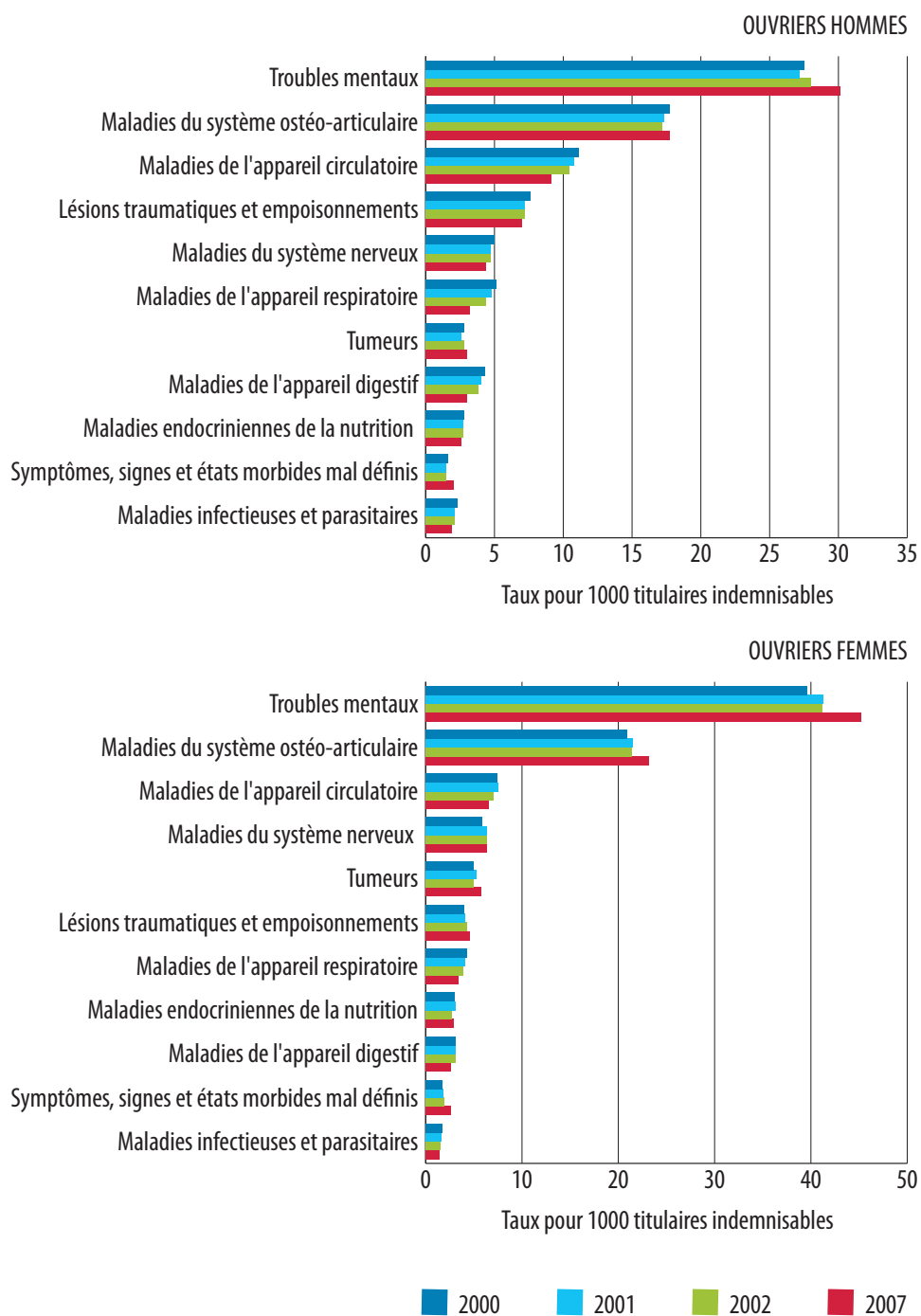
où les tumeurs arrivent en troisième position), les troubles psychiques occupent une part plus importante chez les employés (près d'une invalidité sur deux) et les troubles musculosquelettiques chez les ouvriers (une invalidité sur cinq).

Figure 4-42 Causes d'invalidité selon le type d'affection à l'origine en fonction du statut professionnel, Bruxelles, 2007



L'évolution des taux d'invalidité varie suivant le sexe et la profession. Tant pour les ouvriers que pour les employés, les invalidités pour cause de troubles psychiques ont augmenté entre 2000 et 2007.

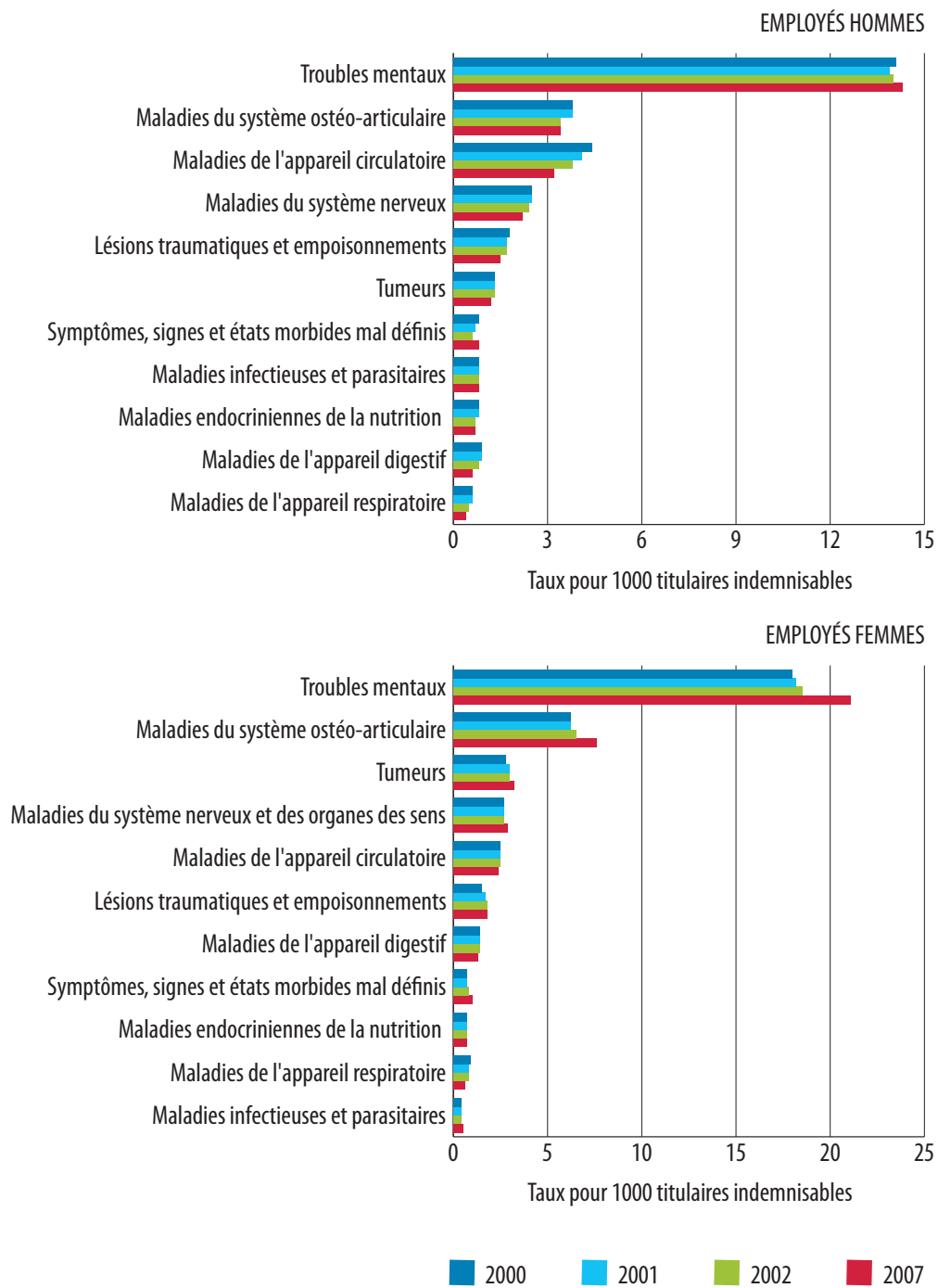
Figure 4-43 Évolution des taux d'invalidité par cause, par sexe et par profession, Bruxellois, 2000-2007



Source : INAMI

Figure 4-43

Évolution des taux d'invalidité par cause, par sexe et par profession, Bruxellois, 2000-2007



Source : INAMI

La santé mentale

Les problèmes de santé mentale représentent chez l'adulte une part importante des maladies chroniques, et la première cause d'invalidité.

Les **difficultés d'insertion** sont un des déterminants important de la détresse psychologique chez les jeunes adultes. Les 25-34 ans ne sont cependant pas un groupe homogène. Certains jeunes s'intègrent à la société active sans trop de heurts, alors que d'autres sont aux prises avec d'importantes difficultés d'insertion socioprofessionnelle : emplois instables, faibles salaires, chômage,... En outre, d'autres transformations sociales - comme les changements qui ont marqué la répartition des rôles sociaux et familiaux entre les sexes - peuvent contribuer à leur sentiment de détresse (25).

La fréquence des **troubles dépressifs** augmente avec l'âge mais on note un pic vers 35-44 ans pour les hommes et 45-54 ans pour les femmes (voir figure 2-90 dans la Partie II État de santé). Globalement, l'évolution de la dépression selon l'âge peut être liée aux différents «événements de vie» qui peuvent se succéder (changement de statut marital, de statut professionnel, du niveau économique...) et qui

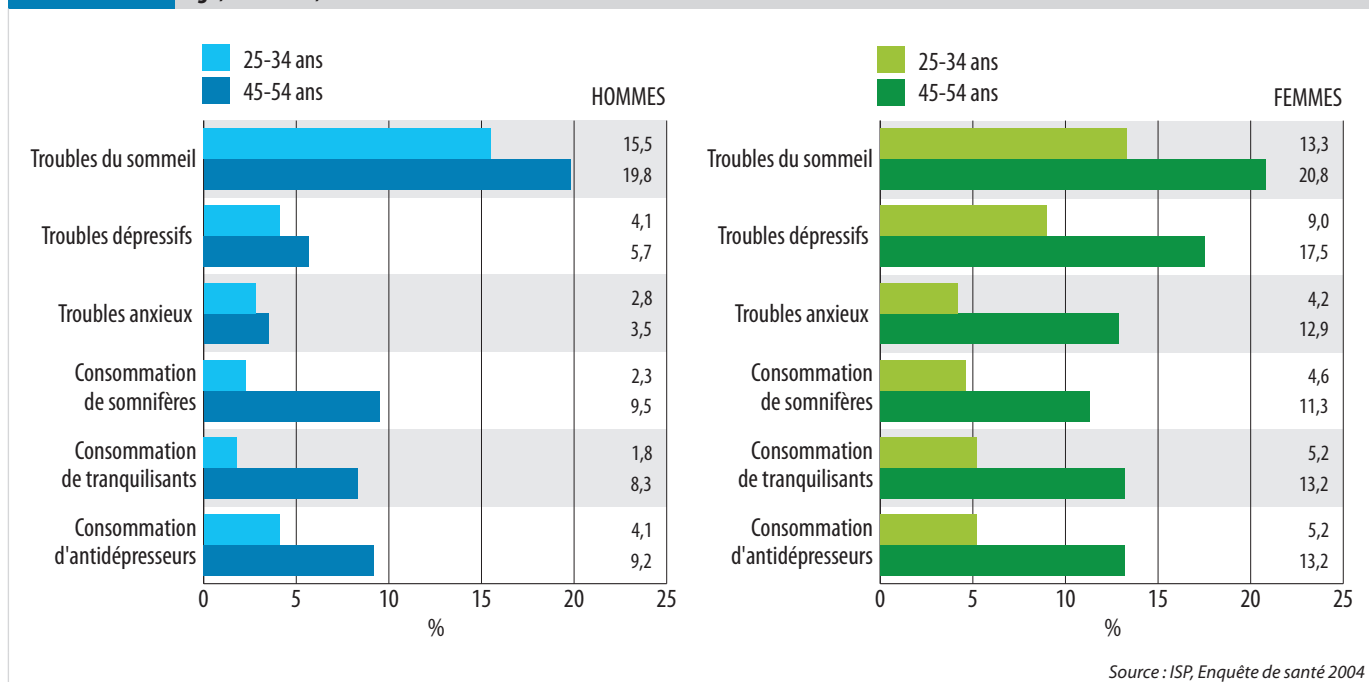
font qu'à certains moments, la vulnérabilité vis-à-vis de la dépression est plus importante, surtout si le parcours de vie n'a pas permis d'accumuler des «ressources» permettant de mieux faire face aux difficultés. Par exemple, la perte d'un emploi suivie d'une longue période de chômage peut déboucher sur un état dépressif, si on ne dispose pas d'un réseau social et de réserves financières suffisantes (26). Le taux d'admission hospitalière pour dépression est maximal pour les personnes des deux sexes âgées de 40 à 49 ans (voir figure 2-91 dans Partie II État de santé).

En ce qui concerne la schizophrénie et les **troubles psychotiques**, on retrouve un pic d'admission hospitalière chez les hommes de 20 à 29 ans (voir figure 2-93 dans Partie II État de santé).

La figure 4-44 reprend parmi les deux tranches d'âge, le pourcentage de personnes ayant déclaré souffrir d'un **trouble psychologique** ou prenant des médicaments psychotropes.

Tous les taux sont augmentés chez les 45-54 ans par rapport aux 25-34 ans.

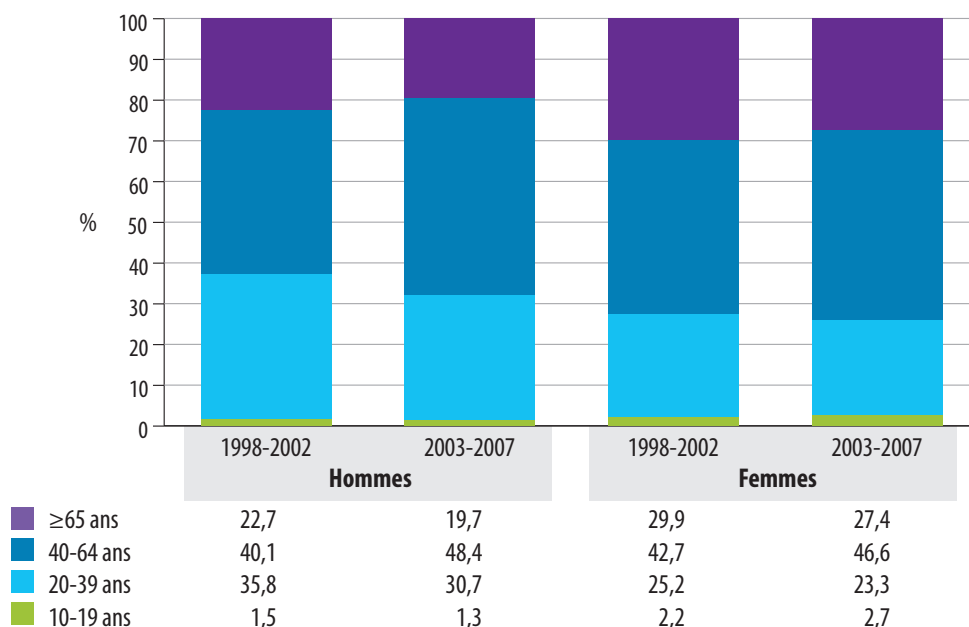
Figure 4-44 Pourcentage d'adultes déclarant des troubles psychologiques ou consommation de médicaments psychotropes par sexe et par âge, Bruxelles, 2004



La mortalité par **suicide**, reflet d'une souffrance psychologique grave avec passage à l'acte, reste une cause importante de décès chez les hommes et chez les femmes de ces tranches d'âge. Près de la moitié des suicides concernent la tranche d'âge 40-64 ans (figure 4-45). La part

des suicides dans cette tranche d'âge a augmenté entre les deux périodes étudiées. Chez les adultes de 20 à 39 ans, le suicide cause un décès sur quatre chez les hommes et un sur cinq chez les femmes, sans évolution notable avec le temps (non illustré, voir tableau 2-14 dans Partie II État de santé).

Figure 4-45 Distribution des suicides par tranches d'âge, par sexe et par période, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la santé et du social

4.2.4 Les accidents du travail

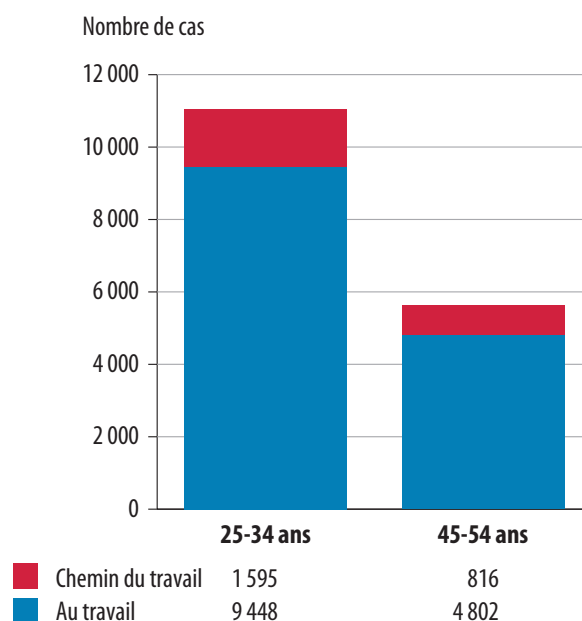
Les jeunes adultes ont deux fois plus d'accident du travail que les adultes d'âge moyen pour la période 2005-2007.

Tant pour les 25-34 ans que les 45-54 ans, 14 % des accidents ont lieu sur le chemin du travail (figure 4-46).

Parmi les 17 accidents mortels survenus entre 2005 et 2007 dans la population active, trois se sont produits chez des travailleurs de 25 à 34 ans et huit chez des travailleurs de 45 à 54 ans (tous masculins).

Figure 4-46

Nombre d'accidents du travail chez les Bruxellois de 25-34 ans et 45-54 ans par lieu d'accident 2005-2007



Source : Fonds des Accidents du Travail

4.3 LES COMPORTEMENTS DES ADULTES

4.3.1. Les dépendances (tabac, alcool, drogues)

La consommation de tabac

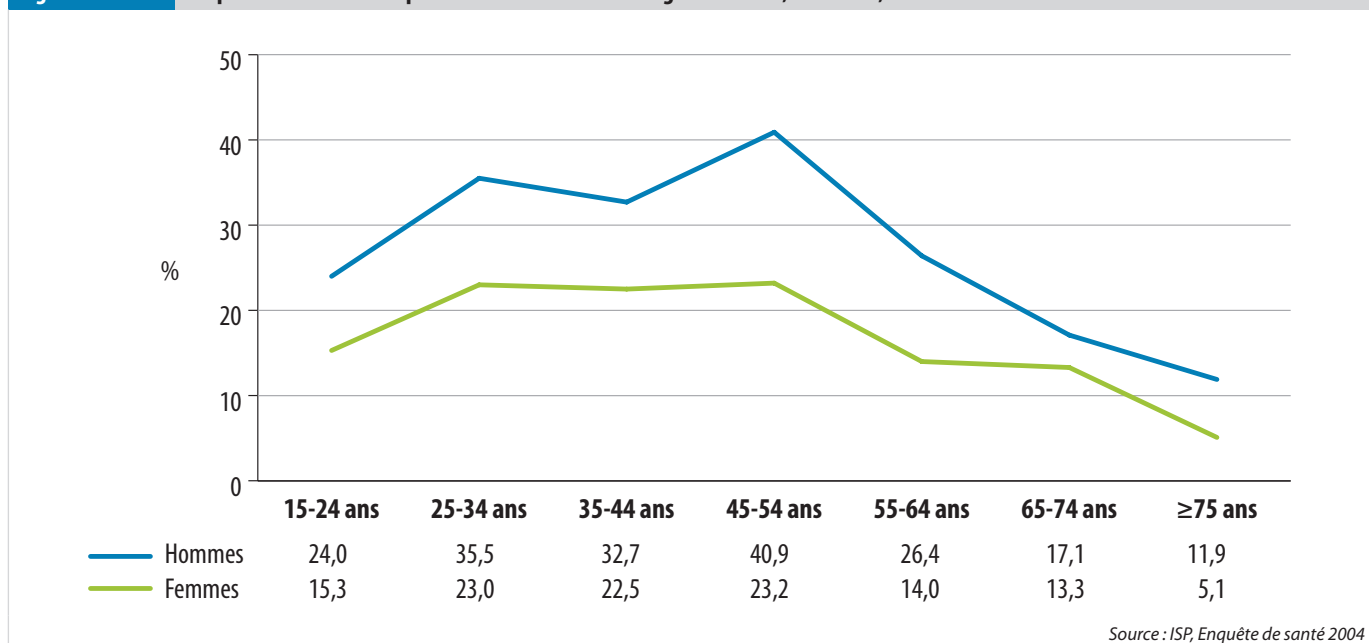
Le tabac constitue un facteur de risque majeur pour le développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ainsi que du cancer du poumon, et pour les mortalités qui y sont associées à long terme.

Plusieurs études longitudinales ont analysé les facteurs qui pourraient intervenir dans l'arrêt du tabagisme. L'importance de l'environnement tabagique est soulignée dans plusieurs études ; par exemple, le fait d'être marié à un non-fumeur est significativement favorable à l'arrêt. Le nombre d'amis non fumeurs d'un jeune fumeur augmente également ses chances de devenir un ex-fumeur (27)

C'est dans la tranche d'âge des 25-54 ans qu'on observe les proportions les plus élevées de fumeurs quotidiens : environ un tiers des hommes et un cinquième des femmes (figure 4-47).

La proportion de gros fumeurs, c'est-à-dire qui fument plus de 20 cigarettes par jour, augmente avec l'âge jusqu'à la cinquantaine. Entre 45 et 54 ans, plus d'un homme sur cinq est un gros fumeur (non illustré).

Figure 4-47 Proportion de fumeurs quotidiens en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004



La consommation d'alcool

Il est important d'analyser la consommation excessive d'alcool des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen car, en plus de contribuer à la mortalité par maladie alcoolique, elle reste l'un des déterminants majeurs des traumatismes et des morts violentes. Ces deux causes expliquent en grande partie l'excès de décès constaté chez les adultes jeunes. Les responsables présumés d'accidents mortels de la circulation présentent souvent un taux d'alcoolémie élevé. Le rôle de l'alcool dans la survenue des suicides est également

connu, notamment dans la mesure où la consommation de boissons alcoolisées facilite le passage à l'acte, mais est aussi susceptible d'induire une dégradation de l'environnement familial ou social des personnes concernées (28 ; 29) Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est le plus élevé chez les jeunes adultes. Le risque d'alcoolisation excessive chronique chez les hommes augmente régulièrement de 25 à 64 ans.

La consommation d'autres substances psychotropes

La consommation d'autres substances psychotropes (médicaments psychotropes et drogues illicites) a un impact sur la mortalité, même s'il est moindre que pour l'alcool et le tabac. La mortalité liée à l'abus de médicaments psychotropes concerne une population en moyenne plus âgée que celle concernée par l'abus de drogues illicites (voir par. 1.5 de Partie III Déterminants de la santé).

La consommation de **somnifères ou de tranquillisants** est plus élevée chez les 45-54 ans que chez les 25-34 ans, et plus élevée chez les femmes que chez les hommes (voir figure 2-95 dans Partie II État de santé) (source Enquête de santé 2004).

En ce qui concerne la consommation de **cannabis au cours de la vie**, les prévalences les plus élevées s'observent en 2004 dans le groupe d'âge 25-34 ans, où elles atteignent

28,9 % chez les femmes et 43,5 % chez les hommes. Mais c'est également dans ce groupe d'âge que l'on observe le pourcentage le plus élevé (20 %) de ceux qui, ayant déjà expérimenté le cannabis, n'en ont pas consommé au cours de la dernière année.

Pour ce qui est de la consommation **au cours de la dernière année**, la plus élevée se retrouve, pour les hommes, dans le groupe d'âge des 25-34 ans (20,6 %), mais pour les femmes dans celui des 15-24 ans (17,1 %). La consommation s'accroît parallèlement au niveau d'instruction.

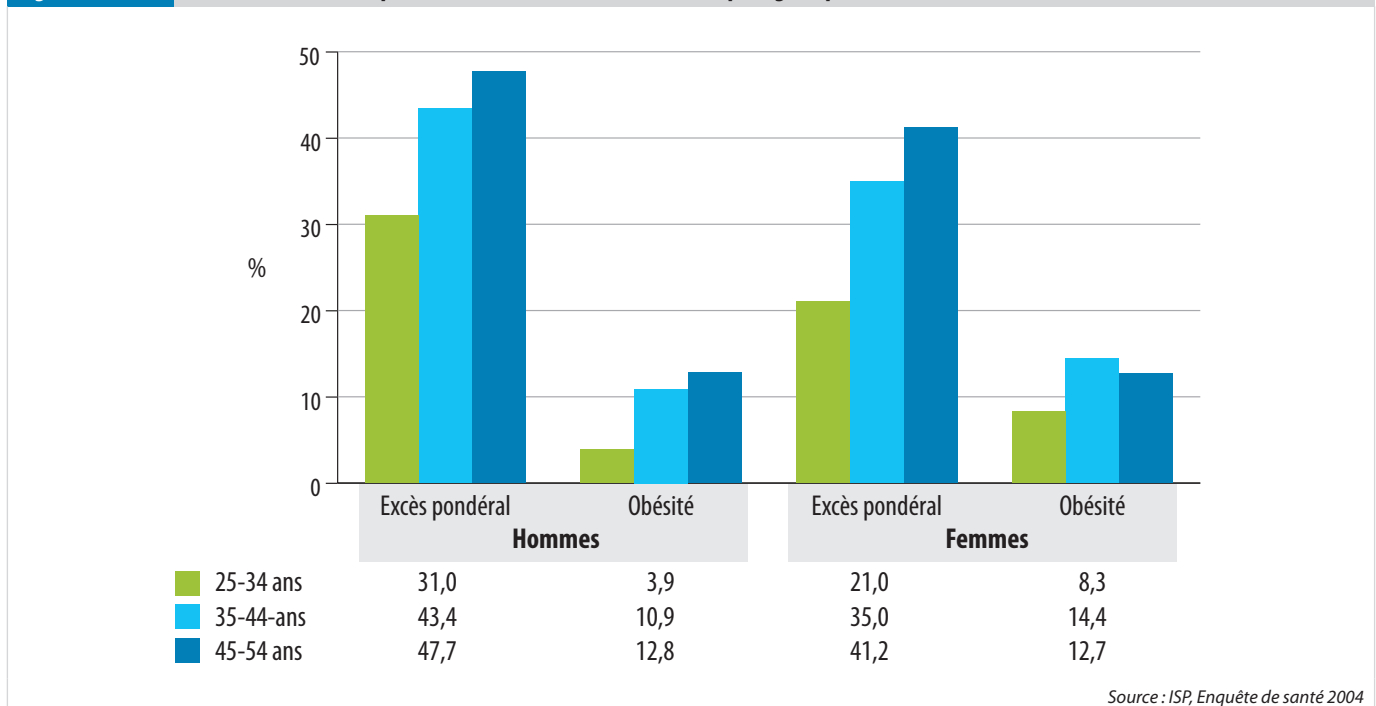
Enfin, la consommation **au cours du dernier mois** (excluant les fumeurs occasionnels) a une prévalence plus élevée entre 15 et 34 ans. La proportion d'utilisateurs augmente ici aussi avec le niveau d'instruction. (Sources : Enquête de santé et CTB, Addibru 2008, <http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie>)

4.3.2 L'obésité et les habitudes alimentaires des adultes

Excès pondéral et obésité

La prévalence de l'excès pondéral (IMC entre 25 et 30) et de l'obésité (IMC > 30) augmente fortement entre les classes d'âge 25-34 et 45-54 ans (figure 4-48). Cette croissance est en partie liée aux modifications avec l'âge de l'activité physique, qu'elle soit professionnelle ou de loisir.

Figure 4-48 Prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité chez l'adulte, par âge et par sexe, Bruxelles, 2004

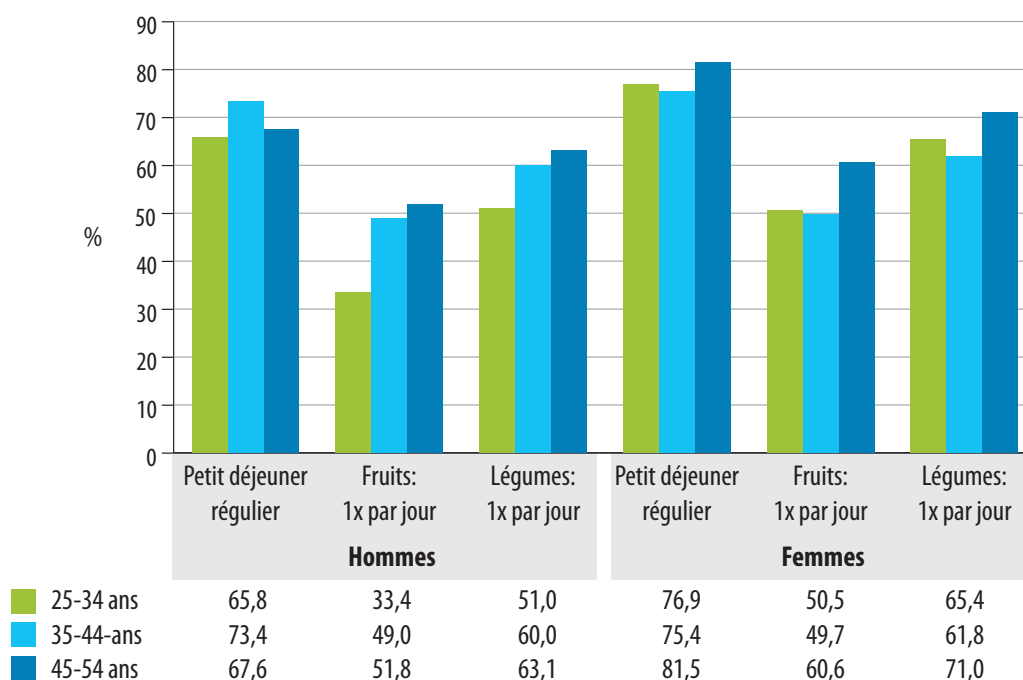


Habitudes alimentaires

C'est parmi les jeunes hommes adultes que les habitudes alimentaires favorables à la santé sont les moins fréquentes. La consommation journalière d'au moins un fruit et celle d'au moins un légume augmente entre les classes d'âge 25-34 ans et 45-54 ans.

Globalement, les adultes plus âgés cuisinent davantage et mangent plus souvent à domicile que les jeunes générations qui ont plus tendance à se nourrir à l'extérieur ou à utiliser des aliments nécessitant peu de préparation.

Figure 4-49 Proportion d'adultes ayant des habitudes alimentaires favorables à la santé, par âge et par sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

5. Les personnes âgées

En 2007, l'Observatoire a publié un dossier sur les besoins et l'offre de services sociaux destinée aux personnes âgées (31) ; dans ce paragraphe, on se contentera d'actualiser ou de compléter certaines données.

Même si la population bruxelloise est une population qui rajeunit, sa part de population très âgée augmente (voir plus bas). L'allongement notable ces dernières années de l'espérance de vie en bonne santé permettra certainement aux plus de 65 ans de continuer à mener une vie active, mais cette population nécessitera inévitablement des prestations d'aide et de soins croissantes avec l'âge. Le parcours de vie de chaque personne (tenant compte de son niveau d'instruction, de ses conditions de travail, de revenus et de logement) aura à la fois une influence sur son «capital santé» et sur les «ressources» qu'il sera à même de mettre en œuvre pour faire face à ses problèmes de santé (30). Par ailleurs, la population bruxelloise qui va «entrer» dans les tranches d'âge les plus âgées est différente de la précédente : moins aisée, plus multiculturelle, ce qui entrainera des défis d'une autre sorte.

5.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÂGÉE

5.1.1 Évolution

Comme nous l'avons vu dans la Partie I «Contexte général», l'âge moyen de la population bruxelloise diminue, contrairement à ce qu'on observe dans le reste du pays : la proportion de Bruxellois de plus de 65 ans diminue, tant en chiffres absolus (de 168 275 personnes en 1989 à 152 045 en 2008) qu'en chiffres relatifs (17,3 % en 1989 à 14,5 % en 2008) ((31) et Registre national). Comme dans le même temps la population des jeunes de moins de 20 ans continue à croître (figure 1-05), on assiste à une diminution constante de l'indice de vieillissement (≥ 65 ans/0-19 ans) qui est passé de 74 % en 1998 à 60 % en 2008. On notera par contre une proportion plus importante de personnes très âgées (85 ans et plus) et l'indice d'intensité du vieillissement (≥ 80 ans/ ≥ 65 ans) est en augmentation constante, passant de 26,3 % en 1998 à 32,4 % en 2008 (figure 1-06, Partie I). Entre 1989 et 2006, le nombre de Bruxellois de 85 ans et plus a augmenté de 1 464 personnes. On trouvera en page 79 de l'atlas Vivre chez soi après 65 ans une projection de la population bruxelloise âgée à l'horizon 2041.

5.1.2 Répartition géographique

L'âge moyen des Bruxellois diffère toutefois fortement d'une commune bruxelloise à l'autre : Ganshoren reste la commune la plus «âgée», rejointe par Watermael-Boitsfort, tandis que Saint-Josse-Ten-Noode est la plus «jeune». L'âge moyen diminue dans toutes les communes, sauf dans les communes du quadrant sud-est : il reste stable dans les communes de Woluwe-Saint-Lambert et Uccle, et augmente même à Watermael-Boitsfort et Woluwe-Saint-Pierre (figure 1-03, Partie I).

Les personnes âgées sont surreprésentées dans la deuxième couronne. Au contraire, au centre-ville et dans la ceinture du 19^{ème} siècle, les proportions de personnes âgées sont en général relativement faibles (carte 5-03, Partie V). Cependant, quelques secteurs du pentagone constituent une exception à cet égard : même si elles n'y représentent qu'une faible part de la population totale, un nombre important, en termes absolus, de personnes âgées vivent dans les quartiers densément peuplés des zones les plus défavorisées de la région de Bruxelles-Capitale (Atlas Vivre chez soi après 65 ans, 2007, p. 23).

5.1.3 Sex-ratio

Comme décrit dans la partie I, la structure de la population bruxelloise des 65 ans et plus diffère pour les hommes et les femmes : alors que le nombre d'hommes diminue de façon continue lorsque l'âge augmente, cette diminution ne devient sensible chez les femmes qu'à partir de 80 ans ou plus (figure 1-02, Partie I). La mortalité prématurée des hommes explique ce surplus de femmes dès 60 ans, avec un pourcentage de 70 % de femmes dans la tranche d'âge des 85-89 ans en 2008. Il en résulte que les personnes seules très âgées sont surtout des femmes et qu'elles sont donc surreprésentées en maisons de repos et de soins (31).

5.1.4 Multiculturalité

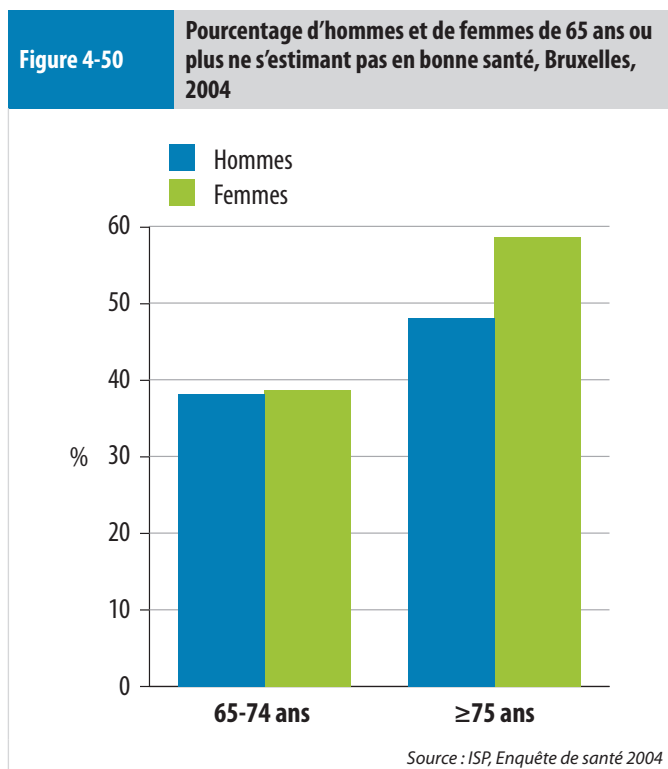
Lors de l'enquête socio-économique de 2001, on relevait parmi les 50-54 ans, 34 % de non-Belges à la naissance et parmi les 80-84 ans, quelque 13 %. En imaginant que rien ne change (espérance de vie etc.), on aura donc en 2011 une proportion importante des personnes de 60 ans ou plus qui seront issues de l'immigration, d'autant que peu de personnes effectuent finalement, comme ils l'avaient prévu, un retour au pays d'origine en fin de vie active. En 2007, un séminaire organisé par la Fondation Roi Baudouin se penchait sur les défis du vieillissement des populations migrantes et sur les pistes d'accompagnement de ces évolutions (32).

Que ce soit du à des trajectoires de vie ou à des trajectoires de soins différentes, les problèmes de santé et les besoins d'aide et de soins des personnes d'origine étrangère peuvent se révéler différents. Il faudra notamment être attentif aux femmes âgées issues de l'immigration, qui se retrouvent dans un isolement important, souvent doublé de précarité, et chez qui les problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression ont souvent été passé sous silence. Par ailleurs, si traditionnellement la personne âgée était maintenue au sein de la famille élargie ou bénéficiait de toute autre forme de solidarité familiale, les jeunes générations ne seront pas toujours à même d'assurer cet accueil de la même façon, étant donné leurs propres conditions de logement, de revenus et l'évolution des standards de qualité de vie. La réflexion sur l'accueil en MR ou MRS s'impose, même si une amélioration globale de l'accueil dans ces structures (quant aux horaires, à la qualité et à la quantité du personnel, au respect des souhaits des résidents, à l'autonomie etc.) est probablement plus à l'ordre du jour qu'une «ethnisation» des règles de vie (32).

5.2 ÉTAT DE SANTÉ

5.2.1 La santé perçue

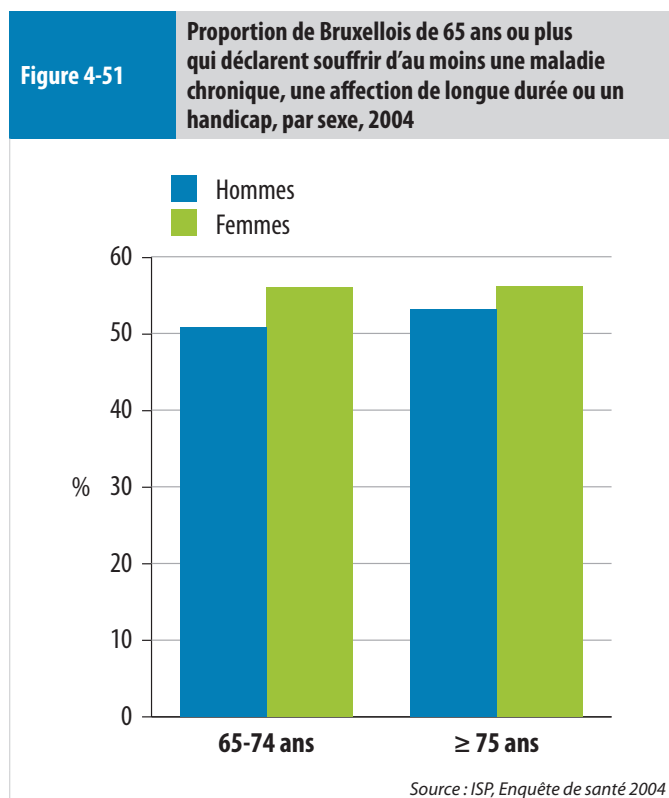
Dans l'Enquête nationale de santé de 2004 ^[31], 38 % des personnes de 65 ans ou plus ne s'estiment pas en bonne santé. À 75 ans, ce pourcentage passe à 48 % pour les hommes et 58 % pour les femmes.



5.2.2 Morbidité

Les affections chroniques

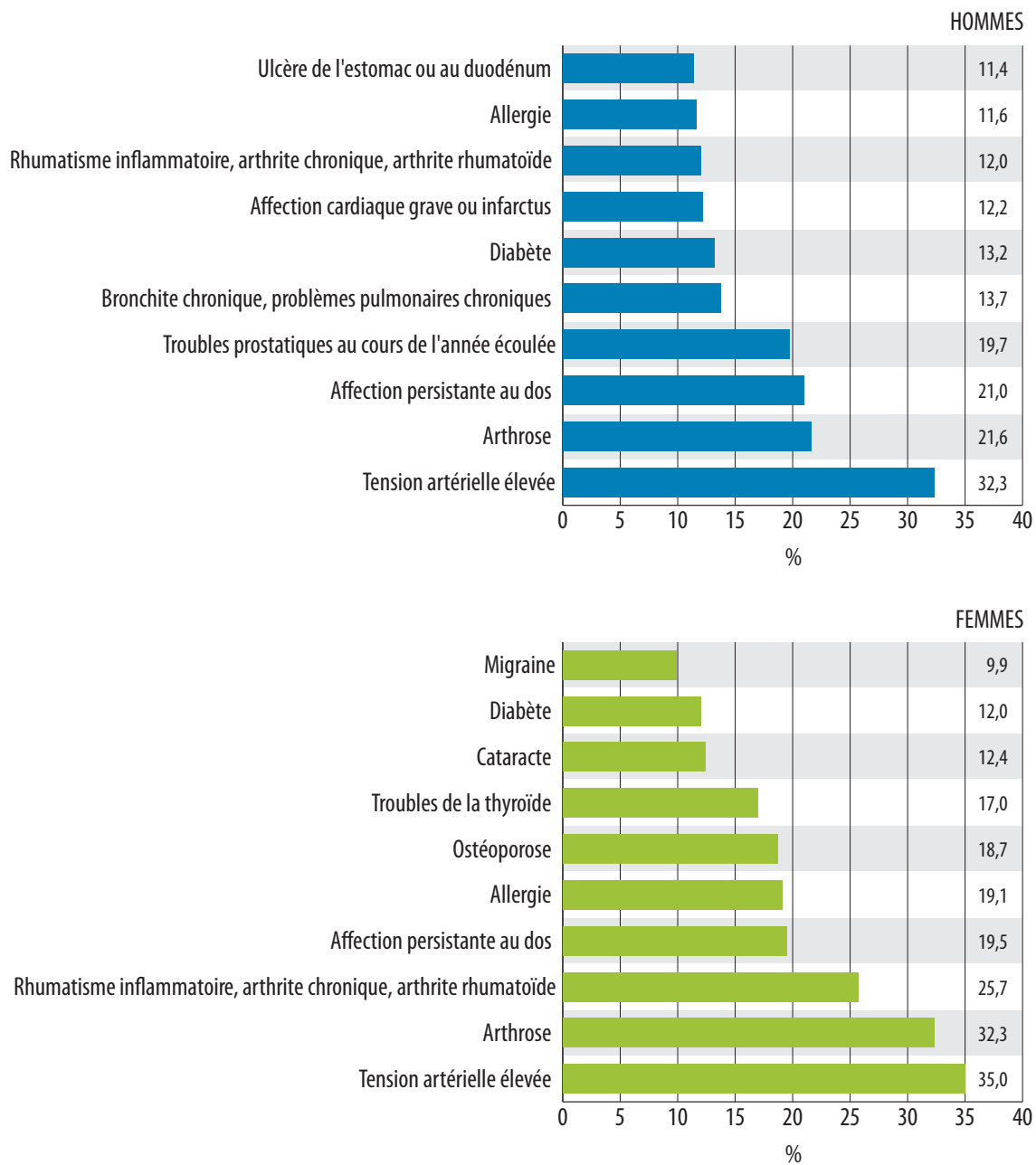
Parmi les Bruxellois de plus de 65 ans, 51,8 % des hommes et 56,1 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps.



³¹ 968 personnes de plus de 65 ans ont participé à l'Enquête de santé 2004 ; le nombre de participants dans chaque catégorie d'âge étant relativement faible, il faut rester prudent lors de l'interprétation des résultats.

Le «top dix» des maladies chroniques déclarées dans l'Enquête de Santé pour les personnes de 65 ans ou plus est présenté dans les figures 4-52 et 4-53. L'hypertension artérielle occupe la première place, suivie de près par les troubles musculo-squelettiques.

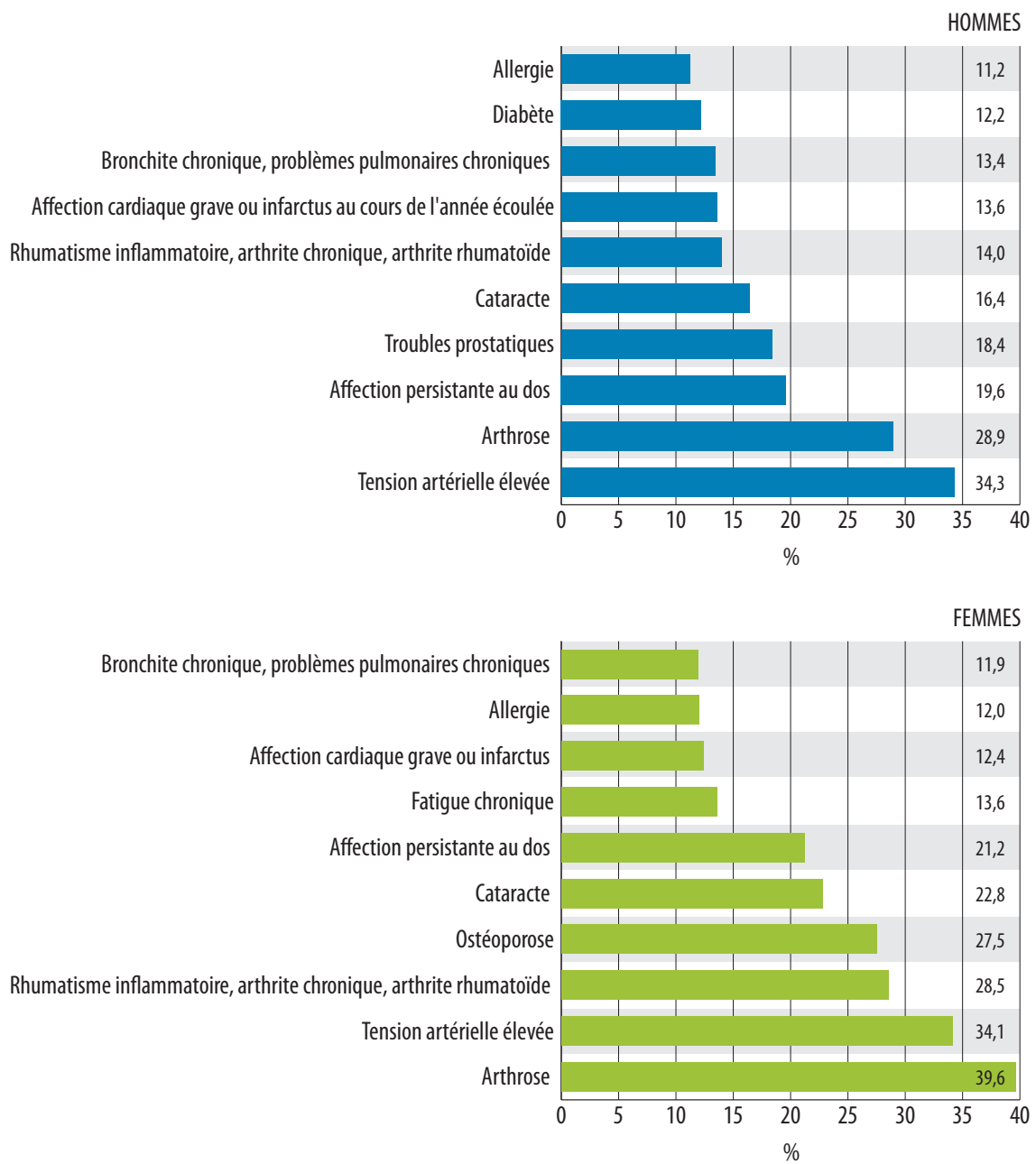
Figure 4-52 Prévalence des dix affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 65-74 ans, par sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

Figure 4-53

Prévalence des dix affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 75 ans ou plus, par sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

La santé mentale

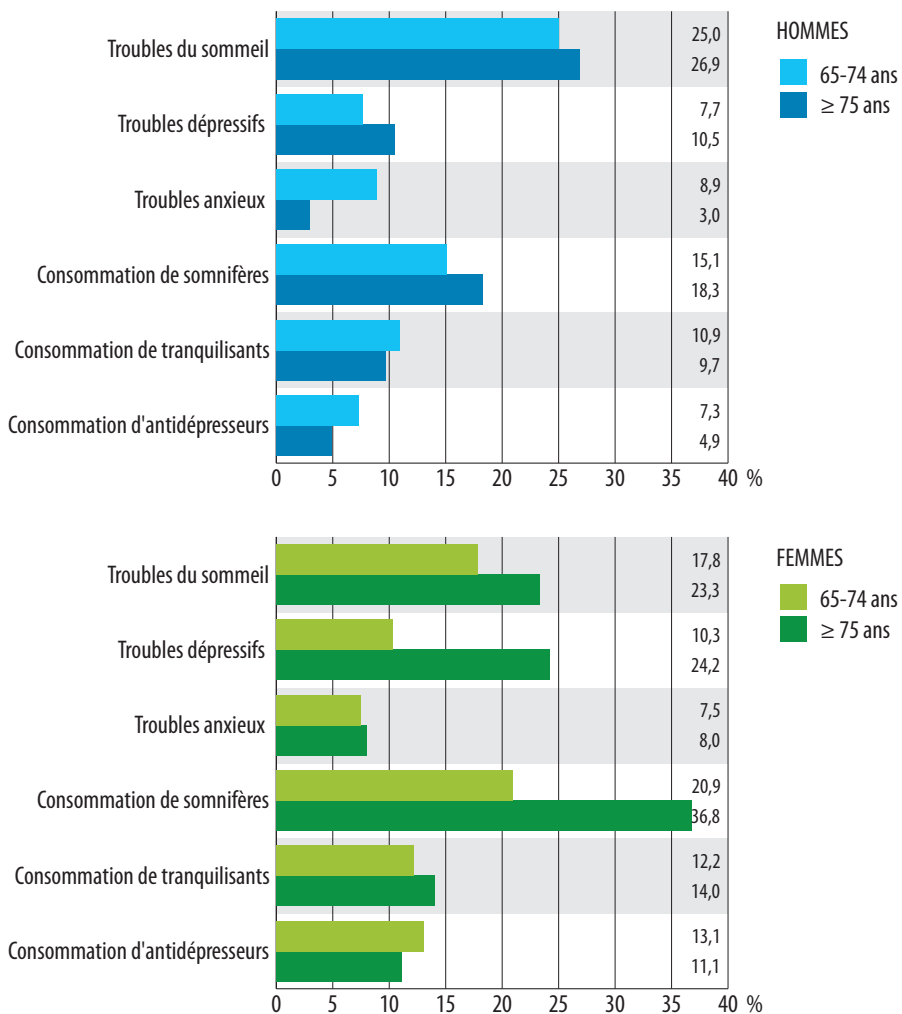
Comme on l'a vu dans la partie II, à part le pic de fréquence observé vers 40 ans (pour les hommes) ou 50 ans (pour les femmes), la fréquence des troubles dépressifs déclarés dans l'Enquête de santé augmente avec l'âge (figure 2-90, Partie II). La consommation de tranquillisants et de somnifères augmente elle aussi avec l'âge (figure 2-95, Partie II).

Selon l'Enquête de santé 2004, près d'un quart des Bruxelloises âgées de 75 ans ou plus déclarent des troubles dépressifs, et plus d'un quart des hommes déclarent des troubles du sommeil. Si les troubles du sommeil sont moins

fréquemment déclarés chez la femme de 65 ans ou plus que chez l'homme, on est frappé de la fréquence d'utilisation de somnifères par les femmes âgées, surtout à partir de 75 ans (figure 4-54). La fréquence de troubles anxio-dépressifs dans la vieillesse peut s'expliquer notamment par le déclin physique, qui provoque des limitations dans les activités quotidiennes, ce qui est souvent mal ressenti par la personne. Il faut ajouter à cela la solitude et l'isolement qui sont fréquents, surtout chez la femme très âgée. Ce phénomène est accentué dans les grandes villes.

Figure 4-54

Fréquence de troubles anxieux, dépressifs et du sommeil et de consommation de médicaments psychotropes, par âge et sexe, Bruxelles 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

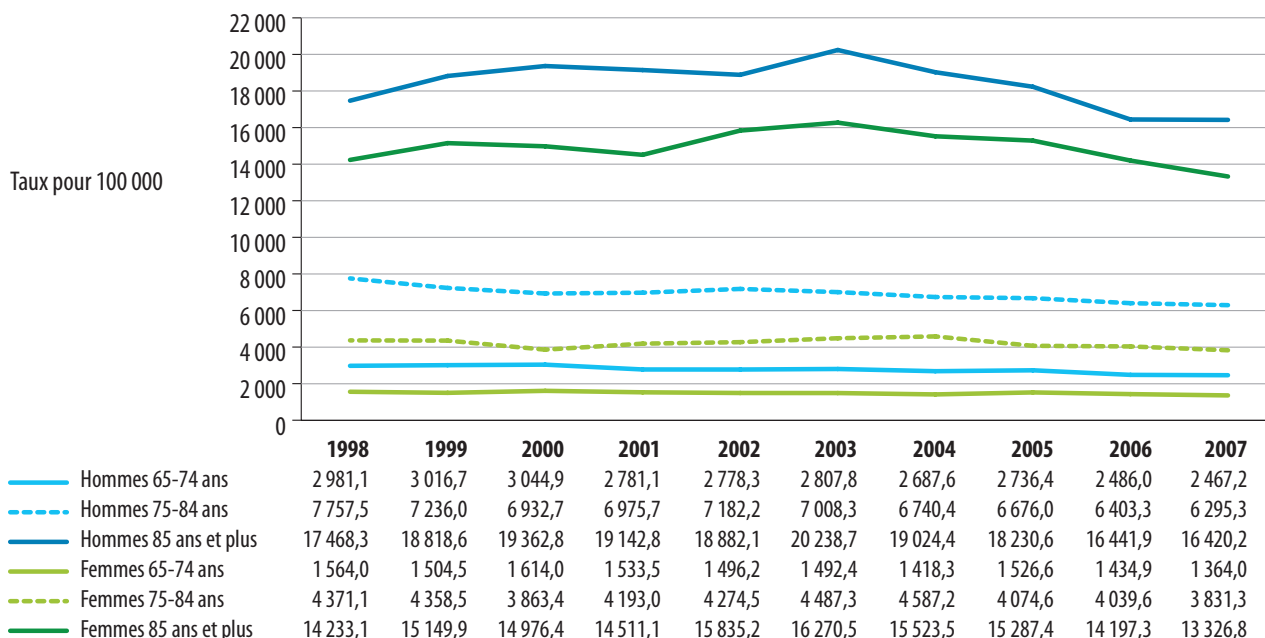
En ce qui concerne la démence (en ce compris la maladie d'Alzheimer), sa prévalence augmente avec l'âge. En combinant diverses études, on peut estimer sa prévalence à moins d'un pour cent pour la population âgée de 60 à 64 ans versus 28,5 % après 90 ans (33 ; 34). Il n'existe pas de chiffres en Région bruxelloise mais en appliquant les prévalences estimées par âge à la population bruxelloise de plus de 65 ans, on pouvait estimer en 2006 le nombre

de personnes âgées atteintes de démence à environ 12 000. Parmi les personnes souffrant de démence, près de 70 % ont plus de 80 ans. Les limitations entrainés par ce troubles cognitifs (perte de mémoire, désorientation dans l'espace et dans le temps etc.) influencent fortement l'autonomie de ces personnes et impose de prévoir le soutien et/ou l'hébergement de ces personnes.

5.3 MORTALITÉ

On trouvera ci-dessous l'évolution des taux de mortalité par âge et par sexe. Dans toutes les tranches d'âge, la mortalité a diminué entre 1998 et 2007, tant pour les hommes que pour les femmes.

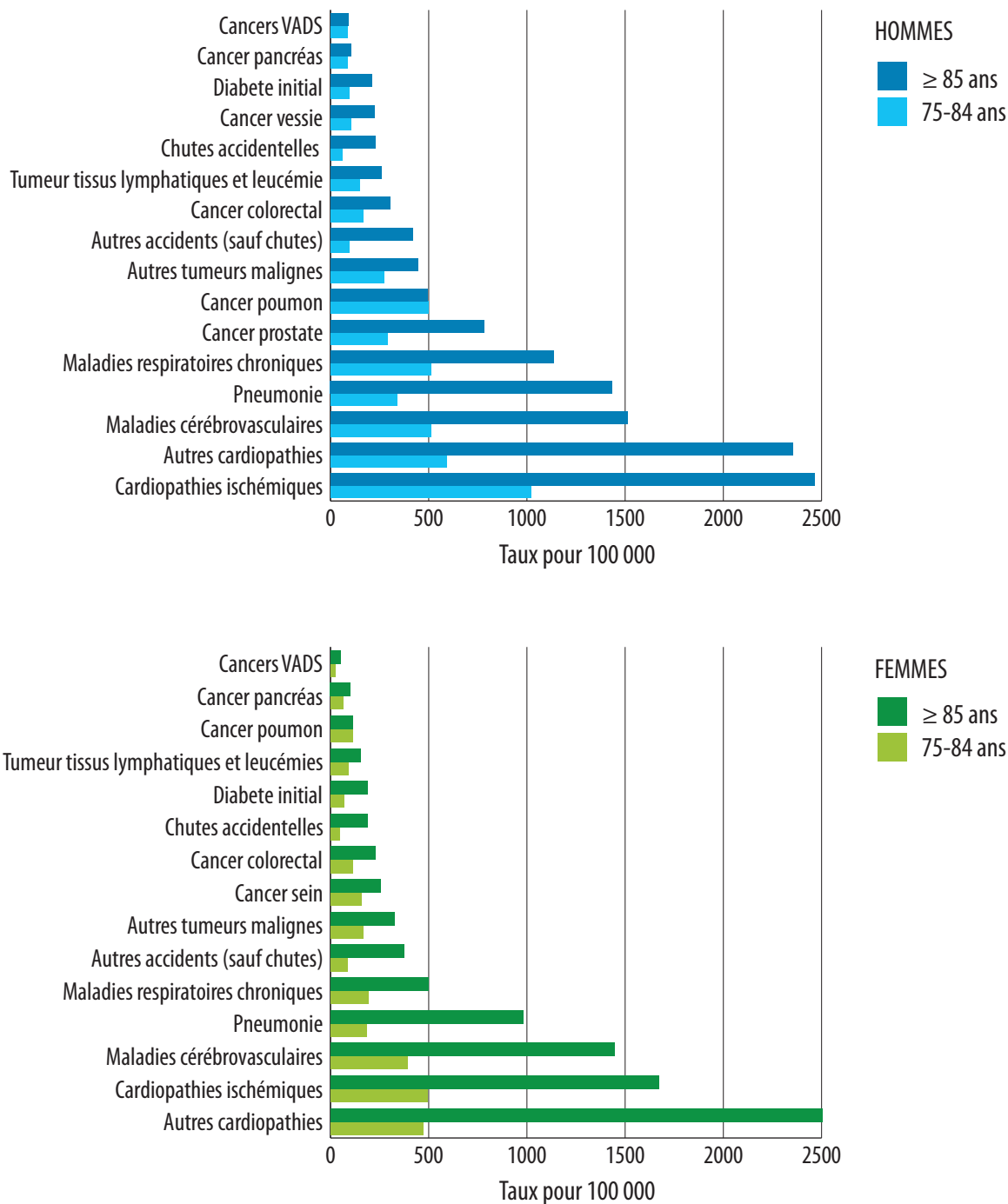
Figure 4-55 Taux de mortalité des personnes âgées par catégorie d'âge et sexe, Bruxelles 1998-2007



Source : Observatoire de la santé et du social, Bulletins statistiques de décès

Le graphique 4-56 reprend les premières causes de mortalité, par sexe, pour les personnes âgées de 75 à 84 ans et les 85 ans et plus. On pourra apprécier l'augmentation des taux de mortalité spécifique avec l'âge ainsi que l'ordre des causes en comparant aux figures 2-05 et 2-08 reprenant les taux de mortalité par cause pour les 65-74 ans (Partie II).

Figure 4-56 Taux de mortalité par cause pour les Bruxellois de 75-84 ans et plus de 85 ans, par sexe, 1998-2007



Source : Observatoire de la santé et du social, Bulletins statistiques de décès

5.4 LA FIN DE LA VIE

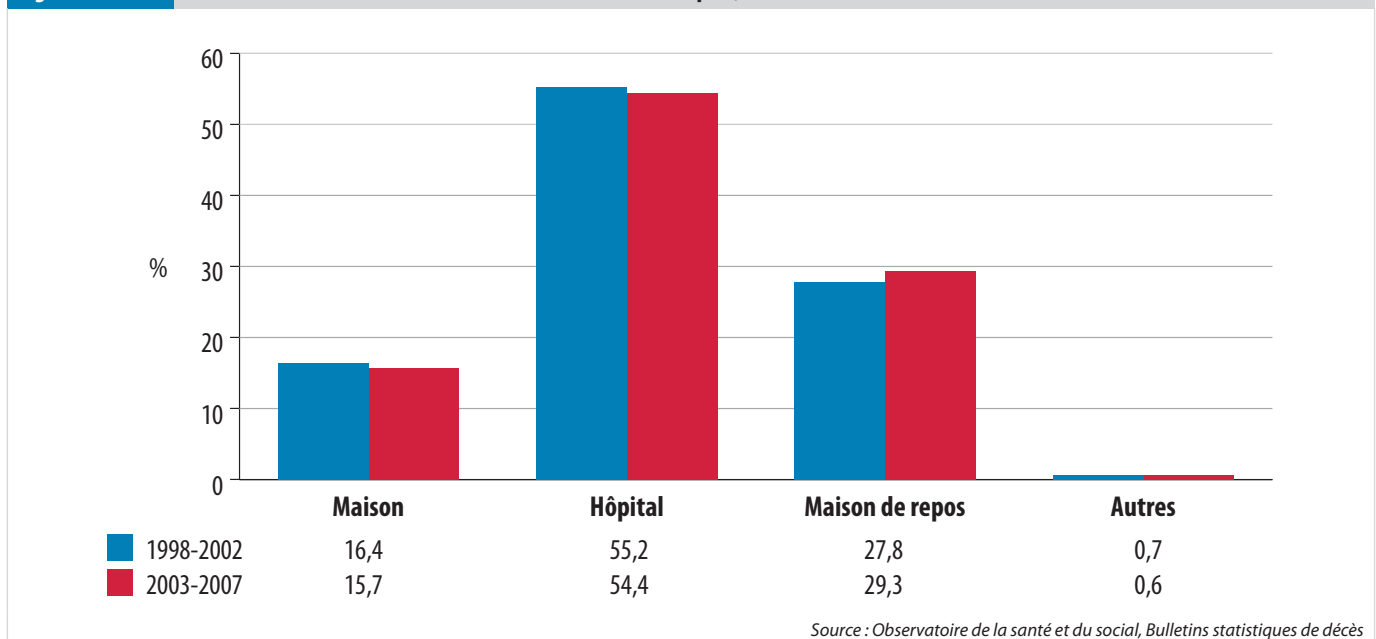
Toute vie, aussi «saine» soit-elle, a une fin. La qualité de cette fin de vie est en partie déterminée par le respect des souhaits des patients ; le lieu de décès et l'accompagnement familial et médical en font partie.

L'Observatoire de la santé et du social a collaboré en 2008 à une étude (BRUCEL) menée par le département «Zorg rond het Levenseinde» (ZrL) de la VUB dans le cadre de Prospective Research. À l'aide des informations recueillies dans les bulletins de décès bruxellois, les médecins traitants ont été interrogés à propos des circonstances et des soins prodigués dans les derniers mois de vie du défunt. Les résultats de cette enquête dont certains seront résumés ici, se trouvent dans la publication «Death and the City» (35).

Les circonstances concrètes du décès sont déterminées dans une mesure importante par le lieu où l'on décède. Dans la littérature internationale, on considère que la plupart des personnes souhaitent mourir chez elles, dans un environnement familial et entourées de parents et/ou d'amis.

La répartition des lieux de décès des Bruxellois a peu changé au cours des dix dernières années. Plus de la moitié des décès ont lieu à l'hôpital, un quart en maison de repos et moins d'un cinquième à la maison.

Figure 4-57 Évolution des lieux de décès des Bruxellois de 65 ans ou plus, 1998-2007



Les chercheurs de la VUB ont comparé cette répartition des lieux de décès pour les résidents des grandes villes et hors grandes villes en Belgique, aux Pays-Bas et en Angleterre. Ils ont limité l'analyse aux décès de 2003 consécutifs à une maladie chronique (palliative care subset). Cette limitation vise à ne prendre en considération que les décès pour lesquels il est possible de prendre une décision quant au lieu de décès et d'exclure les décès inopinés. Sur les 10 108 décès bruxellois de 2003, 3 672 ont été intégrés à l'analyse.

Dans les trois pays étudiés, les chances de mourir «chez soi» sont nettement supérieures lorsque l'on réside hors d'une grande ville ; la différence grandes villes / hors grandes villes est plus importante en Belgique. En Belgique, la part des décès à domicile chez les résidents des grandes villes est moins importante qu'aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni.

Tableau 4-15 Répartition des lieux de décès (après maladie chronique) dans les grandes villes et hors grandes villes en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, 2003

	% Domicile	% Hôpital	% Maison de repos	% Autres institutions*	% Ailleurs
Belgique					
Hors grandes villes	28,2	52,2	19,4	0,1	0,1
Grandes villes	15,3	63,9	20,6	0,1	0,2
Bruxelles-Capitale	15,1	63,0	21,6	0,1	0,2
Anvers	15,6	65,4	18,8	0,0	0,2
Pays-Bas					
Hors grandes villes	39,1	31,2	25,8	2,8	1,1
Grandes villes	29,5	35,8	30,4	2,2	2,0
Amsterdam	30,2	34,8	29,2	3,1	2,7
Rotterdam	28,9	37,2	30,5	1,6	1,7
Den Haag	29,3	35,5	32,0	1,8	1,4
Royaume-Uni					
Hors grandes villes	20,7	51,2	14,9	12,0	1,2
Grandes villes	18,6	58,3	9,9	12,0	1,2
Greater London	17,2	59,6	8,1	14,0	1,0
West Midlands MC	19,3	59,6	10,6	9,3	1,2
Greater Manchester	17,7	58,5	9,8	12,6	1,4
Merseyside MC	20,8	53,3	12,4	11,9	1,6
Tyne and Wear MC	20,4	58,4	12,4	7,6	1,2
City of Bristol	23,4	48,0	14,6	12,7	1,3
<small>*Uniquement des «hospices» (= maisons de soins pour patients en phase terminale) au Royaume-Uni, le plus souvent aux Pays-Bas Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009</small>					

Dans cette étude, on a également analysé les facteurs influençant les lieux de décès, après une maladie chronique, à Bruxelles. Parmi les déterminants étudiés, on retrouve le sexe, l'âge, la nationalité, le fait d'être ou non isolé, le niveau socioéconomique de la commune de résidence du défunt et l'affection dont il est décédé^[32]. Les personnes vivant chez elles ainsi que les pensionnaires de maison de repos décèdent plus souvent à l'hôpital quand ils vivent dans une commune de niveau socioéconomique inférieur. Les personnes qui meurent d'un cancer ont plus de chance de décéder à l'hôpital. Les isolés qui habitent chez eux ont plus de chances de décéder à l'hôpital que ceux qui vivent en

famille. Plus le pensionnaire de maison de repos est jeune, plus il a de chances de décéder à l'hôpital (36).

L'étude s'est également interrogée dans quelle mesure (dans le cas d'une maladie chronique), le lieu de décès correspond aux volontés du défunt. Pour trois quarts des décès, le lieu de décès souhaité n'était pas connu du médecin traitant ; dans ce cas, les décès à domicile s'avèrent alors très rares. Pour ceux qui souhaitaient mourir à la maison, ce souhait a pu être satisfait dans 2 cas sur 3. Le souhait de mourir à l'hôpital ou en maison de repos a été lui satisfait dans tous les cas.

Tableau 4-16 Lieu du décès effectif en fonction du lieu de décès souhaité, Bruxelles, 2007

Lieu de décès souhaité	Nombre	%	Décès à domicile	Décès à l'hôpital	Décès en maison de repos
Inconnu	296	74,4 %	3,7 %	75,3 %	20,9 %
Connu	107	26,6 %	33,6 %	35,5 %	30,8 %
Domicile (ou famille)	56	52,3 %	66,1 %	21,4 %	12,5 %
Hôpital	22	20,6 %		100,0 %	
Maison de repos	28	26,2 %			100,0 %
Autres	2	1,9 %		50,0 %	50,0 %
<small>Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009</small>					

32 Consulter également les résultats d'une analyse similaire en page 68 de l'atlas «Vivre chez soi après 65 ans».

Les chercheurs se sont aussi intéressés à l'identité des personnes présentes au moment du décès après une maladie chronique. Le tableau indique clairement que le lieu du décès est fortement déterminant quant à l'identité des personnes présentes lors du décès.

Tableau 4-17 Personne présente lors du décès, Bruxelles, 2007				
	Domicile	Hôpital	Maison de repos	Total
Infirmière	25,0 %	79,4 %	81,8 %	73,6 %
Partenaire, famille ou amis	77,1 %	48,1 %	28,3 %	46,6 %
Médecin	18,8 %	61,1 %	9,1 %	43,6 %
Autre	10,4 %	5,3 %	9,1 %	6,8 %
Personne	8,5 %	1,1 %	3,1 %	2,7 %

Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009

L'allongement de la durée de vie, le développement des soins palliatifs, la fréquence des décès en institution ont modifié l'accompagnement médical en fin de vie. Cet accompagnement est particulier à chaque patient et réserve quelquefois des choix éthiques difficiles, surtout lorsqu'il intervient après une longue maladie chronique. Dans la même étude, les chercheurs ont interrogé les médecins traitants quant aux décisions médicales prises en fin de vie. On a ensuite, sur base de ces résultats, réalisé une estimation de la fréquence des différentes décisions spécifique lors de

tous les décès bruxellois de 2007. Dans 40 % de cas, le décès est survenu de façon inattendue, excluant toute possibilité d'intervention médicale. Dans 38 % des décès (et donc dans près de 2/3 des décès attendus), la mort a été précédée d'une ou plusieurs décisions de fin de vie. 15 % de ces décisions sont prises avec l'intention explicite de mettre un terme à la vie du patient (ce qui ne signifie pas pour autant que le patient ou son entourage soit impliqué dans la prise de décision) ; l'administration d'une substance létale s'élève à 5,4 % des décès.

Tableau 4-18 Estimation des décisions médicale de fin de vie, Bruxelles, 2007		
	Nombre de décès estimé à Bruxelles en 2007	% de tous les décès
Décès inopiné (pas de décision médicale de fin de vie possible)	4 340	40,5
Décès attendu, pas de décision médicale de fin de vie	2 259	21,1
Décès attendu, décision médicale de fin de vie :	4 117	38,4
Intensification des traitements antalgiques et/ou symptomatiques	2 193	20,5
en tenant compte de la réduction éventuelle de survie	1 895	17,7
avec intention explicite de hâter la mort	298	2,8
Abstention thérapeutique	1 357	12,7
en tenant compte de la réduction éventuelle de survie	499	4,7
avec intention explicite de hâter la mort	858	8,0
Administration de substances létales	583	5,4
euthanasie	125	1,2
sans demande explicite du patient	458	4,3
Total	10 716	100,0

Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009

Références

- (1) Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en RBC 1998-2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.
- (2) De Gauquier K., Remacle A. Le suivi prénatal en Belgique en 2005. Une étude de l'Agence intermutualiste. Agence Intermutualiste, 2007.
- (3) Lodewyckx K., Peeters G., Spitz B., Blot S., Temmerman M., Zhang W. et al. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2004.
- (4) Larroque B., Ancel P.Y., Marret S., Marchand L., Andre M., Arnaud C. et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet* 371[9615], 813-820, 2008.
- (5) Gulbis B., Cotton F., Ferster A., Ketelslegers O., Dresse M.F., Ronge-Collard E. et al. Neonatal haemoglobinopathy screening in Belgium. *J Clin. Pathol.* 62[1], 49-52, 2009.
- (6) Gulbis B., Cotton F., Hansen V., Ferster A., Toppet M., Cochaux P. et al. Prévention des hémoglobinopathies à Bruxelles: une nécessité? *Revue Médicale de Bruxelles* 22[3], 133-140, 2001.
- (7) ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance. Rapport de la Banque de données médico-sociales 2005-2006. Dossier spécial: la prématurité. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2007.
- (8) Kind & Gezin. Jaarverslag 2007, 2008.
- (9) Kind & Gezin. Het kind in Vlaanderen 2007, 2007.
- (10) Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2004. Dossier spécial: Allaitement. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2005.
- (11) Kind & Gezin. Het Kind in Vlaanderen 2006. Kind & Gezin, 2006.
- (12) Hamlyn B., Brooker S., Oleinikova K., Wands S. Infant feeding survey. TSO, 2002. London.
- (13) Lernout T., Sabbe M. Surveillance des maladies infectieuses pédiatriques en Belgique - Année 2007. ISP, IPH/EPIREPORTS, Nr. 2008-30, 2008.
- (14) Crowcroft N.S., Pebody R.G. Recent developments in pertussis. *Lancet* 367[9526], 1926-1936, 2006.
- (15) Swennen B., Robert E. Enquête de couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Décembre 2006, 2006.
- (16) Hanquet G., Lernout T., Verhaegen J. Épidémiologie des infections invasives à pneumocoque suite à l'introduction du vaccin conjugué en Belgique. Conférence ISP, 2007.
- (17) ONE. Rapport annuel 2007. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2008.
- (18) Michaud P.A., Alvin P., Deschamps J.P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A. La santé des adolescents, Approches, soins, prévention, 1997.
- (19) Vereecken C.A., Maes L., De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolescent Health* 34[4], 330-338, 2004.
- (20) Tyas S.L., Pederson L.L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control* 7[4], 409-420, 1998.
- (21) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives: exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. *Psychotropes* 9[3-4], 163-184, 2003.
- (22) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.
- (23) Deboosere P., Demarest S., Lorant V., Miermans P.-J., Portet M.I., Van Oyen H. Enquête socio-économique 2001. Monographies. Santé et soins informels. SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie; SSTC, Services fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles, 2006.
- (24) Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2004-2005, 2008.
- (25) Desmarais D. Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective. Les Publications du Québec, 2000.
- (26) Mirowsky J., Ross C.E. Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 33[3], 187-205, 1992.
- (27) Chen P.H., White H.R., Pandina R.J. Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addictive Behaviors* 26[4], 517-529, 2001.
- (28) Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2002.

- (29) Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2009.
- (30) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Pauvreté et vieillissement. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Commission communautaire commune, 2008.
- (31) Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.
- (32) FRB-KBS, Séminaire. Relever les défis liés au vieillissement des personnes d'origine étrangère. Fondation Roi Baudouin, 2007.
- (33) Versporten A., Bossuyt N., Meulenbergs L., Baro F., Van Oyen H. The incidence of dementia: relationship with educational attainment. Archives of Public Health 63[6], 279-293, 2005.
- (34) Ferri C.P., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L., Ganguli M. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 366[9503], 2112-2117, 2006.
- (35) Cohen J., Deliëns L., Houttekier D., Chambaere K., Bilsen J., Deboosere P. Death and the city. Een verkennend onderzoek van de zorg aan het levenseinde en de plaats van sterven in het Brussels Hoofdstedelijk, 2009.
- (36) Houttekier D., Cohen J., Bilsen J., Deboosere P., Verduyck P., Deliëns L. Determinants of the place of death in the Brussels Metropolitan Region. Journal of Pain and Symptom Management 37[6], 996-1005, 2009.

Partie V : Offre et consommation de soins

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, les soins de santé ne constituent qu'un déterminant de la santé parmi beaucoup d'autres. Il n'en reste pas moins que l'offre et l'utilisation des soins font partie intégrante d'une politique de santé et sont d'importants déterminants de l'accès aux soins.

Dans une étude récente (1), l'INAMI constate qu'après correction pour l'âge, le sexe et le statut social, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire bruxellois est inférieure de 42 € à la moyenne du pays. Il subsiste cependant des particularités régionales : en Région bruxelloise on

consomme moins de soins à domicile, on s'affilie moins à un DMG, mais on recourt plus à la médecine spécialisée, aux soins dentaires, aux maisons de repos et aux hôpitaux que dans le reste du pays.

Le sujet de l'offre et de la consommation de soins est vaste, et seuls quelques secteurs seront explorés dans ce chapitre : les médecins généralistes, les consultations préventives pour enfants, les hôpitaux et l'hébergement des personnes âgées.

1. Les professionnels de la santé

Connaître le nombre de professionnels de la santé en activité en Belgique n'est pas facile. Par exemple, répondre à la question «Combien de médecins exercent la médecine générale en Région bruxelloise ?» est moins simple qu'il n'y paraît. Pourtant, au vu des défis en santé en Région bruxelloise, l'importance de la première ligne de soins est plus que jamais réaffirmée et les décideurs manquent d'éléments concrets quant à l'identification de leurs interlocuteurs cibles⁽¹⁾.

Actuellement, en l'absence de réel cadastre des professionnels de santé, il est difficile

- de savoir si la personne est réellement active en première ligne : en effet, il se peut que certains médecins aient arrêté de travailler, aient émigré, se soient spécialisés,

travaillent à l'hôpital... De plus, il serait intéressant de connaître leurs prestations en termes d'équivalent temps plein (ETP). Toutes ces informations ne sont pas disponibles actuellement de façon automatique

- de savoir où la personne travaille : pour les médecins par exemple, seule l'adresse de contact est connue de l'INAMI, qu'elle soit professionnelle ou privée. De plus, certains médecins ont des activités professionnelles en plusieurs lieux. La répartition par région ne reflète donc pas la réalité de la pratique médicale.

On trouvera ci-dessous le nombre et l'évolution du nombre de professionnels de la santé répertoriés, qu'ils soient **actifs ou non actifs** (sources : INAMI, IBSA)⁽²⁾. Ce tableau recouvre donc une population très hétérogène en termes d'activité.

Tableau 5-01 Évolution du nombre de professionnels de la santé actifs et non actifs en Région bruxelloise et en Belgique, 1995-2007

	Région bruxelloise					Belgique				
	1995	2000	2005	2006	2007	1995	2000	2005	2006	2007
Total médecins (1)	5 707	5 953	6 142	6 087	6 134	35 947	39 519	42 176	42 426	42 839
Médecins généralistes	2 232	2 390	2 351	2 263	2 238	16 515	17 974	18 216	18 027	17 933
Médecins spécialistes	2 812	2 883	3 133	3 140	3 210	16 049	18 104	20 372	20 801	21 459
Médecins stagiaires	663	680	658	684	686	3 383	3 441	3 588	3 598	3 447
Pharmaciens (2)	1 253	1 379	1 499	1 516	1 549	9 499	10 724	11 882	12 109	12 305
Dentistes (2)	1 153	1 260	1 219	1 224	1 194	7 852	8 465	8 655	8 714	8 350
Sage-femmes (2)	293	251	259	268	275	4 026	4 508	5 300	5 467	5 505
Infirmiers (2)	3 860	3 006	3 282	3 343	3 002	48 639	55 406	64 191	65 952	62 700

(1) selon adresse de contact

(2) selon lieu de travail

Source : INAMI, IBSA

1 Il est indispensable de pouvoir identifier les médecins actifs, par exemple pour planifier l'accès à la profession, pour disposer d'un dénominateur afin d'évaluer la pénétration des outils de revalorisation de la médecine générale (aide à l'installation, accréditation, DMG, trajets de soins...), pour organiser le maintien coordonné à domicile etc.

2 Pour plus d'information sur les critères ayant présidé à l'inclusion, se référer à la partie méthodologique du chapitre 14 des Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale, Edition 2007, IBSA.

Depuis 2005, le service de Recherche, Développement et promotion de la Qualité de l'INAMI réfléchit à la manière d'estimer au mieux l'activité des médecins. Dans le rapport 2007 de l'INAMI (2), les critères pris en compte pour qualifier un médecin d'**actif** sont «500 contacts et plus dans l'année»

ou «actif en maison médicale» (ceci concerne les médecins agréés ou non ; les médecins encore en formation ne sont pas inclus).

Sur base de l'adresse de contact, la répartition suivante par région est obtenue^[3].

Tableau 5-02 Évolution du nombre de médecins généralistes actifs par région, 2005-2007				
	Région bruxelloise	Wallonie	Flandre	Total
2005	1 191	4 086	6 112	11 389
2006	1 184	4 033	6 106	11 323
2007	1 171	3 992	6 122	11 285

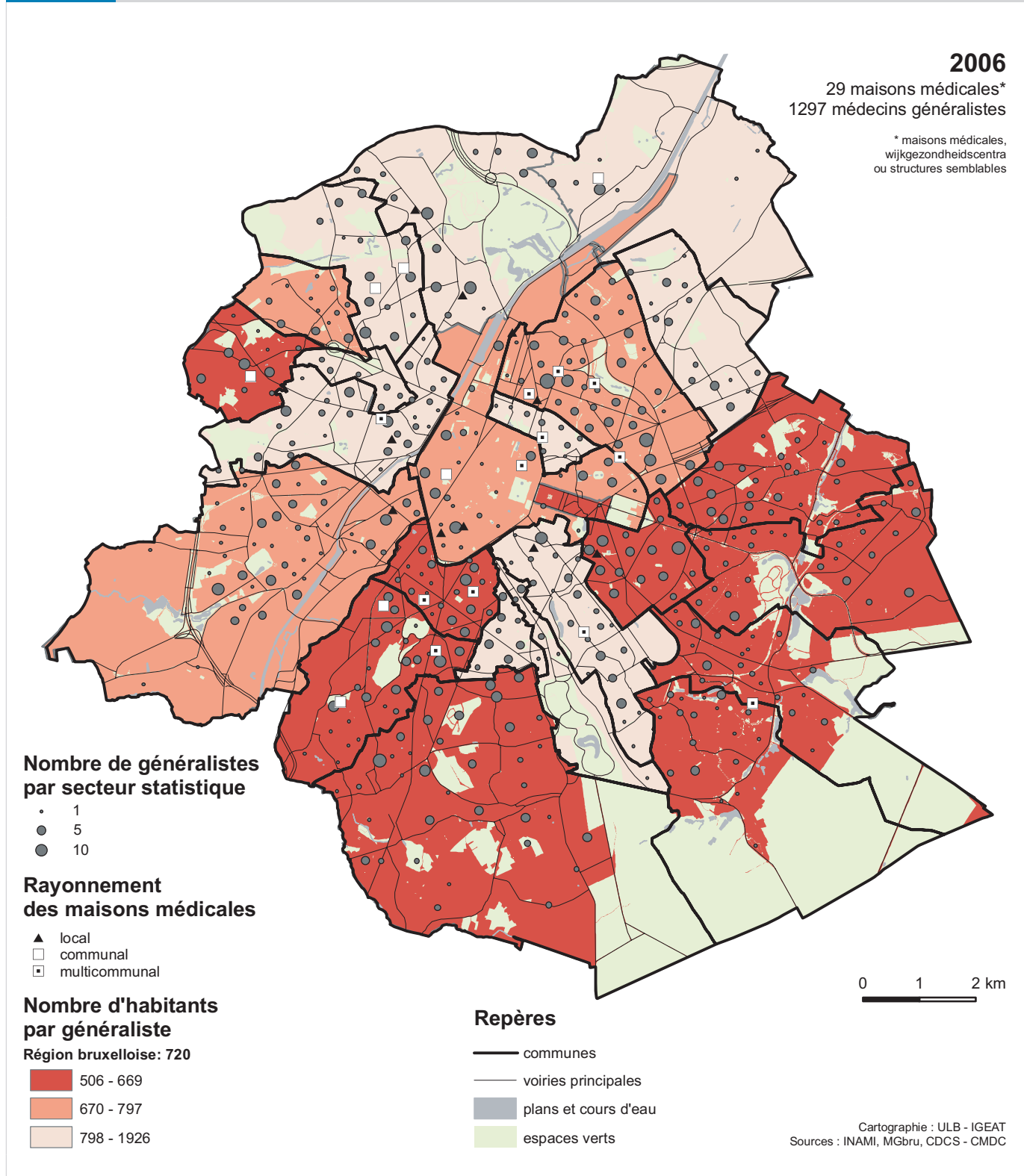
Source : INAMI

En 2006, l'Observatoire de la Santé et du Social évaluait à 1 297 le nombre de médecins exerçant une activité de médecine générale en Région bruxelloise, sur base de la confrontation de différentes bases de données : la liste INAMI 2006 de médecins «actifs», la liste des médecins généralistes francophones disponible sur le site MGBru et l'annuaire des médecins inscrits à l'ordre des médecins (5). Cette estimation est donc proche de celle de l'INAMI, et toutes deux sont bien inférieures aux chiffres répertoriés dans le tableau 5-01.

3 Source : réponse par l'INAMI à la question parlementaire n° S 4-2163 posée au SPF le 16/12/2008.

En ce qui concerne la **répartition spatiale** des médecins généralistes en Région bruxelloise, on observe une densité de médecins plus élevée dans le sud de la région et à Berchem-Sainte-Agathe.

Carte 5-01 Médecins généralistes actifs en Région bruxelloise, 2007

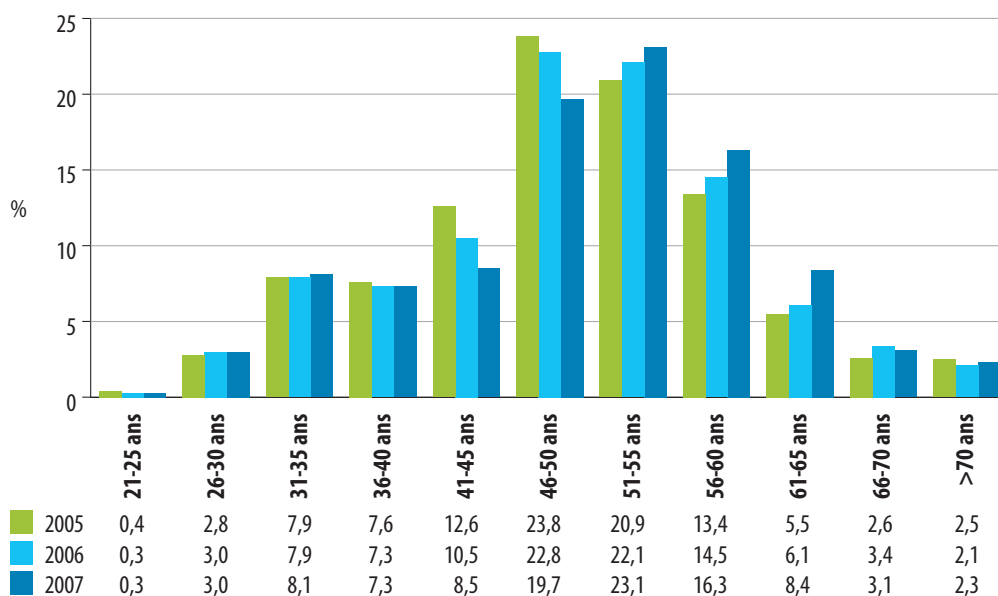


Selon l'INAMI, la **proportion de femmes** parmi ces médecins généralistes actifs est de 34,5 % en 2007 (versus 33,8 % en 2005). C'est plus élevé qu'en Région wallonne (28,8 %) et qu'en Flandre (28,3 %) (Source : INAMI). C'est

une information importante car les médecins femmes sont moins souvent occupés à temps plein^[4].

Quant à la **distribution par âge**, on assiste à un vieillissement de la profession en Région bruxelloise.

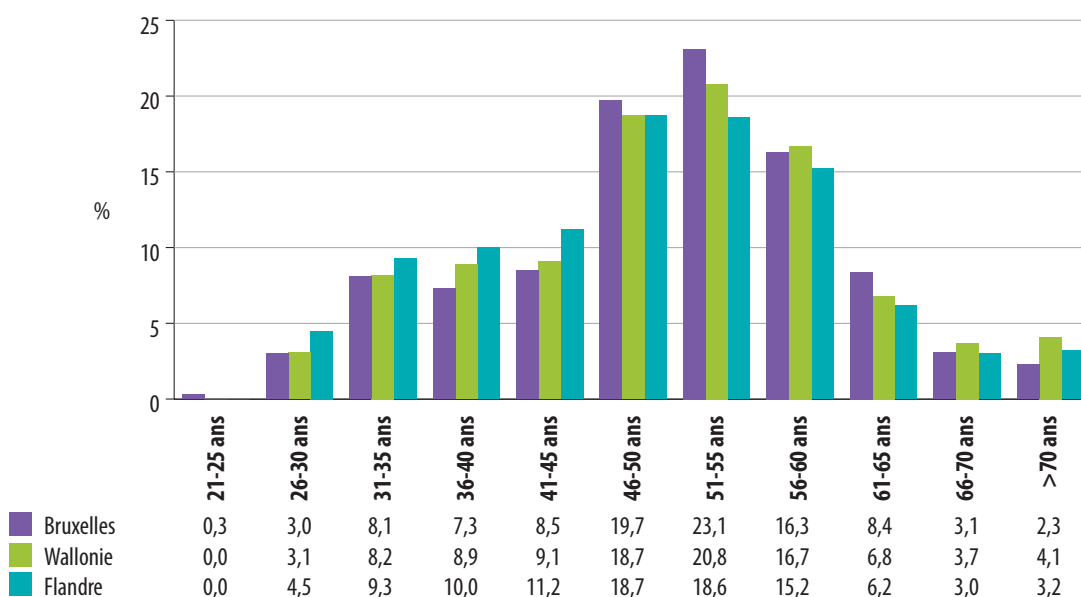
Figure 5-01 Évolution de la distribution des médecins généralistes actifs par âge, Bruxelles, 2005-2007



Source : INAMI

Si l'on prend en compte uniquement les médecins actifs à plein temps, la moyenne d'âge en 2005 était de 50 ans à Bruxelles pour 49 ans en Wallonie et 48 ans en Flandre (INAMI 2007).

Figure 5-02 Distribution des médecins généralistes actifs par âge et par région, 2007



Source : INAMI

Sur les près de 1 300 médecins actifs en Région bruxelloise, plus d'un tiers sont des femmes.

⁴ 86 % des médecins actifs à plein temps en 2005 sont des hommes (INAMI 2007).

2. La fréquentation des structures préventives de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et de Kind & Gezin (K&G)

L'ONE et K&G jouent un rôle important dans l'accès aux soins en assurant aux femmes enceintes et aux enfants jusqu'à six ans un suivi médical et social qui, s'il est censé se limiter à la prévention, n'en constitue pas moins une source d'informations, d'indications et de conseils pour les parents de jeunes enfants. On ne s'intéressera ici qu'au suivi ayant lieu dans les consultations pour enfants ; ne sont pas repris les suivis ayant lieu dans les maisons d'enfants et les crèches.

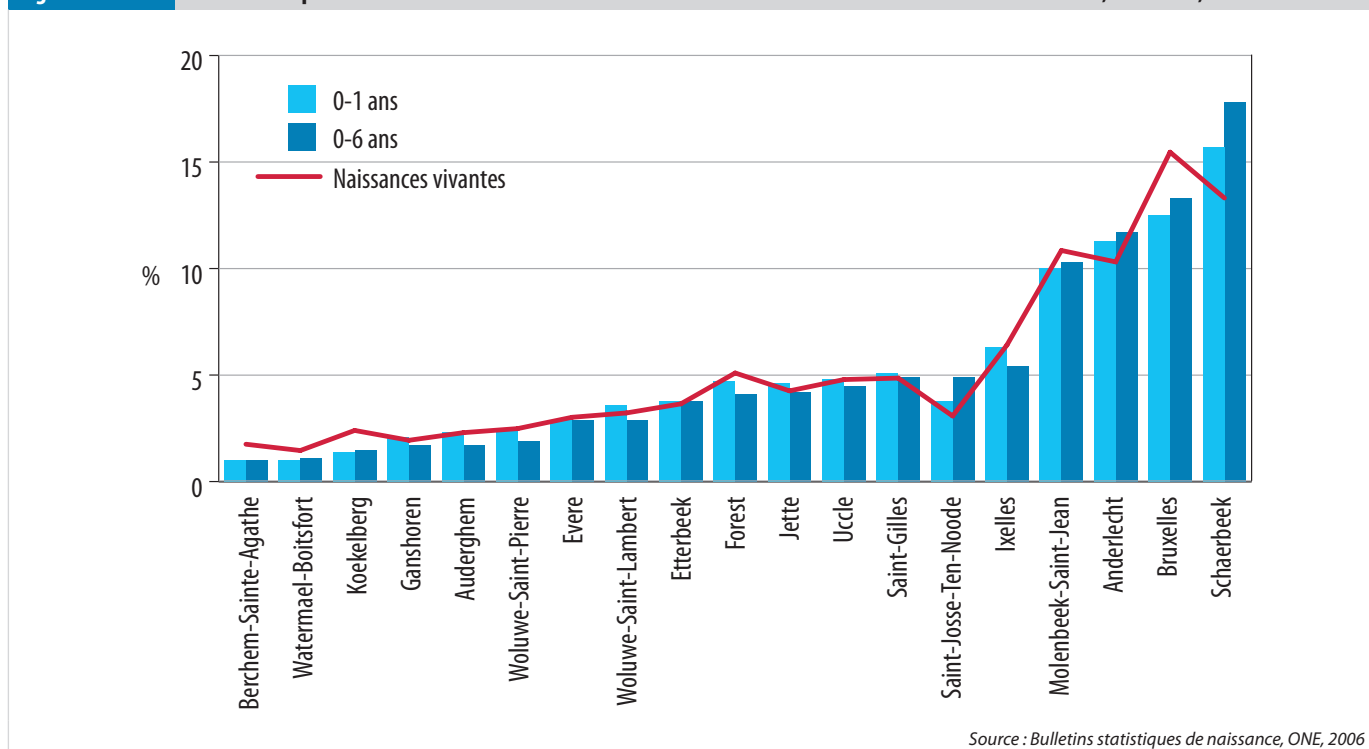
En 2006, 84 bureaux de consultation pour enfants ONE fonctionnaient en Région bruxelloise, répartis dans les 19 communes. Il existe une répartition inégale entre les communes du nombre de bureaux de consultations (non illustré) et du nombre d'enfants suivis. L'ouverture et le maintien par l'ONE de consultations dans les communes

dépend des caractéristiques propres à la commune (nombre de naissances, niveau socio-économique), du nombre de travailleuses médico-sociales (TMS) disponibles et de la fréquentation par les parents de ces consultations.

En 2006, 46 923 enfants étaient inscrits aux consultations de l'ONE pour l'ensemble de la Région bruxelloise et 131 056 consultations ont été effectuées.

On retrouvera dans la figure suivante la répartition par commune du nombre d'enfants inscrits en 2006. Cette répartition est pratiquement similaire à la répartition des naissances en 2006 par commune. Quatre communes totalisent plus de la moitié des inscrits (Molenbeek, Anderlecht, Bruxelles et Schaerbeek).

Figure 5-03 Distribution par commune des naissances vivantes et des enfants inscrits aux consultations de l'ONE, Bruxelles, 2006

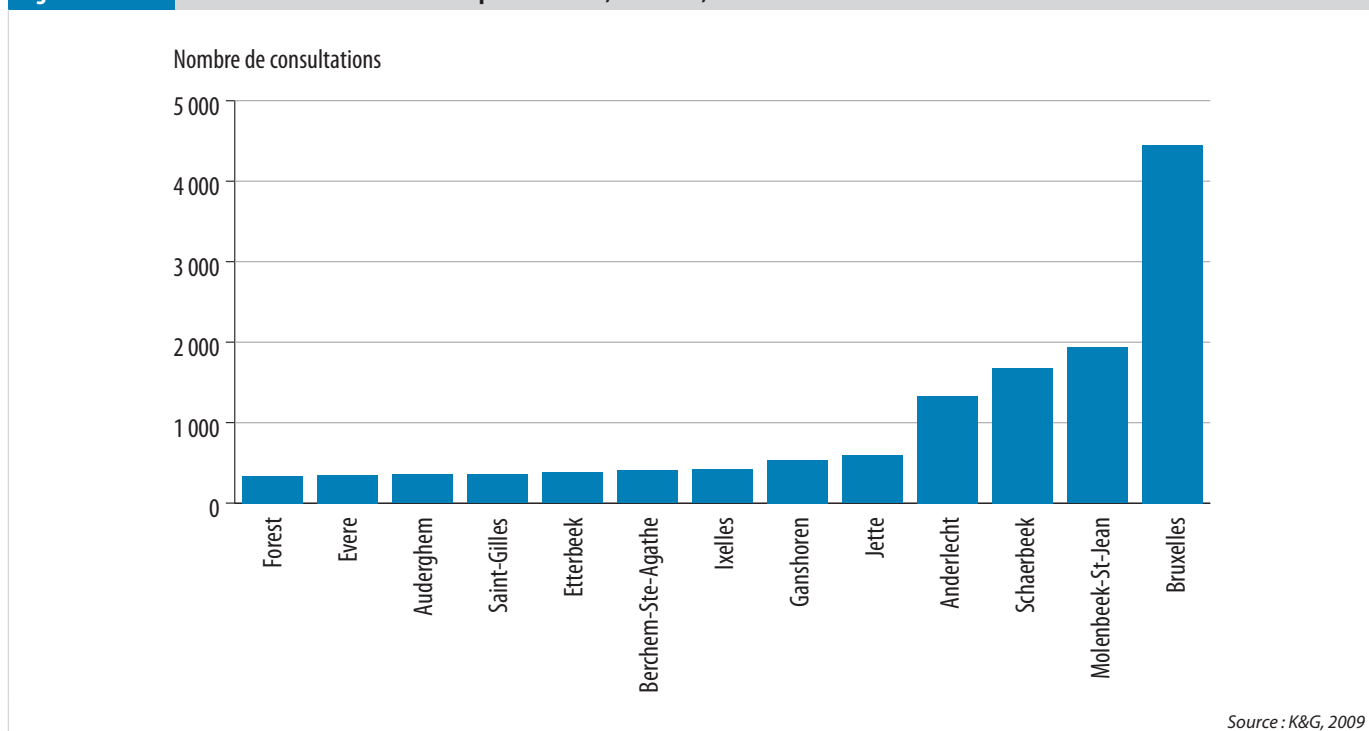


Kind & Gezin opère lui dans 21 bureaux de consultations répartis dans 13 des 19 communes de Bruxelles en 2007. Si l'on se réfère au nombre de consultations effectuées par commune ⁵, c'est à Bruxelles, Molenbeek, Schaerbeek et Anderlecht qu'on retrouve le plus de consultations, comme

à l'ONE. Ces quatre communes concentrent plus de 70 % des consultations de K&G en 2007.

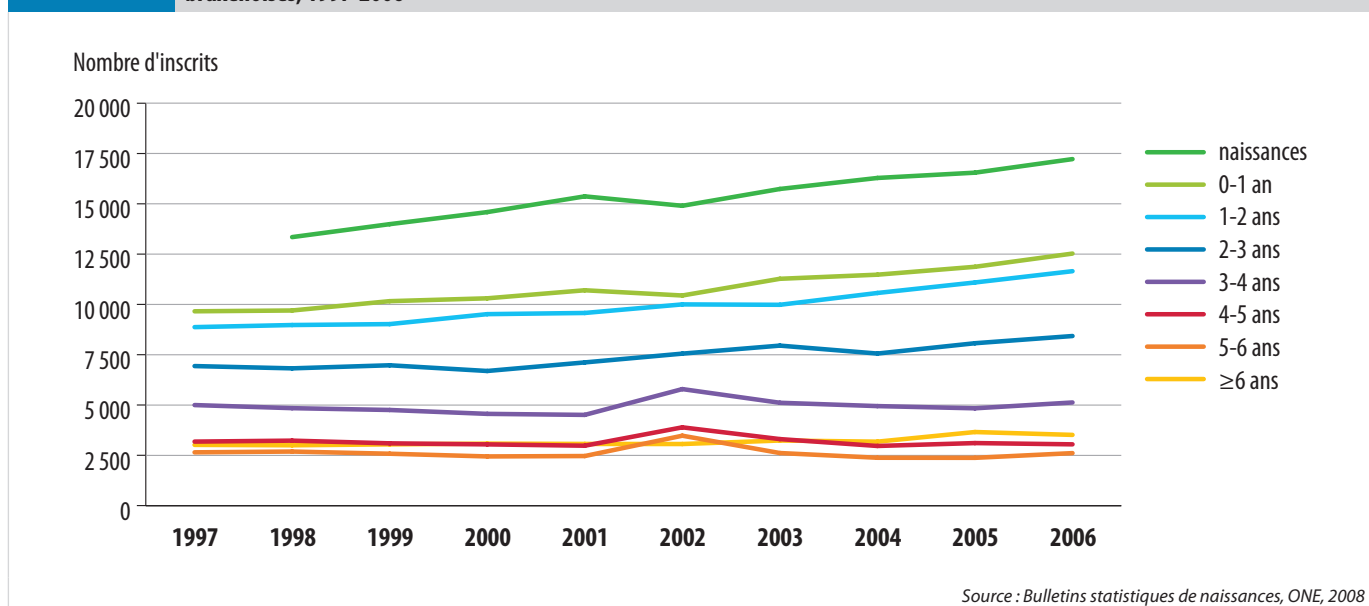
En 2007, 4 324 enfants étaient inscrits à K&G en Région bruxelloise et 13 143 consultations ont été réalisées.

Figure 5-04 Nombre de consultations à K&G par commune, Bruxelles, 2007



Le nombre d'inscrits aux consultations de l'ONE n'a cessé de croître au cours des dernières années, particulièrement pour les enfants dans leurs premières années de vie, suivant en cela l'augmentation des naissances observées en Région bruxelloise.

Figure 5-05 Évolution du nombre d'inscrits aux consultations ONE bruxelloises par tranche d'âge ⁶ et évolution du nombre de naissances bruxelloises, 1997-2006



⁵ Nous ne disposons pas des données concernant le nombre d'inscriptions par communes pour K&G.

⁶ Attention, ici il ne s'agit pas d'une cohorte mais bien d'enfants d'âge différents.

Plus les enfants avancent en âge, moins ils sont inscrits aux consultations: ceci s'explique par le calendrier vaccinal (une fois les vaccinations terminées, les motifs de consultations sont moins nombreux), par l'âge de scolarisation (le relai est alors pris par les services de Promotion de la Santé à l'École) mais aussi par l'«expérience» des parents (au plus l'enfant est grand, au moins les parents sont demandeurs de conseils).

Si le nombre d'enfants inscrits ainsi que le nombre de séances (plage horaire réservée aux consultations) ont augmenté entre 1997 et 2006 à l'ONE, on constate cependant une diminution du nombre d'enfants vus, tant au total que par séance. Cela s'explique entre autres par la réforme des consultations qui modifie à partir de 2002 la fréquence recommandée de consultation pour les enfants plus grands et diminue le nombre d'enfants pouvant être inscrits par séance (de 20 à 12 enfants par séance).

Figure 5-06 Répartition des enfants inscrits à l'ONE en fonction de l'âge de l'enfant, 2006

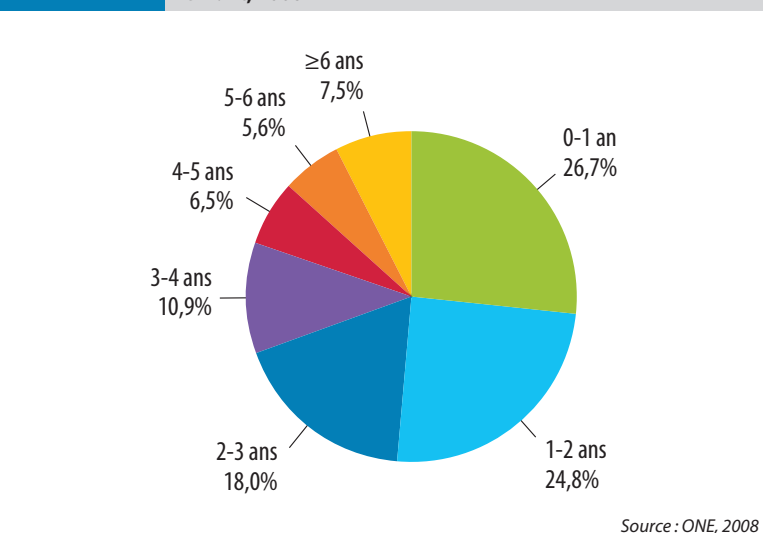


Tableau 5-03	Évolution de la fréquentation des consultations pour enfants en Région bruxelloise, ONE, 1997-2006									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nb d'inscrits	39 335	39 277	39 654	39 662	40 434	44 237	43 495	43 093	45 029	46 923
Nb de consultations	151 068	148 652	148 306	147 488	146 489	150 464	143 526	122 400	126 595	131 056
Nb de séances	9 488	9 493	9 507	9 420	9 242	9 186	9 261	9 237	9 357	9 655
Nb moyen d'enfants/séance	15,9	15,7	15,6	15,7	15,9	16,4	15,5	13,3	13,5	13,6

Source : ONE, 2008

Pour Kind & Gezin, entre 2000 et 2007, le nombre d'enfants inscrits, le nombre de consultations et le nombre de séances augmentent régulièrement.

Tableau 5-04	Évolution de la fréquentation des consultations pour enfants en Région bruxelloise, K&G, 2000-2007								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Nb d'inscrits	3 218	3 274	4 059	3 682	3 860	4 070	4 155	4 324	
Nb de consultations	11 540	11 586	12 779	12 269	12 726	13 396	13 543	13 143	
Nb de séances	978	1 013	1 047	1 027	1 045	1 043	1 103	1 132	
Nb moyen d'enfants/séance	11,8	11,4	12,2	11,9	12,2	12,8	12,3	11,6	

Source : K&G, 2009

En 2006, près de 51 000 enfants étaient inscrits à l'ONE ou K&G en Région bruxelloise ; ce nombre augmente régulièrement parallèlement aux naissances.

3. Les hôpitaux

3.1 L'OFFRE HOSPITALIÈRE

En Belgique, les hôpitaux peuvent être subdivisés en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques^[7]. Au 01/07/2009, on compte 27 hôpitaux à Bruxelles, dont 18 hôpitaux généraux et 9 hôpitaux psychiatriques.

Catégorisation des hôpitaux (nombre en Région bruxelloise)

1. Les hôpitaux généraux

Les hôpitaux aigus :

- Les hôpitaux aigus non universitaires, qui traitent un large éventail de pathologies y compris psychiatriques (6)
- Les hôpitaux universitaires, qui en plus d'une fonction de soins, assument une fonction d'enseignement et de recherche scientifique ; ils sont désignés comme tels par arrêté royal et dépendent d'une université qui dispose d'une faculté de médecine (3)
- Les hôpitaux généraux à caractère universitaire qui assurent l'ensemble des soins, mais ont en plus des arrangements spécifiques de collaboration avec des hôpitaux universitaires pour la formation des professionnels de la santé et pour des soins spécialisés (3)

Les hôpitaux spécialisés traitent uniquement certaines affections et dispensent des soins de traitement et de réadaptations (spécialisé dans cœur et poumons, locomoteur, neurologie, soins palliatifs, spécialités chroniques, psycho-gériatrie...) (1)

Les hôpitaux gériatriques sont destinés exclusivement aux soins spécifiques aux personnes âgées (5)

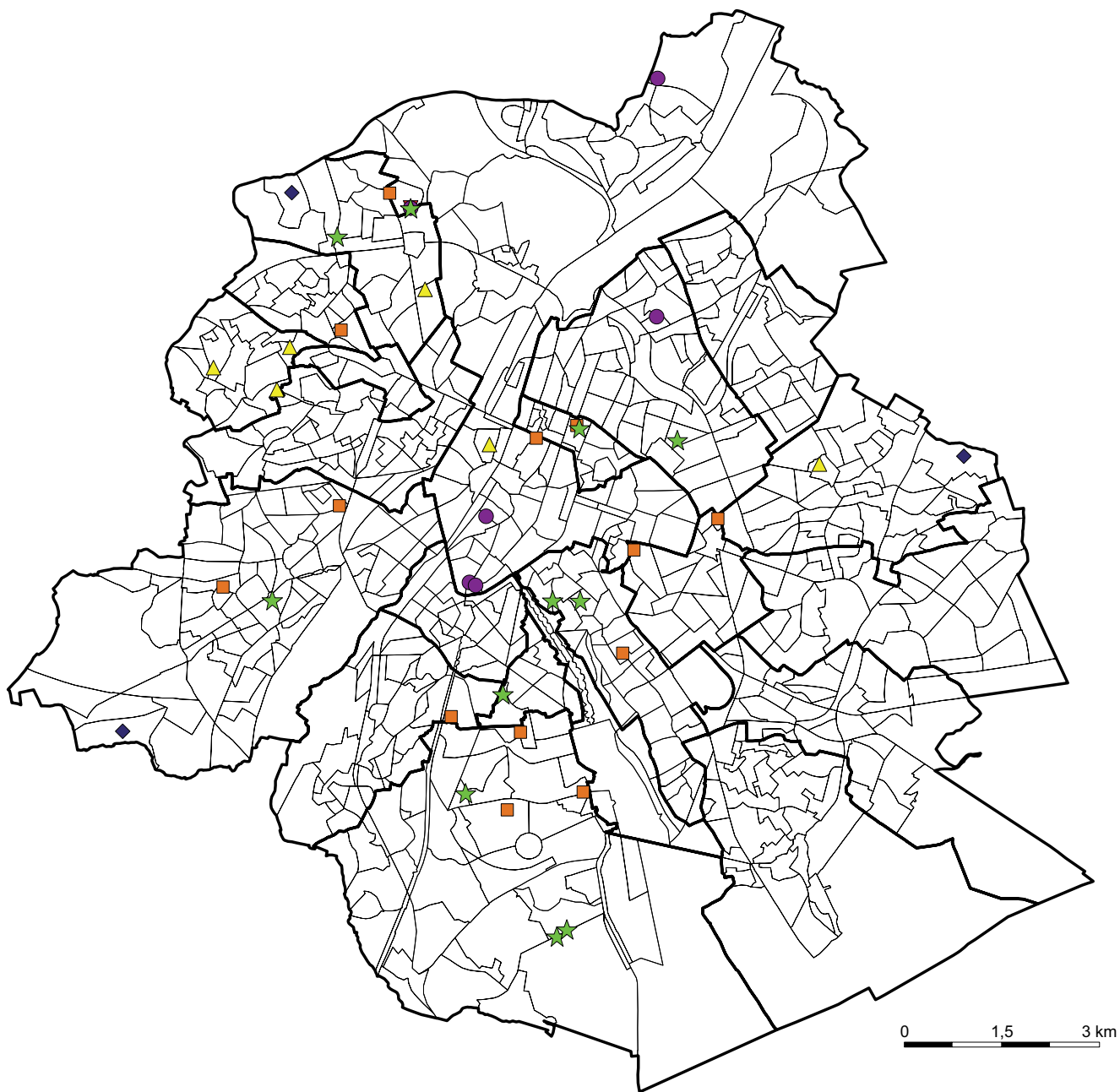
2. Les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques assurent l'ensemble des soins psychiatriques à l'aide d'équipes multidisciplinaires (psychiatre, psychologue, ergothérapeute, infirmier, travailleur social ...) (9).

⁷ Source : http://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/hopitaux/index.jsp

On trouvera ci-dessous la localisation des différentes implantations ^[8] hospitalières en Région bruxelloise (carte 5-02).

Carte 5-02 Localisation des hôpitaux généraux et psychiatriques (implantations) en Région bruxelloise, 2009



Implantations hospitalières

■ Hôpitaux généraux	(13)
● Hôpitaux à caractère universitaire	(6)
◆ Hôpitaux universitaires	(3)
▲ Hôpitaux gériatriques et spécialisés	(6)
▼ Hôpitaux spécialisés	(1)
★ Hôpitaux psychiatriques	(11)

Source : Commission communautaire commune, SPF Santé Publique (situation au 01/07/2009)

8 Certains hôpitaux comportent plusieurs implantations, ce qui explique la différence entre les chiffres du texte et le nombre de localisations sur la carte.

La programmation de l'offre hospitalière est régie selon des critères définis par le SPF Santé publique ; depuis 1982, il existe un moratoire qui ne permet plus la croissance du secteur hospitalier et impose fermeture et fusions des

entités. On assiste en Région bruxelloise, comme dans le reste de la Belgique, à une diminution du nombre d'hôpitaux et du nombre de lits (tableau 5-05).

Tableau 5-05	Évolution du nombre d'hôpitaux* et du nombre de lits** dans les hôpitaux généraux et psychiatriques en Région bruxelloise et en Belgique, 1996-2009 (1 ^{er} janvier)												
	Région bruxelloise						Belgique						
	1996	2001	2005	2006	2007	2009	1996	2001	2005	2006	2007	2009	
Hôpitaux généraux													Not available
Nombre d'hôpitaux	35	22	20	21	21	18	224	164	146	147	146	n.a.	
Privé	20	13	11	12	12	10	138	100	97	98	93	n.a.	
Public	15	9	9	9	9	8	86	60	49	49	53	n.a.	
Nombre de lits	8 249	7 991	8 174	8 161	8 073	7 627	58 382	56 549	55 644	n.a.	55 050	n.a.	
Hôpitaux psychiatriques													
Nombre d'hôpitaux	10	10	10	10	10	9	70	68	68	68	69	n.a.	
Privé	9	9	9	9	9	8	59	58	58	58	58	n.a.	
Public	1	1	1	1	1	1	11	10	10	10	11	n.a.	
Nombre de lits	1 109	1 109	1 040	1 040	1 040	1 040	16 767	16 303	15 375	n.a.	15 620	n.a.	
TOTAL													
Nombre d'hôpitaux	45	32	30	31	31	27	294	228	214	215	215	n.a.	
Privé	29	22	20	21	21	18	197	158	155	156	151	n.a.	
Public	16	10	10	10	10	9	97	70	59	59	64	n.a.	
Nombre de lits	9 358	9 100	9 214	9 201	9 113	8 667	75 149	72 852	71 019	70 609	70 670	n.a.	

* Unités : nombre d'hôpitaux = nombre d'implantations principales
 ** Unités : nombres de lits = somme des lits de toutes les implantations
 Source : SPF Santé Publique

Il ne sera pas effectué de comparaison avec les autres régions en termes de nombre de lits par habitants car, comme on le verra dans le chapitre suivant, Bruxelles attire, de par son statut de région capitale et de par son offre en

soins spécialisés, beaucoup de patients des autres régions : plus d'un tiers des séjours dans les hôpitaux bruxellois sont le fait de non-Bruxellois (3).

3.2 FACTEURS INFLUENÇANT L'HOSPITALISATION

De nombreux éléments peuvent influencer l'hospitalisation, touchant tant aux caractéristiques des personnes qu'à l'organisation des soins médicaux.

3.2.1 Caractéristiques de la population

Évolution démographique

Comme nous l'avons décrit dans la première partie, la population bruxelloise évolue différemment de celle du reste du pays : entre 1998 et 2008, la part des personnes âgées y a diminué alors que les jeunes adultes et les jeunes enfants augmentent (augmentation du taux de natalité et baisse de la mortalité).

Les projections du Bureau Fédéral du Plan prévoient à l'horizon 2020 une augmentation des moins de 15 ans (+49 000), des plus des 65 ans (+13 000) et des plus de 80 ans (+2 000) (4).

La Région bruxelloise est également sujette à des phénomènes de migrations internes au pays (transrégionales) et de migrations internationales (transfrontalières).

Même si les phénomènes de migration sont difficilement prévisibles, il est utile de s'intéresser à l'évolution des Bruxellois qui ne sont pas belges, notamment dans les tranches d'âge les plus concernées par les soins de santé. Ils peuvent en effet présenter des types de problème de santé différents, des trajectoires de soins différentes, des besoins spécifiques en matière de médiation interculturelle dans les hôpitaux etc.

Lors de l'enquête socio-économique de 2001, on relevait parmi les 50-54 ans, 34 % de non-Belges à la naissance et parmi les 80-84 ans, quelque 13 %. En considérant que l'espérance de vie, les migrations etc. restent stables, on aura en 2011 un décalage de ces proportions et, parmi les personnes nécessitant le plus de soins, une part importante de personnes issues de l'immigration.

Évolution épidémiologique

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, on assiste à une modification de l'incidence ou de la prévalence de certaines maladies. Pour une série d'affections, comme le SIDA et de nombreux cancers, l'amélioration des traitements médicaux allonge la durée de vie des malades chroniques ; la prévalence de ces affections augmente donc dans la population.

L'incidence de certains problèmes de santé sont en augmentation : les problèmes de santé mentale, les problèmes liés à notre style de vie (obésité, diabète, naissances prématurées). D'autres sont en diminution (cancer du poumon chez l'homme). Toutes ces évolutions influent sur les besoins hospitaliers.

Évolution sociologique

L'évolution sociologique a une influence indéniable sur les besoins en matière de soins et le type de recours aux soins. La précarité et l'isolement (fréquents en Région bruxelloise) augmentent le risque d'hospitalisation et la durée de séjour à l'hôpital. Or la population bruxelloise qui entre aujourd'hui dans les classes d'âges où les problèmes de santé sont les plus importants, est dans une situation plus précaire que la population âgée actuelle (5). Pour les personnes qui ont eu des conditions de vie difficile, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une plus longue période de vie en mauvaise santé (6).

Il existe également une précarisation importante de la jeunesse (voir Partie IV «Cycle de vie»), ce qui influe sur leur santé future.

3.2.2 Facteurs liés aux soins

L'attractivité des hôpitaux bruxellois

Les Bruxellois vont très rarement se faire soigner en dehors de Bruxelles. Par contre, lors d'une étude publiée en 2004 (données RCM 2000 et 2002), on estimait que 38% des séjours dans un hôpital bruxellois sont le fait de non-résidents (3). Près de deux tiers des non-Bruxellois provenaient de la périphérie proche et subissaient des interventions semblables à celles subies par les Bruxellois ; 35% des hospitalisations des non-Bruxellois étaient le fait de personnes issues d'arrondissements plus éloignés, essentiellement de Wallonie, (3 ; 7). Dans les données 2006 des RCM, la part des non-Bruxellois dans les séjours en hôpital général à Bruxelles s'élève à 24,8%.

En 2006, pour un quart des séjours dans un hôpital général bruxellois, le patient habite en dehors de la Région bruxelloise.

L'évolution des pratiques

S'il paraît évident que les mesures de prévention peuvent contribuer à la diminution des hospitalisations, en nombre et en durée (par exemple par prévention de la déshydratation chez l'enfant, ou de la dénutrition chez la personne âgée), il en résulte aussi parfois une augmentation. Une étude menée en France prévoit ainsi une augmentation des hospitalisations liées au dépistage du cancer colorectal (8).

L'amélioration des traitements contribue également souvent à la diminution des hospitalisations, mais on prévoit par exemple une augmentation du nombre d'hospitalisations pour des hémorragies liées à l'amélioration des traitements des maladies cardio-vasculaires (effets secondaires des médicaments). Dans le même ordre d'idée, les traitements contre les cancers, plus nombreux, plus efficaces mais aussi plus lourds, allongeront la durée des séjours en hôpital, et l'augmentation du nombre de césariennes contribue à l'augmentation de la durée des hospitalisations en maternité.

L'évolution de l'organisation des soins

Maints facteurs influencent l'hospitalisation : les places respectives de la première ligne de soins et de l'hôpital^[9] dans le continuum des soins ; l'utilisation de soins ambulatoires (hôpital de jour) ; le développement des soins à domicile et des soins palliatifs hors hôpital ; l'accessibilité culturelle et financière de ces soins non hospitaliers ; etc.

En ce qui concerne la **première ligne**, la population bruxelloise est celle qui consulte le moins un médecin généraliste ou qui possède le moins un Dossier Médical Global (Enquête nationale de santé 2004), même si l'évolution de ces dernières années est positive à cet égard.

Les **soins à domicile** sont encore insuffisamment développés : les dépenses moyennes liées aux soins à domicile sont 2,7 fois moins élevées à Bruxelles qu'en Flandre et 2,1 fois moins qu'en Wallonie. Une des raisons réside probablement en la difficulté de coordination de ce type de soins en Région bruxelloise : difficultés institutionnelles, difficultés liées à la coexistence de plusieurs réseaux etc.

La création des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD bicommunautaire créé en 2008) et le fonctionnement régulier de la Plate-forme première ligne / soins à domicile ont pour but d'améliorer cette coordination.

Les projets d'alternative de soins et de soutien aux soins, financés par l'INAMI dans le cadre du troisième protocole d'accord relatif aux soins aux personnes âgées (voir plus loin), sont également des pratiques qui devraient diminuer à terme le recours de ces personnes à l'hospitalisation.

Les Bruxellois consultent moins le médecin généraliste, possèdent moins souvent un DMG, et utilisent nettement moins les soins à domicile, que les habitants des deux autres régions.

⁹ Par exemple, les Bruxellois décèdent plus souvent à l'hôpital que dans les autres régions (voir Partie IV Cycle de vie).

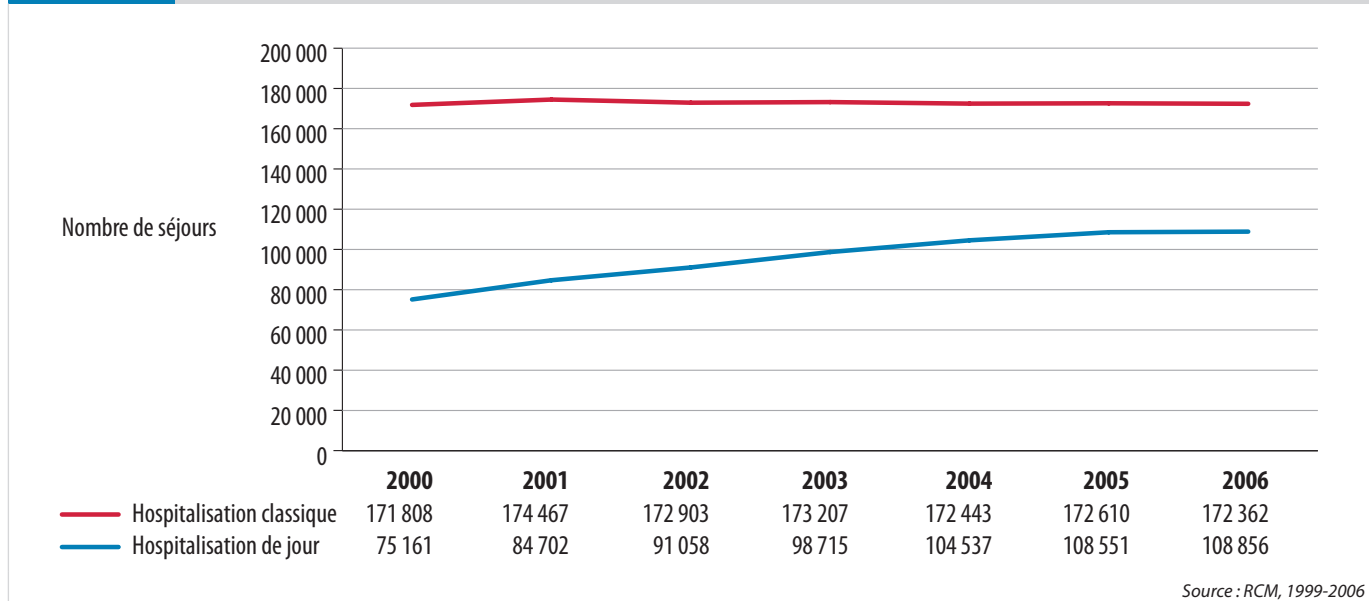
3.3 LES CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS HOSPITALIERS

Les Résumés Cliniques Minimum ^[10] (RCM, voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie») permettent d'analyser différentes caractéristiques des séjours hospitaliers. Les analyses ci-dessous ont été effectuées à partir des données des années 2000 à 2006 et concernent uniquement les Bruxellois hospitalisés (à Bruxelles et hors Bruxelles).

3.3.1 Hospitalisation classique et hospitalisation de jour

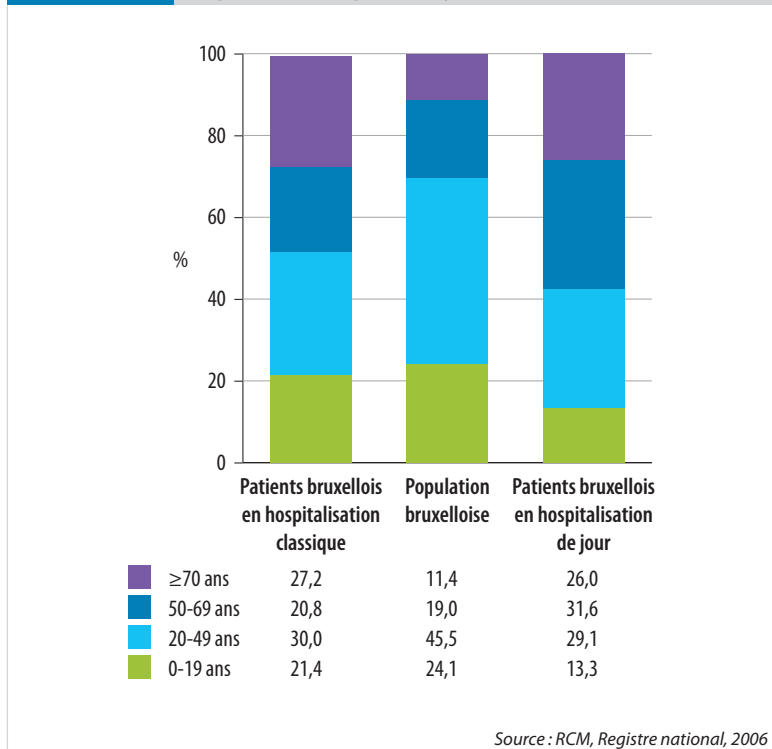
De 1999 à 2006, le nombre de séjours hospitaliers classiques (séjour avec au moins une nuit à l'hôpital) est resté stable ; le nombre d'hospitalisations de jour a augmenté significativement. Le nombre de séjours hospitaliers total a donc augmenté entre 1999 et 2006.

Figure 5-07 Évolution du nombre d'hospitalisations classiques et de jour pour les Bruxellois, 1999 à 2006



La distribution par âge du nombre de séjours hospitaliers est différente selon qu'il s'agit d'une hospitalisation classique ou de jour ; elle diffère aussi de la distribution par âge de la population bruxelloise. Les plus de 70 ans, qui représentent 11 % de la population bruxelloise, représentent 27 % des hospitalisations classiques et 26 % des hospitalisations de jour. Les 50-69 ans, qui représentent 19 % de la population bruxelloise, représentent 32 % des hospitalisations de jour (figure 5-08).

Figure 5-08 Distribution par âge de la population et du nombre de séjours hospitaliers classiques et de jour, Bruxellois, 2006

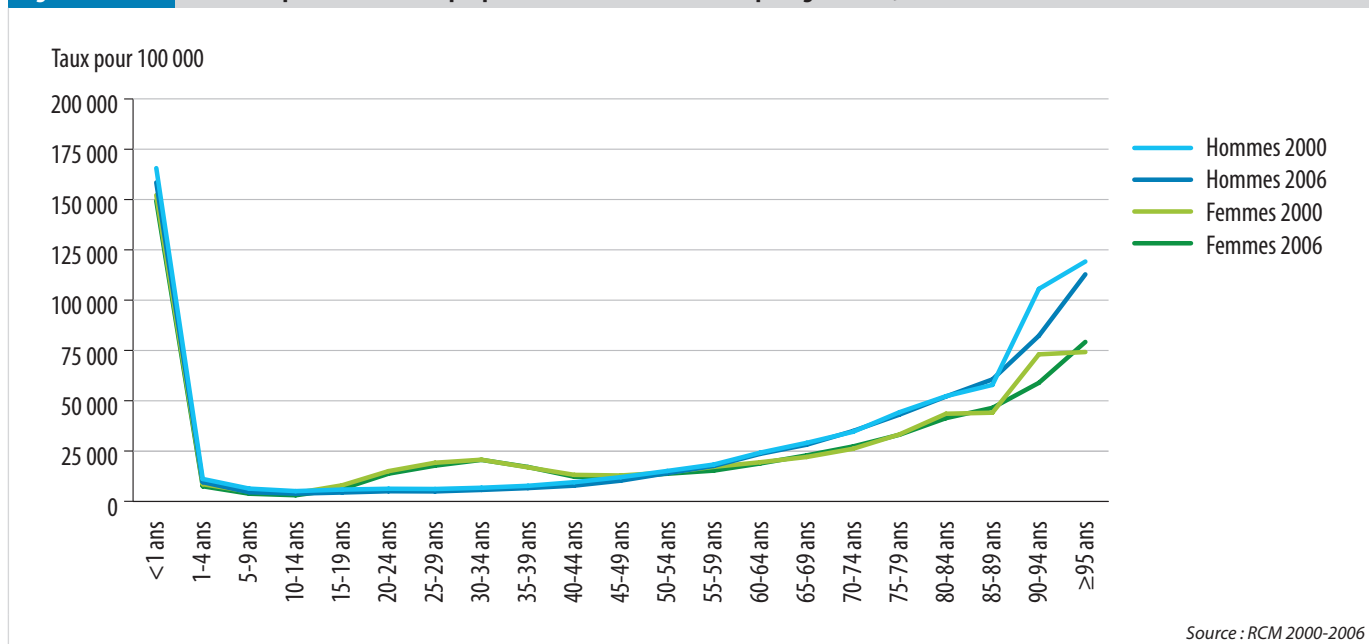


10 Le SPF Santé Publique gère la base de données des enregistrements des hôpitaux généraux : chaque hospitalisation de plus de 24h donne lieu à un Résumé Clinique Minimum qui rassemble les informations clés concernant chaque séjour hospitalier.

Dans la figure 5-09, on observe des **taux d'hospitalisation classique** très élevés pour les moins d'un an, étant donné l'inclusion dans les données des séjours des naissances. Entre 20 et 40 ans, l'augmentation pour les femmes est principalement due aux accouchements. À partir de 50 ans, les taux sont plus élevés pour les hommes.

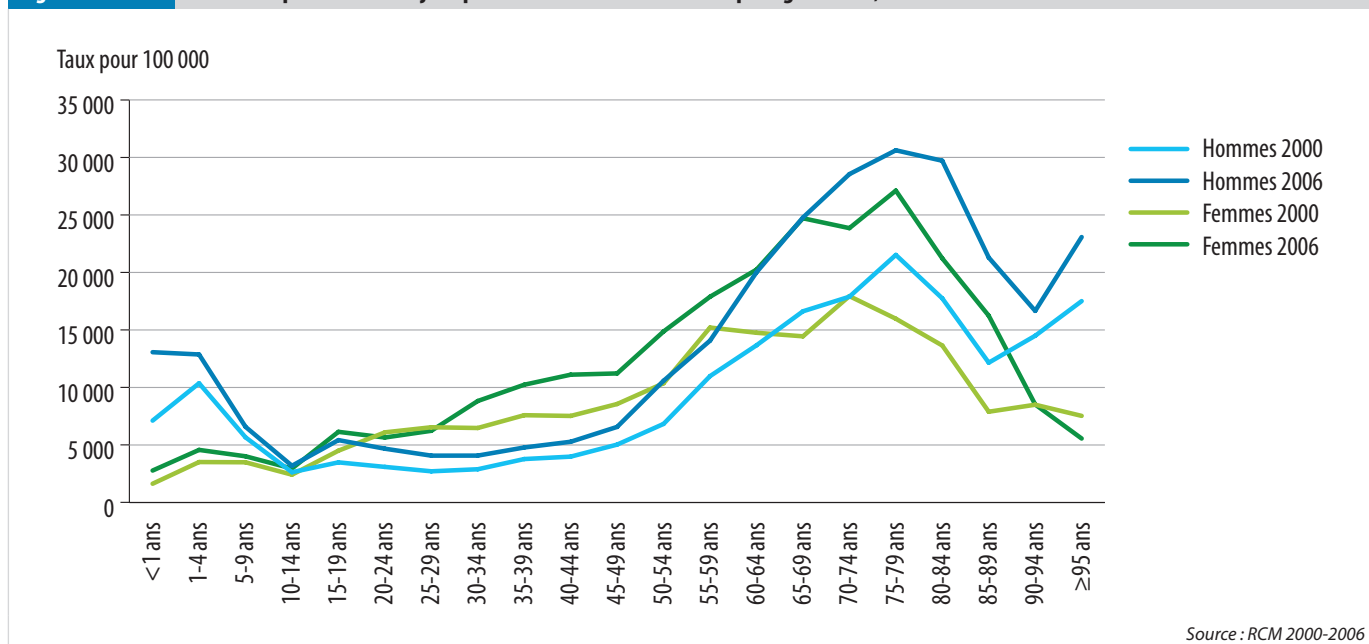
Entre 2000 et 2006, les taux d'hospitalisation classiques à Bruxelles ont légèrement diminué pour les hommes et les femmes de 85 ans et plus.

Figure 5-09 Taux d'hospitalisation classique pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



En revanche, les **taux d'hospitalisation de jour** augmentent significativement entre les deux périodes pour les deux sexes et toutes les classes d'âge (sauf pour les femmes âgées de plus de 95 ans).

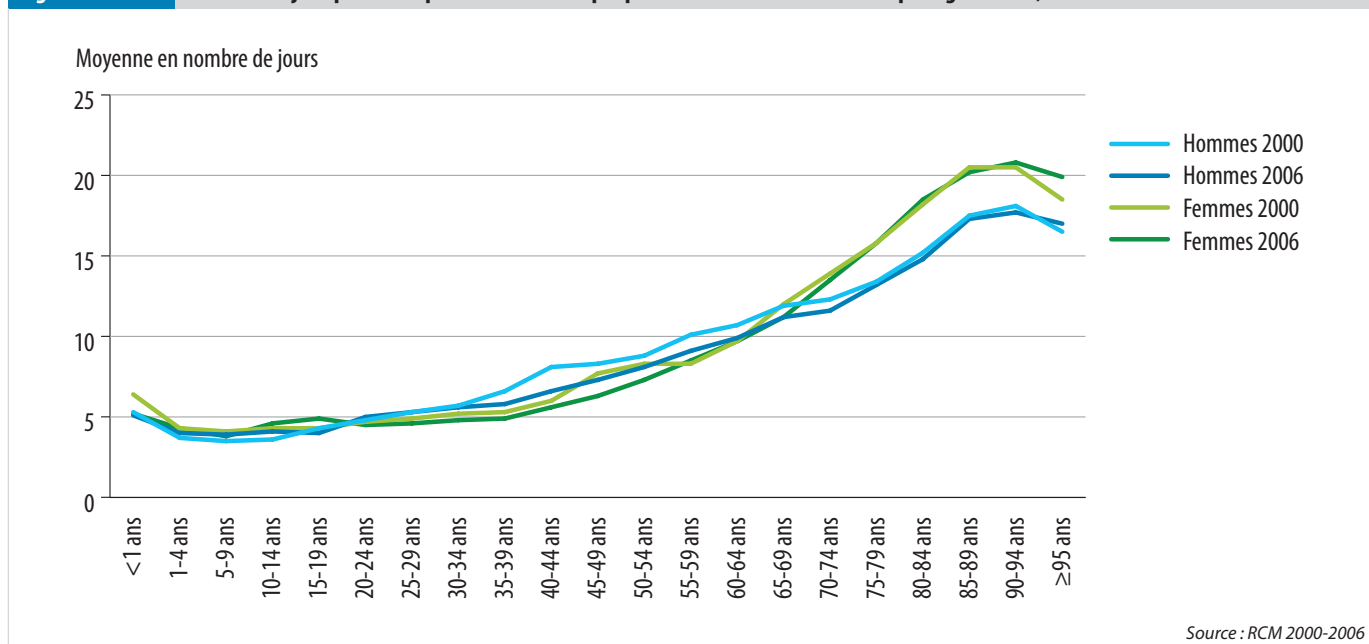
Figure 5-10 Taux d'hospitalisation de jour pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



3.3.2 Durée du séjour

L'évolution de la durée de séjour pendant la période 2000-2006 montre une légère diminution du nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les hommes et les femmes adultes, plus marquée pour les hommes que pour les femmes. L'évolution du nombre de séjours hospitaliers classiques et de la durée de séjour ne permet pas de conclure, sans une étude plus approfondie, quant à un transfert des hospitalisations classiques de courte durée vers les hospitalisations de jour.

Figure 5-11 Durée de séjour pour l'hospitalisation classique pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



4. Aide et hébergement des personnes âgées

4.1 OPTIONS POLITIQUES

En Belgique, les compétences en matière d'aide aux personnes âgées sont réparties entre les différents niveaux politiques. En vue de parvenir à une politique cohérente en la matière, un groupe de travail intercabineaux (GTI) «soins aux personnes âgées» a été créé au sein de la Conférence Interministérielle «Santé Publique», laquelle réunit des représentants des autorités fédérales, des communautés, des régions et des différentes administrations.

Les options politiques dessinées par ce groupe de travail ont été traduites en trois protocoles d'accord entre les autorités concernées (1997, 2003 et 2005). Ces accords ont pour objectif central de proposer une aide aux soins et des soins adaptés aux personnes âgées, mais aussi de développer des formes alternatives de soins. Permettre à la personne âgée de continuer à résider le plus longtemps possible à son domicile est l'une des priorités.

À Bruxelles, l'offre de soins aux personnes âgées s'étend donc actuellement des soins ambulatoires (censés permettre aux personnes âgées de continuer à demeurer chez elles) aux dispositifs de soins résidentiels (les soins étant alors entièrement pris en charge par une institution). Il existe des solutions intermédiaires recherchant un équilibre entre soins et autonomie, sous la forme de formules de logement alternatives comme les résidences service (appelées aussi seniorities, voir plus loin 4.3.1), l'habitat groupé ou les maisons kangourou^[11].

4.2 AIDE ET SOINS À DOMICILE

Il existe une vaste gamme de services de soins et de services permettant aux personnes âgées bruxelloises de continuer à résider chez elles aussi longtemps que possible. Cette offre est organisée et soutenue par différentes autorités. En 2007, ce thème fut le sujet de la vaste étude publiée par l'Observatoire en collaboration avec le CMDC-CDCS «Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles» (www.observatbru.be). L'offre y était décrite, en passant en revue 24 besoins que peuvent avoir les personnes âgées.

Cette offre est organisée par 404 acteurs des plus divers : mutuelles, centre de services locaux, services sociaux des communes ou du CPAS, organisations de quartier, associations socioculturelles, ALE, paroisses, maisons médicales,...

11 «Le terme "kangourou" se réfère à la poche du kangourou, dans laquelle le jeune marsupial se sent en sécurité, à l'abri. Concrètement, la personne âgée s'installe au rez-de-chaussée d'un habitat tandis qu'un jeune ménage ou une famille occupe le reste de la maison» (L'habitat kangourou, Question-santé, 2007) (téléchargeable sur www.questionsante.be).

En dépit d'une offre étendue, variée et bien répartie, l'inventaire montre toutefois que certains besoins sont insuffisamment couverts ou trop peu accessibles. C'est le cas notamment des surveillances de nuit de la personne âgée à domicile, dont le coût reste élevé.

Pour certains besoins, des barrières à l'accès doivent être enlevées (langue, barrières financières, soucis administratifs). De manière générale, il faudrait améliorer la coordination entre les services et le respect de la liberté de choix des personnes âgées.

4.3 HÉBERGEMENT

4.3.1 Une diversité de formules de logement

Lorsqu'une personne âgée ne peut plus résider seule à son domicile, plusieurs formules de logement adaptées s'offrent à elle en fonction de son état de santé et de son degré d'indépendance (ONP, 2009, (9)). Ces solutions vont des structures résidentielles dans lesquelles les seniors bénéficient jour et nuit de services au sein de l'établissement, aux structures semi-résidentielles où ces prestations ne sont assurées que pendant une partie de la journée (de nuit ou en journée).

La **Maison de repos** (MR) est une institution publique ou privée ouverte aux plus de soixante ans qui y résident de manière permanente. Elle offre le gîte mais fournit également des services collectifs, propose une aide dans le cadre de la vie quotidienne et, si nécessaire, des soins de santé et des soins paramédicaux. Les personnes âgées qui y résident présentent une dépendance légère à modérée.

La **Maison de repos et de soins** (MRS) est une MR qui compte un certain nombre de lits de soins. Ceux-ci sont destinés à des seniors à haut degré de dépendance et demandant des soins importants. Certaines MRS disposent d'une aile adaptée aux personnes désorientées.

L'**hébergement «court-séjour»** vise à assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique des personnes âgées pendant un court laps de temps au sein d'une maison de repos et de soins. Le séjour peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Les **Résidences-services** sont des formules de logement alternatives qui ont pris de plus en plus d'importance au cours de ces dernières années. Elles reprennent certaines caractéristiques de diverses autres formules et sont, de ce fait, difficiles à classer dans une catégorie bien précise. Les résidences se situent dans un ou plusieurs bâtiments qui constituent un ensemble fonctionnel. Elles offrent une habitation individuelle adaptée aux plus de soixante ans qui vivent de façon indépendante mais qui peuvent, en fonction de leurs besoins, faire appel à divers services et équipements collectifs (repas, aide ménagère, services paramédicaux,

animation, etc.). Il s'agit donc d'une solution intermédiaire pour les personnes âgées qui souhaitent dans une certaine mesure rester indépendantes, mais qui ne sont plus à même de vivre tout à fait seules chez elles.

Les **Centres de jour** offrent un accueil non médicalisé en journée aux plus de soixante ans valides.

Les **Centres de soins de jour** sont en lien avec une MR ou une MRS et accueillent en journée les plus de soixante ans en perte d'autonomie, afin de les aider à rester ou à redevenir autonomes. Ceci leur permet de demeurer plus longtemps dans leur environnement et, si nécessaire, d'y être soignés. En outre, le centre de soins de jour prévoit au besoin un encadrement thérapeutique et social.

4.3.2 L'offre à Bruxelles

L'offre **semi-résidentielle** se limite à dix centres de jour proposant un accueil de jour à 170 personnes. Neuf de ces centres sont des centres de soins de jour qui assurent donc, outre l'accueil, diverses prestations de soins.

L'offre **résidentielle** est plus importante. Fin 2008, la Région de Bruxelles-Capitale comptait 197 structures résidentielles pour personnes âgées offrant une capacité totale de 16 745 lits ; 176 maisons de repos^[12] offrent une capacité de 15 502 lits, tandis que 21 résidences-services complètent l'offre résidentielle avec 1 243 résidences ou appartements pour 1 ou 2 personne(s)^[13].

Évolution de l'offre résidentielle

Au cours de la décennie passée, l'offre résidentielle a continuellement baissé (figure 5-12), tant pour ce qui est du nombre d'établissements que du nombre de lits. En 2008, l'offre de structures résidentielles pour personnes âgées comptait 76 institutions et 927 lits de moins qu'en 1997.

Cette diminution importante du nombre de maisons de repos (-84 maisons de repos, -976 lits) est partiellement compensée par une augmentation du nombre de résidences-services (+8 résidences, +49 lits). De plus, il semblerait que cette baisse se stabilise ces dernières années. Depuis 2006, nous observons même à nouveau une hausse du nombre total de lits (10).

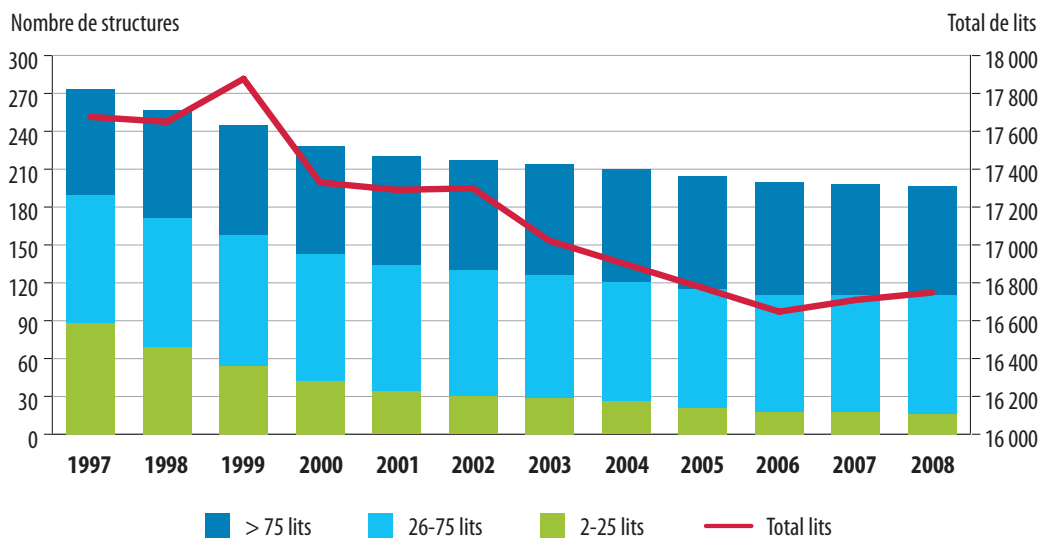
Ce sont principalement les plus petites structures qui disparaissent. Alors que l'offre diminue dans son ensemble, le nombre de maisons de repos et de résidences-services de taille moyenne ou importante reste stable (figure 5-12).

Par contre, le nombre de petits établissements connaît une chute vertigineuse, passant de 88 à 16. Dès lors, la proportion de petites structures subit le même sort : alors qu'en 1997, un tiers des maisons de repos et résidences-services (32 %) offraient une capacité limitée de 2 à 25 lits, ce n'est plus le cas en 2008 que pour une minorité d'entre elles (8 %).

Inversement, la proportion de maisons de repos et résidences-services plus importantes (> 75 lits) a fortement augmenté, passant de 31 % à 44 % de l'offre résidentielle totale.

Figure 5-12

Évolution de la taille des structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos et résidences-services), Région de Bruxelles-Capitale, 1997-2008



Source : Home-Info, 2009

¹² Nous emploierons le terme générique de «maisons de repos» pour désigner l'ensemble des MR et des MRS. S'il est judicieux d'établir une distinction entre MR et MRS, nous le signalerons.

¹³ Infor-Homes Bruxelles asbl signale la difficulté de donner le nombre précis de lits en résidence-service, étant donné que ces structures permettent une souplesse d'accueil qui leur est propre (flats et/ou appartements susceptibles d'accueillir une ou deux personnes). Infor-Homes choisit de tenir compte du nombre de chambres et non du nombre de lits dont ces institutions disposent.

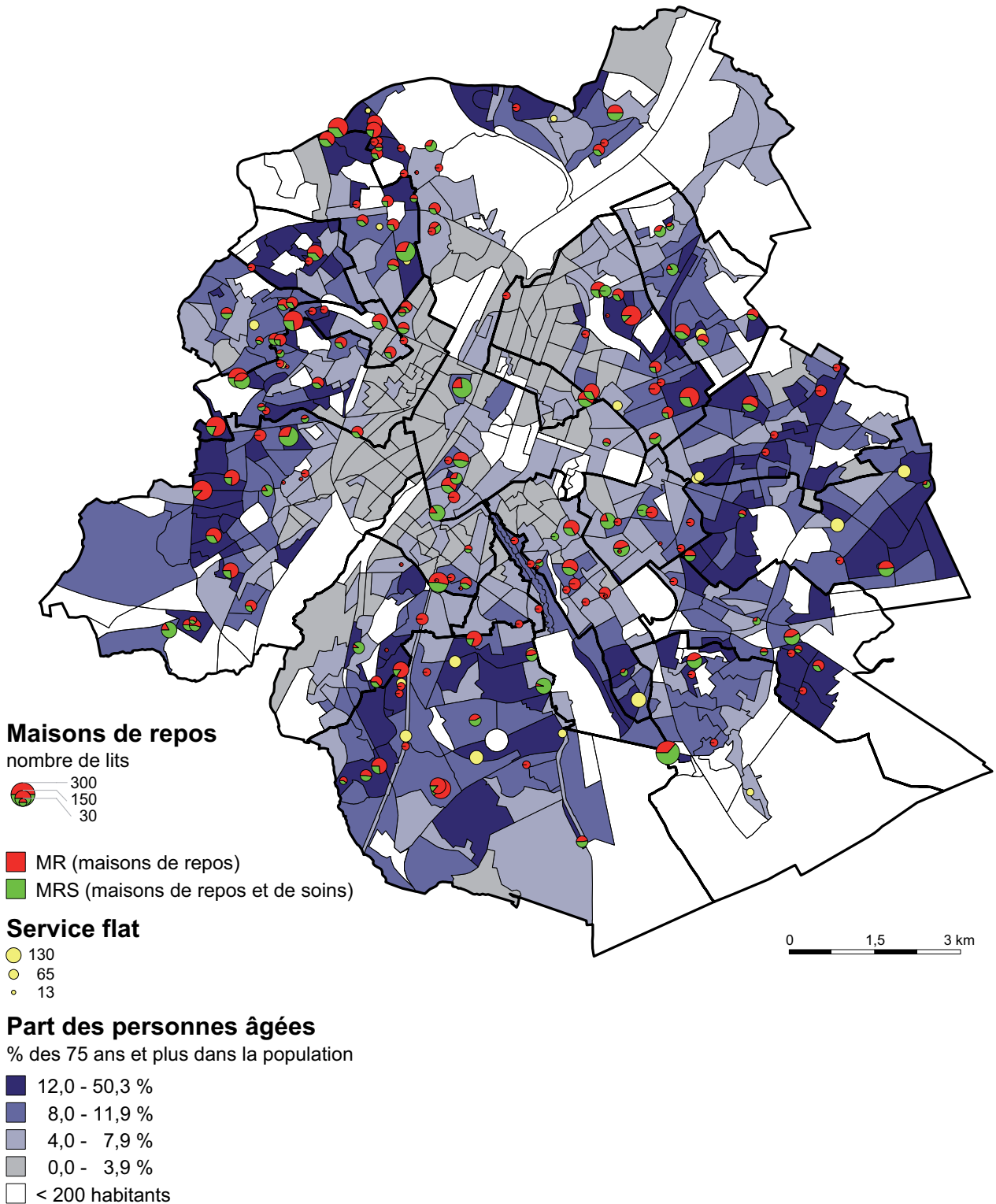
L'offre résidentielle a subi une baisse ces dix dernières années, du fait de la disparition de nombreux petits établissements ; cette baisse est partiellement compensée par une augmentation du nombre de seniorités.

Répartition de l'offre au sein de la Région

La carte 5-03 donne la répartition géographique des structures résidentielles pour personnes âgées sur le territoire bruxellois par rapport à la répartition de la population âgée.

Les personnes âgées sont surreprésentées dans la deuxième couronne. Au contraire, au centre-ville et dans la ceinture du 19^{ème} siècle, les proportions de personnes âgées sont en général relativement faibles. Cependant, même si elles n'y représentent qu'une faible part de la population totale, un nombre important, en termes absolus, de personnes âgées vivent dans les quartiers densément peuplés des zones les

Carte 5-03 Part des personnes âgées de 65 ans et plus et structures d'hébergement (MR, MRS et résidences-services) en Région bruxelloise, 2009



Région bruxelloise : 10,1 %

Sources : Infor-Home 2009, DGSIE Registre national 2007

plus défavorisées de la Région de Bruxelles-Capitale (Atlas Vivre chez soi après 65 ans, 2007, p. 23).

De plus, le nombre – limité – de résidences-services (21) se concentre dans quelques communes. La moitié des communes ne disposent pas de résidences-services tandis qu'Uccle comprend un quart de l'offre de résidences-services sur son seul territoire.

La répartition spatiale des maisons de repos semble bien refléter la présence proportionnelle des plus de 65 ans dans la population. Outre un certain nombre de grandes structures pour personnes âgées au sein du pentagone, nous retrouvons en effet la plupart des maisons de repos dans la deuxième couronne (carte 5-03).

Toutefois, si nous tenons compte de la densité de population (et donc du nombre absolu de personnes âgées), nous constatons que l'implantation des maisons de repos ne correspond pas tout à fait à la répartition réelle des personnes âgées. Nous sommes surtout surpris par l'absence de maisons de repos dans les quartiers densément peuplés de la zone la plus défavorisée de la Région bruxelloise où vit pourtant, comme on l'a dit plus haut, un nombre considérable, en termes absolus, de personnes âgées. À l'inverse, nous observons l'établissement de nombreuses

maisons de repos dans des quartiers présentant un faible nombre absolu de personnes âgées (par exemple, Uccle, Watermael-Boitsfort et Auderghem). Enfin, l'implantation de nombreuses institutions dans l'ouest de la deuxième couronne (mais aussi à Etterbeek, au sud d'Ixelles et à l'ouest de Woluwe-Saint-Lambert) correspond bien, elle, à une présence importante (tant proportionnellement qu'en termes absolus) de personnes âgées. Ceci étant dit, les personnes sont libres de choisir une maison de repos hors de leur commune et nous ne connaissons pas l'ampleur du phénomène.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, il y a en moyenne un lit en maison de repos disponible pour 10 personnes de plus de 65 ans. Dans les communes de Saint-Josse-Ten-Noode (1 lit pour 13 personnes), Forest (1 lit pour 15 personnes), Ganshoren (1 lit pour 17 personnes), Woluwe-Saint-Pierre (1 lit pour 19 personnes) et Woluwe-Saint-Lambert (1 lit pour 23 personnes), l'offre est inférieure à la moyenne de la Région. Par contre, Bruxelles-Ville, Molenbeek-Saint-Jean et Watermael-Boitsfort obtiennent de meilleurs scores avec une moyenne d'un lit en maison de repos pour respectivement sept, sept et huit personnes de plus de 65 ans.

Tableau 5-06 Nombre de lits MR et MRS par commune, Bruxelles, 2009

	65 ans et plus (1/01/2008)	% 65+ dans la commune	Nombre de lits MR et MRS (juin 2009)	lits / 65+	65+ / lit
Anderlecht	15 695	16 %	1 573	0,10	9,98
Auderghem	5 424	18 %	491	0,09	11,05
Berchem-Sainte-Agathe	3 590	17 %	419	0,12	8,57
Bruxelles	18 586	12 %	2 414	0,13	7,70
Etterbeek	5 283	12 %	615	0,12	8,59
Evere	5 997	17 %	506	0,08	11,85
Forest	7 124	15 %	473	0,07	15,06
Ganshoren	4 552	21 %	270	0,06	16,86
Ixelles	9 037	11 %	841	0,09	10,75
Jette	7 666	17 %	901	0,12	8,51
Koekelberg	2 710	14 %	324	0,12	8,36
Molenbeek-Saint-Jean	11 110	13 %	1 619	0,15	6,86
Saint-Gilles	4 537	10 %	461	0,10	9,84
Saint-Josse-Ten-Noode	1 958	8 %	147	0,08	13,32
Schaerbeek	12 830	11 %	1 460	0,11	8,79
Uccle	14 682	19 %	1 525	0,10	9,63
Watermael-Boitsfort	4 616	19 %	554	0,12	8,33
Woluwe-Saint-Lambert	9 013	18 %	392	0,04	22,99
Woluwe-Saint-Pierre	7 635	20 %	400	0,05	19,09
Région bruxelloise	152 045	15 %	15 385	0,10	9,88
				Moins de lits que la moyenne	
				Plus de lits que la moyenne	

Source : Home-Info, Infor-Home et Registre national 2008

Conversion des lits MR en lits MRS

Ces dernières années, de plus en plus de maisons de repos ont évolué vers des maisons de repos et de soins par une conversion de lits MR en lits MRS. Cette reconversion a été déterminée dans les protocoles d'accord (voir plus haut) et s'intègre dans l'idée de ne plus offrir un accueil résidentiel qu'aux personnes requérant le plus de soins. Pour les personnes réclamant moins de soins, on encourage les alternatives semi-résidentielles et ambulatoires. Le développement des résidences-services entre également dans ce cadre.

Alors qu'en 1996 ^[14], la grande majorité des institutions (88 %) ne proposaient que des lits MR, cette proportion a, en 2008, reculé à 39 % (69 établissements avec une capacité de 3 248 lits).

La majorité des structures (59 %) fonctionne aujourd'hui comme des MR offrant également des lits MRS (104 établissements avec une capacité totale de 12 045 lits). Les 2 % de structures restantes ne proposent que des lits MRS (209 lits). La proportion de lits MRS augmente continuellement depuis 1997 et représentait 36 % (5 515 lits) de l'offre totale en 2008.

Cadre institutionnel et administratif

La grande majorité des structures résidentielles pour personnes âgées sont issues du secteur privé ; 73 % des maisons de repos bruxelloises sont des institutions privées (soit 63 % des lits), 12 % d'entre elles sont gérées par une

asbl (13 % des lits). Enfin, 15 % des maisons de repos (25 % des lits) relèvent du secteur public et sont gérées par un CPAS. La proportion du nombre de lits du secteur public est donc un peu plus importante que la proportion d'établissements.

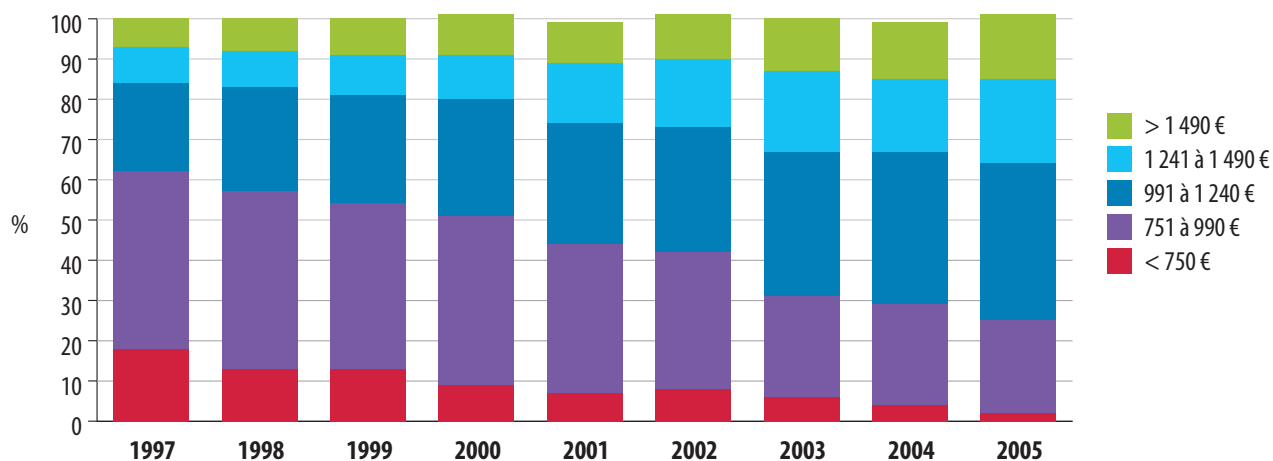
La majorité des maisons de repos (70 %) relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune (bilingue). Moins d'un tiers (29 %) sont sous la responsabilité de la Commission communautaire française tandis que deux maisons de repos (1 %) sont sous la compétence de la Communauté flamande.

Le prix mensuel fixe ne comprend que les frais de séjour, le logement et les soins. Les services supplémentaires doivent être payés en sus. Près de la moitié des établissements (48 %) affichent un prix mensuel compris entre 1 101 € et 1 500 €. Plus d'un quart d'entre eux (27 %) demandent entre 751 € et 1 100 €. Enfin, 32 maisons de repos (16 %) facturent entre 1 501 € et 2 000 € et 16 d'entre elles (8 %) plus de 2 000 € par mois (10).

Il est difficile d'observer l'évolution du prix d'un séjour en maison de repos mais nous constatons toutefois qu'au cours de la décennie passée, ce dernier est devenu de plus en plus cher. La part des maisons de repos bon marché (< 990 euros) a beaucoup diminué entre 1997 et 2005 (figure 5-13). À titre d'information, le montant de la garantie de revenu aux personnes âgées était de 670,59 euros pour un isolé au 01/08/2005.

Figure 5-13

Évolution du prix des structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos et résidences-services), Région de Bruxelles-Capitale, 1997-2005



Source : Home-Info, 2009

La part de maisons de repos à moins de 990 € par mois est passée de plus de 60 % à moins de 25 % en 8 ans.

¹⁴ Soit une année avant la conclusion du premier protocole d'accord sur la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées.

Références

- (1) Torres R., De Ridder R. Géographie de la consommation médicale - Variations des dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique - Données 2006. INAMI, 2010.
- (2) INAMI. Rapport d'activité INAMI 2007. 4e partie exposés thématiques. Registre des médecins généralistes : nombre et profil des médecins généralistes en 2005. INAMI, 2008.
- (3) Rossi-Turck D., Wrincq J. Projection de l'utilisation des lits hospitaliers aigus au niveau national et par arrondissement : Horizons 2005-2010-2015. FUCM, 2004.
- (4) Bureau Fédéral du Plan, Direction Générale statistiques et Information économique. Perspectives de population 2007-2060. 1-136, 2008.
- (5) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (rédaction), Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles, Bruxelles, 2007, Commission communautaire commune.
- (6) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Commission communautaire commune, 2008.
- (7) Vandermotten C. Rapport final de l'étude «analyse des flux interrégionaux dans les soins de santé». Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire, Université Libre de Bruxelles, 1999.
- (8) Mouquet M.C., Oberlin O. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Dossiers solidarité et santé [4], 2008.
- (9) ONP/RVP. Guide pratique du pensionné 2009-2010. Région de Bruxelles-Capitale. 2009.
- (10) Infor-Homes Bruxelles. Situation des maisons de repos bruxelloises en 2008, 2008.

Partie VI : Sources et éléments de méthodologie

1. 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 les Enquêtes nationales de santé. D'autres sources ont également été utilisées. Ne seront reprises ci-dessous que les sources utilisées le plus fréquemment (toutes les autres sources sont citées lors de leur utilisation au fil du document). Les sources sont passées en revue dans l'ordre correspondant au type de données fournies pour l'établissement de ce tableau de bord : individuelles ou agrégées, exhaustives ou non exhaustives etc.

1.1 DONNÉES INDIVIDUELLES EXHAUSTIVES

1.1.1 Les bulletins statistiques de naissance et de décès

Les bulletins statistiques de décès et de naissance ont pour objectif l'établissement des statistiques vitales de la population belge 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 III D (déclaration de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né), le modèle III C (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 de 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.

Pour plus d'informations, consulter le site de l'Observatoire www.observatbru.be sous Santé > Sources et flux de données et le site de la DGSIE <http://statbel.fgov.be>.

1.1.2 Les données du programme bruxellois de dépistage organisé du cancer du sein

En Région bruxelloise, l'asbl «Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein» Brumammo met en œuvre le programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Au départ d'un fichier adressé par la Banque Carrefour de Sécurité Sociale (croisement des données de tous les organismes assureurs et du Registre national), Brumammo établit un fichier d'invitations des femmes de la population cible (50-69 ans). Il constitue par ailleurs un «registre des mammothests» dans lequel sont consignées des informations concernant la femme et les résultats de ses mammothests. C'est cette base de données qui est utilisée pour évaluer le programme.

Pour plus d'information, consulter le site de l'Observatoire www.observatbru.be sous Publications > santé > dossiers et le site de Brumammo www.brumammo.be.

1.2 DONNÉES INDIVIDUELLES NON EXHAUSTIVES

1.2.1 L'Enquête nationale de santé

Depuis 1997, une Enquête nationale de santé est menée régulièrement auprès de la population de l'ensemble du pays par l'Institut scientifique de Santé Publique (méthodologie et analyse des résultats) et la DGSIE (échantillonnage, encodage des données). Une telle enquête a ainsi été menée en 1997, en 2001, en 2004 et en 2008.

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 social 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 Enquêtes nationales de santé sont analysées par l'ISSP et les rapports sont disponibles sur leur site <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifr/crospfr/hisfr/table04.htm>

Les analyses présentées dans ce tableau de bord ont été réalisées à partir des bases de données individuelles des trois enquêtes (1997, 2001, 2004).

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 personnes qui ont terminé leurs études (proxy du statut socio-économique), de la nationalité et par comparaison aux grandes villes flamandes et wallonnes.

L'analyse des inégalités sociales et des inégalités culturelles est réalisée sur l'ensemble des données de 1997, 2001 et 2004 afin d'augmenter la puissance statistique.

Pour plus d'informations, consulter le site de l'Observatoire www.observatbru.be sous Santé > Sources et flux de données et le site de l'ISP www.iph.fgov.be/epidemiology.

1.3 DONNÉES AGRÉGÉES ISSUES D'INSTITUTIONS PUBLIQUES OU PRIVÉES

1.3.1 Service Public Fédéral Santé publique

Résumé Clinique Minimum (RCM)

L'enregistrement obligatoire du Résumé Clinique Minimum est instauré depuis le 1^{er} octobre 1990 dans tous les hôpitaux généraux. L'arrêté royal de 1994 énumère les objectifs, notamment la fixation des besoins en matière d'équipements hospitaliers, la définition des normes d'agrément quantitatives et qualitatives, l'organisation du financement des hôpitaux et la fixation de la politique concernant l'art de guérir.

Jusqu'il y a quelques années, la banque de données a surtout été utilisée dans un but «administratif», essentiellement en ce qui concerne l'affinement du financement des hôpitaux.

Cependant, un cinquième objectif est de soutenir la politique de santé par le biais de l'analyse épidémiologique du RCM. Divers travaux de validation ont été entrepris depuis les années 2000 afin de confronter cette base aux autres sources de données, d'en décrire les possibilités et les limites, et de permettre ainsi une amélioration de la qualité des données épidémiologiques disponibles afin de les exploiter au mieux.

Le point de départ du RCM est le séjour hospitalier^[1]. Il résume entre autres, de façon anonyme, l'âge, le sexe et le domicile du patient, les dates de sortie et d'admission, les diagnostics principal et secondaires et les interventions ou techniques spéciales dont le patient a bénéficié durant son séjour à l'hôpital. Les informations concernant le diagnostic sont codifiées selon la neuvième version de la Classification Internationale des maladies (ICD-9-CM), et celles concernant les prestations selon la nomenclature INAMI.

Ces données sont envoyées chaque fin de semestre au Ministère de la Santé publique (1). Les diagnostics sont regroupés en fonction de leur homogénéité en termes de pathologies et des moyens déployés (ex : intervention chirurgicale ou non, etc.). La classification utilisée AP-DRG (All Patients Diagnosis Related Groups) répartit tous les séjours en 25 MDC (Major Diagnosis Category) et 617 DRG.

Pour plus d'informations, il est utile de se référer au site du SPF Santé Publique <https://portal.health.fgov.be> sous soins de santé > institutions de soins > systèmes d'enregistrement > RCM.

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.

Pour plus d'informations, il est utile de se référer au site du SPF Santé Publique <https://portal.health.fgov.be> sous soins de santé > institutions de soins > systèmes d'enregistrement > RPM.

1.3.2 Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

L'INAMI, placé sous l'autorité du Ministre des Affaires sociales, organise, gère et contrôle l'assurance maladie obligatoire 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.

son admission étant inscrit via le guichet des urgences sans qu'un prix de journée ou un forfait ait été facturé, séjour des nouveau-nés pour lesquels il n'y a eu aucune facturation.

1 Il est enregistré par sortie, pour tous les séjours obéissant à l'un des critères suivants : séjours pour lesquels au moins un prix de journée a été facturé, séjours pour lesquels un forfait a été facturé, lorsque le patient quitte l'hôpital le jour de

1.3.3 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'État.

En termes de statistiques, l'AIM assure la gestion technique et fonctionnelle de l'**Échantillon permanent de soins de santé** (EP). Cet échantillon, actualisé annuellement et disponible à partir de 2002, est formé d'un échantillon de base de 1/40 de tous les bénéficiaires de l'assurance soins de santé, complété par un échantillon supplémentaire d'une personne sur 40 pour les plus de 65 ans ; les plus de 65 ans sont ainsi représentés dans l'EP à raison de 1/20. Cet échantillon compte environ 305 000 personnes. Il permet d'étudier la consommation et les dépenses de soins en Belgique.

L'EP est anonyme, représentatif de la population belge, et composé des données qui sont disponibles au niveau administratif au sein des mutualités dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Il concerne tant les données de population que les données de facturation de soins de santé et les données Pharmanet (médicaments).

La loi confie à l'AIM la mission concrète d'accorder à cinq partenaires : l'INAMI, le Centre d'expertise des soins de santé (KCE), le SPF Santé publique (en ce compris l'Institut scientifique de santé publique, ISP), le SPF Sécurité sociale et le Bureau du plan) l'accès aux données présentes dans l'EP. Tous ces partenaires sont réunis dans la Commission technique de l'échantillon permanent (CTEP), l'organe de gestion de l'EP, qui veille à la qualité des données et au respect de la vie privée.

Il faut souligner que les analyses de morbidité réalisées à partir des données de cet échantillon sont basées sur des données de facturation de soins et non de morbidité réelle ; elles n'incluent donc pas les malades qui n'ont pas consommé de soins ou qui n'ont pas eu de soins remboursés.

1.3.4 Fonds des Accidents du Travail (FAT)

Le Fonds des Accidents du Travail (FAT), institué par l'arrêté royal n° 66 du 10 novembre 1967, est le résultat de la fusion de plusieurs organismes qui, à des titres divers, s'occupaient d'accidentés du travail.

Le secteur des accidents du travail, bien qu'il fasse partie intégrante de la sécurité sociale depuis la loi du 29 juin

1981, est particulier puisqu'il s'articule, d'une part, sur le principe d'une gestion des accidents par le secteur privé, via les entreprises d'assurances privées, et d'autre part sur le contrôle assuré par un organisme public, en l'espèce, le Fonds des accidents du travail.

Créée au début des années nonante, la banque de données du FAT s'inscrit dans la mission de prévention qui est assigné au Fonds en produisant les statistiques nécessaires à l'élaboration des politiques de prévention des accidents du travail.

1.3.5 Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR)

L'IBSR est une instance au service des autorités publiques qui interviennent dans les domaines ayant un impact sur la sécurité routière, notamment le Ministère de la Mobilité et des Transports et le Service Public fédéral Mobilité et Transports. À ce titre, l'IBSR est chargé de préparer et de mettre en œuvre la politique en matière de Sécurité Routière.

L'IBSR développe des indicateurs de sécurité routière et aspire à un partenariat avec tous les acteurs concernés susceptibles d'apporter une contribution à la quantification de la politique de sécurité routière et à l'évaluation des effets : la police locale et fédérale, le Service public Fédéral Economie (Direction générale Statistique et Information économique), le Service Public Fédéral Justice ainsi que d'autres instances au niveau fédéral et régional. Des statistiques de sécurité routière sont régulièrement élaborées par l'Observatoire pour la Sécurité routière.

1.3.6 Direction générale de la Statistique et de l'Information économique (DGSIE)

Les données de population utilisées pour les taux figurant dans ce tableau de bord proviennent du Registre national et sont publiées par la DGSIE <http://statbel.fgov.be>.

Toutes les personnes qui sont légalement inscrites dans une commune sont reprises dans le Registre national. Le Registre national reprend un nombre limité de données comme le sexe, la date de naissance, la nationalité et l'adresse. Le registre mentionne également les modifications au niveau des données de base comme l'adresse, l'état civil et la nationalité.

Les naissances, décès et migrations constituent évidemment une partie essentielle du registre. C'est ainsi que le Registre national des personnes physiques permet de connaître l'état de la population et ses principales caractéristiques démographiques pour l'ensemble du pays et pour chaque entité géographique, mais aussi d'analyser les flux qui sont à la base de cette situation.

Le Registre national ne couvre cependant pas toute la population. Certaines personnes ne sont pas reprises dans le registre : les candidats réfugiés, le personnel diplomatique et le personnel lié à des institutions internationales, les étudiants, les personnes radiées du registre de la population (registre communal), les personnes en situation irrégulière, etc.

1.3.7 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 1999^[2] sur le site www.registreducancer.org.

1.3.8 Institut Scientifique de Santé Publique (ISP)

L'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) est un établissement scientifique de l'État fédéral belge. Sa mission principale est d'apporter un soutien scientifique à la politique de santé. Il fournit également de l'expertise et des prestations de service public dans le domaine de la santé publique au niveau national, et représente la Belgique pour ces domaines auprès de certaines institutions internationales comme l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE) et le Conseil de l'Europe.

Parmi les activités de l'ISP, on retrouve la surveillance des maladies infectieuses et non infectieuses. Cette surveillance s'exerce par différents moyens. Ce Tableau de bord utilise les données issues des enquêtes de population (voir Enquête de santé en 1.2.1) ainsi que, pour les maladies infectieuses, des réseaux sentinelles de surveillance (laboratoires vigies et médecins vigies) et des systèmes d'enregistrement spécifique (VIH, SIDA).

1.3.9 Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES) de l'École de Santé Publique (ESP) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Le SIPES coordonne depuis 2002 l'étude «Santé et bien-être des jeunes» qui est le versant en Communauté française de l'étude internationale «Health Behaviour in School-aged Children» (étude HBSC), patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Cette étude est réalisée tous les deux ou quatre ans dans un échantillon aléatoire stratifié^[3] proportionnellement à la répartition de la population scolaire par province et réseau d'enseignement. Cet échantillon est donc représentatif des élèves scolarisés dans l'enseignement de plein exercice de la Communauté Française. L'étude couvre les élèves de la cinquième primaire à la dernière secondaire.

² 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.

Après avoir confronté les caractéristiques des élèves bruxellois interrogés lors de ces enquêtes aux caractéristiques de la population scolaire bruxelloise francophone, nous avons décidé d'utiliser pour ce Tableau de bord les données des enquêtes 2002 et 2006 ensemble, car ces deux années ensemble fournissent un échantillon plus représentatif. En outre, seuls les jeunes de 13 à 18 ans sont retenus dans cette analyse sur les adolescents.

Dans cette enquête, le niveau socio-économique de la famille des jeunes est mesuré par un score intégrant cinq variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année dernière, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle perçue.

1.3.10 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.

À 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 VGRT sont encodées de manière anonyme dans ce Registre de la tuberculose.

1.3.11 Banque de données médico-sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et de Kind & Gezin

L'ONE et Kind & Gezin tiennent à jour une base de données qui contient des données médico-sociales «anonymisées» concernant le suivi préventif de la mère et de l'enfant. Ces bases (respectivement BDMS et Ikaros) sont une source de données pour les chercheurs, les étudiants, les acteurs de santé et les responsables politiques.

Notons que les données ne peuvent prétendre à l'exhaustivité, puisque toutes les futures mères et tous les nourrissons ne se rendent pas aux suivis assurés par l'ONE et Kind & Gezin.

1.3.12 Eurostat

Lorsque des comparaisons sont faites avec d'autres pays d'Europe, elles proviennent le plus souvent de l'Office statistique de l'Union européenne, dénommé Eurostat. Il fournit des statistiques au niveau européen permettant des comparaisons entre les pays et les régions.

On y accède à partir du site europa.eu > documentation > statistiques.

³ Stratifier un échantillon consiste à répartir les effectifs de l'échantillon en fonction d'une caractéristique de la population étudiée.

2. Éléments de méthodologie

2.1 VARIABLES ET INDICATEURS

2.1.1 La variable «nationalité»

Lors des analyses des données provenant des bulletins statistiques de naissance et de décès ou de l'Enquête nationale de santé, la nationalité prise en compte est la **nationalité actuelle**.

Pour les naissances et les décès des enfants de moins d'un an, il s'agit de la **nationalité de la mère** au moment de l'évènement. Pour pouvoir effectuer une analyse par nationalité, les données d'une période de 9 ans (1998-2006) ont été mises ensemble. Les nationalités maternelles ont été regroupées en tenant compte des principaux groupes de nationalités représentés parmi les naissances bruxelloises : Belges, pays de l'Union européenne des 15, nouveaux membres de l'Union européenne des 27, autres pays de l'Est, Maroc, Turquie et Afrique Sub-saharienne.

Pour pouvoir analyser la mortalité des Bruxellois de plus d'un an en fonction de leur **nationalité au moment du décès**, les analyses ont porté sur une période de dix ans (1998-2007). Ceci permet d'avoir un nombre de décès suffisant pour faire des comparaisons. Cependant, même en regroupant dix années, seules les nationalités les plus représentées peuvent être analysées. Elles ont été regroupées en cinq groupes : les Belges, les ressortissants d'un des 27 pays de l'Union européenne (EU27) à l'exception de la Belgique, les Marocains, les Turcs et les ressortissants d'un pays d'Afrique subsaharienne. Pour certaines analyses, les nationalités turque et marocaine ont été regroupées pour augmenter la puissance statistique, mais uniquement lorsqu'elles présentaient le même profil pour ce problème de santé. Etant donné le faible nombre de personnes âgées dans chaque groupe de nationalité étudié, les analyses se limitent aux moins de 75 ans.

2.1.2 La variable «grande ville»

Lorsque les données le permettent, la région bruxelloise est comparée aux grandes villes wallonnes (Liège et Charleroi) et flamandes (Antwerpen, Gent) plutôt qu'aux deux autres régions parce que le contexte urbain influence fortement les indicateurs. La délimitation spatiale des grandes villes belges ne se limite pas uniquement à la commune d'Antwerpen, de Gent, de Liège et de Charleroi mais comprend également les communes environnantes. Cette délimitation spatiale correspond aux agglomérations de ces quatre régions urbaines et a été définie dans une étude réalisée sous la direction du Professeur Van Hecke de Instituut voor Sociale en Economische Geografie de la Katholieke Universiteit Leuven^[4] (2).

Dans cette classification des communes, les régions urbaines sont définies sur base des données de l'Enquête socio-économique 2001, à partir de critères fonctionnels (logements, des commerces, navette, ...) et morphologiques (densité de population, du bâti, ...).

2.1.3 Les indicateurs de santé

Taux et proportion

Les indicateurs mesurés dans ce document sont pour l'essentiel des proportions et des taux. Contrairement aux nombres bruts, ces mesures, rapportées à une population, permettent de comparer différentes populations ou de suivre une population dans le temps (3).

Une proportion correspond au rapport d'une partie à un tout. Le numérateur de la proportion est donc un sous-ensemble du dénominateur.

Un taux est le nombre d'évènements observés au cours d'une période donnée rapporté à la population soumise à l'évènement.

Le taux est généralement exprimé pour un multiple de 10, souvent 100 000, afin d'obtenir des chiffres plus faciles à se représenter et à interpréter. En santé publique, le taux est une mesure fondamentale, puisqu'il reflète le risque d'une population de subir un évènement, au cours d'une période (3).

Quelques indicateurs de santé fréquemment utilisés

Taux de prévalence : il mesure le fardeau de la maladie dans une population, c'est le 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 définie ; le taux d'incidence est ce nombre de 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.

⁴ Voir la carte p.37 dans le rapport accessible à l'adresse suivante : http://statbel.fgov.be/fr/modules/digilib/environnement/0848_de_belgische_stadsgewesten.jsp.

Taux de fécondité : c'est le nombre de naissances vivantes liées aux 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).

L'indice conjoncturel de fécondité : l'indicateur conjoncturel de fécondité est obtenu en faisant la somme des taux de fécondité par âge entre 15 et 49 ans mesurés une année donnée. Cet indicateur mesure le nombre moyen d'enfants que des femmes auraient au cours de leur vie si, à tout âge, leur niveau de fécondité était celui de l'année considérée. Le remplacement des générations peut être assuré si ce nombre d'enfants est supérieur à 2.

Taux brut de mortalité : c'est le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès dans une population donnée, à 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, le fichier des décès constitué à partir des Bulletins statistiques de décès, et pour le dénominateur, les effectifs de population fournis par la Direction générale Statistique et Information économique.

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 le nombre de personnes de moins de 65/75 ans dans la population en milieu de période. Il s'exprime en général en nombre de décès pour 100 000 habitants et par année.

Taux de mortalité par cause : il est obtenu en divisant le nombre de décès liés à une cause donnée au cours de la période étudiée par le nombre de personnes dans la population en milieu de période. 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 des 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 (4).

Indice de dépendance : le rapport (ou ratio) de dépendance démographique est défini comme le rapport entre la population active (en âge de travailler) et la population en âge d'inactivité ou de dépendance. L'indice de dépendance est le nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans pour 100 personnes âgées de 0 à 19 ans et de 65 ans ou plus.

Indice de vieillissement : c'est le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

L'indice d'intensité du vieillissement : l'indice d'intensité du vieillissement est le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus pour 100 personnes de 65 ans ou plus.

2.1.4 Les indicateurs du statut social

Dans ce tableau de bord, la mesure du statut social diffère suivant les sources de données utilisées.

La mortalité avant l'âge d'un an est établie à partir des données des bulletins statistiques de naissances et décès. L'indicateur du statut social utilisé pour analyser les inégalités sociales face à la mortalité foeto-infantile est basé sur le **nombre de revenus du travail** dans le ménage : 0, 1 ou 2 revenus. Il s'agit d'un indicateur construit à partir des informations portant sur la situation professionnelle actuelle et de l'information portant sur l'état d'union de la mère ; si la mère est isolée, seules les informations concernant la mère sont prises en compte. La catégorie 0 revenu rassemble donc les nouveau-nés dont aucun des parents n'a d'activité professionnelle ou dont la mère vit seule et sans revenu.

En ce qui concerne la mortalité au-delà de l'âge d'un an, on ne dispose pas de données fiables pour mesurer le statut social à un niveau individuel. C'est pourquoi l'on utilise le **statut socio-économique moyen de la commune de résidence** comme indicateur du statut socio-économique des personnes. Les communes ont été classées en trois catégories sur base d'une analyse par cluster (voir 2.3.5).

Dans l'Enquête nationale de santé, plusieurs variables approchant le statut social sont disponibles : le revenu du ménage, le statut professionnel, le niveau d'instruction le plus élevé dans le ménage ou le **niveau d'instruction individuel**. C'est cette dernière variable qui a été choisie pour les analyses des problèmes de santé et des comportements présentés dans ce rapport. Le niveau d'instruction individuel permet d'approcher le statut social parce qu'il influence fortement la position sur le marché du travail et reflète les conditions de vie au cours de l'enfance et l'adolescence.

Le niveau d'instruction varie aussi avec l'âge : les jeunes générations ont en moyenne un niveau d'instruction plus élevé. L'âge est également un déterminant majeur de la santé. Pour mettre en évidence l'impact du statut social sur la santé, il est donc nécessaire d'ajuster pour l'âge, c'est-à-dire de comparer les niveaux d'instruction « à âge égal ». Cet ajustement a été fait par régression logistique (voir plus

loin), et les résultats de cet ajustement sont présentés en plus des taux bruts.

Le statut social des jeunes est mesuré au départ de l'enquête HBSC. Le niveau socio-économique de la famille des jeunes est mesuré en utilisant un **score intégrant cinq variables** : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année dernière, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle perçue. Pour l'analyse, les résultats ont été divisés en trois groupes (tertiles) de niveau socio-économique croissant.

2.2 AUTRES DÉFINITIONS UTILES

Revenu d'intégration sociale (RIS) : le RIS est un revenu minimum attribué par les Centres Publics 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 saisir le mieux possible les différences intra-communales. La Région de Bruxelles-Capitale est divisée en 724 secteurs statistiques. En 2002, un secteur comptait en moyenne 1 350 habitants. Il est en outre possible de définir à quel secteur statistique appartient une adresse en consultant le portail internet géoloc (<http://geowebgis.irisnet.be/webgis/>) qui permet d'afficher rues et numéros. Le code et le nom du secteur statistique sont indiqués dans les résultats.

2.3 QUELQUES CONCEPTS ET MÉTHODES STATISTIQUES

2.3.1 La standardisation des taux

Selon les situations, deux types de taux sont utilisés : les taux bruts et les taux ajustés ou standardisés.

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.

La standardisation est une méthode qui consiste à corriger les taux pour permettre les 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 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 : 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 (5).

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 (5).

Dans la standardisation directe, le taux standardisé est calculé en appliquant les taux 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 population extérieure (souvent européenne si on veut effectuer des comparaisons internationales) (5 ; 6).

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 étudiée, 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 (5 ; 6). Le RSM dans la population de référence est 1.

2.3.2 La précision statistique d'une mesure

Lorsqu'un taux ou un autre paramètre de population est estimé en utilisant un échantillon tiré au hasard, l'estimation obtenue peut présenter des fluctuations aléatoires autour de la vraie valeur recherchée. Une mesure est précise lorsqu'elle est peu affectée par des variations dues au hasard. La précision d'une mesure épidémiologique dépend du nombre de cas affectés et de la taille de l'échantillon étudié.

L'intervalle de confiance à 95 % est un intervalle autour de l'estimation obtenue, qui, dans 95 % des cas, contiendra la vraie valeur du paramètre recherché. Le manque de précision statistique se traduit par des intervalles de confiance larges.

2.3.3 La signification statistique d'une différence

Une différence est statistiquement significative quand les valeurs mesurées ne se trouvent pas dans l'intervalle de confiance. Cette signification statistique est généralement exprimée par une probabilité p , "p-valeur". Celles-ci prend une valeur entre 0 et 1 et indique la probabilité que les valeurs mesurées dans les deux échantillons des populations comparées soient semblables. Pour conclure à une différence significative, on vérifie généralement que cette p-valeur est inférieure à une valeur limite (0,05; 0,01; 0,001). En général, dans ce Tableau de bord, si la différence est mentionnée, c'est qu'elle est significative ($p < 0,05$).

2.3.4 Mesures d'association et régression logistique

En épidémiologie, une mesure d'association est un rapport de deux mesures de fréquence. Elle quantifie l'intensité de la force qui lie deux facteurs.

Le risque relatif (RR) et l'odds ratio (OR) sont des mesures d'associations.

Le risque relatif est un rapport de deux risques ; il mesure la différence entre deux groupes, du risque de survenue d'un événement. Un risque relatif (RR) de 1 signifie que le risque est le même dans les deux groupes. Un RR de 2 signifie que le risque dans le groupe étudié est 2 fois plus élevé que dans le groupe de référence.

L'Odds Ratio (OR) est très similaire au Risque Relatif (RR) et est interprété de manière identique. Pour le calcul de l'OR, il n'est pas nécessaire de connaître la taille des populations ; par conséquent, on peut aussi les utiliser pour comparer les risques de différents groupes sur base d'un échantillon.

La régression logistique est une méthode employée pour calculer des OR «ajustés» (7) : En utilisant une régression logistique multiple, on peut isoler les effets respectifs des différents facteurs déterminants et prédictifs sur un certain événement. On peut par exemple déterminer l'effet ajouté de la nationalité sur une maladie, tout en tenant compte de l'effet de l'âge.

2.3.5 L'analyse par cluster

L'analyse de classification ou analyse par cluster est une méthode statistique pour répartir plusieurs observations en groupes dans lesquels les ressemblances à l'intérieur des groupes et les différences entre les groupes sont aussi grandes que possible. Dans ce tableau de bord, cette méthode a été utilisée pour répartir les 19 communes de la Région bruxelloise en fonction du statut socio-économique. Sur base de plusieurs variables (voir Partie I, Chapitre 2), les communes sont réparties en trois groupes.

Références

- (1) Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement. Directives pratiques pour l'enregistrement du RCM, 1990.
- (2) Luyten S., Van Hecke E. De Belgische stadsgewesten 2001. Statistics Belgium Working Paper 14, 2007.
- (3) Porta M., Last J.M. A dictionary of epidemiology. Fifth edition ed. New York, 2008.
- (4) Romeder J.M., McWhinnie JR. [The development of potential years of life lost as an indicator of premature mortality (author's transl)]. Rev Epidemiol Sante Publique 1978 ; 26(1) :97-115.
- (5) Fleiss J.L. Statistical Methods for Rates and Proportions. Subsequent ed. Wiley-Interscience, 1981.
- (6) Jouglu E. [Statistic tests concerning population mortality indicators]. Rev Epidemiol Sante Publique 1997 ; 45(1) :78-84.
- (7) Hosmer D.W., Lemeshow S. Applied logistic regression. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics, 2000.



FSC

Sources Mixtes
Groupe de produits issu de
forêts bien gérées et d'autres
sources contrôlées

Cert no. SGS-COC-003228
www.fsc.org

© 1996 Forest Stewardship Council

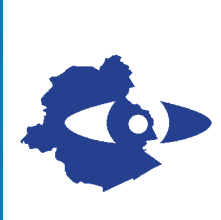


Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010

Ce troisième Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise offre une vision globale de la santé de la population bruxelloise, enrichie de 10 années d'observation (1998-2007), intégrée au contexte démographique, social et multiculturel de la région.

www.observatbru.be

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook in het Nederlands beschikbaar onder de titel :
« **Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010** »