

Partie II : État de santé

1. La santé perçue

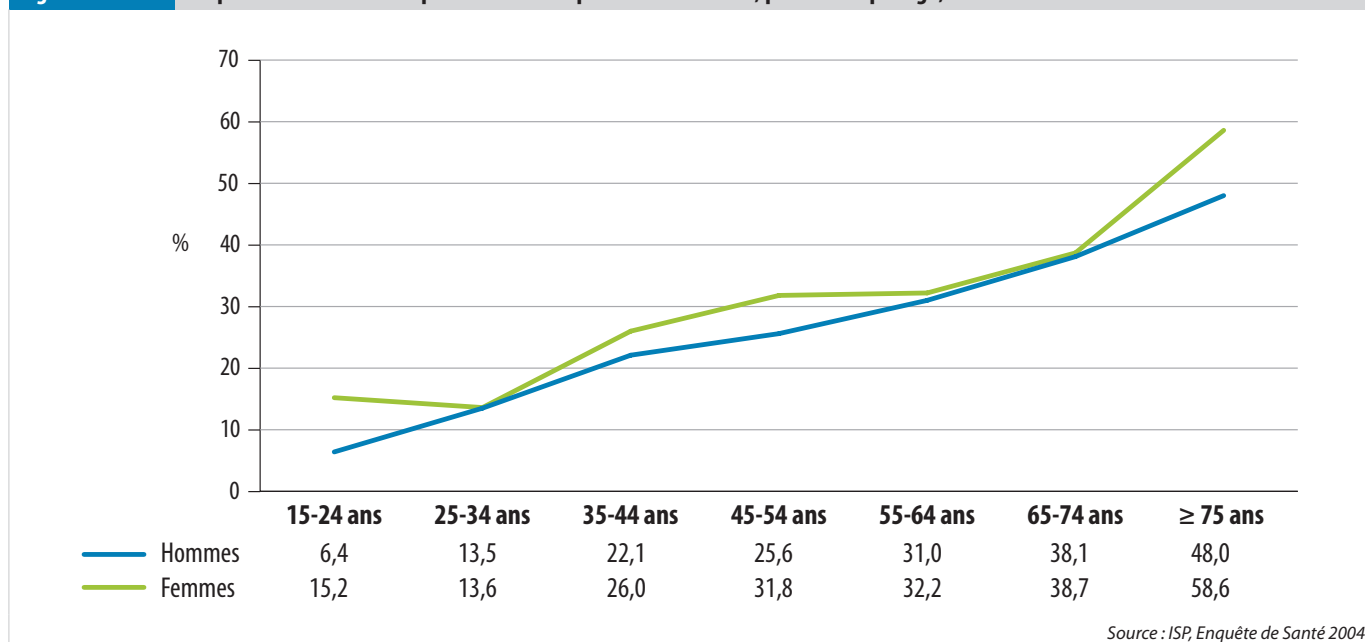
La «santé perçue» est une notion qui englobe à la fois le bien-être et la santé au sens large⁽¹⁾ ; elle est utilisée comme indicateur de l'état de santé général d'une population.

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



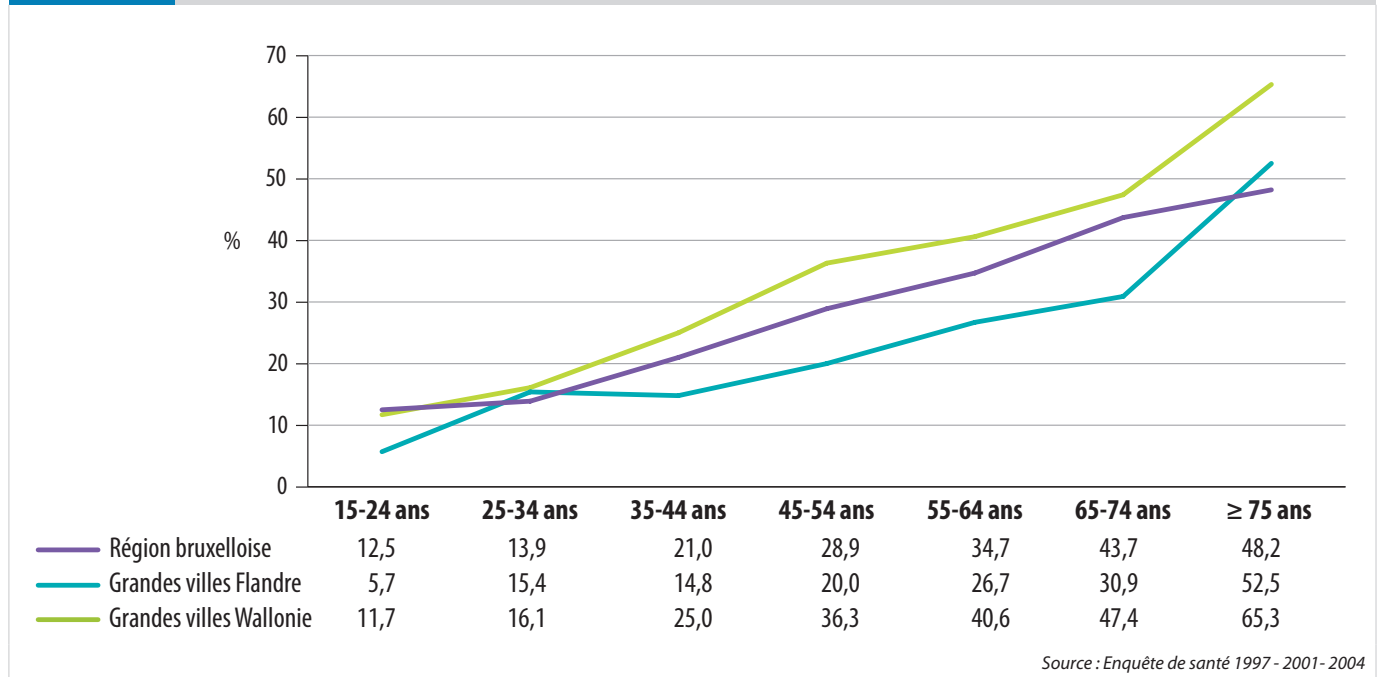
1 On pourra trouver dans l'Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale publié par l'Observatoire en 2006 un chapitre consacré à cet indicateur, une discussion sur sa validité et l'analyse détaillée des valeurs observées pour Bruxelles dans l'Enquête socio-économique 2001.

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).

Figure 2-02

Proportion de personnes qui estiment leur état de santé non satisfaisant par âge et par lieu de résidence, 1997-2004



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'Ile-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

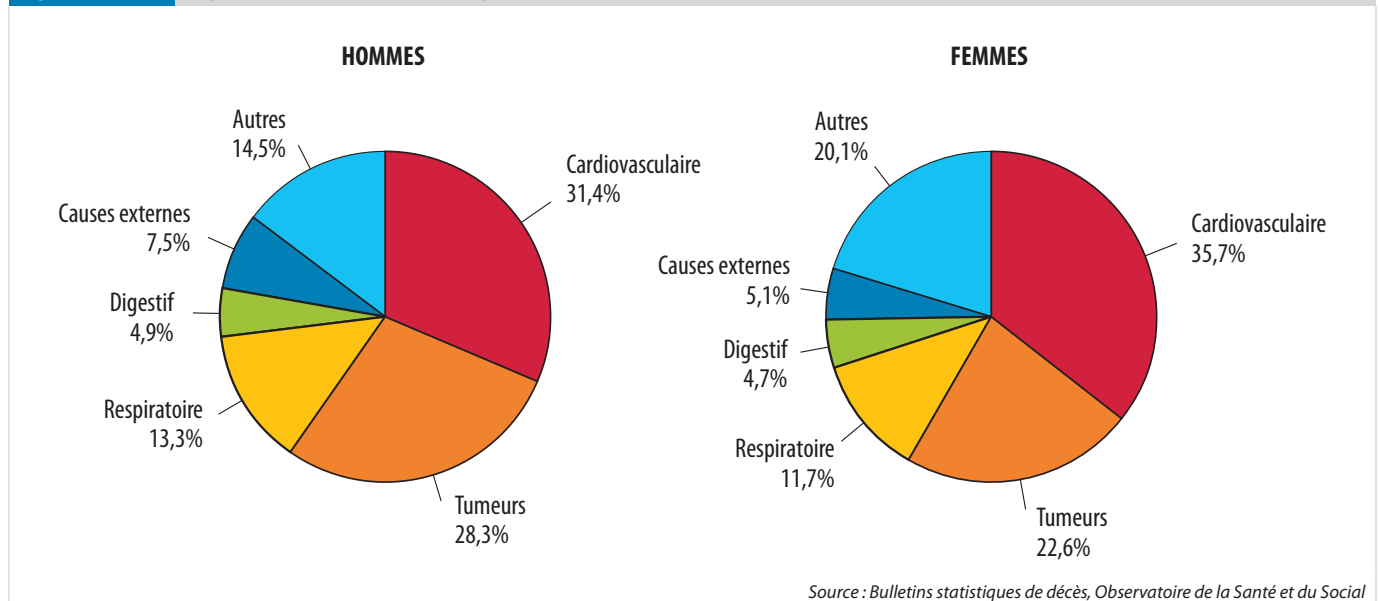
Pour ne pas alourdir ce document nous ne reprenons pas ici l'ensemble des nombres et taux de mortalité par cause selon la «liste européenne résumée» proposée par Eurostat ;

ces chiffres sont cependant disponibles sur notre site dans la partie «Indicateurs» (www.observatbru.be). Chaque fois que ce sera nécessaire, nous précisons 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).

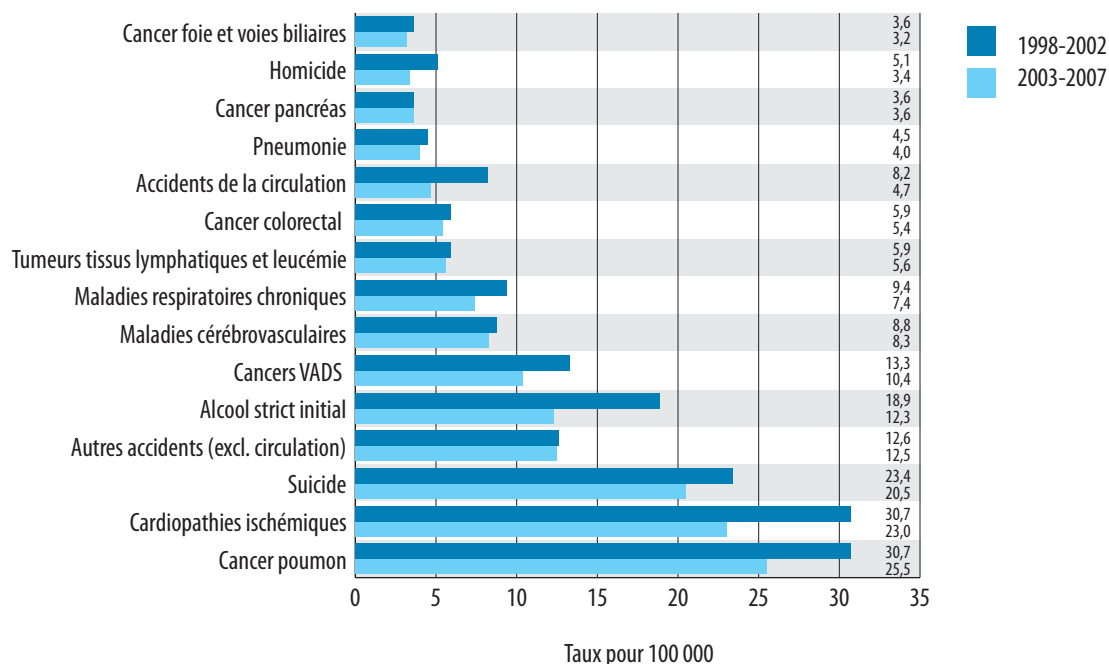
2.2.1 Hommes

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



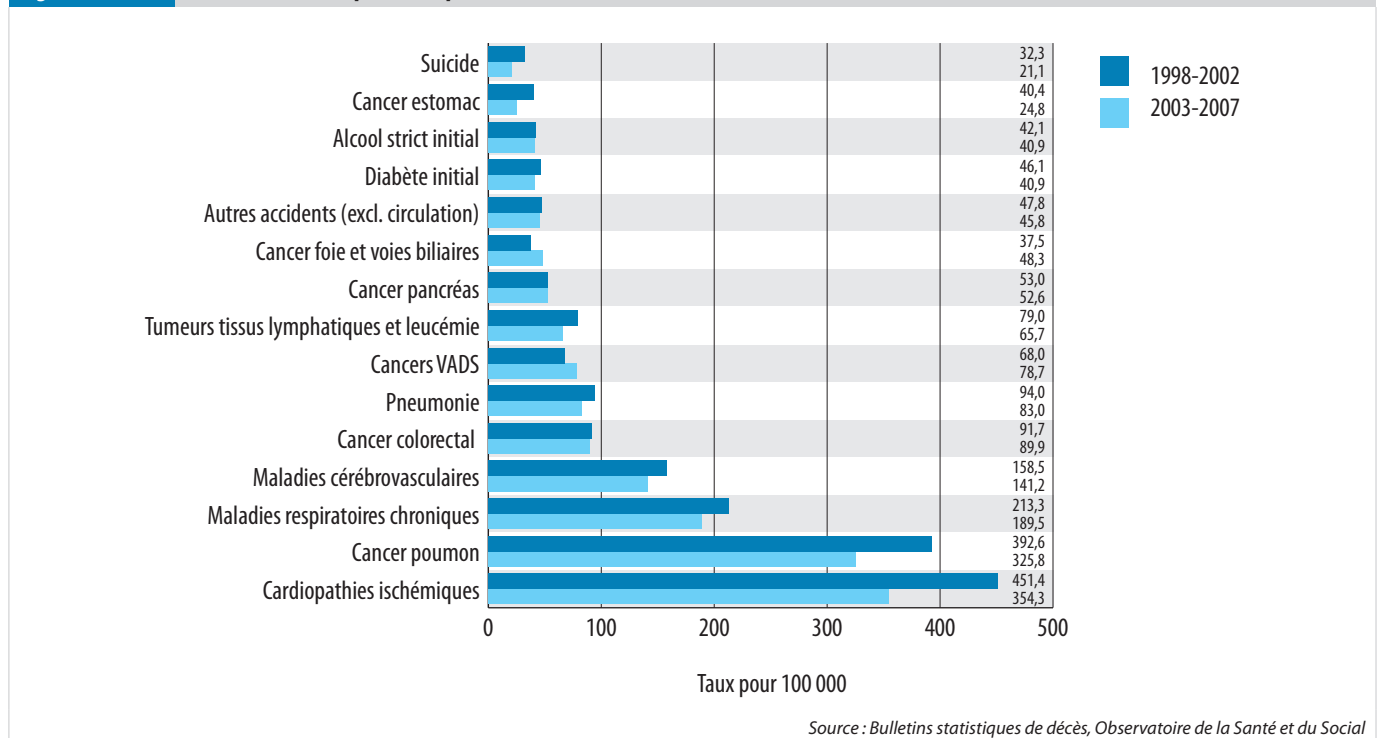
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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



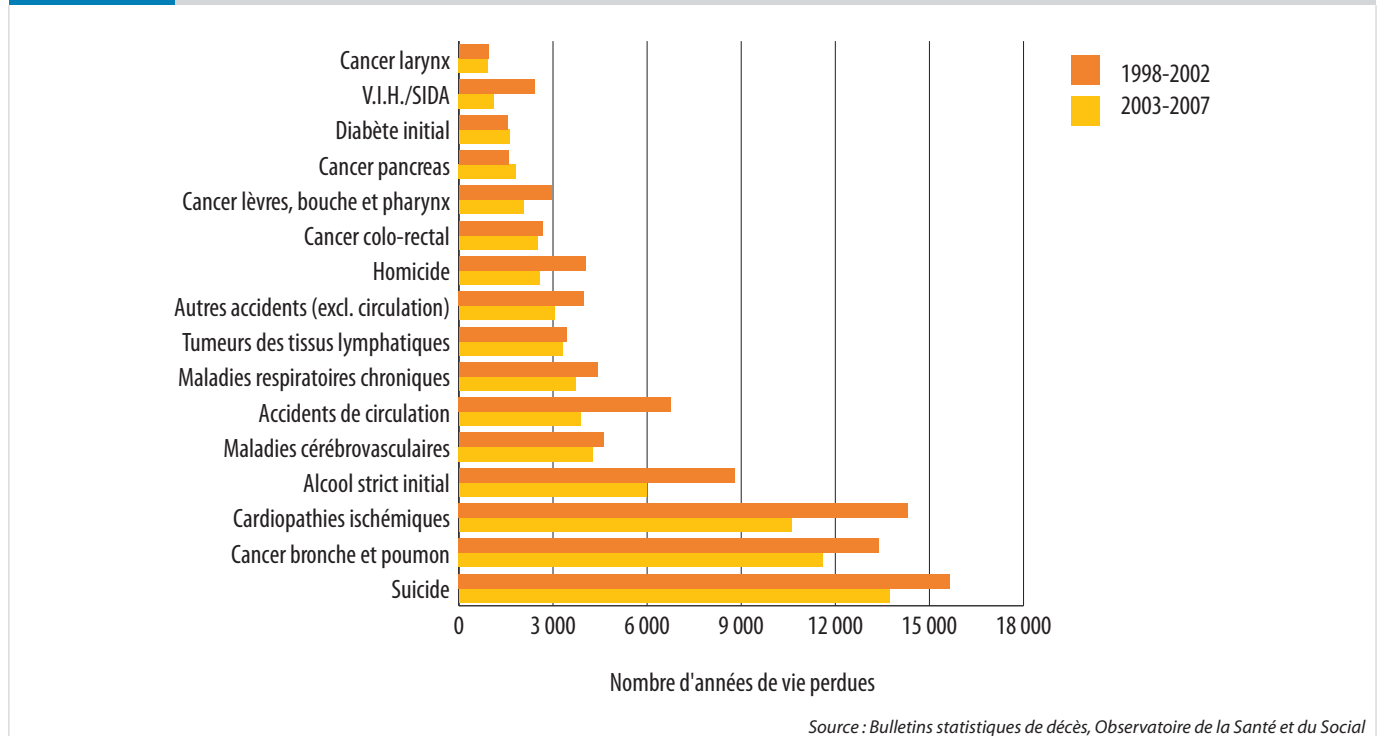
3 Pour pouvoir comparer les différentes causes de décès, la mortalité par diabète ne reprend que les décès pour lesquels le diabète est mentionné en cause initiale, ce qui sous-estime le taux réel de mortalité par diabète. Dans le chapitre maladies chroniques, la mortalité par diabète est analysée plus 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

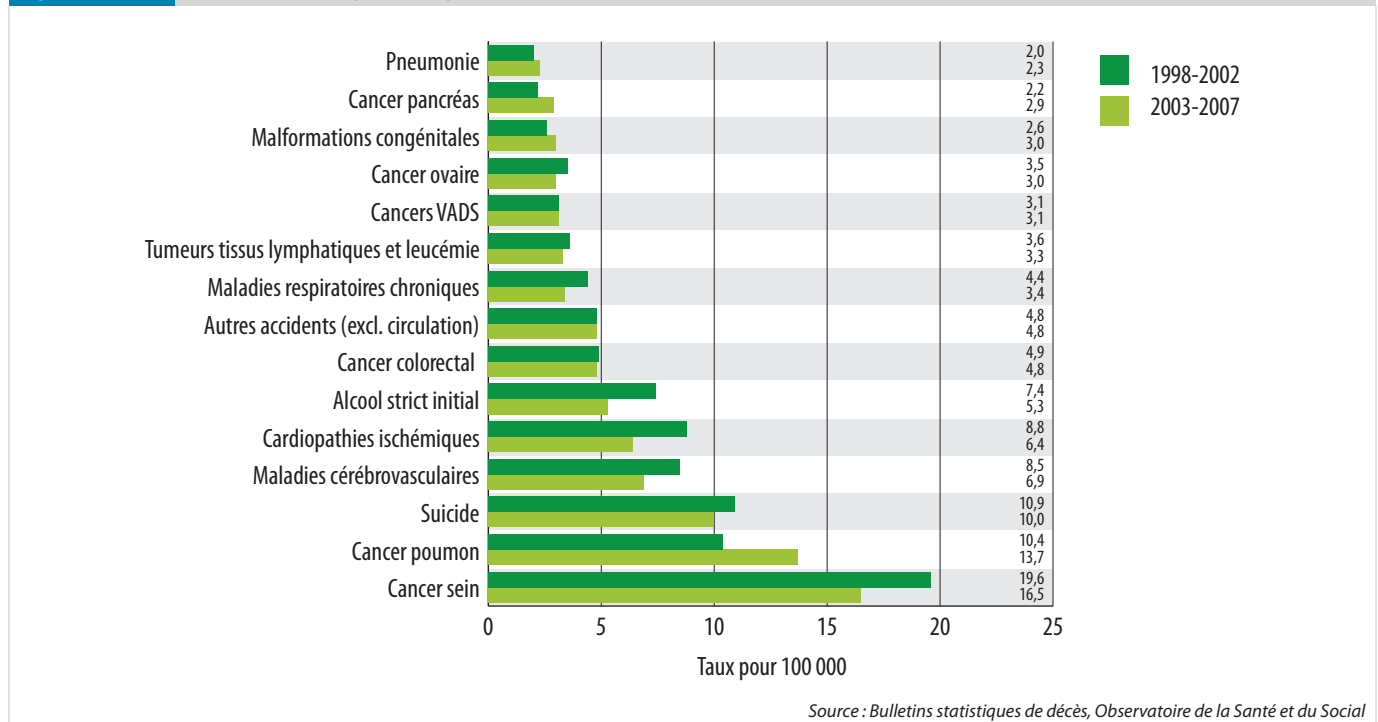
Les taux de mortalité prématurée des femmes sont très nettement inférieurs à ceux des hommes ; seules six causes ont un taux supérieur à 5 pour 100 000.

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.

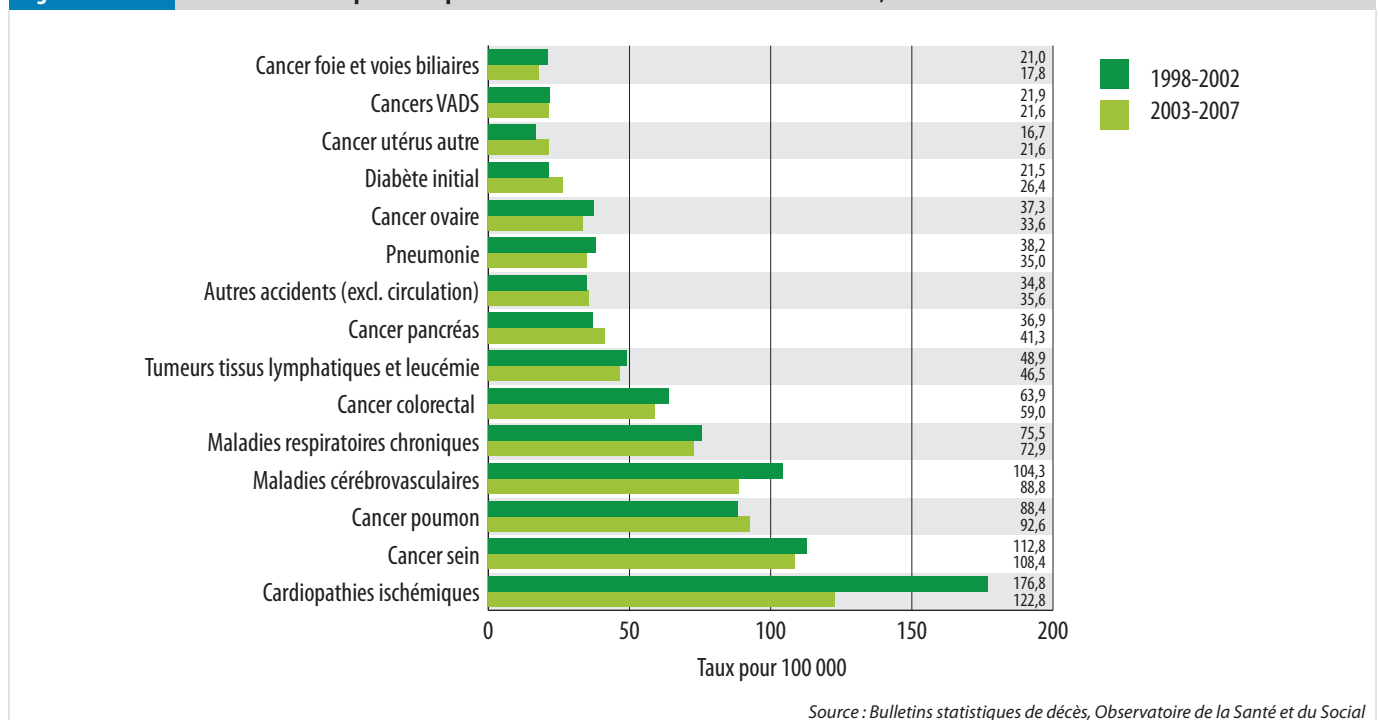
Figure 2-07 Taux de mortalité par cause pour 100 000 femmes bruxelloises de 0-64 ans, 1998-2002 et 2003-2007



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.

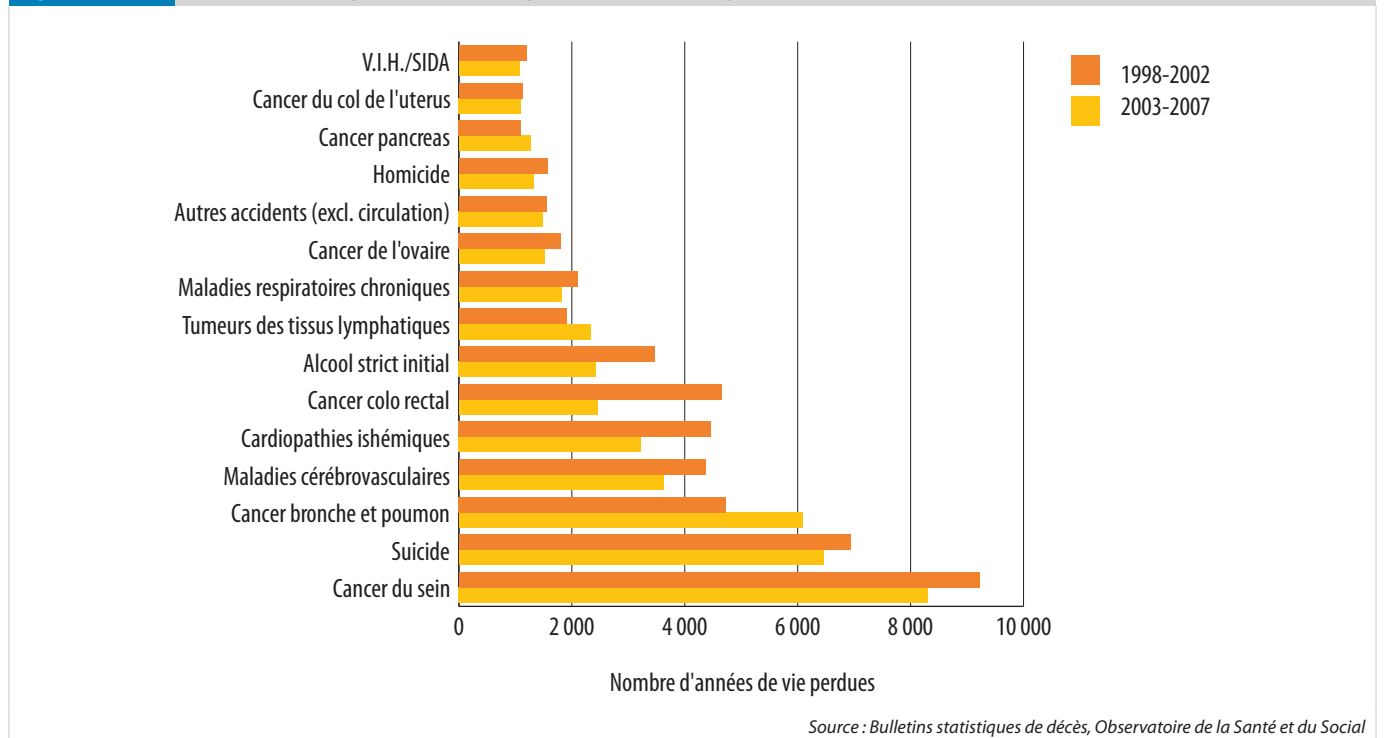
Figure 2-08 Taux de mortalité par cause pour 100 000 femmes bruxelloises de 65-74 ans, 1998-2002 et 2003-2007



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.

Figure 2-09 Nombre d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans pour les femmes, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



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.

Tableau 2-01	Pourcentage de Bruxellois qui disent avoir souffert de maladie chronique au cours des 12 derniers mois, et pourcentage de personnes souffrant d'une maladie chronique et suivies par un médecin pour cette affection, par sexe, Région bruxelloise, 2004.			
	HOMMES		FEMMES	
	Prévalence (%)	% suivi par médecin	Prévalence (%)	% suivi par médecin
Maladies du système locomoteur				
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
Maladies cardiovasculaires				
Affection cardiaque grave ou infarctus	3,1	91,6	2,6	95,3
Hypertension	8,7	89,0	12,1	84,2
Maladies des voies respiratoires				
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
Autres maladies				
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

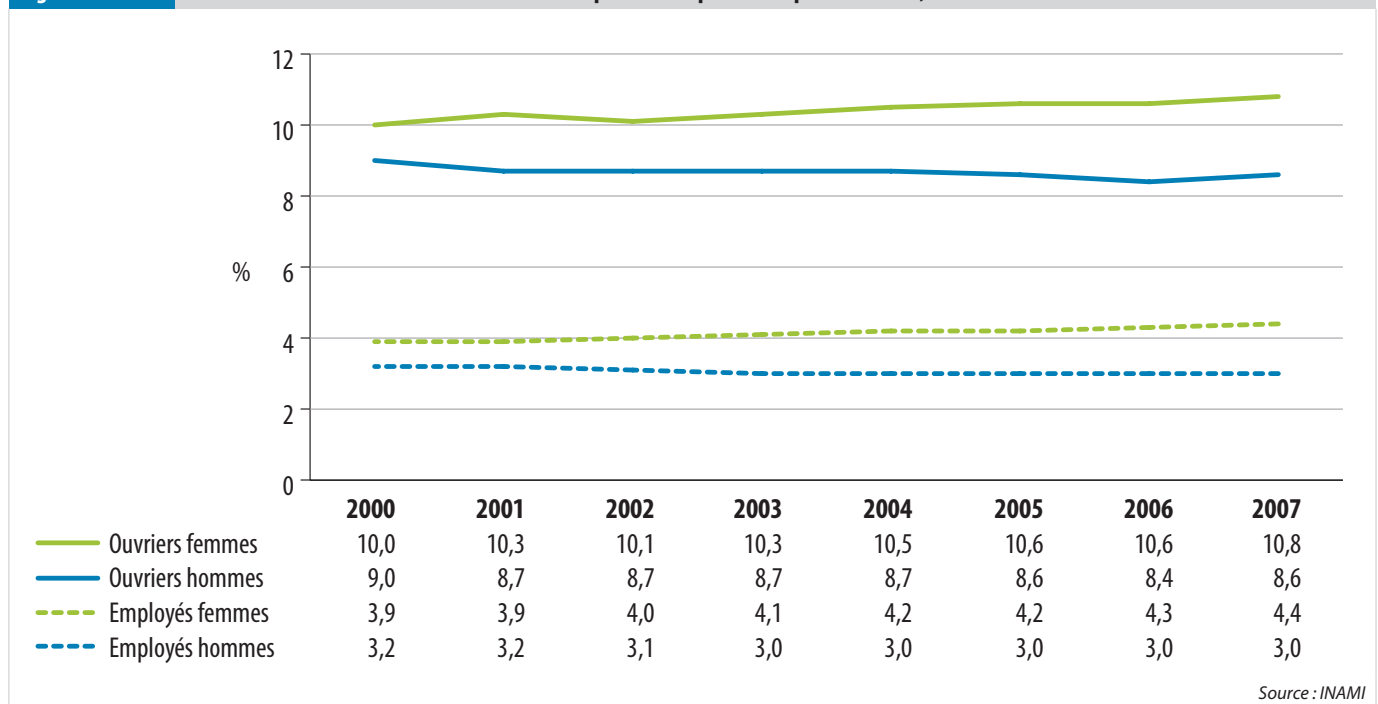
augmente dans les deux autres régions, particulièrement en Flandre (source : données INAMI 2000-2007).

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.

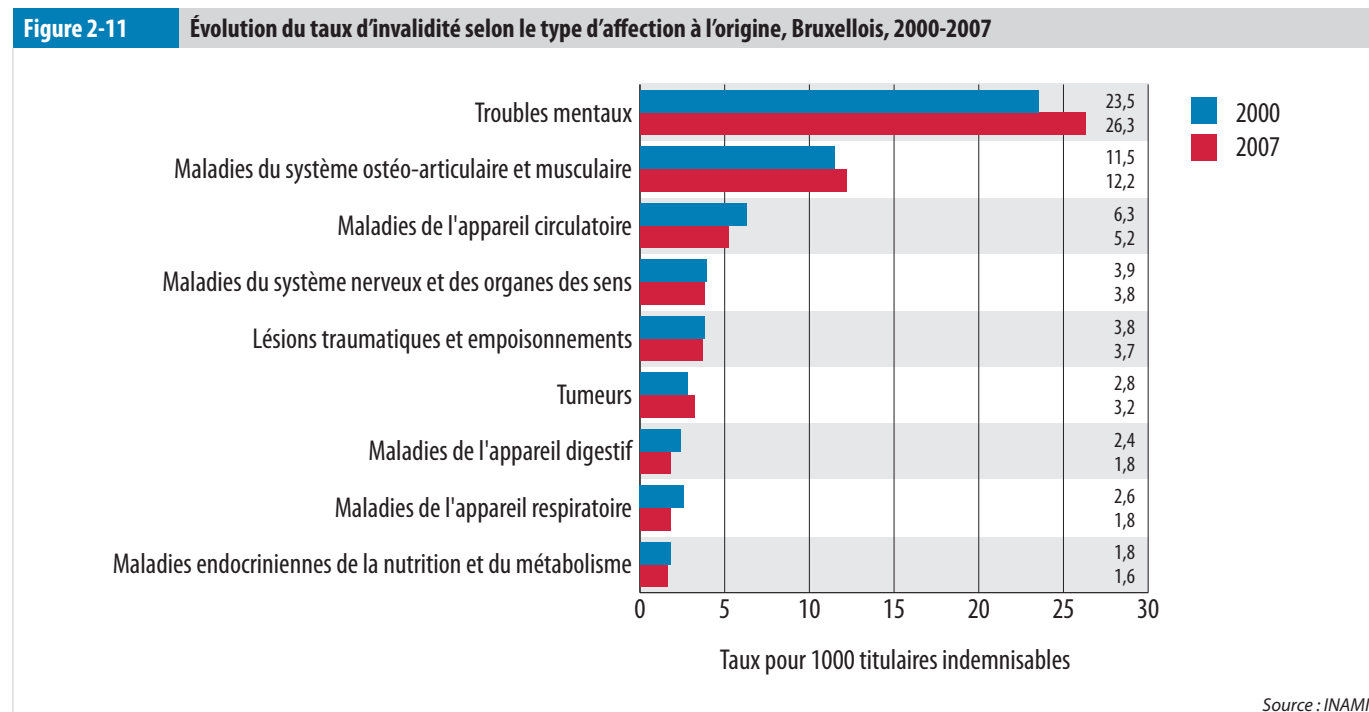
8 Les données concernant les invalidités présentées dans ce rapport concernent les personnes qui ont bénéficié d'allocations d'invalidité au 30 juin de l'année considérée. Elles ne prennent en compte que les allocations octroyées aux travailleurs salariés ou chômeurs bénéficiaires du régime d'assurance 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.

	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 ?

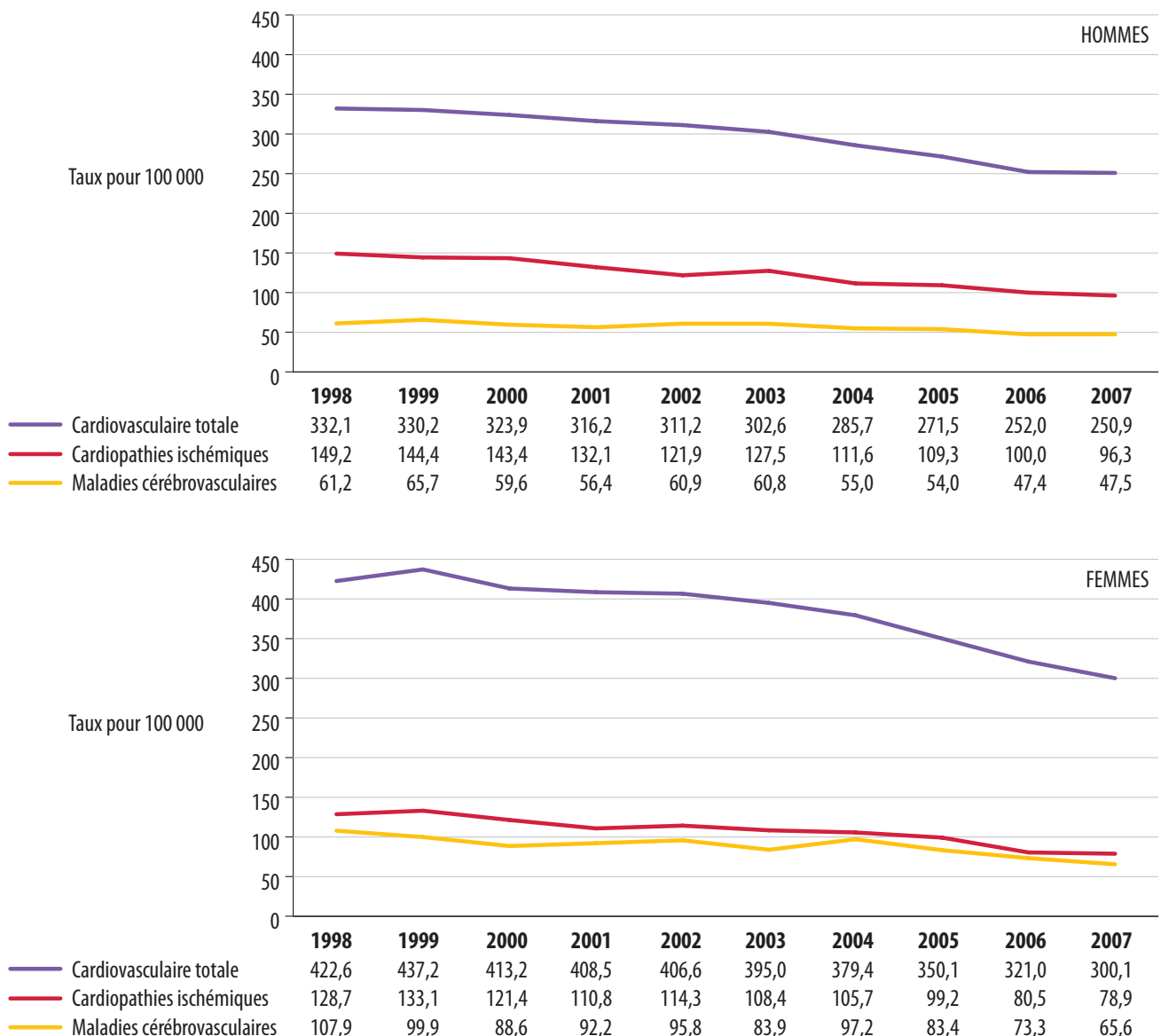
Une diminution de la mortalité par cardiopathie ischémique et maladie vasculaire cérébrale est observée dans la plupart des pays industrialisés et s'explique par les modifications des facteurs de risque classiques, comme un meilleur contrôle de l'hypertension et du diabète, une amélioration des habitudes 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.

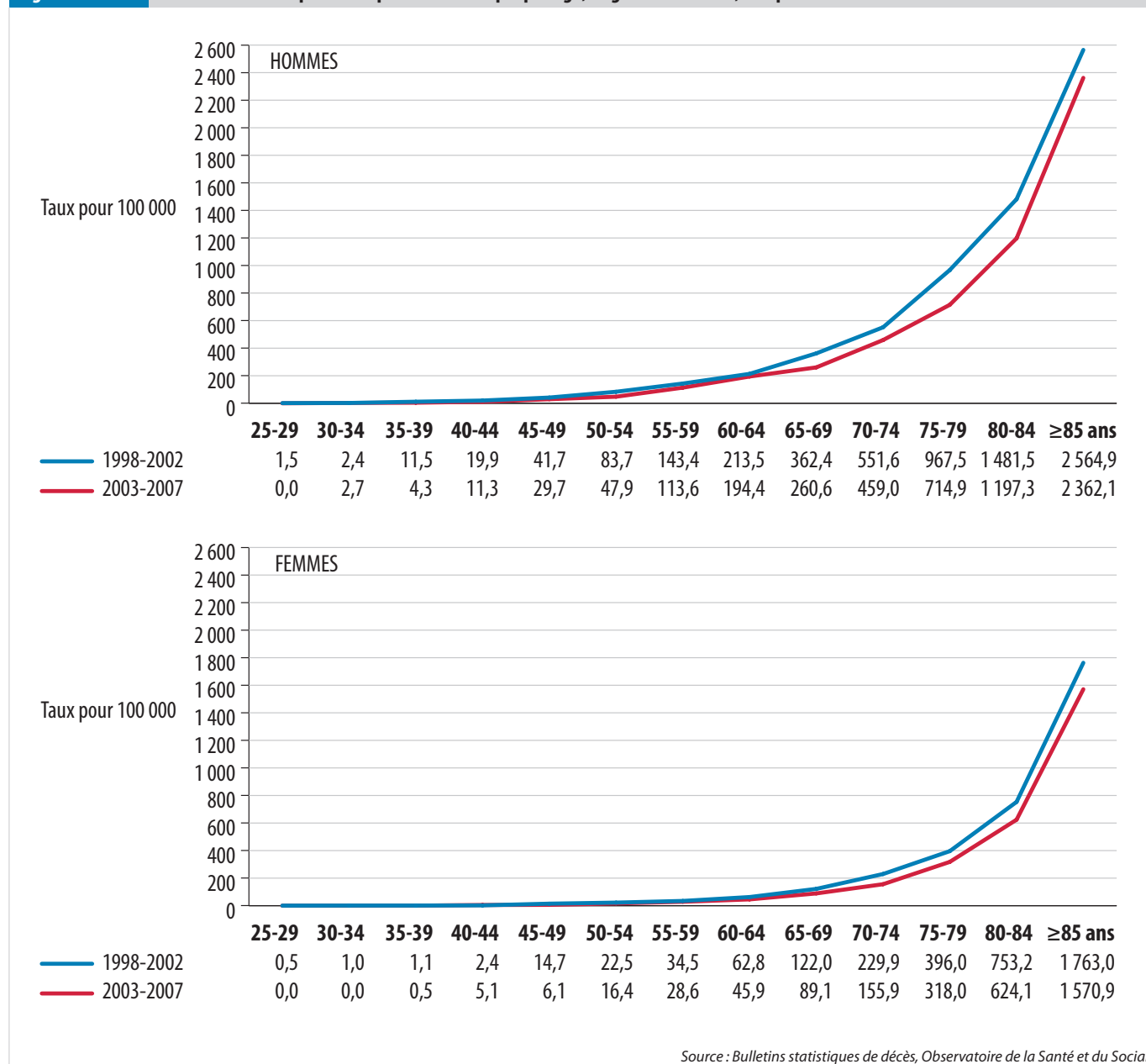
Il s'agit aussi de l'une des principales causes de décès prématuré. Pour la période 2003-2007, il s'agit de la

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).

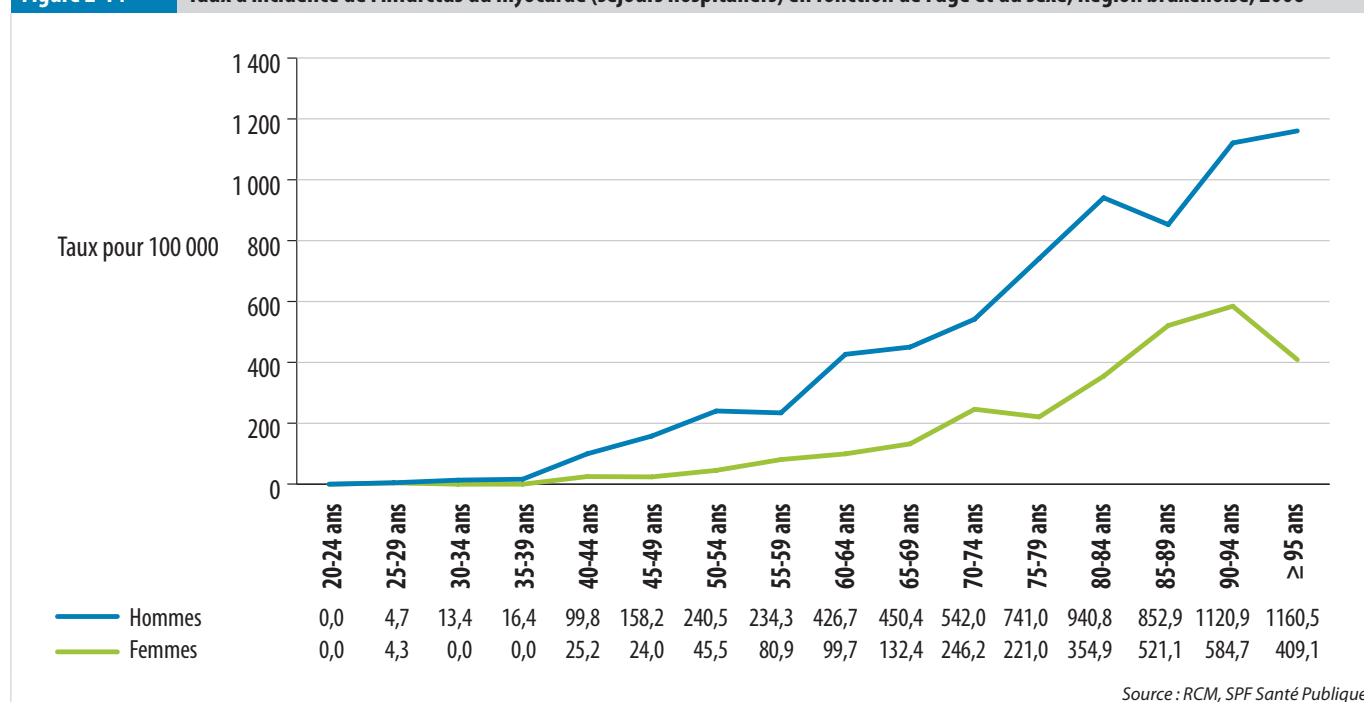
Entre 1997 et 2004, on n'observe pas d'évolution significative pour les femmes ; par contre, pour les hommes, la prévalence déclarée a diminué.

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



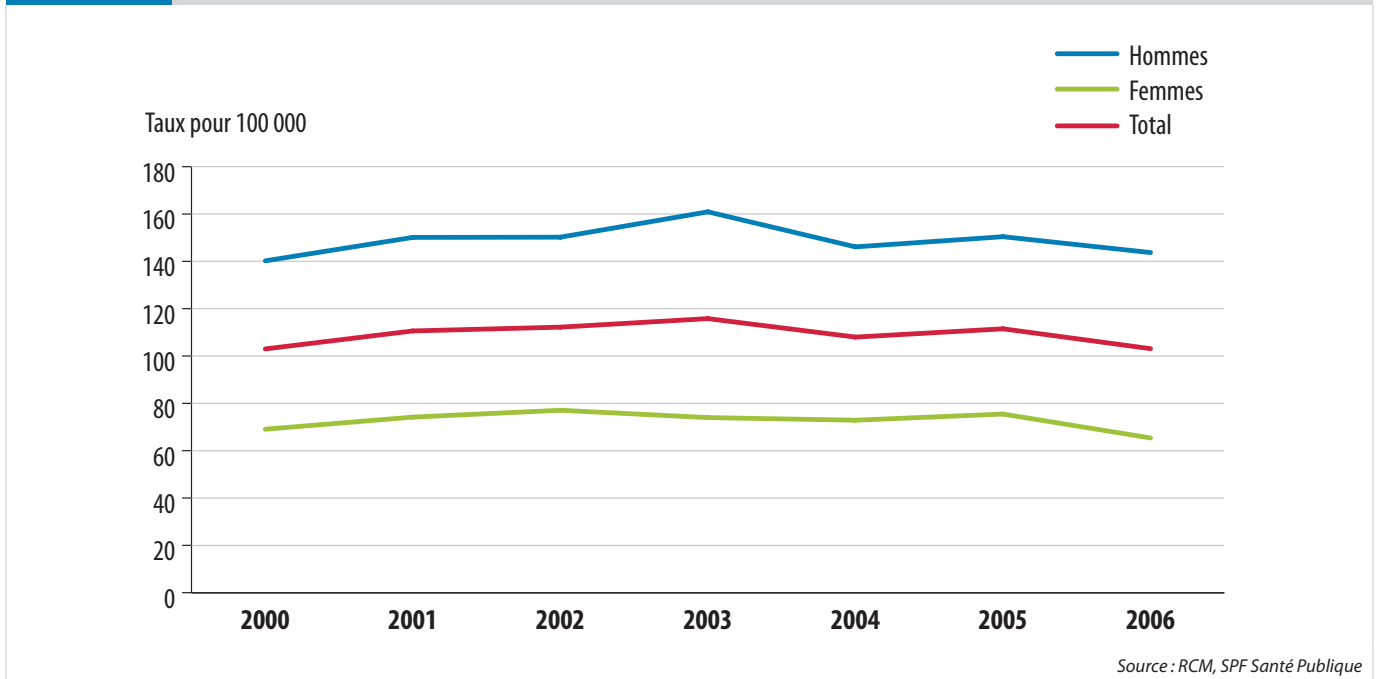
¹² Il s'agit du nombre de séjours pour premier épisode de soins pour infarctus aigu du myocarde (diagnostic principal).

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

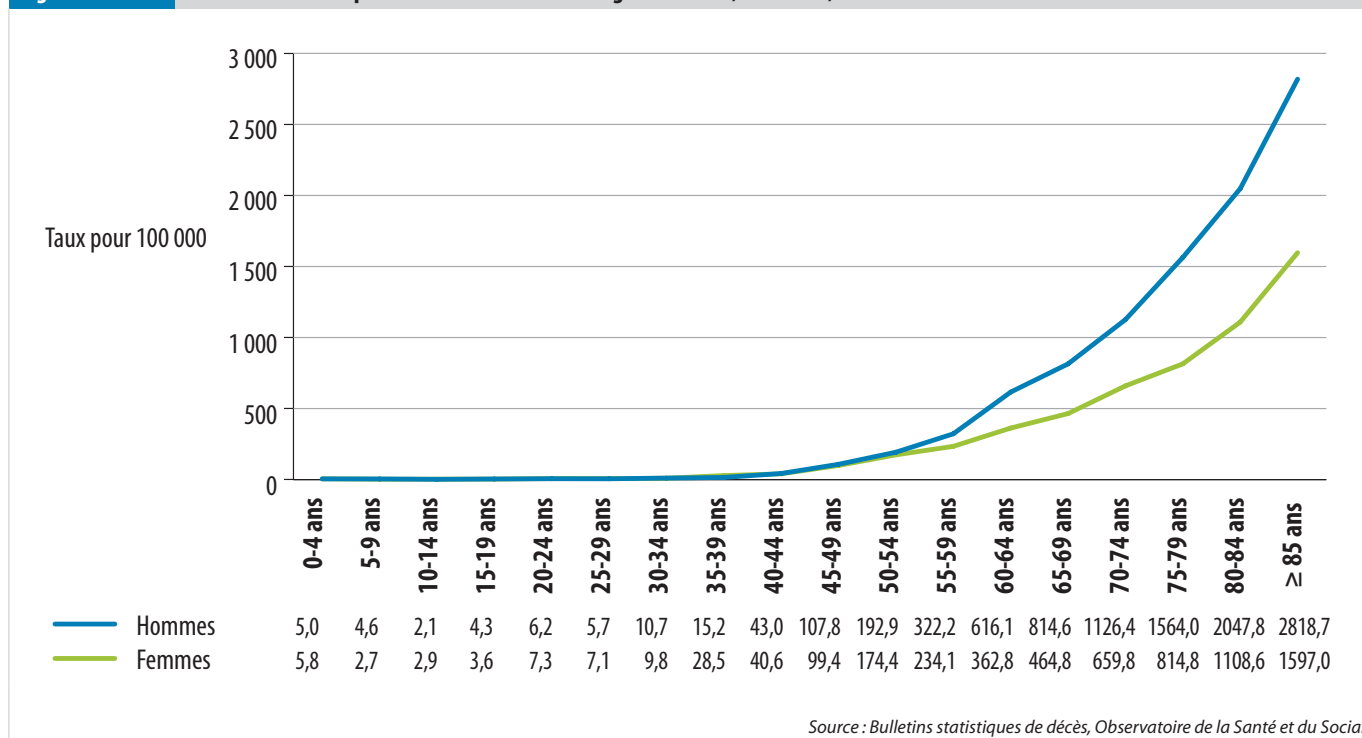
Mortalité

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).

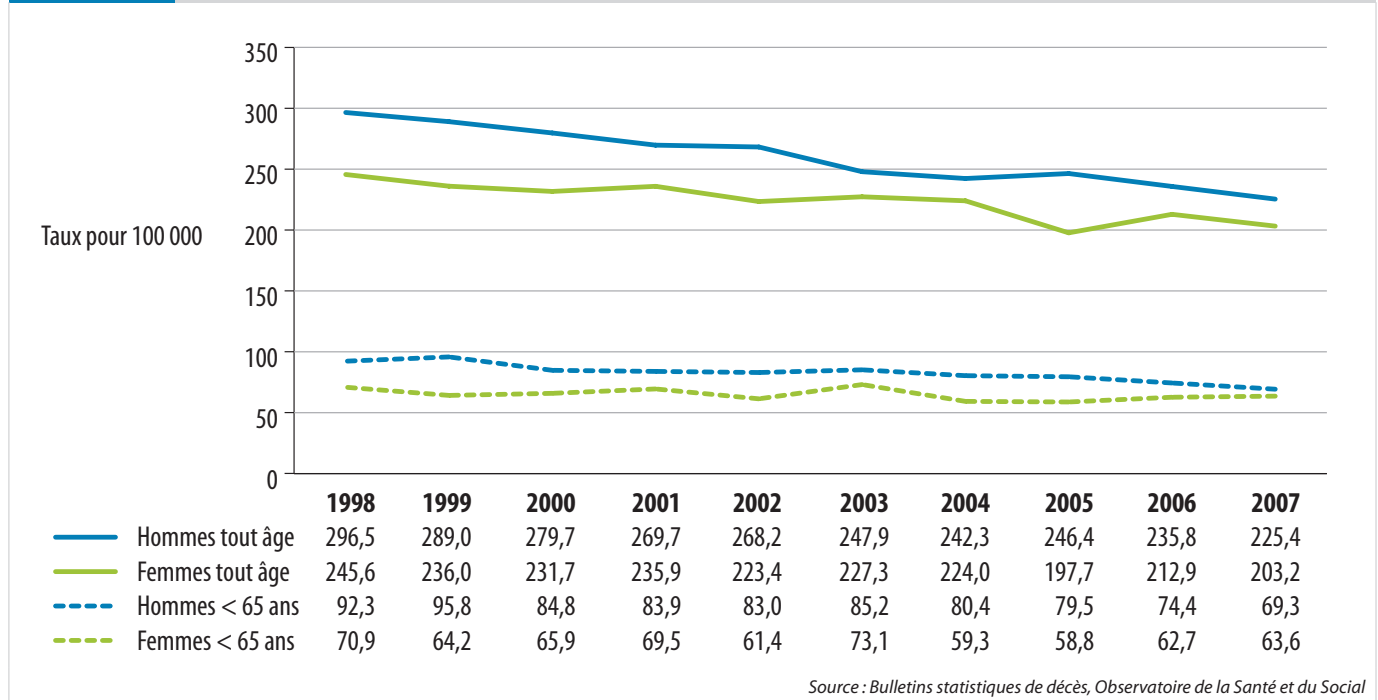
Le risque de décès par cancer est plus important pour les hommes que pour les femmes à partir de la quarantaine, et cette différence s'accroît avec l'âge.

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

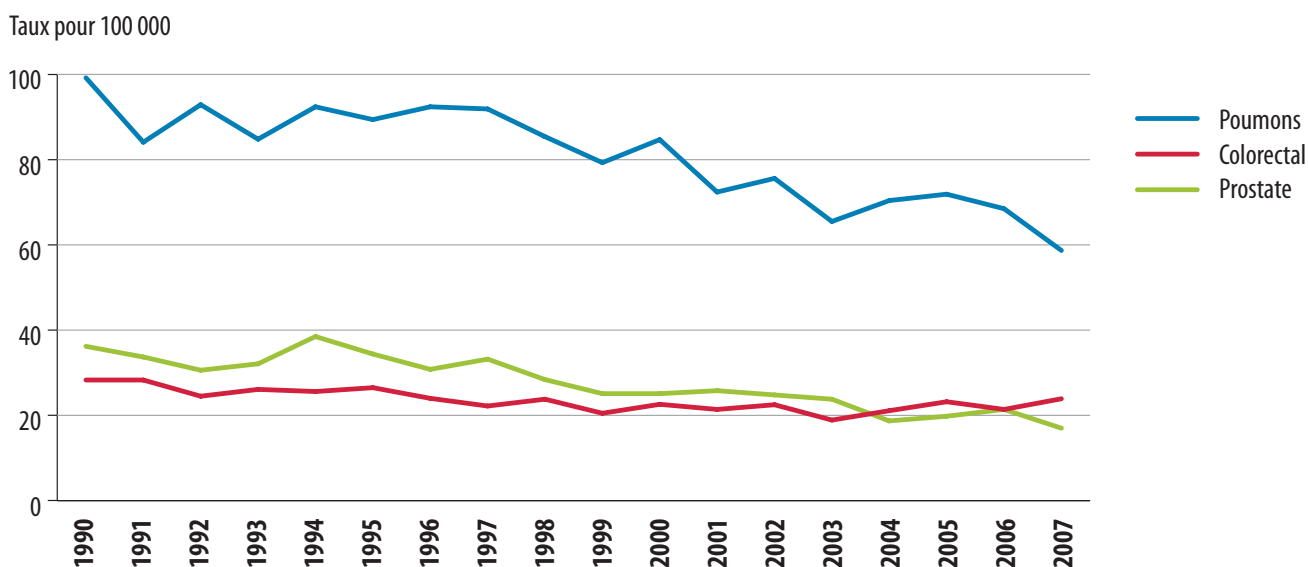
* La dénomination exacte est : Tumeurs maligne des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés.
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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

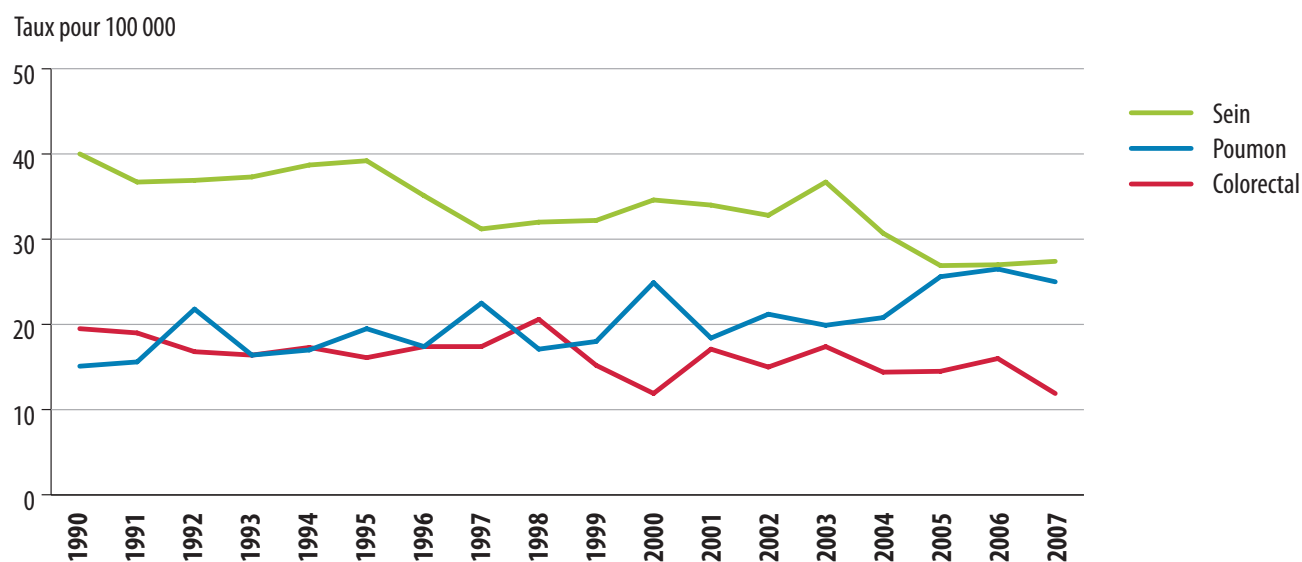
Évolution des taux de mortalité standardisés par cancer du poumon, colorectal et de la prostate chez l'homme, Région bruxelloise, 1990-2007



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

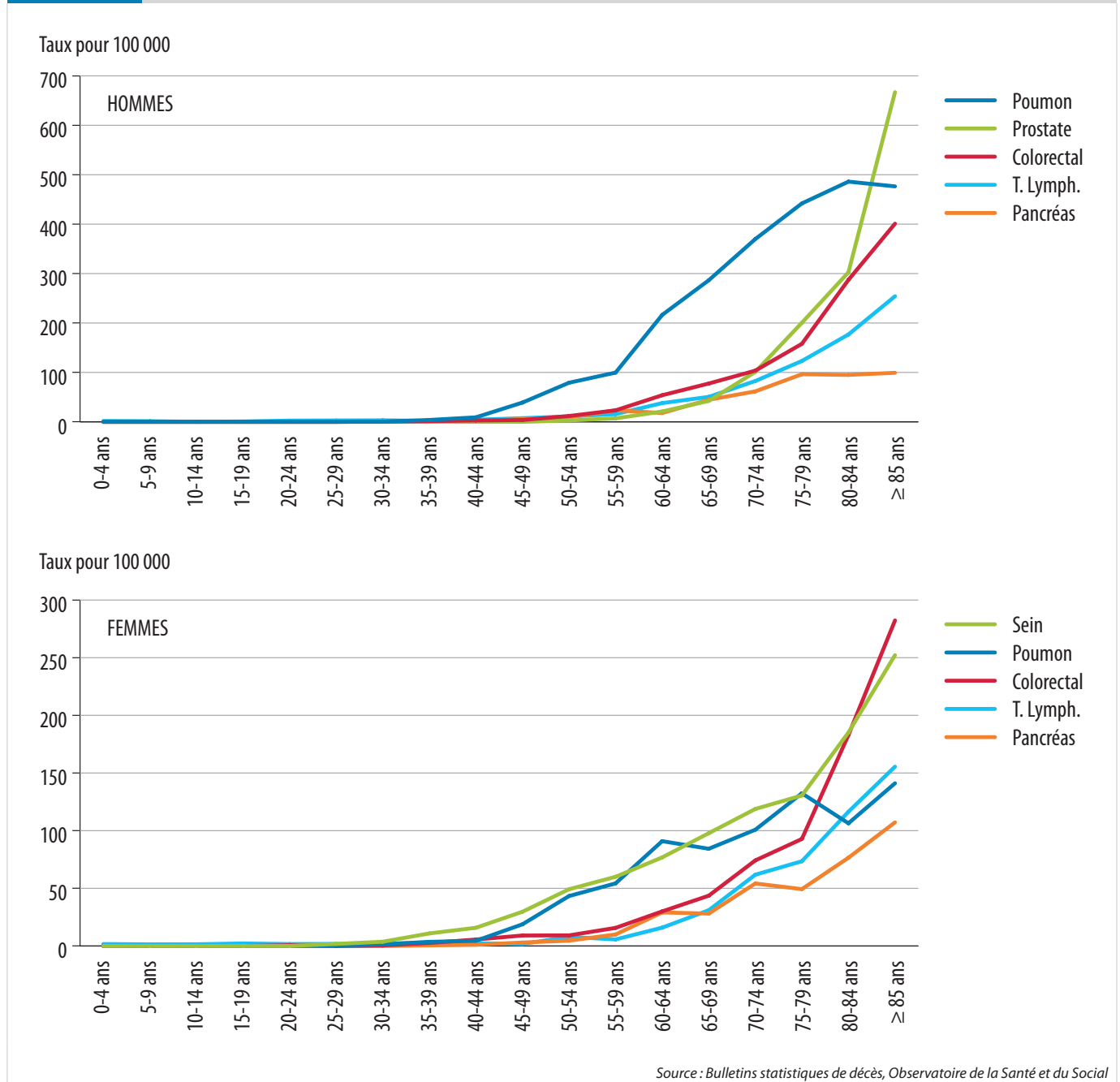
La mortalité par cancer du poumon et par cancer de la prostate sont en diminution constante chez l'homme, mais restent parmi les principales causes de décès masculin par cancer. Chez la femme, la mortalité par cancer du sein diminue, le cancer du poumon est devenu la deuxième cause de mortalité par cancer.

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	
<small>* European Standardised Rate Source : Fondation Registre du cancer, 2008</small>			

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).

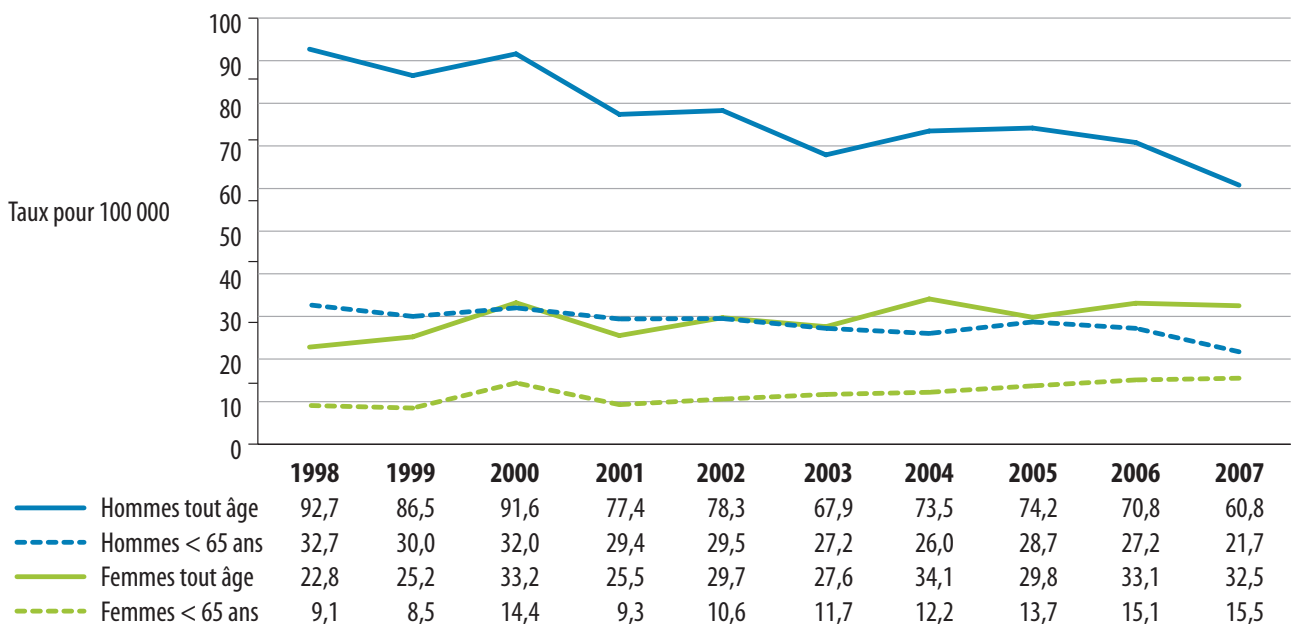
Les campagnes d'information ont bien entraîné une diminution du tabagisme chez l'homme mais pas chez la femme et les facteurs en sont complexes (cibles des campagnes, rôle du tabagisme, acceptation dans son propre réseau social...) ; l'histoire de la mortalité par cancer du poumon reflète avec délai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



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

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).

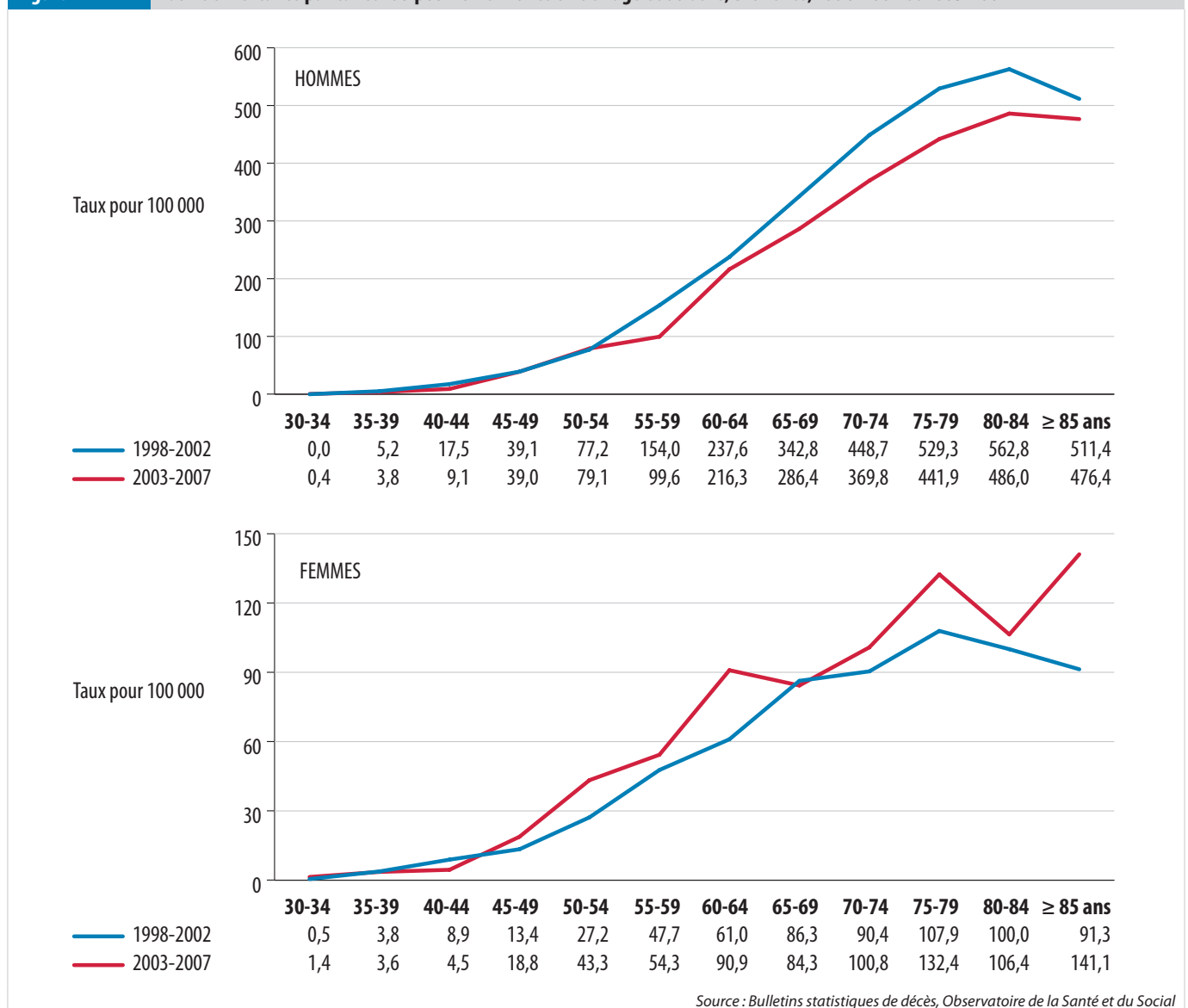
Avec un taux standardisé de 71,0 pour 100 000 hommes^[18], la Région bruxelloise se situe dans la moyenne des régions européenne, et proche des taux enregistrés dans des régions urbaines telles que l'Ile de France, Londres, Berlin ou Madrid. Par contre, avec un taux standardisé de 25,0 pour 100 000 femmes, 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).

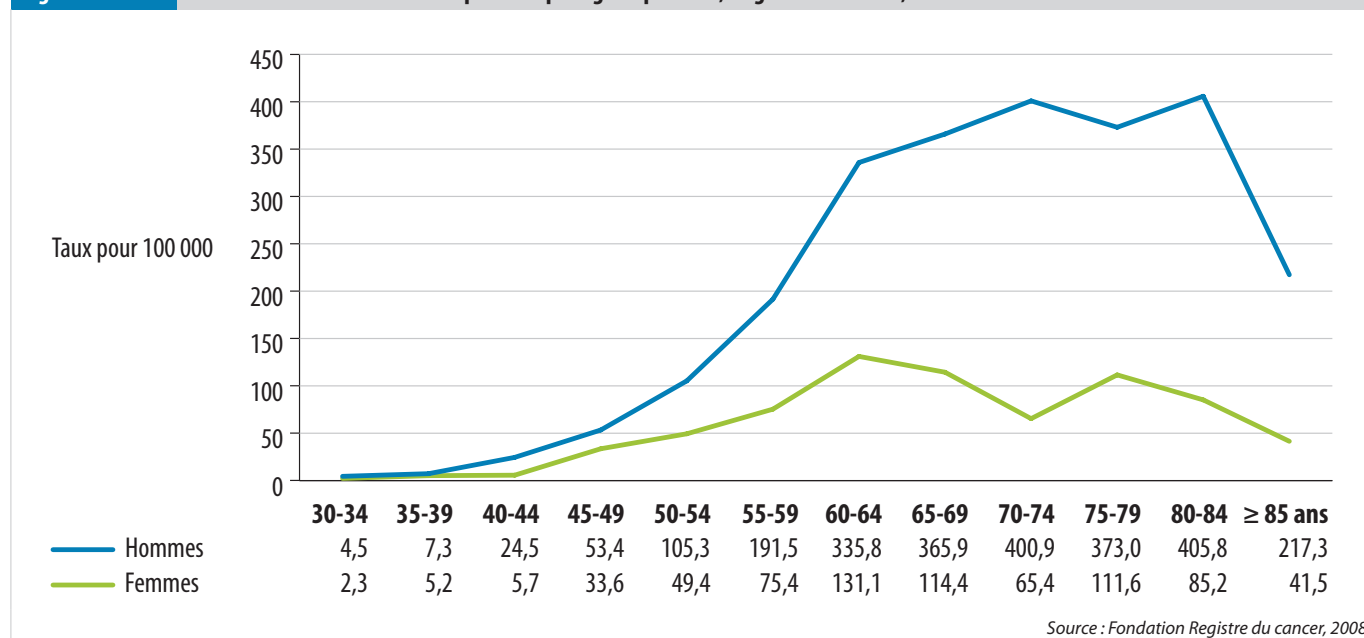
La mortalité par cancer du poumon en Région bruxelloise diminue chez l'homme et augmente chez la femme, pour qui elle est parmi les plus élevées des pays de l'Union européenne. Ces évolutions ont un lien avec les modifications des habitudes tabagiques.

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.

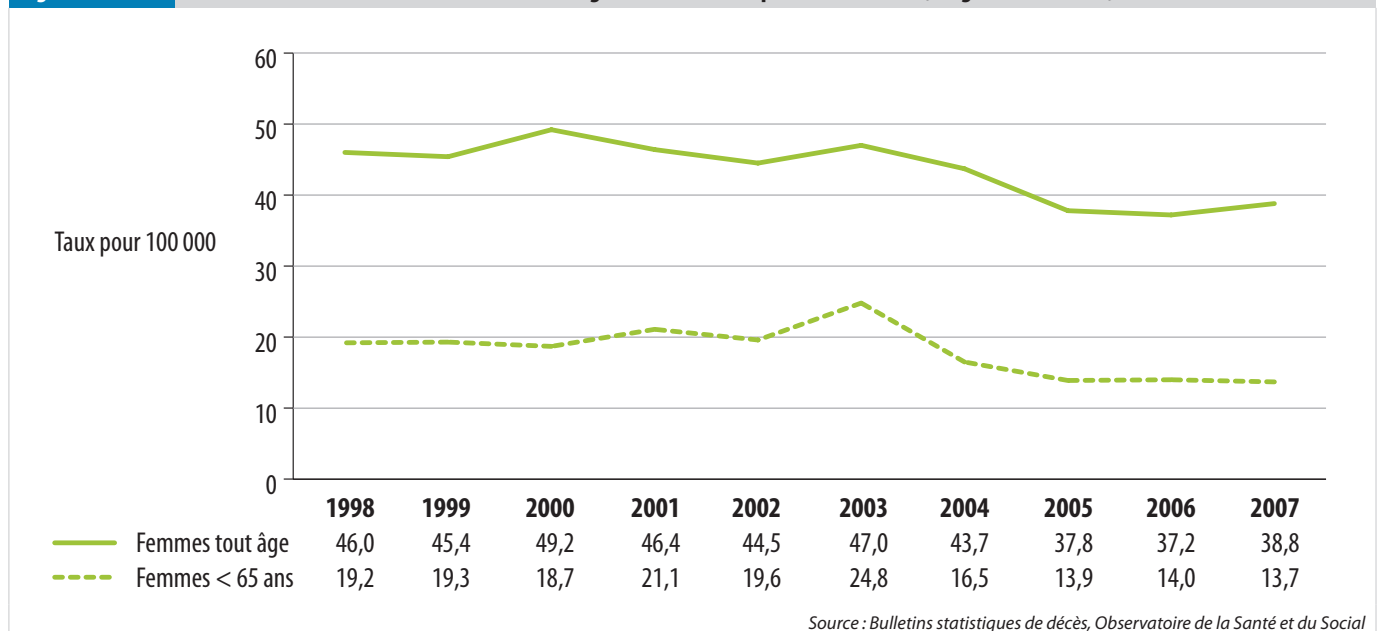
Mortalité

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).

Figure 2-25 Évolution du taux de mortalité par cancer du sein par tranche d'âge, comparaison 2003-2007 à 1998-2002, Région bruxelloise

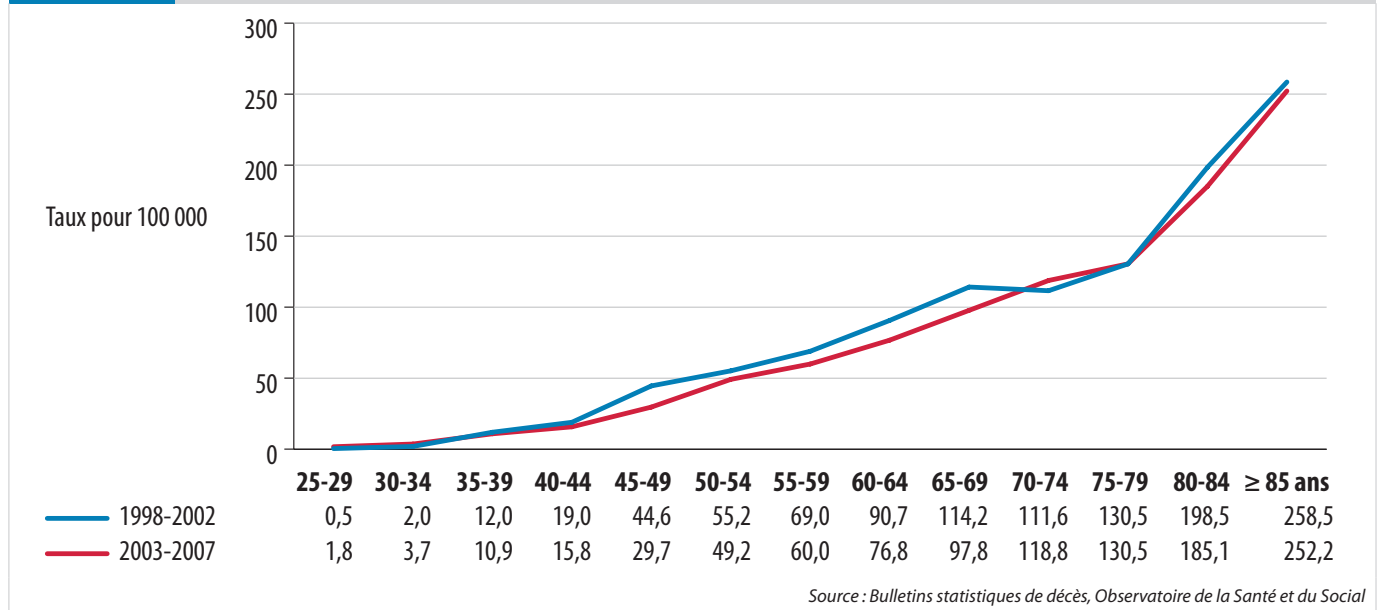
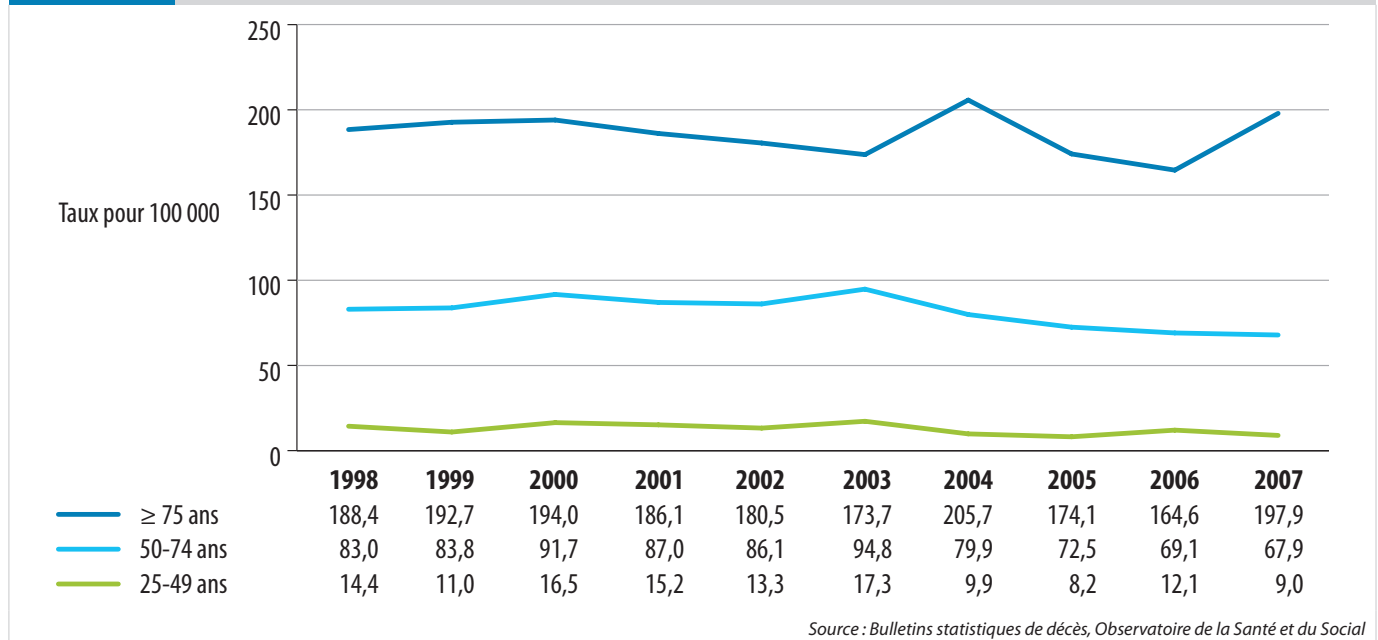


Figure 2-26 Évolution du taux de mortalité par cancer du sein en fonction de l'âge, Région bruxelloise, 1998-2007



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.

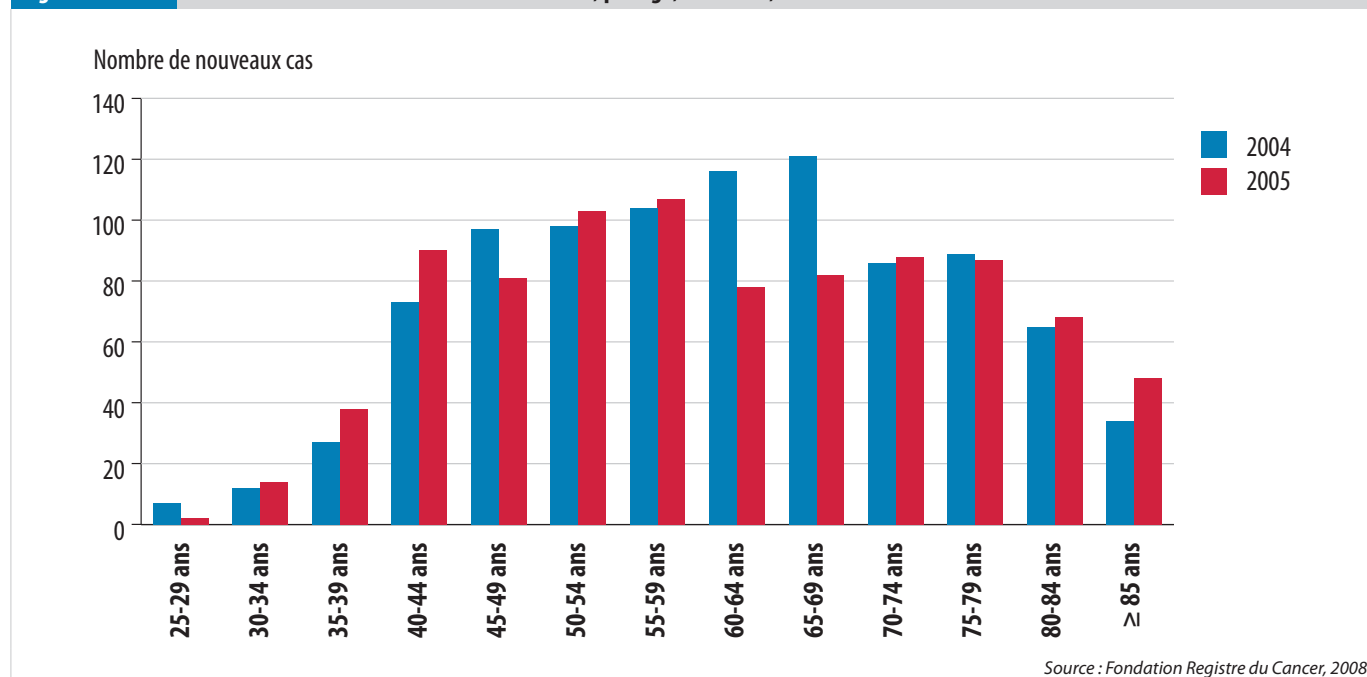
Morbidité

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

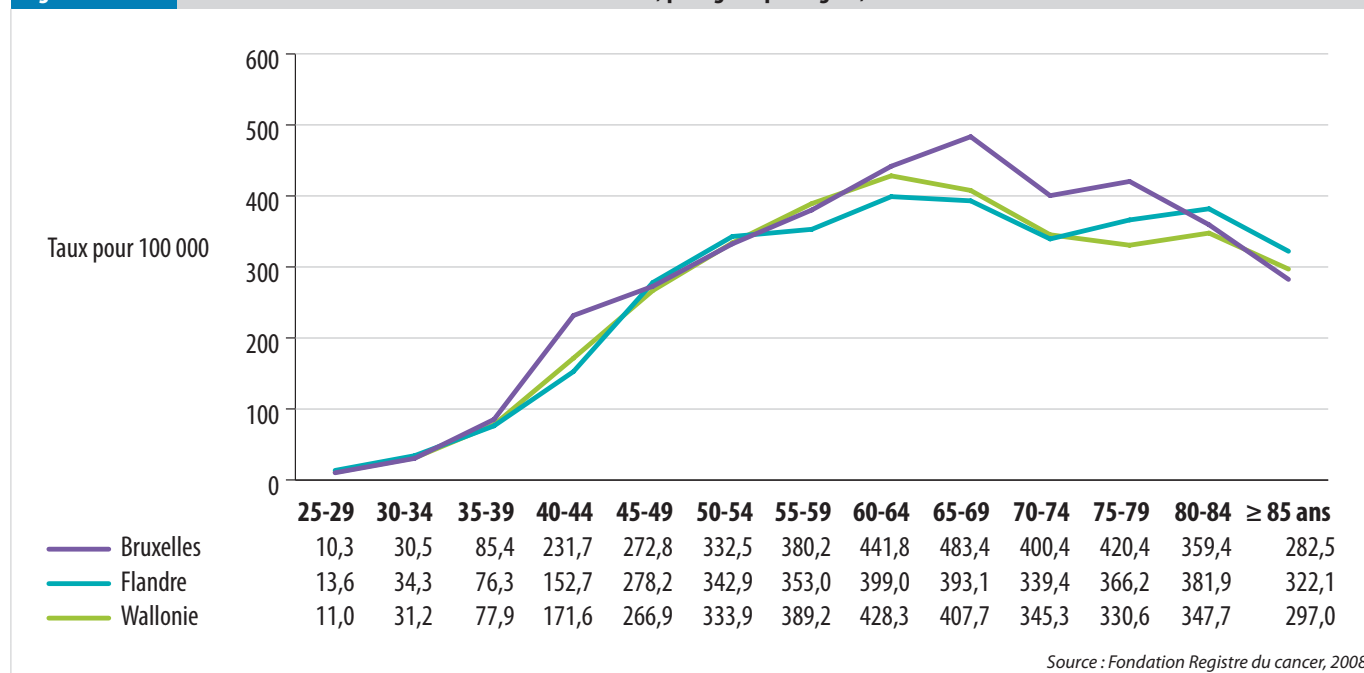
* ESR, population de référence= population européenne
Source : Fondation Registre du Cancer, 2008

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.

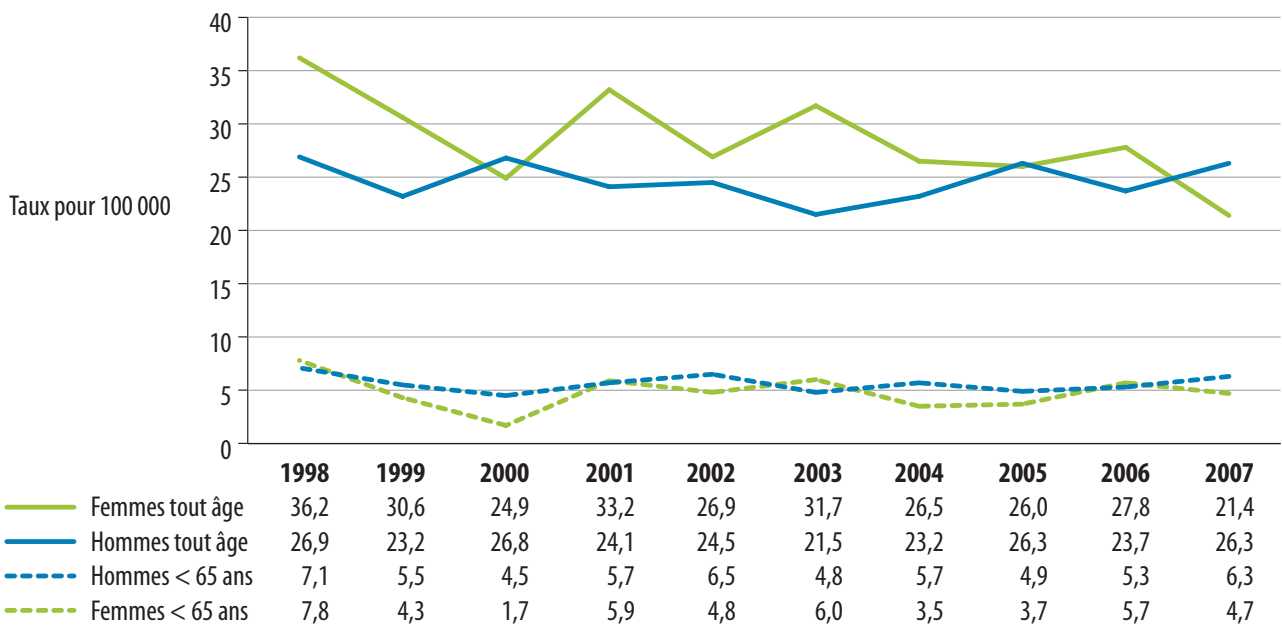
Mortalité

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



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

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.

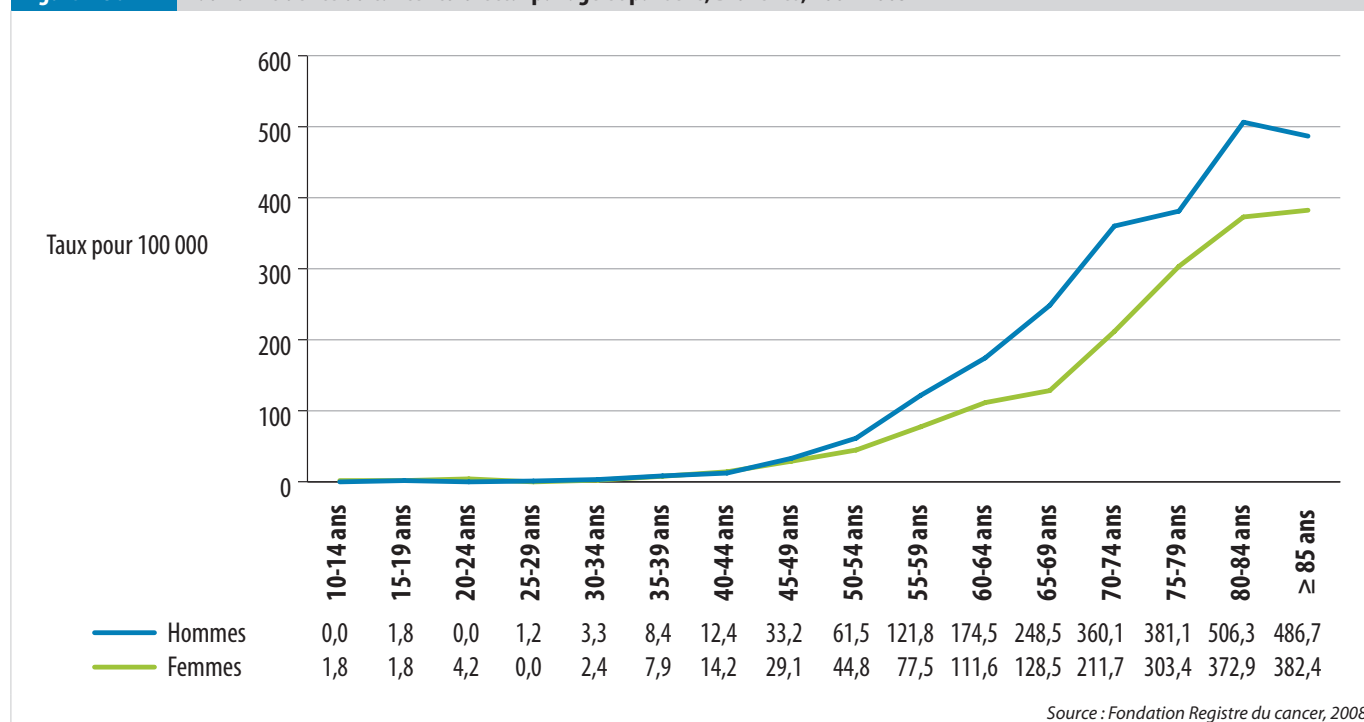
La mortalité tout âge par cancer colorectal tend à diminuer chez la femme, et reste stable chez l'homme. Elle est proche de la moyenne européenne chez la femme, tandis que chez l'homme, elle correspond aux régions d'Europe présentant les taux les plus faibles.

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).

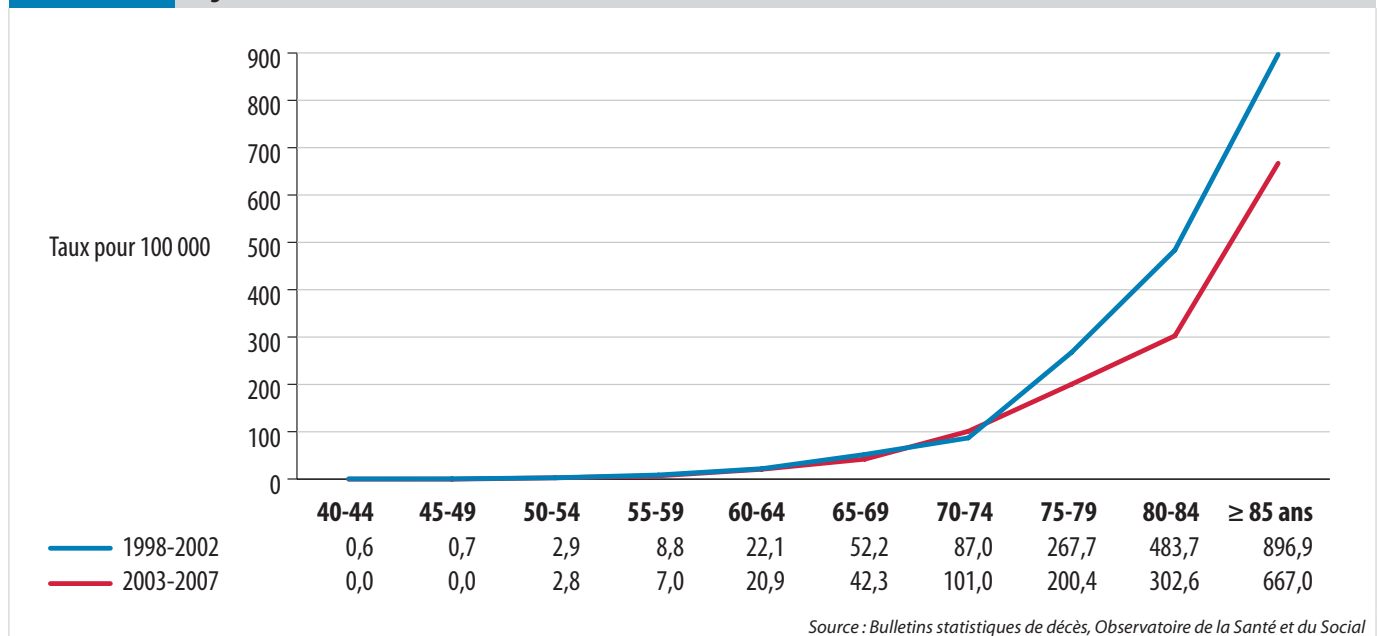
Mortalité

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



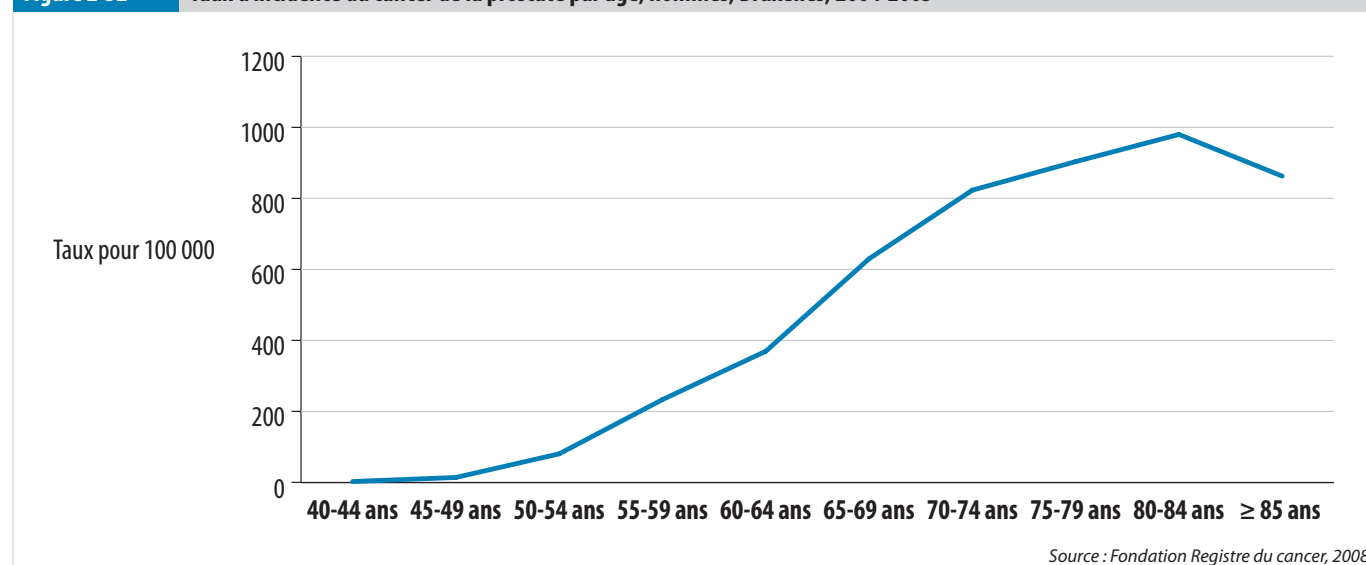
Morbidité

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).

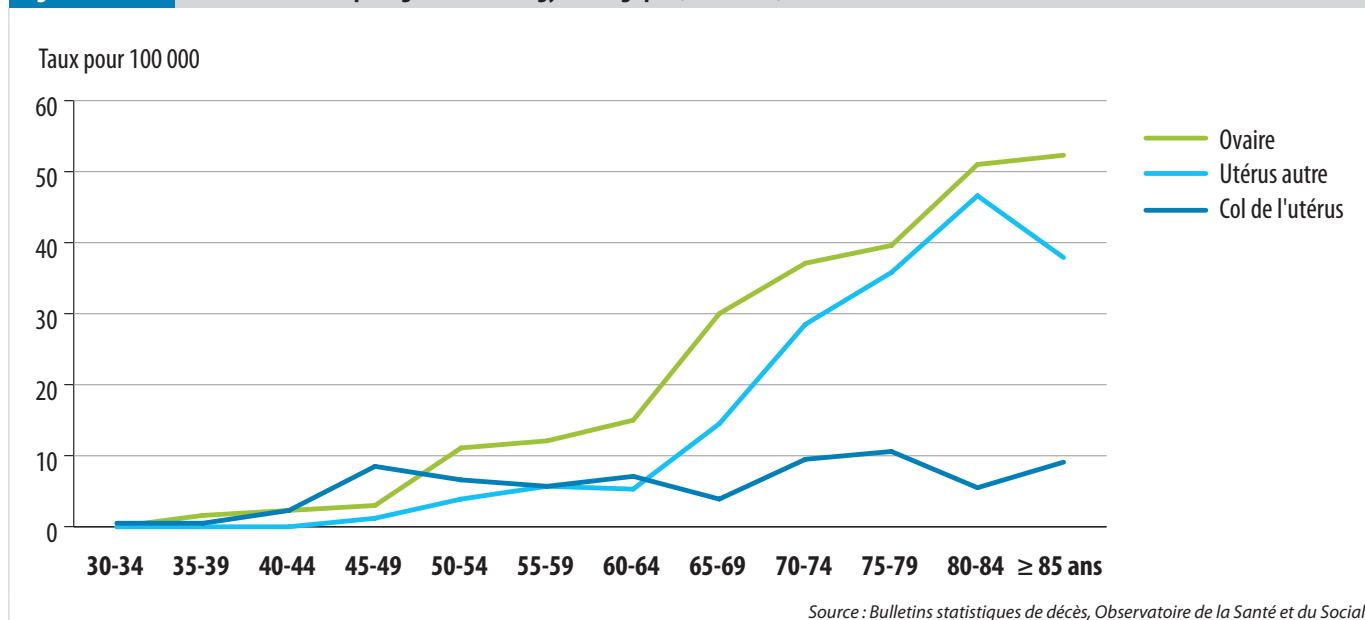
Le cancer du corps de l'utérus

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

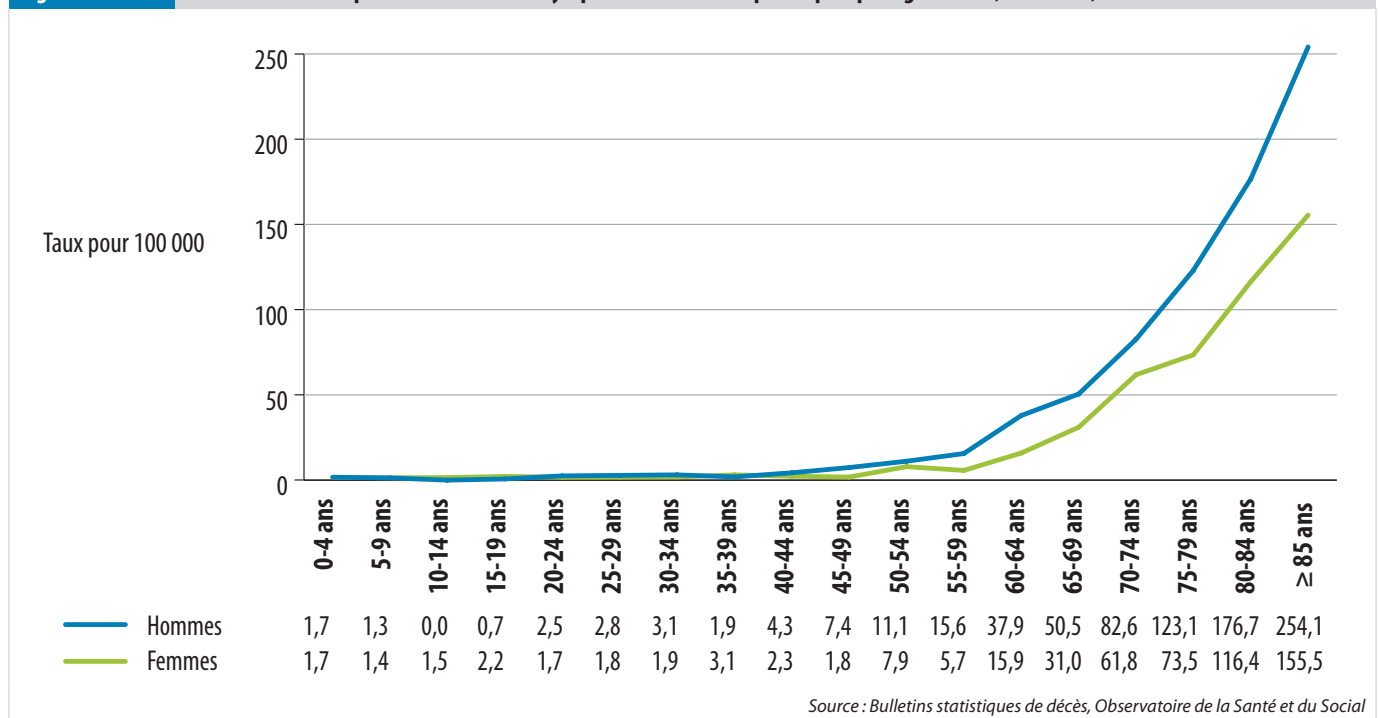
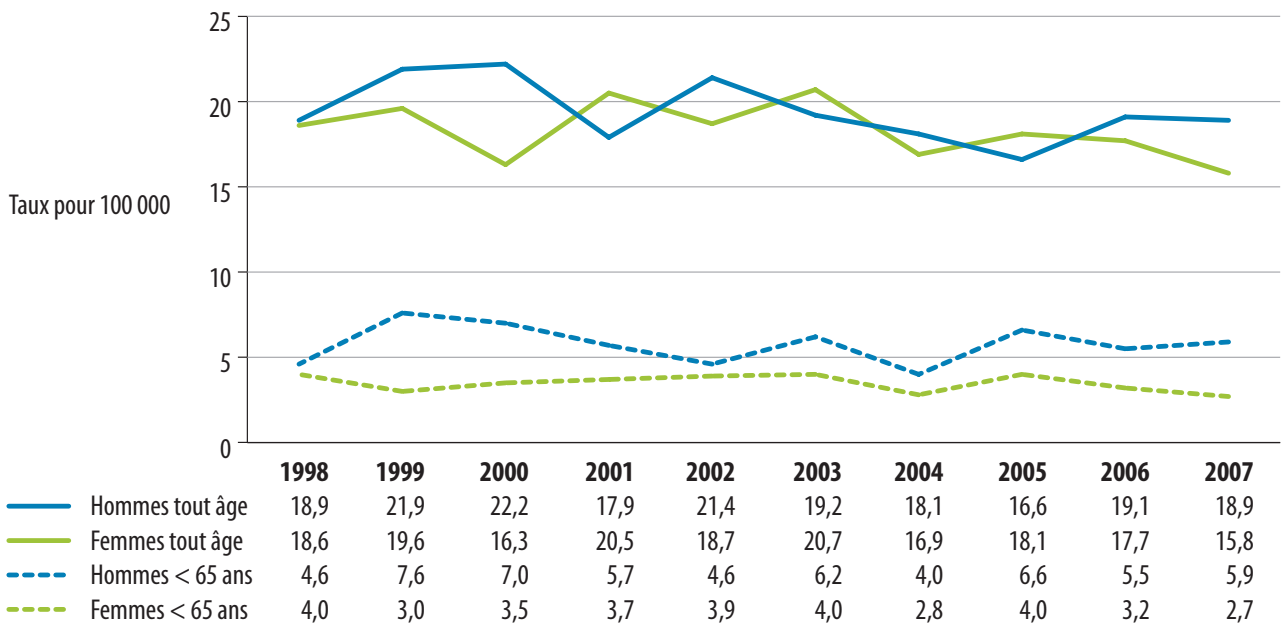


Figure 2-35 Évolution des taux de mortalité par cancers des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques, Bruxelles, 1998-2007

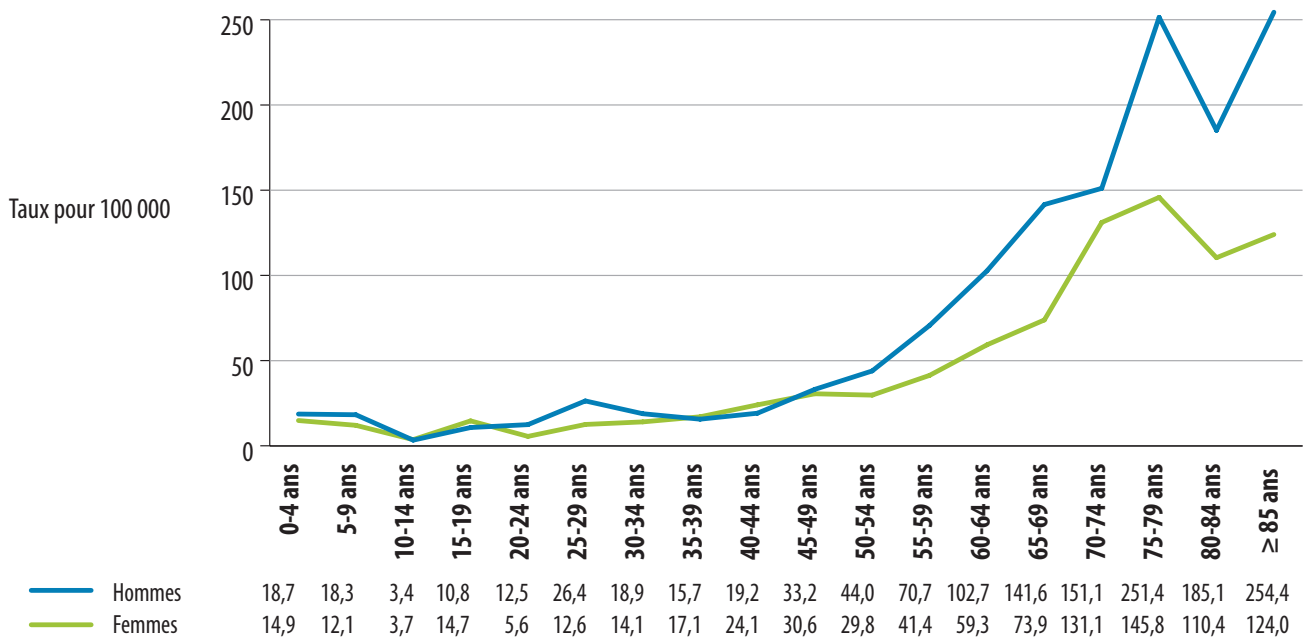


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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

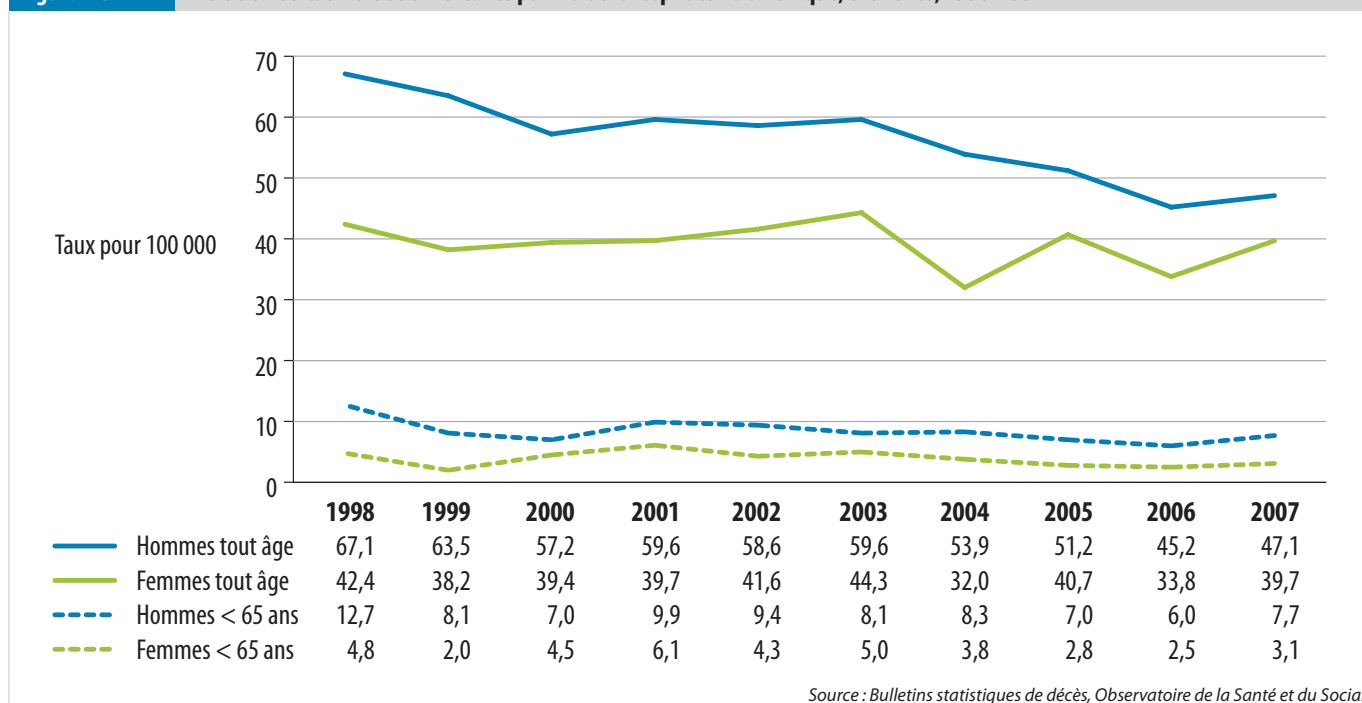
Les maladies qui affectent l'appareil respiratoire d'une façon chronique sont d'une part l'asthme, d'autre part un groupe de maladies formant ce que l'on appelle les «bronchopneumopathies chroniques obstructives» (BPCO): bronchite chronique, emphysème pulmonaire, bronchectasies et autres. Le lien entre 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

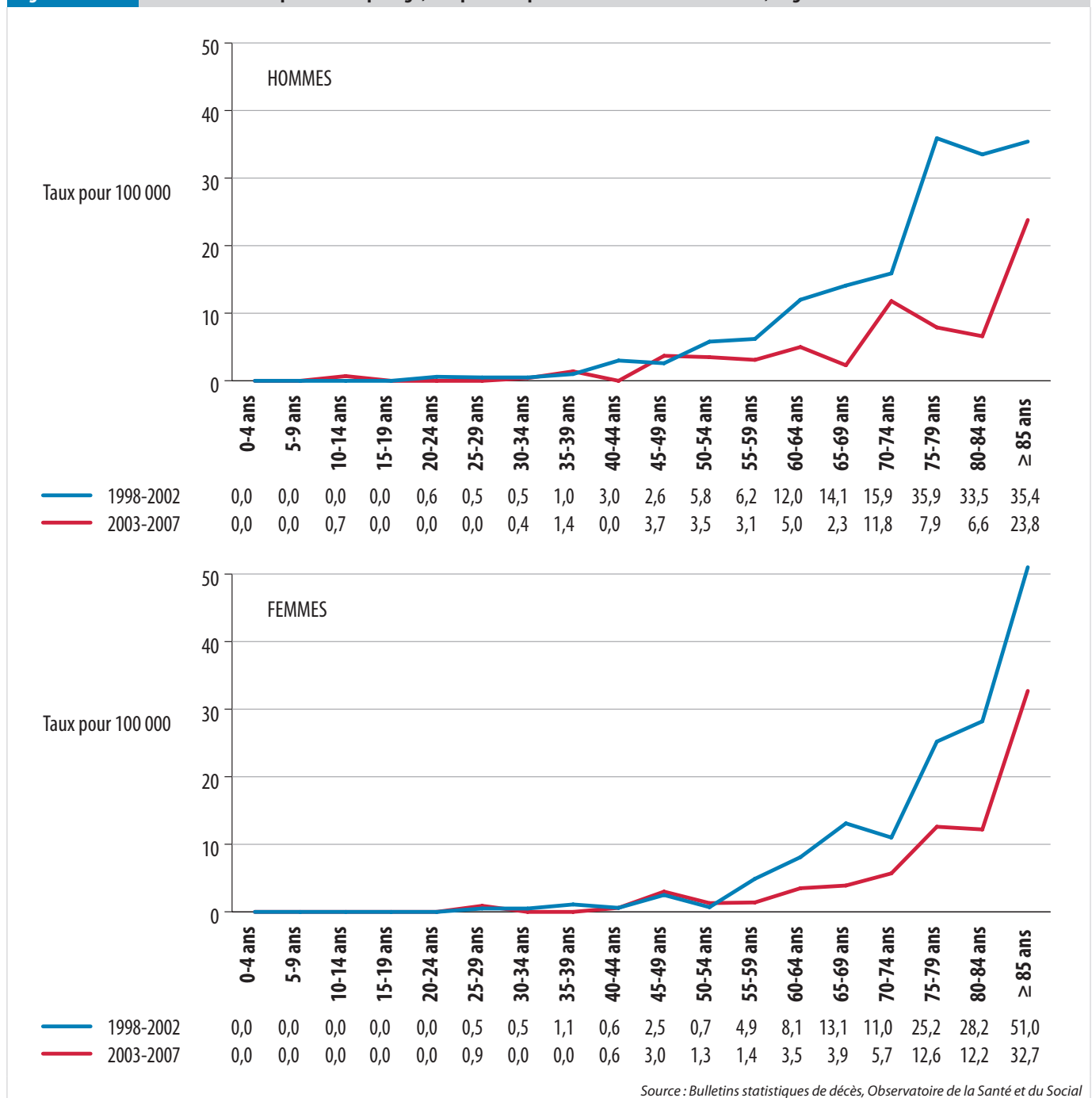


La mortalité par maladie respiratoire chronique est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Après standardisation pour l'âge, pour la période 2003-2007, le taux de mortalité prématurée est 2,3 fois plus élevé chez les hommes. Ce sex-ratio est stable dans le temps.

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.

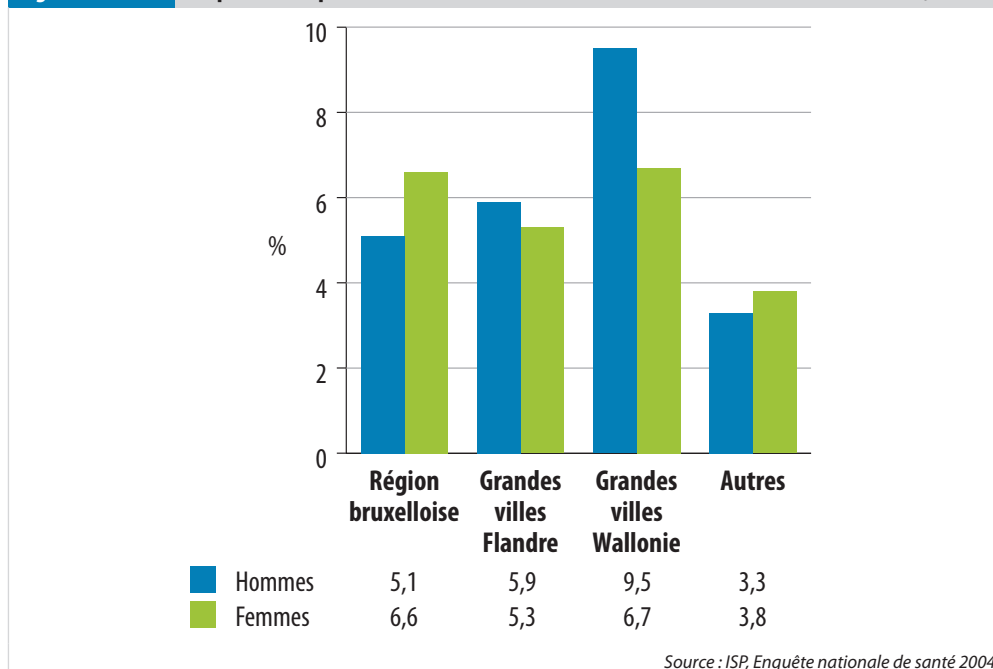
Cette proportion a diminué significativement entre 2001 et 2004 pour les hommes.

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.

Figure 2-39 Proportion de personnes déclarant souffrir d'asthme au cours de l'année écoulée, 2004



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 myocardopathie 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 myocardite 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).

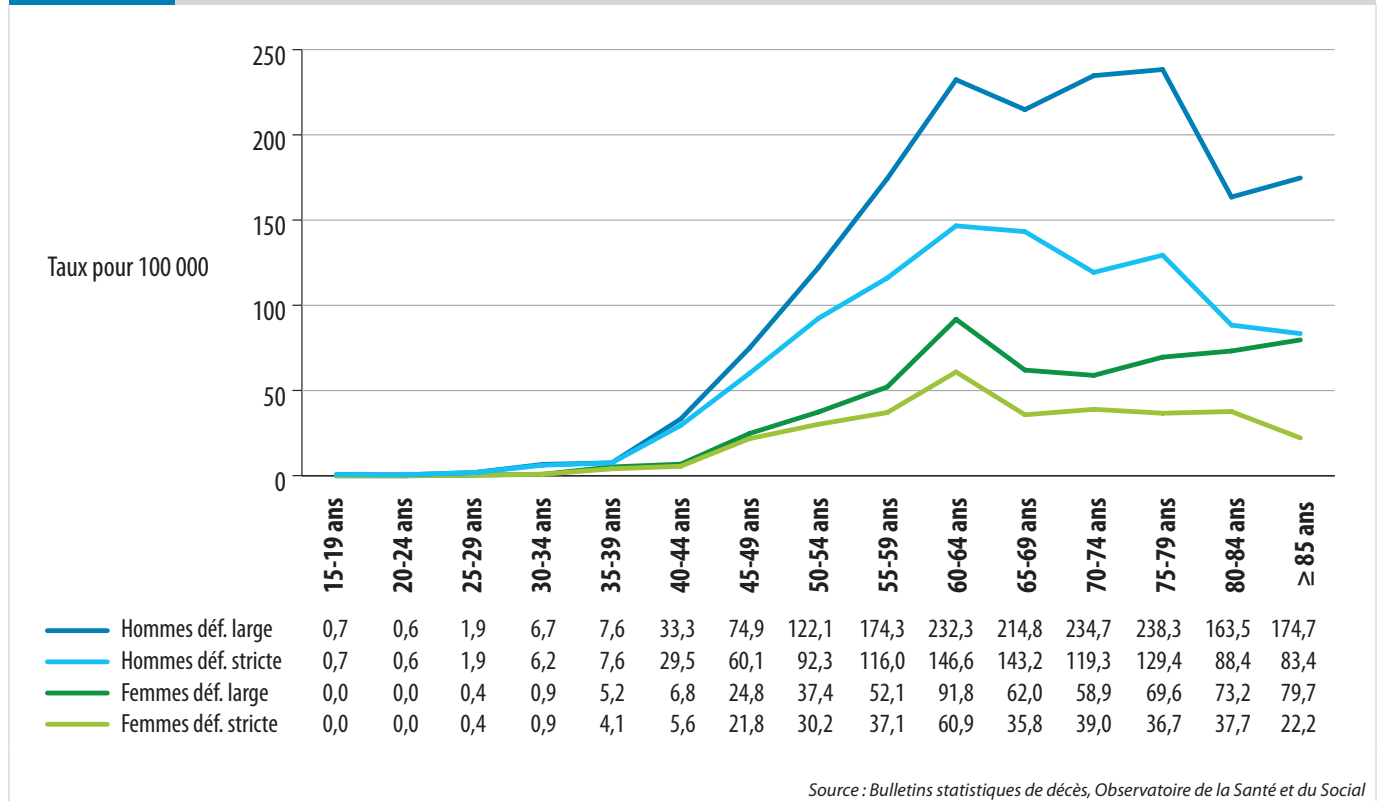
L'alcool joue un rôle majeur aussi si on regarde le nombre d'années potentielles de vie perdues. Dans sa définition la plus large, l'alcool a causé en 2003-2007 la perte de 18 278 années de vie pour les hommes ce qui représente 12,6 % des années potentielles de vie perdue avant 75 ans et de 6 094 années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

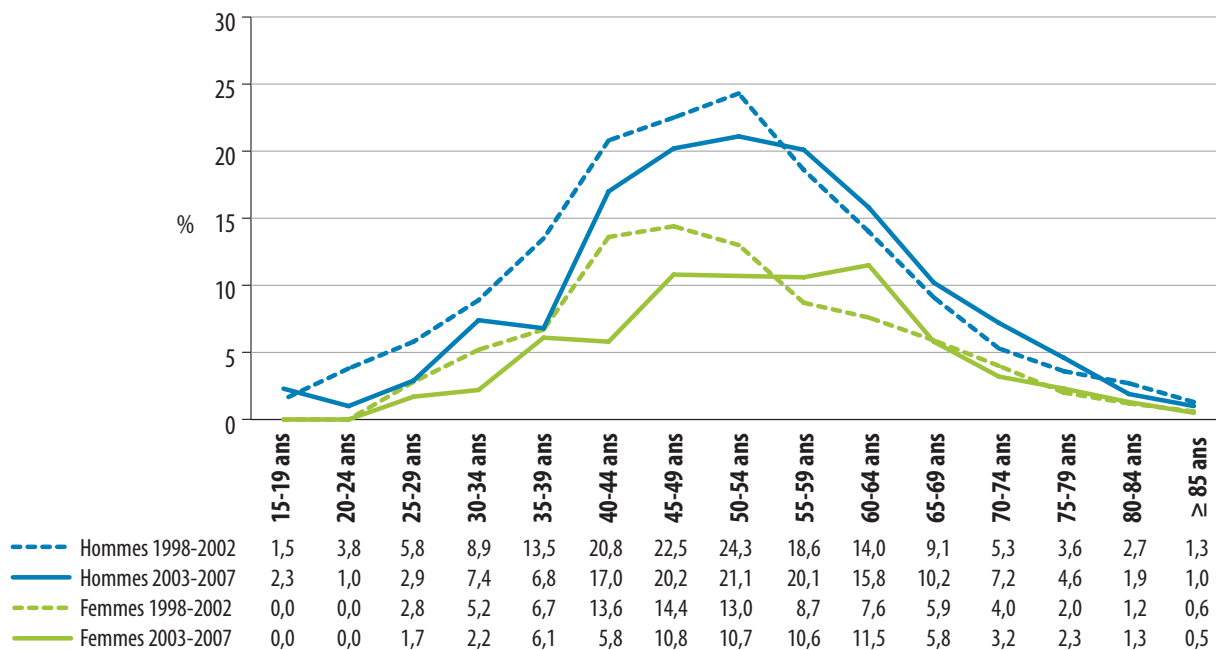


Le poids de la mortalité liée à l'alcool varie en fonction de l'âge.

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.

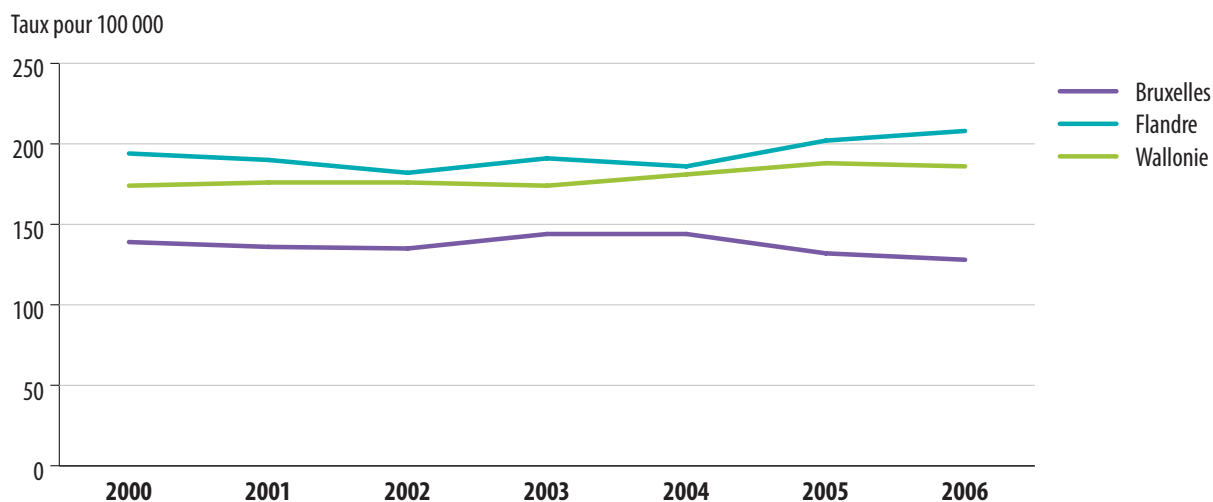
Le profil de consommation d'alcool des Bruxellois est présenté dans le chapitre «Styles de vie» de la partie III.

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

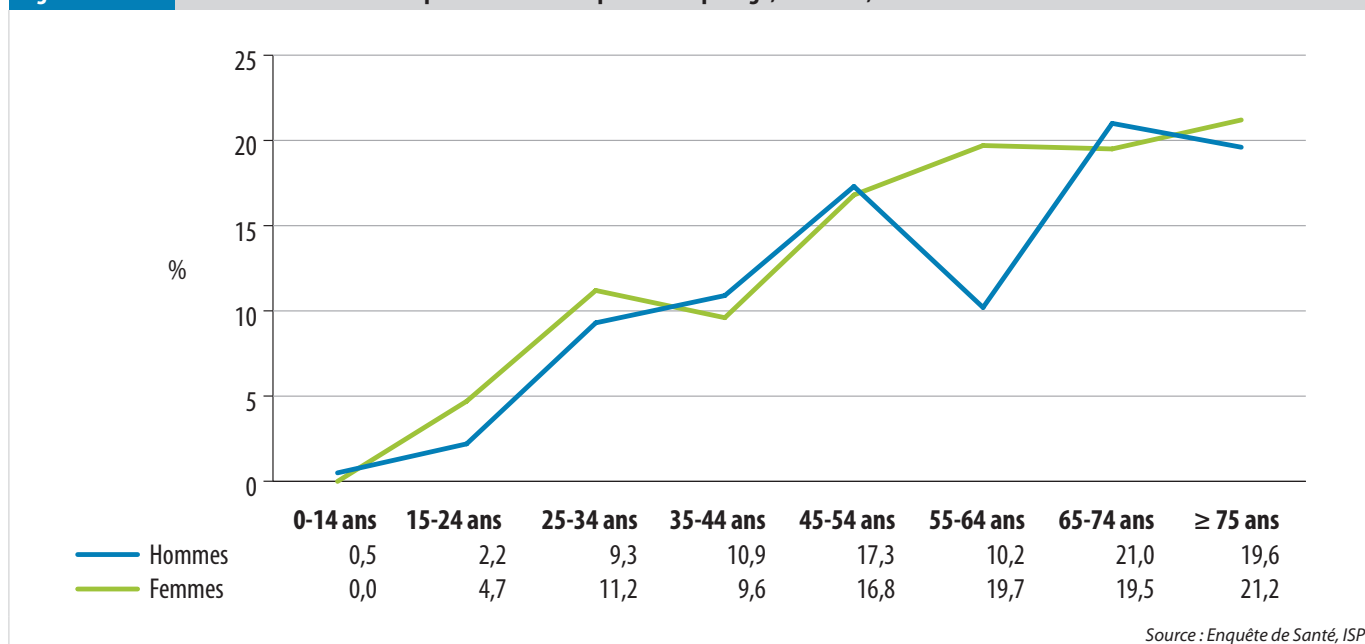
3.6 LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

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 % des invalidités chez les hommes et 17,1 % chez les femmes sont dues 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.

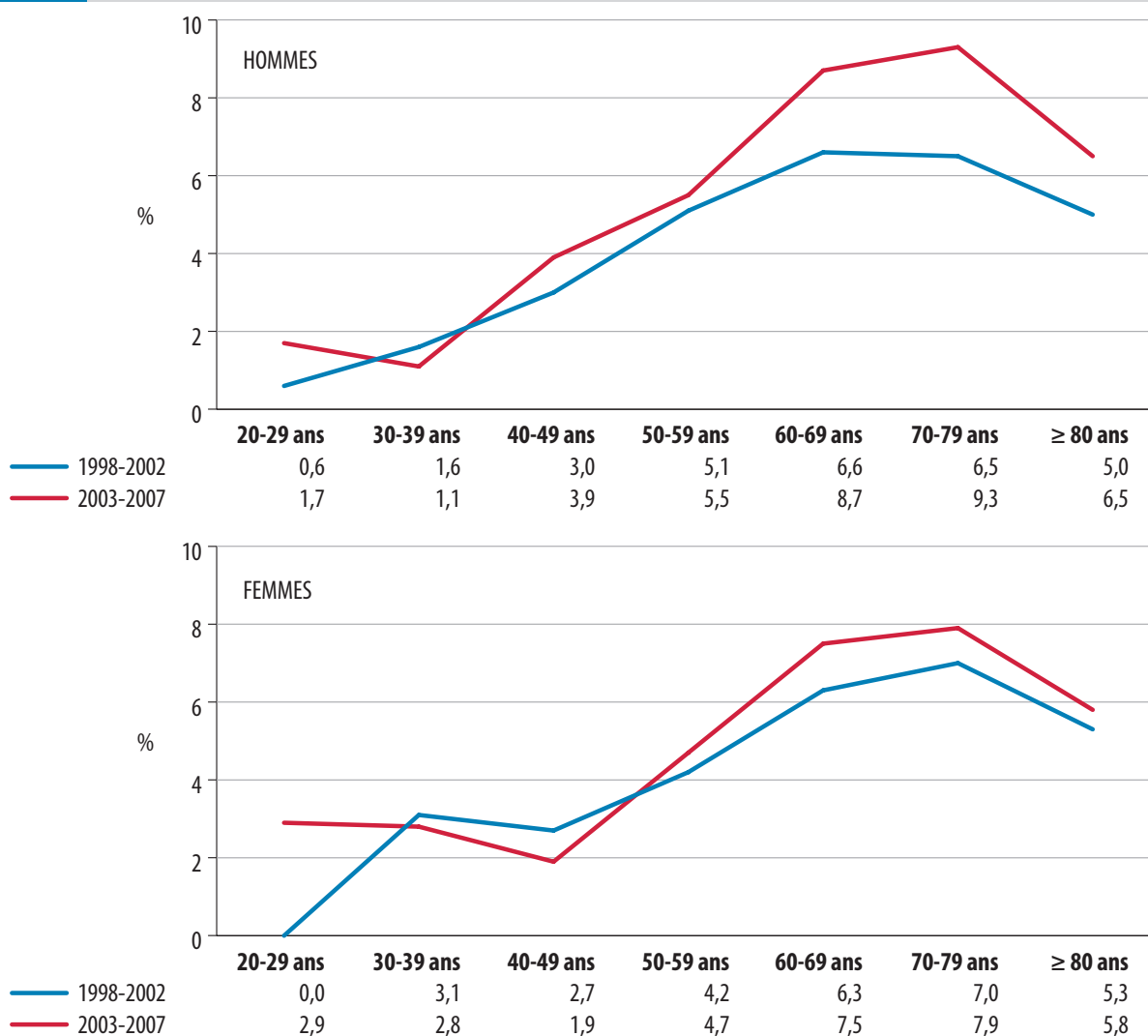
Mortalité

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



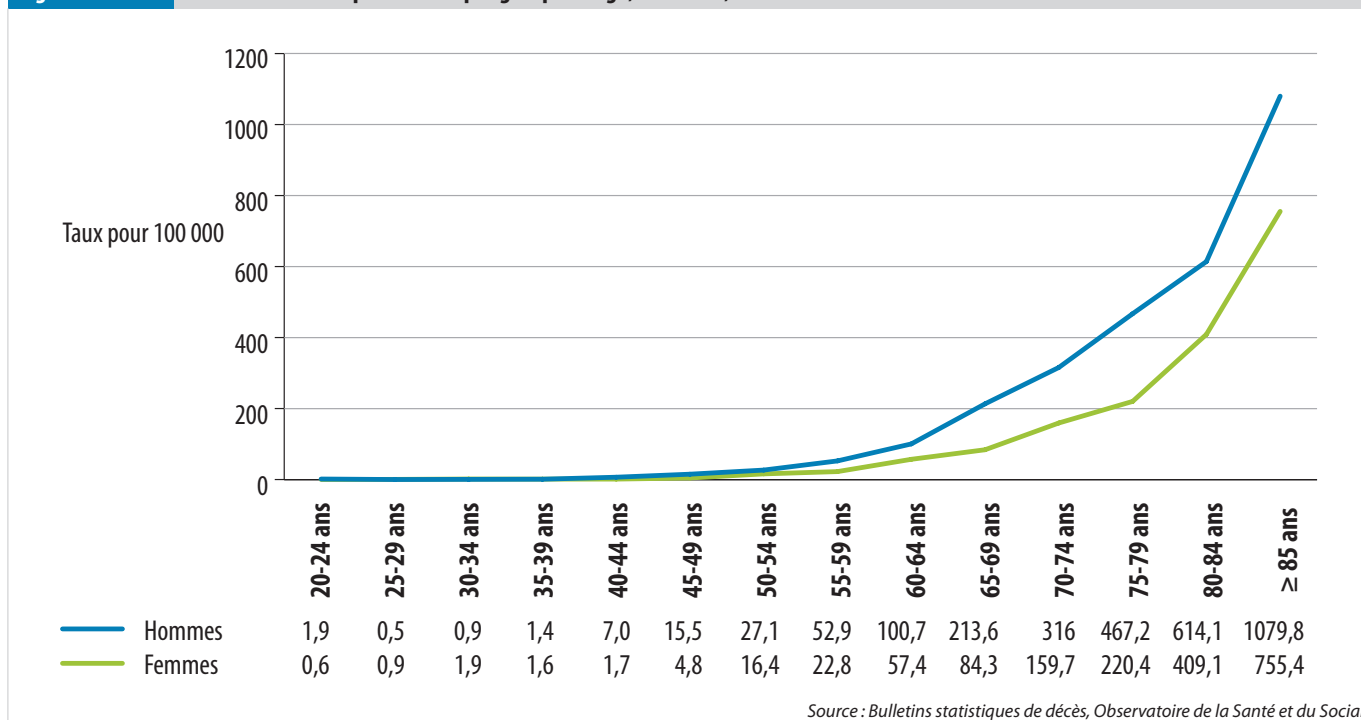
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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.

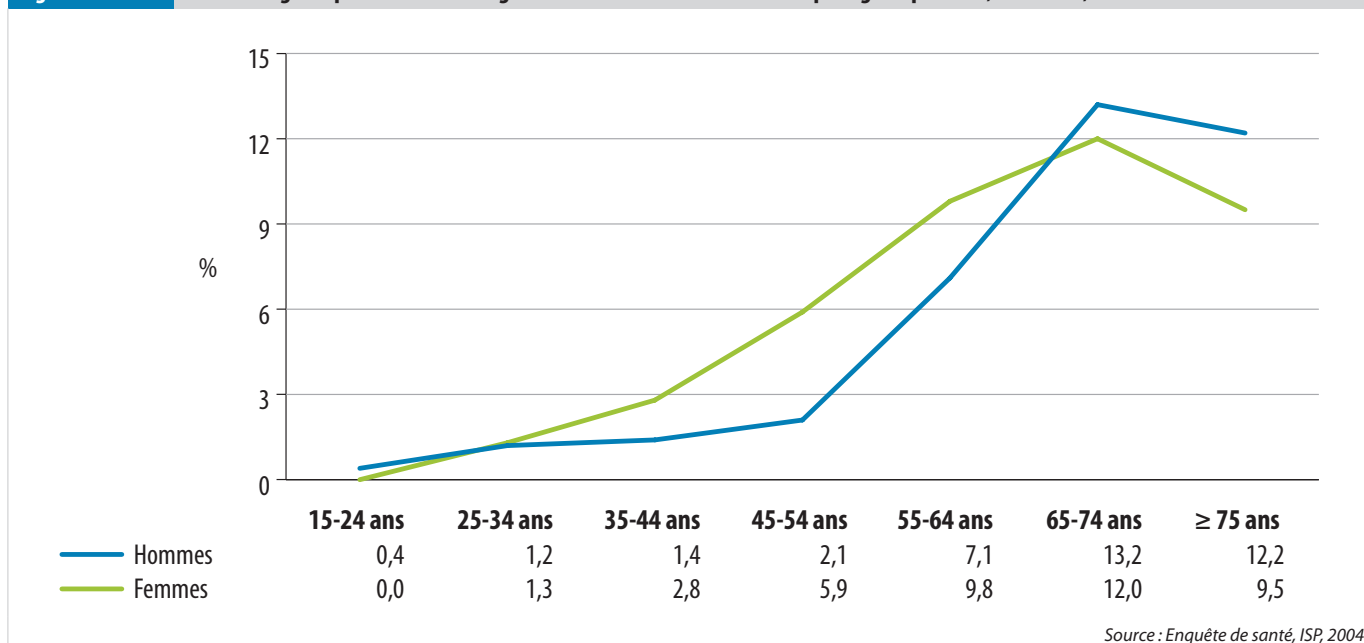
On n'observe pas d'augmentation significative de la prévalence du diabète déclaré chez les hommes entre 1997 et 2004 (population contrôlée pour l'âge). Par contre chez les femmes la prévalence du diabète a augmenté, passant de 2,9 % en 1997 à 4,1 % en 2004.

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.

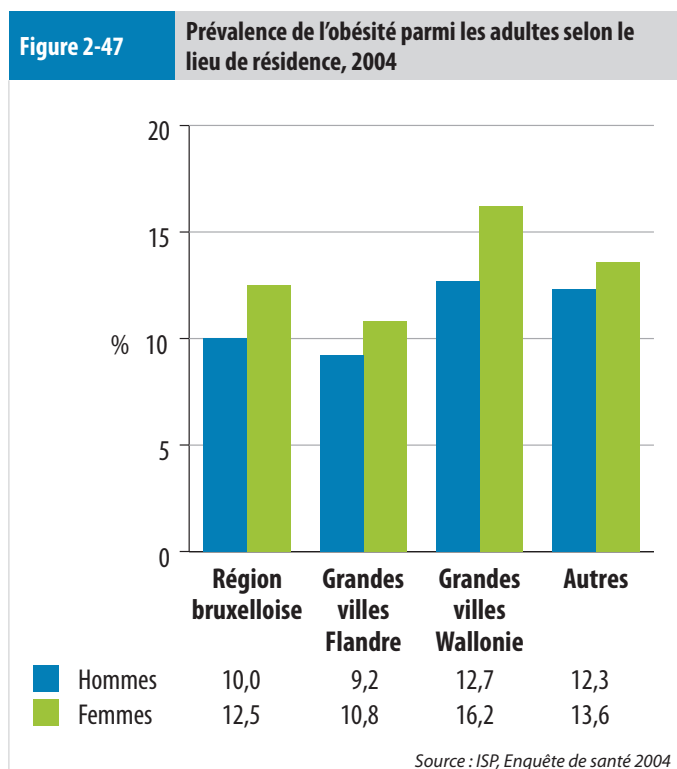
En 2004, 39 % des Bruxellois de plus de 18 ans (44 % des hommes et 35 % des femmes) se déclarent en excès de poids (BMI>25). Environ un quart de ces personnes en excès de poids est obèse : 10,0 % des hommes et 12,6 % des femmes (BMI>30).

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

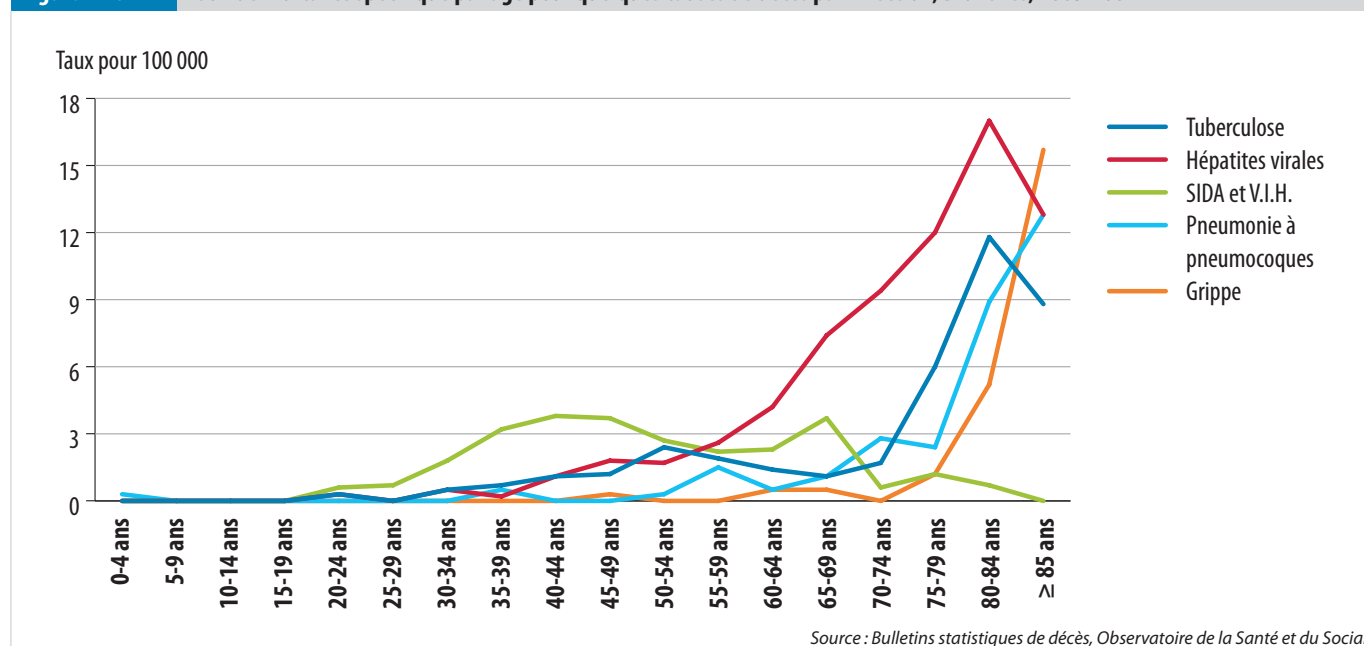
	1998-2002		2003-2007	
	N décès	%	N décès	%
Pneumopathies (sauf pneumocoques)	2 216	59,9 %	2 142	53,3 %
Septicémies	749	20,2 %	928	23,1 %
Infections intestinales	44	1,2 %	221	5,5 %
Hépatites	128	3,5 %	122	3,0 %
Infection à VIH	118	3,2 %	82	2,0 %
Tuberculose	61	1,6 %	69	1,7 %
Pneumonie à pneumocoques	38	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).

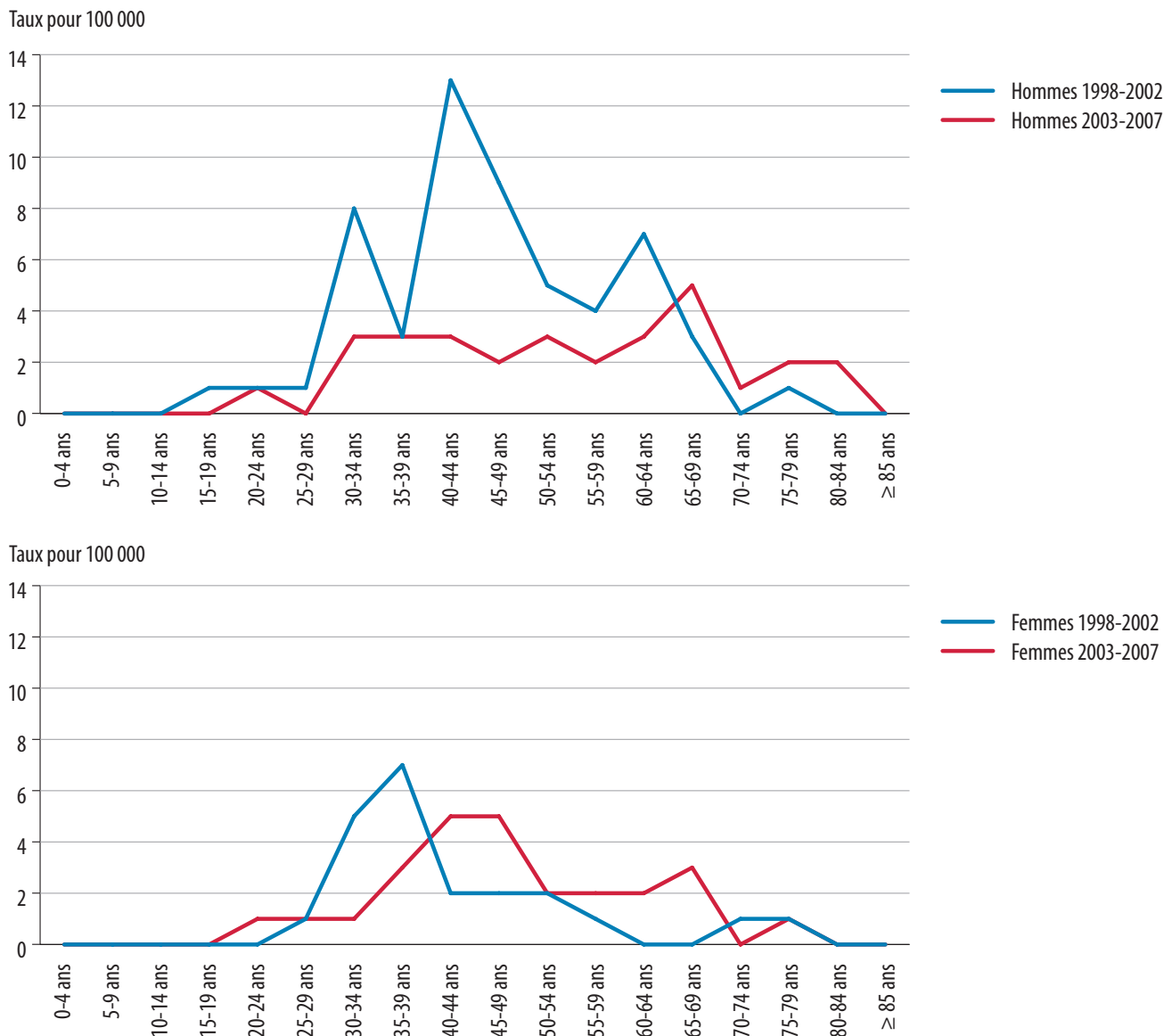
Cette diminution de la mortalité est très marquée chez les hommes de 25 à 49 ans.

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].

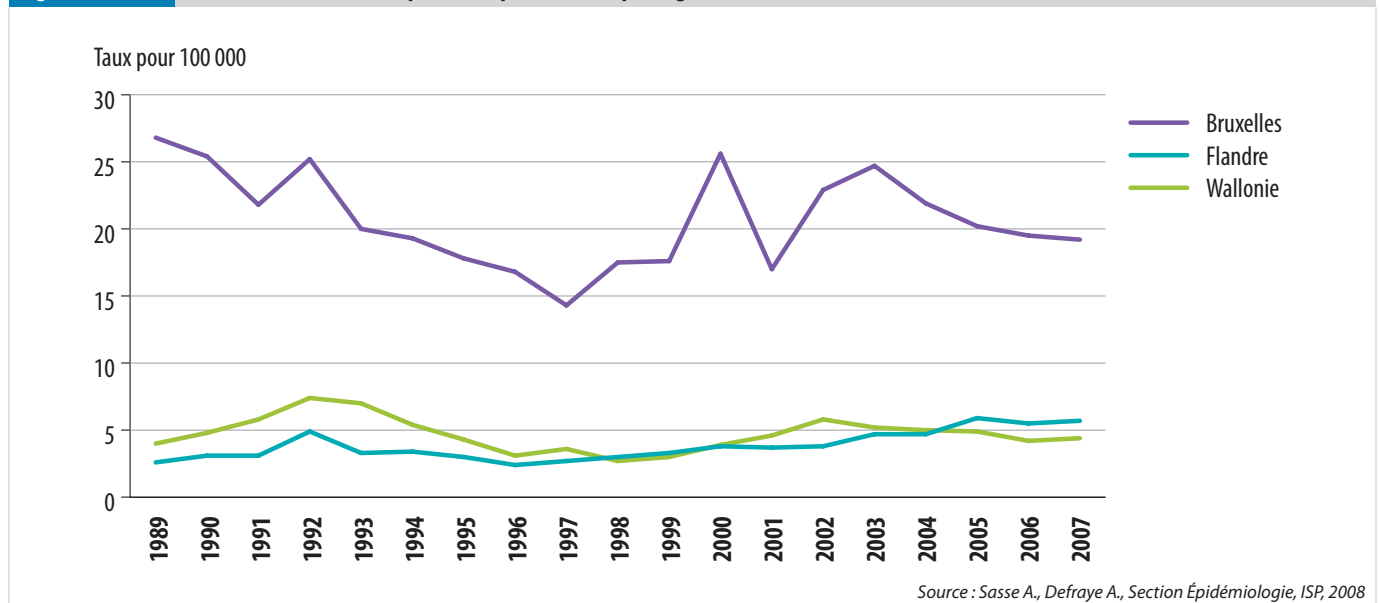
En 2007, 198 nouveaux cas de séropositivité ont été rapportés en Région bruxelloise.

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

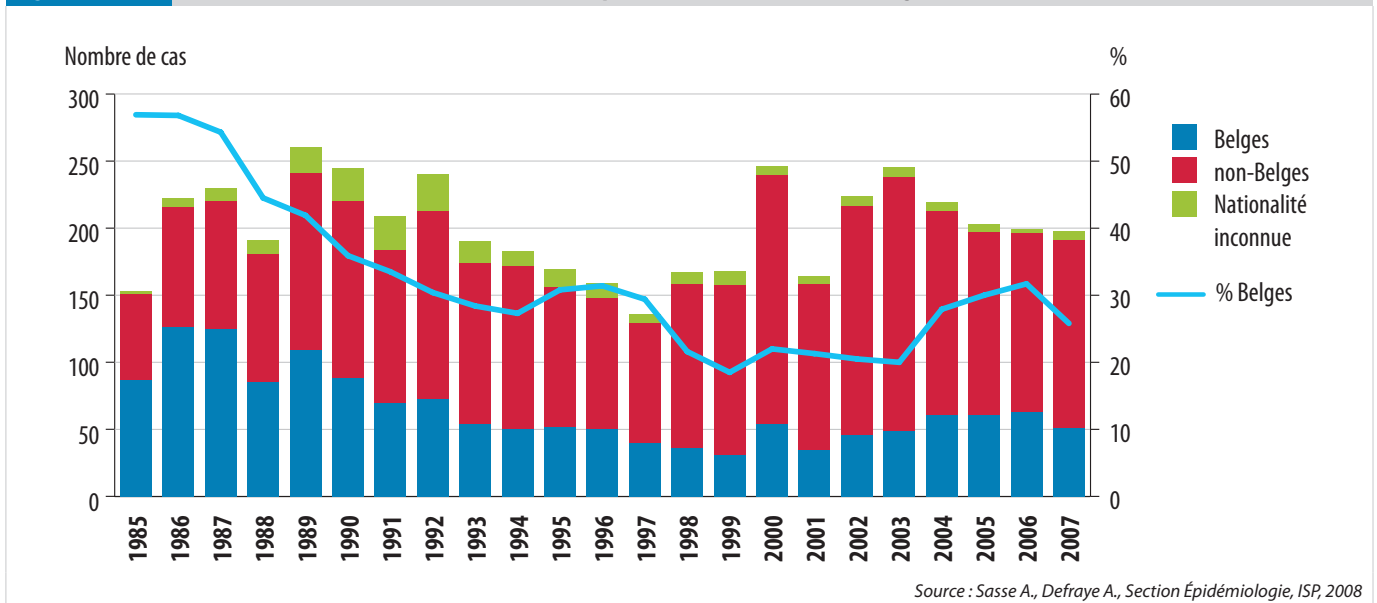


²⁷ La résidence n'est pas connue pour 40 % d'entre eux pour la période 1998-2002 et pour 33 % pour la période 2003-2007. Ces cas seront donc exclus des analyses faites dans ce dossier.

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

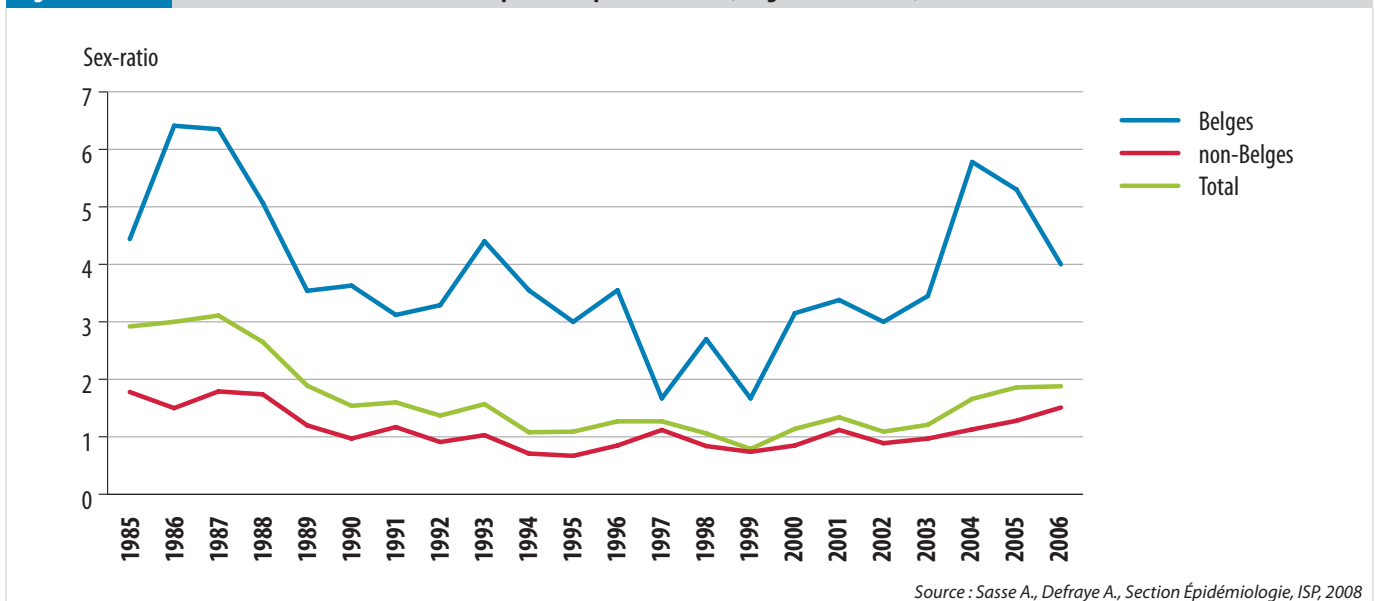


Si le taux d'incidence ^[28] a tendance à décroître depuis 1989 pour les bruxellois belges (décroissance de plus de la moitié), on observe un profil plus variable pour les non-Belges ; en 2007, le taux pour les non-Belges revient à son niveau de 1990 (plus de 7 fois supérieur à celui des Belges) (non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

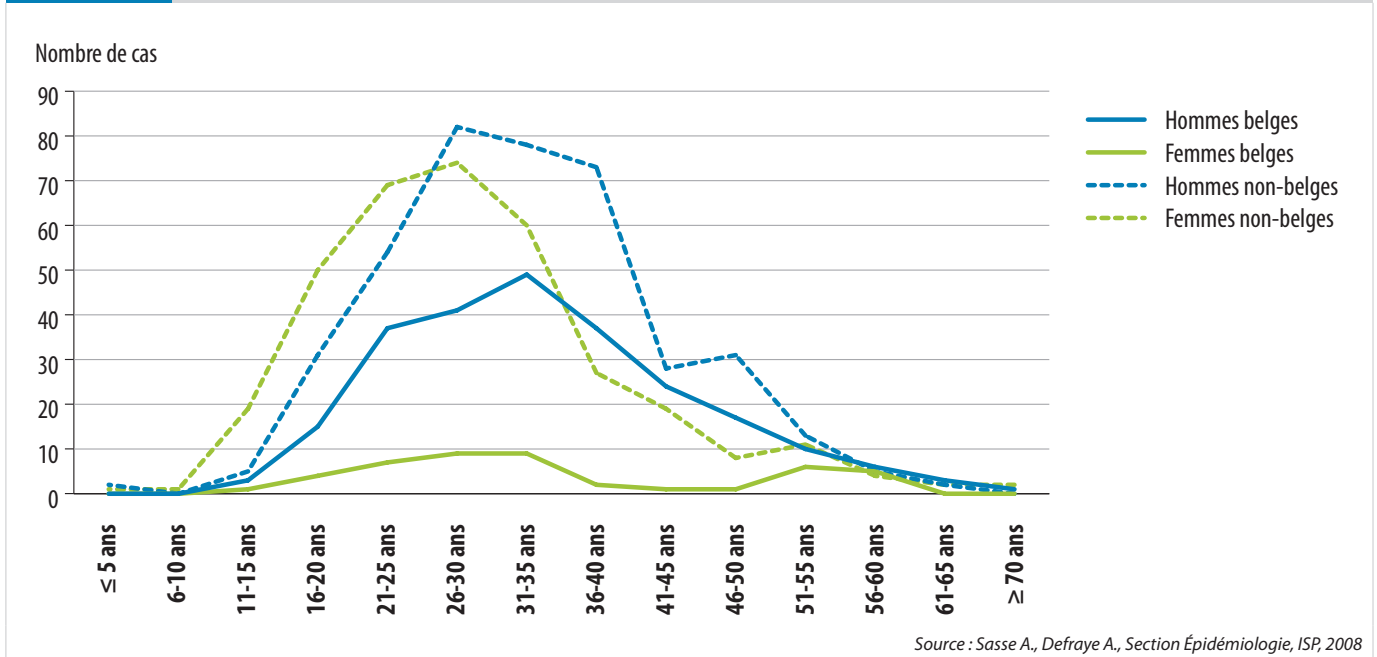


28 Calculé avec la population tout âge comme dénominateur.

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.

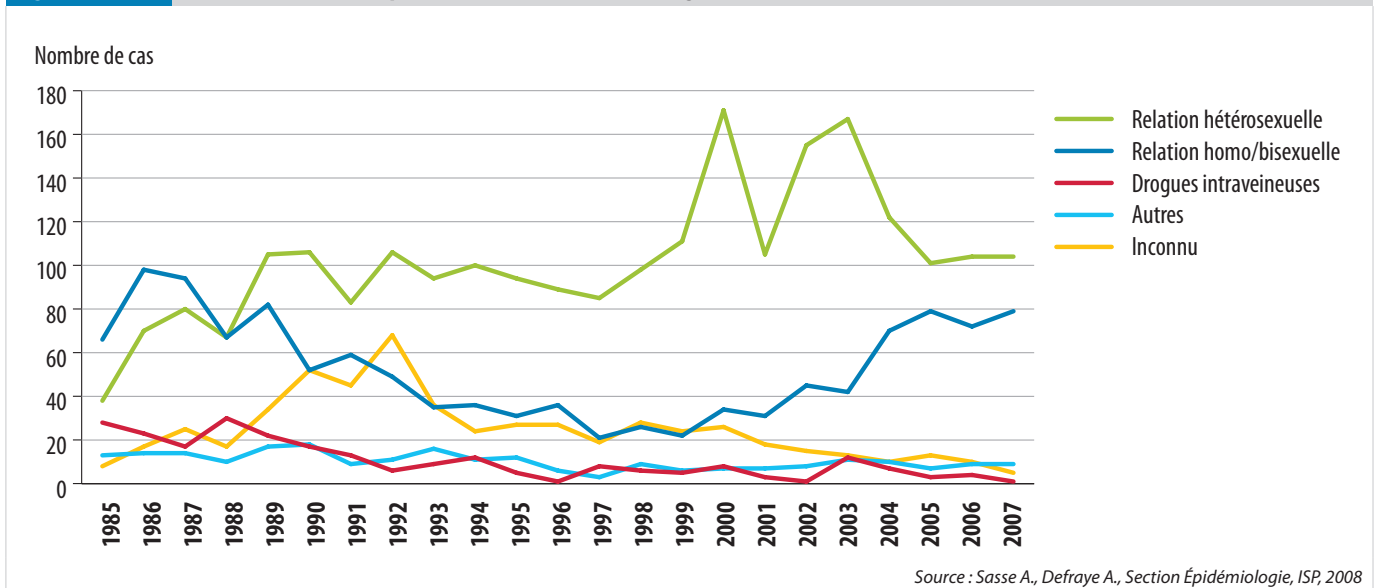
Figure 2-53 Nouveaux cas de séropositivité par âge, sexe et nationalité, Région bruxelloise, 2003-2007



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.

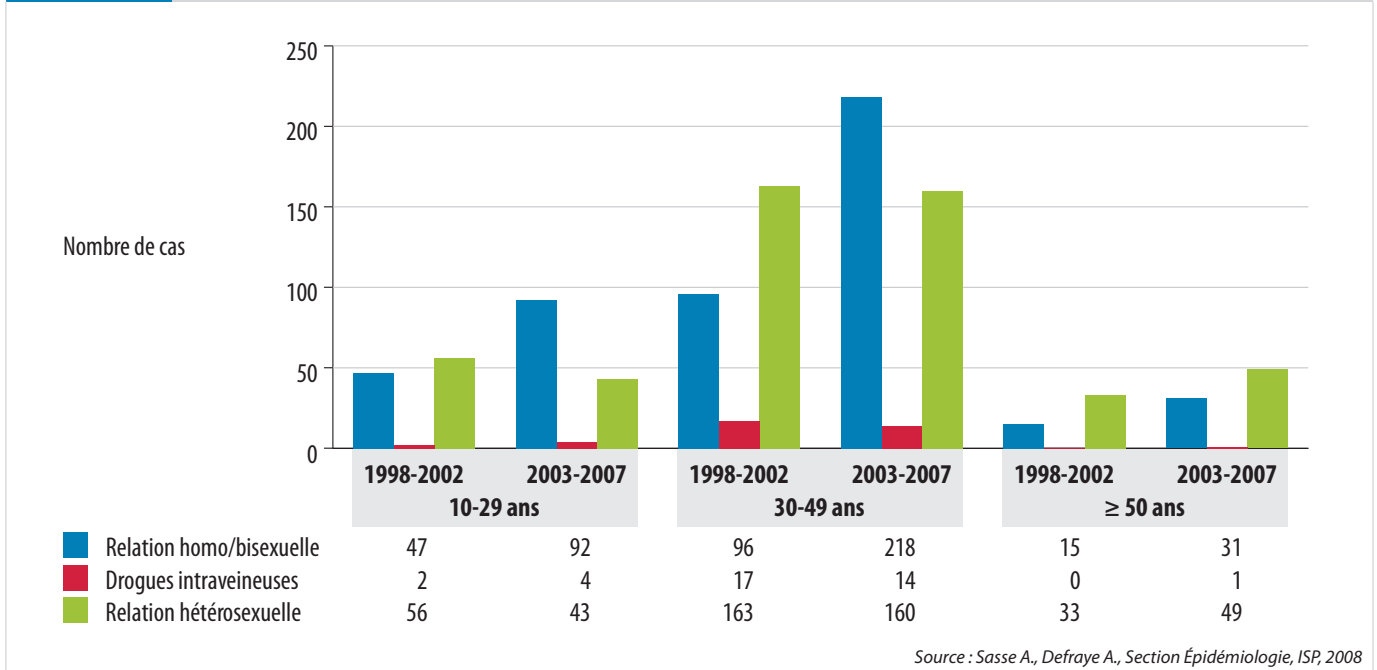
Figure 2-54 Mode de transmission probable de l'infection à VIH, Région bruxelloise, 1985-2007



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.

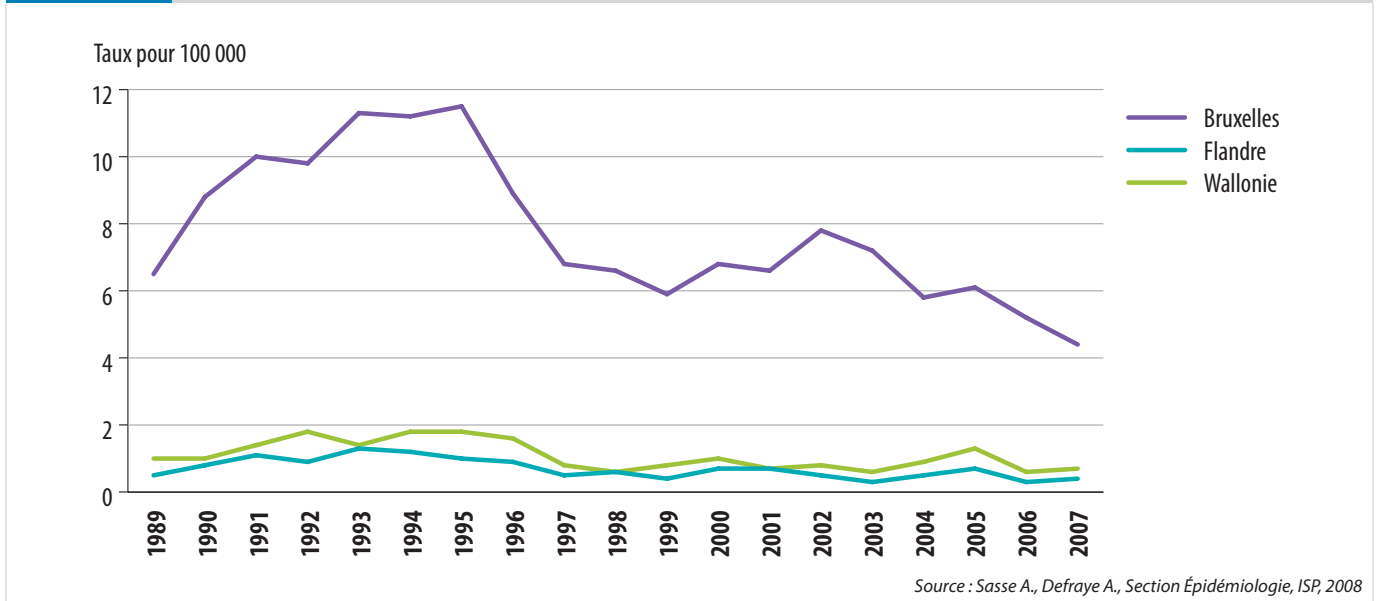
4.3.3 Morbidité (SIDA)

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.

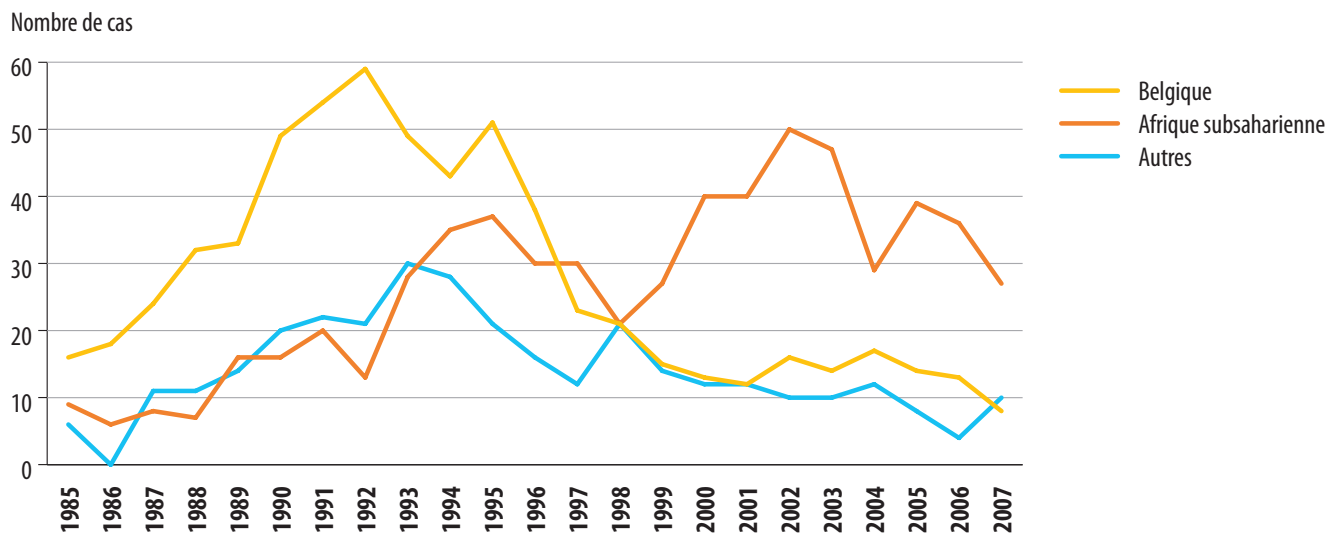
29 La définition de la maladie SIDA a plusieurs fois été révisée depuis 1982, incluant notamment des pathologies indicatives de SIDA chez des patients à sérologie VIH inconnue ou négative.

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

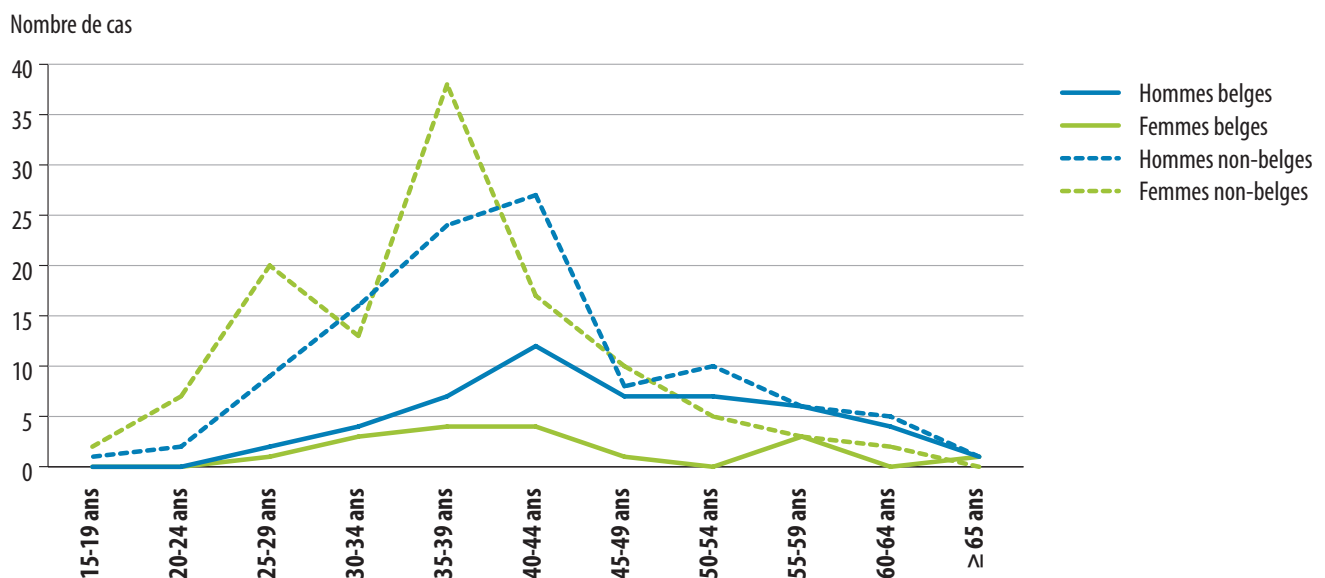


Source : Sasse A., Defraye A., Section Épidémiologie, ISP, 2008

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



Source : Sasse A., Defraye A., Section Épidémiologie, ISP, 2008

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.

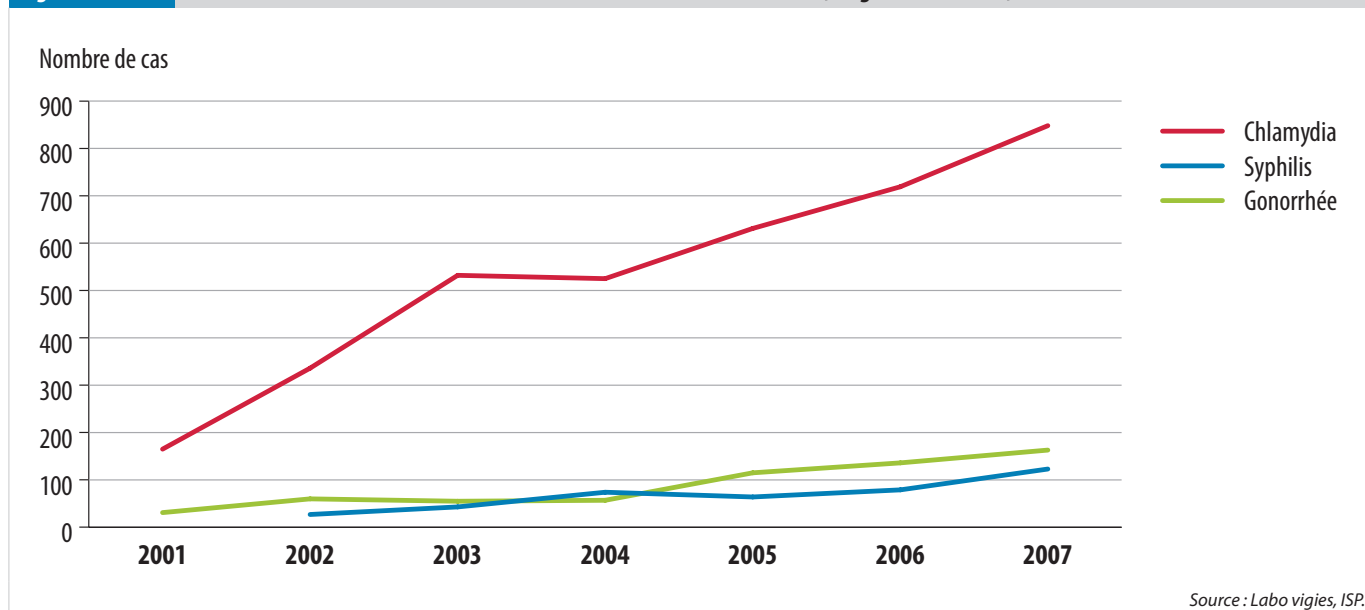
Les sources d'information concernant les IST sont le réseau sentinelle de cliniciens, le réseau de laboratoires de microbiologie^[33], le système de notification obligatoire des maladies^[34] et, depuis 2007, les centres de référence SIDA. Nous utiliserons ci-dessous pour Bruxelles d'une part les données 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.

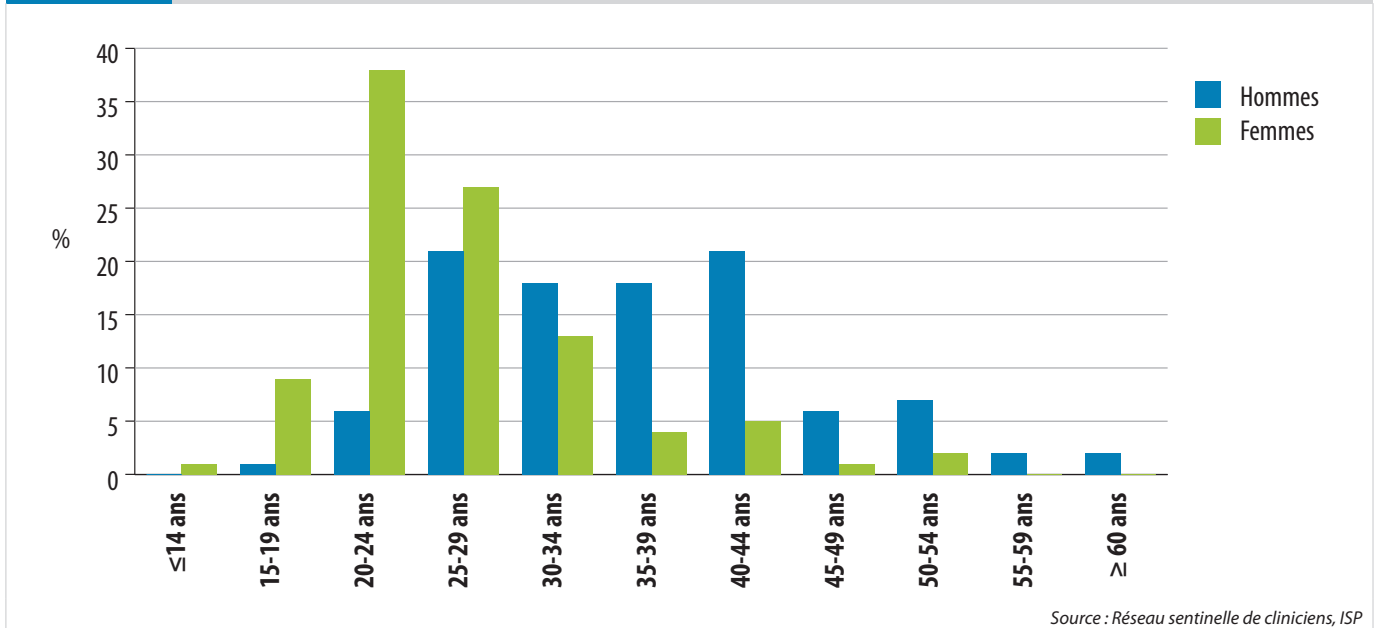
34 Les notifications obligatoires sont faites aux médecins inspecteurs de santé des Communautés. Gonorrhée, syphilis, hépatite B sont à déclaration obligatoire dans les deux communautés et à la Commission communautaire commune mais seule la Communauté française impose le signalement des infections à 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.

Figure 2-60 Répartition des cas d'IST par sexe et par âge en Région bruxelloise, 2005 à 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.

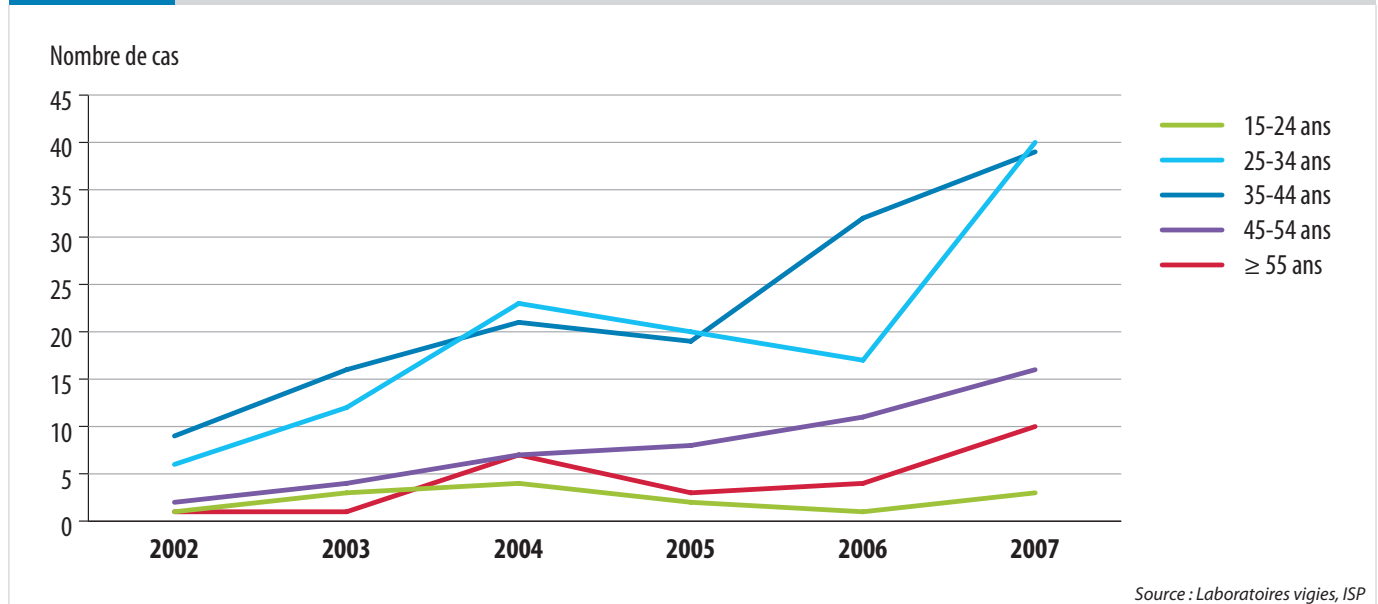
4.4.2 Les types d'infections

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

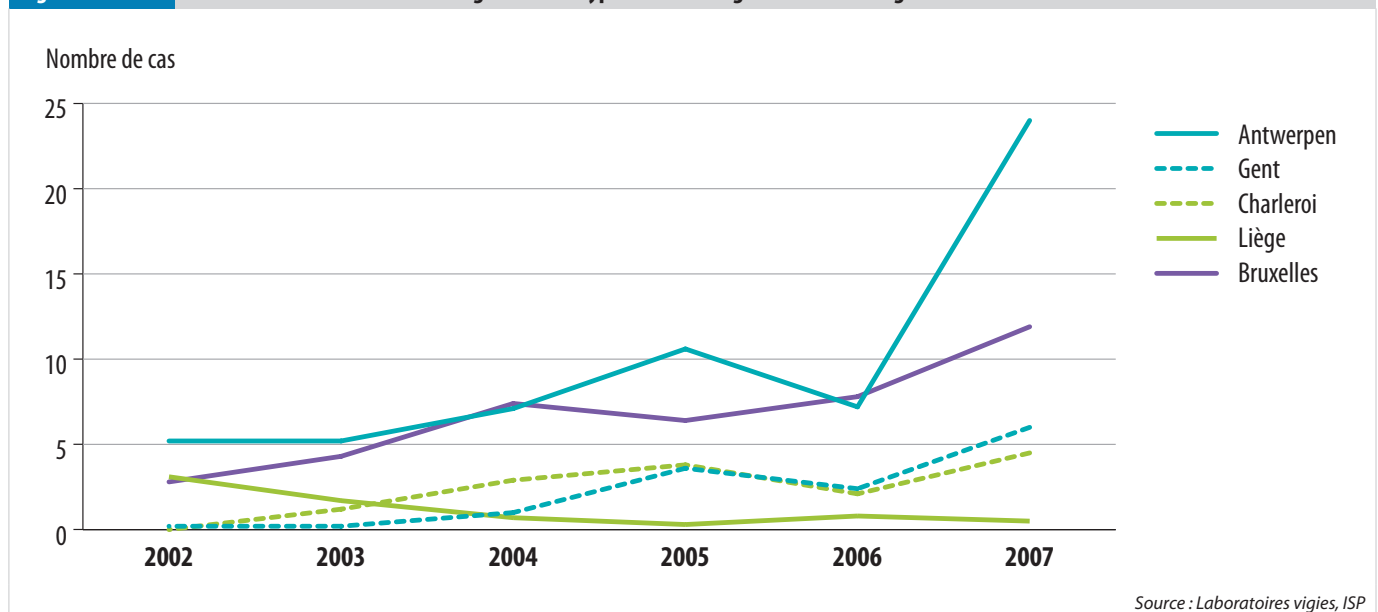
masculins (dont les trois quarts sont homosexuels). Les tranches d'âge les plus touchées sont entre 30 et 44 ans ; ce sont d'ailleurs dans ces tranches d'âge que l'on observe l'augmentation la plus forte entre 2002 et 2007. Les réinfections sont fréquentes chez les homosexuels séropositifs.

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

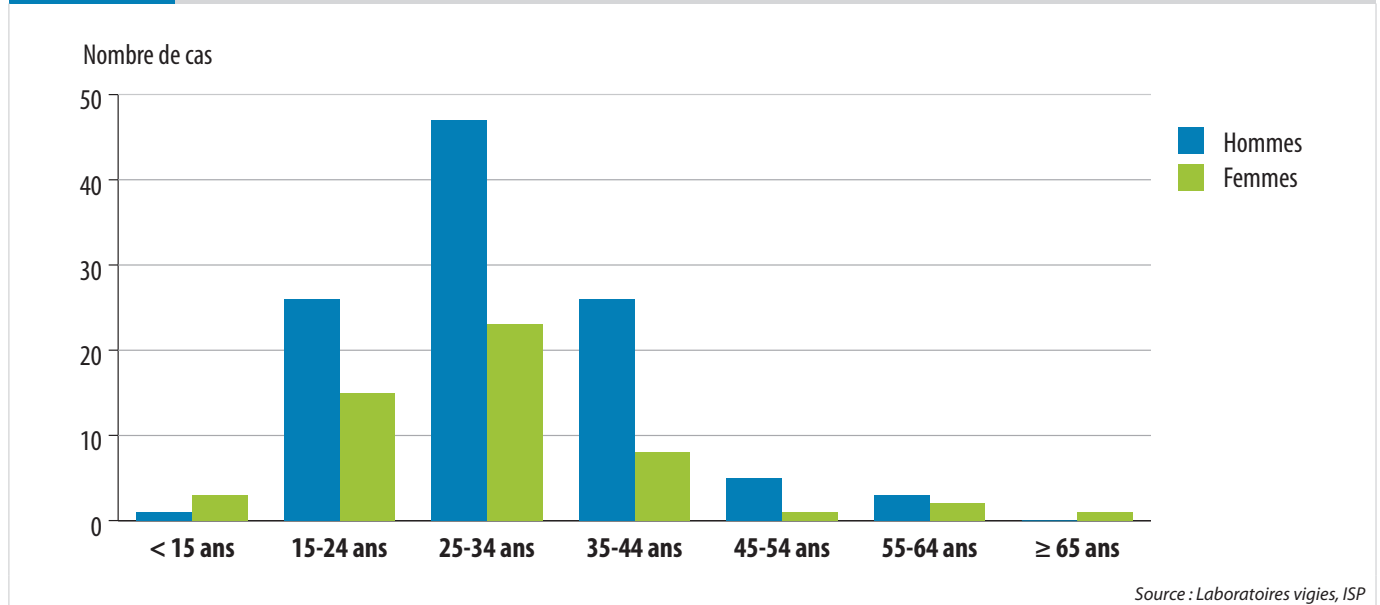


³⁸ En l'absence de données cliniques sur les déclarations transmises par les laboratoires, il est difficile de différencier les anciens des nouveaux cas.

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.

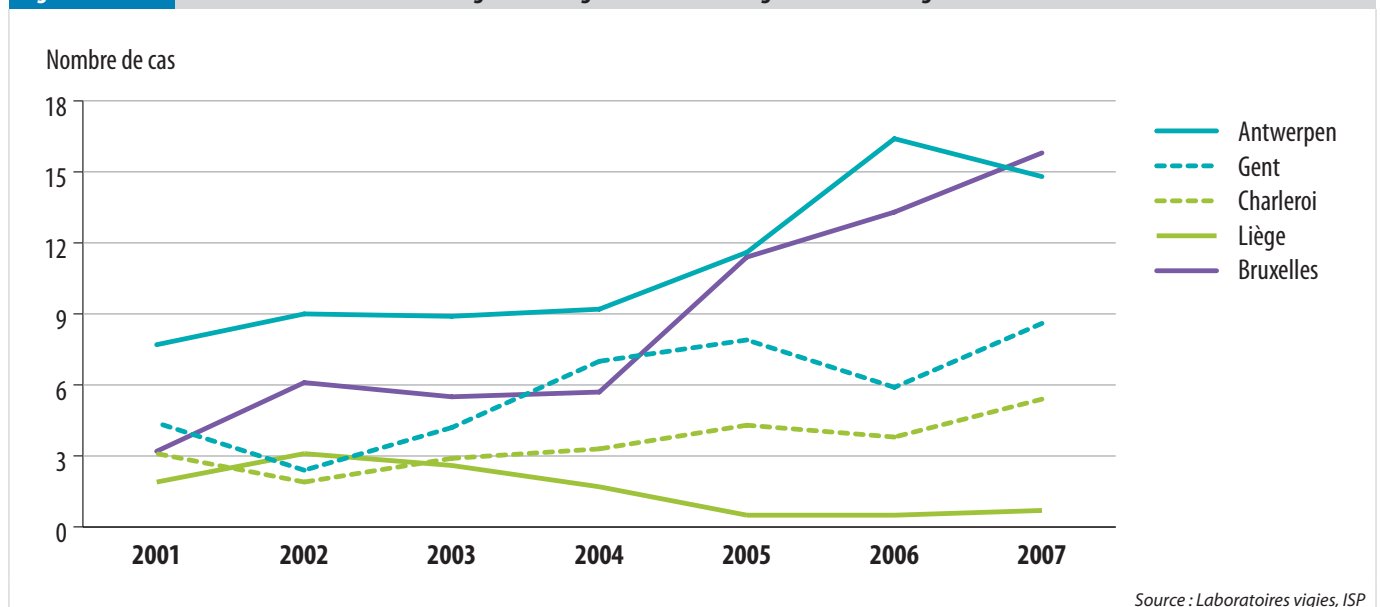
Cette IST touche des personnes plus jeunes que la syphilis : la tranche d'âge la plus touchée dans les deux sexes est celle des 25-34 ans. La proportion de patients de 15 à 24 ans augmente dans les deux sexes entre 2001 et 2007.

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.

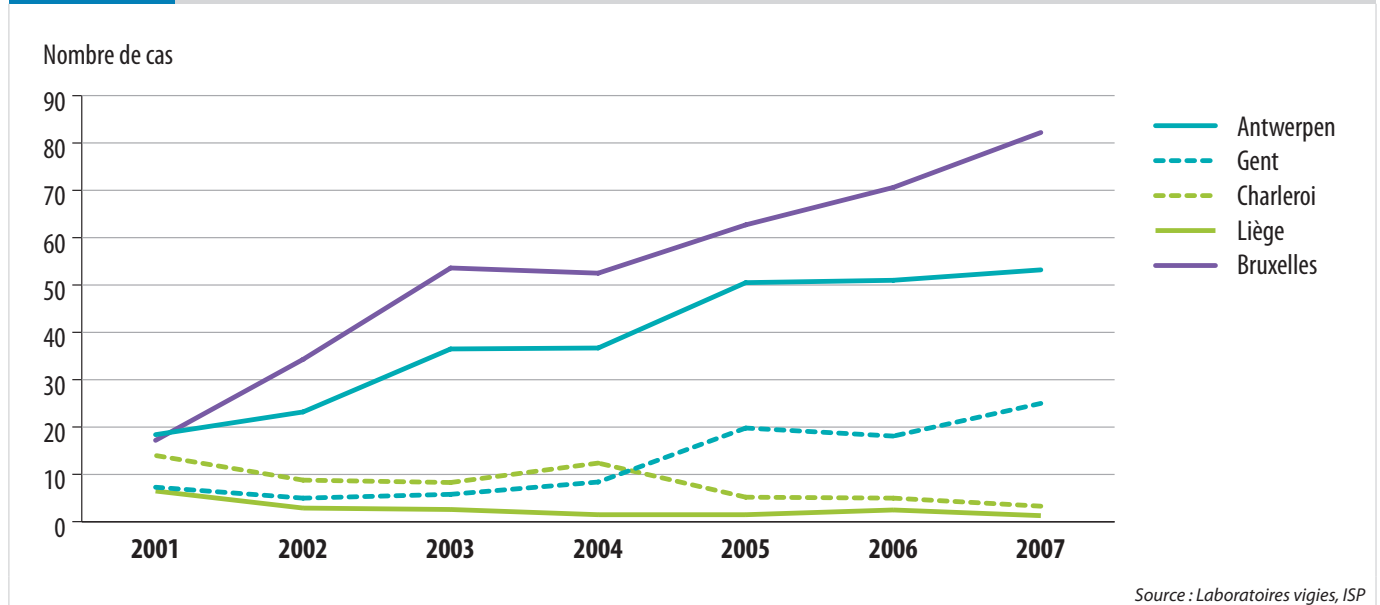
Entre 2001 et 2007, les cas d'infections à **Chlamydia** enregistrés par les laboratoires vigies à Bruxelles ont été multipliés par 5,1 (de 165 à 848 cas)^[40].

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.

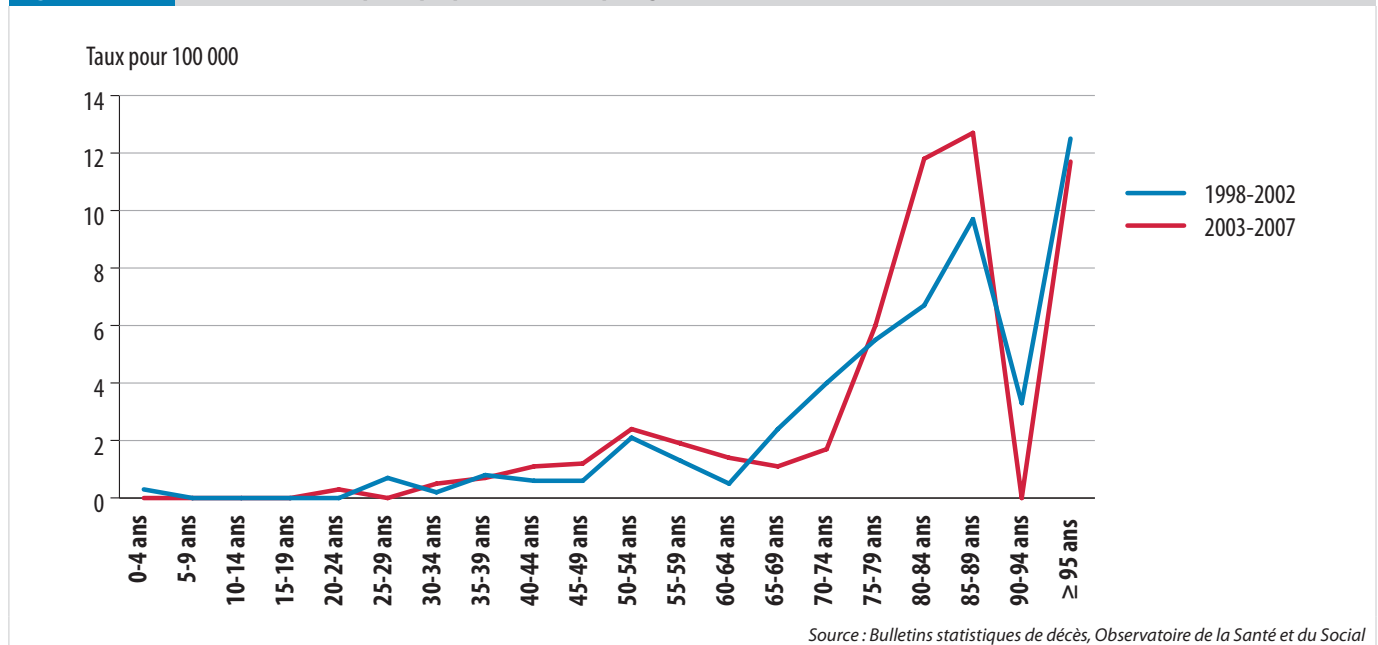
4.5.2 Épidémiologie de la tuberculose

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

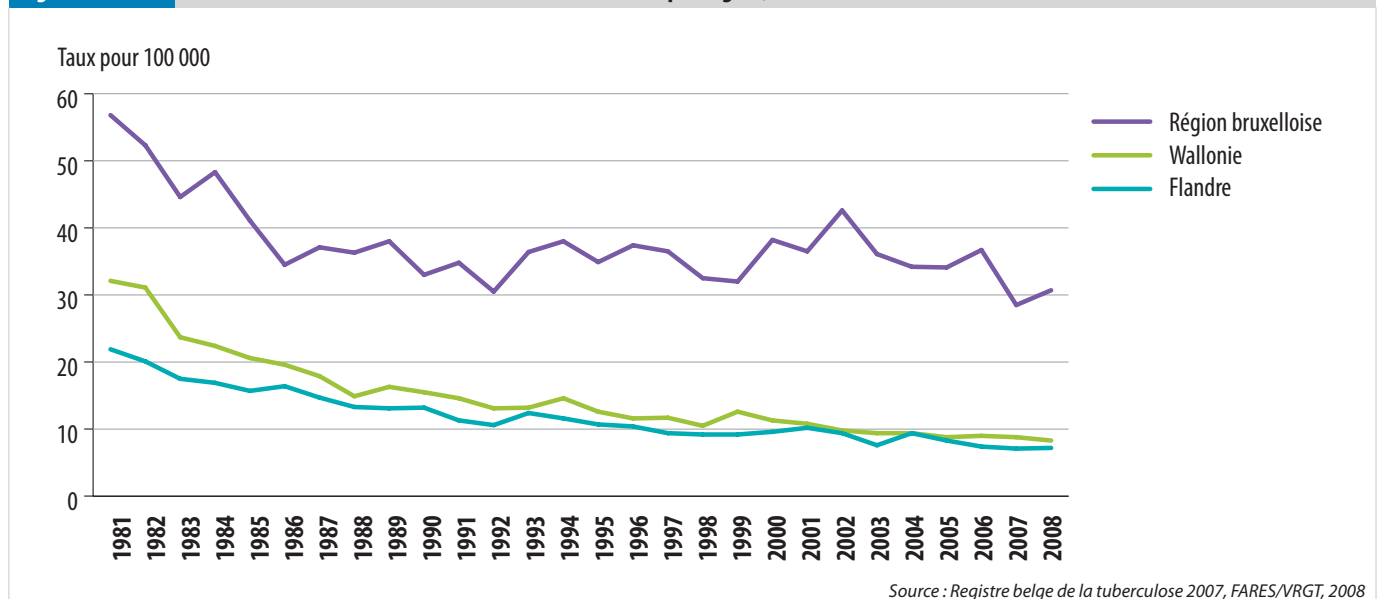


Morbidité

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

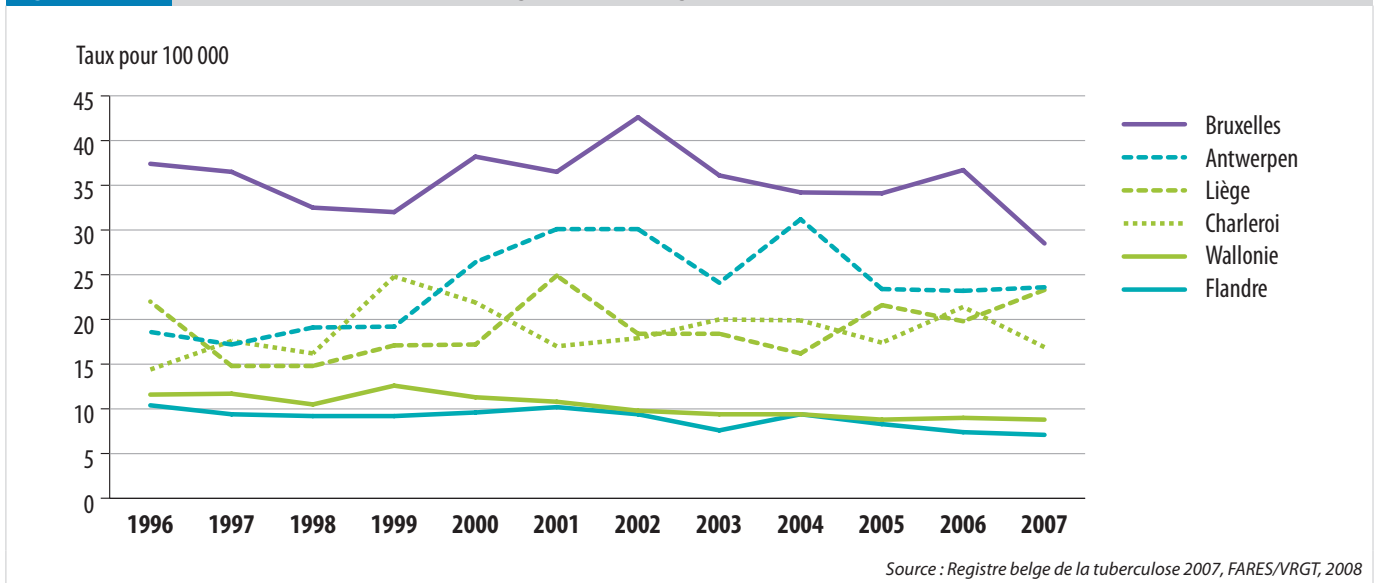


En 2007, 294 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en Région bruxelloise (374 en 2006) ce qui correspond à 28,6 % des nouveaux cas déclarés en Belgique. L'incidence en Région bruxelloise, 28,5/100 000 habitants, est 3 à 4 fois plus élevée que l'incidence observée en Wallonie (8,8/100 000) et en Flandre (7,1/10 000). 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.

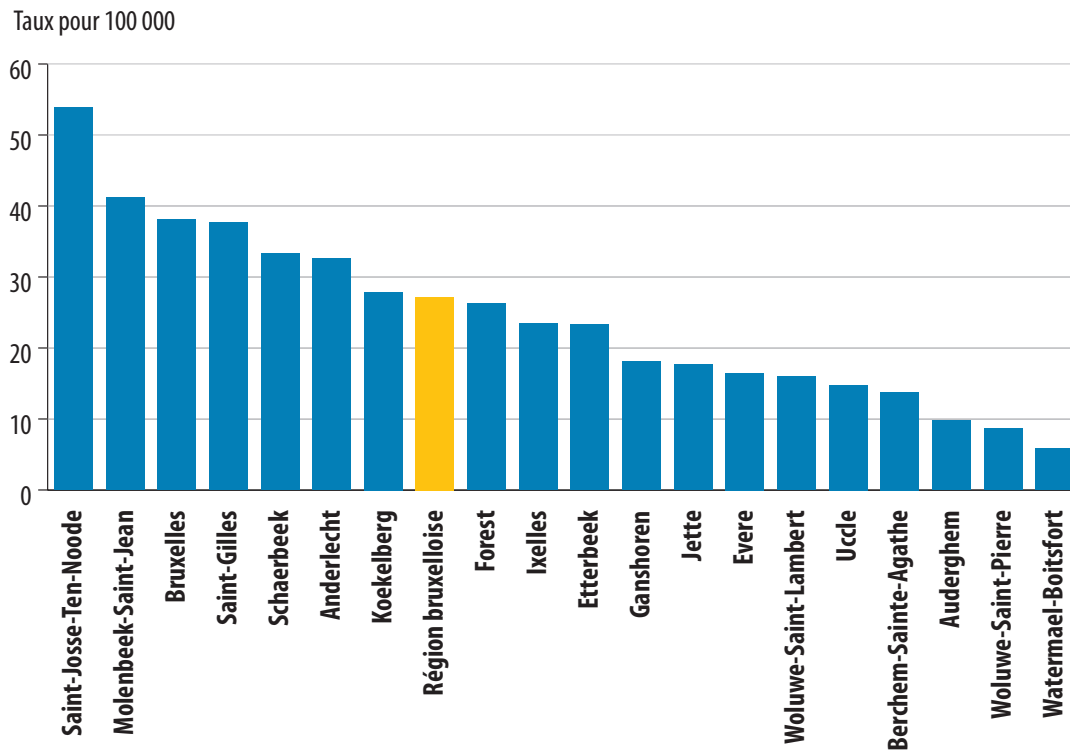
44 Une analyse génétique des souches isolées réalisée en 2005 par l'institut Pasteur (37 ; 38) dans le cadre de Prospective Research a bien montré la grande diversité de souches retrouvée à Bruxelles, ce qui indique que la plupart des cas de tuberculose parmi les patients étrangers étaient probablement 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 épidémiologie de cette affection.

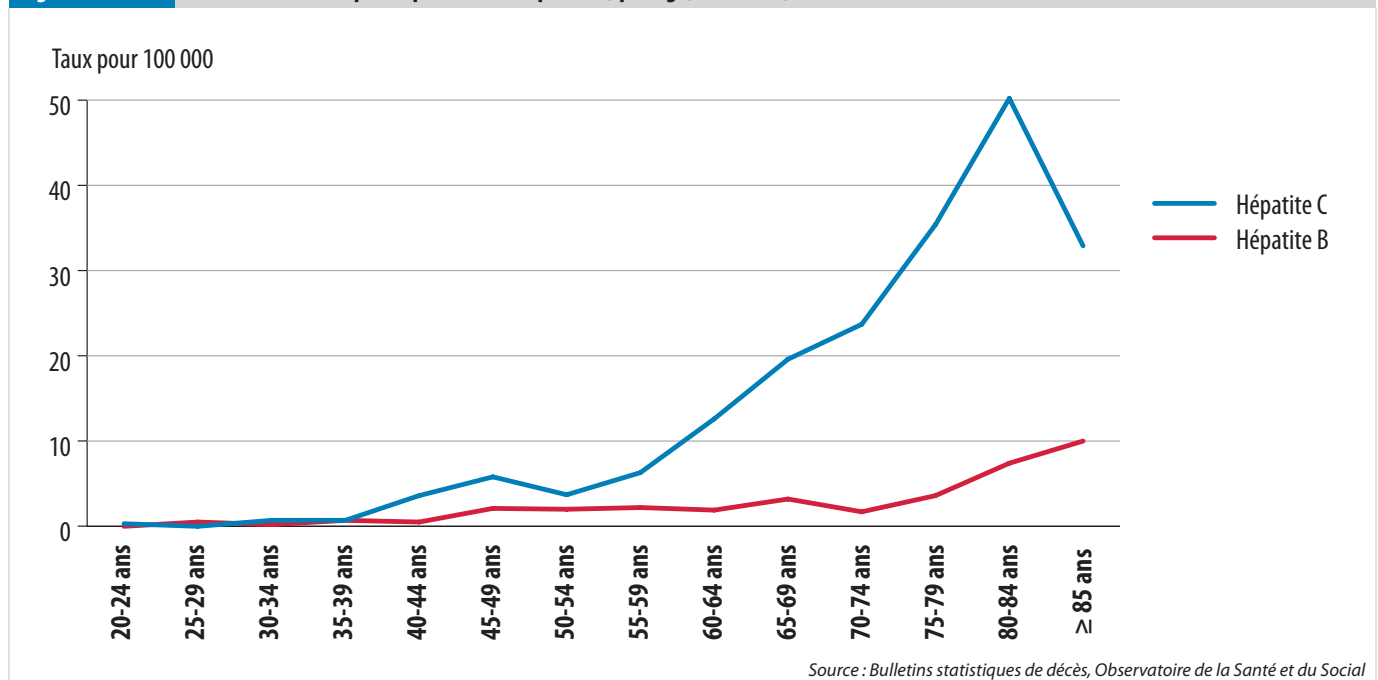
4.6.1 Mortalité générale

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.

	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

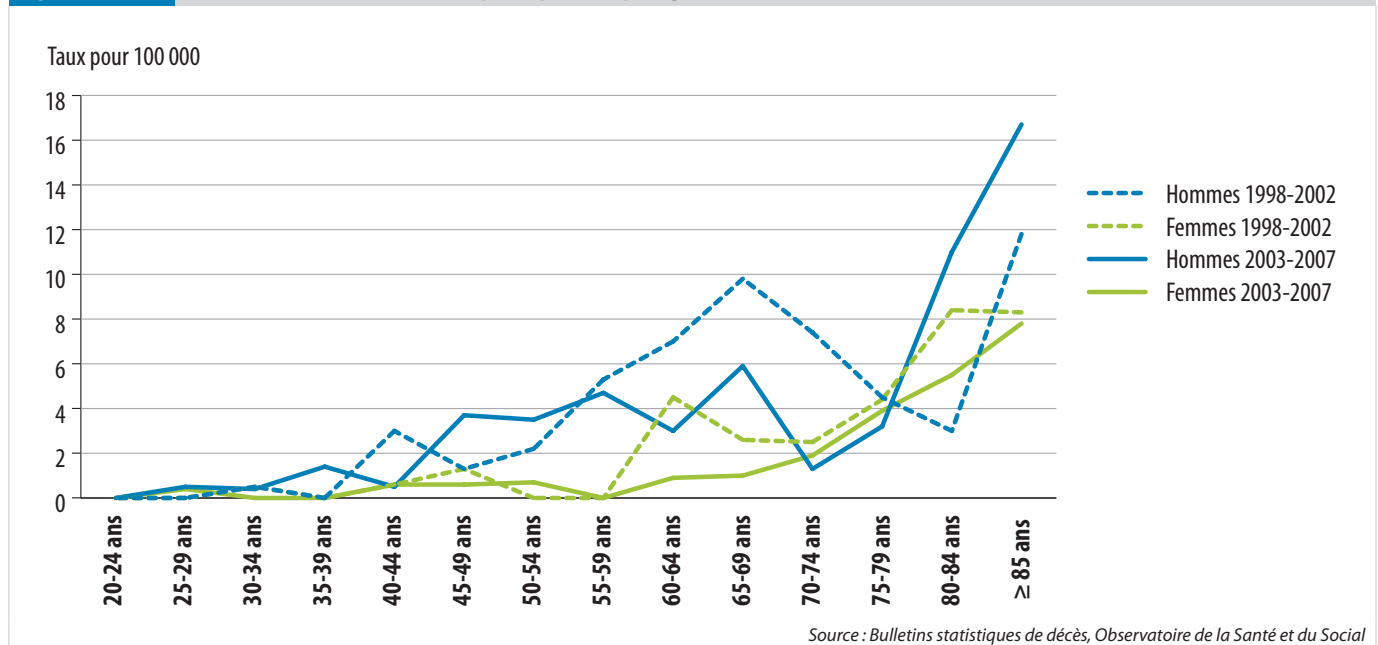
Au cours de la période 1998-2007, on a enregistré 145 décès liés à une hépatite B (dont 39 décès mentionnés en cause initiale). Parmi ces décès, la cause initiale est dans 27 % des cas une hépatite B, 25 % un cancer du foie, 7 % une maladie du foie (surtout fibrose ou cirrhose). On note 1 cas de co-infection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

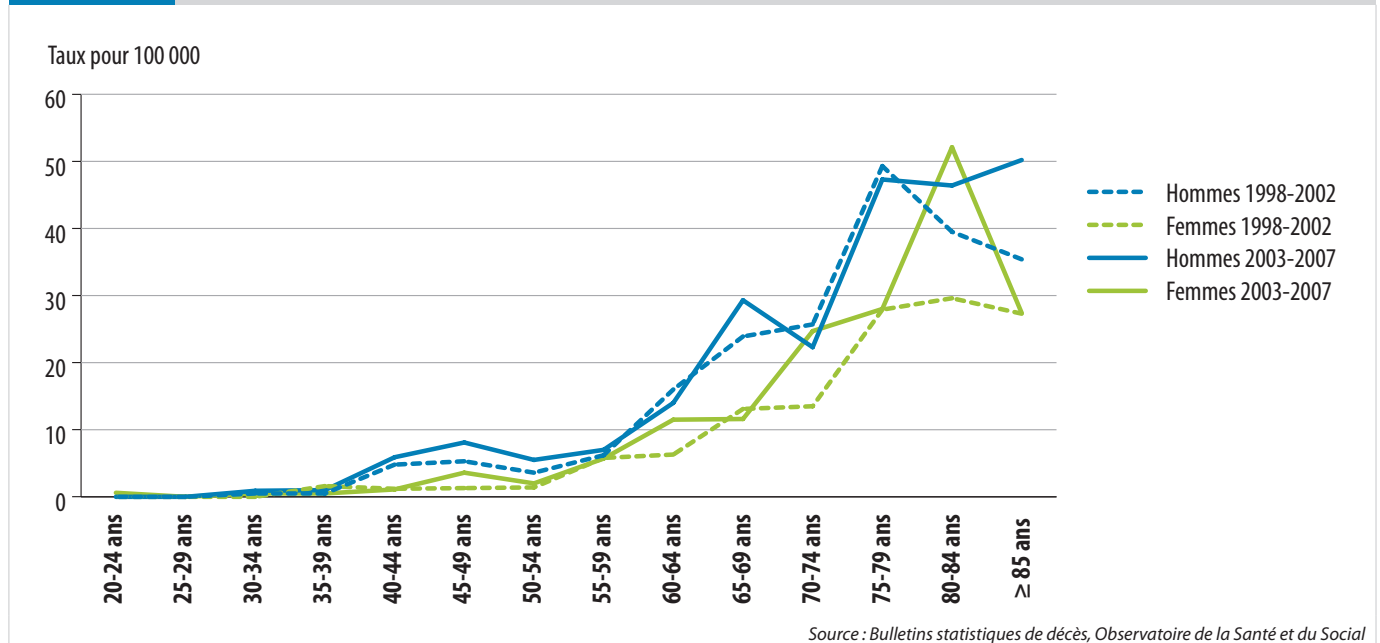
Au cours de la période 1998-2007, l'hépatite C a causé, de manière directe ou indirecte, en moyenne 61 décès chaque année parmi la population bruxelloise (608 décès pour toute la période dont 190 pour lesquels l'hépatite C était mentionnée en cause initiale).

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



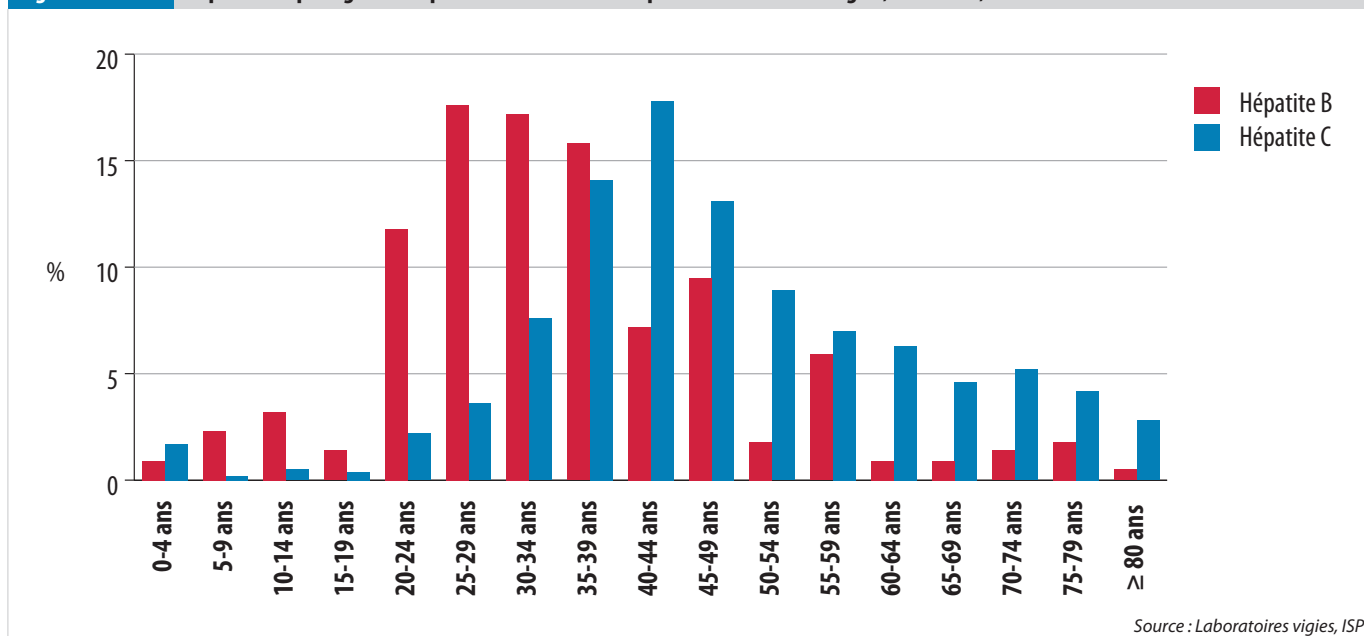
Le taux brut de mortalité par hépatite C est également nettement plus élevé pour les Bruxellois originaires d'Afrique Sub-saharienne que pour les autres nationalités.

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.

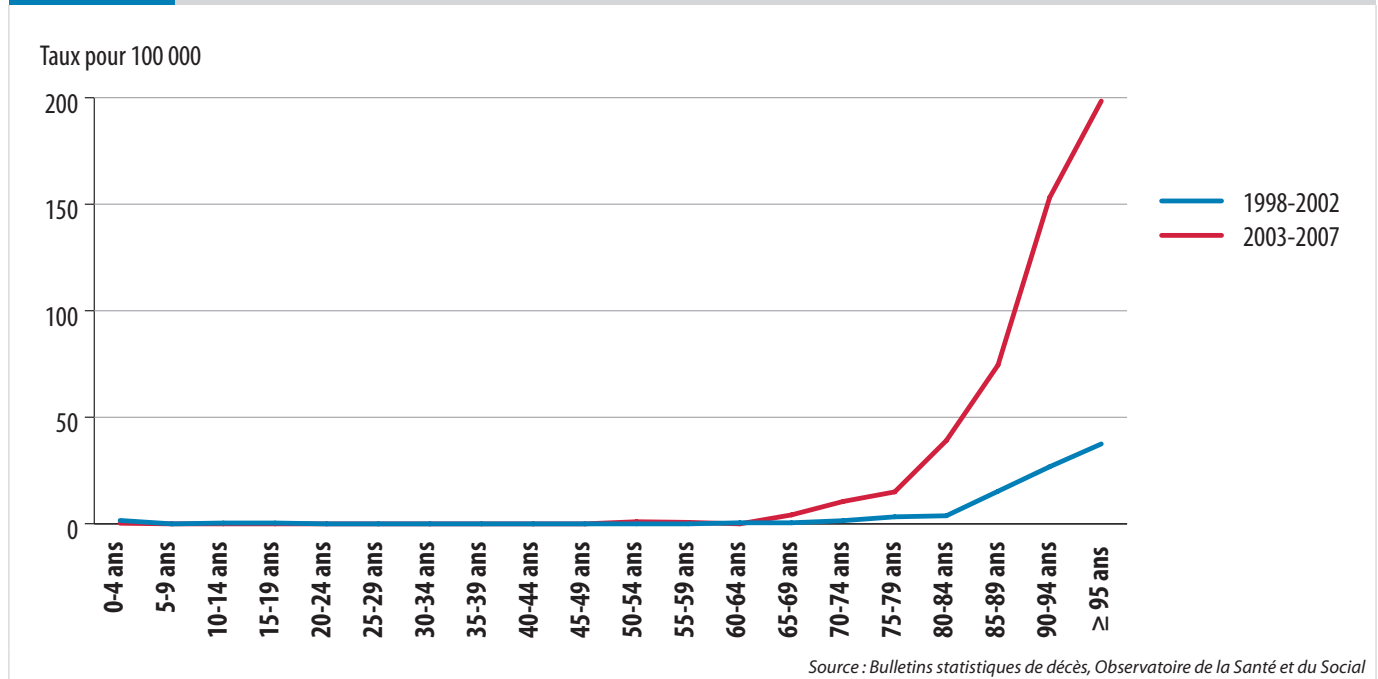
⁵² À noter que les cas déclarés à l'inspection d'hygiène sont supérieurs à ceux enregistrés par les laboratoires vigies, notamment parce que des déclarations ont été acceptées sans confirmation biologique, en particulier lorsque ces cas étaient des cas secondaires à un cas existant. De plus à partir 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.

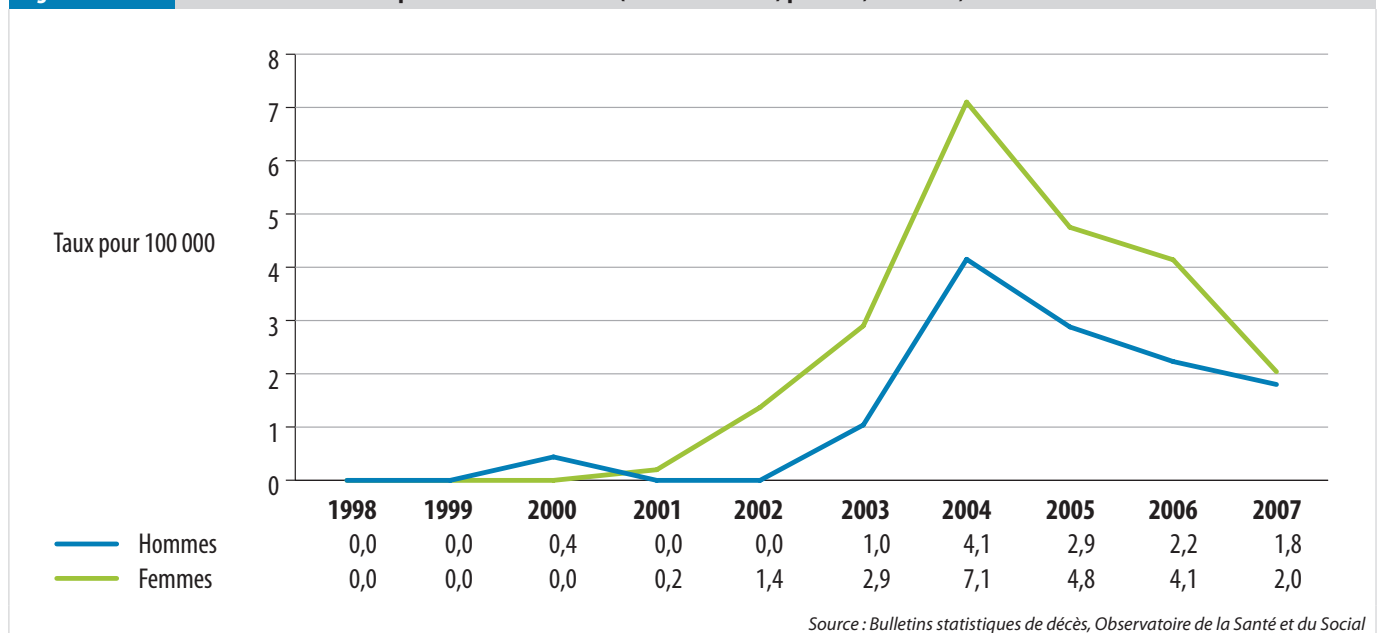
Figure 2-74 Évolution de la mortalité par infection intestinale, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007



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.

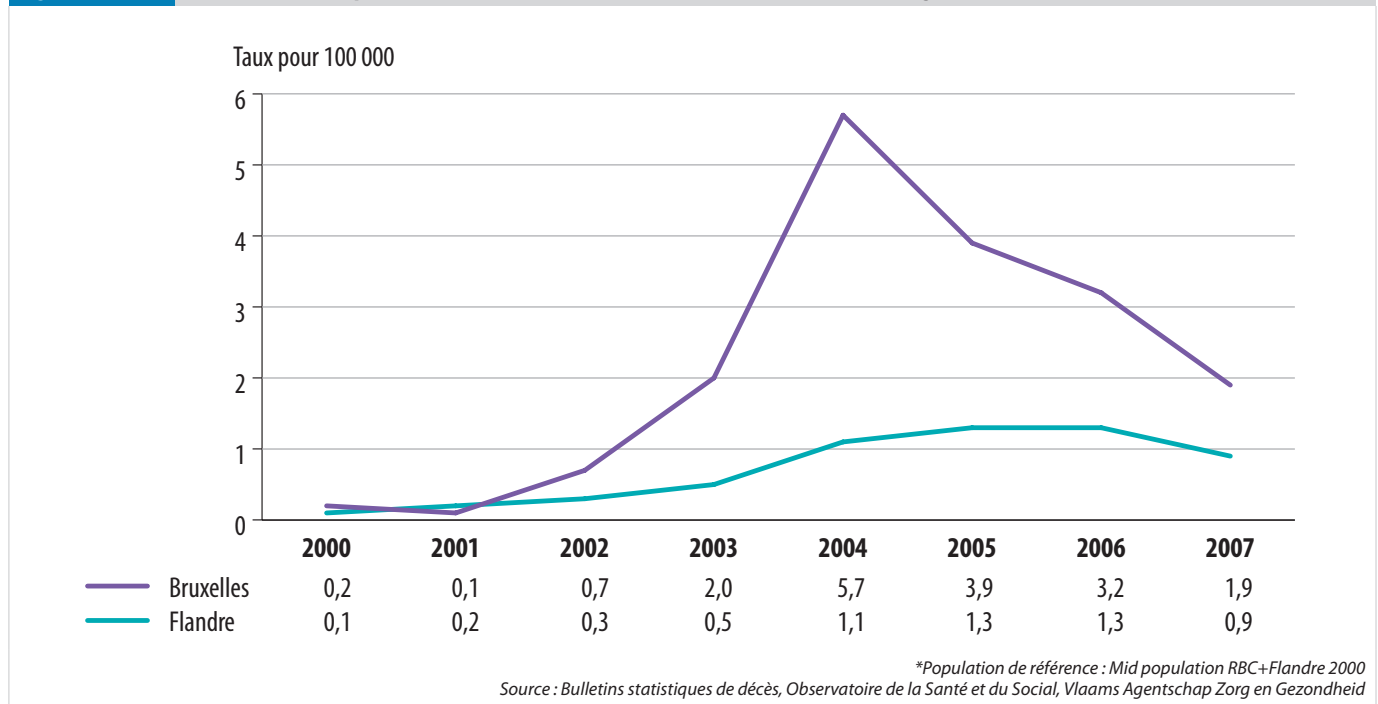
L'analyse des bulletins statistiques de décès montrent une augmentation importante de la mortalité associée au Clostridium difficile à partir de l'année 2001, avec un pic en 2004 suivi d'une décroissance ; cette augmentation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes.

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/epidemi/epifr/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.

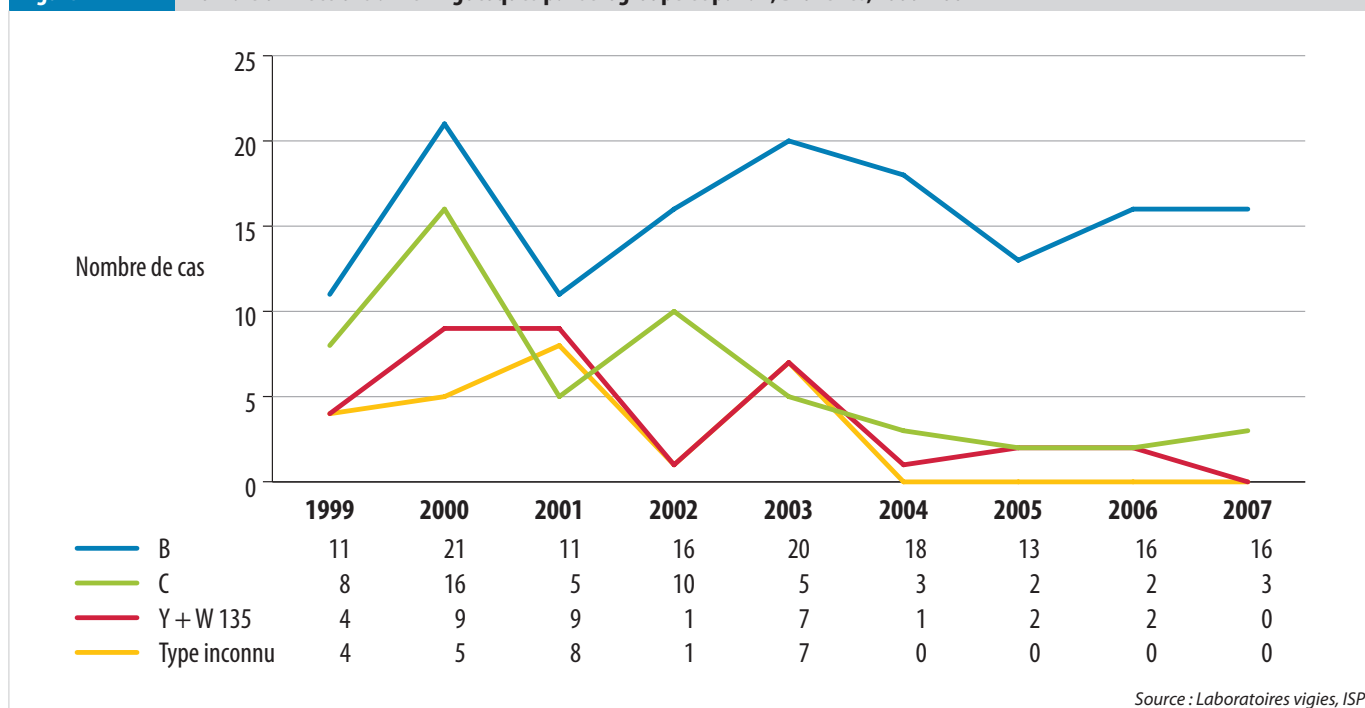
Pour la période 1998-2002, 19 personnes étaient décédées d'infections à méningocoques en Région bruxelloise, ce qui représentait 0,5 % des décès par infection ; pour la période 2003-2007, le nombre de décès n'est plus que de 10 cas (0,2 % des décès par infection).

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).

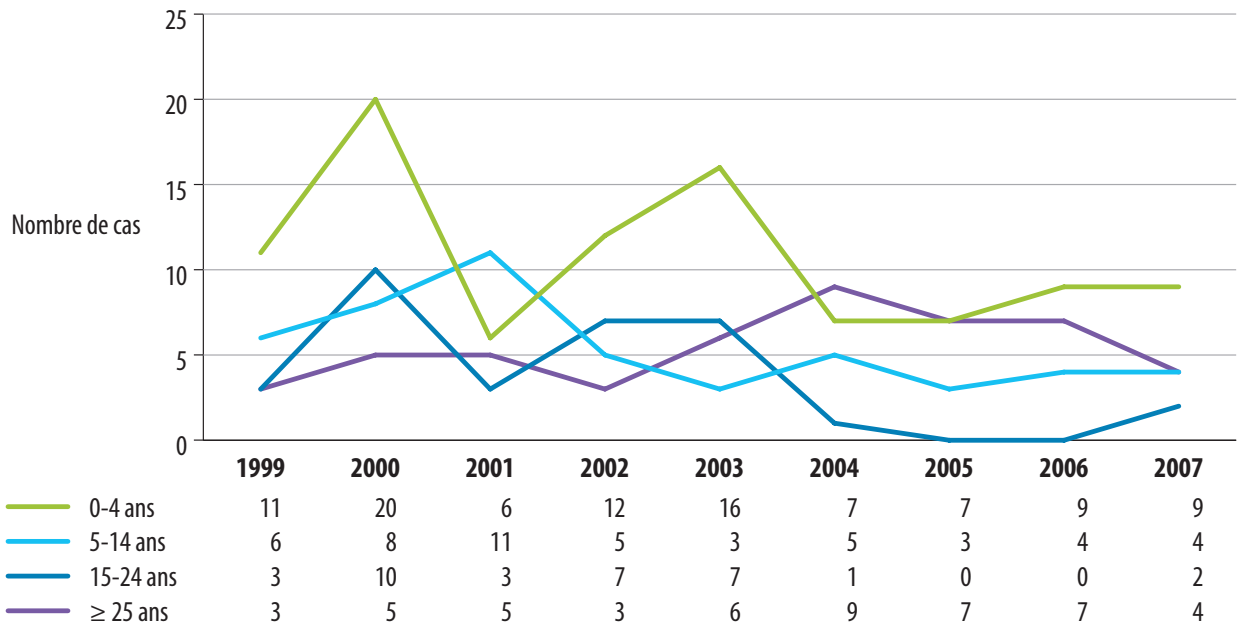
54 Suite à la recommandation du Conseil Supérieur d'Hygiène, de vastes campagnes de vaccination contre le méningocoque C ont été mises en place dans les trois communautés à partir de 2001, puis le vaccin a été introduit dans le calendrier vaccinal (voir détails dans le Tableau de Bord 2004).

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 séro groupe C ont plus de 19 ans.

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



Source : Laboratoires vigies, ISP

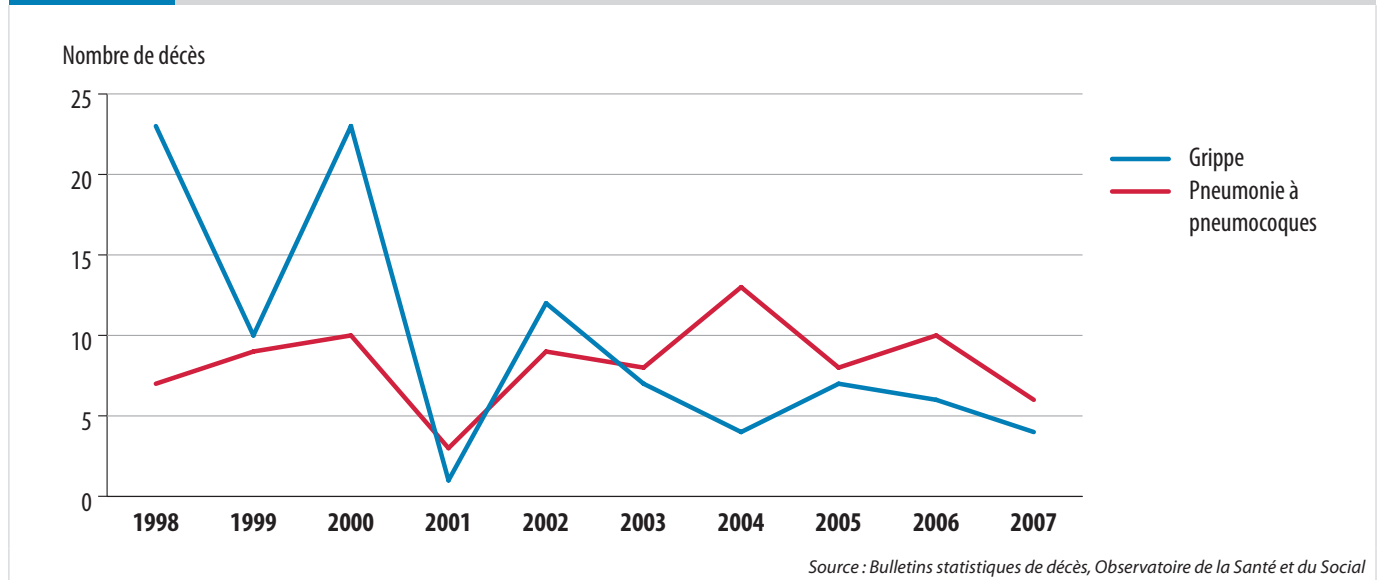
4.9 LES INFECTIONS RESPIRATOIRES

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.

Tableau 2-13	Nombre de diagnostics d'influenza A et B, Bruxelles, 2004-2007			
	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).

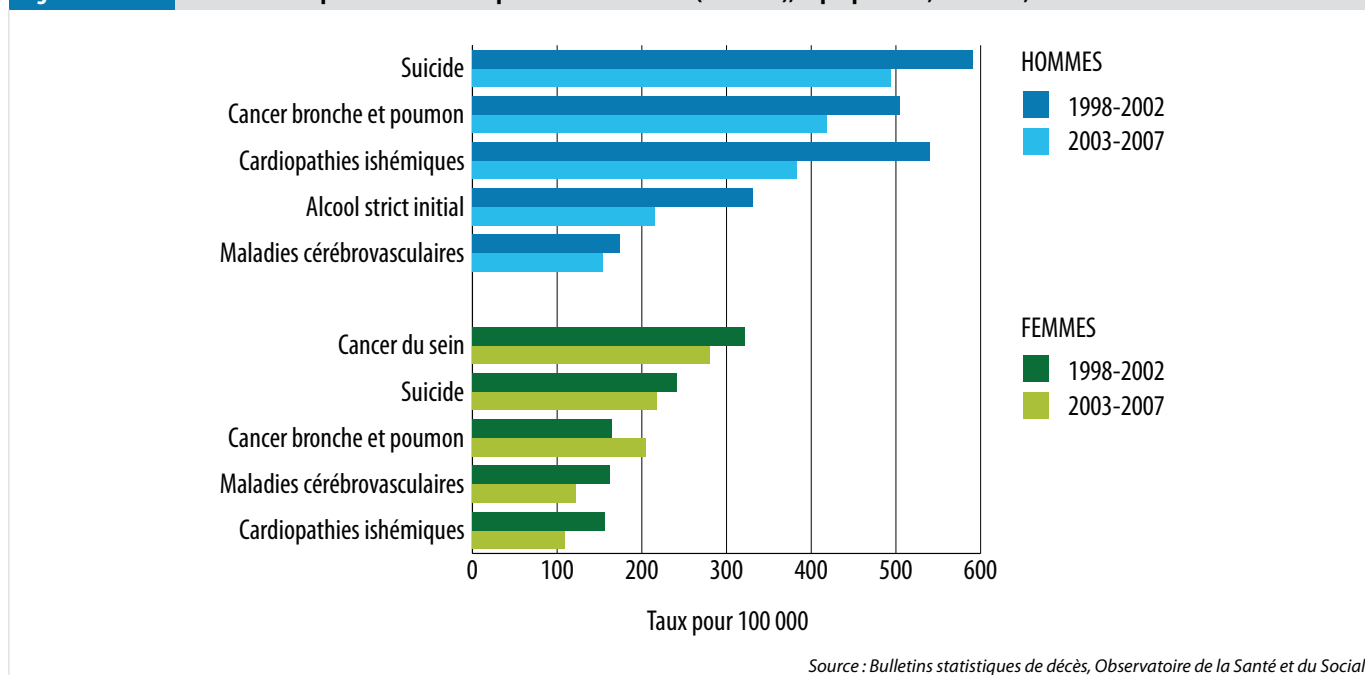
Dans l'enquête HBSC (47), 83,3 % des adolescents et plus de 73,5 % des adolescentes se disent heureux ou très heureux. Les garçons se disent plus souvent confiants en eux (74 %) que les filles (51,6 %).

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

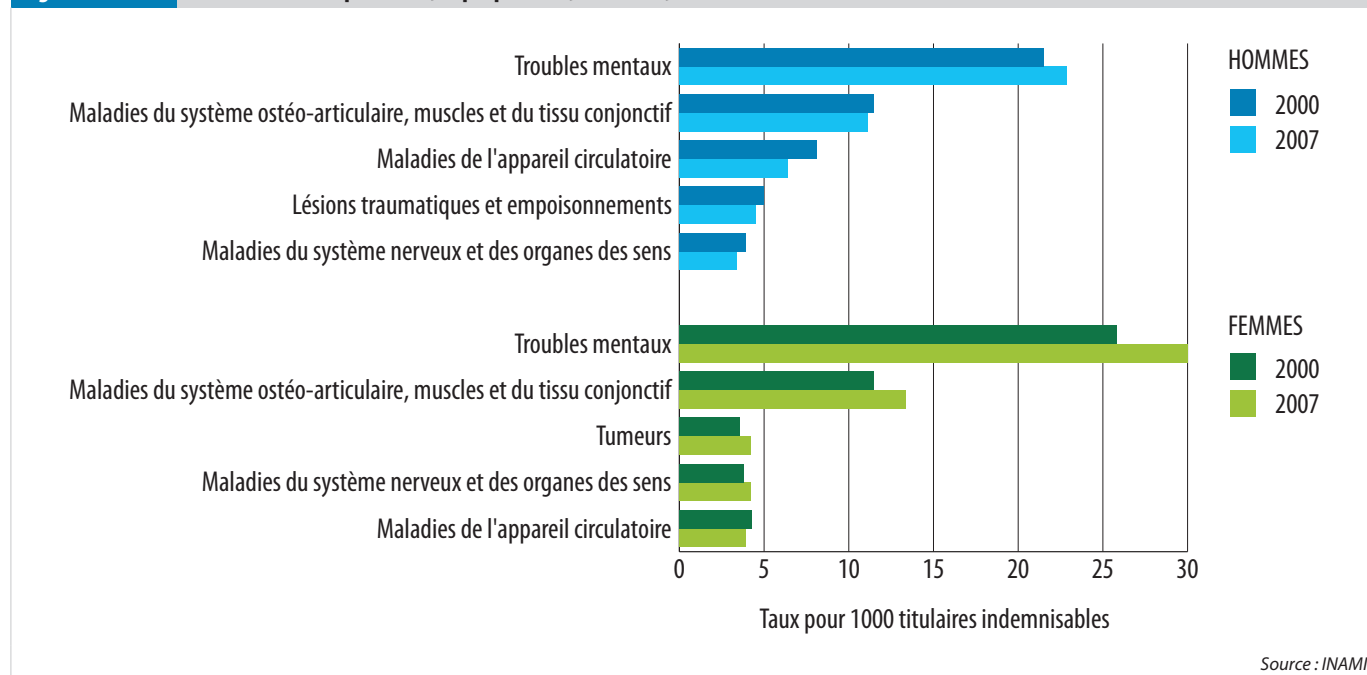


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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 %.

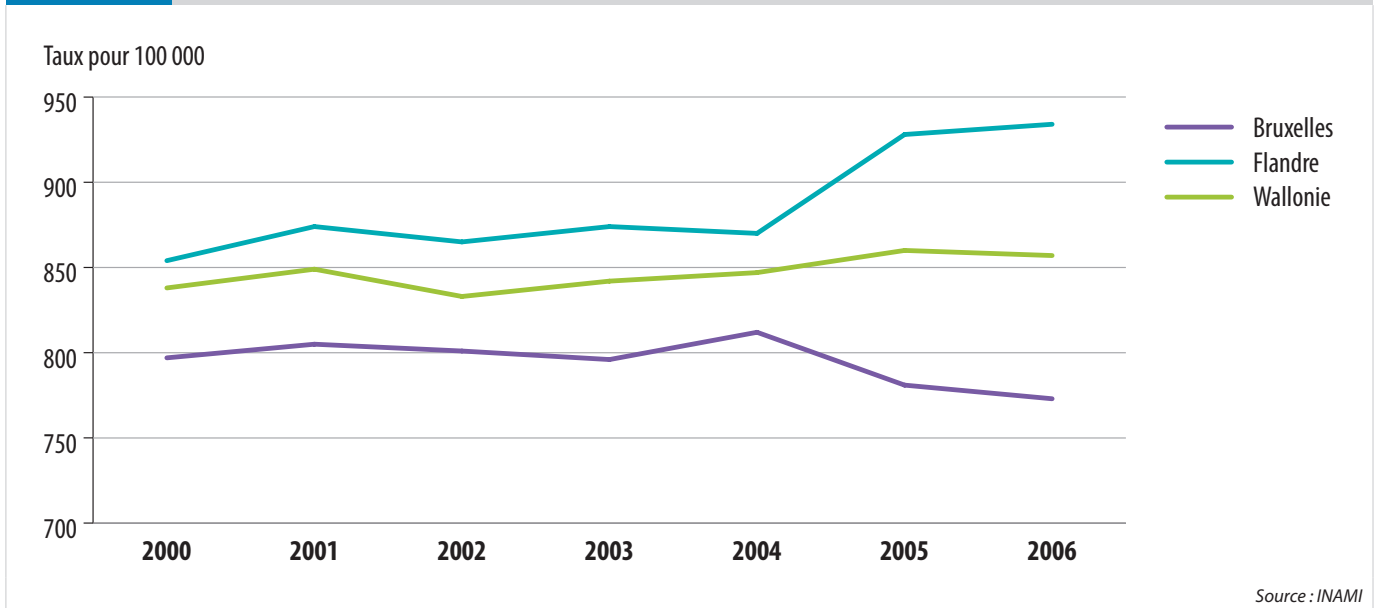
Figure 2-81 Taux d'invalidité par cause, Top 5 par sexe, Bruxelles, 2000 et 2007



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

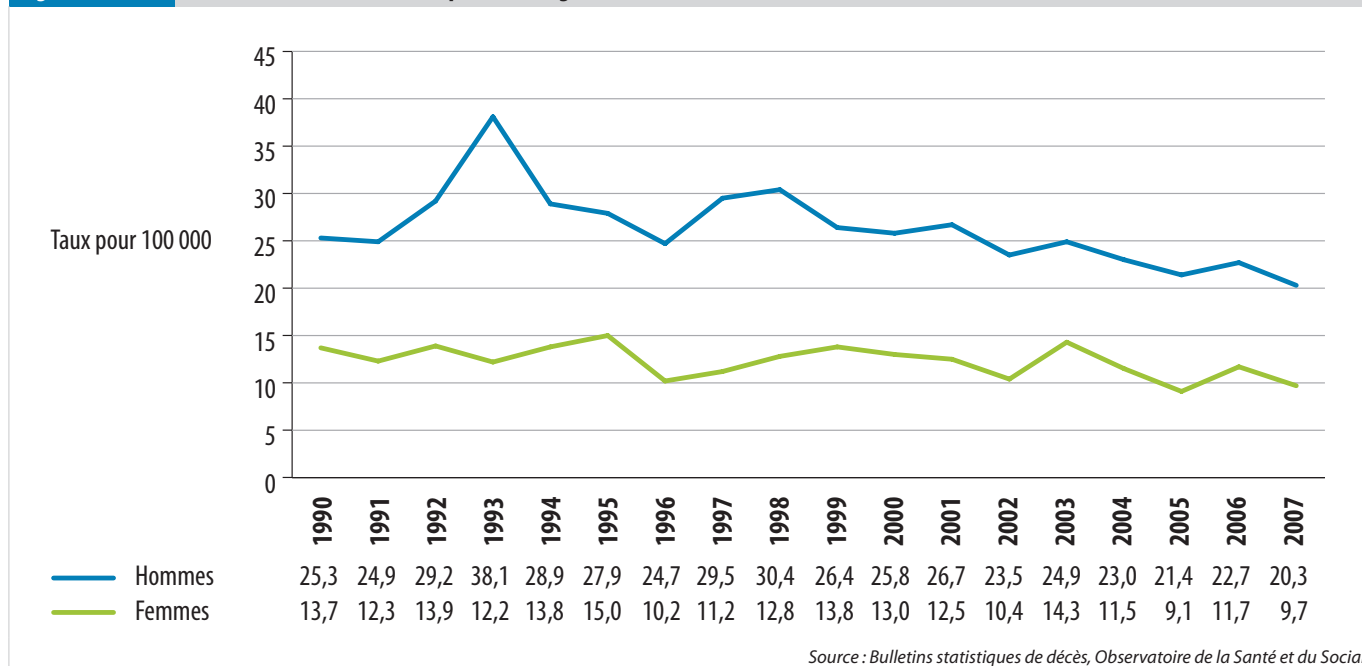
5.2.1 Mortalité

En 2007, on a enregistré 154 décès par suicide, 102 hommes et 52 femmes⁶¹.

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



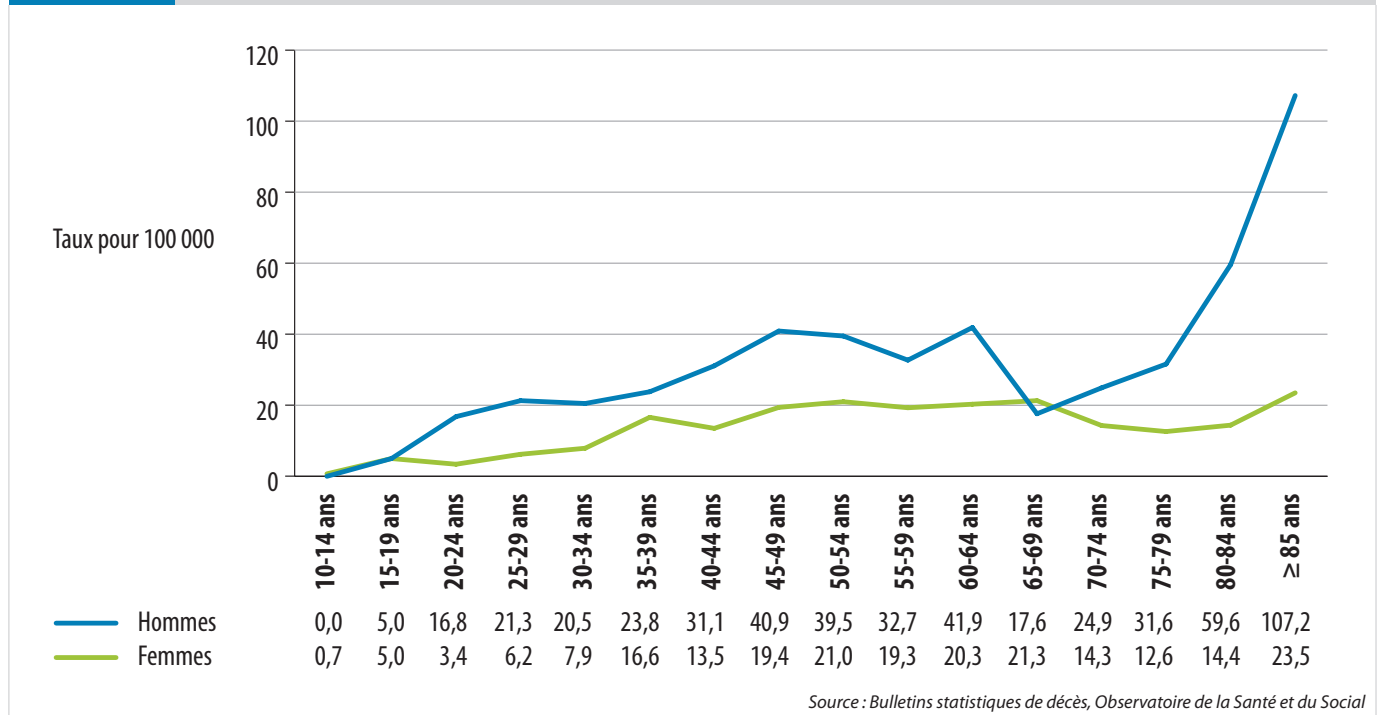
Avec des taux de mortalité standardisés de 21,7/100 000 pour les hommes et 10,6 pour les femmes pour la période 2003-2007, le taux de mortalité par suicide de la Région bruxelloise est plus élevé que la moyenne européenne. Pour les hommes, il est du même ordre de grandeur que les taux enregistrés pour 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).

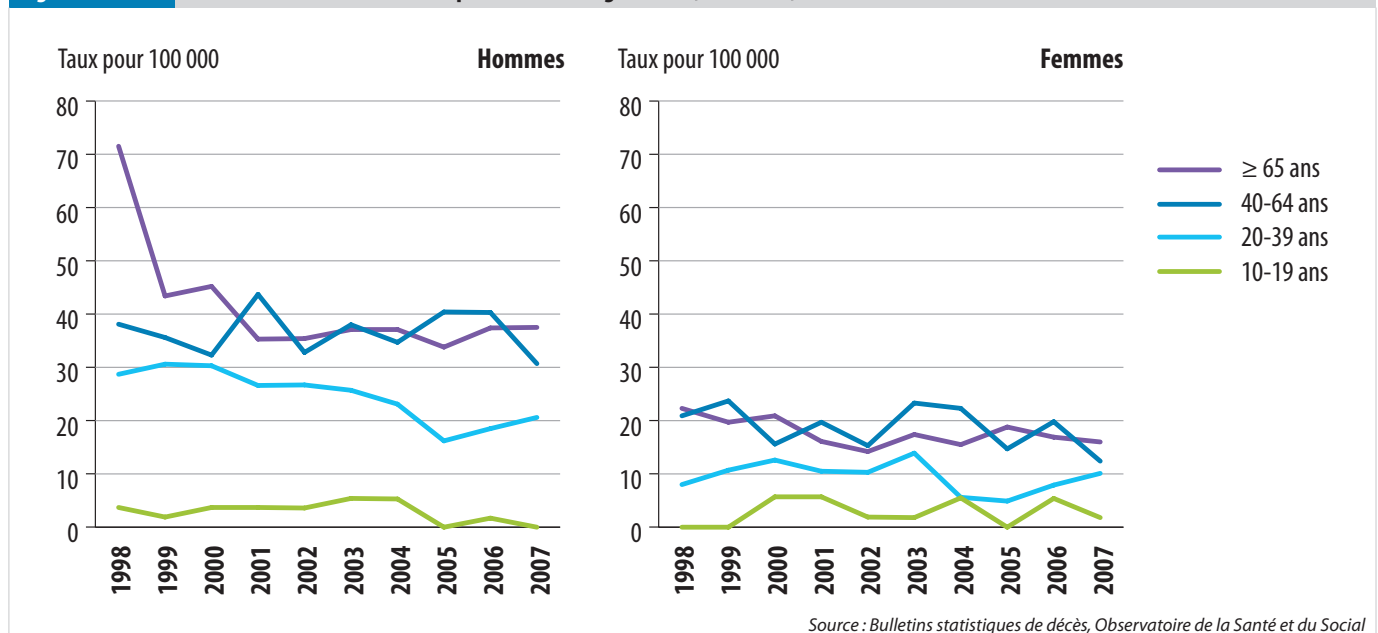
Chez les hommes, les taux de suicide augmentent avec l'âge, avec un plateau entre 45 et 65 ans puis une augmentation rapide après 70 ans. Chez les femmes, on observe une augmentation avec l'âge moins marquée que pour les hommes, avec un plateau à partir de 45 ans.

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



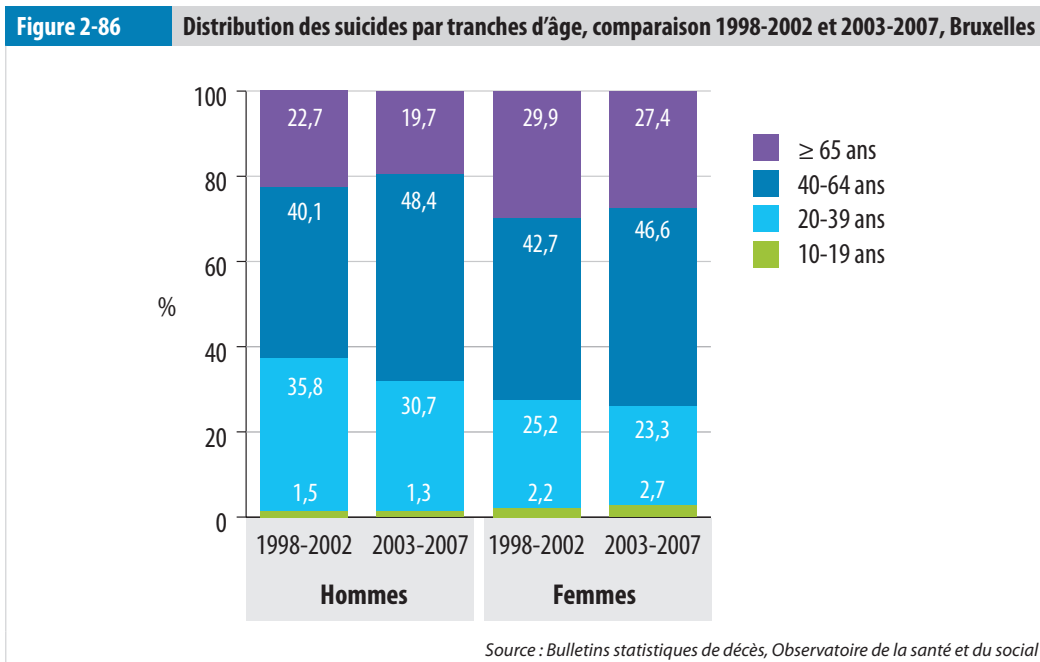
Au cours des dix dernières années, on note une diminution du taux de suicide chez les hommes âgés.

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

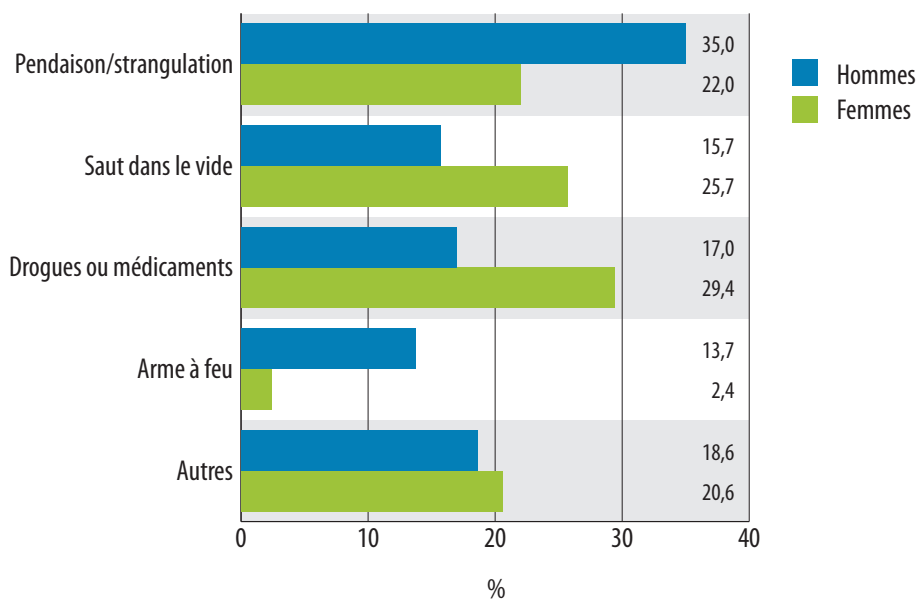
Les moyens utilisés pour se suicider diffèrent entre hommes et femmes. On note l'utilisation beaucoup plus fréquente d'une arme à feu chez les hommes et proportionnellement plus de pendaisons que chez les femmes. Celles-ci par contre utilisent plus souvent des drogues ou médicaments, ou le saut dans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

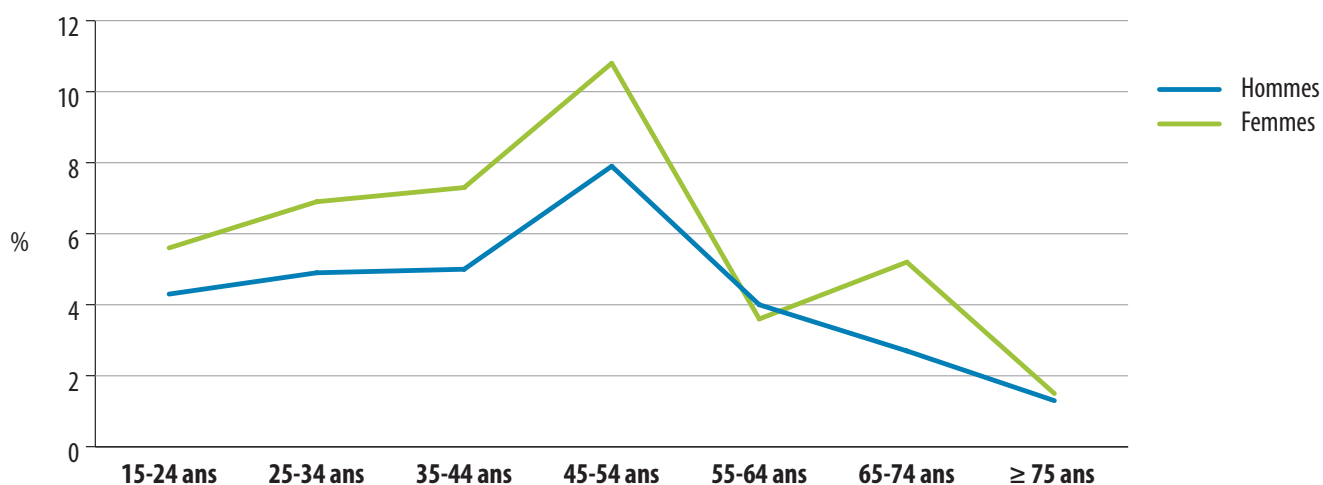
À la question de savoir si une tentative de suicide a été commise dans l'année écoulée, 0,5% des répondants répondent positivement, ce qui, extrapolé à la population entière, signifierait qu'en 2004, 5000 Bruxellois environ ont commis au moins une tentative (ratée) de suicide. Etant donné le petit nombre 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.

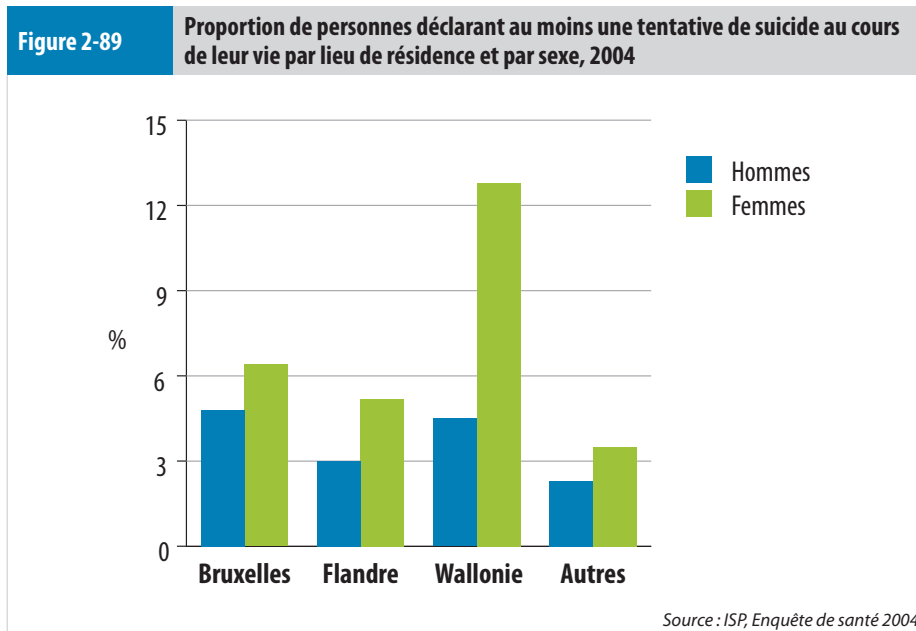
Figure 2-88

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.

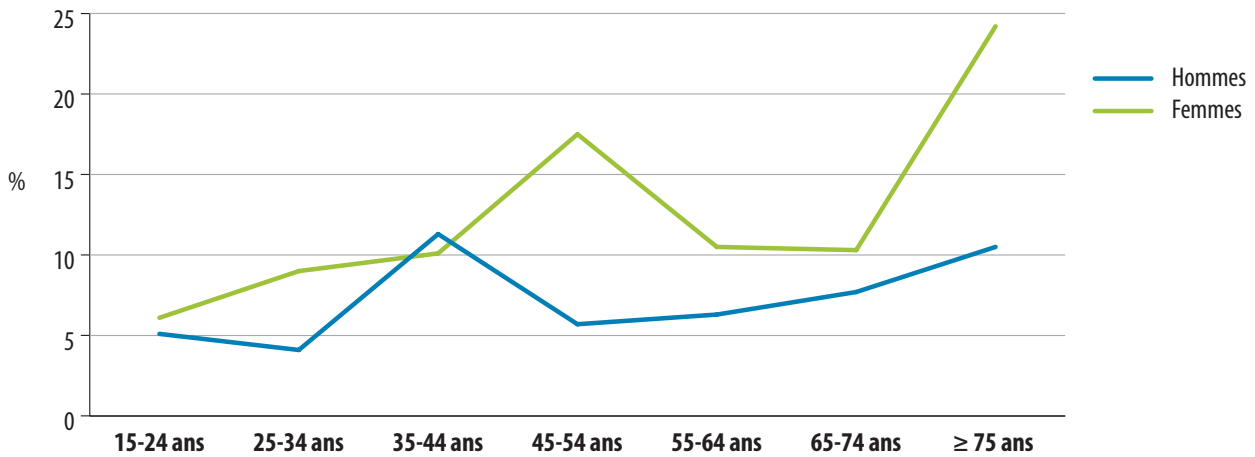
D'après ce questionnaire, 7,0 % des hommes et 11,8 % des femmes présentent des troubles dépressifs (les différences entre hommes et femmes sont significatives après contrôle pour l'âge). On n'observe pas d'évolution significative entre 2001 et 2004.

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.

Figure 2-90

Proportion de personnes présentant des troubles dépressifs en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

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

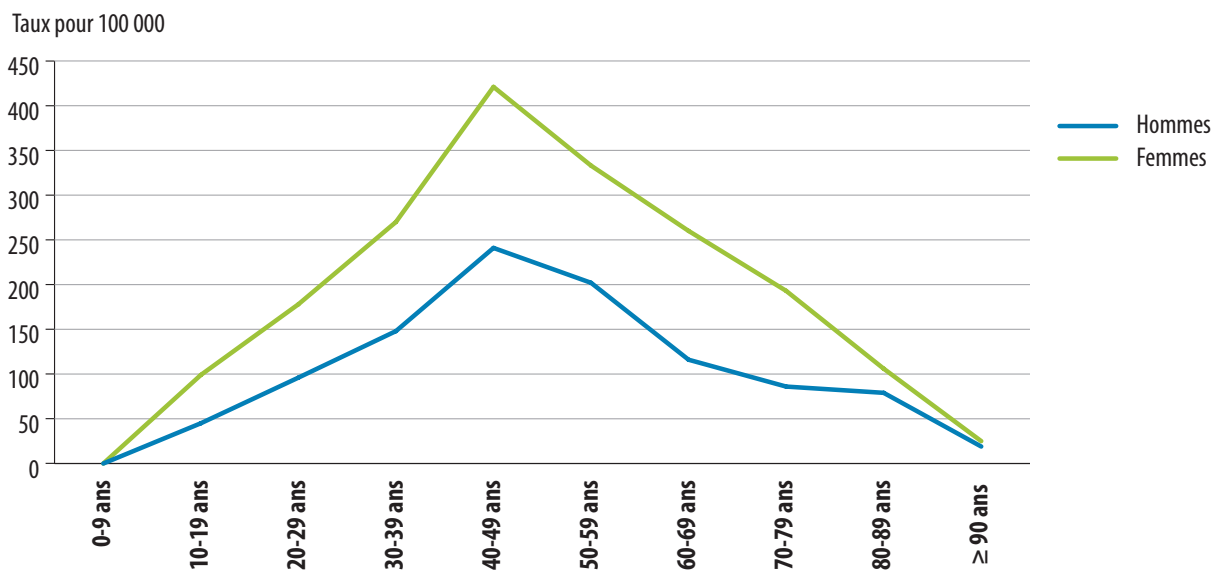
En 2006, on a enregistré 1 517 admissions de Bruxellois en psychiatrie^[64] pour dépression.

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.

Figure 2-91

Taux d'admission pour dépression par âge et sexe, Région bruxelloise, 2000-2006



Source : SPF santé, Résumé psychiatrique minimum

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

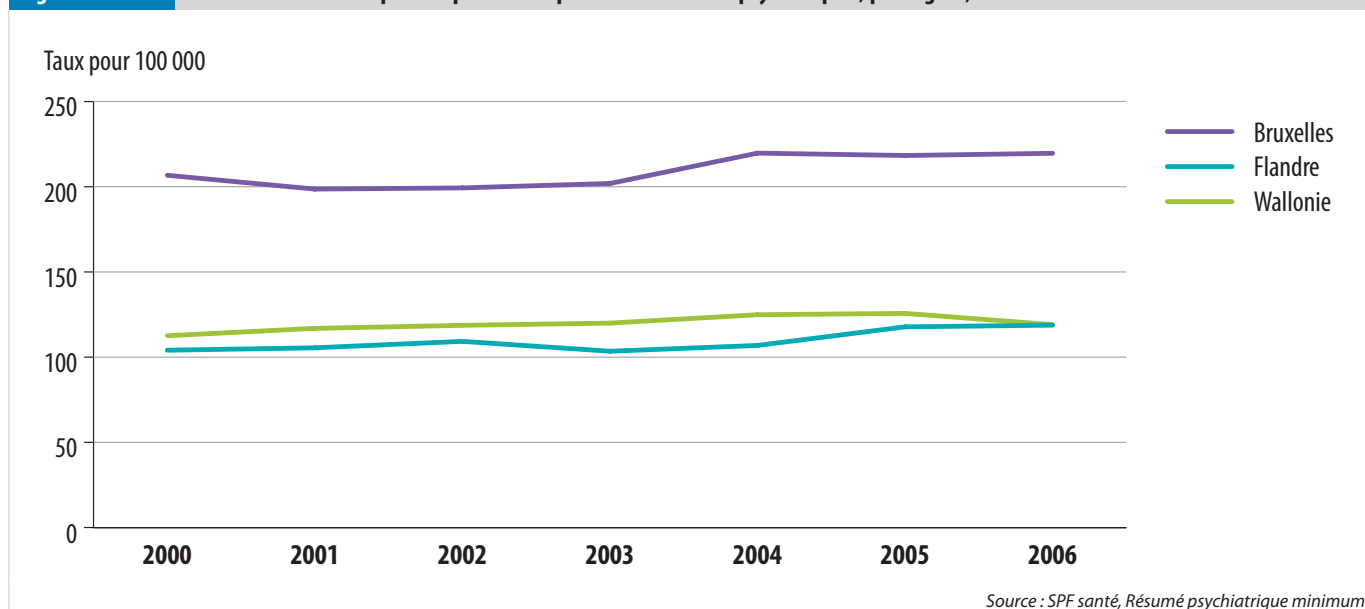
Le taux d'admission^[65] pour schizophrénie et autres troubles psychotiques est beaucoup plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres régions (voir figure 2-92).

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.

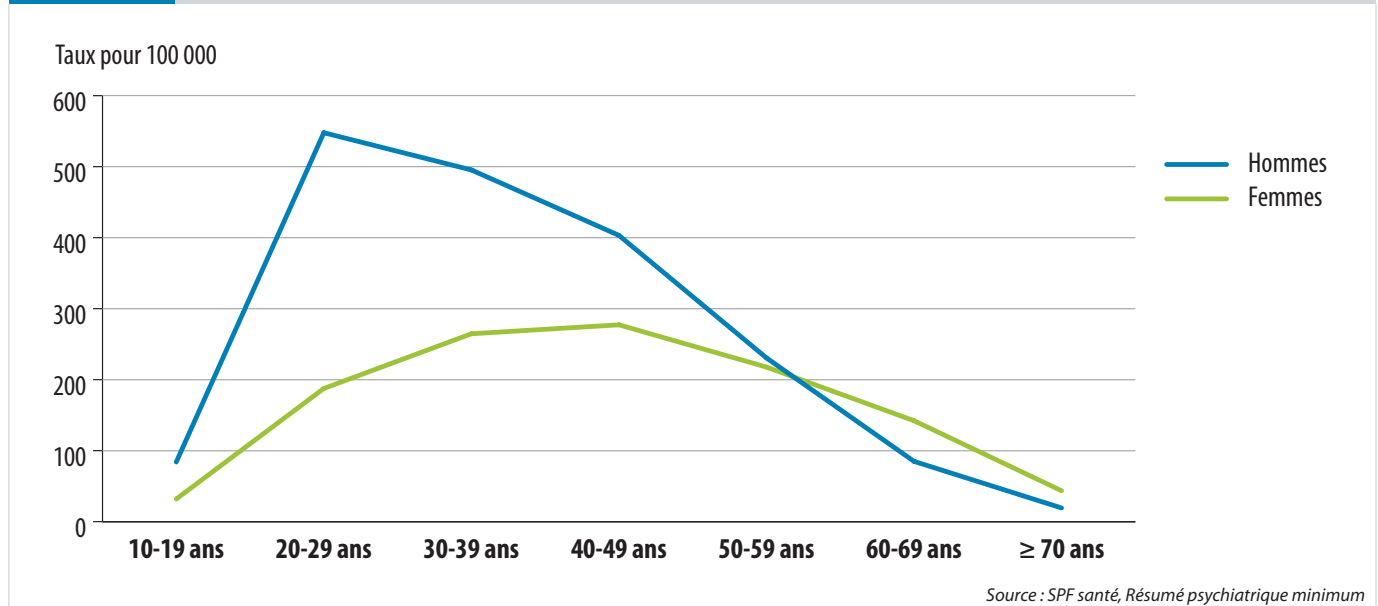
Figure 2-92 Taux d'admission hospitalier pour schizophrénie et troubles psychotiques, par région, 2000-2006



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.

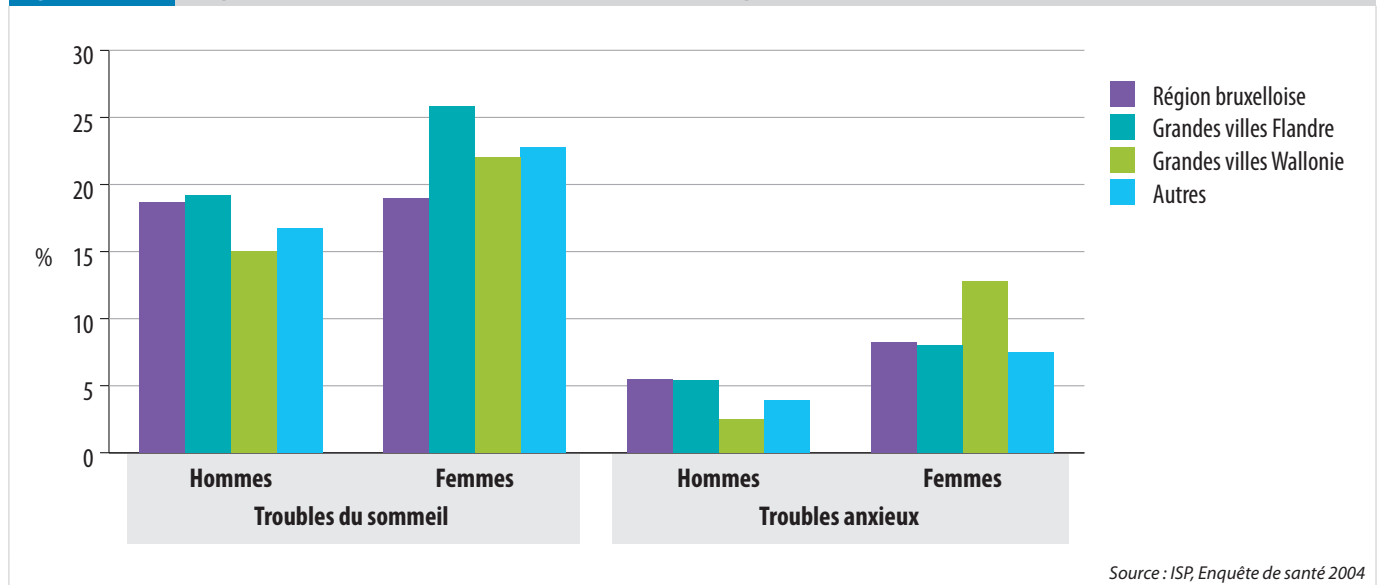
5.5 ANXIÉTÉ ET TROUBLES DU SOMMEIL

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).

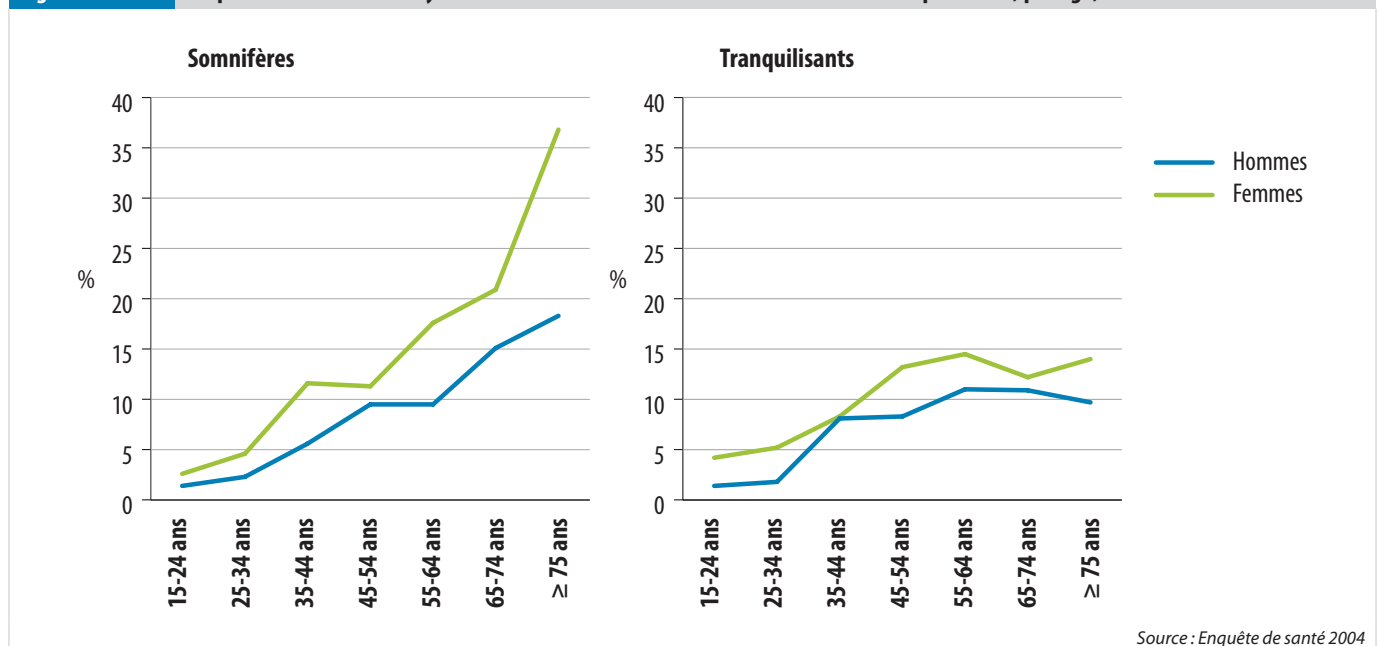
Figure 2-94 Fréquences des troubles du sommeil et des troubles anxieux par sexe et lieu de résidence, 2004



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...).

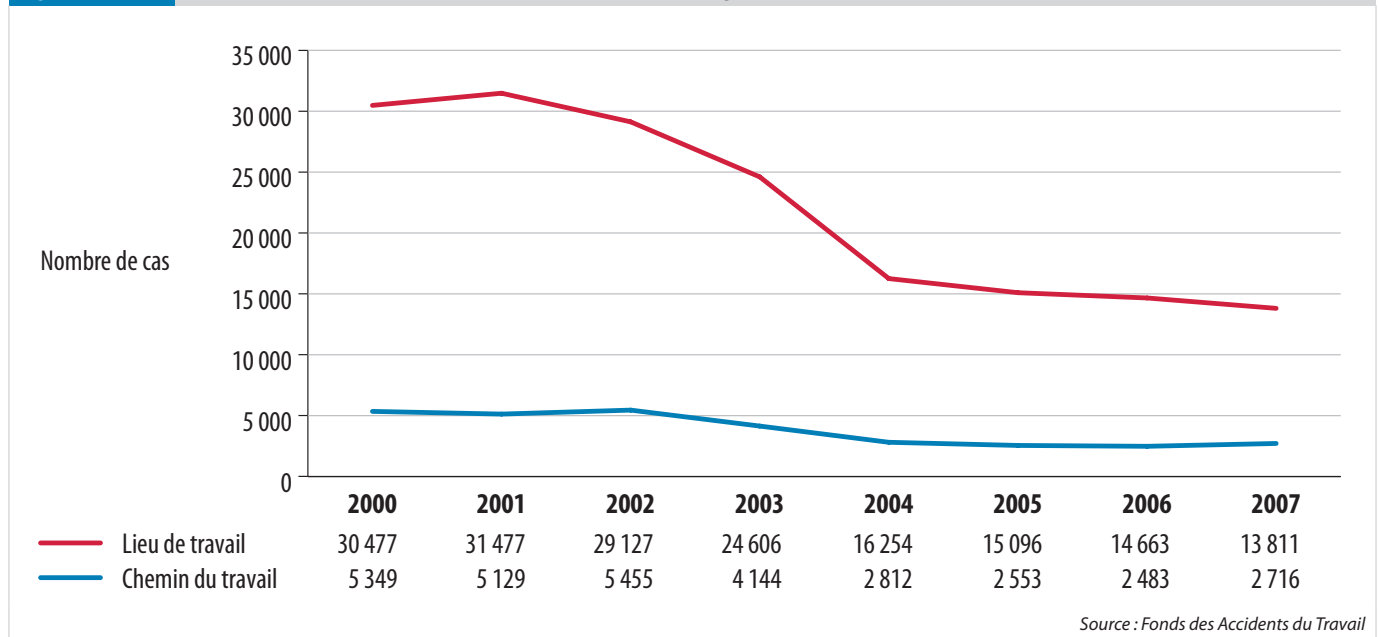
67 C'est-à-dire que parmi l'ensemble des personnes ayant déclaré avoir été victime d'un accident, 31 % ont été victimes d'un accident de la route. Comme plusieurs accidents ont pu être signalés, le total des accidents peut dépasser le total des victimes, et la somme des pourcentages est alors supérieure 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

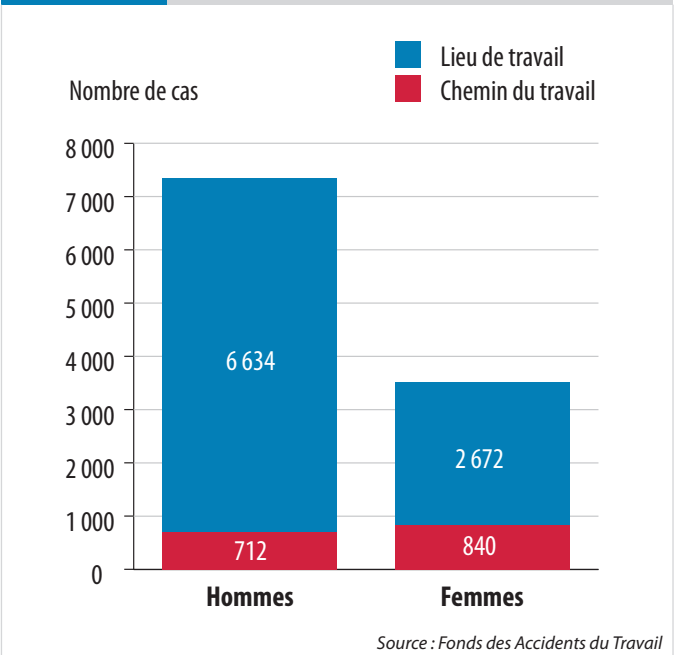
Les données concernant les accidents de travail des Bruxellois portent sur la période 2005-2007.

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

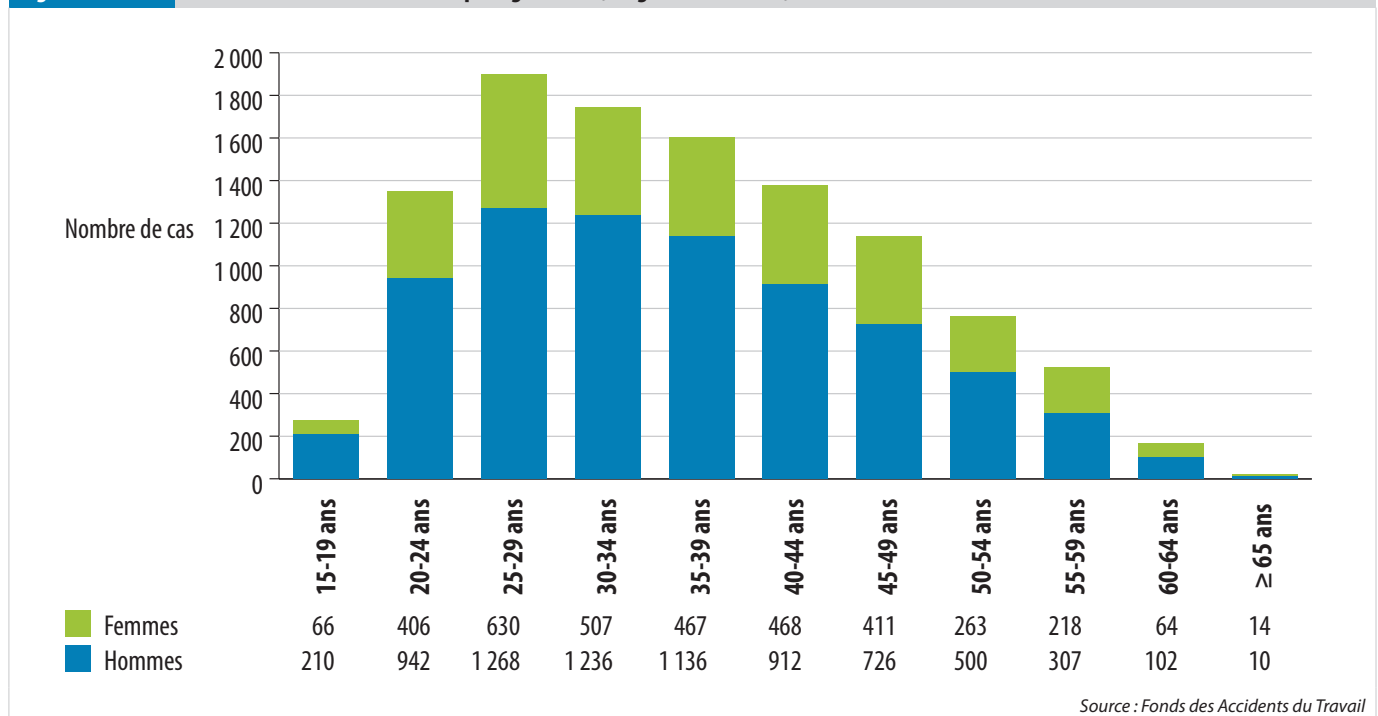
Nombre d'accidents du travail par sexe et par lieu de survenue, Région bruxelloise, 2007



Près de 50 % des accidents du travail concernent des travailleurs de moins de 35 ans.

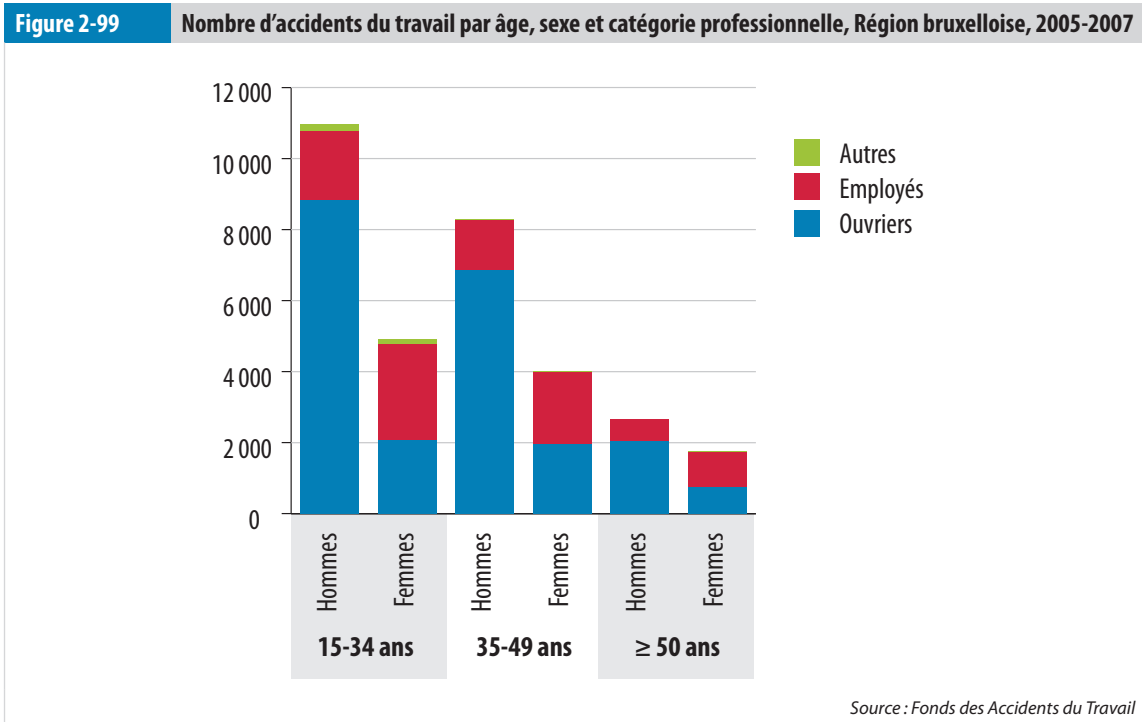
Figure 2-98

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.



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

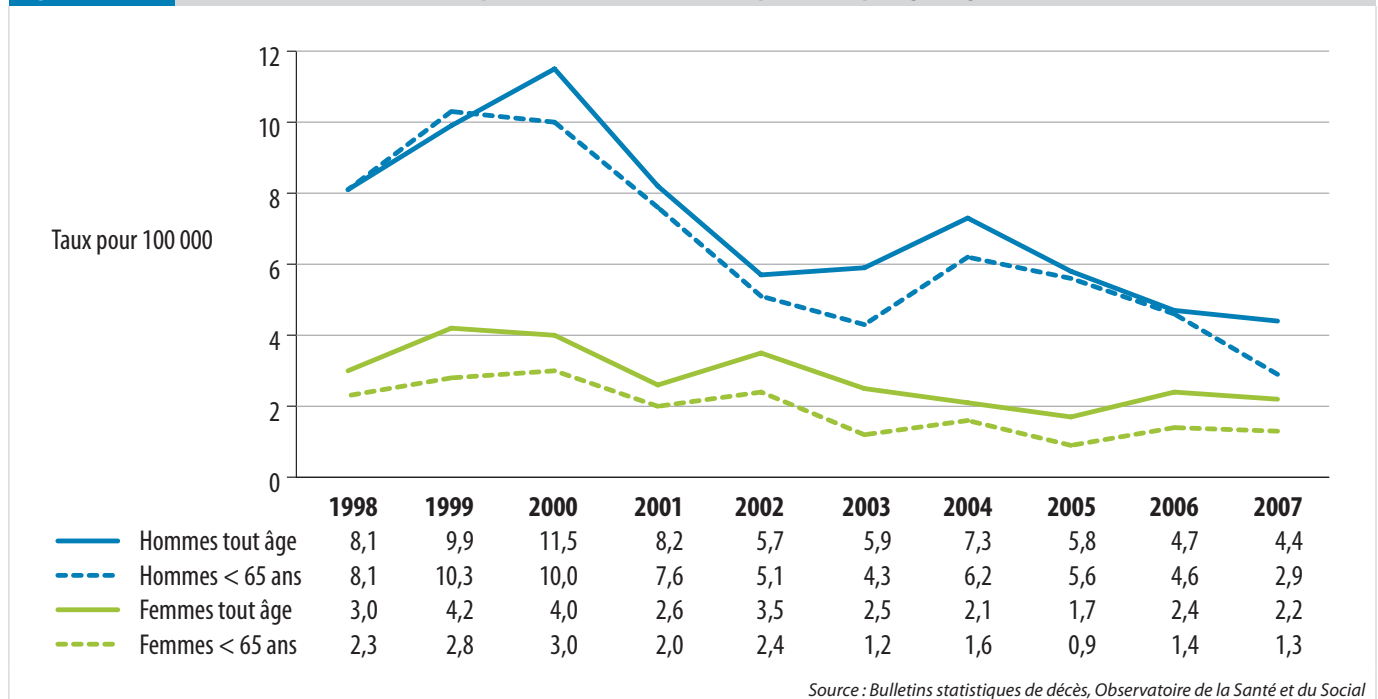
Les décès par accidents de la circulation constituent 11,7 % du total des décès par accident en 2003-2007 (17,5 % pour les hommes et 6,6 % pour les femmes). Suite à un accident de la circulation, 136 Bruxellois et 58 Bruxelloises sont décédés⁶⁹.

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



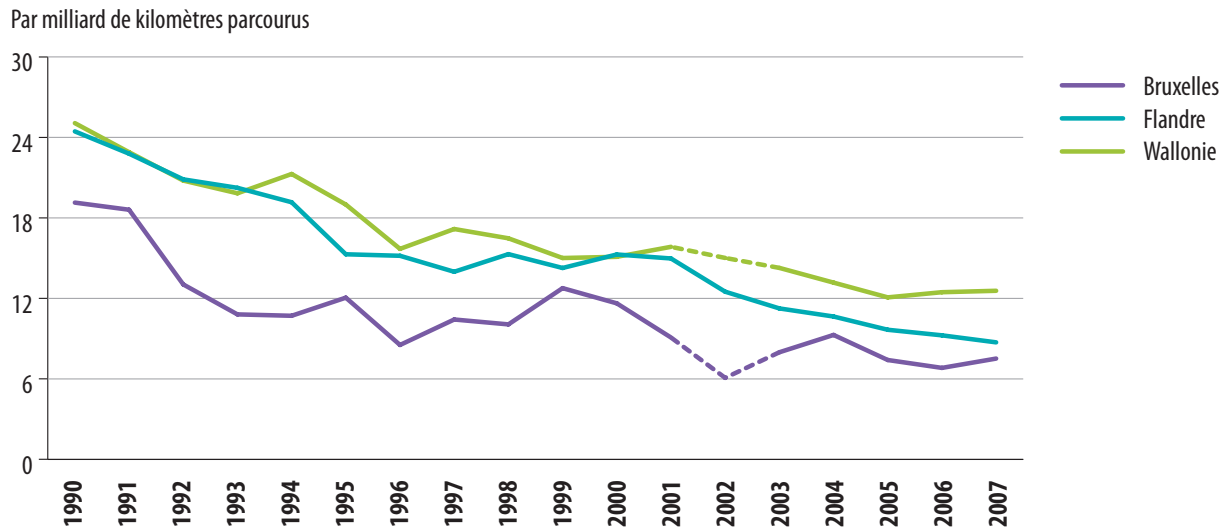
⁶⁹ Les décès survenus en Wallonie ne sont pas inclus. Pour l'année 2004, on a enregistré 10 décès de Bruxellois par accident de la circulation en Wallonie.

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

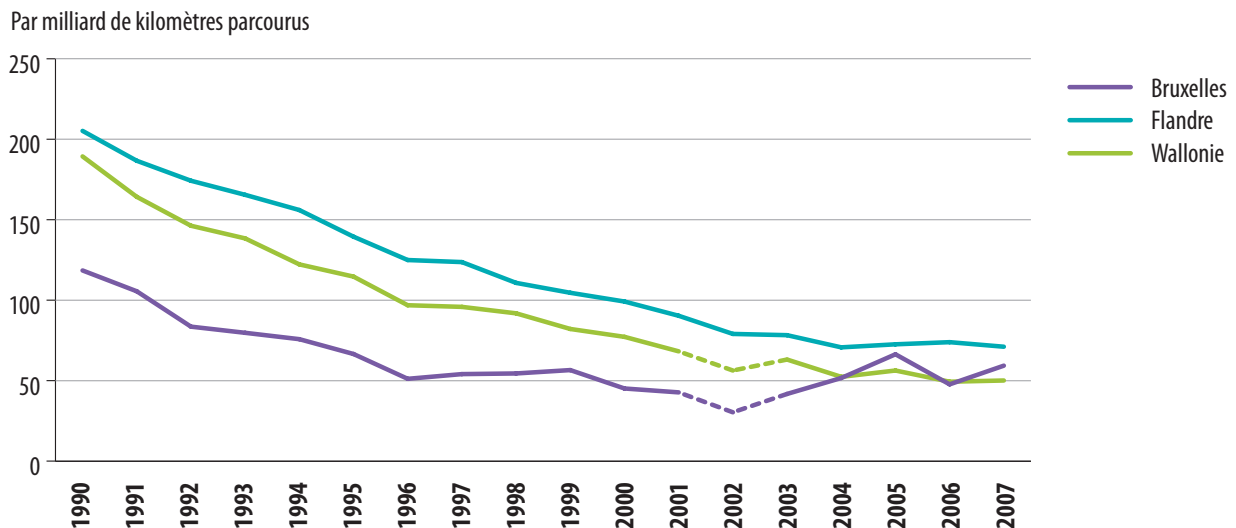
la victime, mais sur le lieu de l'accident. Etant donné les grandes différences de densité et d'intensité du trafic d'une région à l'autre, les chiffres d'accidents sont calculés sur base du nombre total de kilomètres parcourus dans chaque région^[70].

Figure 2-101 Évolution des accidents mortels par milliard de kilomètres parcourus, dans les trois régions, 1990-2007



Source : IBSR

Figure 2-102 Évolution des accidents ayant entraîné des blessures sévères par milliard de kilomètres parcourus, dans les trois régions, 1990-2007



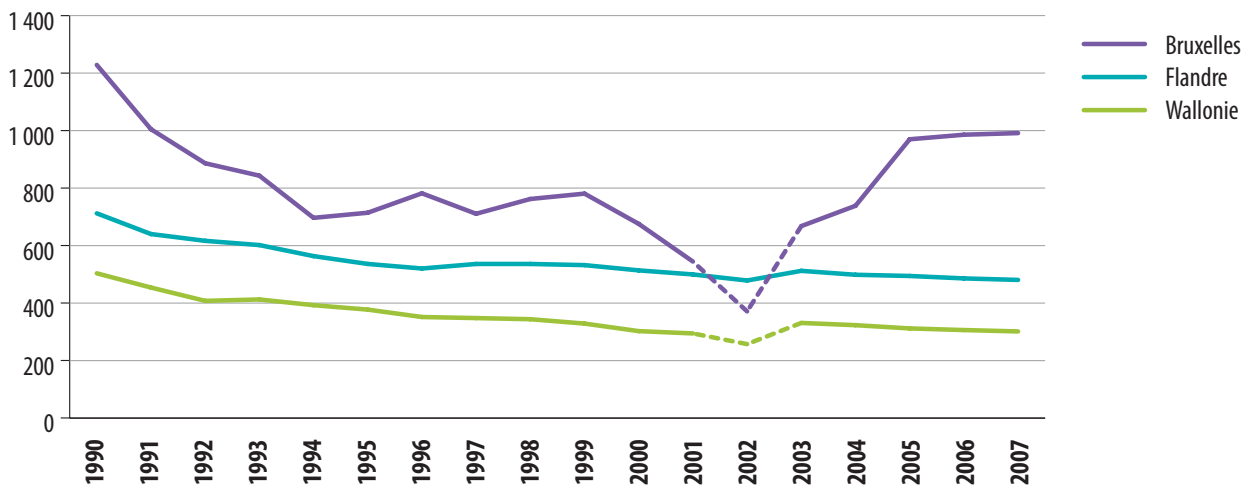
Source : IBSR

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.

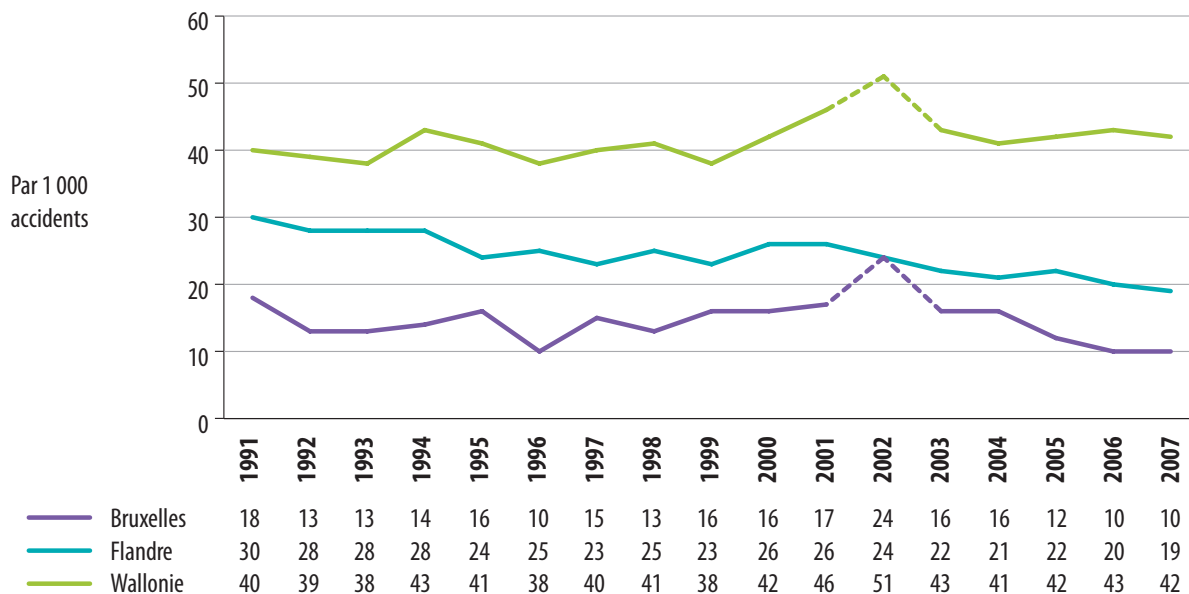
Pour expliquer cette différence, il faut prendre en compte un certain nombre d'éléments. De par son caractère de grande ville, la vitesse moyenne est plus basse à Bruxelles qu'en Flandre ou en Wallonie, ce qui se traduit par un

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

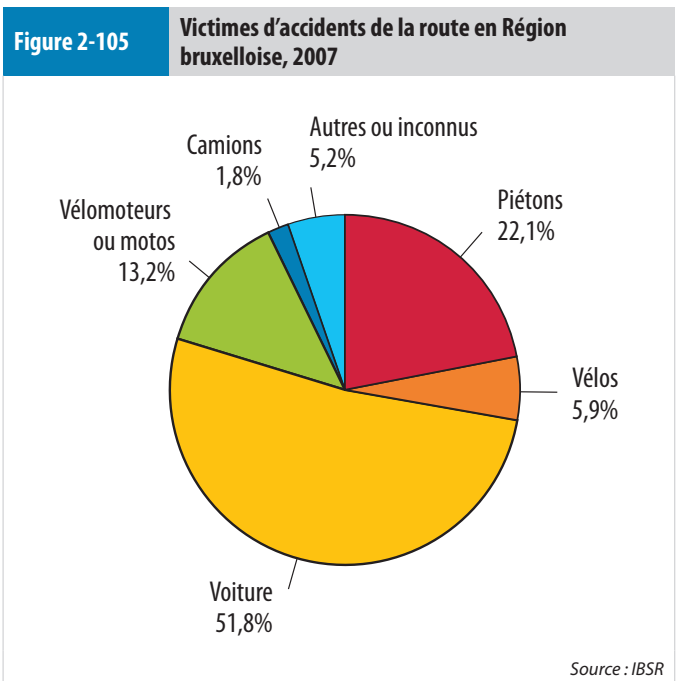
Gravité des accidents (décès dans les 30 jours suivant l'accident) par région, 1991-2007



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 travail⁷¹.

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).

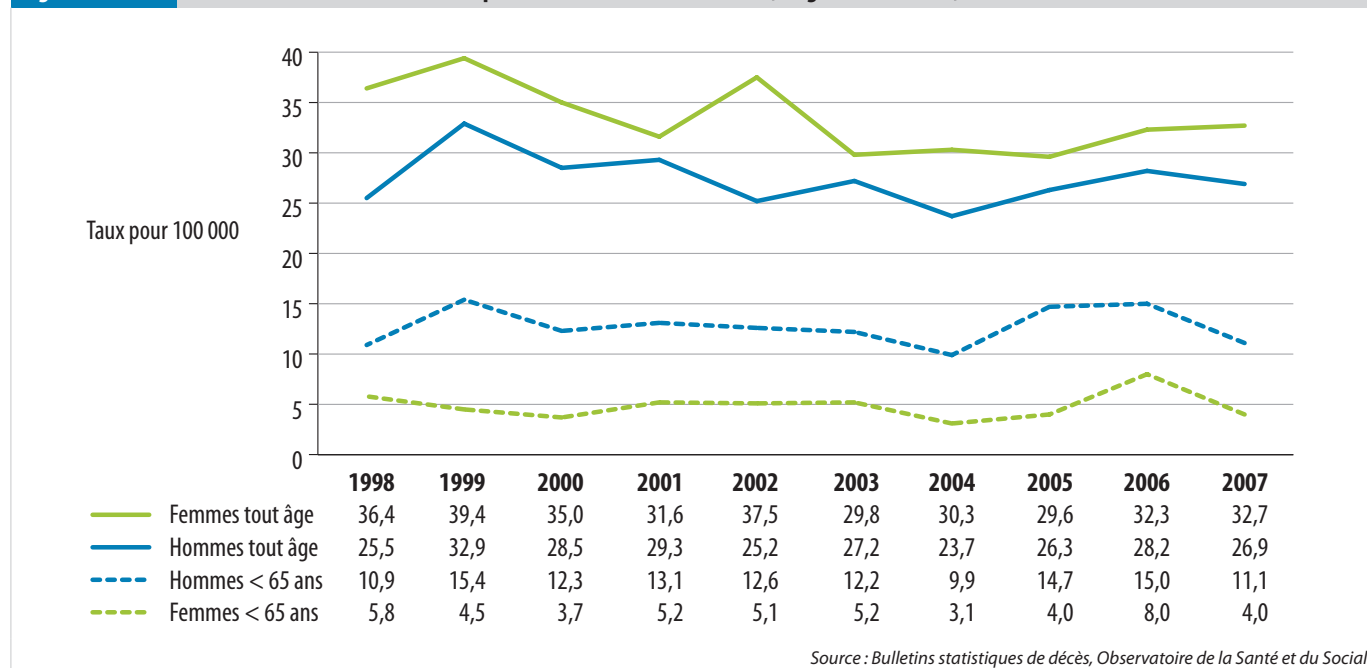
Le nombre de décès par accidents de la vie courante augmente avec l'âge.

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 Spiegelaere 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 Spiegelaere 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.