Partie III : Les déterminants de la santé

La santé de la population bruxelloise dépend de nombreux facteurs qui interviennent à des niveaux différents.
Au niveau individuel, outre les facteurs génétiques, l'âge et le sexe sont des déterminants importants ; ils ont été abordés systématiquement lors de la présentation des problèmes de santé (Partie II). Les styles de vie (ensemble des comportements et habitudes individuels ayant un effet positif ou négatif sur la santé) jouent aussi un rôle important.
L'environnement physique (qualité du logement, conditions de travail, etc.) et social (famille, support social, etc.) interagit avec ces facteurs individuels. Et la qualité de ces environnements est elle-même dépendante du contexte socio-économique et culturel général.

Pour la plupart des problèmes de santé, il faut une interaction de plusieurs facteurs pour que le problème se manifeste : par exemple une prédisposition à l'obésité est renforcée si des comportements défavorables sur le plan de la nutrition ou de l'activité physique sont adoptés. Le développement de ces comportements dépend fortement de l'environnement familial et du contexte économique, politique ou culturel.

Il est très difficile de présenter les grands déterminants de la santé des Bruxellois en respectant cette complexité. Dans cette partie, on ne prétend pas refléter les mécanismes complexes, mais on se borne à présenter quelques déterminants importants. Les styles de vie sont abordés d'une part en tant que tels et d'autres part en lien avec les facteurs socio-économiques et culturels (chapitre 1).
Le statut social, de par ses liens avec tous les autres déterminants, est le déterminant le plus puissant de l'état de santé (1). La grande hétérogénéité sociale qui caractérise la Région se reflète donc par des inégalités sociales de santé importantes qui font l'objet du chapitre 2.
La Région bruxelloise est caractérisée par une part importante d'habitants issus des migrations internationales. Cette diversité influence également l'état de santé de la population et sera abordé de manière spécifique au chapitre 3.
Les soins, préventifs ou curatifs, ont bien sûr également un impact sur l'état de santé. Quelques données concernant l'accès aux soins et la prévention sont présentées en fin de partie. L'offre et la consommation de soins font l'objet d'une partie spécifique du Tableau de Bord (partie V).
L'environnement est certainement un déterminant important de la santé en milieu urbain. Cet aspect n'a malheureusement pas pu être abordé dans ce rapport [1].

1. Les styles de vie

Les styles de vie tels que la manière de se nourrir, l'activité physique, la consommation de substances nocives pour la santé comme le tabac, l'alcool ou d'autres drogues, ont un impact sur la santé et pour cette raison, ils sont parfois identifiés comme «comportements de santé».

Ces habitudes de vie sont trop souvent considérées comme des comportements «individuels», alors qu'elles sont en grande partie déterminées par l'environnement plus large : la famille, les milieux de vie, la société en général.
C'est pourquoi il ne suffit pas «d'éduquer» la population ou de l'informer sur les dangers de tels comportements pour que ceux-ci changent. L'information seule ne suffit pas, si l'on néglige les conditions auxquelles le public visé peut devenir réellement «partie prenante» de ces efforts d'éducation.
Certains comportements qui mettent en danger la santé peuvent aussi être une tentative de répondre à d'autres malaises (stress, dépression, solitude, perte d'estime de soi, etc.). Ainsi, le tabagisme peut-être une manière de supporter le stress d'une situation de précarité. La prévention et la promotion de la santé doivent donc s'occuper également de lutter contre la précarité, l'isolement social, le sentiment d'exclusion et d'impuissance,….
Enfin, il faut également que les politiques de santé et les politiques de tous domaines visent à créer des environnements favorables à la santé (par exemple des écoles ou des lieux publics sans tabac, une offre accessible d'aliments sains, un espace public qui favorise l'activité physique, etc.).

Ci-dessous, nous décrivons la fréquence de quelques habitudes de vie en fonction de l'âge et du sexe en Région bruxelloise. Toutes les comparaisons sont effectuées en contrôlant pour l'âge. Les données proviennent de l'Enquête nationale de santé (2) et de l'Enquête HBSC pour les adolescents [2] (3)

1 Les liens santé-environnement pourraient faire l'objet dans le futur d'un dossier spécifique.

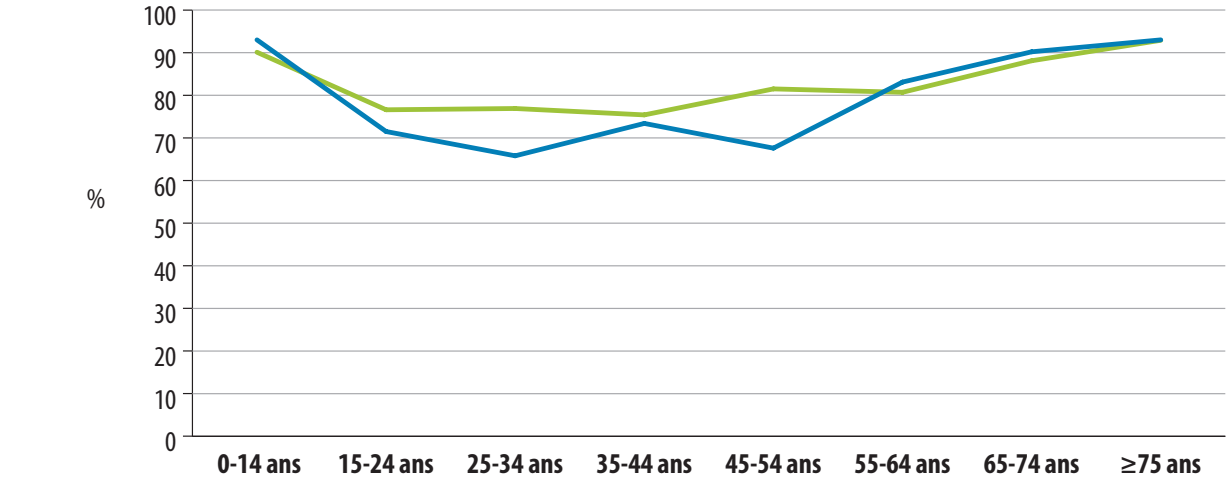
2 Rappelons que les résultats repris ici ne concernent que les élèves fréquentant l'enseignement francophone.

1.1 LA NUTRITION

1.1.1 Prendre régulièrement un petit déjeuner

Parmi les Bruxellois, 80,2 % (77,9 % des hommes et 82,3 % des femmes) disent prendre régulièrement (au moins 5 fois par semaine) un petit déjeuner.
Cette proportion est plus élevée chez les enfants et les personnes âgées que chez les adultes. Aux âges actifs, les hommes sont moins nombreux à déjeuner régulièrement que les femmes. Entre 25 et 34 ans, un tiers des hommes ne prennent pas régulièrement un petit déjeuner. On observe cependant une augmentation significative [3] de la proportion d'hommes qui déjeunent régulièrement entre 2001 (72,7 %) et 2004 (77,9 %).

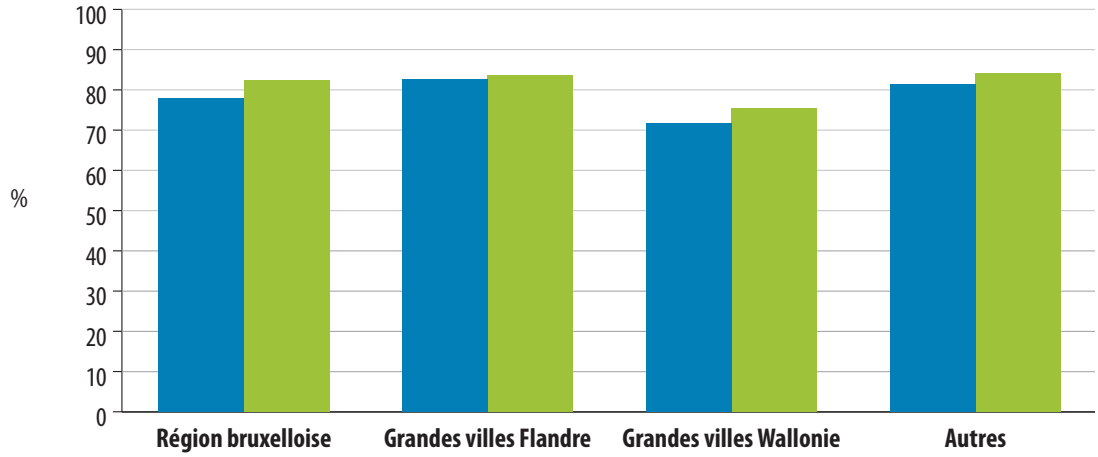
Figure 3-01 **Proportion de Bruxellois prenant régulièrement un petit déjeuner par âge et sexe, 2004**



	0-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	93,0	71,5	65,8	73,4	67,6	83,1	90,2	93,0
Femmes	90,1	76,6	76,9	75,4	81,5	80,7	88,1	92,9

Source : ISP, Enquête de santé 2004

Figure 3-02 **Proportion de la population qui prend un petit déjeuner régulièrement selon le sexe et le lieu de résidence, 2004**



	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	77,9	82,7	71,6	81,4
Femmes	82,3	83,5	75,5	84,1

Source : ISP, Enquête de santé 2004

On n'observe pas de différence significative entre Bruxelles et l'ensemble du pays ou les grandes villes flamandes. La prise régulière d'un petit déjeuner est par contre plus faible dans les grandes villes de Wallonie.

3 Pour les données de l'Enquête de santé, seules les différences statistiquement significatives après contrôle pour l'âge sont mentionnées dans cette partie.

Selon l'enquête HBSC, en Région bruxelloise, seuls 60 % des adolescents et 50 % des adolescentes déclarent prendre un petit déjeuner les jours d'école et cette proportion diminue avec l'âge. Dans tous les groupes d'âge, les filles déjeunent moins souvent que les garçons : 55,7 % versus 66,7 % pour les 13-14 ans et 48,6 % versus 54,8 % pour les 17-18 ans.

On observe des différences marquées entre les filières d'enseignement : les adolescents fréquentant l'enseignement général déjeunent plus souvent que ceux fréquentant l'enseignement technique ou professionnel. Les différences sont particulièrement marquées pour les filles : 56,0 % des filles fréquentant l'enseignement général prennent un petit déjeuner les jours scolaires, contre 35,0 % dans l'enseignement technique et 30,1 % dans l'enseignement professionnel.

1.1.2 Consommer régulièrement des fruits et des légumes

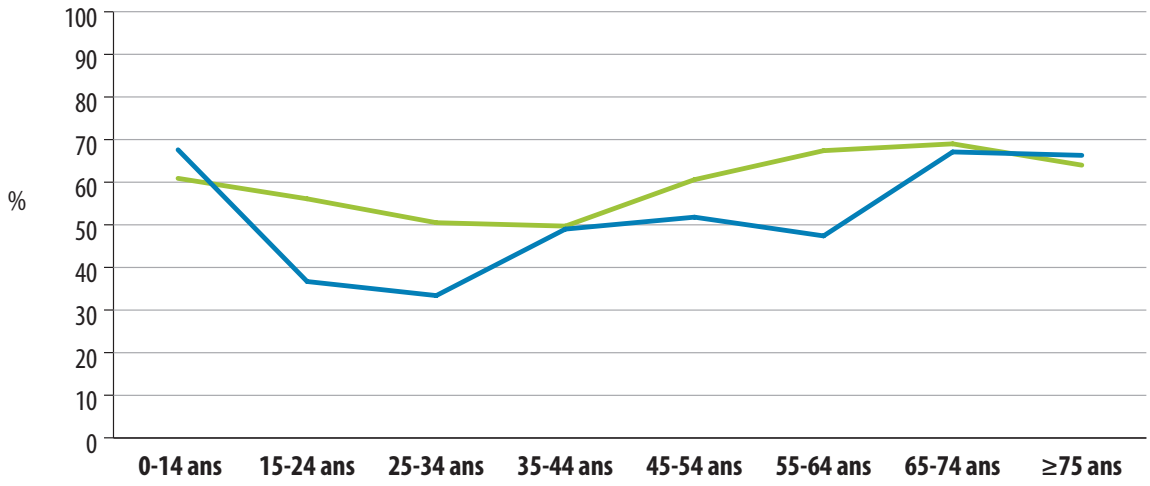
La consommation quotidienne de fruits et de légumes est recommandée dans le cadre de la prévention de maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires (4) et certains cancers (5). Le Plan National Nutrition Santé belge se fixe l'objectif d'augmenter la consommation de fruits et légumes à au moins 400 g par jour (6).

En 2004, 54,7 % des Bruxellois (50,5 % des hommes et 58,5 % des femmes) déclarent consommer au moins un fruit tous les jours ; 10,4 % des hommes et 6,9 % des femmes en consomment moins d'une fois par semaine.

C'est chez les jeunes adultes que la consommation de fruits est la plus faible. Entre 15 et 35 ans, moins de quatre hommes sur dix consomment quotidiennement un fruit. À partir de 35 ans, la consommation augmente avec l'âge mais reste toujours plus faible pour les hommes que pour les femmes.

À Bruxelles, la consommation quotidienne de fruits a augmenté entre 2001 et 2004, passant de 44,7 % à 50,6 % chez les hommes et de 52,8 % à 58,6 % chez les femmes.

Figure 3-03 **Proportion de Bruxellois consommant quotidiennement au moins un fruit, par âge et sexe, 2004**

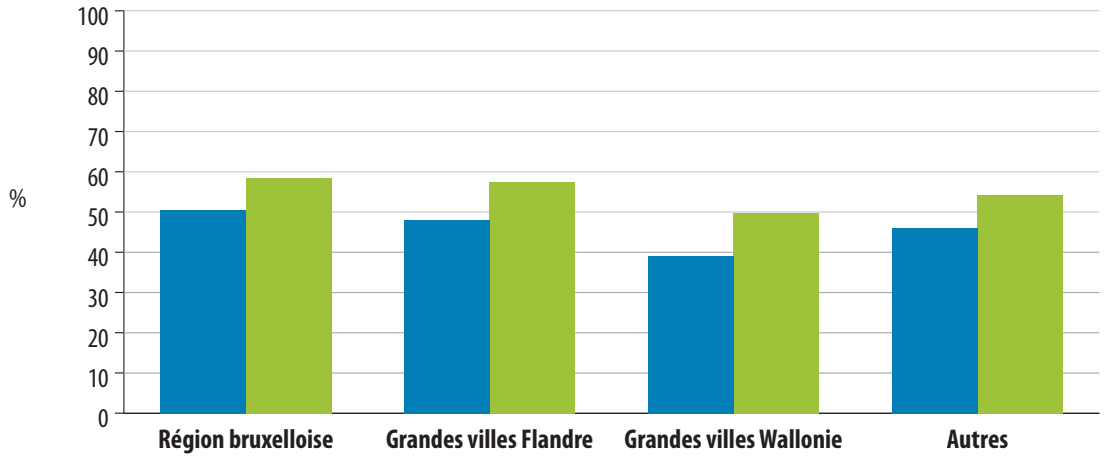


	0-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	67,6	36,7	33,4	49,0	51,8	47,4	67,1	66,3
Femmes	60,9	56,1	50,5	49,7	60,6	67,4	69,0	64,0

Source : ISP, Enquête de santé 2004

La proportion de personnes qui consomment des fruits quotidiennement est plus élevée en Région bruxelloise que dans les autres grandes villes du pays. Seules les différences avec les grandes villes wallonnes sont statistiquement significatives.

Figure 3-04 **Proportion de la population consommant quotidiennement au moins un fruit selon le sexe et le lieu de résidence, 2004**



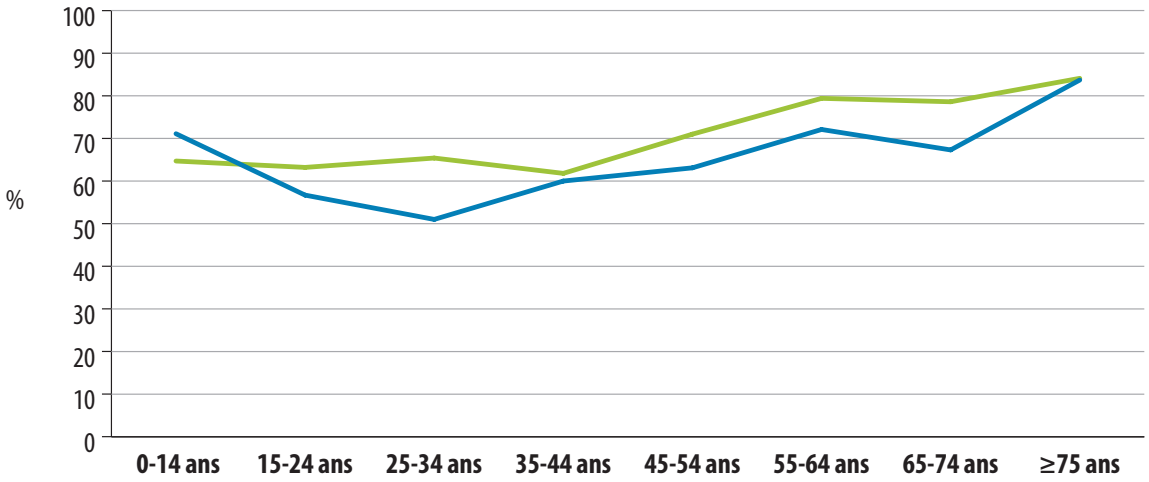
	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	50,5	48,1	39,0	46,0
Femmes	58,5	57,5	49,8	54,3

Source : ISP, Enquête de santé 2004

En 2004, 66,5 % des Bruxellois (63,3 % des hommes et 69,4 % des femmes : différence significative) déclarent consommer quotidiennement des légumes. Seuls 1,5 % des hommes et 0,5 % des femmes en consomment moins d'une fois par semaine.

La consommation quotidienne de légumes augmente à partir de 45 ans. Comme pour la consommation de fruits, la consommation de légumes est la plus faible pour les hommes de 25 à 34 ans.

Figure 3-05 **Proportion de Bruxellois consommant quotidiennement des légumes par âge et sexe, 2004**

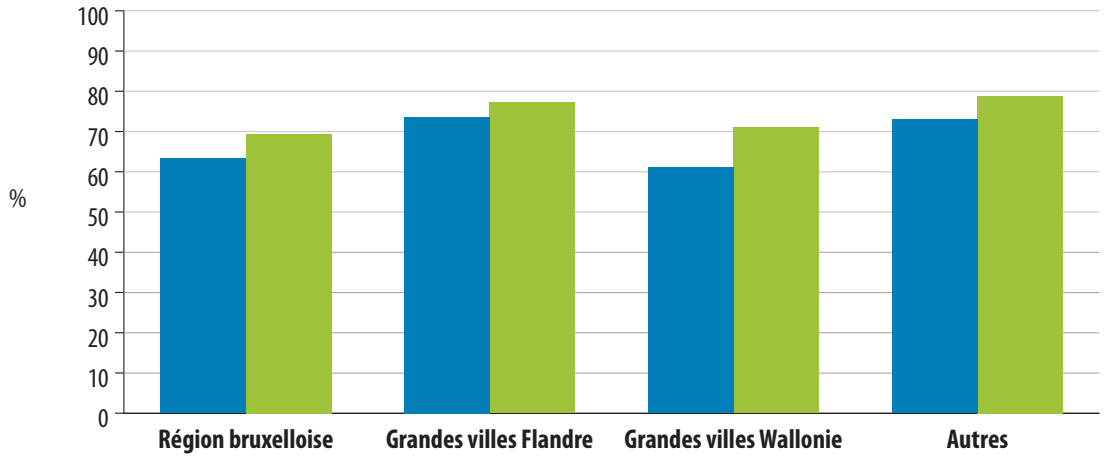


	0-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	71,1	56,7	51,0	60,0	63,1	72,1	67,3	83,7
Femmes	64,7	63,2	65,4	61,8	71,0	79,4	78,6	84,1

Source : ISP, Enquête de santé 2004

À Bruxelles, le pourcentage d'hommes et de femmes consommant quotidiennement des légumes est significativement plus faible que dans les grandes villes flamandes et que dans les zones hors grandes villes.

Figure 3-06 **Proportion de la population consommant quotidiennement des légumes selon le sexe et le lieu de résidence, 2004**



	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	63,3	73,6	61,1	73,0
Femmes	69,4	77,2	71,0	78,9

Source : ISP, Enquête de santé 2004

D'après l'enquête HBSC, 46 % des adolescentes et 41 % des adolescents déclarent consommer des fruits quotidiennement. On y retrouve les mêmes constats : la consommation de fruits et de légumes diminue progressivement entre l'enfance et le début de l'âge adulte et elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

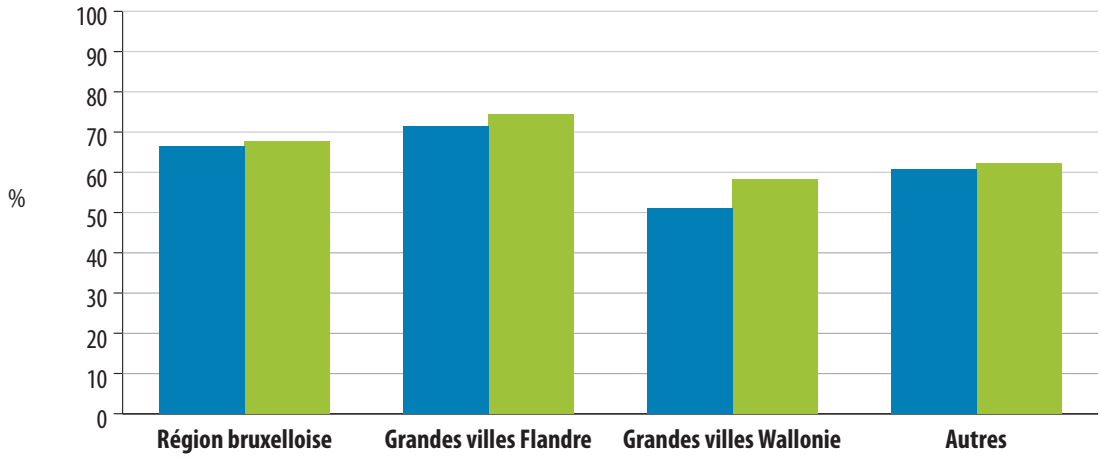
1.1.3 Consommer régulièrement du poisson

Plusieurs études ont démontré un effet protecteur de la consommation de poisson contre les maladies cardiovasculaires. Les études mettent aussi en évidence que les bénéfices de la consommation de poisson contrebalancent largement les risques liés à la contamination de certaines espèces par des substances chimiques (surtout mercure) (7). On recommande en général de consommer du poisson au moins une fois par semaine, idéalement deux à trois fois.
En 2004, 67,0 % des Bruxellois consommaient du poisson au moins une fois par semaine (66,4 % des hommes et 67,7 % des femmes).

Comme dans le reste du pays, cette proportion a augmenté entre 2001 et 2004, tant pour les hommes (de 54,4 % à 61,6 %) que pour les femmes (de 55,0 % à 63,4 %).

La consommation hebdomadaire de poisson est plus fréquente en Région bruxelloise que dans l'ensemble du pays. La proportion de consommateurs hebdomadaires est significativement plus élevée à Bruxelles que dans les grandes villes wallonnes ou les zones hors grandes villes. Elle est plus faible que dans les grandes villes flamandes (différence significative après contrôle pour l'âge uniquement pour les femmes).

Figure 3-07 **Proportion de la population consommant du poisson au moins une fois par semaine selon le sexe et le lieu de résidence, 2004**



	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	66,4	71,3	51,1	60,8
Femmes	67,7	74,5	58,2	62,1

Source : ISP, Enquête de santé 2004

De plus en plus de Bruxellois adoptent des habitudes alimentaires favorables à la santé comme prendre un petit déjeuner, ou consommer régulièrement des fruits ou du poisson. C'est parmi les jeunes hommes adultes que ces habitudes favorables sont les moins fréquentes.

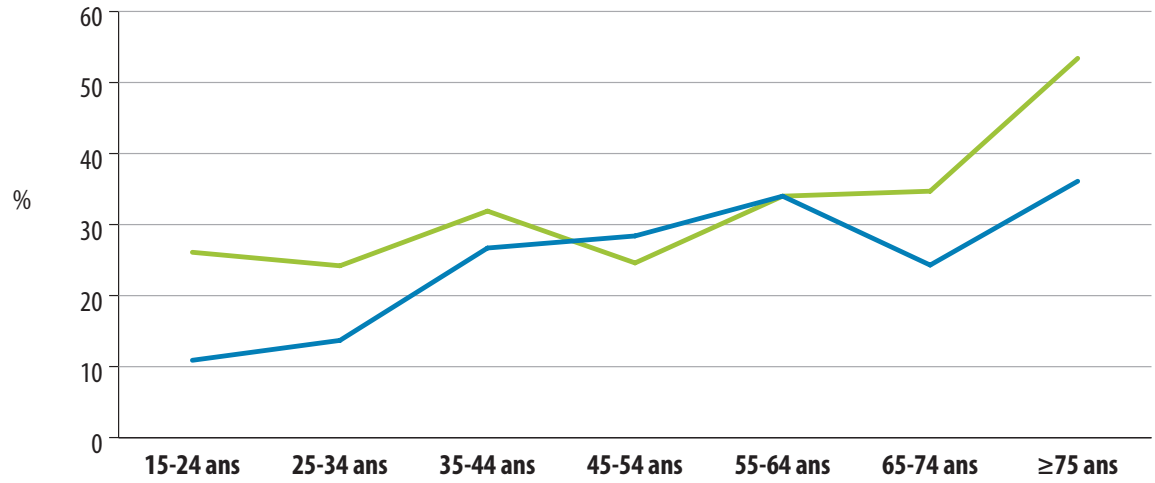
1.2 L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique régulière est un facteur protecteur pour de nombreux problèmes de santé (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers, ostéoporose, dépression)(8). Elle permet également d'améliorer la qualité de vie pour les personnes âgées et les malades chroniques. Un des objectifs du Plan National Nutrition Santé est que la population belge pratique un minimum de 30 minutes de marche ou d'activité physique équivalente par jour.

L'Enquête nationale de santé propose plusieurs indicateurs de l'activité physique. Aucun n'est cependant tout à fait satisfaisant. Il est en effet difficile de prendre en compte à la fois l'activité physique liée aux activités quotidiennes (faire ses courses, le ménage, les petits travaux, s'occuper de ses enfants ou de personnes dépendantes, etc.), les activités sportives ou de loisirs et l'activité physique liée au travail. Nous analyserons ici un indicateur qui évalue le risque lié à un manque d'activités physiques de loisir. Les personnes à risque sont celles qui ne pratiquent pas au moins une fois par semaine une activité physique, même légère (marche, vélo,…) [4]. Il faut donc garder à l'esprit que certaines personnes reprises ici comme à faible activité physique de loisirs, personnes qualifiées ici de «sédentaires», peuvent avoir une activité physique importante dans le cadre de leur activité professionnelle.

L'enquête révèle que 22,8 % des Bruxellois et 30,4 % des Bruxelloises sont sédentaires. Les différences entre hommes et femmes concernent surtout les moins de 35 ans et les plus 65 ans.

Figure 3-08 **Proportion de Bruxellois sédentaires, par âge et sexe, 2004**



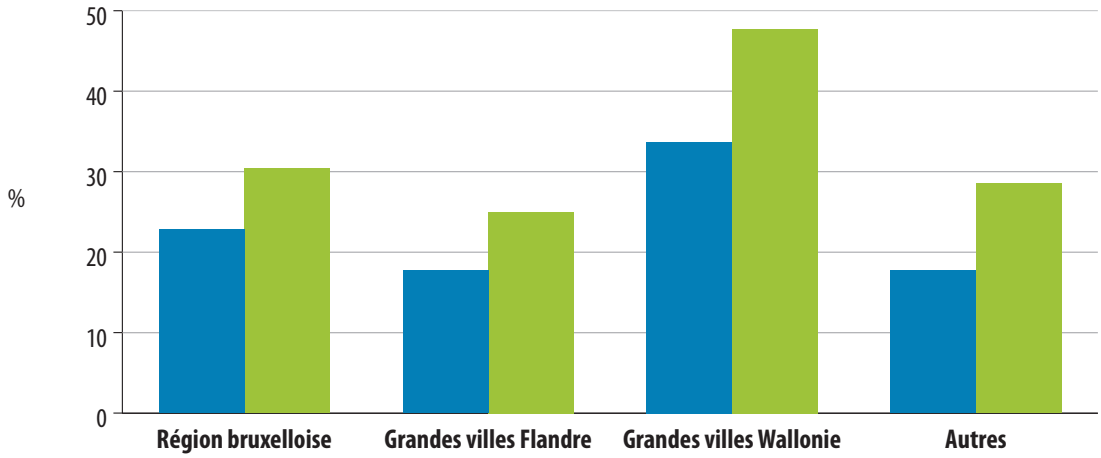
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	10,9	13,7	26,7	28,4	34,0	24,3	36,1
Femmes	26,1	24,2	31,9	24,6	34,0	34,7	53,4

Source : ISP, Enquête de santé 2004

4 La question posée au cours de l'enquête de santé de 2004 était «Quelle proposition caractérise le mieux vos activités physiques au cours de l'année qui vient de s'écouler ?
1. Entraînement intensif et sport de compétition plus d'une fois par semaine ;
2. Jogging, autre sport de détente ou jardinage, au moins 4 heures par semaine ;
3. Jogging, autre sport de détente ou jardinage, moins de 4 heures par semaine ;
4. Marche, vélo ou autre activité légère, au moins 4 heures par semaine ;
5. Promenade, vélo ou autre activité légère, moins de 4 heures par semaine ;
6. Lecture, TV ou autre activité sédentaire». C'est donc cette sixième catégorie qui constitue les personnes désignées comme «à risque» dans le texte.

Les différences entre hommes et femmes se retrouvent dans l'ensemble du pays. Le pourcentage de sédentaires en Région bruxelloise se situe entre celui des grandes villes flamandes et celui des grandes villes wallonnes.

Figure 3-09 **Proportion de personnes sédentaires par sexe selon le lieu de résidence, 2004**



	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	22,8	17,7	33,7	17,7
Femmes	30,4	25,0	47,7	28,5

Source : ISP, Enquête de santé 2004

D'après une enquête du CRIOC de février 2009 sur des élèves de 10 à 17 ans, l'activité sportive diminue avec l'âge et les jeunes de la Région bruxelloise déclarent moins souvent faire du sport (60 %) que les jeunes de Flandre (67 %) ou de Wallonie (70 %) (CRIOC, La santé et les jeunes. Etude février 2009).

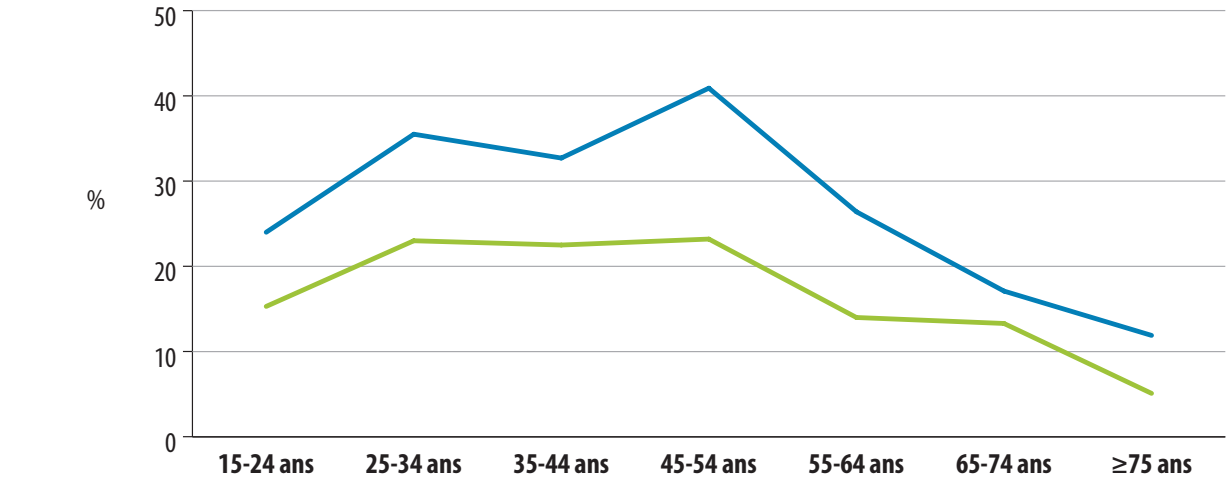
Beaucoup de Bruxellois sont sédentaires.

1.3 LA CONSOMMATION DE TABAC

Au cours de la période 2003-2007, en Région bruxelloise, le tabac est responsable de 24,1 % des décès des plus de 35 ans chez les hommes et de 9,3 % des décès chez les femmes [5]. Par rapport à la période 1998-2002, la part des décès liés au tabac a diminué pour les hommes (de 27,7 % à 24,1 %) et augmenté pour les femmes (de 7,4 % à 9,3 %).

En 2004, 23,8 % des Bruxellois de plus de 15 ans (30,1 % des hommes et 18,2 % des femmes) déclarent fumer quotidiennement.
C'est dans la tranche d'âge des 25-54 ans qu'on observe les proportions les plus élevées de fumeurs quotidiens : environ un tiers des hommes et un cinquième des femmes.

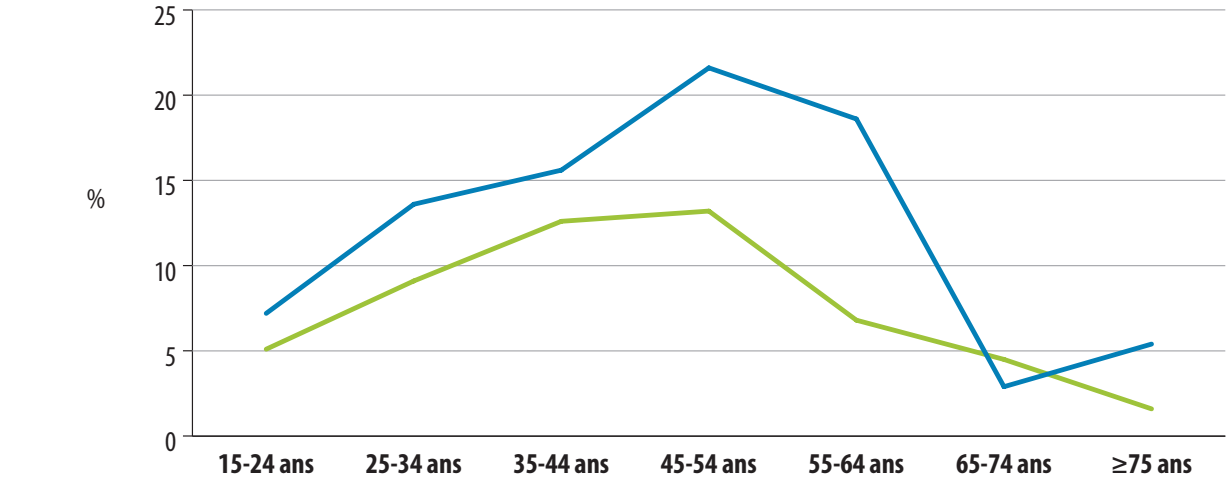
Figure 3-10 **Proportion de fumeurs quotidiens en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004**



	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	24,0	35,5	32,7	40,9	26,4	17,1	11,9
Femmes	15,3	23,0	22,5	23,2	14,0	13,3	5,1

Source : ISP, Enquête de santé 2004

Figure 3-11 **Proportion de gros fumeurs (> 20cig/j) en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles, 2004**



	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	7,2	13,6	15,6	21,6	18,6	2,9	5,4
Femmes	5,1	9,1	12,6	13,2	6,8	4,5	1,6

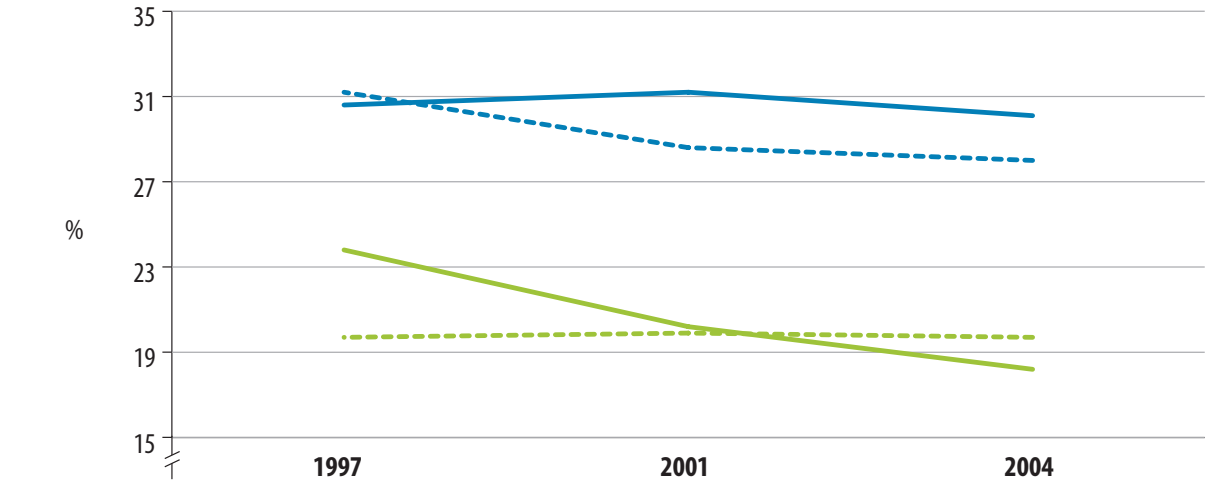
Source : ISP, Enquête de santé 2004

La proportion de gros fumeurs, c'est-à-dire qui fument plus de 20 cigarettes par jour, augmente avec l'âge jusqu'à la cinquantaine. Entre 45 et 54 ans, plus d'un homme sur cinq est un gros fumeur.

5 La méthode utilisée est celle décrite par Peto et al (9) et également utilisée par la Vlaams Agenschap Zorg & gezondheid (http://www.zorg-en-gezondheid.be/sterftecijfers.aspx). Pour l'année 2007 en Flandre, la part des décès liés au tabac est estimée à 27,6 % des décès masculins et 6,4 % des décès féminins.

Pour les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens reste stable entre 1997 et 2004 en Région bruxelloise alors qu'elle diminue pour l'ensemble du pays. Inversement, pour les femmes, on constate une diminution significative de la proportion de fumeuses quotidiennes en Région bruxelloise, alors que cette proportion reste stable pour l'ensemble du pays. Ceci n'est pas contradictoire avec l'augmentation du cancer du poumon chez les Bruxelloises (voir Partie II «État de santé», chapitre 3.3.2), étant donné le temps de latence important qui existe entre le début des habitudes tabagiques et l'apparition éventuelle d'un cancer du poumon.

Figure 3-12 **Évolution de la proportion de fumeurs quotidiens en Région bruxelloise et en Belgique, par sexe, 1997-2001**

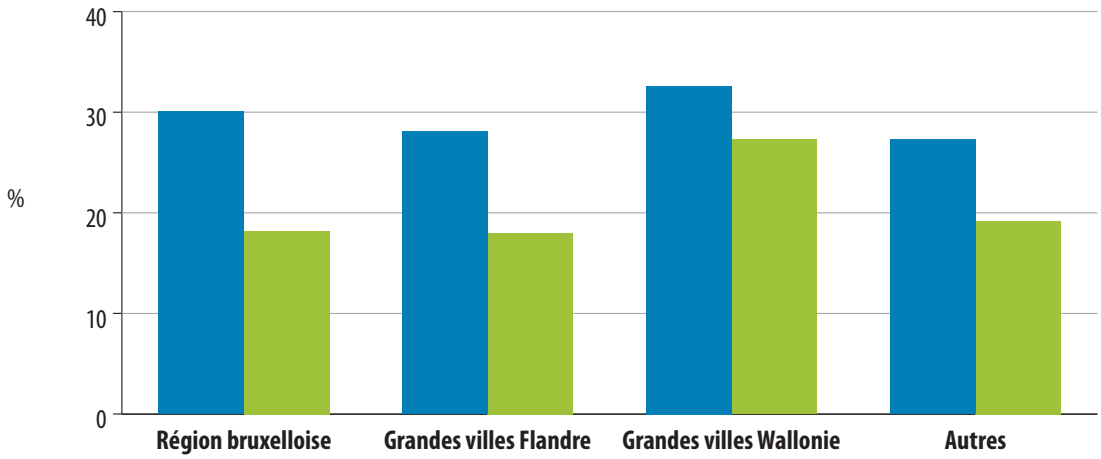


	1997	2001	2004
Hommes Bruxelles	30,6	31,2	30,1
Hommes Belgique	31,2	28,6	28,0
Femmes Bruxelles	23,8	20,2	18,2
Femmes Belgique	19,7	19,9	19,7

Source : ISP, Enquête de santé 1997-2001-2004

La proportion d'hommes qui fument quotidiennement n'est pas significativement différente entre la Région bruxelloise et les autres grandes villes après contrôle pour l'âge. Par contre, la proportion de femmes qui fument quotidiennement est significativement plus faible à Bruxelles que dans les grandes villes wallonnes.

Figure 3-13 **Proportion de fumeurs quotidiens selon le sexe et le lieu de résidence, 2004**



	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	30,1	28,1	32,6	27,3
Femmes	18,2	18,0	27,3	19,2

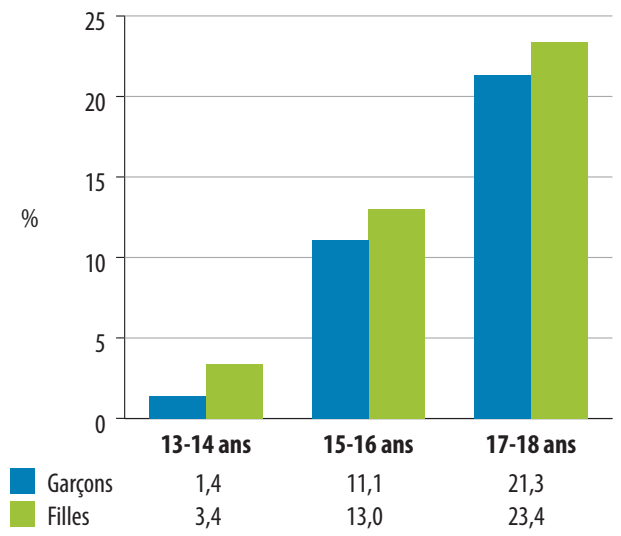
Source : ISP, Enquête de santé 2004

Le poids du tabagisme sur la santé et la mortalité des Bruxellois reste très important même s'il se réduit pour les hommes. Cependant, actuellement, la proportion d'hommes bruxellois qui fument reste stable et ne diminue pas comme dans l'ensemble du pays ; ceci s'explique probablement par l'inégalité sociale importante et croissante face au tabagisme.

Pour les femmes, les problèmes de santé liés au tabac s'accroissent fortement ; ceci reflète le tabagisme important des femmes bruxelloises au cours des dernières décennies. Actuellement, heureusement, la proportion de Bruxelloises qui fument diminue et est plus faible que dans le reste du pays.

Selon l'enquête HBSC, la proportion d'adolescents fumeurs quotidiens augmente progressivement avec l'âge et est plus élevée chez les filles que chez les garçons (figure 3-14). On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : pour les garçons, c'est parmi les élèves de l'enseignement professionnel que le tabagisme est le plus fréquent (13,3 % dans l'enseignement général et 21,4 % dans l'enseignement professionnel), pour les filles c'est parmi les élèves de l'enseignement technique (29,4 % contre 13,1 % dans l'enseignement général).

Figure 3-14 **Proportion de fumeurs quotidiens parmi les adolescents bruxellois par âge et sexe, 2002 et 2006**



Source : Enquête HBSC, Bruxelles 2002 et 2006

Chez les adolescents, les différences marquées d'habitudes tabagiques entre les filières scolaires méritent une attention particulière, 29 % des adolescentes de l'enseignement technique fument quotidiennement.

1.4 LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation excessive d'alcool a des répercussions très importantes sur la santé et contribue de manière importante à la mortalité prématurée par cirrhose du foie et autres maladies alcooliques (voir Partie II, État de santé). Selon la définition utilisée [6], on a enregistré au cours de la période 2003-2007 entre 109 et 422 décès dus à l'alcool chaque année. Ces chiffres ne tiennent pas compte des décès par accidents ou homicides sous l'influence de l'alcool.

La consommation d'alcool a également des liens étroits avec la santé mentale : d'une part elle peut être une tentative de réponse à l'anxiété, aux troubles du sommeil, à la dépression et au mal être en général ; d'autre part, la dépendance à l'alcool est une source de souffrance psychique et de troubles mentaux ; il y a là un cercle vicieux. La consommation d'alcool joue d'ailleurs un rôle non négligeable dans la problématique du suicide : la consommation d'alcool favorise le passage à l'acte et l'alcoolisme est un facteur de risque important pour le suicide.

Outre ses effets sur la santé physique et mentale, la consommation excessive d'alcool a des conséquences importantes sur le plan professionnel, familial et social.

Selon le profil de consommation, occasionnelle ou régulière, et la quantité d'alcool consommée, on distingue plusieurs niveaux de risque (10) (voir tableau 3-01) :

- **risque ponctuel :** le risque d'alcoolisation excessive reste ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain seuil, mais une ivresse de temps en temps suffit pour être classé dans cette catégorie. Les dangers encourus sont alors les accidents de la route, les accidents domestiques, les bagarres et les violences conjugales, les rapports sexuels non protégés, le coma éthylique et le décès.
- **risque chronique :** le risque devient chronique chez les buveurs réguliers de grandes quantités d'alcool ou chez ceux qui connaissent des ivresses fréquentes. Les dangers encourus sont, en plus de ceux communs aux consommateurs à risque ponctuel, les problèmes professionnels (licenciement…) et les maladies induites par l'abus d'alcool.

Pour l'analyse de la consommation d'alcool chez les plus de 15 ans, le profil de consommation établi via l'Enquête nationale de santé a été classifié selon cette typologie qui se base sur les recommandations de l'OMS. Cependant, il faut garder à l'esprit que les enquêtes en population générale ne sont pas l'instrument adéquat pour préciser un diagnostic d'alcoolodépendance [7], d'autant plus que ce sont les personnes qui consomment le plus qui ont tendance à sous-estimer le plus leur consommation (11).

Tableau 3-01 Typologie des différents profils de consommateurs d'alcool

	Volumétrie hebdomadaire		Consommation de 6 verres ou plus en une occasion	Profil de consommateurs
Hommes	0 verre	et	Jamais	Abstinent
Femmes	0 verre			
Hommes	< 22 verres	et	Jamais	Consommateurs sans risques
Femmes	< 15 verres			
Hommes	< 22 verres	et	Moins d'une fois par semaine	Consommateurs à risque ponctuel
Femmes	< 15 verres			
Hommes	> 21 verres	ou	Au moins une fois par semaine	Consommateurs à risque chronique
Femmes	> 14 verres			

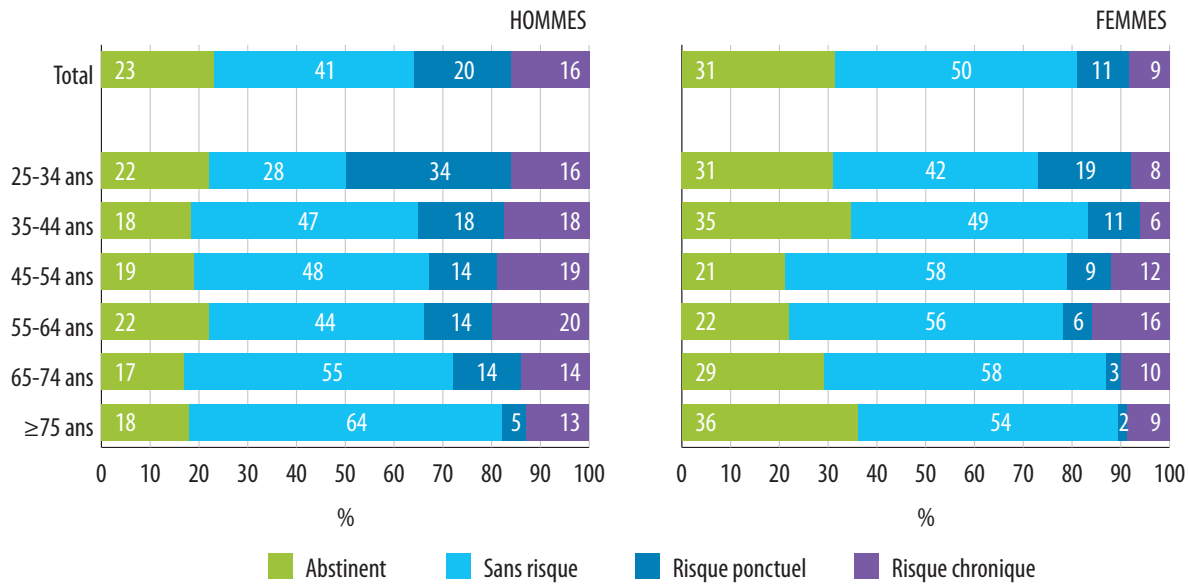
À Bruxelles, les consommations «à risque» sont significativement plus élevées chez les hommes que chez les femmes.
D'après les seuils retenus, 35,9 % des hommes bruxellois ont une consommation «à risque» : 16,2 % présentent un risque chronique et 19,7 % un risque ponctuel. Ces proportions sont environ moitié moindres chez les Bruxelloises : 18,8 % ont une consommation à risque, dont 8,3 % à risque chronique et 10,5 % à risque ponctuel.

6 Voir Partie II «État de santé», paragraphe 3.5.1.

7 Les personnes alcoolo-dépendantes sont, comme les personnes très malades et notamment les personnes hospitalisées, moins bien représentées que les autres dans les enquêtes auprès des ménages ; elles sont par contre mieux approchées par les enquêtes au sein des services médicaux.

Les profils de consommation varient selon l'âge. Le risque ponctuel est le plus élevé entre 25 et 34 ans. Le risque d'alcoolisation chronique excessive augmente entre 25 et 64 ans. Ces évolutions traduisent en partie le passage d'une non-consommation à la consommation sans risque et puis au développement de risques chroniques excessifs.

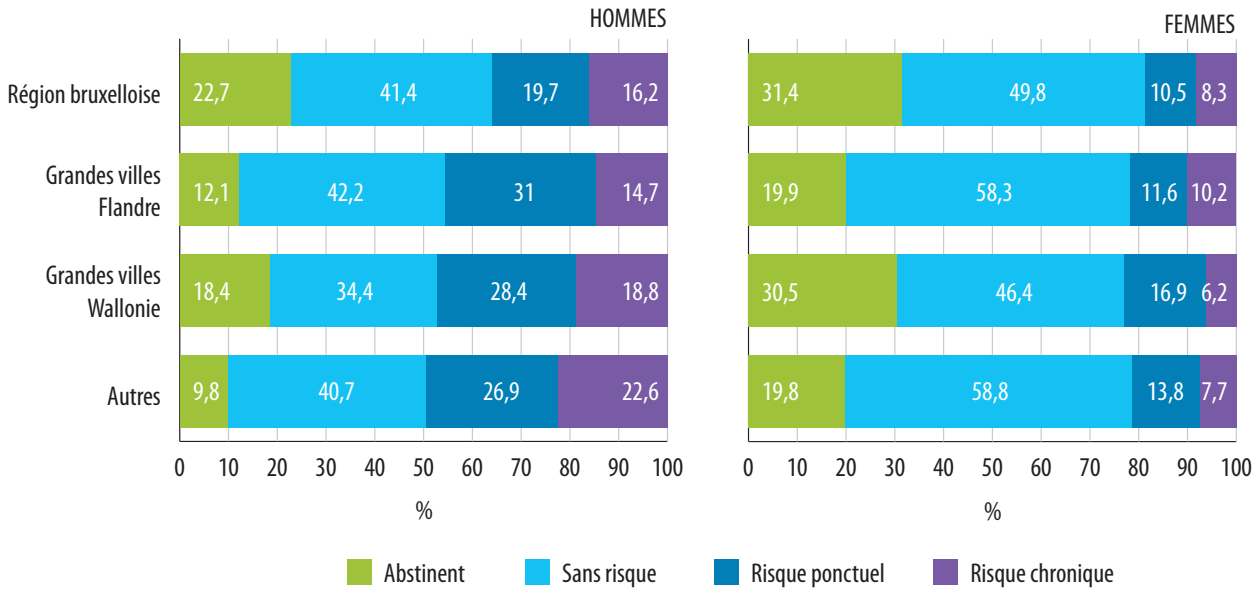
Figure 3-15 **Distribution des profils de consommation d'alcool par âge et par sexe, Bruxelles, 2004**



Source : ISP, Enquête de santé 2004

La proportion d'abstinents est plus importante à Bruxelles que dans les autres grandes villes. Ceci s'explique essentiellement par la présence à Bruxelles de communautés qui s'abstiennent de consommer de l'alcool pour des raisons culturelles ou religieuses.

Figure 3-16 **Profil de consommation par sexe et par lieu de résidence, 2004**

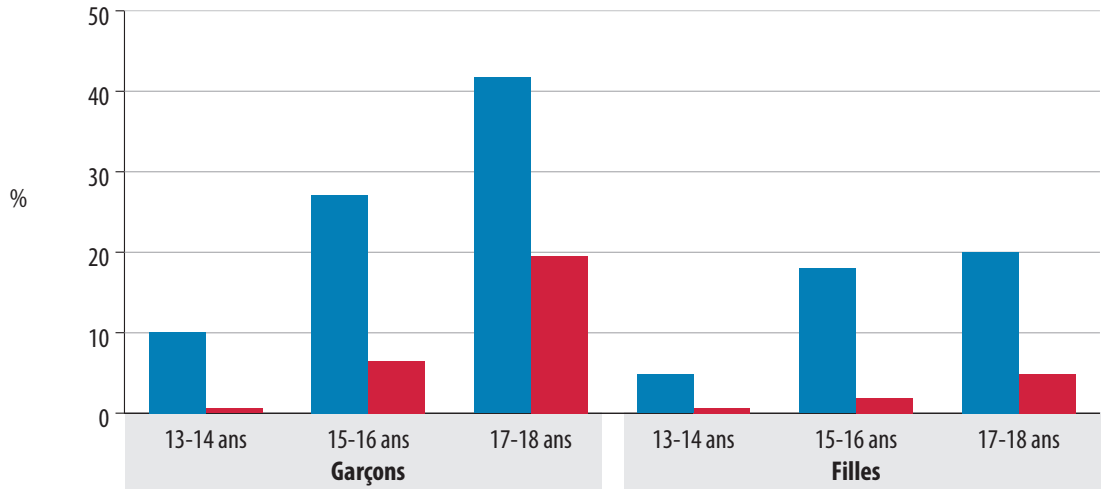


Source : ISP, Enquête de santé 2004

Si on ne tient compte que des non-abstinents (non illustré), la proportion de buveurs à risque chronique en Région bruxelloise ne diffère pas significativement de celle des autres grandes villes belges. Par contre, pour les femmes, la proportion de consommatrices à risque ponctuel est plus élevée en Région bruxelloise que dans les grandes villes de Wallonie et les autres zones (différences non significatives avec les grandes villes de Flandre).

Parmi les adolescents qui fréquentent les écoles bruxelloises, 25,4 % des jeunes garçons et 14,7 % des jeunes filles déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Une partie de ceux-ci consomment des quantités importantes d'alcool : 8,2 % des jeunes garçons et 2,5 % des jeunes filles déclare boire plus de 7 verres d'alcool par semaine. La consommation hebdomadaire d'alcool concerne plus fréquemment les garçons que les filles. Les différences sont encore plus marquées pour la consommation de quantités importantes : le risque est plus de trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. La consommation d'alcool augmente avec l'âge (Enquête HBSC).

Figure 3-17 **Proportion de jeunes buvant une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine ou buvant plus de 7 verres d'alcool par semaine, par âge et par sexe, Bruxelles, 2002 et 2006**



	Garçons 13-14 ans	Garçons 15-16 ans	Garçons 17-18 ans	Filles 13-14 ans	Filles 15-16 ans	Filles 17-18 ans
Usage hebdomadaire	10,1	27,1	41,7	4,8	18,0	20,0
Plus de 7 verres par semaine	0,6	6,5	19,5	0,7	1,9	4,9

Source : Enquête HBSC, Bruxelles 2002 et 2006

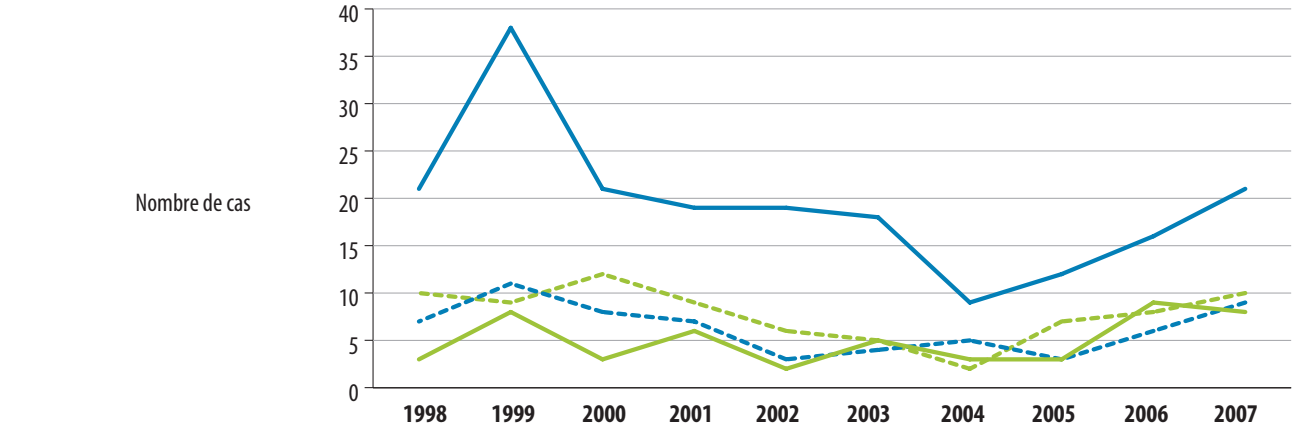
Le «binge drinking» est un mode de consommation excessive de grandes quantités de boissons alcoolisées en peu de temps, pour atteindre très vite l'ivresse. Selon l'enquête HBSC, parmi les 17-18 ans, 31 % des garçons et 12,5 % des filles ont consommé au moins 5 verres au cours d'une même occasion, au moins 3 fois au cours du mois écoulé. Ces proportions sont importantes déjà chez les jeunes adolescents : 5 % des adolescents de 13-14 ans, 13 % des garçons et 9 % des filles de 15-16 ans.

À Bruxelles, un homme sur 3 et une femme sur 5 ont une consommation d'alcool à risque. Le «binge drinking» est un mode de consommation fréquent chez les jeunes.

1.5 LA CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES PSYCHOTROPES

À côté du tabac et de l'alcool, un certain nombre de Bruxellois consomment des médicaments psychotropes ou des drogues illicites.
Ces autres types de drogues ont certes un impact plus limité sur la mortalité que le tabac et l'alcool, mais on enregistre chaque année entre 20 et 50 décès liés aux médicaments psychotropes et aux drogues illicites, en ce compris les suicides. Après une diminution jusqu'en 2004, le nombre de décès est en augmentation.

Figure 3-18 **Évolution du nombre de décès liés aux drogues illicites et aux médicaments psychotropes, par sexe, Bruxelles, 1998-2007**



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hommes drogues illicites	21	38	21	19	19	18	9	12	16	21
Femmes drogues illicites	3	8	3	6	2	5	3	3	9	8
Hommes médicaments psychotropes	7	11	8	7	3	4	5	3	6	9
Femmes médicaments psychotropes	10	9	12	9	6	5	2	7	8	10

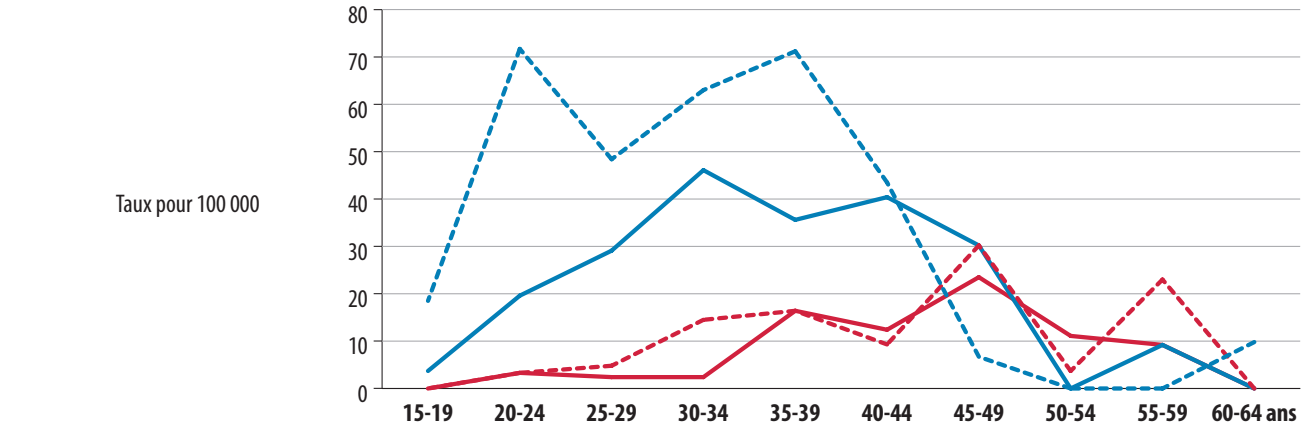
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une diminution importante des taux de mortalité liée aux drogues illicites pour les hommes de moins de 40 ans avec un décalage de la mortalité vers les tranches d'âge plus élevées (figure 3-19). Pour les femmes (non illustré), on observe le même phénomène avec un décalage du pic de mortalité de 30-34 ans à 35-39 ans. Ce constat rejoint celui fait par les services spécialisés qui assistent à un vieillissement de la population suivie.

La mortalité liée à l'abus de médicaments psychotropes concerne une population en moyenne plus âgée que celle décédant suite à l'usage de drogues illicites.

Les taux de mortalité des femmes sont beaucoup plus faibles que ceux des hommes pour le décès liés aux drogues illicites, mais un peu plus élevés que ceux des hommes pour les décès liés aux médicaments psychotropes (non illustré).

Figure 3-19 **Évolution des taux de mortalité par drogues illicites et médicaments psychotropes par âge, hommes, Bruxelles, périodes 1998-2002 et 2003-2007**



	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64 ans
Drogues illicites 1998-2002	18,5	71,7	48,4	63,0	71,2	43,5	6,7	0,0	0,0	9,8
Drogues illicites 2003-2007	3,7	19,6	29,1	46,1	35,6	40,4	30,2	0,0	9,2	0,0
Médicaments psychotropes 1998-2002	0,0	3,3	4,8	14,5	16,4	9,3	30,2	3,7	23,0	0,0
Médicaments psychotropes 2003-2007	0,0	3,3	2,4	2,4	16,4	12,4	23,5	11,1	9,2	0,0

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

1.5.1 La consommation de médicaments psychotropes

La consommation de médicaments psychotropes est en augmentation à Bruxelles. En 2004, 11,9 % des hommes et 16,7 % des femmes déclaraient prendre des médicaments psychotropes ; ces proportions étaient respectivement de 9,4 % et 12,7 % en 1997 (Enquête nationale de santé et Site de la Concertation Toxicomanie Bruxelles [8]).

1.5.2 La consommation de drogues illicites

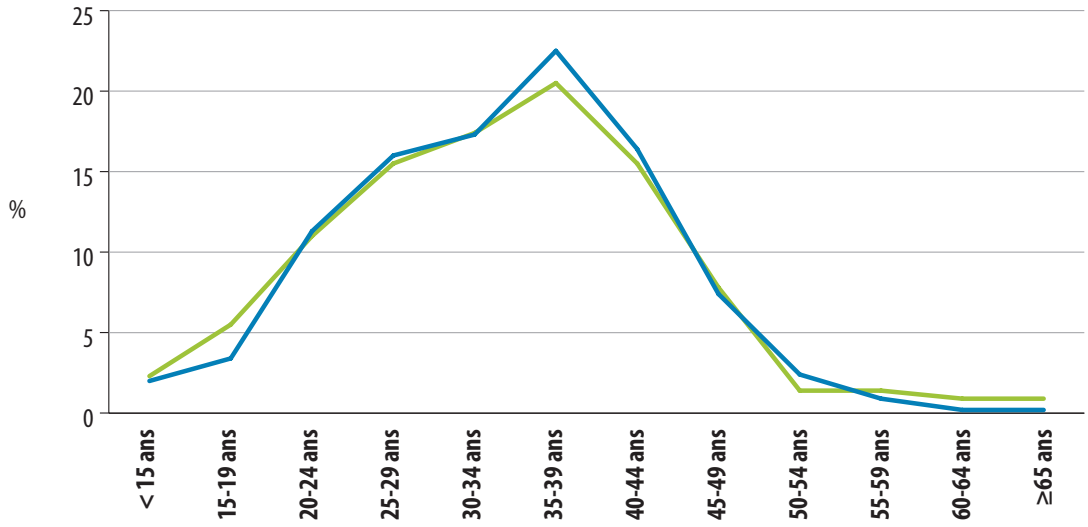
La consommation de drogues illicites peut être approchée indirectement de différentes façons :

- en analysant l'utilisation des services spécialisés
- à partir de l'Enquête de santé de 2004 (pour le cannabis)
- et pour les adolescents, à partir de l'Enquête HBSC.

En 2008, 1338 personnes ont été admises pour une prise en charge dans un des services spécialisés en Région bruxelloise, dont 84 % d'hommes (source CTB, Addibru 2008) [8]. Ce chiffre est proche de celui enregistré pour l'année 2007.

La distribution par âge des personnes admises en traitement en 2008 est identique pour les hommes et les femmes. Près de 40 % des admissions concerne des personnes dans la trentaine. L'âge moyen des personnes admises en traitement augmente progressivement (33,7 ans en 2008 contre 32,8 ans en 2004).

Figure 3-20 **Distribution par âge et par sexe des personnes admises en traitement dans un service spécialisé en 2008, Bruxelles**



	< 15 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	≥65 ans
Hommes	2,0	3,4	11,3	16,0	17,3	22,5	16,4	7,4	2,4	0,9	0,2	0,2
Femmes	2,3	5,5	11,0	15,5	17,4	20,5	15,5	7,8	1,4	1,4	0,9	0,9

Source : Concertation toxicomanie Bruxelles, Addibru 2008

Les opiacés (héroïne et méthadone essentiellement) restent le produit principal consommé par 58,7 % des personnes admises en traitement. La cocaïne vient en deuxième place (19,6 %), suivie par le cannabis (12,4 %). Les hypnotiques et tranquillisants représentent 6,1 % des admissions et les stimulants (amphétamines, MDMA et dérivés) 2,2 % (source CTB, Addibru 2008) [9].

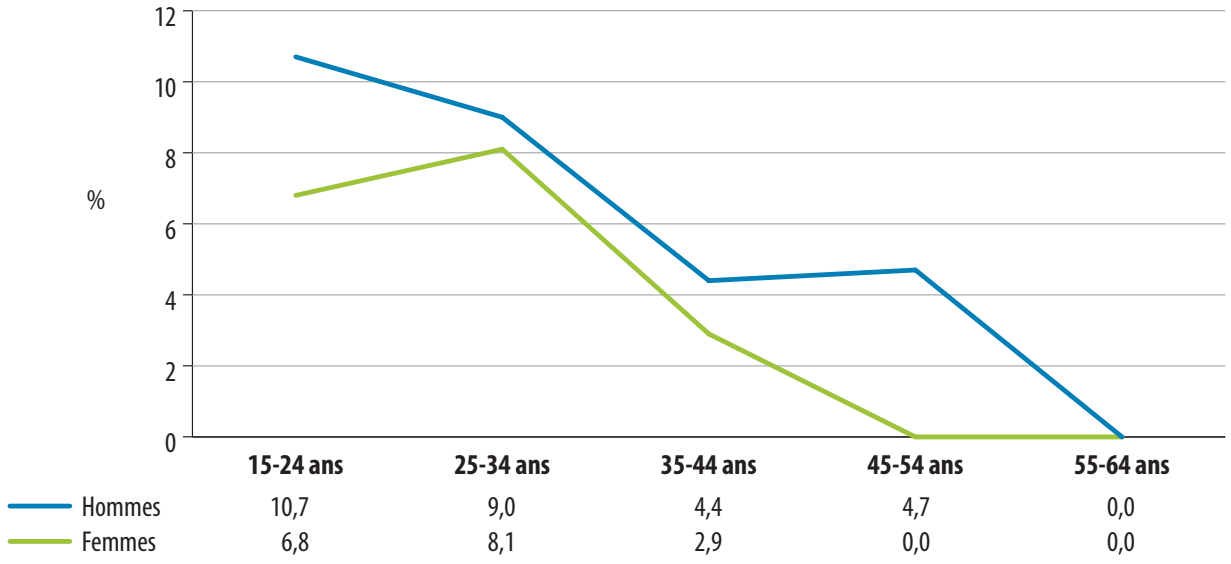
8 http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/addibru/

9 Pour en savoir plus sur le profil des usagers, les évolutions, etc. voir le site de la Concertation Toxicomanie Bruxelles http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie/addibru

L'Enquête de santé de 2004 sonde les Bruxellois sur leur **consommation de cannabis** : 21,9 % des Bruxellois de 15 à 65 ans (25,1 % des hommes et 18,9 % des femmes) déclarent avoir déjà consommé du cannabis, et 5,0 % en avoir consommé au cours du dernier mois (6 % des hommes et 4 % des femmes). Ces différences hommes-femmes sont statistiquement significatives.

La proportion de Bruxellois qui déclarent une consommation récente de cannabis est restée stable entre 2001 et 2004. La consommation récente de cannabis concerne surtout les adolescents et les jeunes adultes.

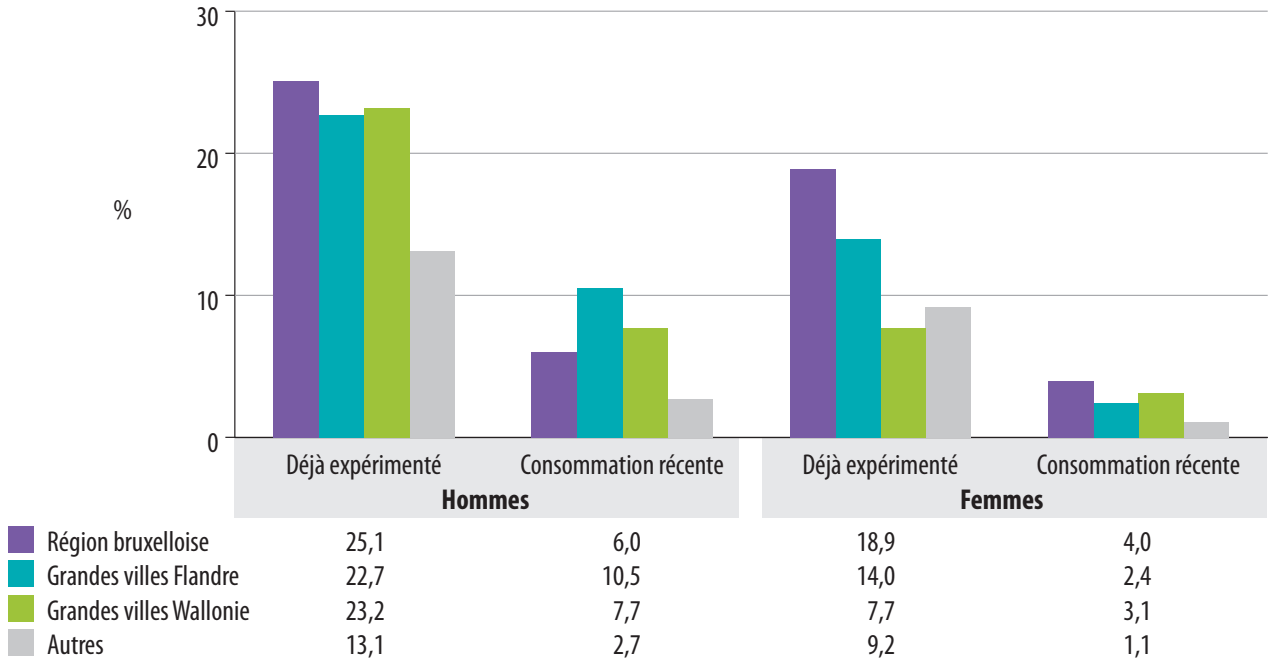
Figure 3-21 **Proportion de Bruxellois ayant consommé récemment du cannabis en fonction de l'âge et du sexe, 2004**



Source : ISP, Enquête de santé 2004

L'expérimentation et la consommation récente de cannabis sont plus importantes à Bruxelles que dans les communes belges hors grandes villes. Les femmes bruxelloises ont plus souvent expérimenté le cannabis que les femmes des grandes villes wallonnes. Les hommes bruxellois ont moins souvent consommé récemment du cannabis que les habitants des grandes villes flamandes.

Figure 3-22 **Proportion de Bruxellois ayant déjà expérimenté ou ayant consommé récemment du cannabis selon le lieu de résidence, par sexe, 2004**

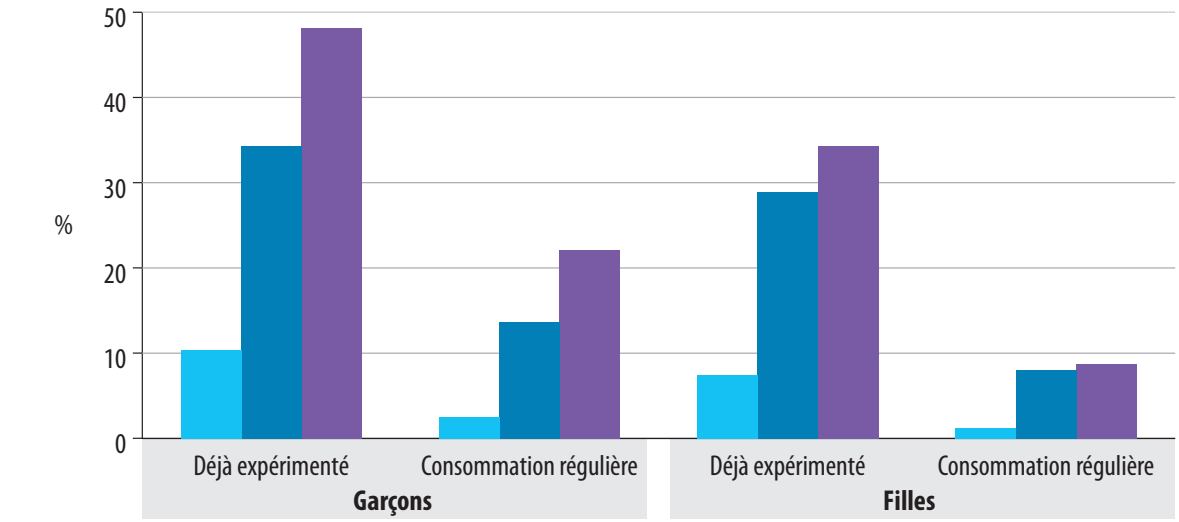


Source : ISP, Enquête de santé 2004

L'enquête HBSC menée dans les écoles donne quelques estimations de la consommation de drogues illicites chez les adolescents : 30,1 % des jeunes garçons bruxellois et 24,2 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé du cannabis ; et 12,3 % des jeunes garçons bruxellois et 6,2 % des jeunes filles bruxelloises en consomment régulièrement (au moins une fois par semaine).

La plus grande augmentation s'observe entre 14 et 16 ans. L'expérimentation et la consommation régulière du cannabis est significativement plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement général que ceux de l'enseignement technique ou professionnel (non illustré).

Figure 3-23 **Proportion d'adolescents bruxellois ayant déjà expérimenté ou consommant du cannabis au moins une fois par semaine, par âge et par sexe, 2002 et 2006**



	Garçons – Déjà expérimenté	Garçons – Consommation régulière	Filles – Déjà expérimenté	Filles – Consommation régulière
13-14 ans	10,4	2,5	7,4	1,2
15-16 ans	34,3	13,7	28,9	8,0
17-18 ans	48,1	22,1	34,3	8,7

Source : Enquête HBSC, Bruxelles 2002 et 2006

L'ecstasy est une drogue de synthèse dérivée des amphétamines. L'ecstasy est essentiellement psycho-stimulante et désinhibitrice. Son utilisation a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Son usage est souvent lié à la participation à des soirées techno ou à la fréquentation de discothèques (12).

À Bruxelles, 3,6 % des jeunes garçons et 3,4 % des jeunes filles déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy.

2. Les inégalités sociales de santé

Malgré une amélioration générale de l'état de santé des populations, les inégalités sociales de mortalité et de santé persistent et même tendent à s'aggraver dans les pays développés. Il ne s'agit pas seulement d'une différence qui oppose les groupes les plus défavorisés à ceux qui sont les plus favorisés, mais bien d'un gradient continu qui traverse tout le corps social. Toutes les étapes de la vie sont concernées.

Ces inégalités ont de multiples causes relevant de nombreux domaines, qui peuvent parfois paraître à priori bien loin du domaine de la santé : ce sont par exemple l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les politiques de redistribution des richesses (fiscalité, aides sociales…), l'accès aux soins et le coût des soins,…
Ces facteurs agissent sur la santé et la mortalité d'une manière cumulative : par exemple, ce sont les mêmes individus qui souffrent d'un travail pénible ou dangereux, d'un environnement toxique ou stressant, d'un habitat précaire (accumulation transversale), mais aussi, qui accumulent des facteurs négatifs depuis la naissance (ou même avant) et tout au long de leur vie (accumulation longitudinale).

Ces facteurs négatifs interagissent entre eux, ce qui provoque des enchaînements de circonstances ou d'événements qui aggravent progressivement les problèmes de santé (par exemple, une perte d'emploi peut amener une dépression, qui elle-même réduit les chances de trouver un emploi mais aussi, amène des habitudes de vie délétères, qui aggravent l'état de santé etc.) (13).

Parce qu'on retrouve parmi la population bruxelloise toutes les couches sociales, depuis les plus pauvres jusqu'aux plus riches, les inégalités sociales de santé à l'intérieur de la région sont très marquées, comme nous allons le voir dans ce chapitre.

Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment par des inégalités face au risque de décès lié à différentes circonstances ou pathologies. Les données des bulletins statistiques de décès fournissent donc une mine d'informations sur l'inégalité sociale de santé. Ce sont ces données qui seront analysées d'abord dans ce chapitre.
Mais l'inégalité de mortalité n'est que la pointe d'un iceberg qui englobe de façon beaucoup plus large toutes les inégalités face à la santé. Celles-ci seront abordées dans la deuxième partie du chapitre, où la principale source d'informations sera l'Enquête nationale de santé.

Méthodologie : analyse des inégalités de mortalité

Pour la mortalité avant l'âge d'un an, nous avons utilisé les données des bulletins statistiques de naissances et décès, qui comprennent des données sur le statut socioprofessionnel des parents. Plusieurs variables socioéconomiques ont été combinées [10] pour construire un indicateur basé sur le nombre de revenu du travail dans le ménage : 0, 1 ou 2 revenus. Lorsque la mère est seule, seule son activité professionnelle est prise en compte. La catégorie 0 revenu rassemble donc les nouveau-nés dont aucun des parents n'a d'activité professionnelle ou dont la mère vit seule et sans revenu.

En ce qui concerne les inégalités sociales de mortalité au-delà de l'âge d'un an, nous ne disposons pas de données fiables pour les mesurer au niveau individuel [11]. C'est pourquoi nous avons utilisé le niveau socio-économique (NSE) moyen de la commune de résidence comme indicateur du statut socio-économique des personnes. Les communes ont été classées en trois catégories sur base d'une *analyse par cluster** (voir carte en fin de partie I). Les résultats sont présentés séparément pour les moins de 65 ans et les plus de 65 ans parce que les principales causes de décès diffèrent entre ces deux groupes.

(Voir aussi Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»)

10 Pour plus de détail sur la méthodologie, voir le dossier «Indicateurs de santé périnatale en région de Bruxelles-Capitale 1998-2004».

11 Dans les bulletins statistiques de décès, il existe bien des variables portant sur la situation socio-économique des personnes décédées mais, outre le problème des données manquantes, il n'existe pas de dénominateur externe qui nous permettrait de calculer des taux de mortalité par catégories sociales

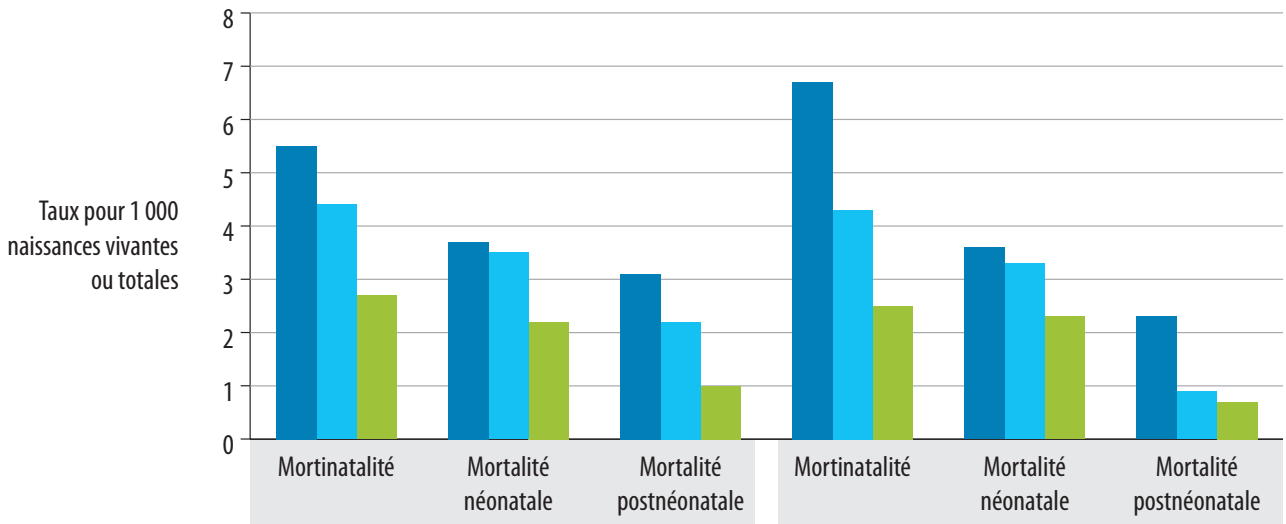
2.1 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ

2.1.1 Inégaux dès la naissance

Le risque de décès des nouveau-nés bruxellois au cours de la période périnatale ou avant l'âge d'un an diffère de façon importante selon le statut social des parents. Les analyses détaillées dans le dossier publié par l'Observatoire en 2007 (14) montrent que ces inégalités ne sont pas liée à un problème de santé particulier, mais concernent toutes les causes de décès fœto-infantiles (anomalies congénitales, complications de la prématurité, mort subite du nourrisson, etc.).

Pour la période 2003-2007, le risque de décéder avant l'âge d'un an est 2,3 fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus. Les écarts sont plus importants pour la période post-néonatale [12] (Risque Relatif = 3,2) que pour la mortinatalité (RR = 2,7) ou la période néonatale (RR = 1,6).

Figure 3-24 **Taux de mortalité fœtale, néonatale et postnéonatale en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage pour les périodes 1998-2002 et 2003-2007, Bruxelles**



	Mortinatalité 1998-2002	Mortalité néonatale 1998-2002	Mortalité postnéonatale 1998-2002	Mortinatalité 2003-2007	Mortalité néonatale 2003-2007	Mortalité postnéonatale 2003-2007
0 revenu	5,5	3,7	3,1	6,7	3,6	2,3
1 revenu	4,4	3,5	2,2	4,3	3,3	0,9
2 revenus	2,7	2,2	1,0	2,5	2,3	0,7

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

L'écart de mortalité fœto-infantile entre les catégories sociales les plus pauvres et les plus aisées s'est accru entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007 (le risque relatif est passé de 2,1 à 2,3). Cet accroissement résulte essentiellement de l'augmentation de la mortinatalité des enfants des ménages plus pauvres. Par contre l'écart de mortalité fœto-infantile entre les enfants des ménages à un revenu et à deux revenus s'est réduit (le risque relatif est passé de 1,8 à 1,6) , grâce à la réduction importante de la mortalité post-néonatale.

Le risque de décéder avant l'âge d'un an est plus de deux fois plus élevé pour un enfant né dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus.

12 La mortalité fœto-infantile est divisée en trois composantes : la mortalité fœtale ou mortinatalité (décès avant ou pendant l'accouchement à partir de 22 semaines ou minimum 500 g), la mortalité néonatale (décès entre 0 et 27 jours révolus) et postnéonatale (décès entre 28 et 364 jours).

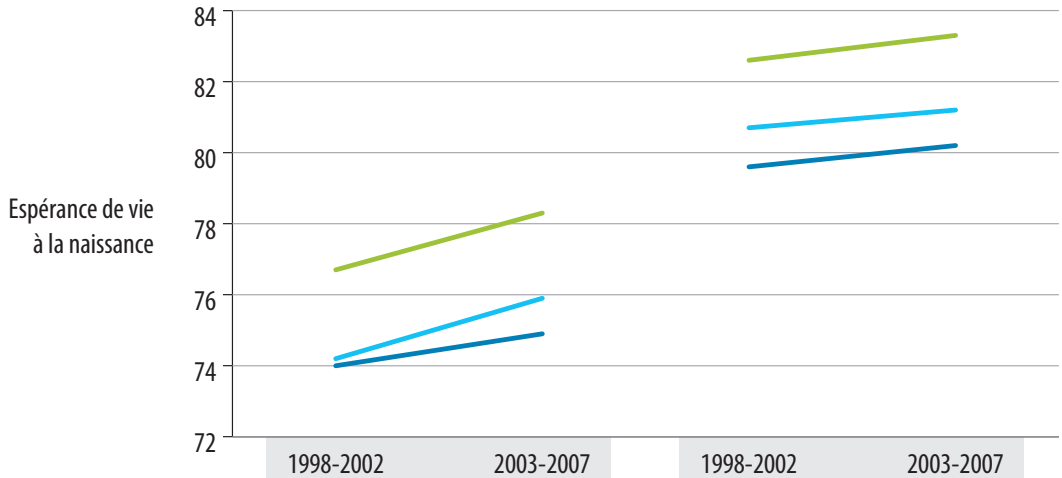
2.1.2 Espérance de vie et mortalité générale

Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance diffère selon le niveau socio-économique de la commune de résidence : entre les communes bruxelloises les plus pauvres et les communes les plus aisées, la différence d'espérance de vie est de 3,4 ans pour les hommes et 3,1 ans pour les femmes.

L'espérance de vie augmente dans les communes de toutes catégories, mais chez les hommes, l'augmentation est plus marquée pour les communes aisées et intermédiaires (respectivement +1,6 et +1,7 années) que pour les communes les plus pauvres (+0,9 années) ; on observe donc un accroissement des écarts d'espérance de vie à la naissance entre les communes les plus pauvres et les plus aisées entre 1998-2002 (2,7 ans) et 2003-2007 (3,4 ans). Pour les femmes, l'espérance de vie augmente de manière assez homogène dans toutes les catégories de commune et les écarts restent stables (3,0 ans en 1998-2002 et 3,1 ans en 2003-2007).

Figure 3-25 **Évolution de l'espérance de vie à la naissance par catégorie de commune et par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007**



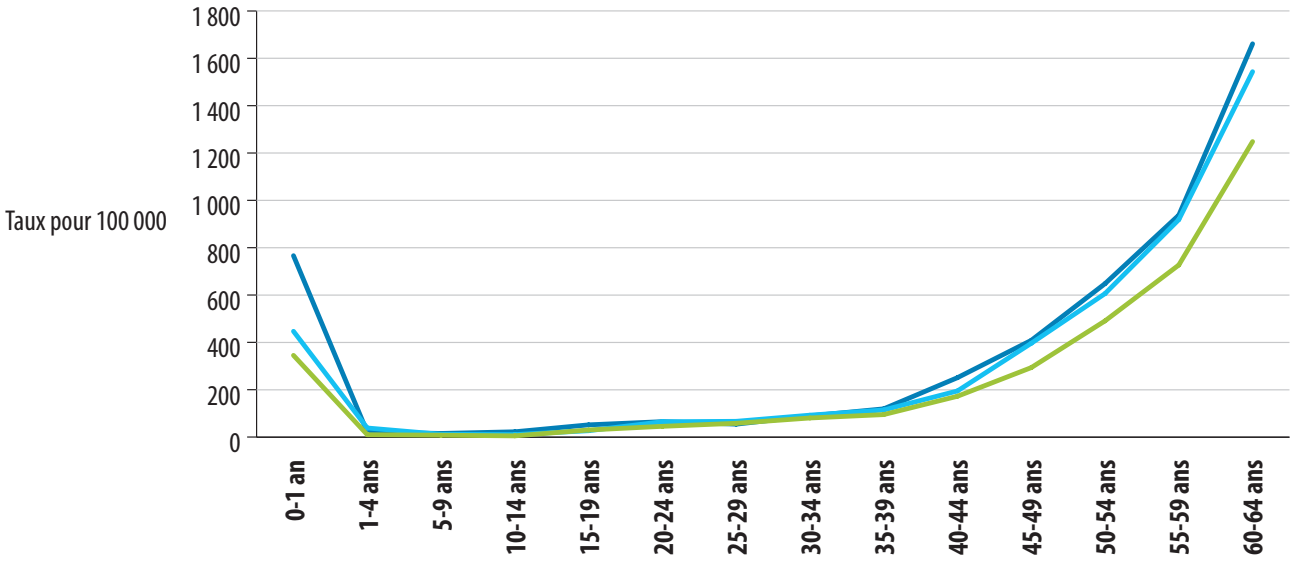
	Hommes 1998-2002	Hommes 2003-2007	Femmes 1998-2002	Femmes 2003-2007
NSE élevé	76,7	78,3	82,6	83,3
NSE moyen	74,2	75,9	80,7	81,2
NSE bas	74,0	74,9	79,6	80,2

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

Mortalité prématurée

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est significativement plus faible pour les habitants des communes les plus aisées que pour les habitants des autres catégories de communes. Les différences sont plus importantes pour les hommes que pour les femmes, et elles se marquent surtout avant l'âge d'un an (voir plus haut) et à partir de 40 ans (attention échelles des graphiques différentes).

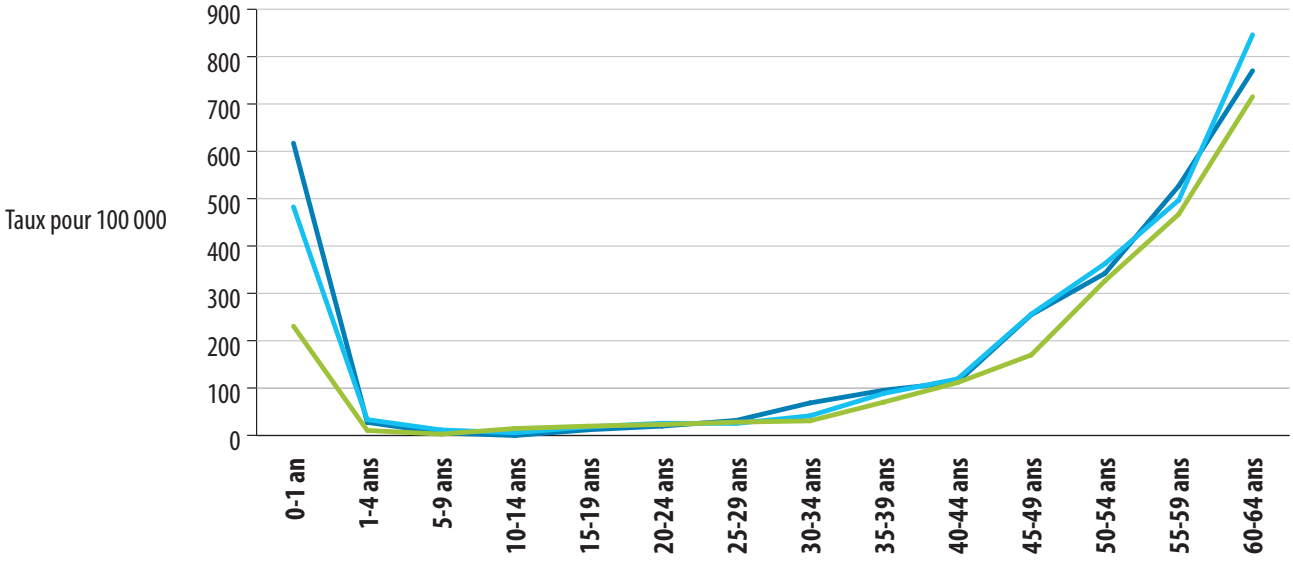
Figure 3-26 **Taux de mortalité avant 65 ans par tranche d'âge selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, hommes, Bruxelles, 2003-2007**



	0-1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
NSE élevé	345,5	10,5	8,4	5,6	30,4	45,9	58,7	81,1	95,4	172,9	293,8	491,1	727,0	1248,2
NSE moyen	447,2	38,8	12,2	10,9	27,4	65,3	67,0	93,0	114,9	195,3	396,5	606,3	918,7	1543,4
NSE bas	766,4	21,3	15,8	22,8	52,1	65,6	55,0	89,9	119,7	251,4	408,9	648,4	937,5	1661,1

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

Figure 3-27 **Taux de mortalité avant 65 ans par tranche d'âge selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, femmes, Bruxelles, 2003-2007**



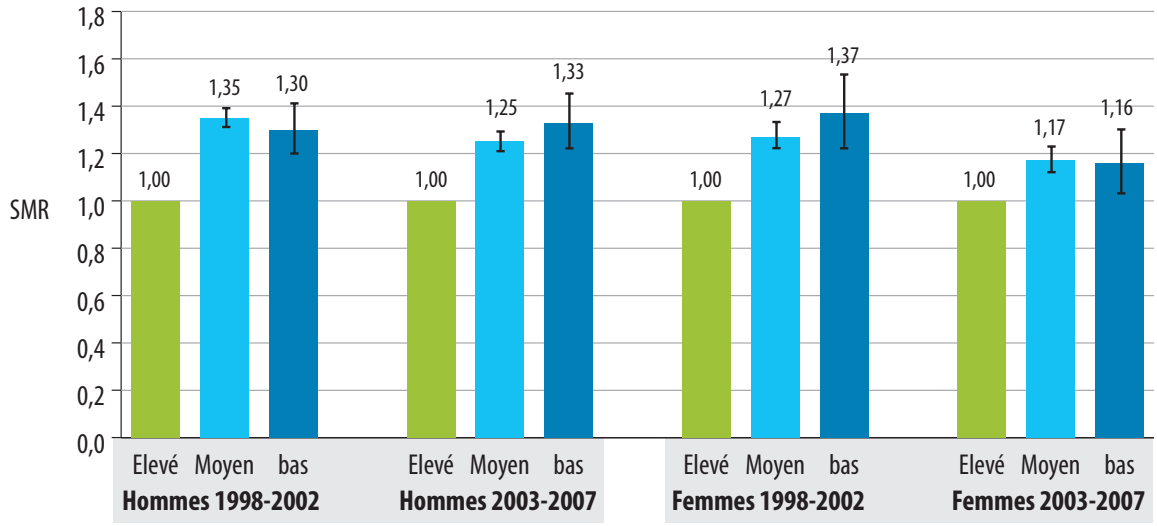
	0-1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
NSE élevé	230,9	10,7	2,9	14,7	19,8	23,2	28,2	30,9	70,4	111,6	170,0	326,7	467,4	715,4
NSE moyen	482,7	33,5	11,7	5,8	18,3	25,8	25,5	41,5	88,8	119,4	256,2	362,9	497,1	846,0
NSE bas	617,2	27,8	5,4	0,0	12,1	19,9	31,8	68,7	95,5	112,9	255,0	342,4	527,1	770,1

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

Par rapport aux habitants des communes les plus aisées et «à âge égal», les hommes habitant une commune intermédiaire ont un excès de mortalité de 25 % et les hommes des communes pauvres de 33 %. C'est ce que représente le graphique ci-dessous [13]. Pour les femmes, l'excès de mortalité est respectivement de 17 % et 16 %.

Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une réduction de l'écart entre les communes aisées et les communes intermédiaires. L'écart entre communes aisées et pauvres s'accroît légèrement pour les hommes mais se réduit pour les femmes.

Figure 3-28 **Évolution du rapport standardisé de mortalité (SMR) pour les moins de 65 ans par catégorie de commune* et par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007**



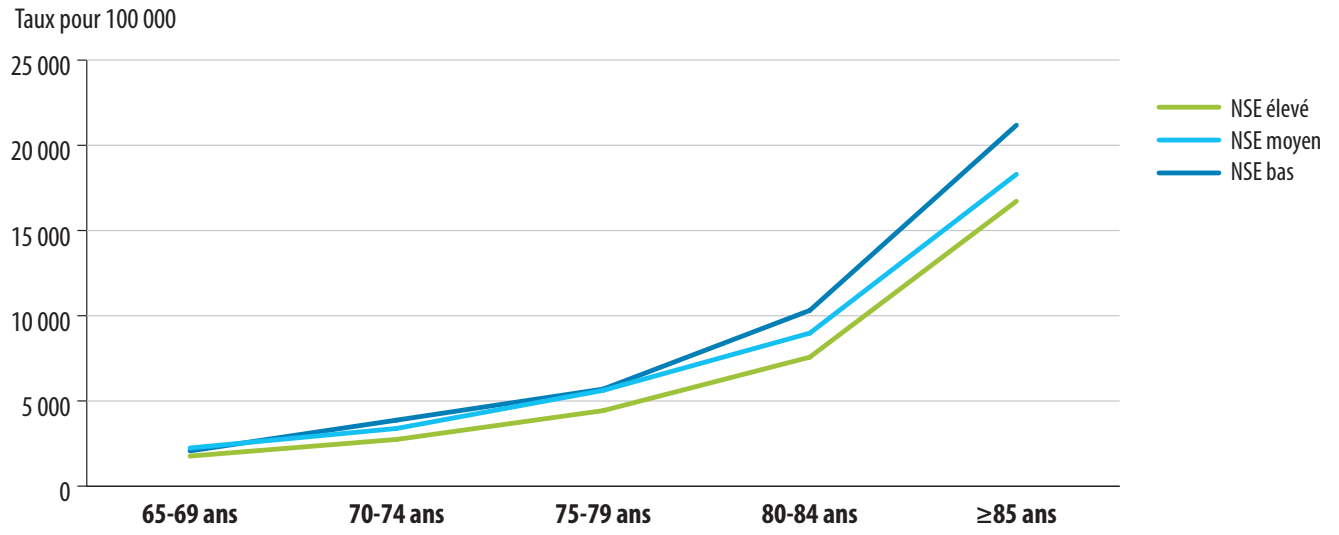
** (référence = communes aisées)*
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

13 Il s'agit d'une comparaison par standardisation indirecte (voir explication dans la partie VI, «Sources et éléments de méthodologie»).

Mortalité après 65 ans

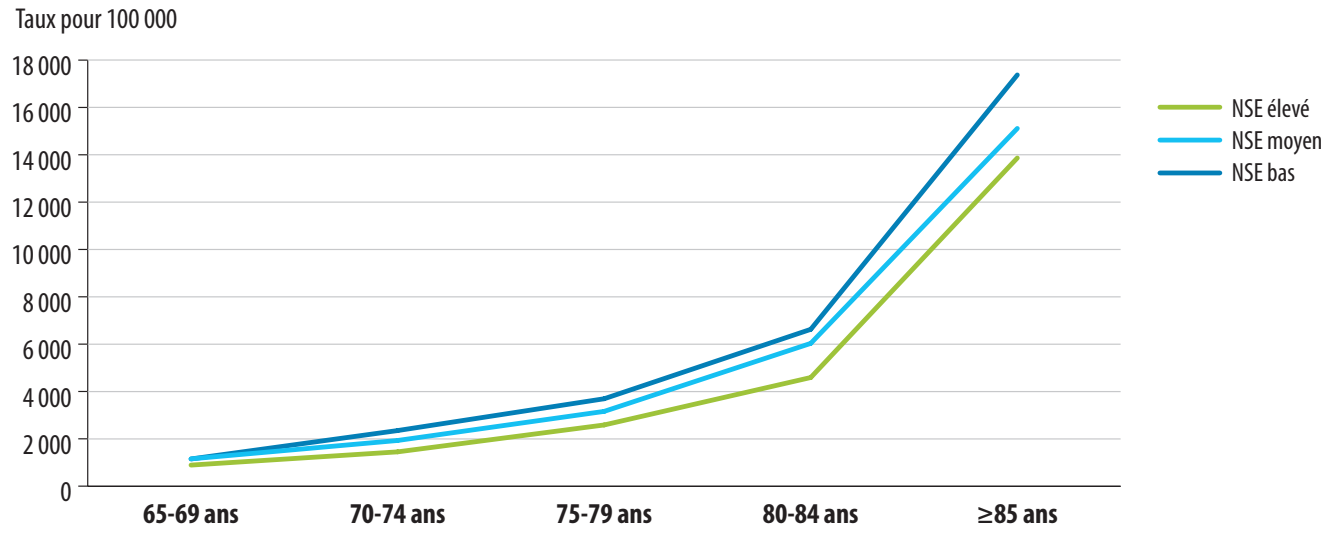
La mortalité des plus de 65 ans est également significativement plus faible dans les communes aisées que dans les autres catégories de communes. Les différences entre les communes intermédiaires et les communes les plus pauvres sont plus marquées que pour la mortalité prématurée. Ceci s'explique en partie parce que la proportion de personnes issues de l'immigration dans les communes pauvres est moins importante pour les plus de 65 ans que pour les plus jeunes, et donc l'impact négatif du statut social sur la mortalité y est moins contrebalancé par les taux de mortalité plus faible des populations issues du bassin méditerranéen (voir Chapitre 3, «Bruxelles multiculturelle»).

Figure 3-29 **Taux de mortalité après 65 ans par tranche d'âge selon le statut social de la commune de résidence, hommes, Bruxelles, 2003-2007**



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

Figure 3-30 **Taux de mortalité après 65 ans par tranche d'âge selon le statut social de la commune de résidence, femmes, Bruxelles, 2003-2007**

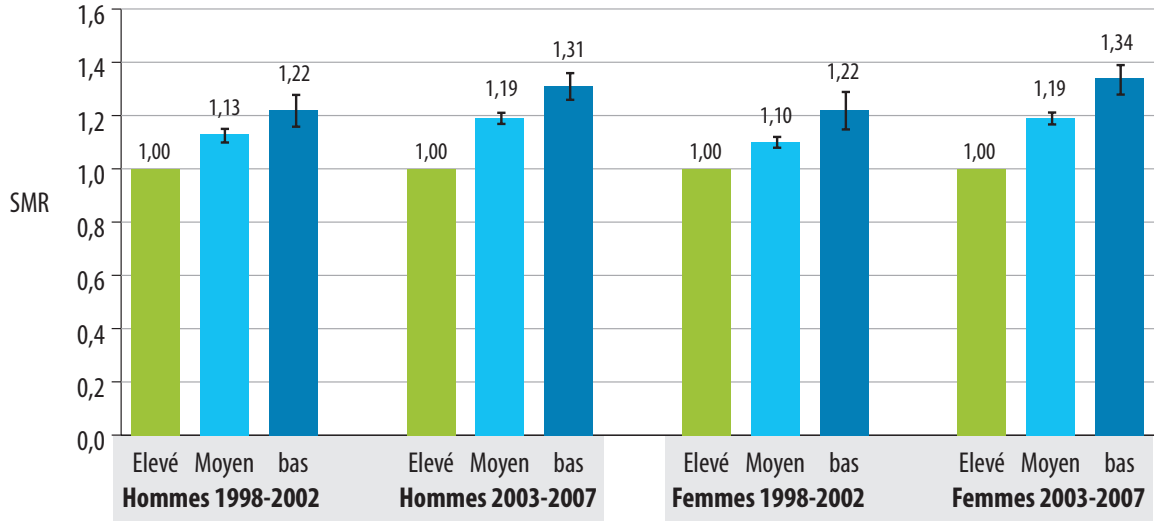


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Par rapport aux habitants des communes aisées et «à âge égal», les hommes des communes intermédiaires ont un excès de mortalité de 19 % et les hommes des communes pauvres de 31 %. Pour les femmes, l'excès de mortalité est respectivement de 19 % et 34 %.

Entre 1998-2002 et 2003-2007, on observe une accentuation de l'écart entre les communes aisées et les communes pauvres, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette évolution est liée à une réduction plus importante des taux de mortalité dans les communes aisées.

Figure 3-31 **Rapport standardisé de mortalité (SMR) pour les 65 ans et plus par catégorie de commune* et par sexe, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007**



** référence = communes aisées*
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Etant donné la ségrégation sociale de l'espace bruxellois, les inégalités sociales face à la santé peuvent être approchées par les inégalités de mortalité entre les communes.

2.1.3 Les principales causes de décès à l'origine des inégalités sociales de mortalité

Les inégalités observées en termes d'espérance de vie et de mortalité s'expliquent par des inégalités face à une multitude de causes de décès.
De nombreuses études ont pu mettre en évidence que les inégalités sociales de mortalité ne s'expliquent pas par l'un ou l'autre problème de santé spécifique, mais plutôt par une vulnérabilité croissante à la plupart des problèmes de santé au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (15 ; 16).

Cette vulnérabilité prend sa source à différents niveaux : d'une part au niveau des facteurs de risques, ce qui entraîne des différences d'incidence ou de gravité ; d'autre part au niveau des soins, (diagnostics plus tardifs, retards dans la prise en charge, différences en termes de qualité du traitement ou de la prise en charge), ce qui entraîne des différences de survie.

Statut social ou contexte culturel

La méthodologie utilisée pour approcher les inégalités sociales de mortalité dans ce rapport ne permet malheureusement pas d'analyser de manière très fine l'impact du statut social sur les différentes causes de décès. En particulier il est très difficile de mesurer l'impact spécifique du statut social pour des problèmes de santé qui sont également largement influencés par des facteurs culturels. Les communes catégorisées dans le groupe à faible statut socio-économique (Molenbeek et Saint-Josse-Ten-Noode) sont aussi des communes caractérisées par une proportion importante d'habitants issus de l'immigration non européenne. Il est donc important de tenir compte des différences de mortalité entre les groupes de nationalité, décrites dans le chapitre suivant, pour l'interprétation des différences entre communes.

Les deux tableaux suivants montrent les taux standardisés de mortalité pour les moins de 65 ans et les 65 ans et plus, pour la période 2003-2007 et par catégorie de communes, pour quelques causes importante de décès pour lesquelles des différences significatives ont été observées entre catégories de communes.

Tableau 3-02 **Taux standardisés de mortalité pour les moins de 65 ans par cause et par catégorie de communes*, par sexe, Bruxelles, 2003-2007[14]**

	NSE	N décès total	Hommes			Femmes		
			SMR	Intervalle de Confiance à 95 %		SMR	IC à 95 %	
Cancer du poumon	Elevé	215	1,00			1,00		
	Moyen	595	1,28	1,16	1,41	1,19	1,03	1,37
	Bas	94	1,59	1,24	2,00	0,98	0,62	1,47
Cancer du sein	Elevé	116				1,00		
	Moyen	210				0,86	0,75	0,99
	Bas	31				0,91	0,62	1,29
Cardiopathies ischémiques	Elevé	138	1,00			1,00		
	Moyen	426	1,36	1,21	1,51	1,45	1,17	1,78
	Bas	64	1,59	1,20	2,06	1,20	0,60	2,14
Maladies cérébrovasculaires	Elevé	76	1,00			1,00		
	Moyen	225	1,15	0,95	1,38	1,53	1,26	1,86
	Bas	26	1,06	0,61	1,72	1,00	0,48	1,84
Maladies respiratoires chroniques	Elevé	41	1,00			1,00		
	Moyen	162	2,11	1,74	2,54	1,35	1,00	1,78
	Bas	30	2,95	1,87	4,43	1,34	0,54	2,76
Diabète (total)	Elevé	69	1,00			1,00		
	Moyen	281	1,41	1,20	1,63	3,16	2,59	3,80
	Bas	49	1,88	1,29	2,63	3,22	1,84	5,23
Accidents de la circulation	Elevé	24	1,00			1,00		
	Moyen	83	1,01	0,78	1,30	2,19	1,35	3,34
	Bas	21	1,88	1,12	2,98	2,22	0,46	6,49
Autres accidents	Elevé	75	1,00			1,00		
	Moyen	262	1,53	1,32	1,76	1,12	0,87	1,41
	Bas	34	1,45	0,96	2,11	0,76	0,30	1,56
Suicide	Elevé	173	1,00			1,00		
	Moyen	436	0,95	0,84	1,06	0,96	0,80	1,13
	Bas	46	0,65	0,44	0,92	0,76	0,44	1,24
Homicide	Elevé	13	1,00			1,00		
	Moyen	83	2,26	1,70	2,96	2,89	1,95	4,13
	Bas	13	2,87	1,37	5,27	2,11	0,44	6,17

** catégorie de référence = communes aisées*
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

14 Les différences significatives apparaissent sur fond de couleur.

Tableau 3-03 **Taux standardisés de mortalité pour les 65 ans et plus, par cause et par catégorie de communes*, par sexe, Bruxelles, 2003-2007** [14]

	NSE	N décès total	Hommes			Femmes		
			SMR	IC à 95 %		SMR	IC à 95 %	
Cancer du poumon	Elevé	448	1,00			1,00		
	Moyen	1 109	1,43	1,33	1,54	1,23	1,10	1,37
	Bas	176	1,62	1,35	1,93	1,33	0,99	1,74
Cancer du sein	Elevé	223				1,00		
	Moyen	448				1,13	1,03	1,24
	Bas	56				1,03	0,78	1,34
Cancer colorectal	Elevé	314	1,00			1,00		
	Moyen	670	1,21	1,08	1,36	1,22	1,10	1,35
	Bas	92	1,13	0,80	1,54	1,27	0,95	1,66
Cardiopathies ischémiques	Elevé	1 271	1,00			1,00		
	Moyen	2 801	1,27	1,21	1,34	1,27	1,21	1,34
	Bas	440	1,36	1,17	1,56	1,54	1,36	1,75
Maladies cérébrovasculaires	Elevé	911	1,00			1,00		
	Moyen	1 886	1,17	1,09	1,26	1,22	1,15	1,29
	Bas	290	1,22	0,98	1,49	1,42	1,23	1,64
Maladies respiratoires chroniques	Elevé	535	1,00			1,00		
	Moyen	1 267	1,36	1,26	1,47	1,34	1,14	1,46
	Bas	222	1,81	1,51	2,15	1,62	1,31	1,97
Pneumonie	Elevé	622	1,00			1,00		
	Moyen	1 210	1,15	1,05	1,25	1,13	1,05	1,22
	Bas	220	1,47	1,17	1,81	1,54	1,29	1,83
Diabète (total)	Elevé	640	1,00			1,00		
	Moyen	1 789	1,63	1,52	1,74	1,57	1,47	1,67
	Bas	270	1,58	1,30	1,89	1,90	1,61	2,22
Démence (total)	Elevé	1 491	1,00			1,00		
	Moyen	2 820	1,05	0,98	1,12	1,13	1,08	1,18
	Bas	517	1,49	1,27	1,74	1,48	1,33	1,64
Alcool (large total)	Elevé	260	1,00			1,00		
	Moyen	619	1,26	1,14	1,39	1,37	1,19	1,57
	Bas	77	1,09	0,81	1,43	1,22	0,80	1,79

** catégorie de référence = communes aisées*
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

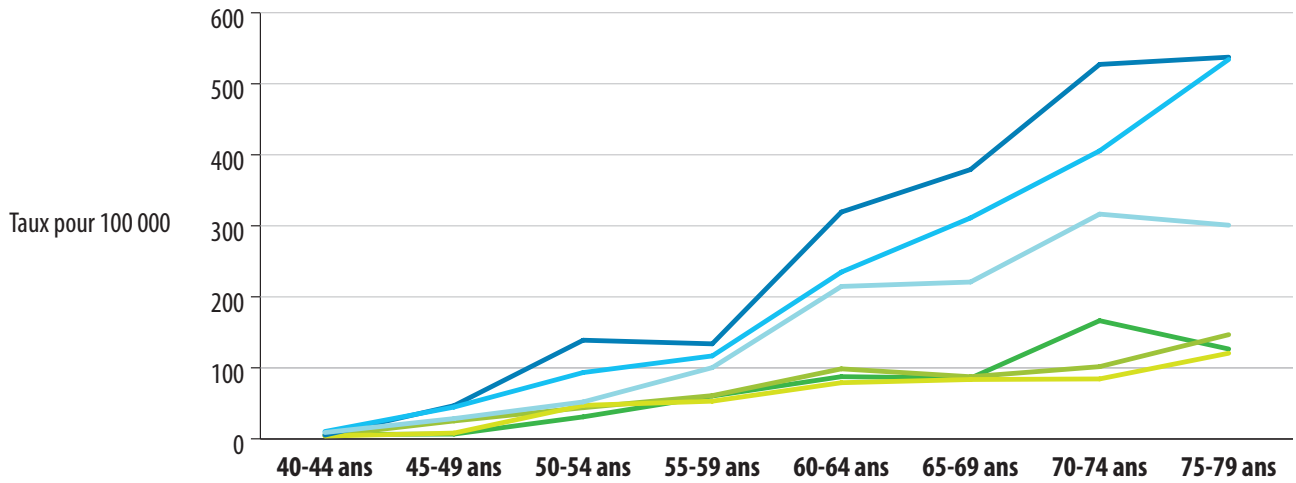
Le **cancer du poumon** joue un rôle important dans les inégalités sociales face à la mortalité dans la plupart des pays (13). En Région bruxelloise également, on observe une surmortalité plus élevée dans les communes plus défavorisées. Etant donné le mauvais pronostic de ce type de cancer, les différences observées s'expliquent surtout par des différences d'exposition aux facteurs de risques, en particulier le tabagisme mais aussi les facteurs environnementaux (17).

Pour les hommes de moins de 65 ans, on observe un gradient social clair avec un excès de mortalité de 28 % dans les communes intermédiaires et de 59 % dans les communes plus pauvres par rapport aux communes aisées.
L'écart entre les communes pauvres et aisées s'est accru entre les 2 périodes (de +31 % à +59 %) tandis que l'écart entre communes intermédiaires et aisées s'est réduit (de +47 % à +28 %). Cette évolution devrait se poursuivre dans les années qui viennent étant donné l'évolution défavorable des inégalités sociales face au tabagisme (voir plus bas paragraphe 2.3.1).

Pour les femmes de moins de 65 ans, on note un excès de mortalité uniquement dans les communes intermédiaires. Pour la période 1998-2002 par contre, on observait un gradient social avec un excès de mortalité respectivement de 35 % et 94 % pour les communes intermédiaires et pauvres par rapport aux communes aisées.
La réduction, voire la disparition du gradient social entre les deux périodes s'explique probablement par la proportion croissante de femmes marocaines dans les groupes d'âges concernés par le cancer du poumon. Ces femmes sont en effet moins touchées par le cancer du poumon parce que moins souvent fumeuses (voir chapitre 3 : «Bruxelles multiculturelle»).
Pour les femmes de moins de 55 ans, le taux de mortalité par cancer du poumon est le plus bas dans les communes pauvres.

Après 65 ans, on observe un gradient social tant pour les hommes que pour les femmes, plus marqué que pour la mortalité prématurée (tableaux 3-02 et 3-03 et figure 3-32).

Figure 3-32 **Taux de mortalité par cancer du poumon par âge et par sexe selon le statut social de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007**



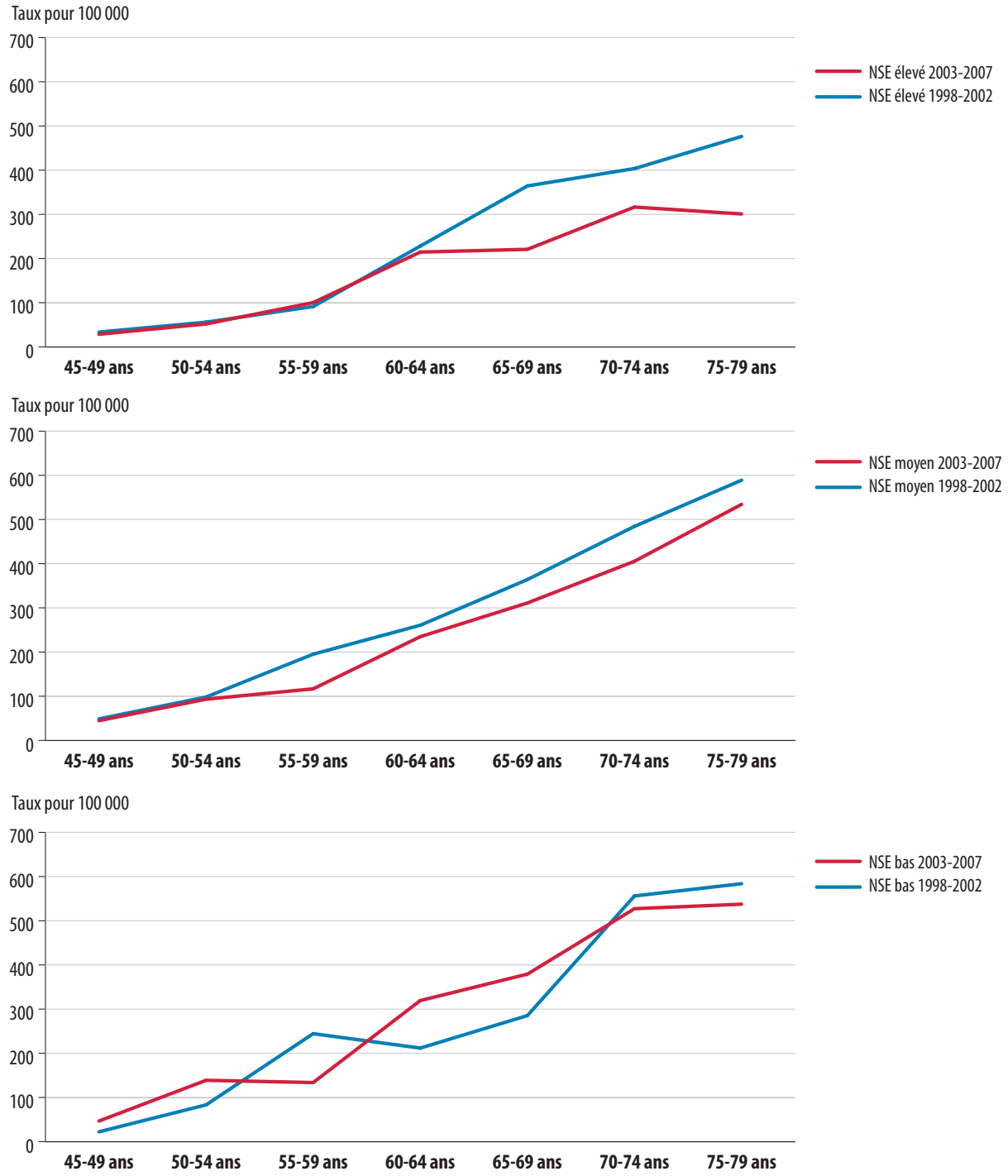
	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans
Hommes NSE élevé	9,1	28,7	52,1	100,4	214,7	220,9	316,5	300,9
Hommes NSE moyen	10,5	44,9	93,5	116,9	234,9	311,1	405,5	534,2
Hommes NSE bas	5,5	46,9	139,0	133,9	319,4	379,2	527,2	537,4
Femmes NSE élevé	4,1	8,3	47,3	53,2	79,2	83,7	84,5	120,7
Femmes NSE moyen	4,5	25,4	44,0	61,0	98,7	87,6	101,8	146,8
Femmes NSE bas	6,3	6,9	31,1	60,5	87,7	85,6	166,5	126,6

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

Les trois graphiques suivants montrent les différences d'évolution observées dans les trois catégories de communes pour les hommes.

Dans les communes aisées, on note une réduction très marquée des taux de mortalité à partir de 65 ans. Cette évolution reflète l'évolution du tabagisme qui s'est considérablement réduit dans les milieux plus aisés depuis les années 80 (voir plus loin par. 2.3.1).
Dans les communes intermédiaires, la diminution des taux est moins importante, mais concerne toutes les tranches d'âge supérieures à 50 ans. Cette évolution reflète la réduction du tabagisme plus tardive dans les catégories sociales intermédiaires.
Dans les communes plus pauvres, on note même des taux plus élevés en 2003-2007 qu'en 1998-2002, pour les plus jeunes et les 60-69 ans. Ceci rejoint les observations de l'absence d'une réduction de tabagisme, voire même une augmentation parmi les groupes les moins qualifiés (voir chapitre 1 «Les styles de vie»).

Figure 3-33 **Taux de mortalité par cancer du poumon par âge, hommes, comparaison 1998-2002 et 2003-2007, par catégorie de communes, Bruxelles**



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

Pour le **cancer du sein**, la situation est différente. Dans la littérature internationale, on note une relative protection des femmes les moins qualifiées, du moins pour les études portant sur la fin du 20ème siècle. Cette protection serait liée au fait qu'elles ont eu plus d'enfants et des enfants plus tôt dans la vie (13). Ces facteurs protecteurs se retrouvent également chez les femmes issues de l'immigration marocaine et turque, qui sont relativement protégées face au cancer du sein, du moins pour la génération des plus de 50 ans (voir analyses par nationalité au chapitre 3, «Bruxelles multiculturelle»). C'est la proportion importante de ces femmes dans les communes pauvres et les quartiers défavorisés des communes intermédiaires qui explique sans doute le risque plus faible de mortalité par cancer du sein pour les moins de 65 ans (non illustré).

Mais une étude récente menée en France montre que la sous-mortalité des femmes les moins qualifiées s'estompe avec le temps et disparait à la fin des années nonante, avec actuellement une mortalité légèrement supérieure pour cette catégorie de femmes (18). Malgré les effets protecteurs cités plus haut, on voit donc peu à peu s'accroître des inégalités sociales face à la mortalité par cancer du sein, dues à une moindre survie des catégories sociales plus défavorisées (diagnostic plus tardif, autres maladies concomitantes ou différences en termes de prise en charge) et à l'émergence d'autres facteurs de risques tels que l'obésité ou la sédentarité. Pour éviter cet accroissement des inégalités sociales, il est donc essentiel de faire en sorte que les progrès très importants au niveau du dépistage et de la prise en charge de ce cancer puissent bénéficier à tous de manière égale.

On voit peu à peu s'accroître les inégalités sociales de mortalité par cancer du sein, alors qu'à la fin du XXe siècle, les femmes moins qualifiées bénéficiaient d'une relative protection.

Pour le **cancer colorectal**, on ne note pas de différence de mortalité selon le statut social de la commune de résidence pour les moins de 65 ans.
Une surmortalité significative dans les communes intermédiaires existe pour la période 2003-2007 (absente en 1998-2002) pour les plus de 65 ans. Cette évolution doit également interpeller les pouvoirs publics au moment de mettre en place un programme de dépistage de ce cancer.

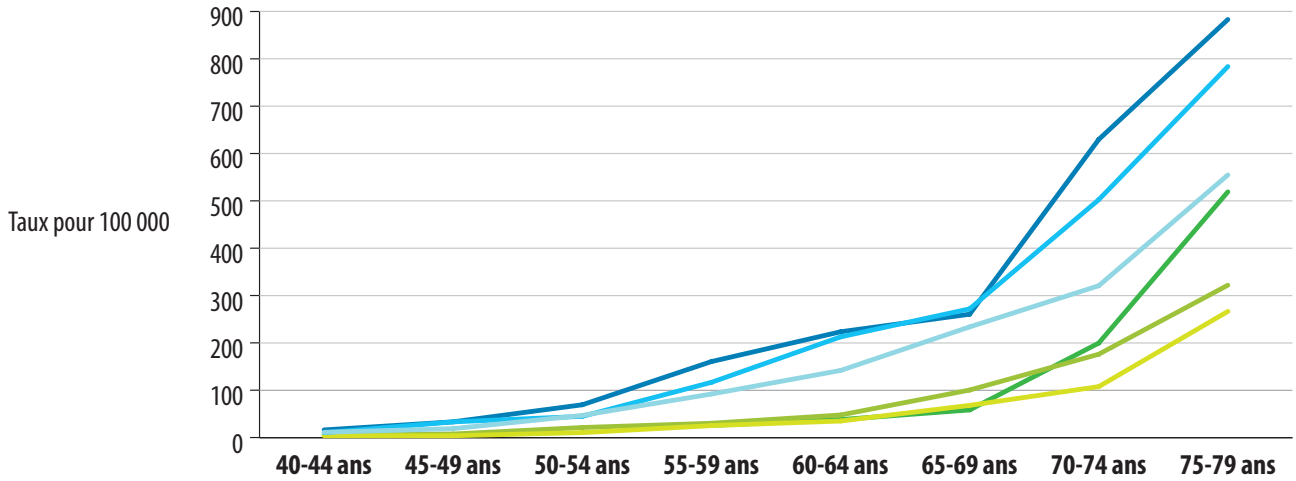
Maladies cardiovasculaires

La mortalité par cardiopathies ischémiques est d'autant plus importante que le statut social de la commune de résidence diminue. Les inégalités face à la mortalité par cardiopathies ischémiques s'expliquent à la fois par des différences d'exposition aux facteurs de risque (stress, tabagisme, activité physique, nutrition) et à la fois par des différences au niveau de la prise en charge (diagnostic, traitement des facteurs de risques biologiques, traitement aigu et revalidation après infarctus) (13 ; 19 ; 20).

Pour les hommes, il existe un gradient social très net : par rapport aux habitants des communes aisées, les habitants des communes intermédiaires ont un excès de mortalité avant 65 ans de 36 % et les habitants des communes pauvres de 59 %. Entre 1998-2002 et 2003-2007, l'écart entre les communes intermédiaires et aisées s'est réduit (de +53 % à +36 %) tandis que celui entre communes aisées et pauvres s'est accru (de +41 % à +59 %).

Pour les femmes, la mortalité avant 65 ans est significativement plus élevée dans les communes intermédiaires. Pour les plus de 65 ans, on observe comme pour les hommes un gradient social net avec un excès de mortalité de 54 % pour les femmes des communes pauvres par rapport aux communes aisées.

Figure 3-34 **Taux de mortalité par cardiopathie ischémique par âge et par sexe selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007**



	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans
Hommes NSE élevé	11,4	19,1	47,1	92,2	141,9	233,9	320,8	554,7
Hommes NSE moyen	10,5	33,4	45,1	116,9	212,8	272,0	502,5	783,6
Hommes NSE bas	16,4	33,5	69,5	160,7	223,6	260,7	629,7	882,9
Femmes NSE élevé	4,1	4,1	10,7	25,5	35,2	68,2	107,8	266,6
Femmes NSE moyen	5,3	7,8	21,5	30,5	47,9	100,6	176,2	322,0
Femmes NSE bas	6,3			25,9	38,2	58,6	199,8	519,1

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

Diabète

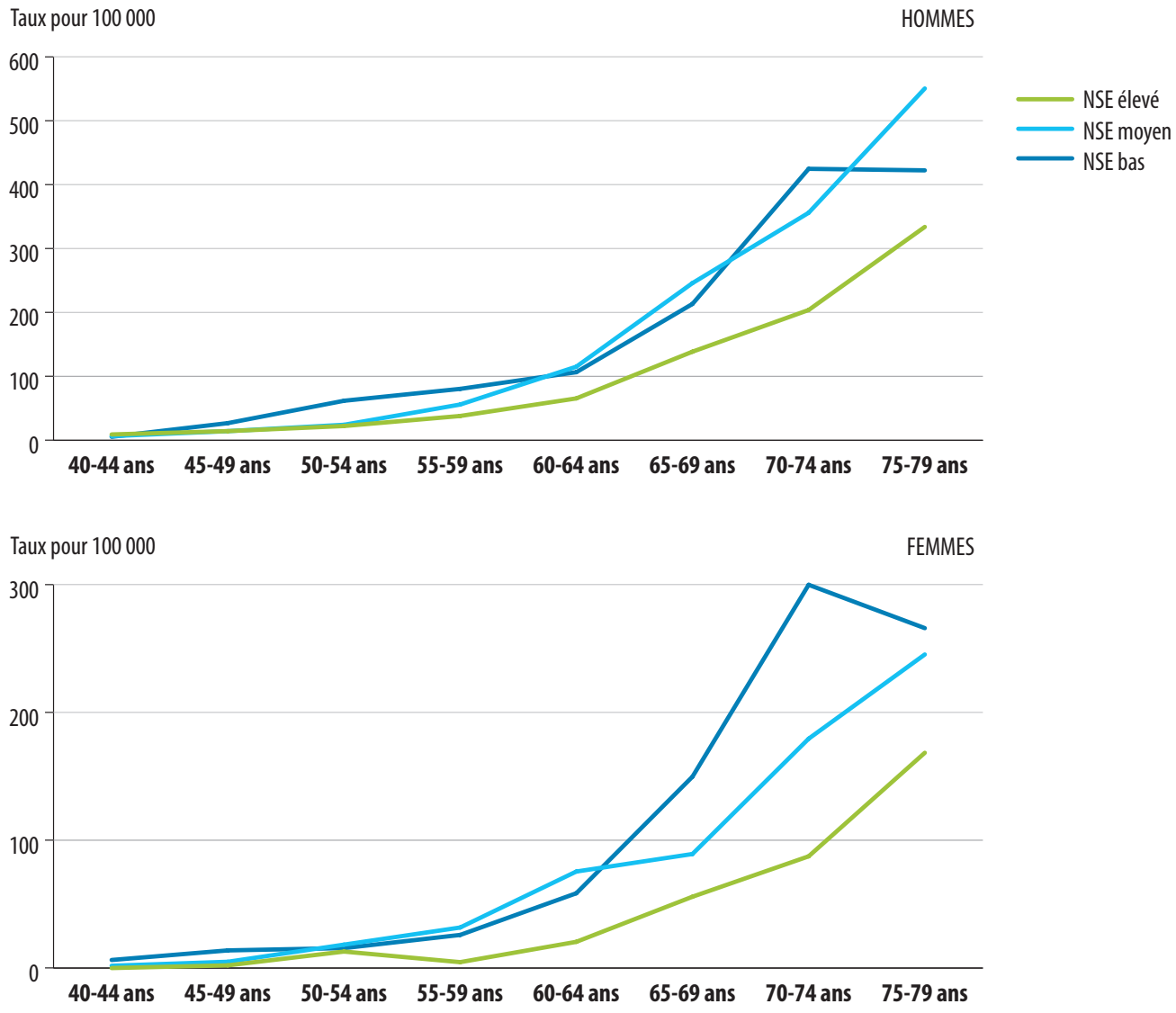
Le diabète [15] est l'une des causes de décès pour lesquelles les inégalités sociales sont les plus importantes tant avant qu'après 65 ans (voir tableaux 3-02 et 3-03).

Les différences sont particulièrement marquées pour la mortalité des femmes avant 65 ans : le taux de mortalité est plus de trois fois plus élevé dans les communes intermédiaires et pauvres que dans les communes aisées.

L'impact négatif du statut social s'ajoute aux risques liés à la nationalité pour expliquer les différences très marquées entre catégories de communes. On sait en effet que les femmes turques et marocaines courent un risque accru de développer un diabète (voir partie II, chap 3.7).

L'impact du statut social repose sur des inégalités face aux facteurs de risque, comme les habitudes nutritionnelles ou la sédentarité (voir plus loin). Mais il peut également refléter des différences dans la qualité de la prise en charge.

Figure 3-35 **Taux de mortalité par diabète par âge et par sexe selon le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007**



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

15 Il s'agit ici du diabète mentionné comme cause de décès initiale ou associée (voir partie II État de santé, chap 3.7).

Morts «violentes»

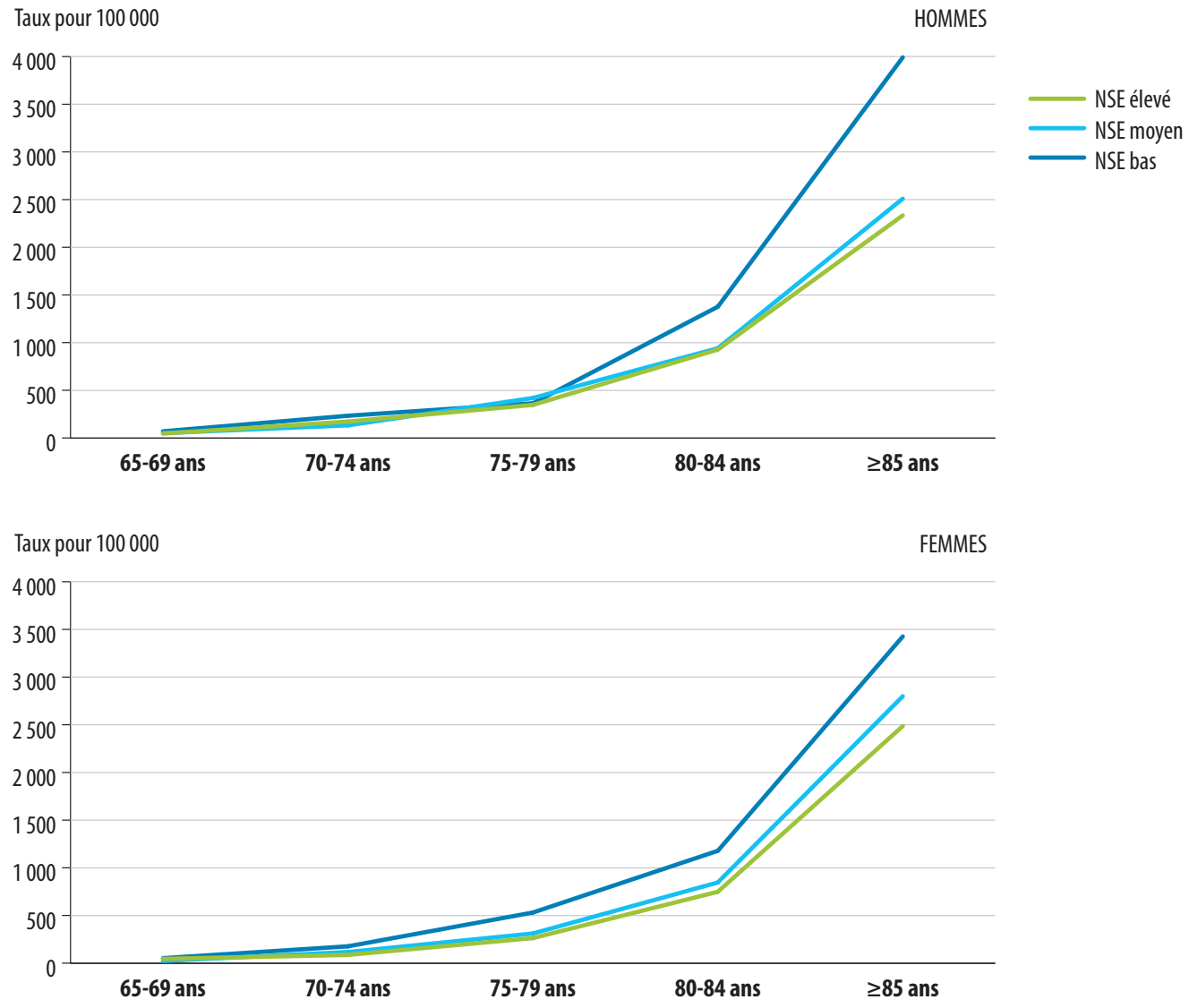
Le **suicide** est l'une des principales causes de décès prématuré à Bruxelles. Cette cause ne contribue cependant pas à la surmortalité observée dans les communes plus pauvres. Au contraire, on observe même une mortalité par suicide significativement plus faible pour les hommes dans les communes pauvres. L'importance de la population bruxelloise issue des communautés marocaines et turques (à faible taux de suicide) peut expliquer cette observation.

La mortalité prématurée par **accident** est par contre plus faible dans les communes aisées que dans les autres catégories de commune.

Autres causes de décès spécifiques aux personnes âgées

Au-delà de 85 ans, plus de 17 % des décès sont liés à la **démence** [16]. Des études ont mis en évidence une association inverse entre le statut social et le risque de développer une démence (13). On ne dispose pas actuellement de données concernant la prévalence de la démence en fonction des caractéristiques sociales à Bruxelles, mais on observe des différences significatives de mortalité entre catégories de communes. Après contrôle pour l'âge, on note une surmortalité de près de 50 % pour les habitants des communes plus pauvres par rapport aux communes aisées (+49 % pour les hommes et +48 % pour les femmes).

Figure 3-36 **Taux de mortalité lié à la démence selon le sexe, l'âge et le niveau socio-économique de la commune de résidence, Bruxelles, 2003-2007**



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

16 Il s'agit des décès pour lesquels la démence est mentionnée comme cause initiale ou comme cause associée.

La **pneumonie** est une cause importante de décès pour les personnes âgées. Pour cette pathologie également, on observe un gradient social significatif avec une surmortalité de 54 % pour les femmes et 47 % pour les hommes des communes pauvres par rapport aux communes aisées.

Si l'on s'intéresse à la vaccination des plus de 65 ans contre le pneumocoque, les résultats de l'Enquête santé 2004 montre qu'il existe un faible gradient social selon le niveau d'instruction cependant non significatif.

Les habitants des communes aisées du sud-est de la région bénéficient du taux de mortalité et de mortalité prématurée le plus faible, en général et pour les principales causes de décès, à l'exception du cancer du sein et du suicide.

2.2 LES INÉGALITÉS SOCIALES D'ÉTAT DE SANTÉ

Les inégalités face à la mortalité ne sont que la pointe de l'iceberg. Elles reflètent les inégalités sociales d'état de santé. Celles-ci ont été explorées à travers l'Enquête nationale de santé et de l'enquête HBSC pour les jeunes (voir encadré).

Méthodologie : Inégalités de santé et de styles de vies

Pour les problèmes de santé et les styles de vie, les inégalités sociales ont été analysées au départ de l'Enquête nationale de santé, et, pour les jeunes, au départ de l'enquête HBSC. Il s'agit donc d'une approche de l'état de santé par les personnes elles-mêmes.

L'Enquête de santé contient plusieurs variables approchant le statut social : le revenu du ménage, le statut professionnel, le niveau d'instruction le plus élevé dans le ménage [17], ou le niveau d'instruction de chaque individu (pour les personnes qui ont terminé leurs études). C'est cette dernière variable qui a été choisie pour les analyses présentées dans ce rapport.

Le niveau d'instruction individuel permet d'approcher le statut social parce qu'il influence fortement la position sur le marché du travail et reflète les conditions de vie au cours de l'enfance et l'adolescence ; mais il a également pour avantage de prendre en compte la dimension socio-culturelle du statut social, dimension importante pour la santé : par exemple l'accès à des informations de qualité, et la capacité à comprendre et à s'approprier des informations en lien avec la santé sont fortement associés au niveau d'instruction, indépendamment du revenu.

Le niveau d'instruction varie avec l'âge et les jeunes générations ont en moyenne un niveau d'instruction plus élevé. Etant donné que l'âge est également un déterminant majeur de la santé, pour mettre en évidence l'impact du statut social sur la santé, il est donc nécessaire d'ajuster pour l'âge, c'est-à-dire de comparer les niveaux d'instruction «à âge égal». Cet ajustement a été fait par régression logistique (voir Partie VI : «Sources et éléments de méthodologie»).

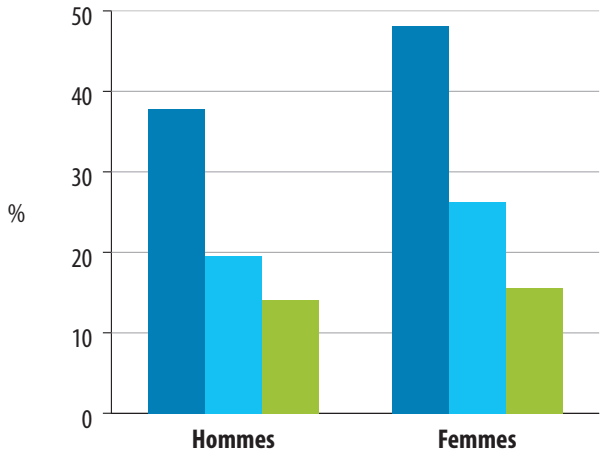
En ce qui concerne l'enquête HBSC, le niveau socio-économique de la famille du jeune est mesuré en utilisant un score intégrant cinq variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année précédente, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle perçue. Pour l'analyse, les résultats ont été divisés en trois groupes (tertiles) de niveau socio-économique croissant.

17 Cette variable est celle qui est utilisée dans les tableaux présentés sur le site et dans les rapports de l'Institut de Santé Publique.

2.2.1 La santé subjective

La proportion des Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé est inversement liée au niveau d'instruction.

Figure 3-37 **Proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé en fonction du niveau d'instruction, 1997-2001-2004**



	Hommes	Femmes
≤ Secondaire inférieur	37,8	48,1
Secondaire supérieur	19,5	26,3
Supérieur	14,1	15,6

Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

La proportion d'hommes qui ne se perçoivent pas en bonne santé est significativement plus élevée parmi les moins diplômés que parmi les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur (OR = 3,5). Pour les femmes, les écarts sont plus importants encore (OR = 4,2).

Les inactifs se sentent aussi plus souvent en mauvaise santé que les actifs. C'est bien entendu le cas pour les invalides ou les handicapés pour lesquels l'état de santé est à l'origine de l'inactivité, mais aussi pour les chômeurs. Le risque de ne pas se sentir en bonne santé est significativement plus élevé pour les chômeurs que pour les actifs, tant pour les hommes (OR = 1,6) que pour les femmes (OR = 3,1).

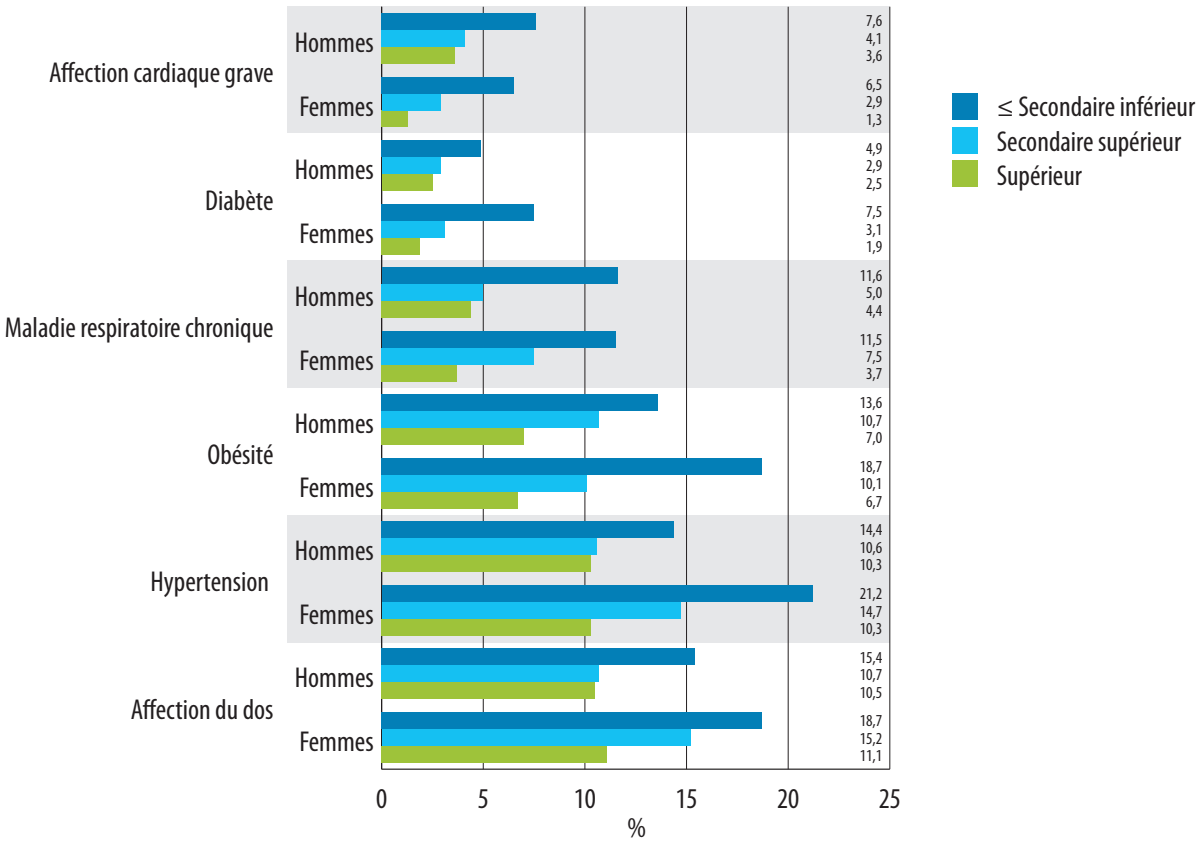
Les personnes les moins diplômées ainsi que les chômeurs se sentent en moins bonne santé que les autres.

2.2.2 Les maladies chroniques

On retrouve un gradient social pour les affections cardiaques graves, l'hypertension artérielle, les bronchites et problèmes pulmonaires chroniques, le diabète et les affections persistantes du dos. Toutes ces différences sont significatives, sauf pour l'hypertension chez les hommes.

De manière générale, et contrairement à ce qu'on observe pour la mortalité, les inégalités sont plus marquées pour les femmes que pour les hommes.

Figure 3-38 **Prévalence de différentes affections chroniques en fonction du niveau d'instruction, par sexe, Bruxelles, 2004**

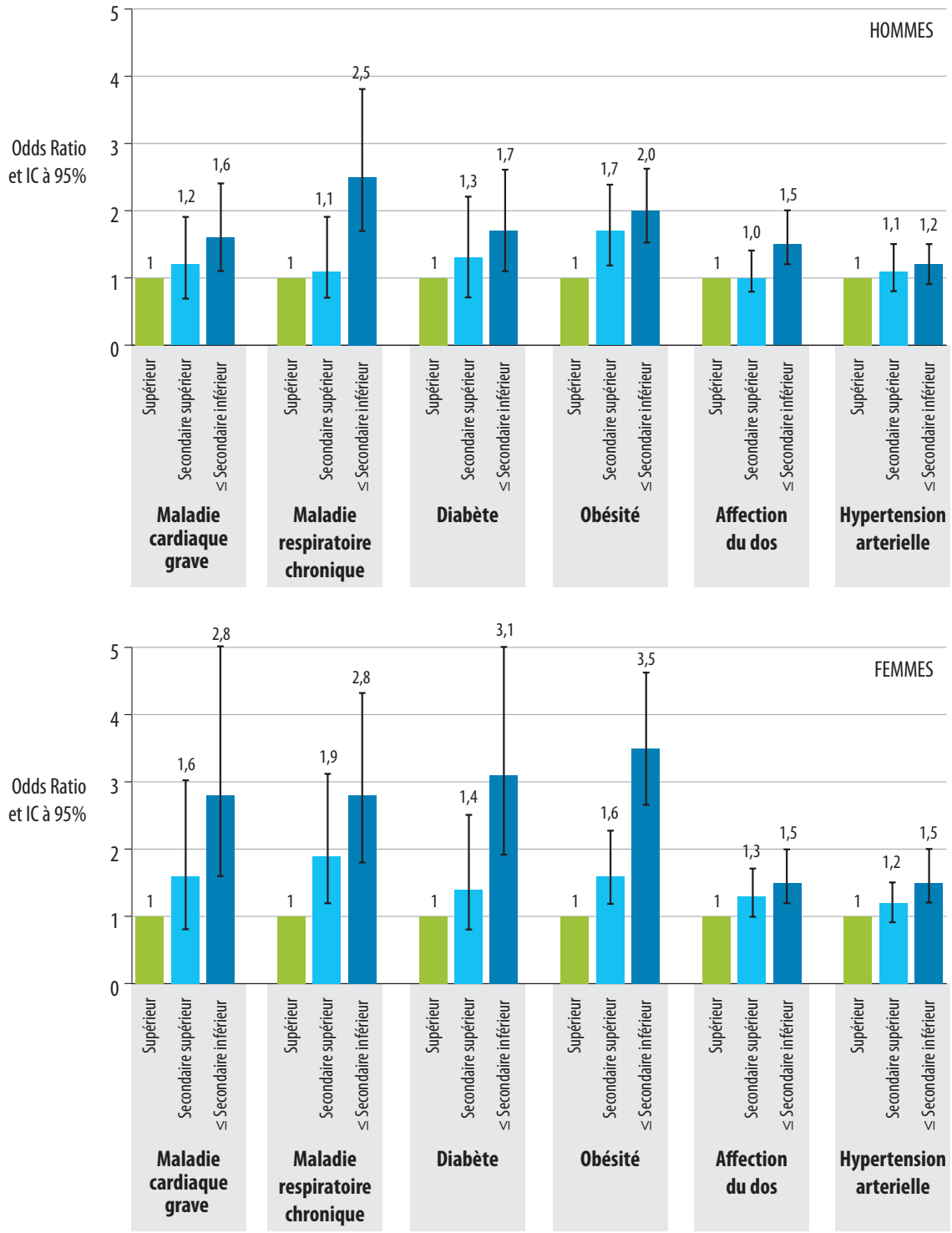


Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

Après contrôle pour l'âge, chez les femmes, les écarts les plus importants sont observés pour l'obésité, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiaques graves. Pour les hommes, les inégalités les plus marquées se retrouvent pour les maladies respiratoires chroniques.

On note un accroissement des inégalités sociales face au diabète pour les femmes entre 1997 et 2004. Cet accroissement s'explique par une forte augmentation de la prévalence dans les catégories sociales plus défavorisées, alors qu'elle est restée stable chez les femmes qui ont un diplôme d'études supérieures (non illustré).

Figure 3-39 **Comparaison de la prévalence d'affections chroniques en fonction du niveau d'instruction après contrôle pour l'âge (OR et IC à 95 %)*, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004**



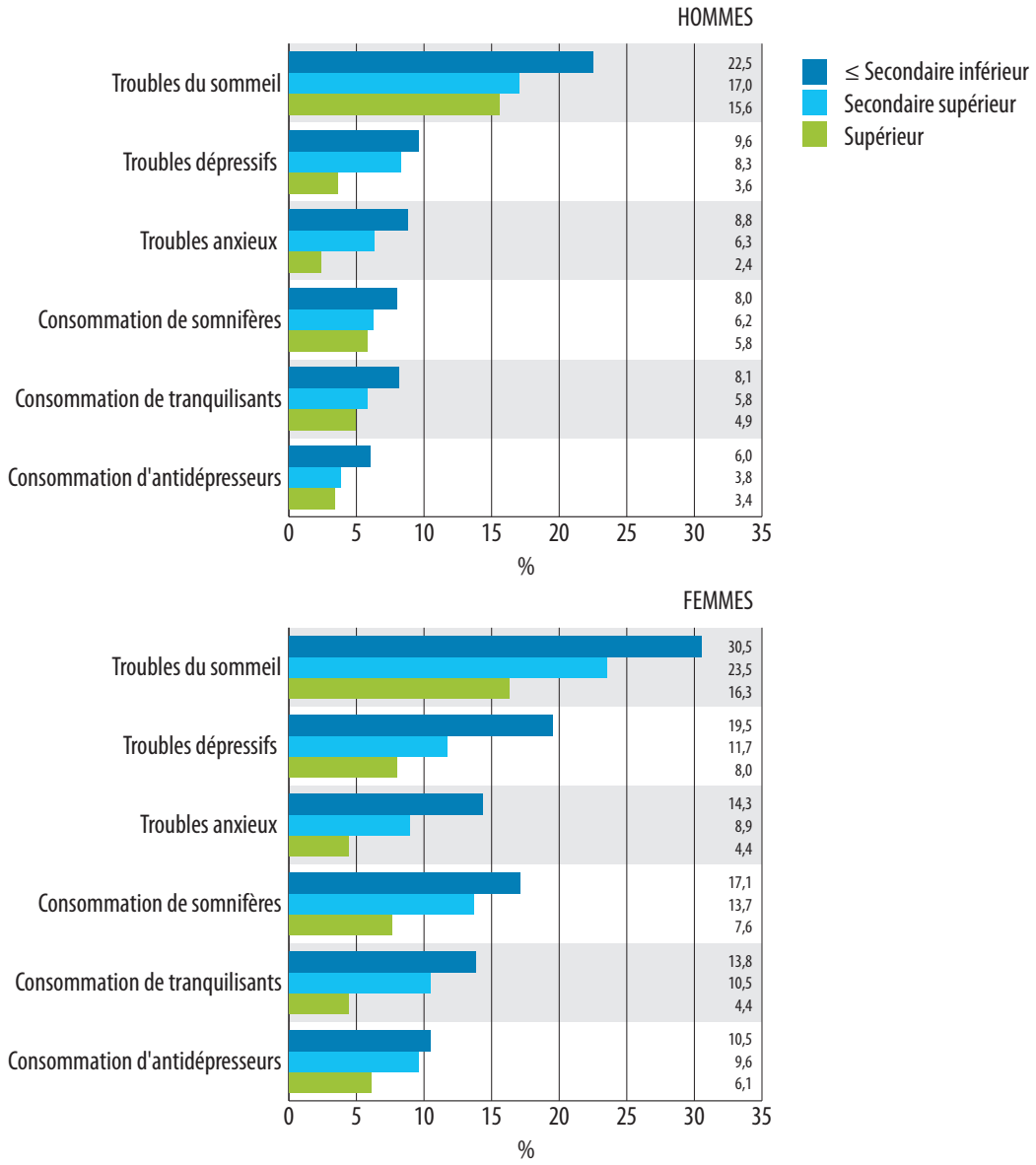
**Résultats d'une analyse par régression logistique, pour plus d'information voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»*
Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

2.2.3 La santé mentale

La prévalence de problèmes de santé mentale et de souffrance psychique augmente elle aussi lorsque l'on descend dans l'échelle sociale.
On observe un gradient social bien marqué pour les troubles du sommeil, les troubles dépressifs ou anxieux [18], et les inégalités sociales sont plus marquées pour les femmes que pour les hommes (figure 3-40).

Entre 1997 et 2004, on note une augmentation importante de la consommation de somnifères et d'antidépresseurs parmi les personnes les moins qualifiées, alors que cette consommation reste stable pour celles qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur (non illustré).

Figure 3-40 **Troubles psychologiques (2001-2004) et consommation de médicaments psychotropes selon le niveau d'instruction (1997-2001-2004), par sexe, Bruxelles**



Source : Enquête de santé 1997-2001-2004

Les inégalités de santé se marquent dès la naissance, avec plus de deux fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus. Elles se poursuivent tout au long de la vie, avec des risques de souffrir de maladies chroniques, d'accidents ou de problèmes de santé mentale qui croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale.

18 Rappelons que ces troubles sont explorés dans l'Enquête de santé au travers d'un questionnaire d'auto-évaluation, le «Symptom Checklist-90-Revised ou SCL-90-R, voir Partie II «État de Santé», chapitre 5.

2.3 LES INÉGALITÉS SOCIALES FACE AUX STYLES DE VIE

Les styles de vie, comme les habitudes nutritionnelles, le niveau d'activité physique, et la consommation de tabac ou d'alcool, ont un impact important sur la santé des Bruxellois. Ces styles de vie ne résultent pas uniquement de choix individuels «libres», mais sont largement influencés par les conditions de vie, l'environnement, les ressources économiques, psychiques et sociales, et le niveau d'instruction. C'est ce qui explique les inégalités sociales face à ces comportements.

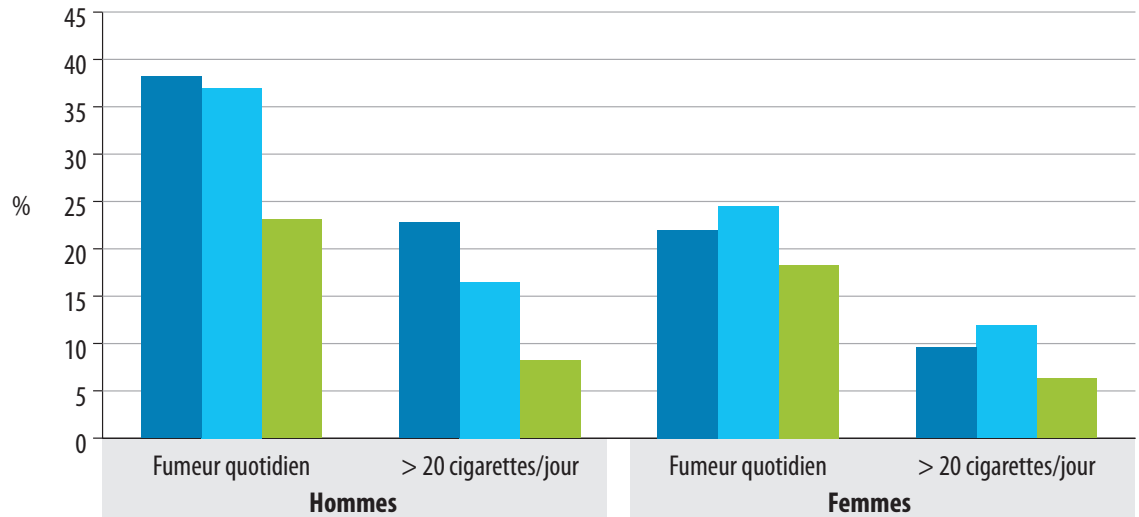
2.3.1 Le tabagisme

Le tabagisme est un déterminant important de la mortalité et il n'est pas réparti de manière homogène dans la population. Parmi les moins diplômés, 29,3 % des Bruxellois déclarent fumer tous les jours, contre 20,7 % chez les personnes ayant un diplôme d'études supérieures. Cette différence persiste après contrôle pour l'âge.

Pour les hommes, on observe un gradient social clair tant pour le fait de fumer quotidiennement que pour le fait de fumer plus de 20 cigarette par jour (figure 3-41). La part des gros fumeurs parmi les fumeurs est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est faible : parmi les hommes les moins qualifiés, 59,7 % des fumeurs sont des gros fumeurs contre 44,6 % des fumeurs diplômés de l'enseignement secondaire inférieur et 35,5 % des fumeurs diplômés de l'enseignement supérieur.

Pour les femmes, les différences se marquent surtout entre les femmes diplômées de l'enseignement supérieur et les autres. L'absence de gradient social clair chez les femmes s'explique par la moindre fréquence du tabagisme chez les femmes issues de l'immigration marocaine (figure 3-41). Après contrôle pour la nationalité, on retrouve le même gradient social que celui observé chez les hommes, avec une fréquence de tabagisme qui diminue lorsque le niveau d'instruction augmente.

Figure 3-41 **Proportion de fumeurs quotidiens et gros fumeurs selon le niveau d'instruction, par sexe, Bruxelles 1997-2001-2004**



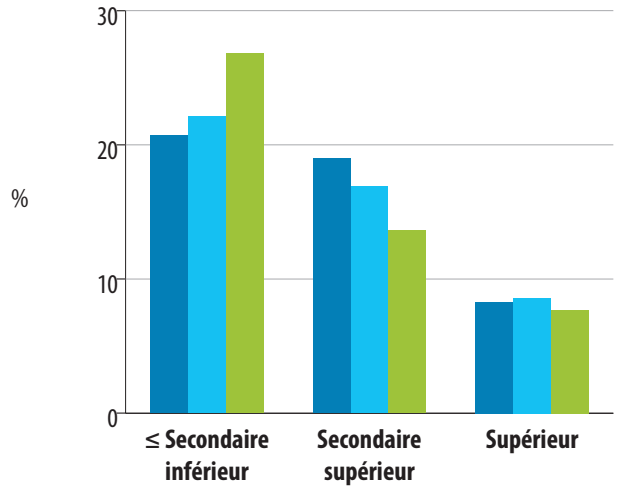
	Hommes: Fumeur quotidien	Hommes: > 20 cigarettes/jour	Femmes: Fumeur quotidien	Femmes: > 20 cigarettes/jour
≤ Secondaire inférieur	38,2	22,8	22,0	9,6
Secondaire supérieur	37,0	16,5	24,5	11,9
Supérieur	23,1	8,2	18,3	6,3

Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

Les inégalités sociales face au tabagisme s'accroissent chez les hommes. La proportion de gros fumeurs diminue entre 1997 et 2004 parmi les Bruxellois ayant au minimum un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur, tandis qu'elle augmente parmi les moins qualifiés (figure 3-42). Pour les femmes, les écarts restent relativement stables (non illustré).

Les adolescents déjà sont inégaux face au tabagisme. Les jeunes qui fréquentent l'enseignement général sont moins souvent fumeurs que les élèves de l'enseignement technique ou professionnel, et parmi ceux qui fument quotidiennement, on trouve plus de gros fumeurs parmi les élèves de l'enseignement technique et professionnel, ce qui suggère que ces derniers sont déjà davantage dépendants du tabac, malgré leur jeune âge (source HBSC).

Figure 3-42 **Évolution de la proportion de gros fumeurs dans la population selon le niveau d'instruction, hommes, Bruxelles, 1997-2001-2004**



	≤ Secondaire inférieur	Secondaire supérieur	Supérieur
1997	20,7	19,0	8,3
2001	22,1	16,9	8,6
2004	26,8	13,6	7,7

Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

2.3.2 La nutrition

Le statut social influence aussi les habitudes alimentaires. En Région bruxelloise, celles-ci sont également influencées par la nationalité (voir chapitre 3 «Bruxelles multiculturelle»). Ces deux facteurs interagissent de manière complexe.

La proportion de personnes qui prennent régulièrement un petit déjeuner est significativement plus élevée pour les diplômés de l'enseignement supérieur que pour les autres catégories (Enquête de santé 2004). La proportion d'adolescents qui consomment régulièrement un petit déjeuner augmente également avec le niveau social (HBSC).

Contrairement à ce qu'on observe pour le reste du pays et dans d'autres pays, on ne trouve pas de différences significatives de consommation de fruits et de légumes entre catégories sociales (21). Ceci pourrait être lié à l'importance de la population issue de l'immigration (avec un niveau de consommation élevé de fruits et légumes) parmi la population moins favorisée.
Chez les adolescents cependant, on observe une proportion croissante de consommateurs réguliers de fruits et de légumes quand on monte dans l'échelle sociale (source HBSC).

La consommation de poisson augmente avec le niveau d'instruction : 66,8 % des Bruxellois ayant un diplôme de l'enseignement supérieur consomment du poisson au moins une fois par semaine, contre 60,3 % de ceux ayant un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur et 56,2 % de ceux ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Les différences sont moins marquées pour les femmes (respectivement 65,1 %, 62,8 % et 62,0 %).
Après contrôle pour l'âge, les différences sont significatives pour les hommes mais pas pour les femmes.
La consommation plus importante de poisson par la communauté marocaine limite le gradient social à cet égard à Bruxelles [19].

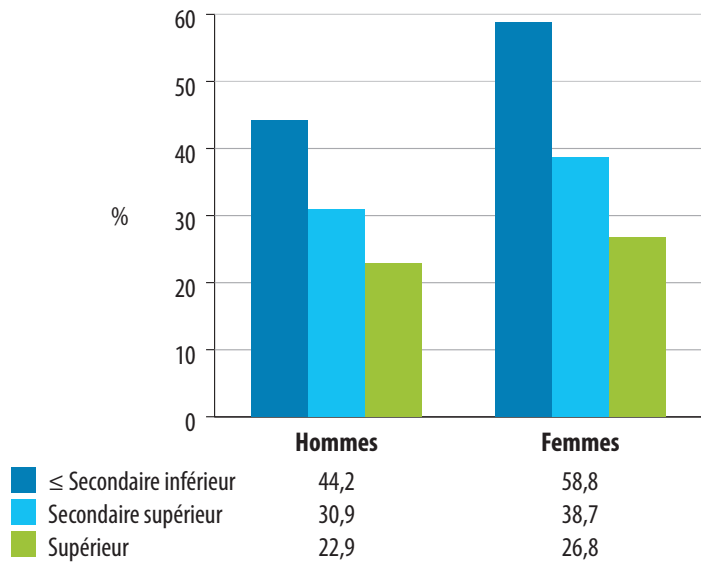
D'autres habitudes alimentaires plutôt défavorables pour la santé sont plus fréquentes parmi les adolescents de statut social bas. Par exemple, la proportion de consommateurs quotidiens de hamburgers ou de frites est 2,5 à 3 fois plus élevée pour les adolescents de statut social bas (7,2 % consomment quotidiennement des frites) que pour les plus aisés (2,8 %) (source HBSC).

19 Après ajustement pour l'âge et la nationalité par régression logistique, on observe une consommation significativement plus faible de poisson par les Bruxellois de faible niveau d'instruction, tant pour les hommes que pour les femmes (OR niveau inférieur ou égal au sec inf./niveau sup.= 0,53 pour les hommes et 0,72 pour les femmes).

2.3.3 L'activité physique

Il existe un gradient social marqué pour l'activité physique de loisirs. Pour l'indicateur qui a été analysé plus haut (voir paragraphe 1.2), il y a près de deux fois plus de sédentaires [20] parmi les Bruxellois les moins instruits que parmi ceux qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.
Après contrôle pour l'âge, les écarts sont plus marqués pour les femmes que pour les hommes (OR niveau inférieur ou égal au sec inf./niveau sup. = 2,7 pour les hommes et 3,5 pour les femmes).

Figure 3-43 **Proportion de personnes sédentaires par sexe et en fonction du niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004**



Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

20 Pour rappel il s'agit de personnes à risque par manque d'activités physiques de loisir, sans prendre en compte l'activité physique liée à la profession.

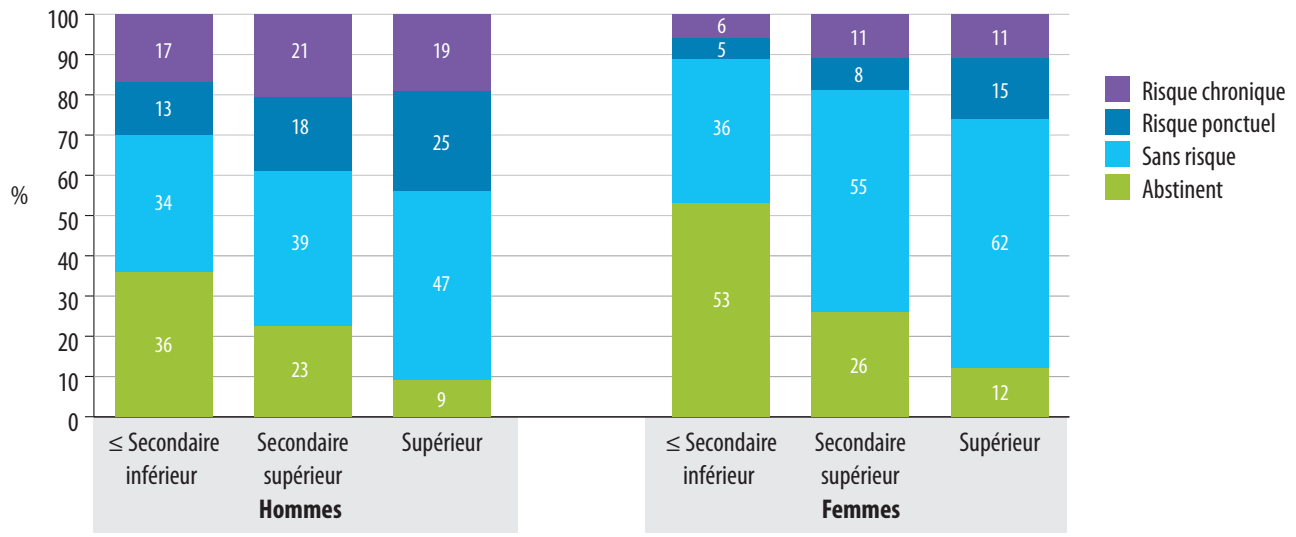
2.3.4 La consommation d'alcool et d'autres drogues

La consommation excessive d'alcool est à l'origine de nombreux problèmes de santé, et dans certains pays, elle contribue aux inégalités sociales de santé (13).
La consommation d'alcool est influencée aussi très largement par des facteurs religieux et culturels. C'est ce qui explique que la proportion de Bruxellois qui ne consomment jamais d'alcool est plus importante parmi les moins qualifiés, chez qui la proportion de personnes issues de l'immigration marocaine ou turque est plus importante.

Chez les hommes, la proportion de consommateurs d'alcool à risque chronique ne varie pas en fonction du niveau de diplôme (figure 3-44). Par contre, si on ne prend en compte que les non-abstinents, le pourcentage de consommateurs à risque chronique [21] est significativement plus faible dans la catégorie sociale plus favorisée.

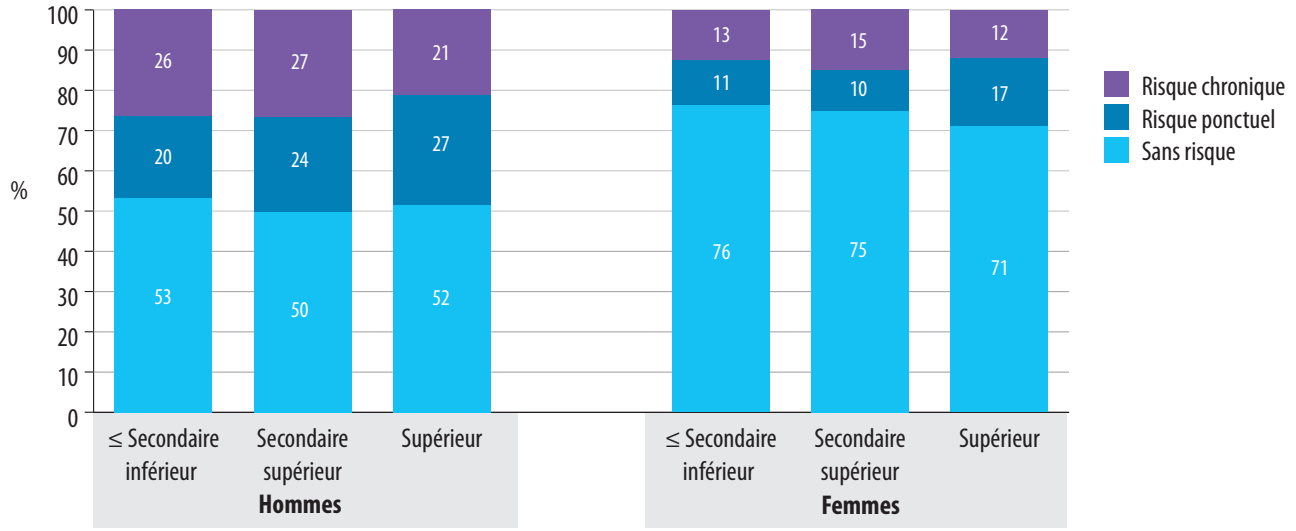
Chez les femmes, la part très élevée de Bruxelloises abstinentes parmi les moins diplômées (plus de la moitié) explique que le pourcentage de consommatrice à risque augmente avec le niveau d'instruction. Si on ne prend en compte que les non-abstinents, il n'existe pas de différence de profil de consommation entre niveaux d'instruction.

Figure 3-44 Distribution du profil de consommation d'alcool par sexe et selon le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

Figure 3-45 Distribution du profil de consommation d'alcool des non-abstinents par sexe et selon le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

21 Hommes consommant plus de 21 verres d'alcool par semaine (plus de 14 verres pour les femmes) ou consommant au moins une fois par semaine plus de 6 verres ou plus en une occasion.

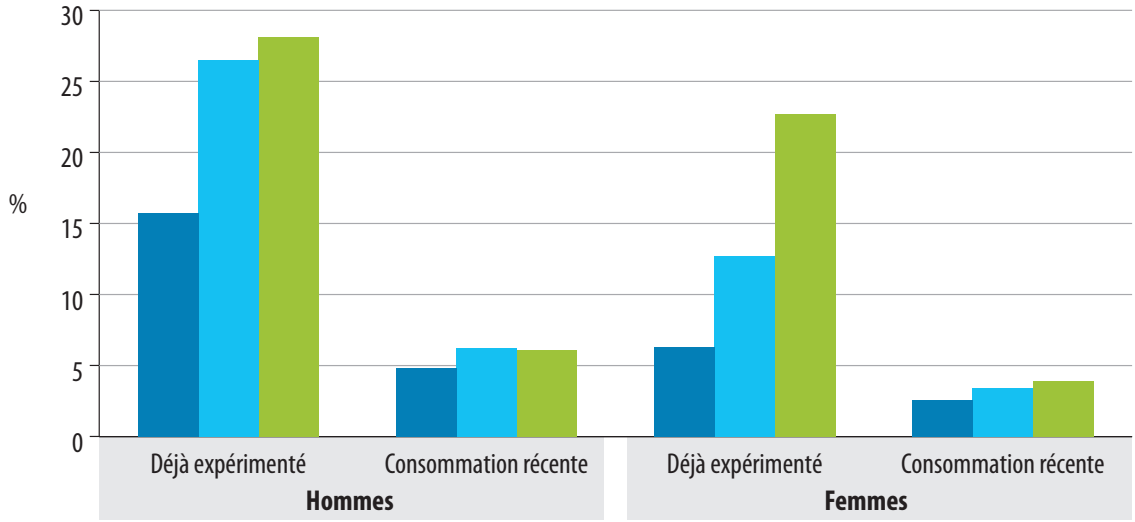
Chez les adolescents bruxellois, on observe une consommation plus fréquente d'alcool chez les élèves de milieu social plus aisés : 29,1 % des jeunes de 13-18 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine contre 12,6 % des jeunes du milieu social le moins aisé (source HBSC, non illustré).

Dans l'Enquête de santé, on observe un gradient social inverse à celui du tabac pour la **consommation de cannabis** chez les plus de 15 ans : plus le niveau d'instruction est élevé, plus la proportion de consommateurs est importante (figure 3-46).

Dans l'Enquête HBSC, on observe également chez les adolescents bruxellois une consommation plus fréquente de cannabis chez les élèves de milieu social plus aisé, à l'égal de l'alcool cité ci-dessus (non illustré).

Toutes les habitudes de vie moins favorables à la santé ne sont donc pas plus fréquentes dans les milieux plus défavorisés.

Figure 3-46 **Profil de consommation de cannabis selon le sexe et le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997-2001-2004**



	Hommes – Déjà expérimenté	Hommes – Consommation récente	Femmes – Déjà expérimenté	Femmes – Consommation récente
≤ Secondaire inférieur	15,7	4,8	6,3	2,6
Secondaire supérieur	26,5	6,2	12,7	3,4
Supérieur	28,1	6,1	22,7	3,9

Source : ISP, Enquête de Santé 1997-2001-2004

Pourquoi les écarts s'accroissent-ils ?

Les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles. Cet accroissement des inégalités résulte le plus souvent d'une amélioration plus rapide et plus marquée de la santé pour les populations plus aisées. C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou cardiopathies ischémiques ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes.

Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme pour l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes.

3. Bruxelles multiculturelle

3.1 INTRODUCTION

Le caractère multiculturel de la Région bruxelloise s'accroît (voir «Contexte démographique» dans la Partie I «Contexte général»). Les Bruxellois «non belges de souche» représentent une part de plus en plus importante de la population, mais ne sont pas constitués d'un groupe homogène.
Il y a les Bruxellois issus des migrations ouvrières venues d'Italie, d'Espagne, du Portugal, de Grèce, de Turquie, du Maroc, puis d'Europe de l'Est, de première, deuxième ou troisième génération ; il y a les migrants plus ou moins temporaires qui viennent à Bruxelles dans le cadre des institutions européennes, de l'OTAN ou de grandes entreprises multinationales ; il y a les personnes qui cherchent refuge en Belgique suite aux guerres ou autres évènements tragiques dans leur pays d'origine ; enfin, il y a celles qui cherchent des conditions de vie meilleures mais vivent dans la clandestinité.

Toutes ces situations n'ont pas le même type d'impact sur la santé. Les conditions de vie (logement, travail, etc.), tant au pays d'origine avant la migration que dans le pays d'accueil, ainsi que les habitudes alimentaires, la culture, la religion et les traditions du pays d'origine jouent un rôle important. La santé mentale et physique peut aussi être influencée par le contexte plus ou moins traumatisant de la migration et la discrimination qui touche certains groupes de migrants. D'autres facteurs comme la connaissance de la langue du pays d'accueil, le support social apporté par d'autres membres de la communauté, etc. peuvent aussi jouer un rôle important, entre autres pour l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge.

Les données disponibles ne permettent pas de différencier ces trajectoires et de cerner les multiples facteurs qui agissent sur la santé des migrants bruxellois. La nationalité est en effet la seule variable disponible. De plus, certaines communautés sont constituées de trop peu de personnes pour pouvoir être prises en compte dans les analyses statistiques. Ce chapitre n'a donc pas la prétention d'approcher très finement la santé des différents groupes de migrants en Région bruxelloise, mais de donner un aperçu de l'influence de la nationalité sur la mortalité, l'état de santé et les styles de vie.
Pour toutes les données présentées dans ce chapitre, qu'elles proviennent des bulletins statistiques de naissance et de décès ou de l'Enquête nationale de santé, la nationalité retenue est la nationalité actuelle (au moment du décès ou de l'enquête). Pour les naissances et les décès des enfants de moins d'un an, il s'agit de la nationalité actuelle de la mère (lors de l'analyse, les nationalités ont été regroupées, voir explication détaillée dans la partie VI Sources et éléments de méthodologie, paragraphe 2.1 Variables et indicateurs).
Etant donné le faible nombre de personnes âgées dans chaque groupe de nationalité étudié, les analyses se limitent aux moins de 75 ans. La mortalité des moins d'un an est présentée à part.

La multiculturalité peut être un facteur d'atténuation du gradient social

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, plusieurs habitudes de vie favorables à la santé sont adoptées davantage dans certaines communautés immigrées, communautés qui comptent aussi une proportion plus élevées de personnes moins favorisées.

À Bruxelles, on ne trouve pas de différences significatives de consommation de fruits et de légumes entre catégories sociales (21) : ceci pourrait être lié à l'importance de la population issue de l'immigration, qui utilise notamment beaucoup de légumes dans la cuisine traditionnelle.

L'absence de gradient social clair chez les femmes bruxelloises pour le tabagisme s'explique par la fréquence moindre du tabagisme chez les femmes issues de l'immigration marocaine.

De même, la proportion de Bruxellois qui ne consomment jamais d'alcool est plus importante parmi les moins qualifiés, chez qui la proportion de personnes issues de l'immigration marocaine ou turque est plus importante.

Enfin, la population issue de l'immigration marocaine consomme volontiers du poisson, ce qui atténue le gradient social pour cette habitude de vie.

On observe donc que pour certains problèmes de santé, les inégalités sociales sont atténuées en Région bruxelloise parce que parmi les populations les moins favorisées se trouvent une part non négligeable de migrants qui ont, ou ont eu, dans leur parcours de vie, des styles de vie relativement plus favorables à la santé.

3.2 NATIONALITÉ ET SANTÉ PÉRINATALE

L'impact de la nationalité de la mère sur la santé périnatale a été présentée de manière détaillée dans le dossier «Les indicateurs de santé périnatale en région de Bruxelles-Capitale 1998-2004» (14). Nous ne reprendrons ici que quelques données actualisées pour la période 1998-2006.

La multiculturalité de la Région bruxelloise transparait clairement lorsqu'on s'intéresse à la nationalité des mères bruxelloises.

En Région bruxelloise, pour près d'une naissance sur deux, la maman n'est pas de nationalité belge.

Tableau 3-04 **Nombre et pourcentage de naissances bruxelloises selon la nationalité actuelle de la mère 1998-2006**

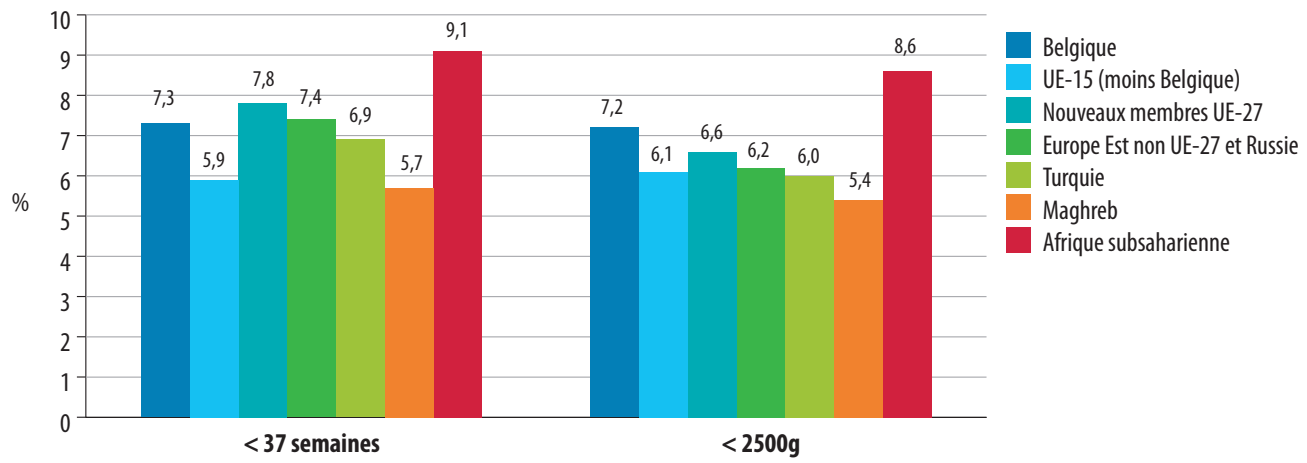
	n	%
Belgique	74 767	54,2
EU-15 (moins Belgique)	17 495	12,7
Maroc	16 746	12,1
Nouveaux membres EU-27	4 636	3,4
Turquie	4 301	3,1
Autres Afrique subsaharienne	4 208	3,0
Congo (RDC)	3 737	2,7
Europe de l'Est non EU-27 et Russie	3 578	2,6
Asie Est/Sud	2 455	1,8
Amérique Sud/Centrale et Caraïbes	2 269	1,6
Autre Maghreb et Egypte	1 360	1,0
Asie Nord/Ouest et Proche Orient	1 400	1,0
Amérique du Nord	533	0,4
Europe autre	163	0,1
Autres	306	0,2
Total	**137 954**	**100**

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

Les proportions de prématurité et de petit poids de naissance diffèrent selon la nationalité de la mère. Les nouveau-nés de mère marocaine sont moins souvent de petits poids et moins souvent prématurés. Les hypothèses explicatives sont les différences nutritionnelles, une plus grande fréquence de diabète gestationnel et moins de tabagisme.

Par ailleurs, la prématurité est nettement plus fréquente chez les nouveau-nés d'Afrique subsaharienne. Ceci s'explique probablement par une conjonction de plusieurs facteurs de risques tels que la précarité et le stress, et une fréquence plus élevée d'infections et de pré-éclampsie (22 ; 23 ; 24).

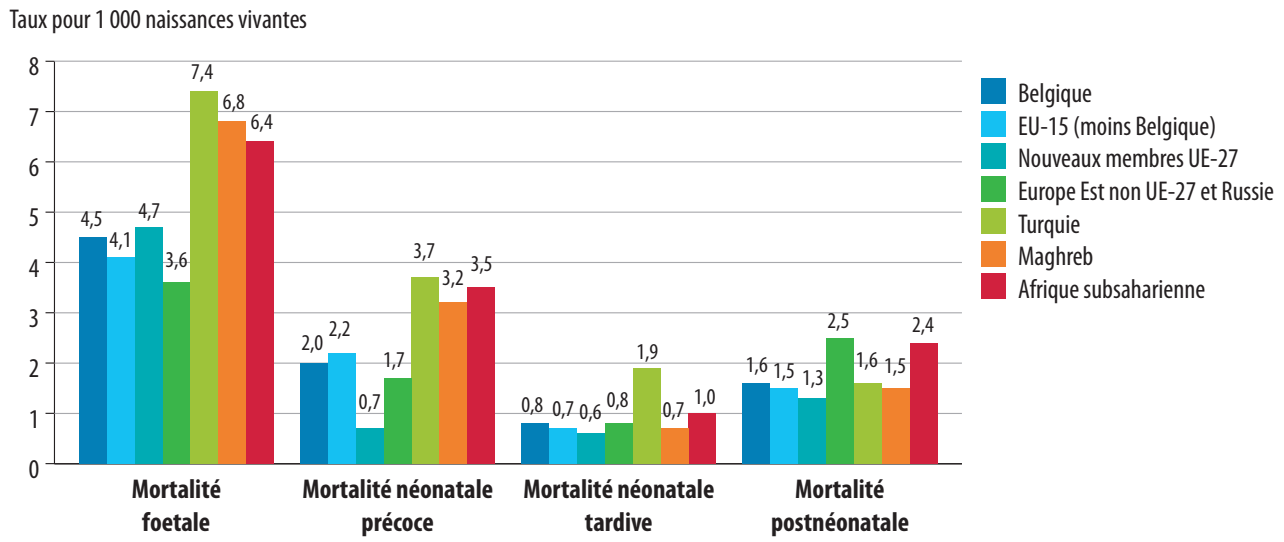
Figure 3-47 **Prématurité (< 37 semaines) et petit poids de naissance (< 2 500 g) selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2006**



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

Les taux de mortalité périnatale (définitions voir note 12) montrent que les bébés de mères turques, d'Afrique subsaharienne ou du Maroc ont un risque accru de décéder en période périnatale.

Figure 3-48 **Mortalité fœtale, néonatale précoce et tardive et postnéonatale selon la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998-2006**



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

Après contrôle pour l'âge de la mère et en excluant les grossesses multiples, on observe un excès de mortalité périnatale pour les enfants de mère turque (+86 %), maghrébine (+67 %) et d'Afrique subsaharienne (+68 %) (tableau 3-05).

Après contrôle du nombre de revenus dans le ménage, la surmortalité des enfants de mère d'Afrique subsaharienne disparait, ce qui signifie que cette surmortalité s'explique en grande partie par la précarité de ces familles. Cette surmortalité peut être mise en parallèle avec l'excès de prématurité et de petit poids de naissance parmi ces enfants.

Par contre, la surmortalité des enfants de mère turque ou maghrébine reste significative après prise en compte du nombre de revenus, ce qui signifie qu'elle ne peut pas être attribuée uniquement aux conditions socio-économiques. Cette surmortalité est paradoxale au vu du faible taux de prématurité et de petit poids de naissance ; les hypothèses évoquées à ce jour sont entre autres un moindre accès aux soins ou une fréquence plus élevée de malformations congénitales.

Tableau 3-05 **Mortalité périnatale pour les naissances singletons selon la nationalité de la mère, OR bruts et ajustés, Bruxelles, 1998-2006**

Nationalité	OR (IC95 %) brut	OR (IC95 %) ajusté pour l'âge	OR (IC95 %) ajusté pour l'âge et le nombre de revenu dans le ménage
Belgique	1	1	1
EU-15 (moins Belgique)	0,92 (0,74-1,16)	0,90 (0,72-1,13)	0,91 (0,71-1,17)
Nouveaux membres EU-27	0,83 (0,54-1,28)	0,86 (0,56-1,32)	0,52 (0,30-0,88)
Europe Est non EU-27 et Russie	0,86 (0,51-1,36)	0,86 (0,53-1,40)	0,50 (0,27-0,92)
Turquie	1,76 (1,29-2,42)	1,86 (1,35-2,55)	1,65 (1,18-2,30)
Maghreb	1,65 (1,38-1,98)	1,67 (1,40-2,00)	1,53 (1,26-1,85)
Afrique subsaharienne	1,66 (1,3-2,13)	1,68 (1,31-2,15)	1,16 (0,83-1,50)

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

3.3 NATIONALITÉ ET MORTALITÉ

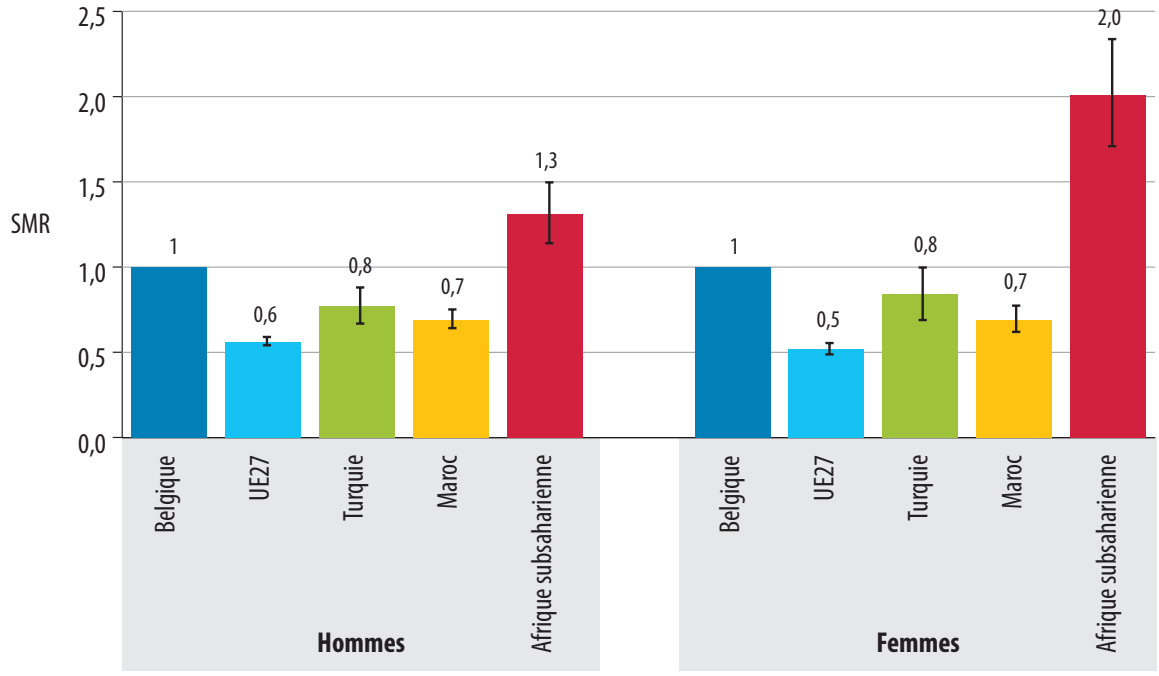
3.3.1 Mortalité générale

C'est la population bruxelloise issue d'un pays de l'EU27 qui présente les taux de mortalité les plus bas : après standardisation selon l'âge, les taux de mortalité prématurée sont près de deux fois moindre pour cette population que pour les Bruxellois belges (voir figure 3-49).
Ceci s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord il est probable qu'une partie des personnes issues de l'UE décèdent dans leur pays d'origine ; ces décès ne sont alors pas enregistrés par les bulletins statistiques de décès. Un deuxième facteur est la surestimation de la taille de cette population, parce que les personnes qui quittent la Région bruxelloise ne sont pas systématiquement radiées des registres de la population (25). Un troisième facteur réside dans les caractéristiques socio-économiques : une partie de la population européenne qui habite en Région bruxelloise bénéficie d'un statut social plus élevé. Enfin, les Européens issus de l'immigration du travail (Espagnol, Italiens, Grecs,…), de statut social moins aisé, peuvent aussi avoir un taux de mortalité plus faible grâce à des habitudes de vie, surtout alimentaires, plus favorables au cours de leur vie (26).

La mortalité prématurée est plus élevée chez les hommes et les femmes d'Afrique subsaharienne que chez les Belges. Après standardisation pour l'âge, la mortalité des femmes avant 75 ans est deux fois plus élevée que celle des femmes belges ; pour les hommes la différence est moins marquée mais significative (voir figure 3-49). L'analyse de la mortalité par cause présentée ci-dessous permet de tester des hypothèses quant aux facteurs à l'origine de cette surmortalité.

Pour les Bruxellois de nationalité marocaine, la mortalité avant 75 ans est significativement plus faible tant chez les hommes que chez les femmes. Après standardisation pour l'âge, la mortalité prématurée est inférieure de 31 % à celle des Belges. La population turque présente également des taux de mortalité avant 75 ans plus faibles que les Belges, de 23 % pour les hommes et 16 % pour les femmes (limite de signification) (voir figure 3-49). Pour ces communautés aussi, l'analyse des causes de décès permet de nuancer ces constats.

Figure 3-49 **Ratio standardisé de mortalité, comparaison de la mortalité avant 75 ans entre groupes de nationalité*, par sexe Bruxelles, 1998-2007**



** (référence = Bruxellois belges)*
Source : Bulletins statistiques de naissances et de décès, Observatoire de la Santé et du Social

3.3.2 Les principales causes de décès par groupes de nationalité

Le tableau ci-dessous reprend les résultats de la comparaison de la mortalité avant 75 ans après standardisation selon l'âge [22] pour les principales causes de décès pour lesquelles il existe des différences significatives entre nationalités.

Tableau 3-06 **Principales causes de décès avant 75 ans par nationalité, SMR, par sexe, Bruxelles, 1998-2007***

Cause de décès	Nationalité	SMR (Intervalle de Confiance à 95 %)	
		HOMMES	FEMMES
Mortalité toute cause	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,56 (0,54-0,59)	0,52 (0,49-0,55)
	Maroc	0,69 (0,64-0,74)	0,69 (0,62-0,77)
	Turquie	0,77 (0,67-0,88)	0,84 (0,69-1,00)
	Afrique Subsaharienne	1,31 (1,14-1,50)	2,01 (1,71-2,34)
Cardiopathies ischémiques	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,61 (0,53-0,69)	0,39 (0,29-0,52)
	Maroc	0,79 (0,63-0,98)	1,17 (0,83-1,60)
	Turquie	0,96 (0,64-1,39)	1,36 (0,72-2,32)
	Afrique Subsaharienne	0,68 (0,33-1,25)	1,72 (0,69-3,55)
Maladies cérébrovasculaires	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,71 (0,57-0,87)	0,59 (0,45-0,77)
	Maroc	0,80 (0,53-1,16)	0,91 (0,57-1,36)
	Turquie	1,24 (0,64-2,16)	1,33 (0,64-2,45)
	Afrique Subsaharienne	3,67 (2,17-5,78)	4,02 (2,25-6,63)
Cancer du poumon	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,62 (0,54–0,69)	0,53 (0,42-0,66)
	Maroc	0,83 (0,66-1,02)	0,19 (0,08-0,39)
	Turquie	1,36 (0,97-1,85)	0,18 (0,02-0,65)
	Afrique Subsaharienne	0,48 (0,19-1,00)	0,18 (0,01-1,02)
Cancer du sein	Belgique		1,00
	EU27		0,58 (0,47-0,69)
	Maroc		0,53 (0,34-0,77)
	Turquie		0,55 (0,34-1,07)
	Afrique Subsaharienne		1,47 (0,76-2,58)
Cancer colorectal	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,62 (0,47-0,81)	0,74 (0,54-0,99)
	Maroc	0,26 (0,09-0,56)	0,67 (0,33-1,20)
	Turquie	0,62 (0,17-1,58)	0,21 (0,01-1,15)
	Afrique Subsaharienne	1,00 (0,21-2,94)	0,91 (0,11-3,28)
Diabète (total)	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,64 (0,53-0,76)	0,65 (0,49-0,84)
	Maroc	1,44 (1,13-1,81)	2,82 (2,18-3,58)
	Turquie	0,77 (0,39-1,38)	2,15 (1,21-3,55)
	Afrique Subsaharienne	2,31 (1,32-3,75)	2,44 (1,06-4,82)

22 Il s'agit d'une standardisation indirecte, la population de référence est la population bruxelloise belge (voir partie VI «Sources et éléments de méthodologie»).

Cause de décès	Nationalité	SMR (Intervalle de Confiance à 95 %)	
		HOMMES	FEMMES
Maladies respiratoires chroniques	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,63 (0,51-0,77)	0,31 (0,19-0,47)
	Maroc	0,53 (0,34-0,81)	0,51 (0,23-0,96)
	Turquie	0,85 (0,41-1,57)	0,58 (0,12-1,69)
	Afrique Subsaharienne	0,80 (0,22-2,05)	0,90 (0,11-3,22)
Maladies liées à l'alcool (large total)	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,40 (0,35-0,46)	0,33 (0,25-0,43)
	Maroc	0,15 (0,09-0,24)	0,15 (0,06-0,33)
	Turquie	0,03 (0,00-0,15)	0,08 (0,00-0,47)
	Afrique Subsaharienne	0,58 (0,32-0,95)	1,21 (0,52-2,39)
Accidents de la circulation	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,49 (0,32-0,71)	0,26 (0,08-0,60)
	Maroc	1,28 (0,83-1,89)	0,37 (0,04-1,33)
	Turquie	0,58 (0,12-1,69)	0,62 (0,02-3,43)
	Afrique Subsaharienne	1,05 (0,39-2,29)	0,63 (0,02-3,49)
Autres accidents	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,57 (0,44-0,72)	0,49 (0,32-0,71)
	Maroc	1,02 (0,72-1,41)	0,54 (0,23-1,07)
	Turquie	0,82 (0,36-1,62)	0,92 (0,25-2,36)
	Afrique Subsaharienne	1,90 (1,11-3,04)	1,61 (0,52-3,76)
Suicides	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,39 (0,31-0,48)	0,38 (0,27-0,51)
	Maroc	0,36 (0,23-0,53)	0,17 (0,06-0,40)
	Turquie	0,32 (0,12-0,69)	0,24 (0,03-0,85)
	Afrique Subsaharienne	0,57 (0,30-1,00)	0,13 (0,00-0,70)
Homicides	Belgique	1,00	1,00
	EU27	0,77 (0,47-1,21)	0,15 (0,03-0,44)
	Maroc	1,83 (1,03-3,02)	0,37 (0,04-1,33)
	Turquie	7,32 (4,19-12,0)	-
	Afrique Subsaharienne	2,41 (0,88-5,24)	0,63 (0,02-3,50)

**Les différences statistiquement significatives apparaissent sur fond de couleur*
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les principales causes de décès avant 75 ans diffèrent selon la nationalité. Les dix principales causes de décès sont présentées dans les pages suivantes par groupe de nationalité [23].

23 Il s'agit ici des taux de mortalité avant 75 ans sans standardisation selon l'âge. Les différences entre les différents groupes de nationalité peuvent donc en partie s'expliquer par des différences de structure d'âge de la population de moins de 75 ans.

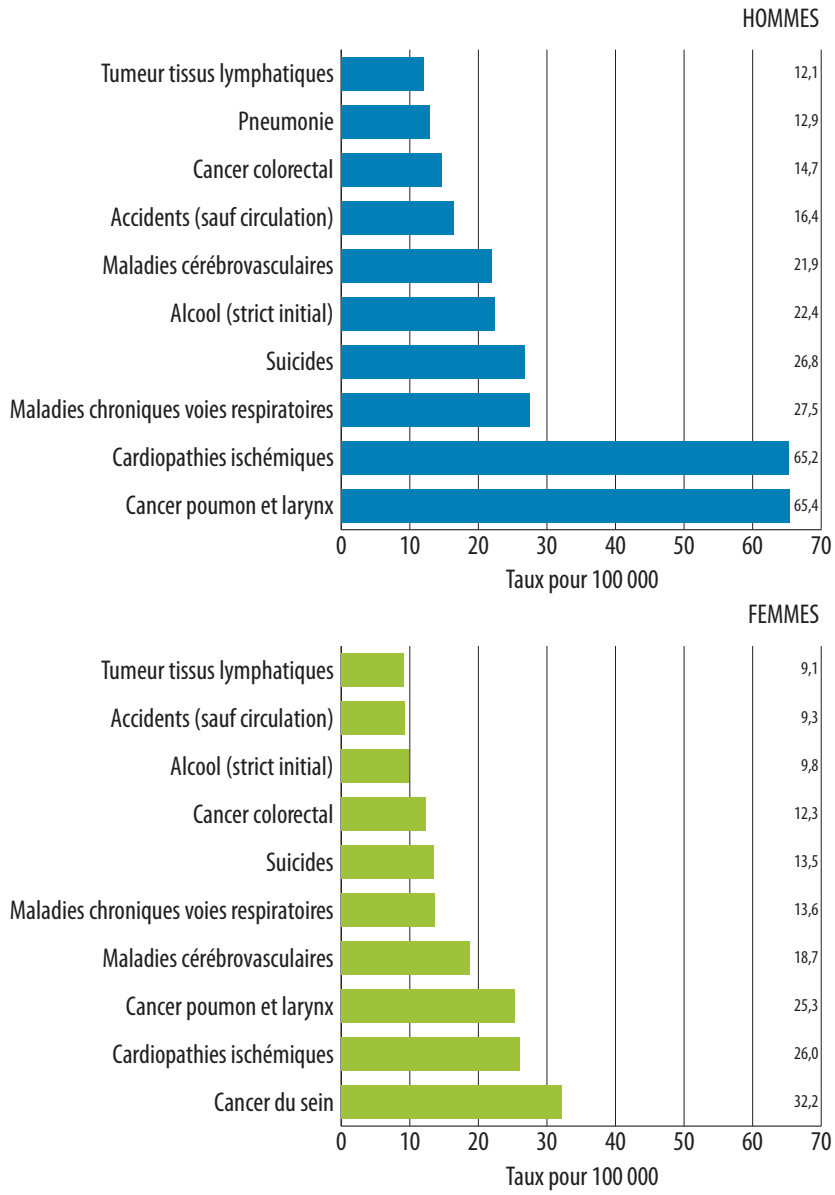
Les Bruxellois de nationalité belge

Le «top 10» des principales cause de mortalité avant 75 ans pour la population bruxelloise de nationalité belge est présentée ci-dessous pour l'ensemble de la période 1998-2007.

Pour les hommes, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques sont en tête, quasi à égalité.

Pour les femmes, le cancer sein est la première cause de décès suivie par les cardiopathies ischémiques et le cancer du poumon.

Figure 3-50 **Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité belge, 1998-2007**

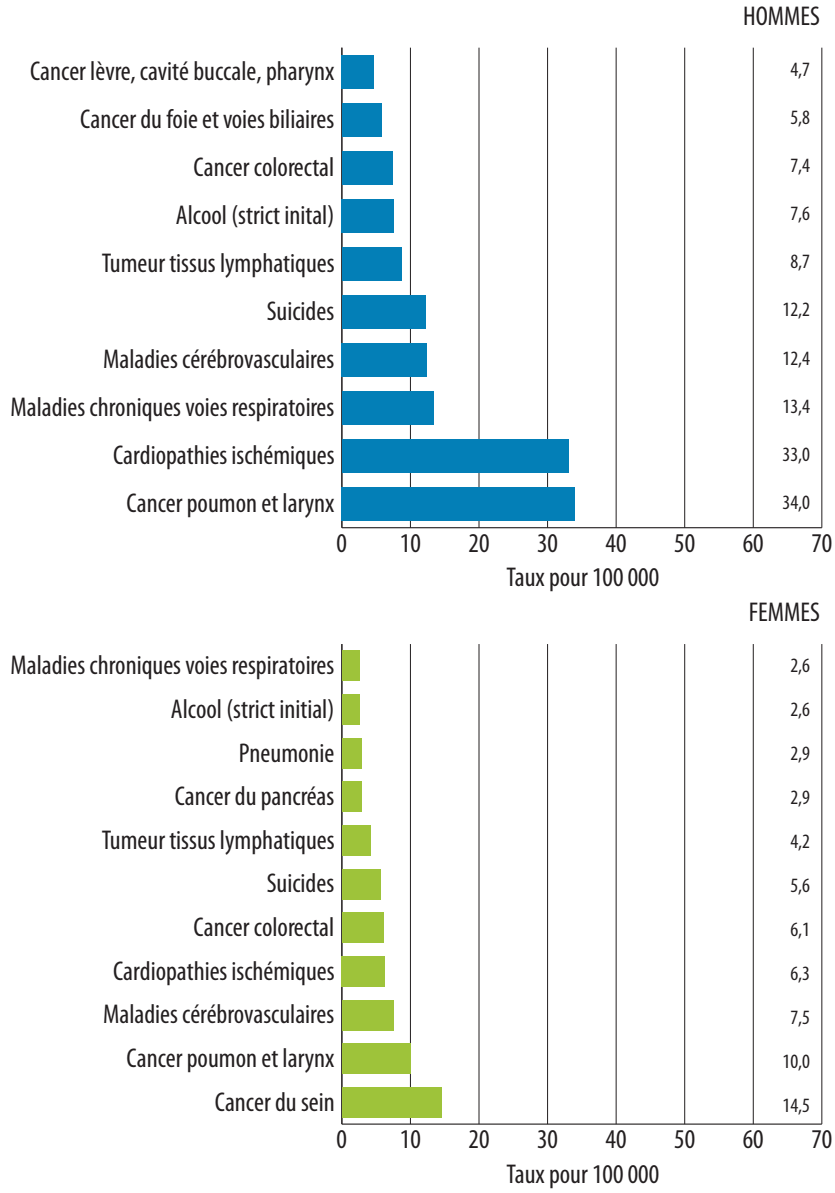


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Les Bruxellois de l'EU27

Le profil des principales causes de décès des Bruxellois de l'EU27 est assez semblable à celui des Bruxellois belges, mais les taux bruts sont nettement plus faibles pour la grande majorité des causes. L'interprétation des différences observées est difficile ; diverses hypothèses expliquent les taux de mortalité plus faibles pour ce groupe (voir plus haut).

Figure 3-51 **Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de l'EU27, 1998-2007**



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

Les Bruxellois de nationalité marocaine

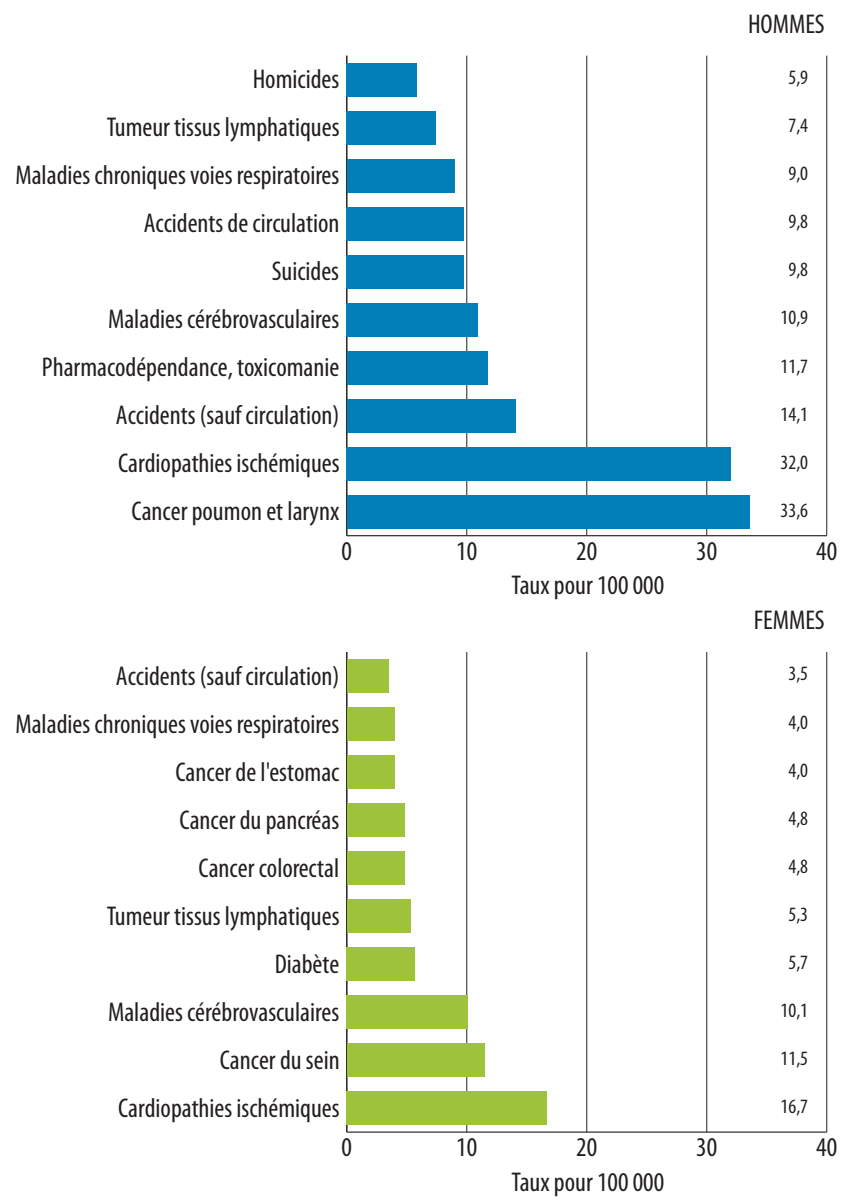
Le "top 10" des principales causes de mortalité avant 75 ans diffère de manière assez nette de celui de la population belge, même si on retrouve en tête également le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques pour les hommes.

On note chez les hommes marocains un taux de mortalité brut plus élevé pour les toxicomanies qui représentent la quatrième cause de mortalité prématurée [24]. Les taux de mortalité sont aussi plus élevés que pour les Belges pour les accidents de la circulation et les homicides. Par contre, des causes importantes dans la population belge, comme l'alcool et le cancer colorectal, ne figurent pas parmi les principales causes.

Chez les femmes, le cancer du sein n'est pas la première cause de mortalité avant 75 ans. Ce sont les cardiopathies ischémiques qui viennent en tête. Le diabète, même dans sa définition la plus étroite [25] (mentionné en cause initiale) est la quatrième cause de décès avant 75 ans.

Le cancer de l'estomac, avec un taux brut plus élevé que chez les Belges, fait partie des principales causes de décès chez les femmes marocaines. On ne retrouve pas une série de causes importantes chez les femmes belges, comme le cancer du poumon, le suicide et l'alcool.

Figure 3-52 **Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité marocaine, 1998-2007**



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

Les Bruxellois de nationalité marocaine présentent des taux de mortalité nettement plus faible que la population belge, sauf en période périnatale. Cette plus faible mortalité s'explique en grande partie par des habitudes de vie globalement favorables à la santé.

24 L'injection de drogues intraveineuse représente 55 % des modes probables de transmission du Sida chez les malades originaires d'Afriques du Nord (Source : Sasse A., Defraye A., Buziarsist J.,Van Beckhoven D, Épidémiologie du Sida et de l'infection à VIH en Belgique, situation au 31/12/2008, ISP, 2009).

25 Voir plus bas une description plus précise de la mortalité par diabète en fonction de la nationalité.

Les Bruxellois de nationalité turque

Ici aussi, le "top 10" des principales causes de mortalité avant 75 ans diffère de manière assez nette de celui de la population belge.

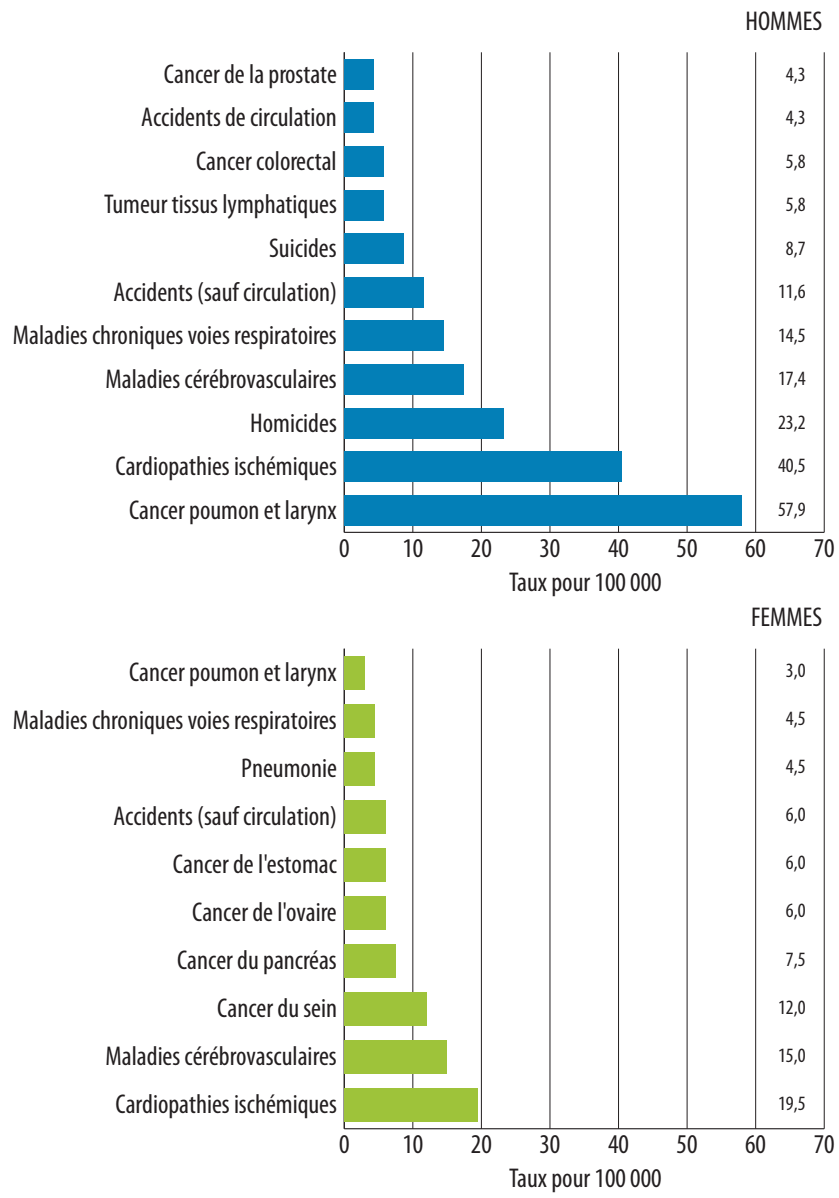
Chez les hommes, le cancer du poumon vient largement en tête, suivi de plus loin par les cardiopathies ischémiques. Le taux de mortalité par homicide est nettement plus élevé que celui de la population belge, et les homicides constituent la troisième cause de décès avant 75 ans chez les hommes turcs.

Pour les femmes, le cancer du sein ne vient qu'en troisième position après les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires. Comme pour les femmes marocaines, on ne retrouve pas dans le top 10 une série de causes importantes chez les femmes belges comme le suicide et l'alcool.

La mortalité par cancer du pancréas est plus élevée et constitue la quatrième cause de décès avant 75 ans. Le cancer de l'estomac, avec un taux brut plus élevé que chez les Belges et les Marocaines, se situe en sixième place.

Le taux de mortalité par diabète, lorsqu'on ne prend en compte que la cause initiale de décès, ne fait pas partie du top 10. Mais si l'on prend en compte également le diabète mentionné en cause associée du décès, le taux de mortalité est beaucoup plus élevé (voir plus bas).

Figure 3-53 **Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois de nationalité turque, 1998-2007**



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

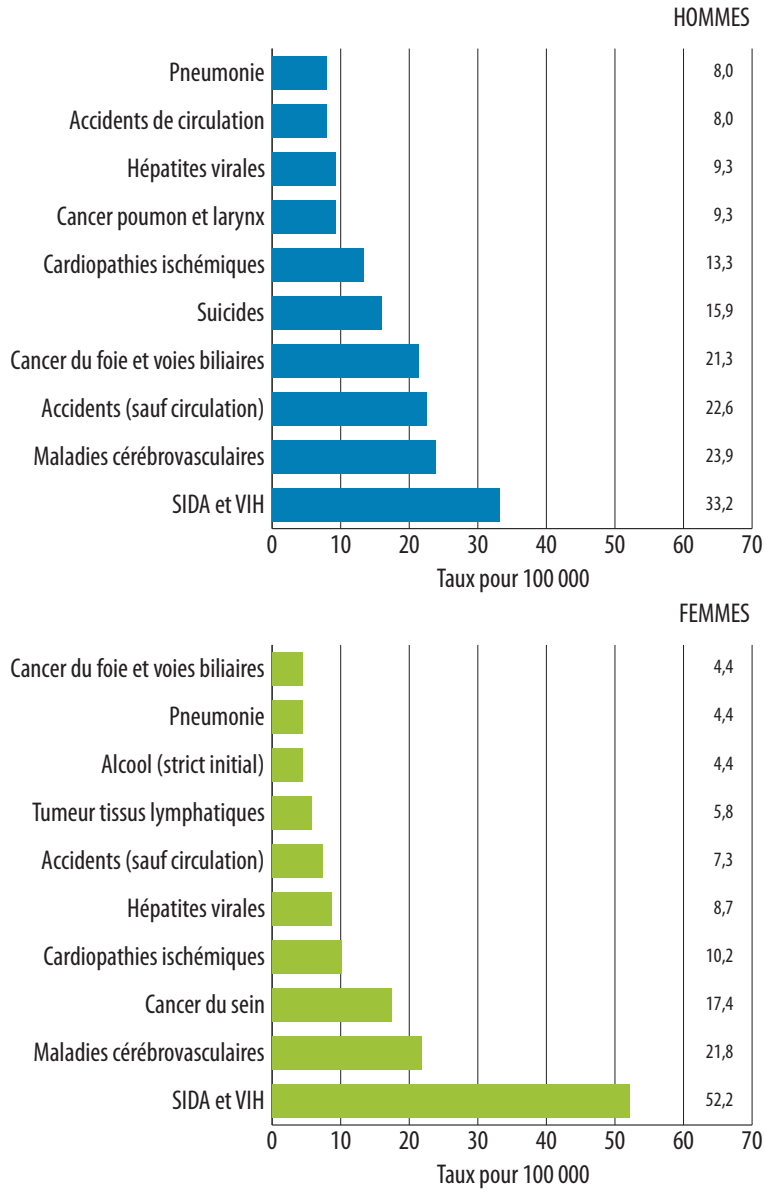
Les indicateurs de santé des Bruxellois de nationalité turque sont proches de ceux des Marocains. Les hommes se différencient cependant par un taux de tabagisme élevé qui entraîne un taux élevé de mortalité par cancer du poumon.

Les Bruxellois d'Afrique subsaharienne

Plusieurs causes expliquent la surmortalité avant 75 ans des hommes et des femmes d'Afrique subsaharienne. Le VIH/sida est la première cause de décès, tant pour les hommes que pour les femmes, mais le taux de mortalité est nettement plus élevé chez les femmes. Les maladies cérébrovasculaires viennent en deuxième position. Les hommes et les femmes africaines présentent également un excès de mortalité par cancer du foie et par hépatite.

Chez les hommes, on note aussi un excès de mortalité liée aux accidents. Par contre, le poids relatif des cardiopathies ischémiques et du cancer du poumon est beaucoup plus faible que pour les hommes belges (peut s'expliquer par une structure d'âge de la population différente).

Figure 3-54 **Taux de mortalité bruts avant 75 ans, top 10 par sexe pour les Bruxellois d'Afrique subsaharienne, 1998-2007**



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

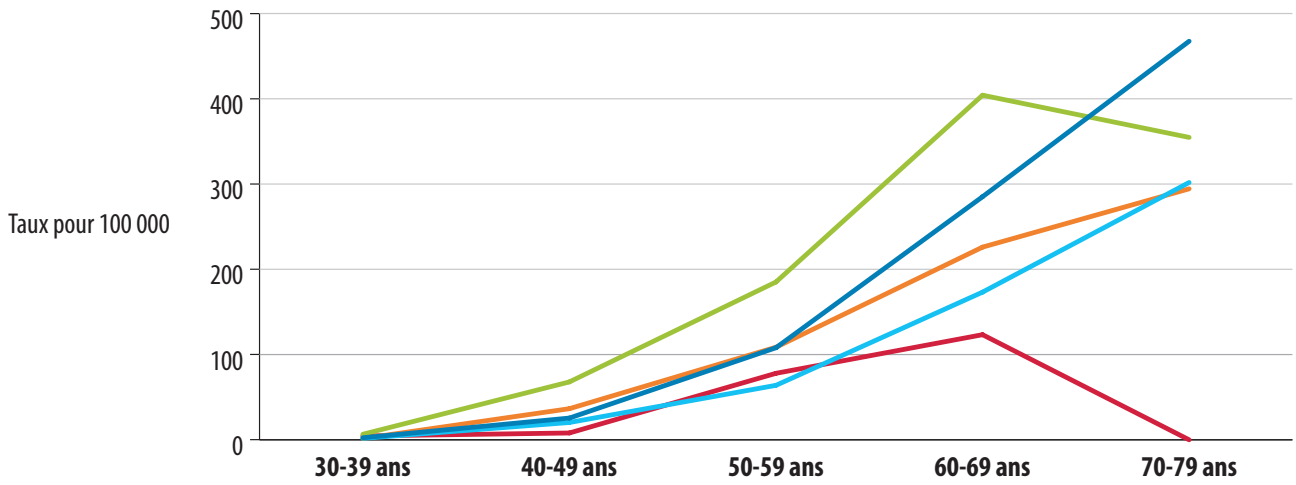
Les Bruxellois d'Afrique subsaharienne apparaissent comme un groupe particulièrement vulnérable face à la santé, tant pour la période périnatale avec un taux élevé de prématurité et de décès fœto-infantile, qu'à l'âge adulte. Cette communauté présente des taux de mortalité élevés liés aux infections acquises dans les pays d'origine (sida, hépatites) mais aussi aux accidents vasculaires cérébraux, au diabète et aux accidents (sauf ceux de la circulation).

3.3.3 Grandes causes de décès et nationalité

Les cancers

Les variations de mortalité par **cancer du poumon** selon la nationalité diffèrent fortement entre hommes et femmes.
Chez les hommes, avant 65 ans, les taux de mortalité les plus élevés sont observés chez les Bruxellois de nationalité turque. Ceci s'explique sans doute par le tabagisme important chez les hommes turcs (voir plus bas). Les taux de mortalité sont par contre significativement plus faibles pour les Bruxellois de l'EU-27. Pour les Marocains, on observe des taux de mortalité proches de ceux des Belges avant 60 ans, mais inférieurs après 60 ans (voir figure 3-55).
Pour les femmes (non illustré), les taux de mortalité sont les plus élevés pour les Bruxelloise de nationalité belge. Après standardisation selon l'âge, le taux de mortalité avant 75 ans est cinq fois plus faible pour les femmes marocaines et turques. Les habitudes tabagiques expliquent probablement ces différences (voir plus bas).

Figure 3-55 **Taux de mortalité par cancer du poumon par groupes d'âge et nationalités, hommes, Bruxelles, 1998-2007**



	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans
Belgique	2,4	25,5	108,0	285,1	467,5
UE27	1,7	20,3	63,9	173,2	301,8
Turquie	6,5	67,9	185,1	404,2	354,7
Maroc	1,5	36,5	108,6	226,0	294,4
Afrique subsaharienne	4,5	8,0	78,0	123,3	0,0

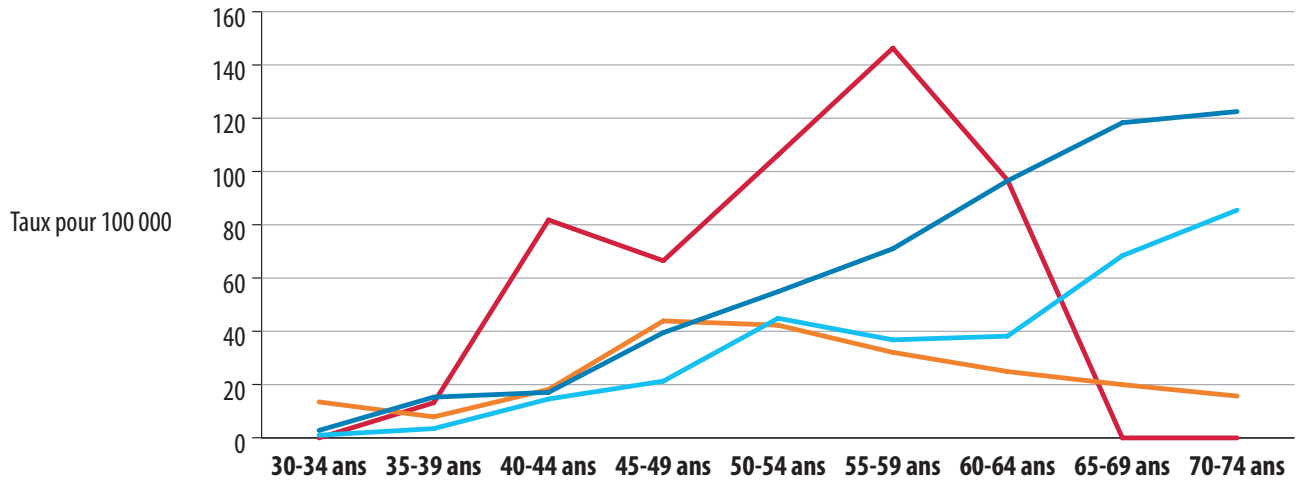
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Le taux de mortalité par **cancer du sein** varie lui aussi en fonction de la nationalité. Après contrôle pour l'âge, le taux de mortalité avant 75 ans par cancer du sein est significativement plus faible pour les femmes d'un pays de l'EU 27 que pour les Belges.

Il est également plus faible pour les femmes turques et marocaines (voir Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2). Pour ces dernières, on observe une modification des risques relatifs à partir de 50 ans : avant 50 ans, le taux de mortalité ne diffère pas significativement des femmes belges tandis que pour les plus de 50 ans, après standardisation selon l'âge, la mortalité des femmes turques et marocaines est trois fois plus faible que celle des femmes belges (SMR = 0,33). Ces différences peuvent en partie s'expliquer par les facteurs protecteurs évoqués déjà plus haut : les femmes turques et marocaines de plus de 50 ans ont eu leur premier enfant plus jeune, et ont eu plus d'enfants, que les femmes belges de plus de 50 ans.

Le taux de mortalité avant 65 ans par cancer du sein est par contre plus élevé pour les femmes d'Afrique sub-saharienne que pour les Belges (voir figure 3-56). On ne peut exclure des inégalités liées à un moindre accès aux soins ou une prise en charge plus tardive.

Figure 3-56 **Taux de mortalité par cancer du sein par groupes d'âge et nationalités, femmes, Bruxelles, 1998-2007**

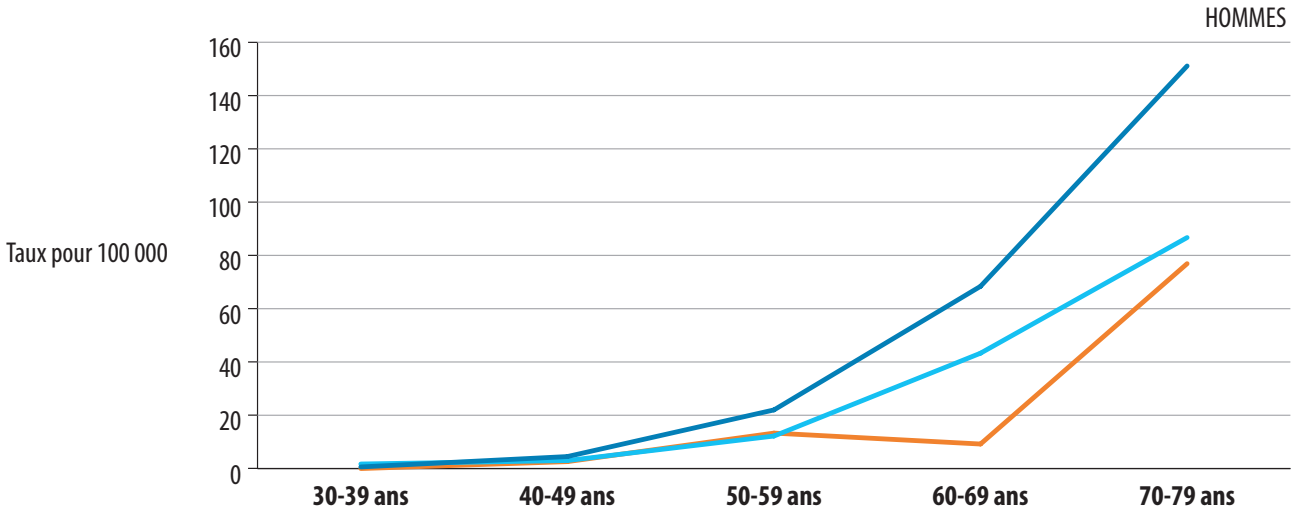


	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans
Belgique	2,8	15,3	17,1	39,5	54,9	71,0	96,5	118,3	122,5
UE27	1,0	3,5	14,6	21,3	44,9	36,8	38,2	68,4	85,5
Maroc et Turquie	13,5	7,9	18,2	43,9	42,3	32,1	24,9	20,0	15,7
Afrique subsaharienne	0,0	13,2	81,8	66,5	106,2	146,3	96,7	0,0	0,0

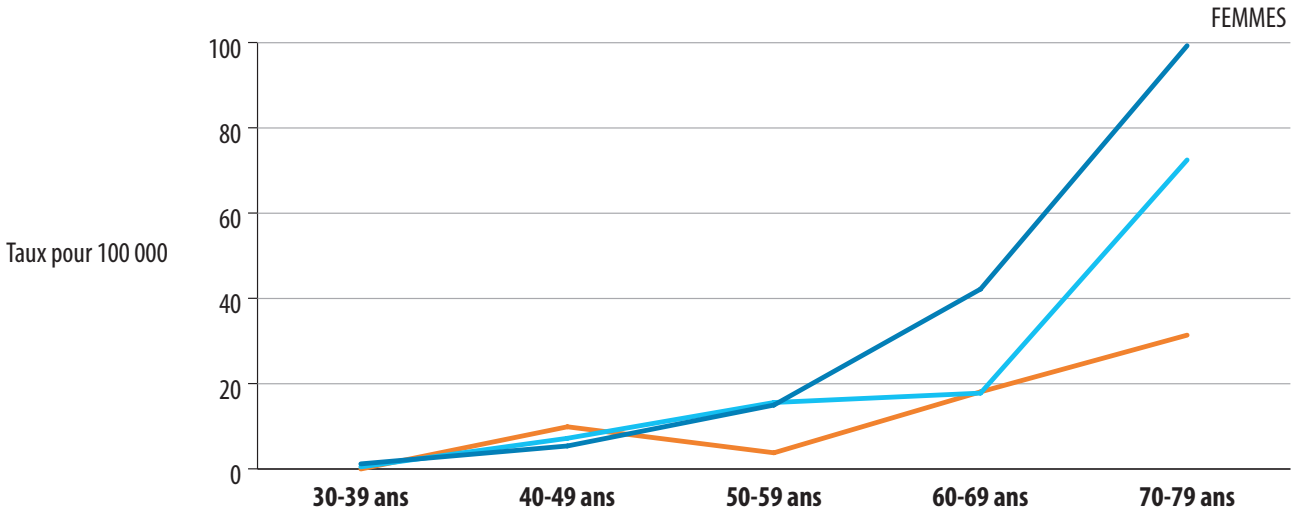
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Le taux de mortalité par **cancer colorectal** est plus faible pour les Bruxellois de l'EU27, de Turquie et du Maroc que pour les Belges. La mortalité avant 75 ans est significativement plus faible pour les hommes et les femmes de l'EU27 et les hommes du Maroc (voir Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2).

Figure 3-57 **Taux de mortalité par cancer colorectal par groupes d'âge et nationalités, Bruxelles, 1998-2007**



	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans
Belgique	0,6	4,5	22,0	68,4	151,1
UE27	1,7	3,0	12,2	43,3	86,7
Maroc et Turquie	0,0	2,6	13,3	9,2	76,9



	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans
Belgique	1,2	5,4	15,0	42,2	99,3
UE27	0,5	7,2	15,6	17,8	72,5
Maroc et Turquie	0,0	9,9	3,8	18,1	31,4

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

Les maladies cardiovasculaires

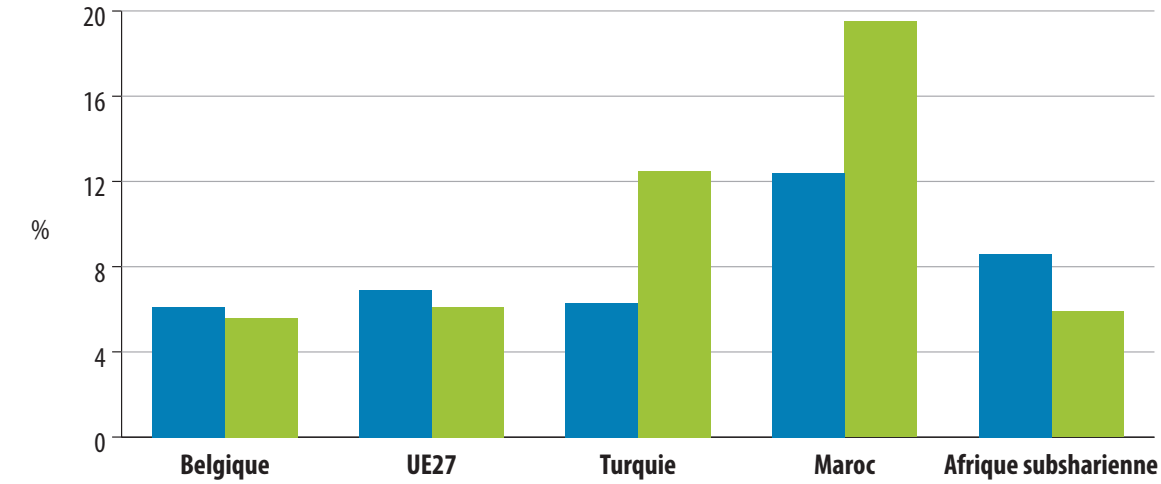
La mortalité par **cardiopathies ischémiques** (non illustré) est significativement plus faible pour les hommes et les femmes issus d'un pays de l'EU27 (-40 % et -61 %) et pour les hommes marocains (-20 %) que pour les Belges.

La mortalité par **accident vasculaire cérébral** (non illustré) est nettement plus élevée pour les Bruxellois d'Afrique subsaharienne que pour les Belges. Le taux de mortalité standardisé avant 75 ans des hommes est 3,7 fois plus élevé et celui des femmes 4,0 fois plus élevé que pour les Belges. De nombreuses études ont montré un même phénomène tant pour les populations noires des États-Unis que pour les migrants originaires d'Afrique et des Caraïbes au Royaume-Uni. Cette surmortalité est en partie liée à une prévalence plus élevée d'hypertension artérielle dans ces groupes. Des auteurs avancent également l'hypothèse d'une moins bonne prise en charge de l'hypertension et d'une prévalence plus élevée de diabète (27 ; 28).
Le taux de mortalité des Marocains (hommes et des femmes) est proche de celui des Belges avant 70 ans et plus faible après 70 ans. La population turque âgée présente des taux un peu plus élevés que la population belge.

Le diabète

La part des décès liés au diabète (définition large) est plus importante pour la population bruxelloise de nationalité marocaine (et turque, pour les femmes). Tout âge confondu, le diabète cause plus de 12 % des décès parmi les hommes marocains et un décès sur cinq pour les femmes marocaines.

Figure 3-58 **Pourcentage des décès tout âge liés au diabète selon la nationalité, Bruxelles, 1998-2007**



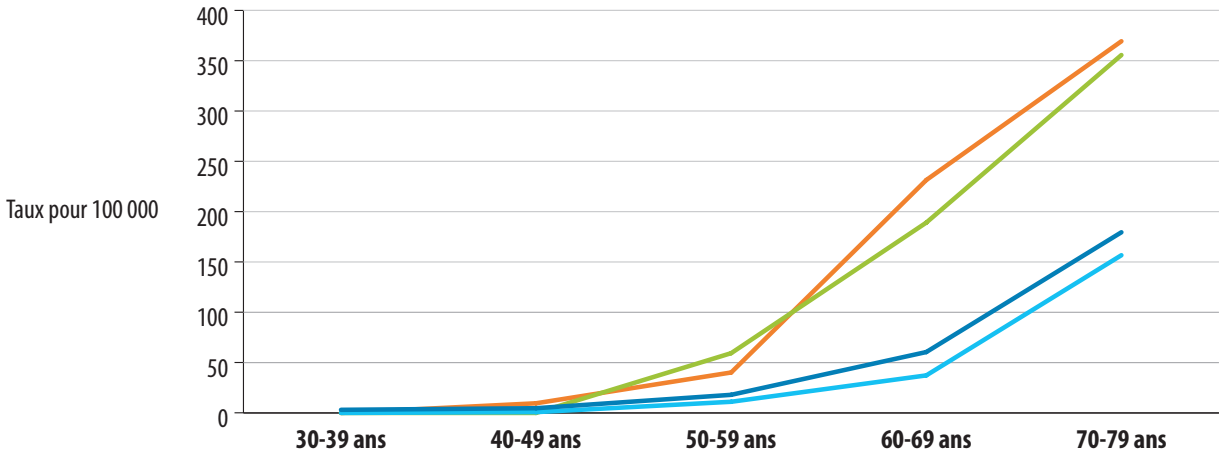
	Belgique	UE27	Turquie	Maroc	Afrique subsharienne
Hommes	6,1	6,9	6,3	12,4	8,6
Femmes	5,6	6,1	12,5	19,5	5,9

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

Les taux de mortalité sont très nettement supérieurs pour les femmes marocaines et turques que pour les femmes belges ou issues d'un pays de l'UE 27. Les taux de mortalité standardisés des femmes marocaines et turques sont respectivement 2,8 et 2,2 fois plus élevés que les taux des femmes belges.

Les hommes marocains, mais pas les Turcs, présentent également une surmortalité liée au diabète (voir également Tableau 3-06 au paragraphe 3.3.2).

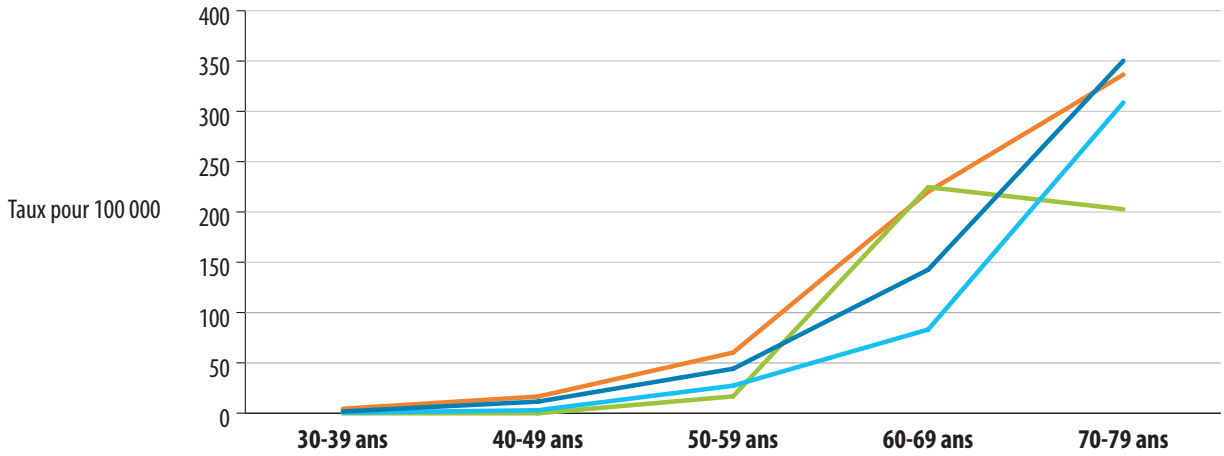
Figure 3-59 **Taux de mortalité liée au diabète par groupe d'âge selon la nationalité, femmes, Bruxelles, 1998-2007**



	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans
Belgique	3,1	4,7	18,0	60,5	179,5
UE27	0,0	0,8	11,1	37,3	156,7
Turquie	0,0	0,0	59,4	189,1	355,6
Maroc	0,0	9,6	40,2	231,4	369,3

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

Figure 3-60 **Taux de mortalité par diabète par groupe d'âge selon la nationalité, hommes, Bruxelles ,1998-2007**



	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans
Belgique	1,8	11,6	44,2	142,7	350,2
UE27	0,6	3,0	27,4	83,2	308,7
Turquie	0,0	0,0	16,8	224,6	202,7
Maroc	4,5	16,6	60,3	220,2	336,5

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

La population d'Afrique subsaharienne (non représentée dans les graphiques ci-dessus à cause du très faible nombre de décès dans certaines tranches d'âge) présente aussi un risque deux fois plus élevé de décéder du diabète que la population belge (voir Tableau 3-06 dans paragraphe 3.3.2).

3.4 ÉTAT DE SANTÉ ET NATIONALITÉ

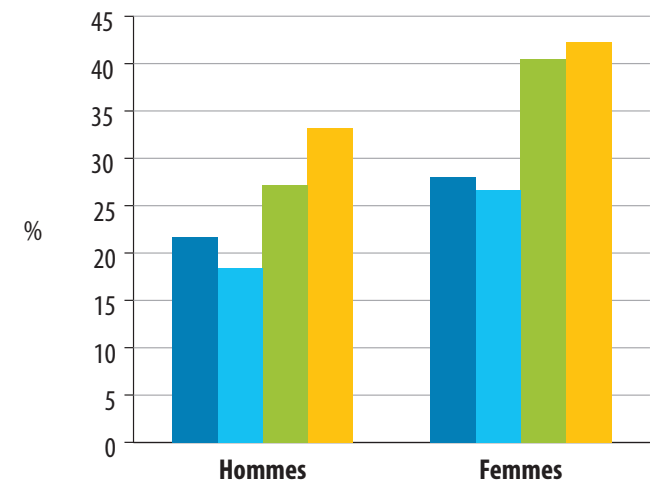
Si la mortalité est plus faible pour la plupart des nationalités les plus représentées à Bruxelles, cela ne signifie pas que l'état de santé de ces populations soit systématiquement meilleur que celui de la population belge.
L'enquête de santé ne permet pas d'analyser la situation des Bruxellois d'Afrique subsaharienne, trop peu nombreux dans l'échantillon.

3.4.1 La santé subjective

La proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé est plus élevée pour les Bruxellois de nationalité marocaine ou turque.

Ces différences sont significatives tant pour les hommes que pour les femmes [26].

Figure 3-61 **Proportion de personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004**



	Hommes	Femmes
Belgique	21,7	28,0
UE15	18,4	26,7
Turquie	27,2	40,5
Maroc	33,2	42,3

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

On l'a vu plus haut, l'état de santé est significativement associé au niveau d'instruction. À niveau de diplôme équivalent, les hommes marocains se déclarent plus souvent en mauvaise santé que les hommes belges (OR = 1,8). Par contre, les différences observées pour les hommes turcs et les femmes turques et marocaines disparaissent lorsqu'on tient compte du niveau d'instruction. On peut donc supposer que la plus mauvaise santé des immigrées marocaines et turques est en grande partie expliquée par leur situation socio-économique défavorable.

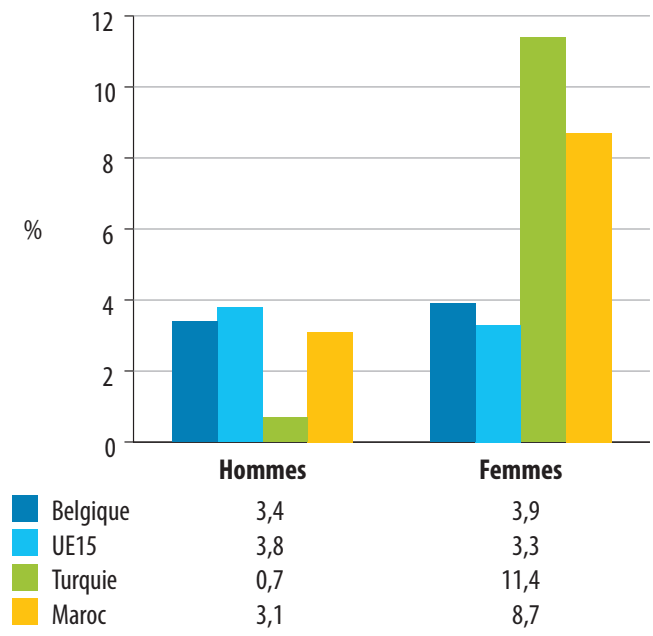
Ce mauvais état de santé perçue contraste avec les taux plus faibles de mortalité prématurée constatés pour ces populations. Ceci a également a été observé en France (29) et les auteurs s'interrogent sur la comparabilité de l'indicateur de santé perçue entre différentes nationalités (normes de bonne santé et aspiration des individus peuvent varier en fonction de la culture).

26 OR = 2,1 pour les Turcs et 2,5 pour les Marocains ; et OR = 2,8 pour les Turques et 2,7 pour les Marocaines.

3.4.2 Les maladies chroniques

Comme pour la mortalité, on observe les différences importantes de prévalence du diabète en fonction de la nationalité. Si aucune différence significative n'est observée chez les hommes, les femmes turques et marocaines déclarent beaucoup plus souvent souffrir de diabète que les femmes belges (les OR sont respectivement de 6,7 pour les Turques et 3,4 pour les Marocaines). Cette prévalence plus importante reste élevée après contrôle pour le niveau d'instruction ou le statut d'activité. Face au diabète, les femmes turques et marocaines cumulent donc un risque lié à un statut socio-économique plus précaire et un risque lié à des facteurs culturels. La surcharge pondérale, plus fréquente parmi les femmes de cette communauté, serait l'un des facteurs explicatifs, mais pas le seul. Le stress peut aussi être un facteur de risque de diabète, surtout s'il est associé à un sentiment d'impuissance (30). La relation entre stress aigu et diabète a été démontrée, mais le stress au quotidien pourrait également influencer le risque de diabète (31).

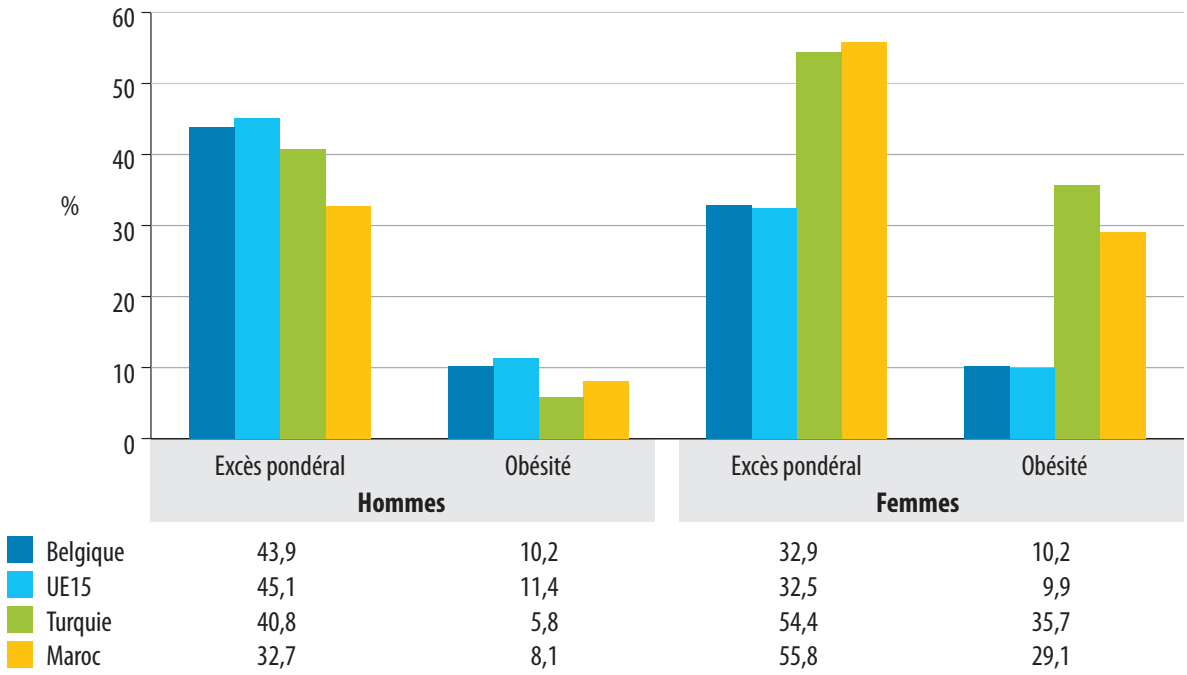
Figure 3-62 Prévalence déclarée de diabète en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

L'obésité est un des principaux facteurs de risque pour le diabète. Les différences observées entre nationalités pour le diabète se retrouvent également pour l'obésité et l'excès pondéral.

Figure 3-63 Prévalence d'excès pondéral et d'obésité en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

Les hommes marocains ont significativement moins d'excès pondéral et d'obésité que les hommes belges ; des constatations semblables ont été faites en France auprès d'immigrés tunisiens (32).
Par contre, la prévalence de l'excès pondéral est significativement plus élevée chez les femmes turques et marocaines que chez les femmes belges. Ce risque plus élevé pour les femmes persiste après contrôle pour le niveau d'instruction ou le statut d'activité [27].

Comme pour le diabète, les femmes turques et marocaines sont exposées à un risque accru d'obésité, d'une part par leur statut socio-économique plus précaire et d'autre part par des facteurs culturels (par exemple en termes de sédentarité, voir plus bas).

Chez les hommes, un niveau d'instruction plus faible est associé à un risque plus élevé d'obésité, et la nationalité marocaine est associée à un risque plus faible (voir tableau 3-07).

Tableau 3-07 **Association entre la fréquence d'obésité et l'âge, le niveau d'instruction et la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004** [27]

		Hommes		Femmes	
		OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Âge	15-24 ans	0,55	0,28-1,06	0,45	0,25-0,82
	25-44 ans	1,00		1,00	
	45-64 ans	1,70	1,29-2,24	1,59	1,23-2,05
	65 ans et plus	1,72	1,24-2,38	0,97	0,72-1,30
Niveau d'instruction	Supérieur	1,00		1,00	
	Secondaire supérieur	1,76	1,28-2,43	1,53	1,11-2,11
	Primaire ou secondaire inférieur	2,19	1,64-2,94	2,69	2,01-3,59
Nationalité	Belgique	1,00		1,00	
	EU15	1,10	0,8-1,53	0,92	0,65-1,30
	Turquie	0,47	0,17-1,30	3,83	2,03-7,26
	Maroc	0,54	0,31-0,95	2,92	2,05-4,16

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

Les hommes turcs et marocains déclarent plus fréquemment souffrir d'une **affection cardiaque grave** que les hommes belges. Cette prévalence plus élevée reste significative après contrôle pour l'âge et après contrôle pour le niveau d'instruction.

Les femmes marocaines déclarent plus souvent souffrir d'**hypertension artérielle** que les femmes belges.

On ne retrouve cependant pas de surmortalité par **cardiopathies ischémiques** ou **maladies cérébrovasculaires** chez les Turcs et les Marocains.

On observe une prévalence significativement moindre d'**affection persistante du dos** chez les hommes marocains.

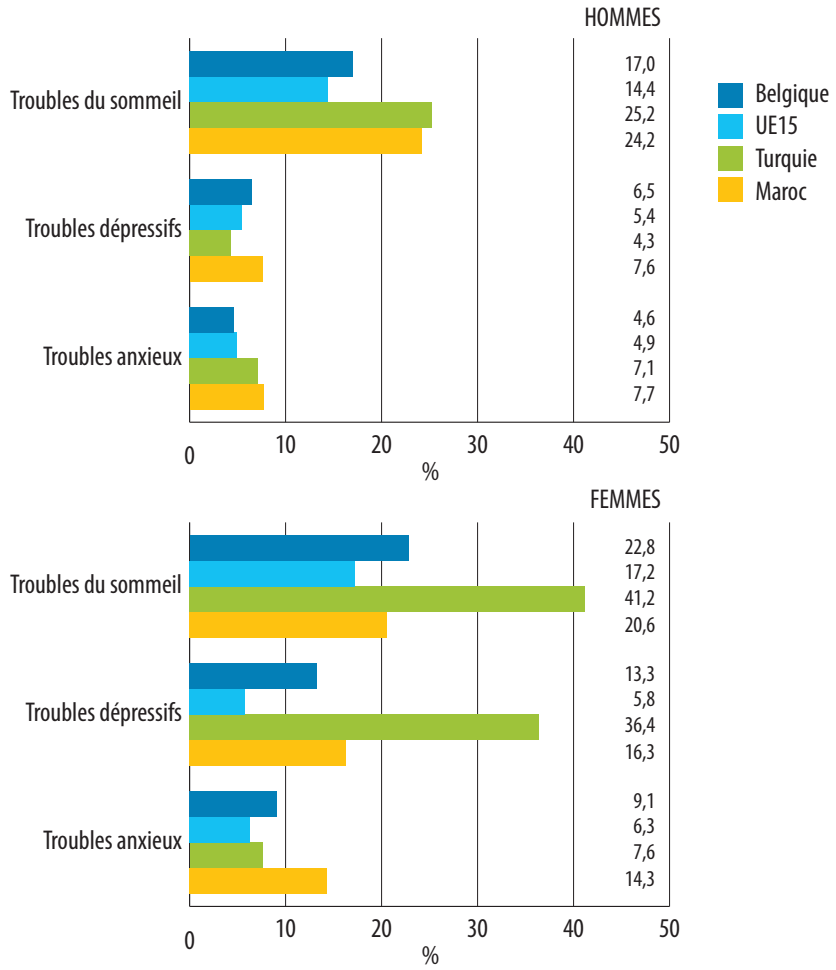
On ne note pas de différence en fonction de la nationalité pour d'autres maladies chroniques telles que l'asthme ou les maladies respiratoires.

27 Il s'agit d'une analyse par régression logistique qui permet de comparer les nationalités en tenant compte de plusieurs facteurs comme l'âge et le niveau d'instruction ou le statut d'activité (non repris dans le tableau).

3.4.3 La santé mentale

L'Enquête de santé permet d'avoir un aperçu des différences entre nationalités pour quelques variables en lien avec la santé mentale (voir figure 3-64).
Pour les hommes, les différences observées ne sont pas significatives après contrôle pour l'âge. Pour les femmes par contre, on observe une fréquence plus élevée de troubles du sommeil et de troubles dépressifs chez les femmes turques. Une partie de ces problèmes s'expliquent par le statut social (voir plus haut). Mais, même à niveau d'instruction égal, les femmes turques présentent plus souvent des troubles dépressifs. Des études néerlandaises révèlent de même une prévalence nettement plus élevée de dépression et de problèmes psycho-émotionnels chez les femmes turques (33 ; 34 ; 35).

Figure 3-64 **Proportion de personnes présentant des troubles psychiques selon la nationalité, par sexe, Bruxelles, 2001-2004**



Source : Enquête de santé 2001-2004

La proportion plus élevée de plaintes psychiques chez les femmes turques ne s'accompagne pas d'une prise de médicaments psychotropes, probablement parce que ces plaintes ne donnent pas lieu à une consultation (communication personnelle, Nazira Elmaoufik, Forest Quartier Santé). Cette réticence au traitement des troubles psychiques chez les femmes immigrées ressort également d'études américaines. L'explication est sans doute à rechercher dans la stigmatisation dont les troubles psychiques font l'objet dans ces communautés : on a honte d'en parler à autrui, peur du jugement des autres et de la désapprobation des membres de la famille (36).

La population marocaine et issue de l'EU15 consomme moins fréquemment des somnifères et des antidépresseurs que la population belge (ces différences sont statistiquement significatives après contrôle pour l'âge).

La santé des migrants est largement conditionnée par leur statut social mais présente également des spécificités selon les nationalités.

3.5 STYLE DE VIE ET NATIONALITÉ

3.5.1 La nutrition

Certaines habitudes nutritionnelles se maintiennent plus ou moins longtemps après la migration. L'accessibilité aux aliments du pays d'origine joue un rôle non négligeable. En Région bruxelloise, le développement de commerces de proximité proposant des produits alimentaires traditionnels pour les communautés immigrées pourrait donc favoriser ce maintien (épiceries, poissonneries).
On attribue en partie aux facteurs nutritionnels la plus faible mortalité observée pour les migrants issus de l'Europe du Sud, de Turquie ou d'Afrique du Nord (32 ; 37).
Les variables concernant la nutrition reprises dans l'Enquête de santé ne permettent pas d'analyser finement la qualité de l'alimentation des différentes communautés immigrées. Certains éléments favorables (ex. huile d'olive, moindre consommation de viande, etc.) sont difficilement repérables. D'autre part, l'impact de l'alimentation sur la mortalité n'est pas immédiat et l'alimentation au cours de l'enfance et l'adolescence joue un rôle déterminant.

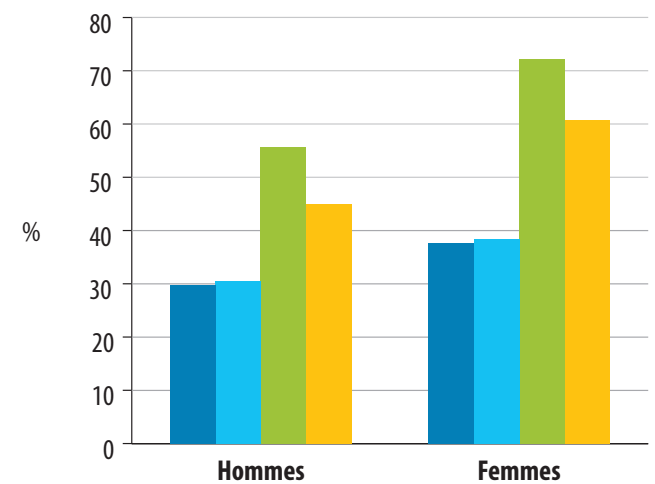
On observe que les hommes turcs et les hommes et les femmes de l'UE des 15 consomment plus souvent des **fruits** chaque jour que les Belges. On n'observe pas de différence en ce qui concerne la consommation quotidienne de **légumes**.

La consommation de **poisson** est significativement plus importante parmi les Bruxellois de nationalité marocaine : 73,5 % des hommes et 75,4 % des femmes marocaines consomment du poisson au moins une fois par semaine, pour 61,2 % des Bruxellois de nationalité belge. La consommation est aussi un peu plus importante pour les Bruxellois de l'UE des 15 (67,5 % des hommes et 69,2 % des femmes).
Après contrôle pour l'âge et le niveau d'instruction, les hommes et les femmes marocains prennent aussi plus souvent un petit déjeuner que les Belges.

3.5.2 L'activité physique

La proportion de Bruxellois qui a une activité physique de loisir très faible (les «sédentaires») varie fortement selon la nationalité. Elle est beaucoup plus importante chez les Turcs et Marocains que chez les Belges ou les Européens.

Figure 3-65 Proportion de «sédentaires» en fonction de la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004



	Hommes	Femmes
Belgique	29,7	37,7
UE15	30,5	38,4
Turquie	55,6	72,1
Maroc	45,0	60,7

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

L'activité physique de loisirs est aussi associée au niveau d'instruction (voir 2.3.3). Ces deux facteurs, le niveau d'instruction d'une part et la nationalité turque ou marocaine d'autre part, jouent un rôle indépendant l'un de l'autre sur l'activité physique de loisir.
On peut donc supposer que, à côté des facteurs socioéconomiques, des facteurs culturels expliquent ces différences (30).

Obésité et manque d'activité physique de loisirs peuvent se conjuguer pour expliquer la fréquence élevée de diabète chez les femmes turques et marocaines.

Tableau 3-08 **Association entre la «sédentarité» et l'âge, le niveau d'instruction et la nationalité [28], par sexe, Bruxelles, 1997-2001-2004**

		Hommes		Femmes	
		OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Âge	15-24 ans	0,69	0,47-1,00	0,95	0,66-1,35
	25-44 ans	1,00		1,00	
	45-64 ans	1,19	0,97-1,45	1,02	0,84-1,23
	65 ans et plus	1,60	1,25-2,04	1,84	1,48-2,27
Niveau d'instruction	Supérieur	1,00		1,00	
	Secondaire supérieur	1,52	1,22-1,91	1,58	1,29-1,94
	Primaire ou secondaire inférieur	2,43	1,98-2,99	3,14	2,58-3,82
Nationalité	Belgique	1,00		1,00	
	EU15	0,96	0,75-1,23	1,19	0,93-1,51
	Turquie	2,76	1,41-5,41	3,15	1,37-7,23
	Maroc	1,62	1,15-2,27	1,90	1,30-2,77

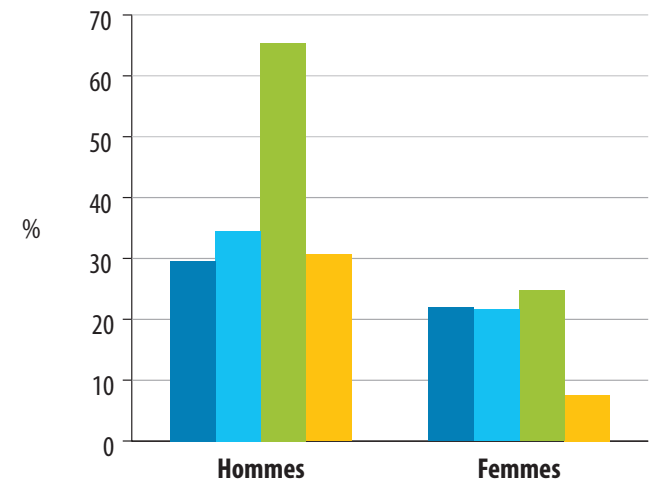
Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

3.5.3 Le tabagisme

La proportion de fumeurs quotidiens varie fortement selon la nationalité ; on note en particulier une proportion très élevée de fumeurs quotidiens et de gros fumeurs parmi les hommes turcs, et une proportion très faible pour les femmes marocaines, par comparaison avec les Belges.

Pour le tabagisme, il y a donc également une interaction complexe entre l'influence de la nationalité et le statut social. L'analyse de ces différents facteurs montre que la nationalité turque augmente le risque de tabagisme (OR = 2,96), indépendamment du niveau d'instruction pour les hommes (OR ≤ sec inf / sup = 2,40). Pour les femmes, la nationalité marocaine réduit fortement le risque de tabagisme (OR = 0,13) alors qu'un faible niveau d'instruction l'accroît (OR ≤ sec inf / sup = 2,14)

Figure 3-66 **Proportion de fumeurs quotidiens en fonction de la nationalité, par sexe, Belgique, 1997-2001-2004**



	Hommes	Femmes
Belgique	29,6	22,0
EU15	34,5	21,6
Turquie	65,4	24,7
Maroc	30,7	7,6

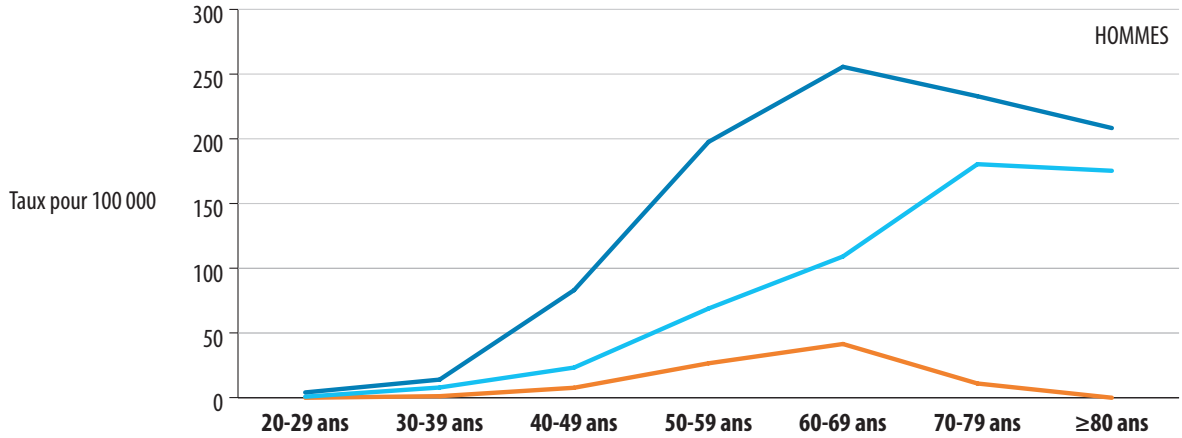
Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

28 Il s'agit d'une analyse par régression logistique qui permet de comparer les nationalités en tenant compte de plusieurs facteurs comme l'âge et le niveau d'instruction (voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie»).

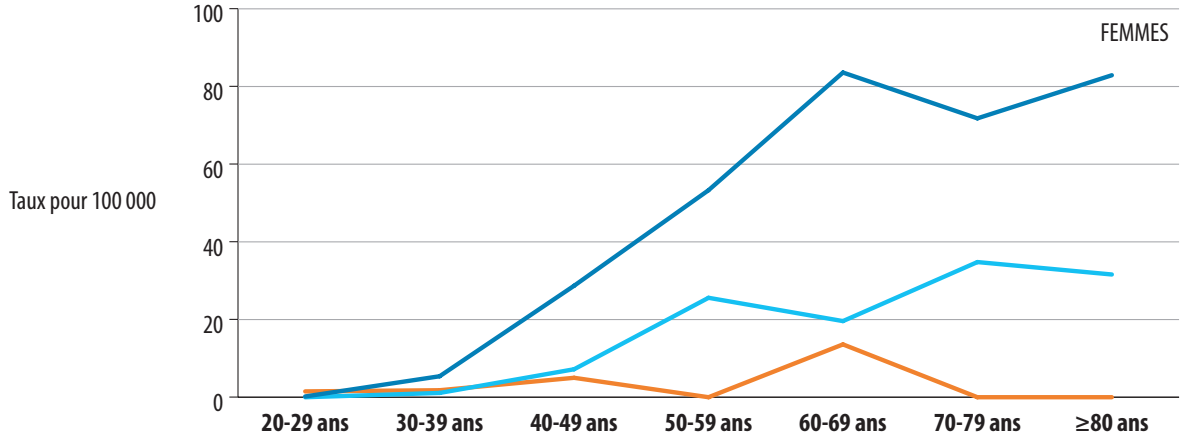
3.5.4 Alcool et autres drogues

Les maladies liées à l'**alcool** font partie des principales causes de décès avant 75 ans pour la population de nationalité belge mais pas pour les autres nationalités. Par rapport aux Belges, le taux de mortalité des Turcs et Marocains est particulièrement bas.

Figure 3-67 Taux de mortalité liés à l'alcool (alcool large total) par groupe d'âge et selon la nationalité, par sexe, Bruxelles, 1998-2007



	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥80 ans
Belgique	4,1	14,0	83,1	197,6	255,6	232,9	208,3
UE27	0,8	7,9	23,3	68,9	109,1	180,4	175,3
Maroc et Turquie	0,0	1,2	7,7	26,6	41,5	11,0	0,0



	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	≥80 ans
Belgique	0,2	5,4	28,7	53,3	83,6	71,8	82,9
UE27	0,0	1,1	7,2	25,6	19,6	34,8	31,6
Maroc et Turquie	1,5	1,8	5,0	0,0	13,6	0,0	0,0

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

Cette faible mortalité est liée à une consommation d'alcool beaucoup plus faible parmi les Bruxellois issus de l'immigration marocaine et turque. Dans la population marocaine, 83 % des hommes et 97 % des femmes sont abstinents [29]. Dans la population turque, ces proportions sont respectivement de 49 % et 87 %. Par comparaison, parmi les Bruxellois de nationalité belge, 19 % des hommes et 26 % des femmes se déclarent abstinents.

La mortalité liée à la consommation de **drogues illicites** est plus élevée pour les hommes marocains que pour les Belges et les autres nationalités. Après standardisation selon l'âge, la mortalité avant 65 ans par drogues illicites est deux fois plus élevée que dans la population belge (non illustré).

Pour plusieurs «comportements de santé», la grande diversité culturelle de la région lui permet de se positionner relativement favorablement par rapport aux autres grandes villes. Cela tient à la fois à la présence dans la capitale de groupes socio-économiquement favorisés issus des pays de l'Union européenne, et de groupes issus de l'immigration non européenne.

29 Cependant, chez les non abstinents le «risque chronique» est significativement plus élevé chez les hommes marocains, même après contrôle du niveau d'instruction.

4. Accès aux soins et prévention

L'accès aux soins, autant curatifs que préventifs, constitue un déterminant de santé important. Cet accès peut être limité par des facteurs économiques (moyens financiers, couverture ou non par l'assurance des soins de santé) ou pratiques (transports publics, proximité), mais aussi, plus largement, par une série de facteurs socioculturels (les priorités quotidiennes, la perception et la valeur culturelle accordées aux soins, à la prévention et au dépistage, la confiance accordée au système de soins, l'estime de soi, l'attitude du groupe social ou familial face aux plaintes et à la maladie etc.) ; ces derniers facteurs ne seront toutefois pas analysés dans le cadre de ce chapitre.
L'accès aux soins et à la prévention seront examinés tout d'abord à travers l'accessibilité financière, et ensuite via le degré de recours au médecin généraliste.
Plus spécifiquement, l'accès à la prévention sera étudié en analysant la couverture pour une série de vaccinations et d'examens de dépistage.

4.1 L'ACCÈS AUX SOINS

4.1.1 Accessibilité socio-économique

L'offre en services de santé en Région bruxelloise est riche et diversifiée. L'accessibilité géographique aux services est donc en général satisfaisante.
Cependant, une partie non négligeable de la population bruxelloise vit dans des conditions sociales précaires (38) et l'accès financiers aux soins pose un problème à de nombreux Bruxellois. En 2004, 17,5 % des ménages bruxellois disent avoir dû postposer les soins pour raisons financières (10,1 % pour l'ensemble du pays) (39). Cette proportion élevée s'explique bien entendu par une proportion élevée de faibles revenus, mais le tableau ci-dessous montre qu'à revenus équivalents, les Bruxellois renoncent plus souvent aux soins que les habitants du pays entier. D'autres facteurs jouent sans doute un rôle, par exemple la charge élevée du logement pour les ménages bruxellois, qui réduit le budget disponible pour les soins, ou encore le coût des soins qui pourrait être plus élevé (moins de médecins conventionnés, recours plus habituel aux spécialistes,…).

Tableau 3-09 **Pourcentage des ménages qui déclarent avoir dû postposer des soins de santé pour raisons financières, par région et pour la Belgique, 2004 et évolution**

		Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Sexe	Hommes	17,4	4,6	14,3	8,8
	Femmes	17,8	8,1	19,3	14,1
Groupes d'âge	15-24 ans	18,3	3,0	3,7	8,5
	25-34 ans	13,8	5,7	18,6	11,3
	35-44 ans	21,4	7,7	20,6	13,1
	45-54 ans	23,5	4,1	16,2	10,5
	55-64 ans	19,2	4,4	14,6	9,3
	65-74 ans	12,0	4,4	11,5	7,4
	75 ans et +	9,2	1,9	5,6	3,9
Type de ménage	Célibataires	15,5	6,1	15,0	10,9
	Famille monoparentale	30,0	26,0	30,8	28,6
	Couple sans enfant	12,6	3,3	10,3	6,0
	Couple avec enfants	22,7	5,2	18,8	10,7
Revenu équivalent [30]	< 750 €	31,6	8,4	24,2	18,7
	750 - 1000 €	25,4	9,6	29,0	19,7
	1000 - 1500 €	17,8	7,9	14,7	11,5
	1500 - 2500 €	13,9	6,7	17,8	11,3
	> 2500 €	8,7	0,6	4,9	2,5
Total par enquête	1997	19,0	4,2	11,1	8,5
	2001	22,0	5,7	13,3	10,1
	2004	17,5	5,3	15,6	10,1

Source : ISP, Enquêtes de Santé 1997-2001-2004

30 Dans l'Enquête de santé, le revenu équivalent représente le revenu du ménage divisé par la somme des pondérations de chaque individu dans le ménage (la personne de référence reçoit la pondération 1, chaque adulte (18 ans ou plus) supplémentaire au sein du ménage reçoit la pondération 0,5 et chaque enfant à charge reçoit la pondération 0,3).

Les ménages bruxellois doivent plus souvent postposer des soins pour raisons financières, que les ménages dans le reste du pays.

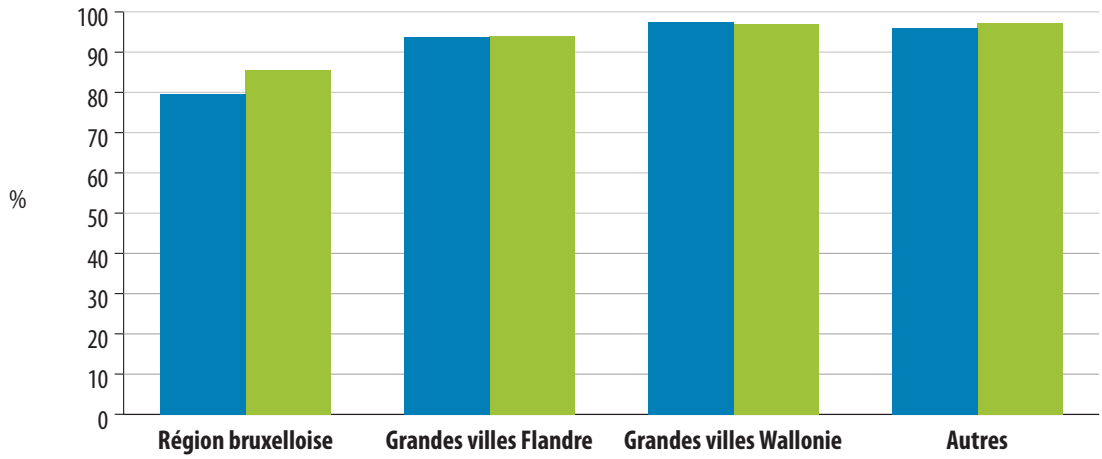
4.1.2 Le recours au médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle-clé dans les soins de première ligne. Parmi les questions posées à ce sujet dans l'Enquête santé de 2004, c'est celle concernant le fait d'avoir ou non un médecin généraliste attitré qui est explorée ci-dessous ; en effet, la continuité de la relation médecin-patient est susceptible de jouer un rôle favorable, notamment en donnant l'occasion au médecin de poser des actes de prévention ou de dépistage précoce. Une revue de la littérature a établi que la continuité de la relation médecin-patient est associé à une moindre fréquence d'hospitalisations, un moindre recours aux services d'urgence et à des frais de soins de santé réduits ; cette revue suggère que la bonne communication médecin-patient pourrait être associée à un meilleur état de santé de ce dernier (40). Certaines couvertures vaccinales semblent être favorisées par la continuité de la relation avec le médecin généraliste : c'est le cas notamment pour la vaccination contre la grippe (meilleure couverture pour les détenteurs d'un Dossier Médical Global) et pour celle contre le tétanos (meilleure couverture pour les personnes déclarant un généraliste attitré).

En 2004, 82,7 % des Bruxellois (79,6 % des hommes et 85,6 % des femmes) déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Ce pourcentage est significativement moins élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le pourcentage d'hommes et de femmes déclarant un généraliste attitré est plus faible à Bruxelles que dans les autres grandes villes (figure 3-68), mais ce pourcentage a augmenté à Bruxelles entre 1997 et 2004 (non illustré).

Figure 3-68 **Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par région et par sexe, 2004**



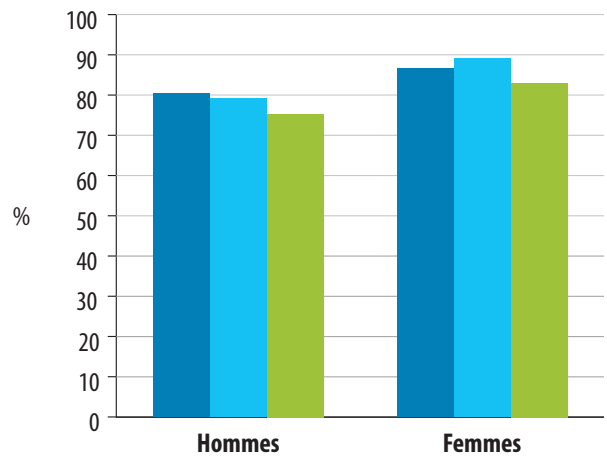
	Région bruxelloise	Grandes villes Flandre	Grandes villes Wallonie	Autres
Hommes	79,6	93,8	97,5	96,1
Femmes	85,6	94,0	97,0	97,3

Source : ISP, Enquête de santé 2004

C'est dans la tranche d'âge des hommes de 25-34 ans qu'on observe la proportion la plus élevée de personnes qui n'ont pas de généraliste attitré (non illustré).

Chez les hommes comme chez les femmes, le pourcentage de personnes déclarant avoir un généraliste attitré est significativement moins élevé dans le groupe possédant un diplôme de l'enseignement supérieur que dans les catégories sociales moins diplômées. Ceci est en partie dû au fait que les plus diplômés recourent d'emblée (sans passer par le généraliste) et plus facilement aux spécialistes (41).

Figure 3-69 **Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par sexe et par niveau d'études, Bruxelles, 1997-2001-2004**

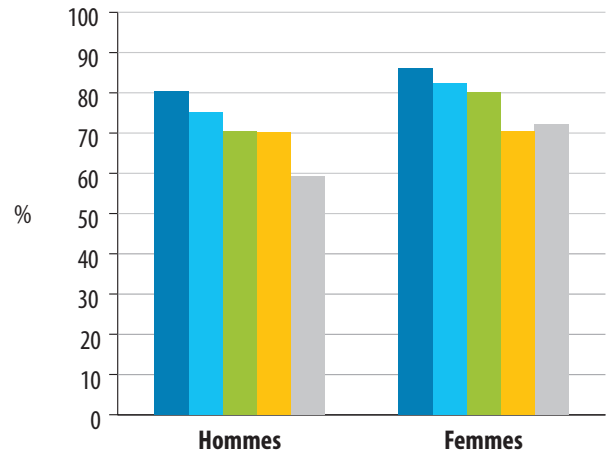


	Hommes	Femmes
Secondaire inférieur on moins	80,4	86,5
Secondaire supérieur	79,1	89,1
Supérieur	75,3	83,0

Source : ISP, Enquête de santé 1997-2001-2004

À Bruxelles, le pourcentage d'hommes et de femmes n'ayant pas de généraliste attitré est significativement plus élevé chez les Européens et les Marocains que chez les Belges.

Figure 3-70 **Pourcentage de la population déclarant un généraliste attitré, par sexe et nationalité, Bruxelles, 1997-2001-2004**



	Hommes	Femmes
Belgique	80,3	86,1
UE15	75,2	82,3
Turquie	70,5	80,0
Maroc	70,2	70,4
Autres	59,3	72,2

Source : ISP, Enquête de santé 1997-2001-2004

4.2 PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

4.2.1 Vaccinations

La vaccination contre la grippe

En Belgique, la vaccination contre la grippe est recommandée aux groupes à risque de complications ainsi qu'aux personnes pouvant transmettre la maladie aux personnes à risque (professionnels, entourage proche). Il n'existe pas en Belgique d'enregistrement du statut vaccinal de la population, mais il est possible de l'approcher sur base du nombre de vaccins vendus [31] ou remboursés, ainsi que d'après les Enquêtes nationales de santé.
Selon les Enquêtes de santé, on observe une augmentation de la couverture entre 1997 et 2004 pour toutes les régions, tant pour la population générale que pour la population à risque.

Tableau 3-10 Évolution du taux estimé de couverture vaccinale contra la grippe dans la population générale (et dans la population à risque*) par région, 1997-2004

Taux de couverture	1997	2001	2004
Belgique	14 % (32 %)	20 % (42 %)	23 % (49 %)
Région bruxelloise	17 % (35 %)	19 % (41 %)	20 % (42 %)
Flandre	14 % (33 %)	21 % (45 %)	21 % (51 %)
Wallonie	13 % (30 %)	17 % (36 %)	21 % (47 %)

**population âgée de 65 ans ou atteinte d'une affection chronique*
Source : ISP, Enquêtes de Santé, in Surveillance de la grippe saisonnière en Belgique, Saison 2006-2007, ISP ; 2007

Sur base du nombre de vaccins antigrippaux remboursés au cours de la saison grippale 2006-2007, l'Agence Intermutualiste a estimé le taux de couverture vaccinale chez les plus de 65 ans bénéficiaires du régime général en Belgique à 60 % [32] (43,6 % pour les indépendants). Dans cette étude (42) [33], Bruxelles a systématiquement des taux moins élevés que les autres régions mais, sans ajustement pour le sexe et l'âge, il est difficile de conclure ; par ailleurs, le taux de vaccination varie également selon le profil épidémiologique, le niveau socio-économique et le statut professionnel de la population ainsi que selon les pratiques des professionnels de santé. De nombreux facteurs influencent en effet significativement le taux de vaccination de façon indépendante.

La couverture vaccinale augmente avec l'âge : moins de 5 % à 45 ans, proche de 40 % à 65 ans et plus de 60 % à 80 ans (chiffres concernant les bénéficiaires du régime général).
Comme observé dans les autres régions (et ce pour les bénéficiaires du régime général), la couverture des femmes est systématiquement supérieure à tout âge à celle des hommes, cet écart s'accroissant à partir de 85 ans (non illustré).

Le taux de couverture vaccinale est beaucoup plus élevé pour les résidents en maison de repos.

Tableau 3-11 Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus, suivant lieu de vie et régime de sécurité sociale, Bruxelles, 2006-2007

	Population totale	Résidents en maison de repos exclus	Résidents en maison de repos [34]
Bénéficiaires du régime général	56 %	56 %	79 %
Indépendants	28 %	28 %	52 %

Source : AIM, 2009

Tableau 3-12 Taux de couverture vaccinale des 65 ans et plus bénéficiaires du régime général et ne vivant pas en maison de repos suivant diverses caractéristiques sociales, Bruxelles, 2006-2007

Hommes	52 %
Femmes	55 %
Isolés	52 %
Non isolés	54 %
Avec GRAPA*	46 %
Sans GRAPA*	54 %
Forfait chronique** +	55 %
Forfait chronique** -	53 %
DMG***+	67 %
DMG***-	46 %

* *Garantie de revenus aux personnes âgées*
** *Certaines personnes atteintes de maladie chronique peuvent bénéficier, sur base de critères précis, d'un forfait «maladie chronique» alloué chaque année pour assumer la charge des soins.*
*** *Dossier Médical Global*

Source : AIM, 2009

Une analyse multivariée par régression logistique montre que parmi ces facteurs, ceux qui ont le plus d'influence sont le statut d'assurance et le dossier médical global : un indépendant a 2,6 fois moins de chance d'être vacciné qu'un bénéficiaire du régime général, et une personne avec un dossier médical global 2,3 fois plus de chance d'être vaccinée qu'une personne sans DMG.

Etre indépendant ou posséder un dossier médical global influence fortement le fait d'être vacciné ou non contre la grippe.

31 En 2006, d'après les ventes de vaccins, on a estimé la couverture à 23 %.

32 Ces données sont en concordance avec l'estimation faite par les médecins vigies (61 % pour 2002-2004).

33 Les chiffres de cette étude sont complétés dans ce paragraphe par les données d'une recherche AIM effectuée en 2009 (Communication personnelle Johan Vanoverloop, AIM).

34 Certaines maisons de repos recevant leurs médicaments des pharmacies hospitalières, il y a une sous-estimation de la couverture.

La vaccination contre le tétanos

Le tétanos est une maladie potentiellement mortelle qui peut survenir chez les personnes se blessant dans un environnement souillé ; étant donné la gravité de cette affection et la banalité des circonstances qui la déclenchent, il est souhaitable d'obtenir une couverture maximale de la population. Cette vaccination est donc incluse dans le calendrier vaccinal recommandé pour les enfants, mais pour conserver l'immunité, un rappel doit être administré tous les dix ans.

Parmi les Bruxellois interrogés dans l'Enquête de santé 2004, 59,4 % déclarent avoir été vaccinés contre le tétanos au cours des dix dernières années (61,4 % des hommes et 57,6 % des femmes).

La couverture de vaccination diminue avec l'âge et chute nettement à partir de la tranche d'âge 65-74 chez les hommes, et à partir de la tranche 55-64 chez les femmes. La couverture vaccinale, qui n'est déjà pas suffisante dans la population générale, est donc encore moindre dans la population âgée.
La population ayant un généraliste attitré est significativement mieux vaccinée que la population sans généraliste attitré, et ce dans les deux sexes.

La couverture vaccinale contre le tétanos est largement insuffisante dans la population âgée.

La vaccination anti-pneumococcique

La vaccination contre les pneumocoques, agents potentiels des pneumonies aigües, se fait au moyen d'un vaccin à plusieurs valences (couvrant plusieurs souches de pneumocoques) et est recommandée depuis 2002 à toute personne de plus de 60 ans ou plus, ainsi que chez les patients de plus de 45 ans à risque [35] (39).
En Belgique, d'après l'enregistrement du réseau sentinelle de médecins généralistes, moins d'un tiers des personnes âgées de plus de 60 ans ont reçu de leur médecin généraliste le vaccin à 23 valences contre le pneumocoque ; la couverture est un peu meilleure dans la partie francophone du pays suite à une adhésion totale des associations professionnelles aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé (43). Le nombre de médecins sentinelles en Région bruxelloise est insuffisant pour tirer de cette source des chiffres fiables pour Bruxelles.

L'Enquête de santé 2004 renseigne le pourcentage de la population bruxelloise à risque qui déclare avoir été vaccinée dans les cinq dernières années (tableau 3-13).
On n'observe pas de différence significative selon le niveau d'instruction.

Tableau 3-13 **Pourcentage de la population à risque déclarant avoir été vaccinée contre le pneumocoque au cours des cinq dernières années, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004**

	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	≥75 ans
Hommes	13,7 %	1,7 %	17,4 %	27,8 %
Femmes	3,8 %	9,5 %	14,1 %	24,2 %

Source : ISP, Enquête de Santé, 2004

La vaccination contre l'hépatite B

L'hépatite B se transmet principalement via les rapports sexuels ou via du matériel d'injection contaminé. Il existe des porteurs sains du virus, c'est-à-dire des personnes susceptibles de contaminer leur entourage sans avoir présenté des symptômes typiques de maladie. Actuellement, la vaccination est conseillée aux jeunes enfants et adolescents ainsi qu'à certaines professions exposées (comme médicales et paramédicales).

33,4 % des Bruxellois interrogés dans l'Enquête de santé 2004 déclarent avoir reçu un vaccin contre l'hépatite B dans les dix années écoulées. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes.
La couverture vaccinale est la plus élevée dans l'enfance (76,0 % des garçons de 0-14 ans, et 67,9 % des filles), ce qui s'explique par le fait que cette vaccination fait partie depuis 1999 du calendrier vaccinal recommandé de l'enfant.

35 Personnes atteintes de maladie chronique spécifique (asthme, bronchite chronique, pathologie cardiovasculaire, hypertension, troubles rénaux ou diabète).

4.2.2 Dépistages

La couverture de la population bruxelloise sera examinée pour trois dépistages importants : le dépistage du diabète par la mesure de la glycémie ; et le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus chez les femmes.

Le dépistage de l'hyperglycémie

La mesure de la glycémie à jeun constitue l'une des façons de dépister un diabète.
Dans l'Enquête de santé 2004, 47,7 % des hommes et 59,4 % des femmes déclarent avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années (différence significative). Ce pourcentage augmente avec l'âge.

Le pourcentage de personnes déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est plus élevé à Bruxelles que dans les grandes villes flamandes.
Il existe un gradient social pour ce dépistage chez les hommes : le pourcentage d'hommes bruxellois déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est significativement plus élevé chez ceux qui ont un plus haut niveau d'instruction (56,9 %) [36] que chez les moins diplômés (45,8 %). Les hommes de moindre niveau d'instruction ont donc une moindre chance de voir leur diabète dépisté et pris en charge précocement.
Pour les femmes, par contre, ce gradient social pour le dépistage de l'hyperglycémie n'est pas observé.
À Bruxelles, le pourcentage d'hommes déclarant avoir bénéficié d'un contrôle de la glycémie au cours des trois dernières années est significativement plus faible chez les Marocains que chez les Belges. Mais après contrôle pour l'âge, le sexe et le niveau d'instruction, il n'existe plus, pour les hommes, de différences de couverture en fonction des nationalités.
Quant aux femmes, les Bruxelloises européennes déclarent plus souvent avoir été dépistées que les Bruxelloises belges.

Le programme de dépistage du cancer du sein

Suivant les recommandations de l'Europe, la Belgique a mis en place, comme beaucoup d'autres pays européens, un programme de dépistage organisé du cancer du sein destiné aux femmes de 50 à 69 ans ; ce programme a la particularité d'être gratuit et d'imposer un contrôle de qualité tout au long du processus. En Région bruxelloise, il a été mis en place à partir de juin 2002 par l'asbl centre de référence Brumammo.

Ce programme a dû faire face à plusieurs difficultés :
- l'existence depuis plusieurs années d'un programme de dépistage individuel à l'initiative des médecins et des gynécologues n'a pas permis au programme organisé d'emporter d'emblée la conviction des médecins et de leur patientes quant à sa valeur ajoutée
- des problèmes dans la constitution du fichier de la population-cible ont empêché d'inviter l'entièreté de celle-ci (environ 104 000 femmes) lors des deux premiers cycles du programme
- le choix d'un programme décentralisé, s'appuyant sur les professionnels de santé dans leur pratique privée (radiologues, généralistes et gynécologues), impose un dialogue et une coordination accrus
- la mixité sociale et culturelle de la Région bruxelloise impose des actions d'information et de sensibilisation diversifiées et s'appuyant sur les réseaux existants
- la dispersion des centres de mammographie, l'absence d'appareillage imposé et de formation certificative, la dualité des techniques (analogique et numérique) rendent le contrôle de qualité difficile.

Lors du deuxième cycle d'invitations (2005-2006), 8 362 Mammotests ont été réalisés (au moins 58 cancers dépistés [37]) et le taux de participation [38] au programme organisé était de 10,4 %.
Le taux de participation est variable suivant les communes (de 5,9 % à Uccle à 17,9 % à Jette). Les facteurs qui peuvent faire varier cette participation sont notamment la présence et le dynamisme des centres de dépistages et les habitudes existantes des femmes en termes de dépistage.
Si l'on tient compte des femmes effectuant une mammographie lors d'un dépistage opportuniste, on peut estimer la couverture totale du dépistage du cancer du sein à 50 %.
Pour des informations plus détaillées, il est utile de consulter les deux rapports d'évaluation du programme bruxellois sur www.observatbru.be (onglet Publication › Santé › Dossiers).

Le défi à Bruxelles reste donc à la fois de convaincre les médecins de la qualité du programme, et d'amener les femmes qui n'effectuent actuellement pas de dépistage du cancer du sein, à participer au dépistage organisé.

36 Pourcentage obtenu en analysant ensemble les trois Enquêtes de santé (1997, 2001 et 2004).

37 Information obtenue par enquête rétrospective.

38 Nombre de femmes ayant passé un Mammotest par rapport au nombre de femmes invitées.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus se fait par un frottis triennal du col parmi la population cible des femmes de 25 à 64 ans.
À Bruxelles, dans l'Enquête de santé 2004, 74 % des femmes de 25 à 64 ans déclarent qu'elles ont eu un frottis du col au cours des trois dernières années [39] ; ce pourcentage a augmenté régulièrement et significativement entre 1997 et 2004 (39).

Le taux de couverture par frottis du col à Bruxelles est similaire à celui observé dans les autres grandes villes du pays et pour tout le pays (non illustré).

Il existe un gradient social marqué pour le dépistage du cancer du col : le pourcentage de Bruxelloises qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années est significativement moins élevé dans le groupe possédant au maximum un diplôme du secondaire inférieur.

Le pourcentage de femmes (25-64 ans) qui déclarent avoir eu un frottis du col au cours des trois dernières années est significativement moins élevé chez les Turques (24,6 %) et les Marocaines (36,5 %) que chez les Belges (73,5 %).

Pour des publics accédant difficilement aux programmes de dépistage organisé, le renforcement de la couverture pour le dépistage du cancer du col passe probablement par le soutien au développement des soins de première ligne. Le dépistage du cancer du col peut aisément être fait par les médecins généralistes. Si toutefois, on décidait de développer à Bruxelles un programme organisé de dépistage du cancer du col, on devra tenir compte des caractéristiques de la population bruxelloise (précarité et multiculturalité importantes).

39 Si l'on compare ces données aux données de remboursement, on peut évoquer la possibilité d'une surestimation de ce taux par les données de l'Enquête de santé : taux rapporté de 70 % en Belgique dans l'Enquête de santé 2001 versus taux de 59 % estimé par les données de remboursement. De plus, comme certaines femmes effectuent des frottis plus fréquemment que tous les trois ans, la couverture réelle est probablement encore inférieure.

Références

(1) Bartley M., Blane D., Brunner E., Dorling D., Ferrie J., Jarvis M et al. Social Determinants of Health. The Solid Facts. World Health Organization, 1998.

(2) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre I. Introduction. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.

(3) Godin I., Decant P., Moreau N., De Smet P., Boutsen M. La santé des jeunes en communauté française de Belgique, résultat de l'enquête HBSC 2006. SIPES, 2009.

(4) Ness A.R., Powles J.W. Fruit and vegetables, and cardiovascular disease : A review. International Journal of Epidemiology 26[1], 1-13, 1997.

(5) Block G., Patterson B., Subar A. Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention - A Review of the Epidemiologic Evidence. Nutrition and Cancer-An International Journal 18[1], 1-29, 1992.

(6) SPF – Santé Publique. Plan national nutrition et santé pour la Belgique 2005-2010, 2005.

(7) Mozaffarian D., Rimm E.B. Fish intake, contaminants, and human health : evaluating the risks and the benefits. JAMA 296[15], 1885-1899, 2006.

(8) Warburton D.E., Nicol C.W., Bredin S.S. Health benefits of physical activity : the evidence. CMAJ. 174[6], 801-809, 2006.

(9) Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath C.Jr. Mortality from tobacco in developed countries : indirect estimation from national vital statistics. Lancet 339, 1268-1278, 1992.

(10) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Latil E., Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France :une comparaison de deux enquêtes en population générale. Questions d'économie de la santé [97], 1-8, 2005.

(11) Com-Ruelle L., Dourgnon P., Jusot F., Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Questions d'économie de la santé [129], 1-6, 2008.

(12) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives : exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. Psychotropes 9[3-4], 163-184, 2003.

(13) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.

(14) Haelterman E., De Spiegelaere M., Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en RBC 1998-2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.

(15) Siegrist J., Marmot M. Social inequalities in health. New evidence and policy implications. Oxford University Press, 2006.

(16) Erikson R., Torssander J. Social class and cause of death. European Journal of Public Health 18[5], 473-478, 2008.

(17) Menvielle G. The role of smoking and diet in explaining educational inequalities in lung cancer incidence. Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medecine 101[5], 321-330, 2009.

(18) Menvielle G., Leclerc A., Chastang J.F., Luce D. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. INVS, Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [33], 289-292, 2008.

(19) Lang T. Ignoring social factors in clinical decision rules : a contribution to health inequalities ? European Journal of Public Health 15[5], 441, 2005.

(20) Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. The contribution of medical care to inequalities in health : difference between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Social Science & Medicine 29[3], 369-376, 1989.

(21) De Irala-Estevez J., Groth M., Johansson L., Oltersdorf U., Prattala R., Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe : consumption of fruit and vegetables. European Journal of Clinical Nutrition 54[9], 706-714, 2000.

(22) Schulpen T.W., van Steenbergen J.E., van Driel H.F. Influences of ethnicity on perinatal and child mortality in the Netherlands. Archives of Disease in Childhood 84[3], 222-226, 2001.

(23) Haelterman E., Qvist R., Barlow P., Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 111[1], 25-32, 2003.

(24) Steer P. The epidemiology of preterm labour. BJOG 112 Suppl 1, 1-3, 2005.

(25) Deboosere P., Gadeyne S. La sous-mortalité des immigrés adultes en Belgique : une réalité attestée par les recensements et les registres. Population 5-6, 765-811, 2005.

(26) Eurostat. Health statistics – Atlas on mortality in the European Union, 2009.

(27) Hajat C., Tilling K., Stewart J.A., Lemic-Stojcevic N., Wolfe C.D. Ethnic differences in risk factors for ischemic stroke : a European case-control study. Stroke 35[7], 1562-1567, 2004.

(28) Nesbitt S.D. Hypertension in black patients : special issues and considerations. Curr.Hypertens.Rep. 7[4], 244-248, 2005.

(29) Jusot F., Silva J., Dourgnon P., Sermet C. État de santé des populations immigrées en France. IRDES, Institut de recherche et Documentation en Economie de la Santé. Document de travail n°14, 2008.

(30) Vandenheede H., Deboosere P. Diabetes type 2 in Belgian women of turkish and moroccan origin : an important health issue. Chaire Quetelet 2008, 2009.

(31) Raikkonen K., Keltikangas Jarvinen L., Adlercreutz H., Hautanen A. Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. Metabolism-Clinical and Experimental 45[12], 1533-1538, 1996.

(32) Mejean C., Traissac P., Eymard-Duvernay S., El Ati J., Delpeuch F., Maire B. Diet quality of north African migrants in France partly explains their lower prevalence of diet-related chronic conditions relative to their native French peers. Journal of Nutrition 137[9], 2106-2113, 2007.

(33) Bengi-Arslan L., Verhulst F.C., Crijnen A.A.M. Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 37[3], 118-124, 2002.

(34) van der Wurff F.B., Beekman A.T., Dijkshoorn H., Spijker J., Smits C.H., stek M.L. et al. Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan immigrants in the Netherlands. Journal of Affective Disorders 83[1], 33-41, 2004.

(35) Spijker J., van der Wurff,F.B., Poort E.C., Smits C.H., Verhoeff A.P., Beekman A.T. Depression in first generation labour migrants in Western Europe, the utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). International Journal of Geriatric Psychiatry 19[6], 538-544, 2004.

(36) Bender E. Depressed immigrant Women Failing to get treatment. Psychiatric News 42[24], 8, 2007.

(37) Darmon N., Khlat M. An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. Public Health Nutr. 4[2], 163-172, 2001.

(38) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2009. Commission communautaire commune, 2009.

(39) Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.-J., Tafforeau J. et al. Enquête de santé par interview, Belgique 2004 - Livre IV. Prévention. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2005.

(40) Hsiao C.J., Boult C. Effects of quality on outcomes in primary care : a review of the literature. Am.J Med.Qual. 23[4], 302-310, 2008.

(41) Van der Heyden J., Demarest S., Tafforeau J., Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. Health Policy 65[2], 153-165, 2003.

(42) Bronckaers J., de Baerdemaeker E., Vanoverloop J. griepvaccinatie tijdens de winter van 2006-2007, 2010. IMA-AIM.

(43) Bossuyt N., Van Casteren V. Pneumococcal vaccination coverage in elderly people in Belgium. Archives of Public Health 63[4], 185-197, 2005.