

Partie IV : Cycle de vie

Dans cette troisième édition du Tableau de bord de la santé, nous avons décidé de regrouper par âge de la vie les informations dont nous disposons. La santé à un âge donné est la résultante du parcours de vie et de ses événements cumulés. Cependant, il nous paraissait intéressant de mettre aussi en lumière ce qui caractérise chaque âge. Nous en avons profité pour mettre à disposition des données existantes mais qui ne sont pas toujours facilement repérables par les acteurs de terrain, comme par exemple les résultats des dépistages néonataux, les taux de

couverture vaccinale chez les enfants, les causes de décès des adolescents, les invalidités chez les adultes ou les modes de fin de vie chez les personnes âgées. Il en résulte parfois des répétitions par rapport aux autres sections ou des asymétries dans le traitement des différentes tranches d'âge, mais la lecture des différentes sections du Tableau de bord pouvant se faire de manière indépendante, nous voulons croire que cela ne perturbera pas trop le lecteur.

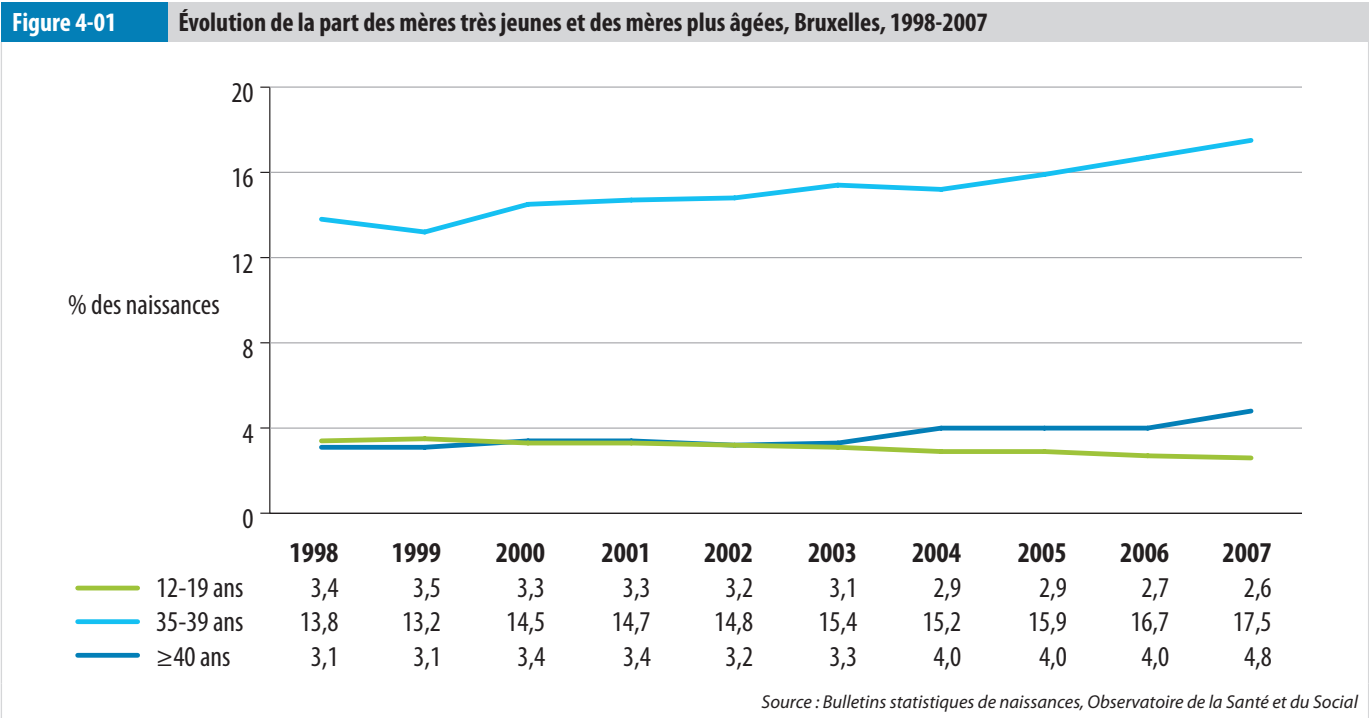
1. Autour de la naissance

La période autour de la naissance est particulièrement importante car elle affecte la santé des enfants à moyen et à long terme. De plus, dans une région comme Bruxelles, où les jeunes adultes en âge d'avoir des enfants représentent un tiers de la population, la santé des mères et des enfants est un révélateur de la santé globale et de la qualité de vie d'une partie importante de la population bruxelloise.

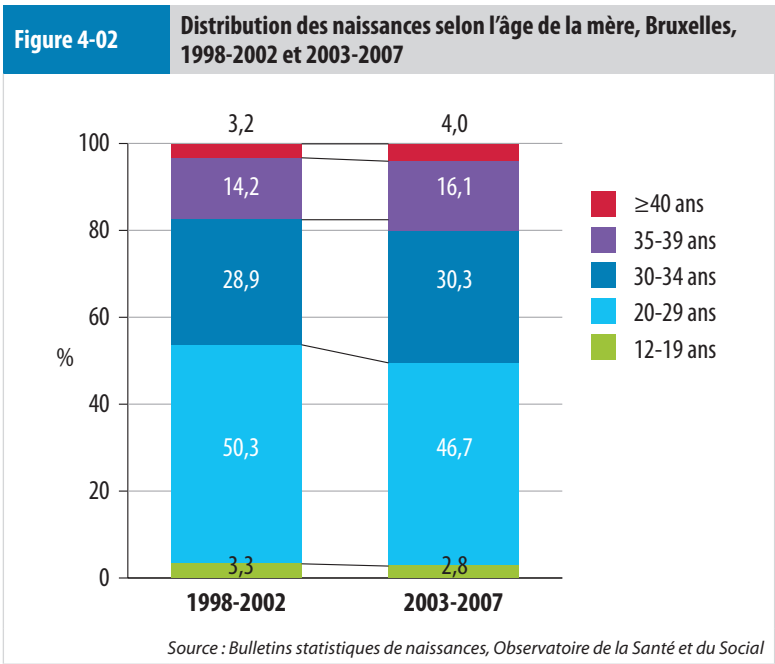
1.1 CARACTÉRISTIQUES DES MÈRES

1.1.1 Âge des mères à l'accouchement

Au cours des dix dernières années, les évolutions déjà décrites dans le Dossier sur la périnatalité (1) pour la période 1980-2004 se poursuivent. Les mères de moins de 20 ans sont proportionnellement moins nombreuses tandis que s'accroît la part des mères de 35 à 39 ans (+27 %) et de plus de 40 ans (+55 %).



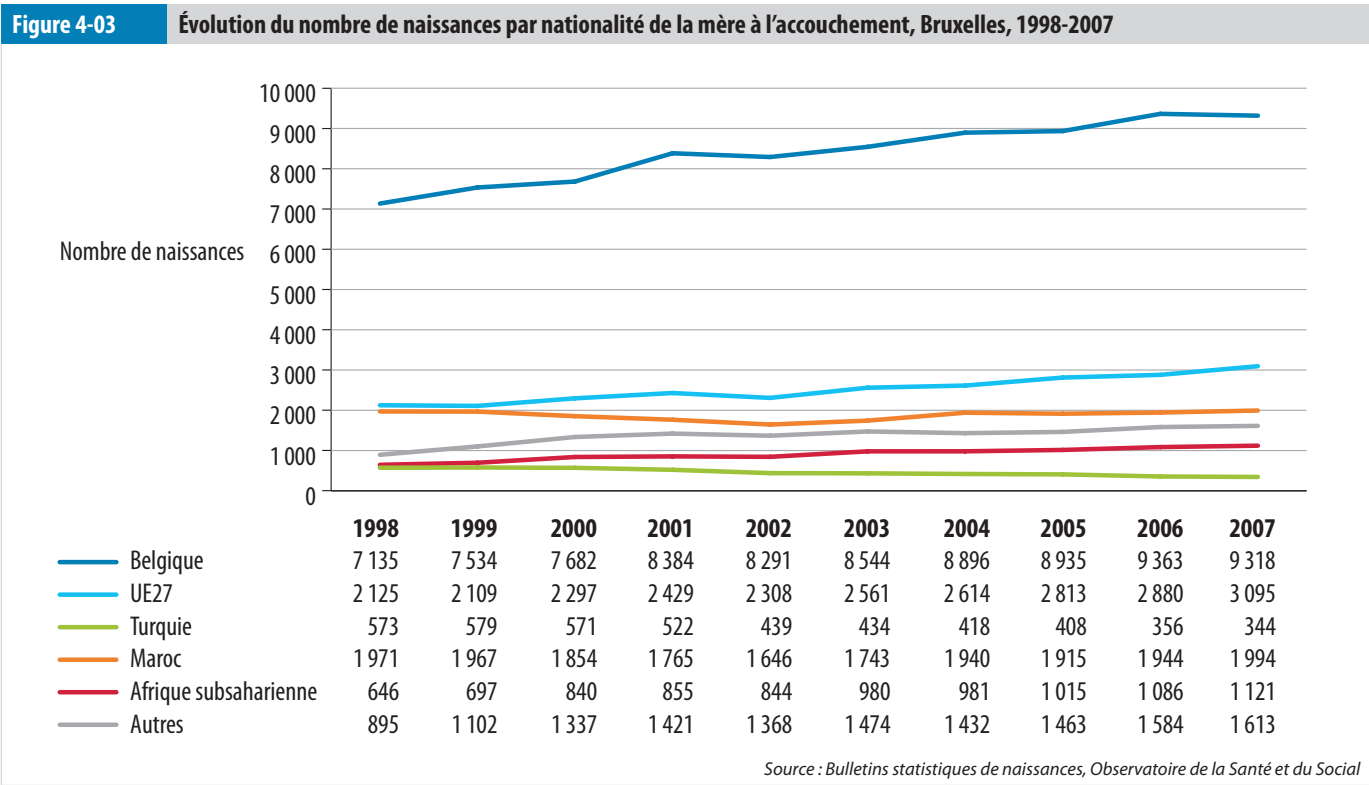
Cette évolution se fait au détriment des groupes d'âge les moins à risque : les mères de 20 à 29 ans représentaient 51,5 % en 1998 pour 45,0 % en 2007. Les périodes de 1998 à 2002 et de 2003 à 2007 sont comparées dans la figure suivante (figure 4-02).



1.1.2 Nationalité des mères

En 2007, près de la moitié (47 %) des bébés bruxellois ont une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement. Les mères de nationalité non belge les plus représentées sont issues des pays de l'EU 27 (18 % des naissances)^[1], suivies par les mères marocaines (11 %). La proportion de mères de nationalité non belge est nettement supérieure à la proportion totale de non-Belges dans l'ensemble de la population bruxelloise. Ceci s'explique surtout par la structure d'âge de la population bruxelloise non belge (population plus jeune comprenant

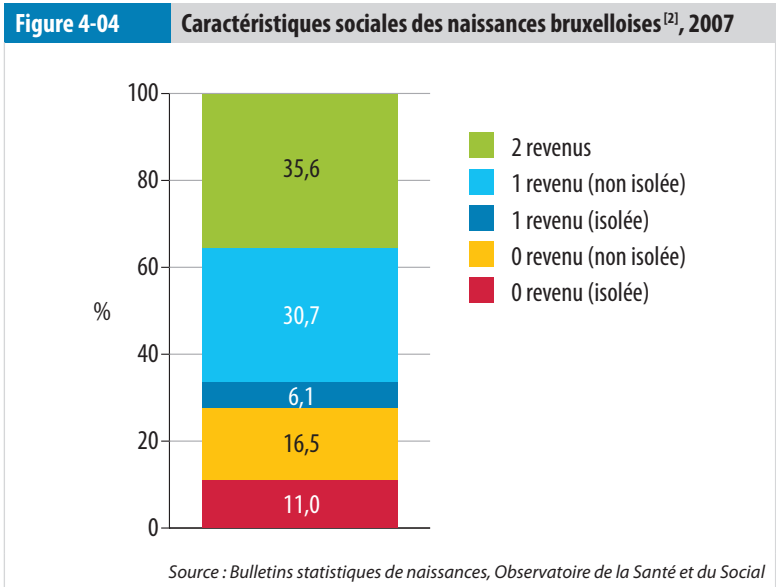
de nombreux jeunes adultes en âge d'avoir des enfants) mais reflète également le décalage existant entre le Registre national et les Bulletins de naissance en termes de nombre de naissance (les naissances déclarées par un bulletin de naissance concernent toute la population qui vit à Bruxelles, y compris les personnes sans papiers et les personnes dans le registre d'attente). On trouvera ci-dessous l'évolution ces dix dernières années du nombre de naissances par nationalité de la mère.



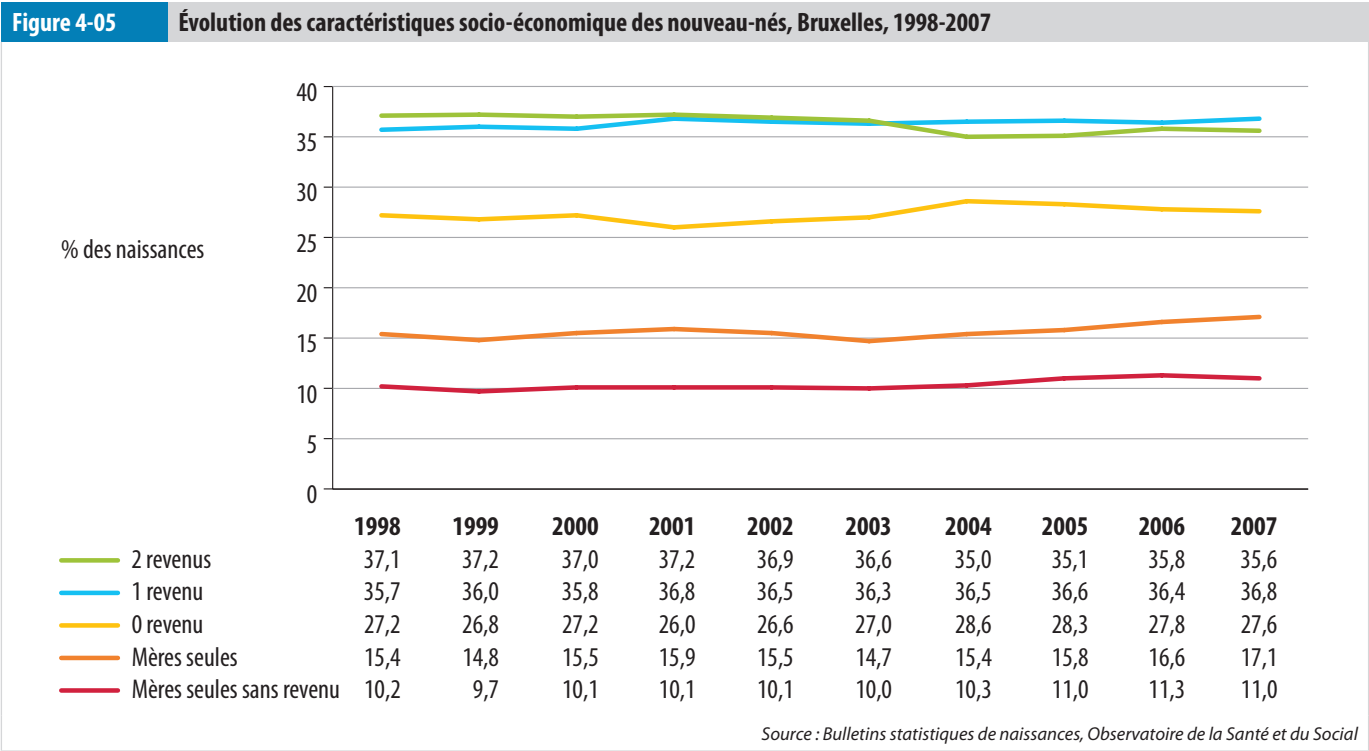
1 On assiste ces dernières années à une importante augmentation des mamans issues des pays de l'ancien bloc de l'Est.

1.1.3 Statut socio-économique des mères

En 2007, 27,5 % des bébés sont nés dans un ménage sans revenu du travail et 17,1 % d'une mère isolée. Seuls 35,6 % des bébés sont nés dans une famille avec deux revenus du travail.



La proportion de nouveau-nés dont la mère est isolée ne cesse d'augmenter depuis 2004.



Etant donné que ces caractéristiques maternelles (niveau socio-économique bas, âge élevé et nationalité étrangère) sont tous des facteurs de risque pour la grossesse, on s'attend à ce qu'un nombre élevé de grossesses bruxelloises soit des grossesses à risque ; il est important d'identifier précocement ces mamans à risque, afin qu'elles puissent bénéficier d'un accompagnement attentif lors du suivi prénatal.

Parmi les accouchements bruxellois, on note une augmentation de la proportion des mères plus âgées, une proportion importante de mères migrantes et de mères de statut socio-économique défavorable.

2 Il s'agit des caractéristiques des parents, en l'occurrence du ménage, qu'il soit composé d'une mère isolée ou d'un couple.

1.2 LE SUIVI PRÉNATAL

En 2007, l'Agence Intermutualiste a publié une étude sur la qualité du suivi prénatal en Belgique en 2005 (2), sur base des remboursements effectués par les mutualités ^[3]. L'appréciation de la qualité a été fondée sur la comparaison entre la pratique des soins prénataux et les recommandations publiées par le KCE (Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé) en 2004 (3). Nous reprenons ci-dessous quelques résultats pour la Région bruxelloise.

1.2.1. Évaluation du risque

Selon cette étude, 28 % des femmes enceintes à Bruxelles sont «à risque élevé» : âge extrême (moins de 16 ans et plus de 40 ans) et/ou précarité (évaluée par le statut BIM) et/ou comorbidité. Ce chiffre est de 28 % en Wallonie et 16 % en Flandre.

Parmi les Bruxelloises enceintes, 2,9 % ont plus de 40 ans (1,7 % en Wallonie et 1,3 % en Flandre), 13,7 % sont bénéficiaires d'une intervention majorée (7,3 % en Wallonie et 3,9 % en Flandre) et 14,8 % sont atteintes de maladies chroniques (21,4 % en Wallonie et 12,1 % en Flandre). Ce dernier groupe était évalué d'après la consommation de médicaments pour une série de maladies chroniques, et comprenait à Bruxelles 1 954 femmes ; évaluées par cette méthode, les co-morbidités les plus fréquentes des femmes enceintes bruxelloises étaient l'hypertension (5 % des femmes enceintes), les affections thyroïdiennes (3,5 %) et l'asthme (3,4 %) ; 39 femmes enceintes (0,3 %) étaient séropositives. Ces pourcentages sont peut-être sous-évalués puisqu'ils ne tiennent compte que des affections traitées.

1.2.2. Fréquence du suivi et des examens

Les femmes enceintes bruxelloises à faible risque consultent un gynécologue, un médecin généraliste ou une accoucheuse 13 fois en moyenne au cours de leur grossesse. C'est moins que la moyenne belge (14 fois) mais nettement plus que le nombre recommandé : en cas de risque faible, on recommande 10 consultations pour une primipare (premier accouchement) et sept consultations pour une multipare (plusieurs accouchements).

Si l'on fait abstraction des consultations chez le généraliste, qui ne peuvent être attribuées avec certitude à la grossesse, le nombre moyen de consultations s'élève cependant encore à 11 (3).

Les Bruxelloises à risque élevé consultent, elles, 14 fois en moyenne, ce qui est peu différent des femmes enceintes à faible risque ; c'est également moins que les Belges à haut risque qui consultent 15 fois en moyenne.

La plupart des Bruxelloises enceintes consultent au moins une fois : 98 % consultent au moins une fois un gynécologue, 55 % un généraliste (62 % si à risque), 28 % une accoucheuse et 38 % un autre médecin spécialiste (53 % si à risque).

Les directives concernant les types d'analyses de laboratoire nécessaires au suivi de la grossesse sont plutôt bien respectées, même si les examens sont souvent répétés plus que nécessaires.

Le nombre moyen d'échographies par grossesse est de 4,1 (4,4 si à risque), ce qui est semblable à la moyenne nationale.

Depuis 2006, un feedback de ces données est envoyé aux professionnels concernés, par la plate-forme de l'INAMI pour la promotion de la qualité.

3 Ne concerne pas les femmes ayant un statut d'indépendant (989 sur les 13 188 Bruxelloises ayant accouché en 2005), ni les femmes suivies en prénatal à l'ONE ou à K&G..

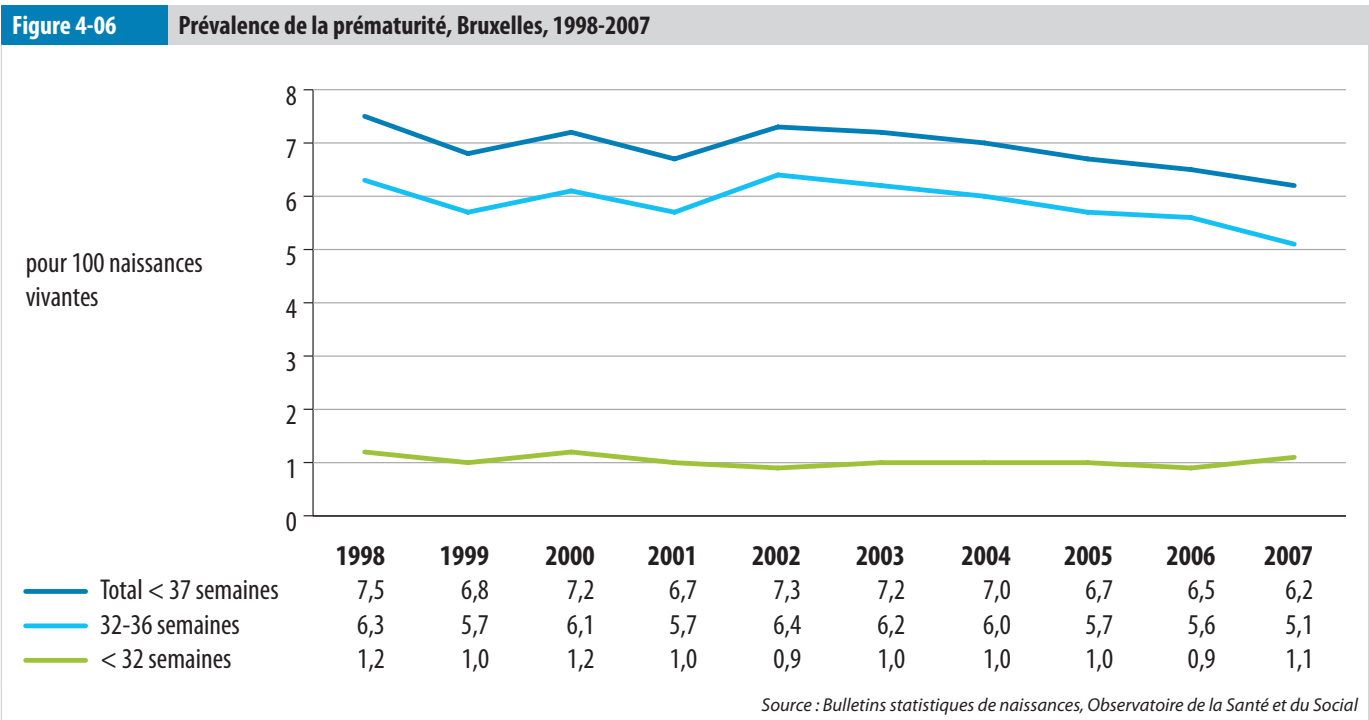
1.3 LES INDICATEURS DE SANTÉ
PÉRINATALE

1.3.1 La prématurité

Après une augmentation marquée au cours des années 80 et 90 (voir Dossier sur la périnatalité opus cité), le taux de prématurité diminue depuis 2002. Le taux de grande prématurité (< 32 semaines) reste cependant stable (figure 4-06).

Mais le nombre absolu d'enfants nés très prématurément augmente : 771 nouveau-nés de moins de 32 semaines au cours de la période 2003-2007, pour 660 au cours de

la période 1998-2002. Etant donné l'impact à long terme de la grande prématurité sur le développement des enfants, cette augmentation a des conséquences sur les besoins d'accompagnement médical, psychologique et éducationnel. Des études menées en Europe montrent que 10 à 15 % des enfants nés très prématurément souffrent de handicaps sévères, et 40 % de troubles du développement cognitifs (4).

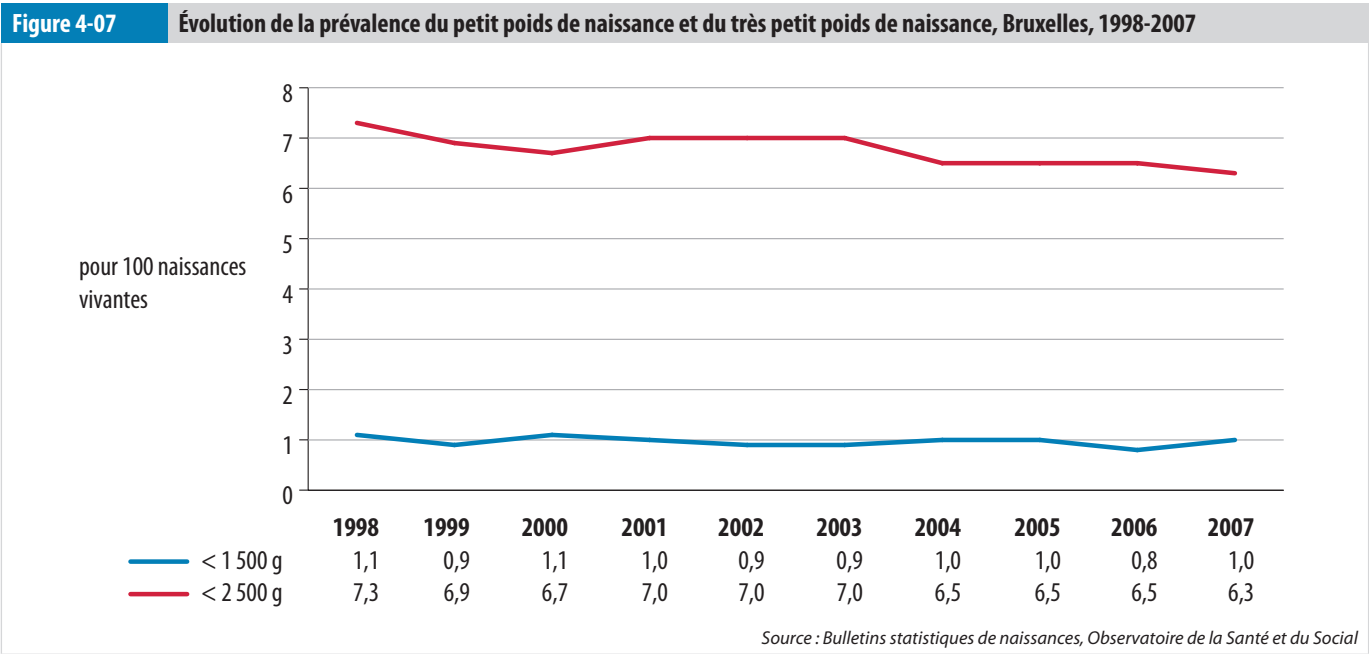


Les taux de prématurité et de petit poids de naissance diminuent, mais les taux de grande prématurité et de très petit poids de naissance restent stables.

1.3.2 Le petit poids de naissance

L'évolution de la prévalence du petit poids de naissance est parallèle à l'évolution de la prématurité : on observe une diminution de la proportion d'enfants de moins de 2 500 g mais une relative stabilité pour les nouveau-nés de très petit poids.

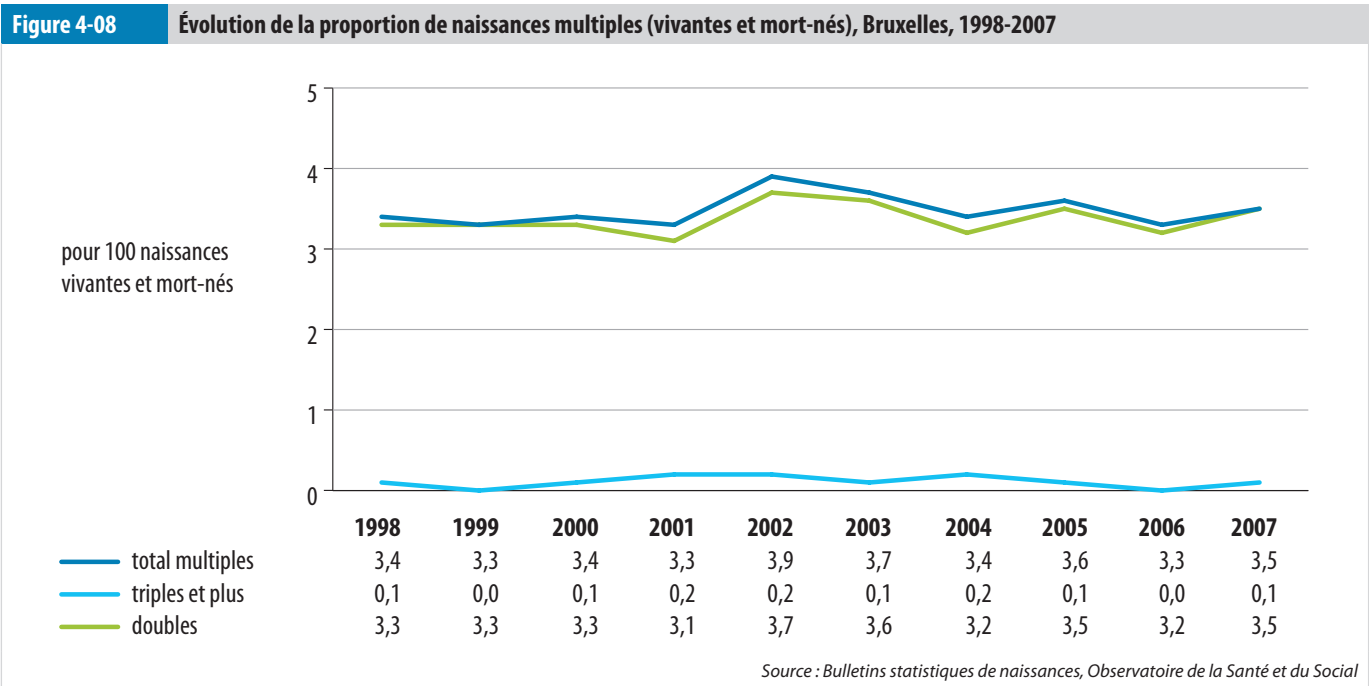
Cependant, comme pour la prématurité, le nombre absolu de naissances vivantes d'enfants de très petit poids de naissance augmente. En 2003-2007, on a enregistré 276 naissances vivantes de nourrissons de moins de 1000 g (237 en 1998-2002), 771 naissances de nourrissons de moins de 1 500 g (660 en 1998-2002) et 5 294 naissances d'enfants de moins de 2 500 g (4 686 en 1998-2002).



1.3.3 Les grossesses multiples

Après un accroissement très marqué de la fréquence des grossesses multiples au cours des années 80 et 90 suite à l'augmentation du recours à la procréation assistée, on

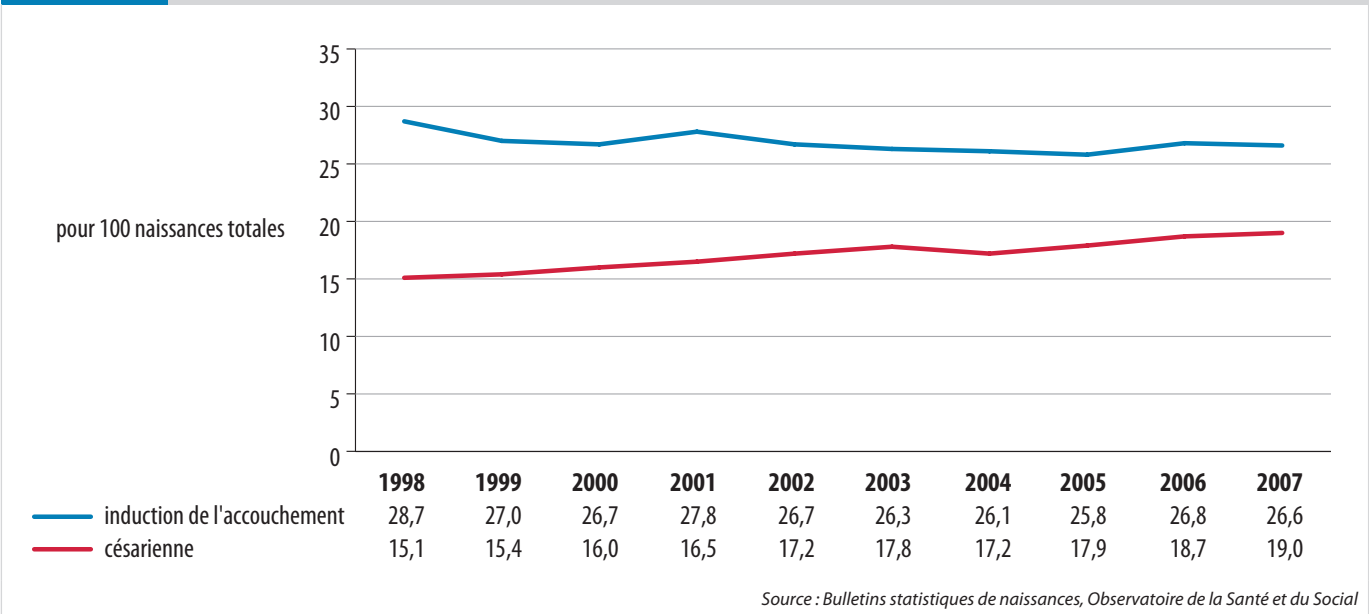
a atteint un pic en 2002 (voir Dossier sur la périnatalité). Depuis 2004, la proportion de naissances multiples reste relativement stable.



1.3.4 Les interventions obstétricales

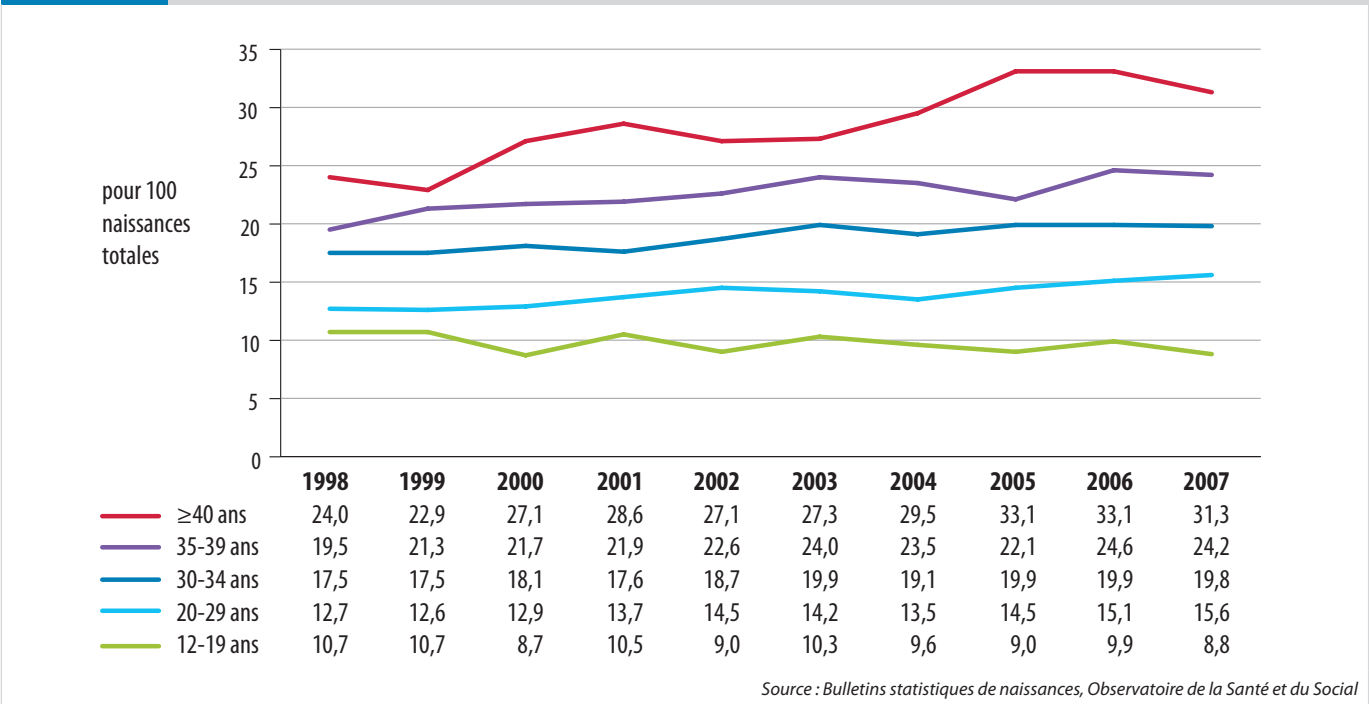
La part d'accouchements induits reste stable, par contre la proportion de naissances par césarienne continue à croître.

Figure 4-09 Interventions obstétricales pour 100 naissances totales (vivantes et mort-nés), Bruxelles, 1998-2007



L'augmentation de la proportion de mère de plus de 35 ans explique partiellement cette augmentation continue du recours à la césarienne. Cependant, la figure 4-10 montre que cette augmentation s'observe également pour les femmes plus jeunes à l'exception des mères de moins de 20 ans.

Figure 4-10 Évolution du taux de césarienne selon l'âge de la mère, Bruxelles, 1998-2007



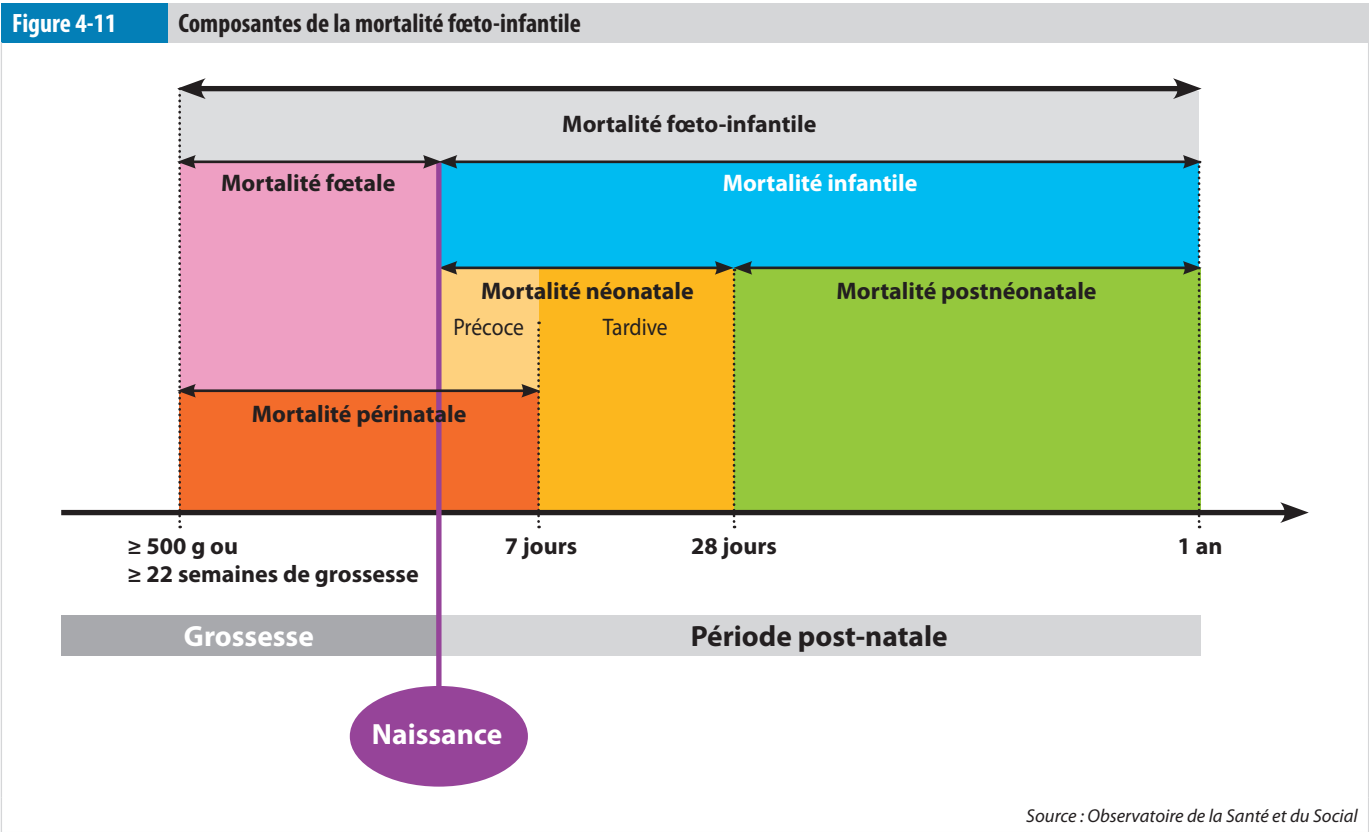
Le recours à la césarienne augmente, surtout chez les mères de plus de 35 ans, mais également pour celles de 20 ans ou plus.

1.3.5 Mortalité foeto-infantile

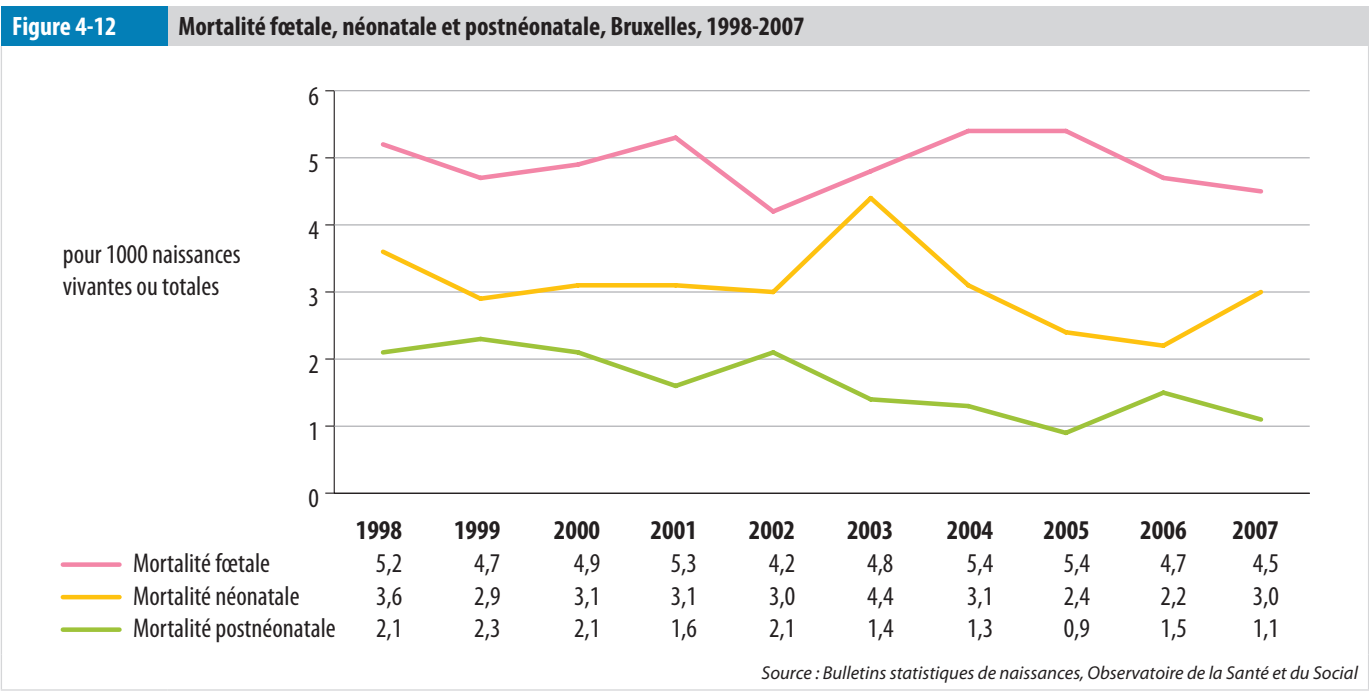
En 2007, on a enregistré 81 naissances d'enfants mort-nés, et 73 décès avant l'âge d'un an d'enfants nés vivants (53 décès avant la fin du premier mois et 20 décès entre 1 mois et 1 an).

La mortalité foeto-infantile est divisée en trois composantes : la mortalité foetale ou mortinatalité, la mortalité néonatale et la mortalité postnéonatale. La mortalité périnatale

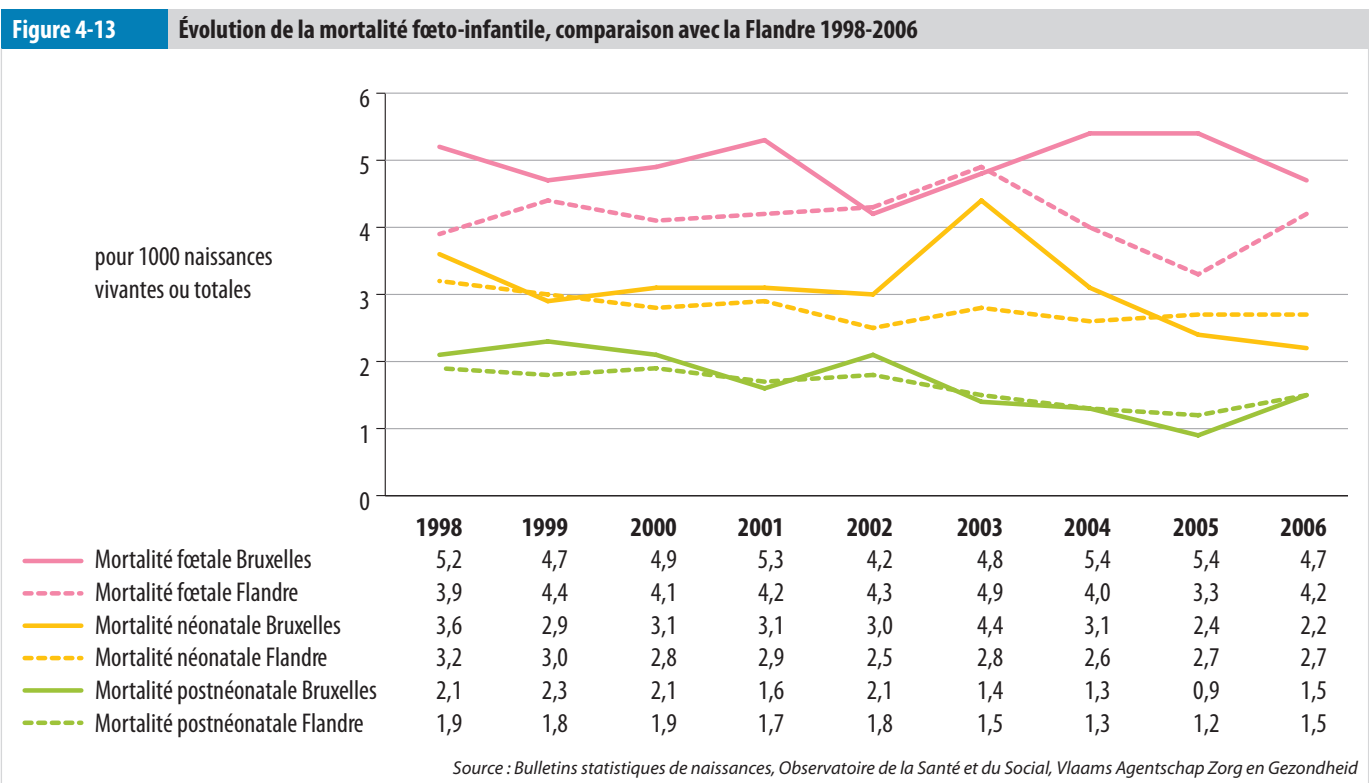
regroupe la mortalité foetale et néonatale précoce. La mortalité infantile regroupe l'ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant le premier anniversaire de l'enfant (0 à 364 jours révolus). Les différents taux de mortalité sont exprimés pour 1000 naissances vivantes (mortalité néonatale, postnéonatale ou infantile) ou pour 1000 naissances totales (mortalité foetale, périnatale et foeto-infantile).



Au cours des 10 dernières années on observe une relative stabilité de la mortalité foetale et néonatale tandis que la mortalité postnéonatale diminue.



Les taux de mortalité foeto-infantile évoluent de manière assez semblable à Bruxelles qu'en Flandre. En 2006, la mortalité foetale est en moyenne un peu plus élevée à Bruxelles mais la mortalité néonatale y est un peu plus basse. La mortalité postnéonatale est semblable dans les deux régions.



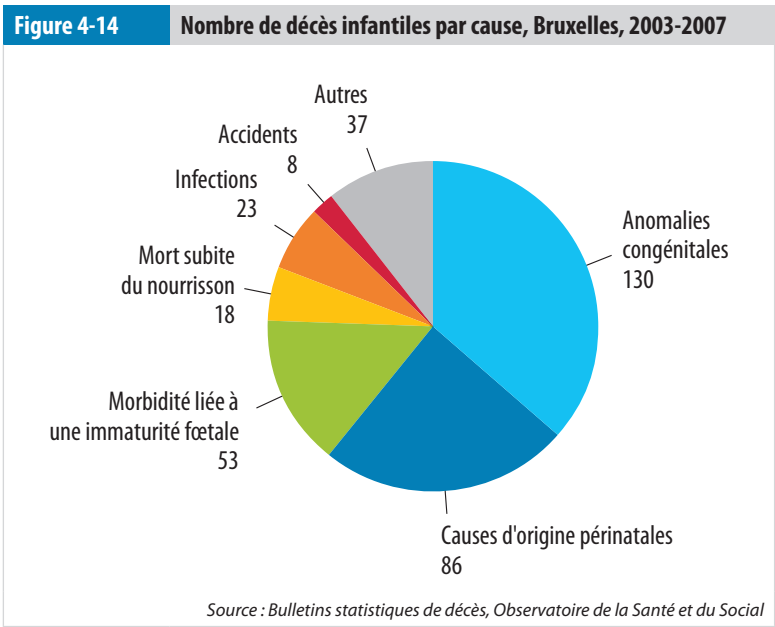
1.4 LES CAUSES DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Chez les moins d'un an, 355 décès ont été enregistrés pour la période 2003-2007 (71 décès par an en moyenne).

Les premières causes de mortalité infantile^[4] sont, comme pour la période 1998-2002, les anomalies congénitales, diverses pathologies liées à la période périnatale, l'immatunité et la mort subite du nourrisson.

Jusqu'au milieu des années 1990, la **mort subite** représentait la première cause de mortalité infantile et la première cause de mortalité postnéonatale^[5] (voir Dossier sur la périnatalité). Dans la période 2003-2007, elle est devenue la quatrième cause de mortalité infantile et la deuxième cause de mortalité postnéonatale (15 décès), ce qui la relègue loin derrière les anomalies congénitales (43 décès) et la met presque sur le même rang que les infections (14 décès). Les campagnes d'information et de prévention effectuées depuis 1995 en Belgique ont certainement contribué à la réduction très importante de la mort subite.

On trouvera ci-contre une figure reprenant la répartition des causes de mortalité infantile en 2003-2007, et un tableau comparant les causes de décès infantiles et postnéonataux pour les deux périodes.



Causes de décès	Décès infantiles		Décès postnéonataux	
	1998-2002	2003-2007	1998-2002	2003-2007
Anomalies congénitales	112	130	38	43
Causes d'origine périnatales	65	86	6	8
Morbidité liée à une immaturité fœtale	61	53	12	7
Mort subite du nourrisson	41	18	38	15
Infections	32	23	24	14
Accidents	13	8	11	8
Autres	46	37	16	9
TOTAL	370	355	145	104

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

Les décès par mort subite du nourrisson ont nettement diminué entre 1998-2002 et 2003-2007.

4 Ensemble des décès d'enfants nés vivants survenus avant le premier anniversaire de l'enfant (0 à 364 jours révolus).

5 Décès d'enfants entre 28 et 364 jours révolus.

1.5 LES DÉPISTAGES CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT

1.5.1 Dépistages sanguins

Un certain nombre d'anomalies congénitales sont dépistées dès la naissance par le biais d'un prélèvement sanguin à la maternité. Ces anomalies, si elles ne sont pas prises en charge précocement peuvent entraîner un décès, une arriération mentale ou d'autres troubles permanents.

Les deux plus fréquentes sont la **phénylcétonurie** et l'**hypothyroïdie**. Des cadres législatifs visent à organiser leur dépistage. Nous ne disposons pas du nombre de cas dépistés en Région bruxelloise, mais si on applique aux naissances bruxelloises le nombre de cas positifs pour 100 000 tests effectués par les trois centres de dépistage de la Communauté française, on peut s'attendre à dépister par an en Région bruxelloise environ 2 enfants atteints de phénylcétonurie et 5 enfants atteints d'hypothyroïdie.

Un dépistage des **hémoglobinopathies** (maladies génétiques les plus fréquentes) est organisé depuis 1994 en Région bruxelloise par le service de chimie médicale de l'Hôpital Erasme, où les maternités peuvent adresser les prélèvements. Entre décembre 1994 et décembre 2007, 113 cas de drépanocytose (plus de 8 cas par an), 7 cas de Bêta-thalassémie majeure et 5 cas d'hémoglobine H ont été dépistés parmi 179 788 naissances vivantes ; en outre, un nouveau-né sur 65 est porteur sain d'une hémoglobine S. Au total, pour l'ensemble des naissances dépistées, on retrouve environ 2 % d'enfants porteurs d'une anomalie

de l'hémoglobine et plus d'un nouveau-né sur 2 000 est atteint d'une forme majeure (5 ; 6). Il est donc important de développer une stratégie de prise en charge des hémoglobinopathies par les médecins traitants en région de Bruxelles-Capitale. En ce qui concerne la mortalité par hémoglobinopathie, sur les 14 décès enregistrés pour la période 1999-2007, 2 décès seulement concernent des enfants (dont un moins d'un an et un entre 1 et 5 ans) et sont dus à des drépanocytoses.

1.5.2 Dépistage des problèmes visuels

Depuis fin 2002, l'ONE a décidé de généraliser progressivement à l'ensemble de la Communauté française le dépistage des problèmes visuels chez les enfants de 15 mois à 3 ans ^[6]. En effet, diverses études ont montré qu'environ 10 % des enfants de cette tranche d'âge sont atteints de problèmes visuels et que le traitement est plus efficace si l'enfant est diagnostiqué et traité avant l'âge de trois ans (7). En Région bruxelloise, le dépistage a commencé en 2006 mais il n'est pas encore disponible partout faute de personnel spécialisé suffisant (11 communes sur 19 ont un dépistage organisé en 2007) ; initialement réalisé gratuitement dans certains centres hospitaliers, il l'est actuellement par quatre orthoptistes et un certain nombre de médecins des consultations ayant bien voulu se former à cet effet. On trouvera ci-dessous les résultats pour les années 2006 à 2008.

Tableau 4-02 Examen de dépistage visuels réalisés en Région bruxelloise par l'ONE entre 2006 et 2008					
	Nb examens réalisés*	Dépistages normaux	Dépistages anormaux	Dépistages douteux	Dépistages irréalisables
2006	3 111	2 473 (79,5 %)	270 (8,7 %)	91 (2,9 %)	277 (8,9 %)
2007	2 461	1 819 (73,9 %)	270 (11,0 %)	52 (2,1 %)	320 (13,0 %)
2008	4 701	3 262 (69,4 %)	598 (12,7 %)	156 (3,3 %)	685 (14,6 %)
*Le dépistage peut être réalisé jusqu'à 4 ans. Source : ONE, 2009					

Dans deux à trois cas sur dix, le dépistage nécessite un avis ophtalmologique ou doit être refait ^[7]. Les données étant anonymes, nous ne disposons pas séparément des données de suivi sur Bruxelles ; cependant, si l'on considère les 2 150 enfants adressés pour avis ophtalmologique en Communauté française entre 2004 et 2007 et pour lesquels l'ONE a eu connaissance du résultat, l'anomalie est confirmée par l'ophtalmologue référent dans sept cas sur dix.

Kind & Gezin a initié depuis 2007 en Flandre deux projets pilotes de dépistage visuel des nourrissons, dans l'idée d'une généralisation future du programme (8). À Bruxelles, K&G n'a pas établi de programme.

6 En 2007, on estime que ce dépistage a touché un tiers du public cible en Communauté française.

7 Devant l'augmentation de ces dépistages où l'enfant est peu coopératif, l'ONE recommande maintenant de ne pas les réaliser avant 18 mois.

1.5.3 Dépistage de la surdité

Etant donné la prévalence de la surdité néonatale (1 à 4 ‰) et ses répercussions non seulement sur les compétences linguistiques et communicatives de l'enfant mais également sur son développement cognitif et psychosocial, des programmes de dépistage néonataux systématiques ont été mis en place par les Communautés. Idéalement, le diagnostic doit être posé avant 3 mois et la prise en charge débutée avant 6 mois.

En Communauté flamande, un dépistage de ce type est organisé depuis 1998 par Kind & Gezin ; l'incidence de la surdité pour l'ensemble de la Communauté flamande était de 2,6 ‰ en 2006 et de 3,2 ‰ en 2007 (modification de l'outil diagnostique) (9) Nous ne disposons pas des données de dépistage effectué par K&G en Région bruxelloise.

En Communauté française, un dépistage est organisé depuis fin 2006 à l'attention des nouveau-nés ne présentant pas de facteur de risque (8). Il s'agit d'un dépistage par «otoémissions acoustiques automatisées (9)» ; les maternités sont libres de rallier ou non le programme (10). Un premier test est réalisé au 3^{ème} jour et répété le jour suivant en cas de résultat insatisfaisant ; si le résultat anormal persiste, l'enfant est adressé à un ORL.

En ce qui concerne les enfants identifiés à risque (11), ils subissent d'emblée des examens plus poussés auprès d'un ORL.

Au 31/12/2007 (12), sept maternités participaient au programme en Région bruxelloise (entrée progressive au cours de l'année) et 8 318 nouveau-nés ont donc été concernés par ce dépistage en 2007 (environ 68 % des naissances). Si on exclut les «refus», «ailleurs» (voir plus bas)

et premiers tests non réalisés, la couverture des maternités participantes est de 78,5 % pour cette première année de programme. En effet, 43 parents ont exprimé un refus de participer au programme (aucun dans le groupe des enfants ayant des facteurs de risque), et 316 ont exprimé le désir d'effectuer le dépistage «ailleurs» (Kind & Gezin, ORL ou autre institution hospitalière).

Sur les 7 959 enfants restants, 214 enfants avaient un ou plusieurs facteurs de risque mentionnés (13) et ont donc immédiatement été référés (2,7 %).

Au total, pour les enfants à risque et non à risque, six cas de surdité unilatérale et sept cas de surdité bilatérale ont été dépistés en 2007, ce qui correspond à une prévalence de 2,1 ‰ pour les nouveau-nés ayant été testés (14).

Les freins à la réalisation de ce programme sont d'abord les difficultés liées à l'organisation du programme, et à son acceptation (il faut que les parents soient sensibilisés, et il faut qu'ils acceptent l'idée de présenter l'enfant à un spécialiste si le test est insatisfaisant).

Les autres difficultés rencontrées sont :

- la sortie précoce (par ex. le week-end) des nouveau-nés, ne laissant pas le temps d'effectuer le dépistage (environ 1/5^{ème} des enfants de parents «acceptants» n'ont pas de test réalisé)
- la surcharge administrative pour les professionnels de santé
- la formation des professionnels de terrain au dépistage et au diagnostic
- le nombre élevé de professionnels concernés, impliquant une nécessaire et complexe collaboration.

8 Ne dépister que les nouveau-nés ayant un facteur de risque amènerait à n'identifier que 50 % des surdités permanentes néonatales.

9 Ne permet pas d'identifier ni le type ni la sévérité de la surdité.

10 En 2008, il restait deux maternités à Bruxelles qui ne désiraient pas signer de convention avec la Communauté française. La convention permet une réduction des coûts à charge des parents (pris en charge par CF) ainsi que l'enregistrement et l'analyse des données du programme.

11 Antécédents familiaux de surdité héréditaire, consanguinité au premier degré, infections in utero, intoxications diverses, APGAR ≤ 6 à 5', < 36 semaines ou < 1 500 grammes, soins intensifs néonataux > 5 jours, médication ototoxique,

exsanguino-transfusion, ventilation assistée ≥ 24h, malformation associée à hypoacousie, maladie neurologique ou endocrinienne.

12 Source des données : Bénédicte Vos, Coordinatrice du programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française + Revue Percentile, Vol 13, N°4, 2008.

13 Ce qui est probablement une sous-estimation, la littérature relevant plutôt que 6 à 10 % des nouveau-nés présentent au moins l'un de ces facteurs de risque.

14 Il faut noter cependant que 51 enfants à risque et 121 enfants non à risque n'ont pas de résultat définitif au 31/12/2007 (ce nombre inclut probablement des explorations encore en cours, des avis ORL non encore réalisés ou des résultats non reçus).

1.6 L'ALLAITEMENT MATERNEL EN RÉGION BRUXELLOISE

Les bienfaits de l’allaitement maternel sont universellement reconnus ; tant les institutions internationales ^[15] que l’ONE, Kind & Gezin et l’ensemble des professionnels de santé ont entrepris de nombreux efforts ces dernières années afin de créer pour les mères des conditions favorables à l’allaitement maternel. Ceci étant dit, le type d’allaitement est un choix personnel et reste largement influencé par les caractéristiques sociales et économiques des mères, par leur culture d’origine mais aussi celle du pays d’accueil. Les habitudes d’allaitement en Région bruxelloise ont pu être étudiées grâce aux données recueillies par l’ONE et par Kind & Gezin (K&G) (voir encadré).

Tableau 4-03Caractéristiques des enfants suivis dans les consultations préventives (ONE et K&G) et des naissances bruxelloises, Bruxelles, 2007

	ONE	K&G	Naissances bruxelloises
Mère non belge	62,6 %*	41,4 %	46,0 %
Mère < 20 ans	1,8 %	2,8 %	2,6 %
Mère ≥ 40 ans	6,0 %	2,6 %**	4,8 %
< 37 semaines	6,5 %	7,1 %	6,2 %
< 2 500 grammes	5,6 %	7,1 %	6,3 %

*50 % de données manquantes **= mère > 40 ans

Sources : Avis de naissances (ONE) et Avis 6^e jour (K&G)

Étude de l’allaitement maternel en Région bruxelloise : méthodologie et sources des données

Les données sur l’allaitement des petits Bruxellois (= mères résidentes à Bruxelles) à la sortie de la maternité ^[16] sont complétées par les travailleuses médico-sociales (TMS) de l’ONE à la maternité et par une visite à domicile ou lors du premier contact par Kind & Gezin ; certains bébés échappent cependant à cet enregistrement ^[17]. Par la suite, les données sont enregistrées à l’occasion des consultations ^[18].

L’ensemble de l’enregistrement (avis de naissance et avis du 6^{ème} jour) des deux institutions représente, en 2007, 103,8 % du nombre de naissances vivantes de résidentes bruxelloises, ce qui suggère un certain nombre de doublons (15 692 avis ONE et 2 382 enregistrements K&G en 2007).

Les pourcentages présentés sont calculés à partir des données connues (exclusions de données manquantes).

16

Au 6^{ème} jour pour Kind & Gezin.

17

Il existe 14 maternités en Région bruxelloise, mais toutes ne participent de la même façon à ce recueil de données ; les données sont donc non exhaustives et/ou partielles pour certaines variables.

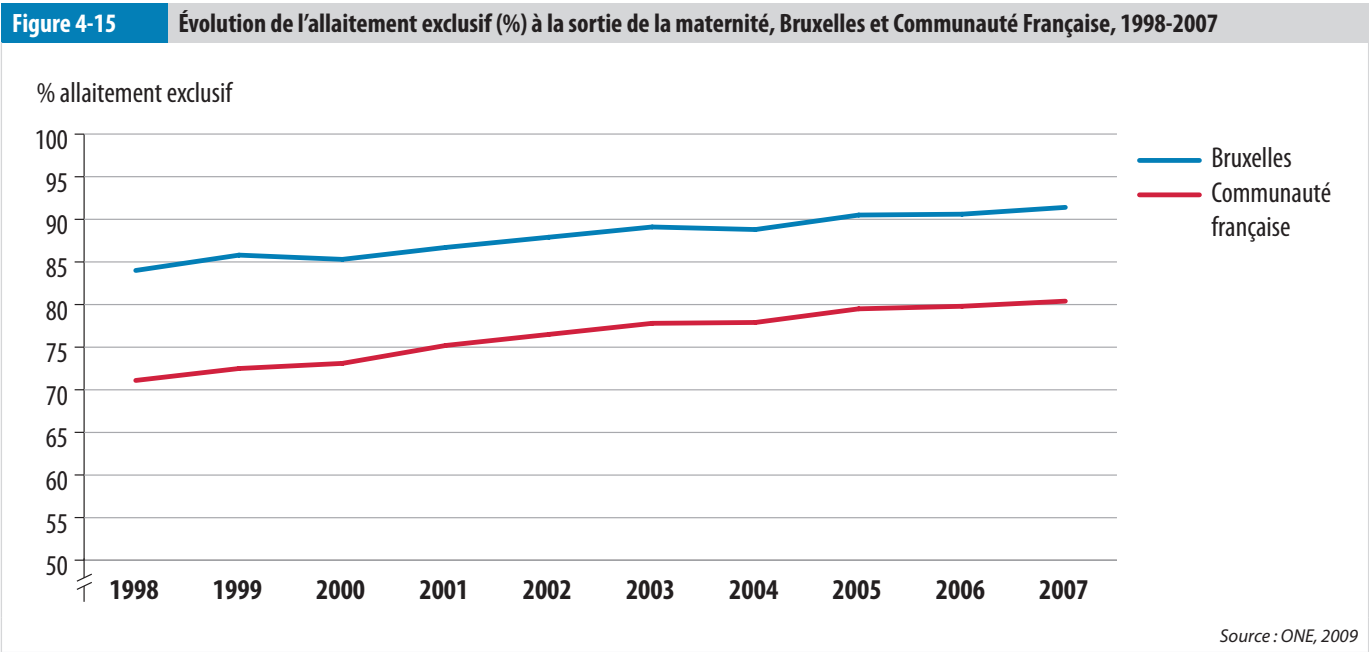
18

De façon ponctuelle à l’ONE (bilan à un âge donné), en continu à K&G. Comme le délai et le mode de recueil différent, les données sont analysées séparément.

15 L’OMS et l’UNICEF ont créé conjointement un «label hôpital ami des bébés» visant à encourager les services de maternité à améliorer leurs pratiques, label attribué si certains critères sont respectés (<http://www.infor-allaitement.be/pages/initiatives2.php>). Les maternités bruxelloise suivantes ont reçu ce label : CHU Brugmann, Hôpital Erasme, Clinique St Jean, CHU St Pierre, Hôpital Iris Sud site Etterbeek-Ixelles, Clinique Edith Cavell.

1.6.1 Allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité

À l'ONE, l'allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité était de 90,6 % en 2006 et 91,4 % en 2007 ; ce pourcentage est en constante augmentation ces dix dernières années, et supérieur à ce qui est observé pour l'ensemble de la Communauté française (respectivement 79,8 % et 80,4 %).



À K&G, l'allaitement maternel exclusif au 6^{ème} jour de vie était de 77,6 % en 2006 et 77,4 % en 2007 ; ce pourcentage est supérieur à ce qui est observé en Flandre (63,7 % en 2006) et à Anvers (65,0 %).

Si l'on effectue une moyenne des taux ONE et K&G pondérée en fonction de leur couverture respective des naissances, on peut estimer le taux d'allaitement en Région bruxelloise à 88,9 % en 2006 et 89,5 % en 2007, ce qui reste supérieur à la Communauté française et à la Flandre.

Il est probable que les écarts observés entre les taux d'allaitement ONE et K&G proviennent des différences entre les populations recrutées par les deux institutions. Ces écarts apparaissent également lorsqu'on compare les taux d'allaitement par commune et par institution.

Si l'on classe les communes par niveau socio-économique en trois clusters (voir chapitre 2 en partie I Contexte général), on observe les taux d'allaitement donnés au tableau 4-04 (données connues).

Taux d'allaitement maternel exclusif en fonction du niveau socio-économique de la commune de résidence, ONE et K&G, 2006		
Niveau Socio-économique de la commune	ONE	K&G
bas	91,5 %	82,4 %
moyen	90,9 %	78,1 %
élevé	88,4 %	79,2 % ^[19]

Source : ONE, K&G, Observatoire de la santé et du social, 2009

Le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité ne cesse d'augmenter.

¹⁹ Pour Kind & Gezin, il n'y a pas d'intervention (et donc pas de données) sur les communes d'Uccle et de Woluwe-Saint-Pierre (appartenant au cluster Niveau socio-économique élevé).

Les bébés prématurés ou de petit poids de naissance sont moins souvent allaités exclusivement à la sortie de la maternité ; en 2007, 86,5 % des bébés nés avant 37 semaines sont allaités à la sortie de la maternité versus 91,8 % des bébés nés après 37 semaines (ONE), 57,1 % des bébés nés avant 37 semaines sont allaités au 6^{ème} jour versus 80,4 % des bébés nés après 37 semaines (K&G).

La mise au sein et l’allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité diminuent à mesure que la parité augmente ; l’allaitement exclusif à la sortie de la maternité à l’ONE est de 92,3 % chez les primipares versus 87,9 % chez les grandes multipares (≥ 4) et l’allaitement exclusif au 6^{ème} jour à K&G est respectivement de 78,7 % versus 74,4 % (2006-2007).

Ceci est également observé pour l’ensemble de la Communauté française (10), la Flandre (11) et dans d’autres pays (12)

Le taux d’allaitement est le plus élevé pour les mères entre 20 et 40 ans et il diminue après 40 ans. Il est le plus faible pour les mères très jeunes.

On observe un taux d’allaitement supérieur d’environ 6 % pour les bébés de mères non belges que pour ceux de mères belges (nationalité à la naissance de l’enfant). Dans le dossier

spécial consacré à l’allaitement (10), l’ONE avait analysé sur dix ans le taux de mise au sein après l’accouchement des mères en fonction de la nationalité d’origine des mères. En moyenne, le taux de mise au sein n’atteignait pas 70 % pour les Belges alors qu’il était supérieur à 90 % pour les mamans turques et marocaines d’origine ; seules les mamans françaises avaient un taux inférieur à celui des Belges.

Le taux d’allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité est nettement plus élevé en Région bruxelloise que dans les deux autres régions du pays.

1.6.2 Allaitement maternel exclusif ultérieur^[20]

En 2007, la durée moyenne de l’allaitement maternel exclusif est de 15 semaines^[21]. Parmi les femmes ayant allaité, environ un tiers ont allaité moins de trois mois, un tiers entre 3 et 6 mois, et le dernier tiers 6 mois et plus.

20 Seules les données des enfants suivis par l’ONE sont disponibles et reprises ci-dessous.

21 Durée calculée pour les enfants encore suivis par l’ONE à 9 mois (environ 15 % des avis de naissance).

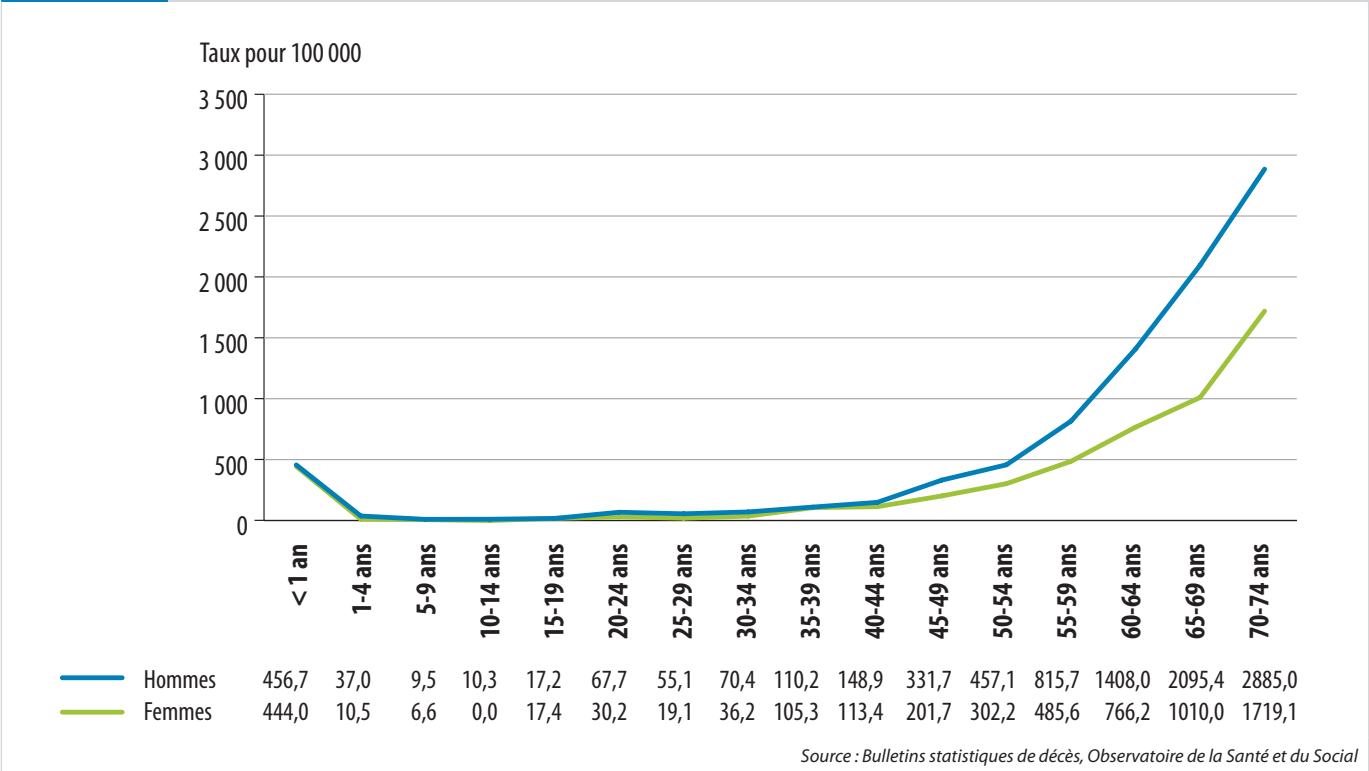
2. Les enfants de un à neuf ans

À partir d'un an, âge de la marche, se confirme le mouvement qui ne cessera pas de s'accroître jusqu'à l'âge adulte : le mouvement vers l'autonomie. L'enfant élargit peu à peu le cercle de ses découvertes ; une bonne partie de celles-ci se font dans le cadre de la vie en collectivité. Ces collectivités se prêtent à la transmission des maladies infectieuses. Ce sont les âges où l'on cherche à protéger l'enfant, mais aussi le futur adulte, par l'application du calendrier vaccinal. Celui-ci vise non seulement la protection de l'enfant et de la collectivité d'enfants, mais aussi, pour certaines maladies, l'obtention d'un seuil de protection pour la société entière («seuil critique d'immunité collective»).

2.1 LA MORTALITÉ

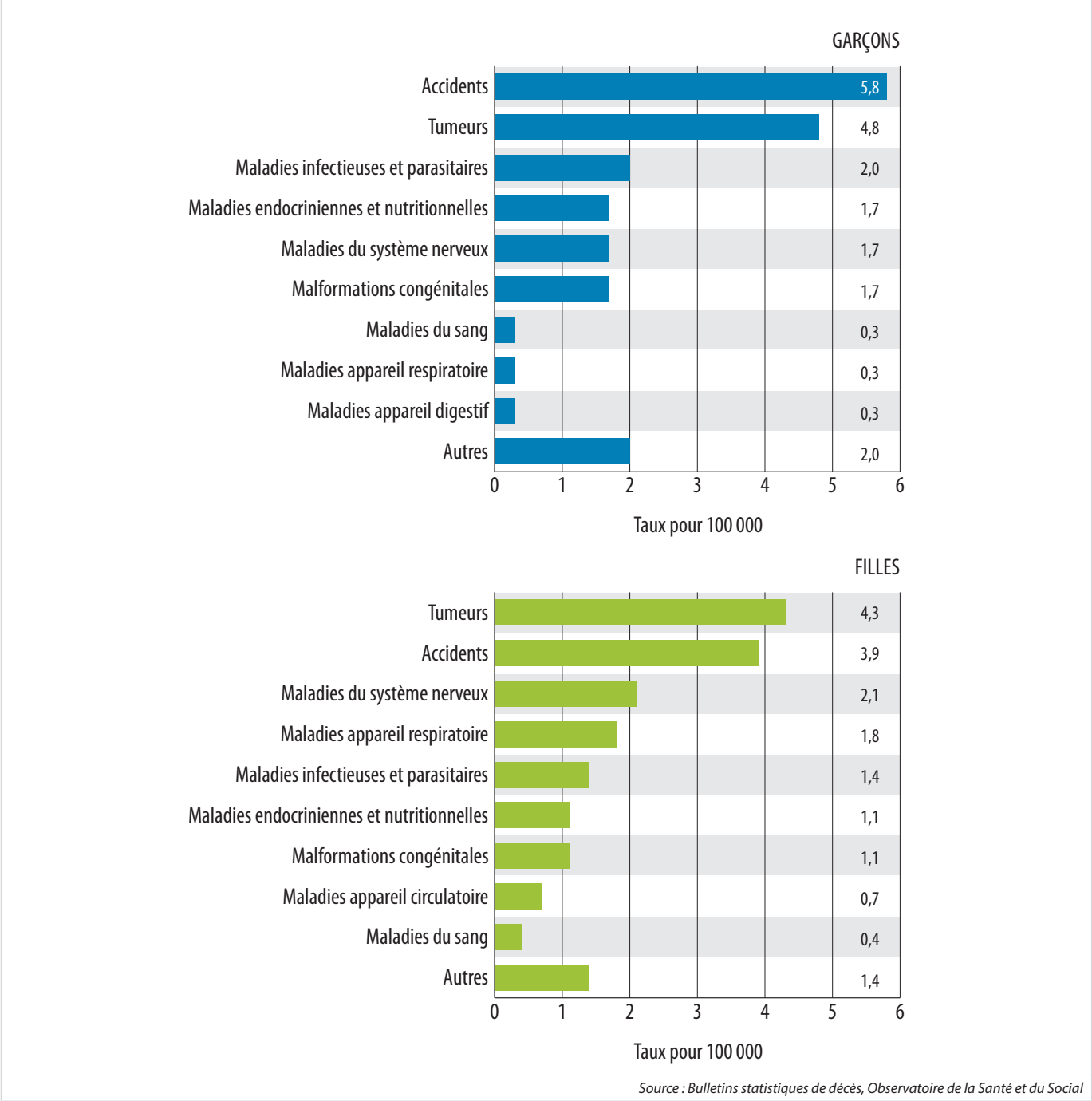
Contrairement au groupe des enfants de moins d'un an, les enfants de un à neuf ans font partie des groupes d'âge aux taux de mortalité les plus faibles ; ceci est encore plus marqué pour le groupe des 5-9 ans. En 2007, ce taux était globalement de 23,3 pour 100 000 chez les garçons et de 8,5 pour 100 000 chez les filles (9,5 pour 100 000 chez les garçons et 6,6 pour 100 000 chez les filles de 5-9 ans).

Figure 4-16 Taux de mortalité spécifique par âge et par sexe, Bruxelles, 2007



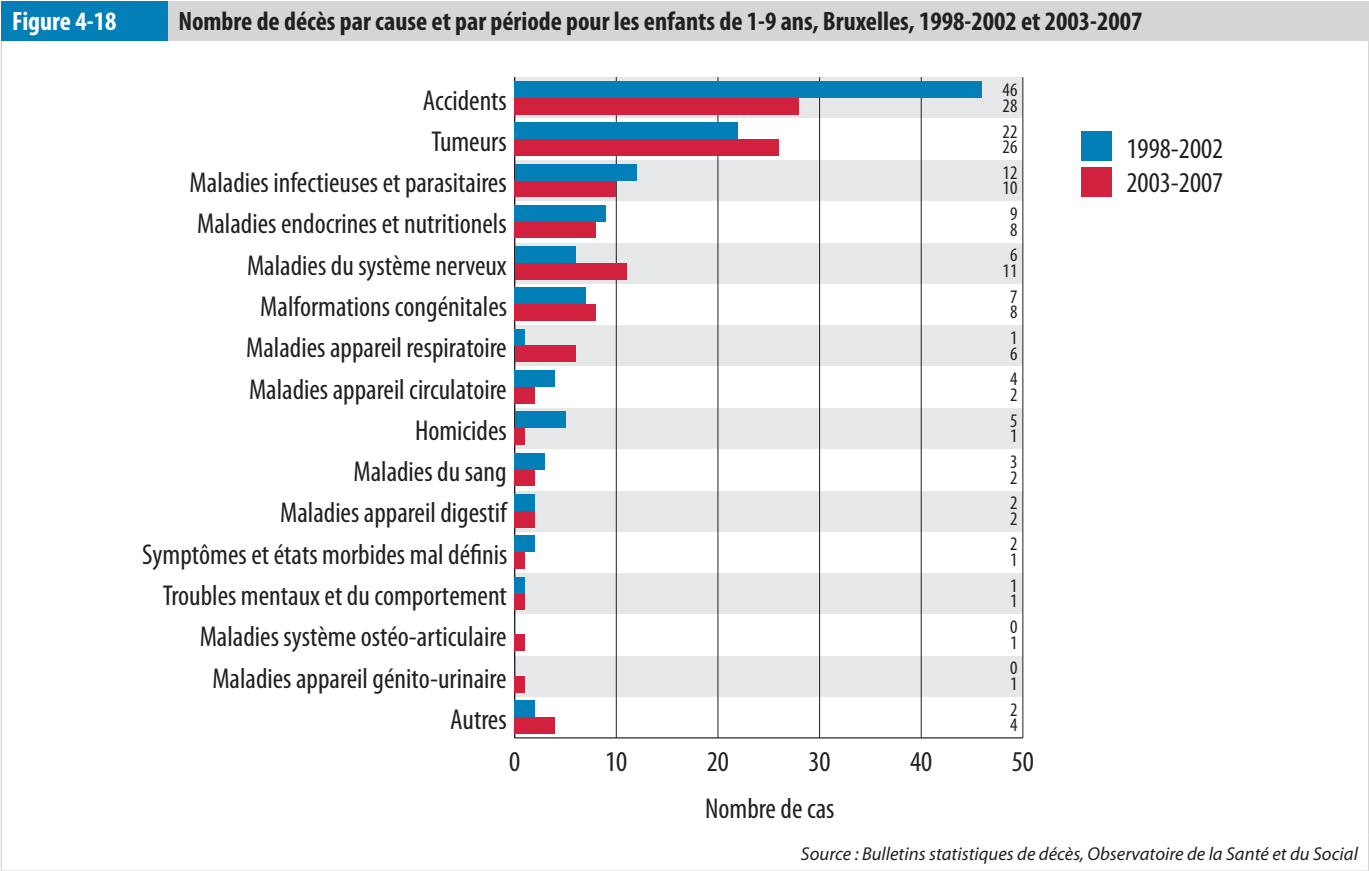
Les principales causes de décès sont les accidents et les tumeurs pour les deux sexes, avec les accidents en première place chez les garçons, alors que chez les filles, ce sont les tumeurs qui viennent en premier lieu.

Figure 4-17 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les enfants de 1-9 ans, Bruxelles, 2003-2007



La mortalité des enfants de un à neuf ans a légèrement diminué entre 1998 et 2007, passant de 122 décès pour la période 1998-2002 à 112 décès pour la période 2003-2007 (dont 19 décès seulement en 2007) ; le taux de mortalité spécifique est de 19,5 pour 100 000 pour la période 2003-2007, légèrement supérieur chez les garçons (20,8 pour 100 000) que chez les filles (18,1 pour 100 000).

Pour les deux périodes, les deux premières causes de décès restent les accidents et les tumeurs, avec toutefois une forte diminution du nombre de décès par accidents. On trouvera dans la figure suivante le nombre des décès par groupe de causes pour chaque période et pour l'ensemble des deux sexes.



2.2 LES MALADIES INFECTIEUSES

La plupart des maladies infectieuses de l'enfant ne sont pas à déclaration obligatoire (ou en tout cas pas dans toutes les régions du pays), mais il est utile de tenter de les suivre, notamment lorsqu'il existe un vaccin recommandé dans le calendrier vaccinal. La combinaison du réseau PediSurv^[22] avec le réseau des laboratoires vigies et les laboratoires de référence, ainsi que la déclaration obligatoire des maladies infectieuses par les écoles, permet de suivre les tendances épidémiologiques de certaines de ces maladies.

2.2.1 Poliomyélite

En 2007, aucun cas de paralysie flasque aigue (PFA) n'était suspect d'une infection due à un poliovirus (13).

2.2.2 Rougeole

En 2007, la rougeole n'était pas une maladie à déclaration obligatoire (sauf dans le cadre du contrôle des maladies transmissibles à l'école) mais elle le devient à Bruxelles à partir de l'arrêté du collège réuni daté du 18/06/2009. Alors que la Belgique s'est engagée avec le bureau régional européen de l'OMS à éliminer la rougeole à l'horizon 2010, cet objectif n'est pas encore atteint. En 2006, aucune des trois régions n'atteignaient le taux de 95 % de la population vaccinée avec deux doses de vaccin et on observait une épidémie (51 cas) en 2007 à Anvers au sein d'une communauté juive orthodoxe (137 cas d'août 2007 à mai 2008). En 2007, 5 cas ont été confirmés en Région bruxelloise.

22 Participation volontaire à l'enregistrement de 452 pédiatres belges et de 359 médecins généraliste bruxellois en 2007 (50 % notifient au moins 10 fois par an).

2.2.3 Rubéole

En 2007, la rubéole n'était pas une maladie à déclaration obligatoire mais elle le devient à Bruxelles à partir de l'arrêté du Collège réuni daté du 18/06/2009. L'OMS Europe a également pour objectif d'éliminer la rubéole en 2010 pour prévenir la survenue de rubéole congénitale. Aucun cas de Syndrome de Rubéole Congénitale n'a été déclaré en 2007 en Région bruxelloise.

2.2.4 Oreillons

Parmi les cas d'oreillons rapportés, 48 % l'ont été en Région bruxelloise (34 cas), probablement parce que c'est la seule des trois régions où les médecins généralistes, en plus des pédiatres, participent à la déclaration. Le nombre de cas déclarés a presque diminué de moitié par rapport à 2003.

2.2.5 Coqueluche

Contrairement aux autres maladies pour lesquelles il existe un vaccin administré aux enfants, on assiste ces dernières années tant en Belgique (13) que dans plusieurs pays européens et aux États-Unis (14) à une résurgence des cas de coqueluche chez les jeunes enfants, adolescents et jeunes adultes, malgré une couverture vaccinale élevée (voir encadré).

La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire en Flandre, à Bruxelles mais pas en Communauté française. La différence de pratique concernant la recherche active de personnes infectées dans l'entourage d'un cas peut également expliquer les différences d'incidence entre régions.

Il est difficile d'estimer avec précision l'incidence de la coqueluche ; en tenant compte des données des laboratoires vigies, des déclarations obligatoires et du RCM, on ne peut que l'approcher, et elle est généralement sous estimée en Belgique. En tenant compte de tous ces différents systèmes d'enregistrement, il semble tout de même exister une augmentation des cas entre 1999 et 2007 (hormis une baisse inexplicable en 2003). À Bruxelles, le nombre de cas diminue en 2007, contrairement aux deux autres régions (35 cas).

2.2.6 Infections invasives à pneumocoques

Streptococcus pneumoniae est une cause importante de pneumonies, d'otites, de sinusites, de méningites et de bactériémies ; ces deux dernières maladies sont dites invasives. Ces germes peuvent aussi être à l'origine d'autres types d'infections telles que conjonctivites, arthrites, mastoïdites, péritonites, péricardites, abcès sous-cutanés, etc. Les maladies dites invasives sont grevées d'une mortalité importante surtout dans les classes d'âge les plus fragiles face aux pneumocoques, à savoir les jeunes enfants et les personnes âgées.

Coqueluche en augmentation : explications et stratégies

L'incidence de la coqueluche augmente en Europe et aux États-Unis, malgré une couverture vaccinale élevée de la population.

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer ce fait :

- la diminution de l'immunité chez les adultes 30 ans ou plus après leur vaccination ; elle s'explique partiellement par le fait que le vaccin à germes entiers provoquait parfois de fortes réactions et que dans ce cas, le rappel de 5-6 ans n'était pas fait (le vaccin acellulaire, moins réactogène, n'est disponible que depuis les années 90)
- la baisse de l'immunité adulte en raison de «rappels naturels» moins fréquents, étant donnée la faible circulation du virus sauvage dans une population à haute couverture vaccinale
- l'attention accrue accordée à la maladie par les professionnels de santé
- une plus grande proportion de cas déclarés, grâce à de meilleurs outils diagnostics
- une modification de la souche de Bordetella pertussis et de l'efficacité vaccinale.

L'augmentation de l'incidence implique un risque de contamination de nourrissons par des adolescents ou des adultes infectés. Depuis 2003, un vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche acellulaire destiné aux adolescents et aux adultes est disponible en Belgique. Une stratégie de vaccination des adolescents et des adultes a donc été recommandée par le Conseil Supérieur de la Santé depuis février 2008. Cette stratégie est sélective : elle est limitée aux personnes en contact avec des nourrissons non ou insuffisamment vaccinées.

Une autre stratégie pourrait être la vaccination universelle des adultes (remplacer le rappel diphtérie-tétanos tous les dix ans, par un rappel diphtérie-tétanos-coqueluche).

En plus de la surveillance du germe par le réseau des laboratoires vigies de l'ISP, les infections invasives à pneumocoques (IPD) sont surveillées depuis 2005 par le réseau de surveillance des maladies infectieuses pédiatriques «PédiSurv» (réseau composé de pédiatres et aussi, en région bruxelloise, de médecins généralistes). Un appel particulier pour participer à la surveillance des IPD a été lancé à tous les hôpitaux ayant un service de pédiatrie en Belgique (leur degré de participation influence donc la distribution régionale des cas) (13).

Les données recueillies à Bruxelles montrent une baisse importante des identifications de pneumocoques chez les moins de cinq ans (de 89 cas en 2004 à 15 cas en 2007), diminution particulièrement marquée pour les moins de deux ans ; il est cependant difficile d'en tirer des conclusions, car les analyses de pus auriculaire ne sont plus comptabilisées par les laboratoires vigies à partir de 2005.

Cette diminution s'explique en partie par l'introduction du vaccin à sept valences (voir encadré).

2.2.7 Diarrhée à rotavirus

Le rotavirus est la première cause de diarrhée aigue chez l'enfant de moins de cinq ans, et est une cause majeure d'infection nosocomiale en pédiatrie ; c'est une gastro-entérite très contagieuse, la transmission survenant malgré une amélioration de l'hygiène (95 % des enfants de 3-5 ans ont déjà été infectés par le virus).

Si l'introduction de ce vaccin a pour objectif, dans le monde, de prévenir les décès, en Europe, l'objectif est surtout de diminuer le coût social (mini-épidémies, nombreuses hospitalisations et consultations, absentéisme parental). Le vaccin est surtout efficace sur les formes sévères, y compris celles dues à d'autres virus. Depuis novembre 2006, un des vaccins est partiellement remboursé sur prescription. Nous ne disposons pas de données d'incidence.

L'impact de l'introduction du vaccin antipneumocoque à sept valences

Si le vaccin à 7 valences a été introduit sur le marché belge en 2004, il n'est devenu gratuit qu'à partir de janvier 2007.

Une enquête vaccinale a été effectuée mi-2006 en Région bruxelloise auprès des parents de 533 enfants âgés de 18 à 24 mois (15)

En ce qui concerne la vaccination antipneumocoque, le taux moyen de vaccination complète atteignait 32 % des enfants en âge de bénéficier de la vaccination (nés à partir d'août 2004) et 69,3 % des enfants avaient reçu au moins une dose ; cette couverture était jugée encourageante, étant donné le coût de ce vaccin à cette époque (64 euros par dose)

En comparaison d'autres pays européens, la couverture du vaccin a augmenté extrêmement rapidement en Belgique à partir de la date du remboursement (augmentation estimée : au moins 90 % sur base du nombre de doses vendues).

Pour 2007, on note en Belgique une légère diminution de l'incidence des infections invasives à pneumocoques chez les moins de cinq ans, ainsi que de l'incidence des infections dues aux sérotypes présents dans le vaccin.

Le nombre d'infections a par contre augmenté chez les 5 à 15 ans.

En outre, l'incidence de certains sérotypes non vaccinaux continue également à augmenter ; cette augmentation a débuté avant l'implémentation de la vaccination (16).

Une contribution de la vaccination à la modification de la distribution des sérotypes n'est pas à exclure, mais d'autres facteurs tels que les variations naturelles de sérotypes, l'émergence de clones plus virulents ou la «pression antibiotique» peuvent aussi l'expliquer. Un phénomène semblable est observé dans les autres pays dans les premières années suivant la vaccination.

2.3 LA COUVERTURE VACCINALE (ENFANTS DE 18 À 24 MOIS)

Une enquête vaccinale auprès des parents de 533 enfants âgés de 18 à 24 mois a été effectuée mi 2006 en Région bruxelloise ^[23] (15). De nombreux changements étaient intervenus depuis la précédente enquête, en 2000, tant en ce qui concerne le calendrier vaccinal que la nature des vaccins administrés (voir encadré).

Vaccination de l'enfant : des changements depuis 2001

De nombreux changements sont intervenus ces dernières années dans la vaccination des enfants, aussi bien au niveau des calendriers préconisés, qu'au niveau des types de vaccins utilisés.

Nouveaux vaccins :

- En 2001, le vaccin antipoliomyélite oral (OPV) a été remplacé par le vaccin polio inactivé injectable (IPV)
- Dès 2001 aussi, le recours aux vaccins combinés s'est élargi. Cette tendance s'est accentuée en 2004 avec le passage du vaccin tétravalent diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite (DTPa-IPV) au vaccin hexavalent, par l'adjonction du vaccin contre l'haemophilus influenzae B et du vaccin contre l'hépatite B (DTPa-VHB-IPV-Hib)
- En 2002, le vaccin antiméningocoque C est introduit dans le calendrier
- En 2004, un vaccin antipneumocoque est commercialisé, mais il ne bénéficiait pas d'un remboursement INAMI ; ce vaccin n'est devenu gratuit qu'en janvier 2007, ce qui permet d'espérer une extension de la couverture dans les années suivantes.

Calendrier :

l'âge du début de la vaccination a été abaissé à deux mois (2001), et celui de la vaccination RRO (rougeole-rubéole-oreillons) à 12-13 mois.

La couverture vaccinale selon les maladies (incluant donc tous les types de vaccins disponibles en Belgique) est résumée ci-dessous pour la Région bruxelloise.

Tableau 4-05	Couverture vaccinale selon les maladies contre lesquelles sont protégées les enfants, Bruxelles, 2006			
	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4
Polio	99,4	99,4	98,6	90,0
Diphtérie/Tétanos/Coqueluche	99,4	99,4	98,6	90,0
Hib	98,2	98,2	97,2	88,8
Hépatite B	97,6	97,6	96,7	88,4
Rougeole/Rubéole/Oreillons	91,1	/	/	/
Méningococcie C	91,7	/	/	/

Source : Robert,E., Swennen,B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 2006

On constate un décrochage de près de 8 % entre la troisième et quatrième dose. Un effort devra donc être fourni pour rappeler aux parents des enfants de 15 mois la nécessité de cette quatrième dose pour obtenir une protection efficace, car si le seuil critique d'immunité collective est bien atteint

pour la polio et la diphtérie, il n'est pas encore atteint pour la coqueluche ni pour la rougeole (95 %).

La couverture antipneumococcique a été évoquée plus haut (voir encadré).

23 Dans 95 % des cas, un document attestant des vaccinations a pu être consulté par l'enquêteur.

On trouvera au tableau 4-06 l'évolution des couvertures vaccinales entre les différentes périodes d'enquêtes vaccinales.

Tableau 4-06	Évolution des couvertures vaccinales entre 1995 et 2006, Bruxelles		
	1995	2000	2006
Polio3/4 doses	93,7 %	92,6 %	90,0 %
DTP 4 doses	75,4 %	81,1 %	90,0 %
Hib 4 doses	48,7 %	79,2 %	88,8 %
VHB ¾ doses	-	42,1 %	88,4 %
RRO	68,1 %	74,5 %	91,1 %
Méningocoque C	-	-	91,7 %
Source : Robert,E., Swennen,B., Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale, ULB, 1995, 2000, 2006			

Ces données permettent d'affirmer que l'introduction du vaccin hexavalent a procuré une amélioration nette de la couverture vaccinale pour la plupart des maladies concernées. Toutes les couvertures vaccinales, hormis celle de la polio^[24], ont augmenté de manière significative. Cependant, l'on constate, au vu des différences de couvertures entre les maladies, que l'usage du vaccin hexavalent n'est pas généralisé (notamment suite au refus de certains parents de faire vacciner leur enfant contre l'hépatite B par exemple)

Deux tiers des enfants sont vaccinés par l'ONE ou K&G, un tiers par les pédiatres privés (seuls 2 % par les médecins généralistes). Le fait d'être moins aisé, d'être issu d'une famille monoparentale ou d'avoir une maman non belge augmentent la probabilité de fréquenter des structures préventives comme l'ONE ou K&G pour la vaccination.

Si l'on s'intéresse à la couverture vaccinale en fonction des données sociodémographiques, il est clair que pour un vaccin onéreux et non remboursé comme l'antipneumocoque, la couverture vaccinale est significativement liée aux études de la mère et au revenu du ménage : plus la mère est instruite et le milieu aisé, mieux l'enfant est vacciné.

En ce qui concerne les autres vaccins, bien qu'aucune différence ne soit significative, on observe plutôt le gradient inverse, ce qui démontre l'importance du rôle joué par la prise en charge financière des vaccins par les pouvoirs publics, ainsi que du rôle des différents acteurs de la vaccination. Les enfants fréquentant les consultations ONE/ K&G ont d'ailleurs une couverture significativement plus haute pour l'ensemble des vaccins (sauf l'antipneumocoque). Pour le RRO et le MenC, le fait d'avoir une mère non belge implique une couverture vaccinale significativement plus haute.

24 La couverture pour la polio, au départ très élevée, pourrait en quelque sorte être desservie par le fait qu'on est passé d'un schéma à trois doses orales à un schéma à quatre doses injectables ; actuellement, la vaccination n'est donc terminée qu'à 15 mois, et le décrochage observé entre la troisième et la quatrième injection affecte la couverture antipolio.

Si l'on compare les couvertures vaccinales en Région bruxelloise pour les dernières doses du calendrier, à celles des deux autres régions, elles sont très semblables, mais on observe une meilleure couverture en Wallonie pour le vaccin hexavalent (près de 5 %, différence significative, enquête 2006) ; elles sont également meilleures en Flandre notamment pour le RRO (94,0 %), mais les différences ne sont pas significatives (enquête en 2005, vaccin hexavalent non introduit).

On constate en 2006 une nette amélioration de la couverture vaccinale, grâce notamment à l'introduction de vaccins combinés, et des inégalités sociales bien rattrapées probablement suite à la gratuité des vaccins et à l'action des structures préventives.

2.4 LE DÉPISTAGE DE L'ENFANCE MALTRAITÉE

L'ONE effectue une action de prévention et de prise en charge de la maltraitance à l'égard des enfants, à la fois à travers les travailleurs médico-sociaux de ses consultations et par le biais du subventionnement et de l'encadrement de 14 équipes multidisciplinaires^[25] de SOS enfants en Communauté française, dont 2 en Région bruxelloise^[26].

En 2007, ce dispositif a reçu en Région bruxelloise 1001 signalements^[27] (pour 3 615 en Wallonie (ONE) et 4 704 en Flandre (K&G)).

Dans 45,1 % des cas, ces signaleurs ne sont pas des professionnels (52,7 % en Wallonie, 43,8 % en Flandre) ; la mère reste le principal signaleur.

Tous les signalements ne sont pas traités par l'ONE : 60 % sont réorientés en fonction des cas vers d'autres acteurs du réseau, plus appropriés. Les cas étant de plus en plus complexes, les prises en charge s'étalent sur plusieurs années ; les 821 enfants pris en charge en 2007 en Région bruxelloise correspondent donc à la fois à des enfants déjà pris en charge les années précédentes et à des enfants nouvellement signalés.

On trouvera dans le tableau 4-07 l'âge des enfants pris en charge en Communauté française ; à Bruxelles, un tiers des enfants ont moins de 6 ans, un tiers ont entre 6 et 12 ans et un tiers ont plus de 12 ans (certains ont plus de 18 ans mais étaient mineurs au moment du signalement).

25 Composées de psychologues, assistants sociaux, psychiatres, pédiatres, juristes, administratifs.

26 Une action similaire est effectuée par Kind & Gezin mais nous ne disposons pas des chiffres pour les Bruxellois.

27 Un signalement ne donne pas automatiquement lieu à une prise en charge.

Selon les statistiques internationales, ce sont les jeunes enfants et les nourrissons qui sont les plus menacés par les mauvais traitements et les infanticides. On peut alors s'étonner de la faible représentation de cette tranche d'âge dans les enfants pris en charge (14,3 %). Si la maltraitance est moins repérable à cet âge, l'enfant n'étant pas scolarisé

et ne pouvant en général pas communiquer lui-même la maltraitance dont il fait l'objet, il est possible aussi que la prévention soit efficace ou que la gravité des actes soit telle que l'enfant est directement dirigé aux urgences hospitalières (17).

Tableau 4-07 Âge des enfants signalés pris en charge par l'ONE en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Moins de 3 ans	117	14,3 %	233	8,1 %	350	9,4 %
3-6 ans	147	17,9 %	420	14,5 %	567	15,3 %
6-12 ans	264	32,2 %	1 171	40,5 %	1 435	38,7 %
Plus de 12 ans	293	35,7 %	1 065	36,9 %	1 358	36,6 %
Total	821	100 %	2 889	100 %	3 710	100 %

Source : ONE, 2009

Les maltraitances diagnostiquées (qui peuvent être différentes des maltraitances signalées) sont reprises dans le tableau ci-dessous. Dans 8 % des cas, le diagnostic de maltraitance n'est pas retenu par l'équipe.

Tableau 4-08 Répartition des maltraitances diagnostiquées en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Physique	91	10,9 %	240	8,8 %	331	9,3 %
Sexuelle	210	25,2 %	681	25,0 %	891	25,0 %
Psychologique	36	4,3 %	252	9,2 %	288	8,1 %
Enfant à risque	187	22,4 %	651	23,9 %	838	23,5 %
Négligence grave	34	4,1 %	207	7,6 %	241	6,8 %
Autres	74	8,9 %	314	11,5 %	388	10,9 %
En cours d'évaluation	133	15,9 %	161	5,9 %	294	8,3 %
Pas de maltraitance	69	8,3 %	219	8,0 %	288	8,1 %
Total	834	100 %	2 725	100 %	3 559	100 %

Source : ONE, 2009

Dans 60 % des cas, l'auteur de la maltraitance fait partie de la famille. Ce n'est que dans 27 % des cas que l'auteur n'est pas connu de l'enfant. L'institution fréquentée par l'enfant est maltraitante dans 0,8 % des cas.

Tableau 4-09 Répartition des auteurs de maltraitance en Communauté française, 2007

	Bruxelles		Wallonie		Total	
Père	132	15,8 %	536	17,2 %	668	16,9 %
Mère	128	15,3 %	596	19,2 %	724	18,4 %
Famille au sens large	237	28,4 %	1 122	36,1 %	1 359	34,5 %
Connaissances (relations, voisinage)	29	3,5 %	122	3,9 %	151	3,8 %
Institutions	7	0,8 %	21	0,7 %	28	0,7 %
Autres	227	27,2 %	525	16,9 %	752	19,1 %
Non identifié	20	2,4 %	29	0,9 %	49	1,2 %
Sans objet	54	6,5 %	159	5,1 %	213	5,4 %
Total	834	100 %	3 110	94 %	3 944	93 %

Source : ONE, 2009

Dans plus de 60 % des cas, l'auteur de la maltraitance fait partie de la famille ou des connaissances de l'enfant.

3. Les adolescents de 10 à 19 ans

L'adolescence est un âge de passage : l'adolescent n'est plus un enfant mais n'est pas encore un adulte. Un des enjeux majeurs de cette période est la conquête progressive de l'autonomie. Durant l'adolescence, leur comportement sont de moins en moins influencés par leur parents et de plus en plus par leur pairs (18 ; 19).

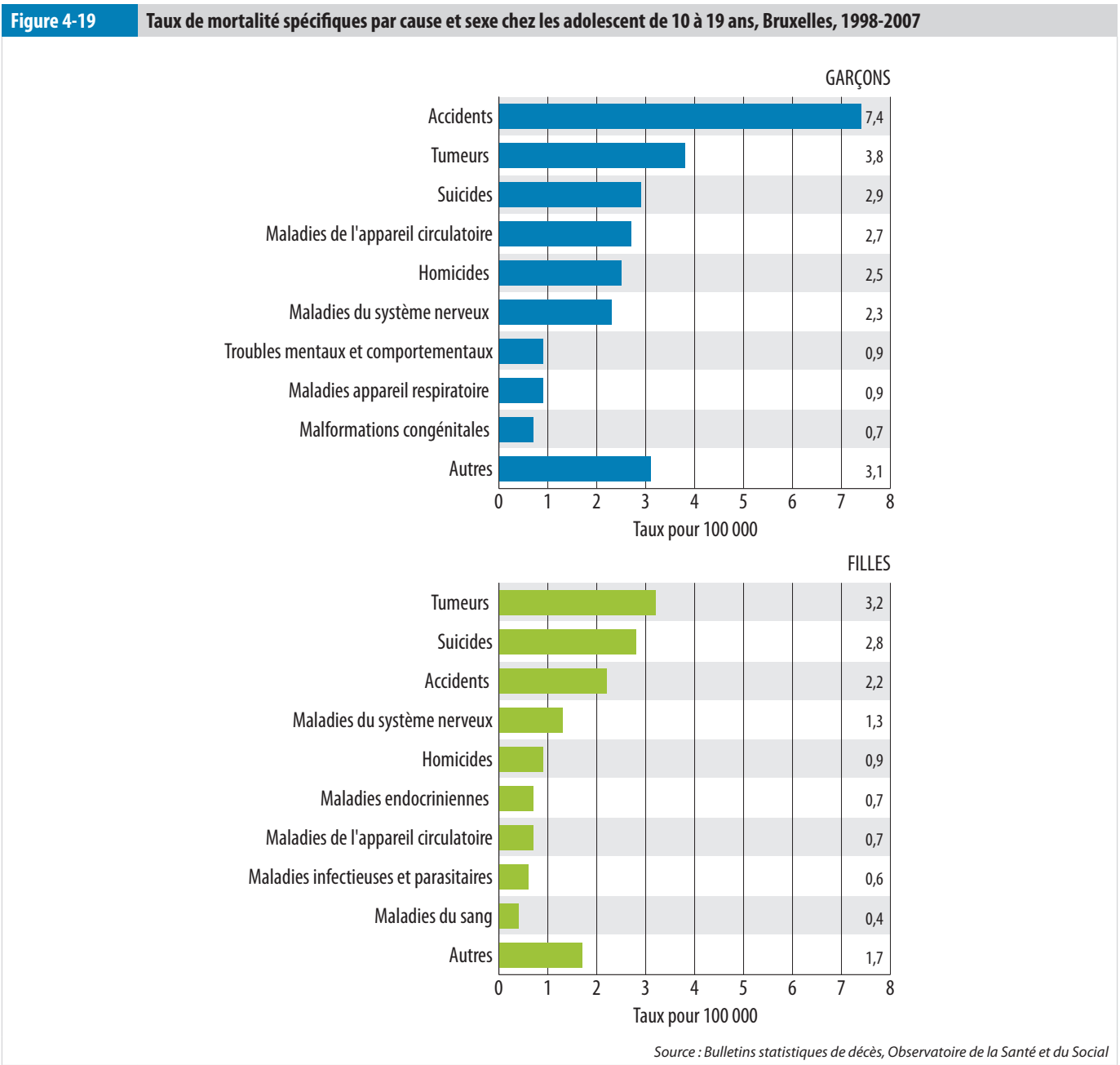
3.1 LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

3.1.1 La mortalité des adolescents

Comme le montre la figure 4-16 (chapitre 2.1), les adolescents de 10-19 ans constituent le groupe d'âge ayant le taux de mortalité le plus faible après les 5-9 ans, avec en

2007 un taux de mortalité spécifique de 13,7 pour 100 000 chez les garçons et 8,9 pour 100 000 chez les filles. Ces taux sont encore plus bas si on ne prend en considération que le groupe de 10-14 ans avec respectivement 10,3 pour 100 000 chez les garçons et aucun décès chez les filles. Le nombre de décès total entre 1998 et 2007 est de 151 pour les garçons et de 78 pour les filles.

Les taux de mortalité par causes chez les 10-19 ans diffèrent selon le sexe. Si l'on considère l'entièreté de la période 1998-2007, la première cause chez les garçons est de loin l'accident (accidents de circulation inclus). Chez les filles, l'accident n'arrive qu'en troisième rang dans les causes, ce qui laisse la première place aux tumeurs malignes.



Comme pour l'ensemble de la population bruxelloise, la mortalité des adolescents a diminué entre 1998 et 2007, passant de 134 décès pour la période 1998-2002 à 95 décès pour la période 2003-2007.

Globalement, entre les deux périodes, le nombre de décès d'adolescents de 10-19 ans a diminué pour les différentes causes (notamment pour les accidents), mais les trois premières causes demeurent les accidents, les tumeurs malignes et les suicides.

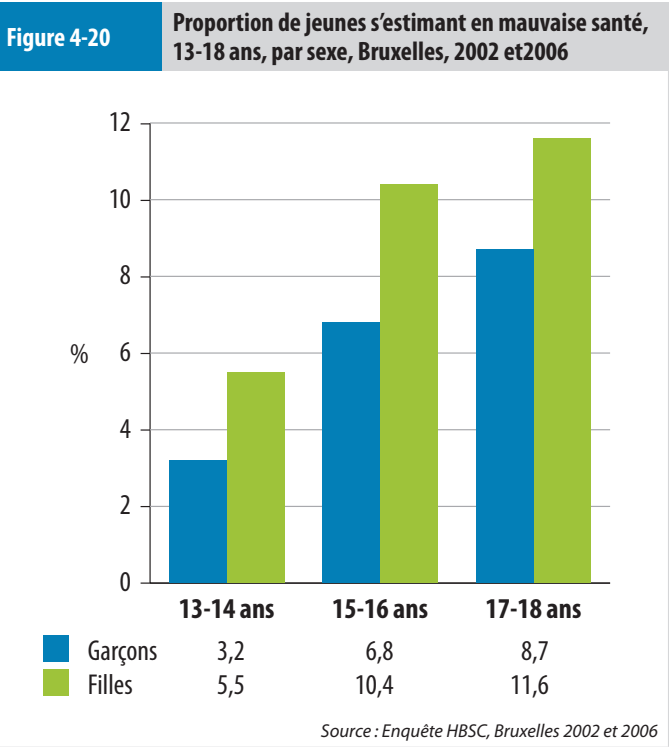
Tableau 4-10 Nombre de décès et taux de moratalité spécifique par cause et par période pour les adolescents de 10-19 ans, Bruxelles, 1998-2002 et 2003-2007				
Causes de décès	1998-2002		2003-2007	
	Nb	TMS	Nb	TMS
Accidents	35	6,4	18	3,3
Tumeurs	20	3,6	18	3,3
Suicides	16	2,9	15	2,7
Homicides	12	2,2	7	1,3
Maladies du système nerveux	10	1,8	10	1,8
Maladies de l'appareil circulatoire	10	1,8	9	1,6
Troubles mentaux et comportementaux	5	0,9	2	0,4
Maladies infectieuses et parasitaires	4	0,7	0	0,0
Maladies endocriniennes et nutritionnelles	4	0,7	0	0,0
Maladies de l'appareil respiratoire	0	0,0	3	0,5
Maladies du sang	0	0,0	2	0,4
Autres	18	3,3	11	2,0
Total	134	24,4	95	17,4

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

3.1.2 La morbidité des adolescents

La plupart des données sur la santé et sur les comportements des adolescents sont reprises des données recueillies dans le cadre de l'étude internationale «Health Behaviour in School-aged Children» patronnée par le Bureau Européen de l'Organisation Mondiale de la Santé^[28]. Seules les données 2002 et 2006 de l'enseignement francophone bruxellois sont reprises ici^[29]. Dans cette analyse, nous n'avons retenu que les adolescents de 13 à 18 ans.

L'état de santé peut être estimé par l'opinion que le jeune lui-même a de sa santé (perception de la santé ou **santé subjective**). Il s'agit de la réponse à la question «en général, que penses-tu de ta santé ?» Trois catégories de réponses étaient proposées : «Très bonne», «Assez bonne» et «Pas très bonne». Parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises, 6,1 % des jeunes garçons et 9,3 % des jeunes filles estiment que leur santé n'est pas très bonne. Les filles sont donc plus enclines que les garçons à ne pas s'estimer en bonne santé mais une majorité d'adolescents finalement «vont bien». Le pourcentage de jeunes s'estimant en mauvaise santé augmente avec l'âge. Il est plus élevé en Région bruxelloise que dans les autres régions du pays (Atlas de la santé et du social, p. 115).

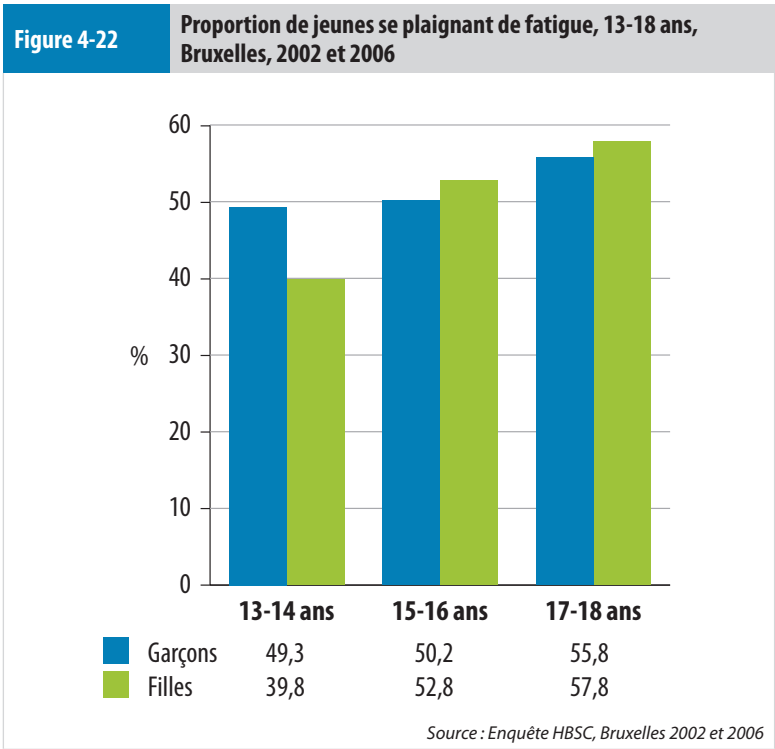
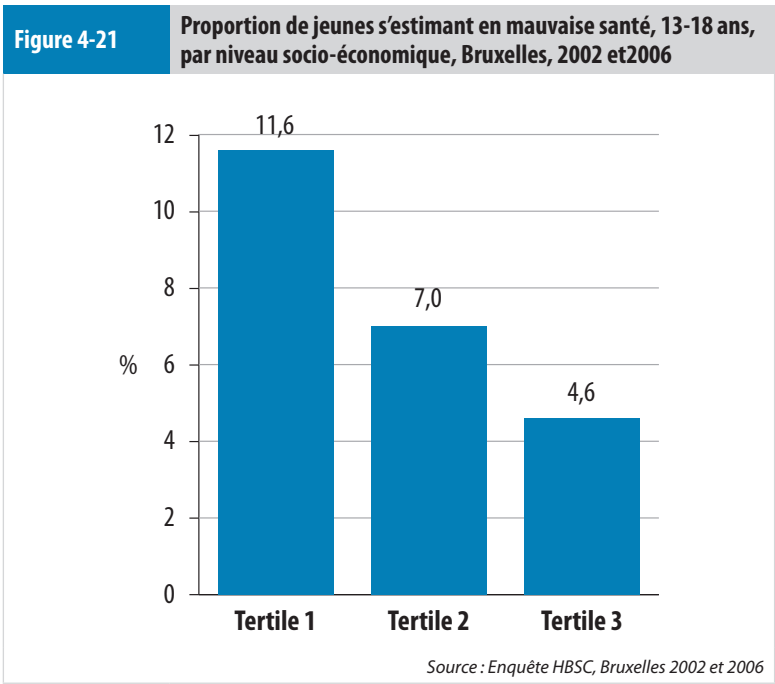


28 Pour plus d'informations voir le site www.hbsc.org.
29 Étude réalisée depuis 1986 par l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (PROMES).

La filière d'enseignement est également un bon indicateur du statut social futur du jeune lui-même (l'enseignement général mène plus souvent à une catégorie sociale plus favorisée car il permet de poursuivre des études supérieures), mais également du statut actuel du jeune (les jeunes de l'enseignement général sont plus souvent des enfants de parents favorisés que ceux de l'enseignement professionnel). On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : les jeunes de l'enseignement technique et professionnel sont plus nombreux que ceux de l'enseignement général à se déclarer en mauvaise santé (12,6 % et 13,0 % versus 7,6 %). Les élèves de milieu social plus défavorisé ^[30] sont également plus nombreux à se déclarer en mauvaise santé.

L'adolescence est donc en général un période de bonne santé mais la souffrance peut s'exprimer par des symptômes flous dont font partie les maux de tête, maux de ventre, fatigue, ...

La **fatigue** est un symptôme carrefour par excellence. Elle peut être liée au manque de sommeil, à une poussée de croissance, à un déficit de la balance énergétique ... (fatigue «physiologique») mais elle peut aussi avoir valeur d'appel dans certaines pathologies somatiques et dans la souffrance psychique (fatigue «pathologique») (18). Une forte proportion d'adolescents se plaint de fatigue : parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises 51,5 % des jeunes garçons et 50,7 % des jeunes filles se sont plaints de fatigue matinale plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois. Cette proportion augmente avec l'âge (figure 4-22). Le pourcentage de jeunes se plaignant de fatigue matinale ne varie pas significativement en fonction de la filière d'enseignement (non illustré).



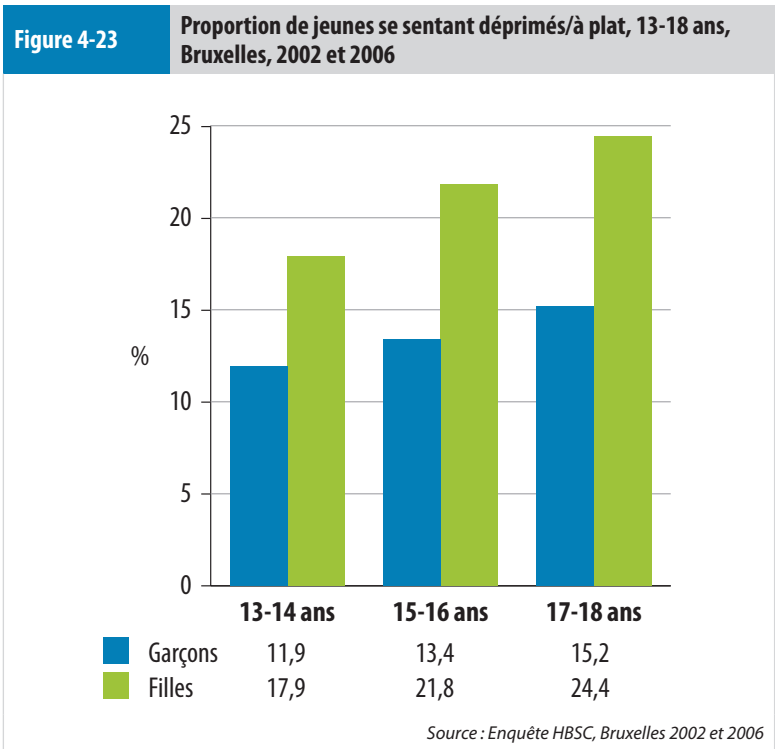
30 La population interrogée a été divisée en trois groupes (trois tertiles) de niveau socio-économique croissant. Le niveau socio-économique de la famille des jeunes est mesuré par un score intégrant 5 variables : le fait de posséder une voiture, le nombre de fois où la famille est partie en vacances l'année dernière, le nombre d'ordinateurs dans la famille, le statut d'activité des parents et l'aisance matérielle «perçue».

Parmi les jeunes fréquentant les écoles bruxelloises, 13,4 % des jeunes garçons et 21,5 % des jeunes filles se sont sentis **déprimés**, à plat plus d’une fois par semaine au cours des six derniers mois. Cette proportion augmente avec l’âge.

Les jeunes de l’enseignement professionnel et technique sont plus nombreux à s’être sentis déprimés, à plat que ceux de l’enseignement général (20,6 % et 24,9 % versus 16,6 %).

Ces plaintes ne témoignent pas forcément d’une réelle dépression mais peuvent être le symptôme du travail psychique de l’adolescent. Quand un adolescent éprouve des émotions tristes, quand il s’ennuie, cela n’est pas nécessairement négatif (18).

Finalement, la grande majorité des jeunes s’estiment heureux ou très heureux (83,3 % des garçons et 73,5 % des filles). Plus de 70 % des garçons et plus de 50 % des filles ont confiance en eux (souvent ou toujours). Les élèves de l’enseignement général se sentent plus heureux et ont plus confiance en eux que ceux des filières techniques et professionnelles.



1 adolescent sur 6 se sent déprimé ou à plat plus d’une fois par semaine.

3.2 LES COMPORTEMENTS DES ADOLESCENTS

3.2.1 Les dépendances

L’adolescence est souvent l’âge de l’expérimentation, et notamment du tabac, de l’alcool et des drogues. Quand la consommation prend le pas sur l’expérimentation et a pour objectif de pallier certaines difficultés, cela devient problématique.

Les pairs et les médias jouent un rôle important dans l’univers des adolescents. De ce fait, ceux-ci adoptent souvent des comportements à risque (tabac, alcool, drogues, ...) lors de relations avec leur pairs. La première cigarette, l’adolescent l’a rarement fumée seul. En fait, le jeune choisit souvent le groupe qui lui permet d’avoir le comportement qu’il souhaite, à risque ou pas. Et les jeunes en difficultés sont plus influençables face à ce groupe (18).

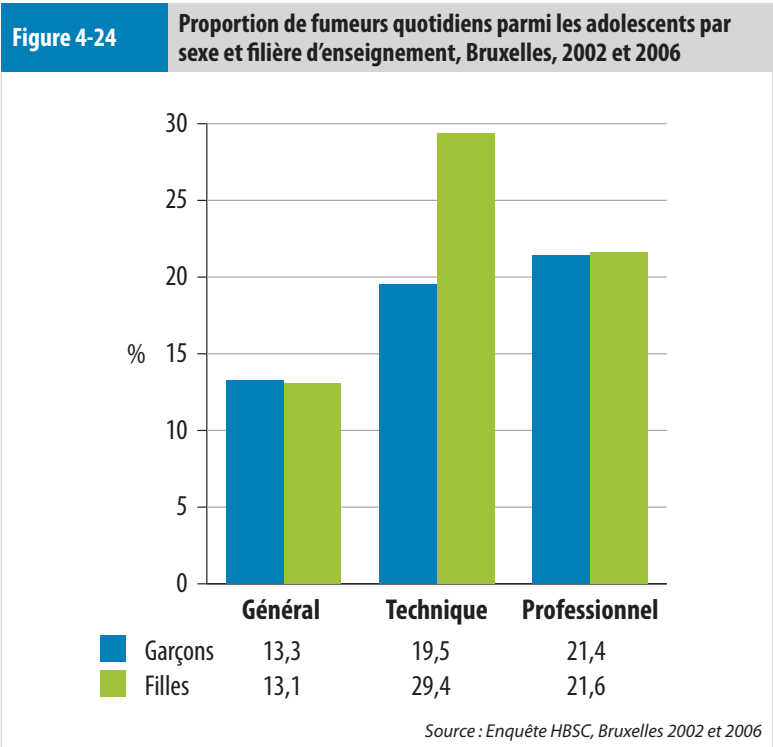
Les comportements de la famille (parents et fratrie) en matière de tabac et d’alcool ont également une influence (19).

Certains auteurs décrivent que les jeunes qui adoptent un comportement à risque (alcool, tabac, pas de port d’une ceinture de sécurité, cannabis, rapports sexuels non protégés ...) ont proportionnellement plus tendance à en adopter plusieurs (18). Inversement, les jeunes qui n’adoptent pas un certain comportement à risque ont tendance à ne pas en adopter d’autres. Par exemple, les jeunes qui ne boivent pas de manière excessive sont plus souvent non-fumeurs (20).

La consommation de tabac

Parmi les jeunes de 13-18 ans fréquentant les écoles bruxelloises, 10,7 % des garçons et 13,6 % des filles déclarent fumer quotidiennement. Selon l'enquête HBSC, la proportion d'adolescents fumeurs quotidiens augmente progressivement avec l'âge : de 1,4 % à 13-14 ans à 21,3 % à 17-18 ans chez les garçons et de 3,4 % à 23,4 % chez les filles. On observe des différences importantes selon la filière d'enseignement : pour les garçons, c'est parmi les élèves de l'enseignement professionnel que le tabagisme est le plus fréquent, pour les filles c'est parmi les élèves de l'enseignement technique que l'on trouve le plus de fumeuses.

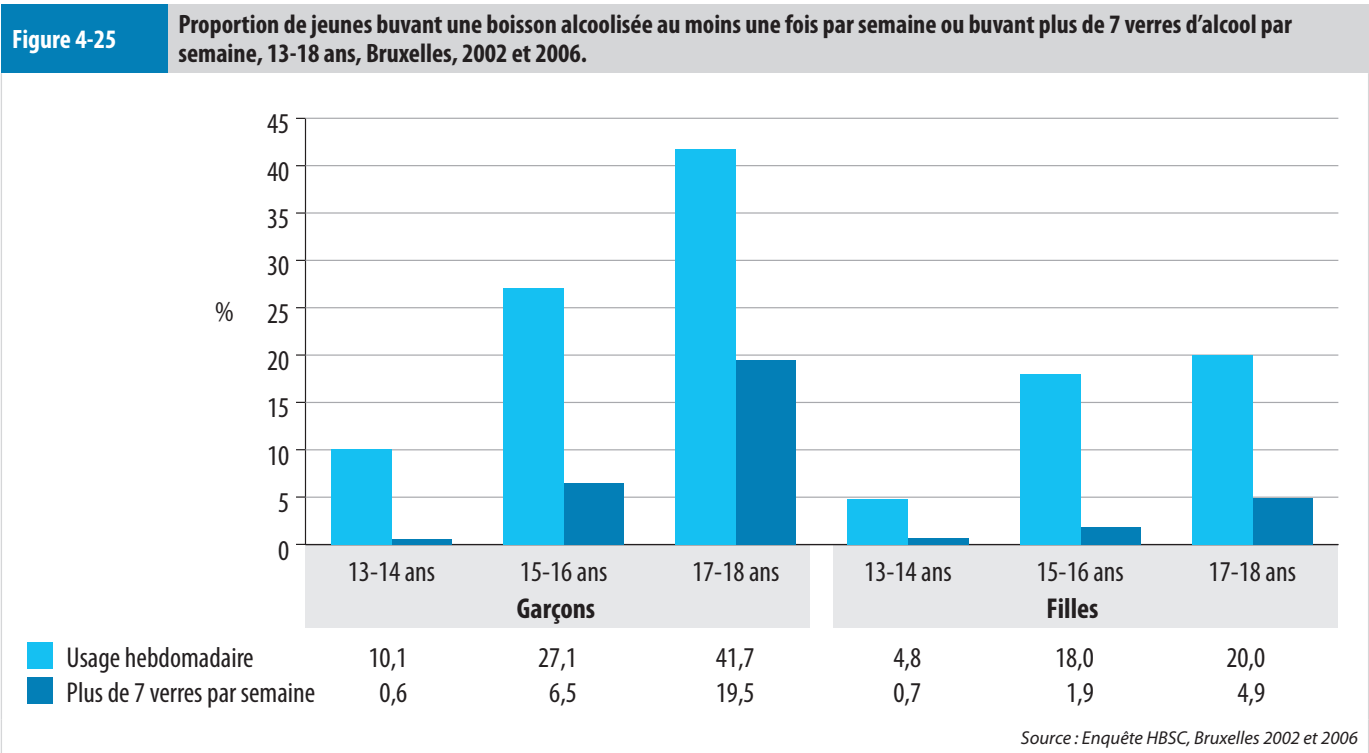
Près de 30 % des filles fréquentant l'enseignement technique fument quotidiennement.



La consommation d'alcool

Parmi les adolescents qui fréquentent les écoles bruxelloises, 25,4 % des jeunes garçons et 14,7 % des jeunes filles déclarent boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Une partie de ceux-ci consomment des quantités importantes d'alcool : 8,2 % des jeunes garçons et 2,5 % des jeunes filles déclare boire plus de 7 verres d'alcool par semaine. La consommation hebdomadaire d'alcool concerne plus fréquemment les garçons que les

filles. Les différences sont encore plus marquées pour la consommation de quantités importantes : le risque est plus de trois fois plus élevé chez les garçons que chez les filles. Ces deux comportements augmentent fortement avec l'âge. La part de grands buveurs parmi l'ensemble des buveurs hebdomadaires augmente également avec l'âge. (Enquête HBSC).



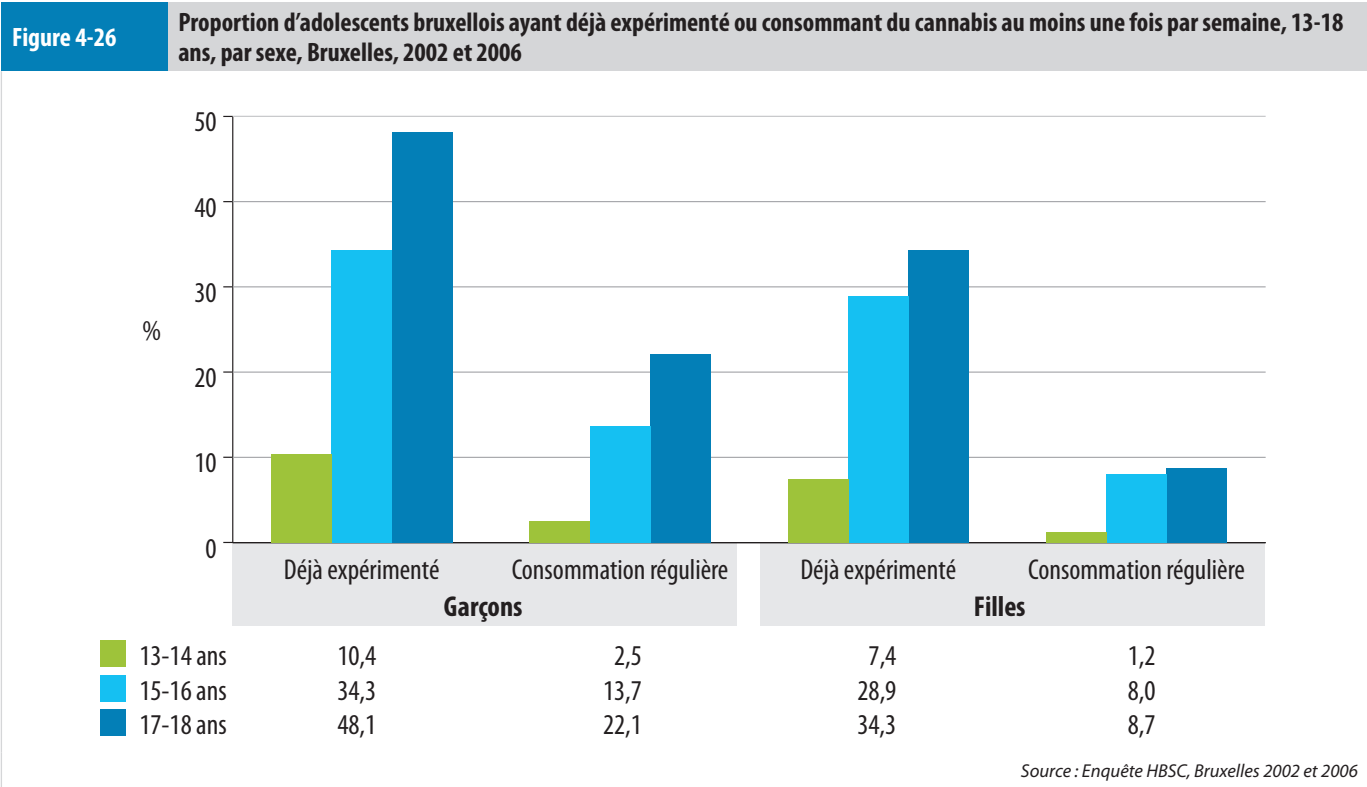
Le «binge drinking» consiste à boire de grandes quantités de boissons alcoolisées en peu de temps, pour atteindre rapidement l'ivresse. Dans l'enquête HBSC il a été mesuré par la proportion de jeunes ayant consommé au moins 5 verres au cours d'une même occasion trois fois ou plus au cours des 30 jours précédant l'enquête.

Ce mode de consommation est assez fréquent chez les jeunes Bruxellois et augmente avec l'âge. Ainsi parmi les 17-18 ans, 31 % des garçons et 12,5 % des filles ont consommé au moins cinq verres en une occasion au moins trois fois au cours du mois écoulé. Ces proportions sont importantes déjà chez les jeunes adolescents : 5 % des adolescents de 13-14 ans, 13 % des garçons et 9 % des filles de 15-16 ans.

La consommation d'autres drogues

La **consommation de cannabis** par les adolescents est influencée par celle de leurs pairs. Chez les jeunes, l'expérimentation et la consommation de cannabis s'explique notamment par la curiosité et la recherche de convivialité. Elle s'estompe bien souvent lors de l'entrée dans la vie adulte (21). L'enquête HBSC donne quelques estimations de la consommation de drogues illicites chez les adolescents. 30,1 % des jeunes garçons bruxellois et 24,2 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé du cannabis. Cette différence n'est pas significative.

Par contre, deux fois plus de garçons consomment régulièrement du cannabis (au moins une fois par semaine) que les filles : 12,3 % des jeunes garçons bruxellois et 6,2 % des jeunes filles bruxelloises. La prévalence de l'expérimentation et de la consommation régulière du cannabis augmente avec l'âge (figure 4-26). Elle est significativement plus élevée parmi les jeunes de l'enseignement général que ceux de l'enseignement technique ou professionnel.



La consommation de cannabis est plus fréquente parmi les jeunes de l'enseignement général que parmi ceux des filières technique ou professionnelle.

L'ecstasy est une drogue de synthèse dérivée des amphétamines. L'ecstasy est essentiellement psychostimulante et désinhibitrice. Son utilisation a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Son usage est souvent lié à la participation à des soirées techno ou à la fréquentation de discothèques (21).

Seuls 3,6 % des jeunes garçons bruxellois et 3,4 % des jeunes filles bruxelloises déclarent avoir déjà consommé de l'ecstasy. Cette différence n'est pas significative.

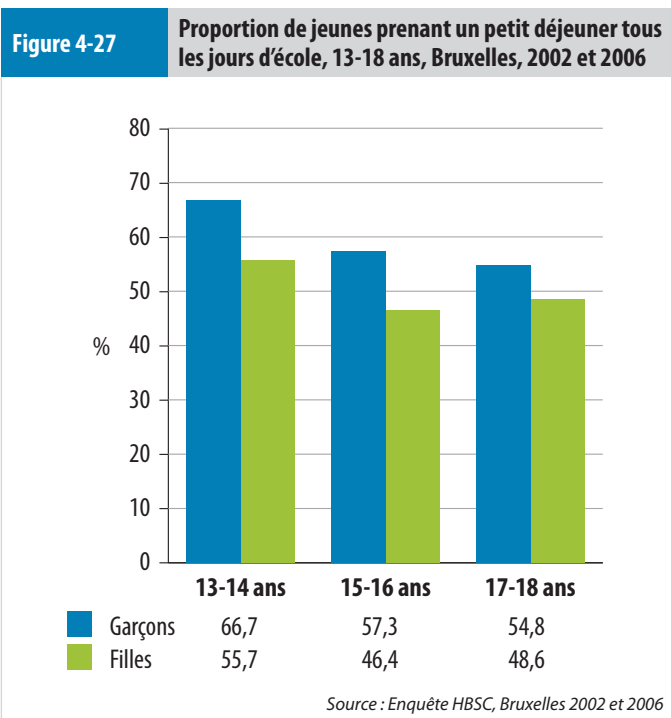
3.2.2 Les habitudes alimentaires des adolescents

Les comportements alimentaires des adolescents sont encore très influencés par les modèles familiaux et culturels (18). L'influence des pairs semble moins importante que pour l'alcool et le tabac car une partie des habitudes nutritionnelles se mettent en place dès l'enfance (10). Les inégalités sociales de nutrition apparaissent dès l'enfance et se maintiennent à l'adolescence (22).

La prise régulière d'un petit déjeuner

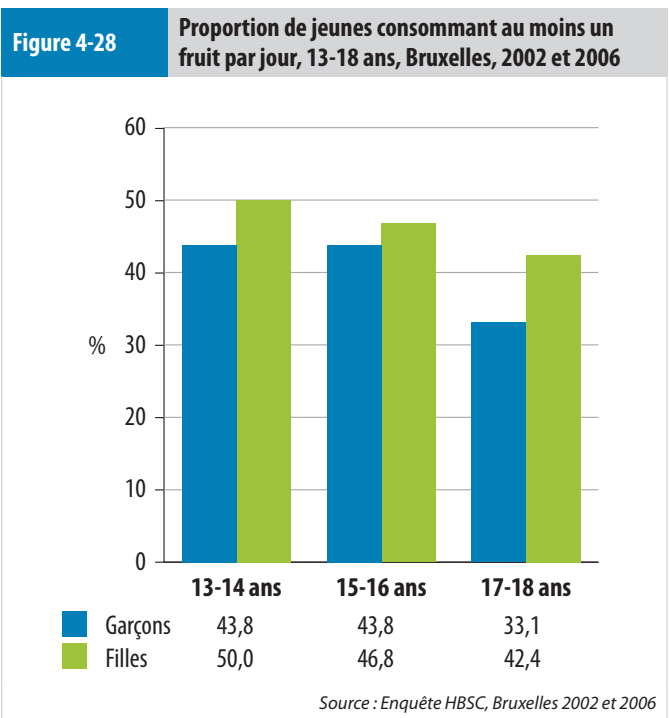
Les garçons sont plus nombreux que les filles à prendre un petit déjeuner les jours d'école : 59,8 % des jeunes garçons bruxellois et 49,9 % des jeunes filles bruxelloises déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours d'école. La prise régulière d'un petit déjeuner diminue avec l'âge. Les jeunes de 13-14 ans sont plus de 60 % à déclarer prendre un petit déjeuner tous les jours d'école contre environ 50 % chez les 15-16 ans et les 17-18 ans.

Cette proportion varie aussi selon la filière : 61 % des garçons et 56 % des filles de l'enseignement général contre 49,5 % des garçons et 30,1 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent prendre un petit déjeuner tous les jours.

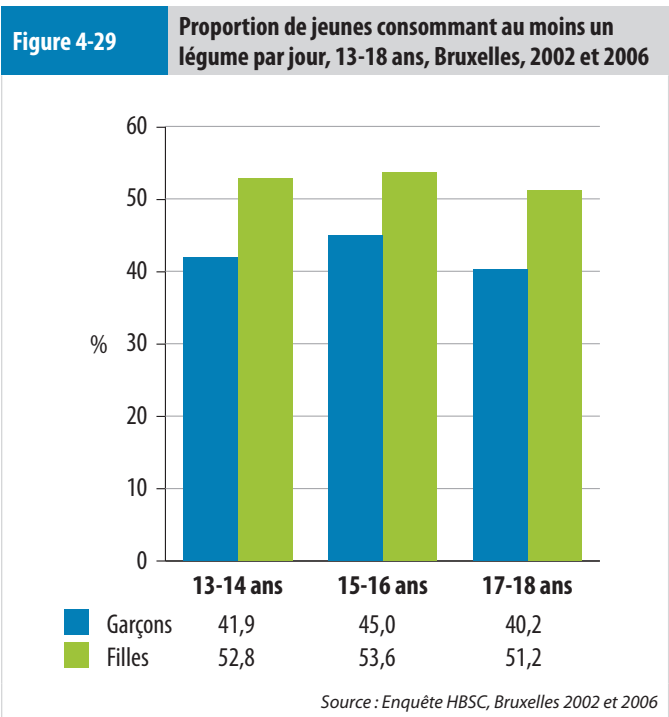


La consommation régulière de fruits et de légumes

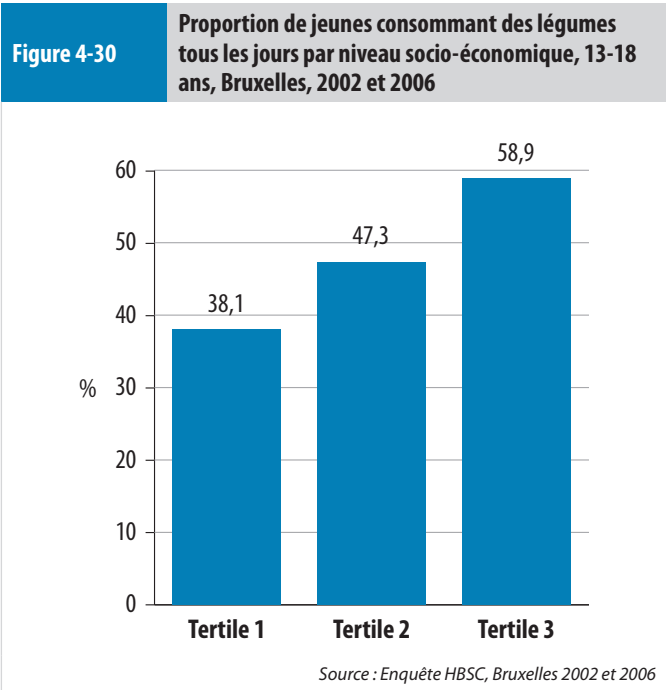
La consommation quotidienne de fruits est déclarée par 40,8 % des jeunes garçons bruxellois et 46,2 % des jeunes filles bruxelloises. La consommation quotidienne de fruits diminue avec l'âge. La consommation quotidienne de fruits varie aussi selon le statut socio-économique : 48,6 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 38,7 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer au moins un fruit par jour.



Quant à la consommation quotidienne de légumes, elle est déclarée par 42,5 % des jeunes garçons bruxellois et 52,6 % des jeunes filles bruxelloises.

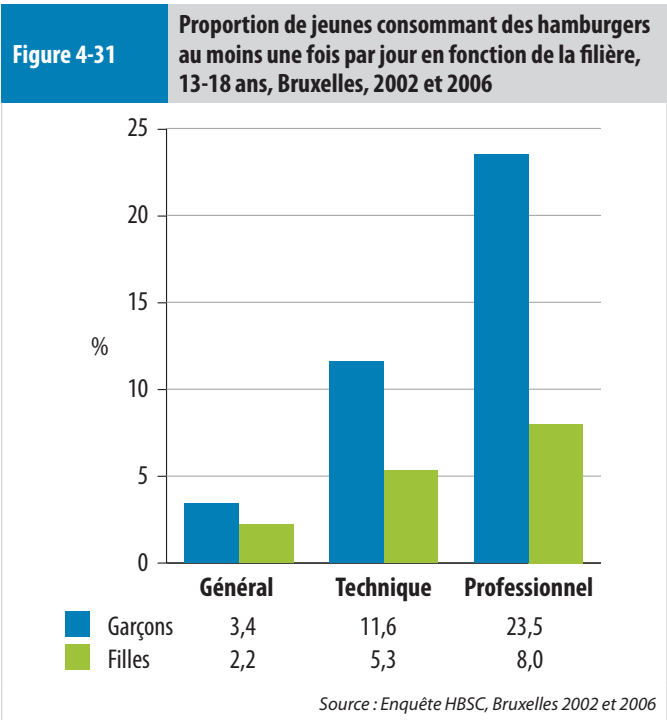


La consommation quotidienne de légumes reste stable avec l'âge. Par contre, elle est d'autant plus importante que le milieu social est aisé.

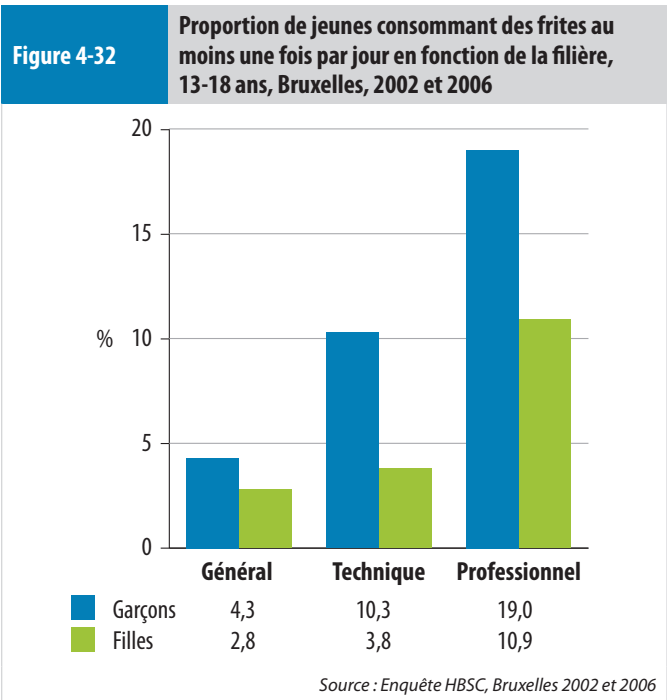


La consommation régulière d'aliments fast-food

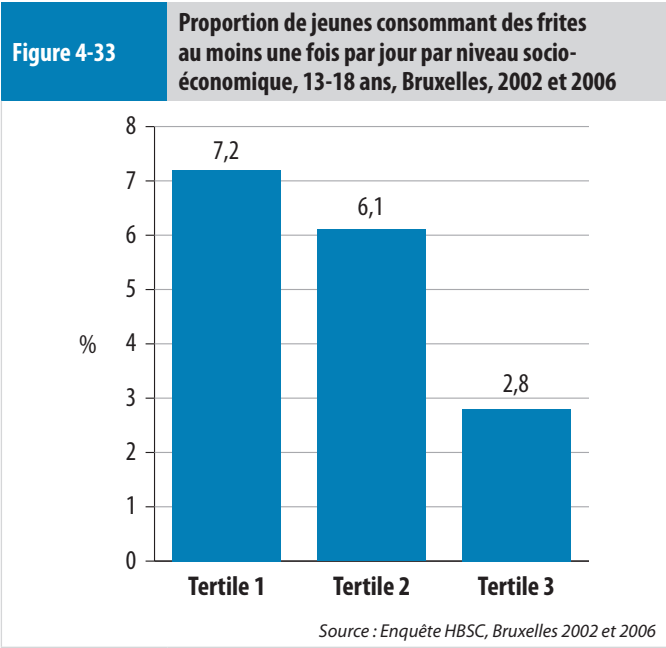
La consommation de hamburgers est un indicateur de la consommation d'aliments «fast-food». 7,7 % des jeunes garçons bruxellois et 3,5 % des jeunes filles bruxelloises disent consommer des hamburgers quotidiennement. La consommation quotidienne de hamburgers ne varie pas significativement en fonction de l'âge. Par contre, elle varie selon la filière : 3,4 % des garçons et 2,2 % des filles de l'enseignement général contre 11,6 des garçons et 5,3 % des filles de l'enseignement technique et 23,5 % des garçons et 8,0 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent consommer des hamburgers au moins une fois par jour (figure 4-31). Elle varie aussi selon le statut socio-économique : 2,4 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 7,0 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer des hamburgers au moins une fois par jour.



Des frites sont consommées tous les jours par 7,9 % des jeunes garçons bruxellois et 4,0 % des jeunes filles bruxelloises. Comme pour les hamburgers, la consommation quotidienne de frites ne varie pas significativement en fonction de l'âge mais varie selon la filière : 4,3 % des garçons et 2,8 % des filles de l'enseignement général contre 10,3 % des garçons et 3,8 % des filles de l'enseignement technique et 19,0 % des garçons et 10,9 % des filles de l'enseignement professionnel déclarent consommer des frites au moins une fois par jour (figure 4-32). La consommation quotidienne de frites varie aussi selon le statut socio-économique : 2,8 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 7,2 % du tertile le plus défavorisé déclarent consommer des frites au moins une fois par jour (figure 4-33).



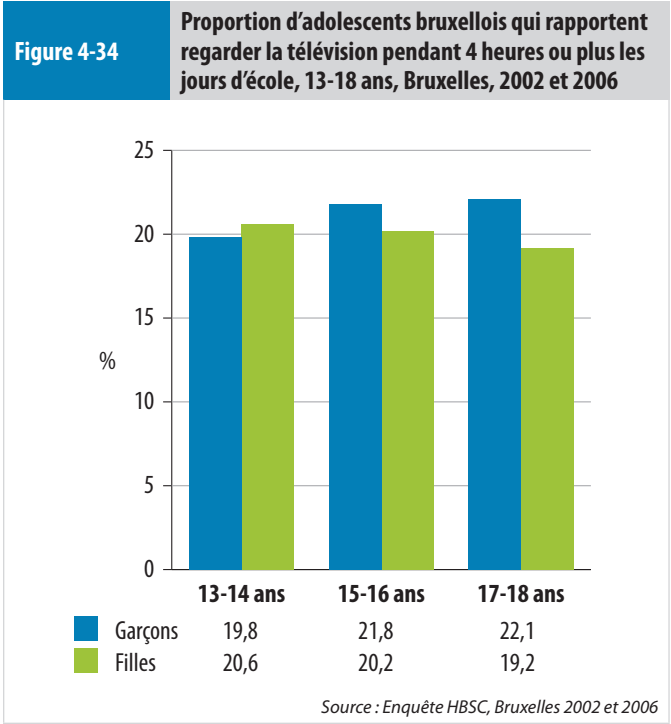
On observe donc de constantes inégalités sociales (évalués par la filière d'enseignement ou le niveau socio-économique) en ce qui concerne le comportement alimentaire des adolescents ; il est important d'en tenir compte lors de l'élaboration de politiques de santé qui ne peuvent se limiter à des injonctions faisant peser sur les individus seuls, la responsabilité de modifier leurs comportements.



Près d'un quart des garçons de l'enseignement professionnel consomment des hamburgers au moins une fois par jour ; un cinquième de ces garçons consomment quotidiennement des frites.

3.2.3 L'usage abusif de télévision

Parmi les jeunes Bruxellois, 21,2 % des garçons et 20,0 % des filles déclarent regarder la télévision pendant quatre heures ou plus les jours d'école. Cette différence filles garçons n'est pas significative.



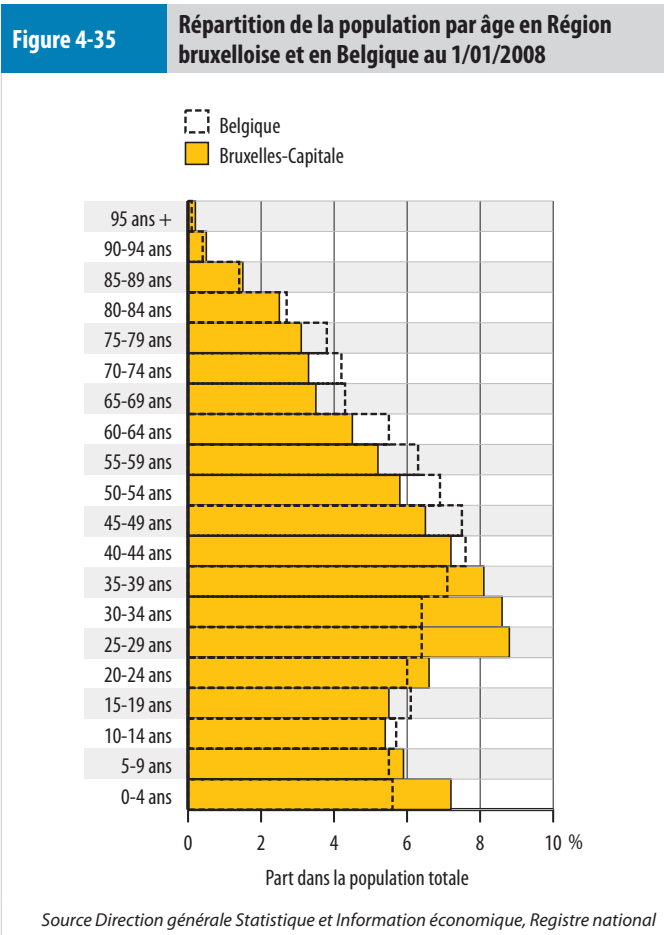
Ce chapitre sur les adolescents peut sembler réducteur par rapport à la richesse de l'adolescence ; l'accent mis sur les comportements de santé se justifie dans un Tableau de bord de la santé, mais le peu de données disponibles sur les jeunes Bruxellois ne nous permet pas de décrire toute la complexité de cette période.

4. Les adultes

Les adultes sont les personnes «d'âge actif», en général les 18-64 ans. Nous avons voulu ici éclairer plus particulièrement deux groupes d'âges : les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen.

4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

La catégorie des **jeunes adultes** (25-34 ans) est toujours surreprésentée dans les populations urbaines. La Région bruxelloise n'échappe pas à la règle, puisqu'elle présente une surreprésentation importante de jeunes adultes par rapport à l'ensemble du pays (figure 4-35). Cette surreprésentation est encore plus prononcée qu'il y a dix ans à cause d'une diminution du nombre de personnes de cette tranche d'âge dans l'ensemble du pays, et d'une augmentation en Région bruxelloise.



Le début de la vie adulte est marqué par des décisions importantes dans plusieurs domaines de la vie : les jeunes adultes entrent dans le marché du travail, ils construisent un couple, ont des enfants (voir p. 38-39 dans «Observatoire de la santé et du social, Atlas de la santé et du social, 2006» disponible sur www.observatbru.be), et ils entrent aussi dans le marché du logement qui va souvent de pair avec un changement du lieu de résidence ou une migration. En

effet, beaucoup de Bruxellois de cet âge quittent la ville à la recherche d'un logement abordable répondant à leurs besoins alors qu'un certain nombre de jeunes adultes provenant de l'étranger viennent s'installer à Bruxelles (voir figure 1.2.9 dans «IBSA, Indicateurs statistiques, 2008»).

Les caractéristiques économiques de beaucoup de jeunes adultes bruxellois sont plutôt inquiétantes : faible niveau d'instruction, chômage élevé, haut degré de dépendance par rapport à l'aide sociale ... (voir «Observatoire de la santé et du social, Baromètre social 2009» disponible sur www.observatbru.be).

Si le début de la vie adulte correspond en général au début de la vie reproductive, on assiste toutefois ces dix dernières années à l'augmentation de l'âge des mères, poursuivant les évolutions déjà entamées depuis les années 80 : les mères de moins de 20 ans sont proportionnellement moins nombreuses tandis que s'accroît la part des mères de 35 à 39 ans (+27 %) et de plus de 40 ans (+55 %). Cette augmentation résulte probablement à Bruxelles d'un report des grossesses à un âge plus avancé, mais également d'une proportion plus élevée de mères multipares (ayant déjà eu plusieurs enfants).

Ceci n'est pas à négliger puisque les grossesses sont plus à risque dans ces tranches d'âge : au-delà de 35 ans le risque de prématurité, de mortalité périnatale et d'intervention obstétricale augmente (pour plus d'information, se reporter à la Partie 4 de notre dossier : «Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004», disponible sur www.observatbru.be). Il existe des disparités à l'intérieur de la Région Bruxelloise : dans les communes plus aisées, on répertorie plus de mères de 40 ans et plus (voir «Observatoire de la Santé et du Social, Fiches communales d'analyse des statistiques locales en Région bruxelloise, 2010» disponible sur www.observatbru.be).

Les adultes d'âge moyen (45-54 ans) attirent également notre attention parce que la mortalité commence à augmenter sensiblement à cet âge, en tout cas pour les hommes (voir figure 4-16). Ils sont sous-représentés en Région bruxelloise par rapport à l'ensemble du pays (figure 4-35).

Cette sous-représentation est devenue plus importante ces 10 dernières années à cause d'une augmentation plus importante de personnes de cette tranche d'âge en Belgique qu'en Région bruxelloise. De plus, dans ce groupe d'âge, la Région bruxelloise perd des habitants au profit du reste du pays, perte compensée par des immigrants de l'étranger mais en effectifs beaucoup moins importants (voir figure 1.2.9 dans «IBSA, Indicateurs statistiques, 2008»).

Le niveau de scolarité des adultes d'âge moyen est semblable à celui observé au niveau belge dans cette même tranche d'âge, mais leur participation au marché du travail est plus basse que celle mesurée en moyenne dans le pays (voir «Observatoire de la santé et du social, Baromètre social 2009» disponible sur www.observatbru.be).

C'est chez les adultes également que l'on trouve le plus d'**aidants informels**, c'est-à-dire des personnes (du ménage, de la famille plus large ou faisant partie des voisins ou connaissances) qui fournissent des soins non rétribués pour aider leurs proches ayant des difficultés dans la vie quotidienne. Selon les données de l'Enquête socio-économique de 2001 (23), 9 % des Bruxellois fournissaient des soins informels, ce qui est égal à la moyenne belge et ce qui contredit l'image d'anonymat d'une grande ville. Les femmes fournissent plus souvent des soins informels que les hommes, surtout dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans (17 % des femmes dans cette tranche d'âge, pouvant atteindre 29 % dans certains quartiers de Bruxelles) ; cependant, en termes relatifs, la proportion d'hommes de plus de 80 ans aidants informels est plus importante que celle des femmes.

Selon la même enquête, 3,0 % des Bruxellois fournissent des soins informels à des membres de leur ménage, 4,2 % à des membres de leur famille hors ménage et 3,1 % à des voisins, amis ou connaissances.

La répartition spatiale des aidants informels au sein de la population bruxelloise est inégale et reflète la structure d'âge des quartiers ainsi que la santé de leurs habitants. (Pour plus d'information, se reporter à la Partie 3 de notre dossier : «Vivre chez soi après 65 ans, Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles», disponible sur www.observatbru.be)

Les jeunes adultes sont surreprésentés en Région bruxelloise.

4.2 LA SANTÉ DES JEUNES ADULTES ET DES ADULTES D'ÂGE MOYEN

4.2.1 La santé perçue

La proportion de mauvaise santé perçue augmente avec l'âge. Parmi les jeunes adultes bruxellois, 13,5 % des hommes et 13,6 % des femmes estiment que leur santé n'est pas bonne (moyenne, mauvaise ou très mauvaise). Parmi

les adultes d'âge moyen, cette proportion est quasi double chez les hommes (25,6 %) et quasi triple chez les femmes (31,8 %). Après 35 ans, les femmes sont plus enclines que les hommes à ne pas s'estimer en bonne santé.

Tableau 4-11 Proportion de Bruxellois qui ne s'estiment pas en bonne santé, par sexe et par âge, Bruxelles, 2004					
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Hommes	6,4 %	13,5 %	22,1 %	25,6 %	31,0 %
Femmes	15,2 %	13,6 %	26,0 %	31,8 %	32,2 %

Source : ISP, Enquête de santé 2004

4.2.2 La mortalité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen

La mortalité prématurée est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, à tout âge de la vie, et donc aussi chez les adultes (tableau 4-12). À partir de 40 ans et surtout après 50 ans les taux de mortalité masculins augmentent, ce qui augmente l'écart de mortalité entre les hommes et les femmes adultes. En effet, chez les femmes, l'augmentation de la mortalité est plus progressive et elle est plus prononcée à partir de 69 ans (figure 4-16).

Cet écart de mortalité hommes-femmes a diminué au cours des dernières années (voir figure 1-19, Partie I). En effet la mortalité prématurée des hommes et des femmes diminue depuis 1990. Cette diminution est plus importante pour les hommes (diminution de la mortalité prématurée par accidents de la circulation, liée à l'alcool, et par cancer du poumon) que pour les femmes (augmentation de la mortalité prématurée par cancer du poumon).

Tableau 4-12 Taux de mortalité pour 100 000, par sexe et par âge, Bruxelles, 2007								
	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Hommes	55,1	70,4	110,2	148,9	331,7	457,1	815,7	1408,0
Femmes	19,1	36,2	105,3	113,4	201,7	302,2	485,6	766,2

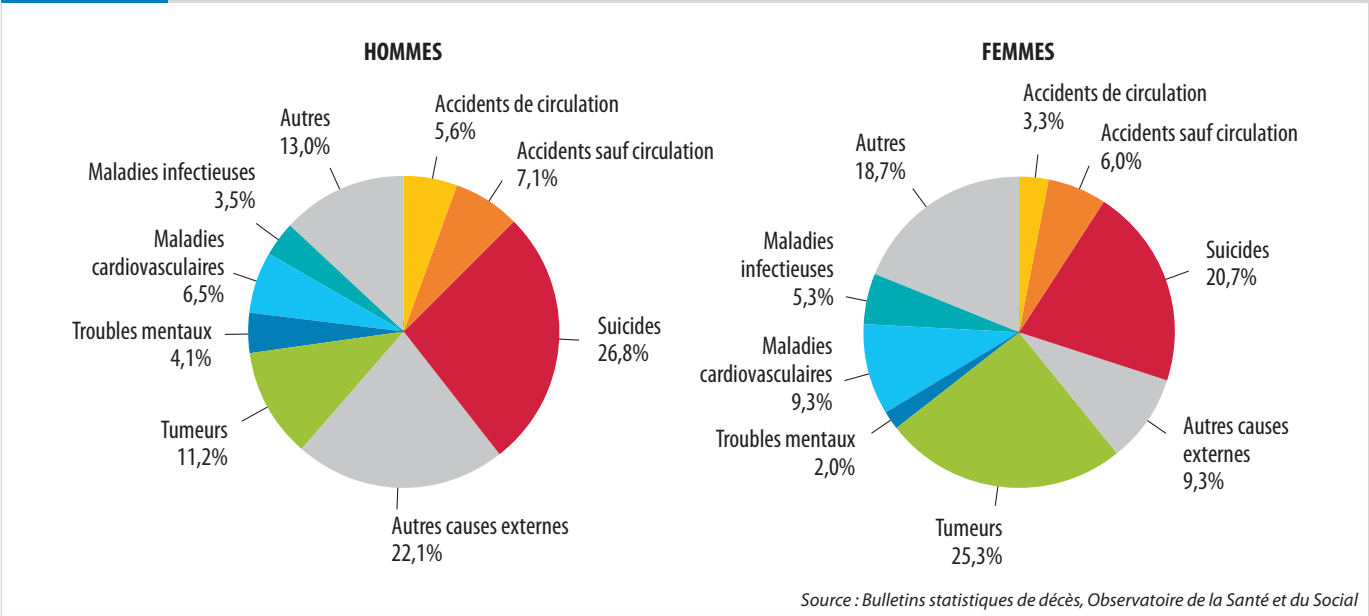
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

La mortalité des jeunes adultes (25-34 ans)

Pour la période 2003-2007, on a enregistré 339 décès d'hommes entre 25 et 34 ans et 150 décès de femmes de cette tranche d'âge.

Chez les hommes, plus de six décès sur dix ont pour cause des causes externes, dont essentiellement des suicides et des accidents (de circulation ou domestiques). Chez les femmes, près de quatre décès sur dix ont pour causes des causes externes, et près d'un quart sont causés par des cancers.

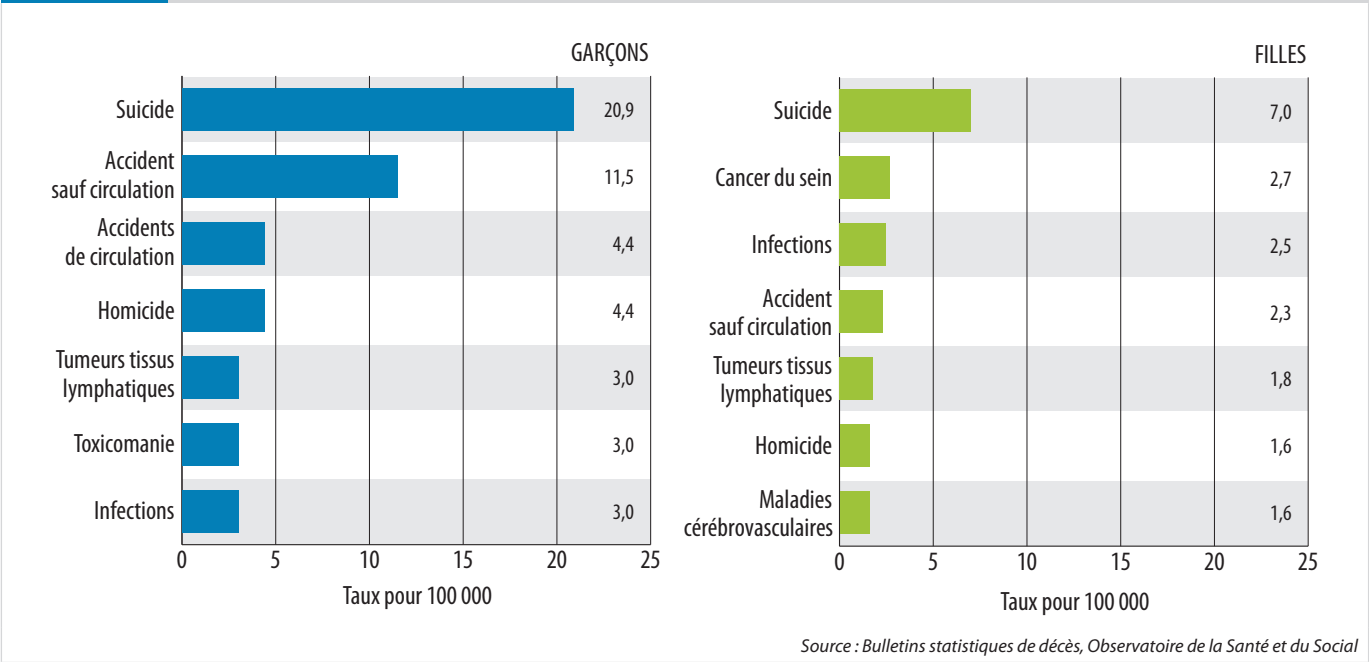
Figure 4-36 Distribution des causes de décès des 25-34 ans, par sexe, Bruxelles, 2003-2007



Dans le top 5 des causes de mortalité des hommes de 25 à 34 ans, le suicide arrive en premier lieu ; suivi par les accidents (à l'exclusion des accidents de circulation). Les homicides et les accidents de circulation sont en troisième position.

Pour les femmes de 25-34-ans, la première cause de décès est également le suicide, suivi par les cancers du sein, les infections et les accidents (à l'exclusion des accidents de circulation). Les hommes de 25-34 ans meurent plus d'accidents de circulation que les femmes.

Figure 4-37 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les adultes de 25 à 34 ans, Bruxelles, 2003-2007



Le suicide est la première cause de décès des adultes de 25 à 34 ans (environ 25 décès par an).

La mortalité des adultes d'âge moyen (45-54 ans)

Pour la période 2003-2007, on a enregistré 1432 décès d'hommes entre 45 et 54 ans et 915 décès de femmes de cette tranche d'âge.

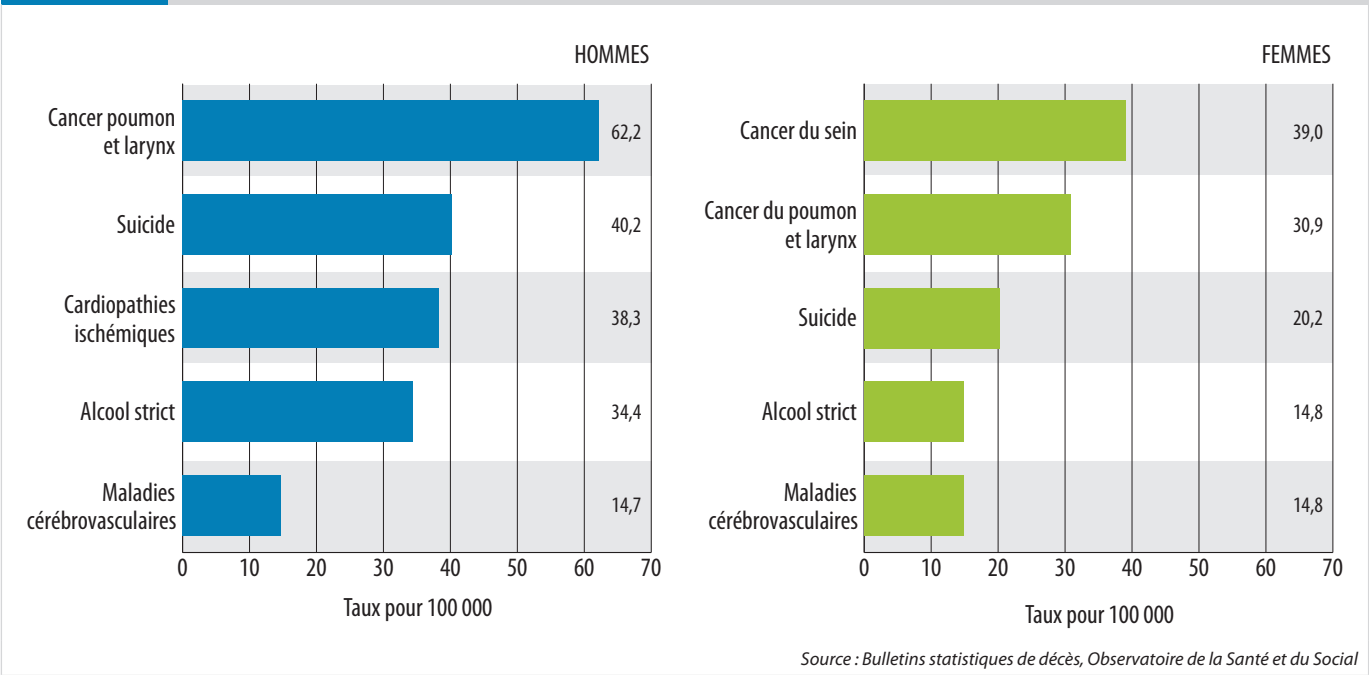
Les principales causes de décès des adultes d'âge moyen sont différentes de celles des jeunes adultes.

Chez les hommes, le cancer du poumon et du larynx est devenu la première cause de mortalité. Il est suivi par les

suicides. Les cardiopathies ischémiques sont en troisième position et les maladies liées à l'alcool, prises dans leur définition la plus étroite, en quatrième.

Chez les femmes, la première cause de décès est le cancer du sein, suivi par les cancers du poumon et du larynx, les suicides et les maladies liées à l'alcool prises dans leur définition la plus étroite.

Figure 4-38 Taux de mortalité spécifiques par cause et sexe chez les adultes de 45 à 54 ans, Bruxelles, 2003-2007



4.2.3 La morbidité des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen

Les maladies chroniques

La prévalence des maladies chroniques est estimée à partir de l'Enquête de santé 2004.

Parmi les jeunes adultes bruxellois (25-34 ans), 13,3 % des hommes et 13,5 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue

durée ou de handicaps. Parmi les adultes de 45 à 54 ans, cette proportion a doublé chez les hommes (28,9 %) et quasi triplé chez les femmes (36,7 %). La perception de la santé en fonction de l'âge (par. 4.2.1) est donc à mettre en rapport avec la prévalence des maladies chroniques en fonction de l'âge.

Tableau 4-13	Proportion de Bruxellois qui déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique, une affection de longue durée ou un handicap, par sexe et par âge, 2004				
	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans
Hommes	11,5 %	13,3 %	23,4 %	28,9 %	44,9 %
Femmes	13,3 %	13,5 %	22,2 %	36,7 %	39,2 %

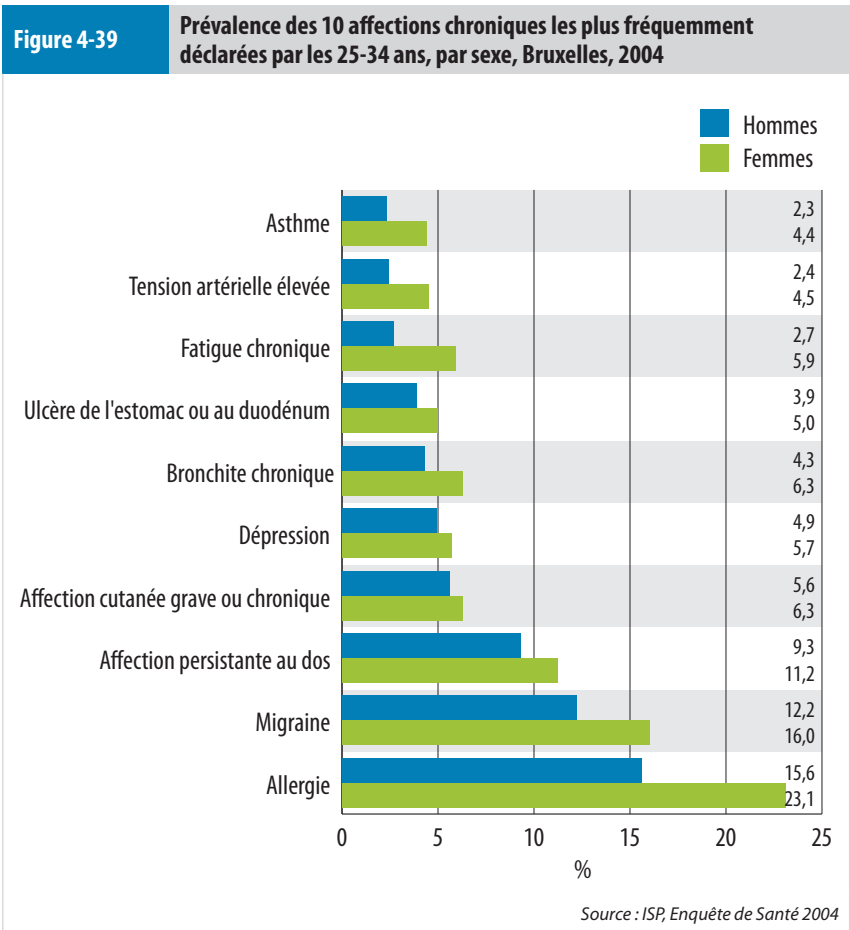
Source : ISP, Enquête de santé 2004

Chez les jeunes adultes (25-34 ans), la maladie chronique la plus fréquemment déclarée dans l'Enquête de santé est l'allergie. Elle est citée par plus d'une femme de cette tranche d'âge sur cinq et environ un homme sur six.

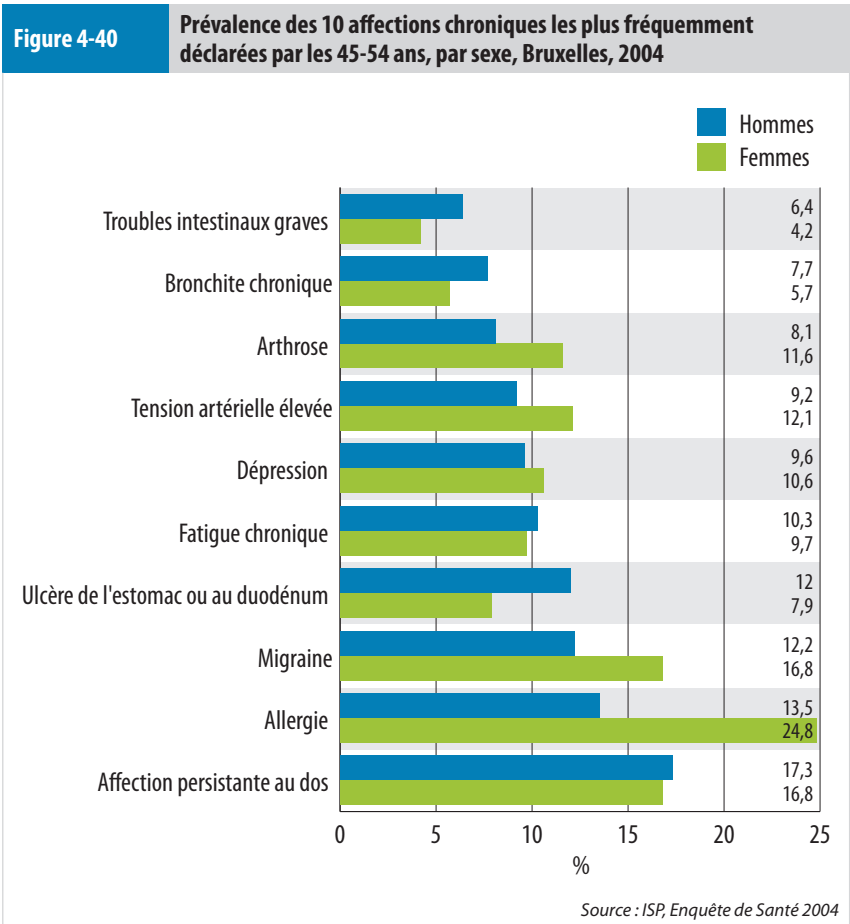
La deuxième maladie la plus fréquemment déclarée par les jeunes adultes, est la migraine qui touche environ une femme sur six et un homme sur huit.

Vient ensuite l'affection persistante du dos : à Bruxelles, plus d'un jeune adulte sur 10 déclare souffrir régulièrement de maux de dos.

La dépression arrive en cinquième position chez les hommes adultes (près d'un jeune adulte sur 20) et en sixième chez les femmes (précédée par les maladies chroniques respiratoires mais citée par plus d'une jeune femme sur 20).



Chez les adultes d'âge moyen, les trois premières affections chroniques citées sont les mêmes que pour les adultes jeunes (affection persistante au dos, allergie, migraine) quoique dans un ordre différent. Chez les femmes de 45-54 ans, la dépression arrive en cinquième position (une femme sur dix) et en sixième position chez les hommes de cette tranche d'âge (quasi un homme sur dix). La fatigue chronique occupe la sixième position chez les femmes et la cinquième chez les hommes.



Le risque de développer un cancer est plus précoce chez les femmes que chez les hommes (source : Registre du cancer). À partir de 50 ans, l'incidence commence à croître chez les hommes pour dépasser celles des femmes.

La distribution des types de cancer varie selon l'âge ; on trouvera dans le tableau 4-14, les cinq cancers les plus fréquents à l'âge adulte par tranche d'âge et par sexe (24). Chez la femme, près d'un cancer du sein sur quatre survient avant l'âge de 50 ans, un peu moins de la moitié entre 50 et 69 ans.

Tableau 4-14 Top 5 des tumeurs invasives chez l'adulte par âge et par sexe, Bruxelles, 2004-2005					
	1	2	3	4	5
Hommes					
15-29 ans	Testicules (19 %)	Lymphome NH (17 %)	Leucémie (15 %)	Lymphome H (11 %)	Cerveau (7 %)
30-44 ans	Mélanome (19 %)	Poumon (17 %)	Tête et cou (15 %)	Testicule (11 %)	Colorectal (7 %)
45-59 ans	Poumons (19 %)	Prostate (17 %)	Tête et cou (15 %)	Colorectal (11 %)	Site primitif inconnu (7 %)
Femmes					
15-29 ans	Mélanome (20 %)	Thyroïde (14 %)	Leucémie (12 %)	Sein (11 %)	Lymphome H (9 %)
30-44 ans	Sein (14 %)	Thyroïde (14 %)	Mélanome (12 %)	Col utérin (11 %)	Lymphome NH (9 %)
45-59 ans	Sein (14 %)	Poumons (14 %)	Colorectal (12 %)	Mélanome (11 %)	Thyroïde (9 %)
Source : Fondation Registre du Cancer, 2008					

Si l'on examine la mortalité par cancer, on constate que chez les hommes, c'est à partir de la quarantaine que le risque de décès devient plus important que pour les femmes, l'écart ne cessant de s'accroître par la suite. Pour les hommes toujours, le cancer du poumon est celui qui présente les taux de mortalité les plus élevés à partir de

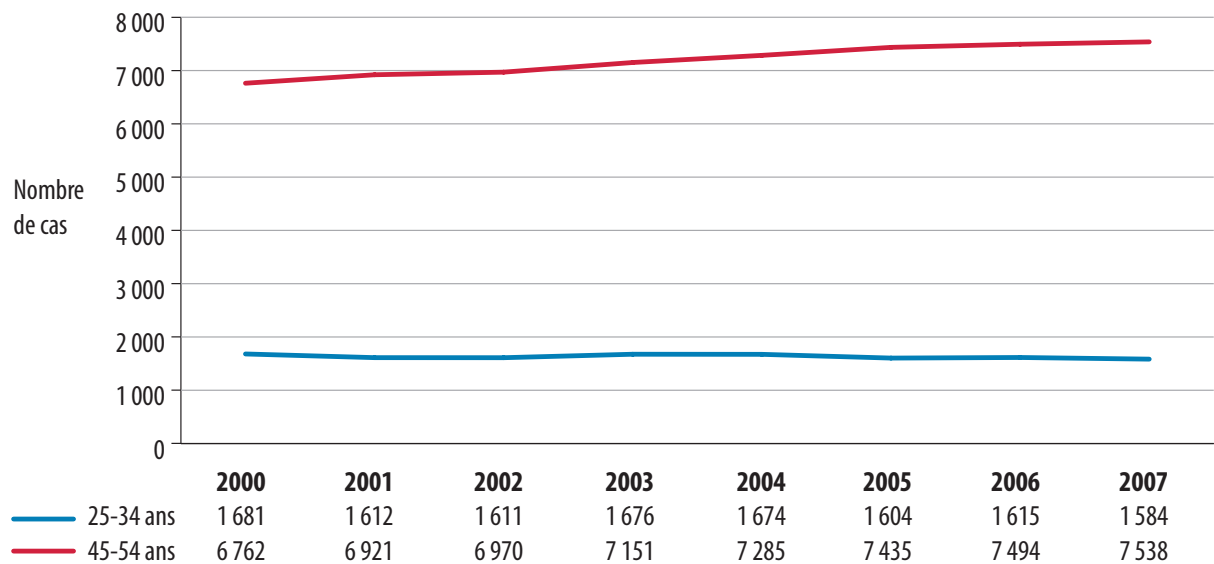
la quarantaine. Pour les femmes, c'est le cancer du sein dès 35 ans, mais on note cependant l'augmentation rapide des taux de mortalité par cancer du poumon dès la quarantaine : ils dépassent même ceux du cancer du sein entre 60 et 64 ans (voir Partie II État de Santé).

Les invalidités

Dans la partie II État de santé, nous avons détaillé les taux et les causes d'invalidité par sexe. Globalement, les taux d'invalidité sont restés stables à Bruxelles entre 2000 et 2007 ; ils ont cependant augmenté chez les 45-54 ans, alors

qu'ils sont restés stables pour les 25-34 ans (figure 4-41). Les 25-34 ans constituent 7,7 % des invalidités déclarées et indemnisées pour l'ensemble de la période, alors que les 45-54 ans en constituent le tiers.

Figure 4-41 Évolution du nombre d'invalides bruxellois adultes par groupe d'âge, 2000-2007

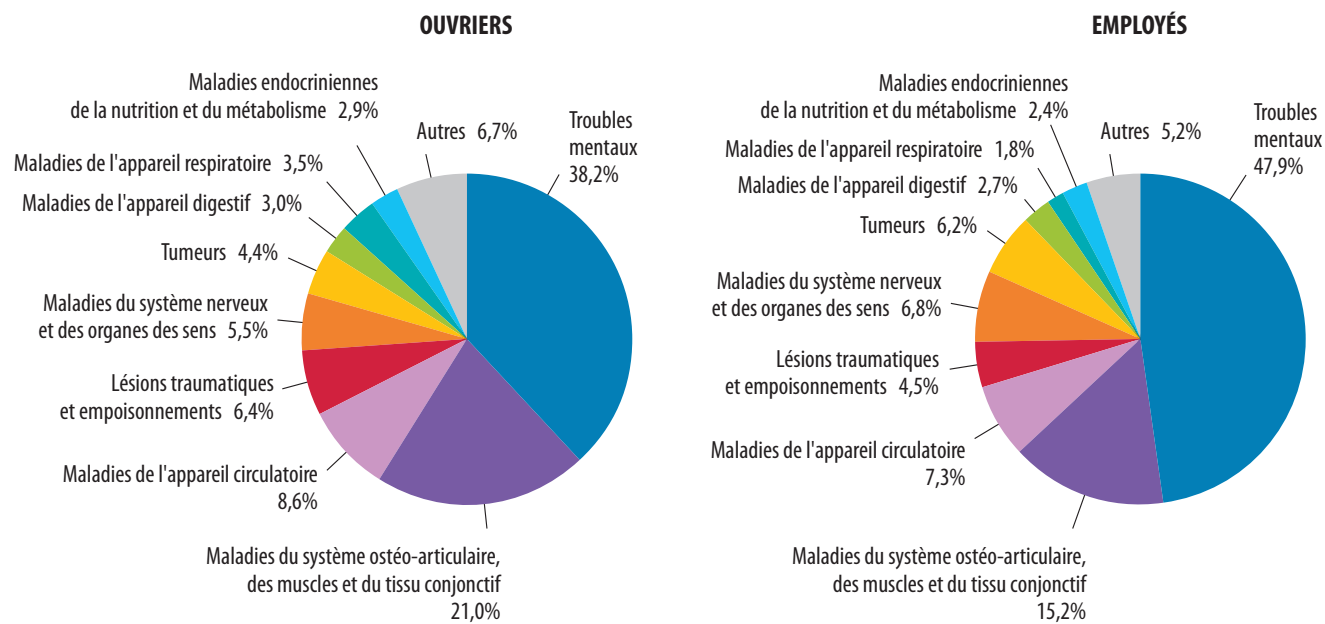


Source : INAMI

Les taux et les causes varient suivant les professions exercées. Même si les troubles psychiques, les troubles musculosquelettiques et les maladies circulatoires sont les trois premières causes d'invalidité chez les employés comme chez les ouvriers (sauf pour les femmes employées

où les tumeurs arrivent en troisième position), les troubles psychiques occupent une part plus importante chez les employés (près d'une invalidité sur deux) et les troubles musculosquelettiques chez les ouvriers (une invalidité sur cinq).

Figure 4-42 Causes d'invalidité selon le type d'affection à l'origine en fonction du statut professionnel, Bruxelles, 2007



Source : INAMI

L'évolution des taux d'invalidité varie suivant le sexe et la profession. Tant pour les ouvriers que pour les employés, les invalidités pour cause de troubles psychiques ont augmenté entre 2000 et 2007.

Figure 4-43 **Évolution des taux d'invalidité par cause, par sexe et par profession, Bruxellois, 2000-2007**

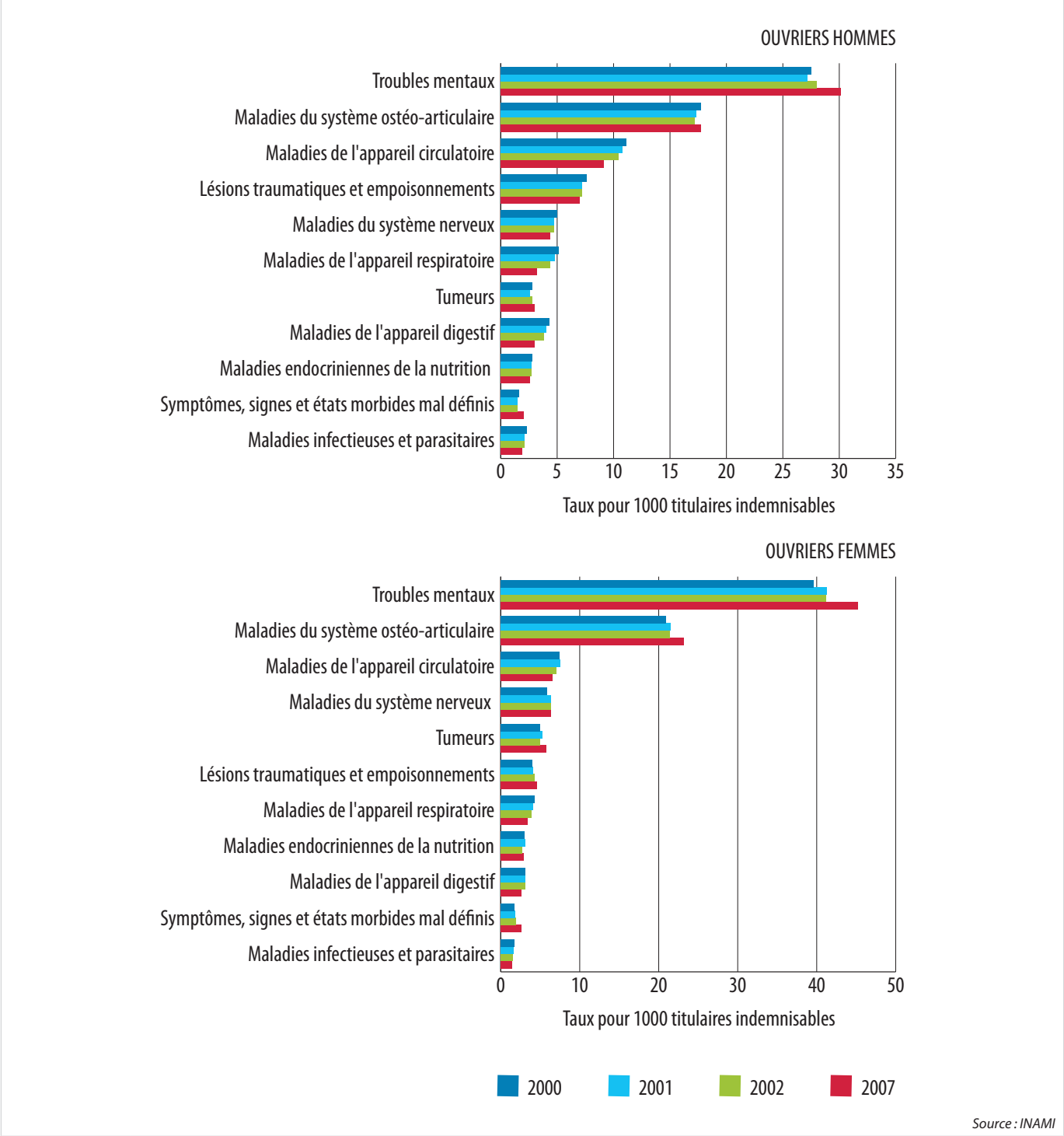
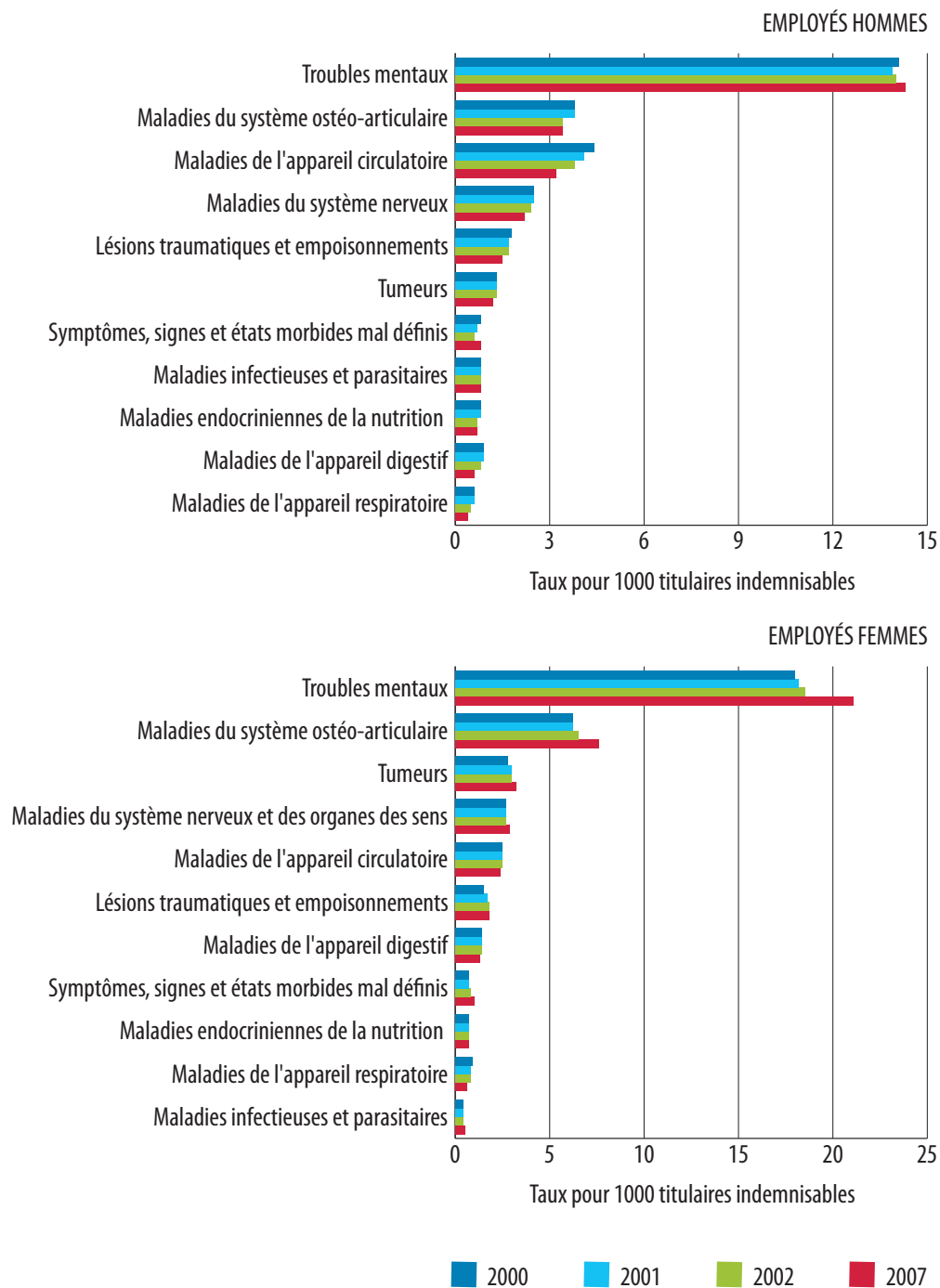


Figure 4-43 Évolution des taux d'invalidité par cause, par sexe et par profession, Bruxellois, 2000-2007



Source : INAMI

Les problèmes de santé mentale représentent chez l'adulte une part importante des maladies chroniques, et la première cause d'invalidité.

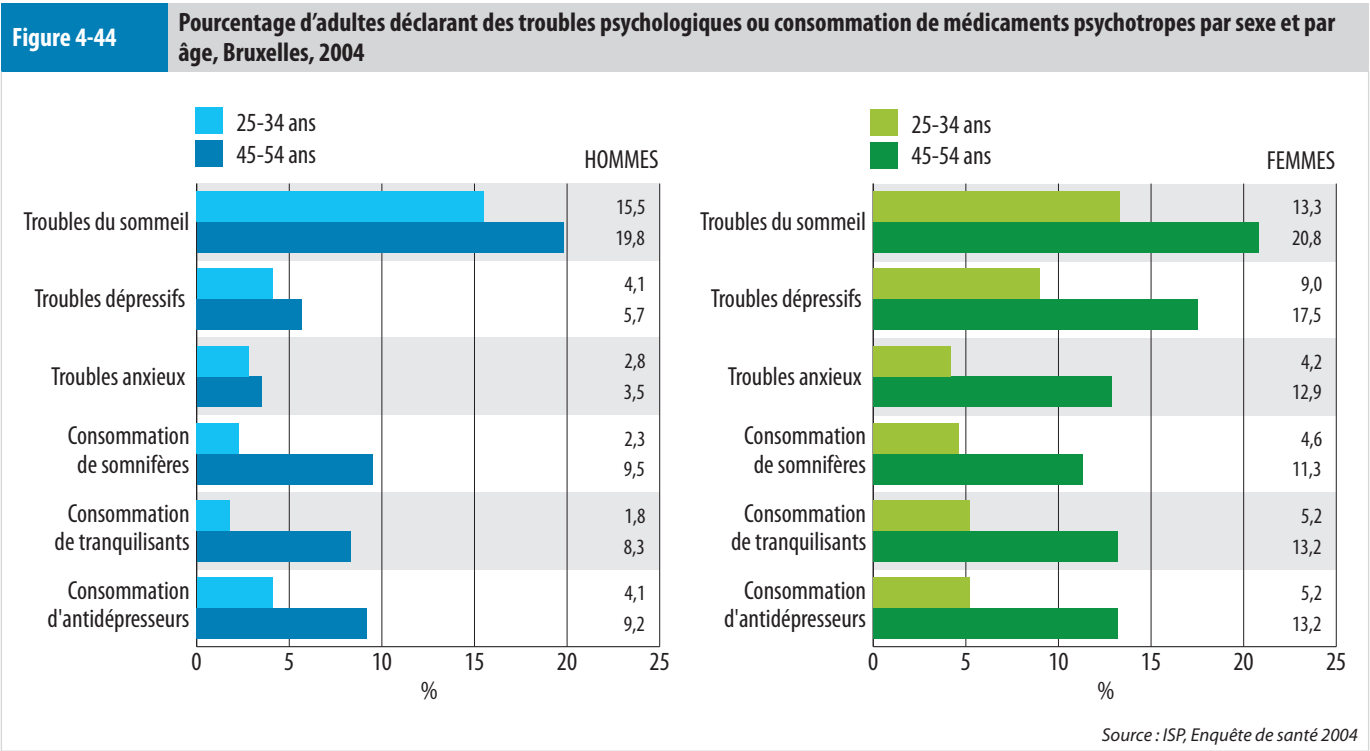
Les **difficultés d'insertion** sont un des déterminants important de la détresse psychologique chez les jeunes adultes. Les 25-34 ans ne sont cependant pas un groupe homogène. Certains jeunes s'intègrent à la société active sans trop de heurts, alors que d'autres sont aux prises avec d'importantes difficultés d'insertion socioprofessionnelle : emplois instables, faibles salaires, chômage,... En outre, d'autres transformations sociales - comme les changements qui ont marqué la répartition des rôles sociaux et familiaux entre les sexes - peuvent contribuer à leur sentiment de détresse (25).

La fréquence des **troubles dépressifs** augmente avec l'âge mais on note un pic vers 35-44 ans pour les hommes et 45-54 ans pour les femmes (voir figure 2-90 dans la Partie II État de santé). Globalement, l'évolution de la dépression selon l'âge peut être liée aux différents «événements de vie» qui peuvent se succéder (changement de statut marital, de statut professionnel, du niveau économique...) et qui

font qu'à certains moments, la vulnérabilité vis-à-vis de la dépression est plus importante, surtout si le parcours de vie n'a pas permis d'accumuler des «ressources» permettant de mieux faire face aux difficultés. Par exemple, la perte d'un emploi suivie d'une longue période de chômage peut déboucher sur un état dépressif, si on ne dispose pas d'un réseau social et de réserves financières suffisantes (26). Le taux d'admission hospitalière pour dépression est maximal pour les personnes des deux sexes âgées de 40 à 49 ans (voir figure 2-91 dans Partie II État de santé).

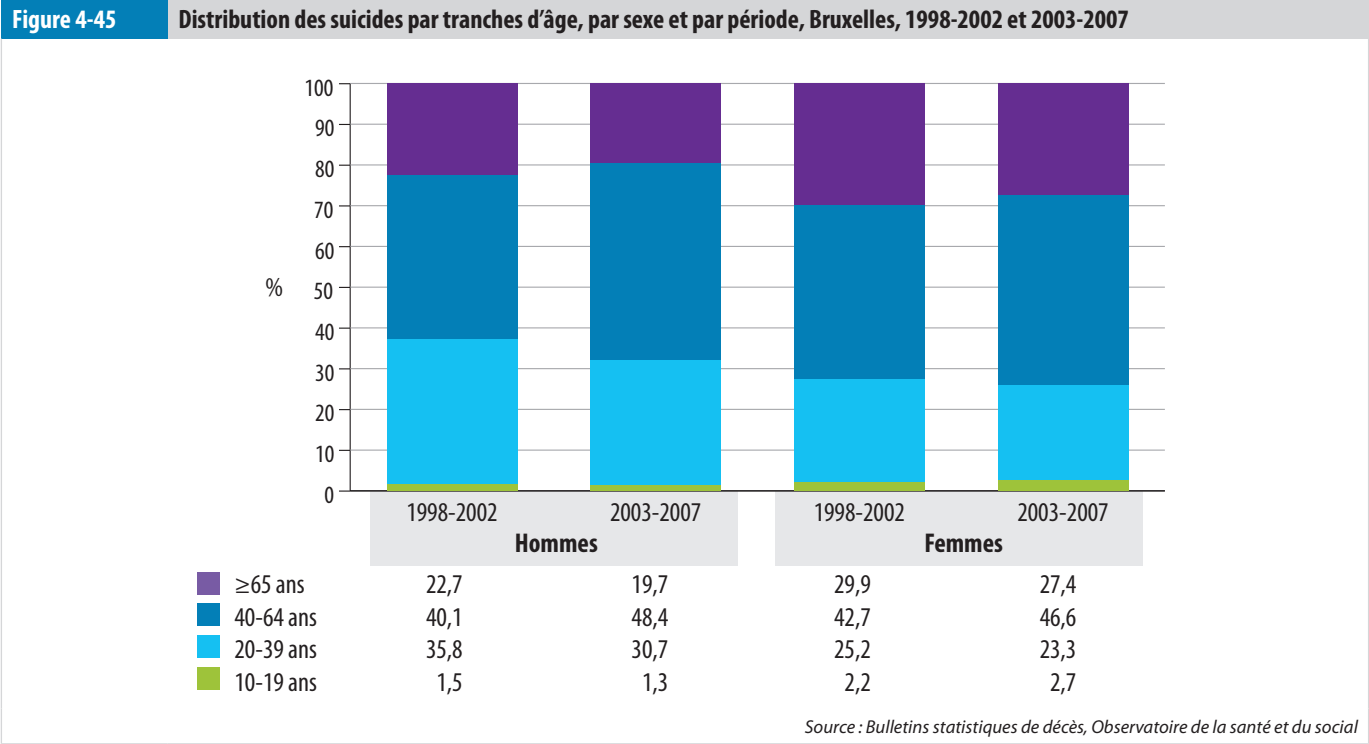
En ce qui concerne la schizophrénie et les **troubles psychotiques**, on retrouve un pic d'admission hospitalière chez les hommes de 20 à 29 ans (voir figure 2-93 dans Partie II État de santé).

La figure 4-44 reprend parmi les deux tranches d'âge, le pourcentage de personnes ayant déclaré souffrir d'un **trouble psychologique** ou prenant des médicaments psychotropes. Tous les taux sont augmentés chez les 45-54 ans par rapport aux 25-34 ans.



La mortalité par **suicide**, reflet d'une souffrance psychologique grave avec passage à l'acte, reste une cause importante de décès chez les hommes et chez les femmes de ces tranches d'âge. Près de la moitié des suicides concernent la tranche d'âge 40-64 ans (figure 4-45). La part

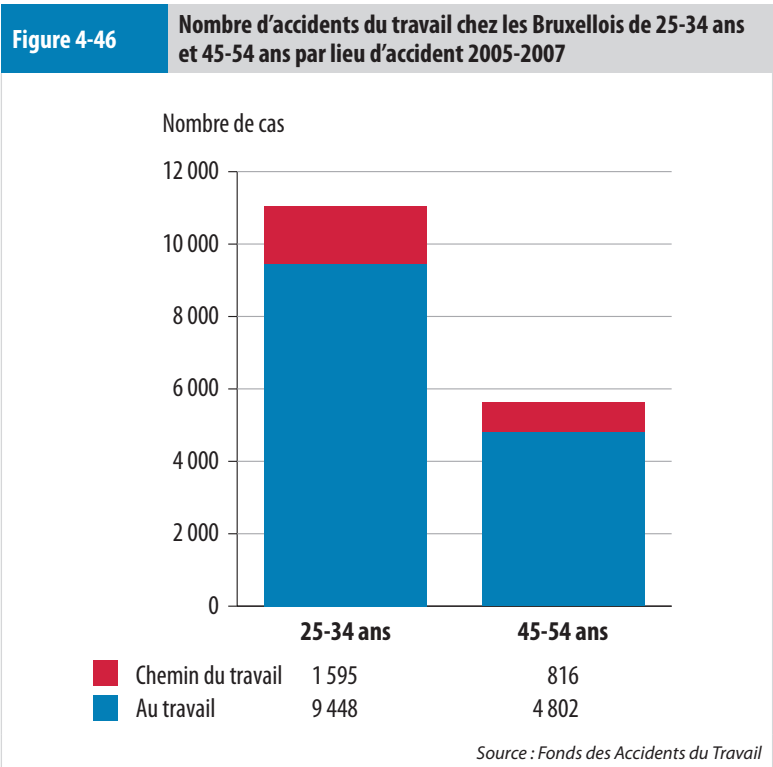
des suicides dans cette tranche d'âge a augmenté entre les deux périodes étudiées. Chez les adultes de 20 à 39 ans, le suicide cause un décès sur quatre chez les hommes et un sur cinq chez les femmes, sans évolution notable avec le temps (non illustré, voir tableau 2-14 dans Partie II État de santé).



4.2.4 Les accidents du travail

Les jeunes adultes ont deux fois plus d'accident du travail que les adultes d'âge moyen pour la période 2005-2007. Tant pour les 25-34 ans que les 45-54 ans, 14 % des accidents ont lieu sur le chemin du travail (figure 4-46).

Parmi les 17 accidents mortels survenus entre 2005 et 2007 dans la population active, trois se sont produits chez des travailleurs de 25 à 34 ans et huit chez des travailleurs de 45 à 54 ans (tous masculins).



4.3 LES COMPORTEMENTS DES ADULTES

4.3.1. Les dépendances (tabac, alcool, drogues)

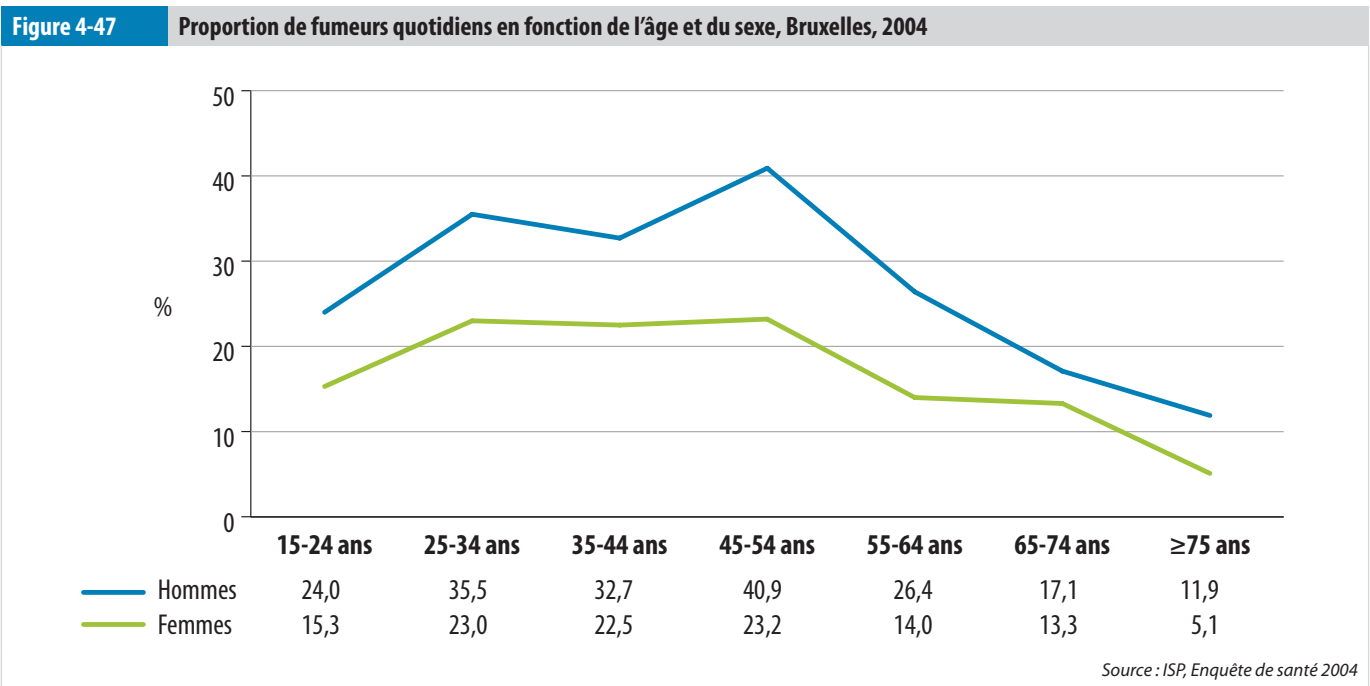
La consommation de tabac

Le tabac constitue un facteur de risque majeur pour le développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires chroniques ainsi que du cancer du poumon, et pour les mortalités qui y sont associées à long terme.

Plusieurs études longitudinales ont analysé les facteurs qui pourraient intervenir dans l'arrêt du tabagisme. L'importance de l'environnement tabagique est soulignée dans plusieurs études ; par exemple, le fait d'être marié à un non-fumeur est significativement favorable à l'arrêt. Le nombre d'amis non fumeurs d'un jeune fumeur augmente également ses chances de devenir un ex-fumeur (27)

C'est dans la tranche d'âge des 25-54 ans qu'on observe les proportions les plus élevées de fumeurs quotidiens : environ un tiers des hommes et un cinquième des femmes (figure 4-47).

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



La consommation d'alcool

Il est important d'analyser la consommation excessive d'alcool des jeunes adultes et des adultes d'âge moyen car, en plus de contribuer à la mortalité par maladie alcoolique, elle reste l'un des déterminants majeurs des traumatismes et des morts violentes. Ces deux causes expliquent en grande partie l'excès de décès constaté chez les adultes jeunes. Les responsables présumés d'accidents mortels de la circulation présentent souvent un taux d'alcoolémie élevé. Le rôle de l'alcool dans la survenue des suicides est également

connu, notamment dans la mesure où la consommation de boissons alcoolisées facilite le passage à l'acte, mais est aussi susceptible d'induire une dégradation de l'environnement familial ou social des personnes concernées (28 ; 29) Le risque d'alcoolisation excessive ponctuelle est le plus élevé chez les jeunes adultes. Le risque d'alcoolisation excessive chronique chez les hommes augmente régulièrement de 25 à 64 ans.

La consommation d'autres substances psychotropes

La consommation d'autres substances psychotropes (médicaments psychotropes et drogues illicites) a un impact sur la mortalité, même s'il est moindre que pour l'alcool et le tabac. La mortalité liée à l'abus de médicaments psychotropes concerne une population en moyenne plus âgée que celle concernée par l'abus de drogues illicites (voir par. 1.5 de Partie III Déterminants de la santé).

La consommation de **somnifères ou de tranquillisants** est plus élevée chez les 45-54 ans que chez les 25-34 ans, et plus élevée chez les femmes que chez les hommes (voir figure 2-95 dans Partie II État de santé) (source Enquête de santé 2004).

En ce qui concerne la consommation de **cannabis au cours de la vie**, les prévalences les plus élevées s'observent en 2004 dans le groupe d'âge 25-34 ans, où elles atteignent

28.9 % chez les femmes et 43.5 % chez les hommes. Mais c'est également dans ce groupe d'âge que l'on observe le pourcentage le plus élevé (20 %) de ceux qui, ayant déjà expérimenté le cannabis, n'en ont pas consommé au cours de la dernière année.

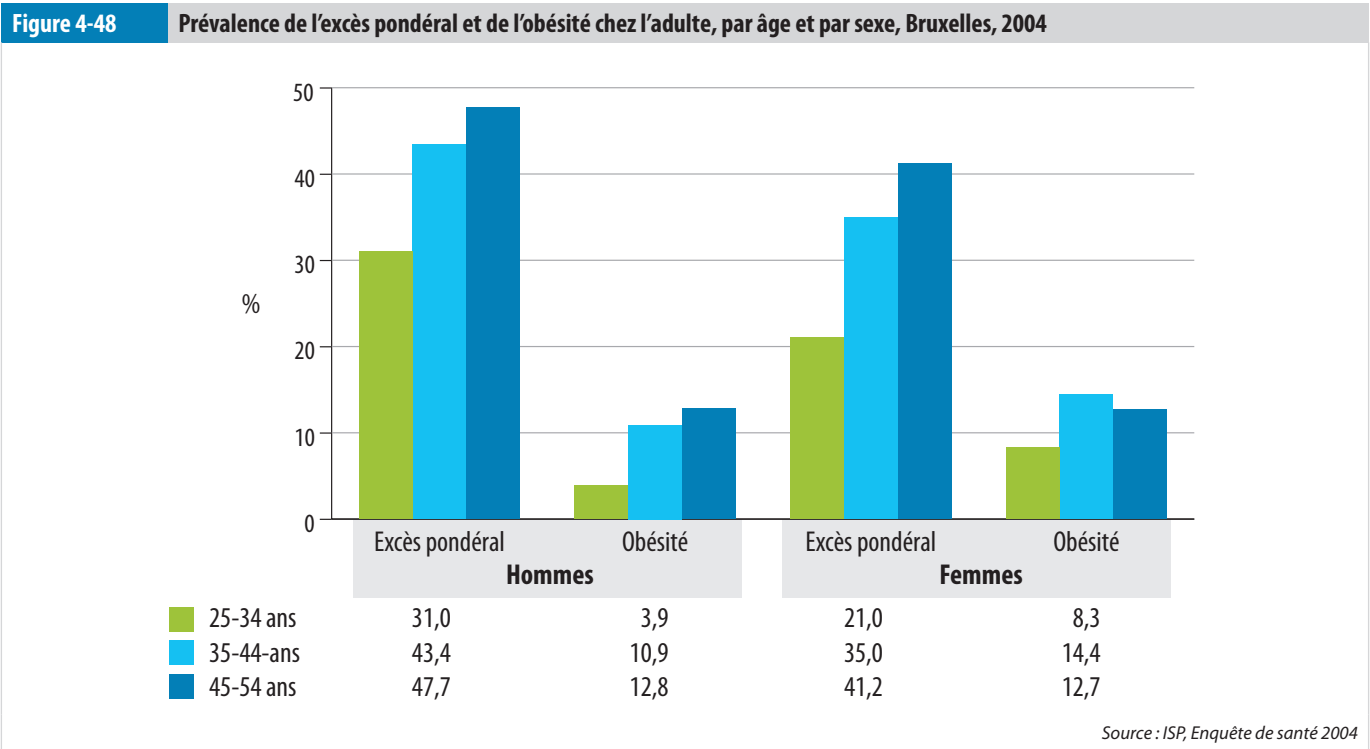
Pour ce qui est de la consommation **au cours de la dernière année**, la plus élevée se retrouve, pour les hommes, dans le groupe d'âge des 25-34 ans (20,6 %), mais pour les femmes dans celui des 15-24 ans (17,1 %). La consommation s'accroît parallèlement au niveau d'instruction.

Enfin, la consommation **au cours du dernier mois** (excluant les fumeurs occasionnels) a une prévalence plus élevée entre 15 et 34 ans. La proportion d'utilisateurs augmente ici aussi avec le niveau d'instruction. (Sources : Enquête de santé et CTB, Addibru 2008, <http://www.ctb-odb.be/fr/epidemiologie>)

4.3.2 L'obésité et les habitudes alimentaires des adultes

Excès pondéral et obésité

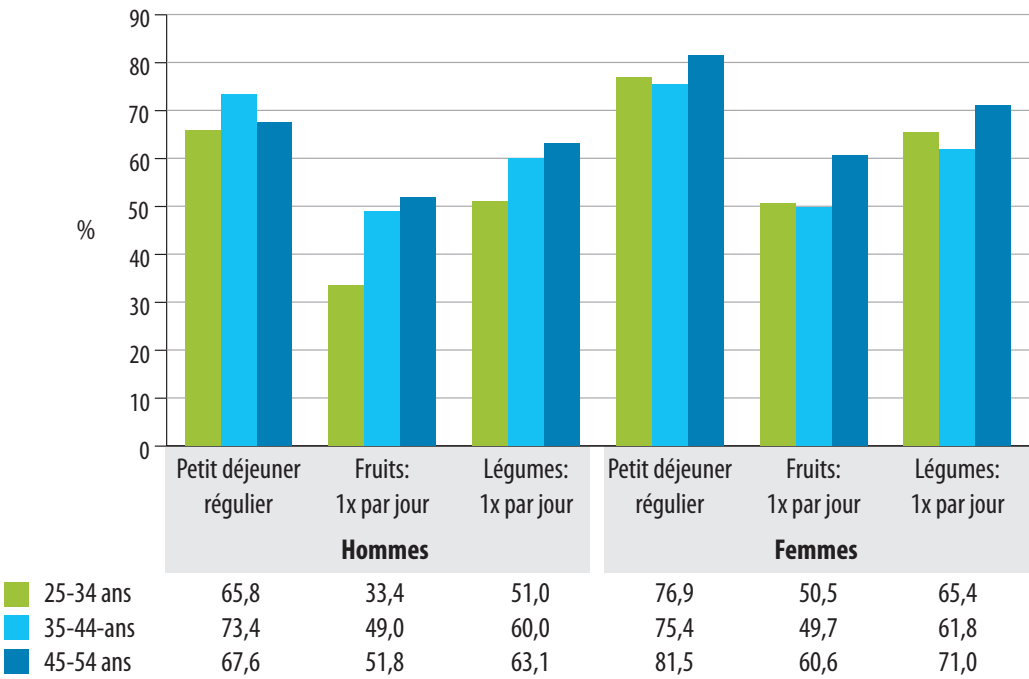
La prévalence de l'excès pondéral (IMC entre 25 et 30) et de l'obésité (IMC > 30) augmente fortement entre les classes d'âge 25-34 et 45-54 ans (figure 4-48). Cette croissance est en partie liée aux modifications avec l'âge de l'activité physique, qu'elle soit professionnelle ou de loisir.



Habitudes alimentaires

C'est parmi les jeunes hommes adultes que les habitudes alimentaires favorables à la santé sont les moins fréquentes. La consommation journalière d'au moins un fruit et celle d'au moins un légume augmente entre les classes d'âge 25-34 ans et 45-54 ans. Globalement, les adultes plus âgés cuisinent davantage et mangent plus souvent à domicile que les jeunes générations qui ont plus tendance à se nourrir à l'extérieur ou à utiliser des aliments nécessitant peu de préparation.

Figure 4-49 Proportion d'adultes ayant des habitudes alimentaires favorables à la santé, par âge et par sexe, Bruxelles, 2004



Source : ISP, Enquête de santé 2004

5. Les personnes âgées

En 2007, l'Observatoire a publié un dossier sur les besoins et l'offre de services sociaux destinée aux personnes âgées (31) ; dans ce paragraphe, on se contentera d'actualiser ou de compléter certaines données.

Même si la population bruxelloise est une population qui rajeunit, sa part de population très âgée augmente (voir plus bas). L'allongement notable ces dernières années de l'espérance de vie en bonne santé permettra certainement aux plus de 65 ans de continuer à mener une vie active, mais cette population nécessitera inévitablement des prestations d'aide et de soins croissantes avec l'âge. Le parcours de vie de chaque personne (tenant compte de son niveau d'instruction, de ses conditions de travail, de revenus et de logement) aura à la fois une influence sur son «capital santé» et sur les «ressources» qu'il sera à même de mettre en œuvre pour faire face à ses problèmes de santé (30). Par ailleurs, la population bruxelloise qui va «entrer» dans les tranches d'âge les plus âgées est différente de la précédente : moins aisée, plus multiculturelle, ce qui entrainera des défis d'une autre sorte.

5.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÂGÉE

5.1.1 Évolution

Comme nous l'avons vu dans la Partie I «Contexte général», l'âge moyen de la population bruxelloise diminue, contrairement à ce qu'on observe dans le reste du pays : la proportion de Bruxellois de plus de 65 ans diminue, tant en chiffres absolus (de 168 275 personnes en 1989 à 152 045 en 2008) qu'en chiffres relatifs (17,3 % en 1989 à 14,5 % en 2008) ((31) et Registre national). Comme dans le même temps la population des jeunes de moins de 20 ans continue à croître (figure 1-05), on assiste à une diminution constante de l'indice de vieillissement (≥ 65 ans/0-19 ans) qui est passé de 74 % en 1998 à 60 % en 2008. On notera par contre une proportion plus importante de personnes très âgées (85 ans et plus) et l'indice d'intensité du vieillissement (≥ 80 ans/ ≥ 65 ans) est en augmentation constante, passant de 26,3 % en 1998 à 32,4 % en 2008 (figure 1-06, Partie I). Entre 1989 et 2006, le nombre de Bruxellois de 85 ans et plus a augmenté de 1 464 personnes. On trouvera en page 79 de l'atlas Vivre chez soi après 65 ans une projection de la population bruxelloise âgée à l'horizon 2041.

5.1.2 Répartition géographique

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

Les personnes âgées sont surreprésentées dans la deuxième couronne. Au contraire, au centre-ville et dans la ceinture du 19^{ème} siècle, les proportions de personnes âgées sont en général relativement faibles (carte 5-03, Partie V). Cependant, quelques secteurs du pentagone constituent une exception à cet égard : même si elles n'y représentent qu'une faible part de la population totale, un nombre important, en termes absolus, de personnes âgées vivent dans les quartiers densément peuplés des zones les plus défavorisées de la région de Bruxelles-Capitale (Atlas Vivre chez soi après 65 ans, 2007, p. 23).

5.1.3 Sex-ratio

Comme décrit dans la partie I, la structure de la population bruxelloise des 65 ans et plus diffère pour les hommes et les femmes : alors que le nombre d'hommes diminue de façon continue lorsque l'âge augmente, cette diminution ne devient sensible chez les femmes qu'à partir de 80 ans ou plus (figure 1-02, Partie I). La mortalité prématurée des hommes explique ce surplus de femmes dès 60 ans, avec un pourcentage de 70 % de femmes dans la tranche d'âge des 85-89 ans en 2008. Il en résulte que les personnes seules très âgées sont surtout des femmes et qu'elles sont donc surreprésentées en maisons de repos et de soins (31).

5.1.4 Multiculturalité

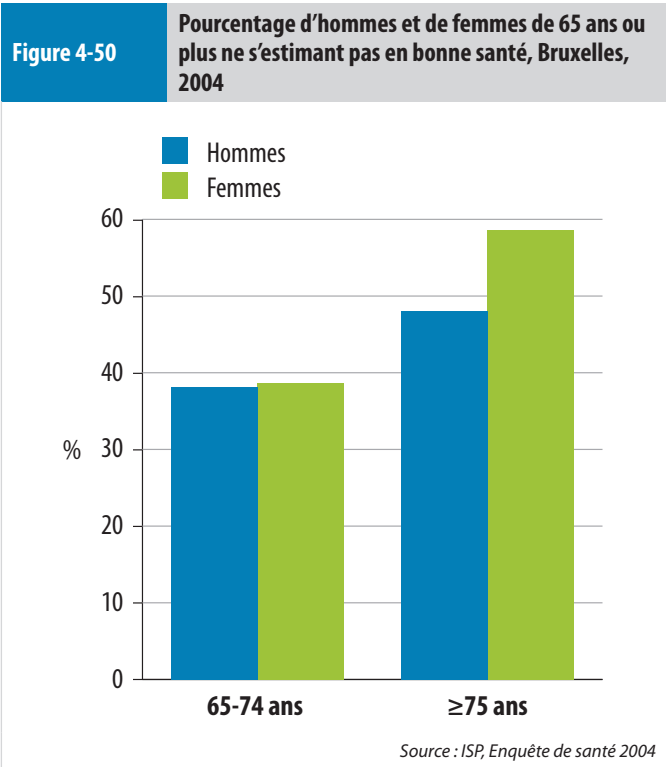
Lors de l'enquête socio-économique de 2001, on relevait parmi les 50-54 ans, 34 % de non-Belges à la naissance et parmi les 80-84 ans, quelque 13 %. En imaginant que rien ne change (espérance de vie etc.), on aura donc en 2011 une proportion importante des personnes de 60 ans ou plus qui seront issues de l'immigration, d'autant que peu de personnes effectuent finalement, comme ils l'avaient prévu, un retour au pays d'origine en fin de vie active. En 2007, un séminaire organisé par la Fondation Roi Baudouin se penchait sur les défis du vieillissement des populations migrantes et sur les pistes d'accompagnement de ces évolutions (32).

Que ce soit du à des trajectoires de vie ou à des trajectoires de soins différentes, les problèmes de santé et les besoins d'aide et de soins des personnes d'origine étrangère peuvent se révéler différents. Il faudra notamment être attentif aux femmes âgées issues de l'immigration, qui se retrouvent dans un isolement important, souvent doublé de précarité, et chez qui les problèmes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression ont souvent été passé sous silence. Par ailleurs, si traditionnellement la personne âgée était maintenue au sein de la famille élargie ou bénéficiait de toute autre forme de solidarité familiale, les jeunes générations ne seront pas toujours à même d'assurer cet accueil de la même façon, étant donné leurs propres conditions de logement, de revenus et l'évolution des standards de qualité de vie. La réflexion sur l'accueil en MR ou MRS s'impose, même si une amélioration globale de l'accueil dans ces structures (quant aux horaires, à la qualité et à la quantité du personnel, au respect des souhaits des résidents, à l'autonomie etc.) est probablement plus à l'ordre du jour qu'une «ethnisation» des règles de vie (32).

5.2 ÉTAT DE SANTÉ

5.2.1 La santé perçue

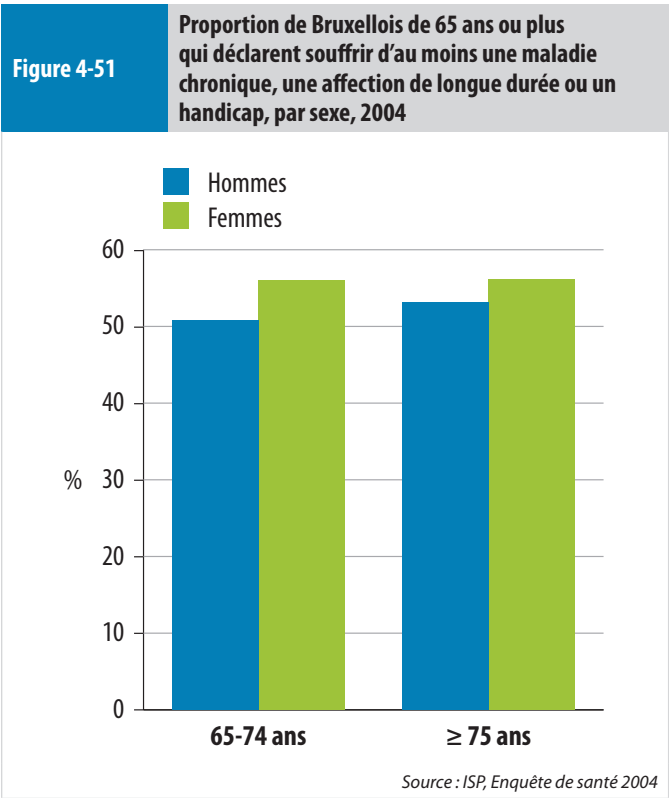
Dans l'Enquête nationale de santé de 2004 ^[31], 38 % des personnes de 65 ans ou plus ne s'estiment pas en bonne santé. À 75 ans, ce pourcentage passe à 48 % pour les hommes et 58 % pour les femmes.



5.2.2 Morbidité

Les affections chroniques

Parmi les Bruxellois de plus de 65 ans, 51,8 % des hommes et 56,1 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps.



31 968 personnes de plus de 65 ans ont participé à l'Enquête de santé 2004 ; le nombre de participants dans chaque catégorie d'âge étant relativement faible, il faut rester prudent lors de l'interprétation des résultats.

Le «top dix» des maladies chroniques déclarées dans l'Enquête de Santé pour les personnes de 65 ans ou plus est présenté dans les figures 4-52 et 4-53. L'hypertension artérielle occupe la première place, suivie de près par les troubles musculo-squelettiques.

Figure 4-52 **Prévalence des dix affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 65-74 ans, par sexe, Bruxelles, 2004**

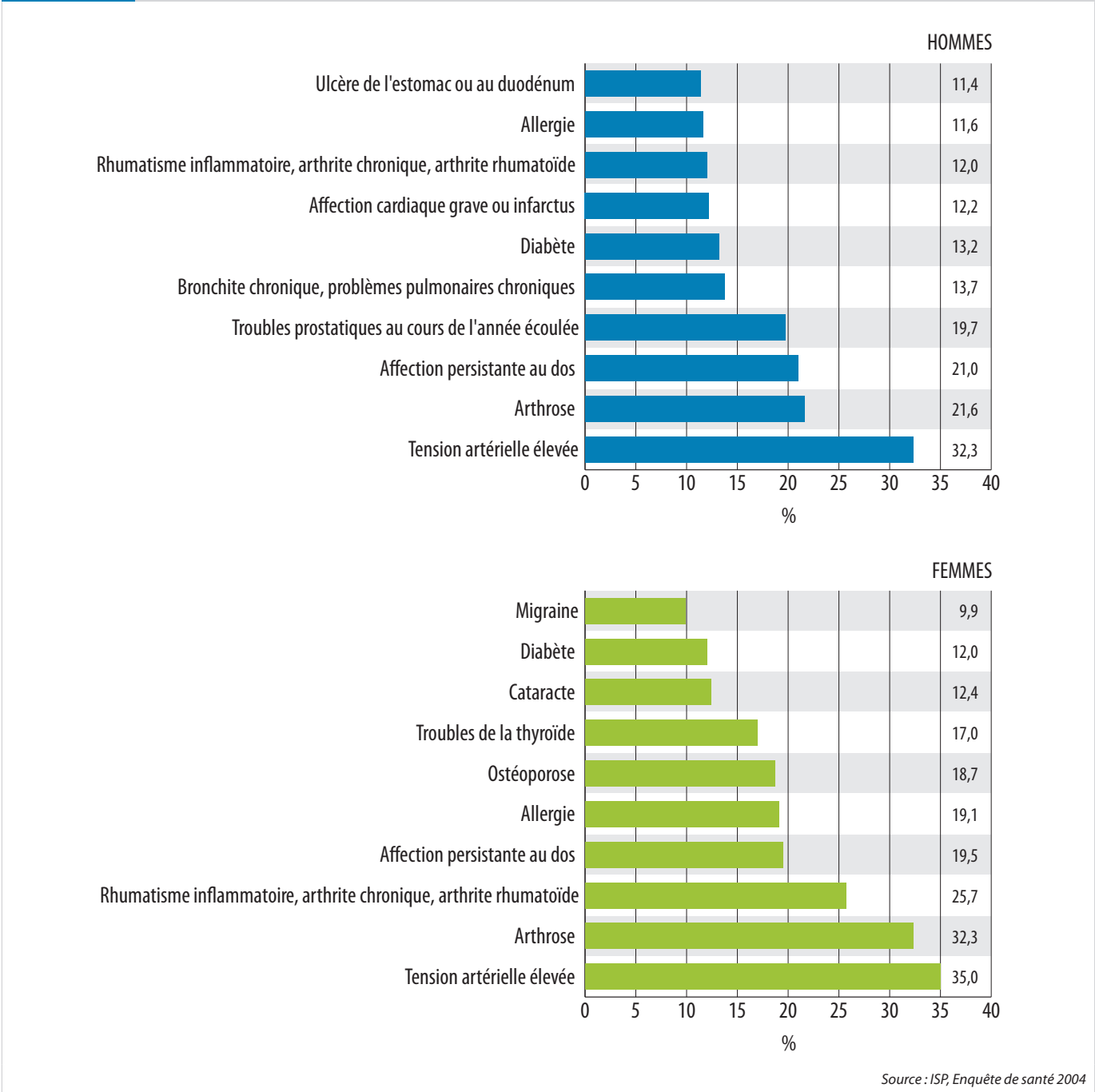
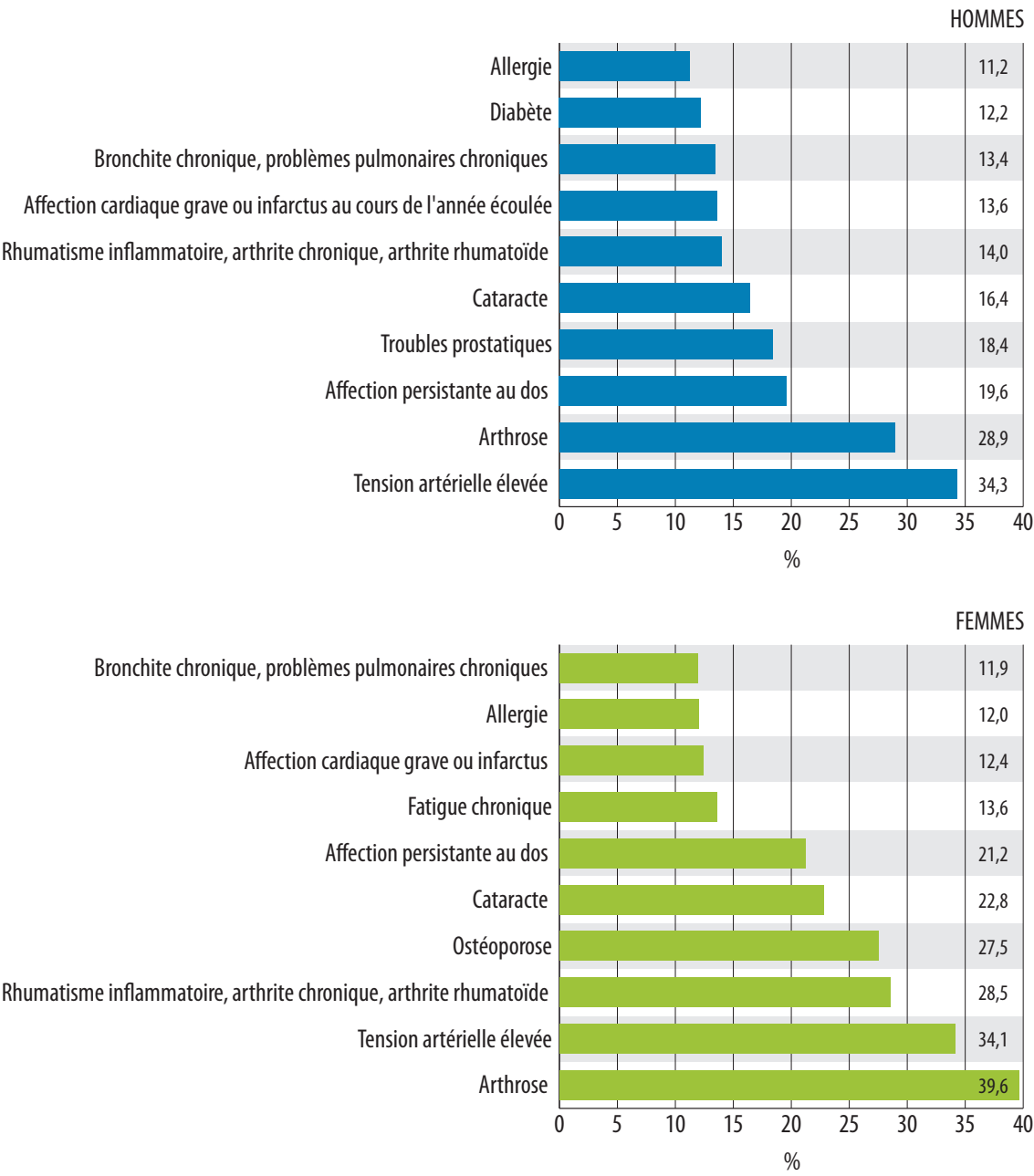


Figure 4-53

Prévalence des dix affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les 75 ans ou plus, par sexe, Bruxelles, 2004

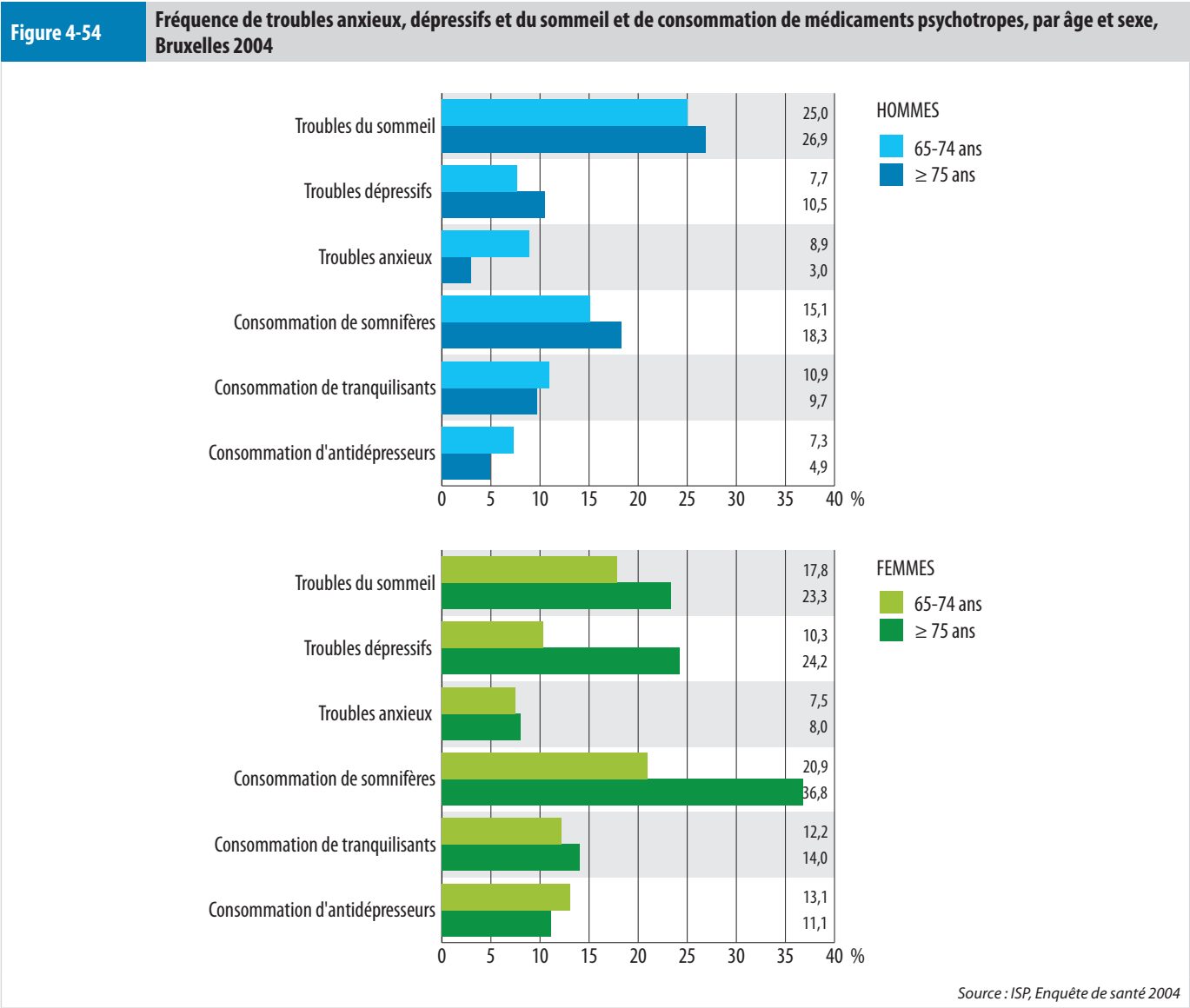


Source : ISP, Enquête de santé 2004

Comme on l’a vu dans la partie II, à part le pic de fréquence observé vers 40 ans (pour les hommes) ou 50 ans (pour les femmes), la fréquence des troubles dépressifs déclarés dans l’Enquête de santé augmente avec l’âge (figure 2-90, Partie II). La consommation de tranquillisants et de somnifères augmente elle aussi avec l’âge (figure 2-95, Partie II).

Selon l’Enquête de santé 2004, près d’un quart des Bruxelloises âgées de 75 ans ou plus déclarent des troubles dépressifs, et plus d’un quart des hommes déclarent des troubles du sommeil. Si les troubles du sommeil sont moins

fréquemment déclarés chez la femme de 65 ans ou plus que chez l’homme, on est frappé de la fréquence d’utilisation de somnifères par les femmes âgées, surtout à partir de 75 ans (figure 4-54). La fréquence de troubles anxio-dépressifs dans la vieillesse peut s’expliquer notamment par le déclin physique, qui provoque des limitations dans les activités quotidiennes, ce qui est souvent mal ressenti par la personne. Il faut ajouter à cela la solitude et l’isolement qui sont fréquents, surtout chez la femme très âgée. Ce phénomène est accentué dans les grandes villes.

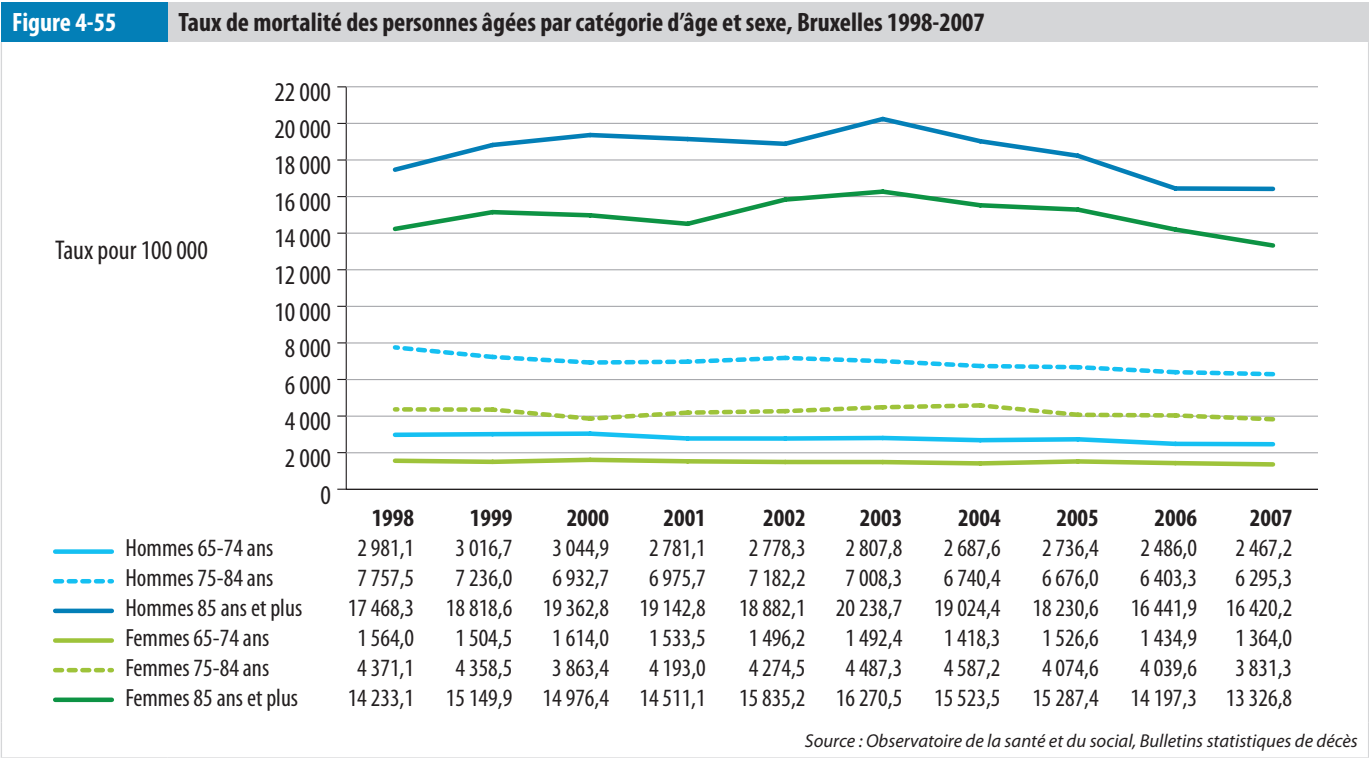


En ce qui concerne la démence (en ce compris la maladie d’Alzheimer), sa prévalence augmente avec l’âge. En combinant diverses études, on peut estimer sa prévalence à moins d’un pour cent pour la population âgée de 60 à 64 ans versus 28,5 % après 90 ans (33 ; 34). Il n’existe pas de chiffres en Région bruxelloise mais en appliquant les prévalences estimées par âge à la population bruxelloise de plus de 65 ans, on pouvait estimer en 2006 le nombre

de personnes âgées atteintes de démence à environ 12 000. Parmi les personnes souffrant de démence, près de 70 % ont plus de 80 ans. Les limitations entraînées par ce troubles cognitifs (perte de mémoire, désorientation dans l’espace et dans le temps etc.) influencent fortement l’autonomie de ces personnes et impose de prévoir le soutien et/ou l’hébergement de ces personnes.

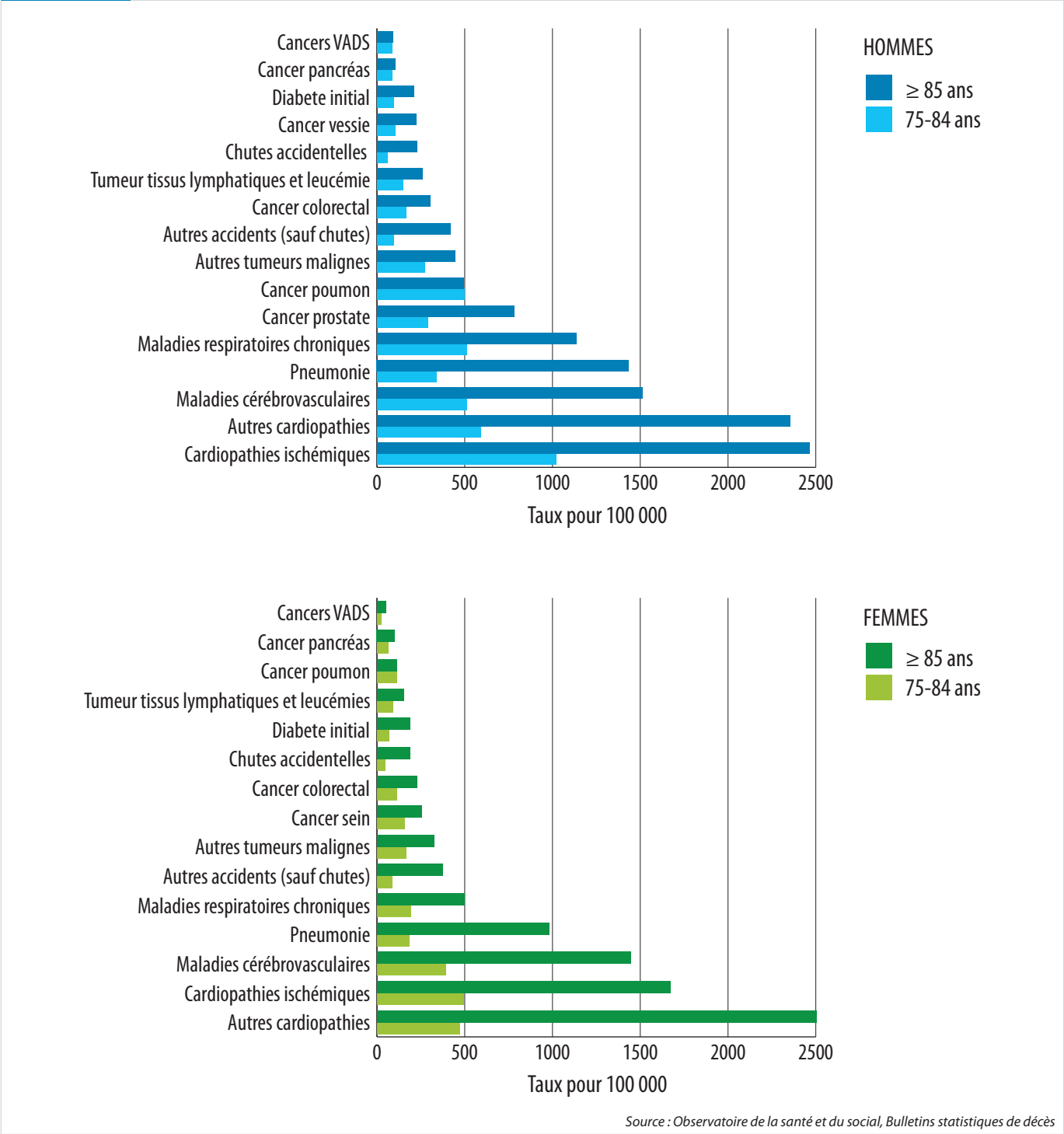
5.3 MORTALITÉ

On trouvera ci-dessous l'évolution des taux de mortalité par âge et par sexe. Dans toutes les tranches d'âge, la mortalité a diminué entre 1998 et 2007, tant pour les hommes que pour les femmes.



Le graphiques 4-56 reprend les premières causes de mortalité, par sexe, pour les personnes âgées de 75 à 84 ans et les 85 ans et plus. On pourra apprécier l'augmentation des taux de mortalité spécifique avec l'âge ainsi que l'ordre des causes en comparant aux figures 2-05 et 2-08 reprenant les taux de mortalité par cause pour les 65-74 ans (Partie II).

Figure 4-56 Taux de mortalité par cause pour les Bruxellois de 75-84 ans et plus de 85 ans, par sexe, 1998-2007



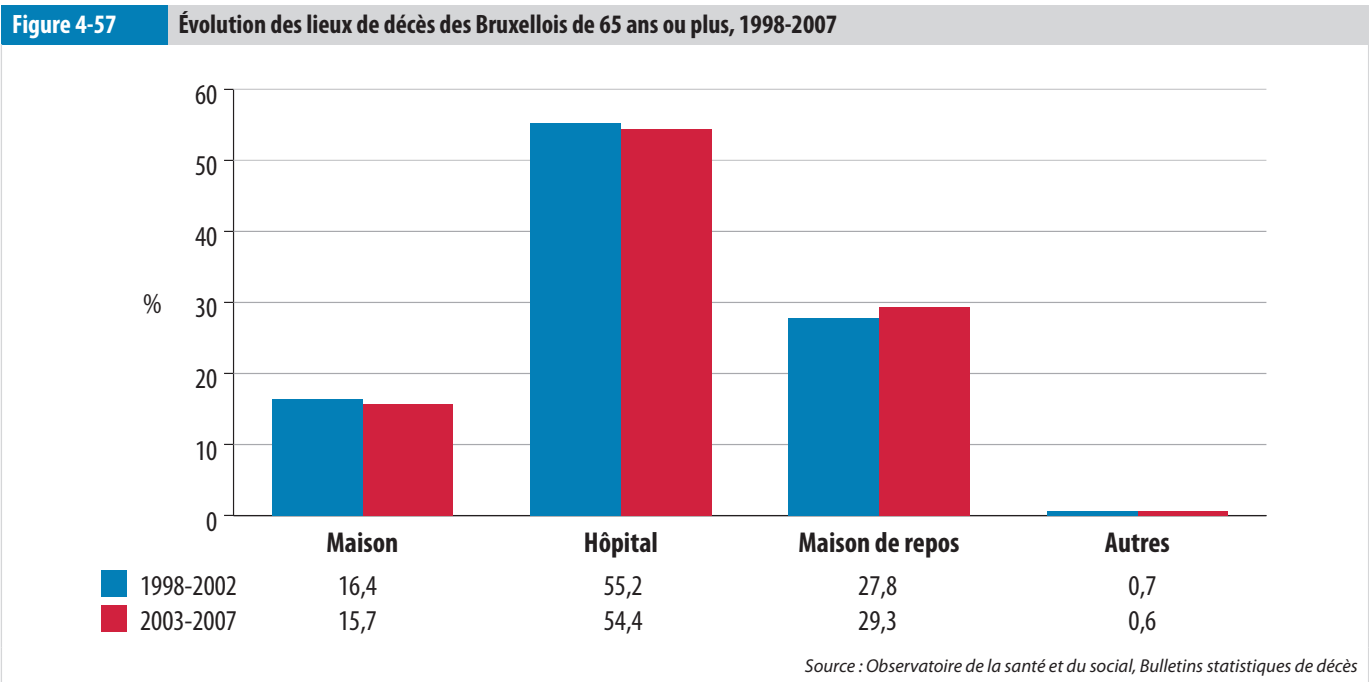
5.4 LA FIN DE LA VIE

Toute vie, aussi «saine» soit-elle, a une fin. La qualité de cette fin de vie est en partie déterminée par le respect des souhaits des patients ; le lieu de décès et l’accompagnement familial et médical en font partie.

L’Observatoire de la santé et du social a collaboré en 2008 à une étude (BRUCEL) menée par le département «Zorg rond het Levenseinde» (ZrL) de la VUB dans le cadre de Prospective Research. À l’aide des informations recueillies dans les bulletins de décès bruxellois, les médecins traitants ont été interrogés à propos des circonstances et des soins prodigués dans les derniers mois de vie du défunt. Les résultats de cette enquête dont certains seront résumés ici, se trouvent dans la publication «Death and the City» (35).

Les circonstances concrètes du décès sont déterminées dans une mesure importante par le lieu où l’on décède. Dans la littérature internationale, on considère que la plupart des personnes souhaitent mourir chez elles, dans un environnement familial et entourées de parents et/ou d’amis.

La répartition des lieux de décès des Bruxellois a peu changé au cours des dix dernières années. Plus de la moitié des décès ont lieu à l’hôpital, un quart en maison de repos et moins d’un cinquième à la maison.



Les chercheurs de la VUB ont comparé cette répartition des lieux de décès pour les résidents des grandes villes et hors grandes villes en Belgique, aux Pays-Bas et en Angleterre. Ils ont limité l’analyse aux décès de 2003 consécutifs à une maladie chronique (palliative care subset). Cette limitation vise à ne prendre en considération que les décès pour lesquels il est possible de prendre une décision quant au lieu de décès et d’exclure les décès inopinés. Sur les 10 108 décès bruxellois de 2003, 3 672 ont été intégrés à l’analyse.

Dans les trois pays étudiés, les chances de mourir «chez soi» sont nettement supérieures lorsque l’on réside hors d’une grande ville ; la différence grandes villes / hors grandes villes est plus importante en Belgique. En Belgique, la part des décès à domicile chez les résidents des grandes villes est moins importante qu’aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni.

Tableau 4-15 Répartition des lieux de décès (après maladie chronique) dans les grandes villes et hors grandes villes en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, 2003

	% Domicile	% Hôpital	% Maison de repos	% Autres institutions*	% Ailleurs
Belgique					
Hors grandes villes	28,2	52,2	19,4	0,1	0,1
Grandes villes	15,3	63,9	20,6	0,1	0,2
Bruxelles-Capitale	15,1	63,0	21,6	0,1	0,2
Anvers	15,6	65,4	18,8	0,0	0,2
Pays-Bas					
Hors grandes villes	39,1	31,2	25,8	2,8	1,1
Grandes villes	29,5	35,8	30,4	2,2	2,0
Amsterdam	30,2	34,8	29,2	3,1	2,7
Rotterdam	28,9	37,2	30,5	1,6	1,7
Den Haag	29,3	35,5	32,0	1,8	1,4
Royaume-Uni					
Hors grandes villes	20,7	51,2	14,9	12,0	1,2
Grandes villes	18,6	58,3	9,9	12,0	1,2
Greater London	17,2	59,6	8,1	14,0	1,0
West Midlands MC	19,3	59,6	10,6	9,3	1,2
Greater Manchester	17,7	58,5	9,8	12,6	1,4
Merseyside MC	20,8	53,3	12,4	11,9	1,6
Tyne and Wear MC	20,4	58,4	12,4	7,6	1,2
City of Bristol	23,4	48,0	14,6	12,7	1,3
*Uniquement des «hospices» (= maisons de soins pour patients en phase terminale) au Royaume-Uni, le plus souvent aux Pays-Bas Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009					

Dans cette étude, on a également analysé les facteurs influençant les lieux de décès, après une maladie chronique, à Bruxelles. Parmi les déterminants étudiés, on retrouve le sexe, l'âge, la nationalité, le fait d'être ou non isolé, le niveau socioéconomique de la commune de résidence du défunt et l'affection dont il est décédé^[32]. Les personnes vivant chez elles ainsi que les pensionnaires de maison de repos décèdent plus souvent à l'hôpital quand ils vivent dans une commune de niveau socioéconomique inférieur. Les personnes qui meurent d'un cancer ont plus de chance de décéder à l'hôpital. Les isolés qui habitent chez eux ont plus de chances de décéder à l'hôpital que ceux qui vivent en

famille. Plus le pensionnaire de maison de repos est jeune, plus il a de chances de décéder à l'hôpital (36).

L'étude s'est également interrogée dans quelle mesure (dans le cas d'une maladie chronique), le lieu de décès correspond aux volontés du défunt. Pour trois quarts des décès, le lieu de décès souhaité n'était pas connu du médecin traitant ; dans ce cas, les décès à domicile s'avèrent alors très rares. Pour ceux qui souhaitaient mourir à la maison, ce souhait a pu être satisfait dans 2 cas sur 3. Le souhait de mourir à l'hôpital ou en maison de repos a été lui satisfait dans tous les cas.

Tableau 4-16 Lieu du décès effectif en fonction du lieu de décès souhaité, Bruxelles, 2007

Lieu de décès souhaité	Nombre	%	Décès à domicile	Décès à l'hôpital	Décès en maison de repos
Inconnu	296	74,4 %	3,7 %	75,3 %	20,9 %
Connu	107	26,6 %	33,6 %	35,5 %	30,8 %
Domicile (ou famille)	56	52,3 %	66,1 %	21,4 %	12,5 %
Hôpital	22	20,6 %		100,0 %	
Maison de repos	28	26,2 %			100,0 %
Autres	2	1,9 %		50,0 %	50,0 %

Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009

32 Consulter également les résultats d'une analyse similaire en page 68 de l'atlas «Vivre chez soi après 65 ans».

Les chercheurs se sont aussi intéressés à l'identité des personnes présentes au moment du décès après une maladie chronique. Le tableau indique clairement que le lieu du décès est fortement déterminant quant à l'identité des personnes présentes lors du décès.

Tableau 4-17 Personne présente lors du décès, Bruxelles, 2007				
	Domicile	Hôpital	Maison de repos	Total
Infirmière	25,0 %	79,4 %	81,8 %	73,6 %
Partenaire, famille ou amis	77,1 %	48,1 %	28,3 %	46,6 %
Médecin	18,8 %	61,1 %	9,1 %	43,6 %
Autre	10,4 %	5,3 %	9,1 %	6,8 %
Personne	8,5 %	1,1 %	3,1 %	2,7 %

Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009

L'allongement de la durée de vie, le développement des soins palliatifs, la fréquence des décès en institution ont modifié l'accompagnement médical en fin de vie. Cet accompagnement est particulier à chaque patient et réserve quelquefois des choix éthiques difficiles, surtout lorsqu'il intervient après une longue maladie chronique. Dans la même étude, les chercheurs ont interrogé les médecins traitants quant aux décisions médicales prises en fin de vie. On a ensuite, sur base de ces résultats, réalisé une estimation de la fréquence des différentes décisions spécifique lors de

tous les décès bruxellois de 2007. Dans 40 % de cas, le décès est survenu de façon inattendue, excluant toute possibilité d'intervention médicale. Dans 38 % des décès (et donc dans près de 2/3 des décès attendus), la mort a été précédée d'une ou plusieurs décisions de fin de vie. 15 % de ces décisions sont prises avec l'intention explicite de mettre un terme à la vie du patient (ce qui ne signifie pas pour autant que le patient ou son entourage soit impliqué dans la prise de décision) ; l'administration d'une substance létale s'élève à 5,4 % des décès.

Tableau 4-18 Estimation des décisions médicale de fin de vie, Bruxelles, 2007		
	Nombre de décès estimé à Bruxelles en 2007	% de tous les décès
Décès inopiné (pas de décision médicale de fin de vie possible)	4 340	40,5
Décès attendu, pas de décision médicale de fin de vie	2 259	21,1
Décès attendu, décision médicale de fin de vie :	4 117	38,4
Intensification des traitements antalgiques et/ou symptomatiques	2 193	20,5
en tenant compte de la réduction éventuelle de survie	1 895	17,7
avec intention explicite de hâter la mort	298	2,8
Abstention thérapeutique	1 357	12,7
en tenant compte de la réduction éventuelle de survie	499	4,7
avec intention explicite de hâter la mort	858	8,0
Administration de substances létales	583	5,4
euthanasie	125	1,2
sans demande explicite du patient	458	4,3
Total	10 716	100,0

Source : ZrL, VUB, Death and the city, 2009

Références

- (1) Haelterman E., De Spiegelare M., Masuy-Stroobant G. Les indicateurs de santé périnatale en RBC 1998-2004. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.
- (2) De Gauquier K., Remacle A. Le suivi prénatal en Belgique en 2005. Une étude de l'Agence intermutualiste. Agence Intermutualiste, 2007.
- (3) Lodewyckx K., Peeters G., Spitz B., Blot S., Temmerman M., Zhang W. et al. Recommandation nationale relative aux soins prénatals : une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. KCE, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2004.
- (4) Larroque B., Ancel P.Y., Marret S., Marchand L., Andre M., Arnaud C. et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study) : a longitudinal cohort study. *Lancet* 371[9615], 813-820, 2008.
- (5) Gulbis B., Cotton F., Ferster A., Ketelslegers O., Dresse M.F., Ronge-Collard E. et al. Neonatal haemoglobinopathy screening in Belgium. *J Clin. Pathol.* 62[1], 49-52, 2009.
- (6) Gulbis B., Cotton F., Hansen V., Ferster A., Toppet M., Cochaux P. et al. Prévention des hémoglobinopathies à Bruxelles : une nécessité ? *Revue Médicale de Bruxelles* 22[3], 133-140, 2001.
- (7) ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance. Rapport de la Banque de données médico-sociales 2005-2006. Dossier spécial : la prématurité. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2007.
- (8) Kind & Gezin. Jaarverslag 2007, 2008.
- (9) Kind & Gezin. Het kind in Vlaanderen 2007, 2007.
- (10) Banque de données médico-sociales de l'ONE. Rapport 2004. Dossier spécial : Allaitement. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2005.
- (11) Kind & Gezin. Het Kind in Vlaanderen 2006. Kind & Gezin, 2006.
- (12) Hamlyn B., Brooker S., Oleinikova K., Wands S. Infant feeding survey. TSO, 2002. London.
- (13) Lernout T., Sabbe M. Surveillance des maladies infectieuses pédiatriques en Belgique - Année 2007. ISP, IPH/EPIREPORTS, Nr. 2008-30, 2008.
- (14) Crowcroft N.S., Pebody R.G. Recent developments in pertussis. *Lancet* 367[9526], 1926-1936, 2006.
- (15) Swennen B., Robert E. Enquête de couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Décembre 2006, 2006.
- (16) Hanquet G., Lernout T., Verhaegen J. Épidémiologie des infections invasives à pneumocoque suite à l'introduction du vaccin conjugué en Belgique. Conférence ISP, 2007.
- (17) ONE. Rapport annuel 2007. ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, 2008.
- (18) Michaud P.A., Alvin P., Deschamps J.P., Frappier J.Y., Marcelli D., Tursz A. La santé des adolescents, Approches, soins, prévention, 1997.
- (19) Vereecken C.A., Maes L., De Bacquer D. The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviors among adolescents in Belgium. *Journal of Adolescent Health* 34[4], 330-338, 2004.
- (20) Tyas S.L., Pederson L.L. Psychosocial factors related to adolescent smoking : a critical review of the literature. *Tobacco Control* 7[4], 409-420, 1998.
- (21) de Peretti G., Beck F., Legleye S. Sorties en discothèques et usage de substances psychoactives : exploitation d'une enquête représentative menée auprès des lycéens. *Psychotropes* 9[3-4], 163-184, 2003.
- (22) Leclerc A., Kaminski M., Lang T. Inégaux face à la santé, 2008.
- (23) Deboosere P., Demarest S., Lorant V., Miermans P.-J., Portet M.I., Van Oyen H. Enquête socio-économique 2001. Monographies. Santé et soins informels. SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie ; SSTC, Services fédéraux des Affaires Scientifiques, Techniques et Culturelles, 2006.
- (24) Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2004-2005, 2008.
- (25) Desmarais D. Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective. Les Publications du Québec, 2000.
- (26) Mirowsky J., Ross C.E. Age and Depression. *Journal of Health and Social Behavior* 33[3], 187-205, 1992.
- (27) Chen P.H., White H.R., Pandina R.J. Predictors of smoking cessation from adolescence into young adulthood. *Addictive Behaviors* 26[4], 517-529, 2001.
- (28) Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2002.

(29)

Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France. Rapport Général. Haut Comité de la Santé Publique, 2009.

(30)

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Pauvreté et vieillissement. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Commission communautaire commune, 2008.

(31)

Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2007.

(32)

FRB-KBS, Séminaire. Relever les défis liés au vieillissement des personnes d'origine étrangère. Fondation Roi Baudouin, 2007.

(33)

Versporten A., Bossuyt N., Meulenbergs L., Baro F., Van Oyen H. The incidence of dementia: relationship with educational attainment. Archives of Public Health 63[6], 279-293, 2005.

(34)

Ferri C.P., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L., Ganguli M. et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 366[9503], 2112-2117, 2006.

(35)

Cohen J., Deliëns L., Houttekier D., Chambaere K., Bilsen J., Deboosere P. Death and the city. Een verkennend onderzoek van de zorg aan het levenseinde en de plaats van sterven in het Brussels Hoofdstedelijk, 2009.

(36)

Houttekier D., Cohen J., Bilsen J., Deboosere P., Verduyck P., Deliëns L. Determinants of the place of death in the Brussels Metropolitan Region. Journal of Pain and Symptom Management 37[6], 996-1005, 2009.