

Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, 2010

Résumé

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

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

I Contexte général

La Région bruxelloise est une région en croissance et qui ne cesse de rajeunir depuis plus de 25 ans : son taux de natalité (15,7‰) est en constante augmentation et est le plus élevé des trois régions du pays. L'âge moyen de la population bruxelloise diminue, comme c'est le cas dans toutes les grandes villes du pays.

Le caractère multiculturel de la région continue à s'affirmer : 28% des habitants déclarés n'ont pas la nationalité belge, parmi lesquels 62% viennent d'un pays de l'EU27.

C'est aussi une région très contrastée : en termes de revenu fiscal, on y trouve les communes les plus pauvres du pays aussi bien que des communes ayant un revenu nettement supérieur à la moyenne nationale.

Un Bruxellois sur quatre vit sous le seuil de risque de pauvreté. Les inégalités sociales se reflètent, dès la naissance et ce tout au long de la vie dans bon nombre d'indicateurs de santé et de mortalité étudiés dans ce Tableau de bord.

II Etat de santé de la population

Santé perçue

Un quart des Bruxellois ne s'estiment pas en bonne santé. Cette proportion reste stable depuis 1997. Elle est plus élevée chez les femmes, surtout chez les jeunes filles et les plus de 75 ans. Les jeunes Bruxellois se sentent plus souvent en mauvaise santé que les jeunes des grandes villes wallonnes ou flamandes.

Mortalité

L'espérance de vie à la naissance continue de s'allonger, comme dans le reste du pays : en 2006, elle atteint 76,9 ans pour les hommes, et 82,0 ans pour les femmes (pour respectivement 73,6 et 80,5 en 1995).

Les taux standardisés de mortalité à Bruxelles se situent parmi les dix pays d'Europe ayant les taux les plus faibles, mais sont toutefois supérieurs à ceux de certaines régions européennes comme l'Ile de France ou Madrid ; ce positionnement résulte à la fois de facteurs négatifs (proportion importante de personnes pauvres) et de facteurs positifs (proportion élevée de personnes ayant un style de vie favorable à la santé (diète méditerranéenne)). On retrouve à plusieurs reprises dans le Tableau de bord les effets de cette balance entre gradients sociaux et gradients culturels.

Comme dans la majorité des pays industrialisés, les premières causes de décès, tout âge et sexe confondus sont par ordre d'importance les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies respiratoires. Le poids des causes de mortalité varie selon le sexe : celui des maladies cardiovasculaires est plus important pour les femmes, tandis que la part des décès liés aux cancers et aux causes externes (accidents, suicides et homicides) est plus importante pour les hommes.

La mortalité prématurée (<65 ans) est en diminution constante depuis 1990, particulièrement pour les hommes.

La mortalité prématurée diminue pour la plupart des principales causes. Les cinq premières causes de mortalité prématurée sont, pour l'homme, par ordre décroissant, le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques, le suicide, les accidents domestiques et les maladies liées à l'alcool. Pour les femmes, ce sont le cancer du sein, le cancer du poumon, le suicide, les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques. Les taux de mortalité prématurée des femmes sont nettement inférieurs à ceux des hommes, mais le taux de mortalité prématurée par cancer du poumon a nettement augmenté chez les femmes entre 1998-2002 et 2003-2007.

La première cause d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans chez les hommes est le suicide. Chez la femme, c'est le cancer du sein qui cause le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans.

Maladies chroniques et invalidité

En 2004, **un quart des Bruxellois (et plus de la moitié des Bruxellois âgés de plus de 75 ans) déclarent souffrir de maladie chronique, d'une affection de longue durée ou d'un handicap.** Cette proportion est stable dans le temps. Parmi les maladies chroniques les plus souvent citées, on retrouve les allergies, les problèmes de dos, la migraine et l'hypertension.

En 2007, **22 404 Bruxellois sont reconnus comme invalides.** Les ouvriers sont plus touchés que les employés. Trois pathologies expliquent à elles seules plus des deux tiers des invalidités : les troubles mentaux (de loin la cause la plus importante, en augmentation), les troubles musculo-squelettiques et les maladies de l'appareil circulatoire.

Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'un tiers des décès dans la population. Elles ont provoqué en 2007 la mort de 2 874 Bruxellois, soit près de 750 de moins qu'en 1998. La Région bruxelloise est parmi les régions au taux de mortalité

cardiovasculaire le plus faible d'Europe, mais l'augmentation actuelle de l'obésité, de la sédentarité et d'autres facteurs de risques psychosociaux pourrait modifier cette tendance.

Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires constituent toujours les première et deuxième causes de décès par maladies cardiovasculaires, même si leur poids dans la mortalité totale est en diminution. En 2006, 1057 hospitalisations pour infarctus du myocarde ont été enregistrées.

Cancers

Le taux de mortalité totale par cancer et la mortalité prématurée par cancer ont diminué entre 1998 et 2007. Le cancer a tué 2 224 Bruxellois en 2007 (1/4 des décès totaux). Pour les femmes, on observe une diminution générale de la mortalité par cancer du sein mais une augmentation de la mortalité par cancer du poumon. Pour les hommes, on observe une diminution constante de la mortalité par cancer du poumon et, surtout pour les hommes de plus de 75 ans, par cancer de la prostate.

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

L'amélioration des taux de guérison ou de rémission tendent à faire évoluer le cancer vers la maladie chronique, ce qui détermine de nouveaux besoins chez les patients concernés.

Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires chroniques voient leur taux de mortalité diminuer, particulièrement chez les hommes, pour qui il reste toutefois plus élevé que pour les femmes. **Plus d'un Bruxellois sur vingt déclare souffrir de problèmes pulmonaires ou bronchiques chroniques,** pourcentage semblable à celui observé dans les grandes villes wallonnes ou flamandes.

Maladies liées à l'alcoolisme

L'alcool joue un rôle majeur dans la mortalité prématurée : 13% des années potentielle de vie perdue avant 75 ans chez l'homme ont été causées par l'alcool, 7% chez les femmes. Il constitue la cinquième cause de décès prématuré pour les hommes et la sixième pour les femmes. Entre 1998-2002 et 2003-2007, la mortalité par alcool avant 65 ans diminue alors qu'elle augmente pour les hommes de 65 à 74 ans.

Troubles musculo-squelettiques

En 2007, les troubles musculo-squelettiques sont à l'origine d'une invalidité sur 5 à Bruxelles. Entre 2000 et 2007, le nombre d'invalides à cause de troubles musculo-squelettiques a augmenté de 19 %.

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

Diabète et obésité

Le poids du diabète dans le total des décès augmente au cours des 10 dernières années. La proportion d'hommes ou de femmes déclarant souffrir de diabète n'est pas différente à Bruxelles de la proportion dans les grandes villes wallonnes et flamandes. La prévalence du diabète augmente avec l'âge et a augmenté chez les femmes entre 1997 et 2004.

Environ 11 % de la population souffre d'obésité (BMI>30). La proportion d'hommes en excès pondéral et obèses a augmenté significativement entre 1997 et 2004.

Maladies infectieuses

Près de 9% des décès sont dus aux infections, les pneumopathies et les septicémies étant les premières causes de mortalité par infection. **Les taux de mortalité par infection augmentent entre les deux périodes pour les personnes âgées**, particulièrement en ce qui concerne les infections intestinales.

- *VIH et autres Infections Sexuellement Transmissibles (IST)*

En 2007, 198 nouveaux cas de séropositivité à VIH ont été rapportés en Région bruxelloise ; si l'incidence de la séropositivité semble se stabiliser, elle fait cependant à un niveau bien supérieur à celui de 1997. La même année, 45 cas de SIDA ont été déclarés en Région bruxelloise, ce qui constitue le nombre de cas annuels le plus faible depuis 1988. Le taux de mortalité par infection à VIH (1,6 pour 100 000 habitants) a nettement diminué par rapport à la période 1998-2002 (2,4/100 000). La diminution de la mortalité est à mettre en lien avec l'introduction des traitements antirétroviraux en 1995. Cependant, les taux plus élevés pour les non-Belges indiquent probablement que ces derniers n'ont pas bénéficié des traitements de la même façon que les Belges. L'augmentation de la transmission homosexuelle chez les hommes Belges signe de façon préoccupante un affaiblissement des comportements de prévention, non seulement chez les hommes d'âge moyen mais également chez les hommes jeunes.

La syphilis, la gonorrhée et les infections à Chlamydia connaissent une augmentation préoccupante, également constatée dans d'autres grandes villes belges ; la comparaison avec différents pays européens semble montrer des tendances similaires. On constate une réapparition de la lymphogranulomatose vénérienne.

- *Tuberculose*

La maladie tuberculeuse représente 1,6 % des décès par infection ; son incidence continue à décroître en Europe. A Bruxelles, l'incidence (28,5/100 000 habitants) est plutôt stable depuis 1987 ; elle y est 3 à 4 fois plus élevée qu'en Wallonie et en Flandre. Les raisons en sont multiples : le caractère urbain de la région, la présence d'une importante population en situation sociale précaire et d'une forte concentration de populations originaires de pays à haute prévalence de tuberculose. En 2006, 66 % des nouveaux patients tuberculeux bruxellois sont de nationalité étrangère.

- Hépatites virales

Entre 2005 et 2007, on a diagnostiqué presque 8 fois plus d'hépatites C que d'hépatites B. La mortalité liée à l'hépatite B est en légère diminution tandis que la mortalité liée à l'hépatite C est plutôt en augmentation.

- Méningites

Environ 20 cas de méningite et septicémie à méningocoque sont observés par an en Région bruxelloise, surtout en hiver et en automne ; pour la période 2003-2007, dix personnes, soit en moyenne deux par an, sont mortes de méningite à méningocoque (= 0,2 % des décès par infection).

Santé mentale

L'Enquête de santé de 2004 mettait en évidence une proportion significativement plus élevée de « mal-être » psychologique parmi les résidents bruxellois de plus de 15 ans par rapport aux autres grandes villes belges: 13 % des hommes et 19 % des femmes déclarent des difficultés psychologiques ; 23 % des hommes et 28 % des femmes présentent au moins un trouble spécifique récent de santé mentale. Une note optimiste, cependant : dans l'enquête HBSC, 83 % des adolescents et 74 % des adolescentes se disent heureux ou très heureux.

6,6% des Bruxellois et 8,4% des Bruxelloises déclarent avoir eu une dépression au cours de l'année écoulée. D'après un questionnaire d'auto-évaluation des troubles dépressifs, 7,0 % des hommes et 11,8 % des femmes présentent de tels troubles. La fréquence de troubles dépressifs augmente avec l'âge mais on note un pic vers 35-44 ans pour les hommes et 45-54 ans pour les femmes.

Les femmes consomment plus souvent des médicaments psychotropes que les hommes : 13,4 % des femmes déclarent avoir consommé des somnifères au cours des deux dernières semaines contre 6,9 % des hommes. Pour les tranquillisants, ces proportions sont respectivement de 9,6 % et 6,3 % et pour les antidépresseurs, de 8,7 et 5,1 %.

En 2007, on a enregistré 154 décès par suicide, 102 hommes et 52 femmes. **Les taux de suicide diminuent régulièrement depuis les années 1990.** Le risque de suicide augmente avec l'âge et reste plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, contrairement aux tentatives de suicide. Chez les jeunes adultes, le suicide cause un décès sur 4 chez les hommes et un sur 5 chez les femmes. Le taux de mortalité par suicide en Région bruxelloise est plus élevé que la moyenne européenne et notamment que celui de régions urbaines comme l'Ile de France, Berlin, Londres ou Stockholm.

Accidents

D'après l'Enquête de santé 2004, près de 7 % des Bruxellois déclarent avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un service hospitalier.

Les accidents du travail (environ 11 000 par an) concernent, pour près de la moitié, des Bruxellois de moins de 35 ans, et 55% des accidentés travaillent depuis moins de 5 ans dans l'entreprise. Le nombre d'accidents mortels a diminué depuis 2005, mais les conséquences des accidents de travail sont loin d'être insignifiantes. Ainsi en 2007, 49 % des accidents ont entraînés une incapacité temporaire et 12 % une incapacité permanente.

Pour la période 2003- 2007, 194 bruxellois sont décédés d'un accident de circulation. Les accidents de la circulation sont responsables de 12 % des décès par accident en 2003-2007. Entre les périodes 1998-2002 et 2003-2007, le taux de mortalité par accident de la circulation a diminué de 36 %. La mortalité est trois fois plus importante pour les hommes que pour les femmes. La part des accidents de la circulation parmi l'ensemble des décès par accidents est la plus élevée pour les adolescents.

Les chutes mortelles (environ 100 décès par an) représentent 1/3 des décès par accidents et concernent surtout les personnes âgées.

III Les déterminants de la santé

La santé de la population bruxelloise dépend de nombreux facteurs qui interviennent à des niveaux différents : au niveau individuel, l'âge, le sexe et les styles de vie jouent un rôle important ; l'environnement physique, culturel, social... interagit avec ces facteurs individuels ; il est lui-même dépendant du contexte socio-économique général. Le statut social, de par ses liens avec tous les autres déterminants, est le déterminant le plus puissant de l'état de santé: la grande hétérogénéité sociale qui caractérise la région se reflète par des inégalités sociales de santé importantes.

Styles de vie

Pour plusieurs « comportements de santé », la grande diversité culturelle de la région lui permet de se positionner relativement favorablement par rapport aux autres grandes villes.

De plus en plus de Bruxellois adoptent des habitudes alimentaires favorables à la santé comme prendre un petit déjeuner, consommer régulièrement des fruits ou du poisson.

Beaucoup de Bruxellois sont sédentaires (23 % de hommes et 30 % des femmes).

Le poids du tabagisme sur la santé et la mortalité des Bruxellois reste très important même s'il se réduit pour les hommes. Cependant, actuellement, la proportion d'hommes Bruxellois qui fument reste stable et ne diminue pas comme dans le reste du pays. Pour les femmes, les problèmes de santé liés au tabac s'accroissent fortement, en raison du niveau de tabagisme important des femmes bruxelloises au cours des dernières décennies. Actuellement, heureusement, la proportion de Bruxelloises qui fument ne cesse de diminuer et est plus faible que dans le reste du pays. Chez les adolescents, des différences marquées entre les filières scolaires méritent une attention particulière, entre autre pour les adolescentes de l'enseignement technique.

La dépendance à l'alcool reste un problème préoccupant en Région bruxelloise malgré l'importance du nombre d'abstinents : un homme sur 3 et une femme sur 5 ont une consommation d'alcool « à risque ». Le « binge drinking » est un mode de consommation fréquent chez les jeunes.

Inégalités sociales de santé

Parce qu'on retrouve parmi la population bruxelloise toutes les couches sociales depuis les plus pauvres jusqu'aux plus riches, les inégalités sociales de santé à l'intérieur de la région sont très marquées, et cela dès la naissance : un enfant a plus de 2 fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an dans un ménage sans revenu du travail que dans un ménage à deux revenus.

Ces inégalités se poursuivent tout au long de la vie, avec des risques de souffrir de maladies chroniques, d'accidents ou de problèmes de santé mentale qui croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Comme par exemple : les personnes les moins diplômées ainsi que les chômeurs se sentent en moins bonne santé que les autres ; la fréquence du tabagisme et des problèmes respiratoires chroniques est d'autant plus importante que le niveau d'instruction est faible ; la fréquence des troubles dépressifs est plus élevée chez les personnes à faible niveau d'instruction et chez les chômeurs ; les femmes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire souffrent 4 fois plus souvent d'obésité que les femmes qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur... On retrouve également un gradient social pour les affections cardiaques graves et les affections persistantes du dos. En ce qui concerne les dépistages, on constate de fortes inégalités sociales pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Etant donné la ségrégation sociale de l'espace bruxellois, les inégalités sociales face à la santé peuvent être approchées par les inégalités de mortalité entre les communes. Les habitants des communes aisées du sud-est de la région bénéficient du taux de mortalité et de mortalité prématurée le plus faible, en général et pour quasi toutes les principales causes de décès, à l'exception du cancer du sein et du suicide.

Les habitants des communes plus pauvres meurent plus jeunes. Pour la période 2003-2007, les hommes ont une espérance de vie à la naissance de 3,4 ans inférieure à celle des habitants des communes les plus riches et les femmes de 3,1 ans. Cet écart a même chez les hommes augmenté par comparaison avec la période 1998-2002 (écart de 2,7 ans).

Les écarts de santé entre les pauvres et les riches s'accroissent à Bruxelles. Dans le cadre d'une amélioration générale des indicateurs de santé, cet accroissement des inégalités est le plus souvent lié à une évolution favorable plus prononcée pour les populations plus aisées. C'est ce qui explique l'accroissement des écarts pour la mortalité avant l'âge d'un an, pour la mortalité par cancer du poumon ou cardiopathies ischémiques ou encore des écarts d'espérance de vie chez les hommes. Mais l'accroissement des écarts peut aussi s'expliquer par une détérioration de la situation des plus défavorisés, comme pour l'obésité et le diabète chez les femmes ou le tabagisme chez les hommes.

Les risques de souffrir de problèmes de santé ou d'accidents croissent au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale. Cependant, pour certains problèmes de santé, les inégalités sociales sont atténuées en Région bruxelloise grâce à la part non négligeable parmi les populations moins favorisées de migrants qui ont, ou ont eu dans leur parcours de vie, des styles de vie plus favorables à la santé.

Bruxelles multiculturelle

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

Les Bruxellois de l'Union européenne présentent des indicateurs plus favorables que les autres nationalités, y compris les Belges. A côté d'un réel effet protecteur lié entre autres à un statut socioéconomique plus favorable, on ne peut exclure une sous-estimation de la mortalité (retour dans le pays d'origine).

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

Les Bruxellois de nationalité marocaine présentent des taux de mortalité nettement plus faible que la population belge, sauf en période périnatale. Cette plus faible mortalité s'explique en grande partie par des habitudes de vie globalement favorables à la santé (consommation régulière de fruits, de poisson, faible consommation d'alcool et de tabac). Malgré cette plus faible mortalité, la santé des femmes marocaines et turques est altérée par une fréquence élevée d'obésité et de diabète, favorisés par le manque d'activité physique de loisir et certaines habitudes alimentaires.

Les indicateurs de santé des Bruxellois de **nationalité turque** sont proches de ceux des marocains. Les hommes se différencient cependant par un taux de tabagisme élevé qui entraîne un taux élevé de mortalité par cancer du poumon. Les femmes déclarent plus souvent des troubles dépressifs.

Accès aux soins et prévention

L'offre en services de santé en Région bruxelloise est riche et diversifiée. L'accessibilité géographique aux services est donc en général satisfaisante. Cependant, une partie non négligeable de la population bruxelloise vit dans des conditions sociales précaires et l'accès financiers aux soins pose un problème à de nombreux Bruxellois. **En 2004, 17,5% des ménages bruxellois disent avoir dû postposer les soins pour raisons financières.**

Si l'on considère un domaine spécifique tel que la vaccination contre la grippe des adultes de plus de 65 ans, une personne indépendante a 2,6 fois moins de chance d'être vaccinée qu'un bénéficiaire du régime général, et une personne avec un dossier médical global 2,3 fois plus de chance d'être vaccinée qu'une personne sans DMG.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein varie de 5,9 % dans la commune d'Uccle à 17,9 % dans celle de Jette ; si l'on tient compte du dépistage individuel, on peut estimer la couverture totale du dépistage du cancer du sein à 50%. Le défi à Bruxelles reste donc d'amener les femmes qui n'effectuent actuellement aucun dépistage du cancer du sein à participer.

IV Le cycle de vie

Autour de la naissance

En 2007, près de la moitié des bébés bruxellois ont une mère de nationalité non belge au moment de l'accouchement.

28 % des bébés sont nés dans un ménage sans revenu du travail et 17 % d'une mère isolée. 36 % des bébés sont nés dans une famille avec deux revenus du travail.

On assiste ces dix dernières années à l'augmentation de l'âge des mères : les mères de moins de 20 ans sont proportionnellement moins nombreuses (2,7%) tandis que s'accroît la part des mères de 35 à 39 ans (17,5%) et de plus de 40 ans (4,8%).

Après une augmentation marquée au cours des années 80 et 90, **le taux de prématurité et de petits poids à la naissance diminue depuis 2002.** Le taux de grande prématurité (< 32 semaines) reste stable. Cependant, lié à l'augmentation du nombre de naissance, le nombre absolu d'enfants nés très prématurément, ou de petits poids a augmenté.

Le recours à la césarienne continue d'augmenter, surtout chez les mères de plus de 35 ans, mais également pour celle de 20 ans ou plus.

Chez les moins d'un an, 355 décès d'enfants nés vivants ont été enregistrés pour la période 2003-2007. Les premières causes de mortalité infantile sont les anomalies congénitales, diverses pathologies liées à la période périnatale, l'immaturité et la mort subite du nourrisson.

A la sortie de la maternité, neuf mamans sur dix en Région bruxelloise pratiquent l'allaitement exclusif de leur bébé, ce qui est supérieur aux deux autres régions du pays.

Ce taux est plus élevé parmi les mamans des communes défavorisées.

Les enfants de un à neuf ans

Les enfants de un à neuf ans font partie des groupes d'âge aux taux de mortalité les plus faibles. Les deux premières causes de décès sont les accidents et les tumeurs.

En ce qui concerne la couverture vaccinale, **on constate en 2006 une nette amélioration de la couverture vaccinale,** grâce notamment à l'introduction de vaccins combinés ; les inégalités sociales sont bien rattrapées probablement suite à la gratuité des vaccins et à l'action des structures préventives.

Les adolescents de dix à dix-neuf ans

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.

Une majorité d'adolescents «vont bien». Parmi les jeunes de 13-18 ans fréquentant les écoles bruxelloises, seuls 6 % des jeunes garçons et 9 % des jeunes filles estiment que leur

santé n'est pas bonne. Les élèves de milieu social plus défavorisé sont plus nombreux (12 %) à se déclarer en mauvaise santé.

Parmi les jeunes de 13-18 ans fréquentant les écoles bruxelloises, 10 % des garçons et 14 % des filles déclarent fumer quotidiennement. 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 (29 %). Les comportements liés au tabac et à l'alcool des adolescents sont fortement influencés par leurs pairs alors que les comportements alimentaires sont surtout influencés par les modèles familiaux et culturels. Les inégalités sociales de nutrition apparaissent dès l'enfance et se maintiennent à l'adolescence. Ainsi par exemple, 3 % des jeunes du tertile le plus favorisé contre 7% du tertile le plus défavorisé déclarent consommer des frites au moins une fois par jour.

Les adultes

La catégorie des jeunes adultes (25-34 ans) est surreprésentée à Bruxelles, comme c'est souvent le cas dans les régions urbaines.

Parmi les jeunes adultes bruxellois, 13,5 % estiment que leur santé n'est pas bonne. Parmi les adultes d'âge moyen (45-54 ans), cette proportion est quasi double chez les hommes (26 %) et quasi triple chez les femmes (32 %).

Chez les jeunes adultes bruxellois, le suicide est la première cause de décès (environ 25 décès par an), suivi par les accidents et les homicides chez les hommes, le cancer du sein et les infections chez les femmes.

Les adultes d'âge moyen ont une mortalité plus élevée que les adultes jeunes.

Chez les hommes, le cancer du poumon et du larynx est la première cause de mortalité, suivi par les suicides, les cardiopathies ischémiques et les maladies liées à l'alcool.

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.

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

C'est parmi les jeunes hommes adultes que les habitudes alimentaires favorables à la santé (au moins un fruit et un légume par jour, petit déjeuner régulier) sont les moins fréquentes. La prévalence de l'excès pondéral et de l'obésité augmente fortement entre les classes d'âge 25-34 ans et 45-54 ans. Cette croissance s'explique en partie par des changements de pratique de l'activité physique (professionnelle ou de loisir).

Les personnes âgées

Contrairement à ce qu'on observe dans le reste du pays, la proportion de plus de 65 ans diminue à Bruxelles. Par contre la proportion de personnes très âgées (85 ans et plus) augmente. 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».

La proportion des personnes de 60 ans ou plus issues de l'immigration augmente à Bruxelles.

38 % des personnes de 65-74 ans ne s'estiment pas en bonne santé. Pour les plus de 75 ans, ce pourcentage passe à 48 % pour les hommes et 58 % pour les femmes.

Dans le « top dix » des maladies chroniques déclarées dans l'Enquête de Santé pour les personnes de 65 ans ou plus, l'hypertension artérielle occupe la première place, suivie de près par les troubles musculo-squelettiques.

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.

La fin de la vie

La répartition des lieux de décès des Bruxellois a peu changé au cours des dix dernières années. 63 % des décès ont lieu à l'hôpital, 22 % en maison de repos et 15 % à domicile. En Belgique, au Pays-Bas et au Royaume –Uni, les chances de mourir « chez soi » sont nettement inférieures lorsqu'on réside dans une grande ville mais la différence Grandes villes/hors grandes villes est plus importante en Belgique.

D'après une étude réalisée auprès des médecins traitants, on estime que dans 2/3 des décès attendus, la mort a été précédée d'une ou plusieurs décisions de fin de vie, dont 15 % avec l'intention explicite de mettre un terme à la vie du patient.

V Offre et consommation de soins

Les soins de santé ne constituent qu'un déterminant de la santé parmi beaucoup d'autres. Il n'en reste pas moins que l'offre et l'utilisation des soins font partie intégrante d'une politique de santé et sont d'importants déterminants de l'accès aux soins.

Dans une étude récente, l'INAMI constate que le Bruxellois consomme moins de dépenses de santé que le Belge moyen. En Région bruxelloise on consomme moins de soins à domicile, on s'affilie moins à un DMG, mais on recourt plus à la médecine spécialisée, aux soins dentaires, aux maisons de repos et aux hôpitaux que dans le reste du pays.

Les médecins généralistes

Bien qu'il ne soit pas facile d'estimer le nombre de médecins réellement en activité, on estime, selon les critères de l'INAMI, que 1 171 médecins généralistes sont actifs à Bruxelles en 2007 (pour 3 992 en Wallonie et 6 122 en Flandre). Un tiers d'entre eux sont des femmes. La densité de médecins est plus élevée dans le sud de la région et à Berchem-Sainte-Agathe. On assiste à un vieillissement de la profession en Région bruxelloise.

Protection maternelle et infantile

En 2006, près de 51 000 enfants étaient inscrits aux consultations de l'ONE et de K&G en Région bruxelloise. Les communes où l'on enregistre le plus grand nombre de naissances (Molenbeek, Anderlecht, Bruxelles et Schaerbeek) sont aussi celles où le plus de consultations sont effectuées.

Offre et consommation hospitalière

On assiste en Région bruxelloise depuis 1996, comme dans le reste de la Belgique, à une **diminution du nombre d'hôpitaux et du nombre de lits**. De nombreux facteurs peuvent cependant également influencer l'hospitalisation, touchant tant aux caractéristiques des personnes (démographie, épidémiologie, sociologie) qu'à l'organisation des soins médicaux (attractivité hors Bruxelles, évolution des pratiques et de l'organisation des soins).

Bruxelles attire, de par son statut de région capitale et de par son offre en soins spécialisés, beaucoup de patients des autres régions : près d'un quart des séjours dans les hôpitaux bruxellois en 2006 sont le fait de non-Bruxellois.

D'après les Résumés Cliniques Minimum, de 1999 à 2006, le nombre de séjours hospitaliers classiques est resté stable tandis que le nombre ainsi que le taux d'hospitalisations de jour ont augmenté.

Aide et hébergement des personnes âgées

Permettre à la personne âgée de continuer à résider le plus longtemps possible à son domicile est l'une des priorités concernant les personnes âgées à Bruxelles. En dépit d'une offre variée et bien répartie de services, certains besoins sont encore insuffisamment couverts et des barrières à l'accès subsistent (langue, barrières financières, soucis administratifs).

L'offre semi-résidentielle se limite à dix centres de jour proposant un accueil de jour à 170 personnes.

En ce qui concerne **l'offre résidentielle**, la Région de Bruxelles-Capitale comptait fin 2008, 197 structures résidentielles pour personnes âgées offrant une capacité totale de 16 745 lits. La répartition spatiale des maisons de repos semble bien refléter la présence proportionnelle des plus de 65 ans dans la population. Toutefois, on est surpris par l'absence de maisons de repos dans les quartiers densément peuplés de la zone la plus défavorisée de la Région bruxelloise.

Au cours de la décennie passée, l'offre résidentielle a continuellement baissé, tant pour ce qui est du nombre d'établissements que du nombre de lits. En 2008, l'offre de structures résidentielles pour personnes âgées comptait 76 institutions et 927 lits de moins qu'en 1997. Ce sont principalement les plus petites structures qui disparaissent.

La part des maisons de repos ayant un prix mensuel inférieur à 990 euro est passé de plus de 60 % en 1997 à 25 % en 2005. Pour comparaison, le montant de la garantie de revenu aux personnes âgées était de 670,59 euros pour un isolé au 01/08/2005.