

Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale

Tableau de bord de la Santé

Région de Bruxelles Capitale
2001



Commission Communautaire Commune

Tableau de bord de la Santé Région de Bruxelles Capitale

Rédaction

Myriam De Spiegelaere
Ilse Wauters
Truus Roesems

Avec la collaboration scientifique de :

Claire Nguyen, Edwige Haelterman

Remerciements :

Nous remercions tout particulièrement P. Deboosere (Steunpunt demografie VUB), M. Dramaix (statistiques médicales, ESP ULB), B. Buysse (K&G), M.C. Mauroy et P. Bollu (ONE), le " Team Gezondheidsindicatoren " de la Communauté flamande, l'Institut Bruxellois de l'Environnement (IBGE), M. Wanlin (FARES) et M. Uydebrouck (VRGT), T. Degreef et J. Pacolet (HIVA) et M. Vanderveken (CTB) pour leurs conseils avisés ainsi que les docteurs V.Gilbert et V.du Parc qui ont pris le temps de relire une grande partie du rapport. Merci aux services de l'état civil des 19 communes bruxelloises et aux médecins qui collaborent activement à l'élaboration des statistiques de naissances et au secrétariat de l'Observatoire qui vérifie tous les formulaires avec minutie. Nous remercions également toutes les équipes de recherches, les associations et les administrations qui, par la transmission de leurs données, ont rendu ce travail possible.

Relecture, conseil graphique et suivi de redirection :

Service communautaire de promotion de la santé - asbl Question Santé

Mise en page et illustration :

YOU MAKE ME© info@youmakeme.be

Photos :

Les membres de l'Atelier Rencontre, ASBL Source

Samira Wijmeersch

Banque de photos de l'asbl Question Santé

Pour tout renseignement complémentaire :

Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale

Commission Communautaire Commune

183 Avenue Louise

1050 Bruxelles

Téléphone : 02/502.60.01

Fax : 02/502.59.05

E-mail : observat@cc.irisnet.be

Numero de dépôt : D/2001/19334/1

Table des matières

Avant-propos	5
1 _ Constat d'ensemble	6
1 _ 1 Contexte démographique	7
1 _ 2 Le contexte géographique	18
1 _ 3 Le contexte économique	20
2 _ La mortalité	22
2 _ 1 Mortalité générale	23
2 _ 2 Causes de décès	28
3 _ Problèmes de santé	32
3 _ 1 La santé perçue	33
3 _ 2 Les maladies chroniques	34
3 _ 3 Les maladies infectieuses	40
3 _ 4 La santé mentale	46
3 _ 5 Les toxicomanies	48
3 _ 6 Les accidents	52
3 _ 7 Les maladies professionnelles	55
3 _ 8 Les handicaps et invalidités	55
4 _ Mère et enfant	56
4 _ 1 Autour de la grossesse	57
4 _ 2 Santé du jeune enfant	61
5 _ Les enfants d'âge scolaire et les adolescents	68
5 _ 1 Mortalité	69
5 _ 2 Morbidité	70
6 _ La population âgée	76
6 _ 1 Evolution démographique	77
6 _ 2 Conditions de vie	78
6 _ 3 Etat de santé	79
7 _ Santé et environnement	84
7 _ 1 Les préoccupations environnementales des Bruxellois	85
7 _ 2 La qualité de l'air	86
7 _ 3 Le bruit	88
7 _ 4 Un logement sain	90
7 _ 5 Des espaces pour se détendre et se bouger	94
8 _ Inégalités sociales de santé	98
8 _ 1 Inégalités face à la mort	99
8 _ 2 Inégalités face à la maladie	101
8 _ 3 Inégalités face à la prévention	104
8 _ 4 Inégalités face aux soins de santé	107
9 _ Bruxelles multiculturel	110
9 _ 1 Mortalité	111
9 _ 2 Morbidité	115
Références	120
Abréviations	127

Avant-propos

Ce premier tableau de bord de la santé à Bruxelles est un outil destiné à toutes les personnes et instances qui par leurs responsabilités politiques, leur activité professionnelle ou leur engagement citoyen participent activement à la promotion de la santé à Bruxelles.

L'Observatoire de la Santé a pour mission, entre autres, de rassembler des informations sur l'état de santé de la population, de les analyser et de les diffuser auprès des différents acteurs concernés. C'est dans ce cadre que se situe ce premier tableau de bord. Il n'a certes pas la prétention d'être exhaustif. Nous avons simplement tenté de synthétiser de façon cohérente des données quantitatives et qualitatives recueillies par des acteurs de terrain, des administrations ou des chercheurs.

Le choix des différents chapitres est largement inspiré des tableaux de bord réalisés par les Observatoires Régionaux de la Santé en France et dans le Hainaut, de manière à permettre une lecture transversale et des comparaisons inter-régionales. A l'avenir, nous souhaitons développer en partenariat avec d'autres grandes villes des outils permettant des comparaisons pertinentes entre entités confrontées aux mêmes réalités.

Les limites de ce premier travail sont évidentes. Tout d'abord, nous avons choisi d'aborder la santé sous l'angle des besoins plutôt que de l'offre. De très nombreuses informations concernant les services socio-sanitaires ne sont donc pas incluses dans ce tableau de bord et devront faire l'objet d'une synthèse ultérieurement.

Ensuite, dans de nombreux domaines, les informations sont lacunaires. Ces lacunes devront être comblées progressivement. Nous attendons beaucoup des remarques, propositions et suggestions des utilisateurs de cet outil pour l'améliorer. Enfin, " l'observation " de la santé ne prend tout son sens que dans une perspective dynamique. Ce premier état de la situation devrait s'enrichir à l'avenir d'une vision longitudinale permettant d'évaluer l'impact des politiques de santé mais aussi des politiques menées dans tous les domaines qui concernent les principaux déterminants de la santé : le logement, les politiques sociales et économiques, la mobilité, l'environnement, l'éducation, etc.

Pour faciliter la lecture, nous avons essayé d'éviter les successions de chiffres et tableaux et les précisions méthodologiques. Les données plus précises sont disponibles à l'Observatoire de la Santé, de même que les publications utilisées et citées dans les références.

Une actualisation des informations et un élargissement des thématiques seront réalisés au travers de fiches à paraître périodiquement.

Le souhait de l'Observatoire est qu'un grand nombre de partenaires s'associent à cette démarche de manière à ce que ce tableau de bord régional devienne un outil de travail commun.

Nous vous souhaitons bonne lecture,

L'équipe de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale,
Myriam De Spiegelaere
Annette Perdaens
Truus Roesems
Ilse Wauters



1

Constat d'ensemble



La santé d'une population est très largement déterminée par ses caractéristiques démographiques et son environnement physique, économique et social. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable de situer brièvement le contexte démographique, social et économique de Bruxelles pour commencer ce rapport sur la santé des bruxellois.

1 _ 1 Contexte démographique

1 _ Structure et évolution de la population

Le nombre de Bruxellois se stabilise

Au 1er janvier 2000, la Région de Bruxelles-Capitale⁰ comptait 959 318 habitants .

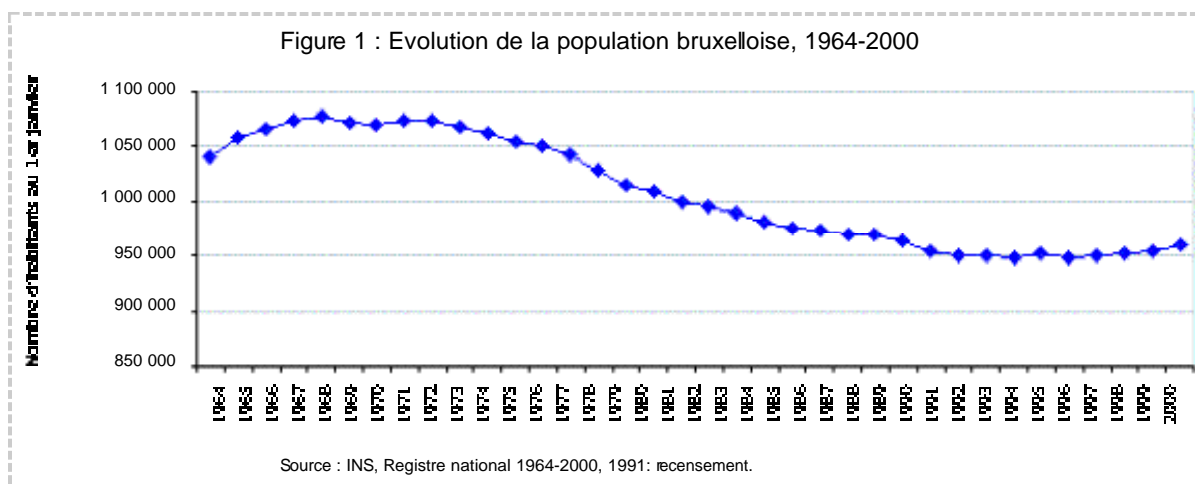
Tableau 1: Population des 3 régions au 1er janvier 2000

Population	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Total	959 318	5 940 251	3 339 516	10 239 085
% de la population belge(9,4 %)		(58 %)	(32,6 %)	(100 %)
Hommes	457 852	2 929 510	1 618 652	5 006 014
% de la population belge(9,1 %)		(58,5 %)	(32,3 %)	(100 %)
Femmes	501 466	3 010 741	1 720 864	5 233 071
% de la population belge(9,5 %)		(57,5 %)	(32,9 %)	(100 %)

Source: INS, Statistiques de la population (Situation au 1/1/2000)

En 1968, la population bruxelloise atteint un maximum, plus d'un million d'habitants. Au cours des 24 années qui ont suivi, la population a diminué régulièrement jusqu'à atteindre 948 122 habitants en 1996. Depuis on observe une stabilisation et même une légère augmentation du nombre d'habitants (figure 1).

⁰ Pour l'ensemble du rapport, "Bruxelles" désigne la région de Bruxelles-Capitale (19 communes) et non la commune de Bruxelles-Ville



Des corrections doivent être apportées aux chiffres officiels

Selon différentes sources, le nombre d'habitants en Région de Bruxelles-Capitale est supérieur au nombre des personnes officiellement inscrites au registre de la population des communes (Noel 2000). Un certain nombre d'habitants ne sont pas inscrits au registre de la population soit en raison d'un statut spécial qui ne les oblige pas à s'inscrire, soit parce que, tout en habitant à Bruxelles, ils sont domiciliés dans une autre région. En 1997, on estimait ce nombre à 40 000 personnes¹.

Bruxelles compte également un nombre relativement important de personnes en situation illégale².

La proportion de personnes non inscrites au registre de la population varie d'une commune à l'autre et d'un quartier à l'autre. Le projet " Contrat de Quartier Crystal-Etangs Noirs" a ainsi estimé que le nombre de personnes non enregistrées représenterait 20 % de la population du Vieux-Molenbeek (Stegen 2000).

Bruxelles : une ville multiculturelle

28,5 % des habitants ne sont pas de nationalité belge. La région bruxelloise accueille 30 % des étrangers résidant en Belgique (tableau 2). Parmi les grandes villes belges, Bruxelles est celle qui compte le plus d'habitants de nationalité étrangère (figure 2).

Tableau 2 : Distribution de la population des 3 régions selon la nationalité au 1er janvier 2000

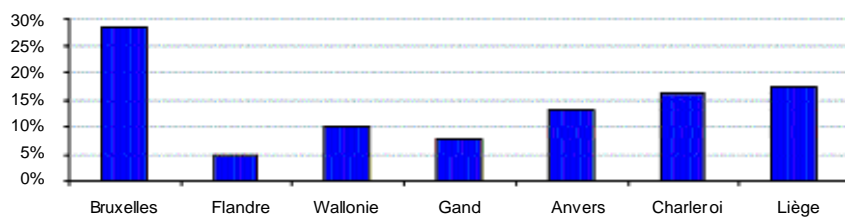
Population	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
Belges	685 705	5 646 601	3 009 669	9 341 975
(%)	(71,5%)	(95 %)	(90%)	(91%)
Non-belges	273 613	293 650	329 847	897 110
(%)	(28,5%)	(5%)	(10%)	(9%)
% du total des étrangers résidant en Belgique	30,5%	32,7%	36,8%	100%

Source : INS, statistiques de la population (situation au 1/1/2000)

¹ Ces habitants sont constitués par le personnel diplomatique étranger (12 600 personnes); les personnes attachées à des institutions internationales ou européennes (autre que l'Union Européenne) telles qu'Eurocontrol etc. (300 personnes), les candidats réfugiés politiques figurant sur le Registre d'attente (13 749 personnes au 1/8/96), les personnes sans domicile fixe (environ 2 000 personnes), les étudiants de l'enseignement supérieur universitaire qui "kottent" en région bruxelloise sans y être officiellement domiciliés (environ 15 000 personnes) (Noel 2000).

² Etant donné la situation de ces personnes, aucune estimation chiffrée ne peut être avancée.

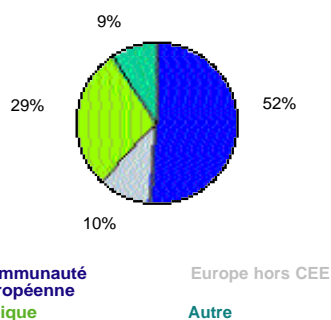
Figure 2 : Proportion de non-belges parmi la population totale dans les différentes régions et grandes villes belges au 1er janvier 2000



Source : INS, Statistiques de population (situation au 1/1/2000)

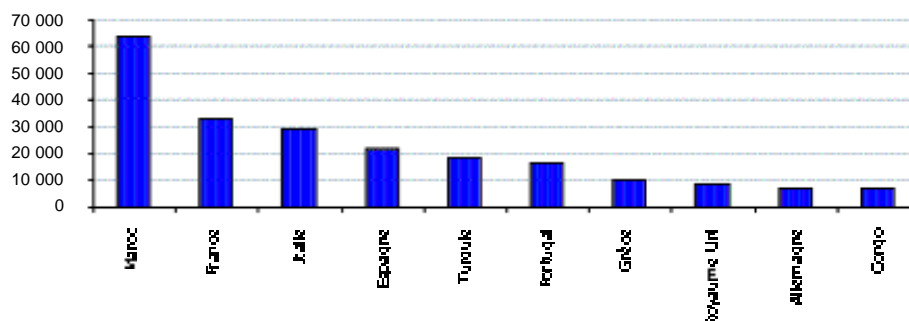
Parmi les habitants non-belges, plus de la moitié proviennent de la Communauté européenne (figure 3). Le nombre important de personnes originaires du Maroc explique la proportion élevée d'Africains à Bruxelles. En effet, la nationalité non-belge la plus représentée à Bruxelles est la nationalité marocaine (figure 4).

Figure 3 : Répartition des bruxellois non belges selon l'origine géographique



Source : INS, Statistiques de population (situation au 1/1/1999)

Figure 4 : Principales nationalités parmi les habitants bruxellois non belges



Source : INS, Statistiques de population (situation au 1/1/1999)

La structure démographique de la population bruxelloise intègre la réalité sociale et multiculturelle de la région

La structure d'âge de la population bruxelloise diffère peu de celle de l'ensemble du pays (tableau 3).

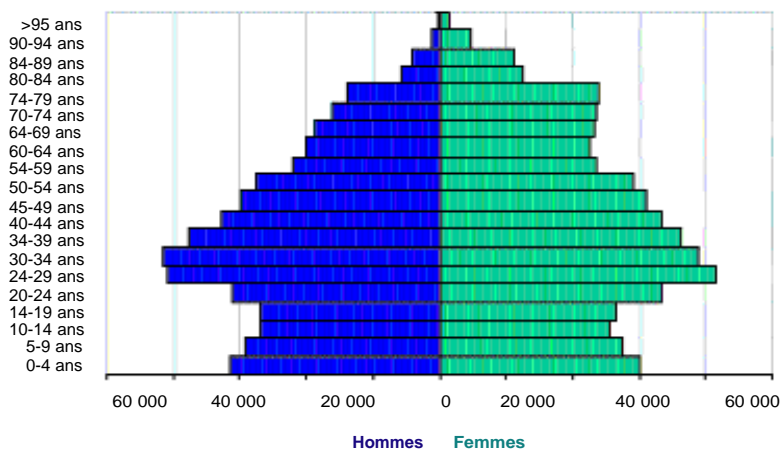
Tableau 3 : Distribution de la population par groupes d'âge pour les 3 régions au 1er janvier 2000

	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Belgique
< 18 ans	21,0 %	20,6 %	22,2 %	21,1 %
18-64 ans	62,2 %	62,7 %	61,0 %	62,1 %
65 et plus	16,8 %	16,7 %	16,8 %	16,8 %
Coefficient de dépendance des personnes âgées ³				
	27,0 %	26,7 %	27,5 %	27,0 %

Source: INS, Statistiques de la population 2000 (Situation au 1/1/2000)

De manière générale, on observe depuis plusieurs décennies un vieillissement de la population lié à l'augmentation de l'espérance de vie et à la diminution de la fécondité. Cela se marque sur les histogrammes de population par un " amincissement " de la base (moins de jeunes) et un élargissement et allongement du sommet (augmentation du nombre et de l'âge des personnes âgées) (figure 5).

Figure 5 : Histogramme de la population bruxelloise au 1er janvier 2000

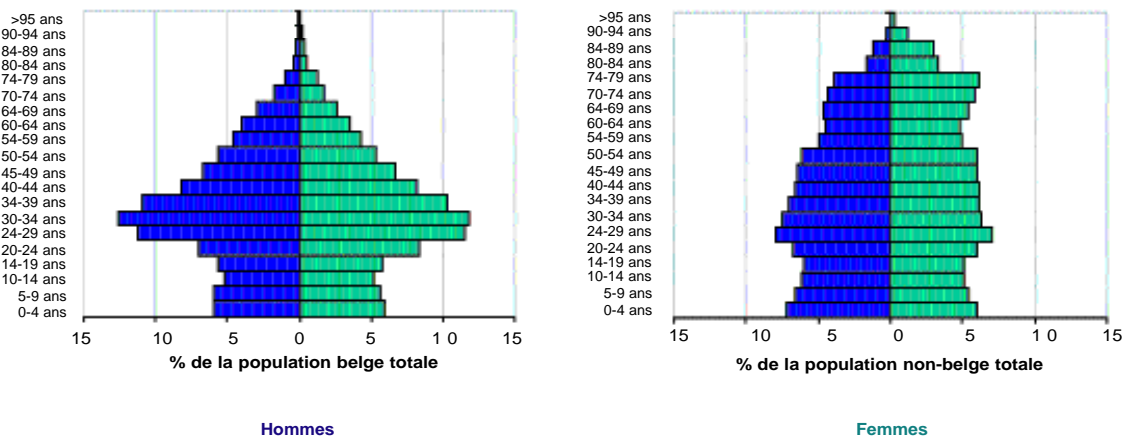


Source: INS, Statistiques de la population 2000 (Situation au 1/1/2000)

Cependant, les chiffres pour l'ensemble de la population bruxelloise masquent les différences de structure d'âge qui existent entre la population belge et la population non-belge. La comparaison des deux histogrammes montre clairement que la population non-belge est " plus jeune " que la population belge (figure 6).

³ Le coefficient de dépendance (personnes âgées) est le nombre de personnes de plus de 65 ans rapporté au nombre de personnes de 18 à 64 ans (x 100)

Figure 6 : Histogrammes de la population belge et non belge à Bruxelles au 1er janvier 2000



Source: INS, Statistiques de la population 2000 (Situation au 1/1/2000)

La structure d'âge de la population bruxelloise s'est peu modifiée depuis 1971 (De Lannoy 1999). Comme partout, l'espérance de vie s'est allongée augmentant ainsi le nombre de personnes de plus de 80 ans. Sur base des estimations prospectives de l'INS (1995-2020), il semblerait que la population bruxelloise échappe cependant en partie au vieillissement de la population.

Par rapport au reste du pays, la région bruxelloise connaîtrait une diminution moindre du pourcentage de jeunes de moins de 20 ans, une concentration particulière de la population aux âge actifs (20-59 ans) et une augmentation significativement moindre de la proportion de personnes de plus de 60 ans (De Lannoy 1999).

L'entrée d'un nombre relativement important de jeunes issus de l'immigration dans les groupes d'âge actif est certainement un élément essentiel de la démographie de la région bruxelloise dans les prochaines décennies. Cette évolution aura pour conséquence que le coefficient de dépendance restera relativement stable à Bruxelles tandis qu'il augmentera dans les autres régions où le vieillissement de la population sera plus manifeste.

La composition de la population varie d'un quartier à l'autre

La structure d'âge de la population a bien entendu une influence sur la vie des quartiers et sur les besoins en soins de santé. Ces différences ont été cartographiées⁴(carte 1). Les quartiers bruxellois ont été divisés en 5 types (clusters). La structure d'âge moyenne de chaque type de quartier est indiquée par un petit diagramme circulaire. Tous les quartiers d'un même type sont représentés par la même couleur sur la carte (même couleur que le diagramme circulaire correspondant). Le nom attribué à chaque type renvoie au groupe d'âge qui est sur-représenté dans ces quartiers, mais bien entendu, dans chaque quartier, il y a des personnes de tous les groupes d'âge. La structure d'âge pour l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale est indiquée en blanc, à titre de comparaison.

Les 2 premiers types sont ceux dont la structure d'âge est la plus éloignée de la moyenne régionale.

Les quartiers du premier type (bleu foncé) sont des quartiers " jeunes ". Ils se concentrent dans le "croissant" du 19^e siècle, autour du quartier Saint-Antoine à Forest, autour de la rue Gray et de la rue Wery à Ixelles, de la rue Baucq à Eterbeek et du Boulevard du Triomphe à Auderghem. Près d'un tiers de leur population a moins de 20 ans. La proportion de personnes âgées y est très faible, en moyenne 8,6 %. On y trouve plus de jeunes adultes et moins d'adultes de plus de 35 ans qu'en moyenne.

Les quartiers du deuxième type (vert foncé) sont au contraire des quartiers " âgés ". Près d'un tiers de leur population a plus de 65 ans. On y trouve moins de 16 % d'enfants et moins de 16 % de jeunes adultes. Ces quartiers se situent essentiellement en périphérie de la ville.

Les quartiers des 3^e et 4^e types ont une structure de population proche de la moyenne régionale. Dans les quartiers du 3^e type (vert clair), on trouve plus de personnes âgées qu'en moyenne. Ces quartiers se situent surtout en périphérie. Dans les quartiers du 4^e type (bleu clair) les familles avec enfants sont sur-représentées. Ils se situent dans les zones résidentielles du sud-est de la région et à Laeken, Neder-Over-Heembeek et Haren dans le nord.

Le 5^e type (gris) est spécifique au milieu urbain. Il s'agit de quartiers dont plus de 30 % de la population a entre 20 et 34 ans. On y trouve relativement peu d'enfants et de personnes âgées. Ces quartiers sont caractérisés par une proportion élevée de personnes seules et des déménagements fréquents liés à la moindre stabilité familiale et professionnelle de ces jeunes adultes qui débudent sur le " marché du logement ". Le territoire d'Ixelles est presque entièrement composé de tels quartiers à l'exception du sud (Boendaal). On trouve également une proportion importante de jeunes adultes dans l'est du pentagone, l'avenue Louise, l'est de Saint-Gilles, l'avenue Wielemans-Ceuppens et certains quartiers le long de la chaussée d'Alseberg à Forest, les quartiers autour des universités, le quartier européen, le centre de Boitsfort et le quartier de la gare à Schaerbeek.

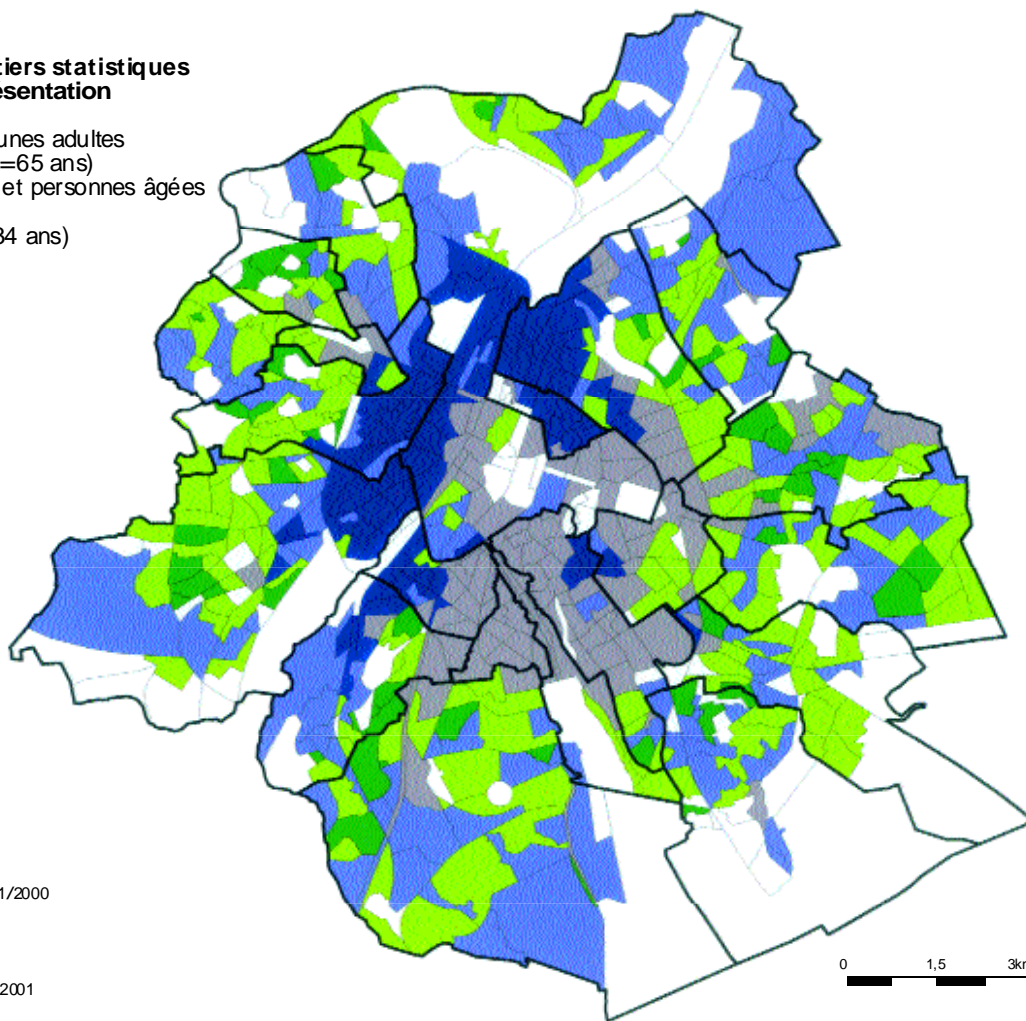
La typologie des quartiers est fortement influencée par la nature du parc immobilier.

⁴ Les quartiers ont été partagés sur base d'une analyse par " cluster ". Il s'agit d'une technique synthétique par laquelle des quartiers semblables sont rassemblés dans un même type (cluster) en veillant à ce que les différences entre " clusters " soient aussi grandes que possible. Les quartiers comptant moins de 200 habitants n'ont pas été inclus dans l'analyse, le nombre étant trop faible pour permettre une interprétation correcte des pourcentages. Pour plus d'information sur la méthodologie utilisée, contactez l'Observatoire de la santé.

Carte 1 : Structure d'âge de la population , Région de Bruxelles-Capitale au 1er janvier 2000

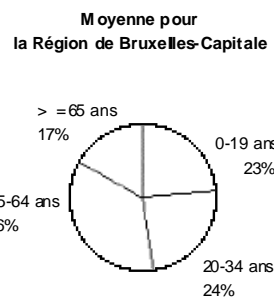
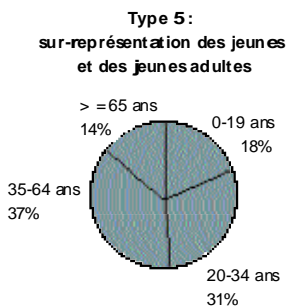
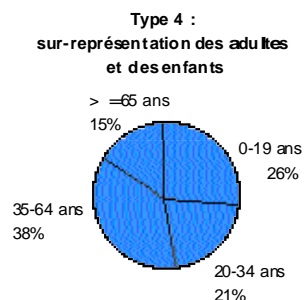
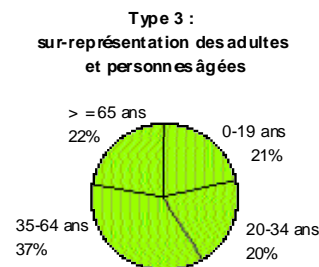
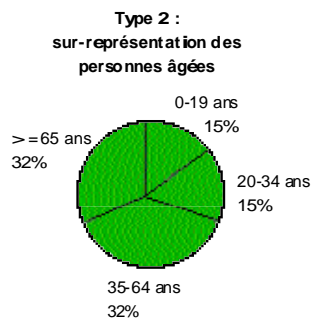
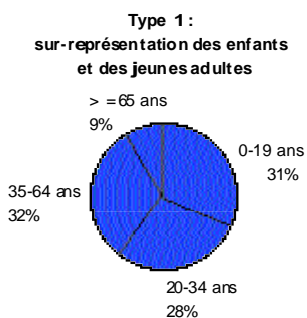
Types de quartiers statistiques surreprésentation

- enfants (0-19) et jeunes adultes
- personnes âgées (>=65 ans)
- adultes (35-64 ans) et personnes âgées
- adultes et enfants
- jeunes adultes (20-34 ans)
- < 200 habitants



Source : registre national , 1/1/2000

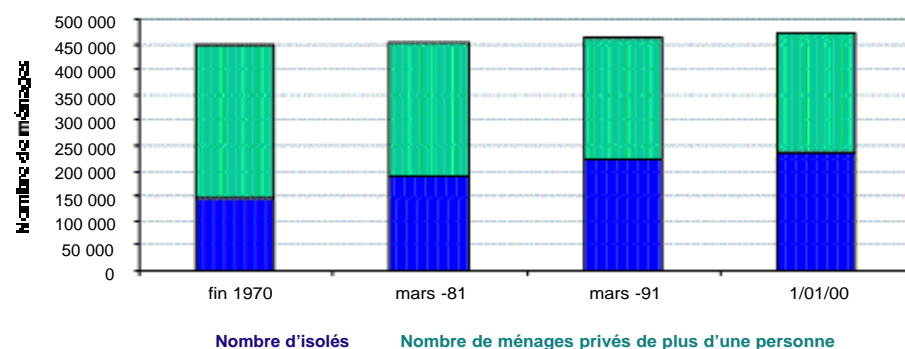
© Observatoire de la Santé, 2001
cartographie: T. Roesems



Les ménages " non classiques " sont de plus en plus nombreux à Bruxelles

La composition des ménages à Bruxelles se différencie par plusieurs aspects de celle des autres régions. Depuis les années 70, on observe une augmentation du nombre de ménages privés à Bruxelles. Cette augmentation s'accompagne d'une diminution de la taille des ménages et d'une augmentation du nombre d'isolés (figure 7). En région bruxelloise, 50 % des ménages privés⁵ sont des ménages d'une personne. Cette proportion est de 27 % en Flandre et 31 % en Wallonie.

Figure 7 : Evolution du nombre d'isolés en Région de Bruxelles-Capitale, 1970-2000



Source : De Lannoy 2000, INS Statistiques de population (1/1/2000)

Les enfants vivant dans une famille monoparentale sont sur-représentés à Bruxelles (Deboosere 1997).

Les populations d'origine turque et maghrébine conservent plus surtout souvent une structure familiale traditionnelle : les parents sont le plus souvent mariés et ont des enfants à un âge plus précoce. Ce type de ménage est donc surtout présent dans les communes de la première couronne où la concentration de familles turques et marocaines est la plus élevée (Deboosere 1997).

2_ Mouvements de population

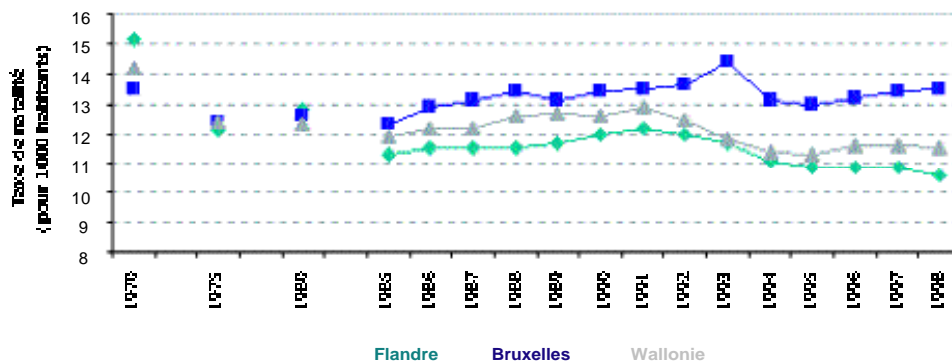
La population est une entité dynamique : les naissances, les décès, l'émigration et l'immigration la modifie en permanence.

Un taux de natalité élevé

Depuis les années 80, Bruxelles a le taux de natalité le plus élevé du pays (figure 8). En 1998, on y comptait 13,5 naissances pour 1000 habitants.

⁵ Un ménage privé est défini par opposition au ménage collectif (prison, couvent, etc...)

Figure 8 : Evolution du taux de natalité dans les 3 régions du pays, 1970-1998



Source : INS, Registre de la population 1970-1998

Ce taux de natalité élevé s'explique à la fois par une proportion plus élevée de femmes jeunes dans la population et un taux de fécondité plus élevé.

En Belgique, le taux de fécondité (nombre d'enfants par femme entre 15 et 49 ans) reste relativement stable depuis une quinzaine d'année (1,6 enfant par femme en moyenne) (IBES 1999, Deboosere 2000).

A Bruxelles, en 1998, le taux de fécondité est de 1,8 enfant par femme (1,5 enfant par femme de nationalité belge et 2,3 enfants par femme non-belge).

La mortalité générale diminue

Les taux de mortalité bruts⁶ diminuent régulièrement avec le temps, tant à Bruxelles que dans le reste du pays. Depuis 1980, Bruxelles présentait le taux brut de mortalité le plus élevé du pays (IBES 1999). En 1998, le taux brut de mortalité est de 10,9 ‰ à Bruxelles, 9,6 ‰ en Flandre et 11,1 ‰ en Wallonie. Cependant, les taux de mortalité étant fortement liés à la structure démographique de la population, la comparaison des taux bruts n'est pas très intéressante.

Les taux standardisés pour l'âge permettent de comparer les taux de mortalité de populations de structures d'âge différentes.

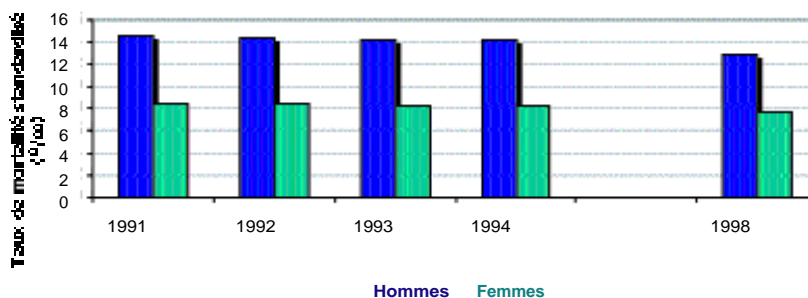
Après standardisation pour l'âge, le taux de mortalité des hommes bruxellois est semblable au taux national, tandis que le taux de mortalité des femmes bruxelloises est inférieur à celui des autres régions du pays (Deboosere 2001).

La comparaison des taux standardisés pour l'âge à Bruxelles⁷ met en évidence une diminution modérée entre 1994 et 1998, un peu plus importante pour les hommes que pour les femmes (figure 9).

6 Le taux de mortalité brut est le nombre de décès par rapport à la population totale.

7 Le taux de mortalité standardisé est obtenu en appliquant les taux de mortalité de chaque groupe d'âge à la population de la Belgique en 1998 (standardisation directe).

Figure 9 : Evolution des taux de mortalité standardisés à Bruxelles 1994-1998

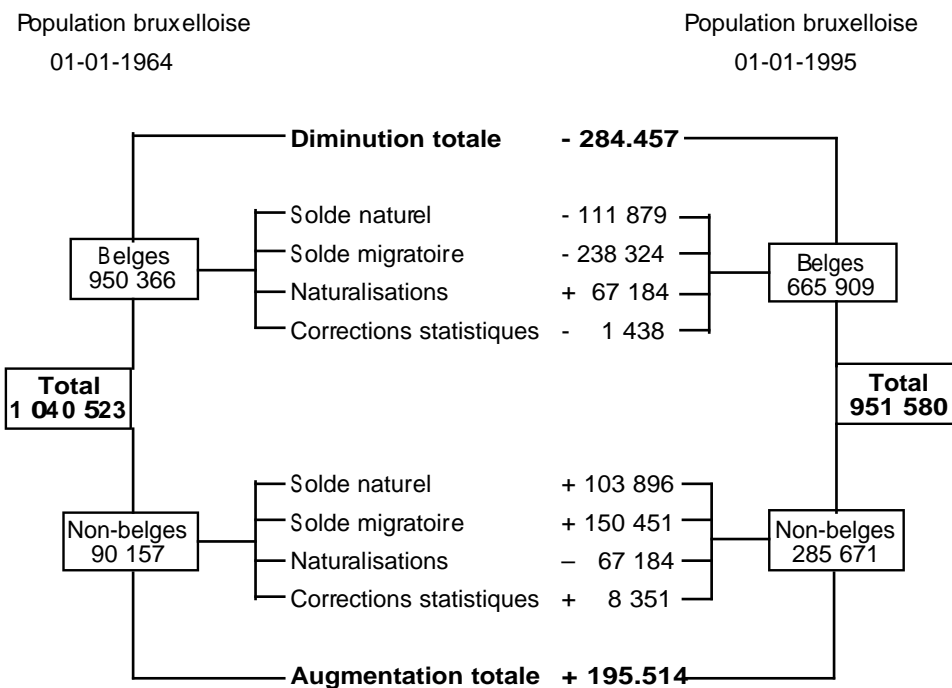


Source : 1991-1994 INS, 1998 Observatoire de la Santé

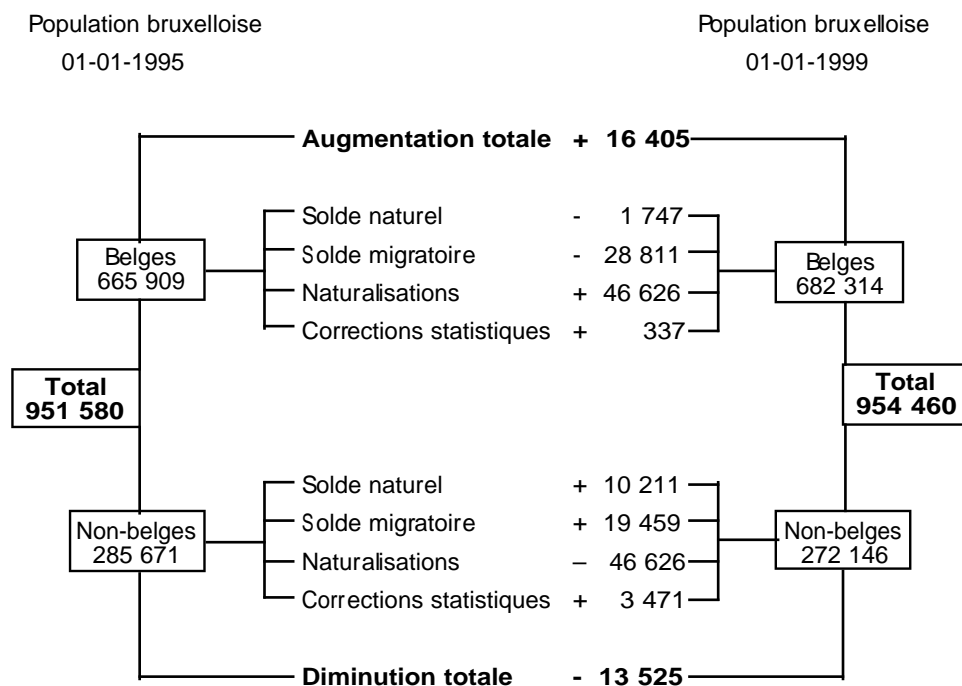
Des mouvements migratoires importants liés au statut de capitale de Bruxelles

Au cours des 30 dernières années, l'évolution de la population bruxelloise a été largement influencée par les mouvements migratoires. Le schéma ci-dessous synthétise les différents mouvements de population entre 1964 et 1995, période caractérisée par une diminution de la population bruxelloise, et entre 1995 et 1999, période au cours de laquelle la population s'est stabilisée.

Démographie à Bruxelles 1964-1995



Démographie à Bruxelles 1995-1999



Source: Van der Haegen 2000

Entre 1964 et 1995, la diminution de la population bruxelloise est liée surtout au nombre important de Bruxellois qui quittent la région. Cette émigration n'est pas compensée par l'immigration. Le solde naturel est négatif pour la population belge (plus de décès que de naissances) et positif pour la population non-belge. Ces différents facteurs expliquent qu'au cours de cette période la population belge diminue de 30 % tandis que la population non-belge triple.

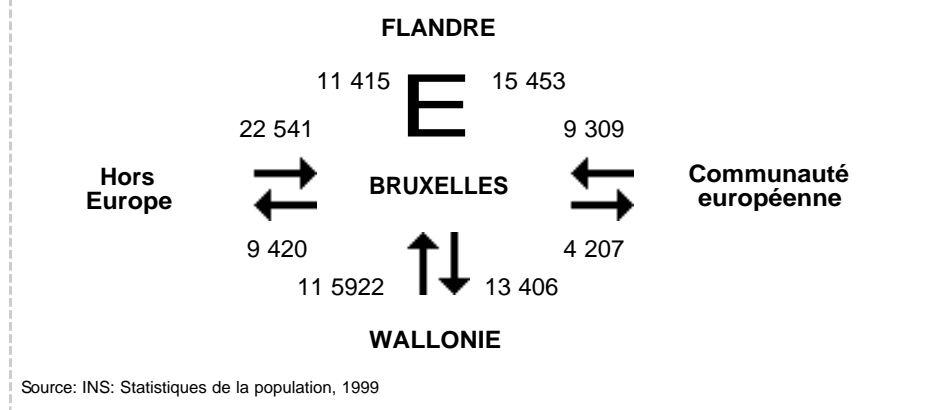
Entre 1995 et 1999, le nombre d'habitants se stabilise, la population belge augmente légèrement tandis que la population non belge diminue. Cette inversion de tendance s'explique entre autres par la diminution du solde naturel négatif de la population belge et les changements de nationalité.

L'exode de la population bruxelloise vers les autres régions a été particulièrement important au cours des années 70. Au début des années 80, ce phénomène de "sub-urbanisation"⁸ s'est ralenti suite à la crise économique, qui a obligé un certain nombre de ménages bruxellois à renoncer à l'achat d'un logement en dehors de la région bruxelloise ou à postposer leur projet (De Lannoy 1999). Après une reprise à la fin des années 80, on assiste depuis 1990 à un ralentissement de l'exode des Bruxellois.

⁸ La "sub-urbanisation" (ou "contre-urbanisation") est la perte de population dans les grandes villes et dans les régions à forte densité au profit des zones périphériques.

Au cours de l'année 1999, on constate encore un solde migratoire négatif vers la Flandre et la Wallonie (figure 10). Cette perte d'habitants est compensée par un solde migratoire positif à partir de l'étranger. Les principaux pays d'origine sont le Maroc (+ 2 297), l'ex-Yougoslavie (+ 1 630) et la France (+ 1 217).

Figure 10 : Flux migratoire de et vers la région bruxelloise en 1999



1 _ 2 Contexte géographique

Comme dans la plupart des grandes villes, l'histoire sociale, économique et culturelle de Bruxelles est inscrite dans l'espace urbain. Il est donc très intéressant d'approcher les indicateurs de santé dans leur dimension spatiale. De nombreux déterminants de la santé dépendent en effet de conditions locales (van Oers, 1993). Par exemple, l'analyse spatiale des données de mortalité révèle des différences importantes entre les "quartiers riches" et les "quartiers pauvres" (Deboosere et Gadeyne 2001). Ces inégalités sont clairement présentes dans la structure spatiale de la région (Kesteloot 1999).

Il est donc essentiel de tenir compte de facteurs comme la composition et la densité de la population ou d'autres caractéristiques socio-économiques des quartiers pour interpréter les indicateurs de santé, mais également pour permettre une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins de santé.

L'idéal serait, comme aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, de disposer de données de santé pour des territoires qui correspondent à des entités qui peuvent être appréhendées comme des entités "socio-spatiales", par exemple un quartier. En Belgique, l'entité qui correspond le mieux à cette définition est le secteur statistique. Il s'agit de la plus petite entité spatiale pour laquelle des statistiques sont disponibles⁹. La Région de Bruxelles-Capitale est divisée en plus de 700 secteurs statistiques¹⁰.

Le niveau auquel sont réalisées des analyses dépend bien entendu du phénomène étudié. Les informations comme les naissances, les décès ou les soins de première ligne peuvent être analysées à un niveau spatial plus restreint que les informations concernant des problèmes de santé peu fréquents.

⁹ Par exemple les données du Registre national, du recensement ou les statistiques fiscales.

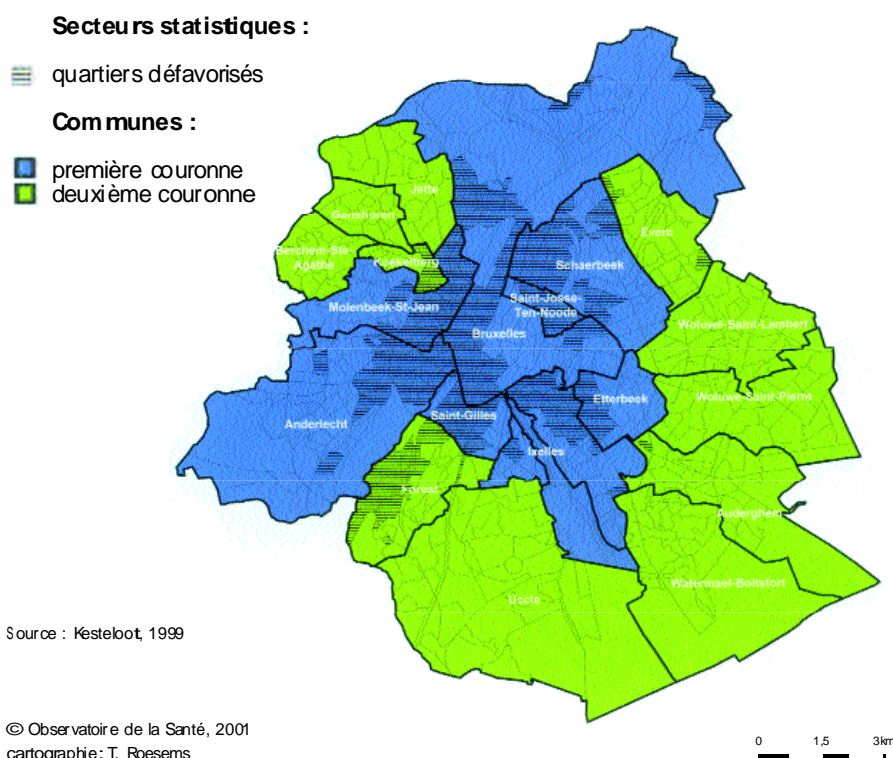
¹⁰ Pour plus d'information sur la typologie des secteurs statistiques : "Atlas van achtergestelde buurten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest" van Kesteloot C., Roesems T. en Vandenbroecke H. (1999) p. 6.

Actuellement, très peu de données de santé sont disponibles au niveau du secteur statistique. C'est pourquoi la plupart du temps, nous devons nous contenter d'analyser les données au niveau communal. Pour approcher le mieux possible la dualité entre communes "pauvres" et communes "riches", nous avons distingué les communes de la première et de la deuxième couronne.

Les communes de la première couronne (voir carte 2) se situent au centre de la région et incluent la plus grande partie de la zone de pauvreté sur leur territoire. Saint-Josse-ten-Node est entièrement intégré dans la première couronne et seule une petite partie de Saint-Gilles y échappe. Les autres communes de la première couronne ont elles-mêmes une structure duale avec des quartiers plus riches et des quartiers plus pauvres. Globalement, on considère cependant que les communes de la première couronne sont les communes les plus pauvres de Bruxelles même si elles comprennent également des quartiers aisés. Etterbeek est difficile à classer, mais comme l'ouest de la commune a également été construit au 19^e siècle, et que cette zone comprend plusieurs quartiers défavorisés, elle est considérée comme faisant partie de la première couronne.

L'inverse est vrai pour les communes de la deuxième couronne : Evere, Woluwe-Saint-Lambert, Woluwe-Saint-Pierre, Audergem, Watermael-Boisfort, Uccle, Forest, Berchem-Saint-Agathe, Koekelberg, Ganshoren et Jette. A l'exception des vieux centres villageois, l'habitat a été construit majoritairement après la deuxième guerre mondiale. Ces communes ont ici et là aussi des quartiers plus pauvres sur leur territoire, mais elles sont considérées globalement comme des communes riches. On trouve à Forest, près de la zone industrielle, un certain nombre de quartiers défavorisés (qui ne datent pas du 19^e siècle).

Carte 2: Communes de la première et de la deuxième couronne.



1 _ 3 Contexte économique

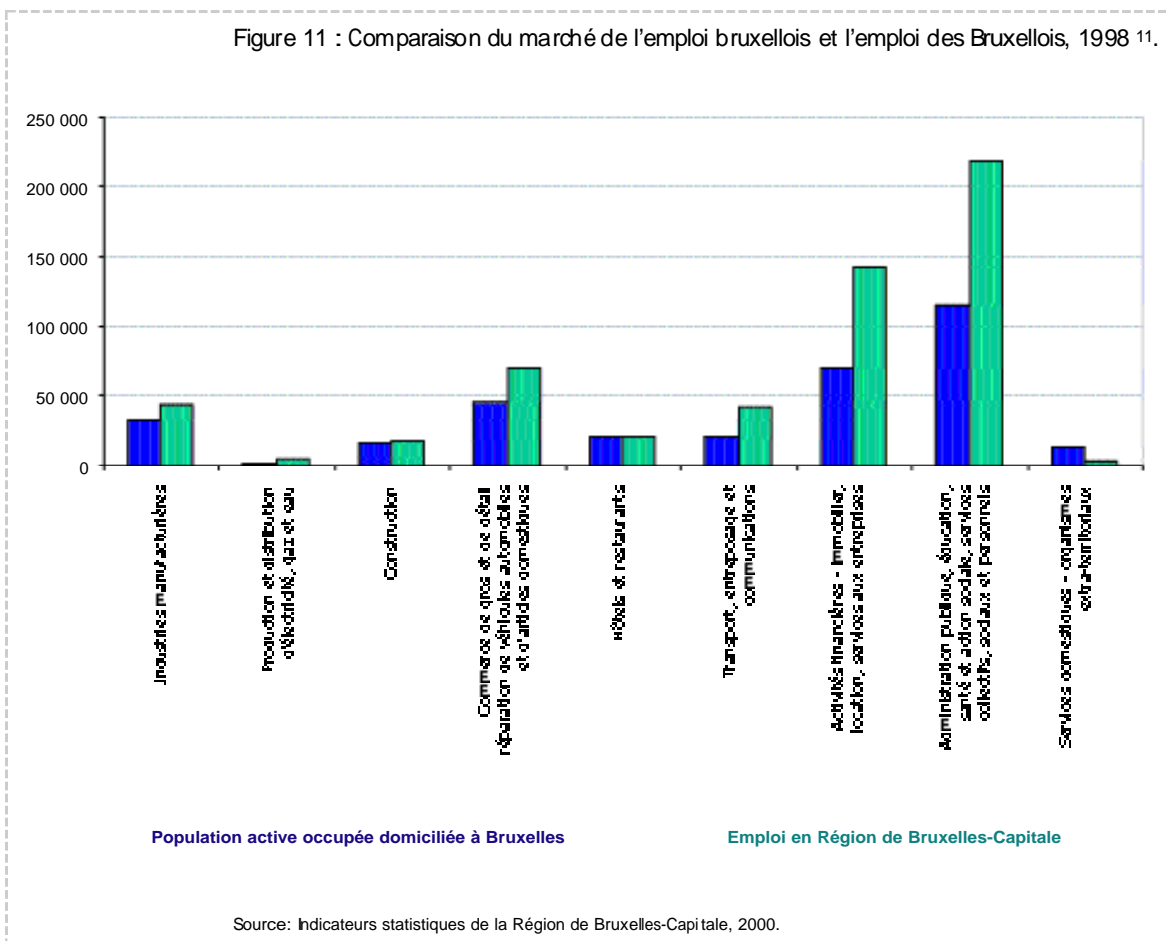
Bruxelles a une place importante dans l'économie belge, européenne et même internationale.

Comme métropole économique, elle soutient la comparaison avec d'autres villes à vocation internationale. Mais cette entité économique dépasse les frontières de la Région de Bruxelles-Capitale. Beaucoup de Bruxellois ne profitent guère de cette situation, au contraire. Ils sont trop peu qualifiés pour trouver une place sur le marché du travail bruxellois.

Plus de la moitié des emplois à Bruxelles sont occupés par des non-Bruxellois. Environ 35 % des travailleurs habitent en Flandre, 20 % en Wallonie. La proportion de non-Bruxellois est la plus élevée dans les secteurs qui utilisent une main d'œuvre qualifiée (figure 11).

Près de 90 % du marché du travail est constitué par les secteurs tertiaires et quaternaire.

Figure 11 : Comparaison du marché de l'emploi bruxellois et l'emploi des Bruxellois, 1998 11.



A Bruxelles en 2000, 55 % de la population âgée de 15 à 64 ans est active, soit 5,5 % de moins que dans le reste du pays. On constate un meilleur équilibre entre l'emploi des femmes et des hommes que dans le reste du pays (INS 2000).

Malgré une évolution positive récente (ORBEm 2001), Bruxelles compte toujours un taux de chômage élevé. En 2000, on comptait 76 217 demandeurs d'emploi.

11 Le secteur primaire n'est pas représenté sur le graphique parce qu'il occupe moins de 1000 personnes.

Le profil des chômeurs bruxellois diffère de celui du reste du pays. D'une part, alors que dans le reste du pays, il y a plus de femmes que d'hommes au chômage, à Bruxelles on compte à peu près autant d'hommes que de femmes parmi les chômeurs. D'autre part, on note à Bruxelles une proportion nettement plus élevée de chômeurs avec charge de famille (40 %) qu'en Flandre ou en Wallonie, où la catégorie de chômeurs la plus importante est celle des cohabitants sans charge de famille (ONEM 2000).

Le taux de chômage est particulièrement élevé dans certains quartiers bruxellois (Kesteloot 1999; Rousseau 2000). Dans ces quartiers habite également la majeure partie des habitants d'origine étrangère. Certaines nationalités sont plus touchées par le chômage que d'autres (Observatoire de la santé 2000).

La proportion de jeunes parmi les chômeurs est très élevée. En février 2001, 15 % des chômeurs complets indemnisés (CCI)¹² avaient moins de 25 ans. C'est une légère amélioration par rapport aux années précédentes (ORBEm 2001). On observe également une légère diminution des chômeurs de longue durée (CCI > 2 ans), mais ils représentent encore 47 % des CCI. De plus, chaque année, un certain nombre de personnes sont exclues du chômage¹³. En 2000 à Bruxelles, 903 personnes ont été exclues pour chômage de longue durée (ONEM 2000).

Une position difficile sur le marché du travail se traduit évidemment dans les revenus¹⁴. Bruxelles s'appauvrit encore par rapport au reste du pays. En 1998, le revenu moyen par habitant se situait à 8,7 % en dessous de celui de l'ensemble du pays. Les inégalités à l'intérieur de la région sont très importantes : le revenu moyen par habitant du secteur statistique le plus riche est dix fois plus élevé que celui des secteurs pauvres du centre ville (Kesteloot 1999, Noel et Vandermotten 2000).

Les personnes qui reçoivent le minimex ne sont pas reprises dans les statistiques fiscales. Environ 3,5 % de la population bruxelloise dépend du minimex ou d'un équivalent-minimex, soit comme ayant droit, soit comme personne à charge (Observatoire de la Santé 2000).

Le nombre de personnes qui sont exclues de la richesse produite à Bruxelles est donc assez important. L'amélioration de la santé de la population passe également par une amélioration de ses conditions de vie. Il est donc important que dans les nouveaux plans de développement de la ville, comme les nouveaux contrats de quartiers et le Plan Régional de Développement, une attention suffisante soit apportée à la situation économique des personnes.

¹² Les chômeurs complets indemnisés ne constituent qu'une partie des demandeurs d'emploi. Les demandeurs d'emploi inscrits dans les programmes de remise au travail, les jeunes en stage d'attente, les chercheurs d'emploi au travail, les chercheurs d'emploi libres et autres inscrits obligatoires n'appartiennent pas à la catégorie des CCI (ONEM).

¹³ Dans le rapport sur l'état de la pauvreté à Bruxelles les données concernant les exclusions et les transferts de l'assurance chômage vers les CPAS sont détaillées (Observatoire de la Santé, 2000, p. 86-94).

¹⁴ L'évolution des revenus est largement abordée dans "La problématique sociale en Région de Bruxelles-Capitale" réalisée par l'ULB-CRU à la demande du Secrétaire d'Etat Andrié (Noel 2000), dans le cadre de la préparation du nouveau PRD.



2 La mortalité



2 _ 1 Mortalité générale

Les données de mortalité ne donnent qu'une image très partielle de l'état de santé d'une population. Elles nous donnent cependant des informations sur les maladies et les accidents les plus graves et permettent d'évaluer l'impact des mesures de prévention (après un délai qui peut être très court dans le cas de la prévention des accidents par exemple, ou relativement long dans le cas de la prévention des maladies cardio-vasculaires ou des cancers).

L'intérêt des données de mortalité est qu'elles permettent des comparaisons entre pays, régions ou villes. Une classification internationale des maladies et des problèmes de santé¹ permet de classer les causes de décès de manière standardisée d'un pays à l'autre. Des techniques épidémiologiques comme la standardisation permettent de comparer des populations dont la structure d'âge diffère.

Les données de mortalité présentées dans ce rapport portent sur l'année 1998 et proviennent de l'analyse des bulletins statistiques de décès remplis par les médecins (volets B et C) et les administrations communales (volet D) pour chaque décès.

Au cours de l'année 1998, 12 132 personnes sont décédées sur le territoire de Bruxelles-Capitale dont 81,5 % étaient domiciliées à Bruxelles, 11 % en Flandre et 7,5 % en Wallonie. Ces proportions étaient semblables en 1994.

En 1998, 10 161 bruxellois sont décédés. 9 890 à Bruxelles et 271 en Flandre².

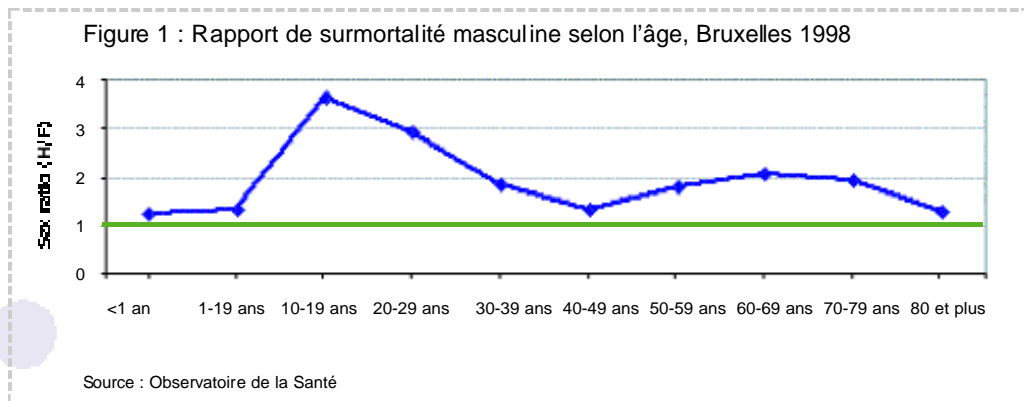
1 _ Les hommes et les femmes inégaux devant la mort

A Bruxelles comme ailleurs en Europe, on observe une surmortalité masculine. Après standardisation pour l'âge, les hommes meurent 1,7 fois plus que les femmes.

¹ Pour l'année 1998, c'est la dixième révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, CIM-10 publié par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui a été utilisée (OMS 1993).

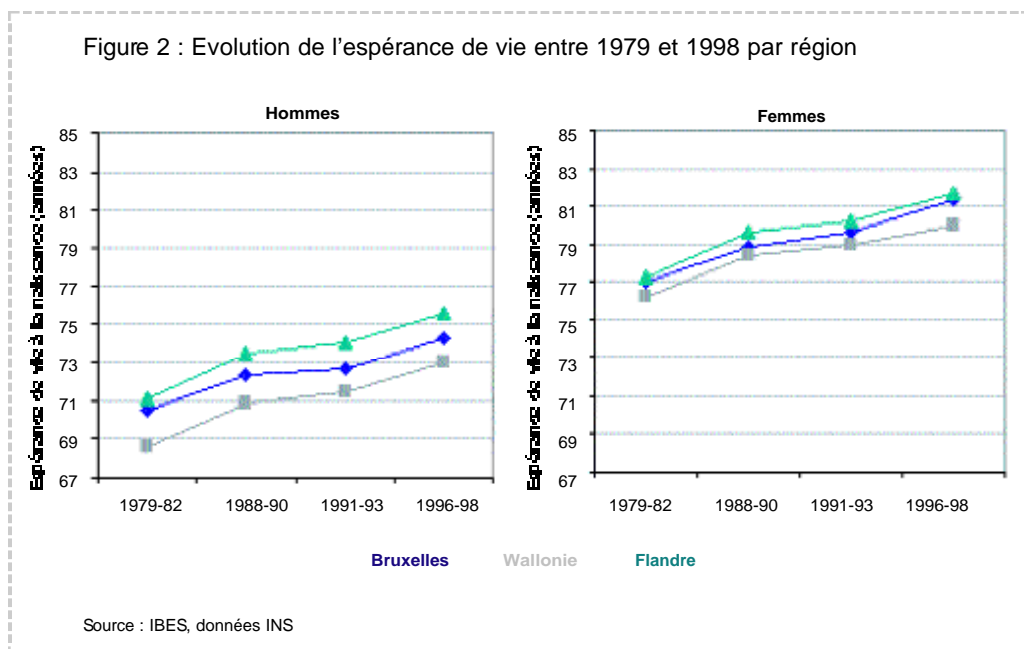
² Le nombre de bruxellois décédés en Région Wallonne n'est pas connu à l'heure actuelle. Les taux de mortalité présentés ici sont donc légèrement sous-estimés. En 1994 283 Bruxellois sont décédés en Wallonie, soit 2,6 % des décès. Toutes les données de mortalité présentées sont analysées sur base du lieu de résidence et pas du lieu de décès.

La figure 1 montre l'évolution de la surmortalité masculine en fonction de l'âge (taux de mortalité des hommes/taux de mortalité des femmes). On observe deux pics : le premier au cours de l'adolescence et le second vers la soixantaine.



2_ Une espérance de vie qui s'allonge

En 1998 à Bruxelles, l'espérance de vie à la naissance était de 74,6 ans pour les hommes et 81,1 ans pour les femmes. En Flandre pour la même année, l'espérance de vie à la naissance était de 75,4 années pour les hommes et 81,1 années pour les femmes (Aelvoet 2000). L'espérance de vie à la naissance a augmenté de 4 ans environ au cours des 20 dernières années (figure 2). L'espérance de vie est la plus élevée en Flandre et la plus basse en Wallonie. On note une augmentation plus rapide de l'espérance de vie chez les femmes bruxelloises au cours de la dernière décennie.



Les différences d'espérance de vie entre régions se marquent essentiellement chez les hommes et avant 65 ans. C'est dans ce groupe que l'impact des conditions de vie sur la mortalité est le plus important. L'espérance de vie au delà de 65 ans est plus élevée à Bruxelles qu'en Flandre (tableau 1).

Tableau 1 : Espérance de vie à certains âges en 1998, comparaison entre Bruxelles et la Flandre

	A la naissance		15 ans		45 ans		65 ans	
	Bruxelles	Flandre	Bruxelles	Flandre	Bruxelles	Flandre	Bruxelles	Flandre
Hommes	74,6	75,4	60,3	61,0	31,9	32,5	15,8	15,6
Femmes	81,1	81,1	66,7	66,7	37,6	37,6	20,3	19,7

Sources : Flandre (Aelvoet 2000), Bruxelles : Observatoire de la Santé

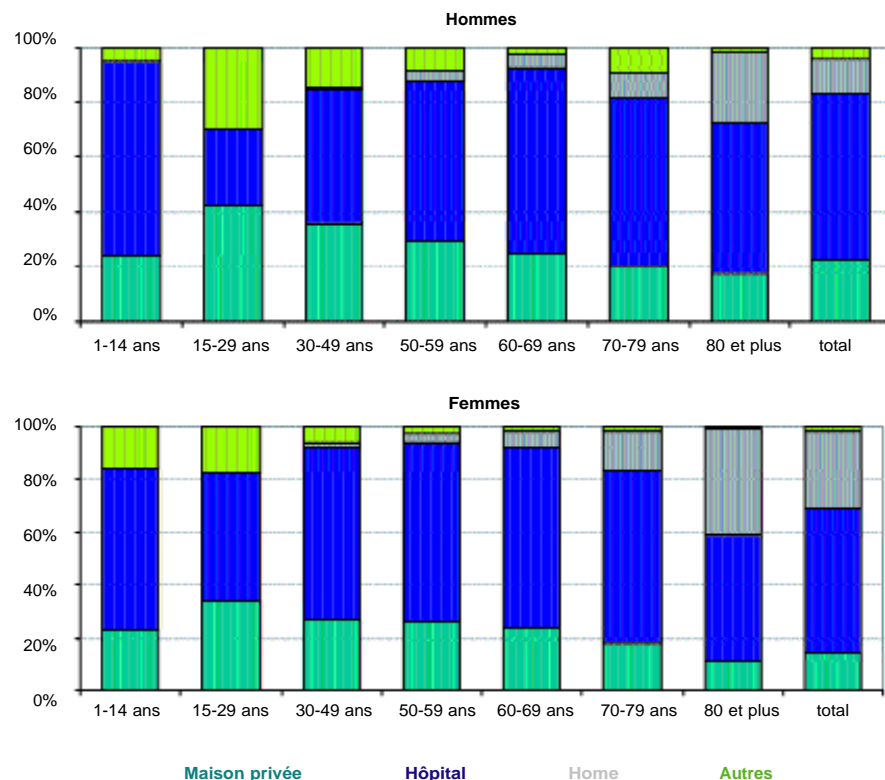
3 _ Les Bruxellois meurent surtout à l'hôpital

Pouvoir mourir chez soi, entouré des siens, est un souhait exprimé par une majorité de la population. A Bruxelles cependant, moins d'une personne sur 5 décède à domicile. Cette proportion est plus faible qu'en Flandre (1 personne sur 4) (Aelvoet 2000).

La majorité des décès survient en milieu hospitalier. Ce qui explique que la distribution des décès dans les communes bruxelloises varie selon le nombre et la capacité des hôpitaux dans les différentes communes. Plus de la moitié des décès constatés à Bruxelles sont déclarés dans les communes de Bruxelles (21,5 %), Anderlecht (14 %), Uccle (11 %) et Jette (10 %).

La proportion de personnes qui meurent à domicile diminue avec l'âge (figure 3). Les femmes décèdent en moyenne à un âge plus avancé que les hommes, ce qui explique qu'une proportion plus importante d'entre elles décèdent en maison de repos.

Figure 3 : Distribution des décès selon le lieu de décès, Bruxelles 1998



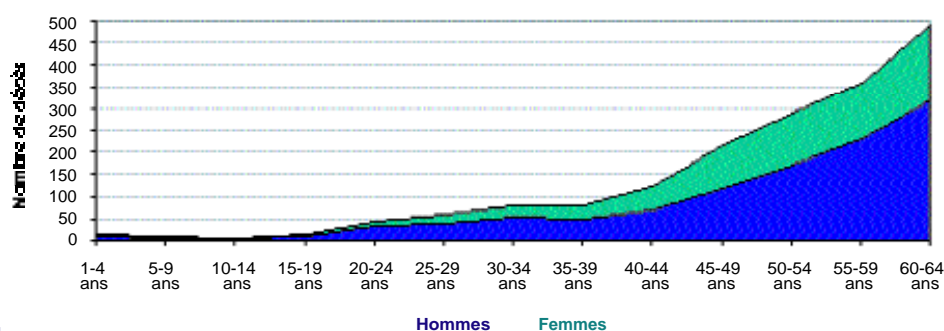
Source : Observatoire de la Santé

4 _ 18 % des décès surviennent avant l'âge de 65 ans

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population ont conduit à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Les statistiques des causes de décès sont le plus souvent le reflet de la mortalité aux grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. La mortalité prématurée est définie le plus souvent comme la mortalité survenant avant 65 ans.

Exception faite de la mortalité infantile dont les causes sont très spécifiques, 1 776 Bruxellois (1 122 hommes et 654 femmes) sont décédés avant l'âge de 65 ans en 1998; cela représente 17,6 % de l'ensemble des décès. Toutefois cette proportion est très différente selon le sexe (figure 4). Elle est de 24,4 % chez les hommes et atteint seulement 11,9 % chez les femmes. Les décès prématurés sont donc proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes. Ces proportions sont semblables pour la Flandre.

Figure 4 : Nombre de décès prématurés par classe d'âge et par sexe, Bruxelles 1998



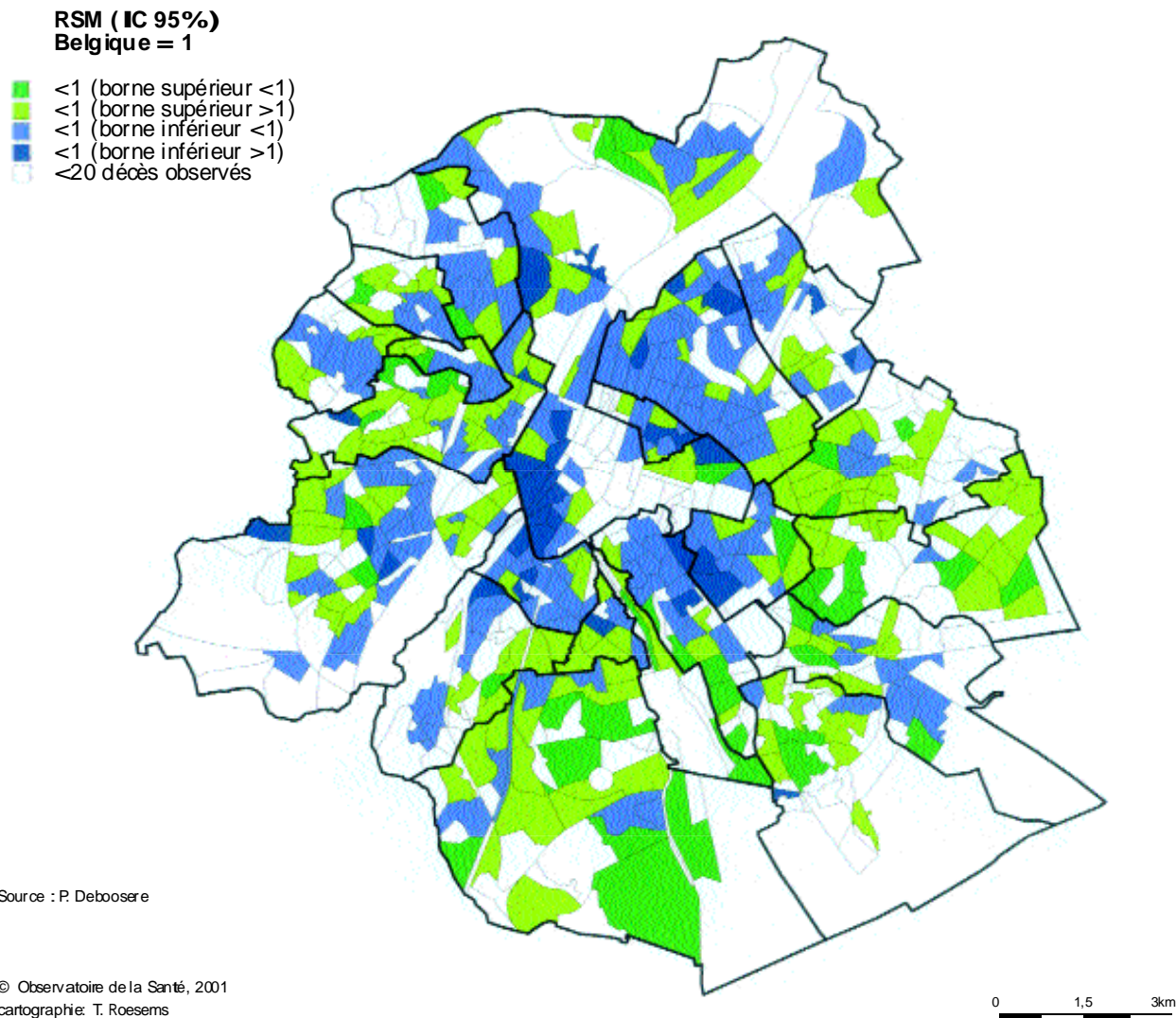
Source : Observatoire de la Santé

5 _ La mortalité frappe inégalement sur le territoire de la région

Après standardisation pour l'âge, la mortalité totale est 1,2 fois plus élevée dans les communes de la première couronne que dans celles de la deuxième couronne (1,20 pour les hommes, 1,16 pour les femmes). Les différences sont plus marquées pour la mortalité prématurée : les hommes habitant une commune de la première couronne ont 1,6 fois plus de risque de décéder avant 65 ans que les hommes habitant la deuxième couronne. Pour les femmes, ce risque est de 1,4.

La carte des ratios standardisés de mortalité³ pour les hommes par secteurs statistiques (période 1991-95) met clairement en évidence les inégalités face à la mort (carte 3). Dans les quartiers représentés en bleu, le taux de mortalité est supérieur à celui de la Belgique et dans les quartiers représentés en vert, le taux de mortalité est inférieur à celui de la Belgique. Les quartiers présentant les ratios standardisés de mortalité les plus élevés sont également les quartiers dont le statut social moyen des habitants est le plus bas (Deboosere 2001).

Carte 3 : Ratios standardisés de mortalité, hommes, période 1991-95, Région de Bruxelles-Capitale



3 Le ratio standardisé de mortalité (RSM) est le rapport entre le nombre de décès constaté dans la population étudiée et le nombre de décès attendu. Le nombre de décès attendu est obtenu en appliquant la mortalité par âge d'une population de référence à la structure d'âge spécifique de la population qu'on étudie (méthode de standardisation indirecte). Pour la carte 3, on a appliqué les taux de mortalité par âge de la population belge masculine pour la période 1991-95 (population de référence) au nombre d'années vécues par chaque tranche d'âge dans chacun des secteurs statistiques au cours de cette même période. Un RSM supérieur à 1 signifie que, après standardisation pour l'âge, la population de ce secteur statistique a un taux de mortalité supérieur à celui observé pour l'ensemble du pays. Si le RSM est inférieur à 1, le taux de mortalité du secteur est inférieur à celui de l'ensemble du pays. Les indications entre parenthèse réfèrent à l'intervalle de confiance (IC) du RSM. Un RSM supérieur à 1 pour lequel la borne supérieure de l'IC est supérieur à 1 indique que, pour ce secteur, le taux de mortalité est statistiquement significativement supérieur à celui de la Belgique. Pour les quartiers en bleu clair et vert clair, l'intervale de confiance à 95 % comprend la valeur 1. On peut présumer que la valeur observée donne une vue correcte sur le niveau de mortalité dans ces quartiers, les différences avec la moyenne pour la Belgique ne sont cependant pas statistiquement significatives.

2 _ 2 Causes de décès

1 _ Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont responsables de plus de 60 % des décès

Les causes principales de décès sont les mêmes dans tous les pays industrialisés et elles ne diffèrent pas selon les régions. Les maladies cardio-vasculaires sont responsables de plus d'un tiers des décès et les cancers viennent en seconde place. Les maladies respiratoires représentent la troisième cause de mortalité.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de décès⁴ et le taux de mortalité spécifique⁵ pour 18 causes selon la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

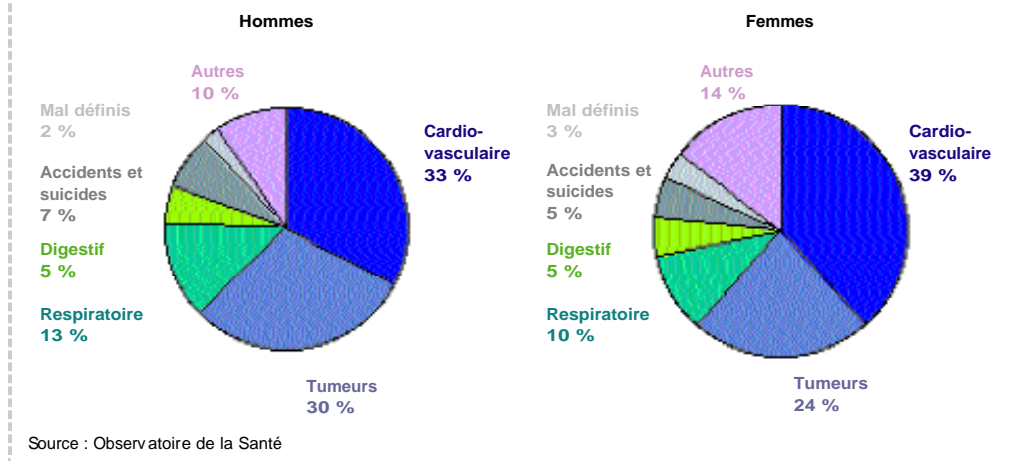
Cause spécifique	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Taux spécifique	Nombre	Taux spécifique	Nombre	Taux spécifique
Maladies de l'appareil circulatoire	1 509	332,14	2109	422,22	3618	379,32
Tumeurs	1 369	301,33	1265	253,25	2634	276,15
Maladies de l'appareil respiratoire	592	130,30	557	111,51	1149	120,46
Maladies de l'appareil digestif	244	53,71	287	57,46	531	55,67
Accidents et agressions (sauf suicides)	196	43,14	215	43,04	411	43,09
Troubles mentaux et du comportement	110	24,21	205	41,04	315	33,02
Etats mal définis	101	22,23	190	38,04	291	30,51
Maladies du système nerveux	114	25,09	162	32,43	276	28,94
Suicides	138	30,37	64	12,81	202	21,18
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	63	13,86	132	26,43	195	20,44
Maladies infectieuses et parasitaires	86	18,93	108	21,62	194	20,34
Maladies de l'appareil génito-urinaire	41	9,02	72	14,41	113	11,85
Maladies du système ostéo-articulaire	14	3,08	48	9,61	62	6,50
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4	0,88	41	8,21	45	4,72
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques.	6	1,32	24	4,80	30	3,14
Complications médico-chirurgicales	7	1,54	4	0,80	11	1,15
Malformations congénitales	4	0,88	3	0,60	7	0,73
Grossesse, accouchement	-	-	1	0,20	1	0,10
Total	4 598		5 331		10 085	

4 Les causes de décès avant 1 an étant très spécifiques à ce groupe d'âge, nous n'avons analysé ici que les décès survenus après l'âge d'un an. La mortalité infantile sera analysée dans le chapitre consacré à la mère et l'enfant.

5 Le taux de mortalité spécifique par cause est le nombre de décès dus à une cause spécifique rapporté à la population au milieu de l'année.

La répartition des principales causes de décès diffère légèrement selon le sexe (figure 5). Chez les hommes, les décès liés aux causes externes (accidents, agressions) et aux suicides représentent la quatrième cause de décès.

Figure 5 : Répartition des décès par cause, Bruxelles 1998



La modification du formulaire de déclaration des décès et le passage de la 9e à la 10e Classification Internationale des Maladies à partir de l'année 1998 rendent malaisées les comparaisons dans le temps.

Cependant, les données publiées pour la Flandre (Aelvoet 2000) ou pour le Hainaut (Massot 2000) montrent que la répartition des principales causes de mortalité est comparable d'une région à l'autre et reste relativement stable ces dernières années.

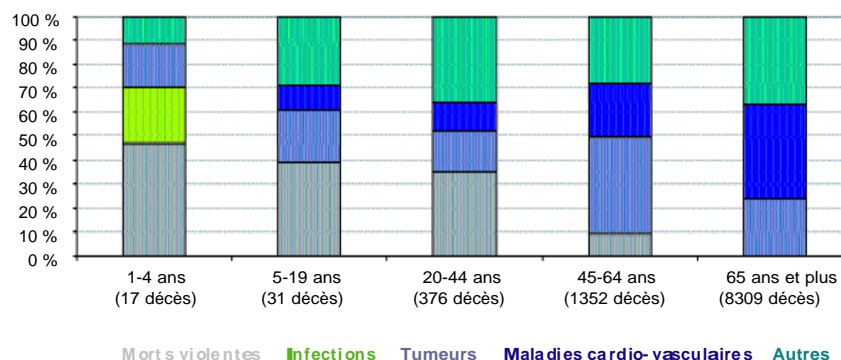
On note une diminution des décès pour "conditions mal définies" qui passent de 8 % à 3 % chez les femmes et de 6 % à 2 % chez les hommes entre 1992-94 et 1998 (Tafforeau 1999).

2_ Les principales causes de décès varient avec l'âge

Avant 45 ans, les morts violentes représentent la première cause de décès. Entre 45 et 64 ans, les tumeurs constituent la première cause de mortalité, suivies par les maladies cardio-vasculaires. Au delà de 65 ans, les maladies cardio-vasculaires occupent la première place devant les tumeurs et les maladies de l'appareil respiratoire (figure 6).

Seuls 4 % des décès sont survenus chez des personnes âgées de moins de 45 ans. Etant donné le petit nombre de décès, les données relatives à ces groupes sont à analyser avec précaution (pour la tranche 1-4 ans par exemple, 1 décès représente 6 % des décès de ce groupe).

Figure 6 . Causes principales de décès en fonction de l'âge, Bruxelles, 1998



Source : Observatoire de la Santé

3 _ Les causes de décès avant 65 ans

L'analyse des causes de décès prématuré (avant l'âge de 65 ans) permet d'évaluer les politiques de prévention. En effet, plus de la moitié des décès survenant entre 1 et 64 ans est due à des causes vis-à-vis desquelles des mesures préventives peuvent être prises, c'est ce qu'on appelle la mortalité " évitable " ⁶. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes.

Les causes de décès évitables peuvent être classées en deux groupes, selon les modalités d'action capables d'en diminuer la fréquence.

Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels (alcoolisme, tabagisme, conduite routière, etc.) c'est-à-dire : les cancers liés au tabagisme, les cardiopathies ischémiques, les décès liés à l'alcoolisme, les accidents de la circulation, le sida, les chutes accidentelles et les suicides. Cette mortalité est donc liée à des facteurs sociaux, économiques et culturels.

Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins, y compris dans le cadre d'actions de dépistage : par exemple les décès par tuberculose, les cancers du sein, de l'utérus et de la peau, les maladies hypertensives, les maladies qui peuvent être prévenues par une vaccination, l'asthme, la mortalité maternelle.

Il faut noter que la mortalité dite " évitable " varie selon le statut socio-économique. La prévention primaire passe donc également par des mesures beaucoup plus générales portant sur l'amélioration des conditions de vie.

Les cancers constituent la première cause de mortalité prématurée. Ils entraînent 19 % des décès avant 65 ans (26 % chez les femmes et 15 % chez les hommes).

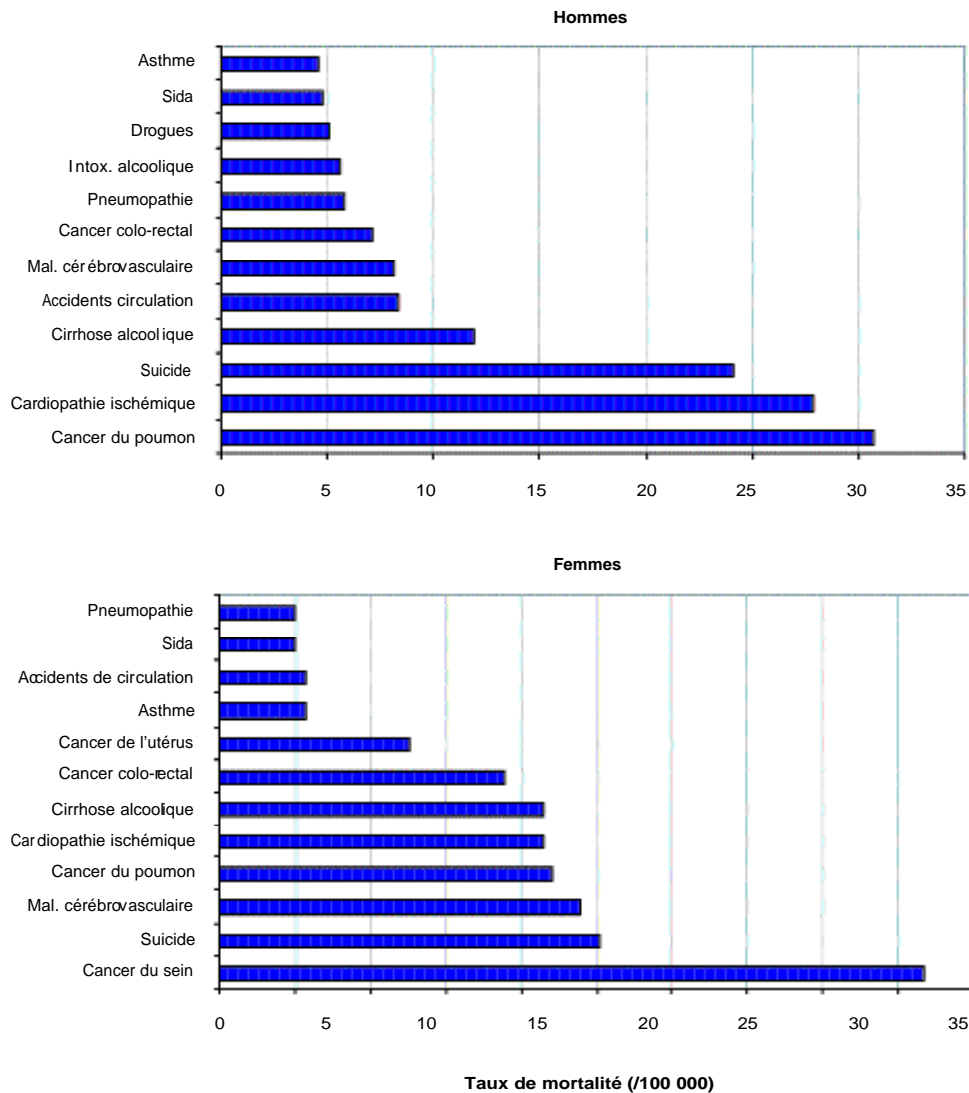
Les maladies cardio-vasculaires arrivent en seconde position. Elles causent 13,5 % des décès prématurés chez les hommes et 12 % chez les femmes.

Les suicides (8 %) et les pathologies liées à l'alcool (6 %) viennent en troisième et quatrième place.

⁶ Le terme " évitable " peut prêter à confusion. En effet, le caractère " évitable " d'une affection est relatif et ne concerne qu'une partie des décès. Par exemple pour le cancer du sein chez la femme, 31 % des décès surviennent chez des femmes de moins de 50 ans, pour lesquelles le dépistage systématique par mammographie n'est pas recommandé et parmi les femmes âgées de 50 à 69 ans, on estime à 30 % la diminution de la mortalité par cancer du sein avec un programme optimal de dépistage.

Les principales causes de décès prématuré diffèrent selon le sexe (figure 7). Le poids relatif des accidents de circulation⁷, du sida et des décès liés à la consommation de drogues est plus important chez les hommes. Le cancer du poumon est la principale cause de décès prématuré chez l'homme et le cancer du sein chez la femme.

Figure 7: Principales causes de mortalité prématurée, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la santé

⁷ Le taux de mortalité par accident de la circulation est probablement sous-estimé. En effet, nous ne disposons pas des bulletins statistiques des Bruxellois décédés en 1998 en Wallonie. Il est vraisemblable que les décès par accident de la circulation soient plus fréquents pour ce sous-groupe.



3

Problèmes de santé



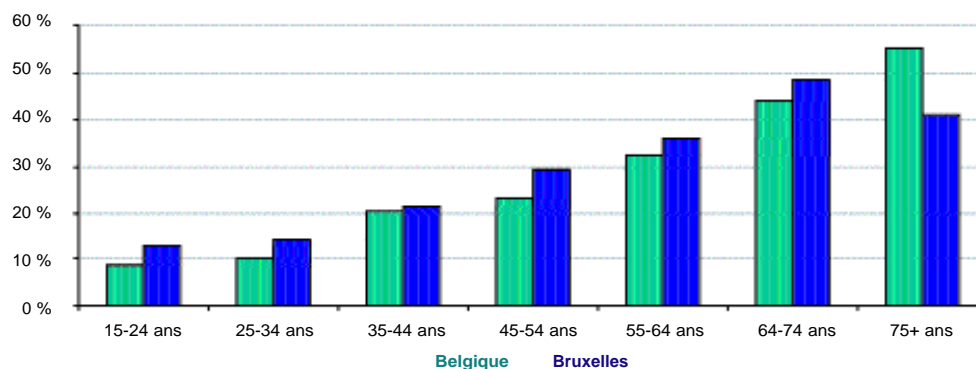
3 _ 1 La santé perçue

L'évaluation par l'individu de son état de santé est un indicateur de la qualité de vie. L'enquête de santé 1997 révèle qu'à Bruxelles, 75 % de la population estime être en bonne ou très bonne santé (Leurquin 1998).

27,4 % des femmes et 22,8 % des hommes estiment que leur santé n'est pas satisfaisante. Ce pourcentage augmente avec l'âge.

A Bruxelles, les personnes âgées ont une perception plus positive de leur santé que dans l'ensemble du pays. Par contre, avant 75 ans, et en particulier pour les jeunes, la proportion de personnes qui estiment leur état de santé non satisfaisant est plus élevé à Bruxelles (figure 1)

Figure 1 : Proportion de personnes déclarant avoir une mauvaise santé subjective en fonction de l'âge, à Bruxelles et dans l'ensemble du pays.



Source : ISSP, Enquête de Santé 1997

L'état de santé subjectif varie en fonction du statut social : plus le revenu ou le niveau d'instruction est faible, plus la proportion de personnes qui s'estime en mauvais état de santé est élevée.

3 _ 2 Les maladies chroniques

1 _ Vue d'ensemble des pathologies

Selon l'enquête nationale de santé 1997, 55 % de la population bruxelloise signale souffrir d'une affection chronique, 31 % d'au moins deux affections. Ces chiffres sont plus élevés que pour l'ensemble de la Belgique (50 % et 26 %). Les affections les plus fréquemment signalées sont l'arthrose et le mal de dos prolongé, les affections cardiovasculaires et les allergies (Leurquin 1998).

Le tableau ci-dessous reprend par ordre décroissant les affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les Bruxellois interrogés lors de cette enquête. Il ne s'agit pas à proprement parlé de la prévalence de ces affections, mais de la proportion de personnes qui déclarent souffrir d'une ou de plusieurs affections proposées par le questionnaire.

Tableau 1 : Pourcentage de personnes déclarant souffrir d'une affection chronique, enquête santé 1997

Hommes	%	Femmes	%
Allergie		14,4	Allergie 17,8
Asthme, bronchite chronique, BPCO	12,1		Migraine 15,9
Migraine	9,4	Tension artérielle élevée	11,8
Affection persistante au dos	9,1	Arthrose	11,6
Tension artérielle élevée	8,1	Affection persistante au dos	11,3
Troubles prostatiques	6,8	Sinusite	10,4
Arthrose	6,5	Asthme, bronchite chronique, BPCO	10,4
Aff. cardiaque grave ou infarctus		6,1	Dépression 9,1
Sinusite	5,8	Rhumatisme inflammatoire	8,2
Ulcère à l'estomac ou au duodénum		5,1	Ostéoporose 6,1
Dépression	5,1	Vertiges avec chute	5,7

Source : ISSP, Enquête de Santé 1997

Dans cette étude, 2,9 % des femmes et 2,7 % des hommes signalent souffrir d'un diabète. On sait cependant qu'une proportion importante de diabétiques ignorent qu'ils le sont. Actuellement il n'existe malheureusement pas pour Bruxelles de données fiables sur la prévalence du diabète, en particulier du diabète de type 2¹.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, on constate que le nombre moyen de maladies chroniques déclarées est plus élevé à Bruxelles que dans les autres agglomérations urbaines belges (Tafforeau 1999).

¹ Depuis 1989, il existe un enregistrement des diabètes survenant avant l'âge de 40 ans. Jusqu'en 1994 seuls les diabètes de type 1 étaient enregistrés. Depuis cette date, d'autres types de diabète débutant avant 40 ans peuvent être enregistrés. On estime actuellement que 75 % des diabètes de type 1 sont enregistrés à Bruxelles. L'incidence annuelle de ce type de diabète est de 6,8 pour 100 000 habitants à Bruxelles (Registre Belge du Diabète, 2000).

L'enquête de santé de 1997 met en évidence une " sur-morbidité " générale à Bruxelles: proportion plus élevée d'hommes qui déclarent souffrir d'affections cardiaques graves, d'ulcère à l'estomac ou au duodénum, de broncho-pneumopathie chronique, de migraine et de dépression. L'interprétation de ces résultats doit cependant être prudente.

Une des hypothèses est que cette sur-morbidité pourrait être liée à l'accessibilité accrue des services de santé et l'afflux vers la capitale de personnes malades qui se rapprochent des hôpitaux universitaires pour y être soignées (Tafforeau 1999). On constate cependant, que les bruxellois ne sont pas plus souvent hospitalisés que les habitants du reste du pays² (Ministère des Affaires Sociales, 2000).

Une autre hypothèse est que la population bruxelloise ayant accepté de répondre à l'enquête pourrait être plus sensibilisée à certains problèmes parce qu'elle est plus scolarisée (les populations défavorisées étaient sous-représentées dans l'échantillon bruxellois). Ceci est illustré par les réponses concernant l'allergie.

La proportion de personnes qui disent souffrir d'allergie est plus élevée à Bruxelles alors que la proportion de personnes qui ont consulté un médecin ou qui prennent des médicaments pour l'allergie y est plus basse qu'ailleurs³. Ceci suggère que les Bruxellois signalent des problèmes allergiques moins graves et/ou qu'ils identifient plus souvent des problèmes non spécifiques comme étant allergiques.

2_ Les affections cardio-vasculaires

Mortalité

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès à Bruxelles. Elles ont provoqué en 1998, plus d'un tiers des décès, soit 3 618 décès, dont 1 509 hommes et 2 109 femmes, avec un taux de mortalité cardio-vasculaire de 3,8 ‰.

On observe une diminution du taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire chez l'homme en 1998 par rapport aux années 91-94⁴. Cette même évolution est observée en Flandre (Aelvoet 2000) et à l'étranger (FNORS 1997, Centraal Bureau voor de Statistiek Nederland 1999) et pourrait être liée à l'amélioration des traitements et aux campagnes d'éducation à la santé menées au cours des 15 dernières années en vue de réduire les facteurs de risque.

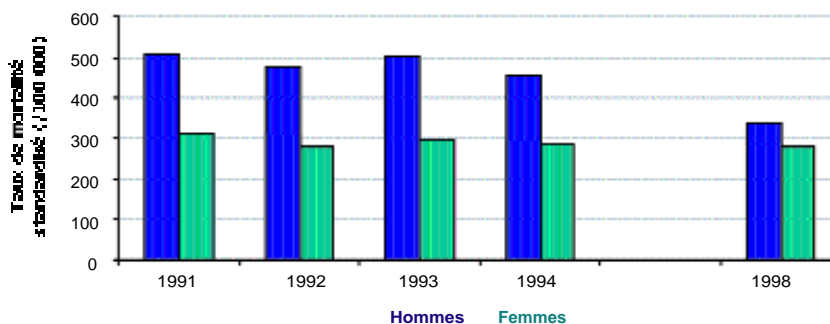
Chez les femmes par contre, le taux de mortalité cardiovasculaire reste stable. Ceci s'explique par le fait que les décès par maladies cardio-vasculaires concernent surtout des femmes âgées, ces décès étant moins sensibles aux mesures préventives.

² L'analyse des données RCM montre que le nombre de séjours hospitaliers n'est pas plus élevé pour les Bruxellois que pour les habitants des autres régions (Ministère des Affaires Sociales, 2000).

³ 15 % des Bruxellois et 12 % des non-Bruxellois interrogés disent souffrir d'allergie. Parmi eux, la proportion de personnes n'ayant pas consulté pour ce problème est de 41 % pour les Bruxellois et 26 % pour les non-Bruxellois. et la proportion de personnes prenant des médicaments contre l'allergie est de 53 % pour les bruxellois et 68 % pour les non-Bruxellois.

⁴ Une modification de la classification des maladies est intervenue entre les données de 1991-1994 (ICD-9) et celles de 1998 (ICD-10). L'influence de cette modification sur les taux de mortalité spécifique n'est pas encore évaluée (voir Aelvoet 2000, p 20)

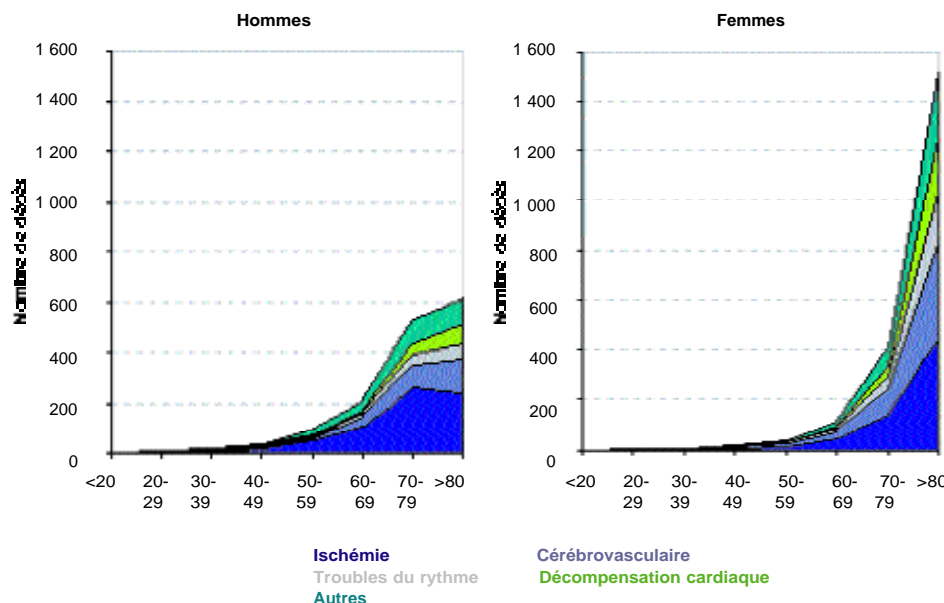
Figure 2 : Evolution des taux de mortalité standardisés⁵ pour l'âge par maladies cardio-vasculaires entre 1991-1994 et 1998 à Bruxelles



Source : 1991-1994 INS, 1998 Observatoire de la Santé

Nous pouvons observer une surmortalité masculine dans presque toutes les classes d'âge. Les hommes meurent 2,5 fois plus que les femmes de maladies cardio-vasculaires⁶. Les maladies cardio-vasculaires recouvrent un grand nombre d'affections. Les cardiopathies ischémiques (infarctus) représentent la principale cause de mortalité par maladie cardio-vasculaire chez l'homme et chez la femme, viennent ensuite les maladies vasculaires cérébrales, puis les troubles du rythme et enfin les décompensations cardiaques. Chez les femmes, 91 % des décès par maladie cardio-vasculaire surviennent chez des personnes âgées de 70 ans et plus. Chez les hommes, les décès par maladie cardio-vasculaire surviennent plus précocement: 16 % des décès concernent des hommes de moins de 65 ans. La part relative des différentes maladies diffère selon l'âge et le sexe (figure 3).

Figure 3 : Répartition des causes de décès cardio-vasculaires à Bruxelles en 1998, en fonction de l'âge et du sexe.



Source : Observatoire de la Santé

⁵ Pour tous les graphiques représentant l'évolution des taux de mortalité standardisés entre 1991 et 1998, la méthode utilisée est une standardisation directe avec comme population de référence la population bruxelloise de 1998.
⁶ Sex ratio après standardisation pour l'âge

Morbidité

Il n'existe pas de registre des maladies cardio-vasculaires⁷ pour Bruxelles.

Le nombre de séjours à l'hôpital pour une maladie cardiaque peut donner une image de la fréquence des cardiopathies, même s'il ne permet pas d'en mesurer l'incidence ou la prévalence.

En 1996, 4 941 séjours hospitaliers pour ischémie cardiaque ont été enregistrés pour des patients domiciliés à Bruxelles. Deux tiers des séjours concernaient des hommes. L'infarctus du myocarde représentait 3 % du total des séjours hospitaliers pour les Bruxellois.

Après standardisation pour l'âge et le sexe, on note que le nombre de séjours pour ischémie cardiaque est moindre que dans l'ensemble du pays⁸ (Ministère des Affaires Sociales 2000).

Pour la même année, on compte 1 521 séjours pour décompensation cardiaque. Pour cette pathologie également, la région bruxelloise présente une fréquence de séjours moindre que pour l'ensemble du pays (Ministère des Affaires Sociales 2000).

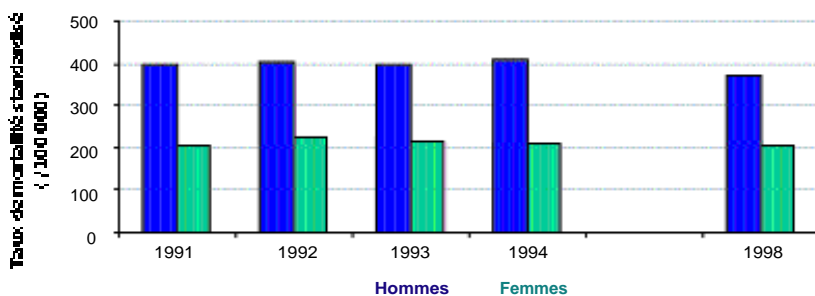
3_ Les cancers

Mortalité

Les pathologies tumorales (tumeurs bénignes et tumeurs malignes) occupent la deuxième place dans les causes de mortalité à Bruxelles, soit 26 % des décès.

Les taux de mortalité par cancer restent stables ces dernières années, autour de 3 décès pour 1000 habitants par an. Après standardisation pour l'âge, on note une nette surmortalité masculine (figure 4).

Figure 4 : Evolution des taux de mortalité standardisés pour l'âge par pathologie tumorale entre 1991-1994 et 1998 à Bruxelles



Source : 1991-1994 INS, 1998 Observatoire de la Santé

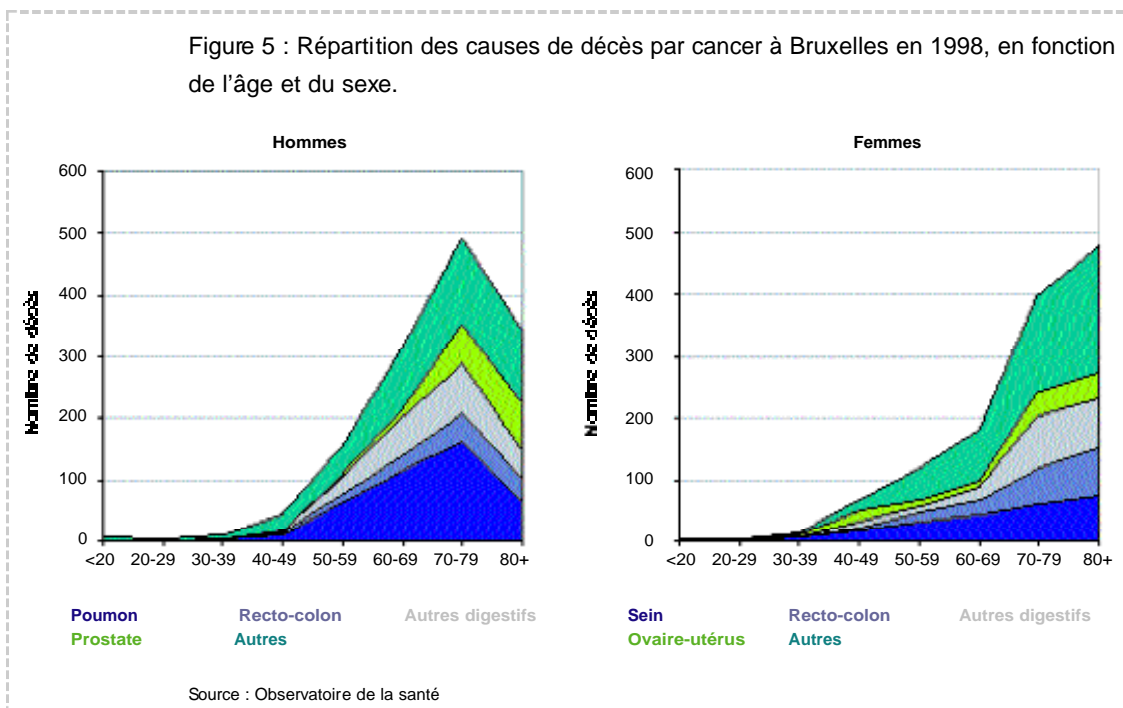
Chez les hommes, le cancer du poumon est le plus meurtrier. Il représente à lui seul près d'un tiers des décès par cancer (33 %). Viennent ensuite les cancers des voies digestives qui causent 25 % des décès par cancer.

⁷ Le programme MONICA constitue un registre de ces affections pour les villes de Gand et Charleroi.

⁸ Il s'agit toujours pour ces données RCM d'une analyse en fonction du domicile du patient et non du lieu du séjour.

Chez les femmes, 31 % des décès par cancer sont liés aux tumeurs des voies digestives et 18 % aux tumeurs du sein.

Figure 5 : Répartition des causes de décès par cancer à Bruxelles en 1998, en fonction de l'âge et du sexe.



Le poids respectif des différents types de tumeurs varie selon l'âge et le sexe (figure 5).

Avant 65 ans, les cancers constituent la première cause de mortalité (26 % des décès chez les femmes et 15 % des décès chez les hommes).

Chez les hommes, les décès avant 65 ans sont surtout dus au cancer du poumon (37 %), aux tumeurs digestives (27 %) et aux cancers de la bouche et du pharynx (9%). Chez les femmes, les décès avant 65 ans sont dus d'abord au cancer du sein (27%), aux tumeurs digestives (21 %), aux tumeurs gynécologiques (15 %) et au cancer du poumon (14 %).

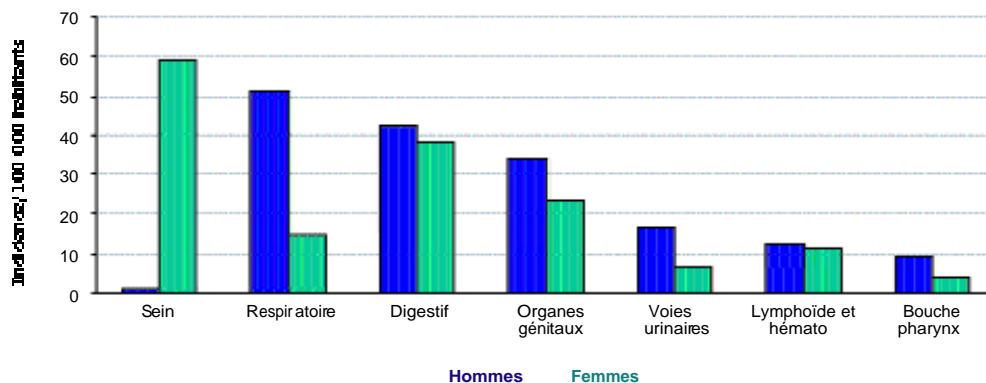
Avant 35 ans, les décès par cancer sont peu nombreux et essentiellement dus à des tumeurs du cerveau ou des leucémies. Les tumeurs malignes sont responsables d'un quart des décès entre 1 et 14 ans.

Morbidité

Le Registre National du Cancer recueille des données concernant les tumeurs malignes nouvellement diagnostiquées. Ceci permet d'évaluer les taux d'incidence des différents types de tumeurs.

Pour l'année 1996 à Bruxelles, 1 704 nouveaux cas de cancer ont été déclarés au Registre National. (figure 6).

Figure 6 : Taux d'incidence des principales tumeurs selon la localisation , Bruxelles 1996



Source : Registre National du Cancer 2000

Le cancer du sein représente 33,7 % de tous les cancers déclarés chez les femmes. Chez les hommes, c'est le cancer du poumon qui est le plus fréquent (27,3 % de tous les cancers masculins). L'analyse des RCM pour l'année 1996 dénombre pour les Bruxellois 1 186 séjours hospitaliers pour lesquels le diagnostic principal est un cancer de la trachée, des bronches ou du poumon. Les Bruxellois se situent dans la moyenne nationale (Ministère des Affaires Sociales 2000).

Prévention : le programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans

Le cancer du sein a causé en 1998, 230 décès dont 23 (10 %) chez des femmes de moins de 50 ans, 75 (33 %) entre 50 et 69 ans et 132 (57 %) chez des femmes de 70 ans et plus.

La mortalité par cancer du sein pourrait être significativement diminuée par un programme de dépistage systématique par mammographie tous les 2 ans chez toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans⁹ (Kerlikowske 1995). C'est pourquoi un tel programme démarre actuellement sur l'ensemble du territoire belge¹⁰.

Toutes les femmes concernées pourront bénéficier d'un dépistage gratuit tous les 2 ans soit sur prescription de leur médecin traitant, soit sur invitation (deux voies d'entrée dans le programme sont donc prévues). Pour que ce programme aboutisse à une réduction de la mortalité, il est essentiel de mettre en place un système d'assurance de qualité tant pour les examens de dépistage¹¹ que pour le suivi et le traitement des femmes ainsi dépistées (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap 1997).

Pour permettre un réel bénéfice en terme de mortalité, le taux de participation doit être élevé (au moins 70 % des femmes de 50 à 69 ans).

⁹ Avant cet âge, la mammographie tous les deux ans n'a pas fait la preuve de son utilité comme test de dépistage (National Institute of Health 1997, Kerlikowske 1995). Pour les femmes qui présentent des risques particuliers, d'autres examens de dépistage doivent être proposés dans le cadre d'un suivi médical personnalisé (Comité "médecins traitants" du Centre de référence pour le Dépistage du Cancer du Sein). Pour les femmes de plus de 70 ans, l'utilité d'un dépistage systématique est controversée (Kerlikowske 1995).

¹⁰ Selon un protocole d'accord qui lie les différentes autorités compétentes, le financement des mammographies est pris en charge par le Ministère des Affaires Sociales, tandis que toutes les autres tâches qui permettent la mise en place du programme (invitations, sensibilisation, etc.) sont pris en charge par les communautés (pour Bruxelles il s'agit des communautés française et flamande et de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale).

¹¹ Pour assurer la qualité des examens, seules les unités de mammographies qui répondent à des critères stricts de qualité sont agréées pour participer au programme (European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, European Commission).

Selon l'enquête de santé de 1997, 58 % des femmes bruxelloises de ce groupe d'âge avaient bénéficié d'une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années. Cette proportion est plus élevée que dans le reste du pays (49 %) (Leurquin 1998). La proportion de femmes ayant bénéficié d'un tel dépistage augmente avec le statut social (Leurquin 1998, Projet bruxellois de dépistage du cancer du sein 1991).

L'objectif du programme de dépistage pour Bruxelles est donc d'augmenter le nombre de femmes de 50 à 69 ans qui bénéficient d'une mammographie de dépistage réalisée dans les meilleures conditions de qualité. Etant donné leur plus faible taux de participation spontanée, les femmes de milieu socio-économique défavorisé devront être particulièrement sensibilisées et soutenues dans leur démarche préventive.

3 _ 3 Les maladies infectieuses

Si les maladies infectieuses ont un poids relatif faible en terme de mortalité (moins de 2 % des décès), elles ont une place importante en terme de morbidité.

Les données concernant les maladies infectieuses proviennent de différentes sources : les déclarations obligatoires de maladies transmissibles, le réseau des laboratoires vigies de l'ISSP, les laboratoires de références ou les registres spécifiques.

Actuellement, le système de déclaration obligatoire des maladies transmissibles ne permet pas de suivre les maladies transmissibles à Bruxelles sur le plan épidémiologique. C'est pourquoi nous ne présentons ici que quelques affections particulières pour lesquelles un enregistrement systématique des cas est effectué.

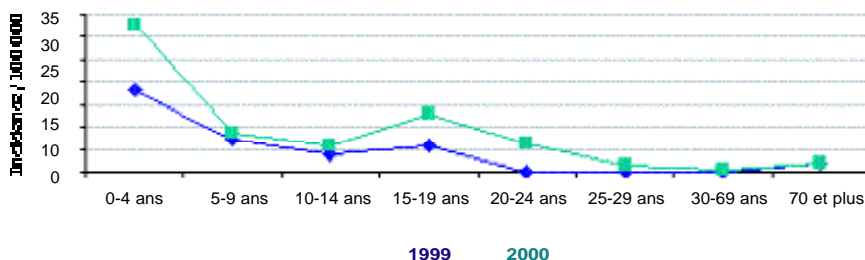
1 _ Les infections à méningocoques

Les infections à méningocoques sont suivies de près par deux services de la Commission communautaire commune. Le médecin hygiéniste reçoit les déclarations des cas et vérifie si les mesures de prophylaxie adéquates sont prises (chimio prophylaxie des contacts). L'Observatoire de la Santé suit l'évolution épidémiologique (relevé statistique des cas et des souches). Les informations proviennent du laboratoire de référence des méningocoques (ISSP), des hôpitaux et des services médicaux scolaires.

Pour les années 1999 et 2000, 70 cas d'infections à méningocoques ont été enregistrés à Bruxelles : 23 en 1999 et 47 en 2000. L'incidence a donc doublé entre 1999 et 2000: 2,4 cas pour 100 000 habitants en 1999 et 4,8 pour 100 000 habitants en 2000.

Les infections graves à méningocoques (méningites et/ou méningococcémies) touchent surtout les jeunes enfants : la moitié des cas enregistrés concernaient des enfants de moins de 6 ans. Entre 1999 et 2000, l'incidence a augmenté surtout chez les très jeunes enfants et chez les 15-25 ans (figure 7). Cette tranche d'âge représentait 13 % des cas en 1999 et 25 % des cas en 2000.

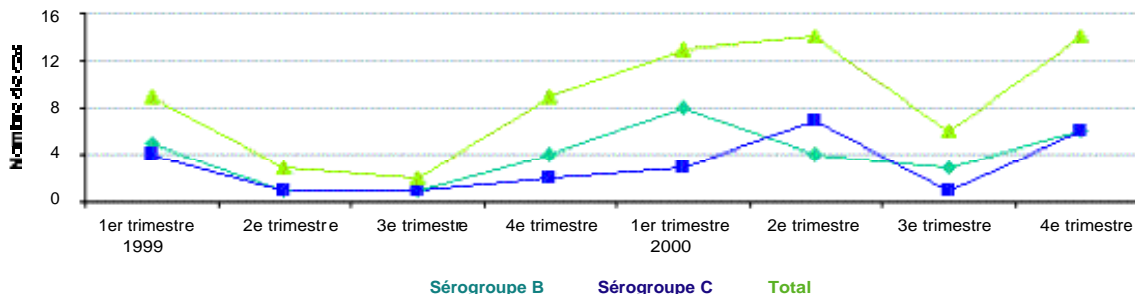
Figure 7 : Incidence des infections à méningocoques en fonction de l'âge à Bruxelles en 1999 et 2000



Source : Observatoire de la santé

Le sérotype a été identifié dans 61 cas. 52,5 % des cas étaient dus au sérotype B et 41 % au sérotype C. En Belgique, on observe depuis 1996 une augmentation de la proportion d'infections par le sérotype C, contre lequel un vaccin est disponible depuis peu en Belgique. Actuellement, c'est à Bruxelles que la proportion de cas dus au sérotype C est la plus élevée (Carion 2000).

Figure 8 : Nombre de cas d'infections à méningocoques par trimestre en 1999 et 2000 à Bruxelles



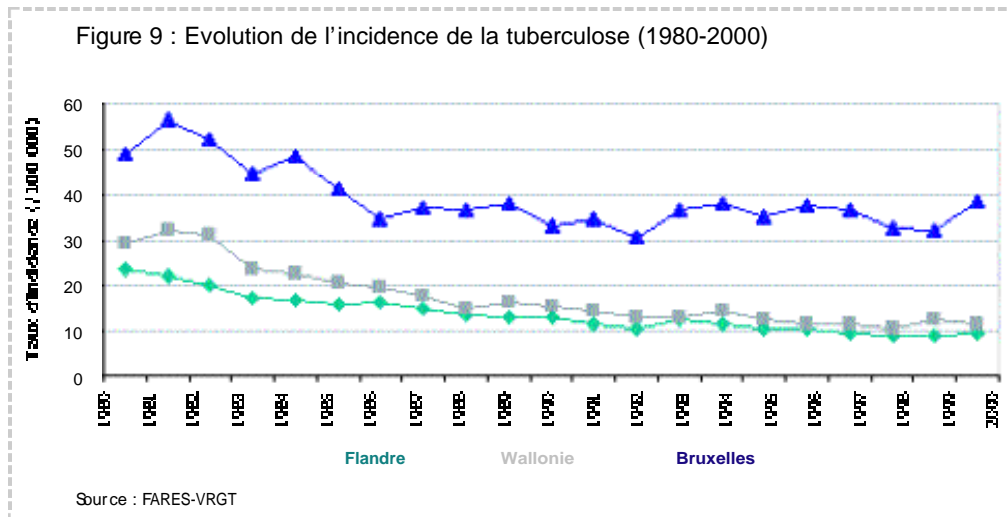
Source : ISSP Laboratoire de référence des méningocoques, Observatoire de la santé

2_ La tuberculose

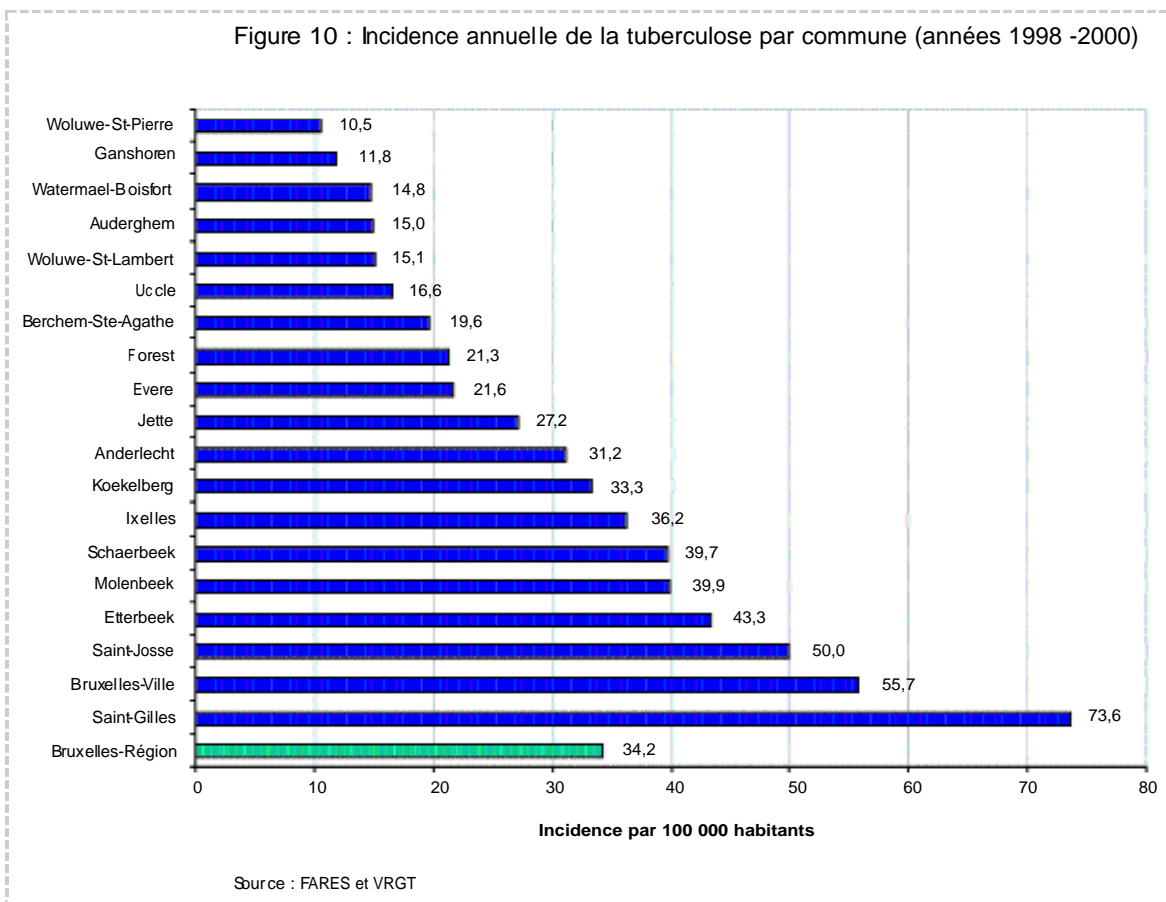
Après une diminution constante, l'incidence de la tuberculose à Bruxelles s'est stabilisée depuis 1986. Elle oscille entre 30 et 38,2/100 000 (figure 9). 310 nouveaux cas ont été déclarés en 1998, 305 cas en 1999 et 366 cas en 2000¹² (FARES-VRGT).

L'incidence de la tuberculose en Région de Bruxelles-Capitale est 3 à 4 fois plus élevée que celle enregistrée en Wallonie et en Flandre (figure 9). Ce phénomène peut s'expliquer par le nombre plus élevé de personnes vivant dans des conditions économiques précaires et le nombre plus important de personnes en provenance de pays à haute prévalence de tuberculose. L'incidence à Bruxelles est également la plus élevée en comparaison avec les autres grandes villes belges : en 1999, l'incidence pour 100 000 habitants était de 32 à Bruxelles, 25 à Charleroi, 17 à Liège, 16 à Namur, 15,5 à Bruges, 15 à Anvers et 14 à Gand (VRGT 2000).

¹² L'augmentation du nombre de nouveaux cas en 2000 est à interpréter avec prudence. Selon la FARES et la VRGT, il pourrait s'agir d'une meilleure déclaration des cas plutôt qu'une augmentation réelle des cas de tuberculose. En effet, des efforts particuliers ont été faits depuis fin 1999 pour améliorer l'enregistrement des nouveaux cas à Bruxelles.



On observe des différences très importantes entre les communes bruxelloises (figure 10). Pour les années 1998-2000, l'incidence à Saint-Gilles est 7 fois plus élevée que l'incidence à Woluwe-SaintPierre. De manière générale, on constate que l'incidence est 2,5 fois plus élevée dans les communes de la première couronne (44,9/100 000) que dans les communes de la périphérie (18,2/100 000).



À Bruxelles en 1999, 67 % des cas de tuberculose concernaient des personnes de nationalité étrangère (61% en 1998). L'incidence chez les non-belges était 5 fois plus élevée que chez les belges (75,3/100 000 versus 14,7/100 000). Au cours de la dernière décennie, on note une diminution de l'incidence chez les Belges et une augmentation chez les non-Belges. Le rapport entre l'incidence chez les non-Belges et chez les Belges est passé de 3 à 5 entre 1988 et 1999.

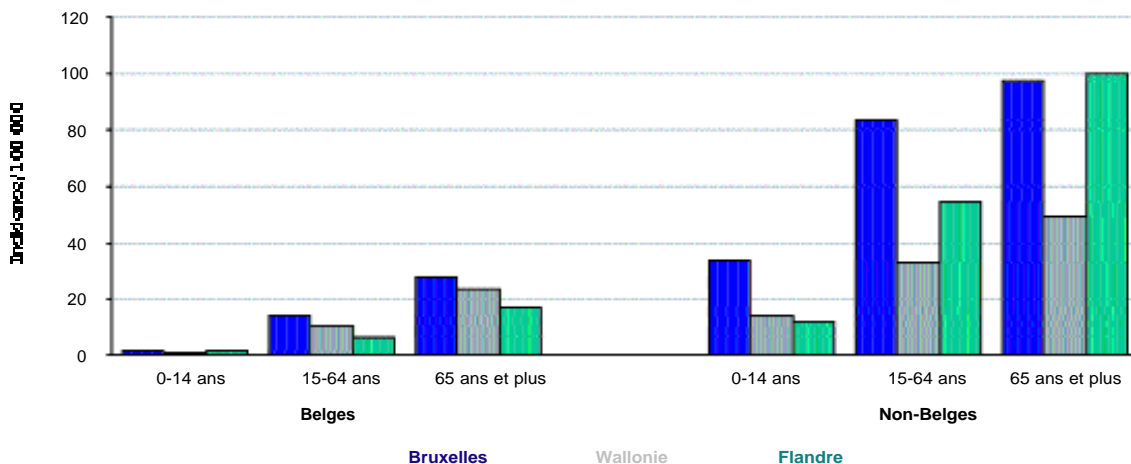
Il faut noter cependant que l'incidence chez les Belges est plus élevée en Région de Bruxelles-Capitale (14,7/100 000) qu'en Wallonie (10,4/100 000) et qu'en Flandre (7,1/100 000).

Ceci s'explique très probablement par la proportion plus importante de Bruxellois de nationalité belge qui vivent dans des conditions socio-économiques précaires.

Alors qu'en Flandre et en Wallonie, la tuberculose atteint préférentiellement les personnes âgées, à Bruxelles toutes les tranches d'âge sont concernées : pour 1999, l'incidence moyenne pour 100 000 habitants est de 11 chez les moins de 15 ans, 37 entre 15 et 64 ans et 35 chez les plus de 65 ans.

Les non-Belges ont une incidence supérieure quelle que soit la tranche d'âge considérée (figure 11). La différence est particulièrement marquée chez les enfants de moins de 15 ans. Pour les plus jeunes, on note que l'incidence chez les non-Belges est nettement plus élevée à Bruxelles que dans les autres régions.

Figure 11: Incidence de la tuberculose en fonction de l'âge et de la nationalité dans les 3 régions en 1999



Source : FARES et VRGT rapport 1999

Le nombre de tuberculoses multirésistantes est en légère augmentation : en 1999 à Bruxelles, 8 cas ont été détectés dont 2 concernaient des patients belges et 5 des candidats réfugiés politiques.

En 1998, 13 personnes sont décédées de tuberculose à Bruxelles (10 hommes et 3 femmes). La moitié des hommes décédés par tuberculose avaient moins de 55 ans. Les 3 femmes décédées de tuberculose étaient des femmes âgées de plus de 65 ans. On ne note pas d'évolution significative dans le nombre de décès par tuberculose au cours des dernières années. A l'exception des personnes âgées pour lesquelles des pathologies associées peuvent expliquer le décès, un diagnostic précoce et une prise en charge adéquate devraient permettre d'éviter les décès liés à cette pathologie.

Les témoignages des équipes de terrain soulignent qu'à Bruxelles, le suivi des personnes souffrant de tuberculose est de plus en plus lourd. Ces difficultés sont liées en partie au profil des patients : personnes qui vivent dans des conditions très précaires, parfois dans la clandestinité, sans domicile fixe ou changeant fréquemment d'adresse, origines très diverses entraînant des problèmes de communication (langues, cultures). Ces équipes signalent également que les obstacles à l'accès aux soins sont de plus en plus importants pour ces patients.

3 _ Le sida

Les informations concernant la situation du sida et de l'infection à VIH en Belgique proviennent de deux sources : l'enregistrement et la notification des malades sida par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de références qui réalisent les tests de confirmations. Les données publiées ici sont extraites des rapports de l'Institut Scientifique de Santé Publique (Sasse 2000)

Personnes infectées par le virus

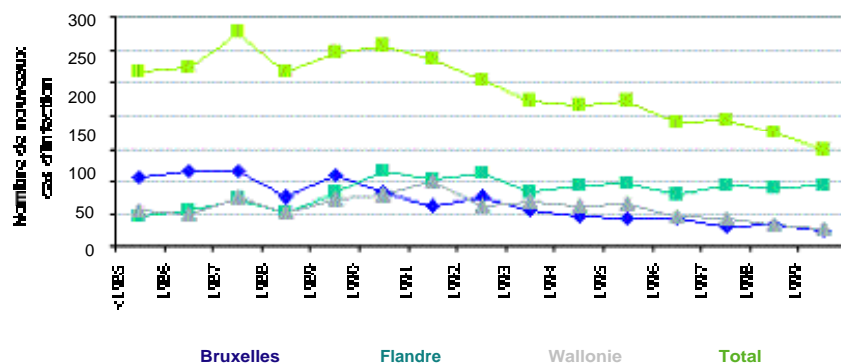
Le nombre de nouveaux cas de séropositivité pour le VIH se caractérise globalement par une stabilité depuis l'année 1986. Au cours de la période 1986-1999, le nombre de nouvelles infections a fluctué entre 690 et 977 cas par an en Belgique¹³. Les zones urbaines, et Bruxelles en particulier, déclarent le plus de cas.

Depuis le début de l'épidémie, 38 % des personnes infectées pour lesquelles le lieu de résidence est connu¹⁴ résident dans la Région de Bruxelles-Capitale (32 % des personnes infectées de nationalité belge et 46 % des non-Belges). Pour les patients Belges, cette proportion diminue progressivement avec le temps : elle est passée de plus de 50 % au début de l'épidémie, à 16 % en 1999.

¹³ Il est évident que les chiffres qui sont publiés concernent les personnes qui ont fait l'objet d'un diagnostic. Le taux réel de séropositivité pour le VIH dans la population n'est pas connu.

¹⁴ Le lieu de résidence est connu pour 84 % des patients belges et 52 % des patients non belges.

Figure 12 : Evolution du nombre de personnes infectées de nationalité belge par région



Source : ISSP, Sasse 2000

Le profil épidémiologique des patients diffère selon le sexe et la nationalité.

Les hommes sont plus souvent infectés que les femmes. Le rapport hommes/femmes est de 4,1 pour les patients de nationalité belge et de 1,2 pour les patients non-belges. Pour les hommes, 2/3 des cas sont liés à des contacts homo- ou bisexuels, tandis que pour les femmes, 3/4 des cas sont liés à des contacts hétérosexuels. Chez les non-belges, la transmission hétérosexuelle est la plus fréquente (plus de 2/3 des cas).

L'injection de drogue intraveineuse est le mode de transmission probable pour 6,8 % des patients. Cette proportion est plus importante à Bruxelles (8,6 %) et en Wallonie (7,5 %) qu'en Flandre (4,7 %). Ce mode de transmission est plus fréquent chez les jeunes (18 % des patients de 15 à 24 ans). On constate une diminution de ce mode de contamination au cours du temps.

On n'a plus rapporté de diagnostic d'infection VIH chez des hémophiles après 1990. A Bruxelles, 3,8 % des personnes infectées signalent avoir été transfusées. Il s'agit en grande majorité de transfusions datant d'avant 1985 ou de transfusions réalisées à l'étranger.

Les malades du sida

De 1983 au 31 décembre 1999, 2 664 cas de sida ont été enregistrés en Belgique dont 53 % de nationalité belge. On observe depuis 1996 une diminution de l'incidence de la maladie grâce à l'utilisation des nouveaux traitements : entre 1991 et 1995, on enregistre en Belgique 250 nouveaux cas par an en moyenne. Entre 1997 et 1999, ce nombre est tombé à 125 nouveaux cas par an en moyenne. La diminution observée depuis 1996 est cependant freinée par l'augmentation de la proportion de malades qui découvrent leur séropositivité au moment de la maladie (21 % en 1995-96, 41 % en 1998-99).

La région de résidence est connue pour 55 % des patients. Parmi ceux-ci, 46 % résident à Bruxelles. Le taux d'incidence cumulée¹⁵ est 6 à 8 fois plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions.

¹⁵ Nombre de nouveaux cas enregistrés entre 1983 et 1999 sur le nombre d'habitants au cours de cette période.

La fréquence plus élevée de personnes infectées et de malades du sida à Bruxelles s'explique probablement par de multiples facteurs : la présence de nombreuses personnes originaires de pays à forte prévalence, le souhait des malades de résider à proximité des centres médicaux spécialisés et les caractéristiques sociologiques de la population des grands centres urbains (tolérance accrue envers des comportements sexuels présentant plus de risque, proportion plus importante de personnes non liées par une relation stable (Van Hove 1994).

En 1998, le sida a tué 31 personnes à Bruxelles (21 hommes et 10 femmes), soit un taux de mortalité de 3,2 pour 100 000 habitants. L'âge médian était de 46 ans pour les hommes et 42,5 ans pour les femmes. Le sida représente 1,7 % de la mortalité prématurée à Bruxelles.

3 _ 4 La santé mentale

1 _ La santé mentale en général et la dépression

Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 1997 indiquent que 11,4 % de la population bruxelloise de plus de 15 ans est en mauvaise santé mentale. 8,5 % des personnes interrogées déclarent avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois¹⁶. Plus de 15 % des Bruxellois de plus de 15 ans consomment des psychotropes (tranquillisants, somnifères et/ou antidépresseurs) (Kittel 2000). Dans une enquête réalisée auprès des jeunes de 12 à 18 ans, scolarisés à Bruxelles, 23 % des adolescents exprimaient des sentiments dépressifs (28 % des filles et 17 % des garçons) (De Clercq 1996).

L'enquête de santé de 1997 met en évidence l'association entre les problèmes de santé mentale et les indicateurs de santé physique ou les comportements à risque pour la santé (tabagisme, manque d'activité physique, mauvais équilibre alimentaire). L'état de santé mentale est aussi fortement associé à la qualité de la vie sociale : après ajustement pour les variables socio-démographiques, les personnes qui estiment leurs contacts sociaux peu satisfaisants ont 10 à 15 fois plus de risque de souffrir de problèmes de santé mentale (Kittel 2000).

La dépression est plus fréquente chez les femmes. Les personnes divorcées déclarent près de deux fois plus de dépression que les personnes qui vivent en couple.

La dépression est d'autant plus fréquente que le statut social ou le niveau d'instruction est bas.

Quel que soit l'indicateur de santé mentale considéré, la Flandre présente un profil plus favorable que la région bruxelloise ou la Wallonie, dont les chiffres sont très similaires. Ces différences persistent après ajustement pour les variables socio-démographiques, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent pas s'expliquer entièrement par des différences individuelles de niveau socio-économique (Kittel 2000).

16 La prévalence de la dépression dans cette étude est estimée à partir d'une question posée aux enquêtés. La réponse est largement influencée par la reconnaissance par le médecin de la dépression transmise en tant que diagnostic au patient. Il n'est donc pas étonnant de trouver une prévalence inférieure à celle observée dans des études basées sur un instrument utilisant une série de critères plus objectifs (Kittel 2000).

Si on compare les Bruxellois aux habitants d'autres villes, on ne constate pas de différence significative de prévalence de la dépression selon la région habitée : la proportion de citoyens déclarant souffrir de dépression est de 7,4 % en Flandre, 8,5 % à Bruxelles et 8,6 % en Wallonie (Kittel 2000).

2 _ Le suicide : un problème de santé publique important

Les maladies mentales sont associées à des taux de mortalité clairement augmentés. Les suicides sont une des principales causes de décès liés à la santé mentale.

À Bruxelles en 1998, 202 décès par suicide ont été enregistrés. Ce nombre ne prend pas en compte certains phénomènes de sous-déclaration estimés de l'ordre de 20 à 25 % (Bayedan 2001).

Les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Pour 1998, le taux de suicide était de 30,3/100 000 hommes et 12,8/100 000 femmes.

Ces taux (qui sont proches des taux belges de 1994) sont nettement plus élevés que ceux d'autres pays comme les Pays-Bas, la Suède, le Danemark ou l'Allemagne. Les données françaises sont proches des nôtres : en 1997, les taux de suicides y étaient respectivement de 29 et 10 pour 100 000 habitants.

L'évolution des taux de suicide au cours des dernières années ne montre pas de différences significatives (tableau 2). Mais ces résultats sont à interpréter avec précaution. D'une part, la classification internationale des maladies a été modifiée entre 1994 et 1998 et d'autre part, la proportion de sous-déclaration (par exemple les intoxications médicamenteuses ou les accidents pour lesquels l'intention de l'acte n'est pas bien identifiée ne sont pas classés comme suicides) peut varier dans le temps.

Tableau 2 : Evolution des taux de suicide standardisés pour l'âge¹⁷

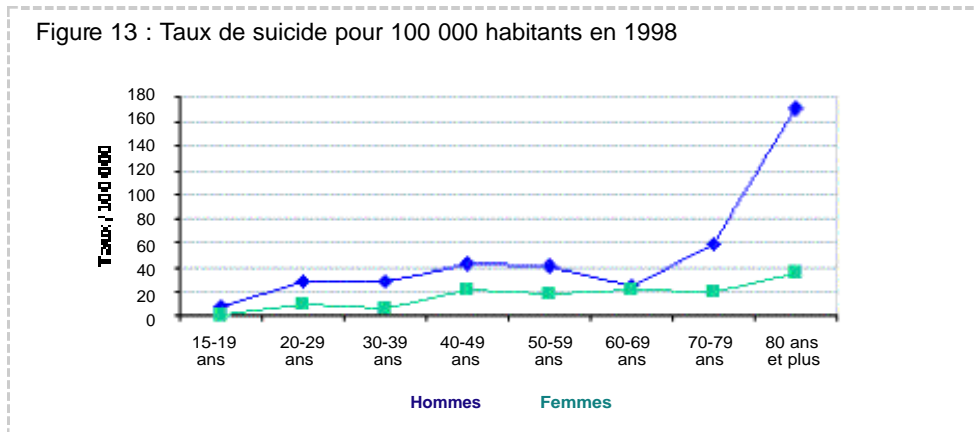
	1991	1992	1993	1994	1995	1998	Flandre 1998
Hommes	26,79	32,67	41,35	31,68	29,88	34,74	28,66
Femmes	12,14	13,46	11,71	12,23	14,47	12,23	9,45
Total	18,32	21,50	24,89	21,27	21,38	21,44	18,23

Les taux de mortalité par suicide évoluent avec l'âge. On observe une augmentation vers l'âge de 40 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Alors que les taux sont relativement stables chez les femmes après 40 ans, on observe une augmentation rapide chez les hommes dès la septantaine. Cette augmentation du taux de suicide avec l'âge est régulièrement constatée dans la littérature. Aux âges élevés, le suicide peut être lié au refus de la douleur ou de la dépendance dues à des pathologies chroniques (Bayedan 2001).

¹⁷ Il s'agit d'une standardisation directe, la population de référence est la population bruxelloise de 1998.

Si les taux de décès par suicide sont plus faibles chez les jeunes, le suicide est une des principales causes de décès dans cette tranche d'âge. Entre 20 et 29 ans, un décès sur 4 résulte d'un suicide.

Figure 13 : Taux de suicide pour 100 000 habitants en 1998



Les principaux modes de suicide diffèrent selon le sexe : les hommes se suicident principalement par pendaison, les femmes par absorption de médicament. Les suicides par saut dans le vide viennent en deuxième position, tant chez les hommes que chez les femmes. Les suicides par arme à feu représentent 15 % des suicides chez les hommes (aucun suicide féminin de ce type n'a été enregistré).

Il n'existe pas actuellement d'enregistrement systématique des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins. On estime qu'il y a 10 à 20 fois plus de tentatives de suicide que de suicides. Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, particulièrement chez les jeunes (Bayedan 2001). Une étude menée à Gand en 1998, estime le taux de tentatives de suicide à 308 pour 100 000 femmes et 219 pour 100 000 hommes (van Heeringen 2000).

En extrapolant à partir des taux de suicide bruxellois, des taux de tentatives de suicide mesurés à Gand et l'estimation réalisée par l'INSERM en France, on peut estimer entre 2500 et 3000 le nombre de tentatives de suicide par an à Bruxelles¹⁸.

3 _ 5 Toxicomanies

1 _ Mortalité

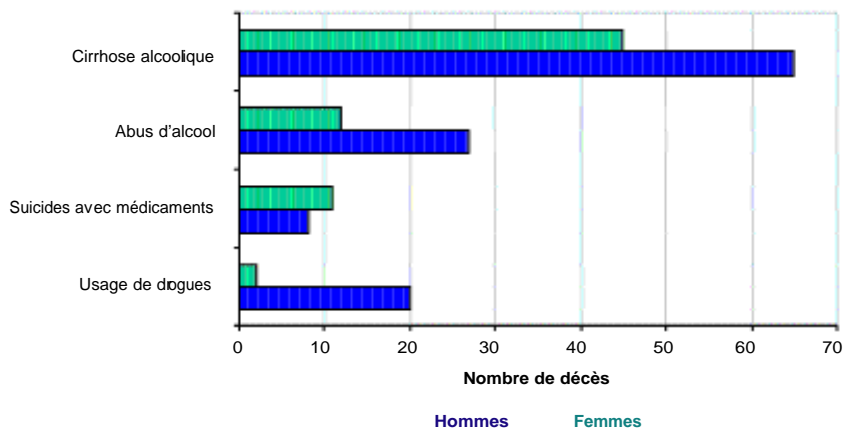
Les décès liés à l'alcool et aux drogues représentent 8 % des décès avant l'âge de 65 ans. Pour l'année 1998, on observe 190 décès liés aux drogues¹⁹ à Bruxelles.

¹⁸ Les données françaises évaluent à 14,5 le rapport entre le taux de suicide et le taux de tentatives de suicide. En appliquant ce rapport pour Bruxelles, on obtient 2 929 tentatives de suicide en 1998. En appliquant à la population bruxelloise les taux mesurés à Gand, on obtient 2 536 tentatives de suicide. Ces estimations sont grossières. En effet, elles partent de l'hypothèse que le rapport suicides/tentatives de suicide est le même à Bruxelles qu'en France, ou que le taux de tentatives de suicide serait le même à Gand qu'à Bruxelles.

¹⁹ Au départ de la classification internationale des maladies, on distingue ici les décès liés à l'usage et à l'abus (intentionnel ou accidentel) de substances psycho-actives ou médicamenteuses (F11-16, F18-19, X41-42, X61-62, Y11-12) et les décès liés à l'alcool (K70 : pathologies alcooliques du foie et F10 décès suite à l'abus d'alcool). La mortalité liée à l'alcool est sous-estimée puisque par exemple les décès dus aux pathologies pancréatiques, aux accidents de la route ou aux agressions suite à l'abus d'alcool ne sont pas compris.

Les taux de mortalité liés à l'alcool sont de 20,2 pour 100 000 hommes et 11,4 pour 100 000 femmes. Pour les autres drogues et médicaments, les taux de mortalité sont de 6,1 pour 100 000 hommes et 2,6 pour 100 000 femmes.

Figure 14 : Nombre de décès liés à l'usage de substances toxiques à Bruxelles en 1998

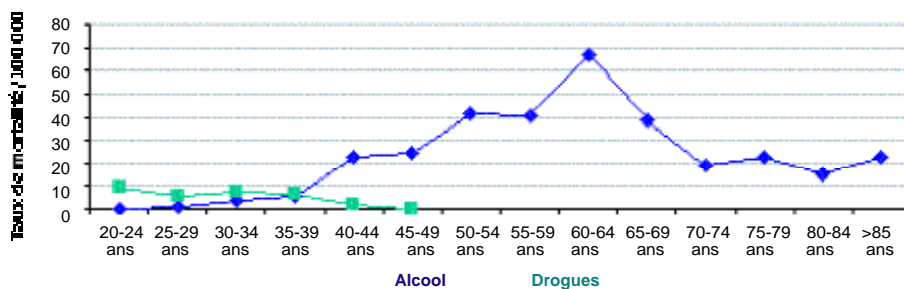


Source : Observatoire de la santé

Après standardisation pour l'âge, les décès liés à l'abus de drogues et de médicaments sont 2,4 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et les décès liés à l'alcool sont 2 fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Les décès liés à l'abus de drogues²⁰ concernent surtout des hommes jeunes, tandis que les décès liés à l'alcool surviennent plus tardivement (figure 15).

Figure 15 : Evolution des taux de mortalité liée à l'alcool et aux drogues en fonction de l'âge



Source : Observatoire de la santé

L'estimation des décès par overdose reste difficile. Parmi les 114 décès dont la cause est indéterminée ou en cours d'investigation, il pourrait y avoir un certain nombre de décès par overdose.

²⁰ Dans ce graphique les suicides par ingestion de médicaments n'ont pas été inclus.

2 _ Fréquence de la consommation de drogues

Il n'existe pas de source fiable pour estimer réellement le nombre de personnes qui consomment des drogues licites ou illicites à Bruxelles.

La consommation de cannabis en augmentation

Si la consommation problématique de cannabis comme " produit secondaire " est de plus en plus fréquente chez les consultants des centres spécialisés, on constate également une augmentation de la consommation dans la population générale (étude CATI Sanomètre²¹).

Une étude menée en 1994 à Bruxelles a montré qu'à l'âge de 18 ans, 31 % des garçons et 23 % des filles avaient fait l'expérience du cannabis et 11 % des jeunes scolarisés en consommaient régulièrement (De Clercq, 1996).

Dans cette étude, on constate également que les jeunes Belges et ressortissants de l'Union Européenne sont environ deux fois plus nombreux que les jeunes d'autres nationalités à consommer du cannabis.

Les hommes consomment deux fois plus souvent du cannabis que les femmes. La consommation est plus fréquente dans le groupe des moins de 30 ans, et concerne plus souvent les personnes dont le niveau d'instruction est élevé.

La consommation de cannabis est très fortement associée à la consommation de tabac (Kohn 1997).

La fréquence de consommation d'autres drogues est mal connue

Seules des études menées chez des adolescents bruxellois nous donnent quelques informations sur les types de drogues illicites consommées par ce groupe. Parmi les adolescents de l'enseignement secondaire, les proportions " d'usagers " (ayant consommé au moins une fois le mois précédant l'enquête) sont les suivantes : cannabis 11 %, ecstasy 2 %, barbituriques 2 %, LSD 1 %, solvants 1 %, amphétamines 1%, drogues "dures" (cocaïne, crack et opiacés) 1,1 %. La fréquence de la consommation de drogues illicites par les adultes à Bruxelles n'est pas connue actuellement²².

La consommation de drogues licites (tabac, alcool, médicaments) est une des principales causes de mortalité prématurée, il s'agit donc d'un problème de santé publique prioritaire.

A Bruxelles, selon l'enquête de santé 1997, il y a 33 % de fumeurs dont 27 % de fumeurs quotidiens. Les hommes fument plus que les femmes (38 % versus 29 %) sauf chez les jeunes de moins de 25 ans. Entre 15 et 19 ans, 1 jeune sur 3 est déjà fumeur (Leurquin 1998).

La proportion de personnes qui a une consommation problématique d'alcool n'est pas connue actuellement²².

²¹ L'étude CATI Sanomètre consiste en une enquête téléphonique réalisée en continu depuis 1996 dans la population adulte (18-65 ans) de 4 zones de la Communauté française dont 2 à Bruxelles. Cette étude est menée par l'Unité de Promotion Education Santé de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

²² Des questions spécifiques portant sur la consommation d'alcool, de cannabis et d'ecstasy font partie de la nouvelle enquête nationale de santé qui se déroule actuellement.

3 _ Profil des consultants des services spécialisés

La Concertation Toxicomanie Bruxelles a mis en place un système de monitoring à l'intention des institutions bruxelloises spécialisées en toxicomanie : le système ADDIBRU (Vanderveken, 2000). Les données rassemblées par cet outil permettent de suivre le profil des usagers de ces services depuis 1996²³.

Les services spécialisés bruxellois accueillent surtout des patients résidant en région bruxelloise. On note une diminution de la proportion de consultants résidant hors de Bruxelles : ils représentaient 19 % des consultants en 1996 et moins de 16 % en 1999.

Les centres spécialisés sont fréquentés par une population de plus en plus âgée et masculine

Les services spécialisés sont fréquentés surtout par les hommes et la proportion des femmes diminue régulièrement depuis 1996 : le sex-ratio (H/F) est passé de 2,2 en 1996 à 5,4 en 1999.

Cette sous-représentation des femmes parmi les consultants ne s'explique pas entièrement par des besoins moindres. En effet, le sex-ratio (H/F) de mortalité (drogues + alcool) est de 1,7.

D'autres hypothèses devraient être explorées : un autre type de recours aux soins, d'autres types de consommation qui amènent moins aux services spécialisés, ...

L'analyse des données ADDIBRU montre également que l'âge moyen des consultants augmente ces dernières années. On note une diminution de 25 % des personnes de moins de 30 ans et une augmentation des personnes de plus de 30 ans. Ceci suggère un vieillissement de la population, comme si cette population était stable, sans recrutement de nouveaux patients dans les classes d'âge plus jeunes.

La consommation problématique de stimulants du système nerveux central et de cannabis est en augmentation. La consommation problématique de plusieurs produits devient la règle

De plus en plus, les personnes qui consultent un centre spécialisé consomment plusieurs produits. Parmi ceux-ci, un des produits est mentionné comme " principal ". On constate que la consommation d'opiacés comme produit principal diminue progressivement (72,4 % en 1997, 61,5 % en 1999), tandis que la consommation de stimulants du système nerveux central augmente (5,7 % en 1997, 11,6 % en 1999). L'alcool vient en seconde place comme " produit principal ".

Si on prend en compte les " produits secondaires ", on constate l'augmentation continue de la consommation problématique de cannabis parmi les consultants : 19 % en 1997 et 27 % en 1999.

23 Pour des renseignements plus détaillés, nous renvoyons au rapport épidémiologique de la Concertation Toxicomanie Bruxelles " Rassembler les données épidémiologiques de façon systématique ", novembre 2000.

Les patients qui fréquentent les centres spécialisés ont le plus souvent une longue histoire de dépendance et une expérience d'emprisonnement

En 1999, près de la moitié des personnes qui fréquentent les centres spécialisés sont dépendants depuis plus de 10 ans.

Près de 60 % des personnes entreprennent une thérapie par une démarche personnelle et 10 % sont adressés par les services de santé de première ligne. Seuls 4 % sont adressés par le secteur social. 21 % des consultants sont adressés par la justice. Les trois-quarts des consultants ont été entendus par un juge ou par le parquet et deux tiers ont vécu une expérience d'emprisonnement (55 % en 1997, 66 % en 1999). Cette expérience pèse souvent lourdement sur les soins, car la prison est une expérience traumatisante qui limite les chances de réinsertion sociale en raison du casier judiciaire. Elle s'accompagne souvent d'une obligation de traitement.

La protection sociale des consultants s'améliore

La population qui fréquente les centres spécialisés est particulièrement fragilisée sur le plan socio-économique. Seuls 14 % des consultants ont un revenu du travail. 12 % sont sans revenus, 64 % reçoivent une allocation de remplacement (CPAS 26 %, mutuel le 20 %, chômage 18 %). Au cours des 4 dernières années, la proportion de consultants bénéficiant d'une allocation de remplacement a augmenté (47 % en 1996, 64 % en 1999). Cette augmentation va de pair avec l'augmentation de consultants en ordre de mutuelle : 62 % en 1997, 80 % en 1999.

Les services " non spécialisés " accueillent un public différent

Les personnes qui consultent les centres de santé mentale " non spécialisés " pour des problèmes de toxicomanie ont un profil différent de ceux qui fréquentent les centres spécialisés. Les données en provenance des centres de santé mentale néerlandophones²⁴ à Bruxelles montrent qu'ils s'adressent à un public plus jeune et que les femmes y sont mieux représentées. Un quart des patients sont orientés vers les centres de santé mentale via les soins de première ligne et 9 % via le secteur social (cette proportion augmente depuis 1996). Le secteur de la justice intervient moins que pour les centres spécialisés. Nous n'avons pas d'information concernant les patients suivis par les services de santé de 1^{ère} ligne (généralistes).

3 _ 6 Les accidents

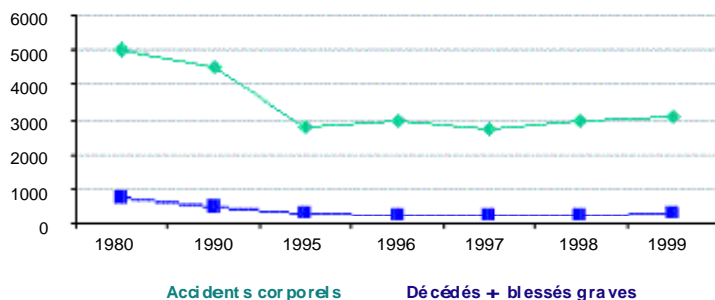
1 _ Les accidents de la circulation

Le nombre d'accidents corporels à Bruxelles a fortement diminué entre 1980 et 1995. Depuis, on assiste à une stabilisation, voire même une légère augmentation (le nombre de victimes a augmenté de 4 % entre 1998 et 1999) (figure 16).

24 Actuellement, seules les données des Centres de santé mentale néerlandophones sont disponibles pour la région bruxelloise à la Concertation Toxicomanie Bruxelles (Vanderveken 2000)

Le taux de personnes décédées ou gravement blessées est nettement plus faible à Bruxelles (29/100 000 habitants) qu'en Wallonie (121/100 000 habitants) ou en Flandre (127/100 000 habitants). Ceci est lié aux vitesses peu élevées en région urbaine (IBSR 1999).

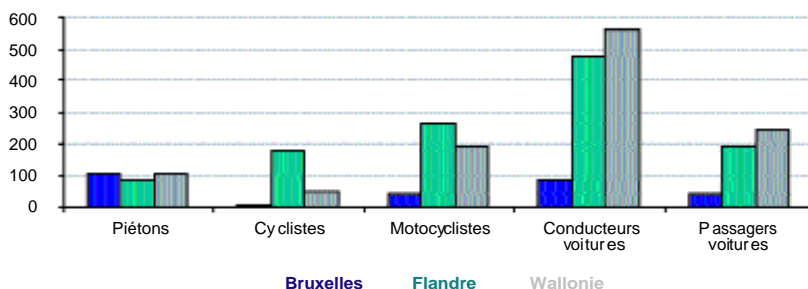
Figure 16 : Nombre d'accidents corporels et nombre de personnes décédées ou gravement blessées entre 1980 et 1999 en Région de Bruxelles-Capitale



Source : INS-IBSR 1999

En région bruxelloise, ce sont les piétons qui sont les plus vulnérables. Ils représentent 35 % des décédés et blessés graves. Alors que pour tous les autres usagers, le nombre de victimes rapporté à la population est plus faible à Bruxelles qu'ailleurs, c'est à Bruxelles que le taux de piétons tués ou gravement blessés est le plus élevé (figure 17).

Figure 17 : Nombre de décédés et blessés graves par 1 000 000 habitants, selon la nature de l'utilisateur et la région, 1999



Source : INS-IBSR 1999

En 1998, 52 bruxellois sont décédés suite à un accident de la circulation dont 39 à Bruxelles et 13 en Flandre²⁵. Au total, on a enregistré 90 décès par accident de circulation sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, dont 57 % concernaient des personnes résidant en dehors de la région.

Pour les Bruxellois, la moitié des décès par accident de la circulation concernait des personnes de moins de 45 ans. Parmi les usagers " faibles " (piétons et cyclistes), 60 % des victimes avaient plus de 65 ans.

²⁵ Source : certificats de décès, Observatoire de la Santé. Etant donné que nous ne connaissons pas le nombre de Bruxellois décédés en région wallonne, il est probable que le nombre réel de décès soit plus élevé.

2_ Les accidents domestiques

Nous ne disposons malheureusement pas de données à propos de la fréquence, des circonstances et des conséquences des accidents domestiques à Bruxelles, à part les statistiques de décès qui ne représentent que " la pointe de l'iceberg ".

Le système EHLASS enregistre les accidents domestiques ayant entraîné une consultation aux services d'urgence de certains hôpitaux²⁶. Les chutes représentent 45,5 % des accidents enregistrés. Un tiers des accidents a lieu à domicile et 20 % sur des terrains de sport. Si la fréquence des accidents est plus élevée chez les adolescents et les jeunes adultes, la gravité des accidents est plus importante pour les jeunes enfants et les personnes âgées (en terme d'hospitalisation et de décès) (EHLASS 1999).

Les intoxications représentent 0,7 % des accidents enregistrés par le système EHLASS, mais 80 % des appels au Centre Antipoison²⁷. Il s'agit surtout de jeunes enfants. 42 % des appels concernent des médicaments, 31 % des produits ménagers (Centre Antipoison 1998).

En 1998, 298 Bruxellois sont décédés suite à un accident domestique (chute, noyade ou autre). C'est la première cause de décès chez les enfants de 1 à 4 ans (7 décès, soit 41 % du total des décès dans ce groupe d'âge) et dans le groupe des 5 à 9 ans (4 décès soit 33 % des décès).

Les chutes sont une cause non négligeable de décès chez les jeunes enfants (10 % des décès) et chez les personnes très âgées (4 % des décès au-delà de 85 ans).

3_ Les accidents du travail

En 1999, 23 831 accidents du travail ont été enregistrés à Bruxelles : 20 018 sur le lieu de travail et 3 813 sur le chemin du travail, soit respectivement 10,3 % et 17,4 % du total des accidents de ce type en Belgique (Fonds des Accidents du Travail 1998)²⁸. Par rapport à 1998, on constate une diminution des accidents sur le lieu de travail (- 9,5 %) et une très légère augmentation des accidents sur le chemin du travail (+ 1 %).

La Région de Bruxelles-Capitale se situe dans la moyenne nationale pour ce qui concerne les accidents sur le chemin du travail : 8,3 accidents pour 1000 travailleurs (moyenne nationale 8,8) mais nettement sous la moyenne nationale pour les accidents survenus sur le lieu du travail : 56,9 accidents pour 1000 travailleurs (moyenne nationale 85,3).

Parmi les accidents déclarés, on compte 1 728 accidents graves (accidents mortels ou ayant entraîné une incapacité permanente) en 1998 et 1 711 en 1999. Pour 1998 et 1999, les accidents graves représentent 6,9 % des accidents à Bruxelles et 6,6 % des accidents pour l'ensemble du pays.

Les ouvriers sont plus vulnérables : ils sont victimes de 81 % des accidents alors qu'ils ne représentent que 50,5 % des salariés. Ils courent également plus de risques d'être victime d'un accident grave.

²⁶ Il s'agit de l'Universitair Ziekenhuis à Anvers, l'Universitair Ziekenhuis à Gand et l'hôpital Erasme à Bruxelles (EHLASS 1999). Les données ne sont donc pas représentatives ni pour l'ensemble des hôpitaux, ni par région.

²⁷ Pour des raisons techniques, le Centre Antipoison ne dispose pas de données spécifiques pour Bruxelles.

²⁸ Les données présentées ici sont tirées des rapports annuels du Fonds des accidents du travail et du Service Accidents du travail et Maladies Professionnelles du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Elles ne concernent que le secteur privé. Les données pour le secteur public ne sont pas disponibles actuellement. Le nombre total d'accidents du travail est donc sous-estimé.

3 _ 7 Les maladies professionnelles

Le type d'activité économique à Bruxelles et la liste des maladies professionnelles actuellement reconnues expliquent la faible proportion de demandes et de bénéficiaires d'allocation pour maladies professionnelles à Bruxelles par rapport au reste du pays.

En 1998, le Fonds des Maladies Professionnelles a reçu pour Bruxelles 242 nouvelles demandes de réparation pour incapacité de travail suite à une maladie professionnelle. Cela représente 3,9% des demandes introduites pour l'ensemble du pays (Fonds des Maladies Professionnelles 1998).

Pour la même année, on comptait 1 355 Bruxellois bénéficiaires d'une allocation mensuelle pour incapacité de travail permanente suite à une maladie professionnelle, soit 2 % de l'ensemble des bénéficiaires en Belgique (Fonds des Maladies Professionnelles 1998).

3 _ 8 Les handicaps et invalidités

Dans l'Enquête de Santé 1997, 6 % de la population bruxelloise interrogée disait souffrir d'un handicap de mobilité. Cette proportion augmente avec l'âge. Entre 65 et 74 ans, 9 % des hommes et 6 % des femmes sont fortement handicapés (handicap qui les oblige à rester assis ou couché). Cette proportion atteint 12 % des hommes et 16 % des femmes de plus de 75 ans (Lourquin 1998). Au 1er janvier 2000, 11 135 Bruxellois de 20 à 64 ans bénéficiaient d'une allocation pour personnes handicapées soit 3,9 % de la population de ce groupe d'âge. Cette proportion est de 5,1 % en Wallonie et 2,5 % en Flandre (tableau 3). 3 663 personnes âgées bénéficiaient d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, soit 6,1 % des plus de 65 ans. Cette proportion est moins importante que dans les autres régions : 8,8 % en Wallonie et 11,9 % en Flandre (tableau 3) (Administration de l'Intégration sociale 2000).

Tableau 3: Nombre de bénéficiaires d'allocations pour personnes handicapées²⁹ au 1er janvier 2000 et répartition par région.

	Bruxelles		Wallonie		Flandre		Total	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Allocation de remplacement et/ou Allocation d'intégration	11 135	(9,9 %)	49 935	(44,5 %)	51 102	(45,6 %)	112 172	(100 %)
Allocation pour l'aide aux personnes âgées	3 663	(5 %)	19 406	(26,6 %)	49 897	(68,4 %)	72 966	(100 %)
Total ³⁰	15 153	(8 %)	71 283	(37,4 %)	104 143	(54,6 %)	190 579	(100 %)
Total en institution	1 196	(5,6 %)	5 494	(25,6 %)	14 762	(68,8 %)	21 452	(100 %)

Source : Administration de l'Intégration Sociale, 2000

29 Il s'agit ici uniquement des bénéficiaires payés via le Ministère des Affaires Sociales. L'allocation de remplacement de revenus est accordée à la personne qui suite à son handicap, voit sa capacité de gain réduite à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner sur le marché général du travail. L'allocation d'intégration est accordée à la personne handicapée qui subit une réduction de son autonomie et éprouve donc des difficultés pour s'intégrer dans la vie sociale. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est également accordée pour manque d'autonomie ou autonomie réduite (Administration de l'Intégration Sociale 2000).

30 Il s'agit du total des bénéficiaires d'une allocation de remplacement, d'intégration ou pour l'aide aux personnes âgées (loi du 27 février 1987) et des bénéficiaires d'allocations ordinaires et spéciales (loi du 27 juin 1969 et AR du 24 décembre 1974) (Administration de l'Intégration Sociale 2000)



4 Mère et enfant



Plus de 13 000 petits Bruxellois ont vu le jour en 1998. La période prénatale et les premières années de la vie sont tout à fait cruciales pour l'avenir. Donner à chaque enfant, dès les premiers moments de sa vie, les conditions de développer tout son potentiel de santé et d'épanouissement est une priorité de santé publique. Au travers de quelques indicateurs, nous tenterons de cerner quelques éléments de la santé au cours de cette période de la vie.

4 _ 1 Autour de la grossesse

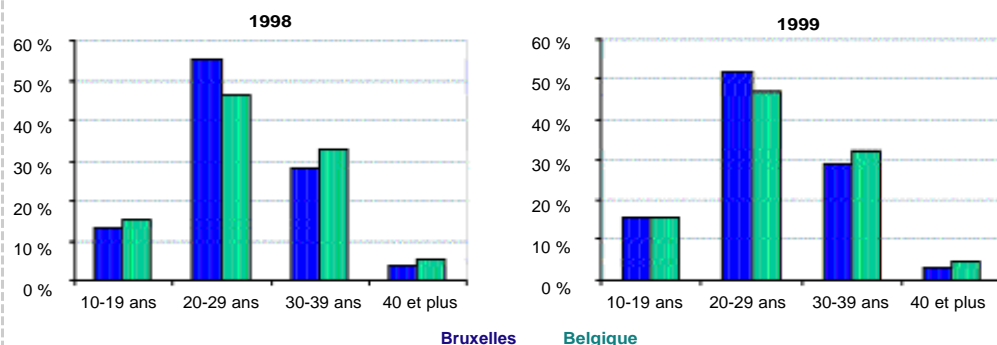
1 _ Les interruptions volontaires de grossesse

Selon le rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990, il y a eu 2 243 interruptions de grossesse (IVG) chez des femmes domiciliées en région bruxelloise en 1998 et 2 606 en 1999. Ce qui représente respectivement 18,7 % et 20,5 % des IVG de l'ensemble du pays.

Le taux d'IVG¹ est donc de 15,6 % en 1998 à Bruxelles pour 9,4 % pour l'ensemble de la Belgique. A titre de comparaison, le taux d'IVG était en 1996 de 18,1 % pour la France et 19,6 % pour la région d'Ile-de-France. Le taux d'IVG varie avec l'âge. En 1998 à Bruxelles, on comptait 39,5 IVG pour 100 conceptions avant 20 ans, 15,2 entre 20 et 29 ans, 10,2 entre 30 et 39 ans et 16,6 au delà de 40 ans.

Plus de la moitié des IVG concernent des femmes âgées de 20 à 30 ans. Cette proportion est un peu plus élevée à Bruxelles que dans l'ensemble du pays. La proportion d'adolescentes (< 20 ans) a augmenté entre 1998 et 1999 : 13,1 % en 1998 et 15,7 % en 1999 (figure 1).

Figure 1 : Répartition des IVG par groupe d'âge à Bruxelles et pour l'ensemble du pays pour les années 1998 et 1999



Source : Commission nationale d'évaluation 2000

¹ Le taux d'interruption volontaire de grossesse est le nombre d'IVG (comptabilisées au domicile de la femme) rapporté au nombre de conceptions (naissances vivantes, morts-nés et IVG).

Les situations de détresse invoquées par les femmes sont souvent multiples. La proportion de femmes qui invoquent une situation de détresse matérielle (problèmes financiers, situation professionnelle ou de logement) est plus élevée à Bruxelles (33 %) que pour l'ensemble du pays (24 %) et a augmenté entre 1998 et 1999.

2 _ Le suivi de la grossesse

D'après l'enquête de santé menée en 1997, 7 % des femmes enceintes ont eu leur première visite prénatale à 16 semaines ou plus. Cette proportion est plus élevée qu'en Flandre (2 %) ou en Wallonie (4 %) (Leurquin 1998).

Plus de 98 % des grossesses sont suivies par un spécialiste et moins de 1 % par un généraliste. Environ 0,8 % des grossesses ne sont pas suivies médicalement (soit environ 108 naissances pour 1999) (ONE et K&G²)

En 1999, 13,3 % des futures mères étaient fumeuses en fin de grossesse et 3,4 % des futures mères fumaient plus de 20 cigarettes par jour (ONE). Cette proportion est moindre que dans les autres provinces de la Communauté française. La proportion importante de mères d'origine étrangère à Bruxelles explique probablement cette différence. En effet, les femmes belges sont plus de deux fois plus nombreuses à fumer en fin de grossesse que les mères d'origine étrangère (ONE 2000).

3 _ Les naissances

En 1998, on a enregistré 18 047 naissances à Bruxelles. 30 % des enfants nés à Bruxelles ne sont pas bruxellois : 17,3 % sont domiciliés en Flandre et 12,4 % sont domiciliés en Wallonie. 1,3 % des enfants nés à Bruxelles sont domiciliés à l'étranger. 98,4 % des enfants bruxellois naissent sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale³.

99,5 % des naissances se déroulent à l'hôpital. Les naissances se concentrent donc dans les communes dans lesquelles se trouvent les maternités. Parmi les 18 047 naissances enregistrées à Bruxelles, 26 % se sont passées à Bruxelles-Ville, 20 % à Uccle, 13 % à Etterbeek, 11 % à Anderlecht, 10 % à Ixelles, 6 % à Woluwe-Saint-Lambert, 6 % à Saint-Josse-Ten-Node et 5 % à Berchem-Ste-Agathe.

Profil des mères

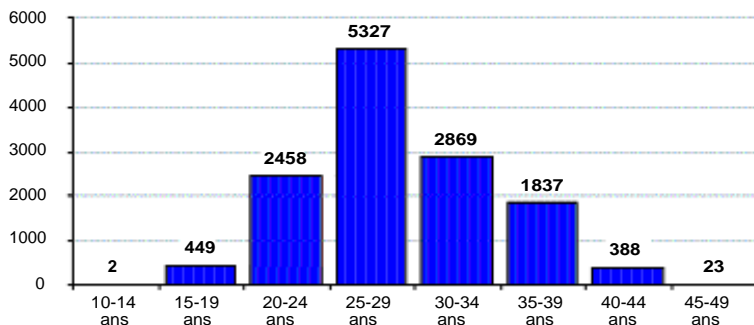
L'âge médian est de 28 ans pour l'ensemble des naissances et de 26 ans pour le premier enfant⁴. L'âge moyen au premier enfant augmente avec le niveau d'instruction de la mère : 25 ans pour les mères ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et 29 ans pour les mères avec un diplôme de l'enseignement supérieur. On note 85 accouchements chez des adolescentes de moins de 18 ans (0,6 % des naissances) et 451 naissances chez des mères de moins de 20 ans (3,4 % des naissances). 411 naissances (3,1 %) ont eu lieu après l'âge de 40 ans.

² Les données de l'ONE proviennent de la Banque Médico-Sociale de l'ONE (fichier anonyme " Avis de naissance ") et les données de K&G nous ont été transmises par leur service d'étude (fichier anonyme des enfants pour lesquels un contact avec Kind en Gezin a eu lieu). Lorsque cela était possible, les données de K&G et de l'ONE ont été couplées pour éliminer les doublons (enfants enregistrés dans les deux fichiers, soit pour l'année 1999, 380 enfants sur 11858 enfants (3,2 %). Après élimination des doublons, les deux fichiers contiennent 89,5 % des naissances bruxelloises en 1999.

³ Comme pour les données de mortalité, nous n'avons pas de données concernant les enfants bruxellois nés en Wallonie. Le nombre total d'enfants bruxellois nés en 1998 est donc sous-estimé.

⁴ L'âge des mères varie de 14 à 48 ans, avec une moyenne de 28,99 (± 5,48) et 26,91(± 5,03) pour le premier enfant.

Figure 2 : Nombre d'accouchements en fonction de l'âge de la mère, Bruxelles 1998

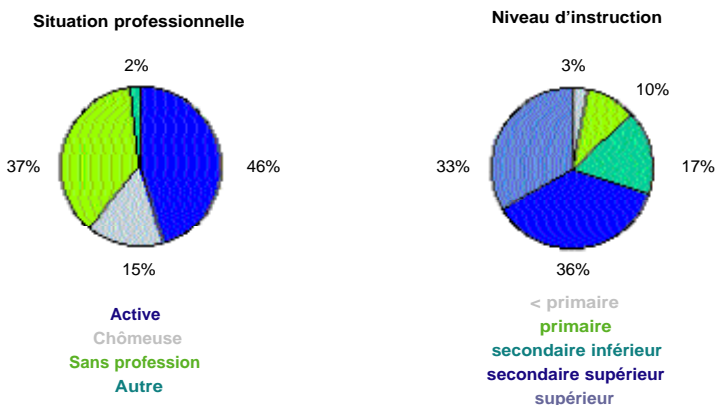


Source : Observatoire de la Santé

On observe depuis longtemps déjà une augmentation progressive de la proportion de mères non-mariées : elles représentaient 9 % en 1980, 14 % en 1985, 20 % en 1990, 22 % en 1994 et 23,4 % en 1998.

Le fait d'être non-mariée était auparavant associé à un risque plus important pour la mère et l'enfant. Actuellement, la proportion de plus en plus importante de couples non mariés ne permet plus d'identifier par l'état civil les mères qui doivent assurer seules l'éducation de leur enfant. Le nouveau bulletin statistique de naissance contient des informations sur l'état d'union de la mère. A Bruxelles en 1998, 15% des mères vivent seules au moment de l'accouchement.

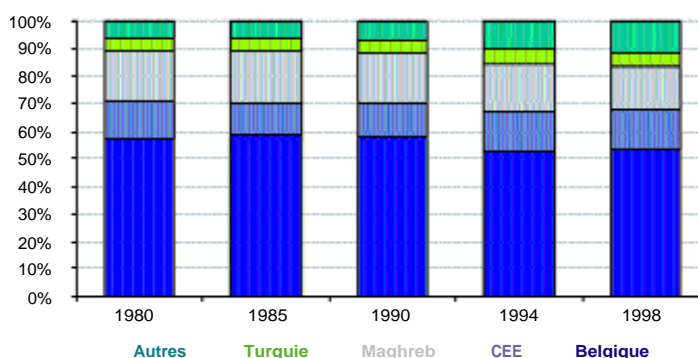
Figure 3 : Profil socio-économique des mères, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la Santé

Bruxelles accueille des personnes de nationalité très variée. En 1998, près de la moitié des nouveaux petits bruxellois avaient une mère non-belge. La distribution des naissances en fonction de la nationalité de la mère était la suivante : Belgique : 54 %, Maghreb 16 %, pays de la Communauté européenne : 14 %, Afrique subsaharienne : 5 %, Turquie : 4 %, Europe de l'Est : 3 %, Asie : 2 %, Amérique du Sud : 1 %.

Figure 4 : Evolution de la distribution des naissances suivant la nationalité de la mère entre 1980 et 1998



Source : Observatoire de la Santé

On observe au cours des années 1990 une augmentation relative des autres nationalités qui passent de 6 % en 1980 à 12 % en 1998 (figure 4).

Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Pour l'année 1998, on déplore un décès maternel lié à une rupture utérine en cours de travail.

Pour 16,2 % des accouchements, on signale un risque médical lors de la grossesse : 3 % des futures mamans ont présenté une hypertension, 1,9 % un diabète et 0,4 % des hémorragies au cours du 3ème trimestre de la grossesse.

Tableau 1 : Données de base concernant les accouchements à Bruxelles en 1998, comparaison avec les données de la Flandre

	Bruxelles 1998		Flandre 1998
	Nombre	%	%
Parité			
1	2 670	30,2 %	46,2 %
2	3 216	36,4 %	34,2 %
3	1 581	17,9 %	13,1 %
4	713	8,1 %	3,9 %
5	331	3,7 %	1,4 %
6 et plus	335	3,8 %	1,2 %
Age gestationnel			
< 33 semaines	193	1,7 %	1,2 %
33-36 semaines	679	6,1 %	5,5 %
37 semaines et plus	10 181	92,1 %	93,3 %
Naissances multiples			
Jumeaux	436	3,4 %	1,9 %
Triplés	18	0,1 %	<0,1 %
Induction de l'accouchement	3 263	28,7 %	31,3 %
Césarienne	1 735	15,2 %	15,5 %

Source : Flandre : Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie 1998, Bruxelles : Observatoire de la santé

La proportion de césariennes varie de 8,5 % à 22 % selon la commune où s'est déroulé l'accouchement. La proportion d'inductions avant le travail varie de 22 % à 44 %, ce qui suggère d'importantes différences de pratiques selon les maternités.

La proportion de césariennes augmente progressivement avec l'âge : elle varie de 10 % avant 25 ans à 29 % après 44 ans. Les femmes de nationalité turque ou marocaine ont moins souvent une césarienne que les femmes belges ou d'une autre nationalité, même après contrôle pour l'âge.

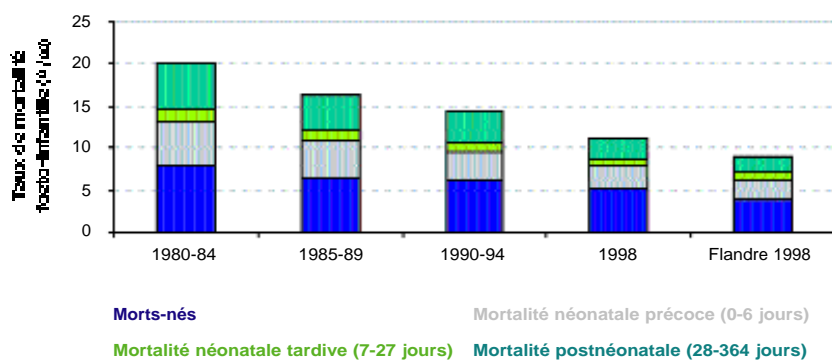
4 _ 2 Santé du jeune enfant

1 _ La mortalité foeto-infantile diminue

Au cours des 20 dernières années, la mortalité foeto-infantile⁵ a diminué régulièrement. Cette diminution se marque aussi bien pour la mortalité périnatale⁶ que pour la mortalité infantile⁷.

Depuis 1980, la mortalité foeto-infantile est plus élevée à Bruxelles que dans le reste du pays (Masuy-Stroobant 2000). Pour 1998, nous ne disposons que des données de Flandre à titre de comparaison. On observe que les jeunes enfants bruxellois ont toujours un risque plus élevé de décéder en période néonatale⁸ et jusqu'à leur premier anniversaire (figure 5).

Figure 5 : Evolution de la mortalité foeto-infantile et ses diverses composantes entre 1980 et 1998 à Bruxelles



Source : Observatoire de la Santé

Les garçons sont plus vulnérables que les filles, particulièrement en période périnatale. Les taux de mortalité périnatale et infantile sont respectivement de 9,1 ‰ et 6,6 ‰ pour les garçons et de 6,6 ‰ et 4,9 ‰ pour les filles.

Les complications de la grossesse ou de l'accouchement et les malformations congénitales sont les principales causes des décès.

5 La mortalité foeto-infantile est le nombre d'enfants morts-nés ou décédés avant leur premier anniversaire rapporté au nombre de naissances (exprimé pour 1000 naissances, ‰).

6 La mortalité périnatale est le nombre d'enfants morts-nés ou décédés avant le 8^e jour de vie rapporté au nombre total de naissances (exprimé pour 1000 naissances, ‰).

7 La mortalité infantile est le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an rapporté au nombre de naissances vivantes (exprimé pour 1000 naissances vivantes, ‰).

8 La mortalité néonatale est le nombre d'enfants décédés avant le 28^e jour de vie rapporté au nombre de naissance vivantes.

Grâce aux mesures de prévention, la mort subite du nourrisson a fortement diminué en Belgique. Entre 1981 et 1988, on comptait 2 décès pour 1000 naissances vivantes. En 1998, ce taux est de 0,6 ‰ à Bruxelles (0,4 ‰ en Flandre). Cela reste cependant la première cause de décès entre 28 jours et 1 an.

Le faible nombre de décès avant un an ne nous permet pas d'approfondir l'analyse par cause. Le tableau 2 détaille les principales causes de décès pour les différentes composantes de la mortalité foeto-infantile.

Cause de décès	Morts-nés			
	0-27 jours	28-364 jours	Foeto-infantile	
Malformations congénitales	8 (11 %)	16 (33 %)	2 (7 %)	26 (18 %)
Complications de la grossesse ou de l'accouchement	25 (36 %)	4 (8 %)	1 (4 %)	30 (20,5 %)
Prématurité, dysmaturité	2 (3 %)	2 (4 %)		4 (3 %)
Infections		1 (2 %)	3 (11 %)	4 (3 %)
Mort subite du nourrisson		1 (2 %)	7 (25 %)	8 (5,5 %)
Autres (y compris mal déterminée)	35 (50 %)	24 (50 %)	15 (54 %)	74 (51 %)
Total	70 (100 %)	48 (100 %)	28 (100 %)	146 (100 %)

Source : Observatoire de la Santé

Déterminants de la mortalité foeto-infantile

Les enfants nés prématurément ont 15 fois plus de risque de décéder que les enfants nés à terme.

	Age gestationnel (semaines)		
	< 33	33-36	>= 37
Mortinatalité	166 ‰	18 ‰	2 ‰
Mortalité néonatale (0-27 j)	93 ‰	7 ‰	2 ‰
Mortalité postnéonatale (28-364 j)	26 ‰	9 ‰	1 ‰

Source : Observatoire de la Santé

De nombreux facteurs socio-démographiques sont associés à la mortalité avant l'âge d'un an. Les taux de mortalité sont particulièrement élevés pour les enfants dont la mère est âgée de plus de 40 ans, a déjà eu de nombreux enfants ou est de nationalité turque ou d'Afrique subsaharienne. Ces différents facteurs de risques sont bien entendu associés entre eux. Le petit nombre de décès ne permet pas d'analyser plus en profondeur l'impact de chacun de ces facteurs isolément.

Tableau 4 : Influence des facteurs socio-démographiques sur la mortalité foeto-infantile				
	Nombre de décès	‰	RR	(IC à 95 %)
Sexe de l'enfant				
Garçons	84	12,5 ‰	1,36	(1,22-1,51)
Filles	61	9,2 ‰	1,00	
Age de la mère				
< 20 ans	6	13,3 ‰	1,27	(0,58-2,80)
20 – 39 ans	130	10,4 ‰	1,00	
40 et plus	10	24,3 ‰	2,34	(1,26-4,32)
Parité				
Primipare	47	17,6 ‰	1,40	(0,98–2,01)
2 à 4 enfants	75	12,5 ‰	1,00	
5 enfants ou plus	8	39,8 ‰	3,17	(1,55–6,49)
Niveau d'instruction				
Secondaire inférieur ou moins	34	9,6 ‰	2,60	(1,60–4,24)
Secondaire supérieur ou plus	30	3,7 ‰	1,00	
Situation professionnelle				
Active	49	8,2 ‰	1,00	
Sans profession	77	15,7 ‰	1,90	(1,34–2,72)
Etat d'union de la mère				
Vit seule	29	14,9 ‰	1,54	(1,02–2,32)
En union	104	9,7 ‰	1,00	
Nationalité de la mère				
Belge	57	8 ‰	1,00	
Union Européenne	26	13,7 ‰	1,72	(1,08-2,72)
Afrique du Nord	28	13,4 ‰	1,67	(1,07-2,62)
Turquie	14	24,4 ‰	3,05	(1,71-5,45)
Afrique Sub-saharienne	11	17,1 ‰	2,14	(1,13-4,06)
Autres	9	9,8 ‰	1,21	(0,60-2,44)

Source : Observatoire de la Santé

2 _ Le taux de prématurité

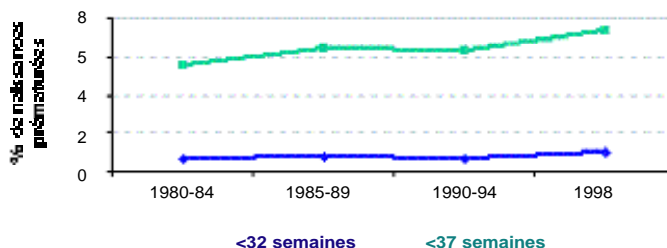
En 1998, 7,9 % des enfants bruxellois sont nés prématurément (avant 37 semaines) et 1,7 % des enfants sont nés très prématurément, avant 33 semaines de grossesse.

On note une augmentation de la proportion de prématurés sur l'ensemble des naissances vivantes (figure 6). Cette augmentation pourrait être en partie liée à l'augmentation des grossesses multiples (Bayedan 2000). Pour l'année 1998 à Bruxelles, 51 % des enfants issus d'une grossesse multiple étaient nés prématurément.

Le taux de prématurité est plus significativement élevé chez les grandes multipares (plus de 5 enfants) (12 %) et chez les mères qui vivent seules (10 %).

On n'observe pas de risque significativement augmenté chez les mères très jeunes.

Figure 6 : Evolution de la proportion de naissances prématurées sur l'ensemble des naissances vivantes, Bruxelles 1980-1998



Source : Masuy-Stroobant, Observatoire de la Santé

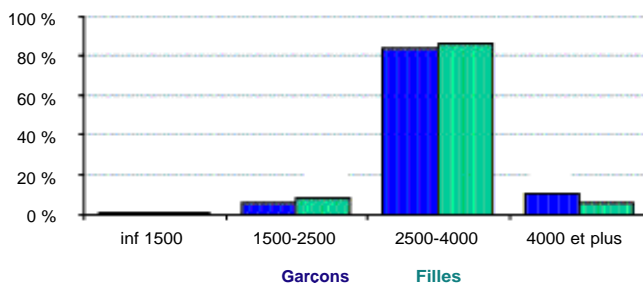
3 _ Le poids de naissance

Le poids de naissance moyen à Bruxelles en 1998 était de 3,262 kg (DS 0,573). La proportion de petit poids de naissance (< 2500 g) était de 7,7 %. La distribution des poids de naissance est restée stable depuis 1980 (Masuy-Stroobant 2000).

La fréquence de macrosomie (plus de 4 kg) augmente avec l'âge de la mère et la parité.

On ne note pas de risque accru de petit poids de naissance chez les enfants de mère très jeune (< 20 ans) ou plus âgée (40 ans et plus). Par contre, on note un risque plus élevé de petit poids de naissance chez les enfants dont la mère vit seule (RR (IC 95 %) = 1,5 (1,3-1,8)).

Figure 7 : Distribution du poids de naissance en fonction du sexe, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la Santé

4 _ L'alimentation

En 1999, 82 % des nourrissons bruxellois étaient allaités au sein en maternité (ONE et K&G). Cette proportion est particulièrement élevée en comparaison avec les autres régions : 62 % en Flandre (K&G 2000), un peu plus de 70 % pour la Communauté française en 1998 (ONE 2000).

La nationalité d'origine de la mère influence fortement l'initiation de l'allaitement maternel. 80 % des mères d'origine belge, 92 % des mères originaires du Maroc, 91 % des mères d'origine turque et 83 % des mères originaires d'Europe méditerranéenne allaitent en maternité (ONE données 1999).

Les premiers enfants sont plus souvent allaités au sein que les suivants (87 % versus 81 %). Les mères très jeunes (moins de 18 ans) allaitent moins souvent que les mères plus âgées (71 % versus 85 %).

5 _ Couverture vaccinale

Une enquête de couverture vaccinale portant sur un échantillon représentatif des enfants de 18 à 24 mois domiciliés en région de Bruxelles-Capitale a été menée en 2000 (Swennen et Depoorter 2000⁹).

Des enquêtes similaires ayant été menées en 1999 en Flandre et en Wallonie, des comparaisons entre régions sont possibles. Les résultats sont présentés dans le tableau 4. Pour toutes les vaccinations, les taux de couverture à Bruxelles sont plus bas que dans les autres régions.

Tableau 5 : Taux de couverture vaccinale en fonction des doses pour les vaccinations de base dans les 3 régions¹⁰

	Bruxelles	Flandre	Wallonie
	%	%	%
Poliomyélite			
Polio 1	98,2	99,2	99,6
Polio 2	96,8	98,2	98,8
Polio 3	92,6	96,2	95,7
Diphthérie-tétanos-coqueluche			
DTP-DT 1	96,8	95,7	99
DTP-DT 2	95,8	95,4	98,3
DTP-DT 3	92,1	94,5	97,1
DTP-DT4	81,1	89,2	84,8
Haemophilus influenzae de type b			
Hib 1	89,2	85,5	97,4
Hib 2	86,3	84,4	95,3
Hib 3	84,2	82,6	93,2
Hib 4	69,2	73,9	83,1
Hépatite B			
Hép 1	54,0	74,2	58,8
Hép 2	52,1	73,4	56,2
Hép 3	42,1	68,4	50,2
Hép 4	4,7	15,1	6,0
Rougeole-rubéole-oreillons			
RRO	74,5	83,4	82,4

Source : Swennen et Depoorter 2000

⁹ Cette étude a été commanditée par la commission Communautaire de la région de Bruxelles-Capitale.

¹⁰ Il s'agit des couvertures calculées pour les enfants pour lesquels un document vaccinal a pu être consulté. Pour 16 % des enfants participants à Bruxelles, aucun document vaccinal n'a pu être consulté. Il est probable que les taux de vaccinations de ces enfants soient inférieurs à ceux qui possèdent un document vaccinal. Les taux de couverture présentés ici sont donc probablement sur-estimés (Swennen et Depoorter 2000).

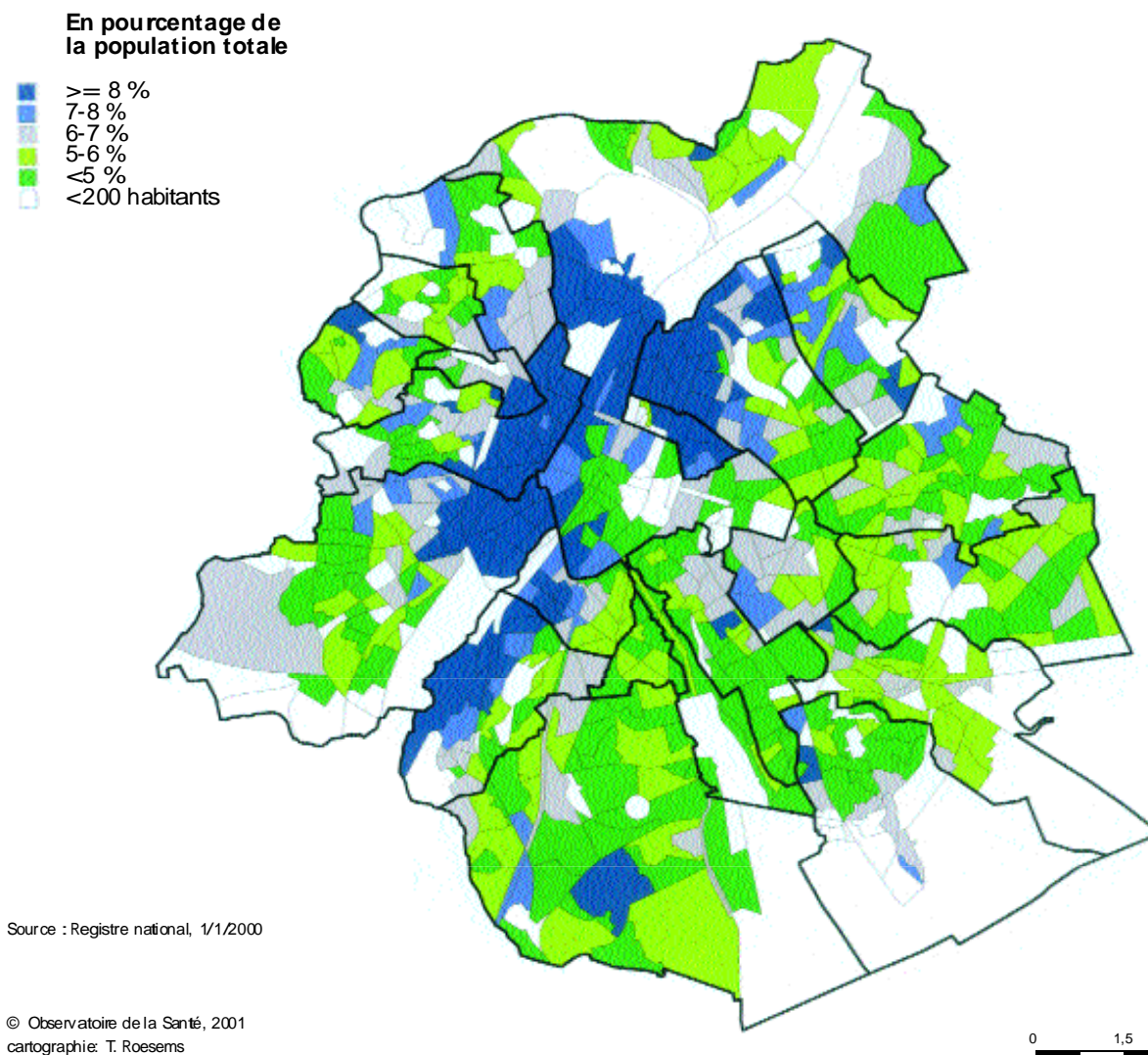
L'ensemble des couvertures vaccinales s'est amélioré entre 1995 et 2000 à Bruxelles, particulièrement pour la vaccination contre l'*Haemophilus influenzae* de type b qui passe de 49 % en 1995 à 79 %¹¹ en 2000. La vaccination RRO a augmenté de 7 % mais reste encore largement inférieure à l'objectif de 90 %.

La vaccination contre l'hépatite B a été totalement à charge des parents et après 4 ans de recommandations, on n'atteint pas encore 50 % de couverture (Swennen et Depoorter 2000). Les familles interrogées disent avoir eu des difficultés à acheter ce vaccin : difficultés financières surtout, mais aussi administratives (avec le pharmacien ou la mutuelle).

L'ONE et K&G assurent environ 60 % des vaccinations, les pédiatres près de 30 % et les médecins généralistes moins de 4 %. Le choix du vaccinateur est influencé par le statut social et la nationalité des parents : parmi les parents non belges et ceux dont le niveau d'instruction est égal ou inférieur au secondaire supérieur, les trois-quarts choisissent l'ONE ou K&G. Plus de 50 % des parents qui ont un diplôme universitaire choisissent un pédiatre.

¹¹ Il s'agit ici de la couverture obtenue en cumulant les couvertures vaccinales des différents schémas de vaccination tenant compte de l'âge auquel la vaccination a été initiée et du nombre de doses nécessaires en fonction de cet âge (Swennen et Depoorter 2000)

Carte 4 : Enfants de 0 à 4 ans, Région de Bruxelles-Capitale





5

Les enfants d'âge scolaire et les adolescents



Bruxelles compte actuellement plus de 160 000 enfants et adolescents de 5 à 19 ans. Au cours de cette période de la vie, les problèmes de santé sont moins fréquents et les taux de mortalité sont les plus faibles. Très peu d'informations concernant leur santé sont actuellement disponibles. Il nous a cependant semblé indispensable de les intégrer de manière spécifique dans ce rapport. La santé chez l'enfant et l'adolescent entretient des liens étroits et complexes avec la scolarité, les apprentissages, le développement personnel et social. Ainsi, une bonne santé permet de bénéficier au mieux des opportunités d'apprentissage, et inversement, l'échec scolaire et la perte de l'estime de soi qui en résulte influencent largement l'état de santé.

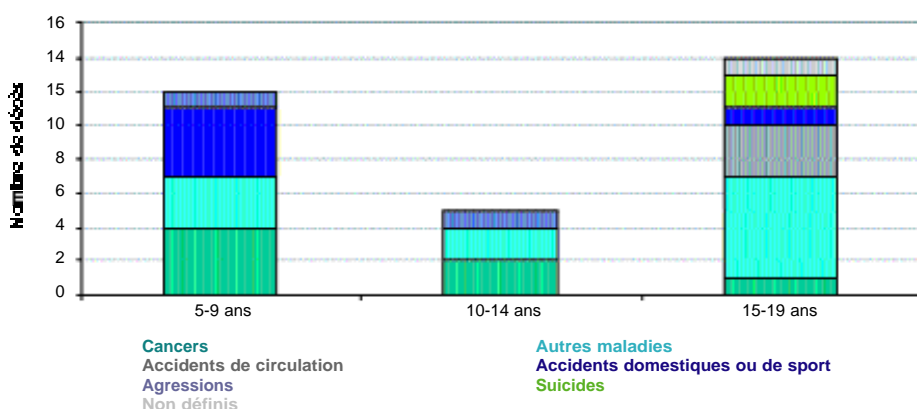
5 _ 1 Mortalité

La mortalité diminue au cours de l'enfance et atteint un minimum pour la tranche d'âge 10-14 ans. Elle remonte ensuite à l'adolescence.

En 1998, 31 enfants et adolescents de 5 à 19 ans sont décédés à Bruxelles (21 garçons et 10 filles).

Parmi les maladies, le cancer est la première cause de décès (23 % des décès). Les morts " violentes " - accidents, agressions, suicides - représentent 48 % des décès des garçons et 30 % des décès des filles de ce groupe d'âge. Deux adolescents se sont suicidés, tous les deux en se jetant dans le vide et deux enfants ont été assassinés.

Figure 1 : Nombre et causes de décès entre 5 et 19 ans par tranche d'âge, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la santé

5 _ 2 Morbidité

Etant donné le très faible taux de mortalité, celle-ci n'est pas un bon indicateur pour évaluer les besoins de santé des enfants et des adolescents.

Malheureusement, nous ne disposons que de très peu de données sur l'état de santé des enfants bruxellois.

Les services médicaux scolaires qui voient régulièrement tous les enfants scolarisés à Bruxelles sont certainement une source d'information essentielle. Une étude de faisabilité d'un recueil de données épidémiologiques a été menée en 1999-2000 au départ des centres de santé scolaire bruxellois francophones (Observatoire de la santé 2000). Cette étude a montré qu'un tel recueil était possible et permettait effectivement d'obtenir des informations utiles¹. Nous pouvons donc espérer que ces informations pourront être recueillies et analysées de manière systématique à l'avenir.

Nous présentons ci-dessous les quelques informations que nous avons pu rassembler².

Des jeunes heureux et "bien dans leur peau" ?

Dans le cadre de l'étude " Les comportements de santé des jeunes ", des enquêtes auprès des adolescents de 11 à 18 ans sont menées régulièrement (Piette 1997). En 1994, un échantillon représentatif des adolescents bruxellois a ainsi été interrogé³.

La grande majorité (78 %) des adolescents bruxellois se sentent heureux. Cependant 4% des jeunes se sentent franchement malheureux et à 10 % se sentent très souvent seuls. L'école est leur milieu de vie quotidien. Un certain nombre d'adolescents ne s'y sentent pas bien : 8 % n'aiment pas du tout l'école et 10 % se disent fortement stressés par le travail scolaire.

Les sentiments négatifs sont plus fréquents parmi les adolescents qui fréquentent l'enseignement professionnel : ils sont moins nombreux à se sentir heureux et se sentent plus souvent seuls.

Les habitudes de vie et la santé

Les besoins de santé des adolescents sont souvent analysés au travers de comportements dont on sait qu'ils sont liés à des risques pour la santé future. En effet, de nombreux problèmes de santé sont liés à des habitudes alimentaires, au tabagisme, à la sédentarité, etc. et pourraient être en partie prévenus par des modifications de ces habitudes de vie.

L'adolescence étant la période où la plupart de ces habitudes se prennent, une attention particulière est portée à la promotion de comportements dit " favorables " et à la lutte contre des comportements jugés " défavorables ".

¹ Actuellement, des données épidémiologiques sont recueillies pour les enfants fréquentant l'enseignement néerlandophone à Bruxelles; des efforts pour rendre ce recueil plus systématique sont en cours.

² Certains aspects de la santé des adolescents, non spécifiques à ce groupe d'âge, ont été traités dans les autres chapitres (santé mentale, toxicomanie, accidents, maladies infectieuses ...)

³ Cette enquête, menée par l'Unité de Promotion Education Santé de l'ULB, a porté sur 3 385 adolescents (3 009 francophones et 376 néerlandophones) fréquentant les écoles bruxelloises des différents réseaux d'enseignement. Les résultats de cette enquête n'ont pas été publiés. Les résultats bruts sont disponibles à l'Observatoire de la Santé.

Il est cependant important de souligner que la plupart de ces comportements ne sont en rien spécifiques à cette période de la vie. Au cours de l'adolescence, les jeunes adoptent peu à peu les habitudes de vie des adultes qui les entourent. Il s'agit d'une évolution naturelle d'intégration progressive dans le monde des adultes.

Il serait dangereux de stigmatiser l'adolescence au travers de ces comportements " à risque ". C'est pourquoi nous avons intégré les informations concernant certains de ces comportements (tabagisme et usage de drogues) dans les chapitres correspondants.

La pratique du sport diminue progressivement au cours de l'adolescence : à 11-12 ans, 94 % des garçons et 81 % des filles font du sport au moins une fois par semaine en dehors de l'école, ils ne sont plus que 89,5 % et 56 % à 17-18 ans. La proportion de jeunes de 15-16 ans qui font du sport diffère selon la filière d'enseignement : 20 % des élèves de l'enseignement général, 26 % des élèves de l'enseignement technique et 28 % des élèves de l'enseignement professionnel n'ont pas d'activité sportive régulière en dehors de l'école⁴.

L'obésité

L'obésité de l'enfant représente un problème de santé préoccupant dont la prévalence ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. Les données des centres médicaux scolaires à Bruxelles montrent que 10 % des enfants de 3ème maternelle ont un excès pondéral⁵(Observatoire de la santé 2000).

La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge. Une étude réalisée auprès de 2 624 adolescents bruxellois a mis en évidence qu'à l'âge de 12 ans, 21 % des filles et 19 % des garçons étaient obèses⁶ (De Spiegelaere 1998).

Santé dentaire

Les études épidémiologiques menées dans les pays industrialisés montrent une réduction sensible de la carie dentaire depuis les années 1970. Bruxelles ne fait pas exception à la règle.

Des mesures effectuées à 15 ans d'intervalle (1983-1998) sur des enfants bruxellois de 12 ans mettent en évidence une diminution de 78 % de la prévalence de caries. La proportion d'enfants indemnes de caries est passée de 4 % à 50 %. On observe au cours de la même période une légère augmentation de la fréquence des brossages, une augmentation significative de l'utilisation des dentifrices fluorés et des comprimés de fluor ainsi que des contrôles réguliers chez le dentiste (Carvalho 2001).

On note également une amélioration notable pour les dents de lait. En 1983, 20 % des enfants bruxellois de 6 ans étaient indemnes de caries. Cette proportion est de 49 % en 1998 (Van Nieuwenhuysen 2000).

⁴ C'est-à-dire qu'ils pratiquent une activité sportive une fois par mois maximum.

⁵ L'excès pondéral est défini ici par un indice de masse corporelle (poids/taille²) supérieur au percentile 97 pour l'âge et le sexe (références courbes de corpulence INSERM).

⁶ Pour les adolescents, la définition de l'obésité était un indice de masse corporelle supérieur à 120 % de la médiane pour l'âge et le sexe (références courbes de corpulence INSERM).

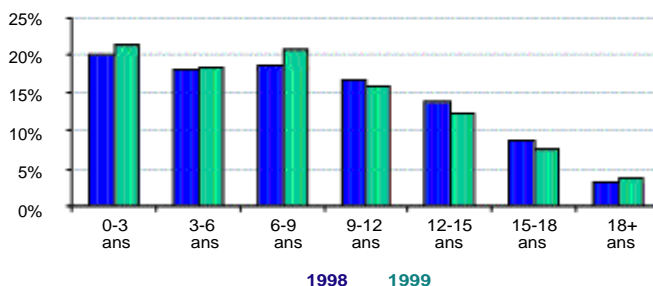
Maltraitance

Il existe à Bruxelles 3 centres spécialisés dans l'accueil et la prise en charge de l'enfance maltraitée : l'équipe SOS enfants-ULB au CHU St-Pierre, l'équipe SOS enfants-famille aux Cliniques Universitaires St-Luc et le Vertrouwenscentrum Kindermishandeling de l'AZ VUB. Les données présentées ci-dessous sont extraites de leurs rapports d'activité. En 1999, ces 3 centres ont reçu 1 423 signalements d'enfants maltraités, dont environ 600 Bruxellois⁷. Parmi tous les signalements reçus, un peu plus de la moitié sont retenus par les équipes SOS-Enfants.

La maltraitance survient dans la majorité des cas dans le milieu de vie de l'enfant.

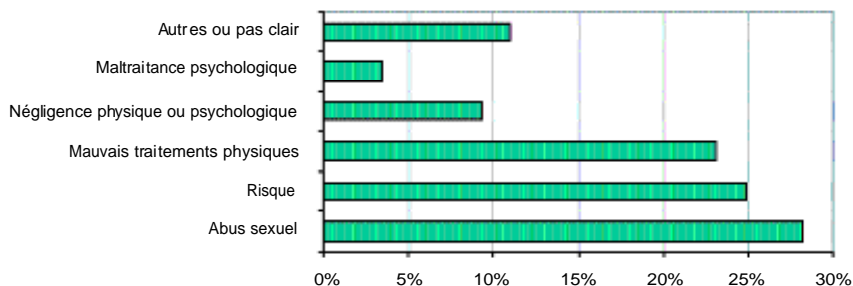
A tout âge, les filles sont plus souvent touchées que les garçons (59 % des signalements concernent des filles). 40 % des enfants ont moins de 6 ans, 37 % ont entre 6 et 12 ans (figure 2).

Figure 2 : Répartition des signalements de maltraitance selon l'âge des enfants, 1998-99



Les signalements pour abus sexuels sont les plus nombreux. Viennent ensuite les signalements pour des enfants dont la situation familiale fait craindre une exposition à la violence ou la négligence (figure 3).

Figure 3 : Type de maltraitance, Bruxelles 1999



Source : Equipes SOS Enfant ULB, UCL, VUB, 1999

⁷ Pour l'AZ VUB, 188 signalements sur 657 concernaient des enfants bruxellois, pour St-Pierre 225 dossiers sur 270 concernaient des enfants bruxellois. Pour l'équipe de St-Luc nous ne connaissons pas la proportion d'enfants bruxellois parmi les 215 signalements reçus. Les statistiques réalisées par les 3 équipes ne permettent malheureusement pas d'analyser les données pour Bruxelles. Les variables traitées sont différentes d'une équipe à l'autre. Les résultats présentés ici tentent de faire une synthèse de quelques variables communes à plusieurs équipes.

Pour 1999, les statistiques policières dénombrent à Bruxelles, 528 faits dont les victimes sont des enfants⁸. Cela représente 7 % des infractions contre l'intégrité physique des personnes. Plus de la moitié des faits enregistrés par la police concernent des abus sexuels (tableau 1).

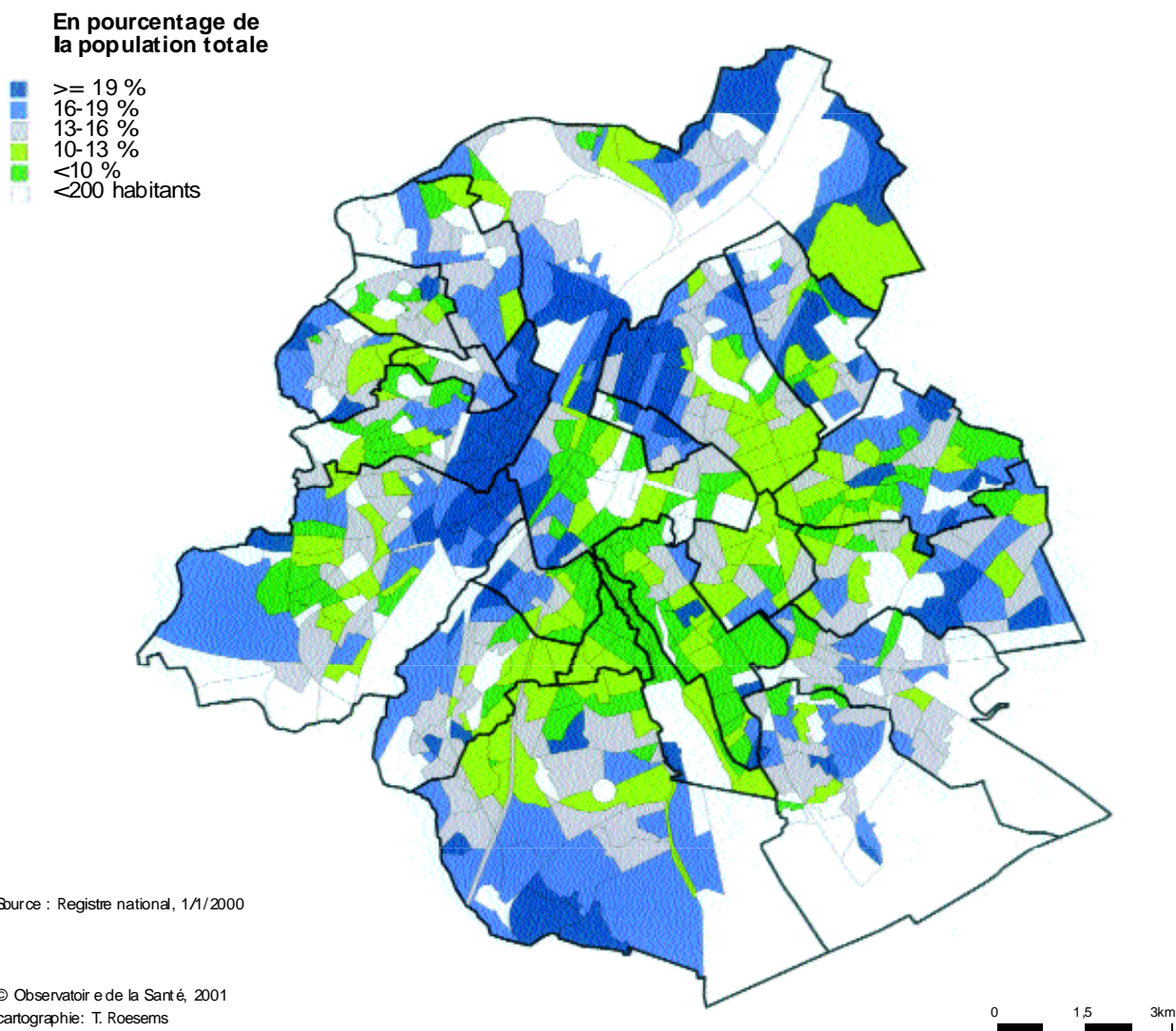
Tableau 1 : Infractions contre l'intégrité physique des mineurs relevées à Bruxelles, 1998-99				
	1998	%	1999	%
Coups et blessures à un enfant de moins de 16 ans	218	45,9	247	48,5
Par les parents	56		70	
Autres	162		177	
Viols	94	19,8	113	22,2
< 10 ans	40		31	
10-14 ans	19		27	
14-16 ans	19		21	
16-18 ans	16		34	
Attentat à la pudeur sans violence	111	23,4	98	19,3
< 16 ans	98		87	
< 18 ans	13		11	
Attentat à la pudeur avec violence	52	10,9	51	10,0
< 10 ans	5		12	
10-14 ans	6		8	
14-16 ans	24		18	
16-18 ans	17		13	
Négligence grave⁹	12	2,5	19	3,6
Total	487	100	528	100

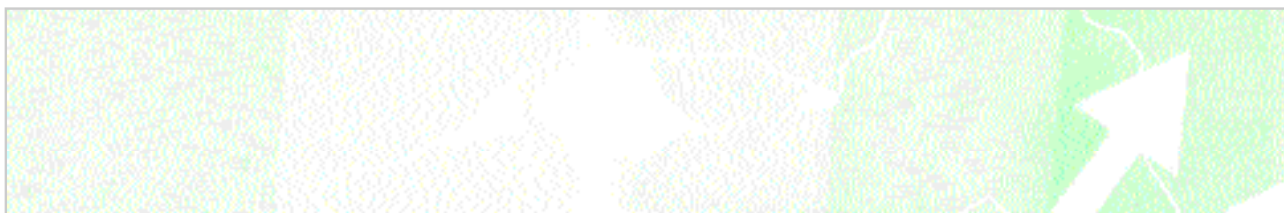
Source : Statistique policière, Service Général d'Appui Policier 1998-99

⁸ Il s'agit de faits qui se sont passés à Bruxelles pour lesquels un procès verbal a été dressé et pour lesquels on possède des données complètes (SGAP 2000).

⁹ Il s'agit de fait d'abstention coupable, de privation d'alimentation ou de soins qui concernent soit des enfants, soit des personnes "incapables". La distinction entre les 2 catégories n'est pas possible ici.

Carte 5 : Jeunes de 5 à 17 ans, Région de Bruxelles-Capitale





6

La population âgée



L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'un vieillissement de la population. Les services sociaux et de santé doivent intégrer cette réalité en adaptant leur offre aux besoins des personnes âgées. Les aînés ne doivent cependant pas être considérés comme un fardeau social. Par leur expérience et leur disponibilité, ils contribuent à la vie de notre région. Nous tenterons ici d'évaluer, au travers de quelques indicateurs, la qualité de vie des personnes âgées à Bruxelles.

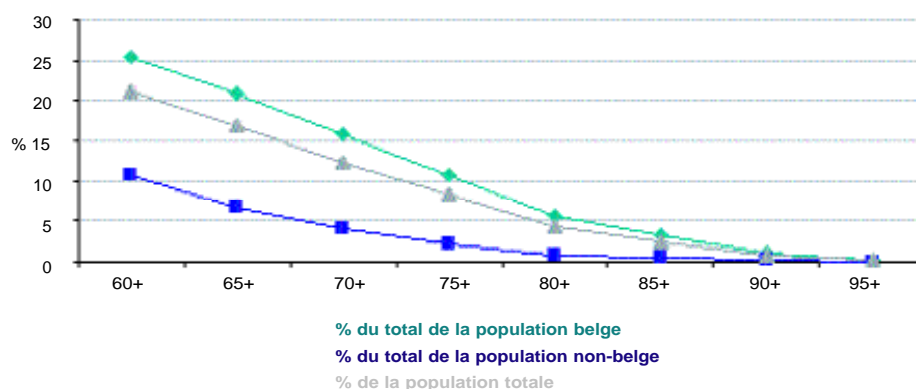
6 _ 1 Evolution démographique

Au 1er janvier 2000, 21 % de la population bruxelloise avait plus de 60 ans. Cette proportion est relativement semblable dans les 3 régions du pays. On note une proportion légèrement plus élevée de personnes très âgées à Bruxelles : la proportion de personnes de plus de 80 ans est de 4,4 % à Bruxelles, 3,5 % en Flandre et 3,4 % en Wallonie (IBES 2001).

Dans les années à venir, on prévoit un vieillissement de la population moins rapide à Bruxelles que dans le reste du pays. Dans ses études prospectives, l'INS estime qu'en 2020, la population de plus de 60 ans représentera 22 % de la population bruxelloise, 28 % de la population de la Région flamande et 26 % de la population wallonne (IBES 2001).

Ce ralentissement du vieillissement à Bruxelles est en partie lié à la proportion importante de Bruxellois non-Belges (voir chapitre 1). La proportion de personnes âgées et surtout de personnes très âgées est nettement plus faible parmi la population non-belge. Les personnes de plus de 75 ans représentent 11 % de la population belge et 2 % de la population non-belge (figure 1).

Figure 1 : Proportion de personnes âgées parmi la population en fonction de la nationalité, Bruxelles 2000



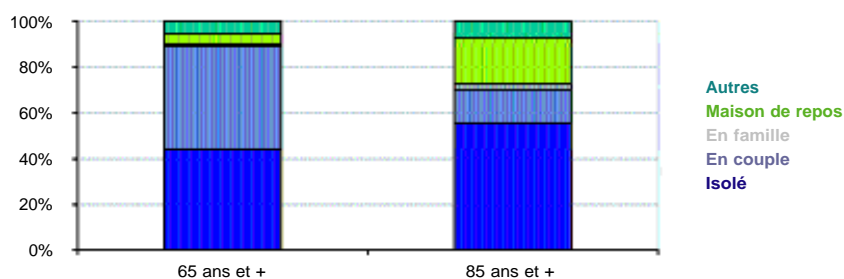
Source : INS, Statistiques de la population au 1/1/2000

6 _ 2 Conditions de vie

1 _ La proportion d'isolés augmente avec l'âge

Plus de 50 % des personnes de plus de 85 ans vivent seules (figure 2). Il s'agit surtout de femmes, étant donné leur espérance de vie plus longue. La proportion de personnes âgées vivant en famille est très faible, comme ailleurs en Belgique et en général en Europe de l'Ouest (Roesems 1999). Le risque d'isolement social des personnes âgées est donc élevé, d'autant plus que l'offre de services de proximité est relativement limitée à Bruxelles (Pacolet 2000). Selon l'enquête de santé menée en 1997, 16 % des personnes de plus de 75 ans avaient eu au maximum un contact avec des parents, amis ou connaissances au cours du mois précédent l'interview (Leurquin 1998).

Figure 2 : Situation de ménage des personnes de plus de 65 ans à Bruxelles, 1991

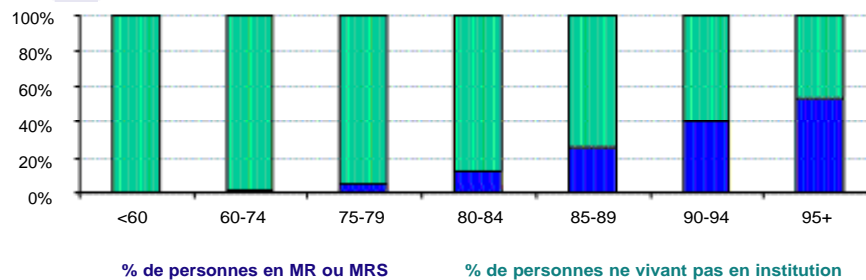


Source : INS recensement 1991, dans Roesems 1999

2 _ Hébergement en maison de repos ou aide à domicile ?

6 % des plus de 60 ans vivent en maison de repos (MR) ou en maison de repos et de soins (MRS). Cette proportion est un peu plus élevée que dans l'ensemble du pays (4 % en Flandre, 6 % en Wallonie, 5 % en Belgique) (Leleu 2000). Cette proportion augmente avec l'âge (figure 3).

Figure 3 : Proportion de personnes vivant en maison de repos ou maison de repos et de soins, Bruxelles 1999

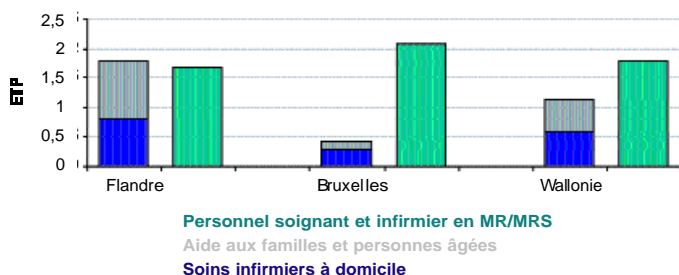


Source : INAMI-CNCM dans Leleu 2000

La grande majorité des personnes âgées vivent donc " à la maison ". A Bruxelles, près de 7 % des personnes de plus de 60 ans (environ 14 000 personnes) font appel aux services infirmiers à domicile et 3 % aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées¹ (environ 6500 personnes). Les personnes âgées forment la plus grande partie des usagers de ces services : 83 % des usagers des services infirmiers à domicile et 78 % des usagers des services d'aide aux familles et personnes âgées (Pacolet 1999). Ces chiffres ne tiennent pas compte du nombre de personnes qui utilisent des services d'aide informelle ou non professionnelle.

Par comparaison avec les autres régions, les services offerts aux personnes âgées à Bruxelles sont surtout orientés vers l'aide en institution avec une offre moins importante d'aide à domicile (Pacolet 1999 et 2000). La comparaison de l'offre en soins à domicile et soins en institution² (MR et MRS) entre les 3 régions montre une offre beaucoup plus faible de soins infirmiers à domicile et surtout d'aide aux familles et aux personnes âgées à Bruxelles (Pacolet 1999 et 2000). L'offre de soins à domicile est 3 fois moindre que dans l'ensemble du pays (figure 4).

Figure 4 : Emploi du personnel soignant et infirmier dans les institutions de soins (MR et MRS), dans les services de soins et aide à domicile en équivalents temps plein (ETP) pour 100 personnes de plus de 65 ans, par région, 1995



Source : Pacolet 1999

6 _ 3 Etat de santé

1 _ Principales causes de mortalité

Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont les principales causes de décès après 65 ans.

1 Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées offrent les services d'une aide familiale et éventuellement d'une aide ménagère
 2 Une estimation de l'offre en équivalent temps plein (ETP) a été faite sur base des prestations effectuées dans le cadre de l'assurance obligatoire (INAMI) et le nombre d'heures prestées dans les services d'aide à domicile reconnus. L'emploi dans le secteur des institutions est basé sur les chiffres de l'INAMI (part du personnel infirmier financé via le forfait-INAMI).

Tableau 1 : Principales causes de décès pour les plus de 65 ans par groupe d'âge et par sexe, Bruxelles 1998

Age	nombre de décès	Hommes	nombre de décès	Femmes
65-74	1039	Cancer (38 %) dont cancer du poumon (40 %), Maladies cardio-vasculaires (32 %) dont cardiopathies ischémiques (54 %) Pathologies respiratoires (12 %)	721	Cancer (39 %) dont cancer du sein (18 %), Maladies cardio-vasculaires (29 %) dont cardiopathies ischémiques (42 %) Pathologies respiratoires (10 %)
75-84	1467	Maladies cardio-vasculaires (38 %) dont cardiopathies ischémiques (37 %), Cancer (29 %) dont cancer du poumon (26 %) Pathologies respiratoires (14 %)	1544	Maladies cardio-vasculaires (38 %) dont cardiopathies ischémiques (32 %) Cancer (26 %) dont cancer du sein (14 %) et du colon (14 %); Pathologies respiratoires (9 %)
85+	970	Maladies cardio-vasculaires (39 %) dont cardiopathies ischémiques (38 %) Cancer (20 %) dont cancer de la prostate (23 %); Pathologies respiratoires (16 %)	2568	Maladies cardio-vasculaires (45 %). dont cardiopathies ischémiques (29 %) Cancer (12 %) dont cancer du colon (18 %) et du sein (15 %) Pathologies respiratoires (11 %)
Total	3476		4833	

Source : Observatoire de la Santé

2 _ Perception subjective de la santé

Selon l'enquête de santé menée en 1997, les Bruxellois de plus de 65 ans ont une perception globalement positive de leur santé (Leurquin 1998). Ces conclusions rejoignent celles d'études antérieures (Leroy 1994) et plus récentes (Leleu 2000).

La perception positive ou négative de son état de santé dépend bien entendu des attentes que l'on a par rapport à ses capacités physiques. Ainsi, les personnes de 65 à 74 ans sont un peu plus nombreuses à s'estimer en mauvaise santé (48 %) que les personnes de plus de 75 ans (41 %) (Leurquin 1998).

3 _ Les affections chroniques

Plus de 60 % des personnes de plus de 65 ans déclarent souffrir d'au moins 2 affections chroniques (70 % des femmes et 63 % des hommes).

Les problèmes ostéo-articulaires et les problèmes cardiaques sont les plus fréquemment cités, respectivement 68 % et 50 % des plaintes sont en rapport avec ces problèmes (Leurquin 1998). Au delà de 75 ans, plus d'un quart des personnes ont des difficultés de la vue et de l'audition (Leroy 1994).

Tableau 2 : Pourcentage de personnes de plus de 65 ans déclarant souffrir d'une affection chronique, Bruxelles, enquête santé 1997

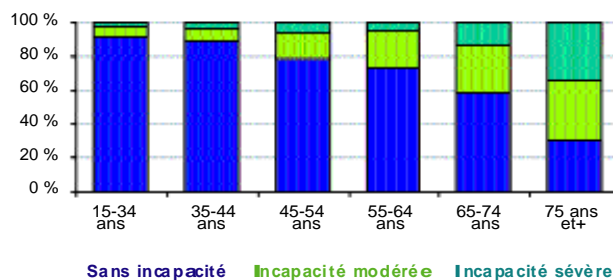
	Hommes	Femmes
Affections de l'appareil locomoteur	38,2 %	56,1 %
- Rhumatisme inflammatoire	21,7 %	34,5 %
- Arthrose	17,5 %	33,3 %
- Plaintes au dos	13,5 %	21,7 %
Affections cardio-vasculaires	39,7 %	39,2 %
- Hypertension artérielle	24,6 %	28,2 %
- Affection cardiaque grave, infarctus	24,2 %	10,1 %

Source : Enquête de santé, ISSP, 1997

Près d'un tiers de la population bruxelloise de plus de 65 ans est handicapé dans sa vie quotidienne suite à une ou plusieurs affections chroniques ou de longue durée. 8 % des hommes et 12 % des femmes souffrent d'un handicap de mobilité grave qui les confinent à rester au fauteuil ou au lit. Les problèmes d'audition handicapent 20 % des personnes de plus de 65 ans (Leurquin 1998).

La proportion de personnes sans incapacité dans les activités quotidiennes (se lever, se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes, entendre la télévision, reconnaître quelqu'un à distance) diminue avec l'âge (figure 5).

Figure 5 : Pourcentage de personnes avec ou sans incapacité dans les activités de la vie quotidienne en fonction de l'âge à Bruxelles



Source : Enquête de santé, ISSP 1997

4 _ Santé mentale

Selon l'enquête de santé 1997, 8 % des Bruxellois de plus de 65 ans souffrent de dépression. Au delà de 65 ans, près d'un quart des femmes et 13 % des hommes consomment des psychotropes. La consommation de somnifères augmente fortement avec l'âge : 9 % des 45-54 ans, 13 % des 55-64 ans, 17 % des 65-74 ans et 31 % des plus de 75 ans en consomment (Kittel 2000).

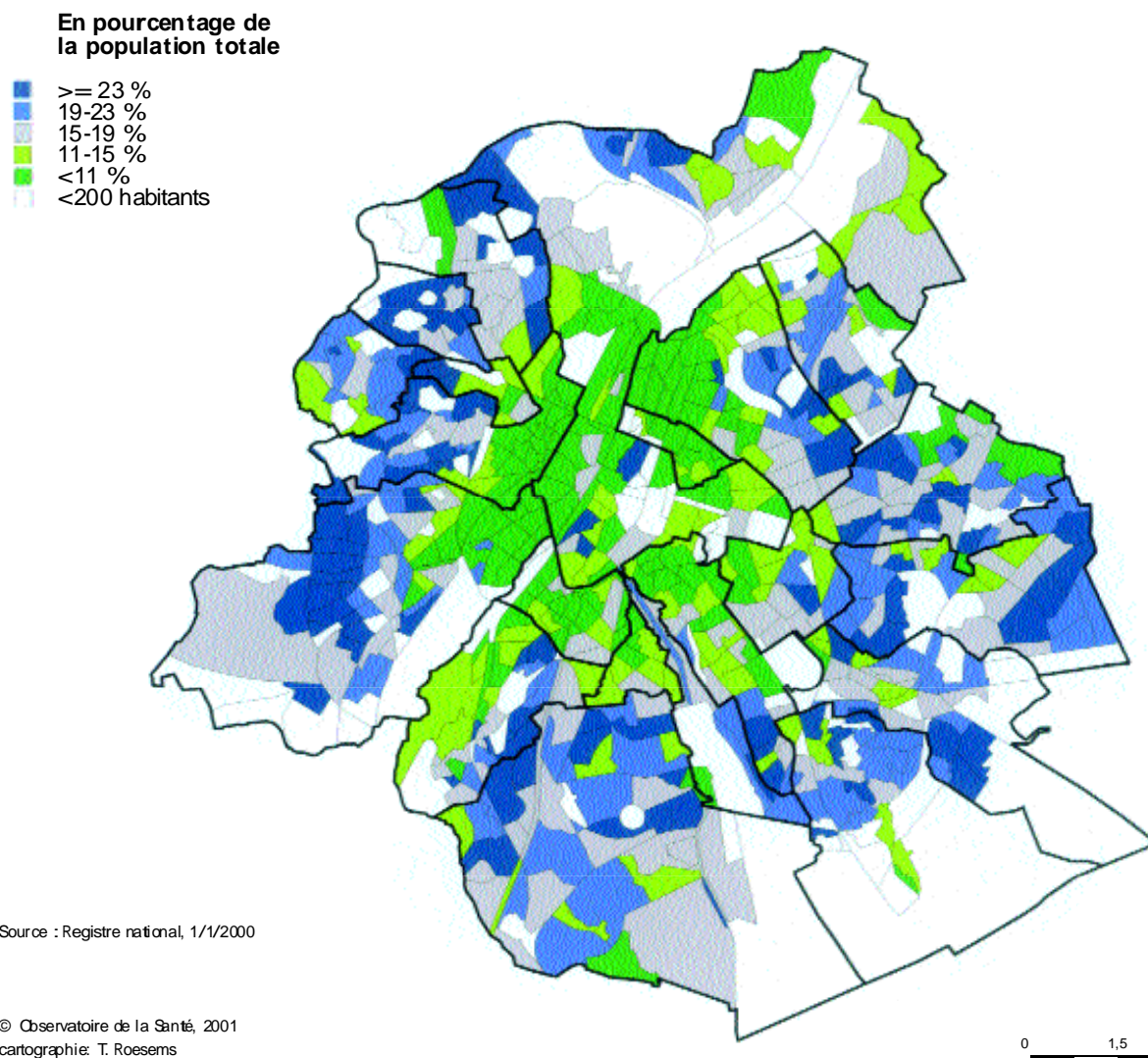
5 _ Vaccination contre la grippe

Le vaccin contre la grippe est recommandé aux personnes de plus de 65 ans et aux personnes souffrant d'affections chroniques. 32 % des Bruxellois de ce groupe cible avaient été vaccinés au cours des 12 derniers mois lors de l'enquête de santé en 1997. La couverture vaccinale augmente avec l'âge : 34 % pour les 65-74 ans et 58 % pour les plus de 75 ans.

Les Bruxellois d'origine étrangère sont moins souvent vaccinés contre la grippe que les Belges.

L'initiative de la vaccination était prise par le patient dans 46 % des cas et par le médecin généraliste dans 45 % des cas. Les raisons de non-vaccination évoquées étaient pour 46 % le sentiment que le vaccin n'est pas utile ou pas efficace et pour 32 % la négligence.

Carte 6 : Répartition des personnes âgées, Région de Bruxelles-Capitale





7

Santé et environnement

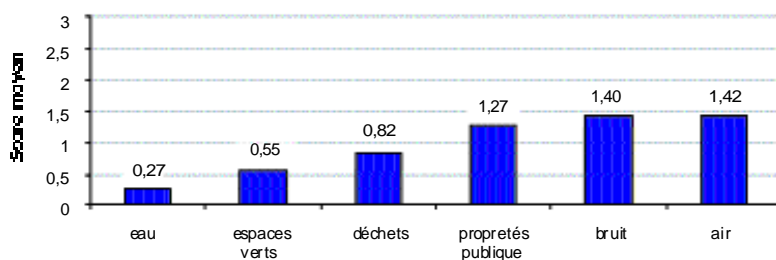


L'impact de l'environnement sur la santé préoccupe de plus en plus la population, le monde scientifique et le monde politique. La qualité de l'air que l'on respire, de l'eau ou des aliments que l'on ingère, du logement que l'on occupe, des bâtiments scolaires ou professionnels, de l'espace public dans lequel on circule ou on se détend, etc., influencent directement ou indirectement notre santé¹. Dans ce rapport, toutes les dimensions des liens entre la santé et l'environnement ne sont pas abordées. Nous avons tenté, par la synthèse des travaux réalisés dans ce domaine à Bruxelles, de situer les problématiques de la qualité de l'air, du bruit, de la pollution intérieure et des espaces verts en Région de Bruxelles-Capitale².

7 _ 1 Les préoccupations environnementales des Bruxellois

Les différentes enquêtes qui ont été menées au cours des 10 dernières années³ mettent en évidence les 3 thématiques environnementales qui préoccupent le plus les Bruxellois : la pollution de l'air, le bruit et la propreté publique (figure 1)

Figure 1 : Préoccupations environnementales les plus importantes pour les Bruxellois⁴



Source : IBGE, Enquête publique pour le " Plan Bruit " 1999

1 La mise en évidence d'associations causales simples entre un facteur environnemental et un problème de santé n'est pas toujours possible. Il s'agit le plus souvent d'interactions complexes qui ne peuvent être mises en évidence que par des études épidémiologiques longitudinales.

2 Pour des informations plus précises et plus complètes sur l'environnement à Bruxelles et les liens entre la santé et l'environnement en général, nous vous invitons à consulter le site de l'IBGE (www.ibgebim.be) sous la rubrique " L'état de l'environnement en Région de Bruxelles-Capitale " et " L'environnement en chiffres ".

3 - " Habiter à Bruxelles " enquête menée auprès des ménages par l'Institut de Sociologie de l'ULB, à l'initiative de la Région de Bruxelles-Capitale, 1992

- Les nuisances sonores en région bruxelloise, enquête menée par Inter-Environnement Bruxelles, à l'initiative de l'IBGE, 1996

- Sondage d'opinion concernant la pollution atmosphérique à Bruxelles, réalisée par DIMARSO, à l'initiative de l'IBGE, 1998

- Enquête publique dans le cadre du " Plan Bruit ", IBGE, 1999

4 Les analyses sont basées sur des moyennes. Le score moyen varie entre 0 et 3. Plus le score moyen est proche de 3, plus l'item est classé haut dans l'ordre des préoccupations.

7 _ 2 La qualité de l'air

Les informations présentées ici sont issues de l'Institut Bruxellois de Gestion de l'Environnement (IBGE). Les données proviennent des mesures effectuées à différents points de la région. Il s'agit donc d'une approche de la pollution atmosphérique sous l'aspect des " immissions ". Il n'existe actuellement pas de données sur l'impact de la pollution atmosphérique sur la santé en région bruxelloise.

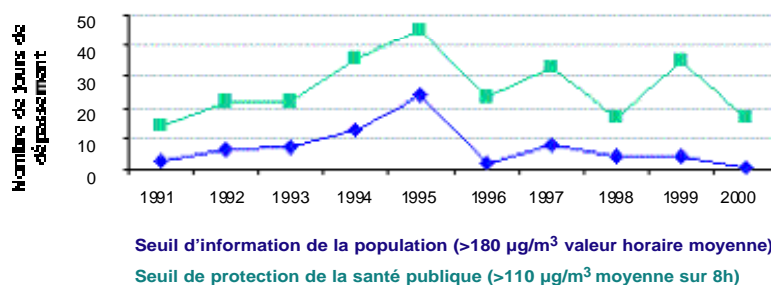
Depuis assez longtemps, la région bruxelloise n'accueille plus d'industrie lourde sur son territoire. Progressivement, les polluants provenant des activités industrielles ont diminué et les polluants liés au trafic routier et au chauffage domestique ont pris leur place. Actuellement, le trafic routier est la principale source de pollution atmosphérique à Bruxelles. Cette évolution se retrouve dans de nombreuses métropoles du monde industrialisé (Janssens 1997).

1 _ Le taux d'ozone

Au-delà d'un certain niveau de concentration, l'ozone troposphérique⁵ peut causer de graves problèmes au niveau des yeux, du nez et des voies respiratoires. Il s'agit d'une pollution essentiellement estivale.

Au-delà de $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ en tant que valeur moyenne sur 1 heure, la population doit être informée (directive 92/72/CEE). En effet, au-delà de ce seuil, des effets sur la santé peuvent apparaître auprès des personnes particulièrement sensibles. Au-delà d'une concentration moyenne sur 8 heures de $110 \mu\text{g}/\text{m}^3$ on estime le seuil de protection de la santé publique dépassé. Ces seuils ont été régulièrement dépassés ces dernières années, particulièrement au cours des étés très chauds de 1994 et 1995 (figure 2). Une nouvelle valeur-guide européenne pour l'ozone a été adoptée récemment et devrait être atteinte en 2010. Elle fixe à 25 jours par an (moyenné sur 3 années-calendrier) le nombre de jours où la concentration moyenne sur 8 h dépasse $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figure 2 : Evolution du nombre de jours par an pour lesquels les seuils de protection de la santé publique et d'information de la population ont été dépassés



Source : IBGE 2000

⁵ 90 % de l'ozone (O₃) se concentre sous forme d'une " couche d'ozone " dans la stratosphère (à haute altitude). Il constitue l'écran solaire naturel de notre planète. A basse altitude, dans la troposphère, la concentration d'ozone est néfaste. Une concentration d'ozone à un endroit précis est le résultat de deux processus interférents : la formation d'ozone (sous l'influence des rayons solaires dans une masse d'air polluée) et la destruction d'ozone (en réaction avec du monoxyde d'azote). Les substances qui donnent naissance à la formation et à la destruction de l'ozone sont en grande partie originaires du trafic routier. A proximité et à l'intérieur des zones d'émission de ces substances, la destruction d'ozone est plus importante que la formation d'ozone, tandis qu'au bord et au-delà de ces zones la formation d'ozone devient plus importante que sa destruction. Ce qui explique que les zones les plus exposées au trafic automobile ont des concentrations d'ozone moins élevées que les zones moins exposées (IBGE 1999).

2 _ Le benzène

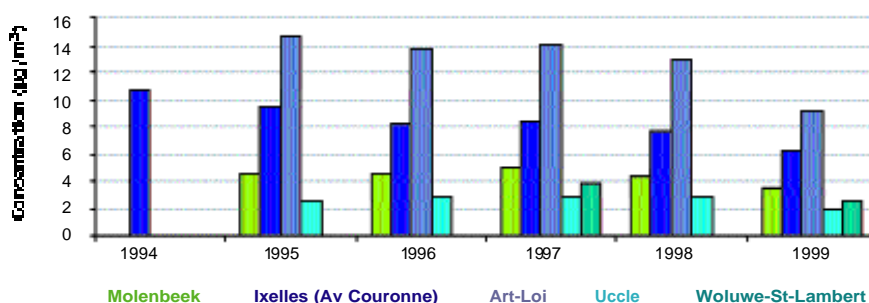
Le benzène fait partie des composés organiques volatils non méthaniques, dont la principale source d'émission à Bruxelles (48 %) est le trafic routier.

Suite à des expositions prolongées, le benzène est hémotoxique, génotoxique et cancérigène. Selon l'OMS, il n'existe pas de seuil d'exposition sous lequel il n'existerait aucun risque pour la santé. Une directive européenne impose pour 2010 une valeur annuelle moyenne maximale de $5 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Les concentrations de benzène sont les plus élevées dans les stations de mesures situées dans des zones à trafic dense (figure 3)⁶. Selon l'IBGE, l'objectif fixé pour 2010 (valeur annuelle moyenne $< 5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) est un objectif réaliste pour Bruxelles (IBGE 2000).

Une étude réalisée en 2000 auprès d'enfants de 8 à 12 ans a montré que les enfants bruxellois sont plus exposés et absorbent significativement plus de composés volatils comme le benzène que les enfants ardennais (Carbonelle 2000).

Figure 3 : Evolution de la concentration annuelle moyenne de benzène (période 1/1 – 31/12)



Source : IBGE 2000

3 _ Polluants liés à l'incinération des déchets

Les déchets et leur traitement sont des facteurs de pollution qui influencent également la santé. Sans mesures visant à limiter et contrôler les émissions dans l'environnement, le stockage, le traitement et l'incinération des déchets peuvent entraîner des pollutions du sol et des eaux de surface ainsi que des émissions de gaz nocifs.

Nous nous limiterons ici à la pollution atmosphérique liée à l'incinération des déchets⁷. Depuis 1999, il n'existe plus qu'un incinérateur de déchets en activité à Bruxelles : l'incinérateur de déchets ménagers de Neder-Over-Heembeek⁸.

⁶ Le benzène est mesuré par 5 stations situées à Ixelles avenue de la Couronne (depuis 1994), à Molenbeek, au carrefour " Art-Loi ", à Uccle et à Woluwe-Saint-Lambert (depuis 1997)

⁷ Pour plus d'information concernant la problématique des déchets (industriels, ménagers, etc...) en région bruxelloise, nous renvoyons aux diverses publications de l'IBGE à ce sujet.

⁸ Les autres incinérateurs, essentiellement pour le traitement des déchets hospitaliers, ont été fermés et les déchets hospitaliers sont momentanément traités dans les autres régions.

Depuis 1999 également, un système de lavage de fumées y a été installé. Depuis l'installation de ce système, on note une diminution très importante de la plupart des émissions polluantes. Ainsi les concentrations de dioxines qui, en 1998, étaient 11 fois supérieures aux valeurs admissibles étaient 1,5 fois inférieures à ces valeurs en 1999 (valeurs maximales admissibles en vigueur depuis le 1/1/2000). Les émissions de HCL, de poussières, de cadmium et de mercure qui en 1998 dépassaient également largement les valeurs maximales admissibles ont fortement diminué et sont actuellement de 2 à 10 fois inférieures aux normes.

Les émissions d'oxydes d'azote restent encore trop élevées ; des études visant leur réduction sont en cours (Constat introductif au PRD, 2001).

Si la plupart des émissions peuvent être mesurées en continu, ce n'est pas le cas pour les émissions de métaux lourds (mesures 3 fois par an) et de dioxines (mesurées 1 fois par an). Les associations de protection de l'environnement demandent que des mesures de concentration de dioxines soient effectuées plus fréquemment (Inter-Environnement 2000).

4 _ Evolution générale de la pollution atmosphérique

De manière générale, on observe une certaine amélioration de la qualité de l'air à Bruxelles.

Entre 1990 et 1997, on constate (Constat introductif au PRD, 2001):

- une diminution de 48 % des émissions d'oxydes de soufre (principalement grâce à la fermeture de la Cokerie Marly en 1993)
- une diminution des émissions d'oxyde d'azote de 15 %, liée à l'amélioration du parc automobile et la fermeture de la Cokerie Marly
- une diminution de 10 % des émissions de composés volatils organiques non méthaniques (dont le benzène) par l'introduction des pots catalytiques et l'amélioration progressive des moteurs.
- une augmentation de 10 % des émissions de CO₂, liée à la croissance de la consommation d'énergie).

Les objectifs que la région bruxelloise s'est fixés pour 2005 et 2010 sont déjà atteints pour certains polluants. A cause de l'intensité du trafic automobile, le respect des normes qui entreront en vigueur n'est pas garanti pour le dioxyde d'azote (NO₂), pour l'ozone et pour les particules volatiles (PM₁₀) (Vanderstraeten 2000).

7 _ 3 Le bruit

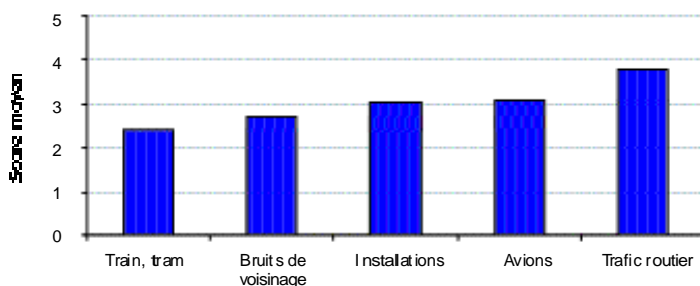
Le bruit est une des principales nuisances environnementales en Région de Bruxelles-Capitale. Plus de la moitié des plaintes enregistrées à l'IBGE se rapportent au bruit.

Le bruit est perçu comme une gêne pour la moitié des Bruxellois.

Selon l'enquête publique menée en 1999, le bruit engendre une gêne de plus en plus importante pour plus de la moitié des répondants et pour 29 % une agression insupportable (IBGE 1999).

Parmi les sources de bruit, la circulation automobile est le premier motif de gêne, suivi par le bruit des avions (figure 4). Même dans la zone nord-est de Bruxelles⁹, particulièrement exposée au bruit du trafic aérien, le trafic routier est la principale source de nuisance suivie par le bruit des avions et les bruits de voisinage. Dans cette zone, 82 % des habitants se disent dérangés par le bruit (Groessens et Kaesemans 2001).

Figure 4 : Principales sources de nuisance sonore, enquête publique 1999¹⁰



Source IBGE 1999

L'enquête menée par les généralistes de la zone nord-est de Bruxelles met en évidence que la source des nuisances sonores varie d'un quartier à l'autre. Dans les quartiers qui se situent dans l'axe de décollage, l'avion est considéré comme le bruit le plus dérangeant. Dans les quartiers bordant l'axe routier qui mène à l'aéroport, la circulation routière est considérée comme la nuisance sonore la plus dérangeante. Enfin, dans un quartier populaire, un peu moins exposé au bruit des avions et du trafic routier, les bruits de voisinage sont, avec les avions, les nuisances les plus dérangeantes (Groessens et Kaesemans 2001).

1 _ Les mesures du bruit en région bruxelloise

Le bruit est considéré comme gênant lorsqu'il empêche une conversation normale (65 dB) ou lorsqu'il gêne le sommeil ou l'étude.

75 % des personnes qui habitent le long des artères à trafic dense (voies d'entrée, axes de transit et axes principaux) sont exposées à un niveau de bruit de 65 dB ou plus. Cela représente 28 % de la population bruxelloise. Les nuisances sonores liées à la circulation routière sont plus importantes dans les communes de la première couronne (IBGE 1998).

Le bruit lié aux avions est un problème plus spécifique au nord-est de Bruxelles (Haren, Evere, Neder-Over-Heembeek). En 1996, des mesures effectuées dans ces communes avaient mis en évidence que le Ldn-index¹¹ était supérieur à 65 dB dans plusieurs zones habitées. Le bruit des avions était clairement audible pendant 20 % du temps la journée et de 5 à 6 % du temps la nuit.

⁹ Une recherche-action portant sur la faisabilité d'un recueil de données autour de la problématique du bruit a été menée avec des généralistes bruxellois de cette zone au cours de l'année 2000 (Berclenbaum, Fostier et Devroey 2001)

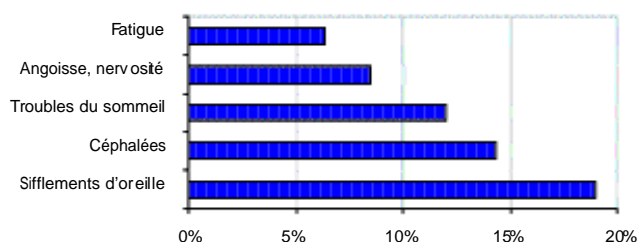
¹⁰ Les analyses sont basées sur des moyennes. Le score moyen varie entre 0 et 5. Plus le score moyen est proche de 5, plus la source est classée haut dans l'ordre des nuisances.

¹¹ Ldn-index (" day-night equivalent sound level ") correspond au niveau sonore par 24 h avec une correction de 10 dB pour la période de 22 à 7 h. On considère que le trafic aérien est supportable si le Ldn-index est inférieur à 65 dB dans les zones habitées (IBGE 1997)

2 _ L'impact du bruit sur la santé

L'enquête menée par les généralistes de la zone nord-est de Bruxelles montre que le bruit est une source de stress pour les patients. Interrogés par questionnaire à propos d'une série de plaintes psychiques et/ou somatiques, 10 % des patients font spontanément un lien entre leur(s) plainte(s) et les nuisances sonores. Pour la plupart des plaintes, le stress est considéré comme la première cause du problème (plus de la moitié des personnes souffrant de palpitations, angoisses, troubles du sommeil, troubles gastro-intestinaux ou céphalées). Dans plus de 10 % des cas, le bruit est incriminé comme cause des sifflements d'oreille, des céphalées ou des troubles du sommeil (figure 5). Ces plaintes sont significativement plus fréquentes parmi les patients qui habitent à proximité de l'aéroport. 22 % des patients interrogés disent être réveillés plus d'une fois par semaine suite au bruit (avions, circulation, voisinage, partenaire) (Bastaerts 2001).

Figure 5 : Proportion des plaintes attribuées au bruit, enquête des généralistes du nord-est de Bruxelles, 2001



Source : Etude de faisabilité généralistes, 2001

7 _ 4 Un logement sain

En terme d'impact sur la santé, la pollution intérieure est très certainement un des problèmes environnementaux les plus importants. En effet, nous passons plus de 80 % de notre temps à l'intérieur. Les sources de nuisances sont multiples et leurs effets peuvent se cumuler : le tabagisme passif, l'humidité, les matériaux (meubles, revêtements,...), les appareils (chauffage, chauffe-eau, ...), etc.

Nous ne disposons pas actuellement de données générales concernant le niveau de pollution intérieure à Bruxelles, ni son impact précis sur des problèmes de santé. Une cellule régionale d'intervention en pollution intérieure (CRIPI) a été mise en place récemment et une première phase pilote du projet est en cours. Ce programme devrait permettre de recueillir des informations utiles dans ce domaine¹².

Un logement sain est une condition indispensable pour rester en bonne santé. Cela implique que le logement réponde à des critères précis en terme de sécurité (installations électriques, chauffage,...), d'espace en rapport avec le nombre d'habitants, d'aération, de confort sanitaire minimal.

¹² Pour plus de renseignements sur le CRIPI contacter l'IBGE.

Sur base du recensement de 1991, on estime à 16 % le nombre de logements ne disposant pas du confort minimal (tableau 1). La plupart de ces logements sans confort sont situés dans les quartiers pauvres de la première couronne (carte 10). C'est, entre autres, au travers de la qualité du logement que les inégalités sociales s'inscrivent dans l'espace régional.

Les habitants de ces logements anciens cumulent donc une exposition aux nuisances environnementales intérieures (humidité, promiscuité, plomb, installations non sécurisées...) et extérieures (nuisances sonores et pollution de l'air liées au trafic routier).

Tableau 1 : Répartition des logements bruxellois selon le niveau de confort, 1991

	Nombre de logements	%
(1) Grand confort (idem 2 + cuisine > 4 m ² , téléphone, auto)	135 904	35,0
(2) Moyen confort (idem 3 + chauffage central)	120 655	31,1
(3) Petit confort (eau courante, WC intérieur, salle de bain ou douche)	70 758	18,2
(4) Sans confort de base	60 946	15,7
Total	388 263	100

Source : INS, recensement 1991

1 _ Le saturnisme

Le saturnisme ou intoxication au plomb, est une maladie connue depuis fort longtemps comme une maladie professionnelle.

Les effets délétères du plomb pour les populations non exposées professionnellement, et particulièrement les jeunes enfants, ont été mis en évidence depuis les années 1970 d'abord aux Etats-Unis puis en Europe.

Au cours du XIX^e et XX^e siècle, le plomb a été dispersé massivement dans l'environnement : d'abord par l'industrie, ensuite par l'usage important des pigments au plomb dans les peintures, enfin par l'utilisation du plomb dans l'essence (depuis l'introduction de l'essence sans plomb, on observe une diminution très importante du taux de plomb dans l'air et de la plombémie moyenne des Belges).

L'exposition non professionnelle au plomb se fait par des voies multiples : la consommation d'eau contaminée par les canalisations en plomb, l'ingestion d'aliments contenant du plomb, l'ingestion ou l'inhalation de poussières contenant du plomb en provenance du trafic automobile ou de la contamination industrielle et ingestion de poussières et d'écaïlles provenant de la dégradation des anciennes peintures dans les habitations ou à l'extérieur.

Les études épidémiologiques ont mis en évidence les risques particuliers des populations, souvent socialement défavorisées, qui vivent dans les logements anciens des grandes villes, là où se cumulent les risques liés aux peintures au plomb et au trafic automobile intense.

Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables en raison de leur comportement oral (activité main-bouche, ingestion active d'écaillés de peinture), une absorption digestive du plomb et pulmonaire de poussières de plomb proportionnellement plus importante, et une toxicité cérébrale plus importante (INSERM 1999).

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence un effet à long terme sur le développement neuromoteur et intellectuel des enfants pour des intoxications considérées comme faibles (plombémie égale ou supérieure à 100 µg/l).

Les femmes enceintes et allaitantes sont également un groupe à risque particulier parce que pendant la grossesse, le plomb stocké dans le squelette de la mère peut être mobilisé et transféré au fœtus. Cette mobilisation est accrue par une déficience en fer et en calcium.

Les intoxications les plus sévères chez l'adulte se retrouvent essentiellement chez les personnes exposées professionnellement. A Bruxelles, les ouvriers qui travaillent à la rénovation des bâtiments anciens sont potentiellement exposés (bien qu'aucune information à ce sujet ne soit disponible actuellement). Des études épidémiologiques ont mis en évidence le risque accru d'intoxication pour les familles des personnes exposées professionnellement. Les poussières en provenance des vêtements du travailleur peuvent être une source d'intoxication. Cette source d'exposition est certainement méconnue à Bruxelles (et difficilement évaluable, en particulier pour les travailleurs en noir et les clandestins et leur famille).

Le problème de l'exposition des enfants au plomb a fait l'objet de plusieurs études en région bruxelloise.

Dès 1983, une étude portant sur le taux de plomb dans les dents de lait d'enfants bruxellois mettait en évidence l'impact combiné des canalisations d'eau et du trafic automobile (Steenhout 1983).

En 1992, une étude de prévalence de l'intoxication au plomb chez les jeunes enfants bruxellois habitant des logements anciens (datant d'avant 1946) révélait que plus de la moitié des enfants présentaient un taux de plombémie supérieur à 100 µg/l¹³. Plus de 11% des enfants présentaient une intoxication au plomb (plombémie supérieure à 200 µg/l) et 1,4 % des enfants avaient un taux supérieur à 450 µg/l et nécessitaient donc une hospitalisation pour traitement. Dans un groupe d'enfants bruxellois de référence, n'habitant pas dans ces quartiers, aucun cas d'intoxication n'avait été mis en évidence. (Claeys 1992).

Dans l'environnement des enfants intoxiqués, on retrouvait des taux de plomb élevés dans les peintures et les poussières. Aucune différence de teneur en plomb dans l'eau n'était retrouvée entre enfants intoxiqués et non intoxiqués (figure 6). L'eau n'apparaît donc plus dans cette étude comme une source d'intoxication à Bruxelles.

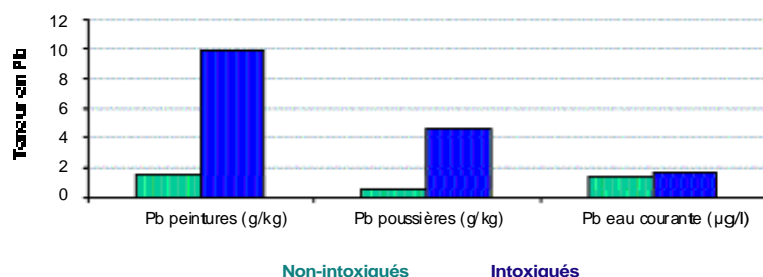
¹³ La plombémie tolérable admise est actuellement de 100 µg/l (CDC 1997)

Les recommandations de prise en charge des enfants en fonction de la plombémie sont les suivantes :

- 100-149 µg/l : répéter les dosages régulièrement. Mesures de prévention primaire si proportion importante dans la communauté
- 150-249 µg/l : dosages répétés, enquête environnementale, décontamination éventuelle
- 250-449 µg/l : adresser l'enfant à une structure médicale pour évaluation et traitement éventuel, identifier et éliminer les sources de plomb
- > 450 µg/l : traitement de l'enfant en milieu hospitalier identifier et éliminer les sources de plomb (INSERM 1999)

D'autres facteurs de risque ont pu être identifiés comme le fait que le logement soit en cours de rénovation ou un comportement " pica "14.

Figure 6 : Comparaison des teneurs en plomb dans l'environnement chez les enfants intoxiqués et non intoxiqués, Bruxelles 1992



Source : Claeys 1992

Cette étude a également permis de mettre en évidence une prévalence élevée d'anémie ferriprive (34%) chez les enfants habitant les quartiers anciens de Bruxelles. La carence en fer rend l'enfant plus vulnérable à l'intoxication au plomb. D'autre part, la carence en fer a également un impact négatif sur le développement neuromoteur des jeunes enfants.

Suite aux résultats inquiétants de cette étude, quelques centres de consultations de l'ONE en coordination avec l'Institut Scientifique de Santé Publique ont entrepris depuis 1995 un dépistage ciblé dans certains quartiers à risque. Les données recueillies lors de ce dépistage confirment les résultats de l'étude de 1992 et justifient la poursuite et l'intensification du dépistage de l'intoxication au plomb en région bruxelloise¹⁵ (Claeys 1997). La recherche systématique des sources d'intoxication chez les enfants dépistés a également permis d'identifier des sources moins fréquentes comme certains types de khôl ou des théières contenant du plomb.

Si on extrapole les résultats de l'étude de prévalence de 1992 à l'ensemble de la région, un dépistage appliqué aux 20 000 enfants de moins de 6 ans habitant les secteurs statistiques similaires à ceux ciblés par l'étude devrait entraîner plus de 8000 contrôles de plombémie; 1000 enfants nécessiteraient un suivi rapproché et un suivi social, 1200 enfants intoxiqués sérieusement devraient être suivis médicalement (dont 200 pour une plombémie supérieure à 450 µg/l).

2 _ L'intoxication au CO

Malgré une diminution des accidents au cours des 10 dernières années, l'intoxication au monoxyde de carbone (CO) fait encore de nombreuses victimes à Bruxelles. Le Centre Antipoison a recensé¹⁶ 746 cas d'intoxication au CO (dont 42 décès) en 1989, 535 cas (dont 26 décès) en 1990, 206 cas en 1998 et 252 cas en 1999. Pour l'année 1998, 8 personnes sont décédées suite à une intoxication au CO à Bruxelles¹⁷.

14 Le pica est un comportement caractérisé par l'ingestion d'éléments non comestibles (terre, écailles de peinture,...).

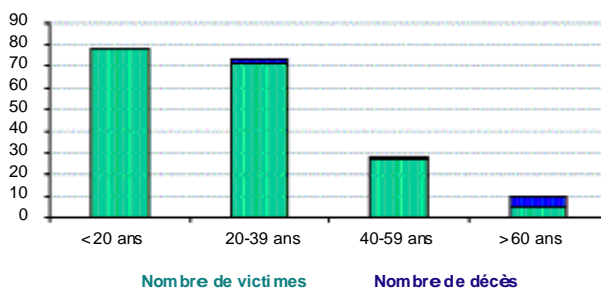
15 Le fond Houtman finance actuellement une étude qui portera sur l'amélioration de la stratégie de dépistage et de prise en charge des enfants intoxiqués à Bruxelles.

16 Il s'agit en majorité de personnes hospitalisées pour intoxication au CO.

17 Aucun décès n'a été enregistré par le Centre Antipoison pour l'année 1998. Ces données proviennent des certificats de décès. La plupart de ces personnes sont décédées à domicile, ce qui explique l'absence d'enregistrement par les hôpitaux.

Pour les années 1998-99, 80 % des accidents ont eu lieu entre septembre et février. On compte en moyenne 2 personnes intoxiquées par accident. Les enfants sont les principales victimes (figure 7).

Figure 7 : Distribution du nombre de victimes d'intoxication au CO par groupe d'âge, Bruxelles 1998



Source : Centre Antipoison (accidents) et Observatoire de la Santé (décès)

Les accidents se passent le plus souvent dans des maisons privées. Pour les années 1998-99, 55 % des accidents ont lieu dans la salle de bain, 16 % dans la salle de séjour, 15 % dans les chambres, 6,5 % dans la cuisine, 3 % dans le garage. 8 accidents ont eu lieu dans des bâtiments publics ou sur le lieu du travail.

Les appareils de production d'eau chaude représentent la première cause d'intoxication (90 accidents qui ont fait 175 victimes). Viennent ensuite les différents appareils de chauffage (poêle à charbon, à pétrole, au gaz) qui ont provoqué 47 accidents faisant 124 victimes. Les incendies sont également une cause d'intoxication au CO (32 accidents, 63 victimes). Les cuisinières ou chaudières sont plus rarement à l'origine de l'intoxication.

7 _ 5 Des espaces pour se détendre et se bouger

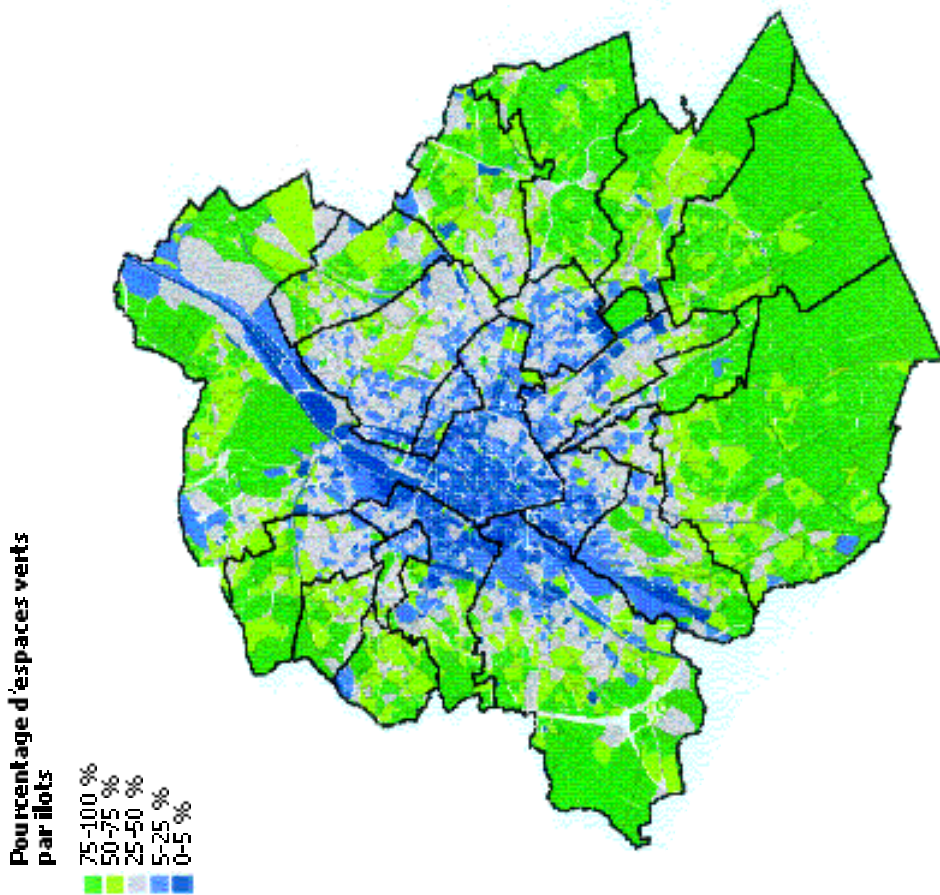
Les espaces verts contribuent au bien-être de la population. Ils permettent la détente, la pratique d'activités physiques et lorsqu'ils sont publics, ils favorisent les liens sociaux. En région bruxelloise, 49 % des espaces verts sont privés, 15 % sont semi-publics (cimetières, terrains vagues, chemins, ...) et 36 % sont publics.

Les espaces verts sont très inégalement répartis sur le territoire régional. Ils représentent 10 % de la superficie du pentagone, 30 % de la superficie dans les communes de la première couronne et 71 % dans celles de la deuxième couronne (carte 7).

Le centre de la ville manque de parcs et de jardins, de verdure dans les rues, de plaines de jeux pour les enfants. Dans les espaces de jeux existants, les installations sont trop souvent dégradées (IBGE 1997).

Les cartes 7, 8, 9 et 10 mettent clairement en évidence que la zone urbaine où se concentrent les familles nombreuses est également celle où la proportion de logements sans confort de base est la plus élevée, la superficie moyenne des logements la plus basse et les espaces verts les moins nombreux.

Carte 7 : Espaces verts, Région de Bruxelles-Capitale

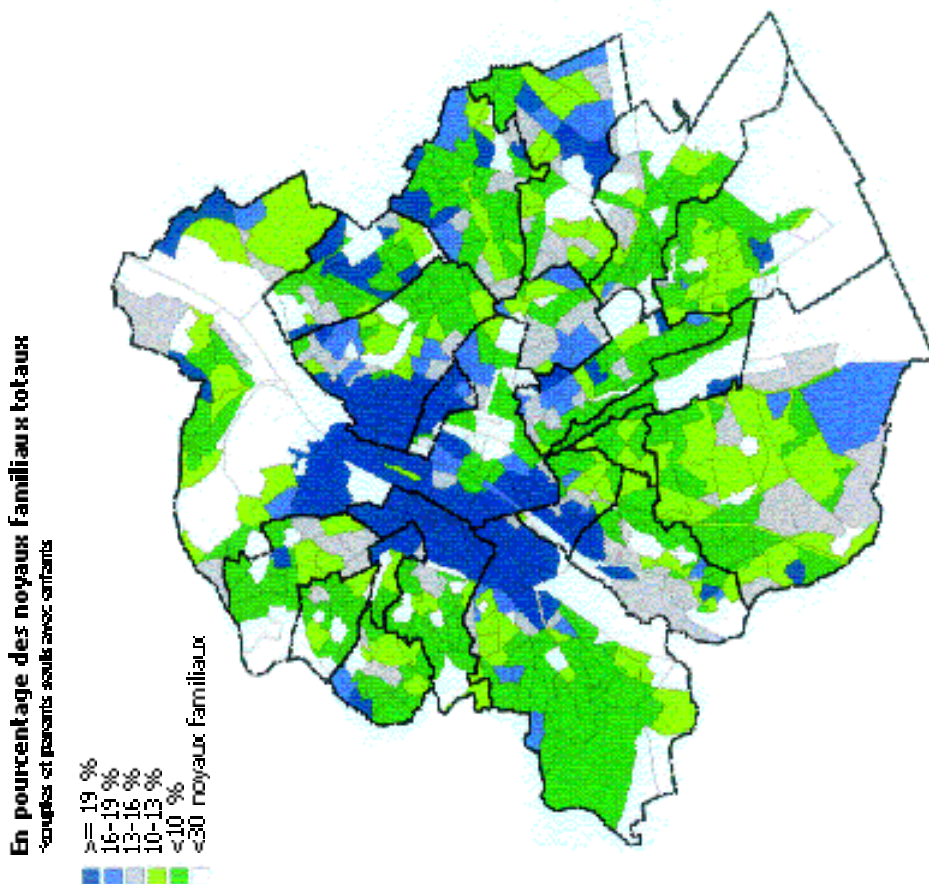


Source : IBSSE, 2001

© Observatoire de la Santé, 2001
Cartographie: T. Rousseau



Carte 8 : Noyaux familiaux avec 3 enfants et plus, Région Bruxelles-Capitale

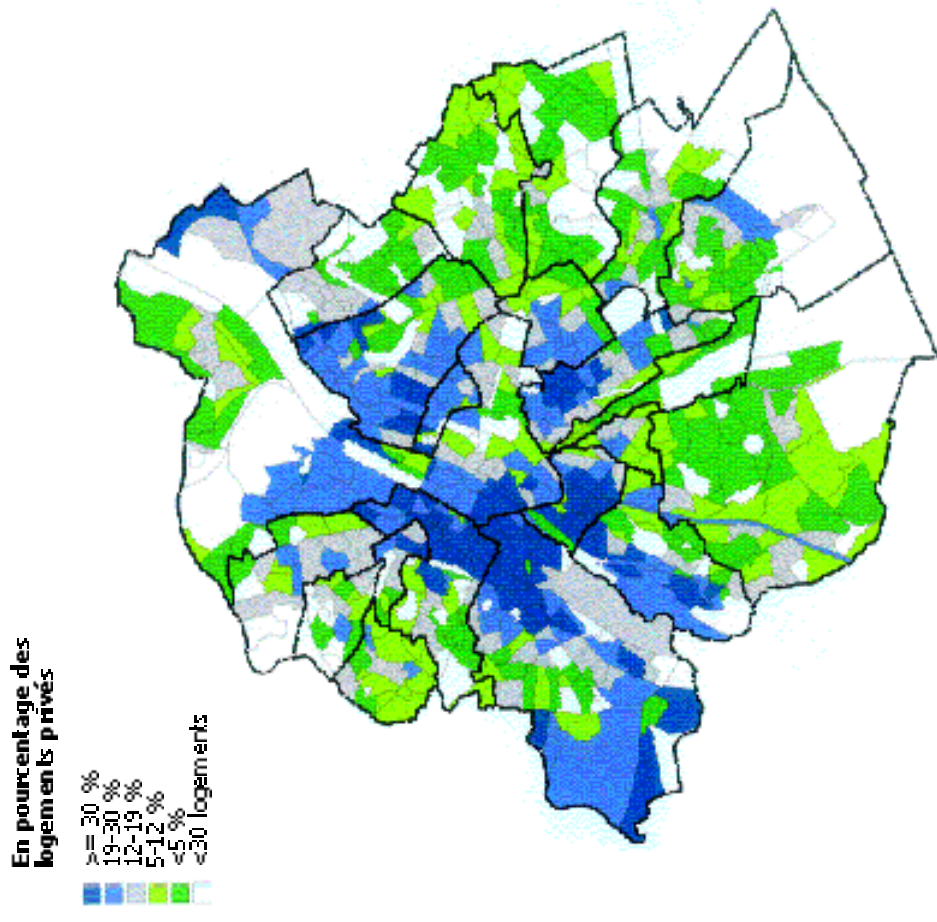


Source : Recense national, 1/1/2000

© Observatoire de la Santé, 2001
Cartographie: T. Rousseau



Carte 9 : Logements sans confort de base, Région de Bruxelles-Capitale

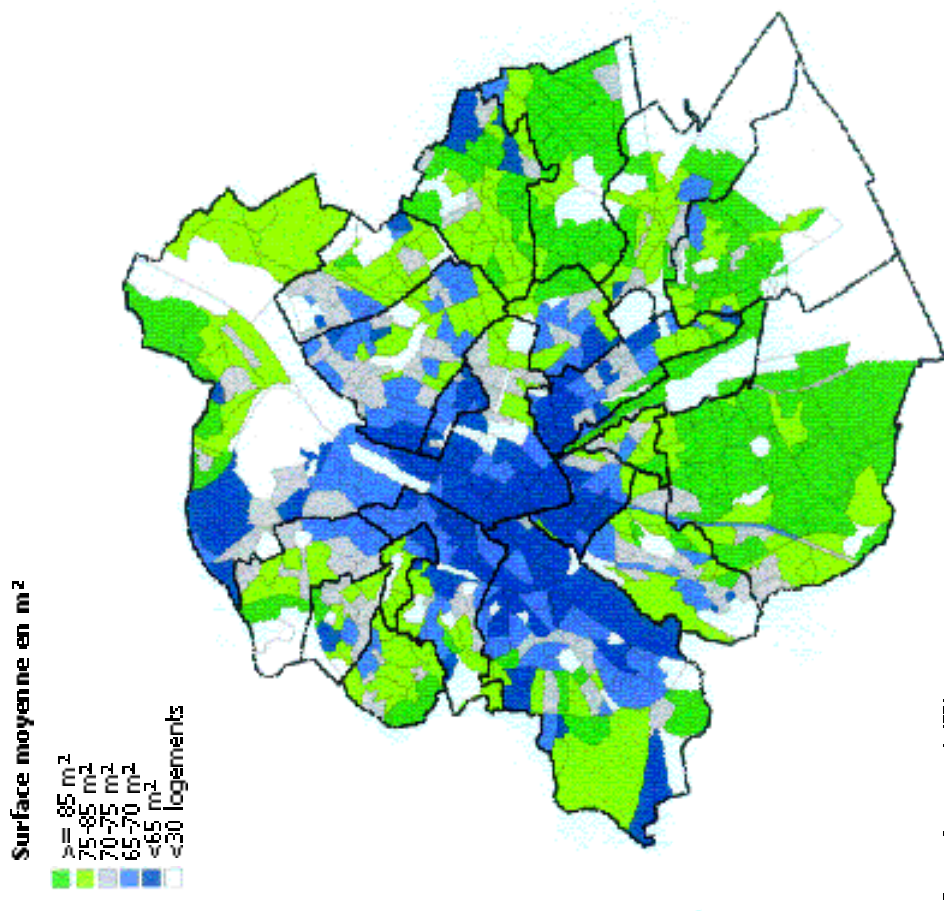


Source : Recensement, 1991

© Observatoire de la Santé, 2001
cartographie: T. Bossaers



Carte 10 : Surface moyenne habitable par logement, Région de Bruxelles-Capitale



Source : Recensement, 1991

© Observatoire de la Santé, 2001
cartographie: T. Bossaers





8

Inégalités sociales de santé

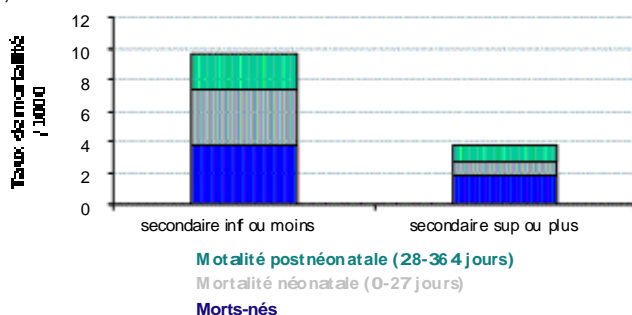


L'impact du statut social sur la santé est connu de longue date. Malgré la réduction globale de la mortalité, les progrès de la médecine et de la sécurité sociale, les pauvres sont en moins bonne santé et meurent à un âge moins avancé que les riches. A Bruxelles, nous faisons le même constat : les données générales régionales masquent des inégalités importantes face à la maladie, aux accidents et à la mort. Il ne s'agit pas seulement de différences entre les plus riches et les plus pauvres, mais d'un gradient progressif : quelque soit l'indicateur du statut social utilisé (revenus, niveau d'instruction, etc.), les individus situés à un niveau quelconque de l'échelle sociale risquent d'être en moins bonne santé que ceux situés au-dessus. Réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale est une priorité pour améliorer la qualité de vie de tous les Bruxellois.

8 _ 1 Inégalités face à la mort

Les inégalités sociales face à la mort se marquent dès avant la naissance. Les enfants dont la mère a au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ont 2,6 fois plus de risque de décéder avant l'âge d'un an que les enfants dont la mère a au moins un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur¹ (RR (IC 95 %) = 2,6 (1,6-4,2)) (figure 1)

Figure 1 : Taux de mortalité foeto-infantile selon le niveau d'instruction de la mère, Bruxelles, 1998

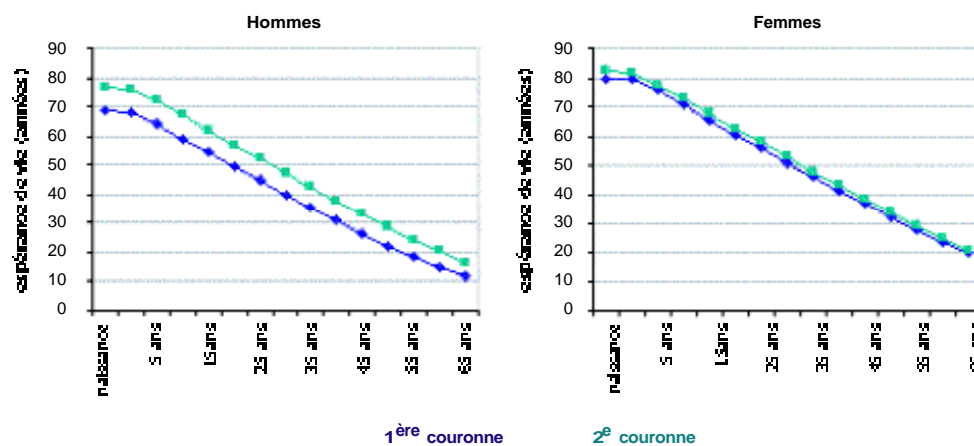


Source : Observatoire de la Santé

¹ Parmi les indicateurs socio-économiques dont nous disposons sur les bulletins statistiques de naissance/décès, le niveau d'instruction de la mère est associé de manière plus significative à la mortalité foeto-infantile que le statut socio-professionnel. Cependant, les mêmes tendances s'observent quelque soit l'indicateur utilisé.

Les hommes qui habitent les communes de la première couronne ont une espérance de vie à la naissance de 8,4 ans inférieure à celles des hommes habitant une commune de la deuxième couronne². Cette différence est de 2,7 ans pour les femmes (figure 2).

Figure 2 : Evolution de l'espérance de vie en fonction de l'âge pour les habitants de la 1ère couronne et de la 2e couronne, Bruxelles, 1998



Source : Observatoire de la santé

Les principales causes de mortalité ne varient pas fondamentalement entre les habitants du centre et de la périphérie de la région. On observe cependant, après standardisation pour l'âge, des taux de mortalité plus élevés pour les habitants de la première couronne pour le cancer du poumon (dans les deux sexes), les cardiopathies ischémiques, les décès liés à l'alcool ou les maladies respiratoires (tableau 1)³. On ne note pas de différences significatives pour les taux de mortalité par suicide ou par cancer du sein⁴.

Tableau 1 : Rapport des ratios standardisés de mortalité (RSM couronne1 / RSM couronne 2)

	Hommes	Femmes	Total
Cancer poumon	1,25 (*)	1,39 (*)	1,30 (*)
Cardiopathies ischémiques	1,37 (*)	1,24 (*)	1,30 (*)
Suicides	1,14 (NS)	0,96 (NS)	1,11 (NS)
Décès liés à l'alcool	1,56 (*)	1,56 (*)	1,58 (*)
Pathologies respiratoires	1,23 (*)	1,01 (NS)	1,11 (*)
Cancer du sein		1,00 (NS)	

(*) : différences statistiquement significatives

2 L'analyse des inégalités sociales sur base de la localisation géographique (communes de la 1ère et de la 2e couronne) fait référence aux inégalités sociales présentes dans la structure spatiale de la région (voir chapitre 1, contexte géographique)

3 Il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive de toutes les causes. Pour des raisons méthodologiques, seules les causes pour lesquelles le nombre de décès était important ont été analysées. Il est évident qu'il existe probablement également des inégalités sociales pour des causes plus rares de décès comme la tuberculose, l'asthme, les accidents domestiques, etc.

4 Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de différences liées au statut socio-économique face à ces causes de décès. Pour le suicide et le cancer du sein, les taux de mortalité des personnes non-Belges sont nettement plus bas que ceux des Belges (voir chapitre suivant). La proportion plus élevée de personnes non-Belges dans les communes de la première couronne pourrait expliquer l'absence d'inégalité entre le centre et la périphérie pour ces problèmes. Pour les décès liés à l'alcool, les cardiopathies ischémiques ou le cancer du poumon, on observe également une surmortalité des Belges par rapport aux non-Belges. Les inégalités sociales entre Belges de la première couronne et ceux de la deuxième couronne sont donc probablement plus importantes que celles décrites dans ce tableau.

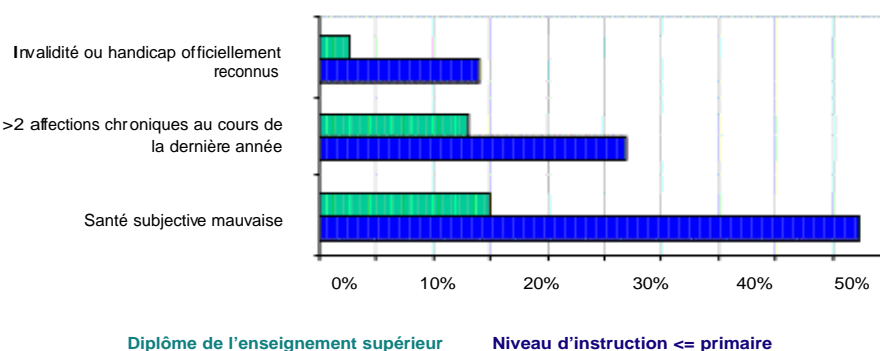
8 _ 2 Inégalités face à la maladie

1 _ Perception subjective de la santé et santé globale

On constate des différences importantes dans la manière dont les personnes perçoivent leur propre santé selon le statut social. La proportion de personnes qui se sentent en mauvaise santé augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction ou de revenus diminue.

Les personnes dont le niveau d'instruction est faible (inférieur ou égal au diplôme d'enseignement primaire) signalent souffrir plus souvent d'affections chroniques et sont 5 fois plus souvent reconnues invalides ou handicapées que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur (figure 3) (Leurquin 1998).

Figure 3 : Pourcentage de personnes estimant leur santé mauvaise, reconnues invalides ou handicapées ou ayant souffert d'au moins 3 maladies chroniques au cours des 12 derniers mois, selon le niveau d'instruction, Bruxelles, 1997



Source : ISSP, Enquête de Santé, 1997

2 _ Problèmes de santé spécifiques

Les données concernant les inégalités sociales face à des problèmes de santé particuliers sont rares pour Bruxelles. Non seulement les données d'incidence et de prévalence des affections manquent, mais lorsqu'elles existent, elles ne peuvent pas être analysées en fonction du statut social.

Pour quelques problèmes de santé, des données suggèrent ou confirment l'existence de différences d'incidence ou de prévalence selon le statut social à l'intérieur de la Région de Bruxelles-Capitale.

La tuberculose et le saturnisme infantile : une fréquence élevée dans des groupes " à risques "

En comparant l'incidence de la tuberculose en fonction de la commune de résidence, on observe des différences nettes qui sont le reflet d'inégalités sociales face à cette affection. Mais il faut souligner que le dépistage n'est réalisé que dans des groupes " à risques " (les candidats réfugiés, les personnes qui vivent en situation de grande précarité, les contacts directs des personnes infectées, etc.). On ne peut donc pas mesurer quantitativement l'association réelle qui existe entre le statut social et l'incidence de l'affection.

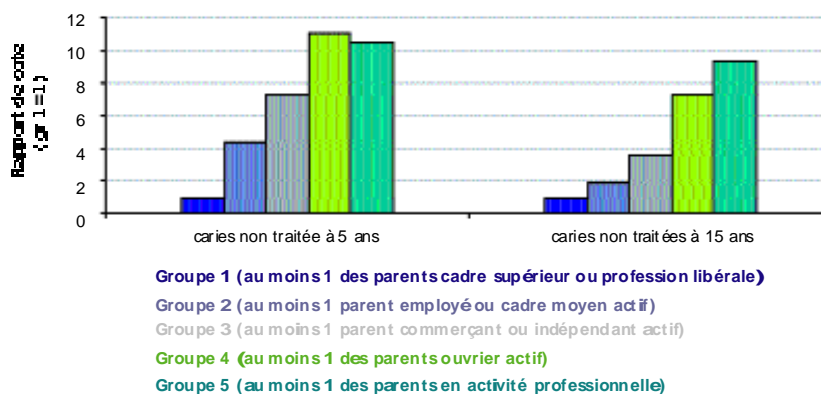
Il en est de même pour le saturnisme infantile. Les dépistages sont effectués sur base de critères de risques (habitats anciens, comportement de l'enfant, etc.) et montrent une prévalence élevée du problème dans les quartiers défavorisés de la région. On peut cependant noter que dans l'étude de 1992, un dépistage avait également été effectué dans un groupe contrôle composé d'enfants du même âge ayant consulté un hôpital bruxellois de la périphérie et n'habitant pas dans les quartiers anciens ciblés par l'enquête. Parmi ce groupe contrôle, aucun cas de saturnisme n'avait été détecté (Claeys 1992).

Des inégalités marquées face aux caries dentaires

Les études épidémiologiques montrent que la diminution importante de la prévalence de la carie dentaire en Europe s'accompagne d'une polarisation croissante : les enfants de milieu défavorisé concentrent la plus grande partie des besoins en soins dentaires.

Bruxelles ne fait pas exception à la règle. Dans une étude portant sur des enfants suivis jusqu'à 5 ans par l'ONE et des adolescents suivis par les centres de santé scolaire à Bruxelles, on observe une association très nette entre le statut socioprofessionnel des parents et la prévalence de caries dentaires non traitées⁵ (figure 4) (De Spiegelaere 1998).

Figure 4 : Association entre le statut socioprofessionnel des parents et la prévalence de caries dentaires non traitées à 5 et 15 ans parmi les enfants bruxellois (RC, régression logistique)



Source : De Spiegelaere 1998

⁵ Par l'analyse multivariée (ici une régression logistique), on mesure l'association entre le statut social et la présence de caries non traitées après contrôle pour une série de variables confondantes comme la nationalité, le rang dans la fratrie, l'année de naissance et le sexe pour les jeunes enfants, la nationalité, l'âge et le sexe pour les adolescents.

Les inégalités sociales face aux caries dentaires s'expliquent par des mécanismes complexes impliquant, entre autres, des facteurs nutritifs, des différences en terme de prévention (brossage et utilisation de dentifrice ou autres préparations fluorées) et d'accès aux soins dentaires préventifs et curatifs. Des mesures de prévention primaire comme la fluorisation de l'eau bénéficie surtout aux enfants de milieu défavorisé. Les inégalités sociales sont plus importantes à Bruxelles (zone pour laquelle l'eau est naturellement non fluorée) que dans la région de Mouscron où l'eau est naturellement fluorée (D'Hoore 1991).

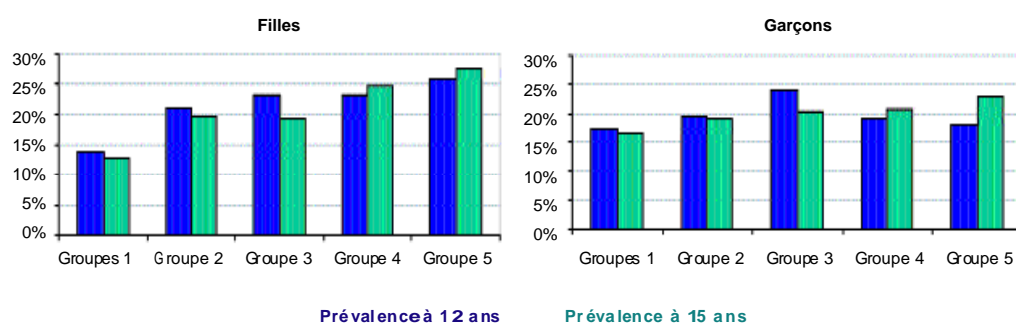
L'accès financier aux soins dentaires est un réel obstacle. Une enquête menée dans un quartier populaire de Bruxelles (le " Bas-Molenbeek ") montre que 74 % des parents estiment que le prix des soins dentaires est un problème pour eux (Declerck 1995).

Les inégalités sociales face à l'obésité s'accroissent avec l'âge

L'obésité à l'adolescence est un problème particulièrement préoccupant. On sait en effet que cette obésité peut persister à l'âge adulte, mais de plus, indépendamment de la corpulence à l'âge adulte, elle constitue un facteur de risque cardio-vasculaire.

Parmi les adolescents bruxellois, on observe déjà des inégalités sociales face à l'obésité chez les filles de 12 ans. Ces inégalités s'accroissent au cours de l'adolescence et une relation inverse entre le statut social et l'obésité apparaît chez les garçons entre l'âge de 12 et 15 ans (figure 5)⁶. L'accentuation des écarts entre groupes sociaux résulte à la fois d'une incidence plus importante de nouveaux cas d'obésité et d'un taux d'amélioration moindre des obésités préexistantes pour les adolescents de statut social bas. La figure 5 montre qu'entre 12 et 15 ans, la prévalence diminue dans les groupes sociaux aisés et intermédiaires tandis qu'elle augmente dans les groupes sociaux défavorisés⁷. 13 % des adolescentes belges de niveau socio-économique bas présentent une obésité sévère⁸ (De Spiegelaere 1998).

Figure 5 : Prévalence de l'obésité à 12 et 15 ans chez les adolescents bruxellois en fonction du statut social



Source : De Spiegelaere 1998

⁶ La définition des groupes sociaux est la même que celle utilisée dans la figure 4 (De Spiegelaere 1998)

⁷ Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective qui suit donc les mêmes adolescents à 12 et 15 ans (De Spiegelaere 1998).

⁸ Obésité = Indice de masse corporelle (Poids/taille²) > 120 % de la médiane pour l'âge et le sexe. Obésité sévère = Indice de masse corporelle >=140 % de la médiane pour l'âge et le sexe.

3 _ La santé mentale

Quel que soit l'indicateur de santé mentale considéré, la santé mentale est moins bonne pour les personnes à faible niveau d'instruction, chez les personnes sans-emploi ou chez les travailleurs aux revenus les plus bas (Kittel 2000).

Parmi les Bruxellois ayant répondu à l'enquête de santé de 1997, la prévalence de la dépression est 3 fois plus fréquente chez les personnes qui ont au maximum un niveau d'étude primaire que chez celles qui ont un diplôme universitaire. L'impact du niveau d'instruction reste significativement associé à la dépression après contrôle pour les autres variables. On observe également une consommation plus importante de tranquillisants et de somnifères chez les personnes de niveau social bas (Kittel 2000).

8 _ 3 Inégalités face à la prévention

1 _ Des conditions de vie et un environnement favorables

La prévention des maladies et des accidents dépend moins des soins de santé que des conditions de vie et des forces individuelles qui permettent de résister aux agressions. Rester en bonne santé nécessite, avant tout, des conditions de vie dignes et une vie sociale épanouissante. Concrètement, cela signifie habiter un logement et un environnement sain, avoir des revenus suffisants pour se nourrir et se vêtir correctement, pouvoir se chauffer, etc. (Projet Santé Culture 2000⁹, Wauters 2000).

Ces conditions ne sont pas remplies pour de nombreux ménages bruxellois. Les inégalités qui existent à l'intérieur de la région face à l'environnement et à la salubrité des logements ont déjà été abordées précédemment. A Bruxelles, 9 % des ménages éprouvent des difficultés à pourvoir aux besoins de nourriture, 10 % ont des difficultés à payer le chauffage et 18 % ne peuvent payer à temps les factures de loyer, de gaz ou d'électricité (Enquête sur le budget des ménages, INS 2000).

De nombreuses recherches mettent en évidence le rôle essentiel de l'estime de soi comme déterminant de l'état de santé. Celle-ci est mise à mal par l'échec scolaire, les humiliations répétées auxquelles doivent faire face, dès leur plus jeune âge, les personnes qui vivent dans la pauvreté et les difficultés que rencontrent les jeunes et les travailleurs les moins qualifiés pour être reconnus dans une activité socialement utile. Être avec d'autres, pouvoir compter sur les autres, sont des aspects importants de la prévention. Le support social varie selon le statut social. Après contrôle pour l'âge et le sexe, la proportion de personnes qui déclarent avoir des relations sociales restreintes¹⁰ est 2,7 fois plus élevée parmi les personnes dont le revenu est le plus faible que parmi celles à revenu élevé.

⁹ Une journée de rencontre et de réflexion intitulée " Pour en finir avec les inégalités sociales de santé " a été organisée le 21 octobre 2000 à l'initiative du Projet Santé Culture à Molenbeek, avec la collaboration de l'Observatoire de la Santé de Bruxelles. Cette journée rassemblait des personnes qui vivent dans la précarité, des professionnels de terrain et des chercheurs pour réaliser un croisement des savoirs autour des questions de l'accès et la qualité des soins, la prévention et l'évaluation en santé. Les actes de cette journée sont disponibles à l'Observatoire de la santé ou au Projet Santé Culture à Molenbeek.

¹⁰ C'est-à-dire avoir eu des contacts avec des parents, des amis ou des connaissances au maximum une fois au cours du dernier mois (Leurquin 1998).

25 % des personnes à très bas revenu disent qu'elles ne peuvent pas compter sur leur entourage en cas de problème, cette proportion est de 10 % parmi les personnes à revenu élevé (Leurquin 1998).

Les loisirs et la détente, l'activité physique régulière sont également des facteurs de promotion de la santé. Les inégalités sociales sont également très présentes dans ce domaine. L'enquête menée auprès des adolescents bruxellois en 1994 montrait que la proportion de jeunes qui, à 15 ans, faisaient au moins 4 heures de sport par semaine était de 33 % dans l'enseignement général, 25 % dans l'enseignement technique et 22 % dans l'enseignement professionnel (PROMES 1995¹¹).

2 _ Les vaccinations

Les vaccinations dans l'enfance représentent une des composantes essentielles de l'activité médicale préventive et les couvertures vaccinales peuvent être considérées comme des indicateurs de l'adéquation des soins et en particulier de leur volet préventif.

L'enquête de couverture vaccinale à Bruxelles montre que l'ONE et K&G réalisent 60 % des vaccinations de base et que les enfants de milieu social peu favorisé sont préférentiellement vaccinés par ces services préventifs gratuits (Swennen et Depoorter 2001, voir chapitre mère et enfant). Cependant, malgré l'accessibilité financière complète, une étude réalisée auprès de 2700 enfants bruxellois suivis par l'ONE en 1995 a montré que des inégalités sociales persistaient pour les vaccinations de base (De Spiegelaere 1998). Les enfants de milieu social défavorisé sont plus souvent vaccinés avec retard par rapport aux recommandations et à 24 mois la proportion d'enfants non vaccinés complètement pour la polio et le diphtérie-tétanos (DT) est 2 à 3 fois plus élevée que parmi les enfants de milieu social aisé¹².

Le type de quartier dans lequel se situe la consultation influence la couverture vaccinale des enfants. Pour les vaccinations polio et DT, l'influence du quartier va dans le même sens que celle du statut social individuel : fréquenter une consultation préventive dans un quartier défavorisé quand on est de niveau social bas représente donc un handicap supplémentaire. La surcharge de travail pour les travailleurs médico-sociaux de ces quartiers explique en partie ce phénomène¹³.

On constate que les inégalités en matière de vaccination se maintiennent durant toute l'enfance et l'adolescence. L'analyse des dossiers médicaux scolaires de 2 624 adolescents âgés de 15 ans en 1995 montre que, comme pour les jeunes enfants, il existe dans les catégories sociales plus défavorisées à la fois un retard des rappels de vaccination polio et DT par rapport au calendrier vaccinal recommandé et un nombre plus important de rappels non reçus.

¹¹ Données non publiées

¹² L'analyse par régression logistique donne des RC du groupe social le plus défavorisé par rapport au plus aisé de 2,8 pour la polio ($p < 0.01$) et 3,5 pour le DTP ($p < 0.001$) après contrôle pour la nationalité, le rang dans la fratrie, l'année de naissance, le type de quartier et l'âge de la première dose (De Spiegelaere 1998, p 41).

¹³ Pour la vaccination contre la rougeole-rubéole-oreillons, l'influence du type de quartier va dans le sens inverse : les enfants sont mieux vaccinés par les consultations situées dans des quartiers défavorisés ou intermédiaires. Les hypothèses expliquant ce phénomène sortent du cadre de ce rapport (voir De Spiegelaere 1998, p 56)

Les adolescents des milieux sociaux défavorisés avaient 3 fois plus de risque de n'être plus correctement immunisés contre le tétanos, et plus d'un tiers d'entre eux n'avaient pas reçu le rappel polio recommandé vers l'âge de 6 ans. La seule vaccination pour laquelle on n'observait pas d'inégalités sociales était également la seule vaccination proposée de manière systématique dans le cadre scolaire (vaccination contre la rubéole pour les filles, actuellement remplacée par la vaccination RRO pour tous les enfants de 11-12 ans). Cela démontre donc l'intérêt d'une telle stratégie dans la lutte contre les inégalités sociales (De Spiegelaere 1996).

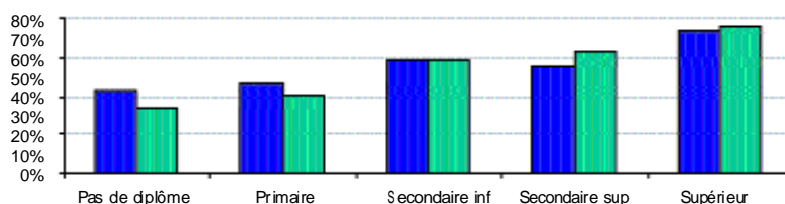
3 _ La prévention secondaire

Les programmes préventifs axés sur le dépistage peuvent accentuer les inégalités sociales de santé.

Une première raison est qu'il existe un certain nombre d'obstacles à l'accès à ces dépistages pour les personnes en situation sociale précaire.

Lorsque le dépistage s'inscrit dans le cadre de l'activité médicale curative, les obstacles sont ceux de l'accès aux soins en général (voir plus loin). On constate ainsi des inégalités sociales face au dépistage du cancer du col utérin ou du sein (figure 6).

Figure 6 : Proportion de femmes ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein ou du col en fonction du niveau d'instruction, Bruxelles 1997



Dépistage du cancer de sein (50-70 ans, mammographie au cours des 2 dernières années)
Dépistage du cancer du col (25-64 ans, frottis au cours des 3 dernières années)

Source : ISSP, Enquête de santé, 1997

Lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre de services préventifs gratuits comme l'ONE et K&G ou l'inspection médicale scolaire, les obstacles financiers et administratifs à l'accès aux examens de dépistage sont fortement diminués. Il persiste malgré tout des obstacles liés à des facteurs culturels et politiques, et en particulier la crainte du contrôle social exercé par ces services, qui incitent des parents en situation très précaire à ne pas présenter leur enfant aux consultations (peur du jugement des professionnels, d'un placement éventuel des enfants). L'absentéisme scolaire et les déménagements fréquents sont également des obstacles à un suivi préventif correct par ces services.

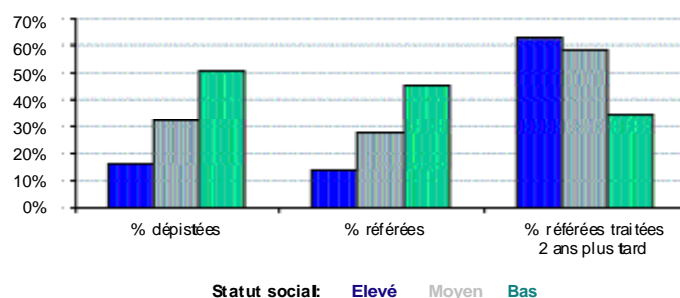
Une deuxième raison est que la rupture qui existe actuellement entre soins préventifs et curatifs réduit à néant les effets d'égalisation qu'on pourrait attendre de programmes préventifs gratuits et accessibles à tous.

Dans l'étude portant sur la contribution des services préventifs à la réduction des inégalités sociales de santé à Bruxelles déjà citée (De Spiegelaere 1998), on observe au cours de l'adolescence un accroissement des inégalités sociales pour les problèmes dépistés lors de l'examen médical scolaire.

Cet accroissement résulte en partie d'une moins bonne prise en charge des problèmes après le dépistage. Ce phénomène est bien illustré par le dépistage des problèmes visuels. Lors de la visite médicale scolaire de 12 ans, on dépiste plus souvent des anomalies visuelles chez les enfants de milieu social moins favorisé (la plupart des anomalies étant déjà connues et corrigées pour les enfants de milieu aisé). Une proportion plus importante de ces enfants sont donc référés vers l'ophtalmologue. Deux ans plus tard, la proportion d'enfants effectivement traités parmi les enfants référés est significativement plus basse parmi les enfants de milieu social défavorisé (figure 7).

Les inégalités sociales se sont accentuées entre les deux examens : le risque relatif de non traitement d'une anomalie visuelle entre groupes extrêmes était égal à 3 lors de l'examen réalisé à 12 ans, et supérieur à 4 deux ans plus tard. Ceci est lié aux obstacles rencontrés pour donner une suite positive à l'examen de dépistage (consulter un spécialiste, acheter des lunettes, garder des lunettes en bon état, ...). Le même phénomène s'observe pour la prise en charge de l'obésité ou des caries dentaires après le dépistage lors de l'examen médical scolaire (De Spiegelaere 1998).

Figure 7 : Proportion d'anomalies visuelles dépistées et référées vers l'ophtalmologue à 12 ans et proportion des anomalies ayant été référées qui sont traitées 2 ans plus tard en fonction du statut social.



Source : De Spiegelaere 1998

8 _ 4 Inégalités face aux soins de santé

1 _ Des obstacles financiers et administratifs à l'accès aux soins

Dans l'enquête sur le budget des ménages menée en 1997-98, 25 % des ménages bruxellois disent rencontrer des difficultés pour s'en sortir avec le revenu mensuel net du ménage (10 % pour l'ensemble du pays). 17,5 % des ménages disent avoir des difficultés à payer le médecin et 22 % à payer le dentiste (ces proportions sont respectivement de 10 et 11 % pour l'ensemble du pays) (INS 2000).

L'enquête de santé de 1997 révèle que plus de la moitié des personnes qui perçoivent une allocation pour invalidité ou handicap ont des difficultés à payer les soins de santé. Pour une partie des pensionnés et des chômeurs et de nombreuses femmes seules avec enfants, les soins de santé sont aussi difficilement accessibles (Vanroelen 2000).

Lors d'une journée de réflexion rassemblant des professionnels de terrain et des personnes qui vivent dans la pauvreté, les obstacles financiers à l'accès aux soins ont été largement évoqués. Des médecins généralistes signalent que, de plus en plus, leurs patients à faible revenu ne peuvent plus honorer les factures hospitalières. Pour ces personnes, le ticket modérateur est souvent un réel obstacle à l'accès aux soins.

Les mesures mises en place pour lever les obstacles financiers entraînent souvent d'autres obstacles : stigmatisation des personnes, démarches administratives lourdes et complexes (Projet Santé Culture 2000).

L'absence d'homogénéité dans les politiques des CPAS face à leur mission d'aide à l'accès aux soins rend d'autant plus complexes les démarches à accomplir. Une enquête réalisée auprès des 19 CPAS bruxellois montre des divergences importantes quant à leur implication comme intermédiaire pour l'usage du tiers payant par les prestataires de soins, aux conditions d'attributions d'une " carte médicale " ou à la liberté de choix du médecin laissée au patient. La grande majorité des travailleurs des CPAS ayant répondu à l'enquête souhaiteraient une harmonisation des politiques en la matière (Brusselse Welzijnsraad, 2001¹⁴).

2 _ Des soins de qualité pour tous ?

Si l'on parle beaucoup d'accès aux soins pour tous, on s'interroge trop rarement sur la qualité des soins auxquelles ont accès les personnes pauvres. Pour ces personnes, des soins de qualité nécessitent avant tout une approche non stigmatisante, une écoute attentive et des informations adaptées dans un langage accessible. Pour que les soins portent, il est essentiel qu'une bonne communication puisse s'instaurer, dans la confiance réciproque. Les témoignages recueillis montrent que cette communication est difficile, débouchant trop souvent sur des malentendus et une rupture de confiance. La continuité des soins est souvent aléatoire. L'information est insuffisante et trop souvent peu accessible aux personnes en difficulté. La participation des usagers, et particulièrement des usagers les plus fragiles, dans l'évaluation des politiques socio-sanitaires et des services est trop peu développée. Leur expertise est pourtant un élément indispensable à une meilleure adéquation des services de santé aux besoins (Projet Santé Culture 2000).

¹⁴ Les résultats de cette enquête sont disponibles à l'Observatoire de la Santé



9

Bruxelles multiculturelle



Bruxelles est la ville la plus multiculturelle de Belgique. On y retrouve des personnes originaires de tous les continents. Ces Bruxellois venus d'ailleurs, installés depuis longtemps ou depuis peu à Bruxelles, ont amené avec eux des traditions et un dynamisme qui enrichissent la région. Qu'en est-il de leur état de santé ? Est-il différent de celui des Bruxellois " de souche " ? Le constat est en double teinte. De manière générale, les Bruxellois non-belges sont moins touchés par les maladies de civilisation liées à nos modes de vie. Cependant, des facteurs comme l'affaiblissement du support communautaire ou les difficultés de communication avec les services de santé ont un impact négatif sur l'état de santé, particulièrement pour les jeunes enfants. Enfin, la santé de ceux qui cherchent refuge chez nous est parfois fragilisée par la situation sanitaire de leur pays d'origine et les conditions précaires d'accueil en Belgique.

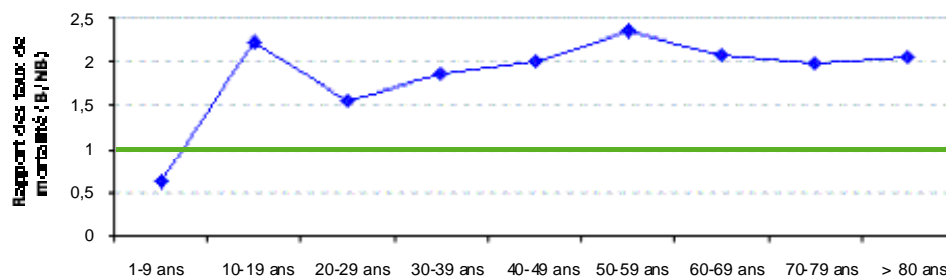
9 _ 1 Mortalité

1 _ Un taux de mortalité générale plus faible

Les populations immigrées ont en général un taux de mortalité inférieur à la population belge, sauf pour les jeunes enfants.

L'étude de la mortalité des Bruxellois de 1991 à 1996 montre que les migrants récents, non-naturalisés, ont un risque de mortalité significativement inférieur à celui du reste de la population sauf pour les enfants de moins de 10 ans (Anson, 2000). Ces résultats se confirment pour l'année 1998. La figure 1 montre le rapport entre les taux de mortalité des Belges et des non Belges par tranche d'âge. Pour les enfants de moins de 10 ans, le taux de mortalité des Belges est deux fois plus faible que celui des non Belges. Ce rapport s'inverse dès l'adolescence¹.

Figure 1 : Evolution du rapport des taux de mortalité des Belges par rapport aux non-Belges en fonction de l'âge, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la santé

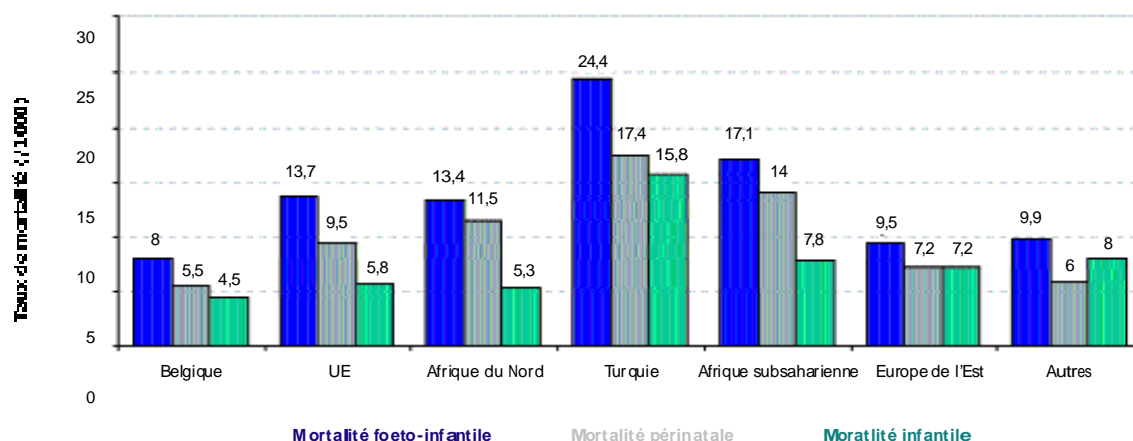
¹ Les chiffres pour la tranche d'âge 10-19 ans doivent être interprétés avec précaution étant donné le petit nombre de décès.

Parmi les non-Belges, le risque de mortalité diffère en fonction de la région d'origine. Ainsi, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont un taux de mortalité plus élevé que la population belge quel que soit l'âge, tandis que les populations turques et marocaines ont un risque de mortalité supérieur dans l'enfance et un risque inférieur à l'âge adulte (Anson 2000).

2 _ Un taux de mortalité foeto-infantile plus élevé

La mortalité foeto-infantile (morts-nés et décès entre 0 et 1 an) est plus élevée chez les enfants dont la mère n'est pas de nationalité belge. Le graphique ci-dessous montre les taux de mortalité foeto-infantile, périnatale et infantile² selon la nationalité de la mère au moment de la naissance. Les enfants de mère turque présentent les risques les plus importants tant au cours de la période périnatale qu'au cours de la première année de vie. Par rapport aux enfants belges, leur risque relatif de mortalité périnatale est de 3,2 (1,6-6,3) et de mortalité infantile de 3,5 (1,7-7,3)

Figure 2 : Taux de mortalité foeto-infantile, périnatale et infantile en fonction de la nationalité de la mère, Bruxelles 1998



Source : Observatoire de la Santé

Les enfants de mère originaire d'Afrique du Nord présentent également plus de risque de décès au cours de la période périnatale (RR par rapport aux Belges = 2,1 (1,3-3,5)). Par contre, le risque de mortalité infantile n'est pas significativement supérieur à celui des enfants de mère belge.

Les enfants dont la mère provient d'Afrique subsaharienne sont également un sous-groupe à risque. Le risque de décès en période périnatale est plus du double de celui des enfants de mère belge (risque relatif = 2,6 (1,3-5,3)). Ces taux de mortalité élevés peuvent en partie s'expliquer par la proportion élevée de prématurés et d'enfants de petit poids de naissance (figures 5 et 6). La mortalité au cours de la première année de vie est supérieure à celle des enfants belges mais, vu le petit nombre de décès, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

² La mortalité périnatale est le nombre d'enfants morts-nés ou décédés avant le 7ème jour de vie rapporté au total des naissances, la mortalité infantile est le nombre de décès de 0 à 364 jours après la naissance rapporté au nombre de naissances vivantes et la mortalité foeto-infantile est l'ensemble des décès fœtaux et de 0 à 364 jours rapporté à l'ensemble des naissances

Le faible nombre de décès avant l'âge d'un an ne nous permet pas d'aller plus loin dans les analyses pour l'année 1998. Des études quantitatives plus fouillées portant sur plusieurs années et des études qualitatives devraient être menées afin de mieux comprendre les risques liés à la nationalité des mères.

Différentes études menées en Belgique ou dans les pays environnants ont montré des résultats similaires. Aux Pays-Bas, la mortalité périnatale est deux fois plus élevée chez les allochtones que chez les enfants hollandais (Mackenbach 1997). En Flandre également on a mis en évidence une mortalité périnatale élevée chez les enfants immigrés et particulièrement chez les enfants de mère turque (Vranken 1998).

Entre 1981-84 et 1998, la mortalité périnatale a diminué de moitié chez les enfants de mère belge. Malheureusement on n'observe pas une diminution aussi marquée chez les enfants de mère marocaine (- 12 %) ou turque (- 20 %)³.

Au cours de cette même période, la mortalité infantile (0-1 an) a diminué de 60 % pour les enfants de mère belge ou marocaine, alors qu'elle ne diminuait que de 19 % pour les enfants de mère turque. On observe donc un accroissement des écarts de mortalité foeto-infantile entre les enfants de mère belge et les enfants dont la mère est de nationalité turque ou marocaine. Pour la période 1981-84, les enfants turcs avaient 1,6 fois plus de risque de mourir avant l'âge d'un an que les enfants belges, en 1998 ce risque est passé à 3,5. Parmi les causes de mortalité foeto-infantile, certaines études montrent une fréquence plus élevée de malformations congénitales et de mort subite du nourrisson chez les enfants de mère turque (Alexander 1995, Mackenbach 1997).

Les raisons qui expliquent ces différences et leur accroissement ne sont pas claires. Elles ne sont en tout cas pas dues à un taux plus élevé de naissances prématurées ou d'enfants de petit poids de naissance (figures 5 et 6). Les conditions socio-économiques, l'âge de la mère à la naissance, la parité, l'accès aux soins pré- et périnataux ou des habitudes culturelles particulières sont autant d'hypothèses qu'il faudrait approfondir. Une étude qualitative menée à Bruxelles auprès de femmes turques et marocaines et de services prénataux suggère que les interactions entre ces services et les femmes enceintes issues de l'immigration telles que la confrontation des représentations, les dynamiques de recours, les problèmes de communication, etc. peuvent être à la source d'un suivi prénatal moins efficace (Lenaerts 1995).

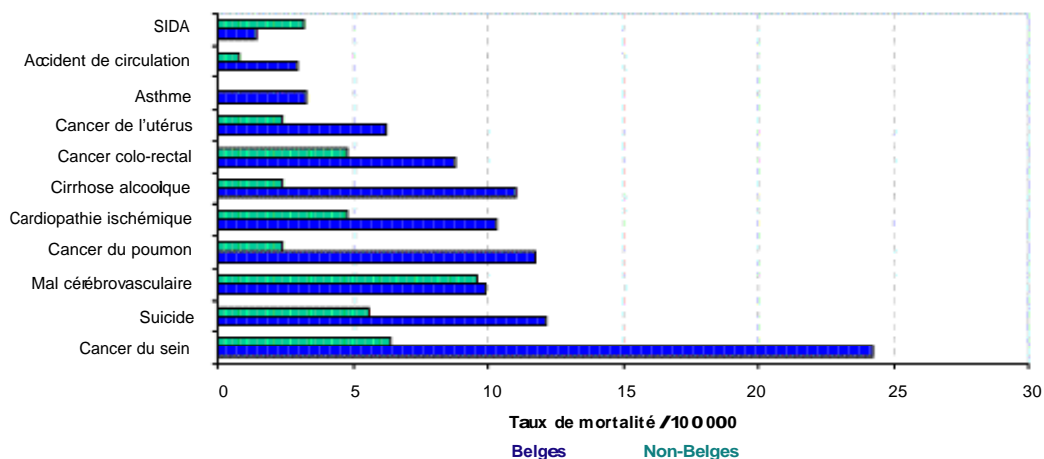
3 _ Une mortalité prématurée plus faible

La mortalité prématurée (avant 65 ans) est moins importante dans la population non-belge que belge. Les figures 2 et 3 montrent les principales causes de mortalité prématurée chez les belges et les non-belges. Pour la plupart des causes de mortalité prématurée, les taux de mortalité sont plus élevés pour les belges. Pour les maladies infectieuses et parasitaires (dont le sida et la tuberculose), les taux de mortalité sont supérieurs chez les non-belges.

³ Calculs réalisés à partir des données publiées par ESOC, Peeters 1989

Ces différences sont liées aux habitudes de vie. Une proportion plus importante de personnes d'origine étrangère ne fume pas, ne consomme pas ou peu d'alcool, consomme moins de graisses animales mais plus régulièrement des fruits et des légumes, etc⁴. Chez les femmes, le taux de mortalité prématurée par cancer du sein est 3,8 fois plus élevé chez les Belges que chez les non-Belges. La première cause de mortalité prématurée chez les femmes non-belges sont les maladies cérébrovasculaires.

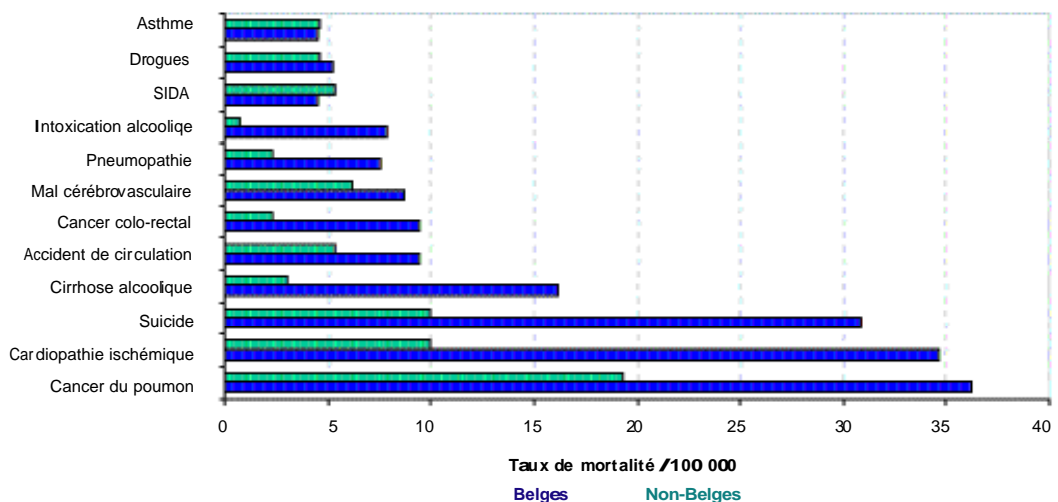
Figure 3: taux de mortalité pour 100 000 habitants pour les principales causes de mortalité prématurée chez les femmes belges et non-belges



Source : Observatoire de la santé

Chez les hommes, les différences sont particulièrement marquées pour les décès liés à l'alcool : les belges meurent 10 fois plus souvent que les non-belges d'intoxication alcoolique et 5 fois plus souvent de cirrhose éthylique que les non-belges.

Figure 4: taux de mortalité pour 100 000 habitants pour les principales causes de mortalité prématurée chez les hommes belges et non-belges



Source : Observatoire de la santé

⁴ Les études réalisées dans d'autres pays montrent que progressivement, en 1 ou 2 générations, les populations immigrées adoptent les comportements des autochtones. Mais ces nouvelles générations acquièrent plus souvent la nationalité belge et n'apparaissent donc plus comme non-belges dans les statistiques de mortalité.

9 _ 2 Morbidité

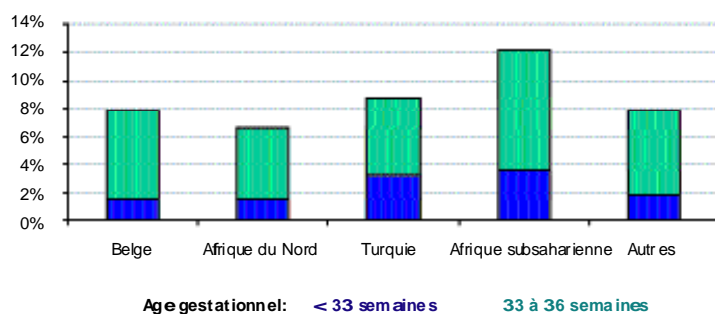
Une partie importante des Bruxellois non-belges vivent dans des conditions socio-économiques précaires. Bien entendu, ces conditions influencent leur santé de la même manière que celle des Bruxellois de nationalité belge vivant dans les mêmes conditions. Les inégalités de santé liées au statut socio-économique décrites dans le chapitre précédent concernent donc tous les Bruxellois quelle que soit leur origine ethnique ou géographique. Nous ne reprendrons ci-dessous que les problèmes de santé spécifiques aux populations d'origine étrangère.

1 _ Chez l'enfant

Le taux de prématurité varie selon la nationalité de la mère

Le taux de prématurité est plus bas chez les enfants originaires d'Afrique du Nord et plus élevé chez les enfants dont la mère est originaire d'Afrique Sub-saharienne (figure 5). Pour ces derniers, cela pourrait en partie expliquer le taux de mortalité périnatale élevé. On constate également un taux de grande prématurité (< 33 semaines) plus élevé chez les enfants de mère turque. Ceci a aussi été constaté aux Pays-Bas (Mackenbach 1997). Ceci pourrait éventuellement expliquer en partie les taux de mortalité foeto-infantile élevé chez ces enfants.

Figure 5 : Taux de prématurité (< 37 semaines) en fonction de la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998)

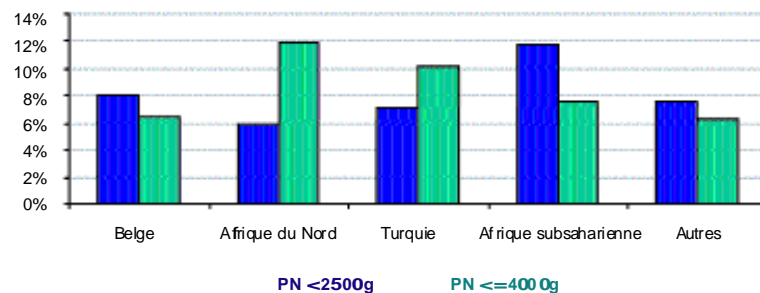


Source : Observatoire de la Santé

Un poids de naissance plus élevé et un excès pondéral plus fréquent dans la petite enfance

Les enfants dont la mère est originaire du Maghreb ou de Turquie ont plus souvent un poids de naissance élevé. Par contre, les enfants dont la mère est originaire d'Afrique sub-saharienne ont un risque plus élevé de petit poids de naissance (figure 6).

Figure 6 : Proportion de petits poids de naissance et de macrosomie en fonction de la nationalité de la mère, Bruxelles, 1998



Source : Observatoire de la santé

Le poids de naissance en moyenne plus élevé des enfants originaires d'Afrique du Nord a déjà été décrit dans plusieurs études, tant en Belgique qu'au Maroc. Des facteurs nutritionnels pourraient expliquer ces différences (Buekens 1998).

A l'âge de 3 ans, l'excès pondéral est 3 fois plus fréquent chez les enfants immigrés que chez les enfants belges (et 2 fois plus à l'âge de 5 ans). On constate que, au cours de la petite enfance, l'ensemble des percentiles de la distribution de l'indice de masse corporelle (poids/taille²) est décalée vers le haut pour les enfants immigrés (De Spiegelaere 1998). Les facteurs nutritionnels à l'origine de ce phénomène se maintiennent durant plus d'une génération. En effet, les enfants belges dont la mère est originaire du bassin méditerranéen présentent plus souvent un excès pondéral à 5 ans (Observatoire de la Santé 2000).

Les facteurs nutritionnels impliqués concernent moins l'alimentation traditionnelle du pays d'origine que la manière dont les mamans intègrent les nutriments et les rythmes alimentaires du pays d'accueil dans leurs habitudes (De Spiegelaere 1998).

Les anomalies génétiques de l'hémoglobine sont plus fréquentes à Bruxelles

Les syndromes drépanocytaires sont une série d'affections génétiques graves responsables de crises douloureuses, d'accidents anémiques aigus et d'infections sévères, parfois mortelles. Ces affections sont particulièrement fréquentes aux Antilles, en Guyane et en Afrique noire, mais aussi à la Réunion, en Afrique du Nord et dans l'ensemble du bassin méditerranéen. Détecter un bébé atteint permet d'augmenter sa survie grâce à l'administration d'antibiotiques et de vaccins adaptés dès les tous premiers mois de vie. Un programme expérimental de détection néonatale de la drépanocytose a été initié à Bruxelles en 1994 où la population à risque est l'une des plus importantes d'Europe du Nord-Ouest. Le nombre de syndromes drépanocytaires dépistés est d'environ 1 cas pour 2000 naissances et le nombre total de formes majeures d'hémoglobinopathies est de 1 cas pour 1688 naissances (c'est-à-dire que l'on dépiste en moyenne 6 à 8 cas par an de ces affections) (Gulbis 2000).

Vaccinations

A statut socio-économique égal, les enfants immigrés ont une couverture vaccinale comparable aux enfants belges (De Spiegelaere 1998). Ils sont plus souvent vaccinés par les services préventifs de l'ONE et K&G que les enfants belges (Swennen et Depoorter 2001). De manière générale, on constate que les stratégies de vaccination plus systématiques (services préventifs, vaccinations dans le cadre scolaire) sont particulièrement efficaces pour les familles immigrées (De Spiegelaere 1998).

Une prévalence de caries dentaires plus élevée

Les enfants immigrés présentent plus souvent des caries à 5 ans que les enfants belges, même après contrôle pour le groupe social. Les enfants originaires du Maghreb semblent plus exposés. Ces différences s'estompent avec l'âge et ne sont plus significatives pour les adolescents (Declerck 1995, De Spiegelaere 1998).

Une enquête menée dans un quartier populaire de Molenbeek a comparé les enfants immigrés d'origine marocaine aux enfants européens pour différents déterminants de la santé dentaire. Les auteurs ne constatent pas de différence significative de fréquence de brossage des dents. Les enfants immigrés avaient moins souvent reçu des suppléments fluorés dans la petite enfance. On note une proportion plus élevée d'enfants marocains qui consomment des "snacks" plus de 3 fois par jour ou des friandises à l'école. Les parents immigrés sont moins bien informés sur les causes des caries dentaires et les possibilités de soins préventifs et consultent plus souvent le dentiste uniquement en cas de problème (Declerck 1995).

2 _ Chez l'adulte

La fréquence élevée d'infections comme la tuberculose et le sida à Bruxelles s'explique en partie par le nombre relativement important de Bruxellois originaires de pays où ces affections sont très répandues. Parmi les nouveaux cas de tuberculose pour l'année 1999 à Bruxelles, 67 % concernent des personnes de nationalité étrangère parmi lesquelles 27 % d'Europe, 29 % d'Afrique du Nord et 30 % d'Afrique Sub-saharienne (FARES/VRGT 1999). Parmi les personnes originaires de pays à haute prévalence⁵, l'incidence de la tuberculose est de 144,8/100 000, soit 10 fois plus élevée que celle des autochtones.

Pour l'ensemble de la Belgique, 57 % des personnes séropositives pour le VIH ne sont pas de nationalité belge. Les 3/4 d'entre eux sont originaires d'Afrique Sub-Saharienne, 17 % sont des Européens et 3 % sont originaires d'Afrique du Nord. Plus des 2/3 ont été contaminés par contacts hétérosexuels (pour 30 % parmi les patients belges) (Sasse 2000).

Nous n'avons pas de données concernant la prévalence d'autres problèmes plus spécifiques aux populations immigrées. Une étude menée en 1984 en partie à Bruxelles a montré que le type de problèmes de santé rencontrés en médecine générale ne diffère pas selon l'origine ethnique des patients.

5 C'est-à-dire tous les pays d'Asie (sauf le Japon et Israël), tous les pays d'Afrique, d'Amérique Centrale et du Sud, de l'Europe de l'Est, l'Ex-Yougoslavie et la Turquie (FARES 1999).

Les patients immigrés présentaient plus souvent des plaintes "vagues" que les patients belges. Les patients belges présentaient plus souvent des problèmes cardio-vasculaires ou du système nerveux et deux fois plus souvent des problèmes psychologiques (Van der Stuyft 1989).

Si les maladies dont souffrent les Bruxellois d'origine étrangère ne sont pas différentes, la manière dont elles sont exprimées et vécues et la rencontre avec le système de santé peuvent être fortement influencées par les différentes cultures. Les besoins en médiation interculturelle sont donc particulièrement importants en Région de Bruxelles-Capitale même s'ils ne peuvent être chiffrés (Verrept 2000).

3 _ Se soigner quand on est "sans papiers"

Parmi les Bruxellois non-belges, des hommes, des femmes et des enfants se trouvent en situation irrégulière ou en attente de régularisation. Pour ces personnes, l'accès aux soins est particulièrement difficile.

L'A.R. concernant l'Aide Médicale Urgente (AMU)⁶ devrait permettre l'accès aux soins pour certains problèmes de santé. Son application est cependant difficile, particulièrement pour les soins ambulatoires. Les types de soins qu'elle couvre sont interprétés différemment d'un CPAS à l'autre ou selon les prestataires. Des services de soins gratuits comme la consultation de Médecins Sans Frontière, assurée par des médecins bénévoles, reçoivent de plus en plus de personnes "sans papiers" (clandestins, déboutés de la procédure d'asile, en demande de régularisation, en cours de procédure d'asile) (Médecins Sans Frontière 1999).

Les maisons médicales bruxelloises constatent également que les personnes "sans papiers" s'adressent de plus en plus souvent à elles (Projet Santé Culture 2000).

Les services préventifs pour enfants, l'ONE et K&G sont aussi des acteurs importants dans l'offre de soins aux personnes "sans papiers" (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000).

La situation irrégulière de ces personnes rend particulièrement aléatoire le recueil de données représentatives concernant leurs besoins de santé. Le rassemblement de quelques données en provenance de services de santé auxquels ces personnes s'adressent permet toutefois d'illustrer les problèmes rencontrés.

La fréquentation de la consultation de Médecins sans Frontière à Bruxelles ne cesse d'augmenter ces dernières années. Les enfants de moins de 15 ans représentent 12 % de la patientèle. Celle-ci est presque exclusivement composée de personnes étrangères (les Belges représentent 5 % des patients). Les personnes de nationalité congolaise, roumaine, équatorienne, marocaine, algérienne et polonaise représentent plus de la moitié des consultants. 72 % des consultants habitent dans une commune de la première couronne, 6 % sont sans domicile fixe.

⁶ Le droit à l'aide médicale urgente est défini dans l'article 57 §2 de la loi organique sur les CPAS du 8 juillet 1976. Pour les personnes en situation irrégulière sur le territoire, l'aide sociale se limite au droit à l'aide médicale urgente. L'A.R. du 12/12/1996 précise que l'aide médicale urgente a un caractère strictement médical et que l'aide financière, pour un logement ou autre soutien matériel, ne peut être considérée comme aide médicale urgente. L'A.R. précise également que l'AMU peut concerner aussi bien des soins préventifs que curatifs et que ceux-ci peuvent être dispensés aussi bien en ambulatoire que dans une institution de soins (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000).

Parmi les populations non-belges, 70 % des patients se trouvent en situation illégale (déboutés et clandestins), donc sans aucune couverture sociale. 17,5 % des patients sont des demandeurs d'asile pour lesquels les CPAS ou les centres d'accueil sont compétents pour les soins de santé, mais la complexité des démarches et les obstacles administratifs ou géographiques (pour les personnes qui n'habitent pas un centre) rendent l'accès aux soins difficile. 64 % des patients consultent pour des plaintes de médecine générale, 15 % pour des problèmes dentaires (Médecins Sans Frontière 1999).

L'association Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel a mené une recherche-action visant à mieux comprendre les problèmes rencontrés par les enfants en situation irrégulière qui souffrent d'une pathologie chronique. Parmi les 74 enfants investigués, la moitié sont nés en Belgique. Dans un quart des cas, le problème de santé est à l'origine de la décision de venir en Belgique

Les problèmes rencontrés sont très variés, les plus fréquents sont les problèmes respiratoires, les affections neurologiques, les syndromes congénitaux et les handicaps mentaux ou psychomoteurs. Le délai entre le début de l'affection et le diagnostic dépasse 6 mois dans 28 % des cas. Pour les enfants nés en dehors de la Belgique, ce délai est lié à la situation dans le pays d'origine. Pour les enfants nés en Belgique, ce long délai s'explique essentiellement par les difficultés d'accès aux soins et les dysfonctionnements dans l'application de l'AMU.

Les soins pour les enfants en situation irrégulière qui souffrent d'une affection chronique se réduisent trop souvent en pratique aux soins urgents. Ces affections chroniques sont, de fait, traitées de manière aiguë. La plupart du temps, l'accompagnement global, la continuité des soins et la mise à disposition des traitements et du matériel nécessaires sont impossibles. Si les hospitalisations ou les soins aux services d'urgence sont accessibles via l'Aide Médicale Urgente, les examens pour établir le diagnostic, les consultations ambulatoires, les prestations paramédicales posent de réels problèmes. Les délais d'attente avant d'obtenir une réponse pour une prise en charge éventuelle des soins sont parfois très longs (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2000).

Références/Bibliografie

- Administration de l'Intégration Sociale. Allocations aux personnes handicapées, statistiques annuelles 2000. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 2000.
- Aelvoet W., Cloots H., Fortuin M., Hooft P., Vanoverloop J. Gezondheidsindicatoren 1998. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2000.
- Alexander-Karlin S. Cross-cultural approach to risk in obstetrics. Thèse d'agrégation, Ecole de Santé Publique, ULB, 1995.
- Algemene Politieundienst. Criminaliteitsstatistieken en Veiligheidsmonitor. Jaarrapport 1998. Brussel, 1999.
- Anson J. Mortality in Brussels : a comparative analysis of Belgian and non-Belgian populations. Interuniversity papers in demography, Working paper 2000-5.
- Antigifcentrum. Jaarverslag 1999.
- Artsen Zonder Grenzen. Toegang tot gezondheidszorg. Verslag 1999, Brussel, Antwerpen, Verviers, Luik.
- Bayedan G., Wcislo M. La situation périnatale en France en 1998. DREES, Etudes et Résultats, 2000; 73: 1-8.
- Bayedan G., Parayre C. Suicides et tentatives de suicides en France, une tentative de cadrage statistique. DREES, Etudes et Résultats, 2001; 109: 1-7.
- Bastaert P. Résultats de la recherche-action portant sur les nuisances sonores et la santé en médecine générale. Groupe de généralistes néerlandophones. Communication au colloque "Les généralistes partenaires dans la politique de santé publique à Bruxelles", Bruxelles, 24 mars 2001.
- Bastaert P. Resultaten van het actie-onderzoek naar geluidsoverlast op de gezondheid in de huisartsenpraktijk. Nederlandstalige groep van huisartsen. Uiteenzetting op het colloquium "De huisartsen : partners voor het volksgezondheidsbeleid van Brussel", Brussel, 24 maart 2001.
- Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie (BIGE). Compendium gezondheidsstatistiek 1999 en 2001.
- Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid (BIVV). Jaarverslag 1999.
- Berkenbaum C., Fostier P., Devroey D. Etude de faisabilité d'un recueil de données par les généralistes bruxellois. Rapport de la recherche-action menée à l'initiative de l'Observatoire de la santé de Bruxelles, mars 2001.
- Berkenbaum C., Fostier P., Devroey D. Haalbaarheidsstudie: project van registratie van gegevens door de huisarts. Rapport van het actie-onderzoek op initiatief van het Gezondheidsobservatorium van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, maart 2001.
- Bestuur van de Maatschappelijke Integratie. Tegemoetkomingen aan personen met een handicap. Jaarlijkse statistieken 2000. Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2000.
- BGDA. Maandverslag met betrekking tot de evolutie van de arbeidsmarkt. Februari 2001.
- Boutsen M. Etude de la situation des enfants à Bruxelles. Leur santé, leur environnement social et familial et leurs modes d'accueil. Rapport de l'Observatoire de l'Enfant, 1997.
- Brussels Instituut voor Leefmilieu (BIM). Schriftjes van de Dienst Milieustatistiek, 1997 :
 - Schriftje 3: Het Brussels afval in cijfers;
 - Schriftje 4: Lucht en energie in Brussel;
 - Schriftje 6: Lawaai in Brussel.
- Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM). Gegevens voor het plan tegen geluidshinder in een stedelijke omgeving voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De schriftjes van de dienst milieustatistiek, n° 17, 1998.
- Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM). De kwaliteit van de lucht in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de zomerperiode 1999. December 1999.
- Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM). Eerste vooruitgangrapport van het afvalstoffenplan 1998-2002. Technisch rapport, juli 2000.

- Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), Bestuur Uitrusting en Vervoer Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BUV). De strijd tegen geluidshinder in een stedelijke omgeving voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Plan 2000-2005. Rapport n° 17, 2000.
- Brusselse Raad voor Leefmilieu (BRAL). Dossier openbare reinheid in Brussel. Waar staan we ? Alert, jrg. 11, n° 238, 2000.
- Brussels Observatorium van de arbeidsmarkt en kwalificaties. Analyse van het socio-economische weefsel van de gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Brussel, 1999.
- Buekens P., Masuy-Stroobant G., Delvaux T. High birth weights among infants of North African immigrants in Belgium. Am J Public Health 1998 ;88 :808-811.
- Cabinet du Ministre Président de la Région de Bruxelles-Capitale. Constat introductif au Plan Régional de Développement. Bruxelles, 2001.
- Carbonelle S., Buchet J.P., Bernard A. Evaluation des risques de la pollution atmosphérique urbaine chez les enfants bruxellois. UCL, IBGE, 2000.
- Carion F. Laboratoire de référence des méningocoques, rapport annuel 1999. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2000.
- Carvalho J.C., Van Nieuwenhuysen J.P., D'Hoore W. The decline in dental caries among belgian children between 1983 and 1998. Community Dent Oral Epidemiol 2001 ;29 :55-61.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Vademecum gezondheidsstatistiek. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Nederland, 1999.
- Centre Antipoison. Rapport Annuel 1998.
- Centre SOS Enfants-ULB, CHU Saint-Pierre. Rapport d'activité 1999.
- Centrum voor Gezondheidsobservatie. Rapport over de staat van de armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Jaarverslag 2000.
- Centers for Disease Control and prevention (CDC). Screening young children for lead poisoning. Guidance for state and local public health officials, 1997.
- Claey's F., Limbos C., Ducoffre G., Sartor F. Saturnisme infantile à Bruxelles. Etude de prévalence et des facteurs étiologiques. Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, 1992.
- Claey's F., Lorenzo R., Vertongen F., Gublis B., Sykes C., Van Humbeek R. Saturnisme infantile, carence martiale, hémoglobinoopathies. Dépistage 1995-96 à Bruxelles. ISSP, ULB, ONE, 1997.
- Clerfayt G., Convent H., Dussart JR. Plan voor de strijd tegen de geluidshinder 1999-2004. Balans van het openbaar onderzoek. Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), 1999.
- Clerfayt G., Convent H., Dussart JR. La lutte contre le bruit en milieu urbain dans la Région. Projet de plan 1999-2004. Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE), 1999.
- Comité " médecins traitants " du Centre de référence pour le Dépistage du Cancer du Sein. Le dépistage du cancer du sein, fiches.
- Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. Rapport à l'attention du parlement. 1 janvier 1998 – 31 décembre 1999. Août 2000.
- Nationale Evaluatiecommissie naar aanleiding van de wet van 3 april 1990 aangaande zwangerschapsonderbreking. Verslag aan het Parlement. 1 januari 1998 – 31 december 1999. Augustus 2000.
- Deboosere P., e.a. Huishoudens en Gezinnen. Monografie n° 4, Algemene Volks- en Woningtelling 1991, Nationaal Instituut voor Statistiek, 1997.
- Deboosere P., Lesthaeghe R., Surkin J. Evolutie van de nationale, regionale en gemeentelijke vruchtbaarheidsniveaus in België, 1989-1999. Steunpunt Demografie, Vakgroep sociaal onderzoek ; Vrije Universiteit Brussel, Working Paper 2000-7.
- Deboosere P., Gadeyne S. Regionale sterftepatronen in België voor mannen en vrouwen van 40 tot 64 jaar, op basis van de nationale databank mortaliteit. Présentation à l'Association de Démographie/uiteenzetting op de Vereniging voor Demografie, november 2000.

- Declercq D., Vinckier F. Project Oud-Molenbeek. Mondgezondheid en preventief gedrag van kansarmen en migranten : een epidemiologisch onderzoek. KULeuven, 1995.
- De Clercq M., Vranckx A., Navarro F., Piette D. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. Plateforme de Concertation pour la Santé mentale pour Bruxelles-Capitale, 1996.
- De Clercq E., Guldentops F., Kesteloot C., Mistiaen P., Van Nieuwenhuyze I., Vranken J. Comparative statistical analyses at national, metropolitan, local and neighbourhood level. Belgium: Brussels and Antwerp. Urbex n. 2, AME Amsterdam, 2000.
- D'Hoore W., Van Nieuwenhuysen J.P. Une illustration du concept de distribution sociale de la qualité des soins. A propos de la carie dentaire. Journal d'Economie Médicale, 1991 ;9(4-5) :195-203.
- De Lannoy W.,e.a. Brussel in de jaren negentig en na 2000: een demografische doorlichting. Steunpunt Demografie VUB, Working Paper 1999-1.
- De Spiegelaere M., Dramaix M., Hennart Ph. Inégalités sociales et prévention : le statut vaccinal des adolescents. Rev Epid Santé Publ 1996, 44 :228-236.
- De Spiegelaere M. Prévention et inégalités sociales de santé chez l'enfant et l'adolescent. Thèse de doctorat en Santé Publique, ULB, 1998.
- De Spiegelaere M., Dramaix M., Hennart P. The influence of socioeconomic status on the incidence and evolution of obesity during early adolescence. Int J Obesity 1998 ;22 :268-274.
- Dienst studiën en statistiek. Statistische indicatoren van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2000.
- EHLASS. Annual Report, Belgium 1999.
- Equipe SOS Enfants-Famille, Clinique Universitaires Saint-Luc Bruxelles. Rapport d'activité 1999.
- FARES. Rapport épidémiologique de la tuberculose, Région de Bruxelles-Capitale, 1998 et 1999.
- Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS). La Santé observée dans les régions de France. Synthèse nationale des tableaux de bord régionaux sur la santé. Assurance Maladie et Ministère du travail et des Affaires Sociales, 1997.
- Fonds des accidents du travail. Rapport statistique des accidents de 1998.
- Fonds des accidents du travail. Rapport statistique des accidents de 1999.
- Fonds des Maladies Professionnelles. Rapport annuel 1998.
- Fonds voor Arbeidsongevallen. Statistisch verslag over de ongevallen van 1998.
- Fonds voor Arbeidsongevallen. Statistisch verslag over de ongevallen van 1999.
- Fonds voor Beroepsziekten. Jaarverslag 1998.
- Groessens M., Kaesemans M. Résultats de la recherche-action portant sur les nuisances sonore et la santé en médecine générale. Groupe de généralistes francophones. Communication au colloque "Les généralistes partenaires dans la politique de santé publique à Bruxelles", Bruxelles, 24 mars 2001.
- Groessens M., Kaesemans M. Resultaten van het actie-onderzoek over geluidsoverlast en gezondheid in de huisartsenpraktijk. Franstalige groep van huisartsen. Uiteenzetting op het colloquium "De huisartsen : partners voor het volksgezondheidsbeleid van Brussel", Brussel, 24 maart 2001.
- Gulbis B., Cotton F., Hansen V., Vertongen F. Prévention des anémies héréditaires. Un réel problème de santé publique dans la région bruxelloise : contrôle par un diagnostic néonatal de 1994 à 2000.
- INS. Enquête sur les forces de travail. [Http://www.statbel.fgov.be/press/](http://www.statbel.fgov.be/press/)
- INS Enquête sur le budget des ménages 1997-1998. [Http://www.statbel.fgov.be/press/](http://www.statbel.fgov.be/press/)
- INSERM. Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ? Expertise Collective, 1999.
- Institut Belge de l'Economie de la Santé (IBES). Compendium de statistiques de la santé 1999 et 2001.
- Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR). Rapport annuel 1999.
- Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE). Les cahiers de l'IBGE, 1997:
 - n° 3 : Plan relatif à la prévention et la gestion des déchets;
 - n° 4 : Pollution – transport – la qualité de l'air à Bruxelles;
 - n° 6 : Le bruit.

- Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE). La lutte contre le bruit en milieu urbain dans la Région de Bruxelles-Capital. Rapport scientifique n° 17, 1999.
- Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE). La pollution de l'air en Région de Bruxelles-Capitale période estivale 1999. Décembre 1999.
- Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE). La lutte contre le bruit en milieu urbain dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le plan Bruit 2000-2005. Cahier n° 17, septembre 2000.
- Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE). Premier rapport de mise en oeuvre du plan déchets 1998-2002. Rapport scientifique, juillet 2000.
- Janssens P., Hens L. Mens en milieu. Onze gezondheid bedreigd ? Monografie Stichting Leefmilieu n° 36, 1997.
- Kesteloot C., Roesems T., Vandenbroecke H. Kansarmoede en achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Atlas van achtergestelde buurten in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, een studie in opdracht van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 1999.
- Kerlikowske K., Grady D., Rubin S.M., Sandrock C., Ernster V.L. Efficacy of screening mammography : a meta-analysis. JAMA 1995 ;273 :149-54.
- Kinna F., Dargent G., Borvier I. Les personnes âgées dans la ville. Contours d'un phénomène, données, ressources bruxelloises, répartition des compétences, cadres légaux. Les cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, 1997.
- Kittel F., Dramaix M. Analyse des données de santé mentale de l'Enquête de Santé Belgique 1997 de la Région de Bruxelles-Capitale et comparaison avec les régions de Flandre et de Wallonie. Plate-forme de Concertation pour la Santé Mentale pour Bruxelles-Capitale, 2000.
- Kittel F., Dramaix M. Analyse van de geestelijke gezondheidsgegevens van de Nationale Gezondheidsenquête België 1997 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en vergelijking met de Vlaamse en Waalse Gewesten. Overlegplatform voor Geestelijke Gezondheid voor Brussel-Hoofdstad, 2000.
- Kind en Gezin. Het kind in Vlaanderen 1999.
- Kohn L., Piette D. La consommation de cannabis chez les jeunes à Bruxelles. Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française, 1997.
- Leleu M. Les nouveaux vieux, portrait des personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la Région bruxelloise. COCOF, décembre 2000.
- Lenaerts A., Vermiglio M., Balci N., Bertrand A., Sauwens J.M., Moulin M. Ces naissances dites à risque. Vers une meilleure adéquation de la prévention périnatale pour les femmes turques et marocaines. Services Fédéraux des Affaires Scientifiques et Culturelles, 1995.
- Leroy X., Neiryck I. Sociale solidariteit en gezondheid van de bejaarden. CRIV-UCL, 1994.
- Leroy X., Neiryck I. Solidarités sociales et santé des aînés. CRIV-UCL, 1994.
- Leurquin P., Tellier V., Demarest S., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. La santé de la population de la région de Bruxelles-Capitale. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 1997. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique. Institut Scientifique de la Santé Publique, 1998.
- Mackenbach J.P., Verkleij H. Volksgezondheid. Toekomst Verkenning 1997. II. Gezondheidsverschillen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Maarssen 1997.
- Masuy-Stroobant G., Gourbin C., Masuy B. Santé et mortalité foeto-infantile en Belgique. Evolution des facteurs de risque au niveau régional de 1980 à 1994. UCL, Département des Sciences de la Population et du Développement, Document de Travail n°10, juin 2000.
- Massot C., Berghmans L., Godin I., Coppieters Y., Thauvoye N. Tableau de bord de la santé n°3. Observatoire de la Santé du Hainaut, 2000.
- Médecins Sans Frontières. Accès aux soins. Bilan 1999, Bruxelles, Anvers, Verviers, Liège.
- Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren Brussel. Wacht tot vannacht. Chronisch zieke minderjarigen zonder wet-ting verblijf in de Belgische gezondheidszorg. Brussel, 2000.
- Mérenne B., Van der Haegen H., Van Hecke E. België ruimtelijk doorgelicht. NIS, 1997.

- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. RCM 1996 en image. Variation géographique de la pathologie dans les hôpitaux belges. 2000.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Subcommissie borstkankerpreventie. Multicenterstudie Borstkankerscreening Vlaanderen, 1997.
- Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. MKG 1996 in beeld. Geografische variatie van de pathologie in de Belgische ziekenhuizen. 2000.
- National Institute of Health. Consensus development conference statement : breast cancer screening for women ages 40-49. J Natl Cancer Inst 1997 ;89 :1015-26.
- NIS. De enquête naar de arbeidskrachten. [Http://www.statbel.fgov.be/press/](http://www.statbel.fgov.be/press/)
- NIS. Huishoudbudgetonderzoek 1997-1998. [Http://www.statbel.fgov.be/press/](http://www.statbel.fgov.be/press/)
- Noel F., Dawance J., Degraef V., Rodriguez D. La problématique sociale en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport intermédiaire. Etude effectuée pour le compte de la Région de Bruxelles-Capitale, tome 15, 2 volumes, ULB-CRU, Bruxelles, 2000.
- Noel F., Rodriguez D., Vandermotten C., Aujean S., Guisset C. Typologie socio-économique et urbanistique des territoires bruxellois. Etude effectuée pour le Secrétariat d'Etat chargé de l'Aménagement du Territoire, Bruxelles, 2000.
- Observatoire Bruxellois du Marche du Travail et des Qualifications. Analyse du tissu socio-économique des communes de la Région de Bruxelles-Capitale. Octobre 1999.
- Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale. Rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale. Rapport annuel 2000.
- Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale. Etude de faisabilité d'un recueil de données par les centres de santé scolaire à Bruxelles. Septembre 2000.
- Office de la Naissance et de l'Enfance. Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE. Rapport 2000.
- Onclincx F., Desager M. Staat van het leefmilieu in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), 1997.
- Onclincx F., Desager M. l'Etat de l' Environnement en Région de Bruxelles-Capitale. Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE), 1997.
- Onclincx F., Squilbin C., Squilbin M., Yourassovsky C. Staat van het leefmilieu in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trends 1996-1999. Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), 2000.
- Onclincx F., Squilbin C., Squilbin M., Yourassovsky C. l'Etat de l' environnement en Région de Bruxelles-Capitale. Tendances 1996-1999. Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE), 2000.
- ONEM. Annuaire statistique 2000. Bruxelles, 2001.
- ONEM. Rapport annuel 2000. Bruxelles, 2001.
- ORBEm. Rapport mensuel sur l'évolution du marché de l'emploi. Février 2001.
- Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision, Genève, 1993.
- Pacolet J., Bouten R., Marchal A. Het zorgaanbod voor ouderen in Brussel in Belgisch en internationaal perspectief. Verslagboek Platformdag wonen van ouderen in Brussel, Platform Wonen van Ouderen, Vlekho 6 mei 1999.
- Pacolet J., Degreef T. Wonen en zorg voor ouderen in Brussel, een actualisering, niet-gepubliceerd onderzoek voorgesteld op de studiedag van het Platform Wonen van Ouderen in Brussel, Vlekho 15 mei 2001.
- Peeters R.F., van der Veen F. De perinatale- en zuigelingensterfte van etnische minderheden in België/Vlaanderen. Een portret op basis van statistieken en interviews. ESOC Publicatie n°18, 1989.
- Piette D., Prevost M., Boutsen M., de Smet P., Leveque A., Barette M. Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ? Etude des comportements et modes de vie des adolescents de la Communauté française de Belgique de 1986 à 1994. ULB-PROMES, 1997.
- Project Gezondheid en Cultuur Vierde Wereld, Centrum voor Gezondheidsobservatie Brussel. Om een einde te maken aan de sociale ongelijkheid op gezondheidsvlak. Verslagboek van de ontmoetingsdag van 21 oktober 2000.

- Projet Bruxellois de Dépistage du Cancer du Sein. Enquête sur le dépistage du cancer du sein à Bruxelles, premiers résultats. 1991.
- Projet Santé Culture Quart Monde, Observatoire de la Santé de Bruxelles-Capitale. Pour en finir avec les inégalités sociales de santé. Actes de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000.
- Roesems T., Meert H. Ouderen in Brussel: een geografisch profiel van de socio-demografie. Verslagboek Platformdag wonen van ouderen in Brussel, Platform Wonen van Ouderen, 6 mei 1999.
- Rousseau S. Atlas van de bevolking van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op het einde van de 20ste eeuw. In: Dossiers Brusselse Statistische Indicatoren, n° 37. Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Dienst Studiën en Regionale Statistiek, 2000.
- Rousseau S. Atlas de la population de la Région de Bruxelles-Capitale à la fin du 20ième siècle. Dans: Dossiers Indicateurs Statistiques Bruxellois, n° 37. Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Service des Etudes et de la Statistique Régionale, 2000.
- Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA). Jaarverslag 2000. Brussel, 2001.
- Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA). Statistisch jaarboek 2000. Brussel, 2001.
- Sasse A., Van Kersschaever G., Stroobant A. Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 1999. IPH/EPI reports n° 2000-022, Institut Scientifique de la Santé Publique, Service d'Epidémiologie.
- Sasse A., Van Kersschaever G., Stroobant A. De epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België. Toestand op 31 december 1999. IPH/EPI reports n° 2000-022, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid Afdeling Epidemiologie.
- Service des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles. Rapport annuel " Accidents du Travail " 1998, Loi du 10 avril 1971. Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, 1998.
- Service Général d'Appui Policier. Comprendre les statistiques policières.
- Steenhout A. L'Exposition cumulative au plomb dans la pollution Bruxelloise, Rapport d'Avancement, ULB, 1983.
- Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE). Perinatale activiteiten in Vlaanderen 1998 en 1999.
- Swennen B., Coppieters Y., Depoorter A.M., Hofman B. Enquête de couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois en Région de Bruxelles-Capitale. Décembre 2000.
- Swennen B., Coppieters Y., Depoorter A.M., Hofman B. Onderzoek naar de vaccinatiegraad van kinderen van 18 tot 24 maanden in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. December 2000.
- Tafforeau J., Drieskens S., Van Oyen H. et Al. Statistiques de décès en Communauté française 1992-1994. Communauté française de Belgique, Direction Générale de la santé et Institut Scientifique de Santé Publique, 1999.
- Tafforeau J., Van Oyen H., Demarest S., Vanderheyden J. Urbanisation et santé, Belgique 1997, Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP-Louis Pasteur), Episérie n° 16, 1999.
- Tafforeau J., Van Oyen H., Demarest S., Vanderheyden J. Urbanisatiegraad en gezondheid, België 1997, Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP-Louis Pasteur), Episérie n° 16, 1999.
- Vanderhaegen H. e.a. Belgians on the move, population distribution from a historical and modern perspective. In : Belgeo 2000, pp. 173-200.
- Vanderhoff C. La Faible croissance de Bruxelles-Capitale et les régions voisines, IGEAT, Bruxelles, 2000.
- Vanderstraeten P. Concentrations de polluants dans l'air ambiant. Santé et environnement, Actes du Forum Santé et Environnement, des 17 & 18/02/2000 organisé par IBGE/BIM, FMM-CSF, Bruxelles Santé, 2000. (vertaling in voorbereiding).
- Vanderstraeten P. De luchtkwaliteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Immissiemetingen 1997-1998-1999. Technisch rapport, Brussels Instituut voor Milieubeheer (BIM), 2000.
- Vanderstraeten P. La qualité de l'air en Région de Bruxelles-Capitale, mesures à l'immersion 1997-1998-1999. Rapport scientifique, Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement (IBGE), 2000.
- Vanderveken M. Concertation Toxicomanie Bruxelles : Rassembler les données épidémiologiques de façon systématique. Bruxelles, 2000.
- Vanderveken M. Overleg Druggebruik Brussel : Epidemiologische gegevens systematisch verzamelen. Brussel, 2000.

- Van der Stuyft P, De Muynck, Schillemans L, Timmermans C. Migration, acculturation and utilization of primary health care. *Soc Sci Med* 1989 ;29(2) :53-60.
- van Heeringen C., Meerschaert T. Zelfmoordpogingen in de regio Gent 1998. In : gezondheidsindicatoren 1998, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2000.
- Van Hove E., Carpentier N., Knops N. La prévention du SIDA à Bruxelles. Vakgroep Welzijnsplanning PSW-UIA/Centre d'Etudes Sociologiques FU Saint-Louis, 1994.
- Van Nieuwenhuysen J.P., Carvalho J.C. On dental health in Belgian population approaching the 21st Century. *Arch Public health* 2000 ;58 :23-36.
- Van Oers H. Lokale gezondheidsprofielen als instrument voor een gezondheidsbeleid tegen sociale gezondheidsverschillen. In: Raes V., Kerkhofs E. en Louckx F (eds.), *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, VUBPRESS, Brussel, p. 91-98, 1993.
- Vanroelen C. Inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. Présentation lors de la journée de rencontre et de réflexion du 21 octobre 2000 (voir *Projet Santé Culture Quart Monde* 2000).
- Vanroelen C. Socio-economische gezondheidsverschillen en toegang tot gezondheidszorg. Uiteenzetting op de ontmoetingsdag van 21 oktober 2000 (zie *Project Project Gezondheid en Cultuur Vierde Wereld* 2000).
- Verrept H., Perissino A., Herscovici A. Médiation interculturelle dans les hôpitaux/ Interculturele bemiddeling in de ziekenhuizen. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement/Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Cellule de Coordination Médiation Interculturelle/ Coördinatiecel Interculturele Bemiddeling, 2000.
- Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel. Jaarverslag 1998 en 1999.
- Vranken J., Geldof D., Van Menxel G. Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1998. Acco, Leuven 1998.
- VRGT. Tuberculose incidentieregister België, 1998 en 1999.
- VRGT. Berichten. Jaargang 10 , n° 3, december 2000.
- Wauters I. Gezondheidsportret Laag-Molenbeek. Fase I: Gesprekken met de sleutelinformanten. Logo Brussels Gezondheidsoverleg, 2000.
- Wereldgezondheidsorganisatie. Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen. Tiende revisie, Genève, 1993. De Nederlandse vertaling op CD-Rom is verkrijgbaar op het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, <http://www.rivm.nl/publichealth/whocc-icidh>

Abréviations/Afkortingen

ADL	Activiteiten Dagelijks Leven	MR	Maison de repos
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	MRS	Maison de repos et de soins
AMU	Aide Médicale Urgente	NIS	Nationaal Instituut voor de Statistiek
APS	Algemene Politiesteundienst	NO2	stikstofdioxiden / Dioxyde d'azote
AZ VUB	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel	NOX	stikstofoxiden
BGDA	Brusselse Gewestelijke Dienst voor Arbeidsbemiddeling	NS	statistiquement non significatif
BI aan 95%	Betrouwbaarheidsinterval aan 95%	NS	statistisch niet-significant
BIGE	Belgisch Instituut voor Gezondheidseconomie vzw	O3	ozon / ozone
BIM	Belgisch Instituut voor Milieubeheer	OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Werk
BIVV	Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid	ODB	Overleg Druggebruik Brussel
CCI	Chômeur complet indemnisé	OMS	Organisation Mondiale de la santé
CEE	Communauté Economique Européenne	ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
CO	koolstofmonoxide / Monoxyde de carbone	ONEM	Office national de l'emploi
CO2	koolstofdioxide	OR	Odds ratio
CPAS	Centre Public d'Aide Sociale	ORBEm	Office régional bruxellois de l'emploi
CRIPi	Cellule régionale d'intervention en pollution intérieure	OVL	overlijdens
DiTe	difterie tetanus	PM10	zwevende deeltjes / Particules volatiles
DMH	Dringende Medische Hulpverlening	PRD	Plan Régional de Développement
DS	déviation standard	PV	proces verbaal
DTP	Difterie - Tetanus - Pertussis	RC	rapport de cotes
EEG	Europese Economische Gemeenschap	RCM	Résumé Clinique Minimum
EG	Europese Gemeenschap	RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
EHLASS	European Home and Leisure Accident Surveillance System	ROB	Rusthuis voor Bejaarden
Esoc	Epidemiologie en Sociale geneeskunde	RR	risque relatif / relatief risico
EU	Europese Unie	RSM	ratio standardisé de mortalité
FARES	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé	RVA	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
FNORS	Fédération Nationale des Observatoires de la Santé (France)	RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
GeWop	Gewestelijk Ontwikkelingsplan	SD	Standaarddeviatie
HCL	zoutzuur	SGAP	Service Général d'Appui Policier
HIV	humanaan immunodeficientievirus	SMR	Standardized Mortality Ratio
IBES	Institut Belge de l'Economie de la Santé asbl	SPE	Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie
IBGE	Institut Bruxellois de Gestion de l'Environnement	UCL	Université Catholique de Louvain
IBSR	Institut Belge pour la Sécurité Routière	UE	Union Européenne
IC à 95 %	intervalle de confiance à 95 %	ULB	Université Libre de Bruxelles
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th revision	UVW	Uitkeringsgerechtigde Volledig Werklozen
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité	VRGT	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
INS	Institut National de Statistiques	VT	Volkstelling
ISSP	Institut Scientifique de la Santé Publique	VTE	Voltijds equivalenten
IVG	Interruption volontaire de grossesse	WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
K&G	Kind en Gezin	WIV	Louis Pasteur
KB	Koninklijk Besluit	Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid Louis Pasteur	
MBR	Mazelen Bof Rubella		
MKG	Minimale Klinische Gegevens		
MONICA	Monitoring of trends and determinants of cardiovascular diseases		

