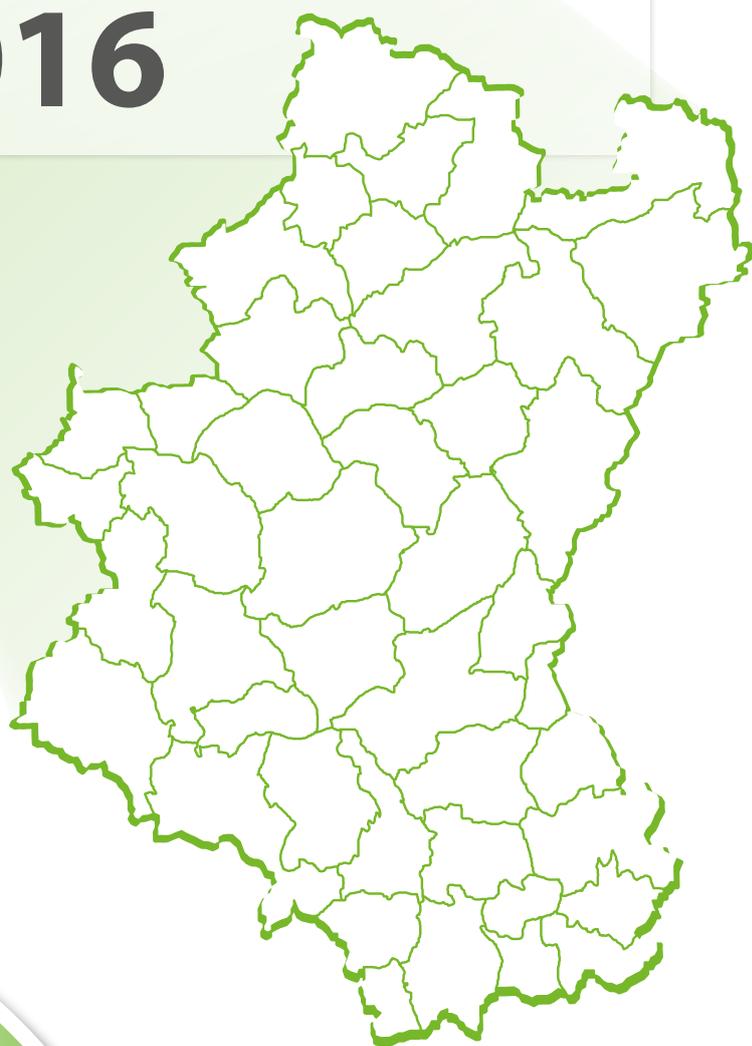


Les **T**ableaux de bord  
de la **santé**

Tableau de bord de la santé  
en province de Luxembourg  
**2016**



Santé générale



UNE RÉALISATION DE  
L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ

[www.province.luxembourg.be](http://www.province.luxembourg.be)





# Tableau de bord de la santé en province de Luxembourg **2016**





### **Droits d'auteur et référence de la publication**

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication à la condition qu'une mention claire et explicite de ce rapport et de la (des) source(s) initiale(s) soit faite.

Veillez faire référence au présent document de la manière suivante: Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, Tableau de bord de la santé en province de Luxembourg 2016, Arlon, 2016

### **Clause de non-responsabilité**

Les données reprises dans cette publication ont été rassemblées par l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg. Celui-ci ne peut être tenu responsable d'éventuelles erreurs se trouvant dans les données provenant d'autres organismes.

### **Éditeur responsable**

Pierre-Henry Goffinet, Directeur général provincial – Place Léopold, 1 – 6700 Arlon

### **Dépôt légal**

D/2016/9151/3. Tous droits réservés.

### **Édition**

Décembre 2016 - 600 exemplaires

# PRÉFACE

Mesdames, Messieurs,

Vous venez d'ouvrir la seconde édition du Tableau de bord de la santé en province de Luxembourg et il vous presse déjà de découvrir ses premiers chapitres... Permettre de (re)connaître les spécificités de son territoire, centrées sur la santé, est la mission principale de ce recueil de données scientifiques.

Cet outil indispensable offre une vision globale de la santé des habitants de la province de Luxembourg, tout en donnant la possibilité de mettre en évidence certaines problématiques particulières.

Grâce à l'expertise reconnue de l'Observatoire de la Santé, il permettra aux responsables politiques et aux acteurs du secteur de dégager des pistes afin d'améliorer la **qualité de vie** des Luxembourgeois. Il informe et encourage la prise de décisions concrètes!

Ce document est non seulement l'aboutissement d'un travail d'équipe mené sans relâche depuis des mois, mais également le fruit d'un réseautage original et **novateur**. Dès 2013, les Provinces de Hainaut, de Liège, de Luxembourg et de Namur se sont associées pour produire un outil élaboré selon une méthode de travail commune.

Cette méthode, favorisant les économies d'échelle, a permis à chaque Province participante d'éditer son propre tableau de bord de la santé, néanmoins similaire, afin de pouvoir comparer les données. Il peut de la sorte servir de référence pour la définition, le suivi et l'évaluation en matière de politiques de santé.

La récolte des données, leur analyse, la synthèse des résultats et leur mise à jour se poursuivent en continu; la publication d'un tableau de bord de la santé étant une photographie de la santé à un moment donné selon les données disponibles.

Ce travail, riche et dense, voit le jour aujourd'hui non seulement grâce aux nombreuses collaborations amplifiées entre les institutions publiques et l'Observatoire de la Santé, mais aussi à la détermination politique de développer ce projet. Il n'est donc pas une finalité, mais bien le début d'un processus conçu dans la tête de chercheurs il y a maintenant plusieurs années et source d'échanges, de rayonnements, **au bénéfice d'une meilleure santé pour tous...**

Bonne lecture!

Nathalie HEYARD

Députée provinciale en charge du pôle Social et Santé





# COLOPHON

## Coordination du Tableau de bord

Frédéric De Ceulaer<sup>1</sup>

## Rédaction

Frédéric De Ceulaer<sup>1</sup>, Sophie Mahin<sup>1</sup>

## Relecture

Alice Balfroid<sup>2</sup>, Luc Berghmans<sup>3</sup>, Paul Berra<sup>4</sup>, Charles-Henri Boeur<sup>1</sup>, Stéphanie Compère<sup>5</sup>, Marc Debuisson<sup>6</sup>, Estelle Dessaint<sup>1</sup>, Tonio Di Zinno<sup>7</sup>, Dominique Dubourg<sup>8</sup>, Christiane Duchesnes<sup>9</sup>, Thierry Eggerickx<sup>10</sup>, Marie-France Jeunehomme<sup>11</sup>, Emilie Kaiser<sup>1</sup>, Martine Leroy<sup>1</sup>, Claire Marchal<sup>1</sup>, Jean-François Marquet<sup>11</sup>, Christian Massot<sup>4</sup>, Pascal Meeus<sup>12</sup>, Annick Melchior<sup>1</sup>, Jean Tafforeau<sup>13</sup>, Véronique Tellier<sup>2</sup>

## Infographie et communication

Benoit Adam<sup>1</sup>, Stéphanie Dero<sup>1</sup>, Marie Maron<sup>1</sup>

## Secrétariat

Valérie Eliard<sup>1</sup>

## Remerciements

À l'ensemble des fournisseurs de données qui, par leur étroite collaboration, ont permis la réalisation de ce travail.

À l'ensemble des agents de l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg.

Un remerciement tout particulier à nos collègues des Observatoires de la Santé des Provinces de Hainaut, Liège et Namur.

- 
- 1 Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
  - 2 Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur
  - 3 Chargé de cours honoraire de l'Université libre de Bruxelles
  - 4 Observatoire de la Santé du Hainaut
  - 5 Direction générale de la Santé Province de Liège
  - 6 Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)
  - 7 Agence Intermutualiste
  - 8 Agence pour une Vie de Qualité – Observatoire wallon de la Santé
  - 9 Université de Liège - Département de Médecine générale
  - 10 Université catholique de Louvain – Centre de recherche en démographie
  - 11 Observatoire de la Santé de la Province de Liège
  - 12 Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)
  - 13 Institut de Santé Publique (ISP-WIV)





*« Existe-t-il pour l'homme un bien plus précieux que la Santé ? »*

Socrate

# INTRODUCTION

L'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg publie la deuxième édition du « Tableau de bord de la santé en province de Luxembourg » et est heureux de vous le présenter.

Ce document est un recueil de données de santé issues du territoire de la province de Luxembourg. Les sources de données sont multiples et variées. En effet, elles proviennent principalement d'enquêtes, de registres et de bases de données de divers services publics. Celles-ci ont été recensées, traitées, analysées, synthétisées et mises en forme dans cette publication.

Les différentes thématiques abordées permettent au lecteur d'avoir une vision globale de la santé des habitants.

À travers les différents chapitres, celui-ci peut trouver des informations sur une série de thématiques. Le premier chapitre décrit la population dans son aspect démographique, alors que le deuxième chapitre aborde la mortalité et les causes de décès. Les volets 3 et 4 s'intéressent d'une part, à l'état de santé en tenant compte des maladies chroniques, des cardiopathies, des cancers, des maladies respiratoires et autres pathologies, et d'autre part, aux facteurs de santé tels que l'aspect socio-économique, le poids, l'activité physique, l'alimentation et les assuétudes. Les chapitres 5 et 6 sont quant à eux axés sur l'offre et la consommation de soins.

Ce découpage par chapitre permet d'aller à l'essentiel tout en conservant une vision globale nécessaire à l'appropriation de la thématique. Il est à noter que le niveau communal ne peut être systématiquement abordé. En effet, l'absence de données ou le petit nombre de cas recensés en province de Luxembourg ne permet pas une analyse fouillée à ce niveau d'échelle. Toutefois, des approches plus qualitatives et ciblées sur certains publics mériteraient certainement d'être encouragées pour affiner cette analyse. Le lecteur constatera l'absence de chapitre portant sur la relation entre la santé et l'environnement. Il s'agit d'un choix délibéré. En effet, cette thématique particulièrement vaste a été développée précédemment dans un tableau de bord spécifique paru en 2013. Ce document est disponible sur simple demande ou téléchargeable sur le site de la Province de Luxembourg.

L'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg vous souhaite une excellente et enrichissante exploration de cette nouvelle édition du Tableau de bord de la santé.





# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préface</b> .....	<b>5</b>
<b>Colophon</b> .....	<b>7</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 • Population</b> .....	<b>17</b>
Faits marquants .....	17
1. Population totale.....	19
1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg.....	19
1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements.....	19
1.3. Évolution de la population.....	20
2. Communes et habitants .....	21
2.1. Densité de population par commune.....	21
2.2. Mouvement de population.....	22
3. Espérance de vie.....	23
3.1. Espérance de vie à la naissance.....	23
3.2. Espérance de vie à 65 ans.....	26
4. Natalité.....	28
4.1. Taux brut de natalité.....	28
4.2. Indice conjoncturel de fécondité.....	29
5. Population de nationalité étrangère .....	31
6. Structure de la population par âge et selon le sexe .....	33
7. Vieillesse de la population.....	34
7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg .....	34
7.2. Vieillesse par commune .....	38
7.3. Ratio de dépendance démographique .....	40
8. Bibliographie .....	41



<b>Chapitre 2 · Mortalité et causes de décès .....</b>	<b>43</b>
Faits marquants .....	43
1. Mortalité totale .....	45
1.1. Mortalité totale en 2014 .....	45
1.2. Indices comparatifs de mortalité .....	46
2. Mortalité par cause .....	50
2.1. Causes de décès .....	51
2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe .....	57
2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province de Luxembourg .....	59
3. Mortalité prématurée .....	61
4. Mortalité périnatale et infantile .....	65
4.1. Mortalité infantile .....	66
4.2. Mortalité néonatale .....	67
4.3. Mortalité post-néonatale .....	68
4.4. Mortinatalité .....	68
5. Bibliographie .....	69
<b>Chapitre 3 · État de santé .....</b>	<b>71</b>
Faits marquants .....	71
1. Santé perçue .....	73
1.1. Santé globale .....	73
1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg .....	73
1.1.2. Santé perçue par sexe .....	74
1.2. Maladies chroniques .....	75
2. Maladies cardiovasculaires .....	79
2.1. Mortalité .....	79
2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde .....	81
2.3. Hypertension artérielle .....	83
3. Cancers .....	84
3.1. Mortalité par cancer .....	84
3.2. Incidence des cancers .....	87
4. Maladies respiratoires .....	91
4.1. Mortalité par maladie respiratoire .....	91
4.2. Asthme .....	92
4.3. Tuberculose .....	93
5. Insuffisance rénale .....	94
5.1. Mortalité par insuffisance rénale .....	95
5.2. Dialyse .....	95
6. Diabète .....	96
6.1. Mortalité causée par le diabète .....	96
6.2. Prévalence du diabète .....	97

7. Ostéoporose .....	98
8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA .....	100
8.1. Infections Sexuellement Transmissibles (IST) .....	100
8.2. VIH-SIDA.....	100
8.2.1. Mortalité causée par le SIDA.....	101
8.2.2. Personnes infectées par le VIH.....	102
9. Limitations physiques et Invalidités .....	103
9.1. Limitations physiques .....	103
9.2. Invalidités .....	103
10. Maladies professionnelles .....	105
11. Accidents .....	106
11.1. Accidents de circulation .....	106
11.2. Accidents du travail.....	108
12. Intoxication au monoxyde de carbone.....	110
13. Santé maternelle et infantile .....	111
13.1. Âge des mères à l'accouchement .....	111
13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	112
13.3. Poids à la naissance.....	113
13.4. Prématurité .....	114
13.5. Tabagisme de la mère .....	115
14. Santé mentale.....	117
14.1. Suicides .....	117
14.1.1. Mortalité par suicide.....	117
14.1.2. Idéation suicidaire .....	119
14.1.3. Tentatives de suicide .....	119
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs .....	120
15. Bibliographie.....	122

**Chapitre 4 • Facteurs de Santé .....** **127**

Faits marquants .....	127
1. Facteurs sociaux .....	129
1.1. Niveau d'instruction .....	129
1.2. Revenus des ménages .....	130
1.3. Emploi.....	133
1.3.1. Population active et inactive .....	133
1.3.2. Chômage .....	135
1.3.3. Autres revenus de substitution.....	138
1.4. Endettement .....	139
1.5. Monoparentalité .....	140
1.6. Logements publics.....	141



2. Excès de poids.....	144
2.1. Corpulence des adultes.....	145
2.2. Corpulence des jeunes .....	148
3. Sédentarité et activité physique.....	149
3.1. Sédentarité chez l'adulte .....	149
3.2. Jeunes et activité physique.....	152
4. Alimentation.....	153
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes.....	153
4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes .....	156
5. Consommation de tabac.....	157
5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes .....	157
5.2. Tabagisme chez les jeunes.....	159
6. Consommation d'alcool.....	160
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes.....	160
6.1.1. Consommation quotidienne .....	160
6.1.2. Surconsommation d'alcool .....	161
6.1.3. Hyperalcoolisation .....	162
6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes .....	162
7. Bibliographie .....	164

## **Chapitre 5 • Offre de soins et de services..... 167**

Faits marquants.....	167
1. Offre de soins.....	169
1.1. Structures hospitalières.....	169
1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins .....	173
1.3. Médecins .....	174
1.3.1. Médecins généralistes .....	174
1.3.2. Médecins spécialistes.....	179
1.4. Autres professionnels de la santé .....	182
1.4.1. Dentistes.....	182
1.4.2. Kinésithérapeutes.....	182
1.4.3. Infirmiers(ères) (excepté les sages-femmes).....	183
2. Offre de services (y compris de soins).....	184
2.1. Accueil de la petite enfance.....	184
2.2. Centres de planning familial.....	186
2.3. Associations de santé intégrée .....	188
2.4. Aides et soins à domicile.....	190
2.5. Services de santé mentale.....	191
3. Bibliographie .....	192

<b>Chapitre 6 · Consommation de soins .....</b>	<b>195</b>
Faits marquants .....	195
1.Consultations médicales et paramédicales .....	197
1.1. Contacts avec le médecin généraliste .....	197
1.1.1. Dossier Médical Global .....	199
1.1.2. Contacts avec le médecin spécialiste .....	201
1.2. Contacts avec le dentiste .....	202
1.3. Recours aux soins à domicile.....	203
1.4. Contacts avec le kinésithérapeute .....	204
1.5. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative .....	204
1.5.1. Ostéopathe .....	205
1.5.2. Homéopathe .....	205
1.6. Contacts avec le service des urgences.....	205
2.Séjours hospitaliers .....	206
2.1. Hospitalisations déclarées .....	206
2.2. Résumé Hospitalier Minimum.....	206
3.Consommation de médicaments.....	208
3.1. Consommation déclarée.....	208
3.2. Consommation enregistrée .....	209
4.Vaccinations .....	213
4.1. Vaccination des enfants .....	213
4.2. Vaccination des adultes.....	214
4.2.1. Grippe.....	214
4.2.2. Pneumocoque .....	215
5.Dépistages.....	216
5.1. Dépistage des cancers.....	216
5.1.1. Dépistage du cancer du sein .....	216
5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans).....	219
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans) .....	220
6.Bibliographie .....	222
<b>Table des cartes .....</b>	<b>225</b>
<b>Table des figures.....</b>	<b>227</b>
<b>Table des tableaux .....</b>	<b>231</b>
<b>Abréviations .....</b>	<b>235</b>
<b>Notes .....</b>	<b>237</b>





# Chapitre 1

## FAITS MARQUANTS

Depuis 15 ans, la population de la province de Luxembourg est en progression constante. Cet accroissement devrait se maintenir dans les années à venir. Au sein de la province, l'évolution de la population varie fortement d'une commune à l'autre. Les communes du centre-est de la province se caractérisent par une croissance assez forte à l'opposé des communes du sud-ouest.

La densité moyenne de population est de 63 habitants/km<sup>2</sup> mais inégalement répartie. Les communes les plus peuplées se concentrent sur trois zones : l'extrême sud, le centre, et la pointe nord de la province. Sur les 44 communes que compte la province, 41 présentent un profil rural.

Au cours des vingt dernières années, quel que soit le territoire, l'espérance de vie à la naissance s'améliore pour les deux sexes. Cette progression est plus rapide chez les hommes. En effet, ils gagnent 4,7 ans et demi en 20 ans là où les femmes n'en gagnent que 2,8 ans sur la même période.

Le taux de natalité en province de Luxembourg tend à diminuer. Toutefois, il est supérieur, au cours du temps, à ceux de la Wallonie et de la Belgique, même si l'écart entre eux tend à diminuer.

En 2014, l'indice conjoncturel de fécondité de la province de Luxembourg, avec 1,83 enfant par femme, est supérieur à celui de la Wallonie (1,74) et de la Belgique (1,73), mais reste inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).

La population étrangère, représentée majoritairement par des Français, Portugais et Luxembourgeois représentent 7,1% de la population de la province. La répartition des différentes nationalités varie fortement en fonction de l'arrondissement.

En province de Luxembourg, une personne sur quatre (25,1%) est âgée de moins de 20 ans et environ une personne sur six (16,2%) a 65 ans ou plus. La proportion des moins de 20 ans en province de Luxembourg est légèrement supérieure, et celle de 65 ans et plus, est légèrement inférieure, à celles de la Belgique et de la Wallonie.

Relativement stable depuis 2000, le vieillissement de la population augmente sensiblement depuis 2010 en province de Luxembourg de même qu'ailleurs dans le pays. En 2015, on compte désormais 65 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Les perspectives prévoient 110 aînés pour 100 jeunes en 2061.





# Chapitre 1

**Avertissement :**

*Ce document contient des comparaisons chiffrées. Si des différences sont explicitées en commentaires, c'est qu'elles sont statistiquement significatives. Autrement dit, elles ne sont pas dues au hasard.*

*Néanmoins, les explications causales nécessitent souvent des recherches plus approfondies que les auteurs n'ont pas toujours été en mesure de réaliser.*

*Si une hypothèse est proposée, c'est qu'elle a fait l'objet d'une analyse spécifique ou qu'elle a été démontrée dans la littérature.*

*Dans ce dernier cas, une référence est systématiquement notée à la fin du paragraphe.*

## 1. Population totale

### 1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg

Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2015

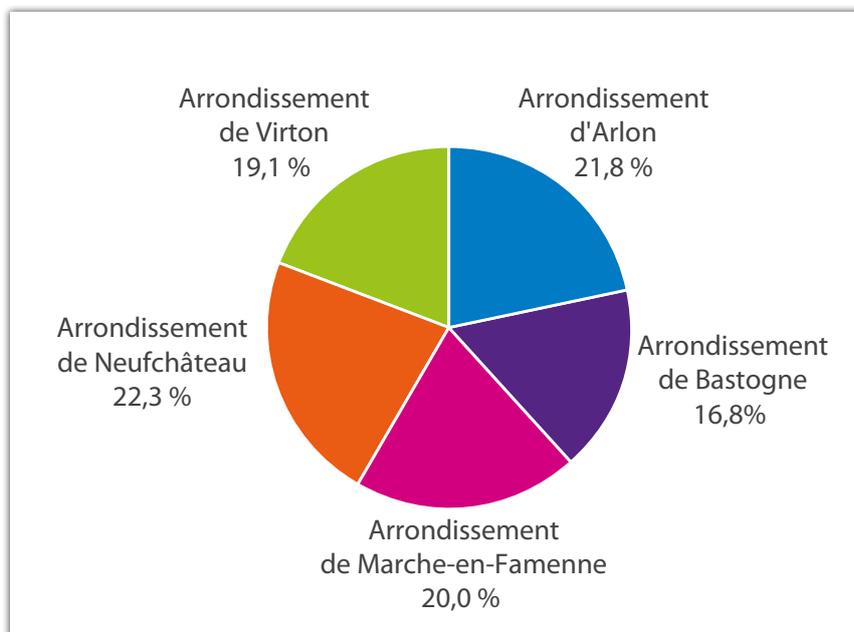
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 505 094	5 703 950	11 209 044
Wallonie		1 749 701	1 840 043	3 589 744
Province de Luxembourg		138 326	140 422	278 748
Arrondissements	Arlon	30 086	30 570	60 656
	Bastogne	23 341	23 516	46 857
	Marche-en-Famenne	27 785	28 072	55 857
	Neufchâteau	30 839	31 260	62 099
	Virton	26 275	27 004	53 279

Source : SPF Économie-DGS

► Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la province de Luxembourg comptait 278 748 habitants, soit 2,5 % de la population totale de la Belgique et 7,8 % de la population de la Wallonie.

### 1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements

Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), province de Luxembourg, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2015



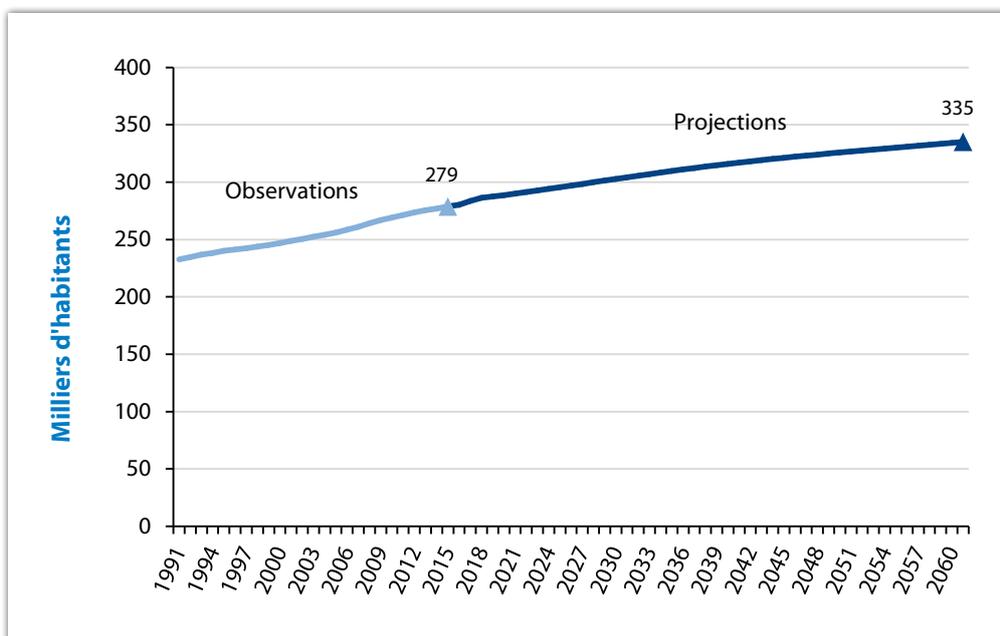
Source : SPF Économie-DGS

► L'arrondissement de Neufchâteau est le plus peuplé avec 62 099 habitants soit 22,3 % de la population de la province de Luxembourg ; viennent ensuite les arrondissements d'Arlon (21,8 %), de Marche-en-Famenne (20,0 %), de Virton (19,1 %) et de Bastogne (16,8 %).

# Chapitre 1

## 1.3. Évolution de la population

Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Luxembourg



Source : Bureau fédéral du Plan

► La population de la province de Luxembourg croît de façon quasiment constante, passant de 232 740 habitants en 1991 à 278 748 en 2015, soit une augmentation de 19,8 %.

L'accroissement de la population est le résultat, non seulement de la différence entre les décès et les naissances (solde naturel), mais il reflète également l'arrivée de nouveaux habitants et le départ d'autres (solde migratoire).

Selon le Bureau Fédéral du Plan, les perspectives pour l'avenir tendent vers une augmentation de la population totale pour atteindre environ 335 201 habitants en province de Luxembourg en 2061.

Diverses hypothèses sous-tendent ces prévisions : une espérance de vie masculine qui rejoint celle des femmes, une espérance de vie en augmentation pour les deux sexes ; une fécondité en hausse ainsi qu'une accentuation de l'immigration internationale temporaire [1].

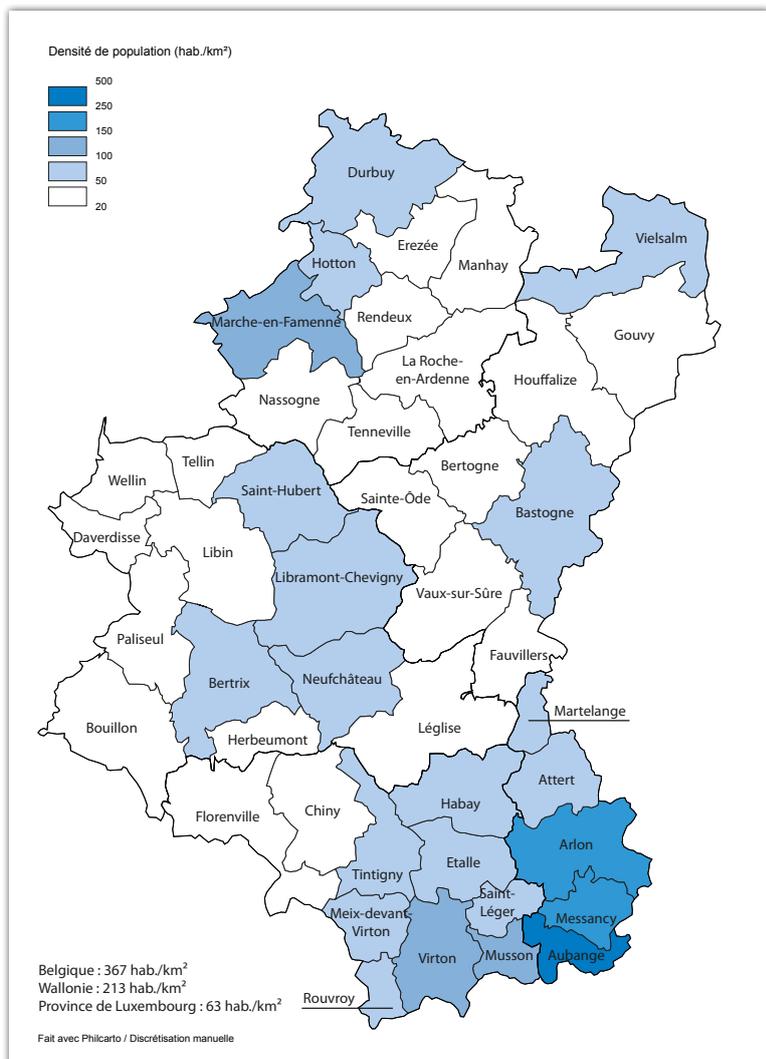
En l'occurrence, l'hypothèse émise serait que l'immigration en provenance d'autres provinces ou internationale est plus grande que l'émigration vers ces zones, ce qui donne des soldes migratoires interne et externe positifs [1].

## 2. Communes et habitants

### 2.1. Densité de population par commune

La densité de population par commune est égale au nombre d'habitants divisé par la surface de la commune en km<sup>2</sup>.

Carte 1.1. Densité de population (hab./km<sup>2</sup>), province de Luxembourg, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2015



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Avec une densité de population de 63 habitants au km<sup>2</sup>, le territoire de la province de Luxembourg apparaît moins densément peuplé que la Wallonie (213 hab./km<sup>2</sup>) et la Belgique (367 hab./km<sup>2</sup>). Au niveau communal, la population luxembourgeoise est répartie de manière inégale. L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) définit une commune comme une collectivité rurale si sa densité de population est inférieure à 150 habitants par km<sup>2</sup> [2]. Sur base de cette définition, 41 communes sur les 44 que compte la province sont rurales. Les communes les plus peuplées se concentrent sur trois zones : l'extrême sud, le centre, et la pointe nord de la province. Les densités s'échelonnent de 25 à 360 habitants au km<sup>2</sup>. Les densités les plus fortes sont enregistrées dans les communes de l'extrême sud (Aubange, Arlon, Messancy).

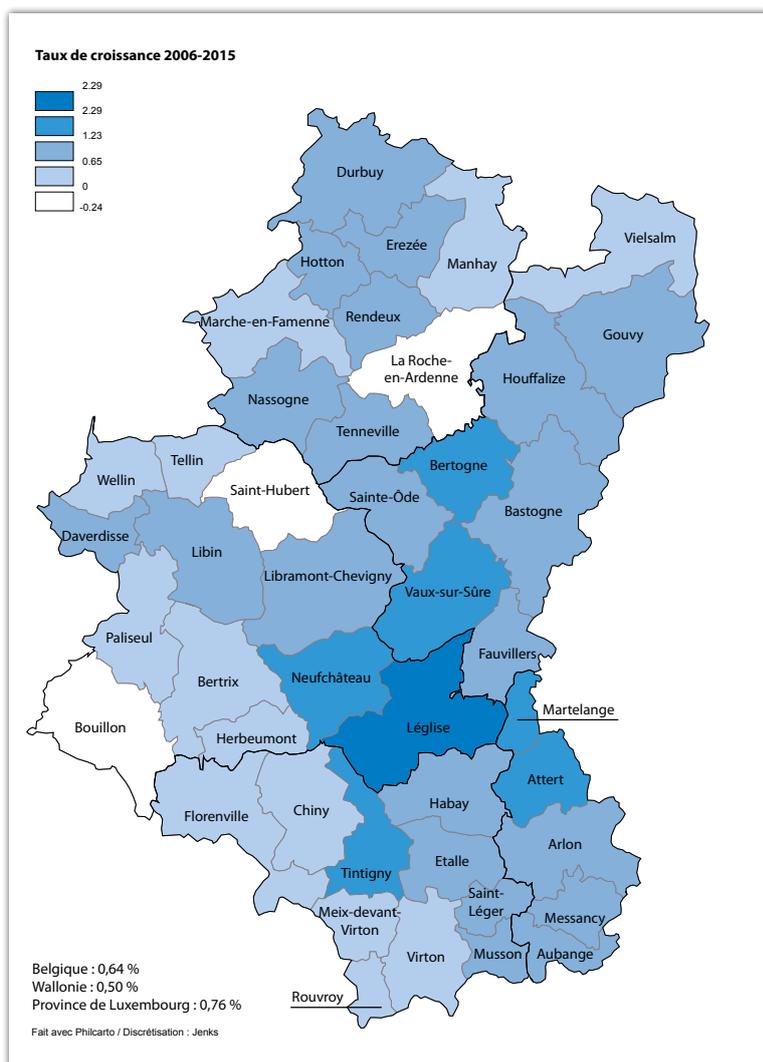


# Chapitre 1

## 2.2. Mouvement de population

Le taux de croissance annuel moyen de la population (en %) est égal à l'accroissement naturel (nombre de naissances moins nombre de décès) plus le solde migratoire (ceux qui arrivent dans la commune moins ceux qui en partent), le tout divisé par le nombre d'habitants en début de période d'observation et multiplié par 100 [3].

Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Luxembourg, par commune, 2006-2015



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Le taux de croissance de la population de la province de Luxembourg au cours des dix dernières années est positif (0,76 %) et supérieur à ceux de la Belgique (0,64 %) et de la Wallonie (0,50 %). À l'échelle des communes, la situation est plus contrastée.

De 2006 à 2015, le taux de croissance de la population apparaît le plus élevé dans les communes de Léglise (2,29 %), Vaux-sur-Sûre (1,59 %), Bertogne (1,58 %), Attert (1,44 %), Tintigny (1,44 %), Neufchâteau (1,33 %) et Martelange (1,23 %). À l'inverse, les taux négatifs concernent les communes de La Roche-en-Ardenne (-0,24 %), Saint-Hubert (-0,16 %) et Bouillon (-0,03 %).

## 3. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années que chaque individu d'une population né au cours d'une année donnée peut espérer vivre, en fonction des taux de mortalité observés cette année-là. Le mode de calcul de cet indicateur lui permet de ne pas être influencé par la structure d'âge de la population (par la proportion de personnes âgées notamment) [4].

### 3.1. Espérance de vie à la naissance

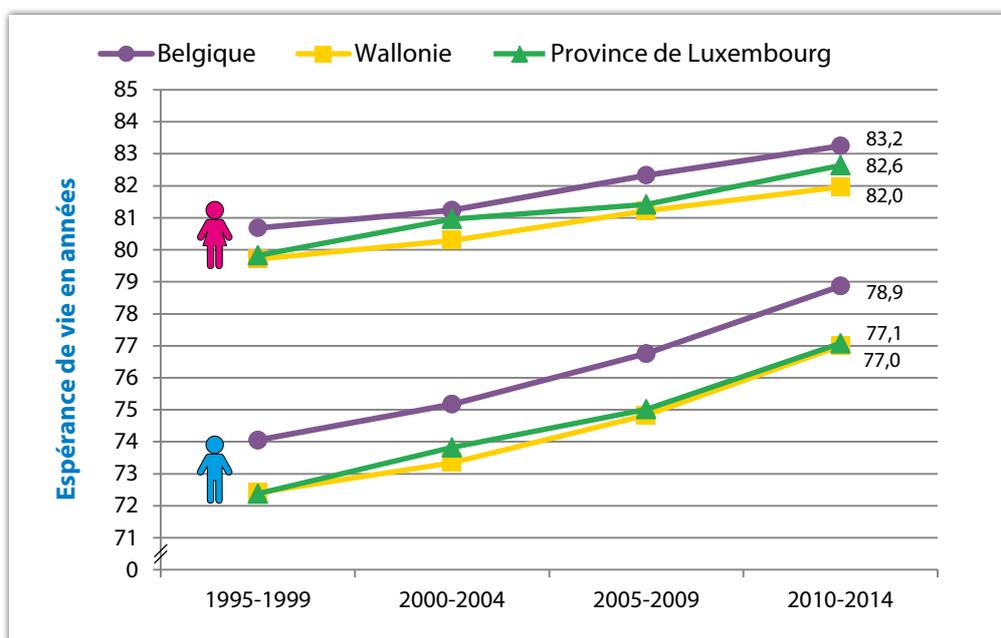
Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2010-2014

	Hommes	Femmes
Belgique	78,9	83,2
Wallonie	77,0	82,0
Province de Luxembourg	77,1	82,6

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Quel que soit le sexe, l'espérance de vie de la population de la province de Luxembourg est similaire à celle des Wallons, mais inférieure à celle des Belges. Pour la période 2010-2014, par rapport à la population nationale, l'écart atteint près de 22 mois chez les hommes et plus de 7 mois chez les femmes.

Figure 1.3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg



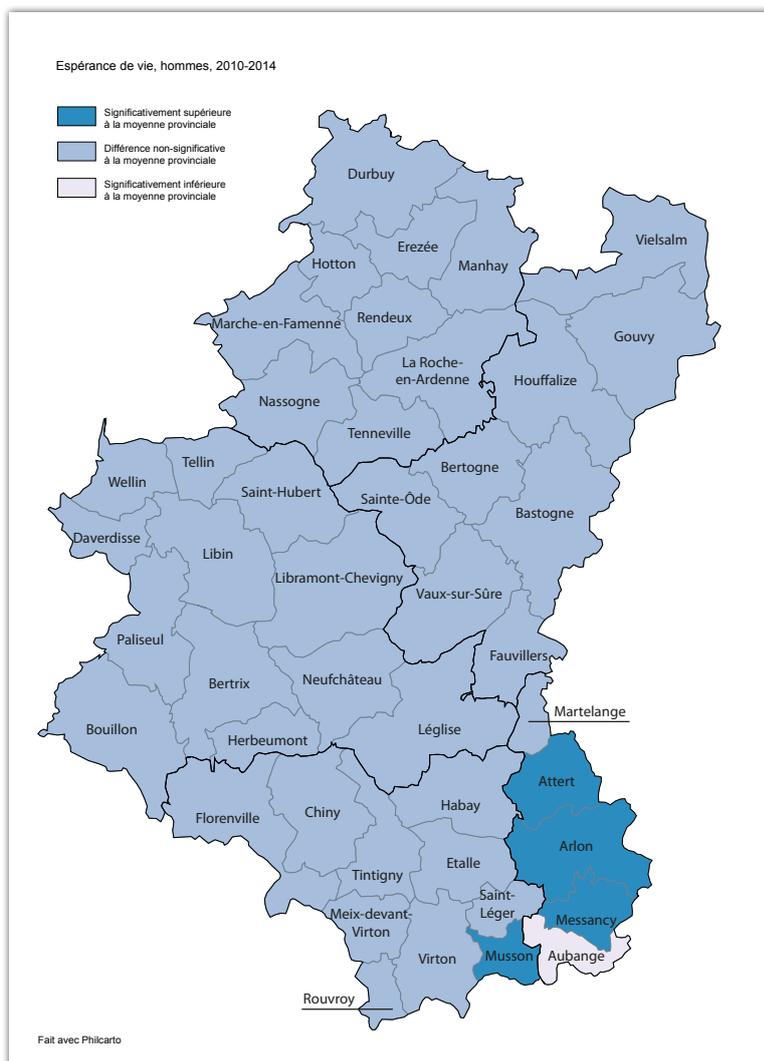
Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Sur une période de vingt ans, l'espérance de vie en Belgique, en Wallonie et en province de Luxembourg n'a cessé d'augmenter tant chez les hommes que chez les femmes. Cette augmentation est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et la différence homme-femme a tendance à se réduire. En province de Luxembourg, elle passe de 7,4 années en faveur des femmes pour la période 1995-1999 à 5,5 années pour la période 2010-2014. En outre, les écarts entre territoires restent relativement similaires au cours du temps.



# Chapitre 1

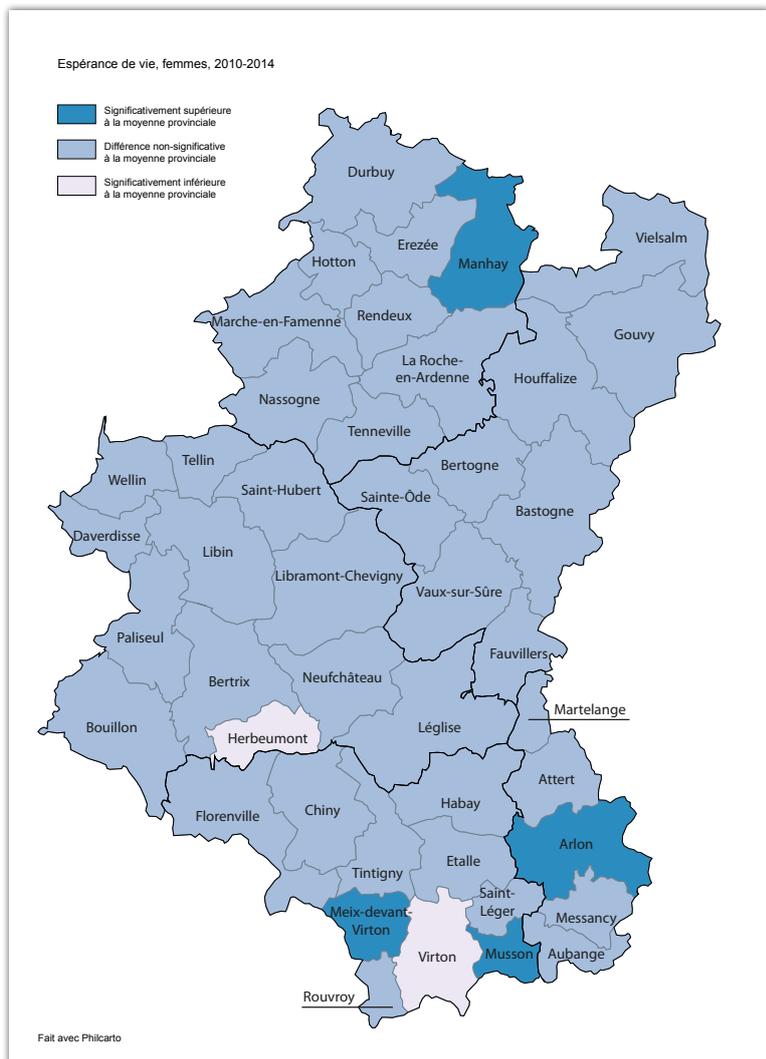
Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Luxembourg, par commune, 2010-2014



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Une espérance de vie significativement plus élevée est observée parmi la population masculine du sud de la province (Musson, Attert, Messancy et Arlon). À l'inverse, les hommes d'Aubange présentent une espérance de vie plus faible.

Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Luxembourg, par commune, 2010-2014



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Chez les femmes, l'espérance de vie est significativement plus importante dans les communes de Musson, Meix-devant-Virton, Manhay et Arlon. Par contre, l'espérance de vie se révèle inférieure dans les communes d'Herbeumont et de Virton.



# Chapitre 1

## 3.2. Espérance de vie à 65 ans

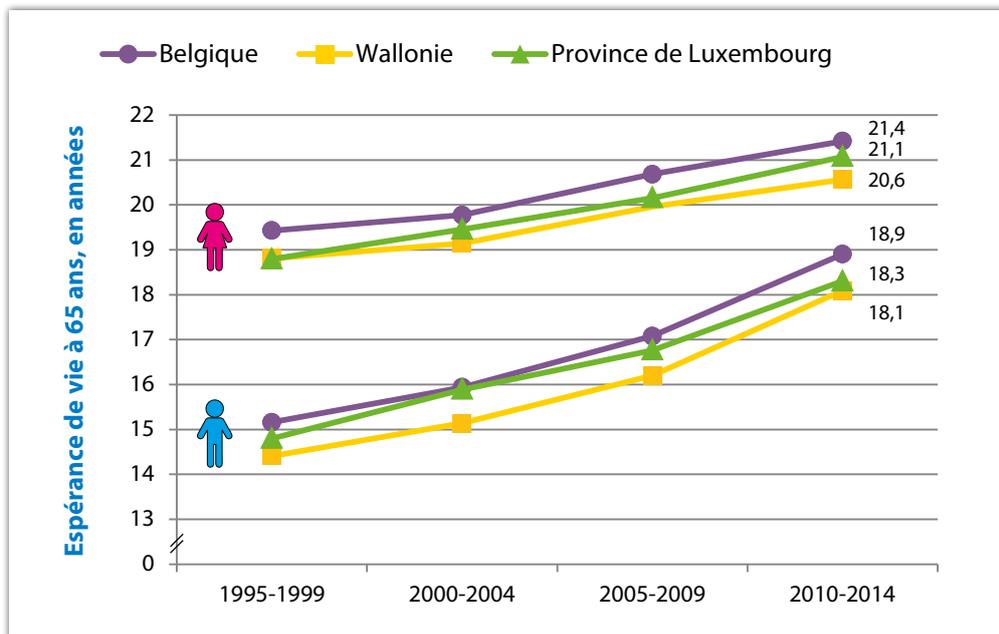
Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2010-2014

	Hommes	Femmes
Belgique	18,9	21,4
Wallonie	18,1	20,6
Province de Luxembourg	18,3	21,3

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Entre 2010 et 2014, en province de Luxembourg, l'espérance de vie à 65 ans est de 18,3 années pour un homme contre 21,3 années pour une femme. Elle est identique pour les hommes de la province de Luxembourg et de Wallonie mais inférieure à celle des Belges. Pour les femmes, l'espérance de vie à 65 ans en province de Luxembourg ne diffère pas de celle des femmes de Belgique mais est supérieure à celle de l'ensemble des femmes wallonnes.

Figure 1.4. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

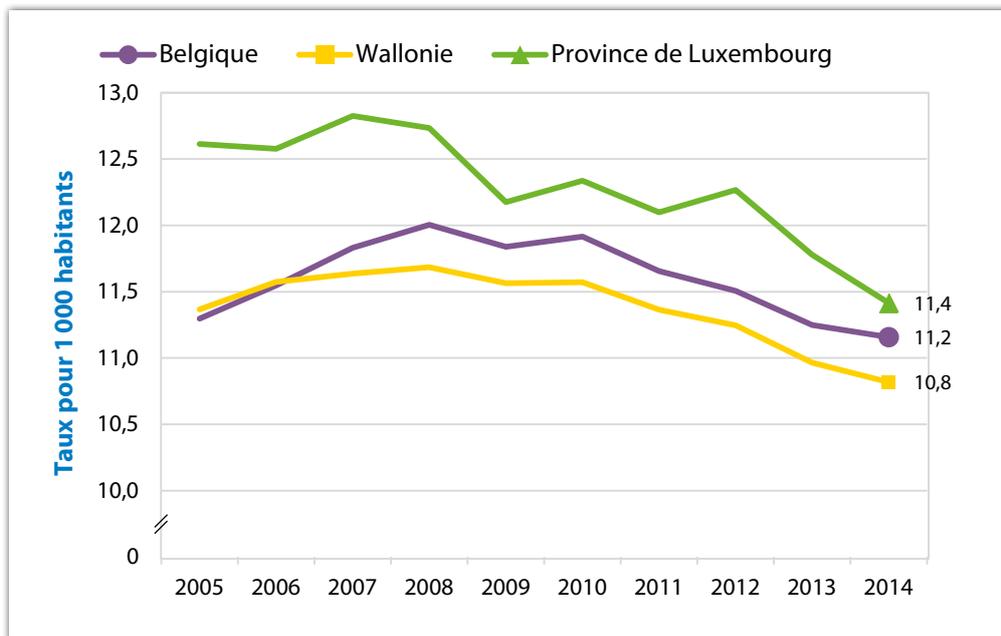
► L'espérance de vie à 65 ans continue de s'accroître depuis 20 ans en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg. Le phénomène est plus marqué dans la population masculine que féminine. Elle atteint respectivement 18,3 et 21,1 ans chez les hommes et les femmes de la province de Luxembourg pour la période 2010-2014 contre 14,8 et 18,8 ans en 1995-1999. L'évolution de l'espérance de vie à 65 ans est sensiblement identique entre les différents territoires, quel que soit le sexe. Comme pour l'espérance de vie à la naissance, une réduction progressive de l'écart entre hommes et femmes est observée.

Il reste cependant que l'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de mortalité de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie. Or, l'espérance de vie étant influencée par les conditions de vie (nourriture, accès aux soins, guerres, accidents, violence, pollutions, conditions de travail, tabagisme...), il est essentiel de tenir compte du ressenti de la population quant à son état de santé si l'on veut évaluer son espérance de vie sans incapacité. Ainsi, l'Institut de Santé Publique a démontré que, sur base des données des enquêtes de santé, la population belge peu qualifiée (pas ou peu diplômées) pouvait en général s'attendre à vivre plus d'années en mauvaise santé que celle plus qualifiée.

L'ISP conclut qu'en Belgique l'inégalité est plus grande en termes de qualité de santé qu'en termes de quantité de santé. En 2013, les épidémiologistes de l'ISP ont calculé que l'espérance de vie sans limitations était de 13,3 ans chez les hommes de 50 ans avec un diplôme de l'enseignement primaire, alors qu'elle atteignait 22 ans chez ceux qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur (soit près de 10 ans de plus!). À 65 ans, les hommes du premier groupe font donc déjà face à des limitations qui peuvent compliquer le maintien en activité professionnelle, alors que ce n'est pas le cas du second [5, 6].



Figure 1.5. Évolution du taux brut de natalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005-2014



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► En 2014, les taux bruts de natalité de la Belgique, de la Wallonie et de la province de Luxembourg sont relativement proches. Les taux belge et wallon présentent une tendance croissante de 2005 à 2008 suivie par une diminution progressive jusqu'en 2014. Le taux en province de Luxembourg diminue également mais de façon moins linéaire car il est influencé directement par un plus petit nombre de naissances. Toutefois, le taux de natalité en province de Luxembourg reste supérieur, au cours du temps, à ceux des deux autres territoires, même si l'écart entre eux tend à diminuer

## 4.2. Indice conjoncturel de fécondité

Le taux de fécondité est égal au nombre de naissances vivantes divisé par le nombre moyen de femmes en âge de procréer (15-49 ans) pour l'année considérée.

L'indice conjoncturel de fécondité (exprimé en nombre moyen d'enfants par femme) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie, si les taux de fécondité de chaque groupe d'âge pour l'année considérée restaient stables dans le temps.

Cet indice permet les comparaisons dans le temps et dans l'espace et gomme les effets liés à la structure d'âge et de sexe de la population. Comme pour l'espérance de vie, il s'agit d'une construction mathématique et non de l'observation d'une cohorte. En-dessous de 2,1 enfants par femme, on estime que le seuil de renouvellement de la population n'est pas atteint; le remplacement de population suppose que chaque mère soit remplacée à la génération suivante par une fille susceptible de donner à son tour naissance à une fille, et ainsi de suite [8].

En 1961, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) s'élevait encore à 2,62 enfants par femme en Belgique. C'est à partir de 1972, lors du choc pétrolier, que l'ICF passe en dessous du seuil de renouvellement à 2,09 enfants par femme. Il a, ensuite, diminué régulièrement jusqu'en 1985 (1,51 enfant par femme) pour remonter vers un pic en 2008 (1,85) avant de redescendre, en 2013, jusqu'à ses niveaux de 2005 (1,74) [9].

# Chapitre 1

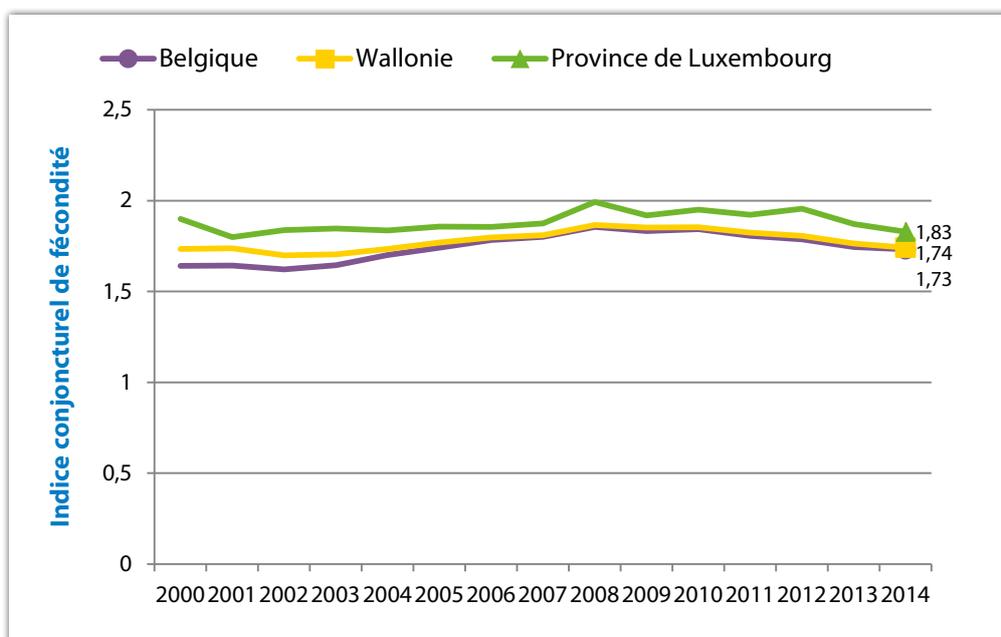
Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

	Indice conjoncturel de fécondité
Belgique	1,73
Wallonie	1,74
Province de Luxembourg	1,83

Source : Bureau Fédéral du Plan

► En 2014, l'indice conjoncturel de fécondité de la province de Luxembourg, avec 1,83 enfant par femme, est supérieur à celui de la Wallonie (1,74) et de la Belgique (1,73), mais reste inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).

Figure 1.6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014



Source : Bureau Fédéral du Plan

► En 2000, la province de Luxembourg affichait un indice conjoncturel de fécondité (1,90) supérieur aux indices wallon (1,73) et belge (1,64), mais cet écart s'est réduit progressivement au cours des quinze années qui ont suivi.

À partir de 2002 jusqu'à 2008, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) des trois territoires n'a cessé d'augmenter, même s'il est toujours resté inférieur au seuil de remplacement de population (2,1). Après 2008, ces indices ont commencé à décroître.

## 5. Population de nationalité étrangère

Ce tableau présente les données concernant la population n'ayant pas la nationalité belge et non la population d'origine étrangère naturalisée belge. Il est à noter qu'à la naissance, si un des deux parents est belge, l'enfant est belge; si les parents sont étrangers mais que l'un des deux est né en Belgique, l'enfant est belge moyennant une déclaration; si les deux parents sont étrangers nés à l'étranger, l'enfant est étranger.

**Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2015**

		Belges	Étrangers		Total
			Nombre	%	
Belgique		9 953 758	1 255 286	11,2	11 209 044
Wallonie		3 237 314	352 430	9,8	3 589 744
Province de Luxembourg		259 046	19 702	7,1	278 748
Arrondissements	Arlon	50 807	9 849	16,2	60 656
	Bastogne	44 735	2 122	4,5	46 857
	Marche-en-Famenne	53 625	2 232	4,0	55 857
	Neufchâteau	59 675	2 424	3,9	62 099
	Virton	50 204	3 075	5,8	53 279

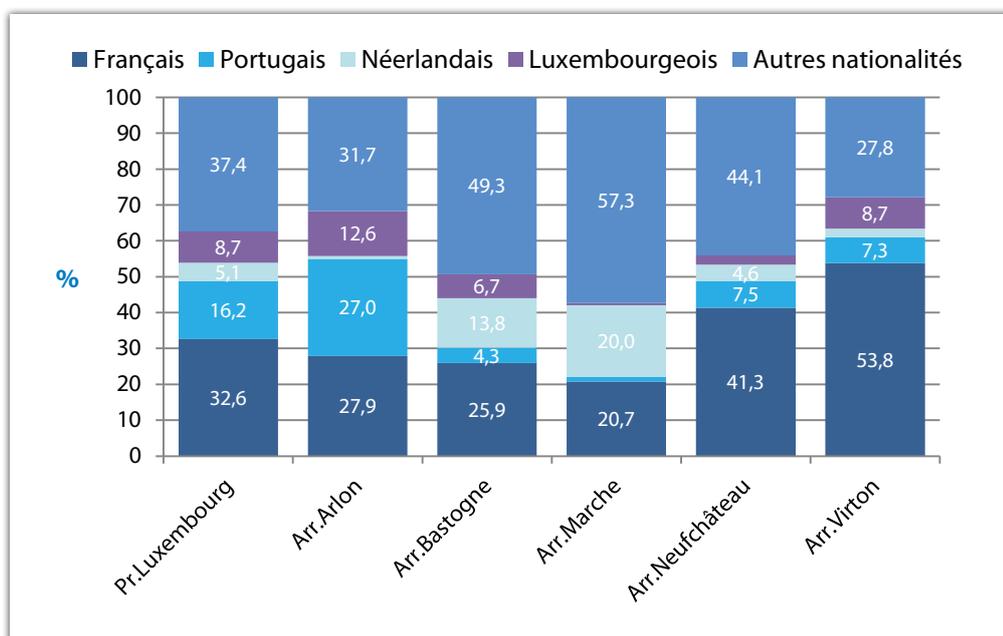
Source : SPF Économie-DGS

► En 2015, la province de Luxembourg compte une proportion de ressortissants étrangers (7,1%) inférieure à celles de la Wallonie (9,8%) et de la Belgique (11,2%). L'arrondissement d'Arlon compte plus du double de résidents de nationalité étrangère (16,2%) que la province en termes de proportion. Les arrondissements de Neufchâteau et de Marche-en-Famenne comptent les plus faibles proportions de ressortissants étrangers (respectivement 3,9% et 4,0%).



# Chapitre 1

Figure 1.7. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Luxembourg, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2015



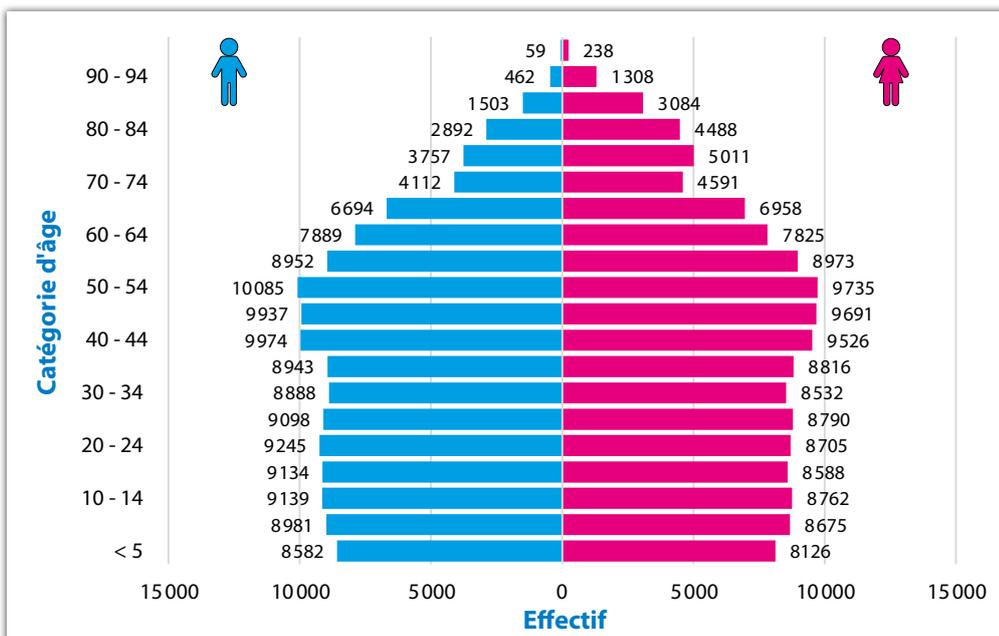
Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► La nationalité la plus représentée dans tous les arrondissements de la province de Luxembourg est la nationalité française, la deuxième place étant occupée soit par les Portugais (Arlon et Neufchâteau), soit par les Néerlandais (Marche-en-Famenne et Bastogne), soit par les Luxembourgeois (Virton).

## 6. Structure de la population par âge et selon le sexe

La pyramide des âges représente la répartition d'une population par tranche d'âge et par sexe à un instant donné, pour une population donnée [10].

Figure 1.8. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Luxembourg, 1<sup>er</sup> janvier 2015



Source: SPF Économie-DGS

► La pyramide des âges de la province de Luxembourg présente une allure similaire à celle de l'ensemble des pays développés. Comme dans la plupart de ces états, sa forme n'est plus réellement pyramidale mais plutôt en « meule de foin ». Elle comporte un « rétrécissement » de sa base lié à une fécondité diminuée et un « élargissement » de sa partie supérieure lié à l'allongement de l'espérance de vie. La forme de la pyramide est également marquée par les événements historiques.

Entre 70 et 79 ans, le creux marqué est lié au déficit de naissances durant la grande crise et la Seconde Guerre mondiale.

Entre 50 et 69 ans, le gonflement important de la pyramide correspond au baby-boom : les enfants du baby-boom sont nés dans une période d'optimisme stimulée par une conjoncture économique très favorable qui persista jusqu'au début des années septante. Durant cette période, l'accroissement de la population est également lié à l'importante immigration d'hommes jeunes ensuite rejoints par leur famille.

Entre 30 et 39 ans, une légère dépression est observée. La crise pétrolière des années septante a eu un effet pessimiste sur la fécondité, de même que la fin du plein-emploi [8].

À partir des années septante, la fécondité diminue régulièrement sous l'effet de la généralisation des moyens contraceptifs avec une planification familiale plus structurée. L'accès au travail généralisé pour les femmes et les changements de mentalités et des modes de vie qui y sont liés peuvent expliquer aussi ce phénomène [11].

# Chapitre 1

## 7. Vieillesse de la population

Selon Eurostat, la population dans les 28 pays de l'Union européenne devrait continuer à vieillir, le nombre élevé de baby-boomers faisant gonfler la proportion de personnes âgées dans les décennies à venir. La faible natalité persistante entraînant une diminution de la proportion de jeunes dans la population et l'augmentation de l'espérance de vie auront un impact sur la forme de la pyramide des âges ressemblant davantage à une « meule de foin » à l'horizon 2080 (EUROPOP2013).

Eurostat relève aussi le vieillissement progressif de la population âgée elle-même, l'importance relative des personnes très âgées progressant à un rythme plus rapide que n'importe quel autre segment de la population de l'UE. On s'attend ainsi à ce que la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population de l'UE-28 soit multipliée par deux ou plus entre 2014 et 2080.

Au cours de cette même période, la part de la population en âge de travailler devrait diminuer régulièrement jusqu'en 2050, avant de se stabiliser quelque peu, tandis que les personnes âgées constitueront sans doute une part grandissante de la population totale, les personnes de 65 ans et plus représentant 28,7% de la population de l'UE-28 en 2080, contre 18,5% en 2014. Conséquence : le taux de dépendance des personnes âgées dans l'UE-28 devrait presque doubler, passant de 28,1% en 2014 à 51,0% en 2080.

Sur le plan sanitaire, on ne peut que se réjouir de cet accroissement de la longévité, surtout car l'espérance de vie sans incapacité augmente également dans les mêmes proportions. Par contre, sur le plan économique, les générations en âge de travailler devront supporter les dépenses liées à une proportion croissante de personnes âgées [12].

### 7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg

Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1<sup>er</sup> janvier 2015

	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	N	%	N	%	N	%
<20 ans	2 531 000	22,6	842 977	23,5	69 987	25,1
20-64 ans	6 647 456	59,3	2 116 981	59,0	1 636 04	58,7
65 ans et +	2 030 588	18,1	629 786	17,5	45 157	16,2
Total	11 209 044	100,0	3 589 744	100,0	278 748	100,0

Source : SPF Économie-DGS

► En 2015, les répartitions des populations par tranche d'âge sont relativement semblables en Belgique, en Wallonie et en province de Luxembourg. Toutefois, la proportion de moins de 20 ans en province de Luxembourg est légèrement plus importante et celle de 65 ans et plus est légèrement plus faible par rapport à celles de la Belgique et de la Wallonie. En effet, en province de Luxembourg, une personne sur quatre (25,1%) est âgée de moins de 20 ans et environ une personne sur six (16,2%) a 65 ans ou plus. Par conséquent, les personnes considérées comme actives (20-64 ans) constituent environ 3/5 de la population.

**Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1<sup>er</sup> janvier 2015**

Hommes	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	486 280	55,4	151 331	57,4	10 806	55,5
75-84 ans	301 639	34,4	86 166	32,7	6 649	34,1
85 ans et +	89 834	10,2	26 226	9,9	2 024	10,4
Total	877 753	100,0	263 723	100,0	19 479	100,0
Femmes	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	535 732	46,5	172 793	47,2	11 549	45,0
75-84 ans	418 522	36,3	128 784	35,2	9 499	37,0
85 ans et +	198 581	17,2	64 486	17,6	4 630	18,0
Total	1 152 835	100,0	366 063	100,0	25 678	100,0

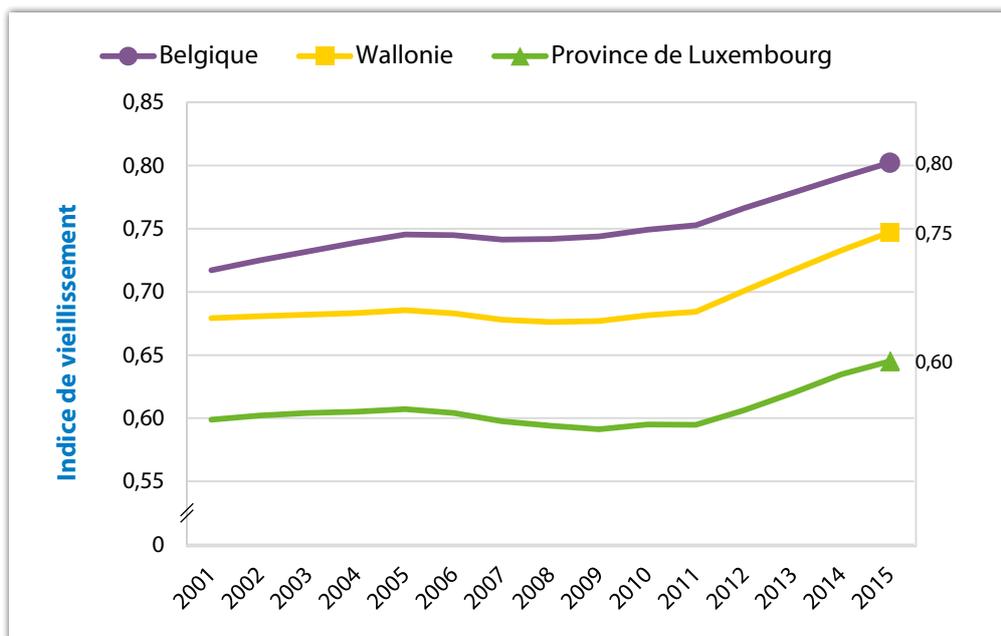
Source : SPF Économie-DGS

► Les populations des trois territoires présentent globalement la même structure par âge des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, le nombre de femmes est plus de deux fois plus élevé que celui des hommes.

# Chapitre 1

L'indice de vieillissement est le rapport entre les personnes de 65 ans et plus et les personnes de moins de 20 ans [13]. Ainsi, un indice de 0,70 sur un territoire signifie qu'on y trouve 70 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Figure 1.9. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2001-2015



Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

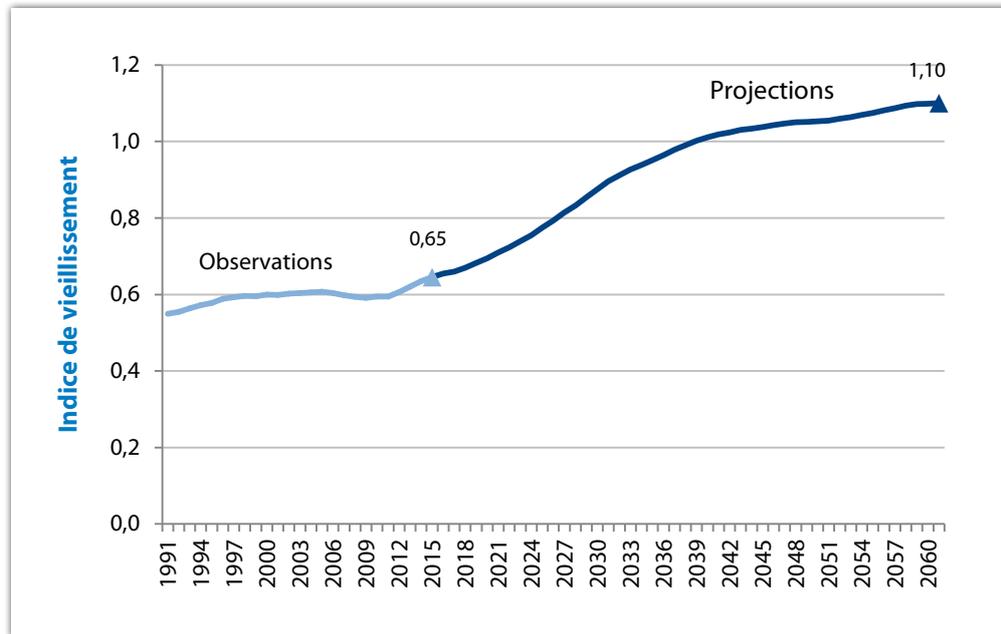
► De 2001 à 2015, les courbes de l'indice de vieillissement de la province de Luxembourg et celle de la Wallonie sont restées parallèles et relativement stables. Néanmoins, l'indice de vieillissement en province de Luxembourg reste toujours inférieur aux indices wallon et belge, montrant ainsi un vieillissement moins important qu'en Wallonie et en Belgique.

Cet indice est partout inférieur à 1, ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées. Ce rapport «jeunes - personnes âgées» pourrait néanmoins s'inverser dans le futur, suite à l'augmentation importante de la population des 65 ans et plus depuis 2010 (baby-boom).

À partir de 2011, une accélération de l'augmentation de l'indice est observée après une période de relative stabilité.

L'écart entre l'indice belge et ceux de la Wallonie et de la province de Luxembourg provient du vieillissement plus important de la population en Région flamande [8].

Figure 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Luxembourg



Source : Bureau Fédéral du Plan

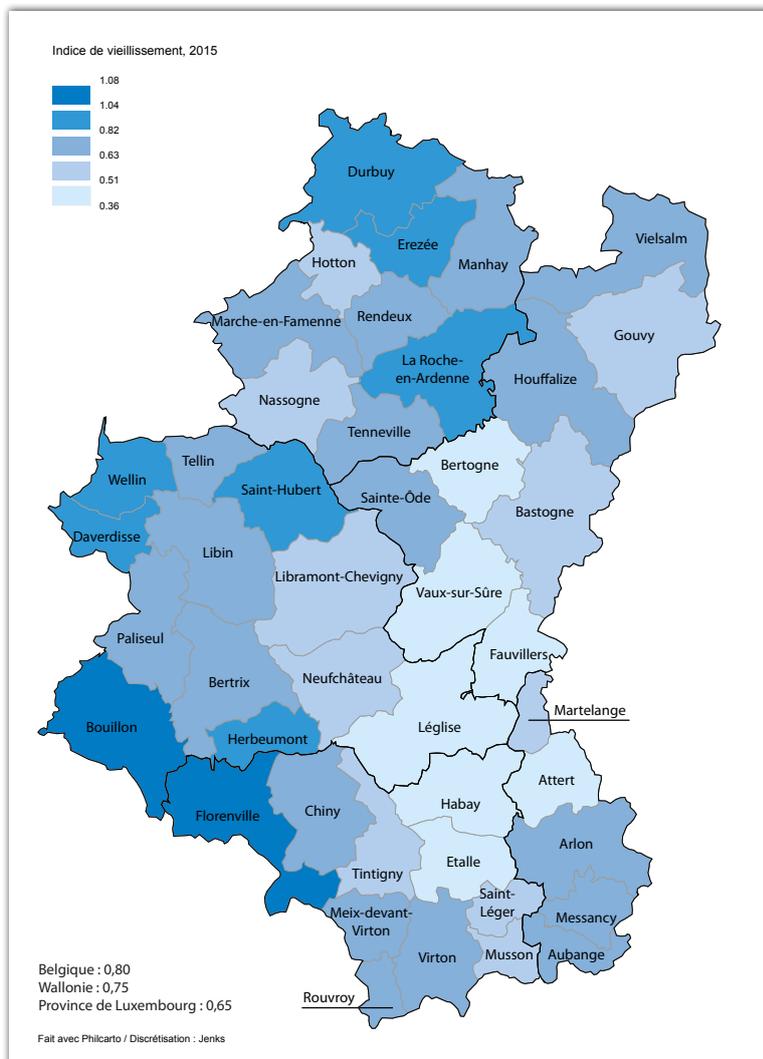
► Selon les projections établies par le Bureau Fédéral du Plan, la proportion des 65 ans et plus dans la population de la province de Luxembourg augmenterait de 16,2 % en 2015 à 24,9 % en 2061.

L'indice de vieillissement évoluerait de 0,65 en 2015 à 1,10 en 2061, ce qui correspond à 110 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. À cette époque, les indices de vieillissement de la province de Luxembourg (1,10), de la Wallonie (1,12) et de la Belgique (1,05) seront proches.

# Chapitre 1

## 7.2. Vieillesse par commune

Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Luxembourg, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2015

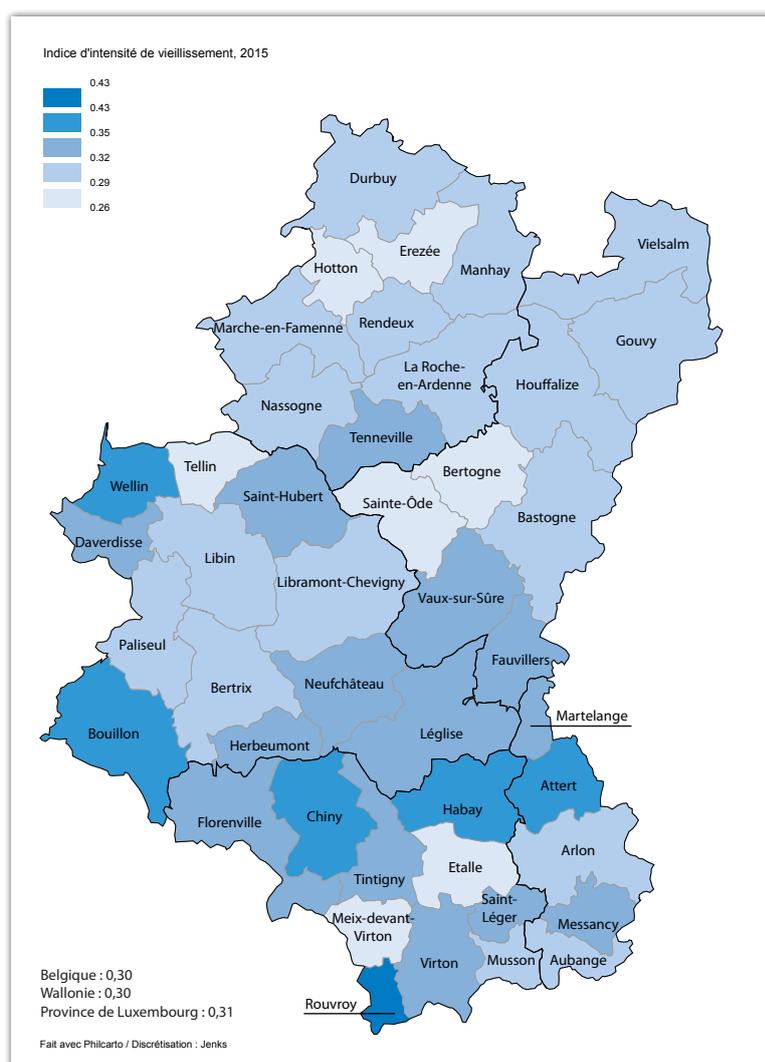


Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Au niveau communal, l'indice de vieillissement est supérieur à 1 dans les communes de Bouillon (1,08) et de Florenville (1,04).

L'indice d'intensité du vieillissement est le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65 ans et plus [14]. Il se calcule en faisant le rapport entre les personnes de 80 ans et plus et les personnes de 65 ans et plus.

Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Luxembourg, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2015



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Par rapport au processus global de vieillissement de la population, l'indice d'intensité de vieillissement fournit une indication de l'importance du « 4<sup>e</sup> âge » (80 ans et plus) au sein des 65 ans et plus.

En 2015, les indices d'intensité de vieillissement sont quasiment identiques pour la Belgique (0,30), la Wallonie (0,30) et la province de Luxembourg (0,31).

Globalement, plus de la moitié des communes (24 sur 44) présente un indice d'intensité de vieillissement supérieur à la moyenne provinciale.



# Chapitre 1

## 7.3. Ratio de dépendance démographique

Le ratio de dépendance démographique est fonction de la structure par âge de la population. C'est le rapport du nombre d'individus supposés «dépendre» des autres pour la vie quotidienne - jeunes et personnes âgées - et le nombre d'individus capables d'assumer cette charge, c'est-à-dire en âge de travailler.

Différentes bornes sont utilisées pour définir la population en âge de travailler: 20 à 64 ans pour l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), 15 à 64 ans pour Eurostat, 20 à 59 ans pour l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Compte tenu de l'obligation scolaire jusque 18 ans et de la législation qui incite de plus en plus les travailleurs à ne pas prendre leur retraite avant 65 ans, la définition de l'OCDE a été retenue [15].

Selon la définition utilisée et la population dans laquelle l'indice est calculé, sa valeur peut varier de façon plus ou moins importante.

Tableau 1.8. Évolution du ratio de dépendance, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1985-1995-2005-2015

	1985	1995	2005	2015
Belgique	0,67	0,66	0,68	0,69
Wallonie	0,68	0,65	0,67	0,69
Province de Luxembourg	0,74	0,75	0,75	0,70

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, les valeurs des trois territoires observés sont quasiment identiques, à savoir entre 0,69 et 0,70. Ceci signifie qu'en province de Luxembourg, pour 100 personnes en âge d'activité (personnes âgées entre 20 et 64 ans), 70 personnes (de moins de 20 ans et de 65 ans et plus) sont définies comme «dépendantes».

## 8. Bibliographie

1. Vandresse, M., *Perspectives démographiques 2014-2060 : Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs*. 2015, Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique.
2. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), *Créer des indicateurs ruraux pour étayer la politique rurale*. 1994 : OCDE.
3. Thomsin, L., *La géographie de la population ou Géodémographie*. 2013, Liège : Presses universitaires de Liège.
4. IWEPS. and SPF Économie., *Espérance de vie*. 2015.
5. Bossuyt, N. and H. Van Oyen, *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique*. 2001.
6. Berger, N. and H. Van Oyen, *Sommes-nous suffisamment en bonne santé pour travailler plus longtemps ?* 2013.
7. Insee. *Taux de natalité*. 2016 ; Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-natalite.htm>.
8. Debuisson, M., L. Dal, and M. Foulon, *Recensement général de la population et des logements au 1<sup>er</sup> mars 1991 : l'évolution de la population, l'âge et le sexe. Monographie du Recensement*. 2000, Institut National des Statistiques : Bruxelles. p. 1 - 170.
9. *Indice conjoncturel de fécondité*. SPF Économie : p. 2.
10. Insee. *Pyramide des âges*. 2016 ; Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/pyramide-ages.htm>.
11. UN, *rapport mondial sur la fécondité 2003*, D. Population Division, United Nations, Editor. 2004, Nations-Unies. p. 10.
12. Eurostat. *Population structure and ageing*. 2015 ; Available from : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/fr&oldid=142825](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr&oldid=142825).
13. IWEPS. and SPF Économie., *Indicateurs de structure par sexe et âge de la population*. 2015.
14. Deguerry, M., et al., *Tableau de bord de la santé en région bruxelloise 2010*, in *Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale*. 2011. p. 296.
15. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), *Panorama de la société : les indicateurs sociaux de l'OCDE - Édition 2006, page 44*, OCDE, Editor. 2007 : Paris.





# Chapitre 2

# Mortalité et causes de décès

## FAITS MARQUANTS

2 519 décès ont été enregistrés en 2014 en province de Luxembourg, soit un taux brut de mortalité de 9,1 pour 1 000 habitants. La mortalité masculine est nettement plus élevée (+74,9%) que la mortalité féminine.

La mortalité en province de Luxembourg en 2014 est inférieure à celle de la Wallonie, mais plus élevée que celle de la Belgique.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès en province de Luxembourg en 2014 (28,8%), suivies des tumeurs (25,3%) et des maladies de l'appareil respiratoire (9,7%).

En 25 ans, une diminution statistiquement significative des décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire est constatée aussi bien chez les hommes que chez les femmes de la province de Luxembourg, mais également des décès liés aux tumeurs chez les hommes uniquement.

Les morts non naturelles (accidents, empoisonnements, suicides...) sont la première cause de décès chez les hommes de 1 à 49 ans et chez les femmes de 1 à 24 ans. Les suicides représentent un peu plus d'un cinquième des décès des hommes de 25 à 49 ans. Cette proportion est moins élevée chez les femmes du même âge.

La mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans) en province de Luxembourg est proche de celle de la Wallonie, mais plus élevée que celle de la Belgique. Les trois principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les morts non naturelles et les maladies de l'appareil circulatoire. Les décès prématurés sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes.

La mortalité infantile (de 0 à 1 an) diminue en province de Luxembourg comme en Belgique et en Wallonie. Le taux de mortalité infantile est passé de 14,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1987 à 1,8 décès en 2010, soit une diminution de 87,6% en 20 ans.





# Chapitre 2

# Mortalité et causes de décès

La mortalité reste un indicateur important pour évaluer l'état de santé d'une population. Les données de mortalité sont en général relativement fiables; en outre leur disponibilité régulière au cours des années permet d'étudier l'évolution au cours du temps.

Certaines évolutions en termes de mortalité peuvent parfois être mises en relation avec des améliorations des pratiques en matière de santé et de performance du système de soins : mesures de prévention (accidents de transports, mort subite du nourrisson...), réduction de pratiques à risque (maladies liées à l'alcool), rôle du système de soins (maladies cérébrovasculaires, sida...) [1]. Il est toutefois difficile de démontrer une relation de cause à effet.

Selon les dernières statistiques d'Eurostat (2012), la Belgique occupe la 16<sup>e</sup> place en termes de mortalité avec un taux standardisé 24 % plus élevé que le Liechtenstein, dont la mortalité totale est la plus faible en Europe. Notre pays se classe au même niveau que la Grèce ou le Portugal mais connaît une situation moins favorable par rapport à ses proches voisins (Allemagne, Luxembourg ou Pays-Bas).

## 1. Mortalité totale

Les données proviennent du Registre National de la Population. Elles ont l'avantage de porter sur une période plus récente (année 2014) mais ne permettent cependant pas d'analyser les causes de décès.

### 1.1. Mortalité totale en 2014

Tableau 2.1. Nombre de décès selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014

	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	51 556	53 167	104 723	
Wallonie	17 737	19 102	36 839	
Province de Luxembourg	1 313	1 206	2 519	
Arrondissements	Arlon	265	239	504
	Bastogne	213	188	401
	Marche-en-Famenne	272	261	533
	Neufchâteau	316	279	595
	Virton	247	239	486

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► En 2014, en province de Luxembourg, 1 313 décès ont été enregistrés chez les hommes et 1 206 décès chez les femmes, soit un total de 2 519 décès. La proportion de décès correspond respectivement à 2,4 % et 6,8 % de la mortalité de la Belgique et de la Wallonie. Ces proportions sont cohérentes par rapport à la proportion que représente la population luxembourgeoise aux niveaux belge (2,5 %) et wallon (7,7 %)

La mortalité totale de la province de Luxembourg se répartit au niveau des arrondissements comme suit : 20,0 % à Arlon, 15,9 % à Bastogne, 21,2 % à Marche-en-Famenne, 23,6 % à Neufchâteau et 19,3 % à Virton.

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de population en milieu de cette année [2].

En province de Luxembourg, en 2014, le taux brut de mortalité s'élève à 9,1 décès pour 1 000 habitants, ce qui est proche du taux belge (9,4), mais plus faible que le taux wallon (10,3).



# Chapitre 2

## 1.2. Indices comparatifs de mortalité

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport entre le nombre de décès observé dans une population et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité de chaque tranche d'âge étaient identiques à ceux d'une population de référence à laquelle on attribue une valeur de 100. Cette méthode de calcul permet de gommer l'effet éventuel de la structure par âge de la population.

Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la population de référence et un ICM de 84 signifie une mortalité de 16 % inférieure à la population de référence [3, 4].

Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 (Femme=100)

	Hommes		Femmes	
Belgique	157,2	*	<b>100,0</b>	
Wallonie	159,3	*	<b>100,0</b>	
Province de Luxembourg	174,9	*	<b>100,0</b>	

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (population féminine 2014=100)

► Après ajustement pour la structure d'âge, la mortalité masculine apparaît nettement plus élevée que la mortalité féminine tant en Belgique (+57,2 %) et en Wallonie (+59,3 %), qu'en province de Luxembourg (+74,9 %).

Il paraît donc opportun d'aborder séparément l'analyse des données de mortalité masculine et féminine.

Afin d'éviter les variations annuelles, les indices comparatifs de mortalité sont présentés pour les années 2010-2014 regroupées.

Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)

		Hommes		Femmes		Total	
Belgique		86,9	*	90,6	*	89,3	*
Wallonie		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
Province de Luxembourg		96,7		94,7	*	96,3	*
Arrondissements	Arlon	93,0	*	87,8	*	90,8	*
	Bastogne	97,7		95,6		97,4	
	Marche-en-Famenne	103,1		100,4		102,5	
	Neufchâteau	95,2		96,7		96,9	
	Virton	94,4		92,5	*	94,0	*

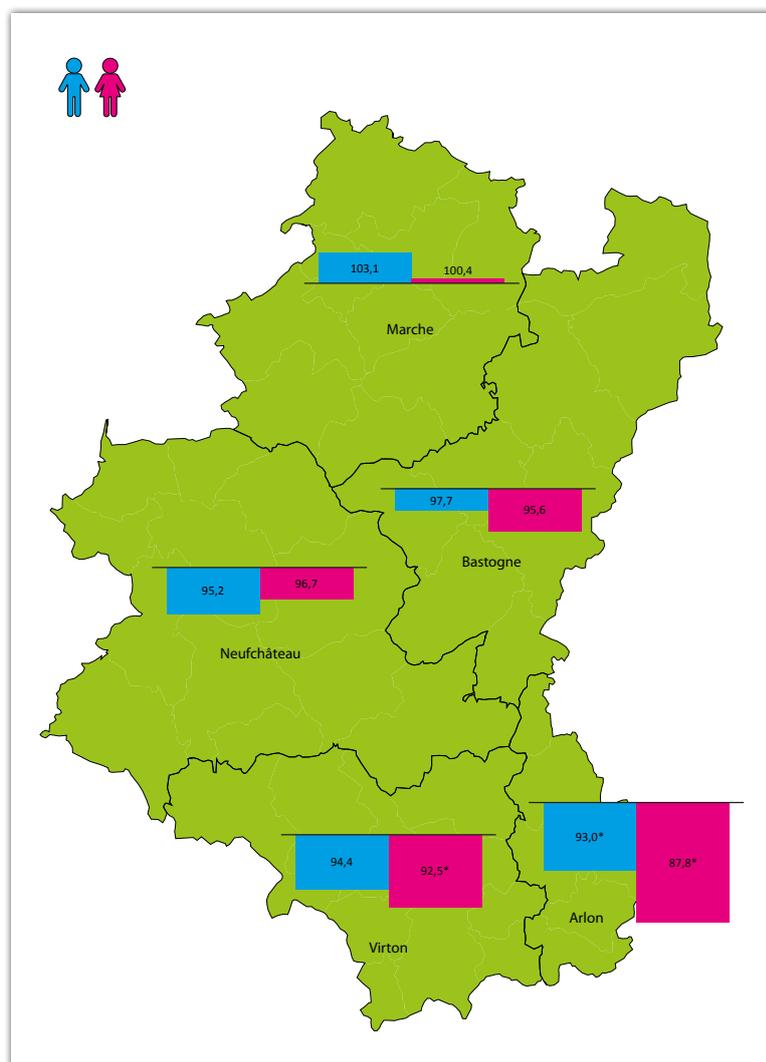
Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014=100)

► Comparées à la Wallonie, la Belgique et la province de Luxembourg présentent une sous-mortalité significative et ce, quel que soit le sexe à l'exception des hommes de la province.

# Mortalité et causes de décès

Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

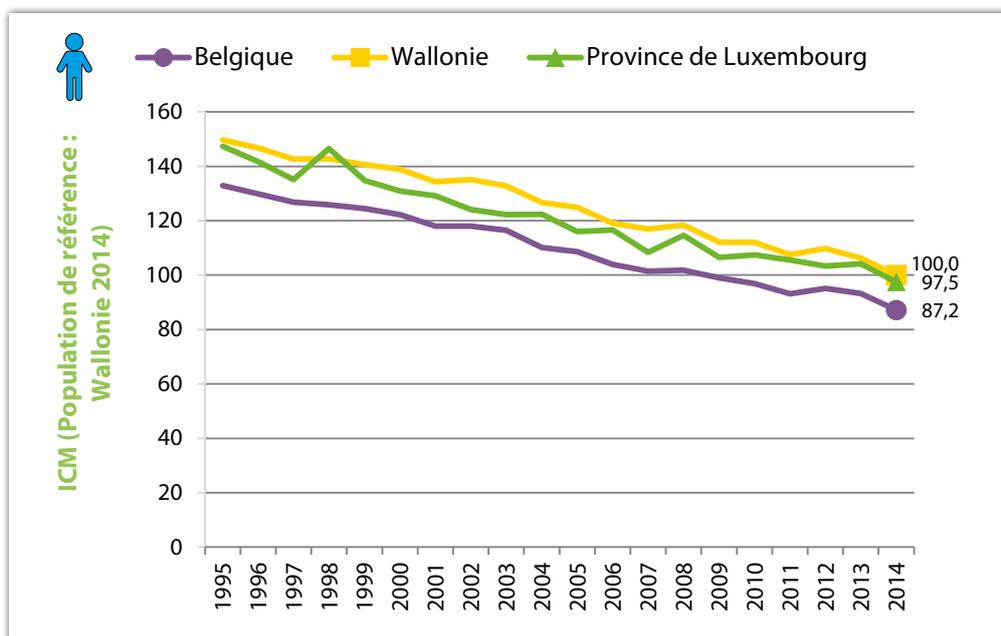
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014=100)

► Par rapport à la Wallonie, une sous-mortalité statistiquement significative est observée dans l'arrondissement d'Arlon pour les hommes (-7,0%), les femmes (-12,2%) et la population totale (-9,2%) et également dans l'arrondissement de Virton, mais uniquement au niveau des femmes (-7,5%) et de la population totale (-6,0%).



# Chapitre 2

Figure 2.1. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100)



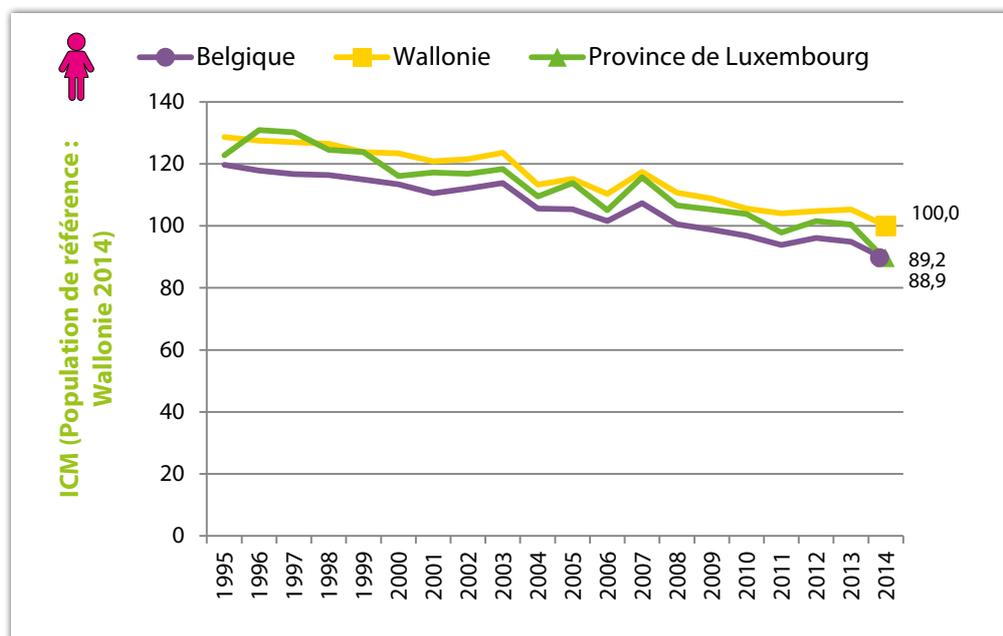
Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► L'indice comparatif de mortalité des hommes de la province de Luxembourg a diminué de près de 33,9% en 20 ans, passant de 147,4 en 1995 à 97,5 en 2014.

Tout au long de cette période, la mortalité des hommes de la province de Luxembourg a tendance à être légèrement inférieure à celle en Wallonie mais est bien supérieure à celle observée sur l'ensemble de la Belgique.

# Mortalité et causes de décès

Figure 2.2. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100)



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Durant cette même période, l'indice comparatif de mortalité des femmes de la province de Luxembourg a diminué de 27,6 %, passant de 122,8 en 1995 à 88,9 en 2014. La mortalité féminine en province de Luxembourg se situe entre celles de la Belgique et de la Wallonie. Toutefois, les écarts entre la province de Luxembourg et la Wallonie sont moins marqués par rapport à ce qui est observé chez les hommes.





# Chapitre 2

## 2. Mortalité par cause

Lors de chaque décès, un médecin rédige un certificat de décès reprenant entre autres les principales causes du décès. Parmi celles-ci la cause initiale de décès est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme étant « la maladie ou les traumatismes qui ont déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » [5].

Recenser annuellement les causes de décès est une action essentielle afin de mesurer l'impact des maladies et/ou traumatismes sur l'efficacité du système de santé d'un territoire : ainsi, un pays où un accroissement brutal de la mortalité liée aux problèmes cardiaques ou au diabète est observé, aura tout intérêt à mettre en place un programme drastique de prévention de ces maladies en incitant la population à modifier ses habitudes et adopter un mode de vie plus sain.

Lors de la rédaction de ce tableau de bord, les dernières données disponibles concernant les causes de mortalité portent sur les décès de 2012.

# Mortalité et causes de décès

## 2.1. Causes de décès

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès selon la cause, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2012

	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	31 447	28,8	11 040	28,9	766	28,8
Tumeurs	28 402	26,0	9 368	24,5	673	25,3
Appareil respiratoire	11 327	10,4	4 015	10,5	259	9,7
Morts non naturelles	7 037	6,5	2 839	7,4	202	7,6
Appareil digestif	4 932	4,5	1 834	4,8	100	3,8
Système nerveux, organes des sens	5 447	5,0	2 127	5,6	144	5,4
Troubles mentaux	4 616	4,2	1 143	3,0	68	2,6
Maladies endocriniennes	2 950	2,7	1 241	3,2	100	3,8
Maladies infectieuses et parasitaires	2 584	2,4	955	2,5	55	2,1
Autres causes	10 292	9,4	3 656	9,6	290	10,9
<b>Total décès</b>	<b>109 034</b>	<b>100,0</b>	<b>38 218</b>	<b>100,0</b>	<b>2 657</b>	<b>100,0</b>

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► En 2012, les trois principales causes de mortalité en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg demeurent l'appareil circulatoire (environ 29 %), les tumeurs (26,0 % en Belgique, 24,5 % en Wallonie et 25,3 % en province de Luxembourg) et l'appareil respiratoire (environ 10 % pour les trois territoires).

Les décès liés à l'appareil circulatoire rassemblent des maladies telles que les cardiopathies ischémiques (maladies coronariennes), les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), les maladies hypertensives, les embolies pulmonaires, les troubles du rythme cardiaque...

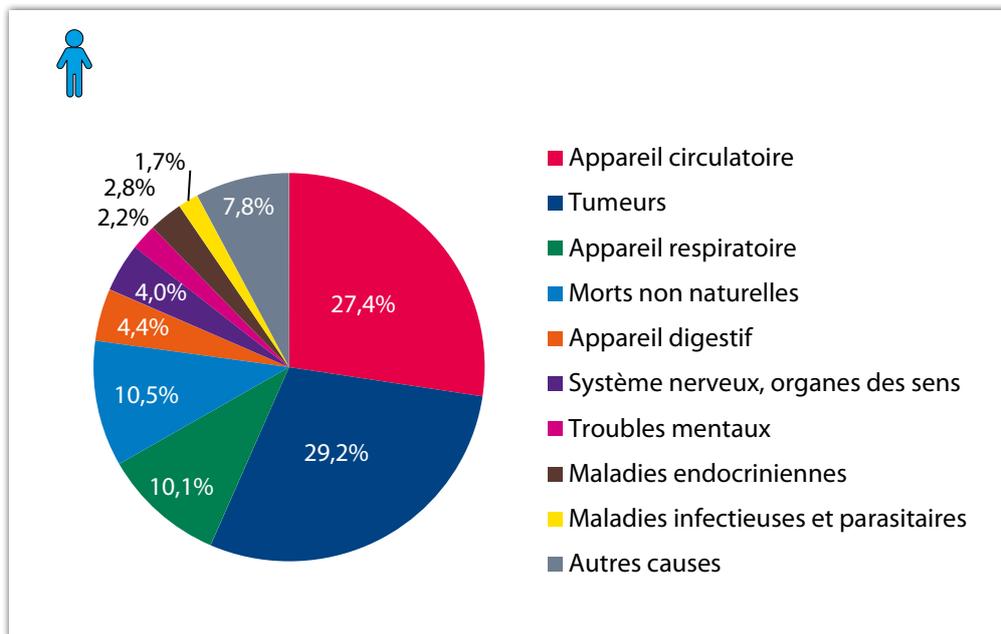
La catégorie « Tumeurs » reprend l'ensemble des tumeurs bénignes et malignes.

Les décès liés à l'appareil respiratoire sont dus à des maladies telles que la grippe, les pneumonies, les bronchites (aiguës ou chroniques), l'asthme... La mortalité dont l'origine est une maladie respiratoire chronique concerne 52,0 % des hommes et 47,7 % des femmes en province de Luxembourg ; la pneumonie, respectivement 28,7 % et 34,9 %. Les morts non naturelles se situent à la quatrième place des causes de décès pour les trois territoires et concernent essentiellement les suicides (27,6 % chez les hommes et 27,9 % chez les femmes en province de Luxembourg), les chutes accidentelles (17,2 % chez l'homme et 24,4 % chez la femme) et les accidents de transport (24,1 % chez l'homme et 12,8 % chez la femme). Les empoisonnements accidentels et les homicides n'interviennent respectivement que pour 3 % et 1 % des morts non naturelles.



# Chapitre 2

Figure 2.3. Proportion de décès selon la cause, Hommes, Province de Luxembourg, 2008-2012 (n=5541)

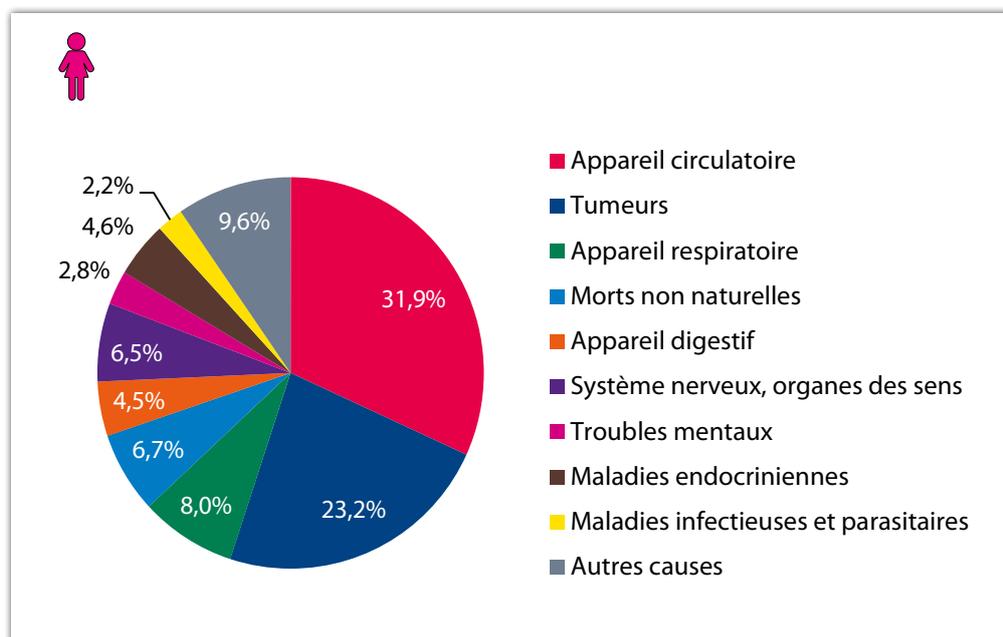


Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, parmi l'ensemble des décès survenus chez les hommes durant la période 2008-2012, les tumeurs apparaissent comme la cause principale de mortalité (29,2% des décès). Viennent ensuite les décès liés à l'appareil circulatoire (27,4%), aux morts non naturelles (suicides, accidents...) (10,5%) et à l'appareil respiratoire (10,1%).

# Mortalité et causes de décès

Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Province de Luxembourg, 2008-2012 (n=5974)



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Chez les femmes de la province de Luxembourg, les causes principales de décès sont les mêmes que chez les hommes, mais leur ordre diffère. En effet, la cause principale des décès est les maladies circulatoires (31,9% des décès). Viennent ensuite les tumeurs (23,2%), les maladies de l'appareil respiratoire (8,0%) et les morts non naturelles (6,7%).

La répartition différente selon le sexe est influencée par une proportion de décès à un âge avancé plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cela s'explique notamment par une espérance de vie des femmes plus longue, et un contexte hormonal qui offre un effet protecteur contre les risques cardiovasculaires, effet qui disparaît à la ménopause [6].



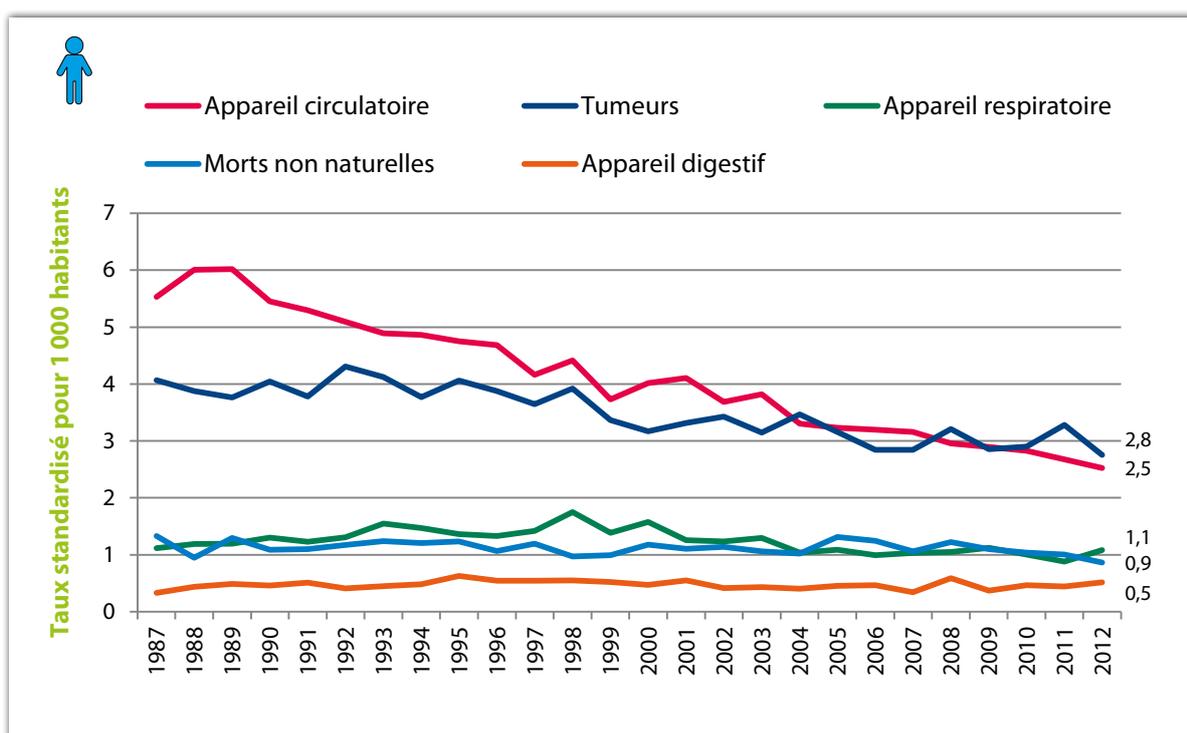
# Chapitre 2

Le taux brut de mortalité spécifique est le nombre annuel de décès pour cette cause spécifique divisé par le nombre d'habitants en milieu d'année [7].

Le taux standardisé de mortalité est obtenu en appliquant les taux de mortalité de chaque groupe d'âge et de sexe à une population de référence, ici la population de la Wallonie en 2012. Ce calcul gomme les différences dues à la structure d'âge de la population. Il permet donc de comparer des taux de mortalité de population de différents territoires, qui présentent des structures différentes pour l'âge et le sexe. Le taux obtenu est une valeur calculée qui permet les comparaisons mais ne correspond pas au taux observé dans la population étudiée et dépend de la population de référence choisie [7].

Plus les pyramides des âges de la population de référence et de la population étudiée seront proches, plus les taux bruts et standardisés seront voisins.

Figure 2.5. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, province de Luxembourg, 1987-2012



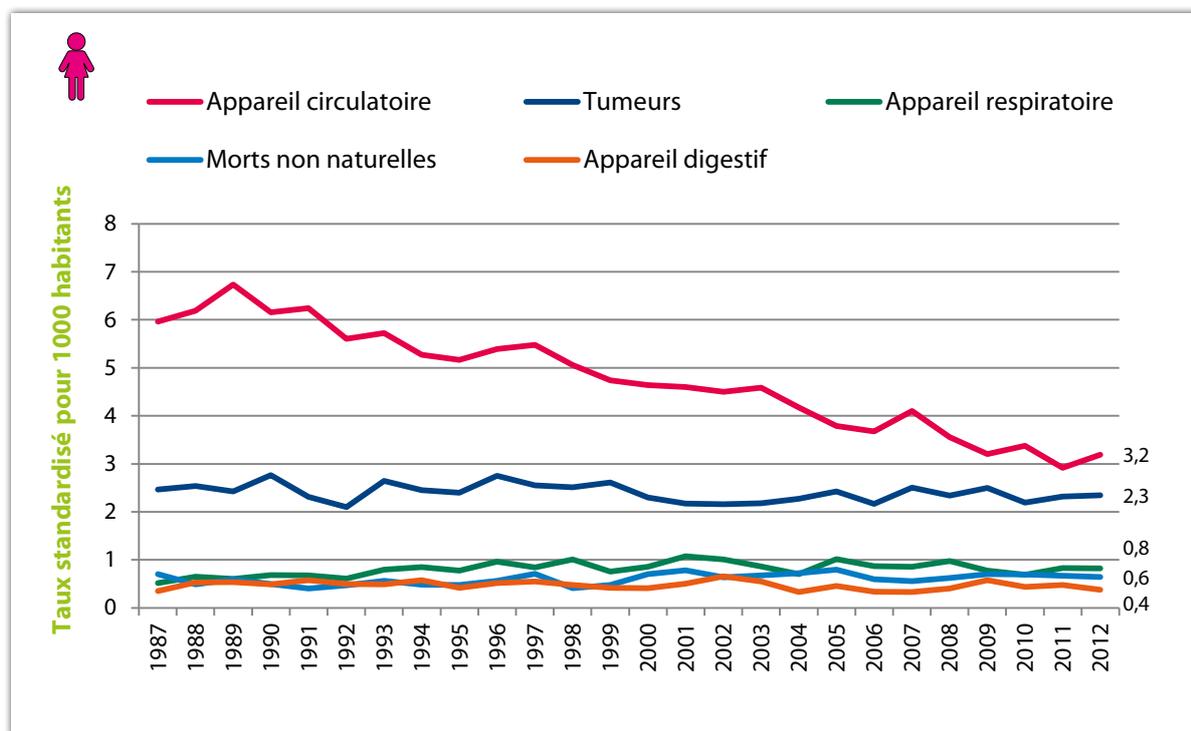
Source : ISP-SPMA, calculs OSLux  
Population de référence : hommes, Wallonie 2012

► Entre 1987 et 2012, les taux standardisés pour les trois premières causes de décès chez les hommes de la province de Luxembourg ont diminué de façon significative : -54,4 % pour l'appareil circulatoire, -32,3 % pour les tumeurs et -35,2 % pour les morts non naturelles.

Les taux standardisés de mortalité liés aux pathologies des appareils respiratoire et digestif sont quant à eux restés relativement stables.

# Mortalité et causes de décès

Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Luxembourg, 1987-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

Population de référence : femmes, Wallonie 2012

► Entre 1987 et 2012, le taux standardisé de mortalité de l'appareil circulatoire chez les femmes en province de Luxembourg a diminué de façon significative : -46,5 %.

Les taux standardisés de mortalité des autres causes (tumeurs, appareil respiratoire, morts non naturelles et appareil digestif) sont globalement restés stables.

# Chapitre 2

Afin d'éviter les variations annuelles, les taux de mortalité par cause sont présentés pour les années 2008-2012 regroupées.

**Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Luxembourg, 2008-2012**

Cause de décès (2008-2012) Taux pour 1000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	2,68	2,97	3,79	2,49
Tumeurs	2,86	2,17	3,60	2,04
Appareil respiratoire	0,99	0,75	1,44	0,64
Morts non naturelles	1,03	0,63	1,17	0,57
Appareil digestif	0,45	0,42	0,58	0,37
Système nerveux, organes des sens	0,39	0,60	0,54	0,51
Troubles mentaux	0,21	0,26	0,29	0,22
Maladies endocriniennes	0,27	0,43	0,38	0,36
Maladies infectieuses et parasitaires	0,16	0,21	0,22	0,18
Autres causes	0,74	0,90	1,03	0,76
<b>Total décès</b>	<b>9,79</b>	<b>9,34</b>	<b>13,03</b>	<b>8,15</b>

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux  
Population de référence : Wallonie 2012

► Le taux brut de mortalité des femmes est plus élevé que celui des hommes pour les décès dus à l'appareil circulatoire (+0,29 décès/1 000 hab.), le système nerveux et les organes des sens (+0,21 décès/1 000 hab.), les maladies endocriniennes (+0,16 décès/1 000 hab.) et, dans un moindre écart, les troubles mentaux et les maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, si l'âge des individus est pris en compte (utilisation de taux standardisés), la population masculine paie un plus lourd tribut aux maladies cardiovasculaires avec près de 4 décès pour 1 000 habitants contre 2,5 chez la femme. Par conséquent, la standardisation de la mortalité pour ces causes inverse la tendance : pour ces causes, les taux standardisés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, à l'inverse des taux bruts.

Chez les hommes, les taux bruts de mortalité plus élevés que ceux des femmes concernent les décès dus aux tumeurs (+0,69 décès/1 000 hab.), aux morts non naturelles (+0,40 décès/1 000 hab.) et aux pathologies de l'appareil respiratoire (+0,40 décès/1 000 hab.). La standardisation accroît cette fois la différence entre les sexes.

# Mortalité et causes de décès

## 2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe

Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012



	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Nombre moyen de décès par an	3	19	97	248	242	697
Causes de décès	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	0,0	1,1	14,3	20,9	23,5	33,9
Tumeurs	20,0	3,2	14,3	38,5	40,9	24,8
Appareil respiratoire	6,7	0,0	1,0	6,6	11,0	12,7
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute...) sauf suicides	33,3	67,0	22,6	5,4	4,3	4,2
Suicides	0,0	22,3	25,9	6,0	0,4	0,6
Appareil digestif	6,7	0,0	5,0	8,0	4,9	3,5
Système nerveux, organes des sens	6,7	2,1	2,7	1,9	3,5	5,3
Troubles mentaux	0,0	1,1	3,5	3,1	1,2	2,0
Maladies endocriniennes	0,0	0,0	1,2	2,6	2,7	3,2
Malformations congénitales	0,0	1,1	0,4	0,3	0,0	0,1
Maladies infectieuses et parasitaires	0,0	0,0	1,0	0,9	2,1	2,0
Autres causes	26,7	2,1	8,1	5,8	5,6	7,9
<b>Total par classes d'âges</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Entre 2008 et 2012, en province de Luxembourg, les maladies de l'appareil circulatoire (dont les maladies cardiovasculaires) constituent la principale cause de décès chez les hommes de 75 ans et plus, avec 33,9% des décès totaux de cette tranche d'âge.

Les tumeurs représentent, quant à elles, la principale cause de décès des hommes de 50 à 64 ans (38,5%) et de 65 à 74 ans (40,9%).

Chez les moins de 50 ans, les morts d'origine non naturelles et les suicides constituent la première cause de mortalité (33,3% chez les 1-9 ans, 89,4% chez les 10-24 ans et 48,4% chez les 25-49 ans). Dans les catégories d'âges 10-24 ans et 25-49 ans, les suicides représentent respectivement plus d'un cinquième (22,3%) et plus d'un quart (25,9%) des décès.

# Chapitre 2

Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012

	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
 Nombre moyen de décès par an	2	6	47	130	140	945
Causes de décès	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	0,0	0,0	10,3	14,4	20,2	37,4
Tumeurs	22,2	6,7	30,9	47,5	44,5	16,5
Appareil respiratoire	0,0	3,3	3,4	6,9	6,0	8,8
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute...) sauf suicides	44,4	66,7	12,0	5,5	4,4	4,7
Suicides	0,0	6,7	16,3	4,9	1,3	0,1
Appareil digestif	11,1	0,0	8,2	5,7	3,4	4,3
Système nerveux, organes des sens	11,1	3,3	3,9	2,0	5,6	7,4
Troubles mentaux	0,0	0,0	2,6	2,0	1,7	3,1
Maladies endocriniennes	0,0	3,3	0,4	2,3	3,3	5,4
Malformations congénitales	0,0	3,3	0,0	0,8	0,3	0,1
Maladies infectieuses et parasitaires	0,0	6,7	3,0	1,8	2,3	2,1
Autres causes	11,1	0,0	9,0	6,1	7,0	10,1
<b>Total par classes d'âges</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Les pathologies de l'appareil circulatoire constituent la cause principale de mortalité chez les femmes de 75 ans et plus (37,4 %) en province de Luxembourg.

Les tumeurs sont à l'origine de la majorité des décès féminins dans les catégories des 25-74 ans : les 25-49 ans avec 30,9 %, les 50-64 ans avec 47,5 % et les 65-74 ans avec 44,5 %.

Quant aux morts non naturelles et aux suicides, elles sont la première cause de mortalité chez les moins de 25 ans (44,4 % chez les 1-9 ans et 73,3 % chez les 10-24 ans). Comme chez les hommes, les décès par suicides sont plus présents dans les catégories d'âges 10-24 ans (6,7 %) et 25-49 ans (16,3 %), mais en moindres proportions.

# Mortalité et causes de décès

## 2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province de Luxembourg

Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité selon la cause de décès, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100)



		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Morts non naturelles		Appareil digestif	
Belgique		89,6	*	92,9	*	85,5	*	76,4	*	77,7	*
Wallonie		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
Province de Luxembourg		96,5		98,9		83,8		108,5		90,7	
Arrondissement	Arlon	86,5		94,4		72,2		93,6		104,9	
	Bastogne	100,9		96,7		97,0		92,3		77,4	
	Marche-en-Famenne	97,9		100,3		91,8		112,9		98,7	
	Neufchâteau	97,3		96,2		72,3		128,1		93,9	
	Virton	100,1		106,7		90,4		110,2		73,9	

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

\*indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012=100)

► Au cours de la période 2008-2012, il n'apparaît pas de différence significative entre les principales causes de décès chez les hommes entre la province de Luxembourg et la Wallonie, à l'exception des décès liés aux pathologies de l'appareil respiratoire où une sous mortalité est observée en province de Luxembourg. De même, aucun écart significatif n'est identifiable entre les arrondissements de la province et la Wallonie.

Il est également à noter que les indices comparatifs au niveau national sont plus favorables au regard de ceux de la Wallonie.

# Chapitre 2

Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité selon la cause de décès, Femmes, province de Luxembourg, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100)

		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Morts non naturelles		Appareil digestif	
Belgique		94,2	*	96,4		92,9		79,2	*	87,0	*
Wallonie		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
Province de Luxembourg		96,7		100,5		82,7		108,5		91,6	
Arrondissements	Arlon	88,6		90,6		73,2		86,7		106,0	
	Bastogne	102,9		92,6		93,4		128,1		105,1	
	Marche-en-Famenne	100,8		114,7		90,4		105,9		75,5	
	Neufchâteau	96,3		102,2		87,6		111,2		93,9	
	Virton	96,0		99,9		70,3		114,5		81,2	

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

\*indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012=100)

► Sur la période 2008-2012, au niveau des cinq causes de mortalité étudiées, aucune différence significative entre les femmes de la province de Luxembourg et celles de la Wallonie n'a pu être mise en évidence. Il n'existe également pas de différence significative entre les taux de mortalité observés au niveau des cinq arrondissements de la province de Luxembourg et la Wallonie.

# Mortalité et causes de décès

## 3. Mortalité prématurée

Eurostat définit la mortalité prématurée «comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans». Nous avons repris cette définition dans le cadre de ce tableau de bord [8].

Au sein de l'Union européenne, la mortalité prématurée représente environ 20 % de l'ensemble des décès.

En province de Luxembourg, en 2014, elle représente également 20,0 % des décès (respectivement 26,1 % pour les hommes et 13,3 % pour les femmes).

La mortalité prématurée est généralement fortement liée aux comportements à risque adoptés par les individus tels que le fait de fumer, de consommer de l'alcool, de conduire en état d'ivresse... Des actions de prévention peuvent donc être mises en place afin d'éviter ces décès [8].

Dans le classement de la mortalité prématurée au sein de l'Europe des 15, la Belgique se classe parmi les plus mauvais élèves en occupant le 4<sup>e</sup> rang pour les hommes et le 3<sup>e</sup> rang pour les femmes. Comparativement aux pays qui ont les taux les plus bas, la mortalité prématurée est 31 % plus élevée que celle des hommes suédois et 40 % plus élevée que celle des femmes espagnoles.

Au regard de ces éléments, tout comme la mortalité totale, la réduction de la mortalité prématurée représente donc un objectif crucial au niveau des politiques de santé publique [9].

Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 65 ans divisé par 1 000 habitants de moins de 65 ans [2].

Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

	Taux brut pour 1000 habitants < 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	2,4	1,4	1,9
Wallonie	3,1	1,7	2,4
Province de Luxembourg	2,9	1,4	2,2

Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Au niveau des trois zones géographiques, les décès prématurés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le taux brut de mortalité prématurée total de la province de Luxembourg est similaire à celui de la Wallonie, mais tend à être plus élevé que celui de la Belgique.



# Chapitre 2

Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)

		Hommes		Femmes		Total	
Belgique		77,8	*	84,2	*	80,3	*
Wallonie		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>		<b>100,0</b>	
Province de Luxembourg		99,2		98,6		99,7	
Arrondissements	Arlon	92,0		87,9		91,1	
	Bastogne	92,0		103,7		96,9	
	Marche-en-Famenne	105,4		108,5		107,3	
	Neufchâteau	102,1		96,2		101,1	
	Virton	102,8		97,7		101,4	

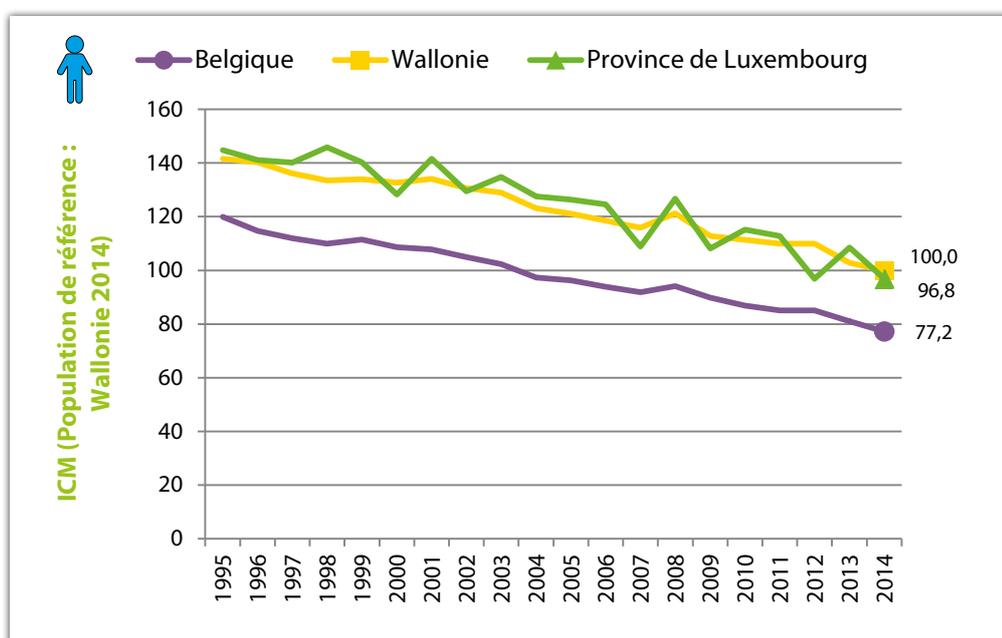
Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

\*indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014=100)

► La mortalité prématurée est statistiquement plus basse en Belgique par rapport à la Wallonie, et ce, quel que soit le sexe (respectivement -22,2 % pour les hommes, -15,8 % pour les femmes et -19,7 % pour la population totale).

Au niveau de la province et des arrondissements, il n'y a pas de différence significative avec la Wallonie.

Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100)



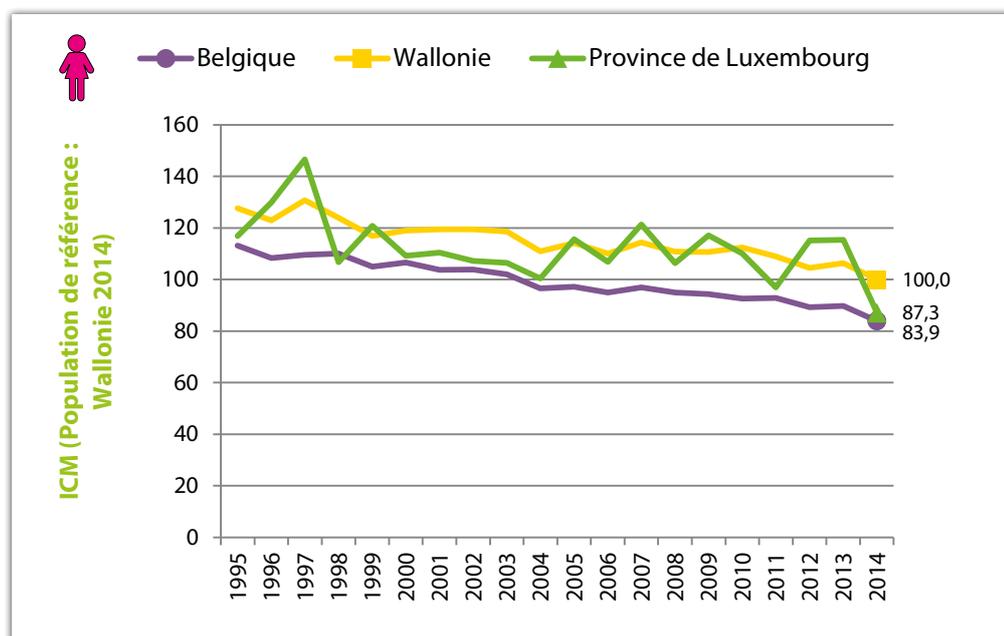
Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► L'indice comparatif de mortalité prématurée des hommes de la province de Luxembourg a diminué de 33,2 % en 20 ans, en passant d'un indice de 144,8 en 1995 à 96,8 en 2014.

La mortalité prématurée chez les hommes en province de Luxembourg est proche de celle des hommes en Wallonie, mais supérieure à celle observée chez les hommes de l'ensemble de la Belgique.

# Mortalité et causes de décès

Figure 2.8. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Femmes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100)



Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► L'indice comparatif de mortalité prématurée des femmes de la province de Luxembourg tend également à diminuer en passant d'un ICM de 116,9 en 1995 à 87,3 en 2014.

La mortalité prématurée des femmes de la province de Luxembourg est fluctuante tout au long de cette période, suivant globalement la courbe de la Wallonie mais étant presque toujours supérieure à celle de la Belgique.



# Chapitre 2

Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, province de Luxembourg, 2008-2012

		Hommes		Femmes	
		Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)
<b>Ensemble des tumeurs</b>		<b>110</b>	<b>29,7</b>	<b>77</b>	<b>41,0</b>
Dont	cancer du poumon	40	10,7	20	10,4
	cancer des VADS*	15	3,9	3	1,5
	cancer de l'intestin	7	2,0	5	2,6
	cancer du sein	-	-	16	8,4
	cancer de l'utérus	-	-	4	2,2
<b>Morts non naturelles</b>		<b>93</b>	<b>25,0</b>	<b>32</b>	<b>17,1</b>
Dont	accidents de la circulation	28	7,6	8	4,3
	accidents de la vie courante	16	4,4	8	4,0
	suicides	44	11,8	14	7,7
<b>Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire</b>		<b>66</b>	<b>17,7</b>	<b>24</b>	<b>12,5</b>
Dont	cardiopathies ischémiques	27	7,4	5	2,8
	accidents vasculaires cérébraux	10	2,6	7	3,5
<b>Autres causes de décès prématurés</b>		<b>103</b>	<b>27,6</b>	<b>55</b>	<b>29,3</b>
<b>Toutes causes</b>		<b>372</b>	<b>100,0</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>

Source: ISP-SPMA, calculs OSLux

\* Voies aéro-digestives supérieures

► En province de Luxembourg, entre 2008 et 2012, la moyenne des décès prématurés par an est de 560 décès. Le nombre de décès prématurés chez les hommes est près de deux fois plus important que celui des femmes.

La première cause de décès prématurés chez les hommes et chez les femmes de la province est attribuable aux tumeurs (avec respectivement 29,7% et 41,0% des décès prématurés). Au sein de cette catégorie, le cancer du poumon est le premier responsable des décès prématurés (avec 10,7% chez les hommes et 10,4% chez les femmes). Le cancer du sein est attribuable à 8,4% des décès prématurés chez les femmes.

Les morts non naturelles représentent la deuxième cause de décès prématurés avec 25,0% chez les hommes et 17,1% chez les femmes. Au sein de cette catégorie, les causes principales de décès sont, par ordre décroissant, les suicides (respectivement 11,8% et 7,7%), les accidents de la circulation (respectivement 7,6% et 4,3%) et les accidents de la vie courante (respectivement 4,4% et 4,0%).

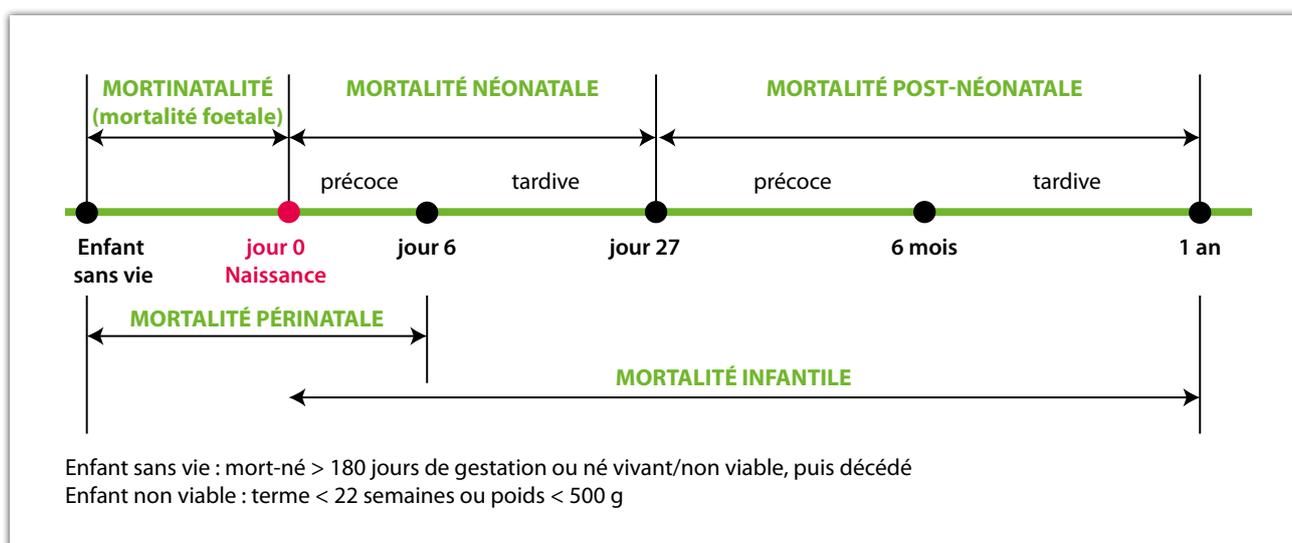
Les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent la troisième cause de mortalité prématurée. Elles sont plus fréquentes chez les hommes (17,7%) que chez les femmes (12,5%).

# Mortalité et causes de décès

## 4. Mortalité périnatale et infantile

En 15 ans, entre 1998 et 2013, le taux de mortalité infantile européen a été pratiquement divisé par deux dans les 28 pays de l'UE. En 2013, la Belgique se situait au milieu du «classement» européen avec un taux assez faible de 3,5 décès pour 1 000 naissances. Chypre, la Finlande et l'Estonie occupent les trois premières places avec des taux de 1,6‰, 1,8‰ et 2,1‰. Les moins bien lotis sont la Bulgarie et la Roumanie avec des taux de 7,3‰ et 9,2‰. De grandes régions rurales avec peu de médecins ou encore la faiblesse des moyens destinés aux systèmes de santé peuvent expliquer de telles données pour ces pays [10].

Figure 2.9. Mortalité infantile



Source : Adapté de P.Rambaud, 2003 [11]

Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [12].

Le taux de mortalité néonatale est le nombre de décès survenus de la naissance au 28<sup>e</sup> jour de vie divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [12].

Le taux de mortalité post-néonatale représente le nombre de décès survenus entre le 28<sup>e</sup> jour de vie et le 1<sup>er</sup> anniversaire divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [12].

La mortinatalité est le nombre de décès survenus entre la 22<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée et la date programmée de l'accouchement. Si le nombre de semaines n'est pas connu, les enfants de plus de 500 grammes sont également inclus [13].

Les causes de décès sont assez différentes entre mortalité néonatale et post-néonatale.



# Chapitre 2

## 4.1. Mortalité infantile

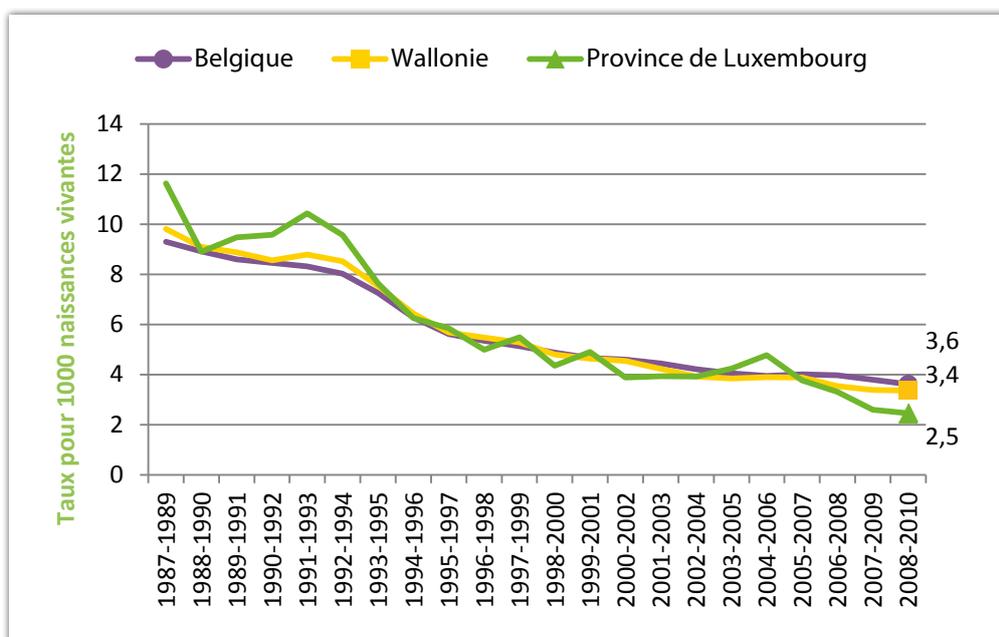
Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
Belgique	1 020	694	556	469	459
Wallonie	322	215	181	160	145
Province de Luxembourg	20	19	10	13	6

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► En 2010, en province de Luxembourg, 6 enfants sont décédés avant l'âge d'un an. En 20 ans, une diminution de 70,0% du nombre de décès de cette catégorie d'âge a été observée. En Belgique, 459 décès d'enfants de moins d'un an ont été recensés, dont 145 en Wallonie.

Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ...; 2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux, moyennes glissées sur 3 ans

► Les courbes de la Belgique, la Wallonie et la province de Luxembourg, suivent la même évolution. La courbe de la province subit de grandes fluctuations, dues aux effets du petit nombre de cas.

En plus d'une vingtaine d'années, le nombre de décès infantiles en province de Luxembourg est passé de 11,6 pour 1 000 naissances vivantes en 1987-1989 à 2,5 en 2008-2010, soit une diminution de 78,9%.

# Mortalité et causes de décès

## 4.2. Mortalité néonatale

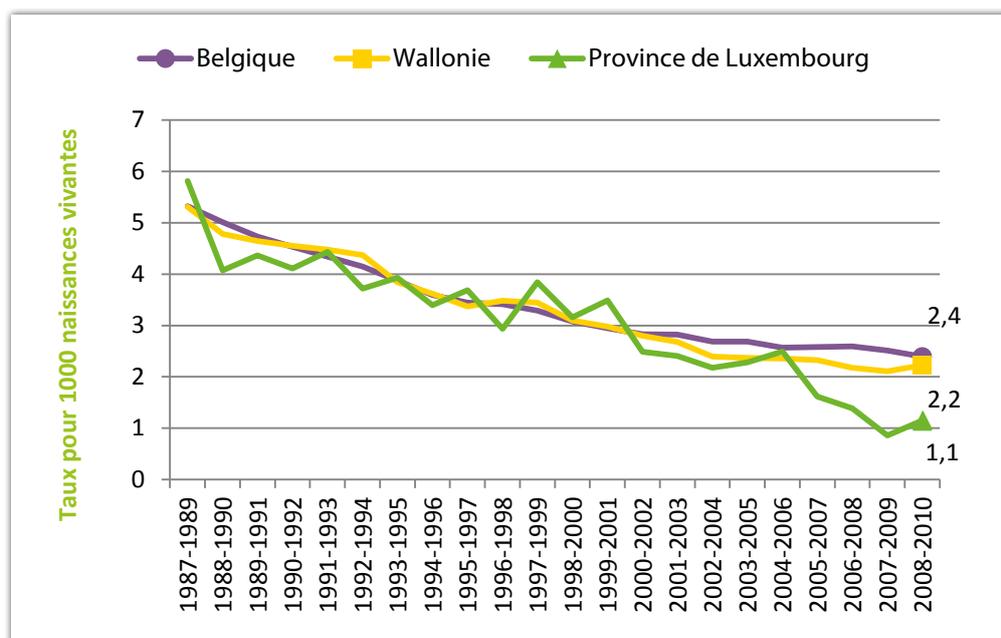
Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2006-2010

	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile
Belgique	311	166	477
Wallonie	89	50	139
Province de Luxembourg	4	5	9

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► En moyenne, de 2006 à 2010, 9 enfants sont décédés avant l'âge d'un an en province de Luxembourg. Parmi ceux-ci, 4 décès sont survenus entre la naissance et le 28<sup>e</sup> jour de vie et 5 entre le 28<sup>e</sup> jour et le 1<sup>er</sup> anniversaire.

Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ...; 2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux, moyennes glissées sur 3 ans

► En un peu plus de vingt ans, le taux de mortalité néonatale a diminué de 80,2% en province de Luxembourg passant de 5,8 en 1987-1989 à 1,1 en 2008-2010. À l'image du taux de mortalité infantile, le taux de mortalité néonatale en province de Luxembourg présente des fluctuations importantes dues au petit nombre de cas.

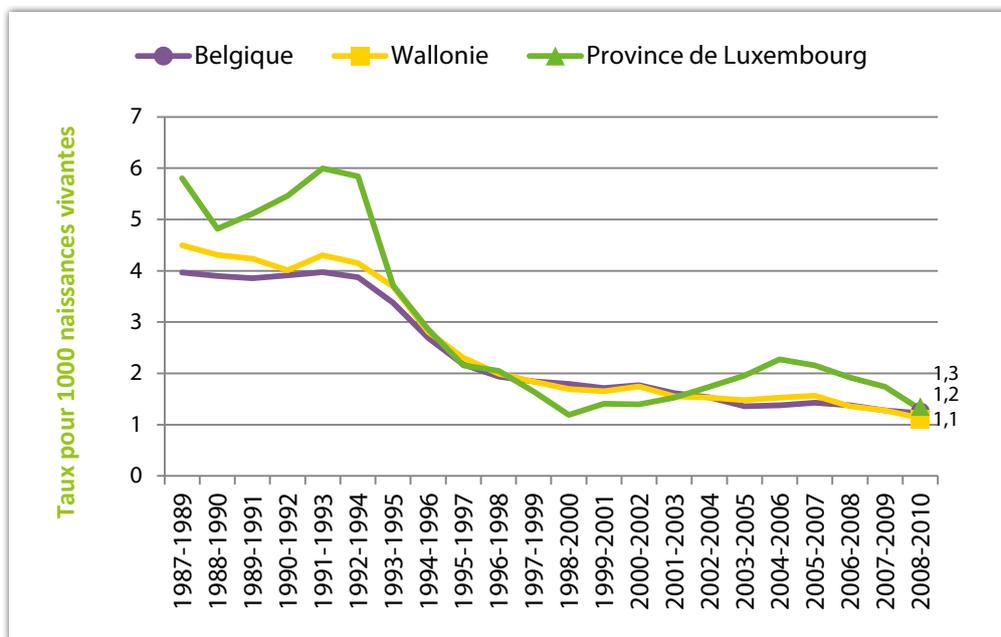
Les taux de mortalité néonatale de la Belgique et de la Wallonie présentent une diminution relative moins marquée : respectivement de 60,6% et 56,8%.



# Chapitre 2

## 4.3. Mortalité post-néonatale

Figure 2.12.Évolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ...; 2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux, moyennes glissées sur 3 ans

► Malgré les importantes fluctuations observées principalement en province de Luxembourg (problème du petit nombre de cas), une forte diminution du taux de mortalité post-néonatale est observée à partir des années 1990. En province de Luxembourg, le taux de mortalité post-néonatale est passé de 5,81 en 1987-1989, contre 1,3 en 2008-2010. Cela représente une diminution de 77,6%. Cette diminution peut en partie s'expliquer par la diffusion des mesures de prévention sur la mort subite du nourrisson.

## 4.4. Mortinatalité

Tableau 2.15. Nombre d'enfants mort-nés, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2010

	Mortinatalité
Belgique	604
Wallonie	204
Province de Luxembourg	12

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► De 2006 à 2010, 12 enfants mort-nés ont été recensés, en moyenne par an, au sein de la province de Luxembourg. Cela représente un peu moins de 6% des enfants mort-nés en Wallonie.

# Mortalité et causes de décès

## 5. Bibliographie

1. Aouba, A., et al., *L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009*. ADSP, 2012(80) : p. 24-28.
2. Insee. *Taux de mortalité (brut, prématurée)*. 2016 ; Available from : [www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-mortalite.htm](http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-mortalite.htm).
3. IWEPS. *Définitions*. 2016 ; Available from : <http://walstat.iweeps.be>.
4. Jouglu, E., *Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population*. Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997. **45** : p. 78-84.
5. Eurostat. *Les statistiques sur les causes de décès*. 2016 ; Available from : <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/health/causes-death>.
6. Boardman, H., et al., *Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.
7. Eurostat. *Statistics Explained*. 2016 ; Available from : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Standardised\\_death\\_rate\\_\(SDR\)/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Standardised_death_rate_(SDR)/fr).
8. Eurostat, *Health statistics - Atlas on mortality in the European Union*. 2009.
9. Renard, F., J. Tafforeau, and P. Deboosere, *Premature mortality in Belgium in 1993-2009: leading causes, regional disparities and 15 years change*. Archives of Public Health, 2014.
10. Eurostat. *Infant mortality, 2003 and 2013 (deaths per 1 000 live births)*. 2016 ; Available from : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant\\_mortality,\\_2003\\_and\\_2013\\_\(deaths\\_per\\_1\\_000\\_live\\_births\)\\_YB15-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant_mortality,_2003_and_2013_(deaths_per_1_000_live_births)_YB15-fr.png)
11. Rambaud, P. *Prématurité et hypotrophie néonatale*. Corpus médical 2003 ; Available from : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/nouveaune/21/leconimprim.pdf>.
12. Institut Belge de Santé Publique. *Period Death*. 2016 ; Available from : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/PeriodDeath.aspx>
13. Institut Belge de Santé Publique. *Perinatal Criteria*. 2016 ; Available from : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/PerinatalCriteria.aspx>.





# Chapitre 3

## FAITS MARQUANTS

Huit habitants de la province de Luxembourg sur dix s'estiment en bonne santé. En 2013, près de 82 % de la population luxembourgeoise estime que son état de santé est bon à très bon, ce qui est similaire à la moyenne belge mais supérieur à la moyenne wallonne.

En province de Luxembourg, la part de la population souffrant de comorbidité reste stable au cours du temps et est similaire à celle de la Wallonie tant en 2013 (13,6 %) qu'en 2004 (13,3 %).

L'hypercholestérolémie chez les hommes et l'arthrose chez les femmes sont les maladies chroniques les plus souvent déclarées en province de Luxembourg.

Les cardiopathies ischémiques sont la première cause de décès par maladies cardiovasculaires en province de Luxembourg. Elles représentent 36,5 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires chez les hommes et 21,3 % chez les femmes, entre 2008-2012.

L'hypertension artérielle concerne environ 16 % de la population en province de Luxembourg comme dans le reste du pays.

Le cancer du poumon, premier cancer chez l'homme en termes de mortalité (128 décès en province de Luxembourg par an), arrive en deuxième position en termes d'incidence (145 nouveaux cas par an) derrière le cancer de la prostate (184 nouveaux cas et 36 décès par an). Chez la femme, le cancer du sein est le premier cancer en termes d'incidence et de mortalité avec 219 nouveaux cas et 49 décès dénombrés en province de Luxembourg chaque année.

L'insuffisance rénale terminale est en croissance continue depuis l'an 2000 mais reste plus faible en province de Luxembourg qu'en Wallonie. En 2014, le nombre de nouveaux cas est de 11,2 pour 100 000 en province de Luxembourg contre 18,1 en Wallonie. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence du diabète sont liés à cet accroissement.

En 2013, 4,9 % des Luxembourgeois déclarent souffrir du diabète. Cette proportion est proche de celles de la Wallonie (5,7 %) et de la Belgique (5,3 %).

En 2013, en province de Luxembourg, l'ostéoporose touche 12,5 % des femmes âgées de 50 ans et plus, mais elle atteint également 1,5 % des hommes de la même tranche d'âge. Ces proportions sont similaires aux valeurs enregistrées pour la Belgique, mais inférieures à celles de la Wallonie.

Un peu moins de 4 % des 20 à 64 ans déclarent une invalidité en province de Luxembourg. De 2004 à 2014, l'augmentation a été plus rapide chez les femmes et la fréquence de l'invalidité chez celles-ci a dépassé celle des hommes en 2009.

En 2014, tant en Belgique qu'en province de Luxembourg, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques sont la première cause d'indemnisation. Cela se marque particulièrement en province de Luxembourg où cette catégorie représente 82,4 % de maladies professionnelles (contre 70,1 % en Belgique).

Le nombre de tués sur les routes en province de Luxembourg n'a cessé de diminuer entre 2005 et 2014 passant de 74 à 35 décès. Cette diminution est également observée en Belgique et en Wallonie.



# Chapitre 3

Une diminution globale du nombre d'accidents du travail en Belgique et en province de Luxembourg a été observée depuis les années 2005-2007 et plus spécifiquement sur le lieu d'activité.

Entre 2009 et 2013, en province de Luxembourg, 7,2% des bébés naissent prématurés et 6,2% avec un petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes): cette situation est plus favorable que celle de la Wallonie et de la Belgique. Le tabagisme des femmes enceintes touche environ 22% des futures mères. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est double pour les fumeuses (11,0%) par rapport aux non-fumeuses (5,6%). Le risque de prématurité augmente aussi, mais dans des proportions moindres: 9,6% chez les fumeuses contre 7,2% chez les non-fumeuses.

En province de Luxembourg, au cours de la période 2008-2012, le taux de suicide chez les hommes est près de 3 fois supérieur à celui des femmes.

En 2013, bien que les décès par suicide soient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, 17,9% des femmes en province de Luxembourg déclarent avoir déjà pensé au suicide contre 14,3% des hommes.

En 2013, en province de Luxembourg, une femme sur cinq déclare avoir pris des médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines. C'est près de deux fois plus que chez les hommes.

L'Enquête Nationale de Santé par Interview est une des principales sources d'information sur la santé perçue, la consommation de soins et services ainsi que sur des déterminants importants de la santé tels que les conditions ou les modes de vie. Lors de la dernière enquête menée en 2013, 944 personnes ont été interrogées en province de Luxembourg. La taille de cet échantillon permet d'obtenir un pourcentage global pour les hommes et pour les femmes, mais ne suffit pas pour effectuer des analyses par âge ou par niveau d'étude.

## 1. Santé perçue

### 1.1. Santé globale

#### 1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et province de Luxembourg

L'état de santé subjectif est l'évaluation globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

La notion d'appréciation subjective témoigne du fait qu'il s'agit d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse cognitive systématique. Elle est influencée par la présence de symptômes ou de plaintes spécifiques et par le diagnostic d'une maladie éventuelle posé par un médecin [1]. Un grand nombre de publications ont permis de démontrer que la santé subjective a une relation étroite avec la mortalité [2, 3], la morbidité [4], le niveau de capacité fonctionnelle [5, 6] et la consommation de soins [7].

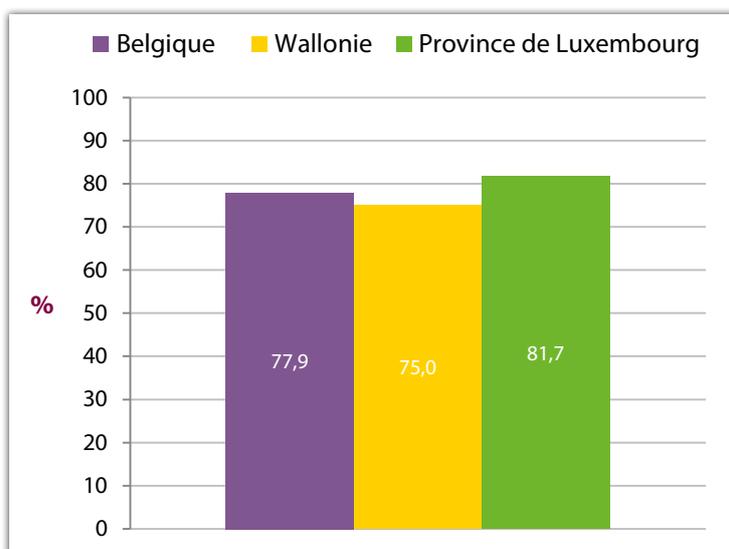
Des recherches qualitatives et quantitatives montrent cependant que les individus vivant dans des classes sociales moins favorisées tendraient à «surévaluer leur état de santé, ou à en avoir une vue plus partielle et fataliste se focalisant sur des aspects plutôt fonctionnels du corps» [8, 9]. Ces constats incitent à penser que cette distorsion conduit peut-être à sous-estimer les écarts sociaux de santé parfois relevés dans les analyses.

La question posée en 2013 dans le cadre de l'Enquête Nationale de Santé par Interview est: «Comment est votre état de santé en général?». Cette variable a été transformée en une variable binaire: l'état de santé est considéré comme mauvais s'il est déclaré «moyen, mauvais ou très mauvais» et bon s'il est déclaré «bon ou très bon» [10].



# Chapitre 3

Figure 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

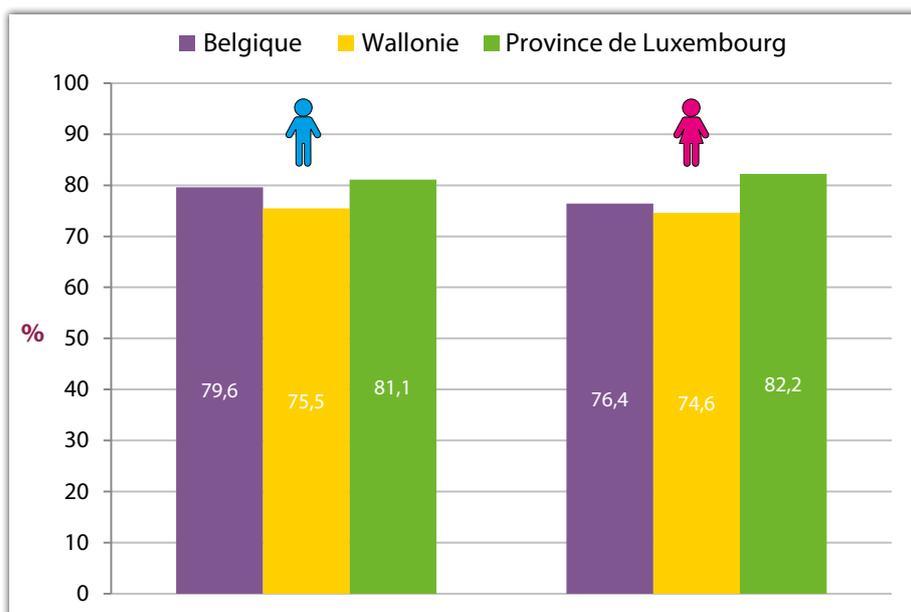


Source: ISP-HIS

► Globalement, 81,7% des habitants de la province de Luxembourg estiment que leur état de santé est bon à très bon. Une personne sur cinq déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. En 2013, les Luxembourgeois sont plus nombreux à juger leur état de santé bon à très bon par rapport aux Wallons (75,0%). Par contre, cette proportion ne diffère pas significativement par rapport aux Belges en général (77,9%). Les précédentes Enquêtes Nationales de Santé par Interview réalisées en 1997, 2001, 2004 et 2008 ont révélé des résultats semblables à ceux-ci. La proportion de personnes se déclarant en bonne santé est restée stable depuis quinze ans.

## 1.1.2. Santé perçue par sexe

Figure 3.2. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source: ISP-HIS

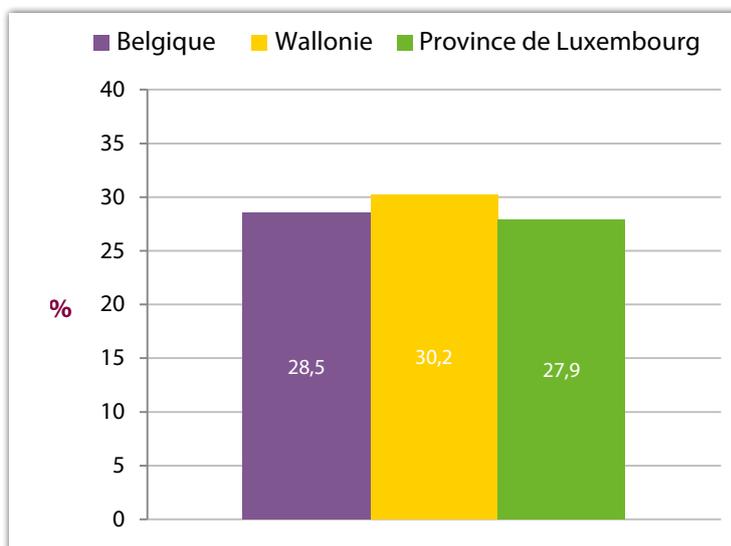
► Globalement la tendance est/veut que les femmes jugent moins souvent avoir un bon état de santé par rapport au ressenti des hommes. Quel que soit le niveau géographique considéré, aucune différence significative ne peut cependant être relevée à ce propos.

## 1.2. Maladies chroniques

Dans l'Enquête Nationale de Santé par Interview, les personnes sont interrogées sur les affections de longue durée dont elles souffrent (ou ont souffert au cours des douze derniers mois) à partir d'une liste de pathologies relativement courantes qu'elles peuvent également compléter si leur situation n'est pas évoquée. La liste a évolué au cours du temps. Remarquons que l'on peut «souffrir» de maladies chroniques et se sentir en «bonne santé» [11].

La comorbidité est la présence simultanée chez un individu de plusieurs pathologies physiques ou mentales.

Figure 3.3. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

► La proportion de Belges déclarant souffrir d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s) reste stable entre 2004 (26,9%) et 2013 (28,5%). Ce constat est identique en Wallonie et en province de Luxembourg. Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour toucher une personne sur deux après 65 ans.

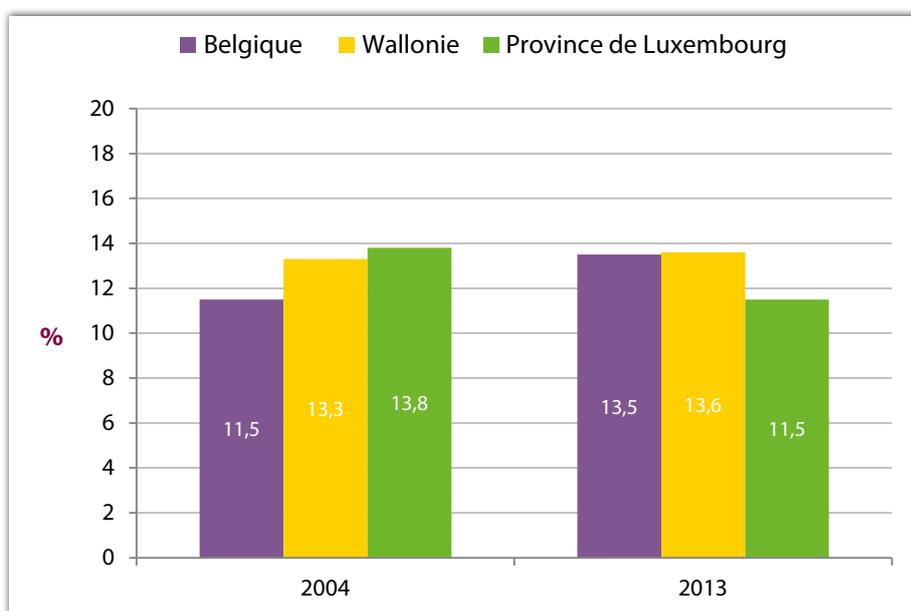
Un lien est observé entre le niveau d'instruction (diplôme le plus élevé d'une personne du ménage) et la proportion de personnes qui souffrent d'affections de longue durée. En effet, un niveau d'étude élevé diminue le risque d'affections chroniques.

Comme pour l'état de santé perçue, aucune différence significative n'est relevée au niveau du genre pour les maladies chroniques tant en province de Luxembourg qu'en Wallonie. Toutefois, en Belgique, 25,8% des hommes contre 31,1% pour les femmes souffrent d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s).



# Chapitre 3

Figure 3.4. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2013



Source : ISP-HIS

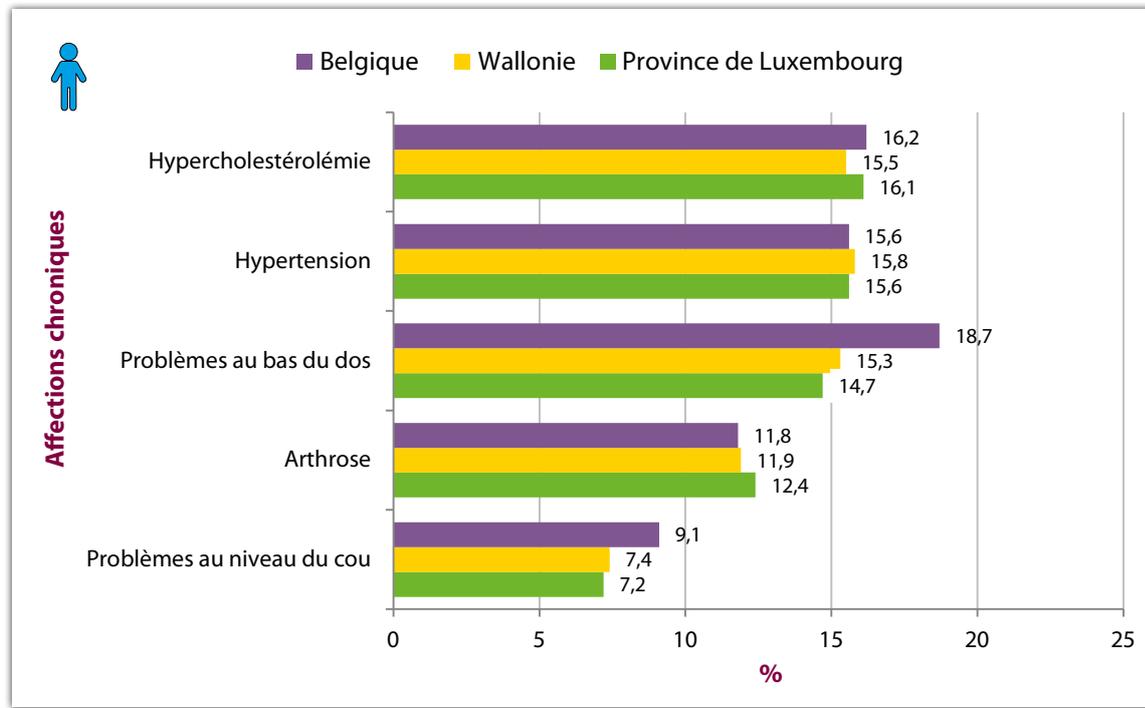
► En 2013, 13,5 % des Belges déclaraient souffrir d'au moins deux maladies chroniques (comorbidité) au cours des 12 derniers mois. Cette proportion reste stable au cours du temps. En province de Luxembourg, la part de population souffrant de comorbidité n'est pas différente de celle de la Wallonie tant en 2013 (13,6 %) qu'en 2004 (13,3 %). Le constat est identique par rapport à la Belgique.

La comorbidité touche autant les femmes que les hommes. En effet, en 2013, la proportion de la population atteinte d'au moins deux maladies chroniques est semblable dans les deux sexes, quel que soit le niveau géographique concerné.

Il existe par contre des différences importantes selon l'âge. En effet, la proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. Ainsi, à partir de 65 ans, environ 3 personnes sur 10 présentent une comorbidité, quel que soit le territoire considéré.

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie ou de tout autre événement tel qu'un accident dans une population donnée à un moment donné sans distinction entre les cas nouveaux et anciens.

Figure 3.5. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



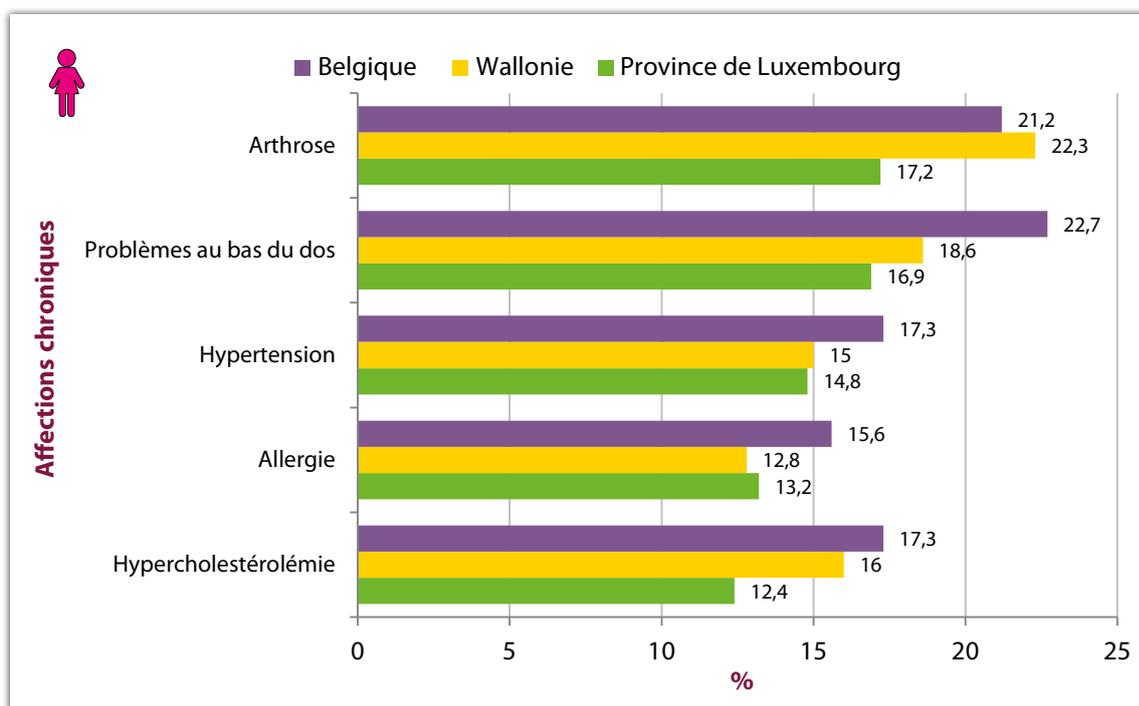
Source : ISP-HIS

► Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview, en 2013, les cinq affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes en province de Luxembourg sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les affections du bas du dos, l'arthrose et les affections du cou et de la nuque. En Belgique et en Wallonie, les pathologies les plus citées sont quasiment identiques (l'allergie respectivement 12,7% et 11,4%, remplace les problèmes au niveau du cou) même si l'ordre du classement diffère d'un niveau géographique à l'autre.

À partir de 65 ans, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'arthrose, les affections du bas du dos et les troubles prostatiques sont les maladies chroniques les plus fréquemment déclarées chez les hommes. Les prévalences de ces affections y sont de 2 à 3 fois supérieures à celles rencontrées au sein de la population générale.

# Chapitre 3

Figure 3.6. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

► Chez les femmes, l'arthrose est la maladie chronique la plus fréquemment déclarée en province de Luxembourg. Suivent les affections du bas du dos, l'hypertension artérielle, l'allergie et l'hypercholestérolémie. En Belgique, ces mêmes pathologies sont présentes bien que dans un ordre différent. Les troubles thyroïdiens (14,0%) supplantent l'allergie au niveau de la Wallonie.

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, les cinq maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrose, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les affections du bas du dos et quasiment ex aequo l'arthrite rhumatoïde, les affections du cou et de la nuque et l'ostéoporose.

Tant dans la population globale que chez les 65 ans et plus, les affections ostéoarticulaires (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, lombalgies, ostéoporose...) occupent une place non négligeable. Ces affections ne menacent que rarement la vie de l'individu mais elles peuvent en compromettre lourdement sa qualité.

## 2. Maladies cardiovasculaires

L'ensemble des troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins constitue les maladies cardiovasculaires. Les plus fréquentes sont les cardiopathies ischémiques (angor et infarctus du myocarde) et les maladies cérébrovasculaires (accident vasculaire cérébral - AVC - lié à une thrombose ou une hémorragie).

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont l'hypertension, l'alimentation déséquilibrée, l'hypercholestérolémie, le manque d'activité physique, le tabagisme et l'abus d'alcool.

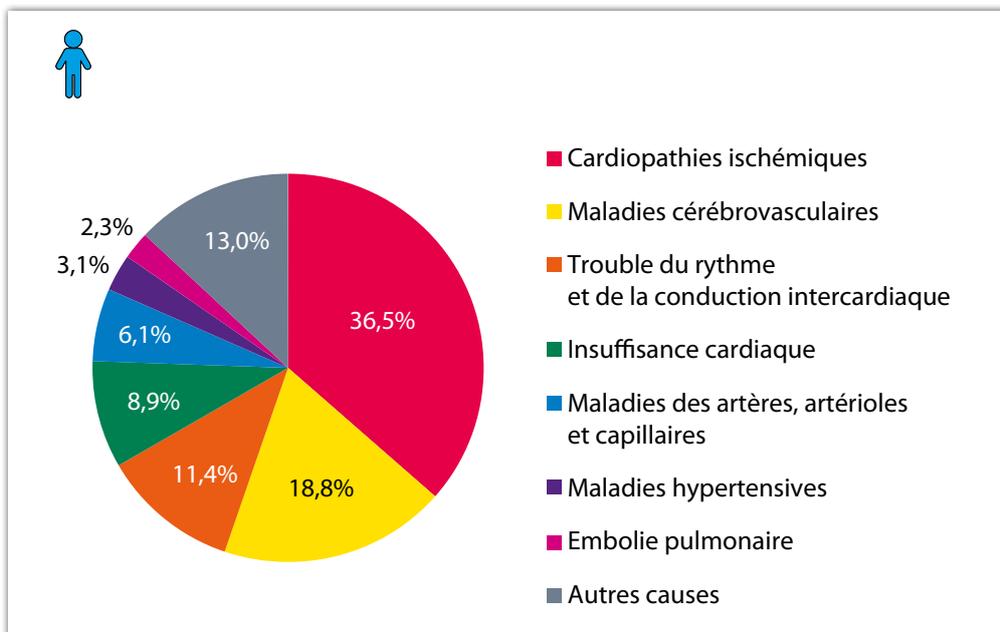
Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires représentent, en 2012, la première cause de mortalité dans le monde : le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est estimé à 17,3 millions, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Parmi l'ensemble de ces décès, 7,4 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC. L'hypertension artérielle serait responsable de près de la moitié des décès dus aux AVC et aux cardiopathies coronariennes [12].

Depuis plus de trente ans, une diminution de la mortalité cardiovasculaire est observée dans la plupart des pays industrialisés. Une étude réalisée en Angleterre [13] attribue principalement cette diminution aux mesures de prévention primaire : contrôle du poids et de l'alimentation, arrêt du tabagisme.

### 2.1. Mortalité

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 766 décès en province de Luxembourg en 2012. Il faut cependant noter que depuis 2008, les tumeurs apparaissent en tête des causes de la mortalité masculine. Neuf décès cardiovasculaires sur dix concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

**Figure 3.7. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012**



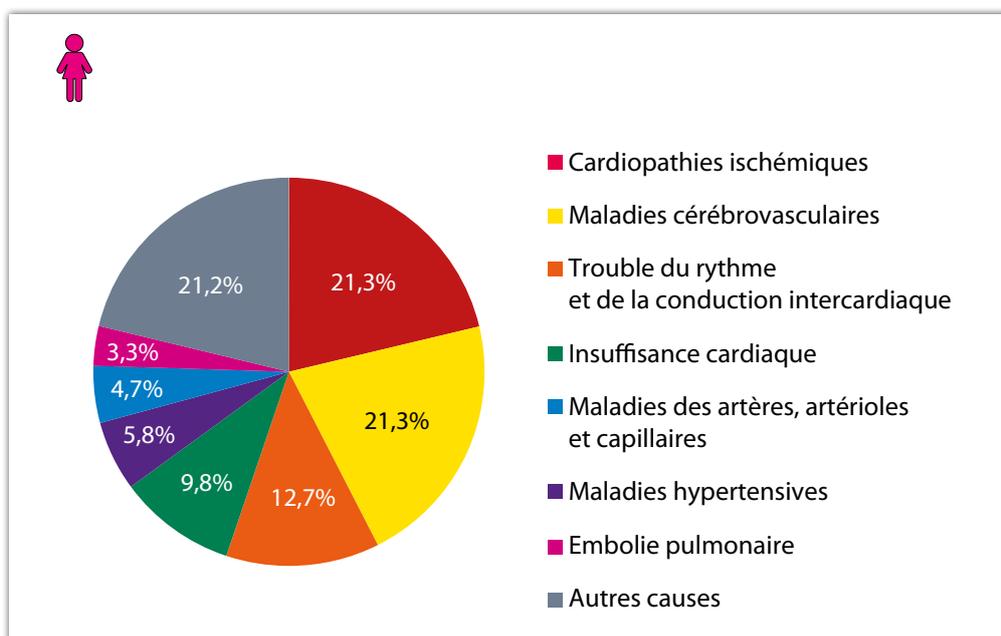
Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Chez les hommes, les cardiopathies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec en moyenne 131 décès par an en province de Luxembourg de 2008 à 2012. Ce chiffre représente 36,5 % des décès cardiovasculaires et 10 % du total des décès masculins. Les maladies cérébrovasculaires (thrombose, hémorragie cérébrale) rassemblent 18,8 % des décès cardiovasculaires ; suivent les troubles du rythme cardiaque (11,4 %), les insuffisances cardiaques (8,9 %) et les maladies des artères, artérioles et capillaires (principalement les dissections aortiques et les ruptures d'anévrismes) (6,1 %).



# Chapitre 3

Figure 3.8. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Chez la femme, les trois principales causes de décès cardiovasculaires sont les mêmes que chez l'homme.

Toutefois, avec 21,3 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (36,5 %). À style de vie comparable (tabac, alcool, alimentation, activité physique...), cette pathologie touche en général la femme à un âge plus avancé. En effet, cela est expliqué en partie par une espérance de vie supérieure ainsi qu'une protection hormonale pour les femmes. À l'inverse, la contribution des maladies vasculaires cérébrales (21,3 %) et de l'insuffisance cardiaque (9,8 %) à la mortalité cardiovasculaire féminine est plus importante que chez l'homme (respectivement 18,8 % et 8,9 %).

L'analyse des certificats de décès féminins rapporte plus de troubles du rythme cardiaque (12,7 %), plus de maladies hypertensives (5,8 %) et moins de maladies des artères, artérioles et capillaires (4,7 %) par rapport aux données masculines.

## 2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde

Évaluer l'ampleur de l'épidémie des maladies cardiovasculaires se mesure, non seulement, via le nombre de décès liés à ces pathologies mais aussi en répertoriant le nombre de cas non-fatals. Cela s'organise à travers la gestion d'un registre qui vu la complexité et le coût de la tâche, porte sur des zones géographiques limitées.

Un registre des infarctus concernant les personnes de 35 à 74 ans est tenu notamment en province de Luxembourg depuis le début des années 80. Il consiste à consigner de manière exhaustive tous les infarctus qui surviennent grâce à l'examen minutieux des certificats de décès et des registres d'hospitalisation (suivant la méthodologie MONICA).

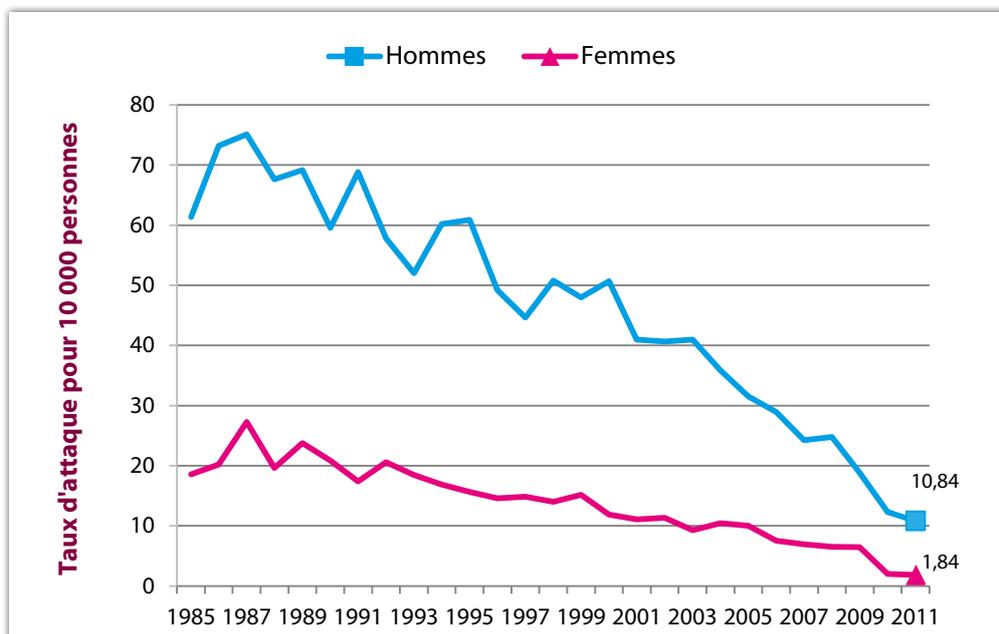
Le taux d'attaque est le nombre de nouveaux événements sur une période donnée par rapport à la population. Il mesure l'incidence d'un problème de santé.

Le taux d'attaque fatal correspond à la mortalité coronarienne, c'est-à-dire à tous les cas d'infarctus ayant conduit à un décès endéans les 28 jours qui ont suivi les événements coronariens.

Le taux d'attaque non fatal correspond aux cas d'infarctus qui n'ont pas conduit à un décès dans les 28 jours suite à l'événement coronarien.

Le taux d'attaque global correspond aux nouveaux événements coronariens fatals ou non-fatals sur une période donnée.

**Figure 3.9. Évolution du taux d'attaque global (fatal ou non-fatal) standardisés de l'infarctus du myocarde, selon le sexe (35-74 ans), province de Luxembourg, 1985-2011**



Source : Registre des cardiopathies ischémiques – Méthodologie MONICA Bellux 2011

► Entre 1985 et 2011, les taux d'attaques globales (issues fatale ou non-fatale) de l'infarctus du myocarde décroissent en province de Luxembourg, tant chez les hommes que chez les femmes, mais variablement selon le sexe et au cours du temps.

Au niveau de la population masculine, cette diminution est légèrement moins marquée et moins régulière au fil du temps. En effet, le taux d'attaque global baisse de 82,3% entre 1985 (61,3/10 000 hab.) et 2011 (10,8/10 000 hab.).

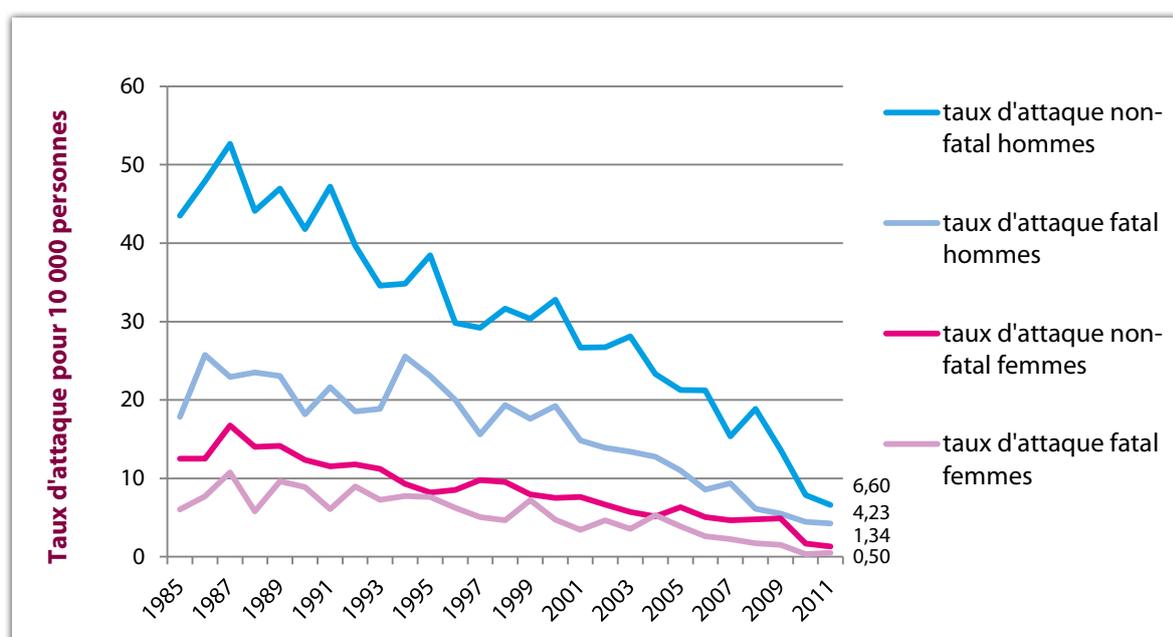


# Chapitre 3

Au sein de la population féminine, le taux d'attaque global diminue régulièrement, passant de 18,6/10 000 habitants en 1987 à 1,8/10 000 habitants en 2007, soit une diminution de 90,1 % en 26 ans.

En 2010 et 2011, en province de Luxembourg, les hommes présentent un taux d'attaque global plus de six fois supérieur à celui des femmes. Alors que de 1985 à 2009, celui-ci, était trois fois supérieur à celui des femmes.

Figure 3.10. Évolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal et non-fatal), selon le sexe (35-74 ans), province de Luxembourg, 1985-2011



Source : Registre des cardiopathies ischémiques – Méthodologie MONICA Bellux 2011

► Entre 1985 et 2011, non seulement le nombre total d'infarctus (fatals et non-fatals) diminue, mais également la létalité grâce, notamment, aux effets conjugués d'une meilleure connaissance des symptômes chez les individus et d'une prise en charge plus efficace.

Ainsi, les infarctus fatals masculins en province de Luxembourg passent de 17,8 pour 10 000 habitants en 1985 à 4,2 en 2011, soit une diminution d'environ 76 %.

À l'instar de ce qui se passe pour les hommes, le taux standardisé d'infarctus fatals féminins passe de 6,0 pour 10 000 habitants par an en 1985 à 0,5 en 2011 sous les effets combinés de la baisse de l'incidence et de la létalité.

## 2.3. Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle consiste en une augmentation permanente (supérieure à 140/90 mm de mercure) de la pression sanguine dans les artères. Elle est le plus souvent asymptomatique, mais aisément détectable par la mesure régulière de la pression artérielle lors d'un examen médical.

En l'absence de traitement, elle peut provoquer des troubles graves comme les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires ou l'insuffisance rénale.

Trop de sel dans l'alimentation, une consommation faible de fruits et de légumes, un poids excessif, une consommation élevée d'alcool, un manque d'activité physique sont des facteurs qui favorisent l'augmentation de la pression artérielle.

Selon le Panorama mondial de l'hypertension de l'OMS publié en 2013, les chercheurs estiment que cette pathologie tue actuellement 9 millions de personnes par an dans le monde [14].

**Tableau 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

15 ans et plus	Hommes	Femmes
	%	%
Belgique	15,6	17,3
Wallonie	15,8	15,0
Province de Luxembourg	15,6	14,8

Source : ISP-HIS

► Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 16 % des hommes et 15 % des femmes de la province de Luxembourg déclaraient souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les douze derniers mois. Plus de deux tiers des personnes affectées avaient 55 ans et plus. Compte tenu des variations statistiques, les données en province de Luxembourg sont similaires à la situation wallonne ou nationale.

Parmi les personnes concernées par cette pathologie, plus de 90 % déclaraient suivre un traitement médicamenteux destiné à soigner leur hypertension. Au regard des précédentes enquêtes, ce pourcentage tend à augmenter dans le temps et ne varie pas selon le territoire étudié.

Sur la période 2008 à 2012, 849 décès annuels (soit près de 3 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives ont été enregistrés en moyenne en Belgique dont 480 en Wallonie et 35 en province de Luxembourg. Ce nombre limité de décès ne représente qu'une faible part de la mortalité induite par l'hypertension, cette dernière favorisant, en effet, de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.



# Chapitre 3

## 3. Cancers

Une tumeur peut se définir comme étant une maladie cellulaire entraînant une prolifération anarchique de cellules qui détruit le tissu d'origine. Elle peut soit être bénigne, soit être maligne ou cancéreuse. Cette partie du tableau de bord traitera uniquement des tumeurs cancéreuses.

Tous les organes peuvent être à l'origine d'un cancer, mais les poumons (bronches), le gros intestin, le sein, la prostate sont les localisations les plus fréquentes de cancers en Belgique.

De nombreux facteurs augmentent le risque de cancer : ils peuvent être génétiques, liés à l'environnement (rayonnements, produits chimiques, agents pathogènes...) ou aux comportements (consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité...). Nombre d'entre eux sont évitables comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité, une alimentation déséquilibrée, le manque d'exercice physique, l'infection par papillomavirus humain (HPV) (sexuellement transmissible), la pollution à l'intérieur des habitations. Selon l'OMS, en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas de cancer (22 millions estimés dans les 20 prochaines années) et 8,2 millions de décès liés à des cancers dans le monde [15].

### 3.1. Mortalité par cancer

En Belgique, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme et la première chez l'homme. La mortalité par cancer corrigée pour l'âge (taux standardisés) a nettement diminué chez l'homme depuis le début des années nonante. Cette évolution positive est moins marquée chez la femme. Toutefois, le risque de décès imputable aux différents cancers varie, entre autres, selon le type histologique, la localisation et la précocité du traitement.

Tableau 3.2. Nombre moyen de décès par cancer (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012

Causes de décès	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 866	1 693	1 622	638	128	45
Sein	-	2 354	-	752	-	49
Côlon, rectum	1 574	1 420	483	472	36	33
Prostate	1 451	-	453	-	36	-
Lymphes et sang	1 165	1 017	372	340	24	26
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 089	347	356	124	26	8
Pancréas	770	789	254	262	17	21
Ovaires	-	676	-	218	-	17
Utérus	-	554	-	177	-	11
Autres	4 359	3 084	1 474	1 043	103	74
<b>Total</b>	<b>15 273</b>	<b>11 934</b>	<b>5 014</b>	<b>4 028</b>	<b>371</b>	<b>283</b>

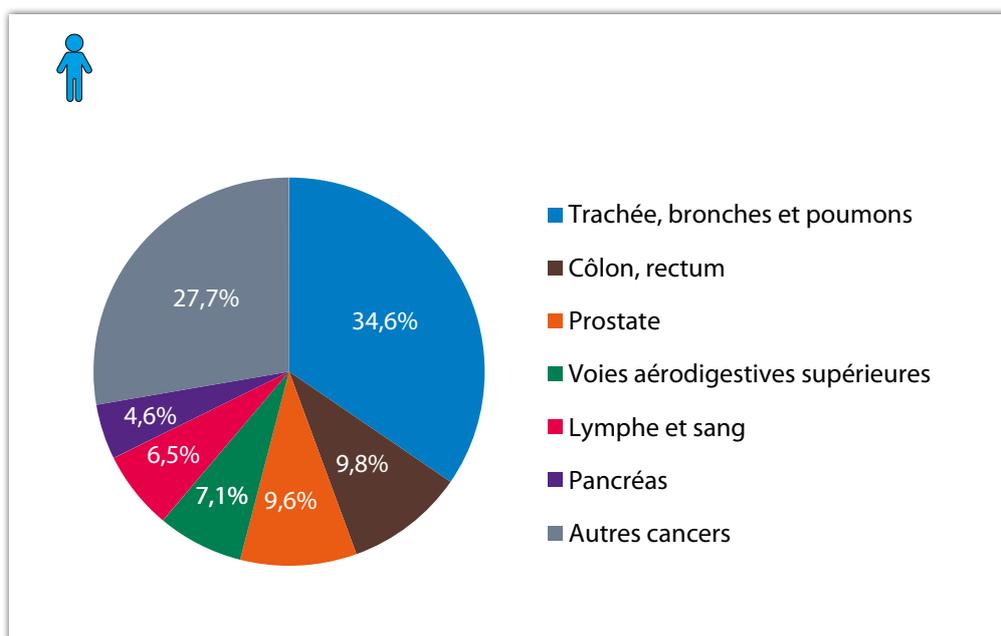
Source : ISP-SPMA

► Entre 2008 et 2012, en moyenne 15 273 décès masculins par an dus à des cancers, ont été enregistrés en Belgique, dont 5 014 au niveau wallon et 371 au niveau luxembourgeois (soit un peu plus de 7% des décès wallons par cancer). Chez les femmes, entre 2008 et 2012, en moyenne 11 934 décès annuels dus à des cancers ont été recensés en Belgique, dont 4 028 au niveau wallon et 283 en province de Luxembourg (soit 7% des décès wallons par cancer).



# Chapitre 3

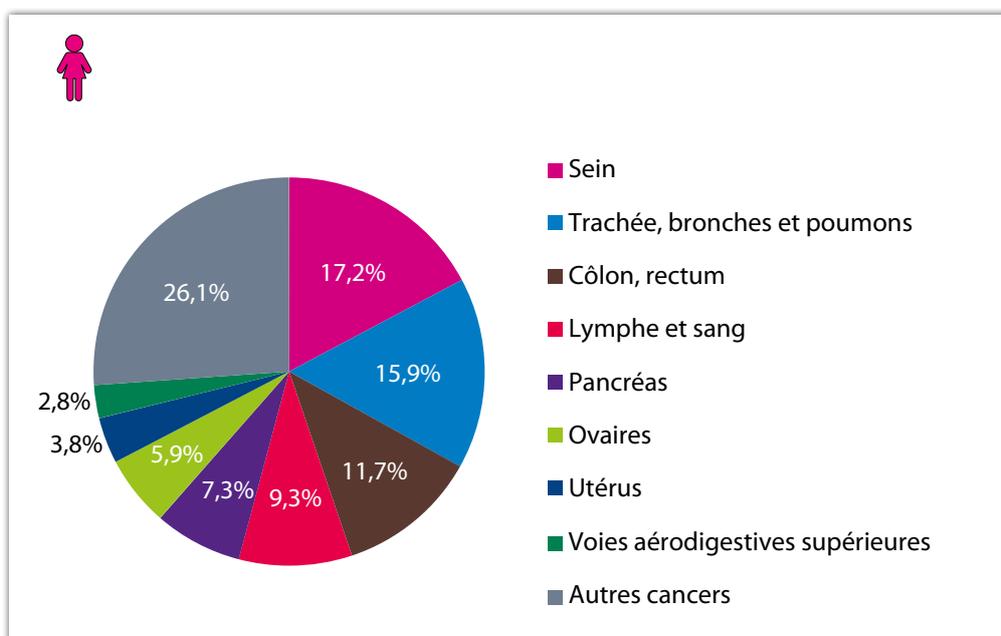
Figure 3.11. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes de la province de Luxembourg pour la période considérée de 2008 à 2012 (soit 35% de tous les décès par cancer masculin) suivi des cancers colorectaux (10%), de la prostate (10%) et des voies aérodigestives supérieures (7%).

Figure 3.12. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, la première cause de décès par cancer chez les femmes est le cancer du sein (17%) suivi de celui du poumon (16%) et des cancers colorectaux (12%). Si le nombre de décès par cancer du poumon reste nettement plus important dans la population masculine, leur fréquence a été multipliée par 2,2 chez la femme entre les périodes 1987-1991 et 2008-2012 alors qu'elle a diminué de 14% chez l'homme. Les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante ne sont sans doute pas étrangères à ce constat [16].

## 3.2. Incidence des cancers

L'incidence est le nombre de nouveaux cas de maladies pendant une période donnée dans une population précise.

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas observés d'une pathologie rapporté à la population au cours d'une période déterminée. Il s'exprime ici en nombre de cas par 1 000 habitants et par an. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une maladie.

Jusqu'en 1998, un Registre National du Cancer a été tenu, sans toutefois atteindre l'exhaustivité des cas. En 2005, la Fondation Registre du Cancer a été créée, elle a permis d'atteindre un niveau d'exhaustivité élevé [17].

En Belgique, les cancers se révèlent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cette pathologie touchera un homme sur 3 et une femme sur 4 avant sa 75<sup>e</sup> année de vie [18-21].

Pour l'année 2013, 71 536 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 2,2% concernent les habitants de la province de Luxembourg [18].

L'incidence des cancers est en augmentation. Cette évolution est difficile à analyser. D'une part, le vieillissement et les dépistages accroissent l'incidence. D'autre part, les niveaux des facteurs de risques et de protection évoluent dans des sens différents selon le facteur de risque et la population considérée et poussent l'incidence à la hausse ou à la baisse.

En Belgique, les données sont actuellement disponibles pour une période de 10 ans (2004 à 2013).

Afin de réduire la variabilité due aux fluctuations annuelles, l'incidence est présentée sous forme de moyenne pour les années 2009-2013.

**Tableau 3.3. Incidence moyenne de cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013**

Incidence	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	-	10 244	-	3 388	-	219
Prostate	8 515	-	2 403	-	184	-
Trachée, bronches, poumons	5 645	2 298	1 892	855	145	53
Côlon, rectum	4 687	3 813	1 344	1 150	103	73
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 549	863	940	330	67	22
Lymphes et sang	2 766	2 198	862	723	59	46
Utérus	-	2 064	-	669	-	45
Mélanome	938	1 329	314	436	23	31
Ovaires	-	812	-	258	-	17
Pancréas	782	742	271	252	21	19
Autres	11 035	7 209	3 384	2 285	231	159
<b>Total</b>	<b>36 917</b>	<b>31 572</b>	<b>11 410</b>	<b>10 347</b>	<b>833</b>	<b>684</b>

Source : Fondation Registre du Cancer

► En moyenne, près de 37 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués annuellement en Belgique dans la population masculine entre 2009 et 2013. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le côlon-rectum.

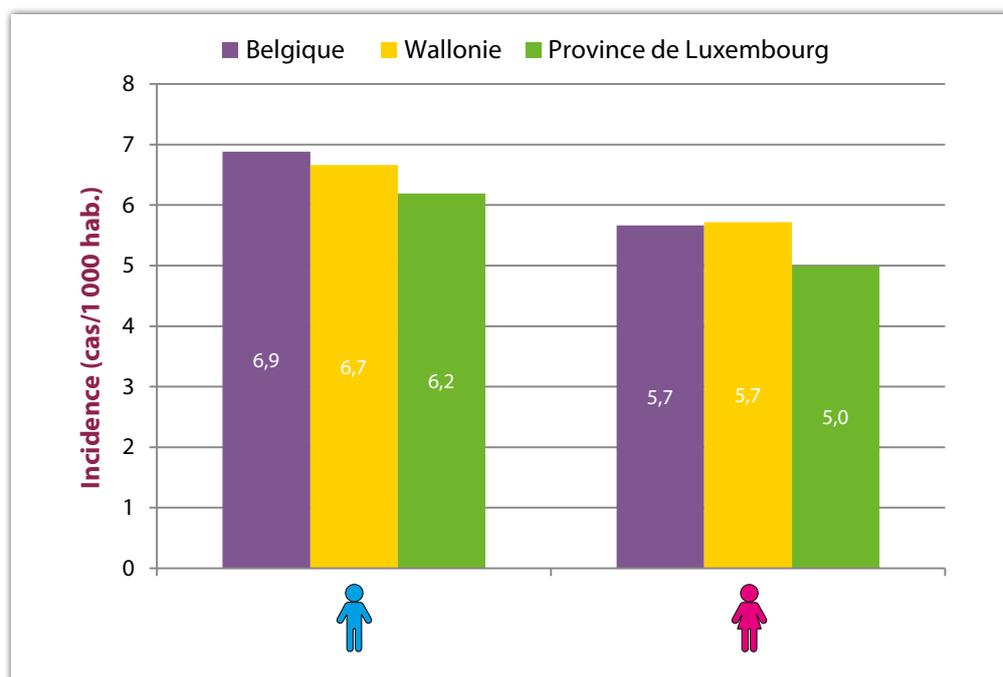


# Chapitre 3

Chez les femmes, pour cette même période, ce sont un peu plus de 31 500 nouveaux cas de cancers qui ont été diagnostiqués en moyenne chaque année en Belgique. Les principales tumeurs concernent le sein, le côlon-rectum et le poumon.

La Belgique occupe la première place européenne en matière d'incidence du cancer du sein. Cette incidence élevée pourrait être expliquée par une accumulation de facteurs de risque, l'impact du dépistage et l'efficacité de l'enregistrement des cas [22].

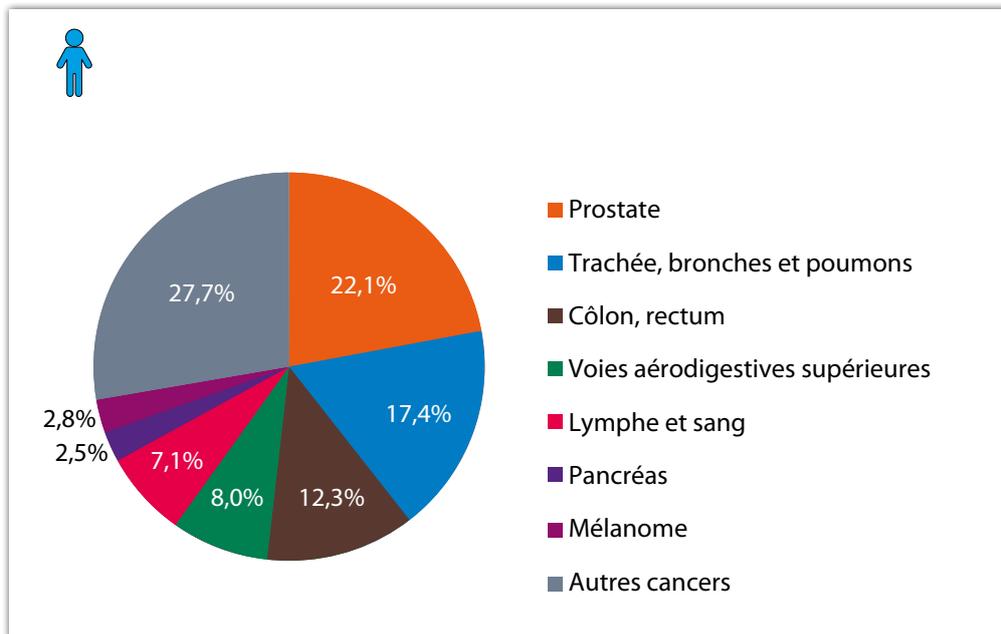
**Figure 3.13. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013**



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLux

► Entre 2009 et 2013, la Belgique présente des taux d'incidence du cancer de 6,9 pour 1 000 habitants chez les hommes, soit 36 917 nouveaux cas et de 5,7 chez les femmes, soit 31 572 nouveaux cas. Les taux d'incidence en province de Luxembourg (6,2 et 5,0) ne diffèrent pas significativement des taux belges (6,9 et 5,7) et wallons (6,7 et 5,7). De manière générale, les taux d'incidence du cancer tendent à être plus élevés dans la population masculine que féminine quel que soit le territoire concerné.

Figure 3.14. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Luxembourg, 2009-2013



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLux

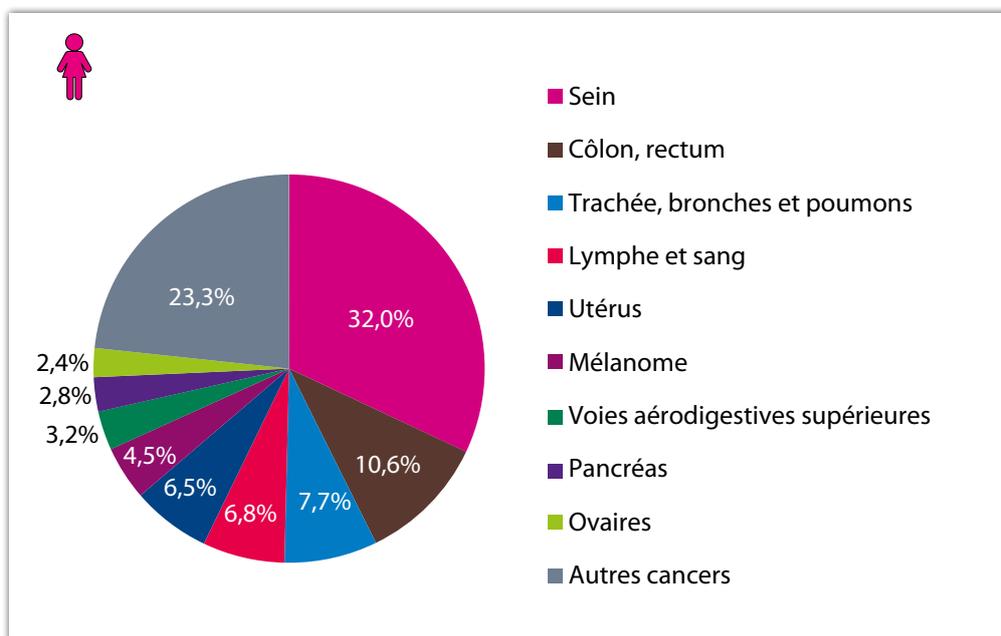
► Alors qu'en termes de mortalité en province de Luxembourg, le cancer de la prostate occupe la troisième place, il est numéro un en ce qui concerne l'incidence. De ce point de vue, les chiffres sont le reflet des effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

Le dépistage par la recherche d'antigène prostatique spécifique (PSA) permet de diagnostiquer des cancers de petite taille et d'obtenir une guérison à un stade précoce. Certains de ces cancers n'auraient pas évolué suffisamment vite pour menacer la vie du patient, raison pour laquelle les études présentent des conclusions contradictoires quant à l'effet du dépistage sur la mortalité. Le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est actuellement pas recommandé en Belgique [23, 24].

En 2009-2013, dans la province de Luxembourg, les parts relatives des cancers de la prostate (22%), du poumon (17%), du côlon-rectum (12%) et des voies aérodigestives supérieures (8%) sont sensiblement semblables à celles de la Belgique et de la Wallonie.

# Chapitre 3

Figure 3.15. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Luxembourg, 2009-2013



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLux

► Chez les femmes, le cancer à l'incidence la plus élevée entre 2009 et 2013 en province de Luxembourg est le cancer du sein qui représente à lui seul 32 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers du côlon (11 %) et du poumon (8 %).

## 4. Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires peuvent se décliner d'une part, en infections aiguës comme la pneumonie ou, d'autre part, en affections chroniques telles que l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

### 4.1. Mortalité par maladie respiratoire

Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012

Moyenne annuelle (2008-2012)	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 835	1 651	1 053	629	67	37
Pneumonie	1 711	1 947	537	607	37	37
Maladies du poumon dues à des agents externes	529	387	175	118	7	5
Asthme	46	90	19	41	1	2
Grippe	25	42	7	12	1	0
Autres	829	981	304	374	20	21
<b>Total</b>	<b>5 975</b>	<b>5 097</b>	<b>2 094</b>	<b>1 782</b>	<b>133</b>	<b>102</b>

Source : ISP-SPMA

► En Belgique, entre 2008 et 2012, 11 072 personnes sont décédées en moyenne chaque année des suites de maladies respiratoires (hors cancers). Parmi ces décès, 41% concernaient des maladies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème) contre respectivement 43% et 44% en Wallonie et en province de Luxembourg. La part des décès dus à des pneumonies est de 33% en Belgique contre 30% en Wallonie et 32% en province de Luxembourg.

Les maladies pulmonaires dues à des agents externes (maladies dues à l'accumulation de poussières minérales ou organiques dans les poumons) représentent en Belgique 8,3% des décès d'origine respiratoire. En Wallonie et en province de Luxembourg, la part attribuable à ces affections est plus faible avec respectivement 7,6% et 5,1%. Jusqu'à la fin du siècle passé, ces maladies étaient responsables de plusieurs centaines de décès majoritairement masculins et illustraient les pathologies concomitantes à l'extraction minière de nos régions.

Le tabac et, dans une moindre mesure, les pollutions atmosphériques et intérieures jouent un rôle considérable dans les maladies respiratoires [25].



# Chapitre 3

## 4.2. Asthme

L'asthme est une maladie chronique qui se caractérise par des crises débouchant sur des difficultés respiratoires et une respiration sifflante.

La gravité et la fréquence de l'asthme varient d'une personne à l'autre. L'origine de la pathologie est le plus souvent allergique chez l'enfant. Chez l'adulte, le tabagisme et la pollution atmosphérique jouent un rôle important.

Selon les estimations de l'OMS, environ 235 millions d'individus souffrent actuellement d'asthme dans le monde. Il s'agit de la maladie chronique la plus courante chez l'enfant [26].

**Tableau 3.5. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Total (%)
Belgique	4,3
Wallonie	5,6
Province de Luxembourg	3,8

Source : ISP-HIS

► Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview, près de 3,8% de la population luxembourgeoise déclare souffrir d'asthme en 2013, soit une valeur proche de celles de la Belgique (4,3%) et de la Wallonie (5,6%). En province de Luxembourg, la proportion chez les hommes (2,2%) est plus faible qu'en Wallonie (5,5%). En revanche, chez les femmes, les proportions ne diffèrent pas. En outre, aucun écart significatif n'est observé entre les sexes que ce soit pour la Belgique, la région ou la province de Luxembourg.

## 4.3. Tuberculose

La tuberculose est une maladie contagieuse causée par une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis* aussi appelée bacille de Koch) qui touche le plus souvent les poumons. Selon l’OMS, plus de 95 % des cas et des décès surviennent dans les pays à revenus faibles et intermédiaires. Les individus dont le système immunitaire est affaibli, tels ceux infectés par le VIH, les personnes souffrant de malnutrition ou de diabète, ou encore les fumeurs, courent un risque plus élevé de développer la maladie. Toujours selon l’OMS, le taux de mortalité par tuberculose dans le monde a chuté de 47 % entre 1990 et 2015 [27]. En province de Luxembourg, un peu moins de 2 décès dus à la tuberculose sont enregistrés en moyenne par an.

**Tableau 3.6. Taux d’incidence (pour 100 000 hab./an) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

pour 100 000 hab./an	Belges	Étrangers	Total
Belgique	4,6	41,3	8,6
Wallonie	4,6	32,2	7,2
Province de Luxembourg	1,6	47,6	4,7

Source : FARES

► En 2014, 8,6 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été dépistés en Belgique.

*L’incidence de cette affection est légèrement inférieure en Wallonie et en province de Luxembourg par rapport au niveau national.*

*La tuberculose se révèle nettement plus fréquente chez les populations étrangères que chez les Belges, quel que soit le territoire.*

*Selon le Fonds des Affections Respiratoires (FARES), l’évolution du nombre de nouveaux cas de tuberculose au niveau belge a suivi une décroissance constante ces trente dernières années. En 2007, pour la première fois, l’incidence est descendue sous le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants et se maintient autour de cette valeur depuis lors. En province de Luxembourg, le taux d’incidence se situe aux environs de 5 à 6 pour 100 000 habitants depuis 2007 [28].*

# Chapitre 3

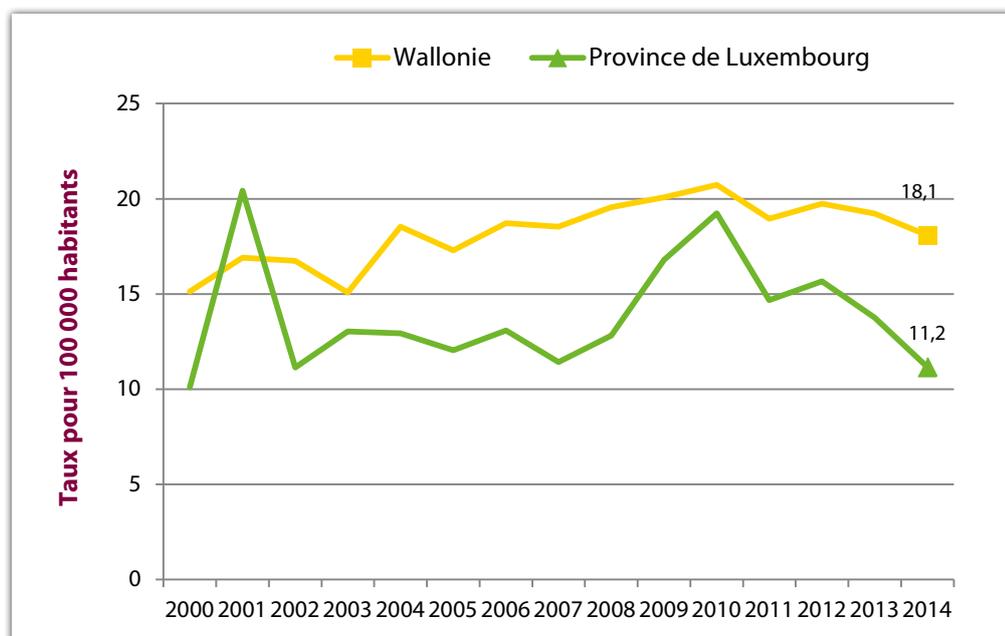
## 5. Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale correspond à l'altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang. La maladie est dite «aiguë» si le dysfonctionnement est transitoire et réversible ; elle est «chronique» si la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison.

L'insuffisance rénale chronique est induite par des pathologies (diabète, hypertension...) qui détruisent progressivement et de façon irréversible les différentes structures rénales jusqu'à un stade terminal qui nécessite d'envisager les techniques de remplacement de la fonction rénale : dialyse et transplantation [29].

En Belgique, fin 2013, 13 828 patients de 20 ans et plus bénéficiaient d'une de ces techniques soit 1,2 pour 1 000 habitants. Parmi ces patients, 5 820 avaient bénéficié d'une greffe de rein. Le diabète était la cause reconnue de 17,4% de ces insuffisances rénales. Par rapport à ses voisins européens, la Belgique connaît une prévalence élevée de patients sous remplacement de la fonction rénale [30].

Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie - province de Luxembourg, années 2000 à 2014



Source : Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique

► De 2000 à 2014, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 10,1 à 11,2 pour 100 000 habitants par an en province de Luxembourg soit une augmentation de 11 % en 15 ans. Dans le même temps, ce taux est passé de 15,1 à 18,1 pour 100 000 habitants en Wallonie, soit une augmentation de près de 20 %. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence du diabète concourent à cet accroissement [29].

## 5.1. Mortalité par insuffisance rénale

Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012

Moyenne annuelle (2008-2012)	Hommes	Femmes	Total
Belgique	650	803	1 453
Wallonie	239	297	536
Province de Luxembourg	14	19	33

Source: ISP-SPMA

► En Belgique, 1 453 personnes sont décédées en moyenne chaque année à cause d'une insuffisance rénale entre 2008 et 2012. Parmi ces décès, 33 sont survenus dans la province de Luxembourg.

## 5.2. Dialyse

La dialyse est une méthode de filtration du sang. En filtrant le sang, cette technique permet d'éliminer les déchets toxiques et l'excès d'eau qui s'accumulent dans l'organisme.

Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

	En milieu hospitalier	À domicile
Belgique	4 821	2 409
Wallonie	1 707	646
Province de Luxembourg	126	32

Source: INAMI

► En province de Luxembourg, 126 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse en milieu hospitalier et 32 à domicile (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale) au cours de l'année 2013. Une dialyse sur cinq se pratique chez soi en province de Luxembourg, ce qui est plus faible qu'en Wallonie (une sur quatre) et qu'en Belgique (une sur trois).



# Chapitre 3

## 6. Diabète

Les estimations suggèrent que plus de 6% de la population européenne âgée de 20 à 79 ans étaient atteints de diabète en 2010, soit 33 millions de personnes. Toutefois, ces chiffres sont probablement inférieurs à la réalité car certains malades s'ignorent. L'affection est le plus souvent asymptomatique et est souvent détectée lors d'un dépistage de routine ou lors de la survenue de problèmes associés au diabète [31-34].

Selon certaines projections, le diabète deviendrait la septième cause de décès au niveau mondial en 2030 [35].

Il existe différents types de diabète :

- le diabète de type 1, dit insulinodépendant ou juvénile, est caractérisé par une production insuffisante ou nulle d'insuline par le pancréas. Ce type de diabète concerne une minorité de diabétiques (10 à 15%) [36, 37]
- le diabète de type 2, dit insulino-résistant ou de la maturité, est davantage lié à une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Le diabète de type 2 représente environ 90% des diabètes. La prévalence du diabète de type 2 augmente parallèlement au vieillissement de la population. L'excès pondéral, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité sont des facteurs de risque majeur pour ce type de diabète. Les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont importantes. Elles sont liées aux nombreuses complications engendrées par le déséquilibre glycémique (complications cardio-vasculaires de tous types, neuropathies, néphropathies, rétinopathies, etc.). Un traitement précoce et optimal du diabète (médical et hygiéno-diététique) permet de diminuer et de retarder la survenue de complications, voire de rétablir une glycémie normale.
- D'autres formes de diabètes existent comme le diabète gestationnel ou l'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun mais ils représentent une toute petite partie des personnes diabétiques.

La question posée au cours de l'Enquête Nationale de Santé par Interview en 2013 était « Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 12 derniers mois de diabète ? ». Elle ne permet pas de faire la différence entre les différents types de diabète.

### 6.1. Mortalité causée par le diabète

La mortalité par diabète est sous-estimée dans les statistiques de mortalité car cette maladie est rarement déclarée comme cause initiale de décès bien qu'elle soit à l'origine de nombreux décès par pathologies cardiovasculaires (infarctus, accident vasculaire cérébral...) et rénales.

## 6.2. Prévalence du diabète

Tableau 3.9. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

	Total (%)
Belgique	5,3
Wallonie	5,7
Province de Luxembourg	4,9

Source: ISP-HIS

► En Belgique, 5,3 % des personnes interrogées lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, ont déclaré être diabétiques. Les proportions relevées en Wallonie (5,7 %) et en province de Luxembourg (4,9 %) sont très proches. Quel que soit le niveau géographique, il n'y a pas de différence de proportion entre les hommes et les femmes.

La proportion de personnes se déclarant diabétiques reste relativement stable depuis 2004 et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

En outre, la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente à partir de l'âge de 45 ans pour atteindre environ 10 % au-delà de 65 ans.

# Chapitre 3

## 7. Ostéoporose

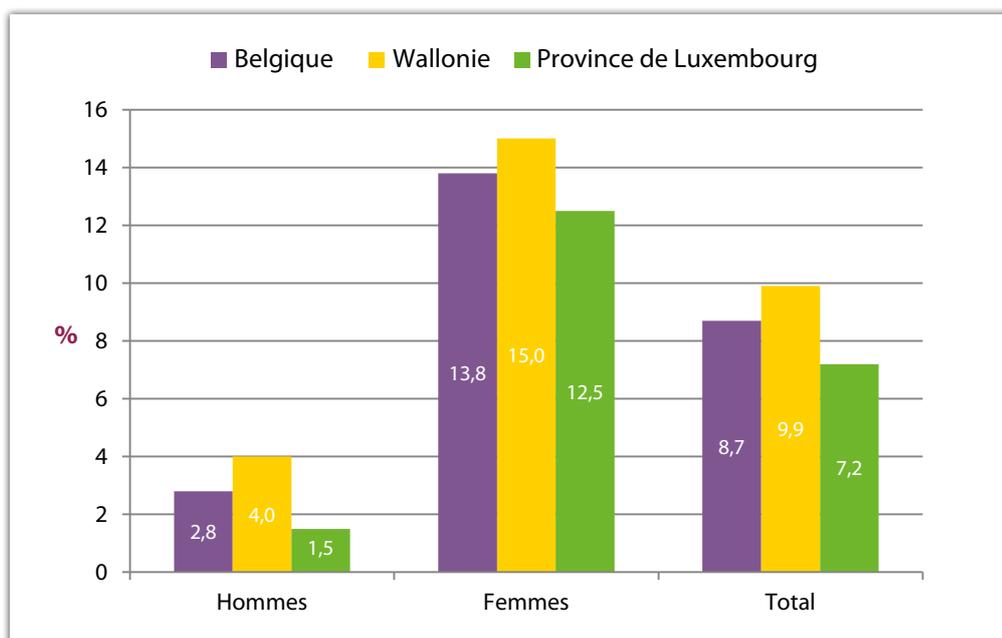
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux. Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse et des risques de fractures dites de fragilité. L'appellation de « maladie silencieuse » au sujet de l'ostéoporose vient du fait qu'aucun signe ou symptôme particulier ne révèle sa présence jusqu'à la survenue d'une fracture [38].

Pendant longtemps l'ostéoporose a été considérée comme une pathologie typiquement féminine. Depuis quelques années déjà, il est établi que l'ostéoporose touche également les hommes [39].

Au niveau mondial, à partir de cinquante ans, une femme sur trois et un homme sur cinq souffriront d'une fracture due à l'ostéoporose avant la fin de leur vie [40].

Les facteurs de risques associés à l'ostéoporose sont: le sexe, l'ethnie, la faible masse pondérale, la ménopause précoce, les antécédents familiaux d'ostéoporose et de fractures, une fracture de fragilité antérieure, un faible apport en calcium et/ou en vitamine D, le manque d'activité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et certains traitements médicamenteux [41, 42].

**Figure 3.17. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**



Source: ISP-HIS

► En 2013, en province de Luxembourg, l'ostéoporose touche 12,5 % des femmes âgées de 50 ans et plus, mais elle atteint également 1,5 % des hommes de la même tranche d'âge. Ces proportions ne sont pas statistiquement différentes des valeurs enregistrées pour la Belgique par contre, elles sont moins importantes qu'en Wallonie où 15,0 % des femmes et 4,0 % des hommes de 50 ans et plus déclarent souffrir d'ostéoporose.

Tableau 3.10. Évolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2011-2014

	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
2011	22 483	7 515	483
2012	23 470	7 914	561
2013	23 596	7 779	550
2014	24 958	8 266	591

Source: INAMI

► Entre 2011 et 2014, le nombre d'interventions pour prothèse de la hanche a augmenté de 11,0% en Belgique, de 10,0% en Wallonie et de 22,4% en province de Luxembourg. L'intervention de prothèse totale de hanche fait suite à deux causes principales que sont l'arthrose et les fractures de hanches découlant dans la plupart des cas de l'ostéoporose.

Quel que soit le territoire considéré, plus de 8 interventions sur 10 consistent en une arthroplastie de la hanche avec prothèse totale.



# Chapitre 3

## 8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA

### 8.1. Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) se transmettent principalement par contact cutané entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels. Toutefois, elles peuvent également se propager par d'autres voies, telles que les transfusions sanguines. Plus de trente bactéries, virus et parasites se transmettent par voie sexuelle. L'incidence des IST est principalement liée à huit agents pathogènes. La moitié de ces infections sont curables, il s'agit de la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase. Les quatre infections incurables sont le sida (virus de l'immunodéficience humaine - VIH), l'hépatite B, l'infection à papillomavirus humain (VPH) et l'infection par le virus de l'herpès (*herpes simplex virus* ou HSV).

En Belgique, les tendances épidémiologiques de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis sont décrites par l'Institut de Santé Publique sur base des données recueillies par les laboratoires vigies de microbiologie.

Il ressort de ce suivi qu'entre 2002 et 2013, le nombre d'IST connaît une augmentation croissante en Wallonie et en Belgique.

La chlamydie est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas rapportés entre 2002 et 2013 est passé respectivement de 165 à 752 cas en Wallonie et de 996 à 4 916 cas en Belgique.

Les cas de gonorrhée augmentent aussi de façon continue depuis 2002, passant de 37 à 155 cas recensés en Wallonie entre 2002 et 2013.

Le nombre de cas de syphilis enregistrés en Wallonie est passé de 21 cas en 2002 à 121 cas en 2013 [43].

### 8.2. VIH-SIDA

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de surveillance et de protection de l'organisme contre les infections et certains types de cancer. Le stade le plus avancé de l'infection à VIH est le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA), qui peut apparaître au bout de 2 à 15 ans.

Selon l'OMS, au niveau mondial, il y avait environ 37 millions de personnes vivant avec le VIH en 2014 [44].

En Belgique, les données sur l'infection au VIH et le SIDA proviennent de deux sources : l'enregistrement des malades du SIDA par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Les données publiées, concernant uniquement les personnes dépistées, sous-estiment sans doute le nombre réel de personnes porteuses du virus [45].

## 8.2.1. Mortalité causée par le SIDA

Avant l'introduction de la dixième Classification Internationale des Maladies (CIM-10) en 1998, les décès dus au virus VIH n'étaient pas enregistrés dans une catégorie spécifique. La seule source alors disponible était le registre cité plus haut qui reste une référence quant à l'évolution de la mortalité depuis le milieu des années 1980 même s'il existe sans doute une sous-évaluation du nombre réel de cas.

**Tableau 3.11. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012**

	Hommes	Femmes
Belgique	32	15
Wallonie	10	6
Province de Luxembourg	0	0

Source: ISP-SPMA

► De 2008 à 2012, aucun décès dû au VIH n'a été enregistré en province de Luxembourg. Compte tenu des fluctuations statistiques, la mortalité ne diffère pas d'un territoire à l'autre. Il y a deux fois plus de décès masculins que féminins au niveau belge et wallon.



# Chapitre 3

## 8.2.2. Personnes infectées par le VIH

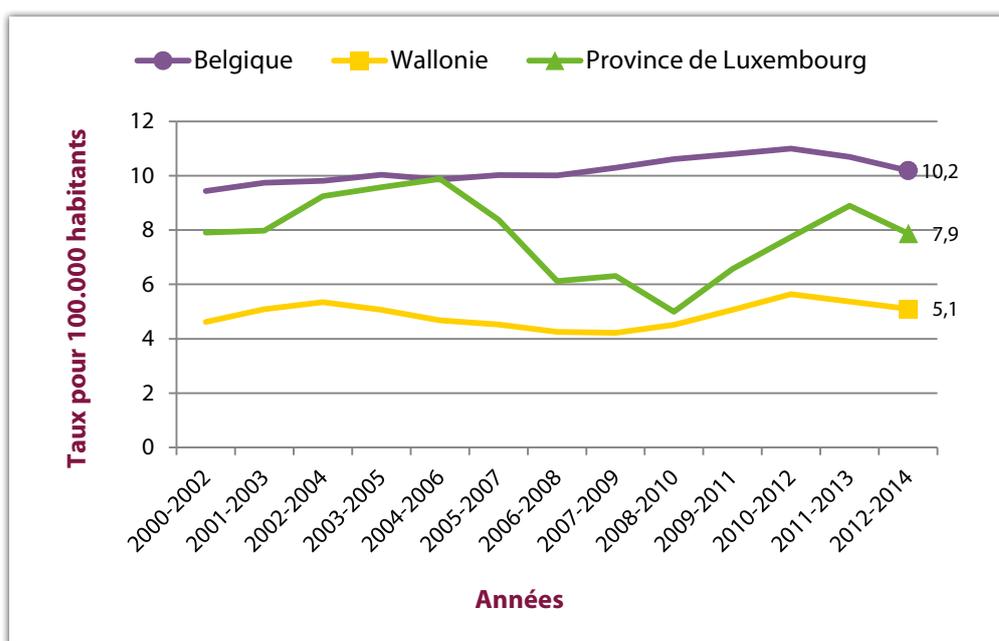
Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2009-2014

	2004	2009	2014
Belgique	1 004	1 132	1 039
Wallonie	174	143	169
Province de Luxembourg	31	16	19

Source : ISP-Registre SIDA

► Entre les années 2000 et 2010, le nombre absolu de nouveaux cas de VIH dépistés chaque année en Belgique n'a cessé de croître. En 2004, 1 004 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées dont 31 en province de Luxembourg. En 2014, 1 039 nouveaux cas ont été consignés en Belgique dont 19 en province de Luxembourg.

Figure 3.18. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014



Source : ISP-Registre SIDA, calculs OSLux, moyennes glissées sur 3 ans

► En 2012-2014, le taux d'incidence de l'infection au VIH diagnostiquée en Belgique a été évalué à 10,2 cas pour 100 000 habitants, contre 9,4 en 2000-2002.

La plus haute incidence a été observée entre 2010 et 2012 avec 1 203 nouveaux cas (dont 199 en Wallonie et 21 en province de Luxembourg) diagnostiqués en moyenne en cours d'année.

Pour une part non négligeable des individus diagnostiqués, l'information sur le lieu de résidence (province ou région) n'est pas disponible, ce qui induit une sous-estimation des taux d'incidence au niveau de la région et des provinces.

## 9. Limitations physiques et Invalidités

### 9.1. Limitations physiques

Les limitations sont souvent le fait des maladies de longue durée dont la fréquence s'accroît avec l'âge. Le vieillissement est en lui-même un processus qui entraîne une diminution des capacités physiques.

Les différentes enquêtes de santé par interview menées depuis 2001 nous informent que la part de personnes de 15 ans ou plus qui déclarent une limitation fonctionnelle dans leur vie concerne globalement 20% de la population de la province du Luxembourg contre 21% en Belgique. Le niveau est légèrement plus élevé en Wallonie (environ 25%). Chez les 65 ans et plus, cette proportion dépasse les 40% en province de Luxembourg soit l'équivalent de la moyenne nationale. Ces chiffres restent relativement stables dans le temps.

### 9.2. Invalidités

Tout assuré social est reconnu invalide et reçoit, à ce titre, une indemnité, si par la suite de maladie ou d'infirmité, il ne peut gagner, depuis plus d'un an, qu'un tiers du gain normal d'un travailleur de la même catégorie et de formation équivalente et dont l'âge est compris entre 20 et 64 ans. La proportion de personnes recevant une indemnité d'invalidité reflète à la fois le fait d'avoir effectivement une invalidité et le fait d'avoir mené à bien les démarches en vue d'être reconnu comme invalide. Il est probable qu'une partie des personnes qui souffrent d'une invalidité n'ont pas fait cette démarche.

Selon une étude de l'INAMI, parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les salariés, les troubles psychiques et les maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs se retrouvent en tête, et ce quel que soit le sexe ou le statut (ouvrier, employé). Viennent ensuite les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les maladies du système nerveux et des sens, les blessures accidentelles et les empoisonnements et, enfin, les maladies des voies respiratoires. Étant donné l'évolution de la pyramide des âges (population vieillissante) et du degré de participation croissant des femmes au marché de l'emploi, le nombre de personnes invalides devrait continuer à croître dans les années à venir, pour se stabiliser vers 2020 puis décroître [46].

**Tableau 3.13. Nombre et proportion (%) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

Hommes		Femmes		Total	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
138 810	44,8	170 917	55,2	309 727	100,0
53 456	45,7	63 568	54,3	117 024	100,0
2 735	44,0	3 477	56,0	6 212	100,0

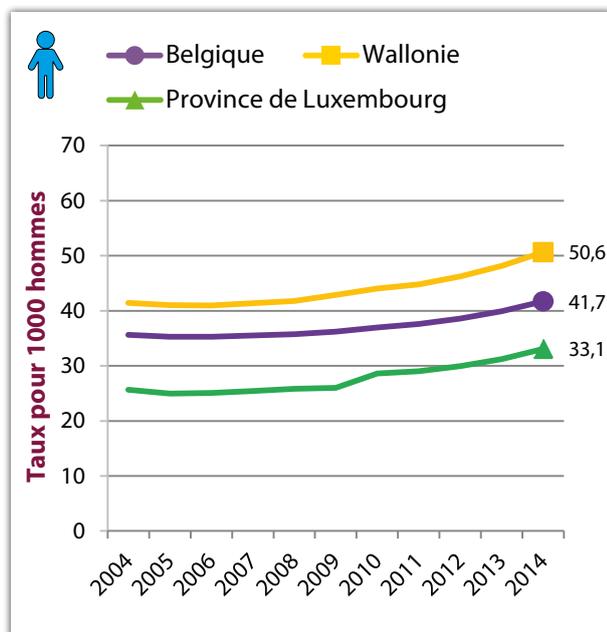
Source : INAMI, calculs OSLux

► En 2014, le nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité en province de Luxembourg s'élève à 6 212 personnes ce qui représente respectivement 5,3 et 2,0% des bénéficiaires de Wallonie et de Belgique. Quel que soit le niveau géographique envisagé, les personnes indemnisées pour invalidité sont majoritairement des femmes.



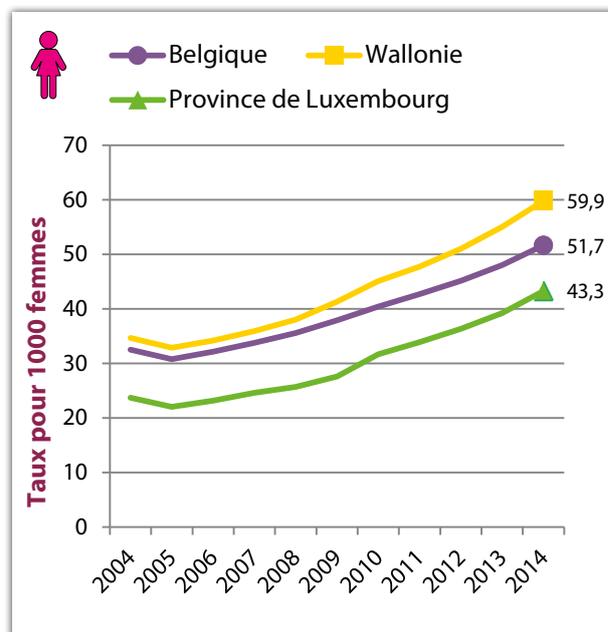
# Chapitre 3

Figure 3.19. Évolution du taux pour 1 000 hommes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014



Source: INAMI, calculs OSLux

Figure 3.20. Évolution du taux pour 1 000 femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014



Source: INAMI, calculs OSLux

► En 2014, l'invalidité reconnue concerne 42 hommes et 52 femmes pour 1 000 habitants en Belgique. Sur la période 2004-2014, la proportion de personnes bénéficiant d'une indemnisation pour invalidité est systématiquement inférieure en province de Luxembourg par rapport à la Belgique et la Wallonie tant chez les hommes que les femmes. Elle était de 33 hommes et 43 femmes pour 1 000 habitants de la province de Luxembourg âgés de 20 à 64 ans en 2014.

Quel que soit le niveau géographique, la proportion d'hommes indemnisés pour invalidité est restée relativement stable jusque 2008, mais, depuis lors, une augmentation sensible est observée. Chez les femmes, par contre, cette proportion est en augmentation nette et constante depuis 2006. L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées en invalidité, tel que le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, le vieillissement de la population et le taux de participation plus élevé des femmes sur le marché du travail [46].

## 10. Maladies professionnelles

Toutes les maladies qu'un individu peut contracter au travail ne sont pas nécessairement des maladies professionnelles. Ces dernières sont des maladies causées de façon directe et déterminante par l'exercice d'une profession. Il n'est pas évident de définir une maladie professionnelle. Toutefois, il existe une liste officielle, qui énumère plus de 150 affections mais qui est non exhaustive. Il est en effet possible de faire reconnaître une pathologie non reprise dans ce document comme maladie professionnelle.

À côté des maladies professionnelles, existent également les maladies dites en relation avec le travail. Il s'agit de pathologies pour lesquelles l'exposition professionnelle à un risque particulier est plus importante que l'exposition subie par la population générale, mais dont l'influence du travail ne doit pas nécessairement en être la cause principale. Les maux de dos dans le milieu infirmier pourraient être cités en exemple. Ces maladies n'étant pas reconnues comme des maladies professionnelles, elles ne peuvent pas faire l'objet d'une demande d'indemnisation [47].

**Tableau 3.14. Nombre et proportion (%) de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	47 143	26 650	792
Dont:	en %		
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	70,1	79,0	82,4
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	16,4	14,0	5,6
Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques	5,3	3,7	7,6
Autres maladies professionnelles	8,2	3,3	4,4

Source: Fonds des maladies professionnelles, calculs OSLux

► En Belgique, 47 143 personnes ont été indemnisées pour incapacité de travail permanente en 2014. Quel que soit le territoire considéré, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques (hypoacousie ou surdité provoqu es par le bruit, maladies ostéoarticulaires provoqu es par des vibrations mécaniques...) sont la première cause d'indemnisation. Ce phénomène est particulièrement marqu e en province de Luxembourg où cette catégorie représente 82,4 % de maladies professionnelles contre 70,1 % en Belgique.

En Belgique, 16,4 % des maladies professionnelles sont provoqu es par inhalation (silicose, asbestose, farinose...) et 5,3 % par des agents chimiques (Oxyde de carbone, plomb et d eriv es, hydrocarbures...). En province de Luxembourg, les proportions des maladies professionnelles mettant en cause des agents chimiques ou dues à l'inhalation de substances s'élèvent respectivement   7,6 % et 5,6 %.

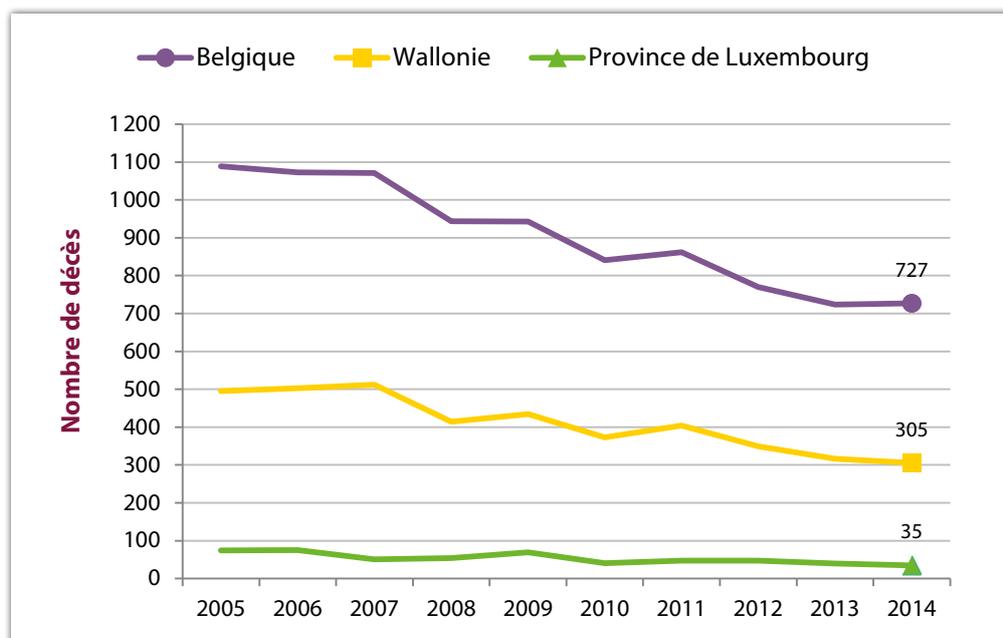


# Chapitre 3

## 11. Accidents

### 11.1. Accidents de circulation

Figure 3.21. Évolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005-2014



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Les chiffres repris ci-contre rapportent les décès (sur place ou décédés dans les 30 jours qui ont suivi l'accident) sur base du lieu de l'accident et non du lieu de résidence de la victime.

En 2014, 35 personnes sont décédées sur les routes de la province de Luxembourg. Cela représente près de 5 % de l'ensemble des décès par accident de la route en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué de façon quasi continue au cours de ces dix dernières années (1 089 tués en Belgique en 2005 contre 727 en 2014).

**Tableau 3.15. Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012**

	Nombre annuel moyen de décès
Belgique	909
Wallonie	393
Province de Luxembourg	44

Source : ISP-SPMA, calculs OSLux

► Sur base des observations enregistrées entre 2008 et 2012, 44 habitants de la province de Luxembourg en moyenne ont perdu la vie chaque année suite à un accident de circulation (soit 4,8 % des Belges tués sur les routes). Parmi ces décès, 72,7 % concernent des hommes. La tranche d'âge la plus touchée (plus de 4 décès luxembourgeois sur 10) correspond à celle des 15-29 ans.

Selon l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR) [48]:

- une victime est toute personne tuée ou blessée dans un accident de la route;
- un blessé léger est toute personne blessée dans un accident de roulage pour laquelle la définition de mortellement ou gravement blessé n'est pas d'application;
- un blessé grave est toute personne blessée dans un accident de roulage dont l'état nécessite l'hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures;
- un mortellement blessé est toute personne qui décède des suites d'un accident endéans les 30 jours suivant la date de l'accident, mais qui n'est pas décédée sur place ou avant l'admission à l'hôpital;
- un tué est toute personne impliquée dans un accident de roulage, tuée sur le coup ou décédée avant son admission à l'hôpital.

**Tableau 3.16. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

	Nombre d'accidents	Total victimes	Décédés (30 jours)		Blessés graves		Blessés légers	
	N	N	N	%	N	%	N	%
Belgique	41 481	53 975	727	1,3	4 502	8,3	48 746	90,3
Wallonie	11 732	15 819	305	1,9	1 175	7,4	14 339	90,6
Province de Luxembourg	946	1 293	35	2,7	144	11,1	1 114	86,2

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► En 2014, la province de Luxembourg a comptabilisé 946 accidents totalisant 1 293 victimes de la route. Un accident de la route entraîne en moyenne 1,37 victime en province de Luxembourg contre 1,30 en Belgique. Parmi les victimes, la part de personnes décédées dans les 30 jours apparaît particulièrement élevée en province de Luxembourg (2,7 %) par rapport à la Wallonie (1,9 %) et à la Belgique (1,3 %). Le pourcentage de blessés graves en province de Luxembourg (11,1 %) est supérieur aux moyennes belge (8,3 %) et wallonne (7,4 %).



# Chapitre 3

## 11.2. Accidents du travail

Un accident du travail est un accident qui est causé par un évènement soudain survenu pendant et par le fait de l'exécution du contrat de travail ou des fonctions et ayant engendré une lésion. L'accident survenu sur le trajet normal du travail est également considéré comme étant un accident du travail. Il peut aussi s'agir d'un accident subi par un travailleur en dehors du cours de l'exercice de ses fonctions, mais qui lui est causé par un tiers du fait de l'exercice de ses fonctions. Les données du fonds des accidents du travail reprennent le nombre d'accidents survenus à des travailleurs salariés et déclarés par les employeurs du secteur privé à leurs assureurs.

**Tableau 3.17. Nombre d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2007 et 2013-2014**

	2006-2007			2013-2014		
	Accident du travail	Chemin du travail	Total	Accident du travail	Chemin du travail	Total
Belgique	162 864	20 528	183 392	121 769	21 801	143 570
Wallonie	47 552	4 099	51 651	33 901	4 040	37 941
Province de Luxembourg	2 832	221	3 052	2 103	202	2 305

Source: Fonds des Accidents du Travail, calculs OSLux

► Le Fonds des accidents du travail (FAT) comptabilise entre 2013 et 2014, en province de Luxembourg, un total de 2 305 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration: 8,8% d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail et 91,2% sur le lieu de travail.

Une diminution globale du nombre d'accidents du travail en Belgique et en province de Luxembourg a été observée depuis les années 2006-2007 et plus spécifiquement sur le lieu d'activité. En revanche, les travailleurs semblent plus souvent victimes d'accidents sur le chemin du travail.

La part relative des accidents survenus en province de Luxembourg par rapport à la Belgique avoisine 1,6% en 2006-2007 comme en 2013-2014. Le nombre d'accidents dépend à la fois du type d'activité économique, de l'application des mesures de sécurité et du nombre de travailleurs. Il faut cependant noter que certaines compagnies d'assurances rechignent de plus en plus à reconnaître des accidents du travail. Ainsi, selon les évaluations du FAT, le taux de refus est passé de 2,0% en 1985 à 12,3% en 2014.

Le Fonds des accidents de travail distingue 4 types d'accidents:

- les accidents classés sans suite: tout accident sans incapacité de travail réparé exclusivement par des frais médicaux et/ ou une perte de salaire payée pour le jour de l'accident.
- les accidents ayant entraîné une incapacité temporaire: tout accident ayant entraîné une incapacité temporaire de travail mais pour lequel une guérison sans séquelle est envisagée.
- les accidents ayant entraîné une incapacité permanente: tout accident pour lequel des séquelles permanentes sont envisagées, qu'il ait ou non engendré des frais médicaux et/ou une incapacité temporaire de travail.
- les accidents mortels: tout accident ayant provoqué le décès immédiat ou retardé de la victime [49].

**Tableau 3.18. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon le sexe, province de Luxembourg, 2013-2014**

	Hommes	Femmes	Total
Cas sans suite	523	284	807
Incapacité temporaire	897	353	1 250
Incapacité permanente prévue	181	64	245
Cas mortels	3	1	4
<b>Total</b>	<b>1 604</b>	<b>701</b>	<b>2 305</b>

Source: Fonds des Accidents du Travail

► En 2013 et 2014, en province de Luxembourg, 245 personnes ont été victimes annuellement en moyenne d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité permanente (10,6%) et 1 250 une incapacité temporaire (54,2%). Les accidents sans séquelles représentent 35,0% de l'ensemble des déclarations. Ces proportions sont similaires à celles de 2006-2007.

En province de Luxembourg, 7 accidents sur 10 s'étant produits sur le lieu de travail pour la période 2013-2014 concernent des hommes (contre 75% en 2006-2007).

**Tableau 3.19. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon l'âge, province de Luxembourg, 2013-2014**

	15-30 ans	30-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	309	377	121	807
Incapacité temporaire	484	592	175	1 250
Incapacité permanente prévue	60	123	63	245
Cas mortels	0	2	2	4
<b>Total</b>	<b>852</b>	<b>1 093</b>	<b>360</b>	<b>2 305</b>

Source: Fonds des Accidents du Travail

► Près de la moitié des accidents survenus sur le lieu de travail entre 2013 et 2014 concernent les personnes de la tranche des 30 à 49 ans.

# Chapitre 3

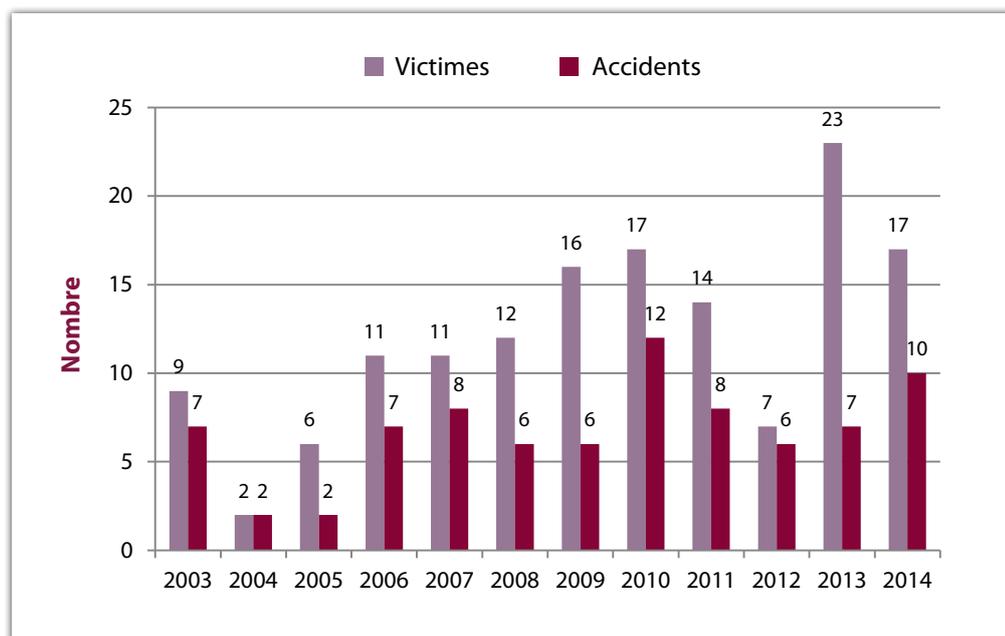
## 12. Intoxication au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz toxique, inodore et incolore résultant d'une combustion incomplète. Au sein d'un bâtiment, les appareils de chauffage (alimentés par du gaz, du charbon, du mazout, du pétrole, de l'essence ou du bois) ainsi que les chauffe-eau (non électriques) et les groupes électrogènes constituent l'essentiel des éléments pouvant produire ce gaz.

Une utilisation inadéquate, une installation vétuste, mal entretenue et/ou une ventilation insuffisante, voire inexistante, sont des facteurs déterminants dans le risque d'intoxication au CO. D'après un rapport européen publié en 2009, les personnes percevant de bas revenus sont souvent amenées à vivre dans des logements affectés par de nombreux dysfonctionnements. Dans ce cas, elles tentent malgré tout de chauffer leur logement, se calfeutrent et recourent à des chauffages d'appoint bon marché mais inadaptés.

Selon le registre géré par le Centre Antipoison, environ 2 000 personnes sont hospitalisées chaque année en Belgique pour une intoxication au CO. Une quarantaine de victimes (environ 2%) décèdent annuellement des suites de l'intoxication. Les personnes intoxiquées sont en général assez jeunes et les moins de 30 ans représentent 48% des victimes. La salle de bain reste le principal lieu d'intoxication suivi de la pièce de séjour. Les appareils de production d'eau chaude (chauffe-bain, chauffe-eau...) et les poêles à charbon représentent les causes les plus fréquentes d'intoxication au monoxyde de carbone.

Figure 3.22. Évolution du nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Luxembourg, 2003-2014



Source : Centre Antipoison

► Globalement, le nombre d'accidents et de victimes dus à une intoxication au CO dépend en partie des conditions climatiques. Mises à part, les années 2011 et 2014 qui connurent un hiver relativement clément, le nombre d'accidents et de victimes est relativement stable en Belgique et en Wallonie. L'augmentation du prix de l'énergie et les difficultés socio-économiques rencontrées par certaines catégories de personnes peuvent être des facteurs explicatifs de cette problématique, une partie de la population se tournant vers des chauffages d'appoint permettant l'achat de combustible par petites quantités.

En province de Luxembourg, le faible nombre d'accidents et de victimes génère des fluctuations statistiques importantes au cours des ans et rend l'analyse difficile. Sur base des valeurs enregistrées des accidents, la part minimale pour la province de Luxembourg par rapport à l'ensemble des chiffres de la Wallonie correspond à 1,0% des accidents en 2005 et la part maximale à 6,8% en 2014.

## 13. Santé maternelle et infantile

Au regard des dernières données fournies par le SPF Économie, l'âge moyen des mères à la première naissance continue son recul au fil des ans: en 2013, il est passé à 27,6 ans en province de Luxembourg (contre 26,7 en 2009), 27,9 ans en Wallonie (contre 27,0 en 2009) et 28,6 en Belgique (contre 27,7 en 2009). Depuis 2000, cet âge moyen a reculé de plus d'un an et demi en province de Luxembourg.

### 13.1. Âge des mères à l'accouchement

Tableau 3.20. Nombre moyen de naissances, selon l'âge de la mère, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2009-2013

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus	Inconnu	Total
Belgique		692	2 139	17 730	44 012	41 407	17 382	3 713	102	127 176
Wallonie		355	961	6 424	13 346	11 962	5 493	1 220	29	39 792
Province de Luxembourg		19	63	517	1 185	955	406	84	4	3 232
Arrondissements	Arlon	2	11	88	233	233	112	21	2	703
	Bastogne	3	11	90	233	158	69	14	1	579
	Marche-en-Famenne	6	16	118	230	163	66	14	1	614
	Neufchâteau	3	13	129	268	217	83	19	0	732
	Virton	5	13	115	272	227	87	20	1	738

Source : SPF Économie-DGS

► Pour la période de 2009 à 2013, 127 176 naissances ont été enregistrées en moyenne en Belgique dont 3 232 en province de Luxembourg. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans représente 2,5 % soit un taux similaire à celui de la Belgique (2,2 %), mais plus faible que celui de la Wallonie (3,3 %). Les mères âgées de 35 ans et plus constituent 15,2 % des parturientes luxembourgeoises contre 16,6 % des belges et 16,9 % des wallonnes. Ce tableau ne relate pas la problématique des interruptions volontaires de grossesse.



# Chapitre 3

## 13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 2011, les situations de détresse principalement invoquées par les femmes qui décident d'avorter sont : pas de souhait d'enfant (17,6 %), se sent trop jeune (11,2 %), la famille est « complète » (11,0 %), problèmes financiers (8,4 %) et étudiante (8,2 %).

Tableau 3.21. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005 et 2011

	2005	2011
Belgique	16 400	19 455
Wallonie	5 327	6 487
Province de Luxembourg	342	420

Source : Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse

► En Belgique, le nombre d'IVG déclarées a augmenté entre 2005 et 2011 passant de 16 400 à 19 455. En province de Luxembourg, ce nombre a également augmenté passant de 342 à 420. Toutefois, la proportion d'IVG en province de Luxembourg par rapport au total national reste stable (2 %) au cours du temps.

Selon la Commission nationale d'évaluation de la loi sur l'avortement, la proportion d'IVG chez les jeunes filles de 16 ans est relativement faible. Parmi les moins de 20 ans, ce sont majoritairement les 17-19 ans qui ont recours à cet acte.

En 2005, sur un total de 342 IVG pratiquées sur des femmes luxembourgeoises, 16,4 % concernaient des moins de 20 ans et moins de 6 % des plus de 40 ans. En 2011, la proportion d'avortements enregistrés dans ces deux tranches d'âge est identique avec respectivement 16,0 % et 5,5 %.

## 13.3. Poids à la naissance

Le petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur important de la santé du nouveau-né en raison de la relation qui existe entre le poids de naissance d'une part, et la mortalité et la morbidité infantiles d'autre part. Un faible poids à la naissance peut être attribuable à un retard de croissance intra-utérin ou à une naissance avant terme. Les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance sont notamment: le fait d'être une mère adolescente, la consommation de tabac, l'abus d'alcool, une mauvaise alimentation, un faible indice de masse corporelle, un faible statut socio-économique parental, l'appartenance à une minorité ethnique, la fécondation in vitro [50]. À l'opposé, les poids de naissance dépassant 4 000 grammes peuvent mener à des complications lors de l'accouchement tant pour la mère que pour l'enfant.

**Tableau 3.22. Proportion (%) de naissances selon la catégorie de poids, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013**

	Moins de 2500 g	De 2500 g à 3999 g	4000 g et plus	Inconnu
Belgique	6,9	84,1	7,8	1,2
Wallonie	7,9	84,3	5,8	2,0
Province de Luxembourg	6,2	79,6	6,5	7,7

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, au cours de la période 2009-2013, un peu plus de 6 bébés sur 100 sont nés en présentant un petit poids de naissance, soit une proportion inférieure à celles de la Wallonie et de la Belgique.

Le poids de naissance n'a pu être enregistré pour presque 8% des naissances en province de Luxembourg, conséquence directe d'une proportion non négligeable de luxembourgeoises accouchant à l'étranger et pour lesquelles le volet médical du certificat de naissance n'est pas rempli.



# Chapitre 3

## 13.4. Prématurité

La prématurité se définit comme une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (soit 35 semaines de grossesse). La grande prématurité correspond à une naissance survenant avant 32 semaines d'aménorrhée (SA). Comme le faible poids de naissance avec lequel elle est souvent associée, elle représente un risque pour la santé de l'enfant.

Les enfants prématurés ont davantage de risque de décès à la naissance, de problèmes respiratoires, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Plusieurs facteurs de risque sont liés à la prématurité. Les plus connus sont les grossesses multiples, le diabète de grossesse, le tabac, l'alcool, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans [10]

**Tableau 3.23. Proportion (%) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013**

	Moins de 32 SA	De 32 à 36 SA	De 37 à 41 SA	42 SA et plus	Inconnu
Belgique	1,0	6,9	90,6	0,3	1,2
Wallonie	1,1	7,4	89,4	0,1	2,0
Province de Luxembourg	0,9	6,3	85,1	0,2	7,6

Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Entre 2009 et 2013, 7,2% des enfants nés en province de Luxembourg sont nés prématurément, c'est-à-dire, avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Ce pourcentage est moins élevé qu'en Wallonie et en Belgique. La «grande prématurité», c'est-à-dire celle qui concerne les bébés nés avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne environ 1% des naissances, quelle que soit la zone géographique.

Comme évoqué précédemment pour le poids de naissance, la prématurité ne peut également être définie en province de Luxembourg pour près de 8% des naissances.

## 13.5. Tabagisme de la mère

Selon de nombreuses études, le tabagisme se révèle être un facteur de risque de mortalité infantile en général et de mort subite du nouveau-né en particulier. Le risque de mort subite est évalué de trois à quatre fois plus élevé chez une mère fumeuse que chez une non-fumeuse. D'autre part, il a été mis en évidence que le tabac constituait aussi un facteur de risque indirect débouchant sur la probabilité d'accouchement prématuré et d'enfants de petit poids [51].

Selon l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est sous-estimée car les mères ne déclarent pas toujours leur tabagisme. D'autre part, les données récoltées ne couvrent pas l'ensemble des mères suivies en consultation prénatale.

**Tableau 3.24. Proportion (%) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie - province de Luxembourg, 2009-2013**

	Mères fumeuses (en%) durant le suivi de grossesse
Wallonie*	22,1
Province de Luxembourg	21,1

Source : ONE-BDMS

\* Hors Communauté germanophone

► Pour la période de 2009 à 2013, selon les données de suivi de grossesse, un peu plus d'une femme sur cinq (21,1 %) en moyenne est fumeuse en province de Luxembourg. Cette proportion est très proche de celle de la Wallonie\* (22,1). Toutefois, il est probable qu'un biais de désirabilité sociale génère une sous-estimation de ces pourcentages.

**Tableau 3.25. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, Wallonie - province de Luxembourg, 2010-2014**

	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (%)		Prématurité selon le statut tabagique (%)	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu
Wallonie*	14,6	6,4	11,4	7,8
Province de Luxembourg	11,0	5,6	9,6	7,2

Source : ONE-BDMS, calculs OSLux

\* Hors Communauté germanophone

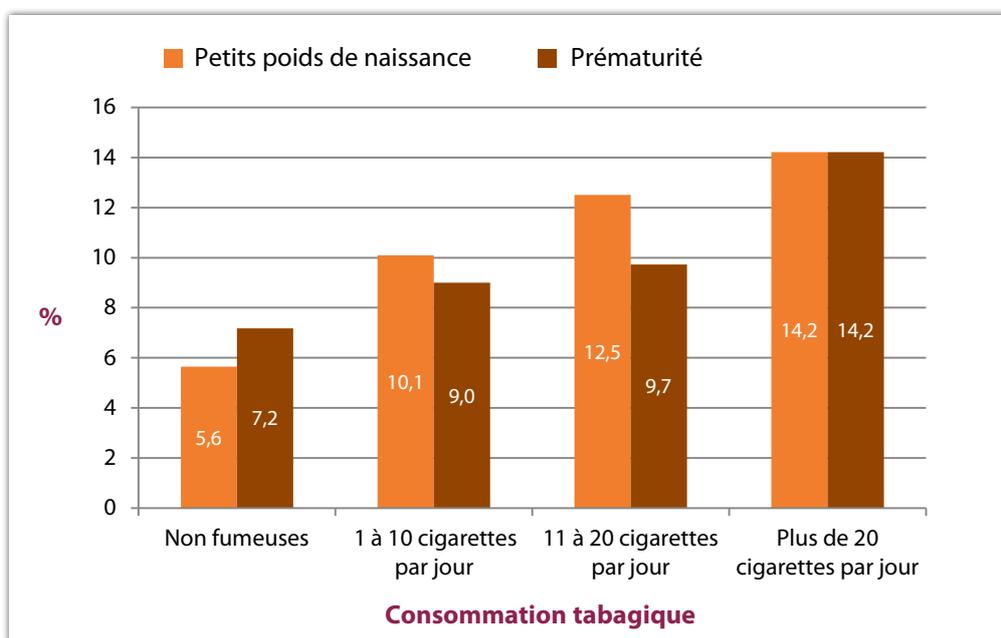
► Les données enregistrées par l'ONE entre 2010 et 2014 indiquent que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés de petit poids ou prématurés et ce, dans des proportions similaires tant en province de Luxembourg qu'en Wallonie (Hors Communauté germanophone).

En province de Luxembourg, les petits poids à la naissance concernent 11,0% des mères fumeuses contre 5,6% de non-fumeuses ou des femmes dont le statut tabagique est inconnu. De même, 9,6% de naissances prématurées sont observées chez les fumeuses contre 7,2% pour les autres.



# Chapitre 3

Figure 3.23. Proportion (%) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petits poids à la naissance selon l'attitude tabagique de la mère, province de Luxembourg, 2010-2014



Source: ONE-BDMS, calculs OSLux

\* Hors Communauté germanophone

► En province de Luxembourg, entre 2010 et 2014, les nouveau-nés de petits poids à la naissance sont près de 2,5 fois plus nombreux chez les mères grandes fumeuses (consommant 20 cigarettes et plus par jour) (14,2 %) que chez les mères non fumeuses (5,6 %). De même, les cas de prématurité sont quasiment 2 fois plus fréquents chez les mères grandes fumeuses (14,2 %) que chez les mères non fumeuses (7,2 %).

## 14. Santé mentale

La santé mentale est une partie indissociable de la santé et de la qualité de vie de chacun. Ses troubles peuvent engendrer non seulement des souffrances mais également des implications sur la santé physique et sociale de l'individu (isolement...) pouvant aboutir à des conduites extrêmes tels l'usage de drogues, la violence et le suicide.

### 14.1. Suicides

#### 14.1.1. Mortalité par suicide

Le suicide apparaît comme l'une des principales causes de décès liées à la santé mentale.

Les données de mortalité par suicide sont issues des bulletins statistiques de décès. Leur analyse est soumise à une série de limites. De nombreux travaux concluent à une sous-estimation des décès par suicide dans les statistiques officielles de mortalité. Lors du remplissage du certificat de décès par un médecin, un certain nombre de suicides peuvent ne pas être reconnus comme tels en raison, entre autres, de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte [52, 53].

**Tableau 3.26. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide (population de référence: Wallonie), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012**

	Nombre moyen de suicides (Décès)	Indice comparatif de mortalité					
		Hommes		Femmes		Total	
Belgique	2024	78,0	*	88,0	*	81,3	*
Wallonie	793	100,0		100,0		100,0	
Province de Luxembourg	66	108,6		116,2		111,8	

Source: ISP-SPMA, calculs OSLux

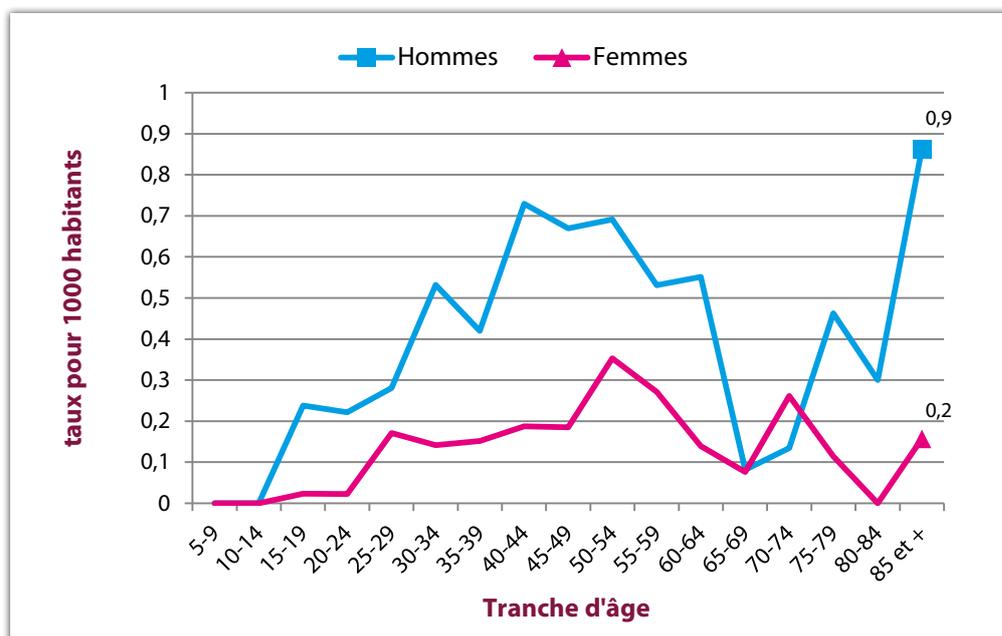
► Entre 2008 et 2012, 66 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année en province de Luxembourg (49 décès masculins et 17 décès féminins), ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,39 pour 1 000 hommes et 0,14 pour 1 000 femmes.

En termes d'indice comparatif de mortalité par suicide, il n'y a pas de différence statistique entre la Wallonie et la province de Luxembourg, que ce soit pour les hommes ou les femmes. Par contre, cet indice pour la Belgique est significativement inférieur à ceux de la Wallonie et de la province de Luxembourg.



# Chapitre 3

Figure 3.24. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Luxembourg, 2008-2012



Source: ISP-SPMA, calculs OSLux

► Le profil général du taux de mortalité par suicide est similaire pour la Belgique et la Wallonie. En effet, ce taux est nettement plus élevé chez l'homme quelle que soit la tranche d'âge considérée. Pour les deux sexes, il s'élève progressivement pour atteindre un premier plateau entre 40 et 60 ans. Il redescend légèrement entre 60 et 70 ans avant de s'élever fortement ensuite de manière plus précoce et plus importante chez l'homme que chez la femme. En province de Luxembourg, les courbes reflètent moins bien ces constats. Le faible nombre de décès par suicide explique cette divergence car il crée des fluctuations statistiques importantes entre les catégories d'âge et rend l'interprétation beaucoup plus difficile.

## 14.1.2. Idéation suicidaire

Selon le Centre de Prévention du Suicide, «L'idéation suicidaire n'est généralement pas prépondérante dans un premier temps. Le suicide apparaît comme une solution parmi d'autres. C'est le stade de l'idéation: l'idée du suicide se présente, peut se dire. À ce stade, il est bien sûr plus difficile de l'entendre, car la personne elle-même dispose encore d'autres solutions et peut ainsi soit résoudre son problème d'une autre manière, soit donner l'impression que cette idée n'est somme toute pas si sérieuse que cela» [52].

**Tableau 3.27. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	12,9	14,7
Wallonie	13,5	17,2
Province de Luxembourg	14,3	17,9

Source : ISP-HIS

► L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013 montre que quel que soit le niveau géographique, les femmes ont tendance à déclarer plus souvent que les hommes avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie. Ainsi, en province de Luxembourg, l'idéation suicidaire touche près de 18% de la population féminine interrogée contre un peu plus de 14% des hommes. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation luxembourgeoise ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique. L'idéation suicidaire est moins fréquente chez les personnes âgées.

## 14.1.3. Tentatives de suicide

**Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,2	5,1
Wallonie	2,9	7,9
Province de Luxembourg	5,4	6,3

Source : ISP-HIS

► Comme l'indiquent les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, les femmes belges et wallonnes sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie. Par contre, en province de Luxembourg, cette différence ne peut pas être mise en évidence. Un peu plus de 5% de la population masculine interrogée a répondu avoir déjà essayé de se suicider contre un peu plus de 6% des femmes. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation luxembourgeoise ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique.

# Chapitre 3

## 14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs

Les psychotropes concernent une catégorie de médicaments agissant principalement sur le système nerveux central. Les psychotropes les plus prescrits sont les somnifères, les tranquillisants, les antidépresseurs et les régulateurs de l'humeur. Initialement utilisés dans les pathologies dépressives, les antidépresseurs peuvent également être prescrits dans le cas de troubles anxieux, comme les paniques, les phobies, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

Selon le Conseil Supérieur de la Santé, depuis le début des années 2000, la prévalence des troubles psychiatriques dans la population belge n'a pas augmenté, mais la consommation de psychotropes augmente quant à elle et ce malgré les campagnes relatives à l'utilisation des benzodiazépines comme somnifères ou anxiolytiques [54].

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, en Belgique, 16 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé des psychotropes au cours des quinze derniers jours : 13 % avaient pris un somnifère ou un anxiolytique et 8 % un antidépresseur. D'autre part, des chiffres publiés par l'INAMI, il ressort globalement que le nombre d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques prescrits a doublé de 1997 à 2008 au niveau national.

Toujours selon le Conseil Supérieur de la Santé, l'une des conclusions dans l'identification des facteurs influençant le comportement en matière de prescriptions de ces psychotropes réside dans les difficultés qu'éprouvent aujourd'hui les médecins face aux demandes d'aides de leur patientèle : confrontation quotidienne aux tensions croissantes caractérisant la société moderne (pression de résultats à l'école ou au travail, chômage et pauvreté en augmentation, etc.) s'accompagnant d'un effritement des structures sociales [54].

Il ressort que les alternatives non médicamenteuses n'agissant pas aussi rapidement, le prescripteur se sent encouragé à prescrire un médicament.

**Tableau 3.29. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	12,3	19,9
Wallonie	14,1	22,8
Province de Luxembourg	11,5	20,8

Source : ISP-HIS

► Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, les femmes sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines, quel que soit le territoire considéré. En province de Luxembourg, une femme sur cinq et un homme sur dix ont consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines. Ces proportions sont semblables quel que soit le territoire.

Tableau 3.30. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	5,6	9,5
Wallonie	6,6	12,2
Province de Luxembourg	6,7	10,1

Source: ISP-HIS

► Comme pour la consommation globale de psychotropes, les femmes sont près de deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer une consommation d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines tant au niveau national que régional. En province de Luxembourg, 7% des hommes et 10% des femmes ont répondu avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze jours précédant l'enquête.

# Chapitre 3

## 15. Bibliographie

1. Ware, J.E., et al., *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. 1993, New England Medical Center, the Health Institute: Boston.
2. Grant, M.D., Z.H. Piotrowski, and R. Chappell, *Self-reported health and survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986*. *J Clin Epidemiol*, 1995. **48**(3): p. 375-87.
3. Valkonen, T., A.P. Sihvonen, and E. Lahelma, *Health expectancy by level of education in Finland*. *Soc Sci Med*, 1997. **44**(6): p. 801-8.
4. Goldberg, P., et al., *Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort*. *J Epidemiol Community Health*, 2001. **55**(4): p. 233-8.
5. Delpierre, C., et al., *What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health: France vs. USA?* *Eur J Public Health*, 2012. **22**(3): p. 317-21.
6. Galenkamp, H., et al., *Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability*. *Eur J Public Health*, 2013. **23**(3): p. 511-7.
7. Organisation mondiale de la Santé, *Health interview surveys Toward the international harmonization of methods and instruments.*, in *European Series*, de Bruin, A., H.S.J. Picavet and A. Nossikov, Editors. 1996, WHO Regional Publications. p. 161.
8. Girard, D., C. Cohidon, and S. Briançon, *Les indicateurs globaux de santé*, in *Les inégalités sociales de santé*, A. Leclerc, et al., Editors. 2000, La Découverte, INSERM: Paris. p. 448.
9. Paquet, G., *Partir du bas de l'échelle Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. 2005.
10. Tafforeau, J., *Santé subjective*, in *Rapport 1 : Santé et Bien-être*, J. Van der Heyden and R. Charafeddine, Editors. 2014, WIV-ISP: Bruxelles.
11. Van der Heyden, J., *Maladies chroniques*, in *Rapport 1 : Santé et Bien-être*, J. Van der Heyden and R. Charafeddine, Editors. 2014, WIV-ISP: Bruxelles.
12. Organisation mondiale de la Santé. *Maladies cardiovasculaires*. 2015 Janvier 2015 01/04/2016].
13. Unal, B., J.A. Critchley, and S. Capewell, *Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention*. *BMJ*, 2005. **331**(7517): p. 614.
14. Organisation mondiale de la Santé, *Panorama mondial de l'hypertension*. 2013.
15. Organisation mondiale de la Santé. *Cancer*. Aide-mémoire N°297 2015 Février 2015 [01/04/2016]; Available from : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/).
16. Quoix, E., *[Novel epidemiology in lung cancer - non-smokers, women and cannabis]*. *Rev Mal Respir*, 2007. **24**(8 Pt 2): p. 6S10-5.
17. Belgian Cancer Registry. *Historique*. Available from : [www.kankerregister.org/SKR\\_historique](http://www.kankerregister.org/SKR_historique).
18. Belgian Cancer Registry. *Les chiffres du cancer*. Available from: [www.kankerregister.org/Les chiffres du cancer](http://www.kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer).
19. Belgian Cancer Registry, *Cancer Incidence in Belgium, 2008*. 2011 : Brussels.

20. Belgian Cancer Registry, *Cancer Prevalence in Belgium 2010*. 2014 : Brussels.
21. Belgian Cancer Registry, *Cancer burden in Belgium 2004-2013*. 2015 : Brussels
22. Renard, F., L. Van Eycken, and M. Arbyn, *High burden of breast cancer in Belgium: recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006)*. Arch Public Health, 2011. **69**(1): p. 2.
23. Mambourg, F., et al., *Évaluation d'une technologie de santé: l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate*, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), Editor. 2006 : Bruxelles.
24. Mambourg, F., et al., *A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA screening*, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Editor. 2014 : Brussels.
25. Organisation mondiale de la Santé. *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*. Aide-mémoire N°315 2015 Janvier 2015 01/04/2016]; Available from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/).
26. Organisation mondiale de la Santé. *Asthme*. Aide-mémoire N°307 2013 Novembre 2013 01/04/2016]; Available from : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/).
27. Organisation mondiale de la Santé. *Tuberculose*. Aide-mémoire N°104 2016 Mars 2016 01/04/2016]; Available from : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/).
28. Fonds des Affections Respiratoires (FARES), *Registre belge de la tuberculose 2014*. 2016.
29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Insuffisance rénale*. 2012 Mars 2012 ; Available from : [www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/](http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/).
30. European Renal Association -European Dialysis and Transplant Association Registry, *ERA-EDTA Registry Annual Report 2013*. 2015 : Amsterdam.
31. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2013*. 2013 : Éditions OCDE.
32. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*. 2015 : Éditions OCDE.
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2013*. 2013 : OECD Publishing.
34. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2015*. 2015 : OECD Publishing.
35. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med, 2006. **3**(11): p. e442.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance : Europe 2012*. 2012 : OECD Publishing.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance : Europe 2014*. 2014 : OECD Publishing.



# Chapitre 3

38. *Consensus development conference: prophylaxis and treatment of osteoporosis*. The American Journal of Medicine, 1991. **90**(1): p. 107-110.
39. Ebeling, P., *Osteoporosis in Men: Why change needs to happen*. 2014, International Osteoporosis Foundation.
40. Dawson-Hughes, B., G. El-Hajj Fuleijan, and P. Clark, *Bone Care for the Postmenopausal Woman*. 2013, International Osteoporosis Foundation.
41. Guthrie, J.R., L. Dennerstein, and J.D. Wark, *Risk factors for osteoporosis: A review*. Medscape Womens Health, 2000. **5**(4): p. E1.
42. Moyad, M.A., *Osteoporosis: a rapid review of risk factors and screening methods*. Urol Oncol, 2003. **21**(5): p. 375-9.
43. Verbrugge, R., et al., *Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les 3 Régions*. 2014, WIV-ISP: Bruxelles.
44. Organisation mondiale de la Santé. *VIH/sida*. Aide-mémoire N°360 2015 Décembre 2015 01/04/2016]; Available from : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/).
45. Sasse, A., J. Deblonde, and D. Van Beckhoven, *Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014*. 2015, WIV-ISP.
46. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) - Service des indemnités, *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés – période 1993-2012*. 2012 : Bruxelles.
47. Fonds des maladies professionnelles. *Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? 2012* ; Available from : [www.fmpfbz.fgov.be/web/content.php?lang=fr&target=citizen#/about-occupational-diseases](http://www.fmpfbz.fgov.be/web/content.php?lang=fr&target=citizen#/about-occupational-diseases).
48. Schoeters, A., *Rapport statistique 2014 Accidents de la route*. 2015 : Bruxelles.
49. Fonds des accidents du travail, *Rapport statistique sur les accidents du travail de 2009 dans le secteur public 2011*.
50. Ohlsson, A. and S. Shah, *Determinants and Prevention of Low Birth Weight: A Synopsis of the Evidence*. 2008, Edmonton, AB Canada : Institute of Health Economics (IHE).
51. National Center for Health Statistics, *Health, United States, 2013 with Special Feature on Prescription Drugs*. 2014: Hyattsville.
52. Centre de Prévention du Suicide, *Le suicide un problème majeur de santé publique: Introduction à la problématique du suicide en Belgique 2012*.
53. Chappert, J.-L., et al., *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide: «Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention»*. 2003, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès CépiDc INSERM.
54. Conseil Supérieur de la Santé, *L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées*, Publications du Conseil Supérieur de la Santé, Editor. 2011.



# État de santé





# Chapitre 4

## FAITS MARQUANTS

Globalement, la situation socio-économique en province de Luxembourg est plus favorable qu'en Wallonie.

Les habitants de la province sont majoritairement détenteurs d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (39,3 %). Les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 31,1 % de la population. 8,0 % de la population ne détient aucun diplôme ou au maximum un diplôme de l'enseignement primaire.

Il existe une disparité en termes de revenus entre les communes du sud de la province, disposant d'un revenu médian plus élevé, et les communes du nord et de l'ouest, ayant des revenus médians plus faibles.

Malgré une situation plus favorable qu'en Wallonie, le chômage touche un peu plus d'une personne active sur dix (10,8 %) en province de Luxembourg. Les femmes sont davantage concernées que les hommes. Le taux de chômage des 50 ans et plus atteint presque 15 % dans l'arrondissement de Marche-en-Famenne. Plus de la moitié des demandeurs d'emploi inoccupés en province de Luxembourg le sont depuis moins d'un an.

Près de 10 % des Luxembourgeois de 18-24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale ou de chômage et plus de la moitié de ces bénéficiaires reçoivent cette aide du CPAS.

Parmi les personnes ayant au moins un crédit, 6,0 % sont en situation d'endettement problématique.

Près d'un ménage sur dix est monoparental. Dans plus de 80 % des cas, cela concerne des femmes.

Une personne sur deux est en surpoids et parmi celles-ci un tiers est obèse. Les hommes sont plus concernés que les femmes.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique: ils sont 50,4 % à pratiquer une activité physique modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour alors que les femmes ne sont que 20,1 %.

En province de Luxembourg, la proportion de femmes (34,8 %) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits est presque deux fois plus importante que celle des hommes (18,8 %).

La consommation de tabac au sein de la population tend à diminuer. En effet, la proportion de fumeurs quotidiens en province de Luxembourg s'élève à 19,7 % en 2013 contre 27,6 % en 2004.

En province de Luxembourg, 19,2 % des hommes et 4,3 % des femmes déclarent consommer au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion par semaine. Ces proportions tendent à être plus élevées qu'en Wallonie et en Belgique quel que soit le sexe.





# Chapitre 4

## 1. Facteurs sociaux

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs, notamment socio-économiques. Ainsi, le fait de vivre dans un milieu dont les conditions socio-économiques sont défavorables affecte la santé tout au long de la vie [1]. Plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé, et moins son espérance de vie sera longue. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique et s'observe partout dans le monde [2].

### 1.1. Niveau d'instruction

Tableau 4.1. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Primaire ou sans diplôme	712 415	9,8	262 431	11,3	14 395	8
Secondaire inférieur	1 433 014	19,7	504 609	21,6	39 433	21,9
Secondaire supérieur	2 748 479	37,8	875 168	37,5	70 865	39,3
Études supérieures	2 371 640	32,7	687 959	29,5	56 060	31,1
Total	7 265 548	100	2 330 167	100	180 753	100,2

Source : SPF Économie-DGS, Enquête sur les forces de travail, calculs OSLux

► De manière générale, le niveau d'études en province de Luxembourg est similaire à celui en Wallonie et en Belgique. Dans les trois territoires, les individus sont proportionnellement plus nombreux à posséder au maximum un diplôme du secondaire supérieur (environ 38 %). Il est à noter qu'environ un tiers des personnes ont réussi des études supérieures, tandis qu'environ une personne sur dix ne possède pas de diplôme ou uniquement le diplôme de l'enseignement primaire.



# Chapitre 4

## 1.2. Revenus des ménages

Le revenu médian déclaré par déclaration fiscale est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur, l'autre moitié a un revenu supérieur. À la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes [1].

L'indice de richesse est le rapport, en pourcentage, entre le revenu moyen par habitant d'une zone et le revenu moyen par habitant de la Wallonie qui est prise comme population de référence et à qui on attribue un indice de richesse égal à 100 [1].

Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2012

	Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie	
Belgique	22 610	106,6	
Wallonie	21 214	100,0	
Province de Luxembourg	23 088	108,8	
Arrondissements	Arlon	27 079	127,6
	Bastogne	22 520	106,2
	Marche-en-Famenne	21 240	100,1
	Neufchâteau	21 739	102,5
	Virton	23 821	112,3

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLux

► Le revenu médian par déclaration fiscale au cours de l'année 2012 apparaît près de 2 000 euros plus élevé en province de Luxembourg (23 088 €) qu'en Wallonie (21 214 €), et supérieur de près de 500 euros par rapport à celui de la Belgique (22 610 €).

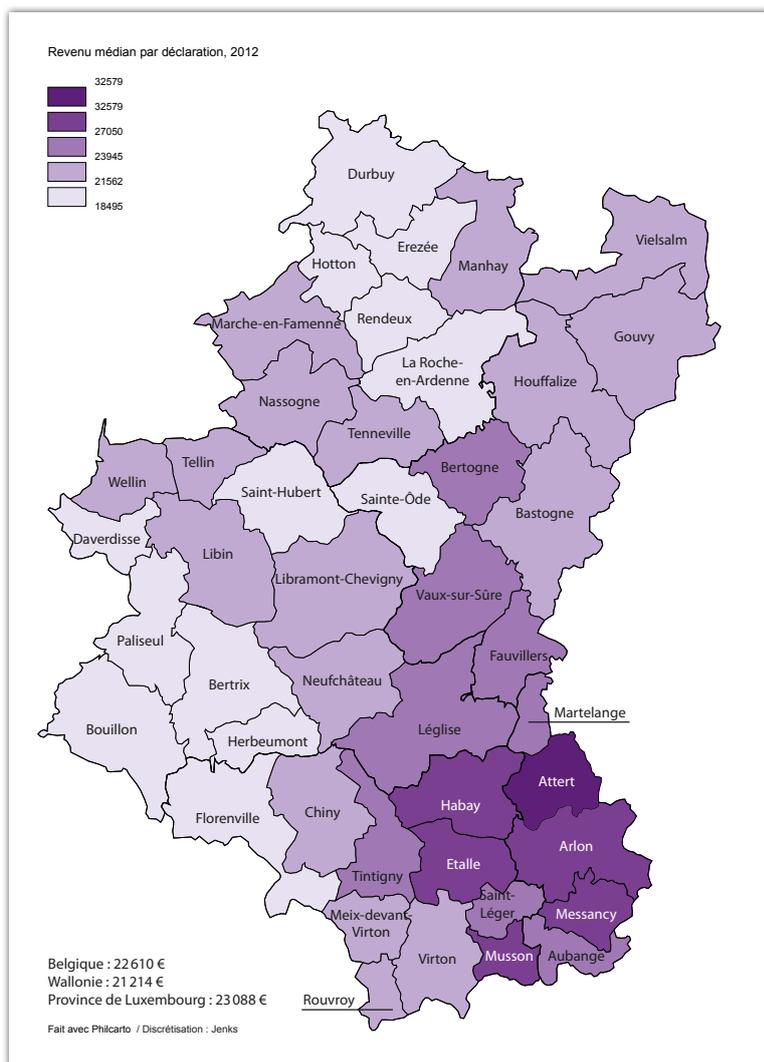
L'arrondissement d'Arlon présente un revenu médian supérieur au revenu médian national tandis que les arrondissements de Neufchâteau et de Marche-en-Famenne présentent des valeurs proches du revenu médian wallon.

De plus, la présence de travailleurs transfrontaliers exerçant au Grand-Duché de Luxembourg peut influencer sur le revenu, particulièrement pour l'arrondissement d'Arlon.

Par rapport à la Wallonie, l'indice de richesse est plus élevé en Belgique et en province de Luxembourg, ainsi que dans les arrondissements d'Arlon et de Virton, tandis qu'il est plus bas dans les arrondissements de Bastogne, Marche-en-Famenne et de Neufchâteau.

# Facteurs de Santé

Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, province de Luxembourg, par commune, 2012



Source : SPF Économie, DGS

► En province de Luxembourg, les revenus médians les plus élevés sont relevés dans les communes des arrondissements d'Arlon (Arlon, Attert et Messancy) et de Virton (Etalle, Habay et Musson) où ils sont supérieurs à 26 000 €.

À l'opposé, les revenus médians les plus faibles sont observés dans les communes du nord et de l'ouest de la province (Bouillon, Florenville et La Roche-en-Ardenne) où ils ne dépassent pas 20 000 €.

La notion de revenu, utilisée pour la carte ci-dessus, comprend les revenus des frontaliers travaillant au Grand-Duché de Luxembourg. Ceux-ci exercent une influence sur le revenu, principalement dans les communes du sud, plus grandes pourvoyeuses de frontaliers.



# Chapitre 4

Le revenu disponible comprend les revenus du travail et du capital augmenté des prestations sociales et des indemnités versées par les assurances, diminué des cotisations sociales, des impôts et des primes d'assurance [1].

Tableau 4.3. Revenu disponible moyen et indice de revenu disponible, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2012

	Revenu disponible par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie	
Belgique	18 927	109,7	
Wallonie	17 249	100,0	
Province de Luxembourg	17 134	99,3	
Arrondissements	Arlon	18 899	109,6
	Bastogne	16 390	95,0
	Marche-en-Famenne	16 055	93,1
	Neufchâteau	16 750	97,1
	Virton	17 366	100,7

Source : Banque Nationale de Belgique, calculs OSLux

► Le revenu disponible par habitant, en 2012, en province de Luxembourg est similaire au revenu disponible wallon. En Belgique, le revenu disponible y est plus élevé.

Ce sont les habitants des arrondissements de Bastogne, de Marche-en-Famenne et de Neufchâteau qui ont les revenus disponibles les plus faibles de la province tandis que la situation de la population de l'arrondissement d'Arlon apparaît plus favorable avec des revenus disponibles similaires à ceux de la Belgique.

## 1.3. Emploi

En Belgique et plus généralement dans les pays européens, la situation de l'emploi est influencée par l'évolution de l'économie, mais aussi par des facteurs démographiques tels que le vieillissement de la population. Parallèlement, au cours des 25 dernières années, le marché de l'emploi a connu des évolutions importantes, comme la tertiarisation de l'économie ou le développement de technologies de pointe. Les parcours professionnels ne sont par ailleurs plus les mêmes, avec une plus grande flexibilité, une demande croissante en autonomie et un apprentissage tout au long du parcours professionnel [3].

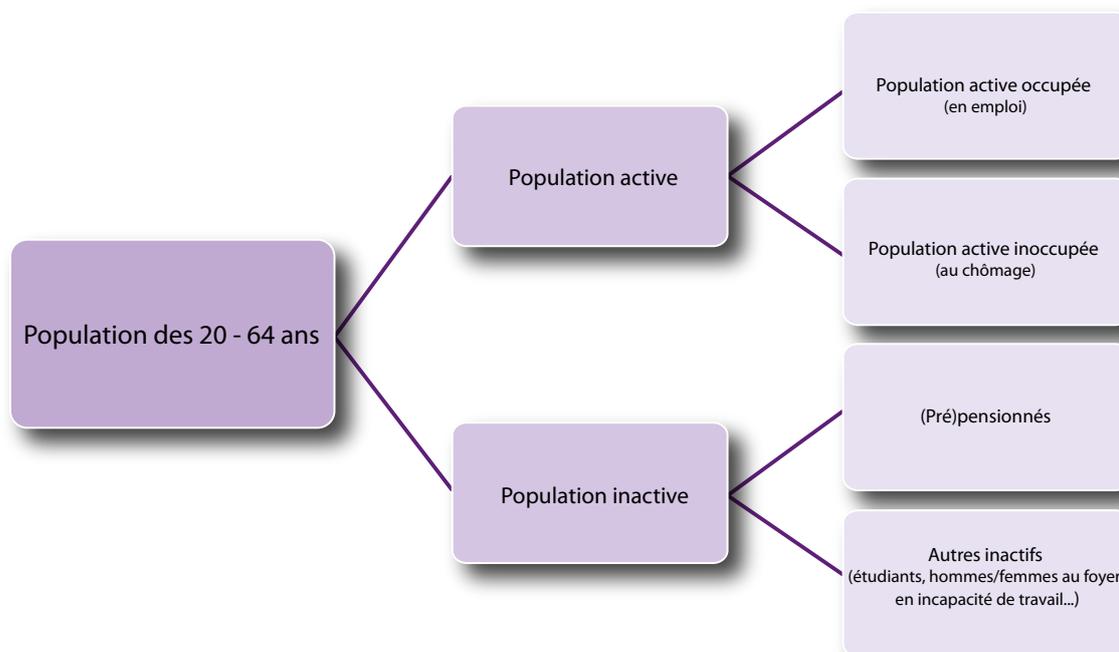
Depuis 2013 et après des années de crise économique, l'amélioration des conditions économiques et du marché du travail en Europe s'est poursuivie en 2014 et au début de l'année 2015, avec une réduction modérée mais régulière du chômage, après n'avoir cessé de croître depuis 2008. Néanmoins, malgré cette réduction, celui-ci reste élevé, puisqu'au premier trimestre 2015, on comptabilisait 23,8 millions de chômeurs dans l'Union Européenne. Par ailleurs, le chômage de longue durée reste important [4].

### 1.3.1. Population active et inactive

La population active regroupe la population active occupée, c'est-à-dire les personnes qui sont en emploi et la population active inoccupée, c'est-à-dire les personnes qui sont au chômage.

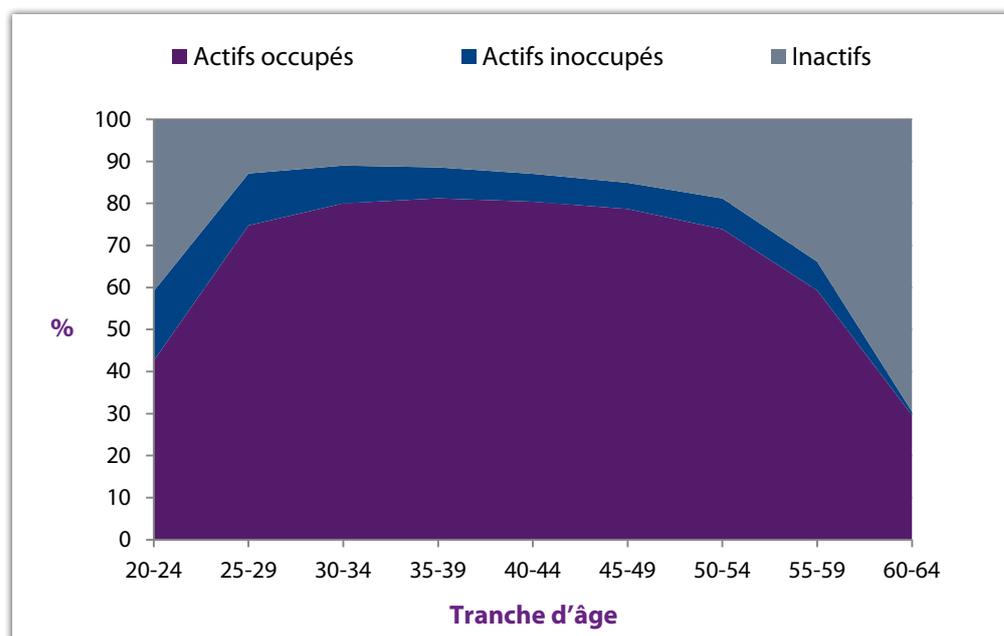
La population inactive regroupe les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage. Elle comprend les étudiants, les pensionnés ou prépensionnés, les hommes/femmes au foyer, les personnes en incapacité...[2]

#### Schéma de la répartition de la population en âge d'être active



# Chapitre 4

Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, province de Luxembourg, 2013



Source: Steunpunt WSE

► Entre 20 et 34 ans, la proportion d'actifs augmente logiquement avec les entrées des étudiants sur le marché du travail. À partir de 45 ans, cette proportion diminue d'abord lentement puis de façon plus importante dès 55 ans.

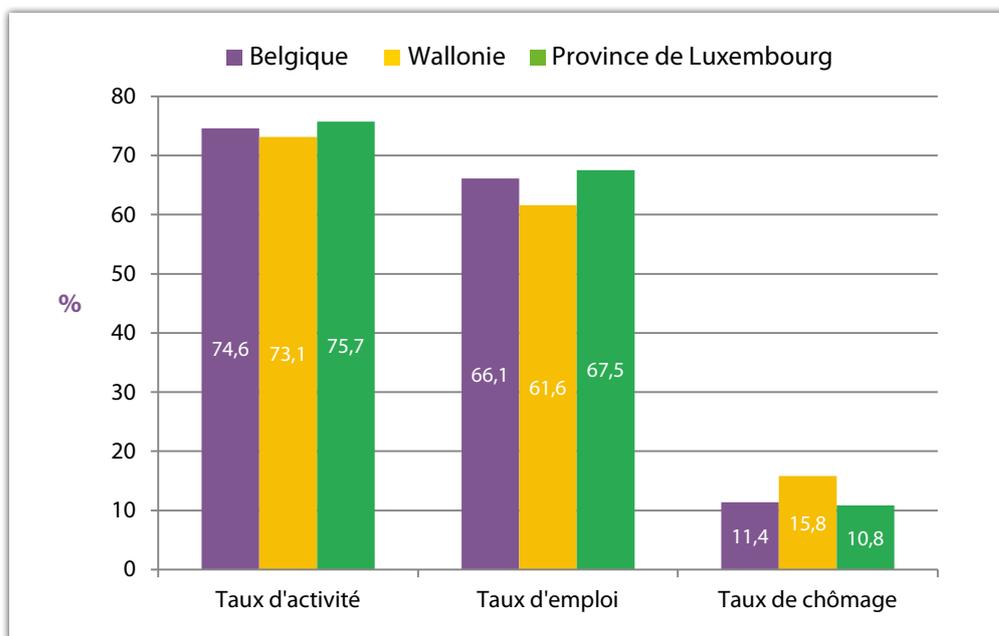
## 1.3.2. Chômage

La population active regroupe la population active occupée, c'est-à-dire les personnes qui sont en emploi et la population active inoccupée, c'est-à-dire les personnes qui sont au chômage.

La population inactive regroupe les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage. Elle comprend les étudiants, les pensionnés ou prépensionnés, les hommes/femmes au foyer, les personnes en incapacité, etc. [2]

Les données des deux figures suivantes se réfèrent aux définitions du Bureau international du travail (BIT). Ces définitions permettent des comparaisons internationales.

Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT (20-64 ans), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source: Steunpunt WSE

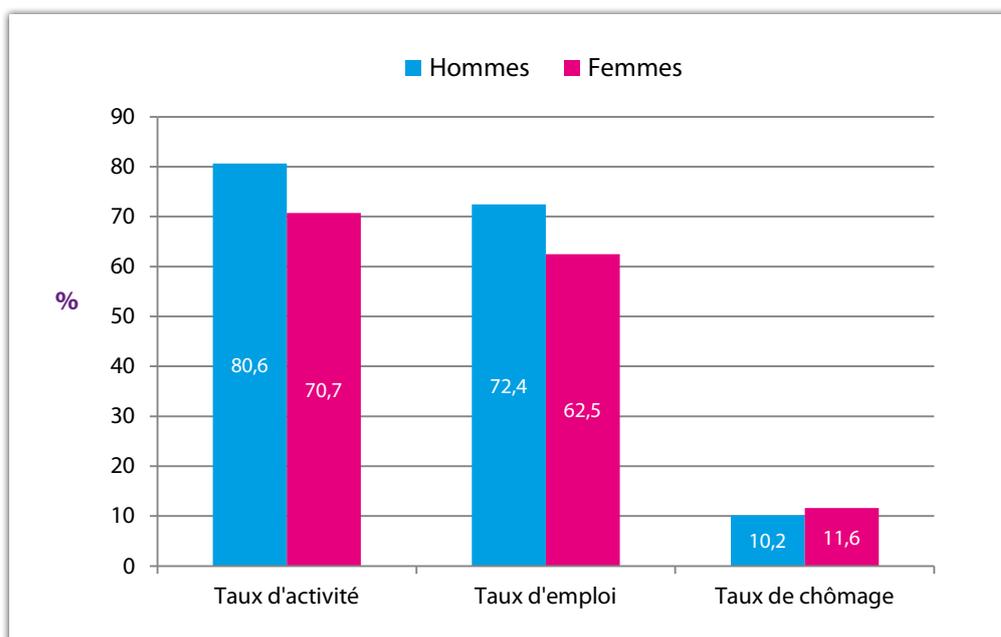
► En province de Luxembourg, le taux d'activité de la population des 20-64 ans s'élève à 75,7%. Ainsi, 24,3% sont dits inactifs (étudiants, hommes/femmes au foyer, en incapacité, pensionnés...). De même, le taux d'emploi, comme le taux d'activité, apparaît plus élevé en province de Luxembourg (67,5% contre 61,6% en Wallonie et plus de 66,1% en Belgique).

Quant au taux de chômage (selon la définition du BIT), il se révèle être moins élevé en province de Luxembourg (10,8%) qu'en Belgique (11,4%) et surtout qu'en Wallonie (15,8%).



# Chapitre 4

Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT (20-64 ans), par sexe, province de Luxembourg, 2013



Source: Steunpunt, WSE

► Les femmes en province de Luxembourg sont proportionnellement moins nombreuses sur le marché de l'emploi. Le taux d'activité s'élève à 70,7 % chez les femmes contre 80,6 % chez les hommes tandis que le taux d'emploi atteint 72,4 % chez ces derniers contre 62,5 % pour les femmes.

Au niveau du chômage, la situation apparaît légèrement moins favorable pour la population féminine (11,6 % contre 10,2 % chez les hommes).

# Facteurs de Santé

Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, juin 2015

		< 25 ans	25 - 50 ans	50 ans et +	Total
Belgique		10,2	8,5	12,1	9,5
Wallonie		17,0	11,6	17,0	13,4
Province de Luxembourg		10,9	7,6	13,0	9,1
Arrondissements	Arlon	11,1	8,4	14,0	9,8
	Bastogne	10,0	6,5	11,6	7,9
	Marche-en-Famenne	13,0	9,3	14,6	11,1
	Neufchâteau	8,9	7,4	12,7	8,7
	Virton	11,8	6,5	11,7	8,1

Source: ONEM

► Quel que soit le niveau géographique, les tranches d'âge les plus touchées par le chômage concernent les moins de 25 ans et les 50 ans et plus. En province de Luxembourg, plus d'un habitant sur huit âgé de 50 ans et plus susceptible de travailler n'a pas d'emploi. De même, le chômage atteint plus d'un jeune luxembourgeois sur dix et jusqu'à un sur huit dans l'arrondissement de Marche-en-Famenne.

Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie - province de Luxembourg, août 2015

	Moins de 1 an		Plus de 1 an		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Wallonie	110 316	44,4	138 180	55,6	248 496	100,0
Province de Luxembourg	7 327	51,1	7 016	48,9	14 343	100,0

Source: Forem, calculs OSLux

► Au niveau de la durée d'inoccupation, en août 2015, la proportion de chômeurs de moins d'un an est supérieure en province de Luxembourg (51,1 %) par rapport à la Wallonie (44,4 %)



# Chapitre 4

## 1.3.3. Autres revenus de substitution

Le Revenu d'intégration sociale (RIS) est une aide financière rentrant dans le cadre du droit à l'intégration sociale. Il est accordé sur base de certaines conditions par le CPAS. Il remplace l'ancien minimex.

L'Equivalent du revenu d'intégration sociale (ERIS) est une aide financière accordée par le CPAS aux personnes qui ne répondent pas aux conditions fixées dans la loi relative au droit à l'intégration sociale mais qui se trouvent dans une situation de fait similaire [5].

La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation octroyée aux personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance [6].

Tableau 4.6. Proportion (%) de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement, par groupe d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
<b>Jeunes (18-24 ans)</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
CPAS : RIS et ERIS	6,6	9,0	5,7
Allocation de chômage*	3,7	5,9	3,9
Allocations aux personnes handicapées	1,0	1,0	1,0
% total de jeunes avec allocations	11,3	15,9	10,6
<b>Population d'âge actif (18-64 ans)</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
CPAS : RIS et ERIS	2,8	3,9	2,4
Allocation de chômage*	5,2	7,0	4,7
Allocations aux personnes handicapées	2,1	2,7	2,4
% total de 18-64 ans avec allocation	10,1	13,5	9,5
<b>Personnes âgées (65 ans et +)</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>
GRAPA	5,3	5,4	5,3
CPAS : RIS et ERIS	0,3	0,3	0,1
Allocations aux personnes handicapées	9,2	8,3	7,9
% total de 65 ans et + avec allocations	14,8	14,0	13,3

Sources : SPP Intégration sociale; ONP; SPF Économie-DGS, calculs OSLux

\*juin 2015

► En 2014, en province de Luxembourg, un peu plus de 10 % des jeunes de 18 à 24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale ou une allocation de chômage. C'est légèrement plus faible qu'en Belgique (11,3 %), mais bien plus faible qu'en Wallonie (15,8 %). Parmi ces 10 %, un peu plus de la moitié (5,7 %) bénéficie d'une aide sociale du CPAS.

D'autre part, 9,5 % de la population d'âge actif (entre 18 et 64 ans) bénéficie de ces aides financières en province de Luxembourg, ce qui est légèrement moins important qu'en Wallonie (13,5 %) et qu'en Belgique (10,1 %).

Enfin, dans la catégorie des plus âgés (65 ans et plus), 13,3 % de la population touche une allocation d'aide sociale (dont 7,9 % une allocation aux personnes handicapées), ce qui est légèrement plus faible que les pourcentages observés en Wallonie (14,0 %) et en Belgique (14,8 %).

## 1.4. Endettement

Au cours des dernières années, les situations d'endettement problématique et de surendettement sont devenues plus fréquentes. La conjoncture économique détériorée que nous connaissons depuis 2008 explique les difficultés financières des ménages ainsi que la hausse du phénomène de surendettement [7].

Outre ce contexte économique défavorable, le surendettement peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que les accidents de la vie, comme un divorce, une maladie ou encore la perte d'un emploi [8].

Un crédit est considéré comme défaillant lorsque l'emprunteur n'a pas totalement remboursé la somme due trois mois après la date de son échéance [9]. On parlera alors de situation d'endettement problématique.

**Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique sur l'ensemble de la population majeure, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014**

		Personnes majeures enregistrées pour au moins un crédit (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant parmi les personnes ayant au moins un crédit (%)
Belgique		69,0	3,7	5,4
Wallonie		72,1	5,4	7,4
Province de Luxembourg		71,5	4,3	6,0
Arrondissements	Arlon	67,6	4,0	5,9
	Bastogne	72,0	4,2	5,8
	Marche-en-Famenne	73,8	5,2	7,1
	Neufchâteau	72,7	4,4	6,0
	Virton	71,9	3,8	5,3

Source: Banque nationale de Belgique - Centrale des Crédits à la Consommation, calculs OSLux

► En 2014, un peu plus de 7 personnes majeures sur 10 en province de Luxembourg ont un crédit, qu'il s'agisse d'un crédit hypothécaire, d'un prêt à tempérament ou d'une ouverture de crédit. Parmi celles-ci, 6,0% ont au moins un crédit défaillant. Cette proportion est supérieure à la proportion belge (5,4%) mais est moindre que celle de la Wallonie (7,4%). La problématique se révèle la plus conséquente dans l'arrondissement de Marche-en-Famenne (7,1%).



# Chapitre 4

## 1.5. Monoparentalité

Une famille monoparentale se définit comme un ménage composé d'un adulte de référence, c'est-à-dire un chef de ménage, soit de sexe masculin, soit de sexe féminin et de ses enfants [1].

Depuis plusieurs années, les structures familiales se sont modifiées, multipliant les configurations. Avec ces changements, on a vu le nombre de familles monoparentales augmenter, entraînant de nouveaux risques de pauvreté et d'exclusion sociale. De manière générale, le passage à la monoparentalité fait chuter le taux d'emploi des hommes et des femmes, et cela est encore plus vrai pour ces dernières. En effet, leur présence sur le marché du travail tend à diminuer avec l'apparition de la famille. Par ailleurs, le nombre et l'âge des enfants influencent fortement leur taux d'emploi [10].

**Tableau 4.8. Proportion (%) de ménages monoparentaux, selon le sexe du chef de ménage, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2013**

		Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
	Belgique	1,6	7,7	9,3
	Wallonie	1,9	9,7	11,6
	Province de Luxembourg	1,8	7,7	9,5
Arrondissements	Arlon	1,6	7,6	9,2
	Bastogne	1,8	7,2	9,0
	Marche-en-Famenne	1,8	8,1	9,9
	Neufchâteau	1,7	7,7	9,4
	Virton	2,0	7,8	9,8

Source : UCL Cityse

► En 2013, la proportion de ménages monoparentaux constitue 9,3% de l'ensemble des ménages belges. Cette proportion est proche de celle de la province de Luxembourg (9,5%) mais est plus élevée en Wallonie (11,6%). Quel que soit le territoire observé, les chefs de ménages monoparentaux sont majoritairement des femmes.

## 1.6. Logements publics

La crise du logement en Belgique comporte plusieurs dimensions : une dimension pécuniaire (les loyers sont trop élevés et augmentent plus vite que les revenus), une dimension quantitative (il y a un manque de logements pour faire face au boom démographique, principalement à Bruxelles) et une dimension sociale (il y a un manque de logements publics disponibles) [11].

Pour faire face à cette pénurie de logements publics, «le Code Wallon du Logement et de l'Habitat Durable prévoit que chaque commune élabore un programme communal en matière de logement». Ainsi, au niveau local, «chaque commune doit tendre vers un objectif de 10% de logements publics sur son territoire, qu'il s'agisse de logements subventionnés ou conventionnés» [12].

Un logement public est un logement social, moyen, de transit, d'insertion ou pour personnes âgées [13].

Les logements sociaux sont destinés à des ménages en état de précarité ou disposant de revenus modestes.

Les logements moyens sont destinés à des ménages à revenus moyens. Le logement doit être mis en location durant une période minimale de 30 ans à dater de la première occupation.

Les logements de transit sont destinés à des ménages en état de précarité ou privés de logement pour des motifs de force majeure. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation.

Les logements d'insertion sont destinés à des ménages en état de précarité. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation [14].

Tableau 4.9. Proportion (%) de logements publics, Wallonie - province de Luxembourg, par arrondissement, 2013

		Logements publics (%)
Wallonie		6,1
Province de Luxembourg		2,5
Arrondissements	Arlon	3,1
	Bastogne	2,0
	Marche-en-Famenne	3,0
	Neufchâteau	2,3
	Virton	2,1

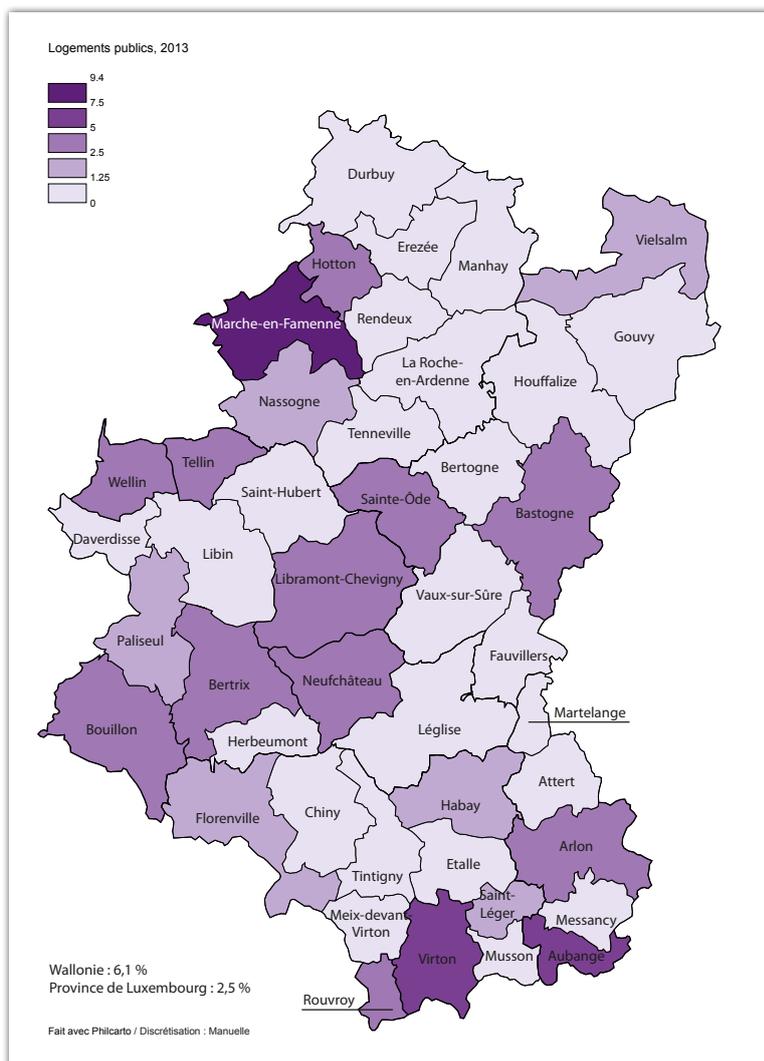
Source : SWL et Cadastre, calculs OSLux

► En 2013, la proportion de logements publics en province de Luxembourg est inférieure à celle observée en Wallonie. À noter la relative homogénéité entre les territoires puisque les proportions varient entre 2,0 et 3,1 %.



# Chapitre 4

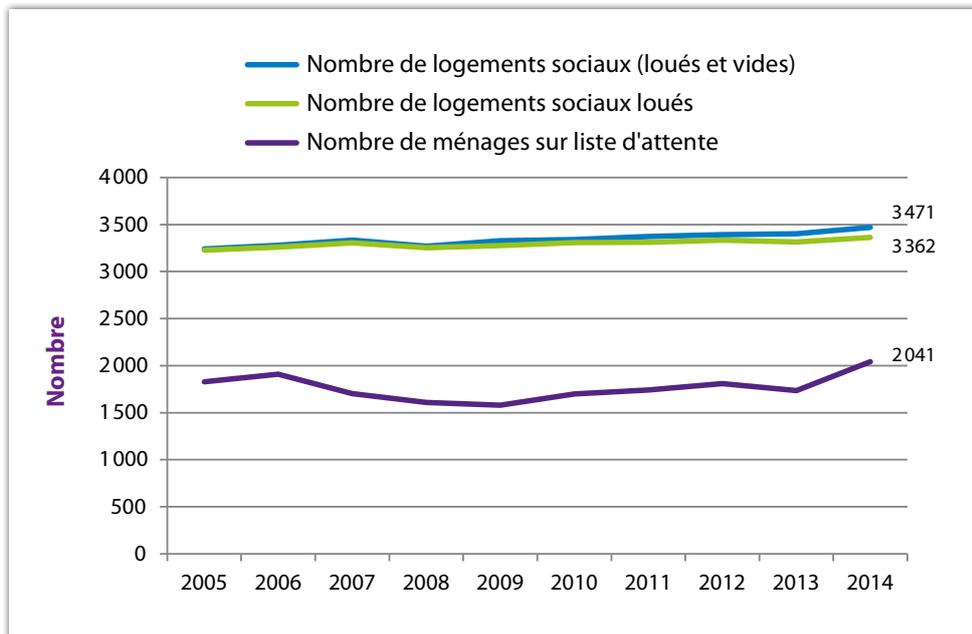
Carte 4.2. Proportion (%) de logements publics, province de Luxembourg, par commune, 2013



Source : SWL

► Aucune commune de la province n'atteint la proportion recommandée de 10% de logements publics sur son territoire. Par ailleurs, de grandes disparités sont observées en matière de part de logements publics. En effet, 13 communes sur 44 n'en comptent aucun, tandis que d'autres en recensent plus de 5% (Aubange, Virton, et Marche-en-Famenne). Cette dernière est la commune comptant la proportion la plus élevée (9,4%).

Figure 4.4. Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux (total et occupés), province de Luxembourg, 2005-2014



Source : SWL

► En 2014, la Société Wallonne du Logement comptabilisait 3 471 logements sociaux dont 3 362 loués et 109 vides (soit 3,1 % de l'ensemble) en province de Luxembourg. En 10 ans, le parc de logements sociaux a augmenté de 229 unités.

Tandis que le nombre de logements sociaux poursuit une lente progression, la liste d'attente des candidats locataires a connu des variations au cours des dernières années. Après un pic de 1 908 demandes en 2006, le nombre de candidats a diminué jusqu'en 2009. Ensuite celui-ci est reparti à la hausse pour atteindre 2 041 demandes en 2014.

# Chapitre 4

## 2. Excès de poids

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. En 2014, le surpoids concernait plus de 1,9 milliard d'adultes dont 600 millions étaient obèses. La principale cause du surpoids et de l'obésité est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées (plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses et un manque d'activité physique).

Ces pathologies constituent un important facteur de risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certains cancers [15].

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utile du statut nutritionnel d'un adulte.

Il est calculé à l'aide de la formule suivante [16]:

$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille (en m)}^2}$$

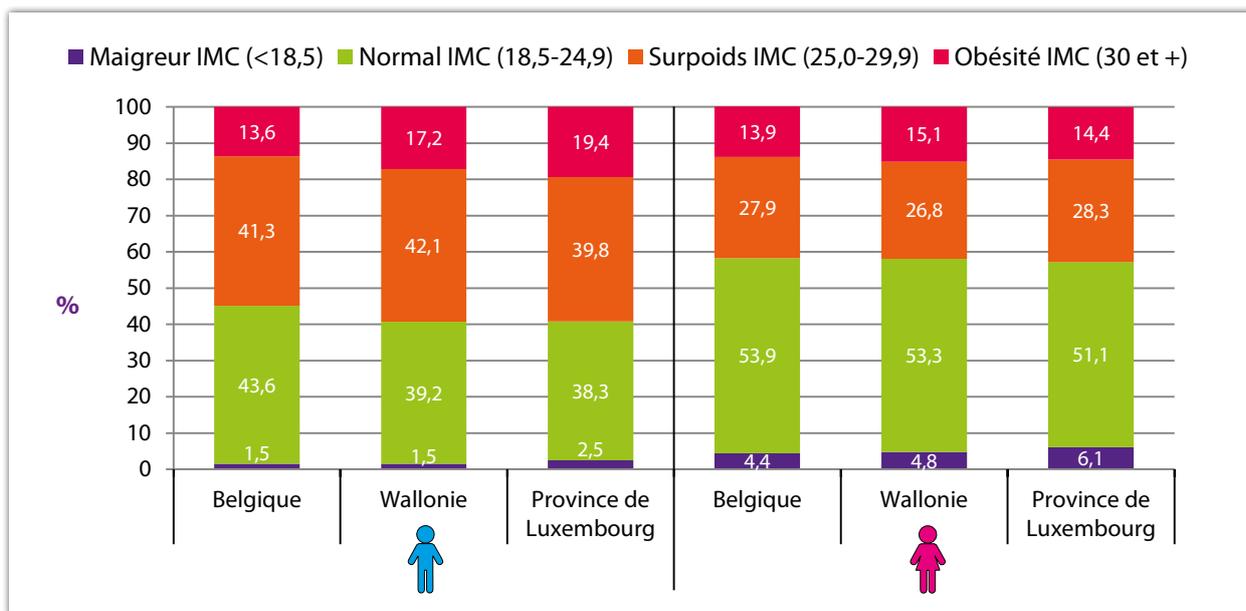
Chez l'adulte (18 ans et plus), les catégories permettant de définir la corpulence sont :

- la maigreur : IMC inférieur à 18,5 ;
- la corpulence normale : IMC supérieur ou égal à 18,5 et inférieur à 25 ;
- le surpoids : IMC supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 ;
- l'obésité : IMC supérieur ou égal à 30.

## 2.1. Corpulence des adultes

Les données présentées ci-après ont été établies sur base des déclarations des répondants. Notons que les hommes ont tendance à surestimer leur taille tandis que les femmes sous-estiment généralement leur poids [17]. Il en résulte sans doute une sous-estimation de la proportion de personnes en surpoids ou en situation d'obésité.

Figure 4.5. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC et le sexe, (d'après les déclarations des répondants, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

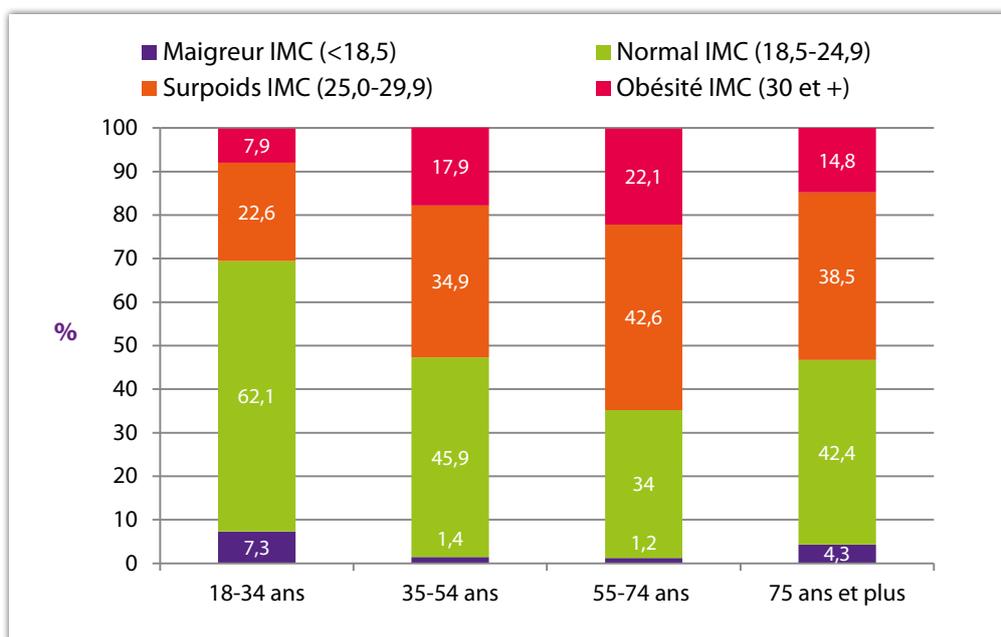
► En province de Luxembourg, il n'y a pas de différence statistique entre les proportions d'obésité masculine (19,4 %) et féminine (14,4 %). Quel que soit le sexe, cette proportion ne diffère pas des proportions belges et wallonnes.

Quel que soit le niveau territorial, le surpoids demeure plus important dans la population masculine. À l'inverse, les situations de maigreur ou de corpulence normale se retrouvent plus fréquemment chez les femmes.

L'évolution dans le temps montre une tendance à l'augmentation de la prévalence de l'obésité, indépendamment du sexe, en Belgique et en Wallonie. En province de Luxembourg, une tendance identique est retrouvée au sein de la population masculine. En effet, entre 2004 et 2013, la proportion d'hommes présentant un IMC supérieur à 30 est passée de 13,1 % à 19,4 %. Par contre, chez les femmes pour la même période, la proportion d'obésité a légèrement diminué, passant de 15,8 % à 14,4 %.

# Chapitre 4

Figure 4.6. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013

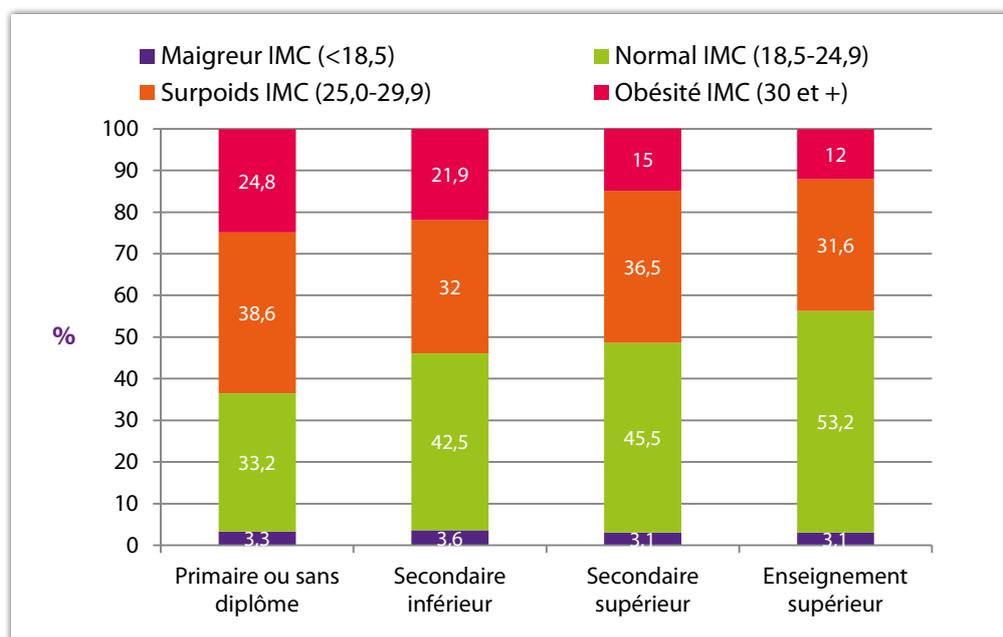


Source : ISP-HIS

► Le surpoids et l'obésité en Wallonie augmentent avec l'âge, atteignant des pics chez les 55-74 ans (42,6 % de personnes en surpoids et 22,1 % de personnes obèses). Ces proportions diminuent chez les 75 ans et plus. Les jeunes de 18 à 34 ans présentant une corpulence normale représentent 62,1 % de l'ensemble de la catégorie d'âge. Il est également remarquable que 7,3 % de cette tranche d'âge présentent une corpulence qualifiée de maigre.

# Facteurs de Santé

Figure 4.7. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013



Source : ISP-HIS

► La surcharge pondérale et l'obésité sont liées au niveau d'instruction. En effet, plus celui-ci est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids augmente. Parmi les personnes non diplômées ou détentrices du seul diplôme de l'enseignement primaire, près d'un quart sont obèses et près de 39% sont en surpoids. Plus le niveau de diplôme est élevé, plus ces proportions seront faibles. Ainsi, l'obésité concerne 12,0% des personnes diplômées de l'enseignement supérieur tandis qu'elles sont 31,6% à être en surpoids.

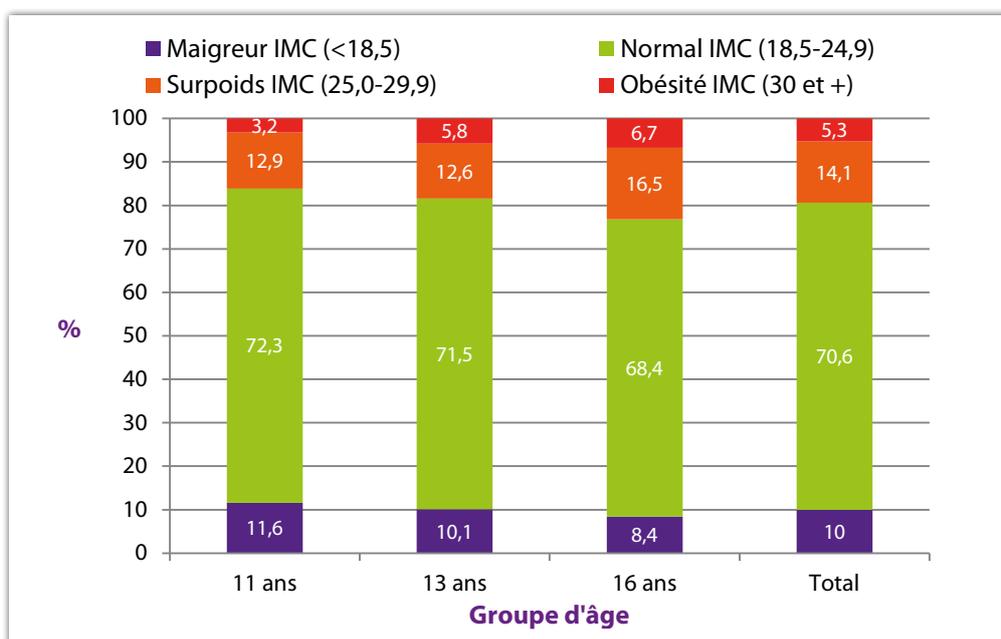


# Chapitre 4

## 2.2. Corpulence des jeunes

L'épidémie d'obésité touche aussi les enfants et les adolescents. L'enquête menée en province de Luxembourg, en collaboration avec le service de promotion de la santé à l'école (PSE) et les centres psycho-médico-sociaux (PMS) volontaires a permis une récolte et une diffusion d'informations mesurées de façon standardisée sur l'indice de masse corporelle des jeunes de la province de Luxembourg. Les données présentées ci-dessous sont basées sur les seuils extraits des tables de référence de l'International Obesity task Force (IOTF) qui tiennent compte de la variabilité existante selon l'âge et le sexe des jeunes de moins de 18 ans [18, 19].

Figure 4.8. Répartition (%) de la corpulence des jeunes, selon le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2010-2012 (n = 1 614)



Source : OSLux, Enquête Jeunes-Biométrie, 2010-2012

► En province de Luxembourg, parmi les jeunes de 10 à 17 ans, la majorité (70,6 %) présente une corpulence normale. Deux jeunes sur dix (19,4 %) présentent une surcharge pondérale (surpoids + obésité).

À l'inverse, l'insuffisance pondérale concerne un jeune sur dix (10,0 %).

Cette figure illustre également une obésité ou un surpoids plus fréquemment rencontré(e) chez les plus âgés. Aucune différence n'a été constatée selon le sexe du jeune.

Le document de référence (Regard sur la santé des jeunes - Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Biométrie), paru en 2015, est disponible sur simple demande ou téléchargeable sur le site de la Province de Luxembourg.

## 3. Sédentarité et activité physique

### 3.1. Sédentarité chez l'adulte

La sédentarité, définie ici comme le manque d'activité physique, est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde [20]. Ce manque d'activité physique s'explique par nos modes de vie actuels, davantage sédentaires qu'auparavant (travail de bureau, modes de transports passifs, urbanisation croissante...).

L'OMS estime qu'au niveau mondial, 31 % des personnes âgées de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008. Environ 3,2 millions de décès sont attribuables au manque d'exercice physique, chaque année [21]. Toujours selon l'OMS, la pratique d'une activité physique durant 30 minutes, 5 jours par semaine, permet d'améliorer son état de santé et de rester en forme [22].

La sédentarité a été calculée dans l'Enquête Nationale de Santé sur base de la distribution de la population (de 15 ans et plus) suivant le niveau d'activité physique et de loisir, selon les catégories suivantes :

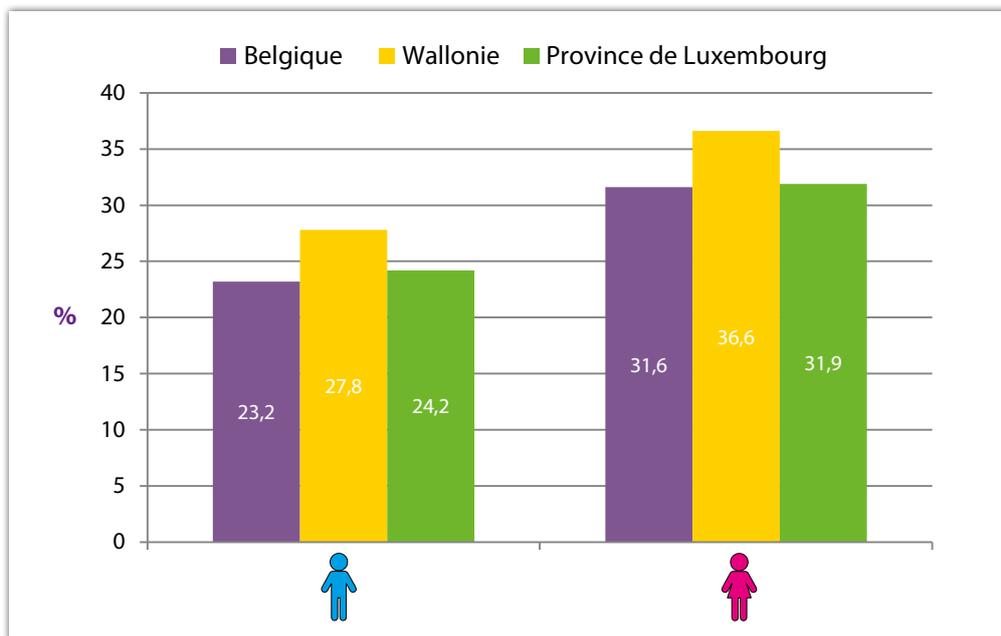
- Entraînement sportif intensif de 4 heures au minimum par semaine ;
- Moins de 4 heures de sport par semaine ou activités physiques légères ;
- Activités sédentaires.

Les données présentées dans la figure suivante concernent les personnes reprises dans la catégorie «activités sédentaires». Un style de vie sédentaire se définit par le fait que la personne consacre moins de 10% de sa consommation d'énergie quotidienne à la pratique d'une activité physique modérée ou intense [17].



# Chapitre 4

Figure 4.9. Proportion (%) de personnes considérées comme sédentaires (15 ans et plus), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



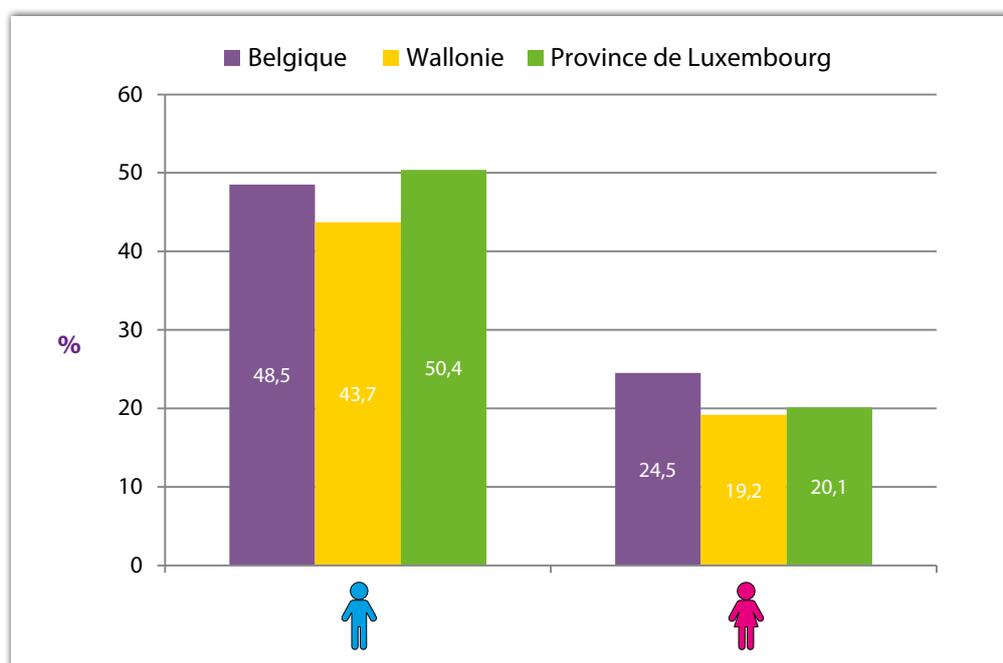
Source: ISP-HIS

► La proportion de personnes sédentaires en province de Luxembourg est proche de celle observée en Belgique. La Wallonie tend à présenter des chiffres plus élevés, et ce quel que soit le sexe.

Comparées aux hommes, les femmes belges et wallonnes se déclarent proportionnellement plus sédentaires. En province de Luxembourg, bien que non significative, une tendance identique peut être dégagée puisque 31,9% des femmes sont considérées comme sédentaires contre 24,2% des hommes.

# Facteurs de Santé

Figure 4.10. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

► Quel que soit le territoire considéré, la proportion d'hommes déclarant pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour est nettement supérieure à celle des femmes. En province de Luxembourg, 50,4% des hommes pratiquent au moins 30 minutes d'activité physique par jour contre 20,1% des femmes. Ces proportions ne diffèrent pas significativement des situations nationale ou régionale.

Globalement entre 2004 et 2013, les chiffres sont restés stables sur les différents territoires.

De manière générale et quel que soit le territoire considéré, un gradient est observé entre le niveau d'instruction et la proportion de la population qui court un risque en matière de santé en raison du manque d'activités physiques et de loisirs.

En effet, en Wallonie, ce pourcentage est plus élevé chez les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (50,0%) ou chez les personnes avec un diplôme du secondaire inférieur (41,6%) par rapport aux personnes ayant un diplôme du secondaire supérieur (34,8%) ou de l'enseignement supérieur (23,7%).

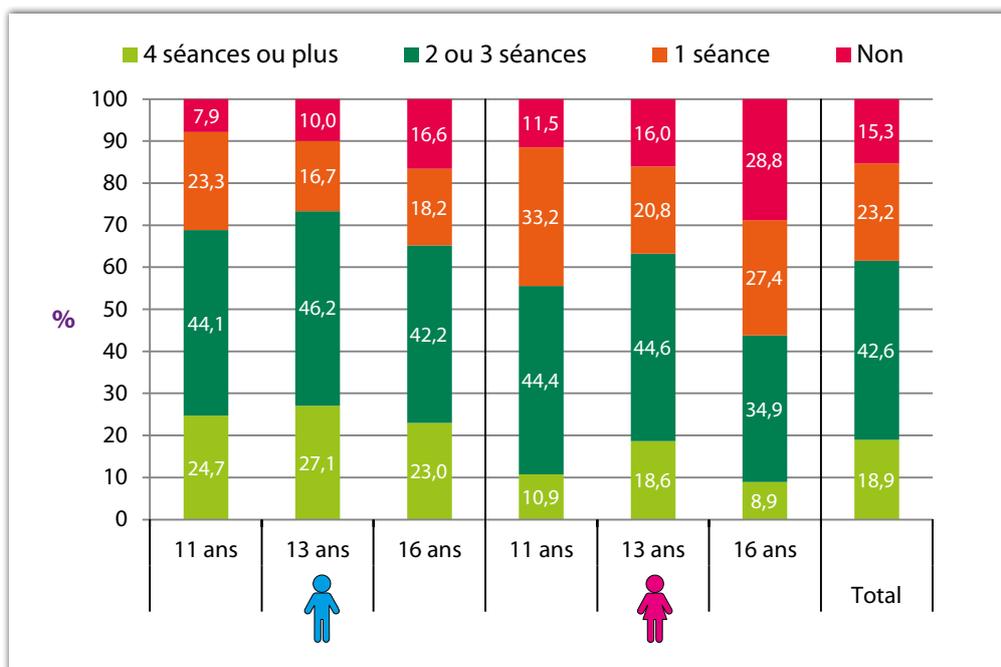


# Chapitre 4

## 3.2. Jeunes et activité physique

L'activité et la condition physique des jeunes tendent à décliner au cours des années tandis qu'un accroissement de leur sédentarité est observée.

Figure 4.11. Pratique (%) de l'activité physique des jeunes (au moins une demi-heure d'affilée) en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2010-2012 (n = 1 607)



Source : OSLux, Enquête Jeunes- Activité physique et sédentarité, 2010-2012

► Au cours de l'enquête réalisée auprès des jeunes Luxembourgeois de 10 à 17 ans entre 2010 et 2012, 15,3 % d'entre eux ont déclaré n'avoir pratiqué aucune activité physique la semaine précédant l'enquête, 23,2 % ont pratiqué une séance, 42,6 % 2 ou 3 séances et 18,9 % 4 séances ou plus. Cette figure met en évidence que la proportion de jeunes n'ayant réalisé aucune séance d'activité physique augmente avec l'âge, et ce, principalement chez les filles. À 11 ans, l'absence d'activité physique concerne environ un jeune sur dix, quel que soit le sexe. À 16 ans, un garçon sur six (16,6 %) et pratiquement trois filles sur dix (28,8 %) n'ont eu aucune séance d'activité physique la semaine précédant l'enquête.

Le document complet de l'enquête (Regard sur la santé des jeunes - Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Activité physique et sédentarité), parue en 2015, est disponible sur simple demande ou téléchargeable sur le site de la Province de Luxembourg.

## 4. Alimentation

Une mauvaise alimentation, au même titre que le manque d'activité physique et que la consommation d'alcool et de tabac, est l'un des facteurs de risque des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité et le diabète de type 2 [23].

À ce sujet, l'OMS formule plusieurs recommandations :

- équilibrer l'apport énergétique pour conserver un poids normal ;
- limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses ;
- consommer davantage de fruits et légumes ainsi que des légumineuses, des céréales complètes et des fruits secs ;
- limiter la consommation de sucres ajoutés ;
- limiter la consommation de sel, toutes sources confondues, et veiller à consommer du sel iodé [24].

### 4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

La consommation de fruits et de légumes est une composante importante d'une alimentation saine et permet de prévenir l'apparition de certaines maladies. La consommation recommandée par l'OMS est de deux portions de fruits et deux portions de légumes par jour à partir de 6 ans. Les recommandations du PNNS vont dans le même sens, conseillant de manger au moins cinq fruits et légumes par jour, ce qui correspond à 400 gr de fruits et légumes par jour [25].

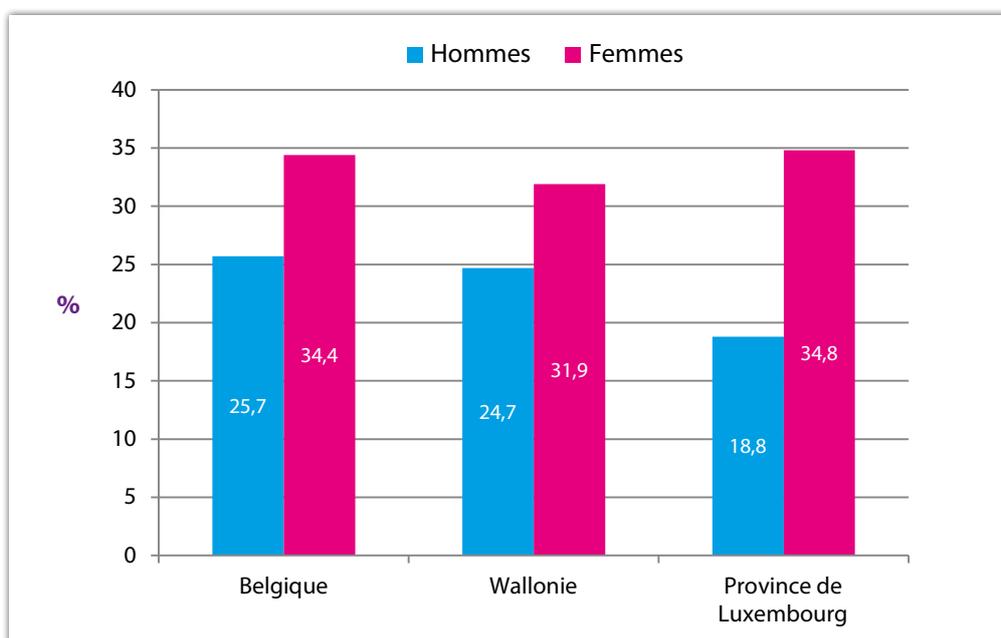
Une portion de fruits correspond à 1 banane, 1 poire, 1 pomme, 1 orange ou n'importe quel autre fruit de la même taille, 2 mandarines, 2 prunes ou 2 autres fruits de la même taille, une dizaine de raisins, de cerises, de fraises ou d'autres fruits de la même taille.

Une portion de légumes correspond à 1 tomate,  $\frac{1}{4}$  de concombre, une tasse de carottes râpées, 3 cuillères à soupe de légumes bouillis ou cuits (haricots verts, chou-fleur, carottes, brocolis, épinards...), 10 petits champignons, 5 asperges fraîches, 1 chicon, 1 louche ou la moitié d'un bol de soupe de légumes [26].



# Chapitre 4

Figure 4.12. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



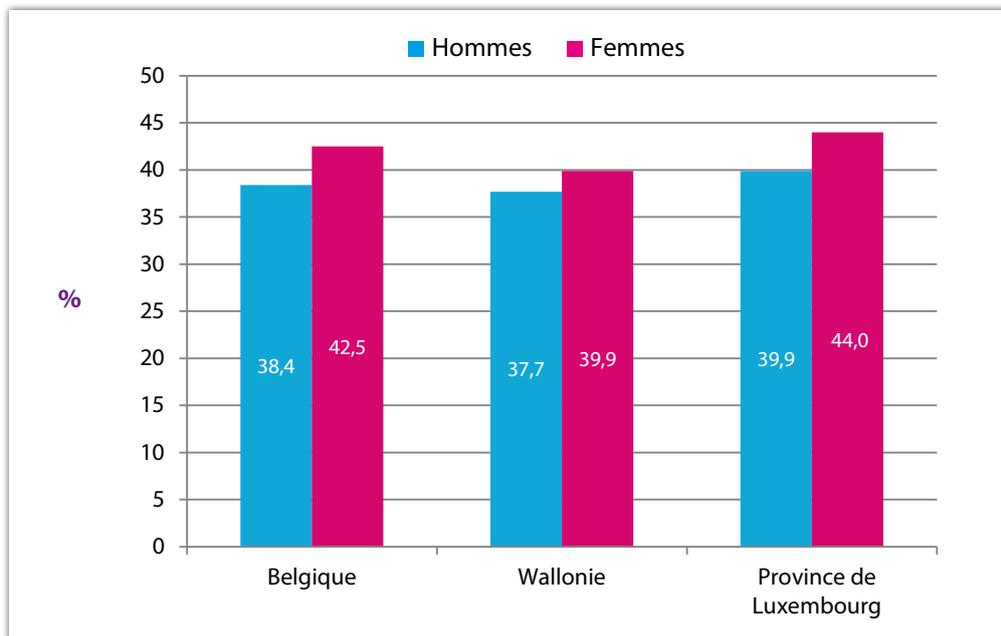
Source : ISP-HIS

► En province de Luxembourg, plus d'un quart de la population âgée de 15 ans et plus (27,0%) déclare consommer au moins deux portions de fruits par jour. Aucune différence significative n'est observée entre les trois zones géographiques considérées en fonction du sexe à l'exception de la consommation déclarée entre la Belgique et la province de Luxembourg chez les hommes.

Quel que soit le territoire observé, le pourcentage des femmes déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits est plus élevé que celui des hommes.

# Facteurs de Santé

Figure 4.13. Proportion (%) de la population (15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

► Comme pour la consommation de fruits, les femmes sont plus nombreuses à consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes. Néanmoins, à l'exception des chiffres relatifs à la Belgique, cette différence n'est pas significative.

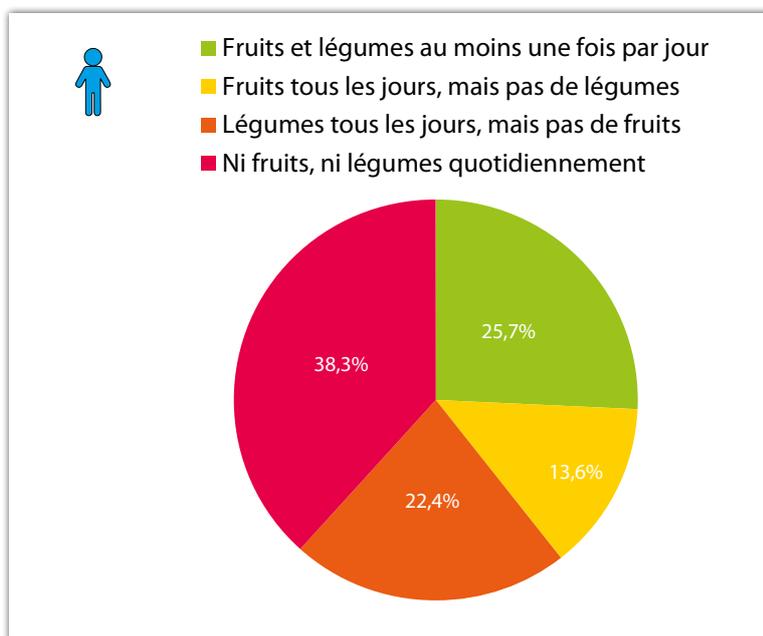
De manière générale, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle de fruits. En Wallonie, la proportion de personnes déclarant consommer au moins deux portions de légumes tous les jours s'élève à 38,9%. Cette consommation est semblable en province de Luxembourg, puisque plus de quatre Luxembourgeois sur dix (42,0%) déclarent consommer cette portion quotidiennement.



# Chapitre 4

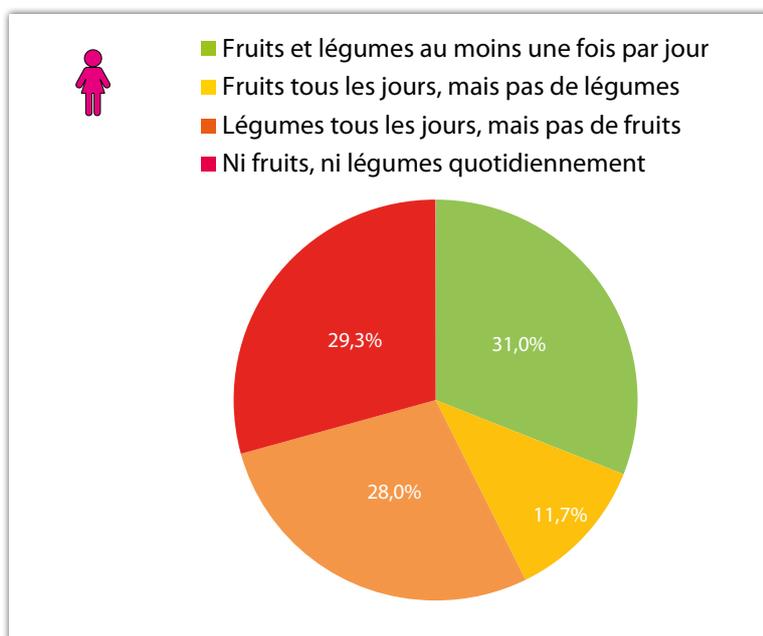
## 4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes

Figure 4.14. Proportion (%) de jeunes déclarant consommer quotidiennement des fruits et des légumes, Garçons, province de Luxembourg, 2010-2012



Source : OSLux, Enquête Jeunes- Alimentation, 2010-2012

Figure 4.15. Proportion (%) de jeunes déclarant consommer quotidiennement des fruits et des légumes, Filles, province de Luxembourg, 2010-2012



Source : OSLux, Enquête Jeunes- Alimentation, 2010-2012

► Les nutritionnistes recommandent de consommer quotidiennement des fruits et des légumes. L'enquête effectuée en 2010-2012 auprès des jeunes luxembourgeois montre une consommation insuffisante par rapport à ces recommandations. En effet, seul un garçon sur quatre (25,7%) et une fille sur trois (31,0%) déclarent consommer quotidiennement des fruits et des légumes. De façon plus inquiétante, quatre garçons sur dix (38,3%) et trois filles sur dix (29,3%) ne mangent ni fruits, ni légumes au quotidien.

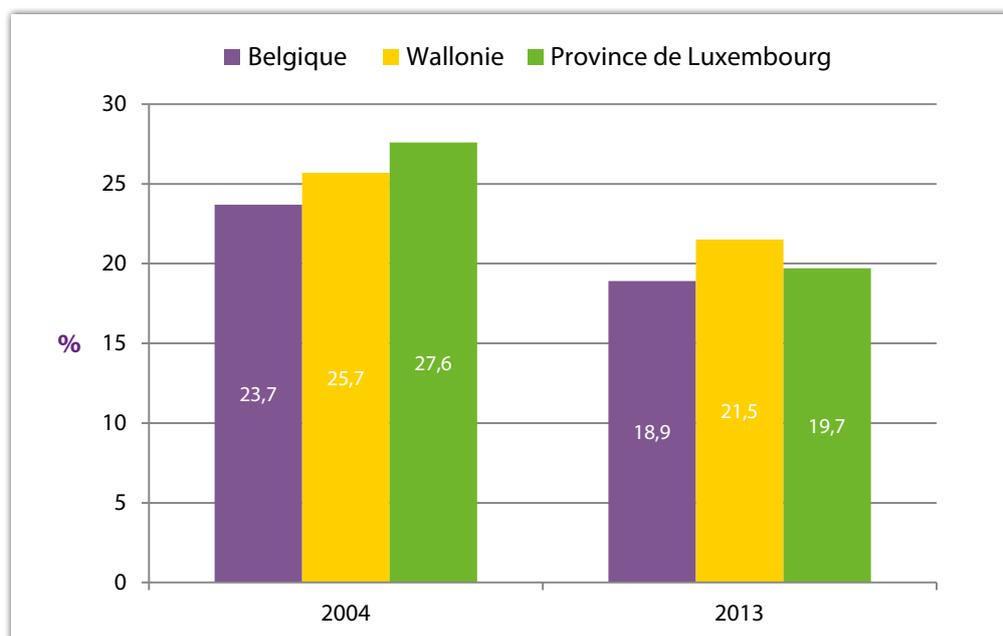
Le document complet (Regard sur la santé des jeunes - Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Alimentation), dont sont issues les figures présentées est disponible sur simple demande ou téléchargeable sur le site de la Province de Luxembourg.

## 5. Consommation de tabac

Chaque année, près de 6 millions de personnes meurent à cause du tabagisme. En effet, le tabac et ses composés sont responsables de graves problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires ou les cancers [27].

### 5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

Figure 4.16. Évolution de la proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004- 2013

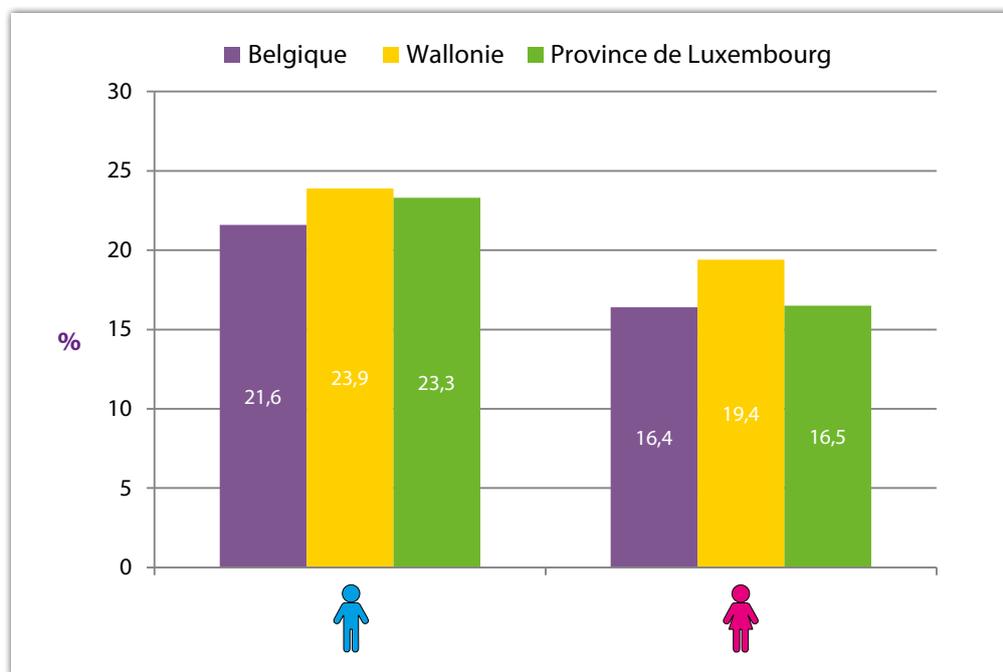


Source : ISP-HIS

► En 2004, en province de Luxembourg, la proportion de la population déclarant fumer quotidiennement s'élevait à 27,6%. En 2013, une nette diminution à tous les niveaux et en particulier en province de Luxembourg est constatée. Cette dernière diminution n'est cependant pas statistiquement significative.

# Chapitre 4

Figure 4.17. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

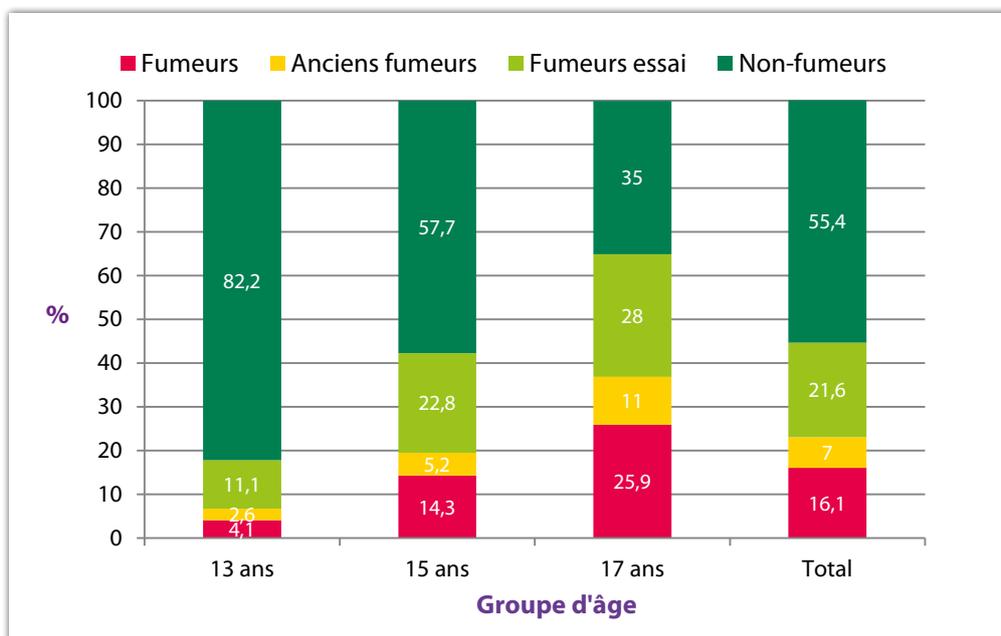


Source : ISP-HIS

► Proportionnellement et quel que soit le territoire considéré, les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement. Néanmoins, cette différence n'est statistiquement significative que pour la Belgique.

## 5.2. Tabagisme chez les jeunes

Figure 4.18. Répartition (%) des élèves en fonction du statut tabagique, selon le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2015



Source: OSLux, Enquête Tabac 2015

► En 2015, la proportion de fumeurs parmi les jeunes de la province de Luxembourg s'élève à 16,1 %, ce qui est moitié moins que le résultat enregistré en 2000 (31,8 %).

Par ailleurs, la proportion de fumeurs augmente avec l'âge du jeune. En effet, à 13 ans, 4,1 % des jeunes sont fumeurs, contre 14,3 % à 15 ans et un sur quatre à 17 ans (25,9%). Le pourcentage d'anciens fumeurs et de « fumeurs essai » augmentent également avec l'âge. Les résultats issus de l'enquête tabac indiquent également qu'à 17 ans, deux tiers des jeunes (64,9 %) ont déjà expérimenté le tabac.

Les documents reprenant les résultats de cette enquête (Le comportement tabagique des jeunes en province de Luxembourg - Résultats de l'Enquête Tabac 2015) ainsi que la fiche traitant du tabagisme dans le cadre de l'Enquête Jeunes (Regard sur la santé des jeunes - Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Assuétudes) sont disponibles sur simple demande ou téléchargeables sur le site de la Province de Luxembourg.

# Chapitre 4

## 6. Consommation d'alcool

D'après l'OMS, «la consommation de boissons alcoolisées est un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. La consommation d'alcool n'en risque pas moins d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales néfastes car elle engendre ivresse, intoxication et accoutumance. Outre les maladies chroniques susceptibles de se développer chez ceux qui boivent de grandes quantités d'alcool pendant des années, la consommation d'alcool est aussi associée à une augmentation de risques sanitaires aigus, notamment de blessures, en particulier lors d'accidents de la route» [28].

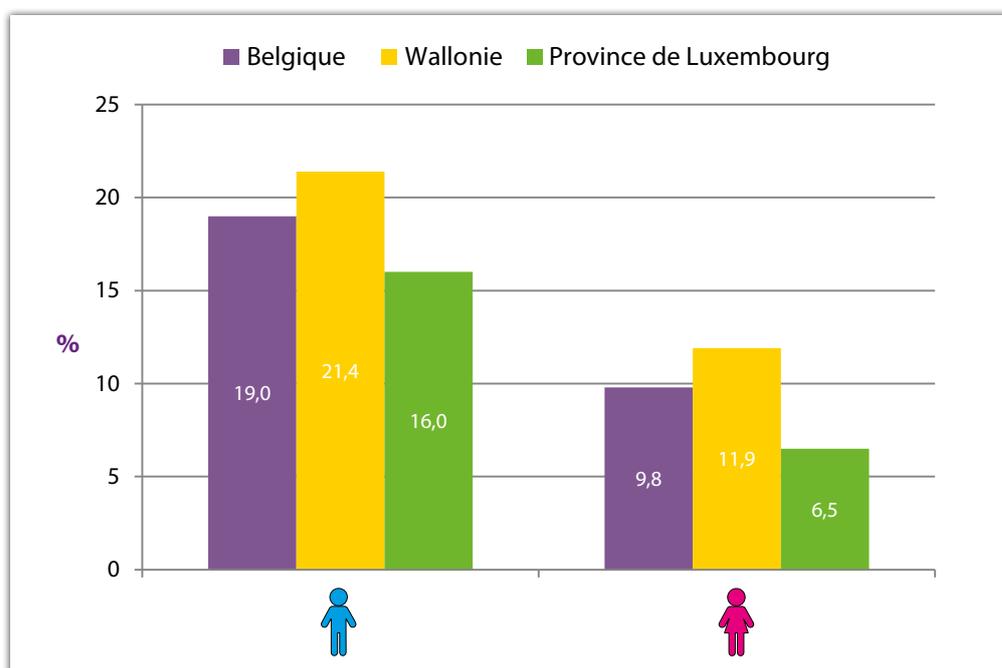
En 2012, l'OMS estime que 5,9% de l'ensemble des décès est attribuable à la consommation d'alcool, ce qui correspond à 3,3 millions de personnes dans le monde [29].

### 6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool fait partie des habitudes de la population. En 2013, 84,1% des femmes en province de Luxembourg déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. C'est similaire à la situation observée en Wallonie et en Belgique.

#### 6.1.1. Consommation quotidienne

Figure 4.19. Proportion (%) de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013



Source : ISP-HIS

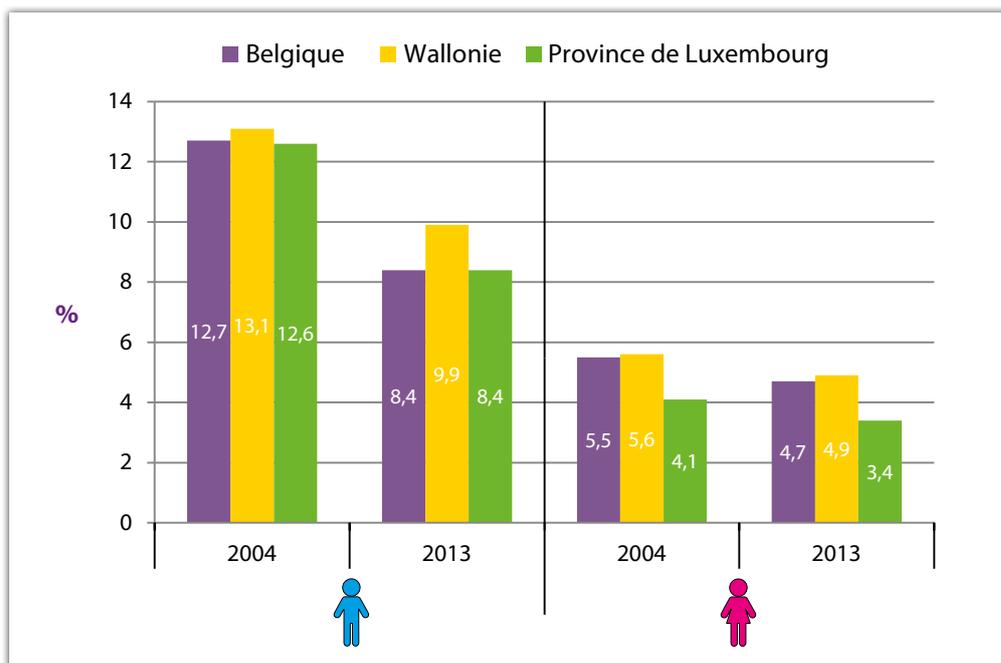
► Les hommes sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement que les femmes. En province de Luxembourg, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Comparativement aux proportions wallonne et belge, la population de la province de Luxembourg, quel que soit le sexe, est moins nombreuse à déclarer consommer de l'alcool tous les jours. Toutefois, aucune différence significative n'est observée.

## 6.1.2. Surconsommation d'alcool

La surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire de 14 verres ou plus chez la femme et 21 verres ou plus chez l'homme [30].

Figure 4.20. Évolution de la proportion (%) de surconsommateurs d'alcool (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2013



Source: ISP-HIS

► En 2013, la surconsommation d'alcool concernait 8,4% des hommes et 3,4% des femmes en province de Luxembourg. Quel que soit le genre, ces valeurs ne sont pas significativement différentes de celles de la Wallonie ou de la Belgique.

Par rapport à 2004, une diminution de la surconsommation masculine en Belgique est observée. Au niveau des chiffres des femmes belges et de ceux de la Wallonie et de la province de Luxembourg, les diminutions ne sont pas significatives.

# Chapitre 4

## 6.1.3. Hyperalcoolisation

L'hyperalcoolisation se définit comme la consommation de 6 verres standards de boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion [30].

Tableau 4.10. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	13,4	3,8
Wallonie	12,5	3,9
Province de Luxembourg	19,2	4,3

Source: ISP-HIS

► Quel que soit le territoire considéré, la proportion d'hommes déclarant avoir été hyperalcoolisés est de trois à plus quatre fois supérieure à celle de femmes. En province de Luxembourg, 19,2% des hommes et 4,3% des femmes déclarent consommer au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion par semaine. Ces proportions sont plus élevées qu'en Wallonie et en Belgique quel que soit le sexe. Néanmoins, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

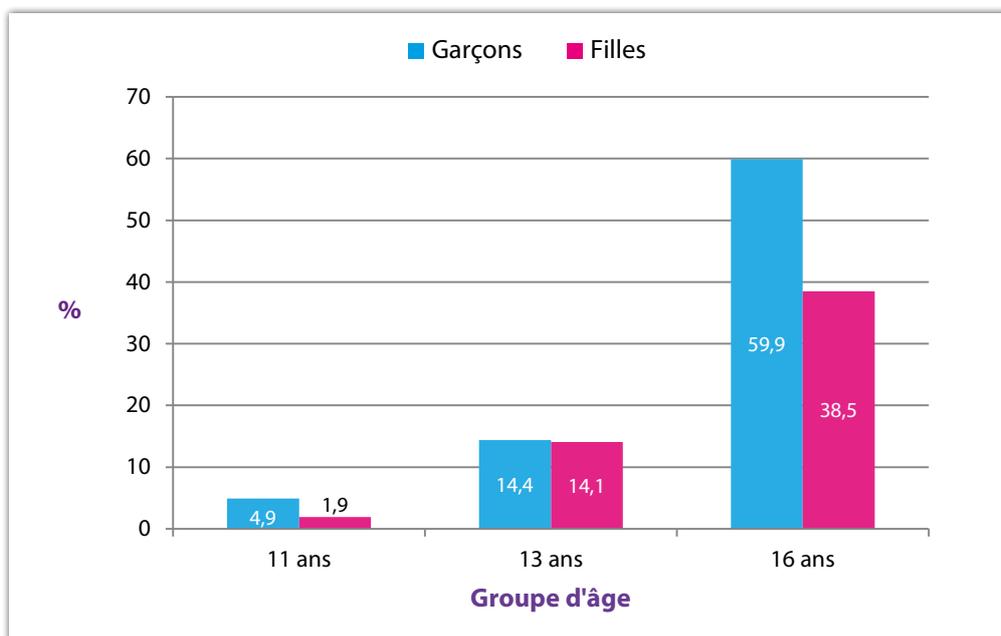
## 6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

Selon le Conseil Supérieur d'Hygiène (2006), «il serait vain de prôner une abstinence totale d'alcool auprès des jeunes et il n'existe pas d'élément scientifique établissant une limite sûre de consommation d'alcool. Par contre, il est important de guider le jeune vers une consommation d'alcool responsable, modérée, qui permet de garder le contrôle et de promouvoir un comportement responsable» [31].

L'absorption d'alcool entraîne des modifications dans le comportement avec pour conséquence des états d'ivresse pouvant aboutir au coma. Au cours des différentes enquêtes réalisées chez les jeunes Hainuyers, la question «As-tu déjà été ivre?» a été posée. Le jeune a répondu selon ses propres représentations et il est donc impossible d'y associer la quantité d'alcool ingérée.

# Facteurs de Santé

Figure 4.21. Proportion (%) de l'ivresse au moins une fois dans la vie, selon le sexe et le groupe d'âge, province de Luxembourg 2010 - 2012



Source : OSLux, Enquête Jeunes, 2010-2012

► Si, en province de Luxembourg, l'ivresse des garçons est plus fréquente que celle des filles, c'est principalement à 16 ans que cette différence se marque le plus. En effet, à cet âge, six garçons sur dix (59,9%) ont déjà connu un épisode d'ivresse dans leur vie contre quatre filles sur dix (38,5%).

D'autres résultats concernant les jeunes et l'alcool sont exposés dans le document (Regard sur la santé des jeunes - Résultats de l'Enquête Jeunes 2010-2012, Assuétudes) disponible sur simple demande ou téléchargeable sur le site de la Province de Luxembourg.



# Chapitre 4

## 7. Bibliographie

1. Berra, P. and C. Massot, *Tableau de bord de la santé 2013*, in *Santé en Hainaut*. 2013.
2. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Baromètre social 2014*. 2014, Bruxelles: Commission communautaire commune.
3. Manfron, J.-M., *État des lieux socio-économique 2014 de la Wallonie*. Juin 2014, Charleroi: Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi.
4. Commission Européenne, *Labour Market and Wage Developments in Europe*. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2015.
5. Section CPAS de l'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale ASBL, *L'aide sociale financière équivalente au revenu d'intégration sociale (ERIS)*. 2008.
6. Office National de l'Emploi. *La Grapa*. 2016 [26/02/2016].
7. Duvivier, R., *Crédit et surendettement: principales évolutions de la Centrale des Crédits aux Particuliers à fin juin 2015*. Juillet 2015, Observatoire du Crédit et de l'Endettement: Marchienne-au-Pont.
8. Boulet, J.-F., *Le surendettement une menace latente*, in *Au Quotidien*. 2013, Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation: Bruxelles. p. 5.
9. Banque nationale de Belgique, *Centrale des crédits aux particuliers: statistiques 2014*, in *Banque nationale de Belgique*. Janvier 2015.
10. Observatoire bruxellois de l'Emploi, *Situation des familles monoparentales face à l'emploi et au chômage en Région de Bruxelles-Capitale*. Octobre 2009, Observatoire bruxellois de l'Emploi: Bruxelles.
11. Portail de la citoyenneté en Communauté française. *Il manque des logements*. [cited 2016 07/01/2016]; Available from: [www.espace-citoyen.be/article/783-il-manque-des-logements/](http://www.espace-citoyen.be/article/783-il-manque-des-logements/).
12. Nollet, J.-M., *Stratégie communale d'actions en matière de logement- Circulaire relative au programme communal d'actions 2014-2016*. 2013: Namur.
13. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. *Des faits et des chiffres- Les baromètres de la pauvreté*. 2013 [cited 2016 07/01/2016]; Available from: [www.luttepauvrete.be/chiffres.htm](http://www.luttepauvrete.be/chiffres.htm).
14. Direction générale opérationnelle de l'Aménagement du territoire, du Logement, du Patrimoine et de l'Énergie. *Aides exclusivement réservées aux personnes morales autres que les sociétés de logement de service public*. [cited 2016 07/01/2016]; Available from: <http://dgo4.spw.wallonie.be/dgatlp/dgatlp/pages/log/pages/aides/aidesmenusopp.asp>.
15. Organisation mondiale de la Santé. *Obésité et surpoids*. Aide-mémoire n°311 janvier 2015 [cited 2015]; Available from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/).
16. World Health Organization. *BMI classification*. [cited 2016 26/02/2016]; Available from: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).
17. Drieskens, S., *État nutritionnel*, in *Enquête de santé 2013: Rapport 2 Comportements de santé et style de vie*, L. Gisle and S. Demarest, Editors. 2014, WIV-ISP: Bruxelles.

# Facteurs de Santé

18. Cole, T.J., et al., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. BMJ, 2000. **320**(7244) : p. 1240-3.
19. Cole, T.J., et al., *Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey*. BMJ, 2007. **335**(7612) : p. 194.
20. Organisation mondiale de la Santé, *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. 2010 : Genève.
21. Organisation mondiale de la Santé, *La sédentarité un problème de santé publique mondial*. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2013.
22. Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *Rôle du médecin généraliste dans la prévention*. 2013 : Bruxelles.
23. Organisation mondiale de la Santé, *Fruits et légumes pour la santé- Rapport de l'atelier commun FAO/OMS*. 2004 : Kobe (Japon).
24. Organisation mondiale de la Santé. *Une alimentation saine*. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [cited 2016 07/01/2016]; Available from : [www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/).
25. Drieskens, S., *Les habitudes nutritionnelles*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie*, L. Gisle and S. Demarest, Editors. 2014, WIV-ISP : Bruxelles.
26. Enquête Nationale de Santé, *Questionnaire face-à-face*, WIV-ISP, Editor. 2013.
27. Organisation mondiale de la Santé. *Tabagisme*. Aide-mémoire n°339 Juillet 2015 [cited 2016 07/01/2016]; Available from : [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/).
28. Organisation mondiale de la Santé. *Consommation d'alcool*. Thèmes de santé [cited 2016 07/01/2016]; Available from : [www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/fr/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/).
29. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health 2014*. 2014.
30. Gisle, L. and S. Demarest, *La consommation d'alcool*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie*. 2014, Institut scientifique de santé publique : Bruxelles.
31. Conseil Supérieur d'Hygiène, *Les jeunes et l'alcool*, in *Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène*. 2006 : Bruxelles. p. 39.





# Chapitre 5

# Offre de soins et de services

## FAITS MARQUANTS

L'offre hospitalière est inférieure à la moyenne wallonne et nationale. En effet, la densité de lits en hôpital général pour 1 000 habitants est de 3,2, en province de Luxembourg contre 4,2 en Wallonie et 4,3 en Belgique. Les arrondissements d'Arlon et de Neufchâteau présentent les densités de lits hospitaliers les plus élevées au sein de la province.

La densité de lits en Maisons de Repos et de Soins (MRS) est plus faible en province de Luxembourg. La capacité d'accueil en lits MRS est de 29,8 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, contre 35,9 et 35,5 lits respectivement pour la Wallonie et pour la Belgique.

La province de Luxembourg dispose d'un médecin généraliste actif pour 1 077 habitants, ce qui est proche des valeurs de la Wallonie (un médecin pour 1 024 habitants) et de la Belgique (un médecin pour 1 067 habitants). Au niveau communal, Herbeumont est la commune la mieux fournie (un médecin pour 532 habitants) tandis que Chiny est la commune la moins bien lotie (un médecin pour 2 599 habitants).

La médecine est un métier marqué par une féminisation importante. En effet, 77% des gynécologues de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes. Cette proportion s'élève à 84% chez les pédiatres et à 73% chez les ophtalmologues. Cette féminisation est également observée chez les généralistes (presque 70%).

En province de Luxembourg, seulement un gynécologue sur cinq (21,2%) est conventionné. Par contre, cette proportion atteint 48,0% en Belgique et 50,7% en Wallonie.

Par rapport à la Wallonie (31,4%), le taux de couverture des places d'accueil des enfants de 0 à 2,5 ans s'élève en province de Luxembourg à 38,7%. Au sein même de la province, de grandes disparités sont observées puisque ce taux s'échelonne de 10,9% (Rouvroy) à 64,5% (Saint-Léger).





# Chapitre 5

# Offre de soins et de services

## 1. Offre de soins

L'offre de soins est un déterminant de la santé. L'accessibilité (géographique et financière) des services de soins, entre autres, détermine l'état de santé d'un individu. En province de Luxembourg, certaines parties du territoire ne disposent que de peu d'infrastructures de soins de santé, et de nombreuses communes, principalement rurales, font état d'une pénurie de médecins généralistes, augmentant ainsi les difficultés d'accès aux soins de première ligne.

### 1.1. Structures hospitalières

Les attentes et les exigences envers le secteur hospitalier sont multiples et d'ordre divers : médicales d'abord, puisque les hôpitaux doivent fournir les soins de la meilleure qualité, avec des techniques évoluant en permanence, et ce dans un contexte où les contraintes réglementaires et budgétaires sont de plus en plus importantes. Les attentes sont d'ordre sociétales également : les hôpitaux doivent répondre aux besoins de la population en proposant des services accessibles à tous, et ce, quels que soient le statut économique ou les croyances des patients [1].

Les principaux changements des dernières années sont les suivants : les nombreuses fusions, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour des patients à l'hôpital [2].

Il existe plusieurs types d'établissements hospitaliers. Nous traiterons plus particulièrement des hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques.

Un hôpital général comprend de nombreuses spécialités dont au moins la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale et la chirurgie ainsi que les techniques diagnostiques et thérapeutiques qui accompagnent ces spécialités de base [3]. Dans ce chapitre, nous avons fait le choix de garder dans la catégorie des hôpitaux généraux uniquement les hôpitaux ayant au moins des lits de catégorie C (service de diagnostic et de traitement chirurgical) et D (service de diagnostic et traitement médical) et/ou CD (service d'hospitalisation mixte C et D).

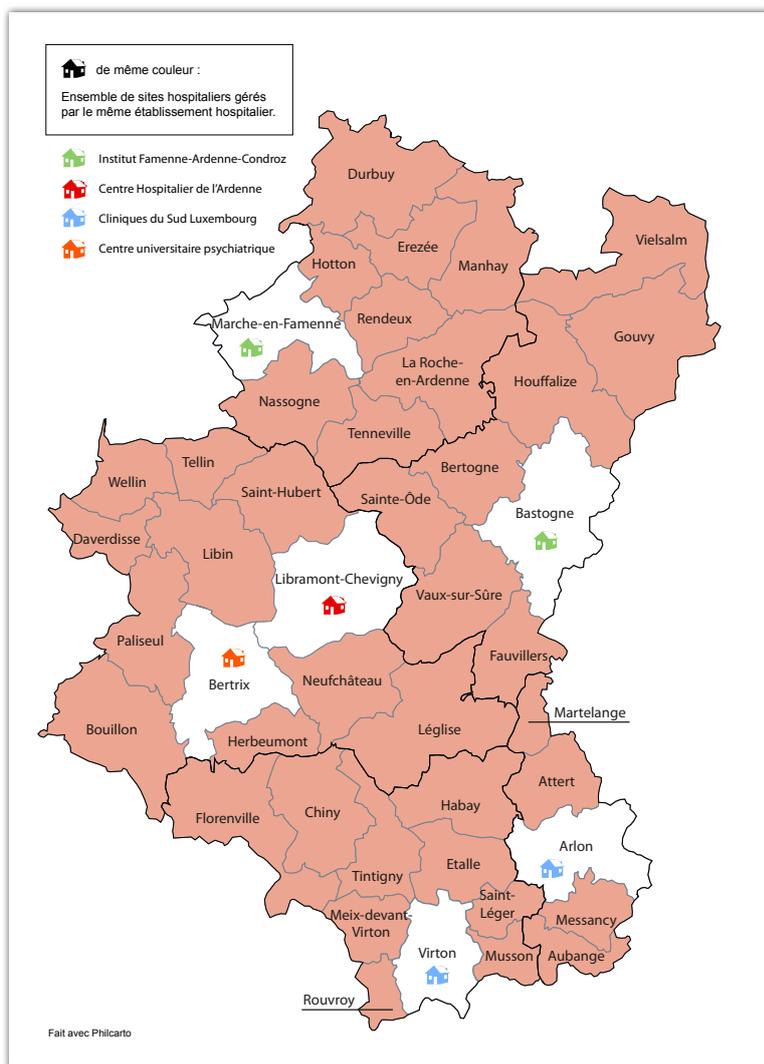
Les hôpitaux universitaires dépendent d'une faculté de médecine. Hormis les traitements et soins aux patients, ils ont pour mission de contribuer à la formation des médecins et infirmiers, de se montrer actifs au niveau de la recherche scientifique et de participer au développement de nouvelles technologies. Ces structures comportent au minimum les mêmes services que les hôpitaux généraux. Un seul hôpital peut porter le titre d'universitaire pour chaque université disposant d'une faculté de médecine offrant un cursus complet [2].

Les hôpitaux psychiatriques accueillent des personnes souffrant de problèmes mentaux nécessitant des soins de longue durée. Le séjour est cependant appelé à être à la fois le plus bref et le plus spécialisé possible, et est avant tout orienté vers la réinsertion sociale [3].



# Chapitre 5

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux et psychiatriques, province de Luxembourg, 2015



Source : INAMI

► La province de Luxembourg compte six sites hospitaliers regroupés en une intercommunale unique «Vivalia». Les sites hospitaliers de Marche-en-Famenne et Bastogne forment l'Intercommunale hospitalière Famenne-Ardenne-Condroz (IFAC). Les implantations d'Arlon et de Virton constituent les cliniques du Sud Luxembourg. Un hôpital psychiatrique est également situé sur le territoire provincial. Aucun hôpital universitaire tel que nous l'avons défini n'est recensé au sein de la province de Luxembourg.

# Offre de soins et de services

Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, juillet 2015

Nombre de lits		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		48 342	4,3	15 276	1,4
Wallonie		15 037	4,2	4 138	1,2
Province de Luxembourg		998	3,6	199	0,7
Arrondissements	Arlon	307	5,1	0	0,0
	Bastogne	96	2,0	0	0,0
	Marche-en-Famenne	182	3,3	0	0,0
	Neufchâteau	317	5,1	199	3,2
	Virton	96	1,8	0	0,0

Source : SPF Santé Publique, calculs OSLux

► La densité de lits pour les hôpitaux généraux est de 3,2 lits pour 1 000 habitants en province de Luxembourg, soit 23,8 % de moins qu'en Wallonie (4,2/1 000 hab.) et 25,6 % de moins qu'en Belgique (4,3/1 000 hab.).

Ce sont les arrondissements d'Arlon et de Neufchâteau qui présentent la plus haute densité de lits pour les hôpitaux généraux et universitaires avec 5,1 lits pour 1 000 habitants. Cette densité est également supérieure aux densités de lits sur l'ensemble de la Wallonie et de la Belgique. À l'inverse, les arrondissements de Bastogne et de Virton présentent les plus faibles densités de lits pour 1 000 habitants.

La densité de lits au sein des hôpitaux psychiatriques est de 1,1 lit pour 1 000 habitants en province de Luxembourg, soit 8,4 % de moins qu'en Wallonie (1,2/1 000 hab.) et 21,4 % de moins qu'en Belgique (1,4/1 000 hab.). La totalité de ces lits se situe dans un seul établissement hospitalier au sein de l'arrondissement de Neufchâteau.



# Chapitre 5

Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2015

	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
SMUR	98	38	4
Scanner	160	50	4
RMN	87	28	2
Radiothérapie	34	10	0
Centre de dialyse	54	20	2

Source : SPF Santé Publique

► Les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg rassemblent quatre Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), quatre scanners et deux installations de résonance magnétique nucléaire (RMN).

Actuellement, la province de Luxembourg ne bénéficie d'aucun centre de radiothérapie. Par contre, deux centres de dialyse (un à l'IFAC de Marche-en-Famenne et l'autre au CHA de Libramont) y sont dénombrés.

# Offre de soins et de services

## 1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins

Avec un vieillissement de la population déjà bien présent et qui continue à s'intensifier, les maisons de repos jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non.

La maison de repos pour la personne âgée (MRPA) est un établissement qui peut être public ou privé, qui doit être agréé par la Région. Ces institutions proposent une résidence à des personnes de plus de 60 ans. Dans ces maisons de repos, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et si nécessaire les soins sont organisés.

La maison de repos et de soins (MRS) consiste, la plupart du temps, en un certain nombre de lits (de soins) agréés et intégrés dans une MRPA. Ces « lits » sont réservés à des personnes fortement dépendantes ne nécessitant plus de soins aigus mais à l'égard desquelles un encadrement particulier ou spécifique est assuré [4].

Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2015

		Nombre de MRPA et MRS	Lits MRPA		Lits MRS		Lits MRPA + MRS
			Nombre	Densité pour 1000 habitants de 65 ans et +	Nombre	Densité pour 1000 habitants de 65 ans et +	Total
Belgique		1 518	65 680	32,3	72 004	35,5	137 684
Wallonie		590	25 346	40,2	22 619	35,9	47 965
Province de Luxembourg		45	1 806	40,0	1 344	29,8	3 150
Arrondissements	Arlon	6	348	37,7	228	24,7	576
	Bastogne	9	350	49,6	139	19,7	489
	Marche-en-Famenne	9	329	34,2	295	30,7	624
	Neufchâteau	12	405	38,5	407	38,7	812
	Virton	9	374	42,9	275	31,5	649

Source : INAMI, calculs OSLux

► Sur les 1 518 maisons de repos recensées en Belgique, près de 40% se situent en Wallonie. Ces établissements comptabilisent un total de 47 965 lits, dont 22 619 sont agréés en repos et soins. 6,6% de ces lits (MRPA+ MRS) se situent en province de Luxembourg.

Avec 29,8 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, la province de Luxembourg compte moins de lits MRS que la Wallonie et la Belgique (36 lits/1 000 hab. 65 ans et plus). La densité de lits MRPA est identique en Wallonie et en province de Luxembourg (40 lits/1 000 hab. 65 ans et plus), mais plus faible en Belgique (32,3 lits/1 000 hab. 65 ans et plus). L'arrondissement de Bastogne présente la plus faible densité de lits MRS (19,7/1 000 hab. 65 ans et plus), soit une densité de 33,9% inférieure à la densité provinciale.



# Chapitre 5

## 1.3. Médecins

La répartition géographique des médecins est basée sur le domicile légal des praticiens professionnels. Ceux-ci n'exerçant pas obligatoirement sur leur lieu de vie, les données ne donnent pas d'indication sur l'endroit d'exercice de la pratique [5]. Ceci est particulièrement vrai pour les spécialistes qui travaillent parfois dans un ou plusieurs hôpitaux situés hors de la commune ou de la province où ils vivent.

### 1.3.1. Médecins généralistes

La pratique de la médecine générale a fortement évolué au cours des dernières années. Les jeunes médecins souhaitent exercer leur profession comme un métier et non plus comme un engagement de toute une vie. Ils veulent pouvoir dissocier vie professionnelle et vie privée, en travaillant avec des horaires raisonnables, en ayant une vie de famille et du temps libre. Dès lors, nombre d'entre eux ont le souhait de pratiquer en groupe, ce qui modifie la pratique [6].

Les médecins repris dans les données suivantes sont les médecins que l'INAMI mentionne comme étant « actifs », c'est-à-dire les médecins pour lesquels il recense au moins 500 contacts par an.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent pas en compte les médecins exerçant au sein d'une maison médicale fonctionnant au forfait. Au sein de la province de Luxembourg, deux maisons médicales travaillent au forfait (Arlon et Durbuy). Les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour ces communes peuvent donc être sous-estimées.

**Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014**

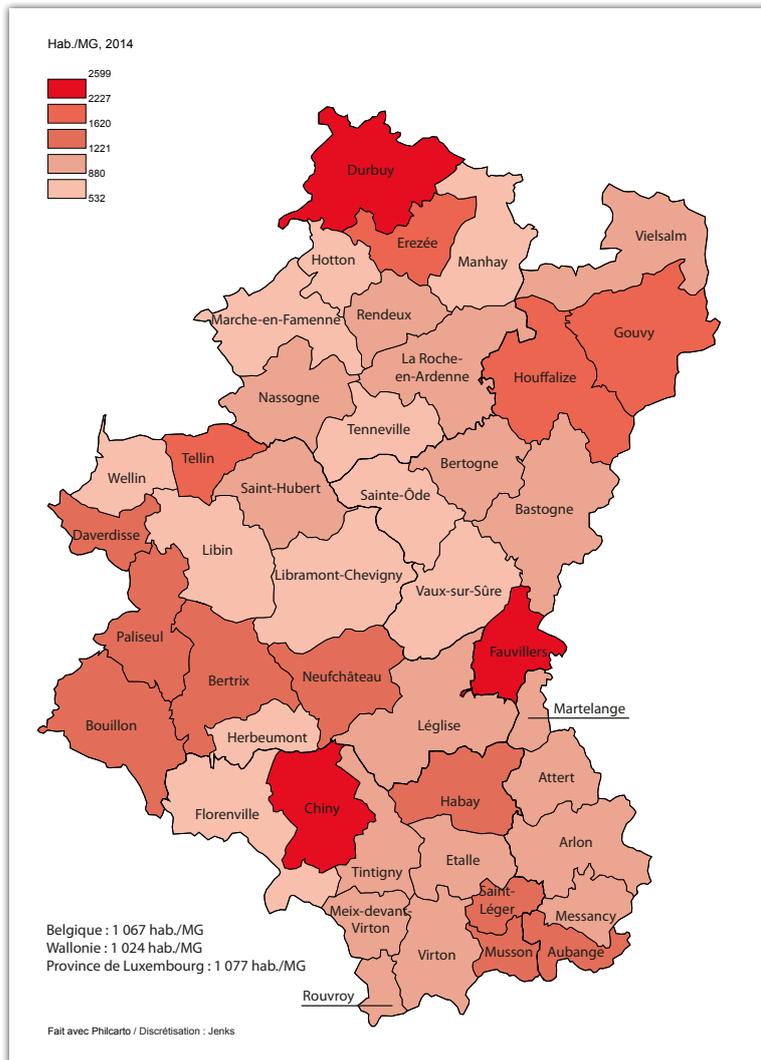
		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par médecin généraliste
		Hommes	Femmes	Total	
Belgique		6 808	3 641	10 449	1 067
Wallonie		2 317	1 174	3 491	1 024
Province de Luxembourg		163	94	257	1 077
Arrondissements	Arlon	28	26	54	1 116
	Bastogne	27	16	43	1 078
	Marche-en-Famenne	36	19	55	1 010
	Neufchâteau	43	14	57	1 080
	Virton	29	19	48	1 106

Source : INAMI, calculs OSLux

► En 2014, la Belgique comptait 10 449 médecins généralistes, dont 3 491 en Wallonie et 257 en province de Luxembourg. Cela représente, pour ces différents territoires, un médecin pour environ 1 000 habitants. Au sein de la province, les densités médicales les plus élevées se retrouvent au sein de l'arrondissement de Marche-en-Famenne. À l'inverse, les arrondissements d'Arlon et de Virton présentent les densités médicales les plus faibles.

# Offre de soins et de services

Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Luxembourg, 2014



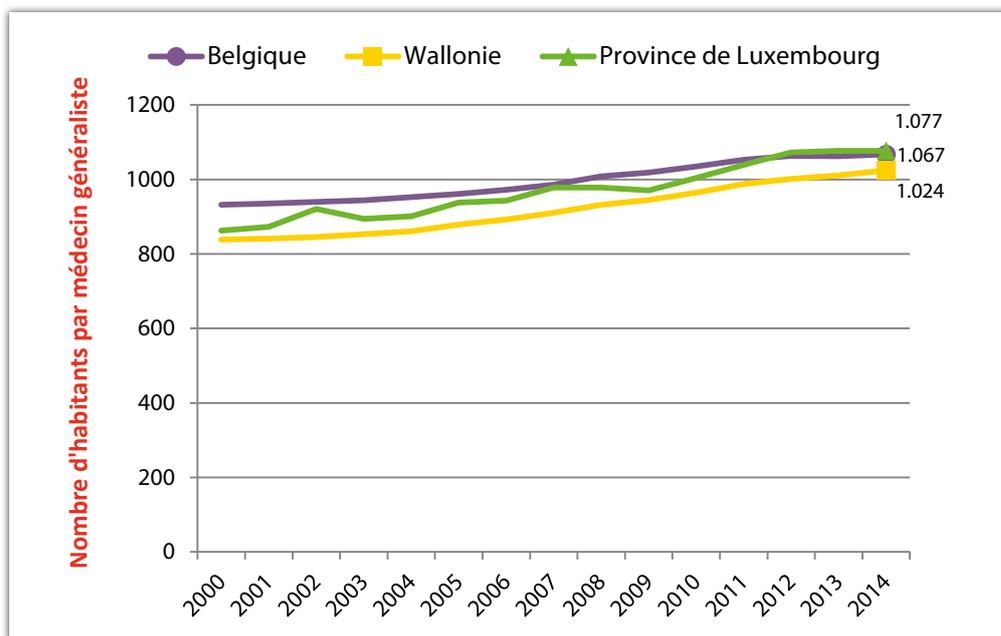
Source : INAMI, calculs OSLux

► C'est dans les communes d'Herbeumont (532 hab. par médecin généraliste), de Manhay (549), de Tellin (611) et de Florenville (616) que l'on observe le plus petit nombre d'habitants par médecin généraliste. À l'inverse, on ne compte qu'un médecin généraliste pour 2 599 habitants à Chiny, pour 2 256 habitants à Durbuy et pour 2 227 habitants à Fauvillers.



# Chapitre 5

Figure 5.1. Évolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014

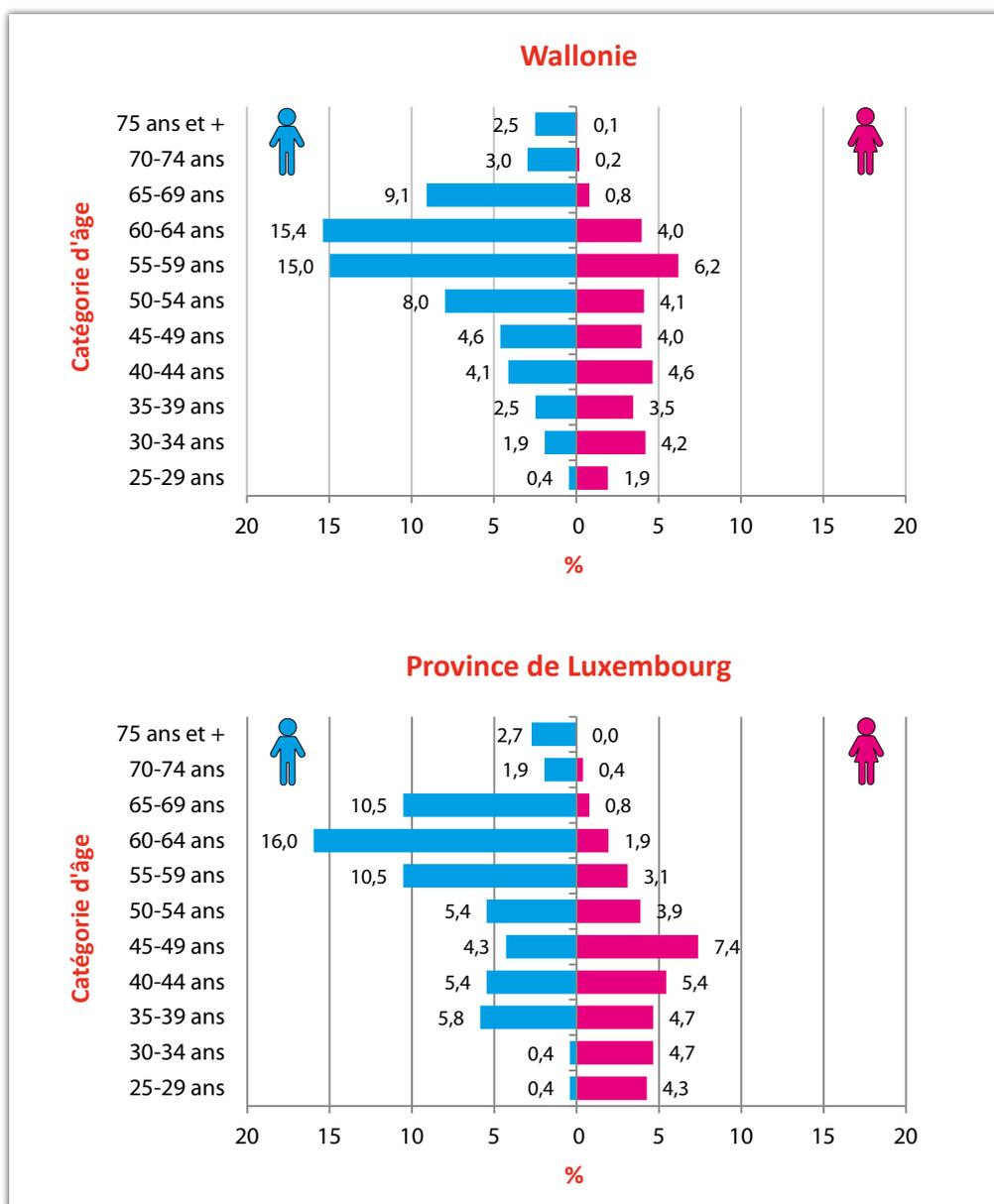


Source: INAMI, calculs OSLux

► Depuis 2000, le nombre d'habitants par médecin généraliste augmente de manière similaire en Belgique, en Wallonie et en province de Luxembourg. En 2014, la situation est similaire en province de Luxembourg (1 077 hab. par médecin), en Wallonie (1 024 hab. par médecin) et en Belgique (1 067 hab. par médecin).

# Offre de soins et de services

Figure 5.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie - province de Luxembourg, 2014



Source: INAMI, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, les médecins âgés de 55 ans et plus constituent 47,8% de l'ensemble des généralistes pour 56,3% en Wallonie et 51,7% en Belgique. Par rapport à la situation il y a 10 ans, ces proportions ont doublé.

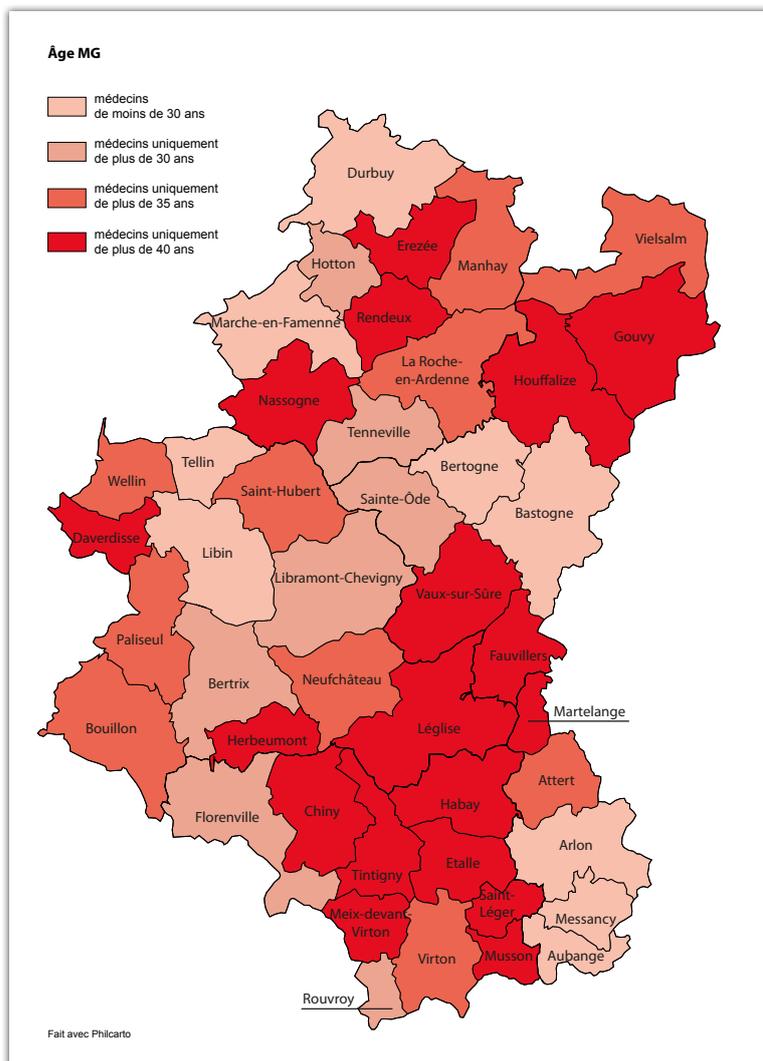
L'âge médian des médecins généralistes de la province de Luxembourg se situe actuellement dans la tranche d'âge des 50-54 ans. Parmi l'ensemble des médecins généralistes sur la province, 20,3% sont âgés de moins de 40 ans. C'est plus élevé qu'en Wallonie (14,4%).

Sur ces différents territoires, les femmes représentent presque 70% des médecins généralistes de moins de 40 ans.



# Chapitre 5

Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Luxembourg, par commune, 2014



Source: INAMI

► Sur l'ensemble de la province de Luxembourg, dix-huit communes ne comptent aucun médecin généraliste de moins de 40 ans. Sept de ces communes se situent dans l'arrondissement de Virton. Les communes comptabilisant des médecins âgés de moins de 30 ans sont au nombre de neuf et sont situées dans tous les arrondissements excepté celui de Virton.

# Offre de soins et de services

## 1.3.2. Médecins spécialistes

Pour rappel, les informations recueillies ne permettent pas de faire la distinction entre l'adresse privée et celle de la pratique, les données ne donnent pas d'informations sur l'endroit d'exercice de la pratique. Il est donc difficile d'estimer l'impact réel de différences de densité médicale sur l'offre de soins [7].

**Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

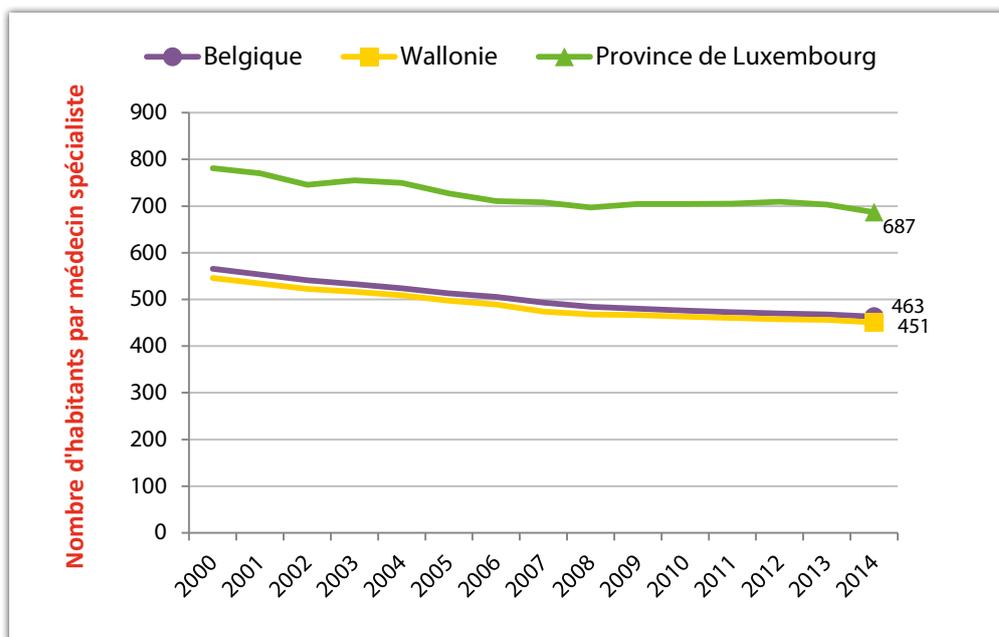
	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par médecin spécialiste
Belgique	14 614	9 478	24 092	463
Wallonie	4 850	3 082	7 932	451
Province de Luxembourg	247	156	403	687

Source: INAMI, calculs OSLux

► La densité de médecins spécialistes en province de Luxembourg est inférieure à celles de la Wallonie et de la Belgique, puisqu'on y recense un médecin pour 687 habitants, contre 451 en Wallonie et 463 en Belgique.

Selon l'INAMI, 78,7% des médecins spécialistes en province de Luxembourg sont conventionnés. C'est un peu plus faible qu'en Wallonie (88,6%) mais semblable à ce qui est observé en Belgique (77,6%).

**Figure 5.3. Évolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014**



Source: INAMI, calculs OSLux

► Contrairement au rapport avec les médecins généralistes, le nombre d'habitants par médecin spécialiste diminue progressivement depuis 15 ans. En province de Luxembourg, ce chiffre est passé de 781 en 2000 à 687 en 2014. La situation est nettement moins favorable en province de Luxembourg par rapport à la Wallonie et la Belgique.



# Chapitre 5

**Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
Belgique	806	749	1 555	3 070
Wallonie	273	258	531	2 886
Province de Luxembourg	21	12	33	3 481

Source : INAMI, calculs OSLux

► La densité de gynécologues rapportée à la population féminine de 15 ans et plus est plus faible en province de Luxembourg qu'en Wallonie ou en Belgique, puisqu'on y recense un praticien pour 3 481 femmes de 15 ans et plus.

85,7 % des gynécologues de moins de 40 ans en province de Luxembourg sont des femmes, contre 80,2 % en Wallonie et 77,1 % en Belgique. Quatre praticiens sur dix sont âgés de 55 ans et plus en province de Luxembourg (39,4 %), en Wallonie (44,3 %) et en Belgique (41,7 %).

Seulement 21,2 % des gynécologues en province de Luxembourg sont conventionnés, contre 50,7 % en Wallonie et 48,0 % en Belgique.

**Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
Belgique	614	1 053	1 667	1 142
Wallonie	226	354	580	1 084
Province de Luxembourg	7	18	25	2 091

Source : INAMI, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, le nombre de pédiatres rapporté à la population d'enfants de moins de 15 ans apparaît plus faible qu'en Belgique et en Wallonie. Les femmes pédiatres sont plus nombreuses que les hommes et cette tendance continue à s'accroître. Elles représentent 80 % des pédiatres de moins de 40 ans en Belgique.

Les pédiatres de 55 ans et plus représentent environ quatre pédiatres sur dix en Wallonie (41,6 %) et en Belgique (38,8 %), alors qu'ils représentent un quart (24,0 %) en province de Luxembourg.

88 % des pédiatres sont conventionnés en province de Luxembourg, en Wallonie et en Belgique.

# Offre de soins et de services

**Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par ophtalmologue
Belgique	471	676	1 147	9 772
Wallonie	138	195	333	10 780
Province de Luxembourg	11	9	20	13 937

Source : INAMI, calculs OSLux

► En province de Luxembourg, on recense un ophtalmologue pour 13 937 habitants. C'est supérieur à la Belgique et la Wallonie.

Cette spécialité, comme beaucoup d'autres, se féminise également. 72,7% des ophtalmologues de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes.

Plus de la moitié des ophtalmologues en province de Luxembourg sont âgés d'au moins 55 ans (60,0%). Cette proportion est inférieure en Belgique (42,5%) et en Wallonie (45,0%).

Selon l'INAMI, en 2014, seulement un quart des ophtalmologues en province de Luxembourg sont conventionnés. C'est plus faible que la Wallonie (41,1%) et la Belgique (40,8%).

**Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par anesthésiste
Belgique	1 389	914	2 303	4 867
Wallonie	493	285	778	4 614
Province de Luxembourg	26	16	42	6 637

Source : INAMI, calculs OSLux

► Si, en Belgique et en Wallonie, on recense environ un anesthésiste pour un peu moins de 5 000 habitants en 2014, la densité se révèle nettement plus faible en province de Luxembourg avec un anesthésiste pour un peu plus de 6 500 habitants. Quel que soit le territoire observé, les hommes anesthésistes sont plus nombreux que les femmes. Néanmoins, cette majorité masculine tend à diminuer puisque la moitié (49,1%) des anesthésistes de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes. Ce constat n'est cependant pas observé au sein de la province de Luxembourg.

Le vieillissement de la profession est moins marqué que dans d'autres spécialités. En Belgique, 29,9% des anesthésistes sont âgés de 55 ans et plus. Cette proportion atteint 32,1% en Wallonie et 35,7% en province de Luxembourg.

La très grande majorité des anesthésistes sont conventionnés (95,2% en province de Luxembourg, 86,5% en Wallonie et 88,9% en Belgique).



# Chapitre 5

## 1.4. Autres professionnels de la santé

### 1.4.1. Dentistes

Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par dentiste
Belgique	4 967	4 407	9 374	1 196
Wallonie	1 444	1 251	2 695	1 332
Province de Luxembourg	100	78	178	1 566

Source : INAMI, calculs OSLux

► En province de Luxembourg en 2014, 178 dentistes sont dénombrés, ce qui représente un dentiste pour 1 566 habitants. C'est plus élevé qu'en Wallonie (1 332) et qu'en Belgique (1 196). Plus de la moitié des dentistes sont des hommes, et ce, quel que soit le niveau géographique.

La proportion de dentistes de moins de 40 ans s'élève à 17,4% en province de Luxembourg. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (21,2%) et en Belgique (23,4%). Près de la moitié des praticiens en province de Luxembourg sont âgés d'au moins 55 ans (45,5%). Cette proportion est similaire en Wallonie (46,2%) et légèrement plus faible en Belgique (43,7%).

D'après les données de l'INAMI, 69,1% des dentistes en province de Luxembourg sont conventionnés, contre 67,8% en Wallonie et 61,1% en Belgique.

### 1.4.2. Kinésithérapeutes

Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par kinésithérapeute
Belgique	12 617	18 245	30 862	363
Wallonie	4 964	6 381	11 345	316
Province de Luxembourg	378	573	951	293

Source : INAMI, calculs OSLux

► Les kinésithérapeutes en province de Luxembourg sont au nombre de 951, soit un nombre de 293 habitants par professionnel. C'est légèrement plus favorable que la situation observée en Wallonie et en Belgique.

La profession tend à se féminiser puisque, en 2014, les femmes représentent 59,1% des kinésithérapeutes en Belgique. La proportion de femmes représente 56,2% en Wallonie et 60,3% en province de Luxembourg.

16,0% des kinésithérapeutes sont âgés de 55 ans et plus en province de Luxembourg (25,4% en Belgique), tandis que les moins de 40 ans constituent un peu plus de la moitié (54,2%) des praticiens luxembourgeois. En 2014, trois quarts (74,2%) des kinésithérapeutes en province de Luxembourg sont conventionnés. C'est une proportion inférieure à celles de la Wallonie (82,6%) et la Belgique (83,9%).

# Offre de soins et de services

## 1.4.3. Infirmiers(ères) (excepté les sages-femmes)

Les données reprises ci-dessous correspondent au nombre d'infirmier(ères) qui, au 31 décembre 2014, ont un numéro INAMI qui leur donne le droit d'attester des prestations de l'art infirmier (les pensionnés sont donc exclus de ces données). Ces données ne reflètent donc pas l'ensemble de la pratique infirmière (hospitalière, à domicile et enseignante).

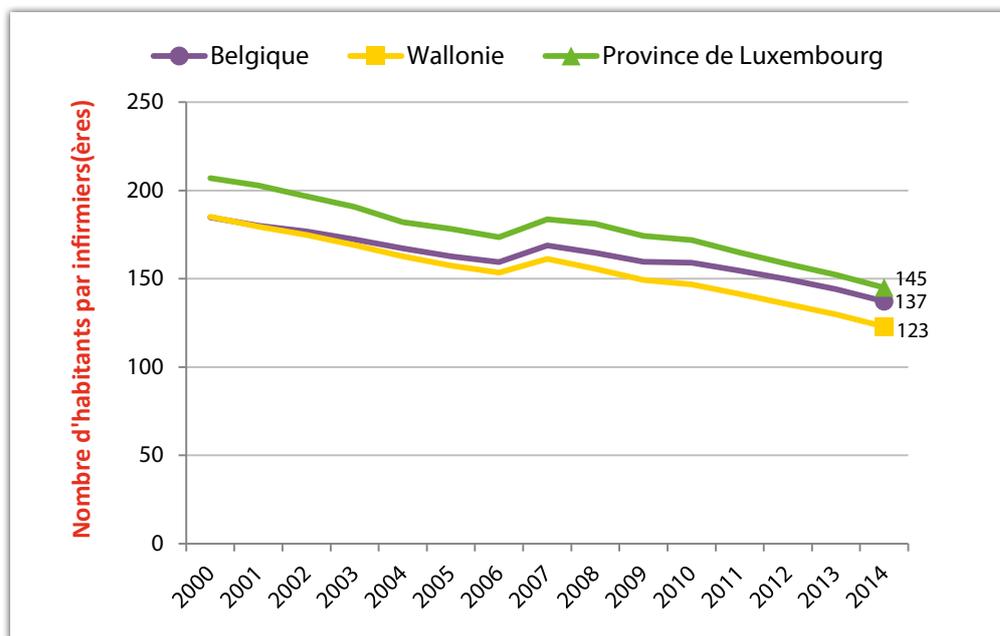
**Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par infirmier(ère)
Belgique	10 521	70 719	81 240	138
Wallonie	3 866	25 205	29 071	123
Province de Luxembourg	205	1 703	1 908	146

Source: INAMI, calculs OSLux

► En 2014, 1 908 infirmiers(ères) étaient recensés en province de Luxembourg, parmi lesquels 89,3 % sont des femmes. Cela correspond à 146 habitants par infirmier(ère).

**Figure 5.4. Évolution du nombre d'habitants par infirmier(ère), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014**



Source: INAMI, calculs OSLux

► En 2014, on dénombrait, en province de Luxembourg, 145 habitants par infirmier(ère). En 1999, ce rapport s'élevait à 186, soit une diminution de 22,1 % en 15 ans.



# Chapitre 5

## 2. Offre de services (y compris de soins)

L'offre de services telle que nous la présentons ici comprend l'accueil de la petite enfance, les centres de planning familial, les associations de santé intégrée, les services d'aides et soins à domicile et les services de santé mentale. Comme pour l'offre de soins, l'offre de services ne couvre pas de manière optimale tout le territoire de la province de Luxembourg.

### 2.1. Accueil de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance est un service important pour les jeunes couples avec enfant ou désireux d'en avoir. Dans une société où très souvent les deux parents travaillent, il est important de pouvoir disposer de places d'accueil suffisantes et de qualité.

Les données reprises dans le tableau ci-dessous comprennent l'ensemble des places d'accueil ayant reçu l'autorisation de fonctionnement de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), qu'elles soient subventionnées ou non et quelle que soit la structure d'accueil (en collectivité ou dans un cadre familial). Les données relatives à la Wallonie ne comprennent pas les cantons germanophones.

**Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2013**

		Nombre total de places d'accueil	Taux de couverture (sur 100 enfants de 0 à 2,5 ans)
Wallonie*		31 339	31,4 %
Province de Luxembourg		3 257	38,7 %
Arrondissements	Arlon	747	40,9 %
	Bastogne	555	36,8 %
	Marche-en-Famenne	614	39,4 %
	Neufchâteau	694	36,4 %
	Virton	647	39,9 %

Source : ONE, calculs OSLux

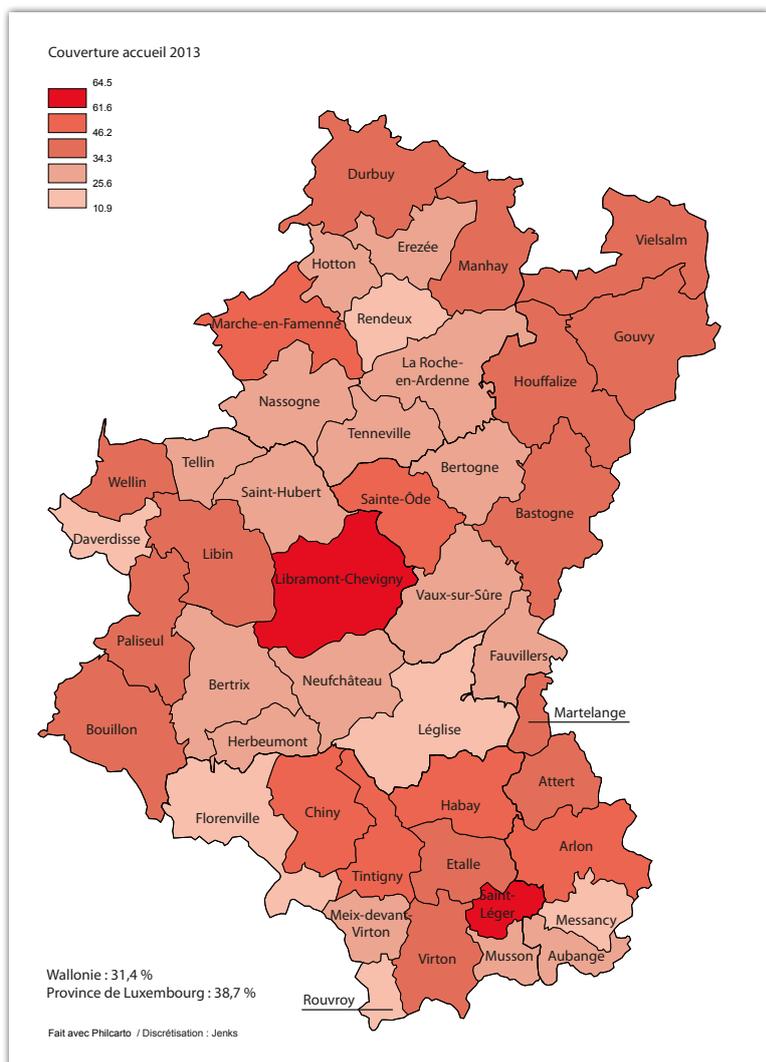
\* : Hors Communauté germanophone

► Fin 2013, la province de Luxembourg comptait 3 257 places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans, ce qui correspond à un taux de couverture de 38,7 %. C'est plus élevé qu'en Wallonie (31,4 %).

Les arrondissements de Bastogne et de Neufchâteau présentent les taux de couverture les plus faibles de la province (environ 36 %).

# Offre de soins et de services

Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, province de Luxembourg, 2013



Source : ONE-BDMS, calculs OSLux

► Les communes présentant les taux de couverture les plus faibles sont Rouvroy (10,9%), Daverdisse (20,8%), Florenville (21,0%), Léglise (21,1%), Messancy (21,9%) et Rendeux (22,0%). À l'opposé, les taux de couverture les plus élevés sont observés à Saint-Léger (64,5%) et Libramont-Chevigny (61,6%).



# Chapitre 5

## 2.2. Centres de planning familial

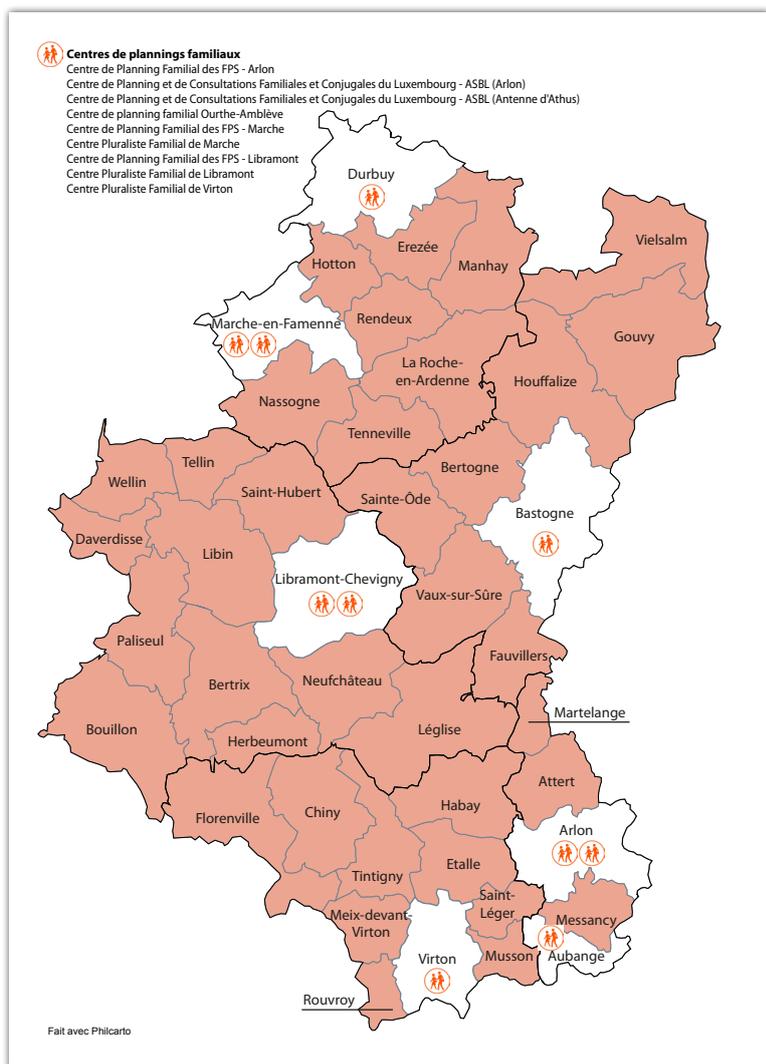
Les centres de planning familial sont des lieux d'accueil et d'accompagnement en matière de vie affective, sexuelle et relationnelle. En Wallonie et à Bruxelles, les centres sont regroupés au sein de 4 Fédérations de Centres de Planning Familial ayant chacune leur autonomie [8]:

- La Fédération des Centres de Planning et de Consultations: elle regroupe 15 centres et est partenaire de la Mutualité Chrétienne;
- La Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS): elle regroupe 17 centres et 4 antennes dont 7 centres pratiquent l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG);
- La Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial: elle regroupe 22 centres et est partenaire de la Ligue des Familles;
- La Fédération Laïque des Centres de Planning Familial: elle rassemble 40 centres dont la moitié pratique l'IVG. Chaque fédération est un organisme d'éducation permanente reconnu par la Fédération Wallonie- Bruxelles.

De manière générale, on retrouve dans les centres de planning familial des professionnels de différents secteurs. Les consultations se prennent généralement sans rendez-vous et sont d'ordre médical, social, psychologique, juridique, de conseil conjugal, de sexologie et de médiation familiale. Ainsi, de nombreux sujets peuvent être abordés: la contraception, la grossesse, l'avortement, les maladies sexuellement transmissibles, les difficultés conjugales, l'adolescence, etc.

# Offre de soins et de services

Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Luxembourg, par commune, 2015



Source : [www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be)

► Il y a dix centres de planning familial sur le territoire de la province de Luxembourg : trois sont situés dans l'arrondissement d'Arlon, un dans l'arrondissement de Bastogne, trois dans l'arrondissement de Marche-en-Famenne, deux dans l'arrondissement de Neufchâteau et un dans l'arrondissement de Virton. Un seul centre réalise les IVG en province de Luxembourg, il s'agit du centre de planning familial des FPS à Arlon.



# Chapitre 5

## 2.3. Associations de santé intégrée

Les Associations de Santé Intégrée (ASI) sont organisées par des ASBL ou des pouvoirs publics. Elles développent une offre de soins intégrée par des équipes qui prennent en compte le patient dans sa globalité, par des activités d'accueil personnalisé, de consultations médicales, paramédicales, psychologiques et sociales.

Elles développent un accueil personnalisé et travaillent dans le cadre d'une concertation d'équipe et avec le réseau local. Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée [9].

Une maison médicale est une association de santé intégrée regroupant des professionnels médicaux et paramédicaux dispensant des soins de première ligne. Son action vise une approche globale intégrant soins, démarches préventives et actions de promotion de la santé; la santé y est considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et culturelle [10].

Les professionnels les plus souvent représentés sont: l'accueillant(e), le médecin généraliste, l'infirmier(ère), le kinésithérapeute, le travailleur social, le psychologue, le psychothérapeute.

Il existe plusieurs types de groupements de médecins, mais les maisons médicales telles que nous les abordons dans le tableau de bord sont celles reconnues par la Fédération des maisons médicales. Celle-ci a été créée en 1980 et a été fondée sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice sociale et de respect des différences.



# Chapitre 5

## 2.4. Aides et soins à domicile

La mission des services d'aides à domicile (appelés aussi services d'aide aux familles et aux aînés) consiste à apporter une aide à domicile, un soutien et un encadrement à des familles en difficulté, à des personnes âgées et à des personnes handicapées dans leur vie quotidienne, ainsi qu'à leurs aidants-proches. Cette mission est réalisée par le biais de professionnels de l'aide à domicile (aides familiales, gardes à domicile, aides ménagères sociales, ouvriers polyvalents, gardes d'enfants malades, chauffeurs...) [11].

Il existe de nombreuses formes d'aide à domicile et les organismes qui les proposent sont multiples. En Wallonie, on retrouve notamment la Fédération d'Aides & Soins à Domicile (ASD) qui dispose de 32 centres en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone, la Centrale des Services à Domicile (CSD) qui regroupe 16 centres en Wallonie et à Bruxelles et la Fédération wallonne de Services d'aide à domicile (FEDOM) qui est un regroupement de services d'aide à domicile de la Région wallonne et qui compte 11 services dont les activités couvrent l'ensemble du territoire wallon. On y retrouve notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) qui déploie son activité sur toute la Wallonie au travers de 6 antennes régionales.

Pour la province de Luxembourg, la FEDOM comprend également l'Office d'Aides aux Familles Luxembourgeoises (OAFL) qui exerce son activité sur onze communes du nord de la province de Luxembourg. Les services proposés concernent des gardes à domicile, des aides ménagères sociales et des aides familiales.

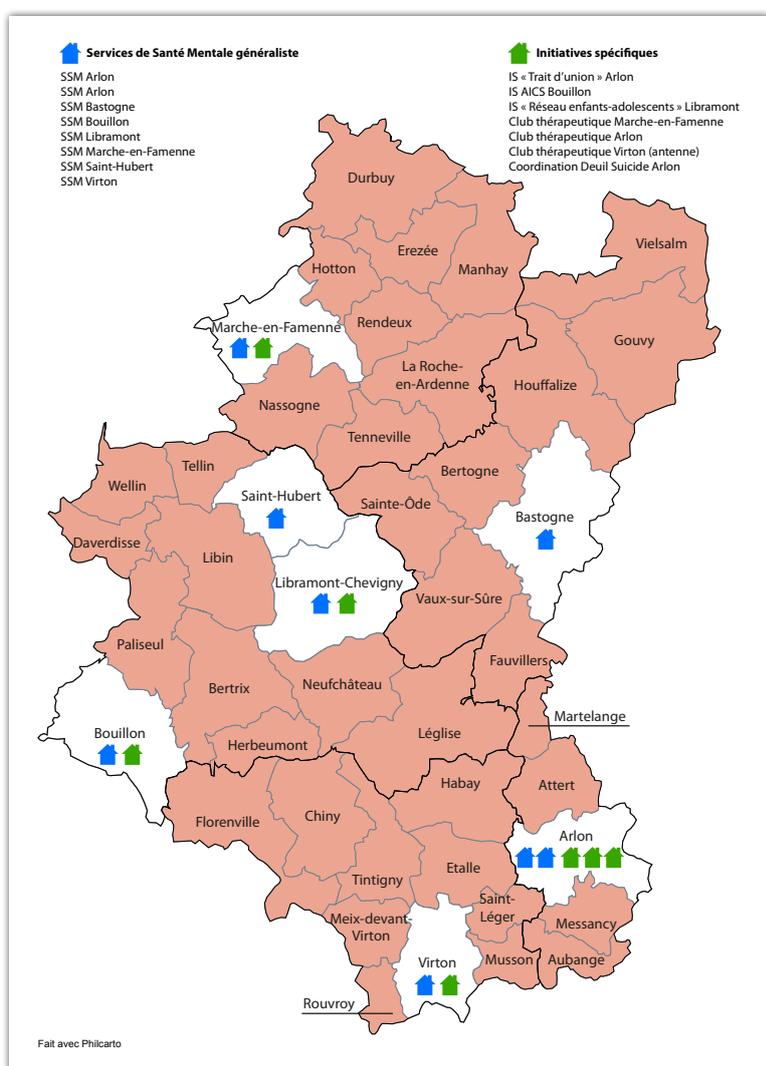
# Offre de soins et de services

## 2.5. Services de santé mentale

Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population. Leurs missions sont notamment: l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, l'organisation de la réponse par la pose du diagnostic et l'instauration d'un traitement psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosocial.

Lorsqu'ils sont agréés (par la Région wallonne), ils peuvent aussi développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou une approche méthodologique particulière ou enfin, créer un atelier thérapeutique. Celui-ci est un lieu d'accueil et d'activités ayant pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques, de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins [11].

Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Luxembourg, par commune, 2015



Source: [www.cresam.be](http://www.cresam.be)

► La province de Luxembourg compte huit services de santé mentale généralistes agréés. Parmi l'ensemble de ces centres, quatre dépendent de la Province de Luxembourg.

Via ces services de santé mentale, sept initiatives spécifiques ou clubs thérapeutiques ont été développés à Arlon, Bouillon, Libramont, Marche-en-Famenne et Virton.



# Chapitre 5

## 3. Bibliographie

1. Jacques, S., *Indicateurs de performance clinique hospitalière. Études empiriques basées sur les données médico-administratives belges*. 2012-2013 : Université de Liège.
2. Crommelynck, A., K. Degraeve, and D. Lefèbre, *L'organisation et le financement des hôpitaux*. Fiche-info, supplément à Mutualité Chrétienne-Informations, 2013. **253**.
3. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. Soins hospitaliers. [cited 2016 25/03/2016]; Available from : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/hopital>.
4. [www.lesmaisonsderepos.be](http://www.lesmaisonsderepos.be). *Les maisons de repos en Belgique. S'y retrouver dans les définitions*. [cited 2016 14/04/2016]; Available from : [www.lesmaisonsderepos.be/mrdef.htm](http://www.lesmaisonsderepos.be/mrdef.htm).
5. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels au 31/12/2014 et influx 2014*. 2014, SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : Bruxelles.
6. Vercruyse, B., *La médecine générale est malade, que faire ?*. Santé conjugulée, Octobre 2007. **42**.
7. Berra, P. and C. Massot, *Tableau de bord de la santé 2013*, in *Santé en Hainaut*. 2013.
8. Portail des Centres de Planning Familial en Wallonie et à Bruxelles. *Qui sommes-nous?* [cited 2015 14/10/2015]; Available from : [www.loveattitude.be/qui-sommes-nous](http://www.loveattitude.be/qui-sommes-nous).
9. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie. Associations de santé intégrée. 06/06/2016]; Available from : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/associations-sante-integree>.
10. Fédération des maisons médicales. *Maison médicale, le centre de santé intégrée*. [cited 2015 26/10/2015]; Available from : [www.maisonmedicale.org/-Brochures-.html](http://www.maisonmedicale.org/-Brochures-.html).
11. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. Soins ambulatoires 25/03/2016]; Available from : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/sante-mentale-ambulatoire>.



# Offre de soins et de services





# Chapitre 6

## FAITS MARQUANTS

Les visites à domicile du médecin généraliste sont en baisse. Elles passent de 1,5 visite par an et par habitant en 1999 à 0,73 en 2014. Cette diminution n'est que partiellement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin généraliste qui atteignaient 2,2 consultations par an et par habitant en 1999 et 2,4 en 2014. Tant les visites à domicile que les consultations au cabinet du médecin généraliste sont moins fréquentes en province de Luxembourg qu'en Wallonie et en Belgique.

Avec 1,7 contact par an et par habitant, les Luxembourgeois consultent moins le médecin spécialiste qu'en Wallonie (2,5) et en Belgique (2,4).

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 6,8% des Luxembourgeois déclarent n'avoir jamais eu de contact avec le dentiste, contre 5,1% des Wallons et 3,9% des Belges.

La province de Luxembourg connaît moins d'hospitalisations (275 admissions pour 1 000 habitants) que la Wallonie (297) ou la Belgique (315).

La consommation totale de médicaments remboursés par habitant en province de Luxembourg est 4,6% plus élevée qu'en Wallonie et 14,4% plus élevée qu'en Belgique.

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 38,1% des Luxembourgeois déclarent être vaccinés contre la grippe, contre 47,1% des Wallons et 56,1% des Belges.

En province de Luxembourg, la moitié des femmes de 50 à 69 ans ont eu un examen radiologique de dépistage du cancer du sein. Pour le cancer colorectal, 13,4% des hommes et des femmes entre 50 et 74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage au cours des deux dernières années. Par contre,  $\frac{3}{4}$  des femmes entre 25 et 64 ans déclarent avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années.





# Chapitre 6

# Consommation de soins

## 1. Consultations médicales et paramédicales

### 1.1. Contacts avec le médecin généraliste

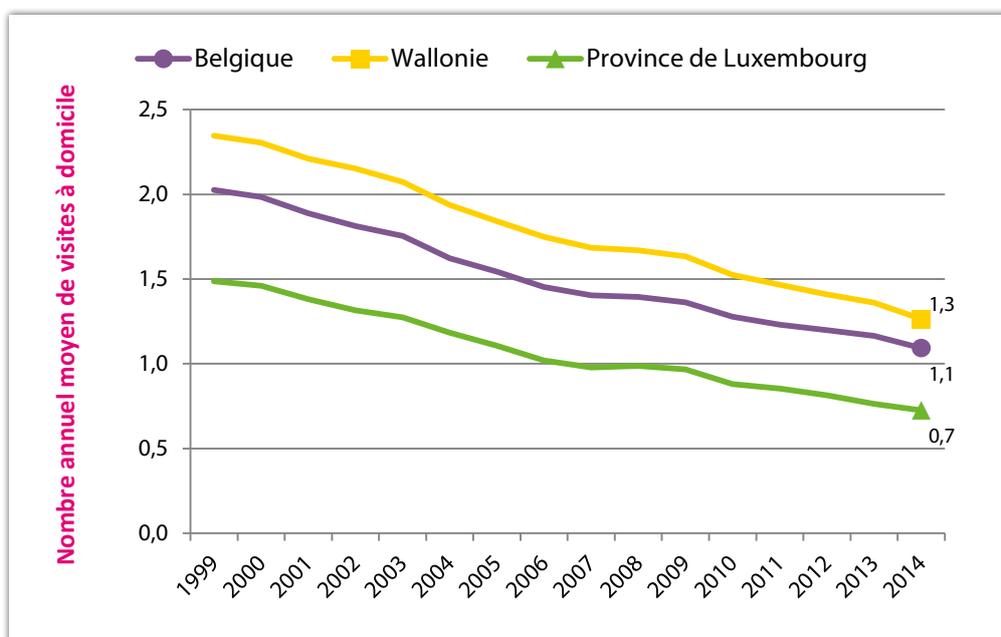
Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 92% des habitants de la province de Luxembourg déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Tant en Wallonie qu'au niveau national, environ 77% de la population rapportent au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec son médecin généraliste dans les douze derniers mois. Cette proportion est légèrement inférieure pour la province de Luxembourg (72%) sans toutefois être statistiquement différente. D'autre part, les Luxembourgeois disent avoir en moyenne 3,5 contacts par an avec leur médecin généraliste, ce qui est proche des comportements wallons ou belges. Sur ces différents territoires, les contacts avec le médecin généraliste sont deux fois plus nombreux chez les personnes de 65 ans et plus (environ 6 à 7 contacts annuels).

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste (par personne et par an) a légèrement diminué ces dernières années. Cette diminution s'explique en grande partie par la baisse du nombre de visites au domicile des patients, qui n'est pas entièrement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin [1].

Les données statistiques issues de l'INAMI, calculées sur base des remboursements des visites ou des consultations du médecin généraliste confirment ces chiffres avec en moyenne 3,2 contacts (visites à domicile et consultations) par an en 2014, pour les habitants de la province de Luxembourg.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une maison médicale fonctionnant au forfait. Au sein de la province de Luxembourg, deux maisons médicales travaillent au forfait (Arlon et Durbuy). Les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour ces communes peuvent donc être sous-estimées.

Figure 6.1. Évolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 1999 – 2014



Source: INAMI, calculs OSLux

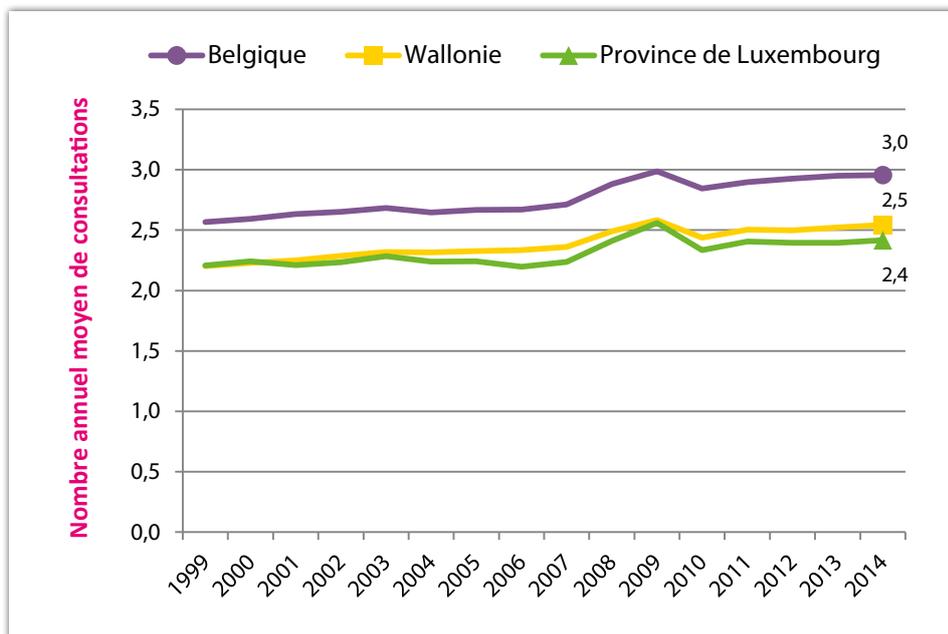
► Entre 1999 et 2014, le nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste a diminué de 50% en province de Luxembourg. Une diminution de près de 47% est constatée en Wallonie et en Belgique. De plus, en 2014, les visites à domicile sont respectivement 42 et 33% moins fréquentes en province de Luxembourg qu'en Wallonie et en Belgique.

Les personnes de 60 ans et plus consultent quant à elles chaque année en moyenne 7,4 fois leur médecin généraliste. Le médecin généraliste réalise plus de visites à domicile que de consultations auprès des personnes plus âgées [2].



# Chapitre 6

Figure 6.2. Évolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste par habitant, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1999-2014



Source : INAMI, calculs OSLux

► À l'inverse des visites à domicile, le nombre annuel moyen de consultations au cabinet du médecin généraliste est en augmentation de plus de 9 %, passant de 2,2 contacts par personne et par an en 1999 à 2,4 en 2014 pour la province de Luxembourg. Une augmentation de plus 15 % est constatée en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations en province de Luxembourg sont moins nombreuses qu'en Wallonie (- 5 %) et qu'en Belgique (- 22 %).

Les personnes ayant un faible niveau d'éducation (enseignement primaire ou sans diplôme) rapportent environ deux fois plus de contacts avec le médecin généraliste que les personnes les plus instruites, tant en Wallonie qu'en Belgique. Cette tendance est également observée au sein de la province de Luxembourg, sans toutefois être statistiquement significative. Ce nombre plus élevé s'explique principalement par leur moins bon état de santé [1].

La pratique de la médecine générale a fortement évolué. La taille de la patientèle grandit, le nombre des contacts augmente, la fréquence des contacts par patient diminue et la structure de l'activité se déplace vers les consultations au détriment des visites à domicile. Néanmoins, si une diminution des visites à domicile concernant la population active est constatée, une certaine catégorie de patients particulièrement vulnérables (les personnes âgées, isolées à domicile ou vivant en maison de repos, les patients atteints de maladie chronique grave) en ont et en auront toujours besoin. Aussi, les visites à domicile représentent l'élément-clé dans la politique du maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées ou grabataires, dont le nombre ne cesse de croître [3].

Au sein de la province de Luxembourg, en 1999, les visites à domicile correspondent à 40,2 % des contacts avec le médecin généraliste (vs 59,8 % de consultations). En 2014, les visites à domicile représentent 23,1 % des contacts contre 76,9 % des consultations.

# Consommation de soins

## 1.1.1. Dossier Médical Global

Le Dossier Médical Global (DMG) a été mis en place en 1999. Il officialise le rôle de coordinateur du médecin généraliste au sein du système de santé belge [4]. Il s'agit d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, de qualité et axés sur le patient. L'échange de ces données avec d'autres partenaires des soins de santé, de première ou deuxième ligne, augmente la qualité des soins. Il permet également au patient d'être mieux remboursé lors d'une consultation chez le médecin généraliste [5].

Au 1<sup>er</sup> avril 2011, avait été créé le DMG+ pour les patients âgés de 45 à 75 ans. Celui-ci a été intégré au DMG depuis janvier 2016 [6]. Il s'agissait d'une approche personnalisée tenant compte des spécificités de chaque patient. Cet axe supplémentaire au DMG permettait au médecin généraliste, sur base d'une check-list, d'aborder différentes mesures de prévention dans les domaines suivants :

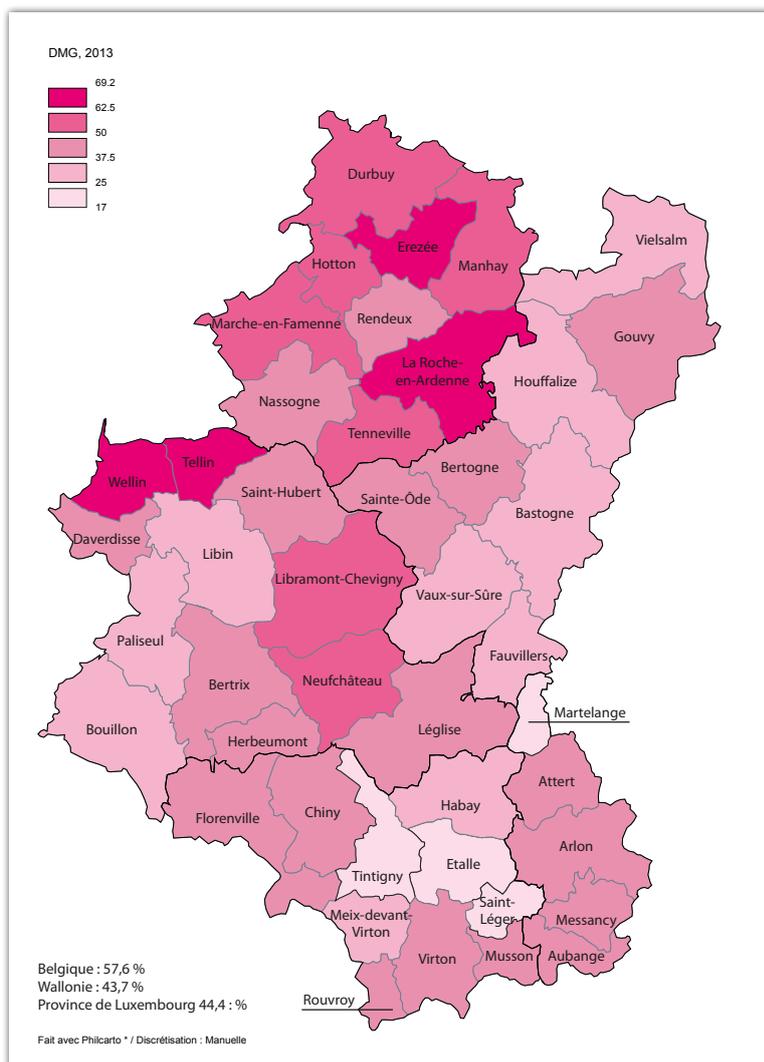
- état général : conseils alimentaires et exercices physiques ;
- évaluation du risque cardiovasculaire global ;
- dépistage du cancer colorectal ;
- dépistage du cancer du sein ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- vaccinations diphtérie/tétanos, grippe et pneumocoque ;
- dépistage du diabète de type II ;
- dépistage de l'insuffisance rénale chronique ;
- dépistage de la dépression.

En ouvrant un DMG+, le médecin s'engageait à aborder avec son patient ces items. Le rythme et la séquence selon lesquels ils sont abordés sont laissés à la décision du médecin [5, 7].



# Chapitre 6

Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Luxembourg, 2013



Source : Atlas AIM

► En province de Luxembourg, les communes de La Roche-en-Ardenne, Erezée, Tellin et Wellin présentent les proportions les plus importantes de personnes disposant d'un DMG. Ces proportions oscillent entre 64,9 % et 69,2 %. Les proportions les plus faibles sont observées au sein des communes de Tintigny (17,0 %), Etalle (21,3 %), Saint-Léger (22,9 %) et Martelange (23,4 %).

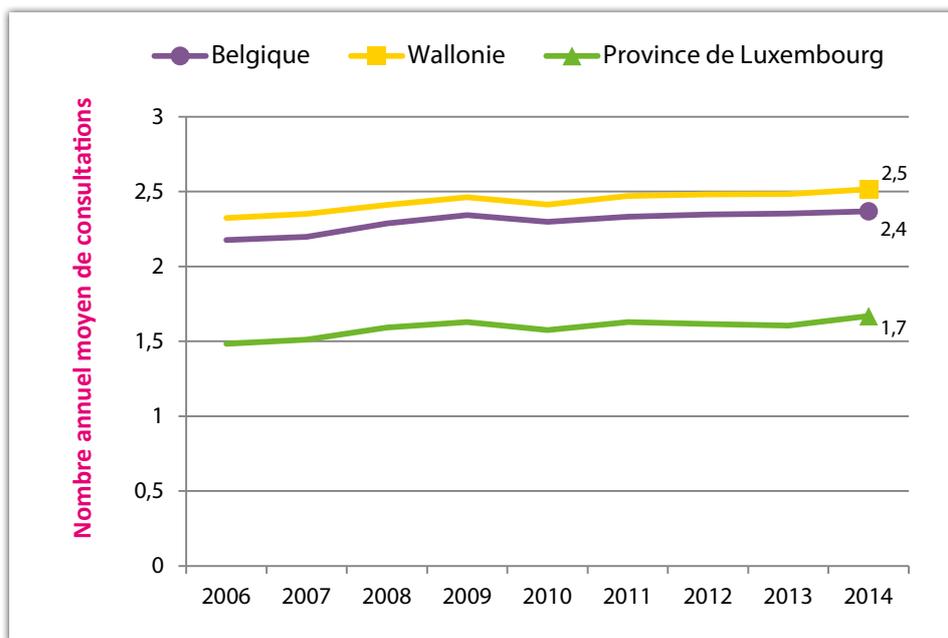
Les proportions de personnes disposant d'un DMG sont beaucoup plus faibles en Wallonie qu'en Flandre. En 2012, plus d'un Belge sur deux possédait un DMG, avec toutefois une forte différence de pénétration en Flandre (> 60 %) par rapport à Bruxelles et à la Wallonie (+/- 30 %). Par ailleurs, en Belgique, le taux atteignait près de 80 % chez les plus de 75 ans [4].

# Consommation de soins

## 1.1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, près de la moitié de la population belge et wallonne déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est légèrement plus faible (42 %) au sein de la province de Luxembourg. Les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes (2,2 contacts/an contre 1,7 pour les hommes au niveau national). Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues [8].

Figure 6.3. Évolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2014



Source: INAMI, calculs OSLux

► Selon les données issues des remboursements de l'INAMI, le nombre moyen de consultations chez le spécialiste est en légère croissance tant en province de Luxembourg, qu'en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations chez le spécialiste en province de Luxembourg sont moins nombreuses qu'en Wallonie (- 41 %) et qu'en Belgique (- 47 %).

Les personnes ayant un statut socio-économique élevé consultent plus le médecin spécialiste ou le dentiste. À l'inverse, les groupes socio-économiques les plus faibles consultent plus souvent leur médecin généraliste et ont plus souvent recours aux soins à domicile [9].

# Chapitre 6

## 1.2. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le Comité de l'assurance de l'INAMI a confié à la Cellule Interuniversitaire Epidémiologie (CIE) la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Lors de la dernière édition (2012-2014), 1 875 personnes ont rempli un questionnaire sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen dentaire. Cette enquête révèle que seule la moitié des individus toujours pourvus de dents (53%) se les brossent au moins deux fois par jour. La fréquence de brossage augmente avec le niveau d'instruction. D'autre part, 16% des répondants évoquent des soucis financiers lorsqu'on les interroge sur leur manque de régularité à consulter un dentiste. Enfin, sur base des comportements alimentaires, 59% de la population est considérée à risque pour les caries et 46% à risque pour l'érosion dentaire [10].

**Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

Niveau d'instruction	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)
Primaire ou sans diplôme	35,8	5,2	32,1	7,7	27,8	5,6
Secondaire inférieur	47,6	4,3	48,7	5,3	58,2	9,3
Secondaire supérieur	60,6	3,6	56,9	4,3	58,2	6,9
Études supérieures	72,1	3,6	67,7	4,9	65,1	6,0
<b>Total</b>	<b>61,6</b>	<b>3,9</b>	<b>57,3</b>	<b>5,1</b>	<b>55,4</b>	<b>6,8</b>

Source : ISP-HIS

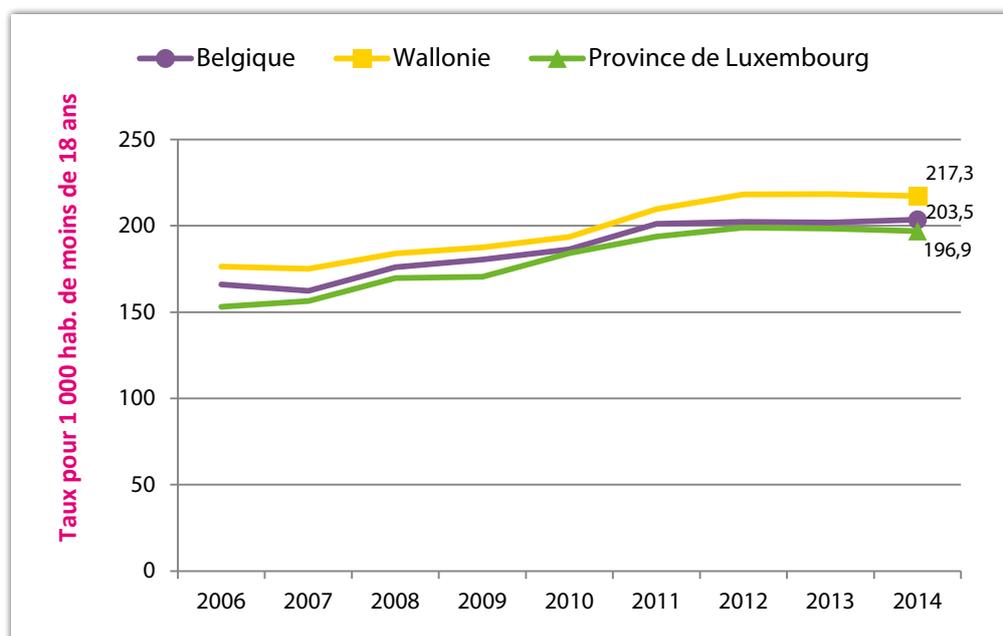
► Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, un peu plus de 60% de la population belge interrogée déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. En province de Luxembourg, cette proportion est légèrement inférieure (55%). De plus, près de 7% des Luxembourgeois déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste (contre 4% des Belges), sans toutefois que cette différence soit statistiquement significative.

Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes dont le niveau d'éducation est le plus élevé se rendent presque deux fois plus souvent chez le dentiste que celles du niveau le plus bas [1].

En province de Luxembourg, parmi les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme) moins d'un tiers (27,8%) ont déclaré en 2013 avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion approche les deux tiers chez les individus ayant suivi des études supérieures.

# Consommation de soins

Figure 6.4. Évolution du taux (pour 1 000 habitants) de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2014



Source : INAMI, calculs OSLux

► Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009, pour les enfants de moins de 18 ans, l'INAMI rembourse totalement les prestations de dentisterie (chez un praticien conventionné) à l'exception de l'orthodontie et de l'extraction d'une incisive de lait. Le nombre de soins dentaires réalisés chez les moins de 18 ans a augmenté de 29 % en province de Luxembourg, et de 23 % en Wallonie et en Belgique entre 2006 et 2014.

## 1.3. Recours aux soins à domicile

Selon les résultats de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, la proportion de personnes ayant eu recours à des soins infirmiers à domicile au cours des 12 derniers mois tend à diminuer entre 2004 et 2013. Ce constat est observé tant en Belgique, qu'en Wallonie et en province de Luxembourg.

Cette proportion représente 3,3 % de la population en province de Luxembourg, 3,1 % en Wallonie et 4 % en Belgique.

Il existe un lien évident entre le recours à des soins infirmiers prestés à domicile et l'âge : 13,4 % des personnes âgées (75 ans et plus) en province de Luxembourg y ont recours [11].



# Chapitre 6

## 1.4. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent tant à l'hôpital et en centre (de revalidation ou autres), qu'en ambulatoire, que ce soit au domicile du patient, ou au cabinet du prestataire [12].

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, environ 15 % de la population a déclaré avoir eu recours au cours des 12 derniers mois à un kinésithérapeute, tant en province de Luxembourg, qu'en Wallonie ou en Belgique.

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient toutefois plus fréquente à mesure de l'avancée en âge. Ceci va probablement de pair avec l'augmentation des maladies chroniques qui sont liées au vieillissement [12]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois concerne un cinquième des personnes de 75 ans et plus en province de Luxembourg.

## 1.5. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative

La médecine alternative ou non conventionnelle est une méthode de traitement ou d'examen qui, contrairement à la médecine conventionnelle, n'est pas fondée sur l'expérimentation scientifique [13].

En 1999, a été publiée la «Loi Colla» qui avait pour but la reconnaissance de quatre thérapies non conventionnelles :

- **Ostéopathie** : elle repose sur l'utilisation de manipulations visant à traiter des pathologies axées sur la motricité anormale du système locomoteur et sur le système nerveux périphérique.
- **Homéopathie** : elle repose sur une hypothèse dite loi de « similitude ». Toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir des mêmes symptômes chez le sujet malade. Cette substance est diluée de façon sérielle, chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergique du solvant. Après dilution, il n'existe en principe plus de molécules de la substance originelle.
- **Chiropraxie** : elle tend à obtenir un état d'équilibre et à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Elle vise à traiter les troubles de la colonne vertébrale et du système nerveux. L'accent est mis également sur les techniques manuelles, en ce compris la mobilisation et la manipulation des articulations. Une attention particulière est accordée aux déplacements (subluxations).
- **Acupuncture** : des aiguilles en acier inoxydable sont insérées sur ce que l'on appelle les points d'acupuncture du corps. Elle nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie [13, 14].

Sont abordées uniquement dans ce rapport, les consultations auprès d'un ostéopathe et auprès d'un homéopathe car ce sont les plus fréquentes.

# Consommation de soins

## 1.5.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture [13].

L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013 révèle que 5,7 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des 12 derniers mois. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée lors de l'édition précédente de 2008. Par contre, une augmentation de 1,4 % entre 2004 et 2013 est observée.

Au niveau national, les femmes (6,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (4,7 %) à consulter un ostéopathe en 2013.

## 1.5.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes [15]. L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé [16].

Selon les données de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, les personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique tendent à être moins nombreuses en 2013 (1,8 %) qu'en 2004 (5,8 %). Les femmes déclarent être plus nombreuses que les hommes à avoir recours à un homéopathe. Ce constat n'est cependant pas observé au sein de la province de Luxembourg.

## 1.6. Contacts avec le service des urgences

Le rôle des services d'urgence est d'accueillir, sans sélection et de manière permanente toute personne se présentant en situation d'urgence médicale (y compris psychiatrique) et de la prendre en charge. Cette accessibilité est un des droits de base de chaque citoyen [17].

Selon le centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) en 2012, il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgence par 1 000 habitants. Ce chiffre, déjà passablement élevé en comparaison avec les autres pays étudiés, tend à augmenter chez nous comme à l'étranger : de 3 millions en 2009, il est passé à 3,2 millions en 2012.

Recourir au service des urgences repose souvent sur une volonté d'être pris en charge plus rapidement, de résoudre plus vite un problème de santé face à de trop longs délais d'attente pour un rendez-vous chez un spécialiste ou encore de suppléer à l'impossibilité d'obtenir une consultation chez un généraliste le week-end ou le soir [18].

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, environ 13 % de la population belge, wallonne ou luxembourgeoise, ont eu un contact avec le service des urgences au cours des 12 derniers mois. Le nombre annuel moyen de contacts avec le service des urgences se situe entre 21 et 24 contacts pour 100 habitants, selon le niveau géographique.



# Chapitre 6

## 2. Séjours hospitaliers

### 2.1. Hospitalisations déclarées

Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 9,4% de la population de la province de Luxembourg déclaraient avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année écoulée. Le nombre moyen d'admissions pour les hospitalisations classiques (avec minimum une nuit à l'hôpital) est de 13,3 contacts pour 100 habitants.

Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent également que les hospitalisations de jour (sans nuit à l'hôpital) concernent 3,7% de la population de la province au cours des douze derniers mois et que le nombre moyen d'admissions en hôpital de jour pour 100 personnes est estimé à 8,3 par an.

### 2.2. Résumé Hospitalier Minimum

Depuis 2008, le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) collecte des données médicales, infirmières, administratives, relatives au personnel, et des données dans le cadre de la fonction «service mobile d'urgence». Il reprend notamment l'enregistrement des données médicales et infirmières [19].

Le tableau suivant reprend les taux bruts d'admission pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Certains diagnostics apparaissent plus souvent lors d'hospitalisations classiques (les maladies liées à l'appareil circulatoire), d'autres en hospitalisations de jour (les maladies myéloprolifératives: les cancers, néoplasmes peu différenciés, les affections nez-gorge-oreilles, les affections des yeux).

# Consommation de soins

Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2012

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
Système musculaire et tissu conjonctif	48,89	39,89	36,09
Appareil circulatoire	22,88	21,47	22,22
Appareil digestif	31,96	32,10	28,83
Grossesse et accouchement	15,32	15,49	15,23
Appareil respiratoire	14,65	15,16	12,90
Système nerveux	15,32	16,32	16,55
Nez, gorge, oreilles	30,13	23,69	18,69
Reins et voies urinaires	10,93	10,47	8,37
Foie, bile et pancréas	5,64	6,30	6,12
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,15	9,99	8,30
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	4,91	5,56	4,98
Organes génitaux féminins	7,10	7,11	6,51
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	34,04	35,88	35,55
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	0,82	0,75	0,53
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	3,77	3,28	3,51
Organes génitaux masculins	6,36	5,16	5,07
Maladies infectieuses et parasitaires	2,90	2,69	2,68
Troubles mentaux	2,45	3,07	2,78
Sang et organes hématopoïétiques	5,35	4,25	4,62
Affections des yeux	13,51	13,42	10,29
Alcoolisme et usage de drogue	1,31	1,94	1,65
Traumatismes multiples	0,29	0,36	0,48
Infections HIV	0,12	0,12	0,22
Brûlures	0,45	0,65	0,25
Autres	25,90	21,88	22,87
<b>Total</b>	<b>315,13</b>	<b>296,98</b>	<b>275,29</b>

Source : SPF Santé Publique RHM, calculs OSLux

► Quel que soit le type d'hospitalisation (de jour ou classique), les causes d'admissions les plus fréquentes durant l'année 2012 concernaient les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif, aux maladies myéloprolifératives et néoplasmes peu différenciés tant en province de Luxembourg, qu'en Wallonie et en Belgique. L'ensemble des taux d'admissions est moins élevé au sein de la province par rapport à la Wallonie et la Belgique.



# Chapitre 6

## 3. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), la consommation pharmaceutique continue d'augmenter. Cette hausse est expliquée par, d'une part, la demande croissante de traiter les maladies liées à l'âge et aux affections chroniques, et d'autre part, les changements des pratiques cliniques [20].

Entre 2000 et 2013, la consommation de médicaments s'est accrue en Belgique de :

- 57,5% pour les antidiabétiques ;
- 85,8% pour les antidépresseurs ;
- 220,4% pour les médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) situant la Belgique au 4<sup>e</sup> rang des plus gros consommateurs des pays de l'OCDE. Cette valeur étonnante est directement liée à l'apparition des statines entre la fin des années 90 et le début des années 2000. Les recommandations cliniques pour la prescription des traitements contre le cholestérol ont été plusieurs fois mises à jour depuis la décennie 90, préconisant un plus large dépistage, des traitements plus précoces et des dosages plus élevés [20]. Cette augmentation importante peut être également expliquée par la place prédominante des statines au cours des 15 dernières années, dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire [21].

### 3.1. Consommation déclarée

Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

	Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,5	56,9	51,4	14,2	18,9	16,7
Wallonie	44,8	58,6	51,9	11,9	17,6	14,8
Province de Luxembourg	46,6	56,5	51,6	15,0	17,1	16,0

Source : ISP-HIS

► Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, la moitié de la population déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines, tant en Belgique, en Wallonie et en province de Luxembourg.

D'autre part, 16% des habitants de la province de Luxembourg ont déclaré avoir consommé des médicaments non prescrits au cours des deux dernières semaines, contre 14,8% en Wallonie et 16,7% en Belgique.

Les femmes sont plus fréquemment consommatrices de médicaments (prescrits ou non) que les hommes, et ce, quel que soit le niveau géographique, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative pour la province de Luxembourg. Cette différence peut, en partie, être expliquée par la consommation de pilule contraceptive.

# Consommation de soins

Tableau 6.4. Proportion (%) des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013

	Hommes de plus de 50 ans	Femmes de plus de 50 ans
Belgique	17,4	21,0
Wallonie	20,0	20,9
Province de Luxembourg	21,2	21,2

Source : ISP-HIS

► Au-delà de l'âge de 50 ans, 21,2% des hommes et des femmes de la province de Luxembourg déclarent avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Ces proportions sont relativement proches de celles observées en Wallonie et en Belgique.

Aucune différence significative n'est constatée entre les sexes.

## 3.2. Consommation enregistrée

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre les médicaments délivrés par les pharmacies publiques et qui ont donné lieu à un remboursement. Les données ne tiennent pas compte des médicaments non remboursés ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières.

Les consommations sont exprimées en dose moyenne journalière (DMJ). La DMJ est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Cette méthodologie permet de normaliser le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérentes les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [22].

Remarque: en province de Luxembourg, environ 80% des habitants sont affiliés à l'assurance maladie belge. Vu la proximité des frontières, beaucoup de personnes travaillent au Grand-Duché de Luxembourg et sont donc affiliées à une mutualité luxembourgeoise. Les données Pharmanet provenant de l'INAMI tiennent compte uniquement des personnes affiliées à une mutualité belge. Un correctif a donc été appliqué en ne tenant compte que de la population qui dépend de l'assurance maladie invalidité belge. Cette correction a été réalisée pour tous les niveaux géographiques, bien que la différence ne soit réellement marquée qu'en province de Luxembourg. Néanmoins, suite à l'application de ce correctif, une surestimation de la consommation de la population est à craindre étant donné que ceux qui dépendent de l'assurance maladie invalidité belge sont en moyenne plus âgés et plus malades que la population de toute la province.



# Chapitre 6

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014

Type de médicament prescrit	Belgique		Wallonie		Province de Luxembourg	
	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments
Système cardiovasculaire	496,8	38,5	530,1	37,6	579,1	39,2
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	173,9	13,5	198,9	14,1	187,8	12,7
Système nerveux central	147,9	11,5	173,4	12,3	191,0	12,9
Sang et système hématopoïétique	111,5	8,6	117,0	8,3	123,8	8,4
Système respiratoire	111,7	8,7	118,2	8,4	118,3	8,0
Système uro-génital et hormones sexuelles	63,4	4,9	67,0	4,7	67,2	4,6
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	45,9	3,6	65,5	4,6	75,3	5,1
Système squelettique et musculaire	64,7	5,0	64,8	4,6	61,8	4,2
Anti-infectieux à usage systémique	32,2	2,5	34,5	2,4	34,6	2,3
Organes sensoriels	20,9	1,6	21,7	1,5	18,1	1,2
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	13,5	1,0	12,9	0,9	12,9	0,9
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,5	0,5	5,6	0,4
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0
Divers	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
<b>Total</b>	<b>1 290,1</b>	<b>100,0</b>	<b>1 411,5</b>	<b>100,0</b>	<b>1 476,2</b>	<b>100,0</b>

Source: INAMI, Calculs OSLux

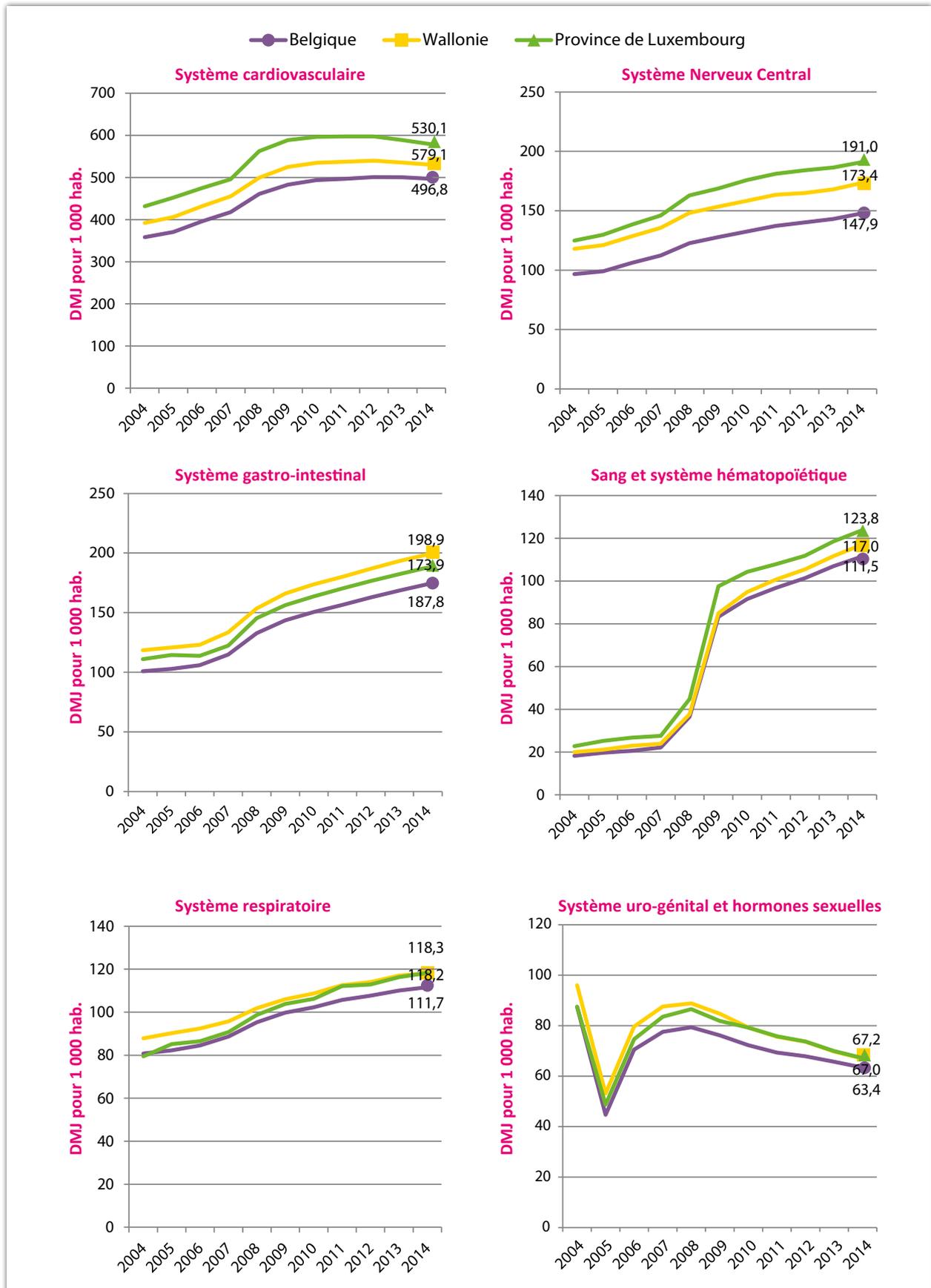
► La consommation totale de médicaments remboursés par habitant est supérieure en province de Luxembourg par rapport à la Wallonie (+ 4,6 %) et la Belgique (+ 14,4 %).

Quel que soit le territoire, les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont les plus consommés.

Cette consommation, selon les systèmes ciblés, est systématiquement supérieure en province de Luxembourg par rapport à la Belgique, à l'exception des médicaments destinés à soigner le système squelettique et musculaire, les organes sensoriels, ainsi que les cytostatiques ou les préparations dermatologiques.

# Consommation de soins

Figure 6.5. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014



Source : INAMI, Calculs OSLux



# Chapitre 6

► Quel que soit le type de système, une progression plus importante entre 2007 et 2008 est constatée suite à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants. Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en province de Luxembourg, qu'en Wallonie ou en Belgique. Depuis 2004, cette consommation augmente continuellement, passant de 431,7 à 579,1 DMJ pour 1 000 habitants en 2014, soit une augmentation de 32,1% en 11 ans pour la province de Luxembourg. Pour la Wallonie et la Belgique, un accroissement de 35,2% et 38,7% sont respectivement constatés. En 2014, la consommation en province de Luxembourg reste supérieure de 9,2% à celle de la Wallonie et de 16,6% à celle de la Belgique.

Troisième au classement wallon et belge et en deuxième place en province de Luxembourg, les médicaments du système nerveux central (surtout les psychotropes) connaissent une forte augmentation au cours du temps. Une hausse de 52,9% est constatée au sein de la province de Luxembourg, entre 2004 et 2014. Cette augmentation est de 46,9% sur le territoire wallon et de 52,9% sur le territoire belge. En 2014, la consommation en province de Luxembourg est supérieure à celles de la Wallonie (+ 10,1%) et de la Belgique (+ 29,1%).

Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme (surtout les inhibiteurs de la pompe à protons) ont vu leur DMJ s'accroître de 69,2% en province de Luxembourg, 67,9% en Wallonie et 72,5% en Belgique entre 2004 et 2014. La consommation provinciale est inférieure de 5,6% à celle de la Wallonie et supérieure de 8,0% à celle de la Belgique.

L'évolution de la consommation des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique est la plus importante. La croissance fulgurante entre 2008 et 2009 est expliquée par l'entrée de la cardioaspirine dans les remboursements INAMI. En 2014, la consommation médicamenteuse pour le sang et le système hématopoïétique en province de Luxembourg est supérieure de 5,8% à celle de la Wallonie et de 11,0% à celle de la Belgique.

Les médicaments visant le système respiratoire ont également vu leur consommation s'accroître de 48,8% en province de Luxembourg, de 34,5% en Wallonie et de 38,2% en Belgique entre 2004 et 2014.

Concernant la consommation de médicaments destinés au système uro-génital et hormones sexuelles, une chute brutale est clairement visible en 2005. Cette diminution s'explique par le fait qu'à cette période, une grande partie des contraceptifs oraux sont exclus du remboursement et sont ensuite réintégré progressivement à partir de 2006. La consommation de la province de Luxembourg est identique à la consommation wallonne mais légèrement supérieure à la consommation belge (+ 6%).

# Consommation de soins

## 4. Vaccinations

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination, en mettant en balance tant les bénéfices que les risques individuels et collectifs, au niveau international. Jusqu'à présent, la variole est la seule maladie à avoir complètement disparu de notre planète grâce à la vaccination [23].

La vaccination évite l'apparition de maladies infectieuses présentant des complications graves [24]. Elle est d'abord une protection individuelle, mais également une protection collective [25].

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être contrôlées ou éliminées dans les pays industrialisés, par le biais de programmes de vaccination de masse.

En Belgique, dans le cadre de la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat (2014), les compétences en matière de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la vaccination entre 0 et 18 ans (ainsi que les femmes enceintes), et à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale pour les vaccinations au-delà de l'âge de 18 ans.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique depuis 1967. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande un calendrier vaccinal de base, où d'autres vaccinations sont fortement recommandées par les autorités sanitaires du pays [23].

### 4.1. Vaccination des enfants

Depuis 2002, La Fédération Wallonie-Bruxelles et le CSS ont recommandé de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes: poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. À part la vaccination contre le rotavirus, les différents vaccins sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint entre l'Etat fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles [26, 27].

Depuis septembre 2011, une vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est proposée gratuitement aux filles qui fréquentent la 2<sup>e</sup> année de l'enseignement secondaire [28].

PROVAC1 développe et évalue le programme de vaccination. Elle réalise régulièrement des enquêtes de couverture vaccinale: tous les trois ans auprès des parents d'enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire de 2<sup>e</sup> primaire, 6<sup>e</sup> primaire, 2<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> secondaire. La mesure des couvertures vaccinales permet de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

La dernière enquête réalisée auprès des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée entre mai et juillet 2015. Toutes les couvertures des vaccins faisant partie du circuit de distribution organisé par la FWB sont restées stables par rapport à l'enquête précédente de 2012. Le taux de couverture du vaccin hexavalent (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche-hémophilus influenzae de type B-hépatite B) atteint près de 93 % en 2015. La couverture du vaccin RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons) atteint 95 % lors de cette dernière enquête. Ces résultats sont légèrement supérieurs à l'enquête de 2012 sans être significativement différents au niveau statistique. Une petite exception est à noter pour le taux de couverture du vaccin contre le pneumocoque qui enregistre une augmentation significative de 3,5 % entre 2012 et 2015. Le taux de couverture du vaccin contre le rotavirus présente également une hausse significative de 7 % entre les deux dernières enquêtes [29].

En septembre 2014, PROVAC a diffusé les évolutions de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Entre 2004 et 2012, la couverture vaccinale du rappel de 6 ans Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Polio injectable passe de 69,1 % à 78,7 % et augmente de presque 10 % [30].

1 Association interuniversitaire UCL - ULB - ULg



# Chapitre 6

## 4.2. Vaccination des adultes

### 4.2.1. Grippe

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque, à savoir :

- toute personne de 65 ans et plus ;
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe ;
- les personnes séjournant en institution ;
- les enfants de 6 mois à 18 ans compris sous thérapie à l'aspirine au long cours ;
- le personnel du secteur de la santé ;
- les personnes vivant sous le même toit que des personnes à risque ou avec des enfants de moins de 6 mois [28].

**Tableau 6.6. Proportion (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	56,1
Wallonie	47,1
Province de Luxembourg	38,1

Source : ISP-HIS

► Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, seulement 38,1 % des personnes à risque en province de Luxembourg déclarent être vaccinées. Pour la même année, cette proportion atteint environ une personne à risque sur deux en Wallonie (47,1 %) et en Belgique (56,1 %). Ces différences entre niveaux géographiques ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

En Belgique, le taux de couverture de la vaccination de la population à risque contre la grippe est en recul au cours des 5 dernières années et reste sous l'objectif de l'OMS, qui préconise un taux de couverture de 75 % [31].

# Consommation de soins

## 4.2.2. Pneumocoque

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre le pneumocoque chez :

- toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- les adultes présentant un risque accru d'infection liée au pneumocoque (troubles immunitaires) et les adultes souffrant de pathologies chroniques telles que les troubles cardiovasculaires, la bronchite chronique (ou fumeurs), les problèmes hépatiques (ou abus d'alcool), les troubles rénaux, le diabète [28].

**Tableau 6.7. Proportion (%) de la couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes à risque, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	8,5
Wallonie	8,1
Province de Luxembourg	7,5

Source : ISP-HIS

► Selon l'Enquête Nationale par Interview de 2013, parmi les personnes à risque déclarant être vaccinées contre le pneumocoque, une proportion légèrement inférieure est constatée au sein de la province de Luxembourg (7,5 %), par rapport à la Wallonie (8,1 %) et la Belgique (8,5 %). Cependant, aucune différence statistiquement significative n'est constatée entre ces niveaux géographiques.



# Chapitre 6

## 5. Dépistages

Le but du dépistage est de détecter une pathologie avant même que des symptômes soient manifestes. Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage doit répondre à différentes conditions afin qu'un dépistage de masse soit organisé [32].

### 5.1. Dépistage des cancers

Le fait de détecter plus tôt certains cancers permet souvent des traitements moins lourds et offre des chances de guérison plus importantes [33].

Le dépistage s'adresse à tout le monde, à partir d'un certain âge : les femmes entre 50 et 69 ans pour le cancer du sein, les femmes entre 25 et 64 ans pour le cancer du col de l'utérus et les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour le cancer colorectal.

Le dépistage systématique, dit de masse, organisé (ou programme organisé), est réalisé à l'initiative d'une autorité de Santé publique. Il est soumis à des procédures de contrôle de qualité et à une évaluation régulière afin de garantir la qualité et l'efficacité selon les critères définis au niveau européen. Une invitation personnelle est envoyée à la population « cible ». Le dépistage individuel ou opportuniste est, quant à lui, réalisé à la demande de l'individu ou du médecin en dehors d'un programme organisé de dépistage.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, en plus de la possibilité d'un dépistage individuel, il existe un dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Le dépistage du cancer du col de l'utérus appartient au dépistage individuel [34].

#### 5.1.1. Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001, la Belgique a instauré un programme national de dépistage du cancer du sein. Celui-ci permet aux femmes de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, par un Mammotest, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité et d'une double lecture [35]. En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée « diagnostique » dans la nomenclature INAMI.

**La couverture par Mammotest est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un Mammotest, que celles-ci aient déjà eu ou pas une mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée. La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans.**

**La couverture par mammographie diagnostique correspond au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique diagnostique et aucun Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.**

**La couverture totale additionne la couverture par Mammotest et la couverture par mammographie diagnostique. Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique et/ou d'un Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée [36].**

# Consommation de soins

Tableau 6.8. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2011-2012

	Belgique	Wallonie	Province de Luxembourg
Couverture par mammotest	32,5	7,2	8,8
Couverture par mammographie diagnostique	30,2	48,4	41,7
<b>Total</b>	<b>62,7</b>	<b>55,6</b>	<b>50,5</b>

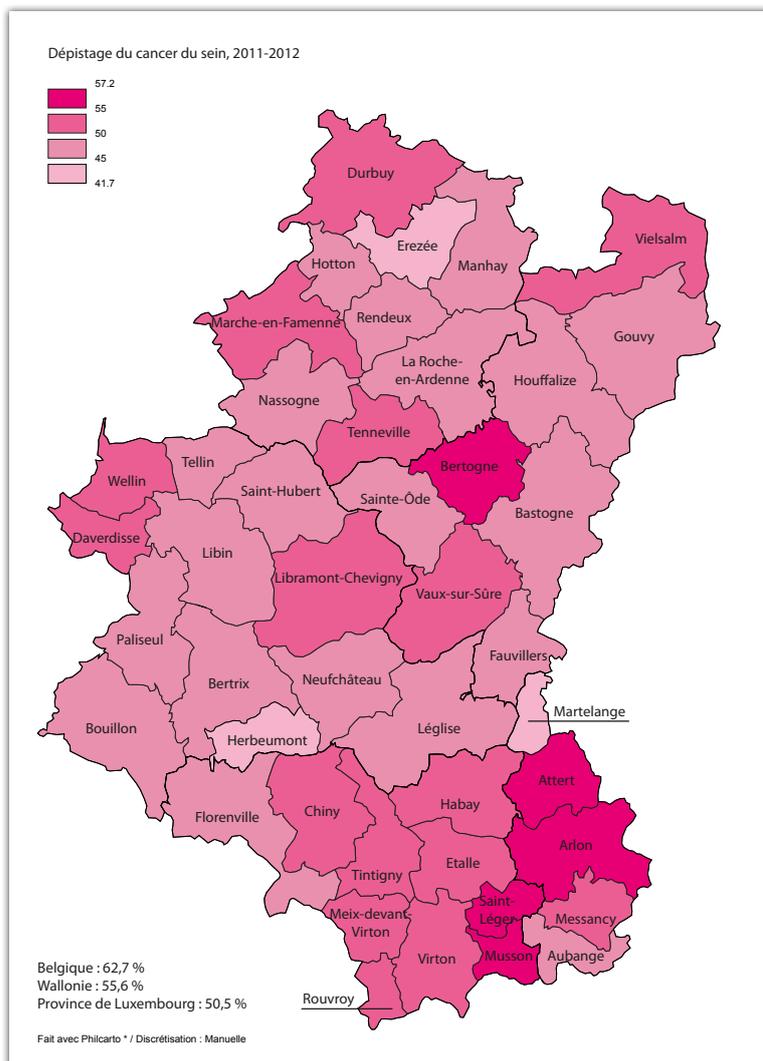
Source: Atlas AIM

► En 2011-2012, le taux de couverture par Mammothest au sein de la province de Luxembourg (8,8 %) est supérieur à celui de la Wallonie (7,2 %), mais nettement inférieur au taux belge (32,5 %). Ceci s'explique par la forte adhésion de la population de la Flandre au programme organisé de dépistage du cancer du sein. À l'inverse, le taux de couverture par mammographie diagnostique est plus élevé en province de Luxembourg (41,7 %) et en Wallonie (48,4 %) qu'en Belgique (30,2 %). En 2011-2012, une femme entre 50 et 69 ans sur deux en province de Luxembourg a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein. Cette proportion est supérieure en Wallonie (55,6 %) et en Belgique (62,7 %).



# Chapitre 6

Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Luxembourg, par commune, 2011-2012



Source: Atlas AIM

► Le taux de couverture totale de dépistage du cancer du sein apparaît le plus élevé dans les communes de Bertogne (56,2%), Arlon et Saint Léger (55,7%), Attert et Musson (55,3%). À l'inverse, les communes d'Erezée (41,7%), d'Herbeumont (42,0%) et de Martelange (42,1%) présentent les taux les plus faibles en termes de couverture totale de dépistage du cancer du sein, en 2011-2012.

# Consommation de soins

## 5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans)

Le programme de dépistage du cancer colorectal est organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009. Il s'adresse à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans en Wallonie en Région de Bruxelles-Capitale. Le cycle d'invitation s'étale sur deux ans. La Détection du Sang Fécal Occulte (DSFO) est l'examen le plus fréquemment réalisé [34].

**Tableau 6.9. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014**

	Examens de DSFO
Belgique	148 111
Wallonie	26 751
Province de Luxembourg	1 596

Source: INAMI

**Tableau 6.10. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Fédération Wallonie-Bruxelles – province de Luxembourg, 1<sup>er</sup> mars 2009-31 décembre 2014**

	Nombre	Couverture (%)
Fédération Wallonie-Bruxelles	192 425	6,7
Province de Luxembourg	17 250	8,4

Source: CCR, Calculs OSLux

**Tableau 6.11. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013**

	Couverture déclarée (%)
Belgique	16,5
Wallonie	16,4
Province de Luxembourg	13,4

Source: ISP-HIS

► En province de Luxembourg, la population cible s'élevait à 74 131 habitants en 2014. À raison d'un test DSFO tous les deux ans, il faudrait 37 065,5 tests par an pour aboutir à une couverture de l'ensemble de la population. Les tableaux 6.11. et 6.12. montrent que tant les tests remboursés de l'INAMI que le nombre de personnes dépistées lors du dépistage organisé représentent une faible couverture de la population cible. Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent une proportion de personnes ayant réalisé un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête supérieure aux taux de couverture de dépistage du cancer colorectal.



# Chapitre 6

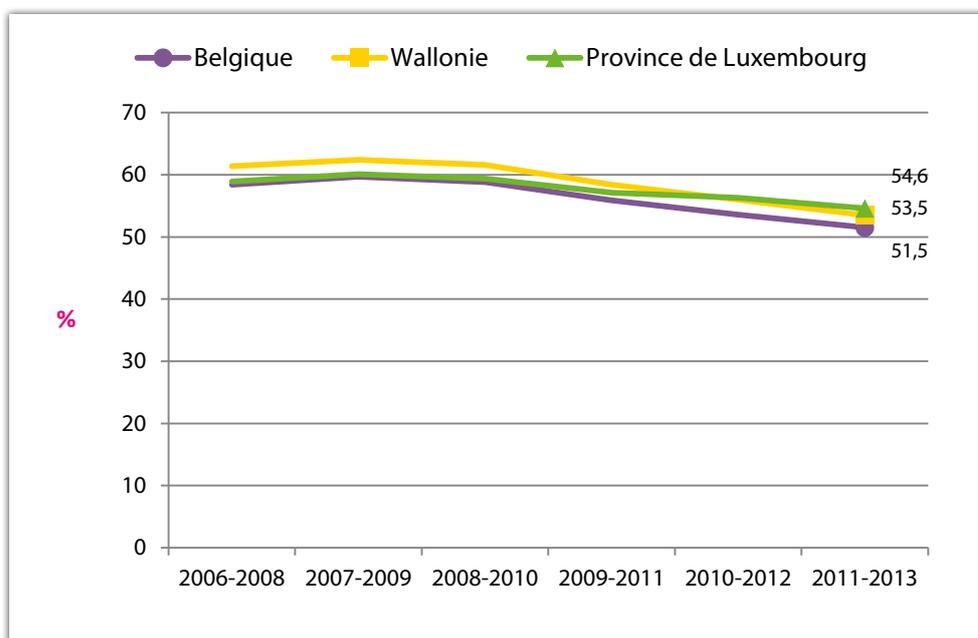
## 5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

Le cancer du col de l'utérus est principalement dû à une infection par un virus à potentiel cancérigène élevé: il s'agit du Human Papilloma Virus (HPV) qui se transmet par voie sexuelle [34].

Le dépistage par frottis est actuellement réalisé sur base individuelle (opportuniste) en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'intervalle à respecter entre deux frottis est de trois ans. La population cible concerne les femmes de 25 à 64 ans.

La vaccination anti-HPV ne dispense pas la femme du dépistage par frottis. En effet, la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus responsables de cancer du col [35].

**Figure 6.6. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2008 à 2013, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg**



Source: Atlas AIM

► Quel que soit le territoire, le pourcentage de femmes ayant reçu un frottis de dépistage diminue au cours du temps. Différents changements de nomenclature doivent cependant être précisés. En effet, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2009, le remboursement des frottis est non limité. Entre le 1<sup>er</sup> juillet 2009 et le 1<sup>er</sup> mars 2013, le remboursement est limité à un frottis de dépistage tous les deux ans. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de trois ans, ce qui suit les recommandations européennes [35].

# Consommation de soins

Tableau 6.12. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2007-2013

	Femmes de 25 à 64 ans (%)				
	1997	2001	2004	2008	2013
Belgique	69,6	69,2	72,2	70,8	72,9
Wallonie	64,0	64,1	73,3	75,6	76,1
Province de Luxembourg	63,4	62,0	76,5	82,8	75,8

Source: ISP-HIS

► Selon les déclarations des femmes, 75,8 % d'entre elles auraient pratiqué un dépistage dans les trois ans précédant l'enquête de 2013 en province de Luxembourg. Cette proportion est très proche de celle des femmes wallonnes, et légèrement supérieure à celle observée en Belgique, sans toutefois être statistiquement différente. Le taux de couverture déclaré a augmenté entre 1997 et 2013 au sein des trois niveaux géographiques.



# Chapitre 6

## 6. Bibliographie

1. Van der Heyden, J., *Consultation chez un dentiste*, in *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
2. Tellier, V., et al, *Les services pour personnes âgées en Wallonie: Offre et utilisation.* 2014, SPW : Namur (Jambes)
3. Delahaye, V., *Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles.* 5 octobre 2013, Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles : Bruxelles.
4. Schetgen, M., *Le dossier médical global + (DMG+), outil de prévention de la première ligne de soins.* Rev Med Brux, 2012 : p. 396-399.
5. Conseil National de Promotion de la Qualité Groupe de travail Médecine générale, *Bon usage du DMG.* Recommandations. Mars 2010, INAMI-RIZIV : Bruxelles.
6. *Accord national médico-mutualiste 2016-2017.* 22 décembre 2015 : Bruxelles.
7. Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *Rôle du médecin généraliste dans la prévention.* Septembre 2013 : Bruxelles.
8. Van der Heyden, J., *Consultations chez un médecin spécialiste.*, in *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
9. Van der Heyden, J., et al., *Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium.* Health Policy, 2003. **65(2)** : p. 153-65.
10. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie, *Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014.*
11. Drieskens, S., *Services de soins et d'aide à domicile.*, in *Enquête de santé 2013. rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.* , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
12. Drieskens, S., *Contacts avec des services paramédicaux.*, in *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
13. Drieskens, S., *Contacts avec des prestataires de thérapies non conventionnelles.*, in *Enquête de santé 2013. rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
14. FNRS and Représentants des facultés de médecine et des académies royales de médecine, *Les pratiques non conventionnelles: évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques.* Octobre 1998.
15. *Arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie.* 26 mars 2014 : Bruxelles.
16. De Gendt, T., et al., *Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique.* KCE reports 154B. 2011, Centre fédéral d'expertise des soins de santé.: Bruxelles.
17. Charafeddine, R., *Contacts avec le service des urgences.*, in *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.

# Consommation de soins

18. Van den Heede, K., et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique: situation actuelle et possibilités de réforme - Synthèse. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2016.
19. Charafeddine, R., *Hospitalisation.*, in *Enquête de santé 2013. Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP: Bruxelles.
20. Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE.* 2015.
21. Roberfroid, D., et al., *Les statines en Belgique: évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement.* 2010, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE): Bruxelles.
22. Merlo J, Wessling A, and Melander A, *Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies.* Eur J Clin Pharmacol 1996(50): p. 27-30.
23. ASBL Question Santé. 2015 ;  
Available from : [www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination](http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination).
24. Miermans M.C, et al., *Vacciner? Mieux comprendre pour décider.*, PROVAC, Editor. 2003, Carabin S: Bruxelles.
25. Amerijckx, G., *La vaccination: de l'individu à la collectivité, des enjeux en tension.* Santé conjugulée., Mars 2014(67).
26. Fédération Wallonie-Bruxelles, *La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres.* 2015, Fédération Wallonie-Bruxelles: Bruxelles.
27. Office de la Naissance et de l'Enfance, *Banque de Données Médico-Sociales. Chapitre 4: Le suivi médico-social préventif des enfants.* 2015.
28. Tafforeau, J., *Vaccination.*, in *Enquête de santé 2013: Rapport 5: Prévention.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP: Bruxelles.
29. Provac, *Progrès et défis dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale chez l'enfant de 0 à 7 ans.* Avril 2016, École de Santé publique ULB: Bruxelles.
30. Vermeeren, A., M.C. Miermans, and B. Swennen, *Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles.* 2014, Provac: Bruxelles.
31. Vrijens, F., et al., *La performance du système de santé belge - Rapport 2015.* 2015, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE): Bruxelles.
32. Wilson, J. and G Jungner, *Principes et pratique du dépistage des maladies.* 1970, OMS: Genève.
33. Ligue Nationale Contre le Cancer, *Le dépistage des cancers.*, Ligue Nationale Contre le Cancer, Editor. Octobre 2009: Paris.
34. Tellier, V., et al., *Le cancer en Wallonie.* 2013, SPW: Namur (Jambes).
35. Fabri, V., A. Leclercq, and M. Boutsen, *Programme du Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010). Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste.* Septembre 2014.
36. Van den Heede, A.F., V. Haelens, A. Francart, J. Arbyn, M., *Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste.* Février 2015, IMA-AIM.





# TABLE DES CARTES

• Carte 1.1. Densité de population (hab./km <sup>2</sup> ), province de Luxembourg, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2015.....	21
• Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Luxembourg, par commune, 2006-2015 .....	22
• Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Luxembourg, par commune, 2010-2014 .....	24
• Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Luxembourg, par commune, 2010-2014 .....	25
• Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité, province de Luxembourg, par commune, 2005-2014 .....	28
• Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Luxembourg, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2015 .....	38
• Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Luxembourg, par commune, 1er janvier 2015.....	39
• Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100).....	47
• Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, province de Luxembourg, par commune, 2012.....	131
• Carte 4.2. Proportion (%) de logements publics, province de Luxembourg, par commune, 2013.....	142
• Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux et psychiatriques, province de Luxembourg, 2015.....	170
• Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Luxembourg, 2014.....	175
• Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Luxembourg, par commune, 2014 .....	178
• Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, province de Luxembourg, 2013.....	185
• Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Luxembourg, par commune, 2015.....	187
• Carte 5.6. Répartition des associations de santé intégrée (agrées par la Région wallonne) et des Maisons médicales (reconnues par la Fédération des Maisons médicales), province de Luxembourg, par commune, 2013 .....	189
• Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Luxembourg, par commune, 2015 .....	191
• Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Luxembourg, 2013 .....	200
• Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Luxembourg, par commune, 2011-2012 .....	218





# TABLE DES FIGURES

• Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), province de Luxembourg, par arrondissement, 1er janvier 2015 .....	19
• Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Luxembourg .....	20
• Figure 1.3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg .....	23
• Figure 1.4. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg .....	27
• Figure 1.5. Évolution du taux brut de natalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005-2014 .....	29
• Figure 1.6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014 .....	30
• Figure 1.7. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Luxembourg, par arrondissement, 1er janvier 2015 .....	32
• Figure 1.8. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Luxembourg, 1er janvier 2015 .....	33
• Figure 1.9. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2001-2015.....	36
• Figure 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Luxembourg .....	37
• Figure 2.1. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100) .....	48
• Figure 2.2. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100) .....	49
• Figure 2.3. Proportion de décès selon la cause, Hommes, Province de Luxembourg, 2008-2012 (n=5541) .....	52
• Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Province de Luxembourg, 2008-2012 (n=5974) .....	53
• Figure 2.5. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, province de Luxembourg, 1987-2012.....	54
• Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Luxembourg, 1987-2012.....	55
• Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100) .....	62
• Figure 2.8. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Femmes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100) .....	63
• Figure 2.9. Mortalité infantile .....	65
• Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ... ; 2008-2010.....	66
• Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ... ; 2008-2010.....	67



• Figure 2.12.Évolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1987-1989; ... ; 2008-2010.....	68
• Figure 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	74
• Figure 3.2. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	74
• Figure 3.3. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	75
• Figure 3.4. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2013 .....	76
• Figure 3.5. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	77
• Figure 3.6. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	78
• Figure 3.7. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012.....	79
• Figure 3.8. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012 .....	80
• Figure 3.9. Évolution du taux d'attaque global (fatal ou non-fatal) standardisés de l'infarctus du myocarde, selon le sexe (35-74 ans), province de Luxembourg, 1985-2011 .....	81
• Figure 3.10. Évolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal et non-fatal), selon le sexe (35-74 ans), province de Luxembourg, 1985-2011 .....	82
• Figure 3.11. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012.....	86
• Figure 3.12. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012 .....	86
• Figure 3.13. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013 .....	88
• Figure 3.14. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Luxembourg, 2009-2013 .....	89
• Figure 3.15. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Luxembourg, 2009-2013 .....	90
• Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie - province de Luxembourg, années 2000 à 2014 .....	94
• Figure 3.17. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	98
• Figure 3.18. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014.....	102
• Figure 3.20. Évolution du taux pour 1 000 femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014 .....	104
• Figure 3.21. Évolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005-2014.....	106
• Figure 3.22. Évolution du nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Luxembourg, 2003-2014 .....	110
• Figure 3.23. Proportion (%) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petits poids à la naissance selon l'attitude tabagique de la mère, province de Luxembourg, 2010-2014.....	116
• Figure 3.24. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Luxembourg, 2008-2012 .....	118

• Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, province de Luxembourg, 2013 .....	134
• Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT (20-64 ans), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	135
• Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT (20-64 ans), par sexe, province de Luxembourg, 2013 .....	136
• Figure 4.4. Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux (total et occupés), province de Luxembourg, 2005-2014.....	143
• Figure 4.5. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC et le sexe, (d'après les déclarations des répondants, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .	145
• Figure 4.6. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013.....	146
• Figure 4.7. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon la catégorie d'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013.....	147
• Figure 4.8. Répartition (%) de la corpulence des jeunes, selon le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2010-2012 (n = 1 614) .....	148
• Figure 4.9. Proportion (%) de personnes considérées comme sédentaires (15 ans et plus), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	150
• Figure 4.10. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	151
• Figure 4.11. Pratique (%) de l'activité physique des jeunes (au moins une demi-heure d'affilée) en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2010-2012 (n = 1 607).....	152
• Figure 4.12. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	154
• Figure 4.13. Proportion (%) de la population (15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	155
• Figure 4.14. Proportion (%) de jeunes déclarant consommer quotidiennement des fruits et des légumes, Garçons, province de Luxembourg, 2010-2012.....	156
• Figure 4.15. Proportion (%) de jeunes déclarant consommer quotidiennement des fruits et des légumes, Filles, province de Luxembourg, 2010-2012 .....	156
• Figure 4.16. Évolution de la proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004- 2013.....	157
• Figure 4.17. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	158
• Figure 4.18. Répartition (%) des élèves en fonction du statut tabagique, selon le groupe d'âge, province de Luxembourg, 2015 .....	159
• Figure 4.19. Proportion (%) de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	160
• Figure 4.20. Évolution de la proportion (%) de surconsommateurs d'alcool (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2013.....	161
• Figure 4.21. Proportion (%) de l'ivresse au moins une fois dans la vie, selon le sexe et le groupe d'âge, province de Luxembourg 2010 - 2012 .....	163
• Figure 5.1. Évolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014.....	176
• Figure 5.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie - province de Luxembourg, 2014 .....	177



• Figure 5.3. Évolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014.....	179
• Figure 5.4. Évolution du nombre d'habitants par infirmier(ère), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2000-2014.....	183
• Figure 6.1. Évolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 1999 – 2014 .....	197
• Figure 6.2. Évolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste par habitant, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1999-2014.....	198
• Figure 6.3. Évolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2014 .....	201
• Figure 6.4. Évolution du taux (pour 1 000 habitants) de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2014.....	203
• Figure 6.5. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014.....	211
• Figure 6.6. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2008 à 2013, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg.....	220

# TABLE DES TABLEAUX

- Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 1er janvier 2015 ..... 19
- Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2010-2014 ..... 23
- Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2010-2014 ..... 26
- Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 ..... 30
- Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 1er janvier 2015 ..... 31
- Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1er janvier 2015 ..... 34
- Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1er janvier 2015..... 35
- Tableau 1.8. Évolution du ratio de dépendance, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1985-1995-2005-2015..... 40
- Tableau 2.1. Nombre de décès selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014..... 45
- Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 (Femme=100) ..... 46
- Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100) ..... 46
- Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès selon la cause, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2012 ..... 51
- Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Luxembourg, 2008-2012 ..... 56
- Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, province de Luxembourg, 2008-2012 ..... 57
- Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Luxembourg, 2008-2012 ..... 58
- Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité selon la cause de décès, Hommes, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100) ..... 59
- Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité selon la cause de décès, Femmes, province de Luxembourg, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100) ..... 60
- Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 ..... 61
- Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100) ..... 62
- Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, province de Luxembourg, 2008-2012 ..... 64



• Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 1990-2010 .....	66
• Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2006-2010.....	67
• Tableau 2.15. Nombre d'enfants mort-nés, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2010 .....	68
• Tableau 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	83
• Tableau 3.2. Nombre moyen de décès par cancer (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012.....	85
• Tableau 3.3. Incidence moyenne de cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013.....	87
• Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012 .....	91
• Tableau 3.5. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	92
• Tableau 3.6. Taux d'incidence (pour 100 000 hab./an) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	93
• Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012 .....	95
• Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	95
• Tableau 3.9. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	97
• Tableau 3.10. Évolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2011-2014 .....	99
• Tableau 3.11. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012 .....	101
• Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2009-2014.....	102
• Tableau 3.13. Nombre et proportion (%) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	103
• Figure 3.19. Évolution du taux pour 1 000 hommes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2004-2014 .....	104
• Tableau 3.14. Nombre et proportion (%) de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	105
• Tableau 3.15. Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012 .....	107
• Tableau 3.16. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	107
• Tableau 3.17. Nombre d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2006-2007 et 2013-2014.....	108
• Tableau 3.18. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon le sexe, province de Luxembourg, 2013-2014.....	109
• Tableau 3.19. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon l'âge, province de Luxembourg, 2013-2014.....	109
• Tableau 3.20. Nombre moyen de naissances, selon l'âge de la mère, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2009-2013.....	111

• Tableau 3.21. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2005 et 2011 .....	112
• Tableau 3.22. Proportion (%) de naissances selon la catégorie de poids, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013 .....	113
• Tableau 3.23. Proportion (%) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2009-2013 .....	114
• Tableau 3.24. Proportion (%) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie - province de Luxembourg, 2009-2013 .....	115
• Tableau 3.25. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, Wallonie - province de Luxembourg, 2010-2014.....	115
• Tableau 3.26. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide (population de référence: Wallonie), selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2008-2012 .....	117
• Tableau 3.27. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	119
• Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	119
• Tableau 3.29. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	120
• Tableau 3.30. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	121
• Tableau 4.1. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	129
• Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2012 .....	130
• Tableau 4.3. Revenu disponible moyen et indice de revenu disponible, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2012 .....	132
• Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, juin 2015.....	137
• Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie - province de Luxembourg, août 2015 .....	137
• Tableau 4.6. Proportion (%) de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement, par groupe d'âge, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014.....	138
• Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique sur l'ensemble de la population majeure, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014 .....	139
• Tableau 4.8. Proportion (%) de ménages monoparentaux, selon le sexe du chef de ménage, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2013 .....	140
• Tableau 4.9. Proportion (%) de logements publics, Wallonie - province de Luxembourg, par arrondissement, 2013.....	141
• Tableau 4.10. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2013.....	162
• Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, juillet 2015 .....	171
• Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2015 .....	172
• Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2015 .....	173



• Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2014 .....	174
• Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014.....	179
• Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014 .....	180
• Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014.....	180
• Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014 .....	181
• Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 31 décembre 2014.....	181
• Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	182
• Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	182
• Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	183
• Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie – province de Luxembourg, par arrondissement, 2013 .....	184
• Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	202
• Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2012 .....	207
• Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	208
• Tableau 6.4. Proportion (%) des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	209
• Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014.....	210
• Tableau 6.6. Proportion (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	214
• Tableau 6.7. Proportion (%) de la couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes à risque, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013 .....	215
• Tableau 6.8. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique - Wallonie - province de Luxembourg, 2011-2012.....	217
• Tableau 6.9. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2014 .....	219
• Tableau 6.10. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Fédération Wallonie-Bruxelles – province de Luxembourg, 1er mars 2009-31 décembre 2014.....	219
• Tableau 6.11. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2013.....	219
• Tableau 6.12. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique – Wallonie – province de Luxembourg, 2007-2013.....	221

# ABRÉVIATIONS

- ADMR: Aide à Domicile en Milieu Rural
- AIM: Agence InterMutualiste
- ASD: Aides & Soins à Domicile
- ASI: Associations de Santé Intégrée
- AVC: Accident vasculaire cérébral
- BDMS: Banque de Données Médico-Sociales (de l'ONE)
- BFP: Bureau fédéral du Plan
- BIT: Bureau International du Travail
- BMI: Body Mass Index – Indice de masse corporel (IMC)
- BNB: Banque Nationale de Belgique
- BPCO: Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- CCP: Centrale des Crédits aux Particuliers (de la Banque Nationale de Belgique)
- CCR: Centre Communautaire de Référence
- CH: Centre hospitalier
- CHA: Centre Hospitalier de l'Ardenne
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- CIE: Cellule interuniversitaire d'épidémiologie
- CIM: Classification Internationale des Maladies
- CO: Monoxyde de carbone
- CPAS: Centre Public d'Action Sociale
- CSD: Centrale des Services à Domicile
- CSS: Conseil Supérieur de la Santé
- DGS: Direction Générale de la Statistique
- DMG: Dossier médical global
- DMG+: Dossier médical global avec volet prévention pour les 45-75 ans
- DMJ: Dose moyenne journalière
- DSFO: Détection du sang fécal occulte
- ERIS: Equivalent au Revenu d'Intégration Sociale
- FARES: Fonds des affections respiratoires
- FAT: Fonds des accidents du travail
- FEDOM: Fédération wallonne de Services d'aide à domicile
- FPS: Femmes Prévoyantes Socialistes
- FOREM: Service public wallon de l'emploi et de la formation
- FWB: Fédération Wallonie-Bruxelles
- GRAPA: Garantie de revenus aux personnes âgées
- HIS: Health Interview Survey Enquête Nationale de Santé par Interview
- HPV: Human papillomavirus
- IBSR: Institut Belge pour la Sécurité Routière
- ICF: Indice conjoncturel de fécondité
- ICM: Indice comparatif de mortalité
- IFAC: Intercommunale hospitalière Famenne Ardenne Condroz



- IHE: Institute of Health Economics
- IMC: Indice de masse corporelle - Body Mass Index (BMI)
- INAMI: Institut national d'assurance maladie-invalidité
- IOTF: International Obesity Taskforce
- IRT: Insuffisance rénale terminale
- ISP: Institut Scientifique de Santé Publique - WIV
- IST: Infection sexuellement transmissible
- IVG: Interruption volontaire de grossesse
- IWEPS: Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
- KCE: Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- MB: Moniteur belge
- MCV: Maladie cardiovasculaire
- MONICA: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
- MRPA: Maison de repos pour personnes âgées
- MRS: Maison de repos et de soins
- OAFL: Office d'Aides aux Familles Luxembourgeoises
- OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Économiques
- OMS: Organisation mondiale de la Santé – World Health Organization (WHO)
- ONE: Office de la Naissance et de l'Enfance
- ONEM: Office National de l'Emploi
- OSH: Observatoire de la santé du Hainaut
- OSLux: Observatoire de la santé de la Province de Luxembourg
- PNNS: Plan National Nutrition Santé
- PSA: Prostate Specific Antigen
- RHM: Résumé Hospitalier Minimum
- RIS: Revenu d'Intégration Sociale
- RMN: Résonance Magnétique Nucléaire
- RRO: Rougeole-Rubéole-Oreillons
- SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise
- SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation
- SPF Économie: Service public fédéral Économie
- SPF Santé Publique: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
- SPMA: Standardized Procedure for Mortality Analysis
- SPPIS: Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale
- SWL: Société wallonne du Logement
- UCL: Université catholique de Louvain
- UE: Union européenne
- ULB: Université libre de Bruxelles
- Ulg: Université de Liège
- VADS: Voies aéro-digestives supérieures
- VIH: Virus de l'immunodéficience humaine
- WHO: World Health Organization – Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- WSE: Werk en Sociale Economie







En partenariat avec :



✉ Rue du Carmel, 1  
6900 MARLOIE

☎ 084/ 31 05 05

📠 084/ 31 18 38

✉ [obs.sante@province.luxembourg.be](mailto:obs.sante@province.luxembourg.be)

[www.province.luxembourg.be](http://www.province.luxembourg.be)

