



## Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise

# Maladies chroniques

### Table des matières

1. Introduction	1
2. Aperçu des maladies chroniques	2
3. Impact sur la vie quotidienne	2
4. Maladies de l'appareil locomoteur	4
5. Allergies	4
6. Maladies pulmonaires chroniques	5
7. Les affections cardiovasculaires	7
8. Migraine	10
9. Diabète	10
10. Les cancers	12
11. Maladies liées au tabac	16
12. Maladies liées à l'alcool	17
13. Obésité	20
14. Conclusion	21

### Colophon

► Auteurs > Sarah MISSINNE, Peter VERDUYCKT, David HERCOT ► Mise en page > Nathalie DA COSTA MAYA, CDCS asbl ► Pour plus d'information > Tél.: 02/552 01 89 > [observat@ccc.irisnet.be](mailto:observat@ccc.irisnet.be) > [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be) ► Citer cette publication > Missinne S., Verduyck P., Hercot D. *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise - Maladies chroniques*. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Commission communautaire commune. Bruxelles 2017 ► Dépôt légal > D/2017/9334/35 ► Deze Publicatie bestaat ook in het Nederlands

## 1. Introduction

Ce dossier donne un aperçu des maladies chroniques les plus fréquentes dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les maladies de longue durée peuvent fortement impacter la vie quotidienne, la qualité de vie générale et l'évolution d'autres affections (multimorbidité). Ce dossier étudie la morbidité, la mortalité et certains facteurs de risque des maladies chroniques les plus fréquentes. Certains thèmes sont abordés dans d'autres dossiers, comme la santé mentale, les accidents, les infections et l'invalidité. Les inégalités socio-économiques seront également traitées dans un autre dossier. Toutes ces publications et d'autres informations se trouvent sur le site [www.observatbru.be](http://www.observatbru.be).

Trois sources principales ont été utilisées pour réaliser ce dossier. L'Enquête de santé par interview belge, réalisée par l'Institut scientifique de la Santé publique (ISP) et dont la CCC est l'un des commanditaires est une source importante d'informations. Elle est réalisée tous les cinq ans depuis 1997 et fournit de nombreuses informations sur l'état de santé et certains facteurs déterminants de la santé de la population. Les Bulletins statistiques de décès sont la source principale d'information sur les décès. Pour cette publication, les données relatives aux décès de 1998 à 2013 sont disponibles. En ce qui concerne les informations sur le cancer, les données de la Fondation Registre du Cancer<sup>[1]</sup> sont indispensables.

1 <http://www.registreducancer.org/>

## 2. Aperçu des maladies chroniques

Environ un Bruxellois sur trois déclare être atteint d'une maladie de longue durée. Les trois affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes sont la lombalgie, l'hypercholestérolémie et les allergies<sup>[2]</sup>. En outre, au moins un homme sur huit est atteint d'hypertension artérielle. En plus de la lombalgie et des allergies, les femmes déclarent le plus souvent être atteintes d'arthrite ou d'arthrose (20 %). Les douleurs cervicales, l'hypercholestérolémie et les migraines touchent au moins une femme sur huit (tableau 1).

Tableau 1	Pourcentage des personnes porteuses de maladies chroniques (les plus fréquentes) au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Région de Bruxelles-Capitale, 2013	
	hommes (%)	femmes (%)
<b>Maladies de l'appareil locomoteur</b>		
Lombalgie	17,9	22,1
Arthrite ou arthrose	9,7	20,4
Douleurs cervicales	9,6	16,1
Ostéoporose	0,6	6,3
<b>Facteurs de risque cardiovasculaire</b>		
Hypertension artérielle	14,1	17,3
Hypercholestérolémie	16,8	15,8
<b>Maladies des voies respiratoires</b>		
Allergies	14,4	18,4
Asthme	5,8	5,6
<b>Autres maladies</b>		
Maux de tête graves comme la migraine	7,7	13,0
Fatigue de longue durée	7,6	10,2
Dépression	6,8	8,4
Diabète	6,1	5,7
Troubles de la thyroïde	1,8	10,3
Incontinence urinaire	3,0	5,2

Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

Pour la plupart de ces maladies chroniques, la grande majorité des Bruxellois a consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé. Presque tous les hommes et toutes les femmes souffrant d'ostéoporose, d'hypertension artérielle, de diabète et de troubles de la thyroïde ont eu recours à des professionnels de santé (plus de 90 %). Un peu moins d'hommes se sont fait soigner pour leur lombalgie, leurs

maux de tête graves et leurs allergies (62-71 %). Les femmes consultent le moins les professionnels de la santé en cas d'allergies, de maux de tête graves et d'incontinence urinaire, même si plus de la moitié des patientes demande de l'aide (61-64 %). Le suivi médical des autres maladies chroniques se situe entre ces valeurs.

Selon les données de l'Agence Intermutualiste (AIM), 7,4 % des bénéficiaires de la Région de Bruxelles-Capitale avaient un statut de malade chronique en 2014. Ce statut donne droit à des avantages comme le régime du tiers payant ou une réduction du ticket modérateur dans le cadre du maximum à facturer. Ce chiffre est inférieur à celui de la Flandre (9,1 %) et de la Wallonie (10,3 %). Seule une minorité des bénéficiaires bruxellois a reçu un forfait pour maladies chroniques au cours de l'année 2013. Il s'agit d'une intervention accordée lorsque le bénéficiaire a dépensé au moins 450 € de tickets modérateurs par an (365 € pour les bénéficiaires d'une intervention majorée). Le montant accordé varie selon la «situation de dépendance» spécifique dans laquelle la personne se trouve. En 2013, 1,2 % des Bruxellois affiliés était concerné, contre 1,7 % en Flandre et 1,8 % en Wallonie. Le chiffre inférieur de Bruxelles s'explique en partie par la structure d'âge plus jeune de la population bruxelloise. Plus généralement, le pourcentage de personnes ayant un statut de malade chronique ou ayant droit à un forfait pour maladie chronique est beaucoup moins élevé que la proportion des Bruxellois qui ont déclaré une maladie chronique via l'Enquête santé (un sur trois).

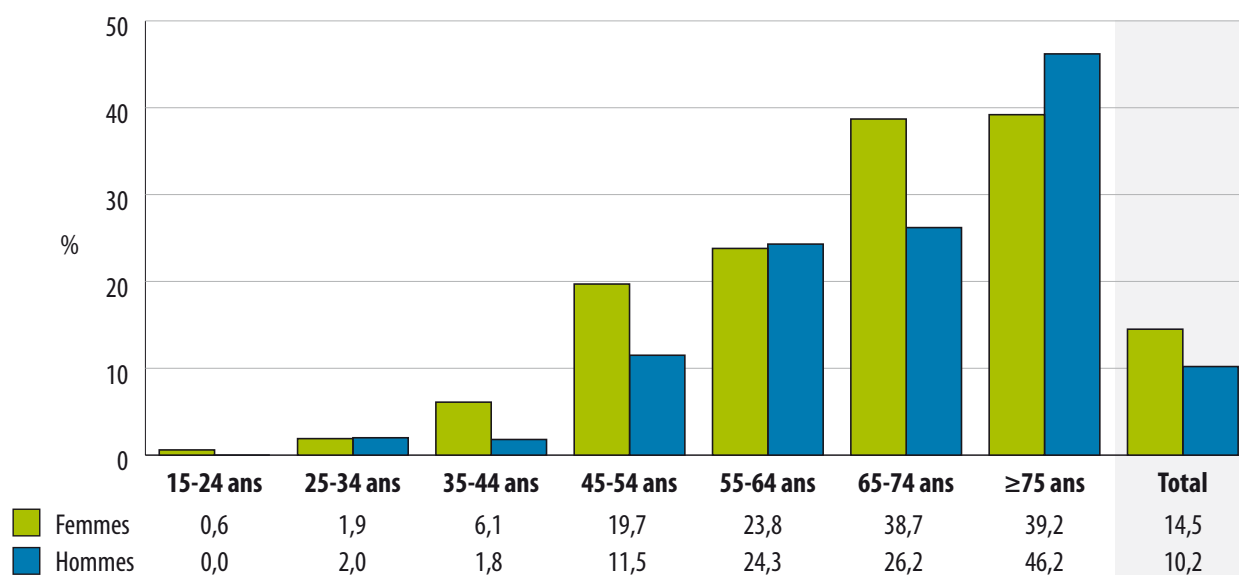
## 3. Impact sur la vie quotidienne

Deux tiers des Bruxellois atteints d'une maladie de longue durée rencontrent des **limitations dans la vie quotidienne et/ou doivent rester alités**. Il n'y a pas de différences importantes entre les hommes et les femmes. Les personnes âgées ayant une maladie de longue durée sont plus souvent limitées (65,9 % dans la tranche des 65-74 ans et 73,9 % dans celle des plus de 75 ans), mais 58,5 % des jeunes (15-24 ans) qui en souffrent rencontrent aussi des limitations systématiques (années 2008-2013 regroupées, non illustré).

Plus d'un Bruxellois sur dix déclare avoir plus d'une maladie chronique (12,4 %). La part de Bruxellois atteints de **multimorbidité**<sup>[3]</sup> augmente fortement avec l'âge et comprend plus de femmes que d'hommes, sauf chez les plus de 75 ans (figure 1). Les personnes atteintes de multimorbidité ont davantage de limitations dans leur vie quotidienne, sont exposées à un risque plus élevé de complications pendant leur

2 La notion d'allergie n'est pas spécifiée dans le questionnaire. Il peut donc s'agir d'affections très diverses, bénignes ou malignes, de la peau (eczéma), des voies respiratoires ou des voies digestives.

3 Pour l'Enquête santé, une multimorbidité est établie en la présence d'au moins deux des six affections chroniques suivantes : maladie cardiaque, maladie pulmonaire chronique, diabète, cancer, arthrite et/ou arthrose et hypertension.

**Figure 1** Pourcentage de la population (15 ans et plus) atteinte de multimorbidité, Région de Bruxelles-Capitale, 2013

Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

traitement et à un risque plus élevé de décès prématuré (Van der Heyden, 2014).

En 2013, parmi les plus de 65 ans en situation de multimorbidité, près de la moitié (47,8 %) fait état de limitations dans la vie quotidienne (par exemple, pour aller au lit et en sortir), tandis que 70,6 % rencontrent des limitations dans des activités ménagères (par exemple pour cuisiner). Les personnes du même âge sans multimorbidité connaissent des limitations semblables respectivement dans 17,8 % et 35,7 % des cas.

Les **absences au travail pour raisons de santé** sont de plus en plus fréquentes. En Belgique, il n'existe pas d'enregistrement national des absences au travail pour cause de maladie. L'INAMI enregistre uniquement les absences pour lesquelles une allocation est versée. Étant donné que le salaire garanti est à charge de l'employeur pendant une certaine période, les informations sur les absences n'étant pas de longue durée font défaut (Cuyckens & Flion, 2002). Nous pouvons néanmoins conclure de l'Enquête de santé que 38 % de la population active professionnellement (15-64 ans) a été absente au moins 1 jour l'année dernière pour des raisons de santé. Après correction pour l'âge, cette part est beaucoup plus importante chez les femmes (44,8 %) que chez les hommes (32,3 %) (Demarest, 2014). Il n'y a pas de différences selon les groupes d'âge en termes d'absences au travail. En ce qui concerne les absences de plus d'un an pour raisons de santé, nous renvoyons au chapitre sur l'invalidité<sup>[4]</sup>.

Toutes les maladies chroniques n'ont pas la même gravité ou ne causent pas de limitations de la même ampleur dans la vie quotidienne. Elles n'ont pas non plus toutes le même poids dans le secteur de la santé. Une autre manière de définir l'impact d'une maladie spécifique sur la vie quotidienne est précisément d'observer à quel point elle est «invalidante». Selon une étude récente, les **maladies les plus invalidantes** en Belgique sont, par ordre décroissant d'importance : les maladies de l'appareil locomoteur, dont les maux de dos et les douleurs cervicales ; les conséquences d'accidents ; la dépression ; le diabète ; la migraine et la bronchite chronique (Murray, 2015). Ce classement est différent du classement susmentionné des maladies chroniques les plus fréquentes. Par exemple, la bronchite chronique retient de façon importante sur la vie quotidienne des patients et de leurs proches et qui nécessitent beaucoup de soins. Cette affection touche toutefois «seulement» 3 % des femmes et 4 % des hommes.

4 <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-invaliditeit--invalidite.xml?lang=fr>

## 4. Maladies de l'appareil locomoteur

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 15,3 % de la population souffre d'**arthrite** ou d'**arthrose**. Ces deux affections sont analysées ensemble, car on part du principe que les personnes ne peuvent pas toujours faire correctement la distinction entre les deux. L'arthrite ou l'arthrose se manifeste plus souvent chez les femmes (20,4 %) que chez les hommes (9,7 %) et s'accroît graduellement avec l'âge. Tandis qu'elle affecte peu de personnes de moins de 45 ans, elle atteint 18 % des 45-54 ans, 29,1 % des 55-64 ans, 36,0 % des 65-74 ans pour ensuite gagner en ampleur et toucher plus de la moitié des plus de 75 ans (figure 2). Il n'y a pas eu d'augmentation ou de diminution significative des cas d'arthrite ou d'arthrose à Bruxelles entre 1997 et 2013.

Un Bruxellois sur cinq (20,1 %) déclare souffrir de **lombalgie** ou d'**une autre maladie chronique du dos**. Les femmes (22,1 %) sont davantage concernées que les hommes (17,9 %), et les maux de dos augmentent avec l'âge (figure 2). La lombalgie est l'une des causes principales d'absence au travail, d'invalidité précoce<sup>5</sup> et de perte d'emploi (Nielens et al., 2006). Des chiffres spécifiques n'ont pas été établis pour Bruxelles. Bien que ces données soient quelque peu

datées, il n'y a aucune raison de supposer que la situation ait profondément changé.

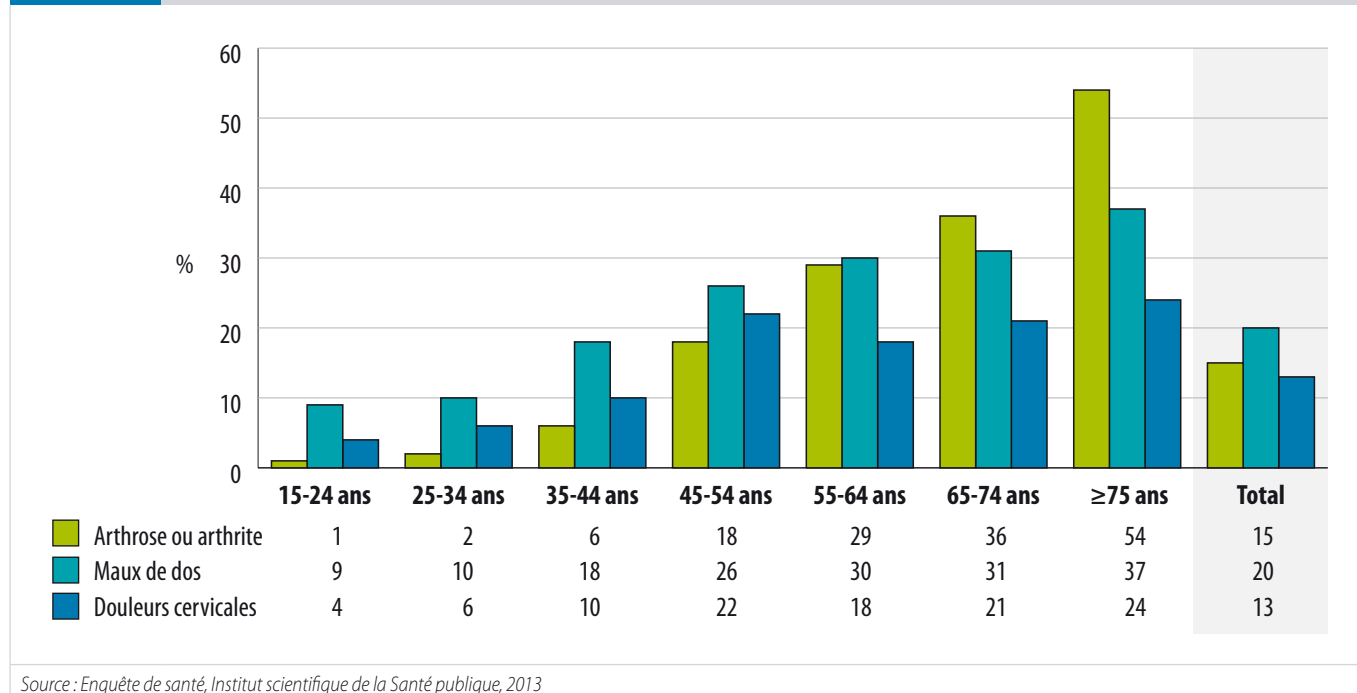
Les **douleurs cervicales** sont aussi signalées fréquemment, à savoir par 13,0 % des Bruxellois. À nouveau, elles surviennent plus souvent chez les femmes (16,1 %) que chez les hommes (9,6 %). Les personnes âgées déclarent souffrir davantage de douleurs cervicales que les jeunes, mais l'évolution n'est pas parfaitement graduelle (figure 2).

## 5. Allergies

L'année précédant le sondage de 2013, 16,5 % des Bruxellois ont déclaré être atteints d'une certaine forme d'allergie (écoulement nasal, conjonctivite, éruption cutanée, allergie alimentaire, etc. à l'exclusion de l'asthme allergique). Les femmes (18,4 %) sont un peu plus touchées que les hommes (14,4 %). Il n'y avait pas de différences importantes selon l'âge en 2013. La prévalence des allergies est restée assez stable entre 2001 et 2013 dans la Région de Bruxelles-Capitale (Van der Heyden, 2014).

Figure 2

Pourcentage de personnes souffrant d'arthrite ou d'arthrose, de maux de dos et de douleurs cervicales selon l'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2013



5 Voir aussi le chapitre sur l'invalidité, rédigé par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles : <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-invaliditeit--invalidite.xml?lang=fr>

## 6. Maladies pulmonaires chroniques

### MORBIDITÉ

En 2013, 3,5 % des Bruxellois déclarent être atteints d'une **maladie pulmonaire chronique** (bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique ou emphysème). Cette proportion est aussi importante parmi les femmes que parmi les hommes. Les maladies pulmonaires chroniques deviennent plus fréquentes avec l'âge. Elles touchent 2,6 % des moins de 65 ans et 8,1 % des plus de 65 ans. Depuis 2001, la prévalence diminue nettement dans la Région de Bruxelles-Capitale. Tandis que la part de personnes souffrant d'une maladie pulmonaire chronique était encore de 7,6 % en 2001, elle a baissé de moitié en 2013, atteignant 3,5 %.

En 2013, 5,7 % des Bruxellois déclarent souffrir d'**asthme**. La proportion d'asthmatiques ne diffère pas entre les hommes et les femmes et ne dépend pas de l'âge. Il n'y a pas non plus d'évolution significative de la proportion d'asthmatiques depuis le premier sondage en 2001.

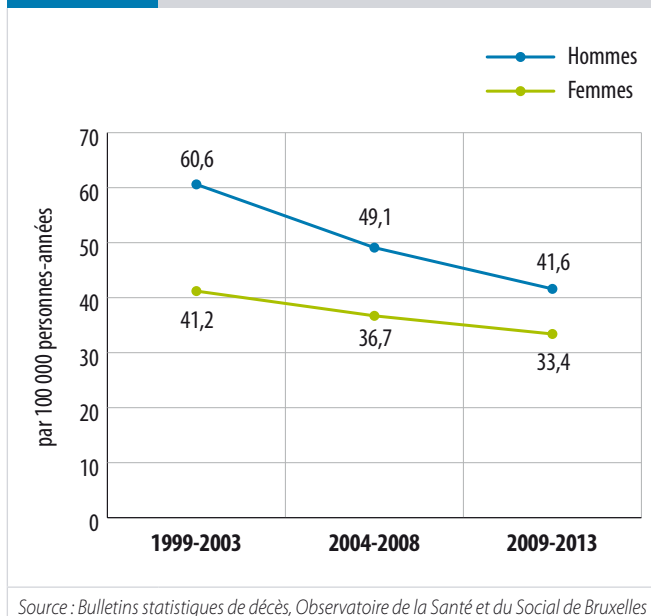
Le tabagisme est un facteur de risque important des maladies pulmonaires chroniques. Il sera abordé de manière plus détaillée dans la suite de ce document.

### MORTALITÉ

Le taux brut de mortalité a fortement baissé parmi les hommes entre 1999 et 2013. Tandis qu'on relevait encore 61 cas par 100 000 personnes-années entre 1999 et 2003, le chiffre est passé à 42 cas par 100 000 personnes-années entre 2009 et 2013. Par conséquent, la différence entre les hommes et les femmes s'est nettement réduite. Chez les femmes, on observe certes une diminution du risque de mortalité entre 1999 et 2013 (**figure 3**), mais cette tendance s'explique par le fait que la population bruxelloise s'est rajeunie, comme le montrent plus loin les chiffres standardisés (**figure 5**).

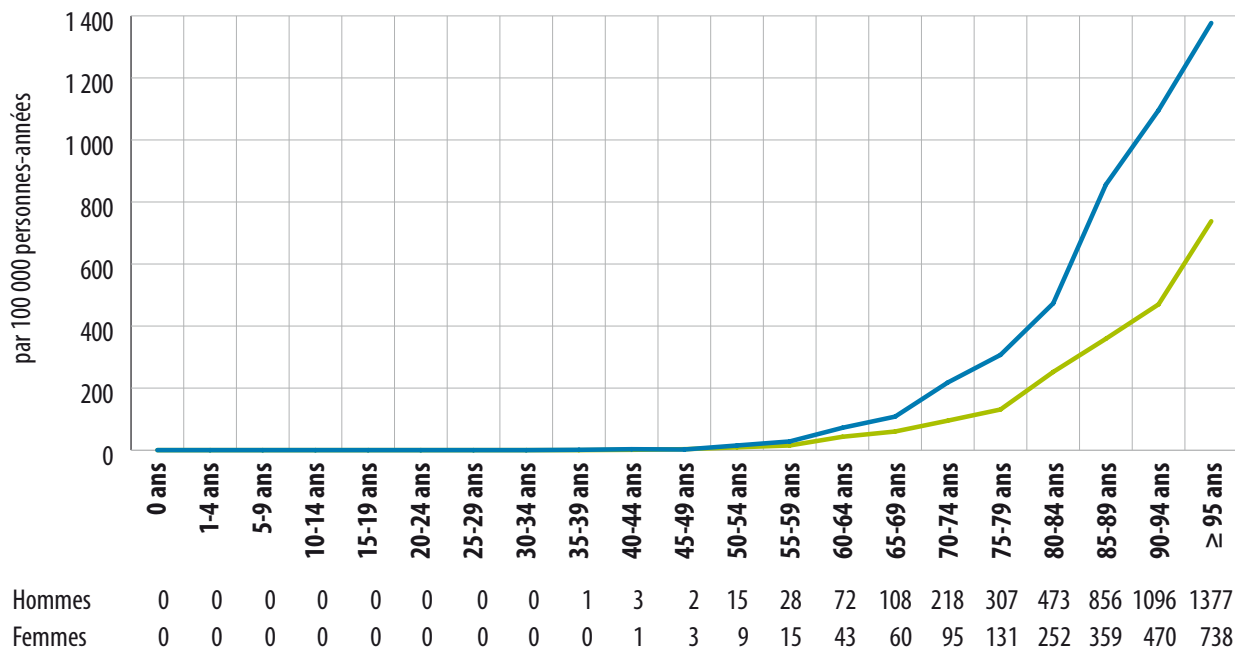
Figure 3

Taux brut de mortalité par maladies pulmonaires chroniques, par période et par sexe, Bruxelles, 1999-2013



La **figure 4** montre que le risque de décès consécutif à une maladie pulmonaire chronique dépend très fortement de l'âge. Avant l'âge de 50 ans, peu de personnes décèdent d'une maladie pulmonaire chronique. En ce qui concerne les hommes de 65 à 69 ans, plus de 100 décès consécutifs à une maladie pulmonaire chronique ont été relevés par 100 000 personnes-années. Ce chiffre augmente ensuite sensiblement pour passer à 473 décès parmi les 80-84 ans, 1 096 parmi les 90-94 ans et pas moins de 1 377 par 100 000 habitants dans le groupe d'âge le plus vieux. Le risque de mortalité par maladie pulmonaire chronique devient donc beaucoup plus élevé avec l'âge. Parmi les femmes, le taux brut de mortalité est nettement plus bas, mais suit une même tendance à la hausse en fonction de l'âge.

**Figure 4** Taux brut de mortalité par maladies pulmonaires chroniques, par âge et par sexe, Bruxelles, 2009-2013

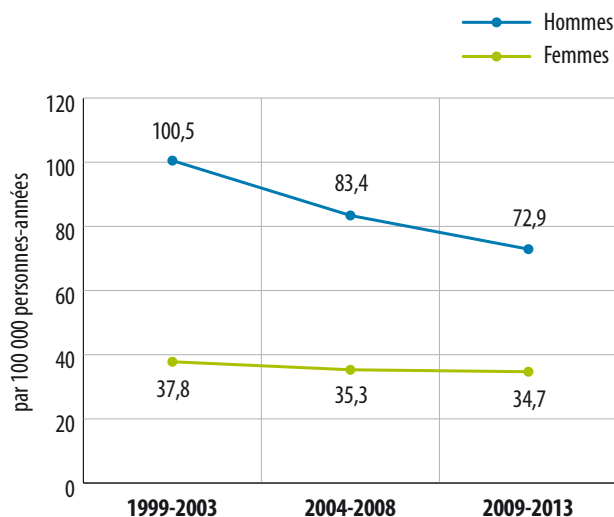


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Chez les hommes, le taux de mortalité standardisé était de 101 par 100 000 personnes-années dans la période 1999-2003, de 83 dans celle de 2004-2008 et de 73 dans celle de 2009-2013. La baisse de la mortalité par maladies pulmonaires chroniques chez les hommes entre 1999 et 2013 n'est donc pas due à un changement de la structure d'âge. Entre 1999 et 2013, le taux de mortalité standardisé par maladies pulmonaires chroniques chez les femmes était situé entre 38 et 35 par 100 000 personnes-années. Contrairement aux hommes, la baisse de la mortalité chez les femmes a pratiquement disparu une fois que la structure d'âge est prise en compte (figure 5).

L'asthme est rarement la cause spécifique du décès. Le taux de mortalité standardisé par **asthme** était de 5 par 100 000 personnes-années chez les hommes entre 1999 et 2003. Il a diminué pour atteindre 3 par 100 000 personnes-années entre 2009 et 2013. Le risque de mortalité par asthme est équivalent chez les hommes et les femmes.

**Figure 5** Taux de mortalité standardisé par maladies pulmonaires chroniques, par période et par sexe, Bruxelles, 1999-2013



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

## 7. Les affections cardiovasculaires

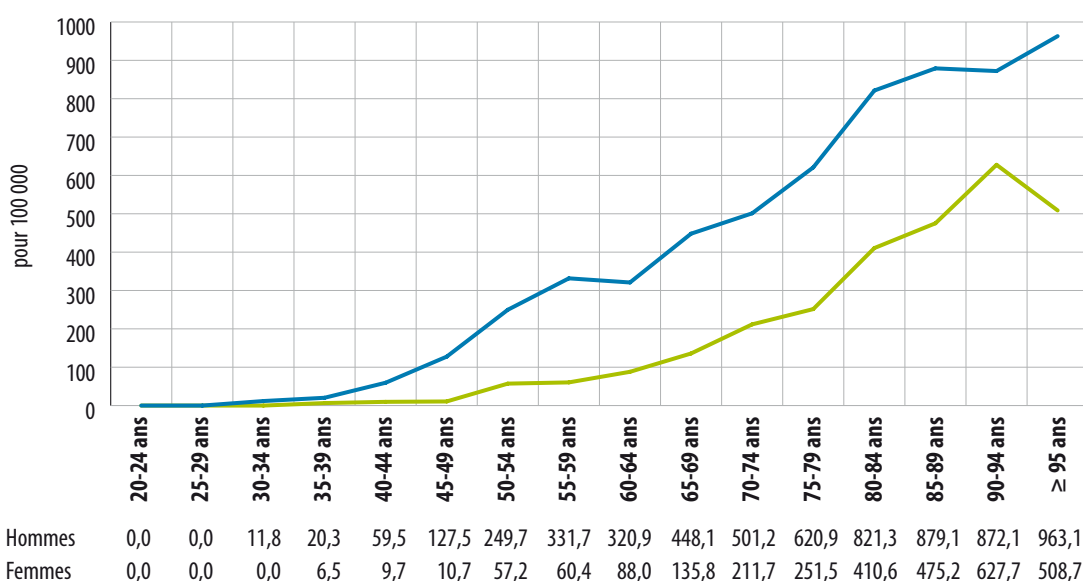
### MORBIDITÉ

Selon les Résumés Hospitalier Minimum (RHM) des hôpitaux, 1 078 séjours hospitaliers de Bruxellois pour **infarctus aigu du myocarde** ont été enregistrés (contre 1 158 en 2008).

Ces données hospitalières ne sont qu'une estimation de l'incidence des infarctus du myocarde. Elles ne prennent pas en compte les infarctus qui n'ont pas donné lieu à une admission à l'hôpital ou ont immédiatement entraîné le décès<sup>61</sup>. La **figure 6** montre que l'incidence augmente fortement avec l'âge et est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes, à tout âge.

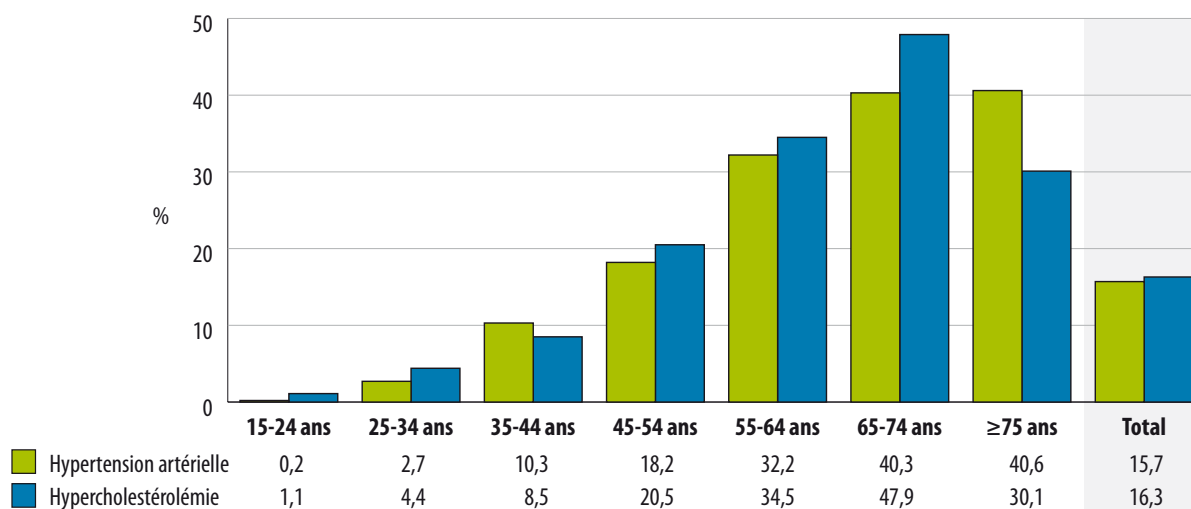
Comme pour les Résumés Hospitalier Minimum, les données de l'Enquête de santé sur les infarctus du myocarde sont imparfaites. Les informations sur les infarctus du myocarde

**Figure 6** Incidence de l'infarctus du myocarde (admission à l'hôpital) par âge et par sexe, Région de Bruxelles-Capitale, 2014



Source : SPF Santé publique, RHM ; Calculs de l'Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles

**Figure 7** Pourcentage des personnes atteintes d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie par âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2013



Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

61 Cela peut probablement expliquer en partie le fait qu'après l'âge de 70 ans, les taux de mortalité par maladies cardiaques ischémiques soient supérieurs aux taux d'incidence mesurés sur base des admissions à l'hôpital.

sévères (ou leurs conséquences) sont faussées si elles sont issues d'une enquête, étant donné que la plupart de ces cas décèdent et ne sont donc pas enregistrés via une enquête (Van der Heyden, 2013). L'Enquête de santé fournit néanmoins un bon aperçu des différents facteurs de risque de développement de maladies cardiovasculaires, à savoir l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie.

À Bruxelles, 15,7 % de la population souffre d'**hypertension artérielle**. Ce pourcentage est plus important chez les femmes (17,3 %) que chez les hommes (14,1 %). Le pourcentage augmente également en fonction de l'âge jusqu'à 74 ans (figure 7). La proportion de Bruxellois souffrant d'hypertension artérielle a augmenté de 4 % entre 1997 et 2013 passant de 11,7 % à 15,7 %.

En 2013, 16,3 % des Bruxellois déclarent avoir de l'**hypercholestérolémie**. Cette proportion est la même chez les femmes et chez les hommes. La proportion de personnes atteintes augmente avec l'âge jusqu'à 74 ans (figure 7). Il baisse ensuite dans la tranche des plus de 75 ans. Parmi les personnes atteintes d'hypercholestérolémie, 84,0 % sont suivies médicalement, 48,8 % suivent un régime et 61,8 % prennent des médicaments.

En plus de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, la consommation d'alcool, le tabagisme, de mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'exercice physique et l'obésité sont d'importants facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (Lim et al., 2013). Ces facteurs liés au mode de vie sont examinés en détail plus loin dans ce document.

## MORTALITÉ

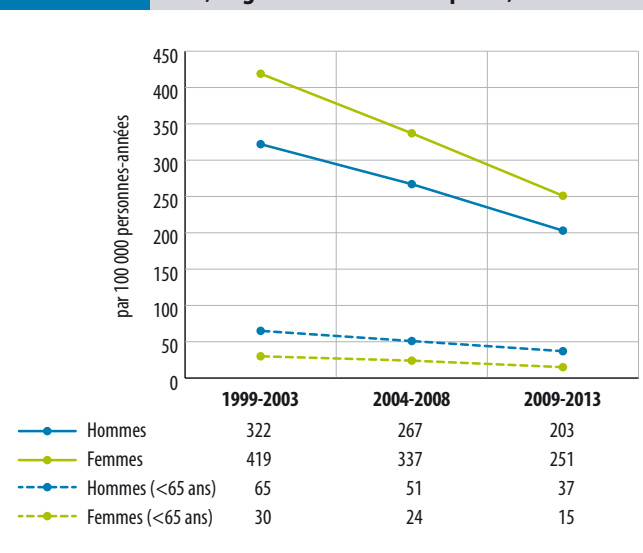
Les maladies cardiovasculaires sont la cause principale de décès dans la population bruxelloise<sup>[7]</sup>. En 2013, elles étaient à l'origine de 26 % des décès. Entre 1999 et 2013, le taux de mortalité a quasiment baissé de moitié (46 %, de 755 à 410 décès pour 100 000 personnes). La mortalité brute, totale et prématurée (avant 65 ans) présentées dans la figure 8, montrent que le risque de décès par maladies cardiovasculaires a baissé substantiellement chez les hommes et les femmes. La mortalité totale touche plus de femmes que d'hommes alors que la mortalité prématurée touche plus d'hommes que de femmes.

La baisse de ces causes de décès pendant la dernière période étudiée (2009-2013) est en partie la conséquence d'une modification de l'encodage de la cause du décès par les médecins sur les attestations de décès. Jusqu'en 2009, les morts naturelles pour lesquelles aucune cause spécifique ne pouvait être établie (environ 350 décès annuels pendant la période étudiée) étaient encodées en tant qu'arrêts cardiaques (ICD10 - code I46) et étaient donc repris dans le chapitre des maladies cardiovasculaires. À partir de 2010, elles

ont été enregistrées en tant qu'arrêts respiratoires (R092) et figuraient dès lors dans la catégorie ICD10 des «symptômes et pathologies décrits de manière incomplète».

Figure 8

Taux brut de mortalité (total et prématuré) par maladies cardiovasculaires, par période et par sexe, Région de Bruxelles-Capitale, 1999-2013



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

Les maladies cardiovasculaires sont fortement liées à l'âge. Le taux de mortalité brut total est plus élevé chez les femmes (figure 8) parce qu'elles sont beaucoup plus nombreuses que les hommes parmi la population bruxelloise âgée, en dépit des taux de mortalité plus bas chez les femmes dans toutes les catégories d'âge (figure 9). La différence entre les hommes et les femmes au niveau des taux bruts de mortalité est donc principalement liée à une structure d'âge différente pour la population bruxelloise féminine et masculine.

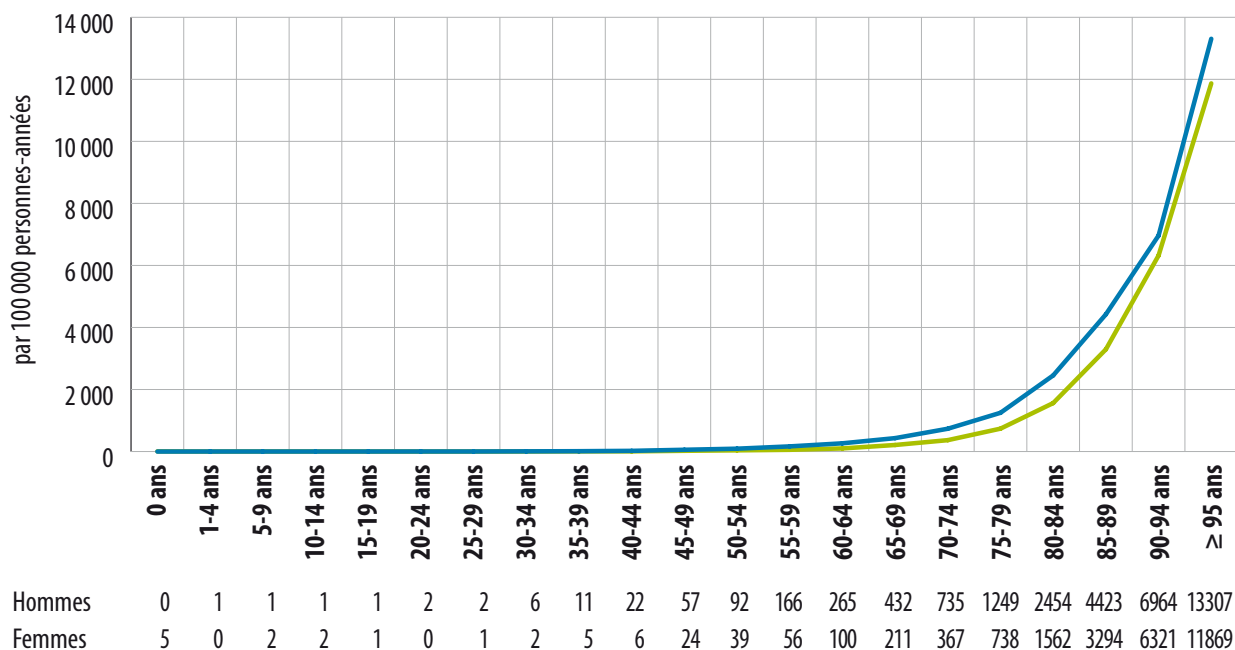
La diminution de la mortalité cardiovasculaire, qui s'est amorcée pendant le dernier quart du siècle dernier dans un grand nombre de pays industrialisés, repose en grande partie, mais pas seulement, sur une modification des habitudes de vie. On observe également une diminution de la létalité<sup>[8]</sup> de l'infarctus du myocarde, grâce à une amélioration de la prise en charge des cas aigus et de la prévention secondaire (Nieto, 1999 ; Buntinx et al., 2002).

8 Le taux de létalité est le nombre de décès dus à une maladie sur le nombre de personnes atteintes par cette maladie. Il s'agit d'un indicateur de gravité de la maladie ou du problème de santé.



Figure 9

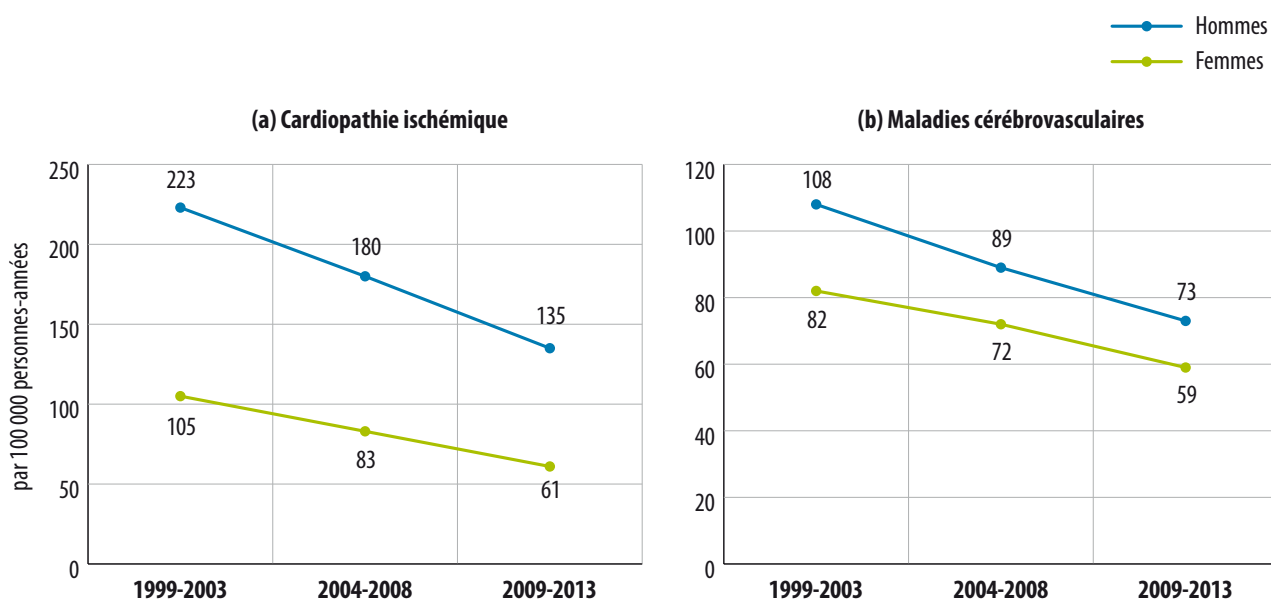
Taux de mortalité par maladies cardiovasculaires spécifique à l'âge, par sexe, Région de Bruxelles-Capitale, 2009-2013



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

Figure 10

Taux de mortalité standardisés pour la cardiopathie ischémique (a) et les maladies cérébrovasculaires (b), par âge et par période, Bruxelles, 1999-2013



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, référence de la population standard UE2013

Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires sont les deux causes principales de décès par maladies cardiovasculaires. Dans la figure 10, les taux de mortalité standardisés sont présentés pour les deux maladies. Le taux de mortalité standardisé sur l'âge est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La baisse entre 1999 et 2013

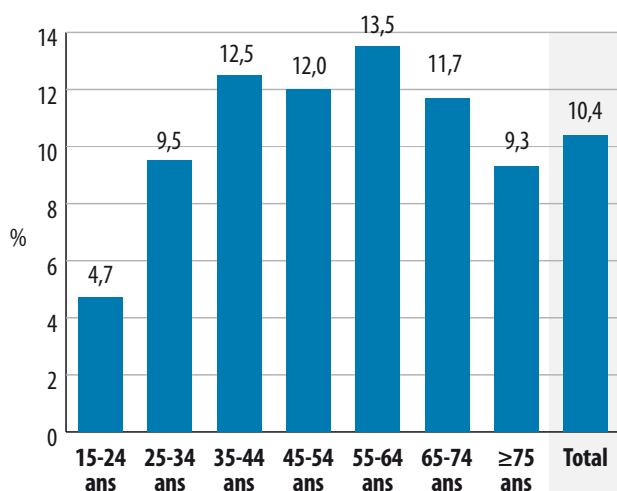
est visible pour les deux maladies, mais est la plus marquée pour la cardiopathie ischémique. L'arrêt cardiaque n'étant pas repris dans ces sous-catégories, il apparaît clairement que les diminutions sont peu liées à un changement d'encodage, même dans la dernière période.

## 8. Migraine

La migraine est considérée comme l'une des maladies «très invalidantes». En 2013, 10,4 % de la population bruxelloise de 15 ans et plus a déclaré avoir souffert de maux de tête graves comme la migraine dans les 12 mois qui ont précédé le sondage. Les femmes (13,0 %) sont plus souvent touchées que les hommes (7,7 %). La proportion de personnes souffrant de maux de tête graves diffère selon l'âge, mais pas de manière linéaire (figure 11). La migraine touche le plus souvent les Bruxellois entre 35 et 74 ans. Les jeunes (15-24 ans) sont nettement moins concernés (4,7 %). En 2013, la prévalence de la migraine diminue de 4 points de pourcentage par rapport à 1997 (14,8 %).

Figure 11

Pourcentage de personnes souffrant de migraine, Région de Bruxelles-Capitale, 2013



Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

## 9. Diabète

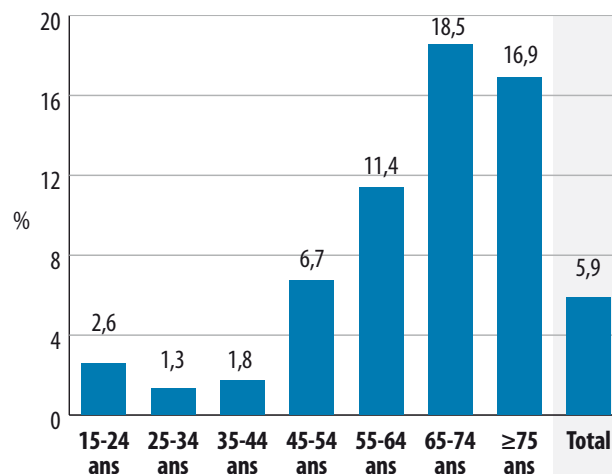
### MORBIDITÉ

En dehors de son impact sur la mortalité, le diabète est la cause de nombreux handicaps par ses complications microvasculaires dans différents organes (rétinopathies, néphropathies et neuropathies). Un certain nombre de personnes souffrent de diabète sans le savoir et la mortalité qui lui est attribuée est donc sous-estimée. Le diabète pendant la grossesse, peut causer de très graves complications chez la mère et l'enfant (OMS, 2016).

En 2013, 5,9 % des Bruxellois de plus de 15 ans déclarent être atteint de diabète. La proportion ne diffère pas selon le sexe, mais diffère fortement selon l'âge. Avant l'âge de 44 ans, il semble que très peu de personnes souffrent de diabète (moins de 2 %). Ensuite, le taux augmente graduellement pour atteindre 18,5 % chez les 65-74 ans, pour diminuer ensuite légèrement jusqu'à 16,9 % chez les plus de 75 ans (figure 12).

Figure 12

Pourcentage de personnes atteintes de diabète par âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2013



Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

Chez les Bruxellois de plus de 15 ans, la prévalence du diabète a connu une hausse marquée entre 1997 (3,3 %) et 2013 (5,9 %). Dans le groupe des plus de 65 ans, le taux est passé de 8,0 % à 17,7 %. Le diabète est souvent l'une des maladies dont souffrent les personnes en situation de multimorbidité.

Presque tous les patients bruxellois atteints de diabète bénéficient d'un suivi médical (97,7 %), 82,5 % suivent un régime et 89,4 % prennent des médicaments. Le plus souvent, ils prennent des médicaments par voie orale (80,1 %), en combinaison ou non avec des injections d'insuline (31,2 %). Si presque tous les diabétiques font l'objet d'un suivi médical, le diabète (surtout de type 2) n'est souvent pas diagnostiqué, et, dès lors, pas traité. Par conséquent, nous ne connaissons pas la «véritable» incidence du diabète. La proportion de diabètes non diagnostiqués pourrait être de 30 à 50 %, dans les pays riches. Un diagnostic précoce est cependant crucial pour pouvoir vivre au mieux avec le diabète et limiter les problèmes de santé autant que possible (OMS, 2016).

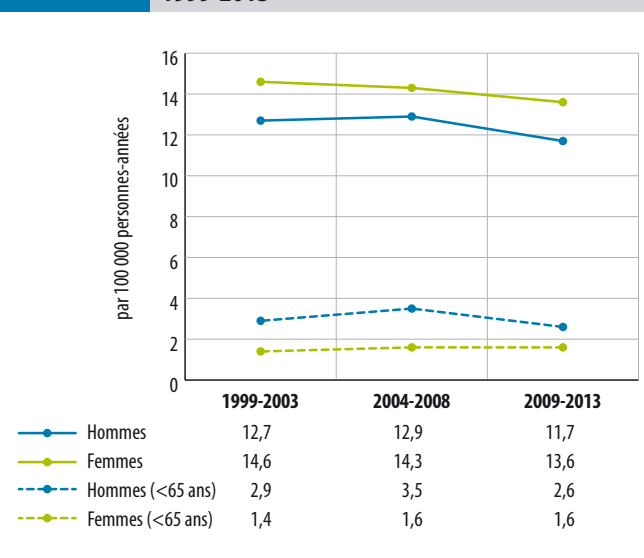
### MORTALITÉ

Le taux de mortalité du diabète (en cause principale) est 14 cas par 100 000 personnes-années parmi les femmes et 12 cas parmi les hommes pendant la période 2009-2013. Le diabète est considéré comme un problème de santé publique croissant. Les évolutions de la mortalité liée au diabète chez les hommes et les femmes, représentées dans la figure 13, ne confirment pas cette tendance de manière absolue : le risque de décès du diabète semble rester plus ou moins stable. Cela

vaut tant pour le taux brut de mortalité que pour le taux de mortalité standardisé (voir plus loin).

Figure 13

Taux brut total et prématuré de mortalité par diabète, par période, Région bruxelloise, 1999-2013

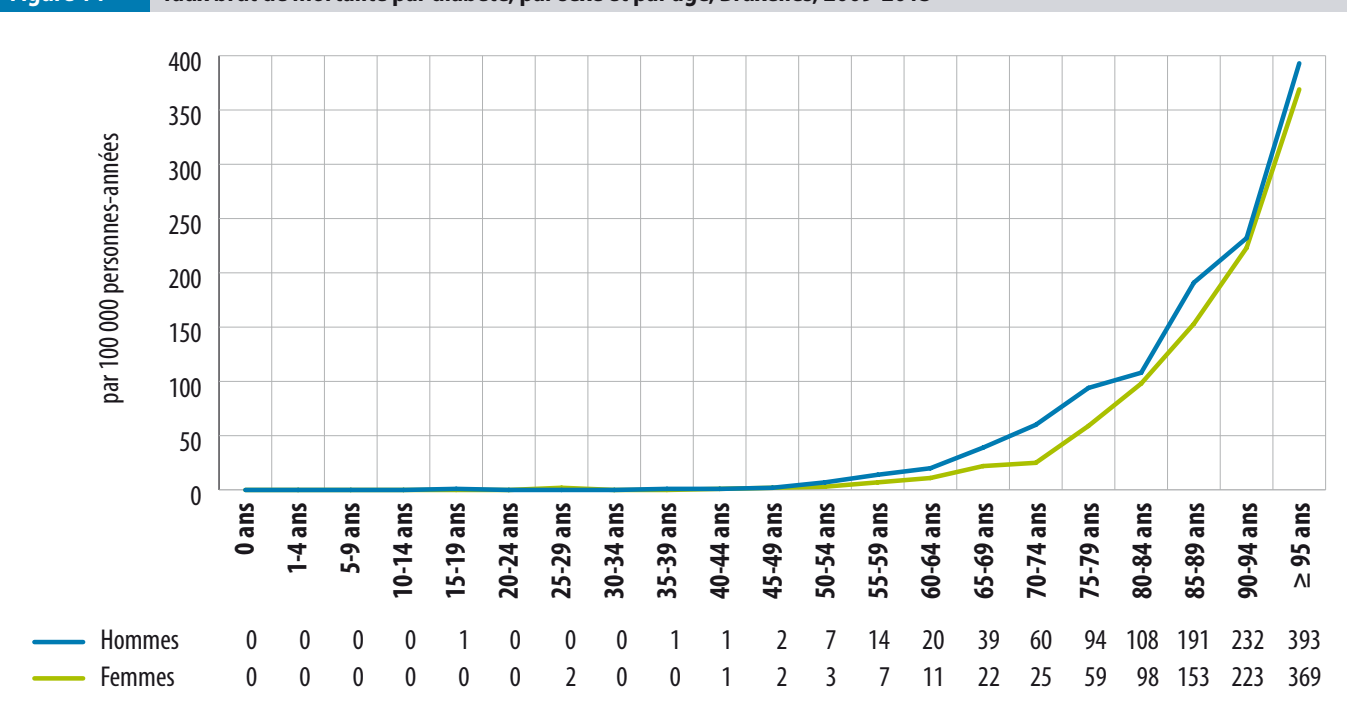


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

La figure 14 montre que le taux de mortalité par diabète est lié à l'âge. Avant l'âge de 50 ans, peu d'hommes et de femmes décèdent du diabète.

Figure 14

Taux brut de mortalité par diabète, par sexe et par âge, Bruxelles, 2009-2013

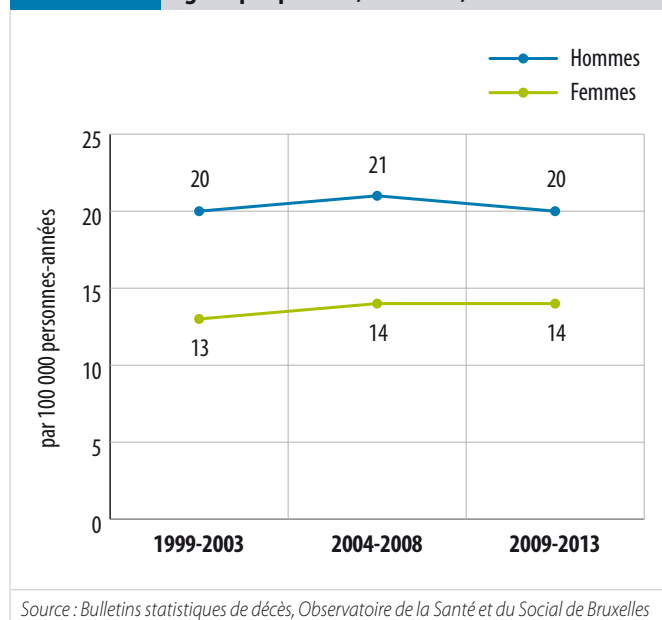


Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Le taux standardisé de mortalité confirme la tendance relativement stable entre 1999 et 2013 de décès dus au diabète, tant chez les hommes que chez les femmes (figure 15). Pendant la période entre 1999 et 2013, il s'élevait à environ 20 par 100 000 personnes-années parmi les hommes et à environ 14 parmi les femmes. Cette tendance stable pourrait être la conséquence, d'une part, d'une prévalence croissante du diabète et d'autre part, de l'amélioration des soins prodigués aux patients atteints de diabète et d'une plus grande sensibilisation de la population au dépistage et au traitement de la maladie, comme le révèle l'Enquête de santé (voir ci-dessus). De plus, il est possible que la mortalité liée au diabète soit ici sous-estimée, étant donné que les patients décèdent des conséquences du diabète, comme de maladies cardiovasculaires, lesquelles sont enregistrées comme cause principale du décès au lieu du diabète.

Figure 15

Taux standardisé de mortalité par diabète, par âge et par période, Bruxelles, 1999-2013



## 10. Les cancers

Les cancers sont maintenant la première cause de mortalité chez les hommes, avant les maladies cardiovasculaires qui jusqu'il y a peu étaient les plus fréquentes. Pour les femmes, par contre, les cancers constituent toujours la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires<sup>[9]</sup>. Entre 2004 et 2013, l'incidence du cancer a augmenté de 0,1 % par an chez les hommes et de 0,2 % par an chez les femmes en Région bruxelloise. L'augmentation plus rapide chez les femmes est liée à l'augmentation des décès par cancers liés au tabac.

Les personnes atteintes de cancer vivent plus longtemps qu'avant (Fondation Registre du Cancer, 2015). L'augmentation des chances de guérison ou de rémission a fait du cancer une maladie chronique. Le traitement et l'accompagnement des patients atteints de cancer ne reposent dès lors pas uniquement sur les épaules des services de santé, mais aussi sur les proches du (de l'ancien) patient et la société dans son ensemble, comme pour d'autres maladies chroniques.

La situation générale et les tendances pour Bruxelles sont décrites ci-dessous. Pour des informations plus détaillées sur les différents types de cancers, veuillez consulter la publication de la Fondation Registre du Cancer (2015), qui mentionne à chaque fois les chiffres pour la Région bruxelloise.

### INCIDENCE

En 2013, une tumeur maligne a été diagnostiquée chez 2 602 hommes bruxellois et chez 2 736 femmes bruxelloises. Ce qui représente respectivement 464 et 461 cas par 100 000 personnes-années. L'incidence est beaucoup plus basse à Bruxelles qu'en Flandre et qu'en Wallonie (665 et 633 par 100 000 personnes-années). Cela s'explique par une structure de la population bruxelloise plus jeune alors que les cancers surviennent plus fréquemment lorsque l'âge augmente : les jeunes de moins de 19 ans sont rarement touchés par le cancer, tandis que l'incidence est la plus importante dans les groupes d'âge les plus élevés. Après standardisation sur l'âge<sup>[10]</sup>, on obtient 333 cas par 100 000 personnes-années à Bruxelles, contre 333 cas en Flandre et 360 cas en Wallonie.

Les hommes bruxellois sont atteints le plus souvent du cancer de la prostate, du poumon, du côlon, de la tête et du cou et de la vessie (tableau 2). Il s'agit des mêmes types de cancers que pour le reste du pays. Chez les femmes bruxelloises, ce sont les cancers du sein, du côlon, du poumon, de la thyroïde et le mélanome qui sont le plus diagnostiqués. Soulignons que le cancer de la thyroïde est en quatrième position à Bruxelles. Dans l'ensemble du pays, il arrive «seulement» en dixième place chez les femmes. Cette incidence accrue du

9 Voir le dossier sur la mortalité, via <http://www.observatbru.be/documents/graphics/tableau-de-bord-sante-gezondheidsindicatoren/2017-tbs-mortalite-bruxelles.pdf>

10 Sur base de la population de référence mondiale

**Tableau 2** Tumeurs les plus fréquentes, par sexe, Région bruxelloise, 2014

Hommes					Femmes				
Code ICD-10	Localisation	Total	Incidence brute (100 000 personnes-années)	Incidence standardisée* (100 000 personnes-années)	Code ICD-10	Localisation	Total	Incidence brute (100 000 personnes-années)	Incidence standardisée* (100 000 personnes-années)
C61	Prostate	552	97,4	102,6	C50	Sein	959	160,7	148,2
C34	Poumon	391	69,0	72,8	C18-19	Côlon	236	39,5	29,2
C18-19	Côlon	228	40,2	39,4	C34	Poumon	224	37,5	33,4
C00-C14; C30-C32	Tête et cou	164	28,9	31,2	C73	Thyroïde	133	22,3	22,8
C67	Vessie	133	23,5	23,3	C43	Mélanome	118	19,8	17,1
C43	Mélanome	105	18,5	18,9	C54	Utérus	104	17,4	14,8
C82-C86	Lymphome non hodgkinien	100	17,6	17,7	C25	Pancréas	81	13,6	11,5
C20	Rectum	84	14,8	15,7	C56	Ovaire	75	12,6	10,8
C16	Estomac	83	14,6	15,0	C82-C86	Lymphome non hodgkinien	69	11,6	9,9
C25	Pancréas	70	12,4	12,9	C20	Rectum	60	10,1	7,8
Total sauf cancer de la peau non-mélanome		2 533	447,0	460,2	Total sauf cancer de la peau non-mélanome		2 677	448,5	396,4

\* Population de référence européenne, 2013  
Source : Fondation Registre du Cancer, 2014

cancer de la thyroïde à Bruxelles (et en Wallonie) est presque totalement due à une utilisation différente de méthodes d'imagerie diagnostiques très sensibles. Par conséquent, plus de tumeurs petites et très petites sont découvertes à Bruxelles (et en Wallonie) (Francart et al., 2012). Pour le reste, les autres types fréquents de cancers chez les femmes sont les mêmes à Bruxelles et dans l'ensemble de la Belgique.

## PRÉVALENCE

Tandis que l'incidence reflète le nombre de nouveaux cas de cancer par an, la prévalence renseigne le nombre de patients porteurs d'un cancer à un moment déterminé. Pendant la période entre 2009 et 2013, on a recensé à Bruxelles 7 199 hommes et 8 909 femmes atteints du cancer.

Après standardisation pour l'âge, il s'agit de 916 cas masculins par 100 000 personnes-années en Région bruxelloise ce qui est plus bas qu'en Flandre et qu'en Wallonie (1 015 et 1 032/100 000 personnes-années respectivement). En ce qui concerne les femmes, la prévalence est de 981 cas par 100 000 personnes-années en Région bruxelloise, 1 002 en Flandre et 1 068 en Wallonie (FRC, 2015).

## SURVIE

Le Registre du Cancer a pu faire une comparaison des chances de survie pendant les périodes 1999-2003 et 2009-2013. Elle ne concerne que la Flandre, étant donné que les cancers y sont enregistrés depuis 1999 (2004 pour le reste du pays). Toutefois,

la tendance devrait être très similaire à Bruxelles. Les patients atteints de cancer survivent aujourd'hui plus longtemps que par le passé. Ainsi, le taux de survie à 5 ans a augmenté de 5 % chez les hommes dans la période de 2009-2013 par rapport à celle de 1999-2003, et de 3 % chez les femmes. Cette tendance est la conséquence de l'amélioration des outils de diagnostic et du dépistage précoce des cancers grâce à des programmes de dépistage ciblés. Des progrès ont également été faits au niveau de divers traitements et des prises en charge plus spécifiques et personnalisées peuvent être proposées dans certains cas.

Au cours de la période 2009-2013, les chances moyennes de survie après 5 ans étaient de 56,6 % chez les hommes bruxellois. Ce résultat est semblable à celui pour les hommes en Wallonie (56,7 %), mais est légèrement inférieur à celui pour les hommes en Flandre (60 %). Chez les femmes, 68,5 % des (anciennes) patientes atteintes de cancer sont encore en vie après 5 ans. Cette proportion est quasiment identique à celles des femmes flamandes (68,9 %) et des femmes wallonnes (68,2 %).

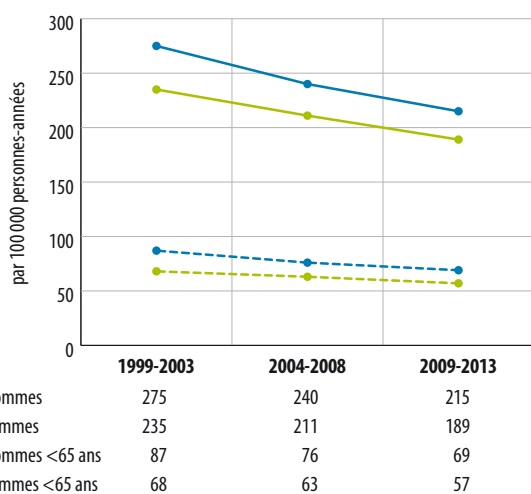
La réintégration d'anciens patients atteints de cancer dans la société et sur le lieu de travail est essentielle pour leur bien-être et leur qualité de vie. Compte tenu du nombre croissant de survivants du cancer, il est également important pour la sécurité sociale de faciliter leur réintégration sur le marché du travail (Mbengi et al., 2016).

## MORTALITÉ

À l'origine de 25 % des décès à Bruxelles en 2013, les tumeurs arrivent tout juste derrière les maladies cardiovasculaires. Chez les hommes, les tumeurs sont la première cause de mortalité dans la période 2009-2013. En ce qui concerne la mortalité prématurée, les cancers restent, avec une grande avance, la cause principale de décès, tant chez les hommes que chez les femmes. La [figure 16](#) montre néanmoins que les risques de mortalité par tumeurs malignes baissent continuellement, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 16

**Taux brut de mortalité total et prématurée par tumeurs malignes (sauf cancer de la peau non-mélanome)<sup>11</sup> par période et par sexe, Région bruxelloise, 1999-2013**



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

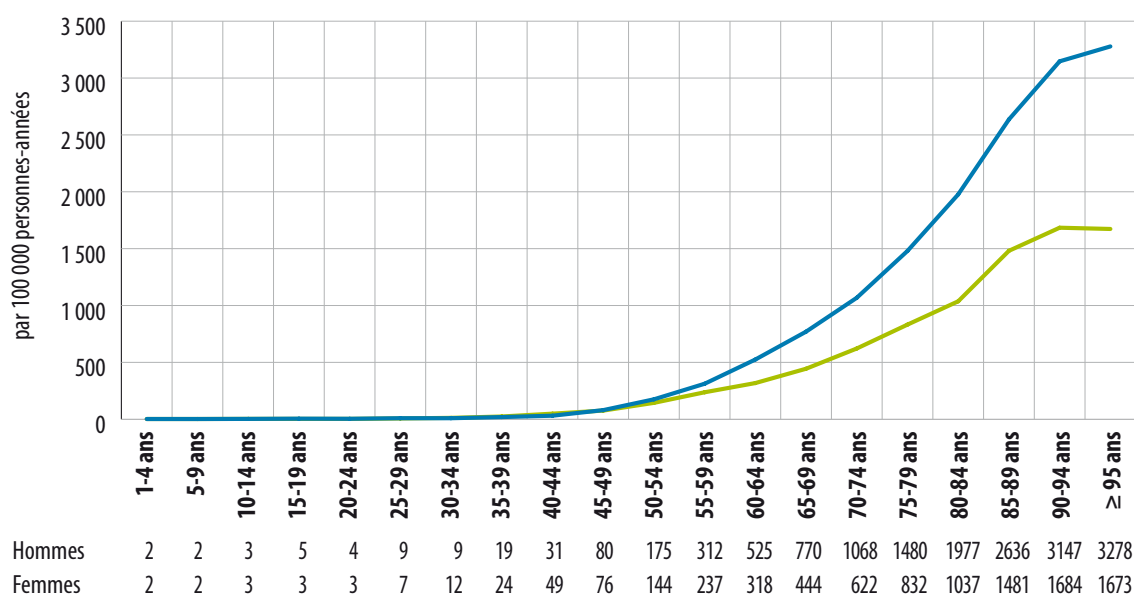
Le classement des cancers spécifiques dans le [tableau 3](#) montre que l'évolution et l'impact du cancer sur la mortalité sont en grande partie influencés par les cancers du poumon et de la prostate chez les hommes et par les cancers du sein et du poumon chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité a fortement baissé entre 1999 et 2013, tant pour le cancer du poumon que pour celui de la prostate. Concernant les femmes, la mortalité par cancer du sein a nettement diminué pendant cette période, mais cela n'est pas le cas pour le cancer du poumon. Cela s'explique en partie par l'évolution du comportement tabagique. Les hommes ont toujours fumé plus que les femmes. Le nombre de personnes qui commencent à fumer diminue dans les deux sexes, mais la baisse de la part de fumeurs s'est amorcée bien plus tôt chez les hommes que chez les femmes. Par conséquent, la baisse du nombre de fumeuses ne s'est pas encore traduite en une baisse de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes. Le tabac est également responsable d'autres pathologies dont l'impact sur la mortalité est discuté plus loin.

La [figure 17](#) présente les taux bruts de mortalité par groupe d'âge pour les tumeurs malignes. Avant l'âge de 40 ans, le taux de mortalité est de moins de 49 cas par 100 000 personnes-années chez les femmes et de 31 cas par 100 000 personnes-années chez les hommes. Après 40 ans, le taux de mortalité augmente graduellement avec l'âge. Jusqu'à l'âge de 44 ans, le taux de mortalité est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ensuite, la tendance s'inverse et les taux de mortalité des femmes sont à chaque fois la moitié de ceux des hommes.

11 Pour faciliter l'interprétation par rapport aux taux d'incidence, le classement des types de cancer du Registre du Cancer a été retenu au lieu du classement de Jouglu, qui est utilisé pour toutes les autres analyses de mortalité.

**Tableau 3** Taux brut de mortalité total et prématurée par cancers spécifiques, par période et par sexe, Région Bruxelloise, par 100 000 personnes-années

Femmes	1999-2003	2004-2008	2009-2013	Hommes	1999-2003	2004-2008	2009-2013
<b>Tumeurs malignes (sauf cancer de la peau non-mélanome)</b>	<b>234,8</b>	<b>210,8</b>	<b>188,6</b>	<b>Tumeurs malignes (sauf cancer de la peau non-mélanome)</b>	<b>274,6</b>	<b>239,6</b>	<b>214,9</b>
Cancer du sein	47,6	39,5	37,5	Cancer du poumon	81,1	70,1	60,8
Cancer du poumon	28,7	32,1	29,7	Cancer de la prostate	30,4	23,6	21,3
Cancer du côlon	25,6	21,4	18,4	Cancer du côlon	20,3	19,6	18,6
Cancer du pancréas	13,5	12,8	13,6	Cancer de la tête et du cou	13,6	11,7	10,2
Cancer des ovaires	12,1	10,2	9,2	Cancer du pancréas	11,7	12,9	11,6
Cancer de l'estomac	7,7	4,4	4,3	Cancer de la vessie	11,7	10,3	10,5
Cancer du foie et des voies biliaires	7,1	6,5	6,0	Cancer du foie et des voies biliaires	11,1	9,4	9,4
Lymphome non hodgkinien	7,0	6,2	5,8	Cancer de l'estomac	10,5	7,7	7,2
Cancer de la vessie	5,2	4,5	3,6	Cancer de l'œsophage	7,8	7,0	6,5
Cancer de l'œsophage	4,6	3,9	3,1	Lymphome non hodgkinien	7,0	6,1	6,3
Tumeurs du système nerveux central	4,3	4,1	3,7	Tumeurs du système nerveux central	6,5	5,0	5,4
Cancer du rectum	4,2	3,7	3,1	Cancer du rein	5,5	4,9	3,9
Cancer du rein	3,9	4,0	2,7	Cancer du rectum	4,3	4,6	4,2
Cancer de la tête et du cou	3,8	4,1	3,0	Mélanome de la peau	1,9	2,1	1,8
Cancer du col de l'utérus	3,5	3,0	3,2	Mésotéliome	1,7	1,0	1,0
Cancer de l'utérus	2,8	3,2	2,3	Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires	1,2	1,0	1,0
Mélanome de la peau	2,4	2,3	2,4	Cancer de la thyroïde	0,6	0,2	0,4
Cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires	2,2	1,7	1,6	Cancer du sein	0,4	0,4	0,4
Cancer de la thyroïde	0,6	0,8	0,6	Cancer du testicule	0,3	0,1	0,2
Mésotéliome	0,3	0,3	0,5	Autres tumeurs malignes	47,0	42,0	34,2
Autres tumeurs malignes	47,6	42,2	34,4				

**Figure 17** Taux brut de mortalité par tumeurs malignes spécifique à l'âge (sauf cancer de la peau non-mélanome), par sexe, Région Bruxelloise, 2009-2013

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

## 11. Maladies liées au tabac

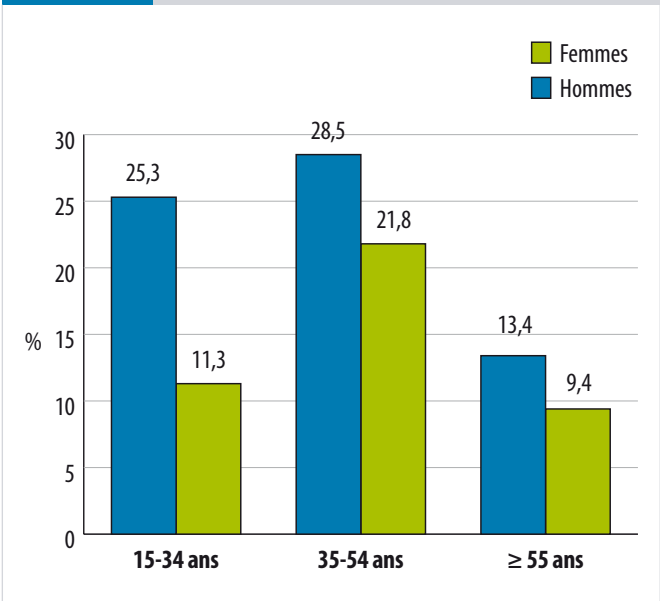
### CONSOMMATION DE TABAC

Le tabagisme et l'exposition passive au tabac entraînent ou augmentent le risque de maladies chroniques graves, dont de nombreux types de cancers (poumon, tête et cou, estomac, foie, pancréas, vessie, col de l'utérus, rein, côlon et leucémie), mais aussi des maladies pulmonaires chroniques comme la BPCO (maladie des fumeurs) et l'asthme, des maladies cardiovasculaires, des maladies oculaires, le diabète, des gingivites, des problèmes de fertilité et une détérioration générale de l'état de santé (Lim et al., 2013). Le tabagisme et le tabagisme passif sont dès lors une cause importante de mortalité prématurée et pèsent lourdement sur la sécurité sociale.

Un peu plus de 40 % des Bruxellois ont déjà fumé au cours de leur vie (à savoir au moins 100 cigarettes)<sup>[12]</sup>. Plus précisément, on dénombre 18,3 % de fumeurs quotidiens, 4,7 % de fumeurs occasionnels, 19,6 % d'anciens fumeurs et 57,5 % de personnes n'ayant jamais fumé. Nous allons nous concentrer sur les **fumeurs quotidiens**. Il s'agit plus souvent d'hommes (60 %) que de femmes (40 %). Vu sous un autre angle, nous constatons que 23,1 % des hommes bruxellois fument quotidiennement, contre 14,0 % des femmes bruxelloises. Il existe également des différences très marquées selon l'âge : parmi les jeunes adultes, 17,4 % sont des fumeurs quotidiens (15-34 ans), contre 25,3 % chez les 35-54 ans et «seulement» 11,2 % chez les plus de 55 ans. Les différences entre les hommes et les femmes par catégorie d'âge, ne s'observent entre hommes et femmes que parmi les jeunes adultes (15-34 ans) (figure 18).

Figure 18

Pourcentage de fumeurs quotidiens par âge et par sexe, Région bruxelloise, 2013



Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

En prenant en compte l'âge et le sexe, le nombre de fumeurs quotidiens diminue nettement au fil du temps, en Région bruxelloise comme dans l'ensemble de la Belgique. Tandis qu'un quart des Bruxellois fumait quotidiennement en 1997 (24,3 %), ce chiffre a baissé graduellement pour atteindre 16,2 % en 2013 (Gisle, 2014).

L'âge auquel on commence à fumer joue aussi un rôle important, car les personnes qui commencent tôt fumeront plus longtemps et davantage et risquent plus de développer une dépendance à la nicotine (Breslau & Peterson, 1996). Dans la Région bruxelloise, les fumeurs allument leur **première cigarette** en moyenne à l'âge de 17 ans et 4 mois et ils se mettent à **fumer régulièrement** en moyenne à l'âge de 19 ans et 11 mois<sup>[13]</sup>.

À l'avenir, l'utilisation de nouveaux produits du tabac, comme la cigarette électronique et le «Heatstick» devra être suivie de près, tout comme leurs effets sur la santé (VIGEZ, 2016).

12 Le tabagisme a fait l'objet d'une enquête de suivi écrite afin de limiter les réponses socialement souhaitables. Cependant, le questionnaire écrit ne reprend pas les informations de tous les participants à l'entretien en face à face de l'Enquête de santé. Les chiffres doivent donc être interprétés avec prudence.

13 Voir le rapport de l'ISP pour plus de détails (Gisle 2014)

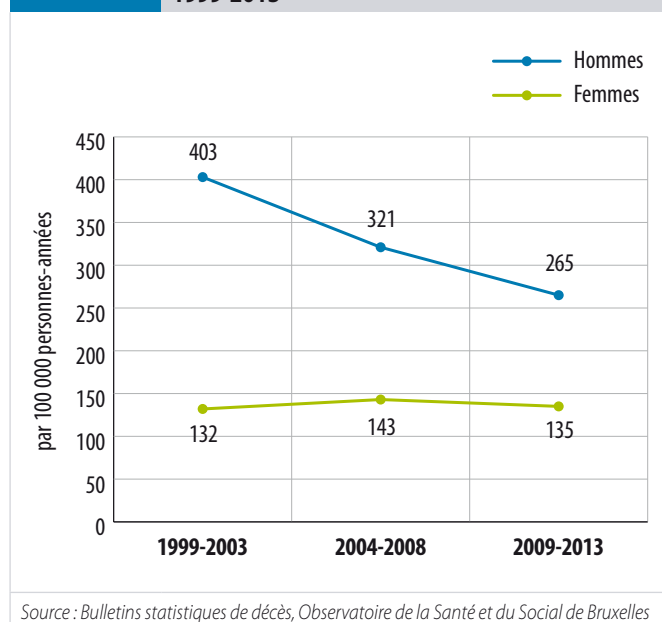


## MORTALITÉ

Entre 1999 et 2013, la mortalité due au tabagisme<sup>[14]</sup> a fortement baissé chez les hommes de 35 ans et plus, tandis qu'elle est restée stable chez les femmes. Cependant, le risque de décès est encore deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes au cours de la période 2009-2013 (figure 19).

Figure 19

**Mortalité brute due au tabagisme (méthode de Peto (1992)) chez la population de plus de 35 ans, par sexe et par période, Bruxelles, 1999-2013**



En raison de la baisse de la mortalité générale, la proportion de décès attribuable au tabagisme a augmenté chez les femmes, étant donné que cette mortalité ne suit pas la tendance généralement décroissante. Chez les femmes, la proportion est passée de 7,9 % des morts naturelles pendant la période 1999-2003 à 10,1 % pendant la période 2009-2013. Elle a diminué chez les hommes, passant de 26,4 % à 22,4 %.

## 12. Maladies liées à l'alcool

### CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation excessive d'alcool est un facteur de risque important pour de nombreuses maladies chroniques, entre autres les maladies chroniques du foie, des problèmes de santé mentale, des cancers ou encore des troubles neurologiques, digestifs ou cardiaques (Lim et al., 2013 ; OMS, 2014). Outre ces répercussions sur la santé, la consommation excessive d'alcool représente un important coût économique et social, tant pour le consommateur individuel que pour son environnement proche et la société (OMS 2014).

### CONSOMMATION RÉCENTE D'ALCOOL

Au total, 74 % des Bruxellois de plus de 15 ans ont bu de l'alcool au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête de 2013<sup>[15]</sup> (**consommation récente d'alcool**). Ce chiffre est nettement inférieur à celui observé en Flandre (84 %) et en Wallonie (80 %). Pas moins de 26 % des Bruxellois n'ont donc pas consommé d'alcool récemment. Bruxelles compte également la proportion la plus élevée d'abstinents à vie, à savoir 21 % de la population (contre 12 % en Flandre et 14 % en Wallonie). La consommation récente d'alcool ne diffère pas significativement entre les hommes et les femmes. La proportion de consommateurs récents d'alcool ne diffère pas non plus fortement selon l'âge chez les hommes. En revanche, les femmes de plus de 55 ans boivent beaucoup plus (79,6 %) que celles entre 15 et 34 ans (67,5 %) et celles entre 35 et 54 ans (70,8 %). La proportion des consommateurs d'alcool n'a pas évolué à Bruxelles entre 1997 et 2013.

14 Calculé selon la méthode de Peto (1992)

15 Tout comme dans le cas du tabagisme, il convient d'interpréter les chiffres avec prudence compte tenu de la participation limitée (et sélective) au questionnaire écrit de l'Enquête de santé.

## TYPOLOGIE DES CONSOMMATEURS D'ALCOOL

La sensibilité à l'alcool dépend fortement de la personnalité de chacun. En outre, certains groupes, comme les jeunes, sont plus susceptibles d'être concernés. Il n'est donc pas simple de définir la consommation et l'abus d'alcool. Cependant, une typologie est utile pour avoir une idée générale de la consommation d'alcool au sein de la population. Le **tableau 4** présente une typologie basée sur les recommandations de l'OMS (Com-Ruelle et al., 2005). Une distinction est faite entre les différents niveaux de risque en fonction de la consommation occasionnelle ou régulière et de la quantité d'alcool consommée. Outre les **abstinents** et les **consommateurs à faible risque**, deux profils sont reconnus :

**Les consommateurs à risque ponctuel** : le risque d'une consommation excessive d'alcool reste ponctuel si les quantités moyennes par semaine ne dépassent pas un certain

seuil. Être régulièrement ivre suffit toutefois pour être repris dans cette catégorie.

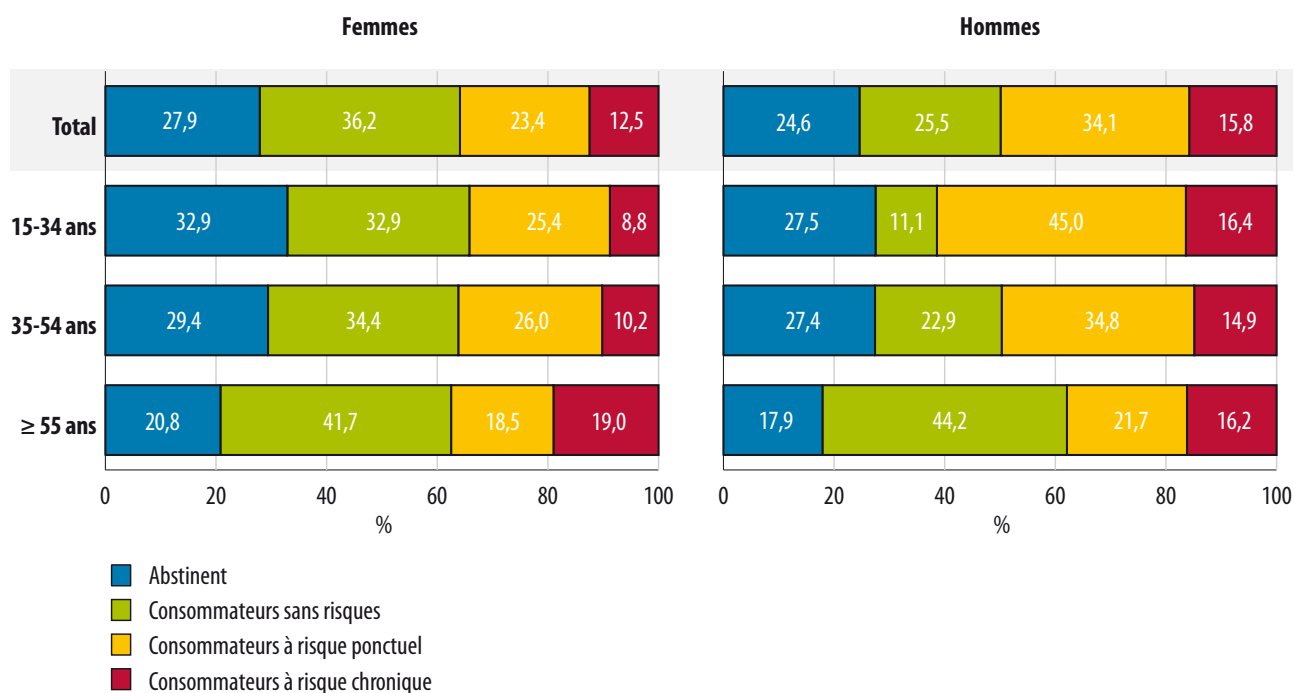
**Les consommateurs à risque chronique** : le risque devient chronique pour ceux qui boivent régulièrement de grandes quantités d'alcool ou sont régulièrement ivres.

La **figure 20** montre que la proportion d'abstinents et de consommateurs d'alcool à faible risque (27,9 et 34,6 %) est plus importante chez les femmes que chez les hommes (24,6 % et 25,5 %) dans la Région bruxelloise. Dans le groupe d'âge des 15-34 ans, la différence entre les hommes et les femmes est très marquée : alors que 32,4 % des femmes ont une consommation d'alcool à risque, plus de 60 % des hommes ont une consommation à risque.

**Tableau 4** Typologie des différents profils de consommateurs d'alcool

	Volume hebdomadaire		Consommation de 6 verres ou plus à chaque fois	Profil de consommateur
Hommes	0 verre	et	Jamais	Abstinence
Femmes	0 verre			
Hommes	< 22 verres	et	Jamais	Consommateurs à faible risque
Femmes	< 15 verres			
Hommes	< 22 verres	et	Moins d'une fois par semaine	Consommateurs à risque ponctuel
Femmes	< 15 verres			
Hommes	> 21 verres	ou	Au moins une fois par semaine	Consommateurs à risque chronique
Femmes	> 14 verres			

**Figure 20** Répartition des profils de consommateurs d'alcool par âge et par sexe, Bruxelles, 2013



## CONSOMMATION D'ALCOOL PROBLÉMATIQUE

Bien que les chiffres de l'Enquête santé doivent être interprétés avec prudence vu le peu de répondants à ces questions, ils donnent une première indication. Dans la Région bruxelloise, la dépendance à l'alcool est estimée à 16,3 % en 2013<sup>[16]</sup>. La proportion d'alcooliques est nettement plus élevée chez les 35-54 ans (22,6 %) que chez les plus jeunes ou plus vieux (environ 13 % dans les deux groupes).

## MORTALITÉ

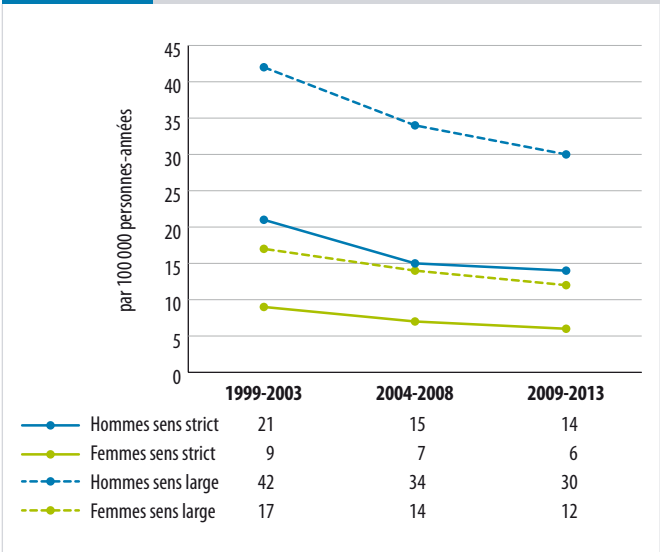
Un très grand nombre de causes de décès est lié directement ou indirectement à un abus d'alcool. Deux indicateurs sont présentés ci-dessous. Le premier renseigne la mortalité où la cause sous-jacente du décès est explicitement liée à la consommation d'alcool<sup>[17]</sup> de la personne décédée (alcool au sens strict), tandis que le deuxième (alcool au sens large) tient également compte des cancers de la lèvre, cavité buccale, pharynx (C00-C14), l'œsophage (C15) et du larynx (C32). Des études ont démontré que ces causes de décès étaient souvent liées à l'alcool.

Les deux indicateurs peuvent être considérés comme une estimation du minimum et du maximum de l'impact de l'alcool sur la mortalité (cause initiale). La **figure 21** présente l'évolution du taux brut total de mortalité par sexe pour les deux indicateurs et la **figure 22** présente la mortalité prématurée.

Au cours de la période 2009-2013, il apparaît que l'alcool, en particulier avant 65 ans, reste l'une des causes importantes de décès. Néanmoins, l'évolution au cours des trois périodes étudiées montre que le risque de décéder (y compris de manière prématurée) suite à la consommation d'alcool s'est fortement réduit.

Figure 21

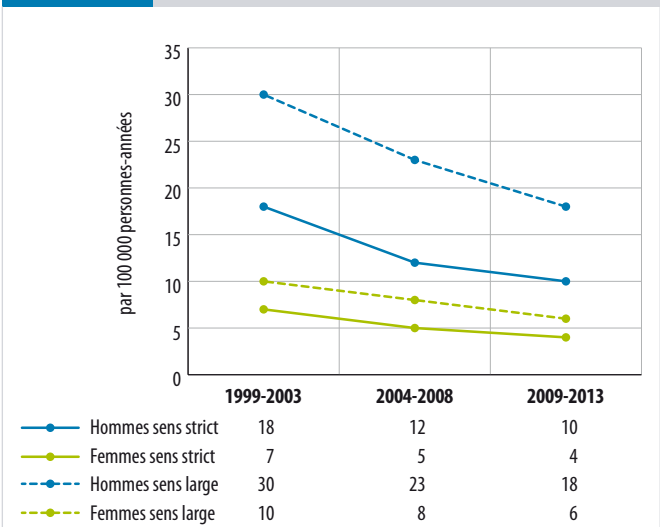
Taux brut de mortalité liée à l'alcool (au sens strict et au sens large), par sexe et par période, Région bruxelloise, 1999-2013



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

Figure 22

Taux brut de mortalité prématurée liée à l'alcool (au sens strict et au sens large) (< 65 ans), par âge et par période, Région bruxelloise, 1999-2013



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

16 Le risque est mesuré sur base du questionnaire «CAGE» dans l'Enquête santé. Il vise à détecter une addiction à l'alcool sur base de quatre questions. Si les répondants répondent positivement à au moins deux des questions suivantes, il y a lieu de soupçonner une dépendance à l'alcool : Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous déjà senti(e) irrité(e) par des critiques à propos de votre consommation d'alcool ? Vous êtes-vous déjà senti(e) coupable en ce qui concerne votre consommation d'alcool ? Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme (ou vous remettre d'une gueule de bois) ?

17 Maladie hépatique alcoolique (K70), troubles psychiques et troubles du comportement entraînés par la consommation d'alcool (F10), pancréatite chronique causée par l'alcool (K86.0), intoxication involontaire à cause d'une exposition à l'alcool (X45), auto-intoxication volontaire par l'alcool (X65), intoxication à cause d'une exposition à l'alcool – intention non déterminée (Y15), dégénérescence du système nerveux causée par la consommation d'alcool (G31.2), syndromes épileptiques spéciaux (dont des crises d'épilepsie causées par l'alcool, mais aussi d'autres types...) (G40.5), polynévrite alcoolique (G62.1), cardiomyopathie alcoolique (I42.6), gastrite alcoolique (K29.2)

## 13. Obésité

Des habitudes alimentaires et des activités physiques saines sont importantes pour limiter le risque d'obésité et des maladies qui y sont associées, comme les maladies cardiovasculaires, les accidents cérébro-vasculaires et différents types de cancers (Lim et al., 2013). Outre les conséquences négatives pour la santé, l'obésité peut avoir des conséquences sociales importantes (estime de soi, accès aux soins et à l'emploi,...) et a des répercussions économiques considérables au niveau des soins de santé et de la société (Müller-Riemenschneider et al., 2008). Nous abordons ci-dessous les habitudes alimentaires et d'activité physique des Bruxellois, ainsi que le surpoids et l'obésité.

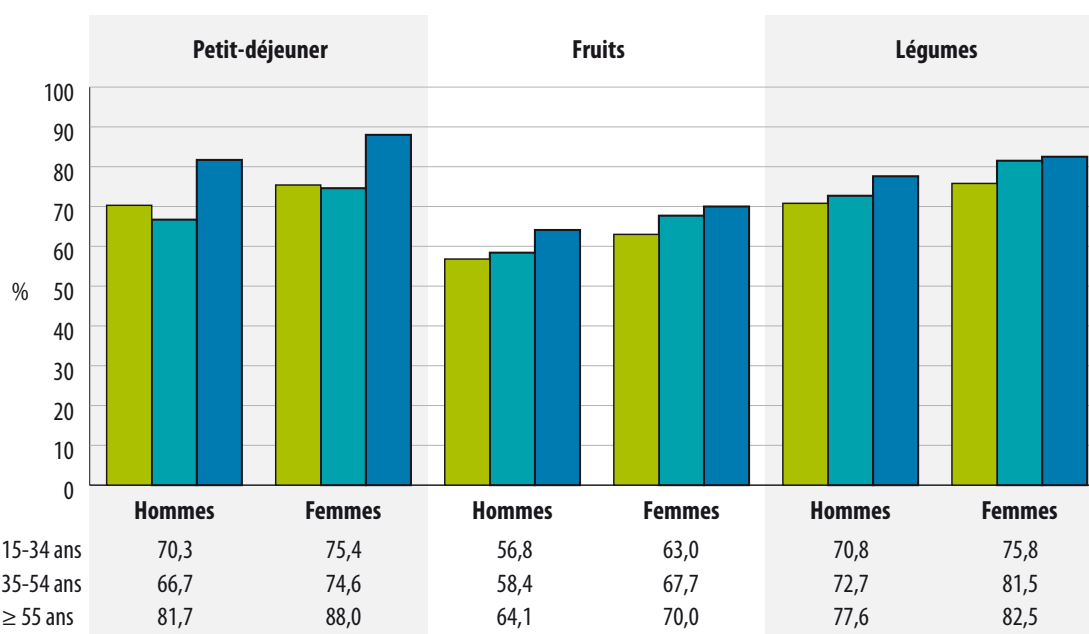
### HABITUDES ALIMENTAIRES ET ACTIVITÉS PHYSIQUES SAINES

En 2013, trois quarts des Bruxellois prennent un petit-déjeuner tous les jours. Cette proportion est plus importante chez les femmes (78,3 %) que chez les hommes (71,5 %). 62,4 % d'entre eux mangent des fruits quotidiennement. Les femmes obtiennent, ici aussi, un meilleur résultat (70,0 %) que les hommes (58,7 %). Trois quarts des Bruxellois mangent des légumes quotidiennement et les femmes à nouveau plus souvent (79,0 %) que les hommes (72,7 %).

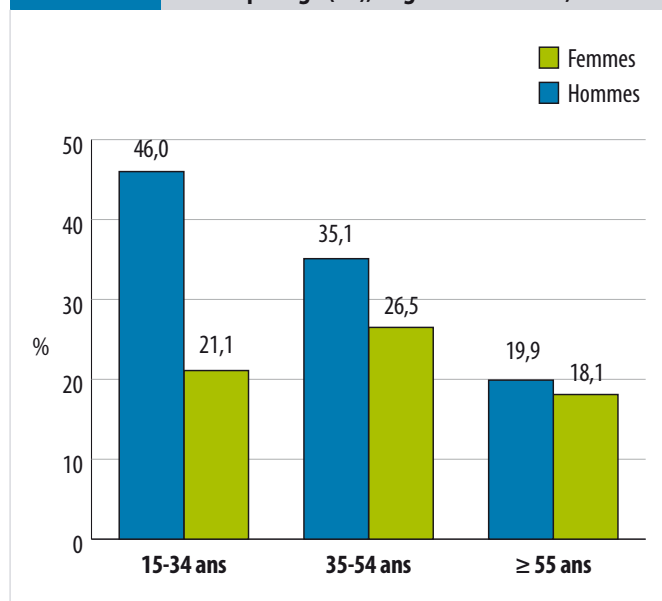
La figure 23 montre les habitudes alimentaires des Bruxellois par sexe et par âge. Les habitudes de petit-déjeuner diffèrent considérablement selon l'âge. Tant chez les hommes que chez les femmes, il apparaît clairement que les plus de 55 ans prennent plus souvent un petit-déjeuner quotidien (81,7 % des hommes et 88 % des femmes). En revanche, la consommation de fruits ne varie pas fortement en fonction de l'âge. Il en va de même pour les légumes. La proportion de personnes prenant un petit-déjeuner quotidien n'a pas changé depuis le premier sondage en 2001.

Avoir une activité physique suffisante est également important. En 2013, un peu plus d'un quart des Bruxellois de plus de 15 ans (28 %) fait suffisamment d'exercice physique pour que cela ait un effet positif sur sa santé<sup>[18]</sup>. À ce niveau, les hommes enregistrent un meilleur résultat (34,1 %) que les femmes (21,8 %). La différence entre les hommes et les femmes est la plus marquée dans la catégorie d'âge la plus jeune (15-34 ans). Chez les hommes, l'activité physique diminue fortement avec l'âge, tandis que ces différences d'âge ne sont pas importantes chez les femmes (figure 24). Il n'y a pas d'évolution dans la proportion de la population ayant une activité physique suffisante entre 1997 et 2013.

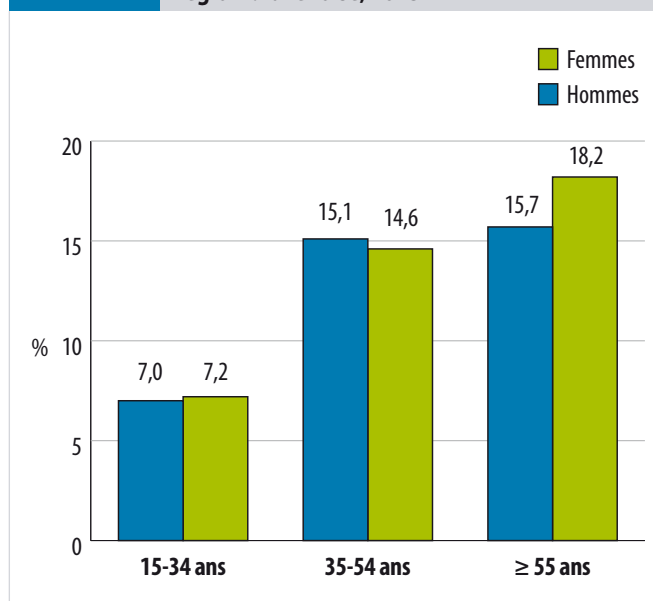
**Figure 23** Habitudes alimentaires saines par sexe et par âge (%), Région bruxelloise, 2013



Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

**Figure 24** Répartition de l'activité physique suffisante par sexe et par âge (%), Région bruxelloise, 2013

Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

**Figure 25** Prévalence de l'obésité par sexe et par âge (%), Région bruxelloise, 2013

Source : Enquête de santé, Institut scientifique de la Santé publique, 2013

## MORBIDITÉ

Une personne est considérée en surpoids si son indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25. Les personnes souffrant d'obésité ont un IMC supérieur à 30. En 2013, environ un Bruxellois sur huit (12,9 %) est obèse. À ce niveau, la Région affiche des résultats semblables à ceux du reste du pays. La proportion de personnes souffrant d'obésité est plus importante dans les groupes d'âge plus âgés : chez les femmes de plus de 55 ans, 18,2 % souffrent d'obésité, contre 14,6 % des 35-54 ans ; chez les hommes, il n'y a pas de différence entre les plus de 55 ans et les 35-54 ans tandis que la proportion est environ de 7 % parmi les 15 à 34 ans des deux sexes (figure 25). La proportion de personnes souffrant d'obésité a augmenté de 3,7 points de pourcentage depuis 1997, année où 9,2 % de la population souffrait d'obésité.

## 14. Conclusion

Dans le monde entier, les maladies chroniques sont devenues les principales causes de morbidité et de mortalité (Paulus et al., 2012). En Belgique également, les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies du système respiratoire sont les premières causes de décès<sup>19</sup>, tant chez les hommes que chez les femmes. Étant donné qu'une maladie chronique partage souvent un ou plusieurs facteurs de risque avec d'autres maladies, plusieurs affections coexistent de plus en plus souvent (multimorbidité).

<sup>19</sup> Voir dossier mortalité de L'Observatoire de la Santé et du Social, 2016 <http://www.observatbru.be/documents/publications/2016-mortaliteit-mortalite.xml?lang=fr>

## Références

- Buntinx F., Devroey D., Van Casteren V. The incidence of stroke and transient ischaemic attacks is falling: a report from the Belgian sentinel stations. *Br J Gen Pract*, 52 (483): 813-817, 2002
- Breslau, N., & Peterson, E. L. (1996). Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *American journal of public health*, 86(2), 214-220.
- Com-Ruelle L., Dourgnon PK, Jusot F., Latil E., Lengagne P. Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Question d'économie de la santé* [97], 1-8, 2005
- Cuyckens K. en I. Flion, (2002), Statistisch jaarrapport arbeidsverzuim, HR-studies SD Worx, Antwerpen: SD uitgeverij, 116 p [http://www.steunpuntwerk.be/system/files/overwerk\\_2002\\_3\\_11.pdf](http://www.steunpuntwerk.be/system/files/overwerk_2002_3_11.pdf)
- Demarest S. Arrêt de travail pour cause de problèmes personnels de santé. Dans: Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- Francart J., Van Den Bruel A., Decallonne B., et al. Regionale verschillen in de incidentie van schildklierkanker in België : rol van de diagnostische en therapeutische aanpak van schildklierpathologie. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 177As.
- Gisle L. La consommation de tabac. Dans: Gisle L, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... & Aryee, M. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
- Mbengi, R., et al. (2016). Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Systematic reviews* 5.1: 35.
- Müller-Riemenschneider, Falk, et al. «Health-economic burden of obesity in Europe.» *European journal of epidemiology* 23.8 (2008): 499.
- Murray, C.J.L., Barber, R.M., Foreman, et al., 2015. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet* 386, 2145–2191.
- Nielens H, Van Zundert J, Mairiaux P, et al. Chronische lage rugpijn. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 48 A
- Nieto FJ. Cardiovascular disease and risk factor epidemiology: a look back at the epidemic of the 20th century. *American Journal of Public Health* 89 (3), 292-294, 1999.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014). Global status report on alcohol and health.
- Organisation Mondiale de la Santé (2016). Global report on diabetes. WHO: Geneva
- Paulus D., Van den Heede K., Mertens R. Position paper: organisatie van zorg voor chronische zieken in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2012. KCE reports 190As
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from vital statistics. *The Lancet* 1992; 339 :1268-7
- Stichting Kanker Register, 2015. Cancer burden in Belgium 2004-2013, Brussels 2015
- Van der Heyden J. Maladies chroniques. Dans: Van der Heyden J, Charafeddine R (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- VIGEZ, 2016 <http://www.vigez.be/nieuws/laatste-ontwikkelingen-tabak-december2016>