

HEALTH STATUS REPORT 2019

L'ÉTAT DE SANTÉ EN BELGIQUE



QUI NOUS SOMMES

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.

Sciensano

Epidémiologie et santé publique
Style de vie et maladies chroniques

Février 2019 • Bruxelles • Belgique
Numéro de dépôt : D/2019/14.440/3
DOI 10.25608/a42z-ah78

AUTEURS

FRANÇOISE RENARD • BRECHT DEVLEESSCHAUWER

•

COLLABORATEURS

**LAURA ALBERT
SARAH BEL
ISABELLE MOYERSOEN
JEAN TAFFOREAU**

COMMANDITAIRES

Ce rapport a été réalisé à la demande de la Ministre Fédérale de la Santé Publique.

Soutien financier : Institut National de l'Assurance Maladie et Invalidité (INAMI).

REMERCIEMENTS

Nous remercions les personnes suivantes pour leur relecture attentive ou leurs conseils avisés : Rana Charafeddine, Karin De Ridder, Sabine Drieskens, Lydia Gisle, Johan Van der Heyden, et Stefanie Vandevijvere. Nous remercions Tadek Krzywania pour le support administratif.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	7
1. INTRODUCTION	9
1.1. CONTEXTE	9
1.2. CONTENU, MISSION, OBJECTIFS	9
1.3. PRÉSENTATION	9
1.4. MÉTHODES	10
1.5. PERSPECTIVES	10
2. ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE	11
2.1. ESPÉRANCE DE VIE	11
2.2. ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ	12
2.3. LA SANTÉ PERÇUE	13
2.4. QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ	15
3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS	16
3.1. MORTALITÉ TOUTES CAUSES	16
3.1.1. MORTALITÉ GÉNÉRALE (TOUS ÂGES CONFONDUS)	16
3.1.2. MORTALITÉ PRÉMATURÉE (AVANT 75 ANS)	16
3.1.3. MORTALITÉ INFANTILE	19
3.2. CAUSES DE DÉCÈS	20
3.2.1. CAUSES DE DÉCÈS POUR LA MORTALITÉ GÉNÉRALE (TOUS ÂGES)	20
3.2.2. CAUSES DE DÉCÈS PRÉMATURÉS (AVANT 75 ANS)	21

4. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	24
4.1. VUE D'ENSEMBLE	24
4.2. SANTÉ MENTALE	25
4.3. CANCER	26
4.4. DIABÈTE	27
5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ	29
5.1. CONSOMMATION DE TABAC	29
5.2. CONSOMMATION D'ALCOOL	30
5.3. EXCÈS DE POIDS ET OBESITÉ	32
5.4. HABITUDES ALIMENTAIRES	34
5.5. ACTIVITÉ PHYSIQUE	35
6. INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DE SANTÉ	36
6.1. INÉGALITÉS EN ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE	36
6.2. INÉGALITÉS EN MORTALITÉ	39
6.3. INÉGALITÉS DEVANT LA MALADIE	40
6.4. INÉGALITÉS DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	41
RÉFÉRENCES	43

RÉSUMÉ

Etat de santé plutôt bon, mais avec des points d'attention. Peut mieux faire. Les résultats globaux cachent d'importantes disparités (aussi bien régionales que socio-économiques).

- Près de 80% des Belges qualifient leur santé de bonne à très bonne. La Belgique se classe mieux que la moyenne de l'UE-15 en matière de santé perçue.
- L'espérance de vie en Belgique est plus élevée que jamais (81,4 ans) et n'a cessé de s'améliorer au cours des dernières décennies. La mortalité générale diminue ainsi que la mortalité prématurée (avant 75 ans).
- Pourtant, la Belgique se classe assez mal quant à l'espérance de vie et la mortalité prématurée par rapport aux pays de l'UE-15. Il serait utile d'en explorer les causes.
- On observe des différences régionales importantes pour presque tous les indicateurs étudiés, la santé étant en général meilleure en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie.
- Les maladies de l'appareil circulatoire et les cancers représentent plus de la moitié des décès.
- Les principales causes de décès avant 75 ans sont le suicide, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques chez les hommes. Chez les femmes, ce sont les cancers du sein et du poumon et le suicide.
- La mortalité par infarctus a considérablement diminué. En ce qui concerne la mortalité par cancer du poumon, celle-ci diminue chez les hommes mais elle augmente chez les femmes.
- Plus d'un adulte sur 4 déclare souffrir d'un problème de santé chronique ; il s'agit le plus souvent de douleurs au bas du dos, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, d'allergies et d'arthrose.
- La détérioration récente des indicateurs relatifs à la santé mentale est un point d'attention.
- Le nombre de fumeurs quotidiens a diminué ces dernières années. La lutte antitabac doit toutefois rester une priorité, en particulier chez les jeunes, les femmes et les personnes les moins instruites.
- La consommation moyenne d'alcool est élevée, et en particulier le comportement « d'hyper-alcoolisation » est préoccupant, surtout chez les jeunes hommes.
- L'obésité continue à augmenter en Belgique, mais elle reste légèrement inférieure à la moyenne de l'UE-15.
- Le régime alimentaire belge est caractérisé par une consommation trop basse de fruits, de légumes, de noix et de graines, de lait, d'œufs et de poisson. Inversement, on observe une consommation excessive de viande rouge, de viandes transformées et de boissons sucrées.
- Le niveau d'activité physique est trop faible : à peine un adulte sur trois atteint un niveau d'activité suffisant pour avoir un effet bénéfique pour la santé.
- D'importantes inégalités socio-économiques en matière de santé sont observées et, pour certains indicateurs, elles ont même tendance à s'aggraver au cours du temps.

1. INTRODUCTION

1.1. CONTEXTE

Les pays européens se sont engagés, par la signature de la charte de Tallinn en 2008, à améliorer leurs systèmes de santé, notamment grâce à une mesure transparente de leur performance. Le projet « Health System Performance Assessment (HSPA) » belge, aussi appelé projet « Performance » a vu le jour en 2010, et s'appuie sur un tableau de bord d'indicateurs, qui donne un panorama de la situation et fait fonction de signal d'alerte. En 2016, la Ministre fédérale de la Santé Publique a demandé un rapport complémentaire à celui du projet Performance, portant sur l'état de santé de la population : le « Health Status Report (HSR) ». En informant sur les besoins en matière de soins de santé et d'état de santé, chacun de ces deux rapports se veut un outil d'aide à la décision, à l'établissement de priorités et d'objectifs.

Le projet HSR a été confié à Sciensano, l'Institut belge de Santé, qui en a réalisé cette première édition de septembre 2017 à janvier 2019.

1.2. CONTENU, MISSION, OBJECTIFS

Le HSR vise à apporter une vue globale de la santé de la population en Belgique et de ses tendances importantes.

- Il s'adresse d'abord à ceux qui participent à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique, décideurs, acteurs de terrain, experts.
- Il s'agit d'un tableau de bord d'indicateurs-clés, en nombre limité (une trentaine dans cette première édition).
- Son principal objectif est diagnostique (fonction de « signal d'alarme ») :
 - Par des analyses comparatives avec d'autres pays européens, par l'analyse des évolutions, en confrontant les résultats à des valeurs de référence (actuellement encore implicites, et plus tard définies par des objectifs de santé), il met en évidence des « déficits de santé », ou au contraire de bons résultats.
 - De plus, en désagrégeant les données par sexe, âge, niveau géographique ou socio-économique, il vise à éclairer des besoins de santé plus spécifiques à certaines zones ou certains groupes de population.
- Ce rapport vise à être un outil d'aide à la décision : les besoins de santé mis en évidence devraient permettre d'initier une réflexion sur les priorités et les actions à mettre en œuvre.
- Le champ du HSR couvre l'espérance de vie et la qualité de vie, la mortalité, la fréquence des maladies et les déterminants de santé. L'accent est mis également sur les inégalités sociales. L'analyse du système de soins de santé, des ressources de santé et la consommation de soins ne font pas partie du HSR, mais font l'objet du rapport « Performance ».

1.3. PRÉSENTATION

Le HSR est disponible sous forme :

- D'un site web, auquel on accède par un portail commun au HSPA et au HSR : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/>. Ceci permettra la mise à jour régulière des indicateurs

au fur et à mesure de leur disponibilité.

- D'un rapport PDF téléchargeable ; ce dernier sera également rédigé tous les 3 ans, afin de réaliser une photographie de l'état de santé à un moment donné.

1.4. MÉTHODES

L'approche suivie pour la construction du tableau de bord a été la suivante.

Sélection d'une série d'indicateurs plutôt que viser l'exhaustivité. Plusieurs raisons à cela :

- Équilibre nécessaire entre la quantité d'information et sa maniabilité (temps, main d'œuvre pour traiter, mettre à jour et interpréter l'information afin qu'elle soit utilisable par les décideurs). Si un problème est mis en évidence, des analyses complémentaires dépassant le cadre du HSR seront généralement nécessaires.
 - Limites de disponibilité/qualité des données.
 - Limites de temps pour cette première vague. Certains sujets n'ont pu être abordés dans cette édition, et le seront au cours des éditions suivantes, par exemple les maladies transmissibles.
- Choix des indicateurs de santé inspiré des tableaux de bords classiques au niveau sous-national (régions, provinces) et international [1,2] .
- Utilisation de plusieurs sources de données pour alimenter ce rapport, en particulier les statistiques vitales et les causes de décès (Statbel), les recensements couplés à la mortalité (Statbel), les enquêtes de santé par interviews (Sciensano), l'enquête de consommation alimentaire (Sciensano), les bases de données administratives (IMA), les données de registres (registre du cancer).
- Les comparaisons internationales ont été réalisées par rapport aux pays de l'ancienne « Union Européenne des 15 » (UE-15) qui sont plus proches de la situation économique de la Belgique que les nouveaux pays de l'UE. Il en résulte que nos conclusions sont parfois plus sévères que celles que l'on peut lire dans les rapports de l'UE ou de l'OCDE.
- Réalisation d'analyses complémentaires par l'équipe du HSR, en particulier l'analyse des inégalités en espérance de vie, en espérance de santé, et en mortalité.

1.5. PERSPECTIVES

- Pour faire suite à cette première édition, le projet HSR fait actuellement l'objet d'une prolongation. Idéalement, ce projet devrait s'inscrire dans une perspective de monitoring (suivi régulier), c'est-à-dire devenir un projet récurrent.
- Un objectif à moyen terme du HSR serait alors de suivre les progrès de l'état de santé, et en particulier dans les sujets où des objectifs spécifiques seront définis.
- Les valeurs des indicateurs seront régulièrement mises à jour sur le site web quand de nouvelles données seront disponibles.
- Le champ couvert par le HSR pourra être étendu lors des vagues suivantes, et notamment en ce qui concerne les maladies et déterminants de santé.

Explorez le Health Status Report via www.belgiqueenbonnesante.be

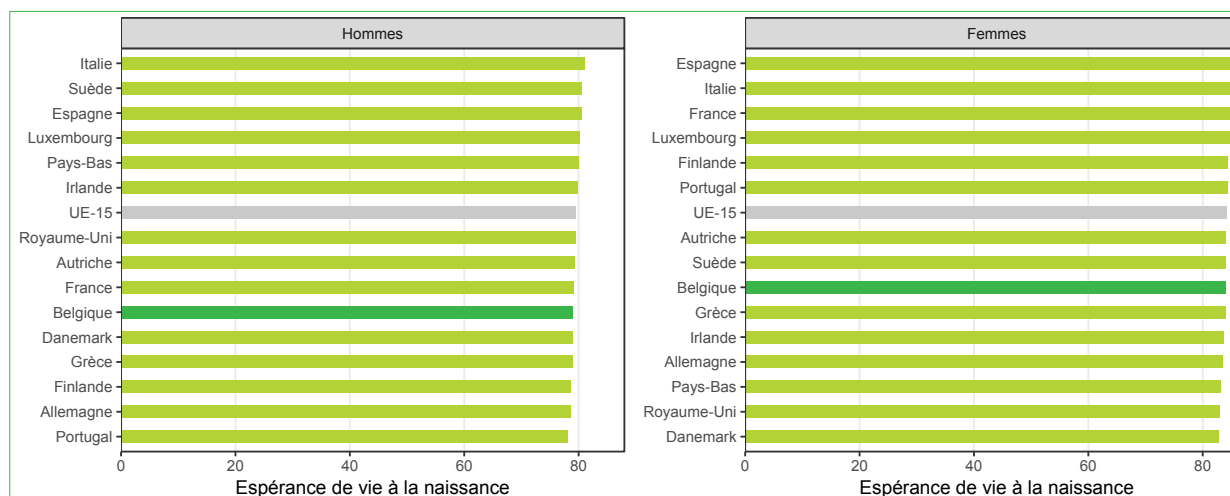
2. ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE

2.1. ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie à la naissance, pour une année donnée, correspond au nombre moyen d'années que les individus nés cette année-là pourraient espérer vivre, si les taux de mortalité actuels restaient stables. Il s'agit d'un indicateur-clé résumant l'état de santé global d'une population. On l'emploie souvent pour comparer des niveaux de santé entre populations.

- En 2017, l'espérance de vie à la naissance en Belgique était de 81,4 ans. On observe un écart important entre les sexes, l'espérance de vie des femmes (83,7 ans) dépassant de presque cinq ans celle des hommes (79,0), mais cet écart diminue au cours du temps.
- Par rapport aux pays de l'Union Européenne des quinze (UE-15), la Belgique se classe assez mal, avec un écart de plus de 2 ans par rapport à l'espérance de vie des pays où elle est la plus élevée, et ceci pour les deux sexes.
- L'espérance de vie est la plus élevée en Flandre, intermédiaire à Bruxelles et plus faible en Wallonie (respectivement 82,2, 81,2 and 79,8 en 2017).
- L'espérance de vie en Belgique a augmenté constamment et rapidement depuis des décennies, avec toutefois un ralentissement de l'augmentation ces dernières années. En 2015, on a même observé une diminution de l'espérance de vie, à l'instar de beaucoup de pays européens, mais elle est ensuite repartie à la hausse.
- L'espérance de vie présente un gradient socio-économique important, avec de meilleurs résultats chez les personnes plus instruites [3]. A 25 ans par exemple, l'écart d'espérance de vie entre les personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et celles avec un diplôme de l'enseignement supérieur atteignait respectivement 6,1 et 4,6 années chez les hommes et les femmes en 2011.¹

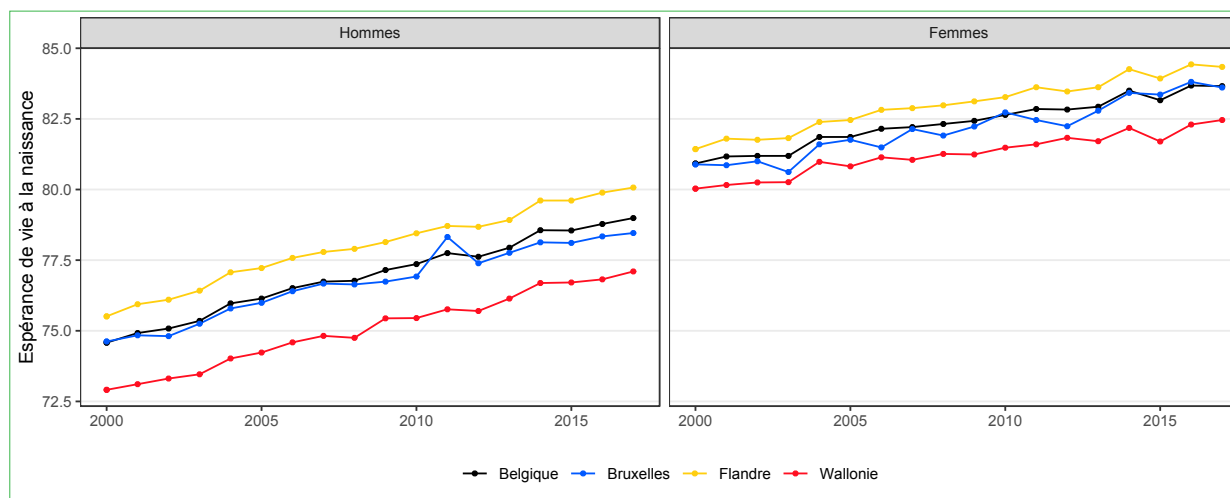
Figure 1. Espérance de vie à la naissance par sexe et par pays de l'UE-15, 2016



Source : OECD Health Data

1 Calculs des auteurs, à partir du recensement 2011 couplé aux données de mortalité pour un suivi de 5 ans

Figure 2. Espérance de vie à la naissance, par région et par sexe, Belgique 2000-2017



Source : Statbel

2.2. ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

Les indicateurs d'espérance de vie en bonne santé combinent des informations sur la durée de vie (longévité) avec sa qualité (bonne santé). Ils mesurent le nombre d'années qu'on peut s'attendre, en moyenne, à passer en bonne santé à un âge donné. Il existe plusieurs indicateurs d'espérance de vie en bonne santé, correspondant à divers indicateurs de bonne santé. Dans ce rapport, c'est l'indicateur « espérance de vie sans incapacité » (ou « EVSI », parfois appelé « années de vie en bonne santé ») qui a été sélectionné. Son calcul nécessite, en plus des données d'espérance de vie, des données sur la prévalence d'incapacités (qui proviennent généralement d'enquêtes). Pour cette raison, les résultats provenant de sources internationales (Eurostat) ou belges (résultats par région) peuvent être légèrement différents car ils se basent sur des enquêtes différentes.

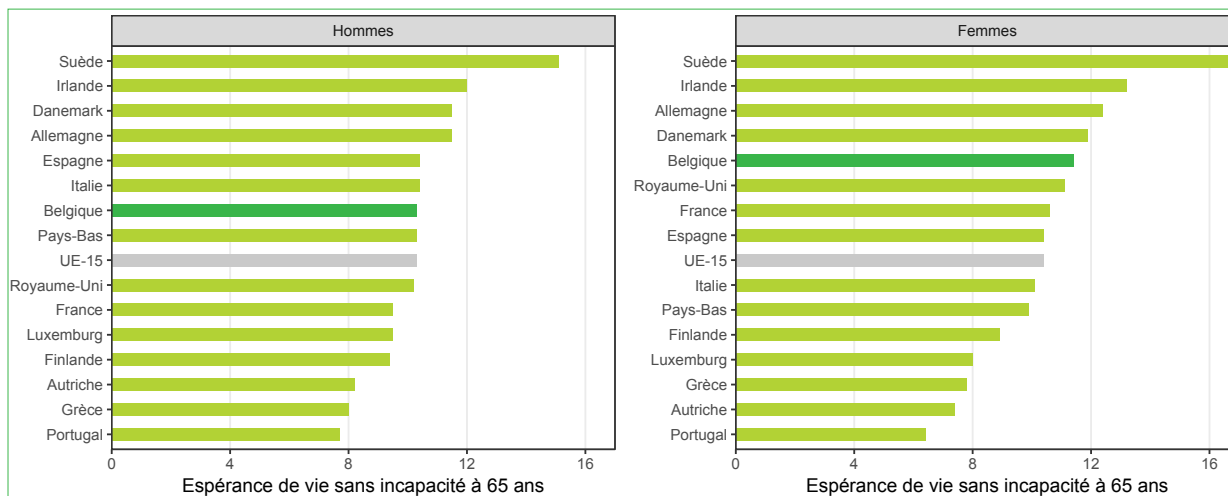
- L'espérance de vie sans incapacité (« EVSI ») à 65 ans, était respectivement de 10,3 et 11,4 ans chez les hommes et les femmes en 2016².
- Les hommes se classent au niveau de la valeur moyenne de l'UE-15 pour l'EVSI à 65 ans, tandis que les femmes se classent mieux.
- L'espérance de vie sans incapacité est plus élevée en Flandre et plus faible en Wallonie, avec en 2013, un écart entre régions atteignant 2,5 ans chez les hommes et 2,4 ans chez les femmes (pour l'EVSI à 65 ans)³.
- L'EVSI à 65 ans a augmenté pour les deux sexes et dans toutes les régions depuis 2001.
- L'EVSI par niveau d'instruction montre un gradient socio-économique classique, avec une augmentation en fonction du niveau d'instruction [3]. En 2011, les écarts de EVSI à 25 ans entre les personnes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur et celles avec un diplôme de l'enseignement supérieur étaient respectivement de 10,4 et 13,5 ans chez les hommes et les femmes⁴.

² Source : Eurostat, sur base des tables de mortalité et des enquêtes SILC (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=h1th_hlye)

³ Source : SPMA, sur base des tables de mortalité et de l'enquête HIS (<https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>)

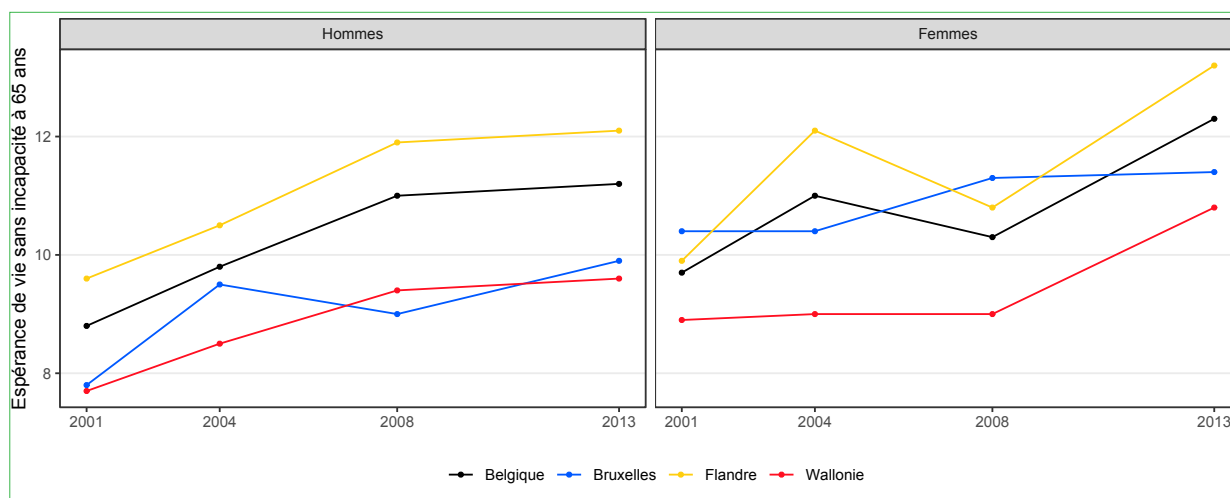
⁴ Source : Calculs des auteurs, à partir du recensement 2011 couplé aux données de mortalité pour suivi de 5 ans

Figure 3. Espérance de vie sans incapacité à 65 ans par sexe et par pays de l'UE-15, 2016



Source : Eurostat

Figure 4. Espérance de vie sans incapacité à 65 ans, par sexe et région, Belgique 2001-2013



Source : SPMA, calculs basés sur l'espérance de vie et les enquêtes de santé (Sciensano)

2.3. LA SANTÉ PERÇUE

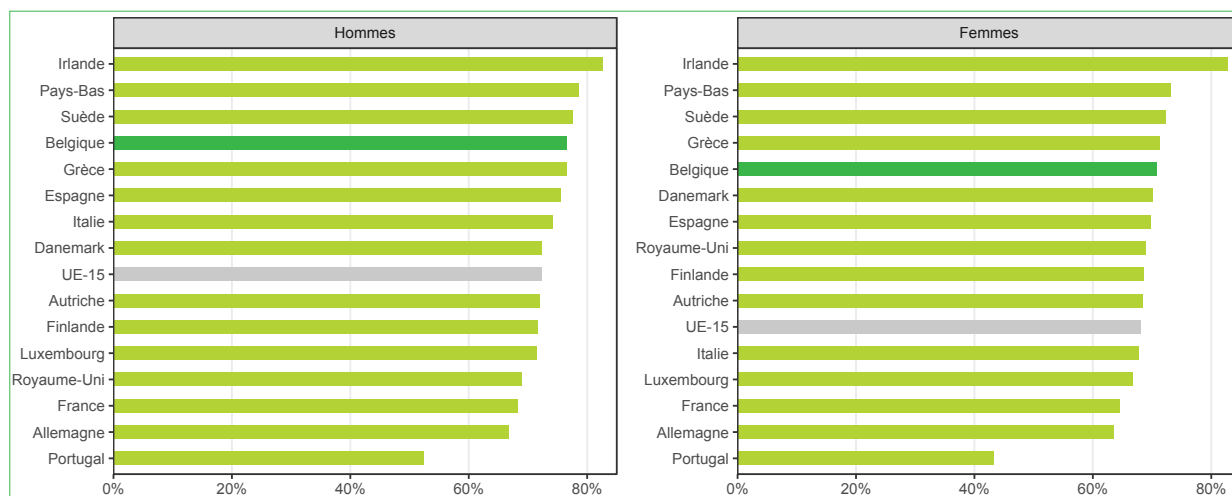
La santé perçue correspond à l'appréciation réalisée par l'individu lui-même de son propre état de santé. Il existe un lien étroit entre la santé perçue et la présence de maladies, la consommation de soins et la mortalité.

- Plus des trois quarts de la population belge juge sa santé bonne ou très bonne (sur base des données de l'Enquête de Santé « HIS » 2013), ce qui place la Belgique dans une position favorable parmi les pays de l'UE-15.
- Les hommes s'estiment légèrement plus souvent en bonne santé que les femmes, mais cette différence a diminué au cours du temps.

2. ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE

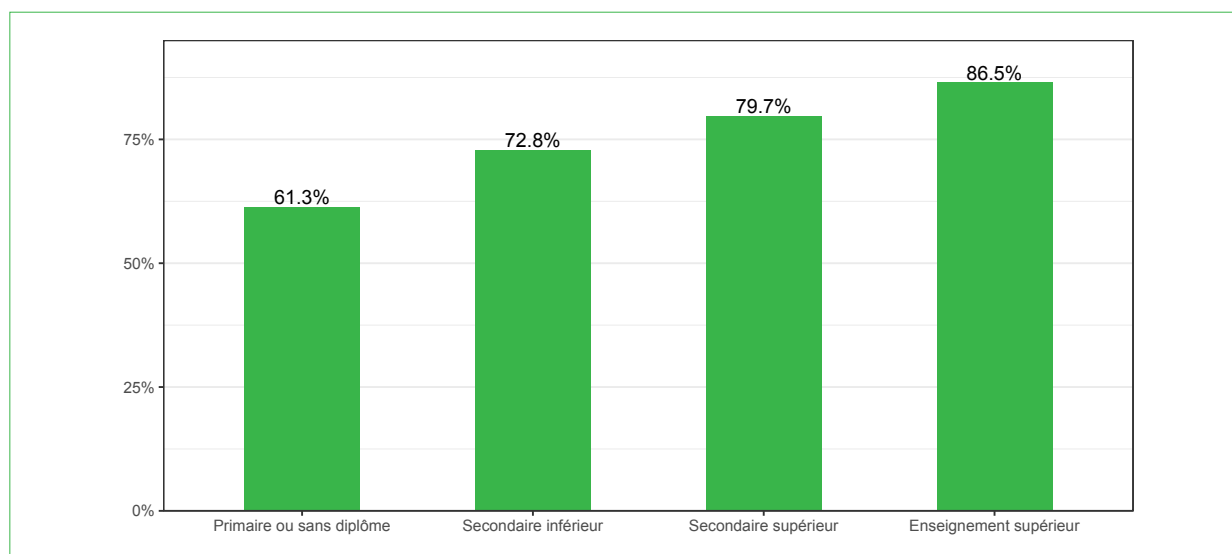
- En Flandre, plus de personnes déclarent être en bonne santé qu'en Wallonie ou à Bruxelles.
- Il existe un gradient socio-économique important, les personnes du niveau socio-économique le plus élevé se déclarant en meilleure santé que les personnes du niveau le plus bas.

Figure 5. Proportion de personnes évaluant leur santé comme bonne ou très bonne, par pays et par sexe, UE-15 2016



Source : Eurostat

Figure 6. Proportion de personnes évaluant leur santé comme (très) bonne, par niveau d'instruction, Belgique, HIS 2013



Source : Enquête de santé, Sciensano, 2013

2.4. QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ

L'indicateur « Qualité de vie liée à la santé » a pour objet de mesurer l'impact de l'état de santé sur la qualité de vie ; ce concept a été mesuré pour la première fois en Belgique dans l'Enquête de Santé HIS 2013, par le score EQ-5D groupant 5 dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression. Les valeurs sont comprises entre 0 (valeur correspondant au décès) et 1 (état de santé optimal).

- Le score moyen de qualité de vie liée à la santé (EQ-5D) pour la Belgique était de 0,81 en 2013.
- Le score EQ-5D varie par région : on observe un score EQ-5D significativement plus élevé dans la Région flamande (0,83) que dans la Région bruxelloise (0,80) et dans la Région wallonne (0,78).
- Le score EQ5D augmente significativement avec le niveau d'instruction : le score moyen est significativement moins élevé pour le groupe le moins scolarisé (0,67) que pour celui des plus scolarisés (0,85).

3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

La mortalité est un indicateur très intéressant dans le panorama général de l'état de santé des populations. Elle informe sur les événements de santé les plus graves, et permet de comparer la fréquence de ces événements dans différentes populations (à condition d'avoir gommé leurs différences de structure d'âge). L'analyse des causes de décès permet de les classer, non seulement d'après leur fréquence, mais également d'après leur fardeau en terme d'années de vie perdues. A ce titre, ces analyses de mortalité, et en particulier de mortalité prématurée, contribuent à la définition de priorités en santé publique. L'analyse des tendances en mortalité renseigne également sur l'évolution des facteurs de risque et l'impact de mesures de santé publique.

3.1. MORTALITÉ TOUTES CAUSES

3.1.1. Mortalité générale (tous âges confondus)

- Le nombre total de décès en Belgique a fluctué ces 15 dernières années autour de 100.000 à 110.000 décès par an.
- Le taux brut⁵ de mortalité générale oscille autour de 1.000 pour 100.000 par an, et est similaire dans les deux sexes.
- Mais si le nombre total de décès est resté relativement stable au cours du temps, les gens meurent toutefois en moyenne à un âge plus avancé qu'auparavant. En conséquence, le taux de mortalité ajusté pour l'âge⁶ est en baisse : il a diminué de 19% en 15 ans, passant de 1123 pour 100.000 en 2001 à 906 pour 100.000 en 2015⁷.
- Le taux de mortalité ajusté pour l'âge est de 49% plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 1118 et 748 décès pour 100.000 en 2015).
- Le taux de mortalité générale est plus élevé en Wallonie (+22%) et à Bruxelles (+8%) qu'en Flandre.

3.1.2. Mortalité prématurée (avant 75 ans)

- La mortalité prématurée est calculée ici sur base des décès avant 75 ans. En 2015, 34.353 décès sont survenus avant 75 ans, soit 31% du total des décès.
- La mortalité prématurée a diminué de 22% entre 2001 et 2015.
- La mortalité prématurée est 1,7 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. La différence entre les sexes est donc encore plus marquée pour la mortalité prématurée que pour la mortalité générale.

5 Taux brut de mortalité : nombre de décès survenus pendant une année divisée par l'effectif de la population au milieu de l'année. Il est très difficile de tirer des conclusions sur la santé des populations à partir des taux bruts : en effet, beaucoup d'événements défavorables, comme la mortalité, augmentent avec l'âge. Des populations plus âgées présenteront bien sûr plus souvent ces événements que les populations plus jeunes, simplement à cause de leur structure d'âge, mais pas parce que la santé y est plus mauvaise.

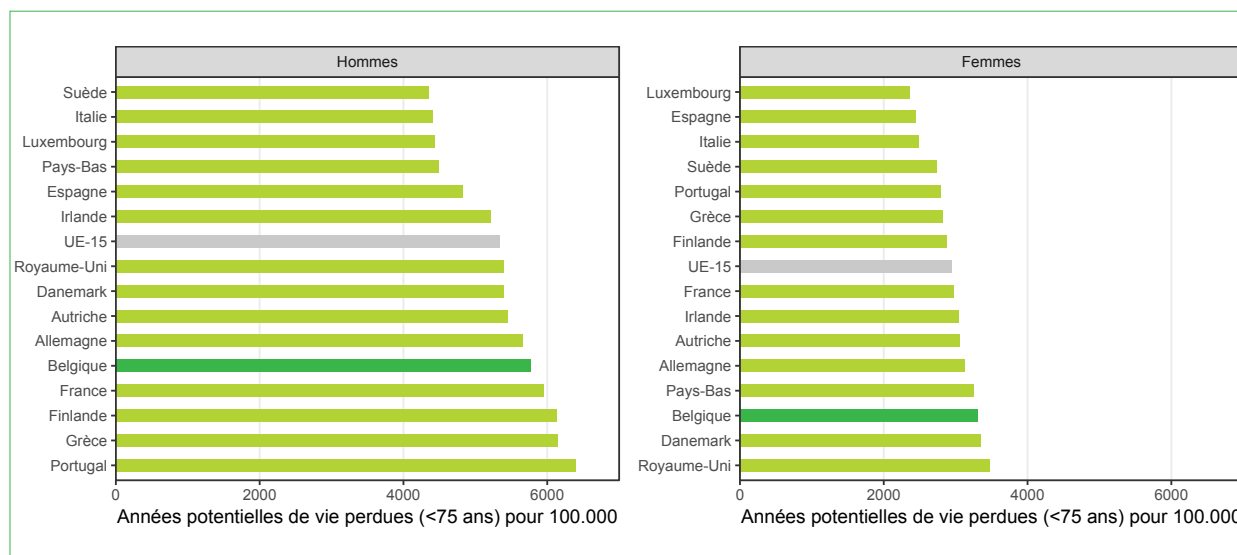
6 Taux ajusté pour l'âge : Si on veut comparer la mortalité dans des populations pour tirer des conclusions quant à leur santé, il faut effectuer une standardisation (ou « ajustement ») pour l'âge : pour ce faire, on attribue aux populations à comparer la structure d'âge d'une population de référence au choix, par exemple la moyenne des populations à comparer.

7 Avec la population belge de 2010 comme référence

3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

- On observe d'importantes différences régionales en termes de mortalité prématurée, avec des excès de respectivement 40% et 19% en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre.
- L'évolution au cours du temps se caractérise par une baisse de la mortalité prématurée, mais avec une persistance des disparités régionales.
- Les différences entre arrondissements sont encore plus importantes que celles observées entre les régions, avec des excès de mortalité pouvant atteindre 80% chez les hommes dans les arrondissements présentant les taux les plus élevés (Hainaut Occidental et Charleroi) et l'arrondissement présentant le taux le plus bas (Maaseik).
- La Belgique se classe mal parmi les pays de l'UE-15 dans ce domaine.

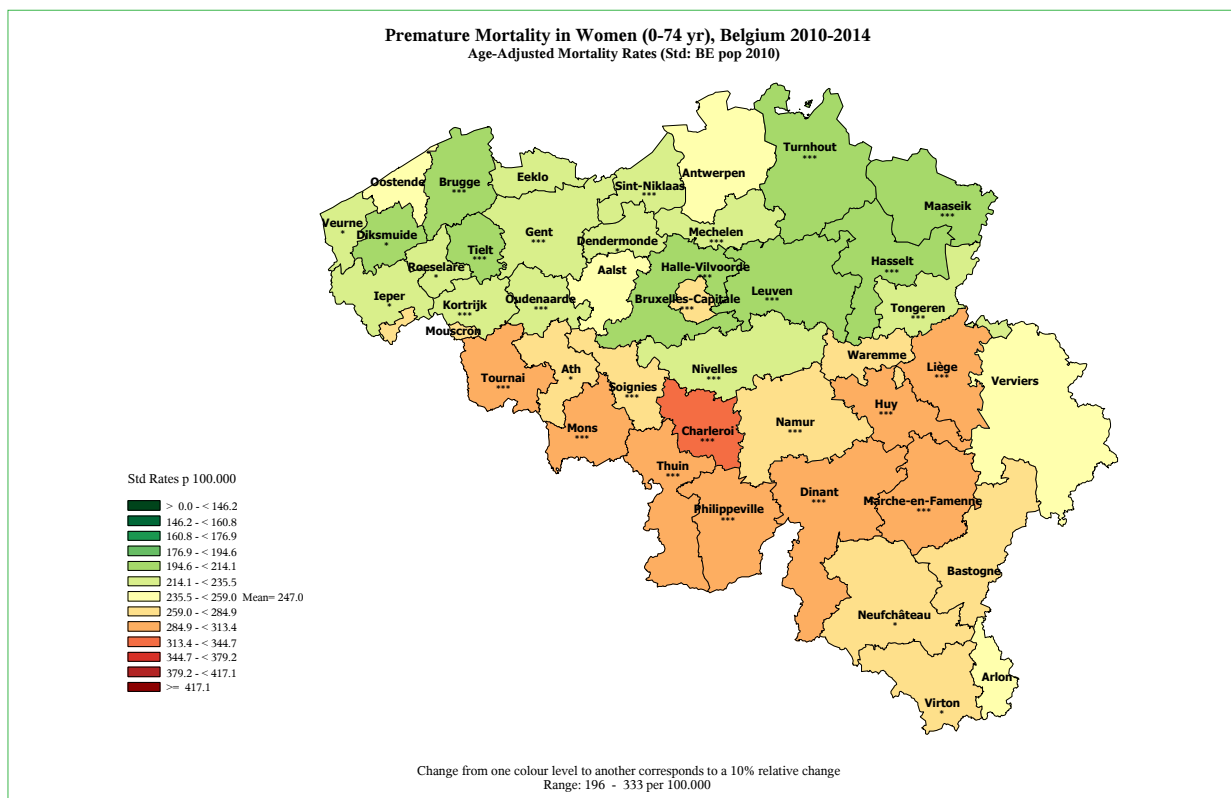
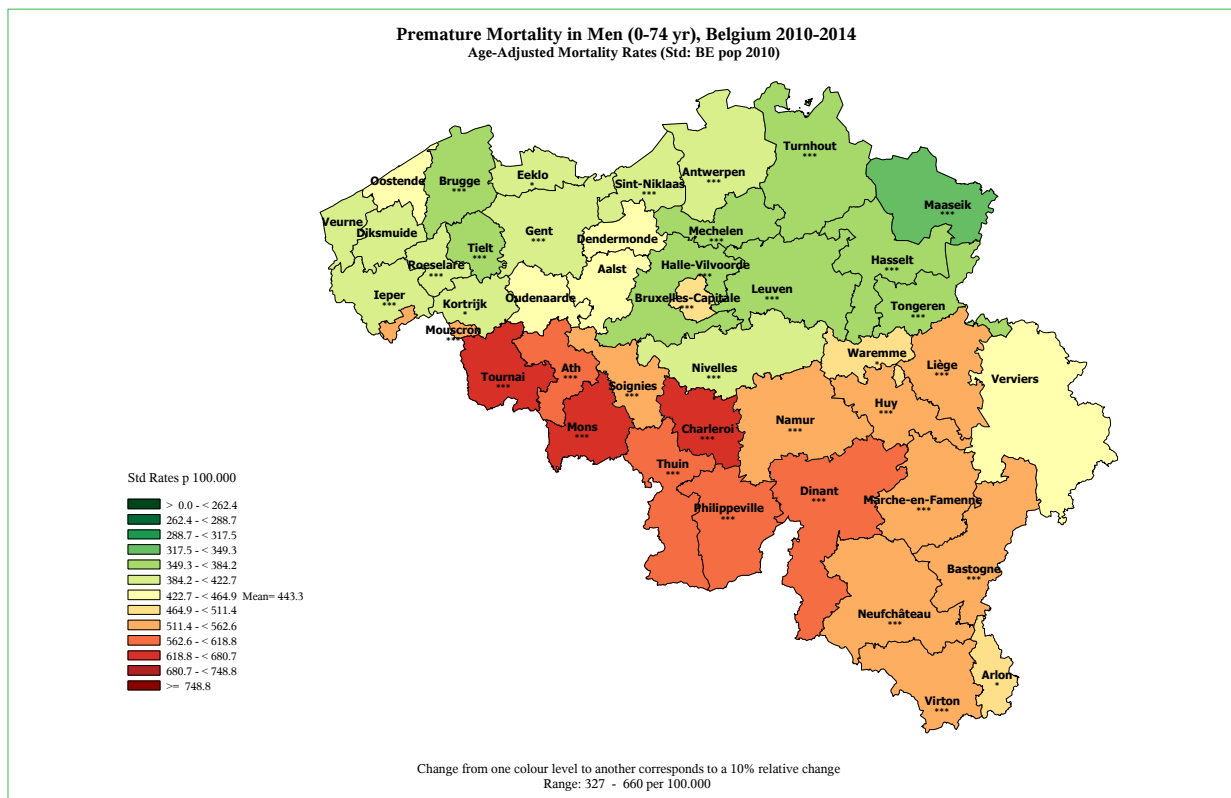
Figure 7. Années potentielles de vie perdues (0-75) pour 100.000, par sexe et par pays, UE-15, 2015 ou année la plus proche



Source : Calcul des auteurs, à partir de la base de données de mortalité de l'OMS

3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Figure 8. Mortalité prématurée (avant 75 ans), taux standardisés pour 100.000, par sexe et arrondissement, Belgique 2010-2014

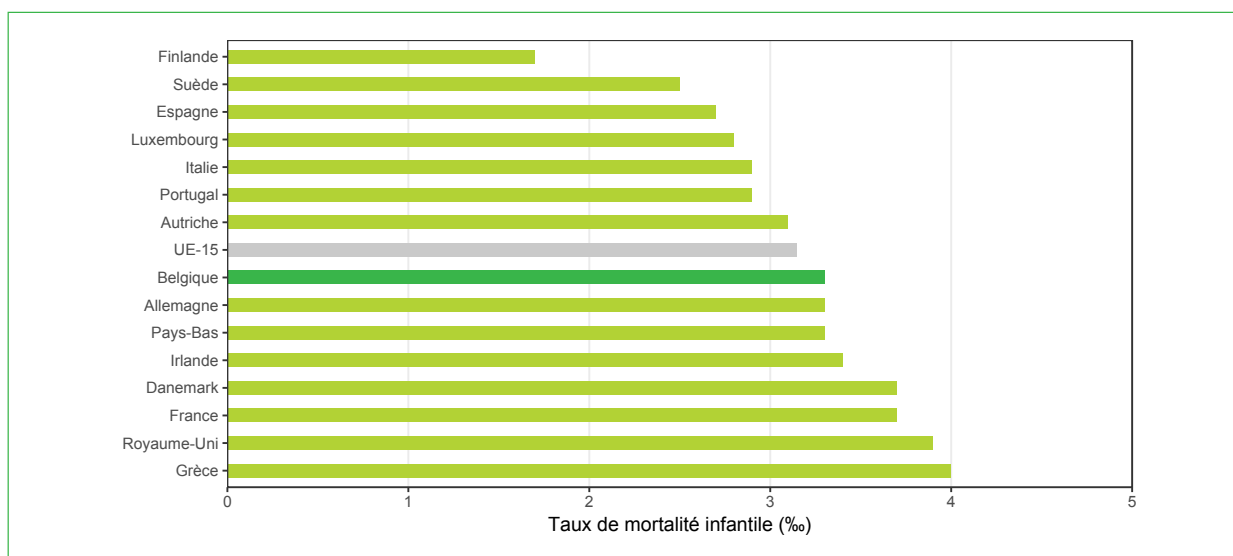


Source : Calculs des auteurs à partir des données de mortalité de Statbel, avec la population belge de 2010 comme référence

3.1.3. Mortalité infantile

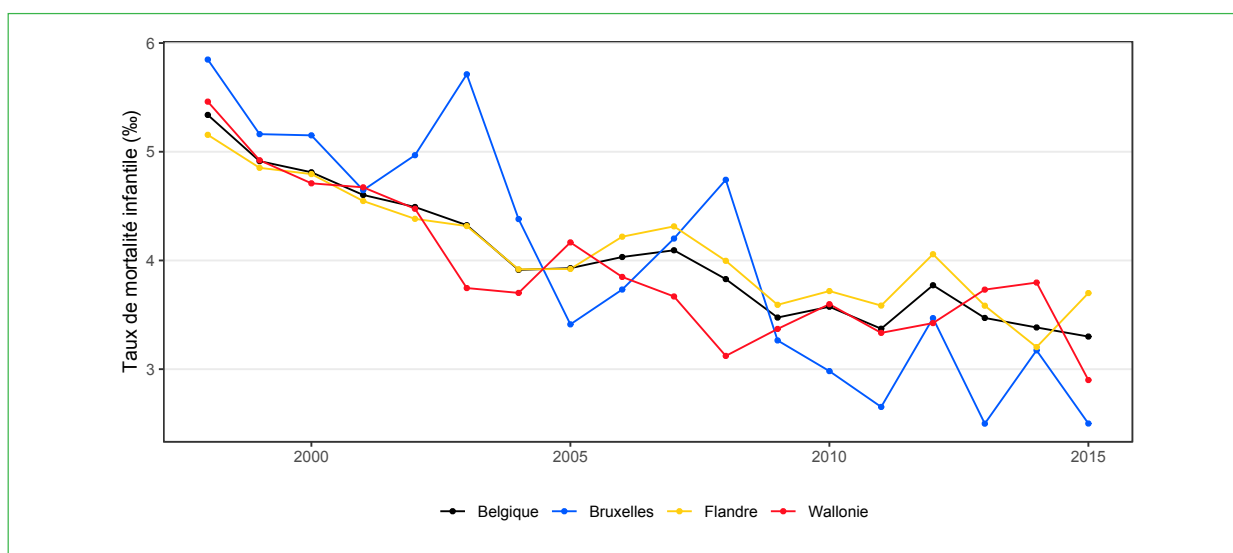
- En 2015, le taux de mortalité infantile était de 3,3 pour mille naissances vivantes.
- Ce taux est proche du taux moyen de l'UE-15.
- La mortalité infantile a fortement diminué au cours des dernières décennies en Belgique. Entre 2001 et 2015, elle a diminué de 30%.
- Les taux actuels et les évolutions sont assez similaires dans les trois régions, les fluctuations dues au petit nombre ne permettant pas de conclure à de réelles différences régionales.

Figure 9. Mortalité infantile dans les pays de l'UE-15, 2015



Source : Eurostat

Figure 10. Mortalité infantile, Belgique et régions, 2001-2015



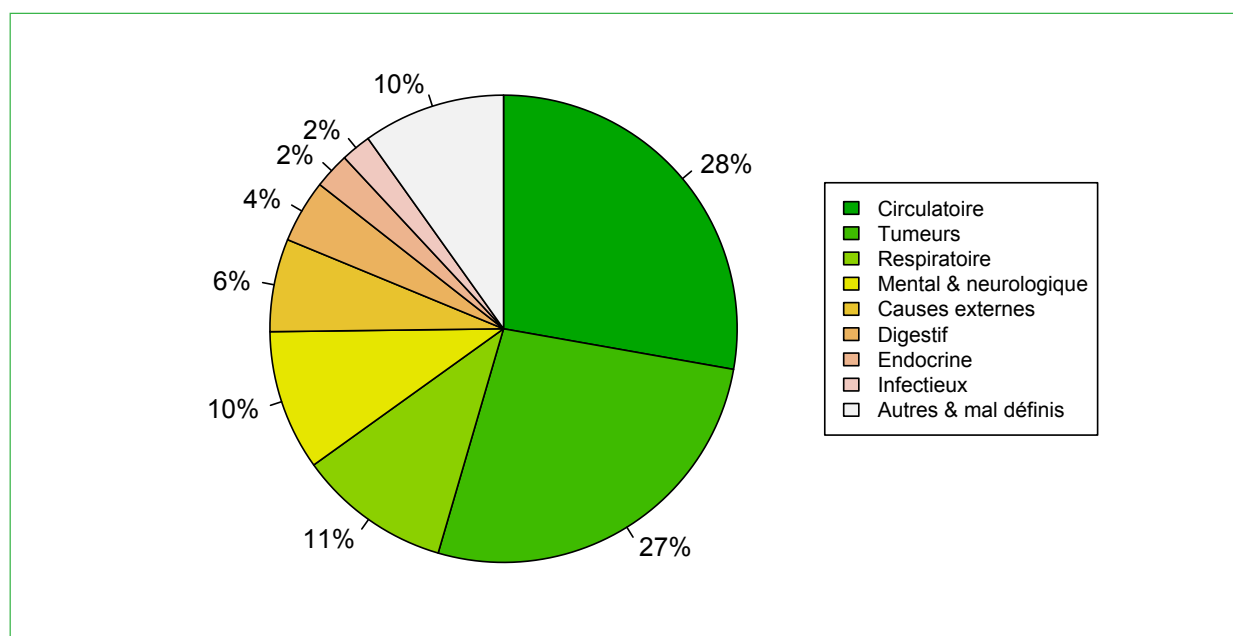
Source : Statbel

3.2. CAUSES DE DÉCÈS

3.2.1. Causes de décès pour la mortalité générale (tous âges)

- Les maladies de l'appareil circulatoire (28%) et les néoplasmes⁸ – ou tumeurs – (27%) sont les principales causes de décès, représentant ensemble plus de la moitié des décès dans les deux sexes.
- Viennent ensuite les maladies respiratoires (11%), les maladies mentales et neurologiques (10%), ces dernières incluant en particulier la démence
- Suivies les causes dites « externes » ou non-naturelles de décès (accidents, suicides et homicides) qui représentent 6% de l'ensemble des décès.
- La mortalité due aux maladies circulatoires a beaucoup diminué au cours du temps dans les deux sexes, principalement grâce à la diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques (infarctus). Cette diminution, parfois appelée « révolution cardiovasculaire » est due aux innovations thérapeutiques, au traitement des facteurs de risque biologiques, à la meilleure efficacité des interventions d'urgence et aux changements de comportements (comme la réduction du tabagisme).
- L'importance relative des causes de décès a évolué avec le temps : la mortalité par néoplasmes a en effet progressivement dépassé celle des maladies circulatoires chez l'homme.

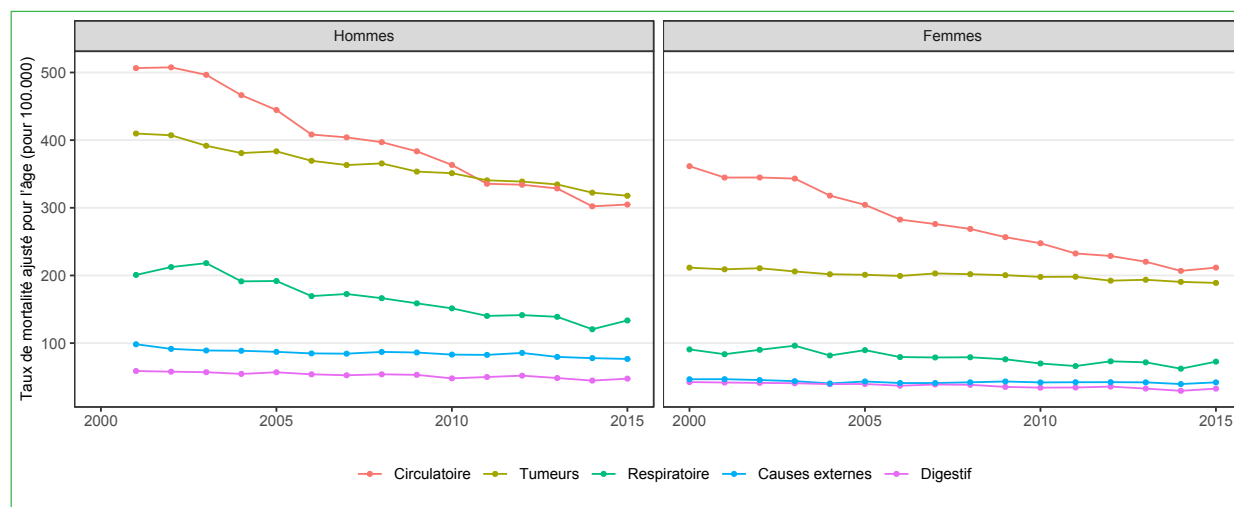
Figure 11. Répartition des causes de décès, regroupées par chapitres de l'ICD10, Belgique 2015



Source : Calcul des auteurs à partir des données des bulletins statistiques de décès, Statbel

⁸ Les néoplasmes (ou tumeurs) incluent les tumeurs malignes (cancers) et les tumeurs bénignes et de malignité intermédiaire; plus de 95% des néoplasmes responsables des décès sont des cancers.

Figure 12. Taux de mortalité ajusté pour l'âge (pour 100.000), par cause de décès, par sexe et par année, Belgique 2001-2015



Source : Calcul des auteurs à partir des données des bulletins statistiques de décès, Statbel

3.2.2. Causes de décès prématurés (avant 75 ans)

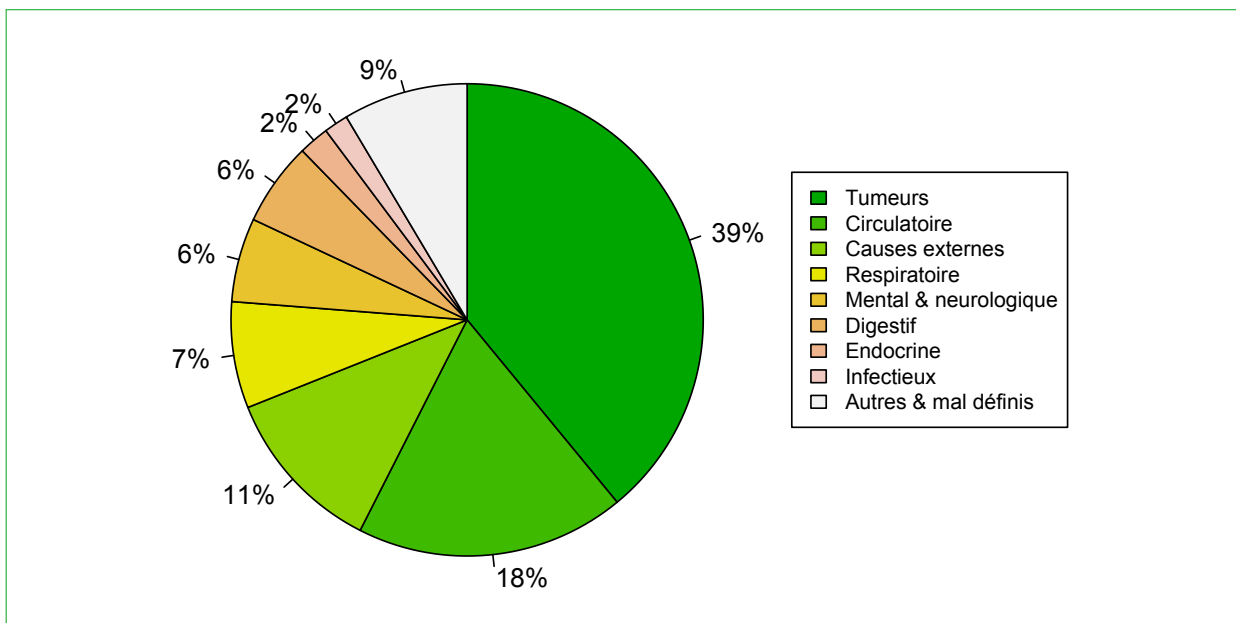
- En dessous de 75 ans, les néoplasmes sont de loin la première cause de décès, pour les deux sexes.
- Quand on examine l'impact des causes de décès en terme d'années potentielles de vie perdues (indicateur « PYLL ») :
- Le suicide, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques se classent en premières positions chez les hommes
 - Le cancer du sein, le cancer du poumon et le suicide se classent en premières positions chez les femmes.
 - La plupart des principales causes de mortalité prématurée ont diminué au cours du temps. On observe par exemple une diminution de plus de 50% des décès prématurés dus aux cardiopathies ischémiques dans les deux sexes entre 2001 et 2015. Une exception importante à cette tendance : les décès prématurés par cancer du poumon chez les femmes, qui ont beaucoup augmenté, excepté à Bruxelles.
- Pour 5 des 6 principales causes de décès prématuré chez les hommes, les taux de décès sont nettement plus élevés en Wallonie qu'en Flandre. Le ratio des taux de décès prématurés en Wallonie par rapport à ceux de Flandres est particulièrement élevé pour les cardiopathies ischémiques et les Bronchopathies Obstructives Chroniques ou « BPOC » (1,6 pour les deux causes). Le taux de décès prématuré est par contre plus élevé en Flandre qu'en Wallonie, pour le cancer colorectal (mais cette différence n'est pas significative).
- Les différences de mortalité prématurée entre Bruxelles et la Flandre chez les hommes sont plus modérées ; c'est pour les maladies cérébro-vasculaires que ce ratio Bruxelles/ Flandre est le plus important (1,4).
- Chez les femmes également, les taux de décès prématurés sont plus élevés en Wallonie qu'en Flandre pour la plupart des causes principales. Les ratios Wallonie / Flandre (W / F) les plus élevés sont observés pour la mortalité prématurée liée aux BPOC (1,88) et aux cardiopathies ischémiques (1,74).
- Les ratios de mortalité prématurée chez les femmes entre Bruxelles et la Flandre sont plus modérés.

3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Les ratios B / F les plus élevés sont observés pour la BPOC (1,55) et les maladies cérébro-vasculaires (1,49).

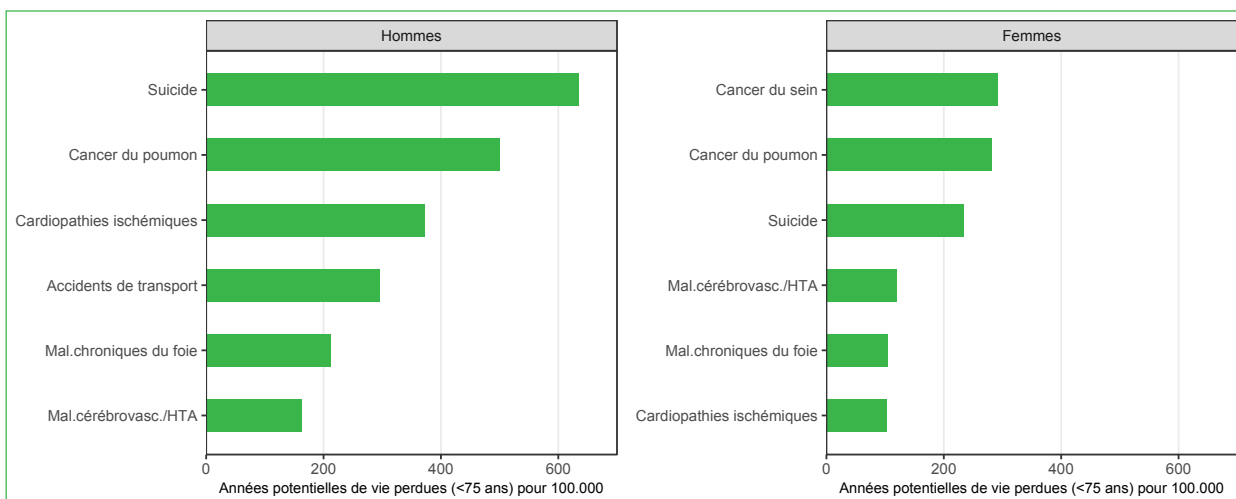
- Par contre, les taux de décès prématurés par cancer du sein sont similaires dans les trois régions.

Figure 13. Répartition des causes de décès prématurés (avant 75 ans) regroupées par chapitre de l'ICD10, Belgique, 2015



Source : Calcul des auteurs à partir des données des bulletins statistiques de décès, Statbel

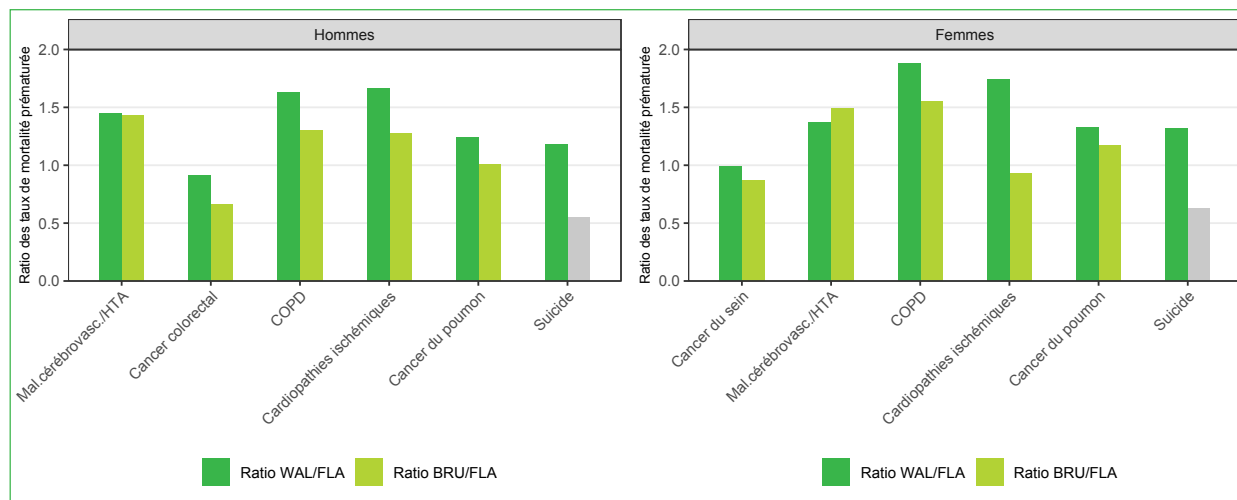
Figure 14. Top 6 des causes de décès prématurés (avant 75 ans) entraînant le plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues (PYLL), par sexe, Belgique, 2015



Source : Calcul des auteurs à partir des données des bulletins statistiques de décès, Statbel

3. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Figure 15. Ratios des taux de mortalité prématurée pour les 6 causes de décès les plus fréquentes : ratio Wallonie versus Flandres et Bruxelles versus Flandres, par sexe, Belgique, 2015



Source : Calcul des auteurs à partir des données des bulletins statistiques de décès, Statbel. Les taux de suicide à Bruxelles ne sont pas interprétables à cause du retard dans les confirmations de cas de suicide.

4. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

4.1. VUE D'ENSEMBLE

Les maladies non transmissibles sont des problèmes de santé qui ne sont pas causés par des agents infectieux et qui sont souvent de nature chronique. Elles représentent de loin les causes les plus importantes de décès (prématurés ou non) et ont un impact important sur la qualité de vie. L'Enquête de Santé par interview (HIS) belge comporte des questions sur la présence de problèmes de santé chroniques en général et de 36 affections non transmissibles spécifiques (<https://his.wiv-isp.be/fr>). Les derniers résultats disponibles sont ceux de l'Enquête de Santé 2013. Les résultats de l'Enquête de Santé 2018 seront bientôt intégrés à notre site web.

- Plus d'un Belge sur quatre déclare vivre avec une maladie non transmissible.
- La fréquence de ces affections est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et augmente fortement avec l'âge.
- La prévalence des maladies non transmissibles a augmenté au fil du temps, en partie à cause du vieillissement de la population. Toutefois, la prévalence de l'hypertension artérielle, de l'arthrose, du diabète et des troubles thyroïdiens semble augmenter même après correction pour l'âge⁹.
- Les maladies non transmissibles sont plus fréquentes chez les personnes avec un faible niveau d'instruction.
- Les cinq affections non transmissibles les plus souvent signalées sont les douleurs lombaires, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, l'arthrose et les allergies.

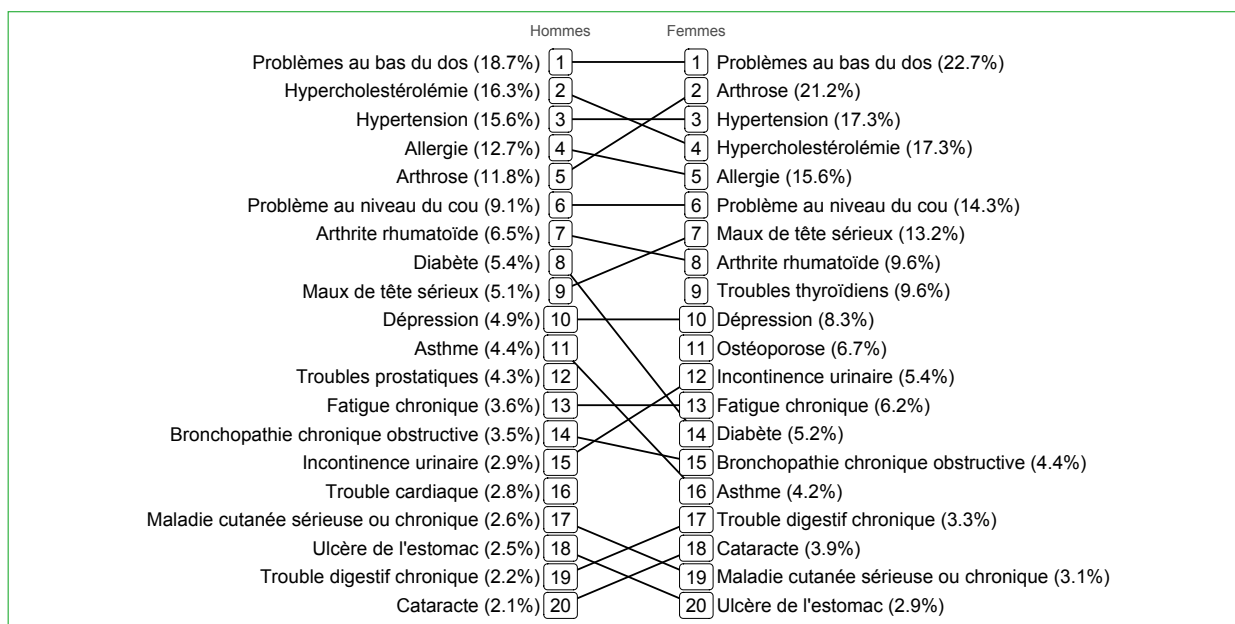
Figure 16. Pourcentage de la population (≥ 15 ans) qui déclare une maladie non transmissible par âge et par sexe, Belgique, 2013



Source : Enquête de santé, Sciensano, 2013

⁹ Pour tenir compte des différences de structure d'âge entre régions ou des changements au cours du temps, on applique une correction (ou ajustement) pour l'âge. Pour faire cette correction, on recalcule les taux cela en imposant la structure d'âge de la population de référence (ici, la Belgique 2013).

Figure 17. Prévalence des 20 maladies non transmissibles les plus souvent rapportées, par sexe, Belgique, 2013



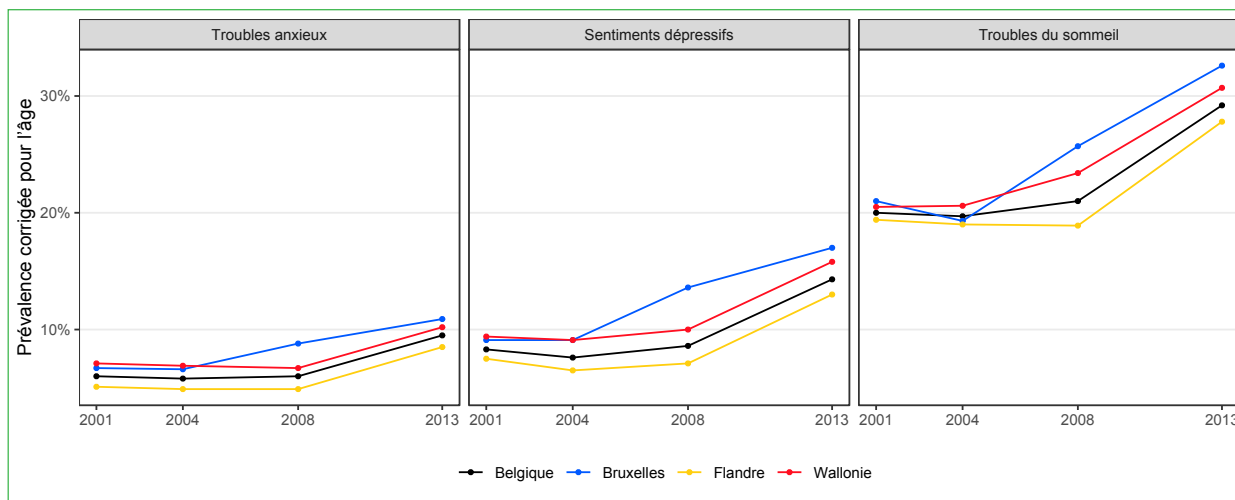
Source : Enquête de santé, Sciensano, 2013

4.2. SANTÉ MENTALE

La santé mentale fait référence au bien-être émotionnel et psychologique de l'individu. L'Enquête belge de santé par interview est l'une des principales sources de données systématiques sur les paramètres psychologiques dans la population générale âgée de 15 ans et plus. L'Enquête de santé comporte des questions sur des problèmes psychologiques spécifiques, des pensées et tentatives suicidaires et l'utilisation de psychotropes.

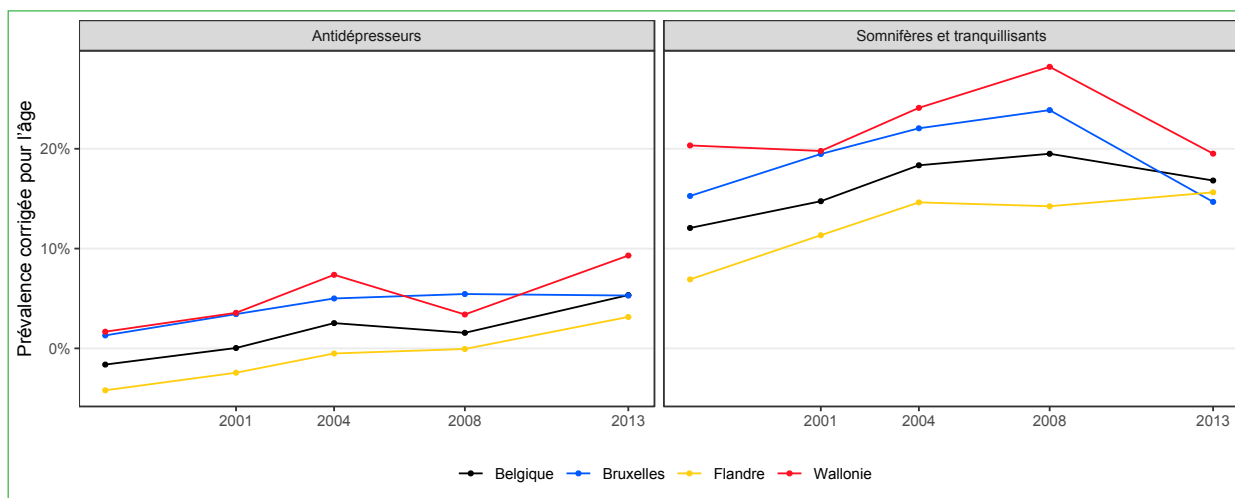
- De nombreux indicateurs indiquent une détérioration de la santé mentale et du bien-être émotionnel dans la population belge entre 2008 et 2013.
- En particulier, le pourcentage de personnes souffrant de sentiments dépressifs, de troubles anxieux et/ou de troubles graves du sommeil a récemment connu une forte augmentation, notamment chez les femmes de 15 à 24 ans.
- L'utilisation des antidépresseurs continue à augmenter, par contre l'utilisation de somnifères et des tranquillisants semble se stabiliser (au niveau belge) en 2013.
- Les troubles émotionnels, les comportements suicidaires et la consommation de psychotropes sont généralement moins fréquents en Région flamande que dans les deux autres régions du pays, et sont plus fréquents chez les personnes peu instruites.

Figure 18. Prévalence des problèmes de santé mentale, Belgique et régions, 2001-2013



Source : Calculs des auteurs à partir de l'enquête de santé, Sciensano, 2013

Figure 19. Utilisation de médicaments psychotropes, Belgique et régions, 1997-2013



Source : Calculs des auteurs à partir de l'enquête de santé, Sciensano, 2013

4.3. CANCER

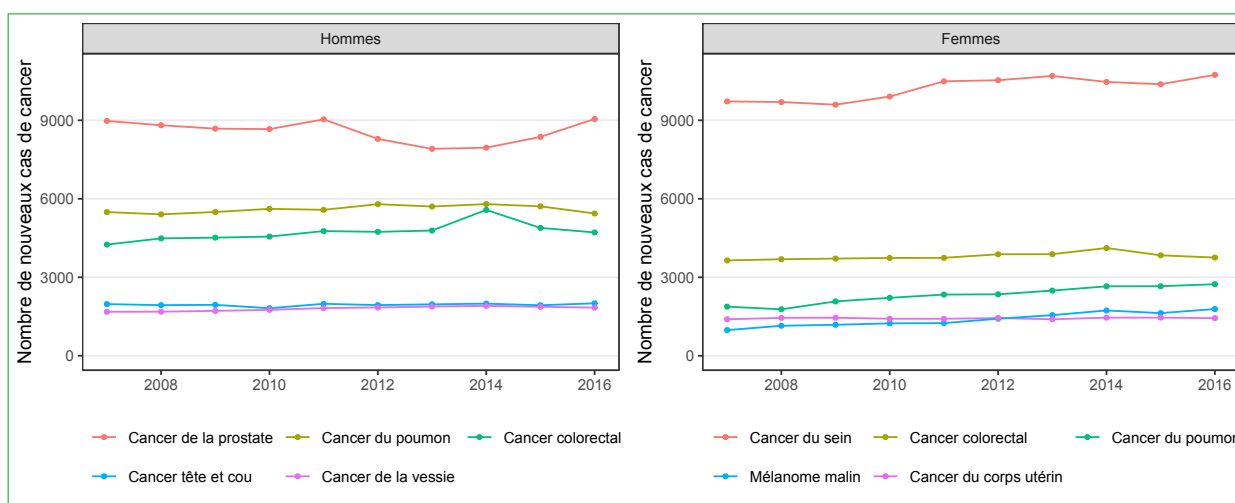
Les données sur l'incidence du cancer en Belgique proviennent du Registre belge du Cancer <https://kankerregister.org>.

- En 2016, 68.216 nouveaux diagnostics de cancer (à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes) ont été établis, dont 36.243 chez les hommes et 31.973 chez les femmes.
- Le nombre de nouveaux diagnostics de cancer a augmenté tant chez les hommes que chez les femmes au cours des dix dernières années, principalement en raison du vieillissement de la popu-

lation. Après ajustement pour l'âge, l'incidence n'a augmenté que chez les femmes en régions flamande et Wallonne.

- Bien que le cancer soit légèrement plus fréquent en Région flamande, l'incidence ajustée pour l'âge est la plus élevée en Région wallonne.
- En 2016, les cancers de la prostate, du poumon et colorectal chez l'homme étaient les cancers les plus souvent diagnostiqués chez les hommes, tandis que les cancers du sein, colorectal et du poumon étaient les cancers les plus fréquemment diagnostiqués chez la femme.
- Au cours des 10 dernières années, l'incidence du cancer du poumon a augmenté de près de 50% chez les femmes.

Figure 20. Incidence des cinq cancers les plus fréquemment diagnostiqués en Belgique (à l'exclusion des cancers de la peau non-mélanomes), par sexe, 1997-2013



Source : Registre Belge du Cancer

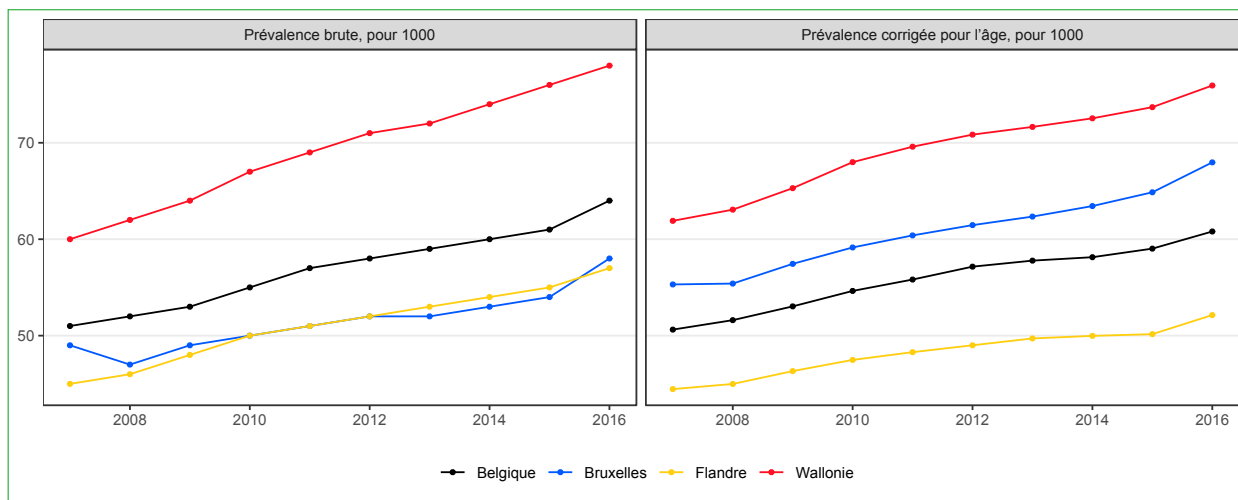
4.4. DIABÈTE

Les chiffres de prévalence du diabète en Belgique proviennent de l'Agence InterMutualiste (<http://atlas.ima-aim.be/>). Les personnes avec un remboursement de médicaments antidiabétiques ou un code de nomenclature indiquant une prise en charge du diabète sont considérées comme diabétiques.

- En 2016, 6,4% de la population belge était atteinte de diabète, soit environ 720.000 personnes.
- La prévalence du diabète augmente en raison à la fois du vieillissement de la population et d'une augmentation réelle de l'incidence du diabète.
- La prévalence du diabète (corrigée pour l'âge) est plus élevée en Wallonie et dans la Région de Bruxelles-Capitale qu'en Région flamande et plus élevée chez les personnes à faible revenu.

4. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Figure 21. Prévalence du diabète pour 1000 personnes, Belgique et région, 2007-2016



Source : IMA-Atlas

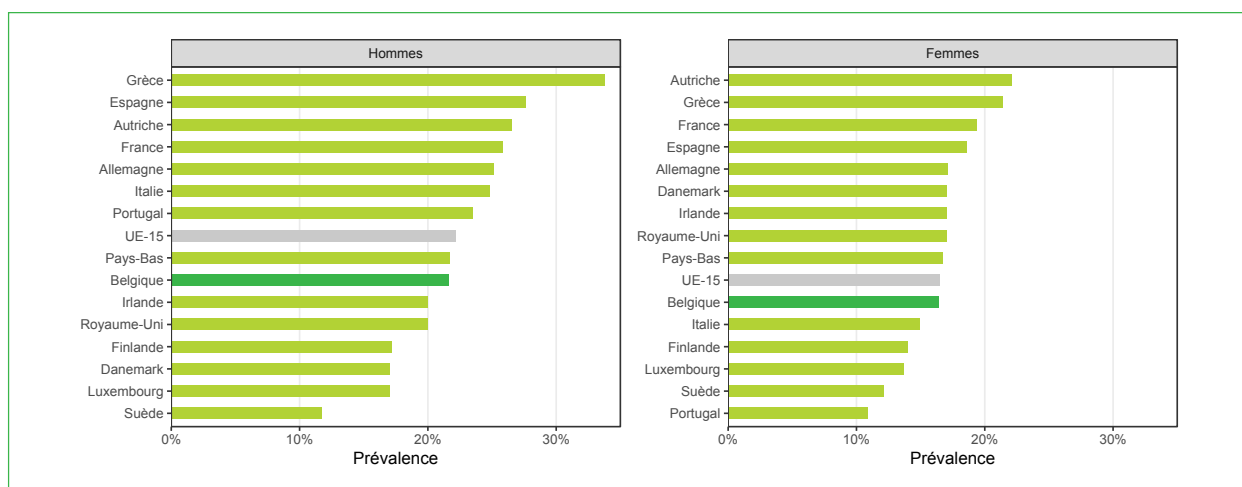
5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ

5.1. CONSOMMATION DE TABAC

D'après l'OMS, le tabac tue chaque année plus de 6 millions de fumeurs [4]. Il est aussi responsable de maladies cardiovasculaires et respiratoires graves et invalidantes, et de nombreux cancers. L'épidémie de tabagisme, qui a atteint son acmé vers les années 1960-1970 dans les pays développés, régresse, mais trop lentement .

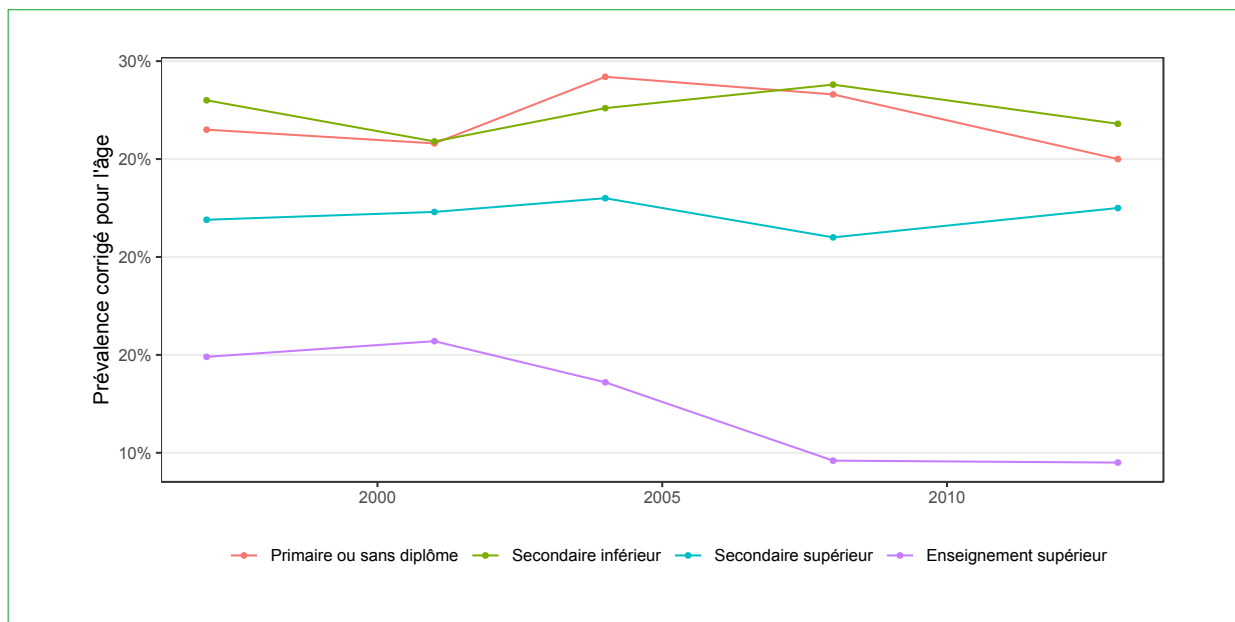
- Le nombre de fumeurs a diminué au cours des 15 dernières années en Belgique, mais reste encore trop élevé.
- En 2013, le pourcentage total de fumeurs était de 23%, et le pourcentage de fumeurs quotidiens avoisinait encore les 19%, ce qui est similaire à la prévalence moyenne de l'UE-15.
- Les hommes sont toujours plus nombreux que les femmes à fumer quotidiennement (respectivement 22% et 16%) mais la différence entre les sexes diminue.
- Les habitudes tabagiques commencent à l'adolescence : en effet, on observe déjà 17% des fumeurs quotidiens chez les 15-24 ans ; à cet âge le tabagisme est maintenant plus fréquent chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes.
- Le tabagisme quotidien est légèrement moins fréquent en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.
- Il existe d'importantes différences socio-économiques dans la consommation de tabac : la proportion de fumeurs quotidiens est 2,5 fois plus élevée chez les personnes les moins instruites que chez les plus instruites. La diminution de la prévalence des fumeurs quotidiens s'observe principalement parmi les personnes les plus instruites.
- L'OMS recommande des stratégies de lutte qui combinent différentes mesures ; en Belgique, les mesures de prévention devraient cibler notamment les jeunes, les femmes et les personnes les moins instruites.

Figure 22. Prévalence de fumeurs quotidiens, par sexe et par pays (UE-15), 2014 ou année la plus proche



Source : Eurostat

Figure 23. Evolution de la proportion de fumeurs quotidiens par niveau d'instruction, Belgique, 1997-2013



Source : Calculs des auteurs à partir des enquêtes de santé, Sciensano, 1997-2013

5.2. CONSOMMATION D'ALCOOL

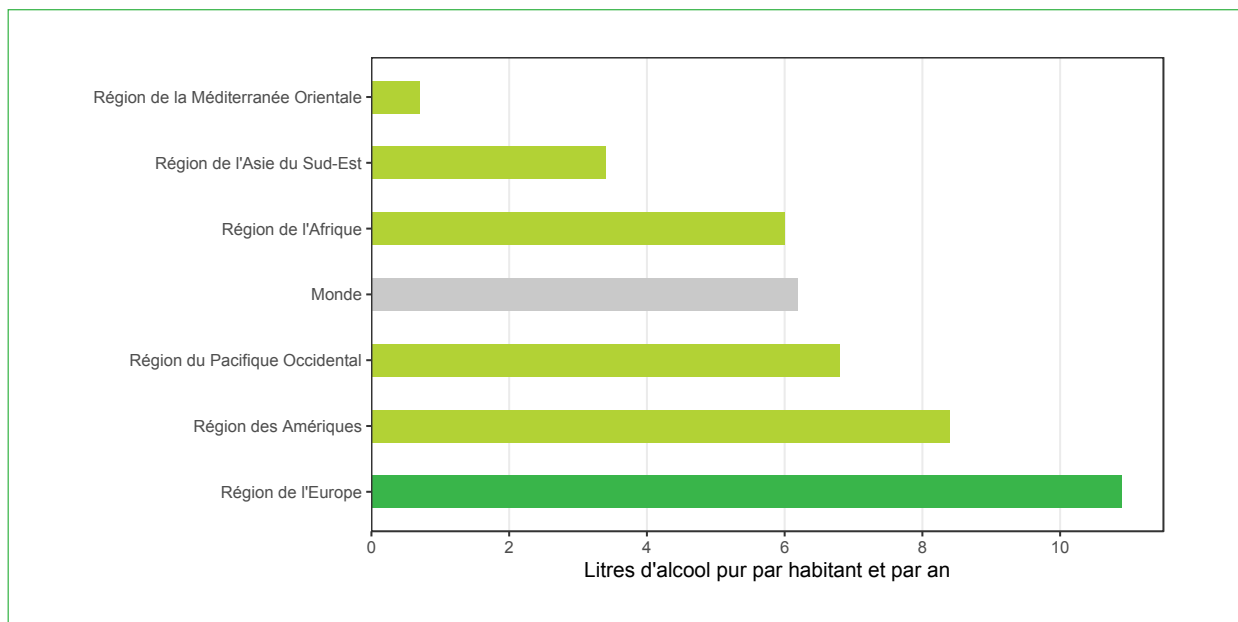
Une consommation excessive d'alcool est associée à l'apparition de nombreuses maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires, des troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool, ainsi qu'à des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation. L'OMS estime que 5 à 6% de l'ensemble des décès est attribuable à la consommation d'alcool [5]

- La consommation d'alcool est trop élevée en Belgique. Avec une consommation annuelle moyenne de 11 litres d'alcool pur par habitant et par an, la Belgique est proche de la moyenne européenne et, de ce fait, se situe parmi les pays avec un lourd fardeau de santé imputable à l'alcool.
- En 2013, 7% des hommes adultes (15 ans et plus) et 4% des femmes déclaraient une « surconsommation d'alcool », c'est-à-dire une consommation excessive sur l'ensemble de la semaine (plus de 21 ou 14 consommations de boissons alcoolisées par semaine respectivement chez les hommes et les femmes).
- La fréquence de la surconsommation d'alcool a diminué chez les hommes depuis 1997, ce qui est une évolution favorable, mais elle n'a pas changé chez les femmes.
- La surconsommation d'alcool est plus fréquente chez les hommes moins instruits, mais l'inverse est observé chez les femmes.
- Plus de 8% des adultes (15 ans et plus) déclarent consommer au moins 6 boissons alcoolisées (≥ 60 g d'éthanol) en une seule occasion (comportement appelé « hyper-alcoolisation ») au moins une fois par semaine, une proportion qui dépasse la moyenne européenne.
- L'hyper-alcoolisation au moins une fois par semaine est un comportement 4 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ

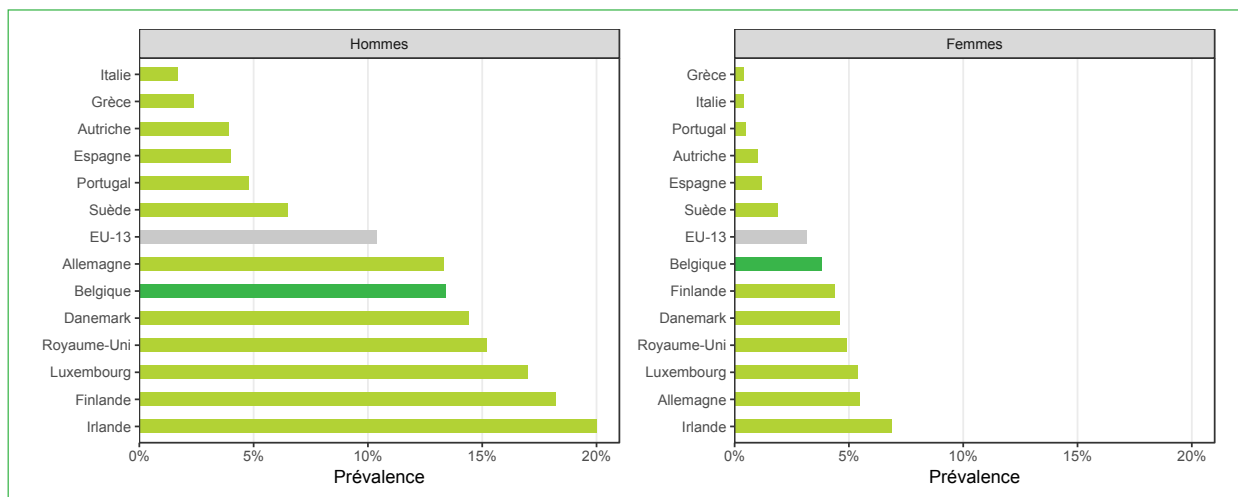
- La fréquence d'hyper-alcoolisation hebdomadaire est particulièrement préoccupante chez les jeunes hommes (15-24 ans), où elle atteint 20%. Les jeunes constituent clairement un groupe-cible pour les stratégies de prévention de l'alcoolisme.

Figure 24. Consommation d'alcool dans le monde, en litre d'alcool pur par habitant (adulte) et par an



Source : OMS 2014 (Global Report on Alcohol and Health, 2014)

Figure 25. Proportion d'adultes (15 ans et plus) avec au moins un épisode d'hyper-alcoolisation par semaine, par sexe, pour 13 pays de l'UE-15, 2014 ou année la plus proche



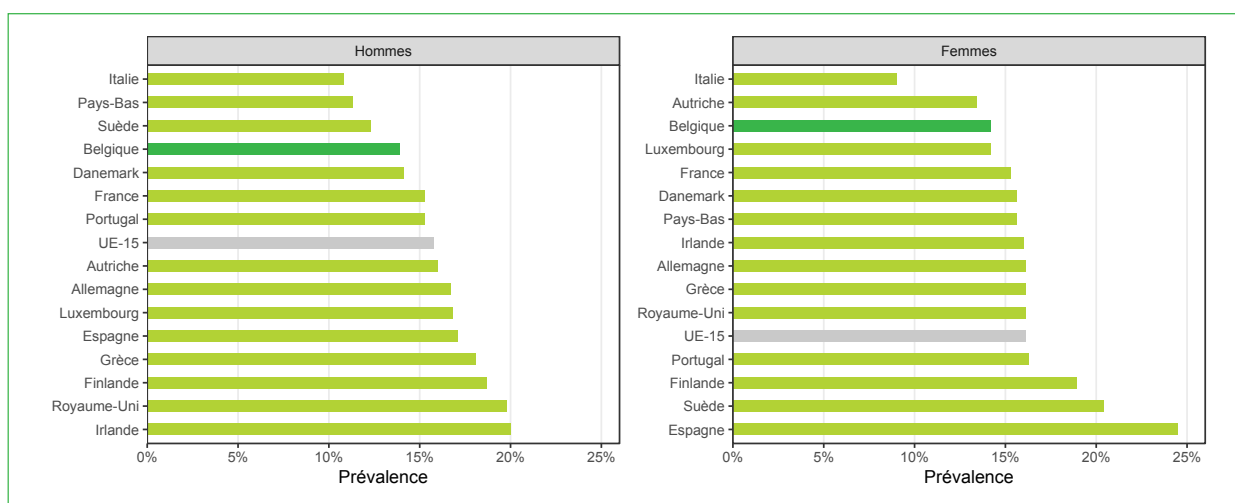
Source : Eurostat

5.3. EXCÈS DE POIDS ET OBESITÉ

L'excès de poids, et surtout l'obésité, représentent un facteur de risque important de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires et certains cancers. L'excès de poids est un problème fréquent en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés.

- En 2013, selon l'enquête de santé par interview (HIS), environ la moitié de la population adulte (âgée de 18 ans et plus) présentait une surcharge pondérale ($IMC^{10} \geq 25$), et 14% des adultes étaient obèses ($IMC \geq 30$), soit une proportion légèrement plus basse que la moyenne de l'UE-15.
- La prévalence de l'obésité est plus élevée en Wallonie que dans les autres régions, en particulier chez les hommes.
- L'obésité a augmenté en Belgique depuis 1997, mais cette tendance s'est récemment stabilisée, sauf chez les hommes en Wallonie.
- L'obésité est fortement liée au statut socio-économique, le taux d'obésité étant beaucoup plus élevé chez les personnes les moins instruites.
- En 2014, selon l'enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire (HBSC), 14% des adolescents présentaient un excès de poids (incluant simple surpoids et obésité). Le surpoids était plus fréquent chez les garçons, légèrement plus fréquent dans la partie francophone du pays, et plus fréquent dans les familles à faible revenu.

Figure 26. Prévalence de l'obésité chez les adultes par sexe, pour les pays de l'UE-15, 2014 ou année la plus proche

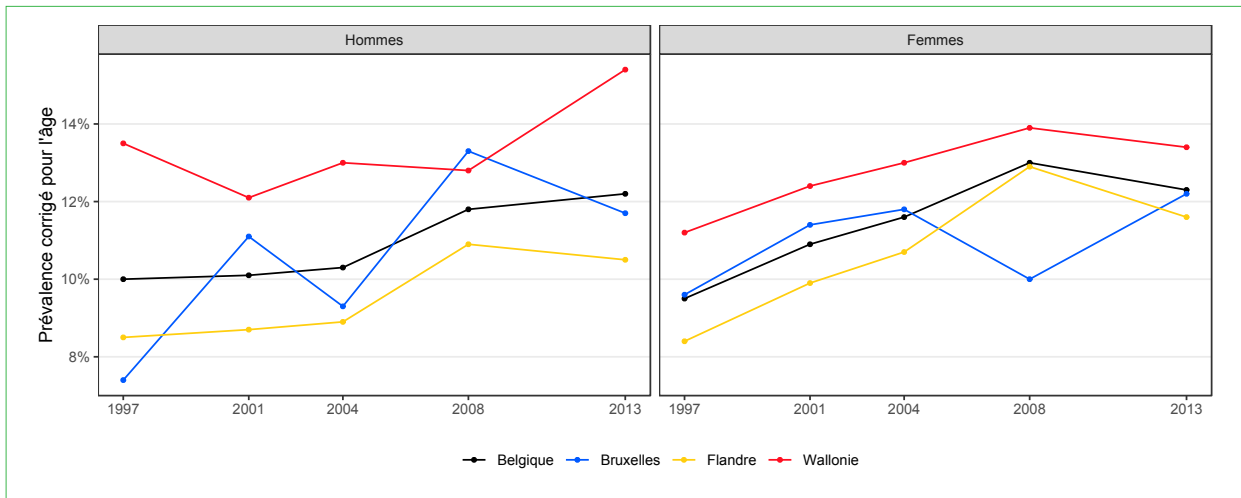


Source : Eurostat

10 L'indice Masse Corporelle (Body mass index, ou BMI) est un indicateur de statut pondéral, calculé en divisant le poids par le carré de la taille : $IMC = \frac{Poids(kg)}{Taille(m)^2}$

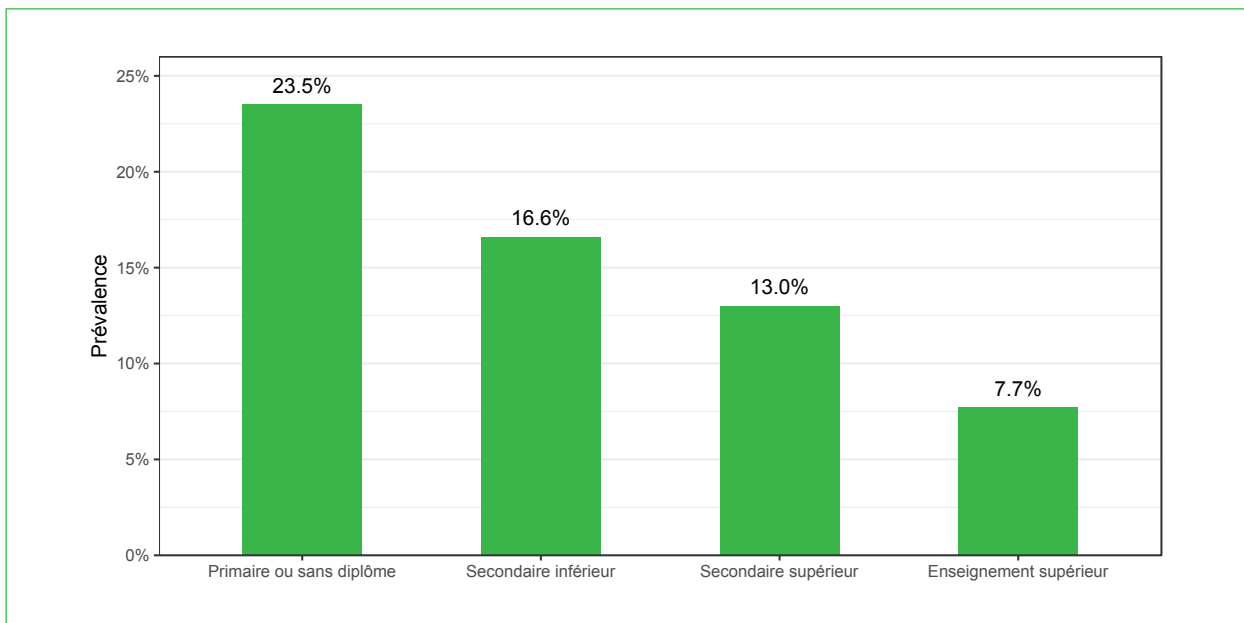
5. DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Figure 27. Prévalence de l'obésité par sexe et région, Belgique, 1997-2013



Source : Calcul des auteurs à partir des enquêtes de santé, Sciensano 1997-2013

Figure 28. Prévalence de l'obésité par niveau d'instruction, Belgique, 2013



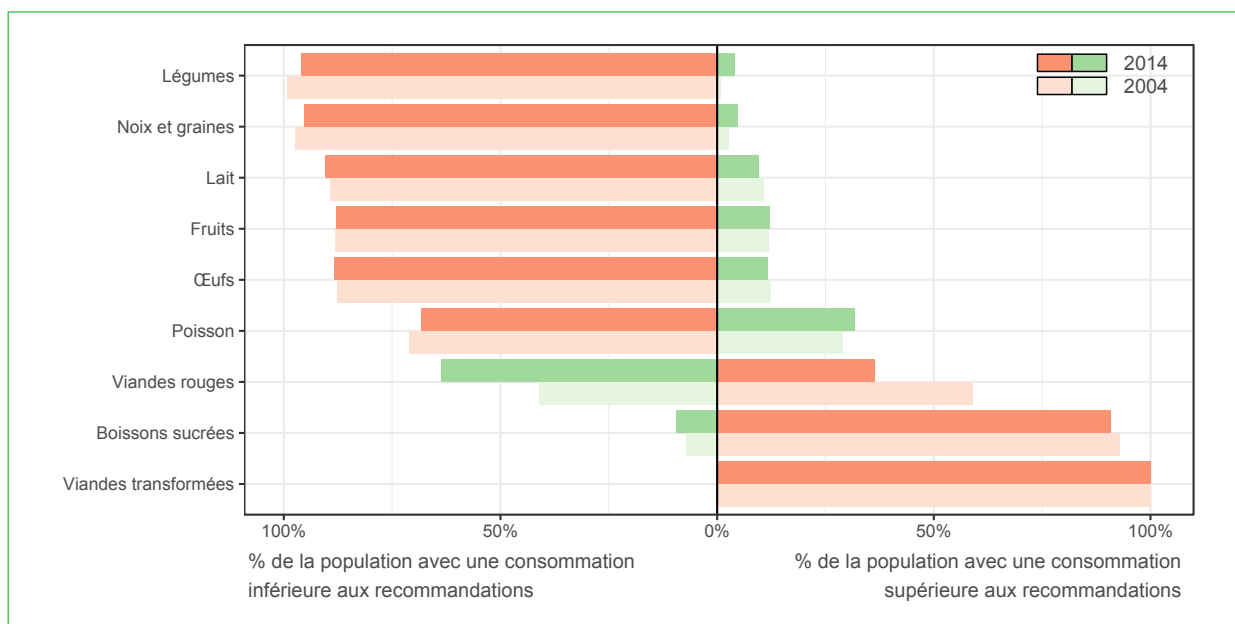
Source : Enquêtes de santé, Sciensano 2013

5.4. HABITUDES ALIMENTAIRES

Une mauvaise alimentation favorise l'obésité, et est un facteur de risque pour beaucoup de maladies non-transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète et certains cancers. Les résultats concernant les habitudes alimentaires en Belgique proviennent de l'enquête de consommation alimentaire 2014 [6], que nous avons comparés aux recommandations nutritionnelles nationales [7,8] et internationales [9]

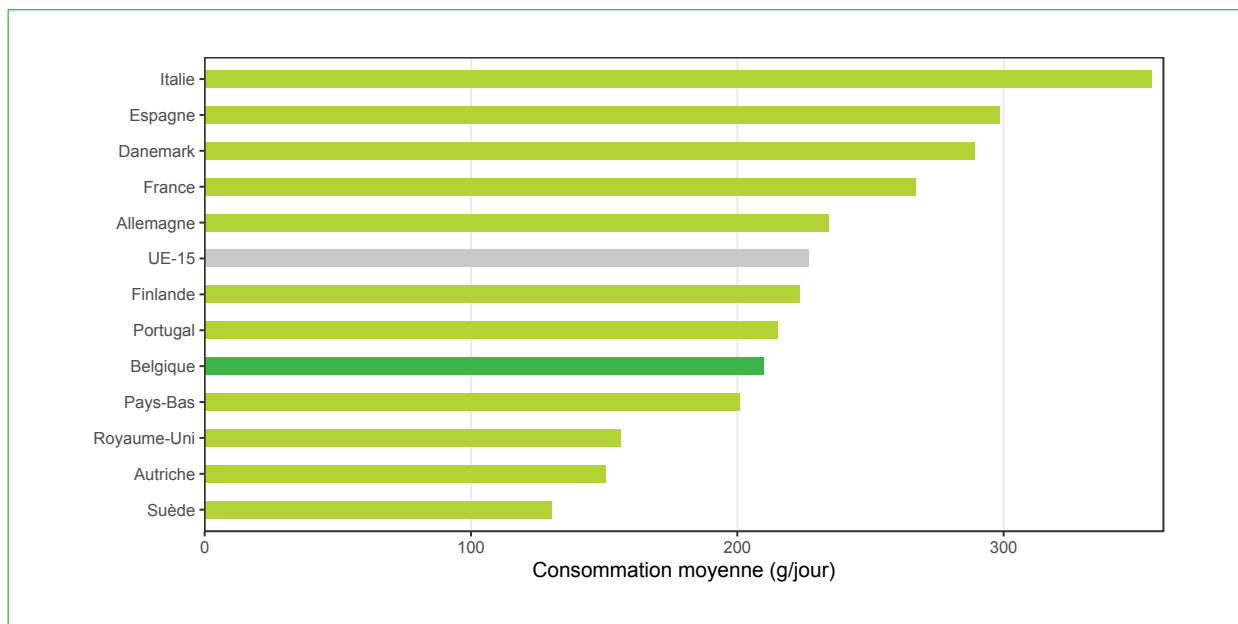
- Le régime alimentaire en Belgique se caractérise par une consommation excessive de viandes rouges, de viandes transformées et de boissons sucrées, alors que la consommation de fruits et légumes, de lait, œufs, poisson, noix, et graines, est insuffisante. Seuls 14% des gens suivent la recommandation de l'OMS de consommer au moins 400 g de fruits et légumes par jour.
- Les jeunes, et surtout les adolescents, consomment moins de fruits et légumes que la moyenne européenne.
- Plus de 90% de la population consomme plus de boissons sucrées que le maximum toléré.
- La plupart des habitudes alimentaires semblent légèrement meilleures en Flandre.
- Les habitudes alimentaires sont également fortement influencées par le statut socio-économique : lorsque le niveau d'instruction augmente, la consommation de fruits et légumes augmente, tandis que la consommation de boissons sucrées diminue.
- Les aliments ultra-transformés (UPF) sont fabriqués à partir d'ingrédients industriels ; ils augmentent le risque d'obésité et d'hypertension et devraient être évités dans la mesure du possible [10]. En Belgique, la consommation d'UPF représente 30% de l'énergie totale consommée, ce qui est assez élevé.
- Au cours des 10 dernières années, les habitudes alimentaires ne se sont que légèrement améliorées.

Figure 29. Proportion de la population avec une consommation d'aliments supérieure ou inférieure aux recommandations nutritionnelles, par groupe d'aliments et par année, Belgique 2004-2014



Source : Enquêtes de consommation alimentaire, Sciensano, 2004-2014

Figure 30. Consommation moyenne habituelle de fruits et légumes (en grammes par jour) chez les adolescents (10-17 ans), par pays de résidence, UE-15



Source : EFSA Comprehensive Food Consumption Database

5.5. ACTIVITÉ PHYSIQUE

Le manque d'activité physique est l'un des principaux facteurs de risque en termes de morbidité et de mortalité pour une série d'affections chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète. De plus, une activité physique régulière, lorsqu'elle atteint un certain niveau, peut avoir des effets bénéfiques importants sur la santé (« activité physique bénéfique pour la santé »).

- La pratique d'activité physique est trop basse en Belgique : seuls deux tiers des adultes (18-64 ans) pratiquent au moins un « niveau minimal » d'activité physique (selon le seuil IPAQ¹¹),
- Un tiers des adultes seulement pratiquent suffisamment d'activité physique pour avoir un impact positif sur la santé (selon la définition de l'IPAQ).
- Les hommes sont beaucoup plus actifs physiquement que les femmes. Ils pratiquent près de deux fois plus souvent que les femmes un niveau d'activité physique bénéfique pour la santé (respectivement 39% et 21%).
- Les Wallons sont moins actifs physiquement que dans les autres régions ; les femmes bruxelloises sont plus actives que celles dans les autres régions.
- On n'observe pas de disparité socioéconomique évidente dans la pratique d'activité physique.

¹¹ International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) 2004, version courte. <https://sites.google.com/site/theipaq/>

6. INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DE SANTÉ

Des inégalités socioéconomiques en matière de santé sont observées de façon systématique dans les sociétés industrialisées, pour tous les aspects de la santé, allant des déterminants de la santé à la mortalité [11,12]. S'attaquer aux inégalités de santé est une priorité pour l'OMS [13], l'Union européenne [14] et pour la Belgique [15–17].

Ce rapport présente une vue d'ensemble des inégalités en matière de santé en Belgique, à partir de plusieurs sources de données : recensements de la population couplés à la mortalité, enquêtes de santé par interview (HIS) et enquête de consommation alimentaire (FCS). Le niveau d'instruction (groupé en 3 ou en 4 niveaux suivant la disponibilité des données) a été utilisé comme marqueur de la position socio-économique.

Plusieurs indicateurs d'inégalités ont été calculés : différences entre les niveaux d'instruction le plus élevé et le plus bas (différences absolues et relatives) d'une part, et indices d'inégalités au niveau de toute la population [18] d'autre part (plus de détails dans le box ci-dessous ou sur notre site).

6.1. INÉGALITÉS EN ESPÉRANCE ET QUALITÉ DE VIE

- Les personnes avec un niveau d'instruction plus élevé vivent plus longtemps. En 2011 en Belgique, l'écart en espérance de vie (EV) à 25 ans (EV_{25}) entre le niveau d'instruction le plus élevé et le plus bas (ce que nous allons appeler « inégalité absolue ») était de 6,1 ans pour les hommes et de 4,6 ans pour les femmes [3].
- L'inégalité en EV à 30 ans est légèrement inférieure en Belgique par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE chez les hommes, et similaire à la moyenne chez les femmes. Par contre, par rapport aux seuls pays de l'UE-15, la Belgique ne se situe pas bien pour les inégalités en EV : elle est en 3^e position et donc parmi les pays où les inégalités sont les plus importantes, chez les hommes (après la France et l'Autriche) et en 2^e position chez les femmes, après les Pays-Bas.
- La situation en Belgique en termes d'inégalités ne s'est pas améliorée au cours du temps, au contraire : l'écart en EV_{25} entre le niveau d'instruction le plus élevé et le plus bas a augmenté de 17% chez les hommes et 22% chez les femmes entre 2001 et 2011.
- En complément à l'écart en EV entre les niveaux d'instruction les plus éloignés, un indice d'inégalité dans toute la population a été calculé (« indice composite d'inégalité (CII) »). Ce dernier a augmenté, mais de façon plus modérée que l'écart entre les niveaux d'instruction les plus éloignés : entre 2001 et 2011, son accroissement était de 7% (ce qui signe une augmentation des inégalités), mais uniquement chez les hommes.
- Les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé vivent aussi plus longtemps en bonne santé. L'écart en espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 25 ans ($EVSI_{25}$) entre le niveau d'instruction le plus élevé et le plus bas est de 10,5 ans pour les hommes et de 13,4 ans pour les femmes [3].
- Entre 2001 et 2011, chez les hommes l' $EVSI_{25}$ a augmenté uniquement dans le niveau d'instruction le plus élevé, elle est restée stable pour les autres. Chez les femmes, elle a diminué fortement dans le niveau d'instruction le plus faible.
- Les inégalités en EVSI se sont donc creusées avec le temps dans les deux sexes, aussi bien pour l'écart entre les niveaux d'instruction les plus éloignés, que pour l'indice composite au niveau de toute la population.
- Les personnes avec un niveau d'instruction bas estiment près de trois fois plus souvent (que celles qui ont un niveau d'instruction élevé) que leur santé est médiocre (ou mauvaise).
- On pourrait réduire de 6 points de pourcentage la proportion de personnes qui perçoivent leur santé comme médiocre ou mauvaise parmi toute la population s'il n'y avait pas d'inégalités, ce qui représenterait une amélioration de 31%.

6. INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES DE SANTÉ

Tableau 1. Espérance de vie (à 25 ans), espérance de vie sans incapacité (à 25 ans), santé perçue, par sexe et par niveau d'instruction (et différence absolue et relative), Belgique, 2011/2013

Indicateur	Sexe	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative	CII absolu ^c	PAF ^d
Espérance de vie à 25 ans ^a	Hommes	51,7	57,8	-6,1	-	3,4	-
	Femmes	57,3	61,9	-4,6	-	2,4	-
Espérance de vie sans incapacité à 25 ans ^a	Hommes	37,0	47,5	-10,5	-	6,0	-
	Femmes	35,5	49,0	-13,4	-	7,2	-
Santé perçue médiocre (% ≥15 ans) ^b	Tous	38,7%	13,5%	25,2%	2,87	-	31,1%

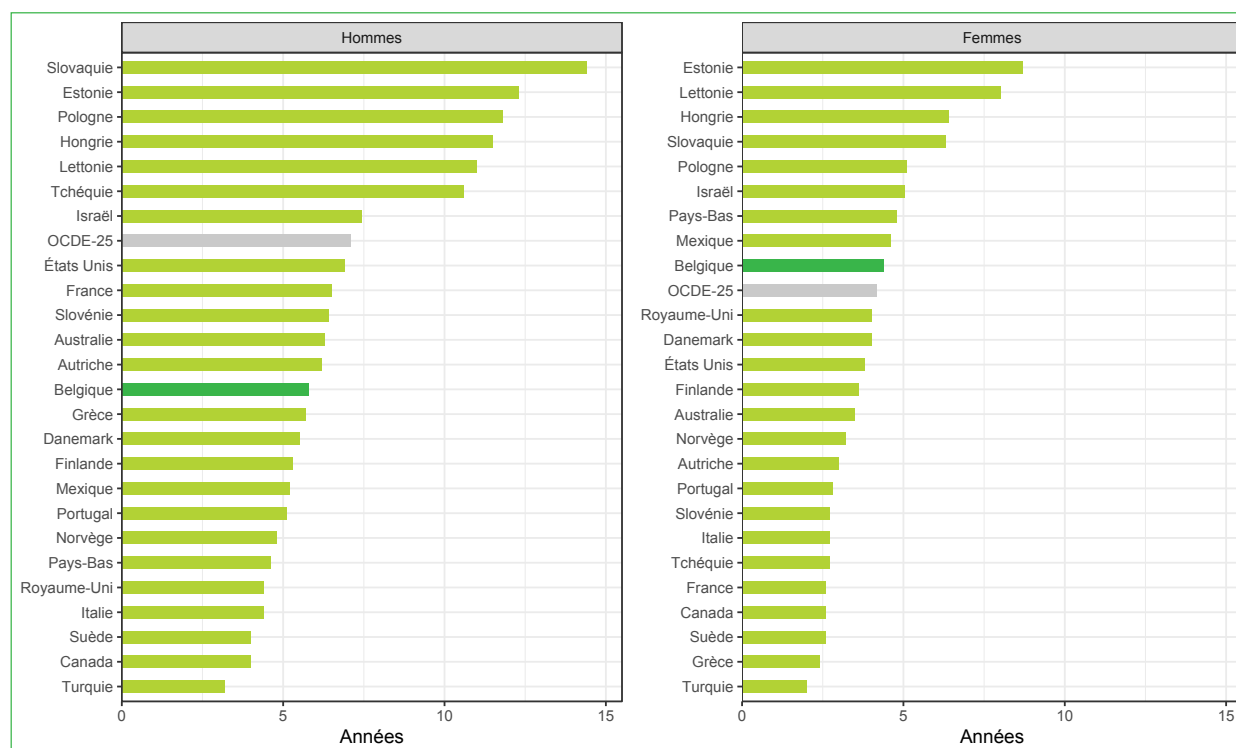
a. Calculs basés sur le recensement de 2011 couplé à la mortalité pour un suivi de 5 ans, avec 3 niveaux d'instruction

b. Calculs basés sur l'Enquête de santé 2013, avec 4 niveaux d'instruction

c. CII absolu : mesure d'inégalité absolue pour toute la population

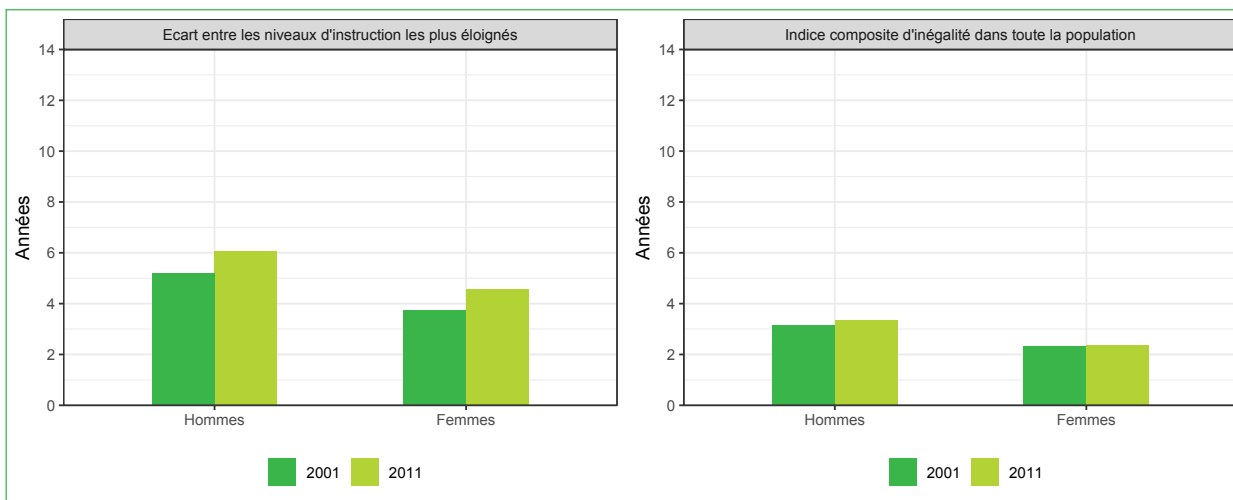
d. PAF : mesure d'inégalité relative pour toute la population

Figure 31. Inégalité en espérance de vie à 30 ans, par pays, parmi 25 pays de l'OCDE (2010-2015)



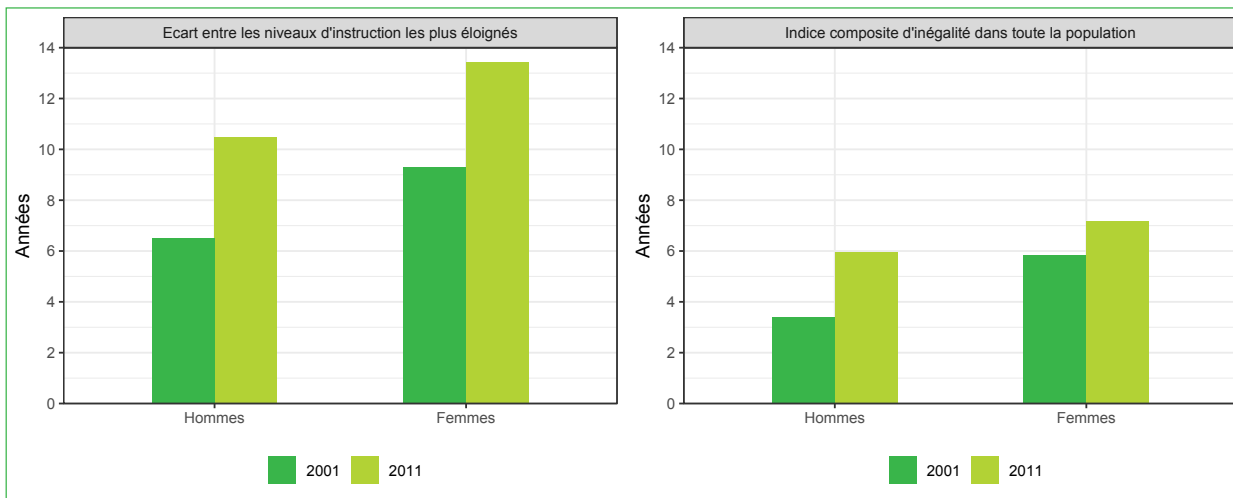
Source : OCDE, avec correction pour la Belgique (données du recensement 2011 couplées à la mortalité)

Figure 32. Espérance de vie à 25 ans : différence (en années) entre les niveaux d'instruction le plus et le plus élevé, et indice composite d'inégalité dans toute la population, par sexe et par année, Belgique, 2001 et 2011



Source : Calculs des auteurs basés sur les recensements 2001 et 2011 couplés à la mortalité pour un suivi de 5 ans

Figure 33. Espérance de vie sans incapacité à 25 ans : différence (en années) entre les niveaux d'instruction le plus et le plus élevé, et indice composite d'inégalité dans toute la population, par sexe et par année, Belgique, 2001 et 2011



Source : Calculs des auteurs basés sur les recensements 2001 et 2011 couplés à la mortalité pour un suivi de 5 ans, et aux enquêtes de santé par interview (Sciensano).

6.2. INÉGALITÉS EN MORTALITÉ

L'analyse des inégalités en mortalité est basée sur des données déjà anciennes ; nous présentons les analyses basées sur le recensement 2001, qui concernent la mortalité prématurée (< 75 ans).

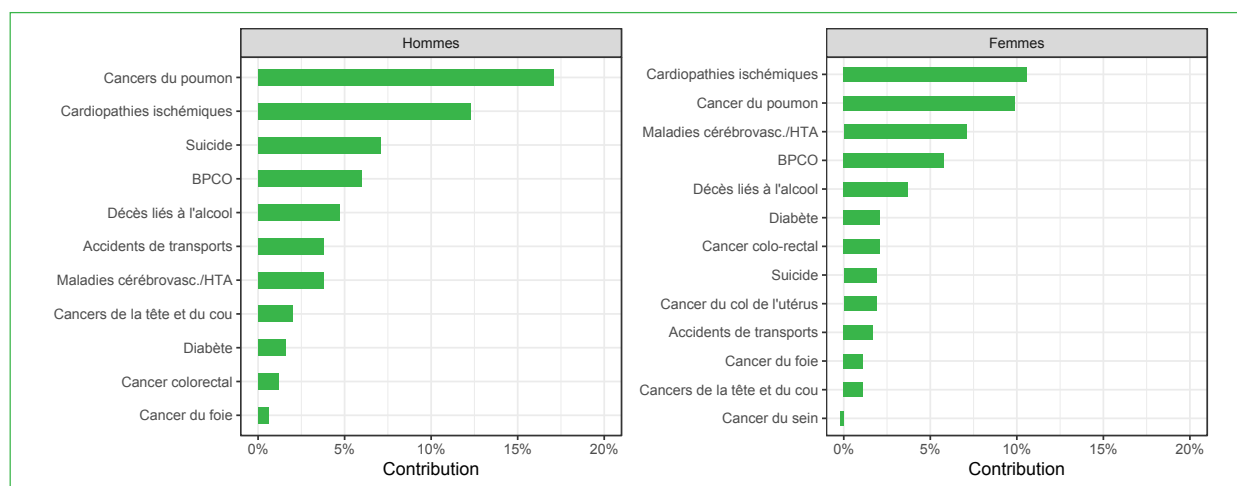
- Les personnes avec un niveau d'instruction plus bas ont un taux de mortalité prématuré plus élevé. Les hommes et les femmes de la catégorie la moins scolarisée sont respectivement 1,9 et 1,6 fois plus susceptibles de mourir avant 75 ans que les hommes et les femmes de la catégorie la plus scolarisée[19].
- Les causes de décès prématurés qui contribuent le plus aux inégalités sociales en termes de mortalité au niveau de la population sont le cancer du poumon, les maladies cardiaques ischémiques, le suicide et les bronchopathies chroniques obstructives chez les hommes. Chez les femmes, ce sont les maladies cardiaques ischémiques, le cancer du poumon, les maladies cérébro-vasculaires et les bronchopathies chroniques obstructives.
- La plupart des causes de décès prématurés qui contribuent aux inégalités sont des causes fortement liées au tabagisme. Ceci suggère que des actions visant plus spécifiquement à diminuer le tabagisme au sein des classes sociales moins favorisées permettraient de réduire fortement les inégalités en mortalité prématurée.

Tableau 2. Inégalités socio-économiques en mortalité prématurée (<75 ans), par sexe, Belgique, 2001

Indicateur	Sexe	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative	PAF
Mortalité prématurée toute cause, taux ajusté pour 100.000	Hommes	595,3	316,4	278,9	1,88	38,1%
	Femmes	304,8	191,3	113,5	1,59	29,2%

Source : Calculs des auteurs basés sur le recensement 2001 couplé à la mortalité pour un suivi de 5 ans

Figure 34. Contribution (en %) des principales causes de décès à l'inégalité en mortalité prématurée (<75 ans), mesurée en « Fraction-attribuable-population (PAF) », Belgique, 2001



Source : Calculs des auteurs basés sur le recensement 2001 couplé à la mortalité pour un suivi de 5 ans.

6.3. INÉGALITÉS DEVANT LA MALADIE

- Les personnes avec le niveau d’instruction le plus bas déclarent souffrir de maladies chroniques 1,5 à 2 fois plus souvent que les personnes avec le niveau d’instruction le plus élevé.
- Les inégalités absolues sont marquées en ce qui concerne la proportion de personnes qui déclarent souffrir d’au moins une maladie chronique (dans son ensemble), pour la multi-morbidité¹² et l’arthrose (écarts compris entre 9 et 13 points de pourcentage).
- Les inégalités relatives (ratio de prévalence entre le niveau d’instruction le plus élevé et le plus bas) sont élevées pour la multi-morbidité (1,9) et le diabète (1,8).
- Les inégalités relatives sont encore plus grandes pour les trois problèmes de santé mentale étudiés (dépression, anxiété et troubles du sommeil), avec des ratios de prévalence autour de 3 pour la dépression et l’anxiété.
- Pour ces trois troubles de santé mentale, les inégalités absolues sont également importantes, atteignant 15 points de pourcentage. Ces dernières se sont par ailleurs accrues au cours du temps.
- Les inégalités (absolues et relatives) dans l’utilisation de tranquillisants ou de somnifères sont également importantes.

Tableau 3. Inégalités socio-économiques devant certaines maladies non-transmissibles (proportion de la population de 15 ans ou plus), Belgique 2013

Indicateur	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative	PAF
Santé physique					
Maladie chronique	36,3%	22,9%	13,4%	1,59	13,6%
Multi-morbidité	21,9%	11,6%	10,3%	1,89	15,8%
Diabète	7,7%	4,2%	3,5%	1,84	22,9%
Arthrose	23,0%	14,1%	9,0%	1,64	17,3%
Hypertension	21,3%	14,9%	6,5%	1,44	11,3%
Désordre thyroïdien	7,8%	4,6%	3,2%	1,69	21,4%
Santé mentale					
Troubles dépressifs	26,6%	9,8%	16,8%	2,71	31,5%
Troubles anxieux	21,3%	6,7%	14,6%	3,18	29,5%
Problèmes de sommeil	40,8%	25,7%	15,1%	1,59	12,0%
Consommation de tranquillisants	20,0%	10,1%	10,0%	1,99	24,9%
Idées suicidaires (12 derniers mois)	5,5%	3,9%	1,6%	1,41	17,0%

Source : prévalence ajustée pour l’âge par standardisation directe, calcul des auteurs à la partie de l’enquête de santé, Sciensano, 2013

¹² Multi-morbidité signifie présenter au moins deux des maladies non transmissibles parmi celles énumérées dans le questionnaire HIS.

6.4. INÉGALITÉS DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- Les inégalités en matière de tabagisme sont importantes : on constate une différence absolue de 15 points de pourcentage dans la proportion de fumeurs quotidiens entre le niveau d'instruction le plus bas et le niveau plus élevé ; le ratio atteignant 2,6.
- Les inégalités dans le comportement tabagique ont augmenté au cours du temps : en effet, seules les personnes avec le niveau d'instruction le plus élevé ont modifié leur comportement tabagique avec une diminution des fumeurs quotidiens tandis que celle-ci est restée inchangée parmi les personnes avec des niveau d'instruction plus bas.
- Les inégalités sont encore plus grandes pour la prévalence de l'obésité, avec un ratio de prévalence de 3.
- De 2008 à 2013, les inégalités absolues et relatives pour l'obésité ont considérablement augmenté chez les hommes. Chez les femmes, seules les inégalités absolues ont augmenté au cours du temps.
- De mauvaises habitudes alimentaires sont plus fréquentes chez les personnes avec un niveau d'instruction plus bas.
- Seules 6% des personnes les moins instruites se conforment à la recommandation en ce qui concerne les fruits et légumes (400 g par jour) contre 22% parmi les personnes les plus instruites. Soit une différence absolue de 16 points de pourcentage et un ratio de 0,27, signifiant que les personnes avec le plus faible niveau d'instruction atteignent 4 fois moins souvent la quantité recommandée.
- La consommation de boissons contenant du sucre ajouté est 2,5 fois plus élevée dans la catégorie d'instruction la plus basse.
- Les inégalités importantes observées pour ces déterminants de la santé conduisent à des « fractions attribuables population » importantes : cela signifie qu'une amélioration importante des facteurs de risque pour la santé, et par conséquent de la santé, se produirait, au niveau de la population, si tout le monde pouvait atteindre la valeur observée dans le groupe le plus favorisé.
- En ce qui concerne la consommation d'alcool, les inégalités ne sont pas systématiques au cours des différentes enquêtes de santé. En 2013, la surconsommation d'alcool tendait à être plus fréquente chez les hommes peu instruits, l'inverse s'observant chez les femmes, mais ces tendances n'étaient pas significatives.
- A partir des indicateurs étudiés (indicateurs IPAQ), on n'a pas mis en évidence d'inégalité systématique pour l'activité physique.

Tableau 4. Inégalités socio-économiques pour certains styles de vie / déterminants de santé, Belgique, 2013/2014

Indicateur	Niveau instr. bas	Niveau instr. haut	Diff. absolue	Diff. relative	PAF
Tabagisme quotidien (% personnes ≥15 ans)	25,0%	9,5%	15,5%	2,63	45,1%
Obésité (% personnes ≥18 ans, IMC ≥ 30)	23,5%	7,7%	15,8%	3,05	37,4%
Consommation de fruits et légumes (g/jour)	210	300	-90	-	-
Consommation de fruits et légumes (% ≥ 400 g/jour)	6,0%	22,4%	-16,4%	0,27	61,2%
Consommation de boissons sucrées (g/jour)	227,3	89,5	137,8	-	-

Source : Calculs des auteurs à partir de l'enquête de santé 2013, et de l'enquête de consommation alimentaire 2014, Sciensano

Un coup d'œil sur les mesures d'inégalité

De nombreux indicateurs d'inégalités sociales en termes de santé existent [18]. Les principales différences portent sur leur nature absolue ou relative, et sur leur portée (inégalités entre deux groupes ou dans toute la population). Les inégalités absolues représentent la différence entre les résultats en termes de santé des groupes sociaux comparés, tandis que les différences relatives expriment le ratio des valeurs de santé des groupes sociaux comparés. Ces deux types d'indices sont importantes. Par ailleurs, certains indicateurs ne comparent que deux groupes, alors d'autres visent à mesurer l'inégalité dans toute la population.

Dans ce rapport les indicateurs suivants ont été calculés :

- Différence (ou écart) absolue : valeur dans le niveau d'instruction le plus bas (SE_{bas}) – valeur dans le niveau d'instruction le plus élevé (SE_{haut})
- Ratio ou inégalité relative : valeur (SE_{bas}) / valeur (SE_{haut})
- Indice composite d'inégalité absolue (CII) : indicateur au niveau de la population qui mesure ce que l'on pourrait gagner en valeur absolue s'il n'y avait pas d'inégalité, dans un scénario où tous les groupes de la population auraient le niveau de santé du groupe le plus favorisé. CII = total des écarts entre chaque groupe et (SE_{haut}), pondéré par la taille (nombre d'individus) des groupes.
- La Fraction-attribuable-Population (PAF) : mesure ce que l'on pourrait gagner en pourcentage de la valeur moyenne s'il n'y avait pas d'inégalité, dans un scénario où tous les groupes auraient le niveau de santé du groupe le plus favorisé.

Que signifient les tendances des inégalités absolues ou relatives ?

Les inégalités absolue et relative évoluent parfois de façon différente, ce qui peut rendre l'interprétation des tendances assez complexe [20].

Par exemple dans le cas d'un état de santé défavorable (comme le trouble dépressif) qui se détériore (devient plus fréquent) au cours du temps, l'augmentation de l'inégalité **absolue** signifie que l'état de santé s'est détérioré plus chez les personnes avec un niveau d'instruction faible que chez celles avec un niveau élevé. Si les inégalités **relatives** restent stables au cours du temps (par exemple pour le trouble dépressif), cela signifie que la détérioration a été, en proportion, pareille dans les groupes sociaux comparés. Par contre si les inégalités relatives augmentent aussi, cela signifie que l'excès de détérioration de santé observée dans le groupe moins instruit par rapport au groupe plus instruit est si important que, non seulement l'écart augmente en valeur absolue, mais aussi en pourcentage (c'est le cas de l'obésité chez les hommes).

RÉFÉRENCES

1. Verschuuren M, Achterberg PW, Gijzen R, Harbers MM, Vijge E, Wilk EA, Kramers PGN (2012). ECHI Indicator Development and Documentation - Joint action for ECHIM final Report Part II. RIVM. 287 p.
2. OECD (10-11-2017). Health at a Glance 2017
3. Renard F, Devleeschauwer B, Van Oyen H, Gadeyne S, Deboosere P (2019). Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study. *Arch Public Health* 77:6
4. WHO (2018). Tobacco. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. WHO (2018). Alcohol. Key Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
6. De Ridder K, Bel S, Brocatus L, Ost C, Teppers E (2017). Samenvatting van de resultaten. In: Tafforeau J (ed.). Voedselconsumptiepeiling 2014-2015. WIV-ISP, Brussel, 2016
7. Vanhauwaert E (2012). De actieve voedingsdriehoek: een praktische voedings- en beweeggids. 1-108
8. Lebacqz T, Ost C (2014). Recommandations alimentaires; https://fcs.wiv-isp.be/nl/https://fcs.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/FRANS/Rapport%204/2_intro_FR_finaal.pdf. In: Enquête de consommation alimentaire 2014
9. WHO (2019). Healthy diet: key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
10. Vandevijvere S, De Ridder K, Fiolet T, Bel S, Tafforeau J (2018). Consumption of ultra-processed food products and diet quality among children, adolescents and adults in Belgium. *European Journal of Nutrition* 1-12
11. Mackenbach J (2006). Health inequalities: Europe in profile. Expert Report commissioned by the EU
12. Feinstein JS (1993). The relationship between socioeconomic status and health : A review of the literature. *The Milbank Quarterly* 71: 279-294
13. WHO Commission on Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO. 256 p.
14. Executive Agency for Health and Consumer (2007). Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission
15. Gouvernement wallon (2017). Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1: définition des priorités en santé. Namur: 105 p.
16. Vlaamse overheid (2017). Vlaamse Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017-2019
17. (2013). Arrêté royal du 18 juillet 2013 portant fixation de la vision stratégique fédérale à long terme de développement durable: http://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-18-juillet-2013_n2013011468.html. Moniteur Belge
18. Mackenbach JP, Kunst AE (1997). Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med* 44: 757-771
19. Renard F, Gadeyne S, Devleeschauwer B, Tafforeau J, Deboosere P (2017). Trends in educational inequalities in premature mortality in Belgium between the 1990s and the 2000s: the contribution of specific causes of death. *J Epidemiol Community Health* 71: 371-380
20. Mackenbach JP, Kulhanova I, Artnik B, Bopp M, Borrell C, Clemens T, Costa G, Dibben C, Kalediene R, Lundberg O, Martikainen P, Menvielle G, Ostergren O, Prochorskas R, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Looman CW, de Gelder R (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *BMJ* 353: i1732

CONTACT

hsr@sciensano.be

PLUS D'INFORMATIONS

Visitez notre site
www.belgiqueenbonnesante.be



Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique
T + 32 2 642 51 11 • T presse + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Myriam Sneyers, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgium • D/2019/14.440/3