

HEALTH STATUS REPORT 2021



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 2022 • Bruxelles • Belgique
Numéro de dépôt : D/2022/14.440/07

Auteurs

Françoise Renard

•

Aline Scohy

•

Robby De Pauw

•

Jure Jurčević

•

Brecht Devleeschauwer

Contact • hsr@sciensano.be

Visitez notre site : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>

Commanditaires

Ce rapport a été réalisé à la demande du Ministre Fédéral 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, Lydia Gisle, Johan Van der Heyden, et Lize Hermans. Nous remercions Tadek Krzywania et Ledia Jani pour le support administratif.

Merci de citer cette publication comme suit :

Renard F., Scohy A., De Pauw R., Jurčević J., Devleeschauwer B., Health status report 2021 – L'état de santé en Belgique. Bruxelles, Belgique: Sciensano. Numéro de dépôt: D/2022/14.440/07. Disponible en ligne: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>.

TABLE DES MATIÈRES

1. RÉSUMÉ.....	7
2. INTRODUCTION	9
3. ESPÉRANCE DE VIE ET QUALITÉ DE VIE	10
3.1 Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé	10
3.1.1 SANTÉ PERÇUE ET QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA SANTÉ.....	11
4. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS.....	13
4.1 Mortalité globale (tous âges).....	13
4.1.1 MORTALITÉ TOUTES CAUSES.....	13
4.1.2 CAUSES DE DÉCÈS.....	13
4.2 Mortalité prématurée (moins de 75 ans).....	13
4.2.1 MORTALITÉ PRÉMATURÉE TOUTES CAUSES.....	13
4.2.2 CAUSES DE DÉCÈS PRÉMATURÉS.....	13
5. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	15
5.1 Maladies non transmissibles autodéclarées, vue d'ensemble	15
5.2 Cancer.....	16
5.3 Cardiopathies ischémiques	16
5.4 Diabète.....	17
6. SANTÉ MENTALE.....	18
6.1 Anxiété et dépression	18
6.2 Comportements suicidaires.....	19
7. MALADIES TRANSMISSIBLES	20
7.1 Grippe et syndrome grippal	20
7.2 Tuberculose.....	20
7.3 VIH.....	20
8. COVID-19.....	22
8.1 Epidémiologie du COVID-19, liens	22
8.2 impact du COVID-19	22
9. DÉTERMINANTS DE SANTÉ.....	24
9.1 Consommation de tabac	24
9.2 Consommation d'alcool.....	25
9.3 Statut pondéral.....	25
9.4 Alimentation.....	26
9.5 Activité physique.....	27
9.6 Littérature en santé	27

10. INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE SANTÉ	28
10.1 Introduction	28
10.2 Résultats	28
10.2.1 INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE D'ESPÉRANCE DE VIE, D'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ ET DE QUALITÉ DE VIE	28
10.2.2 INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN MATIÈRE DE MORTALITÉ.....	29
10.2.3 INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	30
10.2.4 INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES EN SANTÉ MENTALE.....	30
10.2.5 INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	30
11. RÉFÉRENCES	32



1. RÉSUMÉ

Ce rapport donne un aperçu de l'état de santé de la population belge à partir des données disponibles fin 2021. Pour des informations plus détaillées, vous pouvez consulter notre site web mis à jour en continu: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>

- Avant la pandémie de COVID-19, l'**espérance de vie (EV)** avait régulièrement augmenté au fil des décennies, pour atteindre 81,8 ans en 2019, soit un gain de 4 ans depuis le début du siècle. L'EV des femmes est supérieure à celle des hommes (avantage de 4 ans en 2019) mais cet avantage diminue au cours du temps. L'EV est plus élevée en Flandre, suivie de Bruxelles et de la Wallonie. L'EV en Belgique est légèrement inférieure à la moyenne de l'UE-15. En 2020, l'EV a diminué d'un an, tombant à 80,8 ans, suite à la mortalité élevée au cours de la première année de la pandémie.
- En 2018, l'**espérance de vie sans incapacité** (un des indicateurs d'espérance de vie en bonne santé) à 65 ans était d'environ 12,5 ans et était similaire dans les deux sexes. Chez les hommes, elle se situait dans la moyenne de l'UE-15, tandis que chez les femmes, elle était plus élevée que la moyenne de l'UE-15.
- Septante-sept pourcent des Belges ont **jugé leur santé** bonne ou très bonne en 2018. Ce pourcentage était plus élevé chez les hommes et plus élevé en Flandre et à Bruxelles qu'en Wallonie. La Belgique obtient de meilleurs résultats que la moyenne de l'UE-15, se classant au 6e rang pour cet indicateur.
- Les tendances des **taux de mortalité toute cause** (ajustés pour l'âge) reflètent en miroir celles de l'EV : après une diminution constante de 2000 à 2019, ils ont culminé en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Près de 127 000 décès sont survenus en 2020, soit une augmentation de 17 % par rapport à la moyenne des 10 dernières années.
- En 2018 (dernières données disponibles), les trois principales **causes de décès** chez les hommes étaient les cardiopathies ischémiques, le cancer du poumon et les maladies cérébrovasculaires (regroupées avec l'hypertension ; HTA). Chez les femmes, les trois principales causes étaient la démence (incluant à la fois la démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer), les maladies cérébrovasculaires/HTA et les cardiopathies ischémiques.
- L'évolution de la **mortalité prématurée** (c'est-à-dire la mortalité avant l'âge de 75 ans) est assez similaire à celle de la mortalité générale. Les taux (ajustés pour l'âge) de la mortalité prématurée ont diminué de 31% entre 2000 et 2019, pour augmenter en 2020 de 10% pour les hommes et de 5% pour les femmes, une diminution moindre que celle de la mortalité générale. Les différences entre les sexes et les régions étaient plus prononcées pour la mortalité prématurée que pour la mortalité tous âges confondus. Les trois pathologies les plus lourdes en termes d'années de vie perdues avant 75 ans chez les hommes étaient le suicide, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques. Chez les femmes, il s'agissait du cancer du sein, du cancer du poumon et des maladies cérébrovasculaires.
- Plus d'un belge sur quatre déclare vivre avec au moins une **maladie chronique**. Les six maladies chroniques les plus courantes rapportées dans l'enquête de santé par interview (HIS) de 2018 étaient les problèmes lombaires, l'hypertension artérielle, les allergies, l'arthrose, l'hypercholestérolémie et les problèmes au niveau du cou. La prévalence de nombreuses maladies chroniques a augmenté entre 1997 et 2018, en partie seulement en raison du vieillissement de la population.
- Outre les informations auto-déclarées, des informations objectives sont également disponibles dans des registres. En 2019, 71 651 nouveaux diagnostics de **cancers** invasifs (à l'exclusion des cancers de la peau non mélanome) ont été posés. L'incidence est la plus élevée en Wallonie. Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués sont les cancers de la prostate, du poumon et colorectal chez l'homme, et les cancers du sein, colorectal et du poumon chez la femme. Au cours des dix dernières années, après correction pour l'âge, l'incidence du cancer n'a augmenté que chez les femmes, une hausse largement attribuable à l'augmentation de l'incidence du cancer du poumon.
- En 2018, 6,3 % de la population belge était atteinte de **diabète**. La prévalence du diabète a augmenté au fil du temps, même après correction pour l'âge, probablement en raison d'une augmentation des facteurs de risque du diabète.



Résumé

- **Les troubles de la santé mentale** représentent une préoccupation importante en Belgique. La prévalence des troubles anxieux et dépressifs rapportée dans la HIS 2018 était déjà assez élevée, avec environ une personne sur dix déclarant un trouble anxieux, et une personne sur dix déclarant un trouble dépressif (une légère diminution par rapport à 2013). En 2018, chez les jeunes (15-24 ans), le suicide était la principale cause de décès chez les hommes et les femmes. Depuis le début de la crise COVID-19, les niveaux de troubles anxieux et dépressifs ont augmenté; ils étaient les plus élevés au début de la crise et pendant l'hiver 2020-2021 (périodes de confinement les plus sévères), atteignant plus de 20% de la population. Les pensées et tentatives suicidaires ont également augmenté pendant la crise COVID-19.
- L'épidémiologie des **maladies transmissibles** est, bien entendu, actuellement dominée par la pandémie de COVID-19, qui a frappé sévèrement la Belgique depuis 2020. Ce sujet a été largement développé dans le tableau de bord et les rapports Sciensano. En moyenne, environ 500 000 personnes (presque 5 % de la population) sont touchées chaque année par un **syndrome grippal**, la moitié de ces cas étant de véritables gripes (2 % des cas nécessitant une hospitalisation). Entre avril 2020 et octobre 2021, presque aucune infection confirmée de grippe n'a été observée, mais depuis octobre 2021, le nombre de diagnostics de grippe augmente à nouveau très lentement. Depuis 2010, l'incidence de la **tuberculose** est restée assez stable, autour de 950 nouveaux cas par an. La tuberculose est principalement un phénomène urbain, touchant surtout les personnes vivant dans des conditions précaires. En 2020, 725 nouveaux diagnostics de **VIH** ont été posés en Belgique. Une diminution de 41% est observée depuis 2012 ; la diminution a été particulièrement prononcée pour les hommes belges ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- En 2018, le pourcentage de **fumeurs quotidiens** était de 15%, correspondant à une diminution importante au cours des 15 dernières années. Ce pourcentage est inférieur à la moyenne de l'UE-15. Les hommes étaient toujours plus susceptibles que les femmes de fumer quotidiennement. Moins de jeunes (15-24 ans) étaient des fumeurs quotidiens en 2018 (11%) qu'en 2013 (17%).
- **La consommation d'alcool** reste élevée en Belgique mais a diminué. La consommation moyenne d'alcool pur en Belgique était de 10,8 litres par habitant en 2019, juste en dessous de la consommation moyenne de l'EU-15. La surconsommation hebdomadaire d'alcool (plus de 21/14 verres par semaine respectivement pour les hommes et les femmes) a été rapportée par 7,4% des hommes et 4,3% des femmes en 2018. La surconsommation d'alcool a diminué chez les hommes. L'hyperalcoolisation hebdomadaire, çàd la consommation d'au moins 6 boissons alcoolisées en une seule occasion, est rapportée par plus de 7,6 % des personnes (15 ans et plus) et monte à 10 % chez les jeunes (15-24 ans).
- **L'excès de poids** est un problème important en Belgique comme dans la plupart des pays industrialisés. En 2018, environ la moitié de la population adulte était en surpoids (49%) et 16% était obèse d'après les déclarations de poids et taille dans la HIS; les mesures objectives ont révélé des chiffres encore plus élevés. Le surpoids et l'obésité sont plus élevés en Wallonie que dans les autres régions. La Belgique se classe légèrement mieux que la moyenne de l'UE-15.
- Le niveau d'**activité physique** est insuffisant : en 2018, moins d'un tiers (30 %) de la population adulte (âgée de 18 ans et plus) répondait aux recommandations de l'OMS consistant à faire au moins 150 minutes d'activité physique tout au long de la semaine. La recommandation était mieux respectée en Flandre et chez les hommes. Seuls 20% des garçons et 13% des filles âgés de 11 à 18 ans respectaient les recommandations de l'OMS pour les jeunes (60 minutes d'activité physique par jour).
- En 2018, seuls 13% de la population âgée de 6 ans et plus respectaient les recommandations alimentaires de l'OMS préconisant de consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour. Les boissons sucrées devraient être évitées, mais 20% de la population en consomme quotidiennement. Les **habitudes nutritionnelles** sont meilleures à Bruxelles, chez les femmes et les personnes âgées.
- Des **inégalités socio-économiques** ont été constatées pour l'ensemble des indicateurs de santé, depuis les déterminants de santé jusqu'à la morbidité et la mortalité. Elles étaient particulièrement prononcées pour la mortalité, la santé mentale et de nombreux facteurs de risque (à savoir le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique, et les habitudes alimentaires). Si une augmentation récente des inégalités a été observée pour le tabagisme, la dépression, et la migraine pour la plupart des indicateurs de santé, aucune aggravation récente claire n'a été observée entre le début des années 2010 (2011-2013) et la fin des années 2010 (2018-2020). Il faut toutefois noter que pour certains indicateurs, les inégalités avaient augmenté plus tôt et se sont maintenant stabilisées à un niveau plus élevé, ce qui constitue une évolution décevante (par exemple, l'espérance de vie).



2. INTRODUCTION

Ce rapport résume les principaux messages clés et les résultats du «Health Status Report» en ligne, un site décrivant en continu l'état de santé de la population belge. Le suivi de l'état de santé d'une population est essentiel pour soutenir les politiques de santé publique. Jusqu'en 2017, les informations contribuant à la description de l'état de santé en Belgique étaient dispersées, de sorte qu'on ne disposait pas d'un aperçu global de l'état de santé au niveau fédéral.

Ce manque de vue d'ensemble a été le point de départ du projet «Health Status Report». Les objectifs du projet sont doubles : (1) faciliter l'accès aux informations sur l'état de santé en Belgique, et (2) soutenir le processus d'élaboration des politiques en délivrant des messages clés, en soulignant les points d'attention, et en identifiant et classant par ordre d'importance les problèmes de santé sur base de critères épidémiologiques objectifs. Un nouveau site a été développé en 2019 et il est continuellement mis à jour lorsque de nouvelles informations sont disponibles.

Le présent rapport sur l'état de santé couvre les chapitres suivants :

- ▶ l'espérance de vie et la qualité de vie
- ▶ la mortalité et causes de décès
- ▶ les maladies non transmissibles
- ▶ la santé mentale
- ▶ les maladies transmissibles
- ▶ l'impact de la crise COVID-19
- ▶ les déterminants de la santé
- ▶ les inégalités de santé

Dans le présent rapport, les indicateurs épidémiologiques pertinents sont ventilés en fonctions de variables démographiques, régionales et socio-économiques. De plus le rapport montre les tendances au cours du temps et des comparaisons internationales lorsqu'elles sont disponibles.

Le document pdf actuel est une photographie instantanée de la situation sanitaire, résumant les principaux indicateurs et messages clés sur base des données disponibles fin 2021. Le site web « Health Status Report » présente des informations plus détaillées et mises à jour en continu. Toute image instantanée de l'état de santé étant rapidement dépassée, nous encourageons vivement les lecteurs à visiter notre site web.

Explorez le Health Status Report via

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante>



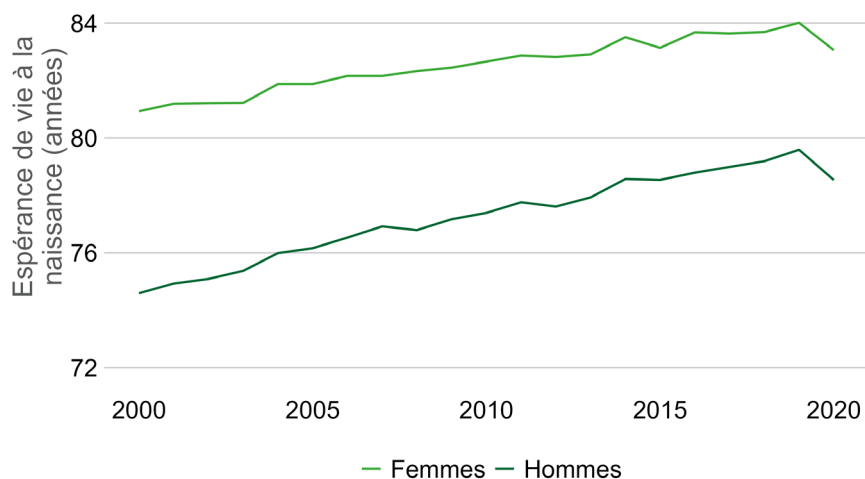
3. ESPÉRANCE DE VIE ET QUALITÉ DE VIE

3.1 ESPÉRANCE DE VIE ET ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ

- En 2020, **l'espérance de vie (EV)** à la naissance était de 80,8 ans. En raison de la crise COVID-19, celle-ci a diminué d'un an depuis 2019 (81,8 ans en 2019) [1].
- Avant la crise COVID-19, l'EV à la naissance en Belgique avait régulièrement augmenté depuis des décennies (excepté en 2012 et 2015). Entre 2000 et 2019, l'EV a gagné 4 ans.
- L'EV est plus élevée chez les femmes (83,1 en 2020) que chez les hommes (78,5 en 2020).
- Des disparités régionales sont observées en matière d'EV : la Flandre a l'EV la plus élevée, suivie de Bruxelles et de la Wallonie, avec respectivement 82,0, 79,6 et 79,0 en 2020.
- Un gradient socio-économique important est également observé, avec une meilleure EV dans les groupes socio-économiques plus favorisés que dans les groupes socio-économiques défavorisés (voir chapitre 10).
- En 2018, **l'espérance de vie en bonne santé** à 65 ans (définie ici comme l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans ; $EVSI_{65}$) était de 12,5 ans chez les hommes comme chez les femmes. Ceci signifie qu'ils pouvaient espérer vivre encore en moyenne 12,5 ans sans incapacité. Entre 2004 et 2018, l' $EVSI_{65}$ a augmenté de 2,7 ans pour les hommes et de 1,4 an pour les femmes.
- L' $EVSI_{65}$ est plus élevée en Flandre pour les hommes (par rapport aux deux autres régions), et plus élevé à Bruxelles et en Flandre pour les femmes (par rapport à la Wallonie).
- L' $EVSI_{65}$ présente en outre un gradient socio-économique, avec une augmentation de l' $EVSI_{65}$ en fonction du niveau d'instruction.
- L' $EVSI_{65}$ des hommes belges se situe au niveau de la moyenne de l'UE-15, tandis que l' $EVSI_{65}$ des femmes belges est supérieur à la moyenne de l'UE-15.



Figure 1. Espérance de vie à la naissance, par sexe, Belgique, 2000-2020



Source: Statbel

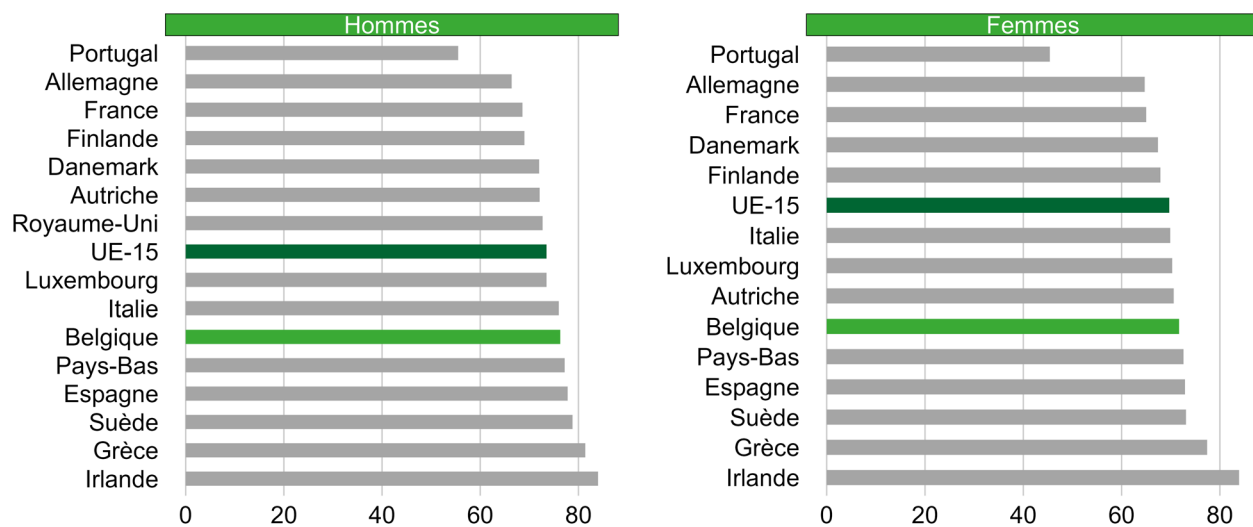


3.1.1 Santé perçue et qualité de vie liée à la santé

- En 2018, 77% de la population belge a déclaré que sa santé était bonne ou très bonne dans l'enquête de santé (HIS). Ce pourcentage était plus élevé en Flandre et à Bruxelles (avec respectivement 78,5 % et 78,4 % de personnes estimant leur santé bonne ou très bonne) qu'en Wallonie (74,0 %).
- Le score moyen de la «Qualité de vie liée à la santé (HRQoL)» était de 0,79 en 2018, soit une légère baisse par rapport à 2013 (0,81). Le score moyen était plus élevé en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie.
- Les deux indicateurs étaient meilleurs chez les hommes que chez les femmes et présentaient un important gradient socio-économique.
- La Belgique se classait au sixième rang des pays de l'UE-15 pour la santé perçue chez les hommes et femmes [2].



Figure 2. Pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus percevant leur santé comme bonne ou très bonne, par sexe, UE-15, 2019



Source: OECD Health Statistics (basé sur l'enquête EU-SILC)



4. MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

4.1 MORTALITÉ GLOBALE (TOUS ÂGES)

4.1.1 Mortalité toutes causes

- En 2020, en raison de l'épidémie de COVID-19, le nombre de décès en Belgique a atteint un pic d'environ 127 000 décès, soit une augmentation de 17% par rapport à la moyenne des 10 dernières années. Le taux de mortalité ajusté pour l'âge a atteint 1051,2 pour 100 000 habitants.
- En 2019, environ 109 000 décès avaient été observés, soit 949 pour 100.000 pour l'ensemble de la population. Entre 2000 et 2019, alors que le nombre de décès en Belgique avait légèrement augmenté -en raison de l'accroissement de la population et de son vieillissement- le taux de mortalité ajusté pour l'âge avait en revanche fortement diminué, passant de 1588 (2000) à 1099 (2019) pour 100.000 chez les hommes et de 992 (2000) à 773 (2019) pour 100.000 chez les femmes, soit une baisse de respectivement de 31% et 22%.

4.1.2 Causes de décès

- Les causes de décès sont actuellement disponibles jusqu'en 2018. En 2018, les 3 principales causes de décès chez les hommes étaient les cardiopathies ischémiques (IHD), le cancer du poumon et les maladies cérébrovasculaires (incluant l'hypertension artérielle; HTA). Chez les femmes, les 3 principales causes étaient la démence (incluant la démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer), les maladies cérébrovasculaires (HTA inclus) et les cardiopathies ischémiques.

4.2 MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS)

4.2.1 Mortalité prématurée toutes causes

- Le taux de mortalité prématurée ajusté pour l'âge (défini ici comme la mortalité avant 75 ans) a diminué de 31% entre 2000 et 2019 pour les deux sexes.
- En 2019, le taux de mortalité prématurée (ajusté pour l'âge) était 70% plus élevé chez les hommes (415 pour 100 000) que chez les femmes (249). Il était beaucoup plus élevé en Wallonie (+38%) et à Bruxelles (+16%) par rapport à la Flandre.
- En 2020, au cours de la première année de la crise Covid-19, la mortalité prématurée (ajusté pour l'âge) a augmenté de 10% pour les hommes et de 5% pour les femmes par rapport à 2019.
- Les disparités régionales en matière de mortalité prématurée ont augmenté en 2020, car l'excès de mortalité prématurée lié au COVID différait selon les régions, touchant plus sévèrement la Wallonie et Bruxelles. En 2020, les différences de taux de mortalité prématurée en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre étaient :
 - ▶ Wallonie : +56% chez les hommes et +45% chez les femmes
 - ▶ Bruxelles : +38% chez les hommes et +26% chez les femmes.

4.2.2 Causes de décès prématurés

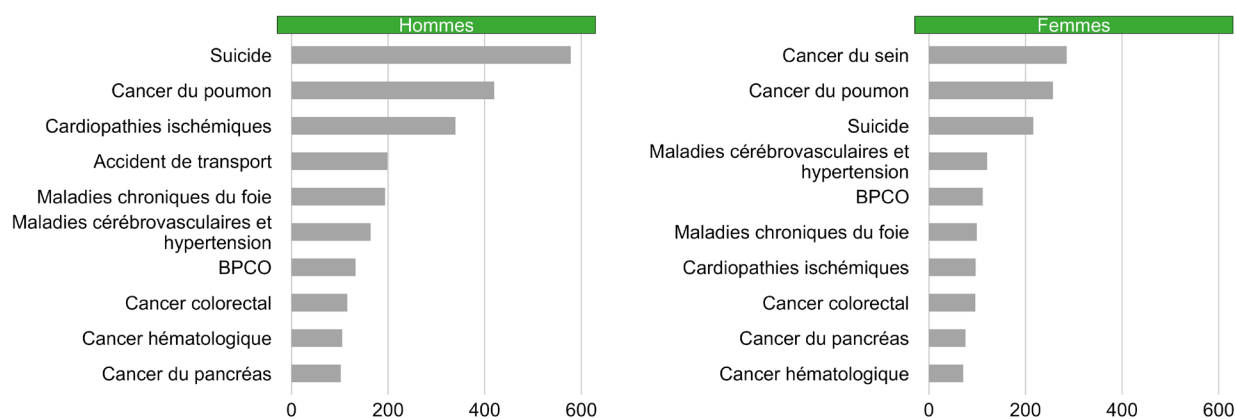
- Les causes de décès sont actuellement disponibles jusqu'en 2018. Les pathologies présentant la charge la plus élevée en termes d'années potentielles de vie perdues avant 75 ans sont :
 - ▶ Le suicide, le cancer du poumon et les cardiopathies ischémiques chez les hommes.
 - ▶ Le cancer du sein, le cancer du poumon et les maladies cérébrovasculaires chez les femmes.



Mortalité et causes de décès

- Les taux de mortalité prématurée ont diminué pour la plupart des causes de décès entre 2000 et 2018. Une forte baisse a été observée pour les cardiopathies ischémiques et les accidents de transport (une diminution de plus de 50%). Au contraire, le cancer du poumon et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (BPCO) chez les femmes ont régulièrement augmenté puis se sont stabilisés.
- Des différences régionales dans les taux de mortalité prématurée par cause de décès ont également été observées, avec pour la plupart des causes, des taux plus élevés en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre. Les pathologies contribuant le plus à la différence de mortalité prématurée totale entre la Wallonie et la Flandre sont l'IHD, le cancer du poumon et les maladies chroniques du foie chez les hommes, et le cancer du poumon, la BPCO et l'IHD chez les femmes. Les conditions contribuant le plus à la différence de mortalité prématurée totale entre Bruxelles et la Flandre sont l'IHD, les maladies cérébrovasculaires et les BPCO chez les hommes et la BPCO, l'IHD et les maladies chroniques du foie chez les femmes.

Figure 3. Classement des causes spécifiques de décès prématuré (avant 75 ans) selon le taux d'années potentielles de vies perdues ajusté pour l'âge, par sexe, Belgique, 2018.



Source: Calculs des auteurs à partir de la base de données des causes de décès, Statbel

sciensano

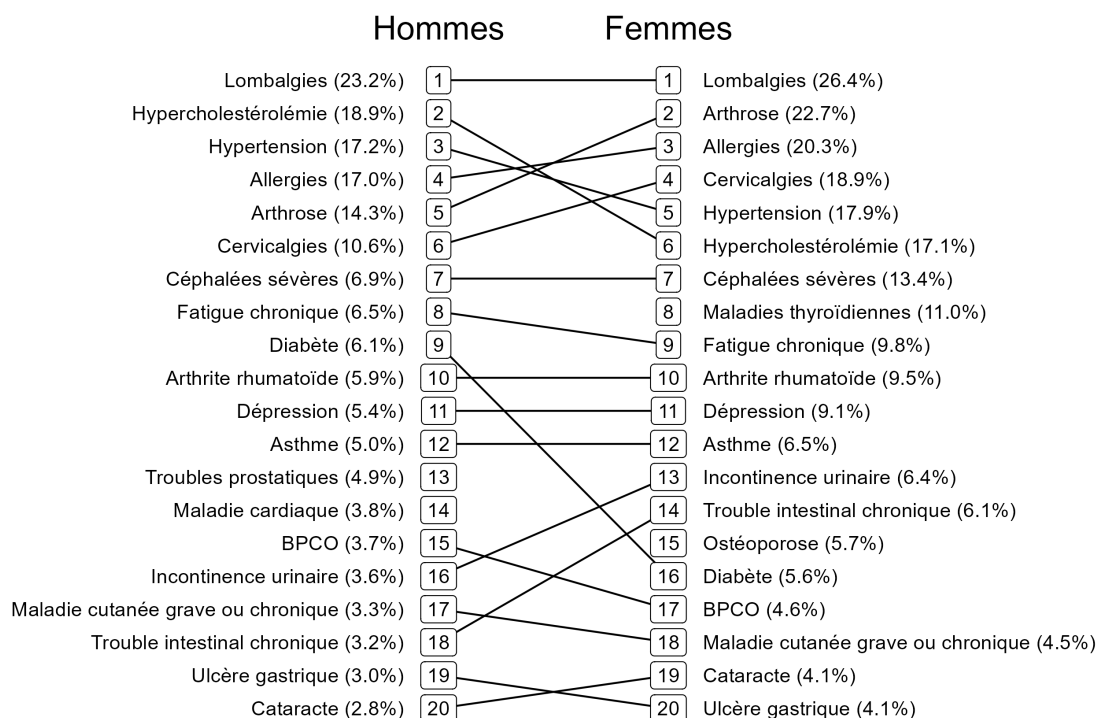


5. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

5.1 MALADIES NON TRANSMISSIBLES AUTODÉCLARÉES, VUE D'ENSEMBLE

- En 2018, 29% des belges âgés de 15 ans et plus ont déclaré vivre avec une maladie chronique¹. Ce pourcentage augmente fortement avec l'âge, atteignant 44% chez les personnes âgées de 75 ans et plus [3].
- Les femmes sont plus fréquemment touchées (31%) que les hommes (27%).
- Les maladies chroniques les plus souvent déclarées sont les lombalgies, l'hypertension artérielle, les allergies, l'arthrose, l'hypercholestérolémie et les douleurs cervicales. Leur prévalence a augmenté depuis 1997 (après ajustement pour l'âge).
- La prévalence de la multimorbidité (l'existence simultanée au singulier de 2 maladies parmi : les maladies pulmonaires chroniques, les maladies cardiaques, l'hypertension, le diabète, le cancer et l'arthropathie) a considérablement augmenté depuis 1997, même après ajustement pour l'âge (l'augmentation n'est donc pas uniquement imputable au vieillissement de la population).
- Les personnes ayant un faible niveau d'instruction souffrent plus fréquemment de maladies chroniques.

Figure 4. Proportion de personnes qui déclarent souffrir d'une des 20 maladies chroniques les plus fréquemment déclarées, par type de maladie et par sexe, Belgique, 2018



Source: Enquête de Santé par Interview, Sciensano



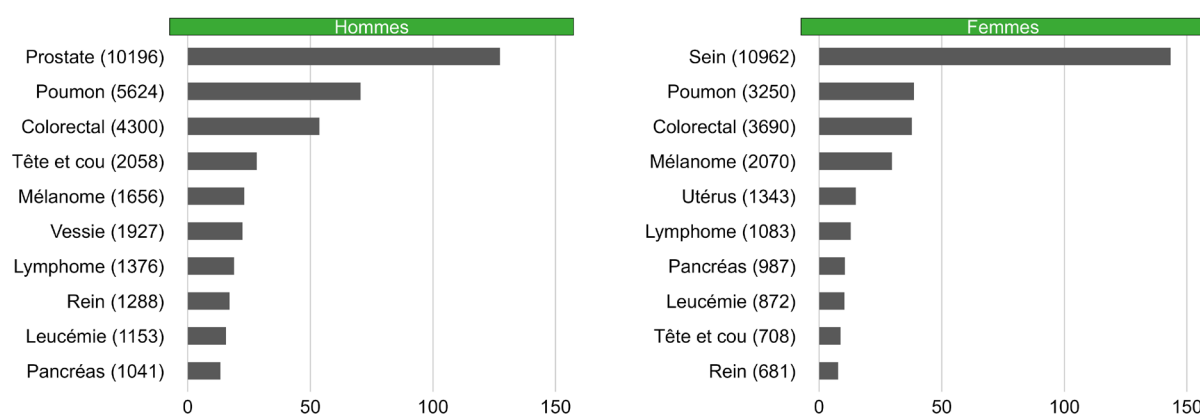
1 La plupart des maladies non-transmissibles sont des maladies chroniques, de sorte que ces termes sont souvent utilisés de façon interchangeable (malgré leur légère différence)



5.2 CANCER

- En 2019, 71 651 nouveaux diagnostics de cancer ont été posés, dont 38 572 chez les hommes et 33 079 cas chez les femmes. Les cancers les plus fréquemment diagnostiqués étaient les cancers de la prostate, du poumon et colorectal chez les hommes, et les cancers du sein, colorectal et du poumon chez les femmes [4].
- Les taux d'incidence (ajustés pour l'âge) sont les plus élevés en Région wallonne.
- Depuis 2006, l'incidence du cancer a augmenté, notamment en raison du vieillissement de la population. Après correction pour l'âge, elle n'a augmenté que chez les femmes.
- Depuis 2006, l'incidence (ajustée pour l'âge) du cancer du poumon a augmenté de 63 % chez les femmes, alors qu'elle a diminué de 16 % chez les hommes. Sur la même période, l'incidence du mélanome (ajustée pour l'âge), a augmenté de 130 % chez les hommes et de 100 % chez les femmes.

Figure 5: Les 10 cancers les plus fréquents, par sexe, Belgique, 2019*



Source: Registre belge du cancer

sciensano

* Cancer de la tête et du cou = C00 à C14 et C30 à C32, cancer colorectal = C18 à C20, lymphome C80 et C82 à C86 et leucémie = C91 à C95.

5.3 CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Angine de la poitrine

- En 2018, 3,8 % des personnes âgées de 65 ans et + ont déclaré souffrir d'angine de poitrine (angor). La prévalence était plus élevée chez les hommes.
- Entre 2008 et 2018, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus déclarant souffrir d'angine de poitrine a diminué dans les trois régions, dans les deux sexes, et davantage chez les femmes que chez les hommes.

Infarctus aigu du myocarde

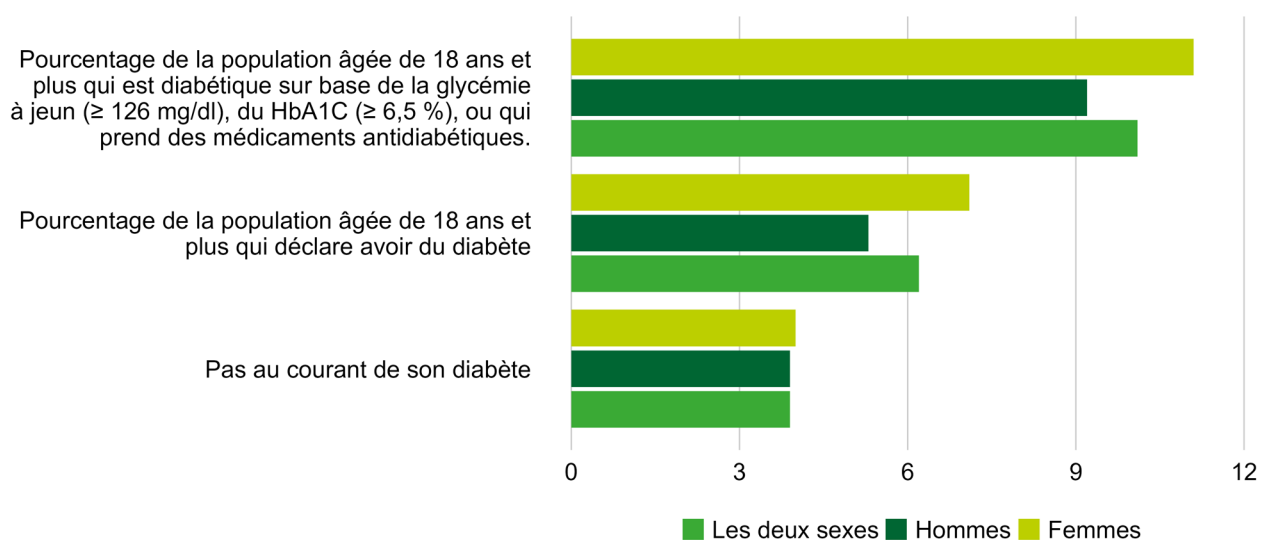
- En 2017, le nombre de personnes ayant souffert d'infarctus aigu du myocarde (IAM) a été estimé à 20 253 en Belgique (178 cas pour 100 000 habitants). Parmi ces personnes, 67,4 % étaient des hommes. Le taux d'incidence de l'IAM augmente avec l'âge et est plus élevé chez les hommes dans tous les groupes d'âge.
- En 2017, dans les deux sexes, la Wallonie présentait le taux d'incidence d'IAM (ajusté pour l'âge) le plus élevé, suivie de la Flandre et de Bruxelles.
- Entre 2008 et 2017, l'incidence de l'infarctus du myocarde (ajustée pour l'âge) a diminué dans les deux sexes.



5.4 DIABÈTE

- En 2018, 6,3% de la population belge avait un diagnostic de diabète connu (données de l'IMA). Cependant, plus d'une personne diabétique sur trois ne sait pas qu'elle est atteinte de la maladie (enquête de santé par examen, BELHES), ce qui porte la prévalence réelle estimée du diabète (connu + inconnu) à 10 % [5].
- La prévalence du diabète augmente au fil du temps, à la fois en raison du vieillissement de la population et d'une augmentation des facteurs de risque.
- La prévalence du diabète est plus élevée en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre, et chez les personnes avec un niveau d'instruction peu élevé. Les différences socio-économiques se retrouvent surtout dans la prévalence du diabète non diagnostiqué/insuffisamment contrôlé.

Figure 6. Prévalence du diabète et connaissance du statut diabétique, Belgique, 2018



Source: Enquête de Santé par Examen, Sciensano

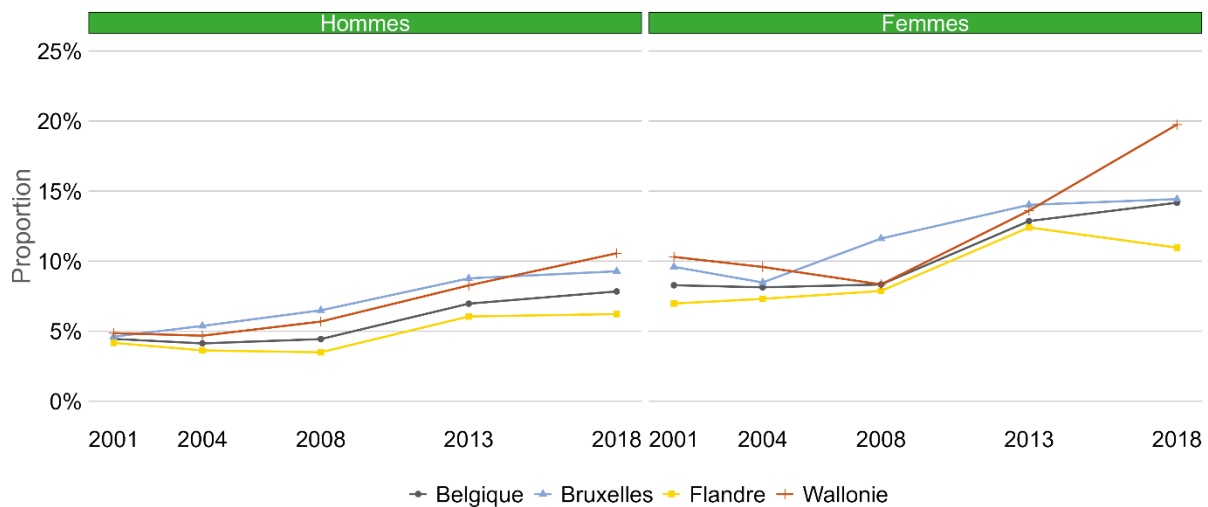


6. SANTÉ MENTALE

6.1 ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

- En 2018, environ une personne sur dix souffrait d'un trouble anxieux, et une personne sur dix souffrait d'un trouble dépressif [6]. La santé mentale s'est détériorée durant la crise COVID-19 (voir chapitre COVID-19).
- Entre 2008 et 2013, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs avait sérieusement augmenté; en 2018, la prévalence des troubles anxieux est restée aussi élevée qu'en 2013, et a même augmenté en Wallonie, tandis que la prévalence des troubles dépressifs a diminué par rapport à 2013.
- Les troubles anxieux et dépressifs sont plus fréquents chez les femmes.
- Les indicateurs de santé mentale sont meilleurs en Flandre que dans les autres régions.
- La fréquence des troubles de santé mentale diffère également selon le niveau d'instruction, les troubles anxieux et dépressifs étant plus fréquents dans le groupe le moins instruit.

Figure 7. Prévalence des troubles anxieux, par sexe, en Belgique et par région, 2001-2018



Source: Calculs des auteurs basés sur Enquête de Santé par Interview, Sciensano



6.2 COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

- Les comportements suicidaires (pensées, tentatives et suicides réels) représentent un important problème de santé publique en Belgique.

Comportements suicidaires et tentatives de suicides

- En 2018, 4,3% de la population avait sérieusement envisagé le suicide et 0,2% avait tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.
- Les femmes et les personnes d'âge moyen étaient plus à risque. Les pensées et tentatives suicidaires étaient plus fréquentes dans le groupe le moins instruits.
- La fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide a augmenté durant la crise COVID-19 (voir chapitre « Impact du COVID-19 »).

Suicides

- 1795 décès par suicide ont été enregistrés en 2018. Les chiffres les plus élevés ont été constatés dans les groupes d'âge de 45 à 64 ans.
- Le suicide représente la charge la plus élevée en termes d'années de vie perdues chez les hommes avant 75 ans. En outre, il est la première cause de décès chez les jeunes hommes et femmes. Dans la tranche d'âge 15-24 ans, 30% des décès masculins et 21% des décès féminins étaient dus au suicide.



7. MALADIES TRANSMISSIBLES

7.1 GRIPPE ET SYNDROME GRIPPAL

- En moyenne, environ 500 000 personnes sont touchées par un syndrome grippal chaque année en Belgique, soit environ 5% de la population totale. Environ 50 à 60 % de ces cas sont des cas réels de grippe (dus au virus influenza).
- Si le syndrome grippal est dans la plupart des cas une maladie bénigne, environ 2 à 3 % des véritables cas de grippe nécessitent une hospitalisation. Parmi les cas hospitalisés, 13 % développent des complications graves, et 6 % vont décéder au cours de leur séjour à l'hôpital ; généralement, plus de 80 % de ces décès surviennent chez les personnes âgées de 65 ans et plus.
- L'épidémie de grippe belge de la saison 2018-2019 a duré 8 semaines, une durée moyenne par rapport aux saisons précédentes. On estime que 506 000 Belges ont consulté leur médecin généraliste pour des symptômes grippaux. Les indicateurs de sévérité ont montré un niveau de sévérité habituel.
- Au cours de l'hiver 2019-2020, une épidémie de grippe plutôt bénigne, d'une durée de 8 semaines, s'est terminée dans la semaine du 9 au 15 mars. La fin de l'épidémie de grippe a coïncidé avec le début de l'épidémie de COVID-19. Entre avril 2020 et octobre 2021, presque aucune infection confirmée de grippe n'a été observée, mais depuis octobre 2021, le nombre de diagnostics de grippe augmente à nouveau très lentement.

7.2 TUBERCULOSE

- La Belgique est un pays à faible incidence de tuberculose. En 2019, 968 nouveaux cas ont été diagnostiqués (une incidence de 8,6 cas pour 100 000). Le taux est resté stable depuis 2010.
- L'incidence de la tuberculose est plus élevée chez les hommes, quel que soit le groupe d'âge, la région ou la nationalité.
- Il existe d'importantes différences géographiques : en 2019, le taux d'incidence était 4,8 fois plus élevé dans la région de Bruxelles-Capitale qu'en Wallonie ou en Flandre, où les taux d'incidence étaient similaires. Les grandes villes rapportent plus de cas, probablement à cause d'une plus grande concentration de groupes à risque. Parmi ces grandes villes, Bruxelles présentait l'incidence la plus élevée.
- En 2019, 55,9% des cas de tuberculose sont survenus chez des personnes n'ayant pas la nationalité belge. Cette proportion était plus élevée à Bruxelles (65,9%) qu'en Wallonie (52,2%) et en Flandre (49,5%).

7.3 VIH

Infections par le VIH

- Malgré une diminution importante depuis 2012, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH reste élevé avec 725 nouveaux diagnostics en Belgique en 2020 [7].
- 69,4% des nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués chez des hommes et la plupart des cas ont été diagnostiqués dans la tranche d'âge 25-49 ans.
- Le taux de nouveaux diagnostics de VIH est plus élevé à Bruxelles que dans les autres régions.

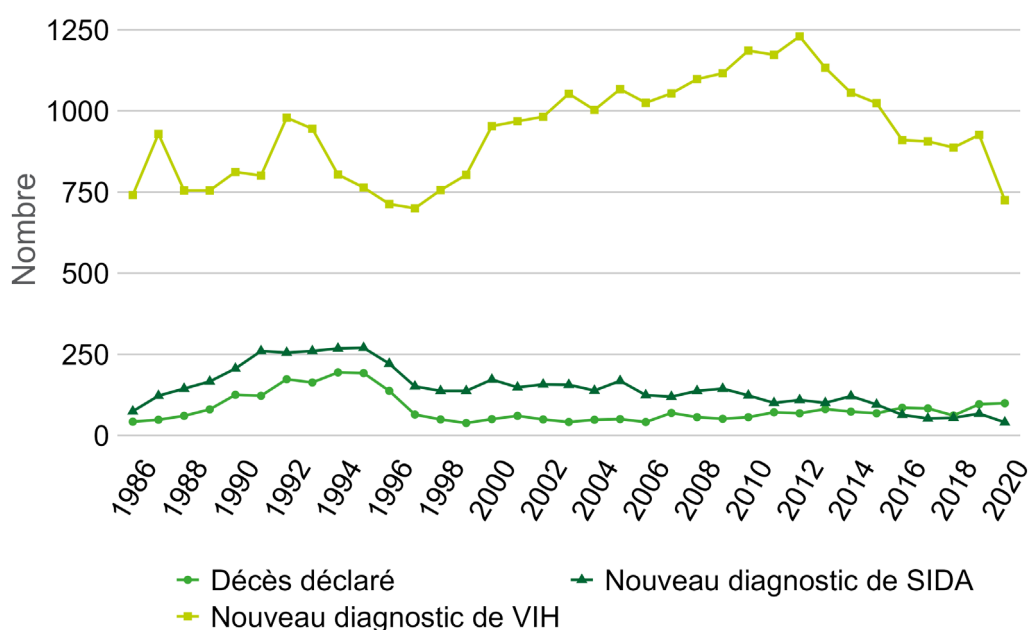


- L'épidémie de VIH en Belgique touche principalement deux populations : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (principalement de nationalité belge ou européenne), et les personnes ayant contracté le virus lors de relations hétérosexuelles (principalement originaires d'Afrique subsaharienne).

SIDA

En 2020, 882 nouveaux cas de SIDA ont été signalés. Les chiffres ont fortement chuté en 1995-1996 lorsqu'un traitement efficace est devenu disponible.

Figure 8. Nombre de nouveaux diagnostics de VIH, de sida et de décès déclarés, Belgique, 1982-2020



*les décès d'une année donnée sont liés à des cas de SIDA survenus une année antérieure

Source: Epidémiologie du Sida et de l'infection à VIH



8. COVID-19

8.1 EPIDEMIOLOGIE DU COVID-19, LIENS

Les informations épidémiologiques peuvent être trouvées sur le site Internet de Sciensano et les rapports dédiés:

- ▶ [Page EPISTAT](#) (mise à jour quotidienne des chiffres des tests, des infections, des hospitalisations, des décès, et des vaccinations).
- ▶ [Page Sciensano COVID](#) menant à tous les rapports épidémiologiques.

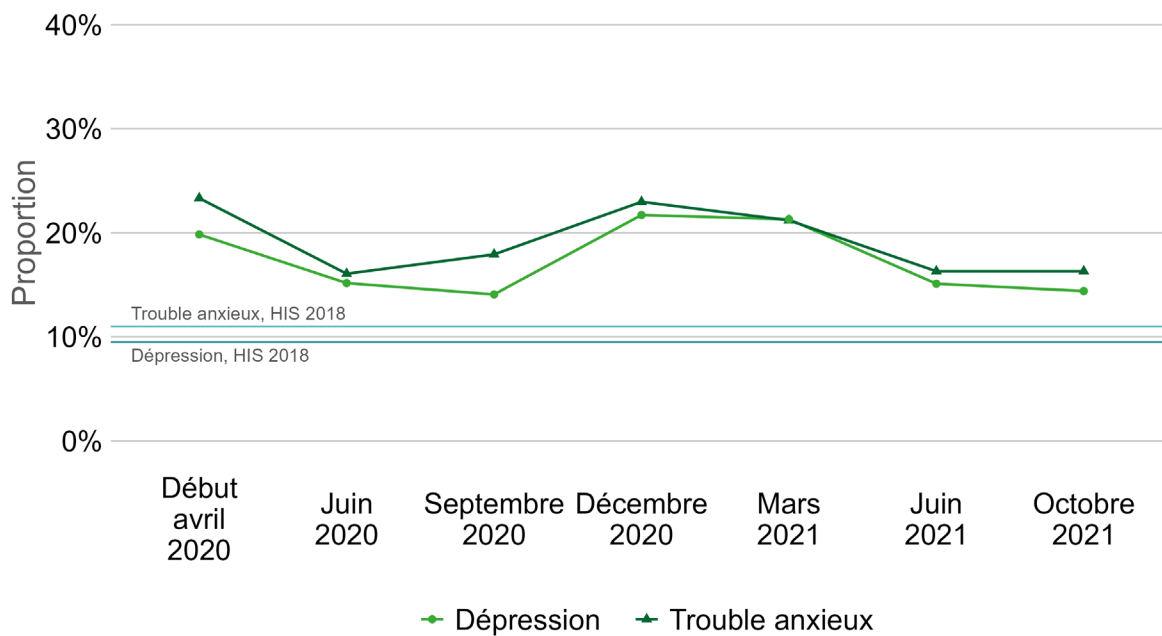
8.2 IMPACT DU COVID-19

Les enquêtes de santé COVID-19 ont permis de recueillir diverses informations afin d'évaluer comment la population belge a vécu la crise du COVID-19 en 2020 et 2021 :

- La santé mentale s'est fortement détériorée depuis le début de la crise COVID-19, comme le révèle l'augmentation de l'anxiété, de la dépression, des pensées et tentatives suicidaires [6], [8]–[15].
- Les troubles anxieux et dépressifs étaient particulièrement élevés dans la population entre avril 2020 et mars 2021, principalement chez les jeunes (18-29 ans). Les enquêtes de juin et d'octobre 2021 ont montré des améliorations par rapport aux enquêtes précédentes. La satisfaction de vie s'est également améliorée et seulement 14% de la population a exprimé une faible satisfaction de vie en octobre 2021, proche du niveau observé en 2018 (12%).
- Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ont également augmenté dans la population depuis 2018. En juin 2021, un jeune sur 6 (18-29 ans) a déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois.
- Un trop faible soutien social a été fréquemment signalé depuis le début de la crise. Cependant, en octobre 2021, la qualité de la santé sociale s'est améliorée avec seulement 19 % de la population déclarant un faible soutien social. Ce chiffre reste toutefois supérieur au niveau observé en 2018 (16%).
- Les mesures de confinement ont eu un impact sur l'accès aux soins de santé et aux soins à domicile, mais cet impact a été beaucoup plus faible pendant le deuxième confinement.
- En 2020, environ 20 % de la population a vu sa situation financière se détériorer pendant la crise ; environ 10 % de la population craignait de manquer de nourriture avant de pouvoir en acheter à nouveau



Figure 9. Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus présentant un trouble anxieux ou dépressif dans les enquêtes de santé COVID-19 2020-2021 par rapport à l'enquête de santé par interview 2018, Belgique, 2021.



Source: Enquêtes de Santé COVID-19 et par Interview

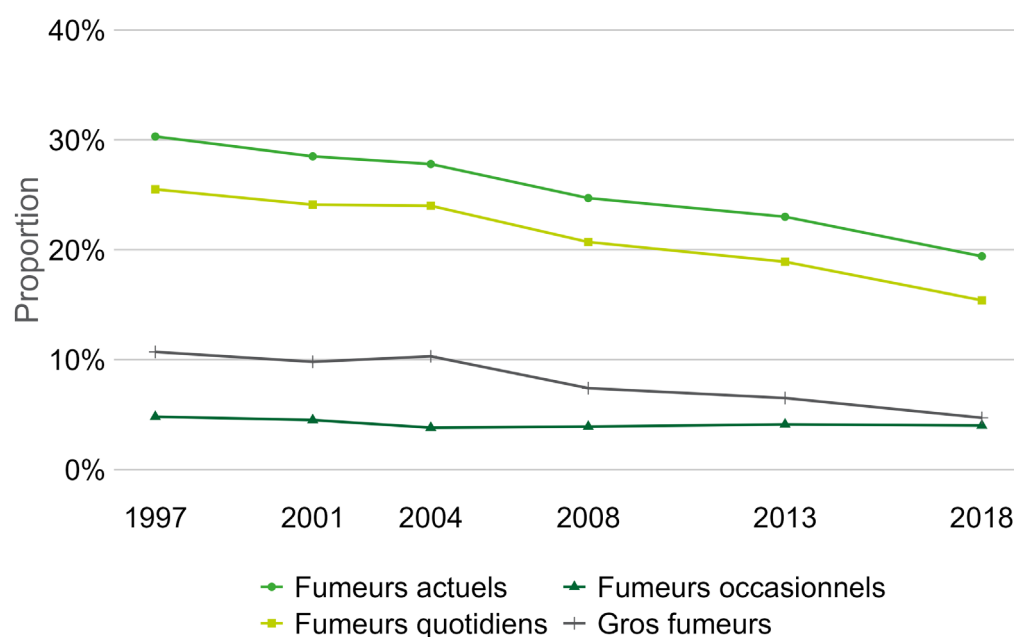


9. DÉTERMINANTS DE SANTÉ

9.1 CONSOMMATION DE TABAC

- En 2018, 15% de la population étaient des fumeurs quotidiens en Belgique, soit moins que la moyenne de l'UE-15. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (18%) que chez les femmes (12%) et plus élevée en Wallonie (18%) qu'à Bruxelles (16%) et en Flandre (13%) [16].
- Les tendances évoluent favorablement, la prévalence du tabagisme quotidien ayant diminué de 40% entre 1997 et 2018. Moins de jeunes (15-24 ans) étaient fumeurs quotidiens en 2018 (11%) qu'en 2013 (17%).
- Les disparités socio-économiques sont importantes dans le comportement tabagique, la proportion de fumeurs quotidiens était beaucoup plus élevée chez les personnes les moins diplômées par rapport aux personnes les plus diplômées.
- 4,1% de la population étaient des utilisateurs réguliers d'e-cigarettes en 2018 en Belgique.

Figure 10. Type de fumeurs dans la population âgée de 15 ans et plus, Belgique, 1997-2018



Source: Enquête de Santé par Interview, Sciensano

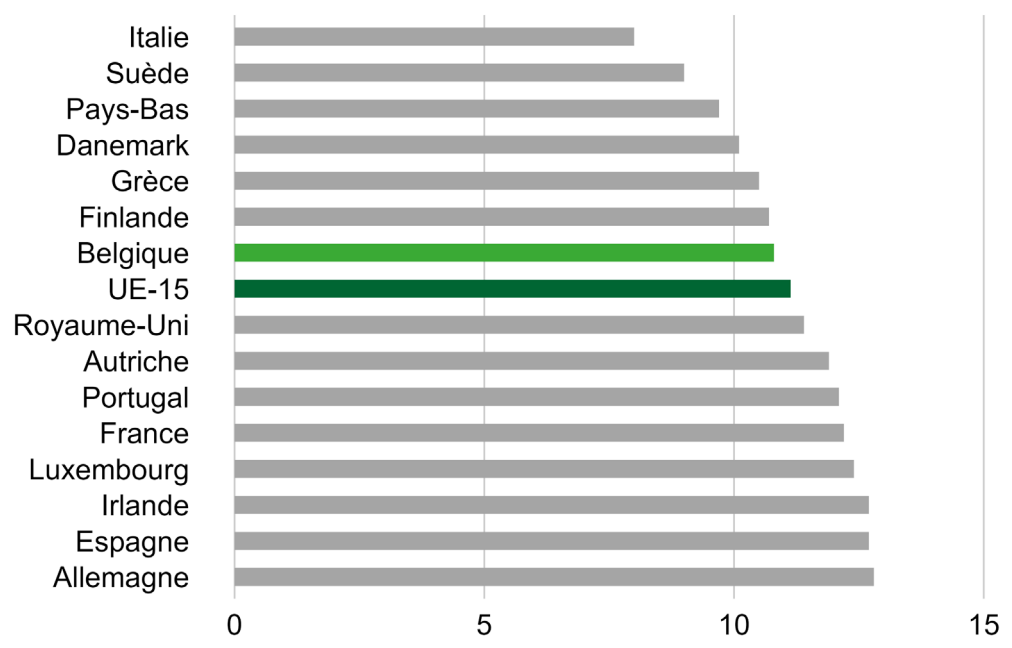
sciensano



9.2 CONSOMMATION D'ALCOOL

- Les pays européens ont le niveau de consommation d'alcool le plus élevé au monde. La consommation moyenne d'alcool pur en Belgique était de 10,8 litres par habitant et par an en 2019, une diminution par rapport à 2016 ; la consommation d'alcool pur en Belgique est maintenant légèrement inférieure à la moyenne de l'UE-15 (11,1 litres) [17].
- En 2018, 7,4% des hommes et 4,3% des femmes (15 ans et plus) déclaraient une surconsommation d'alcool (définie comme plus de 21 ou plus de 14 verres par semaine pour les hommes et les femmes, respectivement). Cette proportion a diminué au fil du temps.
- La « consommation à risque en une seule occasion » hebdomadaire, c'est-à-dire la consommation d'au moins six boissons alcoolisées en une seule occasion, est rapportée par 7,6 % des personnes (âgées de 15 ans et plus) et atteint 10 % chez les jeunes (15-24 ans). En outre, un jeune sur dix a répondu aux critères de « consommation problématique d'alcool » (tels que définis par l'instrument CAGE) au cours des 12 derniers mois.

Figure 11. Consommation totale d'alcool (enregistrée + non enregistrée) par habitant (en litres d'alcool pur) parmi la population âgée de 15 ans ou plus, par pays de résidence, Europe, 2019



Source: WHO/GISAH

sciensano

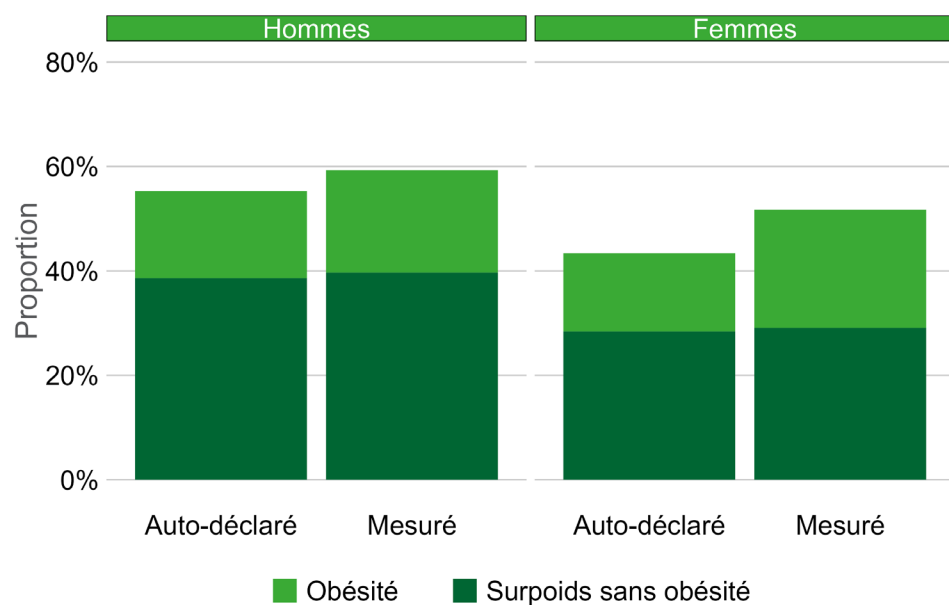
9.3 STATUT PONDÉRAL

- En 2018, près de la moitié de la population adulte âgée de 18 ans et plus (49 %) était en surpoids (IMC ≥ 25) et 16 % était obèse (IMC ≥ 30) sur la base de la taille et du poids auto-déclarés (HIS) [18].
- Les mesures objectives de la taille et du poids (BELHES) révèlent des chiffres encore plus élevés, puisque pas moins de 55% de la population adulte était en surpoids et 21% était obèse [5].
- Le surpoids et l'obésité sont plus fréquents en Wallonie.
- Le surpoids et l'obésité sont fortement liés au statut socio-économique, avec une prévalence beaucoup plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction.



- Le surpoids et l'obésité ont régulièrement augmenté entre 1997 et 2013, pour se stabiliser ensuite.
- Chez les adolescents, la prévalence du surpoids (incluant l'obésité) était d'environ 15% en 2018, comme le révèle l'enquête HBSC [19].

Figure 12. Prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population âgée de 18 ans et plus, données auto-rapportées et mesurées, par sexe, 2018



Source: Enquête de santé par Interview et par Examen



9.4 ALIMENTATION

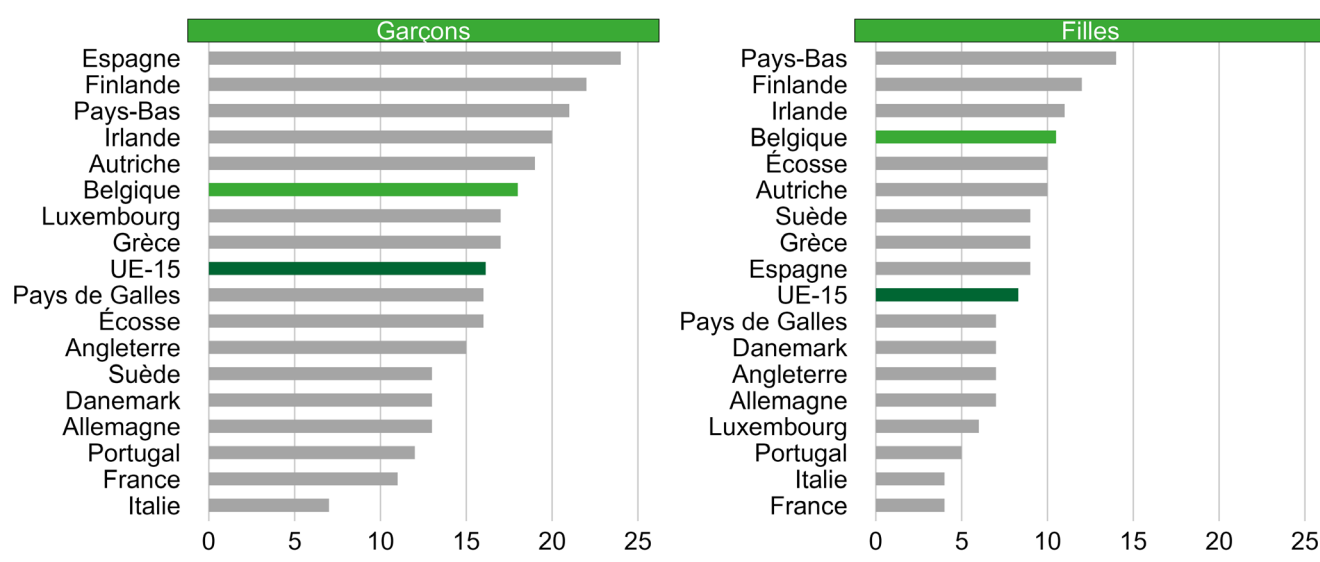
- Le régime alimentaire belge se caractérise par une consommation insuffisante de fruits, de légumes, de noix et de graines, de lait, d'œufs et de poisson et par une consommation excessive de viande rouge, de viande transformée et de boissons sucrées [20], [21].
- Au fil du temps, ces tendances ne se sont que légèrement améliorées.
- En 2018, seuls 12,7 % de la population âgée de 6 ans et plus ont consommé la quantité quotidienne recommandée de fruits et légumes (au moins 5 portions). Les personnes respectant les recommandations sur la consommation quotidienne de fruits et légumes étaient plus nombreuses à Bruxelles (13,3% chez les hommes et 19,2% chez les femmes) et en Wallonie (12,5% et 18,0%) qu'en Flandre (8,7% et 14,7%) [18].
- En 2018, 20,4% de la population buvait quotidiennement des boissons sucrées ; 4,1% buvait même un litre ou plus par jour.
- Les femmes, les personnes âgées, les personnes ayant suivi un enseignement supérieur et les personnes vivant à Bruxelles avaient des habitudes alimentaires plus saines.



9.5 ACTIVITÉ PHYSIQUE

- En 2018, moins d'un tiers (30%) de la population adulte (18 ans et plus) respectait les recommandations de l'OMS consistant à pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique, d'intensité modérée, au cours de la semaine.
- Les hommes (36%) sont plus nombreux que les femmes (25%) à se conformer aux recommandations de l'OMS.
- Les résidents de Flandre (37 %) et les personnes ayant suivi un enseignement supérieur (38 %) étaient plus susceptibles de respecter les recommandations.
- Parmi les adolescents âgés de 11 à 17 ans, 20% des garçons et 13% des filles satisfont aux recommandations de l'OMS qui préconisent de pratiquer au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour [19].

Figure 13. Proportion d'enfants âgés de 15 ans consacrant quotidiennement au moins 60 minutes à une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse, par sexe et pays de résidence* (UE-15), 2018



Source: Rapport international HBSC



* La proportion pour la Belgique est la moyenne non pondérée des résultats pour la fédération Wallonie-Bruxelles et la communauté flamande.

9.6 LITTÉRATIE EN SANTÉ

- Un tiers de la population âgée de 15 ans et plus (33 %) a un faible niveau de littératie en santé, ce qui signifie qu'un tiers de la population ne dispose pas des compétences suffisantes pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé [22].
- La prévalence d'une littératie en santé limitée ou insuffisante était plus élevée à Bruxelles et en Wallonie (38 % et 36 %, respectivement) qu'en Flandre (29 %).
- Les personnes en mauvaise santé, les personnes âgées et les personnes moins instruites ont un niveau plus faible de littératie en santé; en d'autres termes, les personnes qui ont des besoins plus importants en matière de soins de santé et de promotion de la santé sont celles qui bénéficient le moins de ces interventions.



10. INÉGALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DE SANTÉ

10.1 INTRODUCTION

Les inégalités socio-économiques (SE) de santé désignent des disparités systématiques en matière de santé entre les groupes SE, le plus souvent en défaveur des groupes les moins favorisés. Les inégalités SE de santé sont régulièrement observées à travers le monde. La lutte contre les inégalités de santé est une priorité pour l'OMS [23], l'Union européenne [24] et la Belgique [25]–[27]. La Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 mentionne la santé comme faisant partie du droit à un niveau de vie suffisant (article 25), et devrait donc s'appliquer à tous les groupes SE [28]. Afin d'évaluer les progrès réalisés dans la réduction des inégalités de santé, il est important de les mesurer et de les suivre au cours du temps [29], [30].

Dans cette section, nous décrivons les inégalités pour un large éventail de thèmes de santé, allant des déterminants de la santé à la mortalité.

Les données proviennent de différentes études [31]–[34]. L'indicateur SE varie selon les différentes études incluses. Le plus souvent, l'indicateur SE utilisé est le niveau d'instruction regroupé en 3 catégories (bas, moyen, élevé). D'autres indicateurs SE sont également utilisés, tel que le niveau de revenu (groupé en cinq groupes, quintiles) ou un score multidimensionnel d'inégalité groupé en quatre groupes égaux (quartiles), et combinant des informations sur le niveau d'instruction, la catégorie socioprofessionnelle et les caractéristiques du logement. Des détails méthodologiques supplémentaires sont disponibles sur notre [site](#).

Les indicateurs de santé ont d'abord été ventilés par catégories de l'indicateur SE, après quoi les indices d'inégalité suivants ont été calculés :

- Les inégalités absolues sont calculées comme la différence absolue entre les taux de l'indicateur de santé observé dans le groupe SE le plus élevé et ceux du groupe SE le plus bas (après ajustement pour l'âge) ; pour l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé (espérance de vie sans incapacités), cette différence est exprimée en années.
- Les inégalités relatives représentent le rapport entre les taux (ajustés pour l'âge) du groupe SE le plus élevé et le groupe SE le plus bas (ce rapport n'a pas été calculé pour les espérances de vie).
- La fraction attribuable à la population (FAP) est calculée comme le pourcentage de gain de santé attendu dans l'ensemble de la population si tous les groupes avaient le même niveau de santé que le groupe SE le plus élevé. Il s'agit d'un indicateur d'inégalité au niveau de la population, et il inclut tous les niveaux SE dans la comparaison et pas seulement les niveaux les plus bas et les plus élevés.

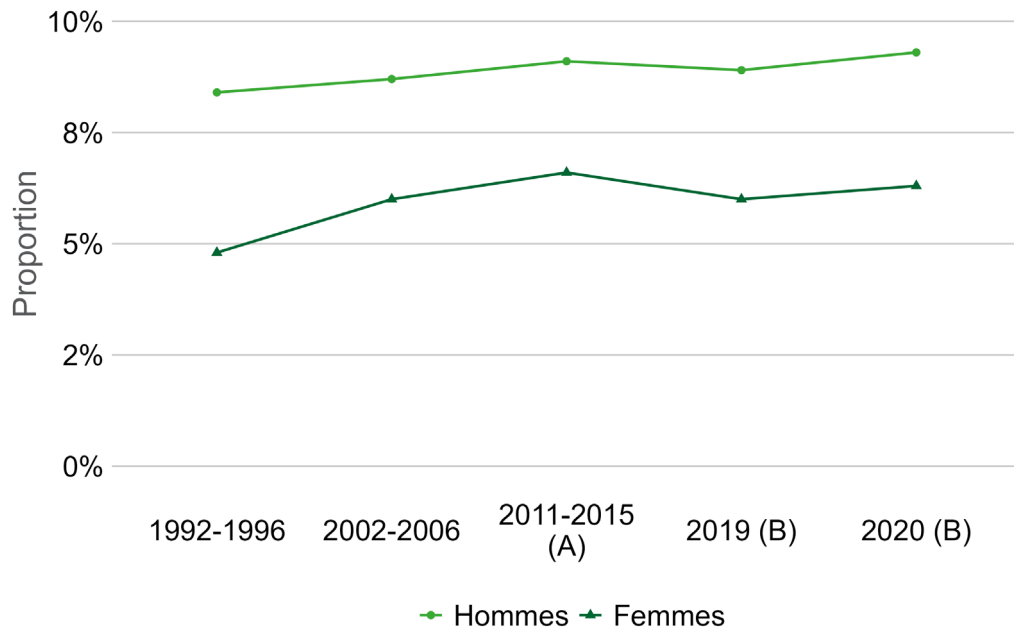
10.2 RÉSULTATS

10.2.1 Inégalités socio-économiques en matière d'espérance de vie, d'espérance de vie en bonne santé et de qualité de vie

- Les personnes ayant un statut socio-économique (SSE) plus élevé vivent plus longtemps. En 2020, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le groupe SE le plus élevé et le plus bas (défini comme le dernier et le premier quartile d'un score SE multidimensionnel) était de 9,3 ans pour les hommes et de 6,3 ans pour les femmes. Les écarts d'espérance de vie ont augmenté jusqu'en 2011 puis sont restés à un niveau élevé [31], [32].



Figure 14. Évolution des écarts d'espérance de vie à la naissance entre le premier et le dernier quartile du score socio-économiques multidimensionnel, par sexe, Belgique, 1992-2020



Source: (a) Aerden et al. + (b) Bourguignon et al.



- Les personnes avec un niveau SE plus élevé vivent également plus longtemps en bonne santé. L'écart d'espérance de vie sans incapacité (années de vie en bonne santé) à 25 ans entre les niveaux d'instruction les plus élevés et les plus bas était de 10,5 ans pour les hommes et de 13,4 ans pour les femmes en 2011-2015. Ces écarts d'espérance de vie en bonne santé s'étaient accrus entre 2001-2005 et 2011-2015 de 4,0 ans chez les hommes et 4,1 ans chez les femmes [34].
- La santé perçue révèle d'importantes inégalités : les personnes ayant un niveau d'instruction faible jugent leur santé 2,2 fois plus souvent « moins que bonne » (35%) par rapport aux personnes ayant un niveau d'instruction élevé (16%), après ajustement pour l'âge. Les inégalités en matière de santé perçue ont augmenté jusqu'en 2013, après quoi elles se sont stabilisées à un niveau plus élevé.

10.2.2 Inégalités socio-économiques en matière de mortalité

- Sur la période 2015 à 2019, une forte association avait été observée entre la mortalité et les indicateurs SE suivants : revenu, instruction, caractéristiques du logement, statut socioprofessionnel et l'indicateur multidimensionnel.
- L'impact de la première vague de la pandémie de COVID-19 (mars à juin 2020) sur les inégalités en mortalité a été variable suivant les âges :
 - ▶ parmi les personnes âgées de 40 à 64 ans, les taux de mortalité sont restés stables dans chaque groupe de revenu, de sorte que les inégalités de mortalité observées avant la première vague de la pandémie COVID-19 n'ont pas changé.
 - ▶ chez les personnes âgées de 65 ans et plus, la mortalité a augmenté dans tous les groupes de revenus, mais l'augmentation a été plus forte dans les groupes défavorisés, ce qui a conduit à une augmentation des inégalités de mortalité au-delà de 65 ans.



- Une étude antérieure a révélé que les causes de décès contribuant le plus aux inégalités en mortalité avant 75 ans chez les hommes étaient le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques, le suicide et les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BCPO). Chez les femmes, il s'agissait des cardiopathies ischémiques, du cancer du poumon, des maladies cérébrovasculaires et des BPCO.

10.2.3 Inégalités socio-économiques dans les maladies non transmissibles

- En 2018, en ce qui concerne l'auto-déclaration d'une maladie chronique en général, seules de légères inégalités SE ont été observées (après ajustement pour l'âge). Par contre, les inégalités dans la prévalence de la multimorbidité (c'est-à-dire le fait de souffrir de plusieurs pathologies simultanément) étaient beaucoup plus importantes, indiquant que les personnes de niveau SE défavorisé sont plus enclines à cumuler les problèmes de santé. Au fil du temps, l'ampleur des inégalités liées à la présence d'une maladie chronique en général et à la multimorbidité a fluctué. Heureusement, les inégalités pour ces deux indicateurs ont diminué en 2018 par rapport à 2013.
- En 2018, on observe des inégalités pour de nombreuses pathologies chroniques spécifiques, à savoir pour l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'incontinence urinaire chez les personnes de 65 ans et plus, les BPCO chez les personnes de 65 ans et plus, le diabète, l'asthme et l'infarctus aigu du myocarde (IAM) chez les 65 ans et plus.
- Par rapport à 2013, pour la plupart de ces pathologies, les inégalités sont restées stables ou ont même légèrement diminué en 2018 (pour le diabète et les BPCO, une diminution des inégalités a été observée depuis 2008, pour l'asthme depuis 2013). Une augmentation des inégalités SE entre 2013 et 2018 a été observée uniquement pour les maux de tête sérieux - migraine.

10.2.4 Inégalités socio-économiques en santé mentale

- En 2018, les inégalités SE en santé mentale étaient plus importantes que celles observées pour la santé physique, avec pour l'anxiété et la dépression des différences relatives autour de 2.
- Si l'on regarde l'évolution, les inégalités absolues en matière d'anxiété et de dépression ont fortement augmenté entre 2008 et 2013, et sont restées stables à une valeur élevée entre 2013 et 2018, ce qui constitue une évolution inquiétante. Entre 2013 et 2018, les inégalités relatives en matière de dépression se sont même aggravées.

10.2.5 Inégalités socio-économiques dans les déterminants de la santé

- En Belgique, en 2018, de fortes inégalités SE ont été observées dans de nombreux déterminants de santé.
- Les personnes ayant un faible niveau d'instruction étaient environ trois fois plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens et deux fois plus susceptibles d'être obèses (IMC \geq 30) ou consommateurs quotidiens de boissons sucrées par rapport aux personnes ayant un niveau d'instruction élevé.
- Les personnes ayant un faible niveau d'instruction étaient également deux fois moins susceptibles de consommer suffisamment de fruits/légumes ou de pratiquer suffisamment d'activité physique.
- La consommation d'alcool ne présente pas la même distribution SE que la plupart des déterminants de santé. Le profil SE de la consommation excessive d'alcool n'est pas concluant.
- Entre 1997 et 2018, les inégalités en matière de tabagisme quotidien ont augmenté ; pour les autres déterminants de santé étudiés, aucune évolution claire des inégalités n'a été observée.



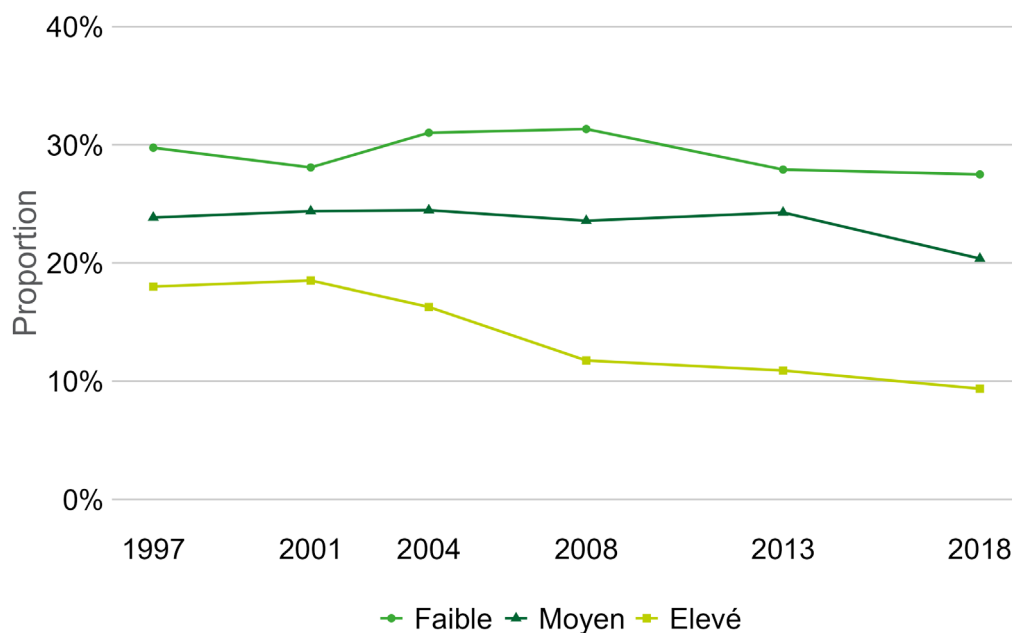
Table 1. Inégalités socio-économiques dans les déterminants de santé sélectionnés, Belgique, 2018.


	Taux de prévalence ajusté pour l'âge Niveau d'instruction faible	Taux de prévalence ajusté pour l'âge Niveau d'instruction élevé	Différence absolue	Différence relative	FAP
Tabagisme quotidien (% de personnes ≥ 15 ans)	27,5%	9,4%	18,1%*	2,9*	37,5%*
Obésité (% de personnes ≥ 18 ans, IMC ≥ 30)	22,0%	12,0%	10%*	1,8*	22,7%*
Au moins 150 min d'activité physique modérée à vigoureuse par semaine (%de personnes ≥ 18 ans)	18,8%	38,5%	-19,7%*	0,5*	-23,9%*
Consommation quotidienne de 5 portions de fruits et légumes (%de personnes ≥ 6 ans)	8,2%	16,6%	-8,4%*	0,5*	-33,5%*
Consommation quotidienne de boissons sucrées (% de personnes de tous âges)	29,3%	13,9%	15,4%*	2,1*	31,5%*

Source : Calculs des auteurs basés sur l'enquête de santé par interview

* statistiquement différent de 0% pour la différence absolue et le FAP et statistiquement différent de 1 pour la différence relative (p<0,05)

Figure 15. Prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes âgées de 15 ans et plus, par niveau d'instruction, Belgique, 1997-2018



Source: Calculs des auteurs basés sur Enquête de Santé par Interview 



11. RÉFÉRENCES

- [1] "Tables de mortalité et espérance de vie | Statbel." <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/tables-de-mortalite-et-esperance-de-vie> (accessed Nov. 27, 2019).
- [2] OECD, OECD.Stat Database. 2019. [Online]. Available: https://stats.oecd.org/#_ga=2.135674995.33742445.1559638170-248919753.1553861555
- [3] J. Van der Heyden and R. Charafeddine, "Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques," Sciensano, Brussels, D/2019/14.440/27. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MA_FR_2018.pdf.
- [4] Belgian Cancer Registry, "Belgian Cancer Registry — Number of invasive tumours by primary site, age group, sex and year." https://kankerregister.org/Statistiques_tableaux%20annuelle (accessed Jan. 19, 2022).
- [5] J. Van der Heyden et al., "Enquête de Santé par Examen Belge 2018," Belgian Health Examination Survey (BELHES). Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx.
- [6] L. Gisle, "Enquête de Santé 2018, Santé mentale," Jan. 2020. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx.
- [7] J. Deblonde, M. De Rouck, M. Montourcy, B. Serrien, and D. Van Beckhoven, "Epidémiologie du SIDA et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2020.," sciensano.be, Nov. 29, 2021. <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-sida-et-de-linfection-a-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2020> (accessed Jan. 19, 2022).
- [8] R. Charafeddine et al., "Première enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/premiere-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [9] L. Gisle, E. Braekman, R. Charafeddine, S. Demarest, S. Drieskens, and L. Hermans, "Deuxième enquête de santé COVID-19 : Résultats préliminaires," Text, 05 2020. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/deuxieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [10] R. Charafeddine et al., "Troisième enquête de santé COVID-19: Résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/troisieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [11] E. Braekman et al., "Quatrième Enquête de santé COVID-19. Résultats préliminaires | sciensano.be." Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/quatrieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [12] F. Berete et al., "Cinquième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/cinquieme-enquete-de-sante-coivd-19-resultats-preliminaires>
- [13] F. Berete et al., "Sixième enquête de santé COVID-19: résultats préliminaires," Text. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: <https://www.sciensano.be/en/biblio/sixieme-enquete-de-sante-covid-19-resultats-preliminaires>
- [14] F. Berete et al., "Septième enquête de santé COVID-19 : résultats préliminaires," Sciensano, 2021. doi: [10.25608/HT7A-8923](https://doi.org/10.25608/HT7A-8923).
- [15] L. Gisle et al., "Huitième enquête de santé COVID-19. Résultats préliminaires," Sciensano, 2021. doi: [10.25608/HQY9-M065](https://doi.org/10.25608/HQY9-M065).
- [16] L. Gisle, "Enquête de Santé 2018, Consommation de tabac," Oct. 2019. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx
- [17] GISAH, "GHO | Total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)," WHO. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1029SDG3?lang=en> (accessed Dec. 06, 2021).
- [18] S. Drieskens, "Enquête de Santé 2018, Etat nutritionnel," Oct. 2019. Accessed: Dec. 06, 2021. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx
- [19] J. Inchley, D. Currie, S. Budisavljevic, T. Torsheim, A. Jastad, and A. Cosma, "Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data," WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,



Références

2020. Accessed: Jun. 15, 2020. [Online]. Available: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/publications/2020/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data>
- [20] S. Drieskens and R. Charafeddine, "Enquête de santé 2018 : Habitudes nutritionnelles," Sciensano, Bruxelles, Belgique, D/2019/14.440/64, Oct. 2019. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/NH_FR_2018.pdf
- [21] Sciensano, "Website of the Belgian National Food Consumption survey 2014. <https://fcs.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>," Sciensano, 2019.
- [22] R. Charafeddine, S. Demarest, and F. Berete, "Enquête de santé 2018: Littératie en santé," Sciensano, Bruxelles, Belgique, D/2019/14.440.72, 2020. [Online]. Available: https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HL_FR_2018.pdf
- [23] WHO Commission on Social Determinants on Health, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health," WHO, Geneva, 2008.
- [24] Executive Agency for Health and Consumer, Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. European Commission, 2007.
- [25] Vlaamse overheid, Vlaamse Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017-2019. 2017.
- [26] Gouvernement wallon, Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1: définition des priorités en santé. Namur, 2017.
- [27] "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*, p., Oct. 2013.
- [28] United Nations, "Universal Declaration of Human Rights," United Nations, 1948. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (accessed Jan. 10, 2022).
- [29] P. A. Braveman, "Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework," *J. Health Popul. Nutr.*, vol. 21, no. 3, pp. 181–192, Sep. 2003.
- [30] J. D. Maeseneer and S. Willems, "Terugdringen Sociale Gezondheidskloof: van concept naar politieke implementatie," Ghent University, Gent, 2021.
- [31] M. Bourguignon et al., "Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19, Document de travail 27," Centre de recherche en démographie, Louvain-la-Neuve, Sep. 2021.
- [32] K. V. Aerden et al., "Causes of health and mortality inequalities in Belgium: multiple dimensions, multiple causes.," p. 106.
- [33] A. Decoster, T. Minten, and J. Spinnewijn, "The Income Gradient in Mortality during the Covid-19 Crisis: Evidence from Belgium," *J Econ Inequal*, vol. 19, no. 3, pp. 551–570, Sep. 2021, doi: 10.1007/s10888-021-09505-7.
- [34] F. Renard, B. Devleeschauwer, H. Van Oyen, S. Gadeyne, and P. Deboosere, "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*, vol. 77, no. 6, p., 2019.



CONTACT

hsr@sciensano.be

PLUS D'INFORMATIONS

[https://www.belgiqueenbonnesante.
be/fr/etat-de-sante](https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante)

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 : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique