

Chapitre 3

ÉTAT DE SANTÉ

- En 2018, 76,1 % des habitants de la province de Liège se déclarent en bonne santé. Ce taux est proche des moyennes belge (77,0 %) et wallonne (73,8 %).
- Les problèmes au bas du dos figurent en tête des maladies chroniques déclarées par les hommes. L'arthrose arrive en tête des maladies déclarées par les femmes.
- Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité : les deux premières pathologies sont les cardiopathies ischémiques (infarctus) et les maladies cérébrovasculaires, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Un habitant sur cinq déclare souffrir d'hypertension artérielle.
- Le cancer du poumon est le premier cancer en termes de mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes. En termes d'incidence (nombre de nouveaux cas), il occupe la deuxième place, derrière les cancers de la prostate chez les hommes et les cancers du sein chez les femmes.
- Le cancer colorectal est le troisième cancer en termes de mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes.
- L'insuffisance rénale terminale touche 23 personnes sur 100 000 habitants par an, en province de Liège, soit une augmentation de près de 31,3 % en 20 ans contre 42,4 % en Wallonie.
- 9,6 % des bénéficiaires de l'assurance maladie ont un traitement antidiabétique. En 10 ans, on observe une augmentation de 26,8 % chez les hommes et de 21,7 % chez les femmes. Cette augmentation est réellement préoccupante et doit inciter à accorder davantage de moyens pour prévenir l'obésité, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité.
- Entre 2002 et 2016, le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST) déclarées en Wallonie et en Belgique se sont considérablement multipliées. Cette évolution est liée à un meilleur dépistage et à une augmentation de l'incidence.
- 6,8 % des citoyens de 20 à 64 ans bénéficient d'une indemnité d'invalidité. Une augmentation très marquée chez les femmes depuis 2006, liée notamment à un report de l'âge du départ à la retraite et à la féminisation du marché du travail.
- En 2018, tant en Belgique qu'en province de Liège, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques sont la première cause d'indemnisation. Cela se marque particulièrement en province de Liège où cette catégorie représente 84,9 % de maladies professionnelles (contre 71,3 % en Belgique).
- Le nombre de tués dans des accidents de la route diminue, en passant de 95 à 77 décès entre 2005 et 2019. Des diminutions, plus importantes, sont également observées en Belgique (40,7 %) et en Wallonie (37,2 %).
- L'âge moyen des mères en province de Liège au premier accouchement est de 29,0 ans contre 28,0 ans, six ans auparavant. Le taux d'accouchées de moins de 18 ans (0,5 % des naissances) est inférieur à la moyenne wallonne (0,6 %) et supérieur à la moyenne belge (0,4 %).

Chapitre 3

ÉTAT DE SANTÉ

- Entre 2015 et 2019, 8,5 % des bébés sont nés prématurés et 7,9 % avaient un petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Ce sont des chiffres similaires à ceux de la Wallonie. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est plus que doublé pour les fumeuses (16,7 %) par rapport aux non-fumeuses (6,9 %). Le risque de prématurité augmente aussi mais dans des proportions moins importantes : 12,7 % chez les fumeuses contre 8,4 % chez les non-fumeuses.
- En 2018, 17,7 % des femmes déclarent avoir déjà pensé au suicide contre 14,5 % des hommes. Or, les décès par suicide sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.
- En 2018, 13,6 % des hommes et 21,8 % des femmes déclarent une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines.



Chapitre 3 : ÉTAT DE SANTÉ

L'Enquête nationale de santé par interview (Health Interview Survey - HIS) demeure la principale source d'information sur la santé perçue, la consommation de soins et services ainsi que sur des déterminants de la santé importants tels les conditions ou modes de vie. En 2018, date de la dernière enquête dont les résultats sont disponibles, 1 632 personnes ont été interrogées en province de Liège.

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les résultats sont affectés d'une marge d'erreur plus ou moins grande. Dans le présent Tableau de bord, la mention « il n'y a pas de différence entre deux groupes » signifie « la différence n'est pas statistiquement significative compte tenu des marges d'erreur ».

1. Santé perçue

1.1. Santé globale

1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et province de Liège

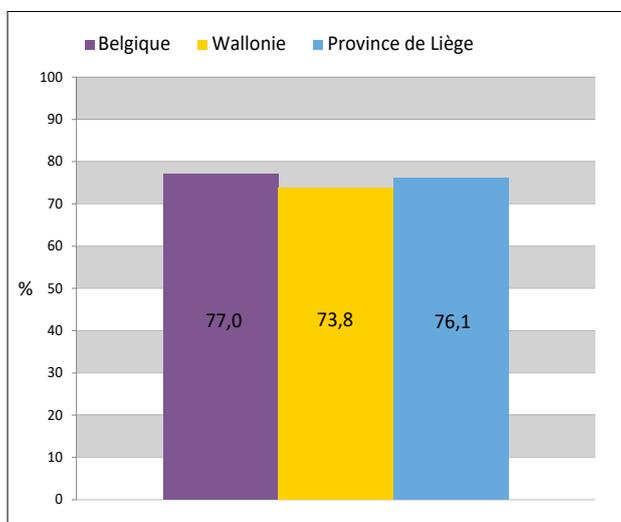
L'état de santé perçue est l'évaluation subjective globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

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

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

La question posée en 2018 dans le cadre de l'Enquête de santé par interview est : « Comment est votre état de santé en général ? ». Cette variable a été transformée en une variable binaire : l'état de santé est considéré comme mauvais s'il est déclaré « moyen, mauvais ou très mauvais » et bon s'il est déclaré « bon ou très bon » [10].

Figure 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Globalement, 76,1 % des habitants de la province de Liège (contre 77,0 % des Belges) estiment que leur état de santé est bon à très bon. Ce résultat ne diffère pas significativement de la situation wallonne. Presqu'une personne sur quatre déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. Ainsi, en 2018, seuls 54,4 % des Wallons aux revenus les plus faibles estimaient leur état de santé bon à très bon contre 88,4 % parmi ceux aux revenus les plus élevés. Ce ressenti est donc dépendant du niveau de revenu des habitants.

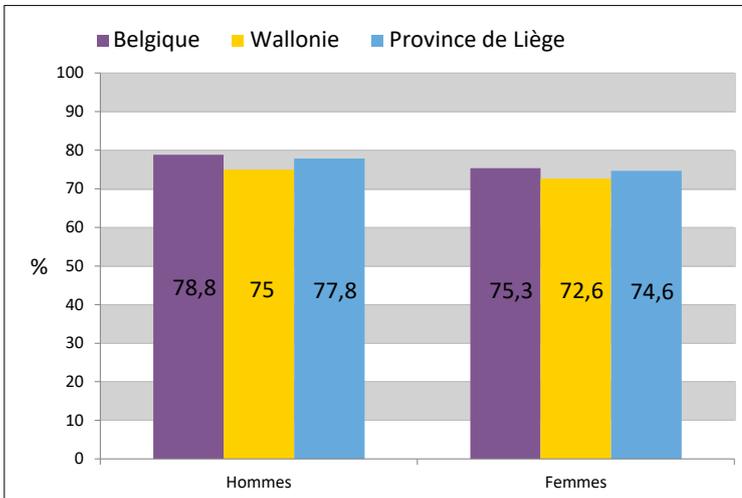
Les Enquêtes de santé par interview réalisées en 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013 ont révélé des résultats semblables à ceux de 2018. Les taux de personnes se déclarant en bonne santé restent stables depuis vingt ans, pour les trois niveaux de territoires.



Chapitre 3

1.1.2. Santé perçue par sexe

Figure 3.2. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

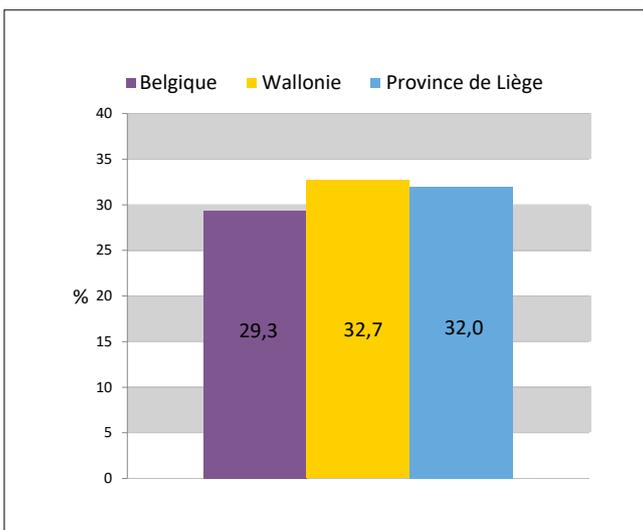
→ Les différences observées entre les hommes et les femmes concernant la perception de leur état de santé ne sont pas significatives, quel que soit le niveau géographique considéré.

1.2. Maladies chroniques

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

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

Figure 3.3. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

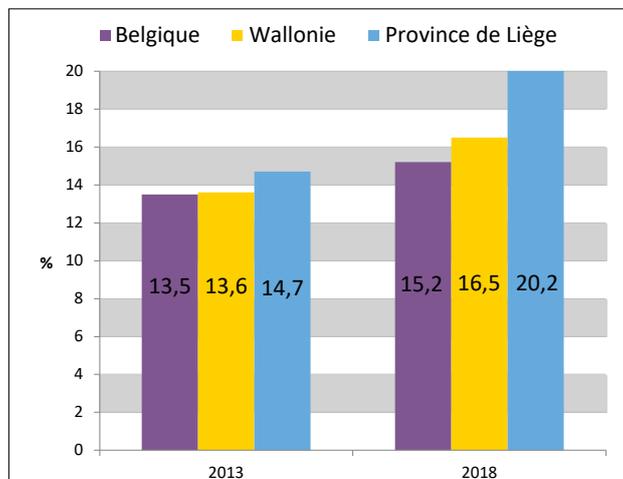
→ La proportion de personnes déclarant souffrir d'au moins une affection chronique est similaire en Belgique, en Wallonie et dans la province de Liège. Elle reste relativement stable entre 2013 (33,3 %) et 2018 (32,0 %) en province de Liège, comme en Wallonie et en Belgique.

En province de Liège, 29,6 % des hommes contre 34,1 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s). Comme pour l'état de santé perçu, on ne relève pas de différence significative entre ces deux proportions.

Une relation est observée entre le niveau d'instruction (diplôme le plus élevé d'une personne du foyer) et la proportion de personnes qui souffrent d'affections de longue durée. Un niveau d'étude élevé va de pair avec un risque plus faible d'affections chroniques [11].

ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.4. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013 et 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ La part de la population de la province de Liège déclarant souffrir d'au moins deux maladies chroniques (comorbidité) a augmenté de façon non significative, en passant de 14,7 % en 2013 à 20,2 %, en 2018.

La part de population de la province de Liège déclarant souffrir de comorbidité au cours des 12 derniers mois n'est pas statistiquement différente de celle de la Wallonie ou de la Belgique.

En 2018, en Belgique et en Wallonie, la comorbidité touche plus les femmes de façon significative que les hommes. En province de Liège, on n'observe pas cette différence entre les hommes et les femmes, même si les proportions sont respectivement de 15,5 % et 24,4 %.

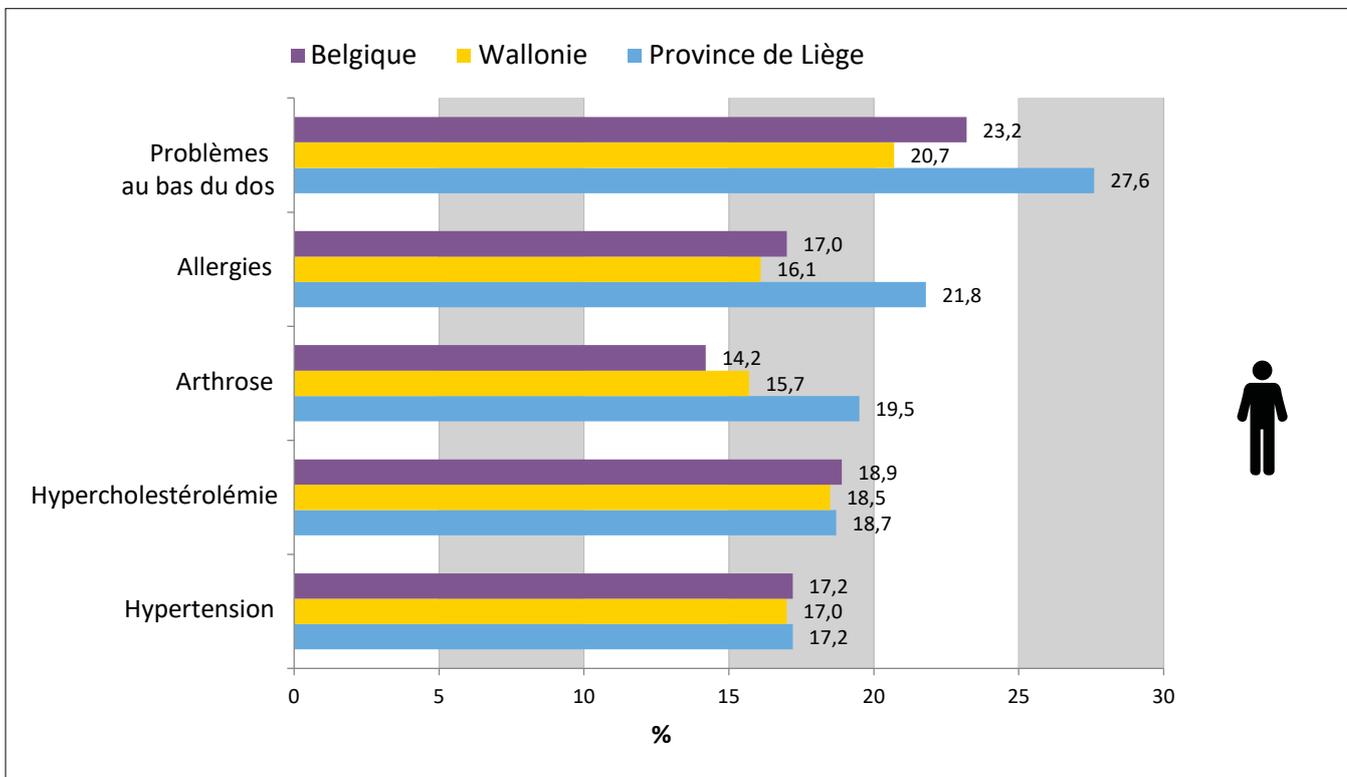
Il existe des différences importantes selon l'âge. La proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. À partir de 65 ans, environ quatre personnes sur dix présentent une comorbidité, tant en province de Liège que dans les autres territoires.



Chapitre 3

La prévalence est le nombre de cas d'une maladie ou de toute autre caractéristique dans une population donnée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et anciens.

Figure 3.5. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

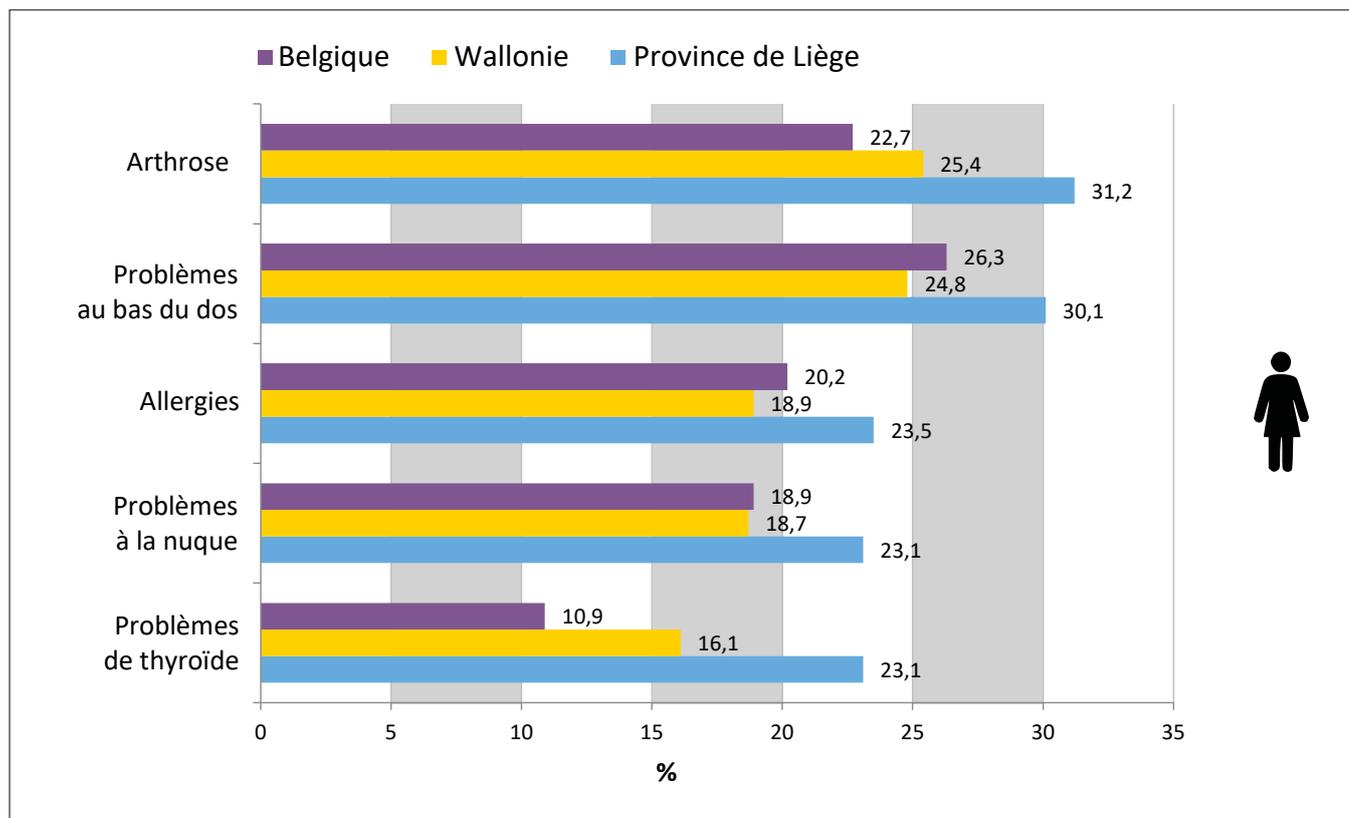
→ Selon l'Enquête de santé par interview, en 2018, les cinq affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes, en province de Liège, sont les affections du bas du dos, les allergies, l'arthrose, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. En Belgique et en Wallonie, les affections les plus citées sont identiques bien que l'ordre du classement diffère d'un niveau géographique à l'autre.

Les troubles du bas du dos ou autre mal de dos chronique sont la première cause d'affection chronique, quel que soit le territoire observé. Les proportions sont variables, avec 23,2 % en Belgique, 20,7 % en Wallonie et 27,6 % en province de Liège.

À partir de 65 ans, l'arthrose, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les troubles prostatiques et les affections du bas du dos sont les maladies chroniques les plus fréquemment déclarées chez les hommes de la province de Liège. De plus, les prévalences de ces affections chez les aînés sont bien plus importantes que celles rencontrées au sein de la population générale.

ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.6. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Chez les femmes de la province de Liège, les affections chroniques les plus fréquemment déclarées sont, par ordre décroissant, l'arthrose, les troubles du bas du dos ou mal de dos chronique, les allergies, les problèmes de nuque et les problèmes de thyroïde.

En Belgique et en Wallonie, les troubles thyroïdiens ne sont pas présents parmi les cinq affections les plus fréquemment citées et sont remplacés par l'hypertension artérielle.

Il est à noter que l'ordre d'importance des affections diffère selon le niveau géographique étudié.

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus en province de Liège, les maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrose, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle et les troubles de la thyroïde. Les allergies, les affections du bas du dos et les affections du cou et de la nuque sont également bien présentes, mais dans des proportions moins importantes que celles citées précédemment.

Tant dans la population globale que chez les 65 ans et plus, chez les hommes comme chez les femmes, l'arthrose mais également les affections du dos et de la nuque, occupent une place non négligeable. Ces affections ne menacent que rarement la vie de l'individu, mais elles peuvent compromettre lourdement sa qualité de vie.



2. Maladies cardiovasculaires

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

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la sédentarité, le tabagisme, l'abus d'alcool, ainsi que l'hypertension artérielle, elle-même favorisée par les facteurs de risque précités [12].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les maladies cardiovasculaires provoquent 27 % de tous les décès enregistrés à l'échelle mondiale. Parmi les décès par maladies cardiovasculaires, les cardiopathies ischémiques sont depuis 20 ans, la première cause de mortalité dans le monde avec un nombre de décès qui atteint neuf millions en 2019. Le nombre de décès dus à des accidents vasculaires cérébraux est de plus de six millions [13].

Depuis plus de quarante ans, une diminution de la mortalité cardiovasculaire est observée dans la plupart des pays industrialisés. Cette diminution est liée à l'évolution des traitements d'une part, et d'autre part à l'ensemble des mesures de prévention diminuant l'exposition aux facteurs de risque : contrôle du poids et de l'alimentation, arrêt du tabagisme. Une évolution de la tendance d'enregistrement des causes sous-jacentes des décès peut aussi expliquer partiellement cette diminution [14]. Cependant, l'amélioration de la situation montre actuellement des signes de ralentissement, voire d'inversion de la tendance [15].

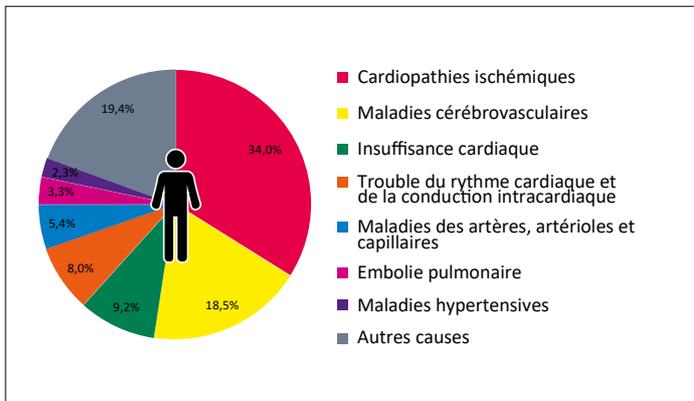
2.1. Mortalité

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 2 963 décès, en province de Liège, en 2018. Elles sont également la première cause de décès en province de Liège, tant chez les hommes que chez les femmes. Près de neuf décès cardiovasculaires sur dix concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (respectivement 83,9 % chez les hommes et 93,8 % chez les femmes).

Comme l'indique l'analyse des données de mortalité de Sciensano disponibles via SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis), la prédominance des maladies cardiovasculaires parmi les décès féminins est en partie liée à une espérance de vie plus longue des femmes, chez qui ce type de maladies apparaît en général plus tard que chez les hommes.

ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.7. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, province de Liège, 2014-2018

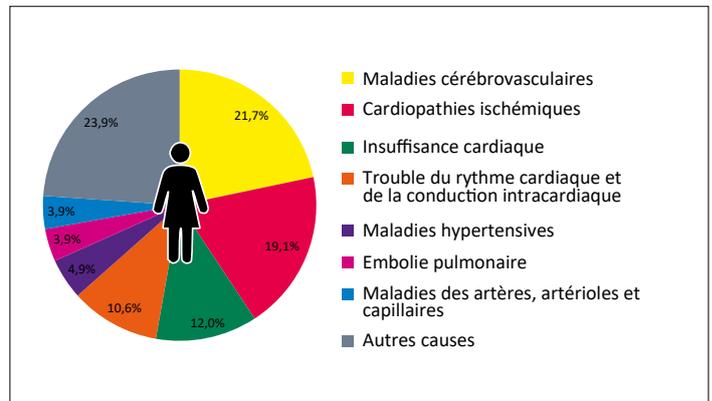


Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Chez les hommes, les cardiopathies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec en moyenne 493 décès par an, en province de Liège, de 2014 à 2018. Ce chiffre représente 34,0 % des décès cardiovasculaires et 8,8 % du total des décès masculins.

Les maladies vasculaires cérébrales (thrombose, hémorragie cérébrale) constituent 18,5 % des décès cardiovasculaires. Suivent les insuffisances cardiaques (9,2 %), les troubles du rythme (8,0 %) et les maladies des artères, artérioles et capillaires (dissection aortique, rupture d'anévrisme...) (5,4 %).

Figure 3.8. Proportion (en %) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Chez la femme, les trois principales causes de décès cardiovasculaires sont les mêmes que chez l'homme, mais avec une inversion des deux premières causes. Toutefois, avec 19,1 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (34,0 %). À style de vie comparable (tabac, alcool, alimentation, activité physique...), cette pathologie touche en général la femme à un âge plus avancé.

À l'inverse, la contribution des maladies vasculaires cérébrales (21,7 %) et de l'insuffisance cardiaque (12,0 %) à la mortalité cardiovasculaire féminine est plus importante que chez l'homme (respectivement 18,5 % et 9,2 %). L'analyse des certificats de décès féminins rapporte plus de troubles du rythme (10,6 %), plus de maladies hypertensives (4,9 %) et moins de maladies des artères, artérioles et capillaires (3,9 %) par rapport aux données masculines.



Chapitre 3

2.2. Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle consiste en une augmentation permanente de la pression sanguine dans les artères (supérieure à 140/90 mm de mercure).

Elle est le plus souvent asymptomatique, mais aisément détectable par la mesure régulière de la pression artérielle, lors d'un examen médical.

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

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

Selon l'OMS, l'hypertension concerne 1,28 milliard de personnes âgées de 30 à 79 ans, dans le monde. On estime que 46 % des adultes atteints d'hypertension l'ignorent. L'hypertension est l'une des premières causes de décès prématurés [16].

Tableau 3.1 Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	17,2	17,9
Wallonie	17,0	19,5
Province de Liège	17,2	21,5

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Lors de l'Enquête de santé par interview de 2018, 17,2 % des hommes et 21,5 % des femmes, en province de Liège, ont déclaré souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les douze derniers mois. Un peu plus de la moitié avaient 55 ans et plus (54,2 %). Il n'y a pas de différences significatives, ni entre les genres, ni entre les territoires.

En province de Liège, 83,5 % des personnes concernées par cette pathologie déclaraient suivre un traitement médicamenteux destiné à soigner leur hypertension.

Sur la période 2014 à 2018, en moyenne 972 décès annuels (soit 3,2 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives ont été enregistrés en Belgique, dont 414 en Wallonie et 117 en province de Liège (Source : Sciensano-SPMA). Ce nombre limité de morts ne représente qu'une faible part des décès induits par l'hypertension qui favorise de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.

3. Cancers

Une tumeur peut se définir comme étant une maladie cellulaire entraînant une prolifération anarchique de cellules qui détruit le tissu d'origine. Elle peut soit être bénigne, soit être maligne ou cancéreuse.

Cette partie du Tableau de bord traitera uniquement des cancers.

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

De nombreux facteurs influencent le risque de cancer. Parmi ceux-ci, on trouve des facteurs génétiques, des facteurs liés à l'environnement (rayonnements, produits chimiques, agents infectieux...) ou aux comportements (consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée, sédentarité...). Nombre d'entre eux sont évitables si l'on supprime leurs causes : le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité, une alimentation déséquilibrée, le manque d'exercice physique, les infections sexuellement transmissibles (IST) par Papillomavirus humain (HPV), la pollution à l'intérieur des habitations.

Selon l'OMS, en 2020, on compte plus de 18 millions de nouveaux cas de cancer et près de 10 millions de décès liés à la maladie, dans le monde [17].



Chapitre 3

3.1. Mortalité par cancer

En Belgique, en 2014-2018, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme (22,8 %) et la première chez l'homme (29,4 %). La mortalité par cancer corrigée pour l'âge (taux standardisés) a nettement diminué chez l'homme depuis le début des années nonante. Cette diminution s'observe plus tardivement chez la femme.

Le risque de mourir d'un cancer varie, entre autres, selon le type histologique, la localisation et la précocité du traitement.

Tableau 3.2. Nombre moyen de décès par cancer (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

Causes de décès	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 245	1 911	1 464	726	471	268
Sein	20	2 209	4	728	1	211
Côlon, rectum	1 480	1 305	478	459	125	121
Prostate	1 532	-	455	-	140	-
Lymphes et sang	1 232	1 068	384	356	119	107
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 126	383	337	136	79	36
Pancréas	860	891	289	306	86	88
Ovaires	-	602	-	191	-	60
Col de l'utérus, utérus	-	550	-	197	-	62
Autres	4 407	3 019	1 529	1 021	451	311
Total	14 901	11 940	4 940	4 119	1 472	1 263

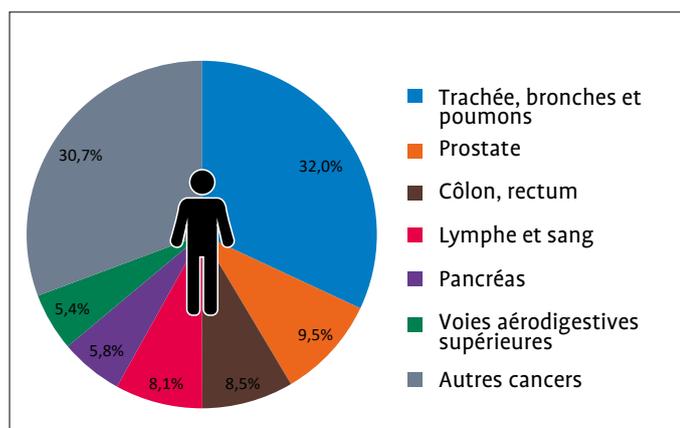
Source : Sciensano-SPMA

→ Entre 2014 et 2018, une moyenne annuelle de 14 901 décès dus à des cancers a été enregistrée, chez les hommes, en Belgique, dont 4 940 au niveau wallon et 1 472 en province de Liège (soit 29,8 % des décès masculins wallons par cancer).

Chez les femmes, entre 2014 et 2018, en moyenne 11 940 décès annuels dus à des cancers ont été recensés en Belgique, dont 4 119 au niveau wallon et 1 263 en province de Liège (soit 30,7 % des décès féminins wallons par cancer).

ÉTAT DE SANTÉ

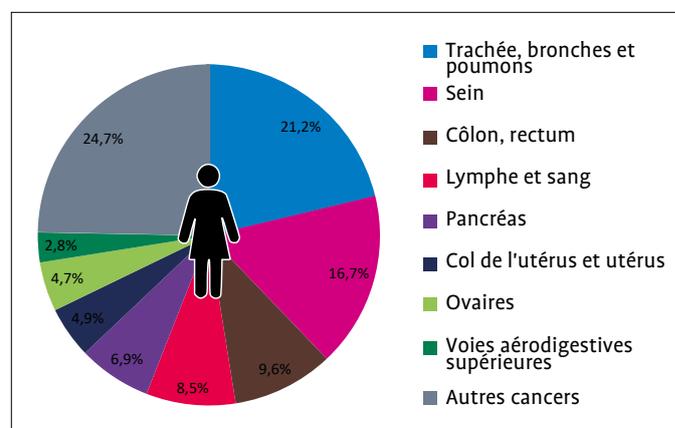
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ De 2014 à 2018, le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes de la province de Liège (soit 32,0 % de tous les décès masculins par cancer) suivi des cancers de la prostate (9,5 %), colorectaux (8,5 %), de la lymphes et du sang (8,1 %).

Figure 3.10. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Chez les femmes, la première cause de décès par cancer est également celui du poumon (21,2 %), suivi du cancer du sein (16,7 %) et du cancer colorectal (9,6 %). Hormis le fait que la mortalité due à un cancer du poumon est bien plus importante chez les hommes, on observe une augmentation de 10,7 % des décès chez la femme, entre 2008-2012 et 2014-2018, alors que les décès par cancer du poumon chez l'homme ont diminué de 9,6 % au cours de la même période. On perçoit là les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante [18].



Chapitre 3

3.2. Incidence des cancers

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

Depuis 1983, un registre national du cancer était tenu, mais son réseau d'enregistrement s'est révélé insuffisant pour recenser l'ensemble des cas détectés. En 2005, la Fondation Registre du Cancer a été créée. Une méthode de recueil différente a permis d'atteindre un niveau d'exhaustivité élevé [19].

Pour l'année 2019, 78 230 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 8,9 % concernaient des habitants de la province de Liège (n=6 943) [20].

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

Les cancers se révèlent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cette pathologie touchera un homme sur trois et une femme sur quatre avant sa 75^{ème} année de vie [20-23].

Afin de réduire la variabilité due aux fluctuations annuelles, l'incidence est présentée sous forme de moyenne, pour les années 2015-2019.

ÉTAT DE SANTÉ

Tableau 3.3. Nombre moyen de nouveaux cas de cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019

Incidence	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	103	10 727	29	3 491	9	1 007
Prostate	9 320	-	2 694	-	808	-
Trachée, bronches, poumons	5 629	2 925	1 935	1 075	628	403
Côlon, rectum	4 637	3 825	1 452	1 219	411	352
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 692	970	962	359	258	104
Lymphes et sang	3 220	2 487	1 041	824	294	242
Col de l'utérus, utérus	-	2 052	-	680	-	220
Mélanome	1 400	1 870	443	548	119	149
Ovaires	-	756	-	234	-	75
Pancréas	967	926	307	315	88	94
Autres	12 752	8 158	3 846	2 425	1 084	680
Total	40 720	34 697	12 708	11 169	3 699	3 324

Source : Fondation Registre du Cancer

→ En moyenne, 3 699 nouveaux cas de cancers masculins et 3 324 cas de cancers féminins ont été diagnostiqués annuellement, en province de Liège, entre 2015 et 2019. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum) chez les hommes ; le sein, le poumon et le gros intestin chez les femmes.

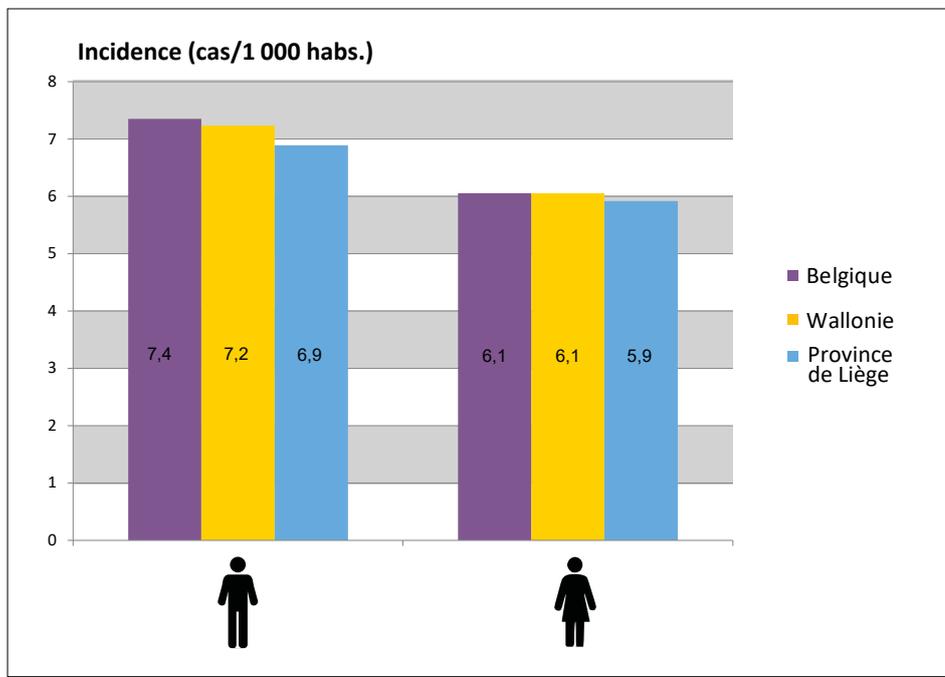
La Belgique occupe la troisième place européenne en matière d'incidence du cancer du sein [23]. Cette incidence élevée pourrait être expliquée par une accumulation de facteurs de risque, l'impact du dépistage et la bonne qualité d'enregistrement des cas [24].



Chapitre 3

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

Figure 3.11. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019

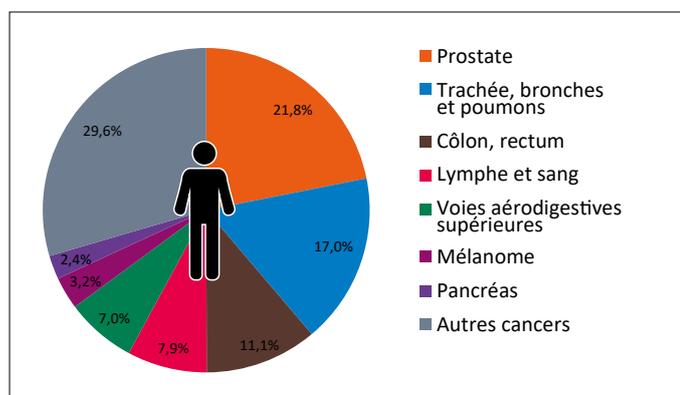


Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ Entre 2015 et 2019, la Belgique présente des taux d'incidence du cancer de 7,4 pour 1 000 habitants chez les hommes, soit 40 720 nouveaux cas et de 6,1 chez les femmes, soit 34 697 nouveaux cas. Les taux d'incidence belges et wallons sont proches de ceux de la province de Liège (6,9 et 5,9). De manière générale, les taux d'incidence du cancer sont plus élevés dans la population masculine que féminine, quel que soit le territoire concerné.

ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.12. Proportion (%) de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2015-2019



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

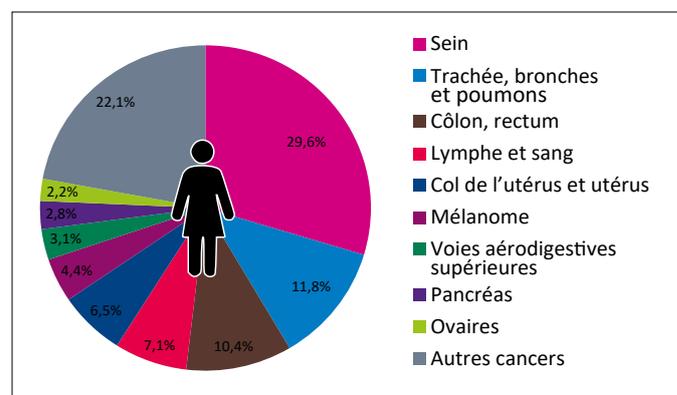
→ Alors qu'en termes de mortalité masculine, en province de Liège, le cancer de la prostate occupe la deuxième place, il est numéro un du point de vue de l'incidence. Les chiffres reflètent les effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

Les études présentent des conclusions contradictoires quant à l'effet du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité ; certains cancers n'ayant pas évolué suffisamment vite pour constituer une menace pour la vie du patient. Tant que le pronostic ne pourra pas être établi avec plus de certitude, le dépistage systématique n'est pas recommandé en Belgique [25].

Chez les hommes, les cancers les plus fréquents en termes d'incidence de cas sont les cancers de la prostate (21,8 %), du poumon (17,0 %) et du côlon-rectum (11,1 %). Viennent ensuite les cancers des voies aérodigestives supérieures (7,9 %). L'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque pour ce type de cancer. Combinés, ils agissent en synergie pour augmenter l'incidence [26].

L'ordre d'incidence est identique en Belgique et en Wallonie, par rapport à la province de Liège.

Figure 3.13. Proportion (%) de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2015-2019



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ Chez les femmes, le cancer le plus fréquent entre 2015 et 2019, en province de Liège, est le cancer du sein qui représente à lui seul près de 30 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers du poumon (11,8 %), du côlon (10,4 %), de la lymphes et du sang (7,1 %). En Belgique et en Wallonie, le cancer le plus fréquent est également le cancer du sein (30,3 % et 30,5 %). Par contre, le deuxième type de cancer diffère de celui de la province de Liège et est celui du colon (10,8 % et 10,7 %). Le cancer du poumon représente des proportions de 8,3 % en Belgique et de 9,4 % en Wallonie.

L'infection sexuellement transmissible par le papillomavirus humain (HPV) est également identifiée comme facteur de risque pour les cancers du col de l'utérus et certains cancers des voies aérodigestives supérieures (tant chez les hommes que chez les femmes) [27].



4. Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires peuvent se décliner d'une part, en infections aiguës comme la pneumonie ou, d'autre part, en affections chroniques comme par exemple l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

4.1. Mortalité par maladie respiratoire

Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

Moyenne annuelle (2014-2018)	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 581	1 758	898	668	278	238
Pneumonie	1 959	2 159	636	743	221	255
Maladies du poumon dues à des agents externes	512	383	204	169	47	38
Grippe	101	155	26	37	6	10
Asthme	35	81	14	34	3	7
Autres	918	1 043	361	458	121	142
Total	6 106	5 578	2 139	2 109	676	690

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En Belgique, entre 2014 et 2018, 11 684 personnes sont décédées en moyenne chaque année des suites de maladies respiratoires, hors cancers. Parmi ces décès, 37,1 % concernaient des maladies chroniques obstructives (bronchite chronique et emphysème) contre 36,9 % en Wallonie et 37,7 % en province de Liège. La part des décès dus à des pneumonies est de 35,2 % en Belgique contre 32,5 % en Wallonie et 34,8 % en province de Liège.

L'exposition à la fumée de tabac et à la pollution de l'air intérieur, ainsi que l'exposition professionnelle aux poussières, aux fumées et aux produits chimiques, sont des facteurs de risque importants de BPCO [28].

4.2. Asthme

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

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

En 2019, selon les estimations de l'OMS, environ 262 millions d'individus souffrent d'asthme dans le monde. Il s'agit de la maladie chronique la plus courante chez l'enfant [29].

ÉTAT DE SANTÉ

Tableau 3.5 Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes	Femmes	Total (%)
Belgique	5,0	6,5	5,8
Wallonie	6,2	8,4	7,3
Province de Liège	8,5	9,9	9,3

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon les résultats de l'Enquête de santé par interview, 9,3 % de la population de la province de Liège déclarent souffrir d'asthme, en 2018. Cette proportion est similaire à celles de la Wallonie et de la Belgique. On ne note pas de différence significative entre les hommes et les femmes, quel que soit le territoire considéré.

4.3. Tuberculose

La tuberculose est causée par une bactérie (*Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch) qui touche le plus souvent les poumons.

Selon l'OMS, 1,4 million de personnes sont mortes de la tuberculose, en 2019. C'est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde, c'est pourtant une maladie qui peut être traitée et prévenue.

Plus de 95 % des cas et des décès concernent les pays en développement. Les individus dont le système immunitaire est affaibli, tels ceux infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les personnes souffrant de malnutrition ou de diabète ou encore les fumeurs, courent un risque plus élevé de développer la maladie [30].

En province de Liège, 4,4 décès dus à la tuberculose ont été enregistrés en moyenne par an, entre 2014 et 2018.

Tableau 3.6. Taux d'incidence (pour 100 000 hab.) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Belges	Étrangers	Total
Belgique	4,3	38,9	8,5
Wallonie	3,6	29,3	6,2
Province de Liège	3,4	42,4	7,7

Source : FARES

→ En 2019, 8,5 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été dépistés en Belgique. L'incidence de cette affection apparaît légèrement inférieure en Wallonie et en province de Liège par rapport au niveau national.

La tuberculose se révèle nettement plus fréquente chez les populations étrangères que chez les Belges, quel que soit le territoire. Selon le Fonds des affections respiratoires (FARES), l'évolution de l'incidence de la tuberculose au niveau belge a suivi une décroissance constante jusqu'en 1992, puis la décroissance a ralenti. En 2007, pour la première fois, l'incidence est descendue sous le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants et repassée au-dessus en 2010, mais se maintient en-dessous de cette valeur depuis lors. C'est le seuil en-dessous duquel l'OMS considère que l'incidence de la tuberculose dans le pays est faible. En province de Liège, le nombre de nouveaux cas se situe aux environs de 8 pour 100 000 habitants en 2019 [30, 31].



5. Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale correspond à l'altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang.

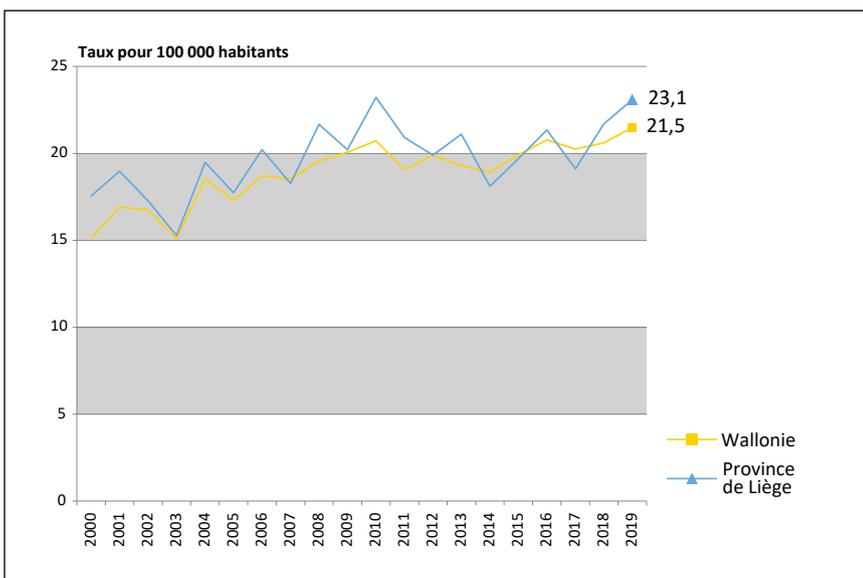
La maladie est dite « aiguë » si le dysfonctionnement est transitoire et réversible ; elle est « chronique » si la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison.

L'insuffisance rénale chronique est induite par des pathologies (diabète, hypertension...) qui détruisent progressivement et de façon irréversible les différentes structures rénales jusqu'à un stade terminal (insuffisance rénale chronique terminale) qui nécessite d'envisager les techniques de remplacement de la fonction rénale : dialyse et transplantation [32].

En Belgique, au 31 décembre 2019, 15 180 patients bénéficiaient d'une de ces techniques soit 1,3 pour 1 000 habitants. Parmi ces patients, 6 643 avaient bénéficié d'une greffe de rein en 2019. Le diabète et l'hypertension sont les causes principales des insuffisances rénales [33].

Par rapport à ses voisins européens, la Belgique connaît une prévalence élevée de patients « sous remplacement de la fonction rénale » [34].

Figure 3.14. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-province de Liège, 2000-2019



→ De 2000 à 2019, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 17,6 à 23,1 pour 100 000 habitants par an, en province de Liège, soit une augmentation de 31,3 % en 20 ans.

Dans le même temps, ce taux est passé de 15,1 à 21,5 pour 100 000 habitants en Wallonie, soit une augmentation de 42,4 %. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence du diabète sont liés à cet accroissement [32].

Source : Groupement des Néphrologues francophones de Belgique

5.1. Mortalité par insuffisance rénale

Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Hommes	Femmes	Total
Belgique	702	890	1 592
Wallonie	283	367	650
Province de Liège	82	121	203

→ En Belgique, 1 592 personnes sont décédées en moyenne, chaque année, à cause d'une insuffisance rénale, entre 2014 et 2018. Parmi ces décès, 203 sont survenus annuellement dans la province de Liège.

Source : Sciensano-SPMA

ÉTAT DE SANTÉ

5.2. Dialyse

La dialyse est une méthode de filtration du sang [32].

En filtrant le sang, la dialyse permet d'éliminer les déchets toxiques et l'excès d'eau qui s'accumulent dans l'organisme et de compenser ainsi une fonction rénale déficiente.

Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	En milieu hospitalier	À domicile
Belgique	4 790	2 407
Wallonie	1 612	803
Province de Liège	433	175

→ Au cours de l'année 2019, en province de Liège, 608 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse. Parmi celles-ci, 433 l'ont réalisée en milieu hospitalier et 175 à domicile (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale). Environ une dialyse sur trois se pratique à domicile, quel que soit le territoire considéré.

Source : INAMI

6. Diabète

En 2019, selon l'OCDE, 425 millions de personnes souffrent de diabète dans le monde. Cette maladie a causé quatre millions de décès en 2017 et on prévoit que, d'ici à 2045, plus de 629 millions d'adultes seront diabétiques dans le monde [35].

Selon certaines projections, le diabète deviendrait la septième cause mondiale de décès en 2030 [36].

Il existe différents types de diabète :

- le diabète de type 1, dit insulino-dépendant ou juvénile, est caractérisé par une production insuffisante ou nulle d'insuline par le pancréas. Ce type de diabète concerne une minorité de diabétiques (10 à 15 %) [35, 36] ;
- le diabète de type 2, dit insulino-résistant ou de la maturité, est davantage lié à une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme (à cause généralement de mauvaises habitudes de vie).

Le diabète de type 2 représente environ 90 % des diabètes. La prévalence du diabète de type 2 augmente non seulement en raison du vieillissement de la population, mais aussi du fait des changements dans le mode de vie qui amènent davantage d'obésité et de sédentarité.

L'augmentation de fréquence de ces deux facteurs de risque majeurs explique que le diabète de type 2, dit de la « maturité » apparaît maintenant chez des patients plus jeunes. Les conséquences, en termes de morbidité et mortalité, sont importantes. Elles sont liées aux nombreuses complications engendrées par le déséquilibre glycémique (complications cardiovasculaires de tout type, neuropathies, néphropathies, rétinopathies...). Un traitement précoce et optimal du diabète (médical et hygiéno-diététique) permet de diminuer et de retarder la survenue de complications, voire de rétablir une glycémie normale.

D'autres formes de diabètes existent comme le diabète gestationnel ou l'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun, mais elles ne représentent qu'une faible part des cas de la maladie.

La question posée au cours de l'Enquête de santé par interview en 2018 était « Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 12 derniers mois de diabète ? ». Elle ne permet pas de faire la différence entre les différents types de diabète.



Chapitre 3

6.1. Mortalité due au diabète

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

6.2. Prévalence du diabète

Tableau 3.9. Proportion (%) de bénéficiaires de l'assurance maladie qui ont un traitement antidiabétique*, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Hommes	Femmes	Total
Belgique	6,8	6,2	6,5
Wallonie	8,2	7,7	7,9
Province de Liège	9,0	10,1	9,6

→ En Belgique, 6,5 % des bénéficiaires de l'assurance maladie ont un traitement antidiabétique. Les proportions relevées en Wallonie (7,9 %) et en province de Liège (9,6 %) sont plus élevées que la prévalence nationale.

Source : Agence Intermutualiste

*médicaments antidiabétiques ou convention diabétique, passeport du diabète, trajet de soins diabète

La proportion de personnes déclarant souffrir du diabète dans le cadre de l'Enquête de santé par interview est plus faible. En province de Liège, 6,1 % des hommes et 9,7 % des femmes déclarent souffrir du diabète, en 2018.

On constate que la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente de façon plus importante à partir de l'âge de 45 ans pour atteindre 10,6 % chez les 64-74 ans et 14,1 % au-delà de 75 ans.

Il existe également un lien entre la maladie et le niveau d'éducation de la population. Ainsi, 13,3 % des Belges non diplômés ou n'ayant pas dépassé le primaire déclarent souffrir du diabète contre 3,6 % des belges qui ont obtenus un diplôme d'études supérieures (différence significative). Le constat est le même en Wallonie et la même tendance est observée en province de Liège.

Ces observations sont similaires si on compare la prévalence du diabète et les niveaux de revenus, pour les trois territoires géographiques. Plus le niveau de revenu est bas, plus la prévalence du diabète est élevée.

7. Ostéoporose

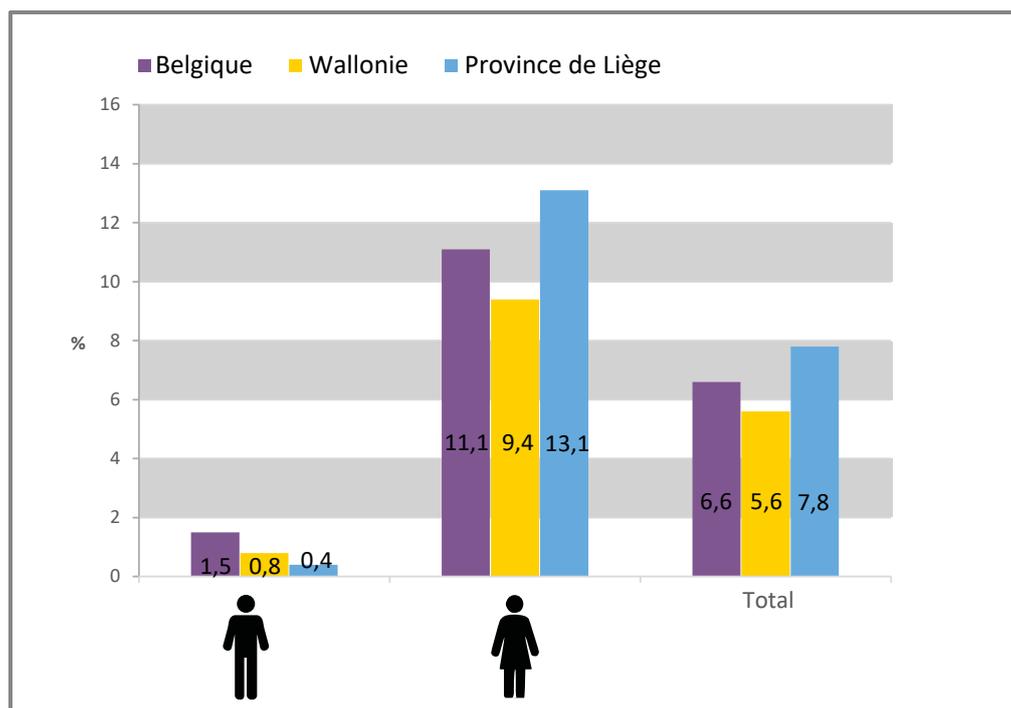
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux.

Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse et des risques de fractures dites « de fragilité ». L'appellation de « maladie silencieuse », pour l'ostéoporose, vient du fait qu'aucun signe ou symptôme particulier ne révèle sa présence, jusqu'à la survenue d'une fracture [37].

Au niveau mondial, à partir de 50 ans, une femme sur trois et un homme sur cinq souffriront d'une fracture due à l'ostéoporose, avant la fin de leur vie [38, 39].

Les facteurs de risques associés à l'ostéoporose sont : le sexe, l'ethnie, la faible masse pondérale, la ménopause précoce, les antécédents familiaux d'ostéoporose et de fractures, une fracture de fragilité antérieure, un faible apport en calcium et/ou en vitamine D, le manque d'activité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et certains traitements médicamenteux [40, 41].

Figure 3.15. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Pendant longtemps l'ostéoporose a été considérée comme une pathologie typiquement féminine. Depuis quelques années déjà, l'idée que l'ostéoporose touche également les hommes est devenue un fait établi [38]. Toutefois, les hommes sont en général atteints à un âge plus avancé que les femmes. En 2018, lors de l'Enquête de santé par interview, 13,1 % des femmes et 0,4 % des hommes de 50 ans et plus, en province de Liège, ont déclaré souffrir de la maladie. Ces proportions ne sont pas statistiquement différentes des valeurs enregistrées pour la Belgique et la Wallonie. Elles sont toutefois moins importantes qu'en Wallonie où 9,4 % des femmes et 0,8 % des hommes de 50 ans et plus déclarent souffrir d'ostéoporose.



8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA

Les IST se transmettent principalement par contact des muqueuses entre partenaires au cours des différentes formes de rapports sexuels. Toutefois, elles peuvent également se propager par d'autres voies, telles que les transfusions sanguines.

Plus de trente bactéries, virus et parasites se transmettent par voie sexuelle. L'incidence des IST est principalement liée à huit agents pathogènes. La moitié de ces infections sont curables, il s'agit de la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase. Les quatre infections pour lesquelles il n'existe pas de traitement radical sont le sida (VIH), l'hépatite B, l'infection par le virus de l'herpès (herpès simplex virus ou HSV) et l'infection par papillomavirus humain (HPV). Il faut noter que cette dernière guérit spontanément dans la très grande majorité des cas. Il existe un vaccin contre l'hépatite B et plusieurs souches de HPV.

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

Il ressort de ce suivi qu'entre 2002 et 2016, le nombre d'IST déclarées a connu une véritable recrudescence en Wallonie et en Belgique. Cette évolution est liée à la fois à une plus grande fréquence du dépistage et une incidence accrue.

La chlamydie est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas rapportés entre 2002 et 2016 est passé respectivement de 162 à 1 088 cas en Wallonie et de 984 à 6 788 cas en Belgique.

Les cas de gonorrhée augmentent aussi de façon continue depuis 2002, passant de 29 à 240 cas recensés en Wallonie, entre 2002 et 2016.

Le nombre de cas de syphilis enregistrés en Wallonie est passé de deux cas en 2002 à 111 cas en 2016 [42].

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

D'après l'OMS, au niveau mondial, 37,7 millions de personnes vivaient avec le VIH, en 2020 [43]. En Belgique, les données sur l'infection au VIH et le SIDA sont issues essentiellement de deux sources : l'enregistrement des malades du SIDA par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Les données publiées, concernant uniquement les personnes dépistées, sous-estiment sans doute le nombre réel de personnes porteuses du virus [44].

8.1. Mortalité causée par le SIDA

Avant l'introduction de la 10^{ème} Classification Internationale des Maladies (CIM) en 1998, les décès dus au virus VIH n'étaient pas enregistrés dans une catégorie spécifique. La seule source alors disponible était le registre cité plus haut - qui reste une référence quant à l'évolution de la mortalité depuis le milieu des années 1980 - même si on ne peut écarter l'éventualité d'une sous-déclaration des cas.

Tableau 3.10. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Hommes	Femmes
Belgique	21	9
Wallonie	9	2
Province de Liège	4	1

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ De 2014 à 2018, en moyenne 5 décès dus au VIH ont été enregistrés de façon annuelle, en province de Liège. Compte tenu des fluctuations statistiques, la mortalité ne diffère pas d'un territoire à l'autre. Il y a deux fois plus d'hommes que de femmes qui décèdent du VIH, en Belgique.

8.2. Personnes infectées par le VIH

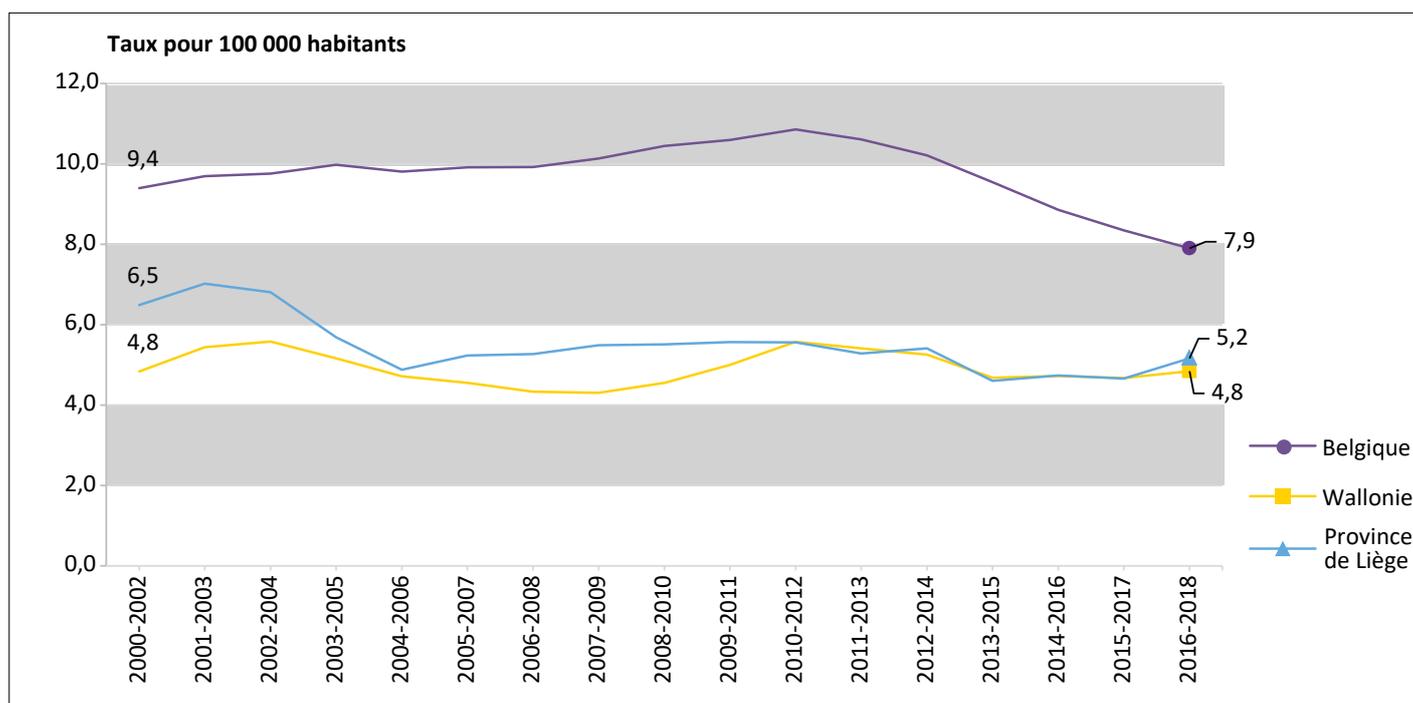
Tableau 3.11. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2013-2018

	2008	2013	2018
Belgique	1 092	1 124	882
Wallonie	142	175	170
Province de Liège	52	57	51

Source : Sciensano-Registre SIDA

→ En 2018, 882 nouveaux cas ont été diagnostiqués en Belgique, dont 51 en province de Liège. Entre les années 2000 et 2010, le nombre de nouveaux cas de VIH dépistés chaque année en Belgique, n'a cessé d'augmenter. On constate également une augmentation du nombre de cas en 2013, comparativement aux deux autres périodes, 2008 et 2018.

Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2018



Source : Sciensano-Registre SIDA, calculs OSLg, moyennes glissées sur 3 ans

→ En 2016-2018, l'infection au VIH diagnostiquée en Belgique concernait 7,9 cas pour 100 000 habitants, contre 9,4 en 2000-2002. Depuis le début des années 2000, la plus haute incidence a été observée entre 2010 et 2012 avec 1 193 nouveaux cas en Belgique (dont 197 en Wallonie et 60 en province de Liège) diagnostiqués en moyenne par an.

Toutefois, pour une part non négligeable des individus diagnostiqués, l'information de la provenance géographique (province ou région) n'est pas disponible. Ce qui induit une sous estimation du nombre de cas aux niveaux des régions et des provinces.



9. Limitations physiques et invalidités

9.1. Limitations physiques

Les limitations sont souvent le fait des maladies de longue durée, dont la fréquence s'accroît avec l'âge. Le vieillissement est en lui-même un processus qui entraîne une diminution des capacités physiques [45].

L'Enquête de santé par interview de 2018 nous informe que la part de personnes de 15 ans ou plus limitées fonctionnellement dans leur vie concerne globalement 25 % de la population de la province de Liège, contre 23 % en Belgique. Ce niveau est semblable en Wallonie (26 %). Chez les 65 ans et plus, ce taux touche 33 % des habitants en province de Liège, contre 37 % au niveau national. On observe une diminution de ce pourcentage entre 2001 et 2018, quel que soit le niveau géographique.

9.2. Invalidités

Tout assuré social est reconnu invalide et reçoit, à ce titre, une indemnité, si par la suite de maladie ou d'infirmité, il ne peut gagner, depuis plus d'un an, qu'un tiers du gain normal d'un travailleur de la même catégorie et de formation équivalente, et dont l'âge est compris entre 20 et 64 ans.

La proportion de personnes recevant une indemnité d'invalidité reflète à la fois le fait d'avoir effectivement une invalidité et le fait d'avoir mené à bien les démarches en vue d'être reconnu comme invalide. Il est probable qu'une partie des personnes qui souffrent d'une invalidité n'ont pas fait ces démarches.

Selon une étude de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les salariés, les troubles psychiques ainsi que les maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs se retrouvent en tête, et ce quel que soit le sexe.

L'augmentation du nombre de personnes en invalidité se poursuit. Cela peut s'expliquer d'une part par le vieillissement de la population active, mais aussi par l'augmentation des maladies musculo-squelettiques et psychiques, qui par ailleurs touchent de plus en plus de travailleurs jeunes [46].

Tableau 3.12. Nombre et proportion (%) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

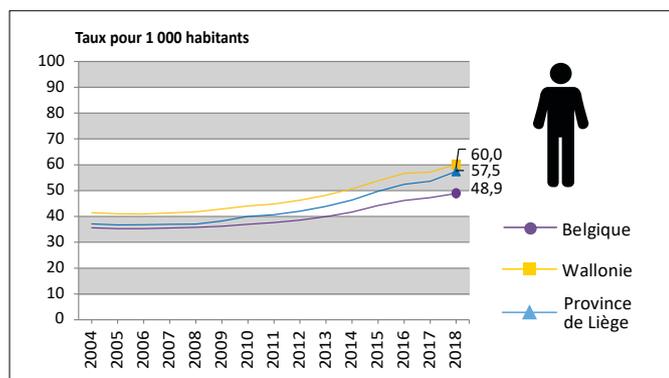
	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	164 149	4,9	224 886	6,7	389 035	5,8
Wallonie	63 488	6,0	82 839	7,8	146 327	6,9
Province de Liège	18 606	5,7	25 344	7,8	43 950	6,8

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2018, le nombre de bénéficiaires d'une indemnité invalidité, en province de Liège, s'élève à 43 950 personnes ; ce qui représente 30,0 % et 11,3 % des bénéficiaires de Wallonie et de Belgique. Quel que soit le niveau géographique, les femmes sont majoritaires parmi les personnes indemnisées pour invalidité.

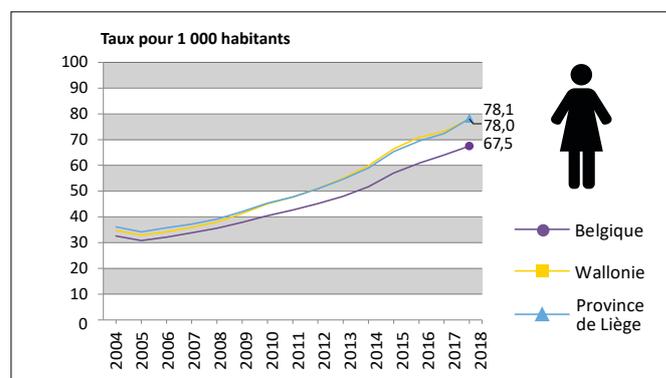
ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.17. Évolution du taux pour 1 000 hommes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018



Source : INAMI, calculs OSLg

Figure 3.18. Évolution du taux pour 1 000 femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018



Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2018, l'invalidité reconnue concerne 48,9 hommes contre 67,5 femmes pour 1 000 habitants, en Belgique.

Sur la période 2004-2018, la proportion d'hommes de la province de Liège bénéficiant d'une indemnisation pour invalidité suit les mêmes évolutions qu'en Wallonie et en Belgique, tout en se situant entre ces deux valeurs, pour chaque année. L'évolution pour les femmes de la province de Liège est proche de celle de la Wallonie, tout en étant supérieure à celle de la Belgique.

En 2018, le taux d'indemnisation pour invalidité concernait 57,5 hommes et 78,1 femmes pour 1 000 habitants de la province de Liège, âgés de 20 à 64 ans. L'écart entre les territoires a aussi tendance à s'accroître, tant chez les hommes que chez les femmes.

Quel que soit le niveau géographique, la proportion d'hommes indemnisés pour invalidité est restée relativement stable jusqu'en 2008, mais, depuis lors, une augmentation sensible est observée.

Chez les femmes, par contre, cette proportion est en augmentation nette et constante depuis 2006. L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées invalides, telles que le relèvement de l'âge de la retraite, le vieillissement de la population et l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail [46].



10. Maladies professionnelles

Selon l'Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS), les maladies professionnelles sont des maladies causées de façon directe et déterminante par l'exercice d'une profession.

Une liste officielle énumère un certain nombre de maladies, mais il est également possible de faire reconnaître comme maladie professionnelle une maladie qui ne figure pas sur cette liste.

Toutes les maladies qu'un individu peut contracter au travail ne sont donc pas nécessairement des maladies professionnelles. À côté des maladies professionnelles, existent également les maladies dites « en relation avec le travail ». Il s'agit de pathologies pour lesquelles l'exposition professionnelle à un risque particulier est plus importante que l'exposition subie par la population générale, mais dont l'influence du travail ne doit pas nécessairement être la cause principale. On peut penser, par exemple, aux problèmes ostéoarticulaires dans de nombreuses professions. Ces affections n'étant pas reconnues comme des maladies professionnelles, elles ne peuvent pas faire l'objet d'une demande d'indemnisation [47].

Tableau 3.13. Nombre et proportion (%) de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Belgique	Wallonie	Province de Liège
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	43 462	24 600	10 476
Dont :	en %		
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	71,3	81,5	84,9
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	13,7	11,1	8,8
Maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques	5,2	3,6	3,4
Autres maladies professionnelles	9,8	3,8	3,0

Source : FEDRIS, calculs OSLg

→ Par rapport à sa population, les bénéficiaires indemnisés pour une incapacité de travail permanente sont surreprésentés, en province de Liège. En effet, ils représentent 24,1 % des bénéficiaires du pays, alors que la population de la province de Liège ne représente que 9,7 % de la population belge.

En Belgique, 43 462 personnes ont été indemnisées en raison d'une incapacité de travail permanente, en 2018. Quel que soit le territoire considéré, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques (hypoacousie ou surdité provoqu e par le bruit, maladies ostéoarticulaires provoqu es par des vibrations mécaniques...) sont la première cause d'indemnisation. Cette catégorie représente près de 84,9 % des maladies professionnelles en province de Liège, contre 71,3 % en Belgique.

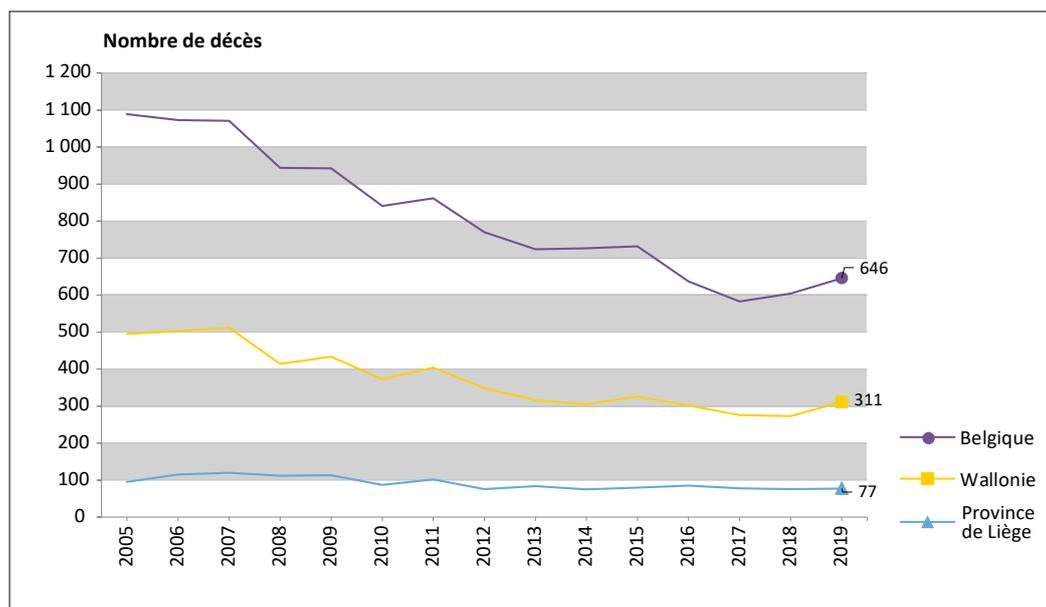
En Belgique, 13,7 % des maladies professionnelles sont provoqu es par inhalation (silicose, asbestose, farinose...) et 5,2 % par des agents chimiques. En province de Liège, les proportions des maladies professionnelles dues à l'inhalation de substances ou mettant en cause des agents chimiques s'élèvent respectivement à 8,8 % et 3,4 %.

11. Accidents

Selon l’OMS, 1,3 million de personnes meurent annuellement sur les routes ; soit près de 3 600 tués par jour, sans compter les 20 à 50 millions de personnes blessées et victimes d’incapacité [48].

11.1. Accidents de circulation

Figure 3.19. Évolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l’accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2019



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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

En 2019, 77 personnes sont décédées sur les routes de la province de Liège. Cela représente 11,9 % de l’ensemble des décès par accident de la route, en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué de façon quasi continue jusqu’en 2017 (1 089 tués en Belgique en 2005, contre 583 en 2017). Mais on observe une augmentation en 2018 et 2019 sur les territoires belges et wallons.

Tableau 3.14. Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l’accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Moyenne annuelle
Belgique	628
Wallonie	266
Province de Liège	72

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Sur base des observations enregistrées entre 2014 et 2018, 72 habitants de la province de Liège en moyenne ont perdu la vie, chaque année, suite à un accident de circulation (soit 11,4 % des belges tués sur les routes). On observe une baisse d’environ un quart du nombre de tués sur les routes en province de Liège, par rapport à la moyenne annuelle, entre 2008 et 2012.

En province de Liège, notons que 71,3 % de ces décès concernent des hommes. Un quart des habitants décédés dans un accident de la circulation durant cette période se situaient dans la tranche des 15-29 ans, alors qu’ils ne représentent que 18,7 % de la population.



Chapitre 3

Selon l'Institut belge pour la sécurité routière (Vias) :

- une victime est toute personne tuée ou blessée dans un accident de la route ;
- un tué est toute personne impliquée dans un accident de roulage, tuée sur le coup ou décédée avant son admission à l'hôpital ;
- un mortellement blessé est toute personne qui décède des suites d'un accident endéans les 30 jours suivant la date de l'accident, mais qui n'est pas décédée sur place ou avant l'admission à l'hôpital ;
- un blessé grave est toute personne blessée dans un accident de roulage dont l'état nécessite une hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures ;
- un blessé léger est toute personne blessée dans un accident de roulage pour laquelle la définition de mortellement ou gravement blessé n'est pas d'application [49].

Tableau 3.15. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Nombre d'accidents		Total victimes		Décédés (30 jours)		Blessés légers	
	N	N	N	%	N	%	N	%
Belgique	37 699	47 793	646	1,4	3 600	7,5	43 547	91,1
Wallonie	10 707	14 151	311	2,2	950	6,7	12 890	91,1
Province de Liège	3 330	4 354	77	1,8	256	5,9	4 021	92,4

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En 2019, la province de Liège a comptabilisé 3 330 accidents avec lésions corporelles, totalisant 4 354 victimes de la route. Parmi les victimes, le pourcentage de personnes décédées dans les 30 jours, en province de Liège (1,8 %), apparaît moins élevé qu'en Wallonie (2,2 %) mais plus importante que la Belgique (1,4 %). Le pourcentage de blessés graves en province de Liège (5,9 %) est inférieur aux moyenne belges (7,5 %) et wallonne (6,7 %).

11.2. Accidents du travail

Un accident du travail est un accident qui est causé par un événement soudain survenu pendant et par le fait de l'exécution du contrat de travail ou des fonctions et qui a engendré une lésion.

L'accident survenu sur le trajet normal du travail est également considéré comme étant un accident du travail. Il peut aussi s'agir d'un accident subi par un travailleur en dehors du cours de l'exercice de ses fonctions, mais qui lui est causé par un tiers du fait de l'exercice de ses fonctions.

Les données de l'Agence fédérale des risques professionnels (FEDRIS) reprennent le nombre d'accidents survenus à des travailleurs salariés et déclarés par les employeurs du secteur privé à leurs assureurs.

Tableau 3.16. Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013-2014 et 2018-2019

	2013-2014			2018-2019		
	Lieu de travail	Chemin du travail	Total	Lieu de travail	Chemin du travail	Total
Belgique	121 769	21 801	143 570	121 407	25 409	146 816
Wallonie	33 901	4 040	37 941	33 526	4 263	37 788
Province de Liège	10 961	1 169	12 130	11 677	1 328	13 005

Source : FEDRIS, calculs OSLg

→ Entre 2018 et 2019, la FEDRIS a recensé une moyenne annuelle de 13 005 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration, en province de Liège : 10,2 % d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail et 89,8 % sur le lieu de travail.

Une augmentation globale du nombre d'accidents du travail est observée en Belgique et en province de Liège, depuis 2013-2014. Dans le même temps, le nombre d'accidents du travail a légèrement diminué en Wallonie.

La part relative des accidents survenus en province de Liège, par rapport à la Belgique, est de 8,4 % en 2013-2014 et 8,9 % en 2018-2019. Le nombre d'accidents dépend à la fois du type d'activité économique, de l'application des mesures de sécurité et du nombre de travailleurs.

Il faut cependant noter que certaines compagnies d'assurances rechignent de plus en plus à reconnaître des accidents du travail. Ainsi, selon les évaluations du FEDRIS, le taux de refus est passé de 2 % en 1985 à 13,3 % en 2019.

La FEDRIS distingue quatre types d'accidents :

- les accidents classés sans suites : tout accident sans incapacité de travail ;
- les accidents ayant entraîné une incapacité temporaire : tout accident ayant entraîné une incapacité temporaire de travail mais pour lequel une guérison sans séquelle est envisagée ;
- les accidents ayant entraîné une incapacité permanente : tout accident pour lequel des séquelles permanentes sont envisagées, qu'il ait ou non engendré des frais médicaux et/ou une incapacité temporaire de travail ;
- les accidents mortels : tout accident ayant provoqué le décès immédiat ou retardé de la victime [50].



Chapitre 3

Tableau 3.17. Nombre annuel moyen des accidents sur le lieu de travail, selon les suites et le sexe, province de Liège, 2018-2019

	Hommes	Femmes	Total
Cas sans suite	3 029	1 346	4 375
Incapacité temporaire	3 865	1 284	5 149
Incapacité permanente prévue	947	293	1 240
Cas mortels	1	0	1
Total	7 842	2 923	10 765

Source : FEDRIS

→ En 2018 et 2019, en province de Liège, 10 765 personnes ont été victimes annuellement en moyenne d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité temporaire (47,8 %) et 1 240 une incapacité permanente (11,5 %). Les accidents sans séquelles représentent 40,1 % de l'ensemble des déclarations.

En province de Liège, plus de 70 accidents sur 100 qui se sont produits sur le lieu de travail, pour la période 2018-2019, concernent des hommes.

Le nombre total d'accidents a diminué mais ces proportions sont similaires à celles de 2013-2014.

Tableau 3.18. Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu de travail, selon les suites et l'âge, province de Liège, 2018-2019

	15-24 ans	25-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	724	2 714	937	4 375
Incapacité temporaire	808	3 408	932	5 148
Incapacité permanente prévue	101	787	352	1 240
Cas mortels	0	0,5	0,5	1
Total	1 633	6 910	2 222	10 765

Source : FEDRIS

→ En province de Liège, près de deux tiers (64,2 %) des accidents survenus sur le lieu de travail, entre 2018 et 2019, concernent les personnes de la tranche des 25 à 49 ans.

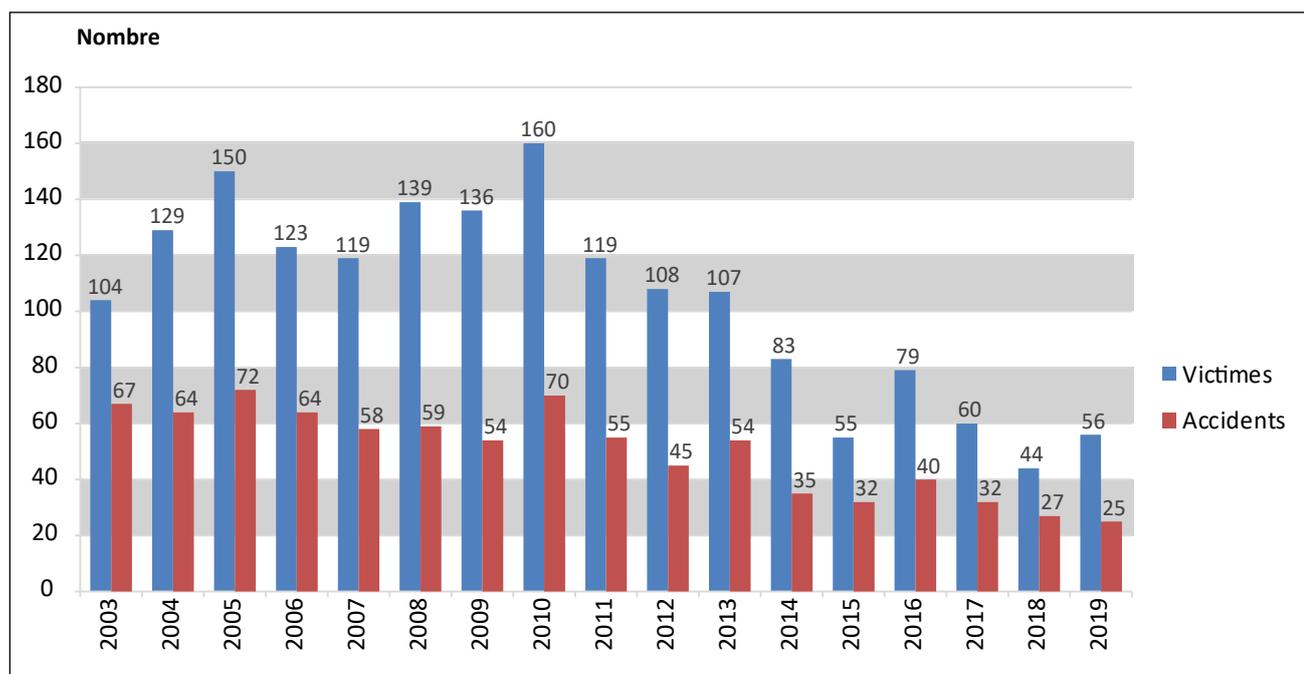
12. Intoxication au monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone, aussi appelé CO, est un gaz toxique, inodore et incolore résultant d'une combustion incomplète. Au sein d'un bâtiment, les appareils de chauffage (alimentés par du gaz, du charbon, du mazout, du pétrole, de l'essence ou du bois) ainsi que les chauffe-eau (non électriques) et les groupes électrogènes constituent l'essentiel des éléments pouvant produire ce gaz. Une utilisation inadéquate, une installation vétuste, mal entretenue et/ou une ventilation insuffisante, voire inexistante, sont des facteurs déterminants dans le risque d'intoxication au CO.

D'après un rapport européen publié en 2009, les personnes percevant de bas revenus sont souvent amenées à vivre dans des logements affectés par de nombreux dysfonctionnements. Elles tentent malgré tout de chauffer leur logement, se calfeutrent et recourent à des chauffages d'appoint bon marché mais inadaptés [51].

Selon le centre antipoison, les personnes intoxiquées sont en général assez jeunes et les moins de 50 ans représentent 60 % des victimes. La salle de bain reste le principal lieu d'intoxication, suivi de la pièce de séjour. Les appareils de production d'eau chaude (chauffe-bain, chauffe-eau...) et les poêles à charbon représentent les causes les plus fréquentes d'intoxication au monoxyde de carbone [52].

Figure 3.20. Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Liège, 2003-2019



Source : Centre Antipoison

→ Le nombre d'accidents et de victimes dépend globalement des conditions climatiques. Hormis durant les années 2011 et 2014, qui connurent un hiver relativement doux, on observe une augmentation du nombre d'accidents et de victimes d'une intoxication au CO, de 2006 à 2013. L'augmentation du prix de l'énergie et les difficultés socio-économiques rencontrées par certaines catégories de personnes pourraient être des facteurs expliquant ce phénomène : face à l'augmentation des prix de l'énergie, une partie de la population se tourne vers des chauffages d'appoint permettant l'achat de combustible par petites quantités. Ces appareils n'étant pas directement reliés à une évacuation des gaz brûlés, une utilisation trop prolongée peut créer un dégagement de monoxyde de carbone, augmentant ainsi le risque d'intoxication.

Sur base des valeurs enregistrées des accidents, la part minimale pour la province de Liège, par rapport à l'ensemble des chiffres de la Wallonie, correspond à 19,6 % des accidents en 2015 et la part maximale à 36,0 % en 2005.

Depuis 2015, on observe cependant une tendance à la diminution avec un nombre minimal d'accidents en 2019 (25 en 2019 contre 72 en 2005 et 70 en 2010).



13. Santé maternelle et infantile

Au regard des dernières données fournies par la Direction générale Statistique (DGS) du Service public fédéral (SPF) Économie, l'âge moyen des mères à la première naissance continue d'augmenter au fil des ans : en 2019, il est passé à 29,0 ans en province de Liège (contre 27,0 en 2009), 28,8 ans en Wallonie (contre 27,0 en 2009) et 29,3 en Belgique (contre 27,7 en 2009). En 10 ans, cet âge moyen a augmenté de deux années, en province de Liège.

Indépendamment du rang de naissance, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,8 ans, en province de Liège (contre 30,7 ans en Wallonie et 31,0 ans en Belgique).

13.1. Âge des mères à l'accouchement

Tableau 3.19. Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus	Inconnu	Total
Belgique		443	1 366	12 696	39 519	41 764	18 987	4 358	242	119 376
Wallonie		228	630	4 431	12 175	12 410	5 685	1 324	46	36 929
Province de Liège		61	177	1 372	3 792	3 990	1 794	400	19	11 606
ARRONDISSEMENTS	Huy	6	21	120	367	384	163	31	1	1 093
	Liège	38	109	839	2 151	2 304	1 075	250	15	6 780
	Verviers	14	40	341	1 033	1 044	437	93	3	3 006
	Waremme	3	7	72	242	259	119	25	0	728

Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ De 2015 à 2019, on recensait annuellement 119 376 naissances en Belgique, dont 11 606 en province de Liège. 2,1 % des bébés de la province de Liège (en moyenne 238 bébés par an) ont été mis au monde par des mères âgées de moins de 20 ans, soit un taux supérieur à celui en Belgique (1,5 %). Mais cette proportion est en hausse par rapport à la moyenne annuelle, en province de Liège, entre 2009 et 2013 (3,2 %).

Les mères âgées de 35 ans et plus représentaient 18,9 % de l'ensemble des accouchements, ce qui est similaire à la situation observée en Belgique (19,6 %) et en Wallonie (19,0 %).

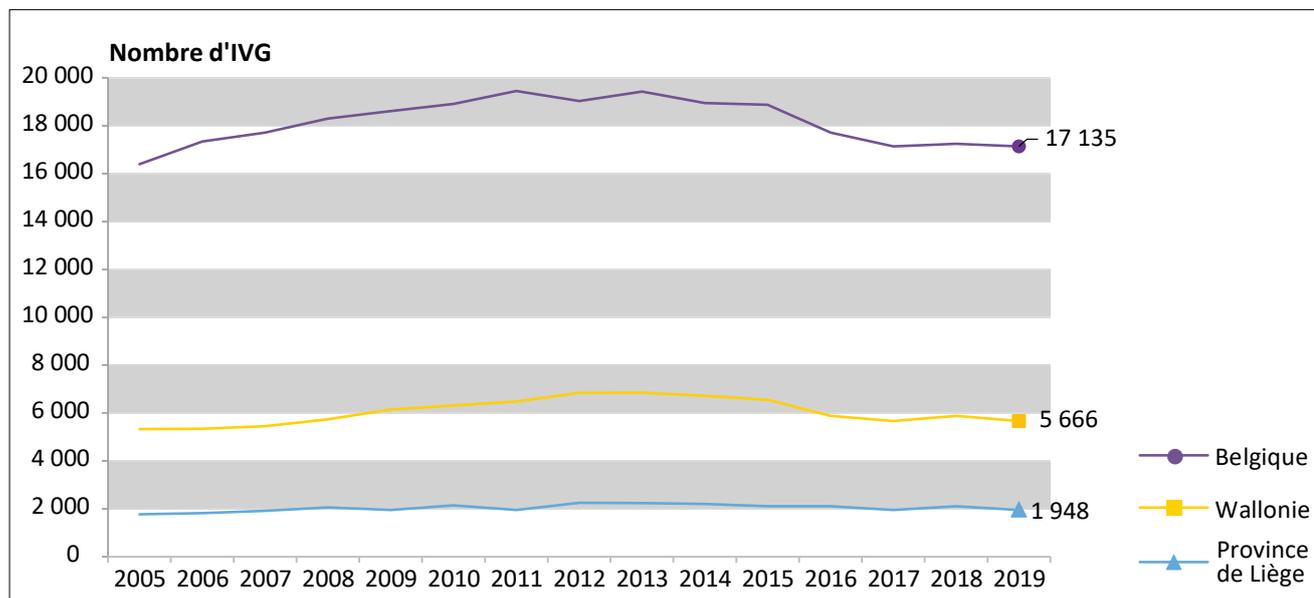
La tendance, évaluée sur les cinq années, indique une part moyenne des naissances avant 20 ans plus importante dans les arrondissements de Huy (2,5 %), Liège (2,2 %) et Verviers (1,8 %).

13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 2019, en Belgique, les raisons principalement invoquées par les femmes qui décident d'avorter sont : pas de souhait d'enfant (17,9 %), la famille est « complète » (9,5 %), se sent trop jeune (5,8 %).

La loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse rend facultative la précision de la cause de l'interruption de grossesse. En 2019, on note par conséquent une nette augmentation des déclarations d'IVG, pour lesquelles la cause n'est pas déclarée, pour atteindre 32,0 % des IVG.

Figure 3.21. Évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2019



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

→ En Belgique, le nombre d'IVG a diminué entre 2014 et 2019, en passant de 18 954 à 17 135. En province de Liège, ce nombre a également diminué, passant de 2 002 à 1 948.

Selon la Commission nationale d'évaluation de la loi sur l'avortement, en 2019, parmi les femmes qui ont recours à l'IVG, 91 % d'entre elles ont entre 20 et 45 ans. Les femmes de moins de 20 ans représentent moins de 9 % de celles qui ont recours à cet acte, alors qu'elles représentent 12 % des femmes de 15 à 50 ans.

13.3. Poids à la naissance

Le petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur important de la santé du nouveau-né en raison de la relation qui existe entre le poids de naissance d'une part, et la mortalité et la morbidité infantiles, d'autre part. Un faible poids à la naissance peut être attribuable à un retard de croissance intra-utérin ou à une naissance avant terme. Les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance sont notamment : le fait d'être une mère adolescente, la consommation de tabac, l'abus d'alcool, une mauvaise nutrition, un faible indice de masse corporelle, un statut socio-économique parental bas, l'appartenance à une minorité ethnique, la fécondation in vitro [53].

À l'autre extrême, les poids de naissance dépassant 4 000 grammes peuvent mener à des complications lors de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant.



Chapitre 3

Tableau 3.20. Proportion (en %) de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019

	Moins de 2 500 g	De 2 500 g à 3 999 g	4 000 g et plus	Inconnu
Belgique	6,8	83,9	7,9	1,4
Wallonie	7,9	83,7	6,2	2,2
Province de Liège	7,9	84,1	6,2	1,8

→ En province de Liège, près de 8 bébés sur 100 sont nés avec un faible poids de naissance, entre 2015 et 2019. C'est un taux proche de celui de la Wallonie (7,9 %) mais plus élevé que celui de la Belgique (6,8 %).

Source : SPF Économie-DGS, calculs OLG

13.4. Prématurité

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

Les enfants prématurés ont davantage de risque de décès à la naissance, de problèmes respiratoires, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Plusieurs facteurs de risque sont liés à la prématurité. Les plus connus sont les grossesses multiples, le diabète de grossesse, le tabac, l'alcool, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans [54].

Tableau 3.21. Proportion (en %) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019

	Moins de 32 SA	De 32 à 36 SA	De 37 à 41 SA	42 SA et plus	Inconnu
Belgique	1,1	7,0	90,5	0,2	1,3
Wallonie	1,1	7,5	89,1	0,1	2,1
Province de Liège	1,1	7,4	89,6	0,1	1,8

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ De 2015 à 2019, 8,5 % des naissances en province de Liège sont survenues prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée. Ce pourcentage est plus élevé qu'en Belgique (8,1 %) mais proche de la situation wallonne (8,6 %). La grande prématurité, soit une naissance avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne 1,1 % des accouchements, quelle que soit la zone géographique.

13.5. Tabagisme de la femme enceinte

Selon de nombreuses études, le tabagisme de la femme enceinte constitue un important facteur de risque de complications obstétricales (hématome rétroplacentaire, mauvaise implantation du placenta...), d'effets délétères sur le développement de divers organes du fœtus, de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance et de mort subite du nouveau-né... Le risque de mort subite est aussi influencé par l'exposition au tabagisme passif du nourrisson après la naissance [54].

Selon l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est sous-estimée car les mères ne déclarent pas toujours qu'elles fument. De plus, les données récoltées ne couvrent que des mères suivies en consultation prénatale.

Tableau 3.22. Proportion (en %) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-province de Liège, 2019

	Mères fumeuses (%) durant le suivi de grossesse
Wallonie*	13,7
Province de Liège*	12,4

Source : ONE-BDMS

* Hors Communauté germanophone

→ En prenant en compte les seules mères répondantes en 2019, la part des fumeuses est de 13,7 % en Wallonie et 12,4 % en province de Liège. Même si l'on observe une tendance à la diminution de la consommation tabagique durant la grossesse, tant en Wallonie qu'en province de Liège, cette proportion est proche de celle de la Wallonie.

Toutefois, il est probable qu'un biais de désirabilité sociale génère une sous-estimation de ces pourcentages.

Tableau 3.23. Proportion (%) de petit poids de naissance et de prématurité selon le statut tabagique de la mère durant la grossesse, Wallonie-province de Liège, 2015-2019

	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (%)		Prématurité selon le statut tabagique (%)	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses
Wallonie*	16,1	6,5	12,3	8,0
Province de Liège*	16,7	6,9	12,7	8,4

Source : ONE-BDMS, calculs OSLg

* Hors Communauté germanophone

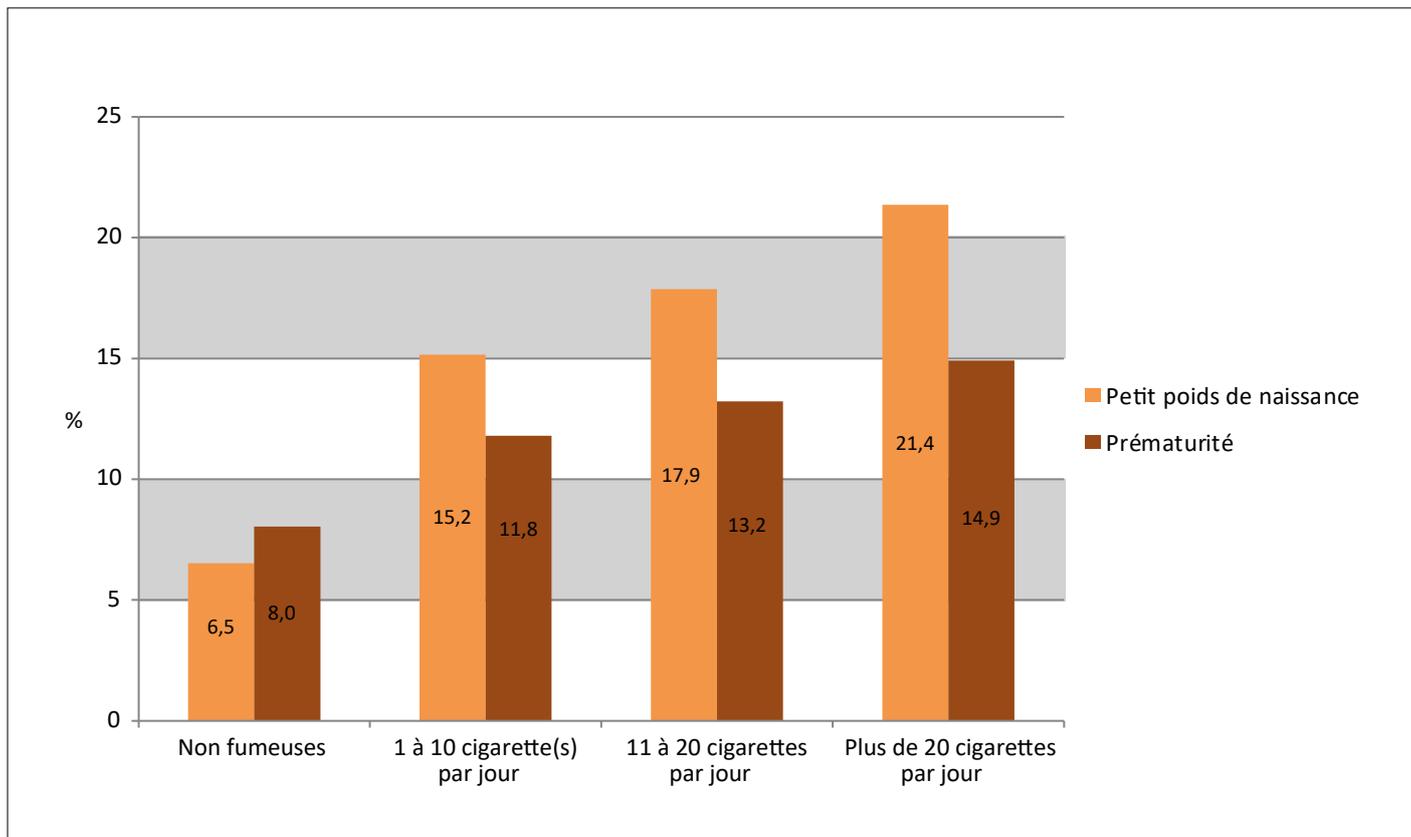
→ Les données enregistrées par l'ONE, entre 2015 et 2019, confirment que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés de petit poids ou prématurés et ce, dans des proportions similaires tant en province de Liège qu'en Wallonie (hors Communauté germanophone).

Les petits poids à la naissance concernent 16,7 % des mères fumeuses en province de Liège contre près de 7 % de non-fumeuses ou de femmes dont le statut tabagique est inconnu. De même, on observe 12,7 % de naissances prématurées chez les fumeuses contre 8,4 % pour les autres.



Chapitre 3

Figure 3.22. Proportion (%) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petits poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2015-2019



Source : ONE-BDMS, calculs OSLg
* Hors Communauté germanophone

→ En Wallonie, entre 2015 et 2019, les nouveau-nés de petits poids à la naissance sont 3 fois plus nombreux chez les mères consommant plus de 20 cigarettes par jour (21,4 %) que chez les mères non fumeuses (6,5 %).

De même, les cas de prématurité sont presque deux fois plus fréquents chez les mères grandes fumeuses (14,9 %) que chez les mères non-fumeuses (8,0 %).

14. Santé mentale

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

14.1. Suicides

14.1.1. Mortalité par suicide

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

Les données de mortalité par suicide sont issues des bulletins statistiques de décès. Leur analyse est soumise à une série de limites. De nombreux travaux concluent à une sous-estimation des décès par suicide dans les statistiques officielles de mortalité. Lors du remplissage du certificat de décès par un médecin, un certain nombre de suicides peuvent ne pas être reconnus comme tels en raison, entre autres, de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte [55, 56].

Tableau 3.24. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Nombre moyen	Indice comparatif de mortalité					
		Hommes		Femmes		Total	
Belgique	1 833	82,3	*	86,3	*	84,1	*
Wallonie	691	100,0		100,0		100,0	
Province de Liège	221	100,2		92,5		97,5	

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2014-2018=100)

→ Entre 2014 et 2018, 221 décès par suicide sont dénombrés, en moyenne chaque année, en province de Liège (155 décès masculins et 66 décès féminins) ; ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,29 pour 1 000 hommes et 0,12 pour 1 000 femmes.

Par rapport à la Wallonie, le taux de mortalité par suicide en Belgique est inférieur de 17,7 % pour les hommes et de 13,7 % pour les femmes. La situation en province de Liège est proche de celle de la Wallonie, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

En termes d'indice comparatif de mortalité par suicide, il n'y a pas de différence significative entre la Wallonie et la province de Liège.

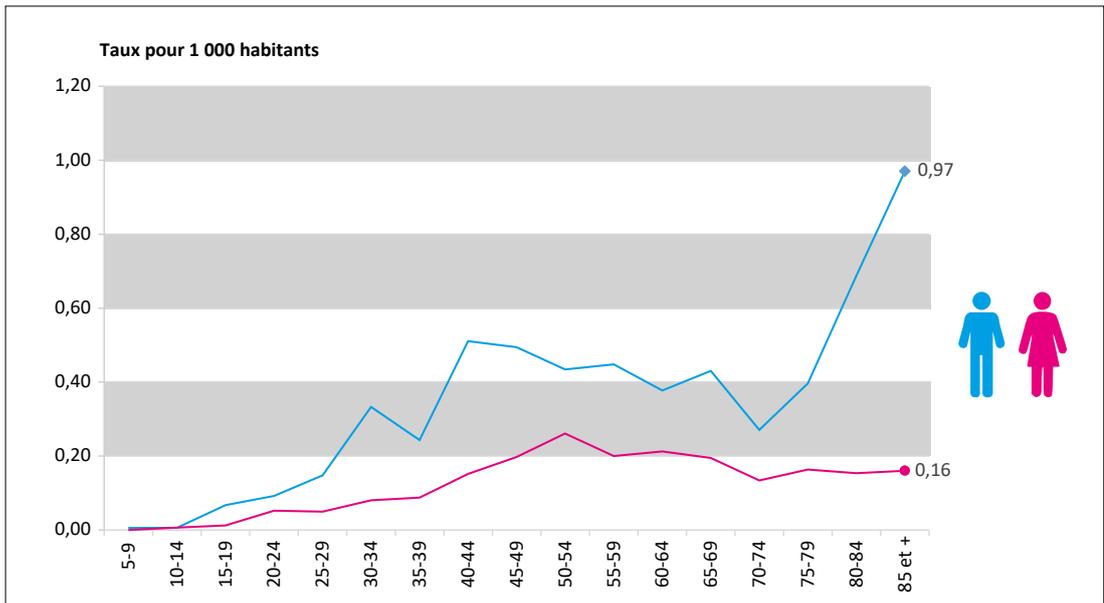
Par contre, l'indice de la Belgique est significativement inférieur à ceux de la Wallonie.

Quel que soit le niveau géographique, on constate une baisse de la mortalité par suicide tant chez les hommes que chez les femmes, entre 2008-2012 et 2014-2018 : - 9,4 % en Belgique, - 12,9 % en Wallonie, - 14,7 % en province de Liège.



Chapitre 3

Figure 3.23. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Liège, 2014-2018



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Globalement, en province de Liège, le taux de mortalité par suicide est nettement plus élevé chez les hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Chez les hommes, il redescend entre 35-39 ans et 70-74 ans, puis s'élève fortement.

Pour les femmes, le taux de mortalité par suicide augmente progressivement avec l'âge, pour atteindre un pic vers 50-54 ans. Contrairement à ce qu'on observe chez les hommes, le taux de mortalité par suicide reste stable chez les femmes à partir 70 ans.

14.1.2. Idéation suicidaire

Selon le Centre de Prévention du Suicide, le stade d'idéation suicidaire est une étape du processus suicidaire, n'aboutissant pas nécessairement au suicide. Lors de ce stade, l'idée du suicide se présente à la personne comme une solution possible à son problème. Ainsi, « l'idéation suicidaire n'est pas généralement prépondérante dans un premier temps. Le suicide apparaît comme une solution parmi d'autres. C'est le stade de l'idéation : l'idée du suicide se présente, peut se dire. À ce stade, il est bien sûr plus difficile de l'entendre, car la personne elle-même dispose encore d'autres solutions et peut ainsi soit résoudre son problème d'une autre manière, soit donner l'impression que cette idée n'est somme toute pas si sérieuse que cela » [55].

Tableau 3.25. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	12,3	15,5
Wallonie	13,0	18,4
Province de Liège	14,5	17,7

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Comme l'indique l'Enquête de santé par interview de 2018, en Belgique, les femmes ont tendance à déclarer plus souvent que les hommes avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie (15,5 % des femmes contre 12,3 % des hommes).

En province de Liège, l'idéation suicidaire touche 17,7 % de la population féminine et 14,5 % des hommes.

La situation en province de Liège ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique. L'idéation suicidaire est moins rapportée par les personnes âgées. Ceci pourrait être lié à un biais de rappel, plutôt qu'à une différence entre générations.

14.1.3. Tentatives de suicide

Tableau 3.26. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	3,1	5,4
Wallonie	3,8	8,1
Province de Liège	2,2	6,4

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Au vu des résultats de l'Enquête de santé par interview de 2018, les femmes belges et wallonnes sont significativement plus nombreuses à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours.

Par contre, en province de Liège, cette différence significative ne peut être mise en évidence. Au sein de la population masculine interrogée, 2,2 % ont répondu avoir déjà essayé de se suicider contre 6,4 % des femmes.

14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs

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

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, en Belgique, 15 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé des psychotropes au cours des quinze derniers jours : 12 % avaient pris un somnifère ou un anxiolytique et 8 % un antidépresseur.

Au niveau national, la consommation d'antidépresseurs est en augmentation. En effet, d'après l'échantillon permanent de l'Agence Intermutualiste, le nombre de doses journalières standards de médicaments psychotropes remboursés pour 1 000 personnes/jour (antipsychotiques, antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, psychoanaleptiques et médicaments anti-démence) est passé de 78,4 en 2008 à 98,1 en 2019 [57]. Parallèlement à cela, la proportion de consommateurs de psychotropes reste stable.

Parmi les facteurs influençant la prescription de ces psychotropes, le Conseil Supérieur de la Santé identifie les difficultés qu'éprouvent les médecins face aux demandes d'aide de leurs patients. Ceux-ci sont confrontés aux tensions croissantes caractérisant la société moderne (pression de résultats à l'école ou au travail, chômage et pauvreté en augmentation...), accompagnées d'un effritement des structures sociales [58].

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

Tableau 3.27. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	12,0	18,8
Wallonie	12,5	20,2
Province de Liège	13,6	21,8

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, les femmes wallonnes et belges sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes, au cours des deux dernières semaines.

En province de Liège, 21,8 % des femmes et 13,6 % des hommes ont consommé des psychotropes, au cours des deux dernières semaines.



Chapitre 3

Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	5,3	9,8
Wallonie	5,8	12,3
Province de Liège	5,6	12,9

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Compte tenu des marges d'erreurs, les proportions d'hommes (5,6 %) et de femmes (12,9 %) déclarant prendre des antidépresseurs, en province de Liège, sont similaires aux proportions déclarées aux niveaux national et régional. Comme pour les psychotropes, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer une consommation d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines, quel que soit le territoire considéré.

15. COVID-19

En décembre 2019, des cas d'infections au SARS-CoV-2 ont été détectés à Wuhan, en Chine. Rapidement, la circulation du virus a évolué en pandémie mondiale. En Belgique, les premiers cas de COVID-19 ont été détectés au début de l'année 2020, et ont augmenté de façon exponentielle jusqu'aux mesures de confinement strict le 16 mars 2020. L'épidémie est encore en cours au moment de la rédaction de ce document [59].

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de décrire la pandémie dans sa globalité, mais de relever certains indicateurs-clé de cette crise sanitaire, à l'échelle provinciale et régionale.

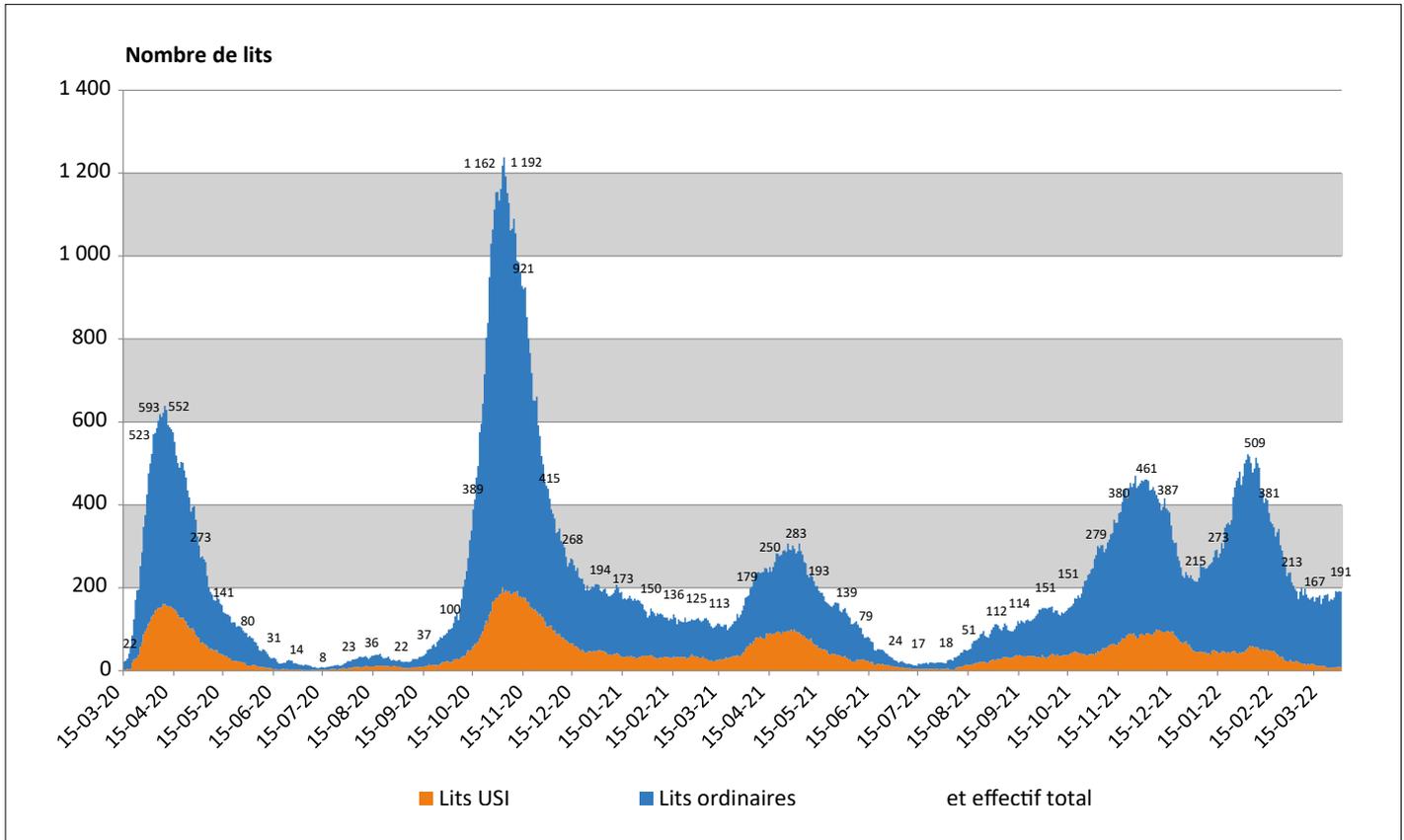
15.1 Hospitalisation

En février 2020, des experts du terrain et de l'administration ont pris l'initiative de créer un « groupe de travail pour les hôpitaux ». Ils ont assez rapidement identifié la menace de problèmes de capacité dans les hôpitaux et l'urgence d'élaborer une stratégie nationale. Pendant la période mars-avril, des mesures drastiques ont été prises pour augmenter la capacité hospitalière dédiée aux patients COVID-19 (par exemple, la suspension de tous les soins non urgents), tandis que, à partir de mai, les instructions ont été davantage axées sur la préparation à une éventuelle deuxième vague. Les hôpitaux ont fourni des efforts très importants pour libérer et créer des capacités hospitalières, en particulier en soins intensifs, pour les patients COVID-19. La disponibilité et la motivation du personnel de soins (médical, infirmier, soignant, soutien, etc.) se sont avérées décisives à cet égard [60].



Chapitre 3

Figure 3.24. Évolution du nombre de malades hospitalisés pour COVID-19 (lits ordinaires et en unité de soins intensifs (USI)), province de Liège, période du 15/03/2020 au 31/03/2022



Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

→ En mars-avril et en octobre-novembre 2020, les deux premières vagues d'épidémie de COVID-19 sont caractérisées par des niveaux d'hospitalisations très élevés, que ce soit au niveau des lits en unités de soins intensifs qu'au niveau des lits ordinaires.

La 3^{ème} vague, débutant fin mars 2021, montre un niveau d'hospitalisation élevé qui s'inscrit dans la durée et ce, tant en chambre ordinaire qu'en soins intensifs.

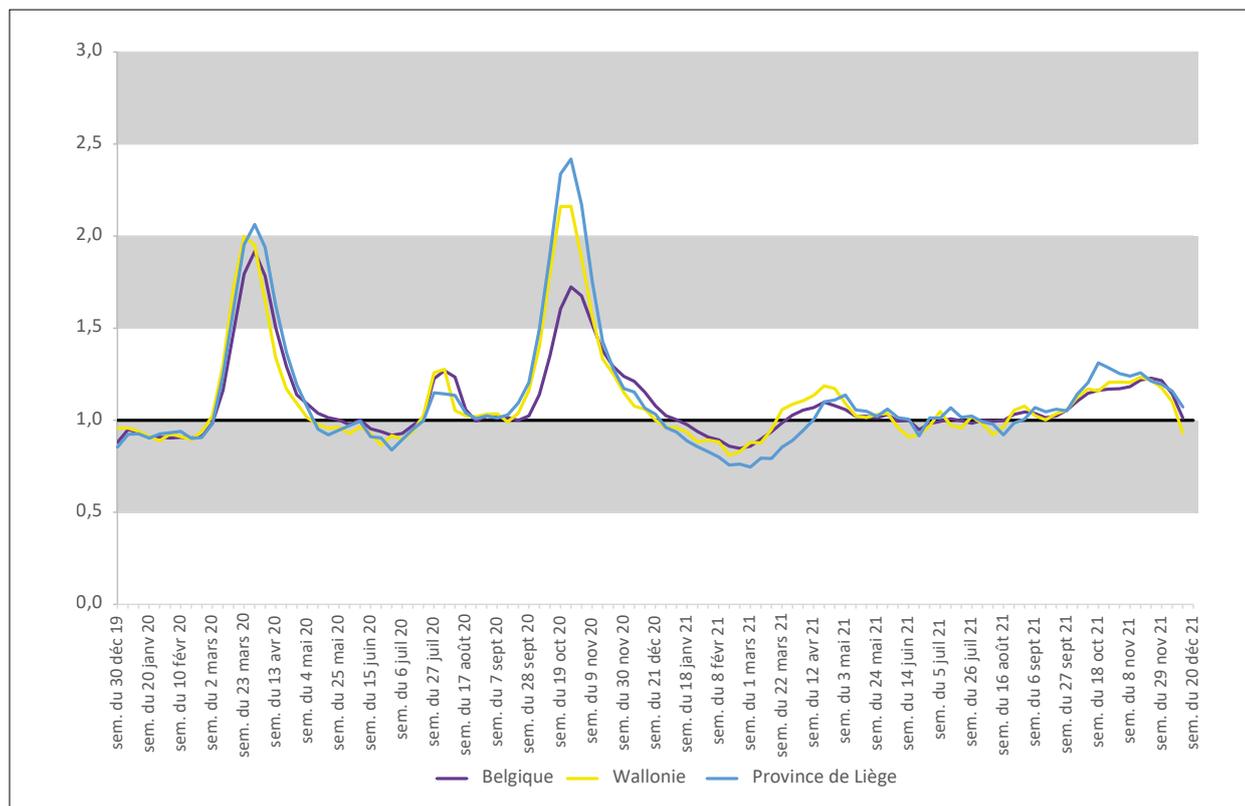
La 4^{ème} vague (début en octobre 2021) a été marquée surtout par l'épuisement des soignants rendant difficile le maintien du système hospitalier, avec un taux d'occupation général plus élevé qu'à la 3^{ème} vague.

À partir de la fin du mois de décembre 2021, la 5^{ème} vague montre une accélération rapide des admissions en chambre ordinaire avec un faible nombre de personnes en soins intensifs. Les témoignages recueillis sur le terrain rapportent que la difficulté principale pour les hôpitaux provient du taux d'absentéisme extrêmement élevé du personnel, lui-même touché par la COVID-19. Pendant cette dernière vague, une partie des patients hospitalisés en unité COVID-19 ont été initialement admis à l'hôpital pour un autre motif.

15.2 Mortalité

En 2020, en comparaison avec la moyenne observée lors des cinq années précédentes (entre 2015 et 2019), on a observé une surmortalité de + 21,7 % en province de Liège. En 2021, la surmortalité est de 1,0 %.

Figure 3.25. Surmortalité 2020-2021 : rapport entre le nombre de décès par semaine en 2020 et 2021 et le nombre hebdomadaire moyen de décès entre 2015 et 2019, Belgique-Wallonie-province de Liège



Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

→ Le mois d'août 2020 est marqué par une courte période de surmortalité (semaine 33) qui s'explique essentiellement par une période de canicule. La surmortalité au cours des autres périodes est attribuable au COVID-19 [61]. La surmortalité a été plus importante pendant les deux premières vagues de l'épidémie que pendant les suivantes. En province de Liège, au pic de la première vague le nombre de décès est environ doublé par rapport au nombre de décès attendus. Au pic de la deuxième vague, le nombre de décès est pratiquement multiplié par 2,5 par rapport au nombre de décès attendus. Lors de la première vague en Wallonie, du 16/03/2020 au 17/05/2020, on dénombre 2 963 décès excédentaires (+ 44,8 %) et 4 552 du 5/10/21 au 10/01/2021 (+ 48,7 %) lors de la deuxième vague.

La surmortalité est moins importante lors des vagues suivantes.

La surmortalité n'affecte pas de la même manière les différentes tranches d'âge. En 2020, ce sont principalement les plus de 75 ans qui enregistrent la surmortalité la plus élevée, tandis que les moins de 65 ans enregistrent une baisse de la mortalité liée vraisemblablement à une diminution des causes accidentelles.

L'année 2021 est essentiellement caractérisée par une surmortalité chez les 75 à 84 ans.

La surmortalité est moindre en 2021, d'une part en raison de la vaccination et d'autre part en raison de ce qu'on peut nommer « l'effet moisson ». En effet, en 2020, la surmortalité a surtout concerné les personnes âgées en maisons de repos. La crise sanitaire a dès lors emporté les personnes les plus fragiles conduisant à une mortalité anticipée parmi une population qui serait décédée dans les mois, voire les années à venir.



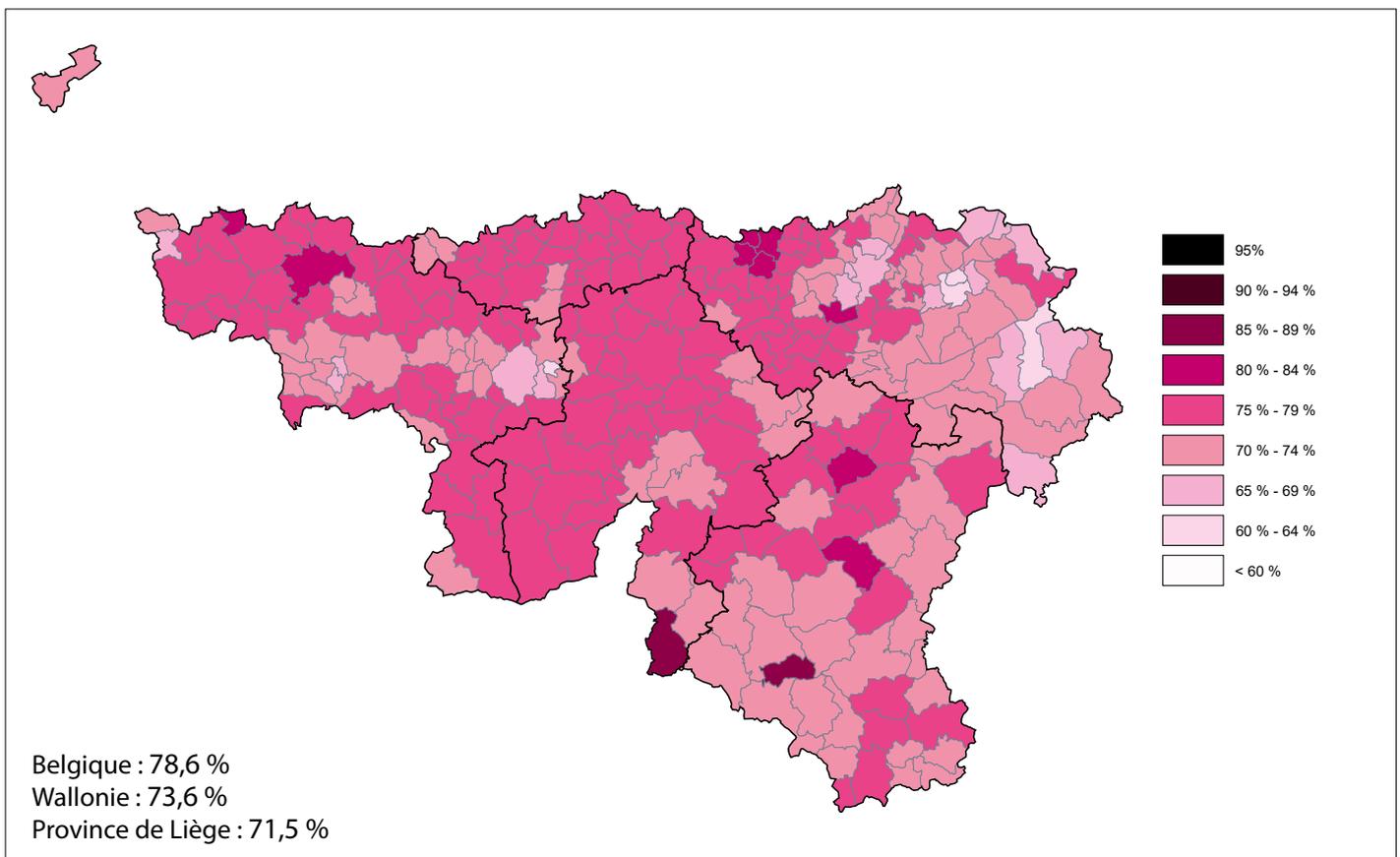
Chapitre 3

15.3 Vaccination

La campagne de vaccination a démarré en janvier 2021 en ciblant prioritairement les populations à risque, pour être étendue progressivement à l'ensemble de la population adulte, puis aux adolescents et aux enfants de 5 ans et plus.

L'adhésion de la population à la campagne de vaccination varie en fonction des territoires et de différents facteurs sociodémographiques. L'intention de recevoir les vaccins contre la COVID-19 pourrait être associée à des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le genre, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et le statut d'immigration [62].

Carte 3.1. Couverture de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population totale, Wallonie



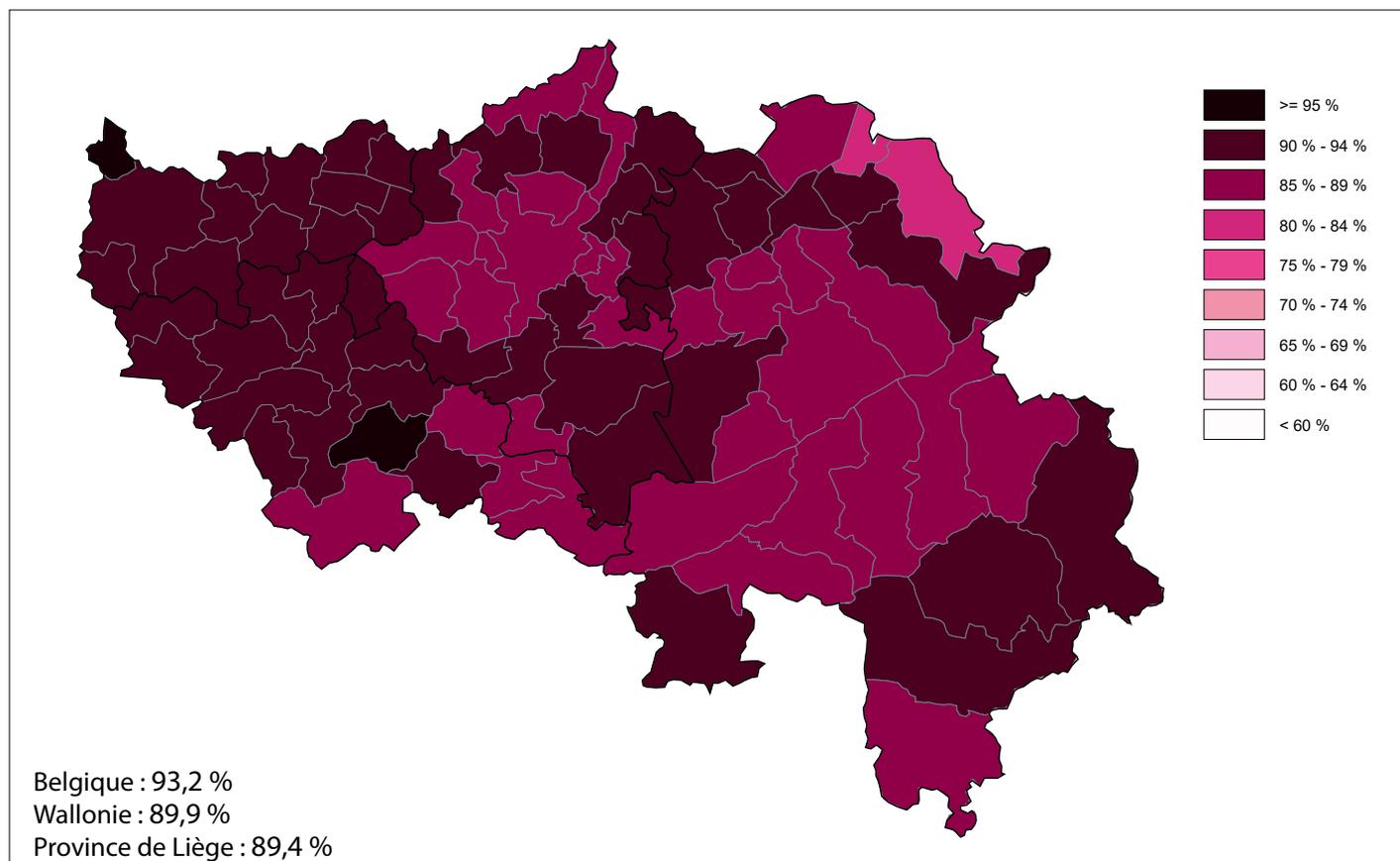
Discretisation : manuelle - Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

Au 28 mars 2022, 71,5 % de la population de la province de Liège avait reçu un schéma complet de vaccination (deux doses de vaccin pour la plupart des produits). Ce pourcentage est inférieur aux moyennes belge (78,6 %) et wallonne (73,6 %).

En province de Liège, au niveau communal, on observe une couverture vaccinale plus faible dans les territoires sud, sud-est, notamment au niveau des centres urbains (Liège, Verviers et leurs périphéries).

ÉTAT DE SANTÉ

Carte 3.2. Couverture de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population de 65 ans et plus, province de Liège



Discretisation : manuelle - Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

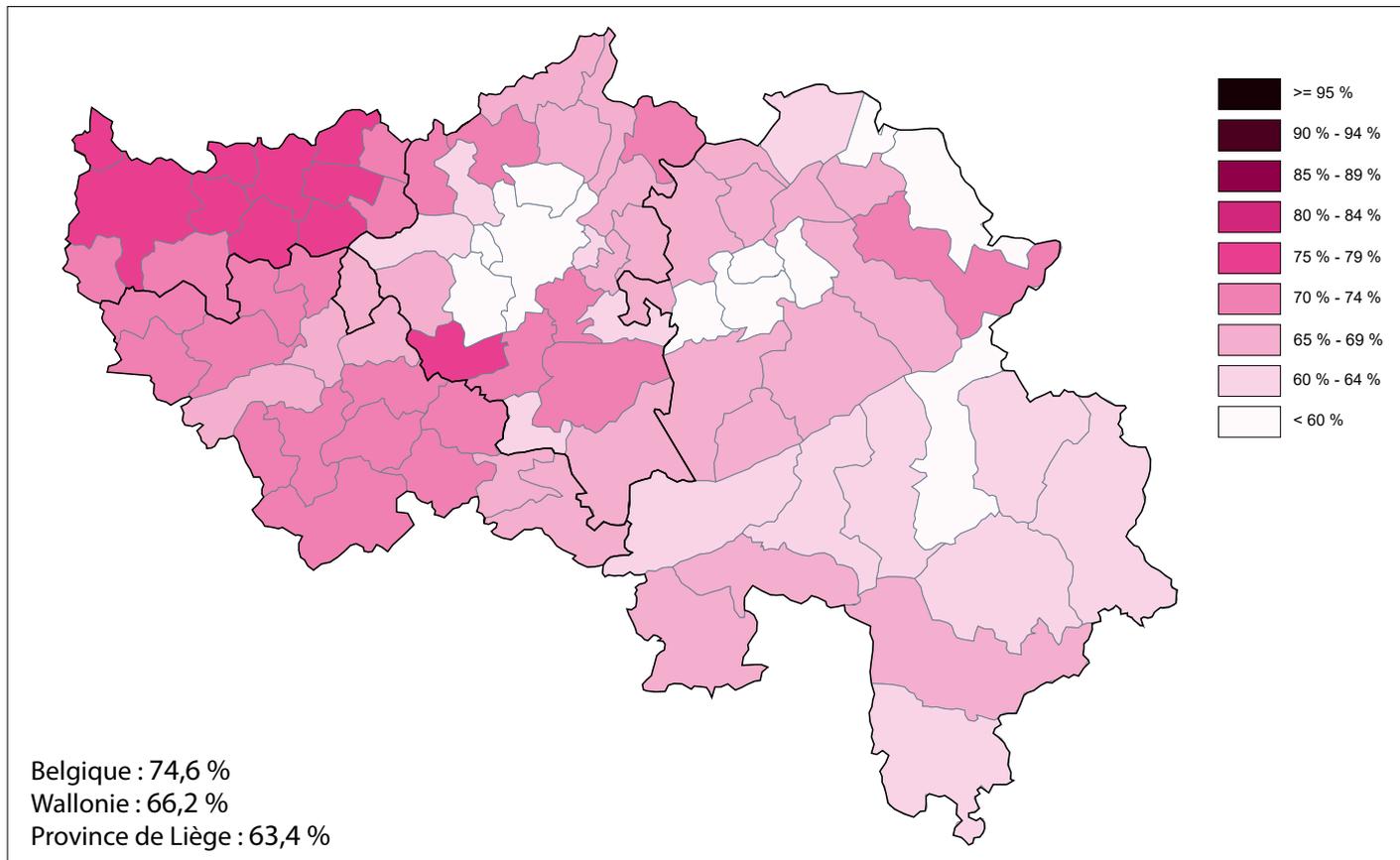
Parmi les personnes de 65 ans et plus, la couverture vaccinale (primovaccination) est similaire en province de Liège et en Wallonie (respectivement 89,4 % et 89,9 %), mais inférieure à la moyenne belge (93,2 %). Des disparités existent au niveau communal, avec un taux de couverture minimal de 83,5 % et un taux de couverture maximal de 95,6 %. Les taux les plus bas sont localisés, entre autre, autour de Liège, Verviers et sur une bande allant de Stoumont/Trois-Ponts à Bütgenbach.

En province de Liège, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, les taux de vaccination sont plus faibles chez les habitants de 85 ans et plus que chez les 65 à 84 ans (respectivement 85,6 % et 90,0 %).



Chapitre 3

Carte 3.3. Couverture vaccinale de la dose booster, par commune au 28/03/2022, population de 18 ans et plus, province de Liège



Discretisation : manuelle - Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

L'efficacité de la primovaccination diminue au fil du temps. Afin de renforcer l'immunité, une dose de rappel, ou dose booster a été recommandée pour la population adulte.

Au 28 mars 2022, 63,4 % des habitants de la province de Liège avaient reçu la dose booster, ce qui est inférieur aux moyennes belge (74,6 %) et wallonne (66,2 %).

Dans les bulletins de surveillance hebdomadaires de l'épidémie de COVID-19 de Sciensano, l'observation du nombre de personnes infectées et hospitalisées en fonction du statut vaccinal montre l'efficacité de la vaccination dans la protection des formes graves de COVID-19 et l'intérêt de la dose de rappel, particulièrement chez les personnes âgées [59].

16. Bibliographie

1. Ware JE Jr, Snow Kristin K, Kosinski Mark, Gandek Barbara. *SF-36 Health Survey : manual and interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, the Health Institute ; 1993.
2. Grant MD, Piotrowski ZH, Chappell R. *Self-reported health and survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986*. J Clin Epidemiol. 1995 ; 48(3) : p. 375-87.
3. Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E. *Health expectancy by level of education in Finland*. Soc Sci Med. 1997 ; 44(6) : p. 801-8.
4. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. *Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort*. J Epidemiol Community Health. 2001 ; 55(4) : p. 233-8.
5. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. *What role does socioeconomic position play in the link between functional limitations and self-rated health : France vs. USA?* Eur J Public Health. 2012 ; 22(3) : p. 317-21.
6. Galenkamp H, Deeg DJ, Huisman M, Hervonen A, Braam AW, Jylhä M. *Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults : changing contributions of chronic diseases and disability*. Eur J Public Health. 2013 ; 23(3) : p. 511-7.
7. Organisation mondiale de la Santé. *Health interview surveys Toward the international harmonisation of methods and instruments, in European Series*. H.S.J.P.a.A.N. A. de Bruin, Editor. 1996, WHO Regional Publications. p. 161.
8. Girard D, Cohidon C, Briançon S. *Les inégalités sociales de santé - Les indicateurs globaux de santé*. Paris : Leclerc A et al Editors ; 2000, La Découverte, INSERM : p. 448.
9. Paquet G. *Partir du bas de l'échelle : des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. Presses de l'Université de Montréal ; 2005 : 154p.
10. Tafforeau J, Drieskens S, Charafeddine R, Van der Heyden J. *Enquête de santé 2018 : Santé subjective*. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/26.
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-subjective>
11. Tafforeau J, Drieskens S, Charafeddine R, Van der Heyden J. *Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques*. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27.
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-maladies-et-affections-chroniques>
12. Organisation mondiale de la santé. *Maladies cardiovasculaires, principaux faits*. OMS ; 17 mai 2017.
Consultable sur : [https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
13. Organisation mondiale de la santé. *Les 10 principales causes de mortalité*. OMS ; 9 décembre 2020.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>



Chapitre 3

14. Stolpe S, Kowall B, Stang A. *Decline of coronary heart disease mortality is strongly effected by changing patterns of underlying causes of death: an analysis of mortality data from 27 countries of the WHO European region 2000 and 2013*. *Eur J Epidemiol*. 2021 ; 36(1):57-68.
15. Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD, et al. *Decline in Cardiovascular Mortality : Possible Causes and Implications*. *Circ Res*. 2017 ; 120(2):366-380.
16. Organisation mondiale de la Santé. *L'hypertension*. OMS ; 25 août 2021.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> 25/8/2021
17. International Agency for Research on Cancer - Organisation mondiale de la Santé. *Cancer fact sheets*. IARC – OSM ; 2020.
Consultable sur : <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
18. Quoix E. *Novel epidemiology in lung cancer - non-smokers, women and cannabis*. *Rev Mal Respir*. 2007 ; 24(8 Pt 2) : p. 6S10-5.
19. Belgian Cancer Registry. *Historique*. Bruxelles ; 2022.
Consultable sur : https://kankerregister.org/FRC_historique
20. Belgian Cancer Registry. *Les chiffres du cancer*. Bruxelles ; 2022.
Consultable sur : https://kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer
21. Belgian Cancer Registry. *Cancer Incidence in Belgium 2008*. Brussels ; 2011.
Consultable sur : <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/non-communicable-diseases/cancer>
22. Belgian Cancer Registry. *Cancer Prevalence in Belgium 2010*. Brussels ; 2014.
23. Belgian Cancer Registry. *Cancer burden in Belgium 2004-2017*. Brussels ; 2020.
24. Renard F, Van Eycken L, Arbyn M. *High burden of breast cancer in Belgium: recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006)*. *Arch Public Health*. 2011; 69(1): p. 2.
25. Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, Michel A, Ronsmans M, et al. *A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA Screening*. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) Editor ; 2014.
26. Auperin A, Hill C. *Épidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures*. *Cancer Radiother*. 2005 ; 9(1) : 1–7.
27. Auperin A, Melkane A, Luce D, Temam S. *Épidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures*. *La Lettre du Cancérologue*. 2011 Février ; Vol. XX (n° 2).
28. Organisation mondiale de la Santé. *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), principaux faits*. OMS ; 20 mai 2022.
Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/>
29. Organisation mondiale de la Santé. *Asthme, principaux faits*. OMS ; 3 mai 2021.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

ÉTAT DE SANTÉ

30. Organisation mondiale de la Santé. *Tuberculose, principaux faits*. OMS ; 14 octobre 2021.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
31. Fonds des affections respiratoires. *Registre belge de la tuberculose*. FARES ; 2021.
32. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Insuffisance rénale*. Inserm ; Novembre 2017.
Consultable sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologiemetabolismenutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/>
33. *Rapport national du GNFB et du NBVN à la commande du Collège de médecins pour le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique*. Janvier 2011 – Janvier 2020.
Consultable sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-annuel-2020>
34. European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association Registry. *Registry Annual Report 2019*. ERA-EDTA ; Amsterdam ; 2021.
35. Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*. Editions OCDE ; Paris ; 2019.
Consultable sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2019-Chapitres-0-1-2.pdf>
36. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med. 2006 ; 3(11) : p. e442.
37. *Consensus development conference: prophylaxis and treatment of osteoporosis*. The American Journal of Medicine. 1991 ; 90(1): p. 107-110.
38. Ebeling P. *Osteoporosis in Men: Why change needs to happen*. International Osteoporosis Foundation ; 2014.
39. Dawson-Hughes B, El-Hajj Fuleijan G, Clark P. *Bone Care for the Postmenopausal Woman*. International Osteoporosis Foundation ; 2013.
40. Guthrie JR, Dennerstein L, Wark JD. *Risk factors for osteoporosis : A review*. Medscape Womens Health. 2000 ; 5(4) : E1.
41. Moyad MA. *Osteoporosis : a rapid review of risk factors and screening methods*. Urol Oncol. 2003 ; 21(5) : p. 375-9.
42. Vanden Berghe W, De Baetselier I, Van Cauwenbergh D, Moreels S, Sasse A, Quoilin S. *Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Données pour la période 2014-2016*. Belgique : Sciensano ; 2020. 26p. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/1.
Consultable sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/surv_sti_1416_fr.pdf
43. Organisation mondiale de la Santé. *VIH et sida*. OMS ; Novembre 2021.
Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
44. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. *Épidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2019*. WIV-ISP ; 2019.
Consultable sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sida_2019_fr_final_february2020.pdf



Chapitre 3

45. Demarest S, Gisle L, Charafeddine R, Van der Heyden J. Enquête de santé 2018 : *Incapacités de longue durée*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2019. Numéro de rapport : D/2019/14.440/28.
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-maladies-et-affections-chroniques>
46. Institut national d'assurance maladie-invalidité - Service des indemnités. *Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : Régime des salariés et régime des indépendants : Période 2007 – 2016*. INAMI ; Bruxelles ; 2018.
Consultable sur : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf
47. Agence fédérale des risques professionnels. *Glossaire*. Fedris ; 2020.
Consultable sur : https://www.fedris.be/fr/glossary#maladie_professionnelle
48. Organisation mondiale de la Santé. *Accidents de la route*. OMS ; 20 juin 2022.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
49. Sloomans F. *Rapport statistique 2020 - Accidents de la route 2019*. Bruxelles : Vias institute – Centre Connaissance de Sécurité Routière ; 2020.
Consultable sur : https://www.vias.be/publications/Statistisch%20rapport%202020%20-%20verkeersongevallen%202019/Rapport_statistique_2020_Accidents_de_la_route_2019.pdf
50. Fonds des accidents du travail. *Rapport statistique sur les accidents du travail de 2009 dans le secteur public*. FAT ; 2011.
Consultable sur : https://fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Statistiques/Public_rapports/rapport_public_2009_fr.pdf
51. Ezratty V. *Précarité énergétique et santé : "To heat or to eat ?"*. Environnement, Risques et Santé Vol. 8, n° 1, janvier – février 2009.
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
52. Centre Antipoisons. *Intoxications au CO 2018 – 1er janvier au 31 décembre*.
Consultable sur : https://www.centreantipoisons.be/sites/default/files/imce/CO_rapport_2018_FR.pdf
53. Ohlsson A, Shah S. *Determinants and Prevention of Low Birth Weight : A Synopsis of the Evidence*. Edmonton : AB Canada : Institute of Health Economics (IHE) ; 2008.
54. Collet M, Beillard C. *Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Conséquences du tabagisme sur le développement foetal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort foetale in utero*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Avril ; Vol 34 n° HS1 : p. 135-145.
55. Centre de Prévention du Suicide. *Le suicide un problème majeur de santé publique : Introduction à la problématique du suicide en Belgique*. 2014.
Consultable sur : <https://www.preventionsuicide.be/resource/static/files/dossier-le-suicide-donnees-2014.pdf?select=file>

ÉTAT DE SANTÉ

56. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : "Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention"*. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; 2003.
Consultable sur : <https://docplayer.fr/62677378-Faculte-de-medecine-de-tours.html>
57. Bureau fédéral du Plan. *Indicateurs de développement durable – Bonne santé et bien-être*. 2022.
Consultable sur : https://www.indicators.be/fr/i/G03_RPM/M%C3%A9dicaments_psychotropes_rembours%C3%A9s
58. Conseil Supérieur de la Santé (CSS). *L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées*. P.d.C.S.d.I. Santé Editor ; 2011.
Consultable sur : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8571-psychotropes#anchor-19158>
59. Sciensano. *COVID-19 - Situation épidémiologique*.
Consultable sur : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
60. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. *Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 - Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 335Bs. D/2020/10.273/33.
Consultable sur : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19>
61. Bustos Sierra N, Bossuyt N, Braeye T, Haarhuis F, Peeters I, Proesmans K, Fierens S, Renard F, Scohy A, Vanhaverbeke M, Vermeulen M, Vernemmen K, Van der Heyden J. *Surmortalité durant la 1ère et 2ème vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2021/14.440/63.
Consultable sur : <https://epistat.wiv-isp.be/momo/>
62. Canada.ca Publications-Santé. *Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19 (ECVCC) : rapport complet du cycle 2*. Canada.ca ; 07 juin 2022.
Consultable sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/enquete-couverture-vaccinale-contre-covid-19/rapport-complet-cycle-2.html>

