

## Chapitre 3 :

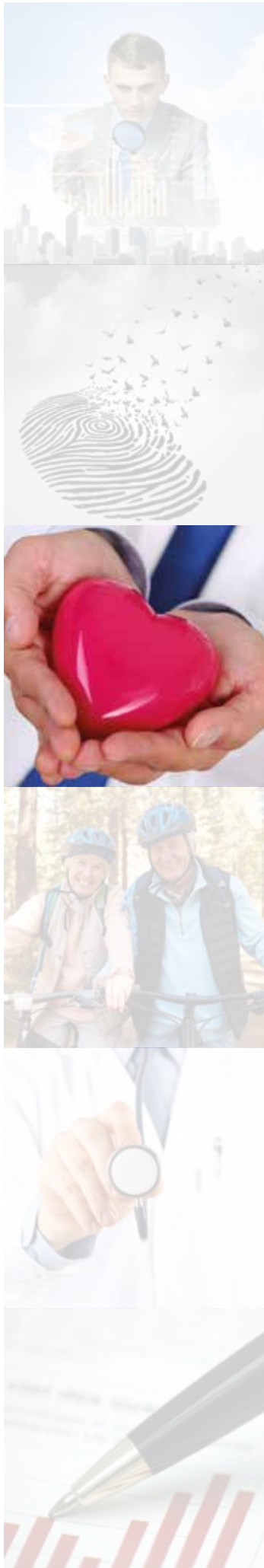
# ÉTAT DE SANTÉ

- **Plus de 70 % des habitants de la province de Liège s'estiment en bonne santé.**  
En 2013, 73,2 % de la population estime que son état de santé est bon à très bon, ce qui est légèrement inférieur aux moyennes belge et wallonne, sans être significatif.
- **En province de Liège, la part de population souffrant de comorbidité reste stable au cours du temps.** Elle n'est pas différente de celle de la Wallonie tant en 2013 (13,6 %) qu'en 2004 (13,3 %).
- **Les problèmes au bas du dos chez les hommes et l'arthrose chez les femmes sont les maladies chroniques les plus souvent déclarées.**
- **Les cardiopathies ischémiques sont la première cause de décès par maladies cardiovasculaires.** En effet, la plus grande part des décès cardiovasculaires, entre 2008 et 2012, a été attribuée aux cardiopathies ischémiques. Elles représentent 37,5 % des décès liés aux maladies cardiovasculaires chez les hommes et 21,8 % chez les femmes.
- **L'hypertension artérielle concerne environ 15,4 % de la population.** Cette valeur est proche de celles de la Belgique et de la Wallonie.
- **Le cancer du poumon est le premier cancer chez l'homme en termes de mortalité (521 décès en province de Liège par an).** Il arrive en deuxième position en termes d'incidence (596 nouveaux cas par an) derrière le cancer de la prostate (737 nouveaux cas et 147 décès par an).
- **Chez la femme, le cancer du sein est le premier cancer en termes d'incidence** avec 1 015 nouveaux cas par an et le cancer du poumon premier en termes de mortalité avec 242 décès chaque année.
- **L'insuffisance rénale terminale est stable entre 2004 et 2010 malgré certaines fluctuations.** En 2014, le nombre de nouveaux cas est de 17,7 pour 1 000 000 en province de Liège, ce qui est proche de la valeur wallonne (18,1).
- **En 2013, 6,5 % de la population de la province de Liège déclarent souffrir du diabète.** Cette proportion est proche de celles de la Wallonie (5,7 %) et de la Belgique (5,3 %).
- **En 2013, l'ostéoporose touche 13,7 % des femmes âgées de 50 ans et plus, mais elle atteint également 2,4 % des hommes de la même tranche d'âge.** Ces proportions sont similaires aux valeurs enregistrées pour la Belgique, mais inférieures à celles de la Wallonie.
- **Un peu moins de 5,3 % des 20 à 64 ans déclarent une invalidité.** De 2004 à 2014, l'augmentation a été plus rapide chez les femmes et la fréquence de l'invalidité chez celles-ci a dépassé celle des hommes en 2007.
- **En 2014, 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 82,5 % de maladies professionnelles (contre 70,1 % en Belgique).



## Chapitre 3 :

# ÉTAT DE SANTÉ



- Le nombre de tués sur les routes n'a cessé de diminuer entre 2005 et 2014, passant de 95 à 75 décès, soit une diminution de 21,1 %. Des diminutions, plus importantes, sont également observées en Belgique (33,2 %) et en Wallonie (38,4 %).
- Une diminution globale du nombre d'accidents du travail en Belgique et en province de Liège a été observée depuis les années 2006-2007 et plus spécifiquement sur le lieu d'activité.
- Entre 2009 et 2013, en province de Liège, 8,8 % des bébés naissent prématurés et 8,1 % avec un petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes). Cette situation est moins favorable que celle de la Wallonie et de la Belgique. Le tabagisme des femmes enceintes (hors Communauté germanophone) touche pratiquement 25 % des futures mères. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est double pour les fumeuses (15,4 %) par rapport aux non-fumeuses (7,0 %). Le risque de prématurité augmente aussi, mais dans des proportions moindres : 12,1 % chez les fumeuses contre 8,6 % chez les non-fumeuses.
- Le taux de suicides chez les hommes est près de 2,5 fois supérieur à celui des femmes durant la période 2008-2012.
- En 2013, 17,5 % des femmes en province de Liège déclarent avoir déjà pensé au suicide contre 13,4 % des hommes. Or, les décès par suicide sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.
- En 2013, une femme sur cinq déclare avoir pris des médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines. C'est 25 % de plus que chez les hommes.

## 3. État de santé

L'Enquête Nationale de Santé par Interview est une des principales sources d'information sur la santé perçue, la consommation de soins et services ainsi que sur des déterminants importants de la santé tels les conditions ou modes de vie. Lors de la dernière enquête menée en 2013, 1 093 personnes ont été interrogées en province de Liège. La taille de cet échantillon permet d'obtenir un pourcentage global pour les hommes et pour les femmes, mais ne suffit pas pour effectuer des analyses par âge ou par niveau d'étude.

### 1. Santé perçue

#### 1.1. Santé globale

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

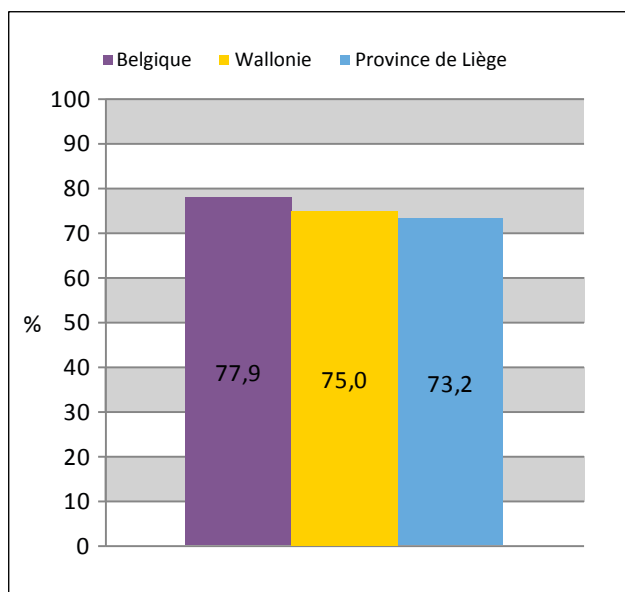
L'état de santé subjectif est l'évaluation globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

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

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

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

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



Source : ISP-HIS

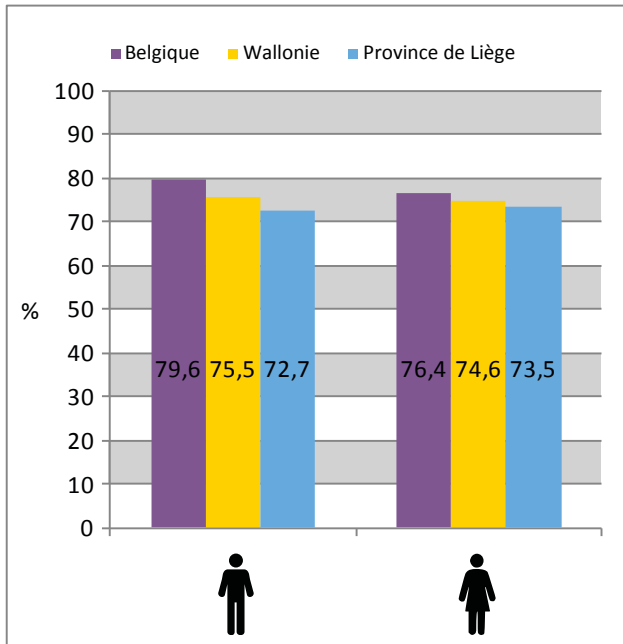
→ Globalement, 73,2 % des habitants de la province de Liège estiment que leur état de santé est bon à très bon. Une personne sur quatre déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. En 2013, les habitants de la province de Liège sont moins nombreux à juger leur état de santé bon à très bon par rapport aux Wallons (75,0 %) et aux Belges en général (77,9 %). Ces différences ne sont toutefois pas statistiquement significatives. Les précédentes Enquêtes nationales de santé par interview réalisées en 1997, 2001, 2004 et 2008 ont révélé des résultats semblables à ceux-ci. La proportion de personnes se déclarant en bonne santé est restée stable depuis quinze ans.



# 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, 2013



Source : ISP-HIS

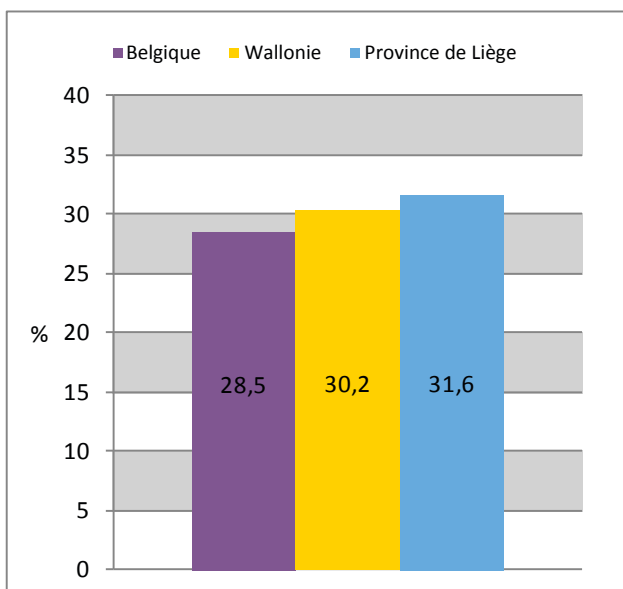
→ Globalement la tendance est que les femmes jugent moins souvent avoir un bon état de santé par rapport au ressenti des hommes. Quel que soit le niveau géographique considéré, aucune différence significative ne peut être relevée à ce propos.

## 1.2. Maladies chroniques

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

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

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



Source : ISP-HIS

→ La proportion de Belges déclarant souffrir d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s) reste stable entre 2004 (26,9 %) et 2013 (28,5 %). Ce constat est identique en Wallonie et en province de Liège.

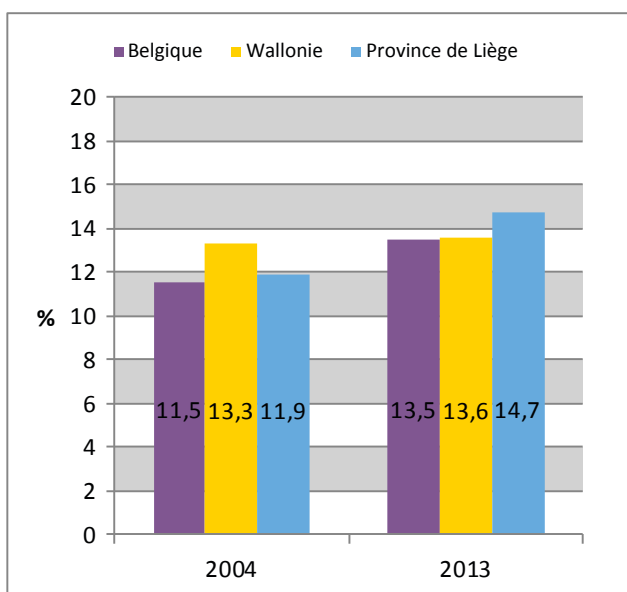
Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour toucher une personne sur deux après 65 ans.

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

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

# 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, 2004-2013



Source : ISP-HIS

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

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

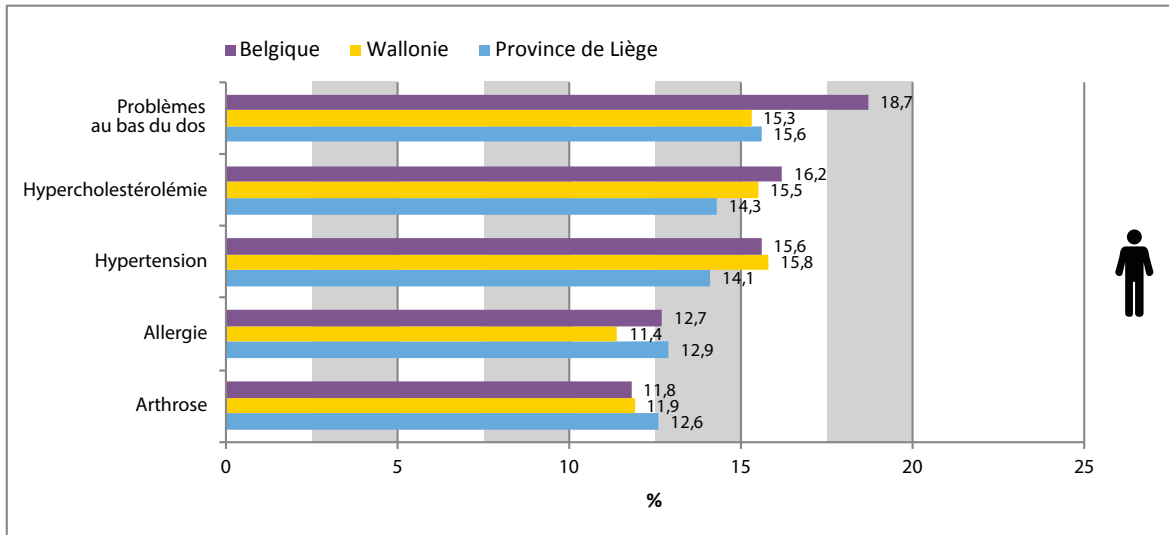
Il existe par contre des différences importantes selon l'âge. En effet, la proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. Ainsi, à partir de 65 ans, environ 3 personnes sur 10 présentent une comorbidité, quel que soit le territoire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



# Chapitre 3

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

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



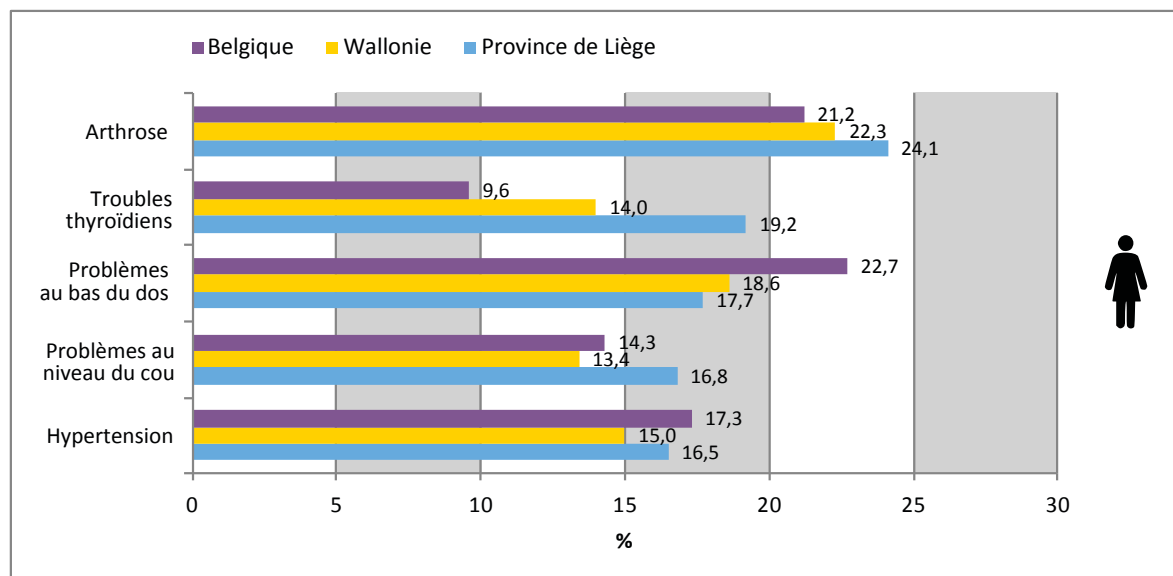
Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview, en 2013, les cinq affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes en province de Liège sont les affections au bas du dos, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les allergies et l'arthrose. En Belgique, les pathologies les plus citées sont identiques, même si l'ordre diffère. Les pathologies présentes en Wallonie sont quasiment identiques à celles de la province de Liège. En effet, l'arthrose n'est pas présente au niveau de la Wallonie et est remplacée par les problèmes au niveau du cou, avec 9,1 %.

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

# 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, 2013



Source : ISP-HIS

→ Chez les femmes, l'arthrose est la maladie chronique la plus fréquemment déclarée en province de Liège. Suivent les troubles thyroïdiens, les affections au bas du dos, les problèmes au niveau du cou et l'hypertension. En Belgique, les troubles thyroïdiens et les problèmes au niveau du cou ne sont pas présents et sont remplacés par l'hypercholestérolémie (17,3 %) et les allergies (15,6 %). Les trois autres causes sont représentées bien que quelques inversions soient présentes. L'hypercholestérolémie (16,0 %) supplante les problèmes au niveau du cou en Wallonie.

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

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



## 2. Maladies cardiovasculaires

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

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

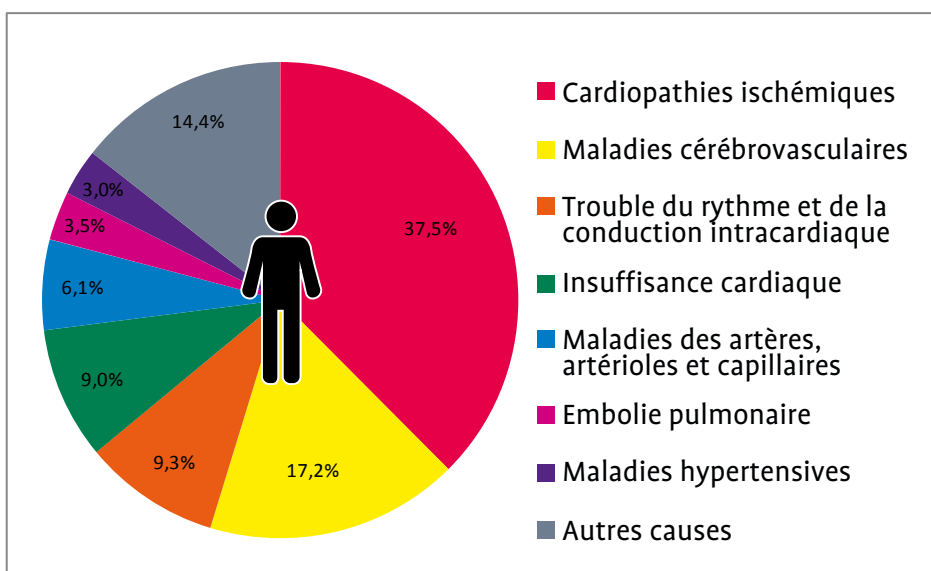
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires représentent, en 2012, la première cause de mortalité dans le monde : le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est estimé à 17,3 millions, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Parmi l'ensemble de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

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

### 2.1. Mortalité

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 3 355 décès en province de Liège en 2012. Il faut cependant noter que, depuis 2008, les tumeurs apparaissent en tête des causes de la mortalité masculine. Près de neuf décès cardiovasculaires sur dix concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

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



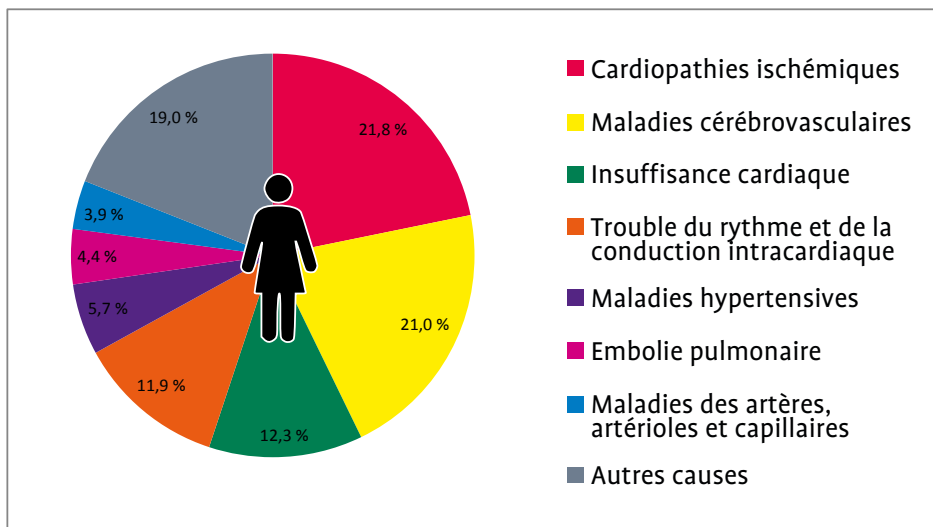
Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Chez les hommes, les cardiopathies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec, en moyenne, 570 décès par an en province de Liège de 2008 à 2012. Ce chiffre représente 37,5 % des décès cardiovasculaires et 10 % du total des décès masculins. Les maladies cérébrovasculaires (thrombose, hémorragie cérébrale) rassemblent 17,2 % des décès cardiovasculaires ; suivent les troubles du rythme (9,3 %), les insuffisances cardiaques (9,0 %) et les maladies des artères, artérioles et capillaires (principalement les dissections aortiques et les ruptures d'anévrismes) (6,1 %).



# ÉTAT DE SANTÉ

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



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

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

Toutefois, avec 21,8 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (37,5 %). À style de vie comparable (tabac, alcool, alimentation, activité physique...), cette pathologie touche en général la femme à un âge plus avancé. En effet, cela est expliqué en partie par une espérance de vie supérieure ainsi qu'une protection hormonale pour les femmes. À l'inverse, la contribution des maladies vasculaires cérébrales (21,0 %) et de l'insuffisance cardiaque (12,3 %) à la mortalité cardiovasculaire féminine est plus importante que chez l'homme (respectivement 17,2 % et 9,0 %).

L'analyse des certificats de décès féminins rapporte plus de troubles du rythme (11,9 %), plus de maladies hypertensives (5,7 %) et moins de maladies des artères, artérioles et capillaires (3,9 %) par rapport aux données masculines.



# Chapitre 3

## 2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde

Actuellement, il n'existe pas de données relatives à la fréquence de l'infarctus du myocarde en province de Liège. Ces données sont par contre disponibles pour la ville de Charleroi et la province du Luxembourg, grâce à la tenue d'un registre de l'Infarctus du myocarde.

## 2.3. Hypertension artérielle

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

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

Trop de sel dans l'alimentation, une consommation faible de fruits et de légumes, un poids excessif, une consommation élevée d'alcool, un manque d'activité physique sont des facteurs qui favorisent l'augmentation de la pression artérielle. Selon le Panorama mondial de l'hypertension de l'OMS publié en 2013, les chercheurs estiment que cette pathologie tue actuellement 9 millions de personnes par an dans le monde [14].

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

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	15,6	17,3
Wallonie	15,8	15,0
Province de Liège	14,1	16,5

Source : ISP-HIS

→ Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 14,1 % des hommes et 14,8 % des femmes de la province de Liège déclaraient souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les douze derniers mois. Plus de deux tiers des personnes affectées avaient 55 ans et plus. Compte tenu des variations statistiques, les données en province de Liège sont similaires à la situation wallonne ou nationale.

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

Sur la période 2008 à 2012, 849 décès annuels (soit près de 3 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives ont été enregistrés en moyenne en Belgique dont 480 en Wallonie et 147 en province de Liège. Ce nombre limité de décès ne représente qu'une faible part de la mortalité induite par l'hypertension, cette dernière favorisant en effet de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.

## 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 les poumons (bronches), le gros intestin, le sein, la prostate sont les localisations les plus fréquentes de cancers en Belgique.

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



# Chapitre 3

## 3.1. Mortalité par cancer

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

La létalité est une statistique établie sur le risque potentiel d'une pathologie d'entraîner la mort.

En Belgique, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme et la première chez l'homme. L'incidence (et la mortalité) des cancers est en augmentation, ce qui s'explique d'une part, par l'augmentation de la fréquence, de l'intensité et du cumul des facteurs de risque et d'autre part, par le vieillissement de la population.

Quant à la létalité des différents cancers, celle-ci 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, 2008-2012

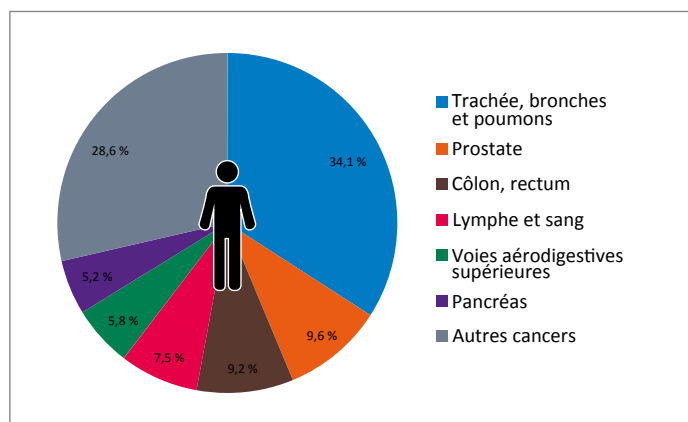
Causes de décès (2012)	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 866	1 693	1 622	638	521	242
Sein	-	2 354	-	752	-	218
Côlon, rectum	1 574	1 420	483	472	140	132
Prostate	1 451	-	453	-	147	-
Lymphes et sang	1 165	1 017	372	340	114	108
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 089	347	356	124	88	30
Pancréas	770	789	254	262	79	79
Ovaires	-	676	-	218	-	72
Utérus	-	554	-	177	-	52
Autres	4 359	3 084	1 474	1 043	437	327
Total	15 273	11 934	5 014	4 028	1 526	1 261

Source : ISP-SPMA

→ Entre 2008 et 2012, en moyenne 15 273 décès masculins par an dus à des cancers, ont été enregistrés en Belgique, dont 5 014 au niveau wallon et 1 526 au niveau de la province de Liège (soit près de 30,5 % des décès wallons par cancer). Chez les femmes, entre 2008 et 2012, en moyenne 11 934 décès annuels dus à des cancers ont été recensés en Belgique, dont 4 028 au niveau wallon et 1 261 en province de Liège (soit près de 31,3 % des décès wallons par cancer).

# ÉTAT DE SANTÉ

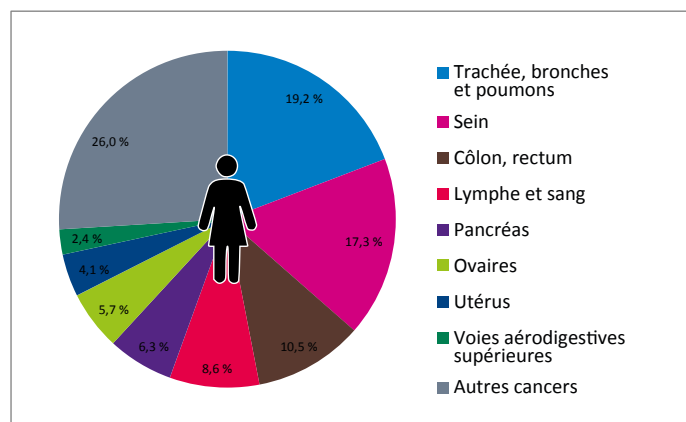
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes de la province de Liège pour la période considérée de 2008 à 2012 (soit 34,1 % de tous les décès par cancer masculin), suivis des cancers de la prostate (9,6 %), des cancers colorectaux (9,2 %) et des cancers de la lymphes et du sang (7,5 %).

Figure 3.10. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ En province de Liège, la première cause de décès par cancer chez les femmes est le cancer du poumon (19,2 %) suivi par celui du sein (17,3 %) et des cancers colorectaux (10,5 %). Si le nombre de décès par cancer du poumon reste nettement plus important dans la population masculine, leur fréquence a été multipliée par 2,3 chez la femme entre les périodes 1987-1991 et 2008-2012 alors qu'elle a diminué de 16,5 % chez l'homme. Les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante ne sont sans doute pas étrangère à ce constat [16].



# Chapitre 3

## 3.2. Incidence des cancers

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

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

Les cancers se révèlent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cette pathologie touchera 1 homme sur 3 et 1 femme sur 4 avant sa 75e année de vie [18-21].

Pour l'année 2013, 71 536 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 9,9 % concernent les habitants de la province de Liège [18].

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

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

**Tableau 3.3. Nombre moyen de nouveaux cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013**

Incidence	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	-	10 244	-	3388	-	1 015
Prostate	8 515	-	2 403	-	737	-
Trachée, bronches, poumons	5 645	2 298	1 892	855	596	339
Côlon, rectum	4 687	3 813	1 344	1 150	403	338
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 549	863	940	330	242	91
Lymphes et sang	2 766	2 198	862	723	267	237
Utérus	-	2064	-	669	-	215
Mélanome	938	1329	314	436	96	146
Ovaires	-	812	-	258	-	92
Pancréas	782	742	271	252	84	77
Autres	11 035	7 209	3 384	2 285	1 087	739
Total	36 917	31 572	11 410	10 347	3 513	3 288

Source : Fondation Registre du Cancer

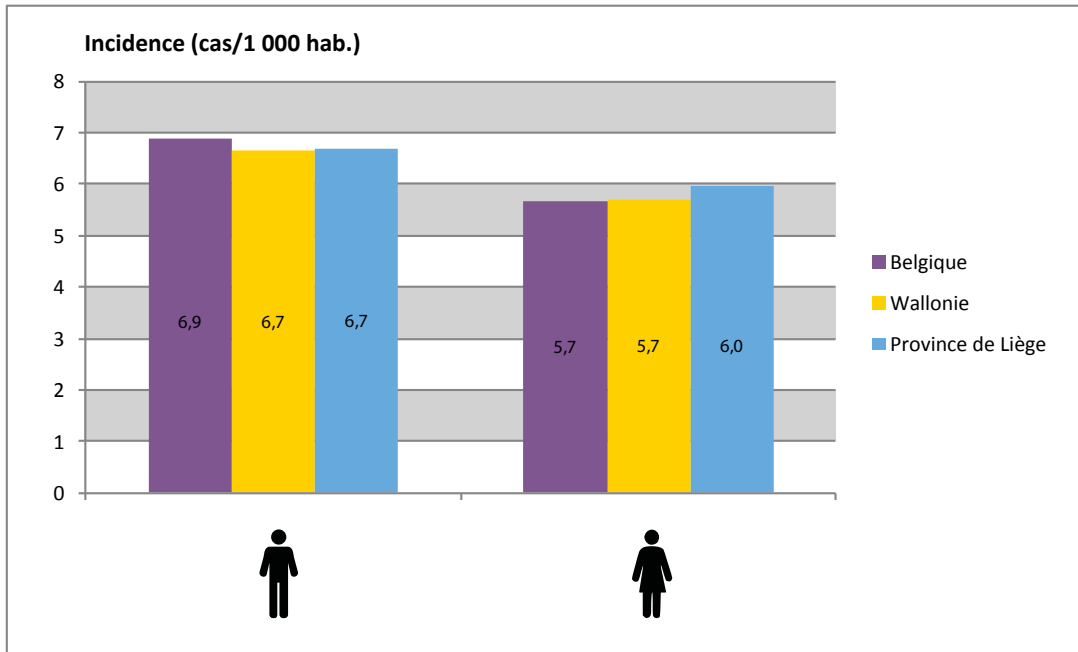
→ En moyenne, près de 37 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués annuellement en Belgique dans la population masculine entre 2009 et 2013. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum).

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

Figure 3.11. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013



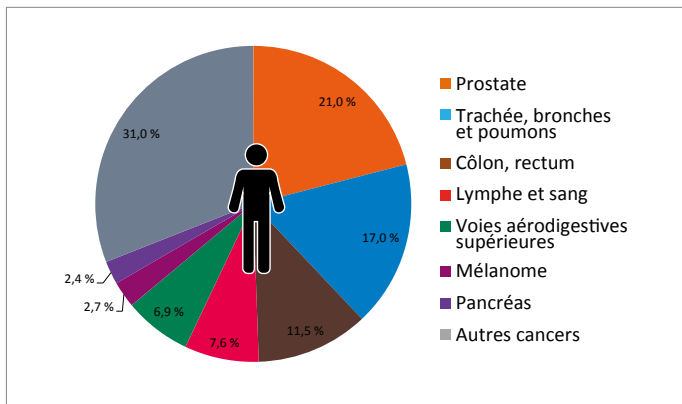
Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

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



## Chapitre 3

Figure 3.12. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2009-2013



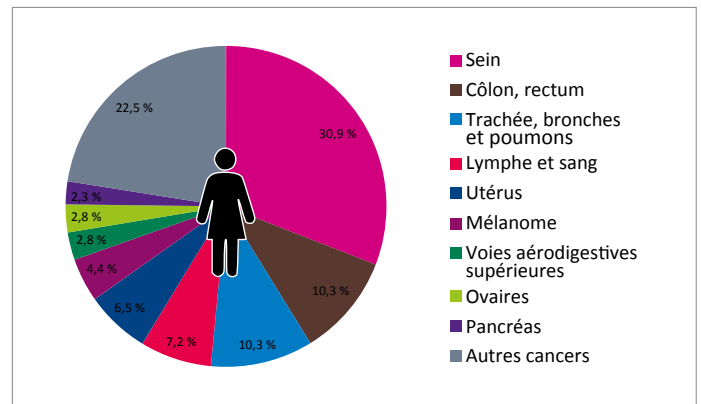
Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ Alors qu'en termes de mortalité en province de Liège, le cancer de la prostate occupe la troisième place, il est numéro 1 en ce qui concerne l'incidence. De ce point de vue, les chiffres sont le reflet des effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

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

En 2009-2013, dans la province de Liège, les parts relatives des cancers de la prostate (21,0 %), du poumon (17,0 %), du côlon-rectum (11,5 %) et de la lymphes et du sang (7,6 %) sont sensiblement semblables à celles de la Belgique et de la Wallonie.

Figure 3.13. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2009-2013



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ Chez les femmes, le cancer le plus fréquent entre 2009 et 2013 en province de Liège est le cancer du sein qui représente à lui seul 30,9 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers du côlon (10,3 %) et du poumon (10,3 %).



## 4. Maladies respiratoires

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

### 4.1. Mortalité par maladie respiratoire

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

Moyenne annuelle (2008-2012)	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 835	1 651	1 053	629	324	232
Pneumonie	1 711	1 947	537	607	177	224
Maladies du poumon dues à des agents externes	529	387	175	118	47	28
Asthme	46	90	19	41	5	12
Grippe	25	42	7	12	3	6
Autres	829	981	304	374	91	101
<b>Total</b>	<b>5 975</b>	<b>5 097</b>	<b>2 094</b>	<b>1 782</b>	<b>646</b>	<b>603</b>

Source : ISP-SPMA

→ En Belgique, entre 2008 et 2012, 11 072 personnes sont décédées en moyenne chaque année des suites de maladies respiratoires (hors cancers). Parmi ces décès, 40,5 % concernaient des maladies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème) contre respectivement 43,4 % et 44,5 % en Wallonie et en province de Liège. La part des décès dus à des pneumonies est de 33,0 % en Belgique contre 29,5 % en Wallonie et 32,1 % en province de Liège.

Les maladies pulmonaires dues à des agents externes (maladies dues à l'accumulation de poussières minérales ou organiques dans les poumons) représentent en Belgique 8,3 % des décès d'origine respiratoire. En Wallonie et en province de Liège, la part attribuable à ces affections est plus faible avec respectivement 7,6 % et 6,0 %. Jusqu'à la fin du siècle passé, ces maladies étaient responsables de plusieurs centaines de décès majoritairement masculins et illustraient les pathologies concomitantes à l'extraction minière de nos régions.

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



# Chapitre 3

## 4.2. Asthme

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

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

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

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

	Total (%)
Belgique	4,3
Wallonie	5,6
Province de Liège	6,2

Source : ISP-HIS

→ Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview, près de 6,2 % de la population de la province de Liège déclarent souffrir d'asthme en 2013, soit une valeur légèrement plus élevée que celles de la Belgique (4,3 %) et de la Wallonie (5,6 %). Il n'existe pas d'écart significatif entre les différentes zones géographiques ni entre les sexes que ce soit pour la Belgique, la région ou la province de Liège.

## 4.3. Tuberculose

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

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

	Belges	Étrangers	Total
Belgique	4,6	41,3	8,6
Wallonie	4,6	32,2	7,2
Province de Liège	6,2	41,9	10,0

Source : FARES

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

L'incidence de cette affection est légèrement inférieure en Wallonie mais légèrement supérieure 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 du nombre de nouveaux cas de tuberculose au niveau belge a suivi une décroissance constante ces trente dernières années. En 2007, pour la première fois, l'incidence est descendue sous le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants et se maintient autour de cette valeur depuis lors. En province de Liège, le taux d'incidence se situe aux environs de 9 à 11 pour 100 000 habitants depuis 2007 [28].

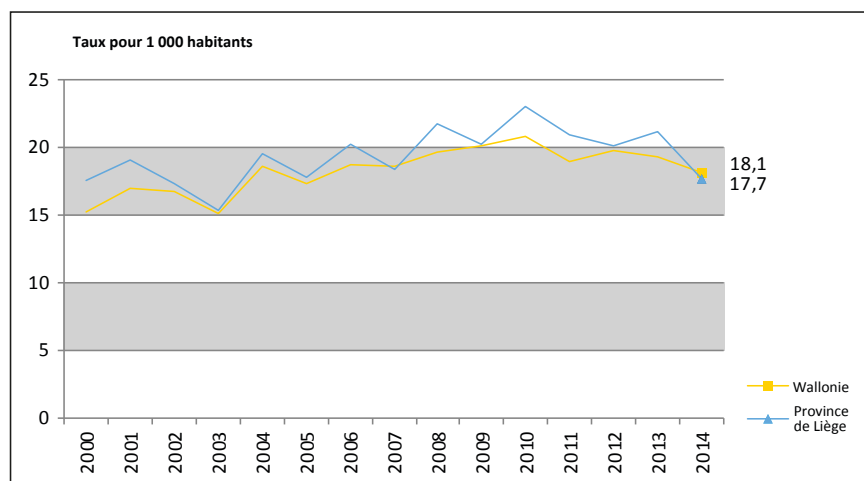
## 5. Insuffisance rénale

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

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

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

Figure 3.14. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-province de Liège, 2000-2014



Source : Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique

→ De 2000 à 2014, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 17,6 à 17,7 pour 100 000 habitants par an en province de Liège soit une augmentation de 0,57 % en 15 ans. Malgré les fluctuations au cours du temps, le nombre de nouveaux patients en 15 ans est resté relativement stable. Dans le même temps, ce taux est passé de 15,1 à 18,1 pour 100 000 habitants en Wallonie, soit une augmentation de près de 20 %. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence du diabète concourent à cet accroissement [29].

### 5.1. Mortalité par insuffisance rénale

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

	Hommes	Femmes	Total
Belgique	650	803	1 453
Wallonie	239	297	536
Province de Liège	86	107	192

Source : ISP-SPMA

→ En Belgique, 1 453 personnes sont décédées en moyenne chaque année à cause d'une insuffisance rénale entre 2008 et 2012. Parmi ces décès, 192 sont survenus dans la province de Liège.



# Chapitre 3

## 5.2. Dialyse

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

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

	En milieu hospitalier	À domicile
Belgique	4 821	2 409
Wallonie	1 707	646
Province de Liège	478	173

Source : INAMI

→ En province de Liège, 478 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse en milieu hospitalier et 173 à domicile (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale) au cours de l'année 2013. Une dialyse sur trois se pratique chez soi en province de Liège, ce qui est égal à ce qui se fait en Wallonie (une sur trois) mais qui est plus faible qu'en Belgique (une sur deux).

## 6. Diabète

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

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

### Il existe différents types de diabète :

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

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

### 6.1. Mortalité causée par le diabète

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

### 6.2. Prévalence du diabète

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

	Total (%)
Belgique	5,3
Wallonie	5,7
Province de Liège	6,5

Source : ISP-HIS

→ En Belgique, 5,3 % des personnes interrogées lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, ont déclaré être diabétiques. Les proportions relevées en Wallonie (5,7 %) et en province de Liège (6,5 %) sont très proches. Quel que soit le niveau géographique, il n'y a pas de différence de proportion entre les hommes et les femmes.

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

En outre, la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente à partir de l'âge de 45 ans pour atteindre un peu plus de 10,0 % au-delà de 65 ans.



## 7. Ostéoporose

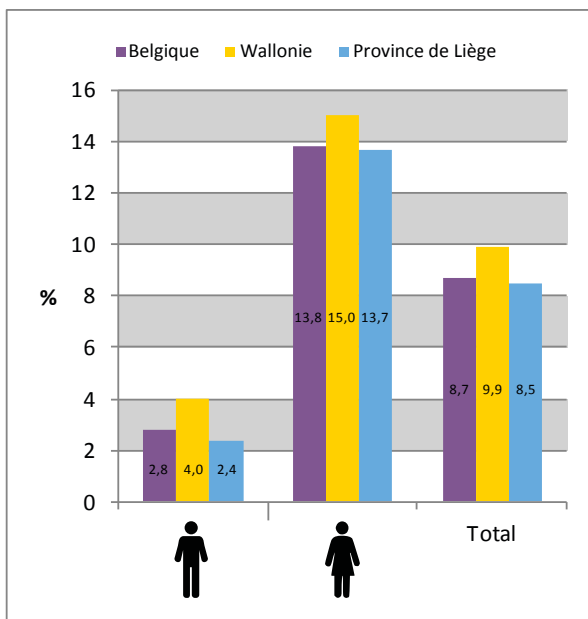
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux. Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse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

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

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

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

**Figure 3.15. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013**



Source : ISP-HIS

→ En 2013, en province de Liège, l'ostéoporose touche 13,7 % des femmes âgées de 50 ans et plus, mais elle atteint également 2,4 % des hommes de la même tranche d'âge. Ces proportions ne sont pas statistiquement différentes des valeurs enregistrées pour la Belgique. Par contre, elles sont moins importantes qu'en Wallonie où 15,0 % des femmes et 4,0 % des hommes de 50 ans et plus déclarent souffrir d'ostéoporose.

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

	Belgique	Wallonie	Province de Liège
2011	22 483	7 515	2 200
2012	23 470	7 914	2 331
2013	23 596	7 779	2 358
2014	24 958	8 266	2 517

Source : INAMI

→ Entre 2011 et 2014, le nombre d'interventions pour prothèse de la hanche a augmenté de 11,0 % en Belgique, de 10 % en Wallonie et de 14,4 % en province de Liège. L'intervention de prothèse totale de hanche fait suite à deux causes principales que sont l'arthrose et les fractures de hanches découlant dans la plupart des cas de l'ostéoporose.

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

## 8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA

### 8.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

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

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

Il ressort de ce suivi qu'entre 2002 et 2013, le nombre d'IST connaît une augmentation croissante en Wallonie et en Belgique. La chlamydie est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas rapportés entre 2002 et 2013 est passé respectivement de 165 à 752 cas en Wallonie et de 996 à 4 916 cas en Belgique.

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

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

### 8.2. VIH-SIDA

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

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

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

#### 8.2.1. Mortalité causée par le SIDA

Avant l'introduction de la 10e 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 s'il existe sans doute une sous-évaluation du nombre réel de cas.

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

	Hommes	Femmes
Belgique	32	15
Wallonie	10	6
Province de Liège	4	3

Source : ISP-SPMA

→ De 2008 à 2012, en moyenne 7 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 de décès masculins que féminins aux niveaux belge et wallon.



# Chapitre 3

## 8.2.2. Personnes infectées par le VIH

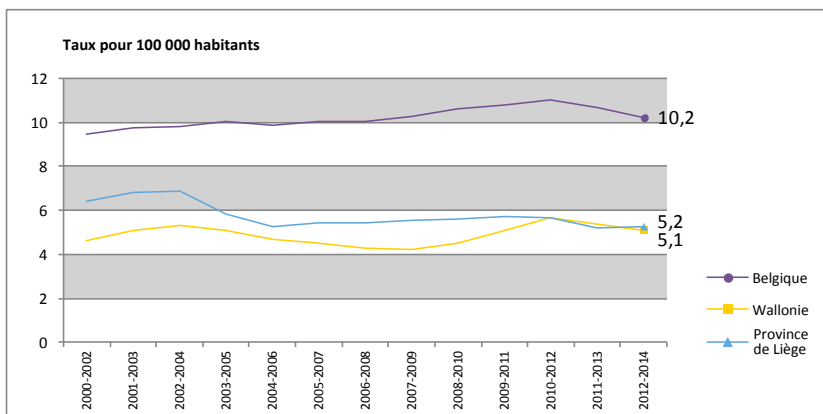
Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2009-2014

	2004	2009	2014
Belgique	1 004	1 132	1 039
Wallonie	174	143	169
Province de Liège	57	59	58

Source : ISP-Registre SIDA

→ Entre les années 2000 et 2010, le nombre absolu de nouveaux cas de VIH dépistés chaque année en Belgique n'a cessé de croître. En 2004, 1 004 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées dont 57 en province de Liège. En 2014, 1 039 nouveaux cas ont été consignés en Belgique dont 58 en province de Liège.

Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014



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

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

La plus haute incidence a été observée entre 2010 et 2012 avec 1 203 nouveaux cas (dont 199 en Wallonie et 61 en province de Liège) diagnostiqués en moyenne en cours d'année.

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



## 9. Limitations physiques et invalidités

### 9.1. Limitations physiques

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

Les différentes enquêtes de santé par interview menées depuis 2001 nous informent que la part de personnes de 15 ans ou plus qui déclarent une limitation fonctionnelle dans leur vie concerne globalement 26 % de la population de la province de Liège contre 21 % en Belgique. Le niveau est légèrement moins élevé en Wallonie (environ 25 %). Chez les 65 ans et plus, cette proportion dépasse les 45 % en province de Liège soit l'équivalent de la moyenne nationale. Ces chiffres restent relativement stables dans le temps.

### 9.2. Invalidités

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

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

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

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	138 810	44,8	170 917	55,2	309 727	100,0
Wallonie	53 456	45,7	63 568	54,3	117 024	100,0
Province de Liège	15 041	44,0	19 141	56,0	34 182	100,0

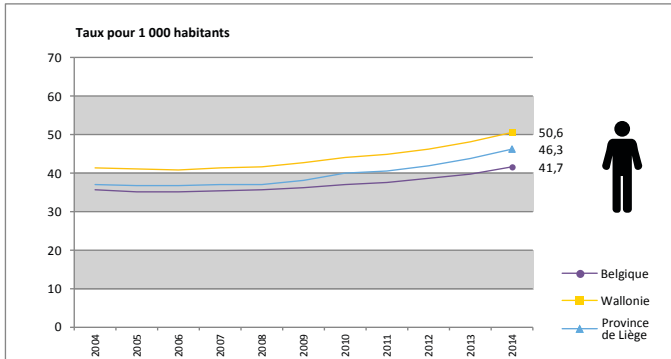
Source: INAMI, calculs OSLg

→ En 2014, le nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité en province de Liège s'élève à 34 182 personnes ce qui représente respectivement 29,2 % et 11,0 % des bénéficiaires de Wallonie et de Belgique. Quel que soit le niveau géographique envisagé, les personnes indemnisées pour invalidité sont majoritairement des femmes.



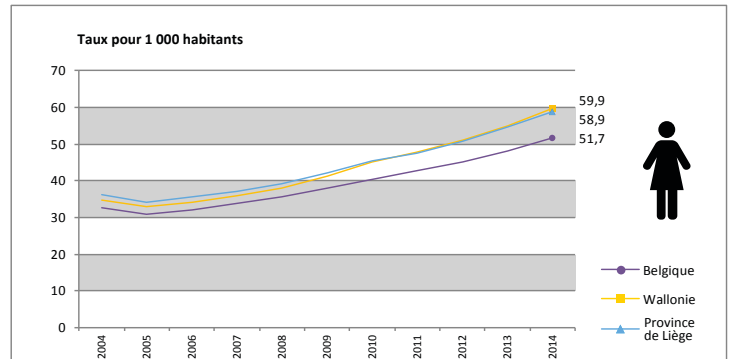
# Chapitre 3

Figure 3.17. 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, 2004-2014



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, 2004-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2014, l'invalidité reconnue concerne 41,7 hommes et 51,7 femmes pour 1 000 habitants en Belgique. Sur la période 2004-2014, 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 situant entre ces deux valeurs pour chaque année. L'évolution pour les femmes de la province de Liège, est relativement similaire à celle de la Wallonie, tout en étant supérieure à la Belgique.

Pour la province de Liège, elle était de 46,3 hommes et 58,9 femmes pour 1 000 habitants âgés de 20 à 64 ans en 2014. Quel que soit le niveau géographique, la proportion d'hommes indemnisés pour invalidité est restée relativement stable jusque 2008, mais depuis lors, une augmentation sensible est observée. Chez les femmes, par contre, cette proportion est en augmentation nette et constante depuis 2006. L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées en invalidité, tel que le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, le vieillissement de la population et le taux de participation plus élevé des femmes sur le marché du travail [46].

## 10. Maladies professionnelles

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

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

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

	Belges	Wallonie	Province de Liège
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	47 143	26 650	11 306
Dont :	en %		
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	70,1	79,0	82,5
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	16,4	14,0	11,1
Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques	5,3	3,7	3,5
Autres maladies professionnelles	8,2	3,3	2,9

Source : Fonds des maladies professionnelles, calculs OSLg

→ En Belgique, 47 143 personnes ont été indemnisées pour incapacité de travail permanente en 2014. Quel que soit le territoire considéré, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques (hypoacousie ou surdité provoquées par le bruit, maladies ostéoarticulaires provoquées par des vibrations mécaniques...) sont la première cause d'indemnisation. Ce phénomène est particulièrement marqué en province de Liège où cette catégorie représente 82,5 % de maladies professionnelles contre 70,1 % en Belgique.

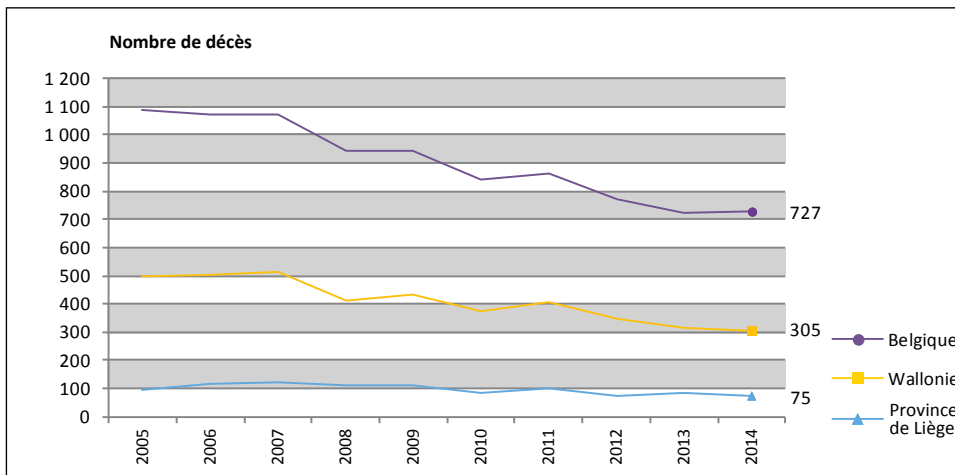
En Belgique, 16,4 % des maladies professionnelles sont provoquées par inhalation (silicose, asbestose, farinose...) et 5,3 % par des agents chimiques (oxyde de carbone, plomb et dérivés, hydrocarbures...). En province de Liège, les proportions des maladies professionnelles dues à l'inhalation de substances ou mettant en cause des agents chimiques s'élèvent respectivement à 11,1 % et 3,5 %.



## 11. Accidents

### 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, 2005-2014



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 2014, 75 personnes sont décédées sur les routes de la province de Liège. Cela représente près de 10,3 % de l'ensemble des décès par accident de la route en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué de façon quasi continue au cours de ces dix dernières années (1 089 tués en Belgique en 2005 contre 727 en 2014).

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

	Moyenne annuelle
Belgique	909
Wallonie	393
Province de Liège	101

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Sur base des observations enregistrées entre 2008 et 2012, 101 habitants de la province de Liège en moyenne ont perdu la vie chaque année suite à un accident de circulation (soit 11,2 % des Belges tués sur les routes). Parmi ces décès, 77,2 % concernent des hommes. La tranche d'âge la plus touchée (plus de 3 décès liégeois sur 10) correspond à celle des 15-29 ans.

# ÉTAT DE SANTÉ

## Selon l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR) :

- une victime est toute personne tuée ou blessée dans un accident de la route ;
- un blessé léger est toute personne blessée dans un accident de roulage pour laquelle la définition de mortellement ou gravement blessé n'est pas d'application ;
- un blessé grave est toute personne blessée dans un accident de roulage dont l'état nécessite l'hospitalisation pour une durée supérieure à 24 heures ;
- un mortellement blessé est toute personne qui décède des suites d'un accident endéans les 30 jours suivant la date de l'accident, mais qui n'est pas décédée sur place ou avant l'admission à l'hôpital ;
- un tué est toute personne impliquée dans un accident de roulage, tuée sur le coup ou décédée avant son admission à l'hôpital [48].

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

	Nombre d'accidents		Total victimes		Décédés (30 jours)		Blessés légers	
	N	N	N	%	N	%	N	%
Belgique	41 481	53 975	727	1,3	4 502	8,3	48 746	90,3
Wallonie	11 732	15 819	305	1,9	1 175	7,4	14 339	90,6
Province de Liège	3 731	5 003	75	1,5	281	5,6	4 647	92,9

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ En 2014, la province de Liège a comptabilisé 3 731 accidents totalisant 5 003 victimes de la route. Un accident de la route entraîne en moyenne 1,34 victime en province de Liège contre 1,35 en Wallonie et 1,30 en Belgique. Parmi les victimes, la part de personnes décédées dans les 30 jours en province de Liège (1,5 %) apparaît moins élevée par rapport à la Wallonie (1,9 %) mais plus importante que la Belgique (1,3 %). Le pourcentage de blessés graves en province de Liège (5,6 %) est inférieur aux moyennes belge (8,3 %) et wallonne (7,4 %).



# Chapitre 3

## 11.2. Accidents du travail

Un accident du travail est un accident qui est causé par un évènement soudain survenu pendant et par le fait de l'exécution du contrat de travail ou des fonctions et 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 du fonds des accidents du travail reprennent le nombre d'accidents survenus à des travailleurs salariés et déclarés par les employeurs du secteur privé à leurs assureurs.

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

	2006-2007			2013-2014		
	Accident du travail	Chemin du travail	Total	Accident du travail	Chemin du travail	Total
Belgique	162 864	20 528	183 392	121 769	21 801	143 570
Wallonie	47 552	4 099	51 651	33 901	4 040	37 941
Province de Liège	15 508	1 226	16 734	10 961	1 169	12 130

Source : Fonds des Accidents du Travail, calculs OSLg

→ Le Fonds des accidents du travail (FAT) comptabilise entre 2013 et 2014, en province de Liège, un total de 12 130 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration : 9,6 % d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail et 90,4 % sur le lieu de travail.

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

La part relative des accidents survenus en province de Liège par rapport à la Belgique avoisine 9,1 % en 2006-2007 et 8,4 % en 2013-2014. Le nombre d'accidents dépend à la fois du type d'activité économique, de l'application des mesures de sécurité et du nombre de travailleurs. Il faut cependant noter que certaines compagnies d'assurances rechignent de plus en plus à reconnaître des accidents du travail. Ainsi, selon les évaluations du FAT, le taux de refus est passé de 2,0 % en 1985 à 12,3 % en 2014.

# ÉTAT DE SANTÉ

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

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

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

	Hommes	Femmes	Total
Cas sans suite	3 433	1 572	5 005
Incapacité temporaire	4 164	1 469	5 633
Incapacité permanente prévue	1 104	376	1 480
Cas mortels	10	2	12
Total	8 711	3 419	12 130

Source : Fonds des Accidents du Travail

→ En 2013 et 2014, en province de Liège, 5 633 personnes ont été victimes annuellement en moyenne d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité temporaire (46,4 %) et 1 480 une incapacité permanente (12,2 %). Les accidents sans séquelles représentent 41,3 % de l'ensemble des déclarations. Ces proportions sont similaires à celles de 2006-2007.

En province de Liège, près de 75 accidents sur 100 qui se sont produits sur le lieu de travail pour la période 2013-2014 concernent des hommes (contre 80 % en 2006-2007).

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

	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	1 646	2 400	960	5 005
Incapacité temporaire	1 881	2 888	865	5 633
Incapacité permanente prévue	314	831	336	1 480
Cas mortels	3	6	4	12
Total	3 843	6 123	2 164	12 130

Source : Fonds des Accidents du Travail

→ Un peu plus de la moitié des accidents survenus sur le lieu de travail en 2013-2014 concernent les personnes de la tranche des 30 à 49 ans.



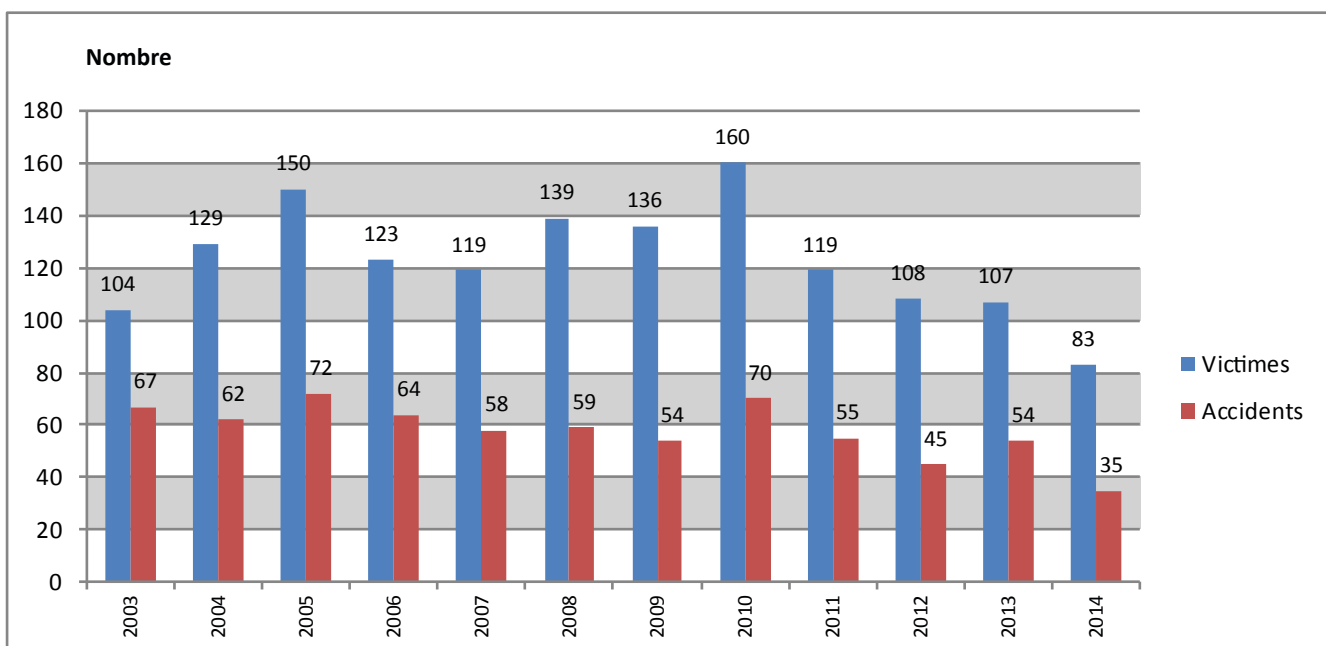
## 12. Intoxication au monoxyde de carbone

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. Dans ce cas, elles tentent malgré tout de chauffer leur logement, se calfeutrent et recourent à des chauffages d'appoint bon marché et inadaptes.

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

Figure 3.20. Évolution du nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Liège, 2003-2014



Source: Centre Antipoison

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

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 23,6 % des accidents en 2014 et la part maximale à 36,0 % en 2005.



## 13. Santé maternelle et infantile

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

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

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

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus	Inconnu	Total
Belgique		692	2 139	17 730	44 012	41 407	17 382	3 713	102	127 176
Wallonie		355	961	6 424	13 346	11 962	5 493	1 220	29	39 792
Province de Liège		106	293	1 979	4 163	3 718	1 668	364	10	12 300
ARRONDISSEMENTS	Huy	12	27	190	414	387	175	33	0	1 238
	Liège	65	182	1 205	2 388	2 093	970	221	6	7 130
	Verviers	25	73	478	1 094	957	399	88	2	3 117
	Waremme	4	11	106	266	281	124	22	1	815

Source : SPF Économie-DGS

→ Pour la période de 2009 à 2013, 127 176 naissances ont été enregistrées en moyenne en Belgique dont 12 300 en province de Liège. La proportion de mères âgées de moins de 20 ans représente 3,2 % soit un taux supérieur à celui de la Belgique (2,2 %), mais similaire à celui de la Wallonie (3,3 %). Les mères âgées de 35 ans et plus constituent 16,5 % des parturientes de la province de Liège contre 16,6 % des Belges et 16,9 % des Wallonnes. Toutefois, ce tableau ne relate pas la problématique des interruptions volontaires de grossesse.



# Chapitre 3

## 13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

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

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

	2005	2011
Belgique	16 400	19 455
Wallonie	5 327	6 487
Province de Liège	1 769	1 947

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

→ En Belgique, le nombre d'IVG déclarées a augmenté entre 2005 et 2011 en passant de 16 400 à 19 455. En province de Liège, ce nombre a également augmenté, passant de 1 769 à 1 947.

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

En 2005, sur un total de 1 769 IVG pratiquées sur des femmes de la province de Liège, 16,5 % concernaient des moins de 20 ans et moins de 5 % des plus de 40 ans. En 2011, la proportion d'avortements enregistrés dans ces deux tranches d'âge est identique avec respectivement 16,0 % et 4,8 %.

## 13.3. Poids à la naissance

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

Tableau 3.22. Proportion (%) de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013

	Moins de 2 500 g	De 2 500 g à 3 999 g	4 000 g et plus	Inconnu
Belgique	6,9	84,1	7,8	1,2
Wallonie	7,9	84,3	5,8	2,0
Province de Liège	8,1	84,9	5,5	1,4

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ En province de Liège, au cours de la période 2009-2013, un peu plus de 8 bébés sur 100 sont nés en présentant un petit poids de naissance, soit une proportion légèrement supérieure à celles de la Wallonie et de la Belgique.

# ÉTAT DE SANTÉ

## 13.4. Prématurité

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

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

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

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

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Entre 2009 et 2013, 8,8 % des enfants nés en province de Liège sont nés prématurément, c'est-à-dire, avant 37 semaines d'aménorrhée (SA). Ce pourcentage est plus élevé qu'en Wallonie et en Belgique. La "grande prématurité", c'est-à-dire celle qui concerne les bébés nés avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne environ 1 % des naissances quelle que soit la zone géographique.

## 13.5. Tabagisme de la mère

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

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

Les données issues de l'ONE, reprises dans les tableaux ci-dessous, n'incluent pas les informations de la Communauté germanophone. L'ONE et Kaleido-DG n'utilisent pas les mêmes indicateurs.

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

	Mères fumeuses (%) durant le suivi de grossesse
Wallonie*	22,1
Province de Liège*	24,8

Source : ONE-BDMS

\* Hors Communauté germanophone

→ Pour la période de 2009 à 2013, selon les données de suivi de grossesse, pratiquement une femme sur quatre (24,8 %) en moyenne est fumeuse en province de Liège\*. Cette proportion est très proche de celle de la Wallonie\*.

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



# Chapitre 3

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

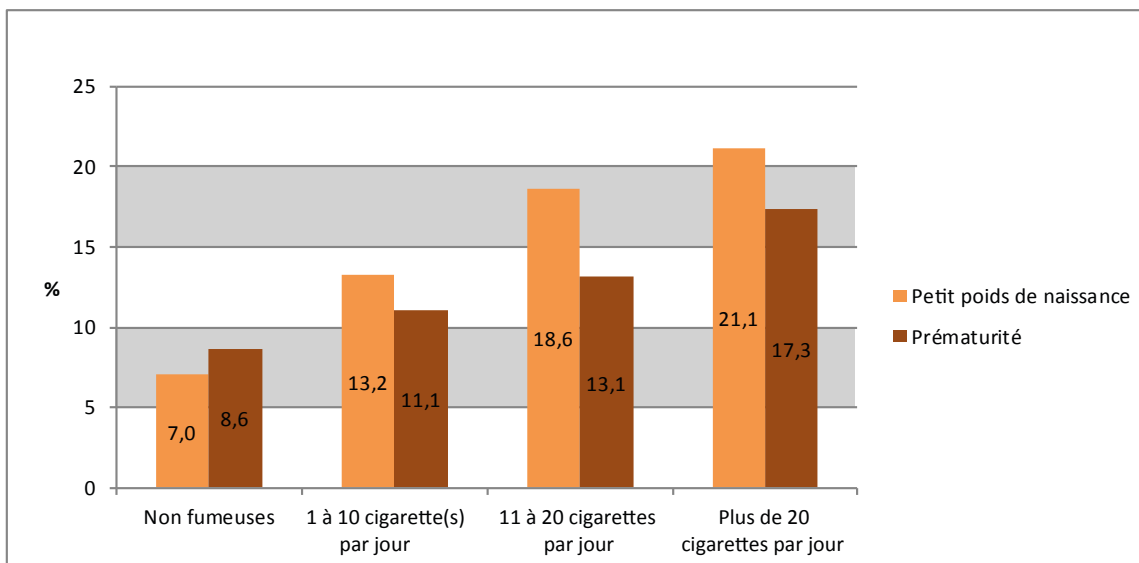
	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (%)		Prématurité selon le statut tabagique (%)	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu
Wallonie*	14,6	6,4	11,4	7,8
Province de Liège*	15,4	7,0	12,1	8,6

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

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

En province de Liège, les petits poids à la naissance concernent 15,4 % des mères fumeuses contre 7,0 % de non-fumeuses ou des femmes dont le statut tabagique est inconnu. De même, 12,1 % de naissances prématurées sont observées chez les fumeuses contre 8,6 % pour les autres.

Figure 3.21. Proportion (%) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids à la naissance selon l'attitude tabagique de la mère, province de Liège, 2010-2014



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

→ En province de Liège, entre 2010 et 2014, les nouveau-nés de petit poids à la naissance sont 3 fois plus nombreux chez les mères grandes fumeuses (consommant 20 cigarettes et plus par jour) (21,1 %) que chez les mères non fumeuses (7,0 %). De même, les cas de prématurité sont quasiment 2 fois plus fréquents chez les mères grandes fumeuses (17,3 %) que chez les mères non fumeuses (8,6 %).

## 14. Santé mentale

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

### 14.1. Suicides

#### 14.1.1. Mortalité par suicide

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

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

**Tableau 3.26. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2012 (Wallonie = 100)**

	Nombre moyen de Décès (Suicides)	Indice comparatif de mortalité			
		Hommes	Femmes	Total	
Belgique	2 024	78,0 *	88,0 *	81,3 *	
Wallonie	793	100,0	100,0	100,0	
Province de Liège	259	101,3	120,1 *	106,4	

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

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

→ Entre 2008 et 2012, 259 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année en province de Liège (184 décès masculins et 75 décès féminins), ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,37 pour 1 000 hommes et 0,15 pour 1 000 femmes.

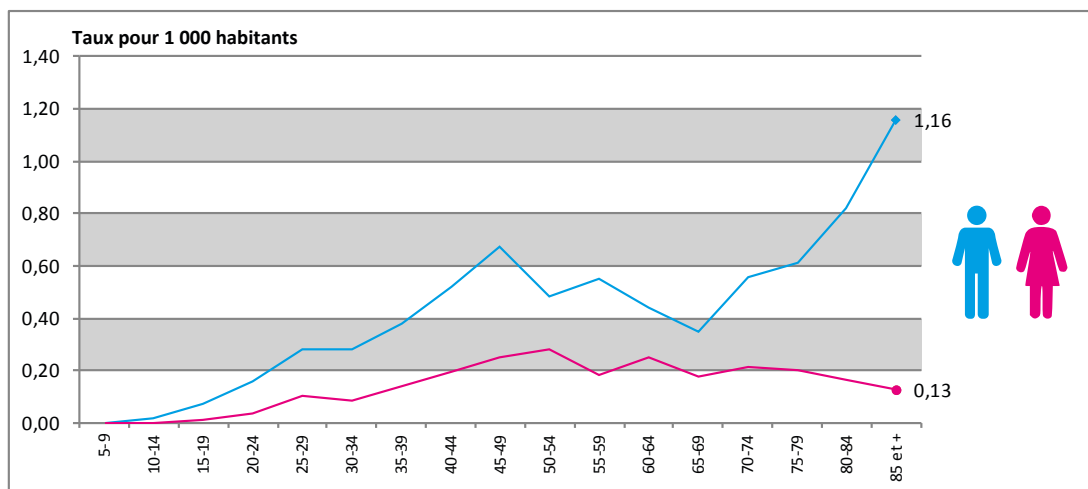
En termes d'indice comparatif de mortalité par suicide, il n'y a pas de différence statistique entre la Wallonie et la province de Liège, pour les hommes.

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



# Chapitre 3

Figure 3.22. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Liège, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

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

L'analyse au niveau provincial fait émerger quelques différences au niveau des catégories d'âges entre la province, la Wallonie et la Belgique.

# ÉTAT DE SANTÉ

## 14.1.2. Idéation suicidaire

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

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

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	12,9	14,7
Wallonie	13,5	17,2
Province de Liège	13,4	17,5

Source : ISP-HIS

→ L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013 montre que, quel que soit le niveau géographique, les femmes ont tendance à déclarer plus souvent que les hommes avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie. Ainsi, en province de Liège, l'idéation suicidaire touche près de 17,5 % de la population féminine interrogée contre 13,4 % des hommes. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation en province de Liège ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique. L'idéation suicidaire est moins fréquente chez les personnes âgées.

## 14.1.3. Tentatives de suicide

Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant sur leur vie entière, avoir tenté de suicider, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,2	5,1
Wallonie	2,9	7,9
Province de Liège	3,6	6,8

Source : ISP-HIS

→ Comme l'indiquent les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, les femmes belges et wallonnes sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours. Par contre, en province de Liège, cette différence ne peut pas être mise en évidence. Au sein de la population masculine interrogée, 3,6 % ont répondu avoir déjà essayé de se suicider contre un peu plus de 6,8 % des femmes. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation en province de Liège ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique.



# Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

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

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	12,3	19,9
Wallonie	14,1	22,8
Province de Liège	15,4	20,4

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines, quel que soit le territoire considéré. En province de Liège, 20,4 % des femmes et 15,4 % des hommes ont consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines. Ces proportions sont semblables quel que soit le territoire.

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

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	5,6	9,5
Wallonie	6,6	12,2
Province de Liège	6,1	9,0

Source : ISP-HIS

→ Comme pour la consommation globale de psychotropes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une consommation d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines tant au niveau national que régional. En province de Liège, 6,1 % des hommes et 9,0 % des femmes ont répondu avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze jours précédant l'enquête.



## 15. Bibliographie

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



## Chapitre 3

---

20. Belgian Cancer Registry, *Cancer Prevalence in Belgium 2010*. 2014 : Brussels.
21. Belgian Cancer Registry, *Cancer burden in Belgium 2004-2013*. 2015 : Brussels.
22. Renard, F., L. Van Eycken, and M. Arbyn, *High burden of breast cancer in Belgium : recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006)*. Arch Public Health, 2011. 69(1) : p. 2.
23. Mambourg, F., et al., *Evaluation d'une technologie de santé : l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate*, C.F.d.d.S.d.S. (KCE), Editor. 2006 : Bruxelles.
24. Mambourg, F., et al., *A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA screening*, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Editor. 2014 : Brussels.
25. Organisation Mondiale de la Santé. *Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)*. Aide-mémoire N°315 2015 Janvier 2015 01/04/2016]; Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/>.
26. Organisation Mondiale de la Santé. *Asthme*. Aide-mémoire N°307 2013 Novembre 2013 01/04/2016]; Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/>.
27. Organisation Mondiale de la Santé. *Tuberculose*. Aide-mémoire N°104 2016 Mars 2016 01/04/2016]; Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>.
28. Fonds des Affections Respiratoires (FARES), *Registre belge de la tuberculose 2014*. 2016.
29. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Insuffisance rénale*. 2012 Mars 2012; Available from : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/>.
30. European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association Registry, *ERA-EDTA Registry Annual Report 2013*. 2015 : Amsterdam.
31. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2013*. 2013 : Éditions OCDE.
32. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*. 2015 : Éditions OCDE.
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2013*. 2013 : OECD Publishing.
34. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2015*. 2015 : Éditions OCDE.
35. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med, 2006. 3(11) : p. e442.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance : Europe 2012*. 2012 : OECD Publishing.
37. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance : Europe 2014*. 2014 : OECD Publishing.
38. *Consensus development conference : prophylaxis and treatment of osteoporosis*. The American Journal of Medicine, 1991. 90(1) : p. 107-110.
39. Ebeling, P., *Osteoporosis in Men : Why change needs to happen*. 2014, International Osteoporosis Foundation.

# ÉTAT DE SANTÉ

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

