



Province
de Liège

Santé et
qualité de vie

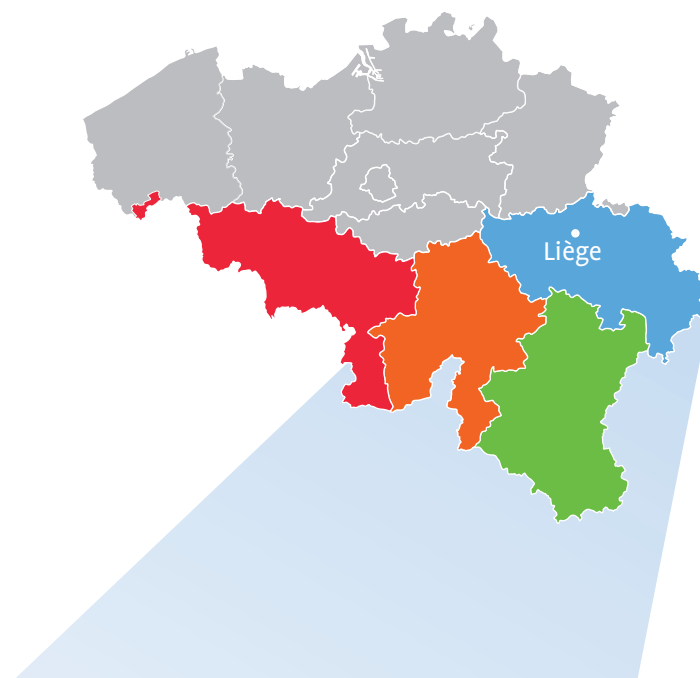
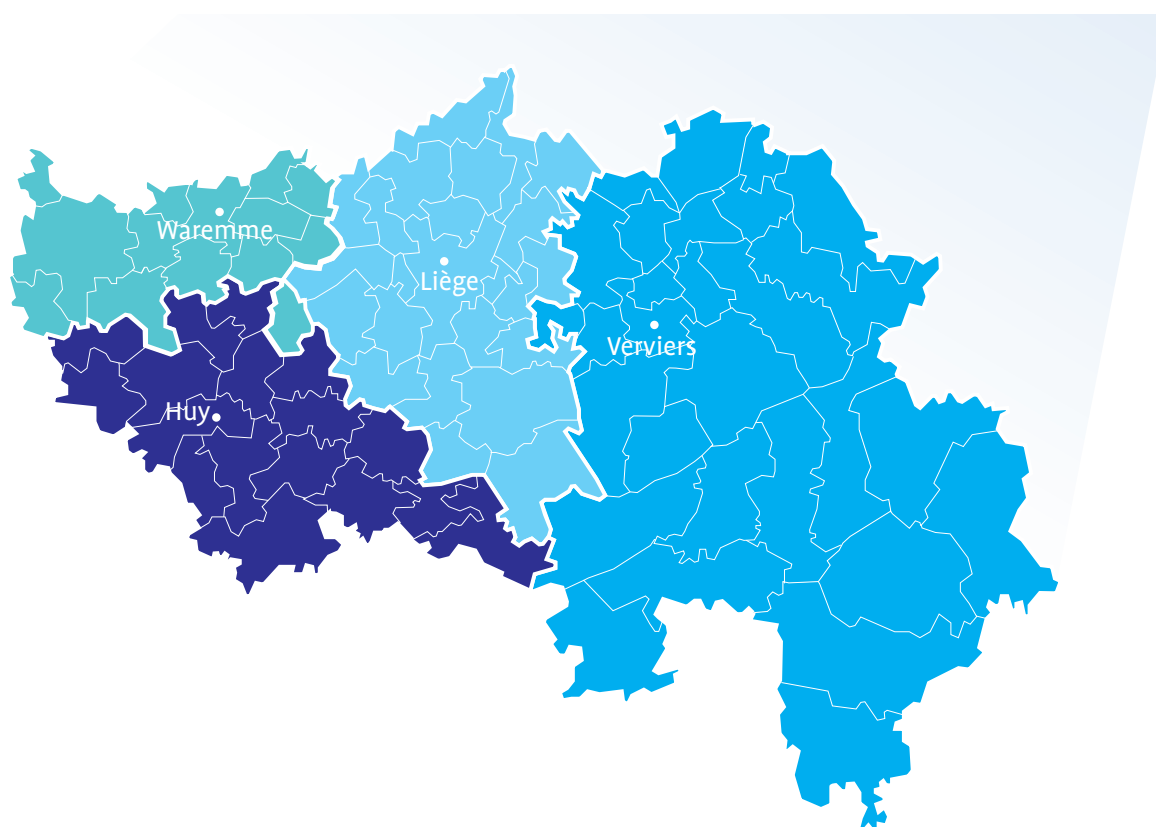


Tableau de bord de la santé en province de Liège 2016



Préface

L'Observatoire de la Santé de la Province de Liège publie le tout premier "Tableau de bord de la santé en province de Liège" et est heureux de vous le présenter.

Ce document est un recueil de données de santé issues du territoire de la province de Liège. Les sources de données sont multiples et variées. En effet, elles proviennent principalement d'enquêtes, de registres et de bases de données de divers services publics. Celles-ci ont été recensées, traitées, analysées, synthétisées et mises en forme dans cette publication.

Les différentes thématiques abordées permettent au lecteur d'avoir une vision globale de la santé des habitants. À travers les différents chapitres, celui-ci peut trouver des informations sur la démographie, la mortalité et les causes de décès, l'état de santé, les facteurs qui peuvent influencer celle-ci, l'offre et la consommation de soins.

Ce Tableau de bord de la santé est destiné à l'ensemble des acteurs des secteurs de la vie économique, sociale et de la santé : que ce soit des autorités locales, des associations, des professionnels, des éducateurs, des médias,...

Il a pour vocation d'informer, de favoriser la réflexion et d'encourager la prise de décision et la mise en œuvre d'actions favorables à la santé.

Ce document est le fruit d'un travail en réseau original et novateur. En effet, les Provinces de Hainaut, de Liège, du Luxembourg et de Namur se sont associées afin de produire un document élaboré selon une méthode de travail commune. Cette méthode, favorisant les économies d'échelle, a permis à chaque Province d'éditer un document propre, mais néanmoins similaire, ce qui peut permettre la comparaison des données.

Ce Tableau de bord de la santé vivra grâce à l'appropriation des données par les politiques et les acteurs de terrain, en servant de porte d'entrée à la mise en place d'actions locales.

L'Observatoire de la Santé de la Province de Liège vous souhaite une excellente et enrichissante exploration de son tout premier Tableau de bord de la santé.

Colophon

Rédaction

Stéphanie Compere¹, Marie-France Jeunehomme², Jean-François Marquet²

Relecture

Alice Balfroid³, Luc Berghmans⁴, Paul Berra⁵, Charles-Henri Boeur⁶, Michèle Comminette¹, Marc Debuisson⁷, Frédéric Deceulaer⁶, Tonio Di Zinno⁸, Dominique Dubourg⁹, Christiane Duchesnes¹⁰, Thierry Eggerickx¹¹, André Kassab¹, Sophie Mahin⁶, Christian Massot⁵, Pascal Meeus¹², Christiane Petit¹, Jean Tafforeau¹³, Véronique Tellier³.

Graphisme et mise en page

Olivier Hubert¹⁴

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement l'ensemble des fournisseurs de données qui, par leur étroite collaboration, ont permis la réalisation de ce travail.

Un remerciement tout particulier à nos collègues des Observatoires de la Santé des Provinces de Hainaut, Luxembourg et Namur.

Droits d'auteur et référence de la publication

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé de la Province de Liège encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication à la condition qu'une mention claire et explicite de ce rapport et de la (des) source(s) initiale(s) soit faite.

Veillez faire référence au présent document de la manière suivante : Observatoire de la Santé de la Province de Liège, Tableau de bord de la santé en province de Liège 2016, Liège, 2016

Clause de non-responsabilité

Les données reprises dans cette publication ont été rassemblées par l'Observatoire de la Santé de la Province de Liège. Celui-ci ne peut être tenu responsable d'éventuelles erreurs se trouvant dans les données provenant d'autres organismes.

1 Direction générale de la Santé de la Province de Liège

2 Observatoire de la Santé de la Province de Liège (OSLg)

3 Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur

4 Chargé de cours honoraire de l'Université libre de Bruxelles (ULB)

5 Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)

6 Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSLux)

7 Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)

8 Agence InterMutualiste (IMA-AIM)

9 Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) - Observatoire wallon de la Santé (OWS)

10 Université de Liège - Département de Médecine générale (ULg)

11 Université catholique de Louvain - Centre de recherche en démographie (UCL)

12 Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

13 Institut de Santé Publique (ISP-WIV)

14 Cellule graphique Relation presse & Information multimédia de la Province de Liège

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1 : population	11
1. Population totale	12
1.1 Effectif de population en Belgique, Wallonie et province de Liège	12
1.2 Répartition de la population dans les différents arrondissements	12
1.3 Évolution de la population	13
2. Communes et habitants	14
2.1 Densité de population par commune	14
2.2 Mouvement de population	15
3. Espérance de vie	17
3.1 Espérance de vie à la naissance	17
3.2 Espérance de vie à 65 ans	20
4. Natalité	21
4.1 Taux brut de natalité	21
4.2 Indice conjoncturel de fécondité	22
5. Population de nationalité étrangère	24
6. Structure de la population par âge et selon le sexe	25
7. Vieillesse de la population	26
7.1 Vieillesse en Belgique, Wallonie et province de Liège	26
7.2 Vieillesse par commune	30
7.3 Ratio de dépendance démographique	32
8. Bibliographie	33
CHAPITRE 2 : MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS	35
1. Mortalité totale	36
1.1. Mortalité totale en 2014	36
1.2. Indices comparatifs de mortalité	37
2. Mortalité par cause	40
2.1. Causes de décès	40
2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe	44
2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province de Liège	46
3. Mortalité prématurée	48
4. Mortalité périnatale et infantile	51
4.1. Mortalité infantile	52
4.2. Mortalité néonatale	53
4.3. Mortalité post-néonatale	54
4.4. Mortinatalité	54

TABLE DES MATIÈRES

5. Bibliographie55

CHAPITRE 3 : ÉTAT DE SANTÉ.....57-58

3. État de santé..... 59

1. Santé perçue 59

1.1. Santé globale..... 59

1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et province de Liège 59

1.1.2. Santé perçue par sexe 60

1.2. Maladies chroniques..... 60

2. Maladies cardiovasculaires..... 64

2.1. Mortalité..... 64

2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde 66

2.3. Hypertension artérielle 66

3. Cancers 67

3.1. Mortalité par cancer..... 68

3.2. Incidence des cancers 70

4. Maladies respiratoires73

4.1. Mortalité par maladie respiratoire 73

4.2. Asthme 74

4.3. Tuberculose..... 74

5. Insuffisance rénale75

5.1. Mortalité par insuffisance rénale 75

5.2. Dialyse 76

6. Diabète77

6.1. Mortalité causée par le diabète 77

6.2. Prévalence du diabète 77

7. Ostéoporose 78

8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA 79

8.1. Infections sexuellement transmissibles (IST)..... 79

8.2. VIH-SIDA 79

8.2.1. Mortalité causée par le SIDA..... 79

8.2.2. Personnes infectées par le VIH 80

9. Limitations physiques et invalidités 81

9.1. Limitations physiques 81

9.2. Invalidités 81

10. Maladies professionnelles83

TABLE DES MATIÈRES

11. Accidents	84
11.1. Accidents de circulation	84
11.2. Accidents du travail.....	86
12. Intoxication au monoxyde de carbone	88
13. Santé maternelle et infantile	89
13.1. Âge des mères à l'accouchement	89
13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)	90
13.3. Poids à la naissance	90
13.4. Prématurité.....	91
13.5. Tabagisme de la mère	91
14. Santé mentale	93
14.1. Suicides.....	93
14.1.1. Mortalité par suicide.....	93
14.1.2. Idéation suicidaire	95
14.1.3. Tentatives de suicide.....	95
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs.....	96
15. Bibliographie	97

CHAPITRE 4 : FACTEURS DE SANTÉ.....101

1. Facteurs sociaux	102
1.1. Niveau d'instruction	102
1.2. Revenus des ménages.....	103
1.3. Emploi.....	105
1.3.1. Population active et inactive.....	106
1.3.2. Chômage.....	107
1.4. Autres revenus de substitution.....	110
1.5. Endettement.....	111
1.6. Monoparentalité	112
1.7 Logements publics	113
2. Excès de poids	115
2.1. Corpulence des adultes.....	116
2.2. Corpulence des jeunes	118
3. Sédentarité et activité physique	118
3.1. Sédentarité chez l'adulte	118
3.2. Jeunes et activité physique.....	120
4. Alimentation	121
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes	121

TABLE DES MATIÈRES

4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes 122

5. Consommation de tabac 123

5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes 123

5.2. Tabagisme chez les jeunes 124

6. Consommation d'alcool 125

6.1. Consommation d'alcool chez les adultes 125

6.1.1. Consommation quotidienne 125

6.1.2. Surconsommation 126

6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes 126

7. Bibliographie 127

CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS ET DE SERVICE 129

1. Offre de soins 130

1.1. Structures hospitalières 130

1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins 133

1.3. Médecins 134

1.3.1. Médecins généralistes 134

1.3.2. Médecins spécialistes 138

1.4. Autres professionnels de la santé 141

1.4.1. Dentistes 141

1.4.2. Kinésithérapeutes 141

1.4.3. Infirmiers(ères) (excepté les sages-femmes) 142

2. Offre de services (y compris de soins) 143

2.1. Accueil de la petite enfance 143

2.2. Centres de planning familial 145

2.3. Associations de santé intégrée 147

2.4. Aides et soins à domicile 149

2.5. Services de santé mentale 149

3. Bibliographie 152

Chapitre 6 : Consommation de soins 153

1. Consultations médicales et paramédicales 154

1.1. Contacts avec le médecin généraliste 154

1.1.1. Dossier Médical Global 156

1.2. Contacts avec le médecin spécialiste 158

1.3. Contacts avec le dentiste 159

1.4. Recours aux soins à domicile 160

1.5. Contacts avec le kinésithérapeute 160

1.6. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative 161

1.6.1. Ostéopathe 161

TABLE DES MATIÈRES

1.6.2. Homéopathe.....	161
1.7. Contacts avec le service des urgences	162

2. Séjours hospitaliers 162

2.1. Hospitalisations déclarées.....	162
2.2. Résumé Hospitalier Minimal	162

3. Consommation de médicaments 164

3.1. Consommation déclarée.....	164
3.2. Consommation enregistrée.....	166

4. Vaccinations..... 170

4.1. Vaccination des enfants.....	170
4.2. Vaccination des adultes	171
4.2.1. Grippe	171
4.2.2. Pneumocoque	171

5. Dépistages 172

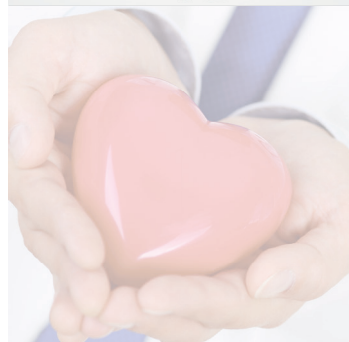
5.1. Dépistage des cancers.....	172
5.1.1. Dépistage du cancer du sein.....	172
5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans).....	175
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)	176

6. Bibliographie 178

ABRÉVIATION180

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX 183

Chapitre 1 : POPULATION



- **Une population de 1,1 million d'habitants.** Depuis 15 ans, la population de la province de Liège est en progression constante. On note une accélération de la croissance à partir de 2003. Cet accroissement devrait se maintenir dans les années à venir.
- **Une densité de population de 367 habitants/km² fort variable.** Très élevée autour des centres urbains principaux: Liège (>1 000 hab./km²), Verviers (> 1 000 hab/km²) et Huy (>500 hab/km²); plus rurale car de tradition forestière et/ou agricole (moins de 150 hab/km²) à proximité de l'Allemagne et de la province du Luxembourg ainsi que dans le Condroz et la Hesbaye.
- **L'espérance de vie des hommes se rapproche de plus en plus de celle des femmes.** Sur les 20 dernières années, quel que soit le territoire considéré (Belgique – Wallonie – province de Liège), l'espérance de vie à la naissance s'améliore pour les deux sexes. Cependant, on note une progression plus rapide chez les individus masculins que féminins.
- **Environ 12 000 naissances par an en province de Liège.** La natalité, après avoir augmenté depuis les années 2000, a connu un maximum en 2008 (11,7 naissances vivantes pour 1 000 habitants), avant de redescendre au niveau du début du 21^{ème} siècle (11,0 pour 1 000 habitants).
- **En 2014, 1,73 enfant par femme, sur les trois territoires étudiés.** L'indice conjoncturel de fécondité suit la tendance des courbes de natalité. Il a tendance à diminuer depuis la crise financière.
- **Une population étrangère représentant 10,6 % de la population.** Les proportions les plus élevées se trouvent dans les arrondissements de Liège (avec un tiers d'Italiens parmi les ressortissants) et de Verviers (43,6 % d'Allemands parmi les ressortissants).
- **Le vieillissement repart à la hausse depuis 5 ans.** Stable depuis 2000, la proportion de personnes de 65 ans et plus, rapportée à la population des moins de 20 ans, augmente sensiblement depuis 2010 en province de Liège de même qu'ailleurs dans le pays. En 2015, on compte désormais 78 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Les perspectives prévoient 109 personnes âgées pour 100 jeunes aux alentours de 2060.

Chapitre 1

1. Population totale

1.1 Effectif de population en Belgique, Wallonie et province de Liège

Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015

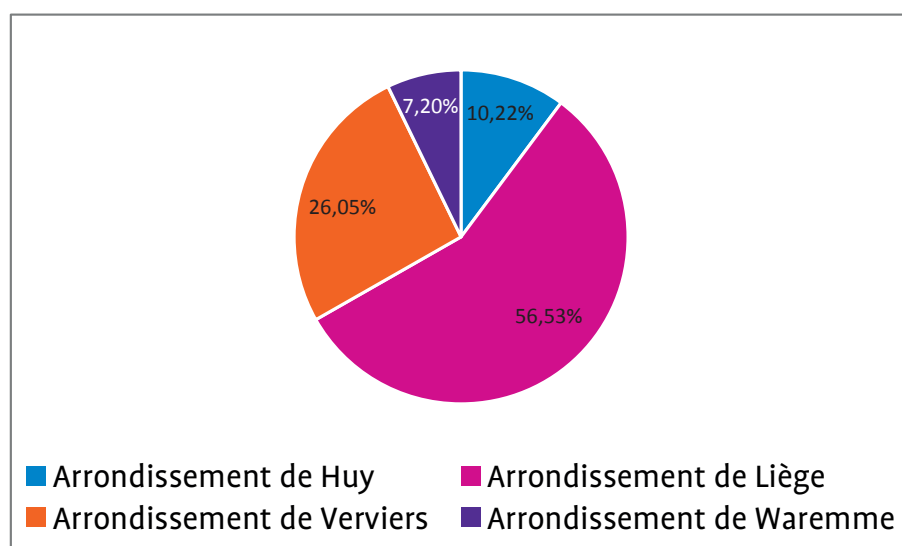
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 505 094	5 703 950	11 209 044
Wallonie		1 749 701	1 840 043	3 589 744
Province de Liège		534 614	560 177	1 094 791
ARRONDISSEMENTS	Huy	54 925	56 914	111 839
	Liège	300 588	318 299	618 887
	Verviers	140 554	144 660	285 214
	Waremme	38 547	40 304	78 851

→ La province de Liège comptait au 1er janvier 2015, 1 094 791 habitants, soit 9,8 % de la population totale de la Belgique et 30,5 % de la population de la Wallonie.

Source : SPF Economie-DGS

1.2 Répartition de la population dans les différents arrondissements

Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015



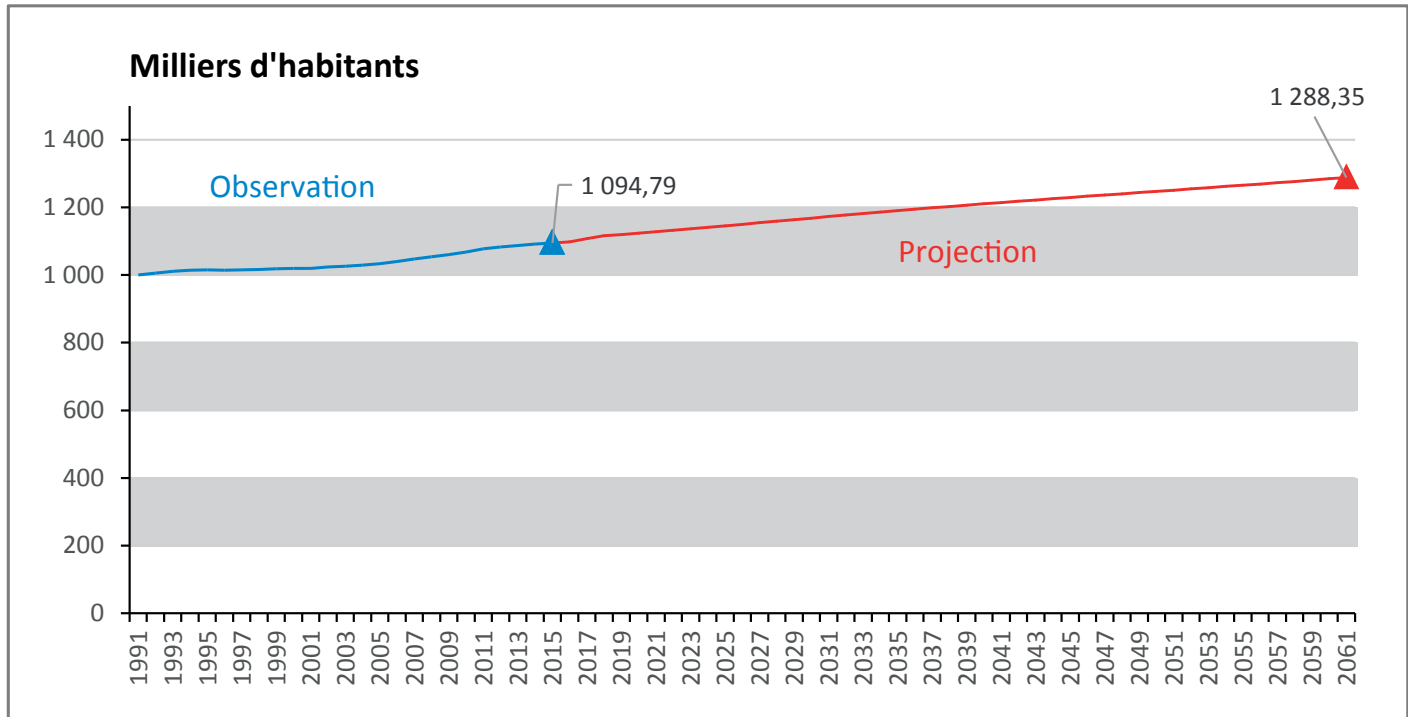
→ L'arrondissement de Liège est le plus peuplé avec 618 887 habitants soit 56,5 % de la population de la province de Liège ; viennent ensuite les arrondissements de Verviers (26,1 %), de Huy (10,2 %) et de Waremme (7,2 %).

Source : SPF Economie-DGS

POPULATION

1.3 Évolution de la population

Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2060, province de Liège



Source : Bureau Fédéral du Plan

→ La population de la province de Liège croît progressivement, passant de 1 000 696 habitants en 1991 à 1 094 791 en 2015, avec une accélération à partir de 2003.

L'accroissement de la population est le résultat, non seulement de la différence entre les décès et les naissances, mais il reflète également l'arrivée de nouveaux habitants et leur départ.

Selon le Bureau Fédéral du Plan, les perspectives pour l'avenir tendent vers une augmentation de la population totale pour atteindre environ 1 323 981 habitants en province de Liège en 2060.

Diverses hypothèses peuvent être émises à ce sujet, dont :

- une espérance de vie masculine qui rejoint celle des femmes avec, en outre, une espérance de vie en augmentation pour les deux sexes;
- une fécondité en hausse, passant de 1,73 enfants par femme en 2014 à 1,83 en 2060 en province de Liège [1];
- une accentuation de l'immigration internationale temporaire.

En l'occurrence, l'hypothèse émise serait que l'immigration internationale ou en provenance d'autres provinces, est plus grande que l'émigration vers ces zones, ce qui donne un solde migratoire externe et interne positif [1].



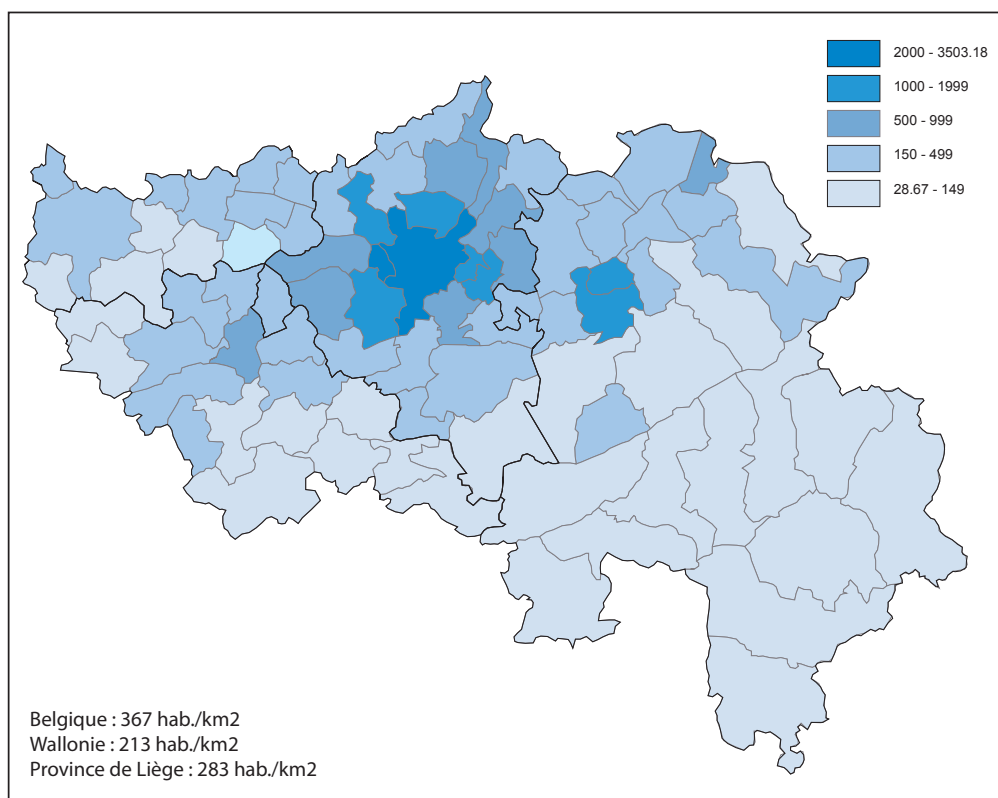
Chapitre 1

2. Communes et habitants

2.1 Densité de population par commune

La densité de population par commune est égale au nombre d'habitants divisé par la surface de la commune en km².

Carte 1.1. Densité de population (habitants/km²), province de Liège, par commune, 1er janvier 2015



Discretisation : manuelle - Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ La densité de population de la province de Liège (283 hab./km²) est supérieure à celle de la Wallonie (213 hab./km²), mais plus faible que celle de la Belgique (367 hab./km²).

Les communes les plus densément peuplées sont concentrées sur Liège et sa périphérie de même que Verviers et sa commune voisine, Dison.

Dès le début du millénaire dernier, la ville de Liège était déjà le chef-lieu de la Principauté du même nom et a développé une forte activité sidérurgique dès le 18^{ème} siècle. De cet essor économique, la ville a conservé un caractère commercial et de services très développé.

Verviers, quant à elle, est une ville moyenne qui a concentré une activité lainière industrielle jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle et qui a vocation de centre commercial et de services pour l'est de la province.

Les communes les moins densément peuplées (moins de 150 hab./km², seuil de critère de ruralité pour l'OCDE [2]), se situent majoritairement au sud et à l'est de la province.

Elles se situent dans les régions rurales proches de l'Allemagne et de la province du Luxembourg ainsi que dans le Condroz liégeois et la Hesbaye.

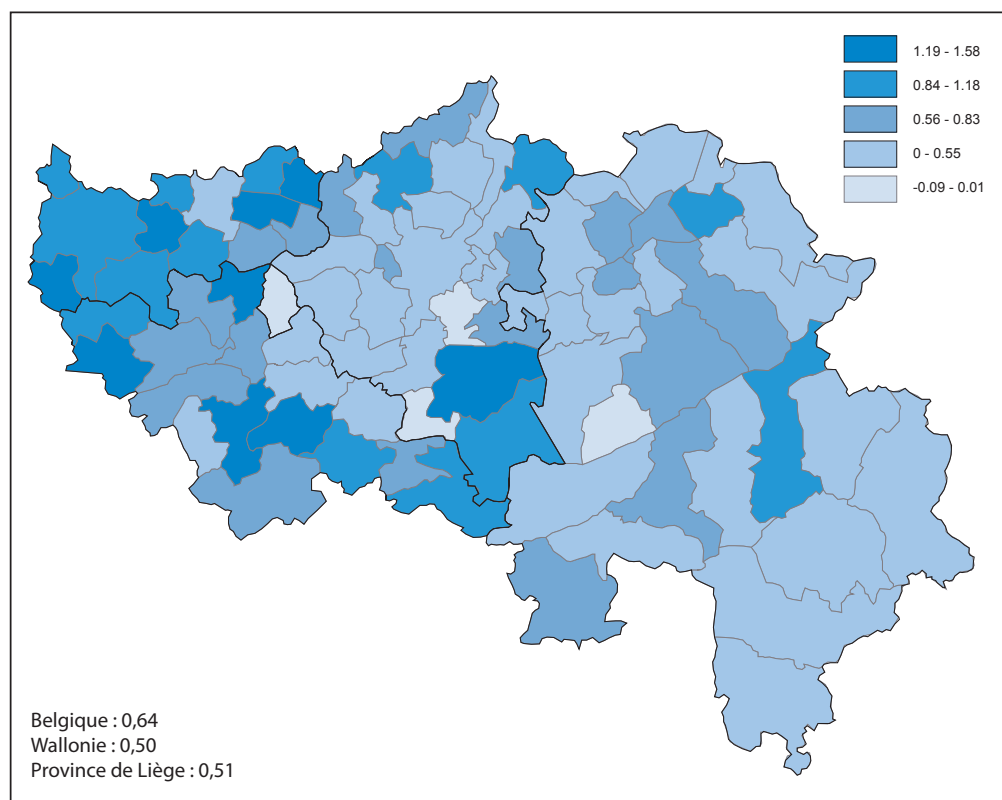
La tradition d'exploitation agricole ou forestière de ces régions peut, en partie, expliquer leur degré d'urbanisation plus faible.

POPULATION

2.2 Mouvement de population

Le taux de croissance annuel moyen de la population (en %) est égal à l'accroissement naturel (nombre de naissances moins nombre de décès) plus le solde migratoire (ceux qui arrivent dans la commune moins ceux qui en partent), le tout divisé par le nombre d'habitants en début de période d'observation et multiplié par 100, le tout divisé de nouveau par le nombre d'années d'observation [3].

Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Liège, par commune, sur 10 ans (2006-2015)



Discretisation : Jenks - Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Le taux de croissance annuel moyen de la population de la province de Liège au cours des dix dernières années est positif (0,51 %). Il est similaire à celui de la Wallonie (0,50 %) mais il est inférieur à celui de la Belgique (0,68 %).

A l'échelle des communes, la situation est plus contrastée. En effet, la carte ci-dessus montre un taux supérieur à la moyenne régionale et nationale pour les communes du nord-ouest de la province.

Le taux de croissance confirmerait l'attractivité de la Hesbaye, grâce à l'autoroute E40 et la situation géographique à mi-chemin entre Liège et Bruxelles, par un phénomène de périurbanisation [4].

Quant aux entités de l'ancien axe industriel mosan et du sud de la province, le taux reste positif mais inférieur aux taux moyens wallon et provincial.

De 2006 à 2015, le taux de croissance annuel moyen de la population est le plus élevé dans les communes de Remicourt (1,58 %), Geer (1,53 %), Verlainne (1,51 %) et Crisnée (1,42 %).



Chapitre 1

À l'inverse, les taux les plus négatifs concernent les communes de :

- Comblain-au-Pont (-0,09 %). Une des hypothèses d'explication serait un exode rural par manque d'attractivité et de services. Pour être confirmée, elle devrait faire l'objet d'une étude spécifique;
- Spa (-0,05 %) et Chaudfontaine (-0,01 %). Pour ces deux communes, le phénomène pourrait s'expliquer en partie par l'indice de vieillissement (>1.03 – deux des plus élevés de la province - voir Carte 1.6) et dès lors, par une fécondité moins élevée et des décès non-remplacés;¹
- Saint-Georges-sur-Meuse (-0,02 %). Une étude spécifique locale devrait être menée afin de chercher la cause de ce taux négatif.

¹

Le coefficient de corrélation $r = -0,64$. Il s'agit d'une forte corrélation entre le taux d'accroissement et l'indice de vieillissement des différentes communes. Plus l'indice de vieillissement est élevé, plus le taux d'accroissement est faible – vu le signe négatif de la corrélation. Le coefficient de détermination $r^2 = 0,41$, ce qui veut dire que 41% de la variabilité du taux d'accroissement seraient expliqués par l'indice de vieillissement.

POPULATION

3. ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années que chaque individu d'une population, né au cours d'une année donnée, peut espérer vivre, en fonction des taux de mortalité observés cette année-là. Il s'agit d'une valeur calculée et non d'une valeur observée. Le mode de calcul de cet indicateur lui permet de ne pas être influencé par la structure d'âge de la population (par la proportion de personnes âgées notamment) [5].

3.1 Espérance de vie à la naissance

Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2010-2014

	Hommes	Femmes
Belgique	78,9	83,2
Wallonie	77,0	82,0
Province de Liège	77,5	81,8

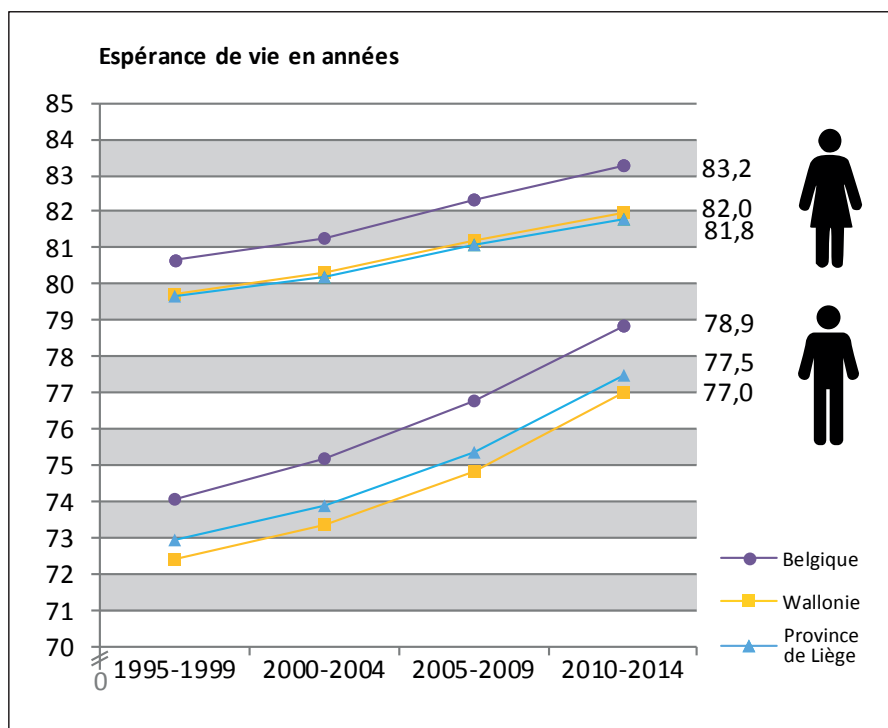
→ Chez les hommes de la province de Liège, l'espérance de vie à la naissance est supérieure de 6 mois à celle des hommes wallons.

Cependant, elle est inférieure de 17 mois à celle des hommes belges.

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

Chez les femmes de la province de Liège, l'espérance de vie est similaire à celle des Wallonnes mais inférieure de 17 mois à celle de leurs homologues belges.

Figure 1.3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014



Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Le graphique ci-dessus nous montre une augmentation régulière de l'espérance de vie depuis 20 ans, tant en Belgique qu'en Wallonie et en province de Liège.

L'augmentation est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et la différence homme-femme a tendance à se réduire.

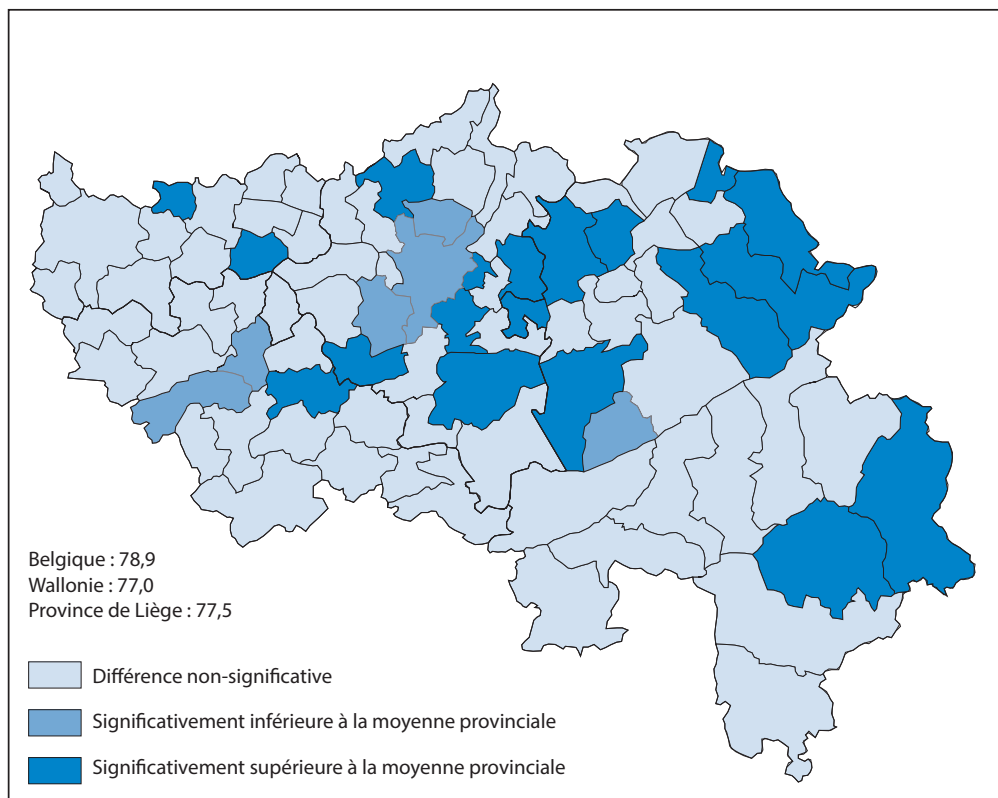
En province de Liège, elle passe de 6,8 ans dans la période 1995-1999 en faveur des femmes à 4,3 ans durant la période 2010-2014.

Les écarts entre territoires restent similaires au cours du temps.



Chapitre 1

Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Liège, par commune, 2010-2014



Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Sur la période 2010-2014, l'espérance de vie des hommes de la province de Liège était de 77,5 ans.

Les communes de Liège (75,3 ans), Herstal (76,2 ans), Seraing (75,4 ans), Huy (73,7 ans), Amay (75,3 ans) et Spa (75,4 ans) présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale.

Toutes ces communes se situent sur l'axe industriel traditionnel mosan à l'exception de la ville de Spa.

Globalement, les communes où l'espérance de vie est supérieure à la moyenne provinciale se situent dans les cantons de l'Est, en zone périurbaine de la ville de Liège et sur le plateau de Herve.

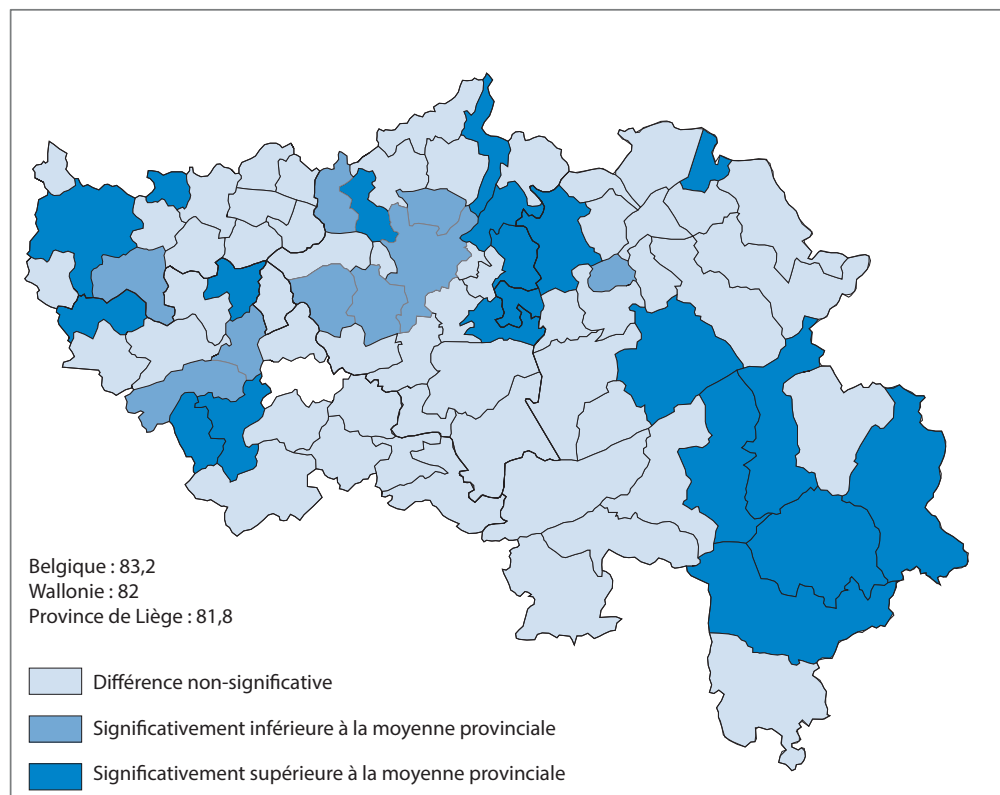
La Province de Liège a calculé les corrélations de Spearman entre l'espérance de vie des hommes et le taux de chômage des hommes de 15-64 ans d'une part et, d'autre part, avec le revenu médian par commune.

Selon ces calculs, il existerait une présomption raisonnable que l'espérance de vie des hommes soit en partie liée avec le taux de chômage des 15-64 ans, au niveau communal².

Le revenu médian, à lui seul, n'explique pas, ou peu, la variabilité de l'espérance de vie ($r^2=0,04$).

POPULATION

Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Liège, par commune, 2010-2014



Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Sur la période 2010-2014, l'espérance de vie des femmes de la province de Liège était de 81,8 ans.

Les communes d'Amay (79,0), Braives (79,2), Huy (79,4), Awans (79,7), Dison (79,8), Flémalle (79,9), Herstal (80,0), Seraing (80,4) et Liège (81,1) présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale.

Celles-ci sont généralement densément peuplées, à l'exception de Braives et Awans.

Les communes où l'espérance de vie est significativement supérieure se situent dans les cantons de l'Est, en zone périurbaine des villes de Liège et Huy ainsi qu'au sein de la commune de Hannut.

Les calculs effectués par la Province de Liège sur le revenu médian et le taux de chômage des femmes de 15-64 ans ne donnent aucun résultat probant. La recherche d'une autre explication serait nécessaire pour ces différences communales.



Chapitre 1

3.2 Espérance de vie à 65 ans

Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2010-2014

	Hommes	Femmes
Belgique	18,9	21,4
Wallonie	18,1	20,6
Province de Liège	18,1	20,3

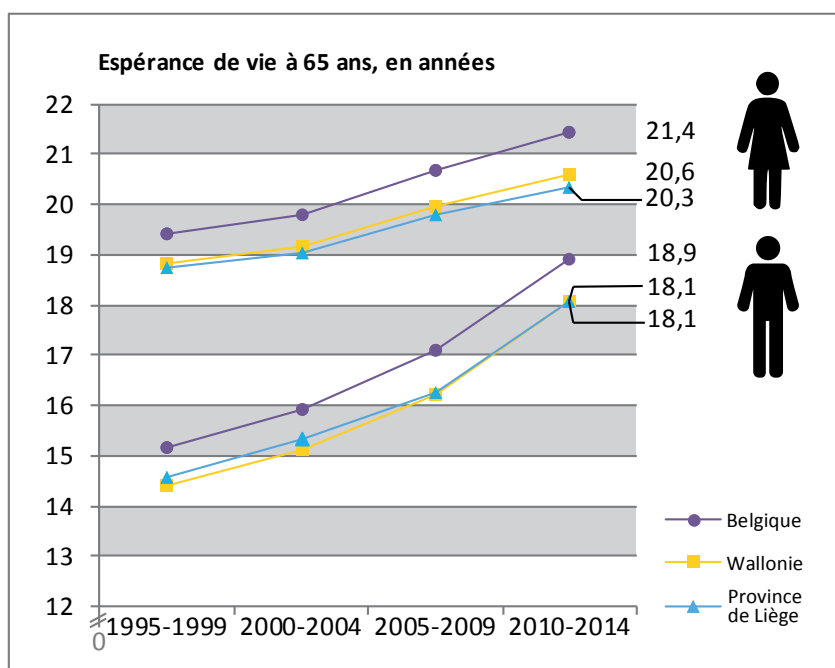
Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ L'espérance de vie à 65 ans, entre 2010 et 2014, est identique pour les hommes de la province de Liège et pour les hommes wallons.

Pour les femmes de la province de Liège, l'espérance de vie à 65 ans est inférieure de 0,3 ans par rapport aux femmes wallonnes.

Au regard de la situation nationale, l'espérance de vie à 65 ans de la population de la province de Liège apparaît inférieure de 0,8 an pour les hommes et de 1,1 an pour les femmes.

Figure 1.4. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1999 ;... ;2010-2014



Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ L'espérance de vie à 65 ans continue de s'accroître depuis 20 ans en Belgique, Wallonie et province de Liège.

Le phénomène est plus marqué dans la population masculine que féminine. Pour les hommes, elle passe de 14,1 ans en 1995-1999 à 18,1 ans chez les hommes, en 2010-2014 ; chez les femmes, elle passe de 18,7 ans à 20,3 ans pour les mêmes périodes.

Nous observons donc, comme pour l'espérance de vie à la naissance, une réduction progressive de l'écart entre hommes et femmes.

L'évolution de l'espérance de vie à 65 ans est sensiblement identique pour les Wallons et les habitants de la province de Liège, quel que soit le sexe.

L'écart entre la Belgique et la province de Liège n'a pas évolué au cours de la période d'observation.

Remarque générale :

Il reste cependant que l'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années que vivrait un nouveau-né si les caractéristiques de mortalité de sa population au moment de sa naissance demeuraient les mêmes tout au long de sa vie. Or, l'espérance de vie étant influencée par les conditions de vie (nourriture, accès aux soins, guerres, accidents, violence, pollutions, conditions de travail, tabagisme...), il est essentiel de tenir compte du ressenti de la population quant à son état de santé si l'on veut évaluer son espérance de vie sans incapacité.

Ainsi, l'Institut de Santé Publique a démontré que, sur base des données des enquêtes de santé, la population belge peu qualifiée (pas ou peu diplômée) pouvait en général s'attendre à vivre plus d'années en mauvaise santé que celle plus qualifiée. L'ISP conclut qu'en Belgique l'inégalité est plus grande en termes de qualité de santé qu'en termes de quantité de santé [6].

En 2013, les épidémiologistes de l'ISP avaient calculé que l'espérance de vie sans limitations était de 13,33 ans chez les hommes de 50 ans ayant un diplôme de l'enseignement primaire, alors qu'elle atteignait 22 ans chez ceux qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur (soit près de 10 ans de plus !). A 65 ans, les hommes du premier groupe font donc déjà face à des limitations qui peuvent compliquer le maintien en activité professionnelle, alors que ce n'est pas le cas du second [7].

POPULATION

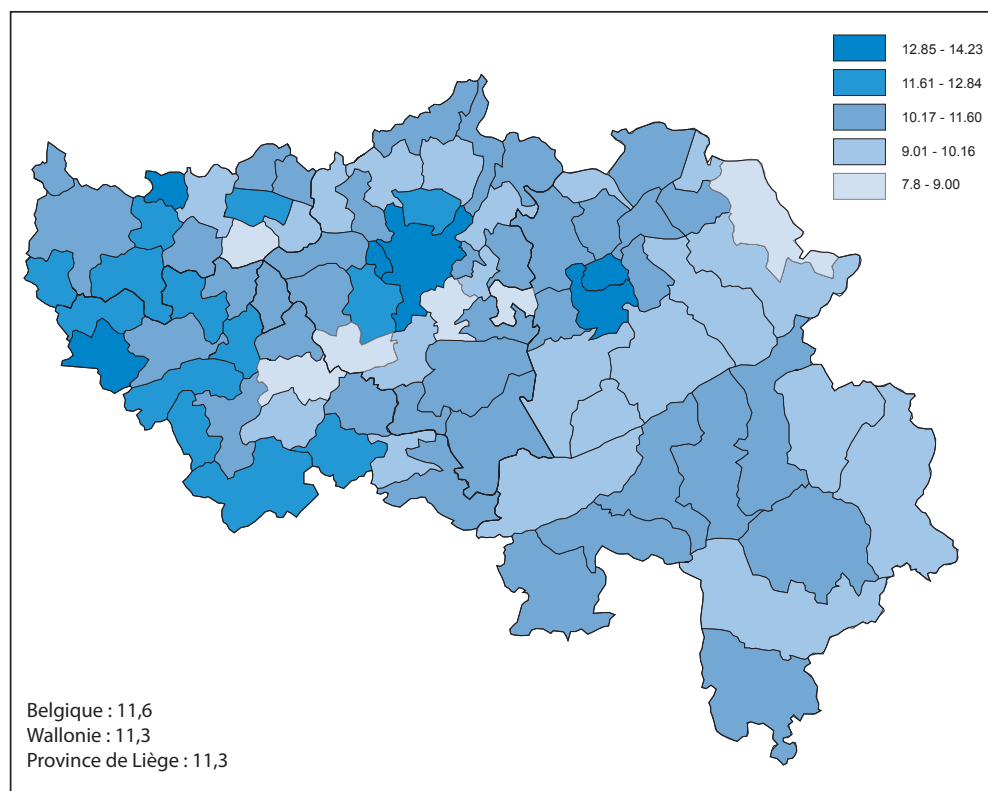
4. Natalité

En Belgique, la statistique des naissances et de la fécondité est essentiellement élaborée à l'aide des informations recueillies sur les bulletins de déclaration de naissance d'un enfant né vivant. La commune du lieu de naissance est dite "commune de fait", pour la distinguer de la commune de résidence habituelle de la mère de l'enfant qui sera dite "commune de droit". Les deux peuvent évidemment correspondre, mais ce n'est pas toujours le cas. Les statistiques présentées ci-après se basent sur la commune de droit [8]. C'est-à-dire qu'elles reflètent les caractéristiques de la population générale plutôt que les pratiques des maternités présentes dans les communes.

4.1 Taux brut de natalité

Le taux brut de natalité est égal au nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants [9].

Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité, province de Liège, par commune, 2005-2014



Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Sur la période décennale 2005 à 2014, les taux moyens de natalité de la province de Liège et de la Wallonie sont identiques (11,3 naissances pour 1 000 habitants).

Ils sont cependant inférieurs au taux de la Belgique (11,6/1 000 hab.).

En nombre absolu, cela correspond à une moyenne annuelle de 137 836 naissances en Belgique, 43 655 en Wallonie et 13 315 en province de Liège.

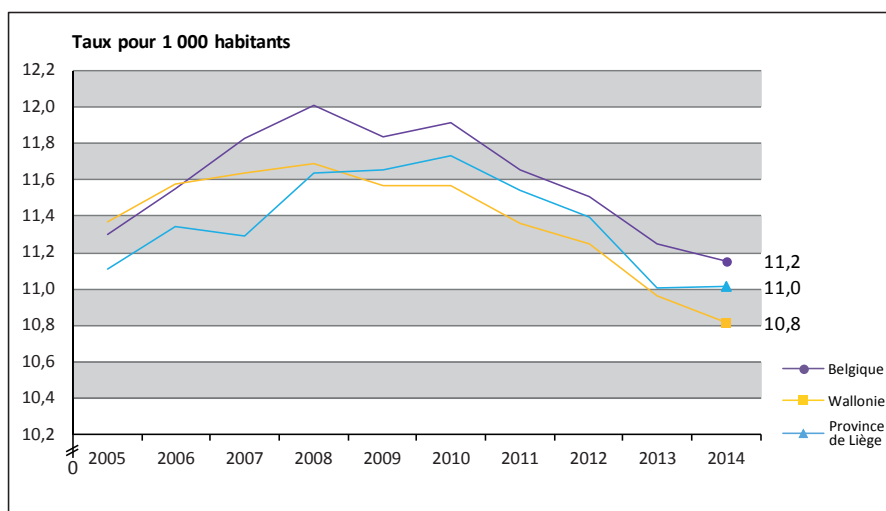
Le taux de natalité le plus élevé s'observe à Dison avec 14,2 naissances vivantes en moyenne pour 1 000 habitants, suivi de Verviers (14,1), Liège (13,3), Héron (13,0), Berloz (12,9), Saint-Nicolas (12,9) et Huy (12,3).

À l'inverse, les communes où le nombre de naissances pour 1 000 habitants se révèle le plus faible entre 2005 et 2014 sont Neupré (7,8), Chaudfontaine (8,0) et Nandrin (8,4).



Chapitre 1

Figure 1.5. Évolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2014



Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ De 2005 à 2014, les courbes d'évolution des taux bruts de natalité de la province de Liège et de la Belgique apparaissent assez similaires.

On note que de 2009 à 2014, le taux de la province de Liège dépasse celui de la Wallonie.

Le taux brut de natalité a connu un pic en 2010 (11,7) pour décliner progressivement jusqu'en 2013 (11,1) et se stabiliser en 2014 (11,0).

4.2 Indice conjoncturel de fécondité

Le taux de fécondité général est égal au nombre de naissances vivantes divisé par le nombre moyen de femmes en âge de procréer (15-49 ans) pour l'année considérée.

L'indice conjoncturel de fécondité (exprimé en nombre moyen d'enfants par femme) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie, si le taux de fécondité de chaque groupe d'âge, pour l'année considérée restait stable dans le temps [10].

Cet indice permet les comparaisons dans le temps et dans l'espace et gomme les effets liés à la structure d'âge et de sexe de la population. Comme pour l'espérance de vie, il s'agit d'une construction mathématique et non de l'observation d'une cohorte. En dessous de 2,1 enfants par femme, on estime que le seuil de renouvellement de la population n'est pas atteint ; le remplacement de population suppose que chaque mère soit remplacée à la génération suivante par une fille susceptible de donner à son tour naissance à une fille, et ainsi de suite [6].

En 1961, l'indice conjoncturel de fécondité s'élevait encore à 2,62 enfants par femme en Belgique. C'est à partir de 1972, lors du choc pétrolier, que l'ICF passe en dessous du seuil de renouvellement à 2,09 enfants par femme.

Il a ensuite diminué régulièrement jusqu'en 1985 (1,51 enfant par femme) pour remonter vers un pic en 2008 (1,85) avant de redescendre, en 2013, jusqu'à ses niveaux de 2005 (1,74) [8].

Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

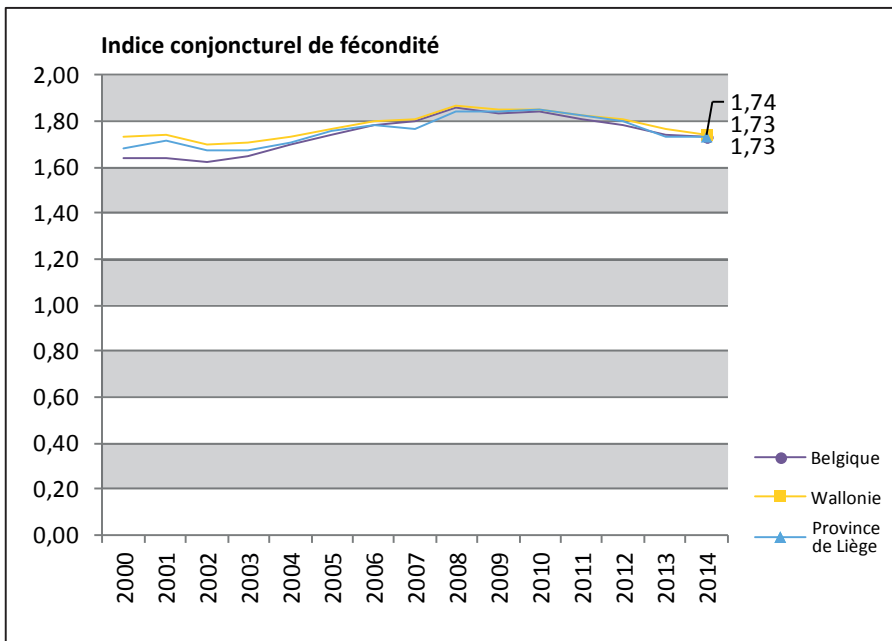
	Indice conjoncturel de fécondité 2013
Belgique	1,74
Wallonie	1,76
Province de Liège	1,73

Source: SPF Economie-DGS

→ En 2013, l'indice conjoncturel de fécondité de la province de Liège était inférieur à celui de la Wallonie et de la Belgique avec 1,73 enfant par femme, inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).

POPULATION

Figure 1.6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014



Source : SPF Economie-DGS

→ L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) a montré un court sursaut après l'an 2000. Ensuite, à partir de 2002 jusqu'à 2008, il n'a cessé d'augmenter, même s'il reste toujours inférieur au seuil de remplacement de population.

On observe un pic en 2008 avant de retrouver en 2014 des valeurs plus basses, semblables à la situation qui précédait la crise économique.

En province de Liège, l'ICF était plus élevé qu'en Wallonie mais inférieur à celui de la Belgique jusqu'en 2004.

À partir de 2004, les trois courbes suivent des évolutions assez similaires.



5. Population de nationalité étrangère

Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015

		Belges	étrangers		Total
			Effectif	en %	
Belgique		9 953 758	1 255 286	11,2	11 209 044
Wallonie		3 237 314	352 430	9,8	3 589 744
Province de Liège		979 091	115 700	10,6	1 094 791
ARRONDISSEMENTS	Huy	107 494	4 345	3,9	111 839
	Liège	540 688	78 199	12,6	618 887
	Verviers	254 668	30 546	10,7	285 214
	Waremme	76 241	2 610	3,3	78 851

Source : SPF Economie-DGS

→ Ce tableau présente les données concernant la population n'ayant pas la nationalité belge et non la population d'origine étrangère naturalisée Belge. Il est à noter qu'à la naissance, si un des deux parents est belge, l'enfant est belge ; si les parents sont étrangers mais que l'un des deux est né en Belgique, l'enfant est belge moyennant une déclaration ; si les deux parents sont étrangers nés à l'étranger, l'enfant est étranger.

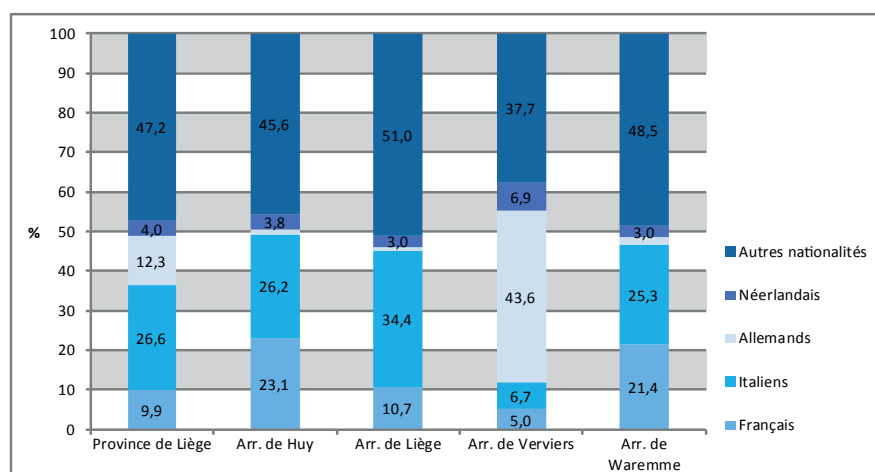
En 2015, la province de Liège compte une proportion de ressortissants étrangers (10,6 %) inférieure à la Belgique (11,2 %), mais supérieure à la Wallonie (9,8 %).

La répartition de la population étrangère sur le territoire de la province de Liège diffère dans les quatre arrondissements. Les arrondissements de Waremme et de Huy comptent les plus faibles proportions de ressortissants étrangers (respectivement 3,3 % et 3,9 %).

L'arrondissement de Verviers présente une proportion de ressortissants étrangers proche de celle de la province de Liège avec la particularité de compter une proportion plus importante de ressortissants allemands que dans les autres arrondissements.

L'arrondissement de Liège présente une proportion plus élevée de ressortissants étrangers que la proportion belge et presque quatre fois plus comparativement à l'arrondissement de Waremme.

Figure 1.7. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015



→ Les deux premières nationalités représentées dans tous les arrondissements de la province de Liège sont l'italienne et la française, à l'exception de l'arrondissement de Verviers où la proximité de la Communauté germanophone place la nationalité allemande (43,6 %) en tête des ressortissants étrangers habitant le territoire de cet arrondissement.

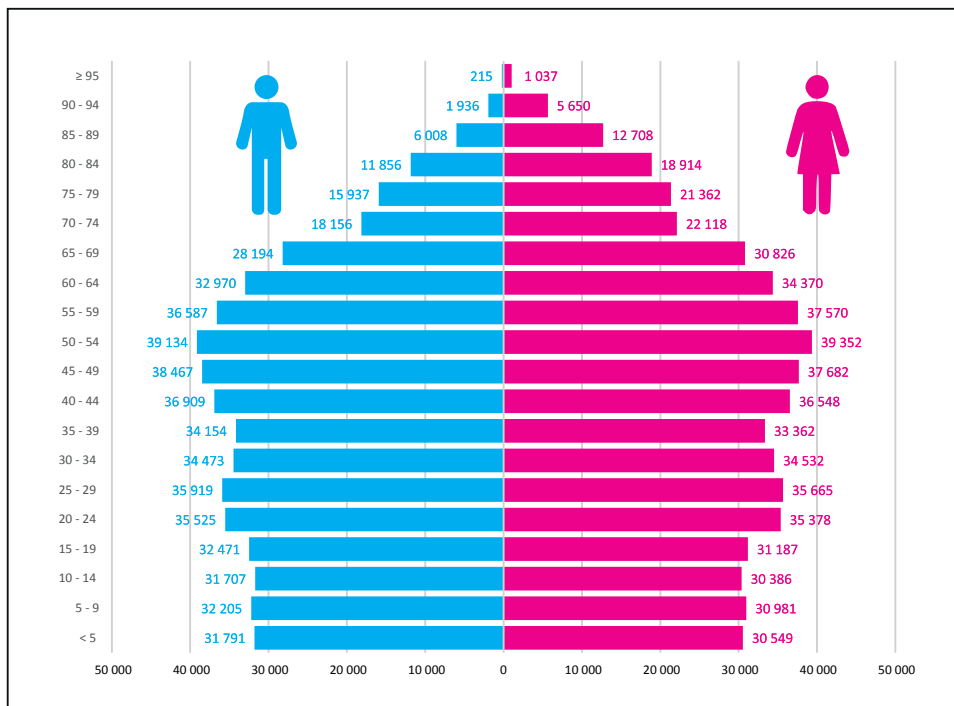
Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

POPULATION

6. Structure de la population par âge et selon le sexe

La pyramide des âges représente la répartition d'une population par tranches d'âge et par sexe à un instant donné, pour une population donnée [11].

Figure 1.8. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Liège, 1er janvier 2015



Source : SPF Economie-DGS

→ La pyramide des âges de la province de Liège présente une allure similaire à celle des pays développés. Elle illustre le concept de basse fécondité actuel qui rétrécit sa base et, simultanément, un allongement de l'espérance de vie qui élargit le sommet.

Seuls les pays moins développés n'ayant pas encore observés ces deux phénomènes au sein de leur société ont une répartition par âge et sexe réellement pyramidale.

Divers faits de société marquent la forme de la pyramide des âges :

- entre 70 et 79 ans, le "stigmat" de la Deuxième Guerre Mondiale et de la grande crise se voit encore (déficit de naissances);
- entre 50 et 69 ans, le gonflement de la pyramide correspond au baby-boom d'après-guerre. L'optimisme qui a suivi la fin du second conflit mondial, accompagné d'une prospérité économique favorable à la fécondité ainsi que l'immigration d'hommes jeunes ensuite rejoints par leur famille, expliquent ce plus grand nombre de naissances;
- entre 30 et 39 ans, une légère dépression est observée. La crise pétrolière des années septante a eu un effet pessimiste sur la fécondité, de même que la fin du plein-emploi [8];
- à partir des années septante, la fécondité diminue régulièrement sous l'effet de la généralisation des moyens contraceptifs avec une planification familiale plus structurée. L'accès au travail généralisé pour les femmes et les changements de mentalités et des modes de vie qui y sont liés peuvent expliquer aussi ce phénomène [12].

La pyramide des âges permet également de comparer la structure par âge des hommes et des femmes :

- à la naissance, les garçons sont plus nombreux que les filles. En moyenne 105 garçons naissent pour 100 filles;
- à partir de 50 ans, la tendance s'inverse et les femmes deviennent plus nombreuses que les hommes. La longévité accrue des femmes explique ce phénomène;
- chez les plus de 80 ans, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes.



7. Vieillesse de la population

Selon Eurostat, la population dans les 28 pays de l'Union européenne devrait continuer à vieillir; le nombre élevé de baby-boomers faisant gonfler la proportion de personnes âgées dans les décennies à venir. La faible natalité persistante entraînant une diminution de la proportion de jeunes dans la population et l'augmentation de l'espérance de vie auront un impact sur la forme de la pyramide des âges ressemblant davantage à une "meule de foin" à l'horizon 2080 (EUROPOP2013).

Eurostat relève aussi le vieillissement progressif de la population âgée elle-même, l'importance relative des personnes très âgées progressant à un rythme plus rapide que n'importe quel autre segment de la population de l'UE. On s'attend ainsi à ce que la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population de l'UE-28 soit multipliée par deux ou plus entre 2014 et 2080.

Au cours de cette même période, la part de la population en âge de travailler devrait diminuer régulièrement jusqu'en 2050, avant de se stabiliser quelque peu, tandis que les personnes âgées constitueront sans doute une part grandissante de la population totale, les personnes de 65 ans et plus représentant 28,7 % de la population de l'UE-28 en 2080, contre 18,5 % en 2014.

Avec comme conséquence : le taux de dépendance des personnes âgées dans l'UE-28 qui devrait presque doubler, passant de 28,1 % en 2014 à 51,0 % en 2080.

Sur le plan sanitaire, on ne peut que se réjouir de cet accroissement de la longévité, surtout parce que l'espérance de vie sans incapacité augmente également dans les mêmes proportions. En revanche, sur le plan économique, les générations en âge de travailler devront supporter les dépenses liées à une proportion croissante de personnes âgées [13].

7.1 Vieillesse en Belgique, Wallonie et province de Liège

Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégories d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1er janvier 2015


	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<20 ans	2 531 000	22,6	842 977	23,5	251 277	23,0
20-64 ans	6 647 456	59,3	2 116 981	59,0	648 597	59,2
65 ans et +	2 030 588	18,1	629 786	17,5	194 917	17,8
Total	11 209 044	100,0	3 589 744	100,0	1 094 791	100,0

Source : SPF Economie-DGS

→ Les répartitions des populations par tranches d'âge sont semblables dans la province de Liège, en Wallonie et en Belgique. Une personne sur 5 est âgée de moins de 20 ans et les personnes considérées en âge d'être en activité³ (20-64 ans) constituent environ 3/5 de la population.


POPULATION

Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1er janvier 2015



	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
65-74 ans	486 280	55,4	151 331	57,4	46 350	56,3
75-84 ans	301 639	34,4	86 166	32,7	27 793	33,8
85 ans et +	89 834	10,2	26 226	9,9	8 159	9,9
Total	877 753	100,0	263 723	100,0	82 302	100,0

Source : SPF Economie-DGS



	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
65-74 ans	535 732	46,5	172 793	47,2	52 944	47,0
75-84 ans	418 522	36,3	128 784	35,2	40 276	35,8
85 ans et +	198 581	17,2	64 486	17,6	19 395	17,2
Total	1 152 835	100,0	366 063	100,0	112 615	100,0

Source : SPF Economie-DGS

→ Les populations des trois territoires présentent globalement la même structure pour chaque tranche d'âge.

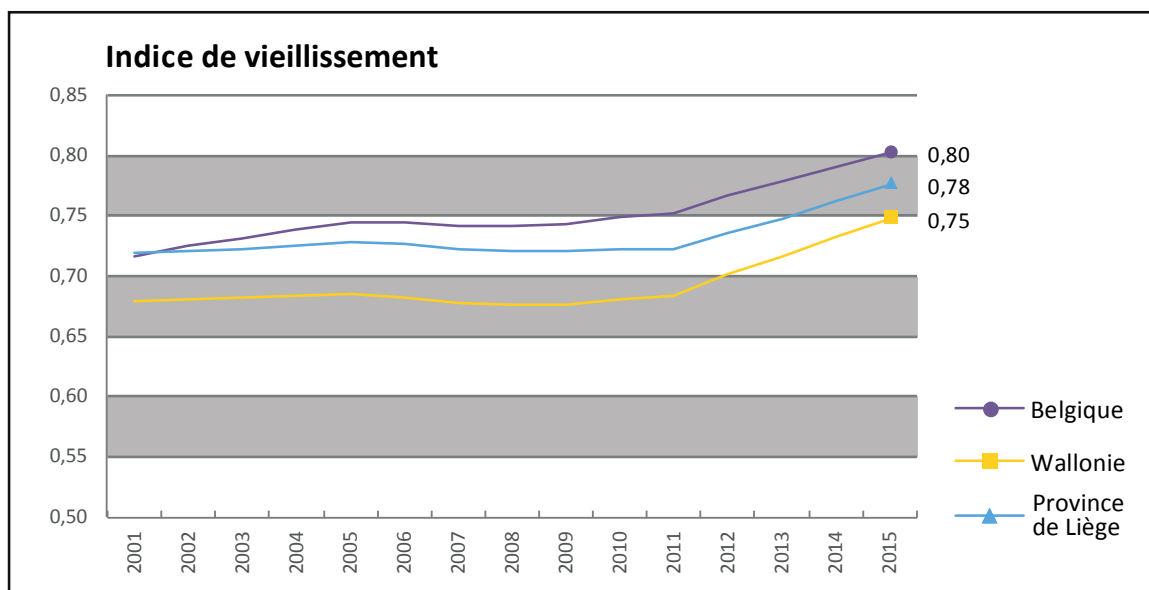
Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, ces chiffres de 2015 comparés à ceux au 1er janvier 2012 (qui ne sont pas présentés dans ce tableau) montrent une forte augmentation de personnes dans cette catégorie d'âge tant chez les hommes que chez les femmes (comme on le voit aussi dans la figure 1.9).



Chapitre 1

L'indice de vieillissement est le rapport entre les personnes de 65 ans et plus et les personnes de moins de 20 ans [14]. Ainsi, un indice de 0,70 sur un territoire signifie qu'on y trouve 70 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Figure 1.9. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2001-2015



Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Depuis le début du 21^{ème} siècle, les courbes de l'indice de vieillissement de la province de Liège et de la Wallonie sont restées parallèles et relativement stables jusqu'en 2012.

Néanmoins, l'indice liégeois reste toujours supérieur à l'indice wallon, tout en demeurant inférieur à l'indice belge, montrant ainsi un vieillissement plus important que la moyenne wallonne.

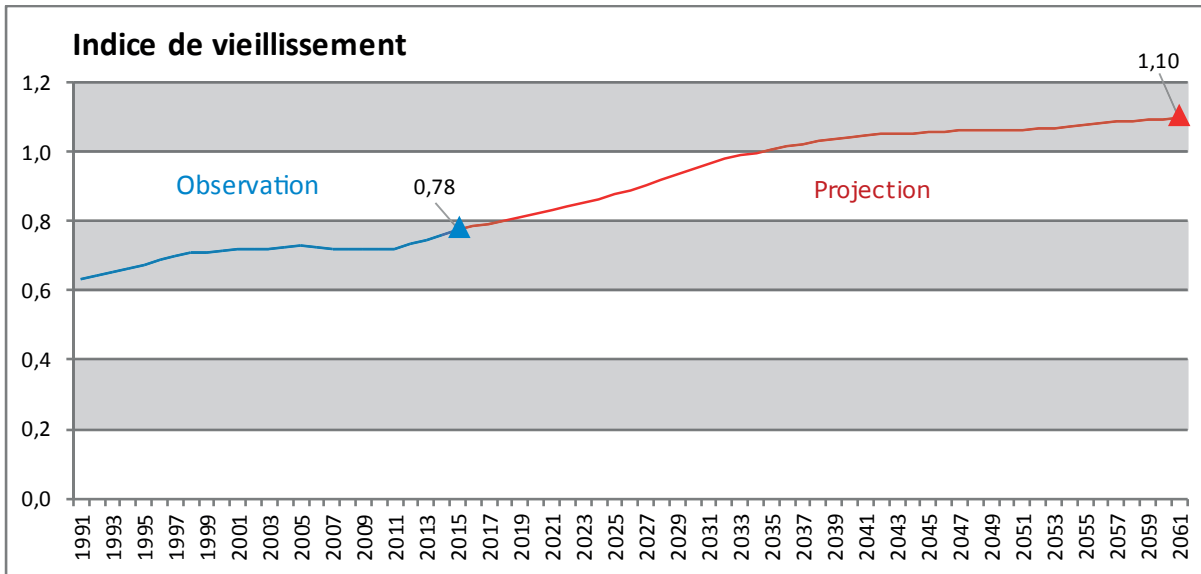
Cet indice est partout inférieur à 1, ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées.

Ce rapport "jeunes/personnes âgées" pourrait néanmoins s'inverser dans le futur, suite à l'arrivée des personnes issues du baby-boom de l'après-guerre (papy-boom).

Depuis 2011, on observe, par ailleurs, une accélération de l'augmentation de l'indice après une relative stabilité depuis 2001. L'écart entre l'indice belge et ceux de la Wallonie et de la province de Liège proviendrait du vieillissement plus important de la population en Région flamande [8].

POPULATION

Figure 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Liège



Source : Bureau Fédéral du Plan

→ Selon les projections établies par le Bureau Fédéral du Plan en 2015, l'indice de vieillissement en province de Liège augmenterait de 7,7 % en 2020, de 24,6 % en 2030 et de 41,5 % en 2061 et ce, par rapport à 2015.

L'indice de vieillissement évoluerait de 0,77 en 2015 à 1,10 en 2061. Ceci correspondrait à 109 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

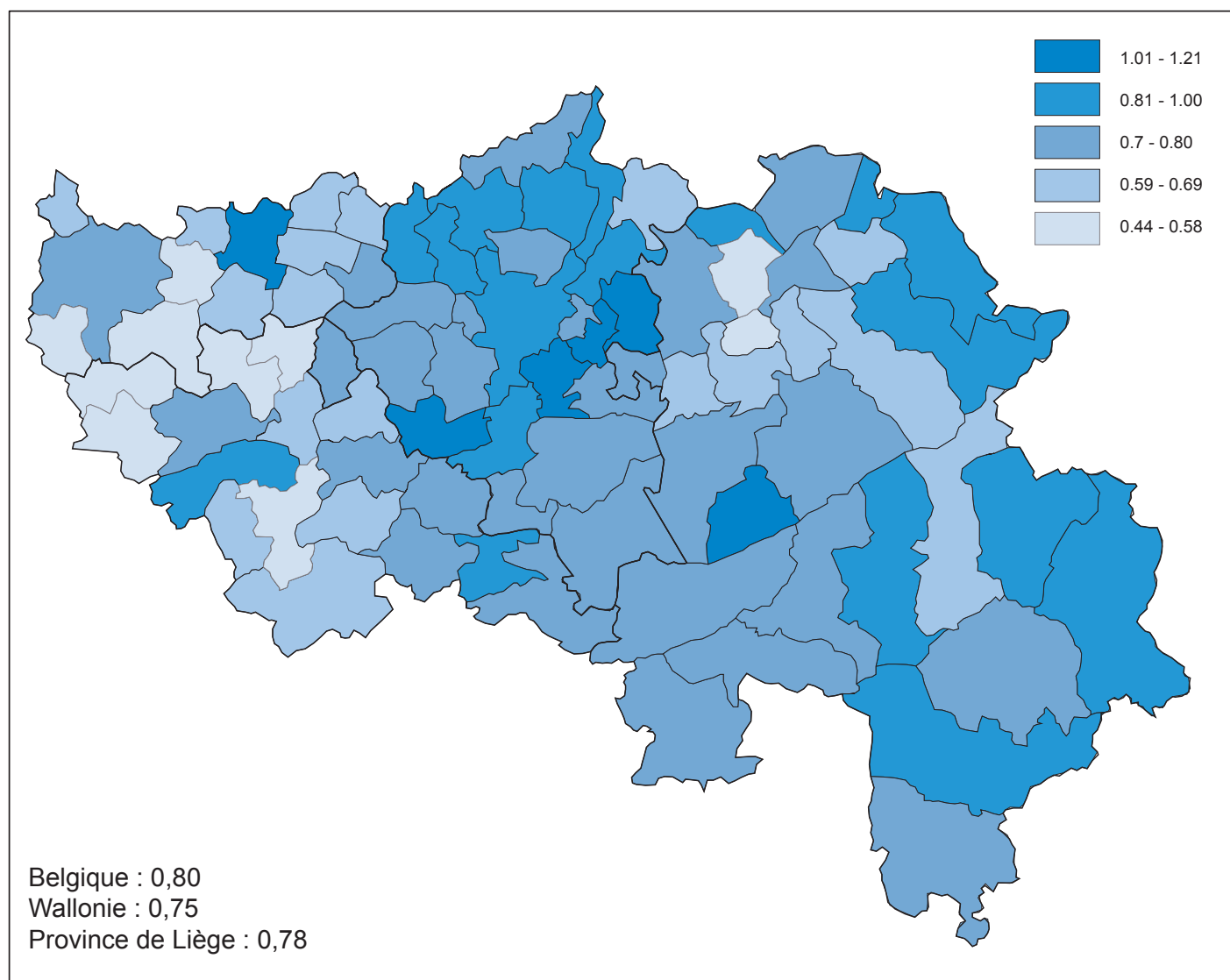
En 2061, les indices de vieillissement de la province de Liège (1,10), de la Wallonie (1,08) et de la Belgique (1,09) seraient quasiment identiques.



Chapitre 1

7.2 Vieillissement par commune

Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1er janvier 2015



Discrétisation: Jenks
Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Six communes de la province de Liège ont un indice de vieillissement supérieur à 1. Cela signifie qu'il y a plus de personnes âgées de 65 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans.

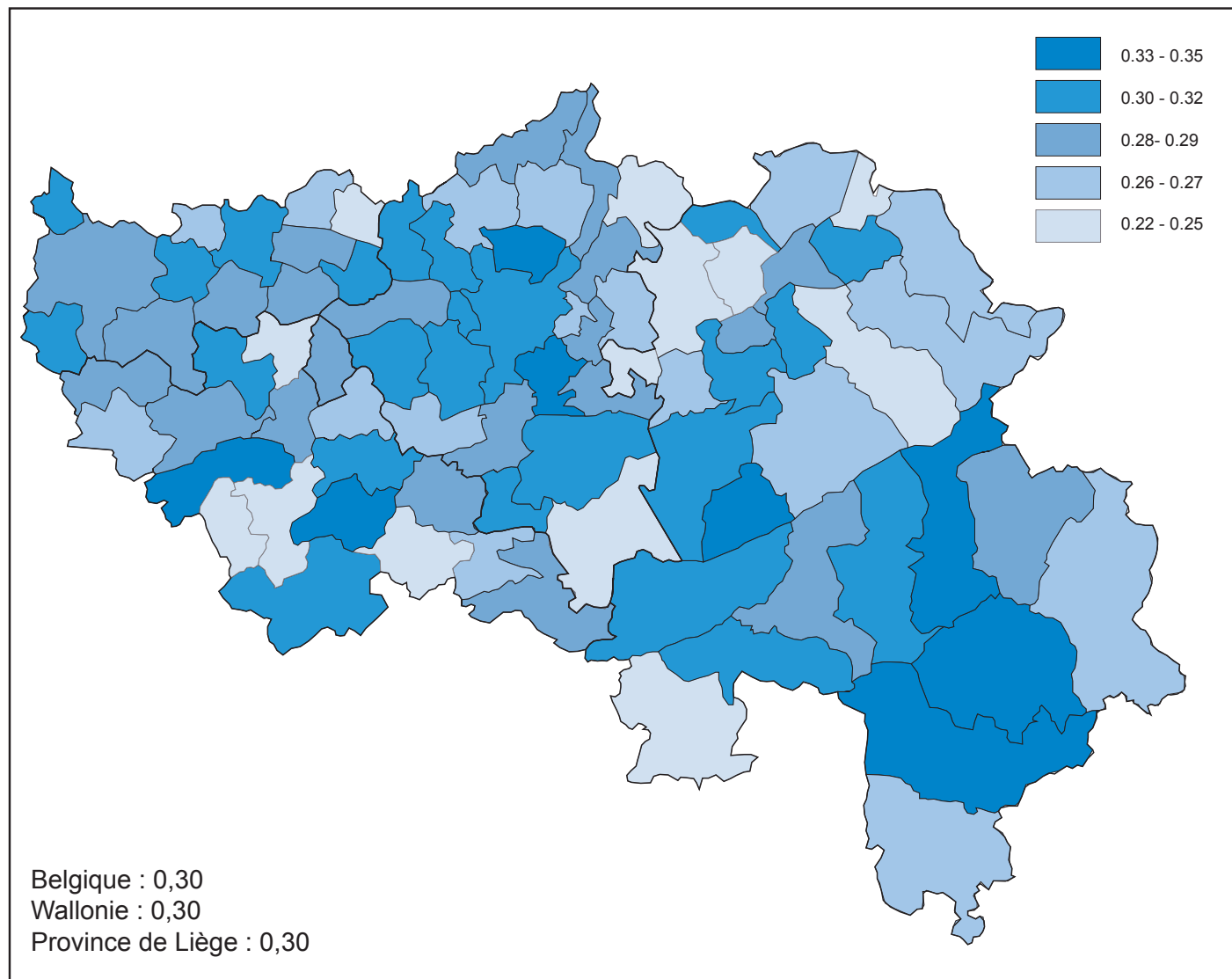
La commune de Spa compte en moyenne 117 personnes de 65 ans et plus pour 100 de moins de 20 ans.

Les autres entités connaissant cette situation sont dans l'ordre décroissant: Chaudfontaine (1,21), Neupré (1,09), Fléron (1,03), Esneux (1,02) et Waremme (1,01).

POPULATION

L'indice d'intensité du vieillissement est le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus [15]. Il se calcule en faisant le rapport entre les personnes de 80 ans et plus et les personnes de 65 ans et plus.

Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1er janvier 2015



Discrétisation: Jenks
Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Par rapport au processus global de vieillissement de la population, l'indice d'intensité de vieillissement fournit une indication de l'importance de la représentativité du "4ème âge" (80 ans et plus) au sein des 65 ans et plus.

Globalement, un tiers des communes sont concernées par le phénomène de "4ème âge" de manière supérieure à la moyenne provinciale (0,30).

La Belgique, la Wallonie et la province de Liège présentent des indices identiques en 2015.



7.3 Ratio de dépendance démographique

Le ratio de dépendance démographique est fonction de la structure par âge de la population. C'est le rapport entre le nombre d'individus supposés "dépendre" des autres pour la vie quotidienne - jeunes et personnes âgées - et le nombre d'individus capables d'assumer cette charge, c'est-à-dire en âge de travailler. Différentes bornes sont utilisées pour définir la population en âge de travailler: 20 à 64 ans pour l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), 15 à 64 ans pour Eurostat, 20 à 59 ans pour l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS).

Compte tenu de l'obligation scolaire jusqu'à 18 ans et de la législation qui incite de plus en plus les travailleurs à ne pas prendre leur retraite avant 65 ans, la définition de l'OCDE a été retenue [16].

Selon la définition utilisée et la population dans laquelle l'indice est calculé, sa valeur peut varier de façon plus ou moins importante.

Tableau 1.8. Évolution du ratio de dépendance, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1985-1995-2005-2015

	1985	1995	2005	2015
Belgique	0,67	0,66	0,68	0,69
Wallonie	0,68	0,65	0,67	0,69
Province de Liège	0,66	0,69	0,70	0,69

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Le ratio de dépendance est resté stable en province de Liège depuis 1995.

Au 1er janvier 2015, les valeurs des trois territoires observés sont identiques, à savoir 0,69. Ceci signifie que, pour 100 individus en âge d'activité (personnes âgées entre 20 et 64 ans), on recense 69 inactifs (personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus).

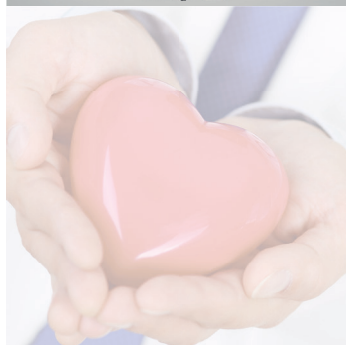
8. Bibliographie

1. Vandresse, M., *Perspectives démographiques 2014-2060 : Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs*. 2015, Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique.
2. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Créer des indicateurs ruraux pour étayer la politique rurale*. 1994 : OCDE.
3. Thomsin, L., *La géographie de la population ou Géodémographie*. 2013, Liège : Presses universitaires de Liège.
4. Wahl, J-P., *Carnet Paysage, les territoires paysagers de la Hesbaye Brabançonne*. 2008, Jodoigne : C.E. Hesbaye Editions.
5. IWEPS. and SPF-Economie., *Espérance de vie*. 2015.
6. Bossuyt, N. and H. Van Oyen, *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique*. 2001.
7. Berger, N. and H. Van Oyen, *Sommes-nous suffisamment en bonne santé pour travailler plus longtemps ?* 2013.
8. Debuisson, M., L. Dal, and M. Foulon, *Recensement général de la population et des logements au 1er mars 1991 : l'évolution de la population, l'âge et le sexe. Monographie du Recensement*. 2000, Institut National des Statistiques : Bruxelles. p. 1 - 170.
9. Insee. *Taux de natalité*. 2016; Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-natalite.htm>.
10. *Indice conjoncturel de fécondité*. SPF Economie : p. 2.
11. Insee. *Pyramide des âges*. 2016; Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/pyramide-ages.htm>.
12. UN, *rapport mondial sur la fécondité 2003*, D. Population Division, United Nations, Editor. 2004, Nations-Unies. p. 10.
13. Eurostat. *Population structure and ageing*. 2015; Available from : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr&oldid=142825.
14. IWEPS. and SPF-Economie., *Indicateurs de structure par sexe et âge de la population*. 2015.
15. Deguerri, M., et al., *Tableau de bord de la santé en région bruxelloise 2010, in Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale*. 2011. p. 296.
16. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la société : les indicateurs sociaux de l'OCDE - Edition 2006, page 44*, OCDE, Editor. 2007 : Paris.



Chapitre 2 :

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS



- **11 267 décès en 2014** : soit un taux brut de mortalité de 10,3 pour 1 000 habitants en province de Liège. La mortalité masculine est nettement plus élevée (+53,5%) que la mortalité féminine.
- **Une mortalité en province de Liège proche de celle de la Wallonie**, mais plus élevée de 12,4% que celle de la Belgique.
- **Les maladies de l'appareil circulatoire, première cause de décès en province de Liège en 2012 (28,4%)**, suivies des tumeurs (23,9%) et des maladies de l'appareil respiratoire (11,3%).
- **En 25 ans, une diminution statistiquement significative, pour les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire et aux tumeurs**, chez les hommes et les femmes de la province de Liège.
- **Une augmentation de 42,6% en 25 ans, des décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire** chez les femmes de la province de Liège. Dans le même temps, les décès liés à ces maladies ont diminué de 18,7% chez les hommes, mais restent bien supérieurs à ceux des femmes.
- **Les morts non naturelles (accidents, empoisonnements, suicides...), première cause de décès chez les hommes de 1 à 49 ans et chez les femmes de 1 à 24 ans.** Les suicides représentent environ un cinquième des décès des hommes de 10 à 49 ans. Cette proportion est moins élevée chez les femmes de cette catégorie d'âge.
- **Une mortalité prématurée (avant 65 ans) en province de Liège proche de celle de la Wallonie, mais qui tend à être plus élevée que celle de la Belgique.** Les trois principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les morts non naturelles et les maladies de l'appareil circulatoire. Les décès prématurés sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes.
- **Une mortalité infantile (0 à 1 an) qui diminue en province de Liège comme en Belgique et en Wallonie.** En un peu plus de 20 ans, le taux de mortalité infantile est passé de 10,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1989 à 2,8 décès en 2010, soit une diminution de 71,6 %.

Chapitre 2

La mortalité reste un indicateur important pour évaluer l'état de santé d'une population. Les données de mortalité sont en général relativement fiables ; en outre, leur disponibilité récurrente au cours des années permet d'étudier l'évolution au cours du temps.

Certaines évolutions en termes de mortalité peuvent parfois être mises en relation avec des améliorations des pratiques en matière de santé et de performance du système de soins : mesures de prévention (accidents de transport, mort subite du nourrisson...), réduction de pratiques à risque (maladies liées à l'alcool), rôle du système de soins (maladies cérébrovasculaires, sida...) [1]. Il est toutefois difficile de démontrer une relation de cause à effet.

Selon les dernières statistiques d'Eurostat (2012), la Belgique occupe la 16e place en termes de mortalité avec un taux standardisé 24 % plus élevé que le Liechtenstein, dont la mortalité totale est la plus faible en Europe. Notre pays se classe au même niveau que la Grèce ou le Portugal mais connaît une situation moins favorable par rapport à ses proches voisins (Allemagne, Luxembourg ou Pays-Bas). La province de Liège affiche elle-même une mortalité élevée tant pour les hommes que pour les femmes parmi l'ensemble des provinces belges.

1. Mortalité totale

Les données exploitées ici sont celles qui proviennent du Registre National de la Population. Elles ont l'avantage de porter sur une période plus récente (année 2014) mais ne permettent par contre pas d'analyser les causes de décès.

1.1. Mortalité totale en 2014

Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014

	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	51 556	53 167	104 723	
Wallonie	17 737	19 102	36 839	
Province de Liège	5 390	5 877	11 267	
ARRONDISSEMENTS	Huy	554	617	1 171
	Liège	3 188	3 479	6 667
	Verviers	1 267	1 395	2 662
	Waremme	381	386	767

→ En province de Liège, en 2014, 5 390 décès ont été enregistrés chez les hommes et 5 877 décès chez les femmes soit, un total de 11 267 décès. La proportion de décès correspond à 10,8 % de la mortalité de la Belgique, alors que la part de population s'élève à 9,8 % (cf. tableau 1.1.).

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

La mortalité totale de la province de Liège se répartit au niveau des arrondissements comme suit : 10,4 % à Huy, 59,2 % à Liège, 23,6 % à Verviers et 6,8 % à Waremme.

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de population en milieu de cette année [2].

Le taux brut de mortalité pour 1 000 habitants est de 10,3 en province de Liège (9,4 en Belgique et 10,3 en Wallonie).

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

1.2. Indices comparatifs de mortalité

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport entre le nombre de décès observés dans une population et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité de chaque tranche d'âge étaient identiques à ceux d'une population de référence à laquelle on attribue une valeur de 100. Cette méthode de calcul permet de gommer l'effet éventuel de la structure par âge de la population.

Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la population de référence et un ICM de 84 signifie une mortalité inférieure de 16 % à la population de référence [3, 4].

Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014 (Femmes = 100)

	Hommes		Femmes	
Belgique	157,2	*	100,0	
Wallonie	159,3	*	100,0	
Province de Liège	153,5	*	100,0	

→ La mortalité masculine est nettement plus élevée que la mortalité féminine, pour les trois régions étudiées : la Belgique (+57,2 %), la Wallonie (+59,3 %) et la province de Liège (+53,5 %).

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (population féminine 2014=100)

Au regard de ces résultats, une analyse séparée des données de mortalité au niveau des hommes et des femmes semble opportune.

Afin d'éviter les variations annuelles, les indices comparatifs de mortalité sont présentés pour les années 2010-2014 regroupées.

Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)

		Hommes		Femmes		Total	
Belgique		86,9	*	90,6	*	89,3	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0	
Province de Liège		97,6	*	102,7	*	100,4	
ARRONDISSEMENTS	Huy	102,6		110,6	*	106,9	*
	Liège	100,5		103,6	*	102,1	*
	Verviers	89,7	*	98,1		94,5	*
	Waremmes	96,2	*	100,6		98,7	

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSLg

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014=100)

→ Ces indices de mortalité permettent de comparer pour les hommes, les femmes et la population totale, les taux de mortalité des différentes zones géographiques par rapport au territoire de référence qu'est la Wallonie.

Ils sont calculés sur une période de 5 ans (2010-2014).

De façon générale, la Belgique présente une sous-mortalité qui est significative par rapport à la Wallonie, et ce quel que soit le sexe.

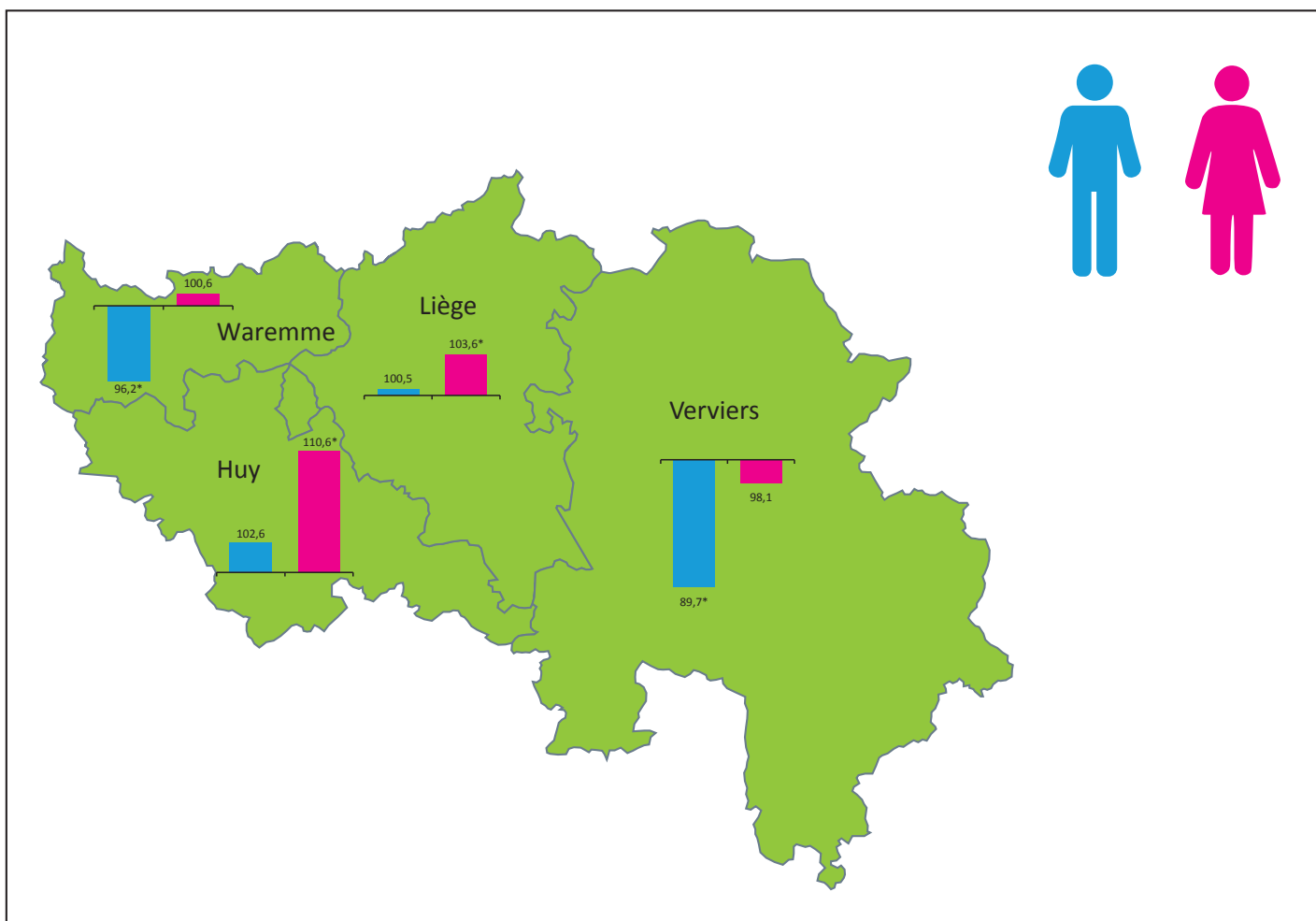
Au niveau de la province de Liège, on constate une sous-mortalité au niveau des hommes et une surmortalité au niveau des femmes, par rapport à la Wallonie, qui sont significatives.

Toutefois, pour la population totale, il n'existe pas de différence significative au niveau de la mortalité.



Chapitre 2

Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)



Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

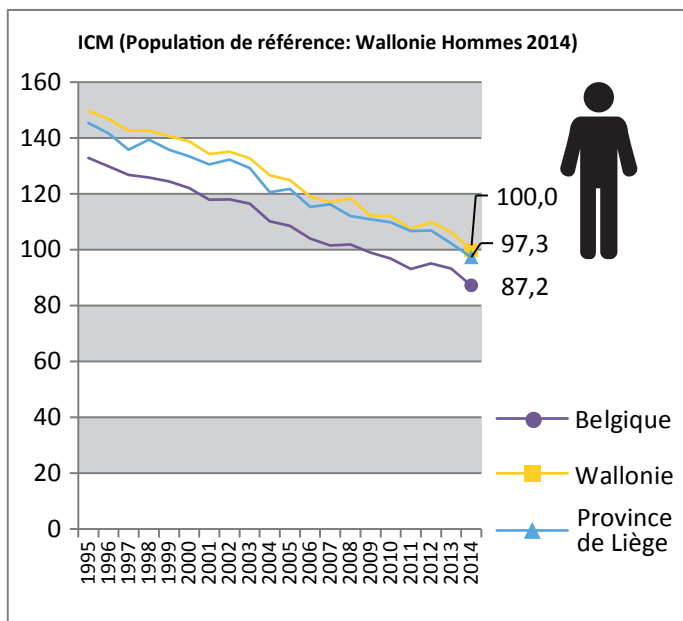
* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014=100)

→ Une sous-mortalité statistiquement significative est observée au niveau des hommes des arrondissements de Verviers et de Waremme (respectivement 10,3 % et 3,8 %).

Les femmes des arrondissements de Huy et de Liège présentent, quant à elles, une surmortalité statistiquement significative, de respectivement 10,6 % et 3,6 % par rapport aux femmes de la Wallonie.

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Figure 2.1. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014 = 100)

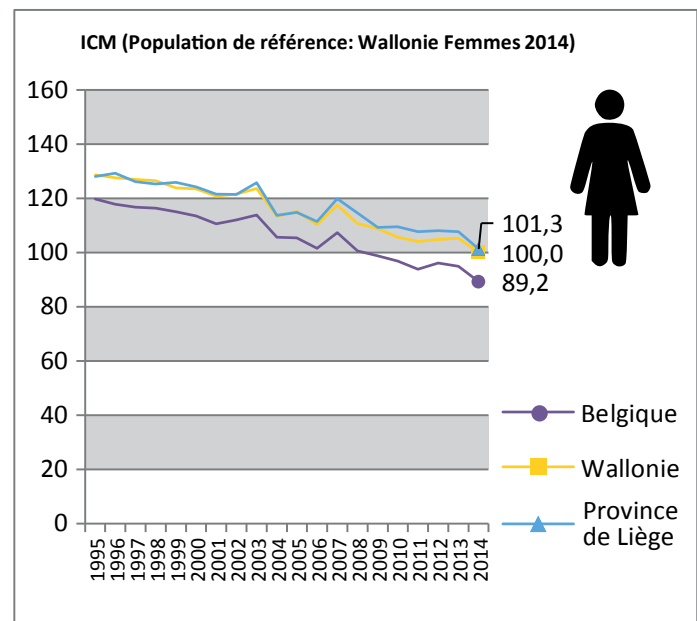


Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité des hommes de la province de Liège a diminué de près de 33,1 % en 20 ans, passant de 145,5 en 1995 à 97,3 en 2014.

Tout au long de cette évolution, la mortalité des hommes de la province de Liège est légèrement inférieure à la mortalité des hommes en Wallonie mais bien supérieure à la mortalité observée sur l'ensemble de la Belgique.

Figure 2.2. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014 = 100)



Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Au cours de cette même période, l'indice comparatif de mortalité des femmes de la province de Liège a diminué de 20,9 %, passant de 128 à 101,3.

La mortalité des femmes de la province de Liège est proche de celle de la Wallonie et beaucoup plus élevée que celle de la Belgique. Cette tendance est identique à ce qui est observé chez les hommes, mais avec un écart bien moins important.



Chapitre 2

2. Mortalité par cause

Lors de chaque décès, un médecin rédige un certificat de décès reprenant entre autres les principales causes du décès. Parmi celles-ci la cause initiale de décès est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme étant « la maladie ou les traumatismes qui ont déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » [5].

Recenser annuellement les causes de décès est une action essentielle afin de mesurer l'impact des maladies et/ou traumatismes sur l'efficacité du système de santé d'un territoire : ainsi, un pays où l'on observe un accroissement brutal de la mortalité liée aux problèmes cardiaques ou au diabète aura tout intérêt à mettre en place un programme drastique de prévention de ces maladies en incitant la population à modifier ses habitudes et adopter un mode de vie plus sain.

Lors de la rédaction de ce tableau de bord, les dernières données disponibles concernant les causes de mortalité portent sur les décès de 2012. Afin d'éviter les variations annuelles, certaines figures et tableaux présentent les données des années 2008-2012 regroupées.

2.1. Causes de décès

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2012

Causes de décès (2012)	Belgique		Wallonie		Liège	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	31 447	28,8	11 040	28,9	3 355	28,4
Tumeurs	28 402	26,0	9 368	24,5	2 826	23,9
Appareil respiratoire	11 327	10,4	4 015	10,5	1 329	11,3
Morts non naturelles	7 037	6,5	2 839	7,4	904	7,7
Appareil digestif	4 932	4,5	1 834	4,8	520	4,4
Système nerveux, organes des sens	5 447	5,0	2 127	5,6	642	5,4
Troubles mentaux	4 616	4,2	1 143	3,0	352	3,0
Maladies endocriniennes	2 950	2,7	1 241	3,2	335	2,8
Maladies infectieuses et parasitaires	2 584	2,4	955	2,5	272	2,3
Autres causes	10 292	9,4	3 656	9,6	1 268	10,7
Total décès	109 034	100,0	38 218	100,0	11 803	100,0

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ En 2012, les trois principales causes de mortalité sont identiques en Belgique, en Wallonie et en province de Liège, à savoir :

- les maladies de l'appareil circulatoire (28,8 % en Belgique, 29,9 % en Wallonie et 28,4 % en province de Liège);
- les tumeurs (26,0 % en Belgique, 24,5 % en Wallonie et 23,9 % en province de Liège);
- les maladies de l'appareil respiratoire (10,4 % en Belgique, 10,5 % en Wallonie et 11,3 % en province de Liège).

Les décès liés à l'appareil circulatoire reprennent des maladies telles que les cardiopathies ischémiques (maladies coronariennes), les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), les maladies hypertensives, les embolies pulmonaires, les troubles du rythme cardiaque...

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

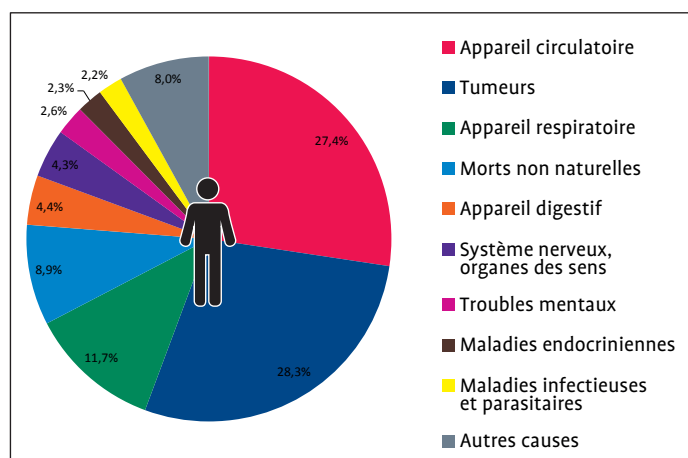
La catégorie « Tumeurs » reprend l'ensemble des tumeurs bénignes et malignes.

Les décès liés à l'appareil respiratoire sont dus à des maladies telles que la grippe, les pneumonies, les bronchites (aiguës ou chroniques), l'asthme... Les pneumonies représentent 31,8 % des décès liés à l'appareil respiratoire en province de Liège.

La catégorie « Morts non naturelles », correspond à la quatrième cause de mortalité pour ces trois territoires géographiques. On retrouve dans ce groupe, en province de Liège :

- 27,9 % de suicides;
- 25,9 % de chutes accidentelles;
- 9,4 % d'accidents de transport;
- 4,1 % d'empoisonnements accidentels;
- 1,9 % d'homicides.

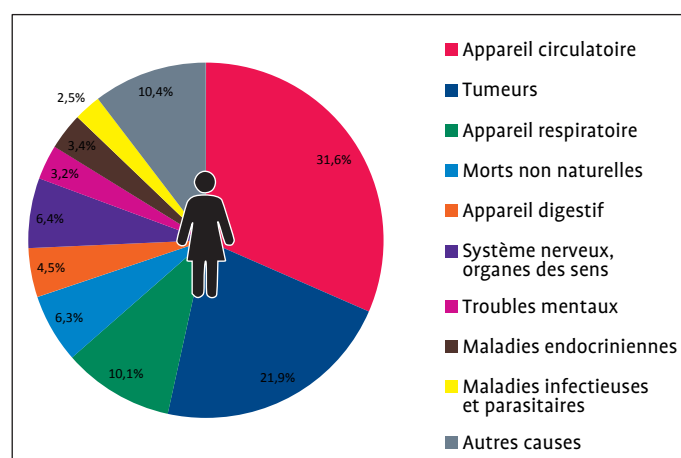
Figure 2.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, province de Liège, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ En province de Liège, durant la période 2008-2012, la cause principale de décès chez les hommes se situe au niveau de la catégorie des tumeurs (28,3 % des décès). Viennent ensuite les maladies liées à l'appareil circulaire (27,4 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (11,7 %).

Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, province de Liège, 2008-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Chez les femmes de la province de Liège, la cause principale des décès est constituée des maladies de l'appareil circulaire (31,6 % des décès). Viennent ensuite les tumeurs (21,9 %) puis les maladies de l'appareil respiratoire (10,1 %).

La quatrième cause de décès par ordre d'importance, à savoir les morts non naturelles, est la même chez les hommes et les femmes, mais avec une part plus importante chez les hommes (8,9 %) par rapport aux femmes (6,3 %).

Les trois premières causes de mortalité sont identiques chez les hommes et les femmes de la province de Liège. Cependant, on remarque que les deux premières causes s'inversent en fonction du sexe.

Cela pourrait s'expliquer notamment par l'espérance de vie des femmes qui est plus longue, et le contexte hormonal chez les femmes qui a un effet protecteur contre les risques cardiovasculaires, effet qui disparaît à la ménopause [6].



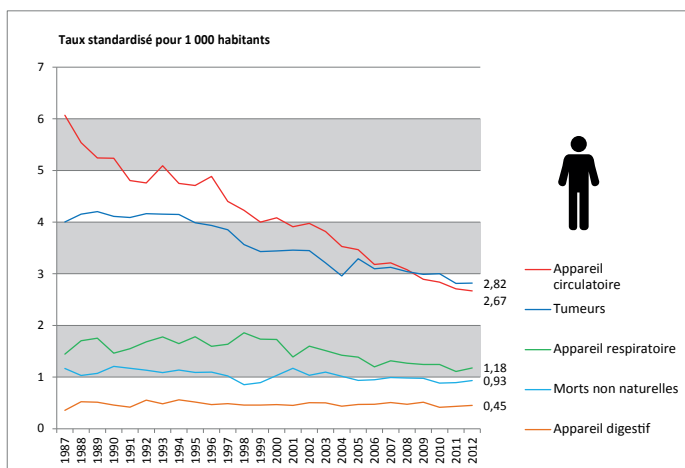
Chapitre 2

Le taux brut de mortalité spécifique est le nombre annuel de décès pour cette cause spécifique divisé par le nombre d'habitants en milieu d'année [7].

Le taux standardisé de mortalité est obtenu en appliquant les taux de mortalité de chaque groupe d'âge et de sexe à une population de référence, ici la population de la Wallonie en 2012. Ce calcul gomme les différences dues à la structure d'âge de la population. Il permet donc de comparer des taux de mortalité de population de différents territoires, qui présentent des structures différentes pour l'âge et le sexe. Le taux obtenu est une valeur calculée qui permet les comparaisons mais ne correspond pas au taux observé dans la population étudiée et dépend de la population de référence choisie [7].

Plus les pyramides des âges de la population de référence et de la population étudiée seront proches, plus les taux bruts et standardisés seront voisins.

Figure 2.5. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, province de Liège, 1987-2012

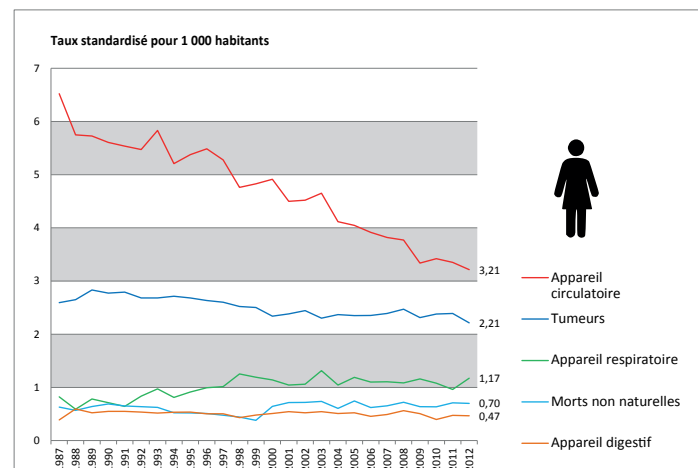


Source : ISP-SPMA, calculs OSLg
Population de référence : hommes, Wallonie 2012

→ Entre 1987 et 2012, les taux standardisés pour les quatre premières causes de décès chez les hommes de la province de Liège ont diminué de façon significative. Ces diminutions sont de 56 % pour l'appareil circulatoire, 29,6 % pour les tumeurs, 18,7 % pour l'appareil respiratoire et 20 % pour les morts non naturelles.

Sur cette période, les taux standardisés de mortalité de l'appareil digestif sont restés relativement stables (une augmentation non significative de 27 % est observée mais expliquée par un taux très bas en 1987).

Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Liège, 1987-2012



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg
Population de référence : femmes, Wallonie 2012

→ Entre 1987 et 2012, les taux standardisés pour les deux premières causes de décès chez les femmes de la province de Liège ont diminué de façon significative : de 50,7 % pour l'appareil circulatoire et 14,6 % pour les tumeurs.

Les taux standardisés de mortalité de l'appareil respiratoire ont augmenté de façon significative (+42,6 %).

Ceux des morts non naturelles et de l'appareil digestif ont également augmenté, mais de façon non significative (respectivement de 11 % et 20,2 %).

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Liège, 2008-2012

Cause de décès (2008-2012) Taux pour 1 000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	2,91	3,60	3,89	2,65
Tumeurs	3,01	2,40	3,58	2,05
Appareil respiratoire	1,24	1,03	1,66	0,87
Morts non naturelles	0,94	0,60	1,08	0,58
Appareil digestif	0,47	0,56	0,57	0,39
Système nerveux, organes des sens	0,46	0,73	0,60	0,54
Troubles mentaux	0,28	0,39	0,36	0,26
Maladies endocriniennes	0,24	0,48	0,32	0,28
Maladies infectieuses et parasitaires	0,23	0,34	0,29	0,21
Autres causes	0,85	1,05	1,13	0,88
Total décès	10,62	11,16	13,47	8,72

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg- Population de référence: Wallonie 2012

→ Le taux brut de mortalité des femmes est plus élevé que celui des hommes pour les décès dus à :

- l'appareil circulatoire (+0,69 décès/1 000 hab.);
- l'appareil digestif (+0,09 décès/1 000 hab.);
- le système nerveux et les organes des sens (+0,27 décès/1 000 hab.);
- les maladies endocriniennes (+0,23 décès/1 000 hab.);
- les troubles mentaux et les maladies infectieuses et parasitaires (+0,11 décès/1 000 hab.).

Les hommes présentent des taux bruts de mortalités plus élevés que ceux des femmes pour les décès dus aux :

- tumeurs (+0,61 décès/1 000 hab.);
- pathologies de l'appareil respiratoire (+0,21 décès/1 000 hab.);
- morts non naturelles (+0,35 décès/1 000 hab.).

La standardisation accroît la différence entre les sexes (avec des taux plus élevés chez les hommes) pour les décès liés aux tumeurs, aux pathologies de l'appareil respiratoire et aux morts non naturelles.

Elle inverse par contre la tendance pour les autres causes : les taux standardisés sont plus élevés chez les hommes par rapport aux femmes alors que les taux bruts étaient initialement plus bas que ceux des femmes. Cela se marque particulièrement pour les décès liés aux pathologies :

- de l'appareil circulatoire (+1,24 décès/1 000 hab.);
- de l'appareil digestif (+0,18 décès/1 000 hab.);
- du système nerveux et des organes des sens (+0,06 décès/1 000 hab.);
- des troubles mentaux (+0,09 décès/1 000 hab.);
- des maladies infectieuses et parasitaires (+0,08 décès/1 000 hab.).


Les taux de mortalité standardisés plus faibles chez les femmes que chez les hommes peuvent s'expliquer par le fait qu'il y a un plus grand nombre de femmes plus âgées que d'hommes.



Chapitre 2

2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe

Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, province de Liège, 2008-2012

	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Nombre moyen de décès par an	10	41	361	982	1 044	3 082
Causes de décès	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	3,9	2,9	12,7	21,5	25,1	32,3
Tumeurs	13,7	7,3	16,6	37,0	38,5	24,0
Appareil respiratoire	0,0	1,5	3,1	7,2	11,6	14,3
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute...) sauf suicides	39,2	52,9	20,7	5,6	3,2	3,9
Suicides	0,0	21,4	21,9	5,2	1,7	0,9
Appareil digestif	0,0	1,0	5,0	6,8	3,9	3,8
Système nerveux, organes des sens	7,8	2,4	3,7	2,2	3,3	5,4
Troubles mentaux	0,0	1,9	4,7	3,1	1,8	2,5
Maladies endocriniennes	5,9	0,0	1,8	2,0	2,2	2,5
Malformations congénitales	11,8	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires	11,8	1,0	2,2	1,6	2,1	2,3
Autres causes	5,9	7,3	7,4	7,4	6,5	8,1
Total par classes d'âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Les tableaux 2.6 et 2.7 indiquent la proportion de décès selon la cause et la catégorie d'âge.

Entre 2008 et 2012, les maladies de l'appareil circulatoire (dont les maladies cardiovasculaires) constituent la principale cause de décès chez les hommes de la province de Liège de 75 ans et plus, avec 32,3 % des décès totaux.


Les tumeurs représentent, quant à elles, la principale cause de décès des hommes de 50 à 64 ans (37,0 %) et de 65 à 74 ans (38,5 %).

Chez les moins de 50 ans, les morts d'origine non naturelles et les suicides constituent la première cause de mortalité (39,2 % chez les 1-9 ans, 74,3 % chez les 10-24 ans et 42,6 % chez les 25-49 ans).

Dans les catégories d'âges 10-24 ans et 25-49 ans, les suicides représentent environ un cinquième des décès (respectivement 21,4 % et 21,9 %).

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Liège, 2008-2012

	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Nombre moyen de décès par an	8	18	193	567	714	4 455
Causes de décès	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	0,0	7,8	14,7	16,9	22,6	35,9
Tumeurs	23,1	14,4	30,5	43,3	39,1	16,2
Appareil respiratoire	12,8	3,3	4,8	8,7	11,1	10,4
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute...) sauf suicides	38,5	37,8	12,5	4,6	3,7	4,8
Suicides	0,0	10,0	14,8	4,5	1,3	0,2
Appareil digestif	5,1	2,2	5,3	5,6	4,8	4,3
Système nerveux, organes des sens	5,1	4,4	2,9	3,4	4,3	7,2
Troubles mentaux	0,0	5,6	2,7	2,0	1,8	3,5
Maladies endocriniennes	0,0	3,3	1,9	2,3	2,7	3,7
Malformations congénitales	5,1	1,1	0,8	0,4	0,1	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires	5,1	4,4	3,0	1,8	2,4	2,5
Autres causes	5,1	5,6	6,1	6,6	6,2	11,3
Total par classes d'âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la cause principale de mortalité chez les femmes de 75 ans et plus (35,9 %) de la province de Liège.

Les tumeurs sont la cause première des décès dans les catégories des 25-74 ans : les 25-49 ans avec 30,5 %, les 50-64 ans avec 43,3 % et les 65-74 ans avec 39,1 %.

Quant aux morts non naturelles et aux suicides, ils sont la principale cause de décès pour les 1-9 ans (38,5 %) et les 10-24 ans (47,8 %).


Les décès par suicide sont plus présents dans les catégories d'âges 10-24 ans (10,0 %) et 25-49 ans (14,8 %), comme chez les hommes, mais dans une moindre mesure.



Chapitre 2

2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province de Liège

Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, province de Liège, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie = 100)

		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Morts non naturelles		Appareil digestif		
			*		*		*		*		*	
												
Belgique		89,6	*	92,9	*	85,5	*	76,4	*	77,7	*	
Wallonie		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		
Province de Liège		98,6		96,9		98,4		96,7		87,3	*	
ARRONDISSEMENTS	Huy	103,2		97,6		101,4		119,8		94,1		
	Liège	98,1		100,7		102,5		100,5		91,4		
	Verviers	96,2		90,1		87,3		77,8	*	76,9		
	Waremme	105,4		90,7		100,0		104,1		83,2		

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg


*indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012=100)

→ Au cours de la période 2008-2012, il n'existe pas de différence significative entre les quatre premières causes de décès étudiées chez les hommes de la province de Liège et ceux de la Wallonie, sauf pour les décès de l'appareil digestif (sous mortalité observée).

De même, on ne relève pas d'écarts significatifs entre les arrondissements de la province de Liège et la Wallonie, hormis pour les morts non naturelles constatées sur l'arrondissement de Verviers (sous mortalité).

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, province de Liège, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie = 100)



		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Morts non naturelles		Appareil digestif	
Belgique		94,2	*	96,4	*	92,9	*	79,2	*	87,0	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
Province de Liège		102,1		101,6		110,5	*	110,6		97,3	
ARRONDISSEMENTS	Huy	109,0		142,3		121,3		124,6		113,1	
	Liège	100,8		105,9		111,6		113,5		100,6	
	Verviers	101,0		94,9		103,6		96,8		78,3	
	Waremme	107,9		91,2		111,7		115,7		115,8	

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

*indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012=100)

→ Chez les femmes de la province de Liège, sur la période 2008-2012, on n'observe pas de différences significatives au niveau de la mortalité pour quatre causes étudiées, comparativement à la population wallonne, sauf pour les décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire (observation d'une surmortalité).

Il n'existe pas de différence significative entre les taux de mortalité observés au niveau des quatre arrondissements de la province de Liège et la Wallonie.



Chapitre 2

3. Mortalité prématurée

Eurostat définit la mortalité prématurée « comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans ». Nous avons repris cette définition dans le cadre de ce tableau de bord [8].

Au sein de l'Union européenne, la mortalité prématurée représente environ 20 % de l'ensemble des décès. En province de Liège, celle-ci rassemble 18,4 % de l'ensemble des décès (respectivement 24,6 % pour les hommes et 12,7 % pour les femmes). La mortalité prématurée est généralement fortement liée aux comportements à risque adoptés par les individus tels que le fait de fumer, consommer de l'alcool, conduire de façon dangereuse... Des actions de prévention peuvent donc être mises en place afin d'éviter ces décès [8].

Dans le classement de la mortalité prématurée au sein de l'Europe des 15, la Belgique se classe parmi les plus mauvais élèves en occupant le 4e rang pour les hommes et le 3e rang pour les femmes. Comparativement aux pays qui ont les taux les plus bas, la mortalité prématurée est 31 % plus élevée que celle des hommes suédois et 40 % plus élevée que celle des femmes espagnoles.

Au regard de ces éléments, tout comme la mortalité totale, la réduction de la mortalité prématurée représente donc un objectif crucial au niveau des politiques de santé publique [9].

Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 65 ans divisé par 1 000 habitants de moins de 65 ans (2).

Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (<65 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Taux brut pour 1 000 habitants < 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	2,4	1,4	1,9
Wallonie	3,1	1,7	2,4
Province de Liège	2,9	1,7	2,3

Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ Au niveau des trois zones géographiques, les décès prématurés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le taux brut de mortalité prématurée total de la province de Liège est pratiquement égal à celui de la Wallonie mais tend à être plus élevé que celui de la Belgique.

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie = 100)

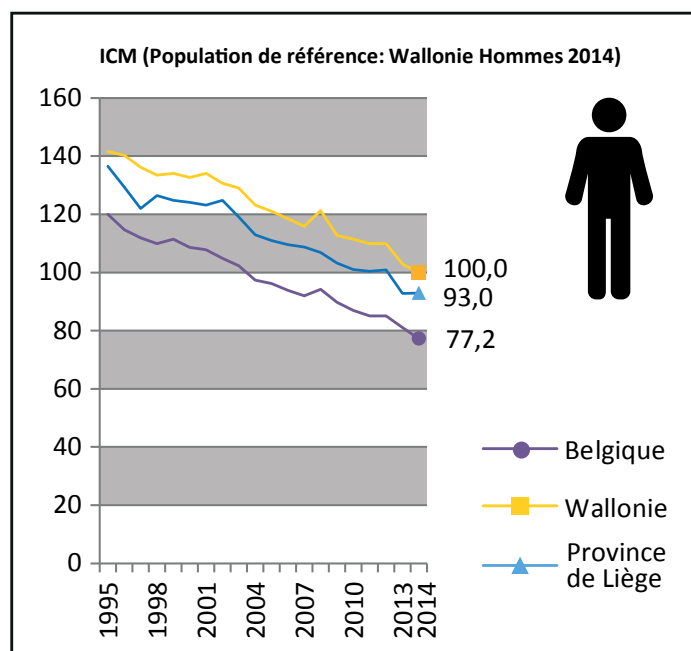
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		77,8 *	84,2 *	80,3 *
Wallonie		100,0	100,0	100,0
Province de Liège		91,4 *	98,9	94,1 *
ARRONDISSEMENTS	Huy	97,1	106,9	100,8
	Liège	97,2	104,3	99,6
	Verviers	78,1 *	86,2 *	81,4 *
	Waremme	86,3	91,1	88,2

Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg
 * indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014 = 100)

→ La mortalité prématurée est statistiquement plus basse en Belgique par rapport à la Wallonie, et ce quel que soit le sexe (respectivement moins 22,2 % pour les hommes, 15,8 % pour les femmes et 19,7 % pour la population totale).

Il en est de même quand on compare la province de Liège et la Wallonie dans son ensemble mais uniquement toutefois chez les hommes et pour la population totale (respectivement moins 8,6 % et 5,9 %). La mortalité est aussi plus basse au sein de l'arrondissement de Verviers (moins 21,9 % chez les hommes, 13,8 % chez les femmes et 18,6 % pour la population totale).

Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014 = 100)

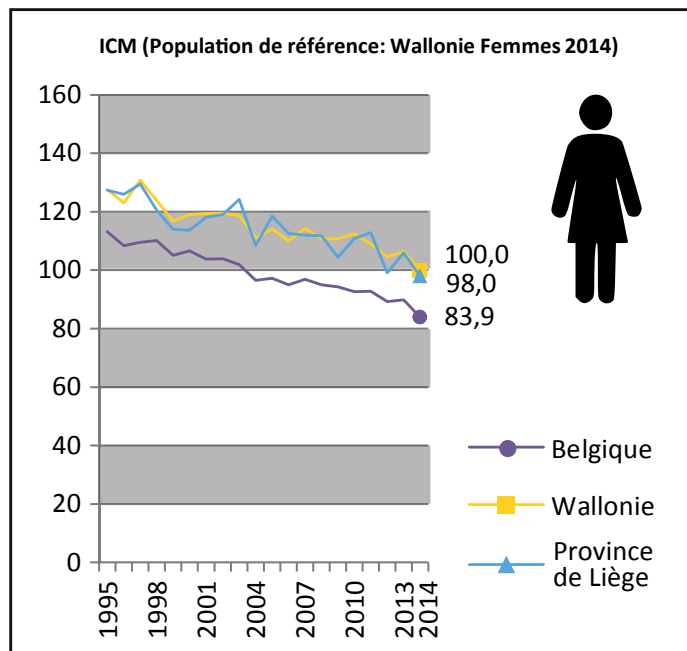


Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité prématurée des hommes de la province de Liège a diminué de près de 31,9 % en 20 ans, en passant d'un indice de 136,5 en 1995 à 93,0 en 2014.

La mortalité prématurée chez les hommes en province de Liège est inférieure à celle des hommes en Wallonie mais supérieure à celle observée chez les hommes de l'ensemble de la Belgique.

Figure 2.8. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014 = 100)



Source: SPF Economie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité prématurée des femmes de la province Liège diminue au cours de cette même période de 23,1 %, en passant d'un ICM de 127,4 à 98,0.

La mortalité prématurée des femmes de la province de Liège est supérieure à celle de la Belgique. Son évolution au cours du temps correspond à la situation wallonne.



Chapitre 2

Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, province de Liège, 2008-2012

	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)
Ensemble des tumeurs	428	30,2	309	38,4
cancer du poumon	158	11,2	90	11,1
cancer des VADS*	41	2,9	8	1,0
cancer de l'intestin	30	2,1	20	2,5
cancer du sein	-	-	62	7,7
cancer de l'utérus	-	-	11	1,4
Morts non naturelles	296	20,9	117	14,5
accidents de la circulation	66	4,7	16	2,0
accidents de la vie courante	72	5,1	33	4,0
suicides	139	9,8	56	7,0
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	259	18,3	126	15,7
cardiopathies ischémiques	121	8,6	37	4,6
accidents vasculaires cérébraux	36	2,6	26	3,2
Autres causes de décès prématurés	432	30,5	253	31,4
Toutes causes	1 415	100,0	805	100,0

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

* Voies aéro-digestives supérieures

→ En province de Liège, entre 2008 et 2012, on compte en moyenne 2 200 décès prématurés par an. Le nombre de décès prématurés chez les hommes est bien plus important que chez les femmes.

La première cause de décès prématurés chez les hommes et chez les femmes de la province est attribuable aux tumeurs (avec respectivement 30,2 % et 38,4 % des décès prématurés). Au sein de cette catégorie, le cancer du poumon est le premier responsable des décès prématurés (avec 11,2 % chez les hommes et 11,1 % chez les femmes). Le cancer du sein est attribuable à 7,7 % des décès prématurés chez les femmes.

Les morts non naturelles représentent la deuxième cause de décès prématurés avec 20,9 % chez les hommes et 14,5 % chez les femmes. Au sein de cette catégorie, les causes principales de décès sont, par ordre décroissant, les suicides (respectivement 9,8 % et 7,0 %), les accidents de la vie courante (respectivement 5,1 % et 4,0 %) et les accidents de la circulation (respectivement 4,7 % et 2,0 %).

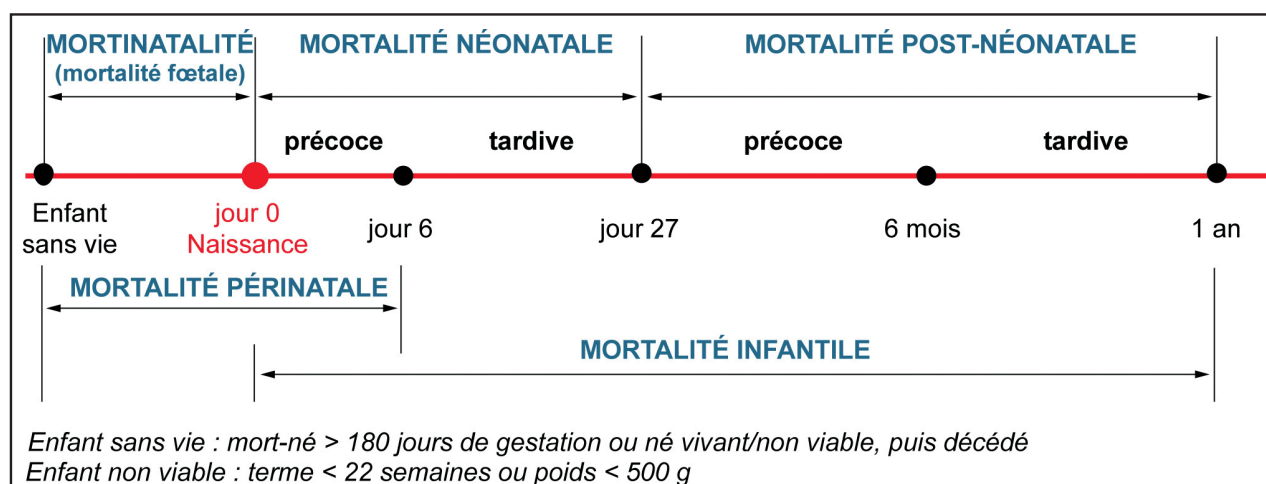
Les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent la troisième cause de mortalité prématurée. Elles sont plus fréquentes chez les hommes (18,3 %) que chez les femmes (15,7 %).

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

4. Mortalité périnatale et infantile

En 15 ans, entre 1998 et 2013, le taux de mortalité infantile européen a été pratiquement divisé par deux dans les 28 pays de l'UE. En 2013, la Belgique se situait au milieu du « classement » européen avec un taux assez faible de 3,5 décès pour 1 000 naissances. Chypre, la Finlande et l'Estonie occupent les trois premières places avec des taux inférieurs de 1,6 ; 1,8 ; et 2,1 pour 1 000 naissances. Les deux derniers pays sont la Bulgarie et la Roumanie avec des taux atteignant 7,3 et 9,2 pour 1 000 naissances. De grandes régions rurales avec peu de médecins ou encore la faiblesse des moyens destinés aux systèmes de santé peuvent expliquer de telles données pour ces pays [10].

Figure 2.9. Mortalité infantile : définitions



Source : P. Rambaud, 2003

Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [11].

Le taux de mortalité néonatale est le nombre de décès survenus de la naissance au 28e jour de vie divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [11].

Le taux de mortalité post-néonatale représente le nombre de décès survenus entre le 28e jour de vie et le 1er anniversaire divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année [11].

La mortinatalité est le nombre de décès survenus entre la 22e semaine d'aménorrhée et la date programmée de l'accouchement. Si le nombre de semaines n'est pas connu, les enfants de plus de 500 grammes sont également inclus [12].

Les causes de décès sont assez différentes entre mortalité néonatale et mortalité post-néonatale.



Chapitre 2

4.1. Mortalité infantile

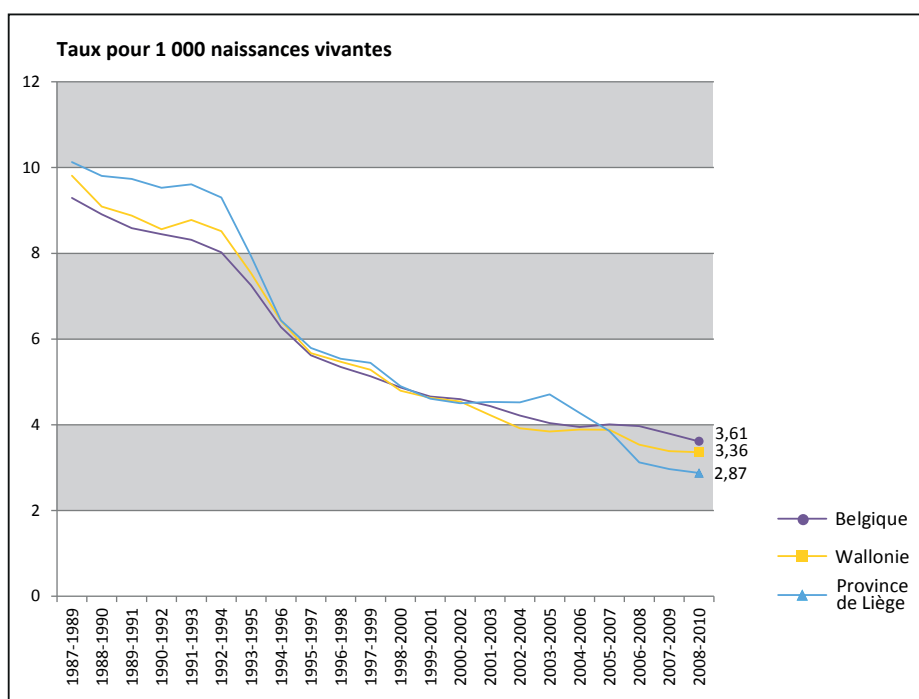
Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-province de Liège, 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
Belgique	1 020	694	556	469	459
Wallonie	322	215	181	160	145
Province de Liège	114	69	56	56	35

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ En 2010, 35 enfants de la province de Liège sont décédés avant l'âge d'un an. En 20 ans, on a observé une diminution de 69,3 % du nombre de décès de cette catégorie d'âge dans la province. En Belgique, 459 décès d'enfants de moins de un an ont été relevés, dont 145 en Wallonie.

Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg, moyennes glissées 3 ans

→ Les courbes des trois zones géographiques observées, la Belgique, la Wallonie et la province de Liège, suivent la même évolution.

En une vingtaine d'années, le taux de mortalité infantile en province de Liège est passé de 10,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1989 à 2,9 décès en 2010, soit une diminution de 71,3 %.

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

4.2. Mortalité néonatale

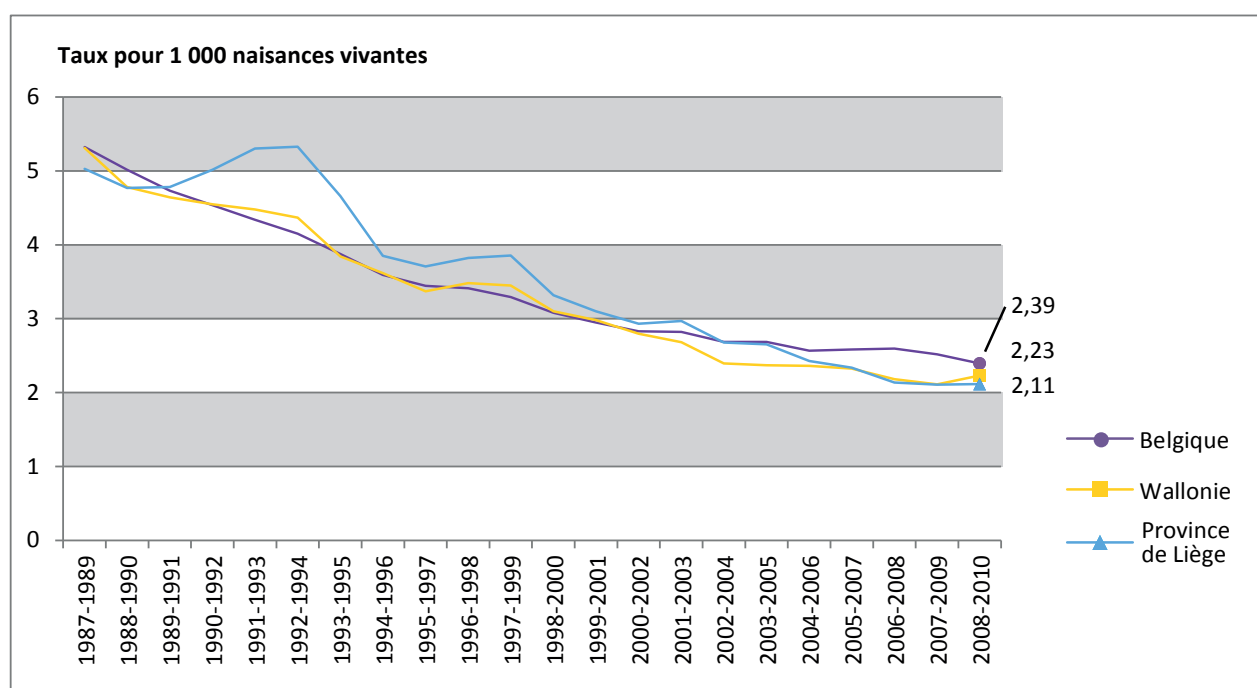
Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2010

	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile
Belgique	311	166	477
Wallonie	89	50	139
Province de Liège	26	11	37

→ En moyenne, en province de Liège, 37 enfants décèdent avant l'âge d'un an. 26 décès surviennent entre la naissance et le 28e jour de vie et 11 entre le 28e jour et le 1er anniversaire.

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg, moyennes glissées 3 ans

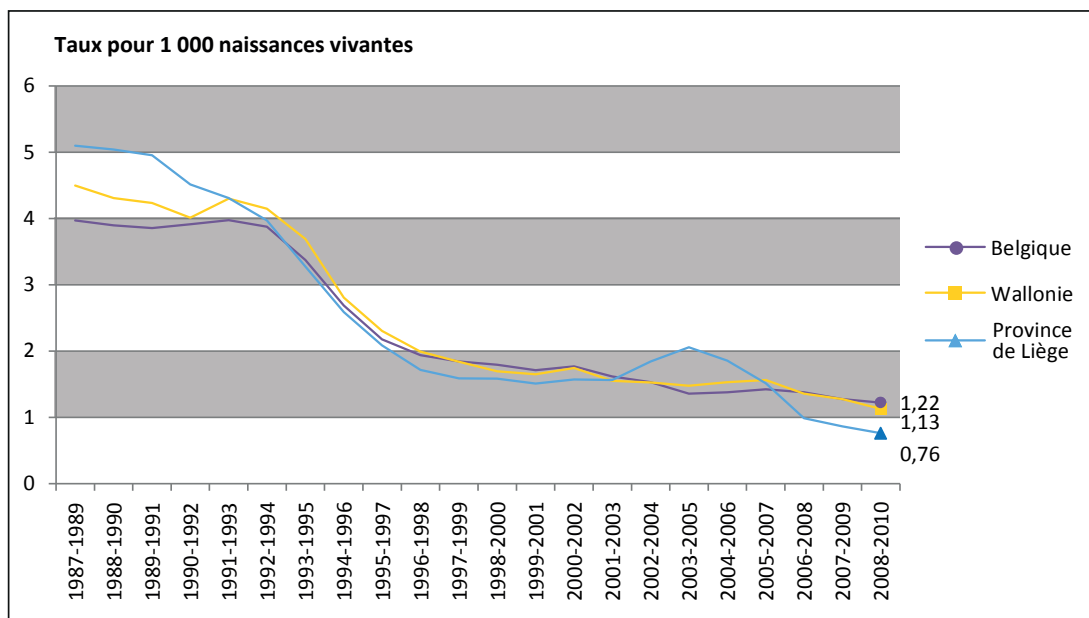
→ En un peu plus de vingt ans, le taux de mortalité néonatale a diminué de 58,1 % en province de Liège passant de 5,03 à 2,11. Les taux de mortalité néonatale de la Belgique et de la Wallonie présentent une diminution relative similaire : respectivement de 55,1 % et 58,0 %.



Chapitre 2

4.3. Mortalité post-néonatale

Figure 2.12. Évolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg, moyennes glissées 3 ans

→ Une forte diminution du taux de mortalité post-néonatale est observée à partir des années 1990. En province de Liège, plus de 5 enfants pour 1 000 naissances vivantes sont décédés en 1989, contre moins de 1 en 2010. Cela représente une diminution de 85,1 %. Cette diminution peut peut-être s'expliquer par la diffusion des règles de prévention sur la mort subite du nourrisson.

4.4. Mortinatalité

Tableau 2.15. Nombre d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2010

	Mortalité
Belgique	604
Wallonie	204
Province de Liège	69

Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ En moyenne, chaque année, 69 enfants sont mort-nés au sein de la province de Liège. Cela représente environ un tiers (33,8 %) des enfants mort-nés en Wallonie.

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

5. Bibliographie

1. Aouba, A., et al., *L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009*. ADSP, 2012(80) : p. 24-28.
2. Insee. *Taux de mortalité (brut, prématurée)*. 2016; Available from : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-mortalite.htm>.
3. IWEPS. *Définitions*. 2016; Available from : <http://walstat.iweps.be>.
4. Jouglu, E., *Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population*. Rev. Epidém. et Santé Publ., 1997. 45 : p. 78-84.
5. Eurostat. *Les statistiques sur les causes de décès*. 2016; Available from : <http://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/health/causes-death>.
6. Boardman, H., et al., *Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.
7. Eurostat. *Statistics Explained*. 2016; Available from : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Standardised_death_rate_\(SDR\)/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Standardised_death_rate_(SDR)/fr).
8. Eurostat, *Health statistics - Atlas on mortality in the European Union*. 2009.
9. Renard, F., J. Tafforeau, and P. Deboosere, *Premature mortality in Belgium in 1993-2009 : leading causes, regional disparities ans 15 years change*. Archives of Public Health, 2014.
10. Eurostat. *Infant mortality, 2003 and 2013 (deaths per 1 000 live births)*. 2016; Available from : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant_mortality,_2003_and_2013_\(deaths_per_1_000_live_births\)_YB15-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant_mortality,_2003_and_2013_(deaths_per_1_000_live_births)_YB15-fr.png)
11. Rambaud, P. *Prématurité et hypotrophie néonatale*. Corpus médical 2003; Available from : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/nouveaune/21/leconimprim.pdf>.
12. Institut Belge de santé Publique. *Perinatal Criteria*. 2016; Available from : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/PerinatalCriteria.aspx>.



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.

Chapitre 3 : ÉTAT DE SANTÉ

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

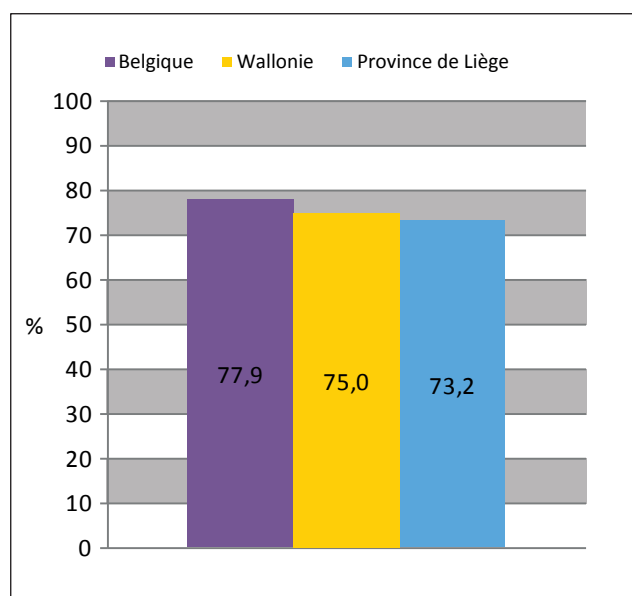
L'état de santé subjectif est l'évaluation globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

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

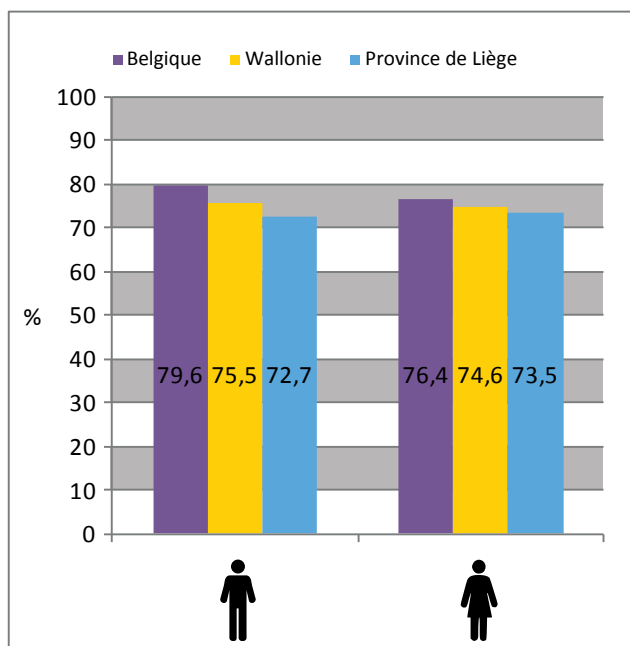
→ Globalement, 73,2 % des habitants de la province de Liège estiment que leur état de santé est bon à très bon. Une personne sur quatre déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. En 2013, les habitants de la province de Liège sont moins nombreux à juger leur état de santé bon à 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

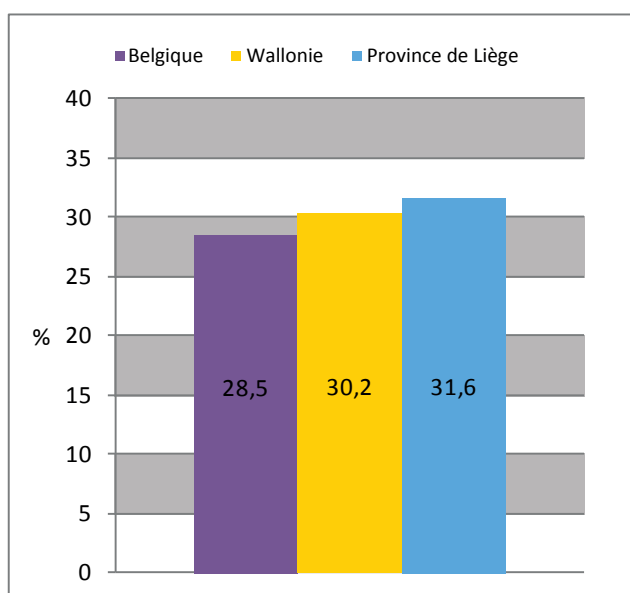
→ Globalement la tendance est que les femmes jugent moins souvent avoir un bon état de santé par rapport au ressenti des hommes. Quel que soit le niveau géographique considéré, aucune différence significative ne peut être relevée à ce propos.

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.

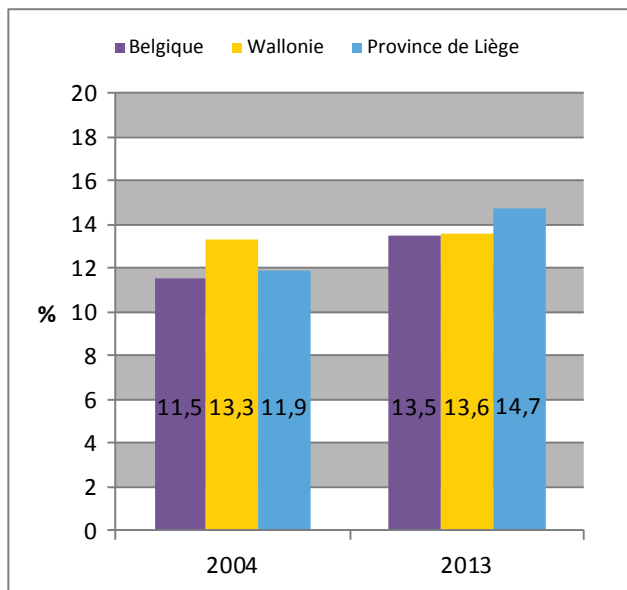
Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour toucher une personne sur deux après 65 ans.

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.

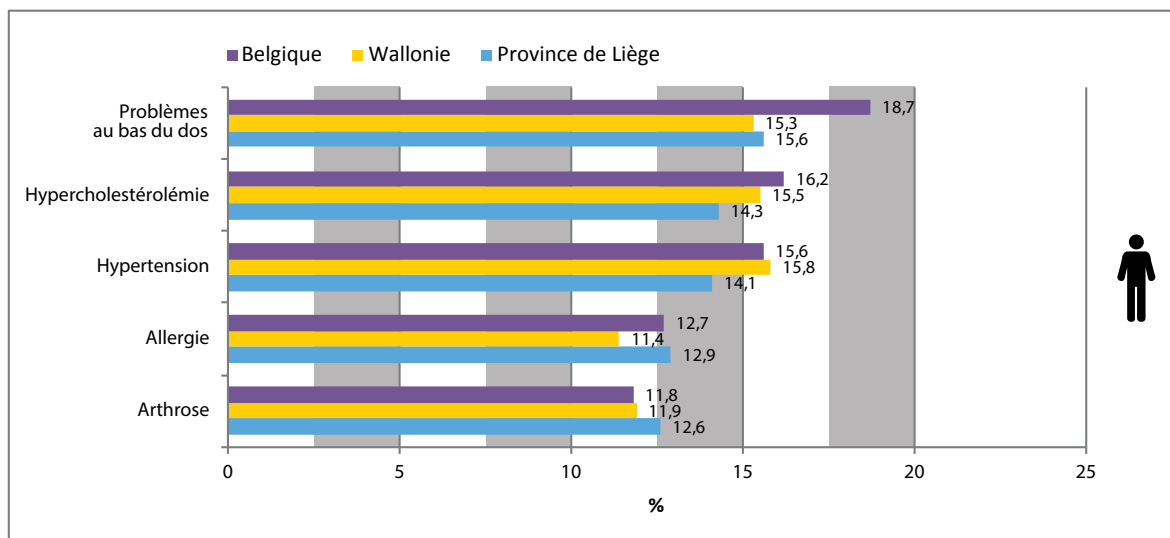
Il existe par contre des différences importantes selon l'âge. En effet, la proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. Ainsi, à partir de 65 ans, environ 3 personnes sur 10 présentent une comorbidité, quel que soit le territoire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



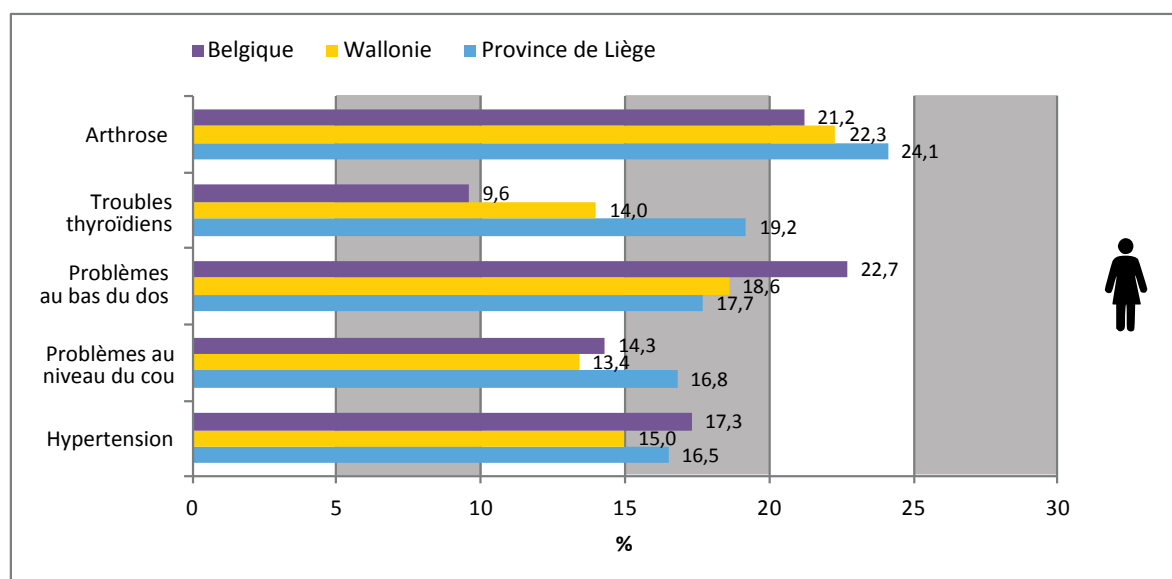
Source : ISP-HIS

→ 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 %) supprime 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.



Chapitre 3

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.

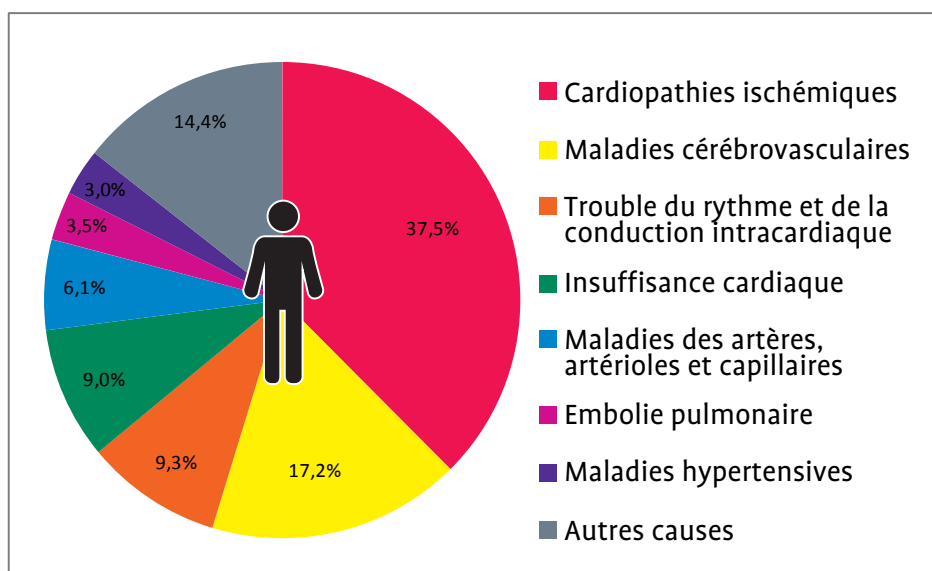
Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires représentent, en 2012, la première cause de mortalité dans le monde : le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est estimé à 17,3 millions, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Parmi l'ensemble de 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

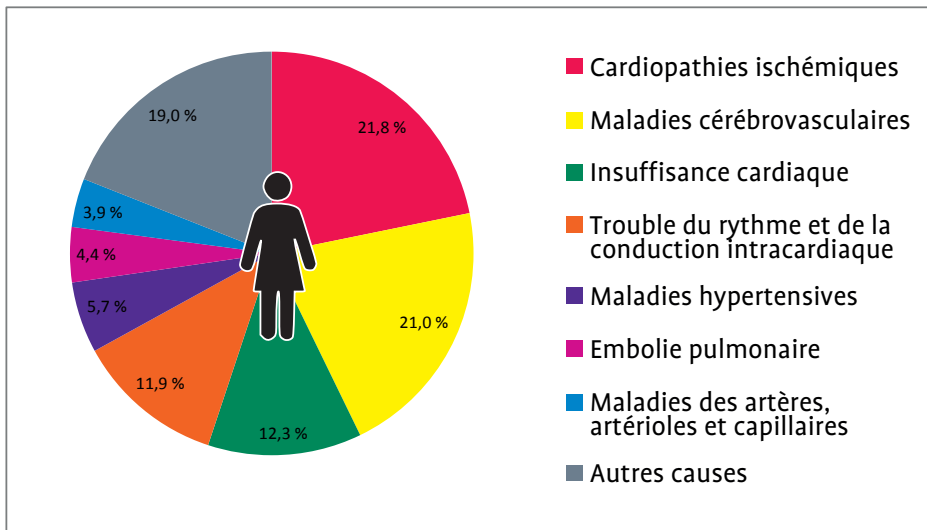


Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

→ 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

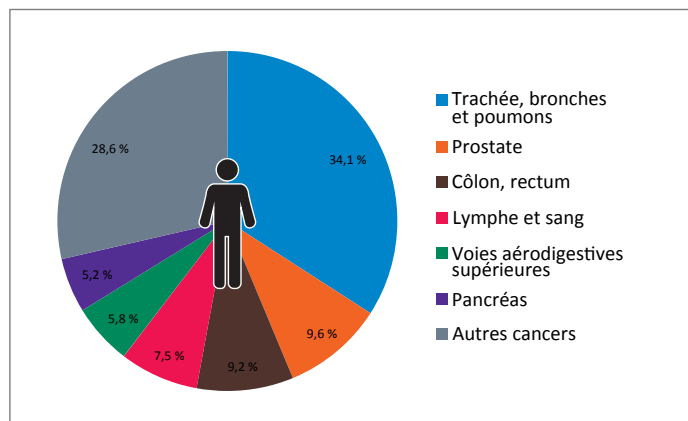
Causes de décès (2012)	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 866	1 693	1 622	638	521	242
Sein	-	2 354	-	752	-	218
Côlon, rectum	1 574	1 420	483	472	140	132
Prostate	1 451	-	453	-	147	-
Lymphes et sang	1 165	1 017	372	340	114	108
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

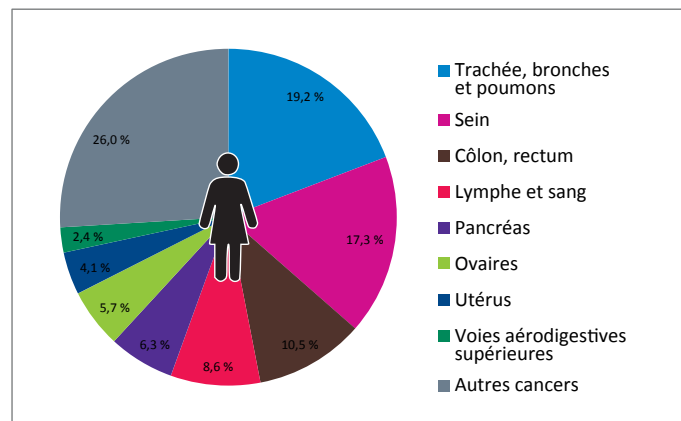
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2008-2012



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), suivi des cancers de la prostate (9,6 %), des cancers colorectaux (9,2 %) et des cancers de la lymphome 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

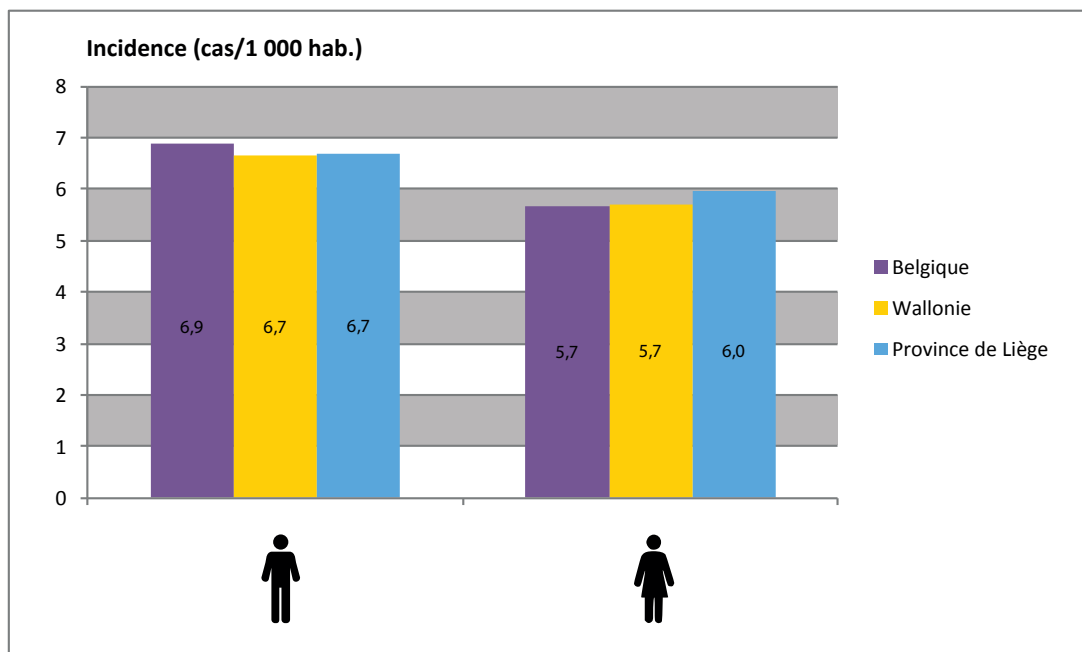
→ En moyenne, près de 37 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués annuellement en Belgique dans la population masculine entre 2009 et 2013. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum).

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



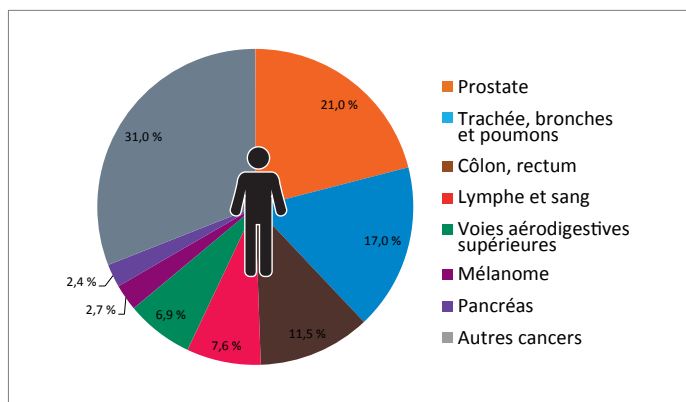
Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ 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



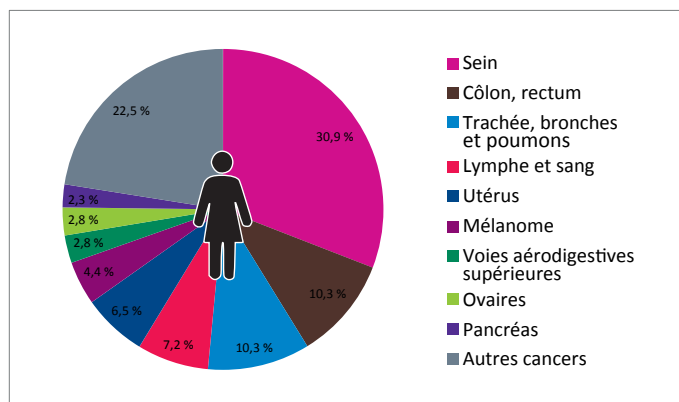
Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

→ 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
Total	5 975	5 097	2 094	1 782	646	603

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 déplorés 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].

ÉTAT DE SANTÉ

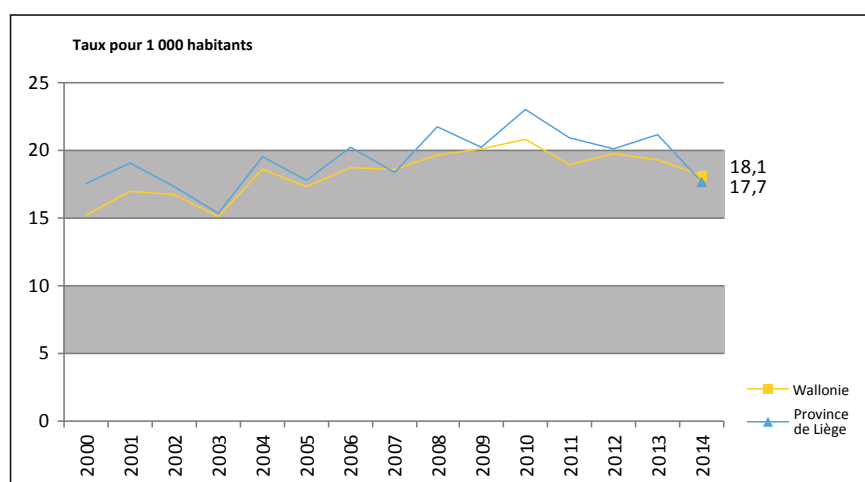
5. Insuffisance rénale

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).

ÉTAT DE SANTÉ

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.



Chapitre 3

7. Ostéoporose

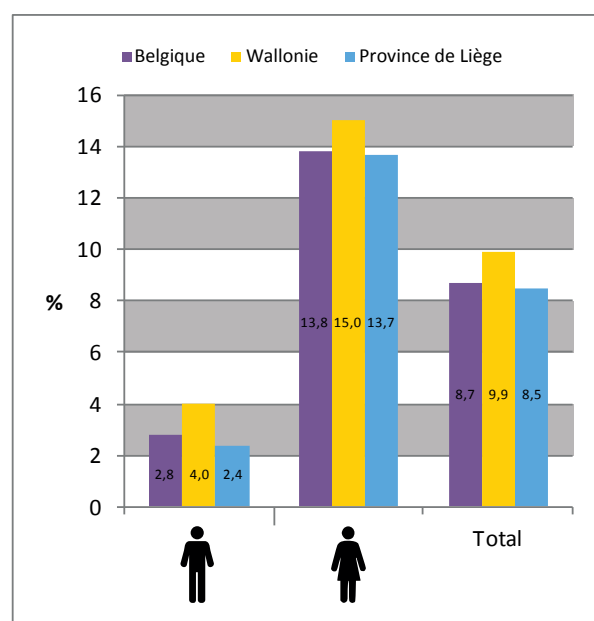
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux. Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse 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 Acquise (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

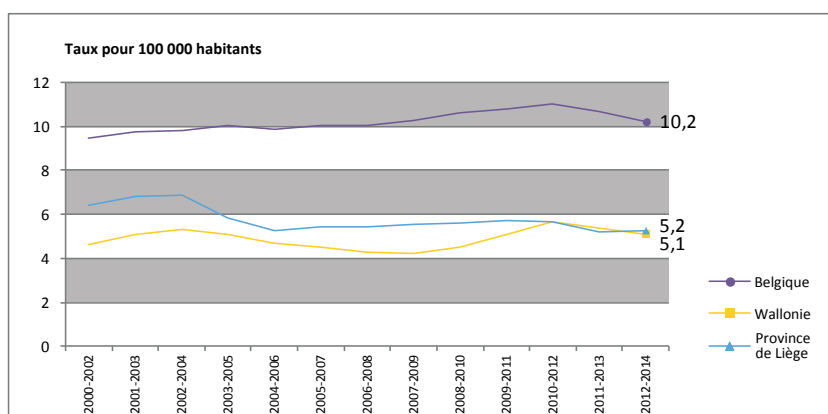
Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2009-2014

	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

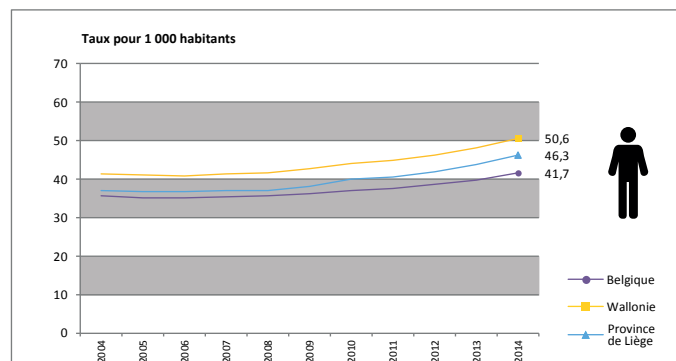
Source: INAMI, calculs OSLg

→ 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.



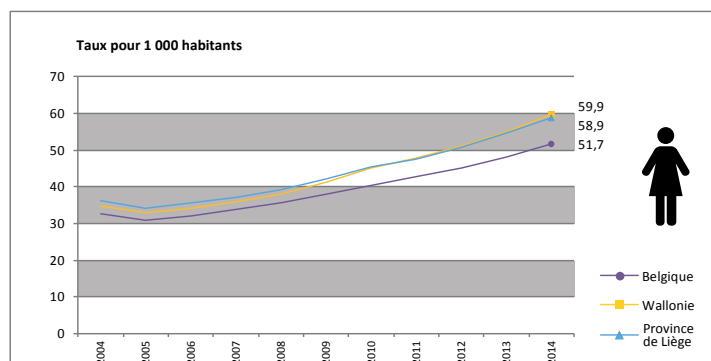
Chapitre 3

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.

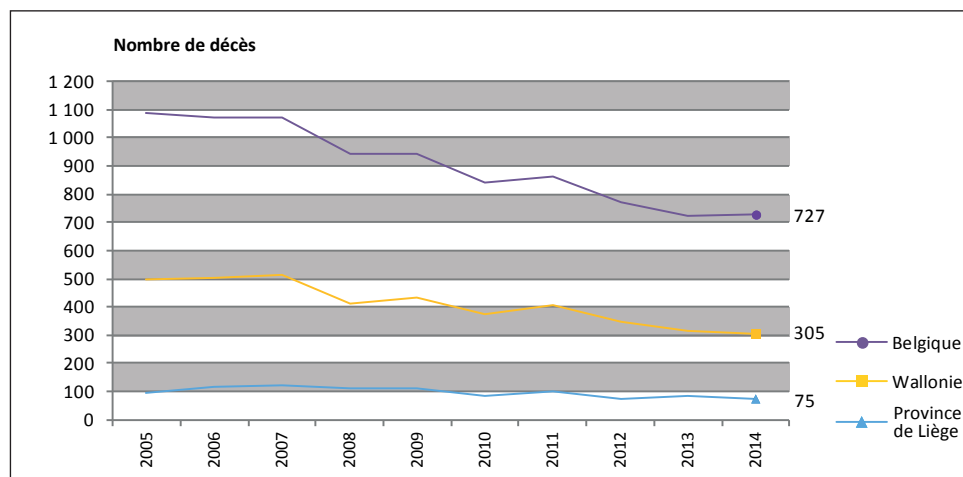
En Belgique, 16,4 % des maladies professionnelles sont provoquées par inhalation (silicose, asbestose, farinose...) et 5,3 % par des agents chimiques (oxyde de carbone, plomb et dérivés, hydrocarbures...). En province de Liège, les proportions des maladies professionnelles dues à l'inhalation de substances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



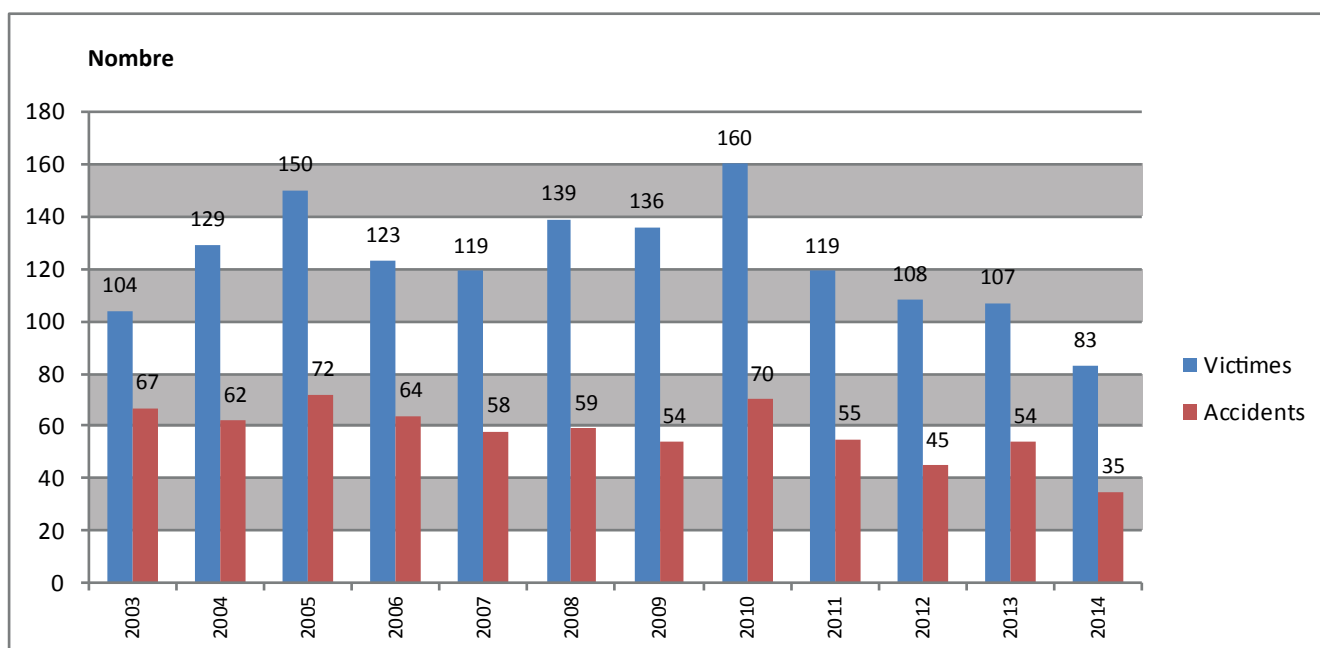
12. Intoxication au monoxyde de carbone

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 inadaptés.

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

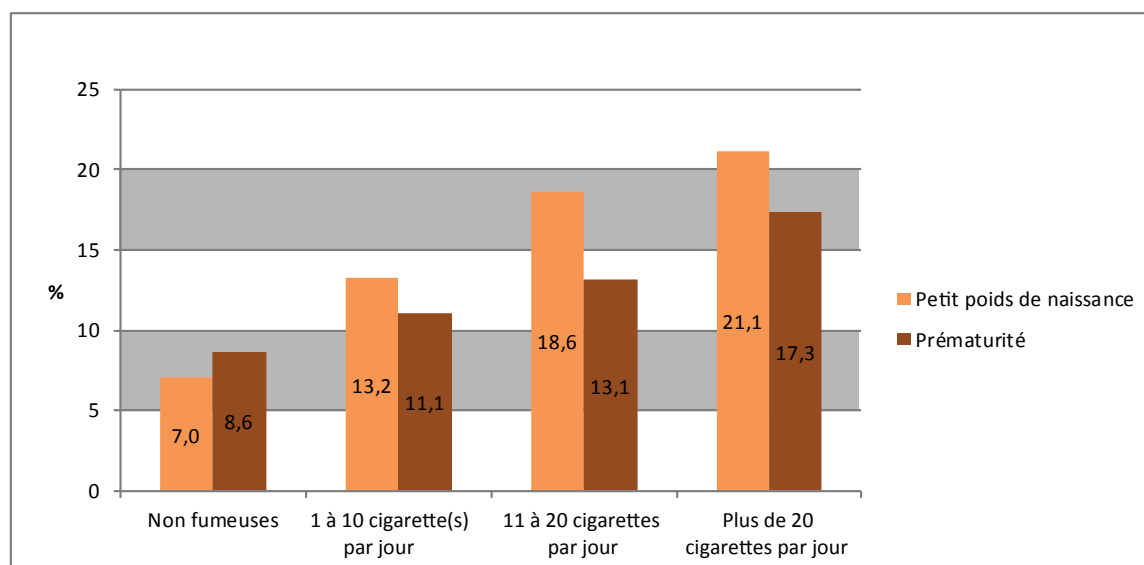
	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (%)		Prématurité selon le statut tabagique (%)	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses ou au statut tabagique inconnu
Wallonie*	14,6	6,4	11,4	7,8
Province de Liège*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

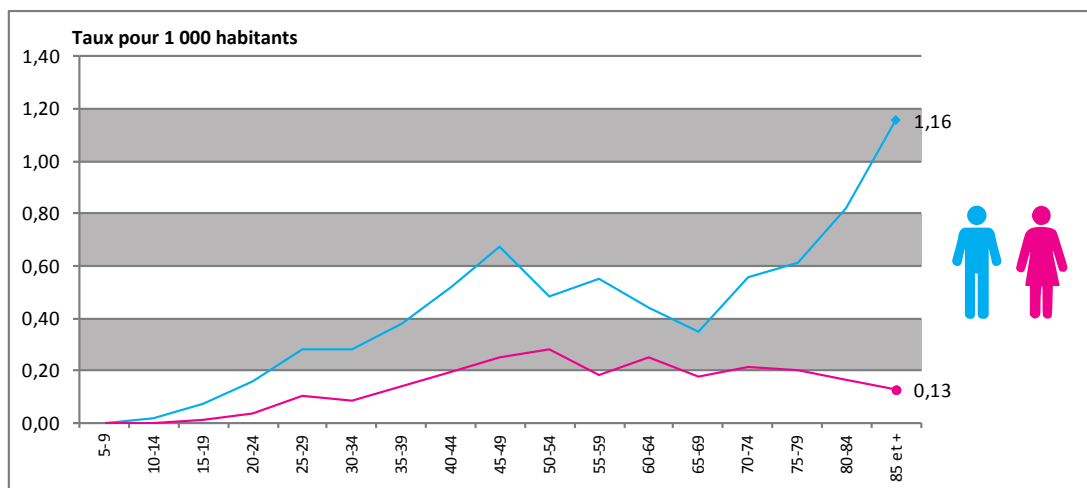
En termes d'indice comparatif de mortalité par suicide, il n'y a pas de différence statistique entre la Wallonie et la province de Liège, pour les hommes.

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.
18. Belgian Cancer Registry. *Les chiffres du cancer*. Available from : 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.l. Santé, Editor. 2011.



Chapitre 4 :

FACTEURS DE SANTÉ

Globalement, la situation socio-économique en province de Liège est légèrement moins favorable qu'en Wallonie.

- **Les habitants de la province majoritairement détenteurs d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (35,8 %).** Les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 28,9 % de la population contre 12,0 % à ne détenir aucun diplôme ou au maximum un diplôme de l'enseignement primaire.

- **Une disparité entre les communes en termes de revenu.** Les revenus médians les plus élevés sont principalement relevés dans les communes des arrondissements de Huy et de Waremme. Les revenus médians les plus faibles se situent majoritairement dans les communes à forte densité de population.

- **Pratiquement une personne active sur six au chômage.** Avec un taux de chômage de 17,1 % au sein de la population de la province de Liège. Les femmes sont davantage concernées que les hommes. Le taux de chômage des 50 ans est le plus élevé et atteint presque 20,0 % dans l'arrondissement de Liège. Plus de la moitié des demandeurs d'emploi inoccupés en province de Liège sont dans cette situation depuis plus d'un an.

- **Près de 17 % des jeunes de 18-24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale ou de chômage.** Plus de la moitié de ces bénéficiaires reçoit cette aide du CPAS.

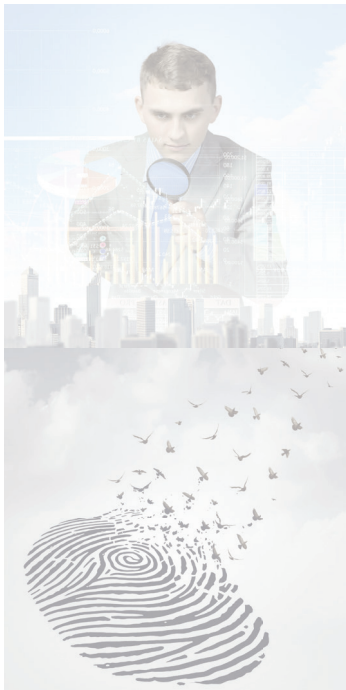
- **Des situations d'endettement problématique chez 5,3 % de la population de la province.** Parmi les personnes ayant au moins un crédit, 7,5 % sont en situation d'endettement problématique.

- **Plus d'un ménage sur dix monoparental.** Dans environ 85 % des cas, ces ménages monoparentaux concernent les femmes.

- **En 10 ans, une augmentation de l'obésité** de 3,2 % chez les hommes et de 1,3 % chez les femmes.

- **Les hommes plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique.** Ils sont 38,7 % à pratiquer une activité physique modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour alors que les femmes ne sont que 20,4 %.

- **Une situation différente au niveau de la consommation d'alcool entre les hommes et les femmes de la province de Liège.** Les hommes sont plus nombreux à déclarer consommer quotidiennement de l'alcool que les femmes. Parallèlement, la proportion de surconsommateurs d'alcool a diminué entre 2004 et 2013.



Chapitre 4 :

1. Facteurs sociaux

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs, notamment socio-économiques. Ainsi, le fait de vivre dans un milieu dont les conditions socio-économiques sont défavorables affecte la santé tout au long de la vie [1]. Plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé, et moins son espérance de vie sera longue. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas, et s'observe partout dans le monde [2].

1.1. Niveau d'instruction

Tableau 4.1. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Primaire ou sans diplôme	712 415	9,8	262 431	11,3	85 672	12,0
Secondaire inférieur	1 433 014	19,7	504 609	21,6	165 678	23,2
Secondaire supérieur	2 748 479	37,8	875 168	37,5	255 024	35,8
Études supérieures	2 371 640	32,7	687 959	29,5	206 260	28,9
Total	7 265 548	100,0	2 330 167	100,0	712 634	100,0

Source : SPF Économie-DGS, Enquête sur les forces de travail, calculs OSLg

→ De manière générale, le niveau d'études en province de Liège est fort proche de celui de la Wallonie. Dans les trois territoires, les individus sont proportionnellement plus nombreux à posséder au maximum un diplôme du secondaire supérieur (environ 36 %). Il est à noter qu'environ un tiers des personnes ont réussi des études supérieures, tandis qu'environ une personne sur dix ne possède pas de diplôme ou uniquement le diplôme de l'enseignement primaire.

FACTEURS DE SANTÉ

1.2. Revenus des ménages

Le revenu médian déclaré par déclaration fiscale est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur, l'autre moitié a un revenu supérieur. À la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes [1].

L'indice de richesse est le rapport, en pourcentage, entre le revenu médian par habitant d'une zone et le revenu médian par habitant de la Wallonie qui est prise comme population de référence et à qui on attribue un indice de richesse égal à 100 [1].

Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2012

		Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie
Belgique		22 610	106,6
Wallonie		21 214	100,0
Province de Liège		21 022	99,1
ARRONDISSEMENTS	Huy	22 552	106,3
	Liège	20 232	95,4
	Verviers	21 555	101,6
	Waremme	24 115	113,1

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Le revenu médian par déclaration fiscale au cours de l'année 2012 apparaît plus faible en province de Liège (21 022) qu'en Belgique (22 610) et en Wallonie (21 214).

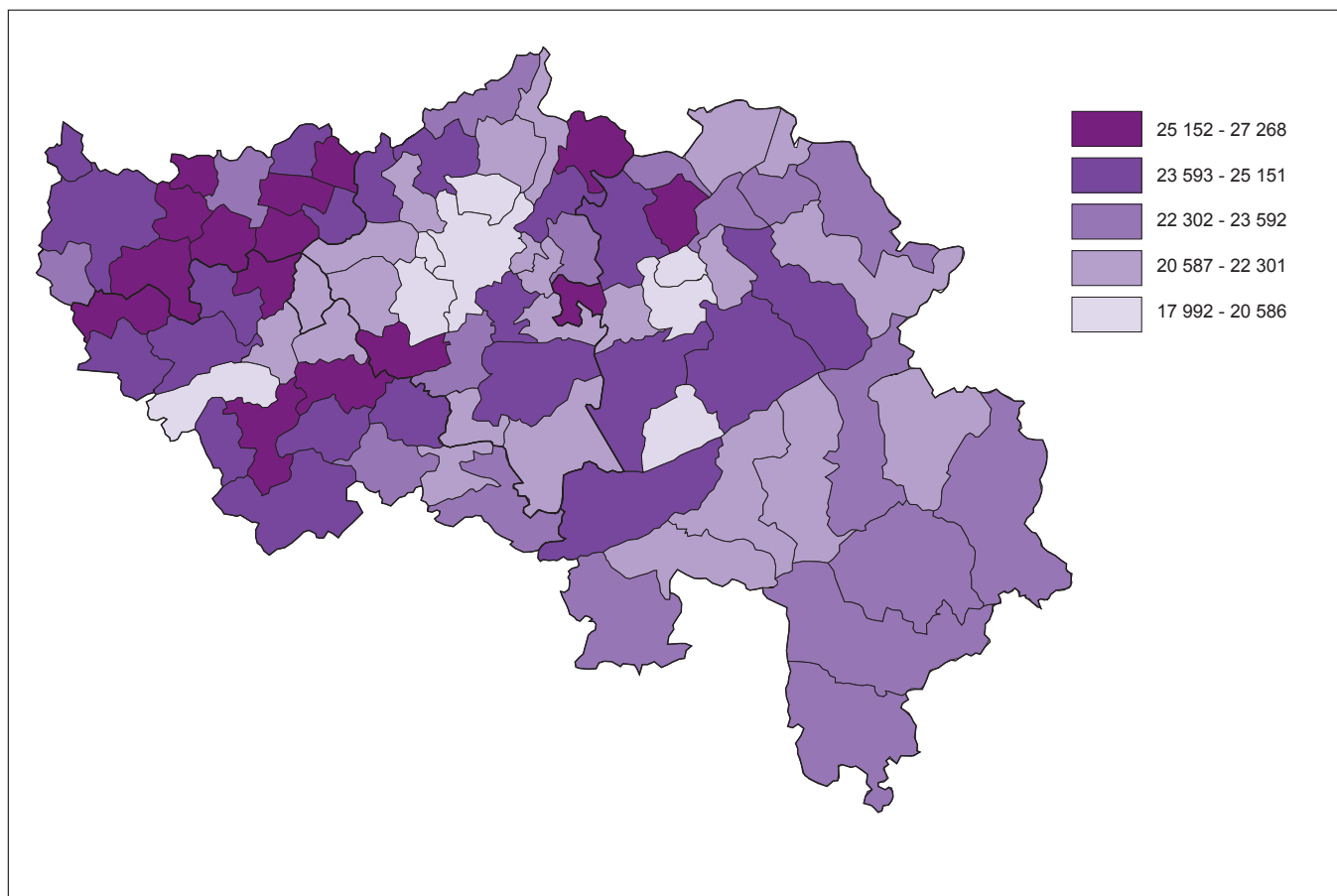
Les arrondissements de Waremme, Verviers et Huy, présentent des revenus médians supérieurs à celui de la province de Liège, tandis que celui de l'arrondissement de Liège est inférieur.

Par rapport à la Wallonie, l'indice de richesse est moins élevé en province de Liège ainsi que dans l'arrondissement de Liège. Il est par contre plus élevé en Belgique et dans les arrondissements de Huy, Verviers et Waremme



Chapitre 4 :

Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, province de Liège, par commune, 2012



Discretisation: Jenks

Source : SPF Économie-DGS, Enquête sur les forces de travail, calculs OSLg

→ En province de Liège, les revenus médians les plus élevés sont principalement relevés dans les communes des arrondissements de Huy et de Waremme. Les revenus médians sont supérieurs à 26 000 € dans les communes de Donceel, Olne, Neupré et Faimés.

Globalement, les revenus médians les plus faibles sont observés dans les communes à forte densité de population. Ils ne dépassent pas 19 000 € à Dison, Liège, Verviers et Seraing.

FACTEURS DE SANTÉ

Le revenu disponible comprend les revenus du travail et du capital augmenté des prestations sociales et des indemnités versées par les assurances, diminué des cotisations sociales, des impôts et des primes d'assurance [1].

Tableau 4.3. Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2012

		Revenu disponible moyen par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie
Belgique		18 927	109,7
Wallonie		17 249	100
Province de Liège		16 884	97,9
ARRONDISSEMENTS	Huy	17 811	103,3
	Liège	16 603	96,3
	Verviers	16 588	96,2
	Waremme	18 878	109,4

Source : Banque Nationale de Belgique, calculs OSLg

→ Le revenu disponible par habitant en province de Liège est inférieur au revenu disponible wallon. En Belgique, le revenu disponible y est plus élevé.

Les habitants des arrondissements de Liège et de Verviers ont des revenus disponibles plus faibles que ceux des arrondissements de Huy et de Waremme, ces derniers étant respectivement 3,3 % et 9,4 % plus élevés qu'en Wallonie.

1.3. Emploi

En Belgique et plus généralement dans les pays européens, la situation de l'emploi est influencée par l'évolution de l'économie, mais aussi par des facteurs démographiques tels que le vieillissement de la population. Parallèlement, au cours des 25 dernières années, le marché de l'emploi a connu des évolutions importantes, comme la tertiarisation de l'économie ou le développement de technologies de pointe. Les parcours professionnels ne sont par ailleurs plus les mêmes, avec une plus grande flexibilité, une demande croissante en autonomie et un apprentissage tout au long du parcours professionnel [3].

Depuis 2013 et après des années de crise économique, l'amélioration des conditions économiques et de marché du travail en Europe s'est poursuivie en 2014 et au début de l'année 2015, avec une réduction modérée mais régulière du chômage, après n'avoir cessé de croître depuis 2008. Néanmoins, malgré cette réduction, celui-ci reste élevé, puisqu'au premier trimestre 2015, on comptabilisait 23,8 millions de chômeurs dans l'Union européenne. Par ailleurs, le chômage de longue durée reste important [4].



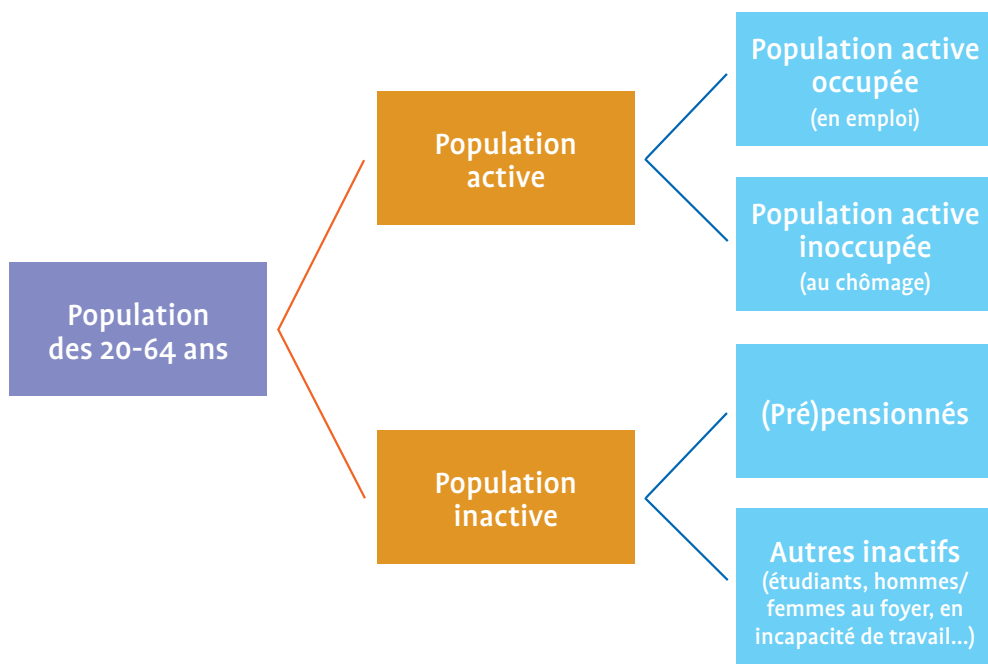
Chapitre 4 :

1.3.1. Population active et inactive

La population active regroupe la population active occupée, c'est-à-dire les personnes qui sont en emploi et la population active inoccupée, c'est-à-dire les personnes qui sont au chômage.

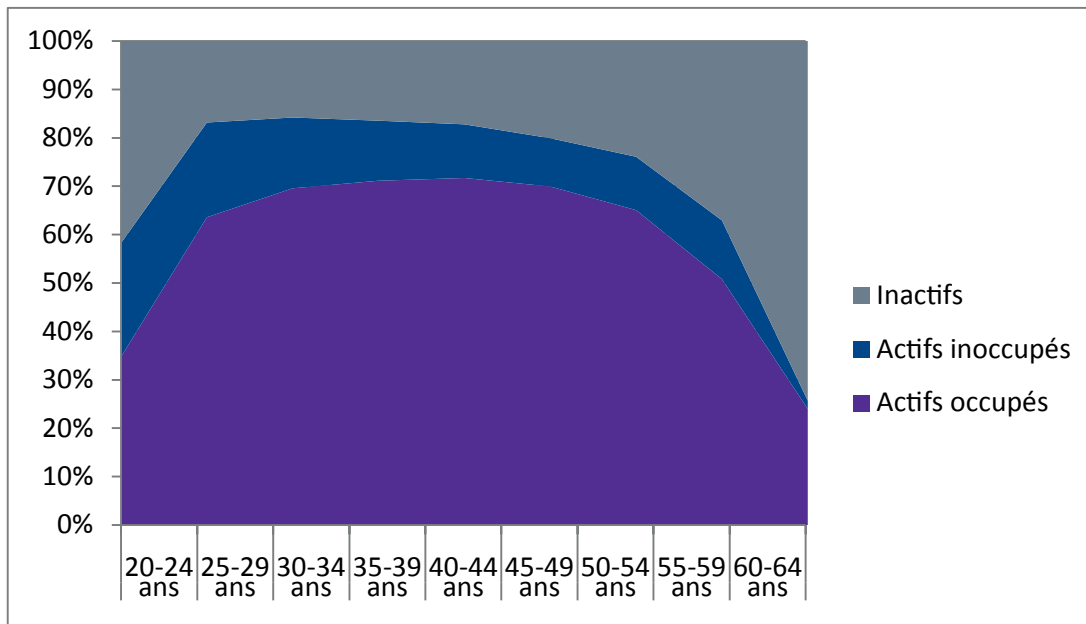
La population inactive regroupe les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage. Elle comprend les étudiants, les pensionnés ou prépensionnés, les hommes/femmes au foyer, les personnes en incapacité... [2].

Schéma de la répartition de la population en âge d'être active



FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, province de Liège, 2013



Source : Steunpunt WSE

→ Entre 20 et 34 ans, la proportion d'actifs augmente logiquement avec les entrées des étudiants sur le marché du travail. À partir de 35 ans, cette proportion diminue d'abord lentement puis de façon plus importante dès 55 ans.

1.3.2. Chômage

Le taux d'activité correspond au rapport entre la population active (occupée ou inoccupée) et la population en âge de travailler (20-64 ans).

Le taux d'emploi correspond au rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler (20-64 ans)[5].

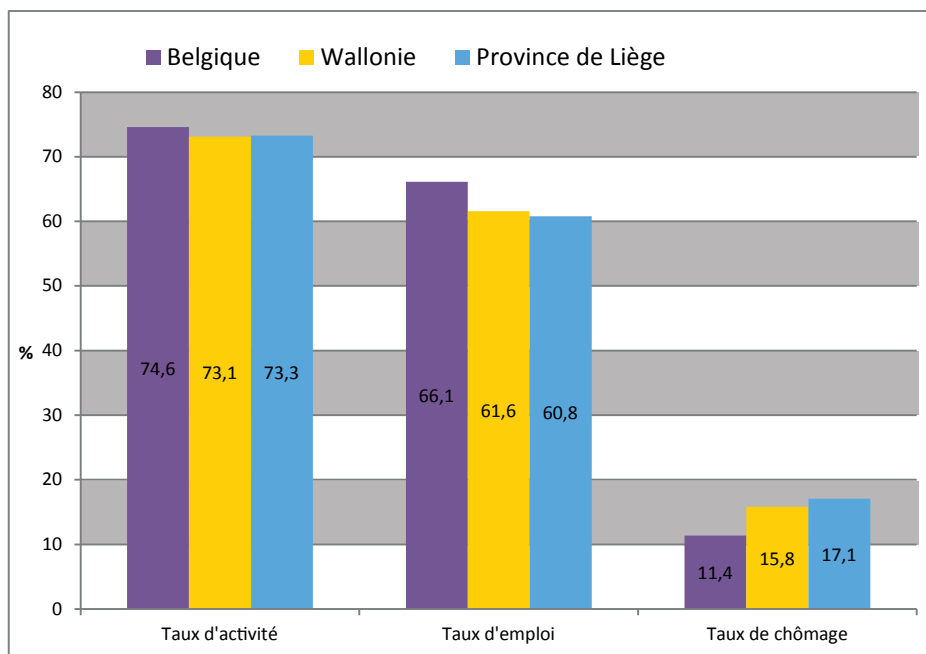
Le taux de chômage correspond au rapport entre la population active inoccupée et la population active [2].



Chapitre 4 :

Les données des deux figures suivantes se réfèrent aux définitions du Bureau International du Travail (BIT). Ces définitions permettent des comparaisons internationales.

Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (BIT) (20-64 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

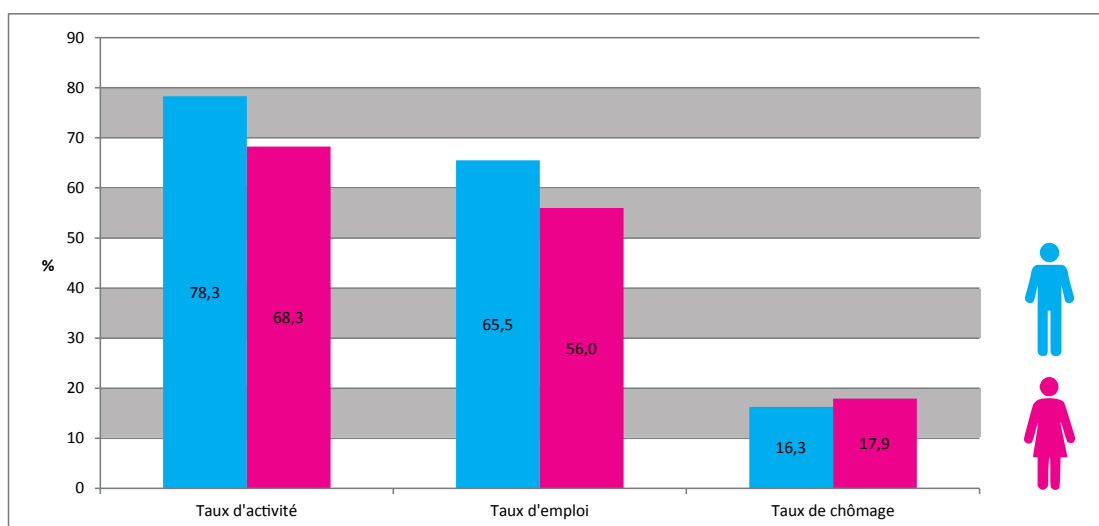


Source : Steunpunt WSE

→ En province de Liège, le taux d'activité de la population des 20-64 ans s'élève à 73,3 %. Ainsi, 26,7 % sont dits inactifs (étudiants, hommes/femmes au foyer, en incapacité, pensionnés...). Le taux d'activité est similaire et le taux d'emploi est légèrement inférieur en province de Liège comparativement à la Wallonie.

Le taux de chômage est plus élevé en province de Liège (17,1 %) qu'en Wallonie (15,8 %) et qu'au niveau national (11,4 %).

Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (BIT) (20-64 ans), par sexe, province de Liège, 2013



Source : Steunpunt WSE

→ Par rapport aux hommes, les femmes en province de Liège sont proportionnellement moins nombreuses sur le marché de l'emploi. Le taux d'activité s'élève à 68,3 % chez les femmes contre 78,3 % chez les hommes tandis que le taux d'emploi atteint 65,5 % chez ces derniers contre 56,0 % pour les femmes.

Au niveau du taux de chômage, les femmes sont légèrement plus nombreuses (17,9 %) que les hommes (16,3 %).

FACTEURS DE SANTÉ

Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juin 2015

		< 25 ans	25 – 50 ans	50 ans et +	Total
Belgique		10,2	8,5	12,1	9,5
Wallonie		17,0	11,6	17,0	13,4
Province de Liège		16,5	12,0	17,5	13,8
ARRONDISSEMENTS	Huy	15,6	10,0	15,6	11,9
	Liège	19,1	13,9	19,8	15,8
	Verviers	12,3	9,7	14,5	11,2
	Waremme	14,9	8,4	13,0	10,0

Source : ONEM

→ Quel que soit le niveau géographique, les tranches d'âge les plus touchées par le chômage concernent les moins de 25 ans et les 50 ans et plus. En province de Liège, plus d'un habitant de 50 ans et plus sur six susceptible de travailler n'a pas d'emploi. Dans l'arrondissement de Liège, ce rapport atteint un sur cinq. Le taux de chômage des jeunes y est également plus élevé que dans les autres niveaux géographiques puisqu'il atteint 19,1 %.

Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-province de Liège, août 2015

	Moins de 1 an		Plus de 1 an		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Wallonie	110 316	44,4	138 180	55,6	248 496	100,0
Province de Liège	34 534	43,2	45 418	56,8	79 952	100,0

Source : FOREM, calculs OSLg

→ Concernant la durée d'inoccupation, la proportion de chômeurs de moins d'un an est inférieure en province de Liège par rapport à la Wallonie, tandis que la proportion de chômeurs de plus d'un an y est supérieure. Plus de la moitié des chômeurs le sont pour une durée supérieure à un an en province de Liège (56,8 %) tout comme en Wallonie (55,6 %).



Chapitre 4 :

1.4. Autres revenus de substitution

Le Revenu d'Intégration Sociale (RIS) est une aide financière rentrant dans le cadre du droit à l'intégration sociale. Il est accordé sur base de certaines conditions par le CPAS. Il remplace l'ancien minimex.

L'Équivalent du Revenu d'Intégration Sociale (ERIS) est une aide financière accordée par le CPAS aux personnes qui ne répondent pas aux conditions fixées dans la loi relative au droit à l'intégration sociale mais qui se trouvent dans une situation de fait similaire [6].

La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation octroyée aux personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance [7].

Tableau 4.6. Proportion (%) de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement par groupe d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Belgique	Wallonie	Province de Liège
Jeunes (18-24 ans)	100%	100%	100%
CPAS: RIS et ERIS	6,6	9,0	10,0
Allocation de chômage*	3,7	5,9	5,8
Allocations aux personnes handicapées	1,0	1,0	1,1
% total de jeunes avec allocations	11,3	15,9	16,9
Population d'âge actif (18-64 ans)	100%	100%	100%
CPAS: RIS et ERIS	2,8	3,9	4,8
Allocation de chômage*	5,2	7,0	7,4
Allocations aux personnes handicapées	2,1	2,7	2,9
% total de 18-64 ans avec allocations	10,1	13,5	15,1
Personnes âgées (65 ans et +)	100%	100%	100%
GRAPA	5,3	5,4	5,9
CPAS: RIS et ERIS	0,3	0,3	0,4
Allocations aux personnes handicapées	9,2	8,3	8,9
% total de 65 ans et + avec allocations	14,8	14,0	15,2

Sources : SPP Intégration sociale; ONP; SPF Économie-DGS, calculs OSLg, * juin 2015

→ En 2014, en province de Liège, près de 17 % des jeunes de 18 à 24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale ou une allocation de chômage. C'est un peu plus élevé qu'en Wallonie (15,8 %). 10 % des jeunes de 18 à 24 ans bénéficient d'une aide sociale du CPAS.

Pour les personnes en âge actif (18-64 ans), cette proportion atteint 15,1 % en province de Liège. Ce pourcentage est plus élevé qu'en Wallonie (13,5 %) et qu'en Belgique (10,1 %).

Enfin, dans la catégorie des plus âgés (65 ans et plus), 15,2 % de la population touchent une allocation d'aide sociale (dont 8,9 % une allocation aux personnes handicapées), ce qui est proche du pourcentage observé en Belgique.

FACTEURS DE SANTÉ

1.5. Endettement

Au cours des dernières années, les situations d'endettement problématique et de surendettement sont devenues plus fréquentes. La conjoncture économique détériorée que nous connaissons depuis 2008 explique les difficultés financières des ménages ainsi que la hausse du phénomène de surendettement [8].

Outre ce contexte économique défavorable, le surendettement peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que les accidents de la vie, comme un divorce, une maladie ou encore la perte d'un emploi [9].

Un crédit est considéré comme défaillant lorsque l'emprunteur n'a pas totalement remboursé la somme due trois mois après la date de son échéance[10]. On parlera alors de situation d'endettement problématique.

Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique sur l'ensemble de la population majeure, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014

		Personnes majeures enregistrées pour au moins un crédit (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant parmi les personnes ayant au moins un crédit (%)
Belgique		69,0	3,7	5,4
Wallonie		72,1	5,4	7,4
Province de Liège		70,6	5,3	7,5
ARRONDISSEMENTS	Huy	75,3	5,1	6,8
	Liège	70,4	6,1	8,6
	Verviers	67,5	4,0	6,0
	Waremme	76,8	4,2	5,5

Source : Banque nationale de Belgique - Centrale des Crédits à la Consommation, calculs OSLg

→ En 2014, en province de Liège, sept personnes majeures sur dix ont un crédit, qu'il s'agisse d'un crédit hypothécaire, d'un prêt à tempérament ou d'une ouverture de crédit. Parmi celles-ci, 7,5 % ont au moins un crédit défaillant. Cette proportion est supérieure à la proportion wallonne (7,4%) et la proportion belge (5,4 %). L'arrondissement de Liège présente la part la plus élevée (8,6 %) de la province de Liège, la plus faible concerne l'arrondissement de Waremme (5,5 %).



Chapitre 4 :

1.6. Monoparentalité

Une famille monoparentale se définit comme un ménage composé d'un adulte de référence, c'est-à-dire un chef de ménage, soit de sexe masculin, soit de sexe féminin et de ses enfants [1].

Depuis plusieurs années, les structures familiales se sont modifiées, multipliant les configurations. Avec ces changements, on a vu le nombre de familles monoparentales augmenter, entraînant de nouveaux risques de pauvreté et d'exclusion sociale. De manière générale, le passage à la monoparentalité fait chuter le taux d'emploi des hommes et des femmes, et cela est encore plus vrai pour ces dernières. En effet, leur présence sur le marché du travail tend à diminuer avec l'apparition de la famille. Par ailleurs, le nombre et l'âge des enfants influencent fortement leur taux d'emploi [11].

Tableau 4.8. Proportion (%) de ménages monoparentaux, selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)	
Belgique	1,6	7,7	9,3	
Wallonie	1,9	9,7	11,6	
Province de Liège	1,8	9,6	11,4	
ARRONDISSEMENTS	Huy	2,1	9,1	11,2
	Liège	1,8	10,2	12,0
	Verviers	1,8	8,7	10,5
	Waremme	2,0	8,4	10,4

Source : UCL Cityse

→ En 2013, la proportion de ménages monoparentaux constitue 9,3 % de l'ensemble des ménages belges. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (11,6 %) et en province de Liège (11,4 %).

Quel que soit le territoire observé, les chefs de ménages monoparentaux sont majoritairement des femmes.

FACTEURS DE SANTÉ

1.7 Logements publics

La crise du logement en Belgique comporte plusieurs dimensions : une dimension pécuniaire (les loyers sont trop élevés et augmentent plus vite que les revenus), une dimension quantitative (il y a un manque de logements pour faire face au boom démographique, principalement à Bruxelles) et une dimension sociale (il y a un manque de logements publics disponibles)[12].

Pour faire face à cette pénurie de logements publics, « le Code Wallon du Logement et de l'Habitat Durable prévoit que chaque commune élabore un programme communal en matière de logement ». Ainsi, au niveau local, « chaque commune doit tendre vers un objectif de 10 % de logements publics sur son territoire, qu'il s'agisse de logements subventionnés ou conventionnés »[13].

Un logement public est un logement social, moyen, de transit, d'insertion ou pour personnes âgées [14].

Les logements sociaux sont destinés à des ménages en état de précarité ou disposant de revenus modestes.

Les logements moyens sont destinés à des ménages à revenus moyens. Le logement doit être mis en location durant une période minimale de 30 ans à dater de la première occupation.

Les logements de transit sont destinés à des ménages en état de précarité ou privés de logement pour des motifs de force majeure. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation.

Les logements d'insertion sont destinés à des ménages en état de précarité. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation [15].

Tableau 4.9. Proportion (%) de logements publics, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013

		Logements publics (%)
Wallonie		6,1
Province de Liège		7,0
ARRONDISSEMENTS	Huy	3,8
	Liège	9,4
	Verviers	4,0
	Waremme	2,1

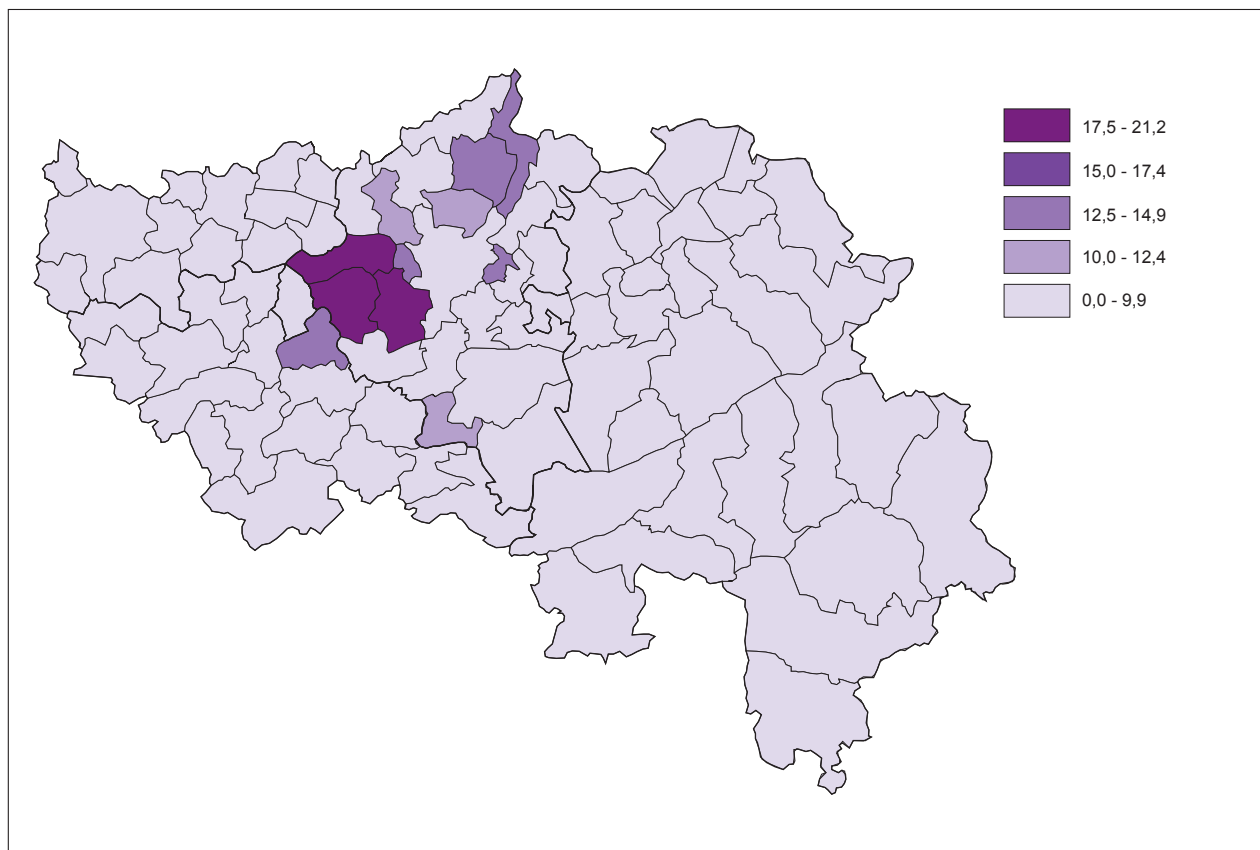
Source : SWL et Cadastre, calculs OSLg

→ En 2013, la proportion de logements publics en province de Liège est légèrement supérieure à celle observée en Wallonie. Mais l'arrondissement de Waremme ne compte que 2,1 % de logements publics parmi l'ensemble des logements du territoire.



Chapitre 4 :

Carte 4.2. Proportion (%) de logements publics, province de Liège, par commune, 2013



Discrétisation : manuelle -Source : SWL

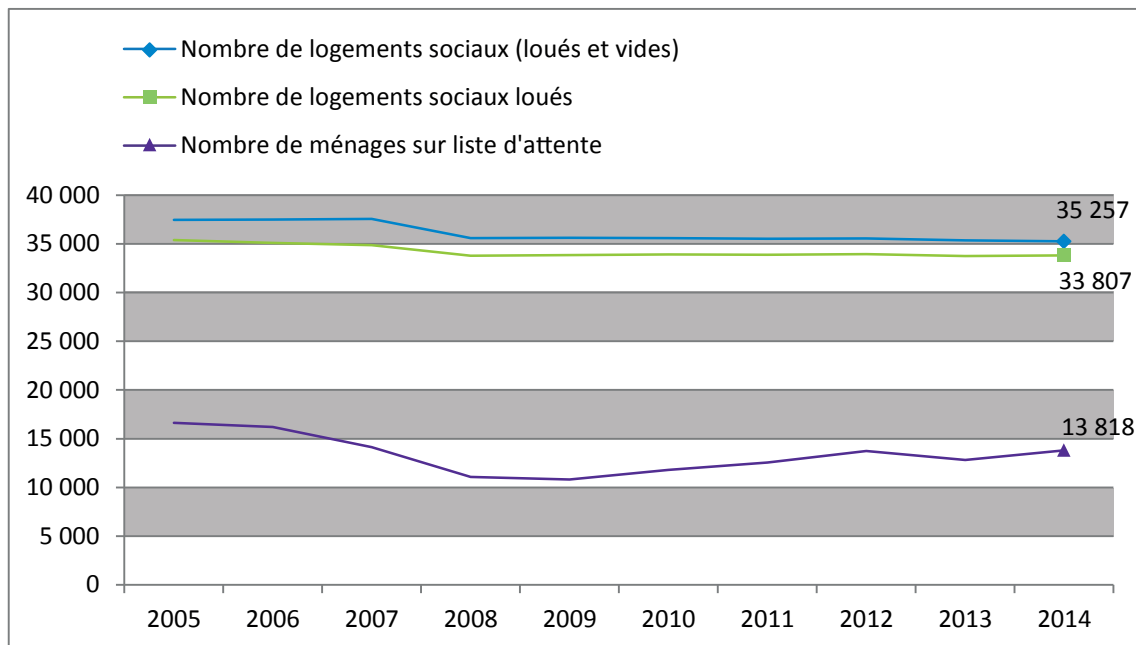
→ Seulement 11 communes de la province de Liège atteignent la proportion recommandée de 10 % de logements publics.

L'ensemble des communes de l'arrondissement de Liège compte des logements sociaux, dans des proportions très variables (de 0,3 % à 20,2 %).

Les communes qui ne comptent aucun logement social sont Burdinne, Clavier, Ferrières, Modave et Nandrin sur l'arrondissement de Huy; Burg-Reuland sur l'arrondissement de Verviers et Braives, Crisnée, Donceel, Faimés, Lincé et Wasseiges sur l'arrondissement de Waremme.

FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.4. Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux (total et occupés), province de Liège, 2005-2014



Source : SWL

→ En 2014, la Société Wallonne du Logement comptabilisait 35 257 logements sociaux dont 33 807 loués et 1 450 vides en province de Liège. En 10 ans, le parc de logements sociaux a diminué de 2 218 logements.

La liste d'attente des candidats locataires a connu des variations au cours des dernières années. Elle est passée de 16 631 demandeurs en 2005 à 13 818 en 2014. La diminution la plus importante s'est effectuée entre 2005 et 2009 où le taux le plus bas a été observé (10 814 ménages sur liste d'attente).

Depuis 2010 la liste s'allonge à nouveau.

2. Excès de poids

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. En 2014, le surpoids concernait plus de 1,9 milliard d'adultes dont 600 millions étaient obèses. La principale cause du surpoids et de l'obésité est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées (plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses et un manque d'activité physique).

Ces pathologies constituent un important facteur de risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certains cancers [16].

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utile du statut nutritionnel d'un adulte. Il est calculé à l'aide de la formule suivante [17] :

$$IMC = \frac{\text{poids (en kg)}}{(\text{taille (en m}^2\text{)})^2}$$

Chez l'adulte (18 ans et plus), les catégories permettant de définir la corpulence sont :

- la maigreur : IMC inférieur à 18,5 ;
- la corpulence normale : IMC supérieur ou égal à 18 et inférieur à 25 ;
- le surpoids : IMC supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 ;
- l'obésité : IMC supérieur ou égal à 30.

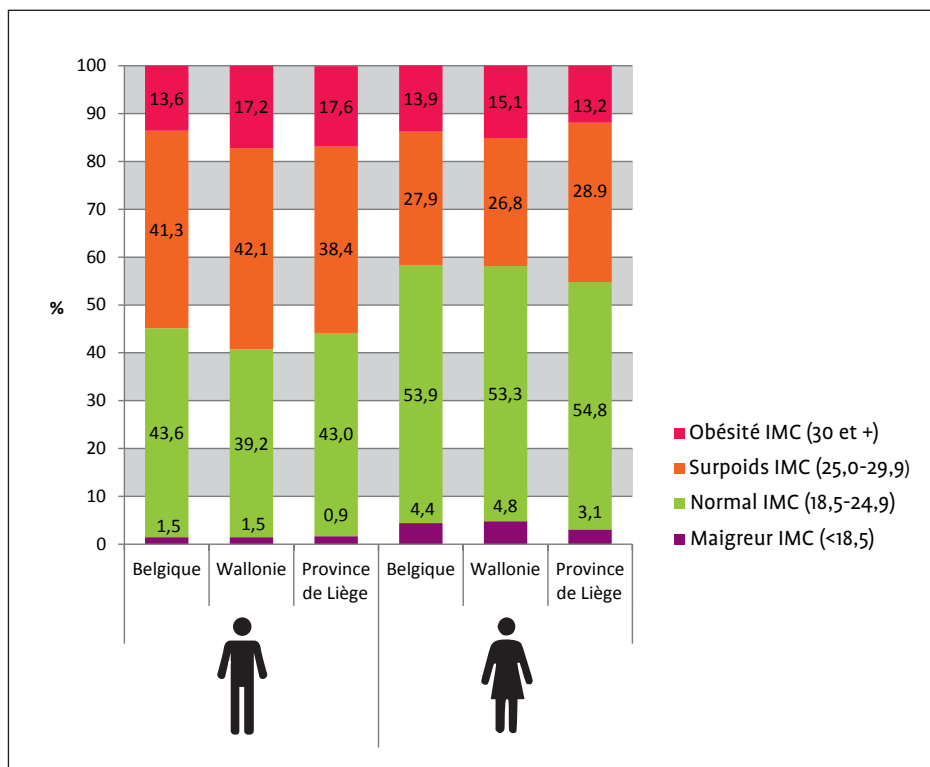


Chapitre 4 :

2.1. Corpulence des adultes

Les données présentées ci-après ont été établies sur base des déclarations des répondants. Notons que les hommes ont tendance à surestimer leur taille tandis que les femmes sous-estiment généralement leur poids [18]. Il en résulte sans doute une sous-estimation de la proportion de personnes en surpoids ou en situation d'obésité.

Figure 4.5. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon l'IMC (d'après les déclarations des répondants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

L'évolution dans le temps montre une augmentation de la fréquence de l'obésité chez les hommes en Belgique, en Wallonie et en province de Liège. Entre 2004 et 2013, la proportion d'hommes présentant un IMC supérieur à 30 est passée de 14,4 % à 17,6 % en province de Liège.

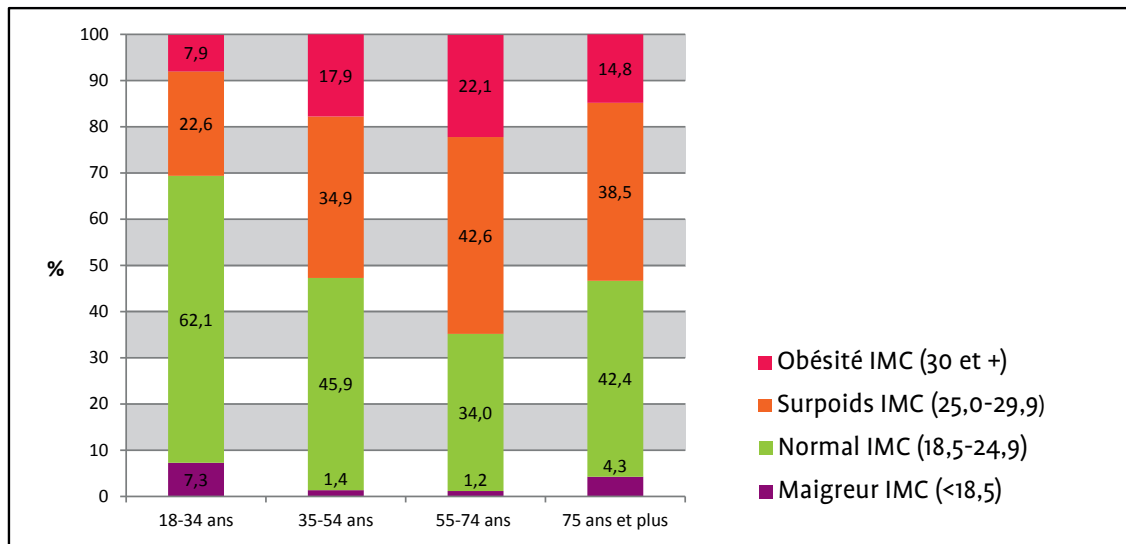
La proportion de femmes obèses en province de Liège est passée quant à elle de 11,9 % à 13,2 %, tandis qu'elle est restée stable en Belgique et en Wallonie.

→ En province de Liège, la proportion d'hommes présentant une obésité (17,6 %) est supérieure à la proportion de femmes (13,2 %). La proportion d'hommes obèses en province de Liège est supérieure aux proportions belge et wallonne. L'inverse est constaté au niveau des femmes obèses.

Quel que soit le niveau territorial, la part de personnes en surpoids dans la population est plus importante chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, les situations de corpulence normale ou de maigreur sont plus importantes chez les femmes.

FACTEURS DE SANTÉ

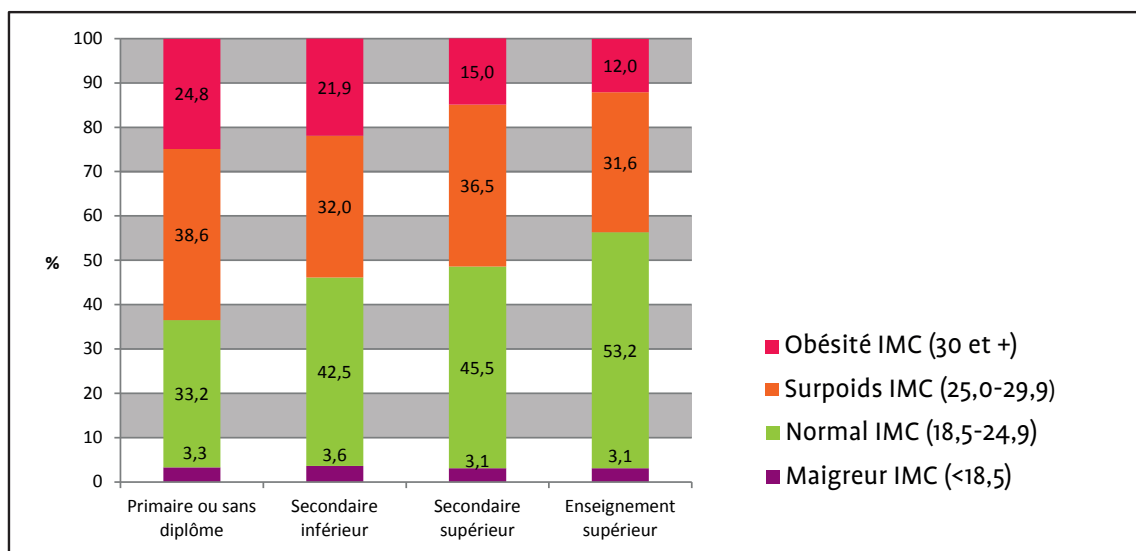
Figure 4.6. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013



Source : ISP-HIS

→ Le surpoids et l'obésité en Wallonie augmentent avec l'âge, atteignant des pics chez les 55-74 ans (42,6 % de personnes en surpoids et 22,1 % de personnes obèses). Ces proportions diminuent chez les 75 ans et plus. Les jeunes de 18 à 34 ans présentant une corpulence normale représentent 62,1 % de l'ensemble de la catégorie d'âge. Notons que 7,3 % de cette tranche d'âge présentent une corpulence qualifiée de maigre.

Figure 4.7. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013



Source : ISP-HIS

→ La surcharge pondérale et l'obésité sont liées au niveau d'instruction. En effet, plus celui-ci est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids augmente. Parmi les personnes qui n'ont pas de diplôme ou seulement un diplôme de l'enseignement primaire, près d'un quart sont obèses et près de 39 % sont en surpoids. Plus le niveau de diplôme est élevé, plus ces proportions seront faibles. Ainsi, l'obésité concerne 12,0 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur tandis qu'elles sont 31,6 % à être en surpoids.



Chapitre 4 :

2.2. Corpulence des jeunes

Actuellement, il n'existe pas de données relatives au statut nutritionnel des jeunes en province de Liège. Les provinces de Luxembourg et de Hainaut mènent des enquêtes sur leurs territoires respectifs et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

3. Sédentarité et activité physique

3.1. Sédentarité chez l'adulte

La sédentarité, définie ici comme le manque d'activité physique, est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde [19]. Ce manque d'activité physique s'explique par nos modes de vie actuels, davantage sédentaires qu'auparavant (travail de bureau, modes de transports passifs, urbanisation croissante...).

L'OMS estime qu'au niveau mondial, 31 % des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008. Environ 3,2 millions de décès sont attribuables au manque d'exercice physique, chaque année [20]. Toujours selon l'OMS, la pratique d'une activité physique durant 30 minutes 5 jours par semaine permet d'améliorer son état de santé et de rester en forme [21].

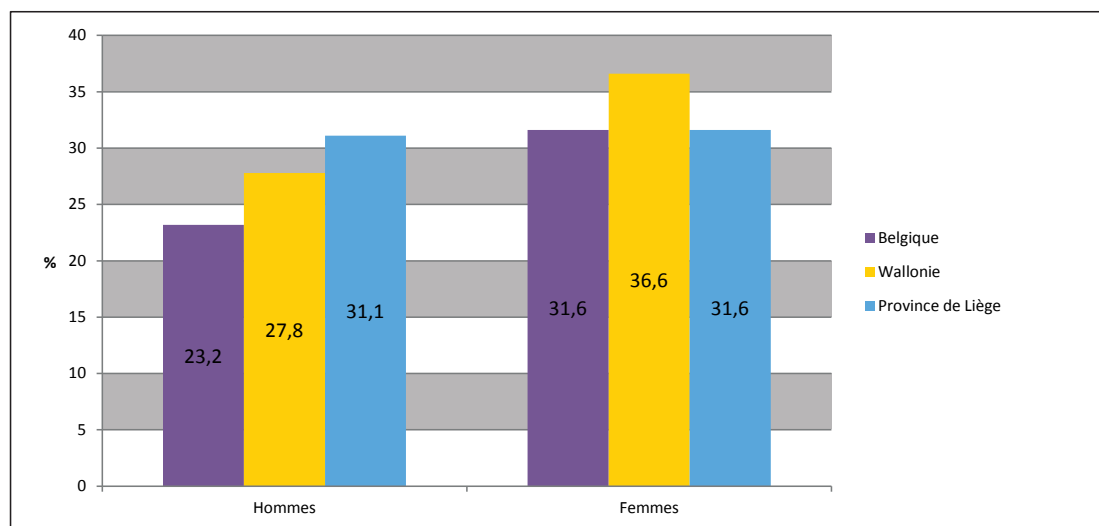
La sédentarité a été calculée dans l'Enquête Nationale de Santé sur base de la distribution de la population (de 15 ans et plus) suivant le niveau d'activité physique et de loisir, selon les catégories suivantes :

- entraînement sportif intensif de 4 heures au minimum par semaine ;
- moins 4 heures de sport par semaine ou activités physiques légères ;
- activités sédentaires.

Les données présentées dans la figure suivante concernent les personnes reprises dans la catégorie « activités sédentaires ». Un style de vie sédentaire se définit par le fait que la personne consacre moins de 10% de sa consommation d'énergie quotidienne à la pratique d'une activité physique-modérée ou intense [22].

FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.8. Proportion (%) de personnes considérées comme sédentaires (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

→ La proportion d'hommes sédentaires en province de Liège est supérieure aux proportions belge et wallonne. La proportion de femmes sédentaires en province de Liège est identique à la proportion belge et inférieure à la proportion wallonne.

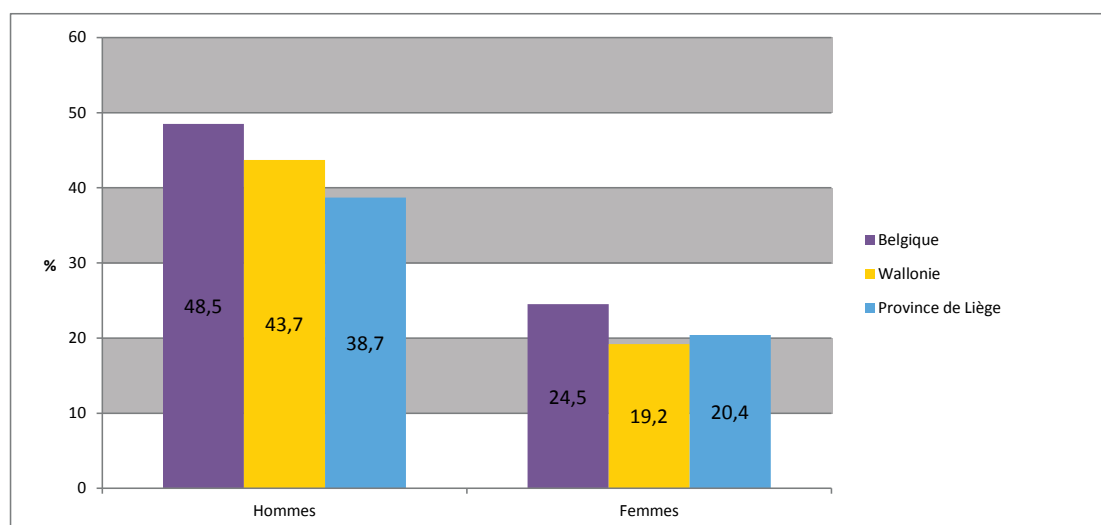
En province de Liège, les femmes ne se déclarent pratiquement pas plus sédentaires que les hommes. Par contre, une différence en défaveur des femmes est observée au niveau de la Belgique et de la Wallonie.

Au niveau de l'âge, plus celui-ci augmente, plus le manque d'activité physique augmente également, avec des proportions plus élevées chez les femmes que chez les hommes.



Chapitre 4 :

Figure 4.9. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

→ En province de Liège, 38,7 % des hommes déclarent pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour, tandis que les femmes sont 20,4 %. Cela ne diffère pas significativement des situations nationale ou régionale.

Entre 2004 et 2013, en province de Liège, le nombre de personnes pratiquant une activité physique d'au moins 30 minutes par jour reste relativement stable (en passant de 28,4 % à 29,5 %). Cette tendance est identique à celle de la Wallonie où les chiffres restent stables.

De manière générale et quel que soit le territoire considéré, on observe un gradient entre le niveau d'instruction et la proportion de la population qui court un risque en matière de santé en raison du manque d'activités physiques et de loisirs. En effet, en Wallonie, ce pourcentage est plus élevé chez les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (50 %) ou chez les personnes ayant un diplôme du secondaire inférieur (41,6 %) par rapport aux personnes ayant un diplôme du secondaire supérieur (34,8 %) ou de l'enseignement supérieur (23,7 %).

3.2. Jeunes et activité physique

Actuellement, il n'existe pas de données relatives à la pratique d'activités physiques des jeunes en province de Liège. Les provinces de Luxembourg et de Hainaut mènent des enquêtes sur leurs territoires respectifs et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

FACTEURS DE SANTÉ

4. Alimentation

Une mauvaise alimentation, au même titre que le manque d'activité physique et que la consommation d'alcool et de tabac, est l'un des facteurs de risque des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité et le diabète de type 2 [23].

À ce sujet, l'OMS formule plusieurs recommandations :

- équilibrer l'apport énergétique pour conserver un poids normal ;
- limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses ;
- consommer davantage de fruits et légumes ainsi que de légumineuses, de céréales complètes et de fruits secs ;
- limiter la consommation de sucres libres ;
- limiter la consommation de sel, toutes sources confondues, et veiller à consommer du sel iodé [24].

4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

La consommation de fruits et de légumes est une composante importante d'une alimentation saine et permet de prévenir l'apparition de certaines maladies. La consommation quotidienne recommandée est de deux portions de fruits et deux portions de légumes par jour à partir de 6 ans. Les recommandations de l'OMS vont dans le même sens, conseillant de manger au moins cinq fruits et légumes par jour, ce qui correspond à 400 gr de fruits et légumes par jour [25].

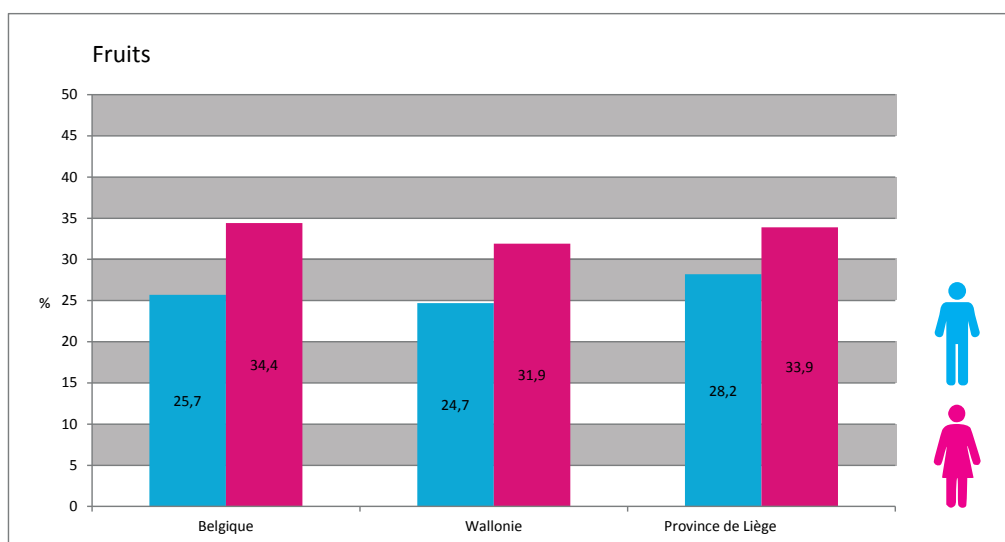
Une portion de fruits correspond à 1 banane, 1 poire, 1 pomme, 1 orange ou n'importe quel autre fruit de la même taille, 2 mandarines, 2 prunes ou 2 autres fruits de la même taille, une dizaine de raisins, de cerises, de fraises ou d'autres fruits de la même taille.

Une portion de légumes correspond à 1 tomate, ¼ de concombre, une tasse de carottes râpées, 3 cuillères à soupe de légumes bouillis ou cuits (haricots verts, chou-fleur, carottes, brocolis, épinards...), 10 petits champignons, 5 asperges fraîches, 1 chicon, 1 louche ou la moitié d'un bol de soupe de légumes [26].



Chapitre 4 :

Figure 4.10. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

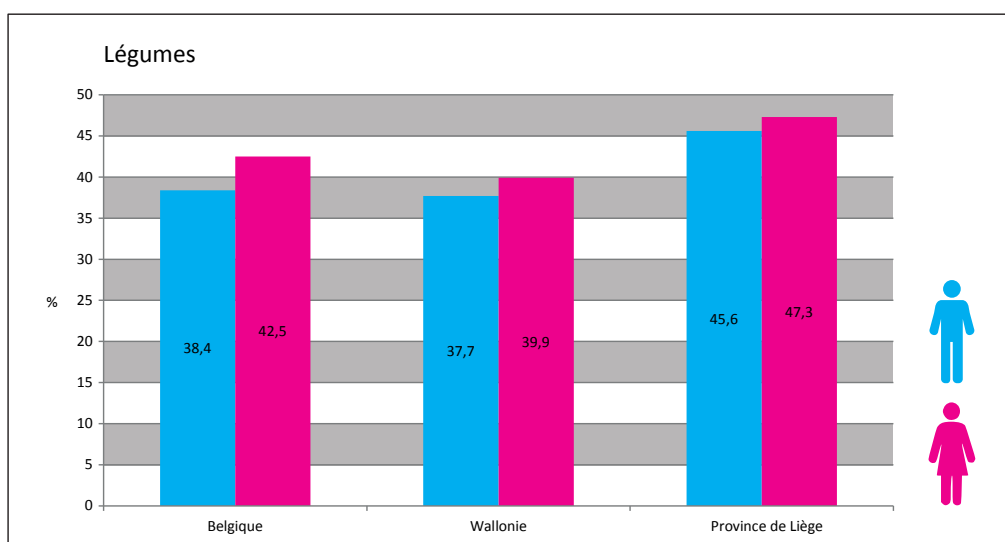


Source : ISP-HIS

→ En province de Liège, un peu moins d'un tiers de la population âgée de 15 ans et plus déclare consommer au moins deux portions de fruits par jour. On n'observe pas de différence statistiquement significative avec la Wallonie et la Belgique.

Quel que soit le territoire observé, le pourcentage des femmes est plus élevé que celui des hommes. Cette différence n'est néanmoins pas significative en province de Liège.

Figure 4.11. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

→ Comme pour la consommation de fruits, les femmes se déclarent plus nombreuses à consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes. Néanmoins, à l'exception des chiffres relatifs à la Belgique, cette différence n'est pas significative.

De manière générale, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle des fruits. En Wallonie, la proportion de personnes déclarant consommer au moins deux portions de légumes tous les jours s'élève à 38,9 %. C'est plus faible qu'en province de Liège, puisque un peu moins d'un habitant de la province sur deux (46,5 %) déclare consommer cette portion quotidiennement.

4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes

Actuellement, il n'existe pas de données relatives à la consommation de fruits et légumes chez les jeunes en province de Liège. Les provinces de Luxembourg et de Hainaut mènent des enquêtes sur leurs territoires respectifs et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

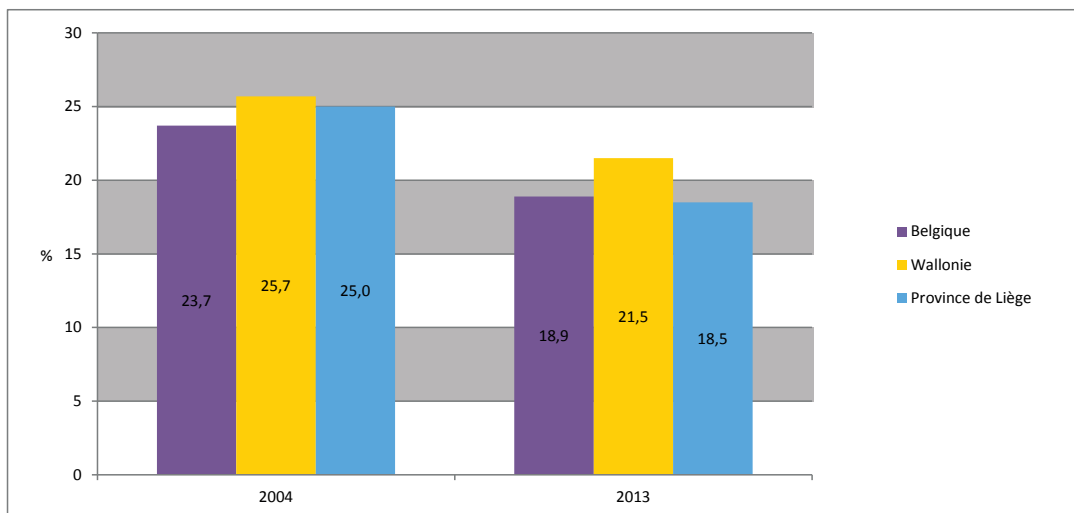
FACTEURS DE SANTÉ

5. Consommation de tabac

Chaque année, près de 6 millions de personnes meurent à cause du tabagisme. En effet, le tabac cause de nombreuses maladies telles que les maladies cardiovasculaires ou les cancers [27].

5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

Figure 4.12. Évolution de la proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2013



Source : ISP-HIS

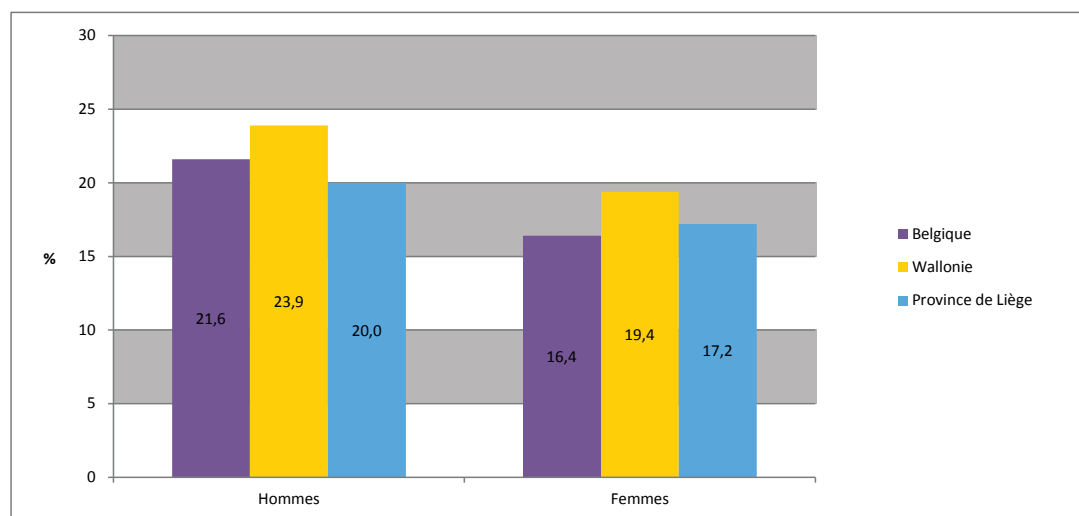
→ En 2004, en province de Liège, la proportion de la population déclarant fumer quotidiennement s'élevait à 25,0 %. En 2013, cette proportion est moindre (18,5 %). Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative.

En Belgique, toujours entre 2004 et 2013, la proportion de personnes se déclarant fumeurs quotidiens a diminué, passant de 23,7 % à 18,9 %. Une diminution est aussi constatée pour la Wallonie, mais cette différence n'est pas statistiquement significative.



Chapitre 4 :

Figure 4.13. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

→ Proportionnellement et quel que soit le territoire considéré, les hommes semblent plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement. Néanmoins, cette différence n'est statistiquement significative que pour la Belgique.

5.2. Tabagisme chez les jeunes

Actuellement, il n'existe pas de données relatives à la consommation de tabac chez les jeunes en province de Liège. La province de Luxembourg mène tous les deux ans une enquête sur le comportement tabagique des jeunes en province de Luxembourg et dispose donc de données relatives à cette thématique.

FACTEURS DE SANTÉ

6. Consommation d'alcool

D'après l'OMS, « La consommation de boissons alcoolisées est un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. La consommation d'alcool n'en risque pas moins d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales néfastes car elle engendre ivresse, intoxication et accoutumance.

Outre les maladies chroniques susceptibles de se développer chez ceux qui boivent de grandes quantités d'alcool pendant des années, la consommation d'alcool est aussi associée à une augmentation de risques sanitaires aigus, notamment de blessures, en particulier lors d'accidents de la route » [28].

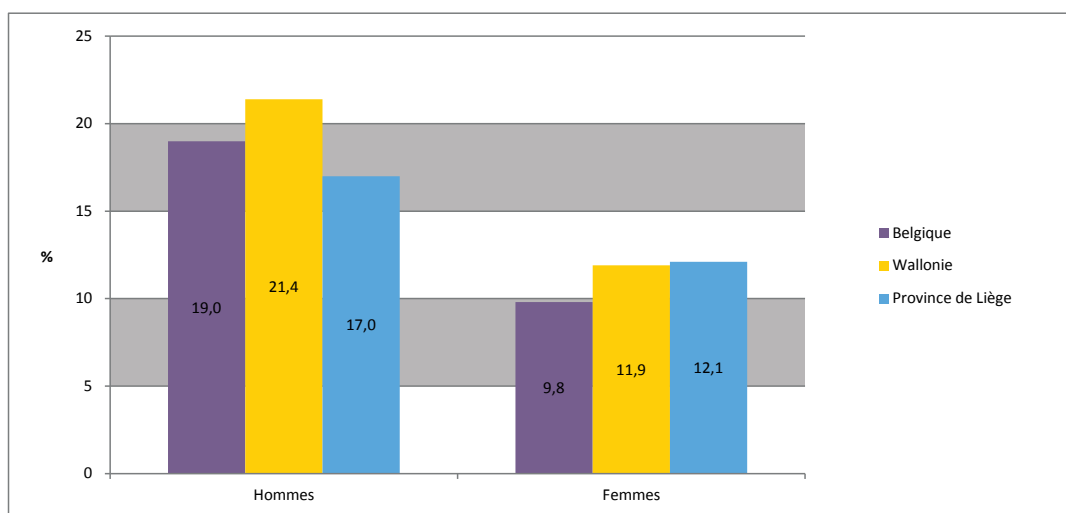
En 2012, l'OMS estime que 5,9 % de l'ensemble des décès est attribuable à la consommation d'alcool, ce qui correspond à 3,3 millions de personnes dans le monde [29].

6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool fait partie des habitudes de la population. En 2013, 70,0 % des femmes et 82,4 % des hommes en province de Liège déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Cette consommation est moins élevée que ce qui est observé en Wallonie et en Belgique, mais pas de façon significative.

6.1.1. Consommation quotidienne

Figure 4.14. Proportion (%) de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013



Source : ISP-HIS

→ Les hommes semblent plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement que les femmes. En province de Liège, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Comparativement aux proportions wallonne et belge, la population masculine en province de Liège est proportionnellement moins nombreuse à déclarer consommer de l'alcool tous les jours. Chez les femmes de la province de Liège, la proportion est légèrement plus élevée. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

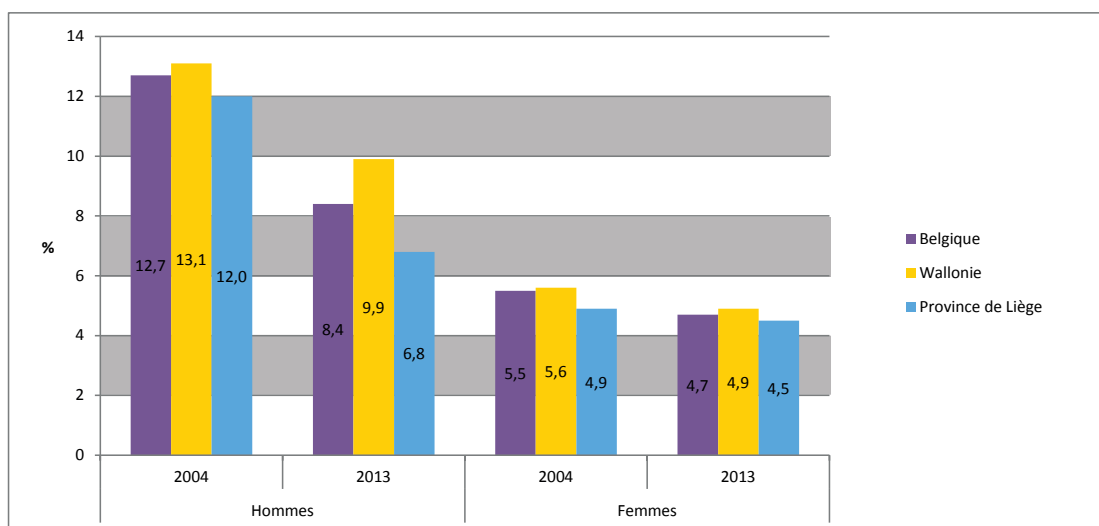


Chapitre 4 :

6.1.2. Surconsommation

La surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire de 14 verres ou plus chez la femme et 21 verres ou plus chez l'homme [30].

Figure 4.15.Évolution de la proportion (%) de surconsommateurs d'alcool (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2013



Source : ISP-HIS

→ En 2013, la surconsommation d'alcool concernait 6,8 % des hommes et 4,5 % des femmes en province de Liège. Bien qu'apparaissant plus élevées pour les autres territoires, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Par rapport à 2004, en province de Liège, on observe une diminution de cette proportion de surconsommateurs, aussi bien chez les hommes (12 % en 2004 pour 6,8 % en 2013) que chez les femmes (4,9 % en 2004 pour 4,5 % en 2013). Ces différences ne sont néanmoins pas statistiquement significatives.

L'hyperalcoolisation se définit comme la consommation de 6 verres standards de boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion [30].

Tableau 4.10. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	13,4	3,8
Wallonie	12,5	3,9
Province de Liège	14,0	5,2

Source : ISP-HIS

→ En province de Liège, 14 % des hommes et 5,2 % des femmes déclarent consommer au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion par semaine. Ces proportions semblent plus élevées qu'en Wallonie et en Belgique. Néanmoins, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

Actuellement, il n'existe pas de données relatives à la consommation d'alcool chez les jeunes en province de Liège. Les provinces de Luxembourg et de Hainaut mènent des enquêtes sur leurs territoires respectifs et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

FACTEURS DE SANTÉ

7. Bibliographie

1. Berra, P. and C. Massot, *Tableau de bord de la santé 2013*, in Santé en Hainaut. 2013.
2. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Baromètre social 2014*. 2014, Bruxelles : Commission communautaire commune.
3. Manfron, J.-M., *Etat des lieux socio-économique 2014 de la Wallonie*. Juin 2014, Charleroi : Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi.
4. Commission Européenne, *Labour Market and Wage Developments in Europe*. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2015.
5. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, *Tableau de Bord de Santé en province de Luxembourg 2010*. 2010, Arlon.
6. Section CPAS de l'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale asbl, *L'aide sociale financière équivalente au revenu d'intégration sociale (ERIS)*. 2008.
7. Office Nationale de l'Emploi. *La Grapa*. 2016 [26/02/2016].
8. Duvivier, R., *Crédit et surendettement : principales évolutions de la Centrale des Crédits aux Particuliers à fin juin 2015*. Juillet 2015, Observatoire du Crédit et de l'Endettement : Marchienne-au-Pont.
9. Boulet, J.-F., *Le surendettement une menace latente*, in Au Quotidien. 2013, Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation : Bruxelles. p. 5.
10. Banque Nationale de Belgique, *Centrale des crédits aux particuliers : statistiques 2014*, in Banque Nationale de Belgique. Janvier 2015.
11. Observatoire bruxellois de l'Emploi, *Situation des familles monoparentales face à l'emploi et au chômage en Région de Bruxelles-Capitale*. Octobre 2009, Observatoire bruxellois de l'Emploi : Bruxelles.
12. Portail de la citoyenneté en Communauté française. *Il manque des logements*. [cited 2016 07/01/2016]; Available from : <http://www.espace-citoyen.be/article/783-il-manque-des-logements/>.
13. Nollet, J.-M., *Stratégie communale d'actions en matière de logement-Circulaire relative au programme communal d'actions 2014-2016*. 2013 : Namur.
14. Service de lutte contre la pauvreté, l.p.e.l.e.s. *Des faits et des chiffres-Les baromètres de la pauvreté*. 2013 [cited 2016 07/01/2016]; Available from : <http://www.luttepauvrete.be/chiffres.htm>.
15. Direction générale opérationnelle- Aménagement du territoire, L., Patrimoine et Energie. *Aides exclusivement réservées aux personnes morales autres que les sociétés de logement de service public*. [cited 2016 07/01/2016]; Available from : <http://dgo4.spw.wallonie.be/dgatlp/dgatlp/pages/log/pages/aides/aidesmenusopp.asp>.
16. Organisation Mondiale de la Santé. *Obésité et surpoids*. Aide-mémoire n°311 janvier 2015 [cited 2015; Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>.
17. World Health Organization. *BMI classification*. [cited 2016 26/02/2016]; Available from : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

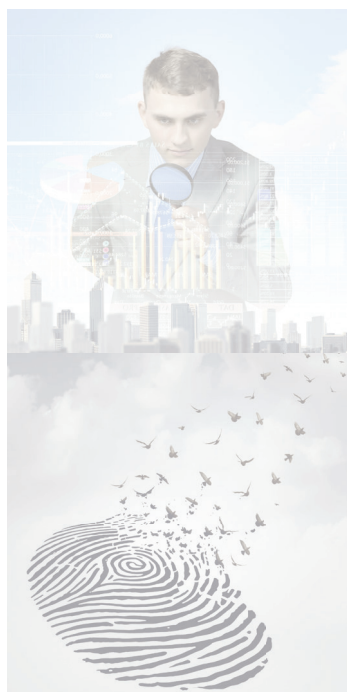


Chapitre 4

18. Drieskens, S., *Etat nutritionnel*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie*, L. Gisle and S. Demarest, Editors. 2014, WIV-ISP : Bruxelles.
19. Cole, T.J., et al., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey*. BMJ, 2000. 320(7244) : p. 1240-3.
20. Cole, T.J., et al., *Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey*. BMJ, 2007. 335(7612) : p. 194.
21. Organisation Mondiale de la Santé, *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. 2010 : Genève.
22. Organisation mondiale de la santé *La sédentarité un problème de santé publique mondial*. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, 2013.
23. Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *Rôle du médecin généraliste dans la prévention*. 2013 : Bruxelles.
24. Organisation mondiale de la Santé, *Fruits et légumes pour la santé-Rapport de l'atelier commun FAO/OMS*. 2004 : Kobe (Japon).
25. Organisation mondiale de la Santé. *Une alimentation saine*. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé [cited 2016 07/01/2016]; Available from : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/>.
26. Drieskens, S., *Les habitudes nutritionnelles*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie*, L. Gisle and S. Demarest, Editors. 2014, WIV-ISP : Bruxelles.
27. Enquête Nationale de Santé, *Questionnaire face-à-face*, I.d.S. Publique, Editor. 2013.
28. Organisation mondiale de la Santé. *Tabagisme*. Aide-mémoire n°339 Juillet 2015 [cited 2016 07/01/2016]; Available from : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>.
29. Organisation mondiale de la Santé. *Consommation d'alcool*. Thèmes de santé [cited 2016 07/01/2016]; Available from : http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/.
30. World Health Organization, *Global status report on alcohol and health 2014*. 2014.

Chapitre 5 :

Offre de soins et de services



- **Une offre hospitalière se concentrant principalement dans l'agglomération liégeoise mais aussi bien répartie dans les arrondissements de la province de Liège.** L'ensemble des arrondissements, y compris les Cantons de l'Est, bénéficie de structures hospitalières généralistes.

- **Une capacité d'accueil des personnes âgées aussi favorable que celles de la Wallonie et de la Belgique.** Par rapport à la Wallonie, la province de Liège dispose d'une capacité similaire en termes de densité de lits MRPA et MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.

- **Un médecin généraliste « actif » pour 1 015 habitants.** La province de Liège dispose proportionnellement de plus de généralistes que la Wallonie (un pour 1 024 habitants) ou que la Belgique (un pour 1 067 habitants). Les communes rurales ou avec une population précarisée voient la densité médicale plus faible sur leur territoire.

- **Une féminisation marquée chez les médecins.** 75,8 % des gynécologues de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes. Cette proportion s'élève à 84,3 % chez les pédiatres et à 72,7 % chez les ophtalmologues. Cette féminisation est également observée chez les généralistes (presque 70 %).

- **Très peu de gynécologues conventionnés en province de Liège.** En Belgique, seuls 48 % des gynécologues sont conventionnés. En Wallonie cette proportion atteint 51 % et 39,5 % en province de Liège.

- **Une couverture en termes d'accueil des tout petits plus faible en province de Liège.** Par rapport à la Wallonie (31,4 %), le taux de couverture des places d'accueil des 0-2,5 ans s'élève en province de Liège à 28,2 %. Au sein même de la province, de grandes disparités sont observées puisque ce taux s'échelonne de 9,6 % (Dalhem) à 63,5 % (Wasseiges).

- **Une pratique collective en Maisons Médicales dense dans les grandes agglomérations.** On retrouve vingt-deux maisons médicales reconnues en Association de Santé Intégrée dont 21 sont situées dans les grandes agglomérations (le Grand Liège – Verviers et Huy).

Chapitre 5 :

1. Offre de soins

L'offre de soins est un déterminant de la santé. L'accessibilité (géographique et financière) des services de soins, entre autres, détermine l'état de santé d'un individu. En province de Liège, les quatre arrondissements bénéficient d'infrastructures de soins de santé et sont donc assez bien réparties y compris pour les Cantons de l'Est. Pourtant, de nombreuses communes, principalement rurales, font état d'une pénurie de médecins généralistes, mettant ainsi en lumière certaines difficultés d'accès aux soins de première ligne.

1.1. Structures hospitalières

Les attentes et les exigences envers le secteur hospitalier sont multiples et d'ordre divers : médicales d'abord, puisque les hôpitaux doivent fournir les soins de la meilleure qualité, avec des techniques évoluant en permanence, et ce dans un contexte où les contraintes réglementaires et budgétaires sont de plus en plus importantes. Les attentes sont d'ordre sociétales également : les hôpitaux doivent répondre aux besoins de la population en proposant des services accessibles à tous et ce, quel que soit le statut économique ou les croyances des patients [1].

Les principaux changements des dernières années sont les suivants : les nombreuses fusions, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour des patients à l'hôpital [2].

Il existe plusieurs types d'établissements hospitaliers. Nous traiterons plus particulièrement des hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques.

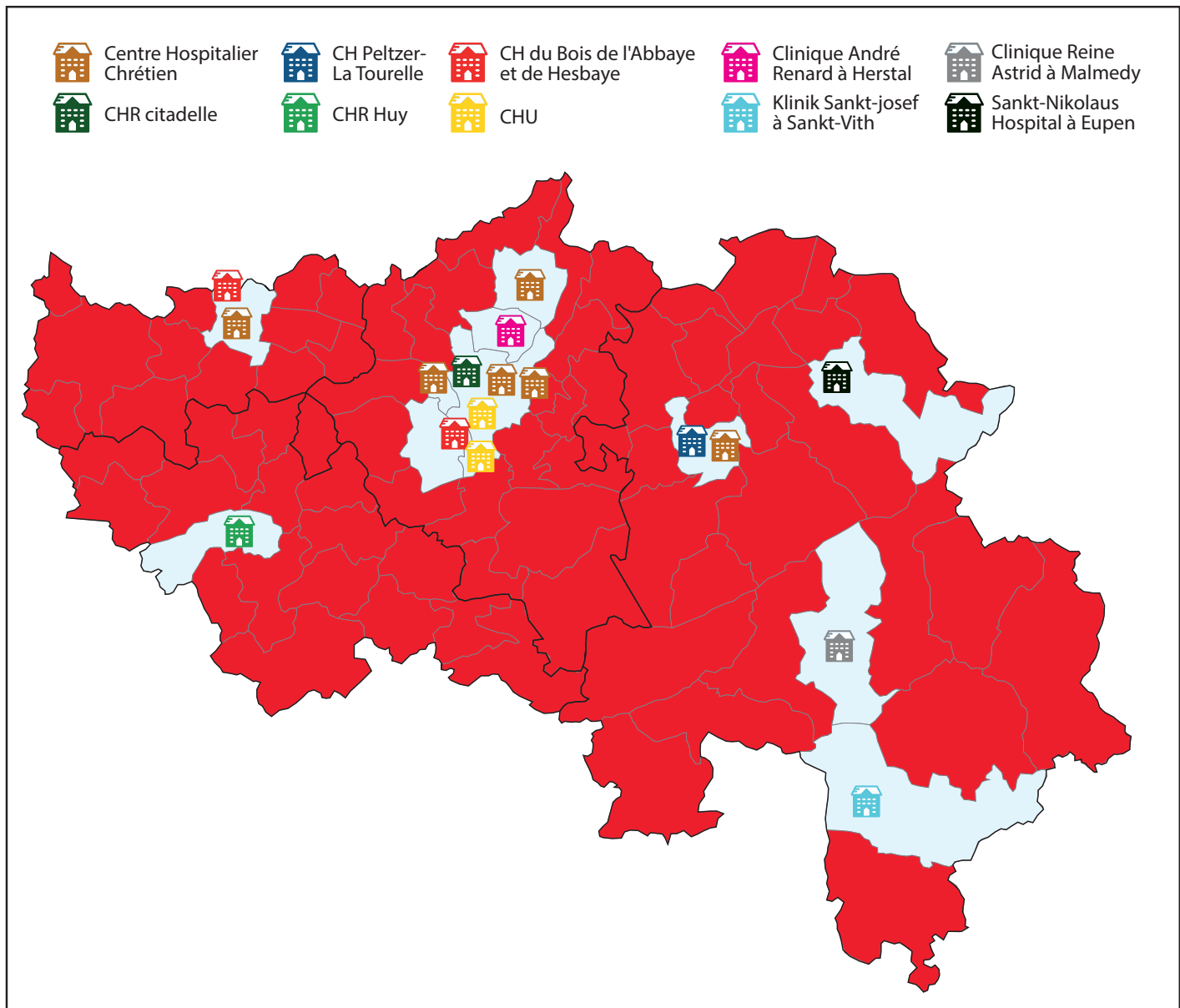
Un hôpital général comprend de nombreuses spécialités dont au moins la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale et la chirurgie ainsi que les techniques diagnostiques et thérapeutiques qui accompagnent ces spécialités de base [3]. Dans ce chapitre, nous avons fait le choix de garder dans la catégorie des hôpitaux généraux uniquement les hôpitaux ayant au moins des lits de catégorie C (service de diagnostic et de traitement chirurgical) et D (service de diagnostic et traitement médical) et/ou CD (service d'hospitalisation mixte C et D).

Les hôpitaux universitaires dépendent d'une faculté de médecine. Hormis les traitements et soins aux patients, ils ont pour mission de contribuer à la formation des médecins et infirmiers, de se montrer actifs au niveau de la recherche scientifique et de participer au développement de nouvelles technologies. Ces structures comportent au minimum les mêmes services que les hôpitaux généraux. Un seul hôpital peut porter le titre d'universitaire pour chaque université disposant d'une faculté de médecine offrant un cursus complet [2].

Les hôpitaux psychiatriques accueillent des personnes souffrant de problèmes mentaux nécessitant des soins de longue durée. Le séjour est cependant appelé à être à la fois le plus bref et le plus spécialisé possible, et est avant tout orienté vers la réinsertion sociale [3].

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, province de Liège, 2015



Source : INAMI

→ La province de Liège compte 23 hôpitaux. De grandes entités ont été formées par la fusion de plusieurs implantations réparties sur la province. Désormais, Notre-Dame des Bruyères a fusionné avec le Centre Hospitalier Universitaire du Sart-Tilman sur la ville de Liège. Le Centre Hospitalier Chrétien possède plusieurs implantations: deux sur la ville de Liège et une sur la commune de Saint-Nicolas. Ces 3 implantations vont fusionner en un seul lieu, le Mont Léglia en 2019. Le CHC compte aussi une implantation à Oupeye, à Waremme et à Verviers.

Les hôpitaux régionaux sont situés sur les quatre arrondissements de la province de Liège. Le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle pour l'arrondissement de Liège, le Centre Hospitalier Régional de Huy pour l'arrondissement de Huy, le Centre Hospitalier Verviers-La Tourelle pour l'arrondissement de Verviers et le Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye pour l'arrondissement de Waremme. Ce dernier centre hospitalier possède également une implantation à Seraing.

Les Cantons de l'Est comptent trois hôpitaux généraux : Sankt-Nikolaus à Eupen, Sankt-Josef à Saint-Vith et la Clinique Reine Astrid à Malmedy.



Chapitre 5 :

Herstal possède la Clinique André Renard sur son territoire.

La province de Liège compte six hôpitaux psychiatriques dont quatre sont situés sur la ville de Liège. Les deux autres se trouvent à Lierneux et à Henri-Chapelle sur la commune de Welkenraedt.

Il est à noter que la répartition territoriale des hôpitaux généraux ne lèse aucun arrondissement et englobe les territoires ruraux des Cantons de L'Est avec la particularité de pouvoir être soigné en langue allemande.

Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juillet 2015

		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		48 342	4,3	15 276	1,4
Wallonie		15 037	4,2	4 138	1,2
Province de Liège		4 682	4,3	1 376	1,3
ARRONDISSEMENTS	Huy	317	2,8	0	0,0
	Liège	3 187	5,1	688	1,1
	Verviers	990	3,5	688	2,4
	Waremme	188	2,4	0	0,0

Source : SPF Santé Publique, calculs OSLg

→ Le nombre total de lits hospitaliers sur le territoire de la province de Liège atteint plus de 4 500, correspondant à une densité de 4,3 lits pour 1 000 habitants. C'est similaire à la densité en Wallonie (4,2) et en Belgique (4,3). Bien que chaque arrondissement soit pourvu en hôpitaux généraux, l'arrondissement de Liège comptabilise plus des trois-quarts des lits hospitaliers de l'ensemble de la province.

Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015

	Belgique	Wallonie	Province de Liège
SMUR	98	38	10
Scanner	160	50	14
RMN	87	28	8
Radiothérapie	34	10	2
Centre de dialyse	54	20	6

Source : SPF Santé Publique

→ En 2015, les hôpitaux généraux de la province de Liège rassemblent dix Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), dont un hélicoptère médicalisé financé en partie par la Province de Liège.

Le territoire dispose de quatorze scanners et huit installations de résonance magnétique nucléaire (RMN).

Il existe deux centres de radiothérapie sur le territoire (Centre Hospitalier Universitaire et Centre Hospitalier Peltzer-La Tourelle), et six centres de dialyse (un au Centre Hospitalier Universitaire – un pour le Centre Hospitalier Chrétien Saint-Joseph, un à André Renard – un par Centre Hospitalier Régional: la Citadelle pour Liège, Peltzer-La Tourelle pour Verviers et le CHR de Huy).

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins

Avec un vieillissement de la population déjà bien présent et qui continue à s'intensifier, les maisons de repos jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non.

La maison de repos pour la personne âgée (MRPA) est un établissement qui peut être public ou privé, qui doit être agréé par la Région wallonne. Ces institutions proposent une résidence à des personnes de plus de 60 ans. Dans ces maisons de repos, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et si nécessaire les soins sont organisés.

La maison de repos et de soins (MRS) consiste, la plupart du temps, en un certain nombre de lits (de soins) agréés et intégrés dans une MRPA. Ces « lits » sont réservés à des personnes fortement dépendantes ne nécessitant plus de soins aigus mais à l'égard desquelles un encadrement particulier ou spécifique est assuré [4].

Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015

		Nombre de MRPA et MRS	Lits MRPA		Lits MRS		Lits MRPA + MRS
			Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Total
Belgique		1 518	65 680	32,3	72 004	35,5	137 684
Wallonie		590	25 346	40,2	22 619	35,9	47 965
Province de Liège		181	7 531	38,6	7 310	37,5	14 841
ARRONDISSEMENTS	Huy	22	960	51,9	771	41,7	1 731
	Liège	101	4 319	38,2	4 165	36,9	8 484
	Verviers	44	1 871	37,3	1 956	39,0	3 827
	Waremme	14	381	28,7	418	31,5	799

Source : INAMI, calculs OSLg

→ Sur les 1 518 maisons de repos recensées en Belgique, près de 40 % se situent en Wallonie. Ces établissements comptabilisent un total de 47 965 lits, dont 22 619 sont agréés en repos et soins. Un tiers de ces lits (14 841) se situent en province de Liège.

Avec 37,5 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, la province de Liège compte plus de lits MRS que la Wallonie et la Belgique (36 lits/1 000habs.).

La grande majorité des lits MRPA et MRS se concentrent dans l'arrondissement de Liège. La densité de lits MRS dans l'arrondissement de Waremme est particulièrement faible (31,5 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus). Alors que dans l'arrondissement de Huy, la densité est beaucoup plus élevée que la moyenne belge, wallonne et de la province de Liège (42 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus).



Chapitre 5 :

1.3. Médecins

La répartition géographique des médecins est basée sur le domicile légal des praticiens professionnels. Ceux-ci n'exerçant pas obligatoirement sur leur lieu de vie, les données ne donnent pas d'indication sur l'endroit d'exercice de la pratique [5]. Ceci est particulièrement vrai pour les spécialistes qui travaillent parfois dans un ou plusieurs hôpitaux situés hors de la commune ou de la province où ils vivent.

1.3.1. Médecins généralistes

La pratique de la médecine générale a fortement évolué au cours des dernières années. Les jeunes médecins souhaitent exercer leur profession comme un métier et non plus comme un engagement de toute une vie. Ils veulent pouvoir dissocier vie professionnelle et vie privée, en travaillant avec des horaires raisonnables, en ayant une vie de famille et du temps libre. Dès lors, nombre d'entre eux ont le souhait de fonctionner en groupe, ce qui modifie la pratique [6].

Les médecins repris dans les données suivantes sont les médecins que l'INAMI mentionne comme étant « actifs », c'est-à-dire les médecins pour lesquels il recense au moins 500 contacts par an.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une maison médicale fonctionnant au forfait. Au sein de la province de Liège, de nombreuses maisons médicales travaillent au forfait. Les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour ces communes peuvent donc être sous-estimés.

Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014

		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par médecin généraliste
		Femmes	Hommes	Total	
Belgique		3 641	6 808	10 449	1 067
Wallonie		1 174	2 317	3 491	1 024
Province de Liège		333	743	1 076	1 015
ARRONDISSEMENTS	Huy	43	66	109	1 021
	Liège	184	444	628	983
	Verviers	83	168	251	1 134
	Waremme	23	65	88	890

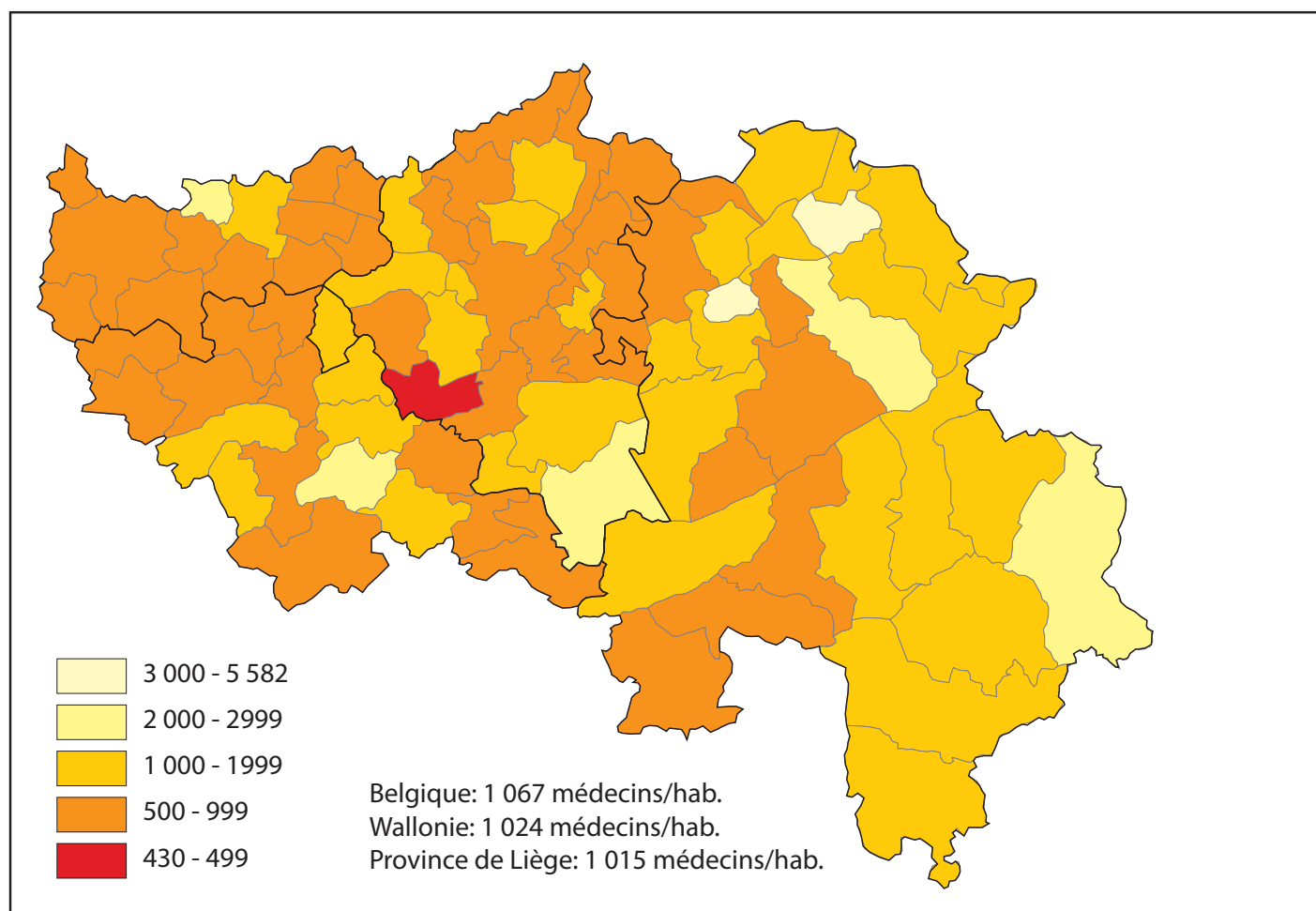
Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2014, on recensait 10 449 médecins généralistes en Belgique, 3 491 en Wallonie et 1 076 en province de Liège. Cela représente un médecin pour environ 1 000 habitants en Belgique et en Wallonie et en province de Liège. Au regard de ces chiffres, la situation semble donc similaire en province de Liège, en Wallonie ou en Belgique.

Toutefois, des disparités apparaissent au regard des chiffres par arrondissement. Les arrondissements de Liège et de Waremme présentent des rapports de l'ordre d'un médecin généraliste pour moins de 1 000 et 900 habitants respectivement, ce qui est un peu plus favorable que la moyenne provinciale. L'arrondissement de Verviers présente des chiffres moins favorables avec un médecin pour plus de 1 100 habitants, ce qui pourrait traduire une charge de patientèle plus élevée par médecin. L'arrondissement de Huy présente une moyenne similaire à la moyenne provinciale.

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Liège, 2014



Discrétisation : manuelle - Source : INAMI, calculs OSLg

→ C'est dans les communes de type rural que l'on observe le plus grand nombre d'habitants par médecin généraliste (à l'exception de Dison). Les communes de Lontzen, Dison, Berloz, Büllange, Tinlot, Aywaille et Baelen dépassent les 2 000 patients par médecin généraliste.

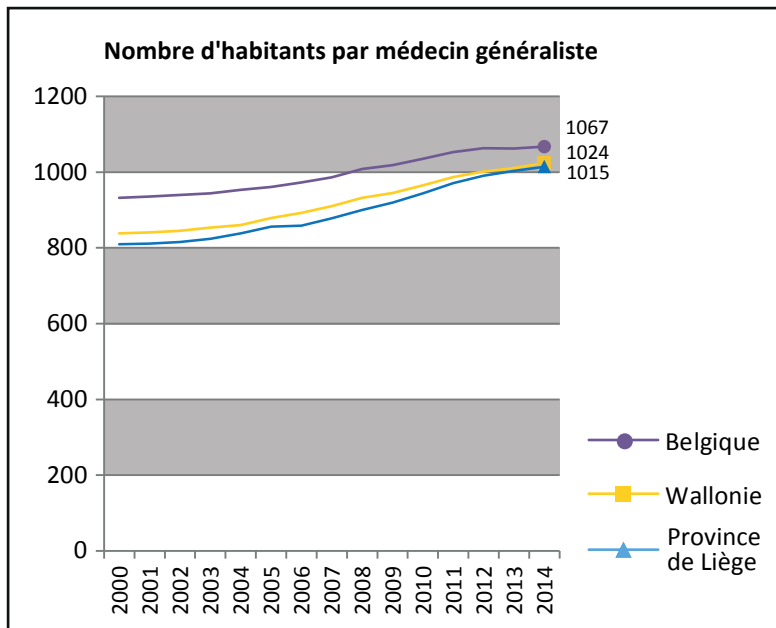
À l'opposé, on retrouve Neupré (moins de 500 habitants par médecin). Ceci s'explique probablement par la définition qui veut que l'on compte les médecins via le lieu de domicile et non via le lieu de pratique professionnelle. Ce fait introduit un biais de sélection qui rejaillit sur le résultat cartographique.

La ruralité ou les zones de précarité sont des facteurs qui expliquent la faible densité médicale en Belgique. Ceci correspond aussi à notre carte. Ces deux types de facteurs sont reconnus par les mesures Impulséo de l'INAMI, mesures d'aides gérées par les Communautés depuis la sixième réforme de l'État. Cet ensemble de mesures est destiné à favoriser l'attractivité des médecins généralistes dans les zones rurales et à public précarisé.



Chapitre 5 :

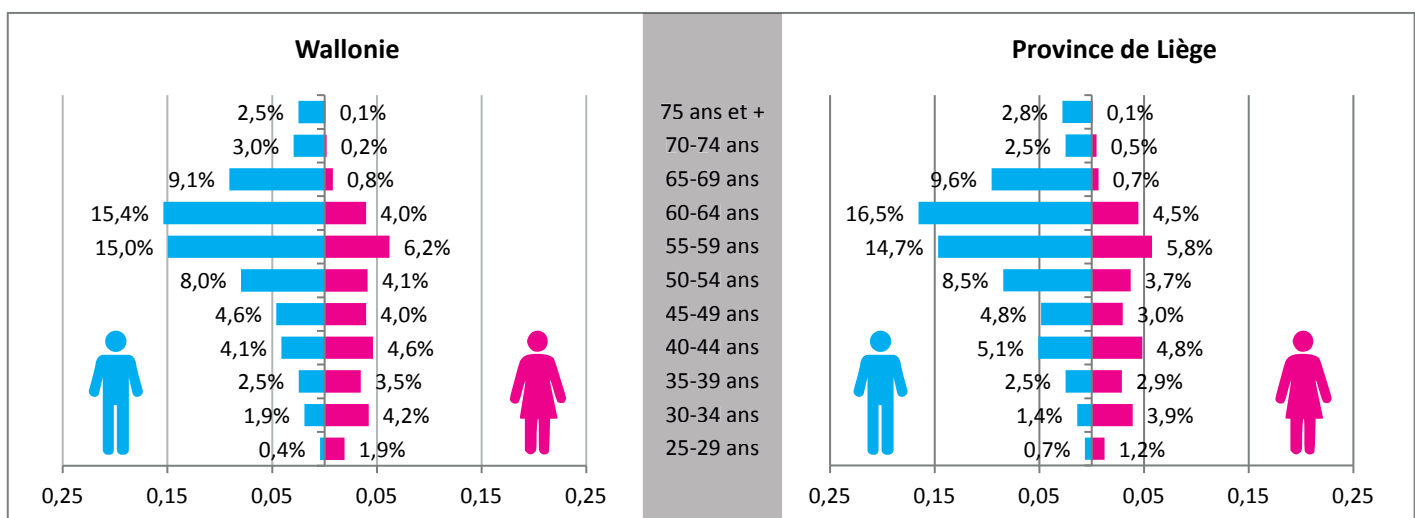
Figure 5.1. Évolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014



→ Depuis 2000, le nombre d'habitants par médecin généraliste augmente de manière similaire en Belgique, en Wallonie et en province de Liège. La situation est néanmoins plus favorable en province de Liège, où on relève 1 015 habitants par médecin généraliste, contre 1 024 en Wallonie et 1 067 en Belgique.

Source : INAMI, calculs OSLg

Figure 5.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie-province de Liège, 2014



Source : INAMI, calculs OSLg

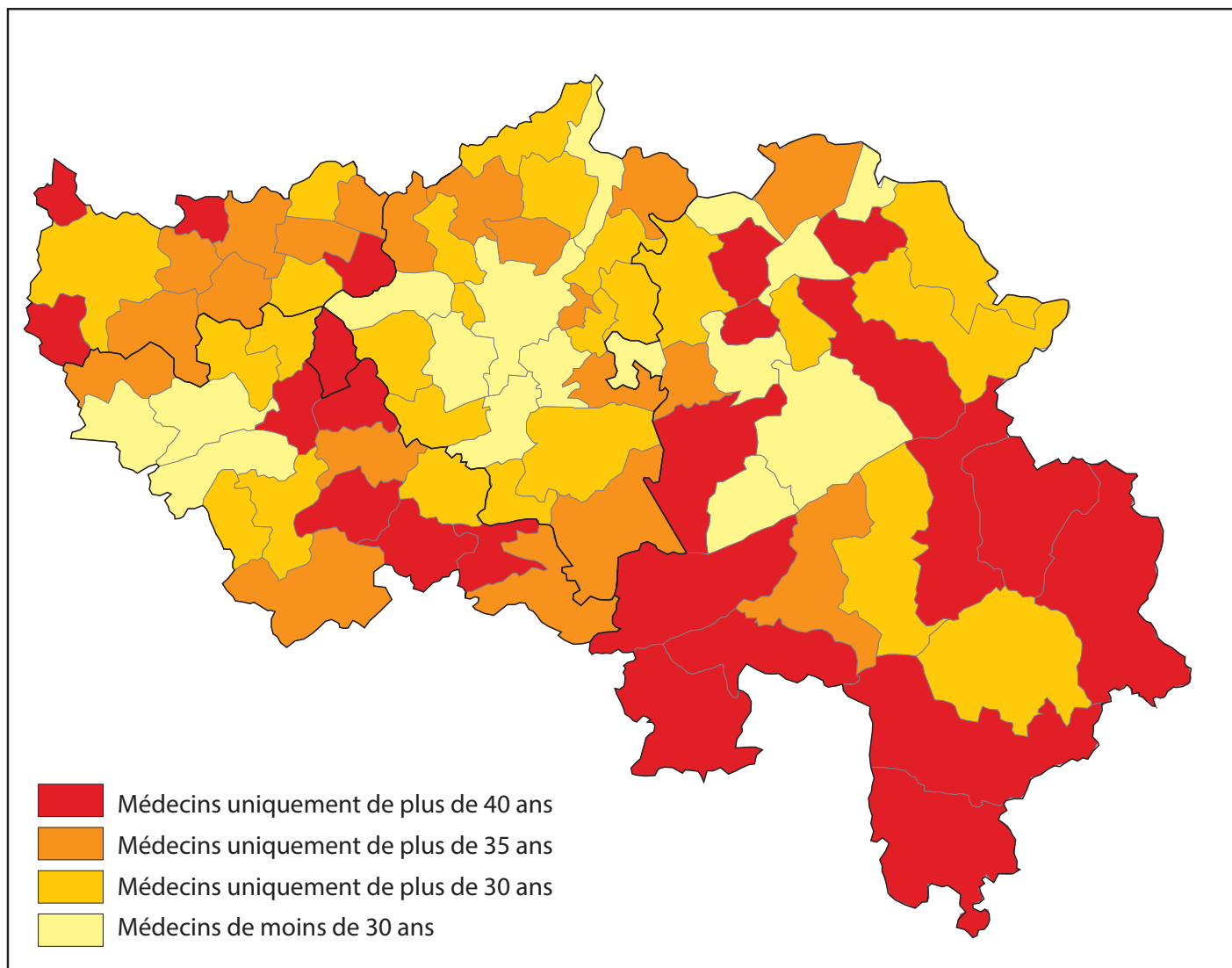
→ En province de Liège, les médecins âgés de 55 ans et plus constituent 57,4 % de l'ensemble des généralistes pour 56,3 % en Wallonie et 51,7 % en Belgique. Par rapport à la situation il y a 10 ans, ces proportions ont doublé.

L'âge médian des médecins généralistes de la province de Liège se situe actuellement dans la tranche d'âge des 50-64 ans. Parmi l'ensemble des médecins généralistes sur la province, 12,6 % sont âgés de moins de 40 ans. C'est moins que la Belgique (17,2 %) et que la Wallonie (14,4 %).

Sur ces différents territoires, les femmes représentent presque 70 % des médecins généralistes de moins de 40 ans.

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Liège, par commune, 2014



Source : INAMI

→ Sur l'ensemble de la province de Liège, 23 communes ne comptent aucun médecin généraliste de moins de 40 ans. Une majorité de ces communes se situe dans le sud-est de la province. Aucune de ces communes ne se situe dans l'arrondissement de Liège. À l'inverse, les communes comptabilisant des médecins âgés de moins de 30 ans sont souvent situées sur des centres urbains ou périurbains. Héron, Jalhay, la Calamine et Olne font exception et comptabilisent également des médecins de moins de 30 ans malgré leur caractère rural.



Chapitre 5 :

1.3.2. Médecins spécialistes

Pour rappel, les informations recueillies ne permettent pas de faire la distinction entre l'adresse privée et celle de la pratique et les données ne fournissent pas d'informations sur l'endroit d'exercice de la pratique. Il est donc difficile d'estimer l'impact réel de différences de densité médicale sur l'offre de soins [7].

Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

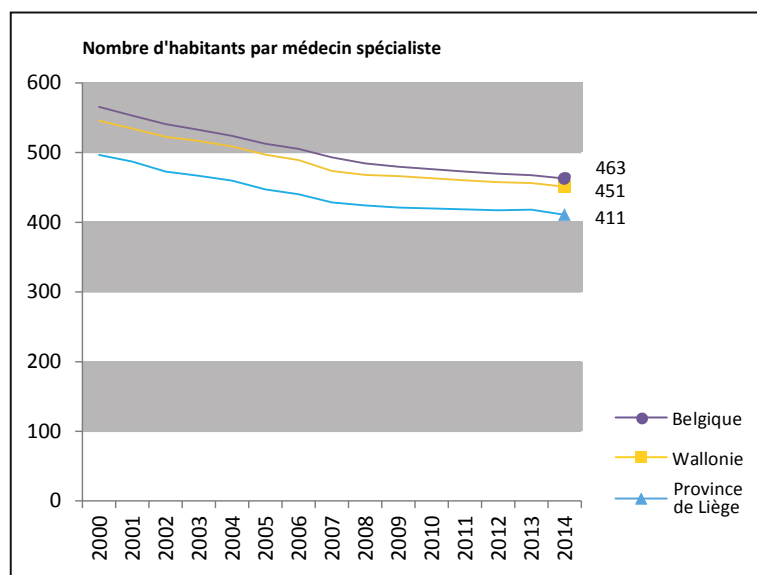
	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par médecin spécialiste
Belgique	14 614	9 478	24 092	463
Wallonie	4 850	3 082	7 932	451
Province de Liège	1 576	1 082	2 658	411

Source : INAMI, calculs OSLg

→ La densité de médecins spécialistes en province de Liège est supérieure à celle de la Wallonie et de la Belgique, puisqu'on y recense un médecin pour 411 habitants, contre 451 en Wallonie et 463 en Belgique.

D'après les données, 77,2 % des médecins spécialistes en province de Liège sont conventionnés. C'est un peu plus faible qu'en Wallonie (88,6 %) mais similaire à la Belgique (77,6 %).

Figure 5.3. Évolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Contrairement au rapport avec les médecins généralistes, le nombre d'habitants par médecin spécialiste diminue progressivement depuis quinze ans. En province de Liège, ce chiffre est passé de 497 en 2000 à 411 en 2014. Nous assistons donc à une spécialisation de la profession médicale.

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
Belgique	806	749	1 555	3 070
Wallonie	273	258	531	2 886
Province de Liège	98	87	185	2 531

Source : INAMI, calculs OSLg

→ La densité de gynécologues rapportée à la population féminine de 15 ans et plus est plus élevée en province de Liège qu'en Wallonie ou en Belgique, puisqu'on y recense un praticien pour 2 531 femmes de 15 ans et plus.

75,8 % des gynécologues de moins de 40 ans en province de Liège sont des femmes, contre 80,2 % en Wallonie et 77,1 % en Belgique. Presque la moitié des gynécologues sont âgés de 55 ans et plus en province de Liège (47,6 %), en Wallonie (44,3 %) et en Belgique (41,7 %).

Seulement 39,5 % des gynécologues en province de Liège sont conventionnés, contre 50,7 % en Wallonie et 48,0 % en Belgique.

Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
Belgique	614	1 053	1 667	1 142
Wallonie	226	354	580	1 084
Province de Liège	85	134	219	857

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En province de Liège, le nombre de pédiatres rapporté à la population d'enfants de moins de 15 ans apparaît beaucoup plus élevé qu'en Belgique et en Wallonie.

Les femmes pédiatres sont plus nombreuses que les hommes et cette tendance continue à s'accroître. Elles représentent 84,3 % des pédiatres de moins de 40 ans en Belgique.

Les pédiatres de 55 ans et plus représentent quatre personnes sur dix de l'ensemble des pédiatres, et ce quel que soit le territoire observé (41,1 % en province de Liège, 41,6 % en Wallonie et 38,8 % en Belgique).

88 % des pédiatres sont conventionnés en province de Liège, en Wallonie et en Belgique.



Chapitre 5 :

Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par ophtalmologue
Belgique	471	676	1 147	9 946
Wallonie	138	195	333	10 780
Province de Liège	46	78	124	8 829

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En province de Liège, on recense un ophtalmologue pour 8 829 habitants. La situation est plus favorable que celle de la Belgique et de la Wallonie.

Cette spécialité, comme beaucoup d'autres, se féminise également. 72,7 % des ophtalmologues de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes.

45,2 % des ophtalmologues en province de Liège sont âgés d'au moins 55 ans. Cette proportion est similaire en Belgique (42,5 %) et en Wallonie (45,0 %).

Selon l'INAMI, en 2014, 44,4 % des ophtalmologues en province de Liège sont conventionnés. C'est plus élevé qu'en Wallonie (41,1 %) et qu'en Belgique (40,8 %).

Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par anesthésiste
Belgique	1 389	914	2 303	4 867
Wallonie	493	285	778	4 614
Province de Liège	195	113	308	3 555

Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les densités d'anesthésistes sont les mêmes en Belgique et en Wallonie. En province de Liège où l'on comptabilise 3 555 habitants par anesthésiste, la densité est plus favorable. Quel que soit le territoire observé, les hommes anesthésistes sont plus nombreux que les femmes.

Néanmoins, cette majorité masculine tend à diminuer puisque la moitié (49,1 %) des anesthésistes de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes. Cette proportion est similaire en province de Liège.

Le vieillissement de la profession est moins marqué que dans d'autres spécialités. En Belgique, 29,9 % des anesthésistes sont âgés de 55 ans et plus. Cette proportion atteint 32,1 % en Wallonie et est similaire à la moyenne belge (28,2 %) en province de Liège.

La très grande majorité des anesthésistes est conventionnée. 86,5 % en Wallonie et 88,9 % en Belgique, un peu moins en province de Liège (79,5 %).

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

1.4. Autres professionnels de la santé

1.4.1. Dentistes

Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par dentiste
Belgique	4 967	4 407	9 374	1 196
Wallonie	1 444	1 251	2 695	1 332
Province de Liège	549	425	974	1 124

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En province de Liège en 2014, on comptabilise 974 dentistes, ce qui représente un dentiste pour 1 124 habitants. C'est plus favorable qu'en Wallonie (1 332) et en Belgique (1 196). Plus de la moitié des dentistes sont des hommes et ce, quel que soit le niveau géographique.

La proportion de dentistes de moins de 40 ans s'élève à 24,3 % en province de Liège. Cette proportion est moins élevée en Wallonie (21,2 %) et en Belgique (23,4 %). Moins de la moitié des praticiens en province de Liège est âgée d'au moins 55 ans (44,1 %). Cette proportion est plus élevée en Wallonie (46,2 %) et plus faible en Belgique (43,7 %).

D'après les données de l'INAMI, 77,3 % des dentistes en province de Liège sont conventionnés, contre 67,8 % en Wallonie et 61,1 % en Belgique. Il s'agit de la province en Wallonie où la proportion est la plus élevée.

1.4.2. Kinésithérapeutes

Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par kinésithérapeute
Belgique	12 617	18 245	30 862	363
Wallonie	4 964	6 381	11 345	316
Province de Liège	1 410	1 901	3 311	331

Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les kinésithérapeutes en province de Liège sont 3 311, soit un nombre de 331 habitants par professionnel. C'est un peu plus favorable que la situation observée en Belgique et un peu moins favorable qu'en Wallonie.

La profession tend à se féminiser puisque, en 2014, les femmes représentent 59,1 % des kinésithérapeutes en Belgique. La proportion de femmes représente 56,2 % en Wallonie et 57,4 % en province de Liège.

Un peu moins d'un quart (22,6 %) des kinésithérapeutes est âgé de 55 ans et plus en province de Liège (25,4 % en Belgique), tandis que les moins de 40 ans constituent 43,4 % des praticiens de la province de Liège. En 2014, 87,0 % des kinésithérapeutes de la province sont conventionnés. C'est une proportion sensiblement plus élevée que celle de la Wallonie (82,6 %) et de la Belgique (83,9 %).



Chapitre 5 :

1.4.3. Infirmiers(ères) (excepté les sages-femmes)

Les données reprises ci-dessous correspondent au nombre d'infirmier(ères) qui, au 31 décembre 2014, ont un numéro INAMI qui leur donne le droit d'attester des prestations de l'art infirmier (les pensionnés sont donc exclus de ces données).

Ces données ne reflètent donc pas l'ensemble de la pratique infirmière (hospitalière, à domicile et enseignante).

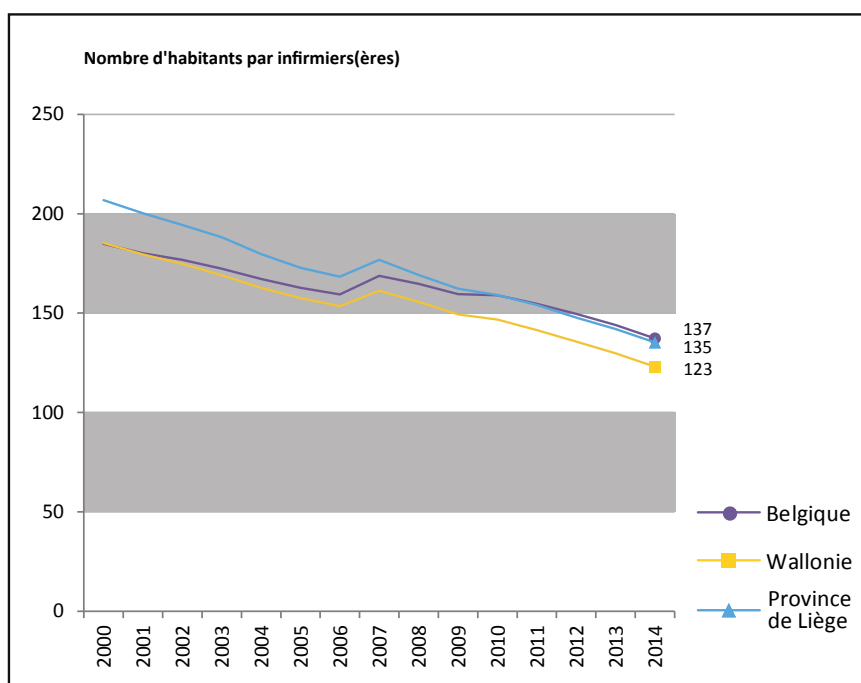
Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par infirmier(ère)
Belgique	10 521	70 719	81 240	138
Wallonie	3 866	25 205	29 071	123
Province de Liège	1 153	6 919	8 072	136

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2014, 8 072 infirmiers(ères) étaient recensés en province de Liège, parmi lesquels 85,7 % sont des femmes. Cela correspond à une densité de 136 habitants par infirmier(ère).

Figure 5.4. Évolution du nombre d'habitants par infirmier(ère), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2014, on dénombrait, en province de Liège, 135 habitants par infirmier(ère). En 1999, ce rapport s'élevait à 207, illustrant l'augmentation de l'attractivité de cette profession pour les étudiants vu l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population.

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

2. Offre de services (y compris de soins)

L'offre de services telle que nous le présentons ici comprend l'accueil de la petite enfance, les plannings familiaux, les associations de soins intégrées, l'aide et soins à domicile et les services de santé mentale. Comme pour l'offre de soins, l'offre de services ne couvre pas de manière optimale tout le territoire de la province de Liège. Les zones plus rurales, particulièrement au sud-est de la province, sont moins bien desservies en matière de services que les zones plus urbaines.

2.1. Accueil de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance est un service important pour les jeunes couples avec enfant(s) ou désireux d'en avoir. Dans une société où très souvent les deux parents travaillent, il est important de pouvoir disposer de places d'accueil suffisantes et de qualité.

Les données reprises dans le tableau ci-dessous comprennent l'ensemble des places d'accueil ayant reçu l'autorisation de fonctionnement de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), qu'elles soient subventionnées ou non et quelle que soit la structure d'accueil (en collectivité ou dans un cadre familial). Les données relatives à la Wallonie et la province de Liège ne comprennent pas les cantons germanophones. En effet, les définitions dans l'accueil de la petite enfance ne correspondent pas entre l'ONE et le département Famille et Social de la Communauté germanophone.

Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013

		Nombre total de places d'accueil	Taux de couverture (%) (sur 100 enfants de 0 à 2,5 ans)
	Wallonie*	31 339	31,4
	Province de Liège*	8 306	28,2
ARRONDISSEMENTS	Huy	1 088	33,5
	Liège	4 714	26,2
	Verviers*	1 624	26,6
	Waremme	880	41,0

Source : ONE, calculs OSLg

* sans la Communauté germanophone

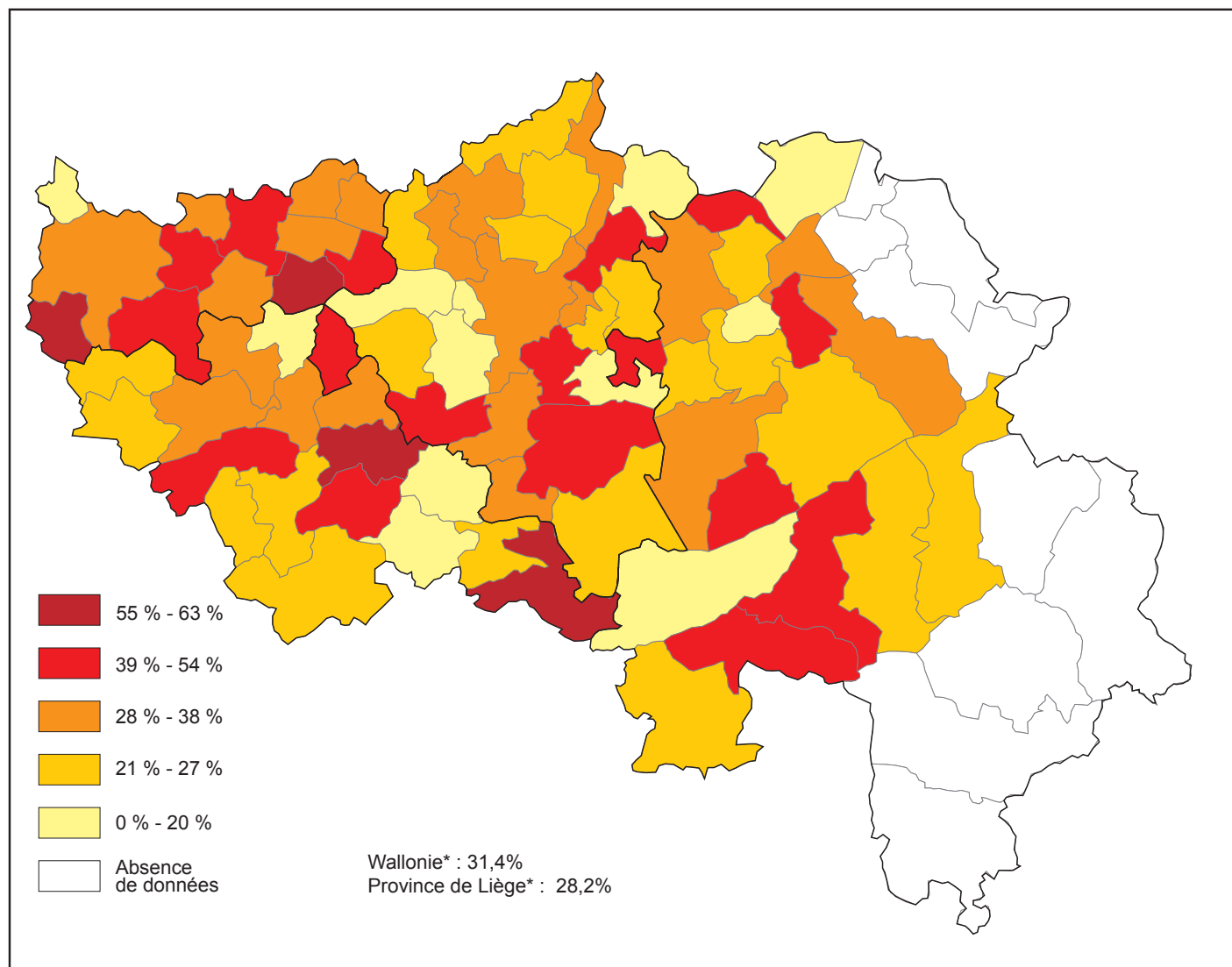
→ Fin 2013, la province de Liège comptait 8 306 places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans, ce qui correspond à un taux de couverture de 28,2 %. C'est plus faible qu'en Wallonie.

Les arrondissements de Liège et de Verviers présentent un taux de couverture d'environ 26 % ce qui est moins que la moyenne provinciale. Tandis que ceux des arrondissements de Huy et de Waremme sont plus élevés: respectivement 33,5 % et 41,0 %.



Chapitre 5 :

Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, province de Liège, 2013



Discrétisation : Jenks - Source : ONE, calculs OSLg

*Hors Communauté germanophone

→ Les communes présentant les taux de couverture les plus faibles sont Anthisnes (9,6 %), Dalhem (11,7 %) et Verlaine (13,1 %). À l'opposé, les taux de couverture les plus élevés sont observés à Wasseiges (63,5 %), Donceel (62,8 %) et Ferrières (57,1 %).

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

2.2. Centres de planning familial

Les centres de planning familial sont des lieux d'accueil et d'accompagnement en matière de vie affective, sexuelle et relationnelle. En Wallonie et à Bruxelles, les centres sont regroupés au sein de 4 Fédérations de Centres de Planning Familial ayant chacune leur autonomie [8] :

- La Fédération des Centres de Planning et de Consultations : elle regroupe 15 centres et est partenaire de la Mutualité Chrétienne ;
- La Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes : elle regroupe 17 centres et 4 antennes dont 7 centres pratiquent l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ;
- La Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial : elle regroupe 22 centres et est partenaire avec la Ligue des Familles ;
- La Fédération Laïque des Centres de Planning Familial : elle rassemble 40 centres dont la moitié pratique l'IVG.

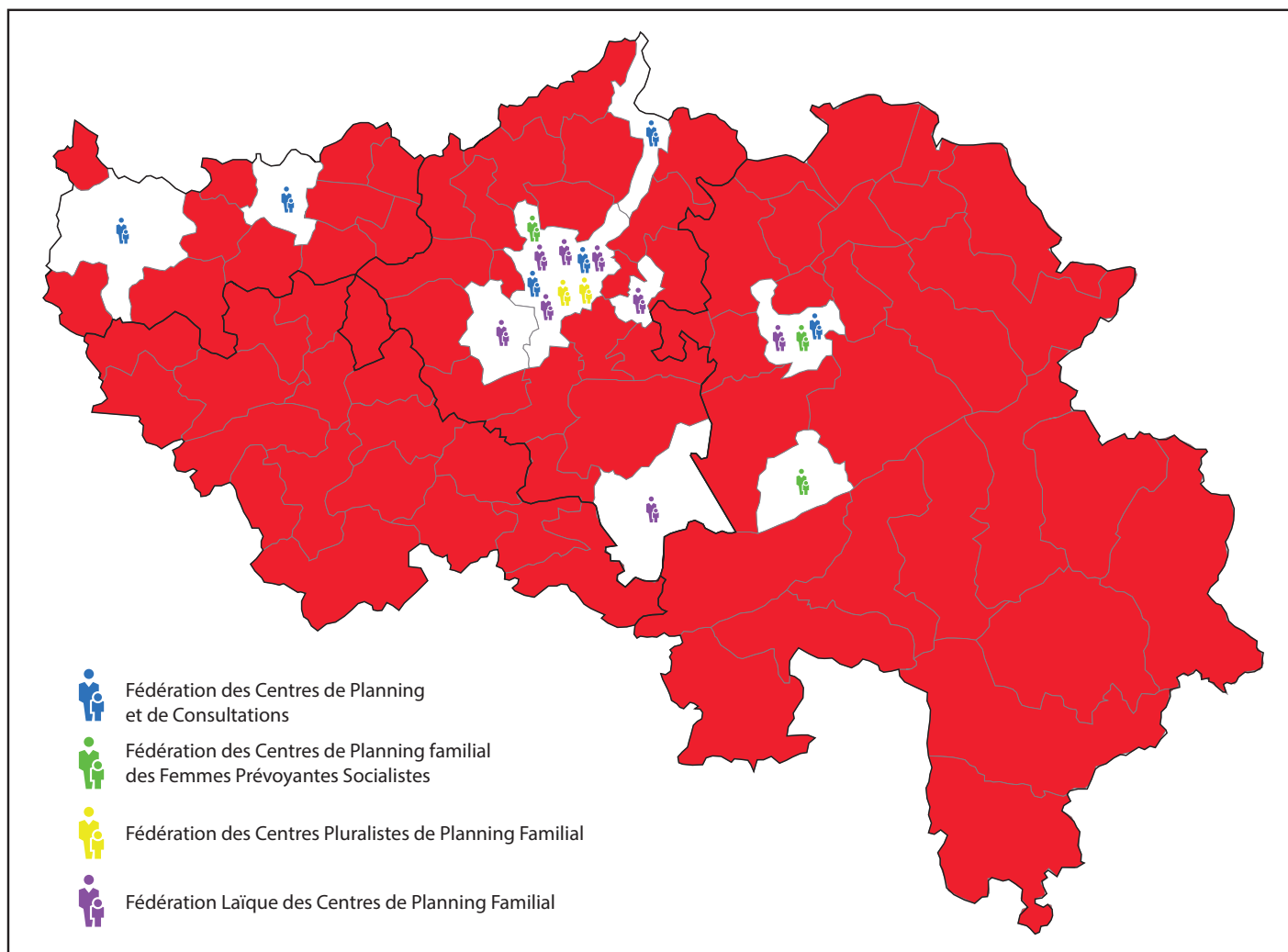
Chaque fédération est un organisme d'éducation permanente reconnu par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

De manière générale, on retrouve dans les centres de planning familial des professionnels de différents secteurs. Les consultations se prennent généralement sans rendez-vous et sont d'ordre médical, social, psychologique, juridique, de conseil conjugal, de sexologie et de médiation familiale. Ainsi, de nombreux sujets peuvent être abordés : la contraception, la grossesse, l'avortement, les maladies sexuellement transmissibles, les difficultés conjugales, l'adolescence, etc.



Chapitre 5 :

Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Liège, par commune, 2015



→ Il y a dix-neuf centres de planning familial sur le territoire de la province de Liège. Aucun n'est situé dans l'arrondissement de Huy et aucun planning n'existe en Communauté germanophone.

Pour la Fédération des Centres de Planning et de Consultations:

- Planning Estelle Mazy à Liège
- Planning "le 37" à Liège
- Antenne de Planning familial R&M à Visé
- Infor'Couple à Verviers
- L'Oasis Familiale à Hannut
- L'Oasis Familiale à Waremme

Pour la Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes:

- Planning FPS à Liège
- Planning FPS à Spa
- Planning FPS à Verviers

Pour la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial :

- Infor'Famille à Liège
- Infor'Femmes à Liège

Pour la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial :

- Planning familial Ourthe-Amblève à Aywaille
- Planning familial de Fléron
- Le SIPS à Liège
- La Famille Heureuse à Liège
- Collectif contraception à Liège
- Centre Louise Michel à Liège
- Collectif contraception de Seraing
- La Famille Heureuse à Verviers

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

2.3. Associations de santé intégrée

Les associations de santé intégrée (ASI) sont organisées par des ASBL ou des pouvoirs publics. Elles développent une offre de soins intégrée par des équipes qui prennent en compte le patient dans sa globalité, par des activités d'accueil personnalisé, de consultations médicales, paramédicales, psychologiques et sociales.

Elles développent un accueil personnalisé et travaillent dans le cadre d'une concertation d'équipe et avec le réseau local. Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée [9].

Une maison médicale est une association de santé intégrée regroupant des professionnels médicaux et paramédicaux dispensant des soins de première ligne. Son action vise une approche globale intégrant soins, démarches préventives et actions de promotion de la santé ; la santé y est considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et culturelle [10].

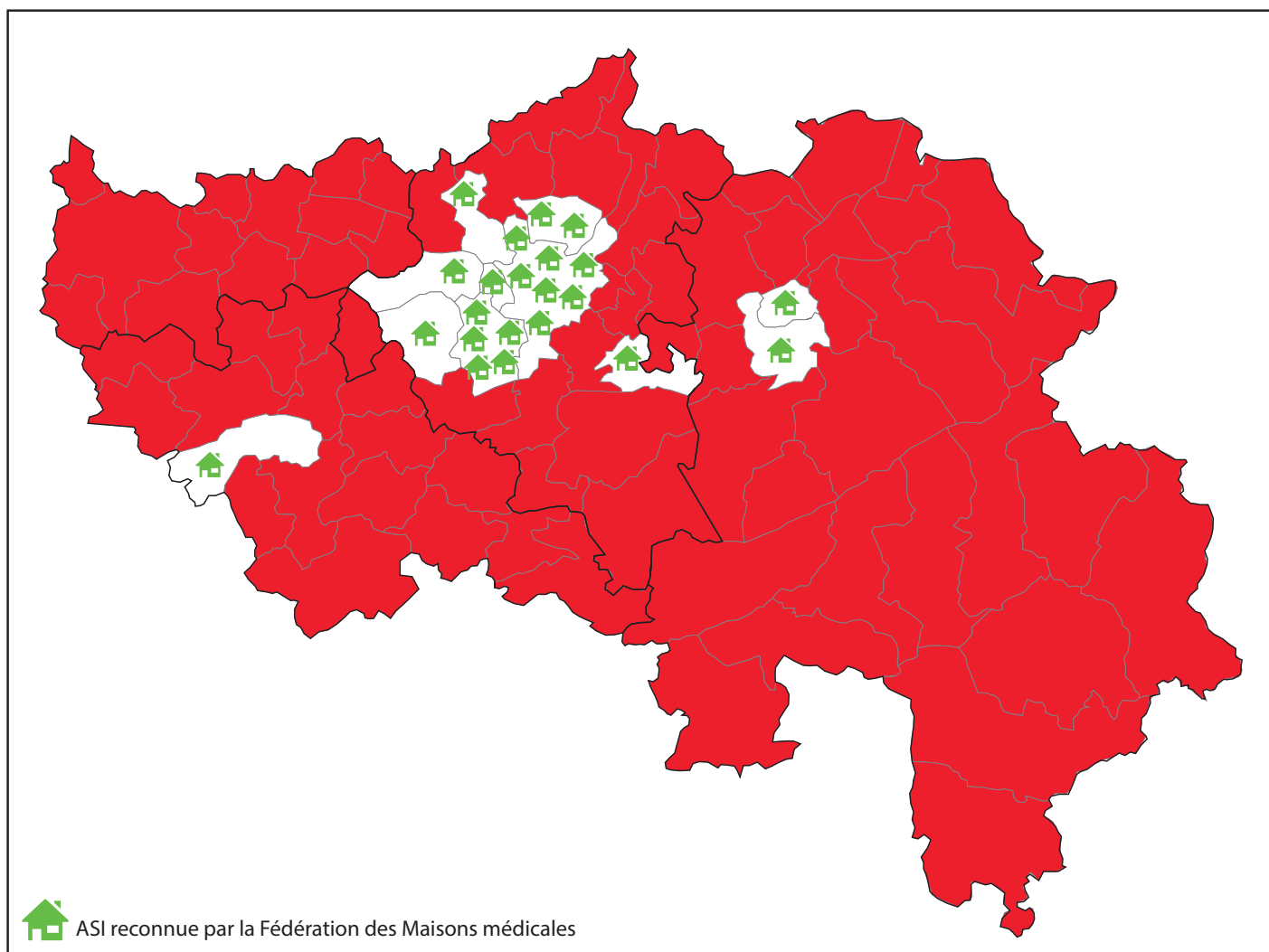
Les professionnels les plus souvent représentés sont : l'accueillant(e), le médecin généraliste, l'infirmier(ère), le kinésithérapeute, le travailleur social, le psychologue, le psychothérapeute.

Il existe plusieurs types de groupements de médecins, mais les maisons médicales telles que nous les abordons dans le tableau de bord sont celles reconnues par la Fédération des Maisons médicales. Celle-ci a été créée en 1980 et a été fondée sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice sociale et de respect des différences .



Chapitre 5 :

Carte 5.6. Répartition des associations de santé intégrée (agrées par la Région wallonne) et des Maisons Médicales (reconnues par la Fédération des Maisons Médicales), province de Liège, par commune, 2013



Source : www.maisonmedicale.org et SPW

→ La province de Liège comptait, en 2013, 22 ASI. Ce sont toutes des maisons médicales reconnues par la Fédération des Maisons Médicales.

Les vingt-deux ASI, à l'exception de Trooz, se situent toute dans une agglomération urbaine, soit le Grand Liège, l'agglomération verwiétoise ou hutoise. Aucune ne se situe dans l'arrondissement de Waremme.

Dans l'agglomération de Huy :

- La maison médicale « Cap Santé » à Huy

Dans le Grand Liège :

- La maison médicale « La Légia » à Ans
- La maison médicale « L'Atoll » à Herstal
- « Médecine pour le peuple Asbl » à Herstal
- La maison médicale « Le Cadran » à Liège
- Le « Centre de Santé Intégré Hélios » à Liège
- La maison médicale « L'Herma » à Liège
- La maison médicale « Les Houlpays » à Liège
- La maison médicale du Laveu à Liège
- La maison médicale « la Passerelle » à Liège

- Le « Centre de santé intégré de Tilleur » à Saint-Nicolas
- La maison médicale « Agora » à Seraing
- Le « Centre de Santé Intégré Bautista Van Showen » à Seraing
- La maison médicale d'Ougrée à Seraing
- La maison médicale « Oxygène » à Seraing
- La maison médicale « Solidarités » à Seraing
- La maison médicale « Aquarelle » à Grâce-Hollogne
- La maison médicale « Tournesol » à Flémalle

Dans l'agglomération de Verviers :

- La maison médicale « Mosaïque » à Verviers
- La maison médicale « La Bulle d'Air » à Dison
- La maison médicale de Trooz

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

2.4. Aides et soins à domicile

La mission des services d'aides à domicile (appelés aussi services d'aide aux familles et aux aînés) consiste à apporter une aide à domicile, un soutien et un encadrement à des familles en difficulté, à des personnes âgées et à des personnes handicapées dans leur vie quotidienne, ainsi qu'à leurs aidants proches. Cette mission est réalisée par le biais de professionnels de l'aide à domicile (aides familiales, gardes à domicile, aides ménagères sociales, ouvriers polyvalents, gardes d'enfants malades, chauffeurs...)[11].

Il existe de nombreuses formes d'aide à domicile et les organismes qui les proposent sont multiples. En Wallonie, on retrouve notamment la Fédération d'Aides & Soins à Domicile (ASD) qui dispose de 32 centres en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone; la Centrale des services à domicile (CSD) qui regroupe 16 centres en Wallonie et à Bruxelles et la Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM) qui est un regroupement de services d'aide à domicile de la Région wallonne et qui compte 11 services dont les activités couvrent l'ensemble du territoire wallon. On y retrouve notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) qui déploie son activité sur toute la Wallonie au travers de six antennes régionales.

2.5. Services de santé mentale

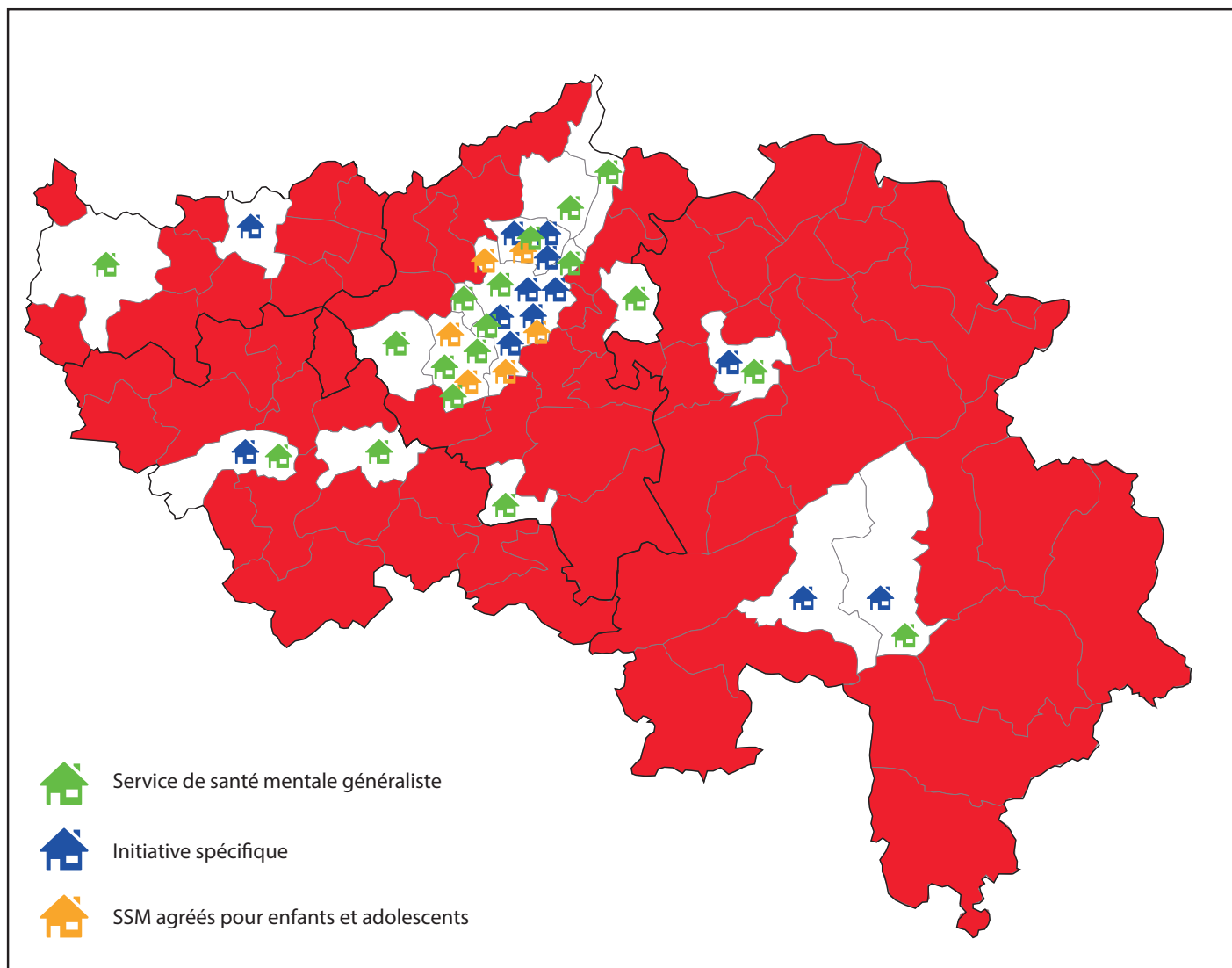
Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population. Leurs missions sont notamment : l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, l'organisation de la réponse par la pose du diagnostic et l'instauration d'un traitement psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosocial.

Lorsqu'ils sont agréés (par la Région wallonne), ils peuvent aussi développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou une approche méthodologique particulière ou enfin, créer un atelier thérapeutique. Celui-ci est un lieu d'accueil et d'activités ayant pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques, de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins [12].



Chapitre 5 :

Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Liège, par commune, 2015



Source : www.cresam.be et www.provincedeliege.be

→ La province de Liège compte 29 services de santé mentale généralistes agréés, dont onze sont situés sur la ville de Liège.

Via ces services de santé mentale, 6 initiatives spécifiques ont été développées en province de Liège :

- Initiative spécifique AICS (Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel)
- Initiative spécifique Exil (primo-arrivants)
- Initiative spécifique Enfants
- Initiative spécifique Handicap mental
- Initiative spécifique Personnes âgées
- Initiative spécifique Assuétudes

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Certains de ces centres SSM (6) sont agréés pour se spécialiser dans la prise en charge thérapeutique d'enfants et d'adolescents.

On trouve les SSM agréés pour enfants et adolescents à :

- Cointe - "Accolade"
- Herstal
- Liège - "Psycho J"
- Liège - "Enfants-Parents"
- Ougrée
- Seraing

La Province de Liège reçoit également le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour son service de prévention et d'orientation Openado à destination des enfants et des adolescents.

Openado est un lieu convivial d'accueil, d'écoute, d'information, de prévention et d'accompagnement psycho-social qui permet aux jeunes et à leur famille d'exprimer gratuitement et en toute confidentialité leurs inquiétudes, leurs questions, leurs réflexions au sujet de toute situation liée à l'enfance et à l'adolescence et d'y trouver une réponse psycho-médico-sociale adaptée.



3. Bibliographie

1. Jacques, S., *Indicateurs de performance clinique hospitalière. Etudes empiriques basées sur les données médico-administratives belges*. 2012-2013 : Université de Liège.
2. Crommelynck, A., K. Degraeve, and D. Lefèbvre, *L'organisation et le financement des hôpitaux*. Fiche-info, supplément à Mutualité Chrétienne-Informations, 2013. 253.
3. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. *Soins hospitaliers*. [cited 2016 25/03/2016]; Available from : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/hopital>.
4. www.lesmaisonsderepos.be. *Les maisons de repos en Belgique. S'y retrouver dans les définitions*. [cited 2016 14/04/2016]; Available from : <http://www.lesmaisonsderepos.be/mrdef.htm>.
5. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels au 31/12/2014 et influx 2014*. 2014, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : Bruxelles.
6. Vercruyse, B., *La médecine générale est malade, que faire?*. Santé conjuguee, Octobre 2007. 42.
7. Berra, P. and C. Massot, *Tableau de bord de la santé 2013*, in Santé en Hainaut. 2013.
8. Portail des Centres de Planning Familial en Wallonie et à Bruxelles. *Qui sommes-nous?*. [cited 2015 14/10/2015]; Available from : <http://www.loveattitude.be/qui-sommes-nous>.
9. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie. *Associations de santé intégrée*. 06/06/2016]; Available from : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/associations-sante-integree>.
10. Fédération des maisons médicales. *Maison médicale, le centre de santé intégrée*. [cited 2015 26/10/2015]; Available from : <http://www.maisonmedicale.org/-Brochures-.html>.
11. Portail de la Wallonie. *Faire appel à un service d'aide et de soins à domicile*. 27/06/2016]; Available from : <http://wallonie.be/fr/demarche/theme-list/253>.
12. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. *Soins ambulatoires* 25/03/2016]; Available from : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/sante-mentale-ambulatoire>.

Chapitre 6 :

Consommation de soins



- **Les visites à domicile en baisse, les consultations chez le médecin généraliste en hausse.**

Les visites à domicile passent de 2,4 visites par an et par habitant en 1999 à 1,3 en 2014. Cette diminution n'est que partiellement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin généraliste qui passent de 2,2 consultations par an et par habitant en 1999 à 2,5 en 2014. Les visites à domicile sont plus fréquentes en province de Liège qu'en Wallonie et en Belgique, alors qu'elles sont moins fréquentes pour les consultations.

- **Plus de consultations chez le médecin spécialiste par rapport à la Wallonie et la Belgique.**

Avec 2,6 contacts par an et par habitant, les habitants de la province de Liège consultent plus le médecin spécialiste qu'en Wallonie (2,5) et en Belgique (2,4).

- **5,0 % de la population de la province de Liège n'ont jamais consulté un dentiste.**

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 5,0 % des habitants de la province de Liège déclarent n'avoir jamais eu de contact avec le dentiste, contre 5,1 % des Wallons et 3,9 % des Belges.

- **Des hospitalisations moins fréquentes en province de Liège.**

Avec 275 admissions pour 1 000 habitants, la province de Liège connaît moins d'hospitalisations rapportées à la population totale que la Wallonie (297) ou la Belgique (315).

- **La consommation de médicaments est plus importante en province de Liège.**

En province de Liège, la consommation totale de médicaments remboursés par habitant est 4,5 % plus élevée qu'en Wallonie et 14,4 % plus élevée qu'en Belgique.

- **Seulement 37,8 % des personnes à risque sont vaccinées contre la grippe.**

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, 37,8 % des habitants à risque de la province de Liège déclarent être vaccinés contre la grippe, contre 56,1 % des Belges. Cette différence est significative.

- **Des taux de couverture de dépistage des cancers insuffisants.**

En province de Liège, 55,8 % des femmes de 50 à 69 ans ont eu un examen radiologique du cancer du sein. Pour le cancer colorectal, 16,2 % des hommes et femmes entre 50 et 74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage au cours des deux dernières années. Seulement 55,0 % des femmes entre 25 et 64 ans déclarent avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années.

Chapitre 6 :

1. Consultations médicales et paramédicales

1.1. Contacts avec le médecin généraliste

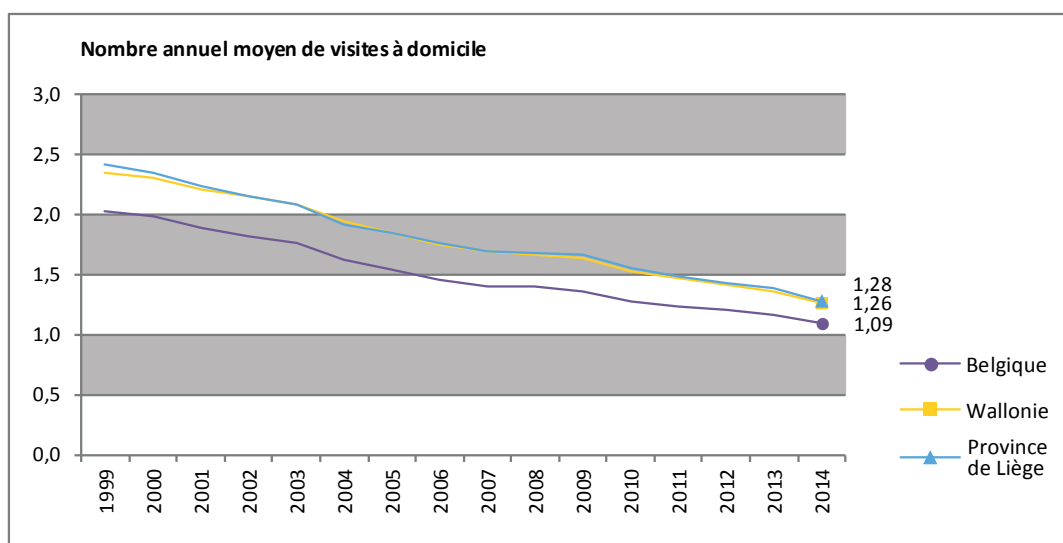
Selon l'Enquête Nationale de Santé menée par Interview de 2013, 95,5 % des habitants de la province de Liège déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Tant en Wallonie qu'au niveau national, environ 77 % de la population rapportent au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec son médecin généraliste dans les douze derniers mois. Cette proportion est légèrement supérieure pour la province de Liège (79,4 %) sans toutefois être statistiquement différente. D'autre part, les habitants de la province de Liège disent avoir en moyenne 3,8 contacts par an avec leur médecin généraliste, ce qui est proche des comportements wallons ou belges. Sur ces différents territoires, les contacts avec le médecin généraliste sont presque deux fois plus nombreux chez les personnes de 65 ans et plus (autour de 7 contacts annuels).

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste (par personne et par an) a légèrement diminué ces dernières années. Cette diminution s'explique en grande partie par la baisse du nombre de visites à domicile des patients, qui n'est pas entièrement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin [1].

Les données statistiques issues de l'INAMI, calculées sur base des remboursements des visites ou des consultations du médecin généraliste, confirment ces chiffres avec en moyenne 3,7 contacts (visites à domicile et consultations) par an en 2014, pour les habitants, de la province de Liège.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une Maison Médicale fonctionnant au forfait. Au sein de la province de Liège, de nombreuses Maisons Médicales travaillent au forfait. Les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour ces communes peuvent donc être sous-estimées.

Figure 6.1. Évolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014



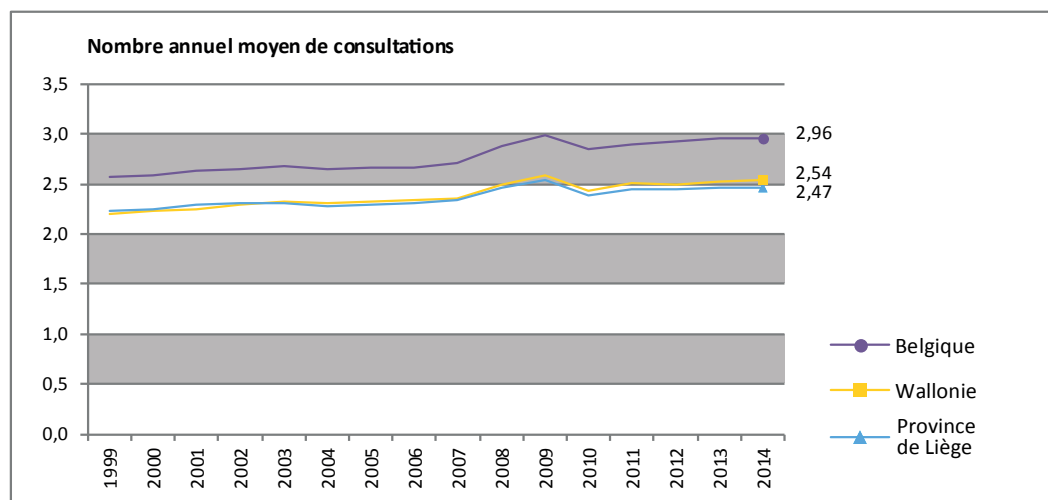
Source : INAMI, calculs OSLg

→ Entre 1999 et 2014, le nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste a diminué de 47 % en province de Liège. Une diminution similaire est constatée en Wallonie et en Belgique. De plus, en 2014, les visites à domicile sont aussi fréquentes en province de Liège qu'en Wallonie. Elles sont 15 % moins fréquentes en Belgique qu'en province de Liège.

Les personnes de 60 ans et plus consultent quant à elles chaque année, en moyenne 7,4 fois leur médecin généraliste. Le médecin généraliste réalise plus de visites à domicile que de consultations auprès des personnes plus âgées.

CONSOMMATION DE SOINS

Figure 6.2. Évolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ À l'inverse des visites à domicile, le nombre annuel moyen de consultations au cabinet du médecin généraliste est en augmentation de 10,7 %, passant de 2,2 contacts par personne et par an en 1999 à 2,4 en 2014 pour la province de Liège. Une augmentation de plus 15 % est constatée en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations annuelles moyennes en province de Liège sont à peine moins nombreuses qu'en Wallonie (-2,8 %) et nettement moins nombreuses qu'en Belgique (- 14,2 %).

Les personnes ayant un faible niveau d'éducation (enseignement primaire ou sans diplôme) rapportent environ deux fois plus de contacts avec le médecin généraliste que les personnes les plus instruites, tant en Wallonie qu'en Belgique. Cette tendance est également observée au sein de la province de Liège et est significative, même au sein de l'échantillon provincial. Ce nombre plus élevé s'explique principalement par leur moins bon état de santé [1].

La pratique de la médecine générale a fortement évolué. La taille de la patientèle grandit, le nombre des contacts augmente, la fréquence des contacts par patient diminue et la structure de l'activité se déplace vers les consultations au détriment des visites à domicile. Néanmoins, si une diminution des visites à domicile concernant la population active est constatée, une certaine catégorie de patients particulièrement vulnérables (les personnes âgées, isolées à domicile ou vivant en maison de repos, les patients atteints de maladie chronique grave) en ont et en auront toujours besoin. Aussi, les visites à domicile représentent l'élément-clé dans la politique du maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées ou grabataires, dont le nombre ne cesse de croître [2].

Au sein de la province de Liège, en 1999, les visites à domicile correspondaient à 52,0 % des contacts avec le médecin généraliste (vs 48,0 % de consultations). En 2014, les visites à domicile représentent 34,1 % de contacts contre 65,9 % de consultations.



Chapitre 6 :

1.1.1. Dossier Médical Global

Le Dossier Médical Global (DMG) a été mis en place en 1999. Il officialise le rôle de coordinateur du médecin généraliste au sein du système de santé belge [3]. Il s'agit d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, de qualité et axés sur le patient. L'échange de ces données avec d'autres partenaires des soins de santé, de première ou deuxième ligne, augmente la qualité des soins. Il permet également au patient d'être mieux remboursé lors d'une consultation chez le médecin généraliste [4].

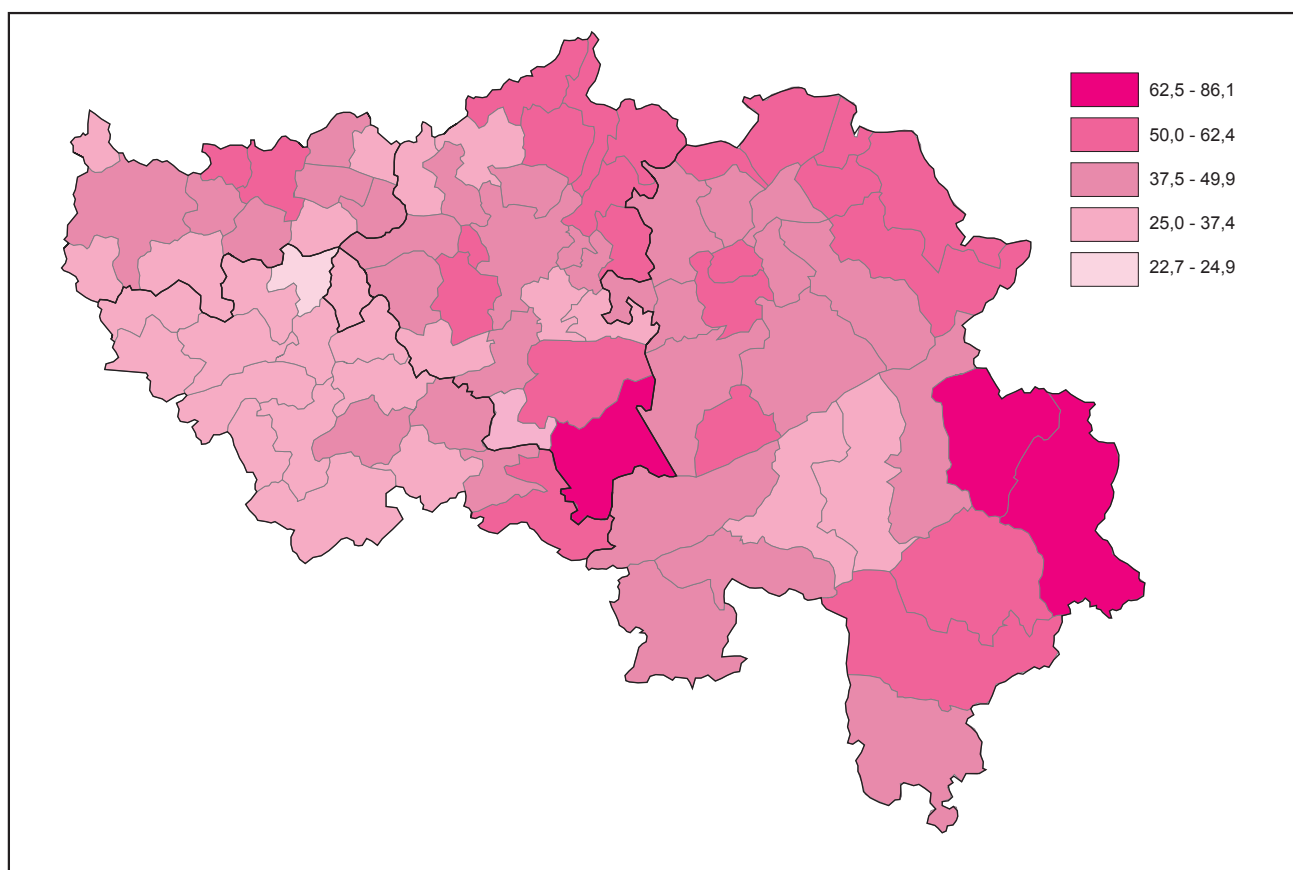
Au 1er avril 2011, avait été créé le DMG+ pour les patients âgés de 45 à 75 ans. Celui-ci a été intégré au DMG depuis janvier 2016 [5]. Il s'agissait d'une approche personnalisée tenant compte des spécificités de chaque patient. Cet axe supplémentaire au DMG permettait au médecin généraliste, sur base d'une check-list, d'aborder différentes mesures de prévention dans les domaines suivants :

- état général : conseils alimentaires et exercices physiques ;
- évaluation du risque cardiovasculaire global ;
- dépistage du cancer colorectal ;
- dépistage du cancer du sein ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- vaccinations diphtérie/tétanos, grippe et pneumocoque ;
- dépistage du diabète de type II ;
- dépistage insuffisance rénale chronique ;
- dépistage de la dépression.

En ouvrant un DMG+, le médecin s'engageait à aborder avec son patient ces items. Le rythme et la séquence selon lesquels ils sont abordés sont laissés à la décision du médecin [4, 6].

CONSOMMATION DE SOINS

Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Liège, 2013



Discrétisation : manuelle

Source : Atlas AIM

→ En province de Liège, les communes de Bullange, Bütchenbach et Aywaille présentent les proportions les plus importantes de personnes disposant d'un DMG. Ces proportions oscillent entre 66,4 % et 86,1 %. Les proportions les plus faibles sont observées au sein des communes de Verlainne (22,7 %), Engis (26,0 %), Clavier et Modave (26,9 %).

Les proportions de personnes disposant d'un DMG sont beaucoup plus faibles en Wallonie qu'en Flandre. En 2012, plus d'un Belge sur deux possédait un Dossier Médical Global, avec toutefois une forte différence de pénétration en Flandre (> 60 %) par rapport à Bruxelles et à la Wallonie (+/- 30 %). Par ailleurs, en Belgique, le taux atteignait près de 80 % chez les plus de 75 ans [3].

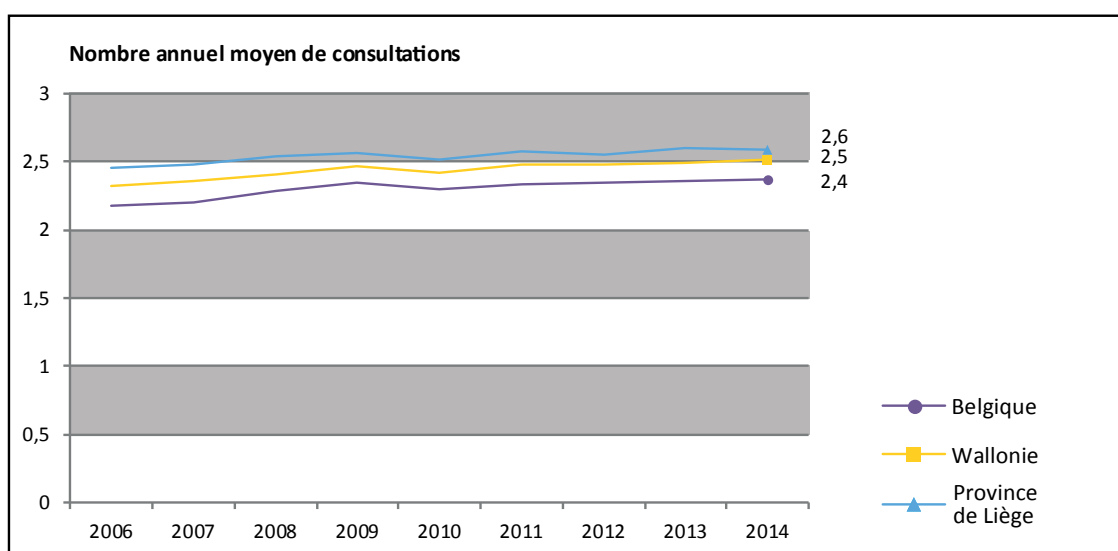


Chapitre 6 :

1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, moins de la moitié de la population belge (46,7 %) et wallonne (48,3 %) déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est légèrement plus élevée en province de Liège (49,0 %). Les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes (2,2 contacts/an contre 1,7 pour les hommes au niveau national). Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues [7].

Figure 6.3. Évolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Selon les données issues des remboursements de l'INAMI, le nombre moyen de consultations chez le spécialiste est en légère croissance tant en province de Liège, qu'en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations moyennes par habitant chez le spécialiste en province de Liège sont légèrement plus nombreuses tant en Wallonie (+ 3,8 %) qu'en Belgique (+ 7,6 %).

Les personnes ayant un statut socio-économique élevé consultent plus le médecin spécialiste ou un dentiste. À l'inverse, les groupes socio-économiques les plus faibles consultent plus souvent leur médecin généraliste et ont plus souvent recours aux soins à domicile.

CONSOMMATION DE SOINS

1.3. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant le suivi de l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le Comité de l'assurance de l'INAMI a confié à la Cellule Interuniversitaire Épidémiologie (CIE) la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Lors de la dernière édition (2012-2014) 1 875 personnes ont rempli un questionnaire sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen dentaire. Cette enquête révèle que seule la moitié des individus toujours pourvus de dents (53 %) se les brosse au moins deux fois par jour. La fréquence de brossage augmente avec le niveau d'instruction. D'autre part, 16 % des répondants évoquent des soucis financiers lorsqu'on les interroge sur leur manque de régularité à consulter un dentiste. Enfin, sur base des comportements alimentaires, 59 % de la population sont considérés à risque pour les caries et 46 % à risque pour l'érosion dentaire [8].

Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

Niveau d'instruction	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)	A consulté un dentiste dans l'année (%)	N'a jamais consulté de dentiste (%)
Primaire ou sans diplôme	35,8	5,2	32,1	7,7	32,8	14,0
Secondaire inférieur	47,6	4,3	48,7	5,3	54,5	6,0
Secondaire supérieur	60,6	3,6	56,9	4,3	54,5	3,3
Etudes supérieures	72,1	3,6	67,7	4,9	71,7	4,1
Total	61,6	3,9	57,3	5,1	60,5	5,0

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, un peu plus de 60 % de la population belge interrogée déclarent avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. En province de Liège, cette proportion est à peine inférieure. De plus, 5,0 % des habitants de la province de Liège déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste (contre 3,9 % des Belges), sans toutefois que la différence soit statistiquement significative.

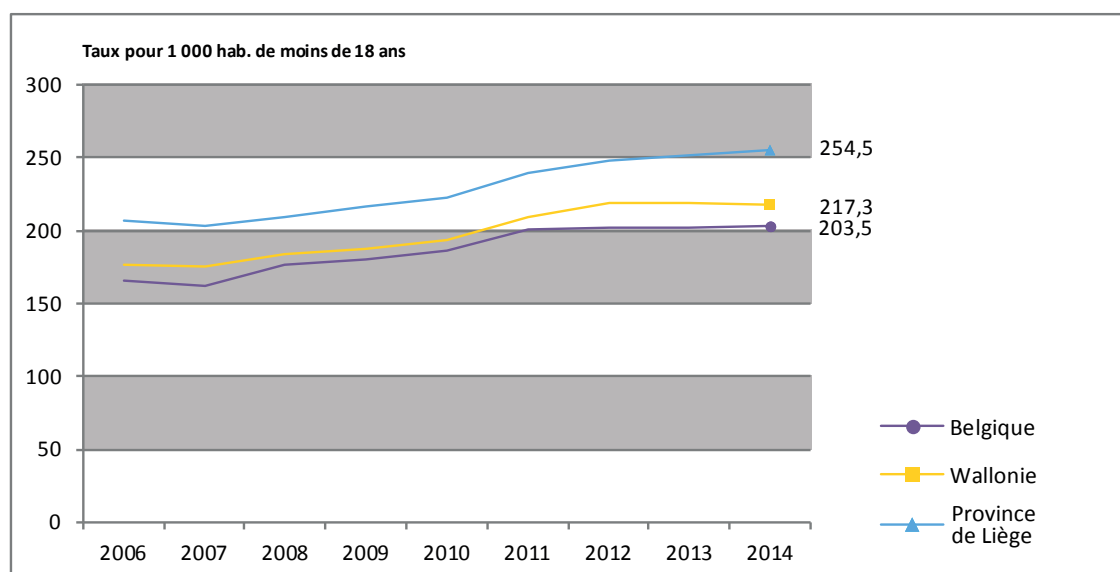
Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes dont le niveau d'éducation est le plus élevé se rendent presque deux fois plus souvent chez le dentiste que celles du niveau le plus bas [9].

En province de Liège, parmi les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme) moins d'un tiers (32,8 %) ont déclaré en 2013 avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est de 7 personnes sur 10 chez les individus ayant suivi des études supérieures.



Chapitre 6 :

Figure 6.4. Évolution du taux (pour 1 000 habitants) de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Depuis le 1er mai 2009, pour les enfants de moins de 18 ans, l'INAMI rembourse totalement les prestations de dentisterie (chez un praticien conventionné) à l'exception de l'orthodontie et de l'extraction d'une incisive de lait. Le taux de soins dentaires pour 1 000 habitants de moins de 18 ans a augmenté de 23,2 % en province de Liège, de 23,0 % en Wallonie et en Belgique entre 2006 et 2014.

1.4. Recours aux soins à domicile

Selon les résultats de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, la proportion de personnes ayant eu recours à des soins infirmiers à domicile au cours des 12 derniers mois tend à diminuer entre 2004 et 2013. Ce constat est observé tant en Belgique, qu'en Wallonie et en province de Liège.

En 2013, cette proportion représente 2,4 % de la population en province de Liège, 3,1 % en Wallonie et 4 % en Belgique. Il existe un lien évident entre le recours à des soins infirmiers prestés à domicile et l'âge : 13,4 % des personnes âgées (75 ans et plus) en province de Liège y font appel [10].

1.5. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent tant à l'hôpital et en centre (de réhabilitation ou autres), qu'en ambulatoire, que ce soit au domicile du patient, ou au cabinet du prestataire [11].

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2013, environ 15 % de la population ont déclaré avoir eu recours au cours des 12 derniers mois à un kinésithérapeute, tant en province de Liège, qu'en Wallonie ou en Belgique.

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient toutefois plus fréquente à mesure de l'avancée en âge. Ceci va probablement de pair avec l'augmentation des maladies chroniques qui sont liées au vieillissement [11]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois concerne 15,0 % des 75 ans et plus en province de Liège.

CONSOMMATION DE SOINS

1.6. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative

La médecine alternative ou non conventionnelle est une méthode de traitement ou d'examen qui, contrairement à la médecine conventionnelle, n'est pas fondée sur l'expérimentation scientifique [12].

En 1999, a été publiée la « Loi Colla » qui avait pour but la reconnaissance de quatre thérapies non conventionnelles :

- ostéopathie : elle repose sur l'utilisation de manipulations visant à traiter des pathologies axées sur la motricité anormale du système locomoteur et sur le système nerveux périphérique;
- homéopathie : elle repose sur une hypothèse dite loi de « similitude ». Toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir des mêmes symptômes chez le sujet malade. Cette substance est diluée de façon sérielle, chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergétique du solvant. Après dilution, il n'existe en principe plus de molécules de la substance originelle;
- chiropraxie : elle tend à obtenir un état d'équilibre et à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Elle vise à traiter les troubles de la colonne vertébrale et du système nerveux. L'accent est mis également sur les techniques manuelles, en ce compris la mobilisation et manipulation des articulations. Une attention particulière est accordée aux déplacements (subluxations);
- acupuncture : des aiguilles en acier inoxydable sont insérées sur ce que l'on appelle les points d'acupuncture du corps. Elle nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie [12, 13].

Sont abordées uniquement dans ce rapport, les consultations auprès d'un ostéopathe et auprès d'un homéopathe car elles sont les plus fréquentes.

1.6.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture [12].

L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013 révèle que 5,7 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des 12 derniers mois. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée lors de l'édition précédente de 2008. Par contre, nous observons une augmentation de 1,4 % entre 2004 et 2013.

Au niveau national, les femmes (6,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (4,7 %) à consulter un ostéopathe en 2013.

1.6.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes [14]. L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé [15].

Selon les données de l'Enquête de Santé par Interview de 2013, les personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique tendent à être moins nombreuses en 2013 (1,8 %) qu'en 2004 (5,8 %). Les femmes déclarent être plus nombreuses que les hommes à avoir recours à un homéopathe. Ce constat est aussi observé au sein de la province de Liège.



Chapitre 6 :

1.7. Contacts avec le service des urgences

Le rôle des services d'urgence est d'accueillir, sans sélection et de manière permanente toute personne se présentant en situation d'urgence médicale (y compris psychiatrique) et de la prendre en charge. Cette accessibilité est un des droits de base de chaque citoyen [16].

Selon le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), en 2012, il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgence par 1 000 habitants. Ce chiffre, déjà passablement élevé en comparaison des autres pays étudiés, tend à augmenter chez nous comme à l'étranger : de 3 millions en 2009, il est passé à 3,2 millions en 2012.

Recourir au service des urgences repose souvent sur une volonté d'être pris en charge plus rapidement, de résoudre plus vite un problème de santé face à de trop longs délais d'attente pour un rendez-vous de spécialiste ou encore de suppléer à l'impossibilité d'obtenir une consultation chez un généraliste le week-end ou le soir [17].

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, environ 13 % de la population belge, wallonne ou de la province de Liège, ont eu un contact avec le service des urgences au cours des 12 derniers mois. Le nombre annuel moyen de contacts avec le service des urgences se situe entre 21 contacts pour 100 habitants pour le niveau national, 24 contacts/100 habitants pour le niveau wallon. Il est de 27 contacts pour 100 habitants pour la province de Liège. La différence n'est cependant pas significative selon les résultats exacts de l'enquête 2013 pour les trois niveaux.

2. Séjours hospitaliers

2.1. Hospitalisations déclarées

Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, 9,7 % de la population de la province de Liège déclaraient avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année écoulée. Le nombre moyen d'admissions pour les hospitalisations classiques (avec minimum une nuit à l'hôpital) est de 11 contacts pour 100 habitants.

Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent également que les hospitalisations de jour (sans nuit à l'hôpital) concernent 6,0 % de la population de la province au cours des 12 derniers mois et que le nombre moyen d'admissions en hôpital de jour pour 100 personnes est estimé à 10,3 par an.

2.2. Résumé Hospitalier Minimal

Depuis 2008, le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) collecte des données médicales, infirmières, administratives, relatives au personnel, et des données dans le cadre de la fonction « service mobile d'urgence ». Il reprend notamment l'enregistrement des données médicales et infirmières [18].

Le tableau suivant reprend les taux bruts d'admission pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Certains diagnostics apparaissent plus souvent lors d'hospitalisations classiques (les maladies liées à l'appareil circulatoire), d'autres en hospitalisations de jour (les maladies myéloprolifératives : les cancers, néoplasmes peu différenciés, les affections nez-gorge-oreilles, les affections des yeux).

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2012

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Province de Liège
Système musculaire et tissu conjonctif	48,89	39,89	37,84
Appareil digestif	31,96	32,10	32,77
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	34,04	35,88	32,63
Appareil circulatoire	22,88	21,47	20,53
Nez, gorge, oreilles	30,13	23,69	18,57
Système nerveux	15,32	16,32	15,72
Grossesse et accouchement	15,32	15,49	15,65
Appareil respiratoire	14,65	15,16	15,23
Affections des yeux	13,51	13,42	13,41
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,15	9,99	9,72
Reins et voies urinaires	10,93	10,47	9,45
Organes génitaux féminins	7,10	7,11	7,14
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	4,91	5,56	5,90
Foie, bile et pancréas	5,64	6,30	5,58
Organes génitaux masculins	6,36	5,16	5,37
Sang et organes hématopoïétiques	5,35	4,25	4,56
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	3,77	3,28	3,65
Troubles mentaux	2,45	3,07	3,61
Maladies infectieuses et parasitaires	2,90	2,69	2,39
Alcoolisme et usage de drogue	1,31	1,94	1,55
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	0,82	0,75	1,03
Traumatismes multiples	0,29	0,36	0,35
Brûlures	0,45	0,65	0,19
Infections HIV	0,12	0,12	0,13
Autres	25,90	21,88	22,87
Total	315,13	296,98	275,29

Source : SPF Santé Publique RHM, calculs OSLg

→ Quel que soit le type d'hospitalisation (de jour ou classique), les causes d'admissions les plus fréquentes durant l'année 2012 concernaient les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif, à l'appareil digestif et aux maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés. Ce n'est pas le même ordre décroissant qu'en Belgique et en Wallonie. Certains taux d'admissions sont plus élevés en province de Liège par rapport à la Wallonie ou à la Belgique. Ceci est le reflet d'une offre de soins plus spécialisée en province de Liège comme pour les troubles mentaux, par exemple.



Chapitre 6 :

3. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), la consommation pharmaceutique continue d'augmenter. Cette hausse est expliquée par, d'une part, la demande croissante de traiter les maladies liées à l'âge et aux affections chroniques, et d'autre part, les changements des pratiques cliniques [19].

Entre 2000 et 2013, la consommation de médicaments s'est accrue en Belgique de :

- 57,5 % pour les antidiabétiques ;
- 85,8 % pour les antidépresseurs ;
- 220,4 % pour les médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) situant la Belgique au 4^e rang des plus gros consommateurs des pays de l'OCDE. Cette valeur étonnante est directement liée à l'apparition des statines, fin des années 90 et début des années 2000. Les recommandations cliniques pour la prescription des traitements contre le cholestérol ont été plusieurs fois mises à jour depuis la décennie 90, préconisant un plus large dépistage, des traitements plus précoces et des dosages plus élevés [19]. Cette augmentation importante peut être également expliquée par la place prédominante des statines au cours des 15 dernières années, dans le cadre de la prévention cardio-vasculaire [20].

3.1. Consommation déclarée

Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,5	56,9	51,4	14,2	18,9	16,7
Wallonie	44,8	58,6	51,9	11,9	17,6	14,8
Province de Liège	47,4	61,5	54,8	16,2	20,4	18,4

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, la moitié de la population déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines, tant en Belgique, qu'en Wallonie et en province de Liège.

D'autre part, 18,4 % des habitants de la province de Liège ont déclaré avoir consommé des médicaments non prescrits au cours des deux dernières semaines, contre 14,8 % en Wallonie et 16,7 % en Belgique.

Les femmes sont plus fréquemment consommatrices de médicaments (prescrits ou non) que les hommes et ce, quel que soit le niveau géographique, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative pour la province de Liège. Cette différence peut, en partie, être expliquée par la consommation de pilules contraceptives.

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.4. Proportion (%) des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Hommes de plus de 50 ans (%)	Femmes de plus de 50 ans (%)
Belgique	17,4	21,0
Wallonie	20,0	20,9
Province de Liège	16,4	16,5

Source : ISP-HIS

→ Au-delà de l'âge de 50 ans, 16,4 % des hommes et 16,5 % des femmes de la province de Liège déclarent avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Ces proportions sont relativement proches de celles observées en Wallonie et en Belgique.

Aucune différence significative n'est constatée entre les sexes.



Chapitre 6 :

3.2. Consommation enregistrée

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre les médicaments délivrés par les pharmacies publiques et qui ont donné lieu à un remboursement. Les données ne tiennent pas compte des médicaments non remboursés ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières.

Les consommations sont exprimées en dose moyenne journalière (DMJ). La DMJ est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Cette méthodologie permet de normaliser le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérentes les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [21].

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

Type de médicament prescrit	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments
Système cardiovasculaire	496,8	38,5	530,1	37,6	520,6	36,4
Système nerveux central	147,9	11,5	173,4	12,3	203,2	14,2
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	173,9	13,5	198,9	14,1	176,8	12,4
Système respiratoire	111,7	8,7	118,2	8,4	120,2	8,4
Sang et système hématopoïétique	111,5	8,6	117,0	8,3	115,0	8,1
Système uro-génital et hormones sexuelles	63,4	4,9	67,0	4,7	82,3	5,8
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	45,9	3,6	65,5	4,6	70,0	4,9
Système squelettique et musculaire	64,7	5,0	64,8	4,6	64,6	4,5
Anti-infectieux à usage systémique	32,2	2,5	34,5	2,4	34,7	2,4
Organes sensoriels	20,9	1,6	21,7	1,5	20,8	1,5
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	13,5	1,0	12,9	0,9	13,0	0,9
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,5	0,5	6,7	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,6	0,0	0,6	0,0	0,8	0,1
Divers	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Total	1290,1	100,0	1411,5	100,0	1429,0	100,0

Source : INAMI, calculs OSLg

CONSOMMATION DE SOINS

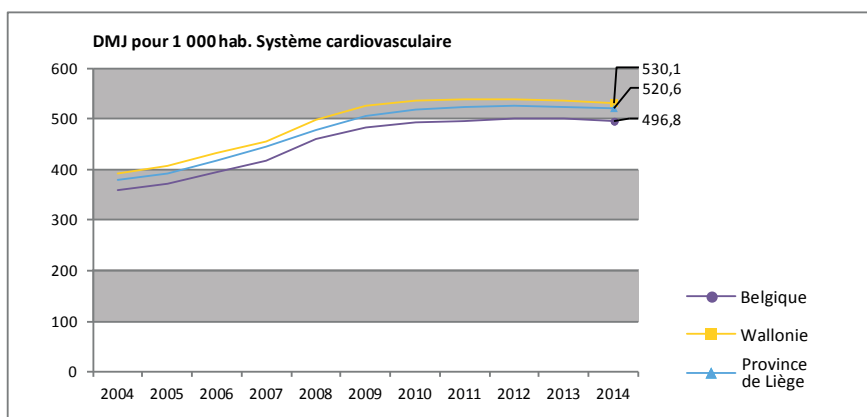
→ La consommation totale de médicaments remboursés par habitant est supérieure en province de Liège par rapport à la Wallonie (+ 1,2 %) et la Belgique (+ 10,7 %).

Quel que soit le territoire, les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont les plus consommés.

Cette consommation, selon les systèmes ciblés, est systématiquement supérieure en province de Liège par rapport à la Belgique, à l'exception des médicaments destinés à soigner le système squelettique et musculaire, les organes sensoriels, ainsi que les cytostatiques ou les préparations dermatologiques.

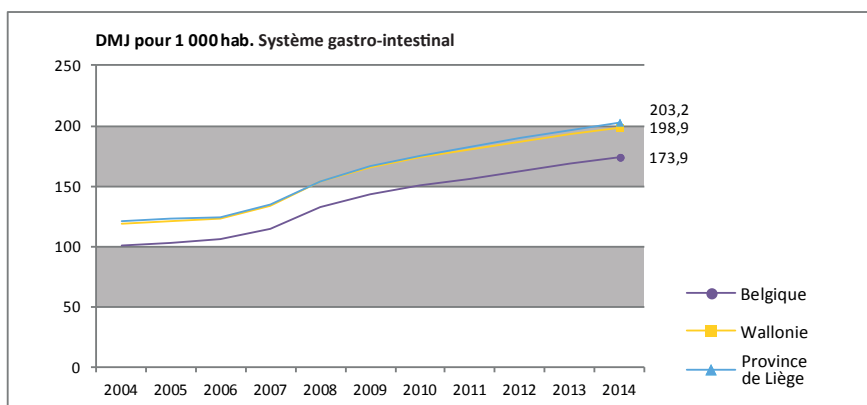
Figure 6.5. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2014

Quel que soit le type de système, une progression plus importante entre 2007 et 2008 est constatée suite à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants.



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en province de Liège, qu'en Wallonie ou en Belgique. Depuis 2004, cette consommation augmente continuellement, passant de 379,2 à 520,6 DMJ pour 1000 habitants en 2014, soit une augmentation de 37,3 % en 11 ans pour la province de Liège. Pour la Wallonie et la Belgique, un accroissement de 35,2 % et 38,7 % sont respectivement constatés. En 2014, la consommation en province de Liège est inférieure de 1,7 % à celle de la Wallonie et supérieure de 4,7 % à celle de la Belgique.

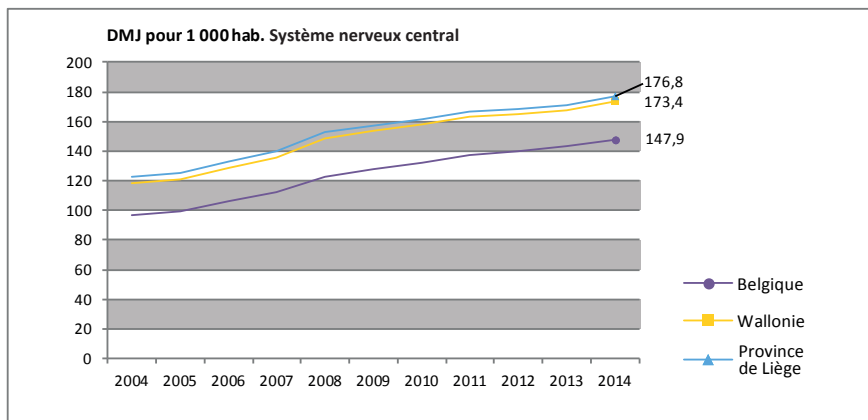


Source : INAMI, calculs OSLg

→ Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme (surtout les inhibiteurs de la pompe à protons) ont vu leur DMJ s'accroître de 67,4 % en province de Liège, 67,9 % en Wallonie et 72,5 % en Belgique entre 2004 et 2014. La consommation provinciale est légèrement supérieure de 2,1 % à celle de la Wallonie et supérieure de 16,8 % à celle de la Belgique.

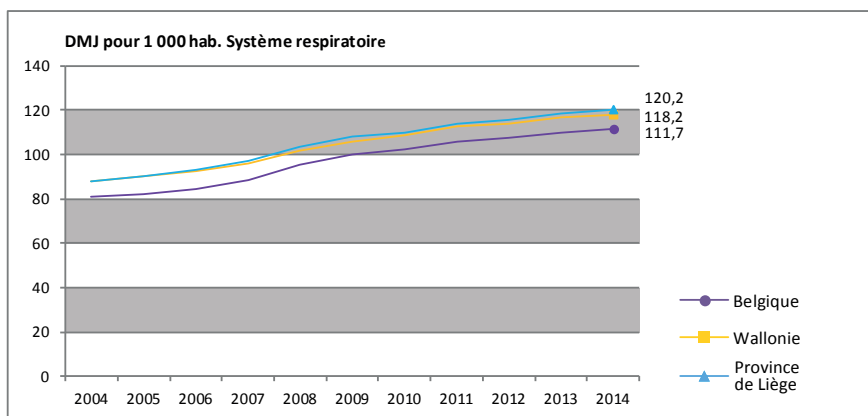


Chapitre 6 :



Source : INAMI, calculs OSLg

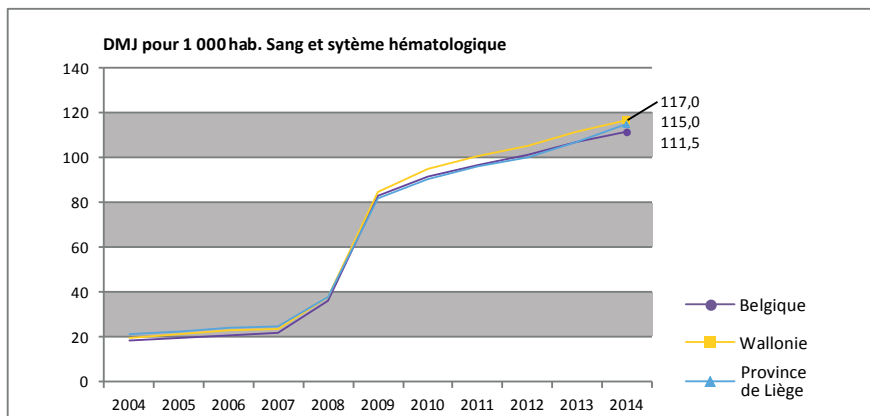
→ Troisièmes au classement en Belgique, en Wallonie et en province de Liège, les médicaments du système nerveux central (surtout les psychotropes) connaissent une forte augmentation au cours du temps. Une hausse de 44,0 % est constatée au sein de la province de Liège, entre 2004 et 2014. Cette augmentation est de 46,9 % sur le territoire wallon et de 52,9 % sur le territoire belge. En 2014, la consommation en province de Liège est similaire à celle de la Wallonie mais supérieure à celle de la Belgique (+ 19,5 %).



Source : INAMI, calculs OSLg

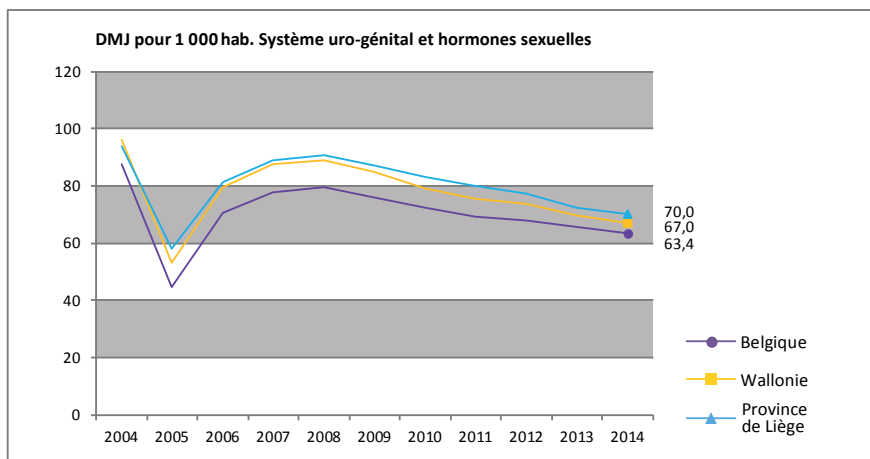
→ Les médicaments visant le système respiratoire ont également vu leur consommation s'accroître de 36,5 % en province de Liège, de 34,5 % en Wallonie et de 38,2 % en Belgique entre 2004 et 2014.

CONSOMMATION DE SOINS



Source : INAMI, calculs OSLg

→ L'évolution de la consommation des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique est la plus importante. La croissance fulgurante entre 2008 et 2009 est expliquée par l'entrée de la cardioaspirine dans les remboursements INAMI. En 2014, la consommation médicamenteuse pour le sang et le système hématopoïétique en province de Liège est inférieure de 1,7 % à celle de la Wallonie et supérieure de 3,1 % à celle de la Belgique.



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Concernant la consommation de médicaments destinés au système uro-génital et hormones sexuelles, une chute brutale est clairement visible en 2005. Cette diminution s'explique par le fait qu'à cette période, une grande partie des contraceptifs oraux sont exclus du remboursement et sont ensuite réintégrés progressivement à partir de 2006. La consommation de la province de Liège est supérieure à la consommation wallonne (+ 4,4 %) et à la consommation belge (+ 10,4 %).



Chapitre 6 :

4. Vaccinations

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination, en mettant en balance tant les bénéfices que les risques individuels et collectifs, au niveau international. Jusqu'à présent, la variole est la seule maladie à avoir complètement disparu de notre planète grâce à la vaccination [22].

La vaccination évite l'apparition de maladies infectieuses présentant des complications graves [23]. Elle est d'abord une protection individuelle, mais également une protection collective [24].

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être contrôlées ou éliminées dans les pays industrialisés, par le biais de programmes de vaccination de masse.

En Belgique, dans le cadre de la 6^e réforme de l'Etat (2014), les compétences en matière de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont été transférées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la vaccination entre 0 et 18 ans (ainsi que les femmes enceintes), et à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (COCOF) pour les vaccinations au-delà de l'âge de 18 ans.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique depuis 1967 [25]. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande un calendrier vaccinal de base, où d'autres vaccinations sont fortement recommandées par les autorités sanitaires du pays [22].

4.1. Vaccination des enfants

Depuis 2002, la Fédération Wallonie-Bruxelles et le CSS ont recommandé de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, haemophilus influenzae de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. À part la vaccination contre le rotavirus, les différents vaccins sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint entre l'État fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles [26].

Depuis septembre 2011, une vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) est proposée gratuitement aux filles qui fréquentent la 2^e année de l'enseignement secondaire [27].

PROVAC¹ développe et évalue le programme de vaccination. Elle réalise régulièrement des enquêtes de couverture vaccinale : tous les trois ans auprès des parents d'enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire de 2^e primaire, 6^e primaire, 2^e ou 4^e secondaire. La mesure des couvertures vaccinales permet de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

La dernière enquête réalisée auprès des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée entre mai et juillet 2015. Toutes les couvertures des vaccins faisant partie du circuit de distribution organisé par la FWB sont restées stables par rapport à l'enquête précédente de 2012. Le taux de couverture du vaccin hexavalent (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche-hémophilus influenzae de type B-hépatite B) atteint près de 93% en 2015. La couverture du vaccin RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons) atteint 95% lors de cette dernière enquête. Ces résultats sont légèrement supérieurs à l'enquête de 2012 sans être significativement différents au niveau statistique. Une petite exception est à noter pour le taux de couverture du vaccin contre le pneumocoque qui enregistre une augmentation significative de 3,5 % entre 2012 et 2015. Le taux de couverture du vaccin contre le rotavirus présente également une hausse significative de 7 % entre les deux dernières enquêtes [28].

En septembre 2014, PROVAC a diffusé les évolutions de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Entre 2004 et 2012, la couverture vaccinale du rappel de 6 ans Diphtérie-Tétanos-Coqueluche acellulaire-Polio injectable passe de 69,1 % à 78,7 % et augmente de presque 10 % [29].

CONSOMMATION DE SOINS

4.2. Vaccination des adultes

4.2.1. Grippe

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque, à savoir :

- toute personne de 65 ans et plus ;
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe ;
- les personnes séjournant en institution ;
- les enfants de 6 mois à 18 ans compris sous thérapie à l'aspirine au long cours ;
- le personnel du secteur de la santé ;
- les personnes vivant sous le même toit que des personnes à risque ou avec des enfants de moins de 6 mois [27].

Tableau 6.6. Pourcentage (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	56,1
Wallonie	47,1
Province de Liège	37,8

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2013, seulement 37,8 % des personnes à risque en province de Liège déclarent être vaccinées contre la grippe. Pour la même année, cette proportion atteint environ une personne à risque sur deux en Wallonie (47,1 %) et en Belgique (56,1 %). La différence est significative entre le niveau wallon et belge d'une part et entre le niveau belge et provincial d'autre part. Par contre, vu le nombre de répondants, la différence entre la Wallonie et la province de Liège n'est pas statistiquement significative. En Belgique, le taux de couverture de la vaccination de la population à risque contre la grippe est en recul au cours des 5 dernières années et reste sous l'objectif de l'OMS, qui préconise un taux de couverture de 75 % [30].

4.2.2. Pneumocoque

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre le pneumocoque chez :

- toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- les adultes présentant un risque accru d'infection liée au pneumocoque (troubles immunitaires) et les adultes souffrant de pathologies chroniques (troubles cardiovasculaires, bronchite chronique (ou fumeurs), problèmes hépatiques (ou abus d'alcool), troubles rénaux, diabète) [27].

Tableau 6.7. Proportion (%) de la couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes à risque, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	8,5
Wallonie	8,1
Province de Liège	5,2

Source : ISP-HIS

→ Selon l'Enquête Nationale par Interview de 2013, parmi les personnes à risque déclarant être vaccinées contre le pneumocoque, une proportion légèrement inférieure est constatée en province de Liège (5,2 %), par rapport à la Wallonie (8,1 %) et la Belgique (8,5 %). Cependant, aucune différence statistiquement significative n'est constatée entre ces niveaux géographiques.



Chapitre 6 :

5. Dépistages

Le but du dépistage est de détecter une pathologie avant même que des symptômes soient manifestes. Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage doit répondre à différentes conditions afin qu'un dépistage de masse soit organisé [31].

5.1. Dépistage des cancers

Le fait de détecter plus tôt certains cancers permet souvent des traitements moins lourds et offre des chances de guérison plus importantes [32]. Le dépistage s'adresse à tout le monde, à partir d'un certain âge : les femmes entre 50 et 69 ans pour le cancer du sein, les femmes entre 25 et 64 ans pour le cancer du col de l'utérus et les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour le cancer colorectal.

Le dépistage systématique, dit de masse, organisé (ou programme organisé), est réalisé à l'initiative d'une autorité de Santé publique. Il est soumis à des procédures de contrôle de qualité et à une évaluation régulière afin de garantir la qualité et l'efficacité selon les critères définis au niveau européen. Une invitation personnelle est envoyée à la population « cible ». Le dépistage individuel ou opportuniste est, quant à lui, réalisé à la demande de l'individu ou du médecin en dehors d'un programme organisé de dépistage.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, en plus de la possibilité d'un dépistage individuel, il existe un dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Le dépistage du cancer du col de l'utérus appartient au dépistage individuel [33].

5.1.1. Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001, la Belgique a instauré un programme national de dépistage du cancer du sein. Celui-ci permet aux femmes de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, par un Mammotest, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité et d'une double lecture [34]. En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée « diagnostique » dans la nomenclature INAMI.

La couverture par Mammotest est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un Mammotest, que celles-ci aient déjà eu ou pas une mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée. La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans.

La couverture par mammographie diagnostique correspond au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique diagnostique et aucun Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.

La couverture totale additionne la couverture par Mammotest et la couverture par mammographie diagnostique. Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique et/ou d'un Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée [35].

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.8. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2012

	Belgique (%)	Wallonie (%)	Province de Liège (%)
Couverture par Mammotest	32,5	7,2	7,3
Couverture par mammographie diagnostique	30,2	48,4	48,4
Total	62,7	55,6	55,8

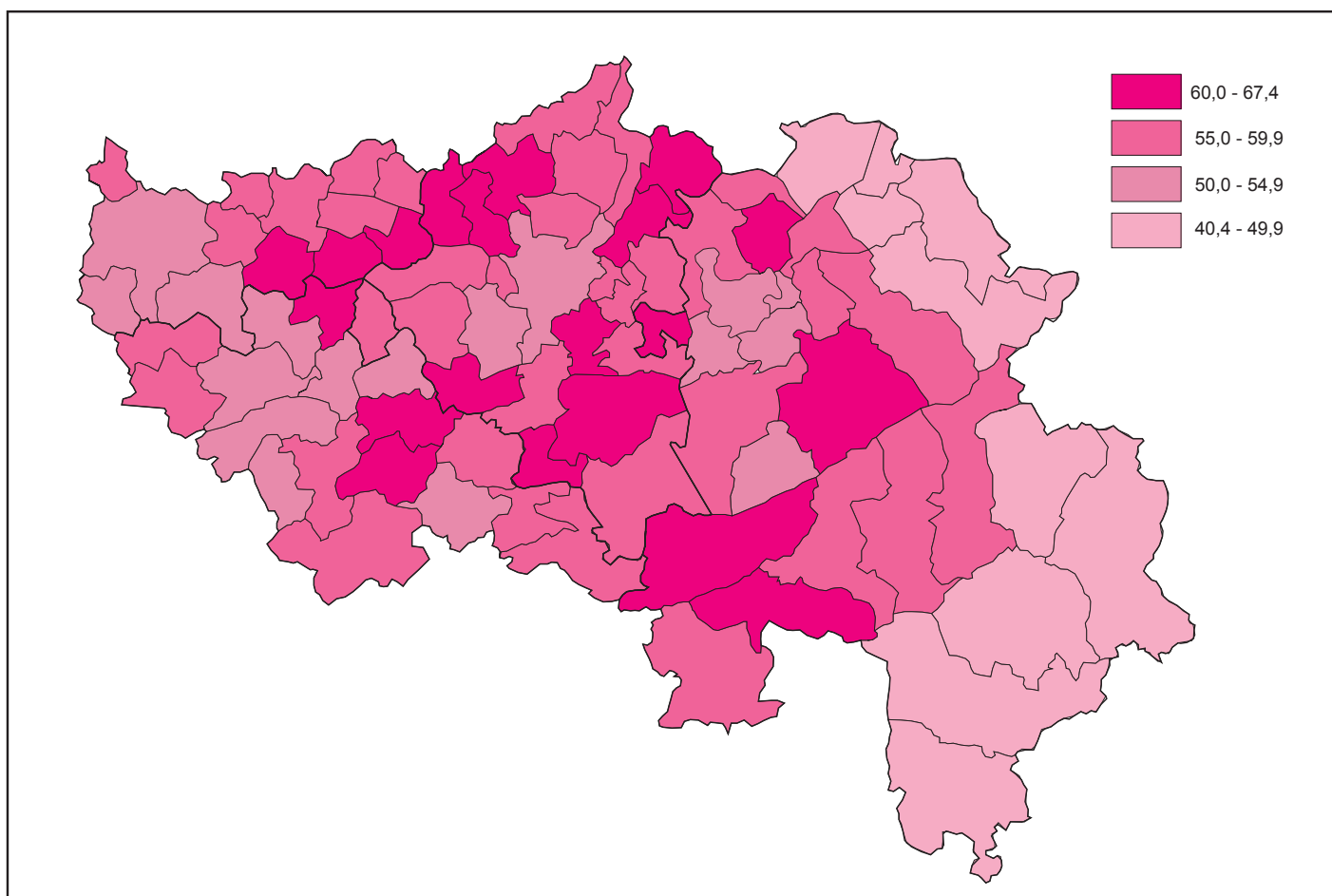
Source : Atlas AIM

→ En 2011-2012, le taux de couverture par Mammotest au sein de la province de Liège (7,3 %) est supérieur à celui de la Wallonie (7,2 %), mais nettement inférieur au taux belge (32,5 %). Ceci s'explique par la forte adhésion de la population de la Flandre au programme organisé de dépistage du cancer du sein. À l'inverse, le taux de couverture par mammographie diagnostique est plus élevé en province de Liège et en Wallonie (48,4 %) qu'en Belgique (30,2 %). Plus d'une femme sur deux entre 50 et 69 ans en province de Liège a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein (55,8 %). Cette proportion est similaire en Wallonie (55,6 %) et inférieure à la Belgique (62,7%).



Chapitre 6 :

Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Liège, par commune, 2011-2012



Discretisation : manuelle - Source : Atlas AIM

→ En 2011-2012, le taux de couverture totale de dépistage du cancer du sein apparaît le plus élevé dans les communes de Donceel (67,4 %), Juprelle (66,4 %) et Neupré (66,1 %). Le taux de couverture, pour l'âge recommandé par l'OMS, dépasse les 50 % dans presque toutes les communes de la province de Liège. Les communes de la Communauté germanophone et Plombières font exception.

CONSOMMATION DE SOINS

5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans)

Le programme de dépistage du cancer colorectal est organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles depuis le 1er mars 2009. Il s'adresse à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans en Wallonie et en région de Bruxelles-Capitale. Le cycle d'invitation s'étale sur deux ans. La Détection du Sang Fécal Occulte (DSFO) est l'examen le plus fréquemment réalisé [33].

Tableau 6.9. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014

	Examens de DSFO
Belgique	148 111
Wallonie	26 751
Province de Liège	9 861

Source : INAMI

Tableau 6.10. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, 1er mars 2009-31 décembre 2014

	Nombre	Couverture (%)
Fédération Wallonie-Bruxelles	192 425	6,7
Province de Liège	47 649	5,4

Source : CCR, calculs OSLg

Tableau 6.11. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Couverture déclarée (%)
Belgique	16,5
Wallonie	16,4
Province de Liège	16,2

Source : ISP-HIS

→ En province de Liège, la population cible s'élevait à 314 688 habitants en 2014.

À raison d'un test DSFO tous les deux ans, il faudrait 157 344 tests par an pour aboutir à une couverture de l'ensemble de la population. Les tableaux 6.11. et 6.12. montrent que tant les tests remboursés de l'INAMI que le nombre de personnes dépistées lors du dépistage organisé représentent une faible couverture de la population cible. Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé de 2013 montrent une proportion de personnes ayant réalisé un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête supérieure aux taux de couverture de dépistage du cancer colorectal.



Chapitre 6 :

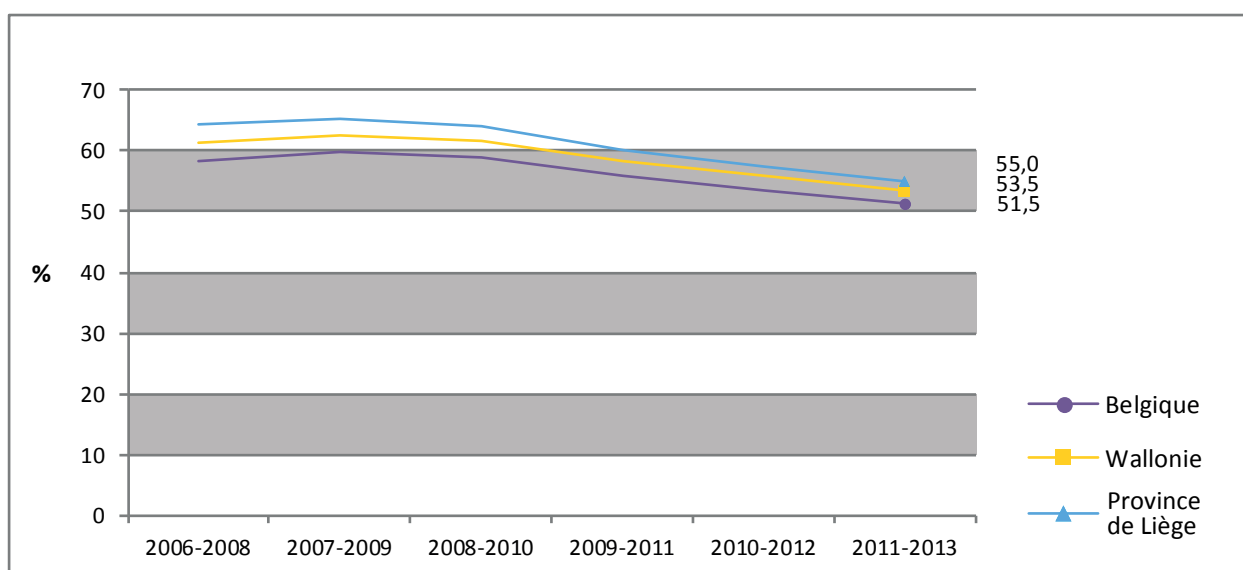
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

Le cancer du col de l'utérus est principalement dû à une infection par un virus à potentiel cancérigène élevé : il s'agit du Human Papilloma Virus (HPV) qui se transmet par voie sexuelle [33].

Le dépistage par frottis est actuellement réalisé sur base individuelle (opportuniste) en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'intervalle à respecter entre deux frottis est de trois ans. La population cible concerne les femmes de 25 à 64 ans.

La vaccination anti-HPV ne dispense pas la femme du dépistage par frottis. En effet, la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus responsables de cancer du col [34].

Figure 6.6 Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2008 à 2013, Belgique-Wallonie-province de Liège



Source : Atlas AIM

→ Quel que soit le territoire, le pourcentage de femmes ayant reçu un frottis de dépistage diminue au cours du temps. Différents changements de nomenclature doivent cependant être précisés. En effet, avant le 1er juillet 2009, le remboursement des frottis est non limité. Entre le 1er juillet 2009 et le 1er mars 2013, le remboursement est limité à un frottis de dépistage tous les deux ans. Depuis le 1er mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de trois ans, ce qui suit les recommandations européennes [34].

CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.12. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013

	Femmes de 25 à 64 ans (%)				
	1997	2001	2004	2008	2013
Belgique	69,6	69,2	72,2	70,8	72,9
Wallonie	64,0	64,1	73,3	75,6	76,1
Province de Liège	68,4	68,3	78,9	81,9	74,4

Source : ISP-HIS

→ Selon les déclarations des femmes, 74,4 % d'entre elles auraient pratiqué un dépistage dans les trois ans précédant l'enquête de 2013 en province de Liège. Cette proportion est très proche de celle des femmes wallonnes, et légèrement supérieure à celle observée en Belgique, sans toutefois être statistiquement différente. Le taux de couverture déclaré a augmenté entre 1997 et 2013 au sein des trois niveaux géographiques.



Chapitre 6 :

6. Bibliographie

1. Van der Heyden, J., Contacts avec le médecin généraliste, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
2. Delahaye, V., *Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles*. 5 octobre 2013, Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles : Bruxelles.
3. Schetgen, M., *Le dossier médical global + (DMG+), outil de prévention de la première ligne de soins*. Rev Med Brux, 2012 : p. 396-399.
4. CNPQ Groupe de travail Médecine générale, *Bon usage du DMG*. Recommandations. Mars 2010, INAMI-RIZIV : Bruxelles.
5. *Accord national médico-mutualiste 2016-2017*. 22 décembre 2015 : Bruxelles.
6. Wallonie-Bruxelles, D.g.d.I.S.d.M.d.I.F., *Rôle du médecin généraliste dans la prévention*. Septembre 2013 : Bruxelles.
7. Van der Heyden, J., *Consultations chez un médecin spécialiste.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.* , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
8. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie, *Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014*.
9. Van der Heyden, J., et al., *Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium*. Health Policy, 2003. 65(2) : p. 153-65.
10. Drieskens, S., *Services de soins et d'aide à domicile.*, in Enquête de santé 2013. rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.* , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
11. Drieskens, S., *Contacts avec des services paramédicaux* , in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.* , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
12. Drieskens, S., *Contacts avec des prestataires de thérapies non conventionnelles.*, in Enquête de santé 2013. rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
13. FNRS and Représentants des facultés de médecine et des académies royales de médecine, *Les pratiques non conventionnelles : évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques*. Octobre 1998.
14. *Arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie*. 26 mars 2014 : Bruxelles.
15. De Gendt, T., et al., *Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique*. KCE reports 154B. 2011, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. : Bruxelles.
16. Charafeddine, R., *Contacts avec le service des urgences.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.* , WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
17. Van den Heede, K. et al, *Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme - Synthèse*. 2016, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : Bruxelles.
18. Charafeddine, R., *Hospitalisation.*, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : *Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux.*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.

CONSOMMATION DE SOINS

19. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Panorama de la santé 2015*. Les indicateurs de l'OCDE. 2015.
20. Roberfroid, D., et al., *Les statines en Belgique : évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement*. 2010, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : Bruxelles.
21. Merlo J, Wessling A, and Melander A, *Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies*. . Eur J Clin Pharmacol 1996(50) : p. 27-30.
22. ASBL Question Santé. 2015; Available from : <http://www.vaccination-info.be/vaccination-bon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination>.
23. Miermans M.C, et al., *Vacciner? Mieux comprendre pour décider*, PROVAC, Editor. 2003, Carabin S : Bruxelles.
24. Amerijckx, G., *La vaccination : de l'individu à la collectivité, des enjeux en tension*. Santé conjugulée., Mars 2014(67).
25. Fédération Wallonie-Bruxelles, *La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres*. 2015, Fédération Wallonie-Bruxelles : Bruxelles.
26. Office de la Naissance et de l'Enfance, *Banques de Données Médico-Sociales*. Chapitre 4 : Le suivi médico-social préventif des enfants. 2015.
27. Tafforeau, J., *Vaccination*, in *Enquête de santé 2013 : Rapport 5 : Prévention*, WIV-ISP, Editor. 2015, WIV-ISP : Bruxelles.
28. Provac, *Progrès et défis dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale chez l'enfant de 0 à 7 ans*. Avril 2016, Ecole de Santé Publique ULB : Bruxelles.
29. Vermeeren, A., M.C. Miermans, and B. Swennen, *Evolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles*. 2014, Provac : Bruxelles.
30. Vrijens, F., et al., *La performance du système de santé Belge-Rapport 2015*. 2015, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) : Bruxelles.
31. Wilson, J.J., G., *Principes et pratique du dépistage des maladies*. 1970, OMS : Genève.
32. Ligue Nationale Contre le Cancer, *Le dépistage des cancers*, L.N.C.I. Cancer, Editor. Octobre 2009 : Paris.
33. Tellier, V., et al., *Le cancer en Wallonie*. 2013, SPW : Namur (Jambes).
34. Van den Heede, A.F., V. Haelens, A. Francart, J. Arbyn, M., *Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste*. Février 2015, IMA-AIM.
35. Fabri, V., A. Leclercq, and M. Boutsen, *Programme du Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010). Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste*. Septembre 2014.



ABRÉVIATIONS

AIM : Agence InterMutualiste
ASD : Aides et soins à domicile
ASI : Association de santé intégrée
AVC : Accident vasculaire cérébral
BCSS : Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
BDMS : Banque de Données Médico-Sociales (de l'ONE)
BFP : Bureau fédéral du Plan
BIT : Bureau International du Travail
BMI : Body Mass Index – Indice de masse corporel (IMC)
BNB : Banque Nationale de Belgique
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CCP : Centrale des Crédits aux Particuliers (de la Banque Nationale de Belgique)
CCR : Centre Communautaire de Référence
CH : Centre hospitalier
CHA : Centre Hospitalier de l'Ardenne
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIE : Cellule interuniversitaire d'épidémiologie
CIM : Classification Internationale des Maladies
CO : Monoxyde de carbone
CPAS : Centre Public d'Action Sociale
CSS : Conseil Supérieur de la Santé
DG : Direction générale
DGS : Direction Générale de la Statistique
DMG : Dossier médical global
DMG+ : Dossier médical global avec volet prévention pour les 45-75 ans
DMJ : Dose moyenne journalière
DSFO : Détection du sang fécal occulte
ERIS : Equivalent au Revenu d'Intégration Sociale
ESI : Enquête de Santé par Interview
EU-SILC : European Union Statistics on Income and Living Conditions
FARES : Fonds des affections respiratoires
FAT : Fonds des accidents du travail
FEDOM : Fédération wallonne de services d'aide à domicile
FOREM : Service public wallon de l'emploi et de la formation
FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles
GRAPA : Garantie de revenus aux personnes âgées
HBSC : Health Behaviour in School-aged Children
HIS : Health Interview Survey Enquête Nationale de Santé par Interview
HPV : Human papillomavirus
IBSR : Institut Belge pour la Sécurité Routière
IC : Intervalle de confiance
ICF : Indice conjoncturel de fécondité
ICFDH : International Classification of Functioning, Disability and Health
ICM : Indice comparatif de mortalité
IFAC : Intercommunale hospitalière Famenne Ardenne Condroz
IHE : Institute of Health Economics
IMC : Indice de masse corporelle - Body Mass Index (BMI)
INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité
IOTF : International Obesity Taskforce
IRT : Insuffisance rénale terminale
ISP : Institut Scientifique de Santé Publique - WIV
IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse
IWEPS : Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MB : Moniteur belge
MCV : Maladie cardiovasculaire
MONICA : Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
MR : Maison de repos
MRPA : Maison de repos pour personnes âgées
MRS : Maison de repos et de soins
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFBS: Observatoire Franco-Belge de la Santé
OMS : Organisation mondiale de la Santé – World Health Organization (WHO)
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance
ONEM : Office National de l'Emploi
ONSS : Office National de Sécurité Sociale
OSH : Observatoire de la Santé du Hainaut
OSLg : Observatoire de la Santé de la Province de Liège
OSLux : Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PSA : Prostate Specific Antigen
RCM : Résumé Clinique Minimum
RHM : Résumé Hospitalier Minimum
RIM : Résumé Infirmier Minimum
RIS : Revenu d'Intégration Sociale
RMN : Résonance Magnétique Nucléaire
RRO : Rougeole-Rubéole-Oreillons
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SPF Economie : Service public fédéral Economie
SPF Santé Publique : Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
SPMA Standardized Procedure for Mortality Analysis
SPPIS : Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale
SWL : Société wallonne du Logement
UCL : Université catholique de Louvain
UE : Union européenne
ULB : Université libre de Bruxelles
ULg : Université de Liège
VADS : Voies aéro-digestives supérieures
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
WHO : World Health Organization – Organisation mondiale de la Santé (OMS)
WSE : Werk en Sociale Economie

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

CHAPITRE 1

Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015	12
Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015	12
Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2060, province de Liège	13
Carte 1.1. Densité de population (habitants/km ²), province de Liège, par commune, 1er janvier 2015	14
Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Liège, par commune, sur 10 ans (2006-2015)	15
Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2010-2014	17
Figure 1.3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014	17
Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Liège, par commune, 2010-2014.....	18
Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Liège, par commune, 2010-2014.....	19
Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2010-2014.....	20
Figure 1.4. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1999 ;... ; 2010-2014.....	20
Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité, province de Liège, par commune, 2005-2014.....	21
Figure 1.5. Évolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2014	22
Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	22
Figure 1.6. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014.....	23
Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015 ...	24
Figure 1.7. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Liège, par arrondissement, 1er janvier 2015	24
Figure 1.8. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Liège, 1er janvier 2015	25
Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégories d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1er janvier 2015	26
Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1er janvier 2015	27
Figure 1.9. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2001-2015	28
Figure 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2061, province de Liège	29
Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1er janvier 2015.....	30
Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1er janvier 2015.....	31
Tableau 1.8. Évolution du ratio de dépendance, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1985-1995-2005-2015	32

CHAPITRE 2

Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014.....	36
Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014 (Femmes=100).....	37
Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)	37
Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)	38
Figure 2.1. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100)	39
Figure 2.2. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100).....	39

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2012	40
Figure 2.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, province de Liège, 2008-2012	41
Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, province de Liège, 2008-2012.....	41
Figure 2.5. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, province de Liège, 1987-2012.....	42
Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Liège, 1987-2012	42
Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Liège, 2008-2012	43
Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, province de Liège, 2008-2012	44
Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Liège, 2008-2012	45
Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, province de Liège, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100).....	46
Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, province de Liège, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie=100).....	47
Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (<65 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	48
Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie=100)	49
Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Hommes 2014=100).....	49
Figure 2.8. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2014 (Wallonie Femmes 2014=100)	49
Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, province de Liège, 2008-2012	50
Figure 2.9. Mortalité infantile : définitions	51
Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-province de Liège, 1990-2010	52
Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010	52
Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2010	53
Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010	53
Figure 2.12. Évolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1987-1989;...;2008-2010.....	54
Tableau 2.15. Nombre d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2010.....	54

CHAPITRE 3

Figure 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	59
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	60
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	60
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.....	61
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.....	62
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.....	63
Figure 3.7. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, province de Liège, 2008-2012	64
Figure 3.8. Proportion (%) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, province de Liège, 2008-2012	65

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

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.....	66
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	68
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2008-2012	69
Figure 3.10. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2008-2012.....	69
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	70
Figure 3.11. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013	71
Figure 3.12. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2009-2013	72
Figure 3.13. Proportion (%) de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2009-2013	72
Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2012	73
Tableau 3.5. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	74
Tableau 3.6. Taux d'incidence (pour 100 000 hab./an) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	74
Figure 3.14. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-province de Liège, 2000-2014.....	75
Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2012	75
Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	76
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	77
Figure 3.15. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	78
Tableau 3.10. Évolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2014	78
Tableau 3.11. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2012..	79
Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2009-2014.....	80
Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014.....	80
Tableau 3.13. Nombre et proportion (%) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	81
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	82
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	82
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.....	83
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	84
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.....	84

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

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.....	85
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.....	86
Tableau 3.18. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon le sexe, province de Liège, 2013-2014.....	87
Tableau 3.19. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon l'âge, province de Liège, 2013-2014.....	87
Figure 3.20. Évolution du nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Liège, 2003-2014.....	88
Tableau 3.20. Nombre moyen de naissances, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2009-2013.....	89
Tableau 3.21. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005 et 2011.....	90
Tableau 3.22. Proportion (%) de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013.....	90
Tableau 3.23. Proportion (%) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2013.....	91
Tableau 3.24. Proportion (%) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-province de Liège, 2009-2013.....	91
Tableau 3.25. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, Wallonie-province de Liège, 2010-2014.....	92
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.....	92
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).....	93
Figure 3.22. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Liège, 2008-2012.....	94
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.....	95
Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	95
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.....	96
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.....	96

CHAPITRE 4

Tableau 4.1. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	102
Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2012.....	103
Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, province de Liège, par commune, 2012.....	104
Tableau 4.3. Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2012.....	105
Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, province de Liège, 2013.....	107
Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (BIT) (20-64 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	108
Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (BIT) (20-64 ans), par sexe, province de Liège, 2013.....	108
Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juin 2015.....	109
Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-province de Liège, août 2015.....	109
Tableau 4.6. Proportion (%) de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement par groupe	

CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	110
Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique sur l'ensemble de la population majeure, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014.....	111
Tableau 4.8. Proportion (%) de ménages monoparentaux, selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013	112
Tableau 4.9. Proportion (%) de logements publics, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013	113
Carte 4.2. Proportion (%) de logements publics, province de Liège, par commune, 2013	114
Figure 4.4. Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux (total et occupés), province de Liège, 2005-2014	115
Figure 4.5. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon l'IMC (d'après les déclarations des répondants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	116
Figure 4.6. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus) selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013.....	117
Figure 4.7. Répartition (%) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013 ..	117
Figure 4.8. Proportion (%) de personnes considérées comme sédentaires (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	119
Figure 4.9. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	120
Figure 4.10. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	122
Figure 4.11. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	122
Figure 4.12. Évolution de la proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004- 2013	123
Figure 4.13. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	124
Figure 4.14. Proportion (%) de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	125
Figure 4.15. Évolution (%) de la proportion de surconsommateurs d'alcool (de 15 ans et plus), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2013	126
Tableau 4.10. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	126

CHAPITRE 5

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, province de Liège, 2015	131
Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juillet 2015	132
Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015	132
Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015.....	133
Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2014	134
Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Liège, 2014	135
Figure 5.1. Évolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014..	136
Figure 5.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie-province de Liège, 2014	136
Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Liège, par commune, 2014,	137
Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	138

Figure 5.3. Évolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014...	138
Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014	139
Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014.....	139
Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014.....	140
Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2014.....	140
Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014 .	141
Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	141
Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014	142
Figure 5.4. Évolution du nombre d'habitants par infirmier(ère), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2014.....	142
Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2013	143
Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, province de Liège, 2013	144
Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Liège, par commune, 2015	146
Carte 5.6. Répartition des associations de santé intégrée (agrées par la Région wallonne) et des Maisons médicales (reconnues par la Fédération des Maisons médicales), province de Liège, par commune, 2013.....	148
Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Liège, par commune, 2015	150

CHAPITRE 6

Figure 6.1. Évolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014.....	154
Figure 6.2. Évolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1999-2014	155
Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Liège, 2013.....	157
Figure 6.3. Évolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014	158
Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	159
Figure 6.4. Évolution du taux (pour 1 000 habitants) de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2006-2014	160
Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2012.....	163
Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013	164
Tableau 6.4. Proportion (%) des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	165
Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	166
Figure 6.5. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2014	167

Tableau 6.6. Pourcentage (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	171
Tableau 6.7. Proportion (%) de la couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes à risque, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	171
Tableau 6.8. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2012.....	173
Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Liège, par commune, 2011-2012.....	174
Tableau 6.9. Nombre d'examen de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014.....	175
Tableau 6.10. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, 1er mars 2009-31 décembre 2014.....	175
Tableau 6.11. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	175
Figure 6.6 Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2008 à 2013, Belgique-Wallonie-province de Liège.....	176
Tableau 6.12. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013.....	177



Observatoire de la Santé

Quai du Barbou 4 à 4020 Liège

04/344.78.03 - observatoire.sante@provincedeliege.be

www.provincedeliege.be/observatoiredelasante

En partenariat avec :



Éditeur responsable : Province de Liège, Place Saint Lambert 18A, 4000 Liège.

Dépôt légal : D/2017/14.061/1.

Réalisation : Cellule Graphique - Service Relations Presse & de l'Information multimédia - Province de Liège - 12/2016 © Getty Images 2016.