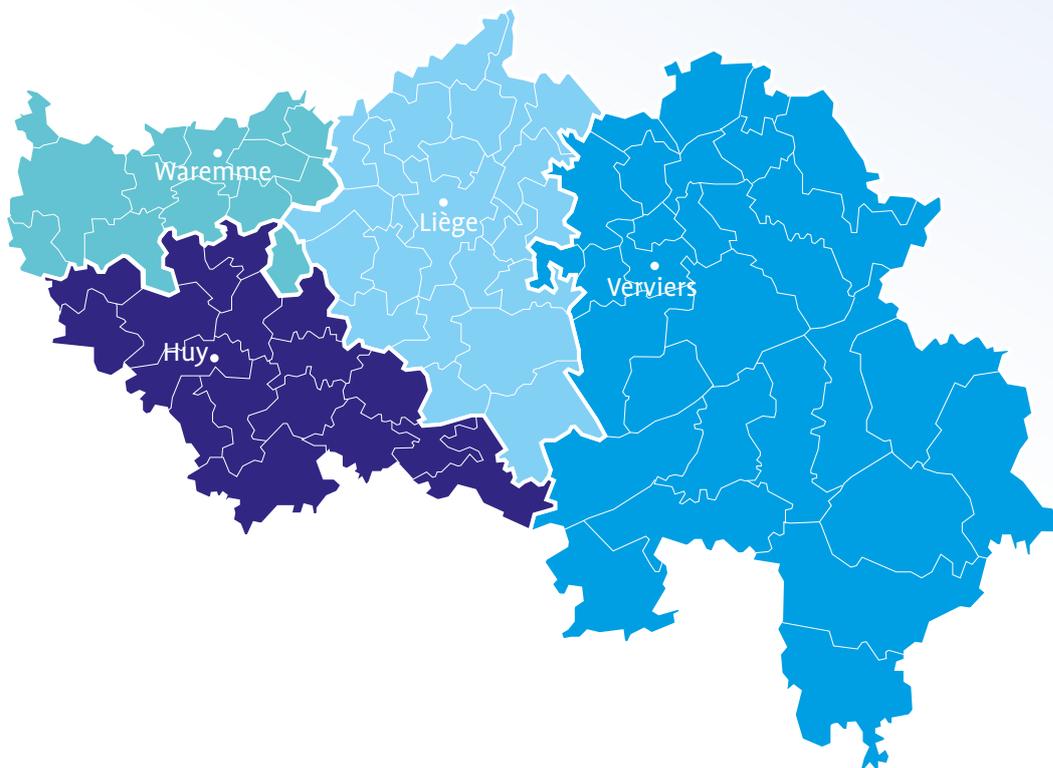




Province  
de Liège



# Tableau de bord de la santé en province de Liège **2022**





# Préface

La Province de Liège et son Observatoire de la Santé ont le plaisir de vous présenter la deuxième édition du Tableau de bord de la santé en province de Liège.

Il rassemble des données de santé globale issues d'enquêtes, de registres et de bases de données de sources fiables. Elles traitent de différents aspects inhérents à la santé : les revenus, l'âge, le lieu d'habitation, la consommation de soins, les principales causes de mortalité... L'Observatoire de la Santé de la Province de Liège les a analysées et comparées aux données de la Wallonie et de la Belgique.

Comme pour le précédent, ce document a bénéficié de la collaboration entre les Observatoires de la Santé des Provinces de Hainaut, Liège, Luxembourg et Namur. La mise en place d'une méthode de travail commune et le partage des expertises a permis à chaque Province d'éditer un Tableau de bord propre à son territoire mais néanmoins similaire à ceux des autres Provinces, permettant la comparaison des données.

La santé est multidimensionnelle et est influencée par de nombreux facteurs, comme les comportements individuels, l'environnement, l'emploi et les conditions de travail, l'accès au logement et aux services de santé...

Agir en promotion de la santé suppose d'intervenir sur ces déterminants de la santé, en combinant des approches multisectorielles, en soutenant et en accompagnant les populations.

Cet état des lieux de la situation socio-sanitaire en province de Liège permet d'objectiver les besoins et de mieux cibler les actions à mettre en place afin d'améliorer la qualité de vie et de contribuer à diminuer les inégalités sociales de santé des habitants.

Le Tableau de bord de la santé s'adresse tant aux décideurs politiques qu'aux responsables d'associations, aux groupements de citoyens, aux Cercles de Médecins généralistes, aux professionnels de la santé... qui souhaitent analyser et mettre en œuvre des actions qui répondent aux besoins réels de leur territoire.

Avoir une approche globale et transversale de la santé, favoriser la promotion et la prévention de la santé revêt toute son importance. En effet, agir sur certains déterminants peut contribuer à éviter des pathologies telles que le diabète de type 2, l'hypertension, les troubles musculo-squelettiques, les cancers, l'obésité... D'autres maladies peuvent avoir des degrés de sévérité fortement variables en fonction des facteurs de risques, comme la COVID-19, les maladies cardiovasculaires...

Rappelons que le lien entre les inégalités sociales de santé et les maladies non transmissibles, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers n'est plus à démontrer.

Ce sont des actions ciblées qui permettront de faire diminuer ces inégalités sociales de santé, les facteurs de risques et, à terme, l'apparition et la sévérité de certaines pathologies.

**La Députée provinciale Vice-présidente  
en charge de la Santé,  
des Affaires sociales et des Sports**

# Colophon

## Rédaction

Marie-France Jeunehomme<sup>1</sup>, Marie Vanoverberghe<sup>1</sup>

## Relecture

Alice Balfroid<sup>2</sup>, Luc Berghmans<sup>3</sup>, Charles-Henri Boeur<sup>4</sup>, Michèle Comminette<sup>5</sup>, Stéphanie Compère<sup>5</sup>, Frédéric Deceulaer<sup>2</sup>, Tonio Di Zinno<sup>6</sup>, Dominique Dubourg<sup>7</sup>, Christiane Duchesnes<sup>8</sup>, Thierry Eggerickx<sup>9</sup>, Sophie Mahin<sup>4</sup>, Christian Massot<sup>10</sup>, Marie Merckling<sup>10</sup>, Françoise Renard<sup>11</sup>, Aline Scohy<sup>11</sup>, Caroline Theate<sup>12</sup>

## Graphisme et mise en page

Cellule graphique du Département de la Communication

## 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.

Veuillez 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 2022, Liège, 2022

## 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 Observatoire de la Santé de la Province de Liège (OSLg)
  - 2 Service de l'observation, de la programmation et du développement territorial de la Province de Namur (SOPDT)
  - 3 Chargé de cours honoraire de l'Université libre de Bruxelles (ULB)
  - 4 Observatoire de la Santé de la Province du Luxembourg (OSLux)
  - 5 Direction générale de la Santé de la Province de Liège
  - 6 Agence InterMutualiste (IMA-AIM)
  - 7 Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)
  - 8 Université de Liège - Département de Médecine générale (ULiège)
  - 9 Université Catholique de Louvain - Centre de recherche en démographie (UCL)
  - 10 Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)
  - 11 Sciensano - Département d'Épidémiologie et de Santé Publique
  - 12 Service Itinérant de Promotion de la Santé 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. Croissance de population ..... 15

### **3. Espérance de vie ..... 16**

3.1. Espérance de vie à la naissance ..... 16

3.2. Espérance de vie à 65 ans ..... 19

### **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 .....27**

7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et province de Liège ..... 27

7.2. Vieillesse par commune ..... 31

7.3. Ratio de dépendance démographique ..... 33

### **8. Bibliographie ..... 34**

## **CHAPITRE 2 : MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS .....37**

### **1. Mortalité totale .....38**

1.1. Mortalité totale en 2019 ..... 38

1.2. Indices comparatifs de mortalité ..... 39

### **2. Mortalité par cause ..... 42**

2.1. Causes de décès ..... 43

2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe ..... 47

2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province de Liège ..... 49

### **3. Mortalité prématurée ..... 51**

### **4. Mortalité périnatale et infantile .....55**

4.1. Mortalité infantile ..... 56

4.2. Mortalité néonatale ..... 57

4.3. Mortalité post-néonatale ..... 58

4.4. Mortinatalité ..... 58

# TABLE DES MATIÈRES

## 5. Bibliographie ..... 59

## **CHAPITRE 3 : ÉTAT DE SANTÉ..... 61-62**

### **1. Santé perçue .....63**

1.1. Santé globale ..... 63

1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et province de Liège ..... 63

1.1.2. Santé perçue par sexe ..... 64

1.2. Maladies chroniques ..... 64

### **2. Maladies cardiovasculaires..... 68**

2.1. Mortalité..... 68

2.2. Hypertension artérielle ..... 70

### **3. Cancers ..... 71**

3.1. Mortalité par cancer ..... 72

3.2. Incidence des cancers ..... 74

### **4. Maladies respiratoires ..... 78**

4.1. Mortalité par maladie respiratoire ..... 78

4.2. Asthme ..... 78

4.3. Tuberculose..... 79

### **5. Insuffisance rénale ..... 80**

5.1. Mortalité par insuffisance rénale ..... 80

5.2. Dialyse ..... 81

### **6. Diabète ..... 81**

6.1. Mortalité due au diabète ..... 82

6.2. Prévalence du diabète ..... 82

### **7. Ostéoporose .....83**

### **8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA ..... 84**

8.1. Mortalité causée par le SIDA..... 84

8.2. Personnes infectées par le VIH ..... 85

### **9. Limitations physiques et invalidités ..... 86**

9.1. Limitations physiques ..... 86

9.2. Invalidités ..... 86

### **10. Maladies professionnelles ..... 88**

### **11. Accidents ..... 89**

11.1. Accidents de circulation ..... 89

11.2. Accidents du travail..... 91

# TABLE DES MATIÈRES

## 12. Intoxication au monoxyde de carbone .....93

## 13. Santé maternelle et infantile ..... 94

13.1. Âge des mères à l'accouchement .....	94
13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG) .....	94
13.3. Poids à la naissance .....	95
13.4. Prématurité.....	96
13.5. Tabagisme de la femme enceinte.....	97

## 14. Santé mentale..... 99

14.1. Suicides.....	99
14.1.1. Mortalité par suicide.....	99
14.1.2. Idéation suicidaire .....	100
14.1.3. Tentatives de suicide.....	101
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs.....	101

## 15. COVID-19..... 103

15.1. Hospitalisation.....	103
15.2. Mortalité.....	105
15.3. Vaccination.....	106

## 16. Bibliographie .....109

## CHAPITRE 4 : FACTEURS DE SANTÉ..... 115

### 1. Facteurs sociaux.....116

1.1. Niveau d'instruction .....	116
1.2. Revenus des ménages.....	117
1.3. Emploi.....	120
1.3.1. Population active et inactive.....	121
1.3.2. Chômage.....	122
1.4. Autres revenus de substitution.....	126
1.5. Endettement.....	128
1.6. Monoparentalité .....	129
1.7 Logements publics.....	130

### 2. Excès de poids.....133

2.1. Corpulence des adultes.....	134
2.2. Corpulence des jeunes .....	136

### 3. Sédentarité et activité physique ..... 137

3.1. Sédentarité et activité physique chez l'adulte .....	137
3.2. Jeunes et activité physique.....	139

# TABLE DES MATIÈRES

<b>4. Alimentation</b> .....	<b>140</b>
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes .....	140
4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes.....	142
<b>5. Consommation de tabac</b> .....	<b>143</b>
5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes.....	143
5.2. Tabagisme chez les jeunes .....	144
<b>6. Consommation d'alcool</b> .....	<b>145</b>
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes .....	145
6.1.1. Consommation quotidienne .....	146
6.1.2. Surconsommation.....	147
6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes .....	148
<b>7. Bibliographie</b> .....	<b>149</b>

## **CHAPITRE 5 : OFFRE DE SOINS ET DE SERVICE** .....

### **151**

<b>1. Offre de soins</b> .....	<b>152</b>
1.1. Structures hospitalières.....	152
1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins .....	155
1.3. Médecins.....	156
1.3.1. Médecins généralistes .....	156
1.3.2. Médecins spécialistes .....	161
1.4. Autres professionnels de la santé .....	163
1.4.1. Dentistes .....	163
1.4.2. Kinésithérapeutes .....	164
1.4.3. Infirmiers(ères) (excepté les sages-femmes) .....	164
<b>2. Offre de services (y compris de soins)</b> .....	<b>165</b>
2.1. Accueil de la petite enfance.....	165
2.2. Centres de planning familial .....	168
2.3. Associations de santé intégrée.....	170
2.4. Aides et soins à domicile .....	173
2.5. Services de santé mentale ambulatoire.....	173

## **3. Bibliographie** .....

### **175**

## **Chapitre 6 : Consommation de soins** .....

### **177**

<b>1. Consultations médicales et paramédicales</b> .....	<b>178</b>
1.1. Contacts avec le médecin généraliste.....	178
1.1.1. Dossier Médical Global .....	178
1.2. Contacts avec le médecin spécialiste.....	180
1.3. Contacts avec le dentiste.....	181
1.4. Contacts avec le kinésithérapeute .....	182

# TABLE DES MATIÈRES

1.5. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative .....	182
1.5.1. Ostéopathe.....	183
1.5.2. Homéopathe.....	183

## 2. Séjours hospitaliers ..... 183

2.1. Hospitalisations déclarées.....	183
2.2. Résumé Hospitalier Minimal .....	183

## 3. Consommation de médicaments ..... 185

3.1. Consommation déclarée.....	185
3.2. Consommation enregistrée.....	186

## 4. Vaccinations ..... 191

4.1. Vaccination des enfants.....	191
4.2. Vaccination des adultes .....	192

## 5. Dépistages ..... 193

5.1. Dépistage des cancers.....	193
5.1.1. Dépistage du cancer du sein.....	193
5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans).....	196
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans) .....	197

## 6. Bibliographie ..... 199

## ABRÉVIATIONS .....201

## CARTES, FIGURES ET TABLEAUX ..... 203



# Chapitre 1

## POPULATION



- **Une population de 1,1 million d'habitants.** Depuis plus de 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 288 habitants/km<sup>2</sup>.** Très élevée autour des centres urbains principaux : Liège (>1 000 hab./km<sup>2</sup>), Verviers (>1 000 hab./km<sup>2</sup>) et Huy (>400 hab./km<sup>2</sup>) ; plus rurale (moins de 150 hab./km<sup>2</sup>) à proximité de l'Allemagne et de la province de Luxembourg ainsi que dans le Condroz et la Hesbaye.
- **Une espérance de vie des hommes de plus en plus proche 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.
- **Environ 12 000 naissances par an.** La natalité, après avoir augmenté dans les années 2000, a connu un maximum en 2008 (11,6 naissances vivantes pour 1 000 habitants), avant de redescendre au niveau du début du 21<sup>ème</sup> siècle (11,0 pour 1 000 habitants).
- **Un indice conjoncturel de fécondité inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).** Avec 1,62 enfant par femme, la province de Liège présente un indice conjoncturel de fécondité proche de la Wallonie (1,61) et supérieur à celui de la Belgique (1,59).
- **Une population étrangère représentant 11,1 % 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 (41,0 % d'Allemands parmi les ressortissants).
- **Une accélération du vieillissement de la population depuis 2012.** En 2020, on compte désormais 86 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Les perspectives prévoient 128 personnes âgées pour 100 jeunes aux alentours de 2071.

## 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, 1<sup>er</sup> janvier 2021

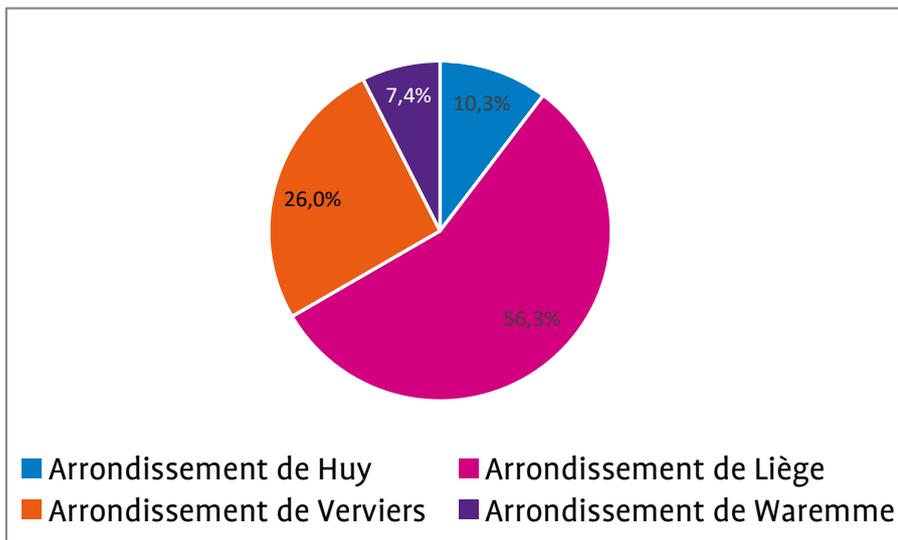
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 677 211	5 844 027	11 521 238
Wallonie		1 784 520	1 863 686	3 648 206
Province de Liège		543 255	565 812	1 109 067
ARRONDISSEMENTS	Huy	56 161	58 132	114 293
	Liège	304 754	319 720	624 474
	Verviers	142 163	145 848	288 011
	Waremme	40 177	42 112	82 289

→ La province de Liège comptait au 1<sup>er</sup> janvier 2021, 1 109 067 habitants, soit 9,6 % de la population totale de la Belgique et 30,4 % de la population de la Wallonie.

Source : SPF Économie-DGS

### 1.2 Répartition de la population dans les différents arrondissements

Figure 1.1. Répartition de la population (en %), province de Liège, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2021



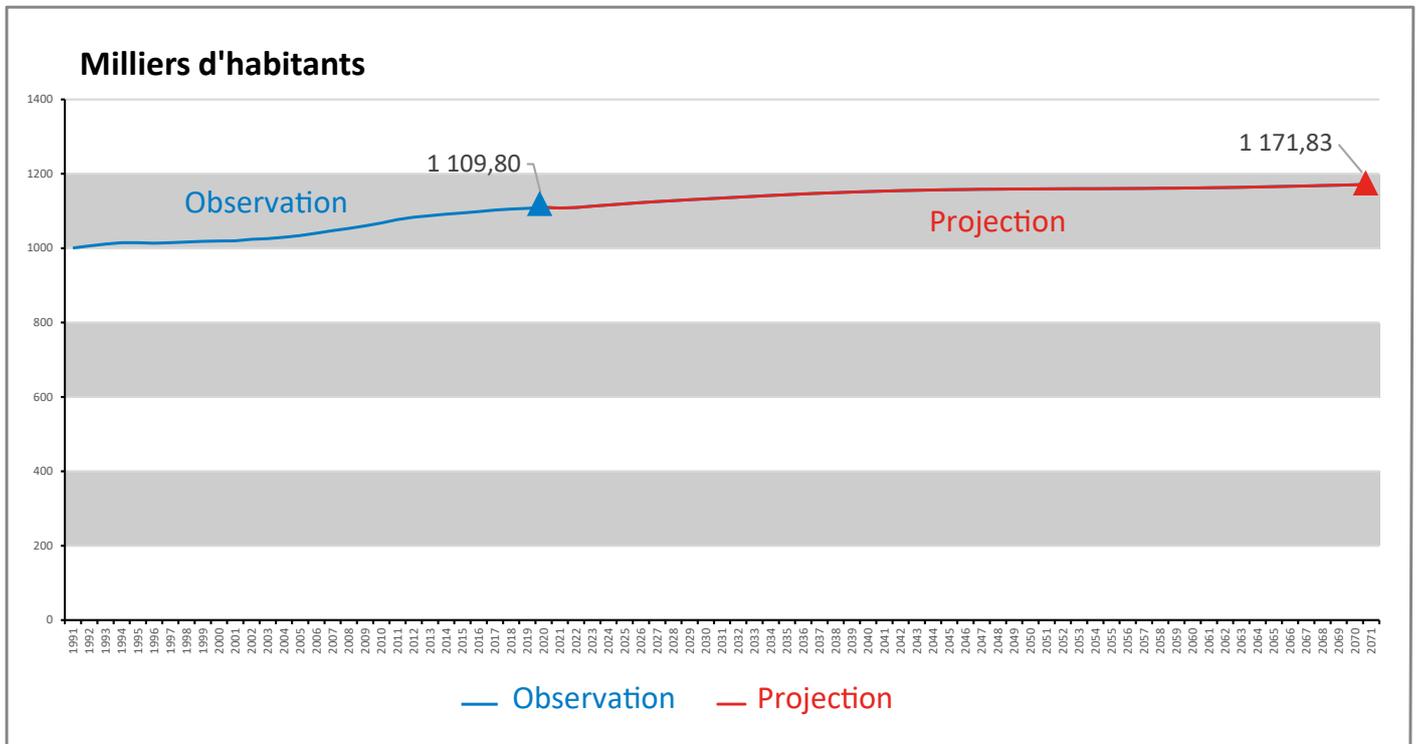
→ L'arrondissement de Liège est le plus peuplé avec 624 474 habitants soit 56,3 % de la population de la province de Liège. Viennent ensuite les arrondissements de Verviers (26,0 %), de Huy (10,3 %) et de Waremme (7,4 %).

Source : SPF Économie-DGS

# POPULATION

## 1.3 Évolution de la population

Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, 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 1 109 800 en 2020, avec une accélération à partir de 2003.

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

Selon le Bureau Fédéral du Plan, les perspectives tendent vers une augmentation de la population totale pour atteindre 1 171 825 habitants en province de Liège en 2071.

À long terme, la population belge continue de croître mais à un rythme moins soutenu que la moyenne observée sur les 30 dernières années. Cette moindre croissance s'explique par :

- une fécondité plus faible ;
- l'arrivée de la génération du baby-boom aux âges où les probabilités de mourir sont élevées ;
- des flux migratoires internationaux moins dynamiques [1, 2].

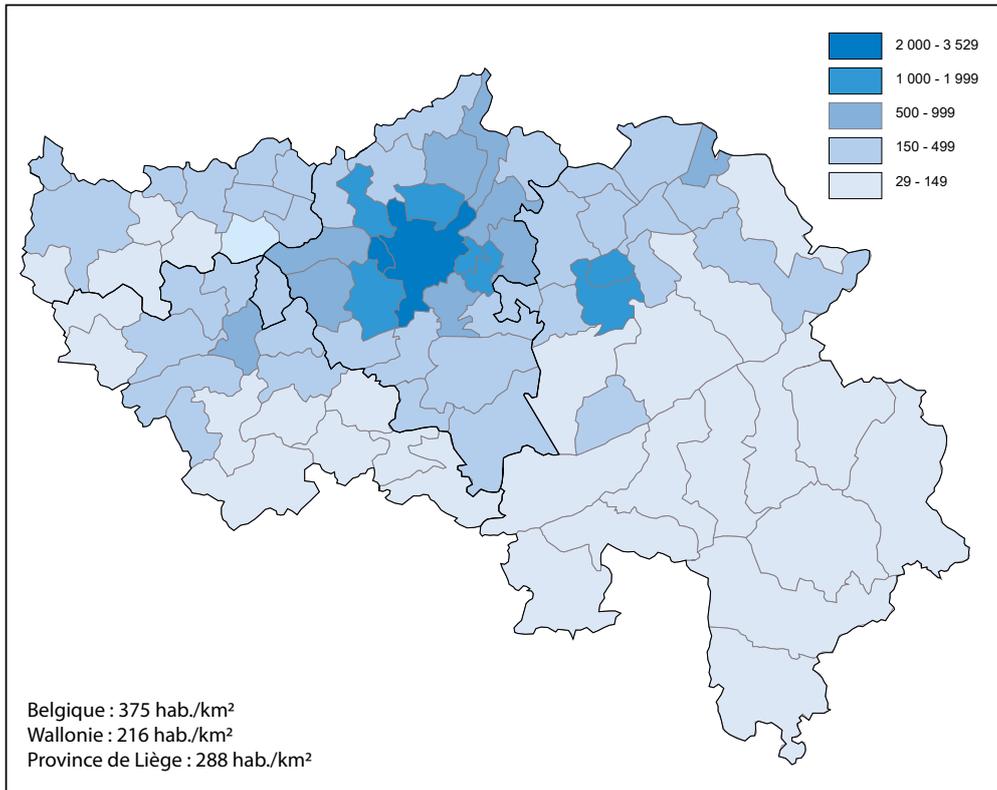


## 2. Communes et habitants

### 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 km<sup>2</sup>.

Carte 1.1. Densité de population (habitants/km<sup>2</sup>), province de Liège, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2021



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

→ La densité de population de la province de Liège (288 hab./km<sup>2</sup>) est supérieure à celle de la Wallonie (216 hab./km<sup>2</sup>), mais plus faible que celle de la Belgique (375 hab./km<sup>2</sup>).

Les communes les plus densément peuplées sont concentrées sur Liège et sa périphérie de même que sur 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<sup>ème</sup> siècle. Cependant, lors du 20<sup>ème</sup> siècle, en 20 ans, Liège a perdu une grande part de ses activités dans l'industrie traditionnelle pour un redéploiement économique et social [3].

Verviers, quant à elle, est une ville moyenne qui a concentré une activité lainière industrielle jusqu'au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle et qui s'est également développée comme centre culturel et touristique [4].

Les communes les moins densément peuplées (moins de 150 hab./km<sup>2</sup>, seuil de critère de ruralité pour l'OCDE [5]), 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 de Luxembourg ainsi que dans le Condroz liégeois et la Hesbaye.

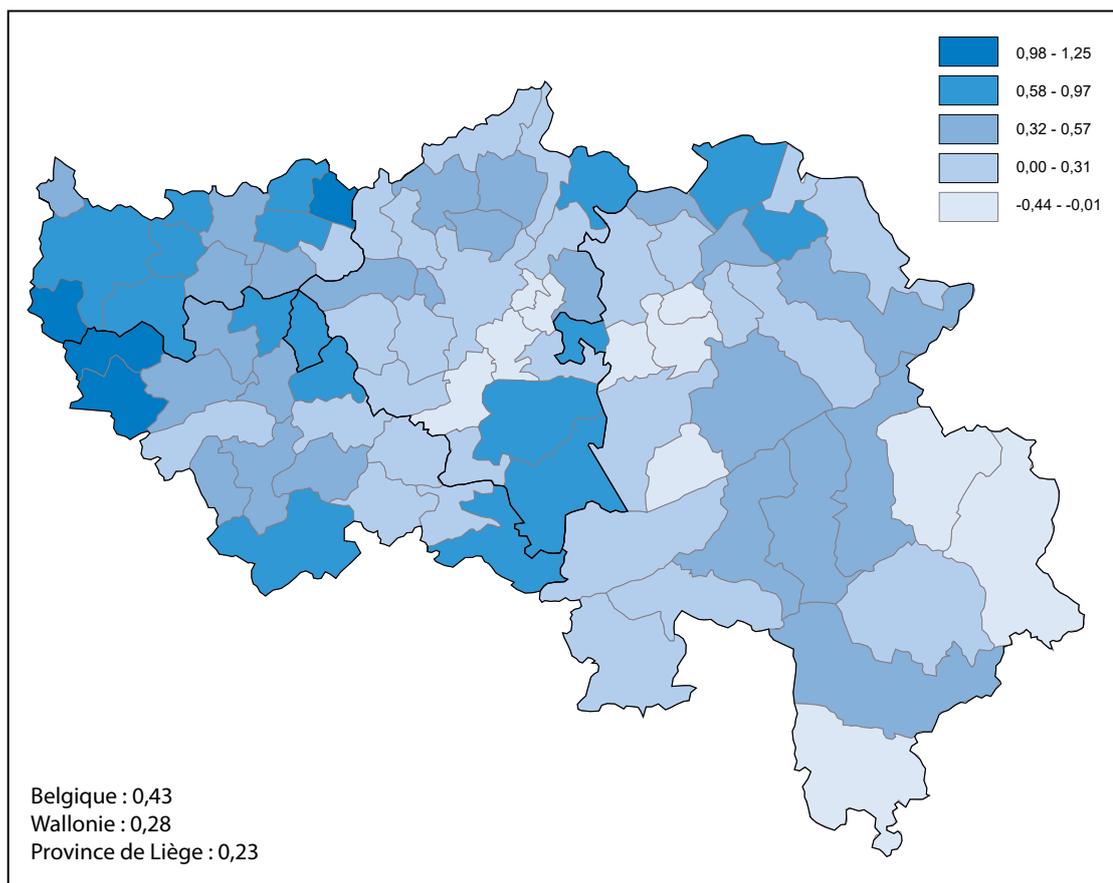
La tradition d'exploitation agricole ou forestière de ces régions peut, en partie, expliquer leur degré d'urbanisation plus faible.

# POPULATION

## 2.2 Croissance 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 [6].

Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Liège, par commune, sur 10 ans (2012-2021)



Discretisation : Jenks - Source : SPF Économie-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 (0,23 %). Il est néanmoins inférieur à ceux de la Belgique (0,43 %) et de la Wallonie (0,28 %).

À l'échelle des communes, la situation est plus contrastée. En effet, la carte ci-dessus montre un taux supérieur aux moyennes provinciale, régionale et nationale pour certaines 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 [7].

De 2012 à 2021, le taux de croissance annuel moyen de la population est le plus élevé dans les communes de Crisnée (1,25 %), Héron (1,03 %), et Burdinne (1,00 %).

À l'inverse, dix communes de la province de Liège présentent un taux négatif : Spa (-0,44 %), Bütgenbach (-0,22 %), Esneux (-0,16 %), Büllingen (-0,14 %), Verviers (-0,14 %), Burg-Reuland (-0,12 %), Pepinster (-0,11 %), Chaudfontaine (-0,07 %), Beyne-Heusay (-0,03 %), Dison (-0,01 %).



## 3. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité par âge de l'année considérée. 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) [8].

### 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, 2015-2019

	Hommes	Femmes
Belgique	79,2	83,9
Wallonie	77,2	82,4
Province de Liège	77,6	82,2

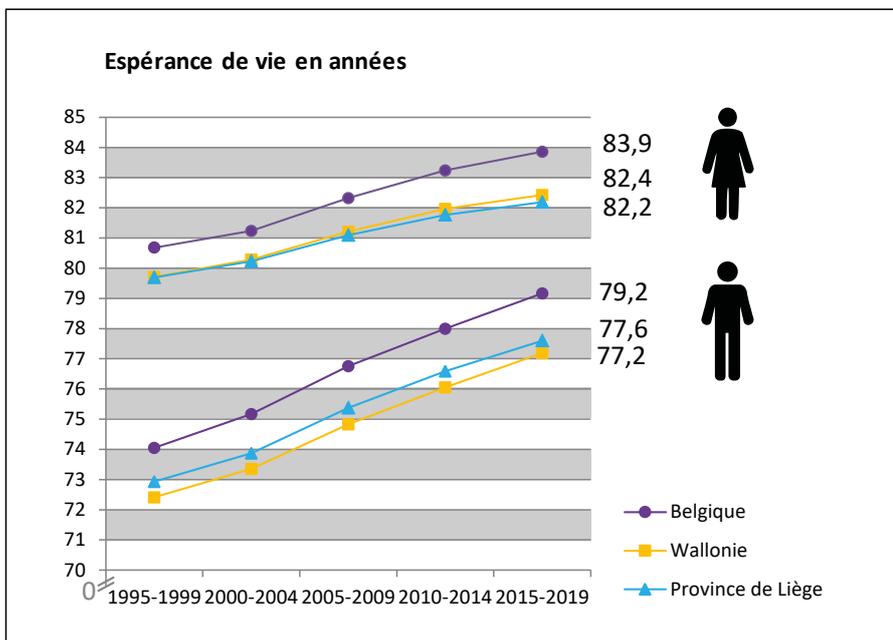
→ Chez les hommes de la province de Liège, l'espérance de vie à la naissance est significativement supérieure de 5 mois à celle des hommes wallons.

Cependant, elle est significativement inférieure de 19 mois à celle des hommes belges.

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

Chez les femmes de la province de Liège, l'espérance de vie est significativement inférieure de 2 mois à celle des femmes wallonnes. Par contre, elle est significativement inférieure de 20 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, 1995-2019



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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

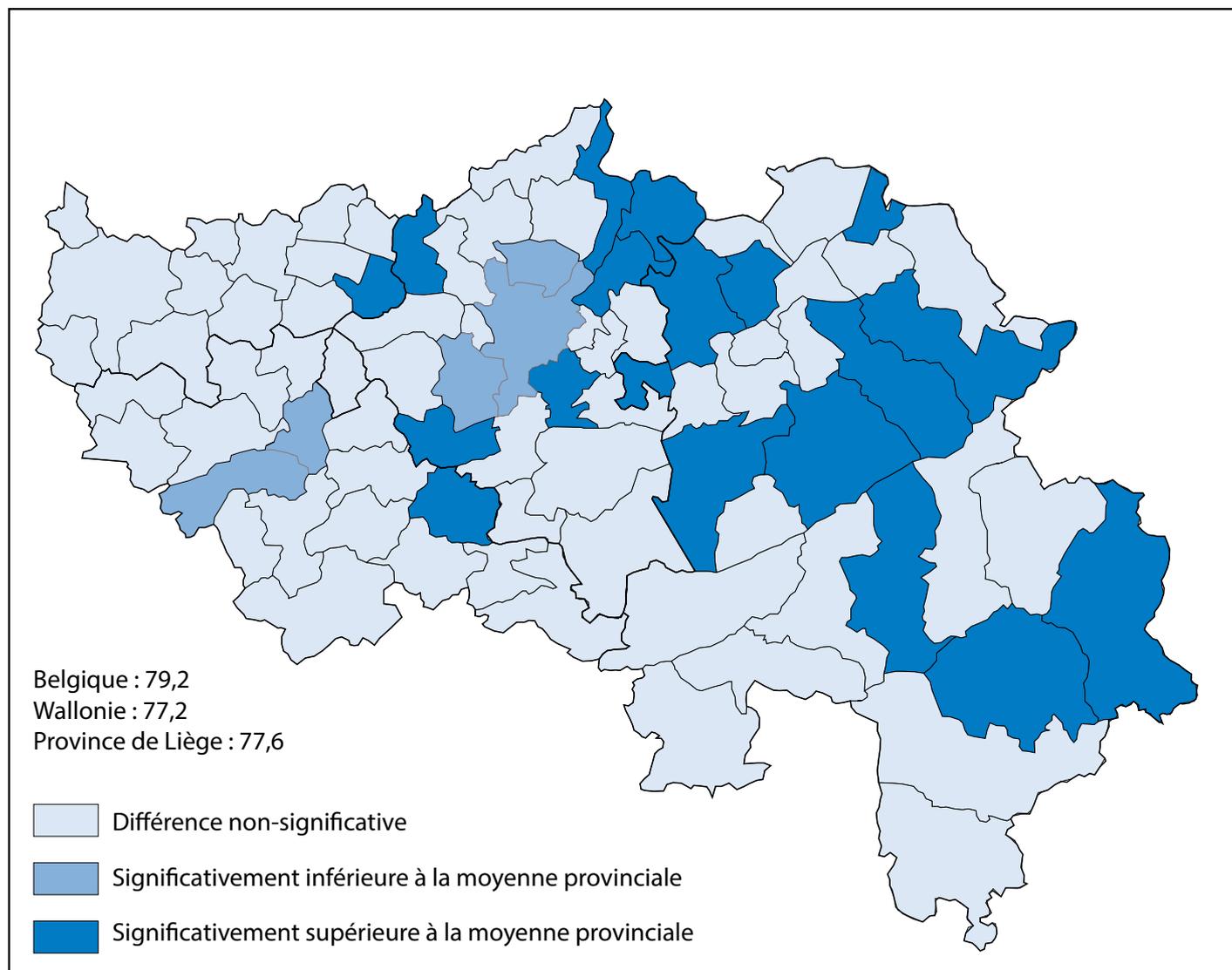
L'augmentation est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et la différence hommes-femmes a tendance à se réduire.

En province de Liège, elle était de 6,8 ans en faveur des femmes, dans la période 1995-1999. Elle passe à 4,6 ans durant les années 2014-2019.

Les écarts entre territoires restent similaires au cours du temps.

# POPULATION

Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Liège, par commune, 2015-2019



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Sur la période 2015-2019, l'espérance de vie des hommes de la province de Liège est de 77,6 ans.

Les communes de Herstal (76,1 ans), Amay (76,0 ans), Liège (75,9 ans), Seraing (75,9 ans) et Huy (74,8 ans) présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale.

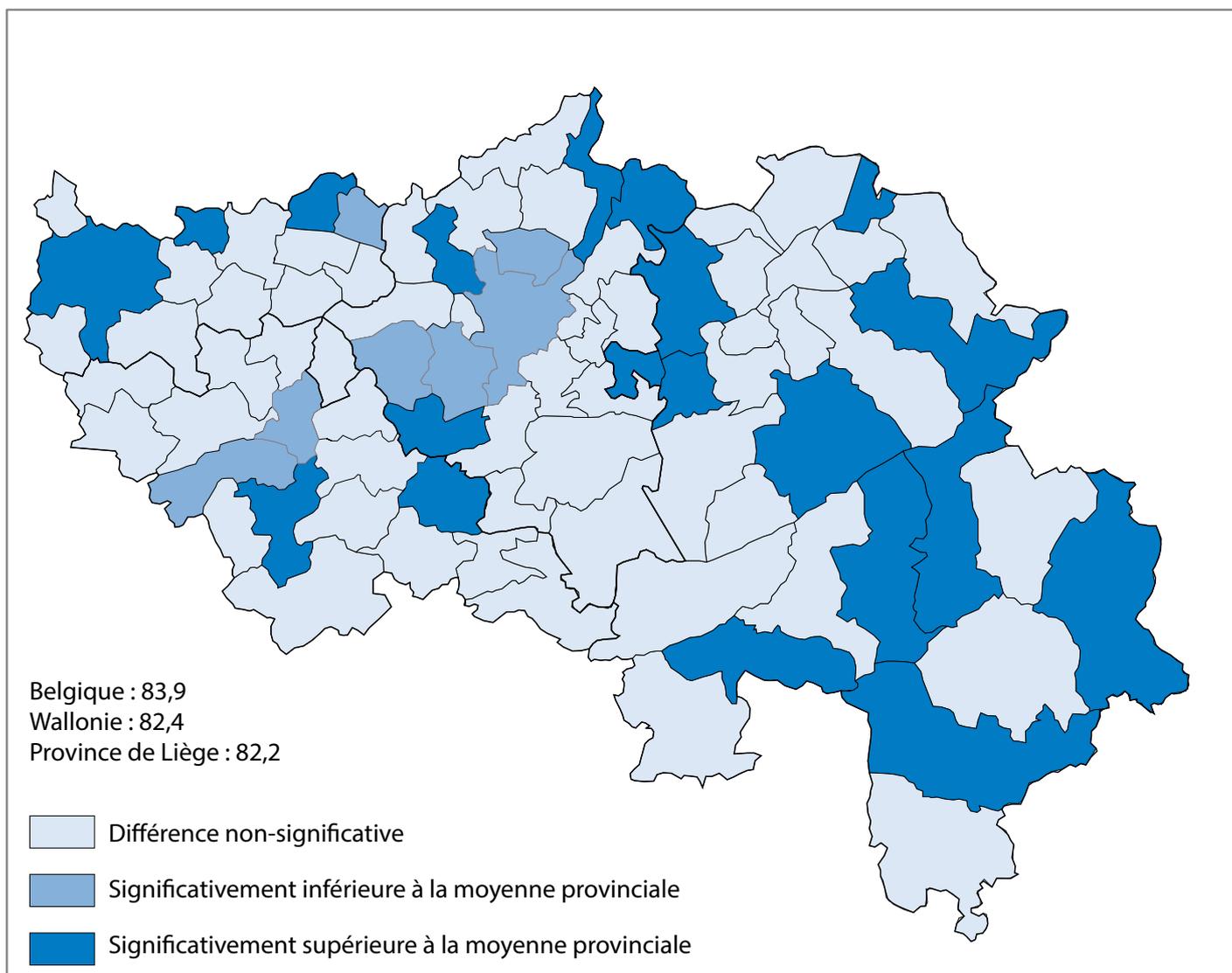
Toutes ces communes se situent sur l'ancien axe industriel mosan.

À l'inverse, 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 dans certaines entités du Condroz.



# Chapitre 1

Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Liège, par commune, 2015-2019



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

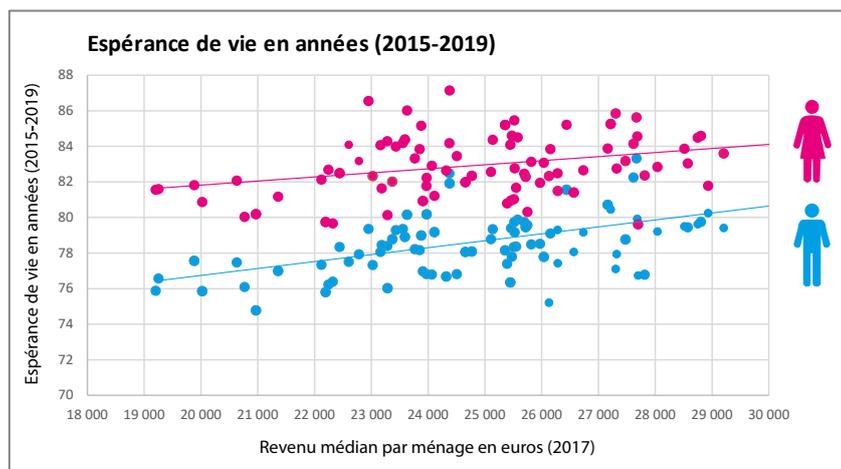
→ Sur la période 2015-2019, l'espérance de vie des femmes de la province de Liège était de 82,2 ans.

Les communes de Liège (81,6 ans), Seraing (80,9 ans), Huy (80,2 ans), Amay (80,1 ans), Herstal (80,0 ans), Flémalle (79,7 ans) présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale.

Les communes où l'espérance de vie est significativement supérieure se situent dans les cantons de l'Est, en zone périurbaine de la ville de Liège, certaines entités du Condroz (Marchin et Anthisnes) ainsi que la commune de Hannut.

# POPULATION

Figure 1.4. Variation de l'espérance de vie (2015-2019), selon le revenu médian par ménage, province de Liège, par commune, 2017



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ L'analyse par commune de la province de Liège met en évidence un lien entre l'espérance de vie et le revenu médian par ménage. Ce constat suggère une influence non négligeable des conditions socio-économiques sur l'espérance de vie. Ainsi, sur base de cette relation, on peut émettre l'hypothèse que si l'on compare deux communes de la province de Liège dont l'une a un revenu 1 000 euros plus élevé que l'autre, celle au revenu supérieur indiquera une espérance de vie plus importante de 4,8 mois en moyenne pour les hommes et 2,4 mois pour les femmes.

La littérature montre que les inégalités sociales influencent fortement l'espérance de vie qui est 6 à 7 ans plus basse pour les personnes sans diplôme que pour celles qui ont fait des études supérieures. Si l'on s'intéresse à l'espérance de vie sans incapacité, la différence atteint 18 années, tant pour les hommes que pour les femmes [9].

Les observations publiées par l'Institut de Santé Publique (actuellement Sciensano) à partir des données de l'enquête de santé de 2013 montrent la persistance d'un gradient social [10] qui se définit comme une association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé [11]. On parle d'un gradient social lorsque la fréquence d'un problème (de santé par exemple) augmente de façon régulière (continuum) des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées. Le gradient social signifie donc que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun, et cela selon l'influence de certains déterminants de santé [12].

## 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, 2015-2019

	Hommes	Femmes
Belgique	18,5	21,8
Wallonie	17,4	20,8
Province de Liège	17,5	20,6

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ L'espérance de vie à 65 ans, entre 2015 et 2019, est supérieure sans être statistiquement significative pour les hommes de la province de Liège par rapport aux hommes wallons.

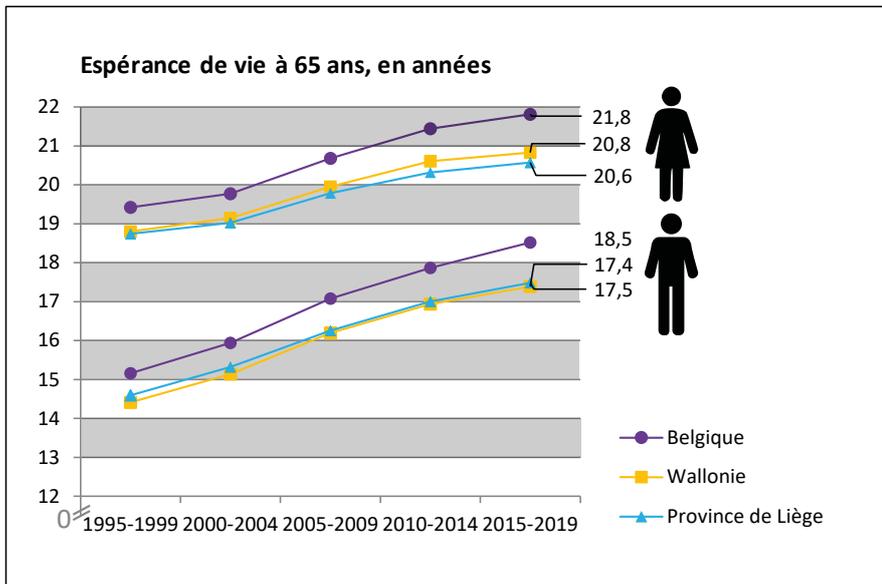
Pour les femmes de la province de Liège, l'espérance de vie à 65 ans est significativement inférieure de 3,0 mois par rapport aux femmes wallonnes.

Au regard de la situation nationale, l'espérance de vie à 65 ans de la population de la province de Liège apparaît significativement inférieure d'1 an pour les hommes et de 15 mois pour les femmes.



# Chapitre 1

Figure 1.5. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2019



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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.

## Remarque générale

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, violences, 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.

Le nombre d'années d'espérance de vie sans incapacité à un âge donné, aussi appelé « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années qu'une personne de cet âge vivra, en moyenne, sans incapacité (définie comme limitation dans les activités de la vie quotidienne). Il combine des informations sur la mortalité et sur l'état de santé.

En 2018, l'espérance de vie sans incapacité des hommes belges à l'âge de 65 ans était de 12,5 ans et de 12,4 ans pour les femmes.

En 2011, chez les hommes, à 25 ans, un écart de 10,5 années au niveau de l'espérance de vie en bonne santé est observé entre ceux qui ont un niveau d'instruction le plus bas et ceux qui ont un niveau d'instruction le plus élevé. Au niveau des femmes, cette différence entre les niveaux d'instruction se marque par une différence au niveau de l'espérance de vie en bonne santé de 13,4 ans. À 50 ans, l'écart est d'environ 6,7 ans chez les hommes et 7,7 ans chez les femmes. Enfin, à l'âge de 65 ans, cet écart existe toujours et atteint 2,5 ans chez les hommes et 4,6 ans chez les femmes [13].

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

Le phénomène est plus marqué dans la population masculine que féminine, quel que soit le territoire. En province de Liège, l'espérance de vie à 65 ans des hommes passe de 14,6 ans en 1995-1999 à 17,5 ans en 2015-2019 ; chez les femmes, elle passe de 18,7 ans à 20,6 ans pour les mêmes périodes.

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

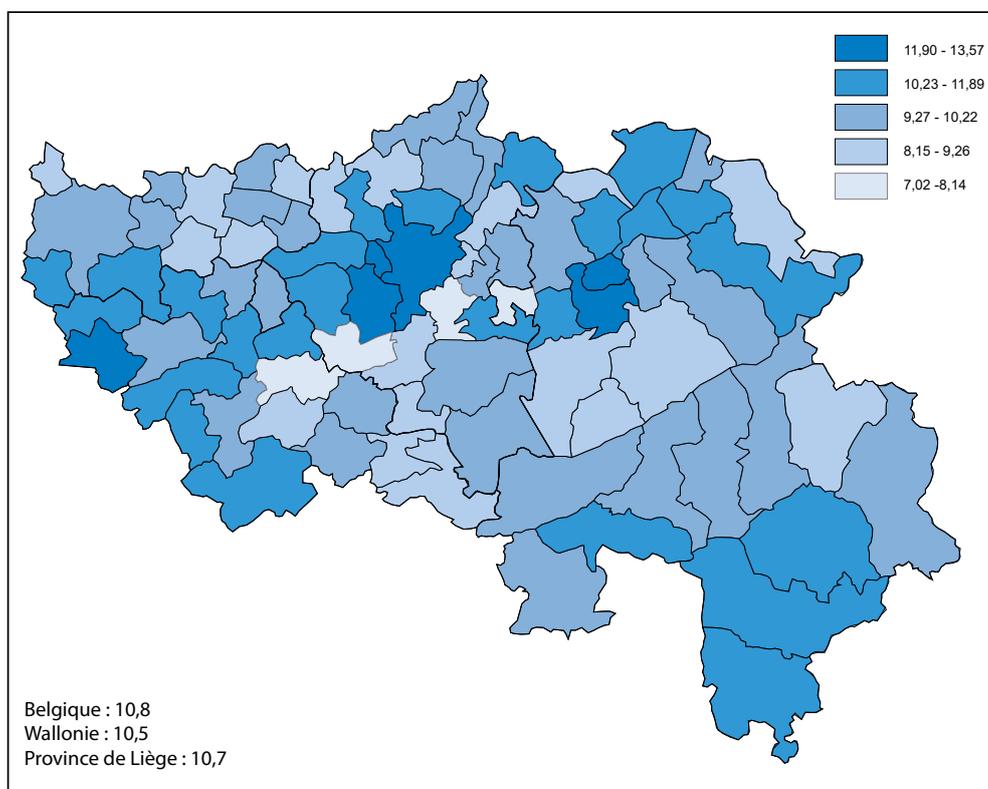
## 4. Natalité

En Belgique, la statistique des naissances et de la fécondité est essentiellement élaborée à partir de deux sources : le bulletin de déclaration de la naissance vivante à l'état civil et le Registre national. En combinant ces deux sources et en prenant, depuis 2010, le Registre national comme source de base, la statistique s'intéresse uniquement aux naissances vivantes issues de mères résidant légalement en Belgique, que ces naissances aient lieu dans le pays ou à l'étranger [14].

### 4.1 Taux brut de natalité

**Le taux brut de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année [15].**

Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité, province de Liège, par commune, 2011-2020



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

→ Sur la période décennale 2011 à 2020, on recense 10,7 naissances pour 1 000 habitants en province de Liège contre 10,5 en Wallonie et 10,8 en Belgique.

Les taux moyens de natalité de la province de Liège et de la Wallonie sont cependant à peine inférieurs au taux de la Belgique (10,8/1 000 hab.).

En nombre absolu, cela correspond à une moyenne annuelle de 121 301 naissances en Belgique, 37 698 en Wallonie et 11 755 en province de Liège.

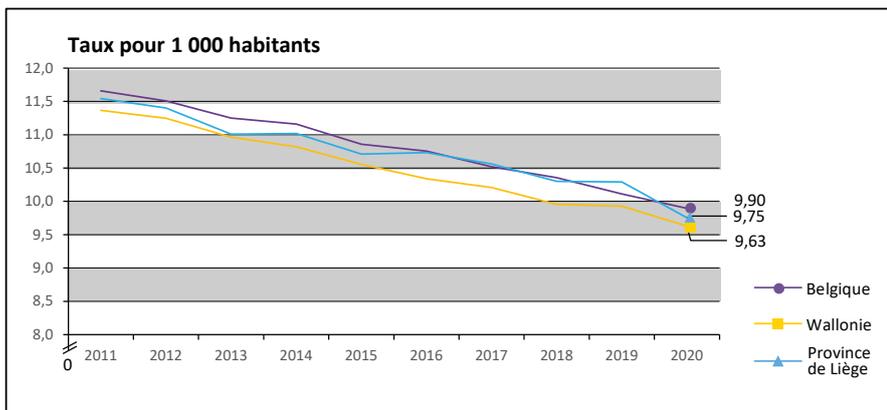
Au niveau communal, le taux de natalité le plus élevé s'observe à Dison avec 13,6 naissances vivantes en moyenne pour 1 000 habitants, suivi de Verviers (13,1), Liège (12,8), St-Nicolas (12,7), Héron (12,2) et Seraing (11,9).

À l'inverse, les communes où le nombre de naissances pour 1 000 habitants se révèle le plus faible entre 2011 et 2020 sont Neupré (7,0), Nandrin (7,3) et Olne (7,6).



# Chapitre 1

Figure 1.6. Évolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2020



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ De 2011 à 2020, on note un fléchissement des courbes sur les trois territoires : Belgique, Wallonie et province de Liège.

Le taux brut de natalité de la province de Liège a connu un niveau élevé en 2011 (11,5 naissances pour 1 000 habitants) pour décliner progressivement jusqu'en 2013 (11,0) et ensuite se stabiliser lors de deux périodes de 2 années, en 2015-2016 (10,7) et 2018-2019 (10,3).

## 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 [16].

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. 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 [11].

En Wallonie, l'indice conjoncturel de fécondité atteint 1,61 par femme en 2019. C'est plus faible qu'en 2010 où ce taux s'élevait à 1,85 enfant par femme, ce qui restait néanmoins inférieur au seuil de remplacement des générations fixé à 2,1.

Si on compare les fécondités belges et wallonnes, on remarque que depuis 1984, la fécondité wallonne était systématiquement supérieure à celle de la Belgique jusqu'en 2007. Depuis 2008 s'observe un quasi alignement des fécondités nationale et wallonne. Le nombre moyen d'enfants par femme connaît une diminution ces dernières années dans toutes les régions [17].

Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

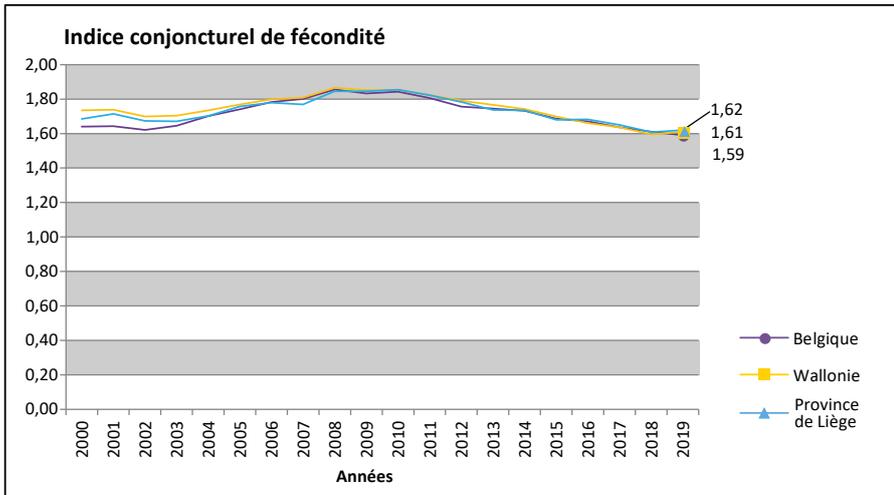
	Indice conjoncturel de fécondité 2019
Belgique	1,59
Wallonie	1,61
Province de Liège	1,62

Source : Bureau Fédéral du Plan

→ En 2019, l'indice conjoncturel de fécondité de la province de Liège (1,62) était quasi identique à celui de la Wallonie (1,61) et inférieur à celui de la Belgique avec 1,59 enfant par femme. Ces trois indices sont inférieurs au seuil de remplacement de la population (2,1).

# POPULATION

Figure 1.7. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2019



Source : SPF Économie-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.

En 2019, la Belgique, la Wallonie et la province de Liège affichaient des indices conjoncturels de fécondité semblables. En effet, l'écart s'est considérablement réduit par rapport au début des années 2000.



## 5. Population de nationalité étrangère

Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2021

		Belges	Étrangers		Total
			Effectif	en %	
Belgique		10 073 385	1 447 853	12,6	11 521 238
Wallonie		3 267 033	381 173	10,4	3 648 206
Province de Liège		985 445	123 622	11,1	1 109 067
ARRONDISSEMENTS	Huy	109 420	4 873	4,3	114 293
	Liège	542 223	82 251	13,2	624 474
	Verviers	254 753	33 258	11,5	288 011
	Waremme	79 049	3 240	3,9	82 289

Source : SPF Économie-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 l'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.

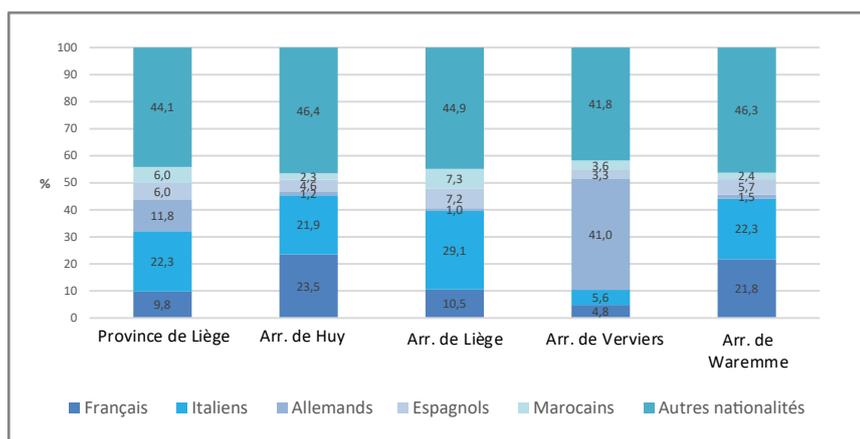
En 2021, la province de Liège compte une proportion de ressortissants étrangers (11,1 %) inférieure à la Belgique (12,6 %), mais supérieure à la Wallonie (10,4 %).

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 3,9 % et 4,3 %).

Des arrondissements de la province de Liège, celui de Verviers présente la proportion de ressortissants étrangers la plus proche de celle de la province. Il a la particularité de compter une proportion plus importante de ressortissants allemands.

L'arrondissement de Liège présente une proportion plus élevée de ressortissants étrangers que la proportion belge et 3,4 fois plus comparativement à l'arrondissement de Waremme.

Figure 1.8. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Liège, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2021



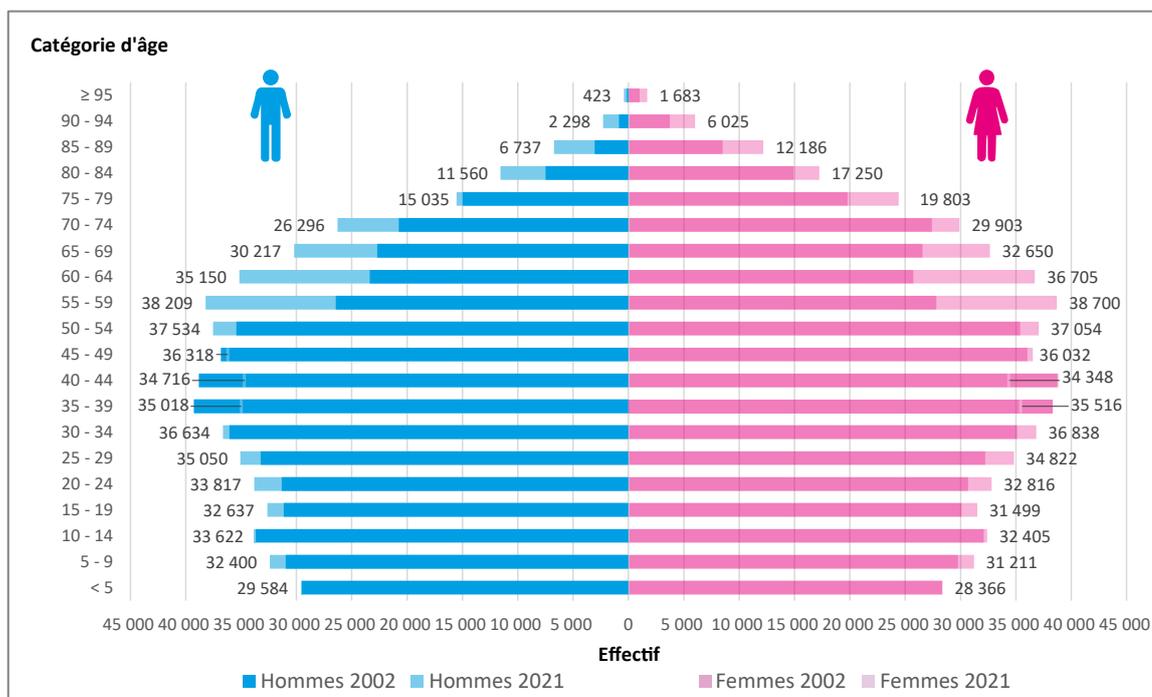
Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ 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 présence de la Communauté germanophone et la proximité de l'Allemagne placent la nationalité allemande (41,0 %) en tête des ressortissants étrangers habitant le territoire de cet arrondissement.

## 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 [18].

Figure 1.9. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Liège, 1<sup>er</sup> janvier 2002 et 1<sup>er</sup> janvier 2021



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ 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 observé ces deux phénomènes au sein de leur société ont une répartition par âge et sexe réellement pyramidale.

La pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2021 traduit les évolutions démographiques survenues au 20<sup>ème</sup> siècle.

La Deuxième Guerre mondiale a marqué la pyramide par la diminution des naissances durant cette période troublée. Le baby-boom, qui s'étend de l'après-guerre à 1964, redonne une place plus importante aux classes d'âge du bas de la pyramide pour une courte durée seulement. Ce phénomène était visible sur les pyramides des âges réalisées avec des données de population plus anciennes, antérieures aux années 2000.

Le rétrécissement du pied de la structure par âge s'accroît ensuite pour former progressivement une silhouette que les démographes appellent « meule de foin », caractérisée par une base évidée et un gonflement du sommet.

À l'opposé, le haut de la pyramide connaît un gonflement de son effectif en engrangeant les progrès continus dans la survie à des âges de plus en plus élevés. Résultat de ces deux phénomènes, des modifications importantes vont apparaître dans la part des 20-64 ans, qui sont assimilés à la main-d'œuvre potentiellement disponible sur le marché du travail [19].

La pyramide des âges au 1<sup>er</sup> janvier 2021 permet 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 55 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.



# Chapitre 1

La structure par âge des hommes et des femmes au 1<sup>er</sup> janvier 2002 et au 1<sup>er</sup> janvier 2021 met en évidence les tendances suivantes :

- De façon générale, la proportion des hommes et des femmes en province de Liège a respectivement augmenté de 9,3 % et 7,3 %, comparativement aux hommes (9,6 %) et femmes wallonnes (7,3 %).
- Chez les moins de 20 ans, la proportion des filles et des garçons a respectivement diminué de 1,0 % et 1,6 %, comparativement aux jeunes wallons (-1,5 % pour les filles et -2,1 % pour les garçons) et jeunes belges (-0,9 % pour les filles et -1,3 % pour les garçons).
- Sur 20 ans, les femmes de plus de 65 ans restent plus nombreuses que les hommes. La proportion des plus de 65 ans a augmenté de 2,8 % pour les hommes et de 0,9 % pour les femmes en province de Liège, comparativement aux seniors wallons (3,1 % pour les hommes et 1,5 % pour les femmes) et belges (3,2 % pour les hommes et 1,7 % pour les femmes).
- Les deux catégories d'âge qui ont perdu le plus d'effectif de population en 20 ans sont les 35-39 ans (-1,5 % pour les hommes et -1,0 % pour les femmes) et les 40-44 ans (-1,4 % et -1,3 %), tant chez les hommes que chez les femmes.
- Les catégories d'âge ayant gagné le plus d'effectif de population sur la même période d'observation sont les 55-59 ans (1,7 % pour les hommes et 1,6 % pour les femmes) et les 60-64 ans (1,8 % et 1,6 %).

## 7. Vieillesse de la population

Selon Eurostat, la population dans les 27 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 prenant la forme rhomboïde avec une augmentation des baby-boomers en âge de prendre leur retraite et une base plus étroite entraînant à terme une diminution de la population d'âge actif.

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-27 soit multipliée par plus de deux entre 2019 et 2100, passant de 5,8 % à 14,6 %.

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 une part grandissante de la population totale, les personnes de 65 ans et plus représentant 31,3 % de la population de l'UE-27 en 2100, contre 20,2 % en 2019.

Le taux de dépendance des personnes âgées (65 ans et plus) se définit comme le rapport entre le nombre de personnes âgées à un âge où elles ne sont plus actives économiquement (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (15-64 ans) [20]. Avec comme conséquence : le taux de dépendance dans l'UE-27 qui devrait presque doubler, passant de 31,4 % en 2019 à 57,1 % en 2100.

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 [21].

### 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, 1<sup>er</sup> janvier 2021

	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<20 ans	2 565 871	22,3	834 271	22,9	251 724	22,7
20-64 ans	6 726 246	58,4	2 120 398	58,1	645 277	58,2
65 ans et +	2 229 121	19,3	693 537	19,0	212 066	19,1
Total	11 521 238	100,0	3 648 206	100,0	1 109 067	100,0

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ 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 activité (20-64 ans)<sup>1</sup> constituent près de 60 % de la population.

<sup>1</sup> Définition cfr schéma chapitre 4 : point 1.3.1. « Population active et inactive »



# Chapitre 1

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, 1<sup>er</sup> janvier 2021



	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
65-74 ans	571 453	57,8	184 280	61,7	56 513	61,1
75-84 ans	304 861	30,9	84 474	28,3	26 595	28,7
85 ans et +	111 219	11,3	29 920	10,0	9 458	10,2
Total	987 533	100,0	298 674	100,0	92 566	100,0

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg



	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
65-74 ans	622 638	50,1	209 441	53,1	62 553	52,3
75-84 ans	398 246	32,1	118 910	30,1	37 053	31,0
85 ans et +	220 704	17,8	66 512	16,8	19 894	16,7
Total	1 241 588	100,0	394 863	100,0	119 500	100,0

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

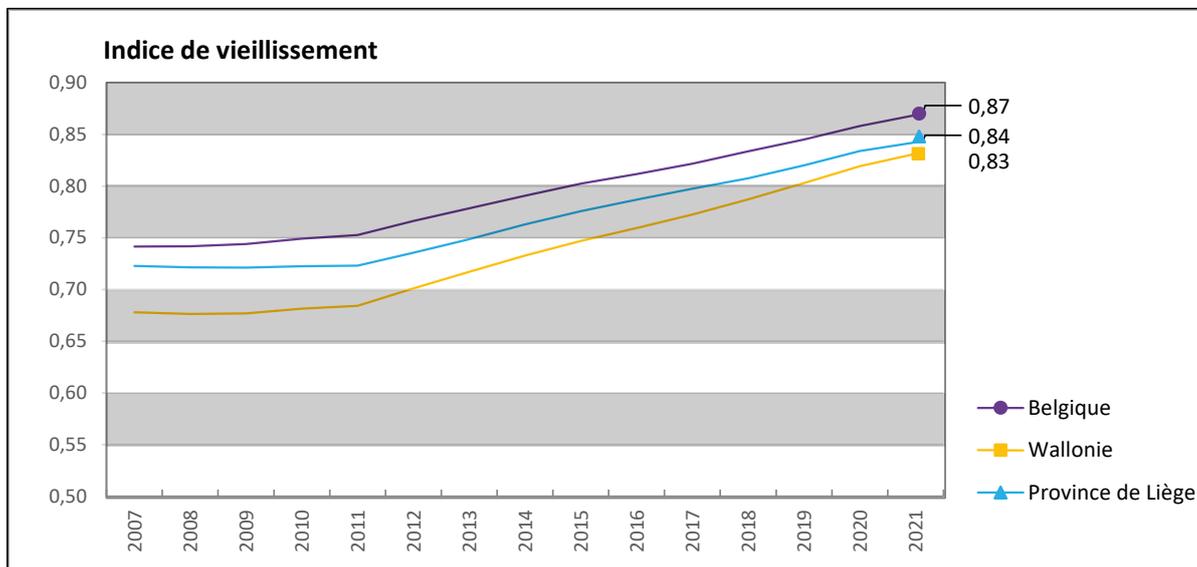
→ Les populations des trois territoires présentent globalement la même structure pour chaque tranche d'âge.

Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, ces chiffres de 2021 comparés à ceux au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (qui ne sont pas présentés dans ce tableau) montrent globalement une augmentation de 3,9 % pour les hommes et de 4,5 % pour les femmes.

# POPULATION

L'indice de vieillissement est le rapport entre la population des personnes âgées de 65 ans et plus et la population des personnes âgées de moins de 20 ans [22].  
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 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2007-2021



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Depuis le début des années 2000, les courbes de l'indice de vieillissement de la province de Liège et de la Wallonie sont restées parallèles et relativement stables jusqu'en 2011.

À partir de 2012, on observe une augmentation de l'indice de vieillissement.

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 inférieur à 1 dans les trois territoires, ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées.

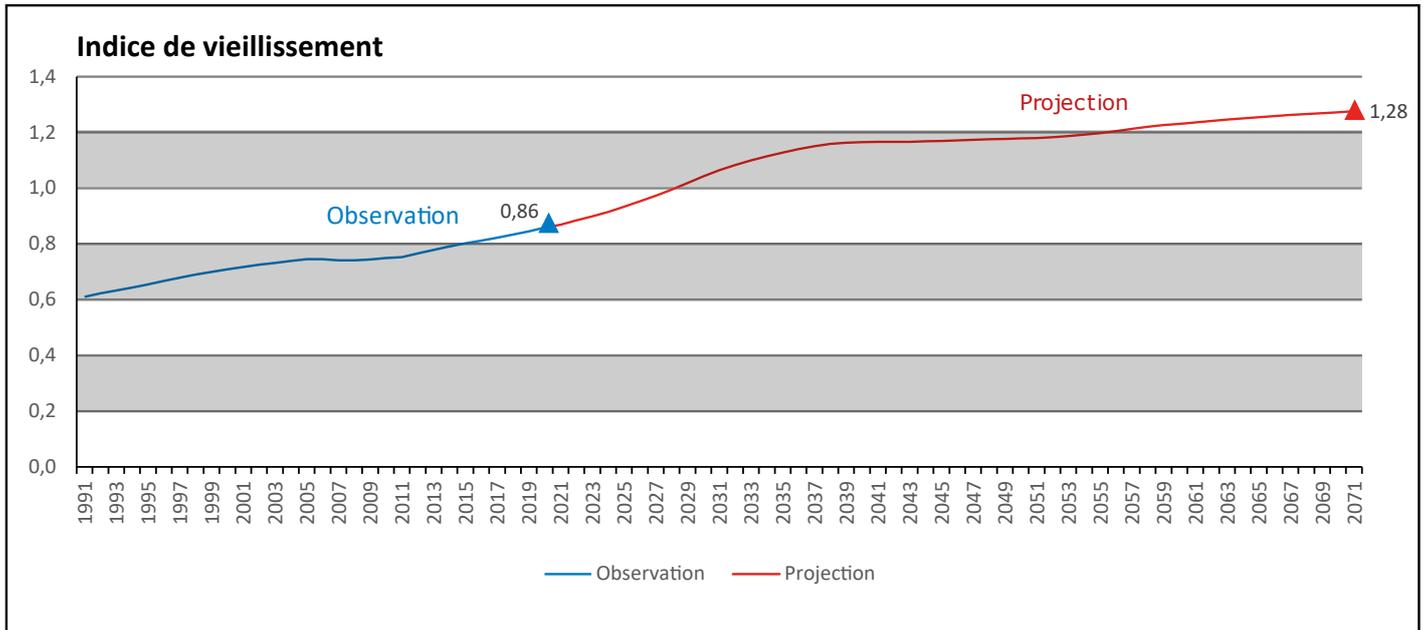
Ce rapport «jeunes – personnes âgées» s'inversera dans un avenir plus ou moins proche puisqu'on observe déjà l'impact du baby-boom de l'après-guerre avec une augmentation importante de la population dans la tranche de 65 ans et plus.

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 [23].



# Chapitre 1

Figure 1.11. Évolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, province de Liège



Source : Bureau Fédéral du Plan

→ Selon les projections établies par le Bureau Fédéral du Plan en 2020, l'indice de vieillissement en province de Liège augmenterait de 8,6 % en 2025, de 29,9 % en 2034 et de 53,4 % en 2071 et ce, par rapport à 2020.

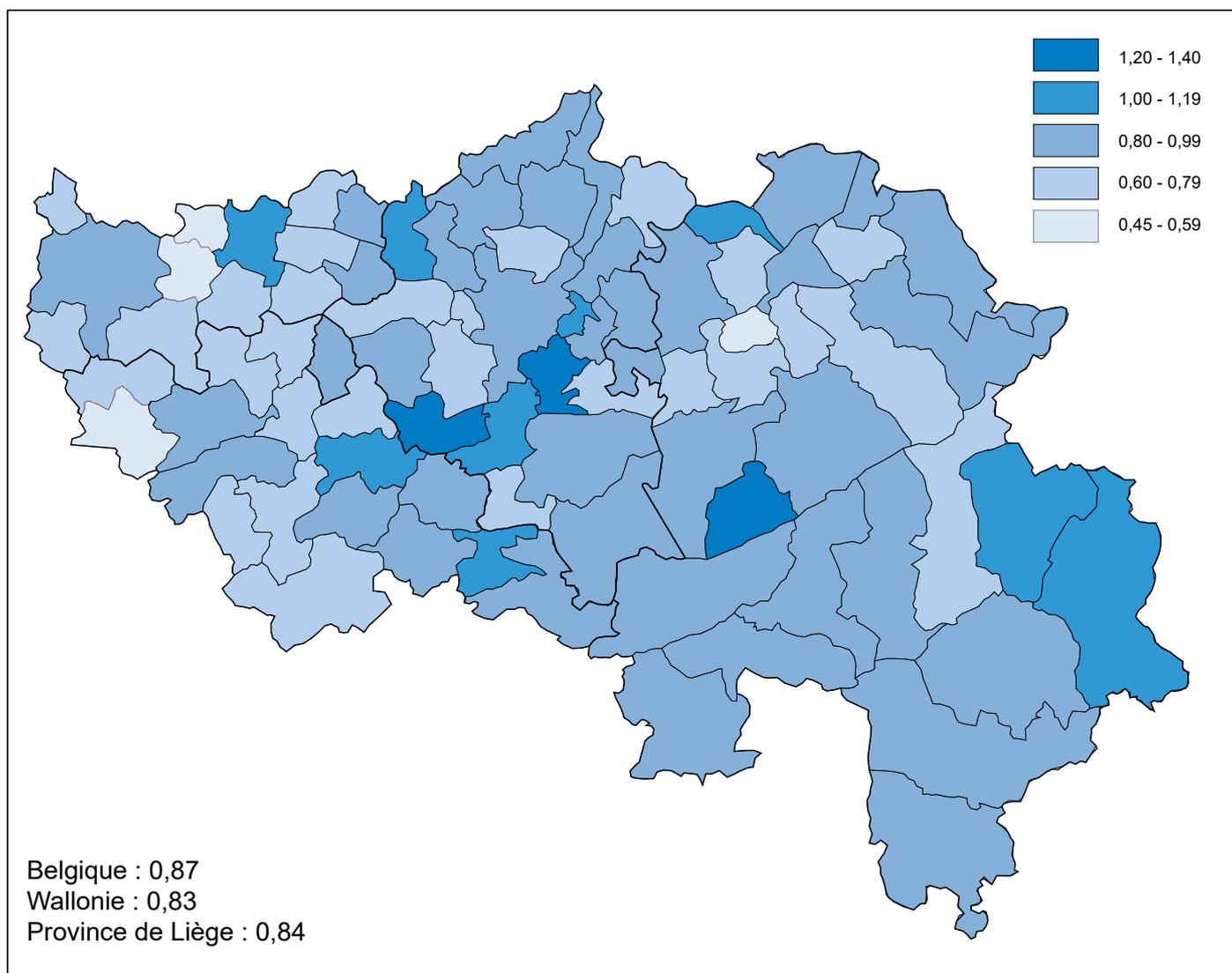
L'indice de vieillissement évoluerait de 0,86 en 2020 à 1,28 en 2071. Ceci correspondrait à 128 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

En 2071, les indices de vieillissement de la province de Liège (1,28), de la Wallonie (1,34) et de la Belgique (1,28) seraient quasiment identiques.

# POPULATION

## 7.2 Vieillesse par commune

Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2021



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

→ Douze communes de la province de Liège ont un indice de vieillissement supérieur à 1,0, signifiant qu'il y a plus de personnes âgées de 65 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans.

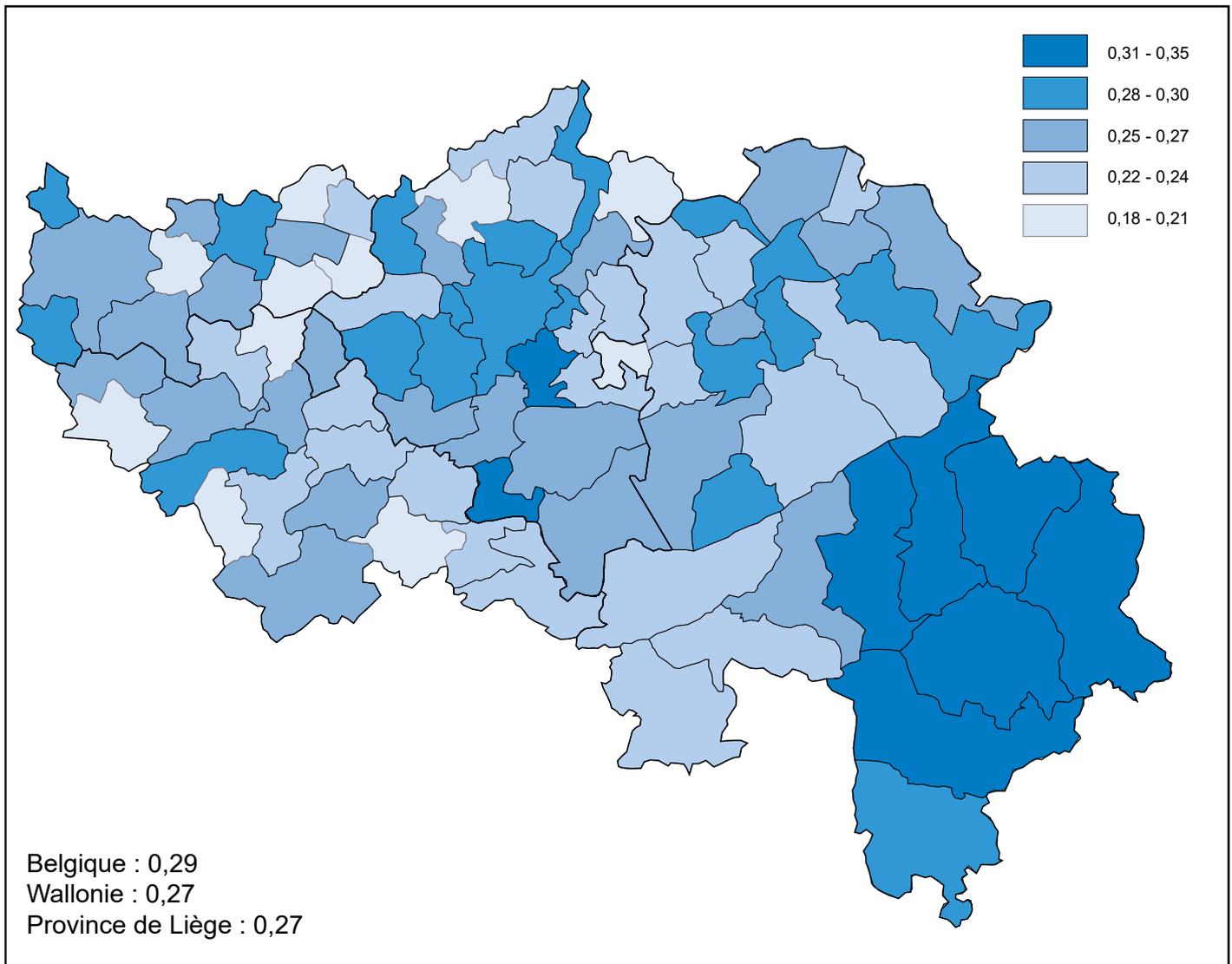
Les entités connaissant cette situation sont dans l'ordre croissant : Aubel (1,02), Büllingen (1,03), Hamoir (1,04), Waremme (1,07), Bütgenbach (1,08), Awans (1,08), Nandrin (1,09), Fléron (1,17), Esneux (1,19), Neupré (1,30), Chaudfontaine (1,35), Spa (1,36).



# Chapitre 1

L'indice d'intensité du vieillissement est le rapport entre la population des personnes âgées de 80 ans ou plus et la population âgée de 65 ans et plus. Il permet de mesurer la part des personnes les plus âgées (ayant un plus grand risque de perte d'autonomie) parmi les 65 ans et plus [22].

Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2021



Discretisation : Jenks - Source : SPF Économie-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 «4<sup>ème</sup> âge» (80 ans et plus) au sein des 65 ans et plus.

Globalement, un tiers des communes (29 communes) sont concernées par le phénomène de «4<sup>ème</sup> âge» de manière supérieure à la moyenne provinciale.

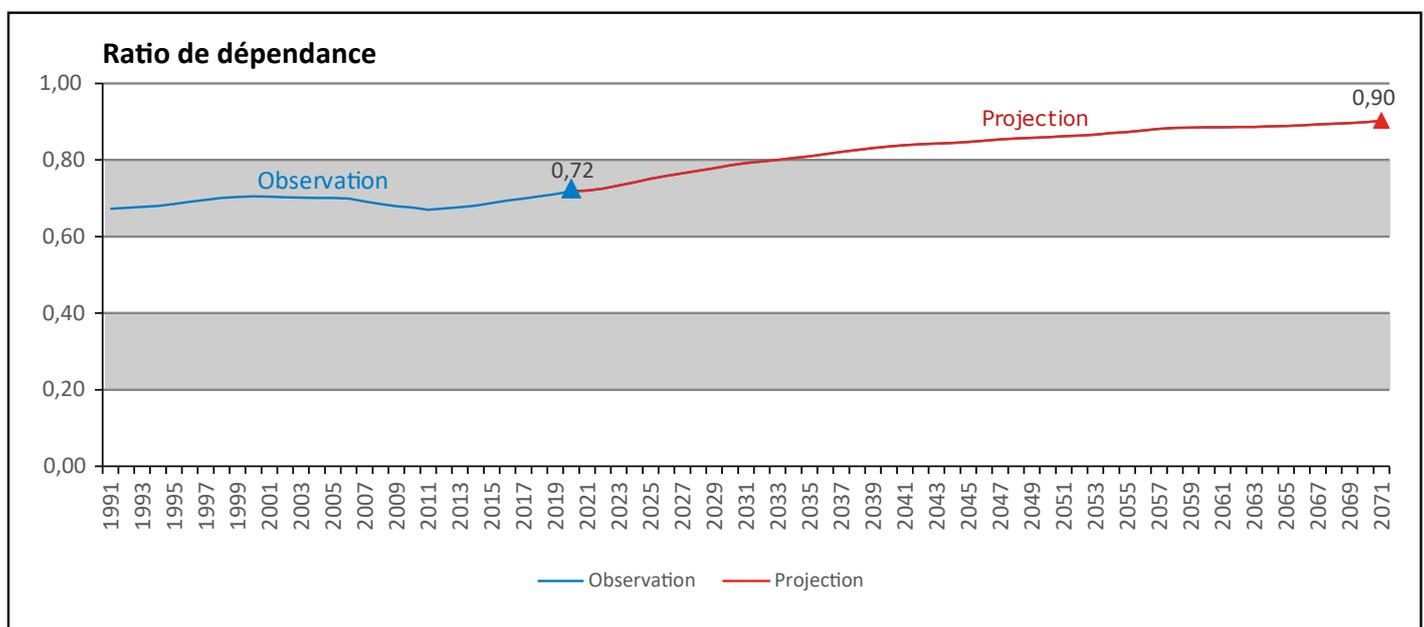
L'indice d'intensité de vieillissement est plus élevé en Belgique (0,29) qu'en Wallonie ou en province de Liège (0,27).

## 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) et l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), 15 à 64 ans pour Eurostat [24]. Compte tenu de l'obligation scolaire jusqu'à 18 ans, la définition de l'OCDE et de l'IWEPS a été retenue.

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

Figure 1.12. Évolution du ratio de dépendance de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071



Source : Bureau Fédéral du Plan

→ Comme le montre le graphique ci-dessus, et selon la définition de l'OCDE, on dénombreait 67 personnes en âge d'être inactives pour 100 en âge d'être actives en province de Liège en 1991. En 2020, cette proportion a augmenté avec un ratio de 72 personnes en âge d'être inactives pour 100 en âge d'être actives. Cette proportion est quasi identique aux valeurs wallonne (0,71) et belge (0,72).

Les perspectives du Bureau Fédéral du Plan permettent de penser qu'on atteindra 90 personnes dites inactives, pour 100 personnes actives en 2071 en province de Liège, comparativement aux valeurs wallonne de 0,92 et belge de 0,89.



## 8. Bibliographie

1. Vandresse M. *Perspectives démographiques 2020-2070 : Scénario de référence et variantes*. Bureau fédéral du Plan et Direction Générale Statistique ; 2021.
2. Vandresse M. *Perspectives démographiques 2014-2060 : Populations, ménages et quotients de mortalité prospectifs*. Bureau fédéral du Plan et Direction Générale Statistique ; 2015.
3. *Histoire de Liège*. Ville de Liège ; 2009.  
Consultable sur : <https://www.liege.be/fr/decouvrir/tourisme/decouvrir-liege/histoire-de-liege>
4. Drouguet N. *Verviers, au fil de l'eau et de la laine : histoire, tourisme et politique*. 2008.  
Consultable sur : <https://journals.openedition.org/ocim/352>
5. Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). *Créer des indicateurs ruraux pour étayer la politique rurale*. OCDE ; 1994.
6. Thomsin L. *La géographie de la Population ou Géodémographie*. Liège: Presses universitaires de Liège ; 2013.
7. Wahl J.-P. *Carnet Paysage, Les territoires paysagers de la Hesbaye Brabançonne*. Jodoigne : C.E. Hesbaye Éditions ; 2008.
8. Institut national de la statistique et des études économiques. *Définitions - Espérance de vie*. INSEE ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>
9. Van Oyen H, Charafeddine R, Deboosere P, Cox B, Lorant V, Nusselder W et al. *Contribution of mortality and disability to the secular trend in health inequality at the turn of century in Belgium*. Eur J Public Health 2011 Jan ; Advance Access : 1-7.
10. Bossuyt N, Van Oyen H. *Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique*. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) ; 2001.
11. Debuisson M, Dal L, Foulon M. *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.
12. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Glossaire français Gradient social de santé*. 2020.  
Consultable sur : <https://nccdh.ca/fr/glossary/entry/gradient-social-de-sante#:~:text=Le%20%C2%AB%20gradient%20social%20de%20sant%C3%A9,suite%20jusqu'aux%20plus%20d%C3%A9munis>
13. *Vers une Belgique en bonne santé. Espérance de vie et Qualité de Vie*. 2021.  
Consultable sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>
14. Service public fédéral - Direction générale Statistique. *Naissance et fécondité*. STATBEL ; 2021.  
Consultable sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#documents>
15. Institut national de la statistique et des études économiques. *Taux de natalité*. INSEE ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1766>

# POPULATION

16. Institut national de la statistique et des études économiques. *Indice conjoncturel de fécondité*. INSEE ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1963>
17. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Fécondité et Natalité*. IWEPS ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/fecondite-et-natalite-indice-conjoncturel/>
18. Institut national de la statistique et des études économiques. *Pyramide des âges*. INSEE ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1230>
19. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Pyramide des âges*. IWEPS ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/pyramides-des-ages/>
20. Eurostat Statistics Explained. *Glossaire : taux de dépendance des personnes âgées*. Eurostat ; 2013.  
Consultable sur : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age-dependency\\_ratio/fr](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age-dependency_ratio/fr)
21. Eurostat Statistics Explained. *Structure et vieillissement de la population*. Eurostat ; 2020.  
Consultable sur : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing)
22. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Catalogue des indicateurs : indice de vieillissement*. IWEPS ; 2021.  
Consultable sur : [https://walstat.iweeps.be/walstat-catalogue.php?niveau\\_agre=C&theme\\_id=2&indicateur\\_id=201200&sel\\_niveau\\_catalogue=T&ordre=2](https://walstat.iweeps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=2&indicateur_id=201200&sel_niveau_catalogue=T&ordre=2)
23. Debuissou M, Docquier F. *Vieillesse, la démographie à la rescousse de la Wallonie et de Bruxelles ?* La Revue Nouvelle ; Mars 2006.
24. Organisation de coopération et de développement économique. *Panorama de la société: les indicateurs sociaux de l'OCDE*. Consultable sur : <https://www.oecd.org/fr/els/panorama-de-la-societe-19991304.htm>





## Chapitre 2

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS



- **11 410 décès en 2019** : soit un taux brut de mortalité de 10,3 pour 1 000 habitants en province de Liège.
- **Une mortalité proche de celle de la Wallonie**, mais plus élevée de 14,0 % que celle de la Belgique.
- **Les maladies de l'appareil circulatoire, première cause de décès en 2018 (25,0 %)**, suivies des tumeurs (23,2 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (12,9 %).
- **En 25 ans, chez les hommes, une diminution statistiquement significative des décès** liés aux maladies de l'appareil circulatoire, aux tumeurs, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux morts non naturelles.
- **En 25 ans, chez les femmes, une diminution statistiquement significative des décès** liés aux maladies de l'appareil circulatoire et aux tumeurs.
- **Une augmentation de 27,2 % en 25 ans, des décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire** chez les femmes. Dans le même temps, les décès liés à ces maladies ont diminué de 33,0 % chez les hommes, mais restent 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 plus d'un cinquième des décès des hommes de 25 à 49 ans (20,8 %). Cette proportion est moins élevée chez les femmes de cette catégorie d'âge (12,0 %).
- **Une mortalité prématurée (avant 75 ans) significativement inférieure à celle de la Wallonie (-2,3 %), mais significativement supérieure à celle de la Belgique (+19,7 %).** Les trois principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les morts non naturelles. 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 5,8 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1997 à 3,3 décès en 2018, soit une diminution de 43,4 %.

# Chapitre 2

La mortalité est un indicateur traditionnel utilisé en santé, quoique celui-ci reflète plutôt un état de « non-santé ». Bien que les événements mesurés soient irréversibles, l'analyse de la mortalité est une source d'information essentielle pour l'orientation de la santé publique. Elle fournit des informations sur l'importance des problèmes de santé sévères, leur évolution au cours du temps et un aperçu de leurs déterminants (par exemple, la sécurité routière et la consommation de tabac) [1]. D'autres déterminants peuvent également avoir une influence sur la mortalité, comme la situation sociale des individus (revenus, niveau de diplôme, logement, accès aux soins...), les comportements de santé (activité physique, sédentarité, alimentation, alcool, autres assuétudes)...

L'analyse des tendances en mortalité renseigne également sur l'évolution des facteurs de risque et l'impact de mesures de santé publique [2].

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 transports, mort subite du nourrisson...), réduction de pratiques à risques (maladies liées à l'alcool), rôle du système de soins (maladies cérébrovasculaires, sida...) [3]. Il est toutefois difficile de démontrer une relation de cause à effet.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, l'indicateur de mortalité est fréquemment présenté par des organismes tels que Sciensano et l'AViQ. Les données présentées dans ce Tableau de bord de la santé sont antérieures au début de la pandémie. C'est pourquoi la mortalité liée au COVID-19 ainsi que d'autres indicateurs seront abordés dans le chapitre 3.

## 1. Mortalité totale

Les données présentées dans ce Tableau de bord de la santé proviennent du Registre National de la Population. Elles ont l'avantage de porter sur une période relativement récente (année 2019). Par contre, elles ne permettent pas d'analyser les causes de décès.

### 1.1. Mortalité totale en 2019

Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2019

	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	53 185	55 560	108 745	
Wallonie	18 192	19 217	37 409	
Province de Liège	5 449	5 961	11 410	
ARRONDISSEMENTS	Huy	546	608	1 154
	Liège	3 178	3 557	6 735
	Verviers	1 349	1 395	2 744
	Waremme	376	401	777

→ En province de Liège, en 2019, on a dénombré un total de 11 410 décès : 5 449 chez les hommes et 5 961 chez les femmes. La proportion de décès correspond à 10,5 % de la mortalité de la Belgique, alors que la part de population s'élevait à 9,7 %.

La mortalité se répartit comme suit dans les arrondissements: 10,1 % à Huy, 59,0 % à Liège, 24,0 % à Verviers et 6,8 % à Waremme.

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

**Le taux brut de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année [4]. Il est sensible à la structure d'âge de la population.**

Le taux brut de mortalité pour 1 000 habitants est de 10,3 en province de Liège (9,5 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 de 16 % inférieure à la population de référence [5].

Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 (Femme=100)

	Hommes		Femmes	
Belgique	150,6	*	100,0	
Wallonie	156,4	*	100,0	
Province de Liège	145,1	*	100,0	

→ La mortalité masculine est significativement plus élevée que la mortalité féminine, pour les trois régions étudiées : la Belgique (+50,6 %), la Wallonie (+56,4 %) et la province de Liège (+45,1 %).

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (population féminine 2019=100)

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

Afin d'éviter les variations annuelles dues à de petits nombres de décès dans les arrondissements, les indices comparatifs de mortalité sont présentés pour les années 2015-2019 regroupées.

Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100)

		Hommes		Femmes		Total	
Belgique		86,1	*	89,6	*	88,4	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0	
Province de Liège		97,9	*	102,8	*	100,6	
ARRONDISSEMENTS	Huy	101,3		111,2	*	106,6	*
	Liège	100,6		104,0	*	102,3	*
	Verviers	91,2	*	97,4		94,9	*
	Waremme	97,1		100,1		98,8	

→ 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 (2015-2019). Le choix de la Wallonie comme population de référence est justifié par le fait qu'il existe de très grandes différences entre la Belgique et la Wallonie. De plus, le territoire wallon présente un profil plus « proche » de ceux de la province et des arrondissements.

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2015-2019=100)

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

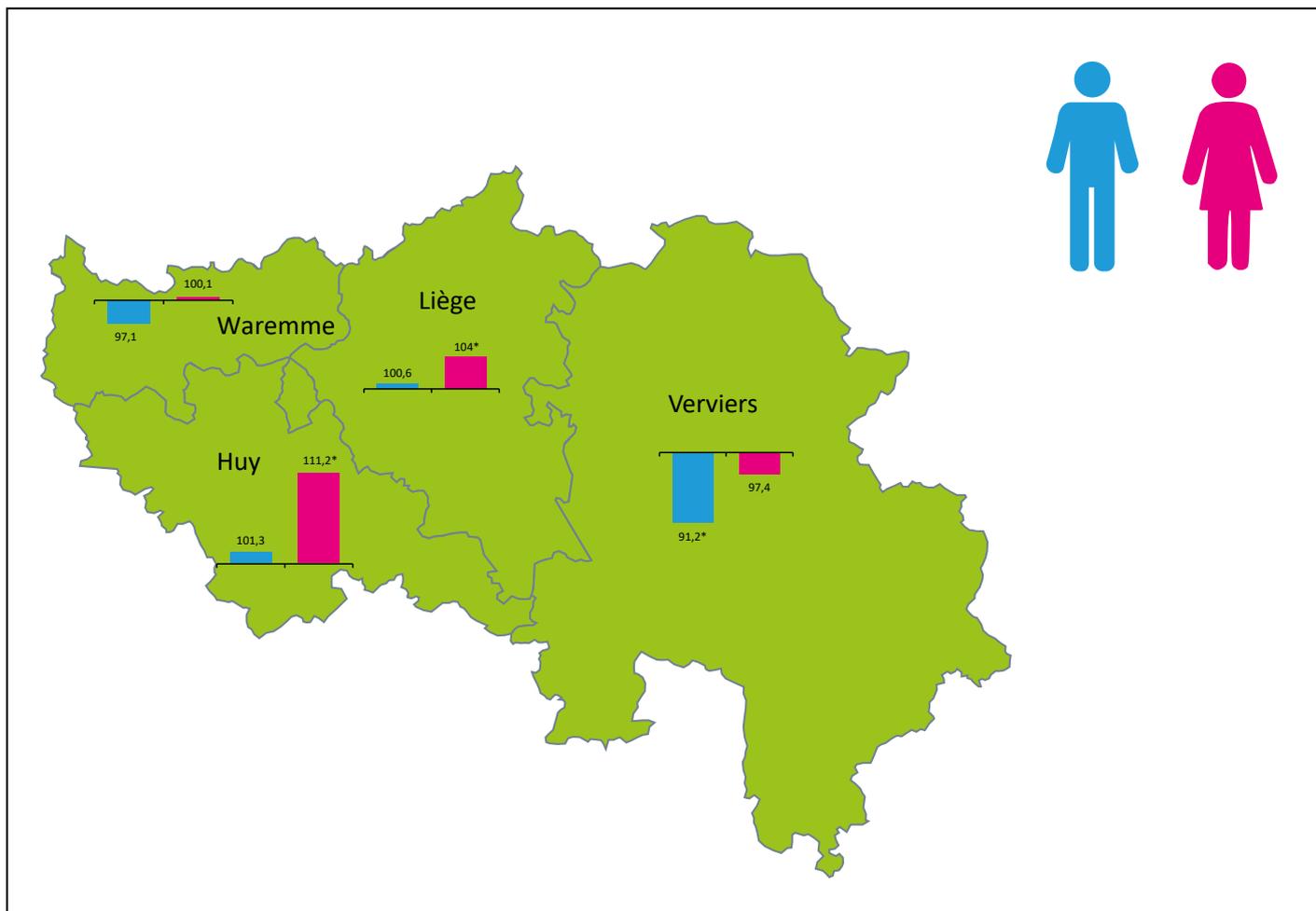
Au niveau de la province de Liège, on constate une sous-mortalité au niveau des hommes et une surmortalité au niveau des femmes, par rapport à la Wallonie, qui sont significatives.

Au niveau de la population totale, ces différences se compensent et la situation de la province de Liège est similaire à celle de la Wallonie.



## Chapitre 2

Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100)



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

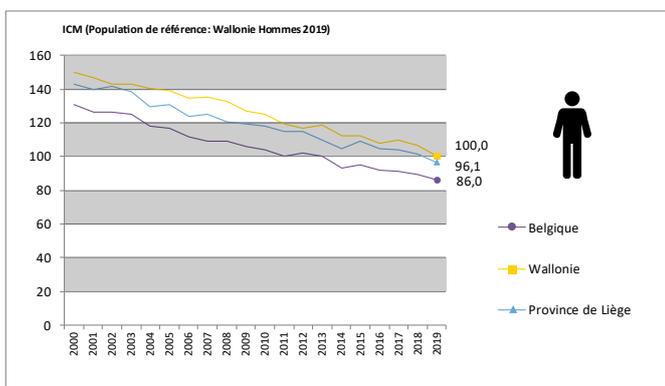
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2015-2019=100)

→ Les hommes de l'arrondissement de Verviers présentent une sous-mortalité statistiquement significative de 8,8 %.

Les femmes des arrondissements de Huy et de Liège présentent, quant à elles, une surmortalité statistiquement significative, de respectivement 11,2 % et 4,0 % 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, 2000-2019 (Wallonie Hommes 2019=100)

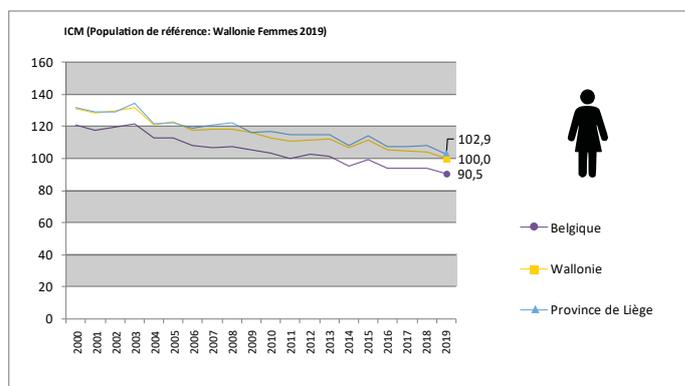


Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité des hommes de la province de Liège a diminué de près de 32,7 % en 20 ans, passant de 142,7 en 2000 à 96,1 en 2019.

Tout au long de cette évolution, la mortalité des hommes de la province de Liège est inférieure à la mortalité des hommes en Wallonie mais 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, 2000-2019 (Wallonie Femmes 2019=100)



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Au cours de cette même période, l'indice comparatif de mortalité des femmes de la province de Liège a diminué de 22,0 %, passant de 131,9 à 102,9.

La mortalité des femmes de la province de Liège est plus élevée que celle de la Wallonie et que celle de la Belgique.



# Chapitre 2

---

## 2. Mortalité par cause

Lors de chaque décès, un médecin rédige un certificat de décès reprenant entre autre la principale cause du décès. Les codes utilisés font référence à la 10<sup>ème</sup> édition de la classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (codes « ICD 10 »).

Enregistrer les causes de décès a toute son importance en santé publique quand on sait qu'en 2017, de meilleures interventions de prévention et du système de soins de santé auraient pu éviter 3 millions de décès prématurés dans les pays de l'OCDE, soit un quart du nombre total de décès.

En effet les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux (AVC) essentiellement) sont la principale cause de mortalité évitable grâce à des traitements ; elles sont à l'origine de 36 % des décès prématurés qu'un traitement aurait permis d'éviter. Des interventions systématiques sur les facteurs de risques et dans une moindre mesure par l'amélioration des traitements peuvent avoir un grand impact sur ce type de pathologies.

Certains cancers qu'il est possible de prévenir au moyen des mesures de santé publique constituent la première cause de mortalité évitable grâce à la prévention (32 % des décès évitables grâce à la prévention), celui du poumon notamment [6].

Lors de la rédaction de ce Tableau de bord, les dernières données disponibles concernant les causes de mortalité portent sur les décès de 2018. Afin d'éviter les variations annuelles dues aux petits nombres de décès, certaines figures et tableaux présentent les données des années 2014-2018 regroupées.

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 2.1. Causes de décès

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

Causes de décès (2018)	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	28 825	26,1	9 487	24,8	2 963	25,0
Tumeurs	27 736	25,1	9 136	23,8	2 757	23,2
Appareil respiratoire	12 989	11,7	4 747	12,4	1 536	12,9
Morts non naturelles	6 989	6,3	2 802	7,3	844	7,1
Appareil digestif	5 013	4,5	1 901	5,0	518	4,4
Système nerveux, organes des sens	5 719	5,2	1 783	4,7	501	4,2
Troubles mentaux	5 561	5,0	1 030	2,7	350	3,0
Maladies endocriniennes	2 839	2,6	1 302	3,4	343	2,9
Maladies infectieuses et parasitaires	2 434	2,2	1 176	3,1	348	2,9
Autres causes	12 535	11,3	4 964	13,0	1 703	14,4
Total décès	110 640	100,0	38 328	100,0	11 863	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En 2018, les trois principales causes de décès sont identiques en Belgique, en Wallonie et en province de Liège, à savoir :

- les maladies de l'appareil circulatoire (26,1 % en Belgique, 24,8 % en Wallonie et 25,0 % en province de Liège) ;
- les tumeurs (25,1 % en Belgique, 23,8 % en Wallonie et 23,2 % en province de Liège) ;
- les maladies de l'appareil respiratoire (11,7 % en Belgique, 12,4 % en Wallonie et 12,9 % en province de Liège).

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

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 (aigües ou chroniques), les bronchopneumopathies chroniques obstructives, l'asthme... Les pneumonies représentent 34,8 % 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.

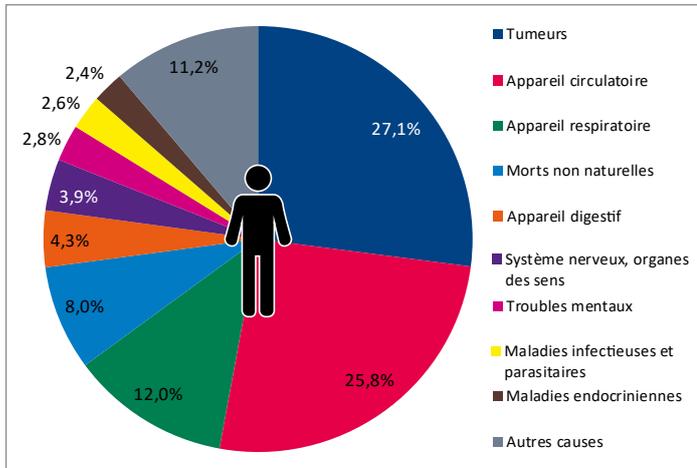
On retrouve dans ce groupe 844 décès en province de Liège dont :

- 26,2 % de suicides ;
- 23,0 % de chutes accidentelles ;
- 7,2 % d'accidents de transports ;
- 3,4 % d'empoisonnements accidentels ;
- 3,1 % d'homicides.



## Chapitre 2

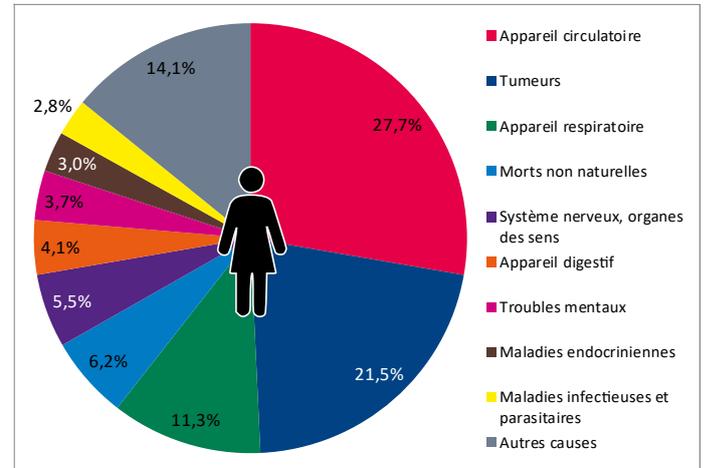
Figure 2.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En province de Liège, durant la période 2014-2018, la cause principale de décès chez les hommes se situe au niveau de la catégorie des tumeurs (27,1 % des décès). Viennent ensuite les maladies liées à l'appareil circulatoire (25,8 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (12,0 %).

Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Chez les femmes de la province de Liège, la cause principale des décès est constituée des maladies de l'appareil circulatoire (27,7 % des décès). Viennent ensuite les tumeurs (21,5 %) puis les maladies de l'appareil respiratoire (11,3 %).

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 (8,0 %) par rapport aux femmes (6,2 %).

Les trois premières causes de décès 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 [7].

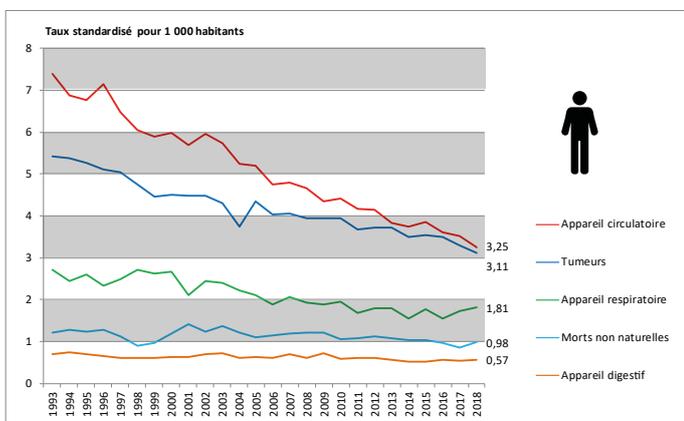
# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

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.

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 2018. Ce calcul gomme les différences dues à la structure d'âge et de sexe 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 [8].

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, 1993-2018

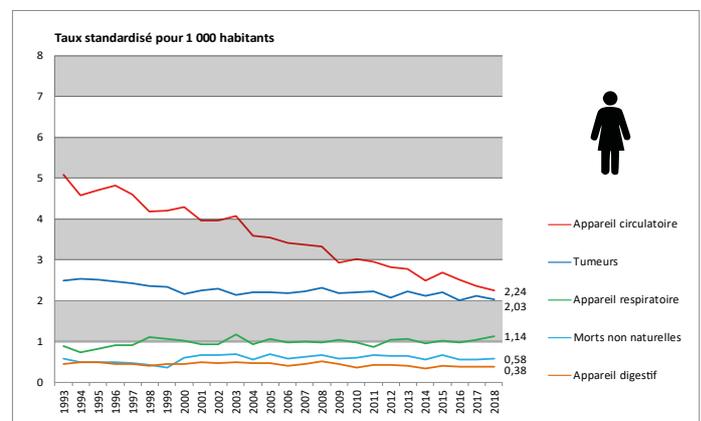


Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg  
Population de référence : Wallonie 2018

→ Entre 1993 et 2018, 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 56,1 % pour l'appareil circulatoire, 42,6 % pour les tumeurs, 33,0 % pour l'appareil respiratoire et 18,7 % pour les morts non naturelles.

Les taux standardisés de mortalité de l'appareil digestif sont ceux qui sont restés les plus stables au cours de ces années. Une différence non significative de 17,8 % est observée entre 1993 et 2018.

Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Liège, 1993-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg  
Population de référence : Wallonie 2018

→ Entre 1993 et 2018, les taux standardisés pour les deux premières causes de décès chez les femmes de la province de Liège ont diminué de façon significative : de 56,0 % pour l'appareil circulatoire et de 18,4 % pour les tumeurs.

Les taux standardisés de mortalité de l'appareil respiratoire ont augmenté de façon significative (+27,2 %).

Ceux des morts non naturelles et de l'appareil digestif ont diminué, mais de façon non significative (respectivement de 1,5 % et 14,8 %).



## Chapitre 2

Afin d'éviter les variations annuelles, les taux de mortalité par cause sont présentés pour les années 2014-2018 regroupées.

**Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Liège, 2014-2018**

Cause de décès (2014-2018) Taux pour 1 000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	2,70	3,02	3,50	2,38
Tumeurs	2,83	2,34	3,32	2,05
Appareil respiratoire	1,26	1,23	1,65	1,00
Morts non naturelles	0,83	0,67	0,96	0,57
Appareil digestif	0,45	0,44	0,53	0,37
Système nerveux, organes des sens	0,41	0,60	0,51	0,48
Troubles mentaux	0,29	0,41	0,37	0,32
Maladies endocriniennes	0,25	0,33	0,32	0,26
Maladies infectieuses et parasitaires	0,27	0,30	0,35	0,25
Autres causes	1,17	1,53	1,50	1,21
<b>Total décès</b>	<b>10,45</b>	<b>10,88</b>	<b>13,01</b>	<b>8,90</b>

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg  
Population de référence : Wallonie 2014-2018

→ Les taux bruts de mortalité dépendent énormément de la structure de la population. La population féminine comportant davantage de personnes âgées que la population masculine, le taux de mortalité brut des femmes est plus souvent élevé que celui des hommes. Parmi les causes de décès pour lesquelles les femmes présentent des taux bruts plus élevés, on retrouve davantage de causes qui touchent les personnes âgées : maladies cardiovasculaires, atteintes neurologiques et troubles mentaux.

La standardisation permet de gommer les différences liées à l'âge des populations et de comparer l'impact des différentes causes de décès sur la mortalité des hommes et des femmes.

La standardisation accentue la différence entre les hommes et les femmes pour les décès liés aux tumeurs (+1,26 décès/1 000 hab.), liés aux pathologies de l'appareil respiratoire (+0,66 décès/1 000 hab.), aux morts non naturelles (+0,38 décès/1 000 hab.) et aux pathologies de l'appareil digestif (+0,17 décès/1 000 hab.).

Elle inverse la tendance par rapport aux taux bruts et accentue la différence entre les hommes et les femmes pour les décès liés aux pathologies de l'appareil circulatoire (+1,11 décès/1 000 hab.) et aux maladies infectieuses et parasitaires (+0,10 décès/1 000 hab.).

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 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, 2014-2018



	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	9	34	301	896	1 152	3 203
<b>Causes de décès</b>	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	4,3	4,7	13,3	21,1	23,9	29,5
Tumeurs	15,2	10,6	15,0	34,8	36,8	22,9
Appareil respiratoire	6,5	1,2	4,4	7,1	11,0	14,7
Morts non naturelles (accident, suicide, empoisonnement, homicide, chute...)	17,4	62,9	39,4	10,4	5,4	4,7
Suicides	2,2	16,5	20,8	5,2	1,6	0,7
Appareil digestif	2,2	1,8	5,9	7,3	4,5	3,3
Système nerveux, organes des sens	10,9	4,1	2,5	2,6	2,7	4,8
Troubles mentaux	0,0	0,0	4,8	3,1	1,4	3,1
Maladies endocriniennes	8,7	1,8	1,1	2,2	2,4	2,5
Malformations congénitales	10,9	2,9	0,7	0,2	0,1	0,1
Maladies infectieuses et parasitaires	4,3	1,8	2,1	2,0	2,5	2,9
Autres causes	19,6	8,2	10,7	9,2	9,3	11,6
Total par classes d'âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

Entre 2014 et 2018, 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 29,5 % des décès totaux.

Les tumeurs représentent, quant à elles, la principale cause de décès des hommes de 50 à 64 ans (34,8 %) et de 65 à 74 ans (36,8 %).

Chez les moins de 50 ans, les morts d'origine non naturelle, dont les suicides, constituent la première cause de mortalité (17,4 % chez les 1-9 ans, 62,9 % chez les 10-24 ans et 39,4 % chez les 25-49 ans).

Dans la catégorie d'âges 25-49 ans, les suicides représentent environ un cinquième des décès (20,8 %).



## Chapitre 2

Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Liège, 2014-2018

	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	6	17	169	569	770	4 572
<b>Causes de décès</b>	%	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	3,2	10,7	13,6	14,6	19,1	31,5
Tumeurs	22,6	15,5	34,8	43,1	38,5	15,6
Appareil respiratoire	0,0	3,6	4,5	9,9	12,6	11,5
Morts non naturelles (accident, suicide, empoisonnement, homicide, chute...)	25,8	40,5	23,7	9,8	4,8	5,2
Suicides	0,0	14,3	12,0	4,4	1,1	0,2
Appareil digestif	0,0	2,4	4,4	5,2	4,6	3,9
Système nerveux, organes des sens	12,9	4,8	3,3	3,0	4,3	6,2
Troubles mentaux	0,0	1,2	2,8	2,0	1,8	4,3
Maladies endocriniennes	3,2	7,1	1,3	1,8	2,3	3,4
Malformations congénitales	9,7	0,0	0,5	0,4	0,2	0,1
Maladies infectieuses et parasitaires	6,5	1,2	2,2	2,3	2,8	2,9
Autres causes	16,1	13,1	8,9	8,0	9,0	15,5
Total par classes d'âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la cause principale de mortalité chez les femmes de 75 ans et plus (31,5 %) 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 34,8 %, les 50-64 ans avec 43,1 % et les 65-74 ans avec 38,5 %.

Quant aux morts non naturelles, elles sont la principale cause de décès pour les 1-9 ans (25,8 %) et les 10-24 ans (40,5 %).

Les décès par suicide sont plus présents dans les catégories d'âges 10-24 ans (14,3 %) et 25-49 ans (12,0 %), comme chez les hommes, mais avec des valeurs moins élevées.

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 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, 2014-2018 (Wallonie Hommes=100)



		Appareil circulatoire	Tumeurs	Appareil respiratoire	Morts non naturelles	Appareil digestif
Belgique		87,3 *	92,2 *	83,6 *	78,2 *	79,0 *
Wallonie		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Province de Liège		100,1	95,4	100,9	94,7	84,8
ARRONDISSEMENTS	Huy	103,9	98,3	108,5	107,7	102,9
	Liège	100,8	99,5	103,9	98,6	87,3
	Verviers	96,0	85,6 *	89,4	83,0	73,7
	Waremme	104,6	94,8	109,0	88,9	80,6

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

→ Au cours de la période 2014-2018, en province de Liège, on observe une sous-mortalité de 15,2 % des décès liés aux pathologies de l'appareil digestif. Toutefois, étant donné les petits nombres, les sous-mortalités observées au niveau des cinq premières causes de décès étudiées chez les hommes de la province de Liège ne sont pas statistiquement significatives par rapport aux mortalités de la Wallonie.

L'arrondissement de Verviers présente une sous-mortalité statistiquement significative de 14,4 % pour les décès liés aux tumeurs et une sous-mortalité non significative de 26,3 % pour les décès liés aux pathologies de l'appareil digestif.

L'arrondissement de Waremme présente une sous-mortalité de 19,4 % des décès dus aux pathologies digestives, mais vu les petits nombres ces différences ne sont pas statistiquement significatives.



## Chapitre 2

Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, province de Liège, par arrondissement, 2014-2018 (Wallonie Femmes=100)

		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Morts non naturelles		Appareil digestif	
		ICM	*	ICM	*	ICM	*	ICM	*	ICM	*
Belgique		93,5	*	93,7	*	87,0	*	78,0	*	85,7	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
Province de Liège		102,0		100,3		107,9		106,9		93,7	
ARRONDISSEMENTS	Huy	111,7		107,5		116,0		114,1		92,6	
	Liège	100,1		104,1		112,2		108,9		98,3	
	Verviers	100,4		91,9		93,9		100,9		81,1	
	Waremme	110,5		89,8		109,8		102,3		101,5	

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

→ Comme pour les hommes, chez les femmes de la province de Liège, sur la période 2014-2018, on n'observe pas de différence significative au niveau de la mortalité des cinq causes étudiées, comparativement à la population wallonne.

Toutefois, certaines différences entre les taux de mortalité observés au niveau des quatre arrondissements de la province de Liège et la Wallonie atteignent pratiquement 20 %. Vu les petits nombres de décès observés, ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 3. Mortalité prématurée

La mortalité prématurée désigne les décès ayant lieu trop tôt, c'est-à-dire avant l'âge correspondant à l'espérance de vie. Dans la définition de cet indicateur, différents seuils peuvent être utilisés.

Les chiffres présentés dans ce Tableau de bord de la santé pour la mortalité prématurée sont les décès survenus avant l'âge de 75 ans. La mortalité prématurée était anciennement définie comme les décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Au sein de l'Union européenne (UE), 1,7 million de décès ont été enregistrés en 2016 pour les personnes âgées de moins de 75 ans. Sur ce total, 1,2 million de décès pourraient être considérés comme évitables en vertu de la liste Eurostat-OCDE récemment élaborée en ce qui concerne la mortalité évitable. Quelque 741 000 de ces décès auraient pu être évités grâce à des interventions efficaces dans le domaine de la santé publique et de la prévention primaire, et 422 000 auraient pu être traités dans le cadre d'interventions en temps utile et efficaces.

Dans l'UE, les crises cardiaques (soit 15 % du total des décès évitables parmi les moins de 75 ans), les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (soit 14 %) et les accidents vasculaires cérébraux (soit 7 %) représentaient plus d'un tiers des décès potentiellement évitables en 2016.

Viennent ensuite les maladies liées à l'alcool (7 %), les cancers colorectaux (6 %), les cancers du sein et les affections pulmonaires obstructives chroniques (4 %), les blessures accidentelles (4 %) et les suicides (4 %) [9].

En province de Liège, en 2019, la mortalité prématurée représentait 34,7 % de l'ensemble des décès (respectivement 43,3 % pour les hommes et 26,9 % pour les femmes).

**Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 75 ans divisé par 1 000 habitants de moins de 75 ans.**

Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (<75 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Taux brut pour 1 000 habitants < 75 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	4,0	2,5	3,3
Wallonie	5,0	3,1	4,0
Province de Liège	4,7	3,2	3,9

Source : SPF Économie-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 plus élevé que celui de la Belgique et juste inférieur à celui de la Wallonie.



## Chapitre 2

Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100)

		Hommes		Femmes		Total	
Belgique		80,3	*	82,9	*	81,6	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0	
Province de Liège		94,8	*	102,0		97,7	*
ARRONDISSEMENTS	Huy	92,6	*	109,2	*	99,2	
	Liège	101,0		108,4	*	103,7	*
	Verviers	83,6	*	87,5	*	85,6	*
	Waremme	90,9	*	93,5		92,1	*

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2015-2019=100)

→ La mortalité prématurée est statistiquement plus basse en Belgique par rapport à la Wallonie, et ce, quel que soit le sexe (respectivement moins 19,7 % pour les hommes, 17,1 % pour les femmes et 18,4 % pour la population totale).

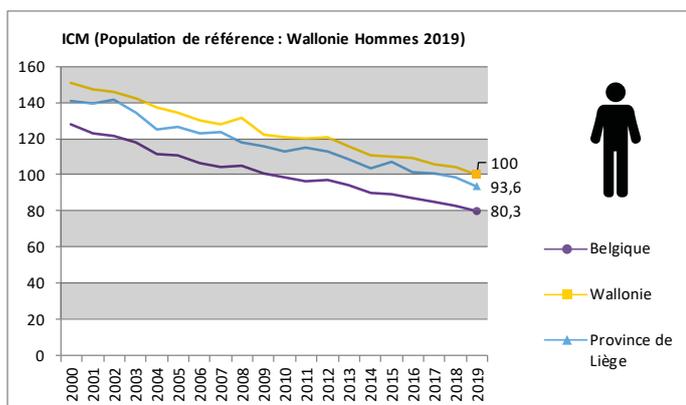
Il en est de même quand on compare la province de Liège par rapport à la Wallonie pour les hommes et pour la population totale (moins 5,2 % pour les hommes et moins 2,3% pour la population totale). La mortalité prématurée des femmes de la province de Liège est similaire à celle de la Wallonie.

La mortalité prématurée est également statistiquement plus basse au sein de l'arrondissement de Huy pour les hommes (moins 7,4 %), de l'arrondissement de Verviers pour les hommes et les femmes (respectivement moins 16,4 % et moins 12,5 %) et de l'arrondissement de Waremme pour les hommes (moins 9,1 %).

La mortalité prématurée est statistiquement plus élevée pour les femmes de l'arrondissement de Huy (plus 9,2 %) et de Liège (plus 8,4 %).

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2019 (Wallonie Hommes 2019=100)

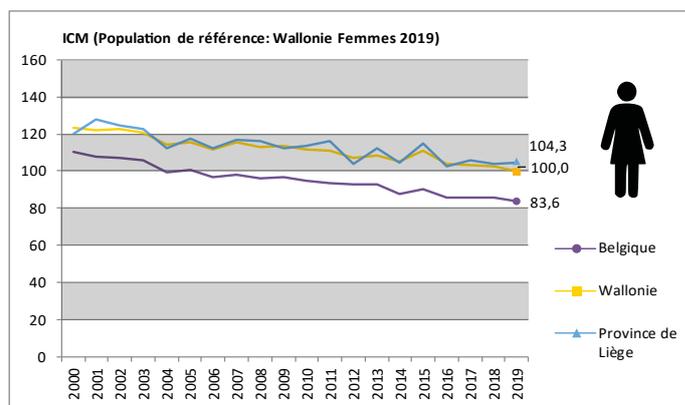


Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité prématurée des hommes de la province de Liège a diminué de 33,5 % en 20 ans, en passant d'un indice de 140,7 en 2000 à 93,6 en 2019.

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, 2000-2019 (Wallonie Femmes 2019=100)



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ L'indice comparatif de mortalité prématurée des femmes de la province de Liège, diminue au cours de cette même période de 13,2 %, en passant d'un ICM de 120,1 à 104,3.

La mortalité prématurée des femmes de la province de Liège est supérieure à celle de la Belgique. Son évolution au cours du temps est proche de celle de 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, 2014-2018

	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès < 75 ans	% (sur 100 décès < 75 ans)	Nombre de décès < 75 ans	% (sur 100 décès < 75 ans)
<b>Ensemble des tumeurs</b>	786	32,5	605	39,1
cancer du poumon	281	11,6	172	11,1
cancer des VADS*	55	2,3	19	1,3
cancer de l'intestin	57	2,3	39	2,5
cancer du sein	-	-	100	6,5
cancer de l'utérus	-	-	31	2,0
<b>Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire</b>	507	21,0	256	16,6
cardiopathies ischémiques	210	8,7	66	4,3
accidents vasculaires cérébraux	78	3,2	56	3,6
<b>Morts non naturelles</b>	298	12,3	141	9,2
suicides	133	5,5	57	3,7
accidents de la vie courante	90	3,7	53	3,4
accidents de la circulation	46	1,9	16	1,0
<b>Autres causes de décès prématurés</b>	827	34,2	543	35,1
<b>Toutes causes</b>	2 419	100,0	1 545	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

\* Voies aéro-digestives supérieures

→ En province de Liège, entre 2014 et 2018, la moyenne des décès prématurés par an s'élève à 3 964. 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 de Liège est attribuable aux tumeurs (avec respectivement 32,5 % et 39,1 % des décès prématurés). Dans cette catégorie, le cancer du poumon est le premier responsable des décès prématurés (avec 11,6 % chez les hommes et 11,1 % chez les femmes). Le cancer du sein est attribuable à 6,5 % des décès prématurés chez les femmes.

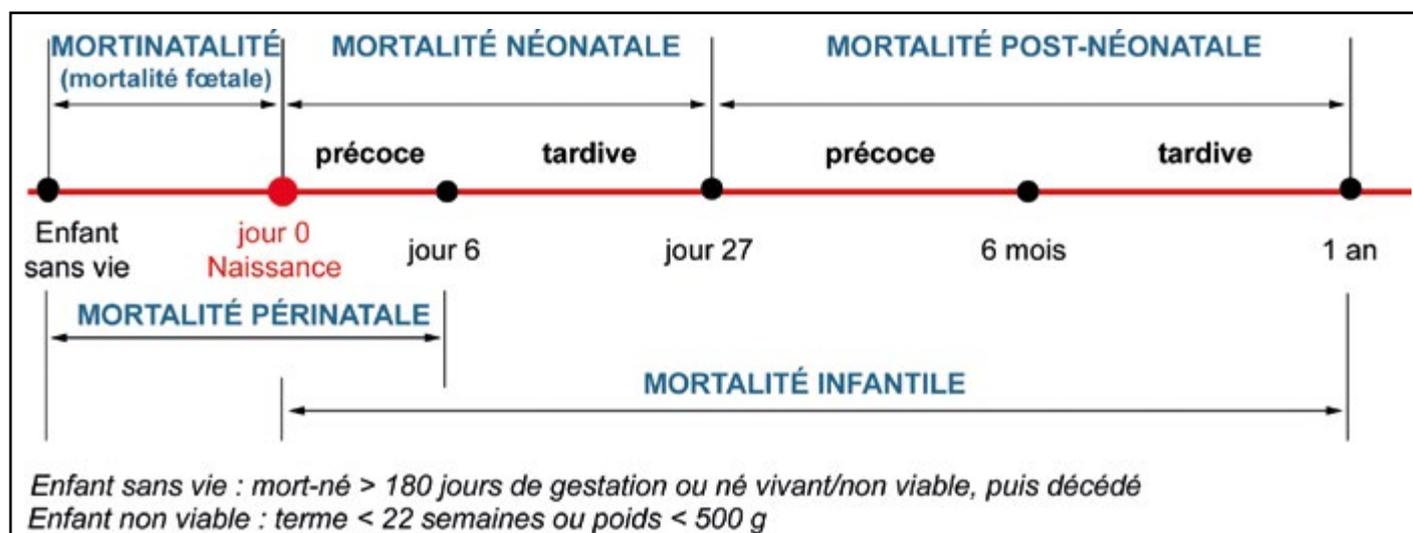
Les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de mortalité prématurée chez les hommes et les femmes de la province de Liège. Elles sont plus fréquentes chez les hommes (21,0 %) que chez les femmes (16,6 %).

Les morts non naturelles représentent la troisième cause de décès prématurés chez les hommes (12,3 %) et les femmes (9,2 %). Au sein de cette catégorie, les causes principales de décès sont, par ordre décroissant, les suicides (respectivement 5,5 % et 3,7 %), les accidents de la vie courante (respectivement 3,7 % et 3,4 %) et les accidents de la circulation (respectivement 1,9 % et 1,0 %).

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 4. Mortalité périnatale et infantile

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.

Le taux de mortalité néonatale est le nombre de décès survenus de la naissance au 28<sup>e</sup> jour de vie divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année.

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

La mortinatalité est le nombre de décès survenus entre la 22<sup>e</sup> 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 [10].

Durant les 20 dernières années, le taux de mortalité infantile dans les 28 pays de l'UE est passé de 6,6 en 1998, à 4,2 en 2008 pour atteindre 3,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018. Cela représente le décès d'environ 14 600 enfants de moins d'un an.

En 2018, les plus hauts taux de mortalité infantile ont été enregistrés en Roumanie (6,0 morts pour 1 000 naissances vivantes), en Bulgarie (5,8), à Malte (5,6) et les taux les plus bas en Slovénie (1,7) et en Estonie (1,6). Au sein de ce classement, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne européenne avec un taux de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes [11].

La mortalité infantile, avant l'âge d'un an, est expliquée pour plus de 40 % des cas par des causes dont l'origine se situe dans la période périnatale et pour un cas sur trois en raison d'une malformation congénitale ou d'une anomalie chromosomique [12].



# Chapitre 2

## 4.1. Mortalité infantile

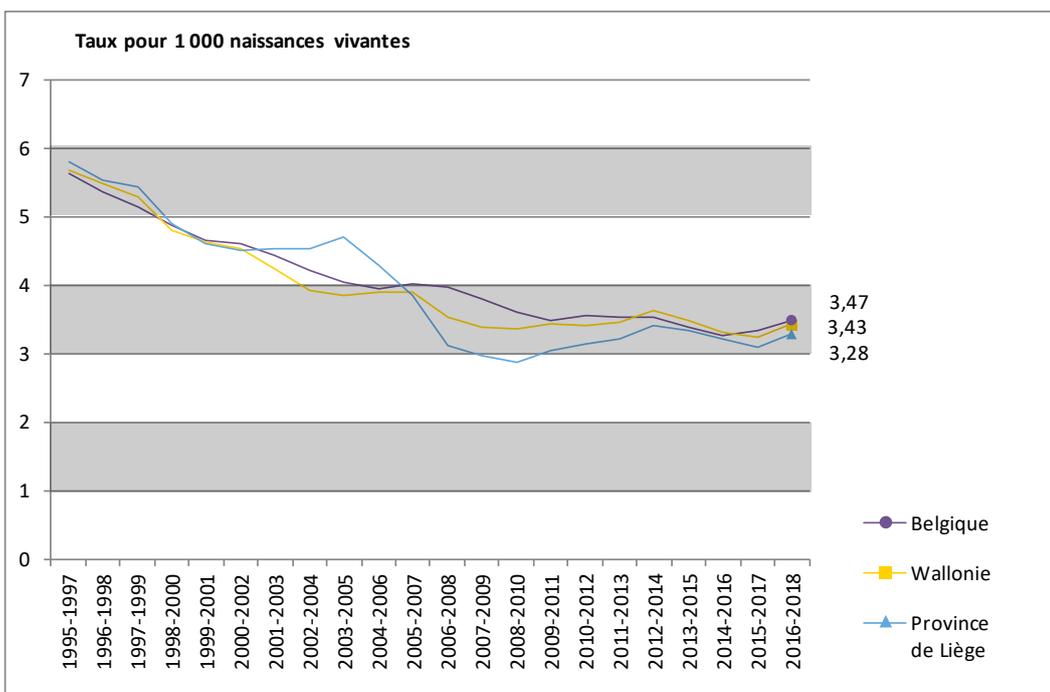
Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-province de Liège, 1990-2018

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Belgique	1 020	694	556	469	459	398	435
Wallonie	322	215	181	160	145	111	128
Province de Liège	114	69	56	56	35	38	43

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En 2018, 43 enfants de la province de Liège sont décédés avant l'âge d'un an. En un peu moins de 30 ans, on a observé une diminution de 62,3 % du nombre de décès de cette catégorie d'âge dans la province. En Belgique, 435 décès d'enfants de moins d'un an ont été relevés, dont 128 en Wallonie.

Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018



Source : Sciensano-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 5,79 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1997 à 3,28 décès en 2018, soit une diminution de 43,4 %.

Si nous comparons avec la période qui s'étendait de 1989 à 2010, la diminution était de 71,3 %.

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 4.2. Mortalité néonatale

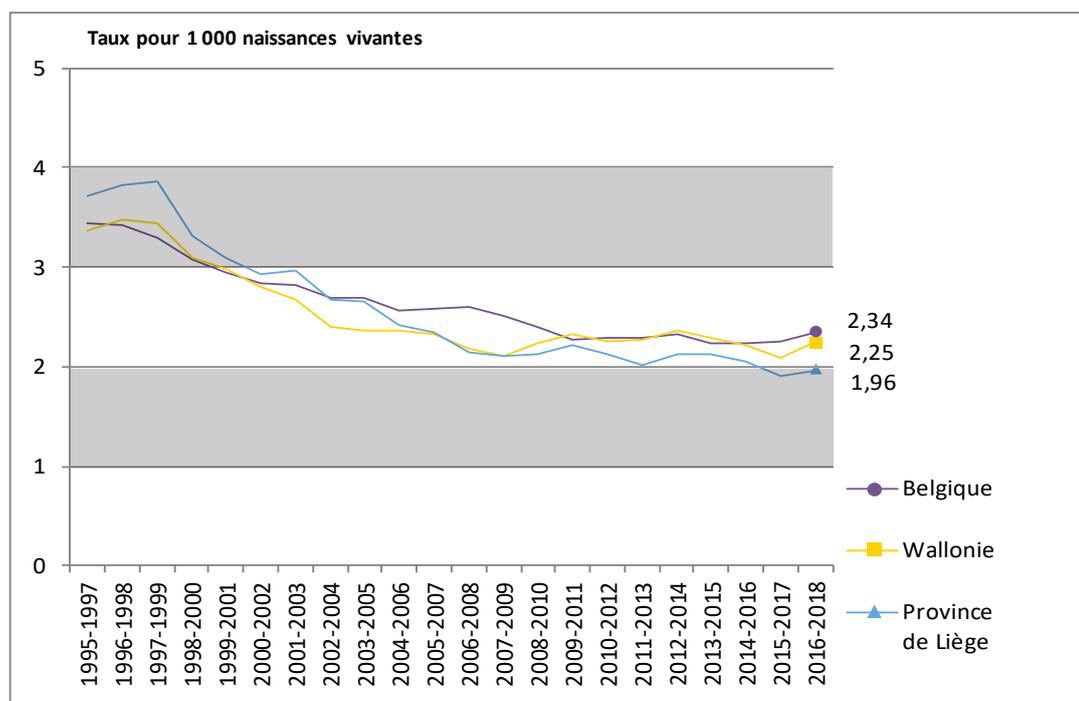
Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile
Belgique	277	135	412
Wallonie	84	43	127
Province de Liège	25	15	40

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

→ En moyenne, en province de Liège, 40 enfants décèdent avant l'âge d'un an. 25 décès surviennent entre la naissance et le 28<sup>e</sup> jour de vie et 15 entre le 28<sup>e</sup> jour et le 1<sup>er</sup> anniversaire.

Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018



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

→ En 2018, la province de Liège présente le taux de mortalité néonatale le plus bas (1,96) comparativement à la Belgique (2,34) et la Wallonie (2,25).

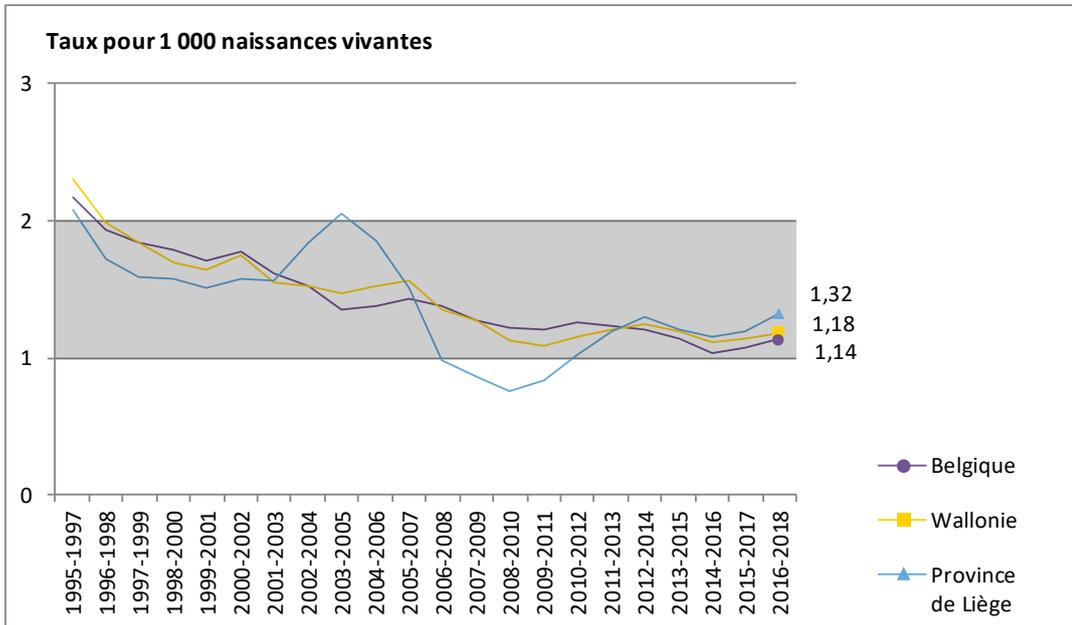
En un peu plus de 20 ans, le taux de mortalité néonatale a diminué de 47,2 % en province de Liège passant de 3,71 à 1,96. Les taux de mortalité néonatale de la Belgique et de la Wallonie présentent une diminution moins marquée, respectivement de 32,2% et de 33,2%, car leurs taux en 1997 étaient moins élevés qu'en province de Liège en 1997 mais plus élevés que ce territoire en 2018.



# Chapitre 2

## 4.3. Mortalité post-néonatale

Figure 2.12. Évolution du taux de mortalité post-néonatale lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018



Source : Sciensano-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, pratiquement 5 enfants pour 1 000 naissances vivantes sont décédés en 1987, contre moins de 1 de 2008 à 2011.

En 2018, en province de Liège, le taux de mortalité post-néonatale est de 1,32, contre 1,18 en Wallonie et 1,14 en Belgique.

Cette forte diminution pourrait sûrement s'expliquer par la diffusion des règles de prévention sur la mort subite du nourrisson.

En effet, plusieurs campagnes successives de prévention de la mort subite du nourrisson ont eu lieu en Belgique dès les années 90 ; elles visaient tant les professionnels de la santé, de la petite enfance et les parents [13].

## 4.4. Mortinatalité

Tableau 2.15. Nombre moyen annuel d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018

	Mortalité
Belgique	602
Wallonie	178
Province de Liège	78

Source : Sciensano-SPMA, OSLg

→ En moyenne, chaque année, 78 enfants sont mort-nés en province de Liège. Cela représente un peu moins de la moitié (47,2 %) des enfants mort-nés en Wallonie. Or la proportion de naissances vivantes en province de Liège par rapport à celles de la Wallonie est de 31,4 %.

Pour la période 2006-2010, la moyenne en province de Liège était de 69 enfants mort-nés chaque année.

# MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS

## 5. Bibliographie

1. Vers une Belgique en bonne santé. *État de santé-Mortalité et causes de décès*. 2021.  
Consultable sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale#references>
2. Renard F, Devieesschauwer B, Health Status Report 2019, *L'état de santé en Belgique*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2019. 48p. Numéro de dépôt légal : D/2019/14.440/3.
3. Aouba, A. et al. *L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009*. ADSP, 2012(80) : p.24-28.
4. Institut national de la statistique et des études économiques. *Définitions, méthodes et qualité. Taux de mortalité (brut, prématurée)*. INSEE ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
5. Jouglia E. *Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population*. Rev Epidém et Santé Publ. 1997 : 78-84.
6. Organisation de coopération et de développement économique. *Panorama de la santé 2019 Les indicateurs de l'OCDE Mortalité évitable (par prévention et traitement)*. OCDE ; 2019.  
Consultable sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/96912c73-fr.pdf?expires=1619097351&id=id&accname=guest&checksum=2326E9CFAEE226D012F733B3B6483B43>
7. Boardman HMP HL, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B. *Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews ; 2015.
8. Eurostat Statistics Explained. *Glossaire : taux de mortalité standardisé (TSD)*. Eurostat ; 2016.  
Consultable sur : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Standardised\\_death\\_rate\\_\(SDR\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Standardised_death_rate_(SDR))
9. Eurostat newsrelease. *Nombre de décès évitables en 2016 Dans le cas des moins de 75 ans, deux décès sur trois dans l'UE auraient pu être évités Les maladies cardiaques et pulmonaires, principales catégories de décès évitables*. 136/2019 – 5 septembre 2019
10. Rambaud P. *Prématurité et hypotrophie néonatale*. Corpus médical – Faculté de Médecine de Grenoble ; 2003.  
Consultable sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/nouveaune/21/leconimprim.pdf>
11. Eurostat Your key to European statistics. *Infant mortality halved between 1998 and 2018*. Eurostat ; 2020.  
Consultable sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200309-1>
12. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Indicateurs statistiques Mortalité Causes de décès*. IWEPS ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/causes-de-mortalite/>
13. Institut Scientifique de Santé Publique. *Prévention du syndrome de mort subite du nourrisson*. ISP – Enquête de santé par interview ; 2008.  
Consultable sur : [https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r4/6.SI\\_Prevention\\_du\\_syndrome%20\\_report\\_08.FR.pdf](https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r4/6.SI_Prevention_du_syndrome%20_report_08.FR.pdf)





# Chapitre 3

## ÉTAT DE SANTÉ

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



## Chapitre 3

# ÉTAT DE SANTÉ

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



# Chapitre 3 : ÉTAT DE SANTÉ

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

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

## 1. Santé perçue

### 1.1. Santé globale

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

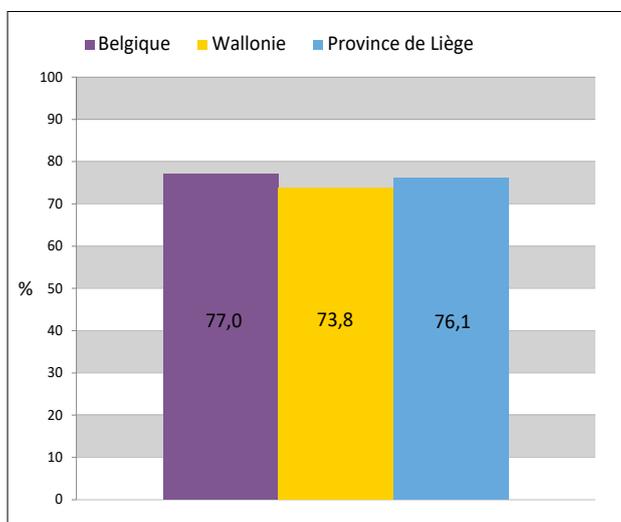
L'état de santé perçue est l'évaluation subjective globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

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

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

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

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



Source : Sciensano-HIS 2018

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

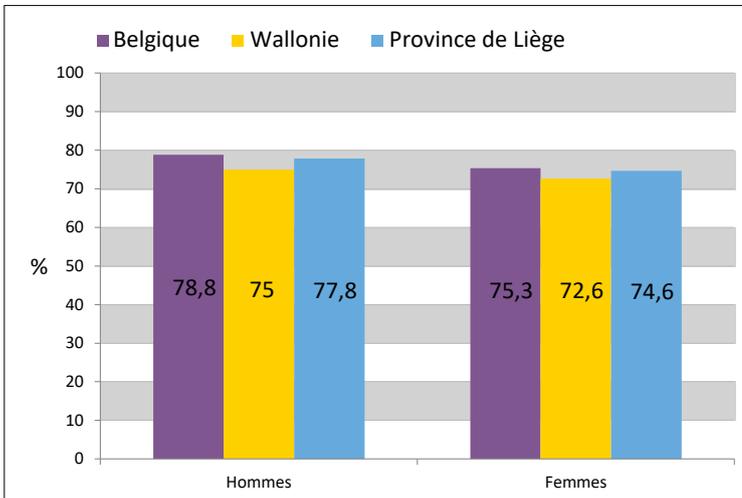
Les Enquêtes de santé par interview réalisées en 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013 ont révélé des résultats semblables à ceux de 2018. Les taux de personnes se déclarant en bonne santé restent stables depuis vingt ans, pour les trois niveaux de territoires.



# Chapitre 3

## 1.1.2. Santé perçue par sexe

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



Source : Sciensano-HIS 2018

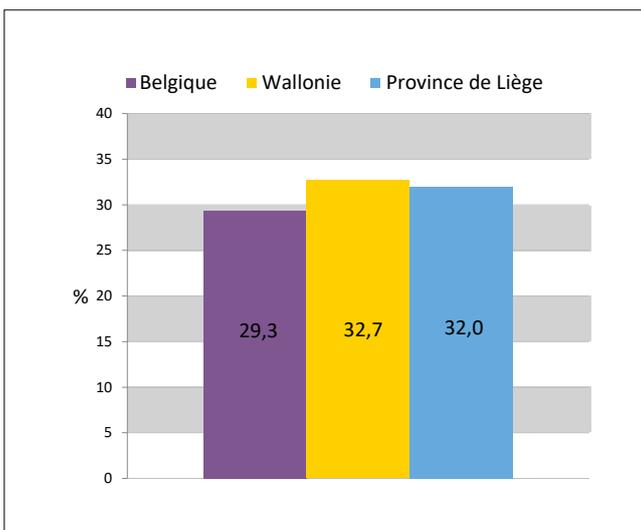
→ Les différences observées entre les hommes et les femmes concernant la perception de leur état de santé ne sont pas significatives, quel que soit le niveau géographique considéré.

## 1.2. Maladies chroniques

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

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

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



Source : Sciensano-HIS 2018

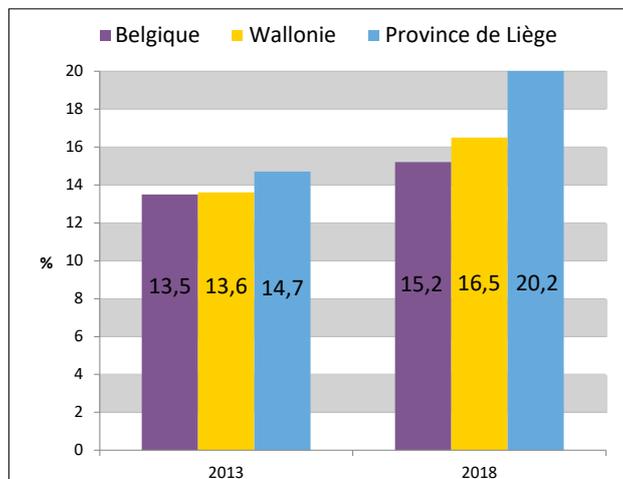
→ La proportion de personnes déclarant souffrir d'au moins une affection chronique est similaire en Belgique, en Wallonie et dans la province de Liège. Elle reste relativement stable entre 2013 (33,3 %) et 2018 (32,0 %) en province de Liège, comme en Wallonie et en Belgique.

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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



Source : Sciensano-HIS 2018

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

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

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

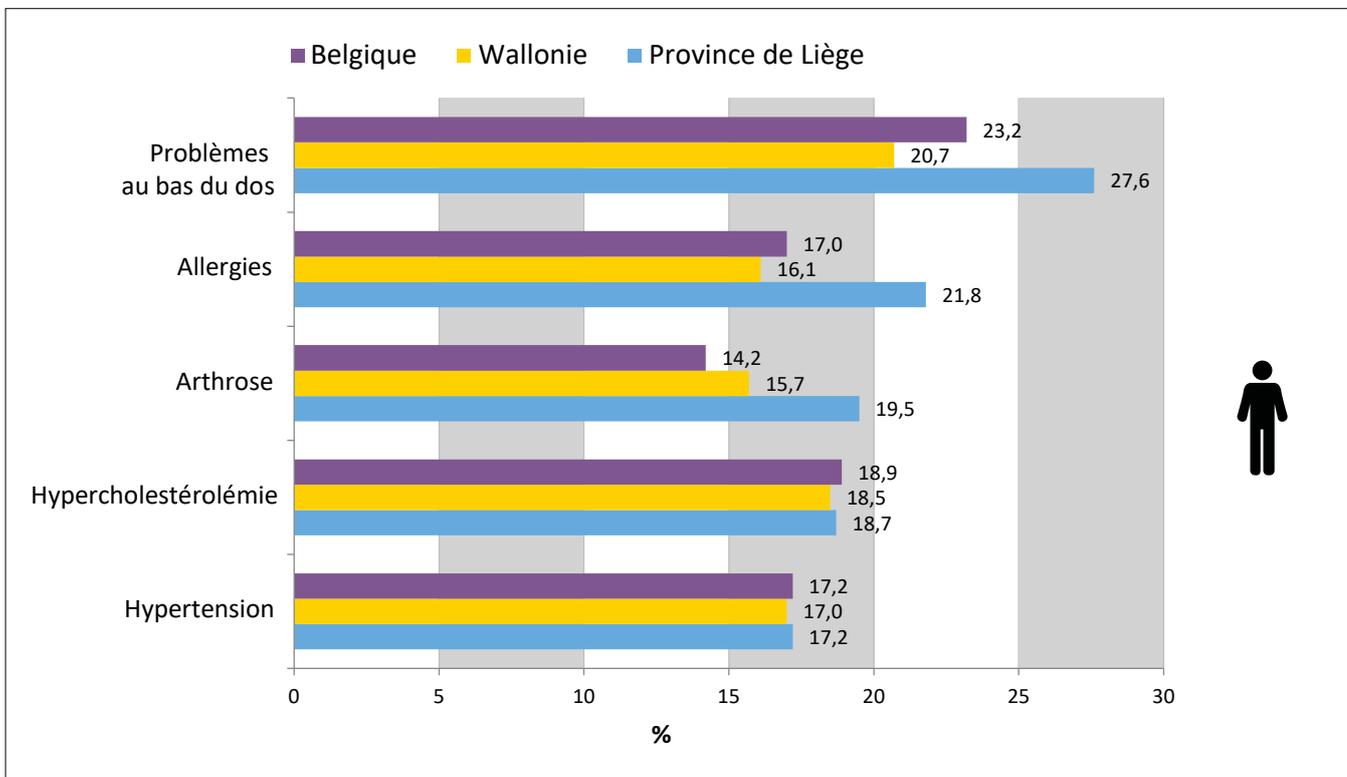
Il existe des différences importantes selon l'âge. La proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. À partir de 65 ans, environ quatre personnes sur dix présentent une comorbidité, tant en province de Liège que dans les autres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



## Chapitre 3

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

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



Source : Sciensano-HIS 2018

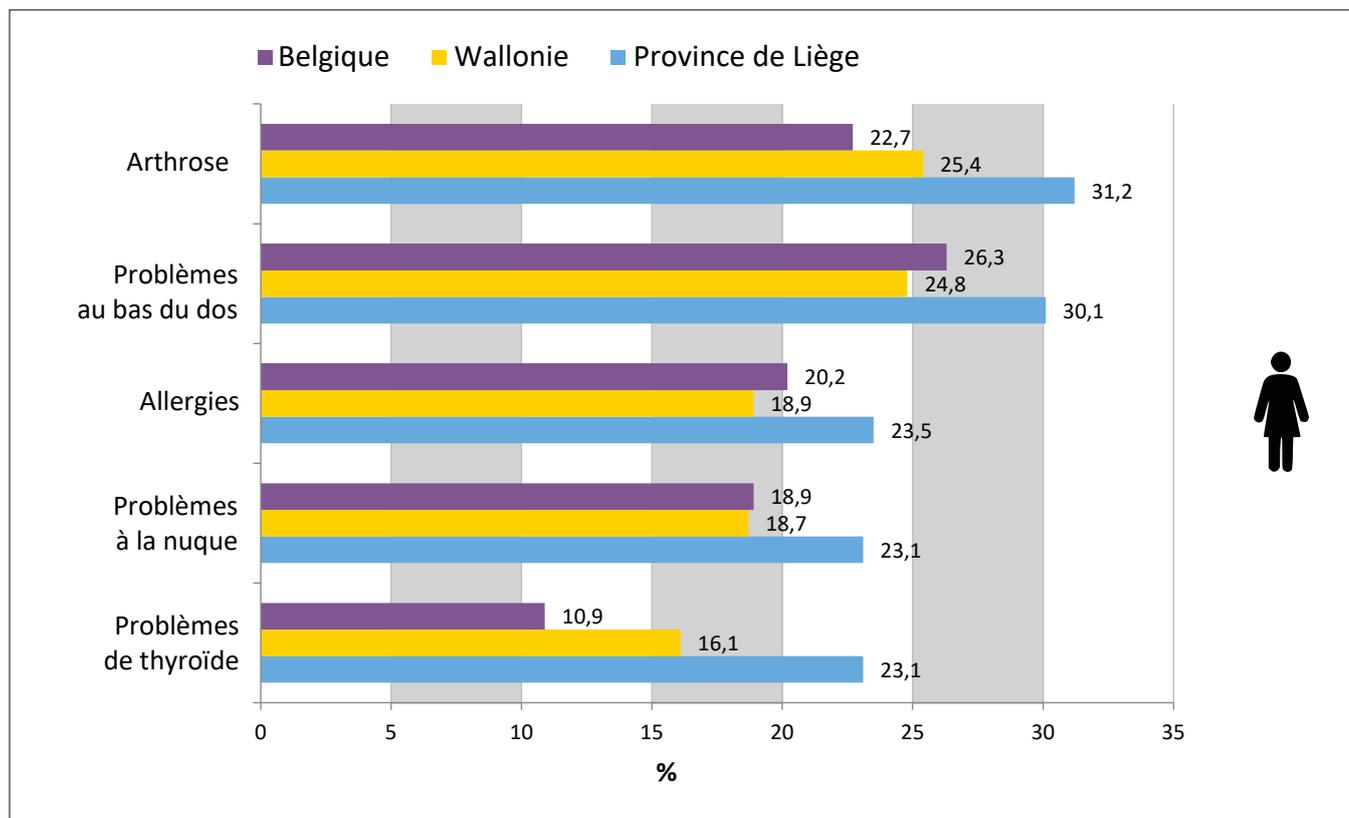
→ Selon l'Enquête de santé par interview, en 2018, les cinq affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes, en province de Liège, sont les affections du bas du dos, les allergies, l'arthrose, l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle. En Belgique et en Wallonie, les affections les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

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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



Source : Sciensano-HIS 2018

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

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

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

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

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



## 2. Maladies cardiovasculaires

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

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

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

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

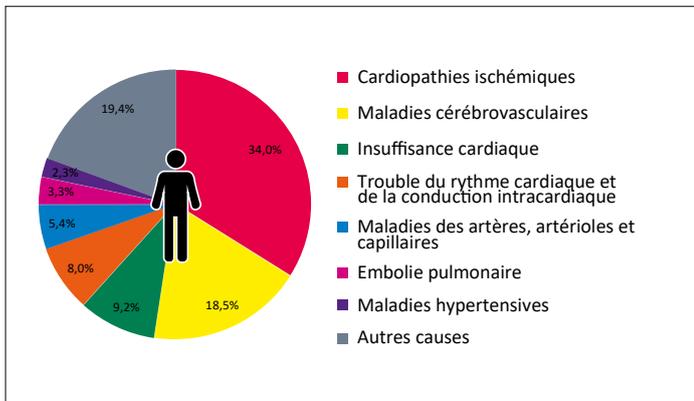
### 2.1. Mortalité

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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

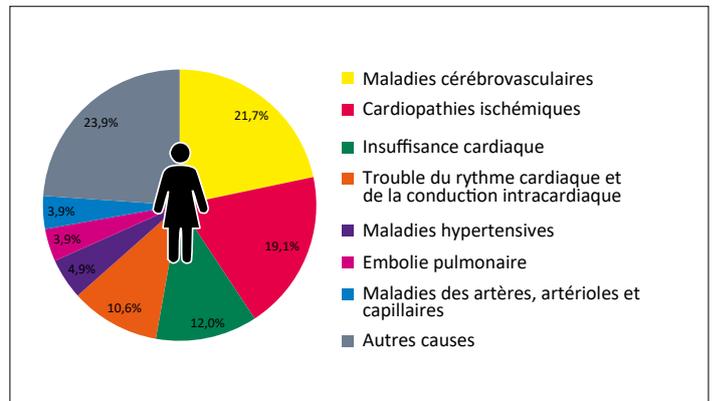


Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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

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



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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



# Chapitre 3

## 2.2. Hypertension artérielle

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

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

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

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

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

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

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

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

## 3. Cancers

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

Cette partie du Tableau de bord traitera uniquement des cancers.

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

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

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



# Chapitre 3

## 3.1. Mortalité par cancer

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

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

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

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

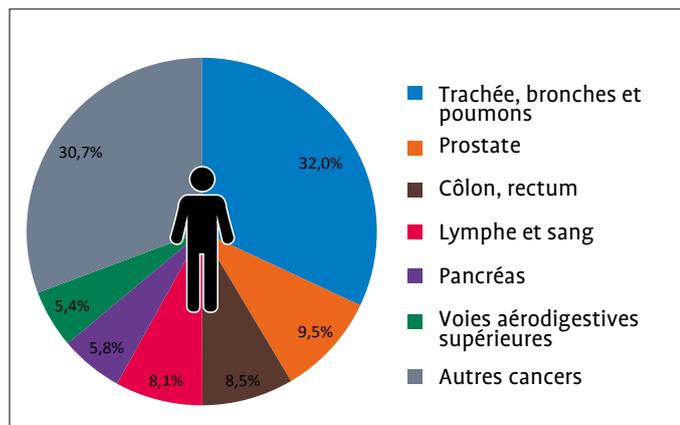
Source : Sciensano-SPMA

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

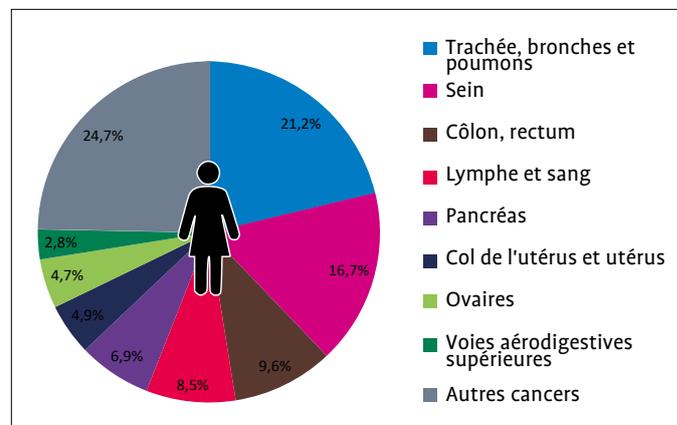
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2014-2018



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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



Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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



# Chapitre 3

---

## 3.2. Incidence des cancers

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

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

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

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

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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

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

Source : Fondation Registre du Cancer

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

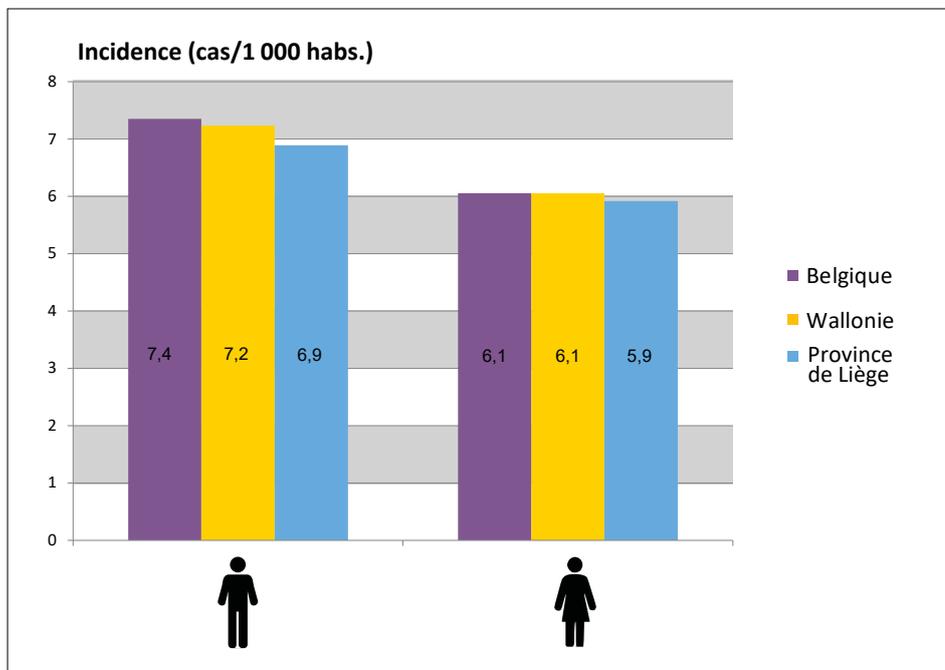
La Belgique occupe la troisième place européenne en matière d'incidence du cancer du sein [23]. Cette incidence élevée pourrait être expliquée par une accumulation de facteurs de risque, l'impact du dépistage et la bonne qualité d'enregistrement des cas [24].



## Chapitre 3

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

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

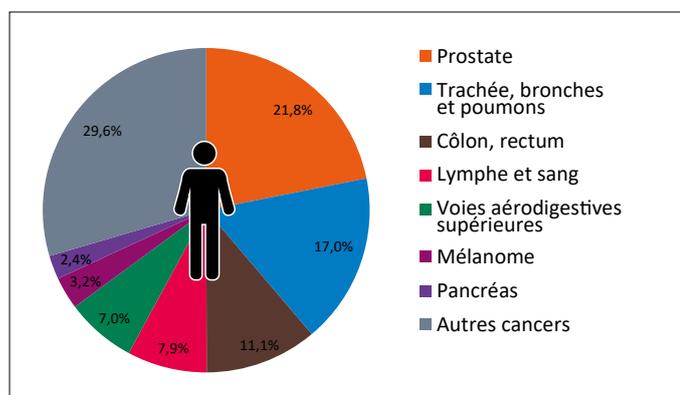


Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

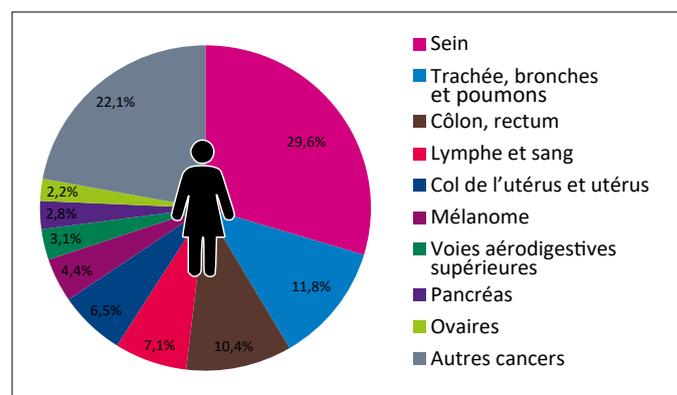
→ Alors qu'en termes de mortalité masculine, en province de Liège, le cancer de la prostate occupe la deuxième place, il est numéro un du point de vue de l'incidence. Les chiffres reflètent les effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

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

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

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

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



Source : Fondation Registre du Cancer, calculs OSLg

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

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



## 4. Maladies respiratoires

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

### 4.1. Mortalité par maladie respiratoire

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

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

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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

### 4.2. Asthme

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

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

## 4.3. Tuberculose

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

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

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

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

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

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

Source : FARES

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

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



## 5. Insuffisance rénale

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

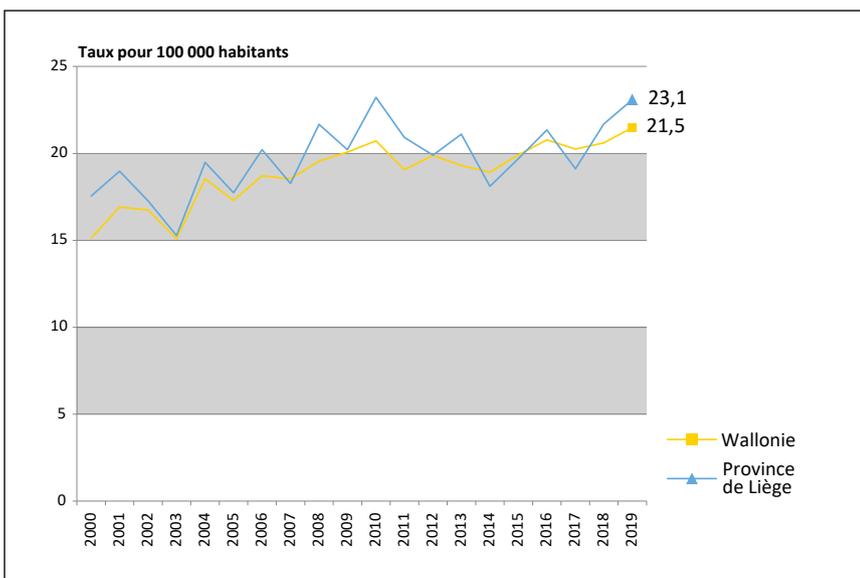
La maladie est dite « aiguë » si le dysfonctionnement est transitoire et réversible ; elle est « chronique » si la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison.

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

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

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

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



Source : Groupement des Néphrologues francophones de Belgique

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

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

### 5.1. Mortalité par insuffisance rénale

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

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

Source : Sciensano-SPMA

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

# ÉTAT DE SANTÉ

## 5.2. Dialyse

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

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

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

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

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

Source : INAMI

## 6. Diabète

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

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

Il existe différents types de diabète :

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

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

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

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

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



# Chapitre 3

## 6.1. Mortalité due au diabète

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

## 6.2. Prévalence du diabète

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

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

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

Source : Agence Intermutualiste

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

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

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

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

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

## 7. Ostéoporose

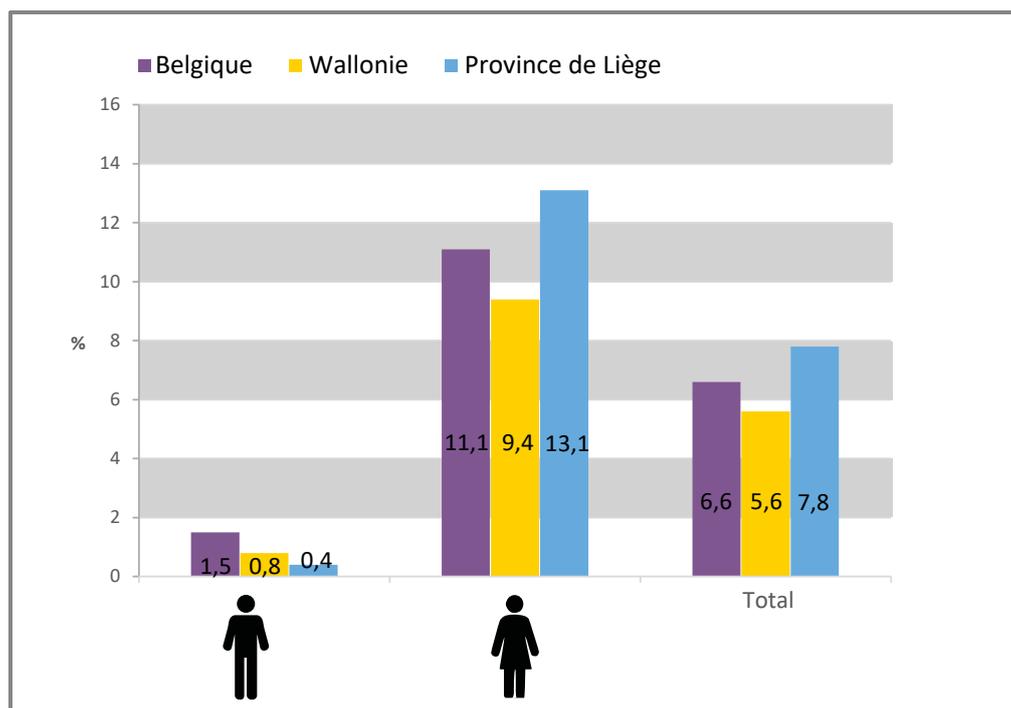
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux.

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

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

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

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



Source : Sciensano-HIS 2018

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



### 8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 8.1. Mortalité causée par le SIDA

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

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

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

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

## 8.2. Personnes infectées par le VIH

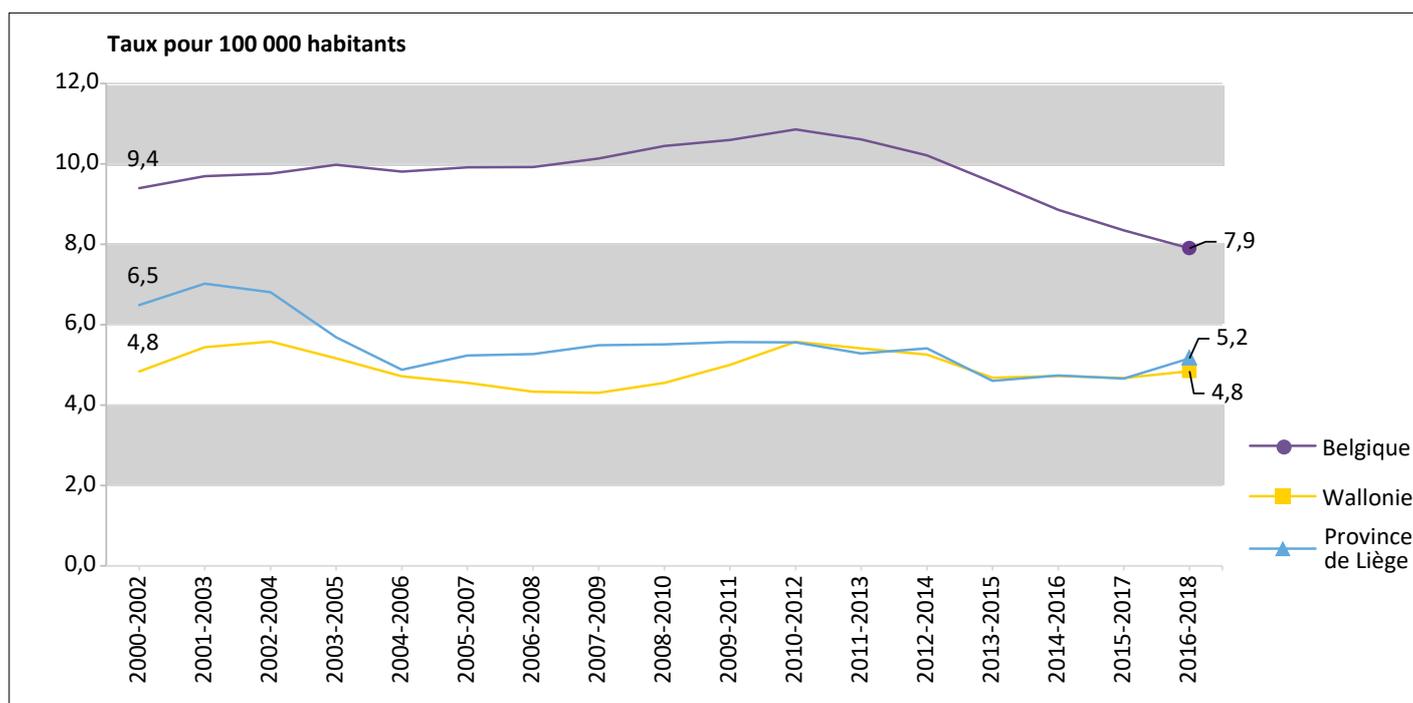
Tableau 3.11. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2008-2013-2018

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

Source : Sciensano-Registre SIDA

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

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



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

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

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



## 9. Limitations physiques et invalidités

### 9.1. Limitations physiques

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

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

### 9.2. Invalidités

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

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

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

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

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

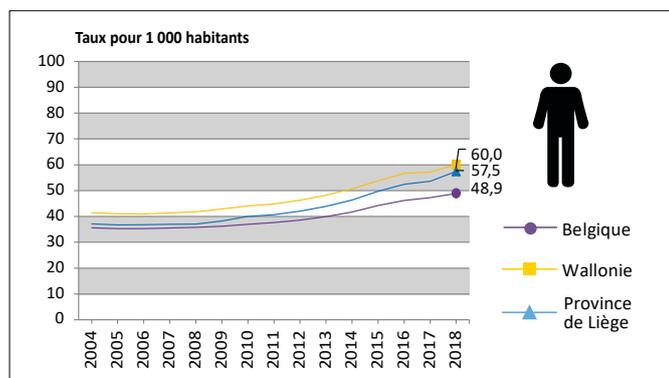
	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	164 149	4,9	224 886	6,7	389 035	5,8
Wallonie	63 488	6,0	82 839	7,8	146 327	6,9
Province de Liège	18 606	5,7	25 344	7,8	43 950	6,8

Source : INAMI, calculs OSLg

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

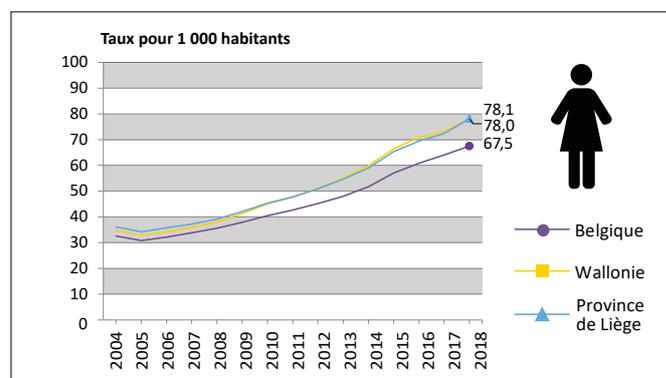
# ÉTAT DE SANTÉ

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



Source : INAMI, calculs OSLg

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



Source : INAMI, calculs OSLg

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

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

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

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

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



### 10. Maladies professionnelles

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

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

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

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

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

Source : FEDRIS, calculs OSLg

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

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

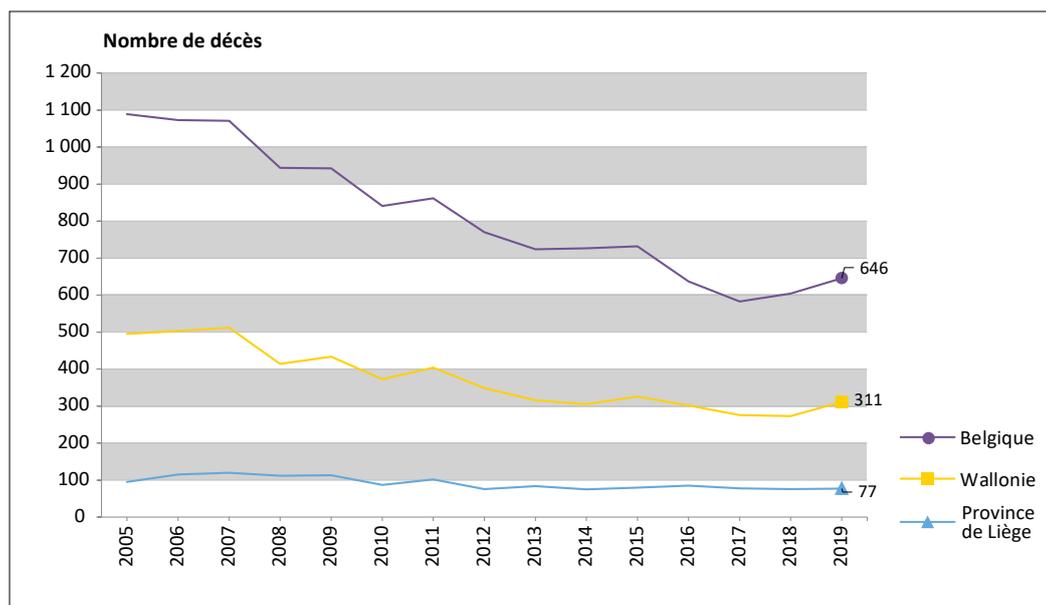
En Belgique, 13,7 % des maladies professionnelles sont provoqu es par inhalation (silicose, asbestose, farinose...) et 5,2 % par des agents chimiques. En province de Liège, les proportions des maladies professionnelles dues à l'inhalation de substances ou mettant en cause des agents chimiques s'élèvent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

## 11. Accidents

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

### 11.1. Accidents de circulation

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



Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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

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

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

	Moyenne annuelle
Belgique	628
Wallonie	266
Province de Liège	72

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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



## Chapitre 3

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

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

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

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

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

## 11.2. Accidents du travail

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

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

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

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

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

Source : FEDRIS, calculs OSLg

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

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

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

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

**La FEDRIS distingue quatre types d'accidents :**

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



## Chapitre 3

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

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

Source : FEDRIS

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

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

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

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

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

Source : FEDRIS

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

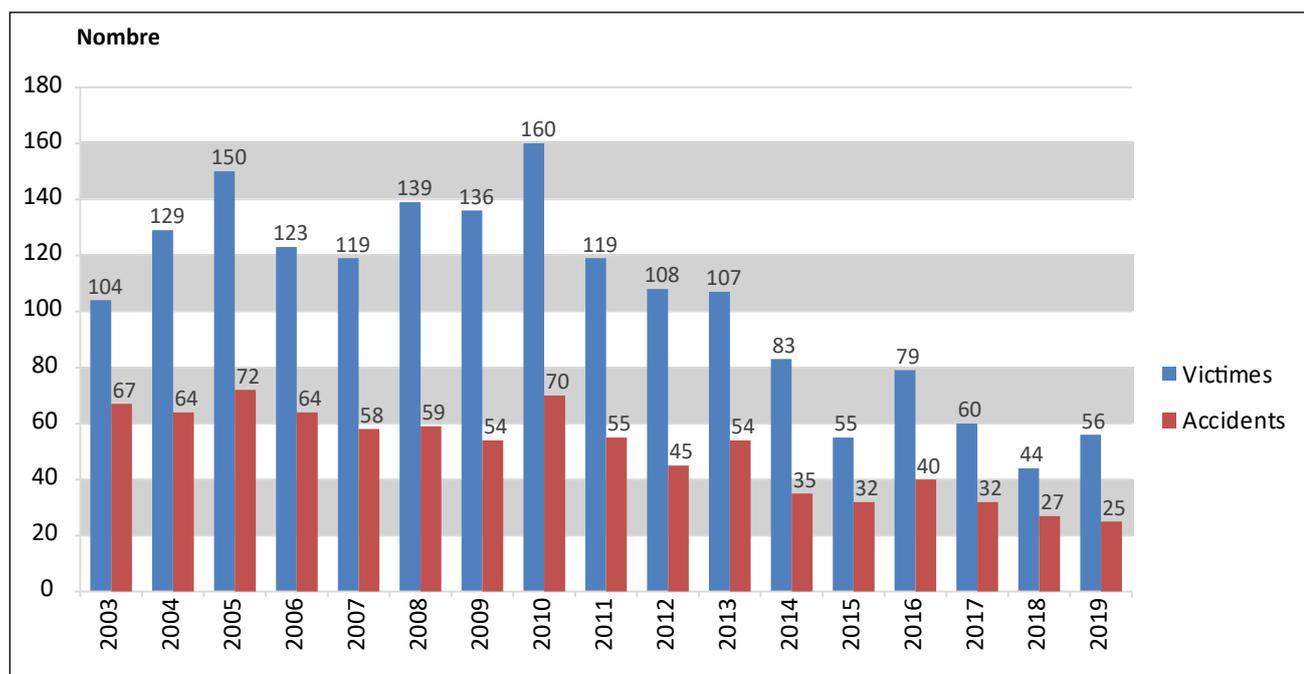
## 12. Intoxication au monoxyde de carbone

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

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

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

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



Source : Centre Antipoison

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

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

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



## 13. Santé maternelle et infantile

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

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

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

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

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

Source: SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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

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

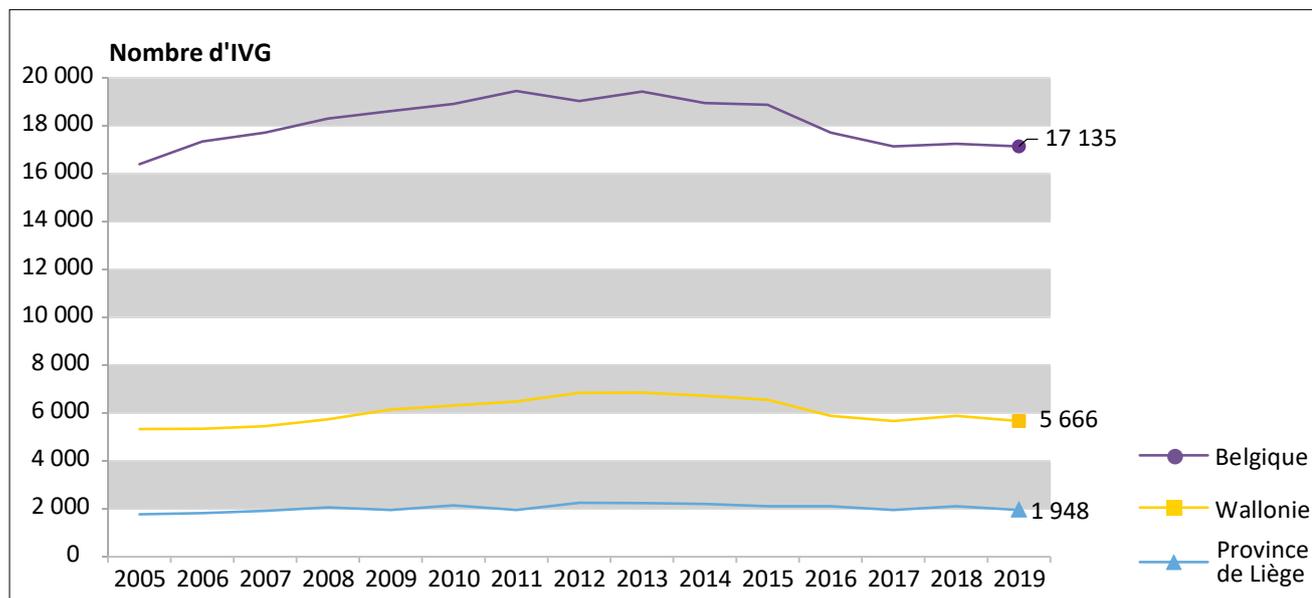
La tendance, évaluée sur les cinq années, indique une part moyenne des naissances avant 20 ans plus importante dans les arrondissements de Huy (2,5 %), Liège (2,2 %) et Verviers (1,8 %).

### 13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

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

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

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



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

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

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

## 13.3. Poids à la naissance

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

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



# Chapitre 3

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

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

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

Source : SPF Économie-DGS, calculs OLG

## 13.4. Prématurité

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

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

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

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

Source : SPF Économie-DGS, calculs OSLg

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

## 13.5. Tabagisme de la femme enceinte

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

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

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

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

Source : ONE-BDMS

\* Hors Communauté germanophone

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

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

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

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

Source : ONE-BDMS, calculs OSLg

\* Hors Communauté germanophone

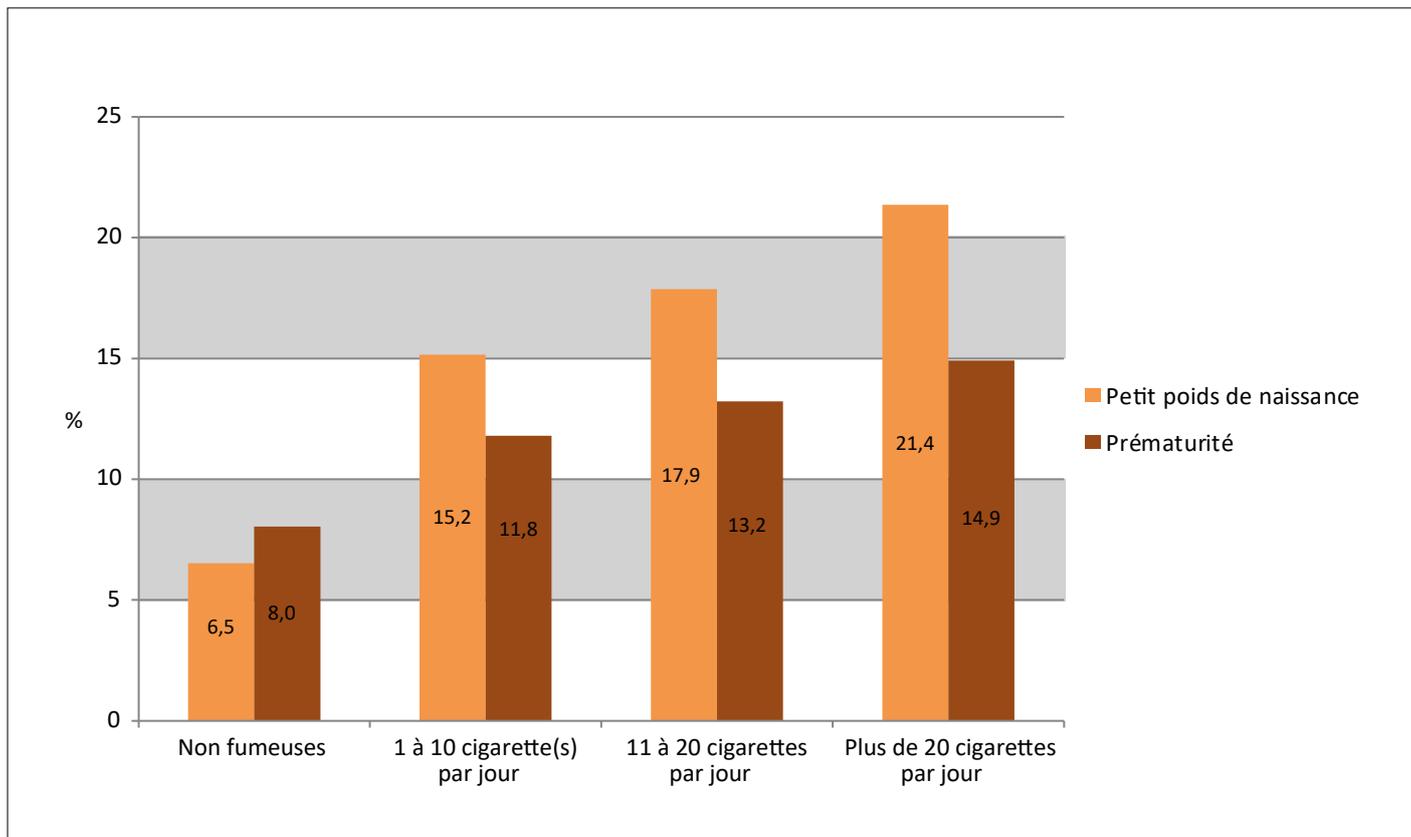
→ Les données enregistrées par l'ONE, entre 2015 et 2019, confirment que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés de petit poids ou prématurés et ce, dans des proportions similaires tant en province de Liège qu'en Wallonie (hors Communauté germanophone).

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



## Chapitre 3

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



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

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

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

## 14. Santé mentale

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

### 14.1. Suicides

#### 14.1.1. Mortalité par suicide

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

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

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

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

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSLg

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

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

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

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

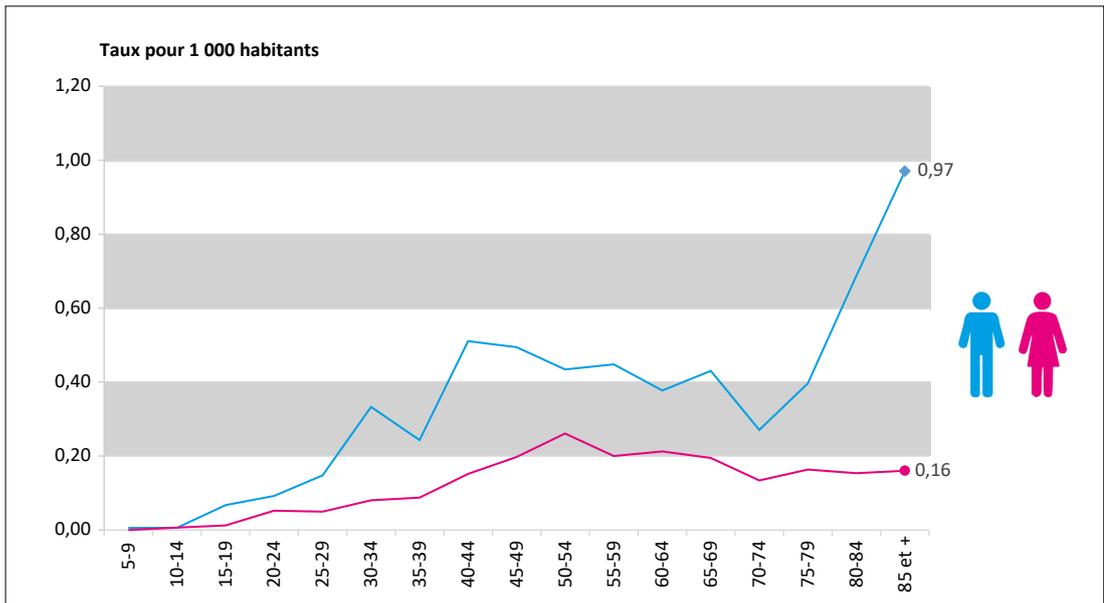
Par contre, l'indice de la Belgique est significativement inférieur à ceux de la Wallonie.

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



# Chapitre 3

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



Source : ISP-SPMA, calculs OSLg

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

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

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

## 14.1.2. Idéation suicidaire

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

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

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

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

## 14.1.3. Tentatives de suicide

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

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



## Chapitre 3

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

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

Source : Sciensano-HIS 2018

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

## 15. COVID-19

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

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

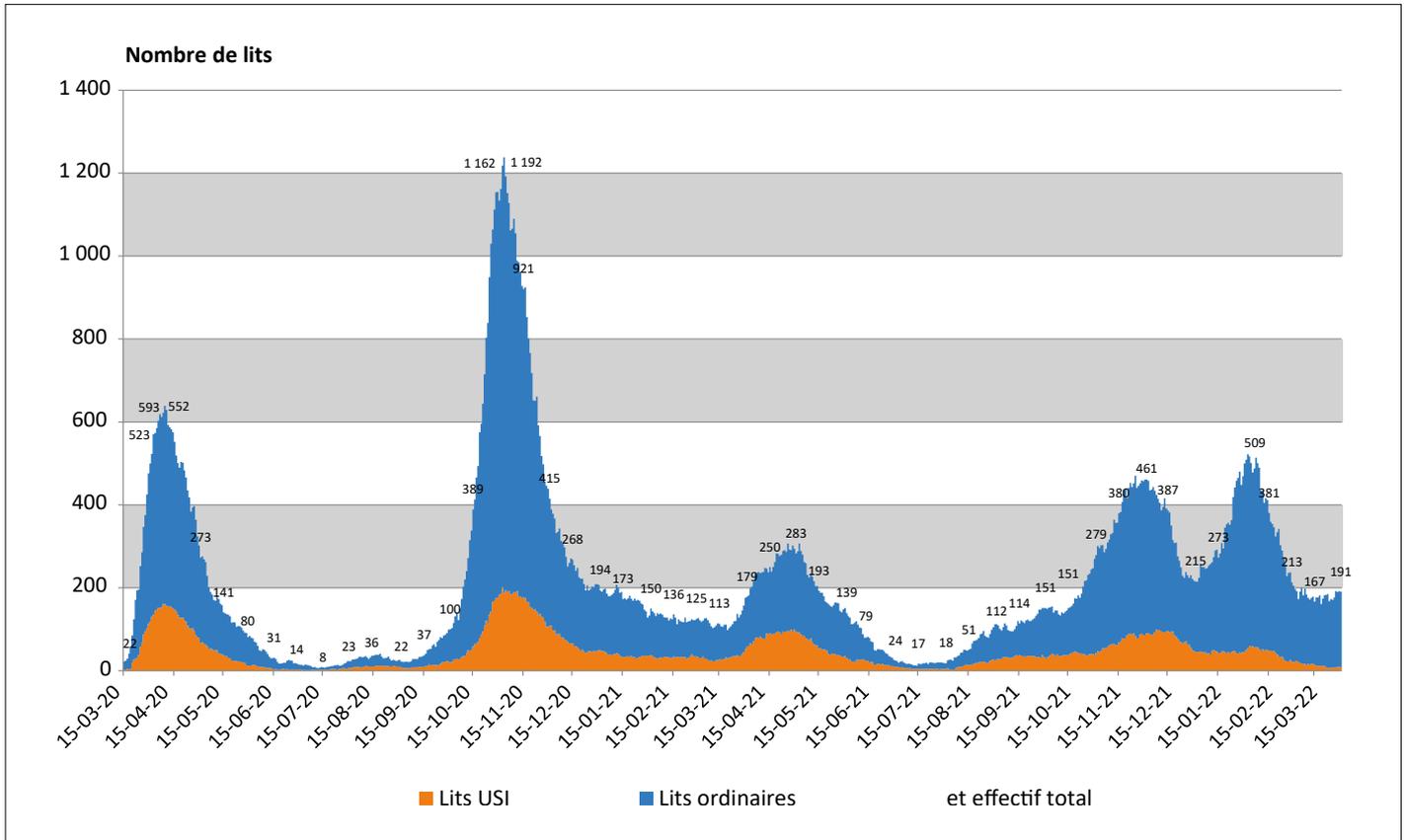
### 15.1 Hospitalisation

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



# Chapitre 3

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



Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

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

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

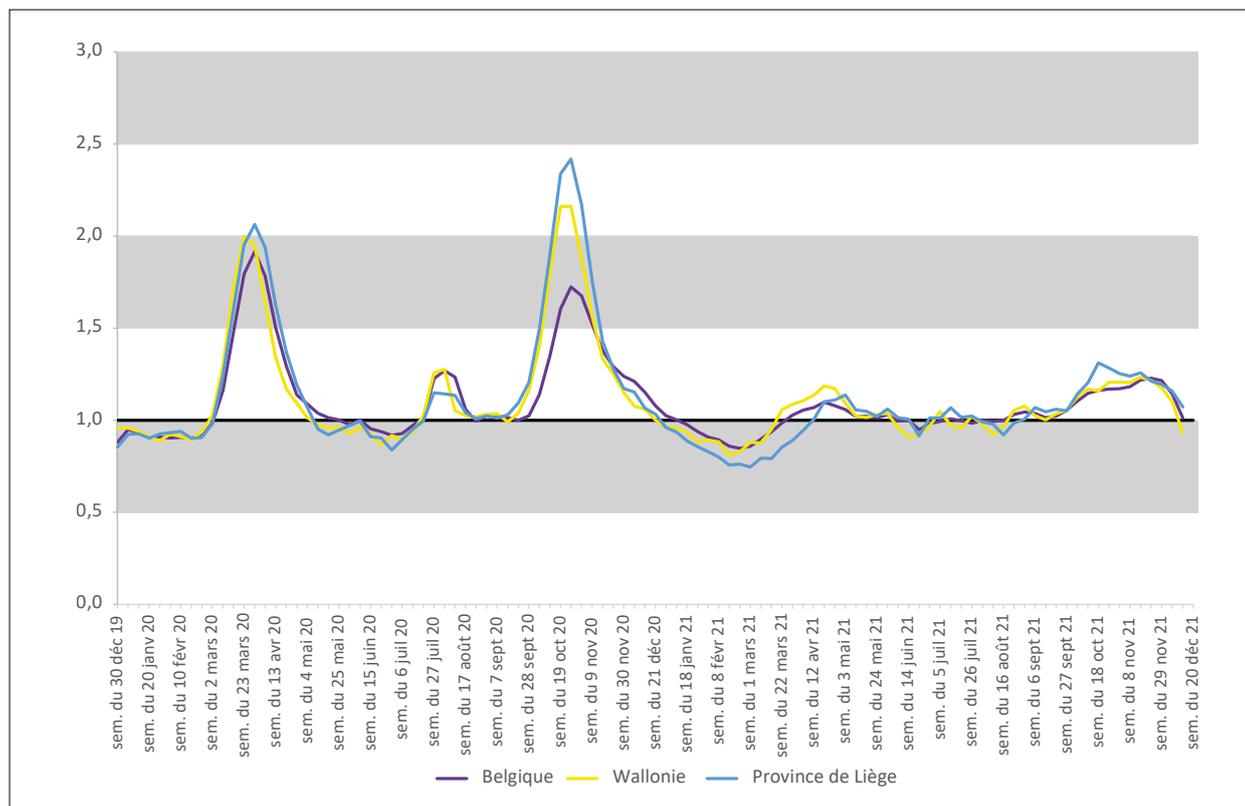
La 4<sup>ème</sup> vague (début en octobre 2021) a été marquée surtout par l'épuisement des soignants rendant difficile le maintien du système hospitalier, avec un taux d'occupation général plus élevé qu'à la 3<sup>ème</sup> vague.

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

## 15.2 Mortalité

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

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



Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

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

La surmortalité est moins importante lors des vagues suivantes.

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

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

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



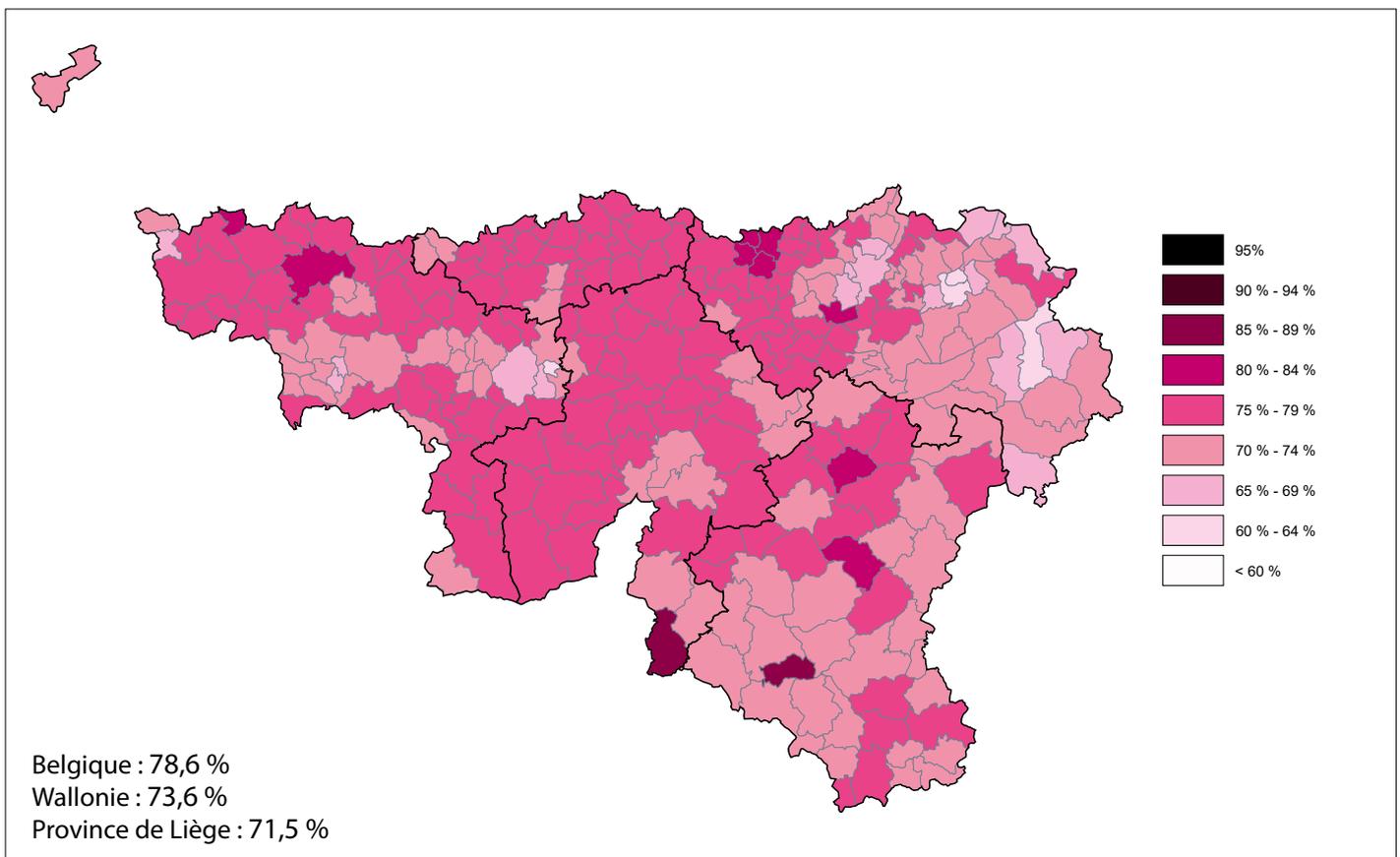
# Chapitre 3

## 15.3 Vaccination

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

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

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



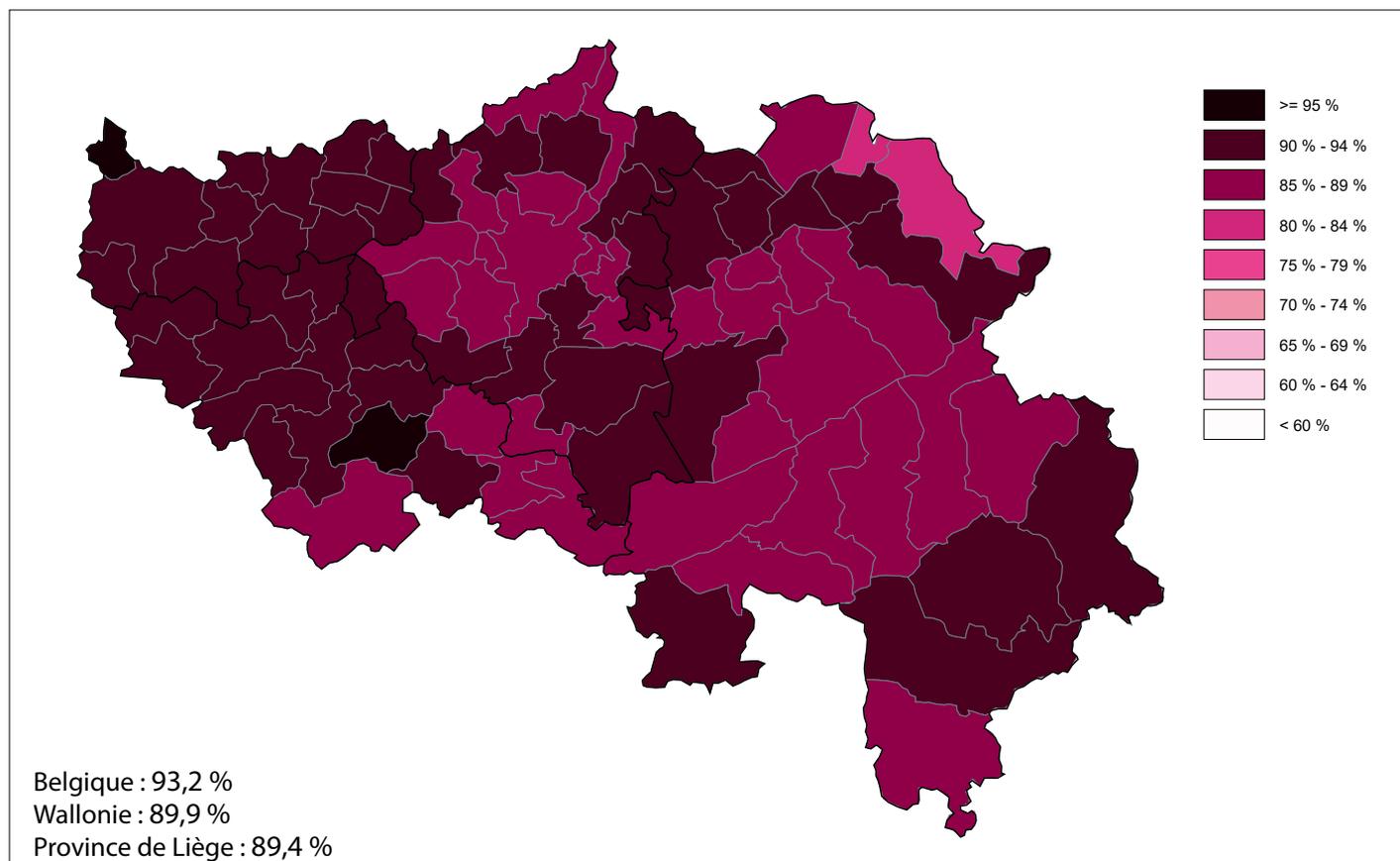
Discretisation : manuelle - Source : Sciensano-Epistat, calculs OSLg

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

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

# ÉTAT DE SANTÉ

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



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

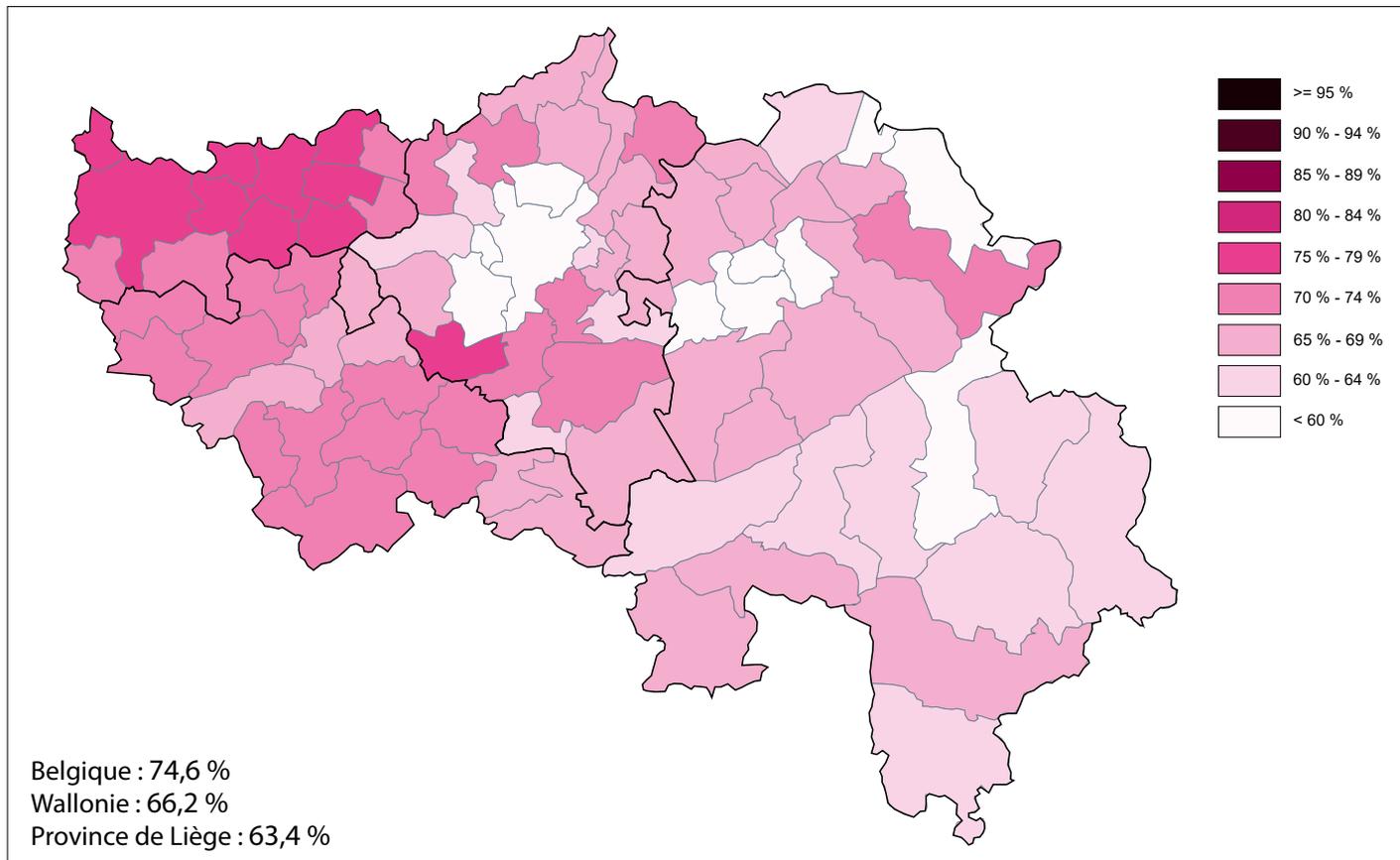
Parmi les personnes de 65 ans et plus, la couverture vaccinale (primovaccination) est similaire en province de Liège et en Wallonie (respectivement 89,4 % et 89,9 %), mais inférieure à la moyenne belge (93,2 %). Des disparités existent au niveau communal, avec un taux de couverture minimal de 83,5 %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

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



## Chapitre 3

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



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

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

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

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

## 16. Bibliographie

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



## Chapitre 3

---

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

# ÉTAT DE SANTÉ

30. Organisation mondiale de la Santé. *Tuberculose, principaux faits*. OMS ; 14 octobre 2021.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
31. Fonds des affections respiratoires. *Registre belge de la tuberculose*. FARES ; 2021.
32. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Insuffisance rénale*. Inserm ; Novembre 2017.  
Consultable sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologiemetabolismenutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/>
33. *Rapport national du GNFB et du NBVN à la commande du Collège de médecins pour le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique*. Janvier 2011 – Janvier 2020.  
Consultable sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-annuel-2020>
34. European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association Registry. *Registry Annual Report 2019*. ERA-EDTA ; Amsterdam ; 2021.
35. Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*. Editions OCDE ; Paris ; 2019.  
Consultable sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2019-Chapitres-0-1-2.pdf>
36. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med. 2006 ; 3(11) : p. e442.
37. *Consensus development conference: prophylaxis and treatment of osteoporosis*. The American Journal of Medicine. 1991 ; 90(1): p. 107-110.
38. Ebeling P. *Osteoporosis in Men: Why change needs to happen*. International Osteoporosis Foundation ; 2014.
39. Dawson-Hughes B, El-Hajj Fuleijan G, Clark P. *Bone Care for the Postmenopausal Woman*. International Osteoporosis Foundation ; 2013.
40. Guthrie JR, Dennerstein L, Wark JD. *Risk factors for osteoporosis : A review*. Medscape Womens Health. 2000 ; 5(4) : E1.
41. Moyad MA. *Osteoporosis : a rapid review of risk factors and screening methods*. Urol Oncol. 2003 ; 21(5) : p. 375-9.
42. Vanden Berghe W, De Baetselier I, Van Cauteren D, Moreels S, Sasse A, Quoilin S. *Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Données pour la période 2014-2016*. Belgique : Sciensano ; 2020.26p. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/1.  
Consultable sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/surv\\_sti\\_1416\\_fr.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/surv_sti_1416_fr.pdf)
43. Organisation mondiale de la Santé. *VIH et sida*. OMS ; Novembre 2021.  
Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
44. Sasse A, Deblonde J, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. *Épidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2019*. WIV-ISP ; 2019.  
Consultable sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/report\\_sida\\_2019\\_fr\\_final\\_february2020.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/report_sida_2019_fr_final_february2020.pdf)



## Chapitre 3

---

45. Demarest S, Gisle L, Charafeddine R, Van der Heyden J. Enquête de santé 2018 : *Incapacités de longue durée*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2019. Numéro de rapport : D/2019/14.440/28.  
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-maladies-et-affections-chroniques>
46. Institut national d'assurance maladie-invalidité - Service des indemnités. *Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : Régime des salariés et régime des indépendants : Période 2007 – 2016*. INAMI ; Bruxelles ; 2018.  
Consultable sur : [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude\\_si\\_facteurs\\_explicatifs\\_invalides\\_2007\\_2016.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2007_2016.pdf)
47. Agence fédérale des risques professionnels. *Glossaire*. Fedris ; 2020.  
Consultable sur : [https://www.fedris.be/fr/glossary#maladie\\_professionnelle](https://www.fedris.be/fr/glossary#maladie_professionnelle)
48. Organisation mondiale de la Santé. *Accidents de la route*. OMS ; 20 juin 2022.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
49. Sloomans F. *Rapport statistique 2020 - Accidents de la route 2019*. Bruxelles : Vias institute – Centre Connaissance de Sécurité Routière ; 2020.  
Consultable sur : [https://www.vias.be/publications/Statistisch%20rapport%202020%20-%20verkeersongevallen%202019/Rapport\\_statistique\\_2020\\_Accidents\\_de\\_la\\_route\\_2019.pdf](https://www.vias.be/publications/Statistisch%20rapport%202020%20-%20verkeersongevallen%202019/Rapport_statistique_2020_Accidents_de_la_route_2019.pdf)
50. Fonds des accidents du travail. *Rapport statistique sur les accidents du travail de 2009 dans le secteur public*. FAT ; 2011.  
Consultable sur : [https://fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Statistiques/Public\\_rapports/rapport\\_public\\_2009\\_fr.pdf](https://fedris.be/sites/default/files/assets/FR/Statistiques/Public_rapports/rapport_public_2009_fr.pdf)
51. Ezratty V. *Précarité énergétique et santé : "To heat or to eat ?"*. Environnement, Risques et Santé Vol. 8, n° 1, janvier – février 2009.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
52. Centre Antipoisons. *Intoxications au CO 2018 – 1er janvier au 31 décembre*.  
Consultable sur : [https://www.centreantipoisons.be/sites/default/files/imce/CO\\_rapport\\_2018\\_FR.pdf](https://www.centreantipoisons.be/sites/default/files/imce/CO_rapport_2018_FR.pdf)
53. Ohlsson A, Shah S. *Determinants and Prevention of Low Birth Weight : A Synopsis of the Evidence*. Edmonton : AB Canada : Institute of Health Economics (IHE) ; 2008.
54. Collet M, Beillard C. *Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Conséquences du tabagisme sur le développement foetal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort foetale in utero*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Avril ; Vol 34 n° HS1 : p. 135-145.
55. Centre de Prévention du Suicide. *Le suicide un problème majeur de santé publique : Introduction à la problématique du suicide en Belgique*. 2014.  
Consultable sur : <https://www.preventionsuicide.be/resource/static/files/dossier-le-suicide-donnees-2014.pdf?select=file>

# ÉTAT DE SANTÉ

56. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : "Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention"*. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; 2003.  
Consultable sur : <https://docplayer.fr/62677378-Faculte-de-medecine-de-tours.html>
57. Bureau fédéral du Plan. *Indicateurs de développement durable – Bonne santé et bien-être*. 2022.  
Consultable sur : [https://www.indicators.be/fr/i/G03\\_RPM/M%C3%A9dicaments\\_psychotropes\\_rembours%C3%A9s](https://www.indicators.be/fr/i/G03_RPM/M%C3%A9dicaments_psychotropes_rembours%C3%A9s)
58. Conseil Supérieur de la Santé (CSS). *L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées*. P.d.C.S.d.I. Santé Editor ; 2011.  
Consultable sur : <https://www.health.belgium.be/fr/avis-8571-psychotropes#anchor-19158>
59. Sciensano. *COVID-19 - Situation épidémiologique*.  
Consultable sur : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
60. Van de Voorde C, Lefèvre M, Mistiaen P, Detollenaere J, Kohn L, Van den Heede K. *Gestion de la capacité hospitalière en Belgique durant la première vague de la pandémie de COVID-19 - Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 335Bs. D/2020/10.273/33.  
Consultable sur : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/gestion-de-la-capacite-hospitaliere-en-belgique-durant-la-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19>
61. Bustos Sierra N, Bossuyt N, Braeye T, Haarhuis F, Peeters I, Proesmans K, Fierens S, Renard F, Scohy A, Vanhaverbeke M, Vermeulen M, Vernemmen K, Van der Heyden J. *Surmortalité durant la 1ère et 2ème vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique*. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2021/14.440/63.  
Consultable sur : <https://epistat.wiv-isp.be/momo/>
62. Canada.ca Publications-Santé. *Enquête sur la couverture vaccinale contre la COVID-19 (ECVCC) : rapport complet du cycle 2*. Canada.ca ; 07 juin 2022.  
Consultable sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/enquete-couverture-vaccinale-contre-covid-19/rapport-complet-cycle-2.html>





## Chapitre 4

# FACTEURS DE SANTÉ



- **Les habitants de la province majoritairement détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur (39,4 %).** Les diplômés de l'enseignement secondaire supérieur représentent quant à eux 37,7 % de la population contre 8,6 % qui ne détiennent aucun diplôme ou au maximum un diplôme de l'enseignement primaire.
- **Une disparité entre les communes en termes de revenu.** Globalement, les communes du nord-ouest de la province disposent d'un revenu médian plus élevé que celles du sud-est. Cette observation est similaire lorsqu'on observe les inégalités de revenus au sein des communes. Les communes du nord-ouest présentant des inégalités plus importantes que celles du sud.
- **Un peu plus d'une personne active sur sept au chômage.** 13,7 % de la population en province de Liège sont au chômage. Le taux de chômage est plus élevé chez les 50 ans et plus dans l'arrondissement de Liège où il atteint 17,0 %. Plus de la moitié (62,0 %) des demandeurs d'emploi inoccupés en province de Liège sont dans cette situation depuis plus d'un an.
- **Un peu moins d'un jeune de 18 à 24 ans sur cinq (19,4 %) bénéficie d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées.** Parmi ceux-ci, 14,2 % reçoivent cette aide du CPAS.
- **Des situations d'endettement problématique chez 4,4 % de la population de la province.** Parmi les personnes ayant au moins un crédit, 6,5 % sont en situation d'endettement problématique.
- **Plus d'un ménage sur dix (12,0 %) est de type monoparental.** Dans 80,8 % des cas, ces ménages monoparentaux concernent les femmes.
- **Plus d'une personne sur dix (12,1 %) en province de Liège est obèse.** Au total, 46,1 % de la population présentent un IMC trop élevé et sont en situation de surpoids ou d'obésité.
- **Les hommes plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique.** Ils sont 56,2 % à effectuer au moins 150 minutes par semaine d'activités physiques un minimum modéré, alors que les femmes ne sont que 40,9 %.
- **Environ un tiers (32,7 %) des habitants de la province consomment des fruits quotidiennement tandis que quatre sur dix (42,2 %) consomment des légumes quotidiennement.** Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer consommer des fruits et des légumes.
- **Plus de deux personnes sur dix (20,2 %) sont des fumeurs quotidiens.** Depuis 2004, cette proportion tend à diminuer au fil du temps, même si une légère augmentation apparaît entre 2013 et 2018.
- **Près d'une personne sur dix (9,5 %) consomme de l'alcool tous les jours.** Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

## 1. Facteurs sociaux

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs, qu'ils soient biologiques (l'âge, le sexe, le patrimoine génétique), comportementaux (mode de vie), socio-économiques (accès aux soins, niveau d'éducation, revenus) ou encore environnementaux [1]. S'il est difficile d'agir sur les facteurs biologiques, les habitudes et comportements des individus peuvent être modifiés par eux-mêmes et auront une influence sur l'état de santé et la qualité de vie en général [2]. Par ailleurs, les conditions socio-économiques influent également sur la santé : 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 [3].

### 1.1. Niveau d'instruction

Tableau 4.1. Répartition de la population (25-64 ans) en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Province de Liège	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Primaire ou sans diplôme	408 741	6,8	148 192	7,8	50 109	8,6
Secondaire inférieur	809 893	13,4	275 595	14,5	78 501	13,5
Secondaire supérieur	2 250 466	37,2	717 181	37,8	218 573	37,7
Études supérieures	2 558 076	42,3	747 520	39,4	228 200	39,4
Total	6 027 175	99,6	1 888 487	99,4	575 383	99,3

Source : Statbel, Enquête sur les forces de travail, calculs OSLg

→ Globalement, les niveaux d'instruction en province de Liège sont proches de ceux de la Wallonie et de la Belgique, excepté pour le niveau supérieur où la Belgique présente une proportion de diplômés de 42,3 % contre 39,4 % en Wallonie et en province de Liège. De manière générale, les individus sont proportionnellement plus nombreux à posséder un diplôme du secondaire supérieur ou du niveau supérieur (respectivement 37,7 % et 39,4 % en province de Liège). Un peu moins de 9 % de la population de la province ne possèdent pas de diplôme ou uniquement le diplôme de l'enseignement primaire.

# FACTEURS DE SANTÉ

## 1.2. Revenus des ménages

Le revenu médian par déclaration fiscale est le revenu situé au milieu de la série, lorsque les déclarations sont classées par ordre croissant des revenus. Autrement dit, le revenu médian est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur et l'autre moitié a un revenu supérieur. À la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par des valeurs extrêmes [4].

L'indice de richesse est la comparaison du revenu médian d'une entité administrative avec le revenu médian en Wallonie qui est prise comme population de référence et à qui on attribue un indice de richesse égal à 100. Si l'indice de richesse de l'entité administrative est inférieur à 100, alors le revenu médian de cette entité administrative est inférieur au revenu médian wallon. Par contre, si la valeur de l'indice de richesse dépasse 100, alors le revenu médian de l'entité est supérieur au revenu médian wallon [5].

Tableau 4.2. Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2019

		Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie
Belgique		25 475	106,4
Wallonie		23 942	100,0
Province de Liège		23 779	99,3
ARRONDISSEMENTS	Huy	25 646	107,1
	Liège	22 812	95,3
	Verviers	24 500	102,3
	Waremme	27 062	113,0

Source : Statbel, calculs OSLg

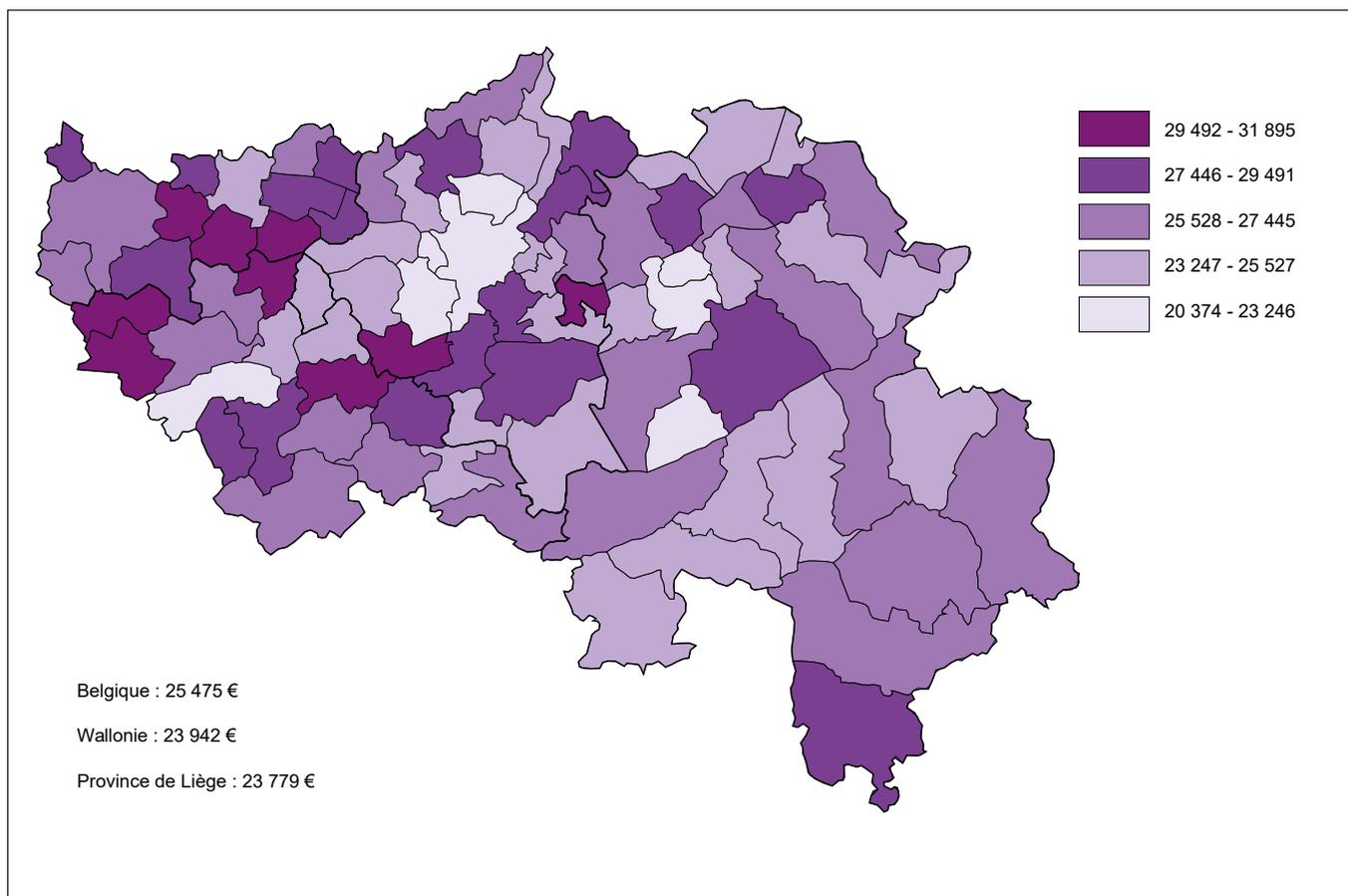
→ Le revenu médian par déclaration fiscale au cours de l'année 2019 est plus faible en province de Liège (23 779 €) qu'en Belgique (25 475 €) et en Wallonie (23 942 €). Les arrondissements de Huy, Verviers et Waremme présentent des revenus médians supérieurs à ceux de la province de Liège et de la Wallonie tandis que le revenu médian de l'arrondissement de Liège est inférieur.

Par rapport à la Wallonie, l'indice de richesse est moins élevé en province de Liège (-0,7 %) et dans l'arrondissement de Liège (-4,7 %). Par contre, il est plus élevé en Belgique (+6,4 %) et dans les arrondissements de Huy (+7,1 %), Verviers (+2,3 %) et Waremme (+13,0 %).



## Chapitre 4 :

Carte 4.1. Revenus médians par déclaration, province de Liège, par commune, 2019



Discretisation : Jenks - Source : Statbel

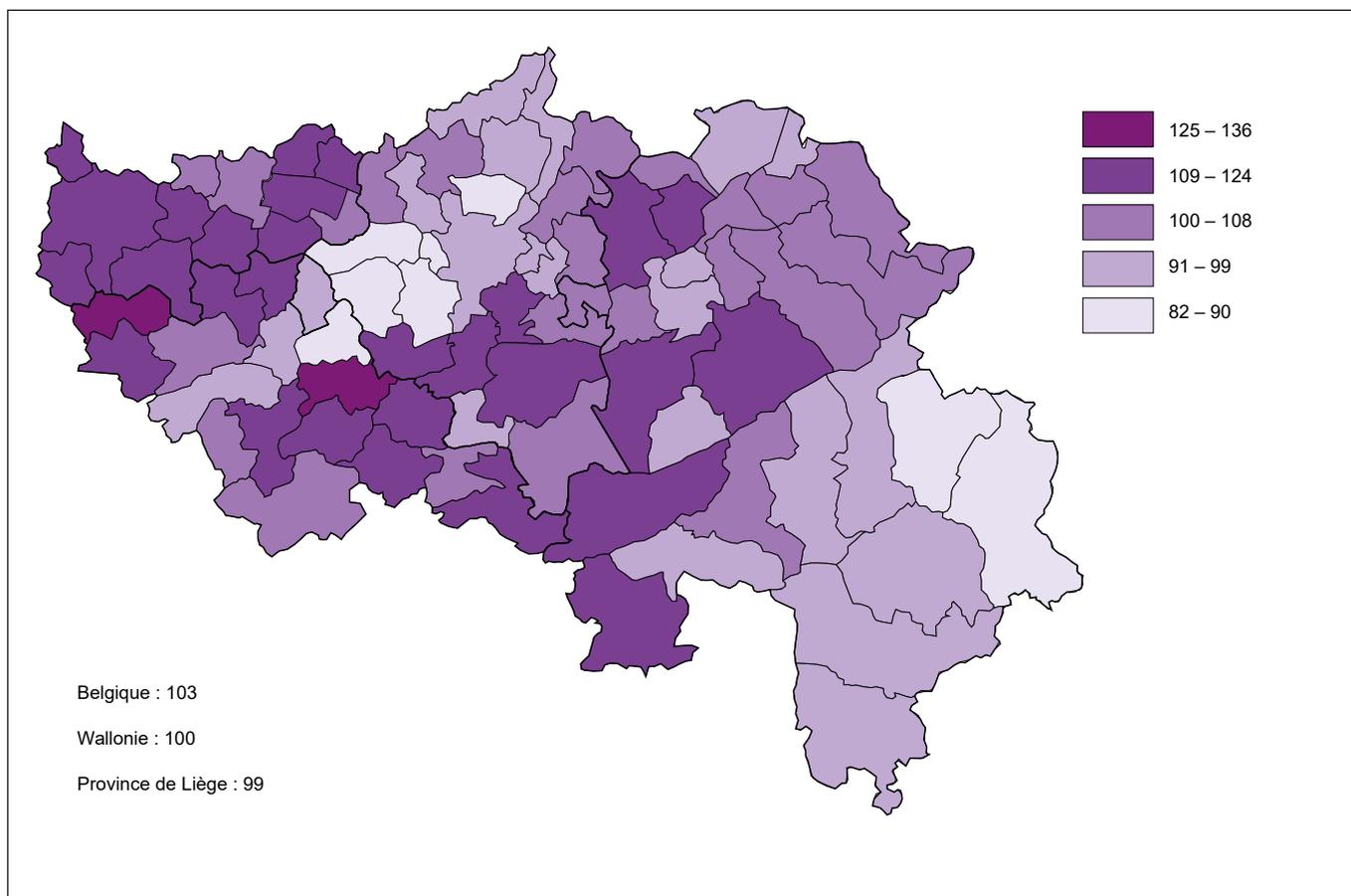
→ En province de Liège, les revenus médians les plus élevés sont relevés dans les communes des arrondissements de Huy et Waremme. Les revenus médians sont supérieurs à 30 500 € dans les communes de Verlaine, Olne et Neupré.

Les revenus médians les plus faibles sont observés dans les communes à forte densité de population. Ils ne dépassent pas 21 000 € à Liège, Dison, Verviers et Seraing.

# FACTEURS DE SANTÉ

Le coefficient interquartile permet de rendre compte de la dispersion des revenus au sein même d'un territoire (ici, la commune), indépendamment d'avoir un revenu élevé ou pas. Il est le rapport de la différence interquartile au revenu médian. La différence interquartile, qui est obtenue en soustrayant le revenu du premier quartile du revenu du troisième quartile (Q3-Q1), permet d'observer la dispersion des revenus autour de la médiane. Plus le coefficient interquartile est élevé, plus le degré d'inégalité de revenus est élevé [5].

Carte 4.2. Coefficient interquartile, province de Liège, par commune, 2019



Discretisation : Jenks - Source : Statbel

→ La province de Liège prise dans son ensemble présente un coefficient interquartile inférieur à la Wallonie, puisqu'il s'élève à 99.

Globalement, les communes du nord-ouest de la province présentent un coefficient interquartile plus élevé, témoin d'une inégalité de revenus plus importante. Plus spécifiquement, les coefficients les plus élevés sont observés à Héron, Burdinne et Nandrin (où ils atteignent 136), tandis que les communes les moins inégalitaires en termes de revenus sont celles de Saint-Nicolas (82), Seraing (82) et Engis (86).

Il est à souligner qu'en province de Liège, de manière générale, les communes présentant les revenus médians les plus élevés sont également les communes où le coefficient interquartile est également le plus élevé.



## Chapitre 4 :

Le revenu disponible comprend les revenus du travail et du capital (biens, fortunes) augmenté des prestations sociales et des indemnités versées par les assurances, diminué des cotisations sociales, des impôts et des primes d'assurance [4].

Tableau 4.3. Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2018

		Revenu disponible moyen par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie
Belgique		21 215	109,5
Wallonie		19 368	100,0
Province de Liège		18 950	97,8
ARRONDISSEMENTS	Huy	19 940	103,0
	Liège	18 496	95,5
	Verviers	18 949	97,8
	Waremme	21 062	108,7

Source : Banque nationale de Belgique, calculs OSLg

→ Le revenu disponible par habitant en province de Liège est inférieur aux revenus disponibles belge et wallon.

Les habitants des arrondissements de Liège et Verviers ont des revenus disponibles plus faibles que ceux des arrondissements de Huy et Waremme, ces derniers étant plus élevés de 3,0 % et de 8,7 % comparativement à la Wallonie.

### 1.3. Emploi

Avant que l'épidémie de la COVID-19 ne plonge l'économie mondiale dans un coma artificiel, l'Europe et le monde étaient dans une situation de santé publique, économique et sociale plutôt positive. Malgré le ralentissement de la croissance économique observé en 2019, l'UE avait le taux d'emploi le plus élevé de l'histoire et le taux de chômage le plus bas observé, tandis que le niveau de vie a continué à s'améliorer [6].

En Belgique, au cours des 15 dernières années, l'économie belge a été touchée par deux récessions : la crise financière de 2008 et la crise des dettes publiques en 2012. L'emploi, qui réagit avec un certain décalage aux variations conjoncturelles, a été impacté négativement en 2009 et en 2013. Depuis, la dynamique de l'emploi s'est amplifiée, portée notamment par la croissance de l'activité. Depuis 2014, la Belgique connaît une croissance de l'emploi [7].

En 2020, en raison de la crise sanitaire, au niveau de l'OCDE dans son ensemble, on observe une baisse de 8 % de l'activité. En Belgique, la Banque nationale de Belgique et le Bureau fédéral du Plan anticipent un recul de 9 à 11 % du PIB. En ce qui concerne le marché du travail, les conséquences sont évidemment importantes et bien que les chiffres ne soient pas encore disponibles, la situation provoque des conséquences sociales et économiques importantes [8].

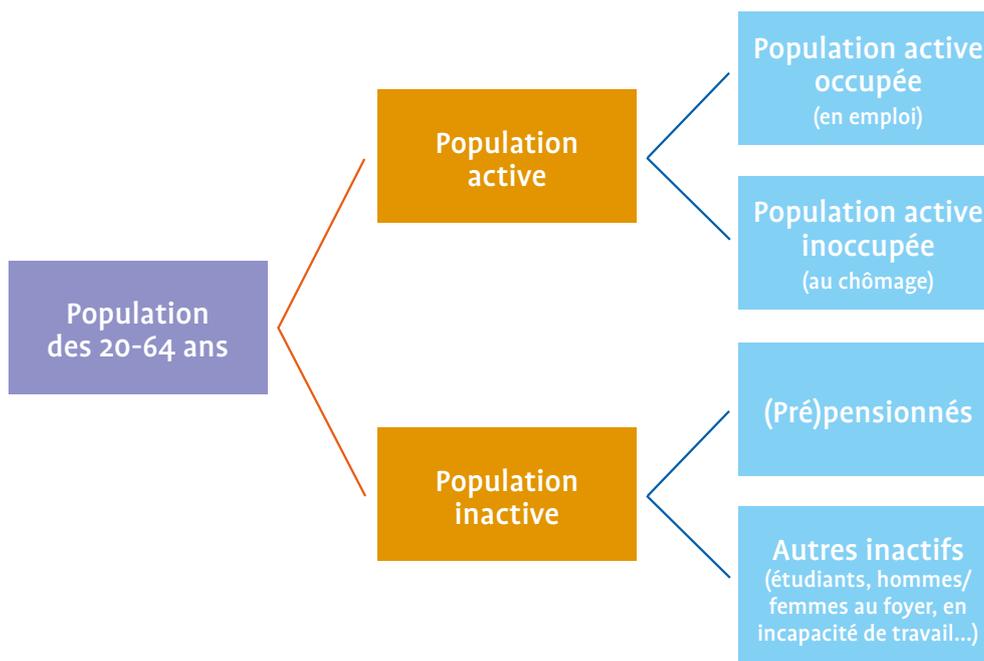
# FACTEURS DE SANTÉ

## 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.

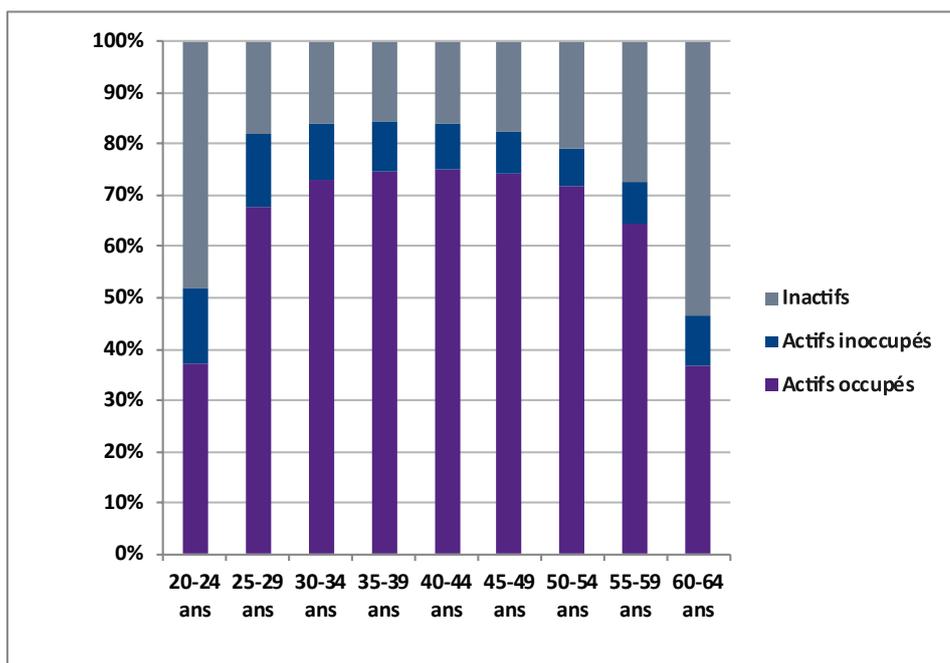
La population inactive regroupe les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage. Elle comprend notamment les étudiants, les pensionnés ou prépensionnés, les hommes/femmes au foyer et les personnes en incapacité [4].

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



## Chapitre 4 :

Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, province de Liège, 2019



Source : Steunpunt WSE

→ Entre 20 et 35 ans, la proportion d'actifs augmente logiquement avec l'entrée des étudiants sur le marché du travail. À partir de 50 ans, cette proportion tend à diminuer d'abord lentement puis de façon plus importante dès 55 ans, avec l'arrivée progressive des personnes à la pension.

### 1.3.2. Chômage

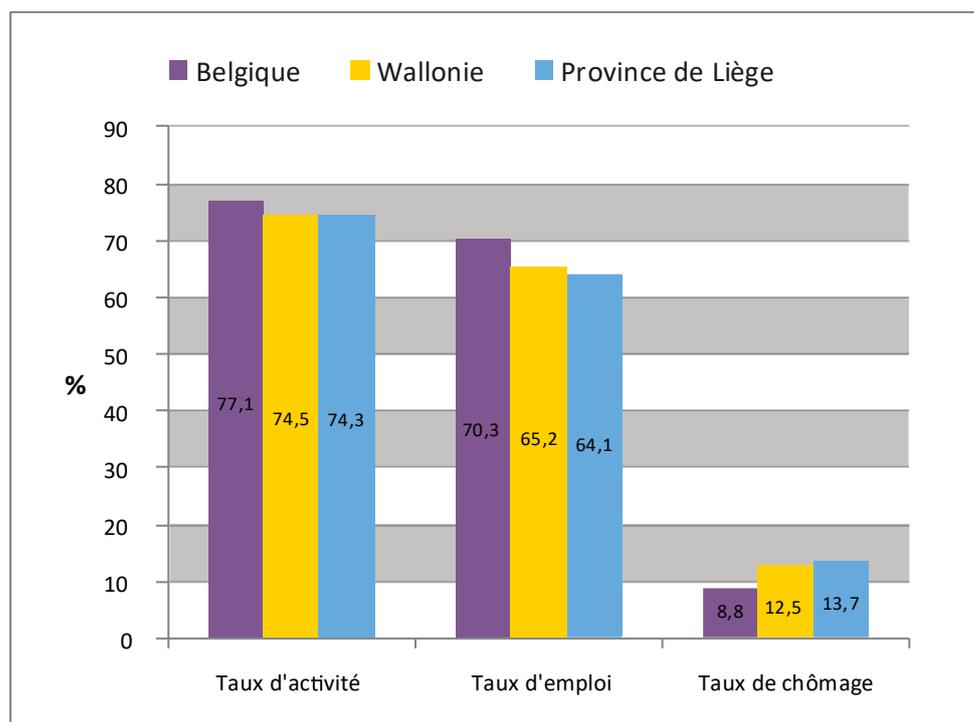
Le taux d'activité correspond au rapport entre la population active (occupée ou inoccupée) et la population en âge de travailler (20-64 ans).

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

Le taux de chômage correspond au rapport entre la population active inoccupée et la population active [4].

# FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (%) (20-64 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019



Source : Steunpunt WSE

→ En province de Liège, le taux d'activité de la population des 20-64 ans s'élève à 74,3 %. Ainsi, 25,7 % sont dits inactifs (étudiants, hommes/femmes au foyer, en incapacité, pensionnés...). Le taux d'activité est similaire et le taux d'emploi est inférieur en province de Liège comparativement à la Wallonie.

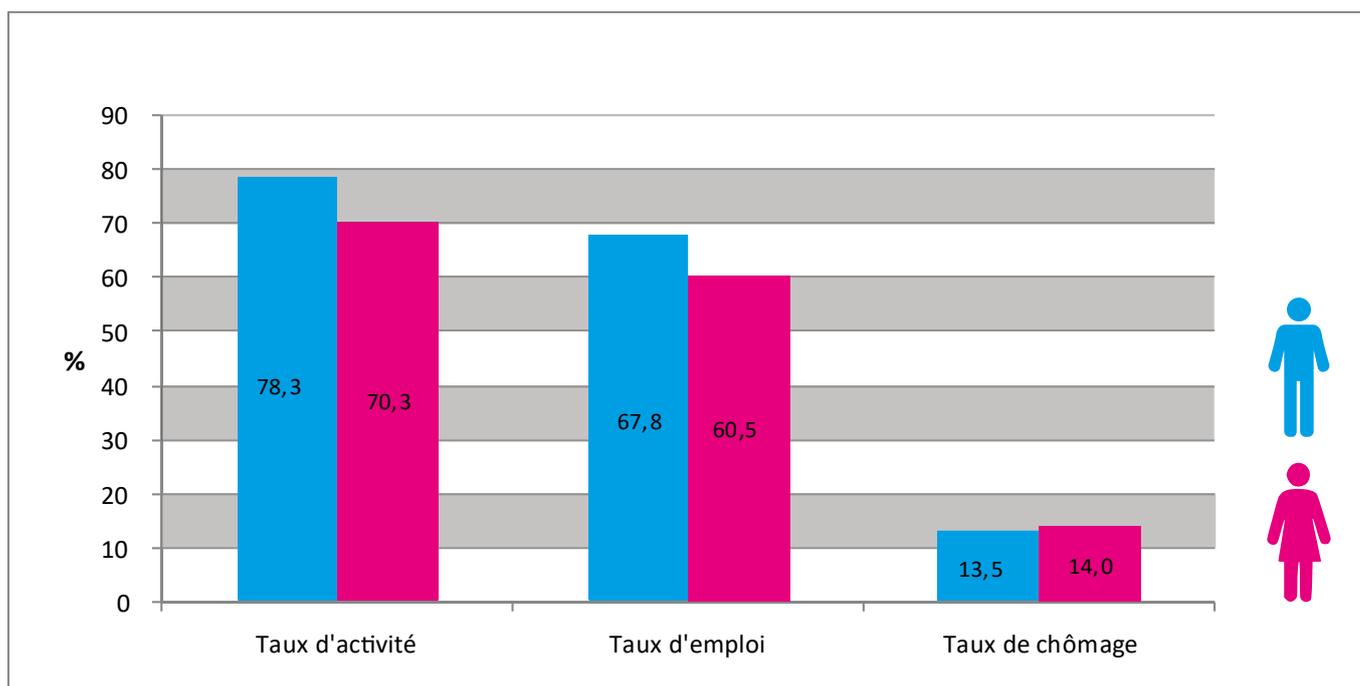
Le taux de chômage est plus élevé en province de Liège (13,7 %) qu'en Wallonie (12,5 %) et en Belgique (8,8 %).

En comparaison avec les données de 2013, la situation est légèrement plus favorable et ce quel que soit le niveau géographique.



## Chapitre 4 :

Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (%), par sexe (20-64 ans), province de Liège, 2019



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 en effet à 70,3 % chez les femmes contre 78,3 % chez les hommes tandis que le taux d'emploi atteint 67,8 % chez ces derniers contre 60,5 % pour les femmes.

Au niveau du taux de chômage, les femmes sont légèrement plus nombreuses (14,0 %) que les hommes (13,5 %).

# FACTEURS DE SANTÉ

Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juin 2021

		< 25 ans	25 – 49 ans	50 ans et +	Total
Belgique		6,5	6,4	9,9	7,5
Wallonie		11,4	9,5	13,3	10,7
Province de Liège		10,2	9,4	14,4	11,0
ARRONDISSEMENTS	Huy	12,7	7,9	12,8	9,7
	Liège	12,1	11,2	17,0	12,9
	Verviers	6,7	7,3	11,2	8,4
	Waremmes	9,0	5,9	9,6	7,2

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, 14,4 % des personnes âgées de 50 ans et plus susceptibles de travailler n'ont pas d'emploi. Cette proportion est plus élevée dans l'arrondissement de Liège (17,0 %). Quant au taux de chômage des jeunes, il est plus élevé dans les arrondissements de Huy et de Liège puisqu'il atteint respectivement 12,7 % et 12,1% (contre 10,2 % en province de Liège).

En comparaison avec les données de juin 2015, la situation s'est améliorée avec des taux de chômage par âge plus faibles et ce quel que soit le niveau géographique.

Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-province de Liège, août 2021

	Moins de 1 an		Plus de 1 an		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Wallonie	84 499	40,4	124 665	59,6	209 164	100,0
Province de Liège	25 493	38,0	41 669	62,0	67 162	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 (38,0 %) par rapport à la Wallonie (40,4 %). Plus de la moitié des chômeurs le sont pour une durée supérieure à un an en province de Liège (62,0 %) tout comme en Wallonie (59,6 %).



# 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 Centre Public d'Action Sociale (CPAS). Il remplace l'ancien minimex.

L'aide sociale équivalente (ASE), autrefois appelée 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 besoin similaire [9].

L'allocation aux personnes handicapées est une aide financière destinée aux personnes handicapées. Il existe trois types d'allocations : l'allocation de remplacement de revenus, l'allocation d'intégration et l'allocation d'aide aux personnes âgées [10].

La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une allocation sociale accordée aux personnes de plus de 65 ans qui ne disposent pas de ressources suffisantes [11].

Tableau 4.6. Proportion (%) de jeunes de 18 à 24 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

Jeunes (18-24 ans)	CPAS : RIS et ASE	Allocation de chômage*	Allocation aux personnes handicapées	% total de jeunes avec allocations
Belgique	8,5	3,0	1,1	12,6
Wallonie	12,1	4,2	1,1	17,5
Province de Liège	14,2	4,1	1,2	19,4

Sources : SPP Intégration sociale; ONEM; SPF Sécurité sociale; Statbel, calculs OSLg  
\*juin 2020

→ En 2020, en province de Liège, 19,4 % des jeunes de 18 à 24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale, une allocation de chômage ou une allocation aux personnes handicapées. Cette proportion est plus élevée qu'en Wallonie (17,5 %) et en Belgique (12,6 %). Parmi ces 19,4 %, 14,2 % bénéficient d'une aide sociale du CPAS (RIS ou ASE).

# FACTEURS DE SANTÉ

Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes de 18 à 64 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

Population d'âge actif (18-64 ans)	CPAS : RIS et ASE	Allocation de chômage*	Allocation aux personnes handicapées	% total de 18-64 ans avec allocations
Belgique	3,2	5,1	2,4	10,7
Wallonie	4,7	6,5	3,0	14,2
Province de Liège	5,8	6,8	3,5	16,1

Sources : SPP Intégration sociale; ONEM; SPF Sécurité sociale; Statbel, calculs OSLg  
\*juin 2020

→ En province de Liège, parmi les personnes en âge actif (18-64 ans), 16,1 % bénéficient d'une aide financière. Ce pourcentage est plus élevé qu'en Wallonie (14,2 %) et en Belgique (10,7 %).

Tableau 4.8. Proportion (%) de personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'une allocation d'aide sociale ou d'une d'allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

Personnes âgées (65 ans et +)	GRAPA	CPAS : RIS et ASE	Allocation aux personnes handicapées	% total de 65 ans et + avec allocations
Belgique	4,8	0,2	n.d.	n.d.
Wallonie	5,4	0,2	7,5	13,1
Province de Liège	6,1	0,2	8,2	14,5

Sources : SPP Intégration sociale; Service fédéral des Pensions; SPF Sécurité sociale; Statbel, calculs OSLg

→ Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus en province de Liège, 14,5 % touchent une allocation d'aide sociale. Parmi elles, 8,2 % bénéficient d'une allocation aux personnes handicapées. Ce pourcentage est inférieur à celui de la Wallonie (7,5 %).

Entre 2014 et 2020, les proportions de personnes bénéficiant d'une aide financière ont légèrement augmenté et ce quel que soit le niveau géographique. De manière plus détaillée, les proportions de bénéficiaires d'une allocation de chômage ont légèrement diminué, mais ont été compensées par l'augmentation des proportions de bénéficiaires d'une aide financière du CPAS.



# Chapitre 4 :

## 1.5. Endettement

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. On parlera alors de situation d'endettement problématique [4].

Au regard des données de la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, les situations de surendettements et d'endettements problématiques ont diminué en 2020. Cette dynamique positive récente survient après une longue période défavorable en matière de surendettement. Celle-ci s'explique en partie par une conjoncture économique relativement favorable en Belgique [12].

Néanmoins, au vu de la crise sanitaire, il conviendra d'observer avec attention l'évolution de la situation.

Tableau 4.9. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020

		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		66,3	3,2	4,8
Wallonie		69,5	4,5	6,5
Province de Liège		67,4	4,4	6,5
ARRONDISSEMENTS	Huy	72,5	4,0	5,6
	Liège	66,9	5,1	7,6
	Verviers	64,5	3,3	5,1
	Waremme	74,0	3,4	4,6

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

→ En 2020, presque 7 personnes sur 10 en province de Liège 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, 6,5 % ont au moins un crédit défaillant. C'est une proportion similaire à celle de la Wallonie (6,5 %) mais plus élevée qu'en Belgique (4,8 %). L'arrondissement de Liège présente la part la plus élevée (7,6 %) de la province de Liège, la plus faible concerne l'arrondissement de Waremme (4,6 %).

Par rapport aux données de 2014, on observe proportionnellement moins de personnes ayant enregistré un crédit et de ce fait, les proportions de personnes qui ont un crédit défaillant sont également plus faibles.

# FACTEURS DE SANTÉ

## 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 [4].

Au cours des 60 dernières années, la structure familiale a fortement évolué et de nouveaux modèles familiaux sont apparus, parmi lesquels les familles monoparentales. Celles-ci ont fortement augmenté au fil des années, et entraînent des questions sociétales étant donné la plus grande vulnérabilité dans ces familles [13].

Socio-économiquement parlant, les familles monoparentales présentent un risque de pauvreté et d'exclusion plus élevé que dans les familles à deux parents, ont un accès restreint au marché de l'emploi (et cela est particulièrement vrai pour les femmes), présentent un taux de chômage plus élevé, de moins bonnes conditions de logement... Enfin, ces risques et ces difficultés sont également influencés par le nombre d'enfants [14].

Tableau 4.10. Proportion (%) de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020

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

Source : Statbel, calculs OSLg

→ En 2020, la proportion de ménages monoparentaux représente 9,9 % de l'ensemble des ménages en Belgique. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (12,2 %) et en province de Liège (12,0 %).

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



# Chapitre 4 :

## 1.7. Logements publics

Le logement est l'un des éléments essentiels du développement socio-économique d'une région. Le droit au logement est d'ailleurs inscrit dans la Constitution. Près de 100 ans après son instauration, le logement public (souvent appelé « logement social ») est toujours aussi indispensable pour assurer un logement décent pour une part importante de la population. En Wallonie, plusieurs défis impactent les besoins en logements publics : la croissance démographique qui nécessite la création de nouveaux logements ; l'évolution de la taille des ménages qui tend à diminuer à cause du vieillissement de la population, de la décohabitation et de la fragmentation des ménages ; l'accès au logement pour les ménages à faibles revenus pour qui l'accès à un logement du secteur locatif privé peut s'avérer difficile, voire impossible ; l'état d'une grande partie du parc de logements qui a besoin de rénovation en tenant compte prioritairement de la sécurité, de la salubrité et de la performance énergétique ; le vieillissement démographique qui implique un développement de logements adaptés aux personnes en perte d'autonomie ou à mobilité réduite [15].

Les données présentées ci-après ont été établies sur base des déclarations des communes elles-mêmes. En effet, dans le cadre des plans d'ancrage communaux, le Département du logement du SPW réalise un recensement précis du parc locatif public, par commune. Dans ce cadre, chaque commune est amenée à déclarer le nombre de logements publics qu'elle compte louer sur son territoire [16]. Le dernier recensement a été effectué en 2017. Notons que certaines données ne sont pas disponibles, il s'agit des données pour lesquelles la commune n'a pas fourni l'information quant au nombre de logements publics qu'il y a sur son territoire.

Les logements publics comprennent les logements de transit ou d'insertion ; les logements loués appartenant à la commune, au CPAS ou à la Régie autonome, les logements mis en gestion par les propriétaires privés ou publics, par l'intermédiaire d'une agence immobilière sociale (AIS), d'une société de logement de service public (SLSP) ou d'une association sans but lucratif (ASBL) ; les logements gérés par le fonds du logement de Wallonie (FLW) ; les logements gérés par l'Office central d'action sociale et culturelle du Ministère de la Défense (OCASC) ; les logements créés dans le cadre de la formule de type « Community Land trust<sup>1</sup> » ; les logements de résidence services, sociales ou non, à la condition qu'ils soient gérés par un opérateur reconnu par le Code Wallon du Logement ; les logements d'urgence.

<sup>1</sup> Un community Land Trust est une organisation sans but lucratif qui a pour mission d'acquérir et gérer des terrains en vue d'y créer des habitations accessibles pour des ménages ayant des difficultés d'accès à un logement ainsi, éventuellement, que des équipements d'intérêt collectif (Comment ça marche ? - CLTB)

# FACTEURS DE SANTÉ

Tableau 4.11. Proportion (%) de logements publics, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2017

		Logements publics (%)
Wallonie		6,8
Province de Liège		7,8
ARRONDISSEMENTS	Huy	4,6
	Liège	10,1
	Verviers	4,8
	Waremme	2,8

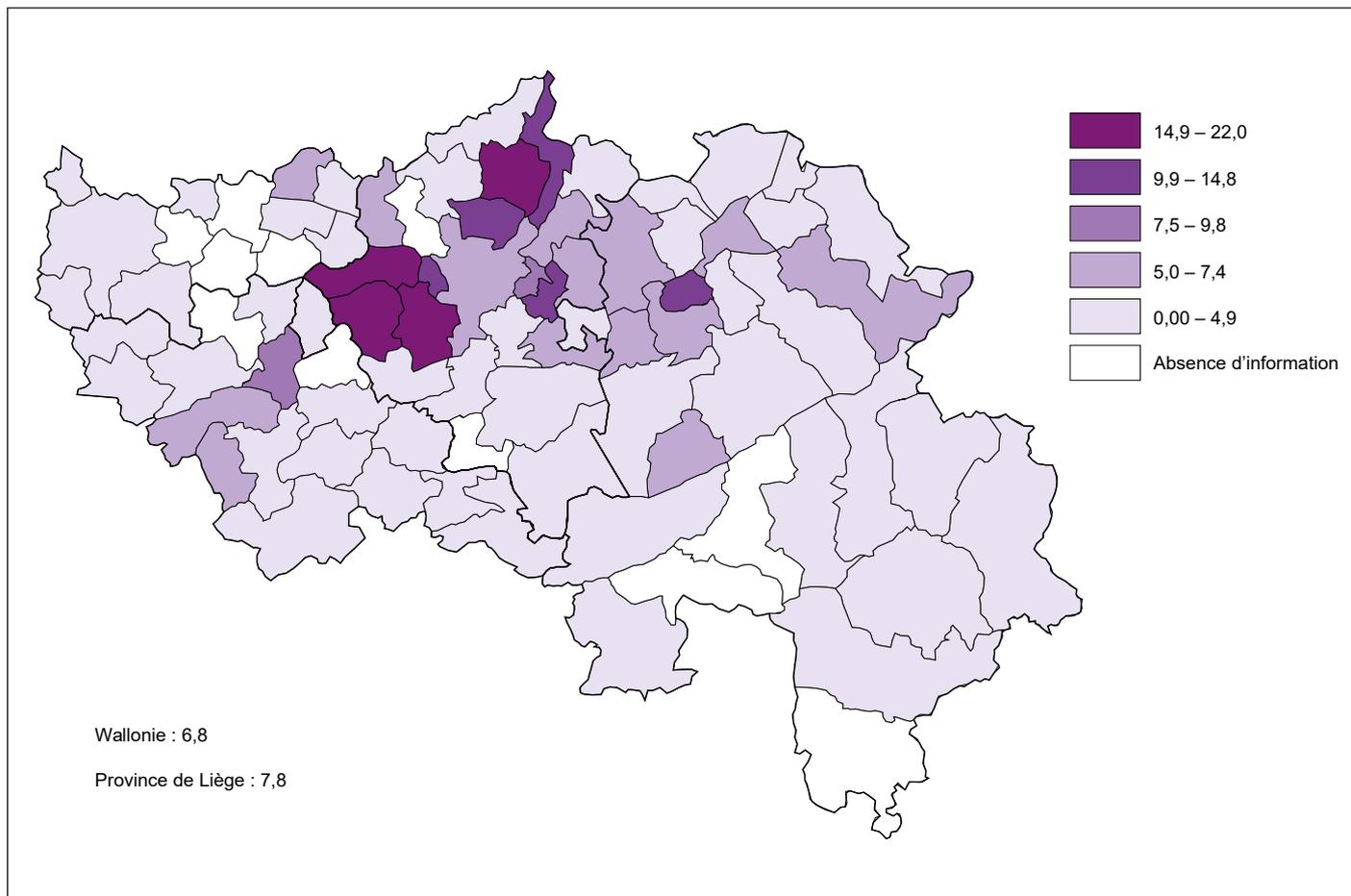
Source : SPW-Département du logement

→ En 2017, un peu moins de 8 % de l'ensemble des logements en province de Liège sont des logements publics. Cette proportion est supérieure à celle de la Wallonie qui atteint 6,8 %. Au niveau des arrondissements, celui de Liège présente la proportion la plus élevée de logements publics (10,1 %) tandis que l'arrondissement de Waremme ne compte que 2,8 % de logements publics parmi l'ensemble des logements du territoire.



## Chapitre 4 :

Carte 4.3. Proportion (%) de logements publics, province de Liège, par commune, 2017



Discretisation : manuelle - Source : SPW-Département du Logement

→ Au niveau communal, neuf communes de la province de Liège atteignent une proportion de plus de 10 % de logements publics (parmi le total des logements) sur leur territoire. Elles se situent dans les arrondissements de Liège ou de Verviers.

De grandes disparités sont observées en matière de logements publics dans l'arrondissement de Liège, dans des proportions variables (de 1,6 à 21,1 %).

# FACTEURS DE SANTÉ

## 2. Excès de poids

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids, ce qui représente 39 % de la population adulte au monde. Parmi ceux-ci, 650 millions étaient en situation d'obésité, représentant 13 % de la population adulte mondiale. Il y a davantage de personnes en surpoids et obèses que de personnes en insuffisance pondérale et ce dans toutes les régions du monde (à l'exception de certaines parties de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie).

La principale cause de ce fléau est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. En effet, au niveau mondial, on constate une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques et riches en lipides et une augmentation du manque d'activité physique (avec pour causes des modes de vie et de travail plus sédentaires, une évolution des modes de transport et une urbanisation croissante).

Le surpoids et l'obésité constituent un important facteur de risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques (en particulier l'arthrose) et certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon) [17].

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utilisée pour évaluer le statut nutritionnel d'un adulte. Il est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres au carré).

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

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

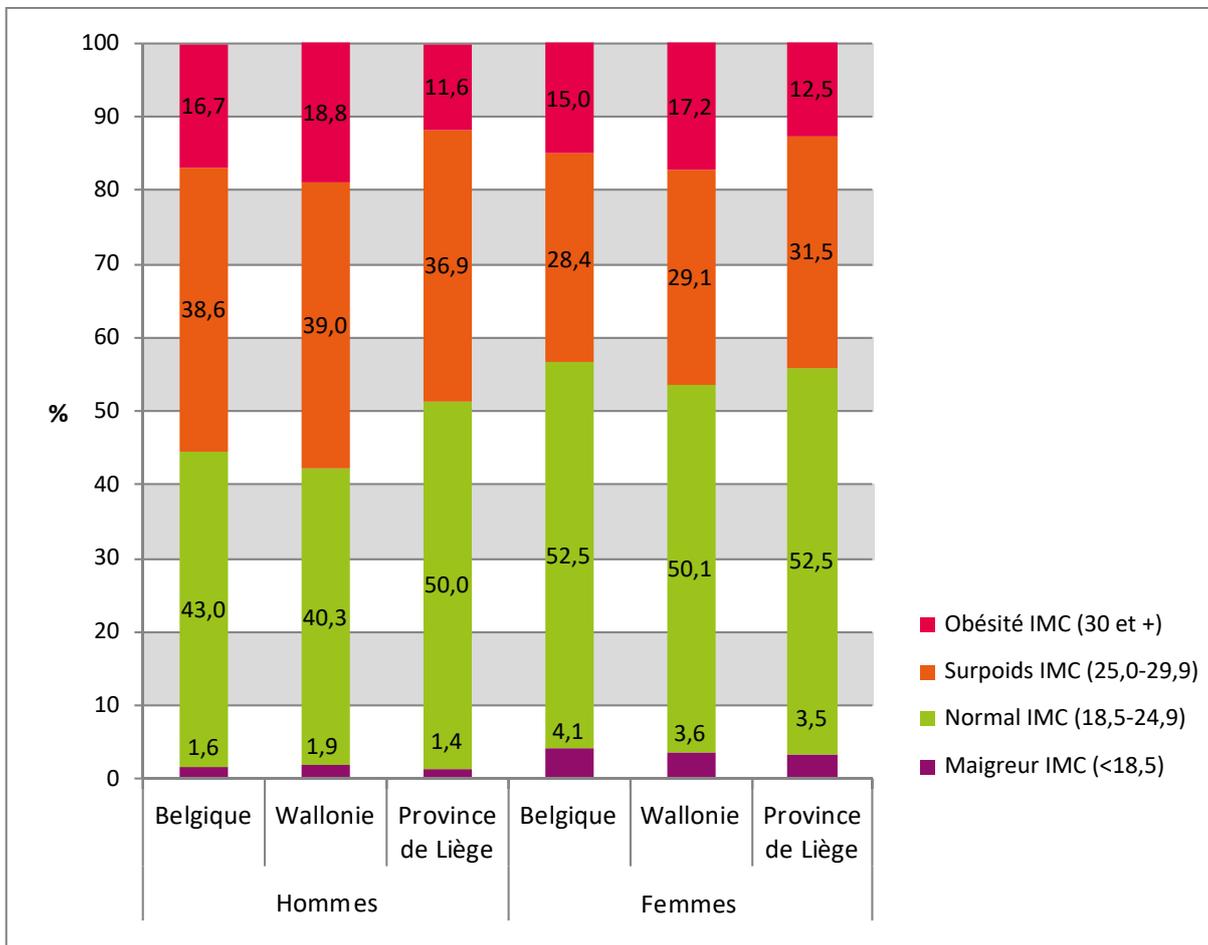
- la maigreur : IMC inférieur à 18,5 ;
- la corpulence normale : IMC supérieur ou égal à 18,5 et inférieur à 25 ;
- le surpoids : IMC supérieur ou égal à 25 et inférieur à 30 ;
- l'obésité : IMC supérieur ou égal à 30 [17].



# Chapitre 4 :

## 2.1. Corpulence des adultes

Figure 4.4. Répartition (en %) 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, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon les résultats de l'enquête 2018, la proportion de personnes présentant une obésité est inférieure en province de Liège par rapport à la Wallonie et la Belgique et ce chez les hommes comme chez les femmes. L'obésité concerne 11,6 % des hommes et 12,5 % des femmes en province de Liège. Ces proportions atteignent respectivement 18,8 % et 17,2 % en Wallonie.

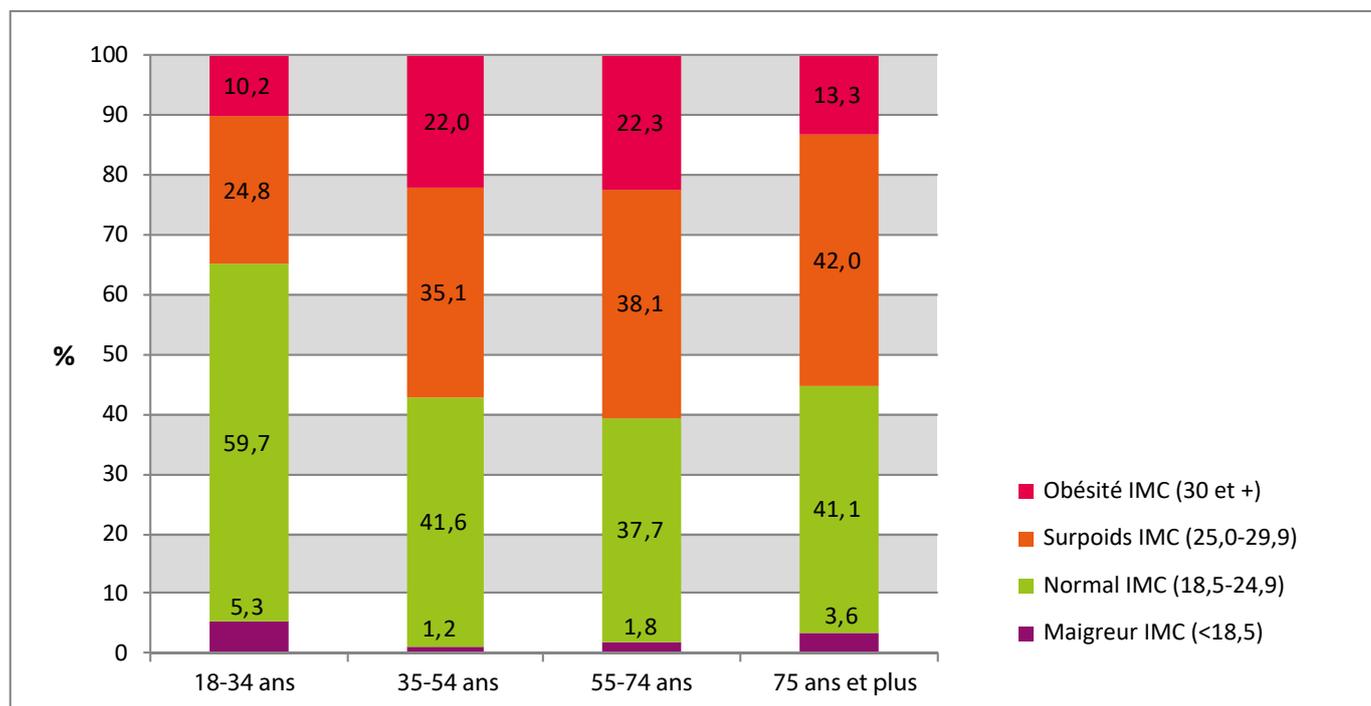
Quel que soit le niveau territorial, la part de personnes en surpoids dans la population est plus importante chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, les situations de corpulence normale ou de maigreur sont plus importantes chez les femmes.

Entre 2013 et 2018, en province de Liège, on constate une diminution de l'obésité pour les hommes comme pour les femmes. La proportion d'hommes présentant un IMC supérieur à 30 est passée de 17,6 % à 11,6 %. Quant à celle des femmes, elle est passée de 13,2 % à 12,5 %.

Par contre, au cours de cette même période (2013-2018), la proportion de femmes présentant un surpoids est passée de 28,9 % à 31,5 % tandis que celle des hommes est passée de 38,4 % à 36,9 %.

# FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.5. Répartition (en %) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

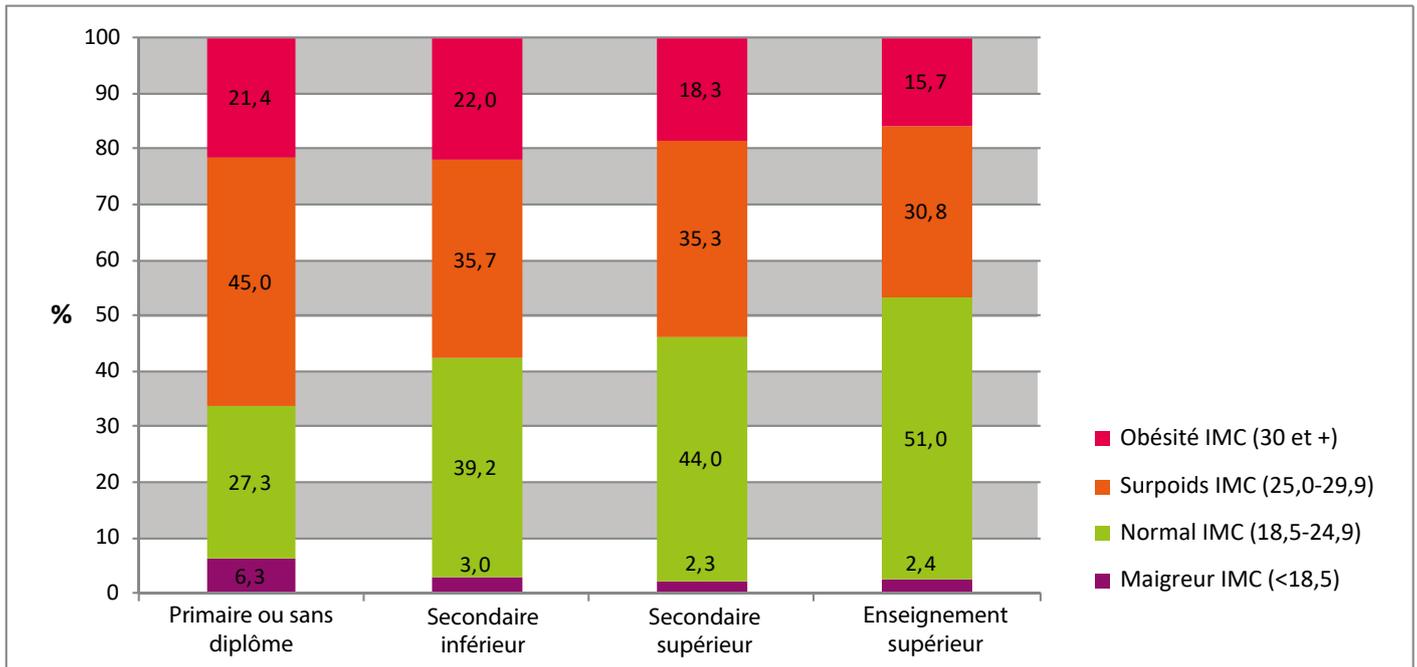
→ En Wallonie, le surpoids et l'obésité touchent majoritairement les personnes âgées de 55 à 74 ans (38,1 % de personnes en surpoids et 22,3 % de personnes obèses). Ces chiffres ont tendance à être similaires dans la catégorie des 35-54 ans, où les proportions de personnes en surpoids et en obésité ont augmenté depuis 2013.

Les personnes âgées de 75 ans et plus sont également concernées par ces chiffres relativement élevés puisque 42,0 % d'entre elles sont en surpoids et 13,3 % sont obèses. Enfin, concernant les jeunes de 18 à 34 ans, près de 60 % d'entre eux sont de corpulence normale.



# Chapitre 4 :

Figure 4.6. Répartition (en %) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Il existe un lien entre le surpoids, l'obésité et le niveau d'instruction. En effet, plus celui-ci est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids augmente. Parmi les personnes sans diplôme ou qui disposent seulement d'un diplôme de l'enseignement primaire, plus d'un cinquième sont obèses (21,4 %) et 45,0 % sont en surpoids. Plus le niveau de diplôme est élevé, plus ces proportions sont faibles. Ainsi, l'obésité concerne 15,7 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur tandis qu'elles sont 30,8 % à être en surpoids.

## 2.2. Corpulence des jeunes

Il n'existe pas de données relatives au statut pondéral des jeunes en province de Liège. Les Provinces de Namur et de Hainaut mènent des enquêtes sur leur territoire respectif et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

# FACTEURS DE SANTÉ

## 3. Sédentarité et activité physique

L'activité physique, définie comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie », permet d'améliorer son état de santé et réduit le risque de maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et plusieurs cancers. Elle contribue également à prévenir l'hypertension, à maintenir un poids corporel sain et à améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être. Toute activité physique est préférable à l'absence totale d'exercice [18].

Or, selon l'OMS, à l'échelle mondiale, plus d'un adulte sur quatre (28 %) n'était pas suffisamment actif en 2016. L'OMS précise que depuis 2001, il n'y a pas eu d'amélioration des niveaux mondiaux d'activités physiques. Par ailleurs, jusqu'à 5 millions de décès par an pourraient être évités si la population mondiale était plus active.

Cette sédentarité importante et observée à l'échelon mondial est due à nos modes de vie de plus en plus sédentaires, avec le recours aux transports motorisés et l'utilisation accrue des écrans dans le cadre du travail, de l'éducation et des loisirs [19].

### 3.1. Sédentarité et activité physique chez l'adulte

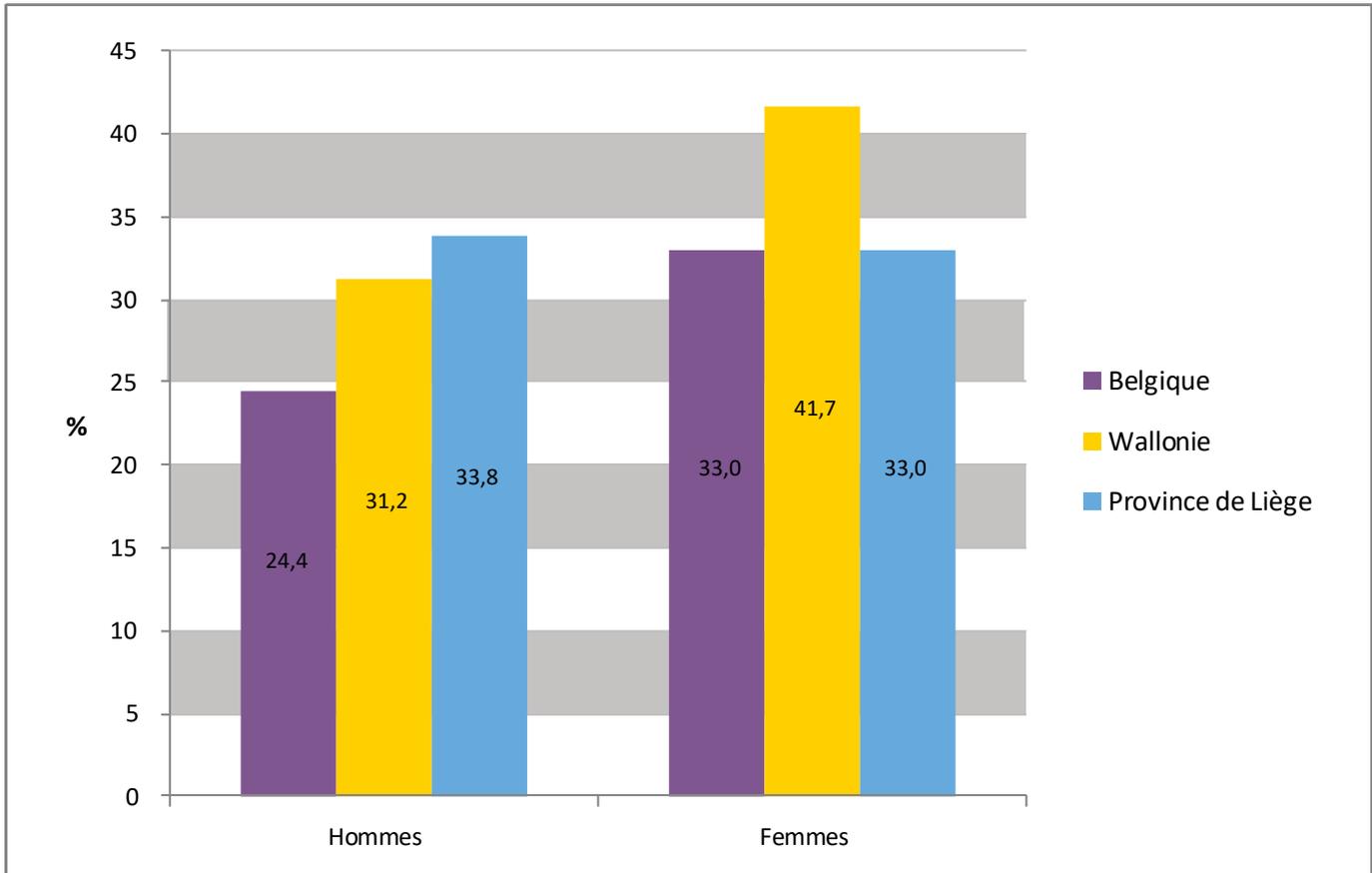
Dans le questionnaire utilisé dans l'enquête santé, la sédentarité ou le comportement sédentaire est défini comme un ensemble d'activités en état de veille dont la consommation d'énergie est inférieure ou égale à 1,5 MET<sup>2</sup>. Ainsi, les personnes considérées comme sédentaires sont celles qui ont répondu « lecture, TV ou autre activité sédentaire » à la question « Quelle proposition caractérise le mieux vos activités de loisirs au cours de l'année qui vient de s'écouler ? » [20].

<sup>2</sup> Metabolic Equivalent of Task (équivalent métabolique, qui est le rapport de la dépense énergétique liée à l'activité physique sur le métabolisme de base). Le MET mesure donc l'intensité de l'activité physique. En dessous de 2 MET, on parlera d'activités sédentaires.



## Chapitre 4 :

Figure 4.7. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) considérées comme sédentaires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ La proportion d'hommes sédentaires en province de Liège est supérieure aux proportions belge et wallonne. La proportion de femmes sédentaires est identique à la proportion belge (33,0 %) et inférieure à la proportion wallonne.

En 2018, on constate une augmentation de la proportion de sédentaires quel que soit le territoire considéré. Une diminution avait été observée en 2013 mais en 2018 nous revenons à des valeurs proches de celles de 2008.

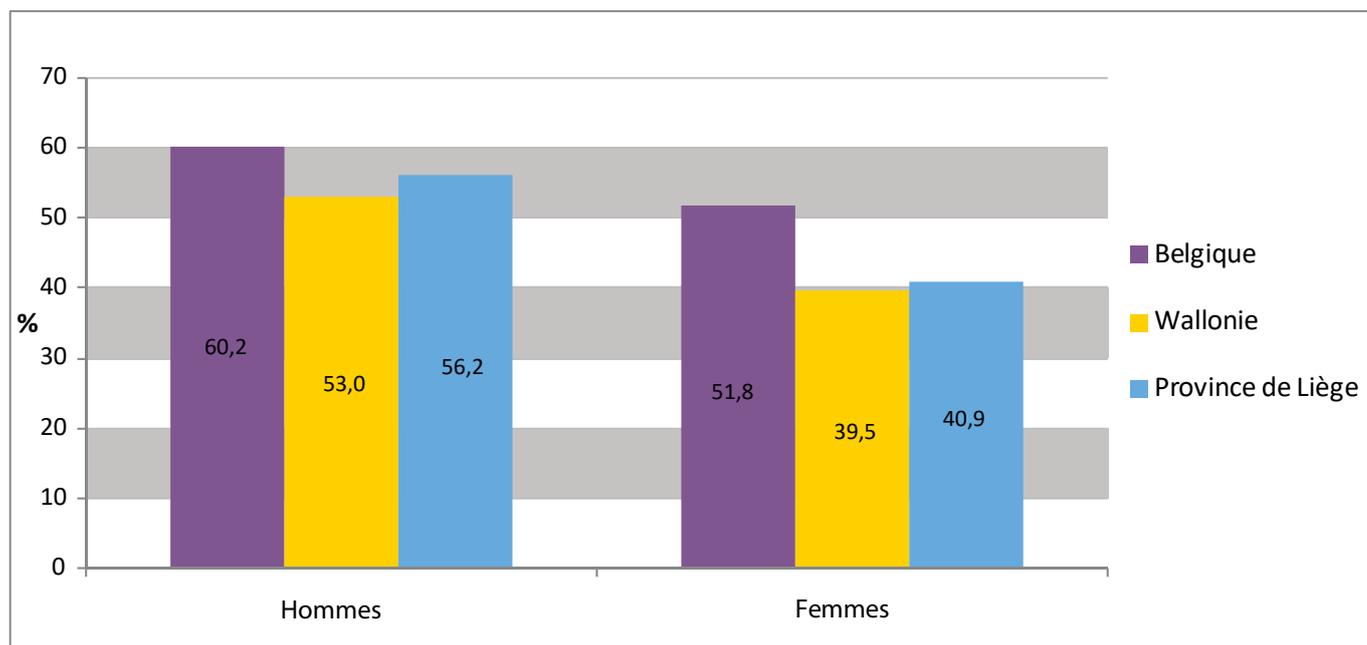
Au niveau de l'âge, globalement, plus celui-ci augmente, plus le manque d'activité physique augmente également. En province de Liège, la proportion de personnes sédentaires diminue entre 65 et 74 ans pour augmenter ensuite à partir de 75 ans.

De manière générale, 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 province de Liège, ce pourcentage est plus élevé chez les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (67,6 %) ou chez les personnes avec un diplôme du secondaire inférieur (42,1 %) par rapport aux personnes ayant un diplôme de secondaire supérieur (40,6 %) ou de l'enseignement supérieur (20,6 %).

# FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.8. Proportion (en %) de personnes (de 18 ans et plus) qui passe au moins 150 minutes par semaine à pratiquer des activités physiques d'intensité au minimum modérée et/ou qui fait des activités qui demandent au moins un effort physique modéré au travail, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ En province de Liège, en 2018, 48,0 % de la population de 18 ans et plus déclarent consacrer au moins 150 minutes par semaine à des activités physiques au moins modérées (non liées au travail) ou occuper un travail qui demande au moins un effort physique modéré. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (56,2 %) que chez les femmes (40,9 %). Par ailleurs, les proportions en province de Liège sont plus élevées qu'en Wallonie mais moins importantes qu'en Belgique.

## 3.2. Jeunes et activité physique

Il n'existe pas de données relatives à la pratique d'activités physiques des jeunes en province de Liège. Les Provinces de Namur et de Hainaut mènent des enquêtes sur leur territoire respectif et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.



## 4. Alimentation

Tout comme l'activité physique, une alimentation saine aide à se protéger contre des maladies non transmissibles parmi lesquelles le diabète, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers. Or, les habitudes alimentaires ont changé au cours des dernières années avec une consommation excessive d'aliments très caloriques, riches en graisses, en sucres libres ou en sel. Beaucoup de personnes ne consomment pas suffisamment de fruits, de légumes et de fibres alimentaires. Parmi les causes de ce phénomène, on retrouve notamment la production croissante d'aliments transformés, l'urbanisation rapide et l'évolution des modes de vie [21].

### 4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

Les fruits et légumes étant des sources riches en vitamines, en minéraux et en fibres alimentaires, leur consommation contribue à la qualité de vie et est associée à une réduction des taux de mortalité. Les recommandations de l'OMS suggèrent de consommer plus de 400 grammes de fruits et légumes par jour pour améliorer la santé en général et réduire le risque de certaines maladies.

En Belgique, les recommandations nutritionnelles de 2019 du Conseil supérieur de la Santé conseillent une consommation de 250 grammes de fruits (en privilégiant les fruits frais) et de 300 grammes de légumes (frais ou préparés) [22].

Afin de permettre aux répondants de l'Enquête nationale de santé d'estimer au mieux la quantité de fruits et légumes consommés, celle-ci est exprimée en portions.

Une portion de fruits correspond à :

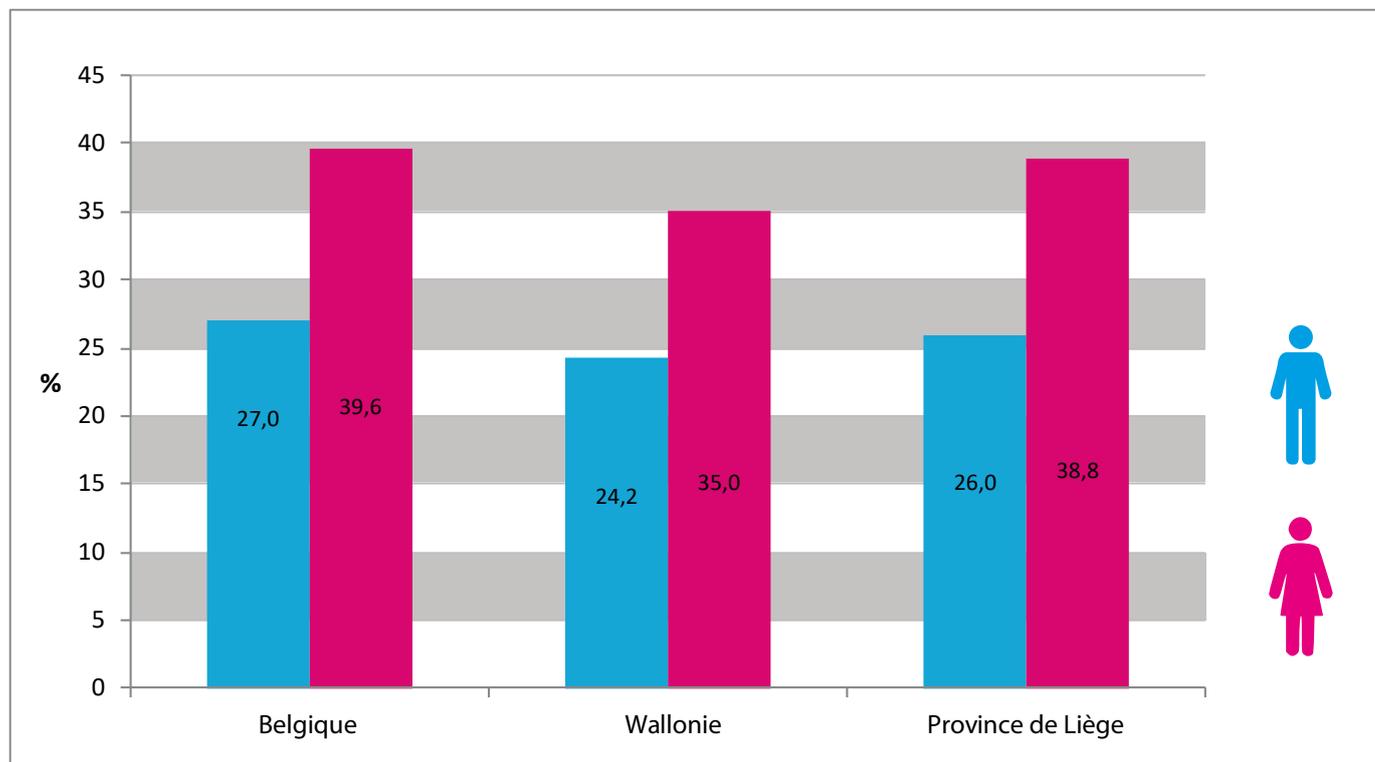
- un fruit de taille moyenne tel que : 1 pomme, 1 banane, 1 poire, 1 orange ou 1 nectarine... ;
- un certain nombre de fruits de petites tailles tel que : 2 prunes, 2 mandarines, 3 abricots, 2 kiwis, 7 fraises, une poignée (environ 14) de cerises, 6 litchis, une poignée de myrtilles... ;
- un morceau de fruit de grande taille tel que : ½ pamplemousse, ½ mangue, ½ avocat, une bonne tranche de papaye, de melon, ou d'ananas... ;
- 3 cuillères à soupe de salade de fruits frais.

Une portion de légumes correspond à :

- légumes verts : 2 bouquets de brocolis, 8 fleurons de chou-fleur, 4 cuillères à soupe de choux, épinards, légumes printaniers ou haricots verts... ;
- légumes cuits : 3 cuillères à soupe de légumes cuisinés (cuits à la vapeur, bouillis, au micro-ondes), comme des courgettes, des carottes, des choux de Bruxelles... ;
- salades de légumes : 3 bâtons de céleri, 1 tronçon de 10 cm de concombre, 1 tomate de taille moyenne, 7 tomates-cerises ;
- légumes secs ou haricots : 3 cuillères à soupe de haricots rouges ou blancs, de haricots beurre, de lentilles ou de pois chiches [20].

# FACTEURS DE SANTÉ

Figure 4.9. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

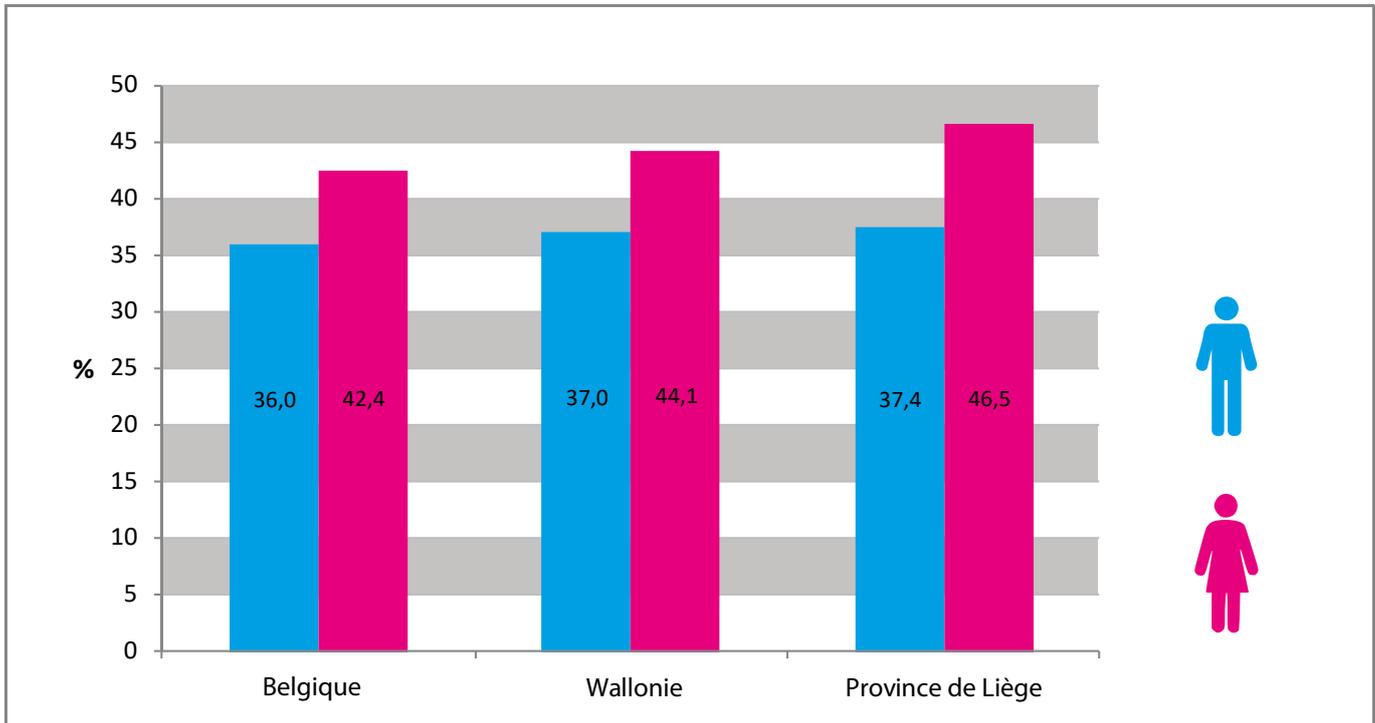
→ En province de Liège, un peu moins d'un tiers de la population âgée de 15 ans et plus (32,7 %) déclare consommer au moins deux portions de fruits par jour. On n'observe pas de différence statistiquement significative avec la Wallonie et la Belgique.

Quel que soit le territoire observé, le pourcentage des femmes est plus élevé que celui des hommes. Cette différence est statistiquement significative en Wallonie et en Belgique mais ne l'est pas en province de Liège.



## Chapitre 4 :

Figure 4.10. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ De manière générale, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle des fruits. En province de Liège, quatre personnes sur dix déclarent consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes (42,2 %). On n'observe pas de différence significative avec la Wallonie (40,7 %) et la Belgique (39,3 %).

Comme pour la consommation de fruits, les femmes se déclarent plus nombreuses à consommer au moins deux portions de légumes chaque jour. Cette différence est statistiquement significative en Belgique et en Wallonie mais ne l'est pas en province de Liège.

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

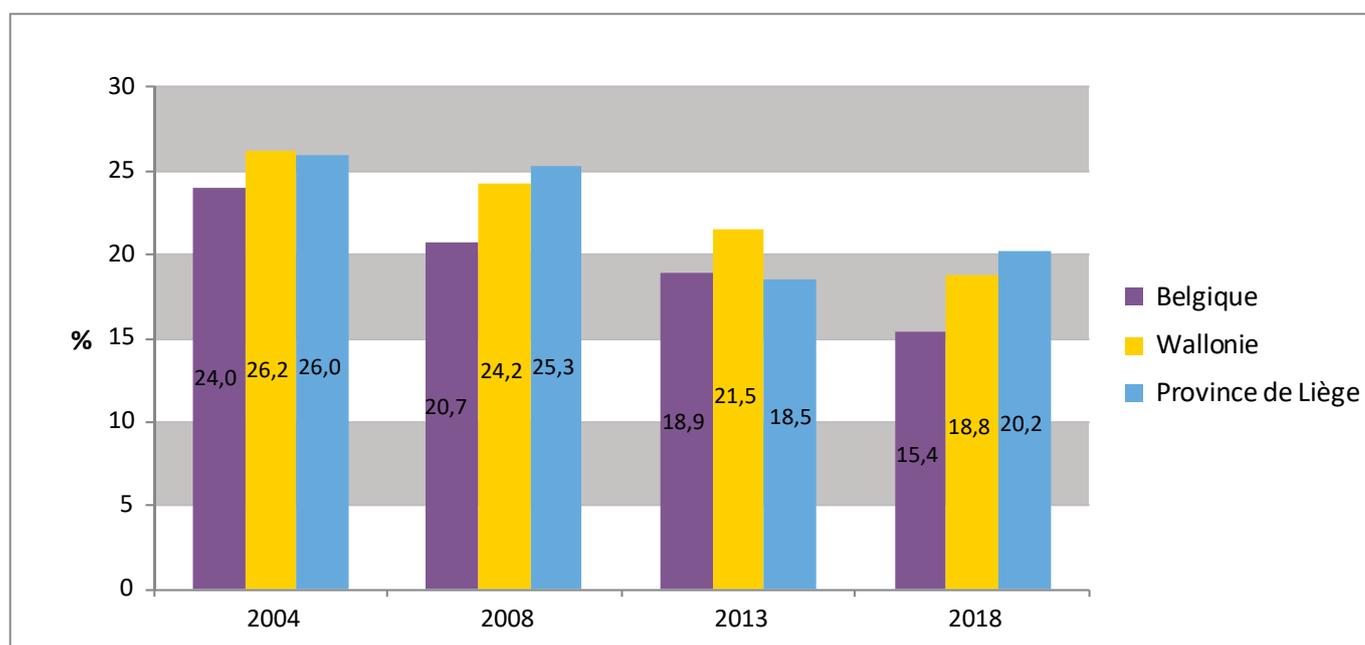
Il n'existe pas de données relatives à la consommation de fruits et légumes chez les jeunes en province de Liège. Les Provinces de Namur et de Hainaut mènent des enquêtes sur leur territoire respectif et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

## 5. Consommation de tabac

Le tabagisme est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale. Chaque année, on estime à près de 8 millions le nombre de personnes mourant à cause du tabagisme. Plus de 7 millions de ces décès sont dus à la consommation directe de produits du tabac, tandis qu'environ 1,2 million résultent du tabagisme passif [23]. Parmi les nombreuses maladies dues au tabac, on retrouve les maladies cardiovasculaires et les cancers (voies aérodigestives supérieures, gorge, poumon...) [24].

### 5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

Figure 4.11. Évolution de la proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018



Source : Sciensano-HIS 2018

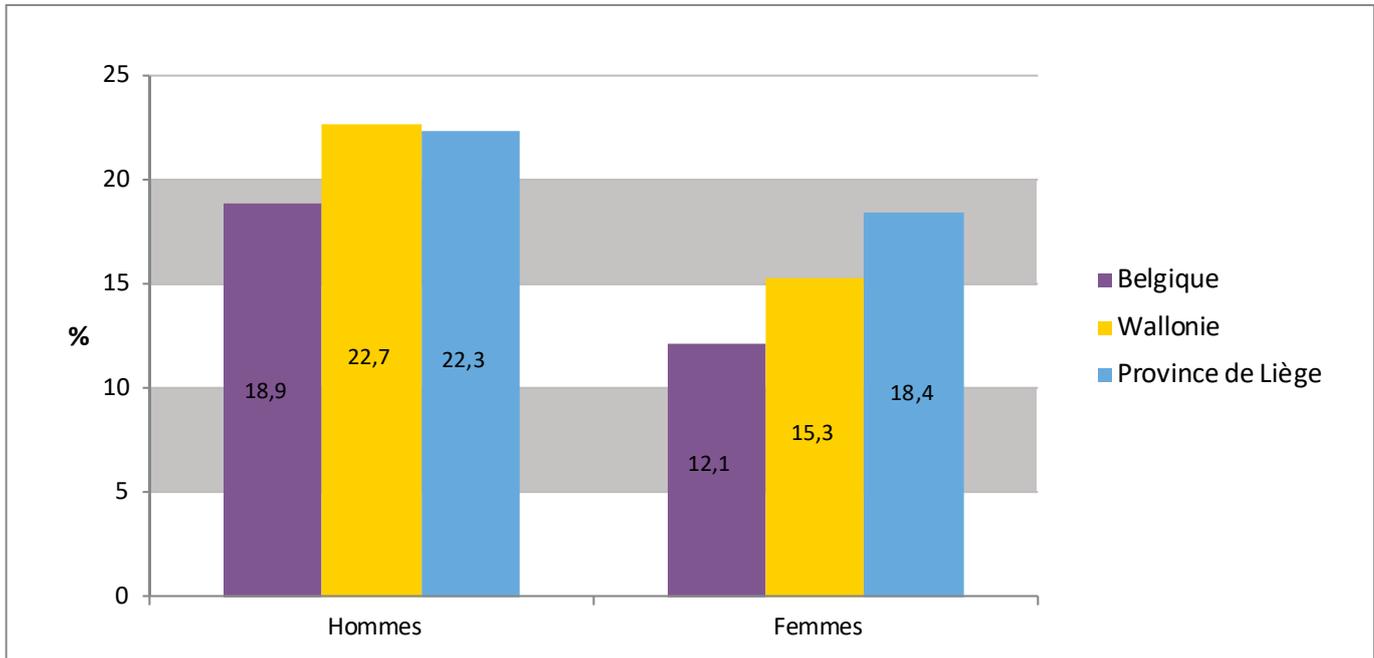
→ Globalement, quel que soit le territoire, on observe une diminution de la proportion de personnes déclarant fumer quotidiennement au fil du temps.

En 2004, en province de Liège, un peu plus d'un quart de la population (26,0 %) était fumeurs quotidiens. Cette proportion est restée stable en 2008 (25,3 %), pour ensuite diminuer en 2013 (18,5 %) et remonter à 20,2 % en 2018. Néanmoins, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les années. Pour la Belgique, la diminution est plus nette au fur et à mesure des années, avec des diminutions statistiquement significatives sauf entre 2008 et 2013.



## Chapitre 4 :

Figure 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Quel que soit le territoire considéré, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement. Cette différence est statistiquement significative pour la Belgique et la Wallonie, mais pas pour la province de Liège. Au sein de celle-ci, plus d'un homme sur cinq (22,3 %) est fumeur tandis que moins d'une femme sur cinq (18,4 %) est fumeuse.

### 5.2. Tabagisme chez les jeunes

Il n'existe pas de données relatives à la consommation de tabac chez les jeunes en province de Liège. Les Provinces de Namur et de Hainaut mènent des enquêtes sur leur territoire respectif et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

## 6. Consommation d'alcool

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 [25].

Selon l'OMS, l'abus d'alcool a entraîné en 2016 plus de trois millions de décès, soit un décès sur 20. Plus de trois-quarts de ces décès concernaient des hommes. L'abus d'alcool représente plus de 5 % de la charge de morbidité au niveau mondial [26].

Sa consommation est responsable de très nombreuses maladies et est un facteur de risque d'apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool. Elle entraîne des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires ainsi que des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation [27].

### 6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

Bien qu'elle fasse partie de nos habitudes culturelles, la consommation d'alcool est non seulement nocive pour la santé, mais a des conséquences sur l'entourage familial, social, professionnel et entraîne également des répercussions économiques sur l'ensemble de la société. En 2018, on estime qu'en Belgique, l'alcool est responsable de 5 % des décès [20].

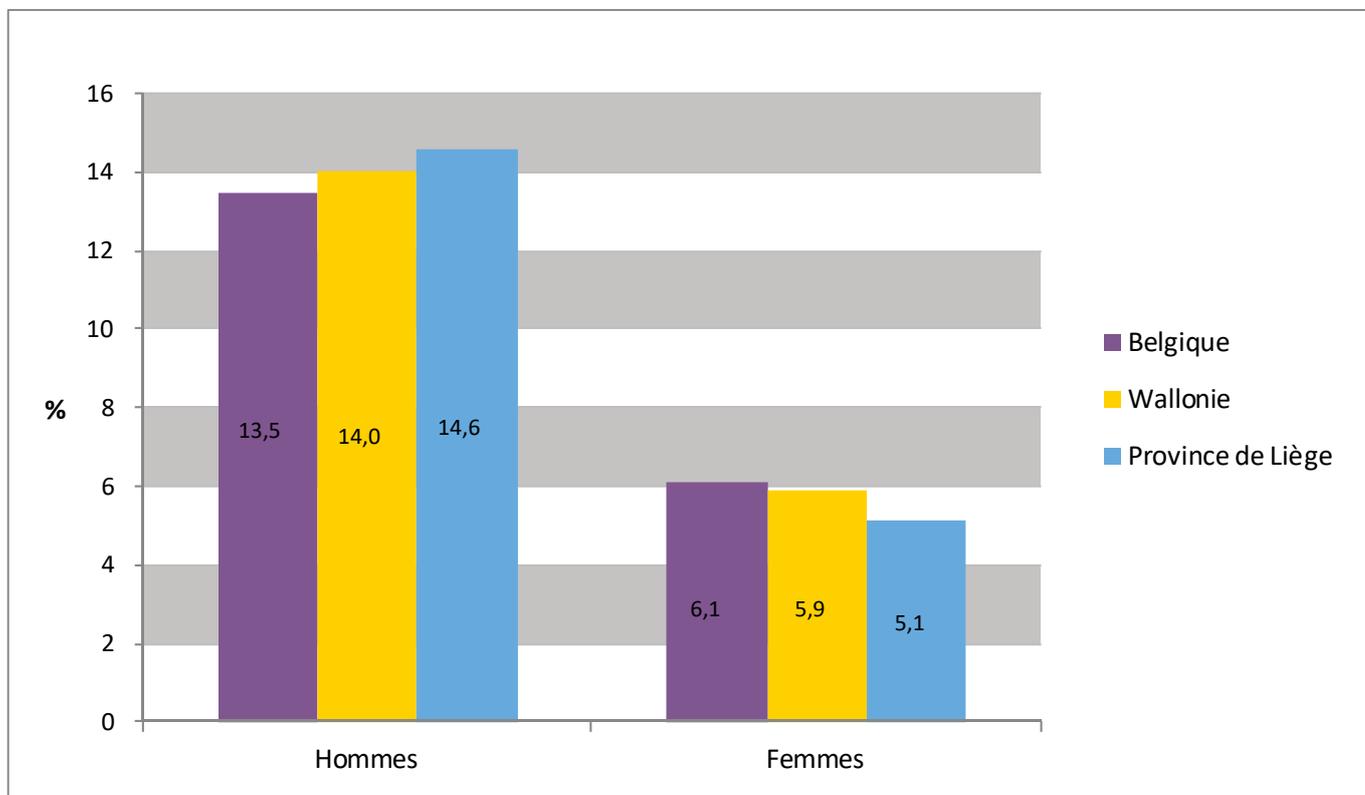
Selon la dernière enquête de santé par interview, près de huit habitants sur dix (78,1 %) en province de Liège déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. C'est une proportion un peu plus élevée qu'en Wallonie (76,2 %) et qu'en Belgique (76,6 %).



# Chapitre 4 :

## 6.1.1. Consommation quotidienne

Figure 4.13. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ Les hommes sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement par rapport aux femmes. En province de Liège, 14,6 % des hommes sont concernés contre 5,1 % des femmes. La proportion des hommes en province de Liège est plus élevée que celles des hommes belges et wallons.

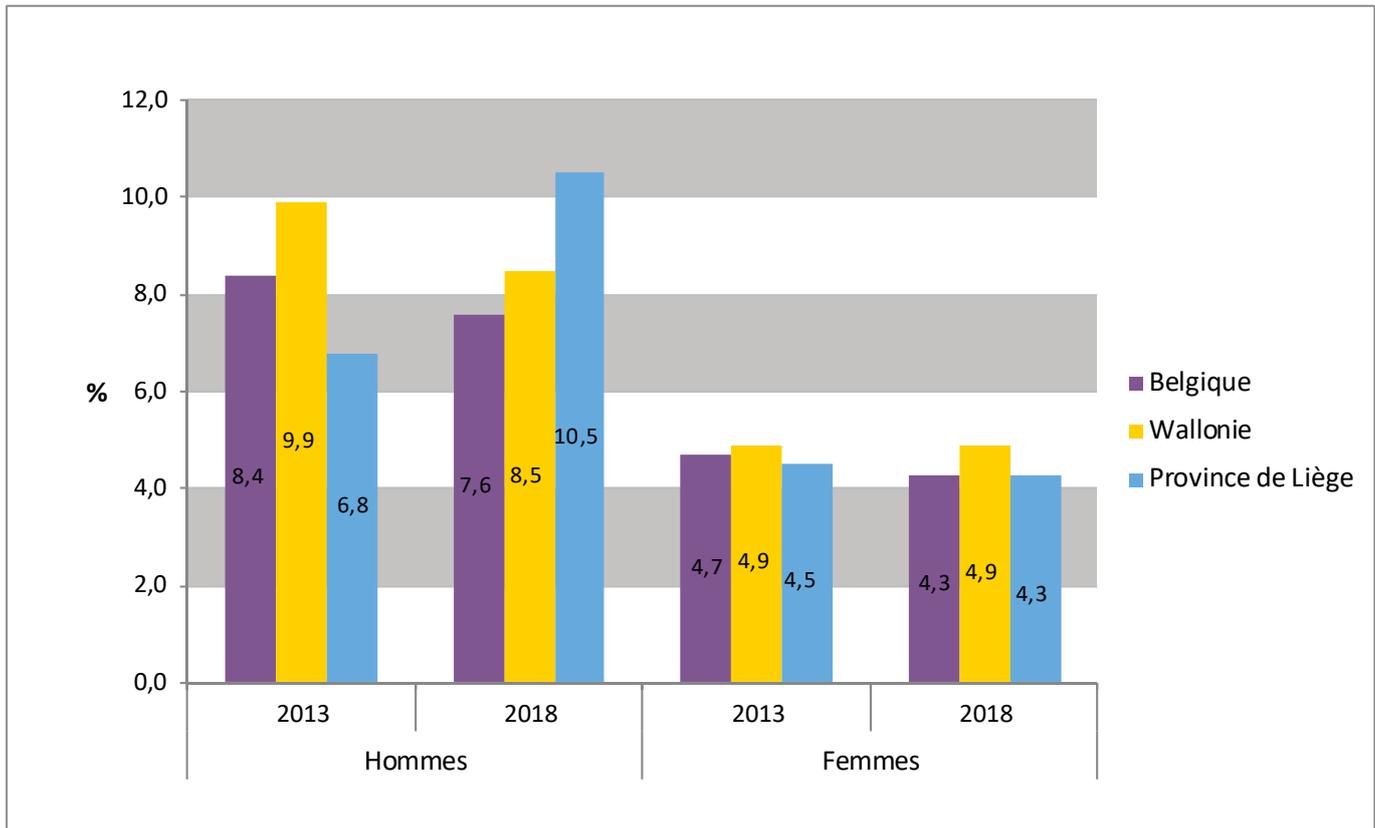
Notons qu'en termes d'évolution par rapport à 2013, la proportion de consommateurs quotidiens a diminué de façon significative en Belgique et en Wallonie tant pour les hommes que pour les femmes. Une diminution non significative est observée pour les hommes et les femmes de la province de Liège.

# FACTEURS DE SANTÉ

## 6.1.2. Surconsommation

La surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire de plus de 14 boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et plus de 21 boissons alcoolisées par semaine pour les hommes [20].

Figure 4.14. Évolution (en %) de la proportion de surconsommateurs (de 15 ans et plus) d'alcool (14 verres et plus chez les femmes, 21 verres et plus chez les hommes par semaine), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013-2018



Source : Sciensano-HIS 2018

→ En 2018, la surconsommation d'alcool concerne 10,5 % des hommes et 4,3 % des femmes en province de Liège. Comparativement aux proportions wallonne et belge, les différences ne sont pas significatives.

Par rapport à 2013, on observe une augmentation de la proportion de surconsommateurs chez les hommes et une diminution chez les femmes. Ces différences ne sont néanmoins pas statistiquement significatives.



# Chapitre 4 :

L'hyper-alcoolisation se définit comme la consommation de 6 verres d'alcool ou plus – soit 60 g d'alcool pur – en une occasion au moins une fois par semaine [20].

Tableau 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer 6 verres ou plus d'alcool en une seule occasion (hyper-alcoolisation) au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	11,5	3,9
Wallonie	11,2	4,1
Province de Liège	15,0	3,4

Source : Sciensano-HIS 2018

→ En province de Liège, 15,0 % des hommes et 3,4 % des femmes déclarent consommer au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion, au moins une fois par semaine. Ces proportions ne sont statistiquement pas différentes de celles observées en Wallonie et en Belgique.

## 6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

Il n'existe pas de données relatives à la consommation d'alcool chez les jeunes en province de Liège. Les Provinces de Namur et de Hainaut mènent des enquêtes sur leur territoire respectif et récoltent ainsi des données relatives à la santé des jeunes en particulier.

## 7. Bibliographie

1. Les cahiers du développement durable. *Qu'est-ce que la santé et quelles sont les interactions avec l'environnement ?* 2021. Consultable sur : <http://les.cahiers-developpement-durable.be/vivre/10-sante-et-environnement-definitions/>
2. Sciensano. *Facteurs de risque liés au mode de vie*. Sciensano ; 2021. Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/facteurs-de-risque-lies-au-mode-de-vie#comment-le-mode-de-vie-et-les-comportements-influencent-ils-la-sant>
3. Organisation mondiale de la Santé. *Déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. OMS ; 2021. Consultable sur : [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)
4. Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur. *Tableau de bord de la santé en province de Namur 2016*. Province de Namur ; 2016.
5. Service public fédéral - Direction générale Statistique. *Revenus fiscaux*. STATBEL ; 2019. Consultable sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>
6. European Commission. *Employment and Social Developments in Europe. Leaving no one behind and striving for more : fairness and solidarity in the European social market economy*. Luxembourg ; 2020.
7. Conseil supérieur de l'emploi. *État des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions*. CSE ; Juin 2018. Consultable sur : [https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse\\_rapport\\_juin\\_2018.pdf](https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse_rapport_juin_2018.pdf)
8. Conseil supérieur de l'emploi. *État des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions dans le contexte du COVID-19*. CSE ; Juillet 2020. Consultable sur : [https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse\\_2020\\_etat\\_des\\_lieux\\_covid-19\\_0.pdf](https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse_2020_etat_des_lieux_covid-19_0.pdf)
9. SPP Intégration sociale – *Le revenu d'intégration*. SPP Intégration Sociale ; 2020. Consultable sur : <https://www.mi-is.be/fr/lequivalent-du-revenu-dintegration-sociale>
10. SPF Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées. *L'allocation aux personnes handicapées*. SPF Sécurité sociale ; 2020. Consultable sur : <https://handicap.belgium.be/fr/>
11. Service fédéral des Pensions – *La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)*. SPF Pensions ; 2020. Consultable sur : <https://www.sfpd.fgov.be/fr/droit-a-la-pension/grapa>
12. Jeanmart C. *Crédit et surendettement : retour sur l'année 2019*. Observatoire du Crédit et de l'Endettement : Marchienne-au-Pont ; Février 2020.
13. Étude du Centre Jean Gol. *Les familles monoparentales : un défi de société à relever*. CJG ; 2018. Consultable sur : <https://www.cjg.be/wp-content/uploads/2020/02/CJG-Etude-Famille-monoparentale.pdf>
14. Berger A. *Famille monoparentale : attention pauvreté*. Réseau Financité ; Décembre 2019. Consultable sur : [https://www.financite.be/sites/default/files/references/files/analyse\\_monoparentalite\\_-\\_ab.docx.pdf](https://www.financite.be/sites/default/files/references/files/analyse_monoparentalite_-_ab.docx.pdf)
15. Revue du Conseil économique et social de Wallonie. *Le logement public en Wallonie : diagnostic et perspectives*. CESW ; Octobre 2018. Trimestriel n°139. Consultable sur : [https://www.cesewallonie.be/sites/default/files/uploads/publications/pdf/W139\\_web.pdf](https://www.cesewallonie.be/sites/default/files/uploads/publications/pdf/W139_web.pdf)



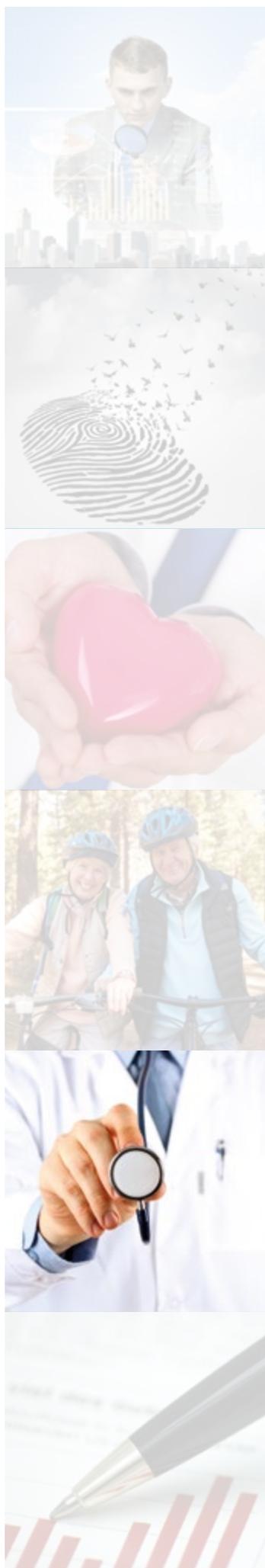
## Chapitre 4

16. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Logements publics déclarés par la commune*. Méta-données. Iweps ; Janvier 2020.
17. Organisation mondiale de la Santé. *Obésité et surpoids, principaux repères*. OMS ; 20 août 2020.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
18. Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*. OMS ; 17 avril 2004.  
Consultable sur : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20737/A57\\_9-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20737/A57_9-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Organisation mondiale de la Santé. *Activité physique, principaux repères*. OMS ; 26 novembre 2020.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
20. Gisle L, Drieskens S, Charafeddine R, Demarest S, Braekman E, Nguyen D, Van der Heyden J, Berete F, Hermans L, Taf-foreau J. *Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats*. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de dépôt : D/2019/14.440/61.
21. Organisation mondiale de la Santé. *Alimentation saine, principaux repères*. OMS ; 23 octobre 2018.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
22. Conseil Supérieur de la Santé. *Recommandations alimentaires pour la population belge adulte-2019*. CSS n°9284 ; Juin 2019.
23. Organisation mondiale de la Santé. *Tabac, principaux repères*. OMS ; 27 mai 2020.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
24. Organisation mondiale de la Santé. *Le tabac et le corps humain*. OMS ; 2019.  
Consultable sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324849/WHO-NMH-PND-19.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Organisation mondiale de la Santé. *Consommation d'alcool. Thèmes de santé*. OMS ; 21 septembre 2018.  
Consultable sur : [https://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/fr/](https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/fr/)
26. Organisation mondiale de la Santé. *L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes*. OMS ; Communiqué de presse 21 septembre 2018.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=millions%20de%20personnes-,L'abus%20d'alcool%20tue%20chaque%20ann%C3%A9e%20plus,de%203%20millions%20de%20personnes&text=Selon%20un%20rapport%20publi%C3%A9%20aujourd,ces%20d%C3%A9c%C3%A8s%20concernaient%20des%20hommes>
27. Organisation mondiale de la Santé. *Consommation d'alcool, principaux repères*. OMS ; 21 septembre 2018.  
Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

## Chapitre 5

# Offre de soins et de services

- **Une densité d'offre hospitalière supérieure à celles de la Belgique et de la Wallonie.** En effet, la densité de lits en hôpital général pour 1 000 habitants est de 4,7 en province de Liège contre 4,3 en Belgique et en Wallonie. L'arrondissement de Waremme présente la densité de lits hospitaliers la plus faible de la province (2,1).
- **Une capacité d'accueil des personnes âgées aussi favorable qu'en Wallonie.** Par rapport à la Wallonie, la province de Liège dispose d'une capacité proche en termes de densités de lits MR (37,6) et MRS (35,1) pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.
- **En province de Liège, on compte un médecin généraliste pour 949 habitants,** ce qui est légèrement plus favorable que la situation Wallonne (992 habitants par médecin généraliste). Mais de grandes disparités au niveau communal existent. Berloz et Lontzen n'ont pas de médecin généraliste sur leur territoire tandis qu'à l'inverse, Hamoir et Trois-Ponts se situent sous le seuil de 456 habitants par médecin généraliste. Au fil du temps, les médecins pratiquent de plus en plus en association (maison médicale ou association de soins intégrés).
- **Une féminisation importante de la médecine.** En province de Liège, les femmes représentent 74,6 % des médecins généralistes de moins de 40 ans, contre 72,0 % en Wallonie. 81,6 % des gynécologues de moins de 40 ans en province de Liège sont des femmes. La proportion des femmes s'élève à 66,7 % chez les pédiatres et 62,0 % chez les ophtalmologues.
- **Une couverture en termes d'accueil des tout-petits qui dépasse l'objectif de Barcelone préconisant au taux de couverture de 33 %.** Le taux de couverture des places d'accueil préscolaire s'élève à 35,2 % en province de Liège et à 37,9 % en Wallonie.
- **Une pratique collective en Associations de santé intégrée (ASI) importante en milieu urbain.** En 2020, la province de Liège comptait trente-trois Associations de santé intégrée, dont vingt-neuf dans l'arrondissement de Liège. Aucune n'est présente dans l'arrondissement de Waremme.



# Chapitre 5 :

---

## 1. Offre de soins

Bien que l'accès aux soins de santé en Belgique soit relativement bon, il y a d'importantes inégalités en termes d'accessibilité (financière, géographique...) [1]. En province de Liège, les quatre arrondissements bénéficient d'infrastructures de soins de santé assez bien réparties, y compris dans les cantons de l'Est. Par contre, pour ce qui est des soins de première ligne et l'accès à un médecin généraliste, il existe de grandes inégalités d'accès entre les communes.

### 1.1. Structures hospitalières

Les attentes et les exigences envers le secteur hospitalier sont multiples : 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 sociétales également : les hôpitaux doivent répondre aux besoins de la population en proposant des services accessibles à tous et ce, quels que soit le statut économique ou les croyances des patients [2].

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 et la réduction de la durée de séjour des patients à l'hôpital [3].

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

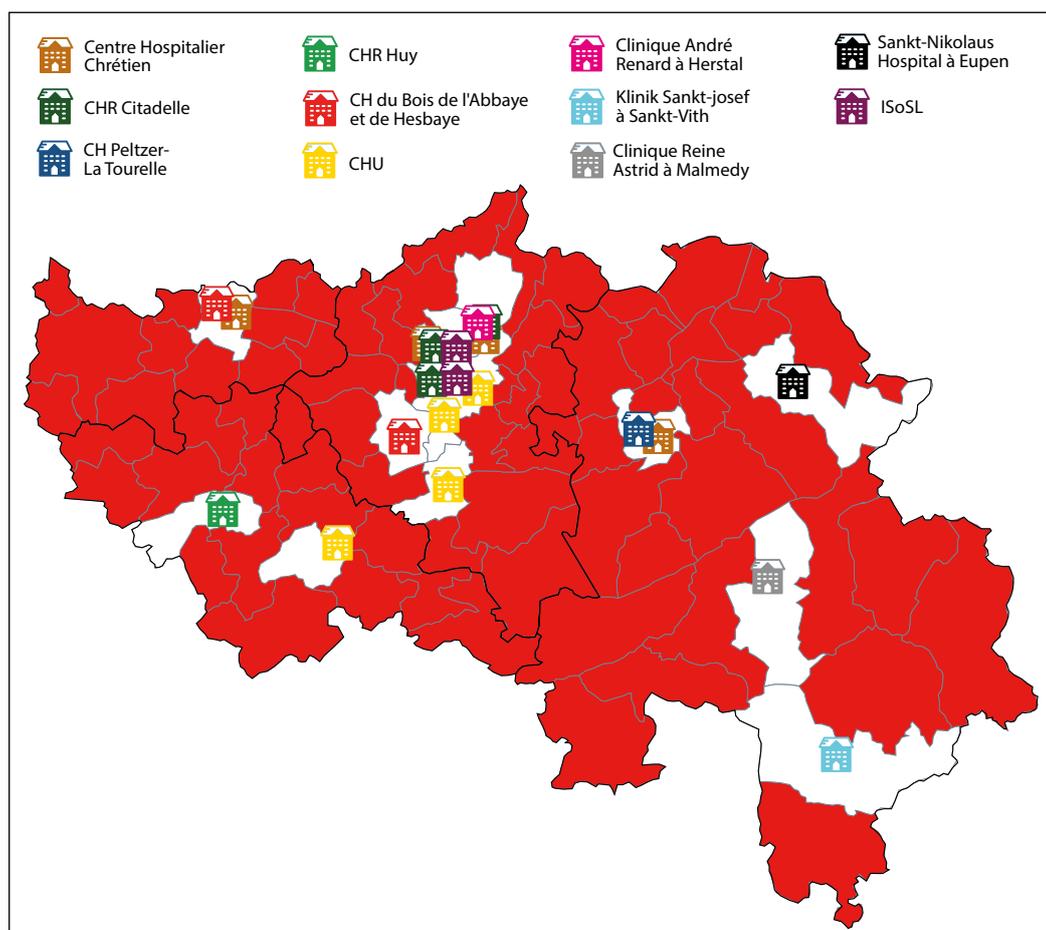
Un hôpital général accueille les patients aussi bien de jour que de nuit pour une aide médicale spécialisée et offre des traitements de chirurgie et de médecine interne, complétés par diverses autres disciplines telles que la gériatrie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la neuropsychiatrie ou la révalidation, par exemple.

Les hôpitaux universitaires possèdent les mêmes services que les hôpitaux généraux mais se voient également attribuer les missions de formation des professionnels de santé, de recherche scientifique et de développement de nouvelles technologies. Ils sont reliés à une université disposant d'une faculté de médecine proposant un cursus complet [4].

Les hôpitaux psychiatriques sont davantage destinés aux soins de santé mentale de plus longue durée. Ils sont soumis aux mêmes normes d'agrément que les hôpitaux généraux. Le séjour en hôpital psychiatrique est cependant appelé à être à la fois le plus bref et le plus spécialisé possible, et avant tout orienté vers la réinsertion sociale [5].

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, province de Liège, 2021



→ La province de Liège compte vingt-deux hôpitaux généraux.

Certains sont regroupés dans le cadre de groupes et proposent plusieurs implantations :

- le Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye avec deux implantations : Seraing (caractère universitaire) et Waremme ;
- le Centre Hospitalier Chrétien avec quatre cliniques : le MontLégia, Hermalle-sous-Argenteau, Heusy et Waremme ;
- le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle avec trois implantations à caractère universitaire : la Citadelle à Liège, Sainte-Rosalie à Liège et le Château-Rouge à Herstal ;
- le Centre Hospitalier Universitaire de Liège avec trois hôpitaux universitaires : le Sart-Tilman, l'implantation Ourthe-Ambliève à Esneux et Notre-Dame des Bruyères à Chênée. Le Centre neurologique de revalidation fonctionnelle de Fraiture est également attaché au CHU.
- IsoSL, cliniques de soins spécialisés avec l'Hôpital du Valdor et l'Hôpital du Pèri.

La ville de Herstal accueille la Clinique André Renard sur son territoire.

La ville de Verviers a deux hôpitaux : le Centre Hospitalier Régional East Belgium, avec deux sites (« Peltzer » et « La Tourelle ») et la clinique CHC Heusy.

Celle de Malmédy dispose du Centre Hospitalier Reine-Astrid et celle de Huy du Centre Hospitalier Régional de Huy.

La Communauté germanophone a deux hôpitaux sur son territoire : St.Nikolaus-Hospital à Eupen et la Klinik St.Josef à Saint-Vith.

On dénombre sept hôpitaux psychiatriques en province de Liège (dont un hôpital de jour universitaire). Cinq sont situés à Liège, les deux autres à Lierneux et à Henri-Chapelle (Welkenraedt).



## Chapitre 5 :

**Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, décembre 2021**

		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		49 788	4,3	15 857	1,4
Wallonie		15 552	4,3	4 726	1,3
Province de Liège		5 253	4,7	1 355	1,2
ARRONDISSEMENTS	Huy	437	3,8	0	0,0
	Liège	3 593	5,8	684	1,1
	Verviers	1 053	3,7	671	2,3
	Waremme	170	2,1	0	0,0

Source : SPF Santé Publique, calculs OSLg

→ La province de Liège compte 5 253 lits hospitaliers, ce qui correspond à une densité de 4,7 lits pour 1 000 habitants. C'est une valeur supérieure aux densités de la Belgique (4,3) et de la Wallonie (4,3).

L'arrondissement de Liège présente la plus forte densité (5,8 lits pour 1 000 habitants) et comptabilise près de 70 % des lits hospitaliers de la province. À l'inverse, avec 2,1 lits pour 1 000 habitants, l'arrondissement de Waremme présente la plus faible densité de lits et est nettement en dessous des valeurs de la Belgique et de la Wallonie.

La densité de lits au sein des hôpitaux psychiatriques est de 1,2 lit pour 1 000 habitants en province de Liège. La plus forte densité se situe au niveau de l'arrondissement de Verviers (2,3) et est d'ailleurs supérieure à celles de la Belgique (1,4) et de la Wallonie (1,3). Il n'existe pas de lits psychiatriques dans les arrondissements de Huy et de Waremme.

**Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2021**

	Belgique	Wallonie	Province de Liège
SMUR	96	37	10
Scanner	157	54	18
RMN	134	43	14
Radiothérapie	31	8	2
Centre de dialyse	54	20	6

Source : SPF Santé Publique

→ En 2021, les hôpitaux généraux de la province de Liège rassemblent dix Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Par ailleurs, l'ASBL Centre Médical Hélicopté (CMH) organise un service médical d'urgence et de réanimation par hélicoptère. La base se situe à Bra-sur-Lienne (Lierneux).

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

Il existe deux centres de radiothérapie sur le territoire (Centre Hospitalier Universitaire site du Sart-Tilman et CHR Verviers East Belgium site La Tourelle), et six centres de dialyse (Centre hospitalier régional de Huy, Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye à Seraing, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Centre Hospitalier Universitaire site du Sart-Tilman, CHR Verviers East Belgium site La Tourelle et St.Nikolaus-Hospital à Eupen).

# 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 (MR) est « l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement de personnes âgées qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux ».

La maison de repos et de soins (MRS) est « la maison de repos qui s'inscrit dans le cadre de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins » c'est-à-dire celle qui organise « la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter ».

L'entrée dans un établissement d'hébergement ou d'accueil pour personnes âgées est possible à partir de 60 ans (sauf à titre exceptionnel sur demande de l'établissement auprès du Service Public de Wallonie) [6].

Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MR et MRS, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020

	Nombre de MR et MRS	Lits MR		Lits MRS		Lits MR + MRS	
		Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Total	
Wallonie	606	25 984	37,5	24 258	35,0	50 242	
Province de Liège	184	7 982	37,6	7 437	35,1	15 419	
ARRONDISSEMENTS	Huy	25	976	46,8	1 000	47,9	1 976
	Liège	107	4 727	39,3	4 510	37,5	9 237
	Verviers	39	1 730	31,1	1 489	26,8	3 219
	Waremme	13	549	35,6	438	28,4	987

Source : AViQ, calculs OSLg

→ L'ensemble des MR et MRS en Wallonie comptabilise 50 242 lits, dont 24 258 sont agréés en repos et soins. 30,7 % de ces lits (MR+MRS) se situent en province de Liège.

Avec 35,1 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, la province de Liège présente une densité de lits MRS identique à celle de la Wallonie (35,0). La densité de lits MR est également identique en province de Liège et en Wallonie (37,6 et 37,5 lits/1 000 hab. de 65 ans et plus).

La grande majorité des lits MR et MRS se concentrent dans l'arrondissement de Liège. Les densités de lits MRS dans les arrondissements de Verviers et de Waremme sont particulièrement faibles (respectivement 26,8 et 28,4 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus). Ces deux arrondissements présentent également une densité de lits MR inférieure à celles de la province de Liège et de la Wallonie (respectivement 31,1 et 35,6 lits MR pour 1 000 habitants de 65 ans et plus). Dans le même temps, l'arrondissement de Huy présente des densités de lits fortement supérieures à celles de la province de Liège et de la Wallonie (46,8 lits MR et 47,9 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus).



# Chapitre 5 :

---

## 1.3. Médecins

Afin d'évaluer au mieux l'offre de soins en matière de professionnels de santé, nous avons décidé d'utiliser des données reflétant au mieux la réalité de terrain en ciblant les professionnels réellement actifs sur leur territoire. Les données relatives aux médecins généralistes sont donc directement liées à leur lieu d'activité et plus à leur lieu de résidence comme c'était le cas dans l'édition précédente. De ce fait, nous vous recommandons une extrême prudence en cas de comparaisons entre les différentes éditions des tableaux de bord.

Les médecins repris dans les données suivantes sont repris dans le cadastre des médecins généralistes actifs en médecine générale, établi par l'AViQ. Ce cadastre est réalisé avec l'aide des cercles de médecins généralistes qui mettent à jour la liste des médecins généralistes actifs dans la ou les communes de leur cercle. Sont inclus dans ce cadastre tous les médecins généralistes, quel que soit leur âge, dont le numéro d'agrément INAMI se termine par 003 ou 004 et qui déclarent pratiquer la médecine générale sur le territoire wallon (médecins généralistes actifs). Les médecins qui ne sont pas repris sont ceux qui sont en formation, sont pensionnés ou radiés, exercent une autre activité médicale que la médecine générale classique (nutrition, acupuncture, homéopathie, médecine sportive, préventive...), exercent en hôpital, sont en arrêt de travail.

### 1.3.1. Médecins généralistes

La pratique de la médecine générale a fortement évolué au cours des dernières années. Les jeunes médecins pratiquent davantage en groupe ou en association, ceci afin de leur permettre une meilleure conciliation vie privée-vie professionnelle. De plus, les médecins généralistes sont de plus en plus âgés ; le métier voit également une féminisation de plus en plus importante [7].

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 31 décembre 2019

		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par médecin généraliste
		Femmes	Hommes	Total	
Wallonie		1 583	2 080	3 663	992
Province de Liège		500	667	1 167	949
ARRONDISSEMENTS	Huy	46	60	106	1 070
	Liège	308	417	725	861
	Verviers	118	145	263	1 094
	Waremme	27	46	73	1 115

Source : AViQ, calculs OSLg

→ En 2019, la Wallonie comptait 3 663 médecins généralistes dont 1 167 en province de Liège. Cela représente, pour la province de Liège, un médecin pour environ 950 habitants. Au regard de ces chiffres, la situation semble plus favorable en province de Liège qu'en Wallonie.

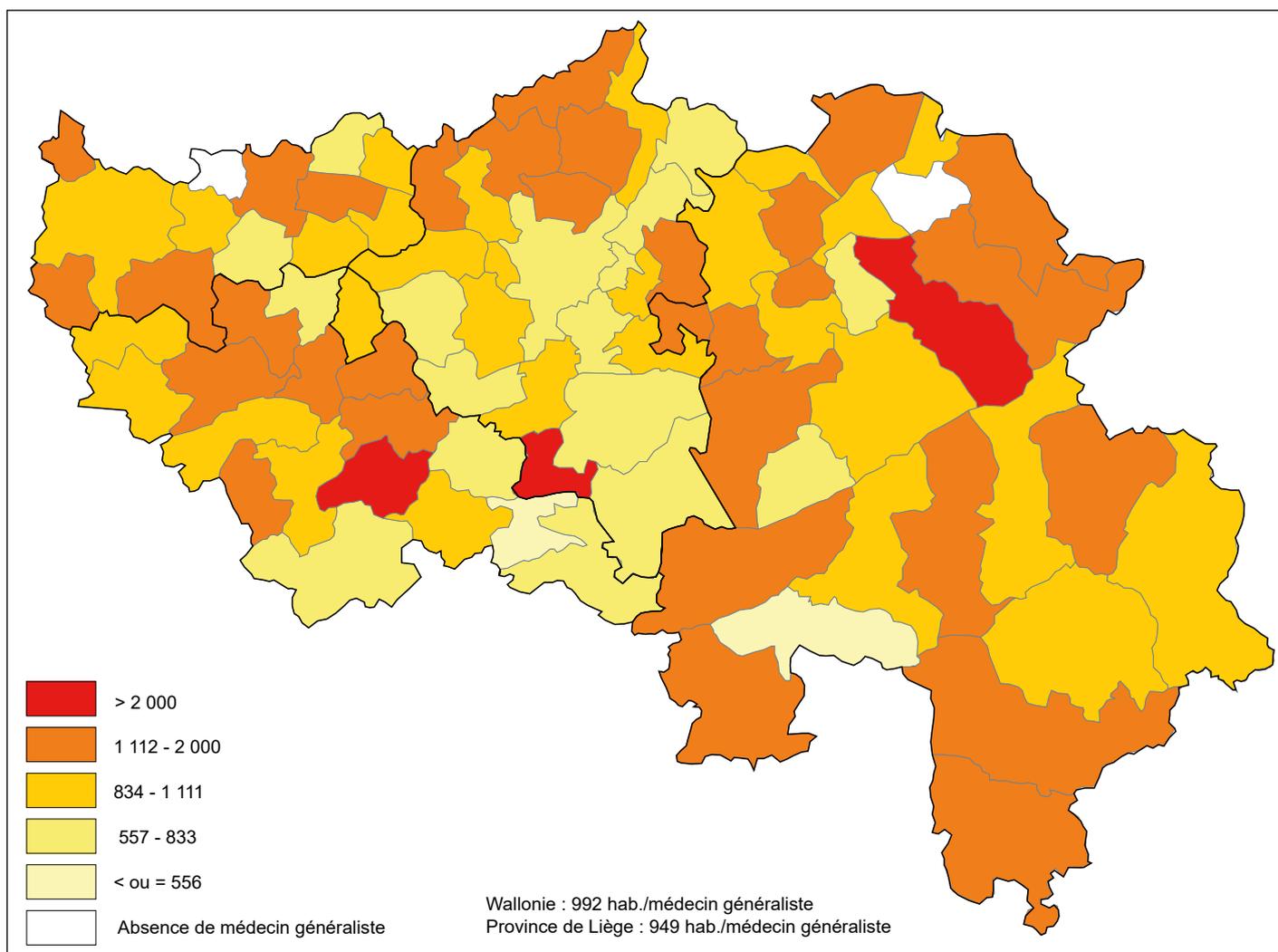
Toutefois, des disparités apparaissent au regard des chiffres par arrondissement. Celui de Liège présente un rapport de l'ordre d'un médecin généraliste pour 860 habitants, ce qui est plus favorable que la moyenne provinciale. Par contre, les arrondissements de Huy, de Verviers et de Waremme présentent des rapports de l'ordre d'un médecin généraliste pour plus de 1 000 habitants, ce qui est moins favorable que la moyenne provinciale.



## Chapitre 5 :

La Wallonie a mis en place le projet IMPULSEO I qui consiste en l'octroi d'une prime qui vise à encourager l'installation des médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires. La prime vise à aider le médecin généraliste pour une nouvelle installation à savoir une première installation ou le déménagement vers une zone à faible densité de médecins [8]. Trois types de zones d'installation sont définies, dont une zone de médecine générale dont la densité médicale est faible ou risque de le devenir. Le montant de la prime peut varier en fonction de la densité de médecins généralistes et, dans certains cas, également de la densité de population.

Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Liège, 31 décembre 2019



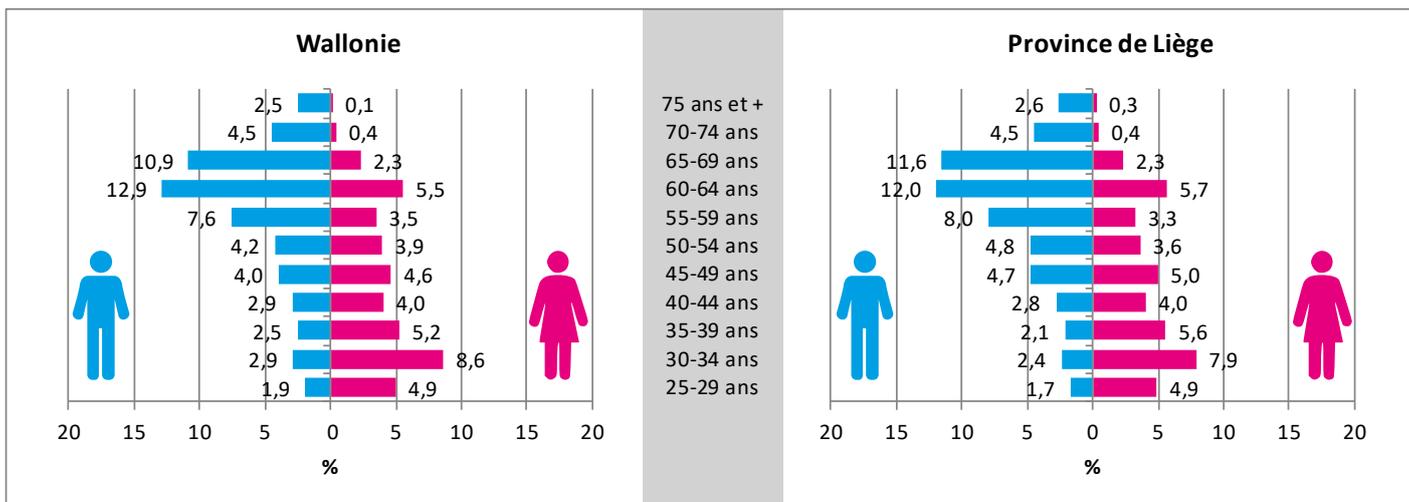
Discretisation : manuelle - Source : AViQ, calculs OSLg

→ Les communes de Berloz et de Lontzen n'ont pas de médecin généraliste sur leur territoire. Quarante-trois communes sur les quatre-vingt-quatre que compte la province de Liège dépassent le seuil de 1 111 habitants par médecin généraliste. Ce seuil est en lien avec l'un des critères des mesures IMPULSEO I (90 médecins pour 100 000 habitants).

À l'inverse, les communes de Hamoir et de Trois-Ponts se situent sous le seuil de 456 habitants par médecin généraliste. Ce seuil est en lien avec un autre critère des mesures IMPULSEO I (180 médecins pour 100 000 habitants).

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Figure 5.1. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2019



Source : AViQ, calculs OSLg

→ En province de Liège, les médecins âgés de 55 ans et plus constituent 50,6 % de l'ensemble des généralistes pour 50,4 % en Wallonie.

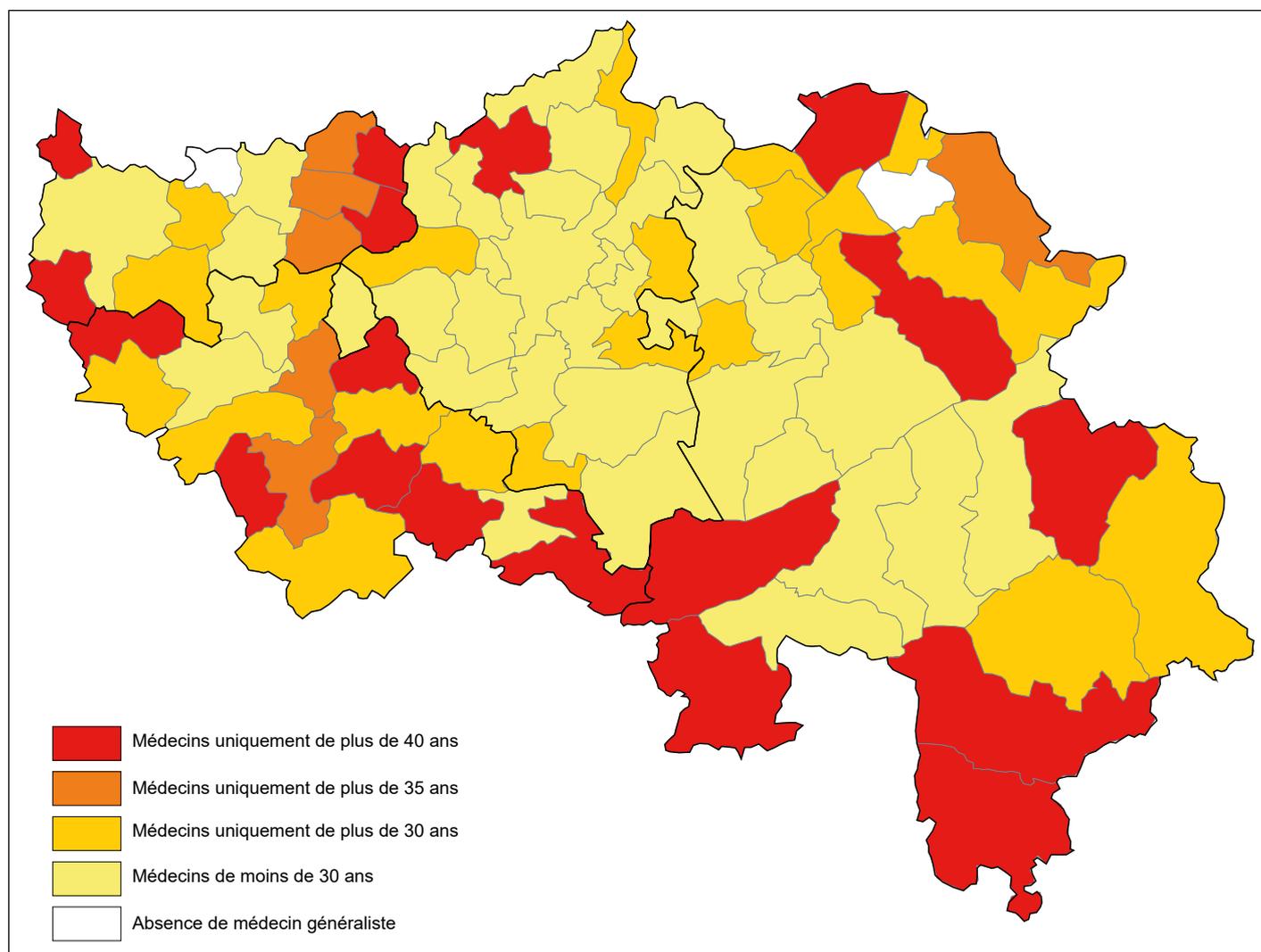
L'âge médian des médecins généralistes de la province de Liège se situe actuellement dans la tranche d'âge des 55-59 ans. Parmi l'ensemble des médecins généralistes sur la province, 24,4 % sont âgés de moins de 40 ans. C'est moins élevé qu'en Wallonie (26,1 %).

En province de Liège, parmi les médecins généralistes de moins de 40 ans, 74,6 % sont des femmes, contre 72,0 % en Wallonie.



## Chapitre 5 :

Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Liège, par commune, 2019



Source : AViQ

→ Sur l'ensemble de la province de Liège, dix-huit communes n'ont pas de médecin généraliste de moins de 40 ans. Ces communes présentent un caractère plutôt rural.

En province de Liège, trente-six communes ont des médecins de moins de 30 ans, établis dans les centres urbains ou périurbains.

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

## 1.3.2. Médecins spécialistes

Le SPF Santé Publique, via sa cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé, publie divers rapports en relation avec les statistiques des différents professionnels de santé. La source de données la plus importante est « le cadastre », la banque fédérale de données des professionnels de santé. Il reprend tous les professionnels autorisés à exercer une activité professionnelle agréée. Néanmoins, ce relevé ne permet pas de connaître le nombre de personnes réellement actives ; c'est pourquoi, pour certaines professions de santé, la cellule réalise le projet « PlanCad », avec pour objectif de compléter les données du cadastre avec d'autres données externes. Ce couplage de données permet d'évaluer les personnes réellement actives dans la profession, le temps de travail... [9]. Dans cette publication, nous privilégions ces données, en fonction de leur disponibilité. Le cas échéant, les données du cadastre sont utilisées.

Tout comme pour les données relatives à l'offre de médecine générale, les sources de données pour les médecins spécialistes sont différentes de celles utilisées lors de l'édition précédente du Tableau de bord de la santé. La prudence s'impose donc en cas de comparaisons entre les éditions.

**Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par médecin spécialiste
Belgique	16 869	12 691	29 560	387
Wallonie	5 516	4 011	9 527	381
Province de Liège	1 756	1 400	3 156	351

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ La densité de médecins spécialistes en province de Liège est supérieure à celles de la Wallonie et de la Belgique, puisqu'on y recense un médecin pour 351 habitants, contre 381 en Wallonie et 387 en Belgique.

Quel que soit le territoire géographique, le nombre de médecins spécialistes de sexe masculin est plus élevé que celui de leurs homologues féminines.

**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, 2019**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
Belgique	788	979	1 767	5 375
Wallonie	272	326	598	5 036
Province de Liège	97	112	209	4 395

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), 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 4 395 femmes de 15 ans et plus.

En province de Liège, 81,6 % des gynécologues de moins de 40 ans sont des femmes, contre 83,6 % en Wallonie et 86,5 % en Belgique. Un peu moins de la moitié des praticiens sont âgés de 55 ans et plus en province de Liège (47,8 %), tout comme en Wallonie (48,0 %) et en Belgique (45,5 %).



## Chapitre 5 :

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, 2019

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
Belgique	668	1 348	2 016	959
Wallonie	234	446	680	915
Province de Liège	82	164	246	766

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ En province de Liège, le nombre de pédiatres rapporté à la population d'enfants de moins de 15 ans apparaît 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 84,8 % des pédiatres de moins de 40 ans en Belgique.

Les pédiatres de 55 ans et plus représentent environ quatre pédiatres sur dix en Wallonie (44,9 %), en Belgique (43,1 %) et en province de Liège (41,1 %).

Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par ophtalmologue
Belgique	507	806	1 313	8 706
Wallonie	160	222	382	9 513
Province de Liège	57	93	150	7 380

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ En province de Liège, on recense un ophtalmologue pour 7 380 habitants. La situation est plus favorable qu'en Belgique et en Wallonie.

Cette spécialité, comme beaucoup d'autres, se féminise également.

En province de Liège, plus de quatre ophtalmologues sur dix sont âgés d'au moins 55 ans (44,0 %). Cette proportion est plus importante en Belgique (49,9 %) et en Wallonie (50,8 %).

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par anesthésiste
Belgique	1 596	1 127	2 723	4 198
Wallonie	536	330	866	4 196
Province de Liège	206	117	323	3 427

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ Les densités d'anesthésistes sont les mêmes en Belgique et en Wallonie. Elle est plus favorable en province de Liège où l'on compte 3 427 habitants par anesthésiste. Quel que soit le territoire observé, les hommes anesthésistes sont plus nombreux que les femmes.

Néanmoins, cette majorité masculine tend à diminuer : la moitié des anesthésistes de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes (50,5 %). Cette proportion est moins élevée en province de Liège et atteint 45,6 %, contre 48,6 % en Wallonie.

## 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, 2019

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par dentiste
Belgique	4 679	4 430	9 109	1 255
Wallonie	1 390	1 284	2 674	1 359
Province de Liège	521	431	952	1 163

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ En province de Liège en 2019, 952 dentistes sont dénombrés, ce qui représente un dentiste pour 1 163 habitants. C'est plus favorable qu'en Wallonie (1 359) et qu'en Belgique (1 255). 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 23,9 % en province de Liège. Elle est moins élevée en Wallonie (20,3 %) et en Belgique (21,8 %). Plus de la moitié des praticiens en province de Liège est âgée d'au moins 55 ans (56,8 %). Cette proportion est légèrement supérieure en Wallonie (59,1 %) et en Belgique (57,2 %).



# Chapitre 5 :

## 1.4.2. Kinésithérapeutes

Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par kinésithérapeute
Belgique	14 857	22 206	37 063	308
Wallonie	5 696	7 564	13 260	274
Province de Liège	1 602	2 222	3 824	289

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSLg

→ Les kinésithérapeutes en province de Liège sont 3 824, soit une densité de 289 habitants par professionnel. C'est plus favorable que la situation observée en Belgique mais moins que celle de la Wallonie.

La proportion de femmes est de 59,9 % en Belgique, 57,0 % en Wallonie et de 58,1 % en province de Liège.

29,8 % des kinésithérapeutes sont âgés de 55 ans et plus en province de Liège (31,6 % en Belgique), tandis que les moins de 40 ans représentent 39,1 % des praticiens.

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

Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par infirmier(ère)
Belgique	13 517	88 914	102 431	112
Wallonie	5 047	31 702	36 749	99
Province de Liège	1 423	8 759	10 182	109

Source : INAMI, calculs OSLg

→ En 2020, 10 182 infirmiers(ères) étaient recensé(e)s en province de Liège, parmi lequel(le)s 86,0 % sont des femmes. Cela correspond à 109 habitants par infirmier(ère). C'est légèrement plus favorable qu'en Belgique mais moins qu'en Wallonie.

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

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

L'offre de services telle que nous la présentons ici comprend l'accueil de la petite enfance, les centres de planning familial, les associations de santé intégrée, les services d'aides et soins à domicile et les services de santé mentale.

### 2.1. Accueil de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance est un service important pour les jeunes couples avec enfant 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). Pour la Communauté germanophone, il s'agit de capacités réelles pour les crèches, et de nombre d'enfants accueillis pour les accueillantes [10].

Le Contrat de gestion 2013-2018 de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) prévoit que l'Office prépare et propose une réforme du secteur de l'accueil de la petite enfance dont les objectifs sont les suivants :

- permettre, pour la décennie à venir, la meilleure adéquation possible entre les besoins des familles et des enfants et les services rendus par le secteur au niveau pédagogique, social, culturel et économique ainsi qu'en matière de santé préventive et collective ;
- simplifier les procédures administratives tant pour les parents que pour les pouvoirs organisateurs, notamment par le recours aux nouvelles technologies ;
- garantir la pérennité des services et, par là, des places d'accueil [11].

**Le taux de couverture est le rapport entre le nombre total de places d'accueil préscolaire et une estimation du nombre d'enfants en âge de fréquenter les milieux d'accueil. Le mode d'estimation de ce nombre d'enfants diffère pour les communes francophones et germanophones. Pour les communes francophones, il s'agit des enfants de 0 à 2,5 ans. Ceci tient compte du fait que les enfants ne fréquentent généralement pas un milieu d'accueil avant l'âge de 3 mois et entrent à l'école entre 2,5 et 3 ans. Pour les communes germanophones, il s'agit des enfants de 0 à moins de 3 ans. Ceci tient compte du fait que les enfants ne peuvent fréquenter l'école avant l'âge de 3 ans [12].**

La disponibilité de services d'accueil des jeunes enfants de 0 à l'âge de scolarisation obligatoire, financièrement abordables et de qualité, constitue une priorité de l'Union européenne. En 2002, le Conseil européen de Barcelone a fixé des objectifs dans ce domaine: « (...) les États membres devraient éliminer les freins à la participation des femmes au marché du travail et, compte tenu de la demande et conformément à leurs systèmes nationaux en la matière, s'efforcer de mettre en place, d'ici à 2010, des structures d'accueil pour 90 % au moins des enfants ayant entre trois ans et l'âge de la scolarité obligatoire et pour au moins 33 % des enfants âgés de moins de trois ans » [13].



## Chapitre 5 :

Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil préscolaire et taux de couverture de l'accueil préscolaire, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020

		Nombre total de places d'accueil préscolaire	Taux de couverture (%)
Wallonie		35 187	37,9
Province de Liège		10 332	35,2
ARRONDISSEMENTS	Huy	1 156	41,7
	Liège	5 416	32,6
	Verviers	2 838	35,3
	Waremme	922	48,3

Source : ONE, Communauté germanophone, SPF Économie-DGS, calculs OSLg

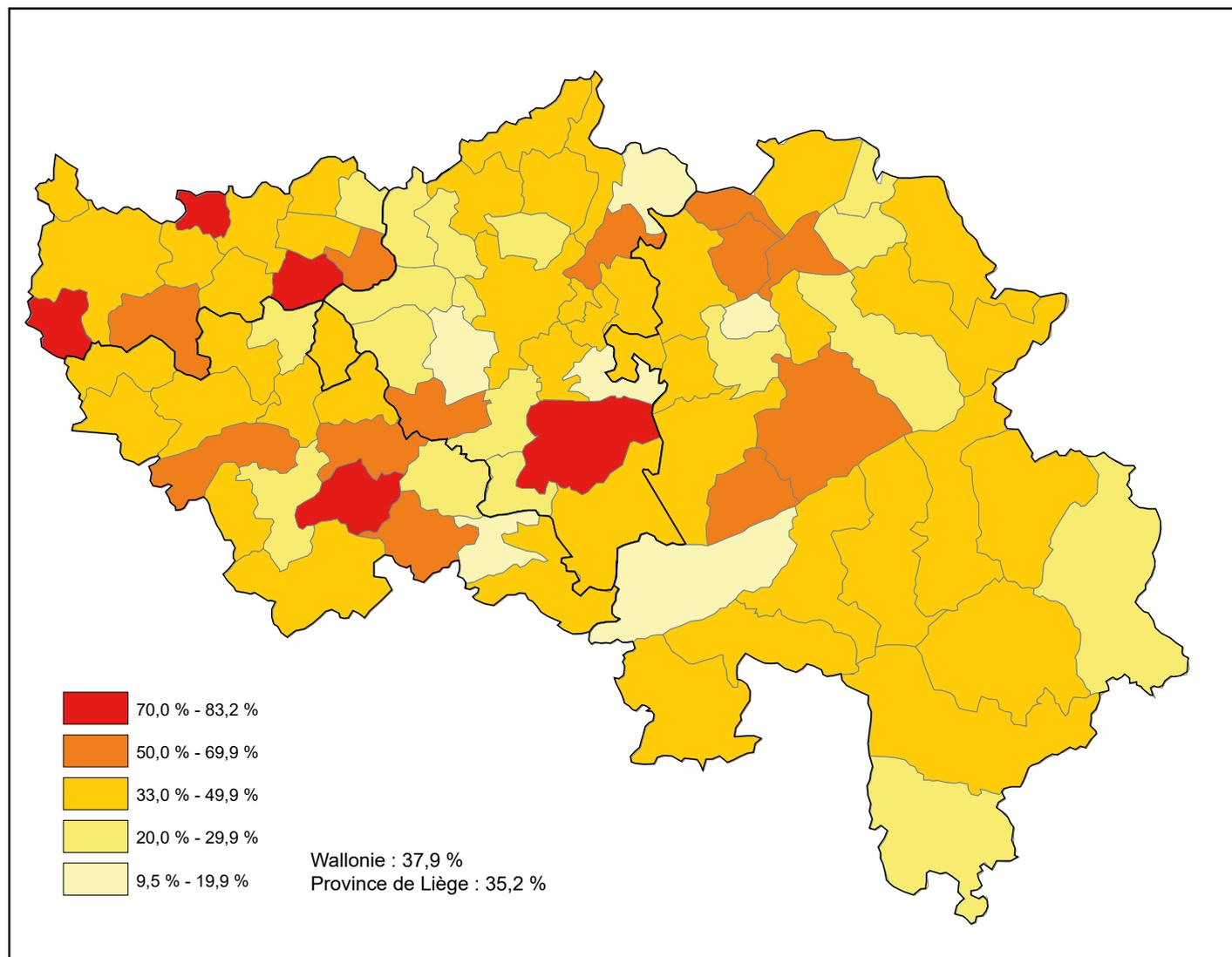
→ En 2020, la province de Liège comptait 10 332 places d'accueil préscolaire, ce qui correspond à un taux de couverture de 35,2 %. C'est au-dessus du taux de l'objectif de Barcelone qui préconise un taux de couverture de 33 %.

Avec une couverture de 32,6 %, l'arrondissement de Liège se situe juste en dessous de l'objectif de Barcelone.

Les trois autres arrondissements présentent des taux supérieurs à 33 %.

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil préscolaire, par commune, province de Liège, 2019



Discretisation : manuelle

Source : ONE, Communauté germanophone, SPF Économie-DGS, calculs OSLg

→ Malgré un taux de couverture moyen de 35,2 % en province de Liège, la carte montre d'importantes disparités communales. Vingt-quatre communes présentent des taux de couverture inférieurs à 33 %, soit 28,6% des communes de la province. Les cinq communes présentant les taux de couverture les plus faibles sont Stoumont (9,5 %), Trooz (14,3 %), Dison (17,0 %), Hamoir (18,3 %) et Seraing (18,3%).

Cinq communes présentent des taux de couverture supérieurs à 70 %, à savoir Sprimont (70,7 %), Donceel (71,4 %), Wasseiges (73,2 %), Berloz (73,3 %) et Tinlot (83,2 %).

Il est à noter que certains enfants peuvent avoir leur lieu d'accueil dans une commune où ils ne sont pas domiciliés. Certaines communes qui ont un meilleur taux de couverture peuvent aussi « compenser » celles qui sont moins bien dotées.



# Chapitre 5 :

---

## 2.2. Centres de planning familial

Les professionnels des Centres de planning familial répondent à toutes les questions liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle. L'accueil dans un Centre est gratuit tandis que les consultations sont payantes. Néanmoins la participation financière est adaptée en fonction de la situation de chacun ; le principe étant que le prix ne doit pas être un frein à la fréquentation d'un Centre [14].

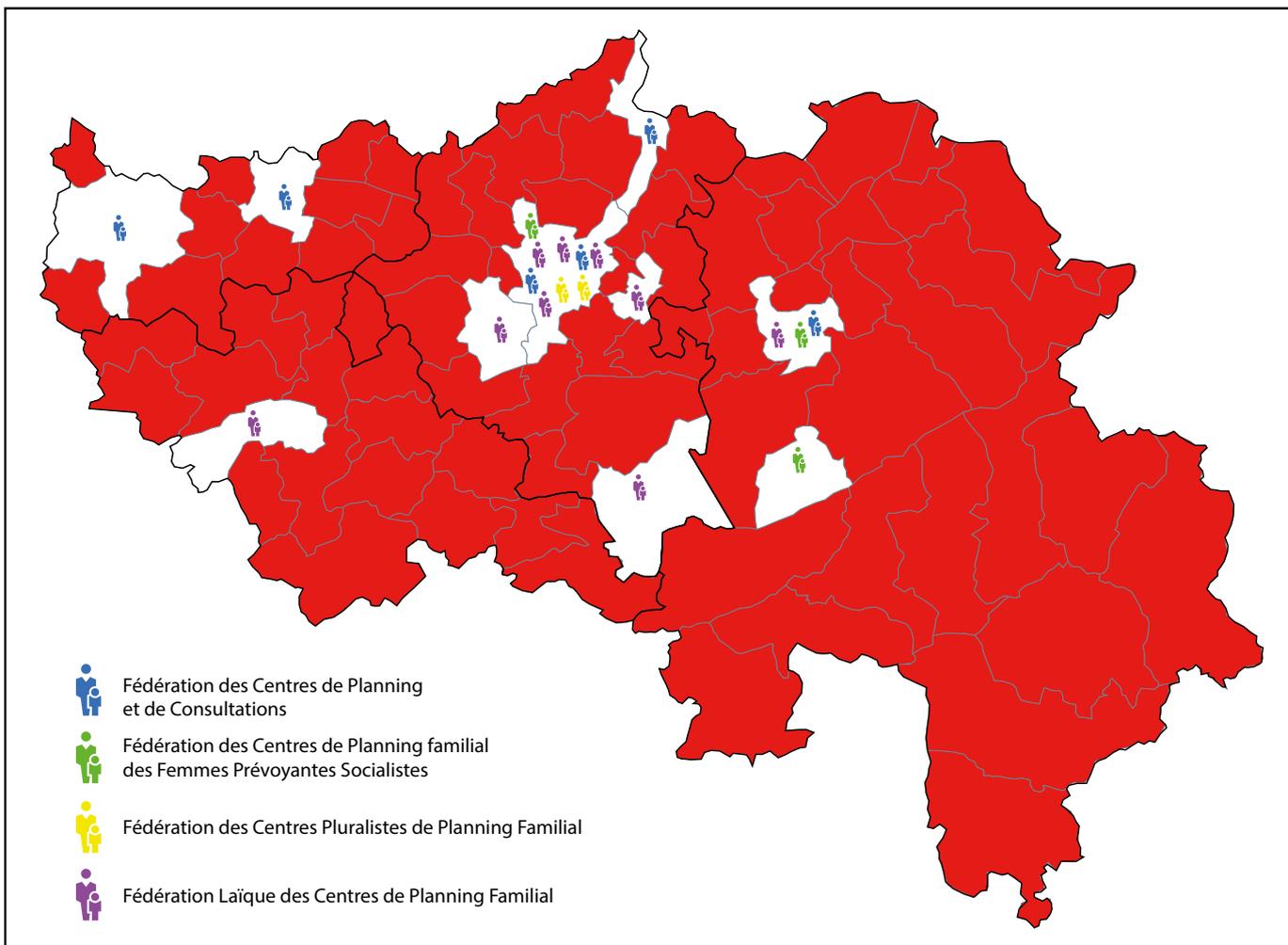
En Wallonie et à Bruxelles, les centres sont regroupés au sein de quatre Fédérations de Centres de Planning Familial ayant chacune leur autonomie :

- la Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC) : elle regroupe 18 implantations (centres et antennes) ;
- la Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) : elle regroupe 17 centres dont 9 pratiquent l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), 2 sièges et Espace M. (lieu de dialogue, d'écoute et de prévention au cœur du quartier Sainte-Marguerite à Liège) ;
- la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF) : elle regroupe 26 centres ;
- la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF) : elle rassemble 42 centres dont 22 pratiquent l'IVG [15].

De manière générale, on retrouve dans les centres de planning familial des professionnels de différents secteurs : 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 infections sexuellement transmissibles, les difficultés conjugales, l'adolescence...

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Liège, par commune, 2021



Source : [www.loveattitude.be](http://www.loveattitude.be)

→ Il y a dix-huit centres de planning familial et deux antennes sur le territoire de la province de Liège. Il existe au moins un centre dans chaque arrondissement de la province. 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 (antenne-décentralisation de l'Oasis familiale de Hannut)

## 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 « Choisir Huy » à Huy
- 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



# Chapitre 5 :

---

## 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.

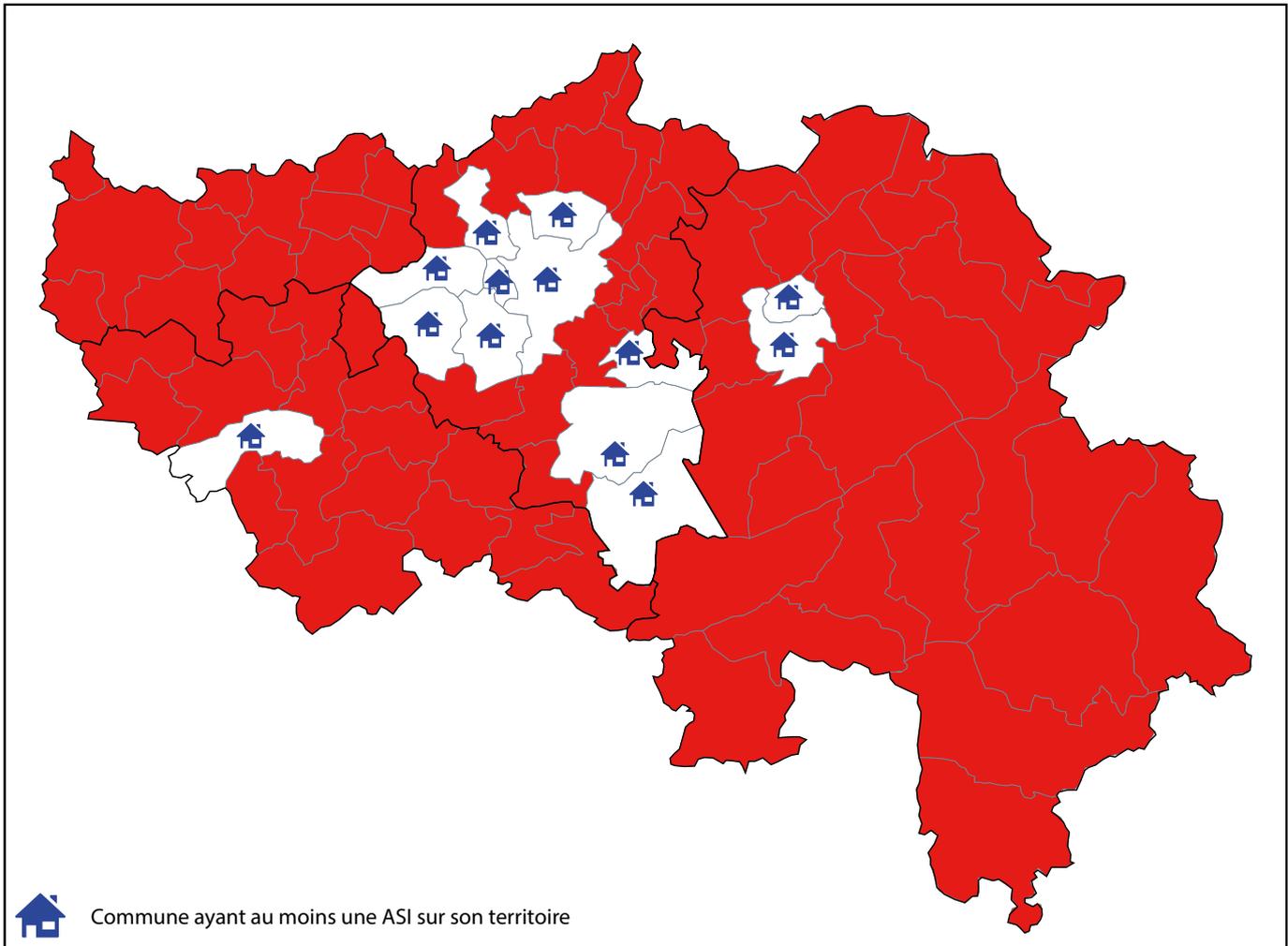
Elles développent un accueil personnalisé et travaillent dans le cadre d'une concertation d'équipe et avec le réseau local. Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée [16].

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.

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 et/ou agréées en ASI par la Région wallonne. La Fédération des Maisons Médicales a fêté ses quarante ans et regroupe plus de cent-vingt maisons médicales en Belgique francophone. Elle représente un mouvement pour une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste [17].

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

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, 2020



Source : AVIQ ; [www.maisonmedicale.org](http://www.maisonmedicale.org)

→ En 2020, la province de Liège comptait trente-trois associations de santé intégrée (ASI). Sur l'ensemble de ces associations trois ne font pas partie de la Fédération des Maisons médicales.

Une maison médicale se situe dans l'arrondissement de Huy et trois dans l'arrondissement de Verviers.

Au niveau de l'arrondissement de Liège, onze se situent sur le territoire de la ville de Liège et huit sur celui de la ville de Seraing.

Aucune ne se situe dans l'arrondissement de Waremme.



# Chapitre 5 :

---

**Arrondissement de Huy :** Maison médicale « Cap Santé » à Huy

**Arrondissement de Liège :**

- Maison de santé ANS'emble à Ans
- Maison médicale « La Légia » à Ans
- Centre de santé de l'Amblève à Aywaille
- Maison médicale « Tournesol » à Flémalle
- Maison médicale « Aquarelle » à Grâce-Hollogne
- Maison médicale « L'Atoll » à Herstal
- « Médecine pour le peuple Asbl » à Herstal
- Maison médicale d'Angleur (Liège)
- Maison médicale « Le Cadran » à Liège
- Maison médicale rive Droixhe à Liège
- Le « Centre de Santé Intégré Hélios » à Liège
- Maison médicale « L'Herma » à Liège
- Maison médicale « Les Houlpays » à Liège
- Maison médicale Humilis ASBL à Liège
- Maison médicale du Laveu à Liège
- Maison médicale « La Passerelle » à Liège
- Maison médicale Antenne de Sclessin (Liège)
- Maison médicale Saint-Léonard à Liège
- Le « Centre de santé intégré de Tilleur » à Saint-Nicolas
- Maison médicale « Agora » à Seraing
- Le « Centre de Santé Intégré Bautista Van Showen » à Seraing
- Maison médicale de Jemeppe à Seraing
- Maison médicale Médecine pour le Peuple à Seraing
- Cabinet Medic'All à Seraing (Bonnelles)
- Maison médicale d'Ougrée à Seraing
- Maison médicale « Oxygène » à Seraing
- Maison médicale « Solidarités » à Seraing
- Centre de Santé Intégrée des Carrières à Sprimont
- Maison médicale de Trooz

**Arrondissement de Verviers :**

- Maison médicale « La Bulle d'Air » à Dison
- Maison médicale « Le Brasero » à Verviers
- Maison médicale « Mosaïque » à Verviers

# OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES

## 2.4. Aides et soins à domicile

Les services d'aides aux familles et aux aînés interviennent au domicile du demandeur afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Ils agissent en concertation avec l'environnement familial et de proximité. Les services offerts ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie. Ces services emploient des aides familiales et des aides seniors qui interviennent au domicile de personnes qui en ont fait la demande et qui vivent une incapacité d'accomplir des actes de la vie journalière. Cette assistance (soins d'hygiène, courses, tâches ménagères, distribution de repas...) permet ainsi, soit le maintien à domicile des aînés ou handicapés, soit aux familles de surmonter certaines difficultés liées à des problèmes de santé ou des problèmes sociaux [18].

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 vingt-cinq centres en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone [19]. La Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD) qui regroupe huit CSD (Centrale de Services à Domicile) et sept services associés [20]. La Fédération Wallonne de Services d'Aide à Domicile (FEDOM) qui est un regroupement de services d'aide à domicile agréés et subventionnés par la Région wallonne et qui compte onze services dont les activités couvrent l'ensemble du territoire wallon [21]. On y retrouve notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) qui déploie son activité sur cent-quatorze communes rurales de Wallonie au travers de six antennes régionales [22].

## 2.5. Services de santé mentale ambulatoire

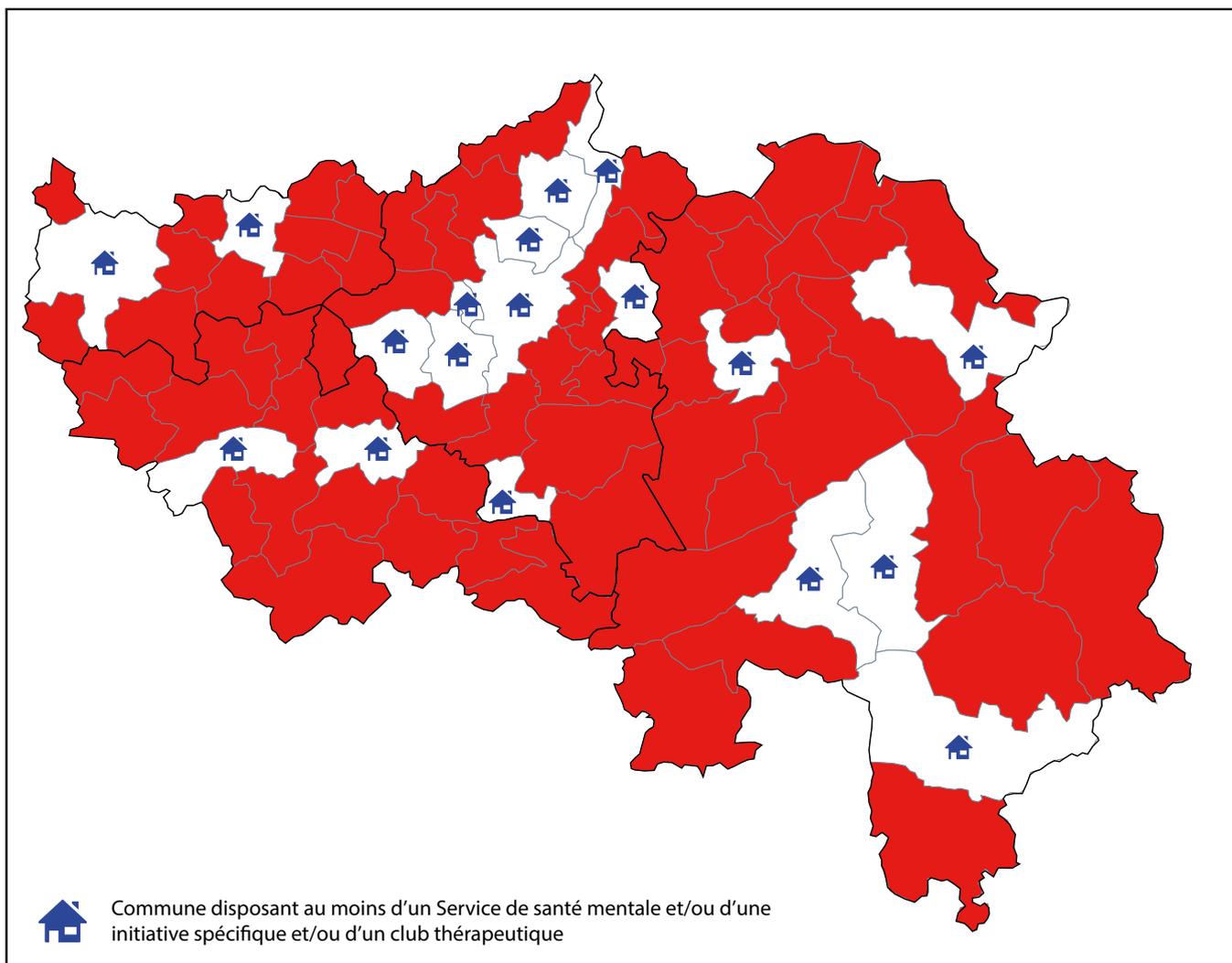
Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population. Leurs missions sont notamment : l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, l'organisation 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 [23].



## Chapitre 5 :

Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Liège, par commune, 2020



Source : [www.cresam.be](http://www.cresam.be)

→ La province de Liège compte vingt-neuf Services de santé mentale (SSM) généralistes agréés pour adultes. Parmi ces services, vingt-cinq proposent également des prises en charge pour des enfants et des adolescents. Un Service de santé mentale de Liège est agréé pour organiser une offre de soins spécifique pour les enfants et adolescents.

Quatorze initiatives spécifiques agréées sont rattachées à un SSM :

- une équipe avec un projet lié à la petite enfance (lien parents-enfant de 0 à 3 ans) ;
- cinq équipes « Assuétudes » ;
- une équipe « Exil » ;
- quatre équipes AICS (Auteurs d'infractions à caractère sexuel) ;
- deux équipes « Personnes âgées » ;
- une équipe ouverte aux situations de « Handicap mental », personnes avec des difficultés intellectuelles.

Trois clubs thérapeutiques sont également organisés par des SSM.

La répartition de l'ensemble de ces services (services généralistes adultes/enfants, initiatives spécifiques et clubs thérapeutiques) sur les arrondissements est la suivante : Huy 6,4 %, Liège 63,8 %, Verviers 23,4 % et Waremme 6,4 %.

La ville de Liège présente 34,0 % de l'offre et celle de Verviers 12,8 %. La Communauté germanophone dispose de deux SSM, un à Eupen et l'autre à Saint-Vith.

## 3. Bibliographie

1. Cès S, Baeten R. *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels : European Social Observatory ; July 2020, 184 p.  
Consultable sur : [http://141.94.22.255/ose\\_static/files/publication/health/2020\\_Ces\\_Baeten\\_NIHDI\\_Inequalities\\_access\\_care\\_Report\\_EN.pdf](http://141.94.22.255/ose_static/files/publication/health/2020_Ces_Baeten_NIHDI_Inequalities_access_care_Report_EN.pdf)
2. Jacques S. *Indicateurs de performance clinique hospitalière. Études empiriques basées sur les données médico-administratives belges*. Université de Liège ; 2012-2013.  
Consultable sur : [http://bictel.ulg.ac.be/ETD-db/collection/available/ULgetd-10152013-170522/unrestricted/These\\_Jessica\\_Jacques.pdf](http://bictel.ulg.ac.be/ETD-db/collection/available/ULgetd-10152013-170522/unrestricted/These_Jessica_Jacques.pdf)
3. Crommelynck A, Degraeve K, Lefèbvre D. *L'organisation et le financement des hôpitaux*. Fiche-info 253, supplément à Mutualité Chrétienne-Informations ; 2013.
4. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique. *Données phares dans les soins de santé Hôpitaux généraux*. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; édition 2019.  
Consultable sur : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/donnees\\_phares\\_soins\\_de\\_sante\\_hg\\_v07.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/donnees_phares_soins_de_sante_hg_v07.pdf)
5. Agence pour une Vie de qualité. *Portail santé - Soins hospitaliers*. AViQ.  
Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/etablissements-psychiatriques>
6. Agence pour une Vie de qualité. *Portail santé - Les Aînés*. AViQ.  
Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/maison-de-repos-et-de-soins>
7. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg. *Médecine générale en province de Luxembourg. Résultats de l'enquête descriptive sur les conditions d'exercice et de pratique des médecins généralistes 2016*. Rapport d'enquête. Arlon ; 2017.
8. Agence pour une Vie de qualité. *Portail santé-Soins ambulatoires*. AViQ.  
Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=node/4524>
9. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement de Belgique. *Professionnels de la santé : enregistrés et/ou actifs*. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; 2019.  
Consultable sur : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/statistiques-et-planning/professionnels-de-la-sante-enregistres-etou>
10. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Nombre de places d'accueil préscolaire. Métadonnées*. Iweps-WalStat ; Novembre 2020.  
Consultable sur : [https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau\\_agre=C&theme\\_id=8&indicateur\\_id=243800&sel\\_niveau\\_catalogue=T&ordre=0](https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=8&indicateur_id=243800&sel_niveau_catalogue=T&ordre=0)
11. Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 14 novembre 2013 portant approbation du contrat de gestion de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2013-2018. Bruxelles ; 14 novembre 2013.  
Consultable sur : [https://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/siteone/PRESENTATION/aspects\\_juridiques/structure\\_ONE/Contrat-de-gestion-2013-2018-avenant21.pdf](https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRESENTATION/aspects_juridiques/structure_ONE/Contrat-de-gestion-2013-2018-avenant21.pdf)
12. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. *Définition Taux de couverture accueil préscolaire*. Iweps-WalStat ; Novembre 2020.  
Consultable sur : [https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau\\_agre=C&theme\\_id=8&indicateur\\_id=243900&sel\\_niveau\\_catalogue=T&ordre=0](https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=8&indicateur_id=243900&sel_niveau_catalogue=T&ordre=0)



## Chapitre 5

---

13. Union européenne. *Objectifs de Barcelone, Le développement des services d'accueil des jeunes enfants en Europe pour une croissance durable et inclusive*. UE ; 2013.
14. Portail des Centres de Planning Familial en Wallonie et à Bruxelles. *Les centres de planning familial Qui sommes-nous ?*. Consultable sur : <http://www.loveattitude.be/qui-sommes-nous>.
15. Le Wiki wallon pour l'information des personnes handicapées. *Centres de planning familial*. Consultable sur : <https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Centres-de-planning-familial.aspx>
16. Portail de l'Action sociale en Wallonie. *Associations de santé intégrée*. Wallonie service public SPW. Consultable sur : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/associations-sante-integree>
17. Fédération des maisons médicales. *Maison médicale, le centre de santé intégrée*. Consultable sur : <http://www.maisonmedicale.org/-Brochures-.html>
18. Agence pour une Vie de qualité. *Portail santé-Services d'aide aux familles et aux aînés*. AViQ. Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=famille/dispositifs/services-aide-aux-familles-et-aux-personnes-agees>
19. Fédération d'Aide & Soins à Domicile. *Nos ASD*. ASD. Consultable sur : <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/nos-asd>
20. Fédération des Centres de Services à Domicile. *Fédération-Historique*. FCSD. Consultable sur : <https://www.fcsd.be/fr>.
21. Fédération wallonne de services d'aide à domicile. *Liste des services-Membres*. FEDOM. Consultable sur : <https://www.fedom.be/>
22. Aide à Domicile en Milieu Rural. *Qui sommes-nous ?* ADMR. Consultable sur : <https://www.admr.be/fr/qui-sommes-nous>
23. Portail de l'Action sociale en Wallonie. *Soins ambulatoires*. Wallonie service public SPW. Consultable sur : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/sante-mentale-ambulatoire>

## Chapitre 6

# Consommation de soins

- **Plus de consultations chez le médecin généraliste en province de Liège par rapport à la Wallonie et la Belgique.** 94,8 % des habitants déclarent avoir un médecin généraliste attitré. 80,1 % d'entre eux rapportent avoir eu au minimum un contact avec leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois.
- **Plus de consultations chez le médecin spécialiste par rapport à la Wallonie et la Belgique.** 61,2 % de la population de la province de Liège déclarent avoir eu un contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année. Les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes.
- **4,8 % de la population de la province de Liège n'ont jamais consulté un dentiste.** Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, 4,8 % de la population déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste, contre 4,1 % des Wallons et 4,0 % des Belges.
- **Des hospitalisations plus fréquentes.** Avec 365 admissions par jour, la province de Liège connaît plus d'hospitalisations que la Wallonie (331).
- **La consommation de médicaments déclarée est plus importante en province de Liège.** La consommation totale de médicaments prescrits par habitant est 4,4 % plus élevée qu'en Wallonie et 5,1% plus élevée qu'en Belgique.
- **Un peu moins de 50 % des personnes à risque sont vaccinées contre la grippe.** Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, 46,2 % des habitants à risque de la province de Liège déclarent être vaccinés contre la grippe, contre 43,9 % des wallons et 56,8 % des belges.
- **Des taux de couverture de dépistage des cancers variables.** En province de Liège, la moitié des femmes de 50 à 69 ans ont eu un examen radiologique du cancer du sein. Pour le cancer colorectal, 11,6 % des hommes et femmes entre 50 et 74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage au cours des deux dernières années. Par contre, 61,3 % 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 par interview de 2018, 94,8 % des habitants de la province de Liège déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Tant en Wallonie qu'en province de Liège, environ 80,0 % de la population rapportent au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec leur médecin généraliste dans les douze derniers mois. Cette proportion est légèrement supérieure pour la Belgique (82,9 %) sans toutefois être statistiquement différente. D'après cette même Enquête, les femmes se rendent plus souvent chez le généraliste que les hommes [1].

Les données statistiques issues de l'Agence InterMutualiste (IMA) confirment ces chiffres, avec un pourcentage identique (81,0 %) de personnes ayant eu au moins un contact (consultation ou visite à domicile) avec leur médecin généraliste au cours des douze derniers mois. En 2019, la population de la province de Liège a eu en moyenne 5,4 contacts avec son médecin généraliste.

D'autres données de l'Enquête nationale de santé révèlent que la proportion de la population ayant eu plus d'un contact avec un médecin généraliste au cours des 4 dernières semaines est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quel que soit le territoire. En province de Liège, 8,6 % des femmes déclarent s'y rendre plus d'une fois au cours des 4 dernières semaines comparativement à 3,2 % des hommes.

Près de 1 % des habitants en province de Liège déclare ne jamais s'y rendre.

#### 1.1.1 Dossier Médical Global

Le médecin généraliste accompagne le patient dans la gestion de sa santé. L'ouverture d'un dossier médical global (DMG) chez son médecin généraliste offre un meilleur accompagnement individuel et permet une meilleure concertation entre les médecins. En outre, le patient bénéficie d'un meilleur remboursement pour une consultation ou une visite de son médecin généraliste.

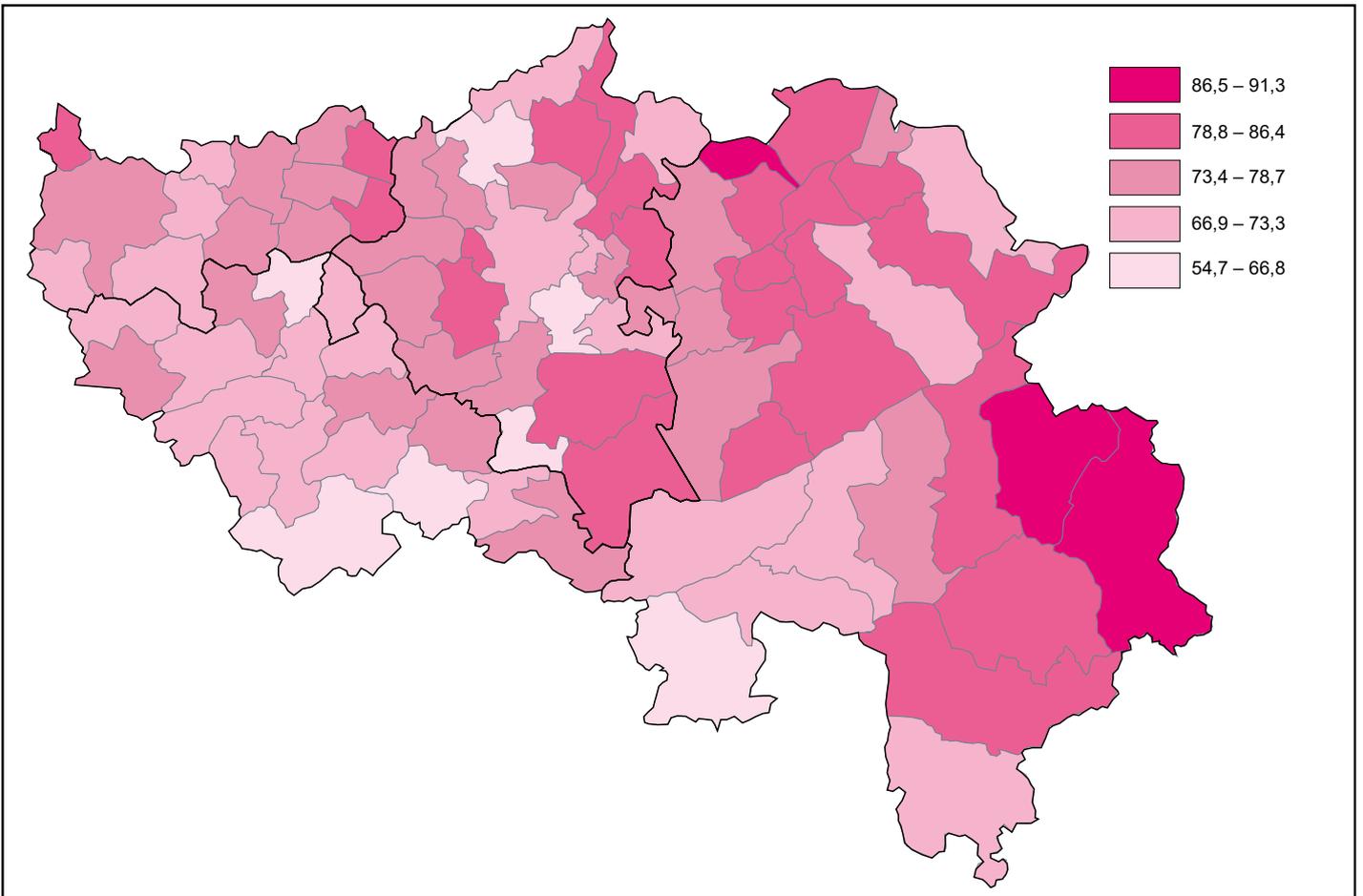
Le DMG permet de limiter le montant de la part personnelle que le patient doit payer pour une consultation au cabinet de son médecin généraliste.

Le DMG coûte 32 euros (depuis le 01.01.2021). Le paiement se règle directement entre le médecin et la mutualité.

Le meilleur remboursement lié au DMG reste valable jusqu'à la fin de la 2<sup>ème</sup> année calendrier qui suit l'année de l'ouverture ou la prolongation du DMG [2, 3].

# CONSOMMATION DE SOINS

Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Liège, 2019



Discrétisation : Jenks - Source : Atlas AIM

→ En province de Liège, les communes de Bütgenbach, Aywaille et Büllingen présentent les proportions les plus importantes de personnes disposant d'un DMG. Elles oscillent entre 86,5 % et 91,3 %. Les proportions les plus faibles sont observées à Comblain-au-Pont (54,7 %), Ouffet (61,1 %) et Lierneux (61,8 %).

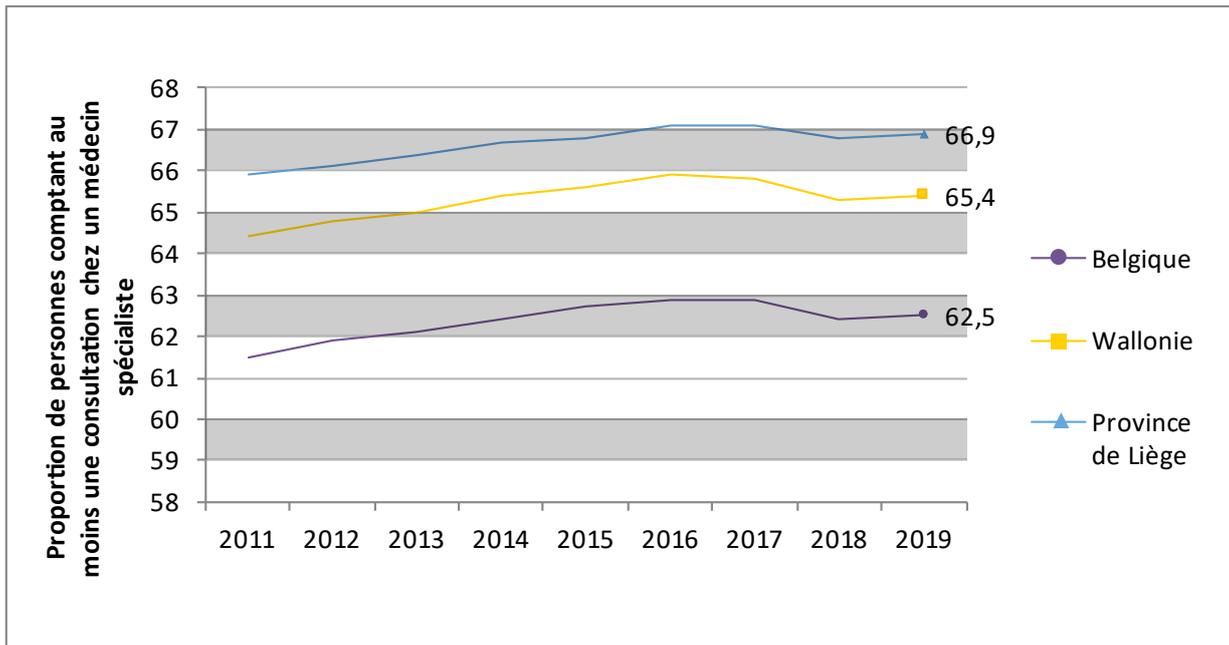


# Chapitre 6 :

## 1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon les résultats de l'Enquête nationale de Santé par Interview de 2018, plus de la moitié de la population belge (54,7 %) et wallonne (56,6 %) déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des douze derniers mois. Cette proportion est plus élevée au sein de la province de Liège (61,2 %). Quel que soit le territoire observé, les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes. Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues [4].

Figure 6.1. Évolution de la proportion de personnes comptant au moins une consultation chez un médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2019



Source : Atlas AIM

→ Selon les données issues de l'Agence InterMutualiste, la proportion de personnes comptant au moins une visite chez un médecin spécialiste est en légère croissance tant en province de Liège, qu'en Wallonie et en Belgique, entre 2011 et 2019. En 2019, les consultations chez le spécialiste en province de Liège sont plus nombreuses qu'en Wallonie et en Belgique.

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 [5].

# CONSOMMATION DE SOINS

## 1.3. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant de suivre 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 brossent 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 [6].

Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

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	40,1	9,1	36,4	5,3	49,0	6,1
Secondaire inférieur	50,9	4,1	42,8	4,5	62,1	3,3
Secondaire supérieur	62,9	4,8	59,7	5,4	62,1	5,7
Études supérieures	78,1	2,8	74,1	2,9	77,0	4,3
Total	67,7	4,0	62,4	4,1	66,8	4,8

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, un peu moins de 70 % de la population belge interrogée déclarent avoir consulté un dentiste au cours des douze derniers mois. En province de Liège, cette proportion est inférieure (66,8 %). De plus, un peu moins de 5,0 % des habitants de la province de Liège déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste (contre 4,0 % des Belges), sans toutefois que la différence soit statistiquement significative. Ce chiffre reste stable par rapport à l'enquête précédente (5,0 %).

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 [1].

En province de Liège, parmi les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme), 49,0 % ont déclaré en 2018 avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est de 77,0 % chez les individus ayant suivi des études supérieures.



# Chapitre 6 :

## 1.4. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent tant à l'hôpital et en centre (de révalidation ou autres), qu'en ambulatoire, que ce soit au domicile du patient, ou au cabinet du prestataire [7].

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, 22,7 % de la population a déclaré avoir eu recours au cours des douze derniers mois à un kinésithérapeute au sein de la province de Liège. Ce constat est relativement similaire en Wallonie et en Belgique (20,7 % et 21,3 %).

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient 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 [7]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des douze derniers mois concerne 36,8 % des personnes de 75 ans et plus en province de Liège.

## 1.5. 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 [8].

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 [8, 9].

# CONSOMMATION DE SOINS

## 1.5.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture [8].

L'Enquête nationale de santé par interview de 2018 révèle que 8,4 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des douze derniers mois. Cette proportion augmente au fil du temps de façon significative.

Au niveau national, les femmes (9,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (7,0 %) à consulter un ostéopathe en 2018. En province de Liège, la proportion de femmes (14,3 %) ayant eu recours à un ostéopathe est similaire à celle des hommes (14,1 %).

## 1.5.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes [10]. L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé [11].

Selon les données de l'Enquête de santé par interview de 2018, la proportion de personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique (1,7 %) sont similaires aux données de 2013 (1,8 %). 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.

## 2. Séjours hospitaliers

### 2.1. Hospitalisations déclarées

Lors de l'Enquête nationale de santé par interview de 2018, 10,5 % de la population de la province de Liège déclaraient avoir été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année écoulée. Les résultats de l'Enquête nationale de santé de 2018 montrent également que les hospitalisations de jour (sans nuit à l'hôpital) concernent 9,5 % de la population de la province au cours des douze derniers mois.

### 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 [12].

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).



## Chapitre 6 :

Tableau 6.2 Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Province de Liège
Système musculaire et tissu conjonctif	33,73	26,87	29,52
Appareil circulatoire	20,85	17,11	17,94
Appareil digestif	33,48	27,20	27,32
Grossesse et accouchement	12,79	11,46	12,70
Appareil respiratoire	14,14	14,59	15,76
Système nerveux	14,53	12,36	13,99
Nez, gorge, oreilles	26,38	16,34	13,43
Reins et voies urinaires	12,11	10,22	9,51
Foie, bile et pancréas	5,98	5,77	5,53
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,06	8,20	8,14
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	5,11	4,17	4,39
Organes génitaux féminins	4,95	4,52	5,17
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	50,84	43,85	43,05
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	10,32	9,14	10,20
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	2,17	2,39	2,60
Organes génitaux masculins	5,72	4,39	4,51
Maladies infectieuses et parasitaires	3,16	2,78	2,32
Troubles mentaux	2,26	2,32	2,39
Sang et organes hématopoïétiques	5,73	4,80	5,67
Affections des yeux	11,29	9,02	10,35
Alcoolisme et usage de drogue	0,93	1,12	1,21
Traumatismes multiples	0,26	0,26	0,32
Infections HIV	0,08	0,06	0,08
Brûlures	0,09	0,09	0,10
Autres	114,38	91,97	119,59
Total	401,31	331,00	365,81

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 2020 concernaient les maladies myéloprolifératives et néoplasmes peu différenciés ainsi que les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif, tant en province de Liège qu'en Wallonie et en Belgique. En Wallonie, la deuxième cause d'admission est liée aux pathologies de l'appareil digestif. Certains taux d'admissions de la province sont compris entre ceux de la Belgique et de la Wallonie.

# CONSOMMATION DE SOINS

## 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.

La consommation d'antihypertenseurs dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne de 70 % entre 2000 et 2017. L'utilisation d'hypocholestérolémiants a triplé sur la même période. Les médicaments antidiabétiques ont également considérablement augmenté, presque doublé. Cette hausse peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, qui est liée dans une large mesure à l'augmentation de celle de l'obésité, qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2 [13].

### 3.1. Consommation déclarée

Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Proportion (%) des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,9	57,1	51,6	21,9	28,7	25,4
Wallonie	45,1	59,2	52,3	17,5	23,2	20,4
Province de Liège	49,5	63,4	56,7	25,2	29,6	27,5

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon l'Enquête nationale de santé par interview de 2018, environ 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, 27,5 % des habitants de la province de Liège ont déclaré avoir consommé des médicaments non prescrits au cours des deux dernières semaines, contre 20,4 % en Wallonie et 25,4 % 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 consommation de médicaments non prescrits en province de Liège. Cette différence significative au niveau des médicaments prescrits peut, en partie, être expliquée par la consommation de pilules contraceptives.



## Chapitre 6 :

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, 2018

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	22,5	24,2
Wallonie	20,5	27,2
Province de Liège	22,6	25,7

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Au-delà de 50 ans, 22,6 % des hommes et 25,7 % des femmes de la province de Liège déclarent avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Ces proportions sont plus proches de celles observées en Belgique qu'en Wallonie, sans être toutefois significatives.

Aucune différence significative n'est constatée entre les sexes pour les trois territoires.

### 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 cohérente les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [14].

# CONSOMMATION DE SOINS

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019

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	474,1	37,5	489,3	36,7	484,0	35,5
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	186,0	14,7	205,3	15,4	211,7	15,5
Système nerveux central	152,3	12,0	171,1	12,8	174,8	12,8
Sang et système hématopoïétique	115,2	9,1	122,8	9,2	123,9	9,1
Système respiratoire	104,9	8,3	105,7	7,9	110,2	8,1
Système uro-génital et hormones sexuelles	54,1	4,3	52,4	3,9	54,4	4,0
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	44,0	3,5	60,6	4,5	78,2	5,7
Système squelettique et musculaire	60,2	4,8	54,9	4,1	55,2	4,0
Anti-infectieux à usage systémique	23,4	1,8	24,3	1,8	24,6	1,8
Organes sensoriels	26,8	2,1	26,4	2,0	24,9	1,8
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	16,1	1,3	15,1	1,1	15,2	1,1
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,2	0,5	6,5	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,7	0,1	0,7	0,1	0,9	0,1
Divers	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0
<b>Total</b>	<b>1 264,8</b>	<b>100,0</b>	<b>1 334,9</b>	<b>100,0</b>	<b>1 364,8</b>	<b>100,0</b>

Source : INAMI, calculs OSLg

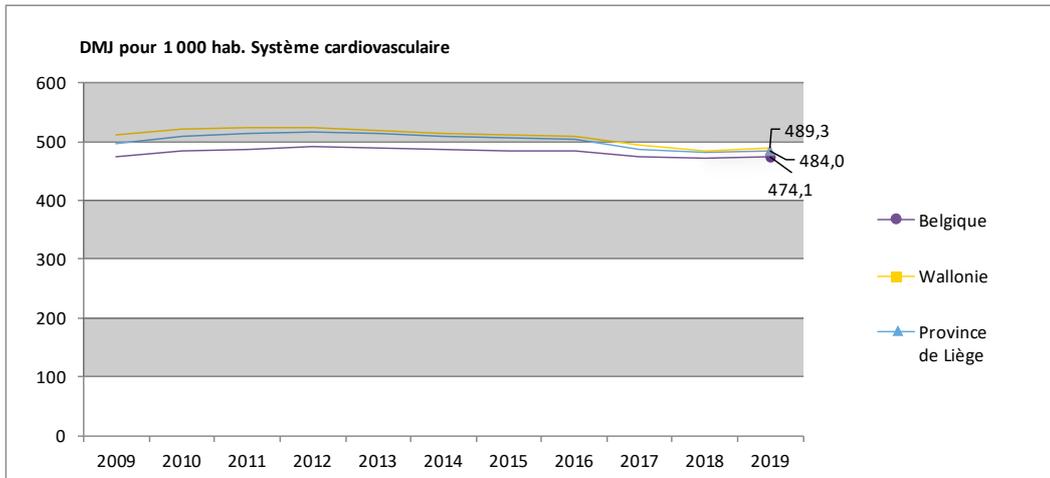
→ La consommation totale de médicaments remboursés par habitant est supérieure en province de Liège par rapport à la Wallonie (+ 2,2 %) et la Belgique (+ 7,9 %).

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



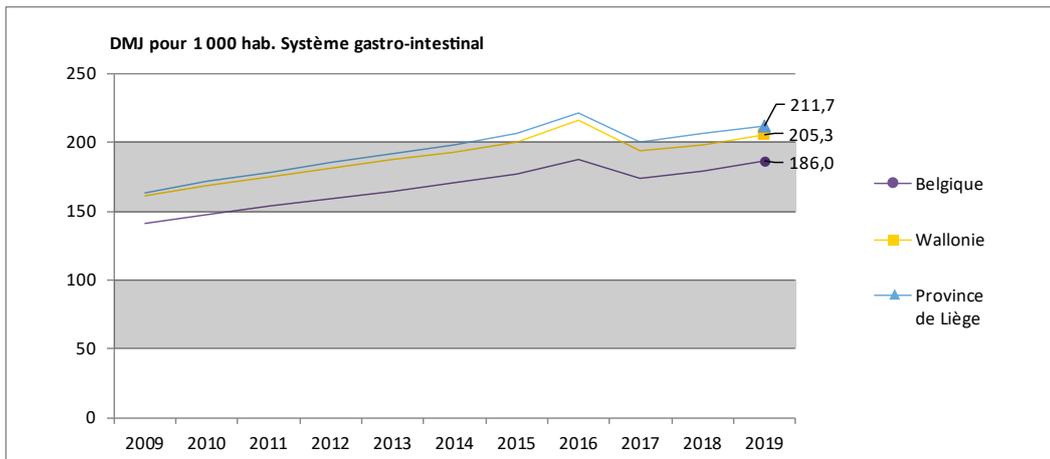
## Chapitre 6 :

Figure 6.2. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2019



Source : INAMI, calculs OSLg

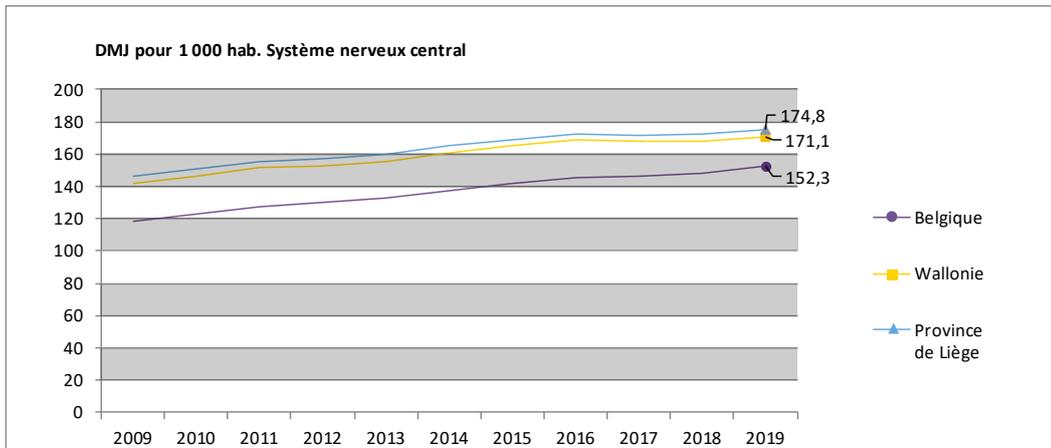
→ Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en province de Liège, qu'en Wallonie et en Belgique. Depuis 2009, cette consommation reste relativement stable pour les différents niveaux géographiques.



Source : INAMI, calculs OSLg

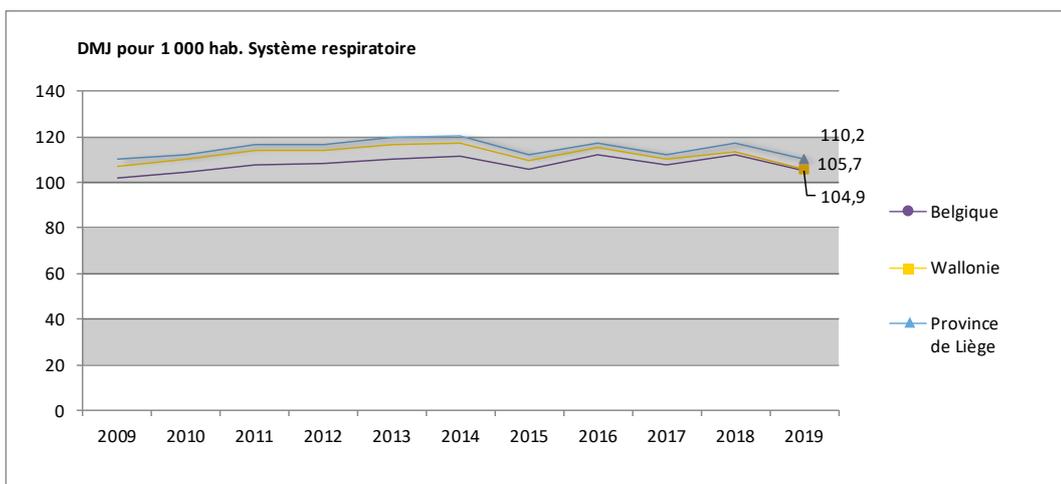
→ Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme (surtout les inhibiteurs de la pompe à protons) ont vu leur DMJ s'accroître au fil des ans, sauf en 2017 où une forte diminution est observée. Les taux de 2019 sont moins élevés qu'en 2016 (sauf pour la Belgique). Entre 2009 et 2019, leur DMJ a augmenté de 29,3 % en province de Liège, 27,1 % en Wallonie et 32,0 % en Belgique. La consommation provinciale est supérieure de 3,1 % à celle de la Wallonie et supérieure de 13,8 % à celle de la Belgique.

# CONSOMMATION DE SOINS



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 également une augmentation au cours du temps. Une hausse de 19,8 % est observée en province de Liège entre 2009 et 2019. Cette augmentation est de 20,7 % en Wallonie et de 28,6 % en Belgique. En 2019, la consommation en province de Liège est supérieure à celles de la Wallonie (+ 2,2 %) et de la Belgique (+ 14,8 %).

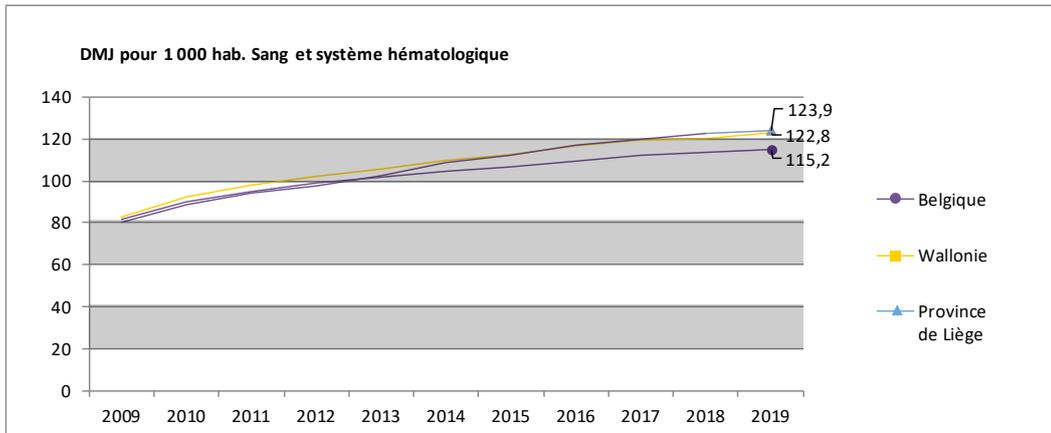


Source : INAMI, calculs OSLg

→ De 2009 à 2014, la consommation de médicaments visant le système respiratoire tend à augmenter. À partir de 2015, les consommations sont plutôt variables. De façon générale, l'évolution entre 2009 et 2019 est relativement stable, quel que soit le territoire observé.

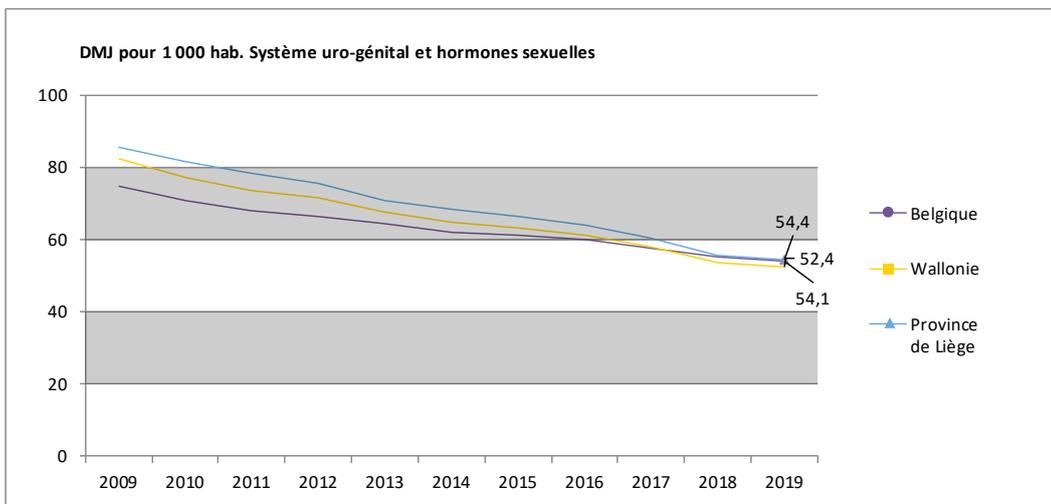


## Chapitre 6 :



Source : INAMI, calculs OSLg

→ Entre 2009 et 2019, les DMJ des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique ont augmenté de 54,8 % en province de Liège, de 48,6 % en Wallonie et de 40,9 % en Belgique. Cette augmentation est la plus importante parmi les évolutions de DMJ présentées dans ce Tableau de bord. En 2019, la consommation en province de Liège est supérieure à celles de la Wallonie (+ 1,0 %) et de la Belgique (+ 7,6 %).



Source : INAMI, calculs OSLg

→ La consommation de médicaments destinés au système uro-génital et aux hormones sexuelles est en diminution depuis 2009. Entre 2009 et 2019, la consommation a diminué de 36,4 % en province de Liège, de 36,5 % en Wallonie et de 27,6 % en Belgique. En 2019, la consommation en province de Liège est supérieure à celle de la Wallonie (+ 3,9 %) et très proche de celle de la Belgique (+ 0,5 %).

# CONSOMMATION DE SOINS

## 4. Vaccinations

La vaccination est un succès en termes de santé et de développement dans le monde et permet de sauver des millions de vies chaque année. La vaccination induit une réaction du système immunitaire. Les vaccins réduisent les risques de contracter une maladie en entraînant les défenses naturelles de l'organisme pour mieux le protéger.

C'est un élément clé des soins de santé primaires et un droit humain incontestable. C'est aussi l'un des meilleurs investissements en faveur de la santé. Les vaccins sont également essentiels pour prévenir et combattre les flambées de maladies infectieuses. Ils sont le fondement de la sécurité sanitaire mondiale et constitueront un outil essentiel dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens [15].

Les programmes de vaccination de masse ont permis de réduire très fortement le nombre de cas de certaines maladies infectieuses au point que leur survenue est à présent exceptionnelle en Belgique, comme dans de nombreux pays industrialisés (poliomyélite, coqueluche, diphtérie...).

À l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination dont l'objectif est l'élimination totale de certaines maladies. C'est ainsi que la variole a complètement disparu depuis la fin des années 70. L'OMS souhaite à présent la disparition de la poliomyélite et, pour l'Europe en tout cas, de la rougeole et de la rubéole [16].

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

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique et ce, depuis 1967. Une attestation de vaccination doit être transmise à la Commune. Les autres vaccinations reprises dans le calendrier du Programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles sont vivement recommandées [17].

### 4.1. Vaccination des enfants

La vaccination est une des priorités de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La prévention vaccinale comporte une logique à la fois individuelle et collective. Elle concerne toute la population à différents moments de son existence : les nourrissons, les enfants et les jeunes en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées.

Le schéma de vaccination des nourrissons, des enfants et des jeunes en âge scolaire a fortement évolué au cours des dernières décennies, en Belgique. Il est en effet passé d'une protection contre quatre maladies à une protection contre treize maladies.

La vaccination contre le Human Papillomavirus (HPV) est recommandée chez les filles, et plus récemment chez les garçons de 9 à 14 ans.

L'ONE développe, évalue et adapte le programme de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il réalise régulièrement, par échantillonnages, des enquêtes de couverture vaccinale : tous les trois ans auprès des enfants de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire en particulier, soit de 2<sup>e</sup> primaire, 6<sup>e</sup> primaire, 2<sup>e</sup> secondaire et enfin de 4<sup>e</sup> secondaire. Ces enquêtes ont pour principal objectif de déterminer la couverture obtenue pour chacune des doses de vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal, ainsi que le respect de l'âge d'administration de ces doses. Les couvertures vaccinales sont l'un des principaux indicateurs permettant de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) a fixé comme objectif l'élimination de la rougeole et la rubéole dans les années à venir. Un taux de couverture vaccinale de plus de 95 % avec deux doses du vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO) est nécessaire pour enrayer la circulation du virus de la rougeole.



# Chapitre 6 :

La couverture vaccinale des élèves de 6<sup>e</sup> primaire (11-12 ans) pour la 2<sup>e</sup> dose de vaccin contre le RRO (RRO2) en 2015-2016 était de 75,0 %. Le taux de vaccination constaté pour le RRO2 reste encore trop bas par rapport au taux fixé par l'OMS pour obtenir l'élimination de la rougeole. Néanmoins, une augmentation de près de 10 % a été constatée entre 2003-2004 (65,6 %) et 2008-2009 (75,5 %). Depuis lors, la couverture vaccinale pour le RRO2 ne progresse toutefois plus (75,0 % en 2015-2016). L'objectif d'élimination de la rougeole en Fédération Wallonie-Bruxelles ne pourra être atteint que si de nouveaux efforts sont consentis pour améliorer le taux de couverture de la 2<sup>e</sup> dose de RRO<sup>1</sup>.

L'ONE promeut et applique le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé et la Fédération Wallonie-Bruxelles. Tous les vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint de l'État fédéral et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le taux de vaccination<sup>2</sup> des enfants fréquentant les structures de l'ONE est relativement élevé, variant de 85 à 97 % selon le type de vaccin administré [18].

## 4.2. Vaccination des adultes

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 [19].

**Tableau 6.6. Proportion (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018**

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	56,8
Wallonie	43,9
Province de Liège	46,2

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon l'Enquête nationale de santé par interview de 2018, seulement 46,2 % des personnes à risque en province de Liège déclarent être vaccinées contre la grippe. Pour la même année, cette proportion atteint 43,9 % en Wallonie et 56,8 % en Belgique. La différence est significative entre le niveau wallon et belge d'une part et entre le niveau belge et provincial d'autre part.

En Belgique, le taux de couverture de la vaccination de la population à risque contre la grippe est en augmentation. Lors de l'Enquête nationale de 2013, seuls 37,8% de la population à risque en province de Liège s'est déclarée vaccinée contre la grippe.

<sup>1</sup>Depuis l'année scolaire 2020-2021, l'administration de la deuxième dose du vaccin contre Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO2) est passée de 11-12 ans à 7-8 ans. Afin de s'assurer que les enfants plus âgés soient correctement vaccinés, une vaccination de transition à 11-12 ans (6<sup>e</sup> primaire) est mise en place pendant 4 ans.

<sup>2</sup>En Belgique, la seule vaccination légalement obligatoire est la vaccination contre la poliomyélite. Plusieurs vaccinations sont toutefois exigées pour qu'un enfant puisse fréquenter un milieu d'accueil. Dans ces collectivités, les vaccins exigés sont ceux contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons. Les vaccins fortement conseillés sont ceux contre le pneumocoque, la méningite à méningocoques C et l'hépatite B.

# CONSOMMATION DE SOINS

## 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 [20].

### 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 [21]. 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 [22].

#### 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 [23]. 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 [23].



## Chapitre 6 :

Tableau 6.7. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018-2019

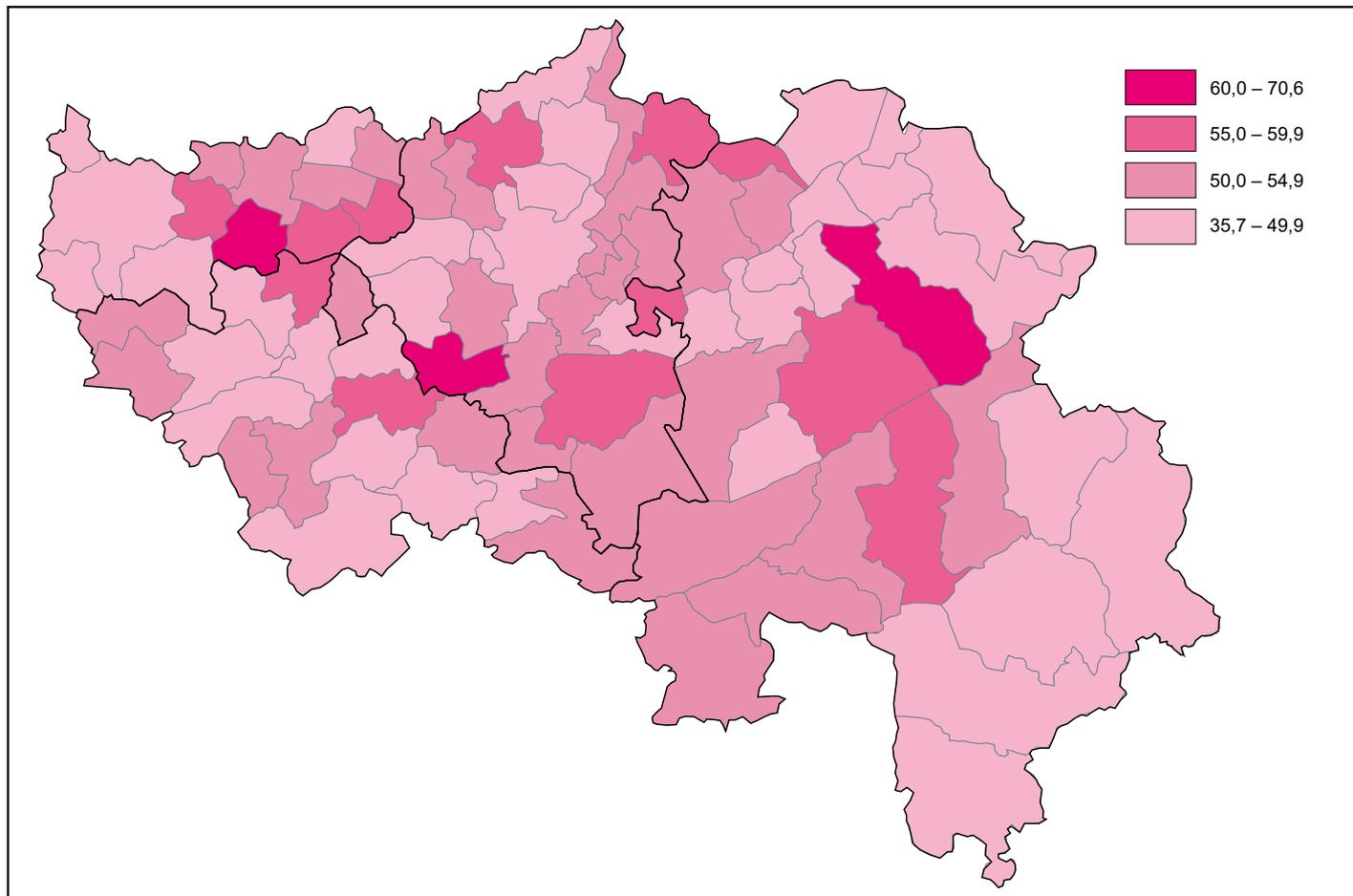
	Belgique (%)	Wallonie (%)	Province de Liège (%)
Couverture par Mammotest	32,2	4,7	3,1
Couverture par mammographie diagnostique	27,4	46,8	46,1
Total	59,6	51,5	49,2

Source : Atlas AIM

→ En 2018-2019, le taux de couverture par Mammotest au sein de la province de Liège (3,1 %) est inférieur à celui de la Wallonie (4,7 %), et nettement inférieur au taux belge (32,2 %). 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 (46,1 %) et en Wallonie (46,8 %) qu'en Belgique (27,4 %). En 2018-2019, une femme entre 50 et 69 ans sur deux en province de Liège a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein (49,2 %). Cette proportion est supérieure en Wallonie (51,5 %) et en Belgique (59,6 %).

# CONSOMMATION DE SOINS

Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Liège, par commune, 2018-2019



Discretisation : manuelle - Source : Atlas AIM

→ Le taux de couverture totale de dépistage du cancer du sein apparaît le plus élevé dans les communes de Faimet (61,3 %), Neupré (61,6 %) et Baelen (70,6 %). À l'inverse, les communes de Raeren (35,7 %), Burg-Reuland (36,3 %) et La Calamine (36,5 %) présentent les taux les plus faibles en termes de couverture totale de dépistage du cancer du sein, en 2018-2019.



## Chapitre 6 :

### 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 1<sup>er</sup> 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 [24].

Tableau 6.8 Proportion (%) de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Fédération Wallonie-Bruxelles-province de Liège, 2020

	Couverture (%)
Fédération Wallonie-Bruxelles	12,8
Province de Liège	11,6

Source : CCR, calculs OSLg

Tableau 6.9 Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018

	Couverture déclarée (%)
Belgique	17,0
Wallonie	10,3
Province de Liège	10,1

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Les résultats de l'Enquête nationale de santé de 2018 montrent une proportion de personnes (en province de Liège) ayant réalisé un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête inférieure aux taux de couverture de dépistage du cancer colorectal. Le taux de couverture de dépistage du cancer colorectal est inférieur en province de Liège par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

# CONSOMMATION DE SOINS

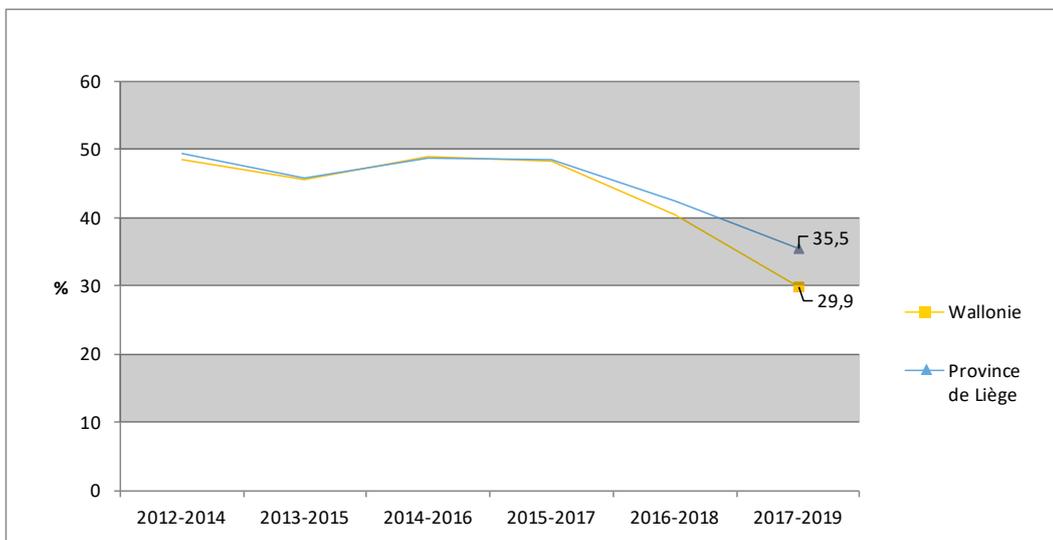
## 5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

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 Papillomavirus (HPV) qui se transmet par voie sexuelle [22].

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 [22].

Figure 6.3. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2014 à 2019, Wallonie-province de Liège



Source : Atlas AIM

→ En 2014, les proportions étaient proches de 50 % en Wallonie et en province de Liège. Elles ont fortement diminué au cours du temps. En Wallonie, cette diminution est de l'ordre de 38,4% contre 28,1 % en province de Liège.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de trois ans, ce qui suit les recommandations européennes [22].



## Chapitre 6 :

Tableau 6.10. 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, 2001-2018

	Femmes de 25 à 64 ans (%)				
	2001	2004	2008	2013	2018
Belgique	69,2	72,2	70,8	72,9	56,4
Wallonie	64,1	73,3	75,6	76,1	59,0
Province de Liège	68,3	78,9	81,9	74,4	61,3

Source : Sciensano-HIS 2018

→ Selon les déclarations des femmes de la province de Liège, 61,3 % d'entre elles auraient pratiqué un dépistage du cancer du col de l'utérus dans les trois ans précédant l'Enquête de santé par interview de 2018. Cette proportion est légèrement supérieure à celle des femmes wallonnes et belges, sans toutefois être statistiquement différente. Le taux de couverture déclaré a augmenté entre 2001 et 2013 puis diminué en 2018 au sein des trois niveaux géographiques.

## 6. Bibliographie

1. Van der Heyden J., Berete F., Drieskens S. *Soins ambulatoires dispensés par les médecins et dentistes: Enquête de santé 2018*. Sciensano ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-soins-ambulatoires-dispenses-par-les-medecins-et-les-dentistes>
2. Institut National d'Assurance Maladie Invalidité. *Le dossier médical global (DMG) permet de diminuer le prix de votre consultation chez le médecin généraliste*. INAMI ; 2021.  
Consultable sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/dossier-medical-global.aspx>
3. Vanmeerbeek Marc. *Les généralistes, la prévention et la promotion de la santé. État des lieux, attitudes actuelles et voies d'avenir. Thèse de doctorat*. Université de Liège ; Décembre 2014.  
Consultable sur : <http://bictel.ulg.ac.be/ETD-db/collection/available/ULgetd-11242014-233616/unrestricted/Theseversionfinale.pdf>
4. Van der Heyden, J. *Consultations chez un médecin spécialiste. Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, WIV-ISP, Bruxelles, 2015.  
Consultable sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/utilisation\\_des\\_services\\_de\\_sante\\_et\\_des\\_services\\_sociaux.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/utilisation_des_services_de_sante_et_des_services_sociaux.pdf)
5. 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.
6. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie. *Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014*.  
Consultable sur : [https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport\\_sante\\_bucodentaire\\_2012\\_2014.pdf](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_sante_bucodentaire_2012_2014.pdf)
7. Drieskens, S., Gisle, L., Berete F. *Contacts avec des services paramédicaux : Enquête de santé 2018*. Sciensano ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-contacts-avec-des-services-paramedicaux>
8. Drieskens, S., Scohy A., Berete F. *Contacts avec des prestataires de thérapies non-conventionnelles*. Sciensano ; 2020.  
Consultable sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/nc\\_report\\_2018\\_fr\\_final.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/nc_report_2018_fr_final.pdf)
9. 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.  
Consultable sur : [https://skepp.be/sites/default/files/RAPPORT%20FINAL%20decanen\\_0.pdf](https://skepp.be/sites/default/files/RAPPORT%20FINAL%20decanen_0.pdf)
10. *Arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie*. 26 mars 2014 : Bruxelles.  
Consultable sur : [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-26-mars-2014\\_n2014024146.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-26-mars-2014_n2014024146.html)
11. De Gendt, T., Desomer A., Goossens M., et al. *Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique*. KCE reports 154B. 2011, Centre fédéral d'expertise des soins de santé : Bruxelles.  
Consultable sur : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce\\_154b\\_hom%c3%a9opathie\\_en\\_belgique\\_synth%c3%a8se\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/kce_154b_hom%c3%a9opathie_en_belgique_synth%c3%a8se_0.pdf)
12. Charafeddine, R., Demarest S., Berete F., et al. *Hospitalisation : Enquête de santé 2018*. Sciensano ; 2020.  
Consultable sur : <https://www.sciensano.be/nl/biblio/enquete-de-sante-2018-hospitalisation>



## Chapitre 6 :

13. Organisation de coopération et de développement économiques. *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*. Éditions OCDE ; Paris ; 2019.  
Consultable sur : <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Panorama-de-la-sant%C3%A9-2019-Chapitres-0-1-2.pdf>
14. 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.
15. Organisation mondiale de la Santé. *Vaccins et vaccination*; OMS ; 2022.  
Consultable sur : [https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
16. Vaccination Info.be. *Quels sont les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination?* 2020.  
Consultable sur : <https://www.vaccination-info.be/quels-sont-les-benefices-individuels-et-collectifs-de-la-vaccination/>
17. Vaccination Info.be. *Quelle est la politique de vaccination en Belgique?* 2020.  
Consultable sur : <https://www.vaccination-info.be/quelle-est-la-politique-de-vaccination-en-belgique/>
18. Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, *La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres 2017*. Bruxelles : Editeur Delcor ; 2017.  
Consultable sur : <http://www.fapeo.be/wp-content/uploads/2019/03/LA-F%C3%89D%C3%89RATION-WALLONIE-BRUXELLES-EN-CHIFFRES.pdf>
19. Berete F., Tafforeau J., Demarest S., Drieskens S. *Vaccination : Enquête de santé 2018 : Vaccination. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/76*.  
Consultable sur : [https://www.sciensano.be/sites/default/files/va\\_fr\\_2018.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/va_fr_2018.pdf)
20. Wilson, J.M.G., Jungner G. *Principes et pratique du dépistage des maladies*. Genève, Organisation mondiale de la santé ; 1970.  
Consultable sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
21. Ligue Nationale Contre le Cancer. *Le dépistage des cancers*. Paris ; 2009.  
Consultable sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/depistage-cancers.pdf>
22. Fabri V., Allaoui E., Arbyn M., et al. *Dépistage du cancer du col de l'utérus 2008-2017. Quatrième rapport de l'Agence Intermutualiste*. IMA-AIM ; Décembre 2019.  
Consultable sur : [https://ima-aim.be/IMG/pdf/depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_l\\_uterus\\_rapport\\_aim\\_4\\_2017\\_-\\_fr.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/depistage_du_cancer_du_col_de_l_uterus_rapport_aim_4_2017_-_fr.pdf)
23. 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*. IMA-AIM ; Septembre 2014.  
Consultable sur : [https://ima-aim.be/IMG/pdf/8e\\_aim\\_d-pistage\\_cancer\\_du-sein\\_2014.pdf](https://ima-aim.be/IMG/pdf/8e_aim_d-pistage_cancer_du-sein_2014.pdf)
24. De Foy T., Candeur M. *Dépistage du cancer colorectal : où en est-on ? Éducation Santé ; 2017*.  
Consultable sur : <https://educationsante.be/programme-de-depistage-du-cancer-colorectal-en-federation-wallonie-bruxelles/>

# ABRÉVIATIONS

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural  
AICS : Auteurs d'infractions à caractère sexuel  
IMA-AIM : Agence InterMutualiste  
AIS : Agence immobilière sociale  
ASBL : Association sans but lucratif  
ASD : Aides et Soins à Domicile  
ASE : Aide sociale équivalente  
ASI : Association de santé intégrée  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
AViQ : Agence pour une Vie de Qualité  
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
CCR : Centre Communautaire de Référence  
CIE : Cellule interuniversitaire d'épidémiologie  
CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - 10<sup>ème</sup> édition  
CMH : Centre médical hélicopté  
CO : Monoxyde de carbone  
COCOF : Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale  
CPAS: Centre Public d'Action Sociale  
CSD : Centrales des Services à Domicile  
CSE : Conseil supérieur de l'emploi  
CSS : Conseil Supérieur de la Santé  
DGS : Direction Générale de la Statistique  
DMG : Dossier médical global  
DMJ : Dose moyenne journalière  
DSFO : Détection du sang fécal occulte  
ERIS : Équivalent du Revenu d'Intégration Sociale  
FARES : Fonds des Affections Respiratoires  
FCPC : Fédération des Centres de Planning et de Consultations  
FCPPF : Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial  
FCSO : Fédération des Centrales de Services à Domicile  
FEDOM : Fédération wallonne de services d'aide à domicile  
FEDRIS : Agence fédérale des risques professionnels  
FLCPF : Fédération Laïque des Centres de Planning Familial  
FLW : Fonds du logement de Wallonie  
FOREM : Service public wallon de l'Emploi et de la Formation professionnelle  
FWB : Fédération Wallonie-Bruxelles  
GRAPA : Garantie de revenus aux personnes âgées  
HIS : Health Interview Survey - Enquête Nationale de Santé par Interview  
HPV : Human Papillomavirus (Papillomavirus Humain)  
HSR : Health Services Research (Recherche sur les Services de Santé)  
ICF : Indice conjoncturel de fécondité  
ICM : Indice comparatif de mortalité  
IMC : Indice de masse corporelle  
INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
IRT : Insuffisance rénale terminale  
ISP : Institut Scientifique de Santé Publique  
IST : Infection sexuellement transmissible  
IVG : Interruption volontaire de grossesse  
IWEPS : Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique  
KCE : Belgian Health Care Knowledge Centre - Centre fédéral d'expertise des soins de santé  
MCV : Maladie cardiovasculaire

MET : Metabolic Equivalent of Task (Équivalent métabolique d'une tâche)  
MR : Maison de repos  
MRS : Maison de repos et de soins  
OCASC : Office central d'action sociale et culturelle du Ministère de la Défense  
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique  
OMS : Organisation mondiale de la Santé - World Health Organization (WHO)  
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance  
ONE - BDMS : Banque de données médicosociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance  
ONEM : Office National de l'Emploi  
OSLg : Observatoire de la Santé de la Province de Liège  
PIB : Produit intérieur brut  
RHM : Résumé Hospitalier Minimum  
RIS : Revenu d'Intégration Sociale  
RMN : Résonance Magnétique Nucléaire  
RRO : Rougeole-Rubéole-Oreillons  
SA : Semaine d'aménorrhée  
SARS-CoV-2 : Coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère de type 2  
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise  
SLSP : Société de logement de service public  
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation  
SPF : Service public fédéral  
SPMA : Standardized Procedures of Mortality Analysis - Belgium  
SPF Économie : Service public fédéral Économie  
SPP Intégration sociale : Service public fédéral de programmation intégration sociale  
SPW : Service public de Wallonie  
SSM : Service de santé mentale  
STATBEL : Statistics Belgium  
SWL : Société Wallonne du Logement  
TOC : Troubles obsessionnels compulsifs  
UE : Union européenne  
USI : Unités de soins intensifs  
VADS : Voies aéro-digestives supérieures  
VIAS : Institut belge pour la sécurité routière  
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine  
WSE : Werk en Sociale Economie

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

## CHAPITRE 1

Carte 1.1. Densité de population (habitants/km <sup>2</sup> ), province de Liège, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	14
Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en % de la population), province de Liège, par commune, sur 10 ans (2012-2021) .....	15
Carte 1.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, province de Liège, par commune, 2015-2019 .....	17
Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, province de Liège, par commune, 2015-2019 .....	18
Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité, province de Liège, par commune, 2011-2020 .....	21
Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	31
Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, province de Liège, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	32
Figure 1.1. Répartition de la population (en %), province de Liège, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	12
Figure 1.2. Évolution de la population de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, province de Liège .....	13
Figure 1.3. Évolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2019 .....	16
Figure 1.4. Variation de l'espérance de vie (2015-2019), selon le revenu médian par ménage, province de Liège, par commune, 2017 .....	19
Figure 1.5. Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-2019 .....	20
Figure 1.6. Évolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2020 .....	22
Figure 1.7. Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2019 .....	23
Figure 1.8. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, province de Liège, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	24
Figure 1.9. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, province de Liège, 1 <sup>er</sup> janvier 2002 et 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	25
Figure 1.10. Évolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2007-2021 .....	29
Figure 1.11. Évolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, province de Liège .....	30
Figure 1.12. Évolution du ratio de dépendance de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071 .....	33
Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	12
Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	16
Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	19
Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 .....	22
Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 ...	24
Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégories d'âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	27
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, 1 <sup>er</sup> janvier 2021 .....	28

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

## CHAPITRE 2

Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100).....	40
Figure 2.1. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2019 (Wallonie Hommes 2019=100).....	41
Figure 2.2. Évolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2019 (Wallonie Femmes 2019=100).....	41
Figure 2.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, province de Liège, 2014-2018 .....	44
Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, province de Liège, 2014-2018.....	44
Figure 2.5. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, province de Liège, 1993-2018.....	45
Figure 2.6. Évolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, province de Liège, 1993-2018.....	45
Figure 2.7. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2000-2019 (Wallonie Hommes 2019=100) .....	53
Figure 2.8. Évolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, Femmes, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2000-2019 (Wallonie Femmes 2019=100) .....	53
Figure 2.9. Mortalité infantile : définitions .....	55
Figure 2.10. Évolution du taux de mortalité infantile lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018.....	56
Figure 2.11. Évolution du taux de mortalité néonatale lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018.....	57
Figure 2.12. Évolution du taux de mortalité post-néonatale lissé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 1995-1997;... ; 2016-2018.....	58
Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2019.....	38
Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 (Femme=100) .....	39
Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100).....	39
Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	43
Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, province de Liège, 2014-2018 .....	46
Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, province de Liège, 2014-2018 .....	47
Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, province de Liège, 2014-2018 .....	48
Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, province de Liège, par arrondissement, 2014-2018 (Wallonie Hommes=100).....	49
Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, province de Liège, par arrondissement, 2014-2018 (Wallonie Femmes=100).....	50
Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (<75 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	51
Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100) .....	52
Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, province de Liège, 2014-2018.....	54
Tableau 2.13. Évolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-province de Liège, 1990-2018 .....	56
Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018.....	57

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 2.15. Nombre moyen annuel d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018 .....	58
--	----

## CHAPITRE 3

Carte 3.1. Couverture de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population totale, Wallonie .....	106
Carte 3.2. Couverture de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population de 65 ans et plus, province de Liège .....	107
Carte 3.3. Couverture vaccinale de la dose booster, par commune au 28/03/2022, population de 18 ans et plus, province de Liège .....	108
Figure 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	63
Figure 3.2. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	64
Figure 3.3. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	64
Figure 3.4. Proportion (%) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013 et 2018 .....	65
Figure 3.5. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	66
Figure 3.6. Prévalence (%) des cinq affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	67
Figure 3.7. Proportion (en %) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, province de Liège, 2014-2018 .....	69
Figure 3.8. Proportion (en %) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, province de Liège, 2014-2018 .....	69
Figure 3.9. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2014-2018 .....	73
Figure 3.10. Proportion (%) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2014-2018 .....	73
Figure 3.11. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	76
Figure 3.12. Proportion (%) de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, province de Liège, 2015-2019 .....	77
Figure 3.13. Proportion (%) de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, province de Liège, 2015-2019 .....	77
Figure 3.14. Évolution du taux d'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-province de Liège, 2000-2019 .....	80
Figure 3.15. Proportion (%) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	83
Figure 3.16. Évolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2000-2018 .....	85
Figure 3.17. Évolution du taux pour 1 000 hommes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018 .....	87
Figure 3.18. Évolution du taux pour 1 000 femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018 .....	87
Figure 3.19. Évolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2019 .....	89
Figure 3.20. Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, province de Liège, 2003-2019 .....	93

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Figure 3.21. Évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2005-2019.....	95
Figure 3.22. Proportion (%) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petits poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2015-2019.....	98
Figure 3.23. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, province de Liège, 2014-2018 .....	100
Figure 3.24. Évolution du nombre de malades hospitalisés pour COVID-19 (lits ordinaires et en unité de soins intensifs (USI)), province de Liège, période du 15/03/2020 au 31/03/2022.....	104
Figure 3.25. Surmortalité 2020-2021 : rapport entre le nombre de décès par semaine en 2020 et 2021 et le nombre hebdomadaire moyen de décès entre 2015 et 2019, Belgique-Wallonie-province de Liège .....	105
Tableau 3.1. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	70
Tableau 3.2. Nombre moyen de décès par cancer (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018 .....	72
Tableau 3.3. Nombre moyen de nouveaux cas de cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	75
Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018 .....	78
Tableau 3.5. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	79
Tableau 3.6. Taux d'incidence (pour 100 000 hab.) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	79
Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018 .....	80
Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	81
Tableau 3.9. Proportion (%) de bénéficiaires de l'assurance maladie qui ont un traitement antidiabétique*, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	82
Tableau 3.10. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018.....	84
Tableau 3.11. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie- province de Liège, 2008-2013-2018.....	85
Tableau 3.12. Nombre et proportion (%) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	86
Tableau 3.13. Nombre et proportion (%) de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	88
Tableau 3.14. Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018.....	89
Tableau 3.15. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	90
Tableau 3.16. Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013-2014 et 2018-2019 .....	91
Tableau 3.17. Nombre annuel moyen des accidents sur le lieu de travail, selon les suites et le sexe, province de Liège, 2018-2019.....	92
Tableau 3.18. Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu de travail, selon les suites et l'âge, province de Liège, 2018-2019.....	92
Tableau 3.19. Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2015-2019 .....	94
Tableau 3.20. Proportion (en %) de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	96

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 3.21. Proportion (en %) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	96
Tableau 3.22. Proportion (en %) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-province de Liège, 2019.....	97
Tableau 3.23. Proportion (%) de petit poids de naissance et de prématurité selon le statut tabagique de la mère durant la grossesse, Wallonie-province de Liège, 2015-2019 .....	97
Tableau 3.24. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2014-2018 .....	99
Tableau 3.25. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	100
Tableau 3.26. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	101
Tableau 3.27. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	101
Tableau 3.28. Proportion (%) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	102

## CHAPITRE 4

Carte 4.1. Revenus médians par déclaration, province de Liège, par commune, 2019 .....	118
Carte 4.2. Coefficient interquartile, province de Liège, par commune, 2019 .....	119
Carte 4.3. Proportion (%) de logements publics, province de Liège, par commune, 2017 .....	132
Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique par classe d'âge, province de Liège, 2019.....	122
Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (%) (20-64 ans), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 .....	123
Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (%), par sexe (20-64 ans), province de Liège, 2019.....	124
Figure 4.4. Répartition (en %) 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, 2018.....	134
Figure 4.5. Répartition (en %) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2018.....	135
Figure 4.6. Répartition (en %) de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2018.....	136
Figure 4.7. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) considérées comme sédentaires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	138
Figure 4.8. Proportion (en %) de personnes (de 18 ans et plus) qui passe au moins 150 minutes par semaine à pratiquer des activités physiques d'intensité au minimum modérée et/ou qui fait des activités qui demandent au moins un effort physique modéré au travail, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	139
Figure 4.9. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	141
Figure 4.10. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	142
Figure 4.11. Évolution de la proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2004-2018 .....	143
Figure 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	144
Figure 4.13. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	146

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Figure 4.14. Évolution (en %) de la proportion de surconsommateurs (de 15 ans et plus) d'alcool (14 verres et plus chez les femmes, 21 verres et plus chez les hommes par semaine), selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2013-2018.....	147
Tableau 4.1. Répartition de la population (25-64 ans) en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020.....	116
Tableau 4.2. Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2019 .....	117
Tableau 4.3. Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2018.....	120
Tableau 4.4. Taux de chômage (%), par âge, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, juin 2021 .....	125
Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-province de Liège, août 2021 .....	125
Tableau 4.6. Proportion (%) de jeunes de 18 à 24 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020 .....	126
Tableau 4.7. Proportion (%) de personnes de 18 à 64 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020 .....	127
Tableau 4.8. Proportion (%) de personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'une allocation d'aide sociale ou d'une d'allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020 .....	127
Tableau 4.9. Proportion (%) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020.....	128
Tableau 4.10. Proportion (%) de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020 .....	129
Tableau 4.11. Proportion (%) de logement publics, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2017.....	131
Tableau 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer 6 verres ou plus d'alcool en une seule occasion (hyper-alcoolisation) au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	148

## CHAPITRE 5

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, province de Liège, 2021 .....	153
Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, province de Liège, 31 décembre 2019.....	158
Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, province de Liège, par commune, 2019 .....	160
Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil préscolaire, par commune, province de Liège, 2019.....	167
Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, province de Liège, par commune, 2021 .....	169
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, 2020 .....	171
Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, province de Liège, par commune, 2020 .....	174
Figure 5.1. Pyramide des âges des médecins généralistes, Wallonie-province de Liège, 31 décembre 2019 .....	159
Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-province de Liège, par arrondissement, décembre 2021 .....	154
Tableau 5.2. Équipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2021 .....	154
Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MR et MRS, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020 .....	155

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 31 décembre 2019.....	157
Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 .....	161
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, 2019.....	161
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, 2019.....	162
Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	162
Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	163
Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 .....	163
Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019.....	164
Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants par infirmiers(ères), Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020 .....	164
Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil préscolaire et taux de couverture de l'accueil préscolaire, Wallonie-province de Liège, par arrondissement, 2020 .....	166

## CHAPITRE 6

Carte 6.1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, province de Liège, 2019 .....	179
Carte 6.2. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, province de Liège, par commune, 2018-2019 .....	195
Figure 6.1. Évolution de la proportion de personnes comptant au moins une consultation chez un médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2011-2019 .....	180
Figure 6.2. Évolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2009-2019 .....	188
Figure 6.3. Proportion (%) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2014 à 2019, Wallonie-province de Liège.....	197
Tableau 6.1. Proportion (%) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	181
Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2020.....	184
Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018.....	185
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, 2018.....	186

# CARTES, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2019 .....	187
Tableau 6.6. Proportion (%) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	192
Tableau 6.7. Proportion (%) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018-2019 .....	194
Tableau 6.8. Proportion (%) de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Fédération Wallonie-Bruxelles-province de Liège, 2020 .....	196
Tableau 6.9. Proportion (%) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-province de Liège, 2018 .....	196
Tableau 6.10. 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, 2001-2018 .....	198





## Observatoire de la Santé

Rue de Wallonie 26 à 4460 Grâce-Hollogne  
04/279.78.03 - [observatoire.sante@provincedeliege.be](mailto:observatoire.sante@provincedeliege.be)  
[www.provincedeliege.be/observatoiredelasante](http://www.provincedeliege.be/observatoiredelasante)

En partenariat avec :

