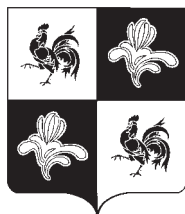


**Parlement francophone bruxellois**  
(Commission communautaire française)



21 mars 2006

---

SESSION ORDINAIRE 2005-2006

---

**AUDITION DE MME MYRIAM DE SPIEGELAERE,  
MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ET DIRECTRICE SCIENTIFIQUE DE  
L'OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL – BRUXELLES**

**relative à la santé des femmes dans la Région bruxelloise**

RAPPORT

fait au nom du comité d'Avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes

par Mme Fatiha SAIDI

## SOMMAIRE

1. Exposé de Mme Myriam De Spiegelaere, médecin de Santé publique et directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles .....	3
2. Discussion .....	8
3. Approbation du rapport .....	10
4. Tableaux .....	11

*Membres présentes* : Mmes Céline Fremault, Nathalie Gilson (présidente), Olivia P'tito, Souad Razzouk, Fatiha Saïdi.

*Membres absents* : Mme Amina Derbaki Sbaï (excusée), MM. Vincent De Wolf, Josy Dubié, Mme Véronique Jamouille (excusée).

*A également participé aux travaux* : M. Philippe-Henry de Generet (cabinet de M. Benoît Cerexhe, ministre-président).

Mesdames,  
Messieurs,

Le comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes s'est réuni le 21 mars 2006 pour entendre l'exposé de Mme Myriam De Spiegelaere, médecin de Santé publique et directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles, relatif à la santé des femmes dans la région bruxelloise.

Mme Nathalie Gilson (présidente) accueille Mme Myriam De Spiegelaere et la remercie, au nom du comité d'avis, d'avoir accepté de venir exposer certains travaux de l'Observatoire de la Santé et du Social. Elle précise que le comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a comme fonction de rendre des avis aux différentes commissions parlementaires ou d'évoquer certains projets relatifs à l'égalité des femmes.

La présidente rappelle ensuite qu'en début de législature, des thèmes prioritaires de réflexions ont été fixés et, parmi ceux-ci, les discriminations dont les femmes peuvent être victimes en matière de santé. C'est la raison de cette audition.

### **1. Exposé de Mme Myriam De Spiegelaere, médecin de Santé publique et directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles**

Mme Myriam De Spiegelaere précise en préambule que son exposé ne se base pas sur les résultats d'une seule étude. Ses recherches proviennent de différentes sources d'information et seront abordées sous l'angle du genre. Mme De Spiegelaere présentera son exposé en deux temps: les inégalités et les différences du genre face à la mort et à la maladie, d'une part, et la problématique plus spécifique de la santé des femmes bruxelloises, d'autre part.

Depuis que des statistiques sont faites, il n'y a jamais eu nulle part, ni jamais dans le temps d'égalité face à la mort entre les deux sexes. Aujourd'hui à Bruxelles, on observe une surmortalité masculine à tous les âges de la vie. Le chiffre 1 représente la mortalité des femmes à partir de laquelle on calcule la mortalité des hommes. Dans la partie 0-1 (premier tableau de la page 12), il y a une surmortalité masculine plus importante, mais qui existe depuis toujours. Les petits garçons sont plus sensibles pour des questions génétiques de mortalité précoce. Le maximum se situe dans la tranche 20-29 ans où l'on a une surmortalité masculine qui équivaut à plus de deux fois celle des femmes. Cela se poursuit ensuite tout au long de la vie avec une diminution progressive suite à la baisse des « effectifs masculins » in fine. Cette situation a varié dans le temps.

Avant 1940, on observait une surmortalité des petites filles, des adolescentes et des très jeunes femmes, partout en Europe et dans l'ensemble des pays qui faisaient des statistiques. Cette surmortalité n'a disparu, par exemple en France, qu'en 1937. En Belgique, on voit la disparition de la surmortalité des filles au tout début du siècle. Cette situation était plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain et on voyait des différences importantes en fonction du type d'industrie.

Par exemple en Flandre, cette surmortalité était plus importante, de même que dans toutes les régions textiles: c'était lié à la manière dont on faisait travailler les petites filles, mais essentiellement à des facteurs infectieux. Les filles mouraient surtout de scarlatine, de rougeole et de tuberculose. Puis, avec l'amélioration de l'hygiène et les progrès sanitaires, une diminution de la mortalité infectieuse est intervenue. Ensuite, la réglementation du travail, la scolarisation et enfin les modifications idéologiques ont largement amélioré le sort des filles. Aujourd'hui, les femmes bénéficient d'une espérance de vie significativement plus importante que les hommes.

Mme De Spiegelaere expose ensuite les principales causes de décès avant 65 ans et les différences existant entre les femmes et les hommes. Pour les hommes, les principales causes de décès avant l'âge de 65 ans sont liées à des styles de vie: ce sont les cardiopathies ischémiques et le cancer du poumon lié au tabagisme, à la sédentarité, au type d'alimentation ou à des problèmes psychosociaux comme l'alcool et le suicide qui sont les troisième et quatrième causes de décès. Pour les femmes, au même âge, on est à la moitié de la mortalité prématurée des hommes et la seule grande cause en est le cancer du sein. Suivent le suicide ou le cancer du poumon pour lequel le taux de mortalité représente la moitié de celui des hommes.

En observant les grandes causes de décès dans notre pays et dans notre région, on voit un taux de mortalité plus élevé chez les hommes, notamment en raison des cardiopathies ischémiques, c'est-à-dire les infarctus. En effet, les femmes en sont bien protégées biologiquement jusqu'à l'âge de la ménopause, puisque les hormones féminines protègent de ces pathologies. On observe également qu'à partir de 50-55 ans, c'est le début de la mortalité par cancer. Les femmes courent cependant moins de risques de décès, également en ce qui concerne les pathologies respiratoires et les causes externes (décès non naturels) dont les suicides, les accidents et les homicides.

Les petits garçons, eux, courent plus de risques de connaître des accidents domestiques: ils sont généralement plus turbulents. Ils ont une façon plus physique d'explorer la vie et courent donc plus de risques.

Ensuite, à partir de l'adolescence, une augmentation importante de la mortalité existe pour les hommes : ce sont

principalement les accidents et les suicides. Les accidents interviennent surtout avant 20 ans, et à partir de 20 ans, c'est le suicide qui est la première cause externe de mortalité chez les hommes. Pour les femmes, la proportion est la même (avant et après 20 ans) mais moins de décès sont liés à ces causes.

Pour ce qui est des homicides, les taux sont nettement plus faibles chez les femmes (avec une petite pointe vers 40-45 ans). Mais les hommes entre 30 et 34 ans ont autant de risques de décéder par homicide qu'une femme de décéder par suicide. Si la violence faite aux femmes est un vrai problème, il reste qu'en termes de statistiques, les hommes paient un prix plus lourd à la violence et aux agressions parce qu'ils sont plus souvent mêlés à des situations qui amènent des taux d'homicide plus importants.

A partir de 60-64 ans, les accidents reprennent à nouveau le dessus et à partir de 75 ans, les chutes prennent une très grande place. Pour ce qui est du diabète des personnes âgées, les hommes en décèdent plus souvent que les femmes.

Pour ce qui est des cancers, le type de cancer est différent en fonction du sexe et en fonction de l'âge. En termes de mortalité, le cancer du sein est le plus précoce et le plus mortel jusqu'à l'âge de 75-79 ans, moment où il est rattrapé par le cancer colorectal. Le cancer du poumon est le deuxième cancer mortel chez la femme alors que les cancers des ovaires, de l'utérus ou du col ont, en termes de mortalité, des taux plus faibles. On estime actuellement à plus de 90 % le risque attribuable du cancer du poumon au tabagisme.

On voit une diminution dans le temps de la mortalité par cancer du poumon chez l'homme. C'est lié à une diminution du taux de tabagisme. Chez les femmes, on remarque une tendance à l'augmentation (mais l'augmentation du tabagisme chez la femme est relativement récente et il faut attendre vingt ans avant que cela ne soit significatif). Mais on voit quand même se dessiner une augmentation de la mortalité et donc un rapprochement des taux de mortalité par cancer du poumon entre l'homme et la femme.

Paradoxalement, même si la femme est plutôt mieux protégée par rapport aux maladies très graves et mortelles, dans toutes les enquêtes, et quel que soit le type de problème abordé, les femmes se sentent toujours en plus mauvaise santé que les hommes. Ce sont des données qui viennent de l'enquête socio-économique du recensement 2001. On y remarque la proportion de gens qui se disent « pas en bonne santé », donc de santé moyenne, mauvaise ou très mauvaise, en fonction de l'âge. Ce sentiment augmente avec l'âge, ce qui est tout à fait logique.

Jusqu'à 15-17 ans, il n'y a pas de différence entre filles et garçons. Mais à partir de ce moment-là et jusqu'à la fin, les femmes déclarent plus souvent se sentir en moins bonne santé que les hommes.

Dans l'enquête santé relative aux maladies chroniques, il s'agit également de déclarations et non de mesures objectives ou de tests médicaux : on soumet une liste de maladies chroniques aux personnes interrogées et on leur demande si elles souffrent ou ont souffert dans l'année écoulée d'une de ces maladies chroniques. On voit que de manière quasi systématique, les femmes disent plus souvent souffrir de maladies chroniques. Les maladies dont elles se plaignent le plus souvent sont des problèmes d'allergies, de migraines, d'affections du dos, d'hypertension, de dépression, de fatigue chronique, d'arthrose, d'asthme, d'arthrite et de troubles de la thyroïde. Pour les hommes de moins de 65 ans, une spécificité est ajoutée, qui est la bronchite chronique dont les hommes disent souffrir le plus. On retrouve cette prévalence de maladies chroniques plus élevée chez les femmes de plus de 65 ans avec des maladies typiquement féminines comme l'ostéoporose, qui touche très peu d'hommes, et la thyroïde. Chez les plus âgés, les maladies cardiaques, le diabète et la bronchite chronique sont plus fréquents.

Le paradoxe est encore plus frappant pour ce qui est de la santé mentale. Le taux de suicide entre 1990 et 2004 et les décès par suicide sont plus importants chez les hommes que chez les femmes. L'évolution est très oscillante parce qu'à Bruxelles, les chiffres sont relativement petits et changeants d'une année à l'autre. Mais on se situe, à part une diminution notable pour les plus de 65 ans chez les hommes, plutôt dans une stabilisation. Les taux de suicide ont peu changé au cours des dernières années. Les hommes réussissent leur suicide plus souvent que les femmes. Par contre, au niveau de la morbidité, sur une échelle qui mesure le score de santé mentale positive (un score de vitalité), on voit que, dans toutes les tranches d'âge, sauf peut-être entre 65 et 75 ans, les hommes sont en meilleure santé mentale que les femmes.

Les femmes disent un peu plus souffrir de dépression et d'idées suicidaires, bien qu'après standardisation pour l'âge, il n'y ait pas de différence significative à Bruxelles. En revanche, dans les autres régions, il existe une nette surreprésentation des femmes. Et la différence dans la consommation de psychotropes est très significative : près de deux fois plus de femmes consomment des psychotropes qui sont surtout des somnifères et des tranquillisants, puis des antidépresseurs (qui sont des médicaments prescrits).

Si on considère uniquement les gens qui disent avoir eu une dépression au cours de l'année écoulée, il est intéressant de voir que les femmes se soignent plus. 52 % des femmes qui ont eu une dépression sont soignées par un généraliste, 38 % par un spécialiste, 87 % prennent des médicaments. Il est impressionnant de constater que 3 hommes sur 10 qui disent avoir eu une dépression, ne se soignent pas du tout. Peut-être peut-on faire des liens avec les différences importantes qu'on observe dans la mortalité par suicide, qui est une des complications de la dépression grave.

De manière générale, les femmes sont plus proches des services de santé. Elles consultent pour la santé mentale, elles consultent des spécialistes et elles sont aussi mieux protégées en termes de prévention. Un des indicateurs de l'enquête de santé 2004 est celui-ci : avez-vous eu un contrôle de la tension artérielle au cours des cinq dernières années ? On voit qu'à tous les âges, sauf pour les plus âgées, les femmes répondent plus souvent de façon positive. Le même type de comportement existe pour la glycémie (donc le dépistage du diabète) ou pour le cholestérol. Les femmes sont mieux suivies en termes de prévention.

En termes de vaccination, on note, dans la dernière enquête de santé, une meilleure couverture pour la grippe. Pour les autres vaccinations, il n'y a pas de différence entre hommes et femmes.

En termes de facteurs de risque du cancer du poumon lié au tabagisme, même si le tabagisme des femmes se rapproche dans certains groupes d'âge de celui des hommes, la dernière enquête de santé montre qu'il persiste des différences importantes par rapport aux hommes qui fument. Il y a plus de fumeurs chez les hommes et plus de gros fumeurs. C'est seulement dans la tranche des 65 à 74 ans que les différences se réduisent.

A l'autre extrémité, auprès des adolescents scolarisés, on observe une diminution du tabagisme chez les garçons et une augmentation chez les filles.

Parmi les autres facteurs de risque, c'est la sédentarité qui est la plus néfaste pour la santé des personnes. Chez les plus jeunes, avant 45 ans, il y a des différences importantes entre hommes et femmes en ce qui concerne le fait d'avoir une activité physique suffisante pour qu'elle ait un impact positif sur la santé. Les différences sont très marquées. Bien entendu, en termes de mortalité, in fine, l'activité physique intervient comme facteur de risque pour l'infarctus du myocarde, mais ce n'est pas un facteur de risque isolé. Il faut un cumul de facteurs de risque. Il y a à la fois l'hypertension, l'hypercholestérolémie, la sédentarité, le tabagisme : tout cela joue un rôle. Quelque part, les femmes, en étant plus sédentaires, prennent plus de risques : cette sédentarité importante peut prédisposer à des facteurs tels que l'ostéoporose, les problèmes de mobilité qui viennent plus tard, l'arthrose, etc., tout ce qui concerne la qualité de vie. Les femmes paient plus tard et en termes de qualité de vie alors que les hommes paient beaucoup plus en termes de mortalité.

Pour conclure cette première partie d'approche par genre, Mme De Spiegelaere souligne ce paradoxe : d'une part, une protection importante par rapport à la mortalité, une espérance de vie plus longue et, d'autre part, une santé que les femmes disent être plus mauvaise. Elles se sentent plus en mauvaise santé. Comment expliquer cela ?

D'une part, les femmes souffrent plus de pathologies chroniques qui peuvent avoir une influence sur la qualité de vie mais ne sont pas mortelles (problèmes d'arthrose, d'ostéoporose, santé mentale, etc.). D'autre part, les femmes sont plus proches du concept de santé. La santé a toujours été un peu l'affaire des femmes. Il suffit de voir dans les magazines féminins la place occupée par la santé. En termes de représentation, une femme va plus facilement faire le lien entre un malaise et un problème de santé. Elle va consulter plus facilement, elle va étiqueter plus facilement son problème comme étant un problème de santé, alors qu'un homme en mal-être va peut-être boire excessivement ou finalement attenter à ses jours sans jamais s'être dit qu'il avait un problème de santé. Il peut y avoir là des choses qui expliquent ce paradoxe mais il y a bien entendu aussi la manière dont on répond aux enquêtes, les différences de la représentation qu'on a de la santé.

Mme De Spiegelaere aborde ensuite quelques points spécifiques de la santé des femmes bruxelloises, et cela en quatre points.

## 1. Inégalités sociales des femmes face à la santé

Il existe d'importantes inégalités entre femmes, selon le statut social. En fait, les femmes ne sont pas du tout égales entre elles.

On constate que, pour les hommes et les femmes, quel que soit le groupe social, il y a toujours une surreprésentation des femmes dans la mauvaise santé, mais que les écarts entre groupes sociaux (chez les femmes comme chez les hommes) sont beaucoup plus importants que les écarts entre hommes et femmes. Aux environs de 50-55 ans, parmi les femmes qui ont un diplôme universitaire, à peu près 20 % se sentent en mauvaise santé. Pour les femmes qui ont un niveau d'éducation primaire, 60 % se sentent en mauvaise santé. Il est parfois plus important d'observer les inégalités à l'intérieur même du groupe des femmes plutôt qu'uniquement les différences entre genres.

## 2. Période de la naissance

A Bruxelles, on observe que 27 % des enfants naissent dans un ménage où aucun des parents n'a un revenu du travail, ce qui est une donnée très importante qui concerne près de 3 enfants sur 10. 15 % des nouveaux-nés naissent dans un ménage où ils sont seuls avec leur maman (ce sont donc des mamans qui sont seules dès la naissance de l'enfant) et la proportion s'accroît quand l'enfant grandit. Et il y a 3 % de mères de moins de 20 ans. Ce sont les caractéristiques sociales des naissances à Bruxelles.

Le fait d'avoir ou non un revenu est un indicateur socio-économique et a un impact extrêmement important puisque les enfants qui naissent dans un ménage sans revenu du travail ont deux fois plus de risques de décéder avant l'âge d'un an (en période périnatale, ou entre l'âge d'une semaine et un an). Cet état de chose reflète ce qui se passe chez la maman. En effet, c'est un reflet des complications graves de la grossesse et des problèmes à l'accouchement. C'est aussi la pointe de l'iceberg pour tout ce qui se passe en termes de morbidité, pour laquelle il existe moins de données.

Parallèlement aux enfants qui décèdent, il y a les enfants qui ont de très petits poids de naissance, qui sont très prématurés, etc. Ces enfants seront souvent malades et, en termes de qualité de vie pour les jeunes mamans, entraîneront une fatigue extrêmement importante et des difficultés de soigner l'enfant tout en continuant à travailler. Tout ce qui se passe en termes de morbidité est loin d'être anodin. Et en termes de mortalité, pour un père comme pour une mère, perdre un enfant est un traumatisme extrêmement important et donc avoir deux fois plus de risques de perdre un enfant suppose des conséquences importantes en termes de santé psychique et de santé mentale pour les mères.

En ce qui concerne la démographie, il est assez frappant de voir qu'à Bruxelles, on n'a pas du tout la même pyramide d'âge que dans les autres régions. Ce qui frappe, c'est la surreprésentation des jeunes adultes entre 25 et 35 ans. Ces jeunes adultes, ce sont surtout des femmes qui sont en âge d'avoir des enfants, ce qui explique un taux de natalité important et qui s'accroît chaque année. Pour 2004, on compte 16.000 naissances (on augmente presque de 1.000 naissances chaque année). Les taux de natalité sont importants. Les familles n'ont pas plus d'enfants, la fécondité n'augmente pas tout en étant un peu plus élevée que dans les autres régions, mais la masse générale d'enfants augmente.

Ces jeunes adultes, ces jeunes femmes en âge d'avoir des enfants, sont des femmes immigrées, pour la moitié. La moitié des enfants ont une maman de nationalité non belge. Certaines nationalités sont surreprésentées au niveau des naissances par rapport à leur poids dans la population : les femmes de nationalité marocaine, turque, congolaise ou, dans une moindre mesure, polonaises, d'ex-Yougoslavie ou de Roumanie.

Dans les groupes de nationalité, marocaine, turque et d'Afrique subsaharienne, il y a une surmortalité essentiellement en période périnatale. Il y a également une surmortalité infantile mais elle n'est pas statistiquement significative.

Mme De Spiegelaere souligne ensuite qu'il existe des problèmes autour de la naissance. Chez les femmes d'Afrique subsaharienne, l'excès de mortalité disparaît quand on peut contrôler les facteurs socio-économiques. Ces femmes ont de très faibles revenus et sont en situation très précaire. Les

communautés qui pratiquent les mutilations sexuelles sont très faibles à Bruxelles, mais ces mutilations entraînent bien entendu des complications graves de la grossesse. D'après une étude menée il y a quelques années sur les complications graves en fin de grossesse, on pouvait constater que les femmes africaines en situation irrégulière couraient des risques très importants en fin de grossesse et le problème était essentiellement lié, non pas à une prise en charge classique, mais à la prise en charge d'un problème inattendu : il y a alors des retards qui entraînent des complications graves qui peuvent amener jusqu'au décès de l'enfant.

Par contre, pour les mamans de nationalité turque et marocaine, même quand on contrôle les facteurs socio-économiques, il persiste une surmortalité en période périnatale. On n'a pas d'explication sur ce sujet. Le paradoxe qu'il y a et qui tarade les observateurs, c'est que ces bébés de mamans turques et marocaines meurent plus mais sont en moyenne plus gros et naissent à terme. Donc, des bébés de poids normal décèdent. Il faut donc chercher un autre mécanisme.

Il faudrait vraiment que ce problème soit exploré plus finement, que des scientifiques s'intéressent à cette problématique et proposent des études de type qualitatif pour explorer ce qui se passe autour de ces naissances. S'agit-il d'une moins bonne prise en charge, d'une moins bonne médicalisation, de difficultés dans les relations aux soins ?

Pour les 40 ans de l'immigration marocaine des études particulières ont été menées. Il y avait alors suffisamment de données pour comparer les mamans belges d'origine marocaine avec les mamans belges de souche et les mamans marocaines de nationalité marocaine. Ce qu'il est intéressant de voir, c'est que les mamans belges d'origine marocaine rejoignent les femmes belges de souche pour la plupart des indicateurs, mais les césariennes restent moins importantes chez les femmes de nationalité marocaine. Par contre, les femmes marocaines non naturalisées gardent leur avantage en termes de moins de petits poids de naissance et de moins de prématurités.

### 3. Prévention des cancers féminins

Pour ce qui est du cancer du sein, on connaît l'évolution de la mortalité par cancer du sein depuis 1990 jusque 2004, en fonction des groupes d'âge, mais les tendances ne sont pas très nettes parce qu'à Bruxelles, on est dans des petits chiffres. Ce qu'on peut dire, c'est que pour les âges plus avancés, il y a une diminution, en tout cas au cours des années 1990. Il y a eu des progrès importants en matière de traitement du cancer du sein, qui expliquent cette diminution. La stabilisation qu'on remarque pour le moment, étant donné la persistance des progrès (amélioration du pronostic du cancer du sein), pourrait être liée à une augmentation de

l'incidence du cancer du sein. Les chercheurs attendent avec impatience les résultats du registre du cancer jusqu'à l'année 2000. Mais ce ne seront encore que des données partielles pour Bruxelles, en attendant le registre du cancer qui vient de se mettre en place et qui fournira des données complètes pour les années 2000-2004. Mais il faudra quelques années d'attente.

Mme De Spiegelaere rappelle qu'il existe un programme de dépistage mis en place et financé par le pouvoir fédéral en coopération avec les communautés, en ce qui concerne l'opérationnalisation du programme, qui s'adresse à un groupe cible de 50 à 69 ans. De manière générale, on pense qu'il y a une surestimation du taux de dépistage dans les chiffres de l'enquête de santé par rapport aux données collectées auprès des mutuelles. Mais cette surestimation ne vise pas particulièrement Bruxelles.

De manière générale, les Bruxelloises ne sont pas moins bien loties en ce qui concerne l'examen clinique des seins. Les femmes ont été vues régulièrement au cours des deux dernières années par un gynécologue ou un généraliste pour un examen clinique des seins, qui n'est pas le mode de dépistage le plus fin mais qui permet quand même de dépister certains cancers. On voit même qu'entre 55 et 59 ans, les femmes bruxelloises sont beaucoup mieux suivies que dans l'ensemble du pays. Il faut noter quand même que dans le cadre du programme de dépistage national, le nombre de femmes bruxelloises qui ont reçu une invitation est beaucoup plus faible que dans les deux autres régions, aussi bien en Wallonie qu'en Flandre.

Deux explications à cela : d'une part, les grosses difficultés de démarrage qu'a connu l'a.s.b.l. Brumammo, d'autre part, les invitations aux femmes basées sur des données extraites des fichiers des mutuelles (toutes les femmes entre 50 et 69 ans) et transmises à la Banque Carrefour qui les redistribue aux communautés.

Dès la première année, à Bruxelles, il manquait 20 à 30 % des femmes de cette tranche d'âge. L'année passée, des mutuelles ont reconnu qu'il y avait eu une erreur : un problème d'extraction des fichiers. Cela explique qu'une partie des femmes n'a pas été invitée : elles n'étaient pas dans la base de données relatives aux invitations. En février, une base de données complète a été extraite et les invitations complètes ont été envoyées.

Malgré tout cela, en termes de mammographie proprement dite, les femmes bruxelloises ne sont pas pénalisées puisque dans les groupes d'âge concernés, il y a autant de femmes bruxelloises que dans l'ensemble de la Belgique qui ont bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années. Mais il s'agit de mammographies qui se font hors programme (à Bruxelles essentiellement). Les désavantages en sont qu'il n'y a pas de contrôle de qualité (double

lecture) que cela se fait dans le cadre du remboursement d'une mammographie curative et qu'en termes de sécurité sociale, cela coûte beaucoup plus cher. Mais il s'agit là d'un choix de société : avec un budget donné, a-t-on pour objectif de s'adresser à moins de femmes en faisant des bilans sénologiques plus complets ou fait-on un bilan plus léger pour un maximum de femmes ?

En termes de chiffres globaux, quel est le pourcentage des femmes de 50 à 69 ans qui ont reçu une lettre d'invitation ? Des différences sociales importantes existent. La mutuelle qui n'avait pas travaillé dans la base de données adéquate est une mutuelle dont la population est plus défavorisée. On voit que 11 % des femmes qui ont un diplôme de l'enseignement primaire disent n'avoir pas reçu d'invitation. Ce sont surtout des femmes immigrées. Il n'y a pas eu, d'après Mme De Spiegelaere, énormément d'efforts de communication vers les femmes moins lettrées. Il faut donc mener une réflexion sur la communication spécifique au travers de cette lettre. Pour les femmes plus diplômées, le pourcentage est plus significatif et pourrait avoir un impact sur la mortalité. Force est de constater que les femmes de milieux défavorisés ont un moins bon suivi gynécologique et de médecine générale, sont moins suivies en ce qui concerne les examens cliniques et font moins d'auto-examens des seins, bien que ces derniers soient un peu controversés en termes d'efficacité.

Mme De Spiegelaere attire l'attention des membres du comité sur la particularité des femmes à faible niveau d'instruction (parmi elles, il y a une proportion importante de femmes immigrées) quant aux décès par cancer du sein. Au-delà de 50 ans, les femmes immigrées ont nettement moins de risques de mourir d'un cancer du sein parce que les facteurs protecteurs les plus importants sont le fait d'avoir des enfants tôt, d'avoir beaucoup d'enfants et de les allaiter longtemps. Les femmes immigrées, qui ont aujourd'hui au-delà de la cinquantaine, sont relativement bien protégées de ce cancer. Mais, avant la cinquantaine, et pour les jeunes femmes qui n'atteindront la cinquantaine que dans deux ou trois décennies, ce n'est plus le cas. Ces femmes auront moins d'enfants, les auront un peu plus tard et les allaiteront moins longtemps.

Ce qui est préoccupant, c'est que si dans la population belge ce cancer est bien connu depuis longtemps, dans la population immigrée, cette pathologie est moins connue. Mme De Spiegelaere pense qu'il faut faire un effort important, puisque le groupe d'âge 50-55 ans rentre maintenant dans le groupe cible et c'est aussi un vrai défi pour le programme de dépistage de développer des communications particulières pour toucher les femmes qui ne sont pas sensibilisées. Mme De Spiegelaere pense qu'il est important de suivre de près les taux généraux du programme, mais aussi ses inégalités.

Autre cancer féminin, c'est le cancer du col. C'est un cancer à bien meilleur pronostic et pour lequel il existe un dépis-

tage efficace. Il existera bientôt un vaccin. Le dépistage consiste en un frottis de col tous les trois ans. C'est un cancer qui touche plus les milieux défavorisés parce qu'il est lié à des rapports sexuels plus précoces, plus nombreux et avec plus de partenaires. Or, ce groupe de femmes bénéficie beaucoup moins de ce dépistage qui pourtant devrait les concerner beaucoup plus.

#### 4. Séropositivité des femmes

Le dernier point abordé par Mme De Spiegelaere est le nombre croissant de femmes séropositives. Le nombre de femmes non belges séropositives à Bruxelles, avant 35 ans, dépasse le nombre d'hommes séropositifs. Et ce taux est beaucoup plus important que celui des femmes et des hommes belges. Le groupe de femmes séropositives non belges se compose essentiellement de femmes d'origine africaine. L'équipe de l'hôpital Saint-Pierre a fait une recherche qui décrit le profil des patientes suivies (puisque l'hôpital Saint-Pierre est un des principaux lieux de soins pour les personnes séropositives ou atteintes de sida) et les caractéristiques de ces femmes sont particulièrement préoccupantes. 10 % d'entre ces femmes ont été violées et la plupart d'entre elles ont des enfants qui sont restés au pays. De plus, beaucoup de ces femmes sont seules et dans une situation économique souvent extrêmement précaire. L'hôpital Saint-Pierre essaie de développer un accompagnement pour ces femmes. Mme De Spiegelaere pense effectivement que c'est un groupe de femmes bruxelloises qui aurait vraiment besoin d'un soutien particulier.

## 2. Discussion

Mme Fatiha Saïdi (PS) fait remarquer que la situation telle qu'elle est décrite depuis de nombreuses années par l'Observatoire de la Santé et du Social ainsi que dans l'exposé de Madame De Spiegelaere n'est pas très optimiste : dans le domaine de la santé, il subsiste encore beaucoup d'inégalités entre les femmes. Les besoins sont immenses ce qui rend la situation d'autant plus alarmante face au carcan budgétaire de la Commission communautaire française qui l'empêche de répondre à tous les besoins.

L'intervenante s'attarde ensuite à la question de la mortalité infantile au sein des populations turques et maghrébines : la Région flamande n'a-t-elle pas poussé plus loin les études objectivables à ce sujet ?

En ce qui concerne le cancer du sein, Mme Saïdi annonce qu'une proposition de résolution va être déposée à ce sujet étant donné que ce cancer en particulier représente la première cause de mortalité précoce chez les femmes. Dans le

même registre, l'intervenante se demande toujours pourquoi de nombreuses femmes – et plus particulièrement les femmes d'origine maghrébine – ne reçoivent pas l'invitation de Brumammo afin de procéder à un dépistage.

Mme Saïdi ajoute que pour les femmes de milieux plus défavorisés, il faudrait en effet mettre sur pied une communication plus claire et plus efficace afin d'atteindre de manière plus optimale des femmes qui ne répondent pas à l'invitation qui leur est faite.

L'intervenante souligne également l'impact psychologique de la détection d'un cancer sur certaines femmes, allant dans le sens d'une soumission au fatalisme. Elle estime qu'il faudrait donc prévoir un soutien et un accompagnement pour ces femmes, parallèlement aux soins purement médicaux.

Enfin, Mme Saïdi demande à Mme De Spiegelaere si elle adhère aux constats de l'étude commandée à Amazone par la ministre bruxelloise, Brigitte Grauwels, en charge de l'Egalité des chances, relative aux violences intrafamiliales.

Mme Céline Fremault (cdH), s'en référant au rapport 2004 de santé des Belges, interroge Mme De Spiegelaere sur la prise en compte des IVG (interruptions volontaires de grossesse) dans les statistiques concernant les problèmes périnataux.

L'intervenante souhaite savoir également si les constats de l'Observatoire tiennent compte des différenciations entre les premier et deuxième cancers du sein.

Mme Souad Razzouk (MR) se réjouit de ce que le taux des naissances soit en augmentation dans la région bruxelloise, d'autant que d'après l'OCDE, la Belgique fait partie des « moutons noirs » en ce qui concerne la pyramide des âges. Elle demande à Mme De Spiegelaere si l'augmentation des naissances est déjà significative par rapport à la démographie à Bruxelles.

L'intervenante rappelle ensuite que si le cancer du sein est désormais un cancer des plus curables, il n'en reste pas moins que le taux de mortalité chez les jeunes femmes victimes de cancers fulgurants est en augmentation.

Mme Razzouk fait ensuite observer que, par rapport à l'augmentation du SIDA au sein de la population féminine, il devient impérieux de faire connaître et de rendre plus accessibles les préservatifs féminins. Une initiative a été prise dans ce sens en France, mais le coût en est très élevé. L'intervenante s'informe auprès de Mme De Spiegelaere sur des solutions alternatives éventuelles.

Mme Nathalie Gilson (présidente) insiste sur le fait que les études de l'Observatoire de la Santé et du Social bruxellois présentées par Mme De Spiegelaere se basent sur des



données récoltées suite aux déclarations des personnes sondées. Tenant compte du fait que les hommes expriment moins leurs émotions que les femmes, cela ne pourrait-il pas avoir d'incidences sur les résultats observés ? Et n'y a-t-il pas moyen d'obtenir des données plus objectives (par les médecins généralistes, les hôpitaux, ...) ?

La présidente s'interroge ensuite sur la prise en considération de la nationalité des mères dans le cadre des problèmes périnataux : les pères sont-ils belges ou la question n'est-elle pas abordée ?

L'intervenante intervient encore sur la consommation d'alcool par les jeunes et de l'impact de cette consommation sur la santé à long terme. Elle souhaite savoir s'il existe des données disponibles qui permettent de bien cibler les campagnes de prévention.

La présidente pose une dernière question sur l'évolution du taux de mortalité dû au cancer du sein : la baisse de la mortalité est-elle due uniquement à l'amélioration croissante des traitements médicaux ?

En réponse aux questions et remarques des membres du comité, Mme Myriam De Spiegelaere (médecin de Santé publique et directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles) apporte les précisions suivantes.

En ce qui concerne la mortalité périnatale, deux projets sont financés par Bruxelles : Santé publique et Prospective. Un projet existe aussi à la VUB sur les trajectoires prénatales et l'impact de la diversité de celles-ci sur les femmes concernées, en tenant compte également du facteur qu'est la nationalité.

En réponse à la question de Mme Saïdi, Mme De Spiegelaere répond qu'il n'existe pas d'études plus fournies à ce sujet du côté néerlandophone de Bruxelles et du pays. L'intervenante souligne qu'il n'est pas facile de trouver des chercheurs qualitatifs en matière de santé publique.

Pour répondre à l'interrogation sur la prise en compte des IVG, Mme De Spiegelaere précise que les études sont basées sur ce qui, statistiquement, représente une naissance : les bébés de 22 semaines minimum, les bébés de 500 grammes ou plus et les enfants mort-nés. De plus, ces statistiques dépendent de l'attitude des hôpitaux qui respectent la volonté des parents de dresser ou non un acte de naissance lorsque leurs enfants décèdent prématurément.

Les cliniciens observent, auprès des populations turque et marocaine, une surmortalité, un taux inférieur de recours à l'IMG (interruption médicale de grossesse) et un taux supérieur de malformations congénitales. Mais les résultats des analyses montrent que les malformations n'expliquent pas les écarts de mortalité.

L'intervenante ajoute qu'il n'existe plus de rapport sur l'IVG et informe également, au sujet de la nationalité des personnes sondées, que celle des pères n'est pas prise en compte dans l'analyse présentée au comité, puisqu'elle s'attache à la santé des femmes.

En réponse aux diverses questions sur le cancer du sein, Mme De Spiegelaere répond qu'il n'y a pas de données particulières sur la mortalité suite à un deuxième cancer. On peut néanmoins observer de façon générale que la durée de vie ne cesse d'augmenter. Un décès immédiat causé par le cancer du sein est de plus en plus rare. Il subsiste néanmoins chez de très jeunes femmes, qui présentent un mauvais pronostic, un facteur héréditaire et d'autres facteurs particuliers, comme la différence de métabolisme chez les patientes jeunes. Mais ce type de mortalité n'est pas en augmentation (1 à 2 cas par an à Bruxelles) et des jeunes patientes atteintes vivent encore à 50 ans.

Mme De Spiegelaere en vient ensuite à la situation particulière des femmes immigrées et au programme mis en place pour la détection du cancer du sein entre 50 et 69 ans.

En ce qui concerne la campagne adressée aux femmes entre 50 et 69 ans, le démarrage fut lent. Une mutuelle, par exemple, a utilisé un programme informatique qui ne reprenait pas toutes les femmes affiliées concernées. Les mutuelles ont également remarqué que certaines femmes qui avaient droit à la couverture de la sécurité sociale, n'avaient jamais fait de demande d'affiliation.

En outre, il existe d'autres problèmes : culturels (un certain fatalisme chez les femmes turques et marocaines) et de langue (les invitations envoyées pourraient être traduites).

Pour ce qui concerne l'impact des violences conjugales sur les statistiques présentées, Mme De Spiegelaere informe les membres du comité qu'il n'existe pas de données. Cet état de choses existe également pour les maltraitances des enfants. Les trois services « SOS enfants » (en Communauté française et en Communauté flamande) ont des critères d'analyse différents et peu de chiffres sont disponibles auprès de la justice, chez les médecins et auprès des hôpitaux qui ne gardent pas toujours de traces utiles.

Mme De Spiegelaere s'attarde ensuite sur le taux de natalité visible au Tableau de bord de la santé. Bruxelles est exceptionnelle dans le sens où la natalité augmente de 10 %, contrairement aux autres régions du pays.

La question cruciale est de savoir comment la société peut prendre cette situation comme une chance, un atout et non l'inverse. Car ces enfants sont issus de milieux précaires. La Région bruxelloise doit réagir face à cette spécificité et créer de l'accueil, de l'accompagnement et de l'aide scolaire pour toutes ces familles et leurs enfants.

Aux observations sur les préservatifs féminins pour lutter contre le SIDA, Mme De Spiegelaere répond que c'est une solution parmi d'autres, mais elle fait toutefois observer que beaucoup de femmes contaminées l'ont été dans leur pays d'origine. Et à propos du SIDA, l'intervenante ajoute qu'un autre problème vient se greffer sur la maladie proprement dite : c'est l'abandon du traitement qui est très dur et très long.

Mme De Spiegelaere en vient ensuite à la difficulté de créer des bases de données en matière de santé. Les renseignements minimaux provenant des hôpitaux (RCM : résumé clinique minimum) sont établis d'abord en fonction des contrôles financiers (justification de la durée d'hospitalisation). Pour exemple, un diagnostic de diabète de type 2 justifie mal une hospitalisation et les médecins sont donc amenés à ne pas mentionner « diabète » comme diagnostic pour l'hospitalisation (mais plutôt une éventuelle complication) et les données de base sont donc biaisées.

En ce qui concerne la médecine générale, il existe un réseau de médecins généralistes qui, bénévolement, tentent de recueillir les données qui sont en leur possession. Mais ce sont toujours les mêmes médecins qui acceptent ce travail alors qu'ils sont souvent débordés. Il résulte de tout cela qu'en matière de santé, peu de données sont disponibles dans notre pays comme dans toute l'Europe.

En ce qui concerne les données sur la consommation d'alcool chez les jeunes, le CRIOC (Centre de recherche et d'information des organisations de consommateurs) réalise régulièrement des études, mais Mme De Spiegelaere estime qu'il y a de grandes faiblesses méthodologiques (échantillons non représentatifs, intervalles de confiance peu fiables, ...).

En outre, dans cette problématique particulière qu'est la prise d'alcool, les enquêtes sont complexes à élaborer. En effet, comment mesurer, comment évaluer, comment interpréter les réponses ? A partir de quel moment y a-t-il un problème ? Cela représente une question importante puisque l'alcoolisme reste la troisième cause de mortalité chez les hommes, abstraction faite des causes externes dans lesquelles l'alcool joue souvent un rôle important (accidents de la route, suicides, homicides, etc.). La communauté scientifique manque de données qualitatives.

Mme Fatiha Saïdi (PS) revient au problème de l'accès aux soins de santé et demande s'il y a des études comparables dans le temps sur le rapport aux soins de santé des hommes. D'autre part, si les femmes ont un rapport plus constant avec les acteurs de santé, notamment dans le cadre de liens avec un généraliste, on constate un recours plus courant à la médecine d'urgence, dû à la précarité financière. L'intervenante

fait observer qu'il y a également un problème économique qui pèse sur la santé : lorsqu'un ménage consacre près de 50 % de son revenu au logement par exemple et à d'autres charges fixes, on constate que les soins de santé sont de plus en plus postposés.

Mme Nathalie Gilson (présidente) rappelle les données du baromètre social : 50 % des ménages bruxellois sont des personnes seules et 31 % de ces dernières ont des enfants. Elle fait remarquer dès lors que la politique familiale (crèches, plaines de jeux, ...) peut influencer sur la problématique de la santé.

Mme Myriam De Spiegelaere (médecin de Santé publique et directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social – Bruxelles) répond qu'en cela, la situation de Bruxelles est semblable à celle de toutes les grandes villes, voire les capitales européennes.

L'intervenante ajoute que le concept de « personne isolée » recouvre des réalités très différentes : les jeunes qui restent dans la ville de leurs études et qui se portent très bien, les personnes seules avec des enfants, les personnes âgées, les très très jeunes (15 à 20 ans), etc. L'Observatoire a un atlas en chantier sur ce sujet.

Mme De Spiegelaere estime que 31 % de familles avec des enfants représentent un taux non négligeable dans une grande ville. Elle estime qu'en termes de cohésion sociale, c'est une population fragilisée qui se développe à Bruxelles et qu'il est grand temps d'agir. Des interventions visant les familles n'ont pas pour seul impact ces familles. En effet, dans une ville, tous les habitants vivent les uns auprès des autres et c'est la cohésion sociale globale qui est en jeu. L'intervenante ajoute qu'au niveau intergénérationnel également, il faut rétablir des liens qui impliquent aussi les personnes qui n'ont pas d'enfants.

Mme Nathalie Gilson (présidente) remercie Mme De Spiegelaere pour toutes ces informations et ces pistes de réflexion importantes.

### 3. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour la rédaction du rapport.

*La Rapporteuse,*

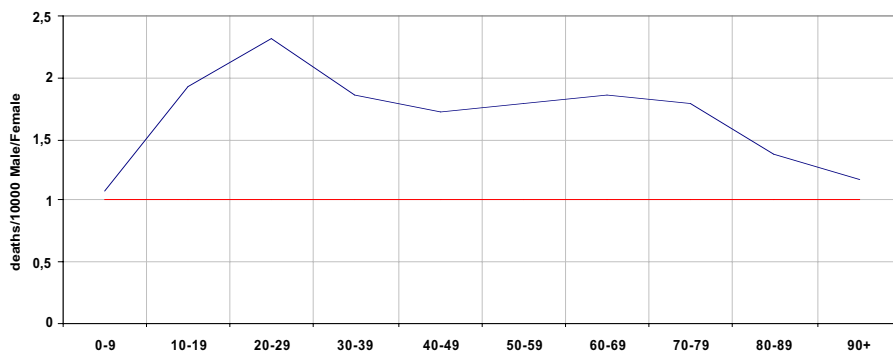
Fatiha SAÏDI

*La Présidente,*

Nathalie GILSON

#### **4. Tableaux**

### Ratio standardisé de mortalité des hommes par rapport aux femmes, Bruxelles 2002-2004



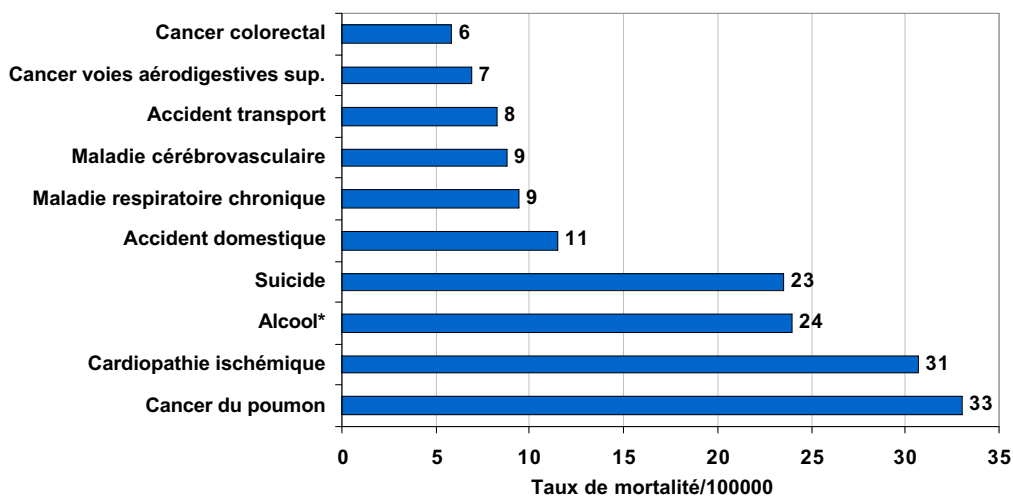
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Principales causes de mortalité prématurée (< 65 ans), hommes, Bruxelles 1998-2002



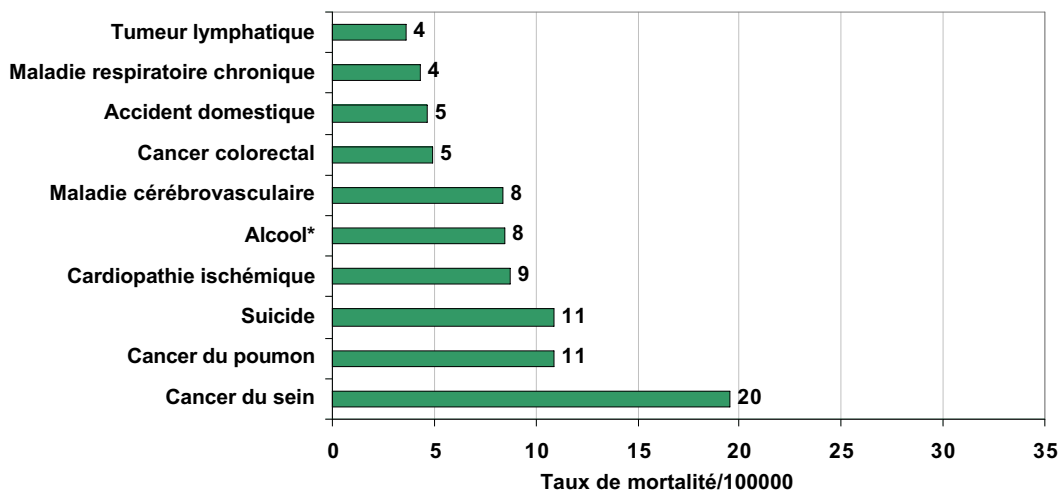
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Principales causes de mortalité prématurée (< 65 ans), femmes, Bruxelles 1998-2002



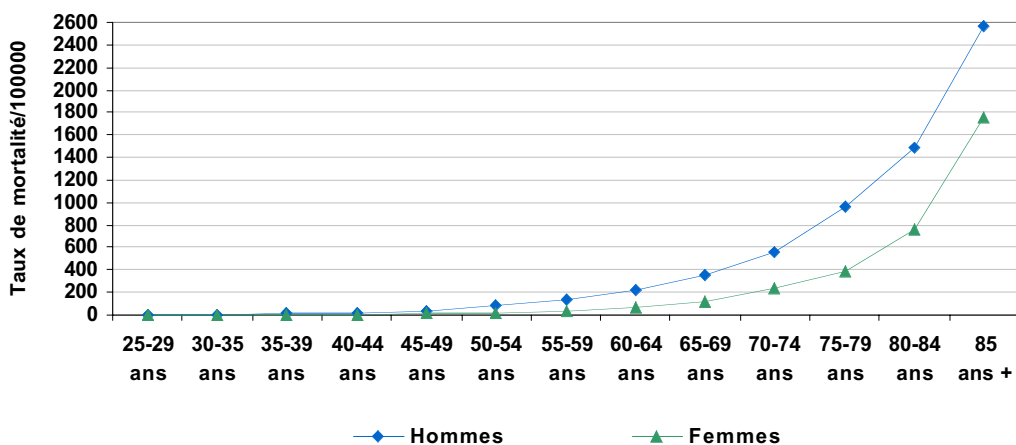
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques par tranches d'âge, Bruxelles 1998-2002



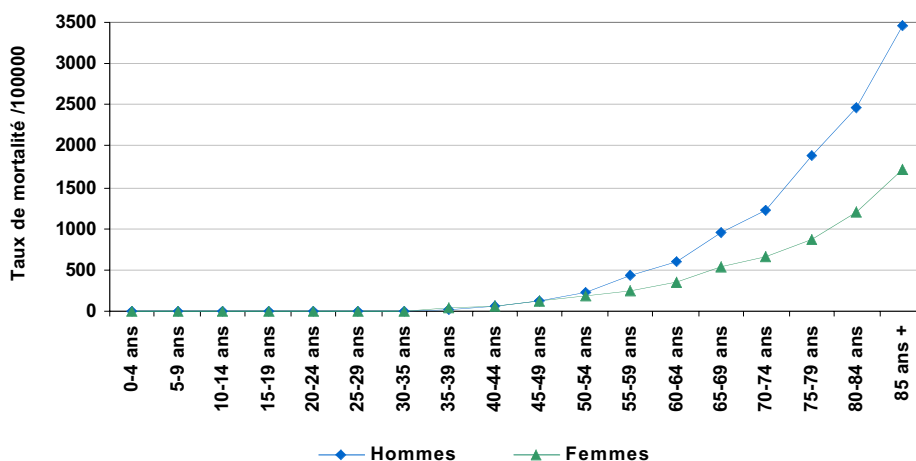
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Taux de mortalité par cancer par tranches d'âge, Bruxelles 1998-2002



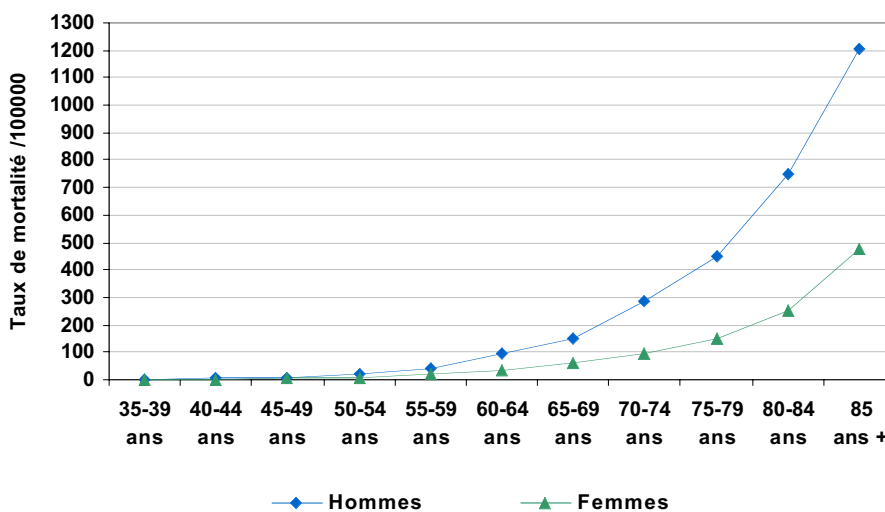
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
 Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Brussel

### Evolution des taux de mortalité par maladies respiratoires chroniques en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2002



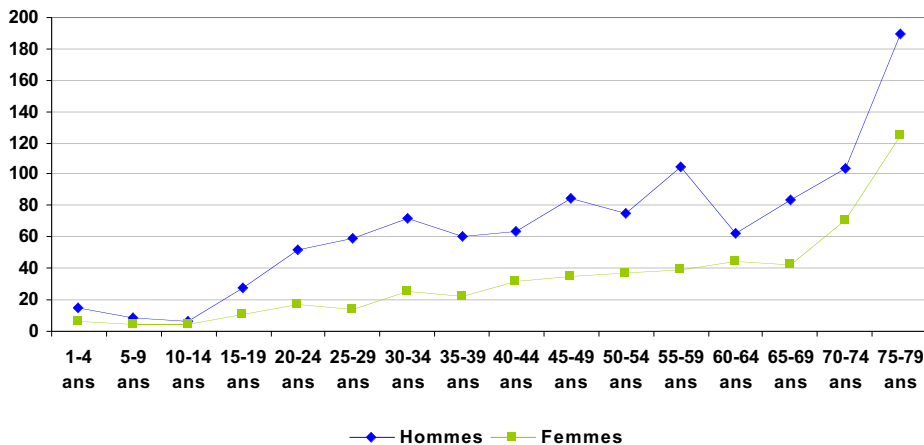
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
 Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Brussel

### Taux de mortalité par « cause externe » en fonction de l'âge, Bruxelles, 1998-2002



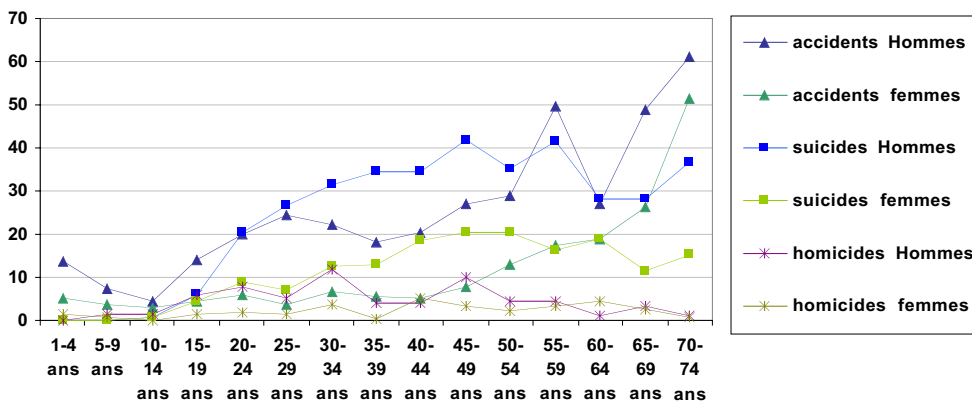
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Taux de mortalité par « cause externe » en fonction de l'âge, Bruxelles, 1998-2002



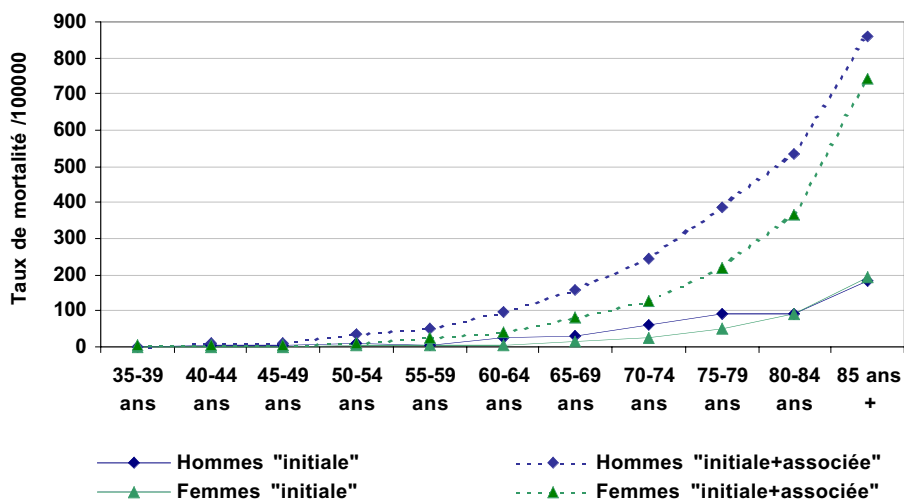
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Evolution des taux de mortalité par diabète en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2002

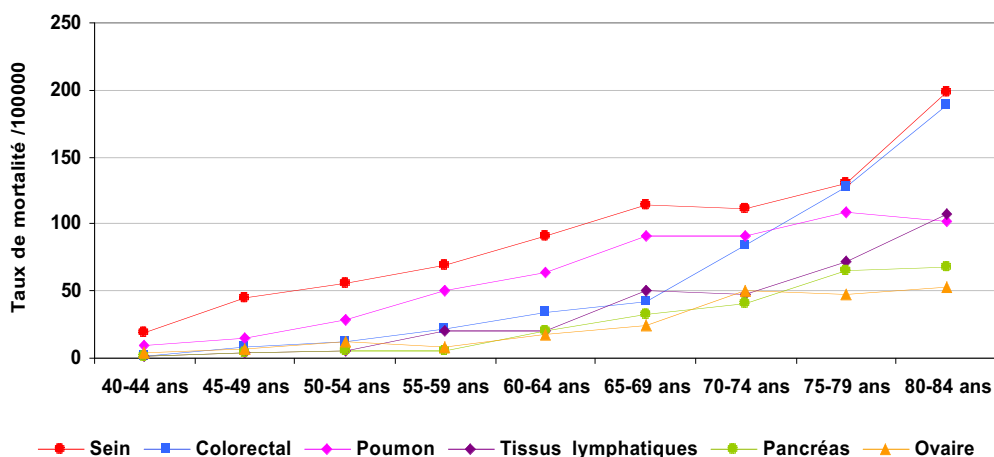


Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
 Bruxelles Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Brussel

### Evolution des taux de mortalité par cancer en fonction de l'âge, femmes, Bruxelles 1998-2002



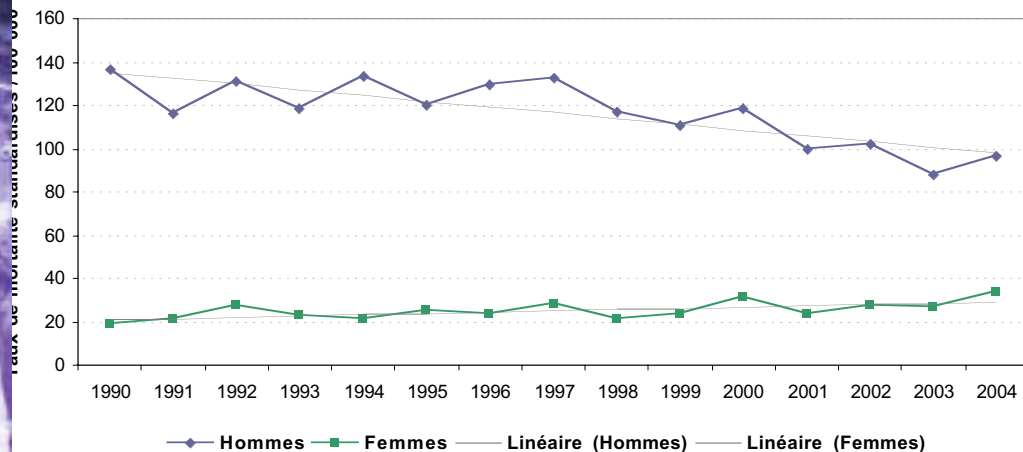
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
 Bruxelles Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Brussel



### Evolution des taux de mortalité par cancer du poumon, comparaison hommes/femmes, Bruxelles 1990-2004



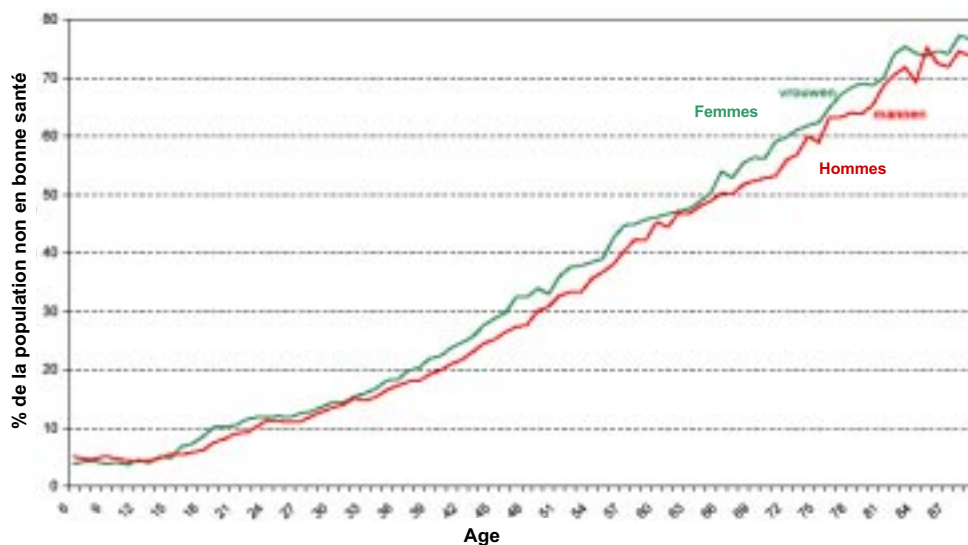
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Evolution de la proportion de personnes ne s'estimant pas en bonne santé en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles 2001



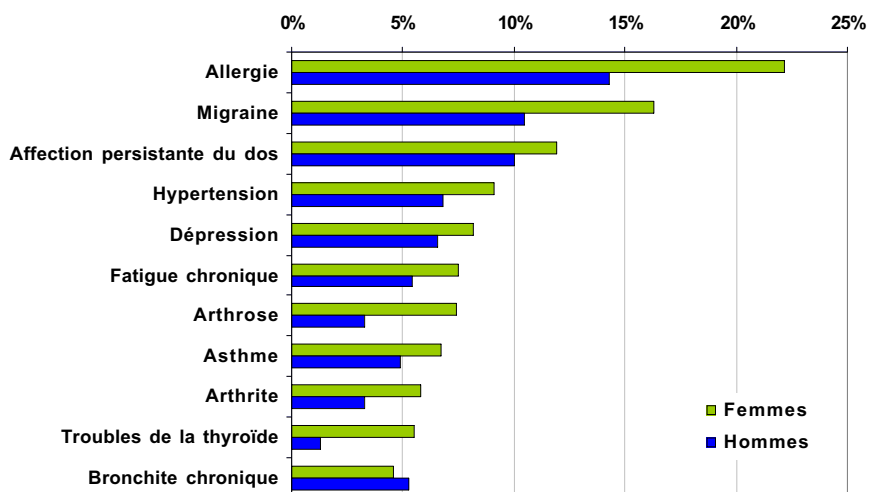
Source: Enquête socio-économique générale 2001



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Proportion de personnes de 15 à 64 ans déclarant souffrir de maladie chronique selon le sexe, Bruxelles 2004



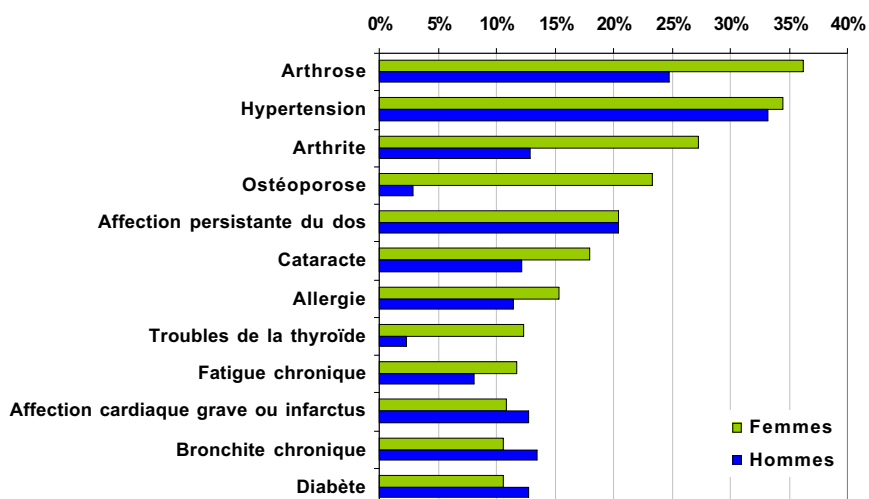
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Proportion de personnes de 65 ans et plus déclarant souffrir de maladie chronique selon le sexe, Bruxelles 2004



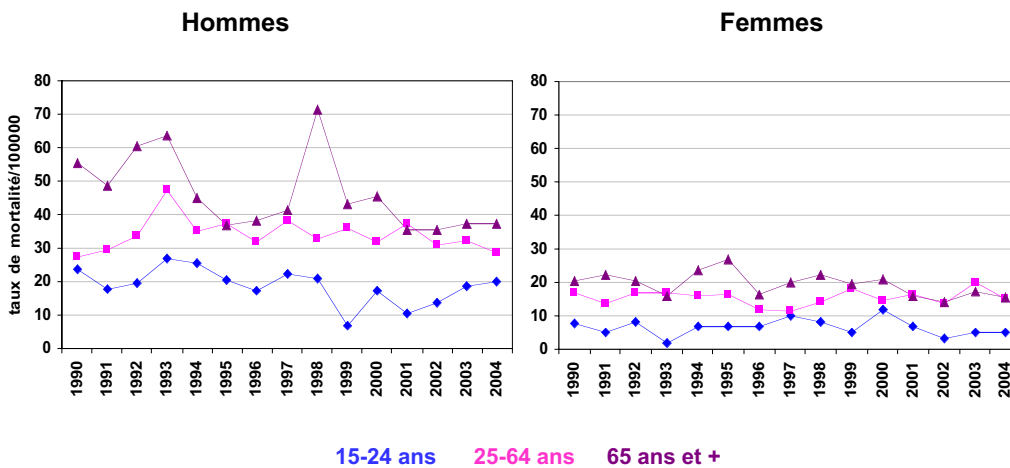
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Evolution des taux de mortalité par suicide par tranches d'âge, Bruxelles 1990-2004



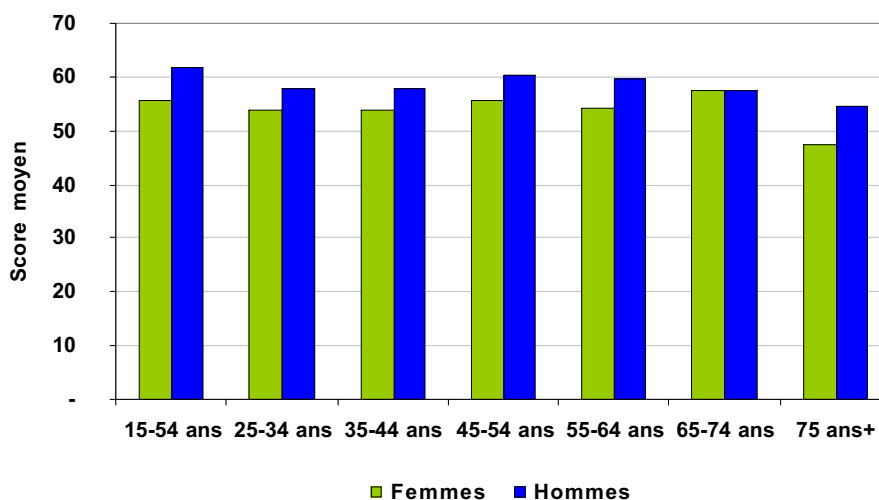
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Score moyen de vitalité (santé mentale positive) dans la population de 15 ans et plus par sexe et âge, Bruxelles 2004



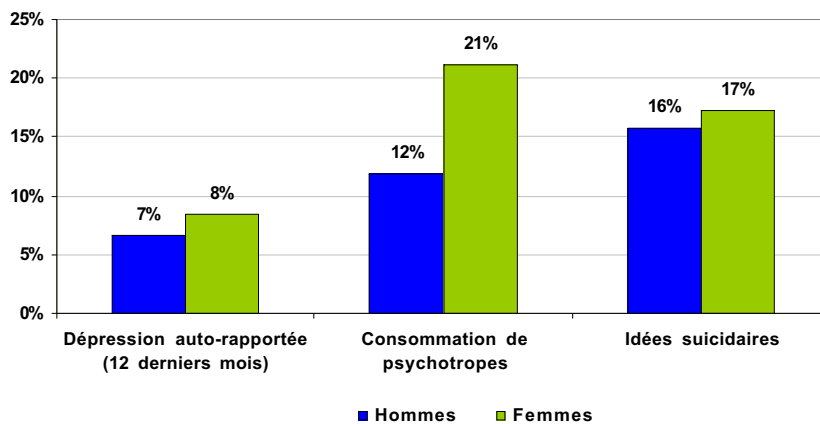
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

**Proportion de la population déclarant une dépression (12 derniers mois), consommation de psychotropes (2 dernières semaines) et idées suicidaires (au cours de leur vie), Bruxelles 2004**



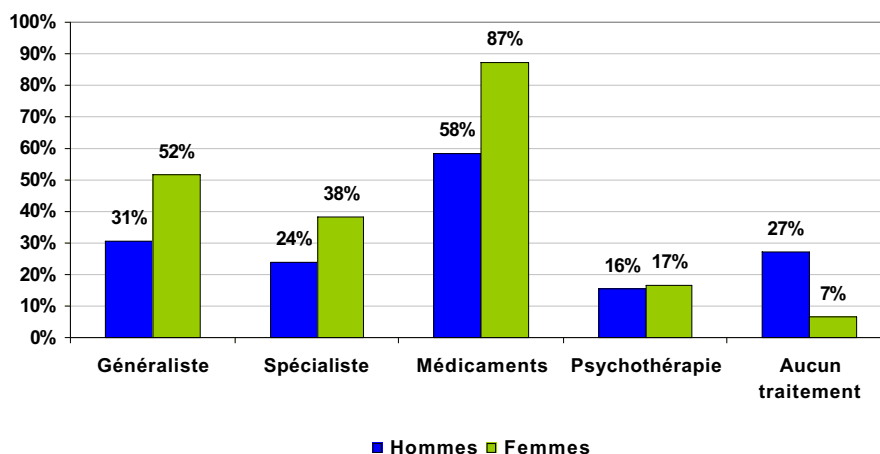
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

**Proportion des personnes déclarant avoir souffert de dépression au cours des 12 derniers selon le type de traitement, Bruxelles 2004**



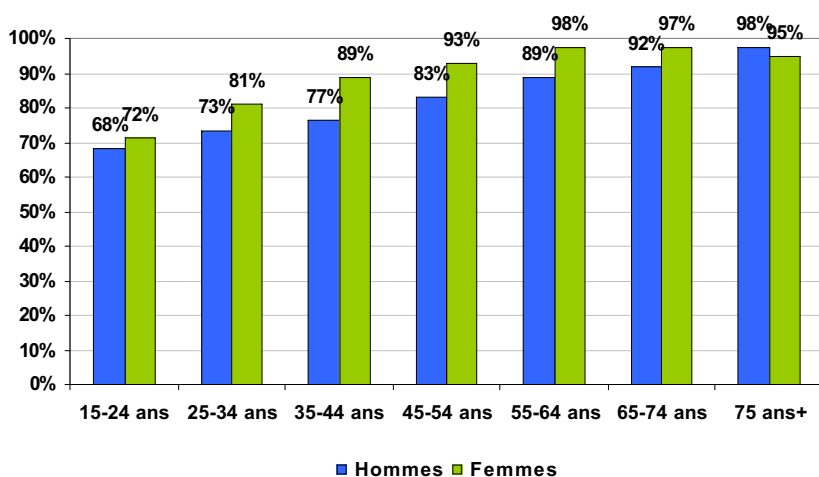
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Proportion des personnes ayant eu un contrôle de la tension artérielle au cours des 5 dernières années, Bruxelles 2004



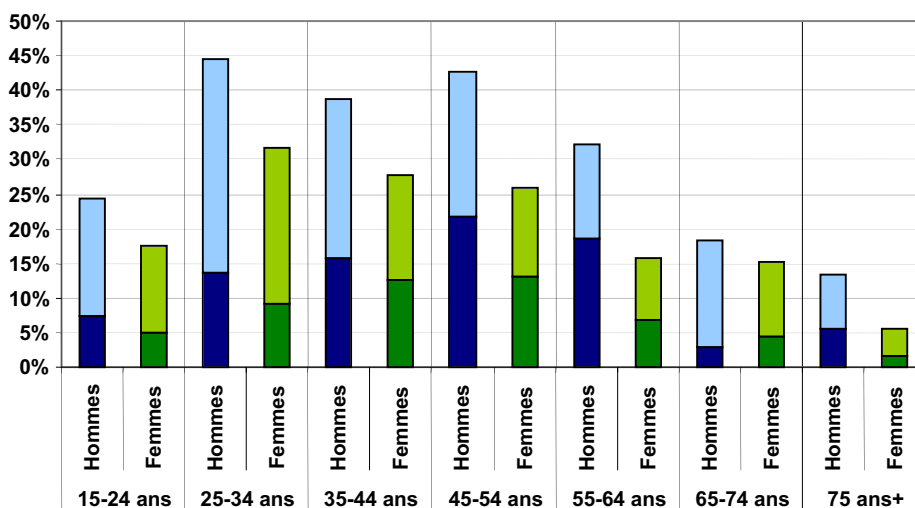
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Pourcentage de fumeurs (et intensité du tabagisme) en fonction de l'âge et du sexe, Bruxelles 2004



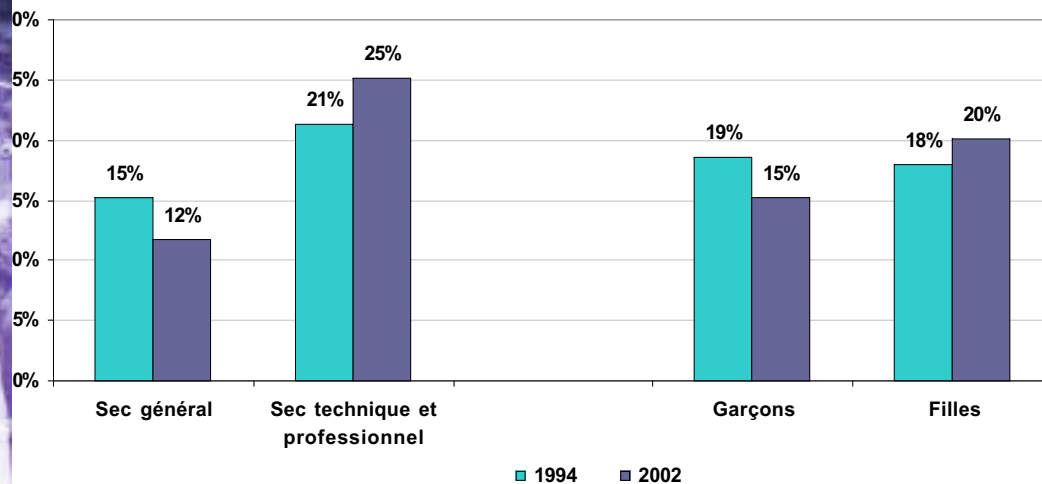
Source: ISP, Enquête de Santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Pourcentage d'adolescents fumeurs (>= 1xsem), Bruxelles, 2002



Source: HBSC 2002, PROMES, Observatoire de la Santé et du Social

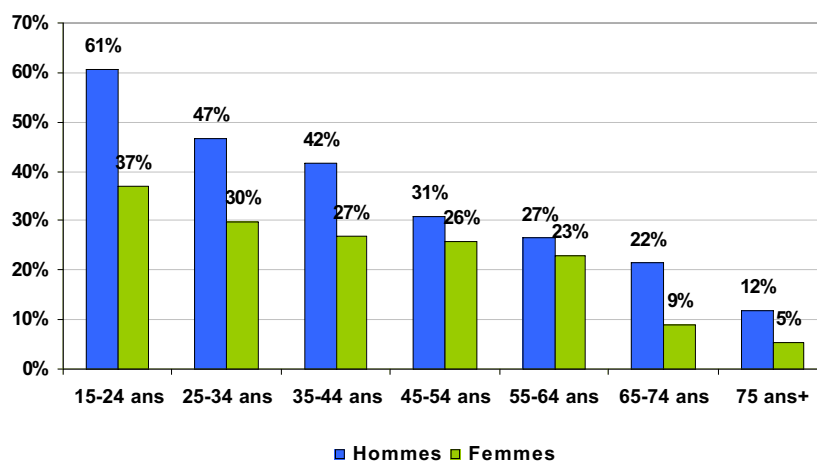


Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor  
Brussel

Gezondheid en Welzijn

### Pourcentage de la population qui a une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé, Bruxelles 2004



Source: ISP, Enquête de Santé 2004

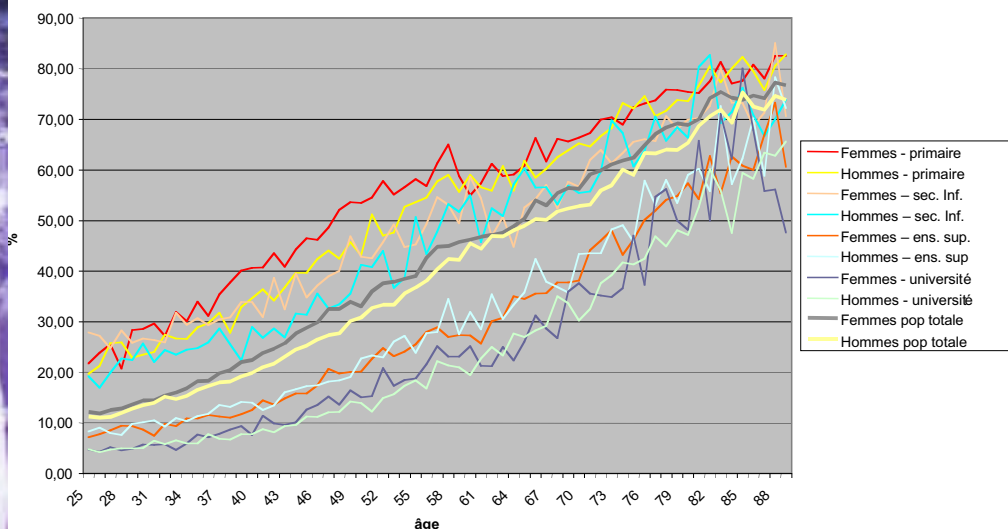


Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor  
Brussel

Gezondheid en Welzijn

### Proportion de femmes et d'hommes qui ne s'estiment pas en bonne santé selon le niveau d'instruction, Bruxelles-Capitale, Enquête socio-économique 2001



Source: Steunpunt demografie VUB, Enquête socio-économique générale 2001



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Caractéristiques des naissances bruxelloises, 1998-2003

		% des naissances
<b>Nombre de revenus du travail dans le ménage</b>	<b>0</b>	<b>26,6 %</b>
	<b>1</b>	<b>36,3 %</b>
	<b>2</b>	<b>37,1 %</b>
<b>Mères seules</b>		<b>15,2 %</b>
<b>Mères &lt; 20 ans</b>		<b>3,3 %</b>

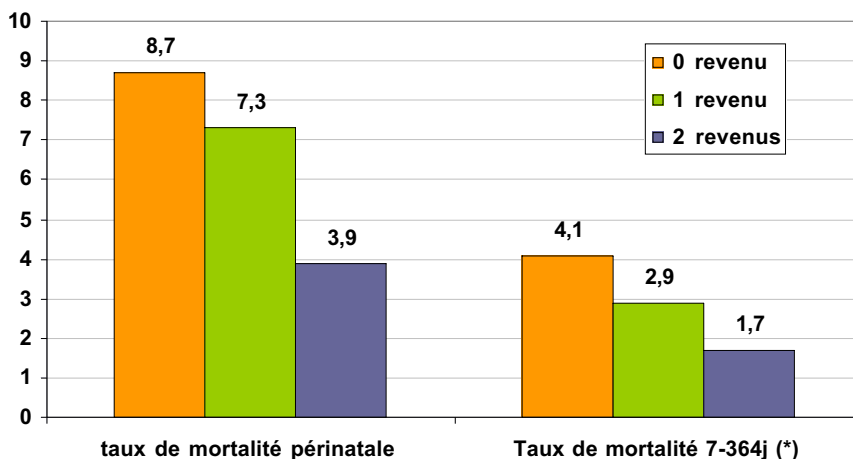
Source: Bulletins statistiques naissances-décès, Observatoire de la santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Mortalité périnatale et infantile selon le nombre de personnes ayant un revenu du travail dans le ménage, Bruxelles 1998-2003



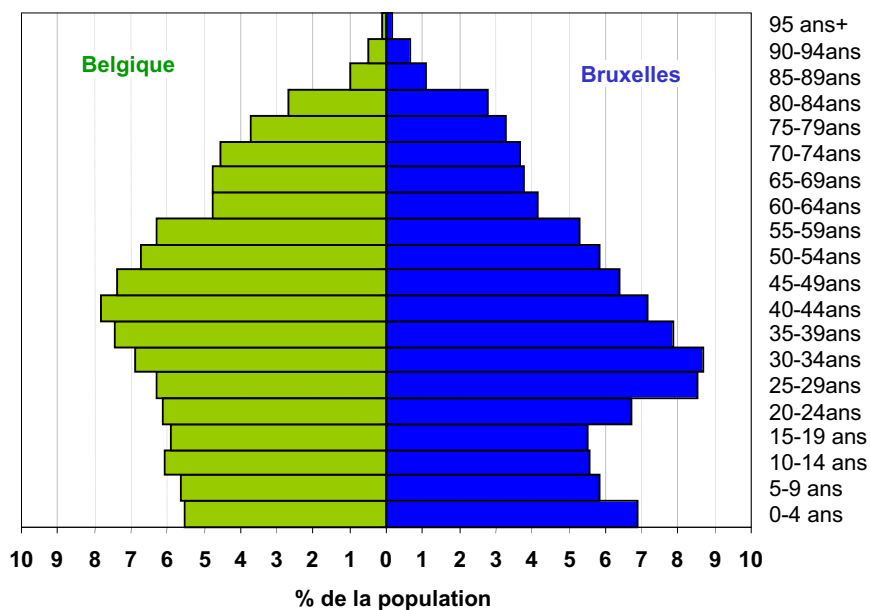
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Histogramme de la population belge et bruxelloise au 1 janvier 2005



Source: INS registre national



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel



### Distribution des principales nationalités dans l'ensemble de la population et parmi les naissances (nationalité de la mère), Bruxelles

	% de la population 1/1/2004	% des naissances 1998-2003
Belgique	73,7	54,1
Maroc	4,2	12,4
France	3,9	3,8
Italie	2,8	2,3
Espagne	2,0	1,7
Portugal	1,6	1,7
Turquie	1,2	3,5
Royaume-Uni	0,9	0,7
Grèce	0,9	0,5
Allemagne	0,8	0,7
Congo	0,7	2,8
Pays-Bas	0,5	0,6
Pologne	0,5	1,6
Yougoslavie	0,2	1,3
Roumanie	0,2	0,7

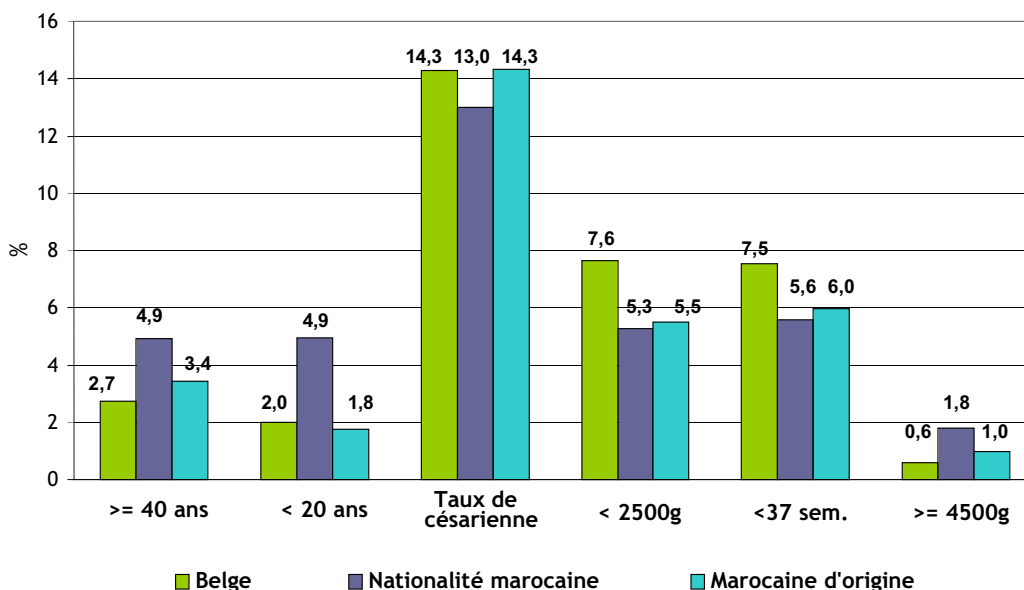
Source: INS registre national et Bulletins statistiques naissances



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Indicateurs périnataux selon la nationalité actuelle et d'origine de la mère, Bruxelles 1998-2002



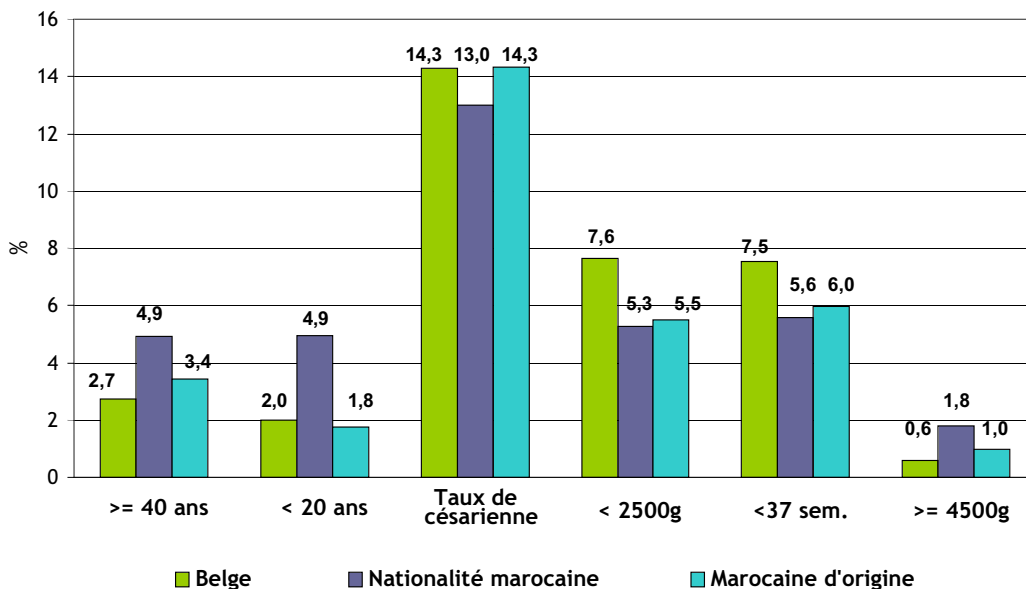
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

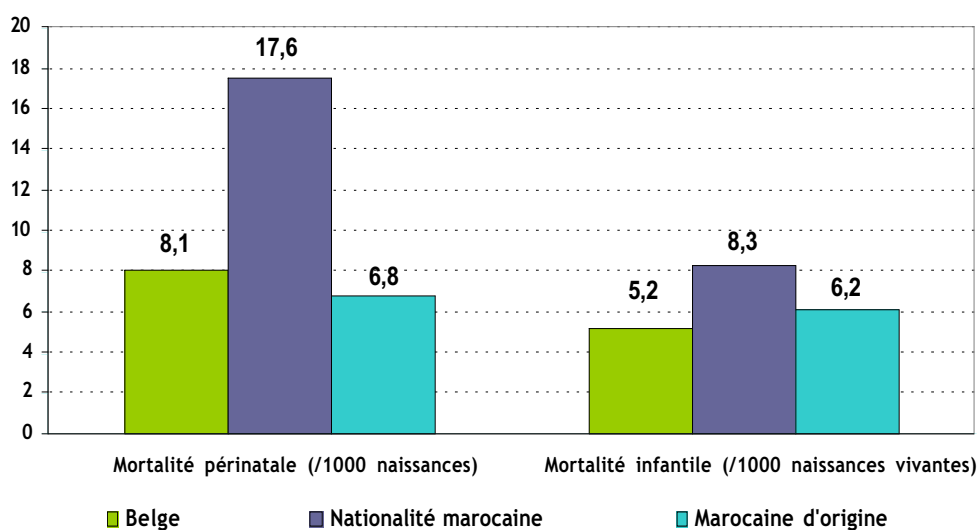
### Indicateurs périnataux selon la nationalité actuelle et d'origine de la mère, Bruxelles 1998-2002



Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Observatoire de la Santé et du Social / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Bruxelles / Brussel

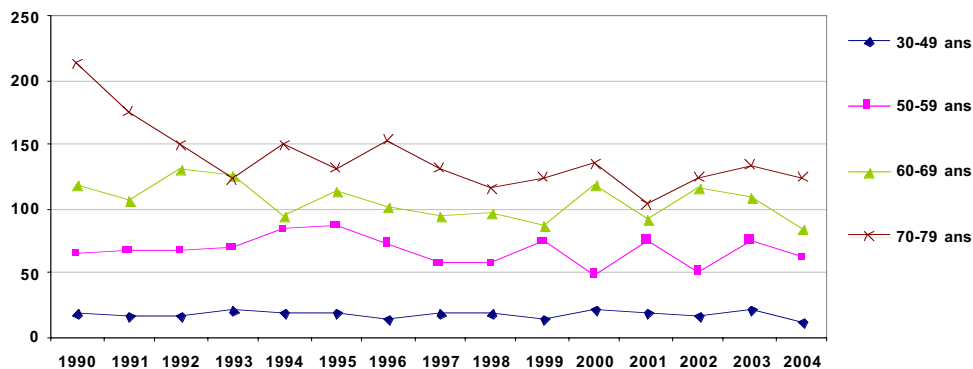
### Mortalité périnatale et infantile selon la nationalité actuelle et d'origine de la mère



Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Observatoire de la Santé et du Social / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
 Bruxelles / Brussel

### Evolution des taux de mortalité par cancer du sein par groupe d'âge, Bruxelles 1990-2004



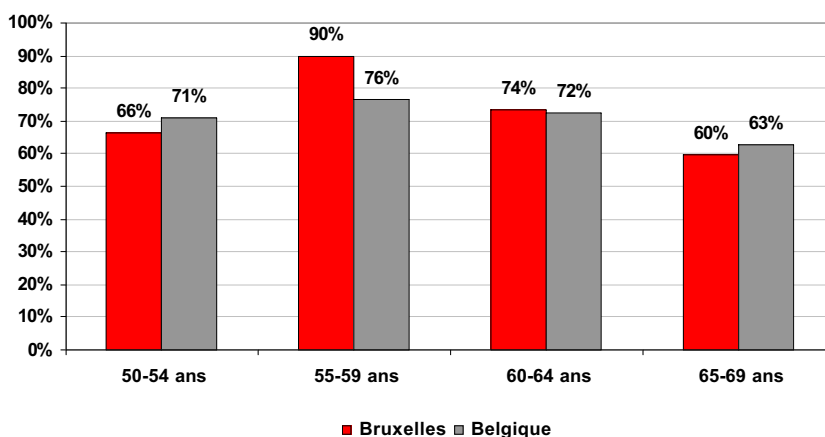
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### % des femmes ayant bénéficié d'un examen clinique des seins au cours des 2 dernières années, 2004



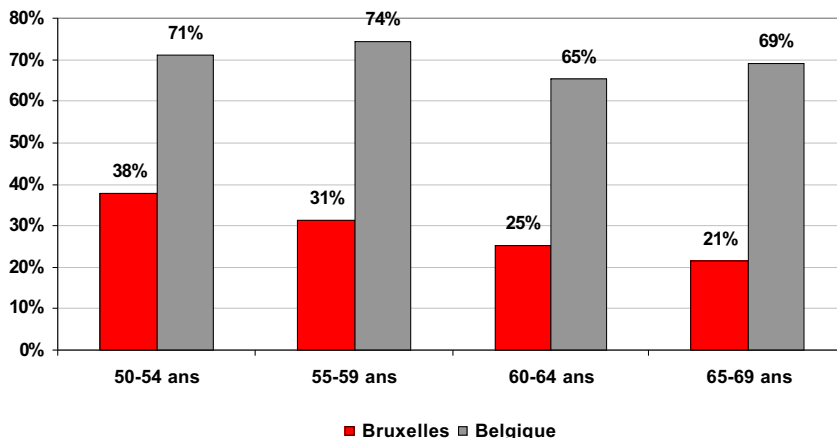
Source: ISP Enquête de santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

**% de femmes ayant reçu une lettre d'invitation pour une mammographie au cours des 2 dernières années, 2004**



Source: ISP Enquête de santé 2004

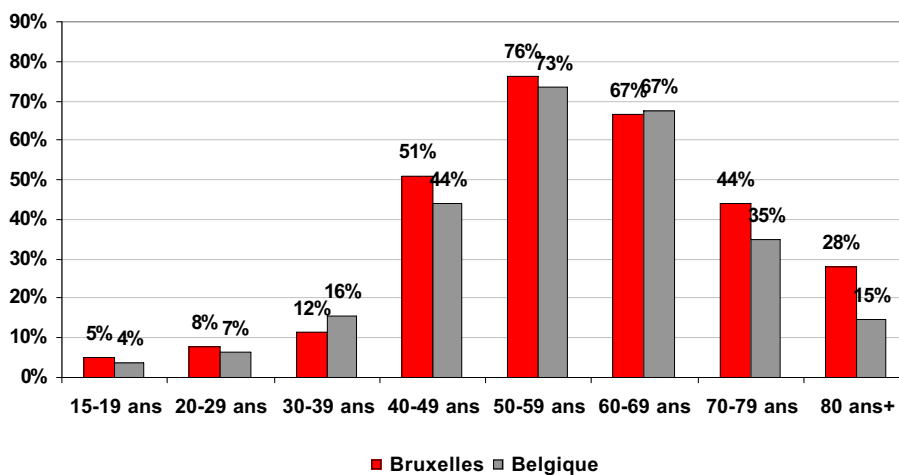


Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor  
Brussel

Gezondheid en Welzijn

**% de femmes ayant bénéficié d'une mammographie au cours des 2 dernières années**



Source: ISP Enquête de santé 2004

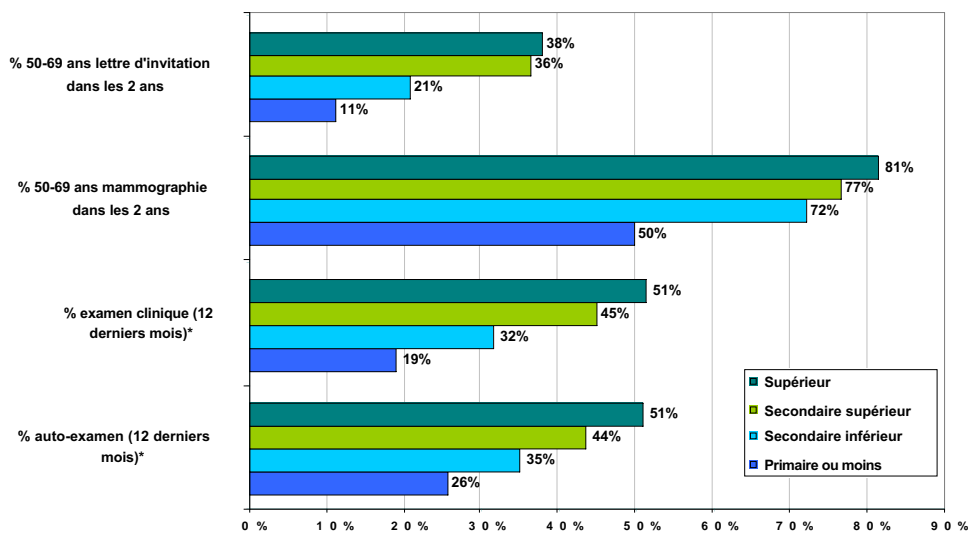


Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor  
Brussel

Gezondheid en Welzijn

### Dépistage du cancer du sein selon le niveau d'instruction, Bruxelles 2004

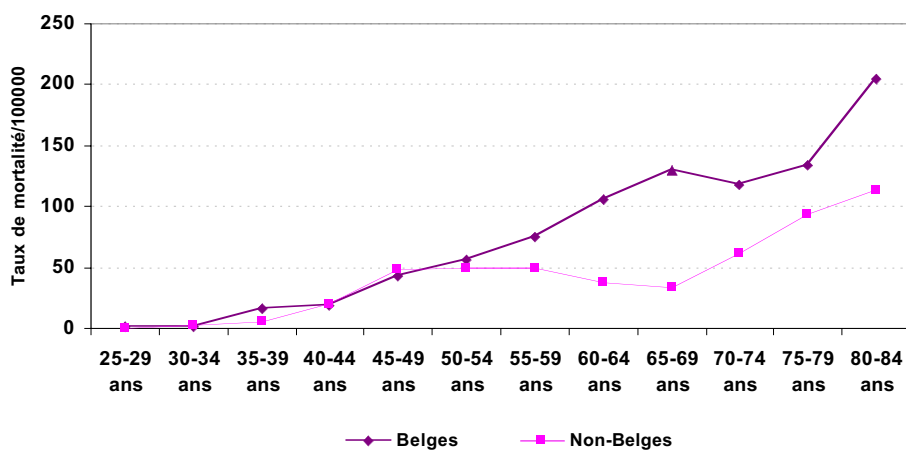


Source: ISP Enquête de santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

### Taux de mortalité par cancer du sein selon la nationalité, femmes, Bruxelles, 1998-2002

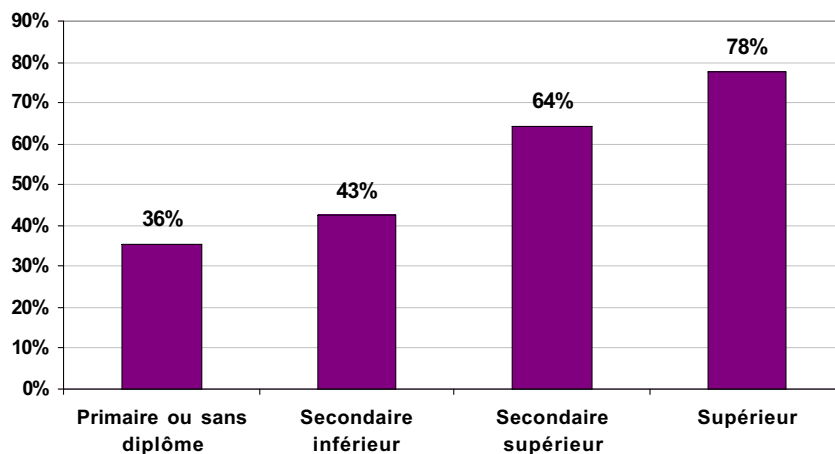


Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles / Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel

### Pourcentage de femmes (>= 15 ans) qui déclare avoir eu un frottis du col au cours des 3 dernières années, Bruxelles 2004



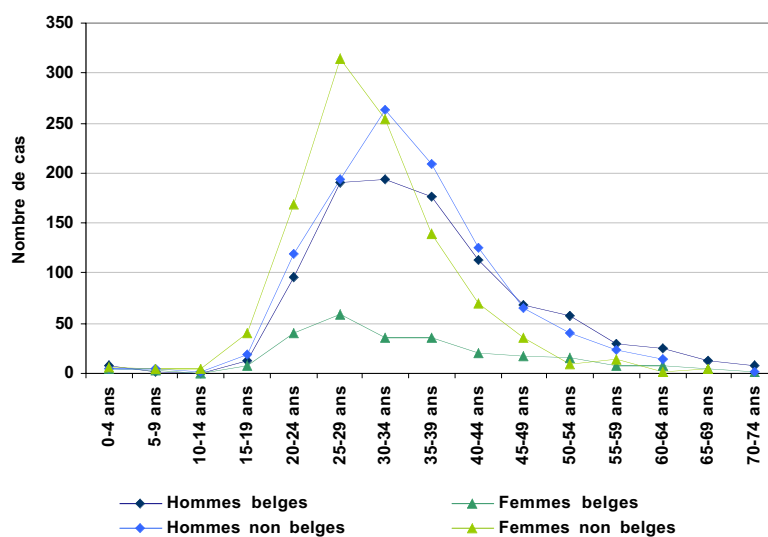
Source: ISP Enquête de santé 2004



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Nombre de personnes séropositives par âge, sexe et nationalité (n cumulé depuis 1984), Bruxelles 2003



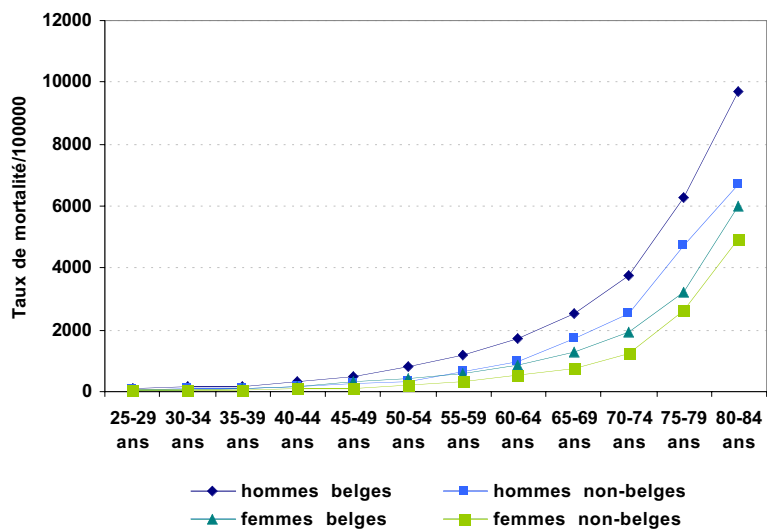
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Taux de mortalité par âge selon la nationalité, Bruxelles, 1998-2002



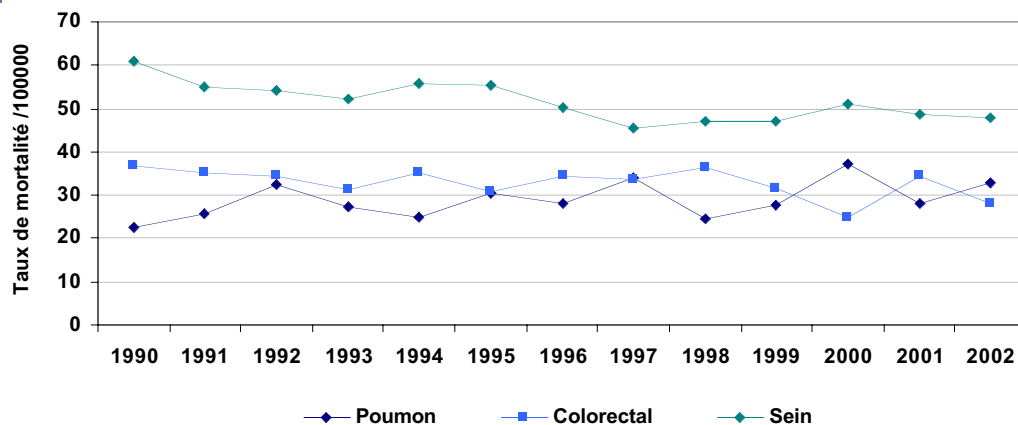
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

### Evolution des taux de mortalité par cancer, femmes, Bruxelles 1990-2002



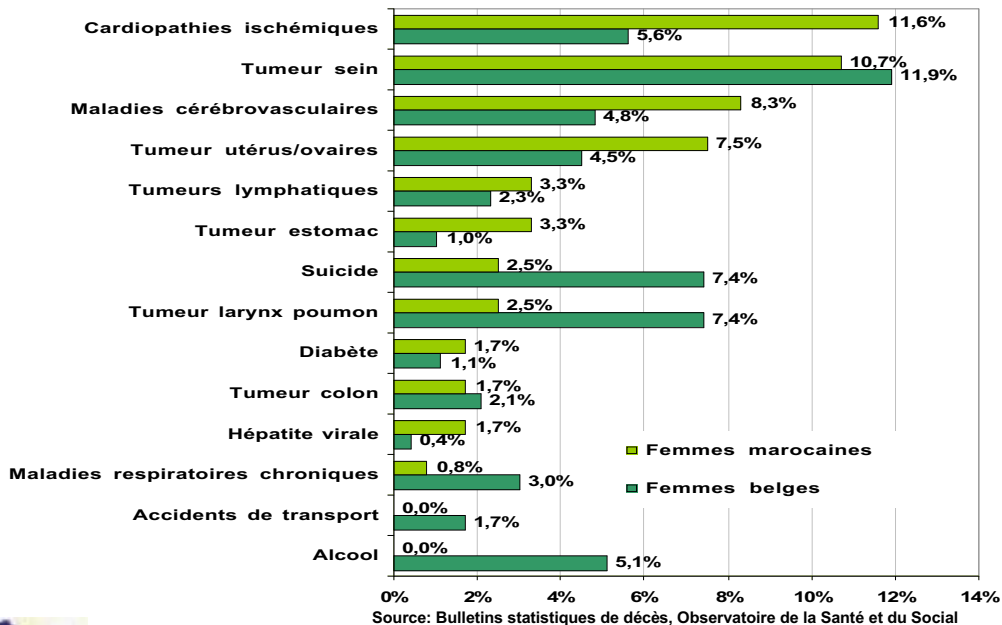
Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel

## Pourcentage des décès liés à une cause spécifique, femmes, Bruxelles, 1998-2002



Observatoire de la Santé et du Social  
Bruxelles

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn  
Brussel