



Panorama de la santé en Belgique 2004

Les *Panoramas de la santé* donnent une vue d'ensemble de la situation sanitaire d'un pays en présentant des données récentes sur la morbidité, la mortalité et l'exposition aux principaux facteurs de risque, ainsi que les tendances observées dans le temps. Ces rapports relient les constatations effectuées dans chaque pays à des considérations relatives à la politique de santé publique présentées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe et par d'autres organismes compétents. Les *Panoramas sur la santé* sont élaborés en coopération avec les États membres et ne constituent pas une publication statistique officielle.

Dans la mesure du possible, chaque rapport compare en outre la situation du pays concerné à celle d'un groupe de référence. Dans le cas du présent rapport, il s'agit du groupe appelé Eur-A par l'OMS et composé des 27 pays enregistrant une très faible mortalité infantile et une très faible mortalité des adultes. Le groupe Eur-A comprend l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovénie, la Suède et la Suisse.

Afin de permettre des comparaisons aussi valables que possible, l'OMS s'est donné pour règle de recueillir les données auprès d'une source unique, de sorte que ces données soient harmonisées de façon raisonnablement cohérente. Sauf indication contraire, les données contenues dans les rapports sont issues de la base de données de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Les autres données et informations font l'objet d'une mention particulière.

Mots clés :

ÉTAT SANITAIRE
MODE DE VIE
DELIVRANCE SOINS
ÉTUDE COMPARATIVE
BELGIQUE

EUR/05/5058516
<http://www.euro.who.int/highlights>

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Organisation mondiale de la santé 2006

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. L'expression « pays ou zone » utilisée comme en-tête dans certains tableaux, désigne aussi bien des pays, des territoires, des villes que des zones. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes ou exactes, et ne pourra en aucun cas être tenue pour responsable de dommages qui pourraient découler de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs ou rédacteurs ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou sa politique.

Table de matières

	<i>Page</i>
Résumé : constatations et considérations concernant la politique à mener	1
Informations démographiques	5
Profil de la population	5
Populations vulnérables	6
Charge de morbidité	8
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé	8
Mortalité	10
Mortalité néonatale et infantile	10
Surmortalité	11
Principales causes de décès	13
Années de vie corrigée du facteur invalidité	17
Principaux facteurs de risque	17
Tabac	18
Alcool	19
Surcharge pondérale	21
Consommation de fruits et de légumes	23
Activité physique	24
Maladies	25
Cancer	25
Infection à VIH	26
Hépatite C	28
Tuberculose	28
État de santé : données autodéclarées	29
Système de santé	30
Organisation du système de santé	30
Financement et dépenses en soins de santé	30
Dispensation de soins de santé	31
Problèmes et perspectives	32
Références	33
Annexes	38
Annexe. Pyramide des âges	38
Annexe. Données de la mortalité	39
Annexe. Mortalité	40
Annexe. Total des dépenses de santé par habitant	42
Annexe. Ressources en soins de santé	43
Notes techniques	44
Glossaire	46

Résumé : constatations et considérations concernant la politique à mener

Espérance de vie

La population belge vit plus longtemps qu'autrefois. L'espérance de vie des femmes est toujours supérieure à celle des hommes : respectivement 81,5 et 75,2 ans. Dans les deux cas, ces chiffres correspondent à la moyenne des pays du groupe Eur-A.

Alors que la durée de la vie s'allonge, les personnes âgées peuvent apporter à leur mode de vie des changements susceptibles de leur assurer davantage d'années de vie en bonne santé. Les systèmes de soins de santé doivent donc accorder une place plus importante aux soins gériatriques, à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques et à l'organisation des soins au long cours. Compte tenu du vieillissement de la population, les mesures d'amélioration de la santé et de prévention des maladies doivent être axées sur les personnes en âge de travailler.

Viellissement et politiques de l'emploi (OCDE, 2004a)

Quels sont les principaux facteurs de risque responsables de l'invalidité chez les personnes âgées et quelles sont les mesures préventives ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2003a)

Mortalité infantile

La Belgique connaît un taux de mortalité néonatale relativement élevé parmi les pays du groupe Eur-A ayant déclaré leurs données. Son taux de mortalité infantile est également supérieur à la moyenne du groupe Eur-A.

Les soins anténatals constituent l'un des principaux services de soins de santé. Toutefois, ils peuvent s'avérer chers et des interventions excessives et inutiles, aux avantages non prouvés, sont parfois effectuées dans ce domaine. Un modèle de soins anténatals simplifié, dont les avantages sont confirmés, a été mis au point.

Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives (OMS, 2003b)

Quelle est l'efficacité des soins anténatals ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2003b)

The WHO reproductive health library, version 6 (OMS, 2003e)

Principales causes de décès

Les maladies non transmissibles représentent 79 % de l'ensemble des décès en Belgique. Les maladies de la circulation pulmonaire et autres pathologies cardiaques, avec les cardiopathies ischémiques, constituent les maladies les plus meurtrières. Trente-quatre pour cent de l'ensemble des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires, 29 % au cancer et environ 8 % à des causes externes (traumatismes intentionnels et non intentionnels).

La dispensation de soins préventifs par le système de soins de santé primaires d'un pays peut améliorer la mortalité toutes causes confondues et la mortalité prématurée, notamment celle due aux maladies cardiovasculaires.

A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004e)

La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004h)

Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de soins de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2004a)

Surcharge pondérale et activité physique

En Belgique, 63 % des hommes et 41 % des femmes présentent une surcharge pondérale ; 14 % des hommes et 13 % des femmes sont obèses ; 11 % des garçons de 15 ans sont en surpoids (pré-obésité) et près de 2 % sont obèses ; environ 8 % des filles de 15 ans sont en surpoids et 2 % sont obèses. Vingt-huit pour cent des hommes et 36 % des femmes ne pratiquent pas d'activité physique.

Il est possible d'éviter certains décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires en adoptant de meilleures habitudes alimentaires, mais la qualité de l'alimentation d'une population dépend de l'offre de produits alimentaires et de leur coût. Les politiques en matière d'alimentation et de nutrition doivent être intersectorielles et coordonnées de sorte que les secteurs non sanitaires accordent à la santé publique une place prioritaire. Cette règle vaut également pour la promotion de l'activité physique, et les politiques visant à encourager un mode de vie actif à tous les âges doivent impliquer tous les secteurs, qu'ils soient ou non sanitaires.

CINDI dietary guide (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000)

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases (OMS, 2003a)

Les aliments et la santé en Europe : une nouvelle base d'action (Robertson et al., 2004)

The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union (Joffe & Robertson, 2001)

Tabac

La prévalence du tabagisme est supérieure à la moyenne du groupe Eur-A. Le taux de mortalité par cancer du poumon est également supérieur, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, et il est en augmentation chez les femmes. L'incidence du cancer du poumon chez les hommes en Belgique figure parmi les plus élevées du groupe Eur-A et dépasse de 50 % la moyenne de ce groupe.

Afin de réduire le tabagisme dans l'ensemble de la population, les responsables de l'élaboration des politiques doivent en permanence augmenter les taxes sur le tabac et les politiques en matière d'arrêt du tabac doivent viser les groupes vulnérables. La diminution du nombre de fumeurs chez les adultes par l'arrêt du tabac est économiquement efficace du point de vue de la santé publique à court et à moyen terme.

Stratégie européenne pour la lutte antitabac (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002b)

Base de données européenne sur la lutte antitabac [base de données en ligne] (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004f)

Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2003c)

WHO European strategy for smoking cessation policy (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003)

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (OMS, 2003d)

Traumatismes et santé mentale

Les troubles neuropsychiatriques représentent la part la plus importante de la charge de morbidité qui pèse sur la population belge, en raison de l'invalidité qu'ils entraînent dans la vie quotidienne, à tous les âges.

Une meilleure reconnaissance et un meilleur suivi des troubles dépressifs peuvent avoir des conséquences positives, notamment la diminution des taux de suicide. La mise en place de programmes thérapeutiques complets traitant des aspects de dépendance et de dépression liés à l'alcoolisme s'est avérée efficace.

Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001a)

Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study (Knapp et al., 2004)

Projet Atlas : cartographie des ressources pour la santé mentale dans le monde (OMS, 2003c)

Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs (OMS, 2001)

Alcool

Les quantités d'alcool pur consommées en Belgique sont environ 7 % inférieures à la moyenne du groupe Eur-A.

La consommation d'alcool varie d'un pays à l'autre et entre les groupes de population au sein d'un même pays. Les pratiques de consommation déterminent les niveaux de problèmes liés à l'alcoolisme et ont une incidence sur les choix en matière de politiques de lutte contre l'alcoolisme. En règle générale, on parvient à réduire efficacement la consommation d'alcool et ses effets nuisibles en augmentant les prix et les taxes sur l'alcool, en diminuant l'offre d'alcool, en limitant les horaires d'ouverture des points de vente et en abaissant l'âge autorisé pour la consommation de boissons alcoolisées. La plupart des mesures en matière d'alcool au volant sont également efficaces. En revanche, les marchés communs et les accords commerciaux internationaux ont porté un coup à la capacité des décideurs nationaux de mettre en place des politiques nationales en matière d'alcool. Il est à noter que plusieurs pays de l'Union européenne prennent les mêmes orientations en termes de taxation de l'alcool.

Base de données européenne sur la lutte contre l'alcool [base de données en ligne] (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004e)

Alcool: no ordinary commodity. Research and public policy (Babor et al., 2003)

Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme ? (Réseau des bases factuelles en santé, 2004b)

Infection à VIH et sida

L'incidence du sida continue de diminuer parmi les ressortissants belges, alors que parmi les étrangers, elle reste relativement stable ou augmente légèrement, notamment chez les personnes ne résidant pas en Belgique et dont la maladie a été diagnostiquée peu de temps après leur arrivée dans le pays. Depuis 1997, la majorité des nouveaux cas de sida répertoriés en Belgique l'ont été parmi des ressortissants étrangers.

Les programmes de prévention, de traitement et de soins doivent prendre en compte toutes les personnes concernées par l'infection à VIH ou le sida, notamment celles qui, en raison de leur langue, de leur culture ou de leur condition d'immigré, ont un accès limité aux services de santé.

Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe (Broring et al., 2003)

Le point sur l'épidémie de SIDA – Décembre 2003 (ONUSIDA & OMS, 2003)

The HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004d)

Toxicomanie et hépatite C

En Belgique, des dépistages limités pratiqués localement dans des lieux d'échange de seringues ont permis d'établir qu'environ 39 % des toxicomanes par voie intraveineuse étaient contaminés par le virus de l'hépatite C.

Pour être efficaces, les mesures de prévention de l'hépatite C doivent être axées sur la réduction du nombre de personnes se tournant vers la toxicomanie par voie intraveineuse et sur la limitation des méfaits de la toxicomanie parmi les jeunes et les nouveaux toxicomanes par voie intraveineuse. Une grande partie des personnes présentant les plus graves problèmes de consommation de drogues et de toxicomanie se trouve en prison. La coordination des efforts à l'échelle nationale et internationale est un élément indispensable à l'efficacité de la politique antidrogues dans la Région européenne de l'OMS.

Rapport annuel 2003 : État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège (OEDT, 2003)

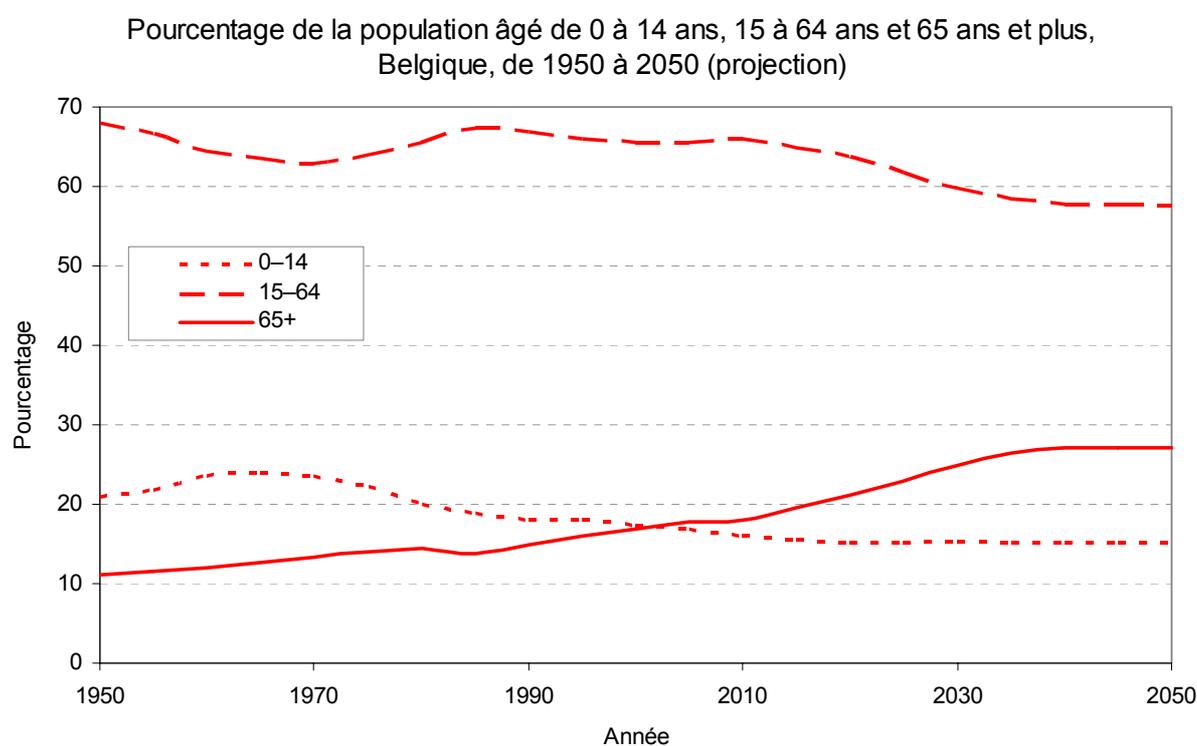
Déclaration. Santé en prison et santé public, Moscou, 24 octobre 2003 (HIPP, 2003)

Informations démographiques

Profil de la population

Au début 2003, la Belgique avait une population de près de 10,4 millions d'habitants. Son pourcentage de population urbaine figure parmi les plus élevés des pays du groupe Eur-A.

Dans ce pays comme dans les pays du groupe Eur-A, l'aspect démographique le plus frappant est l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population. Comme les grandes cohortes de naissance de la fin des années 1940 approchent de l'âge de la retraite, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer d'environ 17 % de la population en 2000 (Conseil de l'Europe, 2003) à 25 % en 2030, selon les estimations (Annexe. Pyramide des âges).



Le taux de natalité en Belgique est dans la moyenne du groupe Eur-A. Depuis 1995, ce taux est resté constant, tout comme le taux de natalité moyen du groupe Eur-A au cours de la même période. Néanmoins, le solde migratoire positive a entraîné un léger accroissement de la population.

Indicateurs démographiques en Belgique et dans le groupe Eur-A,
1997 ou dernière année disponible

Indicateurs	Belgique	Eur-A		
	Valeur	Moyenne	Minimum	Maximum
Population (en milliers) ^a	10 355,8	–	–	–
0–14 ans (%)	17.8	–	–	–
15–64 ans (%)	65.9	–	–	–
65+ ans (%)	16.3	–	–	–
Population urbaine (%) ^{b, c}	97.4	79.5	49.2	100.0
Naissances vivantes (pour 1 000 habitants) ^{d, e}	10.8	11.3	8.7	21.2
Croissance naturelle de la population (pour 1 000 habitants)	1.2	1.1	–2.4	15.5
Solde migratoire (pour 1 000 habitants) ^{d, e}	4.0	3.5	–9.6	17.3

^a Au 1er janvier 2003.

^b 2001.

^c Y compris Andorre et Monaco.

^d 2002.

^e Y compris Andorre.

Sources : Council of Europe (2003), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) ; Central Bureau of Statistics of Israel (2003) pour les données sur Israël.

Populations vulnérables

Revenu

D'après les données relatives aux déterminants de la santé, les personnes socioéconomiquement défavorisées supportent la plus lourde charge de morbidité. Parmi ces déterminants, le revenu est lié à une accumulation de facteurs ayant une incidence sur la mortalité (Martikainen et al., 2001). Par exemple, il existe une influence mutuelle entre, d'une part, ce revenu, et d'autre part, le niveau d'instruction et l'emploi. La richesse n'est pas équitablement répartie et il existe des poches de relative pauvreté même dans les États les plus riches de la Région européenne de l'OMS (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002a ; OMS, 2002). Le lien entre la pauvreté et les zones urbaines est particulièrement important en Europe. Compte tenu des migrations et de l'urbanisation des populations, on assiste à une augmentation du nombre de pauvres dans les villes, qui, en raison de leurs conditions de logement et de travail et leurs habitudes alimentaires, sont davantage exposés que les autres au risque de maladie (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001b). Les types et les effets de la pauvreté peuvent être inégalement répartis, selon des facteurs tels que le sexe ou le groupe d'âge (Ziglio et al., 2003).

D'après le coefficient de Gini, la Belgique a un niveau global d'inégalité des revenus assez bas, la répartition des richesses étant supérieure à la moyenne du groupe Eur-A (PNUD, 2004). Au cours de la période 1987-1997, près de 5 % de la population belge vivaient sous le seuil de 50 % du niveau de revenu médian, contre une moyenne de près de 9 % pour les pays du groupe Eur-A, selon les estimations.

Le taux de chômage global en Belgique était de 6,6 % en 2001, contre 6,5 % en moyenne pour 25 pays du groupe Eur-A ayant effectué des estimations (UNSD, 2004). Le chômage chez les Belges âgés de 15 à 24 ans était lui aussi légèrement supérieur à la moyenne : en 2001, il atteignait 14,3 % chez les jeunes hommes et 16,6 % chez les jeunes femmes (CEE-ONU, 2003). Plus de 80 % des personnes sans emploi en Belgique avaient au maximum un niveau d'études secondaire. Cinquante-deux pour cent des chômeurs étaient sans emploi depuis au moins 12 mois.

Exclusion sociale

L'exclusion sociale, qui a trait à la position relative d'un individu ou d'un groupe dans l'ensemble de la société, a d'importants effets sur la santé. Les processus accompagnant ou entraînant l'exclusion sociale – discrimination, stigmatisation et rejet – empêchent les personnes concernées de recevoir un enseignement ou une formation et d'avoir accès à certains services et activités citoyennes, ce qui les rend plus vulnérables face aux risques sanitaires et à la maladie.

Parmi les populations marginalisées, on peut citer les membres de minorités ethniques ou religieuses, les personnes vivant dans des zones géographiquement défavorisées, les chômeurs, les personnes âgées et, dans certains pays, les populations autochtones. Les nouveaux arrivés dans un pays (réfugiés, immigrés ou travailleurs migrants) peuvent également faire l'objet d'exclusion sociale. Le tableau présente les chiffres de la population totale relatifs à différents groupes vulnérables résidant en Belgique. On entend par « immigrés » les ressortissants nationaux et étrangers venant de pays appartenant ou non à la Région européenne. D'un pays à l'autre, les sources de données et les définitions administratives relatives au statut d'immigré diffèrent.

Populations vulnérables en Belgique

Population	1992	1995	1998	2001	2003 (estimation)
Immigrés	66 763	62 950		77 585	
Réfugiés	–	–	–	12 000	
Détenus (pour 100 000 habitants)	71	75	81	85	88

Sources : EUROSTAT (2004), UNDP (2003) et International Centre for Prison Studies (2004).

Ce tableau présente également des données sur les détenus, qui représentent une population particulièrement vulnérable dans la mesure où ils sont principalement originaires de groupes minoritaires et ont un niveau socioéconomique et un niveau d'instruction moins élevés que la population en général. La détention peut exposer ces personnes à des risques sanitaires directs, notamment si le nombre de détenus dépasse la capacité des prisons. Le surpeuplement carcéral qui en résulte engendre et aggrave de nombreux problèmes sanitaires, en particulier les pathologies mentales et les maladies transmissibles. De fait, les drogues et les maladies infectieuses liées aux drogues sont à l'origine de problèmes considérables dans l'ensemble des pays de la Région européenne, et les risques de transmission ne se limitent pas uniquement aux détenus mais également au personnel pénitentiaire et aux personnes extérieures aux prisons qui sont en contact avec ces détenus (OEDT, 2002).

Fin 2003, la Belgique a notifié un taux d'occupation de 113 % dans ses prisons, calculé sur la base de la capacité officielle (Centre international d'études pénitentiaires, 2004).

Charge de morbidité

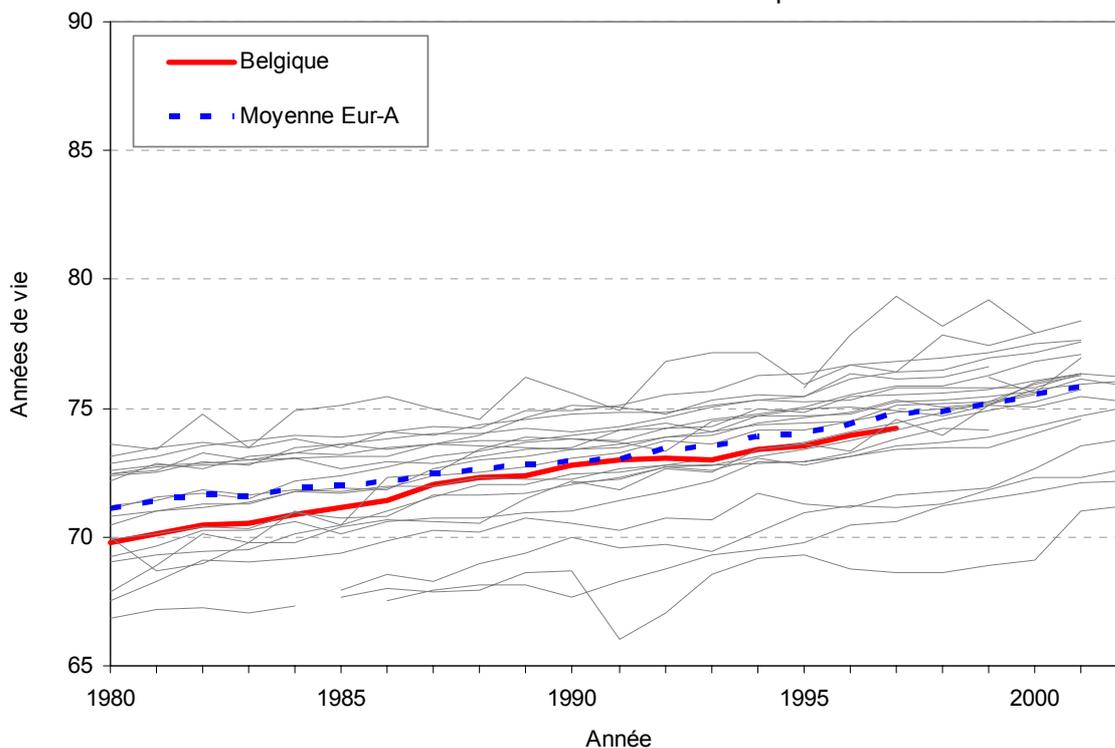
La charge de morbidité peut être considérée comme la différence entre l'état de santé d'une population à un moment donné et une situation idéale où chaque membre de cette population atteindrait un âge avancé en pleine santé. Les causes de cette différence sont la mortalité, l'invalidité et certains facteurs de risque contribuant à la maladie. L'analyse présentée ci-après fournit des détails sur la charge de morbidité de la population.

Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé

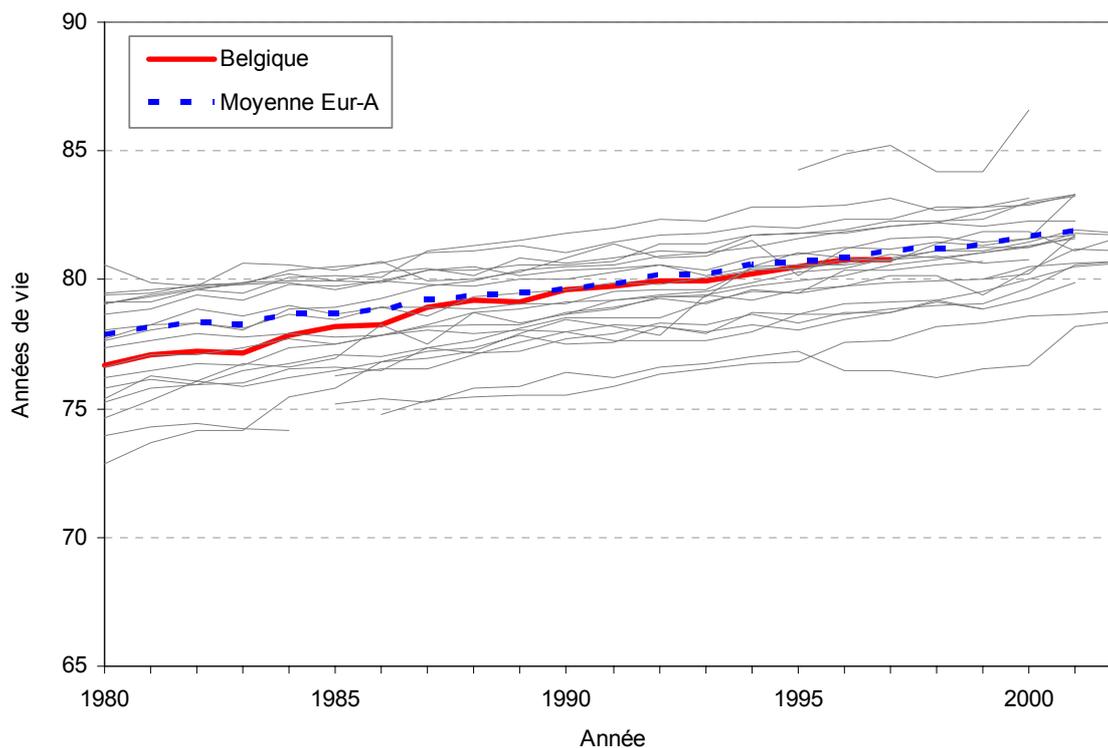
Une personne née en Belgique en 2002 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à 78,4 ans : 81,5 ans si elle est une femme et 75,2 ans si elle est un homme, d'après les estimations de l'OMS (2003f). Dans les deux cas, ces chiffres correspondent à la moyenne du groupe Eur-A.

Au cours des vingt dernières années, selon les estimations déclarées par la Belgique, les habitants de ce pays ont gagné près de 5,1 ans d'espérance de vie. Les hommes (5,4 ans) bénéficient encore plus de cet allongement que les femmes (4,9 ans).

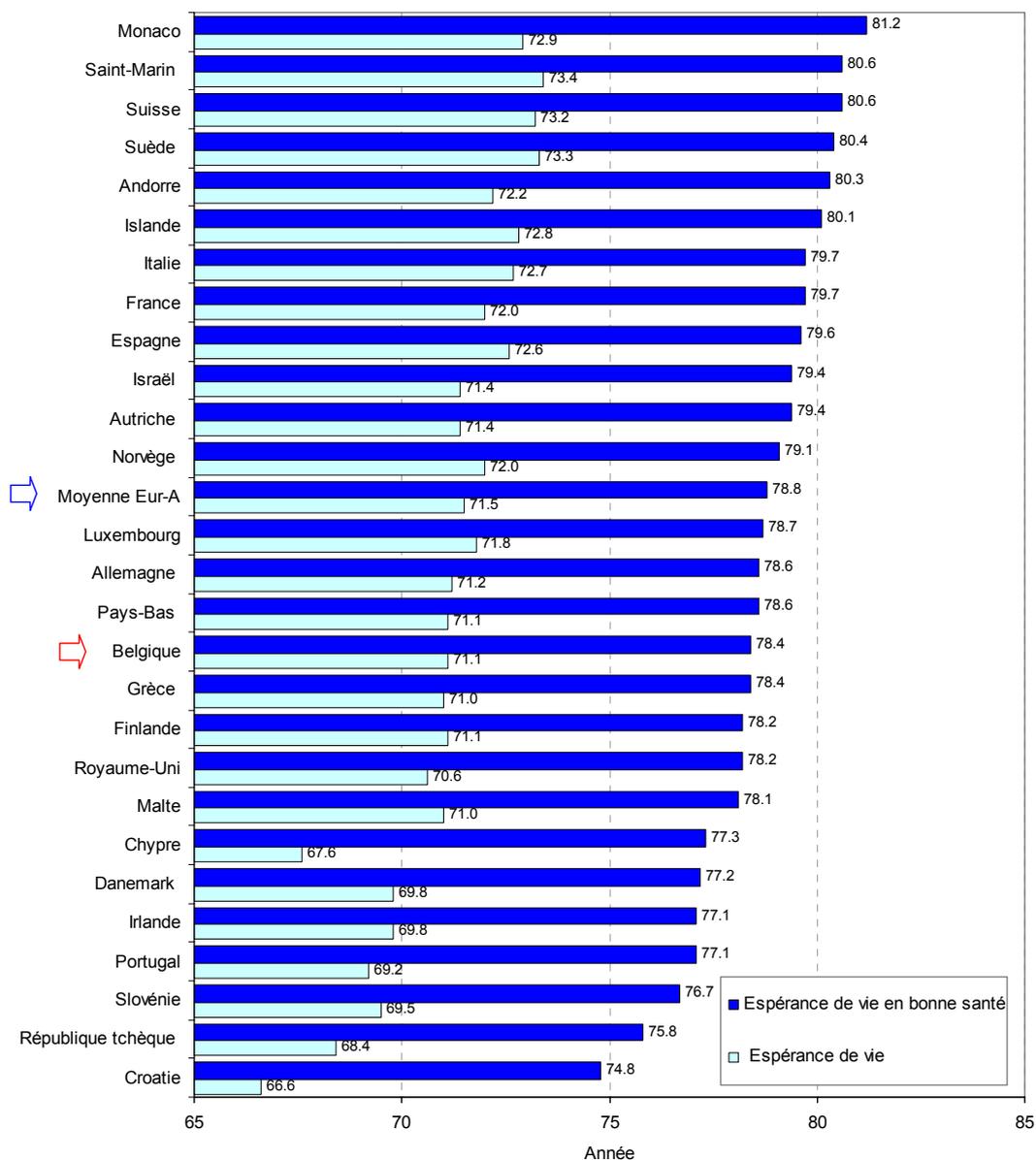
Espérance de vie à la naissance des hommes, Belgique et groupe Eur-A, de 1980 à la dernière année disponible



Espérance de vie à la naissance des femmes, Belgique et groupe Eur-A,
de 1980 à la dernière année disponible



L'OMS (2003f) estime par ailleurs que, en moyenne, la population de la Belgique peut espérer vivre en bonne santé pendant environ 90 % de sa vie. Elle perd en moyenne 7,2 ans du fait des maladies (ce qui correspond à la différence entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé). Sachant que les femmes vivent plus longtemps que les hommes et que le risque de détérioration de la santé augmente avec l'âge, les femmes perdent plus d'années de vie en bonne santé (8,2) que les hommes (6,3). Néanmoins, leur espérance de vie étant plus longue, elles jouissent en Belgique d'environ quatre ans et demi de vie en bonne santé de plus que les hommes.

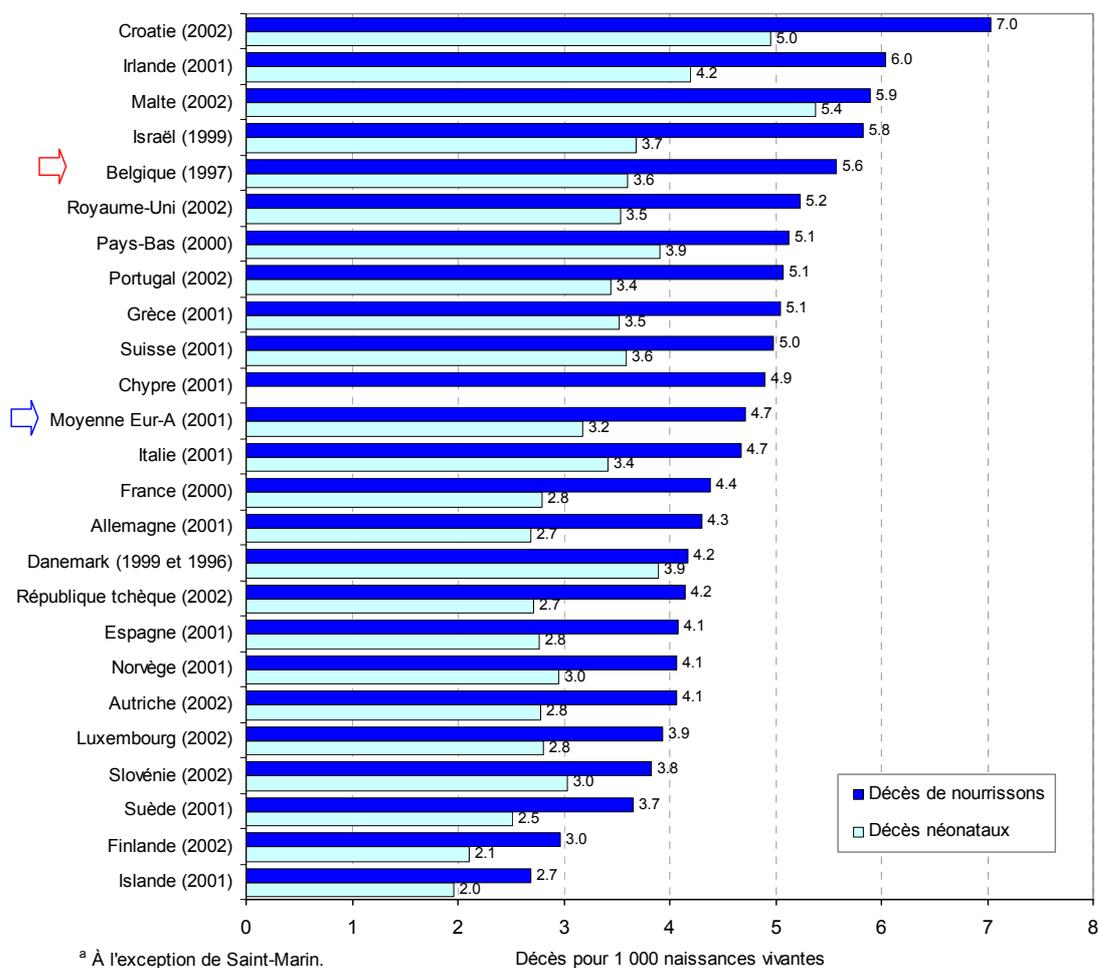
Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé, Belgique et groupe Eur-A^a, 2002

Mortalité

Mortalité néonatale et infantile

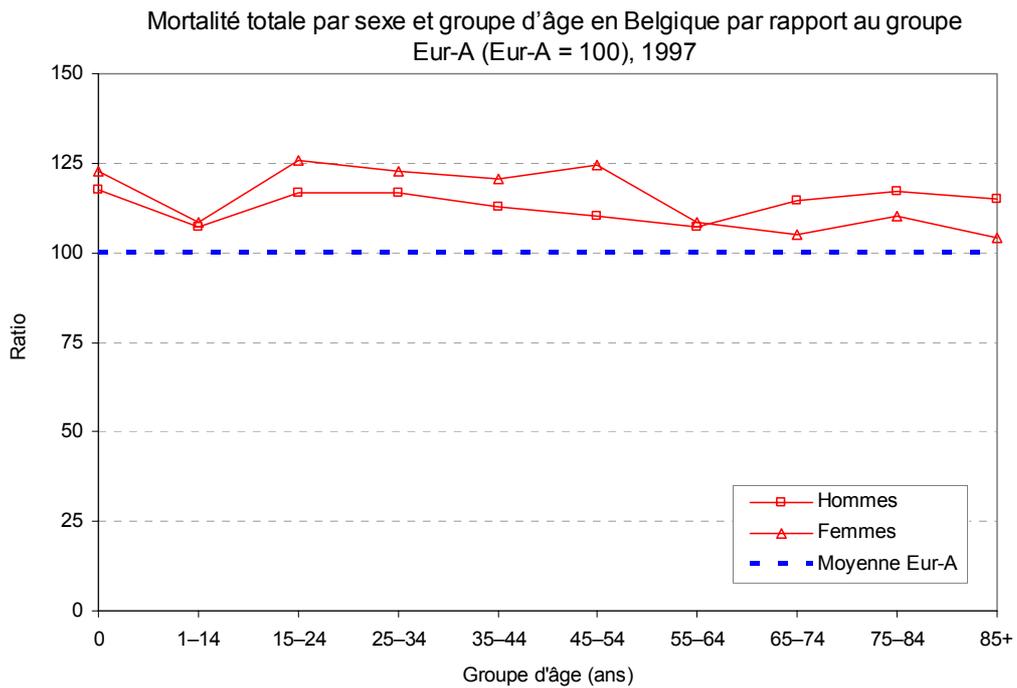
La Belgique connaît un taux de mortalité néonatale relativement élevé parmi les pays du groupe Eur-A ayant déclaré leurs données. Son taux de mortalité infantile est également supérieur à la moyenne.

Nombre de décès de nourrissons et de nouveau-nés pour 1 000 naissances vivantes, Belgique et groupe Eur-A^a, dernière année disponible

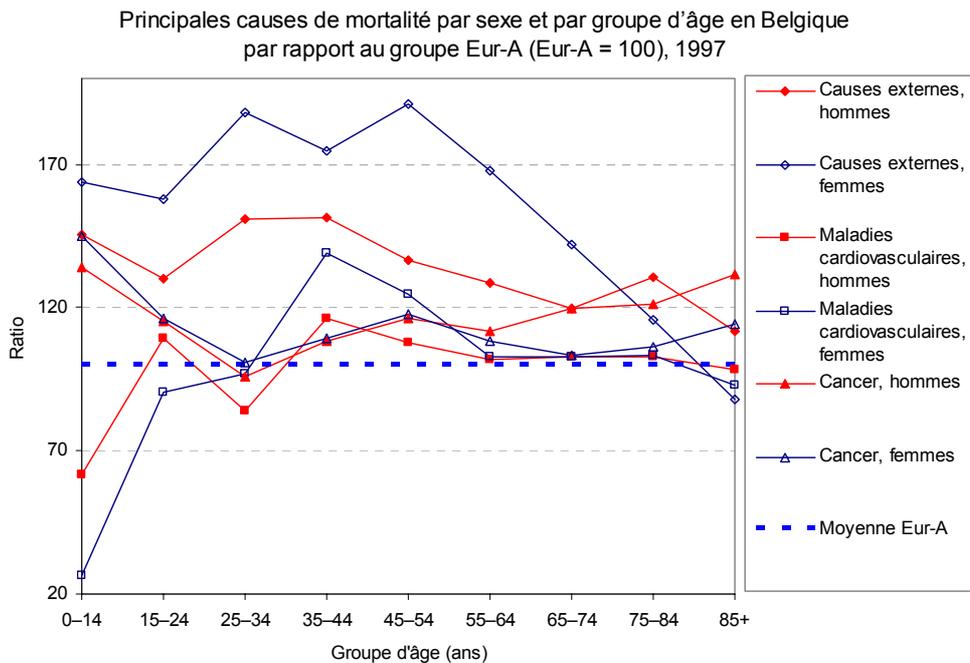


Surmortalité

Chez les Belges, hommes et femmes confondus, on constate une surmortalité à tous les âges par rapport aux moyennes du groupe Eur-A, la plus grande différence (près de 25 % en plus) concernant les femmes de 15 à 54 ans.



Si l'on considère le groupe d'âge dans les trois principaux groupes de maladies, la population belge connaît une surmortalité due aux causes externes, chez les hommes comme chez les femmes et à tous les âges, sauf chez les personnes âgées (85 ans et plus), et une surmortalité due au cancer, notamment chez les femmes, dans la plupart des groupes d'âge, par rapport à la moyenne du groupe Eur-A. En Belgique, le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est inférieur ou égal à la moyenne, à tous les âges à l'exception des 35-54 ans.



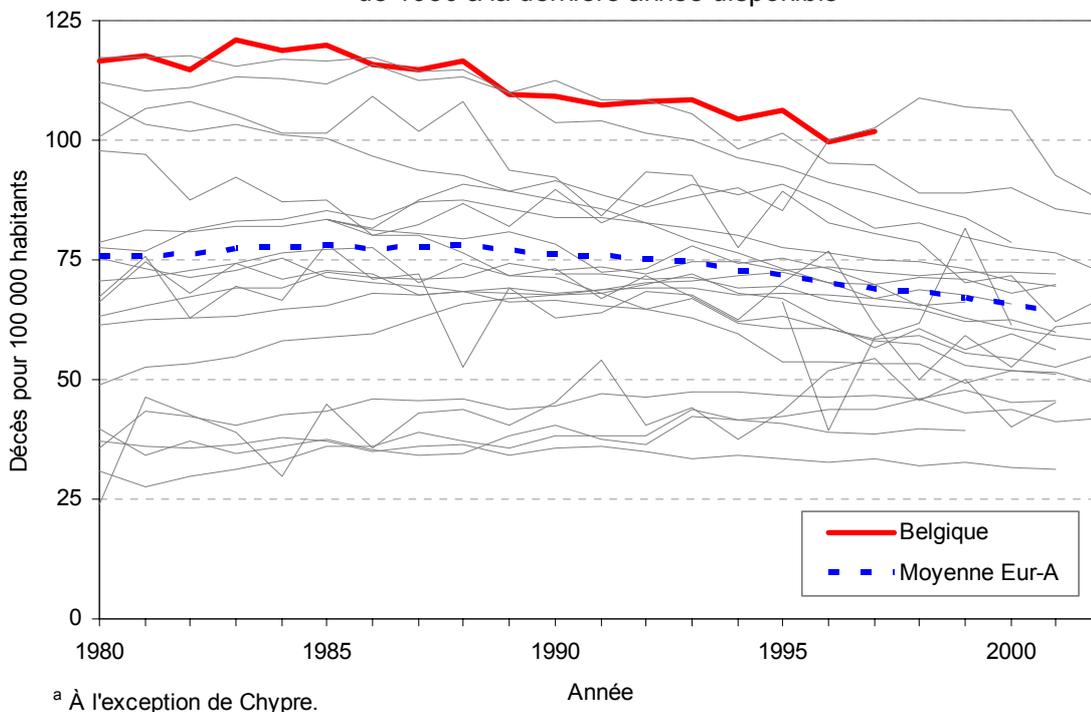
Principales causes de décès

En 2002, les maladies non transmissibles représentaient 79 % du nombre total de décès en Belgique, les causes externes environ 8 % et les maladies transmissibles 1 % (Annexe. Mortalité).

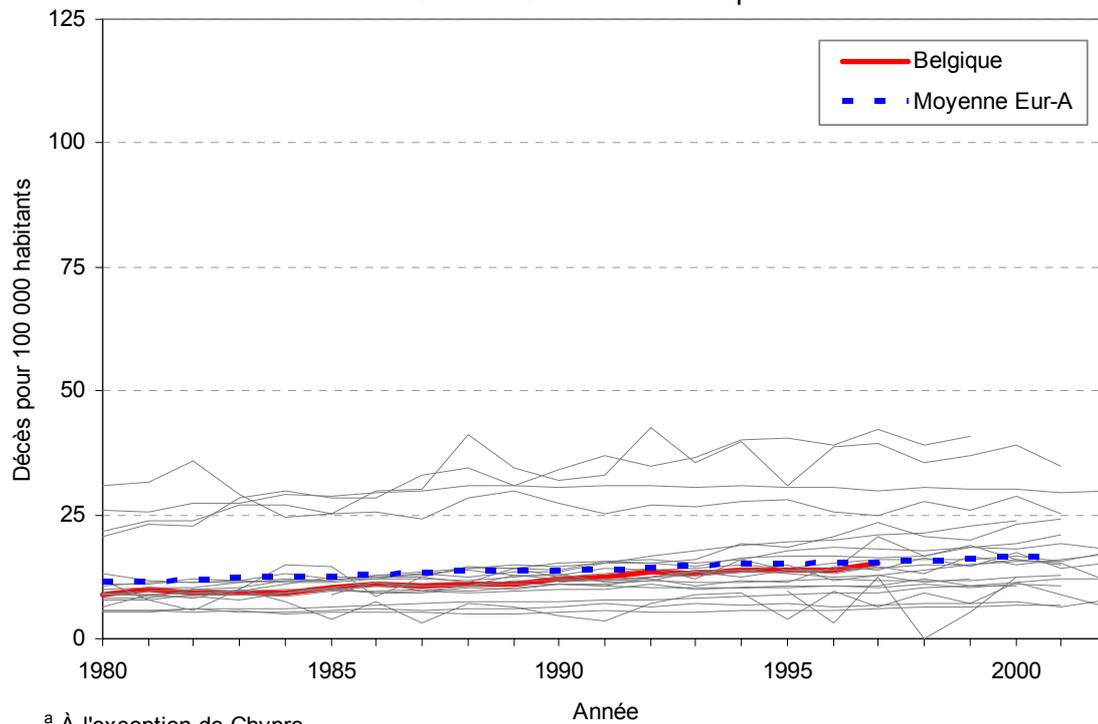
Comme dans de nombreux autres pays du groupe Eur-A, les maladies cardiovasculaires sont la cause de décès numéro un en Belgique. Dans cette catégorie, les maladies de la circulation pulmonaire et les autres pathologies cardiaques sont à elles seules les plus meurtrières, suivies de près par les cardiopathies ischémiques (Annexe. Mortalité).

Les taux de mortalité due au cancer en Belgique sont à peu près aussi élevés que les taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires. La mortalité générale due au cancer est plus élevée que la moyenne du groupe Eur-A (de presque 14 %). Les taux de mortalité sont particulièrement élevés pour le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate (Annexe. Mortalité). Le taux de mortalité imputable au cancer du poumon est, pour les Belges de sexe masculin, le deuxième du groupe Eur-A (derrière la Croatie), mais il a tendance à diminuer. Les femmes, elles, sont dans la moyenne du groupe, mais leur taux augmente plus rapidement que la moyenne des femmes du groupe Eur-A.

Taux comparatif de mortalité – cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes de tous âges, Belgique et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible

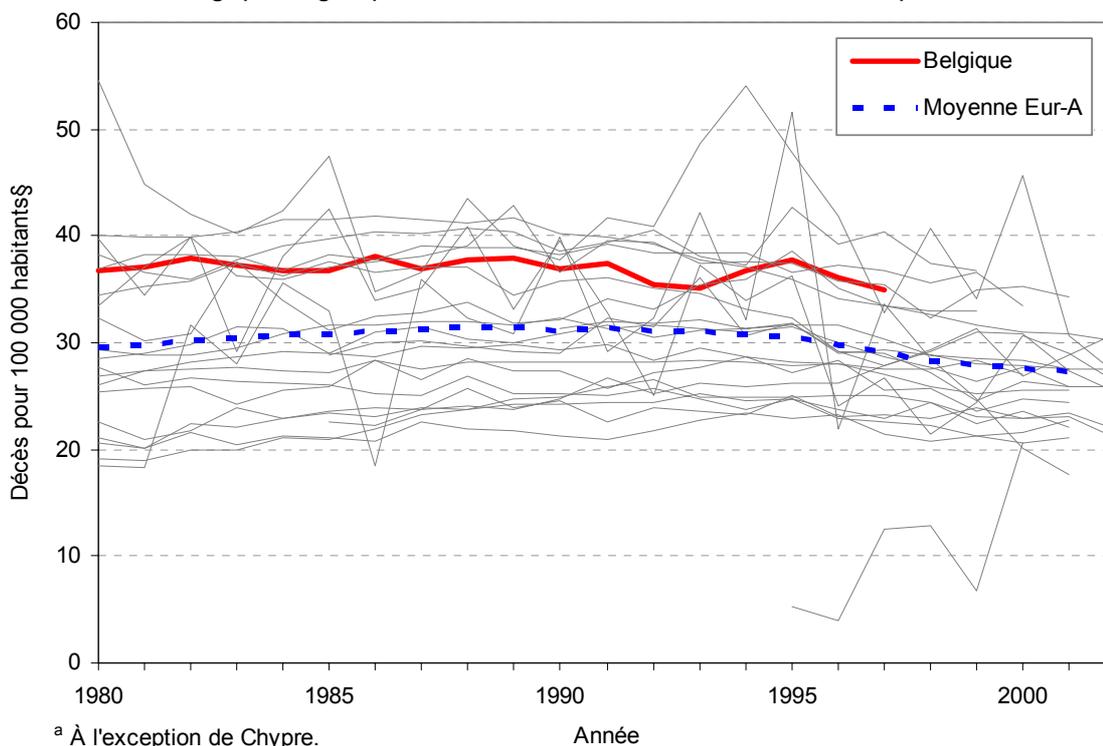


Taux comparatif de mortalité – cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes de tous âges, Belgique et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



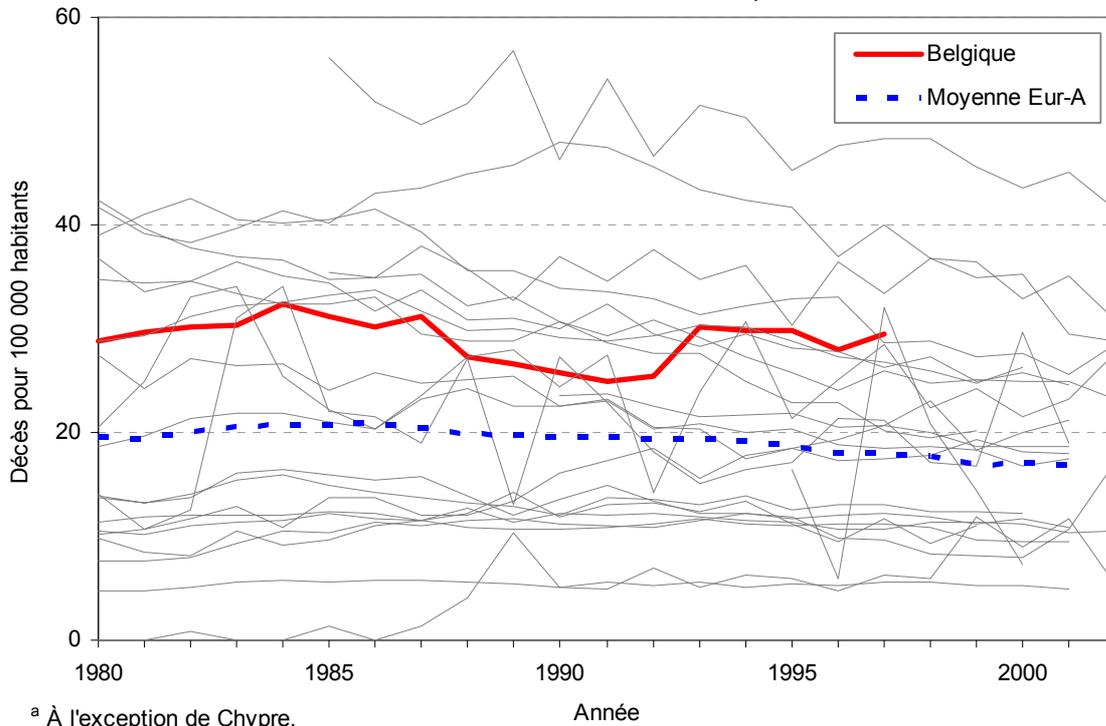
En ce qui concerne le cancer du sein, les femmes belges se situent dans les tout premiers rangs du groupe Eur-A, et les femmes de 25 à 64 ans connaissent le plus fort taux de mortalité du groupe (Annexe. Données de la mortalité).

Taux comparatif de mortalité – cancer du sein chez les femmes de tous ages, Belgique et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible

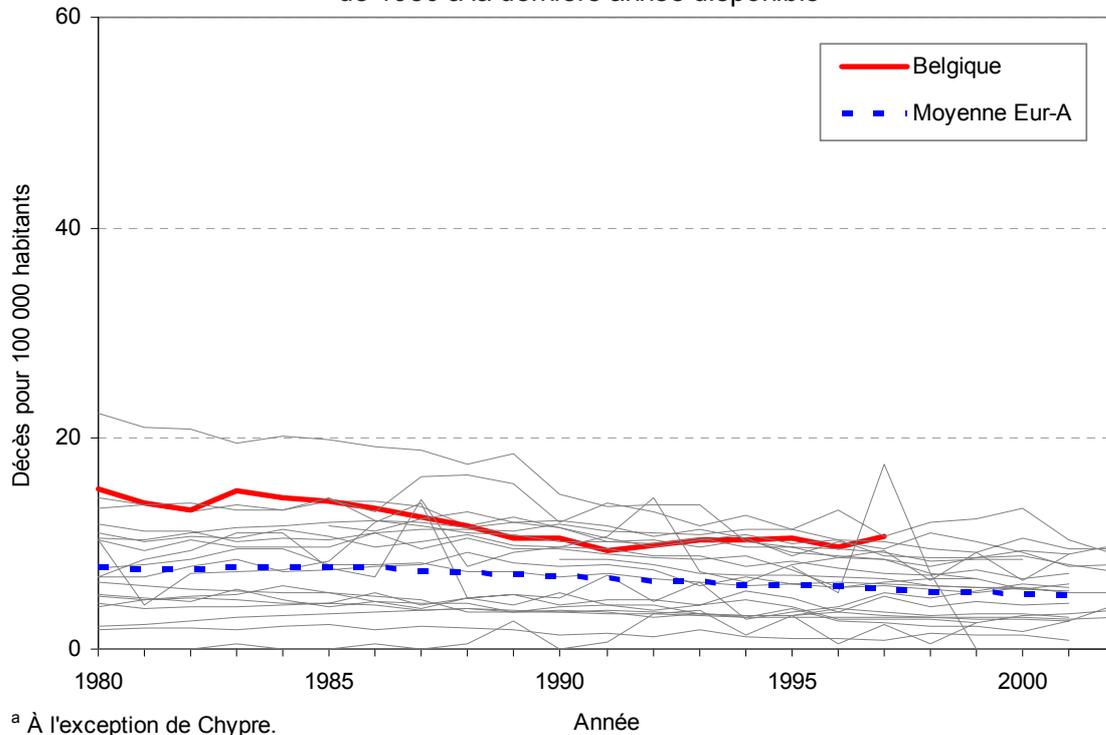


Les décès dus à des causes externes (traumatismes intentionnels ou non intentionnels) sont relativement fréquents et ils représentent 8 % du nombre total de décès en Belgique. Les traumatismes dus à des accidents de la circulation entraînent une surmortalité par rapport au groupe Eur-A (Annexe. Mortalité). Les taux de suicide sont également élevés en Belgique et ils sont supérieurs à la moyenne du groupe Eur-A. Les femmes belges âgées de 25 à 64 ans connaissent les plus forts taux de suicide du groupe Eur-A (Annexe. Données de la mortalité).

Taux comparatifs de mortalité due au suicide et aux lésions auto-infligées chez les hommes, tous âges, Belgique et groupe Eur-A^a, de 1980 à la dernière année disponible



Taux comparatifs de mortalité due au suicide et aux lésions auto-infligées chez les femmes, tous âges, Belgique et groupe Eur-A, de 1980 à la dernière année disponible



Années de vie corrigée du facteur invalidité

L'année de vie corrigée du facteur invalidité, ou AVCI, est une mesure synthétique tenant compte à la fois des effets des maladies, de l'invalidité et de la mortalité sur la santé d'une population. Le tableau ci-dessous présente les dix principales maladies touchant les hommes et les femmes en Belgique et le nombre correspondant d'AVCI.

Dix principaux groupes d'invalidités en pourcentage du nombre total des AVCI chez les deux sexes en Belgique

Classement	Hommes		Femmes	
	Causes	% AVCI	Causes	% AVCI
1	Affections neuropsychiatriques	23.1	Affections neuropsychiatriques	30.4
2	Cancer	17.6	Cancer	15.5
3	Maladies cardiovasculaires	16.6	Maladies cardiovasculaires	14.0
4	Maladies respiratoires	8.4	Maladies respiratoires	7.8
5	Blessures non intentionnelles	7.9	Maladies musculo-squelettiques	5.1
6	Maladies digestives	5.2	Troubles des organes des sens	4.9
7	Blessures intentionnelles	4.7	Maladies digestives	4.9
8	Troubles des organes des sens	4.1	Blessures non intentionnelles	3.8
9	Maladies musculo-squelettiques	3.1	Blessures intentionnelles	2.2
10	Maladies infectieuses et respiratoires	1.5	Maladies endocrinales	1.7

Source : Données de base de l'OMS (2003f)

Ces maladies représentent environ 90 % de la charge totale de morbidité en Belgique. Les maladies neuropsychiatriques correspondent à la plus grande part de la charge de morbidité chez les Belges, hommes et femmes confondus. La mortalité imputable à ces maladies étant mineure par rapport à celle engendrée par d'autres maladies, c'est l'invalidité qu'elles entraînent qui pèse le plus sur la santé de la population, suivie du cancer, des maladies cardiovasculaires et des maladies respiratoires.

Principaux facteurs de risque

Le tableau ci-dessous présente les dix principaux risques pour la santé dans les pays développés et le nombre correspondant d'AVCI. Comme pour les maladies du tableau relatif aux groupes d'invalidités, on estime que les facteurs de risque ont une incidence variable sur la charge de morbidité et de mortalité d'une population. Les paragraphes suivants présentent des informations sur le degré d'exposition de la population belge à cinq de ces risques.

Dix principaux facteurs de risque à l'origine de la charge de morbidité mesurée en AVCI dans les pays développés

Facteurs de risque	% AVCI
Tabagisme	12.2
Hypertension	10.9
Alcool	9.2
Hypercholestérolémie	7.6
Indice de masse corporelle élevé	7.4
Faible consommation de fruits et légumes	3.9
Sédentarité	3.3
Usage de drogues illicites	1.8
Relations sexuelles à risque	0.8
Déficience du fer	0.7

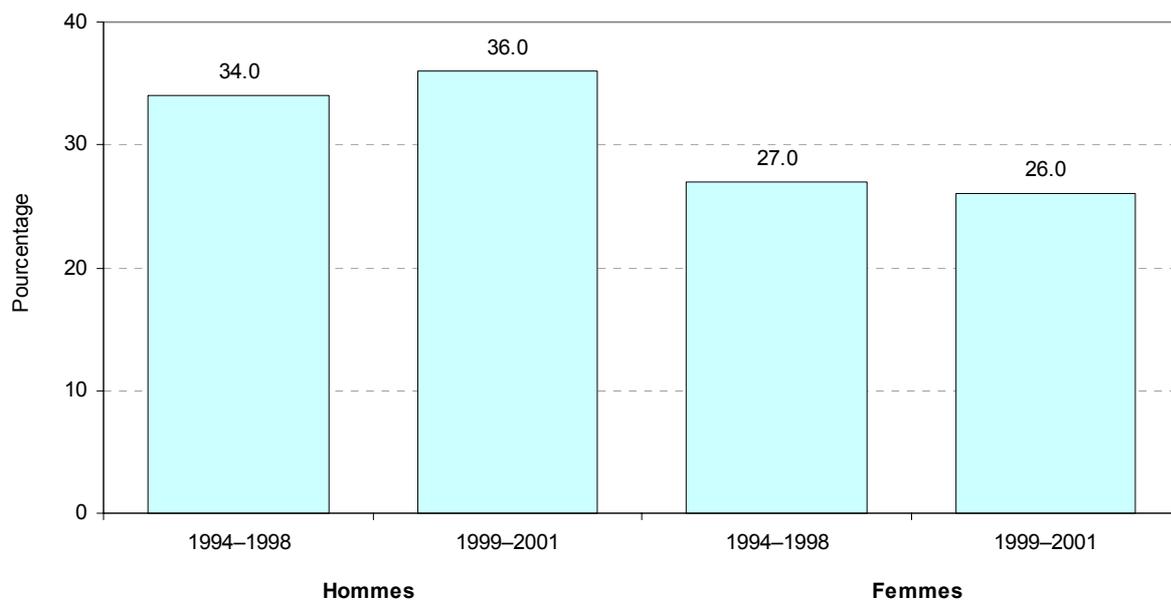
Source : OMS (2002).

Tabac

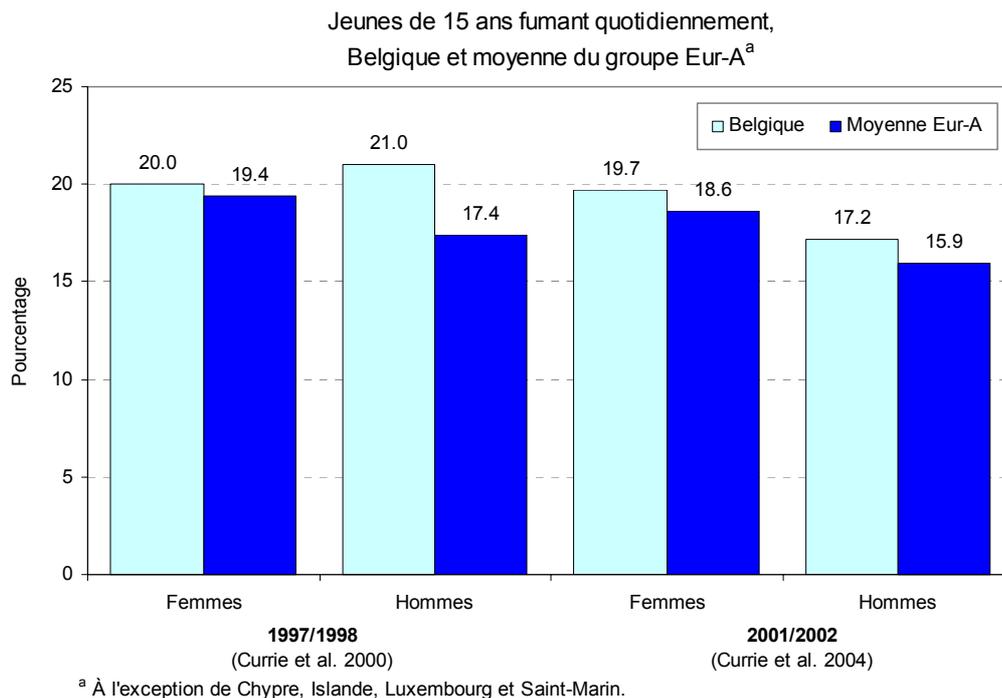
La Région européenne ne représente que 15 % de la population mondiale, mais près de 33 % de la charge mondiale de morbidité liée au tabac (Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2004g). Selon une estimation récente, le nombre annuel de décès imputables à la consommation de tabac dans la Région s’élèverait à 1,2 million, dont près de 40 % dans les pays du groupe Eur-A (Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002a). Environ la moitié des décès toucherait des personnes d’âge mûr. En règle générale, les membres des classes sociales les plus favorisées commencent le plus tôt à fumer mais sont également les premiers à arrêter. En raison de cet arrêt précoce, on observe chez les fumeurs une proportion croissante de personnes ayant un niveau d’instruction et de revenus faible (Bostock, 2003).

En 2000, les Belges ont fumé environ 5 % de cigarettes par personne de moins que la moyenne du groupe Eur-A, d’après les statistiques officielles relatives à la production, à l’importation et à l’exportation de tabac. (Ces statistiques ne prennent pas en compte les cigarettes consommées après avoir été obtenues par des voies non officielles, par exemple par la contrebande ou le bootlegging, terme désignant les achats transfrontaliers ou touristiques illégaux.) La prévalence du tabagisme est de 36 % pour les hommes ; elle a augmenté depuis 1994 alors qu’elle a diminué légèrement chez les femmes, pour atteindre 26 %. Chez les jeunes de 15 ans, garçons et filles confondus, elle a diminué depuis 1997–1998, mais elle est encore légèrement supérieure à la moyenne du groupe Eur-A.

Prévalence du tabagisme chez les adultes en Belgique



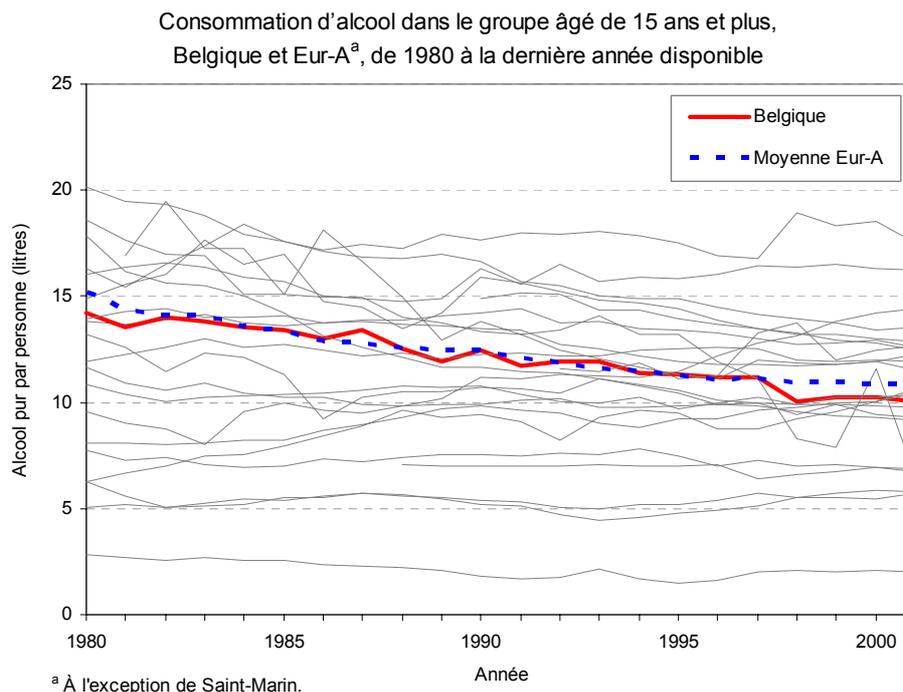
Source : Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004f).



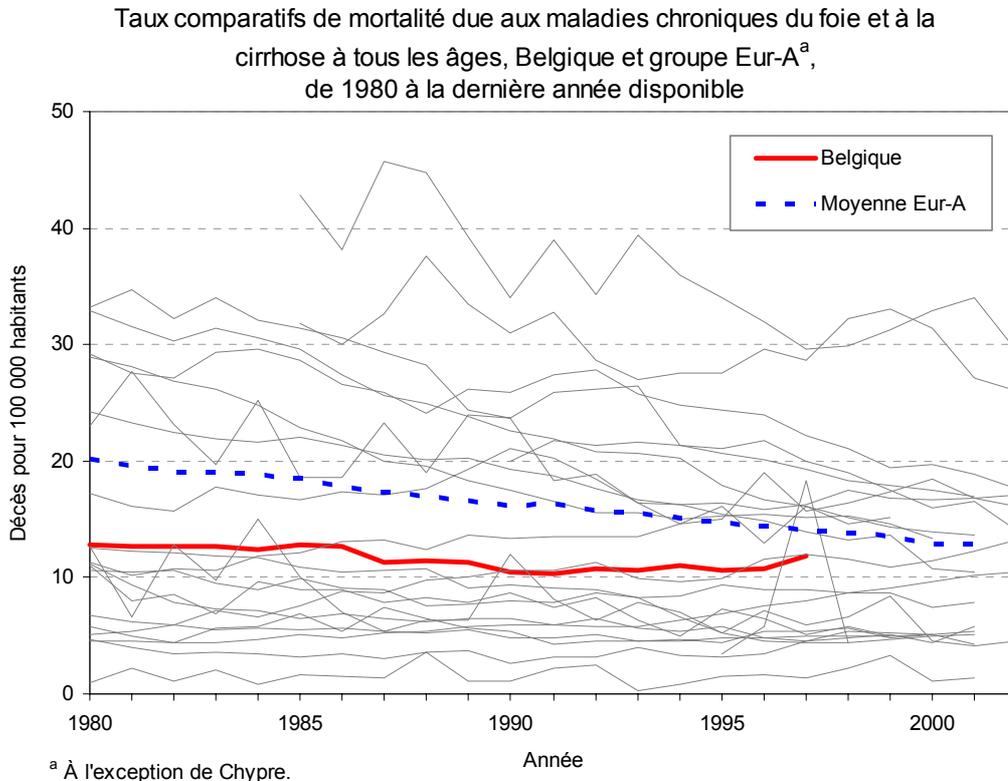
Alcool

Deux des principaux problèmes de santé publique sont liés à l'alcool : la consommation régulière de quantités relativement importantes de boissons alcoolisées et les pratiques nocives, telles que la consommation d'une bouteille de vin ou équivalent en peu de temps ou l'absorption d'au moins cinq boissons « standard » d'affilée. Ces deux pratiques entraînent des problèmes de santé ou aggravent les problèmes existants et augmentent le risque de blessures pour le buveur et pour les autres (Commission européenne, 2003).

En 2001, les niveaux de consommation d'alcool pur en Belgique étaient inférieurs d'environ 7 % à ceux de l'ensemble du groupe Eur-A.

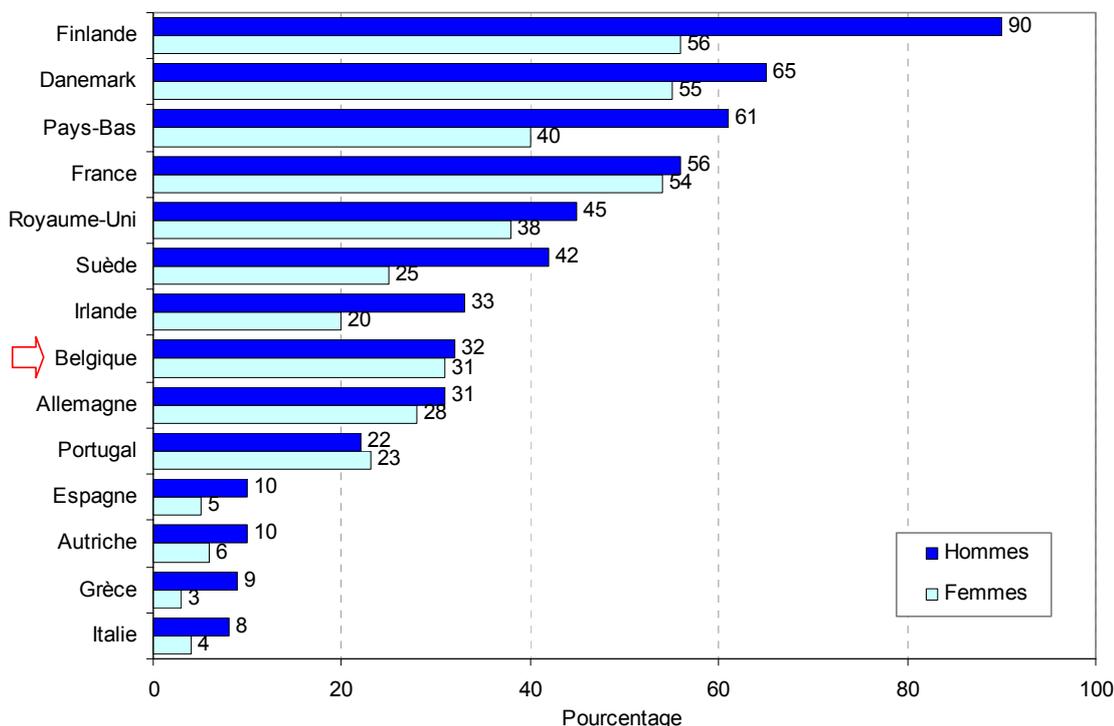


La mortalité due à la cirrhose alcoolique du foie est l'indicateur classique des effets nuisibles de la consommation excessive chronique de boissons alcoolisées. La Belgique a un taux de mortalité due aux maladies chroniques du foie et à la cirrhose inférieur à celui du groupe Eur-A mais qui semble se rapprocher de la moyenne.



La mortalité due à la cirrhose formellement attribuée à l'alcool est un autre indicateur des effets nuisibles de cette substance, mais la classification des décès dus à la cirrhose alcoolique varie d'un pays à l'autre, ce qui rend les comparaisons entre pays sujettes à caution. Ce schéma est donc descriptif et montre dans quel cas l'alcool était le facteur de risque le plus important ayant contribué aux décès dus à une cirrhose, dans un pays donné. En Belgique, entre 1987 et 1995, l'alcool a été à l'origine de 32 % du nombre total des décès due à la cirrhose chez les hommes et de 31 % chez les femmes (Hemström et al., 2002).

Mortalité due à la cirrhose alcoolique du foie, exprimée en pourcentage de la mortalité totale due à la cirrhose du foie, plusieurs pays du groupe Eur-A, moyennes de 1987 à 1995



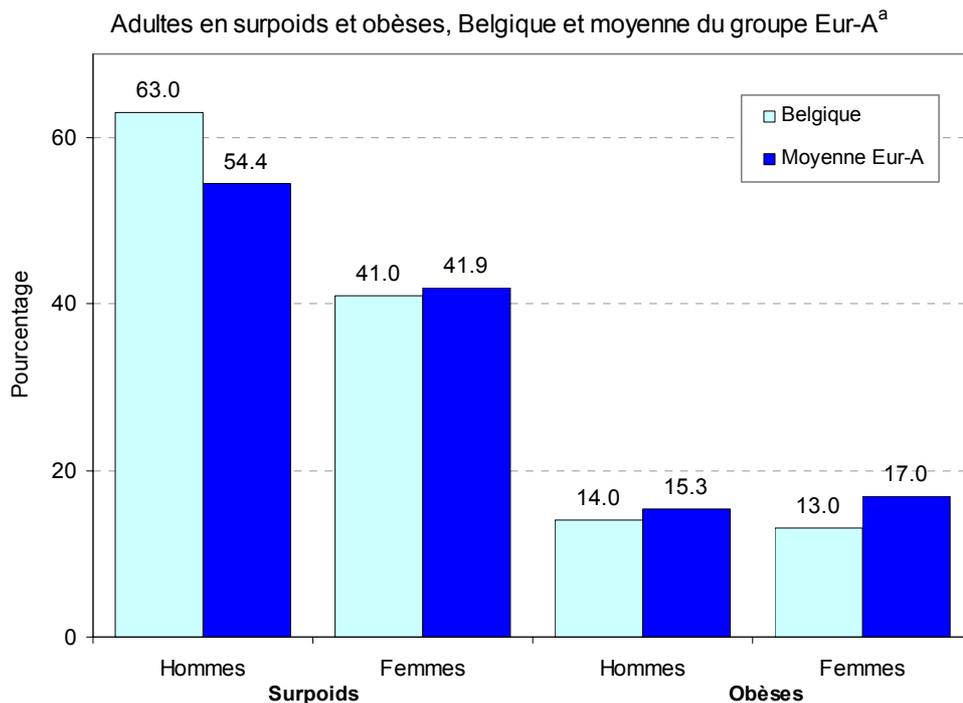
Remarque : les données relatives à l'Allemagne concernent le territoire de la République fédérale d'Allemagne jusqu'au 3 octobre 1990.

Source : Hemström et al. (2002).

Surcharge pondérale

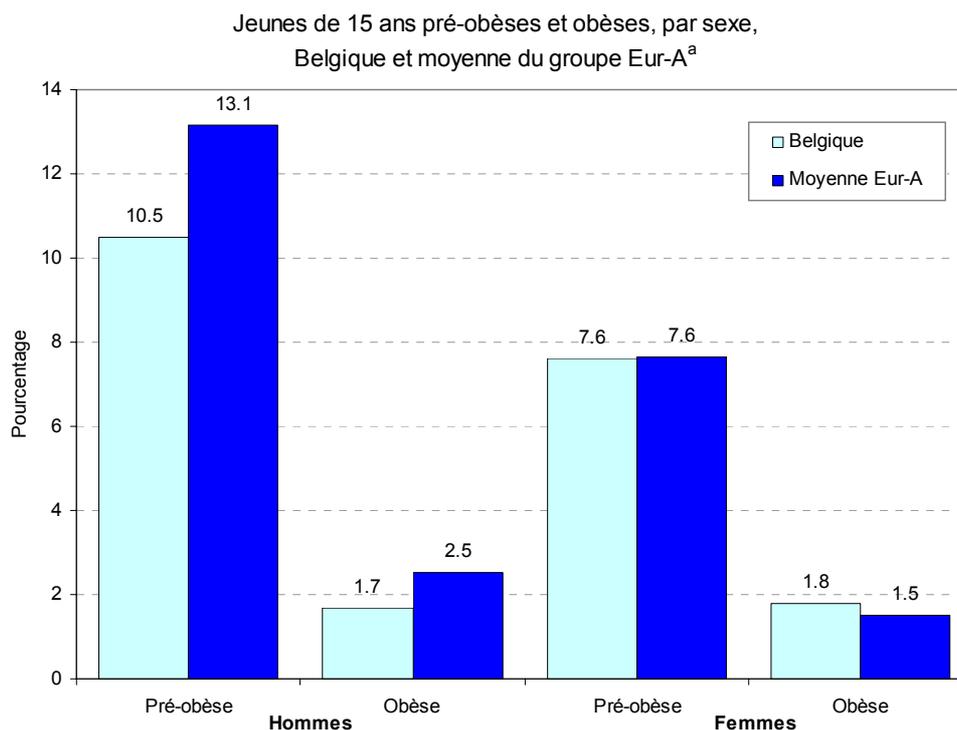
Les études réalisées ont prouvé que la surcharge pondérale, ou surpoids, favorisait les maladies cardiovasculaires et le cancer. Dans les 15 pays qui formaient l'Union européenne avant mai 2004, les chercheurs estiment que ce problème pourrait être responsable de 5 % de l'ensemble des cancers (3 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) et, d'une façon générale, de près de 300 000 décès annuels (Banegas, 2002 ; Bergstrom et al., 2001). En ce qui concerne les enfants et les adolescents, le principal problème de la surcharge pondérale, et en particulier de l'obésité, est sa persistance à l'âge adulte et son lien avec le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires (Stark et al., 1981).

En Belgique, 63 % des hommes et 41 % des femmes présentent une surcharge pondérale, d'après les recommandations en matière d'IMC. Chez les hommes, cette surcharge est nettement supérieure à la moyenne du groupe Eur-A et chez les femmes, elle est légèrement inférieure. Près de 14 % des hommes et 13 % des femmes sont obèses (Robertson et al., 2004).



^a À l'exception de Autriche, Croatie, Chypre, Islande, Irlande, Luxembourg, Saint-Marin et Slovénie.
Sources : Robertson et al. (2004), the Danish Nutrition Council (2003) pour les données sur le Danemark et Israeli Center for Disease Control (2003) pour les données sur Israël.

D'après les données autodéclarées sur la taille et le poids recueillies en milieu scolaire et ajustées par rapport à l'IMC des adultes, chez les adolescents de 15 ans en Belgique, 11 % des garçons sont en surpoids (pré-obésité) et 2 % sont obèses ; 8 % des filles sont en surpoids et 2 % sont obèses.



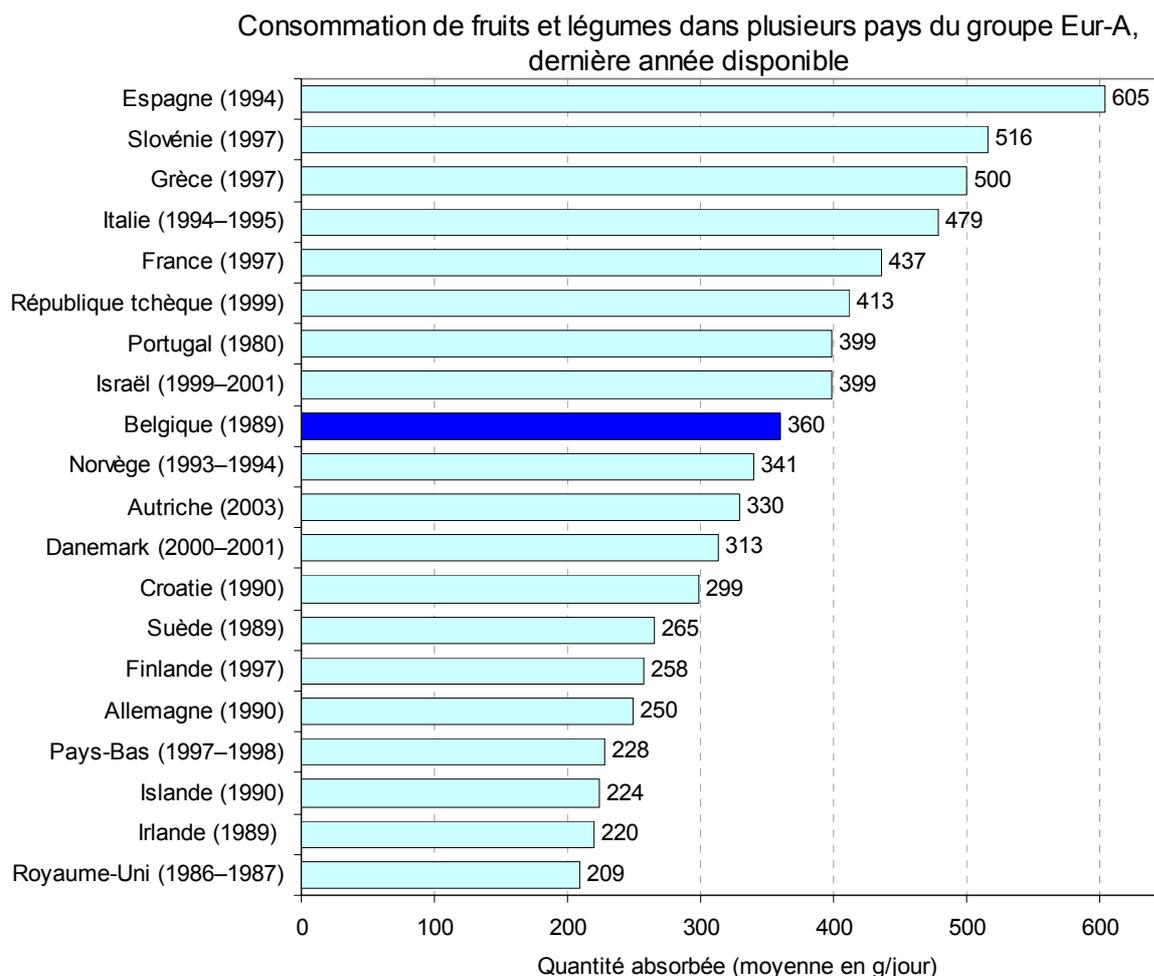
^a À l'exception de Chypre, Islande, Luxembourg et Saint-Marin.

Sources : Mulvihill et al. (2004) et the Danish Nutrition Council (2003) pour les données sur le Danemark.

Consommation de fruits et de légumes

L'alimentation joue un rôle important dans l'apparition des maladies cardiovasculaires et des cancers. D'après des estimations prudentes, de meilleures habitudes alimentaires permettraient d'éviter près d'un tiers des maladies cardiovasculaires et un tiers de l'ensemble des cancers à l'échelle mondiale (Robertson et al., 2004). La tension artérielle, le cholestérol sérique, le surpoids et l'obésité, ainsi qu'un régime alimentaire pauvre en fruits et légumes sont des facteurs de risque favorisant ces pathologies. Pour la grande partie de la population qui ne fume pas, l'alimentation est l'un des plus importants déterminants du risque de cancer sur lequel on peut agir.

D'après les estimations, une consommation insuffisante de fruits et de légumes expliquerait près de 18 % des cancers gastro-intestinaux, environ 28 % des cardiopathies ischémiques et 18 % des accidents vasculaires cérébraux dans la Région européenne. L'OMS recommande de consommer plus de 400 g de fruits et légumes par jour. En Belgique, elle est de 360 g. Il est à noter que la consommation moyenne de fruits et légumes ne rend pas compte de la répartition de cette consommation au sein de la population. D'après les données relatives aux pays de l'Union européenne d'avant mai 2004, les personnes ayant des revenus élevés mangent généralement plus de fruits et de légumes que celles ayant des revenus faibles (Joffe & Robertson, 2001).



Sources : WHO Regional Office for Europe (2004b), Robertson et al. (2004) pour les données sur Allemagne, Grèce, Irlande et Espagne, IFEW (2003) pour les données sur Autriche, Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004) pour les données sur Danemark et Israeli Center for Disease Control (2003) pour les données sur Israël.

Activité physique

L'OMS et d'autres organismes nationaux et internationaux préconisent au moins 30 minutes d'activité physique par jour, définie comme tout mouvement du corps donnant lieu une dépense d'énergie. La promotion de l'activité physique est sans doute l'une des interventions les plus utiles du point de vue de la santé publique, car être actif réduit le risque de maladie cardiovasculaire, de diabète non insulino-dépendant et d'obésité, pour ne citer que ces maladies, favorise la coordination physique, augmente la force et contribue au bien-être mental. L'activité physique ne se limite pas au sport : elle est l'élément fondamental d'une vie saine et doit être intégrée dans la vie quotidienne. En Europe, plus de 30 % des adultes ne suivent pas les recommandations de l'OMS qui préconise 30 minutes d'activité physique par jour (Racioppi et al., 2002).

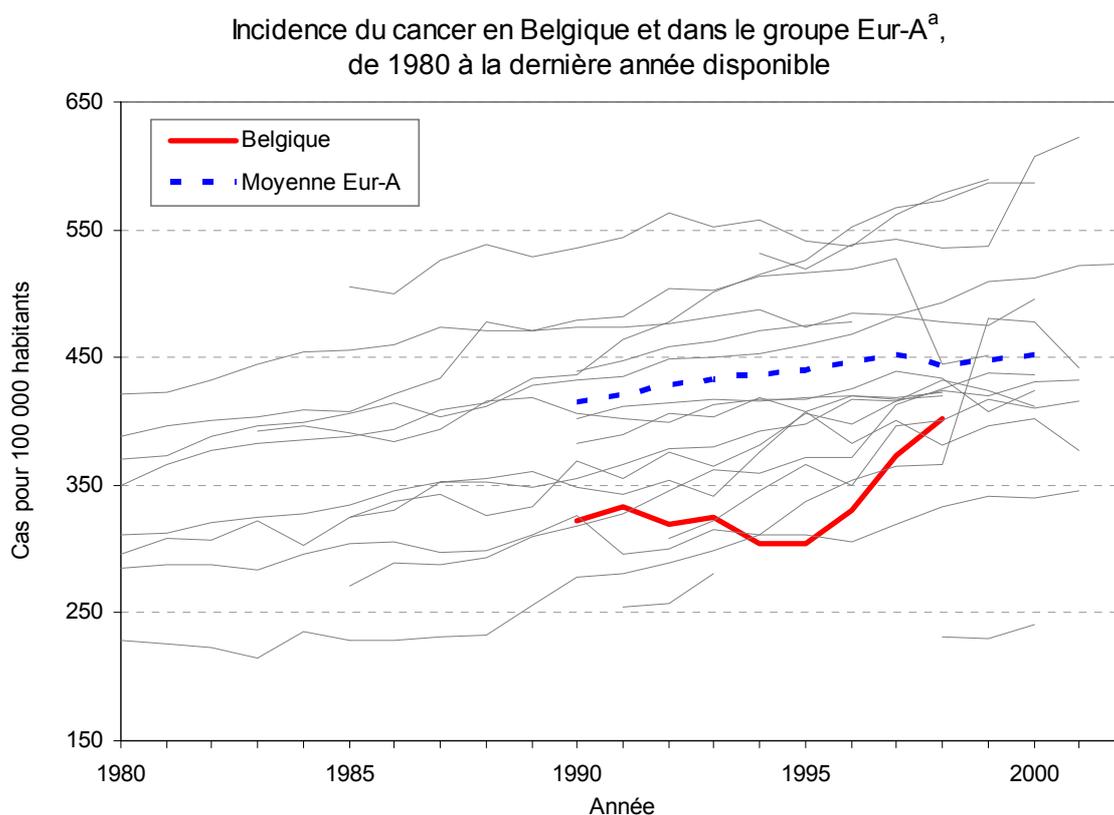
L'enquête sanitaire menée en 2001 en Belgique a montré qu'à partir de l'âge de 15 ans, 28 % des hommes et 36 % des femmes étaient sédentaires. En ce qui concerne les personnes de 65 ans et plus, ce chiffre était de 37 % chez les hommes et de 56 % chez les femmes (CenStat, 2001; OMS, 2004a).

Maladies

Cancer

Le cancer représente 29 % des décès en Belgique, alors que la combinaison des décès et de la maladie dus au cancer, exprimée en AVCI (voir le tableau des groupes d'invalidité), représente entre 16 et 18 % de la charge de morbidité chez les Belges, hommes et femmes confondus. L'ensemble des indicateurs montrent que la charge que fait peser le cancer sur la population est principalement imputable aux décès, et non pas aux longues maladies qu'il provoque.

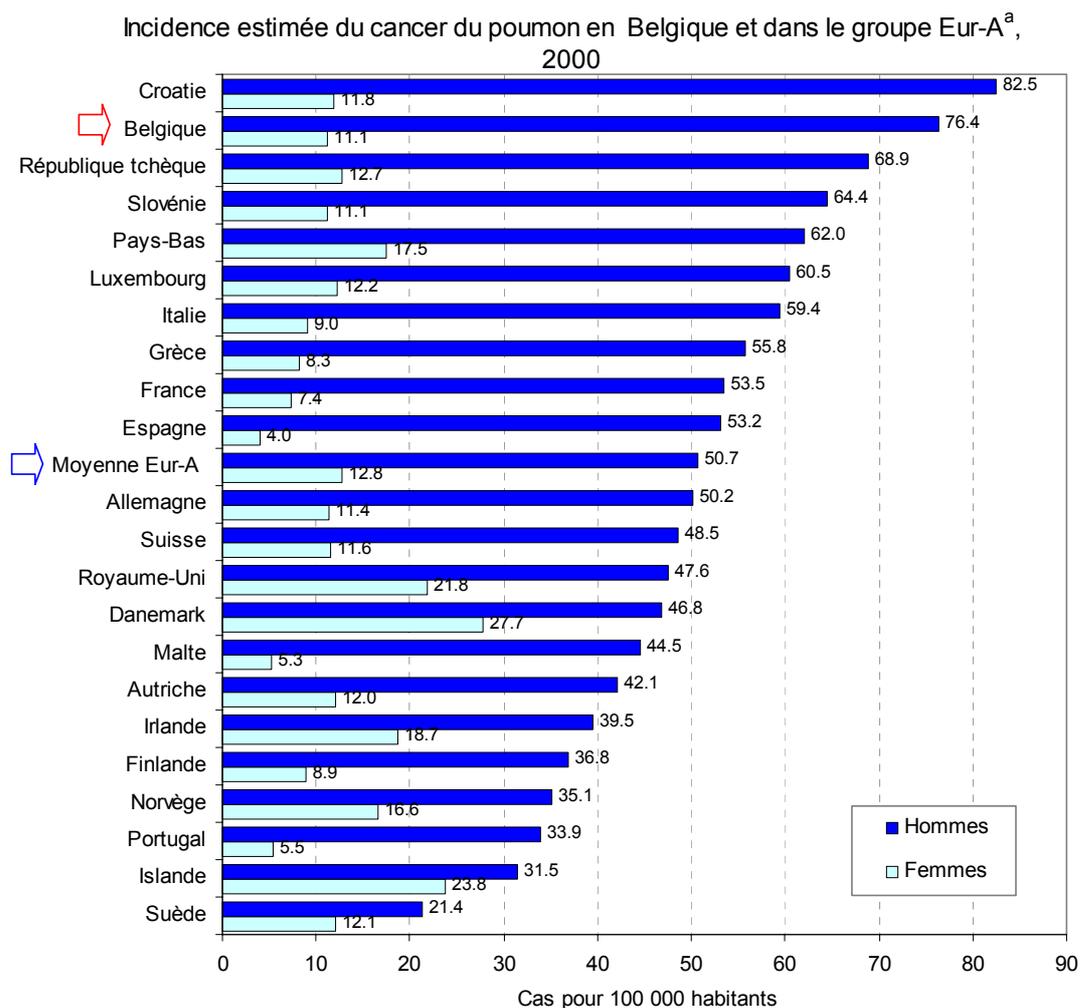
Dans la période comprise entre 1990 et 1998, pour laquelle il est possible de calculer un taux d'incidence moyen pour le groupe Eur-A, ce taux a augmenté de 25 % en Belgique, alors que celui du groupe Eur-A a augmenté d'environ 4 %.



^a À l'exception de Grèce, Saint-Marin, Espagne et Suisse.

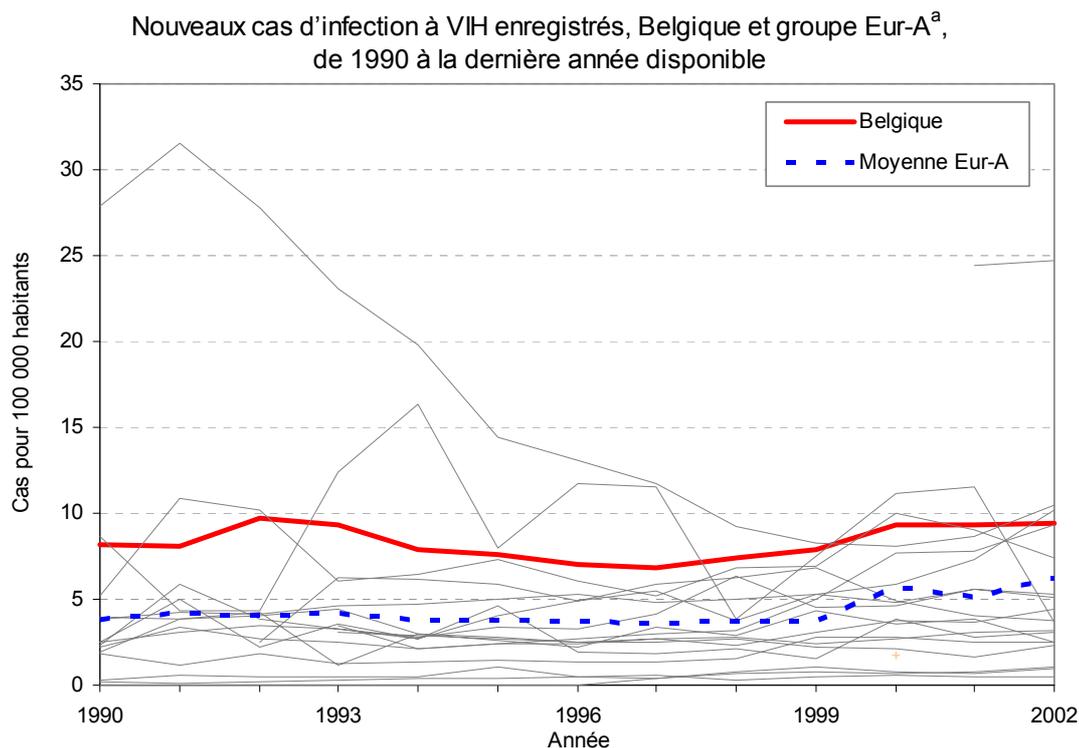
Le cancer du poumon est le cancer le plus répandu dans la Région et dans le monde. Son facteur de risque le plus important est le tabac (Tyczynski et al., 2002).

En 2000, l'incidence estimée du cancer du poumon chez les Belges de sexe masculin était la deuxième du groupe Eur-A, avec un chiffre plus de 50 % au-dessus de la moyenne de ce groupe. En ce qui concerne les femmes, il était à peu près dans la moyenne du groupe Eur-A.



Infection à VIH

La multiplication des échanges et des mouvements de population au sein de la Région européenne a favorisé la propagation des maladies infectieuses. En Europe occidentale, la surveillance des maladies transmissibles demeure insuffisante, notamment en ce qui concerne le dépistage et la déclaration des données sur l'infection à VIH. Les informations sur les nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués, et en particulier les comparaisons de taux dans les différents pays, doivent être interprétées avec précaution (EuroHIV, 2003a ,b).



^a À l'exception de Autriche, Chypre, France, Italie, Pays-Bas et Espagne.

Le taux d'infection à VIH en Belgique a été relativement stable au cours des dernières années mais il est encore élevé par rapport au taux correspondant au groupe Eur-A. En 2002, le taux de nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués était de 9,4 pour 100 000 habitants dans ce pays (EuroHIV, 2003b).

À la date du 30 juin 2003, on avait diagnostiqué une infection à VIH chez 16 371 personnes depuis le début de l'épidémie. L'incidence annuelle des nouveaux cas de VIH a été relativement stable, avec des pics en 1987 (928 cas), 1992 (977 cas) et, plus récemment, 2002 (981 cas). L'augmentation constatée ces dernières années est importante. Après une diminution entre 1992 et 1997, le nombre de nouveaux cas a augmenté de 42 % entre 1997 et 2002 et le chiffre déclaré en 2003 correspond au nombre de cas annuels le plus élevé depuis le début de la notification des données.

Parmi les sujets pour lesquels on connaît le mode de transmission (9 686), la plupart ont été contaminés lors de rapports hétérosexuels (57 %) ou homosexuels et bisexuels (29 %). En plus de ces cas, on compte 6 % de toxicomanes par voie intraveineuse.

L'analyse par mode de transmission, sexe et nationalité montre que parmi les ressortissants belges de sexe masculin, 67 % ont été contaminés par voie homosexuelle ou bisexuelle et 5 % lors d'injections de drogue. Parmi les femmes de nationalité belge, 76 % ont été contaminées par voie hétérosexuelle.

En ce qui concerne les ressortissants étrangers, hommes et femmes confondus, la plupart ont été contaminés par voie hétérosexuelle (62 % pour les hommes et 86 % pour les femmes). Sur l'ensemble des sujets dont on connaît la nationalité (11 075), 60 % sont des ressortissants étrangers, pour la plupart originaires d'Afrique subsaharienne.

L'incidence du sida continue de diminuer parmi les ressortissants belges, alors que parmi les étrangers, elle reste relativement stable ou augmente légèrement, notamment chez les personnes ne résidant pas en Belgique et dont la maladie a été diagnostiquée peu de temps après leur arrivée dans le pays. Depuis 1997, la majorité des nouveaux cas de sida répertoriés en Belgique l'ont été parmi des ressortissants étrangers.

Ces chiffres semblent indiquer l'existence de deux épidémies : l'une, relativement stable ou en diminution chez les personnes de nationalité belge, et une autre, qui semble s'intensifier, chez les ressortissants étrangers (ONUSIDA et OMS, 2004).

Hépatite C

Depuis la mise en place de la recherche du virus de l'hépatite C dans le sang et les produits sanguins dans les pays de l'Union européenne d'avant mai 2004, la transmission de ce virus a considérablement diminué. Les toxicomanes par voie intraveineuse représentent désormais le groupe le plus exposé, avec 60 à 90 % des nouvelles infections. Les jeunes et les personnes récemment initiées à la toxicomanie par voie intraveineuse ont un risque élevé de contracter le virus peu de temps après la première injection.

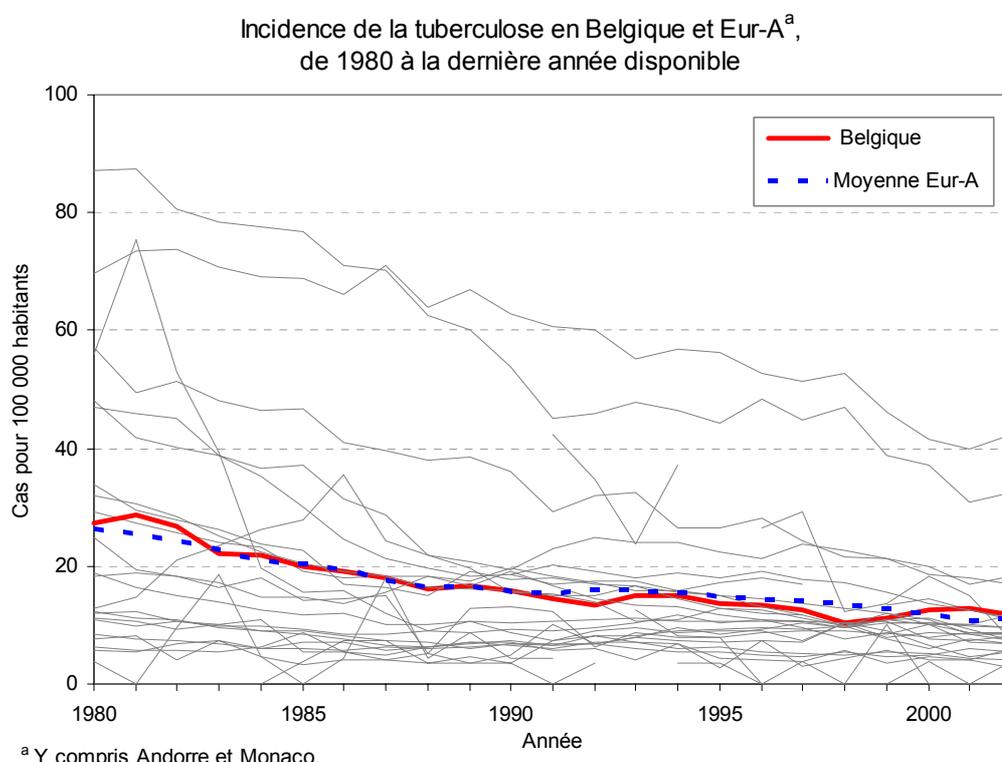
L'augmentation de la toxicomanie par voie intraveineuse va de pair avec l'augmentation du risque d'apparition d'une épidémie d'hépatite C. L'exclusion sociale est un facteur déterminant et une caractéristique de la propagation de l'infection (EMCDDA, 2004). D'après les prévisions, l'hépatite C aura des effets à long terme considérables en termes de dépenses de soins de santé et de souffrances individuelles.

En Belgique, des dépistages limités pratiqués localement dans des lieux d'échange de seringues ont permis d'établir qu'environ 39 % des toxicomanes par voie intraveineuse étaient contaminés par le virus de l'hépatite C (OEDT, 2003).

Tuberculose

De 1995 à 2001, les taux de notification de la tuberculose ont globalement diminué en Europe occidentale. La pharmacorésistance reste relativement faible dans les pays ayant notifié leurs données, ce qui indique que la lutte contre la tuberculose est dans l'ensemble efficace (EuroTB, 2003). On enregistre généralement des taux élevés dans les poches de populations à risque (par exemple, les immigrés et les réfugiés venant de zones dans lesquelles l'incidence de la tuberculose est élevée) et parmi les populations autochtones pauvres, les sans-abri et les prisonniers. Les taux élevés sont également associés à l'infection à VIH.

L'incidence de la tuberculose en Belgique a diminué de 14 % depuis 1995 contre 26 % dans l'ensemble des pays du groupe Eur-A. En 2002, le taux enregistré en Belgique était proche de la moyenne du groupe Eur-A : respectivement 11,7 et 10,9 pour 100 000 habitants.

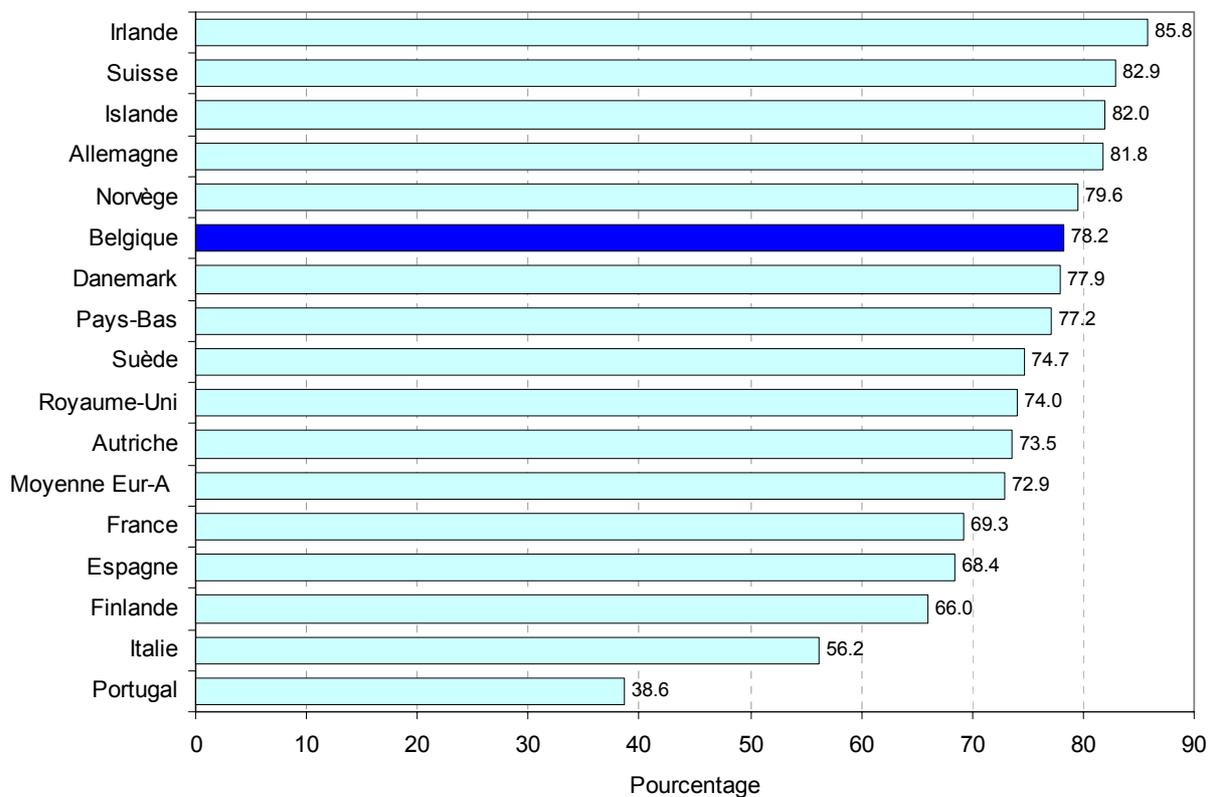


État de santé : données autodéclarées

Habituellement, la population est bien informée sur son état de santé, sur les conséquences positives et négatives de ses comportements et sur l'utilisation qu'elle fait des services de soins de santé. Pourtant, la vision qu'un individu a de sa santé peut être différente de ce que les données administratives et celles établies à partir des examens pratiqués nous apprennent sur les maladies au sein des populations. C'est pourquoi les résultats des études fondées sur l'autodéclaration au niveau des ménages complètent les autres données sur la situation sanitaire et l'utilisation des services.

D'après les données autodéclarées sur l'état de santé des habitants de la Belgique, 78 % des adultes s'estiment en bonne ou en assez bonne santé, contre 73 % dans le groupe Eur-A (Kasmel et al., 2004).

Personnes se considérant en bonne ou en très bonne santé, plusieurs pays du groupe Eur-A, de 1997 à 2000



Sources : European Commission (2003) et Kasmel et al. (2004) pour les données sur Finlande.

Système de santé¹

Organisation du système de santé

La Belgique a un régime d'assurance obligatoire soins de santé fondé sur le modèle de la sécurité sociale. Les soins de santé sont financés par des sources publiques et dispensés principalement par le secteur privé. L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité supervise l'organisation générale du système de soins de santé et est chargé du transfert des ressources financières aux caisses de maladie gérées par le secteur privé et à but non lucratif. Les patients peuvent choisir librement leur prestataire de soins, leur établissement hospitalier et leur caisse de maladie.

L'assurance maladie obligatoire garantit un ensemble complet de prestations à 99 % de la population. Le remboursement par les différentes caisses de maladie dépend de la nature du service, du statut juridique du prestataire et de la situation de l'assuré. Une distinction est faite entre les personnes remboursées au tarif normal et celles bénéficiant d'un remboursement majoré (les groupes sociaux vulnérables).

Quatre-vingts pour cent des travailleurs indépendants sont couverts par une caisse d'assurance maladie auxiliaire pour les petits risques. Les caisses de maladie proposent à leurs assurés une assurance maladie complémentaire. Les assurances privées proposées par des entreprises à but lucratif occupent encore une part de marché très limitée, mais elles progressent peu à peu du fait de la réduction de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie obligatoire.

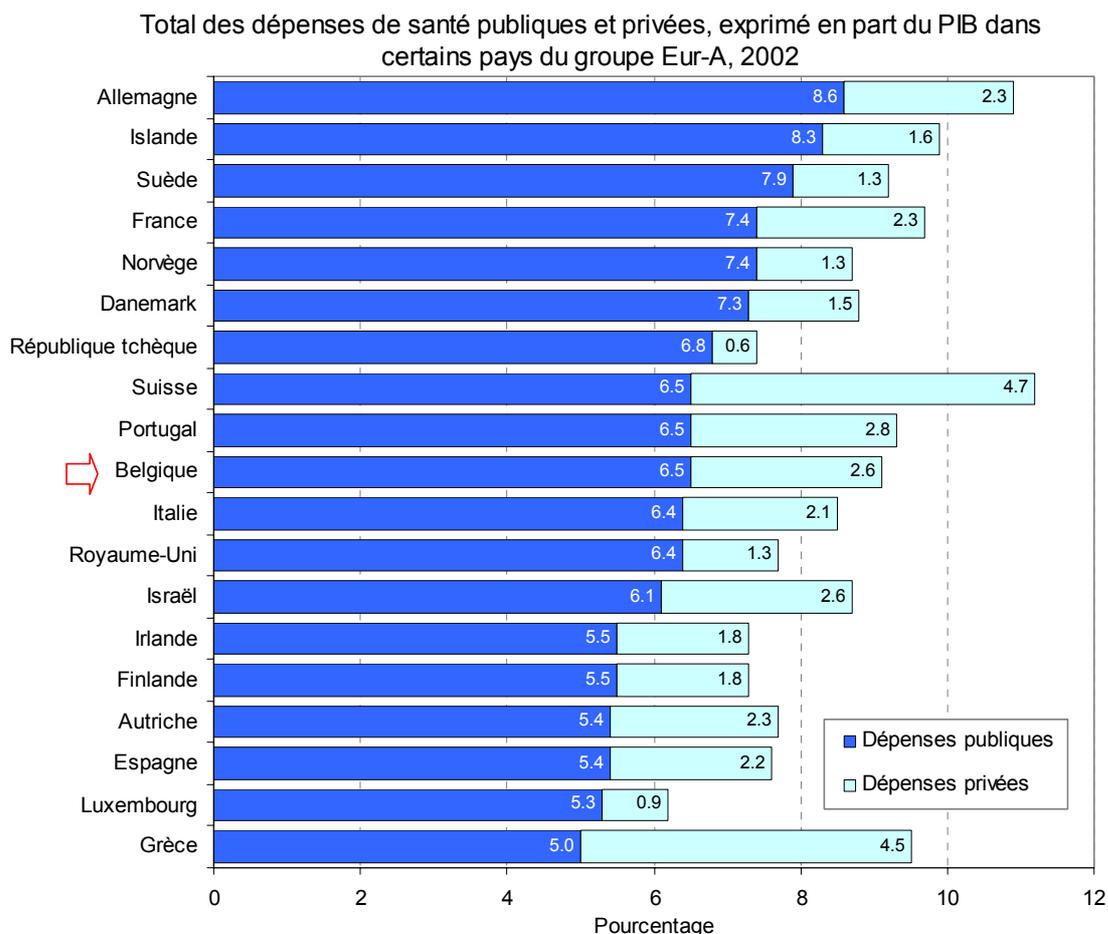
Le gouvernement fédéral contrôle et supervise toutes les branches du système de sécurité sociale, notamment l'assurance maladie. Cependant, pour ce qui est des soins préventifs et de la promotion de la santé, presque toutes les responsabilités ont été transférées aux communautés et aux régions.

Financement et dépenses en soins de santé

L'assurance maladie obligatoire est principalement financée par les cotisations patronales et salariales. Il existe un régime pour les travailleurs salariés et un autre pour les travailleurs indépendants, mais ils vont fusionner en juillet 2006. Actuellement, les recettes supplémentaires provenant de la TVA sont réparties entre ces deux régimes. Les caisses de maladie sont financées en partie par un budget prévisionnel pondéré en fonction des risques et rétrospectivement calculé d'après la part du total des dépenses de chacune. L'État leur alloue en plus des subventions couvrant les frais administratifs. Les patients financent 19,1 % des dépenses de santé, principalement par le biais des paiements directs mais aussi par celui des primes qu'ils versent aux organismes d'assurance maladie volontaire.

En 2002, le total des dépenses de santé était supérieur à la moyenne du groupe Eur-A et représentait 9,1 % du PIB, 71 % correspondant aux dépenses publiques. Calculées en parité de pouvoir d'achat, les dépenses de soins de santé s'élevaient à 2 515 dollars des États-Unis par habitant (Annexe. Dépenses totales en santé par habitant).

¹ La présente section s'appuie sur des publications de l'Observatoire européen des systèmes de santé (2000 ; 2002a-c)



Les autorités du gouvernement fédéral et des communautés fixent le budget annuel de l'assurance maladie obligatoire et les budgets alloués aux différents secteurs. En Belgique, les soins de santé sont principalement dispensés par le secteur privé. La plupart des médecins, dentistes, pharmaciens et kinésithérapeutes exercent à titre libéral et sont rémunérés à l'acte. Les tarifs sont négociés au niveau national entre le Comité national des caisses d'assurance maladie et les représentants des prestataires. Les autres professionnels de santé sont presque tous salariés. En règle générale, les hôpitaux sont financés par un double système : une somme forfaitaire prévisionnelle fixe leur est versée pour les services d'hébergement et il existe un système de rémunération à l'acte pour les services médicaux et techniques.

Dispensation de soins de santé

Les soins de santé sont principalement dispensés par des médecins généralistes et des spécialistes indépendants exerçant à titre privé. Il n'existe pas de système d'orientation des patients vers des spécialistes. En 2002, le nombre moyen de consultations par personne était relativement élevé (7,3, contre 6,2 pour la moyenne des 15 pays composant l'Union européenne jusqu'au mois de mai 2004).

En 2001, la Belgique disposait de 5,8 lits aigus pour 1 000 habitants, la moyenne du groupe Eur-A étant égale à 4,1. En 2003, on comptait 218 établissements hospitaliers à but non lucratif, dont 149 hôpitaux généraux et 69 hôpitaux psychiatriques. La majorité des hôpitaux (147) sont des établissements privés. La législation hospitalière et le mécanisme de financement sont les mêmes dans le secteur public et dans le secteur privé. De 1980 à 2003, le nombre d'hôpitaux a chuté de 521 à 218 et la capacité moyenne d'un hôpital est passée de 177 à 325 lits. Sur les 218 hôpitaux, 55 % étaient situés en Flandres, 30 % en Wallonie et 15 % dans la région de Bruxelles.

Les communautés sont chargées de la promotion de la santé et des services de prévention, à l'exception des mesures nationales de prévention. Différents services et politiques en matière de santé publique sont mis en place dans les communautés française et flamande.

En 2002, la Belgique comptait 4,5 médecins pour 1 000 habitants (Annexe. Ressources en matière de soins de santé). Au cours des 30 dernières années, le nombre de professionnels dans la plupart des branches des soins de santé a doublé, voire triplé, essentiellement en raison d'un manque de contrôle de l'offre. Il y a peu encore, il n'existait pas de numerus clausus à l'entrée des établissements préparant à ces professions, d'où un nombre de médecins et d'infirmiers par habitants très élevé par rapport au reste de l'Europe occidentale.

Problèmes et perspectives

Le système de santé belge assure à la quasi-totalité de la population une couverture complète en matière de soins de santé tout en garantissant une grande liberté de choix aux assurés comme aux prestataires.

La maîtrise des coûts et l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé sont les deux principaux objectifs du gouvernement belge depuis les années 1980.

Dans le secteur hospitalier, le passage d'un système de financement fondé sur un tarif à la journée à un système de paiement prévisionnel forfaitaire par groupes homogènes de patients a donné de bons résultats en termes de maîtrise des coûts. Le financement des hôpitaux, qui s'appuyait autrefois sur des éléments structurels tels que le nombre de lits agréés, tient aujourd'hui compte de la notion d'« activité justifiée de l'hôpital ». Cette activité justifiée est fonction du « case-mix » de l'hôpital et de la durée moyenne nationale de séjour par groupe homogène de patients. Afin d'encourager l'hospitalisation de jour, on a intégré un jour d'hospitalisation dans le calcul de l'activité justifiée.

Concernant la politique en matière de produits pharmaceutiques, les procédures de remboursement ont été simplifiées, le processus de vérification des médicaments nouveaux ou existants a été amélioré grâce à des méthodes scientifiques et un système de remboursement de référence a été mis en place afin d'encourager l'utilisation des médicaments génériques.

Les gains en termes d'efficacité obtenus grâce au transfert de responsabilités financières aux caisses de maladie ont été limités du fait que ces caisses n'ont pas le droit de passer des contrats avec des prestataires et ne peuvent donc pas influencer leurs pratiques de façon significative.

D'autres mesures portant essentiellement sur des baisses des tarifs, une restriction de l'offre et des augmentations du ticket modérateur ont été instaurées. Néanmoins, elles n'ont pas encore réellement permis de juguler les dépenses publiques. Dans ce contexte, la division des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements régionaux est considérée comme un obstacle supplémentaire.

Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé, un système de remboursement préférentiel et d'exonérations sociales et fiscales a été mis en place. Or, l'exonération sociale ne s'applique qu'à certaines catégories sociales et l'exonération fiscale permet uniquement d'être remboursé après un délai moyen de deux ans, c'est pourquoi on a lancé le système du « maximum à facturer » (MAF). Ce système vise à améliorer l'accessibilité aux soins en limitant les soins de santé d'un ménage à un montant maximal déterminé, variant soit en fonction des revenus du ménage, soit en fonction de la catégorie sociale à laquelle appartient le bénéficiaire.

Références

- Babor T et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.
- Banegas JR (2002). *A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union*. Madrid, Department of Preventive Medicine and Public Health, Autonomous University of Madrid.
- Bergstrom A et al. (2001). Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. *International Journal of Cancer*, 91:421–430.
- Bostock Y (2003). *Searching for the solution: women, smoking and inequalities in Europe*. London, Health Development Agency, National Health Service.
- Broring G et al., eds. (2003). *Access to care: privilege or right? Migration and HIV vulnerability in Europe*. Woerden, NIGZ European Project AIDS & Mobility (http://212.206.44.60/systeem3/pdf/Country_report_oct031.pdf, accessed 8 June 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2001b) *La pauvreté et la santé – données disponibles et action menée dans la Région européenne de l’OMS*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (http://www.euro.who.int/SocioEconomicDeterminants/poverty/20030530_5, consulté le 25 août 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2002a) *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe : 156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>, consulté le 28 mai 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004b) *Comparative analysis of food and nutrition policies in WHO European Member States: full report*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (<http://www.euro.who.int/document/e81506.pdf>, consulté le 27 mai 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004c) Base de données européenne de la Santé pour tous [base de données en ligne]. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (<http://www.euro.who.int/hfad>, consulté le 20 juillet 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004g) *Tobacco-free Europe. Policy*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20040614_1, consulté le 19 août 2004).
- Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (2004h). *La stratégie européenne sur les maladies non transmissibles*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe (<http://www.euro.who.int/document/rc54/fdoc08.pdf?language=French>, consulté le 26 octobre 2004).
- CEE-ONU (2003). *Trends in Europe and North America. The statistical yearbook of the United Nations Economic Commission for Europe 2003*. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l’Europe : Chapitre 4 (http://www.unece.org/stats/trend/trend_h.htm, consulté le 25 mai 2004).
- CenStat (2001). *Health interview survey Belgium 2001*. Diepenbeek, Center for Statistics, Limburgs Universitair Centrum (unpublished data).
- Central Bureau of Statistics of Israel (2003). *Statistical abstract of Israel 2003, No. 54*. Jerusalem, Central Bureau of Statistics of Israel.
- Centre international d’études pénitentiaires (2004). *World prison brief*. Londres, Centre international d’études pénitentiaires (<http://www.prisonstudies.org>, consulté le 08 juin 2004).
- Commission européenne (2003). *Health in Europe: results from 1997–2000 surveys*. Luxembourg, Commission européenne (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1073,1135281,1073_1135295&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-57-03-184, consulté le 7 juin 2004).
- Conseil de l’Europe (2003). *Évolution démographique récente en Europe 2003*. Strasbourg, Conseil de l’Europe.
-

Currie C et al., eds. (2000). *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents. No. 1; http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf, consulté le 8 juin 2004).

Currie C et al., eds. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey [La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) : rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002]*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 8 juin 2004).

Danish Institute of Food and Veterinary Research (2004). *Udviklingen i danskernes kost 1985–2001 med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for sund livsstil [Trends in diet in Denmark from 1985 to 2001 with a focus on sugar and alcohol and the motivation for and barriers to healthy lifestyles]*. Søborg, Danish Institute of Food and Veterinary Research (http://www.dfvf.dk/Files/Filer/Ernaering/kostundersogelser/Danskernes_kost_1985_til_2001.pdf, consulté le 15 septembre 2004).

Danish Nutrition Council (2003). *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats [Denmark's obesity epidemic. Proposal for preventive efforts]*. Søborg, Danish Nutrition Council (http://www.ernaeringsraadet.dk/pdf/Fedme_2003.PDF, consulté le 30 septembre 2004).

EMCDDA (2004). *Hepatitis C: the "hidden epidemic"*. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (News Release, No. 1, <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=6771&sLanguageISO=EN>, accessed 12 January 2005).

EuroHIV (2003a). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (Rapport du 2^{ème} semestre 2002, n° 68 ; <http://www.eurohiv.org/>, consulté le 28 mai 2004).

EuroHIV (2003b). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (Rapport du 1^{er} semestre 2003, n° 69 ; <http://www.eurohiv.org/>, consulté le 28 mai 2004).

EUROSTAT (2004). *NewCronos: Base de données de référence d'Eurostat [base de données en ligne]*. Luxembourg, Office statistique des Communautés européennes (http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1, consulté le 13 janvier 2005).

EuroTB (2003). *Surveillance of tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2001*. Saint-Maurice, Institut de veille sanitaire (http://www.eurotb.org/rapports/2001/etb_2001_full_report.pdf, consulté le 7 juin 2004).

Hemström O, Leifman H, Ramstedt M (2002). The ECAS survey on drinking patterns and alcohol-related problems. In: Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, Almqvist and Wiksell International.

HIPP (2003). *Déclaration. Santé en prison et santé publique*. Moscou, 24 Octobre 2003. Londres, Health in Prisons Project (http://www.hipp-europe.org/news/moscow_declaration_eng04.pdf, consulté le 25 Juin 2004).

IFEW (2003). *Austrian nutrition report 2003*. English summary. Vienne, Institut des sciences de la nutrition, Université de Vienne (http://www.univie.ac.at/Ernaehrungswissenschaften/oeeb/OEB2003_sum.pdf, consulté le 24 novembre 2004).

Israeli Center for Disease Control (2003). *MABAT – First Israeli national health and nutrition survey 1999–2001. Part 1 – General findings*. Tel Hashomer, Israeli Ministry of Health (Publication no. 225).

Joffe M, Robertson A (2001). The potential contribution of increased vegetable and fruit consumption to health gain in the European Union. *Public Health Nutrition*, 4(4):893–901.

- Kasmel A et al. (2004). Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health*, 14:32–36.
- Knapp M et al. (2004). *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care: proposal for analytical study*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20021104_4, accessed 8 June 2004).
- Martikainen P et al. (2001). Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30(6):1397–1405.
- Mulvihill C et al. (2004). Body image, weight control and body weight. In: Currie C, Roberts C, Morgan A et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe:120–129 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationsources/publications/catalogue/20040518_1, consulté le 8 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2000). *Health care systems in transition – Belgium 2000*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Health Care Systems in Transition; <http://www.euro.who.int/document/e71203.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002a). *Funding health care: options for Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 4; <http://www.euro.who.int/document/obs/Fhcpolbrief4.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002b). *Hospitals in a changing Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/obs/hosbrief170202.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- Observatoire européen des systèmes de soins de santé (2002c). *Regulating entrepreneurial behaviour in Europe*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Policy Briefs, No. 2; <http://www.euro.who.int/document/obs/regbrief170202.pdf>, consulté le 25 juin 2004).
- OCDE (2004b). Données sanitaires de l'OCDE 2004 [base de données en ligne]. Paris, Organisation de coopération et de développement économique (http://www.oecd.org/statisticsdata/0,2643,en_2649_34631_1_119656_1_1_1,00.html, consulté le 25 juin 2004).
- OECD (2004a). *Ageing and employment policies*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/37/0,2340,en_2649_201185_32019685_1_1_1_1,00.html, accessed 19 August 2004).
- OEDT (2002). *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège - 2002*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes (<http://ar2002.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>, consulté le 8 juin 2004).
- OEDT (2003). *Rapport annuel 2003: État du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes (<http://ar2003.emcdda.eu.int/fr/home-fr.html>, consulté le 25 juin 2004).
- OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>, consulté le 8 juin 2004).
- OMS (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé : 248 (<http://www.who.int/whr/2002/fr>, consulté le 25 mai 2004).
- OMS (2003a). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques. Rapport d'une consultation OMS/FAO d'experts*. Genève, Organisation mondiale de la santé (OMS, Série de rapports techniques, n° 916 ; <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/fr>, consulté le 28 mai 2004).
-

OMS (2003e). *The WHO reproductive health library, version 6*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/reproductive-health/rhl/index.html>, consulté le 25 juin 2004). Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2000).

OMS (2003f). *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2003/fr>, consulté le 25 mai 2004).

OMS (2004a). WHO global NCD infobase [base de données en ligne]. Genève, Organisation mondiale de la santé (http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBaseOnline/en/index.aspx, consulté le 30 août 2004).

OMS (2004b). *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – Changer le cours de l'histoire*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2004/fr>, consulté le 6 septembre 2004).

ONUSIDA, OMS (2003). *AIDS: epidemic update December 2003*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/epi2003/en/index.html>, consulté le 8 juin 2004).

ONUSIDA, OMS (2004). Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections, 2004 update [base de données en ligne]. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>, consulté le 28 juin 2004).

PNUD (2003). *Rapport sur le développement humain 2003. Objectifs de développement pour le Millénaire : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement.

PNUD (2004). *Rapport sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement.

Racioppi F et al. (2002). *A physically active life through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (<http://www.who.dk/document/e75662.pdf>, consulté le 30 août 2004).

Réseau des bases factuelles en santé (2003a). *Quels sont les principaux facteurs de risque responsables de l'invalidité chez les personnes âgées et quelles sont les mesures préventives?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).

Réseau des bases factuelles en santé (2003b). *Quelle est l'efficacité des soins anténatals?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).

Réseau des bases factuelles en santé (2003c). *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus économiques en matière de lutte contre le tabagisme?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).

Réseau des bases factuelles en santé (2004a). *Quels sont les avantages et les inconvénients de restructurer un système de soins de santé de manière à ce qu'il soit plus axé sur les services de soins primaires?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).

Réseau des bases factuelles en santé (2004b). *Quelles sont les interventions les plus efficaces et les plus rentables en matière de lutte contre l'alcoolisme?* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1?language=French, consulté le 28 mai 2004).

Robertson A et al., eds. (2004). *Food and health in Europe: a new basis for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 96; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8, accessed 28 May 2004).

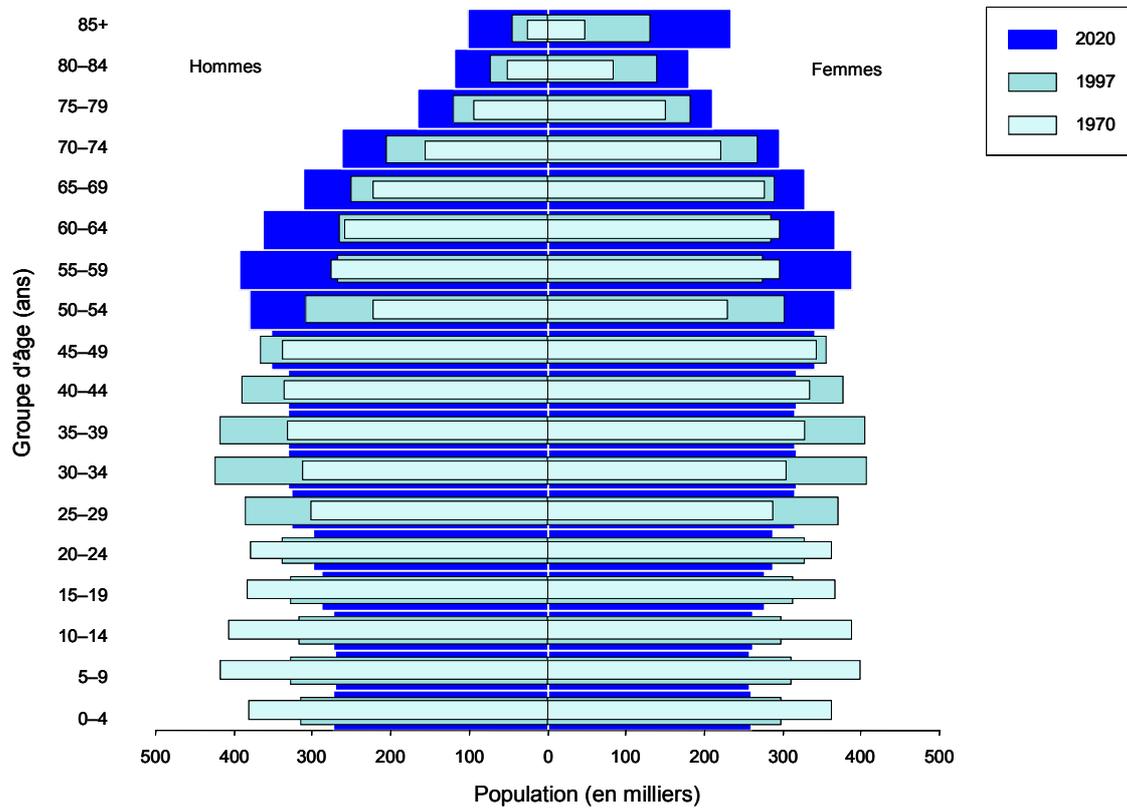
Stark D et al. (1981). Longitudinal study of obesity in the National Survey of Health and Development. *British Medical Journal*, 283:12–17.

- Tyczynski JE et al. (2002). Lung cancer in Europe. *ENCR Cancer Fact Sheets*, 1.
- United Nations (2002). World population prospects: the 2002 revision population database [base de données en ligne]. New York, Nations Unies (<http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=1>, consulté le 8 juin 2004).
- UNSD (2004). United Nations Statistics Division [base de données en ligne]. New York, Nations Unies Division statistique des Nations Unies (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/default.htm>, consulté le 19 août 2004).
- WHO (2003b). Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. Geneva, World Health Organization (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth; <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/mnp.pdf>, accessed 25 June 2004).
- WHO (2003c). *Project Atlas: mapping mental health resources in the world*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas, accessed 24 November 2004).
- WHO (2003d). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/tobacco/areas/framework/en>, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2000). *CINDI dietary guide*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e70041.pdf>, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2001a). *Mental health in Europe: country reports from the WHO European network on mental health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E76230.pdf>, accessed 8 June 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2002b). *European Strategy for Tobacco Control*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_3, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2003). *WHO European strategy for smoking cessation policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/tobaccofree/Policy/20030826_5, accessed 28 May 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004a). Alcohol control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/alcohol>, accessed 15 November 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004d). *The HIV/AIDS epidemic in Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/aids/20040326_1, cessed 25 June 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004e). *A strategy to prevent chronic disease in Europe: a focus on public health action: the CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e83057.pdf>, cessed 20 July 2004).
- WHO Regional Office for Europe (2004f). Tobacco control database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/tobacco>, accessed 8 June 2004).
- Ziglio E et al., eds. (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (Public Health Case Studies, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, consulté le 25 août 2004).
-

Annexes

Annexe. Pyramide des âges

Pyramide des âges pour la Belgique



Sources : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) et United Nations (2002).

Annexe. Données de la mortalité

Mortalité en Belgique par rapport à la moyenne du groupe Eur-A

Problème de santé	Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants		Surmortalité en Belgique (%)	Nombre total de décès en Belgique (%)	Nombre total de décès en Eur-A (%)
	Belgique (1997)	Moyenne Eur-A (2001)			
Maladies non transmissibles	569.7	519.5	9.7	79.1	79.9
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	246.4	246.3	0.0	34.2	37.9
Cardiopathie ischémique	82.1	97.3	- 15,7	11.4	15.0
Maladies cérébrovasculaires	59.9	62.0	- 3,3	8.3	9.5
Maladies de la circulation pulmonaire et autres maladies cardiaques	85.0	57.0	49.2	11.8	8.8
<i>Cancer</i>	206.6	181.8	13.6	28.7	28.0
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	52.4	37.0	41.8	7.3	5.7
Cancer du sein chez les femmes	35.0	27.1	29.2	4.9	4.2
Cancer du côlon, du rectum et de l'anus	22.1	20.7	6.8	3.1	3.2
Cancer de la prostate	34.6	25.0	38.5	4.8	3.8
<i>Maladies du système respiratoire</i>	68.6	47.7	43.7	9.5	7.3
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	33.0	20.0	64.7	4.6	3.1
Pneumonie	20.7	16.5	25.5	2.9	2.5
<i>Maladies du système digestif</i>	32.6	30.7	5.9	4.5	4.7
Maladie et cirrhose chroniques du foie	11.8	12.8	- 7,4	1.6	2.0
<i>Affections neuropsychiatriques</i>	15.5	13.0	19.6	2.2	2.0
Maladies transmissibles	9.0	8.1	12.0	1.3	1.2
VIH/Sida	0.8	0.9	- 7,9	0.1	0.1
Causes externes	54.3	39.5	37.5	7.5	6.1
<i>Causes non intentionnelles</i>	22.4	16.1	39.4	3.1	2.5
Accidents de la route	13.6	10.0	36.3	1.9	1.5
Chutes accidentelles	8.8	6.1	44.3	1.2	0.9
<i>Causes intentionnelles</i>	21.3	11.4	86.9	3.0	1.8
Suicide	19.6	10.5	87.6	2.7	1.6
Homicides et agressions	1.7	1.0	80.2	0.2	0.1
Causes mal déterminées	20.4	21.3	- 4,3	2.8	3.3
Toutes causes confondues	720.0	650.1	10.8	100.0	100.0

Annexe. Mortalité

Tableau 1. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 1 à 14 ans en Belgique et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	Belgique (1997)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	18.3	-22,0	17.0	-20.4	12.9	28.2
	M	20.5	-21,5	19.2	-20.3	12.6	32.2
	F	16.0	-22,6	14.8	-20.4	4.9	24.1
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	1.0	-37,9	0.9	-26.0		1.8
	F	0.4	-45,8	1.0	-21.8		1.6
Cardiopathie ischémique	M	0.0			-75.0		0.6
	F	0.0			-66.7		0.2
Maladies cérébrovasculaires	M	0.1	-81,0	0.2	-44.4		0.4
	F	0.3	8.7	0.2	-39.4		0.7
Cancer	M	4.6	56.7	3.3	-15.4		5.1
	F	3.7	34.7	2.7	-10.4		4.9
Cancer du poumon	M	0.0			-80.0		0.2
	F	0.0					0.3
Cancer du sein	F	0.1			100,0		0.1
	M	0.7	94.4	0.8	-13.7		3.0
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	0.4	-59,8	0.7	-11.9		2.4
	M	0.2	-31,4	0.3	-21.6		0.7
<i>Maladies du système digestif</i>	F	0.3	8.0	0.2	-25.0		2.6
	M	9.3	-24,7	6.4	-30.7	3.5	20.3
Causes externes	F	6.2	-23,6	4.0	-24.3		7.0
	M	3.4	-34,9	2.7	-30.3		8.0
Accidents de la route	F	2.9	-17,6	1.8	-29.3		4.1
	M	0.7	-39,6	0.4	-11.9		0.7
Suicide	F	0.0		0.1	0.0		0.6

-- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 2. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 15 à 24 ans en Belgique et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	Belgique (1997)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	63.2	-6,8	53.1	-13,2	37.4	69.7
	M	90.9	-5,3	77.8	-13,0	59.4	110.2
	F	34.8	-10,7	27.7	-13,2	13.9	34.8
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	3.6	7.2	3.3	-12,1		5.7
	F	1.6	-49,1	1.8	-13,1		2.9
Cardiopathie ischémique	M	0.3	106.7	0.3	-15,0		1.6
	F	0.0		0.1	-7,7		0.7
Maladies cérébrovasculaires	M	1.4	14.8	0.7	-13,6		1.4
	F	0.5	-22,2	0.4	-24,1		1.4
Cancer	M	6.2	52	5.4	-7,9		15.5
	F	4.3	2.1	3.7	-7,9		7.0
Cancer du poumon	M	0.2		0.1	-50,0		0.3
	F	0.0		0.0	-33,3		0.3
Cancer du sein	F	0.0		0.1	-16,7		0.3
	M	0.9	-38,8	1.1	-25,7		4.5
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	0.7	-58,6	0.8	-18,8		2.0
	M	0.2	-86,0	0.5	-28,8		1.2
<i>Maladies du système digestif</i>	F	0.2	-66,0	0.3	-30,4		1.1
	M	71.6	-7,1	54.9	-12,0	33.0	96.5
Causes externes	F	22.5	-6,0	14.3	-14,8	6.9	23.5
	M	38.2	-6,0	30.2	-9,3	14.9	71.1
Accidents de la route	F	11.9	-6,3	8.1	-10,7	2.6	14.3
	M	19.1	-9,8	11.2	-11,5		36.7
Suicide	F	5.4	-11,6	2.5	-24,3		7.5

-- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 3. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 25 à 64 ans en Belgique et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	Belgique (1997)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	351.8	-4,8	315.4	-13,1	218.8	449.7
	M	465.1	-5,9	425.4	-14,3	276.0	661.7
	F	240.9	-2,9	208.4	-11,0	128.0	322.5
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	115.4	-3,5	110.6	-20,8	72.2	225.0
	F	42.7	-3,7	38.2	-21,3	23.4	74.7
Cardiopathie ischémique	M	60.9	-5,0	59.8	-24,6	35.2	108.6
	F	14.7	-12,2	13.6	-28,0	5.4	28.6
Maladies cérébrovasculaires	M	18.5	9,6	17.4	-22,0	7.5	56.6
	F	12.7	14,2	10.5	-20,2	5.2	27.0
Cancer	M	167.3	-7,2	148.8	-9,8	91.0	217.2
	F	113.9	-4,4	102.4	-7,7	76.1	155.2
Cancer du poumon	M	64.6	-8,5	43.9	-12,8	18.5	71.0
	F	13.8	4,9	13.3	11,7	6.9	32.8
Cancer du sein	F	37.2	-7,0	27.5	-14,3	14.7	37.2
	M	25.0	-8,7	15.8	-19,2	8.5	29.7
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	11.4	0,4	7.9	-12,3	3.7	22.6
	M	29.9	13,6	31.8	-9,6	3.1	67.0
<i>Maladies du système digestif</i>	F	15.4	8,2	13.4	-7,5	4.2	26.2
	M	85.2	-4,8	59.9	-10,5	28.2	120.7
Causes externes	F	32.1	4,2	17.8	-10,6		33.1
	M	21.5	-13,0	15.8	-7,8	6.5	34.0
Accidents de la route	F	6.5	-3,1	4.3	-14,4		7.4
	M	39.1	1,2	21.2	-9,0	6.6	56.4
Suicide	F	15.8	10,3	6.8	-11,1		15.8

- = sans objet. Pas de chiffre = taux < 0,1

Tableau 4. Données de la mortalité pour les personnes âgées de 65 ans et plus en Belgique et dans le groupe Eur-A :
Taux comparatif de mortalité pour 100 000 habitants et évolution en pourcentage
de 1980 à la dernière année disponible

Causes de décès	Sexe	Belgique (1997)		Eur-A (2001)			
		Taux	Évolution (%)	Moyenne	Évolution (%)	Minimum	Maximum
Toutes causes confondues	Tous sexes confondus	4654.5	-2,5	4199.5	-11,5	3714.4	6010.0
	M	6202.1	-3,1	5328.5	-13,2	4658.1	7580.8
	F	3706.1	-2,0	3460.2	-11,5	2937.7	5088.6
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	M	2275.6	-5,2	2232.9	-23,4	1614.4	4272.2
	F	1586.3	-4,7	1613.4	-21,7	1027.5	3314.3
Cardiopathie ischémique	M	812.0	-4,2	948.2	-20,3	517.5	1702.7
	F	409.7	-4,4	539.5	-17,4	244.7	1084.7
Maladies cérébrovasculaires	M	515.3	-4,6	536.2	-35,9	324.8	1302.3
	F	435.3	-2,4	457.0	-32,6	170.4	1018.5
Cancer	M	1819.2	-2,1	1482.9	-12,1	1175.1	1900.6
	F	802.7	-2,1	749.8	-9,4	589.1	1088.5
Cancer du poumon	M	615.4	-1,5	371.8	-22,0	196.0	615.4
	F	72.1	12,7	81.7	15,6	13.8	213.2
Cancer du sein	F	138.9	-7,1	113.9	-10,1	83.3	164.1
	M	907.1	0,9	545.9	-13,6	371.8	1115.6
<i>Maladies du système respiratoire</i>	F	328.4	6,8	266.5	-13,9	157.9	716.3
	M	210.6	-5,3	205.0	-10,5	117.8	342.9
<i>Maladies du système digestif</i>	F	167.2	3,4	143.3	-20,3	77.8	196.0
	M	185.9	-0,2	152.6	2,0	80.6	282.8
Causes externes	F	101.1	-6,7	91.0	0,7	41.3	157.3
	M	28.0	-0,4	20.4	-15,3	8.7	46.0
Accidents de la route	F	11.2	-10,0	7.9	5,4	0.0	15.5
	M	54.7	-2,7	34.3	-13,5	8.8	86.1
Suicide	F	14.3	-21,1	9.9	-17,6	1.1	23.6

*Annexe. Total des dépenses de santé par habitant***Total des dépenses de santé publiques et privées par habitant dans plusieurs pays du groupe Eur-A, 2002**

Pays	Dépenses (parité des pouvoirs d'achat en US\$)
Autriche	2220
Belgique	2515
République tchèque	1118
Danemark	2580
Finlande	1943
France	2736
Allemagne	2817
Grèce	1814
Islande	2807
Irlande	2367
Israël	1622
Italie	2166
Luxembourg	3065
Pays-Bas	2643
Norvège	3083
Portugal	1702
Espagne	1646
Suède	2517
Suisse	3445
Royaume-Uni	2160
Moyenne Eur-A	2348

Sources : OCDE (2004b) et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) pour les données 2001 sur Israël.

Annexe. Ressources en soins de santé

Ressources en matière de soins de santé pour 100 000 habitants dans le groupe Eur-A, dernière année disponible

Eur-A	Infirmiers		Médecins		Lits d'aigus	
	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année
Andorre	316.1	2002	304.2	2002	283.2	2002
Autriche	587.4	2001	332.8	2002	609.5	2002
Belgique	1075.1	1996	447.8	2002	582.9	2001
Croatie	501.6	2002	238.3	2002	367.3	2002
Chypre	422.5	2001	262.3	2001	406.6	2001
République tchèque	971.1	2002	350.5	2002	631.3	2002
Danemark	967.1	2002	364.6	2002	340.2	2001
Finlande	2166.3	2002	316.2	2002	229.9	2002
France	688.6	2002	333.0	2002	396.7	2001
Allemagne	973.1	2001	335.6	2002	627.0	2001
Grèce	256.5	1992	453.3	2001	397.1	2000
Islande	898.2	2002	363.6	2002	368.2	1996
Irlande	1676.2	2000	238.3	2001	299.5	2002
Israël	598.4	2002	371.3	2002	218.0	2002
Italie	296.2	1989	612.1	2001	397.9	2001
Luxembourg	779.3	2002	259.3	2002	558.7	2002
Malte	551.1	2002	267.2	2002	348.8	2002
Monaco	1621.4	1995	664.3	1995	1553.6	1995
Pays-Bas	1328.2	2001	314.9	2002	307.4	2001
Norvège	2055.7	2001	364.5	2002	308.9	2001
Portugal	384.0	2001	322.9	2001	330.8	1998
Saint-Marin	507.7	1990	251.7	1990	–	–
Slovénie	717.9	2002	224.2	2002	414.3	2002
Espagne	367.2	2000	324.3	2000	296.4	1997
Suède	975.1	2000	304.1	2000	228.3	2002
Suisse	830.0	2000	361.6	2002	398.3	2002
Royaume-Uni	497.2	1989	210.0	2002	390.0	2002
Moyenne Eur-A	819.8	2001	354.1	2002	409.6	2001

Sources : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2004c) et OCDE (2004b) pour les données sur les médecins et les lits d'aigus au Royaume-Uni.

Notes techniques

Calcul des moyennes

Les moyennes du groupe de référence, lorsqu'elles sont calculées à partir des chiffres de la base de données européenne de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sont pondérées par la population. (Certains pays pour lesquels on ne dispose pas de données suffisantes peuvent être exclus du calcul de ces moyennes.) Lorsque les données proviennent d'autres sources, des moyennes simples sont calculées, le cas échéant.

Afin de lisser les fluctuations des taux annuels dus aux petits nombres, on utilise des moyennes sur trois ans, selon les cas. Ainsi, concernant la mortalité maternelle (qui est en général un petit nombre), des moyennes mobiles sur trois ans ont été calculées pour tous les pays. Lorsque l'on sait que des fluctuations extrêmes sont dues à des anomalies de la population, les données correspondantes peuvent être supprimées.

Source des données

Afin de permettre des comparaisons aussi valables que possible, l'OMS s'est donné pour règle de recueillir les données relatives à chaque indicateur auprès d'une source unique, de sorte que ces données soient harmonisées de façon raisonnablement cohérente. Sauf indication contraire, les données des schémas et tableaux contenus dans ce rapport proviennent de la version de juin 2004 de la base de données européenne de la Santé pour tous du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Cette base de données cite les principales sources de données.

Codification des maladies

Les méthodes de confirmation, de déclaration et de classification des cas (élaborées à partir des neuvième et dixième versions de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, respectivement dénommées CIM-9 et CIM-10), de même que les particularités culturelles et linguistiques, peuvent avoir une influence sur les données et donc fausser la comparaison d'un pays à un autre.

Espérance de vie en bonne santé et années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)

L'espérance de vie en bonne santé et les années de vie corrigées du facteur invalidité sont des mesures synthétiques de la santé d'une population qui combinent des informations sur la mortalité et sur les issues non fatales afin de donner une idée de la santé de cette population sous la forme d'un chiffre unique. Elles complètent les indicateurs de mortalité dans la mesure où elles offrent une estimation de l'importance relative de différentes causes sur la perte de santé globale des populations.

Les AVCI sont calculées à partir d'informations sur les causes de décès dans chaque Région de l'OMS et d'évaluations régionales de l'épidémiologie des principales affections invalidantes. Les estimations régionales ont été ventilées par État membre pour les besoins des Panoramas de la santé.

Les estimations nationales de l'espérance de vie en bonne santé se fondent sur les tables de mortalité de chaque État membre, sur des enquêtes relatives à des échantillons représentatifs de la population et visant à évaluer les incapacités physiques et cognitives ainsi que l'état général de santé, et sur des informations détaillées concernant l'épidémiologie des principales affections invalidantes dans chaque pays.

Pour plus de détails, se reporter à l'annexe statistique et aux notes explicatives du *Rapport sur la santé dans le monde 2003*¹.

Enquêtes auprès des ménages

Les enquêtes auprès des ménages constituent actuellement la seule source d'informations sur l'état de santé des individus. Les données obtenues sont subjectives et autodéclarées. Elles complètent les statistiques officielles globales sur les taux de mortalité, l'espérance de vie et la morbidité. Il existe des instruments permettant de concevoir les études et d'effectuer une estimation analytique de la santé qui sont adaptés aux différences culturelles et aux attentes en termes de santé, ce qui rend possible la comparaison des résultats

¹OMS (2003). *Rapport sur la santé dans le monde 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la santé (<http://www.who.int/whr/2003/fr>, consulté le 25 mai 2004).

des études entre les populations et les groupes.

Limites des données au niveau national

Les moyennes nationales, en particulier lorsqu'elles indiquent une situation ou des tendances relativement bonnes en matière de situation sanitaire (comme c'est le cas dans la plupart des pays développés), cachent des poches de problèmes. À moins que la différence entre la situation sanitaire d'une petite population et la norme soit d'une ampleur telle qu'elle a une incidence sur un indicateur national, les risques pour la santé et les mauvais résultats sanitaires des petits groupes n'apparaissent que dans les données sous-nationales.

Groupes de référence pour comparaison

Dans la mesure du possible, on utilise des comparaisons internationales pour évaluer les points forts et les points faibles d'un pays et pour proposer une évaluation sommaire des avancées réalisées et des progrès restant à accomplir. Les disparités entre les pays et les valeurs moyennes permettent de formuler des hypothèses de causalité ou impliquent des liens ou des solutions qui invitent à chercher plus avant.

Les groupes de pays utilisés à des fins de comparaison sont appelés groupes de référence. Il peut s'agir :

- de pays connaissant les mêmes tendances ou le même développement en termes sanitaire et socioéconomique ; et/ou
- des groupes géopolitiques.

Les 27 pays enregistrant une très faible mortalité infantile et une très faible mortalité des adultes, réunis sous le nom Eur-A par l'OMS, constituent le groupe de référence utilisé dans le présent rapport. Ce groupe comprend l'Allemagne, Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovaquie, la Suède et la Suisse. Toutefois, on ne dispose pas de données relatives à la plupart des indicateurs concernant deux de ces 27 pays, à savoir Andorre et Monaco. Sauf indication contraire, la mention Eur-A et les moyennes concernant le groupe Eur-A font référence aux 25 pays pour lesquels des données sont disponibles.

De préférence, les comparaisons doivent porter sur une même période, mais les données les plus récentes des pays ne concernent pas toutes la même année. Il est important d'en tenir compte, dans la mesure où le classement d'un pays peut changer dès lors que l'on dispose de données actualisées.

En règle générale, les graphiques présentent les tendances observées depuis 1980, parfois pour tous les pays de référence. Seuls le pays en question et la moyenne du groupe sont mis en évidence et mentionnés dans la légende. Il est ainsi possible de suivre les tendances d'un pays par rapport à celles de tous les pays de référence et de comparer plus facilement les résultats de ce pays à ceux d'autres groupes et/ou à la tendance ou la moyenne générale.

Glossaire

<i>Causes de décès</i>	<i>Code CIM-10</i>
Accident vasculaires cérébraux	I60–I69
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	K70, K73, K74, K76
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	J40–J47
Cancer du côlon/du rectum/de l'anus	C18–C21
Maladies de la circulation pulmonaires et autres cardiopathies	I26–I51
Chutes	W00–W19
Cancer du sein	C50
Cardiopathies ischémiques	I20–I25
Pneumonie	J12–J18
Cancer de la prostate	C61
Troubles neuropsychiatriques	F00–99, G00–99, H00–95
Accidents de la circulation routière	V02–V04, V09, V12–V14, V19–V79, V82–V87, V89
Lésions auto-infligées (suicide)	X60–X84
Cancer de la trachée/des bronches/du poumon	C33–C34
Agressions	X85–Y09

Terminologie technique

Année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI)	Mesure combinée du nombre d'années vécues avec une incapacité et du nombre d'années de vie perdues du fait d'un décès prématuré. Une AVCI équivaut donc à un an de vie en bonne santé perdu.
Indice de GINI	Cet indice permet de savoir dans quelle mesure la répartition du revenu ou de la consommation s'écarte de l'égalité parfaite. Une valeur de 0 représente une égalité parfaite et une valeur de 100 une inégalité absolue. Les niveaux les plus faibles dans la Région européenne de l'OMS sont compris entre 23 et 25 et les niveaux les plus élevés, entre 35 et 36. ¹
Espérance de vie en bonne santé	L'espérance de vie en bonne santé est l'espérance de vie totale convertie en équivalent en années de vie en bonne santé compte tenu des années vécues avec une incapacité due à des maladies ou à des traumatismes.
Seuil de pauvreté monétaire (50 % du revenu médian)	Seuil en deçà duquel une population est considérée comme pauvre : dans ce cas, 50 % du revenu médian.
Espérance de vie à la naissance	Durée de vie moyenne que connaîtrait un nouveau-né s'il était soumis pendant toute sa vie aux conditions de mortalité de son année de naissance.
Accroissement naturel de la population	Différence entre le taux de natalité et le taux de mortalité.

¹Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2002). *Rapport sur la santé en Europe 2002*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe:156 (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport>, consulté le 28 mai 2004).

Troubles neuropsychiatriques	Troubles de type mental ou neurologique ou liés à la consommation de substances psychoactives
Accroissement de la population	(taux de natalité moins taux de mortalité) + (immigration moins émigration)
Taux comparatif de mortalité	Taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge calculé selon la méthode directe, c'est-à-dire taux brut tel qu'on l'observerait si la population avait la même répartition par âge que la population européenne type.
