



SANTÉ

Méthodologie

OCTOBRE 2026

TABLE DES MATIÈRES

1.	Naissances, espérance de vie et mortalité	4
1.1.	Naissances et espérance de vie	4
1.1.1.	<i>Nombre de naissances totales selon la commune de résidence de la mère, d'enfants mort-nés, taux de mortinatalité et de mortalité infantile.</i>	<i>4</i>
1.1.2.	<i>Nombre de naissances vivantes selon la durée de la grossesse et l'âge de la mère</i>	<i>4</i>
1.1.3.	<i>Espérance de vie à la naissance</i>	<i>5</i>
1.2.	Mortalité	6
1.2.1.	<i>Nombre de décès selon la cause initiale par sexe, toutes causes et causes spécifiques.....</i>	<i>6</i>
1.2.2.	<i>Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes initiales de décès</i>	<i>6</i>
2.	Offre de soins de santé et offre d'hébergement pour personnes âgées	8
2.1.	Offre de soins de santé	8
2.1.1.	<i>Nombre de sites d'hôpitaux généraux et autres établissements de santé</i>	<i>8</i>
2.1.2.	<i>Nombre de praticiens de soins de santé.....</i>	<i>9</i>
2.1.3.	<i>Nombre de praticiens d'une profession paramédicale.....</i>	<i>12</i>
2.1.4.	<i>Nombre de praticiens d'une profession de la santé mentale.....</i>	<i>14</i>
2.2.	Offre d'hébergement pour personnes âgées.....	16
2.2.1.	<i>Maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS), résidences services</i>	<i>16</i>
2.2.2.	<i>Instances de tutelle et secteur privé/public</i>	<i>16</i>
3.	État de santé et pratiques médicales	17
3.1.	État de santé	17
3.1.1.	<i>Les données issues des enquêtes de santé de Sciensano.....</i>	<i>17</i>
3.1.2.	<i>Nombre de patients diabétiques sous médication pour 1 000 bénéficiaires</i>	<i>19</i>
3.1.3.	<i>Nombre total de nouveaux cas de cancer par groupe d'âge et par site primaire le plus fréquent 19</i>	<i>19</i>
3.1.4.	<i>Nombre de personnes en invalidité</i>	<i>19</i>
3.2.	Pratiques médicales	21
3.2.1.	<i>Le dossier médical global (DMG).....</i>	<i>21</i>
3.2.2.	<i>Taux de couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.....</i>	<i>21</i>
3.2.3.	<i>Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le domicile de la femme</i>	<i>22</i>

COLOPHON

Auteur

perspective.brussels
rue de Namur, 59 – 1000 Bruxelles

Date de réalisation

octobre 2026

Contact

IBSA – ibsa@perspective.brussels



1. NAISSANCES, ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

1.1. NAISSANCES ET ESPÉRANCE DE VIE

1.1.1. Nombre de naissances totales selon la commune de résidence de la mère, d'enfants mort-nés, taux de mortinatalité et de mortalité infantile.

Ce premier tableau se base sur les données des bulletins statistiques de naissance et de décès des Bruxellois complétés par les sage-femmes et les médecins dans les maternités et par le personnel d'état civil dans les communes. Les bulletins sont une des rares sources d'information qui englobe l'ensemble des Bruxellois, y compris les personnes non inscrites dans les registres officiels de population.

Les **naissances totales** comprennent les naissances vivantes et les enfants mort-nés. L'arrêté royal du 17 juin 1999 définit la **mortinaissance** comme "toute mort fœtale dont le poids de naissance est égal ou supérieur à 500 grammes ou, si le poids de naissance n'est pas connu, ayant l'âge gestationnel correspondant (22 semaines) ou la taille correspondante (25 centimètres du vertex au talon)". En deçà de ces critères, recommandés par l'OMS et repris dans l'arrêté royal susmentionné prescrivant une statistique annuelle des causes de décès, la mort fœtale est considérée comme un avortement spontané ou une fausse couche.

Le calcul du **taux de mortinatalité** se fait en comptant le nombre de mortinaissances enregistrées durant une période donnée pour mille naissances vivantes et mortinaissances enregistrées durant cette même période. Il faut noter que, sur ce sujet spécifique de la mortinatalité, la comparabilité de la statistique n'est pas assurée dans le temps.

Le **taux de mortalité infantile** est le rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes.

1.1.2. Nombre de naissances vivantes selon la durée de la grossesse et l'âge de la mère

La source de ces tableaux est Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium). Le nombre des naissances publié par cette source est systématiquement inférieur à celui qui est établi via les bulletins. Ce décalage s'explique par le fait que les bulletins concernent toute la population résidant à Bruxelles et pas seulement les naissances des mères inscrites comme résidentes bruxelloises au Registre national.

Depuis 2010 et dans un souci de simplification administrative, Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium) privilégie les statistiques de population obtenues à partir du Registre national des personnes physiques (RN). Pour un certain nombre d'événements cependant, le RN n'apporte pas l'information détaillée qui permettrait d'établir une statistique précise.

Le long cheminement de l'information, du lieu de naissance à Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium), en passant par l'administration communale et les entités fédérées, explique l'importance du délai de production de cette statistique.



La statistique établie à partir des bulletins d'état civil, quant à elle, prend **les naissances vivantes** en considération en fonction du lieu de résidence habituelle de la mère, et non en fonction du lieu de survenance de l'événement. Ceci est possible grâce au fait que les bulletins individuels mentionnent la commune de résidence habituelle de la mère du nouveau-né. Il est donc possible de répartir les naissances selon ce critère et de connaître ainsi le nombre de naissances de droit de chaque commune. Le total des naissances de droit de toutes les communes du Royaume diffère du total des naissances de fait, car il ne comprend pas les enfants nés en Belgique d'une mère résidant à l'étranger, qui ont pourtant fait l'objet d'un bulletin de déclaration à l'état civil de la commune de naissance. Ces naissances sont exclues de la statistique publiée et ne font pour l'instant l'objet d'aucune tabulation.

Est considéré comme né vivant tout enfant qui montre un quelconque signe de vie à la naissance : battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, respiration, contraction d'un muscle, flexion des membres, cri ou grimace. En l'absence de tous ces signes, l'enfant ne sera pas considéré comme « né vivant », mais bien comme une mort fœtale : soit un mort-né, soit une fausse couche, cette dernière ne faisant pas l'objet d'une déclaration.

La **résidence habituelle** de la mère est la commune dans laquelle elle réside à titre principal et « y passe habituellement sa période de repos quotidien, sans tenir compte d'absences temporaires à des fins de loisirs, de visites, d'activités professionnelles, de traitement médical ou de pèlerinage religieux » (elle devrait y être inscrite au registre de population ou au registre des étrangers). C'est la résidence qui est déclarée comme telle dans le bulletin statistique de naissance d'un enfant né vivant (Modèle I). Cette résidence habituelle définit la commune de droit de la naissance.

L'**âge gestationnel** est défini comme la durée de la grossesse calculée à partir du premier jour qui suit la dernière période menstruelle normale. Il correspond à la « durée probable de la grossesse » notée sur le bulletin, en semaines révolues. Le tableau statistique qui en traite regroupe les durées effectives en classes d'amplitudes inégales, mais qui permettent de distinguer (par regroupement des premières modalités) la « prématurité » (la durée de gestation est strictement inférieure à 37 semaines) et la « grande prématurité » (la durée de gestation est strictement inférieure à 32 semaines).

1.1.3. Espérance de vie à la naissance

Le tableau reprenant l'espérance de vie à la naissance par région est basé sur les données issues du Registre national et compilées par Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium).

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Il s'agit d'une mesure fictive qui ne correspond à l'expérience concrète d'aucune personne en particulier. Ces données sont brutes (non lissées ni ajustées), calculées en extinction simple (sans tenir compte des migrations) et établies en âges exacts.

Références

- > Communauté flamande, Fédération Wallonie-Bruxelles et Commission communautaire commune via l'Observatoire de la santé et du social de la Région de Bruxelles-Capitale : <https://www.vivalis.brussels/fr/informer-et-communiquer/observatoire/observatoire-de-la-sante-et-du-social-de-bruxelles-capitale>
- > Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium) : <https://statbel.fgov.be/fr>



1.2. MORTALITÉ

Depuis l'arrêté royal du 17 juin 1999, deux nouveaux bulletins de collecte sont utilisés.

- > Modèle IIIC : déclaration de décès d'une personne âgée d'un an ou plus,
- > Modèle IIID : déclaration de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né.

Ces bulletins comprennent 4 volets. Le volet A est une constatation de décès (et non pas une autorisation d'inhumation), les volets B et D sont destinés à recueillir les renseignements fournis par l'état civil et le volet C est rempli par le médecin constatant le décès et est prévu pour consigner le diagnostic de décès. Afin de sauvegarder le secret médical, le médecin cache ce volet C après l'avoir rempli. Il sert uniquement à l'élaboration de la statistique des causes de décès.

Le médecin est tenu de compléter et signer les volets A, B et C de ces bulletins et de glisser le volet C sous enveloppe scellée. L'administration communale complète le volet D, vérifie le volet B et conserve le volet A. Elle transmet les volets B, C et D aux médecins fonctionnaires communautaires responsables.

Ces données sont basées sur la région où les personnes concernées ont leur résidence habituelle, et non là où l'événement s'est produit. L'acte de décès rédigé par les officiers d'état civil de la commune de fait, repose définitivement dans les registres d'état civil de cette commune. La commune de droit est avisée de l'événement, et ajuste ainsi ses registres de population.

Les communautés vérifient, codent et saisissent les informations. Les bases de données sont ensuite livrées chez Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium).

1.2.1. Nombre de décès selon la cause initiale par sexe, toutes causes et causes spécifiques

Une des variables codée et saisie est la **cause du décès**, ce qui permet l'établissement d'une répartition des décès par cause. Depuis 1998, c'est la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est utilisée.

La statistique des causes de décès par région s'établit sur la base de la cause initiale, c'est-à-dire la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel.

1.2.2. Nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, toutes causes initiales de décès

La statistique de **la mortalité des enfants** est établie à partir de deux sources : le Registre national des personnes physiques (RN) et les bulletins statistiques de déclaration du décès d'un enfant de moins d'un an ou mort-né (Modèle IIID). Les informations du RN concernent tous les décès d'enfants résidant en Belgique (donc inscrits au RN), que le décès ait eu lieu en Belgique ou à l'étranger.

Jusqu'en 2009, la consolidation de ces deux sources a été faite en prenant les bulletins comme référence et en utilisant le RN principalement pour compléter les données manquantes ou inconnues des bulletins. De cette façon, la statistique de la mortalité des enfants était constituée en retenant les décès déclarés à l'état civil (et survenus uniquement en Belgique par conséquent), dont la résidence déclarée était une commune belge. A partir de 2010, la statistique est établie en prenant le RN comme référence. Ce recours au RN permet d'inclure dans la statistique les décès infantiles survenus à l'étranger.



Références

- > Statbel (Direction générale Statistique – Statistics Belgium) : <https://statbel.fgov.be/fr>
- > Organisation Mondiale de la Santé : Classification internationale des maladies CIM-10 : <https://icd.who.int/browse10/2019/en>



2. OFFRE DE SOINS DE SANTÉ ET OFFRE D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

2.1. OFFRE DE SOINS DE SANTÉ

2.1.1. Nombre de sites d'hôpitaux généraux et autres établissements de santé

On entend par **hôpital**, l'établissement agréé ressortissant de la loi sur les hôpitaux, coordonnée au 10 juillet 2008, qui admet des patients en vue d'y être soignés.

Les catégories suivantes n'entrent pas en considération comme hôpital :

- > les hôpitaux et centres médicaux militaires,
- > les services de soins dans les institutions pénitentiaires,
- > les homes pour personnes âgées,
- > les maisons de repos et de soins,
- > les maisons de repos et de soins psychiatriques,
- > les initiatives pour habitations protégées.

Les institutions appartenant à l'État, aux communautés, aux provinces, aux centres publics d'aide sociale, aux associations intercommunales et à certains organismes d'utilité publique, sont considérées comme publiques. En ce qui concerne les établissements privés, aucune distinction n'a été faite, pour des raisons d'ordre administratif, entre les établissements dont la gestion a été confiée soit à une congrégation religieuse, soit à une autre institution de droit privé. Les calculs se font sur base de l'implantation des différents campus.

Le secteur des **hôpitaux généraux** comprend :

- > l'établissement « aigu » c'est-à-dire l'établissement non psychiatrique où sont admis les patients dans la phase aiguë de leur maladie,
- > l'établissement exclusivement gériatrique,
- > l'établissement spécialisé.

Le secteur des **hôpitaux psychiatriques** comprend quant à lui tout établissement ne pratiquant que la neuropsychiatrie. Les services psychiatriques faisant partie d'un hôpital général sont calculés dans la capacité totale des hôpitaux généraux.

Le nombre de **lits hospitaliers** donne une information sur les ressources disponibles pour la prise en charge des patients. Il ne concerne que les lits budgétaires installés dans un service agréé. A moins d'être mentionnés explicitement, les lits suivants ne sont pas concernés : les brancards, les berceaux pour nourrissons en bonne santé, les incubateurs pour prématurés dans un service non agréé, les lits du personnel, les lits réservés à la famille du patient et les lits dans le service d'accouchement.



Une **initiative d'habitation protégée** (IHP) est une forme d'habitation pour adultes qui ont des difficultés à vivre de manière autonome en raison de problèmes psychiatriques. Ils bénéficient d'un accompagnement adapté et suivent des activités de jour. Ces problèmes sont suffisamment stabilisés de sorte qu'un séjour dans un hôpital psychiatrique n'est pas nécessaire. Contrairement à une maison de soins psychiatriques, le personnel lié à l'initiative d'habitation protégée n'y est pas présent en permanence. De ce fait, les résidents peuvent fonctionner de manière autonome.

Une **maison de soins psychiatriques** (MSP) est une habitation collective destinée aux personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabilisé ou aux personnes handicapées mentales. Il s'agit de personnes qui ne doivent pas (ou plus) être soignées dans un hôpital psychiatrique parce que leurs problèmes psychiques se sont stabilisés. L'accompagnement des résidents d'une MSP est assuré par une équipe multidisciplinaire : psychiatres, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux. L'accompagnement y est plus intensif que dans les initiatives d'habitation protégée. L'accompagnement se concentre sur la conservation et la stimulation des capacités des résidents.

2.1.2. Nombre de praticiens de soins de santé

Depuis le 1^{er} juillet 2014 et à la suite de la 6^e réforme de l'État, la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Communauté flamande et la Communauté germanophone octroient les agréments aux professionnels de santé. Durant une période transitoire, le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement gère encore les dossiers portant sur ces matières. Il continue également de délivrer les visas et de gérer les normes et l'agrément des lieux et maîtres de stage pour les médecins, dentistes et pharmaciens hospitaliers.

Pour être repris en tant que professionnels dans les statistiques annuelles, il importe de répondre aux conditions suivantes :

- > La personne doit être intégrée dans la Banque Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS), c'est-à-dire qu'il/elle doit pouvoir être retrouvé(e) dans les fichiers de la BCSS à partir de son nom, prénom, sexe, date de naissance et avoir un numéro de Registre national valable. Les données d'identification doivent être à jour dans le Registre national et il/elle doit être en vie au 31 décembre de l'année indiquée,
- > L'agrément et/ou visa du praticien doit être valable au 31 décembre de l'année indiquée.

Chaque professionnel n'est comptabilisé qu'une seule fois par groupe professionnel dans ces tableaux. Les tableaux n'incluent pas les professionnels de santé qui prodiguent des soins en dehors du cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, ni ceux qui exercent des fonctions non curatives dans le système de santé (par exemple, les médecins du travail).

Ces données sont basées sur le lieu de domicile officiel du praticien.

Médecins généralistes : la base légale générale pour l'agrément des médecins généralistes est contenue dans les arrêtés royaux du 10 novembre 1967 et du 21 avril 1983, ainsi que dans l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

Avant de pouvoir entamer une formation en vue de l'obtention d'un titre professionnel particulier réservé aux médecins et visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, le candidat est tenu de produire une attestation prouvant qu'il est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former et qu'il a accès à une formation spécifique organisée par une ou plusieurs universités.



Sont concernés ici les médecins qui sont habilités en Belgique à exercer la médecine et dont le diplôme a été visé par les instances compétentes. Par médecins habilités à exercer la médecine, on entend les titulaires d'un diplôme légal belge, les médecins ressortissants d'un pays de l'Union européenne et possédant le diplôme de médecin d'un de ces pays, lequel doit être reconnu en Belgique conformément à la directive n°2005/36/EC du 9 septembre 2005. Il convient d'associer à ce groupe les médecins originaires d'un pays non-membre de l'Union Européenne, qui ont obtenu l'équivalence de leur diplôme et qui sont autorisés par le Roi à exercer la médecine en Belgique.

Le médecin doit également disposer de son visa et être en ordre d'inscription auprès de l'Ordre des médecins.

Candidats médecins généralistes : il s'agit ici des médecins généralistes en formation professionnelle, c'est-à-dire des médecins diplômés qui ont entamé leur stage de médecine générale avant le 31 décembre de l'année en cours et qui ne l'ont pas encore terminé à cette date.

Médecins spécialistes : la base légale pour l'agrément des médecins spécialistes est contenue dans les arrêtés royaux du 10 novembre 1967 et du 21 avril 1983 ainsi que dans l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage.

Les titres pour lesquels les médecins peuvent obtenir une reconnaissance sont définis dans l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical.

Les médecins spécialistes doivent également être inscrites à l'Ordre des médecins et agréés pour une spécialité déterminée par la Communauté flamande, la Fédération Wallonie-Bruxelles ou la Communauté germanophone.

Candidats médecins spécialistes : il s'agit de médecins diplômés qui ont entamé leur stage de spécialisation avant le 31 décembre de l'année en cours mais qui ne l'ont pas terminé à cette même date.

Médecins spécialistes avec une compétence particulière et médecins spécialistes en formation pour une compétence particulière : les compétences particulières ici nommées sont les suivantes :

- > nucléaire in vitro,
- > réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés,
- > gériatrie,
- > chirurgie orale et maxillo-faciale,
- > soins intensifs,
- > soins d'urgence,
- > neurologie pédiatrique,
- > néphrologie,
- > endocrino-diabétologie,
- > néonatalogie,
- > hématologie clinique,
- > gestion des données de santé.



Les catégories « médecins (spécialistes) » et « médecins (spécialistes) en formation » ne sont pas mutuellement exclusives.

Dentistes : sont repris ici les diplômés en science dentaire habilités à exercer leur profession par le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

La base légale générale pour l'agrément des dentistes est contenue dans l'arrêté royal du 10 novembre 1967 et celui du 10 novembre 1996.

L'arrêté royal du 19 août 2011 relatif à la planification de l'art dentaire règlemente le contingentement limitant le nombre de dentistes ayant accès à la formation menant à l'un des titres professionnels particuliers. La réalisation du contingentement est reprise et développée chaque année dans le rapport annuel de la Commission de planification.

Sont regroupés ici sous le titre de dentiste l'ensemble des dentistes, à savoir les dentistes généralistes, les dentistes spécialistes en orthodontie, les dentistes spécialistes en parodontologie et les dentistes sans agrément.

Dentistes en formation : les dentistes qui sont « en formation » au 31 décembre.

Les catégories « dentistes » et « dentistes en formation » ne sont pas mutuellement exclusives.

Kinésithérapeutes : la législation de base en matière de kinésithérapie est consignée dans l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 modifié par la loi du 6 avril 1995 en vue de réglementer l'exercice de la kinésithérapie. L'article 21bis instaure le principe de l'agrément. Cet agrément est indispensable pour pouvoir exercer la kinésithérapie et porter le titre professionnel. L'agrément est délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

A côté du contingentement en médecine et dentisterie, il existait également un contingentement pour les kinésithérapeutes. Celui-ci limitait l'accès à l'exercice de la profession en libéral. Les données et la mise à jour de ce contingentement sont reprises chaque année dans le rapport annuel de la commission de planification. Suspendu et ensuite supprimé depuis 2013, un nouveau système de contingentement des kinésithérapeutes est actuellement à l'étude au sein de la Commission de planification.

Infirmiers : nul ne peut exercer l'art infirmier s'il n'est porteur du diplôme ou du titre d'infirmier gradué, du brevet ou du titre d'infirmier, du brevet ou du titre d'hospitalier et s'il ne réunit pas, en outre, les conditions fixées dans l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. Les praticiens ne peuvent exercer l'art infirmier que s'ils ont préalablement fait viser leurs titres par la Commission médicale prévue à l'article 36 et compétente en raison du lieu où ils comptent s'établir.

Les porteurs d'un titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers peuvent acquérir des titres professionnels relatifs à une spécialisation. La procédure de demande d'agrément pour le port d'un titre professionnel particulier est décrite par l'arrêté royal du 18 avril 2013 relatif à la composition, à l'organisation et au fonctionnement de la Commission d'agrément pour les praticiens de l'art infirmier, et fixant la procédure d'agrément autorisant les infirmiers à porter un titre professionnel particulier.

L'enregistrement des infirmiers se fait au SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Les données d'identification, les données relatives au diplôme et au visa, ainsi que les données d'agrément sont enregistrées dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé.

Sage-femmes : L'enregistrement des sage-femmes s'effectue lui aussi au niveau du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. L'agrément en tant que porteur ou porteuse du titre professionnel de sage-femme est octroyé d'office au titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur de sage-

femme, délivré par un établissement scolaire agréé par l'autorité compétente, ou d'un diplôme reconnu équivalent par l'autorité compétente.

Depuis le 24 janvier 2014, est entré en vigueur l'arrêté royal du 15 décembre 2013 qui fixe les modalités et les critères de qualification particulière autorisant le titulaire du titre professionnel de sage-femme à prescrire un certain nombre de médicaments de manière autonome dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants dans ou en dehors de l'hôpital. Les sage-femmes qui souhaitent prescrire doivent préalablement se faire enregistrer auprès du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. En 2014, aucune sage-femme n'a encore obtenu cette habilitation.

Aides-soignants : la législation de base sur l'aide-soignant est consignée dans l'arrêté royal du 10 novembre 1967. Les activités qui peuvent être effectuées par l'aide-soignant ont été fixées dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 listant les activités infirmières qui peuvent être effectués par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

L'enregistrement des aides-soignants a lieu au SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. La section « aide-soignant » de la Commission d'agrément des praticiens de l'art infirmier examine les dossiers et rend un avis les concernant.

Pharmaciens : la législation de base sur les pharmaciens est consignée dans l'arrêté royal du 10 novembre 1967. L'article 4 précise que nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur du diplôme légal de pharmacien obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques et le programme des examens universitaires ou s'il n'en est légalement dispensé et s'il ne réunit pas en outre les conditions imposées par l'article 7. Cet article 7 stipule que le praticien doit avoir fait viser préalablement son titre par la commission médicale compétente en raison du lieu où le praticien compte s'établir et avoir obtenu son inscription au table de l'Ordre régissant la profession.

Le nombre de pharmaciens regroupe ici l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine, pharmaciens d'industrie, pharmaciens porteurs du titre de spécialiste en biologie clinique et pharmaciens hospitaliers.

2.1.3. Nombre de praticiens d'une profession paramédicale

Le chapitre II de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé régit l'exercice des professions paramédicales. Les praticiens des professions paramédicales sont chargés, sous la responsabilité et le contrôle de médecins et/ou de pharmaciens, de l'exécution de certains actes préparatoires au diagnostic ou relatifs à l'application du traitement ou à l'exécution de mesures de médecine préventive.

Les praticiens des professions paramédicales accomplissent des prestations techniques liées à l'établissement du diagnostic ou à l'exécution du traitement. Le Roi précise également ces prestations techniques et fixe les conditions de leur exécution ainsi que les conditions de qualification minimales auxquelles doivent répondre les praticiens (art 23 et 24), et ce sur avis du Conseil national des professions paramédicales. La liste complète des professions paramédicales figure dans l'arrêté royal du 2 juillet 2009 établissant la liste des professions paramédicales. L'agrément des praticiens est réglementé par l'arrêté royal du 18 novembre 2004 relatif à l'agrément des praticiens des professions paramédicales. Il y est fait mention des groupes de travail « *Agréments des professions paramédicales* » et de la Commission d'appel des professions paramédicales.

Ces données sont basées sur le lieu de domicile officiel du praticien.



Assistants pharmaceutico-techniques : Un assistant pharmaceutico-technique est employé dans une officine pharmaceutique, une officine hospitalière ou dans le secteur de la distribution en gros des médicaments. Il peut être chargé de divers actes sous la responsabilité et le contrôle du pharmacien. L'assistant pharmaceutico-technique reçoit et enregistre les prescriptions médicales et délivre des médicaments. Il/elle informe le patient de l'usage adéquat des médicaments et de leur sécurité d'emploi. Par ailleurs, l'assistant pharmaceutico-technique enregistre et identifie les matières premières utilisées dans l'officine pharmaceutique et exécute les préparations magistrales. Les procédures d'agrément des diététiciens ont été lancées le 1er septembre 2010, à la suite des arrêtés royaux respectifs du 6 et du 12 juillet 2009.

Diététiciens : Le diététicien travaille d'une part avec des individus et populations en bonne santé, et d'autre part avec des patients et populations de patients. Le diététicien donne à la personne en bonne santé des conseils et astuces pour conserver une alimentation saine. Ces prestations-là ne requièrent aucune prescription médicale. Mais le diététicien ne peut traiter un patient (quelqu'un qui est malade, qui a un problème de santé) que s'il dispose d'une prescription diététique du médecin. Le diététicien peut travailler en tant qu'indépendant ou être employé dans un hôpital, une maison de repos et de soins ou une structure de soins préventifs. Il est également fait appel au diététicien dans les cuisines de collectivité notamment des hôpitaux. Les procédures d'agrément des diététiciens ont été lancées le 1er septembre 2010, suite aux arrêtés royaux respectifs du 6 et du 12 juillet 2009.

Audiciens : L'audicien est un praticien d'une profession paramédicale qui pratique la correction de la fonction auditive déficiente par des dispositifs mécaniques, électroacoustiques et électroniques. Les systèmes de protection contre les nuisances sonores, la protection de la fonction auditive et la délivrance de systèmes électroniques externes d'amplification de signaux acoustiques émis par les déficients de la voix comptent également parmi ses compétences. Les procédures d'agrément des audiciens sont d'application depuis le 2 janvier 2012, à la suite de l'arrêté royal du 24 octobre 2011.

Audiologues : L'audiologue est un praticien d'une profession paramédicale qui pratique la prévention et le dépistage des troubles de l'audition, exécute la partie technique des examens évaluant les fonctions auditives et otoneurologiques et les fonctions des voies aériennes supérieures, et exécute l'éducation, l'entraînement et la rééducation auditifs et la rééducation vestibulaire. Les procédures d'agrément des audiologues sont d'application depuis le 2 janvier 2012, à la suite de l'arrêté royal du 24 octobre 2011.

Ergothérapeutes : L'ergothérapeute traite, accompagne et conseille les personnes confrontées à une lésion physique ou à une maladie, à des problèmes psychosociaux, à des problèmes cognitifs, à des troubles du développement ou de l'apprentissage ou au processus du vieillissement. S'agissant de l'observation, l'ergothérapeute examine les capacités et incapacités fonctionnelles de la personne ainsi que ses activités dans son environnement ou participe à l'examen de celles-ci. Il en rédige un rapport technique qu'il adresse au médecin prescripteur. Les interventions ergothérapeutiques consistent en une mise en situation et en un entraînement fonctionnel au moyen d'activités et de techniques spécifiques dans le but de voir la personne (re)fonctionner de la façon la plus autonome qui soit. Un travail de recherche est en outre effectué, des adaptations à l'environnement sont réalisées et des aides fonctionnelles ou des outils de rééducation temporaires sont conçus. Ensuite, le patient et son entourage sont correctement informés, conseillés et formés concernant l'utilisation de ces aides. Les procédures d'agrément des ergothérapeutes sont d'application depuis le 2 janvier 2012, à la suite de l'arrêté royal du 24 octobre 2011.

Orthoptistes-optométristes : En 2019, le titre professionnel d'orthoptiste est remplacé par celui d'orthoptiste-optométriste. Les activités de l'orthoptiste-optométriste peuvent être réparties en deux catégories : les examens et les traitements. Les examens ne nécessitent pas toujours de prescription



médicale (sauf pour les jeunes de moins de 16 ans). L'observation du port de tête et de la position des yeux, l'exploration de la motilité oculaire, la détermination de l'acuité visuelle et l'identification des anomalies de la vision des couleurs sont quelques exemples d'examens pouvant être effectués par les orthoptistes-optométristes. Ils peuvent également appliquer des traitements prescrits par un ophtalmologue tels que des exercices thérapeutiques ou des traitements d'un œil paresseux, d'un strabisme et d'une amblyopie par exemple. Les procédures d'agrément des orthoptistes-optométristes (reprenant l'exercice de l'orthoptie, commencée en 2013) ont été lancées le 22 avril 2019 à la suite du nouvel arrêté royal du 27 février 2019.

Logopèdes : Les techniques de logopédie sont utilisées tant dans les soins de santé que dans l'enseignement. Un logopède travaillant dans les soins de santé est un praticien d'une profession paramédicale assurant la prévention, l'étude et le traitement des troubles et déficiences du langage, de la parole, de la voix, de l'audition et des fonctions primaires de la bouche (sucrer, déglutir et mastiquer). Les procédures d'agrément des logopèdes ont été lancées le 2 avril 2013 à la suite des arrêtés royaux du 11 mars 2013.

Technologues en imagerie médicale : Le technologue en imagerie médicale est un praticien d'une profession paramédicale qui réalise des images médicales du patient. Il contribue à l'examen préparatoire et aux soins y afférents pour que le médecin puisse poser un diagnostic (radiologie conventionnelle et numérisée, résonance magnétique). Le technologue en imagerie médicale soutient le médecin lors de techniques interventionnelles, de l'imagerie échographique cardiaque transthoracique et de toutes les techniques particulières d'imagerie médicale diagnostique et thérapeutique, comme par exemple radiothérapie et brachythérapie. Cette profession est réglementée par l'arrêté royal du 22 décembre 2017.

Technologues de laboratoire médical : Le technicien de laboratoire médical travaille dans les hôpitaux et les laboratoires cliniques sous la responsabilité d'un biologiste. Ils effectuent des tests et des analyses de toutes les substances biochimiques provenant de l'homme, comme la détection de fer dans le sang, de sucre, de cholestérol, de plaquettes sanguines et d'éléments infectieuses. Sur demande, ils peuvent procéder au prélèvement d'échantillons chez le patient.

Podologues : Le podologue est un praticien d'une profession paramédicale qui examine et, si nécessaire, traite les patients présentant des problèmes au niveau du pied. Ces problèmes peuvent concerner aussi bien la peau que les ongles du pied, mais ils peuvent également se rapporter au système locomoteur. Le podologue joue entre autres un rôle essentiel dans le traitement des pieds des patients atteints d'affections systémiques comme le diabète et le rhumatisme. Cette profession est réglementée par l'arrêté royal du 7 mars 2016.

2.1.4. Nombre de praticiens d'une profession de la santé mentale

La loi du 10 mai 2015 (entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2016) sur l'exercice des professions de soins de santé reprend les normes pour les professions de santé mentale suivantes :

- > les psychologues cliniciens (article 68/1) ;
- > les orthopédagogues cliniciens (article 68/2) ;
- > les praticiens de la psychothérapie (article 68/2/1).

Cela signifie que toutes les normes en matière de qualité et de sécurité prévues dans la loi sont également automatiquement valables pour ces professions.



Psychologues cliniciens : La psychologie clinique est une profession de santé autonome. Seuls les psychologues cliniciens agréés peuvent l'exercer. Les critères d'agrément, définis par l'arrêté royal du 26 avril 2019, sont entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Le Conseil Supérieur de la Santé définit la psychologie clinique comme suit : « la mise au point et l'application autonomes de théories, méthodes et techniques issues de la psychologie scientifique dans la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic psychologique et l'évaluation des problèmes de santé ainsi que dans la prévention de ceux-ci et les interventions chez les personnes concernées ».

Orthopédagogues cliniciens : L'orthopédagogie clinique est une profession de santé autonome. Seuls les orthopédagogues cliniciens agréés peuvent l'exercer. Les critères d'agrément, définis par l'arrêté royal du 26 avril 2019, sont entrés en vigueur au 1^{er} janvier 2020. Le Conseil Supérieur de la Santé définit l'orthopédagogie clinique comme suit : « L'exercice de l'orthopédagogie clinique désigne l'accomplissement, dans un cadre de référence scientifiquement fondé, d'actes autonomes qui ont pour but la prévention, le diagnostic, l'accompagnement et la prise en charge de problèmes éducatifs, de développement, d'apprentissage, comportementaux et émotionnels, ainsi que leurs conséquences psychosociales pour les enfants, adolescents et adultes et leur environnement. ».

Références

- > SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : données annuelles sur demande (nombre d'hôpitaux et nombre de lits, nombre de maisons de soins psychiatriques et nombre de lits, nombre d'initiative d'habitation protégée et nombre de lits) ;
<https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/organisation-soins-sante/organisation-financement-hopitaux/hopitaux-belges-chiffres>
- > SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique ;
<https://www.health.belgium.be/fr/themes/sante/professions-soins-sante-reconnues>



2.2. OFFRE D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES

2.2.1. Maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS), résidences services

La **maison de repos (MR)** est l'établissement, quelle que soit sa dénomination, destiné à l'hébergement de personnes âgées qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière, de soins infirmiers ou paramédicaux et d'animations et activités diverses.

La **maison de repos et de soins (MRS)** est un bâtiment constituant une résidence collective qui procure un hébergement ainsi que des aides ou des soins aux personnes âgées qui y demeurent, avec un agrément spécial pour la prise en charge des personnes âgées fortement dépendantes et nécessitant des soins.

La **résidence-services** est un complexe résidentiel comprenant des logements particuliers permettant aux personnes âgées de mener une vie indépendante et offrant des services auxquels ces personnes peuvent librement faire appel. Les personnes âgées peuvent vivre dans un tel complexe résidentiel avec ou sans copropriété. On parle généralement de résidence service lorsqu'il n'y a pas de possibilité de copropriété, les personnes étant toujours locataires de leur logement.

2.2.2. Instances de tutelle et secteur privé/public

Tout lieu d'hébergement ou d'accueil doit être agréé par l'institution dont il relève. En région de Bruxelles-Capitale, il s'agit selon le cas de la COCOM, de la COCOF ou de la Commission communautaire flamande (VGC). Ce sont donc les trois instances de tutelle compétentes dans les domaines de l'aide aux personnes et de la santé en Région de Bruxelles-Capitale.

Toutes les maisons de repos liées aux CPAS sont agréées par la Commission communautaire commune.

Le secteur privé comprend le secteur associatif qui regroupe les ASBL et les Fondations et le secteur commercial, qui inclut les personnes physiques et les sociétés.

Références

> Infor-Homes asbl: <http://www.inforhomesasbl.be/fr/>



3. ÉTAT DE SANTÉ ET PRATIQUES MÉDICALES

3.1. ÉTAT DE SANTÉ

3.1.1. Les données issues des enquêtes de santé de Sciensano

Bien que la Belgique dispose déjà de diverses informations en matière de santé publique, une enquête de population permet d'apporter une plus-value considérable pour les raisons suivantes :

- > Elle offre une description de l'état de santé de la population dans son ensemble, y compris les personnes qui ont peu ou pas recours aux services de soins, et ce, du point de vue des personnes qui sont elles-mêmes concernées.
- > Elle offre également la possibilité d'établir un lien entre toute une série de facteurs liés à la santé.
- > Enfin, le fait de répéter l'enquête de manière périodique permet de suivre l'évolution des indicateurs de santé et leurs déterminants dans le temps.

Les résultats de l'enquête de santé par interview doivent être interprétés dans un cadre précis : tout d'abord, il existe une composante subjective, il s'agit de ce que les personnes interrogées ont bien voulu déclarer. Par ailleurs, il faut rappeler que les résultats sont extrapolés sur la population totale à partir d'un échantillon, ce qui sous-entend une certaine marge d'erreur. Ce phénomène est lié au fait que la représentativité de l'échantillon ne peut jamais être garantie à 100%, et ce malgré tous les efforts consentis pour en améliorer la qualité.

Il est également important de mentionner que les résultats décrits ici sont des estimations ; ces dernières peuvent être légèrement différentes de ce que l'on aurait obtenu si l'on avait interrogé l'ensemble de la population. Ceci est d'autant plus vrai que le nombre de personnes sur lequel on se base pour présenter les résultats est relativement faible.

Dans l'enquête santé 2013, 10 829 personnes ont été interrogées par le biais d'interviews structurées à domicile durant toute l'année 2013. Ces personnes ont été choisies au hasard parmi tous les habitants de la Belgique. Les résultats donnent donc une image représentative de la santé de la population. Toutes les personnes reprises dans le Registre national de la population faisaient partie de la base de sondage, à l'exception des personnes qui résidaient dans :

- > une institution, à part les personnes vivant dans une maison de repos ou de repos et de soin (qui faisaient partie quant à elles de l'échantillon) ;
- > une communauté religieuse de plus de huit personnes ;
- > une prison.

Le profil de l'échantillon au point de vue démographique a suivi autant que possible celui de la population totale. La sélection aléatoire des ménages a été faite sur la base du Registre national, après stratification par région, par province et par commune (échantillonnage systématique).



L'échantillon de base était de 3 500 en Région flamande, 3 500 en Région wallonne et 3 000 en Région bruxelloise. Au sein de chaque région, le nombre de personnes sélectionnées par province était proportionnel au nombre total d'habitants de chacune d'elles. En outre, les provinces qui le souhaitaient pouvaient contribuer au financement d'un échantillon supplémentaire pour obtenir des estimations plus précises au niveau de leur propre population. La province du Luxembourg a fait valoir son droit en la matière en finançant 600 entretiens supplémentaires à réaliser dans sa province. Ce qui signifie que le nombre total de participants prévus en Région wallonne était de 4 100 participants (3 500 + 600).

Le mode de sélection des villes ou des communes dans chaque province a été adapté de façon telle qu'aussi bien les grandes villes que les petites communes puissent être représentées. Dans chaque ville ou commune sélectionnée, au moins 50 personnes devaient être interrogées. Pour atteindre cet objectif, des ménages ont été sélectionnés et, au sein de chaque ménage, quatre personnes au maximum devaient être interrogées. La personne de référence du ménage et, le cas échéant, le/la partenaire devaient toujours figurer parmi les personnes interrogées. Au final 3 512 interviews ont été réalisées en Région flamande, 4 214 en Région wallonne et 3 103 en Région bruxelloise.

Afin de produire des résultats représentatifs pour l'ensemble du pays, mais aussi au niveau de chaque région, un facteur de pondération a été attribué à chaque individu qui a participé à l'enquête. Ce facteur est calculé sur la base de la probabilité de sélection de l'individu au sein du ménage, de la commune, de la province, de la Région et du trimestre au cours duquel l'interview a eu lieu. En 2018, comme précédemment en 2013, 2008, 2004, 2001 et 1998, les résultats ont été pondérés pour correspondre au mieux à la population belge. Un plan d'échantillonnage assez complexe est adopté: stratification régionale, stratification par âge, sur-échantillonnage des personnes âgées...L'échantillon final est donc le fruit d'une longue préparation ; il faut bien sûr tenir compte de cette complexité dans l'analyse des données et la construction des indicateurs.

Il n'est cependant pas possible de réaliser un échantillon totalement représentatif. Par exemple, les personnes qui ne sont pas inscrites au niveau du Registre national ne sont bien entendu pas reprises non plus dans l'échantillon. Par ailleurs, certains ménages n'ont pas pu être contactés.

La participation à l'enquête n'étant pas obligatoire, 57 % seulement des ménages qui ont pu être contactés ont accepté de participer. 43 % des ménages contactés ont donc refusé de participer à l'enquête pour différentes raisons, le plus souvent par manque d'intérêt ou de temps. En prévision de ces refus, et afin de produire malgré tout des résultats de qualité, des ménages de remplacement ont été sélectionnés dès le départ pour chaque ménage qui devait participer à l'enquête. Ces remplaçants ont été sélectionnés en fonction de caractéristiques similaires au ménage de départ : habiter la même commune, avec le même nombre de personnes dans le ménage et le même âge pour la personne de référence. Dès qu'un ménage s'avérait être injoignable (après plusieurs tentatives de contact) ou refusait de participer, un ménage de remplacement était choisi.

Le questionnaire de l'enquête de santé comporte trois parties :

- > la première consiste en une collecte d'un nombre de caractéristiques du ménage : sa composition, le revenu mensuel, les dépenses de santé, etc. Toutes les questions étaient posées par l'enquêteur à la personne de référence ou à son/sa partenaire.
- > La deuxième partie concerne l'état de santé et la consommation de soins des individus. Les questions étaient aussi posées par l'enquêteur à chaque membre (sélectionné) du ménage. Si la personne n'était pas en état de répondre elle-même, pour cause de maladie ou d'absence prolongée par

exemple, ou si elle était âgée de moins de 15 ans, une autre personne répondait à sa place, le plus souvent un autre membre du ménage.

- > Enfin, chaque participant âgé de 15 ans et plus remplissait lui-même un questionnaire concernant des sujets plus sensibles comme la santé mentale, la consommation de tabac ou d'alcool, etc.

3.1.2. Nombre de patients diabétiques sous médication pour 1 000 bénéficiaires

Cet indicateur est issu de l'Atlas AIM de l'Agence InterMutualiste. Cette agence regroupe les 7 mutualités en activité en Belgique. Les chiffres sont considérés valables pour la population belge car 99% des Belges sont bénéficiaires, c'est-à-dire en ordre avec l'assurance maladie obligatoire et possèdent un domicile connu dans les données sources.

L'indicateur prend comme numérateur le nombre de bénéficiaires qui se sont fait rembourser durant l'année civile des antidiabétiques en officine publique ou hospitalière (à l'exception des femmes qui accouchent durant la première année) ou des bénéficiaires identifiés via conventions de diabète. Le dénominateur est le nombre total de bénéficiaires divisé par 1.000.

Ces chiffres se basent sur un échantillonnage. L'échantillon permanent suit toutes les dépenses en soins de santé remboursées par l'AIM pour un groupe de personnes et ce, sur plusieurs années.

Avant 2008, les indépendants sont exclus des données. Comme les mois de naissance ne sont pas disponibles dans cette base de données, les chiffres sont basés sur les populations annuelles globales.

L'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant des antidiabétiques du fait des années est vraisemblablement plus importante que l'augmentation réelle de la prévalence du diabète. Cette évolution pourrait être expliquée en partie par une médicalisation plus poussée.

3.1.3. Nombre total de nouveaux cas de cancer par groupe d'âge et par site primaire le plus fréquent

Ces données sont issues de la Fondation Registre du Cancer. L'enregistrement de ces données a commencé plus tardivement à Bruxelles et en Wallonie qu'en Flandre. La couverture régionale totale n'est disponible qu'à partir de 2004.

Le terme « cancer » englobe un groupe de maladies se caractérisant par la multiplication et la propagation anarchiques de cellules anormales. Si les cellules cancéreuses ne sont pas éliminées, l'évolution de la maladie va mener plus ou moins rapidement au décès de la personne touchée.

Le nombre de cas de cancer reprend le nombre de nouveaux diagnostics qui ont été enregistrés au cours d'une année donnée. Le fait que les cancers soient mieux détectés aujourd'hui joue un rôle dans l'augmentation du nombre de cas de cancer dans les statistiques des populations.

3.1.4. Nombre de personnes en invalidité

Ces données sont issues de l'INAMI. Est ici repris le nombre de personnes qui sont en incapacité de travail depuis plus d'un an. La période d'invalidité débute donc à partir de la deuxième année de l'incapacité de travail. Il s'agit d'une « photo » de la situation du nombre d'invalides au 31 décembre de l'année décrite. Un cas correspond à une personne physique. Rupture méthodologique à partir de 2016 : avant cette date, le dernier domicile connu en Belgique était utilisé pour les résidents étrangers. A partir



de 2016, les résidents étrangers qui perçoivent des indemnités d'invalidité sont comptabilisés dans la catégorie « Hors Belgique ».

Références

- > Enquêtes Santé de Sciensano : <https://www.sciensano.be/index.php/fr/projets/la-grande-enquete-de-sante-une-enquete-europeenne-menee-en-belgique>
- > Atlas AIM de l'Agence Inter Mutualiste : <https://atlas.aim-ima.be/viewer>
- > Registre du Cancer : <https://kankerregister.org/fr>
- > INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques>



3.2. PRATIQUES MÉDICALES

3.2.1. Le dossier médical global (DMG)

Le **Dossier Médical Global (DMG)** contient toutes les données médicales d'un patient (opérations, maladies chroniques, traitements en cours...). Il permet un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre les médecins. Le DMG est gratuit et entraîne un remboursement plus important des soins médicaux. Il doit être demandé par le patient à son médecin de famille ou peut être proposé par le médecin.

3.2.2. Taux de couverture du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Ces deux indicateurs sont calculés par l'Agence Inter Mutualiste (AIM).

Le **taux de couverture du dépistage du cancer du sein** est basé sur le pourcentage des femmes entre 50 et 69 ans ayant eu au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammothest dans l'année ou l'année précédente. Un mammothest est une mammographie réalisée dans le cadre d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Au numérateur sont repris les bénéficiaires du groupe-cible qui a subi une mammographie diagnostique et/ou un mammothest dans l'année, c'est-à-dire une mammographie d'un sein réalisé en ambulatoire chez un radiologue ou un gynécologue, ou une mammographie des deux seins (première lecture) réalisée dans le cadre d'un dépistage de masse organisé par une autorité. Le dénominateur est constitué par le nombre de femmes affiliées à un organisme assureur qui font partie des catégories d'âge cible (de 50 à 69 ans). Ce sont des femmes dans la base de données Population AIM de l'année (= combinaison des photos du 30 juin et du 31 décembre) sans exclusion des décédées.

Le calcul est effectué séparément pour l'année (t) et l'année précédente (t-1). Si une femme a été comptée dans le numérateur de l'année précédente (t-1), elle ne peut plus être comptée dans le numérateur de l'année (t). Les totaux par année sont ensuite additionnés. Les périodes de deux années civiles consécutives s'étendent du 1 janvier au 31 décembre et correspondent à l'intervalle théorique recommandé entre deux examens de dépistages.

Le **taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus** était basé jusqu'en 2013 sur le pourcentage de femmes entre 25 et 64 ans s'étant vu attester un frottis de dépistage dans une période de 3 années calendrier (année, année -1, année -2). Depuis 2014, il n'est plus calculé à partir des attestations d'un frottis de dépistage mais à partir des attestations d'une cytologie d'un frottis de dépistage. L'AIM a observé que le prélèvement du frottis n'était pas toujours facturé par le médecin à l'INAMI. La couverture basée sur le prélèvement était donc en partie sous-estimée. Sur base de la nouvelle méthodologie, l'AIM a recalculé tous les taux de couverture des années antérieures (depuis 2008). Il n'y a donc pas de rupture méthodologique dans les chiffres présentés dans le tableau.

Au numérateur sont repris les bénéficiaires du groupe-cible pour lesquelles une cytologie d'un frottis cervical et vaginal dans le cadre du dépistage a été remboursé dans une des années calendrier. Le dénominateur comprend le nombre total de femmes entre 25 et 64 ans dans la base de données Population AIM de cette même année.



Le calcul est effectué séparément pour l'année calendrier t, l'année t-1 et l'année t-2. Les totaux sont ensuite additionnés. Si une femme a été remboursée plusieurs fois pour un frottis de dépistage sur la période de trois ans, elle n'est comptée qu'une seule fois pour cette période. Une période calendrier va du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les données indiquées sous l'année 2008 correspondent donc à la période 2006-2008.

Par ailleurs, depuis 2014 les chiffres pour la Flandre ne sont plus calculés par l'AIM mais par le CvKO (Centrum voor Kankeropsporing). En Flandre, le taux de dépistage se base sur les frottis et non la cytologie. Les chiffres ne sont donc plus comparables entre les régions et il n'y a plus de chiffre disponible pour l'ensemble de la Belgique. Par conséquent, le tableau présente uniquement les chiffres bruxellois, au niveau communal.

3.2.3. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse selon le domicile de la femme

La Commission nationale d'évaluation d'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) a été créée le 13 août 1990 et se charge d'évaluer l'application des dispositions légales relatives à la loi du 3 avril 1990 relatives à l'**interruption volontaire de grossesse**. Elle rédige tous les deux ans un rapport à l'intention du Parlement fédéral dont les données ici présentées sont issues.

Pour des raisons qui demeurent inexpliquées, il y a des différences de nombres entre les déclarations d'IVG faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art. La Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie, elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis, et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. La Commission est donc totalement tributaire des données qui lui sont fournies.

Références

- > Enquêtes Santé de Sciensano : <https://www.sciensano.be/index.php/fr/projets/la-grande-enquete-de-sante-une-enquete-europeenne-menee-en-belgique>
- > Atlas AIM de l'Agence Inter Mutualiste : <http://atlas.aim-ima.be>
- > Interruption volontaire de grossesse : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/thematique/interruption-volontaire-de-grossesse>

