

FOCUS N°76

Où vit-on le plus longtemps en Région bruxelloise ? Analyse de l'espérance de vie

DENNIS MATHYSEN (OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE),
NILS SCHNITZLER, ISALINE WERTZ

En 2023, l'espérance de vie à la naissance dans la Région de Bruxelles-Capitale était de 82,2 ans. Mais que signifie exactement ce nombre ? Où vit-on le plus longtemps au sein de la Région bruxelloise ?

Introduction

L'espérance de vie est un indicateur clé de la santé globale d'une population : elle résume en un seul chiffre **l'âge moyen que les gens atteindraient** si les taux de mortalité actuels pour chaque âge restaient inchangés tout au long de leur vie. Tout comme les mesures de la taille nous renseignent sur les différences entre pays – les Néerlandais sont en moyenne plus grands que les Belges, par exemple –, l'espérance de vie indique à quel point l'état de santé est favorable ou défavorable dans une population donnée.

Ce Focus fait un zoom sur l'espérance de vie à la naissance, calculée pour la période 2017-2023 (à l'exclusion de l'année 2020, → encadré 1). Ces calculs sont effectués à partir des chiffres de population et de mortalité de l'Office belge de statistique (Statbel) basés sur le Registre national (RN)¹. Le Focus compare les résultats, pour les hommes et les femmes d'une part et les macrozones² d'autre part, au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Cette approche permet de mieux comprendre les différences internes ainsi que les facteurs sous-jacents potentiels qui expliquent ces variations.

Après une rapide comparaison entre les trois régions belges, ce Focus prend le temps d'expliquer le calcul de l'espérance de vie à la naissance afin d'identifier les atouts et les points d'attention

de cet indicateur. Ensuite, le Focus tente de répondre à ces questions :

- › Dans quelles parties de la Région bruxelloise les gens vivent-ils plus longtemps si l'on se base sur les taux de mortalité actuels ?
- › Et quelle est la différence entre l'espérance de vie des femmes et des hommes dans la Région ?

Comment la Région de Bruxelles-Capitale se situe-t-elle par rapport aux deux autres régions belges ?

Ce Focus traite des différences d'espérance de vie à la naissance au sein de la Région bruxelloise. Toutefois, une comparaison avec les autres régions est utile pour situer le contexte. Entre les trois régions belges, les différences d'espérance de vie restent remarquablement stables, avec la Flandre invariablement en tête, la Wallonie affichant la valeur la plus faible et Bruxelles au milieu. En 2023, l'espérance de vie à la naissance était de 82,2 ans dans la Région de Bruxelles-Capitale, contre 83,2 ans en Flandre et 80,6 ans en Wallonie (Statbel, 2024). Au cours des 50 dernières années, toutes les régions ont vu l'espérance de vie de leurs habitants et habitantes augmenter d'environ dix ans (*ibidem*).

Cette évolution est principalement due à l'amélioration des traitements médicaux et à la diminution des comportements à risque (comme le tabagisme). L'ordre – Flandre première, Bruxelles deuxième, Wallonie troisième – n'a pas changé depuis un demi-siècle, ce qui indique des différences régionales constantes en matière de conditions de vie et d'opportunités socio-économiques.



1. Le choix de la période 2017-2023, sans 2020

Ce Focus considère l'espérance de vie à la naissance à l'échelle infrarégionale. Les effectifs de population et les nombres de décès relativement faibles à cette échelle signifient que des aléas peuvent affecter considérablement le calcul de l'espérance de vie. Le regroupement des données de plusieurs années permet de minimiser cet impact.

Ce Focus utilise les chiffres disponibles les plus récents (période 2017-2023), mais exclut la première année de la pandémie de Covid (2020). En effet, la mortalité très élevée de cette année-là donne une image faussée des tendances générales et de l'évolution de l'espérance de vie dans la Région bruxelloise. En 2020, le taux de surmortalité dans la Région était de 20 % (Perspective, 2022). Cela signifie qu'il y a eu 20 % de décès en plus par rapport aux prévisions des années précédentes.

Par conséquent, l'année 2020 ne constitue pas une base appropriée pour estimer l'espérance de vie. Avant et après 2020, le nombre de décès correspond bel et bien aux prévisions. Les données de ces autres années sont donc plus pertinentes pour estimer les tendances ou les évolutions.

Interprétation de l'espérance de vie : attention !

L'espérance de vie donne des indications sur une population dans son ensemble

L'espérance de vie est un **baromètre de la santé générale** d'une société : plus l'espérance de vie est élevée, moins les gens meurent jeunes et/ou plus ils survivent à des maladies à un âge avancé, et donc plus les conditions de vie sont favorables au sens large. Pour calculer l'espérance de vie, on utilise le principe d'une **génération hypothétique**. Le principe est qu'un nouveau-né est exposé tout au long de sa vie aux taux de mortalité en vigueur l'année de sa naissance, ce qui permet de résumer les risques de mortalité spécifiques à chaque âge en un seul chiffre clair.

L'espérance de vie est un **indicateur conjoncturel**, qui dépend fortement des événements affectant la mortalité ou la composition de la population. Les exemples incluent notamment les guerres ou les pandémies. Pour éviter que de tels événements exceptionnels n'impactent les résultats, ce Focus couvre la période 2017-2023, à l'exclusion de 2020 (→ encadré 1).

L'espérance de vie est un instantané, pas une prédiction

L'espérance de vie semble être un chiffre clair et parlant, mais elle est et reste une **moyenne statistique pour une génération fictive** : on applique les taux de mortalité d'une période de mesure à un groupe imaginaire de nouveau-nés (→ encadré 2 pour la méthode de calcul). Cela signifie deux choses.

Premièrement, l'espérance de vie est un **instantané dans le temps** : dès que les risques de mortalité diminuent ou augmentent (en raison des progrès de la médecine ou de l'évolution des modes de vie), l'espérance de vie réelle change également. Toutefois, pour la génération hypothétique, il convient d'utiliser les taux de mortalité d'une période fixe : dans ce Focus, il s'agit des taux de mortalité pour 2017-2023 (à l'exclusion de 2020).

Il est important de souligner que les enfants nés aujourd'hui atteindront très probablement un âge moyen de décès plus élevé que celui attendu à leur naissance. En effet, ils pourront bénéficier, tout au long de leur vie, des progrès continus de la médecine et de l'amélioration des conditions de vie.

En outre, les migrations peuvent également fausser le tableau ; un afflux de personnes jeunes et en bonne santé³ ou un départ de personnes âgées vulnérables (par exemple, en déménageant dans un centre de soins résidentiels dans une autre commune) fait augmenter la durée de vie moyenne sans nécessairement améliorer l'état de santé de la population restante.

Deuxièmement, il ne s'agit **pas d'une prédiction individuelle** : personne ne « connaît » sa propre espérance de vie.

Pour vous, en tant qu'individu, vous ne pouvez pas utiliser l'espérance de vie

En tant qu'individu, vous ne pouvez pas utiliser l'espérance de vie, tout comme vous ne pouvez pas déduire votre propre taille de la taille moyenne des habitants de votre pays. Vous pouvez toutefois comparer de grands groupes de personnes :

- › « Les Belges sont en moyenne plus petits que les Néerlandais. »
- › « L'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes. »

Bien entendu, cela ne signifie pas que chaque Belge est plus petit que tous les Néerlandais. De plus, la taille moyenne ne permet pas d'en déduire sa propre taille. Il en va de même pour l'espérance de vie. Vous ne pouvez en extraire aucune information vous concernant ou concernant tout autre individu de la population. Mais cela permet de dire quelque chose de la population dans son ensemble. En ce sens, l'espérance de vie, tout comme la taille moyenne, est un indicateur utile et pertinent.



2. Comment calcule-t-on l'espérance de vie à la naissance ?

L'espérance de vie est le nombre moyen d'années vécues par un groupe hypothétique d'individus. Vous trouverez ci-dessous les notions nécessaires au calcul de l'espérance de vie à la naissance. Cependant, vous pouvez également calculer l'espérance de vie pour tout autre âge : par exemple, l'espérance de vie à 10 ans, à 23 ans ou à 64 ans. L'espérance de vie « en bonne santé » est un indicateur différent avec une méthode de calcul différente (cf. *L'espérance de vie ne dit rien de la qualité de vie*).

Taux de mortalité

L'une des notions est ce que l'on appelle les **taux de mortalité** des hommes et des femmes bruxelloises au cours d'une période donnée. Il peut s'agir de n'importe quelle période. Les exemples habituels sont une année (comme 2023) ou une période de plusieurs années (comme 2017-2019). Il convient de calculer les taux de mortalité pour chaque âge et chaque sexe comme suit :

$$\frac{\text{Nombre de décès}}{\text{Nombre total de personnes}}$$

Exemple. Vous avez un groupe de 100 hommes de 60 ans et l'un d'entre eux meurt. Le taux de mortalité des hommes âgés de 60 ans est de : $1 / 100 = 1\%$.

Génération hypothétique

Prenons ensuite une génération hypothétique de **100 000 nouveau-nés**. Vous suivez cette génération jusqu'à ce que toutes les personnes (fictives) soient mortes. Le calcul se fait sur la base des taux de mortalité associés à chaque âge et chaque sexe.

- › Combien de personnes (fictives) meurent à cet âge et
- › Combien de « survivants » (fictifs) passent à l'âge suivant.

Vous répétez ce processus jusqu'à ce que toute votre génération hypothétique soit décédée (maximum 104 ans dans ce Focus).

Exemple. Supposons

- › que 100 femmes de la génération hypothétique atteignent l'âge de 85 ans, et

- › que le taux de mortalité des femmes de 85 ans soit de 10 %.

Alors, exactement 10 femmes (fictives) décèdent à l'âge de 85 ans, et les 90 autres femmes (fictives) atteignent l'âge de 86 ans.

Nombre d'années vécues

Un dernier élément requis est le nombre d'années vécues par les individus de notre génération hypothétique. Mais comment déterminer ce nombre (fictif) ? Pour cela, il faut tenir compte de l'âge que les personnes ont atteint, auquel il faut ajouter une demi-année. Cela peut sembler étrange, mais l'exemple ci-dessous permet de mieux comprendre.

Exemple. Supposons qu'une personne décède à l'âge de 50 ans. Il faut alors compter 50 ans et demi pour cette personne. Pourquoi ajouter une demi-année ? Parce que vous ne savez pas quand cette personne fictive est décédée : juste après son anniversaire ? Juste avant son 51^e anniversaire ? Ou entre les deux ? Dans un groupe plus important de personnes âgées de 50 ans, tous ces cas se présenteront : plusieurs d'entre elles seront décédées peu de temps après leur anniversaire. Il faut donc compter environ 50 ans. Mais d'autres personnes décèdent peu de temps avant leur (prochain) anniversaire. Et pour elles, il faut presque compter 51 ans. On peut donc supposer que les personnes qui ont eu 50 ans ont vécu en moyenne 50,5 ans.

À vous de jouer !

Vous disposez maintenant des notions nécessaires pour calculer l'espérance de vie à la naissance, c'est-à-dire le nombre moyen d'années vécues par la génération hypothétique :

$$\frac{\text{Somme de toutes les années (fictivement) vécues}}{\text{Nombre de personnes dans la génération hypothétique, soit 100 000}}$$

Exemple. Vous considérez une génération hypothétique de 100 000 personnes. Vous additionnez toutes les années vécues et vous obtenez un total de 7 800 000 ans. L'espérance de vie est alors de $7\,800\,000 / 100\,000 = 78$ ans.

L'espérance de vie ne dit rien de la qualité de vie

L'allongement de l'espérance de vie ne dit rien sur la qualité de vie des années supplémentaires gagnées. Pour rendre cette distinction visible, il faut regarder l'indicateur « espérance de vie en bonne santé ». Il permet de calculer le nombre d'années que l'on passe en moyenne en bonne santé et le nombre d'années que l'on passe en état de maladie ou d'invalidité. Cependant, une discussion détaillée à propos de cet indicateur dépasse le cadre de ce Focus.

L'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes

L'espérance de vie des femmes est supérieure à celle des hommes dans l'ensemble de la Région bruxelloise. Cet écart entre les genres est systématiquement présent dans chaque commune et dans toutes les macrozones de la Région. Sur les cartes (2) et (3) représentant l'espérance de vie par macrozone, on remarque immédiatement que la classe regroupant les plus hautes espérances de vie chez les hommes (80,1 - 81,6 ans) reste inférieure à la classe la plus basse chez les femmes (81,9 - 82,9 ans).

Variation géographique des différences entre les genres

Au niveau régional, la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est de 4,9 ans – les hommes vivent en moyenne jusqu'à 79 ans, les femmes jusqu'à 83,9 ans. Toutefois, cet écart varie au niveau local. Woluwe-Saint-Lambert présente la différence la plus faible avec 3,1 ans d'écart (84,6 ans pour les femmes contre 81,5 ans pour les hommes). À l'inverse, Saint-Gilles affiche le plus grand écart : les femmes y atteignent en moyenne 83,8 ans, contre seulement 77,7 ans pour les hommes, soit un écart de 6,1 ans (Tableau ①). Une telle variation reflète une interaction complexe entre plusieurs déterminants de la santé, inégalement répartis sur les plans géographique, social et économique.

La Région bruxelloise n'est pas unique à cet égard, mais suit une tendance mondiale : selon le rapport *UN World Population Prospects 2024*⁴, les femmes ont une espérance de vie plus élevée que les hommes dans les 193 États membres. Depuis les années 1980, l'écart entre les genres diminue lentement dans de nombreux pays occidentaux (y compris la Belgique et la Région bruxelloise⁵). Cela s'explique principalement par la baisse de la consommation de tabac et la diminution de la consommation excessive d'alcool chez les hommes. Pourtant, l'écart est encore d'environ cinq ans en moyenne en 2023 dans l'OCDE (OCDE, 2023).

① ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE PAR SEXE ET PAR COMMUNE (2017-2023, SANS 2020)

Commune	Hommes	Femmes
Anderlecht	77,6	82,2
Auderghem	80,3	85,8
Berchem-Sainte-Agathe	79,0	84,2
Bruxelles	78,5	83,2
Etterbeek	79,3	84,6
Evere	78,6	82,5
Forest	79,4	84,0
Ganshoren	78,8	84,4
Ixelles	79,9	85,3
Jette	78,6	83,1
Koekelberg	78,2	83,3
Molenbeek-Saint-Jean	77,9	82,5
Saint-Gilles	77,7	83,8
Saint-Josse-ten-Noode	77,1	81,8
Schaerbeek	78,3	83,9
Uccle	80,8	85,3
Watermael-Boitsfort	78,7	84,1
Woluwe-Saint-Lambert	81,5	84,6
Woluwe-Saint-Pierre	82,1	86,7
Région de Bruxelles-Capitale	79,0	83,9

Source : Statbel (RN), calculs IBSA

Facteurs explicatifs

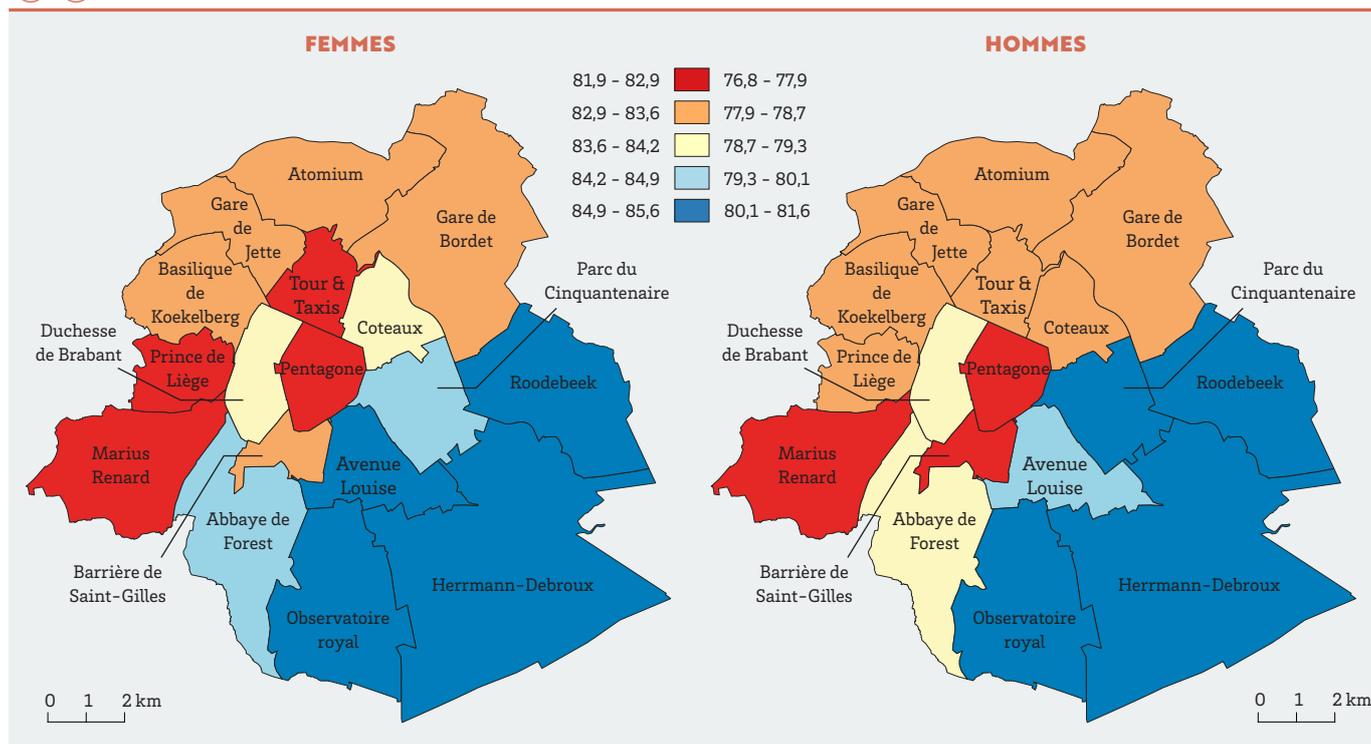
Le fait qu'il existe un écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes dans la Région de Bruxelles-Capitale n'est pas nouveau. Les chiffres de ce Focus confirment une tendance historique et mondiale. Il est intéressant de comprendre « pourquoi » ces différences entre les genres sont si constantes.

La différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'explique par des facteurs comportementaux, sociaux et structurels. Voici quelques explications possibles évoquées dans la littérature scientifique sur ce sujet. Important : ces différents facteurs sont interconnectés et bien qu'ils contribuent tous à la différence d'espérance de vie, ils n'ont pas nécessairement la même importance.

- Mode de vie et comportements à risque.** Dans tous les pays de l'OCDE – y compris la Belgique – les hommes fument et boivent plus souvent et plus intensément que les femmes, consomment des aliments plus caloriques et ont un IMC plus élevé en moyenne (OCDE, 2024). Ces habitudes augmentent le risque de maladies chroniques mortelles telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon et les maladies du foie.
- Causes externes.** Les jeunes hommes meurent plus souvent d'accidents de la route, d'accidents du travail, de violences et de suicides (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2024). Cette surmortalité à des âges plus jeunes fait baisser l'espérance de vie des hommes plus fortement que celle des femmes.
- Normes de genre.** Les perceptions culturelles de la « masculinité » encouragent le tabagisme, l'abus d'alcool, les comportements à risque et l'ignorance des problèmes de santé (Organisation mondiale de la santé, 2025). En conséquence, les maladies sont diagnostiquées plus tardivement et la charge de morbidité est plus lourde.
- Risques professionnels.** Les hommes sont surreprésentés dans les secteurs physiquement exigeants ou dangereux tels que la construction, les transports et les services de sécurité, ce qui entraîne des risques de mortalité supplémentaires.
- Utilisation des soins.** Les hommes sont moins susceptibles de recourir à des soins préventifs ou curatifs. La santé reproductive des femmes les met plus souvent en contact avec les prestataires de soins de santé, ce qui permet une détection et un traitement plus précoces des facteurs de risque (Dattani & Rodés-Guirao, 2023).
- Différences génétiques.** Les différences génétiques entre les hommes et les femmes peuvent également expliquer une partie de la différence d'espérance de vie. Par exemple, les femmes bénéficient de certains avantages immunologiques par rapport aux hommes. Elles produisent généralement plus d'anticorps (e.g. Libert et al., 2010).

L'espérance de vie à la naissance plus élevée des femmes se vérifie dans toute la Région de Bruxelles-Capitale, mais la différence avec les hommes n'est pas la même partout. Cela reflète une interaction complexe entre les rôles, les comportements et le contexte socio-économique des hommes et des femmes. Des politiques de prévention et de santé ciblées – qui tiennent compte des comportements à risque, de l'accès aux soins et des conditions de vie dans les quartiers vulnérables – restent essentielles pour réduire l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

② ③ ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE 2017-2023 (HORS 2020), PAR MACROZONE



Source : Statbel (RN), calculs IBSA

Note : Sur la Carte 2 (femmes) et la Carte 3 (hommes), les classes sont différentes.

L'espérance de vie à la naissance est la plus élevée dans le sud-est

C'est dans le sud-est de la Région bruxelloise que l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée. Cela se voit clairement sur une carte par macrozones. Mais si l'on considère les communes, on obtient une image similaire (Tableau ①).

Pour les femmes comme pour les hommes, cinq macrozones se distinguent sur les Cartes ② et ③ : Parc du Cinquantenaire, Avenue Louise, Roodebeek, Herrmann-Debroux et Observatoire royal. Pour les femmes, s'ajoute l'abbaye de Forest. L'Observatoire royal a l'espérance de vie la plus élevée de toute la région : 85,6 ans pour les femmes. Roodebeek a l'espérance de vie la plus élevée pour les hommes, soit 81,6 ans.

Dans ces macrozones du sud-est, l'espérance de vie se situe entre 80 et 85 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Ce nombre est supérieur à la valeur régionale. Sur la carte, cela est indiqué par une couleur bleu clair (légèrement plus élevée) ou bleue (plus élevée). L'espérance de vie dans les zones jaune clair est proche de l'espérance de vie régionale (hommes : 79 ans ; femmes : 83,9 ans). Les zones orange et rouge ont une espérance de vie plus faible.

Les macrozones où les femmes vivent le moins longtemps sont le Pentagone, Tour et Taxis, Marius Renard et Prince de Liège. C'est à Marius Renard que l'espérance de vie est la plus basse chez les femmes : 81,9 ans, soit deux ans de moins que l'espérance de vie des femmes pour l'ensemble de la Région bruxelloise (83,9 ans). Ce nombre reste toutefois supérieur à l'espérance de vie la plus élevée chez les hommes : 81,6 ans dans la macrozone de Roodebeek. L'espérance de vie la plus élevée pour les femmes se trouve à l'Observatoire royal, où elle est de 85,6 ans. Ainsi, la différence entre la plus petite et la plus grande espérance de vie chez les femmes est de 3,7 ans.

Pour les hommes, la situation est similaire – bien que toutes les espérances de vie soient inférieures à celles des femmes (cf. supra). C'est dans le Pentagone, à Marius Renard et à la Barrière de Saint-Gilles que les espérances de vie sont les plus faibles chez les hommes. Le Pentagone s'en sort le moins bien : l'espérance de vie de 76,8 ans y est inférieure de plus de 2 ans à celle des hommes de l'ensemble de la Région bruxelloise (79 ans). Elle est également inférieure de près de 5 ans à celle de Roodebeek – macrozone où l'espérance de vie à la naissance des hommes est la plus élevée de la région : 81,6 ans.

La géographie ci-dessus donne une image générale de la Région bruxelloise. Il est toutefois important de comprendre qu'il existe aussi des différences à l'intérieur même des macrozones. Dans certains quartiers d'une même macrozone, l'espérance de vie peut être plus élevée ou plus faible que dans d'autres quartiers. Ce Focus ne s'étend pas sur ce point.

Explications possibles

Comment expliquer ces différences d'espérance de vie ? L'espérance de vie est une mesure de la santé d'une population. Plus cette population est en bonne santé en moyenne, plus elle vivra longtemps en moyenne. Les facteurs qui affectent la santé ont donc également une incidence sur l'espérance de vie dans les macrozones.

Position socioéconomique

Votre éducation, votre emploi, votre revenu et votre réseau social font partie de votre statut socioéconomique. Il existe un **gradient social** : plus vous êtes dans une situation socioéconomique favorable, meilleure est votre santé en général (par exemple, Otavova, 2024). Cela vaut certainement aussi pour la Région bruxelloise. Deux exemples :

- › Les Bruxellois et Bruxelloises occupant une position socioéconomique inférieure sont systématiquement plus souvent en traitement pour le **diabète** que les Bruxellois et Bruxelloises ayant une position supérieure (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019, p. 19).
- › **L'incapacité de travail** est presque deux fois plus fréquente dans les positions socioéconomiques les plus basses que dans les plus hautes (*ibidem*).

Les chercheurs soupçonnent que plusieurs mécanismes jouent (éventuellement) un rôle, se complétant les uns les autres (la liste ci-dessous est en partie basée sur Otavova, 2024 et l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019) :

- › **Le statut socioéconomique influence la santé.**
Exemple : les personnes mieux éduquées
 - ont une meilleure connaissance de la santé
 - peuvent mieux comprendre les informations sur la santé
 - disposent d'une meilleure capacité générale à résoudre des problèmes
 - vivent et travaillent généralement dans de meilleures conditions
- › **La santé influence le statut socioéconomique.**
Exemple : une mauvaise santé augmente le risque
 - qu'un enfant ait de moins bons résultats scolaires
 - qu'un adulte rencontre plus de difficultés à travailler, ce qui complique également l'accumulation de richesse
- › **D'autres facteurs influencent à la fois la santé et le statut socioéconomique.**
Exemple : les personnes victimes de discrimination
 - souffrent éventuellement d'un stress accru, quelle que soit la situation de travail
 - n'ont pas accès à des emplois correspondant à leur niveau d'éducation, même si leur état de santé est bon

Avant même la naissance, chacun et chacune d'entre nous est exposée à divers facteurs qui affectent positivement ou négativement notre santé. Tout au long de la vie, ces expositions et leurs effets s'accumulent. Les personnes en situation de faiblesse socioéconomique sont davantage exposées à des facteurs défavorables, tels que les mauvaises conditions de logement (problèmes de moisissures, bruits de voisinage) ou de travail (exposition accrue à des substances nocives). Dans le même temps, elles disposent de moins de ressources protectrices, telles que des connaissances en matière de santé ou de l'argent pour des examens médicaux (cf. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019, chapitre 4.1.2). Les communes ou macrozones de la Région bruxelloise où vivent les citoyens les moins aisés ont donc tendance à avoir une espérance de vie plus faible. Là où les habitants sont plus aisés, comme dans le quadrant sud-est, l'espérance de vie tend à être plus élevée. Le fait d'avoir suffisamment d'argent permet également de choisir plus facilement le quartier où l'on souhaite vivre.

Environnement

En outre, votre environnement détermine également votre santé. Comparez, par exemple, deux quartiers résidentiels fictifs.

- › Quartier résidentiel A : forte pollution atmosphérique, forte pollution sonore, peu de verdure, peu d'infrastructures sportives.
- › Quartier résidentiel B : faible pollution atmosphérique, faible pollution sonore, beaucoup de verdure, suffisamment d'infrastructures sportives.

Où l'espérance de vie est-elle la plus élevée ? Elle dépend également d'autres facteurs, tels que le comportement tabagique des résidents. Mais en général, on s'attend à ce que l'espérance de vie soit plus élevée dans la zone résidentielle B que dans la zone résidentielle A.

Comportements et système de soins

Enfin, les comportements en matière de santé peuvent également contribuer à expliquer les différences géographiques. Les comportements en matière de santé des personnes ayant une position socioéconomique basse diffèrent de ceux des personnes ayant une position socioéconomique haute. Par exemple, les personnes plus précarisées fument davantage (voir par ex. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019).

L'organisation du système de soins influe, lui aussi, sur les comportements en matière de santé. Les personnes qui ont du mal à joindre les deux bouts repoussent souvent les soins médicaux parce qu'elles n'en ont pas les moyens (opérations, soins dentaires, achat de lunettes ou de lentilles...). Les personnes plus précarisées ont également moins recours aux soins de santé préventifs, tels que certains dépistages du cancer ou les vaccinations contre la grippe.

Conclusion

L'espérance de vie semble être une mesure claire de la santé publique, mais elle reste une construction statistique : nous appliquons les taux de mortalité d'une période d'observation sur une génération hypothétique, en ignorant les éventuels changements futurs dans les soins médicaux, le mode de vie, le comportement ou la migration. En outre, derrière des chiffres agrégés peuvent se cacher des disparités au sein des communes et entre groupes de population. Toute personne interprétant l'espérance de vie doit donc toujours garder ces limites à l'esprit.

Les chiffres présentés dans ce Focus confirment d'abord une fois de plus **l'écart attendu entre les genres** : les femmes peuvent espérer vivre cinq ans de plus que les hommes. Les facteurs comportementaux et environnementaux qui affectent les hommes de manière disproportionnée – tabagisme, alcool, conduite à risque, moins de soins préventifs, risques professionnels plus élevés – expliquent la majeure partie de cet écart. Toutefois, cet écart favorable aux femmes n'est pas uniforme ; il fluctue de 3,1 ans dans la commune aisée de Woluwe-Saint-Lambert à 6,1 ans dans la commune plus vulnérable sur le plan socioéconomique de Saint-Gilles.

Ensuite, un **gradient géographique** prononcé se manifeste. Les macrozones du sud-est, autour de Hermann-Debroux, de Roodebeek et de l'Observatoire royal, obtiennent les meilleurs résultats. Tant les hommes que les femmes y ont des espérances de vie à la naissance nettement supérieures aux moyennes régionales. Ce constat est lié à des conditions de vie plus favorables, à des revenus plus élevés et à un meilleur accès aux espaces verts. À l'autre extrémité du spectre, le Pentagone, la Barrière de Saint-Gilles et Marius Renard ont les espérances de vie les plus faibles, en particulier chez les hommes. Là, la précarité sociale s'ajoute aux stress environnementaux tels que la pollution atmosphérique et le trafic dense.

Enfin, l'écart entre hommes et femmes semble être sensible à ce contexte socio-spatial. Là où les revenus augmentent et les conditions de vie s'améliorent, les hommes gagnent relativement plus d'années de vie et l'écart se réduit. En revanche, là où la pauvreté et les risques environnementaux prédominent, l'écart s'élargit. Une prévention ciblée – arrêt du tabac, sécurité routière, accès facilité aux soins de première ligne, réduction des risques professionnels – et une politique visant à réduire les inégalités sociales et à améliorer la qualité résidentielle sont donc des pistes possibles d'action.

Bibliographie

- ANON, 2025. *Healthy Immigrant Effect - an overview*. ScienceDirect | Topics [online]. 2025. [Consulté le 26 mai 2025].
- DATTANI SALONI & RODÉS-GUIRAO LUCAS, 2023. *Why do women live longer than men?* Our World in Data.
- ERMANS THOMAS, 2023. *Les macrozones. Une partition statistique du territoire bruxellois pour l'analyse à une échelle intermédiaire entre les quartiers et la Région*. Cahier de l'IBSA, n° 11. Bruxelles : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA).
- LIBERT Claude, DEJAGER Lien & PINHEIRO Iris, 2010. *The X chromosome in immune functions: when a chromosome makes the difference*. Nature Reviews Immunology. Vol. 10, n° 8, pp. 594-604.
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, 2019. *Tous égaux face à la santé à Bruxelles? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé*. Bruxelles : Commission communautaire commune.
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL DE BRUXELLES-CAPITALE, 2024. *Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*. Bruxelles : Vivalis.brussels.
- OCDE, 2023. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Health at a Glance. Paris: OECD Publishing.
- OCDE, 2024. *Society at a Glance 2024: OECD Social Indicators*. Society at a Glance. Paris: OECD Publishing.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2025. *Gender and health*. [online]. 2025. [Consulté le 26 mai 2025].
- OTAVOVA MARTINA, 2024. *Multiple Deprivation and Health Inequalities in Belgium*. Doctoral thesis. Louvain-la-Neuve / Hasselt: UCLouvain / UHasselt.
- PERSPECTIVE, 2022. *Diagnostic socio-économique, territorial et environnemental de la Région de Bruxelles-Capitale suite à la pandémie Covid-19*. Bruxelles : perspective.brussels.
- STATBEL, 2024. *Tables de mortalité et espérance de vie*. [online]. 9 juillet 2024. [Consulté le 13 juin 2025].

Notes

1. Les personnes qui ne figurent pas dans le registre national, comme les demandeurs d'asile ou les sans-papiers, n'apparaissent donc pas dans les calculs.
2. Une macrozone est une portion du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale qui regroupe plusieurs quartiers ayant des caractéristiques similaires, par exemple en matière de logement, de population ou d'activités économiques. Elle permet d'analyser les grandes dynamiques urbaines en Région bruxelloise, sans se limiter aux frontières administratives des communes (Ermans, 2023).
3. Voir « l'effet de sélection d'immigrants en bonne santé » (ANON, 2025).
4. Consultable via <https://population.un.org/wpp/>.
5. Pour la Région bruxelloise, voir Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2024).

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Astrid Romain

COMITÉ DE LECTURE

Olivier Gillis, Peter Verduyck (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale)

Prof. émérite Patrick Deboosere (Vrije Universiteit Brussel, Conseil scientifique de l'IBSA)

Xavier Dehaibe, Olivier Poupaert (IBSA)

ÉDITRICE RESPONSABLE

Astrid Romain - IBSA

©2025 Région de Bruxelles-Capitale. Tous droits réservés.