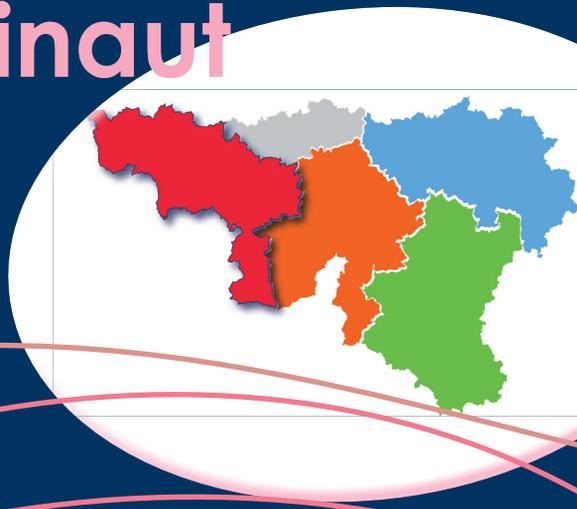




Santé en Hainaut - numéro 12 - 2016

Tableau de bord de la santé Province de Hainaut



Observatoire
de la
Santé

La santé pour mieux vivre



Service
provincial
Social & Santé



Province
de Liège

Santé et
qualité de vie



PROVINCE
de NAMUR

Au cœur
de votre **quotidien**



Préface

Depuis notre premier Tableau de bord de la santé en 1997, nous nous efforçons d'apporter une information précise sur la santé des Hainuyers. La particularité de ce numéro est d'être le résultat d'une étroite collaboration entre les Provinces de Hainaut, Liège, Luxembourg et Namur. Une série d'indicateurs communs ont été choisis pour décrire la situation sanitaire. L'harmonisation de ces publications contribue à la construction d'un système d'information sanitaire wallon.

Comme le montrent les données présentées, l'espérance de vie continue de s'accroître, mais l'écart se creuse entre d'une part le Hainaut, et d'autre part la Wallonie et surtout la Belgique, témoin d'inégalités sociales et territoriales croissantes. En Hainaut, la mortalité reste élevée. Si les taux de mortalité hainuyers rejoignaient ceux de la Belgique, 2 330 décès seraient évités chaque année. La mortalité prématurée (avant 65 ans) présente des différences particulièrement marquées puisqu'elle est 11 % plus élevée qu'en Wallonie et 38 % plus élevée qu'en Belgique.

La santé se construit bien en amont des contacts avec le système de soins. Les conditions de vie, les cadres de vie et les modes de vie des personnes ont une influence capitale sur leur état de santé et sont largement déterminés par le contexte dans lequel les personnes naissent, grandissent et vivent. Pour cette raison, ce document consacre une large place aux indicateurs socio-économiques dont une littérature toujours plus abondante démontre le lien avec l'état de santé. En fin de vie, des inégalités se marquent par une espérance de vie 6 à 7 ans plus basse pour les personnes sans diplôme que pour celles qui ont fait des études supérieures. Si l'on s'intéresse à l'espérance de vie sans incapacité, la différence atteint 18 années tant pour les hommes que pour les femmes. C'est inacceptable.

Devant de telles inégalités sociales de santé et compte tenu d'une situation économique peu favorable en Hainaut, il est indispensable de consacrer davantage de ressources vers ces populations au moyen d'actions renforcées à tous les niveaux, de la commune à l'Europe. C'est le choix fait par la Province de Hainaut en nous donnant comme mission principale de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il importe à ce sujet de ne pas stigmatiser des catégories de personnes, mais plutôt d'agir sur le gradient socio-sanitaire de l'ensemble de la population en vue de réduire les écarts. Les mesures universelles d'accès aux conditions de la santé se montrent à cet égard les plus efficaces, à la condition d'un universalisme proportionné renforçant les mesures en fonction des besoins.

Les inégalités sociales interviennent dès la naissance et façonnent la santé de l'individu tout au long de la vie. Il est donc important de mettre en œuvre des programmes qui visent à remédier aux effets de la pauvreté dès le plus jeune âge. Les maladies chroniques influent lourdement sur la santé de nos citoyens. C'est l'action sur les déterminants principaux de celles-ci que nous avons choisi de privilégier en agissant par des interventions globales centrées sur les trois thématiques prioritaires que sont "manger, bouger, respirer".

Au-delà de ces constats alarmants, certains indicateurs montrent une évolution positive comme la diminution du tabagisme surtout masculin. Preuve que la mise en place, sur une longue durée, de programmes qui allient sensibilisation et action en faveur d'un environnement sans tabac finissent par porter leurs fruits.

Le diagnostic de santé de la province présenté ici permet aux décideurs politiques, aux responsables d'associations, aux groupements de citoyens de disposer d'éléments de référence pour mettre en œuvre des programmes destinés à promouvoir la santé de la population. Pour aller plus loin dans l'analyse des données, en particulier à l'échelle communale, pour affiner le diagnostic par des enquêtes ciblées, pour mettre en œuvre des actions précises ou se lancer dans des mesures plus structurelles, l'Observatoire de la Santé du Hainaut est à votre écoute et à votre disposition pour construire avec vous, acteurs publics, associatifs ou privés, un mieux vivre pour tous en Hainaut.



Colophon

Coordination et rédaction

Paul Berra⁴, Christian Massot⁴

Secrétariat

Maria Milioto⁴

Infographie et communication

Alain Husdens⁴, Daniela Majois⁴, Geneviève Pensis⁴, Emmanuel Tahon⁴

Relecteurs

Alice Balfroid², Luc Berghmans³, Frédéric Deceulaer¹, Stéphanie Compère⁵, Marc Debuissou⁶, Michel Demarteau⁴, Sophie Mahin¹, Tonio Di Zinno⁷, Dominique Dubourg⁸, Christiane Duchesnes⁹, Thierry Eggerickx¹⁰, Catherine Grégoire⁴, Geneviève Houioux⁴, Marie-France Jeunehomme¹¹, Jean-François Marquet¹¹, Pascal Meeus¹², Annick Melchior¹, Maria Milioto⁴, Jean Tafforeau¹³, Véronique Tellier²

Avertissement pour le lecteur

Ce document contient des comparaisons chiffrées. Si des différences sont explicitées en commentaires, c'est qu'elles sont statistiquement significatives. Autrement dit, elles ne sont probablement pas dues au hasard. Néanmoins, les explications causales nécessitent souvent des recherches plus approfondies que les auteurs n'ont pas pu réaliser.

Si une hypothèse est proposée, c'est qu'elle a fait l'objet d'une analyse spécifique ou simplement qu'elle existe déjà dans la littérature. Dans ce dernier cas, une référence est systématiquement notée à la fin du paragraphe.

Remerciements

A l'ensemble des fournisseurs de données qui, par leur étroite collaboration, ont permis la réalisation de ce travail.

Un remerciement tout particulier à nos collègues des Observatoires de la Santé des Provinces de Liège, du Luxembourg et de Namur.

1. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
2. Cellule Observation de la santé, du social et du logement de la Province de Namur
3. Chargé de cours honoraire de l'Université libre de Bruxelles
4. Observatoire de la Santé du Hainaut
5. Direction générale de la Santé Province de Liège
6. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
7. Agence Intermutualiste
8. Agence pour une Vie de Qualité - Observatoire wallon de la santé
9. Université de Liège - Département de Médecine générale
10. Université catholique de Louvain - Centre de recherche en démographie
11. Observatoire de la Santé de la Province de Liège
12. Institut national d'assurance maladie-invalidité
13. Institut Scientifique de Santé Publique

Droits d'auteur

Service public provincial, l'Observatoire de la Santé du Hainaut encourage la diffusion et la reproduction de l'information contenue dans cette publication. L'information extraite portera la référence : "Observatoire de la Santé du Hainaut – Santé en Hainaut n° 12, Tableau de bord de la santé 2016, 2016".



Table des matières

Chapitre 1 • Population

• Faits marquants	9
1. Population totale	10
1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et Hainaut	10
1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements	10
1.3. Evolution de la population	11
2. Communes et habitants	12
2.1. Densité de population par commune	12
2.2. Mouvement de population	13
3. Espérance de vie	14
3.1. Espérance de vie à la naissance	16
3.2. Espérance de vie à 65 ans	17
4. Natalité	18
4.1. Taux brut de natalité	18
4.2. Indice conjoncturel de fécondité	19
5. Population de nationalité étrangère	21
6. Structure de la population par âge et selon le sexe	23
7. Vieillesse de la population	24
7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et Hainaut	24
7.2. Vieillesse par commune	28
7.3. Ratio de dépendance démographique	29
8. Bibliographie	31

Chapitre 2 • Mortalité et causes de décès

• Faits marquants	33
1. Mortalité totale	35
1.1. Mortalité totale en 2014	35
1.2. Indices comparatifs de mortalité	36
2. Mortalité par cause	39
2.1. Causes de décès	39
2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe	44
2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut	46
3. Mortalité prématurée	48
4. Mortalité périnatale et infantile	52
4.1. Mortalité infantile	53
4.2. Mortalité néonatale	54
4.3. Mortalité post-néonatale	55
4.4. Mortinatalité	55
5. Bibliographie	56

Chapitre 3 • Etat de santé

• Faits marquants	57
1. Santé perçue	59
1.1. Santé globale	59
1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et Hainaut	59
1.1.2. Santé perçue par sexe	60
1.2. Maladies chroniques	61
2. Maladies cardiovasculaires	65
2.1. Mortalité	65
2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde	67
2.3. Hypertension artérielle	69
3. Cancers	71
3.1. Mortalité par cancer	71
3.2. Incidence des cancers	73
4. Maladies respiratoires	77
4.1. Mortalité par maladie respiratoire	77
4.2. Asthme	78
4.3. Tuberculose	78
5. Insuffisance rénale	80
5.1. Mortalité par insuffisance rénale	81
5.2. Dialyse	81
6. Diabète	82
6.1. Mortalité due au diabète	82
6.2. Prévalence du diabète	83
7. Ostéoporose	84
8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA	86
8.1. Mortalité causée par le SIDA	86
8.2. Personnes infectées par le VIH	87
9. Limitations physiques et invalidités	89
9.1. Limitations physiques	89
9.2. Invalidités	89
10. Maladies professionnelles	91
11. Accidents	92
11.1. Accidents de la circulation	92
11.2. Accidents du travail	93
12. Intoxication au monoxyde de carbone	96
13. Santé maternelle et infantile	98
13.1. Age des mères à l'accouchement	98
13.2. Interruption volontaire de grossesse	99
13.3. Poids à la naissance	99
13.4. Prématurité	100
13.5. Tabagisme de la femme enceinte	101
14. Santé mentale	103
14.1. Suicides	103
14.1.1. Mortalité par suicide	103
14.1.2. Idéation suicidaire	104
14.1.3. Tentatives de suicide	105
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs	105
15. Bibliographie	107



Chapitre 4 • Facteurs de santé

• Faits marquants	111
1. Facteurs sociaux et économiques	112
1.1. Niveau d'instruction	112
1.2. Revenus des ménages	113
1.3. Emploi	115
1.3.1. Population active et inactive	116
1.3.2. Activité, emploi et chômage	117
1.4. Autres revenus de substitution	119
1.5. Endettement	121
1.6. Monoparentalité	122
1.7. Logements publics	123
2. Excès de poids	126
2.1. Corpulence des adultes	126
2.2. Corpulence des jeunes	130
3. Sédentarité et activité physique	132
3.1. Sédentarité chez l'adulte	132
3.2. Jeunes et activité physique	133
4. Alimentation	135
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes	135
4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes	137
5. Consommation de tabac	138
5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes	138
5.2. Tabagisme chez les jeunes	139
6. Consommation d'alcool	140
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes	140
6.1.1. Consommation quotidienne	140
6.1.2. Surconsommation	141
6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes	142
7. Bibliographie	143

Chapitre 5 • Offre de soins et de services

• Faits marquants	145
1. Hôpitaux, maisons de repos et professionnels de santé	146
1.1. Structures hospitalières	146
1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins	149
1.3. Médecins	150
1.3.1. Médecins généralistes	150
1.3.2. Médecins spécialistes	155
1.4. Autres professionnels de la santé	159
1.4.1. Dentistes	159
1.4.2. Kinésithérapeutes	159
1.4.3. Infirmiers	60
2. Offres de services	162
2.1. Accueil de la petite enfance	162
2.2. Centres de planning familial	163
2.3. Associations de santé intégrée	164
2.4. Aides et soins à domicile	165
2.5. Services de santé mentale	166
3. Bibliographie	168

Chapitre 6 • Consommation de soins et de services

• Faits marquants	169
1. Consultations médicales et paramédicales	170
1.1. Contacts avec le médecin généraliste	170
1.2. Contacts avec le médecin spécialiste	173
1.3. Contacts avec le dentiste	174
1.4. Recours aux soins à domicile	176
1.5. Contacts avec le kinésithérapeute	176
1.6. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative	176
1.6.1. Ostéopathe	177
1.6.2. Homéopathe	177
1.7. Contacts avec le service des urgences	177
2. Séjours hospitaliers	178
2.1. Hospitalisations déclarées	178
2.2. Résumé Hospitalier Minimum	178
3. Consommation de médicaments	180
3.1. Consommation déclarée	181
3.2. Consommation enregistrée	182
4. Vaccinations	186
4.1. Vaccination des enfants	186
4.2. Vaccination des adultes	187
4.2.1. Grippe	187
4.2.2. Pneumocoque	188
5. Dépistages	189
5.1. Dépistage des cancers	189
5.1.1. Dépistage du cancer du sein	189
5.1.2. Dépistage du cancer colorectal	191
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus	192
6. Bibliographie	194
Abréviations	197
Table des tableaux, cartes et figures	201



Chapitre 1. Population

Faits marquants

- **La population s'accroît depuis 2006** : avec 1,335 million d'âmes au 1^{er} janvier 2015, le Hainaut atteint aujourd'hui un nombre d'habitants qu'il n'avait plus connu depuis les années 1930.
- **Avec 353 habitants au km², la densité de population en Hainaut est plus élevée qu'en Wallonie et assez hétérogène** : très importante sur l'axe urbain Charleroi-Mons, moyenne dans le nord et faible dans les communes du sud (Botte du Hainaut).
- **L'espérance de vie augmente mais reste inférieure à la moyenne nationale** : pour la période 2010-2014, l'espérance de vie en Hainaut est de 75,9 ans pour les hommes, soit 3 années de moins que la moyenne belge, un écart qui apparaît moins marqué chez les femmes (81,6 ans, soit une différence de 18 mois).
- **La natalité fléchit depuis 2008** : alors qu'on recensait plus de 15 000 naissances en Hainaut en 2008 (soit 11,6 pour 1 000 habitants), on compte moins de 14 500 nouveau-nés hainuyers en 2014 (soit 10,8 pour 1 000 habitants).
- **En 2013, la moyenne de la fécondité en Hainaut est de 1,78 enfant par femme** : l'indice de fécondité hainuyer est supérieur à celui de la Wallonie ou de la Belgique. Il a diminué dans les trois territoires et demeure largement inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1) qui n'a plus été atteint depuis 1972.
- **La population de nationalité étrangère représente 12 % des habitants du Hainaut** : soit plus importante qu'en Wallonie (10 %). Dans l'arrondissement de Mouscron, 24 % de la population est étrangère, essentiellement des ressortissants français.
- **Le vieillissement s'accélère depuis 2011** : en Hainaut, la proportion des 65 ans et plus dans la population est passée de 16,4 % en 2011 à 17,6 % en 2015. Le Hainaut rejoint ainsi la proportion observée en Wallonie.

1. Population totale

1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et Hainaut

Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants) selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2015

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 505 094	5 703 950	11 209 044
Wallonie		1 749 701	1 840 043	3 589 744
Hainaut		647 637	687 723	1 335 360
Arrondissements	Ath	42 042	44 125	86 167
	Charleroi	208 340	221 514	429 854
	Mons	123 958	133 846	257 804
	Mouscron	36 480	38 720	75 200
	Soignies	91 364	97 025	188 389
	Thuin	73 438	77 677	151 115
	Tournai	72 015	74 816	146 831

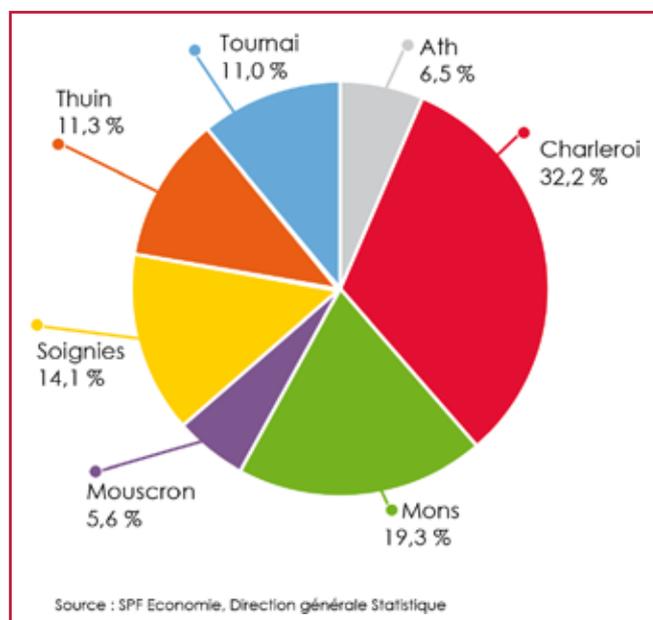
Source : SPF Economie, Direction générale Statistique



Le Hainaut compte 1 335 360 habitants, soit 12 % de la population totale de la Belgique et 37 % de la population de la Wallonie. Les femmes constituent 52 % des habitants de la province. Ces proportions sont stables dans le temps.

1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements

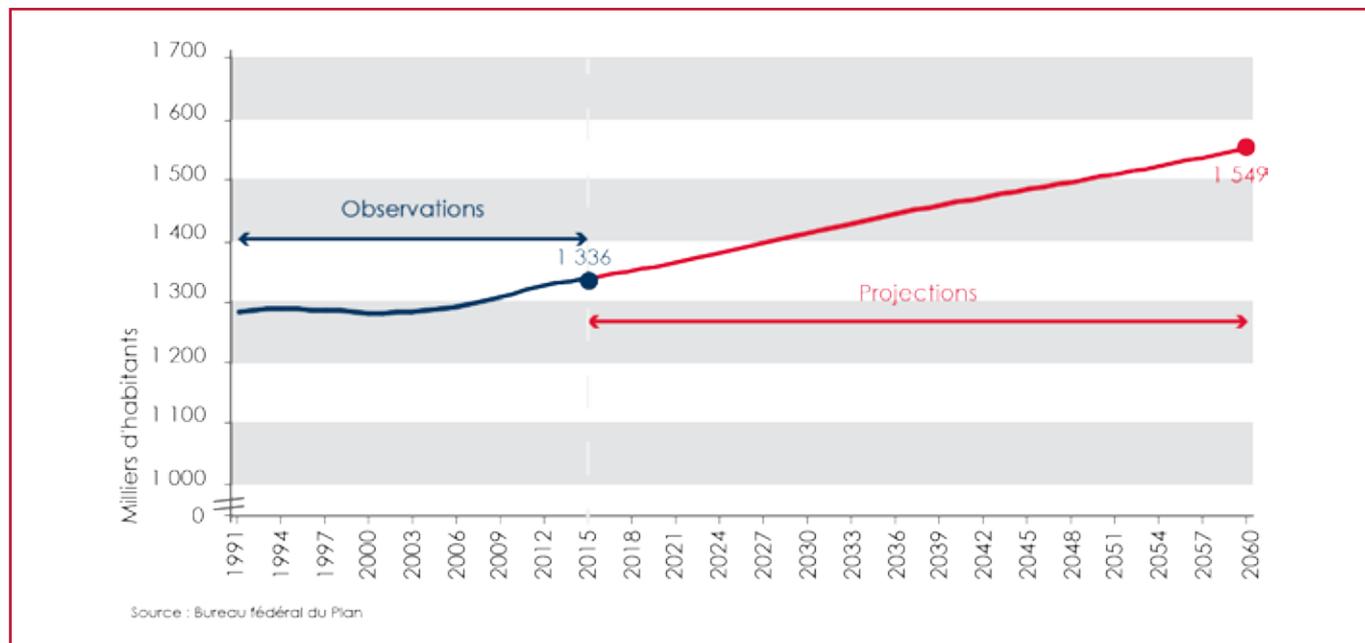
Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2015



► *L'arrondissement de Charleroi est le plus peuplé avec 429 854 habitants, soit 32 % de la population hainuyère ; viennent ensuite les arrondissements de Mons (19 %) et de Soignies (14 %). Thuin et Tournai représentent chacun environ 11 % de la population hainuyère ; Ath et Mouscron environ 6 % chacun.*

1.3. Evolution de la population

Figure 1. 2. Evolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2060, Hainaut



▼
De 1991 à 2005, le nombre d'habitants est resté relativement stable. Depuis 2006, on constate un accroissement continu de la population hainuyère atteignant actuellement des chiffres que la province n'avait plus connu depuis 1930. Les perspectives établies par le Bureau fédéral du Plan (BFP) tendent à confirmer cette augmentation jusqu'à atteindre 1 549 000 habitants en 2060.

L'accroissement de la population est le résultat, non seulement de la balance entre les décès et les naissances, mais il reflète également l'arrivée éventuelle de nouveaux habitants ou leur départ.

De 2001 à 2005, l'accroissement de la population du Hainaut est dû à l'installation de personnes dans la province (solde migratoire positif). Durant cette période, le solde naturel, c'est-à-dire la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès, se révèle négatif en raison d'une mortalité observée plus élevée que la natalité.

Par contre, de 2006 à 2011, l'accroissement est lié à un solde migratoire positif conjointement à un solde naturel positif (nombre de naissances dépassant le nombre de décès). Depuis 2012, le phénomène observé entre 2001 et 2005 tend à se reproduire.

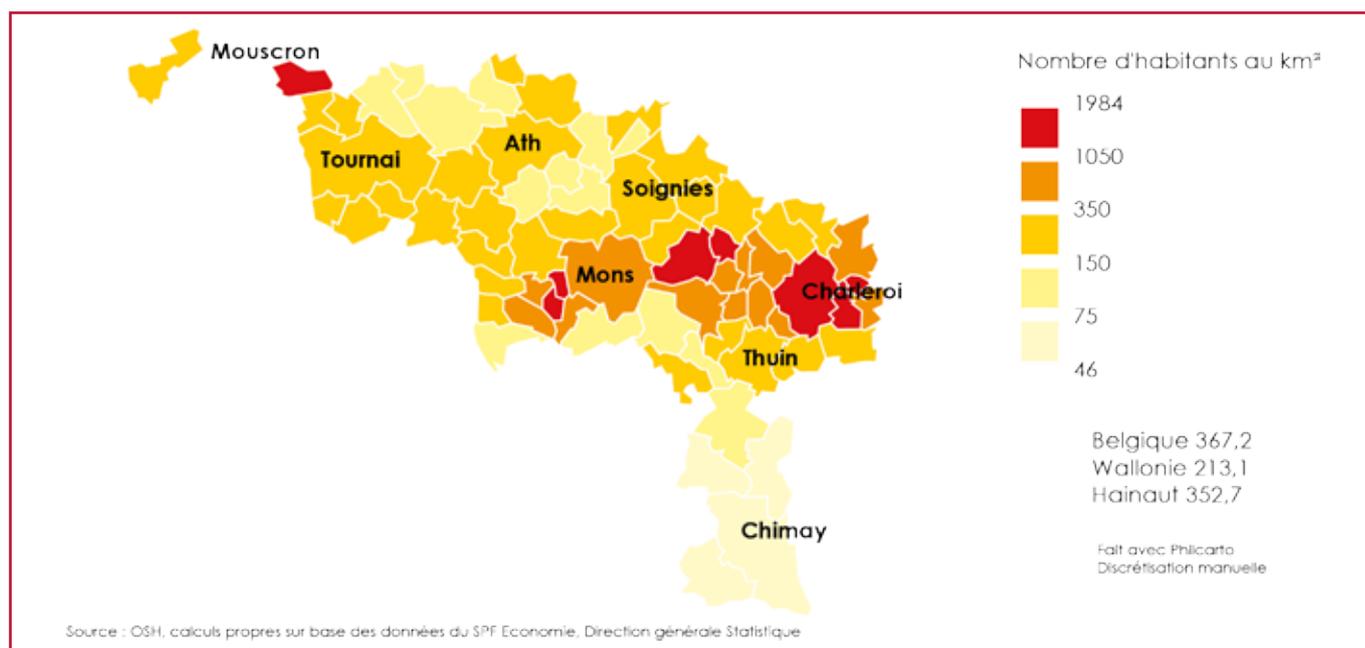
De 2015 à 2060, le BFP projette un accroissement de population basé sur plusieurs hypothèses : l'amélioration plus rapide de l'espérance de vie masculine au regard de celle des femmes, une fécondité féminine en hausse et une accentuation de l'immigration internationale.^[1]

2. Communes et habitants

2.1. Densité de population par commune

La densité de population par commune est égale au nombre d'habitants divisé par la surface de la commune en km².

Carte 1.1. Densité de population (hab./km²), Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2015



▼
Le territoire hainuyer est plus densément peuplé que la Wallonie en général (353 habitants par km² contre 213 habitants par km² en Wallonie).

La population hainuyère se répartit cependant de façon inégale :

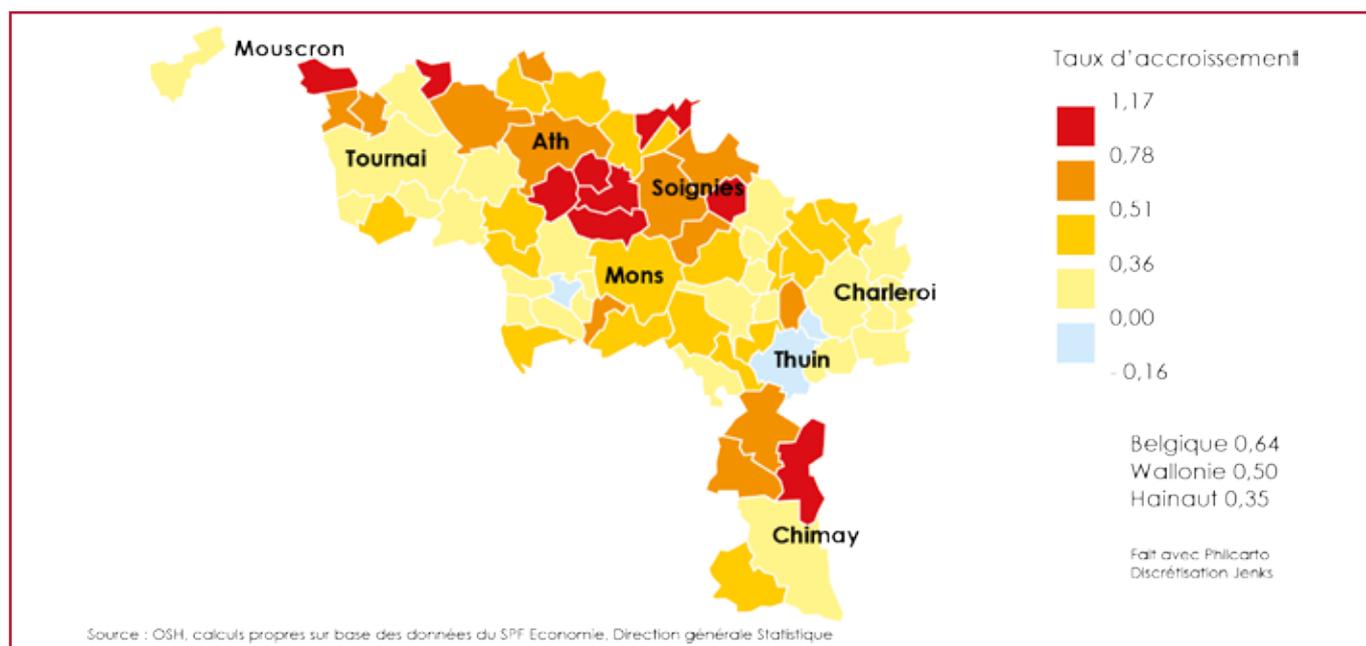
- au centre de la province : une ceinture presque ininterrompue de communes urbaines densément peuplées, situées le long de l'ancien axe industriel ;
- au sud et au nord de cet axe : des communes en majorité rurales, avec un nombre d'habitants au km² nettement inférieur.

La densité de population se révèle particulièrement faible (moins de 75 habitants par km²) dans les communes de la Botte du Hainaut (Chimay et les communes voisines).

2.2. Mouvement de population

Le taux d'accroissement total de la population (en %) est égal à l'accroissement naturel (nombre de naissances moins nombre de décès) plus le solde migratoire (ceux qui arrivent dans la commune moins ceux qui en partent), le tout divisé par le nombre d'habitants en début de période d'observation et multiplié par 100, le tout divisé de nouveau par le nombre d'années d'observation.

Carte 1.2. Taux d'accroissement annuel moyen (en % de la population), Hainaut, par commune, sur 10 ans (2006-2015)



▼
Le taux d'accroissement de la population du Hainaut au cours des dix dernières années est positif (0,35 %) mais il est inférieur à ceux de Belgique (0,64 %) et de Wallonie (0,50 %).

A l'échelle des communes, la situation est plus contrastée. En effet, la carte ci-dessus montre un solde supérieur à la moyenne provinciale, régionale ou nationale pour les communes du nord de la province et un solde au demeurant légèrement positif mais inférieur aux soldes moyens wallon ou provincial dans les entités de l'ancien axe industriel.

De 2006 à 2015, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est le plus élevé dans les communes d'Enghien (1,17 %), Chièvres (1,03 %), Brugelette (1,01 %), et Lens (0,95 %).

A l'inverse, les communes de Montigny-le-Tilleul (-0,16 %), Boussu (-0,11 %) et Thuin (-0,06 %) connaissent des taux négatifs.

3. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années que chaque individu d'une population, né au cours d'une année donnée, pourrait espérer vivre, si les taux de mortalité observés cette année-là restaient stables dans le temps. Il s'agit d'une valeur calculée et non d'une valeur observée. Le mode de calcul de cet indicateur lui permet de ne pas être influencé par la structure d'âge de la population (par la proportion de personnes âgées notamment).

3.1. Espérance de vie à la naissance

Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance (années), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans (2010-2014)

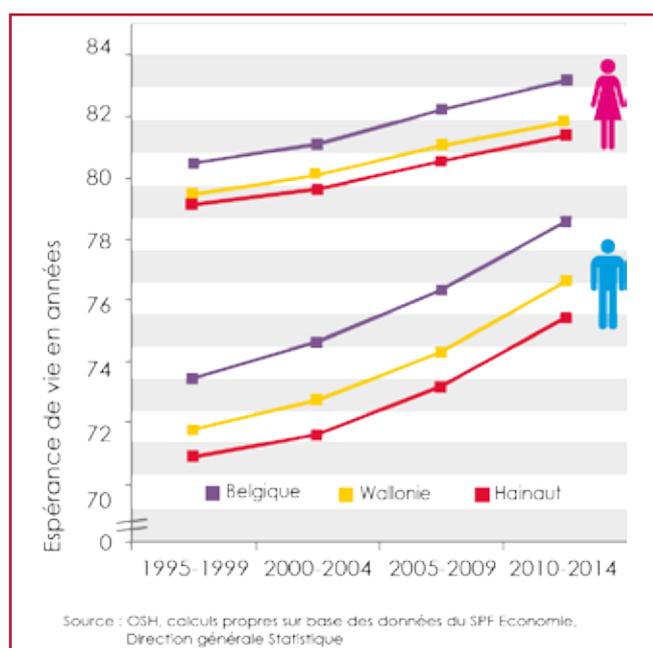
	Hommes	Femmes
Belgique	78,9	83,2
Wallonie	77,0	82,0
Hainaut	75,9	81,6

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique



Comme l'illustre le tableau ci-dessus, l'espérance de vie des Hainuyers demeure plus faible que celle des Wallons ou des Belges. Ainsi, sur la période 2010-2014, par rapport à la population nationale, l'écart atteint 3 années chez les hommes et 18 mois chez les femmes.

Figure 1.3. Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut



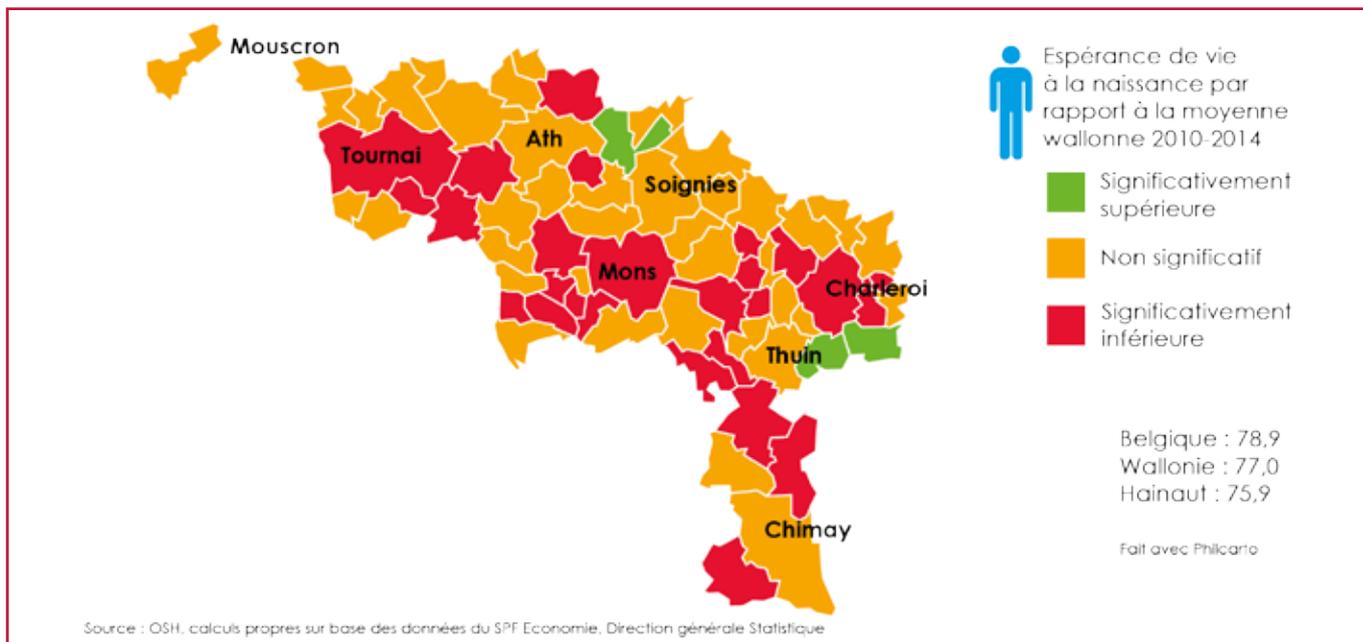
► Le graphique ci-contre montre une augmentation de l'espérance de vie sur une période de 20 années en Belgique, Wallonie et Hainaut pour les hommes et pour les femmes.

L'augmentation est plus marquée pour les hommes que pour les femmes mais la différence entre sexes a tendance à se réduire. En Hainaut, elle passe de 7,8 années en faveur des femmes pour la période 1995-1999 à 5,7 années pour la période 2010-2014.

A l'inverse, la différence entre le Hainaut et la Belgique tend à s'accroître légèrement et passe de 2,4 à 3 ans pour les hommes entre 1995-1999 et 2010-2014.

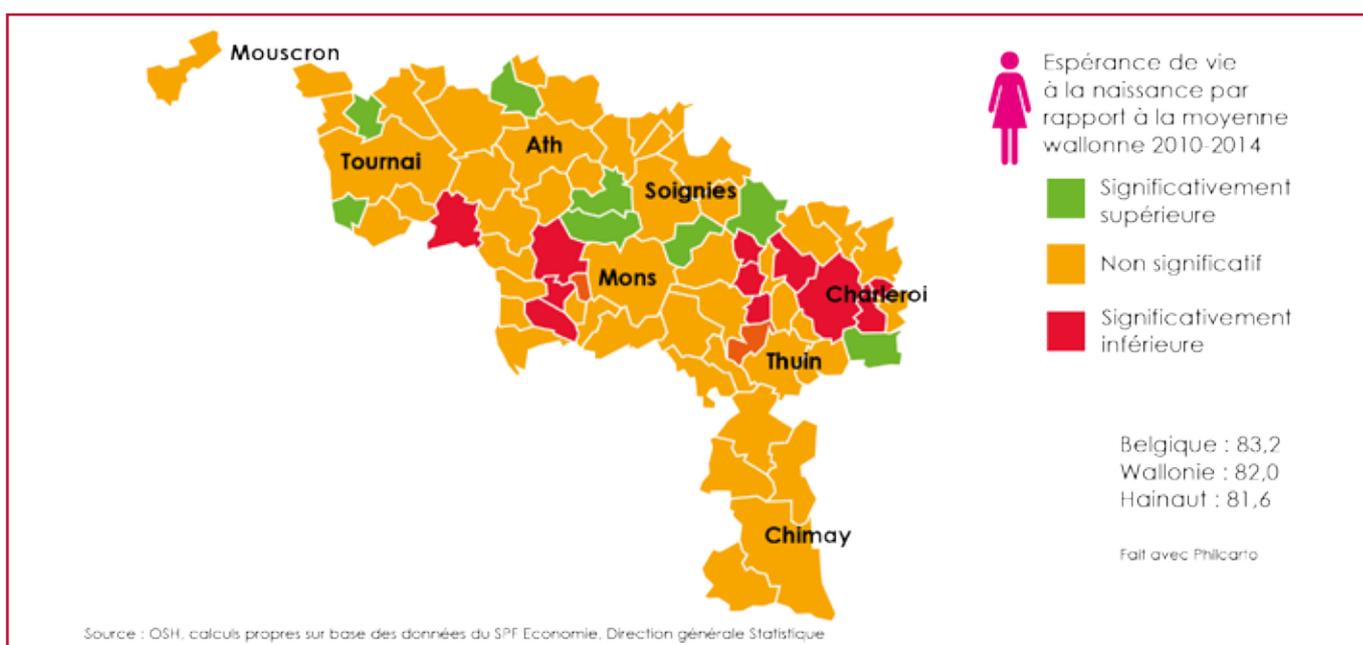


Carte 1.3. **Espérance de vie à la naissance, Hommes, Hainaut, par commune, sur 5 ans (2010-2014)**



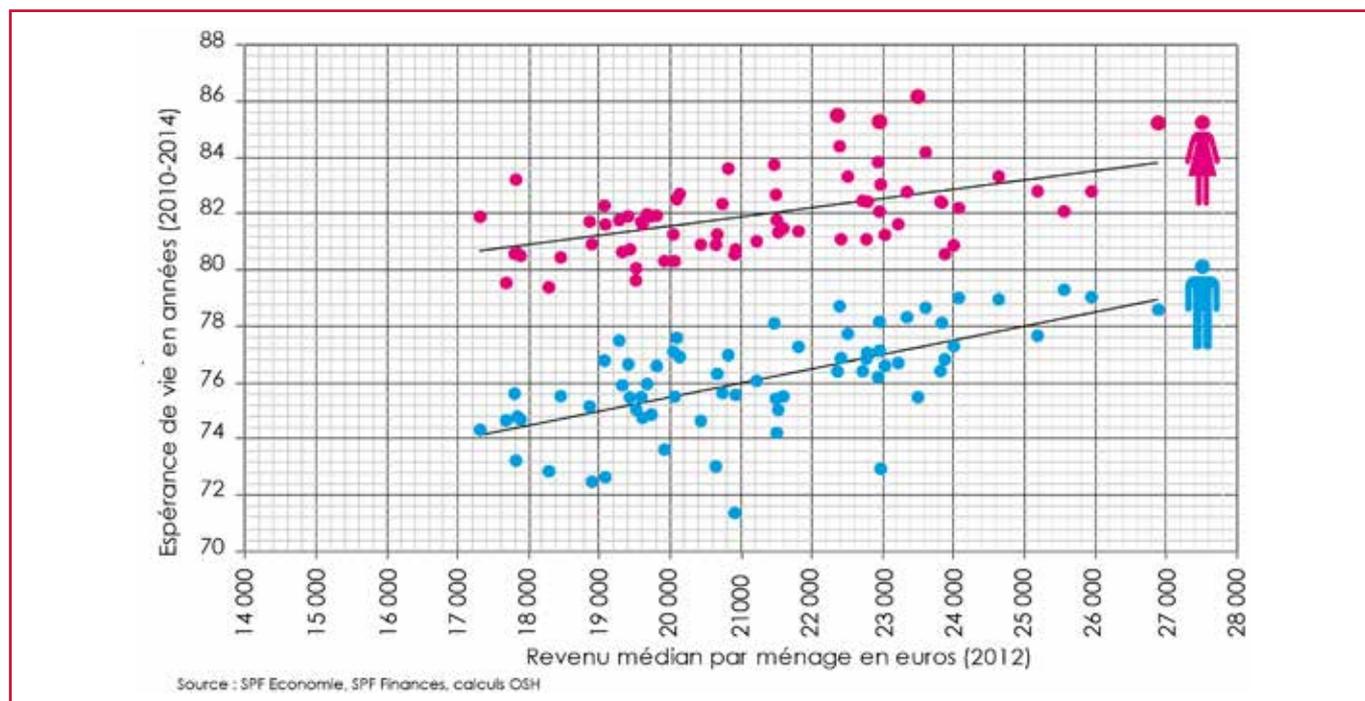
▼
Globalement, on observe une espérance de vie significativement plus élevée (aux alentours de 79 ans) à Silly, Gerpinnes et Ham-sur-Heure-Nalinnes. A l'inverse, dans plus d'un tiers des communes hainuyères, les hommes présentent une espérance de vie inférieure (moins de 77 ans) à celle de l'ensemble des Wallons.

Carte 1.4. **Espérance de vie à la naissance, Femmes, Hainaut, par commune, sur 5 ans (2010-2014)**



▼
Chez les femmes, l'espérance de vie se révèle inférieure à la moyenne wallonne (moins de 82 ans), essentiellement dans quelques communes moins favorisées de la région de Charleroi et du Borinage.

Figure 1.4. Variation de l'espérance de vie (2010-2014), selon le revenu médian par ménage, Hainaut, par commune, 2012



▼
 L'analyse par communes du Hainaut met en lumière un lien entre l'espérance de vie à la naissance des hommes (significatif mais moins marqué chez les femmes) et le revenu médian par ménage. Ce constat suggère une influence non négligeable des conditions socio-économiques sur l'espérance de vie. Ainsi, sur base de cette relation, on peut émettre l'hypothèse que si l'on compare deux communes hainuyères dont l'une a un revenu 1 000 euros plus élevé que l'autre, celle au revenu supérieur indiquera une espérance de vie plus importante de 5,7 mois en moyenne pour les hommes et de 3,0 mois pour les femmes.

La littérature montre que les inégalités sociales influencent fortement l'espérance de vie qui est 6 à 7 ans plus basse pour les personnes sans diplôme que pour celles qui ont fait des études supérieures. Si l'on s'intéresse à l'espérance de vie sans incapacité, la différence atteint 18 années, tant pour les hommes que pour les femmes.^[5]

A 65 ans, les personnes de la catégorie la moins diplômée font donc déjà face à des limitations qui peuvent compliquer le maintien de leur activité professionnelle, alors que ce n'est pas le cas de celles ayant un niveau d'études supérieures. Les observations publiées par l'ISP à partir des données de l'enquête de santé de 2013 montrent la persistance de ce gradient social.^[6-7]

3.2. Espérance de vie à 65 ans

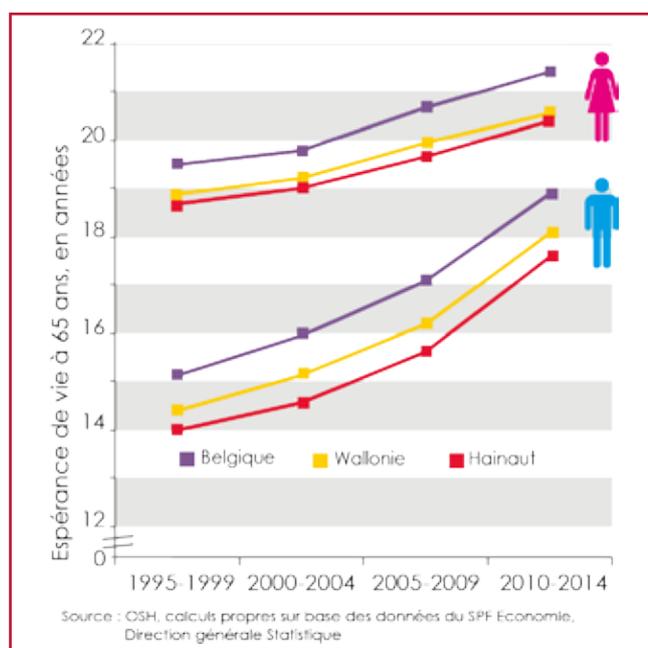
Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans (années), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans (2010-2014)

	Hommes	Femmes
Belgique	18,9	21,4
Wallonie	18,1	20,6
Hainaut	17,6	20,4

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique

Entre 2010 et 2014, en Hainaut, l'espérance de vie à 65 ans est de 17,6 années pour un homme contre 20,4 années pour une femme.

Figure 1.5. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut



► L'espérance de vie à 65 ans continue de s'accroître depuis vingt ans en Belgique, en Wallonie et dans le Hainaut. Elle atteint respectivement 17,6 et 20,4 ans chez les hommes et les femmes du Hainaut pour la période 2010 à 2014 contre 14,0 et 18,7 ans en 1995-1999.

L'écart entre hommes et femmes se réduit fortement.

Par rapport à la Wallonie, on relève une espérance de vie à 65 ans sensiblement identique chez les femmes du Hainaut tandis qu'elle est plus faible de quelques mois chez les hommes. Par rapport à la Belgique, l'écart se creuse en 2010-2014 puisque l'homme belge peut espérer vivre 16 mois de plus que son homologue hainuyer (contre 14 mois en 1995-1999) et la femme belge, 12 mois de plus que la Hainuyère (contre 10 mois en 1995-1999).

Face à l'augmentation de la durée de vie, il est intéressant de connaître l'état de santé qui caractérise les années de vie gagnées. Pour ce faire, il faut évaluer l'espérance de vie sans incapacité. L'espérance de vie est fortement influencée par les conditions de vie (nourriture, accès aux soins, accidents, violence, pollutions, conditions de travail, tabagisme...). Ainsi, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) a démontré que, sur base des données des enquêtes de santé, la population belge peu qualifiée (pas ou peu diplômées) pouvait en général s'attendre à vivre plus d'années en mauvaise santé que celle plus qualifiée.

4. Natalité

En 1846, la Belgique recensait 28 naissances pour 1 000 habitants. En 2014, ce taux représentait environ 11 naissances pour 1 000 habitants.

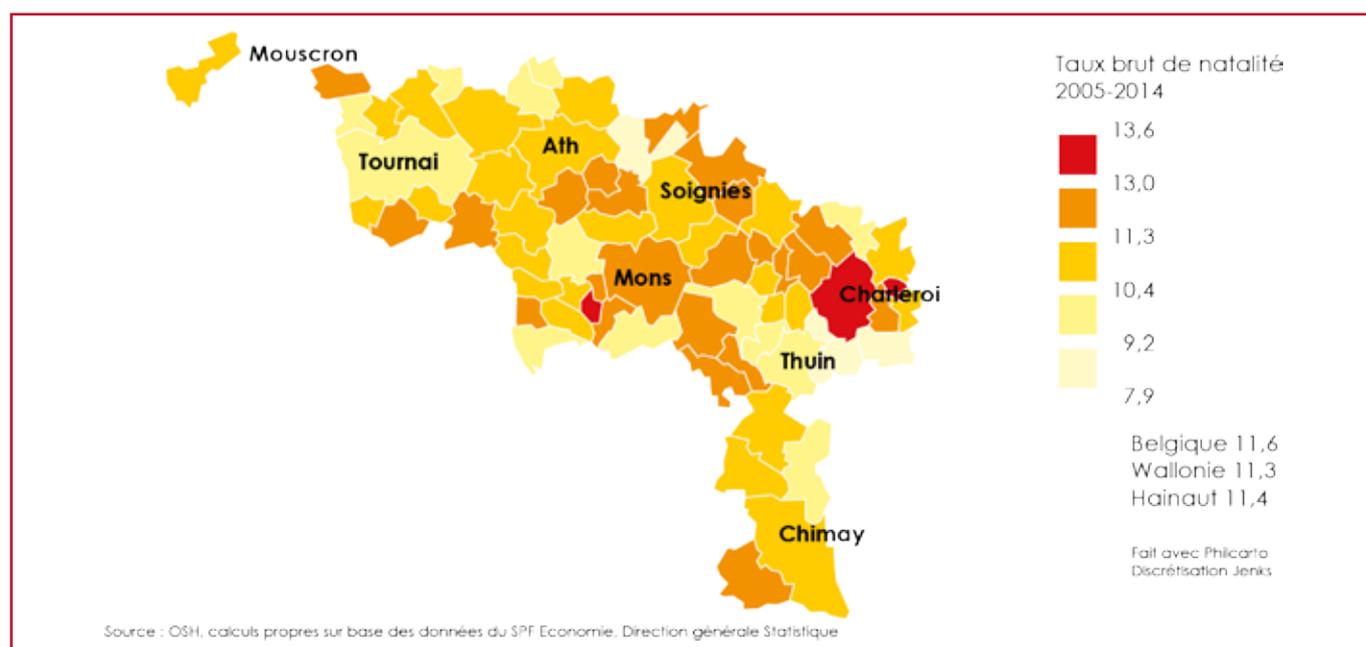
En Belgique, la statistique des naissances et de la fécondité est essentiellement élaborée à l'aide des informations recueillies sur les bulletins de déclaration de naissance d'un enfant né vivant.

La commune du lieu de naissance est dite "commune de fait", pour la distinguer de la commune de résidence habituelle de la mère de l'enfant qui sera dite "commune de droit". Les deux peuvent évidemment correspondre, mais ce n'est pas toujours le cas. Les données présentées ci-après se basent sur la commune de droit. Elles reflètent donc les caractéristiques de la population générale et non l'activité des maternités présentes sur le territoire.

4.1. Taux brut de natalité

Le taux brut de natalité est égal au nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants.

Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité (taux pour 1 000 habitants), Hainaut, par commune, sur 10 ans (2005-2014)

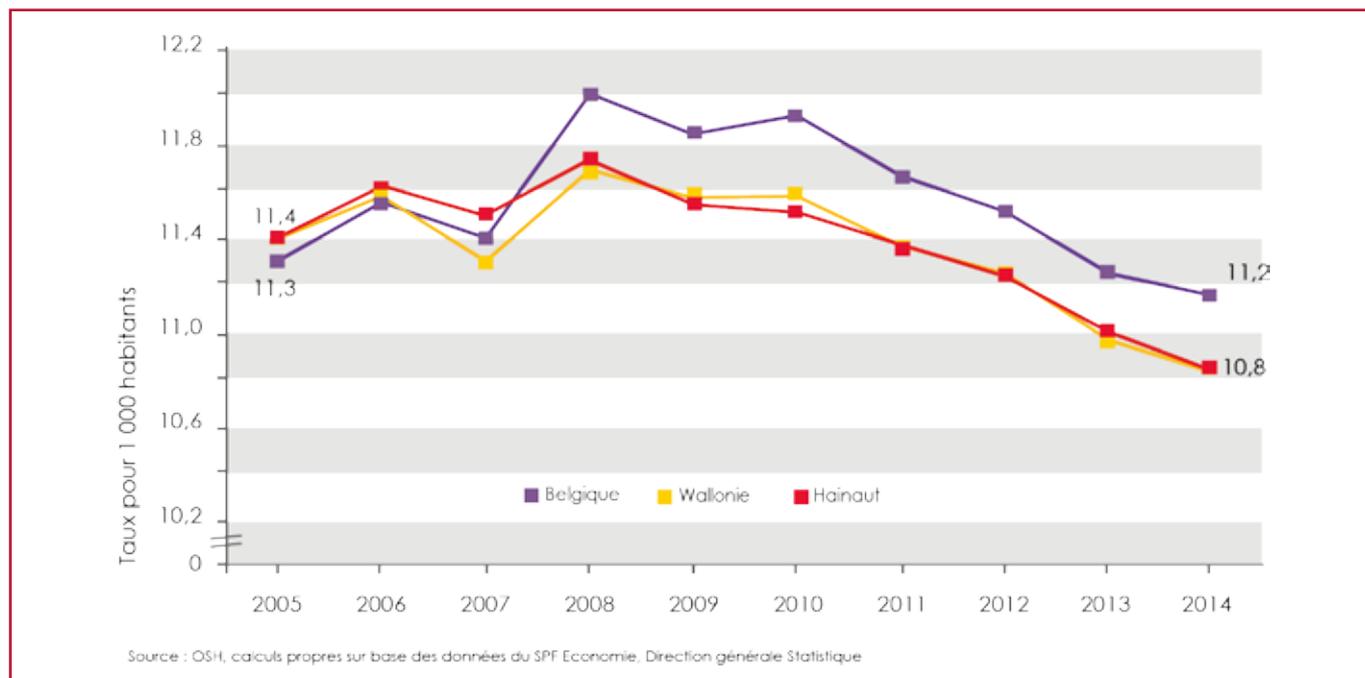


▼
Sur la période décennale 2005 à 2014, on recense 11,4 naissances pour 1 000 habitants en Hainaut contre 11,3 en Wallonie et 11,6 en Belgique (soit, en nombre absolu, une moyenne annuelle de 124 849 naissances en Belgique, 39 570 en Wallonie et 14 881 en Hainaut).

Le taux de natalité le plus élevé s'observe à Farciennes avec 13,6 naissances vivantes en moyenne pour 1 000 habitants, suivi de Colfontaine (13,5), Charleroi (13,0), Ecaussinnes (12,4), Mouscron et Châtelet (12,1). A l'inverse, les communes où l'on a enregistré le moins de naissances en moyenne de 2005 à 2014 sont Gerpinnes (7,9), Ham-sur-Heure-Nalinnes (8,3) et Montigny-le-Tilleul (8,4). Ces variations sont, en grande partie, liées à la structure d'âge de la population.



Figure 1.6. Evolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2005 à 2014



Les taux bruts de natalité du Hainaut et de la Wallonie sont restés semblables durant les dix années observées dans le graphique. Après un pic en 2008 (environ 11,7 naissances pour 1 000 habitants), on note un fléchissement continu jusqu'à atteindre 10,8 naissances pour 1 000 habitants en 2014. Par contre, le taux belge dépasse ceux du Hainaut et de la Wallonie depuis 2008 : ainsi, malgré le même fléchissement observé sur les deux autres territoires, il atteint 11,2 naissances pour 1 000 habitants en 2014. Cette différence de taux brut de natalité en Belgique s'explique par l'augmentation des naissances observée dans la Région de Bruxelles-Capitale.^[15]

4.2. Indice conjoncturel de fécondité (ICF)

Le taux de fécondité est égal au nombre de naissances vivantes divisé par le nombre moyen de femmes en âge de procréer (15-49 ans) pour l'année considérée.

L'ICF (exprimé en nombre moyen d'enfants par femme) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie, si les taux de fécondité de chaque groupe d'âge pour l'année considérée restaient stables dans le temps.

Cet indice permet les comparaisons dans le temps et dans l'espace et gomme les effets liés à la structure d'âge et de sexe de la population. Comme pour l'espérance de vie, il s'agit d'une construction mathématique et non de l'observation d'une cohorte. En-dessous de 2,1 enfants par femme, on estime que le seuil de renouvellement de la population n'est pas atteint ; le remplacement de population suppose que chaque mère soit remplacée à la génération suivante par une fille susceptible de donner à son tour naissance à une fille, et ainsi de suite.^[8-9]

En 1961, l'ICF s'élevait encore à 2,62 enfants par femme en Belgique. C'est à partir de 1972, lors du choc pétrolier, que l'ICF passe en dessous du seuil de renouvellement à 2,09 enfants par femme.

Il a, ensuite, diminué régulièrement jusqu'en 1985 (1,51 enfant par femme) pour remonter vers un pic en 2008 (1,85) avant de redescendre, en 2013, jusqu'à ses niveaux de 2005 (1,74).^[8]

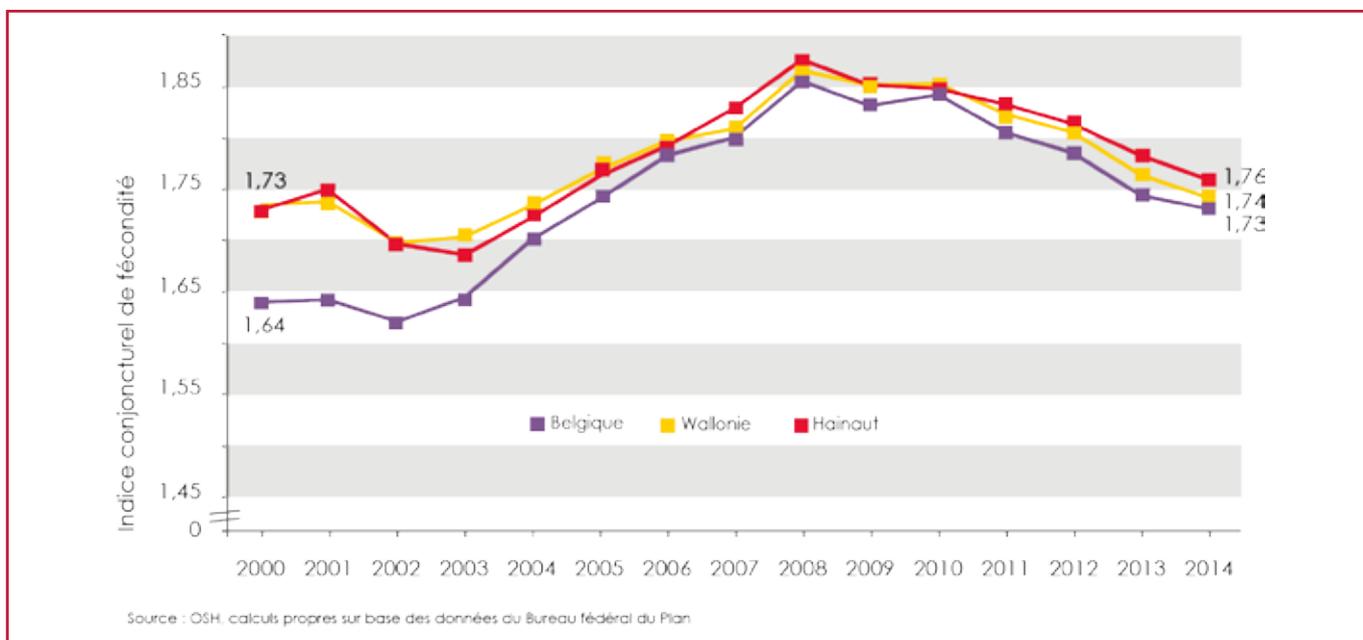
Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

Indice conjoncturel de fécondité 2014	
Belgique	1,73
Wallonie	1,74
Hainaut	1,76

Source : Bureau fédéral du Plan

▼
 En 2014, l'ICF du Hainaut se révèle très légèrement supérieur à ceux de la Wallonie et de la Belgique avec 1,76 enfant par femme.

Figure 1.7. Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014



▼
 L'ICF des trois territoires n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2008, même s'il reste toujours inférieur au seuil de remplacement de la population. En 2014, la Wallonie (1,74) et le Hainaut (1,76) affichaient encore un indice conjoncturel de fécondité légèrement supérieur à l'indice belge (1,73). L'écart s'est considérablement réduit par rapport à 2001 (pour des valeurs identiques en Wallonie et en Hainaut, l'indice était de 1,64 en Belgique à cette époque) pour quasiment se confondre aujourd'hui.

5. Population de nationalité étrangère

Tableau 1.5. Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2015

		Belges	Etrangers		Total
			Effectifs	%	
Belgique		9 953 758	1 255 286	11,2	11 209 044
Wallonie		3 237 314	352 430	9,8	3 589 744
Hainaut		1 178 707	156 653	11,7	1 335 360
Arrondissements	Ath	81 837	4 330	5,0	86 167
	Charleroi	373 882	55 972	13,0	429 854
	Mons	226 563	31 241	12,1	257 804
	Mouscron	57 336	17 864	23,8	75 200
	Soignies	167 192	21 197	11,3	188 389
	Thuin	140 369	10 746	7,1	151 115
	Tournai	131 528	15 303	10,4	146 831

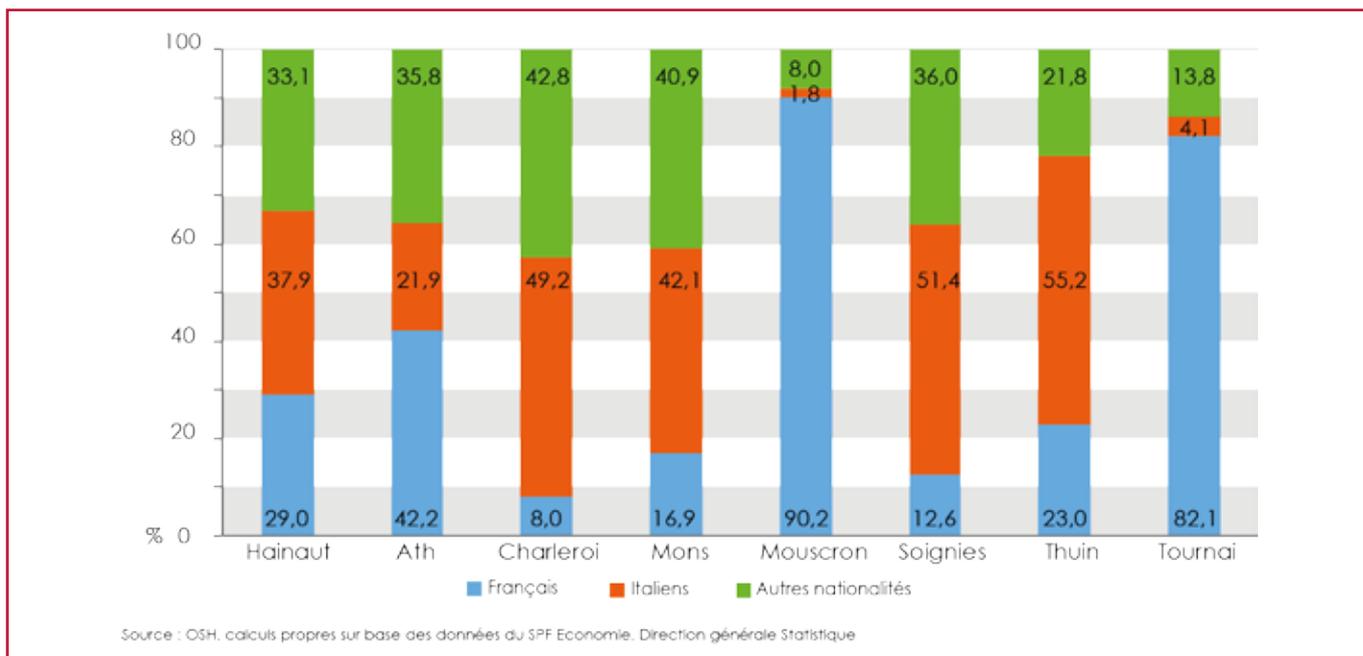
Source : SPF Economie, Direction générale Statistique



Ce tableau présente les données concernant la population ayant gardé la nationalité étrangère et non la population d'origine étrangère naturalisée Belge. Il est à noter qu'à la naissance, si un des deux parents est belge, l'enfant est belge ; si les parents sont étrangers mais que l'un des deux est né en Belgique, l'enfant est belge ; si les deux parents sont étrangers nés à l'étranger, l'enfant est étranger même s'il est né en Belgique.

L'arrondissement de Mouscron compte deux fois plus de résidents de nationalité étrangère (24 %) par rapport à la Wallonie (10 %) et au Hainaut (12 %). Les arrondissements d'Ath et de Thuin comptent les plus faibles proportions de ressortissants étrangers (respectivement 5 % et 7 %).

Figure 1.8. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2015



▼
 Les deux premières nationalités les plus représentées dans chaque arrondissement du Hainaut, sont la française et l'italienne. La première place des ressortissants étrangers étant occupée tantôt par les Français (Mouscron, Tournai, Ath), tantôt par les Italiens (Thuin, Soignies, Charleroi, Mons).

6. Structure de la population par âge et selon le sexe

La pyramide des âges représente la répartition d'une population par tranches d'âge et par sexe à un instant donné pour une population donnée.^[11]

Figure 1.9. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1^{er} janvier 2015



La pyramide des âges du Hainaut nous éclaire sur la structure de la population par tranche d'âge et par sexe. Elle présente une allure similaire à celle de l'ensemble des pays développés.

Comme dans la plupart de ces états, sa forme n'est plus réellement pyramidale. Elle comporte un "rétrécissement" de sa base, lié à une fécondité diminuée et un "élargissement" de sa partie supérieure, lié à l'allongement de l'espérance de vie.

La forme de la pyramide est également marquée par les événements historiques.

A partir de 70 ans, le creux marqué est lié au déficit de naissances durant la grande crise des années 1930 et puis, surtout, durant la Seconde Guerre mondiale.

Entre 45 et 64 ans, le gonflement important de la pyramide correspond au baby-boom : les enfants du baby-boom sont nés dans une période d'optimisme stimulée par une conjoncture économique très favorable qui persista jusqu'au début des années septante. Durant cette période, l'accroissement de la population est également lié à l'importante immigration d'hommes jeunes ensuite rejoints par leur famille.

A partir de 1975 (moins de 40 ans), la fécondité diminue sous l'influence conjuguée de la crise économique, provoquée en partie par le premier choc pétrolier, des changements dans les mentalités et les modes de vie dont la libéralisation de l'usage des moyens contraceptifs.

La pyramide des âges permet également de comparer la structure par âge des hommes et des femmes. A la naissance, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles. A partir de 45 ans, la tendance s'inverse et les femmes deviennent plus nombreuses que les hommes. Chez les plus de 80 ans, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes.

7. Vieillesse de la population

Selon la base de données européenne Eurostat, la population dans les 28 pays de l'Union européenne (UE) devrait continuer à vieillir, le nombre élevé de baby-boomers faisant gonfler la proportion de personnes âgées dans les décennies à venir. La faible natalité persistante entraînant une diminution de la proportion de jeunes dans la population et l'augmentation de l'espérance de vie auront un impact sur la forme de la pyramide des âges ressemblant davantage à un "bloc" à l'horizon 2080^[13].

Eurostat relève aussi le vieillissement progressif de la population âgée elle-même, l'importance relative des personnes très âgées progressant à un rythme plus rapide que n'importe quel autre segment de la population de l'UE. On s'attend ainsi à ce que la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population de l'UE-28 soit multipliée par deux ou plus entre 2014 et 2080.

Au cours de cette même période, la part de la population en âge de travailler devrait diminuer régulièrement jusqu'en 2050, avant de se stabiliser quelque peu, tandis que les personnes âgées constitueront sans doute une part grandissante de la population totale, les personnes de 65 ans et plus représentant 28,7 % de la population de l'UE-28 en 2080, contre 18,5 % en 2014. Conséquence : le taux de dépendance des personnes âgées (65 ans et plus) dans l'UE-28 devrait presque doubler, passant de 28,1 % en 2014 à 51,0 % en 2080.

Sur le plan sanitaire, on ne peut que se réjouir de cet accroissement de la longévité. Sur le plan économique, les générations en âge de travailler devront supporter les dépenses liées à une proportion croissante de personnes âgées.

7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et Hainaut

Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1^{er} janvier 2015

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	n	%	n	%	n	%
< 20 ans	2 531 000	22,6	842 977	23,5	313 906	23,5
20-64 ans	6 647 456	59,3	2 116 981	59,0	786 129	58,9
65 ans et +	2 030 588	18,1	629 786	17,5	235 325	17,6
Total	11 209 044	100,0	3 589 744	100,0	1 335 360	100,0

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique



Les répartitions des populations par tranche d'âge sont semblables dans le Hainaut, la Wallonie et la Belgique.

Une personne sur 5 est âgée de moins de 20 ans et les personnes en âge d'être actives (20-64 ans) constituent environ 60 % de la population. On constate une plus grande part de femmes âgées de 65 ans et plus par rapport aux hommes, reflet de la plus longue espérance de vie de celles-ci : une femme sur 5 est âgée de 65 ans et plus contre un homme sur 7.



Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1^{er} janvier 2015

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	n	%	n	%	n	%
65-74 ans	486 280	55,4	151 331	57,4	56 255	58,5
75-84 ans	301 639	34,4	86 166	32,7	30 352	31,6
85 ans et +	89 834	10,2	26 226	9,9	9 553	9,9
Total	877 753	100,0	263 723	100,0	96 160	100,0

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	n	%	n	%	n	%
65-74 ans	535 732	46,5	172 793	47,2	65 461	47,0
75-84 ans	418 522	36,3	128 784	35,2	48 305	34,7
85 ans et +	198 581	17,2	64 486	17,6	25 399	18,3
Total	1 152 835	100,0	366 063	100,0	139 165	100,0

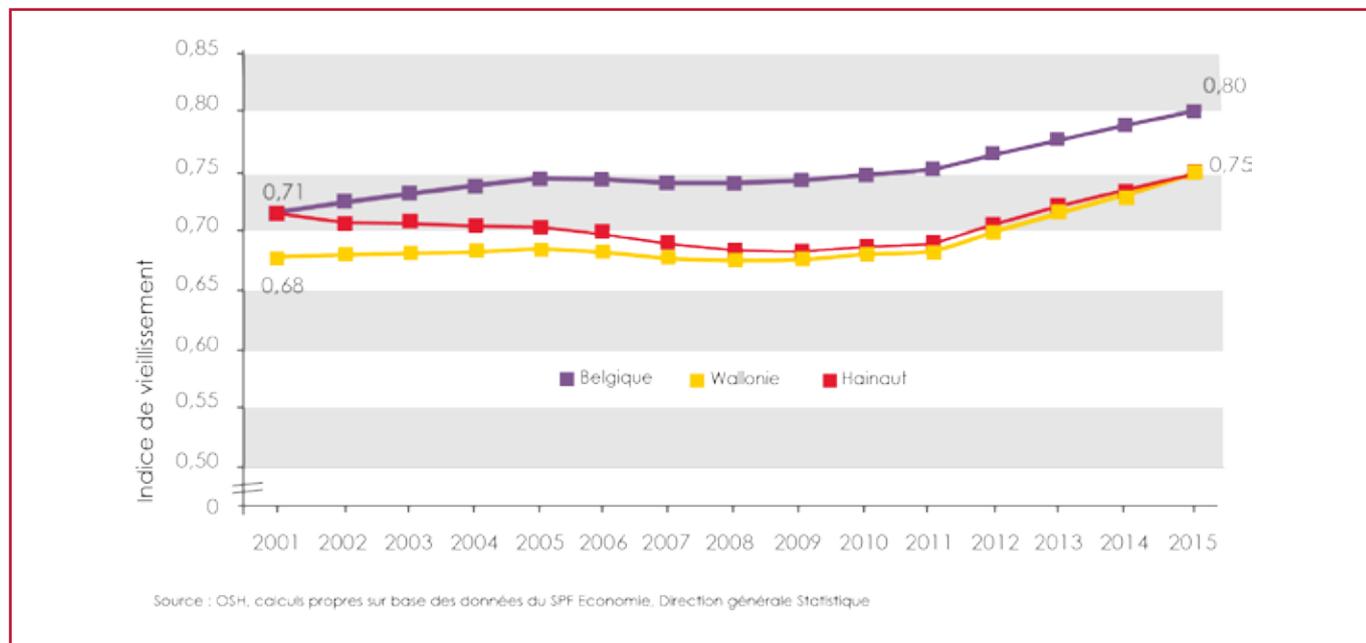
Source : SPF Economie, Direction générale Statistique



Les populations des trois territoires présentent globalement la même structure par âge des personnes de 65 ans et plus. Parmi les personnes âgées de 85 ans et plus, le nombre de femmes est deux à trois fois plus élevé que celui d'hommes.

L'indice de vieillissement est le rapport entre les personnes de 65 ans et plus et les personnes de moins de 20 ans.

Figure 1.10. Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2001 à 2015

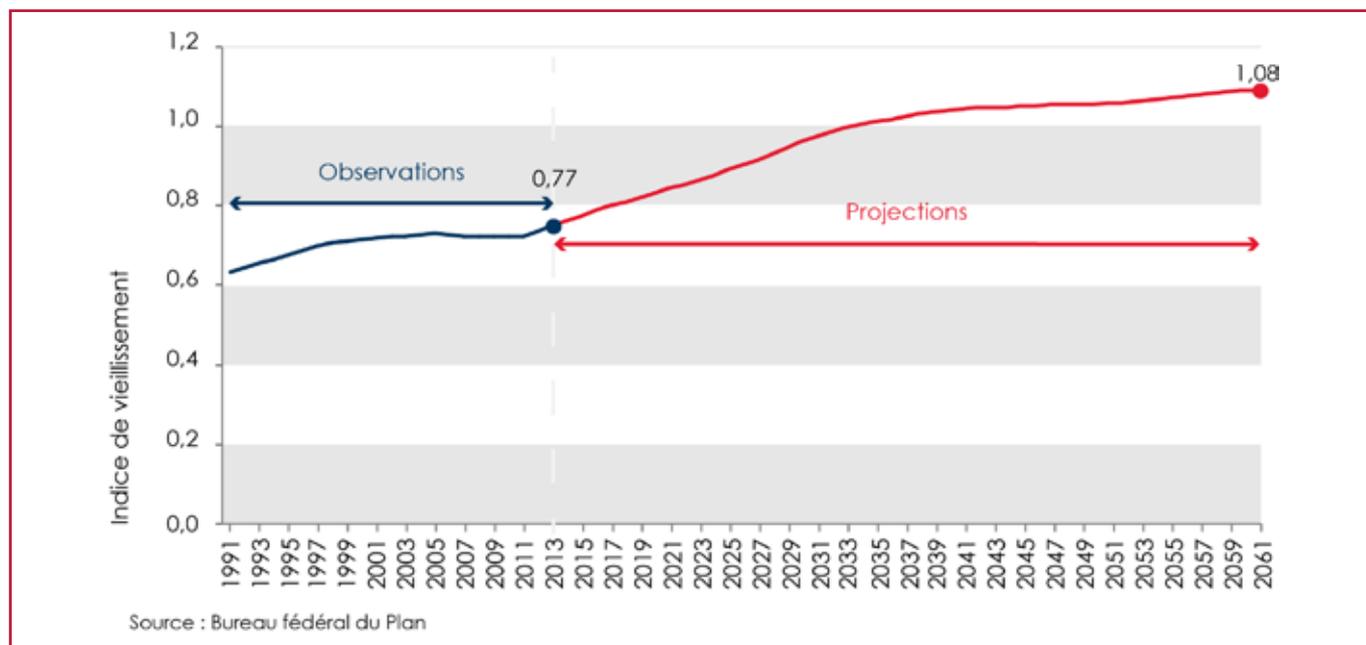


Voici vingt-cinq ans, l'indice de vieillissement de la Belgique était de 0,60. Depuis le début du 21^e siècle, cet indice n'a fait que croître et atteint 0,80 en 2015. Pour la même période, l'indice wallon a aussi augmenté mais de façon moindre, passant de 0,59 en 1990 à 0,75 en 2015. En Hainaut, après une stabilisation de 1996 à 2012 (0,68 à 0,71), le vieillissement tend à s'accélérer et correspond aujourd'hui à la situation wallonne. Cet indice est partout inférieur à 1, ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées. Ce rapport "personnes âgées/jeunes" pourrait néanmoins s'inverser dans un avenir plus ou moins proche puisqu'on observe déjà l'impact du baby-boom (générations de l'après-guerre, soit 1950-1970) avec une augmentation importante de la population dans la tranche des 65 ans et plus.

L'écart entre l'indice belge et ceux de la Wallonie et du Hainaut provient du vieillissement plus important de la population en Flandre.^[9]



Figure 1.11. Evolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2014 et projections de 2015 à 2061, Hainaut

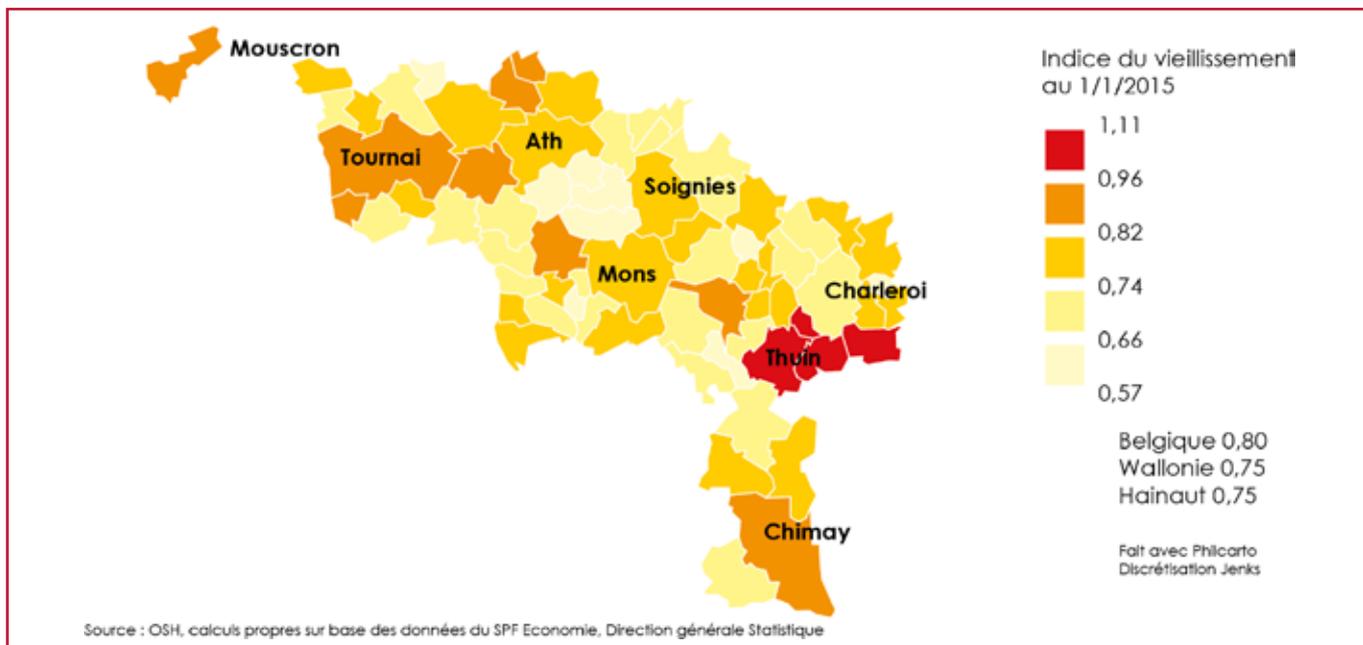


▼ Selon les projections établies par le BFP, la proportion des 65 ans et plus dans la population du Hainaut augmenterait de 17 % en 2013 à 24 % en 2060.

L'indice de vieillissement évoluerait de 0,63 en 1990 à 1,08 en 2061, ce qui correspond à 107 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. En 2061, les indices de vieillissement du Hainaut (1,08), de la Wallonie (1,08) et de la Belgique (1,10) seront proches.

7.2. Vieillesse par commune

Carte 1.6. Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2015



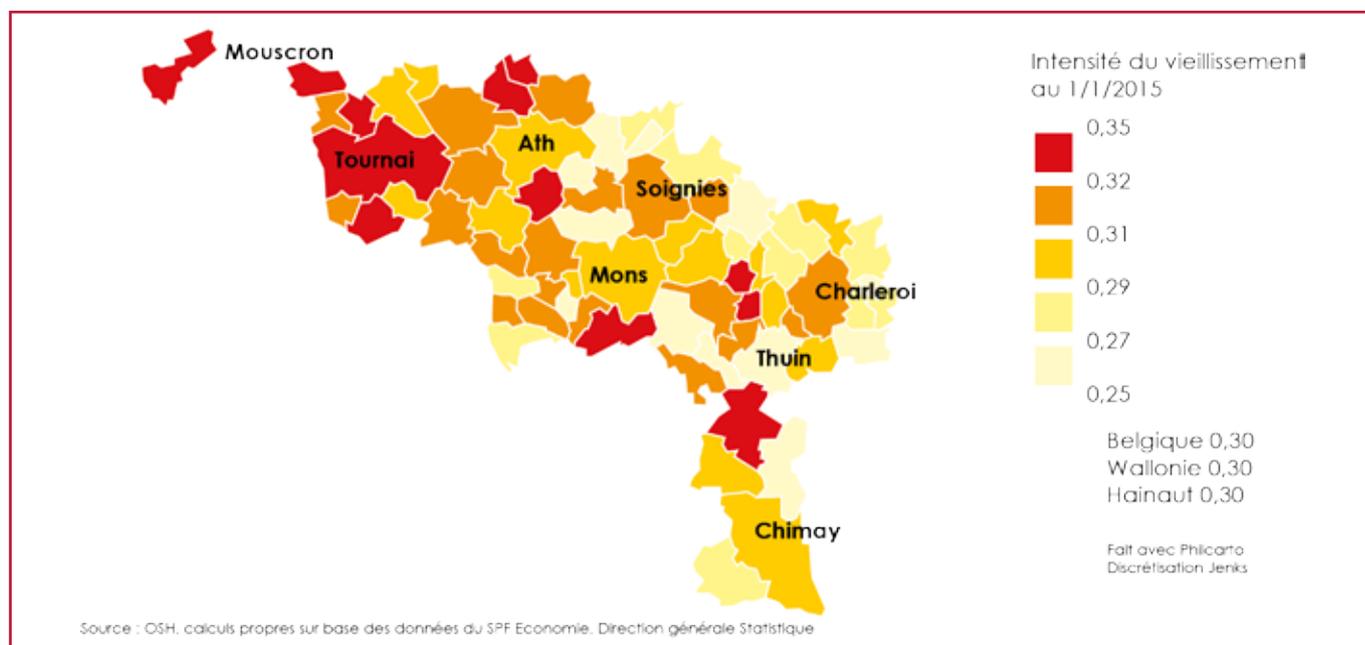
L'indice de vieillissement est plus élevé en Belgique (0,80) qu'en Wallonie ou dans le Hainaut (0,75).

Au niveau communal, l'indice de vieillissement est supérieur à 1 dans les communes de Montigny-le-Tilleul (1,11), Gerpinnes (1,06) et Ham-sur-Heure-Nalinnes (1,01) ce qui signifie qu'il y a respectivement 111, 106 et 101 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 de moins de 20 ans dans ces entités.

On observe des indices supérieurs à la moyenne hainuyère ou wallonne dans plus d'un tiers des communes du Hainaut.

L'indice d'intensité du vieillissement permet d'évaluer la part des personnes les plus âgées (80 ans et +) et donc, les plus sujets à une perte d'autonomie parmi la population des 65 ans et plus.

Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2015



En 2015, l'indice d'intensité du vieillissement est de 0,30 c'est-à-dire qu'on recense 30 personnes de 80 ans et plus pour 100 de 65 ans et plus en Belgique, Wallonie ou Hainaut. En 25 ans, cet indice s'est accru d'environ 30 % en Hainaut. Le BFP estime qu'il atteindra 0,38 en 2060, donc une part plus importante de personnes très âgées susceptibles d'être moins autonomes. Hormis une évolution exceptionnellement positive de la morbidité des personnes âgées, cette situation entraînera des dépenses supplémentaires en soins de santé et en aide quotidienne, voire en hébergement en institution, phénomènes qui doivent d'ores et déjà être pris en compte pour leur impact futur sur les finances publiques.

7.3. Ratio de dépendance démographique

Le ratio de dépendance démographique est fonction de la structure par âge de la population. C'est le rapport du nombre d'individus supposés "dépendre" des autres pour leur vie quotidienne - jeunes et personnes âgées - et du nombre d'individus capables d'assumer cette charge, c'est-à-dire en âge de travailler.

Différents seuils sont utilisés pour définir la population en âge de travailler, 20 à 64 ans pour l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), 15 à 64 ans pour Eurostat, 20 à 59 ans pour l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Compte tenu de l'obligation scolaire jusque 18 ans et de la législation qui incite de plus en plus les travailleurs à ne pas prendre leur retraite avant 65 ans, la définition de l'OCDE a été retenue. D'autre part, la proportion des individus en âge de travailler est nettement supérieure à celle des personnes réellement actives.

Selon la définition utilisée et selon la population dans laquelle l'indice est calculé, sa valeur peut varier de façon plus ou moins importante.^[13-14]

Tableau 1.8. Evolution décennale du ratio de dépendance de 1985-2015, Belgique-Wallonie-Hainaut

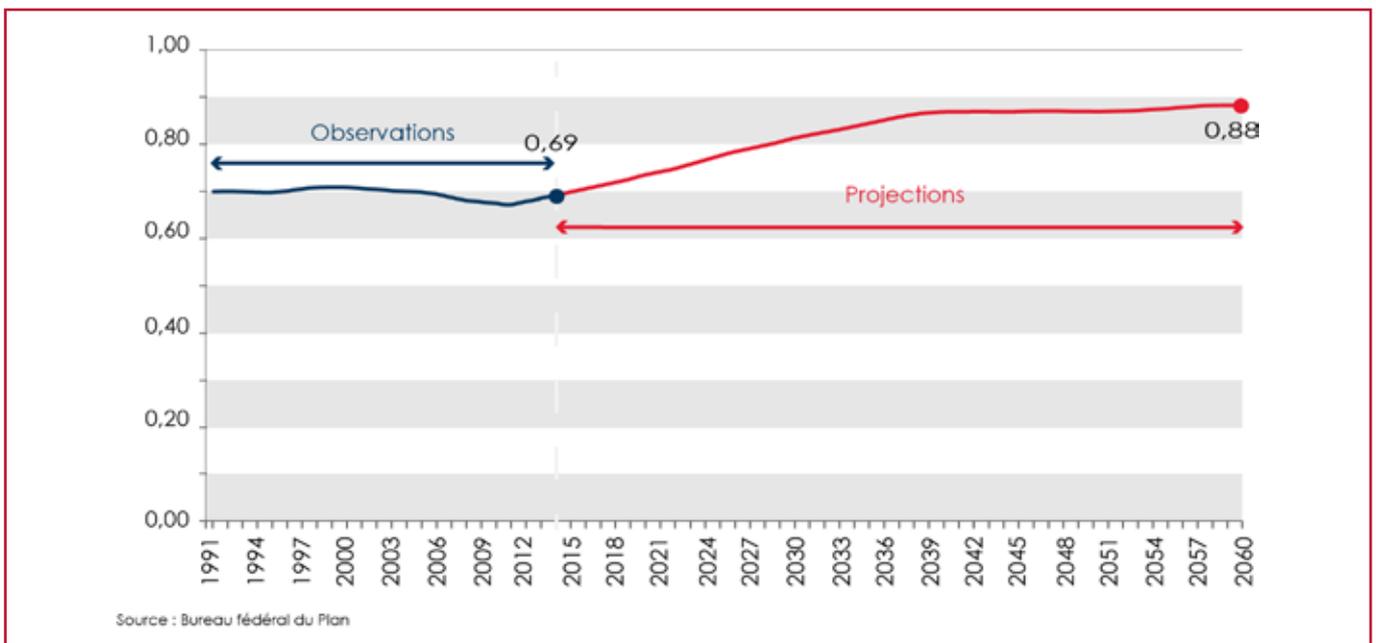
	1985	1995	2005	2015
Belgique	0,67	0,66	0,68	0,69
Wallonie	0,68	0,65	0,67	0,69
Hainaut	0,68	0,70	0,70	0,70

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique



Le tableau ci-dessus est fourni à titre d'illustration. De 1985 à 2015, le ratio de dépendance est resté globalement stable dans le temps.

Figure 1.12. Evolution du ratio de dépendance de 1991 à 2014 et projections de 2015 à 2060, Hainaut



Comme le montre le graphique ci-dessus, on dénombreait 70 personnes en âge d'être inactives pour 100 en âge d'être actives en Hainaut en 1991. Les perspectives du BFP permettent de penser qu'on atteindra 88 personnes dites inactives, selon la définition établie par l'OCDE, pour 100 personnes actives en 2060 tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique.



8. Bibliographie

1. Vandresse M. Perspectives démographiques 2014-2060 : Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs. Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique, 2015.
2. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Créer des indicateurs ruraux pour étayer la politique rurale. OCDE, 1994.
3. Thomsin L. La géographie de la population ou Géodémographie. Liège : Presses universitaires de Liège ; 2013.
4. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), Service Public Fédéral (SPF) Economie. Espérance de vie, 2015.
5. Van Oyen H, Charafeddine R, Deboosere P, Cox B, Lorant V, Nusselder W et al. Contribution of mortality and disability to the secular trend in health inequality at the turn of century in Belgium. Eur J Public Health 2011 Jan ; Advance Access : 1-7.
6. Bossuyt N, Van Oyen H. Espérance de vie en bonne santé selon le statut socioéconomique en Belgique. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) ; 2001.
7. Berger N, Van Oyen H. Sommes-nous suffisamment en bonne santé pour travailler plus longtemps ? Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) ; 2013.
8. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Taux de natalité. 2016. Consultable sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-natalite.htm>
9. Debuisson M, Dal L, Foulon M. Recensement général de la population et des logements au 1^{er} mars 1991 : l'évolution de la population, l'âge et le sexe. Monographie du Recensement. Bruxelles : Institut National des Statistiques (INS) ; 2000 ; p. 1 - 170.
10. Service Public Fédéral (SPF) Economie. Indice conjoncturel de fécondité. 2012 ; p. 2.
11. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Pyramide des âges. 2016. Consultable sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/pyramide-ages.htm>
12. United Nations. World Fertility Report 2003. New York : D.o.E.a.S.A.-P. Division Editor ; 2004, United Nations : p. 10.
13. Eurostat. Population structure and ageing. 2015. Consultable sur : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr&oldid=142825
14. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS), Service Public Fédéral (SPF) Economie. Indicateurs de structure par sexe et âge de la population. 2015.
15. Deguerry M, De Spiegelaere M, Feyaerts G, Fiszman P, Flament M, Luque Fernandez MA, et al. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles Capitale ; 2011 ; p. 296.
16. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la société : les indicateurs sociaux de l'OCDE. Edition 2006. Paris : OCDE Editor ; 2007 ; p.44.



Chapitre 2. Mortalité et causes de décès

Faits marquants

- **La mortalité hainuyère est supérieure à celle de la Wallonie (+ 5 %) et à celle de la Belgique (+ 17 %).** On relève 14 598 décès en 2014, soit un taux brut de mortalité de 10,9 pour 1 000 habitants en Hainaut. La mortalité masculine est nettement plus élevée que la mortalité féminine.
- **Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès en Hainaut en 2012 (29 %),** suivies des tumeurs (24 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (10 %).
- **En vingt-cinq ans, les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire ont diminué significativement** chez les hommes et les femmes du Hainaut. **Les décès dus aux tumeurs sont également en diminution** chez les hommes.
- **En vingt-cinq ans, les décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire ont augmenté de 54 % chez les femmes du Hainaut.** Dans le même temps, les décès liés à ces pathologies ont diminué de 24 % chez les hommes, mais restent bien supérieurs à ceux des femmes.
- **Les morts non naturelles (suicides, accidents, empoisonnements...) sont la première cause de décès chez les hommes de 10 à 49 ans et chez les femmes de 10 à 24 ans.** Si les suicides représentent une proportion importante (18 %) des décès des hommes de 25 à 49 ans, il faut noter que le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. Les suicides sont moins fréquents chez les femmes que chez les hommes.
- **La mortalité prématurée (avant 65 ans) en Hainaut est supérieure à celles de la Wallonie et de la Belgique.** Les trois principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les morts non naturelles et les maladies de l'appareil circulatoire. Les décès prématurés sont deux fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes.
- **La mortalité infantile (0 à 1 an) est en diminution depuis vingt ans en Hainaut comme en Belgique et en Wallonie.** Le taux de mortalité infantile est passé de 9,3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1987-1989 à 4,0 décès en 2008-2010.

La mortalité demeure un élément important pour évaluer l'état de santé d'une population. Les données de mortalité sont en général relativement fiables ; en outre, leur disponibilité annuelle récurrente permet d'étudier l'évolution au cours du temps.

Certaines évolutions, quant à la mortalité, peuvent être mises en relation avec les conditions de vie, les comportements de santé ou les performances du système de soins : inégalités sociales, alimentation, activité physique, consommation de produits toxiques (tabac, alcool...), mesures de prévention (accidents de transports, mort subite du nourrisson...), rôle du système de soins (traitements et prévention secondaire des maladies vasculaires, du sida, du cancer...).[1,2,3]

Selon les dernières statistiques d'Eurostat (2012), la Belgique occupe la 16^e place en termes de mortalité avec un taux standardisé 24 % plus élevé que le Liechtenstein, dont la mortalité totale est la plus faible en Europe. Notre pays se classe au même niveau que la Grèce ou le Portugal et connaît une situation moins favorable par rapport à ses proches voisins (Allemagne, Luxembourg ou Pays-Bas).[7]

En Belgique, c'est le Hainaut qui affiche la mortalité la plus élevée tant pour les hommes que pour les femmes parmi l'ensemble des provinces belges.



1. Mortalité totale

Les données présentées ici sont celles qui proviennent du Registre national de la population. Elles ont l'avantage de porter sur une période récente (année 2014), mais ne permettent cependant pas d'analyser les causes de décès.

1.1. Mortalité totale en 2014

Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		51 556	53 167	104 723
Wallonie		17 737	19 102	36 839
Hainaut		6 956	7 642	14 598
Arrondissements	Ath	436	465	901
	Charleroi	2 232	2 504	4 736
	Mons	1 282	1 474	2 756
	Mouscron	383	438	821
	Soignies	933	969	1 902
	Thuin	828	878	1 706
	Tournai	862	914	1 776

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique



En 2014, 6 956 décès masculins et 7 642 décès féminins ont été enregistrés parmi la population hainuyère soit, un total de 14 598 décès. La proportion de décès en Hainaut correspond à 14 % de la mortalité de la Belgique, alors que la part de population est de 12 %.

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de population en milieu de cette même année. Cet indicateur est fortement influencé par la répartition par âge dans la population : les populations âgées ont des taux brut de mortalité plus élevés que les populations jeunes.

En 2014, on relève un taux brut de 10,9 décès pour 1 000 habitants en Hainaut.

1.2. Indices comparatifs de mortalité (ICM)

L'ICM est le rapport entre le nombre de décès observés dans une population et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité de chaque tranche d'âge étaient identiques à ceux d'une population de référence à laquelle on attribue une valeur de 100. Cette méthode de calcul permet de gommer l'effet éventuel de la structure par âge de la population. La valeur calculée dépend de la population de référence qui est choisie : selon le sexe et/ou selon le territoire dans les cas présentés ci-dessous.

Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la population de référence et un ICM de 84 signifie une mortalité de 16 % inférieure à la population de référence.

Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014 (Femme = 100 pour chaque territoire)

	Hommes	Femmes
Belgique	157*	100
Wallonie	159*	100
Hainaut	164*	100

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Femme 2014 = 100)
Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique

▼
Après ajustement pour la structure d'âge, la mortalité masculine apparaît nettement plus élevée que la mortalité féminine tant en Belgique (+ 57 %) et en Wallonie (+ 59 %), qu'en Hainaut (+ 64 %). Même si dans les trois territoires, l'écart entre les sexes tend progressivement à diminuer, les différences restent importantes.

Il paraît donc opportun d'aborder une analyse séparée des mortalités masculines et féminines au regard de ces différences majeures.



Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie = 100)

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		86,9*	90,6*	89,3*
Wallonie		100,0	100,0	100,0
Hainaut		108,3*	102,5*	104,8*
Arrondissements	Ath	103,9	96,8	100,1
	Charleroi	111,3*	106,8*	108,3*
	Mons	113,6*	103,5*	107,1*
	Mouscron	98,0	93,2*	95,2*
	Soignies	100,7	98,4	99,5
	Thuin	106,2*	105,7*	105,9*
	Tournai	110,7*	99,2	104,2*

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014 = 100)
 Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique

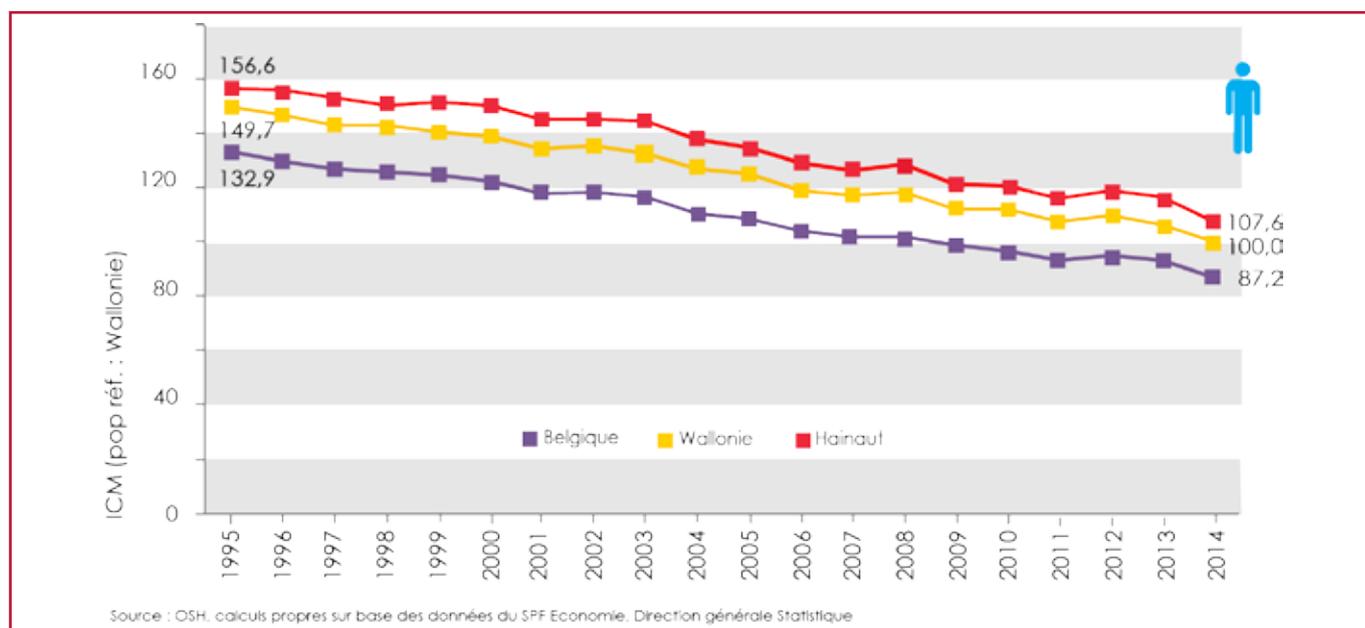


Pour limiter les fluctuations statistiques surtout pour les arrondissements ayant un petit nombre d'habitants, les indices comparatifs de mortalité sont calculés sur une période de 5 ans (2010-2014) avec pour population de référence (indice = 100) les hommes et/ou les femmes de Wallonie. Ceci permet de repérer des différences limitées qui pourraient être confondues avec des variations aléatoires non significatives au plan statistique sans le regroupement de plusieurs années.

Pour la période 2010-2014, la mortalité du Hainaut était 4,8 % supérieure à celle de la Wallonie et de 17,4 % à celle de la Belgique. Les écarts sont plus marqués pour les hommes que pour les femmes. En termes absolus, on peut estimer que 553 décès masculins et 187 décès féminins seraient épargnés annuellement en Hainaut si la province présentait les mêmes taux de mortalité que la Wallonie. Si les taux de mortalité du Hainaut rejoignaient ceux de la Belgique, 2 330 décès seraient épargnés.

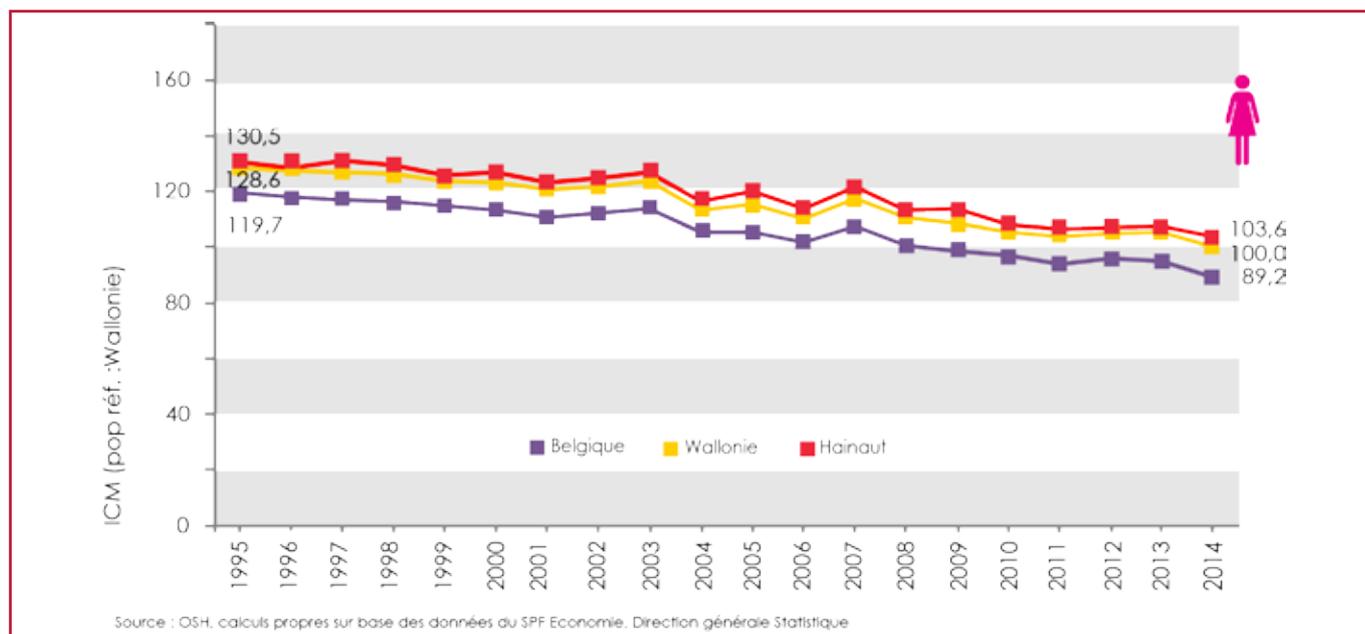
Les arrondissements de Charleroi, Mons et Thuin connaissent une mortalité plus élevée que la moyenne wallonne tant pour les hommes que pour les femmes. Ceux de Ath et de Soignies présentent une situation semblable à la Wallonie. Dans l'arrondissement de Tournai, la mortalité des hommes est plus élevée que la moyenne wallonne tandis que celle des femmes ne montre pas de différence. Quant à Mouscron-Comines, la mortalité des hommes y est similaire à celle de la Wallonie et celle des femmes moins élevée que la moyenne wallonne.

Figure 2.1. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014 (Wallonie 2014 = 100)



▼
 En vingt ans, la mortalité des hommes du Hainaut a diminué de 31 % : de 157 en 1995, l'indice comparatif de mortalité est passé à 108 en 2014. L'évolution observée en Wallonie et au niveau national apparaît similaire. On note que la mortalité masculine hainuyère demeure toujours supérieure par rapport aux deux autres territoires.

Figure 2.2. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014 (Wallonie 2014 = 100)



▼
 Depuis 1995, la mortalité des femmes du Hainaut a diminué de 21 %, en passant d'un indice comparatif de mortalité de 131 à 104. L'évolution observée en Wallonie et en Belgique est similaire. La mortalité féminine hainuyère reste supérieure par rapport aux deux autres territoires, mais les écarts sont moins marqués que pour les hommes.



2. Mortalité par cause

Lors de chaque décès, un médecin rédige un certificat de décès reprenant, entre autres, la cause principale de décès. La cause initiale de décès est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant "la maladie ou les traumatismes qui ont déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident ou de l'acte violent qui a entraîné le traumatisme mortel".^[2]

Recenser annuellement les causes de décès est une action essentielle pour mesurer l'impact des maladies et/ou traumatismes sur la santé de la population et prendre les mesures qui s'imposent. Si, dans une population, on observe un niveau élevé de mortalité cardiovasculaire, il sera utile d'intervenir agir sur les facteurs de risques et les déterminants de ces maladies. Les programmes qui bénéficient d'une assise communautaire et qui agissent à différents niveaux (information, éducation, motivations, offre alimentaire, environnement favorable à la pratique d'activité physique, prise en compte des spécificités sociales et culturelles...) ont montré leur efficacité pour réduire le niveau des facteurs de risques des maladies chroniques et, à terme, la mortalité associée à ces pathologies. Une attention particulière sera nécessaire pour les groupes de population les plus touchés, en général les populations les plus pauvres.

Lors de la rédaction de ce tableau de bord, les dernières données disponibles concernant les causes de mortalité dataient de 2012.

2.1. Causes de décès

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2012

Causes de décès	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	31 447	28,8	11 040	28,9	4 444	29,3
Tumeurs	28 402	26,0	9 368	24,5	3 666	24,2
Appareil respiratoire	11 327	10,4	4 015	10,5	1 578	10,4
Morts non naturelles	7 037	6,5	2 839	7,4	1 080	7,1
Appareil digestif	4 932	4,5	1 834	4,8	809	5,3
Système nerveux, organes des sens	5 447	5,0	2 127	5,6	832	5,5
Troubles mentaux	4 616	4,2	1 143	3,0	466	3,1
Maladies endocriniennes	2 950	2,7	1 241	3,2	523	3,4
Maladies infectieuses et parasitaires	2 584	2,4	955	2,5	439	2,9
Autres causes	10 292	9,4	3 656	9,6	1 331	8,8
Total décès	109 034	100,0	38 218	100,0	15 168	100,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA



En 2012, les trois principales causes de mortalité en Belgique, Wallonie et Hainaut demeurent l'appareil circulatoire (autour de 29 % pour les trois territoires), les tumeurs (26 % en Belgique, 25 % en Wallonie et 24 % en Hainaut) et l'appareil respiratoire (un peu plus de 10 % pour les trois territoires).

Les décès liés à l'appareil circulatoire rassemblent des pathologies telles que les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies hypertensives, les embolies pulmonaires, les troubles du rythme cardiaque...

Par rapport aux résultats présentés dans le précédent tableau de bord, on observe une tendance à la diminution de la mortalité mettant en cause une maladie de l'appareil circulatoire.

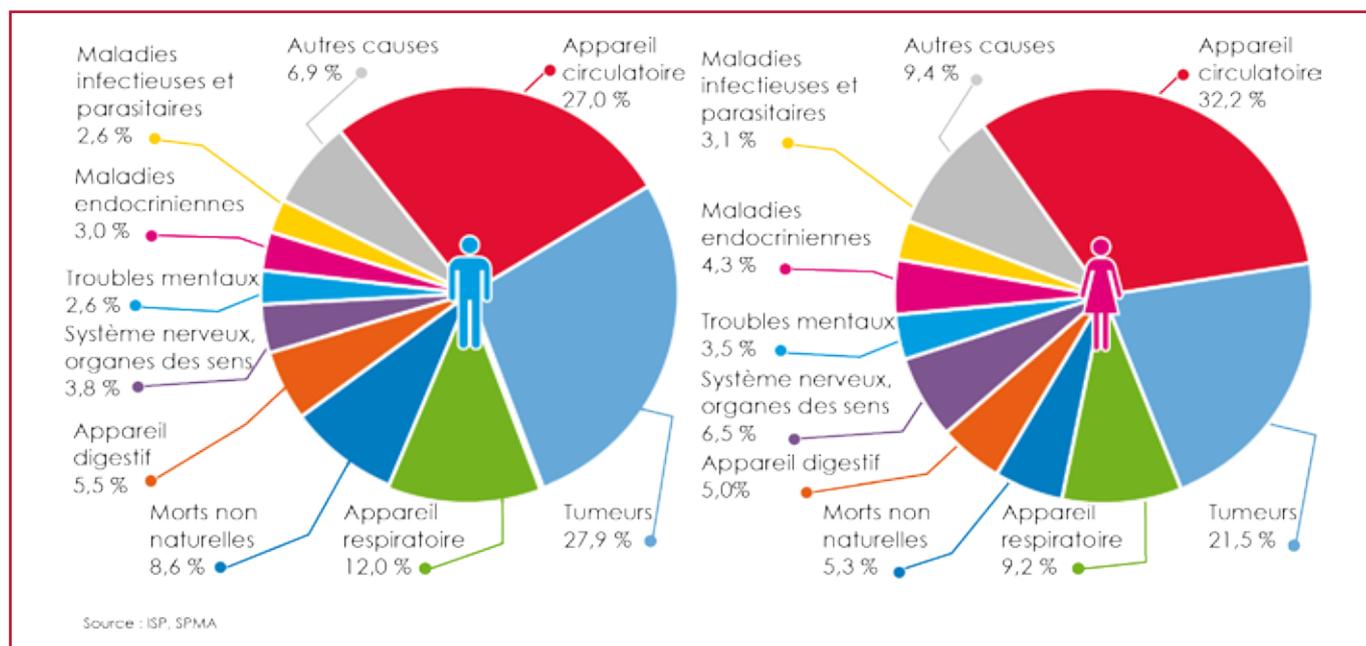
La catégorie des tumeurs comprend les tumeurs bénignes (4 % des décès) et les cancers (96 % des décès tumoraux en Hainaut).

Les décès liés à l'appareil respiratoire sont dus à des maladies telles que la grippe, les pneumonies, les bronchites (aiguës ou chroniques), l'asthme... La maladie respiratoire chronique est à l'origine de 49 % des décès respiratoires chez l'homme et de 34 % chez la femme en Hainaut ; la pneumonie, respectivement 26 % et 34 %.

Les morts non naturelles se situent à la quatrième place des causes de décès. Elles concernent essentiellement les suicides (36 % chez l'homme et 14 % chez la femme en Hainaut par rapport à l'ensemble des morts non naturelles), les chutes accidentelles (18 % chez l'homme et 35 % chez la femme) et les accidents de transport (14 % chez l'homme et 4 % chez la femme). Les homicides n'interviennent que pour moins de 2 % des morts non naturelles chez l'homme et moins de 1 % chez la femme.

Figure 2.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, Hainaut, 2008-2012 (n moyen = 7 265)

Figure 2.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Hainaut, 2008-2012 (n moyen = 7 578)



En Hainaut, parmi l'ensemble des décès survenus durant la période 2008-2012, les tumeurs apparaissent comme la cause principale de mortalité chez les hommes (28 % des décès). Viennent ensuite les décès liés à l'appareil circulatoire (27 %) et l'appareil respiratoire (12 %). Les morts non naturelles (suicides, accidents...) représentent près de 9 % des décès masculins entre 2008 et 2012.

A l'inverse, chez les Hainuyères, la cause principale des décès est constituée des maladies circulatoires (32 % des décès). Viennent ensuite les tumeurs (22 %), puis les maladies de l'appareil respiratoire (9 %). La proportion de décès dus à des pathologies liées au système nerveux et organes des sens se révèle presque deux fois plus élevée chez les femmes (6,5 %) que chez les hommes (3,8 %). Les morts non naturelles représentent une part plus faible des décès que chez les hommes.

La répartition différente selon le sexe est influencée par une proportion de décès à un âge avancé plus importante chez les femmes que chez les hommes. Cela s'explique notamment par une espérance de vie des femmes plus longue et un contexte hormonal qui offre un effet protecteur contre les risques cardiovasculaires, effet qui disparaît à la ménopause.^[8]

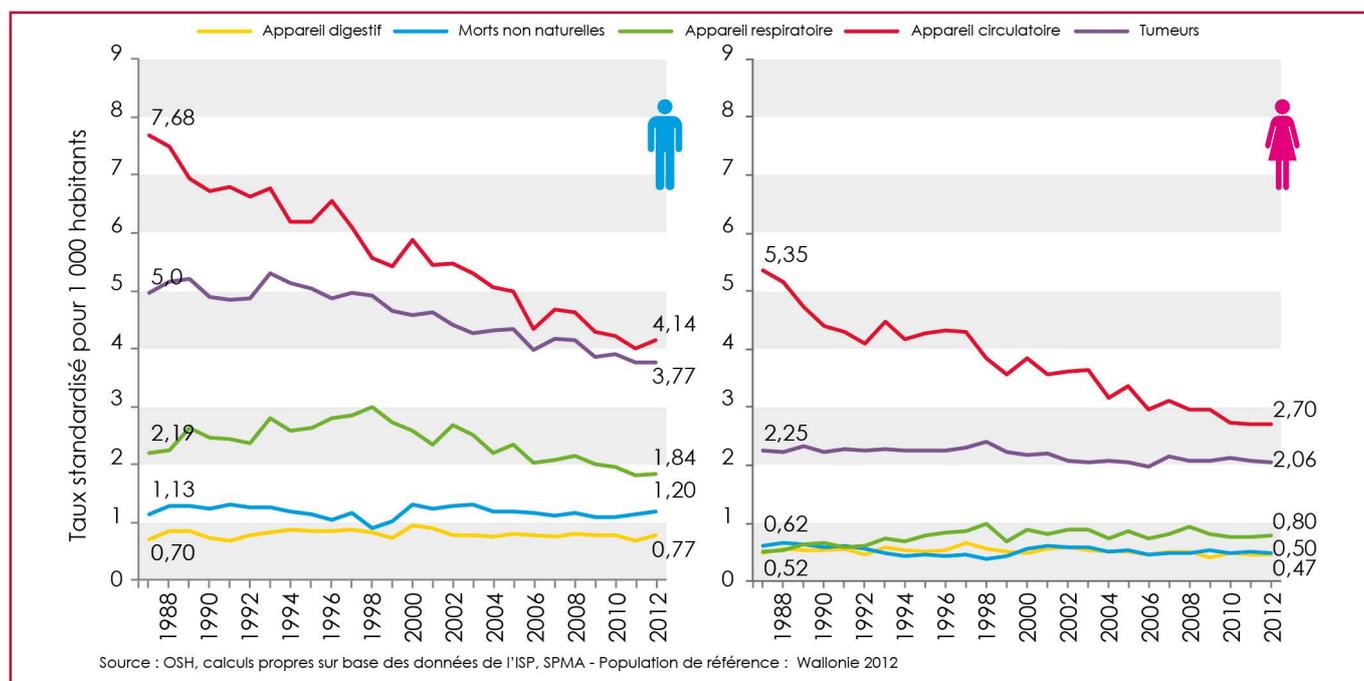
Le taux brut de mortalité spécifique est le nombre annuel de décès pour cette cause spécifique divisé par le nombre d'habitants en milieu d'année.

Le taux standardisé de mortalité est obtenu en appliquant les taux de mortalité de chaque groupe d'âge et de sexe à une population de référence, ici la population de la Wallonie en 2010. Ce calcul gomme les différences dues à la structure d'âge de la population. Il permet donc de comparer des taux de mortalité de population de différents territoires, qui présentent des structures différentes pour l'âge et le sexe. Le taux obtenu est une valeur calculée qui permet les comparaisons mais ne correspond pas au taux observé dans la population étudiée et dépend de la population de référence choisie.

Plus les pyramides des âges de la population de référence et de la population étudiée seront proches, plus les taux bruts et standardisés seront voisins.

Figure 2.5. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, Hainaut, années 1987 à 2012

Figure 2.6. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, Hainaut, années 1987 à 2012



En vingt-cinq ans, la mortalité due aux affections de l'appareil circulatoire, aux cancers et aux maladies respiratoires chez les hommes du Hainaut a diminué respectivement de 46 %, 24 % et 16 %.

Cette évolution est le reflet de la combinaison des interventions de promotion de la santé et de prévention et de l'amélioration des traitements. Sur cette période, les morts non naturelles et les décès liés à des pathologies de l'appareil digestif sont restés relativement stables.

Entre 1987 et 2012, la mortalité due aux pathologies de l'appareil circulatoire a diminué de près de 50 % chez les Hainuyères. Celle liée aux tumeurs, aux maladies du système digestif et aux causes non naturelles est restée globalement stable dans le temps.

En revanche, la mortalité due aux pathologies de l'appareil respiratoire a augmenté significativement (+ 54 % en vingt-cinq ans) dans la population féminine du Hainaut. On peut raisonnablement émettre l'hypothèse qu'il y a un lien entre cette augmentation et l'accroissement de la consommation de tabac chez la femme dans les années soixante-septante.



Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, Hainaut, 2008-2012

Afin d'éviter les variations annuelles, les taux de mortalité par cause sont présentés pour les années 2008-2012 regroupées.

Causes de décès Taux pour 1 000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	3,09	3,55	4,15	2,71
Tumeurs	3,19	2,47	3,84	2,05
Appareil respiratoire	1,38	0,99	1,90	0,79
Morts non naturelles	0,98	0,60	1,12	0,50
Appareil digestif	0,63	0,57	0,75	0,46
Système nerveux, organes des sens	0,43	1,45	0,57	0,55
Troubles mentaux	0,30	0,39	0,40	0,29
Maladies endocriniennes	0,35	0,44	0,46	0,36
Maladies infectieuses et parasitaires	0,30	0,34	0,38	0,27
Autres causes	0,79	0,30	1,05	0,80
Total décès	11,44	11,10	14,62	8,77

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA
Population de référence: Wallonie 2008-2012



Le taux brut de mortalité des femmes est plus élevé que celui des hommes pour les décès dus à l'appareil circulatoire (+ 0,46 décès/1 000 habitants), le système nerveux et les organes des sens (+ 1,02 décès/1 000 habitants) et dans un moindre écart, les troubles mentaux, les maladies endocriniennes et les maladies infectieuses et parasitaires.

Cependant, si l'on prend en compte l'âge des individus (on parle alors de taux standardisé), la population masculine paie un plus lourd tribut aux maladies cardiovasculaires avec plus de 4 décès pour 1 000 habitants contre moins de 3 chez la femme. Le même constat se répète aussi, mais dans une moindre mesure, pour la mortalité due aux troubles mentaux, maladies endocriniennes et pathologies infectieuses et parasitaires.

Chez les hommes, les taux bruts de mortalité plus élevés que ceux des femmes concernent les décès dus aux tumeurs (+ 0,72 décès/1 000 habitants), aux pathologies de l'appareil respiratoire (+ 0,39 décès/1 000 habitants) et les morts non naturelles (+ 0,38 décès/1 000 habitants). La standardisation accroît cette fois la différence entre les sexes pour les décès concernés.

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

Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, Hainaut, 2008-2012



	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Nombre moyen de décès par an	12	65	534	1 545	1 349	3 726
Causes de décès						
Appareil circulatoire	3,3	1,8	15,0	21,8	26,1	31,9
Tumeurs	20,0	8,9	17,4	37,0	37,1	22,9
Appareil respiratoire	3,3	2,5	2,8	7,1	12,0	15,7
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute)	38,3	50,0	20,0	4,9	3,0	3,8
Suicides	0,0	20,9	18,1	3,9	1,5	0,8
Appareil digestif	1,7	0,9	7,7	9,6	5,0	3,8
Système nerveux, organes des sens	5,0	5,8	3,6	2,3	2,4	4,9
Troubles mentaux	0,0	0,9	4,5	2,8	1,5	2,8
Maladies endocriniennes	3,3	1,5	2,0	3,0	2,8	3,3
Malformations congénitales	6,7	0,6	0,2	0,2	0,1	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires	1,7	1,2	2,1	2,0	3,0	2,8
Autres causes	16,7	5,5	4,1	3,4	5,9	5,7
Total par classes d'âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA

Entre 2008 et 2012, les maladies de l'appareil circulatoire (dont les maladies cardiovasculaires) constituent la principale cause de décès chez les hommes de 75 ans et plus en Hainaut, avec 32 % de l'ensemble des décès. Quant aux tumeurs, elles sont liées à une plus forte proportion de décès dans la population masculine des 50 à 74 ans. Chez les moins de 50 ans, les morts d'origine non naturelles (suicides inclus) représentent la principale cause de mortalité.



Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, Hainaut, 2008-2012

	Classes d'âge					
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
 Nombre moyen de décès par an	8	21	266	784	841	5 635
Causes de décès						
Appareil circulatoire	7,3	6,7	14,1	18,0	22,7	36,8
Tumeurs	12,2	15,2	34,6	43,1	37,5	15,6
Appareil respiratoire	0,0	0,0	3,8	6,6	8,9	10,0
Morts non naturelles (accident, empoisonnement, homicide, chute)	34,1	31,4	10,5	4,8	3,6	4,1
Suicides	0,0	20,0	9,9	2,9	1,0	0,1
Appareil digestif	0,0	1,0	9,2	8,2	5,8	4,3
Système nerveux, organes des sens	4,9	7,6	3,1	3,0	5,0	7,4
Troubles mentaux	0,0	1,9	3,2	1,8	1,6	4,0
Maladies endocriniennes	7,3	1,9	1,9	2,5	4,1	4,7
Malformations congénitales	7,3	4,8	0,8	0,4	0,1	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires	7,3	3,8	2,3	3,0	3,0	3,1
Autres causes	19,5	5,7	6,5	5,7	6,6	9,9
Total par classes d'âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA

▼
Les pathologies de l'appareil circulatoire constituent la cause principale de mortalité chez les femmes de 75 ans et plus (37 %) en Hainaut.

Les tumeurs sont à l'origine de la majorité des décès féminins dans les catégories des 25-74 ans : près de 35 % chez les 25-49 ans, 43 % chez les 50-64 ans et plus de 37 % chez les 65-74 ans. Quant aux morts non naturelles (suicides inclus), elles sont représentatives de la plus importante part de la mortalité chez les moins de 25 ans (34 % chez les 1-9 ans et 51 % chez les 10-24 ans). Il faut noter qu'à ce niveau le nombre de décès reste très inférieur à celui observé chez l'homme.

2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut

Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, Hainaut, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie = 100)



		Appareil circulatoire	Tumeurs	Appareil respiratoire	Morts non naturelles	Appareil digestif
Belgique		89,6*	92,9*	85,5*	76,4*	77,7*
Wallonie		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hainaut		108,0*	106,3*	113,3*	102,4	120,6*
Arrondissements	Ath	101,8	101,7	110,9	110,0	102,4
	Charleroi	111,5*	109,7*	121,7*	100,2	118,3
	Mons	113,2*	108,7	123,6*	99,7	140,1*
	Mouscron	87,1	107,8	102,9	95,1	101,2
	Soignies	101,7	98,3	101,9	94,6	112,3
	Thuin	116,2*	102,8	108,0	116,1	114,1
	Tournai	104,1	108,6	100,5	107,4	131,8

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012 = 100)
Source: OSH, calculs propres sur base des données de l'ISIP, SPMA



Au cours de la période 2008-2012, excepté pour les morts non naturelles, la mortalité due aux principales causes de décès masculins se révèle significativement plus importante en Hainaut qu'en Wallonie et a fortiori, qu'en Belgique.

Au niveau des arrondissements, Charleroi, Mons et Thuin se caractérisent par une mortalité cardiovasculaire significativement plus élevée qu'en Wallonie. Les décès dus à des affections respiratoires sont plus nombreux à Charleroi et Mons tandis que les décès liés à l'appareil digestif sont particulièrement élevés à Mons suite essentiellement à une maladie du foie ou une cirrhose. Il existe un lien possible entre ce constat et une consommation excessive d'alcool, toutefois les données disponibles ne permettent pas de mesurer les comportements à un niveau aussi local. On notera également une surmortalité due aux tumeurs chez les hommes de l'arrondissement de Charleroi.



Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, Hainaut, par arrondissement, 2008-2012 (Wallonie = 100)

			Appareil circulatoire	Tumeurs	Appareil respiratoire	Morts non naturelles	Appareil digestif
Belgique			94,2*	96,4*	92,9*	79,2*	87,0*
Wallonie			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hainaut			103,8	101,0	101,2	94,5	109,6
Arrondissements	Ath		96,4	100,0	89,6	98,2	103,2
	Charleroi		106,9*	106,8	111,4	102,9	114,6
	Mons		104,6	102,8	104,5	83,7	123,1
	Mouscron		97,4	93,6	82,8	88,1	98,2
	Soignies		99,6	95,7	89,9	82,3	95,8
	Thuin		112,4*	100,1	102,5	105,3	103,5
	Tournai		97,5	93,8	96,3	94,1	105,3

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2008-2012 = 100)
 Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA

▼
 Chez les femmes du Hainaut, pour la période 2008-2012, on ne note pas de différences significatives au niveau de la mortalité pour quatre causes étudiées, comparativement à la population wallonne.

Au niveau des arrondissements, le même constat est établi, excepté une surmortalité cardiovasculaire observée dans celui de Thuin.

3. Mortalité prématurée

Eurostat définit la mortalité prématurée "comme la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans". Nous avons repris cette définition dans le cadre de ce tableau de bord.^[7]

Au sein de l'Union européenne (UE), la mortalité prématurée représente environ 20 % de l'ensemble des décès. En Hainaut, en 2013, celle-ci rassemble 20,3 % de tous les décès (respectivement 27,2 % pour les hommes et 13,9 % pour les femmes).

La mortalité prématurée est très liée aux comportements à risques adoptés dans la population tels que le fait de fumer, consommer de l'alcool, conduire de façon dangereuse... Des programmes de prévention peuvent donc être mis en place afin d'éviter ces décès.^[7]

Dans le classement de la mortalité prématurée au sein de l'Europe des 15, la Belgique se situe parmi les plus mauvais élèves en occupant le 4^e rang par ordre décroissant pour les hommes et le 3^e rang pour les femmes. Comparativement aux pays qui ont les taux les plus bas, la mortalité prématurée est 31 % plus élevée que celle des hommes suédois et 40 % plus élevée que celle des femmes espagnoles.

Au regard de ces éléments, tout comme pour la mortalité totale, la réduction de la mortalité prématurée représente donc un objectif crucial au niveau des politiques de santé publique.^[8]

Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 65 ans divisé par 1 000 habitants de moins de 65 ans.

Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (< 65 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Taux brut pour 1 000 habitants < 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	2,4	1,4	1,9
Wallonie	3,1	1,7	2,4
Hainaut	3,5	1,9	2,7

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique



Au niveau des trois zones géographiques, les décès prématurés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le taux brut de mortalité prématurée total du Hainaut est globalement plus élevé par rapport à celui de la Belgique.



Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2010-2014 (Wallonie = 100)

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		77,8*	84,2*	80,3*
Wallonie		100,0	100,0	100,0
Hainaut		113,6*	107,4*	111,2*
Arrondissements	Ath	104,7	99,1	103,1
	Charleroi	114,4*	118,0*	115,3*
	Mons	121,8*	109,7	116,7*
	Mouscron	98,2	87,6	94,3
	Soignies	103,1	96,4	100,5
	Thuin	113,7	106,3	111,2
	Tournai	122,7*	101,4	115,7*

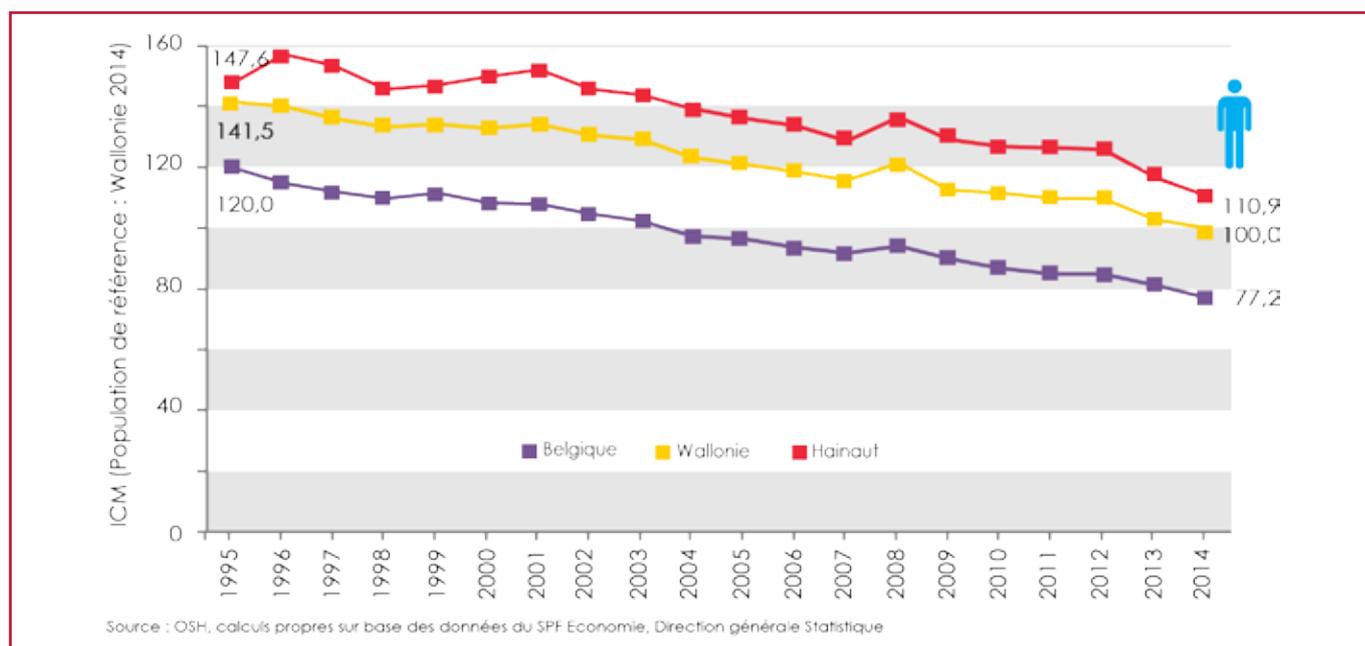
*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014 = 100)
 Source: OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique



La mortalité prématurée est statistiquement plus basse en Belgique par rapport à la Wallonie, et ce, quel que soit le sexe (respectivement moins 22 % pour les hommes, 16 % pour les femmes et 20 % pour la population totale).

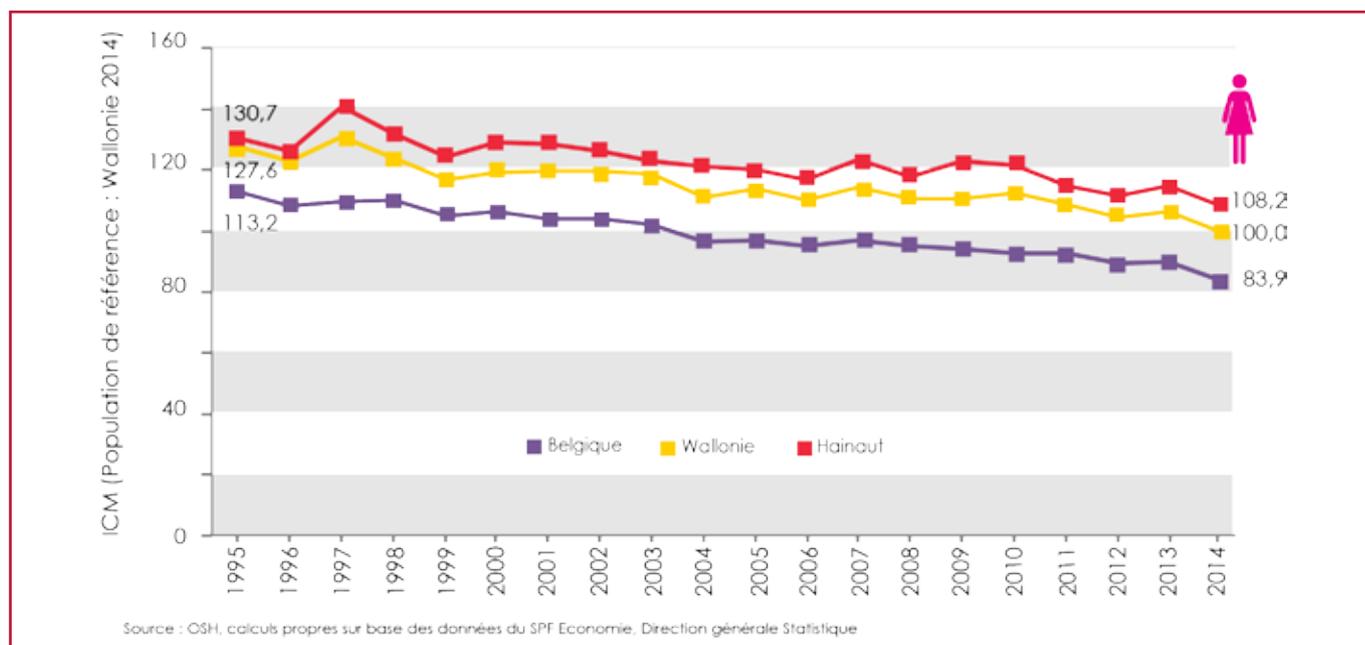
En revanche quand on compare la situation en Hainaut par rapport à la Wallonie dans son ensemble, on observe une surmortalité avant 65 ans tant chez les hommes que chez les femmes. Ce constat se vérifie dans l'arrondissement de Charleroi. On note également une surmortalité masculine dans les arrondissements de Mons et Tournai.

Figure 2.7. Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014 (Wallonie 2014 = 100)



▼ En vingt ans, la mortalité prématurée masculine hainuyère a globalement diminué de 25 % comme dans les autres régions. Durant cette période, les écarts entre Hainaut, Wallonie et Belgique ne se sont cependant pas réduits.

Figure 2.8. Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014 (Wallonie 2014 = 100)



▼ Chez les femmes du Hainaut, durant cette même période, la mortalité prématurée a diminué de 17 % comme ailleurs dans le pays. De nouveau, on observe que les écarts entre les différents territoires se sont accentués légèrement par rapport à 1995.



Tableau 2.12. Nombre annuel moyen de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, Hainaut, 2008-2012

	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)
Ensemble des tumeurs	673	30,7	434	39,5
Cancer du poumon	233	10,7	93	8,5
Cancer des VADS*	92	4,2	24	2,2
Cancer de l'intestin	49	2,2	31	2,8
Cancer du sein	-	-	104	9,4
Cancer de l'utérus	-	-	24	2,1
Morts non naturelles	392	17,9	130	11,8
Accidents de la circulation	99	4,5	23	2,1
Accidents de la vie courante	95	4,4	41	3,8
Suicides	171	7,8	54	4,9
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	419	19,1	181	16,4
Cardiopathies ischémiques	199	9,1	55	5,0
Accidents vasculaires cérébraux	64	2,9	43	3,9
Autres causes de décès prématurés	707	32,3	356	32,4
Toutes causes	2 191	100,0	1 101	100,0

* Voies aéro-digestives supérieures

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA



De 2008 à 2012, la moyenne annuelle des décès prématurés en Hainaut se situe autour de 3 300 morts. La population masculine est globalement deux fois plus touchée que la population féminine.

En tête des causes de décès prématurés, on trouve les tumeurs qui atteignent environ 31 % des hommes et 40 % des femmes du Hainaut. Au sein de cette catégorie, le cancer du poumon est le premier responsable des décès prématurés chez l'homme (11 %) et le second chez la femme (8,5 %). Le cancer du sein concerne 9,4 % des décès prématurés chez les femmes.

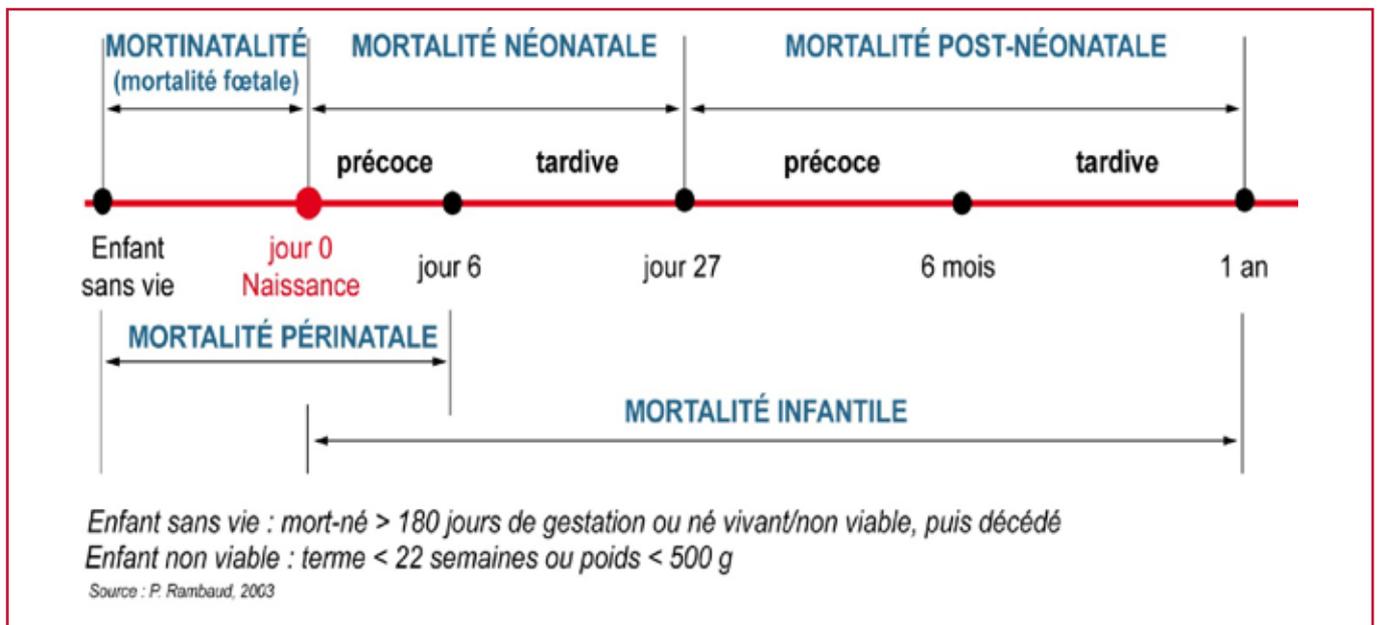
Les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de mortalité prématurée en Hainaut. Ils sont plus fréquents chez les hommes (19 %) que chez les femmes (16 %).

Les morts non naturelles se situent en troisième position et concernent annuellement 18 % des hommes et 12 % des femmes du Hainaut. Parmi ces décès prématurés, on retrouve, par ordre décroissant, les suicides (7,8 % chez l'homme et 4,9 % chez la femme), les accidents de la vie courante (respectivement 4,4 % et 3,8 %) et les accidents de la circulation (respectivement 4,5 % et 2,1 %).

4. Mortalité périnatale et infantile

En quinze ans, entre 1998 et 2013, le taux de mortalité infantile européen a été pratiquement divisé par deux dans les 28 pays de l'UE. En 2013, la Belgique se situait au milieu du "classement" européen avec un taux assez faible de 3,5 décès pour 1 000 naissances. Chypre, la Finlande et l'Estonie occupent les trois premières places avec des taux inférieurs de 1,6 ‰, 1,8 ‰ et 2,1 ‰. Les pays les moins bien lotis sont la Bulgarie et la Roumanie avec 7,3 ‰ et 9,2 ‰. De grandes régions rurales avec peu de médecins ou encore la faiblesse des moyens destinés aux systèmes de santé peuvent expliquer de telles données pour ces pays.^[10]

Figure 2.9. Mortalité infantile - Définitions



Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins d'un an divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année.

La mortalité néonatale est le nombre de décès survenus de la naissance au 28^e jour de vie divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année.

La mortalité post-néonatale représente le nombre de décès survenus entre le 28^e jour de vie et le 1^{er} anniversaire divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année.

La mortinatalité est le nombre de décès survenus entre la 22^e semaine d'aménorrhée et la date prévue de l'accouchement. Si le nombre de semaines n'est pas connu, les enfants de plus de 500 grammes sont également inclus.^[11]

Les causes de décès sont assez différentes entre mortalité néonatale et post-néonatale.

Durant la période 2006-2010, on a enregistré environ 14 900 naissances vivantes par an en Hainaut, 39 600 en Wallonie et 126 000 en Belgique. Vu la faible mortalité infantile dans les pays industrialisés, le nombre de décès infantiles au niveau provincial est très faible et connaît de fortes fluctuations d'une année à l'autre. Pour cette raison, une partie des données sont présentées sous forme de nombres absolus car l'interprétation des taux de mortalité reste délicate même en présentant des moyennes sur plusieurs années.

4.1. Mortalité infantile

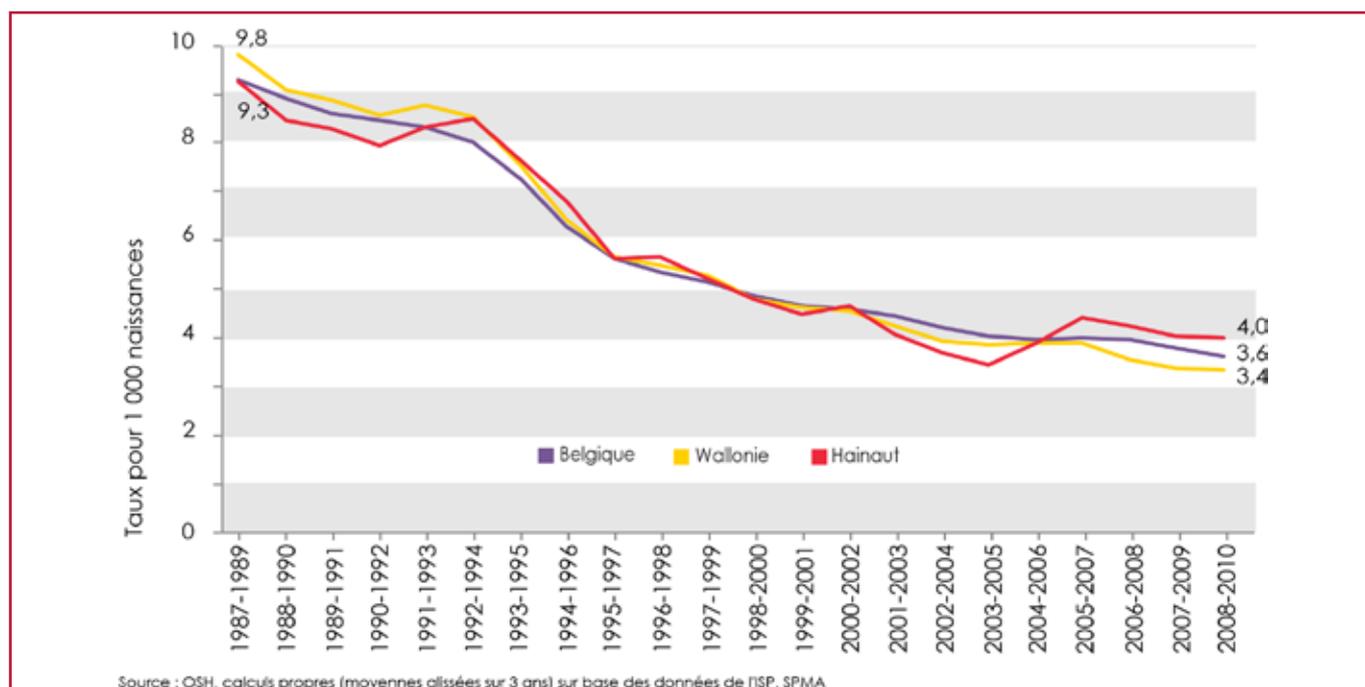
Tableau 2.13. Evolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-Hainaut, 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
Belgique	1 020	694	556	469	459
Wallonie	322	215	181	160	145
Hainaut	111	75	70	59	73

Source : ISP, SPMA

▼
 En 2010, 73 enfants hainuyers sont décédés avant l'âge d'un an. En vingt ans, cela représente une diminution de 48 % du nombre de décès de cette catégorie d'âge en Hainaut. En Belgique, on a recensé 459 décès d'enfants de moins d'un an cette même année, dont 145 en Wallonie.

Figure 2.10. Evolution du taux de mortalité infantile, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1987-1989 ; ... ; 2008-2010



▼
 Les courbes de la Belgique, de la Wallonie et du Hainaut suivent la même tendance d'évolution à la baisse.

En plus d'une vingtaine d'années, la mortalité infantile en Hainaut est passée de 9,3 pour 1 000 naissances vivantes en 1987-1989 à 4,0 en 2008-2010, soit une diminution de près de 57 %.

4.2. Mortalité néonatale

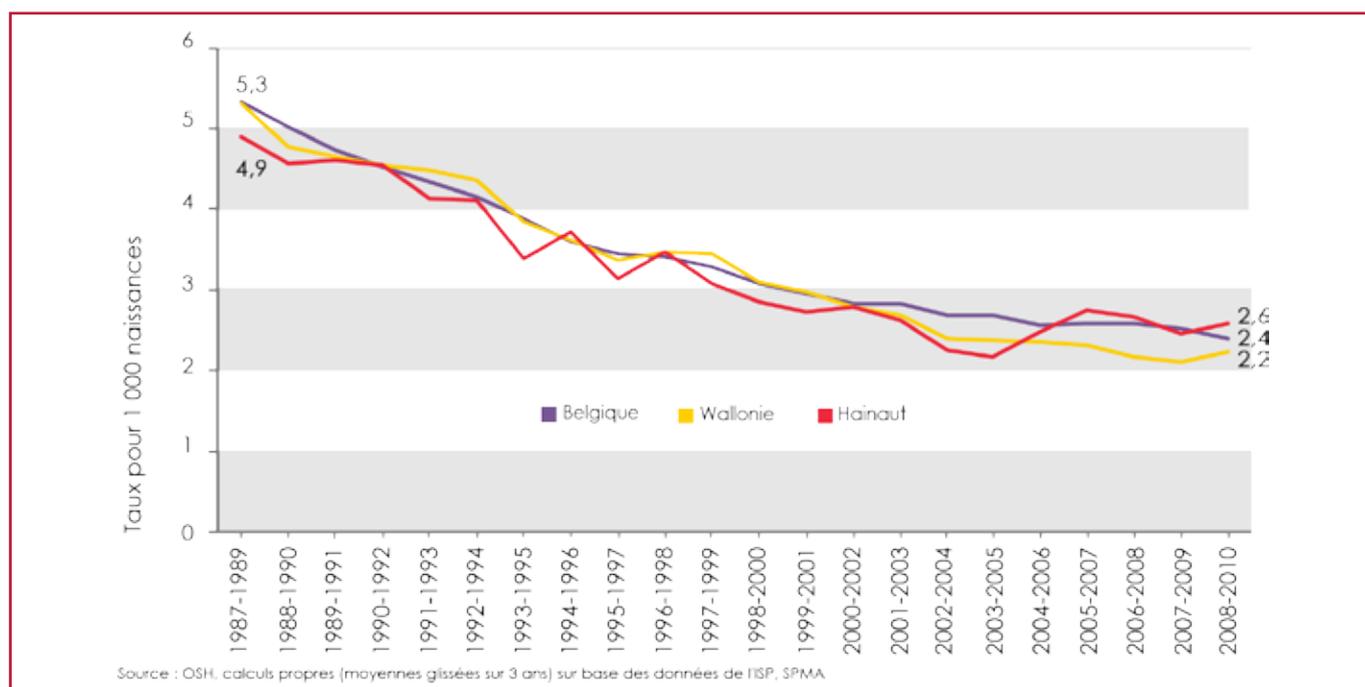
Tableau 2.14. Nombre annuel moyen de décès néonataux et post-néonataux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2010

	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile
Belgique	311	166	477
Wallonie	89	50	139
Hainaut	40	23	63

Source : ISP, SPMA

▼
La mortalité néonatale concerne en moyenne environ 6 décès infantiles sur 10 en Belgique, en Wallonie ou en Hainaut. En Hainaut, 40 décès surviennent entre la naissance et le 28^e jour de vie ; 23 entre le 28^e jour et le premier anniversaire de l'enfant.

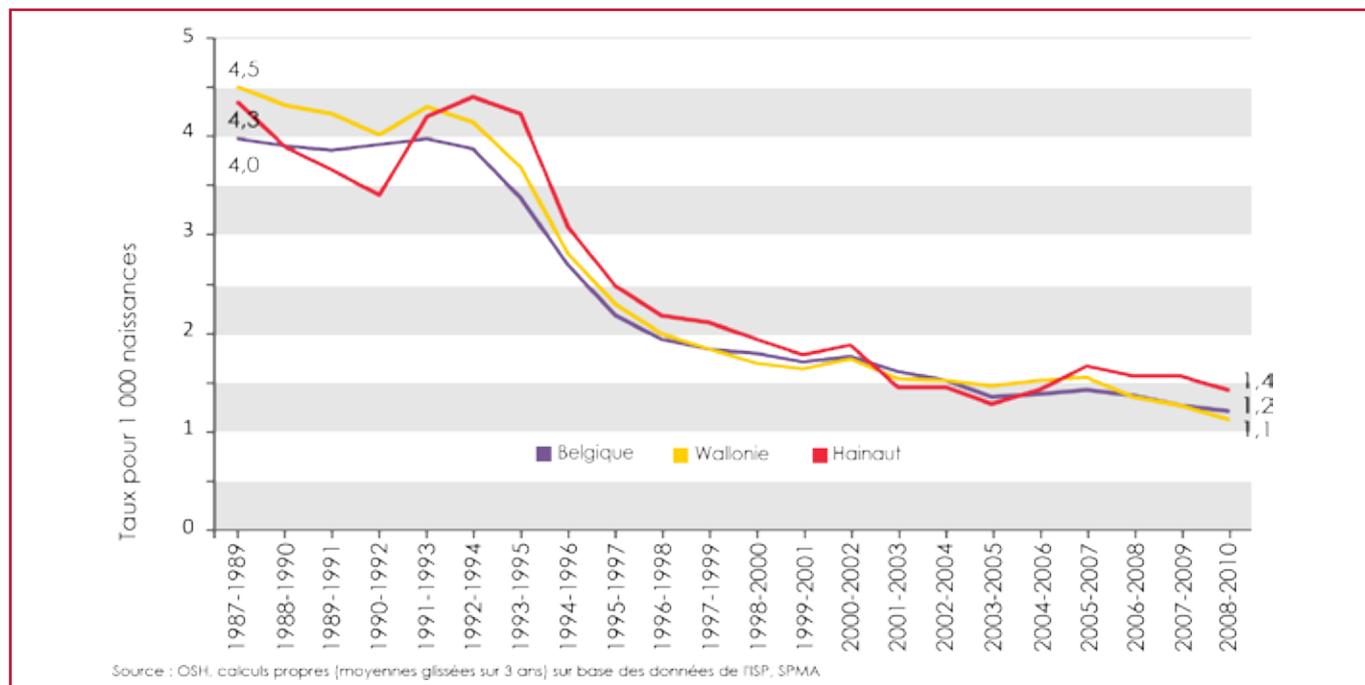
Figure 2.11. Evolution du taux de mortalité néonatale, Belgique- Wallonie- Hainaut, 1987-2010



▼
En un peu plus de vingt ans, le taux de mortalité néonatale a diminué de 47 % en Hainaut en passant de 4,9 à 2,6 décès pour 1 000 naissances en vie. Wallonie, Belgique et Hainaut suivent une évolution similaire.

4.3. Mortalité post-néonatale

Figure 2.12. Evolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique- Wallonie- Hainaut, 1987-2010



▼ Une diminution importante du taux de mortalité post-néonatale est observée à partir des années 1990 (plus précisément en 1995). En Hainaut, un peu plus de 4 enfants pour 1 000 naissances vivantes sont décédés en 1987-1989, contre moins de 2 en 2008-2010. Cela représente une diminution de 67 %. Ce constat peut, entre autres, s'expliquer par la diffusion des règles de prévention de la mort subite du nourrisson.

4.4. Mortinatalité

Tableau 2.15. Nombre annuel moyen d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2010

	Mortinatalité
Belgique	604
Wallonie	204
Hainaut	78

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISP, SPMA

► De 2006 à 2010, on a recensé annuellement 78 mort-nés parmi les naissances au sein de la population hainuyère.

5. Bibliographie

1. Marmot MG. The Health Gap : the challenge of an unequal world. London : Bloomsbury Publishing ; 2015.
2. Wilkinson RG, Pickett K. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les Petits Matins. 2013.
3. Aouba A, Jouglu E, Rey G. L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009. ADSP. 2012 ; 80 : p. 24-28.
4. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Taux de mortalité (brut, prématurée). 2016. Consultable sur : <http://www.insee.fr/fr/methodes/definitions/taux-mortalite.htm>
5. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Définitions. 2016. Consultable sur : <http://walstat.iweps.be>
6. Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Rev. Epidém. et Santé Publ. 1997 ; 45 : p. 78-84.
7. Eurostat. Les statistiques sur les causes de décès. 2016. Consultable sur : <http://ec.europa.eu/eurostatfr/web/health/causes-death>
8. Boardman HMP, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué I, Figuls M, et al. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in postmenopausal women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.
9. Eurostat. Statistics Explained. 2016. Consultable sur : [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Standardised_death_rate_\(SDR\)/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Glossary:Standardised_death_rate_(SDR)/fr)
10. Eurostat. Health statistics. Atlas on mortality in the European Union. 2009.
11. Renard F, Tafforeau J, Deboosere P. Premature mortality in Belgium in 1993-2009 : leading causes, regional disparities and 15 years change. Archives of Public Health. 2014.
12. Eurostat. Infant mortality, 2003 and 2013 (deaths per 1 000 live births). 2016. Consultable sur : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant_mortality,_2003_and_2013_\(deaths_per_1_000_live_births\)_YB15-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Infant_mortality,_2003_and_2013_(deaths_per_1_000_live_births)_YB15-fr.png)
13. Rambaud P. Prématurité et hypotrophie néonatale. Corpus médical. 2003. Consultable sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/pedia/nouveaune/21/leconimprim.pdf>
14. Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). Period Death. 2016. Consultable sur : <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/PeriodDeath.aspx>
15. Institut Scientifique de santé Publique (ISP). Perinatal Criteria. 2016. Consultable sur : <https://spma.wivisp.be/SitePages/PerinatalCriteria.aspx>



Chapitre 3. Etat de santé

Faits marquants

- **72 % des Hainuyers se déclarent en bonne santé** : c'est moins que la moyenne belge (78 %).
- **L'hypertension est en tête des maladies chroniques déclarées par les Hainuyers(ères).**
- **Les maladies cardiovasculaires diminuent** : la mortalité et l'incidence des maladies cardiovasculaires demeurent plus importantes qu'au niveau national mais sont en réelle diminution en Hainaut. Cette diminution provient de l'évolution favorable de certains facteurs de risque et de l'amélioration des traitements.
- **L'hypertension artérielle concerne un Hainuyer sur 6.**
- **Le cancer du poumon demeure le premier cancer masculin** en termes de mortalité. Il arrive en seconde position derrière le cancer de la prostate en termes d'incidence (nouveaux cas détectés). Chez la femme, le cancer du poumon occupe la troisième place en termes d'incidence mais atteint la deuxième place en termes de mortalité.
- **Le cancer du sein reste le premier cancer féminin** en termes d'incidence et de mortalité.
- **Le cancer colorectal est le deuxième cancer en termes de mortalité chez les hommes,** troisième chez les femmes.
- **L'insuffisance rénale terminale touche 21 Hainuyers sur 100 000** habitants par an en Hainaut, soit une augmentation de près de 29 % en 15 ans contre 20 % en Wallonie
- **6 % de Hainuyers ont déclaré souffrir de diabète** en 2013 : c'est deux fois plus qu'en 2008, essentiellement chez les femmes. Cette augmentation est réellement préoccupante et doit inciter à accorder davantage de moyens pour prévenir l'obésité, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité.
- **Entre 2002 et 2013, le nombre d'infections sexuellement transmissibles (IST) déclarées en Wallonie et en Belgique a été multiplié par 4.** Cette évolution est liée à un meilleur dépistage et à une augmentation de l'incidence.
- **7 % des 20 à 64 ans sont en invalidité** en Hainaut : une augmentation très marquée chez les femmes depuis 2006 liée notamment à un report de l'âge du départ à la retraite et à la féminisation du marché du travail ; une augmentation aussi plus forte en Hainaut que dans les autres territoires.
- **Le nombre d'accidents de travail reconnus par les assureurs diminue...** mais le pourcentage de refus est passé de 2 % en 1985 à 12,3 % en 2014.
- **Le nombre de tués dans des accidents de la route diminue,** cette baisse est particulièrement marquée en Hainaut.
- **L'âge moyen des mères hainuyères au premier accouchement est de 27,4 ans** contre 26,4 ans, quatre ans auparavant. D'autre part, davantage de femmes accouchent avant 18 ans en Hainaut (1,2 %) qu'en Wallonie (0,9 %) ou en Belgique (0,5 %).

- **8,6 % des bébés naissent prématurés** en Hainaut et 8,5 % ont un petit poids à la naissance (moins de 2 500 kg). Ce sont des chiffres proches de ceux de la Wallonie. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est double pour les fumeuses (15 %) par rapport aux non-fumeuses (7 %). Le risque de prématurité augmente aussi mais dans des proportions moins importantes : 12 % chez les fumeuses contre 8 % chez les non-fumeuses.
- **Les différences sont marquées en fonction du sexe quant au suicide** : l'idéation suicidaire et la tentative de suicide sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. La mortalité par suicide demeure plus élevée chez l'homme et augmente avec l'âge.
- **Un homme sur 7 et plus d'une femme sur 4 déclarent une consommation de médicaments psychotropes** dans les 15 derniers jours en 2013.
- **Le nombre d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques prescrits a doublé** depuis 1997 au niveau national alors que la prévalence des troubles psychiques n'a pas évolué. Près de 17 % des femmes hainuyères déclarent prendre des antidépresseurs, soit près de deux fois plus que les femmes belges.



L'Enquête Nationale de Santé (ENS) par Interview demeure la principale source d'information sur la santé perçue, la consommation de soins et services ainsi que sur des déterminants importants tels les conditions ou modes de vie. En 2013, date de la dernière enquête dont les résultats sont disponibles, 1 137 personnes ont été interrogées en Hainaut.

1. Santé perçue

1.1. Santé globale

1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et Hainaut

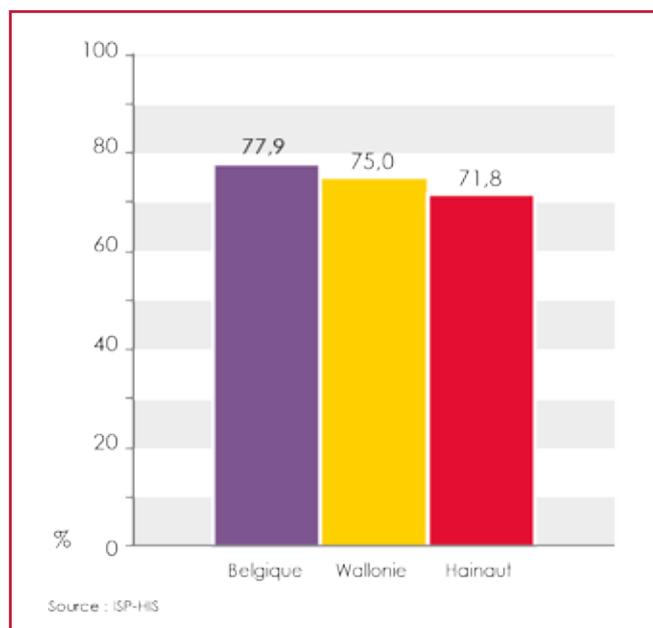
L'état de santé perçu est l'évaluation subjective globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale).

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

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

La question posée en 2013 dans le cadre de l'ENS par Interview est : "Comment est votre état de santé en général ?". Cette variable a été transformée en une variable binaire : l'état de santé est considéré comme mauvais s'il est déclaré moyen, mauvais ou très mauvais et bon s'il est déclaré bon ou très bon.^[10]

Figure 3.1. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

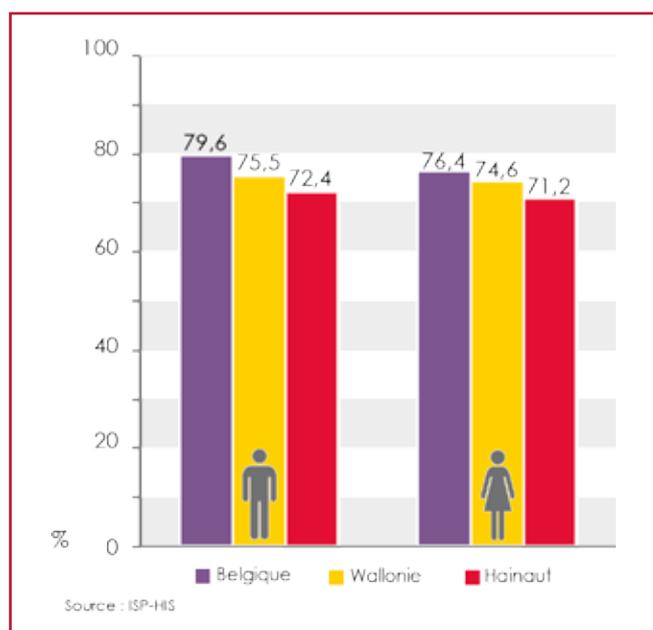


► Globalement, 72 % des habitants du Hainaut (contre 78 % des Belges) estiment que leur état de santé est bon à très bon, résultats qui ne sont cependant pas significatifs par rapport à la situation wallonne. Un peu plus d'une personne sur 5 déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. Ce ressenti apparaît dépendant du niveau de revenu des habitants, ainsi en 2013, seuls 68 % des Wallons aux revenus les plus faibles estimaient leur état de santé bon à très bon contre 83 % parmi ceux aux revenus les plus élevés.

Les précédentes ENS par Interview réalisées en 1997, 2001, 2004 et 2008 ont révélé des résultats semblables à ceux-ci. Les taux de personnes se déclarant en bonne santé restent stables depuis quinze ans.

1.1.2. Santé perçue par sexe

Figure 3.2. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

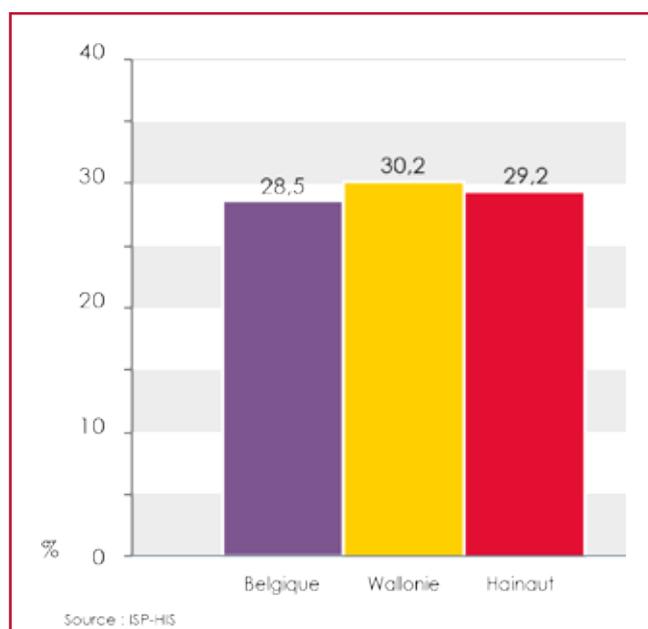


► Les différences observées entre hommes et femmes concernant la perception de leur état de santé ne sont pas significatives, quel que soit le niveau géographique considéré.

1.2. Maladies chroniques

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

Figure 3.3. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



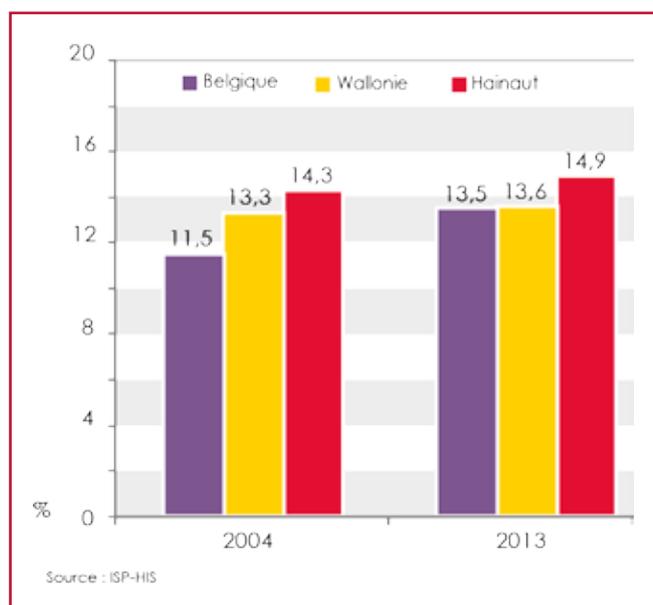
► La proportion de personnes déclarant souffrir d'au moins une affection chronique est quasiment identique en Belgique, en Wallonie et dans le Hainaut. Elle reste relativement stable entre 2004 (27%) et 2013 (29%). Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour toucher une personne sur 2 après 65 ans.

Comme pour l'état de santé perçu, on ne relève pas de différence significative au niveau du sexe pour les maladies chroniques en Hainaut.

En Belgique, 26 % des hommes contre 31 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s).

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

Figure 3.4. Proportion en % de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013



► En 2013, la part de population souffrant d'au moins deux maladies chroniques (co-morbidité) au cours des 12 derniers mois en Hainaut (15 %) n'est plus statistiquement différente de celle de la Wallonie ou de la Belgique. En 2004, les Hainuyers déclaraient nettement plus de co-morbidité que la moyenne des Belges.

Comme la proportion en Hainaut et en Wallonie est stable, c'est l'augmentation en Flandre (probablement liée à un vieillissement plus important de la population) qui explique l'évolution à la hausse en Belgique (13,5 % en 2013 pour 11,5 % en 2004).

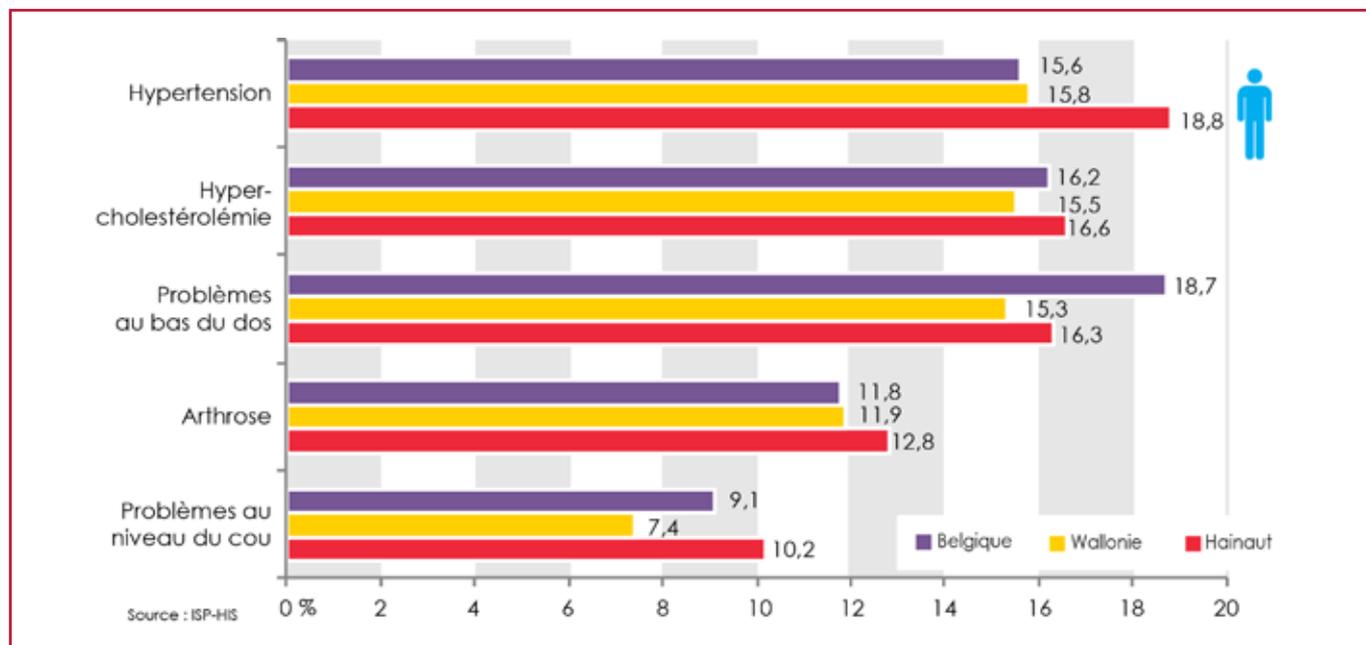
La co-morbidité touche autant les femmes que les hommes. En 2013, la proportion de la population atteinte d'au moins deux maladies chroniques est similaire entre les deux sexes, quel que soit le niveau géographique concerné.

Il existe des différences importantes selon l'âge. En effet, la proportion de la population déclarant souffrir d'au moins deux affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. Ainsi, à partir de 65 ans, un peu plus de 3 personnes sur 10 présentent une co-morbidité tant en Hainaut que sur les autres territoires.



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

Figure 3.5. Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes, (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

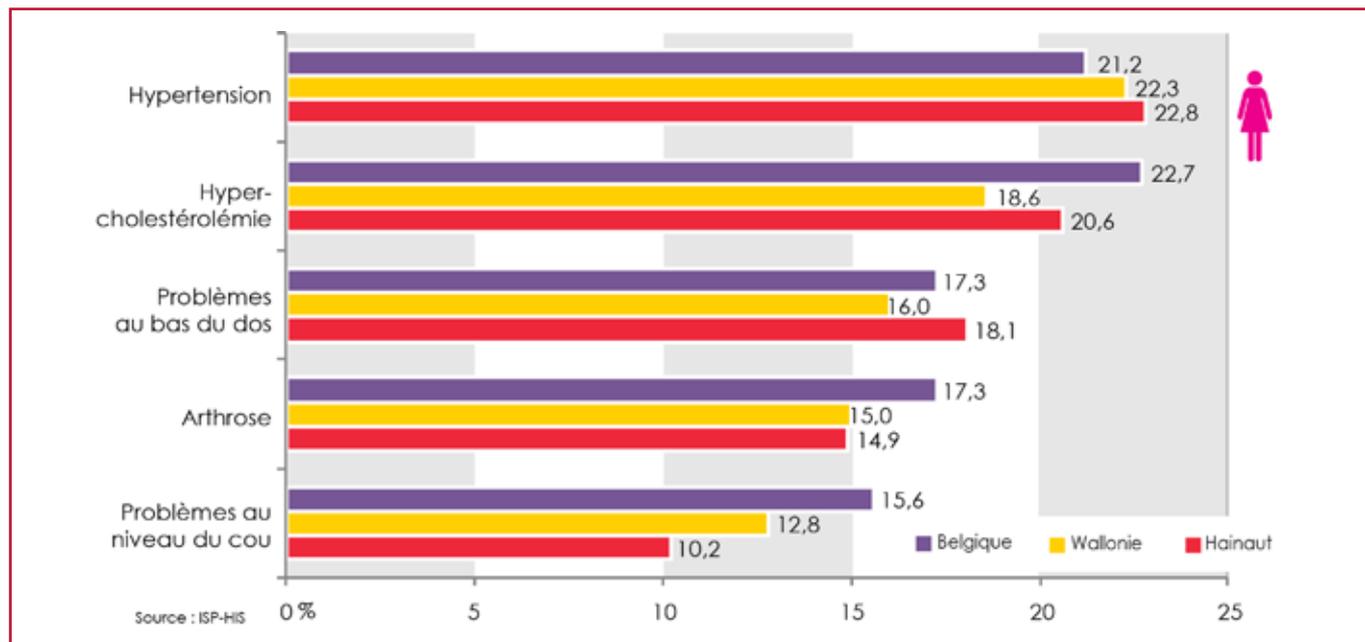


▼
Selon l'ENS par Interview, en 2013, les cinq affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes en Hainaut sont l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, les affections du bas du dos, du cou et l'arthrose. En Belgique et en Wallonie, les affections les plus citées sont quasiment identiques bien que l'ordre du classement diffère d'un niveau géographique à l'autre.

Globalement, au niveau national, on note que les maux du bas du dos ressortent majoritairement par rapport aux autres affections chroniques déclarées.

A partir de 65 ans, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'arthrose, les affections du bas du dos et les troubles prostatiques sont les maladies chroniques les plus fréquemment déclarées chez les hommes. De plus, les prévalences de ces affections chez les aînés sont de deux à trois fois supérieures à celles rencontrées au sein de la population générale.

Figure 3.6. Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



▼
Chez les femmes, l'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquemment déclarée en Hainaut. Suivent l'hypercholestérolémie, les affections du bas du dos, l'arthrose et les troubles thyroïdiens.

En Belgique, les affections les plus déclarées sont les mêmes, bien que quelques inversions soient présentes (par exemple : le cou supplante la thyroïde). Comme chez les hommes, c'est le cas à nouveau pour les maux du bas du dos au niveau belge. L'allergie supplante aussi les troubles thyroïdiens au niveau national.

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, les maladies chroniques les plus fréquentes sont l'arthrose, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, les affections du bas du dos et quasiment ex aequo l'arthrite rhumatoïde, les affections du cou et de la nuque et l'ostéoporose. Tant dans la population globale que chez les 65 ans et plus, les affections ostéoarticulaires occupent une place non négligeable. Ces affections ne menacent que rarement la vie de l'individu, mais elles peuvent compromettre lourdement sa qualité.



2. Maladies cardiovasculaires

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

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont l'hypertension, l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, le tabagisme et l'abus d'alcool.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires sont, en 2012, la première cause de mortalité dans le monde : le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires est estimé à 17,3 millions, soit 31 % de la mortalité mondiale totale. Parmi l'ensemble de ces décès, 7,4 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC. L'hypertension artérielle serait responsable de près de la moitié des décès dus aux AVC et aux cardiopathies coronariennes.^[12]

Depuis plus de trente ans, une diminution de la mortalité cardiovasculaire est observée dans la plupart des pays industrialisés. Une étude réalisée en Angleterre^[13] attribue principalement cette diminution aux mesures de prévention primaire : contrôle du poids et de l'alimentation, arrêt du tabagisme.

2.1. Mortalité

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 4 444 décès en Hainaut en 2012. Depuis 2008, les tumeurs apparaissent en tête des causes de la mortalité masculine. 9 décès cardiovasculaires sur 10 concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

La prédominance des maladies cardiovasculaires parmi les décès féminins est en partie liée à une espérance de vie plus longue des femmes, chez qui, ce type de maladies apparaît en général plus tard que chez les hommes.

Figure 3.7. Proportion en % de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, Hainaut, 2008-2012

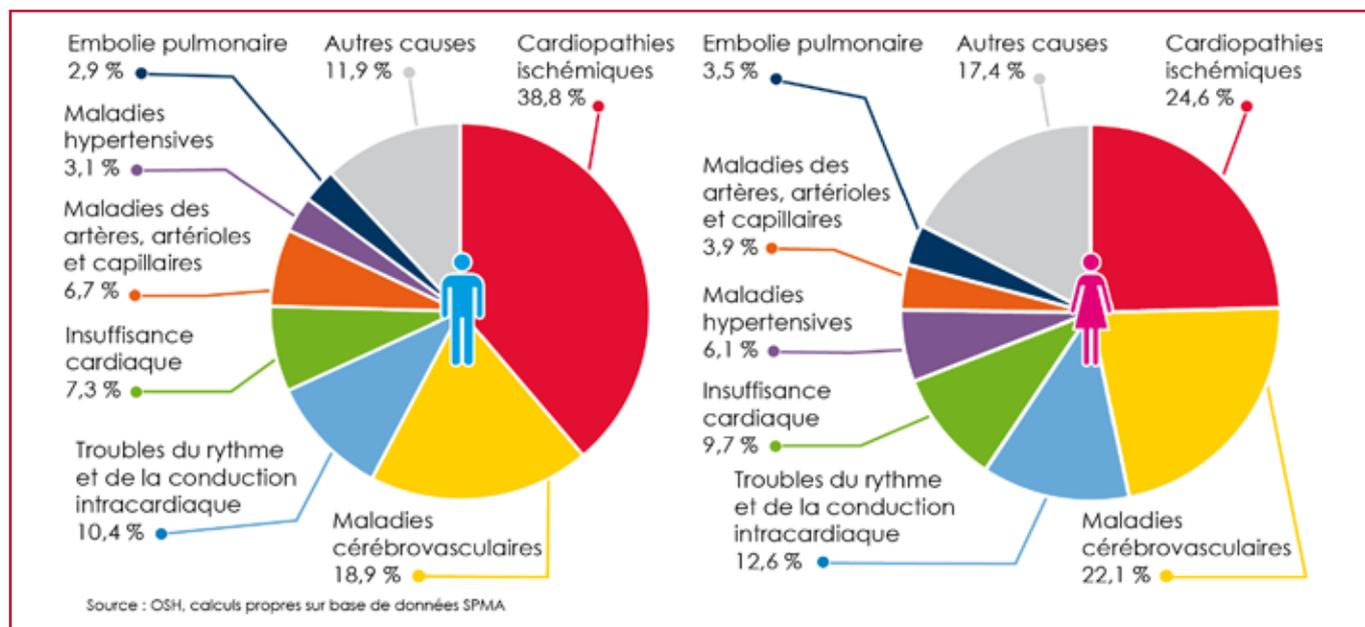


Figure 3.8. Proportion en % de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, Hainaut, 2008-2012

► Chez les hommes, les cardiopathies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec en moyenne 762 décès par an en Hainaut de 2008 à 2012.

Ce chiffre représente 39 % des décès cardiovasculaires et 10 % du total des décès masculins. Les maladies vasculaires cérébrales (thrombose, hémorragie cérébrale) constituent 19 % des décès cardiovasculaires ; suivent les troubles du rythme (10 %), les insuffisances cardiaques (7 %) et les maladies des artères, artérioles et capillaires (dissection aortique, rupture d'anévrisme...) (7 %).

► Chez la femme, les trois principales causes de décès cardiovasculaires sont les mêmes que chez l'homme.

Toutefois, avec 25 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (39 %). A style de vie comparable (tabac, alcool, alimentation, activité physique...), cette pathologie touche en général la femme à un âge plus avancé.

A l'inverse, la contribution des maladies vasculaires cérébrales (22 %) et de l'insuffisance cardiaque (10 %) à la mortalité cardiovasculaire féminine est plus importante que chez l'homme (respectivement 19 % et 7 %).

L'analyse des certificats de décès féminins rapporte plus de troubles du rythme (13 %), plus de maladies hypertensives (6 %) et moins de maladies des artères, artérioles et capillaires (4 %) par rapport aux données masculines.

2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde

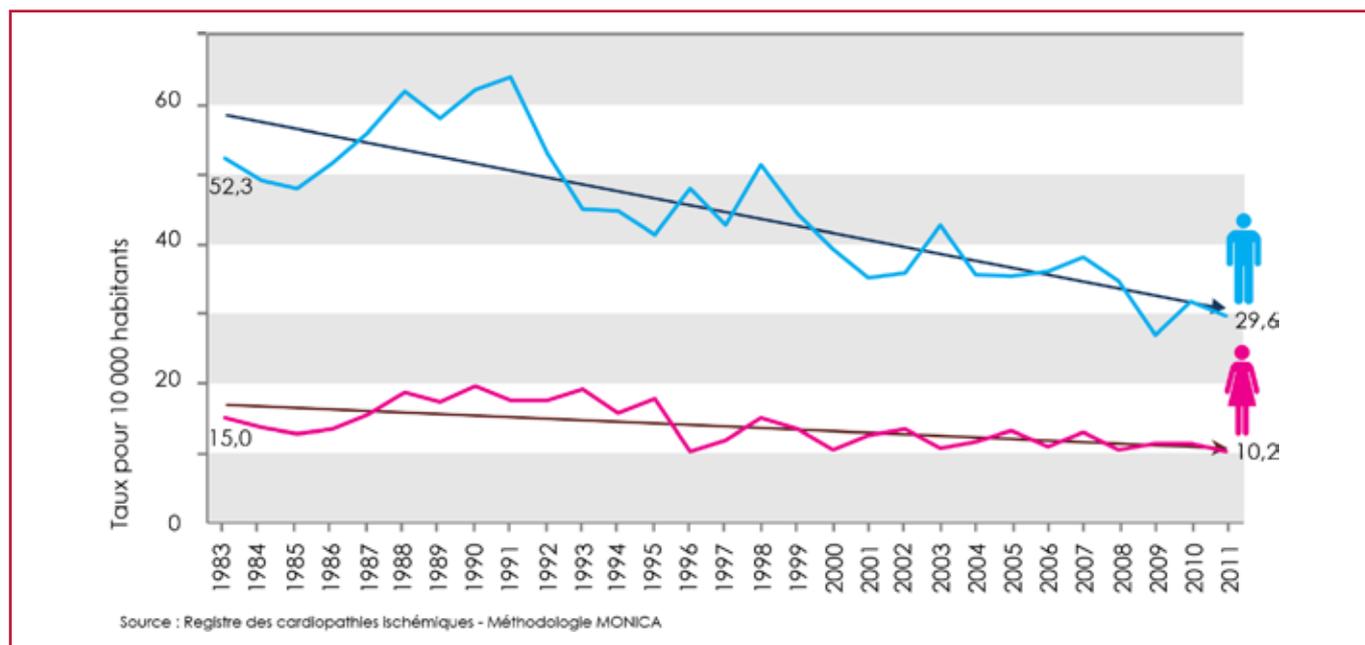
Le taux d'attaque est le nombre de nouveaux événements sur une période donnée par rapport à la population. Il mesure l'incidence d'un problème de santé.

La létalité correspond au nombre de cas fatals à 28 jours divisé par le nombre total de cas (fatals et non fatals).

Evaluer l'ampleur de l'épidémie des maladies cardiovasculaires se mesure non seulement via le nombre de décès liés à ces pathologies mais aussi, en répertoriant le nombre de cas non fatals. Cela s'organise à travers la gestion d'un registre qui, vu la complexité et le coût de la tâche, porte sur des zones géographiques limitées.

Un registre des infarctus concernant les personnes de 25 à 69 ans est tenu notamment à Charleroi depuis 1983. Il consiste à consigner de manière exhaustive tous les infarctus qui surviennent grâce à l'examen minutieux des certificats de décès et des registres d'hospitalisation (suivant la méthodologie MONICA^[1]).

Figure 3.9. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal ou non), selon le sexe (25-69 ans), Charleroi, années 1983 à 2011

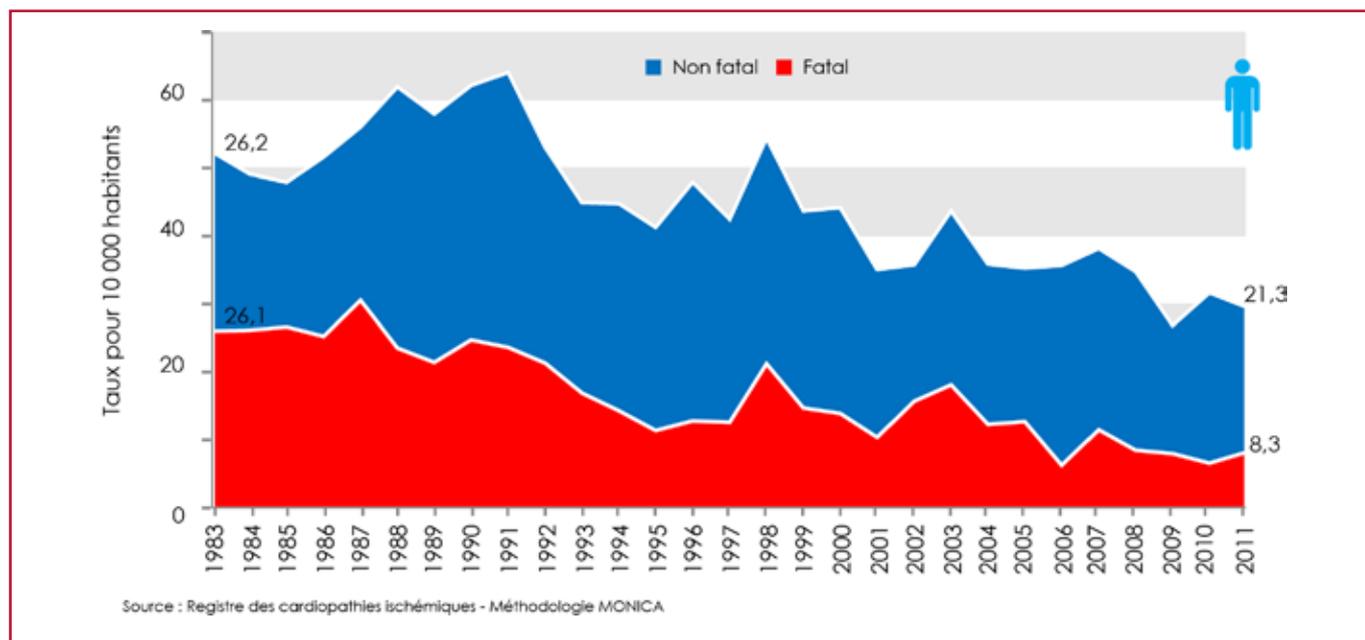


▼
Globalement, le taux d'attaque de l'infarctus du myocarde, fatal ou non entre 25 et 69 ans, apparaît trois fois plus élevé pour les hommes (30 pour 10 000 habitants à Charleroi en 2011) que pour les femmes (10 pour 10 000 à la même période).

Entre 1983 et 2011, la fréquence des infarctus chez les personnes de 25 à 69 ans a diminué de 44 % pour les hommes et de 32 % pour les femmes. La diminution du taux d'attaque est nettement plus marquée pour les hommes que pour les femmes.

1. MONICA: Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases.

Figure 3.10. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal ou non), Hommes (25-69 ans), Charleroi, années 1983 à 2011

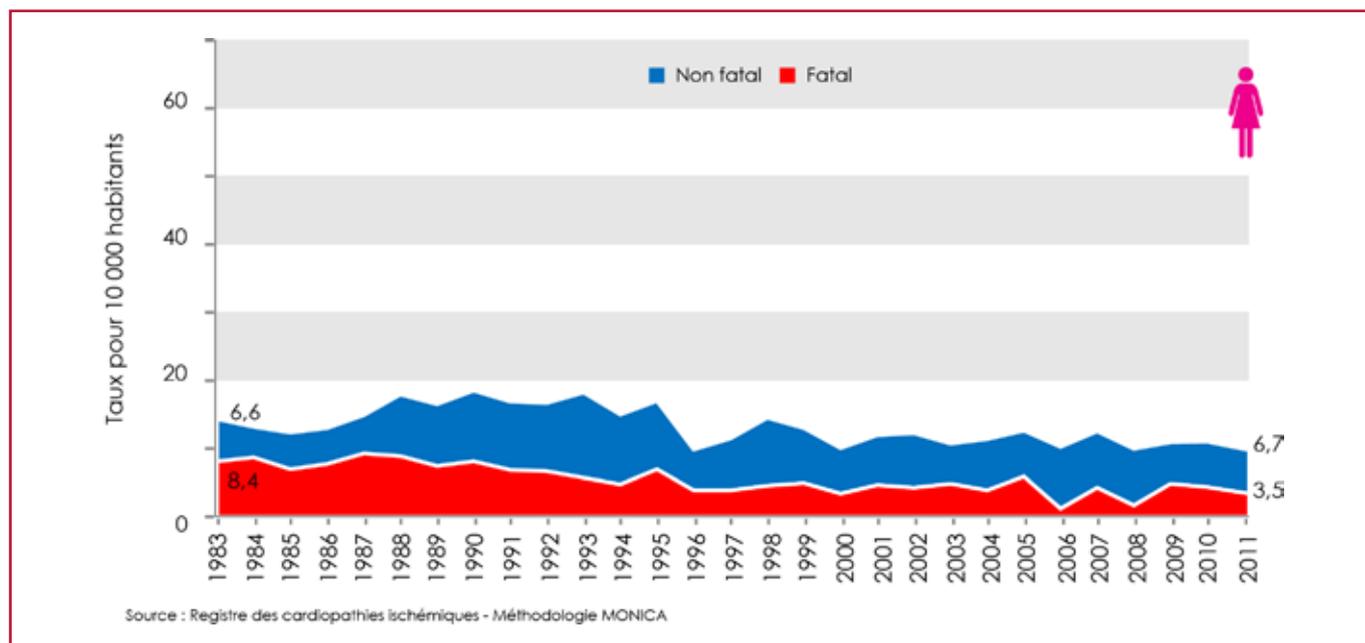


▼
 Entre 1983 et 2011, on assiste non seulement à une diminution du nombre total d'infarctus (fatals et non fatals), mais aussi à une baisse de la létalité grâce, notamment, aux effets conjugués d'une meilleure connaissance des symptômes chez les individus et d'une prise en charge plus efficace. Ainsi, les infarctus fatals masculins à Charleroi passent de 26,1 pour 10 000 en 1983 à 8,3 en 2011, soit une diminution d'environ 68 %.

Près d'un quart des accidents ischémiques ont été fatals en 2011 alors que la moitié d'entre eux l'étaient en 1983.



Figure 3.11. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal ou non), Femmes (25-69 ans), Charleroi, années 1983 à 2011



▼
A l'instar de ce qui se passe pour les hommes, le taux standardisé d'infarctus fatals passe de 8,4 pour 10 000 par an en 1983 à 3,5 en 2008 sous les effets combinés de la baisse de l'incidence et de la létalité. Par contre, le nombre d'infarctus non fatals reste assez stable au cours du temps.

2.3. Hypertension artérielle

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

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

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

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

Selon le Panorama mondial de l'hypertension de l'OMS publié en 2013, les chercheurs estiment que cette pathologie tue actuellement 9 millions de personnes par an dans le monde.^[14]

Tableau 3.1. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	15,6	17,3
Wallonie	15,8	15,0
Hainaut	18,8	14,9

Source : ISP-HIS



Lors de l'ENS par Interview de 2013, près de 19 % des hommes et 15 % des femmes du Hainaut ont déclaré souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les douze derniers mois. Plus de deux tiers d'entre eux avaient 55 ans et plus. Compte tenu des marges d'erreur statistiques, il n'y a pas de différences significatives ni entre les genres, ni entre les territoires.

Plus de 90 % des personnes concernées par cette pathologie déclaraient suivre un traitement médicamenteux destiné à soigner leur hypertension. Au regard des précédentes enquêtes, ce pourcentage semble avoir augmenté sensiblement en 2013 et ce, dans tous les territoires.

Sur la période 2008 à 2012, en moyenne 849 décès annuels (soit près de 3 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives ont été enregistrés en Belgique dont 480 en Wallonie et 211 en Hainaut. Ce nombre limité de morts ne représente qu'une faible part des décès induits par l'hypertension qui favorise de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.



3. Cancers

Une tumeur peut se définir comme étant une maladie cellulaire entraînant une prolifération anarchique de cellules qui détruit le tissu d'origine. Elle peut soit rester localisée (tumeur bénigne), soit se disséminer en dehors de l'organe d'origine (tumeur maligne ou cancer).

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

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

Selon l'OMS, en 2012, on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas de cancer (22 millions estimés à l'horizon 2032) et 8,2 millions de décès liés à la maladie dans le monde.^[15]

3.1. Mortalité par cancer

En Belgique, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme et la première chez l'homme. La mortalité par cancer corrigée pour l'âge (taux standardisés) a nettement diminué chez l'homme depuis le début des années nonante. Cette évolution positive est moins marquée chez la femme.

Quant au risque de mourir d'un cancer, celui-ci varie, entre autres, selon le type de cellule identifiée, la localisation et la précocité du traitement.

Tableau 3.2. Nombre moyen de décès par cancer (par an), selon le sexe, en fonction du site de la tumeur primitive, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 866	1 693	1 622	638	621	214
Sein	-	2 354	-	752	-	311
Côlon, rectum	1 574	1 420	483	472	196	204
Prostate	1 451	-	453	-	161	-
Lymphes et sang	1 165	1 017	372	340	140	128
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 089	347	356	124	163	57
Pancréas	770	789	254	262	93	94
Ovaires	-	676	-	218	-	80
Utérus	-	554	-	177	-	74
Autres	4 359	3 084	1 474	1 043	598	410
Total	15 273	11 934	5 014	4 028	1 971	1 573

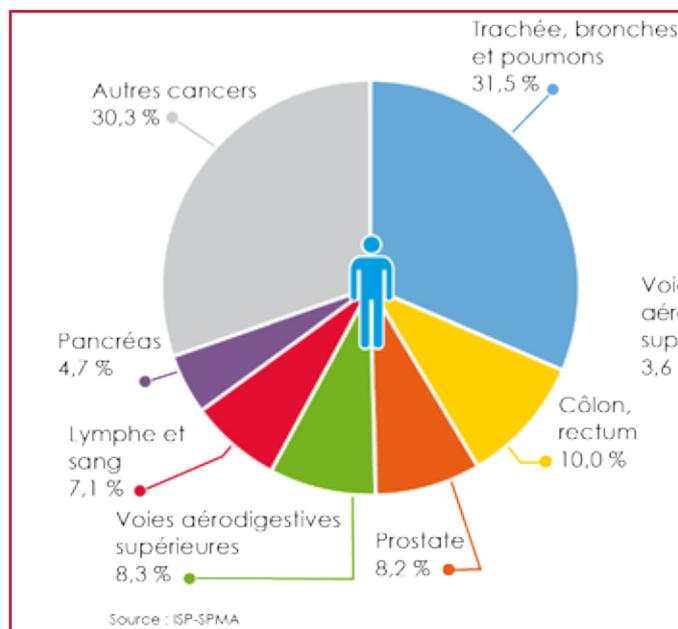
Source : ISP-SPMA



Entre 2008 et 2012, en moyenne 15 273 décès masculins par an dus à des cancers, ont été enregistrés en Belgique, dont 5 014 au niveau wallon et 1 971 au niveau hainuyer (soit un peu plus de 39 % des décès masculins wallons par cancer).

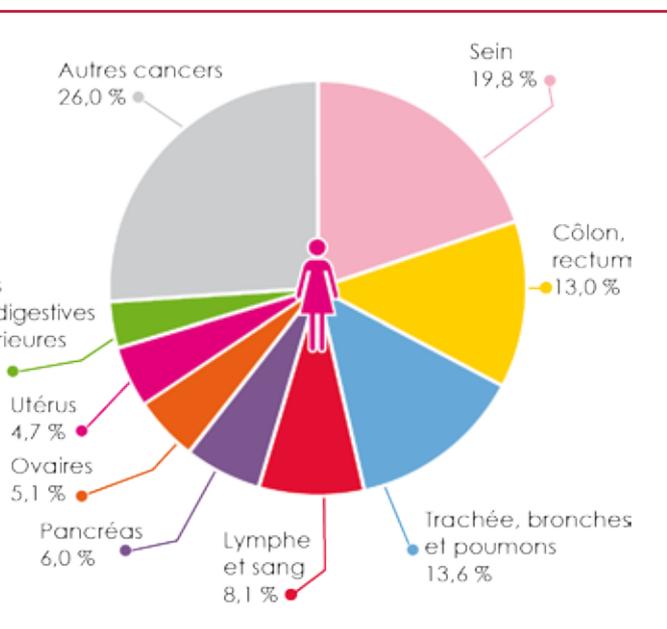
Chez les femmes, entre 2008 et 2012, en moyenne 11 934 décès annuels dus à des cancers ont été recensés en Belgique, dont 4 028 au niveau wallon et 1 573 en Hainaut (soit 39 % des décès féminins wallons par cancer).

Figure 3.12. Proportion en % de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2008-2012 (N moyen = 1971)



► De 2008 à 2012, le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes du Hainaut (soit près de 32 % de tous les décès masculins par cancer) suivi des cancers colorectaux (10 %), des voies aérodigestives supérieures (8,3 %) et de la prostate (8,2 %).

Figure 3.13. Proportion en % de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2008-2012 (N moyen = 1 573)



► Chez les Hainuyères, la première cause de décès par cancer est le cancer du sein (20 %) suivi de celui du poumon (14 %) et le cancer colorectal (13 %).

Hormis le fait que la mortalité due à un cancer du poumon reste près de trois fois plus fréquente chez l'homme, on observe une fréquence accrue des décès chez la femme : celle-ci a été multipliée par 2,4 entre les périodes 1987-1991 et 2008-2012 alors qu'elle diminuait de 17 % chez l'homme.

On perçoit là les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante.^[16]

3.2. Incidence des cancers

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

Depuis 1983, un registre national du cancer a été tenu, mais son réseau d'enregistrement s'est révélé insuffisant pour recenser l'ensemble des cas détectés. En 2005, la Fondation Registre du Cancer a été créée. Une méthode de recueil différente a permis d'atteindre un niveau d'exhaustivité élevé.^[17]

Pour l'année 2013, 71 536 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 12 % concernaient les Hainuyers.^[18]

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

Les cancers se révèlent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cette pathologie touchera un homme sur 3 et une femme sur 4 avant sa 75^e année de vie.^[18-21]

En Belgique, les données sont actuellement disponibles pour une période de 10 ans (2004 à 2013).

Afin d'augmenter la fiabilité, l'incidence est présentée pour les années 2009-2013 regroupées.

Tableau 3.3. Incidence de cancers (moyenne annuelle) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2013

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	-	10 244	-	3 388	-	1 324
Prostate	8 515	-	2 403	-	873	-
Trachée, bronches, poumons	5 645	2 298	1 892	855	725	267
Côlon, rectum	4 687	3 813	1 344	1 150	520	483
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 549	863	940	330	419	134
Lymphes et sang	2 766	2 198	862	723	326	280
Utérus	-	2 064	-	669	-	256
Mélanome	938	1 329	314	436	95	137
Ovaires	-	812	-	258	-	87
Pancréas	782	742	271	252	94	92
Autres	11 035	7 209	3 384	2 285	1 248	841
Total	36 917	31 572	11 410	10 347	4 302	3 902

Source : Fondation Registre du Cancer



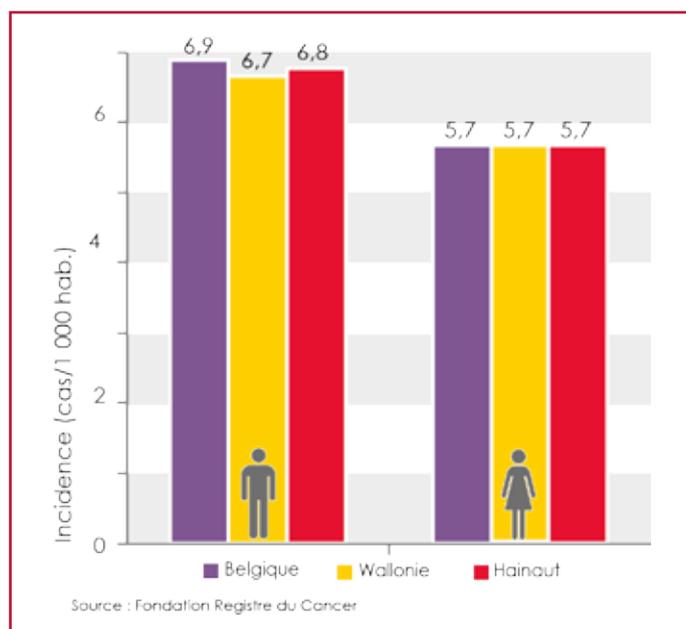
En moyenne, environ 4 300 nouveaux cas de cancers masculins et un peu plus de 3 900 chez les femmes ont été diagnostiqués annuellement en Hainaut entre 2009 et 2013. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum) chez les hommes; le sein, le côlon-rectum et les cancers lymphes et sang parmi la population féminine.



La Belgique occupe la première place européenne en matière d'incidence du cancer du sein. Cette incidence élevée pourrait être expliquée par une accumulation de facteurs de risque, l'impact du dépistage et la bonne qualité d'enregistrement des cas.^[22]

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

Figure 3.14. Taux d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2013



► Entre 2009 et 2013, la Belgique présente des taux d'incidence du cancer de 6,9 pour 1 000 habitants chez les hommes, soit 36 917 nouveaux cas et de 5,7 chez les femmes, soit 31 572 nouveaux cas. Les taux d'incidence belges et wallons sont similaires à ceux du Hainaut (6,8 et 5,7).

De manière générale, les taux d'incidence du cancer sont plus élevés dans la population masculine que féminine quel que soit le territoire concerné.

Figure 3.15. Proportion en % de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2009-2013

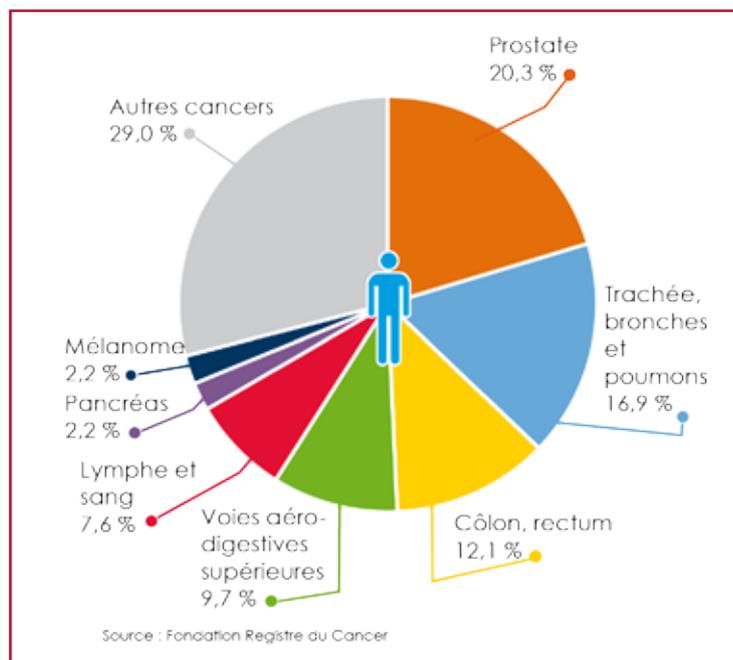
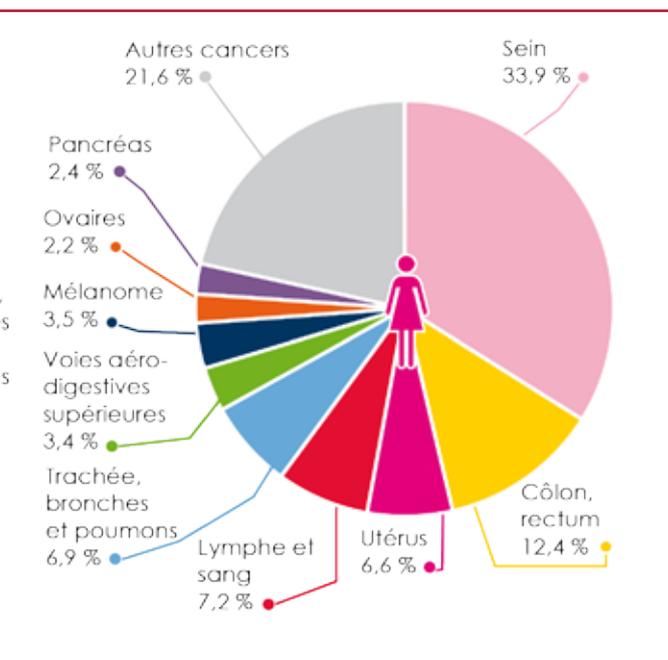


Figure 3.16. Proportion en % de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2009-2013



▼ Tandis qu'en termes de mortalité masculine en Hainaut, le cancer de la prostate occupe la troisième place, il est numéro un du point de vue de l'incidence : les chiffres reflètent les effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

Les études présentent des conclusions contradictoires quant à l'effet du dépistage sur la mortalité, certains cancers n'ayant pas évolué suffisamment vite pour constituer une menace pour la vie du patient. Le dépistage systématique n'est actuellement pas recommandé en Belgique.^[23-24]

En 2009-2013, dans le Hainaut, les parts relatives des cancers de la prostate (20 %), du poumon (17 %) et du côlon-rectum (12 %) sont semblables à celles de la Belgique et de la Wallonie. En revanche, on note une part plus importante de cancers des voies aérodigestives supérieures (10 % contre 8 % en Wallonie et 7 % en Belgique). L'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque pour ce type de cancer. Combinés, ils agissent en synergie pour augmenter l'incidence.^[25] L'IST par HPV est également identifiée comme facteur de risque.^[26]

▼ Chez les femmes, le cancer le plus fréquent entre 2009 et 2013 en Hainaut est le cancer du sein qui représente à lui seul 34 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers du côlon (12 %) et de lymphes et sang (7 %).

Pour la période 2009-2013 en Hainaut, les proportions relatives des différents types de cancers sont semblables à celles de la Belgique et de la Wallonie.

4. Maladies respiratoires

Les maladies respiratoires peuvent se décliner d'une part, en infections aiguës comme la pneumonie ou, d'autre part, en affections chroniques telles que l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

4.1. Mortalité par maladie respiratoire

Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 385	1 651	1 053	629	437	230
Pneumonie	1 711	1 947	537	607	215	232
Maladies du poumon dues à des agents externes	529	387	175	118	87	55
Asthme	46	90	19	41	8	18
Grippe	25	42	7	12	2	5
Autres	829	981	304	374	125	161
Total	5 975	5 097	2 094	1 782	875	701

Source : ISP-SPMA



En Belgique, entre 2008 et 2012, 11 072 personnes sont décédées en moyenne chaque année des suites de maladies respiratoires hors cancers. Parmi ces décès, 41 % concernaient des maladies chroniques obstructives (bronchite chronique, emphysème) contre respectivement 43 % et 42 % en Wallonie et en Hainaut. La part des décès dus à des pneumonies est plus élevée en Belgique (33 %) qu'en Wallonie (30 %) ou en Hainaut (28 %).

Les maladies du poumon dues à des agents externes (accumulation de poussières minérales ou organiques dans les poumons) concernent 9 % des décès hainuyers, soit un niveau similaire à ceux de la Belgique et la Wallonie (8 %). Jusqu'à la fin du siècle passé, ces maladies étaient responsables de plusieurs centaines de décès majoritairement masculins et illustraient les pathologies concomitantes à l'extraction minière. Les chiffres actuels du Hainaut indiquent que ce passé minier n'a plus d'impact significatif sur les décès d'origine respiratoire.

En revanche, le tabac et, dans une moindre mesure, les pollutions atmosphérique et intérieure jouent un rôle considérable dans les maladies respiratoires.^[27]

4.2. Asthme

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

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

Selon les estimations de l'OMS, environ 235 millions d'individus souffrent actuellement d'asthme dans le monde. Il s'agit de la maladie chronique la plus courante chez l'enfant.^[28]

Tableau 3.5. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	4,4	4,2
Wallonie	5,5	5,8
Hainaut	6,4	5,3

Source : ISP-HIS



Selon les résultats de l'ENS par Interview, environ 6 % de la population hainuyère déclare souffrir d'asthme en 2013. Compte tenu de la marge d'erreur, cette proportion est similaire à celle de la Wallonie et tend à être supérieure à la situation déclarée par la population au niveau national (environ 4 %). On ne note pas de différence significative entre hommes et femmes.

4.3. Tuberculose

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

Selon l'OMS, plus de 95 % des cas et des décès surviennent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les individus dont le système immunitaire est affaibli, tels ceux infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les personnes souffrant de malnutrition ou de diabète ou encore les fumeurs, courent un risque plus élevé de développer la maladie. Toujours selon l'OMS, le taux de mortalité par tuberculose dans le monde a chuté de 47 % entre 1990 et 2015.^[29] En Hainaut, un peu moins de 10 décès dus à la tuberculose sont enregistrés en moyenne par an depuis 2010.



Tableau 3.6. Incidence (pour 100 000 habitants) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Belges	Etrangers	Total
Belgique	4,6	41,3	8,6
Wallonie	4,6	32,2	7,2
Hainaut	4,9	21,2	6,1

Source : FARES



En 2014, 8,6 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été dépistés en Belgique.

L'incidence de cette affection apparaît légèrement inférieure en Wallonie et en Hainaut par rapport au niveau national.

La tuberculose se révèle nettement plus fréquente chez les populations étrangères que chez les Belges, quel que soit le territoire.

Selon le Fonds des affections respiratoires (FARES), l'évolution de l'incidence de la tuberculose au niveau belge a suivi une décroissance constante ces trente dernières années. En 2007, pour la première fois, l'incidence est descendue sous le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants et se maintient autour de cette valeur depuis lors. En Hainaut, le nombre de nouveaux cas se situe aux environs de 6 à 8 pour 100 000 habitants depuis 2007.^[28-29-30]

5. Insuffisance rénale

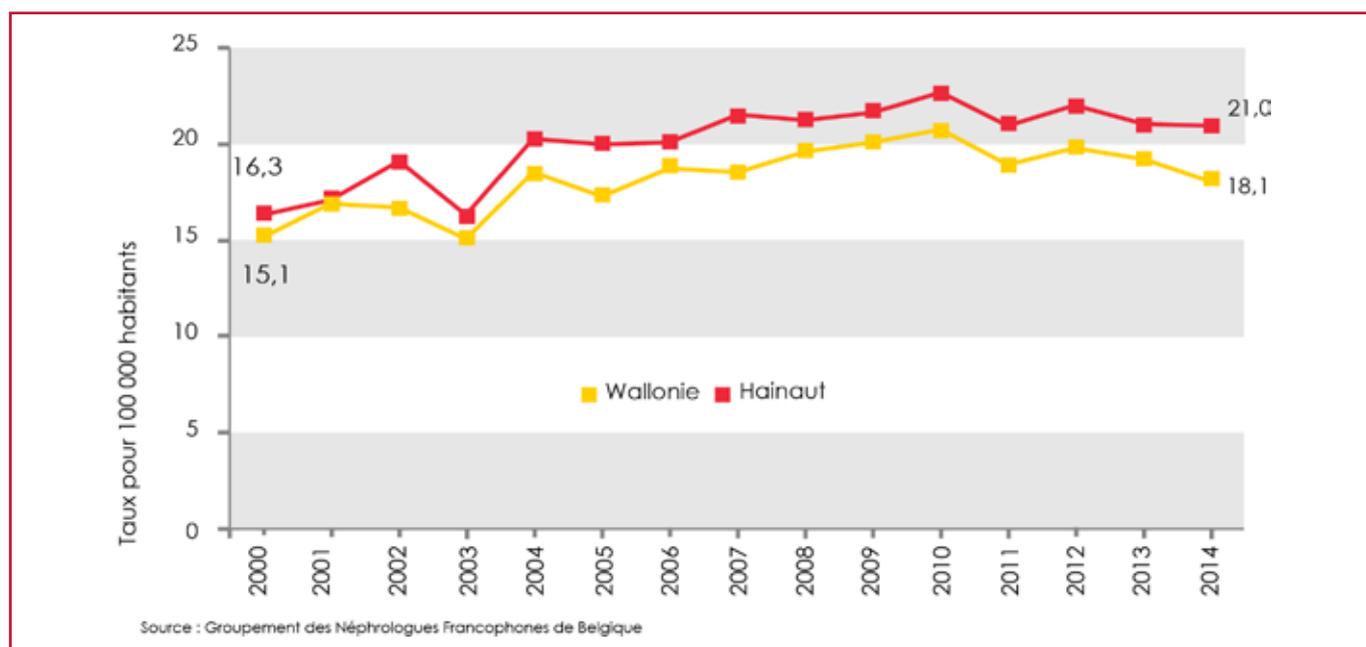
L'insuffisance rénale correspond à l'altération du fonctionnement des deux reins qui ne filtrent plus correctement le sang.

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

L'insuffisance rénale chronique est induite par des pathologies (diabète, hypertension...) qui détruisent progressivement et de façon irréversible les différentes structures rénales jusqu'à un stade terminal qui nécessite d'envisager les techniques de remplacement de la fonction rénale : dialyse et transplantation^[31].

En Belgique, fin 2013, 13 828 patients de 20 ans et plus bénéficiaient d'une de ces techniques soit 1,2 pour 1 000 habitants. Parmi ces patients, 5 820 avaient bénéficié d'une greffe de rein. Le diabète était la cause reconnue de 17 % de ces insuffisances rénales. Par rapport à ses voisins européens, la Belgique connaît une prévalence élevée de patients "sous remplacement de la fonction rénale".^[32]

Figure 3.17. Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014



▼
De 2000 à 2014, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 16,3 à 21 pour 100 000 habitants par an en Hainaut soit une augmentation de près de 29 % en 15 ans. Dans le même temps, ce taux est passé de 15,1 à 18,1 pour 100 000 habitants en Wallonie, soit une augmentation de près de 20 %. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence du diabète sont liés à cet accroissement.^[31]



5.1. Mortalité par insuffisance rénale

Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012

	Hommes	Femmes	Total
Belgique	650	803	1 453
Wallonie	239	297	536
Hainaut	95	114	209

Source : ISP-SPMA



En Belgique, 1 453 personnes sont décédées en moyenne chaque année à cause d'une insuffisance rénale entre 2008 et 2012. Parmi ces décès, 209 sont survenus annuellement dans le Hainaut.

5.2. Dialyse

La dialyse est une méthode de filtration du sang.

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

Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	En milieu hospitalier	A domicile
Belgique	4 821	2 409
Wallonie	1 707	646
Hainaut	825	253

Source : INAMI

► 825 Hainuyers ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse en milieu hospitalier et 253 pour dialyse à domicile (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale) au cours de l'année 2013.

6. Diabète

Les estimations suggèrent que plus de 9 % de la population de l'Union européenne âgée de 20 à 79 ans était atteinte de diabète en 2010, soit 33 millions de personnes. En 2030, ce nombre pourrait atteindre 38 millions. Toutefois, ces chiffres sont probablement inférieurs à la réalité car certains malades s'ignorent. L'affection est le plus souvent asymptomatique et est souvent détectée lors d'un dépistage de routine ou lors de la survenue de problèmes associés au diabète.^[33-39]

Selon certaines projections, le diabète deviendrait la septième cause mondiale de décès en 2030.^[37]

Il existe différents types de diabète :

- le diabète de type 1, dit insulinodépendant ou juvénile, est caractérisé par une production insuffisante ou nulle d'insuline par le pancréas. Ce type de diabète concerne une minorité de diabétiques (10 à 15 %)^[36-37] ;
- le diabète de type 2, dit insulino-résistant ou de la maturité, il est davantage lié à une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme (en cause généralement de mauvaises habitudes de vie).

Le diabète de type 2 représente environ 90 % des diabètes. La prévalence du diabète de type 2 augmente non seulement en raison du vieillissement de la population, mais aussi de par les changements dans le mode de vie qui amènent davantage d'obésité et de sédentarité. L'augmentation de fréquence de ces deux facteurs de risque majeurs explique que le diabète de type 2, dit de la "maturité" apparaît maintenant chez des patients plus jeunes. Les conséquences, en termes de morbidité et mortalité, sont importantes. Elles sont liées aux nombreuses complications engendrées par le déséquilibre glycémique (complications cardiovasculaires de tous types, neuropathies, néphropathies, rétinopathies...). Un traitement précoce et optimal du diabète (médical et hygiéno-diététique) permet de diminuer et de retarder la survenue de complications, voire de rétablir une glycémie normale.

D'autres formes de diabètes existent mais elles ne représentent qu'une faible part des cas de la maladie.

La question posée au cours de l'ENS par Interview en 2013 était "Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 12 derniers mois de diabète ?". Elle ne permet pas de faire la différence entre les différents types de diabète.

6.1. Mortalité due au diabète

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



6.2. Prévalence du diabète

Tableau 3.9. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	5,4	5,2
Wallonie	6,7	4,8
Hainaut	7,6	5,1

Source : ISP-HIS

► En Belgique, 5,3 % des personnes interrogées, lors de l'ENS par Interview de 2013, ont déclaré être diabétiques. Les proportions relevées en Wallonie (5,7 %) et en Hainaut (6,3 %) ne sont pas significativement différentes. D'autre part, quel que soit le niveau géographique, on ne note pas de différence significative de prévalence entre les hommes et les femmes.

La proportion de diabétiques en Hainaut a presque doublé entre l'enquête 2008 et celle de 2013 et ce, essentiellement chez les femmes.

On constate que la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente à partir de l'âge de 45 ans pour atteindre un peu plus de 10 % au-delà de 65 ans.

Sur base des réponses des personnes interrogées en 2013, il apparaît un lien significatif entre la maladie et le niveau d'éducation de la population. Ainsi, près de 12 % des Belges non diplômés ou n'ayant pas dépassé le primaire déclarent souffrir du diabète contre 3 % dans la catégorie d'éducation supérieure. Cette tendance est similaire en Wallonie et en Hainaut.

Selon les derniers chiffres issus de l'échantillon permanent (suivi des dépenses de santé d'un échantillon de personnes) de l'Agence InterMutualiste (AIM), le nombre de patients diabétiques sous médication représentait 7,1 % des bénéficiaires hainuyers de l'assurance soins de santé en 2013, soit un peu plus de 90 000 Hainuyers.

7. Ostéoporose

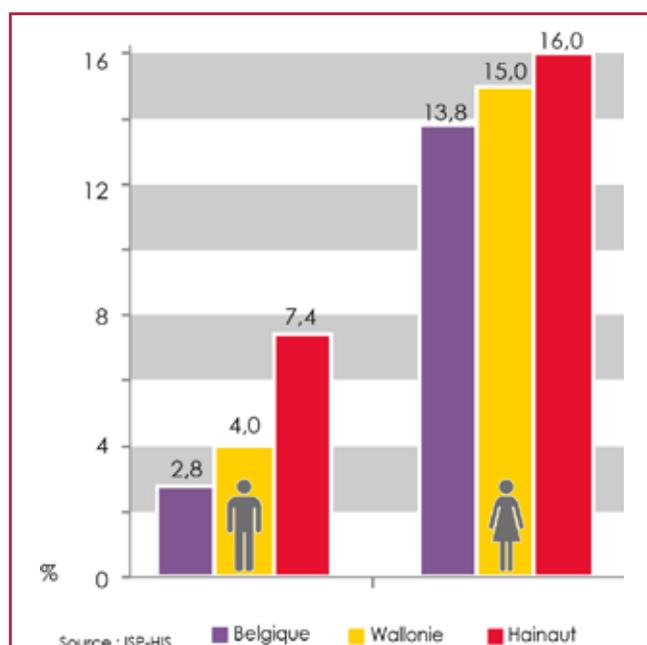
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux.

Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse et des risques de fractures dites de fragilité. L'appellation de "maladie silencieuse" au sujet de l'ostéoporose vient du fait qu'aucun signe ou symptôme particulier ne révèle sa présence jusqu'à la survenue d'une fracture.^[40]

Au niveau mondial, à partir de 50 ans, une femme sur 3 et un homme sur 5 souffriront d'une fracture due à l'ostéoporose avant la fin de leur vie.^[41-42]

Les facteurs de risques associés à l'ostéoporose sont : le sexe, l'ethnie, la faible masse pondérale, la ménopause précoce, les antécédents familiaux d'ostéoporose et de fractures, une fracture de fragilité antérieure, un faible apport en calcium et/ou en vitamine D, le manque d'activité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et certains traitements médicamenteux.^[43-44]

Figure 3.18. Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



► Pendant longtemps l'ostéoporose a été considérée comme une pathologie typiquement féminine.

Depuis quelques années déjà, l'idée que l'ostéoporose touche également les hommes est devenue un fait établi^[41]. Toutefois, les hommes sont en général atteints à un âge plus avancé que les femmes.

En 2013, lors de l'ENS par Interview, 16 % des femmes et 7,4 % des hommes de 50 ans et plus en Hainaut ont déclaré souffrir de la maladie.

Même si le graphique tend à montrer le contraire, le petit nombre de répondants en Hainaut ne permet pas de considérer ces proportions comme statistiquement différentes des valeurs enregistrées pour la Belgique ou la Wallonie.



Tableau 3.10. Evolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2011 à 2014

	Belgique	Wallonie	Hainaut
2011	22 483	7 515	2 927
2012	23 470	7 914	3 005
2013	23 596	7 779	2 971
2014	24 958	8 266	3 047

Source : INAMI



En 2014, 24 958 interventions pour prothèse de la hanche ont été réalisées en Belgique, soit une augmentation de 11 % par rapport à 2011. Les chiffres hainuyers restent relativement stables et tournent autour des 3 000 opérations annuelles. L'intervention de prothèse totale de hanche fait suite à deux causes principales que sont l'arthrose et les fractures découlant dans la plupart des cas de l'ostéoporose.

Quel que soit le territoire considéré, plus de 8 interventions sur 10 consistent en une arthroplastie de la hanche avec prothèse totale.

8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-SIDA

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

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

En Belgique, les tendances épidémiologiques de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis sont décrites par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) sur base des données recueillies par les laboratoires vigies de microbiologie.

Il ressort de ce suivi qu'entre 2002 et 2013, le nombre d'IST déclarées connaît une véritable recrudescence en Wallonie et en Belgique. Cette évolution est liée à la fois à une plus grande fréquence du dépistage et une incidence accrue.

La chlamydie est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas rapportés entre 2002 et 2013 est passé respectivement de 165 à 752 cas en Wallonie et de 996 à 4 916 cas en Belgique.

Les cas de gonorrhée augmentent aussi de façon continue depuis 2002, passant de 37 à 155 cas recensés en Wallonie entre 2002 et 2013.

Le nombre de cas de syphilis enregistrés en Wallonie est passé de 21 cas en 2002 à 121 cas en 2013^[45].

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

D'après l'OMS, au niveau mondial, environ 37 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2014.^[46] En Belgique, les données sur l'infection au VIH et le SIDA sont issues essentiellement de deux sources : l'enregistrement des malades du SIDA par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Les données publiées, concernant uniquement les personnes dépistées, sous-estiment sans doute le nombre réel de personnes porteuses du virus.^[47]

8.1. Mortalité causée par le SIDA

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



Tableau 3.11. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans

	Hommes	Femmes
Belgique	32	15
Wallonie	10	6
Hainaut	4	2

Source : ISP-SPMA

► De 2008 à 2012, 6 décès dus au VIH ont été enregistrés en Hainaut. Compte tenu des fluctuations statistiques, la mortalité ne diffère pas d'un territoire à l'autre. On observe deux fois plus de décès masculins que féminins.

8.2. Personnes infectées par le VIH

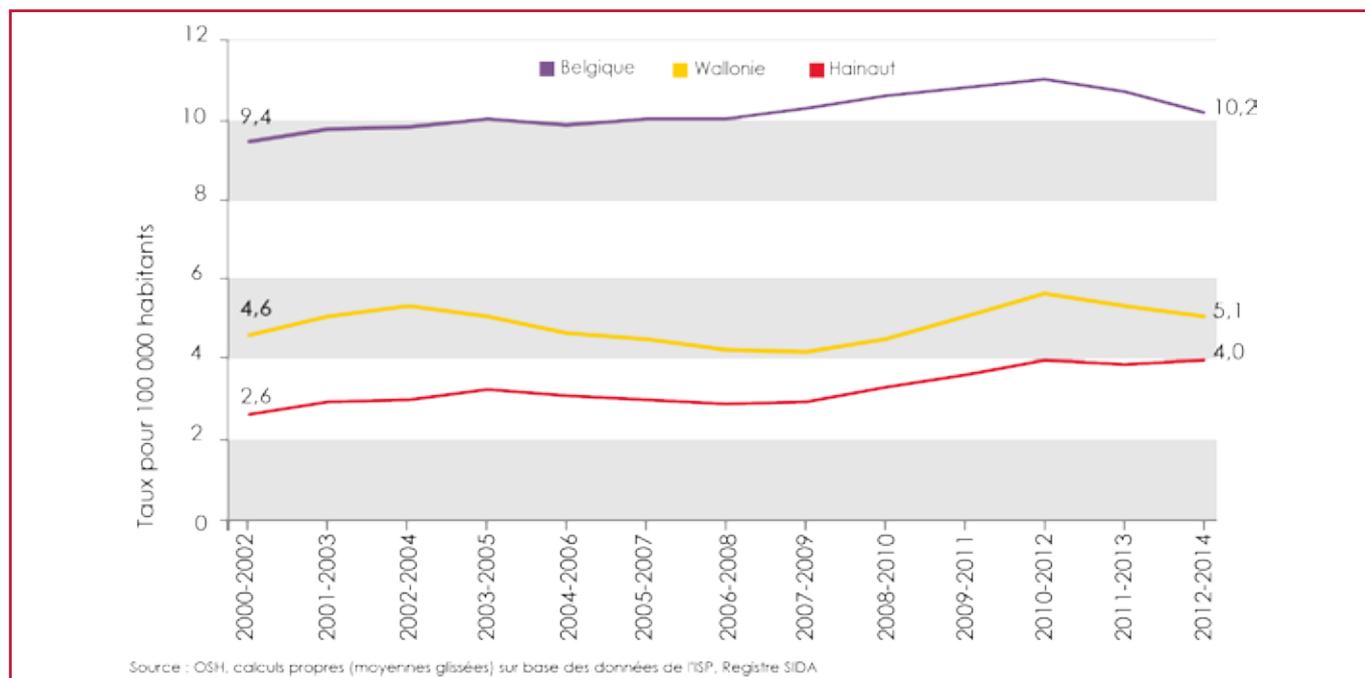
Tableau 3.12. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2009-2014

	2004	2009	2014
Belgique	1 004	1 132	1 039
Wallonie	174	143	169
Hainaut	38	43	54

Source : ISP-Registre SIDA

▼
En 2014, 1 039 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées dont 54 en Hainaut.

Figure 3.19. Evolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2014



▼
En 2012-2014, l'infection au VIH diagnostiquée en Belgique concernait 10,2 cas pour 100 000 habitants, contre 9,4 en 2000-2002.

Depuis le début des années 2000, c'est entre 2010 et 2012 que l'on a diagnostiqué annuellement la plus grande incidence avec 1 203 nouveaux cas en Belgique dont 199 en Wallonie et 53 en Hainaut.

Toutefois, pour une part non négligeable des individus diagnostiqués, l'information de la provenance géographique (province ou région) n'est pas disponible. Ce qui induit une sous-estimation du nombre de cas aux niveaux de la région et des provinces. L'augmentation notée en Hainaut doit donc être prise avec prudence.



9. Limitations physiques et invalidités

9.1. Limitations physiques

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

Les différentes ENS par Interview menées depuis 1997 nous informent que la part de personnes de 15 ans ou plus limitées fonctionnellement dans leur vie concerne globalement 26 % de la population hainuyère contre 21 % en Belgique. Ce niveau est légèrement plus élevé qu'en Wallonie (environ 25 %). Chez les 65 ans et plus, ce taux touche environ 50 % des Hainuyers contre un peu plus de 40 % au niveau national. Ces chiffres restent relativement stables dans le temps.

9.2. Invalidités

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

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

Selon une étude de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les salariés, les troubles psychiques ainsi que les maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs se retrouvent en tête, et ce quel que soit le sexe ou le statut (ouvrier, employé). Viennent ensuite les maladies cardiovasculaires, les tumeurs, les maladies du système nerveux et des sens, les blessures accidentelles et les empoisonnements et enfin les maladies des voies respiratoires. Etant donné l'évolution de la pyramide des âges (population vieillissante) et du degré de participation croissant des femmes au marché de l'emploi, le nombre de personnes invalides devrait continuer à croître dans les années à venir, pour se stabiliser vers 2020 puis décroître.^[48]

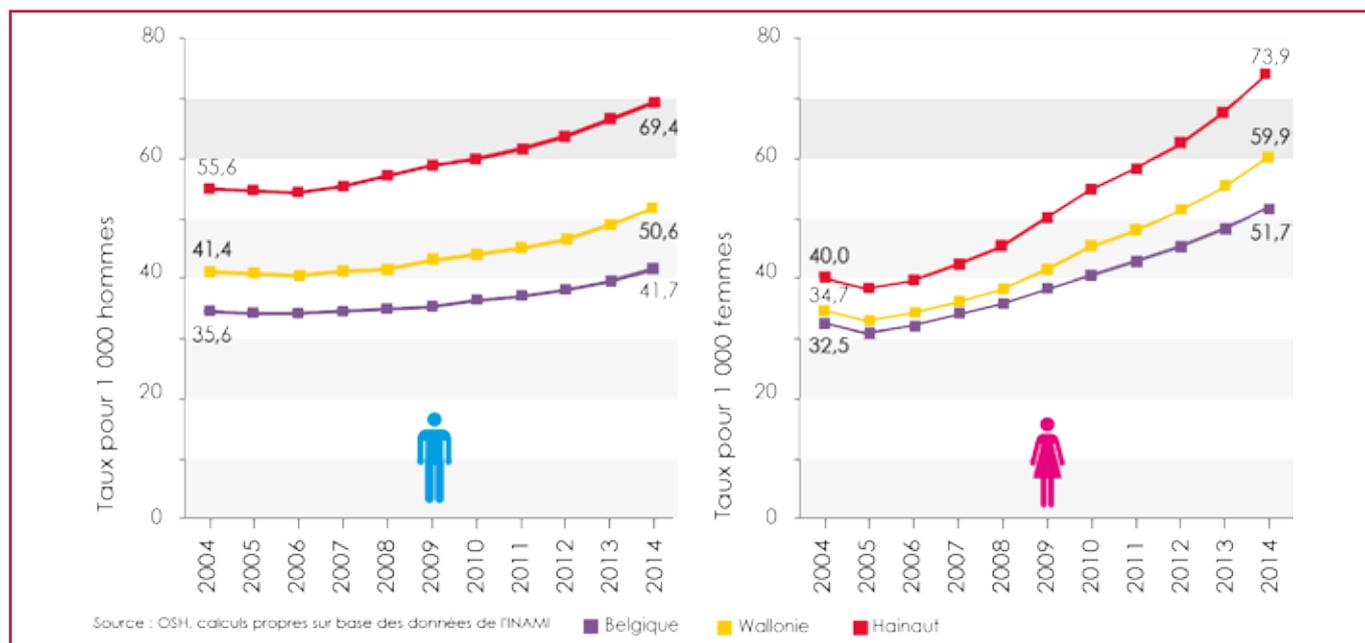
Tableau 3.13. Nombre et proportion de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	138 810	44,8	170 917	55,2	309 727	100,0
Wallonie	53 456	45,7	63 568	54,3	117 024	100,0
Hainaut	27181	48,1	29 301	51,9	56 482	100,0

Source : INAMI

Quel que soit le niveau géographique, les femmes sont majoritaires parmi les personnes indemnisées pour invalidité. En 2014, l'INAMI recensait 56 482 bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité en Hainaut.

Figure 3.20. Evolution de la proportion en ‰ d'hommes et de femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2004 à 2014



En 2014, l'invalidité reconnue concerne 42 hommes contre 52 femmes pour 1 000 habitants en Belgique. Depuis 2004, le taux d'indemnisation pour invalidité se révèle systématiquement supérieur en Hainaut par rapport à la Belgique et la Wallonie tant chez les hommes que chez les femmes. En 2014, il concernait 69 hommes et 74 femmes pour 1 000 Hainuyers âgés de 20 à 64 ans. L'écart entre les territoires a aussi tendance à s'accroître tant chez les hommes que chez les femmes.

Quel que soit le niveau géographique, la proportion d'hommes indemnisés pour invalidité est restée relativement stable jusque 2008, mais, depuis lors, une augmentation sensible est observée. Chez les femmes, par contre, cette proportion est en augmentation nette et constante depuis 2006. L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées invalides, telles que le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, le vieillissement de la population et l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail.^[48]

10. Maladies professionnelles

Selon le Fonds des Maladies Professionnelles (FMP), les maladies professionnelles sont des maladies causées de façon directe et déterminante par l'exercice d'une profession. Le législateur belge a rédigé une liste de plus de 150 maladies professionnelles.^[49] Cette liste est non exhaustive puisqu'il est éventuellement possible de faire reconnaître une pathologie non reprise sur ce document comme maladie professionnelle. Les victimes de ces maladies peuvent entrer en considération pour des indemnités. Pour être indemnisé, il faut :

- être atteint d'une maladie figurant sur cette liste ;
- avoir été exposé, en tant que travailleur salarié, à un risque professionnel pouvant provoquer l'apparition de cette maladie.

Toutes les maladies qu'un individu peut contracter au travail ne sont donc pas nécessairement des maladies professionnelles.

A côté des maladies professionnelles, existent également les maladies dites en relation avec le travail. Il s'agit de pathologies pour lesquelles l'exposition professionnelle à un risque particulier est plus importante que l'exposition subie par la population générale, mais dont l'influence du travail ne doit pas nécessairement en être la cause principale. On peut penser, par exemple, aux problèmes ostéoarticulaires dans de nombreuses professions. Ces affections n'étant pas reconnues comme des maladies professionnelles, elles ne peuvent pas faire l'objet d'une demande d'indemnisation.^[49]

Tableau 3.14. Nombre et proportion en % de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	47 143	26 650	11 531
Causes			
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	70,1	79,0	75,7
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	16,4	14,0	18,0
Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques	5,3	3,7	3,3
Autres maladies professionnelles	8,2	3,3	3,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données du FMP



En Belgique, 47 143 personnes ont été indemnisées en raison d'une incapacité de travail permanente en 2014. Quel que soit le territoire considéré, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques sont la première cause d'indemnisation. Cette catégorie représente près de 76 % des maladies professionnelles en Hainaut contre 70 % en Belgique.

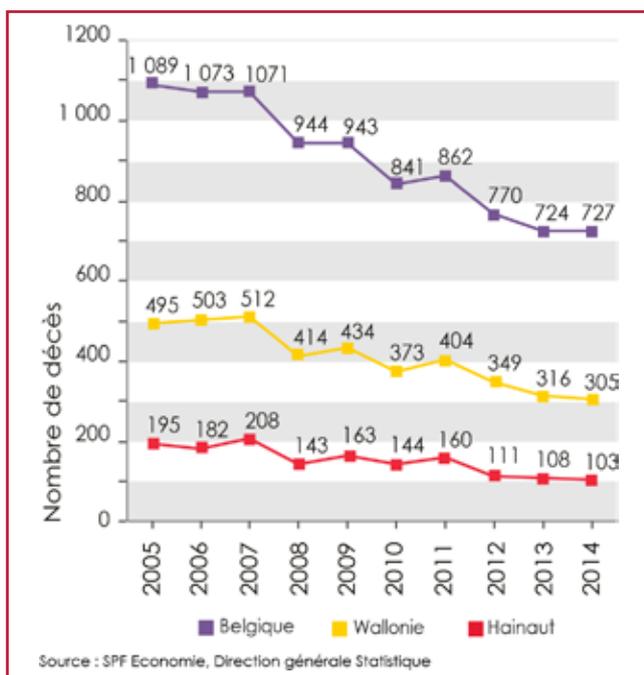
La part des malades indemnisés suite à des intoxications par inhalation apparaît plus importante en Hainaut (18 % de l'ensemble des incapacités permanentes) qu'en Wallonie (14 %) ou en Belgique (16 %). En revanche, seuls 3 % des bénéficiaires d'indemnités sont en incapacité de travail pour des affections liées à des agents chimiques en Hainaut (contre plus de 5 % en Belgique).

11. Accidents

Du dernier rapport de l’OMS traitant de la situation sur la sécurité routière dans le monde (rapport mondial 2015), il ressort que 1,25 million de personnes meurent annuellement sur les routes soit près de 3 400 tués par jour sans compter les dizaines de millions de personnes blessées et victimes d’incapacités.

11.1. Accidents de circulation

Figure 3.22. Nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l’accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2005 à 2014



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

En 2014, 103 personnes sont décédées sur les routes du Hainaut. Cela représente un peu plus de 14 % de l’ensemble des décès par accident de la route en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué de façon quasi continue au cours de ces dix dernières années (1 089 tués en Belgique en 2005 contre 727 en 2014). En 2014, deux fois moins d’usagers se sont tués sur les routes hainuyères qu’en 2005.

Tableau 3.15. Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l’accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012

	Moyenne annuelle
Belgique	909
Wallonie	393
Hainaut	146

Source : ISP-SPMA

► En moyenne, 146 Hainuyers ont perdu la vie chaque année entre 2008 et 2012 suite à un accident de circulation (soit 16 % des Belges tués sur les routes). Près de 78 % de ces décès concernent des hommes. Environ un tiers des Hainuyers décédés dans un accident de la circulation durant cette période se situaient dans la tranche des 15-29 ans alors qu’ils ne représentent que 18 % de la population.

Selon l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR)^[50],

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

Tableau 3.16. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre d'accidents	Total victimes	Décédés (30 jours)		Blessés graves		Blessés légers	
	N		N	%	N	%	N	%
Belgique	41 481	53 975	727	1,3	4 502	8,3	48 746	90,3
Wallonie	11 732	15 819	305	1,9	1 175	7,4	14 339	90,6
Hainaut	4 197	5 679	103	1,8	441	7,8	5 135	90,4

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique

▼
En 2014, on a comptabilisé 4 197 accidents avec lésions corporelles et 5 679 victimes de la route dans le Hainaut. Parmi les victimes, le pourcentage de personnes décédées dans les 30 jours apparaît plus élevé en Hainaut (1,8 %) et en Wallonie (1,9 %) par rapport à la Belgique (1,3 %).

11.2. Accidents du travail

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

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

Les données du Fonds des accidents du travail (FAT) reprennent le nombre d'accidents survenus à des travailleurs salariés et déclarés par les employeurs du secteur privé à leurs assureurs.

Tableau 3.17. Nombre d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2007 et 2013-2014

	2006-2007			2013-2014		
	Lieu du travail	Chemin du travail	Total	Lieu du travail	Chemin du travail	Total
Belgique	162 864	20 528	183 392	121 769	21 801	143 570
Wallonie	47 552	4 099	51 651	33 901	4 040	37 941
Hainaut	18 644	1 528	20 172	12 827	1 475	14 302

Source : FAT



Entre 2013 et 2014, le FAT a recensé un total de 14 302 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration en Hainaut : 10 % d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail.

On observe une diminution globale du nombre d'accidents du travail en Belgique et en Hainaut depuis les années 2006-2007 et plus spécifiquement sur le lieu d'activité.

La part relative des accidents survenus en Hainaut par rapport à la Belgique avoisine les 11 % en 2006-2007 contre un peu moins de 10 % en 2013-2014. Le nombre d'accidents dépend à la fois du type d'activité économique, de l'application des mesures de sécurité et du nombre de travailleurs.

Il faut cependant noter que certaines compagnies d'assurances rechignent de plus en plus à reconnaître des accidents du travail. Ainsi, selon les évaluations du FAT, le taux de refus est passé de 2 % en 1985 à 12 % en 2014.

Le FAT distingue 4 types d'accidents :

- les accidents classés sans suites : tout accident sans incapacité de travail ;
- les accidents ayant entraîné une incapacité temporaire : tout accident ayant entraîné une incapacité temporaire de travail mais pour lequel une guérison sans séquelle est envisagée ;
- les accidents ayant entraîné une incapacité permanente : tout accident pour lequel des séquelles permanentes sont envisagées, qu'il ait ou non engendré des frais médicaux et/ou une incapacité temporaire de travail ;
- les accidents mortels : tout accident ayant provoqué le décès immédiat ou retardé de la victime.^[51]



Tableau 3.18. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon le sexe, Hainaut, 2013-2014

	Hommes	Femmes	Total
Cas sans suite	3 390	2 138	5 529
Incapacité temporaire	5 011	2 228	7 239
Incapacité permanente prévue	1 114	407	1 521
Cas mortels	12	2	14
Total	9 525	4 775	14 302

Source : FAT



En 2013 et 2014, en moyenne, 1 521 personnes ont été victimes en Hainaut d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité permanente (11 %) et 7 239 une incapacité temporaire (51 %). Les accidents sans séquelles représentent 39 % de l'ensemble des déclarations. Ces proportions sont similaires à celles de 2006-2007.

67 % des accidents survenus sur le lieu de travail en Hainaut ont concerné des hommes pour la période 2013 à 2014.

Tableau 3.19. Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon l'âge, Hainaut, 2013-2014

	15-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	1 804	2 785	940	5 529
Incapacité temporaire	2 357	3 823	1 060	7 239
Incapacité permanente prévue	318	865	338	1 521
Cas mortels	5	7	3	14
Total	4 483	7 479	2 340	14 302

Source : FAT



En Hainaut, plus de la moitié des accidents survenus sur le lieu de travail entre 2013 et 2014 concernent les personnes de la tranche des 30 à 49 ans.

12. Intoxication au monoxyde de carbone

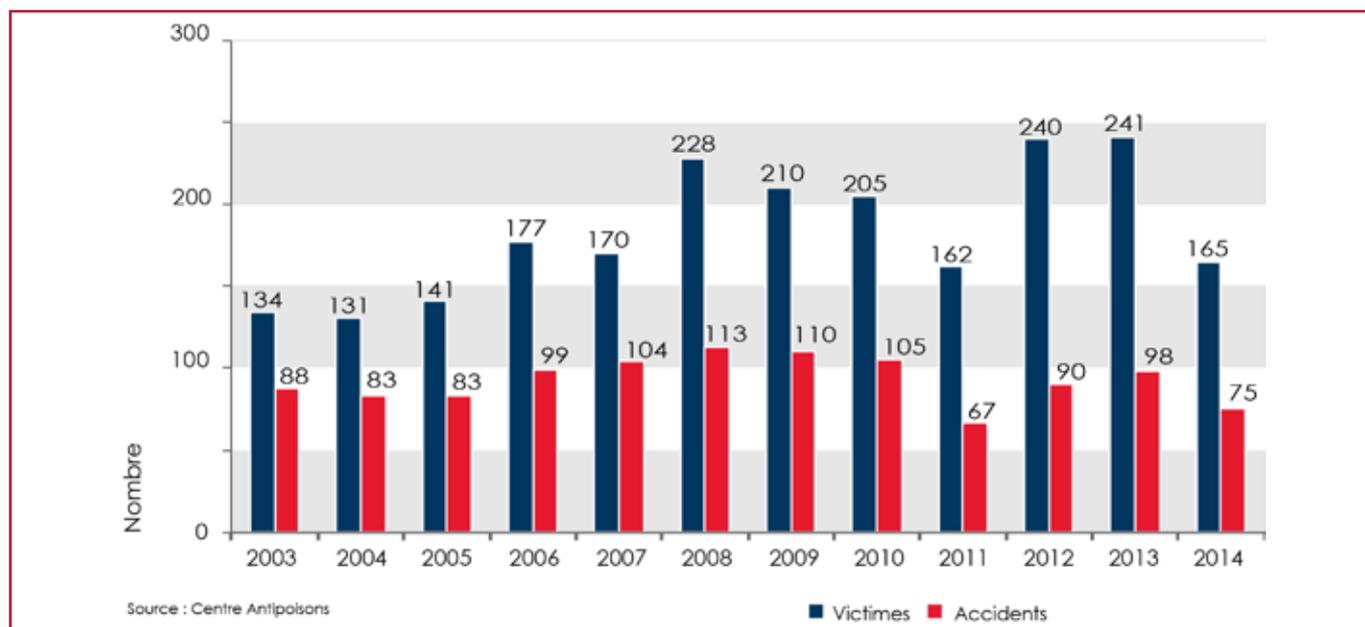
Le monoxyde de carbone, aussi appelé CO, est un gaz toxique, inodore et incolore résultant d'une combustion incomplète. Au sein d'un bâtiment, les appareils de chauffage (alimentés par du gaz, du charbon, du mazout, du pétrole, de l'essence ou du bois) ainsi que les chauffe-eau (non électriques) et les groupes électrogènes constituent l'essentiel des éléments pouvant produire ce gaz.

Une utilisation inadéquate, une installation vétuste, mal entretenue et/ou une ventilation insuffisante, voire inexistante, sont des facteurs déterminants dans le risque d'intoxication au CO.

D'après un rapport européen publié en 2009 ^[57], les personnes percevant de bas revenus sont souvent amenées à vivre dans des logements affectés par de nombreux dysfonctionnements. Dans ce cas, elles tentent malgré tout de chauffer leur logement, se calfeutrent et recourent à des chauffages d'appoint bon marché mais inadaptés.

Selon le registre géré par le Centre Antipoisons, environ 2 000 personnes sont hospitalisées chaque année en Belgique pour une intoxication au CO. Une quarantaine de victimes (environ 2 %) décèdent annuellement des suites de l'intoxication. Les personnes intoxiquées sont en général assez jeunes et les moins de 30 ans représentent 48 % des victimes. La salle de bain reste le principal lieu d'intoxication, suivi de la pièce de séjour. Les appareils de production d'eau chaude (chauffe-bain, chauffe-eau...) et les poêles à charbon représentent les causes les plus fréquentes d'intoxication au monoxyde de carbone.

Figure 3.23. Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2014



▼
Le nombre d'accidents et de victimes dépend globalement des conditions climatiques. Hormis les années 2011 et 2014 qui connurent un hiver relativement doux, on observe une augmentation du nombre d'accidents et de victimes d'une intoxication au CO dès 2006.

L'augmentation du prix de l'énergie et les difficultés socio-économiques rencontrées par certaines catégories de personnes pourraient être des facteurs expliquant ce phénomène : une partie de la population se tourne vers des chauffages d'appoint permettant l'achat de combustible par petites quantités.

En 2013, on dénombrait encore 17 accidents mettant en cause des poêles à charbon en Hainaut. En 2014, la moitié des intoxications dues à un appareil de chauffage à pétrole en Belgique ont eu lieu sur le territoire hainuyer. D'autre part, même si le nombre de décès reste relativement bas, le Hainaut connaît globalement un nombre de victimes proportionnellement plus élevé que la moyenne nationale.

13. Santé maternelle et infantile

Au regard des dernières données fournies par le Service public fédéral (SPF) Economie, l'âge moyen des mères à la première naissance continue d'augmenter au fil des ans : en 2013, il est passé à 27,4 ans en Hainaut (contre 26,4 en 2009), 27,9 ans en Wallonie (contre 27,0 en 2009) et 28,6 en Belgique (contre 27,7 en 2009). Depuis 2000, cet âge moyen a augmenté de près de deux années en Hainaut.

13.1. Age des mères à l'accouchement

Tableau 3.20. Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2009-2013

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus	Inconnu	Total
Belgique		692	2 139	17 730	44 012	41 407	17 382	3 713	102	127 176
Wallonie		355	961	6 424	13 346	11 962	5 493	1 220	29	39 792
Hainaut		178	455	2 736	4 918	4 147	1 978	448	9	14 870
Arrondissements	Ath	5	19	124	320	282	124	29	1	904
	Charleroi	73	180	1 074	1 664	1 357	650	157	2	5 156
	Mons	34	94	509	936	808	407	88	2	2 881
	Mouscron	9	25	157	294	223	97	23	2	830
	Soignies	24	62	336	664	604	309	69	1	2 069
	Thuin	19	44	294	522	432	201	43	1	1 557
	Tournai	14	30	242	516	441	191	39	1	1 474

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique

▼
De 2009 à 2013, on recensait annuellement 127 176 naissances en Belgique dont 14 870 en Hainaut. 4,3 % des bébés hainuyers ont été mis au monde par des mères âgées de moins de 20 ans, soit deux fois plus qu'au niveau national (2,2 %). En outre, les mères hainuyères de 35 ans et plus représentaient 16 % de l'ensemble des accouchements, ce qui est similaire à la situation observée en Wallonie ou en Belgique.

D'autre part, 1,2 % des accouchements hainuyers concernaient des mères de moins de 18 ans contre un peu plus de 0,5 % en Belgique et un peu moins de 0,9 % en Wallonie.

La tendance, évaluée sur les cinq années, indique une part moyenne des naissances avant 20 ans plus importante dans les arrondissements de Charleroi (4,9 %) et de Mons (4,5 %).



13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 2011, en Belgique, les raisons principalement invoquées par les femmes qui décident d'avorter sont : pas de souhait d'enfant (17,6 %), se sent trop jeune (11,2 %), la famille est "complète" (11,0 %), problèmes financiers (8,4 %) et étudiante (8,2 %).

Tableau 3.21. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2005 et 2011

	2005	2011
Belgique	16 400	19 455
Wallonie	5 327	6 487
Hainaut	2 031	2 605

► Le nombre d'IVG déclarées a augmenté de 17 % en Belgique entre 2005 et 2011. En Hainaut, l'accroissement est de 28 %.

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

Selon la Commission nationale d'évaluation de la loi sur l'avortement, la proportion d'IVG chez les jeunes filles de 16 ans est relativement faible. Parmi les moins de 20 ans, ce sont majoritairement les 18-19 ans qui ont recours à cet acte.

En 2005, sur un total de 2 031 IVG pratiquées sur des Hainuyères, plus de 19 % concernaient des moins de 20 ans et moins de 5 % des plus de 40 ans. En 2011, la proportion d'avortements enregistrés dans ces deux tranches d'âge est similaire avec respectivement 17 % et 4 %.

13.3. Poids à la naissance

Le petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 grammes) est un indicateur important de la santé du nouveau-né en raison de la relation qui existe entre le poids de naissance d'une part, et la mortalité et la morbidité infantiles d'autre part. Un faible poids à la naissance peut être attribuable à un retard de croissance intra-utérin ou à une naissance avant terme. Les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance sont notamment : le fait d'être une mère adolescente, la consommation de tabac, l'abus d'alcool, une mauvaise nutrition, un faible indice de masse corporelle, un statut socio-économique parental bas, l'appartenance à une minorité ethnique, la fécondation in vitro.^[52]. A l'autre extrême, les poids de naissance dépassant 4 000 grammes peuvent mener à des complications lors de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant.

Tableau 3.22. Proportion en % de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans, 2009-2013

	Moins de 2 500 g	De 2 500 g à 3 999 g	4 000 g et plus	Inconnu
Belgique	6,9	84,1	7,8	1,2
Wallonie	7,9	84,3	5,8	2,0
Hainaut	8,5	84,1	5,3	2,0

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique

▼
En Hainaut, près de 9 bébés sur 100 sont nés avec un faible poids de naissance entre 2009 et 2013. C'est un taux proche de celui de la Wallonie (8 %) mais plus élevé que celui de la Belgique (7 %).

13.4. Prématurité

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

Les enfants prématurés ont davantage de risque de décès à la naissance, de problèmes respiratoires, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Plusieurs facteurs de risque sont liés à la prématurité. Les plus connus sont les grossesses multiples, le diabète de grossesse, le tabac, l'alcool, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans.^[53]

Tableau 3.23. Proportion en % de naissances selon périodes en semaines d'aménorrhée (SA) parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans, 2009-2013

	Moins de 32 SA	De 32 à 36 SA	De 37 à 41 SA	42 SA et plus	Inconnu
Belgique	1,0	6,9	90,6	0,3	1,2
Wallonie	1,1	7,4	89,4	0,1	2,0
Hainaut	1,1	7,5	89,2	0,1	2,0

Source : SPF Economie, Direction générale Statistique

▼
De 2009 à 2013, 8,6 % des naissances hainuyères l'ont été de manière prématurée, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en Belgique mais similaire à la situation wallonne. La grande prématurité, soit une naissance avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne environ 1 % des accouchements.

13.5. Tabagisme de la femme enceinte

Selon de nombreuses études, le tabagisme de la femme enceinte constitue un important facteur de risque de complications obstétricales (hématome rétroplacentaire, mauvaise implantation du placenta...), d'effets délétères sur le développement de divers organes du fœtus, de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance et de mort subite du nouveau-né... Le risque de mort subite est aussi influencé par l'exposition au tabagisme passif du nourrisson après la naissance^[53].

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

Tableau 3.24. Proportion en % de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-Hainaut, 2014

	Mères fumeuses en %
Wallonie*	14,9
Hainaut	18,9

► En prenant en compte les seules mères répondantes en 2014, la part des fumeuses avoisine les 15 % en Wallonie et 19 % en Hainaut. Même si l'on observe une tendance à la diminution de la consommation tabagique durant la grossesse tant en Wallonie qu'en Hainaut, la proportion de mères fumeuses reste plus élevée en Hainaut.

* Hors Communauté germanophone
Source : ONE-BDMS

Tableau 3.25. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, en %, Wallonie-Hainaut, 2010-2014

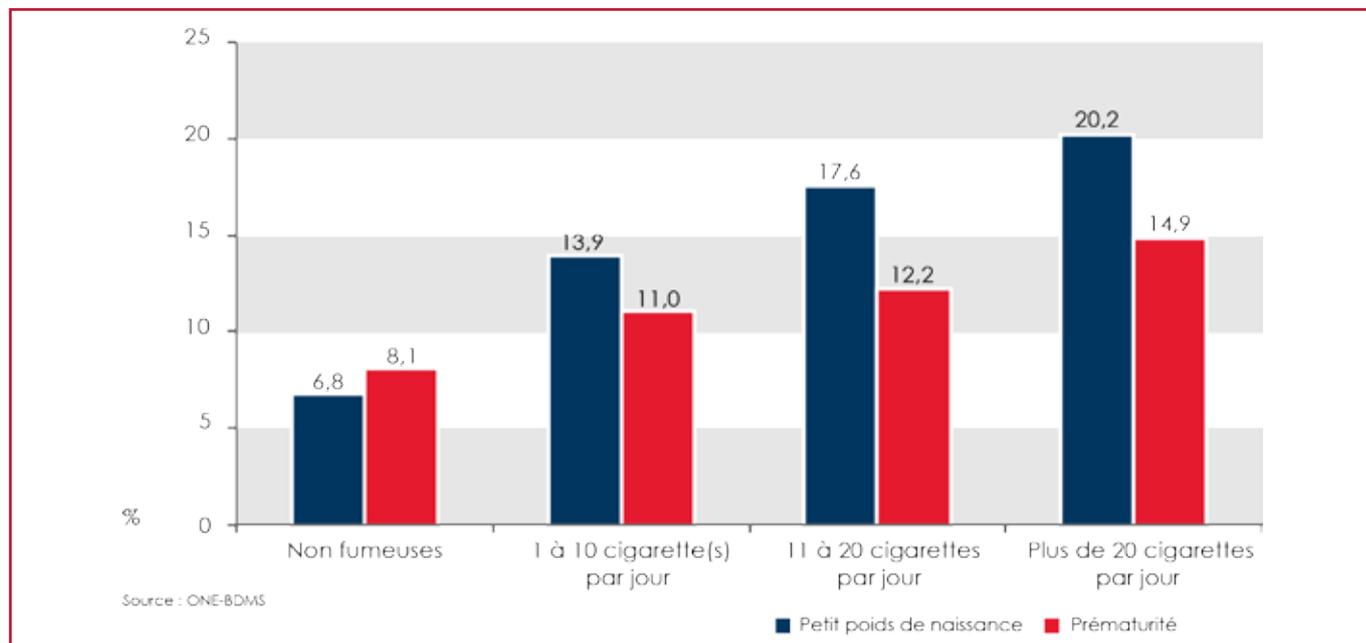
	Petits poids de naissance selon le statut tabagique		Prématurés selon le statut tabagique	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non-fumeuses ou au statut tabagique inconnu	Mères déclarant être fumeuses	Mères non-fumeuses ou au statut tabagique inconnu
Wallonie*	14,6	6,4	11,4	7,8
Hainaut	15,3	6,8	11,6	8,1

* Hors Communauté germanophone
Source : ONE-BDMS

▼
Les données enregistrées par l'ONE entre 2010 et 2014 confirment que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés de petit poids ou prématurés et ce, dans des proportions similaires tant en Hainaut qu'en Wallonie (hors Communauté germanophone).

Ainsi, les petits poids à la naissance concernent un peu plus de 15 % des mères fumeuses en Hainaut contre 6,8 % de non-fumeuses ou de femmes dont le statut tabagique est inconnu. De même, on observe près de 12 % de naissances prématurées chez les fumeuses contre 8,1 % pour les autres.

Figure 3. 24. Proportion des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2010-2014



▼
Entre 2010 et 2014, les cas de prématurité chez les mères hainuyères sont presque 2 fois plus fréquents lorsqu'elles sont de grandes fumeuses (15 %) que lorsqu'elles déclarent être non fumeuses (8,1 %).

De même, on observe jusqu'à trois fois plus de nouveau-nés présentant un petit poids à la naissance parmi les mères consommant plus de 20 cigarettes par jour (20 %) que parmi celles qui s'abstiennent de tabac (6,8 %).



14. Santé mentale

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

14.1. Suicides

14.1.1. Mortalité par suicide

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

Les données de mortalité par suicide sont issues des bulletins statistiques de décès. Leur analyse est soumise à une série de limites. De nombreux travaux concluent à une sous-estimation des décès par suicide dans les statistiques officielles de mortalité. Lors du remplissage du certificat de décès par un médecin, un certain nombre de suicides peuvent ne pas être reconnus comme tels en raison, entre autres, de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte.^[54-55]

Tableau 3.26. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012

	Nombre moyen de suicides (décès)	Indice comparatif de mortalité		
		Hommes	Femmes	Total
Belgique	2 024	78,0*	88,0*	81,3*
Wallonie	793	100,0	100,0	100,0
Hainaut	289	100,3	89,9*	97,1

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2010-2014 = 100)

Source : OSH, calculs propres sur base des données ISP, SPMA

ICM Référence Wallonie 2008-12 = 100

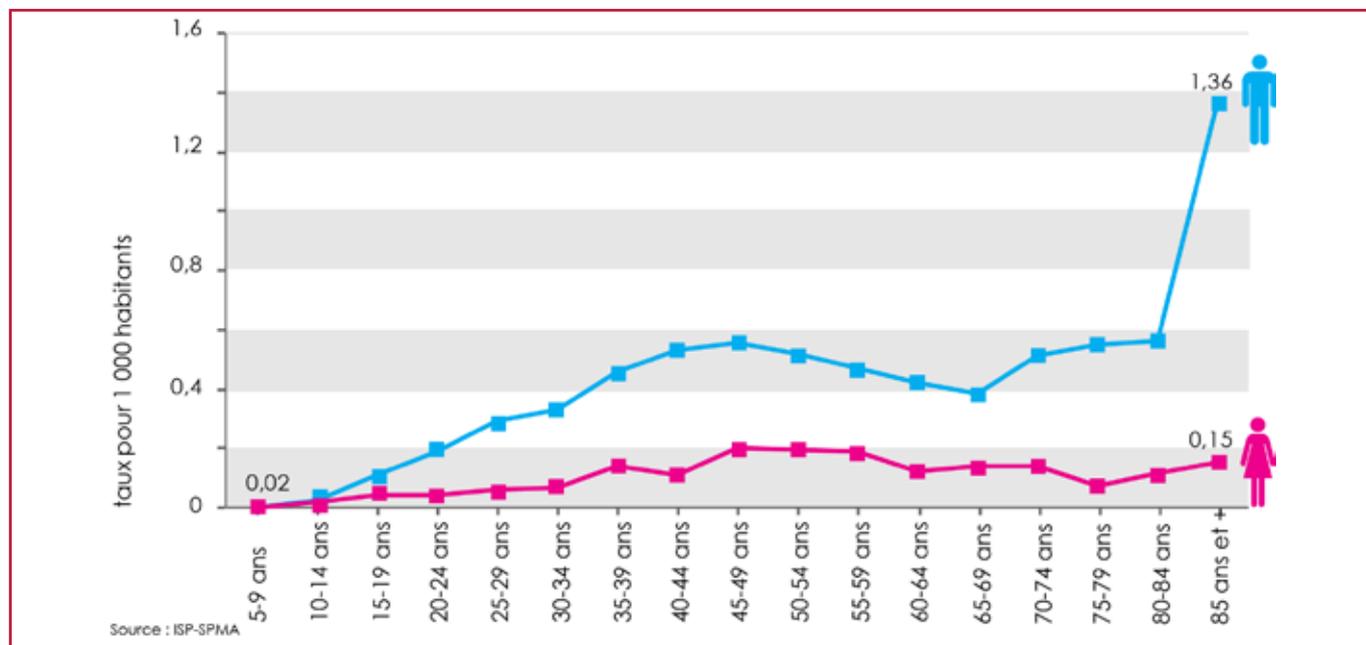


Entre 2008 et 2012, 289 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année en Hainaut (219 décès masculins et 70 décès féminins), ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,35 pour 1 000 hommes et 0,10 pour 1 000 femmes.

Par rapport à la Wallonie, le taux de mortalité par suicide en Belgique est inférieur de 22 % pour les hommes et de 12 % pour les femmes. La situation en Hainaut est proche de celle de la Wallonie pour les hommes, mais elle apparaît plus favorable chez les femmes dont l'indice comparatif se révèle similaire à celui de la Belgique.

Tant en Wallonie qu'en Belgique, on constate une baisse de la mortalité par suicide tant chez les hommes que chez les femmes. En Hainaut, le nombre limité de décès ne permet pas d'objectiver une telle évolution.

Figure 3. 25. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, Hainaut, 2008-2012



▼
 Le profil général du taux de mortalité par suicide est similaire pour la Belgique et la Wallonie. En effet, ce taux est nettement plus élevé chez l'homme, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Pour les deux sexes, il s'élève progressivement pour atteindre un premier plateau entre 40 et 60 ans. Il redescend légèrement entre 60 et 70 ans, avant de s'élever fortement ensuite de manière plus précoce et plus importante chez l'homme que chez la femme. En Hainaut, les courbes reflètent bien ces constats.

14.1.2. Idéation suicidaire

Selon le Centre de Prévention du Suicide, "l'idéation suicidaire n'est pas généralement prépondérante dans un premier temps. Le suicide apparaît comme une solution parmi d'autres. C'est le stade de l'idéation : l'idée du suicide se présente, peut se dire. A ce stade, il est bien sûr plus difficile de l'entendre, car la personne elle-même dispose encore d'autres solutions et peut ainsi soit résoudre son problème d'une autre manière, soit donner l'impression que cette idée n'est somme toute pas si sérieuse que cela".^[54]



Tableau 3.27. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	12,9	14,7
Wallonie	13,5	17,2
Hainaut	12,8	18,3

Source : ISP-HIS

▼
Comme l'indique l'ENS par Interview de 2013, quel que soit le niveau géographique, les femmes ont tendance à déclarer plus souvent que les hommes avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie. Ainsi, en Hainaut, l'idéation suicidaire touche plus de 18 % de la population féminine interrogée contre un peu moins de 13 % des hommes. Compte tenu des fluctuations statistiques, la situation hainuyère ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique. L'idéation suicidaire est moins rapportée par les personnes âgées.

14.1.3. Tentatives de suicide

Tableau 3.28. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	3,2	5,1
Wallonie	2,9	7,9
Hainaut	2,7	10,4

Source : ISP-HIS

▼
Au vu des résultats de l'ENS par Interview de 2013, les femmes belges et wallonnes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie.

Compte tenu des marges d'erreur, la situation hainuyère ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique.

14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs

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

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) indique que la prévalence des troubles psychiatriques dans la population belge n'a pas augmenté depuis le début des années 2000, au contraire de la consommation de psychotropes. Cette dernière s'est en effet accrue malgré les campagnes visant à limiter l'utilisation des benzodiazépines comme somnifères ou anxiolytiques.^[56]

Selon l'ENS par Interview de 2013, en Belgique, 16 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé des psychotropes au cours des quinze derniers jours : 13 % avaient pris un somnifère ou un anxiolytique et 8 % un antidépresseur. D'autre part, des chiffres publiés par l'INAMI, il ressort globalement que le nombre d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques prescrits a doublé depuis 1997 au niveau national.

Parmi les facteurs influençant la prescription de ces psychotropes, le CSS identifie les difficultés qu'éprouvent les médecins face aux demandes d'aide de leurs patients. Ceux-ci sont confrontés aux tensions croissantes caractérisant la société moderne (pression de résultats à l'école ou au travail, chômage et pauvreté en augmentation...), accompagnées d'un effritement des structures sociales.^[56]

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

Tableau 3.29. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	12,3	19,9
Wallonie	14,1	22,8
Hainaut	14,8	28,3

Source : ISP-HIS

► Selon l'ENS par Interview de 2013, les femmes sont presque deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines, quel que soit le territoire considéré. En Hainaut, plus d'une femme sur 4 et un homme sur 7 ont déclaré une consommation de psychotropes au cours des deux dernières semaines.

Tableau 3.30. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	5,6	9,5
Wallonie	6,6	12,2
Hainaut	8,4	16,8

Source : ISP-HIS

► Comme pour les psychotropes, les femmes sont près de deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer une consommation d'antidépresseurs au cours des deux dernières semaines tant au niveau national que régional. Statistiquement, en Hainaut, la part des hommes concernés par ce comportement ne diffère pas de celle des Wallons ou des Belges. En revanche, près de 17 % des femmes hainuyères déclarent prendre des antidépresseurs, soit près de deux fois plus que les femmes belges.



15. Bibliographie

1. Ware JE Jr, Snow Kristin K, Kosinski Mark, Gandek Barbara. SF-36 Health Survey : manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, the Health Institute; 1993.
2. Grant MD, Piotrowski ZH, Chappell R. Self-reported health and survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986. *J Clin Epidemiol*. 1995 ; 48(3) : p. 375-87.
3. Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E. Health expectancy by level of education in Finland. *Soc Sci Med*. 1997 ; 44(6) : p. 801-8.
4. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2001 ; 55(4) : p. 233-8.
5. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. What role does socio-economic position play in the link between functional limitations and self-rated health : France vs. USA? *Eur J Public Health*. 2012 ; 22(3) : p. 317-21.
6. Galenkamp H, Deeg DJ, Huisman M, Hervonen A, Braam AW, Jylhä M. Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults : changing contributions of chronic diseases and disability. *Eur J Public Health*. 2013 ; 23(3) : p. 511-7.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Health interview surveys Toward the international harmonisation of methods and instruments, in European Series. H.S.J.P.a.A.N. A. de Bruin, Editor. 1996, WHO Regional Publications. p. 161.
8. Girard D, Cohidon C, Briançon S. Les indicateurs globaux de santé, in *Les inégalités sociales de santé*. Paris : Leclerc A et al Editors ; 2000, La Découverte, INSERM : p. 448.
9. Paquet G. *Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé*. 2005.
10. Tafforeau J. Santé subjective, in *Rapport 1 : Santé et Bien-être*. Bruxelles : WIV-ISP Van der Heyden J and Charafeddine R Editors ; 2014.
11. Van der Heyden J. Maladies chroniques, in *Rapport 1 : Santé et Bien-être*. Bruxelles : WIV-ISP Van der Heyden J and Charafeddine R. Editors ; 2014.
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Maladies cardiovasculaires*. 2015.
13. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000 : comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ*. 2005. 331(7517) : p. 614.
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Panorama mondial de l'hypertension*. 2013.
15. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Cancer. Aide-mémoire n° 297*. 2015 Février. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>
16. Quoix E. Novel epidemiology in lung cancer - non-smokers, women and cannabis. *Rev Mal Respir*. 2007 ; 24(8 Pt 2) : p. 6S10-5.
17. Belgian Cancer Registry. Historique. Consultable sur : http://www.kankerregister.org/FRC_historique.
18. Belgian Cancer Registry. Les chiffres du cancer. Consultable sur : [http://www.kankerregister.org/Les chiffres du cancer](http://www.kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer).
19. Belgian Cancer Registry. *Cancer Incidence in Belgium 2008*. Brussels ; 2011.

20. Belgian Cancer Registry. Cancer Prevalence in Belgium 2010. Brussels ; 2014.
21. Belgian Cancer Registry. Cancer burden in Belgium 2004-2013. Brussels ; 2015.
22. Renard F, Van Eycken L, Arbyn M. High burden of breast cancer in Belgium: recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006). Arch Public Health. 2011; 69(1) : p. 2.
23. Mambourg F, Van den Bruel A, Devriese S, Leys M, Vinck I, Lona M et al. Evaluation d'une technologie de santé : l'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. Bruxelles : C.F.d.d.S.d.S. (KCE) Editor ; 2006.
24. Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, Michel A, Ronsmans M et al. A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA Screening. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) Editor ; 2014.
25. Auperin A, Hill C. Epidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. Cancer Radiother. 2005 ; 9(1) : 1-7
26. Auperin A, Melkane A, Luce D, Temam S. Epidémiologie des cancers des voies aéro-digestives supérieures. La Lettre du Cancérologue. 2011 Février ; Vol. XX (n° 2).
27. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Aide-mémoire n° 15 ; 2015 Janvier. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/>
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Asthme. Aide-mémoire n° 07 ; 2013 Novembre. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/fr/>
29. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tuberculose. Aide-mémoire n° 104 ; 2016 Mars. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>
30. Fonds des affections respiratoires (FARES). Registre belge de la tuberculose 2014. 2016.
31. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Insuffisance rénale. 2012 Mars. Consultable sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolismenutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/>
32. European Renal Association -European Dialysis and Transplant Association Registry. ERAEDTARegistry Annual Report 2013. Amsterdam ; 2015.
33. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2013. Editions OCDE ; 2013.
34. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2015. Editions OCDE ; 2015.
35. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2013. OECD Publishing ; 2013.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2015. OECD Publishing ; 2015.
37. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 ; 3(11) : p. e442.
38. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health at a Glance : Europe 2012. OECD Publishing ; 2012.
39. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health at a Glance : Europe 2014. OECD Publishing ; 2014.



40. Consensus development conference : prophylaxis and treatment of osteoporosis. The American Journal of Medicine. 1991 ; 90(1) : p. 107-110.
41. Ebeling P. Osteoporosis in Men: Why change needs to happen. International Osteoporosis Foundation ; 2014.
42. Dawson-Hughes B, El-Hajj Fuleijan G, Clark P. Bone Care for the Postmenopausal Woman. International Osteoporosis Foundation ; 2013.
43. Guthrie JR, Dennerstein L, Wark JD. Risk factors for osteoporosis: A review. Medscape Womens Health. 2000 ; 5(4) : p. E1.
44. Moyad MA. Osteoporosis: a rapid review of risk factors and screening methods. Urol Oncol. 2003 ; 21(5) : p. 375-9.
45. Verbrugge R, Moreels S, Crucitti T, Van Beckhoven D, Sasse A, Van Casteren V et al. Surveillance des infections sexuellement transmissibles dans la population générale. Données de 2013 pour la Belgique et les 3 Régions. Bruxelles : WIV-ISP ; 2014.
46. Organisation mondiale de la Santé (OMS). VIH/sida. Aide-mémoire n° 360 2015 Décembre 2015. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>.
47. Sasse A, Deblonde J, Van Beckhoven D. Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014. WIV-ISP ; 2015.
48. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) - Service des indemnités. Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides : travailleurs salariés – période 1993-2012. Bruxelles ; 2012.
49. Fonds des maladies professionnelles (FMP). Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? 2012. Consultable sur : <http://www.fmpfbz.fgov.be/web/content.php?lang=fr&target=citizen#/about-occupational-diseases>.
50. Schoeters A. Rapport statistique 2014 Accidents de la route. Bruxelles ; 2015.
51. Fonds des accidents du travail (FAT). Rapport statistique sur les accidents du travail de 2009 dans le secteur public. 2011.
52. Ohlsson A, Shah S. Determinants and Prevention of Low Birth Weight : A Synopsis of the Evidence. Edmonton : AB Canada : Institute of Health Economics (IHE) ; 2008.
53. M. Collet, C. Beillard. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Avril ; Vol 34 n° HS1 : pp. 135-145.
54. Centre de Prévention du Suicide. Le suicide un problème majeur de santé publique : Introduction à la problématique du suicide en Belgique. 2012.
55. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : "Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention". Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. 2003.
56. Conseil Supérieur de la Santé (CSS). L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées. P.d.C.S.d.I. Santé Editor ; 2011.
57. Ezratty V. Précarité énergétique et santé : "To heat or to eat ?". Environnement, Risques et Santé Vol. 8, n° 1, janv. -fév. 2009



Chapitre 4. Facteurs de santé

Faits marquants

- **Le lien entre les facteurs socio-économiques et la santé est largement démontré.** Dans les pays industrialisés, plus les inégalités sociales sont grandes, plus l'espérance de vie est réduite, y compris pour les couches les plus aisées de la population. C'est la raison pour laquelle les facteurs socio-économiques sont présentés comme partie intégrante des facteurs de santé.
- **La situation socio-économique est globalement moins favorable en Hainaut qu'en Wallonie.**
- **La proportion de diplômés de l'enseignement supérieur est limitée à 25 % en Hainaut** contre 30 % en Wallonie et 33 % en Belgique. A l'inverse, de nombreux Hainuyers (14 %) ont au maximum un diplôme d'école primaire contre 11 % en Wallonie et 10 % en Belgique.
- **Les revenus sont plus faibles en Hainaut qu'en Wallonie avec des différences importantes entre communes.** Le revenu médian par déclaration est de 20 065 € en Hainaut contre 21 214 € en Wallonie et 22 610 € en Belgique. La Botte du Hainaut et les communes des anciens bassins miniers et sidérurgiques connaissent des bas revenus tandis que le nord de la province et les communes au sud de Charleroi bénéficient de revenus élevés.
- **Près d'un jeune de 18 à 24 ans sur 5 vit d'un revenu de remplacement en Hainaut.** Environ la moitié d'entre eux reçoivent une allocation du Centre Public d'Action Sociale (CPAS). C'est dans cette tranche d'âge que les différences entre Hainaut (19 %), Wallonie (16 %) et Belgique (11 %) sont les plus marquées.
- **Un ménage sur 8 est monoparental en Hainaut** (13 %) pour 12 % en Wallonie et 9 % en Belgique. Dans 85 % des cas, ces ménages monoparentaux concernent des femmes. La monoparentalité augmente le risque de pauvreté.
- **L'obésité touche 17 % des Hainuyers.** Ces chiffres sont proches de la moyenne wallonne, mais supérieurs à la moyenne nationale. Dix pour cent des jeunes de 10 à 17 ans sont obèses. Ce pourcentage reste stable depuis 2010. Tant chez les jeunes que chez les adultes, la fréquence de l'obésité est liée aux facteurs socio-économiques.
- **Les hommes sont plus nombreux que les femmes à pratiquer une activité physique.** Ceux-ci sont 45,3 % à pratiquer une activité physique modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour alors que les femmes ne sont que 17,1 %. En Hainaut, les femmes sont plus sédentaires qu'en Wallonie. Les différences hommes-femmes s'installent dès l'enfance et sont clairement visibles à l'adolescence. Ici aussi, les inégalités sociales sont révélatrices.
- **La consommation de légumes est plus faible en Hainaut (27 %) qu'en Wallonie (39 %) ou en Belgique (40 %).** D'une manière générale, les femmes ont une alimentation plus équilibrée que les hommes. L'insuffisance de la consommation de fruits et de légumes se marque dès l'enfance et est liée aux facteurs socio-économiques.
- **Un adulte sur 4 est fumeur quotidien en Hainaut.** Parmi les 15-17 ans, un jeune sur 10 fume quotidiennement. Dans la population adulte, davantage d'hommes que de femmes fument. Cette différence ne se retrouve plus chez les adolescents. Le tabagisme diminue dans la population adulte, mais pas dans les populations ayant les revenus les plus faibles.
- **La surconsommation d'alcool concerne 14 % des hommes et 5 % des femmes en Hainaut.** Une situation assez stable dans le temps tandis que la consommation quotidienne montre une augmentation entre 1997 et 2013. Alors que chez l'adulte, la consommation d'alcool est un phénomène avant tout masculin, chez les adolescents, les différences filles-garçons s'estompent.

1. Facteurs sociaux et économiques

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs, notamment socio-économiques. Ainsi, vivre dans un milieu dont les conditions socio-économiques sont défavorables affecte la santé dès la naissance. Cette influence se poursuit tout au long de la vie.^[1] Plus un individu occupe une position défavorable de ce point de vue, plus il est en mauvaise santé et moins son espérance de vie sera longue. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique et s'observe partout dans le monde.^[2] Plus les disparités socio-économiques seront marquées au sein d'une population, plus l'espérance de vie sera faible y compris pour la tranche la plus aisée de la population.^[1]

Cela se traduit par l'adoption d'habitudes de vie moins favorables à la santé dès l'enfance, d'un moindre recours au dépistage et d'une difficulté d'accès aux soins médicaux curatifs.

Pour rappel, la consommation quotidienne de fruits et de légumes des jeunes hainuyers est presque deux fois plus fréquente si le père est employé qualifié ou cadre (31 %) que s'il est travailleur manuel peu qualifié (16 %).

Le recours au dépistage du cancer du sein est moins fréquent chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (45 % en Hainaut) que chez les assurés ordinaires (59 % en Hainaut).

Les différentes enquêtes de santé menées par l'ISP depuis 1997 montrent qu'un ménage sur 10, en Belgique, déclare avoir eu à postposer des soins médicaux pour des raisons financières. Cette situation est encore plus criante parmi les plus bas revenus où ce sont 2 ménages sur 10 qui sont touchés.

1.1. Niveau d'instruction

Tableau 4.1. Répartition de la population (de 15 à 64 ans) en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Primaire ou sans diplôme	712 415	9,8	262 431	11,3	121 320	14,0
Secondaire inférieur	1 433 014	19,7	504 609	21,6	189 733	21,9
Secondaire supérieur	2 748 479	37,8	875 168	37,5	341 396	39,5
Études supérieures	2 371 640	32,7	687 959	29,5	212 587	24,6
Total	7 265 548	100,0	2 330 167	100,0	865 036	100,0

Source: OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique, Enquête sur les forces de travail



De manière générale, le niveau d'études se révèle plus faible en Hainaut par rapport à la Wallonie et la Belgique. Dans les trois territoires, les individus détenteurs d'un diplôme du secondaire supérieur (environ 38-39 %) constituent la catégorie majoritaire. En Hainaut, seul un quart de la population a réussi des études supérieures, contre près d'un tiers en Belgique ou en Wallonie. D'autre part, un(e) Hainuyer(ère) sur 7 ne possède pas de diplôme ou uniquement le diplôme de l'enseignement primaire.

1.2. Revenus des ménages

Le revenu médian déclaré par déclaration fiscale est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur, l'autre moitié a un revenu supérieur. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes (personnes ayant des revenus très élevés).^[2]

L'indice de richesse est le rapport, en pourcentage, entre le revenu médian par habitant d'une zone et le revenu médian par habitant de la Wallonie qui est prise comme population de référence et à qui on attribue un indice de richesse égal à 100.^[2]

Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2012

		Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie
Belgique		22 610	106,6
Wallonie		21 214	100,0
Hainaut		20 095	94,7
Arrondissements	Ath	22 331	105,3
	Charleroi	19 161	90,3
	Mons	19 560	92,2
	Mouscron	20 095	94,7
	Soignies	21 051	99,2
	Thuin	20 511	96,7
	Tournai	21 008	99,0

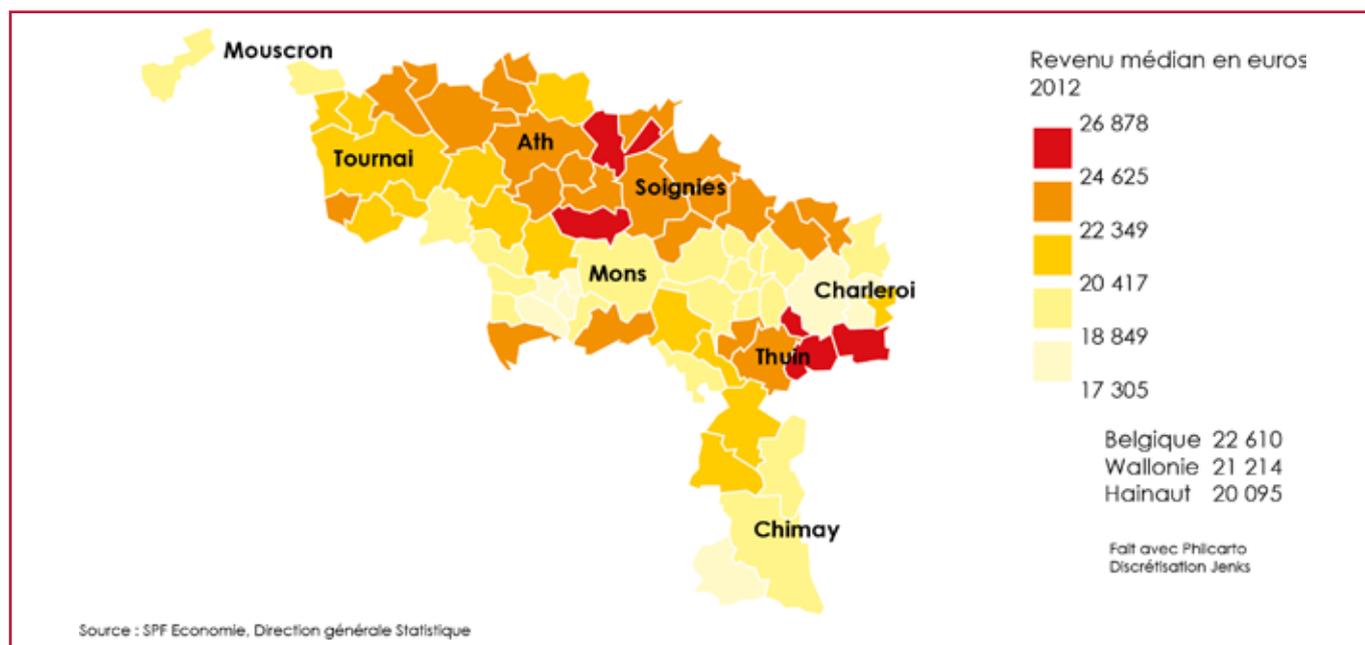
Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, Direction générale Statistique



Le revenu médian par déclaration fiscale au cours de l'année 2012 apparaît plus de 2 000 € plus faible en Hainaut (20 095 €) qu'en Belgique (22 610 €), et inférieur d'un peu plus de 1 000 € par rapport à celui de la Wallonie (21 214 €). L'arrondissement d'Ath présente un revenu médian similaire au revenu médian national et donc supérieur à ceux de la Wallonie et du Hainaut. Les arrondissements de Charleroi et Mons se partagent les revenus les plus faibles du Hainaut.

Les arrondissements d'Ath, de Soignies et de Tournai présentent un indice de richesse comparable ou supérieur à la Wallonie. A l'opposé, les arrondissements de Charleroi et de Mons se situent au bas de l'échelle. Mais ces données par arrondissement cachent aussi de fortes disparités que montre la carte suivante.

Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, Hainaut, par commune, 2012



▼
Le nord du Hainaut et la banlieue sud de Charleroi disposent des revenus les plus élevés. A l'inverse, l'ancien sillon industriel et minier ainsi que la Botte du Hainaut ont des revenus faibles. Les revenus médians les plus élevés sont déclarés à Jurbise, Silly, Montigny-le-Tilleul, Ham-sur-Heure-Nalinnes et Gerpennes où ils sont supérieurs à 24 600 €.

A l'opposé, on observe les revenus les plus faibles (moins de 18 900 €) dans les communes du Borinage (Dour, Colfontaine, Boussu, Quaregnon), à Charleroi (avec Farciennes et Châtelet) et à Momignies dans la Botte du Hainaut.

Le revenu disponible comprend les revenus du travail et du capital augmenté des prestations sociales et des indemnités versées par les assurances, diminué des cotisations sociales, des impôts et des primes d'assurance.^[1]



Tableau 4.3. Revenu disponible moyen et indice de revenu disponible, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2012

		Revenu disponible par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie
Belgique		18 927	109,7
Wallonie		17 249	100,0
Hainaut		16 439	95,3
Arrondissements	Ath	17 508	101,5
	Charleroi	15 863	92,0
	Mons	16 129	93,5
	Mouscron	15 715	91,1
	Soignies	17 416	101,0
	Thuin	16 674	96,7
	Tournai	16 928	98,1

Source : OSH, calculs propres sur base des données de la BNB



Le revenu disponible donne une image de la répartition des richesses entre les différents territoires : elle est assez proche de celle du revenu médian par déclaration, mais plus en phase avec les vraies réalités quotidiennes puisqu'elle tient compte de toutes les entrées et sorties financières d'un ménage. Le revenu disponible moyen par habitant en Hainaut est inférieur à ceux de Wallonie ou de la Belgique.

Ce sont les habitants des arrondissements de Charleroi, de Mons et de Mouscron qui se révèlent les plus touchés. La situation de la population des arrondissements d'Ath et de Soignies apparaît plus favorable avec des revenus disponibles similaires à ceux de la Wallonie.

1.3. Emploi

En Belgique et plus généralement dans les pays européens, la situation de l'emploi est influencée par l'évolution de l'économie, mais aussi par des facteurs démographiques tels que le vieillissement de la population. Parallèlement, au cours des vingt-cinq dernières années, le marché de l'emploi a connu des évolutions importantes, comme la tertiarisation de l'économie ou le développement de technologies de pointe. Les parcours professionnels ne sont par ailleurs plus les mêmes, avec une plus grande flexibilité, une demande croissante en autonomie et un apprentissage tout au long du parcours professionnel.^[3]

Depuis 2013, après des années de crise économique, l'amélioration des conditions économiques et du marché du travail en Europe s'est poursuivie jusqu'au début de l'année 2015, avec une réduction modérée mais régulière du chômage qui n'avait cessé de croître depuis 2008. Néanmoins, malgré cette évolution, le chômage reste élevé, puisqu'au premier trimestre 2015, on comptabilisait 23,8 millions de demandeurs d'emploi dans l'Union européenne (UE). Par ailleurs, le chômage de longue durée reste important.^[4-5]

1.3.1. Population active et inactive

La population active regroupe la population active occupée, c'est-à-dire les personnes qui ont un emploi et la population active inoccupée, c'est-à-dire les demandeurs d'emploi.

La population inactive regroupe les personnes qui ne sont ni en emploi, ni au chômage. Elle comprend les étudiants, les pensionnés ou prépensionnés, les hommes/femmes au foyer, les personnes en incapacité de travail...^[3]

Schéma Répartition de la population en âge d'être active (20-64 ans)

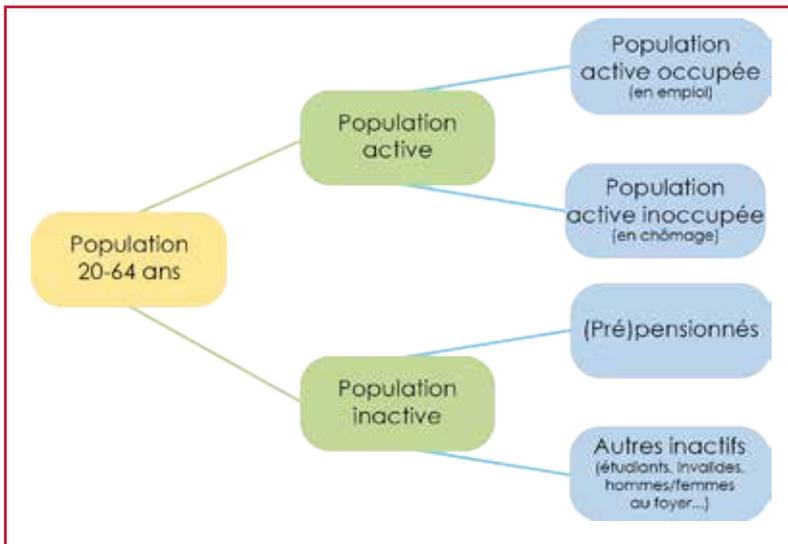
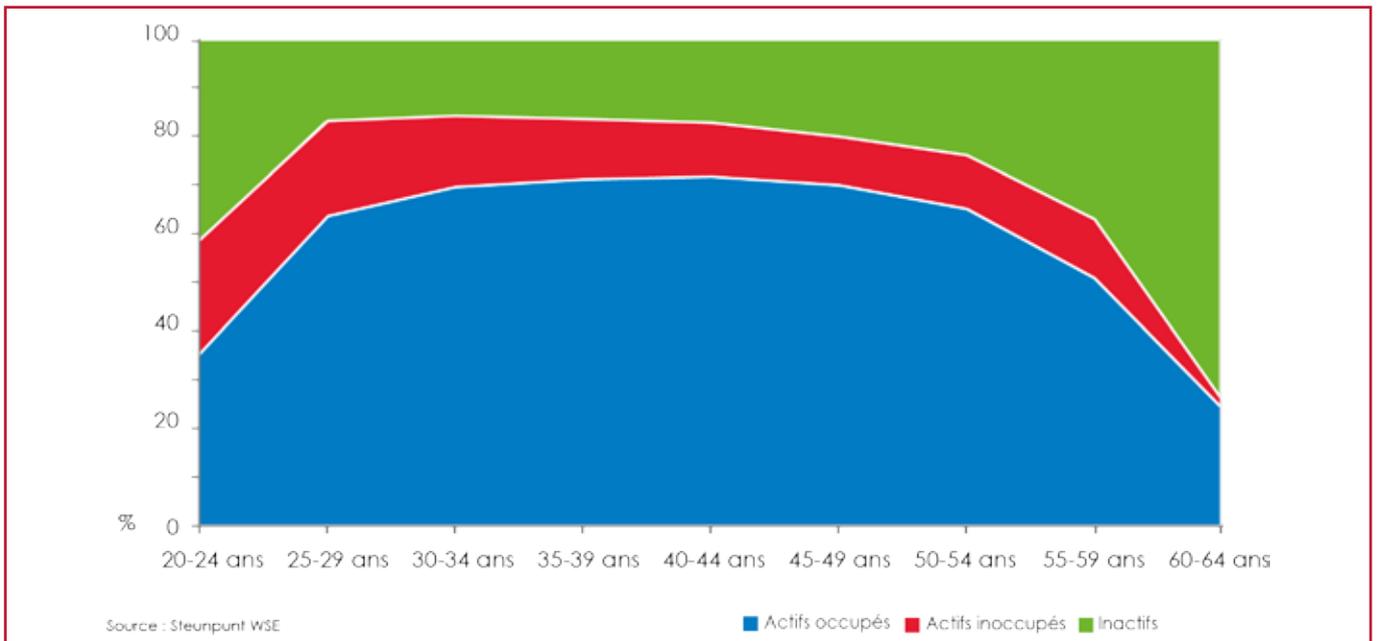


Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, Hainaut, 2013



Entre 20 et 34 ans, la proportion d'actifs augmente logiquement avec les entrées des étudiants sur le marché du travail. A partir de 45 ans, cette proportion diminue d'abord lentement puis de façon plus importante dès 55 ans.

1.3.2. Activité, emploi et chômage

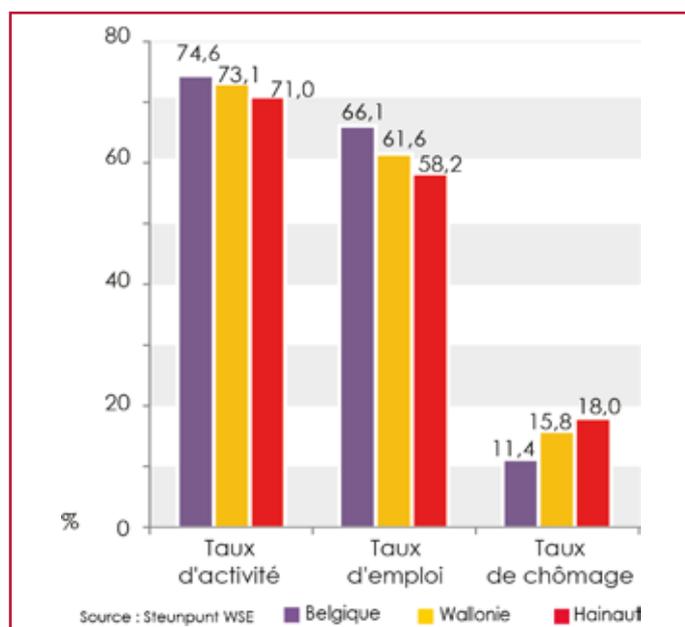
Le taux d'activité correspond au rapport entre la population active (occupée ou inoccupée) et la population en âge de travailler de 20-64 ans (active et inactive).

Le taux d'emploi correspond au rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler (20-64 ans).^[6]

Le taux de chômage correspond au rapport entre la population active inoccupée et la population active.^[3]

Les données des deux figures suivantes se réfèrent aux définitions du Bureau international du travail (BIT). Ces définitions permettent des comparaisons internationales.

Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT (20-64 ans), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

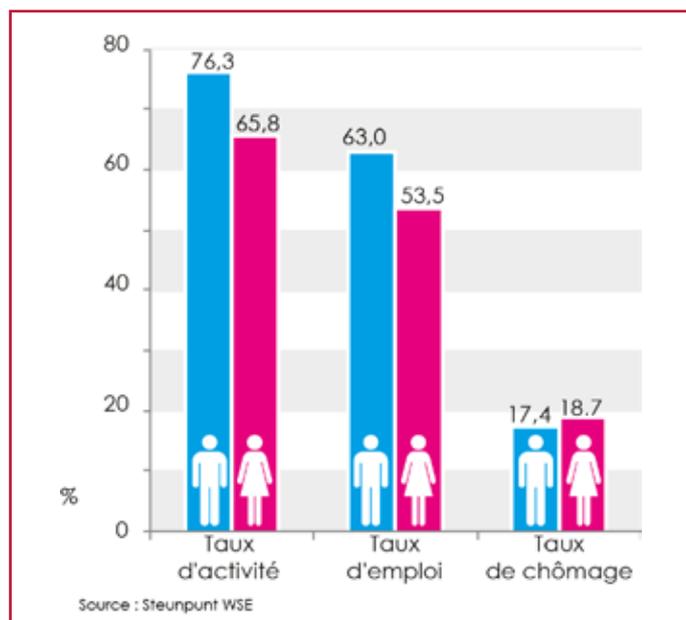


► Le taux d'activité de la population hainuyère des 20-64 ans s'élevait à 71 % en 2013 contre près de 75 % en Belgique. 29 % des habitants étaient donc considérés inactifs (étudiants, hommes/femmes au foyer, en incapacité, pensionnés...).

De même, le taux d'emploi apparaissait plus faible en Hainaut (58 % contre 62 % en Wallonie et plus de 66 % en Belgique).

Quant au taux de chômage (selon la définition du BIT), il se révélait nettement plus élevé en Hainaut (18 %) qu'en Wallonie (16 %) et surtout qu'au niveau national (11 %).

Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (BIT) (20-64 ans), par sexe, Hainaut, 2013



► Si l'on analyse la situation de l'emploi selon le sexe, on constate combien les femmes hainuyères sont proportionnellement moins nombreuses que leurs homologues masculins sur le marché. Le taux d'activité s'élève à 66 % chez les femmes contre 76 % chez les hommes tandis que le taux d'emploi atteint 63 % chez ces derniers contre à peine 54 % pour les femmes.

Au niveau du chômage, la situation apparaît légèrement moins favorable pour la population féminine (19 % contre 17 % chez les hommes) alors qu'au niveau de la Belgique et de la Wallonie, le taux de chômage des femmes est pratiquement identique à celui des hommes.

Tableau 4.4. Taux en % de chômage, par âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juin 2015

		< 25 ans	25 - 50 ans	50 ans et +	Total
Belgique		10,2	8,5	12,1	9,5
Wallonie		17,0	11,6	17,0	13,4
Hainaut		21,2	13,5	19,3	15,7
Arrondissements	Ath	21,0	12,7	19,2	15,1
	Charleroi	21,8	15,1	20,3	17,0
	Mons	24,3	14,8	21,2	17,2
	Mouscron	15,2	10,3	18,0	12,7
	Soignies	19,4	12,1	18,1	14,3
	Thuin	21,9	12,6	17,6	14,8
	Tournai	19,6	11,7	16,7	13,7

Source : ONEM

▼ Quel que soit le niveau géographique, les tranches d'âge les plus touchées par le chômage concernent les moins de 25 ans et les 50 ans et plus. En Hainaut, près d'un habitant sur 5, âgé de 50 ans et plus, susceptible de travailler, n'a pas d'emploi.

De même, le chômage atteint plus d'un jeune Hainuyer sur 5 et jusqu'à un sur 4 dans l'arrondissement de Mons. Seul, l'arrondissement de Mouscron connaît un taux de chômage inférieur à la moyenne wallonne pour les moins de 50 ans.



Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-Hainaut, août 2015

	Moins de 1 an		Plus de 1 an		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Wallonie	110 316	44,4	138 180	55,6	248 496	100,0
Hainaut	43 881	42,9	58 411	57,1	102 292	100,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données du FOREM



Au niveau de la durée d'inoccupation, en août 2015, la proportion de chômeurs de plus d'un an était légèrement supérieure en Hainaut par rapport à la Wallonie. Près de 6 chômeurs hainuyers sur 10 le sont depuis plus d'un an.

1.4. Autres revenus de substitution

Le revenu d'intégration sociale (RIS) est une aide financière rentrant dans le cadre du droit à l'intégration sociale. Il est accordé sur base de certaines conditions par le CPAS. Il remplace l'ancien minimex.

L'équivalent du revenu d'intégration sociale (ERIS) est une aide financière accordée par le CPAS aux personnes qui ne répondent pas aux conditions fixées par la loi relative au droit à l'intégration sociale mais qui se trouve dans une situation de fait similaire.^[7]

La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation octroyée aux personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance.^[8]

Tableau 4.6. Proportion en % de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement, par groupe d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Jeunes (18-24 ans)	100	100	100
CPAS : RIS et ERIS	6,6	9,0	10,5
Allocation de chômage*	3,7	5,9	7,6
Allocations aux personnes handicapées	1,0	1,0	1,0
% total de jeunes avec allocations	11,3	15,9	19,2
Population d'âge actif (18-64 ans)	100	100	100
CPAS : RIS et ERIS	2,8	3,9	4,2
Allocation de chômage*	5,2	7,0	7,9
Allocations aux personnes handicapées	2,1	2,7	2,8
% total de 18-64 ans avec allocation	10,1	13,5	14,8
Personnes âgées (65 ans et +)	100	100	100
GRAPA	5,3	5,4	5,3
CPAS : RIS et ERIS	0,3	0,3	0,2
Allocations aux personnes handicapées	9,2	8,3	9,1
% total de 65 ans et + avec allocations	14,8	14,0	14,7

* juin 2015

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPP Intégration sociale; ONP; SPF Economie, Direction générale Statistique



En 2014, plus de 19 % des jeunes Hainuyers de 18 à 24 ans vivaient avec une allocation d'aide sociale ou une allocation de chômage. C'est nettement supérieur à la situation de cette même catégorie d'âge en Wallonie (16 %) et même presque deux fois plus qu'au niveau national. 11 % d'entre eux bénéficiaient d'une aide sociale du CPAS.

D'autre part, près de 15 % de la population d'âge actif (entre 18 et 64 ans) bénéficiait de ces aides financières en Hainaut, ce qui est légèrement plus important qu'en Wallonie (14 %).

Enfin, dans la catégorie des plus âgés (65 ans et plus), 15 % de la population touche une allocation d'aide sociale (majoritairement une allocation aux personnes handicapées), ce qui correspond au pourcentage observé en Belgique.

La réforme des allocations de chômage en Belgique en 2015 tend vers une augmentation progressive mais réelle du nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale.

1.5. Endettement

Au cours des dernières années, les situations d'endettement problématique et de surendettement sont devenues plus fréquentes. La conjoncture économique détériorée que nous connaissons depuis 2008 explique les difficultés financières des ménages ainsi que la hausse du phénomène de surendettement.^[9]

Outre ce contexte économique défavorable, le surendettement peut s'expliquer par plusieurs facteurs tels que les accidents de la vie, comme un divorce, une maladie ou encore la perte d'un emploi.^[10]

Un crédit est considéré comme défaillant lorsque l'emprunteur n'a pas totalement remboursé la somme due trois mois après la date de son échéance.^[11] On parlera alors de situation d'endettement problématique.

Tableau 4.7. Proportion en % de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique (BNB) sur l'ensemble de la population majeure, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014

		Personnes majeures enregistrées pour au moins un crédit	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant parmi les personnes ayant au moins un crédit
Belgique		69,0	3,7	5,4
Wallonie		72,1	5,4	7,4
Hainaut		72,7	6,4	8,8
Arrondissements	Ath	74,2	4,6	6,2
	Charleroi	75,5	8,1	10,7
	Mons	72,9	6,4	8,8
	Mouscron	69,4	5,3	7,7
	Soignies	73,0	5,8	8,0
	Thuin	68,7	5,3	7,7
	Tournai	69,3	4,7	6,8

Source : OSH, calculs propres sur base des données de la BNB, Centrale des crédits aux particuliers

▼
Environ trois quarts des personnes majeures du Hainaut ont un crédit, qu'il s'agisse d'un crédit hypothécaire, d'un prêt à tempérament ou d'une ouverture de crédit. En Hainaut, 6,4 % de la population se trouve dans l'incapacité de rembourser au moins un crédit. Cette proportion est supérieure à la situation belge (3,7 %) ou à celle de la Wallonie (5,4 %). La proportion est plus élevée à Charleroi (8,1 %). Parmi les personnes ayant au moins un crédit, 8,8 % (une personne sur 11) ne parviennent plus à le rembourser à temps.

1.6. Monoparentalité

Une famille monoparentale se définit comme un ménage composé d'un adulte de référence, c'est-à-dire un chef de ménage, soit de sexe masculin, soit de sexe féminin et de ses enfants^[1].

Depuis plusieurs décennies, les structures familiales se sont modifiées, multipliant les configurations. Avec ces changements, on a vu le nombre de familles monoparentales augmenter, entraînant de nouveaux risques de pauvreté et d'exclusion sociale. De manière générale, le passage à la monoparentalité fait chuter le taux d'emploi des hommes et des femmes, et c'est encore plus vrai pour ces dernières. En effet, leur présence sur le marché du travail tend à diminuer avec l'apparition de la famille. Par ailleurs, le nombre et l'âge des enfants influencent fortement leur taux d'emploi.^[12]

Tableau 4.8. Proportion en % de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		1,6	7,7	9,3
Wallonie		1,9	9,7	11,6
Hainaut		1,9	10,7	12,6
Arrondissements	Ath	1,9	8,9	10,8
	Charleroi	2,0	11,6	13,6
	Mons	1,9	12,2	14,1
	Mouscron	1,7	8,0	9,7
	Soignies	1,9	10,2	12,1
	Thuin	1,9	10,1	12,0
	Tournai	1,8	9,0	10,8

Source : UCL Cityse

▼
Quel que soit le territoire observé, les chefs de ménages monoparentaux sont majoritairement des femmes. Les ménages monoparentaux dont le chef de ménage est un homme représentent moins de 2 % des ménages, quel que soit le territoire considéré. Autrement dit, les variations entre territoires sont liées au nombre de femmes vivant en ménage monoparental et sont un indicateur de pauvreté.

En 2013, la proportion de ménages monoparentaux constitue 9,3 % de l'ensemble des ménages belges. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (12 %) et en Hainaut (13 %), en particulier dans les arrondissements de Mons (14 %) et de Charleroi (14 %).



1.7. Logements publics

Le droit à un logement convenable a été reconnu comme faisant partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant dans la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966.

En 2013, lors de l'Enquête nationale de Santé (ENS) par Interview, un peu plus de 6 % des ménages belges interrogés se déclaraient incapables de garder leur logement chaud, la classe des revenus les plus faibles étant essentiellement touchée. Les chiffres hainuyers se révèlent supérieurs (13,3 %) et statistiquement significatifs par rapport à la valeur nationale mais pas à la valeur régionale (9 %).

Dans un aide mémoire (n° 323) édité en décembre 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) rappelait que la réalisation du droit à la santé était étroitement liée à la réalisation des autres droits de l'homme, notamment le droit au logement.

La crise du logement en Belgique comporte plusieurs dimensions : une dimension pécuniaire (les loyers sont trop élevés et augmentent plus vite que les revenus), une dimension quantitative (il y a un manque de logements pour faire face à l'accroissement démographique, principalement à Bruxelles) et une dimension sociale (il y a un manque de logements publics disponibles^[13]).

Pour faire face à cette pénurie de logements publics, "le Code Wallon du Logement et de l'Habitat Durable prévoit que chaque commune élabore un programme communal en matière de logement". Ainsi, au niveau local, "chaque commune doit tendre vers un objectif de 10 % de logements publics sur son territoire, qu'il s'agisse de logements subventionnés ou conventionnés".^[14]

Le logement public regroupe différentes catégories de logement : social, moyen, de transit, d'insertion ou pour personnes âgées.^[15]

Les logements sociaux sont destinés à des ménages en état de précarité ou disposant de revenus modestes.

Les logements moyens sont destinés à des ménages à revenus moyens. Le logement doit être mis en location durant une période minimale de 30 ans à dater de la première occupation.

Les logements de transit sont destinés à des ménages en état de précarité ou privés de logement pour des motifs de force majeure. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation.

Les logements d'insertion sont destinés à des ménages en état de précarité. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation.^[16]

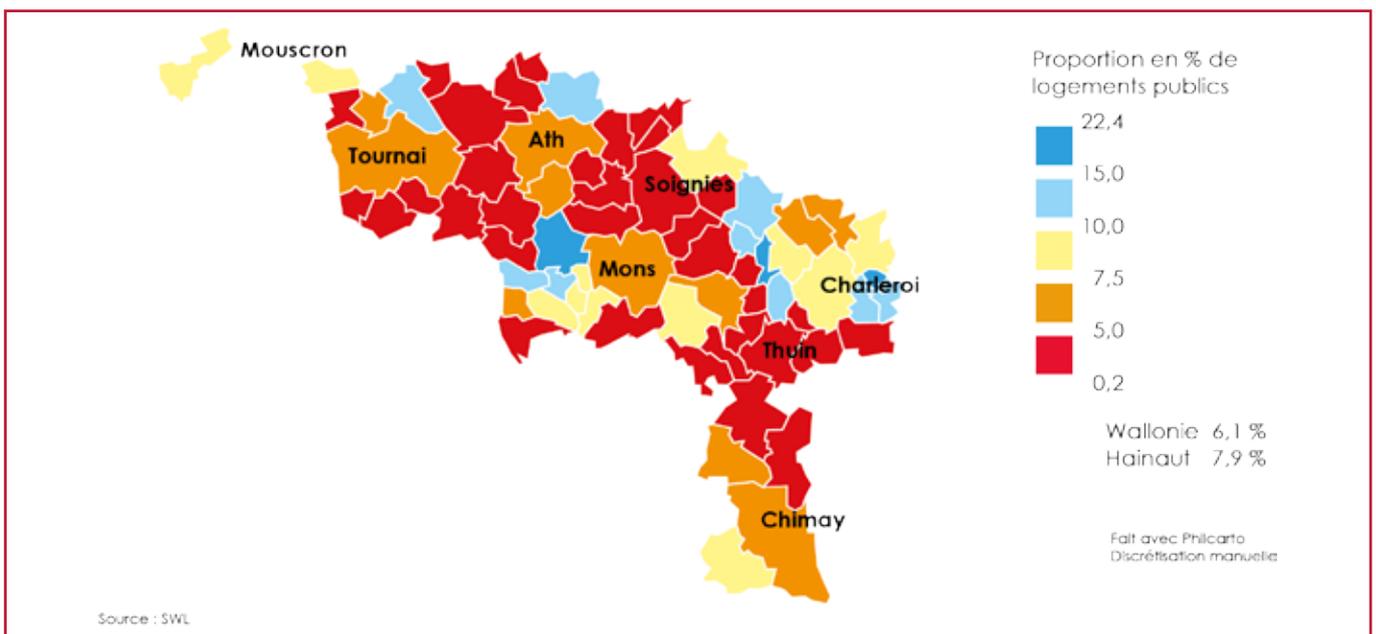
Tableau 4.9. Proportion en % de logements publics, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013

		Logements publics
Wallonie		6,1
Hainaut		7,9
Arrondissements	Ath	3,4
	Charleroi	10,5
	Mons	8,7
	Mouscron	9,2
	Soignies	6,5
	Thuin	4,7
	Tournai	5,7

► En 2013, la proportion de logements publics en Hainaut est supérieure à celle observée en Wallonie, mais encore inférieure aux 10 % que prévoit le code wallon. A noter les disparités en fonction des territoires puisque l'arrondissement d'Ath ne compte que 3,4 % de logements publics parmi l'ensemble de ses logements tandis que celui de Charleroi en recense 10,5 %.

Source : OSH, calculs propres sur base des données de la SWL ; Cadastre

Carte 4.2. Proportion de logements publics, Hainaut, par commune, 2013

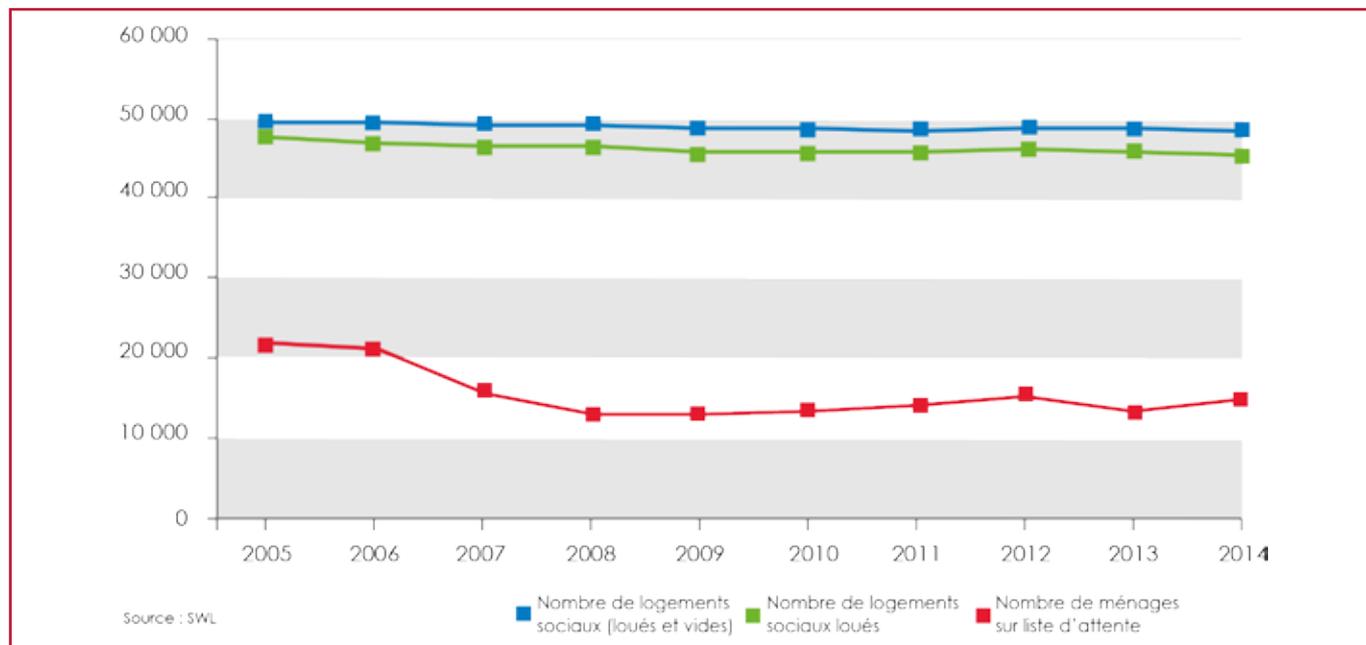


▼
12 communes hainuyères (représentant un total de plus de 260 000 habitants, soit environ 20 % de la population hainuyère) atteignent ou dépassent la proportion recommandée de 10 % de logements publics sur leur territoire en 2013.

On observe cependant de fortes disparités en Hainaut : Jurbise, Lens et Beloeil en comptent moins de 1 % contre plus de 20 % à Chapelle-lez-Herlaimont et Farciennes.



Figure 4.4. Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux (total et occupés), Hainaut, 2005-2014



▼
En 2014, la Société Wallonne du Logement (SWL) comptabilisait 48 482 logements sociaux dont 45 488 loués et 2 994 vides (soit 6,2 % de l'ensemble) en Hainaut. En dix ans, le parc de logements sociaux a diminué d'environ 1 000 unités.

Alors que le nombre de logements sociaux diminue progressivement, le nombre de ménages en attente d'un logement social reste globalement stable depuis 2007, oscillant entre 13 et 15 000 selon les années, alors qu'il se situait aux alentours des 21 000 avant 2007.

2. Excès de poids

Selon l'OMS, l'obésité a doublé dans le monde depuis 1980. En 2014, le surpoids concernait plus de 1,9 milliard d'adultes dont 600 millions étaient obèses. La principale cause du surpoids et de l'obésité réside en un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées (plus grande consommation d'aliments très caloriques riches en graisses et un manque d'activité physique).

Ces problèmes de santé constituent un important facteur de risque de maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques et certains cancers.^[17-18]

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utile du statut nutritionnel d'un adulte. Il est calculé à l'aide de la formule suivante^[17]:

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

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

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

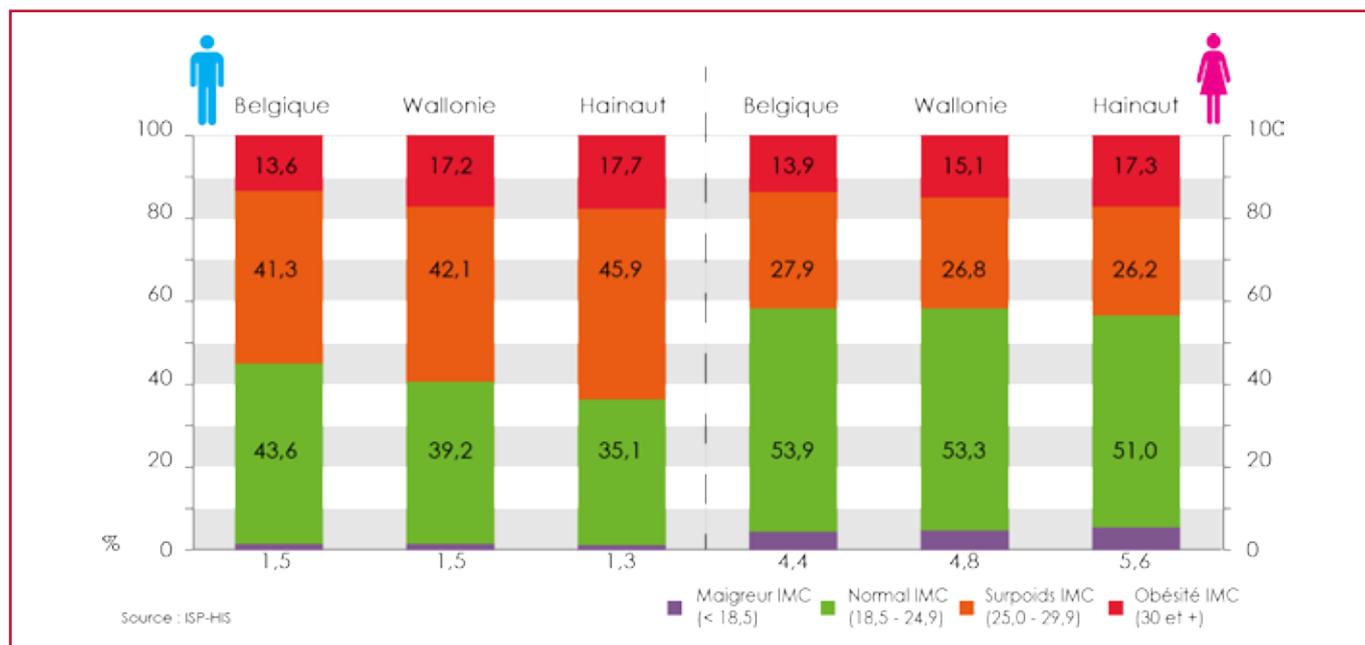
Exemple : un individu mesure 1 m 80 et pèse 80 kg, son IMC sera de 80 kg divisé par (1,80 m x 1,80 m) soit 24,7, son IMC se situe à la limite de la corpulence normale (entre 18 et 25).

2.1. Corpulence des adultes

Les données présentées ci-après ont été établies sur base des déclarations des répondants. Notons que les hommes ont tendance à surestimer leur taille tandis que les femmes sous-estiment généralement leur poids.^[19] Il en résulte sans doute une sous-estimation de la proportion de personnes en surpoids ou en situation d'obésité.



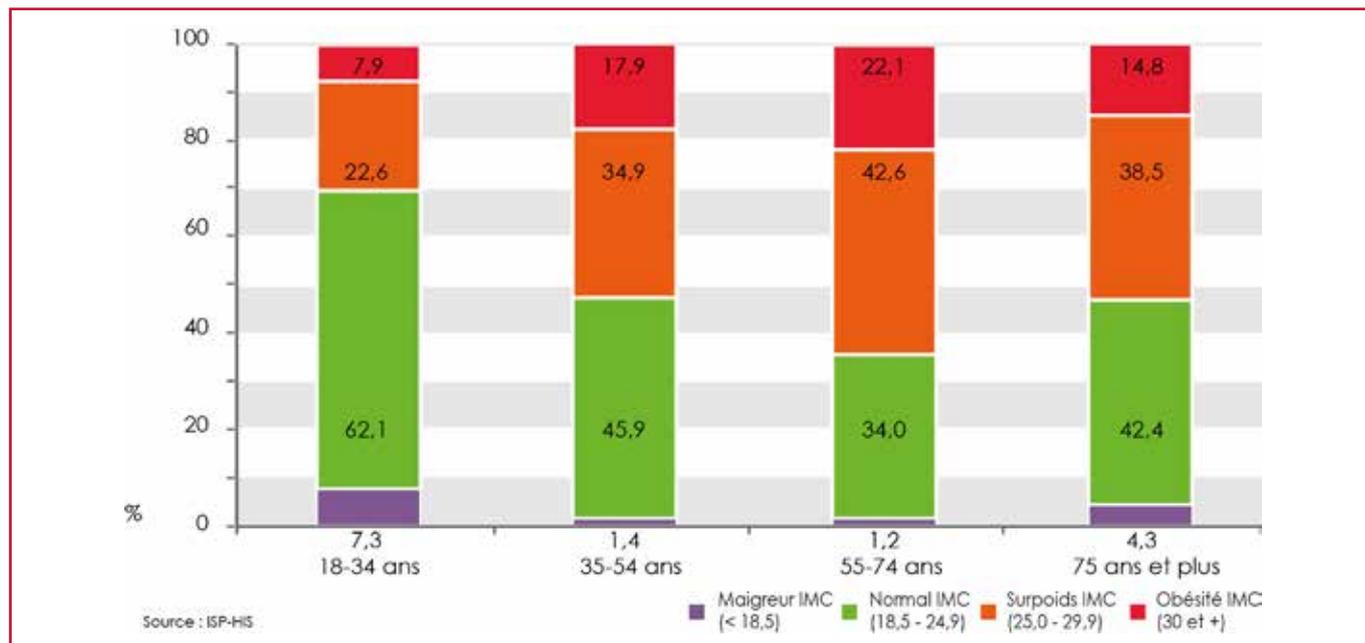
Figure 4.5. Répartition en % de la population (de 18 ans et plus) selon l'IMC, d'après les déclarations des répondants, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



▼
L'obésité touche tout autant les hommes (18 %) que les femmes (17 %) en Hainaut. Ces proportions ne sont pas statistiquement différentes des valeurs enregistrées en Wallonie (respectivement 17 et 15 %). Quel que soit le niveau territorial, le surpoids demeure plus important dans la population masculine. A l'inverse, les situations de maigreur ou de corpulence normale se retrouvent plus fréquemment chez les femmes.

Tandis que l'évolution dans le temps montre une augmentation de la fréquence de l'obésité chez les hommes en Belgique (14 % en 2013 contre 11 % en 1997) et en Wallonie (17 % en 2013 contre 15 % en 1997), on n'observe pas de différences significatives quant à la situation en Hainaut depuis le début des ENS par Interview tant dans la population masculine que féminine.

Figure 4.6. Répartition en % de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013

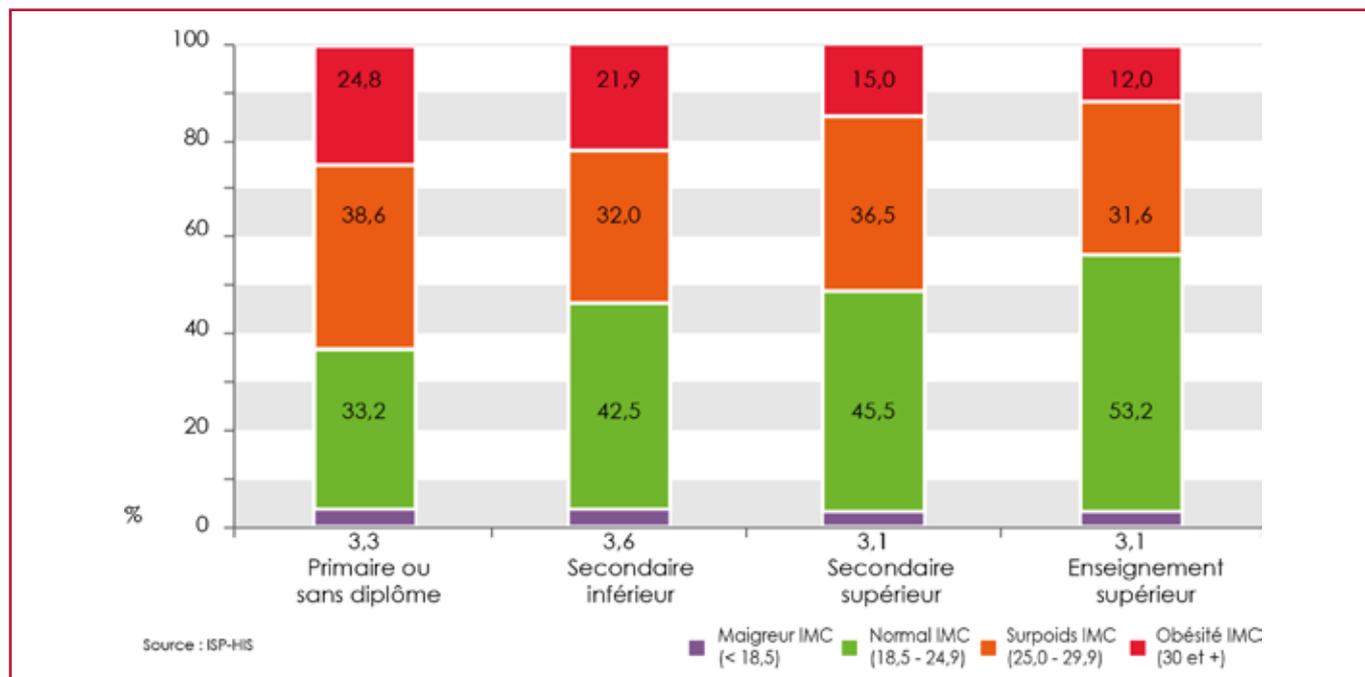


▼
 L'obésité touche déjà 8 % des 18 à 34 ans, indiquant une population particulièrement à risque de développer des pathologies liées à cet état. Le surpoids et l'obésité en Wallonie augmentent avec l'âge, atteignant des pics chez les 55-74 ans (43 % de personnes en surpoids et 22 % de personnes obèses). Ces proportions diminuent chez les 75 ans et plus.

Notons que la maigreur touche 7 % des jeunes de 18 à 34 ans.



Figure 4.7. Répartition en % de la population (de 18 ans et plus), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013



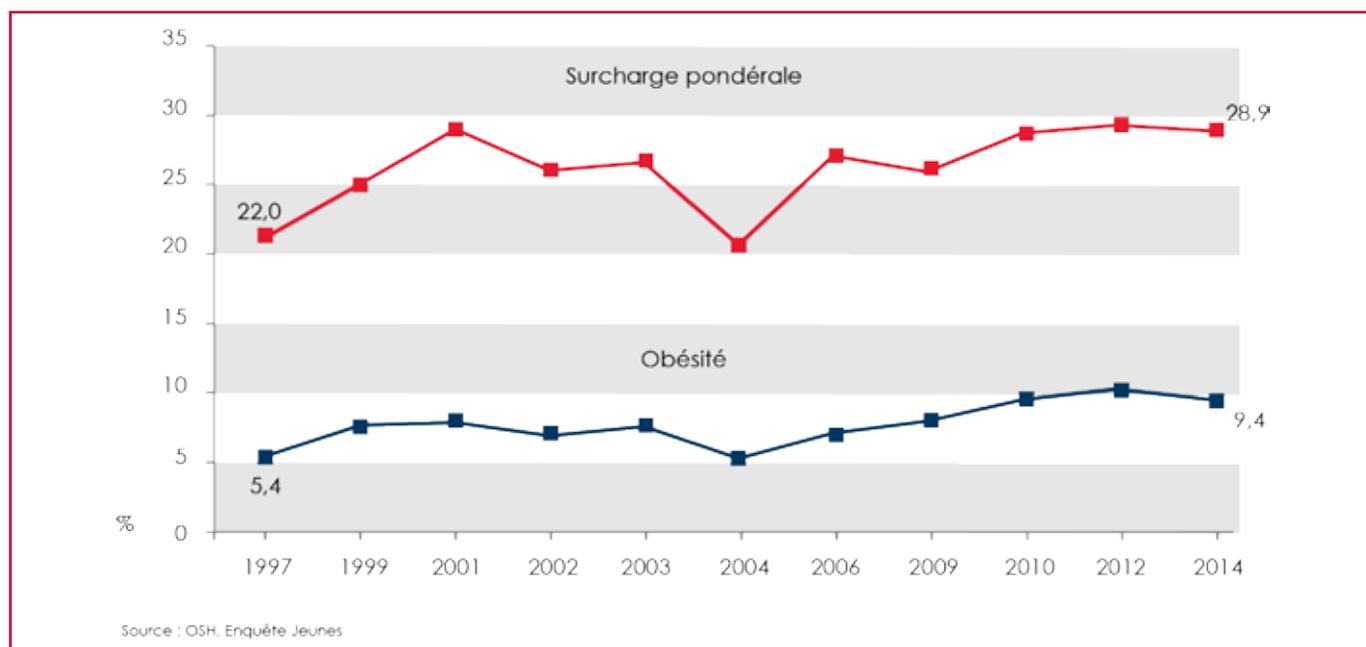
▼
La surcharge pondérale et l'obésité sont liées au niveau d'instruction. En effet, plus celui-ci est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids augmente. Parmi les personnes non diplômées ou détentrices du seul diplôme de l'enseignement primaire, près d'un quart sont obèses et environ 39 % en surpoids.

A l'inverse, l'obésité ne concerne "que 12 %" des personnes diplômées de l'enseignement supérieur. D'autre part, le niveau d'éducation est en lien avec le surpoids : selon l'ENS par Interview 2013, un peu plus de 63 % de la population wallonne disposant au maximum d'un diplôme du primaire contre moins de 44 % des personnes ayant un niveau d'études supérieures sont considérées en surpoids.

2.2. Corpulence des jeunes

L'épidémie d'obésité touche aussi les enfants et les adolescents. Les différentes enquêtes menées depuis près de dix-huit ans en collaboration avec les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et les centres psycho-médico-sociaux (PMS) volontaires permettent une récolte et une diffusion d'informations mesurées de façon standardisée sur l'indice de masse corporelle des jeunes du Hainaut. Les données présentées ci-dessous sont basées sur les seuils extraits des tables de référence de l'International Obesity TaskForce (IOTF) qui tiennent compte de la variabilité existante selon l'âge et le sexe des jeunes de moins de 18 ans.

Figure 4.8. Evolution en % de l'obésité et de la surcharge pondérale (obésité + surpoids) chez les jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans, Hainaut, 1997-2014

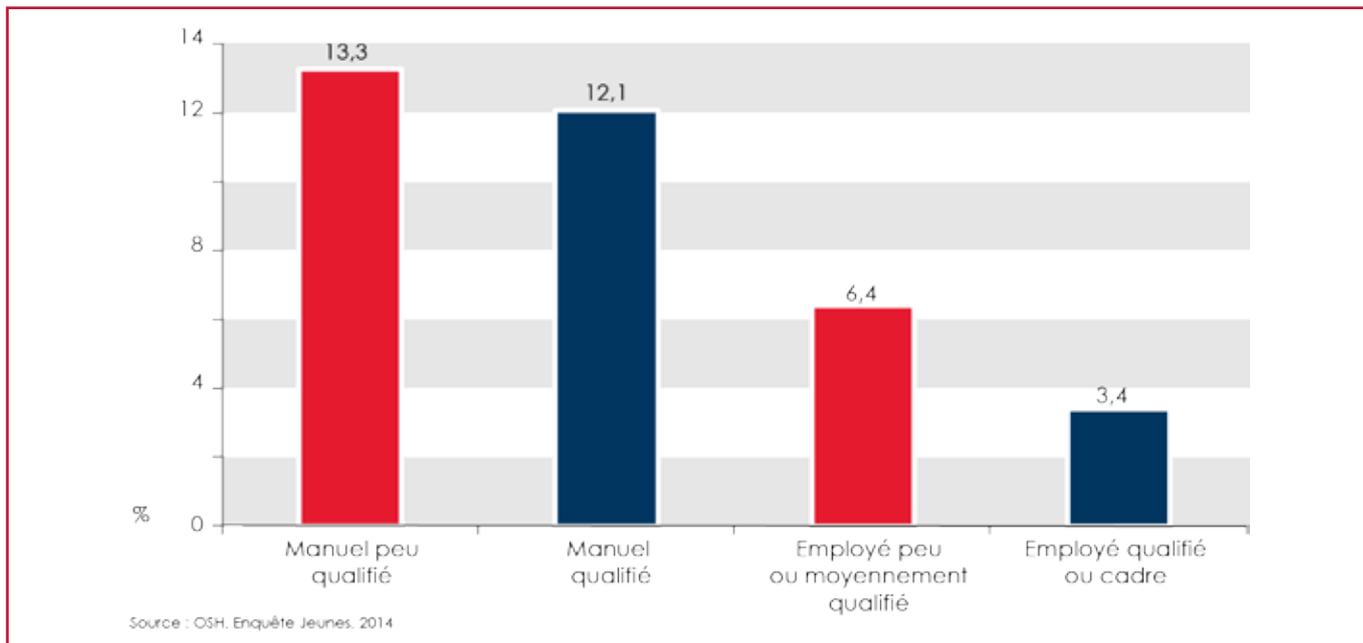


▼
De 1997 à 2010, on assiste à un doublement de la fréquence de l'obésité qui touche à présent un jeune sur 10 en Hainaut. Il est à noter que le suivi du tour de taille indique l'importance de l'obésité abdominale qui expose ces jeunes à un risque élevé de complications à l'âge adulte.

La surcharge pondérale passe de 22 à 29 %. Les chiffres de 2010 à 2014 (28-29 %) tendent à montrer une certaine stabilité (déjà observée dans plusieurs pays occidentaux) qui devra se confirmer au regard du suivi des prochaines enquêtes.



Figure 4.9. Obésité chez les jeunes Hainuyers de 13 à 17 ans en fonction de la catégorie professionnelle du père, Hainaut, 2014



▼
Comme le montre cette figure, l'obésité des jeunes Hainuyers est associée à la catégorie professionnelle du père. La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les enfants dont le père est travailleur manuel que chez ceux dont le père est employé qualifié ou cadre.

On retrouve un effet similaire lorsqu'on étudie l'effet de la profession de la mère. Les inégalités sociales se marquent déjà sur la santé des jeunes et montrent la tendance de leur transmission d'une génération à l'autre.

3. Sédentarité et activité physique

3.1. Sédentarité chez l'adulte

La sédentarité, définie ici comme le manque d'activité physique, est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde.^[20] Ce manque d'activité physique s'explique par nos modes de vie actuels, davantage sédentaires qu'auparavant (travail de bureau, modes de transports passifs, urbanisation croissante, nouvelles technologies de l'information et de la communication...).

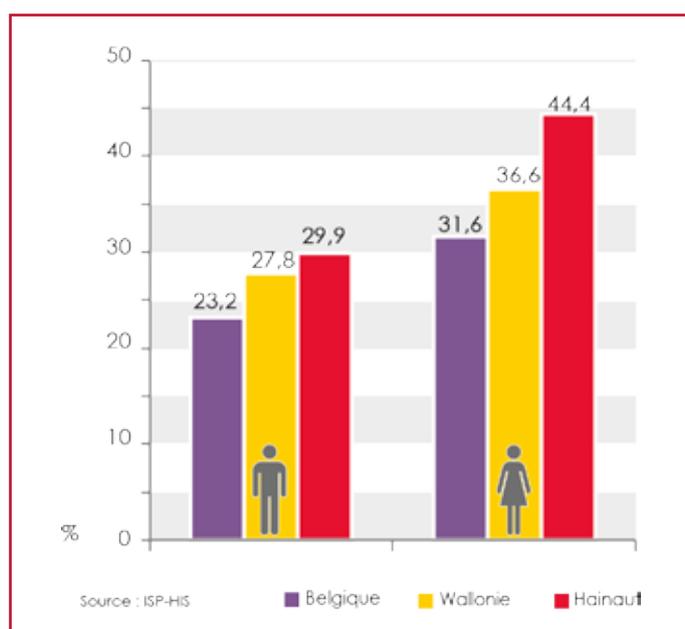
L'OMS estime qu'au niveau mondial, 31 % des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008. Environ 3,2 millions de décès sont attribuables au manque d'exercice physique, chaque année.^[21] Toujours selon l'OMS, la pratique d'une activité physique durant 30 minutes, 5 jours par semaine, permet d'améliorer son état de santé et de rester en forme.^[22]

La sédentarité a été calculée dans l'ENS sur base de la distribution de la population (de 15 ans et plus) suivant le niveau d'activité physique de loisir, selon les catégories suivantes :

- entraînement sportif intensif de 4 heures au minimum par semaine ;
- moins de 4 heures de sport par semaine ou activités physiques légères ;
- activités sédentaires.

Les données présentées dans la figure suivante concernent les personnes reprises dans la catégorie "activités sédentaires". Un style de vie sédentaire se définit par le fait que la personne consacre moins de 10 % de sa consommation d'énergie quotidienne à la pratique d'une activité physique, modérée ou intense.^[22]

Figure 4.10. Proportion en % de personnes considérées comme sédentaires (15 ans et plus), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



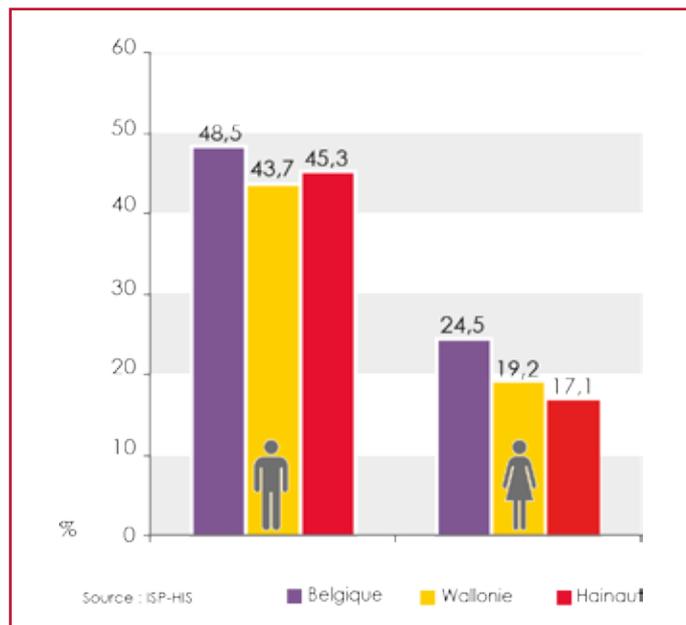
► La proportion de personnes sédentaires en Hainaut est supérieure à celle observée en Belgique et en Wallonie, la différence étant significative chez les femmes, pas chez les hommes.

Les femmes se déclarent proportionnellement plus sédentaires : en Hainaut, 44 % d'entre elles sont concernées contre environ 30 % des hommes.

Le manque d'activité physique s'accroît au fur et à mesure de l'avancement en âge quel que soit le sexe.



Figure 4.11. Proportion en % de la population (de 15 ans et plus) déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



► En Hainaut, 45 % des hommes déclarent pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour, contre 17 % des femmes.

Cela ne diffère pas significativement des situations nationale ou régionale pour les hommes.

On relève cependant une pratique moindre chez les Hainuyères que dans toute la population féminine du pays.

En Wallonie, les diplômés de l'enseignement supérieur sont deux fois plus nombreux (35 %) que les non-diplômés ou du degré du primaire (16 %) à pratiquer 30 minutes d'activité quotidienne.

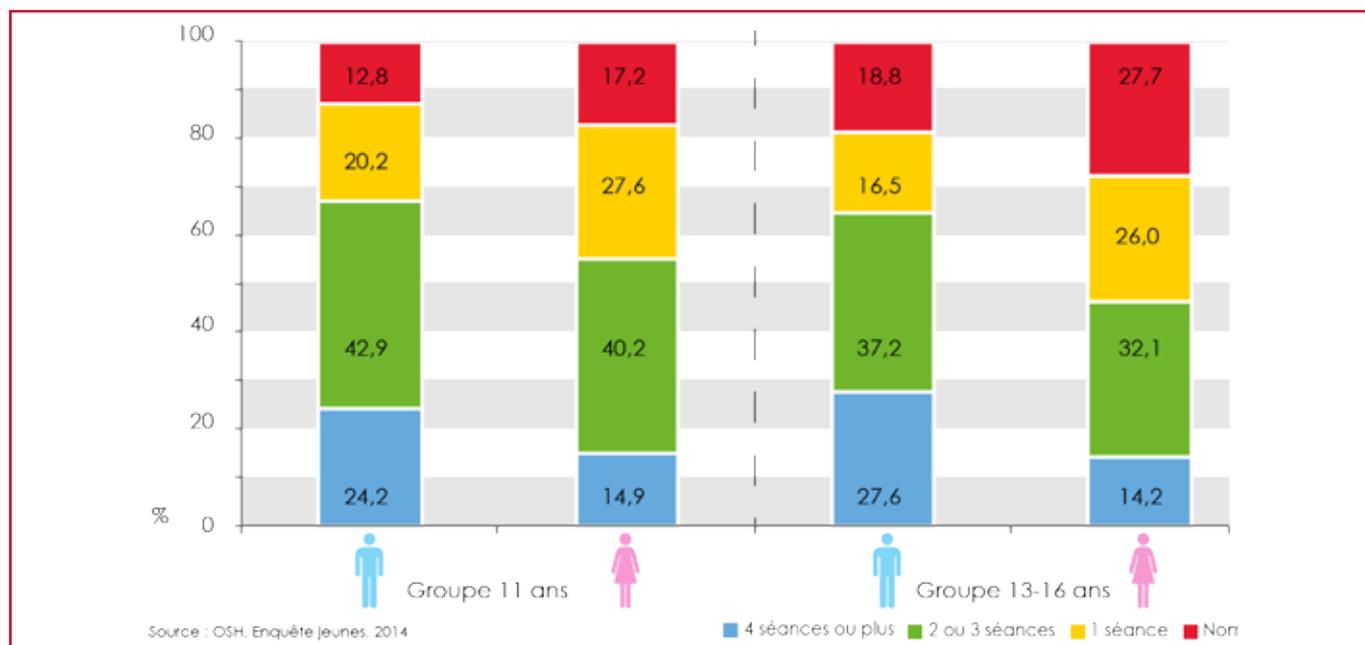
Globalement entre 2004 et 2013, cette pratique est restée stable sur les différents territoires.

3.2. Jeunes et activité physique

L'activité et la condition physique des jeunes tendent à décliner au cours des années tandis qu'on observe un accroissement de leur sédentarité.

Au cours de l'enquête réalisée auprès des jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans en 2014, près de 21 % d'entre eux ont déclaré n'avoir pratiqué aucune activité physique en dehors de l'école la semaine précédente.

Figure 4.12. Pratique en % de l'activité physique des jeunes en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, Hainaut, 2014 (N = 1 667)



▼
 A 11 ans, l'absence d'activité physique dans la semaine précédant l'enquête concerne un garçon sur 8 et une fille sur 6 en Hainaut.

Dès l'âge de 13 ans, la fréquence de l'activité physique diminue davantage chez les filles que chez les garçons : un garçon sur 5 et une fille sur 4 manquent alors d'activité physique.

En revanche, la proportion de jeunes les plus actifs (au moins 4 séances la semaine précédant l'enquête) reste stable chez les filles (environ 14 %) et augmente légèrement chez les garçons (24 % à 11 ans et 28 % chez les 13 et 16 ans).

Ici aussi, le contexte socio-économique dans lequel vit l'enfant influence la fréquence de l'activité physique.



4. Alimentation

Une mauvaise alimentation, au même titre que le manque d'activité physique et la consommation d'alcool et/ou de tabac, est l'un des facteurs de risque des maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'obésité et le diabète de type 2.^[23-24-27]

Le PNNS-B^[24] a élaboré des recommandations en termes de fréquence de consommation et de quantité pour les différentes catégories d'aliments. Ainsi, il est préconisé de consommer :

- 1,5 litre d'eau par jour, soit environ 6 à 8 verres (selon la taille du verre) ;
- 400 à 800 grammes de légumes et fruits par jour, ce qui représente par exemple au minimum 5 portions de 80 grammes. Tous les fruits et les légumes interviennent dans ces 5 portions ;
- 3 rations de produits laitiers par jour pour les enfants et les adolescents ;
- 100 grammes de produits riches en protéines (viande, poisson, volaille, œuf) par jour dont du poisson une ou deux fois par semaine ;
- consommer des matières grasses avec modération et en variant les sources (en privilégiant les matières grasses d'origine végétale).^[24]

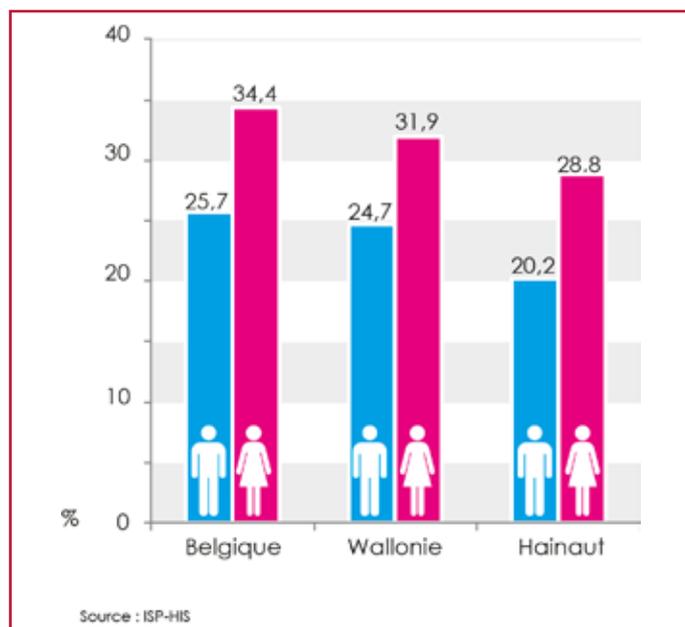
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

La consommation de fruits et de légumes est une composante importante d'une alimentation saine et permet de prévenir l'apparition de certaines maladies. La consommation recommandée par l'OMS est de deux portions de fruits et trois portions de légumes par jour à partir de 6 ans^[24, 25, 26].

Une portion de fruits correspond à une banane, une poire, une pomme, une orange ou n'importe quel autre fruit de la même taille, deux mandarines, deux prunes ou deux autres fruits de la même taille, une dizaine de grains de raisin, une dizaine de cerises, de fraises ou d'autres fruits de la même taille.

Une portion de légumes correspond à une tomate, un quart de concombre, une tasse de carottes râpées, trois cuillères à soupe de légumes bouillis ou cuits (haricots verts, chou-fleur, carottes, brocolis, épinards...), dix petits champignons, cinq asperges fraîches, un chicon, une louche ou la moitié d'un bol de soupe de légumes^[24].

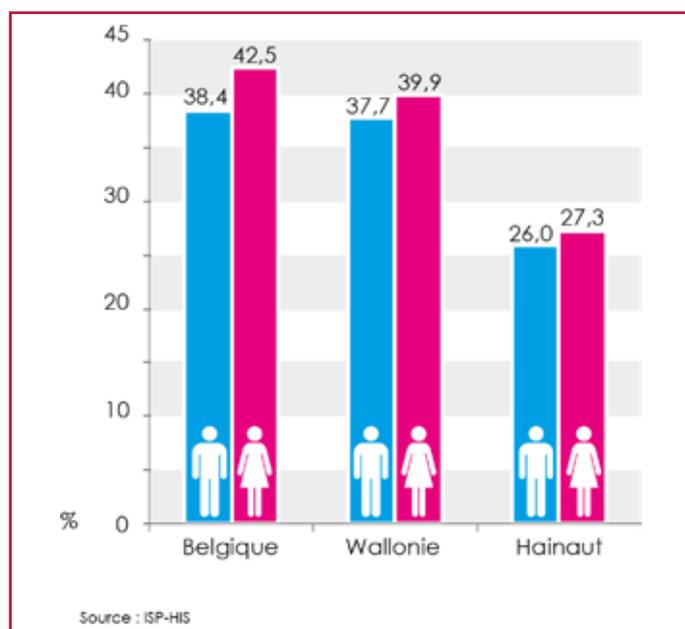
Figure 4.13. Proportion en % de la population (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



► En Hainaut, un quart de la population âgée de 15 ans et plus (20 % chez les hommes et 29 % chez les femmes) déclare consommer au moins deux portions de fruits par jour. On n'observe pas de différence statistiquement significative avec la Wallonie et la Belgique.

Quel que soit le territoire observé, les femmes tendent à déclarer plus souvent que les hommes une consommation recommandée de fruits.

Figure 4.14. Proportion en % de la population (15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



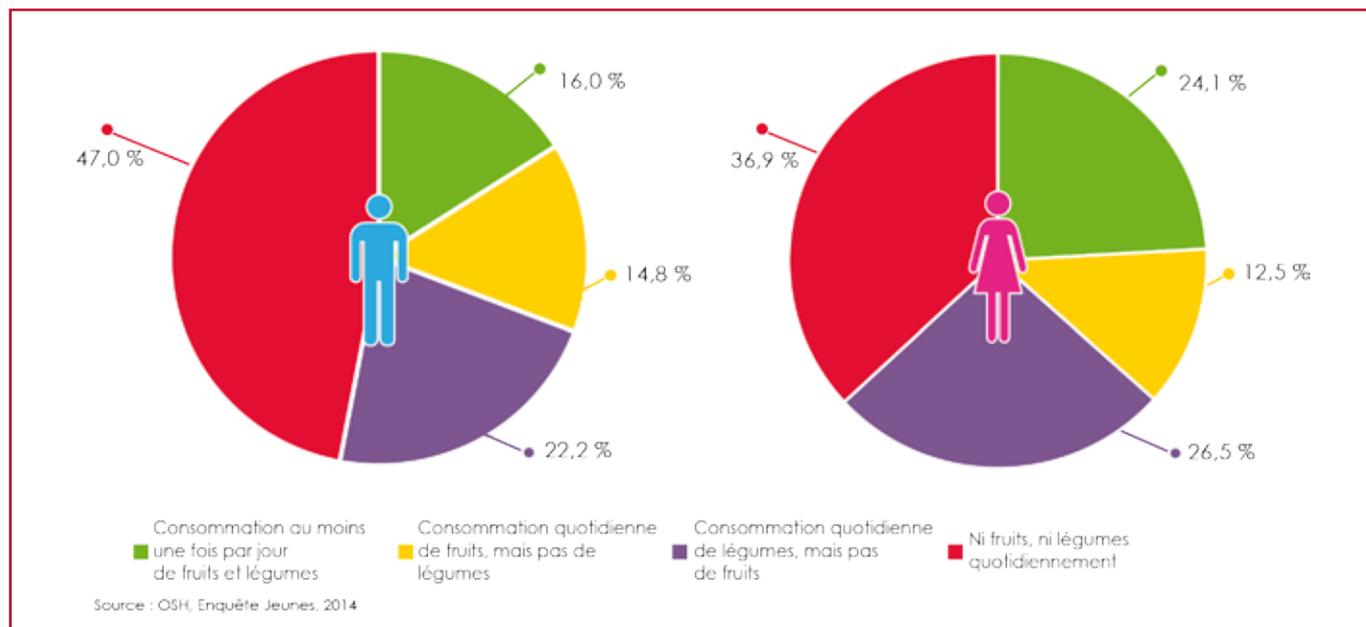
► De manière générale, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle des fruits.

Les différences entre hommes et femmes sont moins marquées pour la consommation de légumes que de fruits et ne sont significatives qu'au niveau belge.

En Wallonie, la proportion de personnes déclarant consommer au moins deux portions de légumes tous les jours s'élève à 39 %, chiffre très proche de la Belgique. C'est plus important qu'en Hainaut, puisqu'à peine plus d'un Hainuyer sur 4 (27 %) déclare la consommation recommandée de légumes quotidiennement.

4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes

Figure 4.15. Proportion en % de jeunes de 10 à 17 ans déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit et un légume, selon le sexe, Hainaut, 2014 (N garçons = 846 ; N filles = 814)



▼
Selon le résultat de l'Enquête Jeunes réalisée en Hainaut en 2014, 47 % des garçons et 37 % de filles rapportent ne manger ni fruits, ni légumes au quotidien.

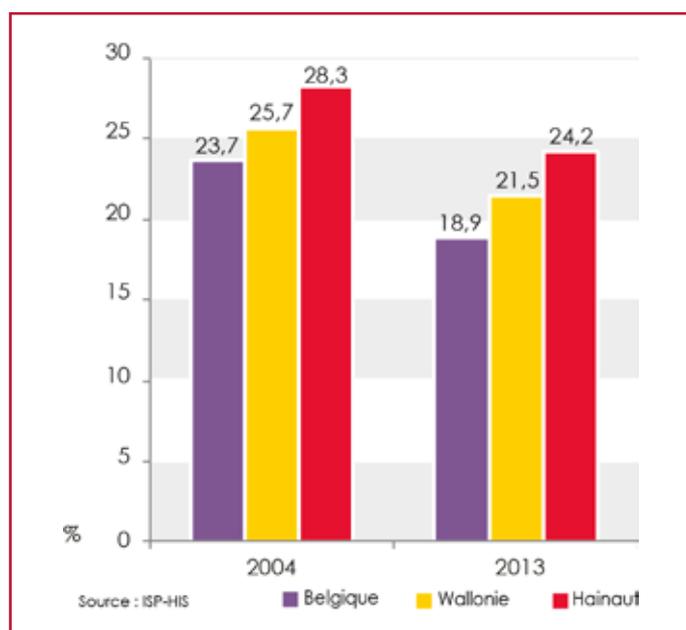
Il reste cependant que les filles (24 %) déclarent davantage consommer quotidiennement des fruits et des légumes que les garçons (16 %).

5. Consommation de tabac

Chaque année, près de 6 millions de personnes meurent dans le monde à cause du tabagisme. En effet, le tabac et ses composés sont responsables de graves problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires ou les cancers.^[28]

5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

Figure 4.16. Evolution de la proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013

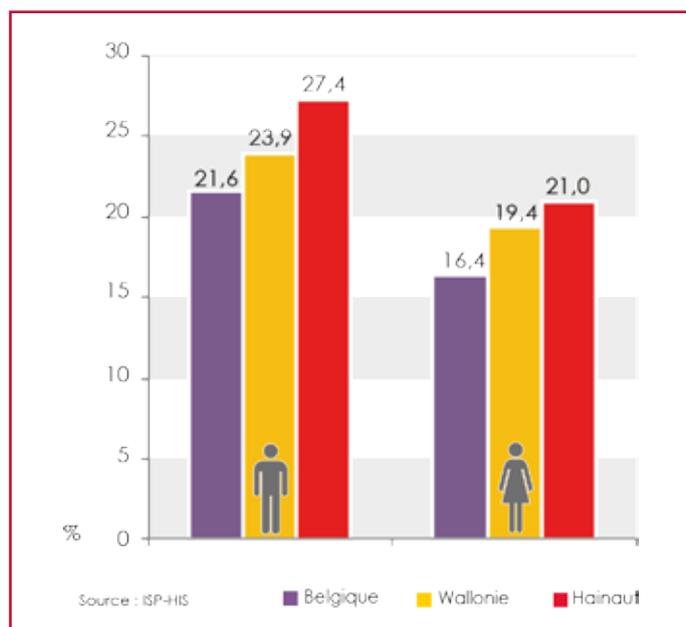


► En 2004, en Hainaut, la proportion de la population déclarant fumer quotidiennement s'élevait à 28 %.

En 2013, bien qu'apparaissant moins important (24 %), les chiffres du comportement hainuyer ne permettent pas d'objectiver une différence statistiquement significative telle que celle observée au niveau national (on passe de 24 % en 2004 à 19 % en 2013).

Il reste cependant que la tendance globale est à la diminution du tabagisme quotidien dans la population.

Figure 4.17. Proportion en % de la population (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



► Proportionnellement et quel que soit le territoire considéré, les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement.

Néanmoins, cette différence n'est statistiquement significative que pour la Belgique. On notera que si la consommation quotidienne des fumeurs wallons disposant des revenus les plus hauts a diminué de moitié de 1997 à 2013 (de 22 à 12 %), il n'apparaît en revanche aucun changement probant parmi les fumeurs aux revenus les plus faibles (29 à plus de 30 % depuis 1997).

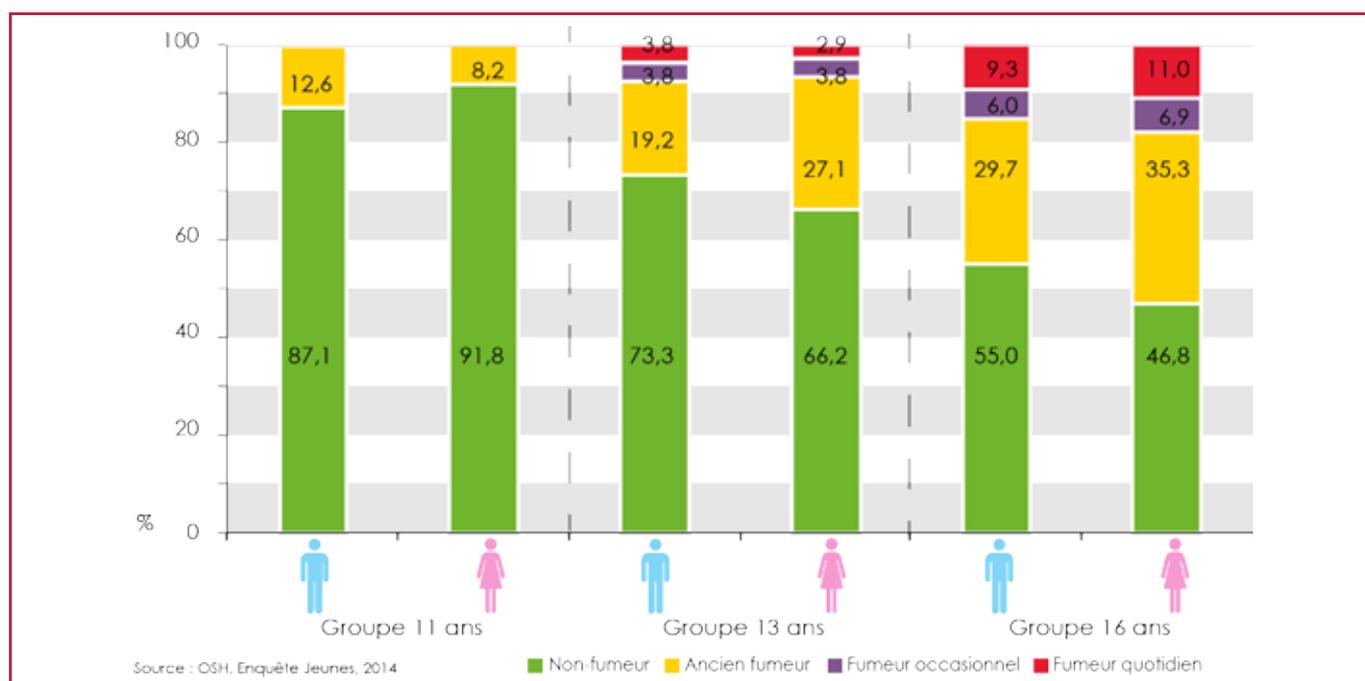
La situation en Hainaut montre le même gradient et ne diffère pas significativement de la Wallonie.

5.2. Tabagisme chez les jeunes

Les jeunes ont été répartis selon leur statut tabagique :

- non-fumeur : n'a jamais fumé une cigarette entière durant son existence ;
- ancien fumeur : a déjà fumé au moins une cigarette dans sa vie, mais ne fume plus au moment de l'enquête ;
- fumeur occasionnel : fume, mais pas tous les jours ;
- fumeur quotidien : fume minimum une cigarette chaque jour.

Figure 4.18. Répartition en % des jeunes en fonction du statut tabagique, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2014 (N = 1 657)



Groupe 11 ans = enfants de 10 à 12 ans
 Groupe 13 ans = adolescents de 13 et 14 ans
 Groupe 16 ans = adolescents de 15 à 17 ans

▼
 Comme on peut l'observer sur ce graphique, la consommation de tabac augmente avec l'âge. Si à 11 ans, aucun jeune Hainuyer ne s'est déclaré fumeur quotidien lors de l'enquête, il reste que près de 13 % des garçons et 8 % des filles ont déjà essayé de fumer au moins une cigarette.

Vers 13 ans, 8 % des garçons et 7 % de filles fument quotidiennement ou occasionnellement en Hainaut.

Dès 16 ans, indépendamment du sexe des adolescents, environ la moitié des jeunes Hainuyers ont déjà essayé de fumer et 10 % sont des fumeurs quotidiens. Il faut noter que, dans la jeune génération, depuis plusieurs années, il n'y a plus de différence significative entre filles et garçons en matière de tabagisme.

Lorsque la famille du jeune ne bénéficie d'aucun revenu du travail, l'essai du tabac se révèle plus fréquent que lorsque les deux parents travaillent. D'autre part, l'essai du tabac est plus fréquent dans l'enseignement de qualification que dans celui de transition.

6. Consommation d'alcool

D'après l'OMS, "La consommation de boissons alcoolisées est un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. La consommation d'alcool n'en risque pas moins d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales néfastes car elle engendre ivresse, intoxication et accoutumance.

Outre les maladies chroniques susceptibles de se développer chez ceux qui boivent de grandes quantités d'alcool pendant des années, la consommation d'alcool est aussi associée à une augmentation de risques sanitaires aigus, notamment de blessures, en particulier lors d'accidents de la route".^[29]

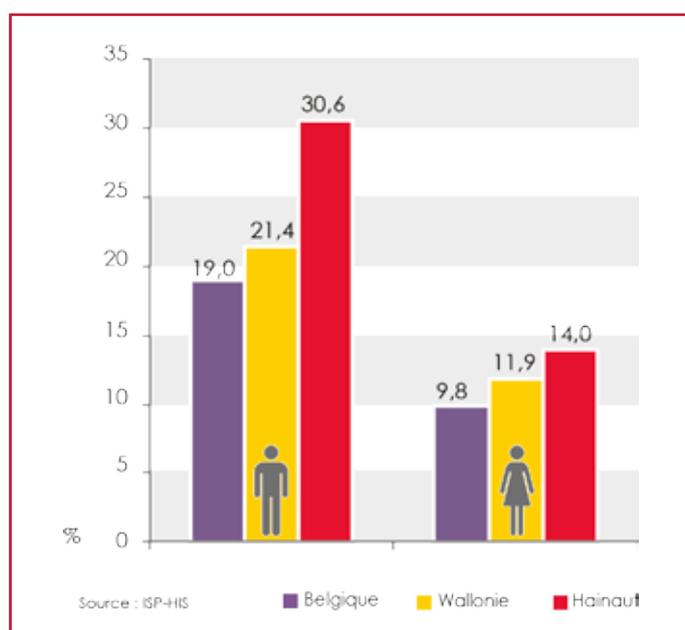
En 2012, l'OMS estime que 5,9 % de l'ensemble des décès dans le monde est attribuable à la consommation d'alcool, ce qui correspond à 3,3 millions de personnes dans le monde. De plus, environ 5 % de la charge mondiale des maladies et traumatismes incriminent l'alcool.^[30]

6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool fait partie des habitudes de la population. En 2013, 72 % des femmes et 85 % des Hainuyers déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des douze derniers mois. C'est similaire à la situation observée en Wallonie et en Belgique.

6.1.1. Consommation quotidienne

Figure 4.19. Proportion en % de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013



► En 2013, les hommes sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement que les femmes. Cela se vérifie en Hainaut où près de 31 % d'hommes contre 14 % de femmes boivent de l'alcool chaque jour.

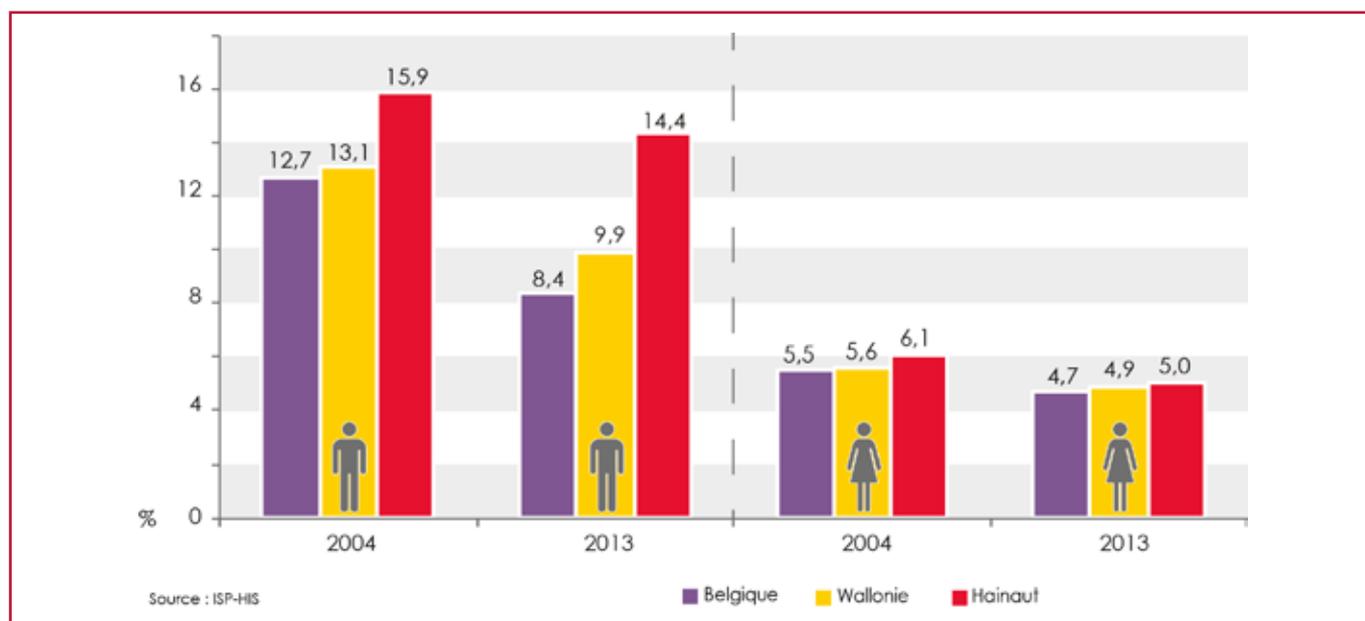
Par rapport aux enquêtes de 2001, 2004 et 2008, la situation n'a pas beaucoup évolué mais elle reste significativement plus importante qu'en 1997 où ce comportement concernait, en Hainaut, 15 % de la population masculine et un peu plus de 7 % des femmes, soit deux fois moins.

Comparativement aux proportions wallonne et belge, la population masculine hainuyère est proportionnellement plus nombreuse à déclarer consommer de l'alcool tous les jours. Chez les femmes, on n'observe pas de différence statistiquement significative.

6.1.2. Surconsommation

La surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire supérieure à 14 verres chez la femme et supérieure à 21 verres chez l'homme.^[30]

Figure 4.20. Evolution en % de la proportion de surconsommateurs (de 15 ans et plus) d'alcool, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013



▼ En 2013, la surconsommation d'alcool concernait 14 % des hommes et 5 % des femmes en Hainaut. Ces valeurs ne sont pas significativement différentes de celles de la Wallonie ou de la Belgique, même si l'on observe une tendance réelle à plus de surconsommation masculine en Hainaut par rapport au niveau national.

Par rapport à 2004 ou 1997, on observe une diminution de la surconsommation masculine en Belgique et un statu quo chez les femmes. Au niveau des chiffres wallons et hainuyers, les différences ne sont pas significatives.

L'hyperalcoolisation se définit comme la consommation de 6 verres standards de boissons alcoolisées ou plus en une seule occasion, soit une ingestion d'au moins 60 grammes d'éthanol au cours d'une même occasion^[31].

Tableau 4.10. Proportion en % de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes	Femmes
Belgique	13,4	3,8
Wallonie	12,5	3,9
Hainaut	11,8	3,0

Source : ISP-HIS

► L'hyperalcoolisation est un comportement principalement masculin : 11,8 % des hommes et 3,0 % des femmes en Hainaut ont déclaré avoir consommé 6 verres d'alcool ou plus en une seule occasion au moins une fois par semaine en 2013.

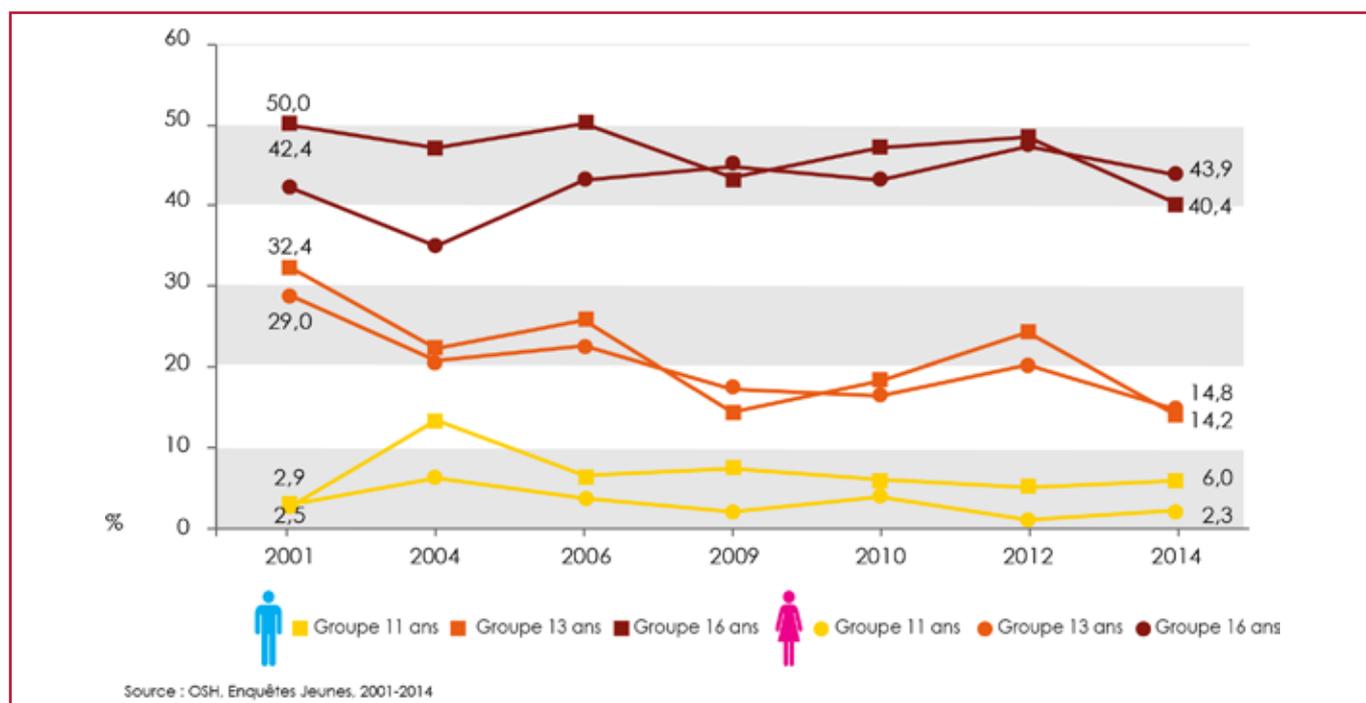
Cette proportion correspond globalement aux réponses données dans la population en Wallonie et en Belgique, les différences observées n'étant pas statistiquement significatives.

6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

Selon le Conseil Supérieur d'Hygiène^[32], "Il serait vain de prôner une abstinence totale d'alcool auprès des jeunes et il n'existe pas d'élément scientifique établissant une limite sûre de consommation d'alcool. Par contre, il est important de guider le jeune vers une consommation d'alcool responsable, modérée, qui permet de garder le contrôle et de promouvoir un comportement responsable".

L'absorption d'alcool entraîne des modifications dans le comportement avec pour conséquence des états d'ivresse pouvant aboutir au coma. Au cours des différentes enquêtes réalisées chez les jeunes Hainuyers, la question "As-tu déjà été ivre ?" a été posée. Le jeune a répondu selon ses propres représentations et il est donc impossible d'y associer la quantité d'alcool ingérée.

Figure 4.21. Evolution en % de l'ivresse déclarée au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2001-2014



Groupe 11 ans = enfants de 10 à 12 ans
 Groupe 13 ans = adolescents de 13 et 14 ans
 Groupe 16 ans = adolescents de 15 à 17 ans



Si l'ivresse des garçons est plus fréquente que celle des filles chez les 11 ans, les différences ne se marquent plus chez les 13 et 16 ans depuis 2009. A cet âge, environ la moitié des jeunes Hainuyers ont connu au moins un épisode d'ivresse dans leur vie.

Chez les 11 ans, l'expérience de l'ivresse ne se modifie pas au cours du temps.

De 2001 à 2010, on assiste chez les 13 ans à une diminution de la proportion de jeunes qui ont été ivres, puis à une relative stabilité quel que soit le sexe.

Chez les 16 ans, la seule évolution notable concerne l'augmentation de la proportion de filles ayant déjà été ivres pour rejoindre et égaler celle des garçons.



7. Bibliographie

1. Wilkinson RG, Pickett K. Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous. Les Petits Matins ; 2013.
2. Berra P, Massot C. Observatoire de la Santé du Hainaut. Tableau de bord de la santé 2013, in Santé en Hainaut n° 8. 2013.
3. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Baromètre social 2014. Bruxelles : Commission communautaire commune ; 2014.
4. Manfron JM. Etat des lieux socio-économique 2014 de la Wallonie. Charleroi : Office wallon de la formation professionnelle et de l'emploi ; 2014.
5. Commission européenne. Labour Market and Wage Developments in Europe. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. 2015.
6. Section Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de l'Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale asbl. L'aide sociale financière équivalente au revenu d'intégration sociale (ERIS). 2008.
7. Office National de l'Emploi (ONEM). La Grapa. 2016.
8. Duvivier R. Crédit et surendettement : principales évolutions de la Centrale des Crédits aux Particuliers à fin juin 2015. Marchienne-au-Pont : Observatoire du Crédit et de l'Endettement ; Juillet 2015.
9. Boulet JF. Le surendettement une menace latente, in Au Quotidien. Bruxelles : 2013, Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation : p. 5.
10. Banque nationale de Belgique (BNB), Centrale des crédits aux particuliers: statistiques 2014, in Banque nationale de Belgique. 2015 Janvier.
11. Observatoire bruxellois de l'Emploi. Situation des familles monoparentales face à l'emploi et au chômage en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles : Observatoire bruxellois de l'Emploi ; 2009 Octobre.
12. Portail de la citoyenneté en Communauté française. Il manque des logements. Consultable sur : <http://www.espace-citoyen.be/article/783-il-manque-deslogements/>
13. Nollet JM. Stratégie communale d'actions en matière de logement - Circulaire relative au programme communal d'actions 2014-2016. 2013 : Namur.
14. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Des faits et des chiffres- Les baromètres de la pauvreté. 2013. Consultable sur : <http://www.luttepauvrete.be/chiffres.htm>
15. Direction générale opérationnelle- Aménagement du territoire. Patrimoine et Energie. Aides exclusivement réservées aux personnes morales autres que les sociétés de logement de service public. Consultable sur <http://dgo4.spw.wallonie.be/dgatlp/dgatlp/pages/log/pages/aides/aidesmenusopp.asp>
16. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids. Aide-mémoire n° 311 ; janvier 2015. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
17. World Health Organization (WHO). BMI classification. Consultable sur : http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
18. Drieskens S. Etat nutritionnel, in Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie. Bruxelles : Gisle L and Demarest S Editors, WIV-ISP ; 2014.

19. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ*. 2000 ; 320(7244) : p. 1240-3.
20. Cole TJ, Flegal K, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey. *BMJ*. 2007 ; 335(7612) : p. 194.
21. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève ; 2010.
22. Organisation mondiale de la Santé (OMS). La sédentarité un problème de santé publique mondial. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. 2013.
23. Direction générale de la Santé du Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Rôle du médecin généraliste dans la prévention. Bruxelles ; 2013.
24. Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B) 2005-2010 (Groupe d'experts) – Plan PNNS-B Plan opérationnel. Version février 2006. Bruxelles : Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique ; 2006.
25. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Fruits et légumes pour la santé- Rapport de l'atelier commun FAO/OMS. Kobe (Japon) ; 2004.
26. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une alimentation saine. Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Consultable sur : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/diet/fr/>
27. Enquête Nationale de Santé (ENS). Questionnaire face-à-face. Institut de Santé Publique Editor ; 2013.
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tabagisme. Aide-mémoire n° 339. Juillet 2015. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/>
29. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool. Thèmes de santé. Consultable sur : <http://www.who.int/topics/alcohol drinking/fr/>
30. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. 2014.
31. Gisle L, Demarest S. La consommation d'alcool, in Enquête de santé 2013 : Rapport 2 Comportements de santé et style de vie. 2014, Institut scientifique de santé publique : Bruxelles.
32. Conseil Supérieur d'Hygiène. Les jeunes et l'alcool, in Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène. Bruxelles ; 2006 : p. 39.



Chapitre 5. Offre de soins et de services

Faits marquants

- **Le nombre de lits d'hospitalisation par habitant est plus élevé** en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique sauf dans les arrondissements d'Ath et de Thuin où il est nettement plus bas.
- **On recense un médecin généraliste "actif" pour 1 124 habitants** : le Hainaut dispose de moins de généralistes que la Wallonie (un pour 1 024 habitants) ou que la Belgique (un pour 1 067 habitants). La situation va s'aggraver dans les années à venir car 61 % des médecins généralistes du Hainaut ont plus de 55 ans. Le manque de jeunes médecins se fait davantage sentir dans les petites communes rurales. Dans 24 communes sur 69, tous les médecins sont âgés de plus de 40 ans.
- **Le conventionnement des spécialistes est plus important en Hainaut** : les honoraires demandés aux patients ne peuvent excéder le cadre conventionnel établi avec l'INAMI.
- **La couverture en termes d'accueil de la petite enfance est plus faible en Hainaut** : par rapport à la Wallonie (31 %), le taux de couverture des places d'accueil des 0-2,5 ans s'élève en Hainaut à 26 %. Au sein même de la province, de grandes disparités sont observées puisque ce taux s'échelonne de 5 % (Mont-de-l'Enclus) à 52 % (Gerpennes).
- **L'accessibilité pour différents services, notamment dans la Botte du Hainaut et plus globalement en milieu rural, se révèle plus difficile** : planning familial, service de santé mentale.

En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), décrivait les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé, à savoir répondre aux besoins et attentes d'une population :

- en améliorant l'état de santé des personnes, des familles et des communautés ;
- en défendant la population contre les menaces pour sa santé ;
- en protégeant les personnes des conséquences financières de la maladie ;
- en assurant un accès équitable à des soins centrés sur la personne ;
- en permettant aux gens de prendre part aux décisions qui touchent à leur santé et au système de santé.

1. Hôpitaux, maisons de repos et professionnels de santé

L'offre de soins est un des déterminants de la santé. L'accessibilité (géographique, financière et culturelle) des services de soins, entre autres, détermine l'état de santé d'un individu.

En Hainaut, l'offre de soins est globalement bien répartie sur les sept arrondissements. Il demeure cependant que certaines communes, essentiellement rurales, font état d'une pénurie de médecins généralistes, augmentant ainsi les difficultés d'accès aux soins de première ligne.

1.1. Structures hospitalières

Les attentes et les exigences envers le secteur hospitalier sont multiples et d'ordre divers : médicales d'abord, puisque les hôpitaux doivent fournir les soins de la meilleure qualité, avec des techniques évoluant en permanence et ce, dans un contexte où les contraintes réglementaires et budgétaires sont de plus en plus importantes. Les attentes sont d'ordre sociétales également : les hôpitaux doivent répondre aux besoins de la population en proposant des services accessibles à tous et ce, quels que soient le statut économique ou les croyances des patients.^[1]

Les principaux changements des dernières années sont les suivants : les nombreuses fusions, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins, la réduction de la durée de séjour des patients à l'hôpital.^[2]

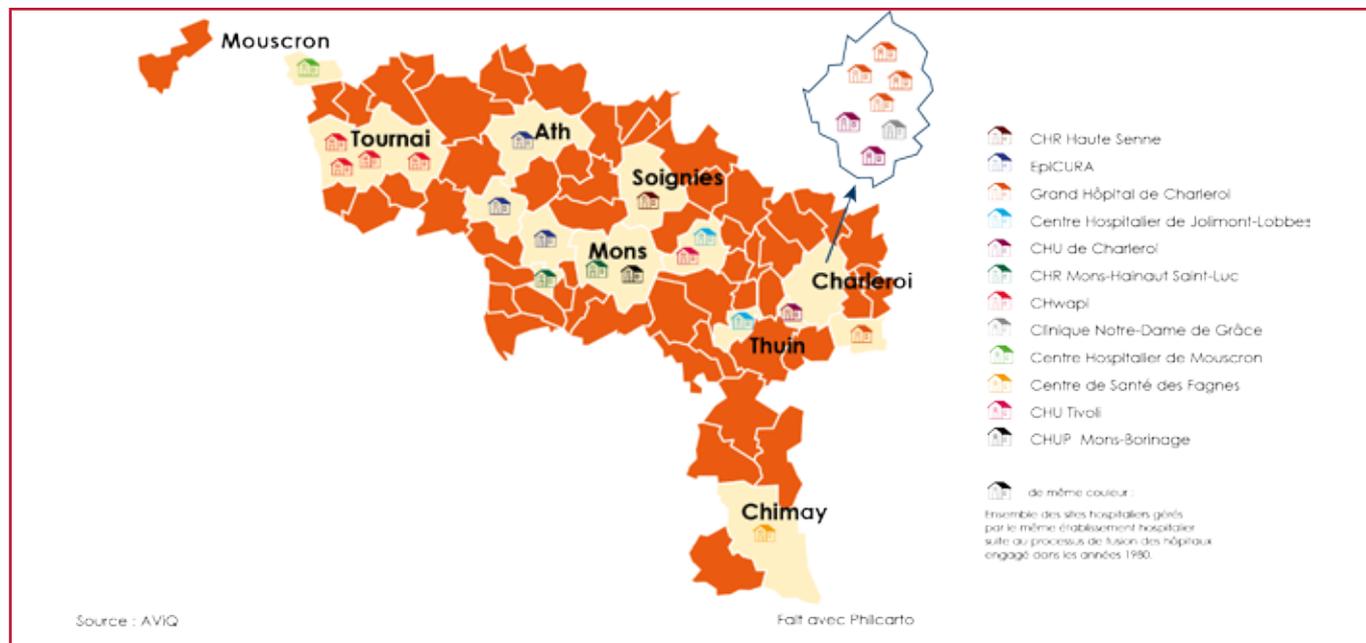
Il existe plusieurs types d'établissements hospitaliers. Nous traiterons plus particulièrement des hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques.

Un hôpital général comprend de nombreuses spécialités dont au moins la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale et la chirurgie ainsi que les techniques diagnostiques et thérapeutiques qui accompagnent ces spécialités de base.^[3] Dans ce chapitre, nous avons fait le choix de garder dans la catégorie des hôpitaux généraux uniquement les hôpitaux ayant au moins des lits de catégorie C (service de diagnostic et de traitement chirurgical) et D (service de diagnostic et traitement médical) et/ou CD (service d'hospitalisation mixte C et D).

Les hôpitaux universitaires dépendent d'une faculté de médecine. Hormis les traitements et soins aux patients, ils ont pour mission de contribuer à la formation des médecins et infirmiers, de se montrer actifs au niveau de la recherche scientifique et de participer au développement de nouvelles technologies. Ces structures comportent au minimum les mêmes services que les hôpitaux généraux. Un seul hôpital peut porter le titre d'universitaire pour chaque université disposant d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.^[2]

Les hôpitaux psychiatriques accueillent des personnes souffrant de problèmes mentaux nécessitant des soins de longue durée. Le séjour est cependant appelé à être à la fois le plus bref et le plus spécialisé possibles, et est avant tout orienté vers la réinsertion sociale.^[3]

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, Hainaut, 2015



▼
On trouve au moins un hôpital général par arrondissement en Hainaut, soit 25 structures au total dotées au moins d'un service de chirurgie et de médecine. Ce sont les arrondissements de Mons, Charleroi et Tournai qui sont les mieux pourvus.

Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juillet 2015

		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		48 342	4,3	15 276	1,4
Wallonie		15 037	4,2	4 138	1,2
Hainaut		6 481	4,9	1 522	1,1
Arrondissements	Ath	215	2,5	0	0,0
	Charleroi	2 115	4,9	311	0,7
	Mons	1 485	5,8	445	1,7
	Mouscron	355	4,7	0	0,0
	Soignies	1 230	6,5	0	0,0
	Thuin	286	1,9	0	0,0
	Tournai	795	5,4	766	5,2

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Santé Publique



Le nombre total de lits hospitaliers s'élève à 6 481 sur le territoire du Hainaut, correspondant à une densité de 4,9 lits pour 1 000 habitants. C'est nettement plus élevé qu'en Wallonie (4,2 lits) et en Belgique (4,3 lits). Les arrondissements de Mons, Charleroi et Soignies comptabilisent plus des deux tiers des lits hospitaliers de l'ensemble de la province. Les arrondissements d'Ath et surtout de Thuin sont moins bien desservis. L'arrondissement de Tournai rassemble la moitié des lits psychiatriques du Hainaut.

Tableau 5.2. Equipement et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015

	Belgique	Wallonie	Hainaut
SMUR	98	38	16
Scanner	160	50	23
RMN	87	28	12
Radiothérapie	34	10	6
Centre de dialyse	54	20	9

Source : SPF Santé Publique



Les hôpitaux généraux du Hainaut possèdent ou se partagent 16 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), 23 scanners (imagerie médicale) et 12 installations de résonance magnétique nucléaire (RMN). On recense également 6 centres de radiothérapie sur le territoire et 9 centres de dialyse.

1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins

Dans un contexte d'intensification du vieillissement, les maisons de repos jouent un rôle essentiel quant à la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non.

La maison de repos pour personnes âgées (MRPA) est un établissement public ou privé, qui doit être agréé par la Région. Dans ces maisons de repos, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et, si nécessaire, les soins sont organisés.

La maison de repos et de soins (MRS) consiste, la plupart du temps, en un certain nombre de lits (de soins) agréés et intégrés dans une MRPA. Ces "lits" sont réservés à des personnes fortement dépendantes ne nécessitant plus de soins aigus mais à l'égard desquelles un encadrement particulier ou spécifique est assuré.^[4]

Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015

		Nombre de MRPA et MRS	Lits MRPA		Lits MRS		Lits MRPA + MRS
			Nombre de lits	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Nombre de lits	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	
Belgique		1 518	65 680	32,3	72 004	35,5	137 684
Wallonie		590	25 346	40,2	22 619	35,9	47 965
Hainaut		234	10 714	45,5	9 105	38,7	19 819
Arrondissements	Ath	14	647	42,9	592	39,2	1 239
	Charleroi	71	2 779	37,4	2 505	33,7	5 284
	Mons	42	1 911	43,2	1 767	39,9	3 678
	Mouscron	18	1 080	76,5	781	55,3	1 861
	Soignies	24	1 111	34,2	1 284	39,5	2 395
	Thuin	26	1 282	45,7	1 134	40,4	2 416
	Tournai	39	1 904	70,7	1 042	38,7	2 946

Source : OSH, calculs propres basés sur les données de l'INAMI



Sur les 1 518 maisons de repos recensées en Belgique, près de 40 % se situent en Wallonie. Ces établissements comptabilisent un total de 47 965 lits, dont 22 619 sont agréés en repos et soins. Plus de 40 % de ces lits se situent en Hainaut.

On recense 84 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus en Hainaut, soit 45 lits MRPA et 39 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.

En nombre, la grande majorité des lits MRPA et MRS se concentrent dans les arrondissements de Charleroi et Mons. Si, au niveau hainuyer, l'arrondissement de Mouscron se caractérise par la plus forte densité de lits, ces derniers sont majoritairement occupés par des résidents français.

1.3. Médecins

La répartition géographique des médecins est basée sur le domicile des praticiens professionnels. Ceux-ci n'exerçant pas obligatoirement sur leur lieu de vie, les données ne donnent pas d'indication sur l'endroit d'exercice de la pratique.^[5] Ceci se révèle particulièrement vrai pour les spécialistes qui travaillent parfois dans un ou plusieurs hôpitaux situés hors de la commune ou de la province où ils vivent.

1.3.1. Médecins généralistes

La pratique de la médecine générale a fortement évolué au cours des dernières années. Les jeunes médecins souhaitent exercer leur profession comme un métier et non plus comme un engagement de toute une vie. Ils veulent pouvoir dissocier vie professionnelle et vie privée, en travaillant avec des horaires raisonnables, en ayant une vie de famille et du temps libre. Dès lors, nombre d'entre eux ont le souhait de pratiquer en groupe, en collaboration au sein d'un même lieu d'accueil.^[6]

Les médecins repris dans les données suivantes sont ceux recensés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) ayant eu annuellement au moins 500 contacts et définis comme "actifs" dans cette publication.

Néanmoins, ces données ne prennent pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une maison médicale fonctionnant au forfait.



Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014

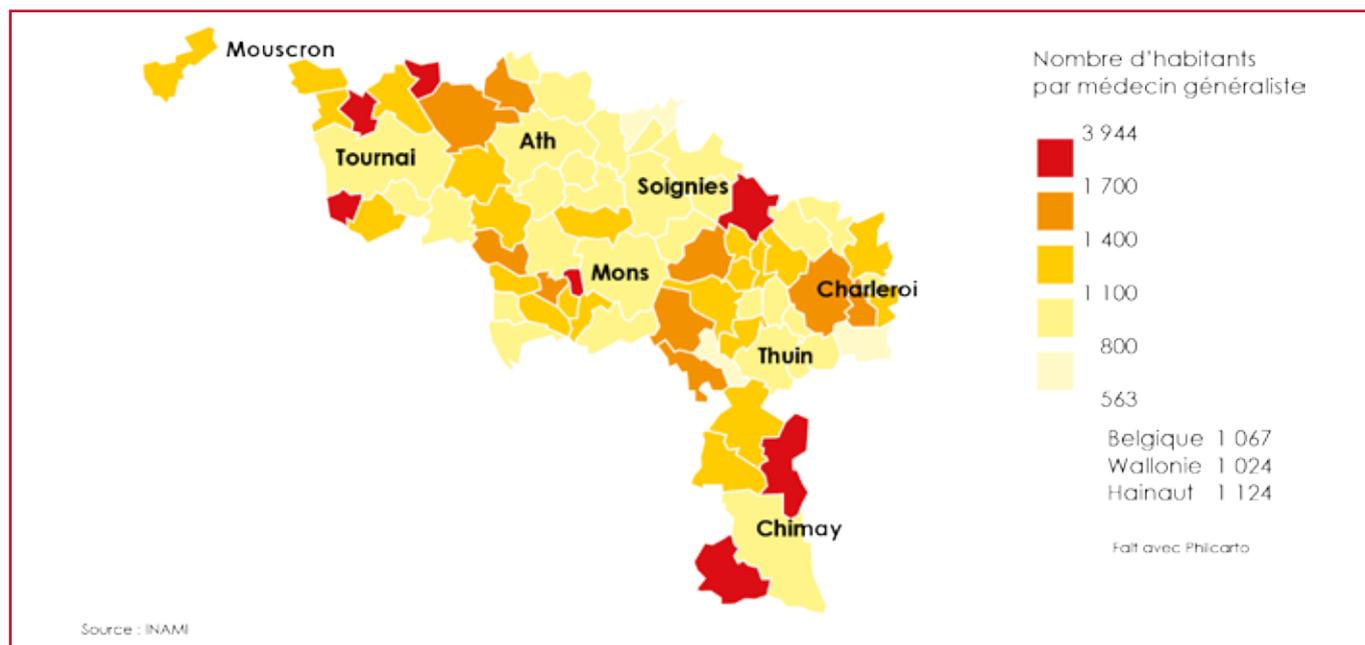
		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par MG
		Femmes	Hommes	Total	
Belgique		3 641	6 808	10 449	1 067
Wallonie		1 174	2 317	3 491	1 024
Hainaut		361	824	1 185	1 124
Arrondissements	Ath	18	55	73	1 175
	Charleroi	111	238	349	1 231
	Mons	80	160	240	1 071
	Mouscron	19	48	67	1 114
	Soignies	58	124	182	1 031
	Thuin	37	98	135	1 118
	Tournai	38	101	139	1 055

Source : OSH, calculs propres basés sur les données de l'INAMI

▼
 En 2014, on recensait 10 449 médecins généralistes en Belgique, 3 491 en Wallonie et 1 185 en Hainaut. Cela représente un médecin pour une patientèle d'environ 1 000 habitants en Belgique et en Wallonie contre plus de 1 100 en Hainaut.

Au regard de ces chiffres, la situation se révèle donc moins favorable en Hainaut et les professionnels des arrondissements d'Ath et de Charleroi sont les moins bien lotis puisqu'on y atteint 1 200 patients potentiels pour un généraliste. A noter que la commune de Charleroi est également desservie par plusieurs maisons médicales travaillant au forfait qui ne sont pas reprises dans le tableau ci-dessus.

Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, 2014

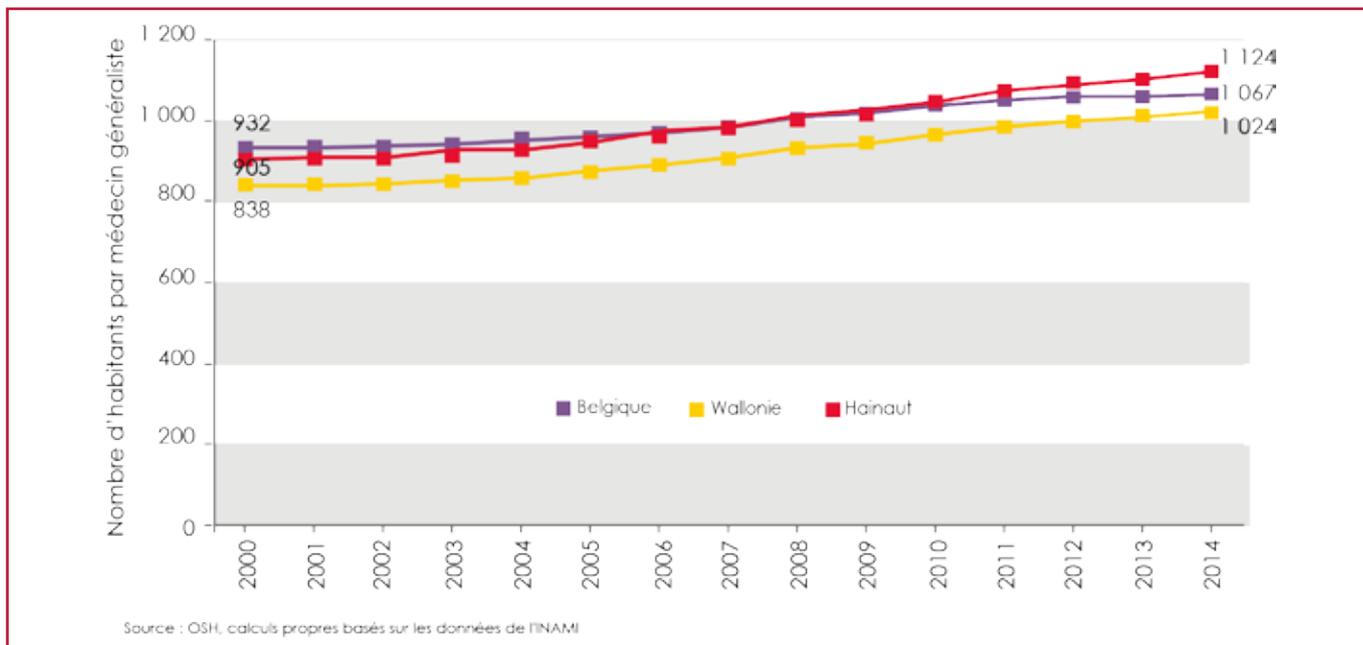


C'est à Froidchapelle que le nombre d'habitants par médecin généraliste est le plus élevé : globalement on y recense un professionnel pour 3 944 habitants. En termes d'accès aux soins, ce chiffre doit être relativisé par le fait que les habitants de Froidchapelle peuvent bénéficier de soins prodigués par des médecins généralistes des communes voisines.

Le nombre de médecins généralistes est également limité dans les communes de Quaregnon, Rumes, Momignies, Mont-de-l'Enclus, Seneffe et Pecq, où, en moyenne, un médecin généraliste est en charge de plus de 1 700 habitants. A l'opposé, la situation est nettement plus favorable à Gerpennes, Enghien et Merbes-le-Château avec moins de 750 habitants par généraliste.

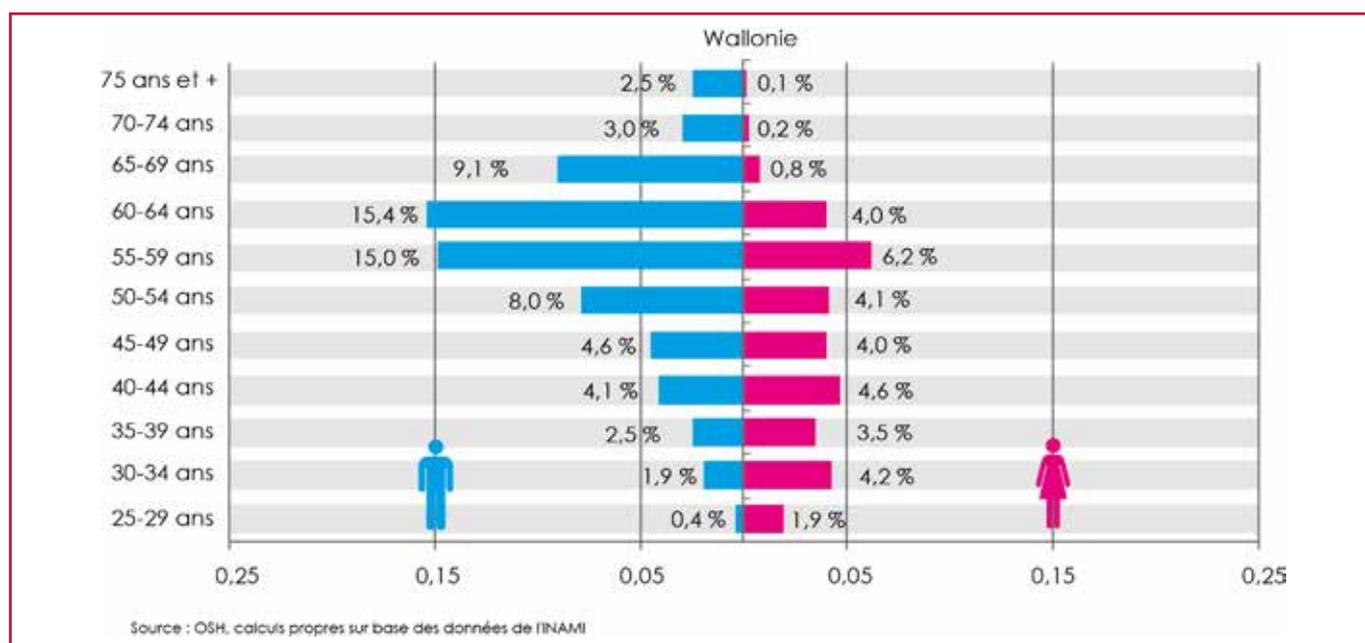
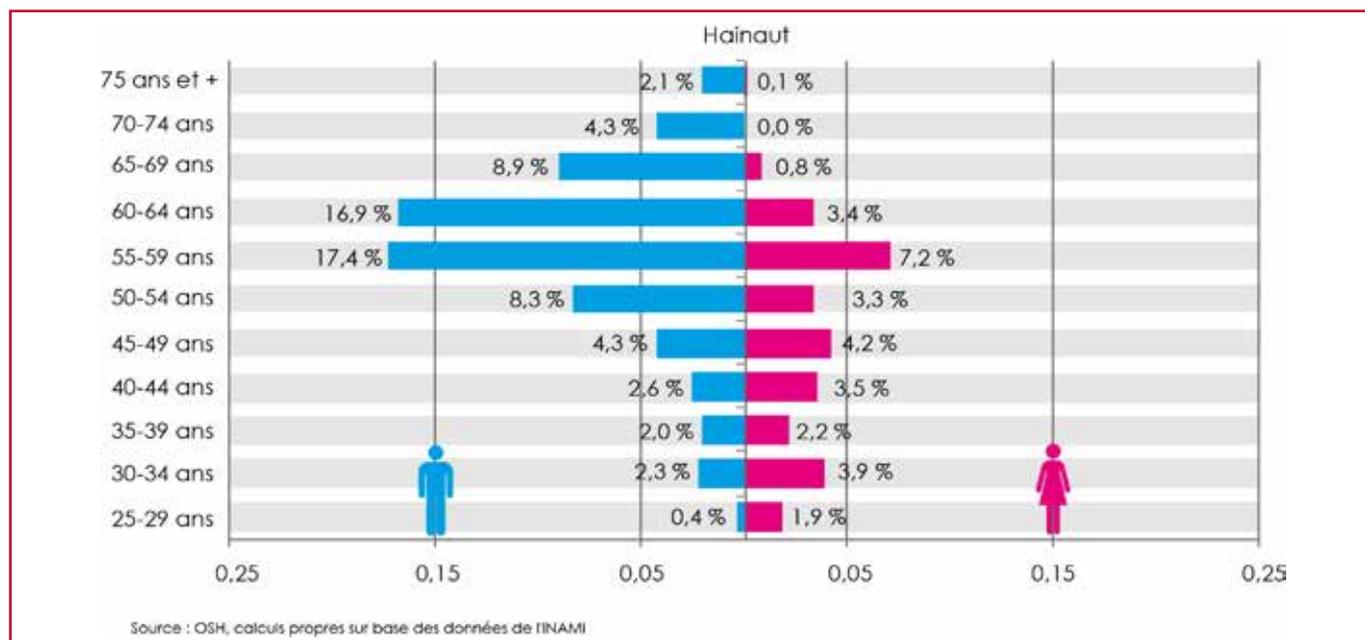


Figure 5.1. Evolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014



▼ Depuis 2000, le nombre d'habitants par médecin généraliste augmente tant en Belgique, en Wallonie et en Hainaut. La situation a évolué de manière moins favorable en Hainaut où le poids de la patientèle s'est accru d'environ 24 % par rapport à l'année 2000 contre 22 % en Wallonie et 14 % en Belgique.

Figures 5.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut, Wallonie, 2014



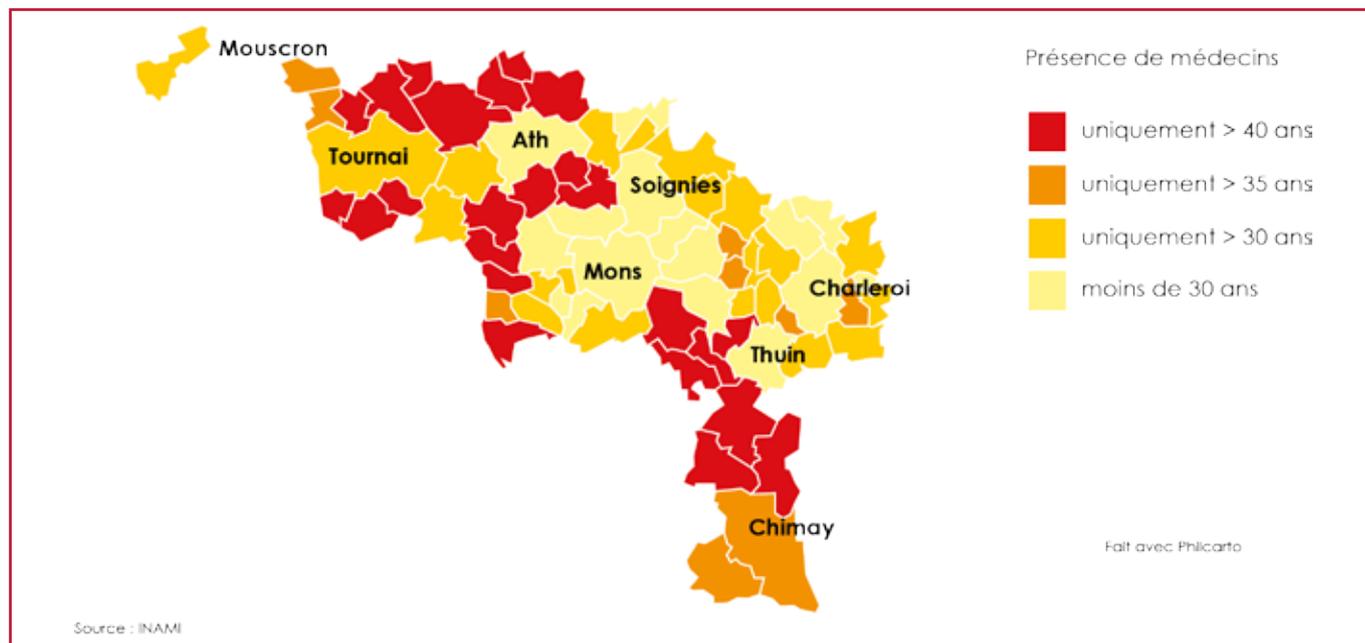
▼
 En Hainaut, les médecins âgés de 55 ans et plus constituent 61 % de l'ensemble des généralistes pour 56 % en Wallonie et 52 % en Belgique. Par rapport à la situation il y a dix ans, ces proportions ont doublé. Il faut s'attendre à une diminution importante de l'activité de nombreux médecins qui atteindront l'âge de 65 ans dans les prochaines années.

La tranche d'âge des 55-64 ans est la plus représentée parmi les médecins généralistes du Hainaut. Seuls, 13 % sont âgés de moins de 40 ans. C'est nettement plus faible qu'en Belgique (17 %) et en Wallonie (14 %).

En Belgique et en Wallonie, les femmes représentent presque 70 % des médecins généralistes de moins de 40 ans contre 63 % en Hainaut.



Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, Hainaut, par commune, 2014



Sur l'ensemble du Hainaut, plus d'un tiers des communes ne comptent aucun médecin généraliste de moins de 40 ans. Une majorité de ces communes se situent dans les régions rurales du Hainaut occidental ou de la Botte du Hainaut. A l'inverse, des entités bien pourvues en structures hospitalières et attractives au niveau socioculturel (ou leurs proches voisines) voient toujours s'installer des médecins de moins de 30 ans : c'est le cas à Mons, Ath, Soignies, La Louvière ou Charleroi.

1.3.2. Médecins spécialistes

Pour rappel, les informations recueillies ne permettant pas de faire la distinction entre l'adresse privée et celle de la pratique, les données ne donnent pas d'informations sur l'endroit d'exercice de la pratique. Il est donc difficile d'estimer l'impact réel des différences de densité médicale sur l'offre de soins^[7].

Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

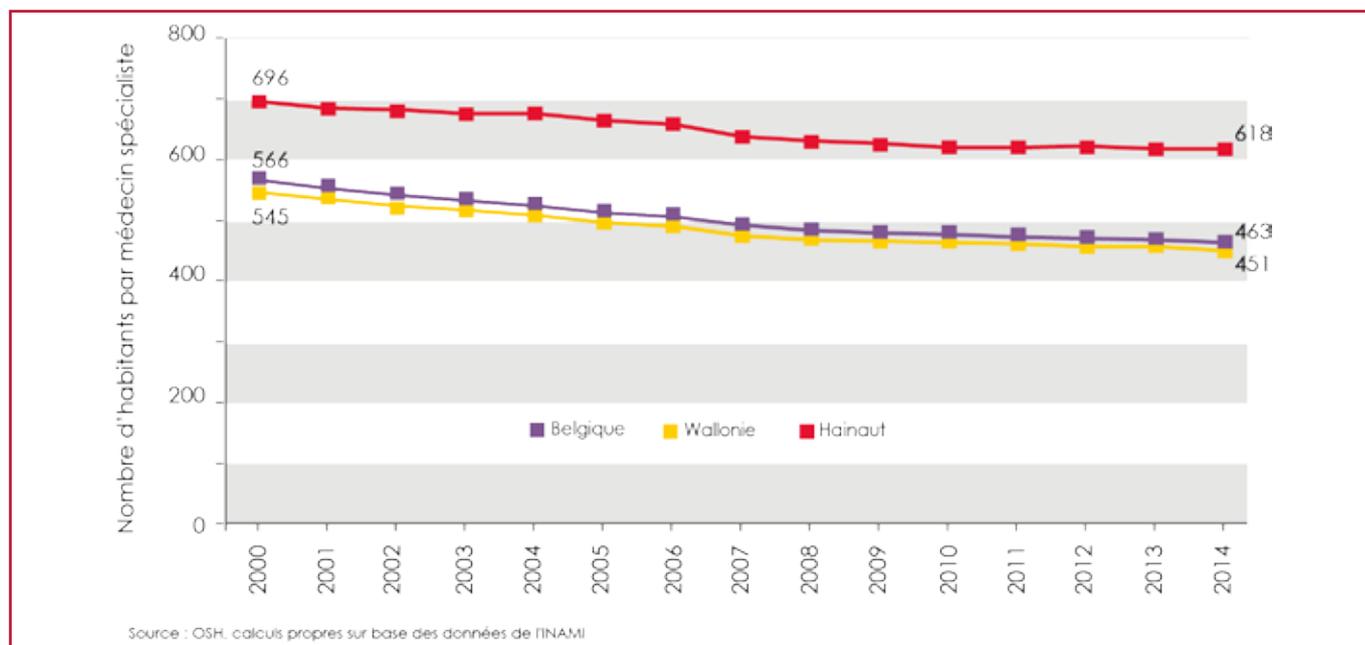
	Nombre de médecins spécialistes			Nombre d'habitants par médecin spécialiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	14 614	9 478	24 092	463
Wallonie	4 850	3 082	7 932	451
Hainaut	1 376	778	2 154	618

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI

La densité de médecins spécialistes installés en Hainaut est nettement inférieure à celles de la Wallonie et de la Belgique, puisqu'on y recense un médecin spécialiste pour 618 habitants, contre 451 en Wallonie et 463 en Belgique.

Près de 89 % des médecins spécialistes en Hainaut sont conventionnés (c'est-à-dire qu'ils adhèrent à la convention médico-mutualiste et s'engagent ainsi à respecter les honoraires de référence fixés dans la convention). C'est similaire à la situation wallonne, mais nettement supérieur à la moyenne belge (77,6 %).

Figure 5.3. Evolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014



Contrairement à la situation chez les médecins généralistes, la charge de la patientèle potentielle des spécialistes diminue progressivement depuis quinze ans. En Hainaut, ce chiffre reste cependant plus important qu'en Wallonie et en Belgique et l'écart continue à se creuser : en 2000, la charge de la patientèle wallonne était 22 % plus faible qu'en Hainaut ; en 2014, l'écart passe à 27 %.

Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre de gynécologues			Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	806	749	1 555	3 070
Wallonie	273	258	531	2 886
Hainaut	91	75	166	3 452

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI

Le nombre de gynécologues installés en Hainaut rapporté à la population féminine de 15 ans et plus semble plus faible qu'en Wallonie ou en Belgique, puisqu'on ne recense qu'un praticien pour 3 452 femmes de cette tranche d'âge dans le Hainaut.



67 % des gynécologues de moins de 40 ans en Hainaut sont des femmes, contre 77 % en Wallonie et 74 % en Belgique. D'autre part, 40 % des praticiens hainuyers sont âgés de 55 ans et plus, contre environ 37 % en Wallonie et 33 % en Belgique.

71 % des gynécologues en Hainaut sont conventionnés, contre 51 % en Wallonie et 48 % en Belgique.

Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre de pédiatres			Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	614	1 053	1 667	1 142
Wallonie	226	354	580	1 084
Hainaut	60	82	142	1 656

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI



Le nombre de pédiatres installés en Hainaut rapporté à la population d'enfants de moins de 15 ans apparaît plus faible qu'en Belgique et en Wallonie. Comme en Wallonie ou en Belgique, les femmes pédiatres sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes en Hainaut. Elles représentent même 83 % des jeunes professionnels hainuyers de moins de 40 ans.

Les 55 ans et plus représentent près de 50 % de l'ensemble des pédiatres en Hainaut contre 39 % en Belgique et 42 % en Wallonie.

94 % des pédiatres sont conventionnés en Hainaut contre 88 % en Wallonie et en Belgique.

Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre d'ophtalmologues			Nombre d'habitants par ophtalmologue
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	471	676	1 147	9 772
Wallonie	138	195	333	10 780
Hainaut	42	35	77	17 342

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI



En Hainaut, on ne recense qu'un ophtalmologue pour 17 342 habitants, soit une charge de patientèle presque deux fois plus importante qu'en Wallonie ou en Belgique.

Cette spécialité, comme beaucoup d'autres, se féminise également. 73 % des ophtalmologues de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes.

Plus de la moitié des ophtalmologues installés en Hainaut sont âgés d'au moins 55 ans (55 % contre 43 % en Belgique et 45 % en Wallonie).

Selon l'INAMI, en 2014, 52 % des ophtalmologues hainuyers sont conventionnés. C'est plus élevé par rapport à la Wallonie et la Belgique (41 %).

Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre d'anesthésistes			Nombre d'habitants par anesthésiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	1 389	914	2 303	4 867
Wallonie	493	285	778	4 614
Hainaut	122	69	191	6 991

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI



Les anesthésistes sont moins nombreux à s'installer en Hainaut. On en recense globalement un pour 5 000 habitants en Wallonie et au niveau national, contre un pour 7 000 habitants en Hainaut. Quel que soit le territoire observé, la profession demeure essentiellement masculine.

Le vieillissement de la profession est moins marqué que dans d'autres spécialités. En Belgique, 30 % des anesthésistes sont âgés de 55 ans et plus. Cette proportion atteint environ 35 % en Hainaut.

La très grande majorité des anesthésistes sont conventionnés (97 % en Hainaut, 87 % en Wallonie et 89 % en Belgique).

1.4. Autres professionnels de la santé

1.4.1. Dentistes

Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre de dentistes			Nombre d'habitants par dentiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	4 967	4 407	9 374	1 196
Wallonie	1 444	1 251	2 695	1 332
Hainaut	405	351	756	1 766

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI

▼
On comptabilisait 756 professionnels des soins dentaires en Hainaut en 2014, soit un dentiste pour 1 766 habitants. C'est une situation moins favorable qu'en Wallonie (1 332) et en Belgique (1 196). Un peu moins de la moitié des dentistes sont des femmes et ce, quel que soit le niveau géographique.

La proportion de dentistes de moins de 40 ans s'élève à 21 % en Hainaut comme en Wallonie, mais un peu plus faible qu'en Belgique (23 %). Près de la moitié des praticiens en Hainaut sont âgés d'au moins 55 ans (47 %). Cette proportion est plus faible en Wallonie (46 %) et en Belgique (44 %).

Selon les chiffres de l'INAMI, à peine 64 % des dentistes hainuyers sont conventionnés contre 68 % en Wallonie.

1.4.2. Kinésithérapeutes

Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre de kinésithérapeutes			Nombre d'habitants par kinésithérapeute
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	12 617	18 245	30 862	363
Wallonie	4 964	6 381	11 345	316
Hainaut	1 742	1 766	3 508	381

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI

▼
On recense 3 508 kinés en Hainaut ce qui correspond à un professionnel pour 381 habitants, soit une charge 21 % plus importante en termes de patientèle par rapport à la situation observée en Wallonie et en Belgique.

La tendance à la féminisation de la profession se marque moins en Hainaut (50 % des kinés sont des femmes) qu'en Wallonie (56 %) ou en Belgique (59 %). Un peu plus de 29 % des kinésithérapeutes sont âgés de 55 ans et plus en Hainaut (25 % en Belgique et 24 % en Wallonie), tandis que les moins de 40 ans constituent 36 % des praticiens du Hainaut. Plus de 88 % des kinés étaient conventionnés en Hainaut en 2014, ce qui se révèle supérieur aux situations observées en Wallonie (83 %) et en Belgique (84 %).

1.4.3. Infirmiers (excepté les sages-femmes)

Les données reprises ci-dessous correspondent au nombre d'infirmiers qui, au 31 décembre 2014, ont un numéro INAMI leur donnant le droit d'attester des prestations de l'art infirmier (les pensionnés sont donc exclus de ces données). Toutes les personnes disposant du numéro INAMI n'exercent pas nécessairement cette activité.

Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers et nombre d'habitants par infirmier, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Nombre d'infirmiers			Nombre d'habitants par infirmier
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	10 521	70 719	81 240	138
Wallonie	3 866	25 205	29 071	123
Hainaut	1 744	10 911	12 655	106

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'INAMI

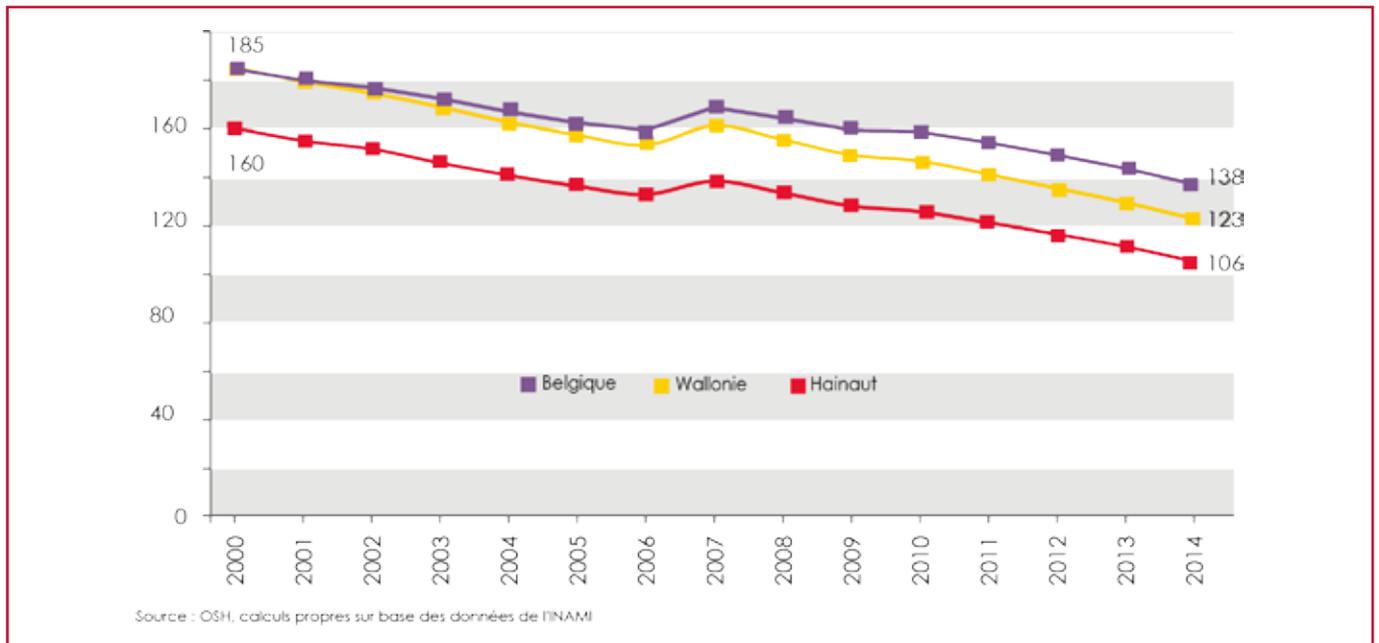


En 2014, on recense un infirmier pour 106 Hainuyers, soit un total de 12 655 professionnels dont 86 % sont de sexe féminin.

Comparativement à la Wallonie et à la Belgique, le Hainaut dispose de plus d'infirmiers par habitant.



Figure 5.4. Evolution du nombre d'habitants par infirmier, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014



▼
Tant en Belgique qu'en Wallonie et en Hainaut, la charge potentielle de la patientèle a drastiquement diminuée depuis 2000. Ainsi, d'environ 160 patients par professionnel en Hainaut voici quinze ans, on est passé à 106 en 2014. Comme partout, l'effectif infirmier hainuyer ne cesse de croître avec le vieillissement de la population et les demandes en soins de santé qui en découlent.

2. Offre de services (y compris de soins)

L'offre de services telle que nous la présentons ici comprend l'accueil de la petite enfance, les plannings familiaux, les associations de santé intégrées, les maisons médicales, les services d'aides et de soins à domicile et les services de santé mentale.

2.1. Accueil de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance est un service important pour les jeunes couples avec enfant ou désireux d'en avoir. Disposer de places d'accueil suffisantes et de qualité est important non seulement lorsque les deux parents travaillent, mais aussi pour lutter contre les inégalités sociales de santé. En effet, il a été observé que pour les jeunes enfants issus de milieux défavorisés, la fréquentation d'un milieu d'accueil de qualité est un facteur favorable au bon développement de l'enfant, ce qui permet de réduire les inégalités.^[8-9]

Les données reprises dans le tableau ci-dessous comprennent l'ensemble des places d'accueil ayant reçu l'autorisation de fonctionnement de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), qu'elles soient subventionnées ou non et quelle que soit la structure d'accueil (en collectivité ou dans un cadre familial). Les données relatives à la Wallonie ne comprennent pas les cantons germanophones.

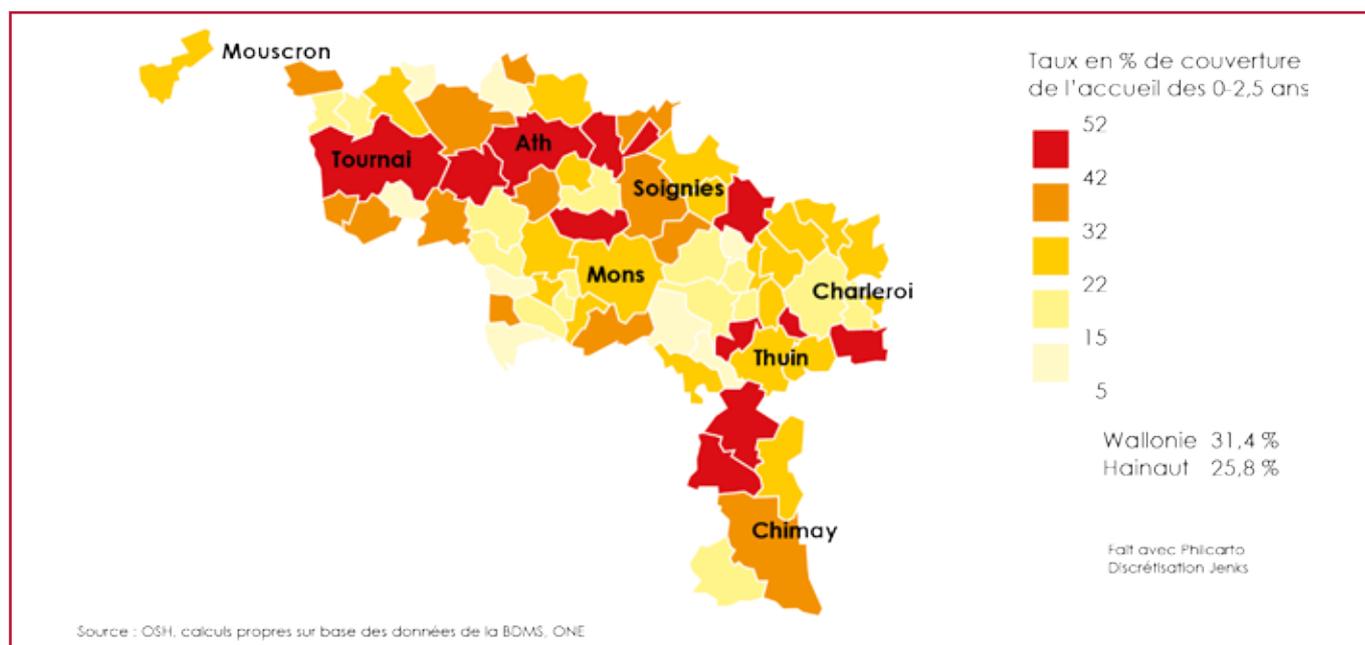
Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013

		Nombre total de places d'accueil	Taux de couverture en % d'enfants de 0 à 2,5 ans
Wallonie*		31 339	31,4
Hainaut		9 800	25,8
Arrondissements	Ath	725	31,6
	Charleroi	2 860	21,9
	Mons	1 794	24,4
	Mouscron	697	31,5
	Soignies	1 437	27,3
	Thuin	936	23,1
	Tournai	1 351	35,4

* Hors Communauté germanophone
Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ONE

▼
Fin 2013, le Hainaut comptait 9 800 places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans, ce qui correspond à un taux de couverture de 26 %, taux inférieur à celui de la Wallonie (31 %). Seuls les arrondissements d'Ath, Mouscron et Tournai présentent des chiffres équivalents ou supérieurs à la moyenne wallonne. On notera les faible taux de couverture dans les arrondissements de Charleroi (22 %) et Thuin (23 %).

Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, Hainaut, 2013



▼
Mont-de-l'Enclus, Manage et Farciennes se caractérisent par un très faible taux de couverture en accueil de la petite enfance (moins de 10 %). A l'inverse, Gerpennes et Montigny-le-Tilleul se révèlent nettement mieux pourvues puisque la couverture d'accueil dépasse 50 %. Alors que la fréquentation d'un milieu d'accueil est un moyen de lutter contre la perpétuation de la pauvreté, les taux de couverture les plus élevés se retrouvent en général dans des communes riches et les taux les plus bas dans des communes moins nanties.

2.2. Centres de planning familial

Les centres de planning familial sont des lieux d'accueil et d'accompagnement en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle. En Wallonie et à Bruxelles, les centres sont généralement regroupés au sein de quatre fédérations de centres de planning familial ayant chacune leur autonomie^[8] :

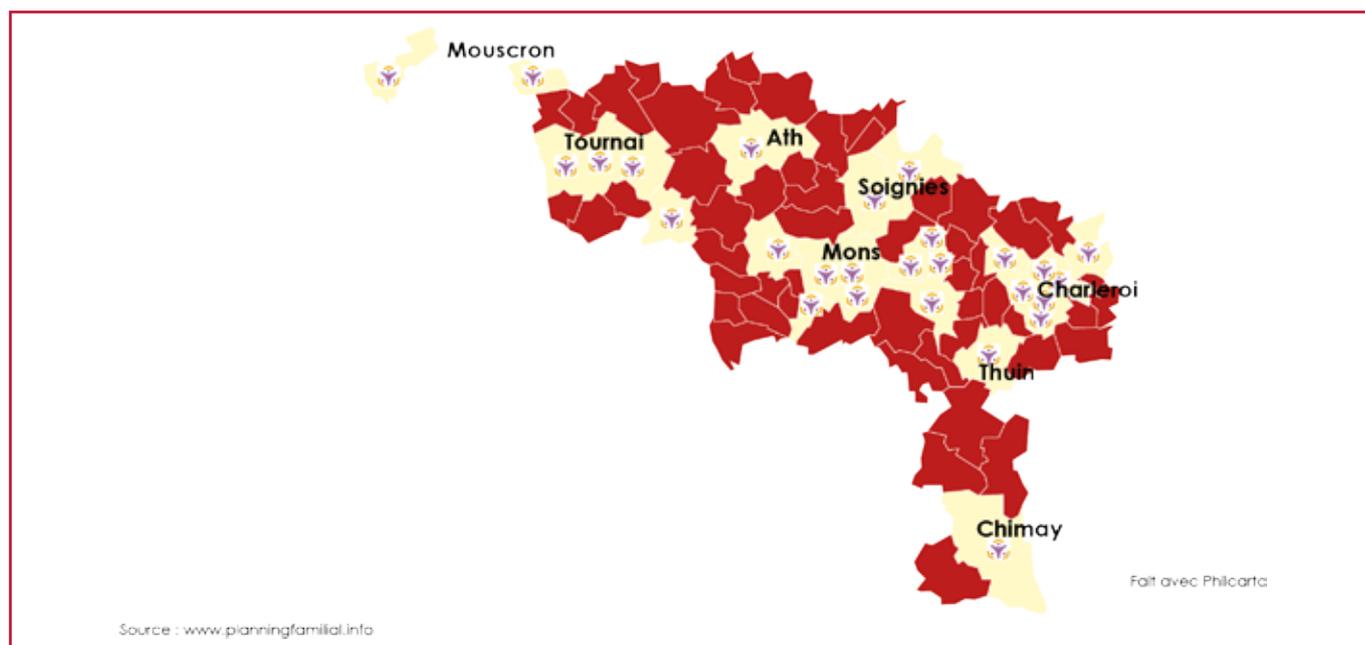
- la Fédération des Centres de Planning et de Consultations : elle regroupe 15 centres et est partenaire de la Mutualité chrétienne ;
- la Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes : elle regroupe 17 centres et 4 antennes dont 7 centres pratiquent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial : elle regroupe 22 centres et est partenaire de la Ligue des Familles ;
- la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial : elle rassemble 40 centres dont la moitié pratiquent l'IVG.

Chaque fédération est un organisme d'éducation permanente reconnu par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Certains centres ne sont cependant pas affiliés à l'une de ces fédérations et sont, entre autres, à l'initiative de Centres Publics d'Aide Sociale (CPAS).

De manière générale, on retrouve dans les centres de planning familial des professionnels de différents secteurs. Les consultations se donnent généralement sans rendez-vous et sont d'ordre médical, social, psychologique, juridique, de conseil conjugal, de sexologie et de médiation familiale. Ainsi, de nombreux sujets peuvent être abordés : la contraception, la grossesse, l'avortement, les infections sexuellement transmissibles (IST), les difficultés conjugales, l'adolescence, etc.

Carte 5.5. Répartition des centres de planning familial, Hainaut, par commune, 2015



▼
On trouve 27 centres de planning familial sur le territoire du Hainaut : 2 sont situés dans l'arrondissement de Mouscron-Comines, un dans l'arrondissement d'Ath, 4 dans l'arrondissement de Tournai, 5 dans l'arrondissement de Mons, 5 dans l'arrondissement de Soignies, 7 dans l'arrondissement de Charleroi et 3 dans l'arrondissement de Thuin. Le centre de Braine-le-Comte (arrondissement de Soignies) n'est affilié à aucune fédération et dépend du CPAS local.

D'une manière générale, les centres de planning sont situés en milieu urbain, ce qui pose la question de l'accessibilité à ce service de première ligne pour les populations rurales.

2.3. Associations de santé intégrée

Les associations de santé intégrée (ASI) sont organisées par des ASBL ou des pouvoirs publics. Elles développent une offre de soins intégrée par des équipes qui prennent en compte le patient dans sa globalité, par des activités d'accueil personnalisé, de consultations médicales, paramédicales, psychologiques et sociales.

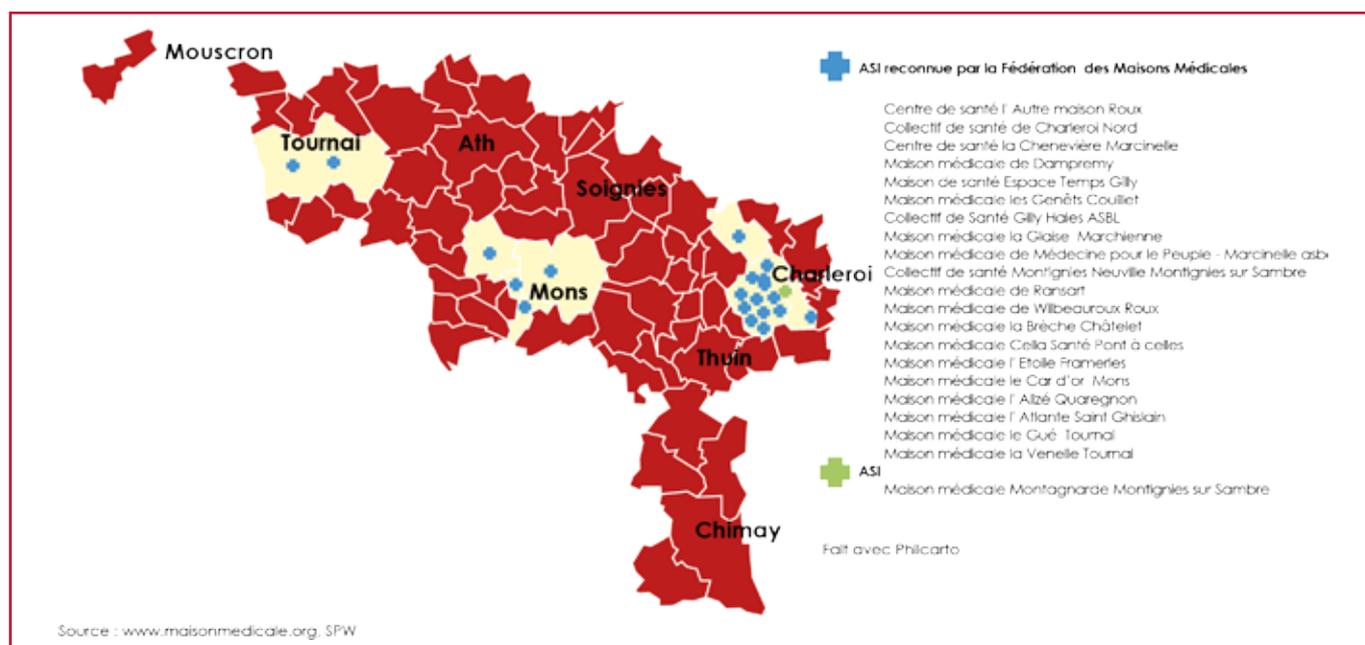
Elles développent un accueil personnalisé et travaillent dans le cadre d'une concertation d'équipe et avec le réseau local. Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée.^[10]

Une maison médicale est une association de santé intégrée regroupant des professionnels médicaux et paramédicaux dispensant des soins de première ligne. Son action vise une approche globale intégrant soins, démarches préventives et actions de promotion de la santé ; la santé y est considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et culturelle.^[11]

Les professionnels les plus souvent représentés sont : l'accueillant, le médecin généraliste, l'infirmier, le kinésithérapeute, le travailleur social, le psychologue, le psychothérapeute.

Il existe plusieurs types de groupements de médecins, mais les maisons médicales telles que nous les abordons dans le tableau de bord sont celles reconnues par la Fédération des maisons médicales. Celle-ci a été créée en 1980 et a été fondée sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice sociale et de respect des différences.

Carte 5.6. Répartition des associations de santé intégrée (agrées par la Wallonie) et des maisons médicales (reconnues par la Fédération des maisons médicales), Hainaut, par commune, 2013



▼
Le Hainaut compte 21 ASI dont 20 sont des maisons médicales membres de la Fédération des maisons médicales. Les arrondissements d'Ath, Mouscron, Soignies et Thuin ne disposent pas d'ASI sur leur territoire.

Douze ASI se situent sur la seule commune de Charleroi.

2.4. Aides et soins à domicile (ASD)

La mission des services d'ASD consiste à apporter une aide et des soins à domicile, un soutien et un encadrement à des familles en difficulté, à des malades, à des personnes âgées et à des personnes handicapées dans leur vie quotidienne, ainsi qu'à leurs aidants-proches. Cette mission est réalisée par le biais de professionnels de l'aide à domicile (infirmiers, aides-soignants, aides familiales, gardes à domicile, aides ménagères sociales, ouvriers polyvalents, gardes d'enfants malades, chauffeurs...).[12]

Il existe de nombreuses formes d'aide à domicile et les organismes qui les proposent sont multiples. En Wallonie, on retrouve notamment la Fédération d'ASD qui dispose de 32 centres en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone, la Centrale des services à domicile (CSD) qui regroupe 16 centres en Wallonie et à Bruxelles, et la Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM) qui est un regroupement de services d'ASD de la Wallonie et qui compte 11 services dont les activités couvrent l'ensemble du territoire wallon. On y retrouve notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) qui déploie son activité sur toute la Wallonie au travers de 6 antennes régionales.

En Hainaut, en plus de la bonne couverture des ASD et CSD, on recense également le Service d'aide aux familles et aux seniors du Borinage (SAFSB asbl) à Colfontaine, la Coordination pour le maintien à domicile du Tournaisis (asbl), le Service d'aides familiales des arrondissements de Tournai-Ath-Mouscron (asbl agréée par la Wallonie) et l'Intercommunale d'œuvres médico-sociales des arrondissements de Tournai-Ath-Mouscron et cantons limitrophes (scrl). D'autres organisations membres de la FEDOM sont également présentes sur le territoire hainuyer : l'Aide aux familles d'Enghien et Environ (AFE), le Centre indépendant d'aide aux familles (CIAF) de Mons, le Service d'aide à domicile de Comines-Warneton (SADCO), le Service d'aide à domicile de Tournai et le Service familial de Charleroi.

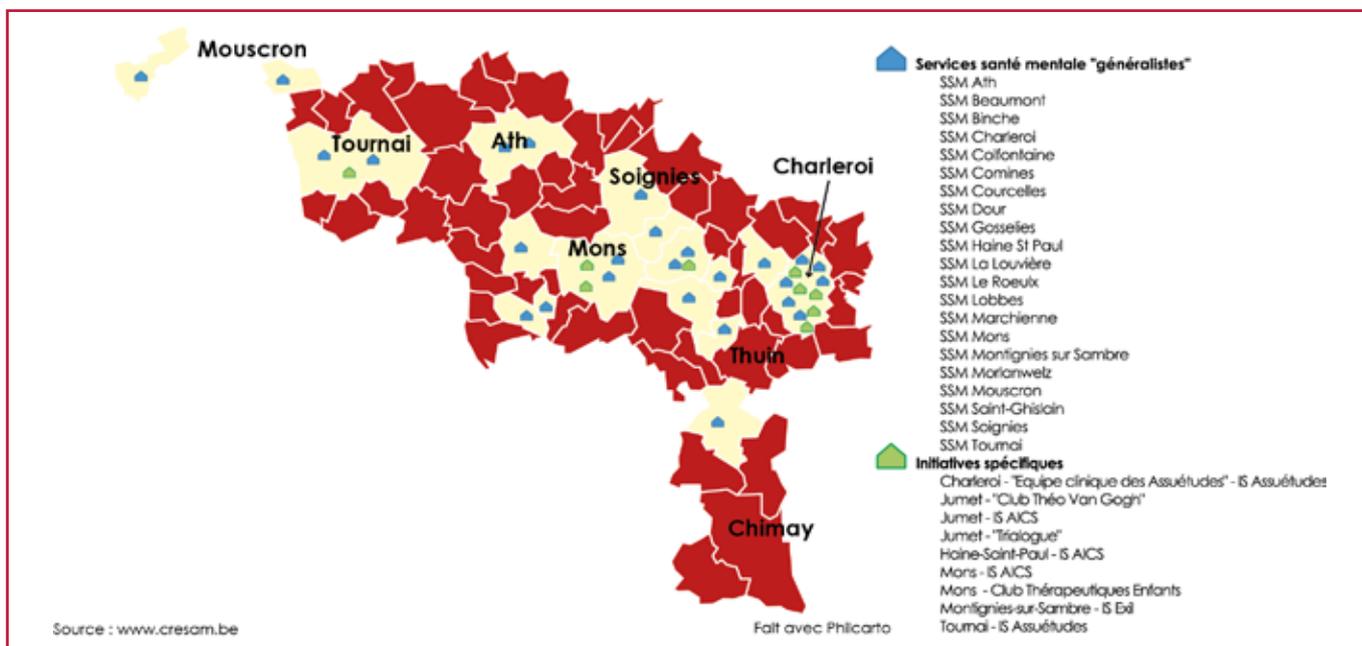
2.5. Services de santé mentale

Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population. Leurs missions sont notamment : l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, l'organisation de la réponse par la pose du diagnostic et l'instauration d'un traitement psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosocial.

Lorsqu'ils sont agréés (par la Wallonie), ils peuvent aussi développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou une approche méthodologique particulière ou, enfin, créer un atelier thérapeutique. Celui-ci est un lieu d'accueil et d'activités ayant pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques, de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins.[13]



Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, Hainaut, par commune, 2015



Le Hainaut compte 26 antennes et services de santé mentale généralistes agréés dont 10 sont gérés par la Province.

Charleroi, Le Roeulx et Mons disposent en plus de services agréés dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents.

Au-delà de ces services, il faut signaler cinq initiatives spécifiques développées à Charleroi, deux à Mons et une à La Louvière et Tournai. Elles sont notamment tournées vers le traitement des assuétudes et les troubles psychotiques.

3. Bibliographie

1. Jacques S. Indicateurs de performance clinique hospitalière. Etudes empiriques basées sur les données médico-administratives belges. 2012-2013 : Université de Liège.
2. Crommelynck A, Degraeve K, Lefèbvre D. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info, supplément à Mutualité Chrétienne-Informations. 2013.
3. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. Soins hospitaliers. Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-hospitaliers/dispositifs/hopital>
4. Les maisons de repos en Belgique. S'y retrouver dans les définitions. Consultable sur : <http://www.lesmaisonsderepos.be/mrdef.htm>
5. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé, Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels au 31/12/2014 et influx 2014. Bruxelles : SPF Santé publique. Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; 2014.
6. Vercruyse B. La médecine générale est malade, que faire ? Santé conjugulée ; Octobre 2007.
7. Berra P, Massot C. Observatoire de la Santé en Hainaut. Tableau de bord de la santé 2013, in Santé en Hainaut n° 8. 2013.
8. Duval S, Bouchard C. Soutenir la préparation à l'école et à la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté. Québec : Ministère de la Famille ; 2013.
9. Marmot MG, The Health Gap : the challenge of an unequal world. London : Bloomsbury Publishing ; 2015.
10. Portail des Centres de Planning Familial en Wallonie et à Bruxelles. Qui sommes-nous ? Consultable sur : <http://www.planningfamilial.net/> et <http://www.loveattitude.be/qui-sommes-nous>
11. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie. Associations de santé intégrée. Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/associations-sante-integree>
12. Fédération des maisons médicales. Maison médicale, le centre de santé intégrée. Disponible sur : <http://www.maisonmedicale.org/-Brochures-.html>
13. Portail Action Sociale et Santé en Wallonie DGO5. Soins ambulatoires. Disponible sur : <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/sante-mentale-ambulatoire>



Chapitre 6. Consommation de soins et de services

Faits marquants

- **Les visites à domicile par le médecin généraliste sont en baisse mais restent plus fréquentes en Hainaut** : de 2,6 visites par an et par habitant en 1999, les visites à domicile passent à 1,4 en 2014. Cette diminution n'est que partiellement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du généraliste. Malgré la diminution constatée, les visites à domicile par le médecin généraliste restent plus fréquentes en Hainaut qu'en Wallonie et en Belgique. C'est l'inverse pour les consultations au cabinet du médecin généraliste.
- **Les consultations chez le médecin spécialiste sont plus nombreuses en Hainaut** par rapport à la Wallonie et la Belgique : avec 2,7 contacts par an et par habitant, les Hainuyers consultent plus souvent le médecin spécialiste qu'en Wallonie (2,5) et en Belgique (2,4).
- **Près de 6 % de la population du Hainaut ne déclare aucun contact avec un dentiste** : selon l'Enquête Nationale de Santé (ENS) par Interview de 2013, 5,8 % des Hainuyers déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste, contre 5,1 % des Wallons et 3,9 % des Belges. Les personnes qui ont au maximum un diplôme d'études primaires déclarent plus fréquemment n'avoir jamais consulté de dentiste. Rappelons que ces personnes sont plus nombreuses en Hainaut.
- **Les remboursements des soins dentaires chez les moins de 18 ans ont augmenté de 23 % tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique** : ce fait est essentiellement le résultat de la mise en place par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) de la gratuité des soins pour cette classe d'âge.
- **Les séjours hospitaliers sont plus fréquents en Hainaut** : avec près de 318 admissions pour 1 000 habitants, les Hainuyers connaissent plus d'hospitalisations que les Wallons (297).
- **La consommation de médicaments remboursés est plus importante en Hainaut** : la consommation totale de médicaments remboursés par Hainuyer est respectivement plus élevée de 2,9 % et 12,6 % qu'en Wallonie et en Belgique.
- **Les taux de couverture en matière de dépistage des cancers sont insuffisants** : un peu plus de la moitié des Hainuyères de 50 à 69 ans ont eu un examen radiologique du cancer du sein. Moins de 16 % des hommes et femmes entre 50 et 74 ans déclarent avoir réalisé un test de dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années. Par contre, environ 75 % des femmes entre 25 et 64 ans déclarent avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années.

1. Consultations médicales et paramédicales

1.1. Contacts avec le médecin généraliste

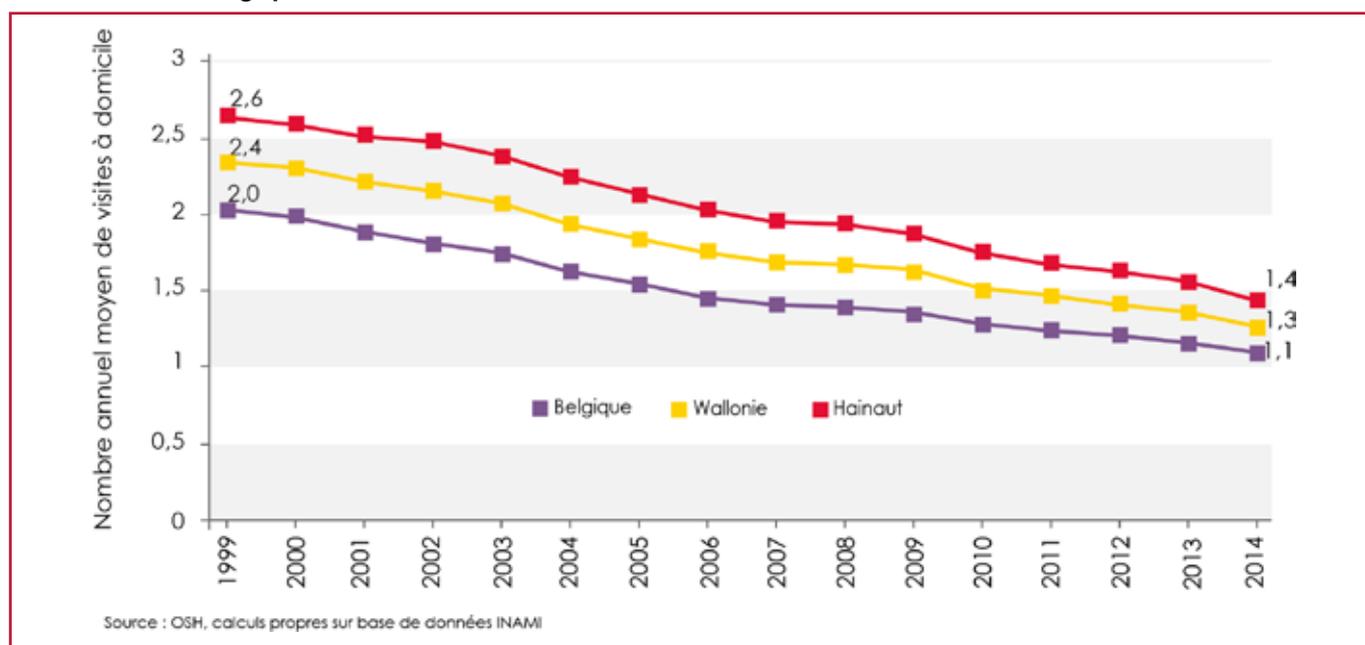
L'ENS par Interview de 2013 montre que 96 % des Hainuyers déclarent avoir un médecin généraliste attitré. En Hainaut, comme en Wallonie ou au niveau national, environ 77 % de la population rapporte au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec son médecin généraliste dans les douze derniers mois. Les personnes interrogées dénombrent en moyenne 3,8 contacts par an avec leur médecin généraliste, tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. Globalement, les contacts avec le médecin généraliste sont deux fois plus nombreux chez les personnes de 65 ans et plus (environ 6 à 7 contacts annuels).

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste (par personne et par an) a légèrement diminué ces dernières années. Cette diminution s'explique en grande partie par la baisse du nombre de visites au domicile des patients, qui n'est pas entièrement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin.^[1-2]

Les données statistiques issues de l'INAMI, calculées sur base des remboursements des visites ou des consultations du médecin généraliste, confirment ces chiffres avec en moyenne 3,5 contacts (visites à domicile et consultations) par an en 2014, pour les habitants du Hainaut.

Les données provenant de l'INAMI ne prennent cependant pas en compte l'activité des médecins exerçant au sein d'une maison médicale fonctionnant au forfait (c'est-à-dire un montant mensuel fixe par patient indépendamment du nombre de consultations/visites). Il est donc probable que les données concernant l'offre médicale et la consommation de soins pour les communes concernées soient quelque peu sous estimées.

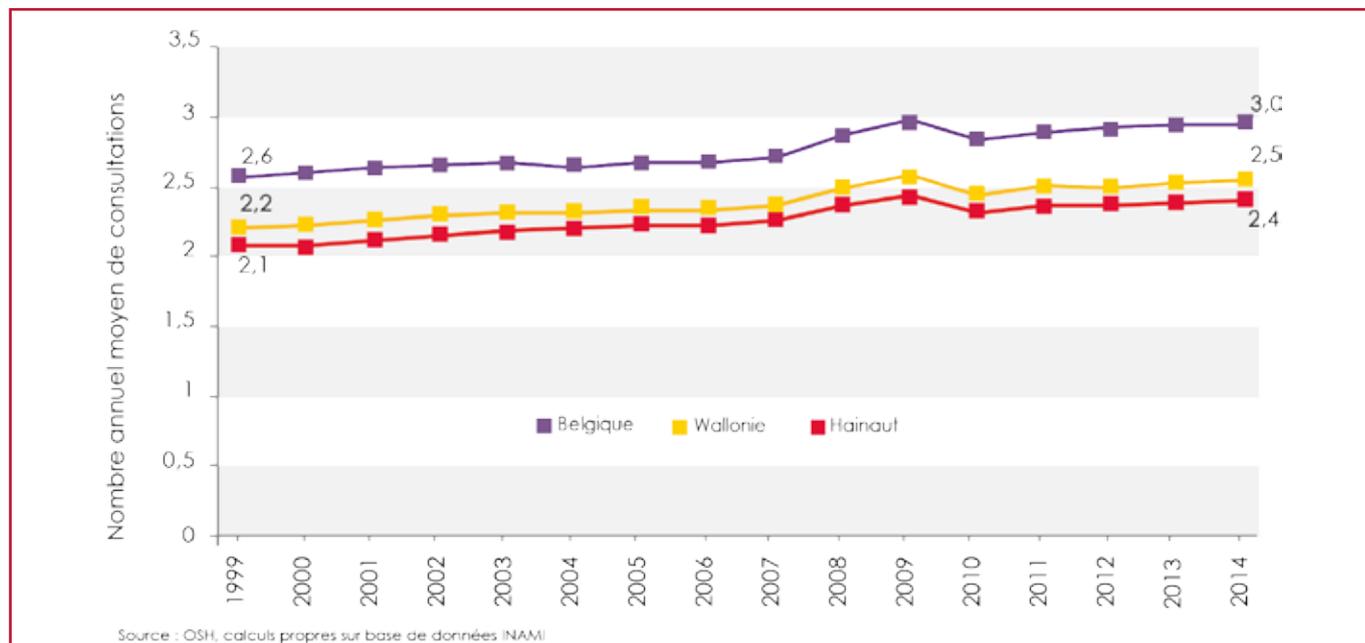
Figure 6. 1. Evolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1999 à 2014



Entre 1999 et 2014, le nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste a diminué de 45 % en Hainaut contre 46 % en Wallonie et en Belgique. Cependant, les visites à domicile demeurent plus fréquentes dans le Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique.



Figure 6. 2. Evolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste (sans visites à domicile), par habitant, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1999 à 2014



▼
A l'inverse des visites à domicile, le nombre annuel moyen de consultations au cabinet du médecin généraliste est en augmentation de 16 %, passant de 2,1 contacts par personne et par an en 1999 à 2,4 en 2014 pour le Hainaut. Une augmentation de plus 15 % est également constatée en Wallonie et en Belgique. Mais les consultations en Hainaut demeurent moins nombreuses qu'en Wallonie (- 5 %) et surtout qu'en Belgique (- 19 %).

Les personnes ayant un faible niveau d'instruction (enseignement primaire ou sans diplôme) rapportent environ deux fois plus de contacts avec le médecin généraliste que les personnes les plus instruites, tant en Wallonie qu'en Belgique. Cette tendance est également observée au sein du Hainaut, sans toutefois être statistiquement significative. Ce nombre plus élevé s'explique principalement par leur moins bon état de santé.^[1]

La pratique de la médecine générale a fortement évolué. La taille de la patientèle grandit, le nombre de contacts augmente tandis que leur fréquence par patient diminue et la structure de l'activité se déplace vers les consultations au détriment des visites à domicile. Néanmoins, si une diminution des visites à domicile concernant la population active est constatée, une certaine catégorie de patients particulièrement vulnérables (les personnes âgées, isolées ou institutionnalisées, les patients atteints de maladie chronique grave) en ont et en auront toujours besoin. Aussi, les visites à domicile représentent un élément clé dans la politique du maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées ou dépendantes, dont le nombre ne cesse de croître.^[3]

En 1999, les visites à domicile totalisaient 56 % des contacts avec le médecin généraliste en Hainaut (contre 44 % de consultations). En 2014, les visites à domicile représentent moins de 38 % des contacts.

Dossier médical global (DMG)

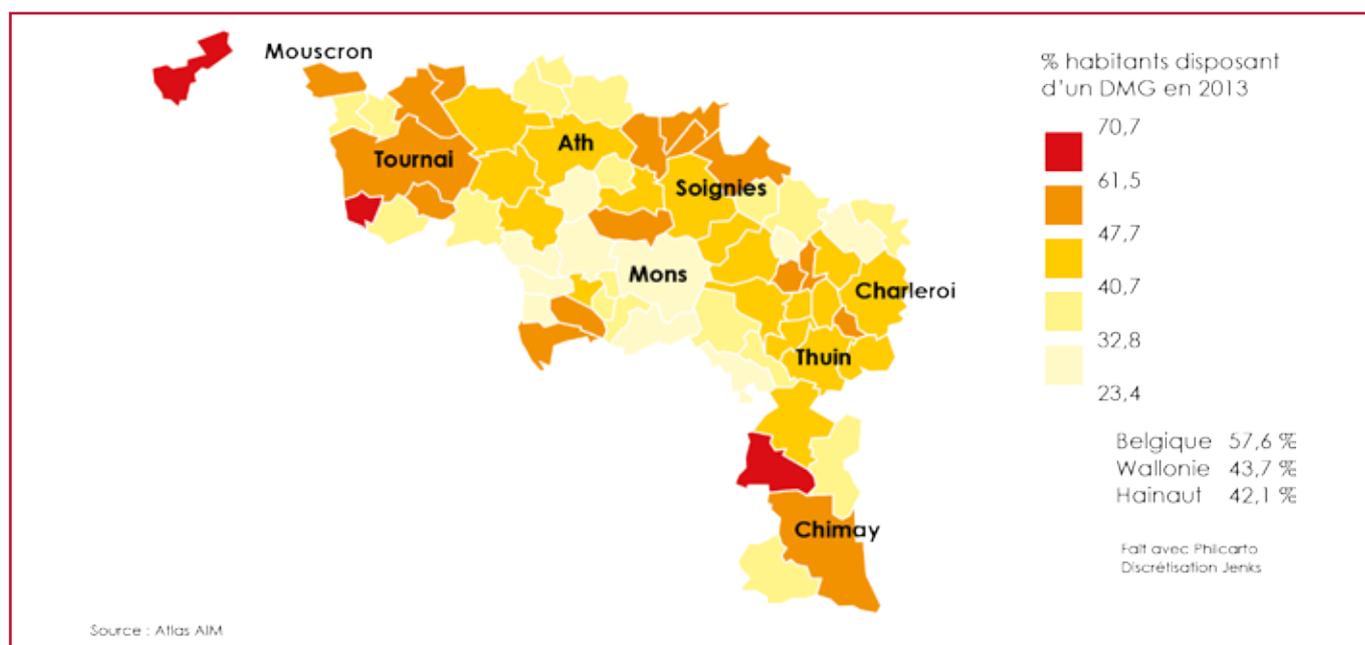
Le DMG a été mis en place en 1999. Il officialise le rôle de coordinateur du médecin généraliste au sein du système de santé belge.^[4] Il s'agit d'une synthèse de données importantes pour des soins continus, de qualité et axés sur le patient. L'échange de ces données avec d'autres partenaires des soins de santé, de première ou deuxième ligne, augmente la qualité des soins. Il permet également au patient d'être mieux remboursé lors d'une consultation chez le médecin généraliste.^[5]

Au 1^{er} avril 2011, avait été créé le DMG+ pour les patients âgés de 45 à 75 ans. Celui-ci a été intégré au DMG depuis janvier 2016.^[6] Il s'agissait d'une approche personnalisée tenant compte des spécificités de chaque patient. Cet axe supplémentaire au DMG permettait au médecin généraliste, sur base d'une liste de contrôle, d'aborder différentes mesures de prévention dans les domaines suivants :

- état général : conseils alimentaires et exercices physiques ;
- évaluation du risque cardiovasculaire global ;
- dépistage du cancer colorectal ;
- dépistage du cancer du sein ;
- dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- vaccinations diphtérie/tétanos, grippe et pneumocoque ;
- dépistage du diabète de type II ;
- dépistage insuffisance rénale chronique ;
- dépistage de la dépression.

En ouvrant un DMG+, le médecin s'engageait à aborder avec son patient ces items. Le rythme et la séquence selon lesquels ils étaient abordés étaient laissés à la décision du médecin.^[5-7] Le DMG+ n'existant plus en tant que tel, cette approche personnalisée n'est plus systématique mais à l'appréciation du médecin généraliste.

Carte 6. 1. Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, Hainaut, 2013



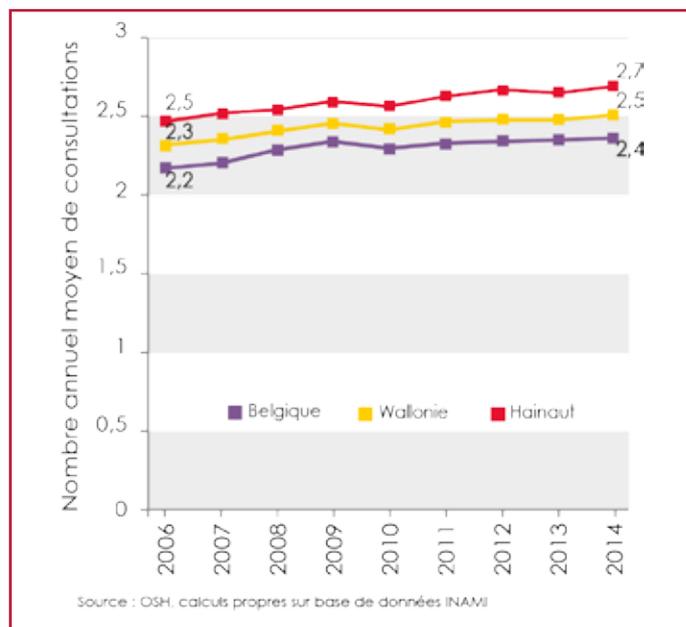
▼
 En Hainaut, c'est à Rumes (70,7 %), Sivry (62,2 %) et Comines (61,5 %) que l'on trouve les plus importantes proportions de patients disposant d'un DMG. A l'inverse, les proportions les plus faibles sont observées au sein des communes de Bernissart et Quévy (23,4 %).

Les proportions de personnes disposant d'un DMG sont beaucoup plus faibles en Wallonie qu'en Flandre. En 2012, plus d'un Belge sur deux possédait un DMG, avec toutefois une forte différence de pénétration en Flandre (> 60 %) par rapport à Bruxelles et à la Wallonie (+/- 40 %). Par ailleurs, en Belgique, le taux atteignait près de 80 % chez les plus de 75 ans.^[4]

1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

L'ENS par Interview de 2013 révèle que près de la moitié de la population belge, wallonne ou hainuyère déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes (2,2 contacts/an contre 1,7 pour les hommes au niveau national). Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues.^[8] Les contacts de spécialistes les plus souvent rapportés par la population concernent essentiellement la gynécologie, la pédiatrie, la médecine interne et la chirurgie.

Figure 6.3. Evolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2006 à 2014



► Selon les données issues des remboursements de l'INAMI, le nombre moyen de consultations chez le spécialiste est en légère croissance tant en Hainaut, qu'en Wallonie et en Belgique. En 2014, les consultations chez le spécialiste en Hainaut demeurent plus nombreuses qu'en Wallonie (+ 7 %) et qu'en Belgique (+ 11 %). Les résultats de l'ENS par Interview montrent que les patients au statut socio-économique élevé consultent plus souvent le spécialiste et/ou le dentiste. A l'opposé, la population ayant un statut moins favorable a plus de contacts avec le médecin généraliste et recourt plus souvent aux soins à domicile.^[9]

1.3. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le comité de l'assurance de l'INAMI a confié à la Cellule interuniversitaire d'épidémiologie (CIE) la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Lors de la dernière édition (2012-2014), 1 875 personnes ont rempli un questionnaire sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen dentaire. Cette enquête révèle, que seule la moitié des individus toujours pourvus de dents (53 %) se les brossent au moins deux fois par jour. La fréquence de brossage augmente avec le niveau d'instruction. D'autre part, 16 % des répondants évoquent des problèmes financiers lorsqu'on les interroge sur leur manque de régularité à consulter un dentiste. Enfin, sur base des comportements alimentaires, 59 % de la population est considérée à risque de caries et 46 % à risque d'érosion dentaire.^[10]



Tableau 6. 1. Proportion en % de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	A consulté un dentiste	N'a jamais consulté de dentiste
Belgique	61,6	3,9
Wallonie	57,3	5,1
Hainaut	56,3	5,8

Source : ISP-HIS

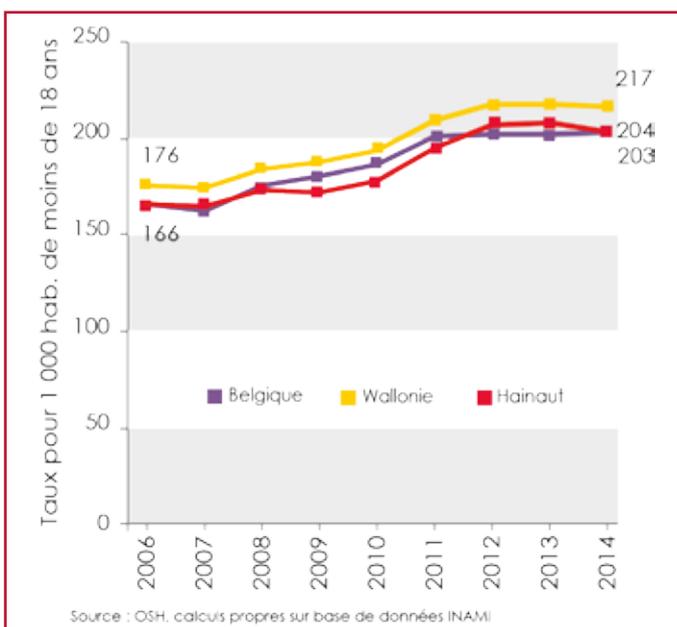


Selon l'ENS par Interview de 2013, près de 62 % de la population belge interrogée déclare avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. En Hainaut, cette proportion est inférieure (56 %). A noter qu'environ 4 à 6 % des répondants rapportent n'avoir jamais consulté de dentiste.

Les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires restent très marquées. Les personnes dont le degré d'éducation est le plus élevé se rendent deux fois plus souvent chez le dentiste que celles du niveau le plus faible.^[11]

En Wallonie, parmi les personnes ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme), un tiers (32 %) ont déclaré en 2013 avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion dépasse les deux tiers (68 %) chez les individus ayant suivi des études supérieures.

Figure 6. 4. Evolution du taux (pour 1 000 habitants par an) de soins dentaires réalisés par les dentistes pour la population des moins de 18 ans, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2006 à 2014



► Depuis le 1^{er} mai 2009, pour les enfants de moins de 18 ans, l'INAMI rembourse totalement les prestations de dentisterie (chez un praticien conventionné) à l'exception de l'orthodontie et de l'extraction d'une incisive de lait. Le nombre de soins dentaires réalisés chez les moins de 18 ans a augmenté de 23 % en Hainaut comme en Wallonie et en Belgique entre 2006 et 2014.

1.4. Recours aux soins à domicile

Les résultats de l'ENS par Interview montrent une augmentation du recours aux soins infirmiers de 1997 à 2001 pour redescendre ensuite à un niveau proche de 1997 lors de l'enquête de 2013. Ce constat est observé tant en Belgique, qu'en Wallonie et en Hainaut. Il se maintient si on tient compte du vieillissement de la population.

Cette proportion représente 3,9 % de la population en Hainaut, 3,1 % en Wallonie et 4,0 % en Belgique.

Il existe un lien évident entre le recours à des soins infirmiers prestés à domicile et l'âge : 18 % des personnes âgées (75 ans et plus) en Hainaut y ont recours, ce qui est proche de la valeur nationale (19 %).^[12]

1.5. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent à l'hôpital, en centre (de révalidation ou autres) ou en ambulatoire (au domicile du patient ou au cabinet du prestataire).^[13]

Selon l'ENS par Interview de 2013, environ une personne sur 7 a déclaré avoir eu recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois, tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. Ce constat est resté relativement stable depuis l'enquête de 1997.

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient toutefois plus fréquente à mesure de l'avancée en âge. Ceci va probablement de pair avec l'augmentation des maladies chroniques qui sont liées au vieillissement^[13]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois concerne un quart des personnes de 65 ans et plus en Hainaut.

1.6. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative

La médecine alternative ou non conventionnelle est une méthode de traitement ou d'examen qui, contrairement à la médecine conventionnelle, n'est pas fondée sur l'expérimentation scientifique^[14].

En 1999 a été publiée la "Loi Colla" qui avait pour but la reconnaissance de quatre thérapies non conventionnelles :

- ostéopathie : elle repose sur l'utilisation de manipulations visant à traiter des pathologies axées sur la motricité anormale du système locomoteur et sur le système nerveux périphérique ;
- homéopathie : elle repose sur une hypothèse dite loi de "similitude". Toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir des mêmes symptômes chez le sujet malade. Cette substance est diluée de façon sérielle, chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergétique du solvant. Après dilution, il n'existe en principe plus de molécule de la substance originelle ;
- chiropraxie : elle tend à obtenir un état d'équilibre et à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Elle vise à traiter les troubles de la colonne vertébrale et du système nerveux. L'accent est mis également sur les techniques manuelles, en ce compris la mobilisation et la manipulation des articulations. Une attention particulière est accordée aux déplacements (subluxations) ;

- 
- acupuncture : des aiguilles en acier inoxydable sont insérées sur ce que l'on appelle les points d'acupuncture du corps. Cette pratique nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie.^[14-15]

Seules les consultations auprès d'un ostéopathe et auprès d'un homéopathe sont abordées dans ce rapport, car elles sont les plus fréquentes.

1.6.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture.^[14]

L'ENS par Interview de 2013 révèle que 5,7 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des 12 derniers mois. Cette proportion n'est pas statistiquement différente de celle observée lors de l'enquête de 2008. Par contre, elle augmente de 33 % entre 2004 et 2013. En Wallonie, on n'observe pas de différence significative, mais le Hainaut tend à comptabiliser moins de personnes ayant eu recours à l'ostéopathe (4,4 %) par rapport au niveau régional.

Au niveau national, les femmes (6,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (4,7 %) à consulter un ostéopathe en 2013.

1.6.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes.^[16] L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé.^[17]

Selon les données de l'ENS par Interview de 2013, la proportion de personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique tend à être moins importante en 2013 (1,8 %) qu'en 2004 (5,8 %). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir recours à un homéopathe. Les chiffres ne sont pas statistiquement différents en Hainaut.

1.7. Contacts avec le service des urgences

Le rôle des services d'urgence est d'accueillir, sans sélection et de manière permanente toute personne se présentant en situation d'urgence médicale (y compris psychiatrique) et de la prendre en charge. Cette accessibilité est un des droits de base de chaque citoyen.^[18]

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en 2012^[17], il y a eu en Belgique 290 contacts avec les services d'urgence par 1 000 habitants. Ce chiffre, le plus élevé en comparaison avec les autres pays étudiés (Danemark, Angleterre, France et Pays-Bas), tend à augmenter chez nous comme à l'étranger : de 3 millions en 2009, il est passé à 3,2 millions en 2012.

Recourir au service des urgences repose souvent sur une volonté d'être pris en charge plus rapidement, de résoudre plus vite un problème de santé face à de trop longs délais d'attente pour un rendez-vous de spécialiste ou encore de suppléer à l'impossibilité d'obtenir une consultation chez un généraliste le week-end ou le soir.^[17-18]

Selon l'ENS par Interview de 2013, environ 13 % de la population belge, wallonne ou hainuyère a eu un contact avec le service des urgences au cours des 12 derniers mois. Le nombre annuel moyen de contacts avec le service des urgences se situe entre 21 et 26 contacts pour 100 habitants, selon le niveau géographique.

2. Séjours hospitaliers

2.1. Hospitalisations déclarées

Au cours de l'ENS par Interview de 2013, 9,6 % de la population hainuyère déclarait avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année écoulée. Toujours selon les réponses de l'enquête, on relève en Hainaut une moyenne de 11 hospitalisations classiques (avec minimum une nuit à l'hôpital) pour 100 personnes. Quant aux hospitalisations de jour, elles ont concerné 5,5 % des Hainuyers au cours des douze derniers mois avec une moyenne dans l'année de 7 admissions en hôpital de jour pour 100 personnes. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de la situation déclarée au niveau national.

2.2. Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Le RHM consiste en un résumé standardisé concis du dossier médical du patient. Depuis 2008, chaque hospitalisation (y incluse celle de jour) et chaque contact avec le service des urgences donnent lieu à un RHM rassemblant les causes et la durée de séjour.^[19] Le nombre de séjours pour chaque pathologie est dépendant de multiples facteurs dont la prévalence de la maladie, l'offre de soins et les habitudes des prestataires soignants.

Le tableau suivant reprend les taux bruts d'admission pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Certains diagnostics apparaissent plus souvent lors d'hospitalisations classiques (les maladies liées à l'appareil circulatoire), d'autres en hospitalisations de jour (les maladies myéloprolifératives (par exemple : leucémie) et néoplasmes (tumeurs) peu différenciés, les affections nez-gorge-oreilles, les affections des yeux).



Tableau 6. 2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation (classique et de jour) pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2012

Diagnostic principal d'hospitalisation	Belgique	Wallonie	Hainaut
Système musculaire et tissu conjonctif	48,89	39,89	43,50
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	34,04	35,88	38,46
Appareil digestif	31,96	32,10	34,24
Nez, gorge, oreilles	30,13	23,69	27,88
Appareil circulatoire	22,88	21,47	22,08
Système nerveux	15,32	16,32	18,06
Grossesse et accouchement	15,32	15,49	16,14
Appareil respiratoire	14,65	15,16	16,60
Affections des yeux	13,51	13,42	13,58
Reins et voies urinaires	10,93	10,47	11,63
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,15	9,99	10,95
Organes génitaux féminins	7,10	7,11	7,29
Organes génitaux masculins	6,36	5,16	5,23
Foie, bile et pancréas	5,64	6,30	7,03
Sang et organes hématopoïétiques	5,35	4,25	4,20
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	4,91	5,56	5,92
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	3,77	3,28	3,00
Maladies infectieuses et parasitaires	2,90	2,69	3,08
Troubles mentaux	2,45	3,07	3,08
Alcoolisme et usage de drogue	1,31	1,94	2,41
Nouveau-nés Affections d'origine périnatale	0,82	0,75	0,66
Brûlures	0,45	0,65	1,40
Traumatismes multiples	0,29	0,36	0,31
Infections HIV	0,12	0,12	0,11
Autres	25,90	21,88	20,73
Total	315,13	296,98	317,55

Source : OSH, calculs propres basés sur des données du SPF Santé Publique, RHM



Quel que soit le type d'hospitalisation (de jour ou classique), les causes d'admissions les plus fréquentes durant l'année 2012 concernaient les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif (protecteur des organes), aux maladies myéloprolifératives (cancers du sang ou de la moelle osseuse) et néoplasmes peu différenciés, ainsi qu'à l'appareil digestif. Ce constat est valable tant en Hainaut, qu'en Wallonie et en Belgique. Globalement, le nombre d'admissions hospitalières se révèle plus important au sein de la province par rapport à la Wallonie et assez similaire au niveau belge.

3. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la consommation pharmaceutique continue d'augmenter. Cette hausse s'explique par deux facteurs prédominants :

- une demande croissante de traiter les maladies liées à l'âge et aux affections chroniques ;
- des changements dans les pratiques cliniques.^[20]

Entre 2000 et 2013, la consommation de médicaments s'est accrue en Belgique de :

- 58 % pour les antidiabétiques ;
- 86 % pour les antidépresseurs ;
- 220 % pour les médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) situant la Belgique au 4^e rang des plus gros consommateurs des pays de l'OCDE. Les recommandations cliniques pour la prescription des traitements contre le cholestérol ont été plusieurs fois mises à jour depuis la décennie nonante, préconisant un plus large dépistage, des traitements plus précoces et des dosages plus élevés.^[20] Cette augmentation importante peut notamment s'expliquer par la place prédominante des statines au cours des quinze dernières années, dans le cadre de la prévention cardiovasculaire.^[21]

3.1. Consommation déclarée

Tableau 6. 3. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Pourcentage de personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Pourcentage de personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,5	56,9	51,4	14,2	18,9	16,7
Wallonie	44,8	58,6	51,9	11,9	17,6	14,8
Hainaut	43,5	57,8	50,9	9,3	13,9	11,7

Source : ISP-HIS

▼
Lors de l'ENS par Interview de 2013, la moitié de la population a déclaré avoir consommé au moins un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines, tant en Belgique, en Wallonie qu'en Hainaut.

D'autre part, la consommation de médicaments non prescrits dans les derniers 15 jours n'a été rapportée que par 12 % des Hainuyers, ce qui se révèle significativement inférieur à la situation nationale (17 %).

Bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative en Hainaut, on observe une plus grande fréquence de consommation déclarée (médicaments prescrits ou non) chez les femmes, quel que soit le territoire. La prise de pilule contraceptive est sans doute l'un des éléments explicatifs de cet état de fait.

Tableau 6. 4. Proportion en % des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Hommes de plus de 50 ans	Femmes de plus de 50 ans
Belgique	17,4	21,0
Wallonie	20,0	20,9
Hainaut	25,0	25,5

Source : ISP-HIS

▼
Au-delà de 50 ans, un individu sur 5 en Wallonie et en Belgique déclare avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Même si les chiffres semblent plus élevés en Hainaut, ils ne diffèrent pas statistiquement des valeurs nationale ou régionale.

3.2. Consommation enregistrée

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre les médicaments délivrés par les pharmacies publiques et qui ont donné lieu à un remboursement. Les données ne tiennent pas compte des médicaments non remboursés, ainsi que de ceux délivrés par les pharmacies hospitalières.

Les consommations sont exprimées en dose moyenne journalière (DMJ).

Une DMJ correspond à la quantité de principe actif que devrait recevoir, par jour, un adulte d'un poids corporel de 70 kg lorsque le médicament est prescrit pour son indication principale. Cette définition permet de normaliser le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérentes les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays.^[22]

Remarque : les données Pharmanet provenant de l'INAMI tiennent compte uniquement des personnes affiliées à une mutualité belge. Un correctif a donc été appliqué en ne tenant compte que de la population qui dépend de l'assurance maladie invalidité belge.



Tableau 6. 5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

Type de médicament prescrit	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	DMJ/ 1 000 hab./ jour	% du total des médi- caments	DMJ/ 1 000 hab./ jour	% du total des médi- caments	DMJ/ 1 000 hab./ jour	% du total des médi- caments
Système cardio-vasculaire	496,8	38,5	530,1	37,6	556,5	38,3
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	173,9	13,5	198,9	14,1	215,6	14,8
Système nerveux central	147,9	11,5	173,4	12,3	171,8	11,8
Sang et système hématopoïétique	111,5	8,6	117,0	8,3	119,7	8,2
Système respiratoire	111,7	8,7	118,2	8,4	123,1	8,5
Système uro-génital et hormones sexuelles	63,4	4,9	67,0	4,7	64,4	4,4
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	45,9	3,6	65,5	4,6	55,9	3,8
Système squelettique et musculaire	64,7	5,0	64,8	4,6	67,7	4,7
Anti-infectieux à usage systémique	32,2	2,5	34,5	2,4	34,6	2,4
Organes sensoriels	20,9	1,6	21,7	1,5	22,5	1,5
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	13,5	1,0	12,9	0,9	13,4	0,9
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,5	0,5	6,6	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0
Divers	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0
Total	1 290,1	100,0	1 411,5	100,0	1 452,7	100,0

Source : OSH, calculs propres sur base de données de l'INAMI, Pharmanet



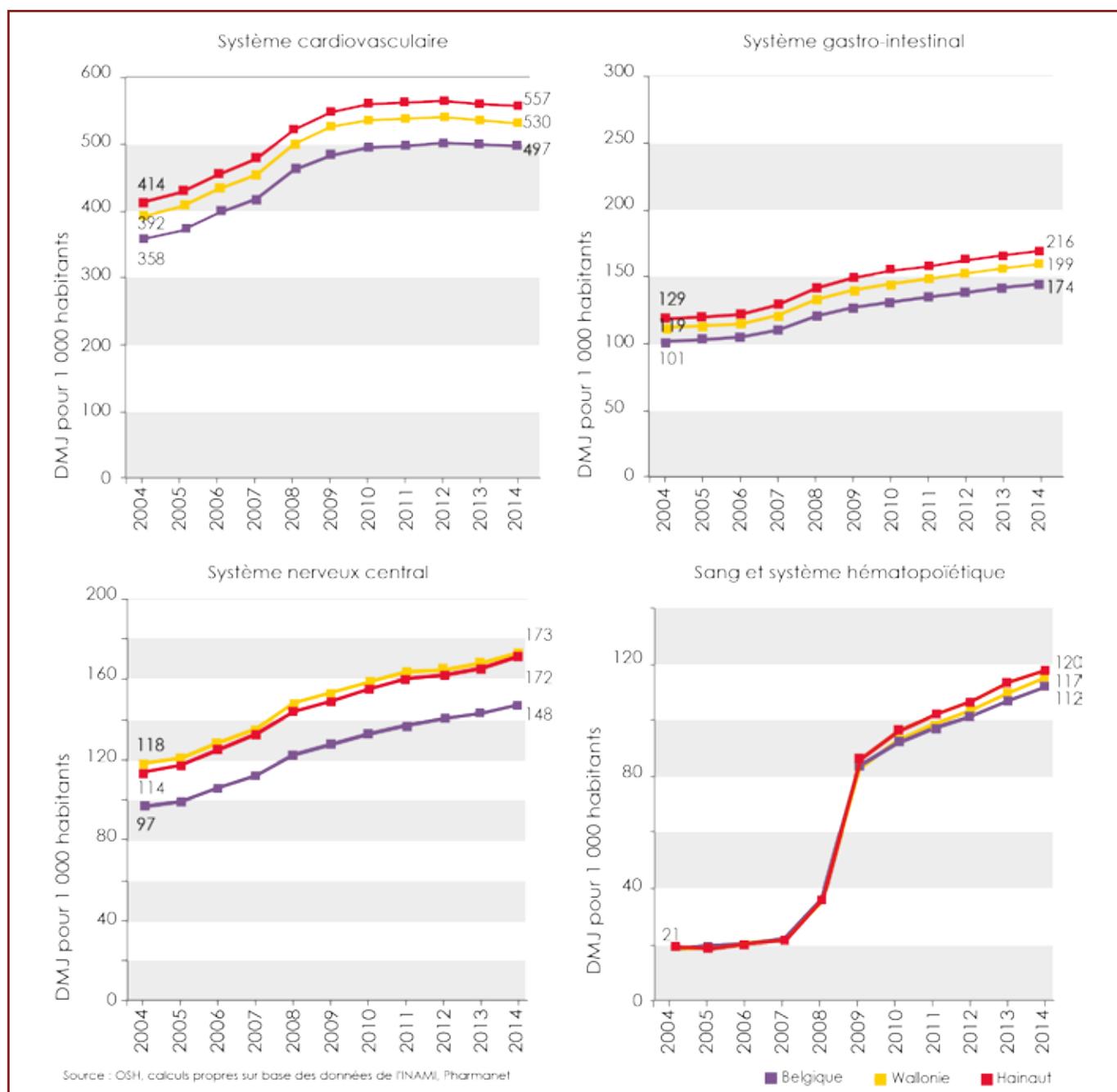
Globalement, en 2014, on note presque systématiquement une consommation plus élevée de médicaments en Hainaut par rapport à la Wallonie (+ 3 %) et la Belgique (+ 13 %). L'état de santé moins favorable des Hainuyers constitue sans doute l'un des facteurs de cette réalité particulière.

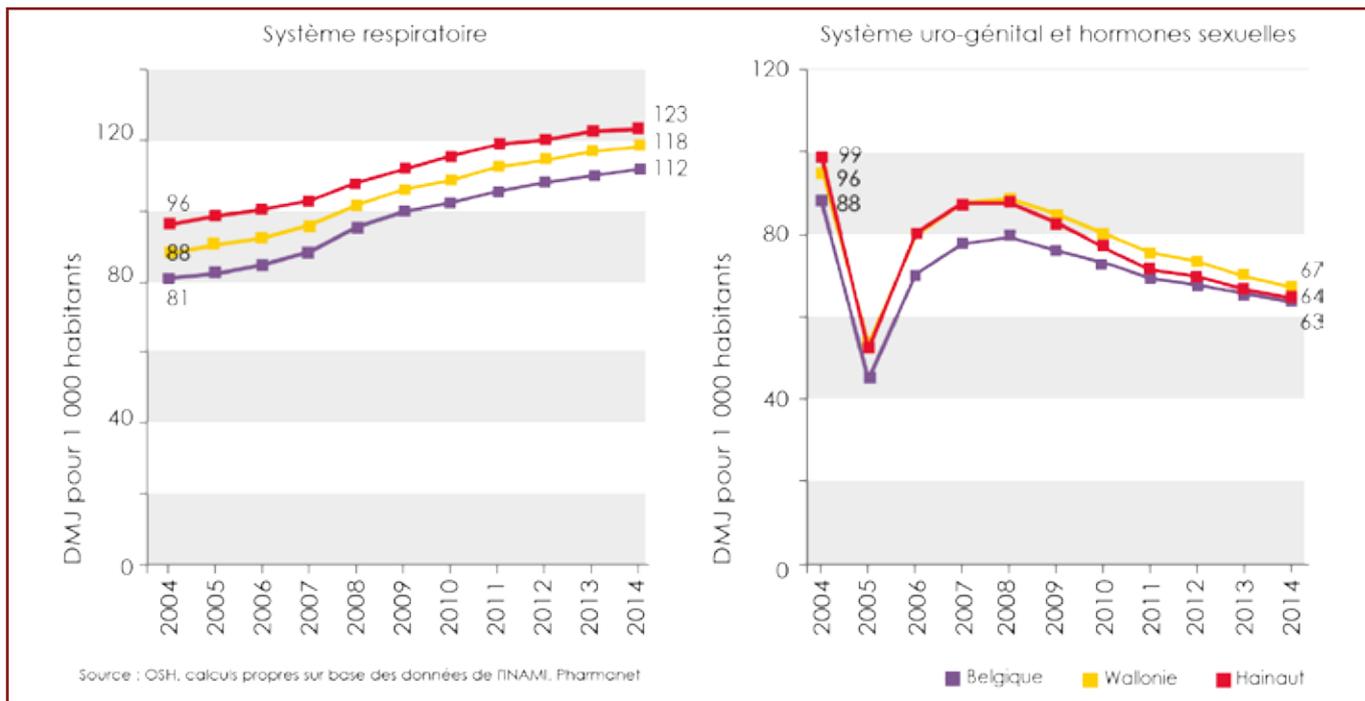
Quel que soit le territoire, les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont les plus consommés.

Comme on peut l'observer, la répartition par système anatomique est semblable en Belgique, en Wallonie et en Hainaut.

L'évolution de la consommation des médicaments est influencée par la fréquence de la maladie (elle-même en partie liée au vieillissement de la population), l'apparition de nouvelles molécules, les modifications des règles de remboursement et les changements dans les habitudes de prescription, notamment sous l'influence de nouvelles recommandations.

Figure 6. 5. Evolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2004 à 2014





Quel que soit le système, on constate une progression plus importante entre 2007 et 2008 suite à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants. Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en Hainaut, qu'en Wallonie ou en Belgique. Leur utilisation continue de s'accroître passant de 414 DMJ pour 1 000 habitants en 2004 à 557 en 2014, soit une augmentation de 35 % en 11 ans en Hainaut. Pour la Wallonie et la Belgique, un accroissement de 35 % et 39 % sont respectivement constatés. En 2014, la consommation de ces médicaments en Hainaut reste supérieure, respectivement de 5 et de 11 %, à la Wallonie et la Belgique.

Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme se situent à la seconde place en termes de consommation. Ils ont vu leur DMJ s'accroître de 67 % en Hainaut, 68 % en Wallonie et 73 % en Belgique entre 2004 et 2014. La consommation hainuyère demeure supérieure de 8 % à celle de la Wallonie et de 19 % à celle de la Belgique.

Troisième au classement des plus importantes consommations médicamenteuses, les produits destinés à soigner les pathologies du système nerveux central (surtout les psychotropes) connaissent une forte augmentation au cours du temps. Ainsi, de 2004 à 2014, on a observé une hausse de 50 % au sein de la province et respectivement de 47 et 53 % en Wallonie et en Belgique. Cette consommation reste supérieure en Hainaut par rapport à la région (+ 1 %), mais surtout le pays (+ 14 %).

L'accroissement de la consommation des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique (qui concerne la formation des globules sanguins : les organes hématopoïétiques sont principalement la moelle osseuse, les ganglions lymphatiques et la rate) apparaît la plus importante. La croissance fulgurante entre 2008 et 2009 est expliquée par l'entrée de la cardio-aspirine dans les remboursements INAMI. La consommation hainuyère se révèle à nouveau plus importante, mais dans une moindre mesure par rapport à la Wallonie (+ 2 %) et la Belgique (+ 7 %).

Les produits visant le système respiratoire ont également vu leur consommation s'accroître entre 2004 et 2014 : de 28 % en Hainaut, de 34 % en Wallonie et de 38 % en Belgique.

Concernant la consommation de médicaments destinés au système uro-génital et hormones sexuelles, une chute brutale est clairement visible en 2005. Cette diminution s'explique par le fait qu'à cette période, une grande partie des contraceptifs oraux sont exclus du remboursement et sont ensuite réintégrés progressivement à partir de 2006. La consommation en Hainaut est similaire à la consommation nationale et inférieure à celle de la Wallonie.

4. Vaccinations

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination, en mettant en balance tant les bénéfices que les risques individuels et collectifs, au niveau international. Jusqu'à présent, la variole est la seule maladie à avoir complètement disparu de notre planète grâce à la vaccination.^[23]

La vaccination évite l'apparition de maladies infectieuses présentant des complications graves.^[24] Elle est d'abord une protection individuelle, mais également une protection collective.^[25]

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être contrôlées ou éliminées, par le biais de programmes de vaccination de masse.

En Belgique, dans le cadre de la 6^e réforme de l'Etat (2014), les compétences en matière de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) ont été transférées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la vaccination entre 0 et 18 ans (ainsi que les femmes enceintes), et à la Wallonie et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale pour les vaccinations au-delà de l'âge de 18 ans.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique depuis 1967.^[26] Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande un calendrier vaccinal de base, où d'autres vaccinations sont fortement recommandées par les autorités sanitaires du pays.^[23]

4.1. Vaccination des enfants

Depuis 2002, la FWB et le CSS ont recommandé de vacciner tous les enfants contre les maladies suivantes : poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, *haemophilus influenzae* de type b, hépatite B, rougeole, rubéole, oreillons, et méningocoque de type C. S'y sont ajoutées en 2006, la vaccination contre le pneumocoque et en 2007, la vaccination contre le rotavirus. Excepté contre ce dernier, les différents vaccins sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint entre l'Etat fédéral et la FWB.^[27]

Depuis septembre 2011, une vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV) est proposée gratuitement aux filles qui fréquentent la 2^e année de l'enseignement secondaire.^[28]

Le programme PROVAC développe et évalue le plan de vaccination à l'échelle de la FWB. Il réalise régulièrement des enquêtes de couverture vaccinale : tous les trois ans auprès des parents d'enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire de 2^e primaire, 6^e primaire, 2^e ou 4^e secondaire. La mesure des couvertures vaccinales permet de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

La dernière enquête relative à la vaccination des enfants de 18 à 24 mois a été réalisée entre mai et juillet 2015. Toutes les couvertures des vaccins faisant partie du circuit de distribution organisé par la FWB sont restées stables par rapport à l'enquête précédente de 2012. Le taux de couverture du vaccin hexavalent (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche-hémophilus *influenzae* de type B-hépatite B) atteint près de 93 % en 2015. La couverture du vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons) atteint près de 96 % lors de cette dernière enquête.



Ces résultats sont légèrement supérieurs à l'enquête de 2012 sans être significativement différents au niveau statistique. Une petite exception est à noter pour le taux de couverture du vaccin contre le pneumocoque (93 % en 2015) qui enregistre une augmentation significative de 3,5 % entre 2012 et 2015. Le taux de couverture du vaccin contre le rotavirus (87 % en 2015) présente également une hausse significative de 7 % entre les deux dernières enquêtes.^[29]

En septembre 2014, PROVAC a diffusé les évolutions de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en FWB. Entre 2004 et 2012, la couverture vaccinale du rappel de 6 ans (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche) passe de 69,1 % à 78,7 % et augmente de presque 10 %.^[30]

4.2. Vaccination des adultes

4.2.1. Grippe

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque, à savoir :

- toute personne de 65 ans et plus ;
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- les femmes enceintes qui seront au deuxième ou troisième trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe ;
- les personnes séjournant en institution ;
- les enfants de 6 mois à 18 ans compris, sous thérapie à l'aspirine à long terme ;
- le personnel du secteur de la santé ;
- les personnes vivant sous le même toit que des personnes à risque ou avec des enfants de moins de 6 mois.^[28]

Tableau 6. 6. Proportion en % de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée
Belgique	56,1
Wallonie	47,1
Hainaut	51,9

► Selon l'ENS par Interview de 2013, environ 52 % des personnes à risque en Hainaut déclarent être vaccinées. Pour la même année, cette proportion atteint environ une personne à risque sur 2 en Wallonie (47 %) et en Belgique (56 %). Ces différences entre niveaux géographiques ne sont toutefois pas statistiquement significatives.

Source : ISP-HIS

En Belgique, le taux de couverture de la vaccination de la population à risque contre la grippe est en recul au cours des 5 dernières années et reste sous l'objectif de l'OMS, qui préconise un taux de couverture de 75 %.^[31]

4.2.2. Pneumocoque

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre le pneumocoque chez :

- toutes les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- les adultes présentant un risque accru d'infection liée au pneumocoque (troubles immunitaires) et les adultes souffrant de pathologies chroniques telles les troubles cardiovasculaires, la bronchite chronique (ou fumeurs), les problèmes hépatiques (ou abus d'alcool), les troubles rénaux ou le diabète.^[28]

Tableau 6. 7. Proportion en % de la couverture vaccinale contre le pneumocoque chez les personnes à risque, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Population à risque déclarant être vaccinée
Belgique	8,5
Wallonie	8,1
Hainaut	7,8

► L'ENS par Interview de 2013 ne constate aucune différence significative entre le Hainaut, la Wallonie ou la Belgique quant à la part de population à risque déclarant être vaccinée contre le pneumocoque. Cette couverture vaccinale touche environ 8 % de cette population.

Source : ISP-HIS



5. Dépistages

Le but du dépistage est de détecter une pathologie avant même que des symptômes soient manifestes. Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Différentes conditions doivent être réunies afin qu'un dépistage de masse soit organisé.^[32]

5.1. Dépistage des cancers

Une détection précoce de certains cancers favorise souvent des traitements moins lourds et offre des chances de guérison plus importantes.^[33] Le dépistage s'adresse à tout le monde, à partir d'un certain âge : les femmes entre 50 et 69 ans pour le cancer du sein, les femmes entre 25 et 64 ans pour le cancer du col de l'utérus, et les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour le cancer colorectal.

Le dépistage systématique, dit de masse, organisé (ou programme organisé), est réalisé à l'initiative d'une autorité de Santé publique. Il est soumis à des procédures de contrôle de qualité et à une évaluation régulière afin de garantir la qualité et l'efficacité selon les critères définis au niveau européen. Une invitation personnelle est envoyée à la population "cible".

Le dépistage individuel ou opportuniste est, quant à lui, réalisé à la demande de l'individu ou du médecin en dehors d'un programme organisé de dépistage.

En FWB, hormis la possibilité d'un dépistage individuel, il existe un dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Le dépistage du cancer du col de l'utérus appartient au dépistage individuel.^[34]

5.1.1. Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001, la Belgique a instauré un programme national de dépistage du cancer du sein. Celui-ci permet aux femmes de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, au moyen d'un Mammotest, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité et d'une double lecture.^[35] En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée "diagnostique" dans la nomenclature INAMI.

La couverture par Mammotest est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un Mammotest, que celles-ci aient déjà eu ou pas une mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée. La couverture par mammographie diagnostique correspond au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique diagnostique et aucun Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.

La couverture totale additionne la couverture par Mammotest et la couverture par mammographie diagnostique. Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique et/ou d'un Mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.^[35]

La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans.

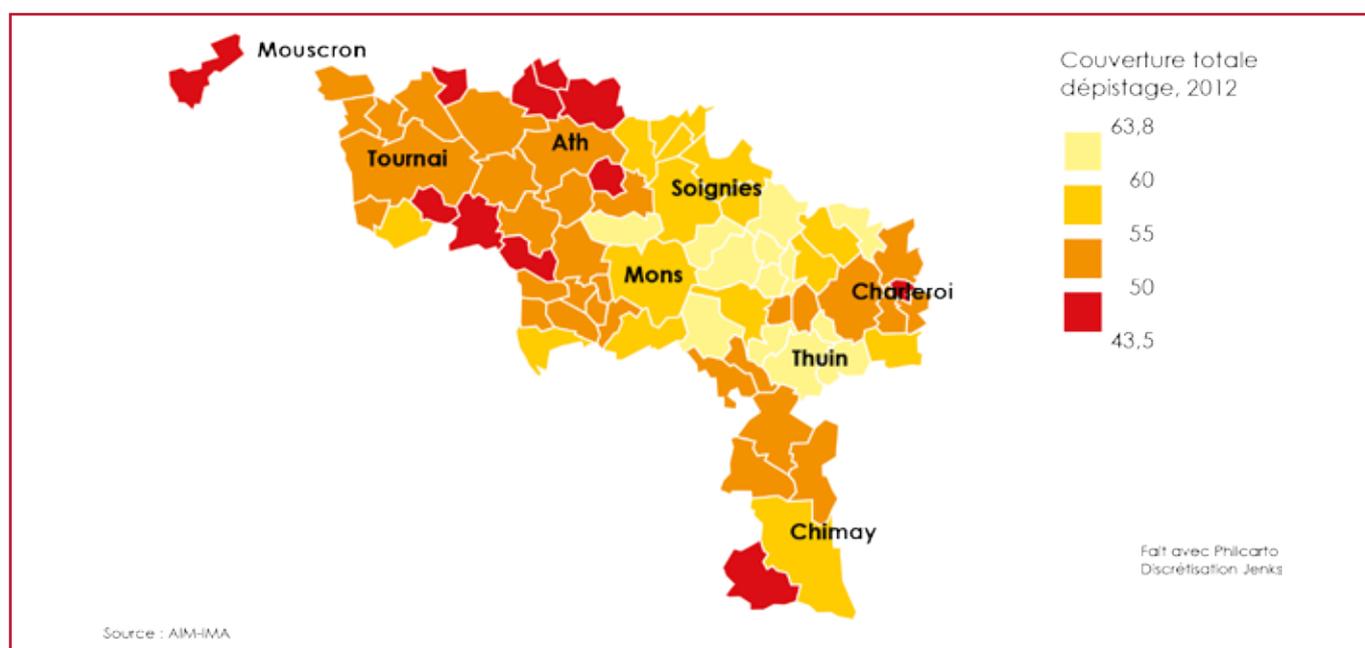
Tableau 6. 8. Proportion en % de femmes (50-69 ans) ayant bénéficié d'un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2012

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Couverture par mammothest	32,5	7,2	6,7
Couverture par mammographie diagnostique	30,2	48,4	48,3
Total	62,7	55,6	55,0

Source : Atlas AIM

▼
 En 2011-2012, le taux de couverture par Mammothest en Hainaut (6,7 %) est légèrement inférieur à celui de la Wallonie (7,2 %), mais la différence est nettement plus importante par rapport aux chiffres nationaux (33 %). Ceci s'explique par la forte adhésion de la population de la Flandre au programme organisé de dépistage du cancer du sein. A l'inverse, le taux de couverture par mammographie diagnostique, similaire en Hainaut et en Wallonie (environ 48 %), est plus élevé qu'en Belgique (30 %). En 2011-2012, plus d'une femme wallonne ou hainuyère sur deux âgée de 50 à 69 ans a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein. Cette proportion se révèle cependant inférieure à la couverture nationale (près de 63 %).

Carte 6. 2. Proportion en % de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, Hainaut, par commune, 2011-2012



▼
 En 2011-2012, le taux de couverture totale du dépistage du cancer du sein atteint plus de 62 % dans les communes de Chapelle-lez-Herlaimont (63 %), Le Roeulx (63 %) et Montigny-le-Tilleul (64 %).

A l'inverse, les communes de Flobecq, Comines-Warneton et Mont-de-l'Enclus n'atteignent pas 45 %.

5.1.2. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans)

Le programme de dépistage du cancer colorectal est organisé en FWB depuis le 1^{er} mars 2009. Il s'adresse à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans en Wallonie et en région de Bruxelles-Capitale. Le cycle d'invitation s'étale sur deux ans. La détection du sang fécal occulte (DSFO) est l'examen le plus fréquemment réalisé.^[34]

Tableau 6. 9. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population (50-74 ans), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014

	Examens de DSFO
Belgique	148 111
Wallonie	26 751
Hainaut	9 666

Source : INAMI

Tableau 6. 10. Nombre total de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal depuis le début du programme organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Wallonie-Bruxelles, Hainaut, 1^{er} mars 2009-31 décembre 2014

	Nombre	Couverture (%)
Fédération Wallonie-Bruxelles	192 425	6,7
Hainaut	68 523	6,3

Source : OSH, calculs propres sur base des données du CCR



En Hainaut, la population cible s'élevait à 384 450 habitants en 2014. A raison d'un test DSFO tous les deux ans, il faudrait 192 225 tests par an pour aboutir à une couverture de l'ensemble de la population. Les tableaux 6.9. et 6.10. montrent que les tests remboursés de l'INAMI et le nombre de personnes dépistées lors du dépistage organisé représentent globalement une faible couverture de la population cible.

Tableau 6. 11. Proportion en % de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les deux ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Couverture déclarée
Belgique	16,5
Wallonie	16,4
Hainaut	15,7

Source : ISP-HIS

► Les résultats de l'ENS de 2013 indiquent que la proportion de personnes ayant déclaré avoir bénéficié d'un test DSFO (dans les 2 ans précédant l'enquête) est nettement supérieure par rapport aux taux de couverture de dépistage du cancer colorectal (15,7 % contre 6,3 % en Hainaut).

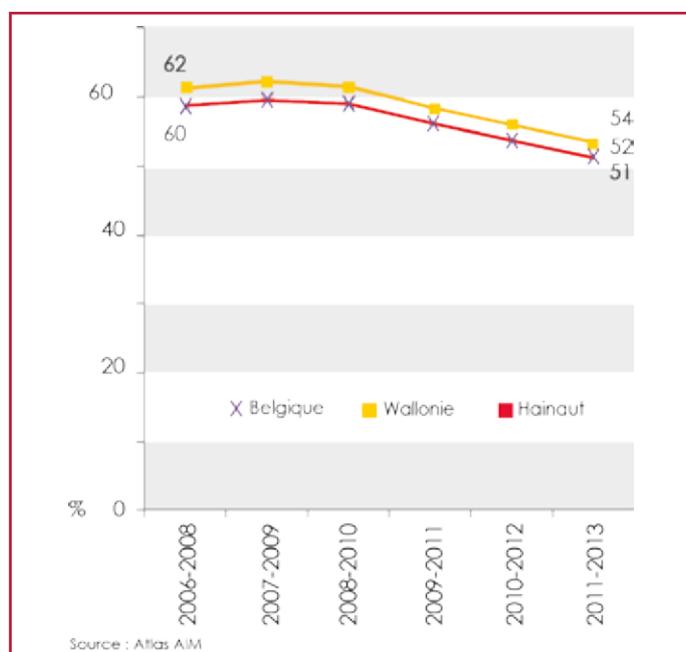
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

Le cancer du col de l'utérus est principalement dû à une infection par un virus à potentiel cancérigène élevé : il s'agit du HPV qui se transmet par voie sexuelle.^[34]

Le dépistage par frottis est actuellement réalisé sur base individuelle (opportuniste) en FWB. L'intervalle à respecter entre deux frottis est de trois ans. La population cible concerne les femmes de 25 à 64 ans.

La vaccination anti-HPV ne dispense pas la femme du dépistage par frottis. En effet, la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus responsables de cancer du col.^[34-35-36]

Figure 6. 6. Proportion en % de femmes (25-64 ans) ayant bénéficié d'un frottis de dépistage dans les trois ans de 2008 à 2013, Belgique-Wallonie-Hainaut



► Quel que soit le territoire, et selon les données de remboursement des actes réalisés, le pourcentage de femmes ayant effectué un frottis de dépistage diminue au cours du temps. Différents changements de nomenclature doivent cependant être précisés. En effet, avant le 1^{er} juillet 2009, le remboursement des frottis est non limité. Entre le 1^{er} juillet 2009 et le 1^{er} mars 2013, le remboursement est limité à un frottis de dépistage tous les deux ans. Depuis le 1^{er} mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de trois ans, ce qui suit les recommandations européennes.^[35-36]



Tableau 6. 12. Proportion en % de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les trois dernières années, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013

	Femmes de 25 à 64 ans				
	1997	2001	2004	2008	2013
Belgique	69,6	69,2	72,2	70,8	72,9
Wallonie	64,0	64,1	73,3	75,6	76,1
Hainaut	57,6	60,1	66,9	68,9	75,1

Source : ISP-HIS



Les femmes ont souvent tendance à sous-estimer le temps écoulé depuis le dernier examen ce qui entraîne une surestimation du taux de couverture. Ainsi, au regard des déclarations de la population féminine interrogée lors de la dernière enquête de santé (2013), environ 3 femmes sur 4 en Hainaut auraient bénéficié d'un dépistage dans les 3 années précédentes.

Cette proportion ne diffère pas significativement de ce que les femmes wallonnes ou belges ont rapporté durant leur interview. On note, au sein des trois niveaux géographiques, un accroissement du taux de couverture déclaré entre 1997 et 2013.

6. Bibliographie

1. Van der Heyden J. Consultation chez un dentiste, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
2. Tellier V, Dubourg D, Delvaux P. Les services pour personnes âgées en Wallonie : Offre et utilisation. Namur (Jambes) : SPW ; 2014.
3. Delahaye V. Le Livre Blanc de la Médecine Générale à Bruxelles. 5 octobre 2013. Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles : Bruxelles.
4. Schetgen M. Le dossier médical global + (DMG+), outil de prévention de la première ligne de soins. Rev Med Brux. 2012 ; p. 396-399.
5. CNPQ Groupe de travail Médecine générale, Bon usage du DMG. Recommandations. Bruxelles : INAMI-RIZIV ; 2010 Mars.
6. Accord national médico-mutualiste 2016-2017. 22 décembre 2015 : Bruxelles.
7. Wallonie-Bruxelles, D.g.d.I.S.d.M.d.I.F. Rôle du médecin généraliste dans la prévention. Septembre 2013 : Bruxelles.
8. Van der Heyden J. Consultations chez un médecin spécialiste, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
9. Van der Heyden J, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. Health Policy. 2003 ; p. 153-65.
10. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie. Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014.
11. Drieskens S. Services de soins et d'aide à domicile, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
12. Drieskens S. Contacts avec des services paramédicaux, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
13. Drieskens S. Contacts avec des prestataires de thérapies non conventionnelles, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
14. FNRS and Représentants des facultés de médecine et des académies royales de médecine. Les pratiques non conventionnelles : évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques. Octobre 1998.
15. Arrêté du 26 mars 2014 royal relatif à l'exercice de l'homéopathie. Bruxelles.
16. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, Christian L, Roberfroid D et al. Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique. KCE reports 154B. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé ; 2011.
17. Charafeddine R. Contacts avec le service des urgences, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP. Editor ; 2015.



18. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E et al. Organisation et financement des services d'urgence en Belgique : situation actuelle et possibilités de réforme - Synthèse. 2016. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).
19. Charafeddine R. Hospitalisation, in Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
20. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE. 2015.
21. Roberfroid D, Dubois C, Vrijens F, Camberlin C, Farfan MI. Les statines en Belgique : évolutions de l'utilisation et impact des politiques de remboursement. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; 2010.
22. Merlo J, Wessling A, Melander A. Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies. Eur J Clin Pharmacol. 1996; 50 : p. 27-30.
23. ASBL Question Santé. 2015. Consultable sur : <http://www.vaccination-info.be/vaccinationbon-a-savoir/histoire-de-la-vaccination>.
24. Miermans MC, Swennen B, de Terwangne MC, Levie K, Vacciner ? Mieux comprendre pour décider. Bruxelles : PROVAC Editor ; 2003.
25. Amerijckx G. La vaccination : de l'individu à la collectivité, des enjeux en tension. Santé Conjuguée. 2014 Mars.
26. Fédération Wallonie-Bruxelles. La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres. Bruxelles : Fédération Wallonie-Bruxelles ; 2015.
27. Office de la Naissance et de l'Enfance. Banques de Données Médico-Sociales. Chapitre 4 : Le suivi médico-social préventif des enfants. 2015.
28. Tafforeau J. Vaccination, in Enquête de santé 2013 : Rapport 5 : Prévention. Bruxelles : WIV-ISP Editor ; 2015.
29. Provac. Progrès et défis dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale chez l'enfant de 0 à 7 ans. Bruxelles : Ecole de Santé Publique ULB, 2016 Avril.
30. Vermeeren A, Miermans MC, Swennen B. Evolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : Provac, 2014.
31. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P et al. La performance du système de santé Belge - Rapport 2015. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2015.
32. Wilson JJ. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève : OMS, 1970.
33. Ligue Nationale Contre le Cancer. Le dépistage des cancers. Paris : L.N.C.I. Cancer Editor ; Octobre 2009.
34. Tellier V, Francart J, Adam M, Van Eycken L, Lokietek S, Xhonneux V et al. Le cancer en Wallonie. Namur (Jambes) : SPW ; 2013.
35. Fabri V, Leclercq A, Boutsen M. Programme du Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010). Rapport n° 8 de l'Agence Intermutualiste. Septembre 2014.
36. Van den Heede AF, Haelens V, Francart A, Arbyn J. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste. Février 2015, IMA-AIM.



Abréviations

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AIM	Agence InterMutualiste
ASD	Aides et soins à domicile
ASI	Association de santé intégrée
AVC	Accident vasculaire cérébral
BDMS	Banque de Données Médico-Sociales (de l'ONE)
BFP	Bureau fédéral du Plan
BIT	Bureau international du Travail
BMI	Body Mass Index – Indice de masse corporelle (IMC)
BNB	Banque nationale de Belgique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CCP	Centrale des Crédits aux Particuliers (de la Banque Nationale de Belgique)
CCR	Centre Communautaire de Référence
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIE	Cellule interuniversitaire d'épidémiologie
CIM	Classification Internationale des Maladies
CO	Monoxyde de carbone
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CSD	Centrale des services à domicile
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DMG	Dossier médical global
DMG+	Dossier médical global avec volet prévention pour les 45-75 ans
DMJ	Dose moyenne journalière
DSFO	Détection du sang fécal occulte
ENS	Enquête Nationale de Santé
ERIS	Equivalent du Revenu d'Intégration Sociale
FARES	Fonds des affections respiratoires
FAT	Fonds des accidents du travail
FEDOM	Fédération wallonne de services d'aide à domicile
FMP	Fonds des Maladies Professionnelles
FOREM	Service public wallon de l'emploi et de la formation
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
HIS	Health Interview Survey - Enquête Nationale de Santé par Interview
HPV	Human papillomavirus - Papillomavirus humain
IBSR	Institut Belge pour la Sécurité Routière
ICF	Indice conjoncturel de fécondité
ICM	Indice comparatif de mortalité
IHE	Institute of Health Economics
IMC	Indice de masse corporelle - Body Mass Index (BMI)

INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IOTF	International Obesity TaskForce
IRT	Insuffisance rénale terminale
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MONICA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé – World Health Organization (WHO)
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ONEM	Office National de l'Emploi
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PMS	Psycho-médico-social
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PSA	Prostate Specific Antigen
PSE	Promotion de la santé à l'école
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
RIS	Revenu d'intégration sociale
RMN	Résonance Magnétique Nucléaire
RRO	Rougeole-rubéole-oreillons
SA	Semaines d'aménorrhée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SPF Economie	Service public fédéral Economie
SPF Santé Publique	Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
SPMA	Standardized Procedure for Mortality Analysis
SWL	Société Wallonne du Logement
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
UCL	Université catholique de Louvain
UE	Union européenne
ULB	Université libre de Bruxelles
VADS	Voies aéro-digestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization – Organisation mondiale de la Santé (OMS)



Table des tableaux, cartes et figures

Chapitre 1 ● Population

Tableau 1. 1.	Population totale selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2015	10
Figure 1. 1.	Répartition de la population, Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2015	10
Figure 1. 2.	Evolution de la population de 1991 à 2015 et projections de 2016 à 2060, Hainaut.	11
Carte 1.1.	Densité de population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2015.	12
Carte 1.2.	Taux d'accroissement annuel moyen, Hainaut, par commune, sur 10 ans	13
Tableau 1.2.	Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans	14
Figure 1.3.	Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut	14
Carte 1.3.	Espérance de vie à la naissance, Hommes, Hainaut, par commune, sur 5 ans	15
Carte 1.4.	Espérance de vie à la naissance, Femmes, Hainaut, par commune, sur 5 ans	15
Figure 1.4.	Variation de l'espérance de vie, selon le revenu médian par ménage, Hainaut, par commune, 2012	16
Tableau 1.3.	Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans	17
Figure 1.5.	Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut	17
Carte 1.5.	Taux brut annuel moyen de natalité, Hainaut, par commune, sur 10 ans	18
Figure 1.6.	Evolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2005 à 2014	19
Tableau 1.4.	Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	20
Figure 1.7.	Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2001-2014.	20
Tableau 1.5.	Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2015	21
Figure 1.8.	Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2015.	22
Figure 1.9.	Structure de la population, selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1 ^{er} janvier 2015	23
Tableau 1.6.	Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1 ^{er} janvier 2015	24
Tableau 1.7.	Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1 ^{er} janvier 2015	25
Figure 1.10.	Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2001 à 2015	26
Figure 1.11.	Evolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2014 et projections de 2015 à 2061, Hainaut.	27
Carte 1.6.	Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2015	28

Carte 1.7.	Indice d'intensité du vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2015.	29
Tableau 1.8.	Evolution décennale du ratio de dépendance de 1985 à 2015, Belgique-Wallonie-Hainaut	30
Figure 1.12.	Evolution du ratio de dépendance de 1991 à 2014 et projections de 2015 à 2060, Hainaut	30
Chapitre 2 ● Mortalité et causes de décès		
Tableau 2.1.	Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014.	35
Tableau 2.2.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	36
Tableau 2.3.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2010-2014	37
Figure 2.1.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014	38
Figure 2.2.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014	38
Tableau 2.4.	Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2012	39
Figure 2.3.	Proportion de décès, selon la cause, Hommes, Hainaut, 2008-2012	41
Figure 2.4.	Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Hainaut, 2008-2012	41
Figure 2.5.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, Hainaut, années 1987 à 2012	42
Figure 2.6.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, Hainaut, années 1987 à 2012	42
Tableau 2.5.	Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, Hainaut, 2008-2012	43
Tableau 2.6.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, Hainaut, 2008-2012	44
Tableau 2.7.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, Hainaut, 2008-2012	45
Tableau 2.8.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, Hainaut, par arrondissement, 2008-2012	46
Tableau 2.9.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, Hainaut, par arrondissement, 2008-2012	47
Tableau 2.10.	Taux brut de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	48
Tableau 2.11.	Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2010-2014	49
Figure 2.7.	Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014	50
Figure 2.8.	Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1995 à 2014	50
Tableau 2.12.	Nombre annuel moyen de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, Hainaut, 2008-2012	51
Figure 2.9.	Mortalité infantile - Définitions	52
Tableau 2.13.	Evolution du nombre de décès infantiles, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1990-2010	53



Figure 2.10.	Evolution du taux de mortalité infantile, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1987-1989 ; ... ; 2008-2010	53
Tableau 2.14.	Nombre annuel moyen de décès néonataux et post-néonataux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2010.	54
Figure 2.11.	Evolution du taux de mortalité néonatale, Belgique- Wallonie- Hainaut, 1987-2010.	54
Figure 2.12.	Evolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique- Wallonie- Hainaut, 1987-2010.	55
Tableau 2.15.	Nombre annuel moyen d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2010.	55

Chapitre 3 ● Etat de santé

Figure 3.1.	Proportion en % de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	60
Figure 3.2.	Proportion en % de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	60
Figure 3.3.	Proportion en % de personnes déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	61
Figure 3.4.	Proportion en % de la population présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013	62
Figure 3.5.	Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	63
Figure 3.6.	Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013.	64
Figure 3.7.	Proportion en % de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, Hainaut, 2008-2012.	66
Figure 3.8.	Proportion en % de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, Hainaut, 2008-2012	66
Figure 3.9.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, selon le sexe, Charleroi, années 1983 à 2011	67
Figure 3.10.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Hommes, Charleroi, années 1983 à 2011.	68
Figure 3.11.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Femmes, Charleroi, années 1983 à 2011	69
Tableau 3.1.	Proportion en % de personnes déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013.	70
Tableau 3.2.	Nombre moyen de décès par cancer, selon le sexe, en fonction du site de la tumeur primitive, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012	72
Figure 3.12.	Proportion en % de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2008-2012	73
Figure 3.13.	Proportion en % de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2008-2012	73
Tableau 3.3.	Incidence de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2013.	74
Figure 3.14.	Taux d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2013	75
Figure 3.15.	Proportion en % de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2009-2013	76

Figure 3.16.	Proportion en % de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2009-2013	76
Tableau 3.4.	Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012	77
Tableau 3.5.	Proportion en % de personnes déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	78
Tableau 3.6.	Incidence de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	79
Figure 3.17.	Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014	80
Tableau 3.7.	Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012.	81
Tableau 3.8.	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	81
Tableau 3.9.	Proportion en % de personnes déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	83
Figure 3.18.	Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	84
Tableau 3.10.	Evolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2011 à 2014	85
Tableau 3.11.	Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie, Hainaut, sur 5 ans	87
Tableau 3.12.	Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2009-2014	87
Figure 3.19.	Evolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2014.	88
Tableau 3.13.	Nombre et proportion de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	90
Figure 3.20.	Evolution de la proportion en % d'hommes et de femmes bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2004 à 2014	90
Tableau 3.14.	Nombre et proportion en % de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	91
Figure 3.22.	Nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2005 à 2014	92
Tableau 3.15.	Nombre annuel moyen de décès suite à un accident de circulation, selon le domicile du défunt, indépendamment du lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012.	92
Tableau 3.16.	Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014.	93
Tableau 3.17.	Nombre d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2006-2007 et 2013-2014	94
Tableau 3.18.	Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon le sexe, Hainaut, 2013-2014	95
Tableau 3.19.	Répartition des suites des accidents sur le lieu du travail, selon l'âge, Hainaut, 2013-2014	95



Figure 3.23. Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2014.	97
Tableau 3.20. Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2009-2013	98
Tableau 3.21. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2005 et 2011.	99
Tableau 3.22. Proportion en % de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans, 2009-2013	100
Tableau 3.23. Proportion en % de naissances selon périodes en semaines d'aménorrhée parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, sur 5 ans, 2009-2013.	100
Tableau 3.24. Proportion en % de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-Hainaut, 2014	101
Tableau 3.25. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, en %, Wallonie-Hainaut, 2010-2014.	101
Figure 3. 24. Proportion des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2010-2014	102
Tableau 3.26. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2012	103
Figure 3. 25. Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, Hainaut, 2008-2012 ...	104
Tableau 3.27. Proportion en % de personnes déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	105
Tableau 3.28. Proportion en % de personnes déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	105
Tableau 3.29. Proportion en % de personnes déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	106
Tableau 3.30. Proportion en % de personnes déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les deux dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	106

Chapitre 4 ● Facteurs de santé

Tableau 4.1. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	112
Tableau 4.2. Revenu médian des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2012	113
Carte 4.1. Revenu médian par déclaration, Hainaut, par commune, 2012	114
Tableau 4.3. Revenu disponible moyen et indice de revenu disponible, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2012	115
Schéma Répartition de la population en âge d'être active	116
Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique, par classe d'âge, Hainaut, 2013.	116
Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage BIT, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	117
Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage, par sexe, Hainaut, 2013	118
Tableau 4.4. Taux en % de chômage, par âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juin 2015	118
Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-Hainaut, août 2015	119

Tableau 4.6.	Proportion en % de personnes bénéficiant d'un revenu minimum ou d'un revenu de remplacement, par groupe d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	120
Tableau 4.7.	Proportion en % de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique sur l'ensemble de la population majeure, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014	121
Tableau 4.8.	Proportion en % de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013.	122
Tableau 4.9.	Proportion en % de logements publics, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013.	124
Carte 4.2.	Proportion de logements publics, Hainaut, par commune, 2013.	124
Figure 4.4.	Nombre de ménages sur liste d'attente et nombre de logements sociaux, Hainaut, 2005-2014	125
Figure 4.5.	Répartition en % de la population selon l'IMC, d'après les déclarations des répondants, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	127
Figure 4.6.	Répartition en % de la population, selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2013	128
Figure 4.7.	Répartition en % de la population, selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2013	129
Figure 4.8.	Evolution en % de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans, Hainaut, 1997-2014.	130
Figure 4.9.	Obésité chez les jeunes Hainuyers de 13 à 17 ans en fonction de la catégorie professionnelle du père, Hainaut, 2014	131
Figure 4.10.	Proportion en % de personnes considérées comme sédentaires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	132
Figure 4.11.	Proportion en % de la population déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	133
Figure 4.12.	Pratique en % de l'activité physique des jeunes en dehors de l'école la semaine précédant l'enquête, Hainaut, 2014	134
Figure 4.13.	Proportion en % de la population déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	136
Figure 4.14.	Proportion en % de la population déclarant consommer quotidiennement au moins deux portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	136
Figure 4.15.	Proportion en % de jeunes de 10 à 17 ans déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit et un légume, selon le sexe, Hainaut, 2014	137
Figure 4.16.	Evolution de la proportion en % de personnes déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013	138
Figure 4.17.	Proportion en % de la population déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	138
Figure 4.18.	Répartition en % des jeunes en fonction du statut tabagique, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2014	139
Figure 4.19.	Proportion en % de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	140
Figure 4.20.	Evolution en % de la proportion de surconsommateurs d'alcool, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2013	141



Tableau 4.10.	Proportion en % de personnes déclarant une hyperalcoolisation au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	141
Figure 4.21.	Evolution en % de l'ivresse déclarée au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2001 à 2014	142
Chapitre 5 ● Offre de soins et de services		
Carte 5.1.	Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, Hainaut, 2015.	147
Tableau 5.1.	Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juillet 2015	148
Tableau 5.2.	Equipement et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015	148
Tableau 5.3.	Nombre et densité de lits MRPA et MRS, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015.	149
Tableau 5.4.	Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2014	151
Carte 5.2.	Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, 2014.	152
Figure 5.1.	Evolution du nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014	153
Figures 5.2.	Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut, Wallonie, 2014.	154
Carte 5.3.	Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, Hainaut, par commune, 2014.	155
Tableau 5.5.	Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	155
Figure 5.3.	Evolution du nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014	156
Tableau 5.6.	Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes par gynécologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	156
Tableau 5.7.	Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants par pédiatre, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	157
Tableau 5.8.	Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	157
Tableau 5.9.	Nombre d'anesthésistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	158
Tableau 5.10.	Nombre de dentistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	159
Tableau 5.11.	Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe, et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	159
Tableau 5.12.	Nombre d'infirmiers et nombre d'habitants par infirmiers, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	160
Figure 5.4.	Evolution du nombre d'habitants par infirmier, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2000 à 2014	161
Tableau 5.13.	Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2013.	162
Carte 5.4.	Taux de couverture de l'accueil des 0-2,5 ans, Hainaut, 2013.	163
Carte 5.5.	Répartition des centres de planning familial, Hainaut, par commune, 2015 .	164
Carte 5.6.	Répartition des associations de santé intégrée et des maisons médicales, Hainaut, par commune, 2013	165
Carte 5.7.	Répartition des services de santé mentale, Hainaut, par commune, 2015 . .	167

Chapitre 6 ● Consommation de soins et de services

Figure 6. 1.	Evolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1999 à 2014	170
Figure 6. 2.	Evolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste, par habitant, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 1999 à 2014	171
Carte 6. 1.	Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, Hainaut, 2013	173
Figure 6. 3.	Evolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2006 à 2014	174
Tableau 6. 1.	Proportion en % de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	175
Figure 6. 4.	Evolution du taux de soins dentaires réalisés par les dentistes pour la population des moins de 18 ans, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2006 à 2014	175
Tableau 6. 2.	Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2012	179
Tableau 6. 3.	Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	181
Tableau 6. 4.	Proportion en % des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	181
Tableau 6. 5.	Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	183
Figure 6. 5.	Evolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique-Wallonie-Hainaut, années 2004 à 2014	184
Tableau 6. 6.	Proportion en % de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	187
Tableau 6. 7.	Proportion en % de la couverture vaccinale contre le pneumocoque chez les personnes à risque, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	188
Tableau 6. 8.	Proportion en % de femmes ayant bénéficié d'un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2012.	190
Carte 6. 2.	Proportion en % de femmes ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, Hainaut, par commune, 2011-2012	190
Tableau 6. 9.	Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, population, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014	191
Tableau 6. 10.	Nombre total de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal depuis le début du programme organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, Wallonie-Bruxelles, Hainaut, 1 ^{er} mars 2009-31 décembre 2014.	191
Tableau 6. 11.	Proportion en % de personnes déclarant avoir fait un test DSFO dans les deux ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013. .	191
Figure 6. 6.	Proportion en % de femmes ayant bénéficié d'un frottis de dépistage dans les trois ans de 2008 à 2013, Belgique-Wallonie-Hainaut	192
Tableau 6. 12.	Proportion en % de femmes déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les trois dernières années, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013	193

Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut provincial de promotion de la santé
Domaine provincial du Bois d'Havré
rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré - Belgique
Tél. : +32 (0)65 87 96 00 - Fax : +32 (0)65 87 96 79
Courriel : observatoire.sante@hainaut.be



Retrouvez-nous sur Facebook
www.facebook.com/hainaut.sante

Ce document est téléchargeable via
<http://observatoiresante.hainaut.be>

Observatoire de la Santé de Liège

quai du Barbou 4 - 4020 Liège - Belgique
Tél. : +32 (0)4 344 78 03
Courriel : observatoire.sante@provincedeliege.be

<http://www.provincedeliege.be/observatoiredelasante>

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
rue du Carmel 1 - 6900 Marloie - Belgique
Tél. : +32 (0)84 31 05 05 - Fax : +32 (0)84 31 18 38
Courriel : obs.sante@province.luxembourg.be



Retrouvez-nous sur Facebook
<https://www.facebook.com/pages/La-Provence-de-Luxembourg-officiel/250589285071475>



Retrouvez-vous sur Twitter
<https://twitter.com/ProvLux>

Ce document est téléchargeable via
<http://www.province.luxembourg.be>

Cellule Observation de la Santé, du Social et du Logement
de la Province de Namur
rue Martine Boutonbourt 2 - 5000 Namur - Belgique
Tél : +32 (0)81 77 68 04
Courriel : cellule.observation@province.namur.be

<http://www.province.namur.be>

- I. Population
2. Mortalité et causes de décès
3. Etat de santé
4. Facteurs de santé
5. Offre de soins et de services
6. Consommation de soins et de services

