

# 2013

## Tableau de bord de la santé



**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](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

Visitez notre site Internet :

<http://observatoiresante.hainaut.be>

La santé représente une valeur fondamentale pour beaucoup d'entre nous, comme l'attestent régulièrement les sondages d'opinion. Non pas en tant que but en soi mais comme ressource de vie et d'épanouissement.

C'est pourquoi ce bilan de santé 2013 en province de Hainaut devrait intéresser un large public, bien au-delà du monde des professionnels de la santé. Décideurs publics et privés, personnel politique, responsables d'associations, enseignants, éducateurs, syndicalistes, employeurs, agents des services publics, citoyens engagés... peuvent contribuer, dans leur champ d'activité mais aussi en tissant des complémentarités, à la promotion de la santé. Des leviers puissants d'actions sont entre leurs mains. Les données présentées dans cette quatrième édition du Tableau de bord devraient baliser la mise en œuvre cohérente de programmes, d'interventions, de changements.

Malgré une amélioration significative en un quart de siècle, la mortalité dans le Hainaut reste nettement supérieure à la moyenne belge, soit un excès annuel de 1 400 décès chez les hommes et de près de 900 chez les femmes. La différence constatée pour la mortalité prématurée (avant 65 ans) est encore plus importante (+ 39 % par rapport à la moyenne belge). Face à un tel écart, on peut parler d'atteinte au droit à la santé. L'enjeu est de dépasser les constats pour construire la remédiation.

Les maladies non transmissibles (cardiovasculaires, cancers, respiratoires, traumatismes) sont à l'origine de 65 % de tous les décès hainuyers. Ces problèmes de santé sont étroitement liés à des facteurs sociétaux : sédentarité, alimentation déséquilibrée, tabagisme, consommation problématique d'alcool avec leurs répercussions médicales directes (diabète, hypertension, excès de poids...). Les modes de vie sont eux-mêmes liés aux conditions de vie (revenus, éducation, emploi, qualité de l'environnement). Le lien entre niveau de mortalité par commune et celui du revenu des ménages illustre la force de l'effet des déterminants sociétaux sur l'état de santé d'une population.

De très nombreuses communes, associations, groupements professionnels, écoles, institutions se sont engagés avec l'Observatoire ou d'autres structures dans des programmes de promotion de la santé. Plusieurs indicateurs évoluent favorablement. Par exemple, on constate une diminution des maladies cardiovasculaires et du taux de tabagisme chez l'homme, et une progression d'une alimentation mieux équilibrée (plus de fruits et de légumes). Encourageant. Mais, les défis restent très importants. Les recommandations d'actions concrètes de l'OMS, déclinées dans le plan d'action santé de la Province de Hainaut, montrent que ces défis ne sont pas insurmontables.

De plus, les investissements en promotion de la santé bénéficieront au développement général du territoire hainuyer. Cela devrait inciter à nouer de larges partenariats et à imaginer des stratégies intersectorielles. La santé est bien l'affaire de tous.

Le diagnostic santé collectif, présenté dans les pages qui suivent, met en évidence la nécessité d'amplifier et de renforcer les actions de promotion de la santé dans le Hainaut. Un diagnostic de mobilisation et d'engagement au changement.

Luc BERGHMANS • Médecin-Directeur  
Christian MASSOT • Médecin-Responsable • Secteur Information Sanitaire

Ce Tableau de bord de la santé 2013 est le fruit du travail de toute une équipe :

- Coordination de la rédaction

Christian MASSOT  
Luc BERGHMANS

- Gestion des données et de la bibliographie

Paul BERRA  
Bernadette DUBOISSE  
Delphine de POORTERE  
Catherine GREGOIRE  
Norbert JATES  
Charlotte LEROY  
Valérie WATHIEU

- Enquêtrices OSH

Sylvie BROHE  
Catherine GREGOIRE  
Martine HAUTAIN  
Nicole THAUVOYE

- Rédaction

Paul BERRA  
Christian MASSOT

- Secrétariat

Maria MILIOTO

- Graphisme et mise en page

Alain LEONARD  
Daniela MAJOIS

- Relecteurs

Frédéric DE CEULAER  
Alain HUSDENS  
Véronique JANZYK  
Geneviève PENSIS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les équipes de recherches et les administrations qui, par leur étroite collaboration et la transmission de leurs données, ont permis la réalisation de ce travail.

#### 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° 8, Tableau de bord de la santé 2013, 2013".

# Table des matières

## Chapitre 1 • Population

• Faits marquants	7
1. Population totale	8
1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et Hainaut	8
1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements	8
1.3. Evolution de la population	9
2. Communes et habitants	10
2.1. Densité de population par commune	10
2.2. Mouvements de population	11
3. Espérance de vie	12
3.1. Espérance de vie à la naissance	12
3.2. Espérance de vie à 65 ans	14
4. Natalité	15
4.1. Taux brut de natalité	16
4.2. Indice conjoncturel de fécondité	17
5. Population de nationalité étrangère	18
6. Structure de la population par âge et selon le sexe	19
7. Vieillesse de la population	20
7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et Hainaut	20
7.2. Vieillesse par commune	22
7.3. Ratio de dépendance démographique	23
8. Bibliographie	24

## Chapitre 2 • Mortalité et cause de décès

• Faits marquants	25
1. Mortalité totale	26
1.1. Mortalité totale en 2011	26
1.2. Mortalité totale du Hainaut par arrondissement	27
1.3. Evolution de la mortalité totale	28
2. Mortalité spécifique	29
2.1. Causes de décès	29
2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe	32
2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province du Hainaut	34
2.4. Evolution des principales causes de décès	36
3. Mortalité prématurée	37
4. Mortalité périnatale et infantile	39
4.1. Mortalité infantile	40
4.2. Mortalité néonatale	41
4.3. Mortalité post-néonatale	42
4.4. Enfants mort-nés	43
5. Bibliographie	44

# Table des matières

## Chapitre 3 • Etat de santé

• Faits marquants	47
1. Santé perçue	49
1.1. Santé globale	49
1.2. Maladies chroniques	50
2. Maladies cardiovasculaires	51
2.1. Mortalité	51
2.2. Fréquence de l'infarctus du myocarde	53
2.3. Hypertension artérielle	56
2.4. Consommation de médicaments pour le système cardiovasculaire	57
3. Cancers	58
3.1. Mortalité par cancer	58
3.2. Incidence des cancers	60
3.3. Dépistage des cancers	63
4. Maladies respiratoires	67
4.1. Mortalité par maladie respiratoire	67
4.2. Asthme	68
4.3. Tuberculose	68
5. Insuffisance rénale chronique	69
5.1. Mortalité par insuffisance rénale chronique	69
5.2. Dialyse	70
6. Diabète	70
6.1. Mortalité causée par le diabète	70
6.2. Prévalence du diabète	70
7. Infection VIH et SIDA	71
7.1. Mortalité causée par le SIDA	71
7.2. Personnes infectées par le VIH	72
8. Limitations physiques	73
9. Invalidité reconnue indemnisée	73
10. Maladies professionnelles	75
11. Accidents	76
11.1. Accidents de circulation	76
11.2. Accidents de travail	77
12. Intoxication au monoxyde de carbone	79
13. Santé maternelle et infantile	80
13.1. Age des mères à l'accouchement	80
13.2. Interruption volontaire de grossesse	81
13.3. Poids à la naissance	81
13.4. Prématurité	82
13.5. Tabagisme de la mère	83
14. Santé mentale	84
14.1. Suicides	84
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs	87
15. Bibliographie	88

# Table des matières

## Chapitre 4 • Facteurs de santé

• Faits marquants	91
1. Facteurs sociaux	93
1.1. Monoparentalité	94
1.2. Revenus des ménages	95
1.3. Niveau d'instruction	97
1.4. Emploi	98
1.5. Endettement	102
2. Excès de poids et obésité	103
2.1. Corpulence des adultes	103
2.2. Corpulence des jeunes	105
3. Sédentarité et activité physique	107
3.1. Sédentarité chez l'adulte	107
3.2. Jeunes et activité physique	109
4. Alimentation	111
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes	111
4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes	112
5. Consommation de tabac	113
5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes	113
5.2. Tabagisme chez les jeunes	114
6. Consommation d'alcool	115
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes	115
6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes	117
7. Bibliographie	118

## Chapitre 5 • Offre et consommation de soins

• Faits marquants	121
1. Offre de soins	123
1.1. Structures hospitalières	123
1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins	125
1.3. Médecins	126
1.4. Autres professionnels de la santé	135
2. Consommation de soins	138
2.1. Consultations médicales et paramédicales	138
2.2. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative	143
2.3. Contacts avec le service des urgences	144
3. Séjours hospitaliers	144
3.1. Hospitalisations déclarées	144
3.2. Résumé Hospitalier Minimal	144
4. Consommation de médicaments	146
4.1. Consommation déclarée	146
4.2. Données Pharmanet	147
5. Vaccinations	149
5.1. Vaccination des enfants	149
5.2. Vaccination des adultes	150
6. Bibliographie	152

<b>Abréviations</b>	153
---------------------	-----

<b>Table des tableaux, cartes et figures</b>	155
--	-----



# Chapitre 1

## Population

### • Faits marquants

• **Une population de 1,3 millions d'habitants** : en trente ans, la population du Hainaut est globalement restée stable. Après une diminution du nombre d'habitants dans les années quatre-vingt, la population croît depuis les années deux mille. Cet accroissement devrait se poursuivre. A l'intérieur de la province, l'évolution varie beaucoup d'une commune à l'autre. Les communes du nord de la province (d'Enghien à Ath) connaissent une augmentation de la population.

• **Une densité de population de 350 habitants/km<sup>2</sup> fort variable** : très élevée le long de l'axe urbain Charleroi-Mons-Borinage (> 500 habitants/km<sup>2</sup>), plus faible (< 250 habitants/km<sup>2</sup>) dans le nord et le sud de la province.

• **Une espérance de vie limitée** : pour la période 2006-2010, l'espérance de vie des hommes du Hainaut est de 74 ans, soit 3 ans de moins que la moyenne belge. Cet écart apparaît un peu moins marqué (1,5 an) chez les femmes dont l'espérance de vie atteint 81 ans.

• **Une population étrangère représentant 11,5 % de la population** : soit plus qu'en Wallonie (9,7 %). Cette proportion est la plus élevée dans l'arrondissement de Mouscron avec 21,9 % de ressortissants étrangers essentiellement de nationalité française.

• **Environ 15 000 naissances par an en Hainaut** : alors que la natalité augmente au niveau national, le taux brut de natalité en Hainaut, passe de 11,8 naissances vivantes pour 1 000 habitants en 2000 à 11,3 en 2011 soit le même taux que la Wallonie et un peu moins que la Belgique (11,6 pour 1 000 habitants).

• **En 2009, 1,86 enfant par femme** : l'indice de fécondité du Hainaut est semblable à ceux de la Wallonie et de la Belgique. Même s'il a augmenté dans les trois zones depuis 2000, il est toujours inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).

• **Un vieillissement limité depuis 2000 en Hainaut et en Wallonie** : en Hainaut, la proportion des moins de 20 ans (23,7 % en 2012) et celle des 65 ans et plus (16,7 % en 2012) sont stables depuis 2000. Pour l'ensemble de la Belgique, l'indice de vieillissement (nombre des 65 ans et plus divisé par le nombre des moins de 20 ans) passe de 0,71 en 2000 à 0,77 en 2012 tandis que sur la même période, il reste proche de 0,7 en Hainaut et en Wallonie. Dans les années à venir, en Hainaut, cet indice devrait reprendre sa progression pour atteindre 1,07 en 2060.

## 1. Population totale

### 1.1. Effectif de population en Belgique, Wallonie et Hainaut

Tableau I. 1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2012

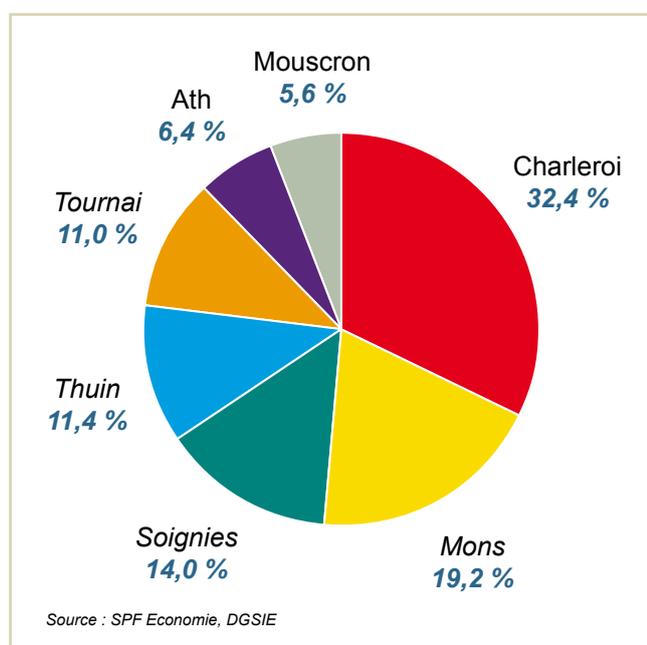
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 413 801	5 622 147	11 035 948
Wallonie		1 725 385	1 820 944	3 546 329
Hainaut		639 989	683 207	1 323 196
ARRONDISSEMENTS	Ath	41 387	43 571	84 958
	Charleroi	207 236	221 475	428 711
	Mons	121 625	132 660	254 285
	Mouscron	35 725	38 170	73 895
	Soignies	89 666	95 495	185 161
	Thuin	73 036	77 370	150 406
	Tournai	71 314	74 466	145 780

► Le Hainaut compte 1 323 196 habitants, soit 12 % de la population totale de la Belgique et 37 % de la population de la Wallonie.

Source : SPF Economie, DGSIE

### 1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements

Figure I.1. Répartition de la population (en % de la population), Hainaut, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2012

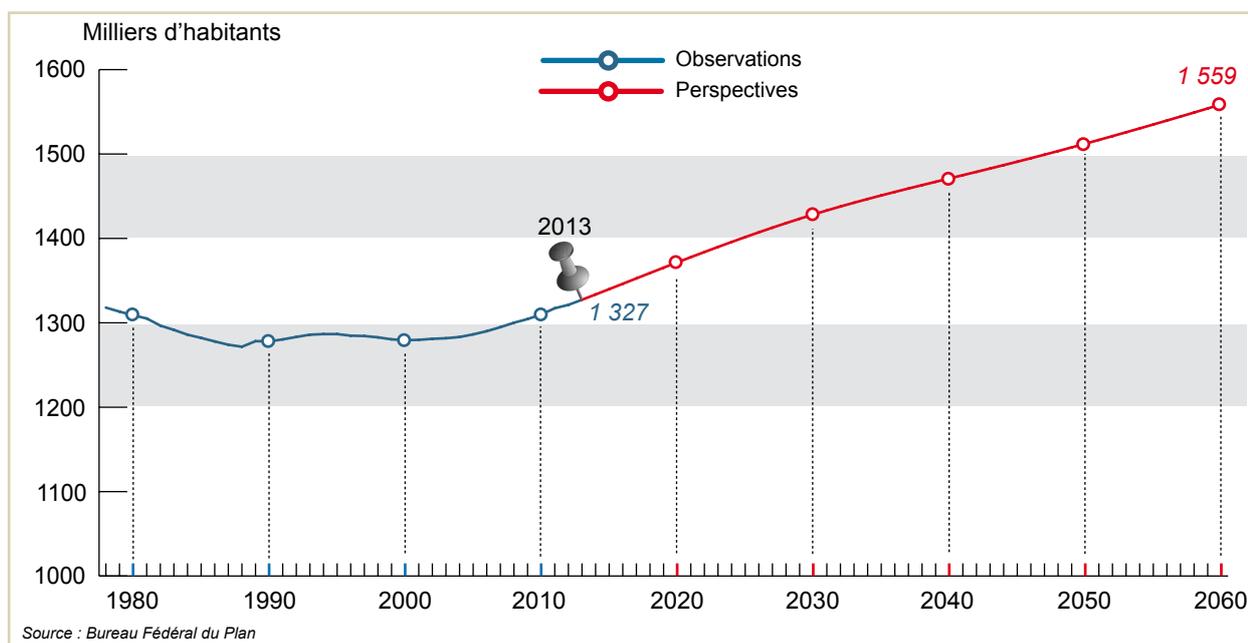


► L'arrondissement de Charleroi est le plus peuplé avec 428 711 habitants soit 32 % de la population hainuyère ; viennent ensuite les arrondissements de Mons avec 19 % et de Soignies avec 14 %. Thuin et Tournai représentent chacun environ 11 % de la population hainuyère ; Ath et Mouscron environ 6 % chacun.

Source : SPF Economie, DGSIE

## 1.3. Evolution de la population

Figure I. 2. Evolution de la population de 1978 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut



De 1978 à 1988, le nombre d'habitants diminue pour revenir actuellement (début 2012) à un effectif semblable à celui que l'on pouvait observer il y a trente-cinq ans. Les perspectives pour l'avenir tendent vers une augmentation de la population totale pour atteindre environ 1 560 000 habitants en Hainaut 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'arrivée de personnes qui viennent s'installer 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 2010, l'accroissement est lié à un solde migratoire positif conjointement à un nombre de naissances dépassant le nombre de décès.

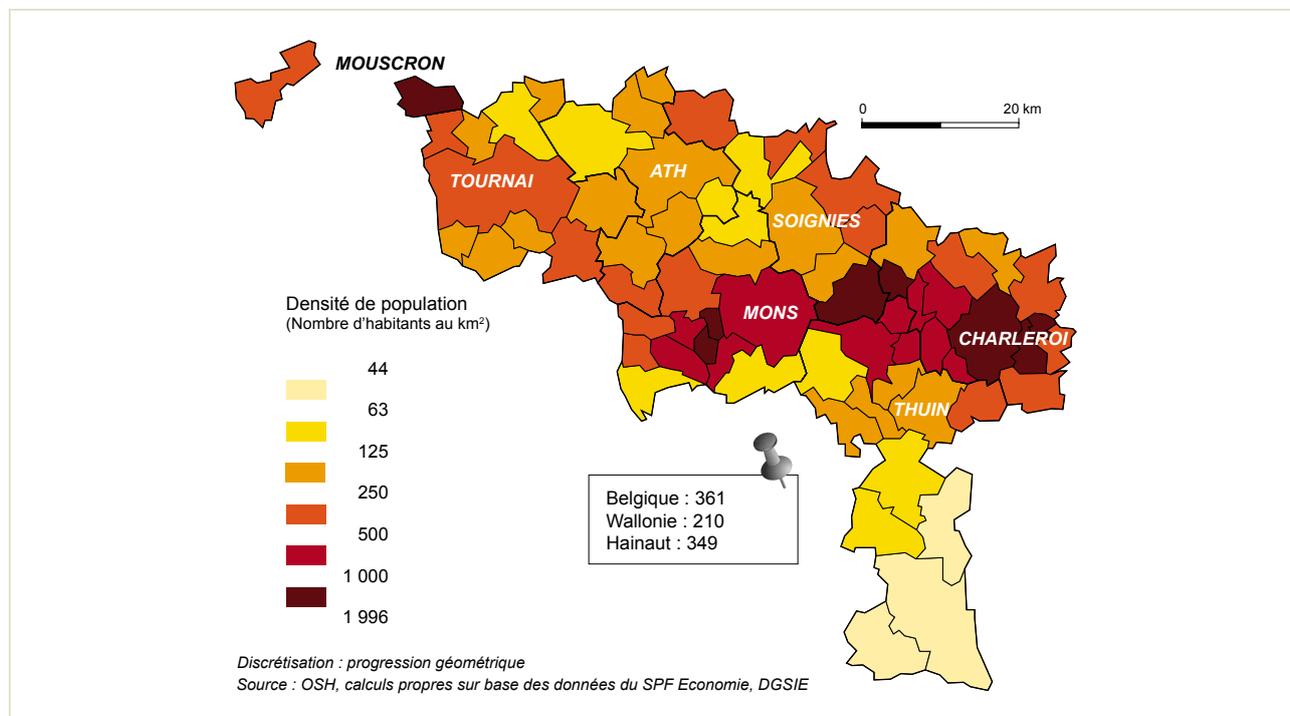
De 2010 à 2060, le Bureau Fédéral du Plan projette un accroissement de population basé sur plusieurs hypothèses : l'amélioration plus rapide de l'espérance de vie masculine au regard de celle des femmes, une fécondité féminine belge en hausse et une accentuation de l'immigration internationale.

## 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 km<sup>2</sup>.

Carte I. 1. Densité de population (hab./km<sup>2</sup>), Hainaut, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2012



Le territoire de la province du Hainaut apparaît plus densément peuplé que la Wallonie en général (349 habitants par km<sup>2</sup> contre 210 habitants par km<sup>2</sup> en Wallonie).

La population hainuyère est cependant répartie 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.

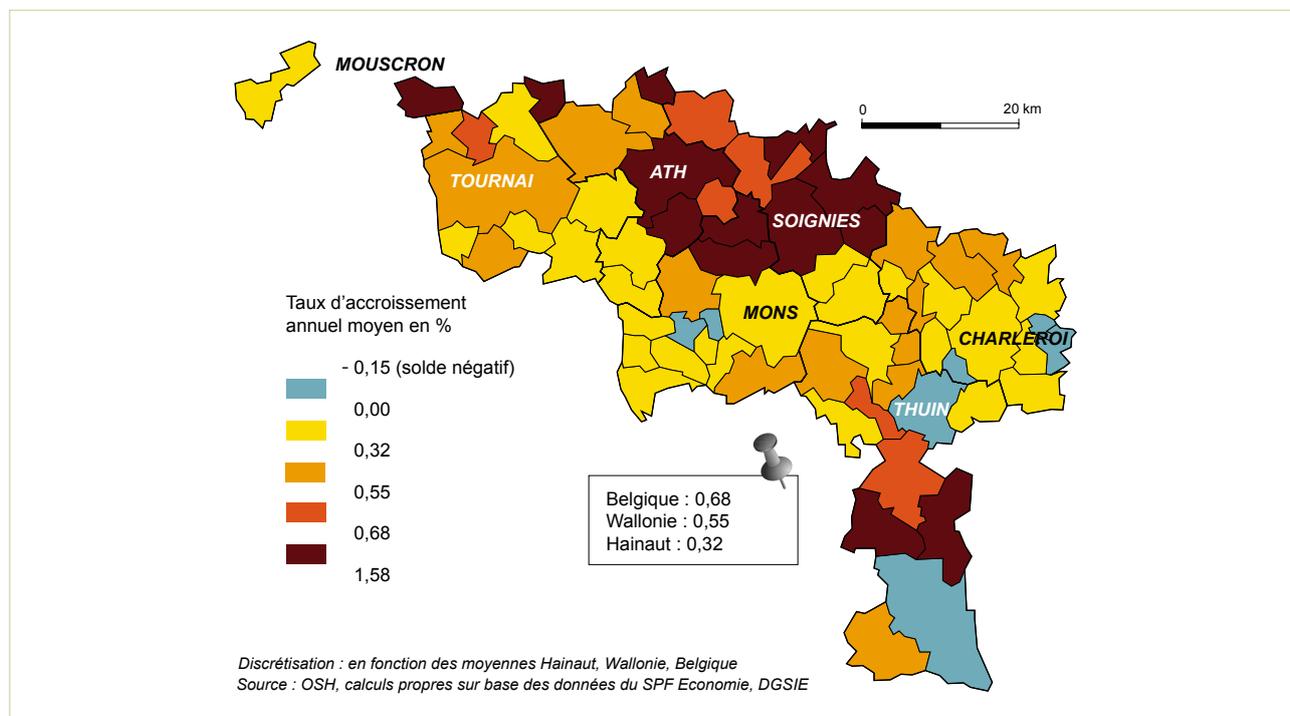
Au sud et au nord de cet axe : des communes en majorité rurales, avec un nombre d'habitants au km<sup>2</sup> nettement inférieur.

La densité de population se révèle particulièrement faible (moins de 100 habitants par km<sup>2</sup>) dans les communes de la Botte du Hainaut.

## 2.2. Mouvements 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 à mi-année et multiplié par 100.

**Carte I. 2. Taux d'accroissement annuel moyen (en % de la population), Hainaut, par commune, sur 10 ans (2002-2011)**



Le taux d'accroissement de la population du Hainaut au cours des dix dernières années est positif (0,32 %) mais il est inférieur à ceux de Belgique (0,68 %) et de Wallonie (0,55 %).

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 2002 à 2011, le taux d'accroissement annuel moyen de la population apparaît le plus élevé dans les communes d'Enghien (1,58 %), Froidchapelle (1,21 %), Lens (1,13 %), et Chièvres (0,99 %).

A l'inverse, les taux les plus négatifs concernent les communes de Montigny-le-Tilleul (-0,15 %), Aiseau-Présles (-0,11 %), Farciennes et Quaregnon (-0,08 %).

## 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 peut espérer vivre, en fonction des taux de mortalité observés cette année-là. Il s'agit d'une valeur calculée et pas d'une moyenne 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

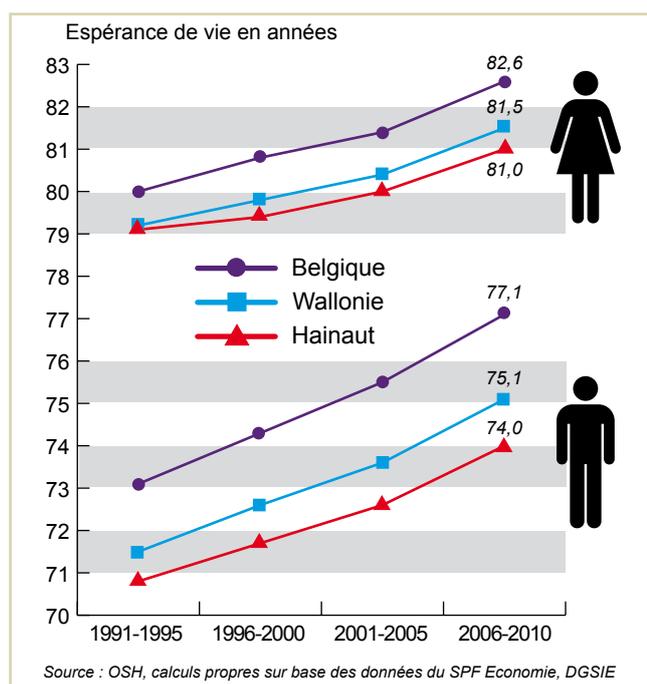
**Tableau I. 2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, sur 5 ans (2006-2010)**

	Hommes	Femmes
Belgique	77,1	82,6
Wallonie	75,1	81,5
Hainaut	74,0	81,0

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE

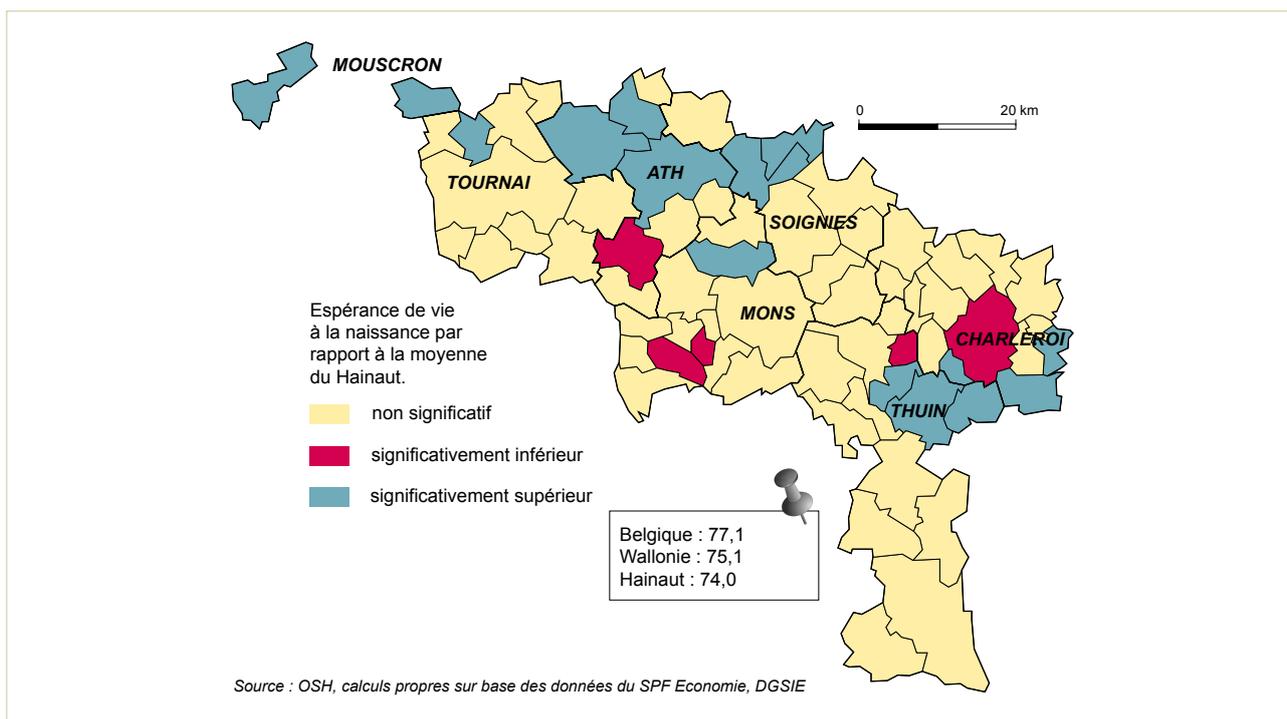
► Comme l'illustre le tableau ci-contre, l'espérance de vie des Hainuyers demeure plus faible que celle des Wallons ou des Belges. Ainsi, sur la période 2006-2010, par rapport à la population nationale, l'écart atteint 3 années chez les hommes et plus de 18 mois chez les femmes.

**Figure I.3. Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut**



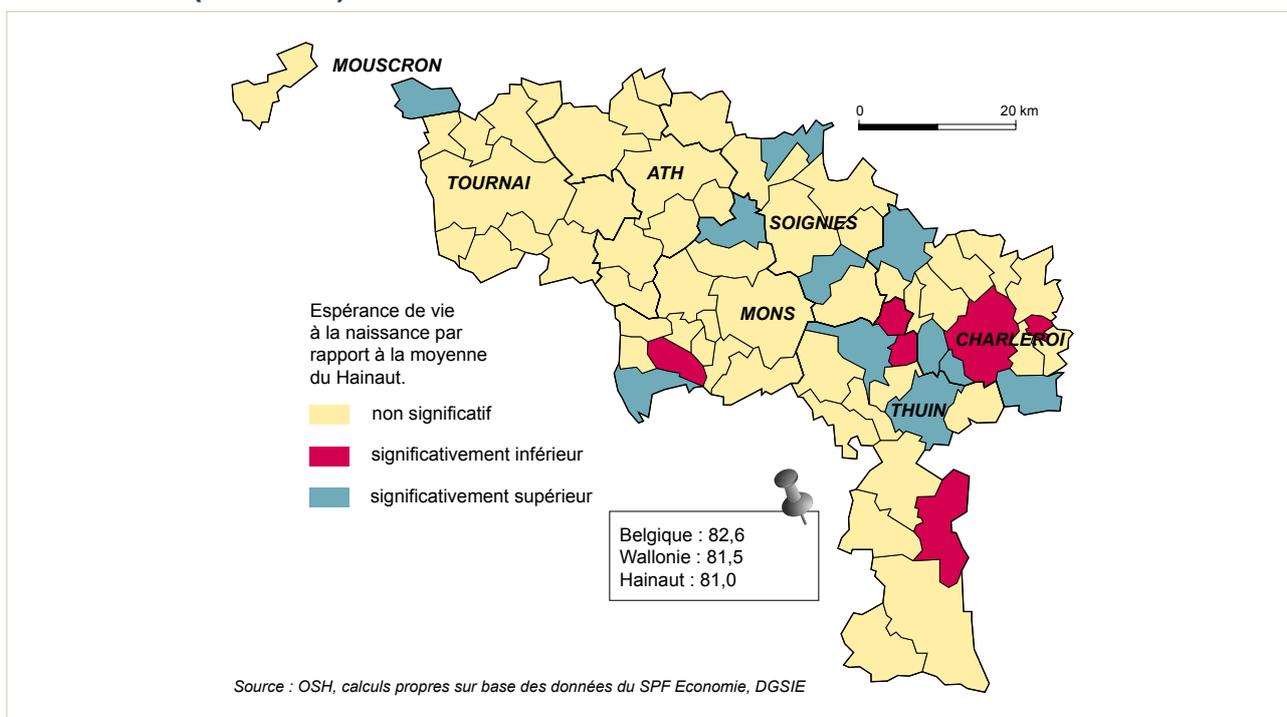
► Le graphique ci-contre nous montre une augmentation de l'espérance de vie sur une période de vingt années en Belgique, Wallonie et Hainaut pour les hommes et pour les femmes. L'augmentation est plus marquée pour les hommes que pour les femmes et la différence homme-femme a tendance à se réduire. En Hainaut, elle passe de 8,3 années en faveur des femmes pour la période 1991-1995 à 7 années pour la période 2006-2010. A l'inverse, la différence entre le Hainaut et la Belgique a tendance à s'accroître légèrement et passe de 2,3 années à 3 ans pour les hommes entre 1991-1995 et 2006-2010.

**Carte I.3. Espérance de vie à la naissance, Hommes, Hainaut, par commune, sur 5 ans (2006-2010)**



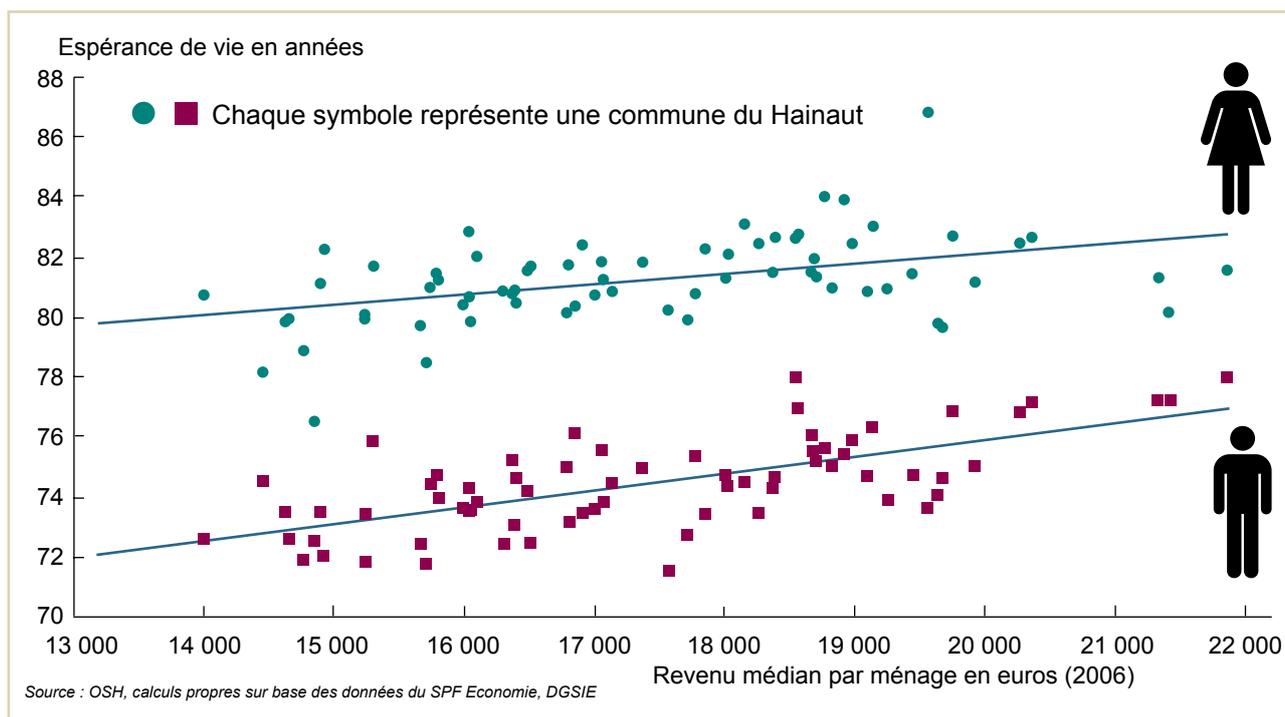
▼ Globalement, on observe une espérance de vie significativement plus élevée (aux alentours de 77 ans) parmi la population masculine des communes du nord du Hainaut occidental, Jurbise et le sud de Charleroi. A l'inverse, les hommes de Charleroi et Dour présentent une espérance de vie plus faible (inférieure à 73 ans).

**Carte I.4. Espérance de vie à la naissance, Femmes, Hainaut, par commune, sur 5 ans (2006-2010)**



▼ Chez les femmes, l'espérance de vie se révèle à nouveau inférieure dans des communes moins favorisées de Charleroi et du Borinage (moins de 80 ans).

**Figure I.4. Variation de l'espérance de vie (2006-2010), selon le revenu médian par ménage, 2006, Hainaut, par commune**



Dans les communes du Hainaut, l'analyse montre un lien fort entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et le revenu médian par ménage<sup>1</sup> suggérant une influence majeure des conditions socio-économiques sur l'espérance de vie<sup>2</sup>. Chez les femmes, le lien est moins marqué, mais reste significatif. Dans une commune où le revenu médian est 1 000 euros plus élevé que dans une autre, l'espérance de vie est en moyenne 6,8 mois plus élevée pour les hommes et 4,2 mois pour les femmes.

### 3.2. Espérance de vie à 65 ans

**Tableau I.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, sur 5 ans (2006-2010)**

	Hommes	Femmes
Belgique	17,3	20,9
Wallonie	16,4	20,2
Hainaut	15,9	20,0

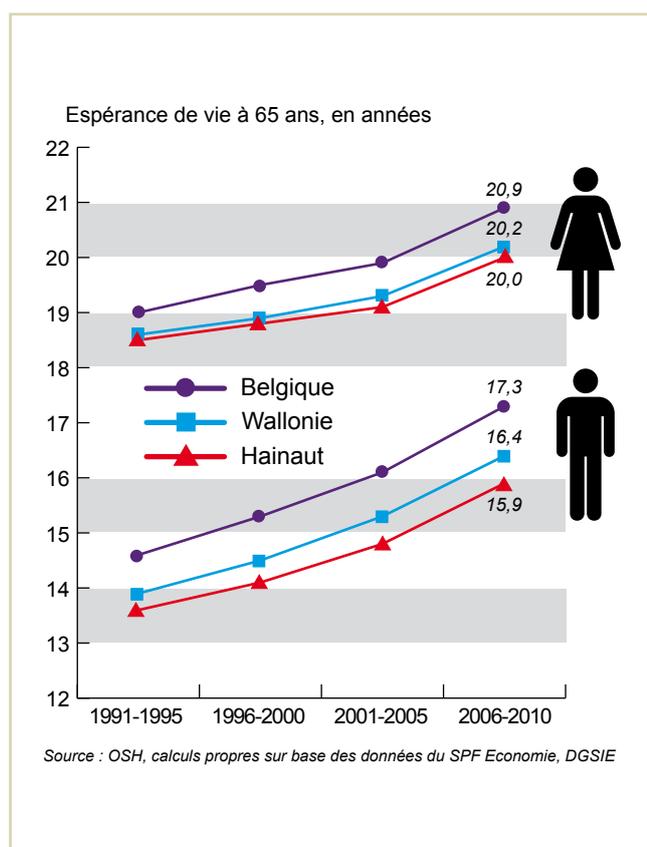
Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE

► Entre 2006 et 2010, en Hainaut, l'espérance de vie à 65 ans est de 15,9 années pour un homme contre 20 années pour une femme. Elle est moins élevée qu'en Wallonie et a fortiori qu'en Belgique.

1. Le revenu médian par ménage (fiscal) est le revenu déclaré tel qu'une moitié des ménages ont un revenu inférieur et l'autre moitié des ménages ont un revenu supérieur à ce montant.

2.  $r^2 = 0,47$  pour les hommes et  $r^2 = 0,20$  pour les femmes. Le  $r^2$  est une mesure d'association qui indique quelle part de la variable dépendante (espérance de vie) est liée à la variation de la variable indépendante (revenu médian). Ce lien n'implique pas nécessairement une relation causale entre les deux variables étudiées.

**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, Wallonie et Hainaut. Elle atteint respectivement 15,9 et 20 ans chez les hommes et les femmes du Hainaut pour la période 2006 et 2010 contre 13,6 et 18,5 ans en 1991-1995.

On observe à nouveau une réduction progressive de l'écart entre hommes et femmes.

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 2006-2010 puisque l'homme belge peut espérer vivre 15 mois de plus que son homologue hainuyer (contre 12 mois en 1991-1995) et la femme belge, 11 mois de plus que la Hainuyère (contre 6 mois en 1991-1995).

En Hainaut, l'espérance de vie à 65 ans est statistiquement liée au revenu médian par ménage mais dans une moindre mesure que l'espérance de vie à la naissance<sup>3</sup>. Une augmentation du revenu médian de la commune de 1 000 euros se traduit par une augmentation moyenne de 4 mois de l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes et de 2,6 mois pour les femmes.

## 4. Natalité

En 1846, la Belgique recensait 28 naissances pour 1 000 habitants. En 2011, ce taux représentait environ 12 naissances pour 1 000 habitants.

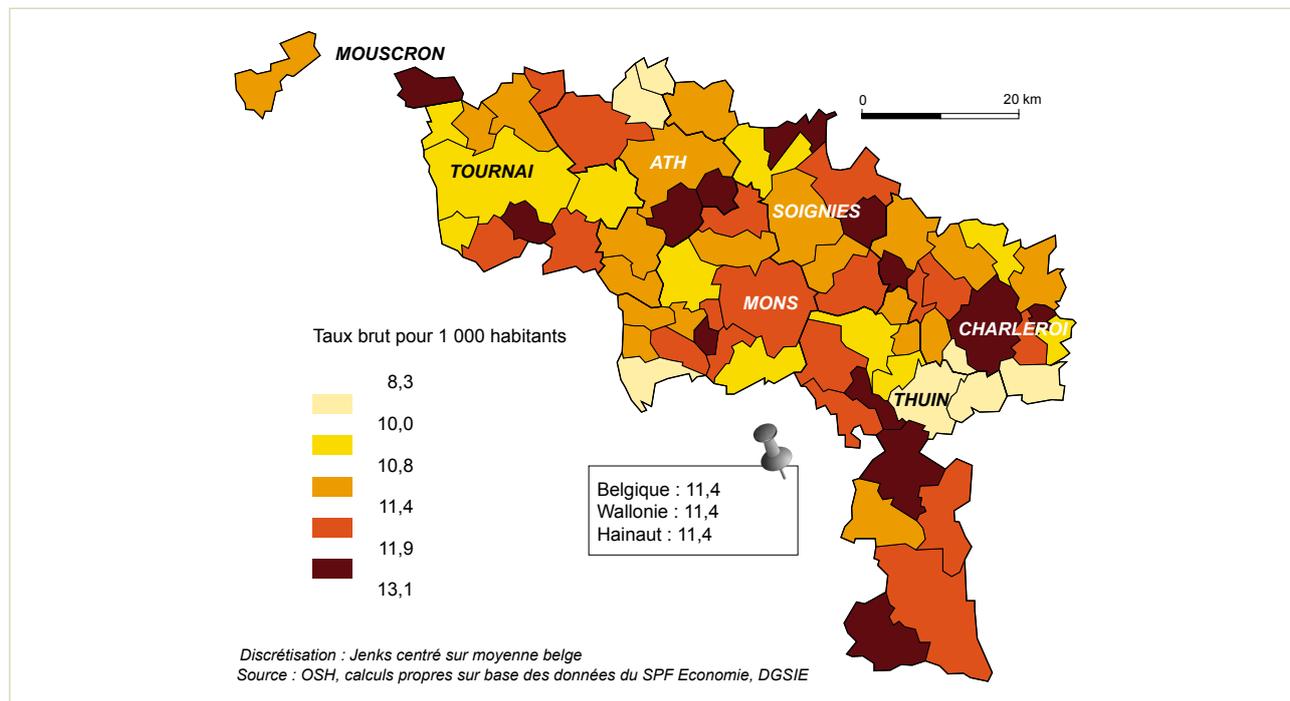
En Belgique, la statistique des naissances et de la fécondité est essentiellement élaborée à l'aide des informations recueillies sur les bulletins de déclaration de naissance d'un enfant né vivant. La commune du lieu de naissance est dite "commune de fait", pour la distinguer de la commune de résidence 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 statistiques présentées ci-après se basent sur la commune de droit.

3.  $r^2 = 0,37$  pour les hommes et  $r^2 = 0,14$  pour les femmes.

## 4.1. Taux brut de natalité

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

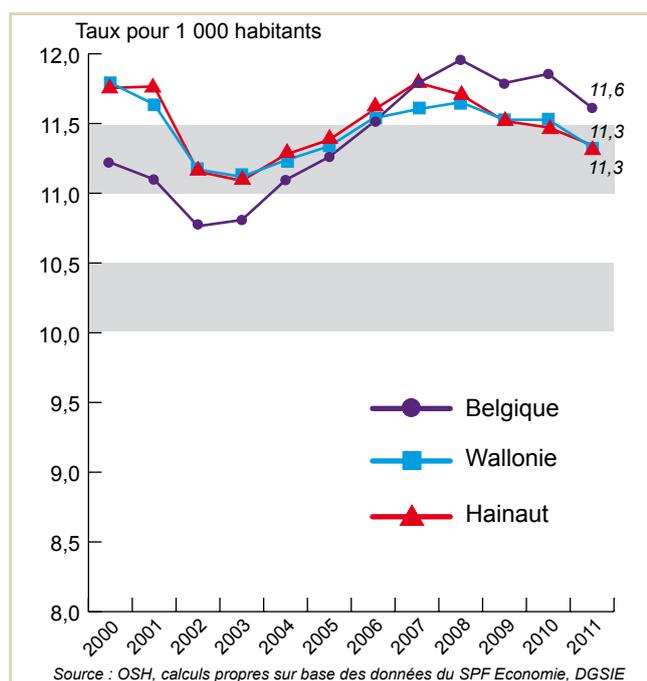
Carte I.5. Taux brut annuel moyen de natalité, Hainaut, par commune, sur 10 ans (2001-2010)



Sur la période décennale 2001 à 2010, les taux moyens de natalité du Hainaut, de Wallonie et de Belgique sont identiques avec 11,4 naissances pour 1 000 habitants (soit, en nombre absolu, une moyenne annuelle de 119 773 naissances en Belgique, 39 017 en Wallonie et 14 798 en Hainaut).

Le taux de natalité le plus élevé s'observe à Colfontaine avec 13,1 naissances vivantes en moyenne pour 1 000 habitants, suivi de Farciennes (13), Charleroi (12,6), Brugelette (12,5), Ecaussinnes (12,5), Merbes-le-Château (12,3) et Chièvres (12,2). A l'inverse, les communes où l'on a enregistré le moins de naissances en moyenne de 2001 à 2010 sont Montigny-le-Tilleul (8,3), Gerpennes (8,5) et Ham-sur-Heure-Nalinnes (8,7).

Figure I.6. Evolution du taux brut de natalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2000-2011



► Les taux bruts de natalité du Hainaut et de la Wallonie sont restés assez semblables durant les dix années observées dans le graphique. On note cependant un très léger fléchissement de 11,8 naissances pour 1 000 habitants en 2000 à 11,3 en 2011. Par contre, si le taux belge était inférieur aux taux wallon et hainuyer en 2000 (11,2), il les dépasse depuis 2008 (12) mais se tasse légèrement en 2011 (11,6). L'augmentation du taux brut de natalité en Belgique s'explique par une augmentation des naissances dans la Région de Bruxelles-Capitale depuis 2002.

## 4.2. Indice conjoncturel de fécondité

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'indice conjoncturel de fécondité (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 (Debuissou et al.).

En 1961, l'indice conjoncturel de fécondité représentait 2,62 enfants par femme en Belgique.

Il a diminué régulièrement jusqu'en 1985 (1,51 enfant par femme) pour remonter et se stabiliser en 2010 à 1,85 enfant par femme.

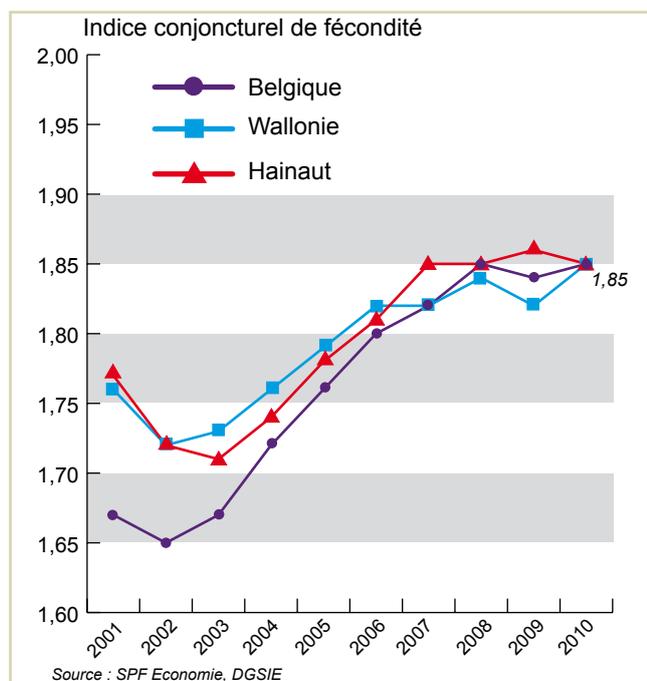
**Tableau I.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010**

	Indice conjoncturel de fécondité 2010
Belgique	1,85
Wallonie	1,85
Hainaut	1,85

Source : SPF Economie, DGSIE

► En 2010, l'indice conjoncturel de fécondité du Hainaut se révèle identique à ceux de la Wallonie et de la Belgique avec 1,85 enfant par femme.

**Figure I.7. Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2010**



► L'indice conjoncturel de fécondité des trois territoires n'a cessé d'augmenter depuis 2003, même s'il reste toujours inférieur au seuil de remplacement de population. En 2000, la Wallonie (1,76) et le Hainaut (1,75) affichaient un indice conjoncturel de fécondité supérieur à l'indice belge (1,67), mais cet écart s'est réduit au cours des dix années considérées pour quasiment se confondre à partir de 2006.

## 5. Population de nationalité étrangère

Tableau I.5. Population selon la nationalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2012

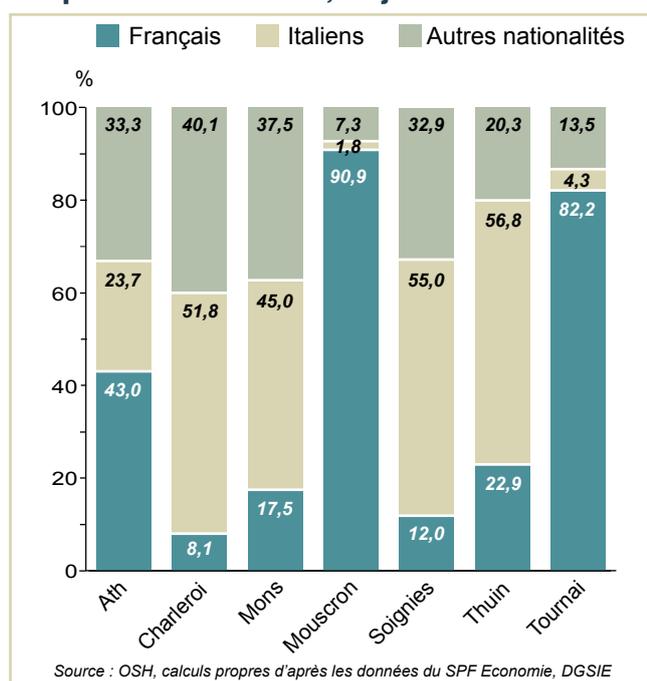
		Belges	Etrangers		Total
			Effectifs	en %	
Belgique		9 866 884	1 169 064	10,6	11 035 948
Wallonie		3 201 705	344 624	9,7	3 546 329
Hainaut		1 170 539	152 657	11,5	1 323 196
ARRONDISSEMENTS	Ath	80 922	4 036	4,8	84 958
	Charleroi	372 705	56 006	13,1	428 711
	Mons	223 924	30 361	11,9	254 285
	Mouscron	57 723	16 172	21,9	73 895
	Soignies	164 335	20 826	11,2	185 161
	Thuin	139 498	10 908	7,3	150 406
	Tournai	131 432	14 348	9,8	145 780

Source : SPF Economie, DGSIE

▼  
Ce tableau présente les données concernant la population ayant gardé la nationalité étrangère et non la population d'origine. 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.

L'arrondissement de Mouscron compte deux fois plus de résidents de nationalité étrangère (21,9 %) par rapport à la Wallonie (9,7 %) et au Hainaut (11,5 %). Les arrondissements d'Ath et de Thuin comptent les plus faibles proportions de ressortissants étrangers (respectivement 4,8 % et 7,3 %).

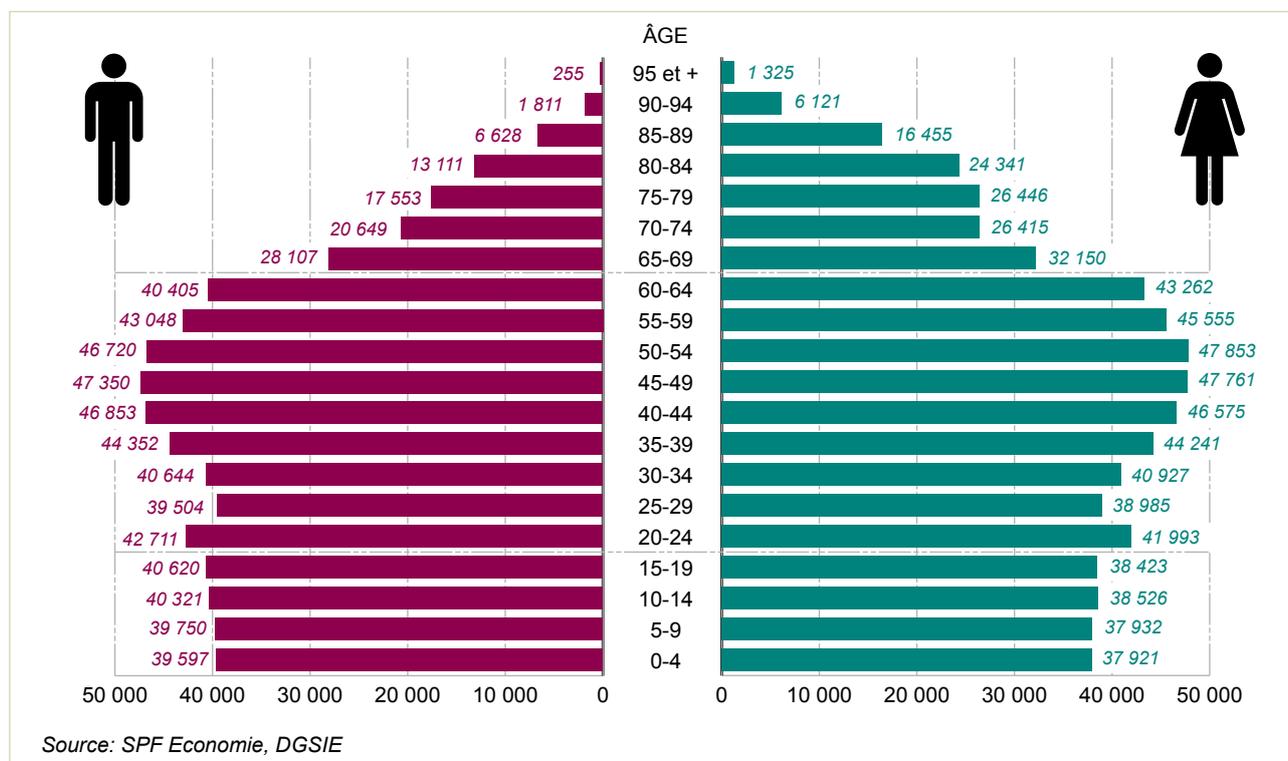
Figure I.8. Part des deux principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1<sup>er</sup> janvier 2012



► Les deux premières nationalités, systématiquement les plus représentées dans chaque arrondissement du Hainaut, sont la française et l'italienne. La première place 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

Figure I.9. Structure de la population (en chiffres absolus), selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1<sup>er</sup> janvier 2012



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.

Entre 65 et 74 ans, le creux marqué est lié au déficit de naissances durant la grande crise 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 1970 (moins de 40 ans), la fécondité diminue sous l'influence conjuguée de la crise économique, provoquée en partie par le premier choc pétrolier, de la plus grande disponibilité des moyens contraceptifs et des changements dans les mentalités et les modes de vie.

La pyramide des âges permet également de comparer la structure par âge des hommes et des femmes. A la naissance, les garçons sont 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 Eurostat, le vieillissement de la population dans les 27 pays de l'Union européenne devrait avoir une incidence majeure dans les décennies à venir. La natalité systématiquement basse et l'augmentation de l'espérance de vie auront un impact sur la forme de la pyramide des âges.

Le changement le plus conséquent viendra de la transition vers une image démographique nettement plus âgée, constat d'ailleurs déjà clairement observé dans plusieurs Etats membres. En clair, la part de personnes en âge de travailler dans l'Union européenne diminue, tandis que le nombre relatif de personnes retraitées s'accroît. Vu les projections établies sur base des données disponibles, la proportion de personnes âgées dans la population totale va devenir de plus en plus importante au cours des prochaines décennies : en cause, le fait que la génération du baby-boom issue de l'après-guerre atteint l'âge de la retraite. 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 I.6. Répartition de la population, selon le sexe et la catégorie d'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1<sup>er</sup> janvier 2012**



	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
< 20 ans	1 283 064	23,7	430 688	25,0	160 288	25,0
20-64 ans	3 311 507	61,2	1 052 912	61,0	391 587	61,2
65 ans et +	819 230	15,1	241 785	14,0	88 114	13,8
Total	5 413 801	100,0	1 725 385	100,0	639 989	100,0

Source : SPF Economie, DGSIE



	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
< 20 ans	1 228 111	21,8	412 343	22,6	152 802	22,4
20-64 ans	3 288 794	58,5	1 059 442	58,2	397 152	58,1
65 ans et +	1 105 242	19,7	349 159	19,2	133 253	19,5
Total	5 622 147	100,0	1 820 944	100,0	683 207	100,0

Source : SPF Economie, DGSIE

Les répartitions des populations par tranche d'âge sont semblables dans le Hainaut, la Wallonie et la Belgique. Un homme sur 4 est âgé de moins de 20 ans, contre environ une femme sur 5 du même âge. Les personnes considérées comme actives (20-64 ans) constituent environ 3/5 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 I.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1<sup>er</sup> janvier 2012**

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	450 125	54,9	133 467	55,2	48 756	55,3
75-84 ans	290 538	35,5	85 104	35,2	30 664	34,8
85 ans et +	78 567	9,6	23 214	9,6	8 694	9,9
<b>Total</b>	<b>819 230</b>	<b>100,0</b>	<b>241 785</b>	<b>100,0</b>	<b>88 114</b>	<b>100,0</b>

Source : SPF Economie, DGSIE

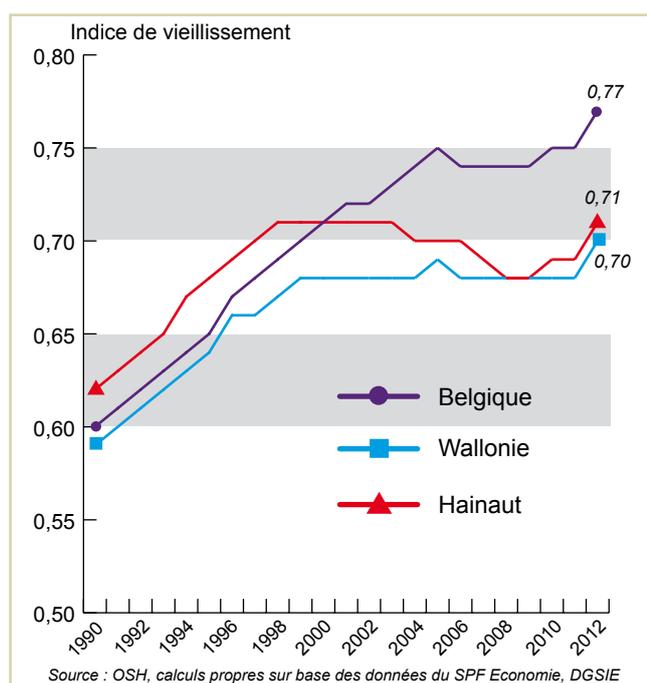
	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	505 222	45,7	156 491	44,8	58 565	44,0
75-84 ans	418 371	37,9	132 338	37,9	50 787	38,1
85 ans et +	181 649	16,4	60 330	17,3	23 901	17,9
<b>Total</b>	<b>1 105 242</b>	<b>100,0</b>	<b>349 159</b>	<b>100,0</b>	<b>133 253</b>	<b>100,0</b>

Source : SPF Economie, DGSIE

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 presque 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 I.10. Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1990-2012**

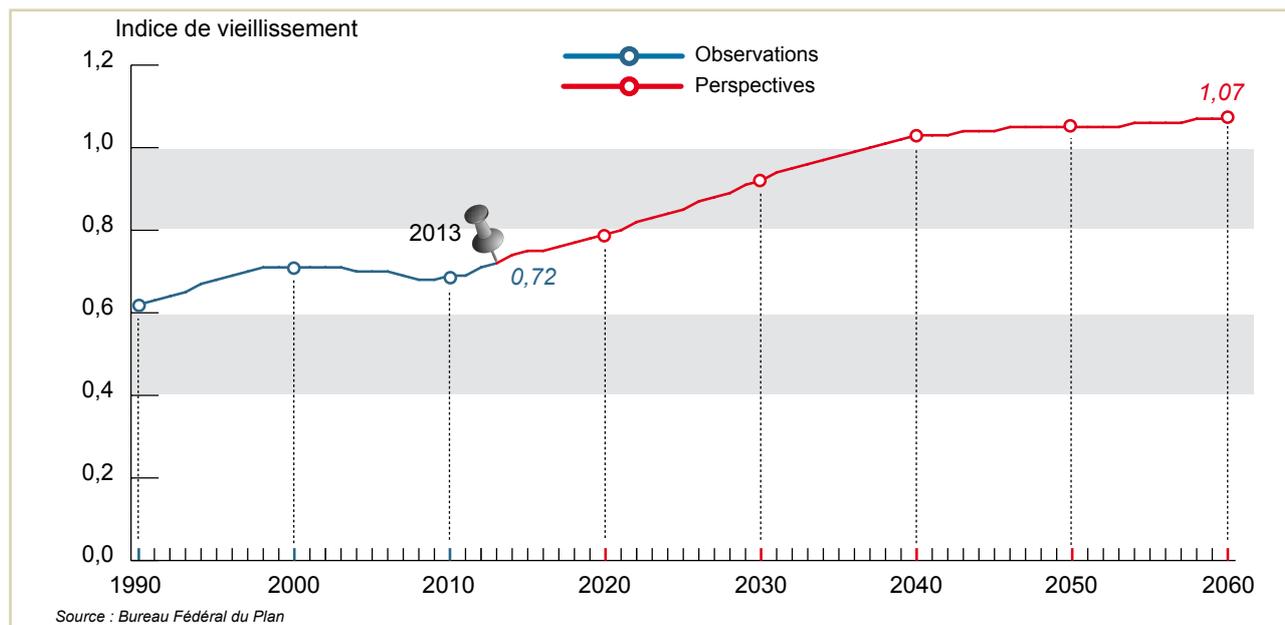


► Pendant vingt ans, les courbes de la Wallonie et du Hainaut sont restées proches tandis que l'indice de vieillissement de la Belgique n'a fait que croître passant de 0,60 en 1990 à 0,77 en 2012. Pour la même période, l'indice wallon a aussi augmenté mais de façon moindre : passant de 0,59 en 1990 à 0,70 en 2012. En Hainaut, on observe une stabilisation depuis 1996 (0,68 à 0,71).

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 "jeunes-personnes âgées" pourrait néanmoins s'inverser dans le futur puisqu'on s'attend à une augmentation importante de la population des 65 ans et plus depuis 2010 (baby-boom).

L'écart entre l'indice belge et ceux de la Wallonie et du Hainaut provient du vieillissement plus important de la population en Région flamande (Debuissou et al. 2000).

**Figure I.11. Evolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut, 1990-2060**

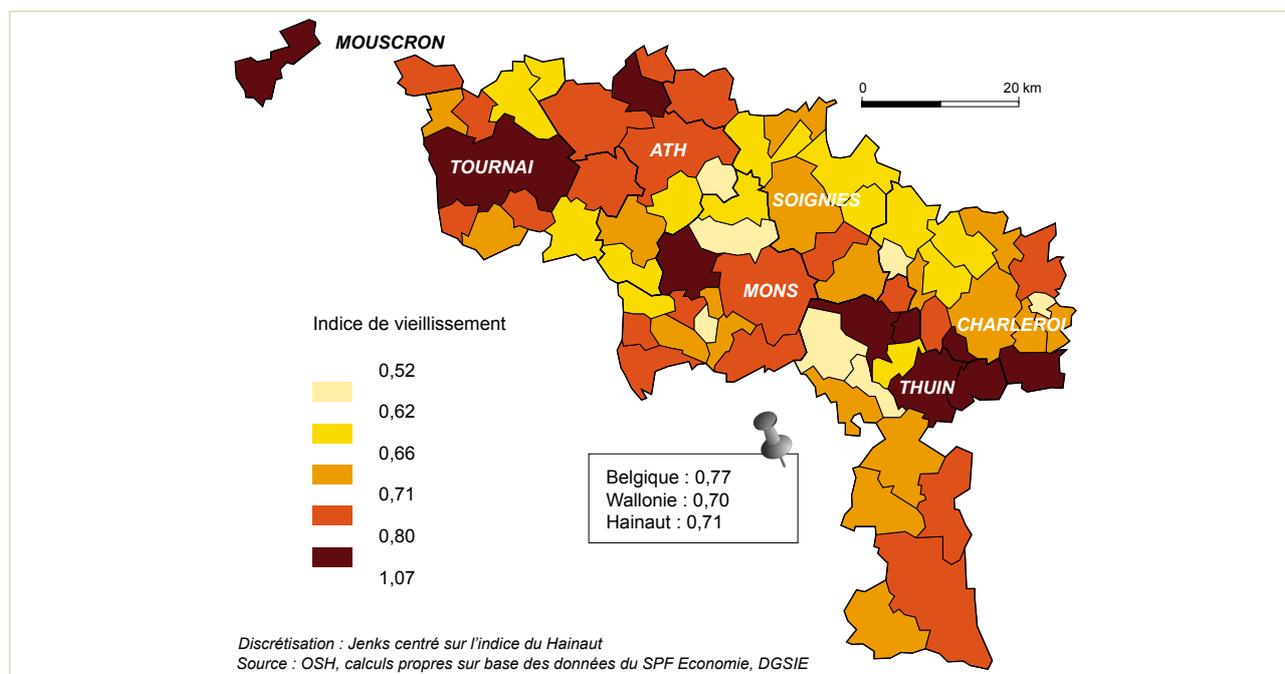


▼ Selon les projections établies par le Bureau Fédéral du Plan, la proportion des 65 ans et plus dans la population du Hainaut augmenterait de 16,4 % en 2010 à 24,3 % en 2060.

L'indice de vieillissement évoluerait de 0,62 en 1990 à 1,07 en 2060, ce qui correspond à 107 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. A cette époque, les indices de vieillissement du Hainaut (1,07), de la Wallonie (1,08) et de la Belgique (1,10) seront proches.

## 7.2. Vieillissement par commune

**Carte I.6. Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1<sup>er</sup> janvier 2012**



▼ L'indice de vieillissement est plus élevé en Belgique (0,77) qu'en Wallonie (0,70) ou dans le Hainaut (0,71). Au niveau communal, l'indice de vieillissement est supérieur à 1 dans la commune de Montigny-le-Tilleul (1,07), ce qui signifie qu'il y a 107 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 de moins de 20 ans. On observe des indices élevés dans la majorité des communes du Hainaut occidental.

## 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 le nombre d'individus capables d'assumer cette charge, c'est-à-dire en âge de travailler. Différentes bornes sont utilisées 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.

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

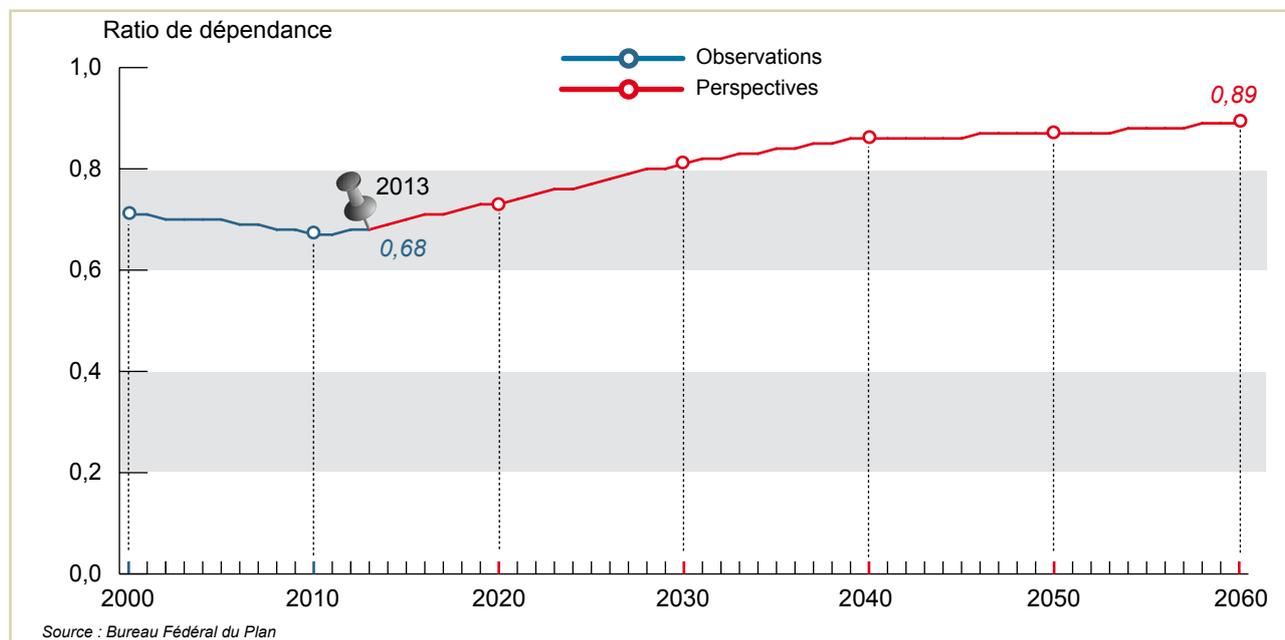
**Tableau I.8. Evolution du ratio de dépendance, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1991-2001-2011**

	1991	2001	2011
Belgique	0,66	0,68	0,67
Wallonie	0,69	0,71	0,67
Hainaut	0,70	0,71	0,67

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE

► En 1991 et 2001, le ratio de dépendance était généralement un petit peu plus élevé en Wallonie et en Hainaut qu'en Belgique. Sur ces trois territoires, il valait 0,67 au 1<sup>er</sup> janvier 2011, ce qui signifie que, pour 100 actifs (personnes âgées entre 20 et 64 ans), il y a 67 inactifs (personnes âgées de moins de 20 ans et de 65 ans et plus).

**Figure I.12. Evolution du ratio de dépendance de 1990 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut**



► Comme le montre le graphique ci-dessus, on dénombrait 71 inactifs pour 100 actifs en Hainaut en 2000. Les perspectives du Bureau Fédéral du Plan permettent de penser qu'on atteindra 89 personnes dites inactives, selon la définition établie par l'OCDE, pour 100 actives en 2060 tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique.

## **8. Bibliographie**

Adveev A, Eremenko T, Festy P, Gaymu J, Le Bouteillec N, Springer S. Populations et tendances démographiques des pays européens (1980-2010). Population-F. 2011 ; 66(1) : 9-133.

Chiang CL. The Life Table and Its Applications. Malabar, Florida : Krieger Robert E. Publishing Cy. ; 1984 : 316 p.

Commission européenne. Le marché européen de l'emploi sous l'angle de l'évolution démographique. Commission européenne - Emploi & Affaires sociales ; 2013.

Conférence Permanente du Développement Territorial (CPDT). Atlas des dynamiques territoriales - Evolution récente de la population en Wallonie 1991-2011. CPDT ; 2013.

Debuisson M, Dal L, Foulon M ; Institut National des Statistiques. Recensement général de la population et des logements au 1<sup>er</sup> mars 1991 : l'évolution de la population, l'âge et le sexe. Monographie du Recensement. Bruxelles : INS ; 2000 : 1-170.

Eurostat. La population. L'Europe en chiffres - Annuaire d'Eurostat 2009. Eurostat ; 2009 : 127-73.

Fizman P, Tellier V, Berghmans L, Vanlierde A, Berra P, Massot C, et al. Tableau de bord de la santé en Région wallonne. Observatoire de la Santé du Hainaut ; Observatoire Wallon de la Santé ; 2009.

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne - Volet statistique. Namur : Direction interdépartementale de l'intégration sociale du Ministère de la Région wallonne (DIIS) ; 2007.

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Variations sur la cohésion sociale en Région wallonne - Volet statistique - DVD. Namur : Direction interdépartementale de l'intégration sociale du Ministère de la Région wallonne (DIIS) ; 2011.

Lambrecht M. Perspectives de population 2010-2060. Bruxelles : Bureau fédéral du Plan ; Direction générale Statistique et Information économique ; Déc 2011.

Nations Unies, Division de la Population, DESA. Rapport mondial sur la fécondité 2003 [World Fertility Report 2003]. New York : Nations Unies, 2004.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la société : Les indicateurs sociaux de l'OCDE – Edition 2006, page 44 : GE2. Ratio de dépendance démographique. Définition et mesure. Paris : OCDE ; 2007.

SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie. Aperçu statistique de la Belgique. Chiffres clés 2007.

SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie. Aperçu statistique de la Belgique. Chiffres clés 2008.

SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie. Aperçu statistique de la Belgique. Chiffres clés 2011.

Vanden Dooren L, Vander Stricht V. Les comptes de l'emploi wallon. Méthodologies d'estimation. Working Paper de l'IWEPS. Avr 2013 ; 13 : 54 p.

# Chapitre 2

## Mortalité et causes de décès

### • **Faits marquants**

• **14 671 décès en 2011** : soit un taux brut de mortalité de 11,1 pour 1 000 habitants du Hainaut. La mortalité totale est en diminution au cours du temps mais l'écart avec la Wallonie et la Belgique persiste. La mortalité masculine est nettement plus élevée que la mortalité féminine.

• **Une mortalité 5 % plus élevée en Hainaut qu'en Wallonie en 2011** : soit une mortalité 18,7 % plus élevée que celle de la Belgique. Si le Hainaut présentait les mêmes taux de mortalité que la Belgique, 1 430 décès masculins et 878 décès féminins seraient épargnés chaque année.

• **Les maladies cardiovasculaires, première cause de décès** : elles représentent 30 % en Hainaut en 2011, suivies des tumeurs (24 %) et des maladies respiratoires (11 %). Les décès par maladies cardiovasculaires et par tumeurs sont cependant en diminution pour les deux sexes.

• **Une mortalité cardiovasculaire plus importante chez l'homme** : pour 4,2 décès pour 1 000 habitants masculins, on constate un taux de 2,9 ‰ chez les femmes, après ajustement pour l'âge. Il en est de même pour les tumeurs (3,8 ‰ chez l'homme ; 2 ‰ chez la femme).

• **Une mortalité par maladies respiratoires presque doublée chez la femme en 20 ans** : une augmentation constatée entre 1987 et 2009, probablement en lien avec l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante. A l'inverse, la mortalité due aux maladies respiratoires a diminué de 18 % chez l'homme pendant la même période, mais reste toujours nettement supérieure à celle de la femme.

• **Les traumatismes, première cause de décès chez les moins de 24 ans** : ils sont plus fréquents chez l'homme (61 décès par an soit 72 % des décès masculins de cette tranche d'âge) que chez la femme (18 décès par an soit 51 %).

• **Une mortalité prématurée (avant 65 ans) élevée en Hainaut** : le Hainaut connaît une mortalité prématurée de 11,5 % supérieure à la Wallonie et de 39 % supérieure à la Belgique. Les tumeurs sont la première cause de mortalité prématurée suivie des traumatismes et des maladies cardiovasculaires.

• **Une mortalité infantile (0 à 1 an) semblable à celle observée en Wallonie et en Belgique** : avec 3,5 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2008, la mortalité infantile est globalement en baisse grâce, entre autres, aux campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson.

## 1. Mortalité totale

Les données de mortalité restent une importante source d'information sur la santé des populations. Elles ont le mérite d'être exhaustives et suivies sur de nombreuses années. Les comparaisons dans le temps et entre différentes populations sont riches d'enseignement. Pour les maladies chroniques, la mortalité est le reflet, avec une latence de plusieurs années, de l'évolution de l'état de santé de la population.

Parmi les pays d'Europe, la Belgique occupe la 16<sup>e</sup> place pour la mortalité avec un taux standardisé 21 % plus élevé que la Suisse, dont la mortalité totale est la plus basse. Elle se classe au même niveau que l'Allemagne, mais connaît une situation moins favorable que les autres pays voisins (France, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni). Par rapport aux provinces belges et départements français qui l'entourent, le Hainaut affiche lui-même une mortalité plus élevée tant pour les hommes que pour les femmes.

### 1.1. Mortalité totale en 2011

Ce paragraphe reprend la mortalité totale pour l'ensemble des causes de décès pour la dernière année disponible au moment de la rédaction, c'est-à-dire 2011.

**Tableau II.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, par arrondissement, 2011**

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		51 426	52 821	104 247
Wallonie		17 943	19 016	36 959
Hainaut		7 146	7 525	14 671
ARRONDISSEMENTS	Ath	453	458	911
	Charleroi	2 321	2 458	4 779
	Mons	1 379	1 470	2 849
	Mouscron	393	428	821
	Soignies	943	976	1 919
	Thuin	834	888	1 722
	Tournai	823	847	1 670

Source : SPF Economie, DGSIE

► En Hainaut, en 2011, on enregistre 7 525 décès féminins et 7 146 décès masculins. La mortalité hainuyère correspond à 14 % de l'ensemble des décès de Belgique alors que la part de population est de 12 % (cf. Chapitre I).

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de population en milieu d'année.

Pour l'année 2011, on observe un taux brut de 11,1 décès pour 1 000 habitants dans la province du Hainaut.

L'indice comparatif de mortalité (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. Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne wallonne et un ICM de 84 signifie une mortalité de 16 % inférieure à la moyenne wallonne.

**Tableau II.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011 (Femme = 100)**

	Hommes		Femmes
Belgique	166	*	100
Wallonie	164	*	100
Hainaut	172	*	100

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE  
Population de référence : population féminine 2011  
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

► Après ajustement pour la structure d'âge, la mortalité masculine apparaît nettement plus élevée (+ 72 % en Hainaut en 2011) que la mortalité féminine. La surmortalité masculine se montre un peu moins élevée en Wallonie (+ 64 %) et en Belgique (+ 66 %) qu'en Hainaut. La différence entre la mortalité masculine et féminine tend à diminuer progressivement au cours du temps.

Vu cette différence majeure, la mortalité sera analysée séparément pour les hommes et les femmes dans la suite du chapitre.

**Tableau II.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011 (Wallonie = 100)**

	Hommes		Femmes		Total	
Belgique	86,6	*	90,2	*	88,4	*
Wallonie	100,0		100,0		100,0	
Hainaut	108,0	*	102,3		105,0	*

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE  
Population de référence : Wallonie 2011  
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

► Le tableau ci-contre compare la mortalité de la Belgique et du Hainaut à celle de la Wallonie. En 2011, la mortalité du Hainaut était de 5 % supérieure à celle de la Wallonie et de 18,7 % à celle de la Belgique. Les différences se révèlent plus marquées pour les hommes que pour les femmes. Chez ces dernières, l'écart entre Hainaut et Wallonie n'est pas significatif.

En termes absolus, on peut estimer que 1 430 décès masculins et 878 décès féminins seraient épargnés chaque année en Hainaut si la province présentait les mêmes taux de mortalité que la Belgique.

## 1.2. Mortalité totale du Hainaut par arrondissement

**Tableau II.4. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Hainaut, par arrondissement, 2006-2010 (Wallonie = 100)**

		Hommes		Femmes	
ARRONDISSEMENTS	Ath	101,3		97,8	
	Charleroi	112,1	*	106,5	*
	Mons	113,7	*	106,6	*
	Mouscron	97,5		94,4	*
	Soignies	100,0		97,5	
	Thuin	107,3	*	105,6	*
	Tournai	108,1	*	99,0	

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE  
Population de référence : Wallonie 2006-2010  
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

► Les indices présentés sont calculés sur 5 ans (de 2006 à 2010) avec pour population de référence (indice = 100) les hommes ou les femmes de Wallonie.

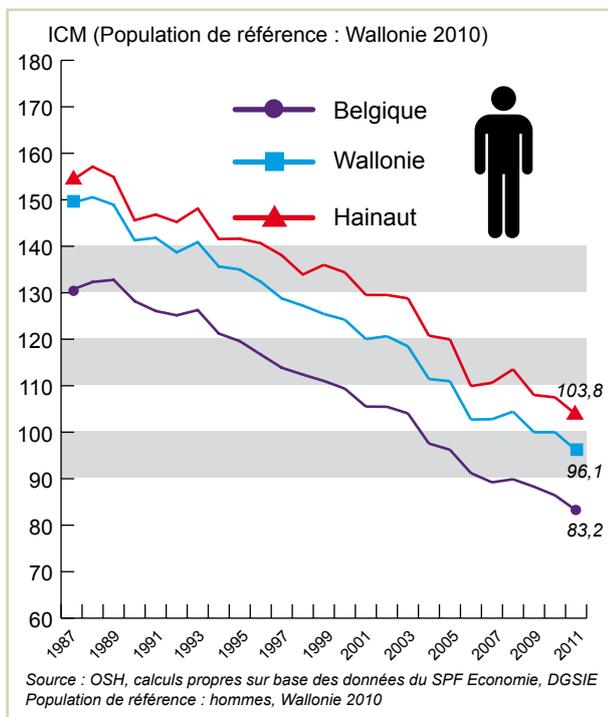
La mortalité masculine entre 2006 et 2010 se montre la plus élevée dans les arrondissements de Mons et de Charleroi (respectivement 14 % et 12 % supérieures à celle de la Wallonie). La plus basse est observée dans les arrondissements d'Ath, Mouscron et Soignies où elle apparaît similaire à celle de la Wallonie.

La mortalité des femmes est 6 à 7 % plus élevée dans les arrondissements de Mons, Charleroi et Thuin qu'en Wallonie tandis qu'elle lui est inférieure de 6 % dans l'arrondissement de Mouscron.

Par rapport à la décennie précédente, la situation se révèle stable sauf dans l'arrondissement d'Ath, où la mortalité masculine a diminué pour rejoindre la moyenne wallonne.

## 1.3. Evolution de la mortalité totale

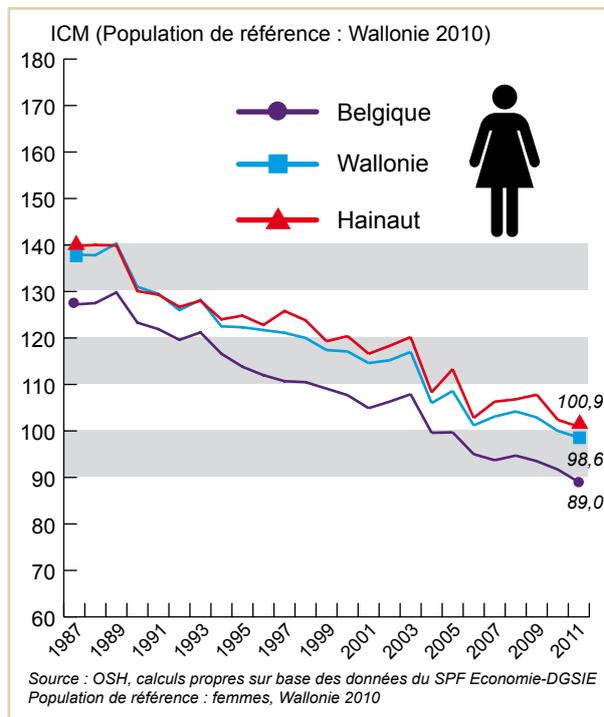
**Figure II.1. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 (Wallonie 2010 = 100)**



En près d'un quart de siècle, la mortalité masculine totale en Hainaut a diminué de 33 %, passant d'un indice comparatif de mortalité de 154 en 1987 à 104 en 2011. L'évolution en Belgique et en Wallonie est similaire.

La mortalité masculine hainuyère reste cependant supérieure à la mortalité masculine wallonne et très supérieure à celle de la Belgique.

**Figure II.2. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 (Wallonie 2010 = 100)**



Pendant la même période, la mortalité féminine totale en Hainaut a diminué de 28 % passant d'un indice comparatif de mortalité de 140 en 1987 à 101 en 2011. L'évolution en Belgique et en Wallonie est similaire.

La mortalité féminine hainuyère reste supérieure à la mortalité féminine wallonne et a fortiori supérieure à celle de la Belgique, même si les écarts sont moins marqués que pour les hommes.

## 2. Mortalité spécifique

Au moment de mettre sous presse, les informations les plus récentes disponibles en matière de mortalité classées par cause datent de 2009.

### 2.1. Causes de décès

**Tableau II.5. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2009**

Causes de décès (2009)	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	32 599	31,4	10 868	29,8	4 441	30,1
Tumeurs	27 973	26,9	9 149	25,1	3 606	24,4
Appareil respiratoire	11 278	10,9	3 918	10,7	1 564	10,6
Traumas et empoisonnements	6 738	6,5	2 724	7,5	1 024	6,9
Appareil digestif	4 598	4,4	1 768	4,8	727	4,9
Système nerveux, organes des sens	4 533	4,4	1 933	5,3	738	5,0
Troubles mentaux	3 947	3,8	1 100	3,0	512	3,5
Maladies endocriniennes	2 821	2,7	1 285	3,5	573	3,9
Maladies infectieuses et parasitaires	2 464	2,4	963	2,6	436	3,0
Appareil génito-urinaire	2 280	2,2	916	2,5	385	2,6
Autres causes	4 584	4,4	1 843	5,1	751	5,1
Total décès	103 815	100,0	36 467	100,0	14 757	100,0

Source : SPMA-ISP

En 2009, les trois principales causes de mortalité tant en Belgique, en Wallonie qu'en Hainaut demeurent les maladies cardiovasculaires (31 % en Belgique et 30 % des décès aux niveaux hainuyer et wallon), les tumeurs (27 % en Belgique, 25 % en Wallonie et 24 % en Hainaut) et les maladies de l'appareil respiratoire (11 % sur les trois territoires). Ce constat est identique aux résultats présentés dans les précédents tableaux de bord.

Les décès dus aux maladies cardiovasculaires et aux tumeurs seront détaillés dans les sections du chapitre 3 qui leur sont consacrées.

Les décès liés à l'appareil respiratoire sont essentiellement dus aux maladies respiratoires chroniques (bronchite chronique, asthme, emphysème...) qui représentent, en Hainaut, 53 % chez l'homme et 36 % chez la femme. Ensuite, ils sont causés par les pneumonies avec des chiffres de 24 % chez l'homme et de 33 % chez la femme.

Les traumatismes et empoisonnements mortels correspondent principalement aux suicides (35 % chez l'homme et 17 % chez la femme en Hainaut), aux accidents de transports (20 % chez l'homme et 10 % chez la femme) et aux chutes accidentelles (14 % chez l'homme et 29 % chez la femme). Les empoisonnements accidentels représentent 2 % des décès chez l'homme et 6 % chez la femme pour cette catégorie. Enfin, les homicides n'interviennent que pour moins de 2 % des traumatismes mortels chez l'homme et moins de 1 % chez la femme.

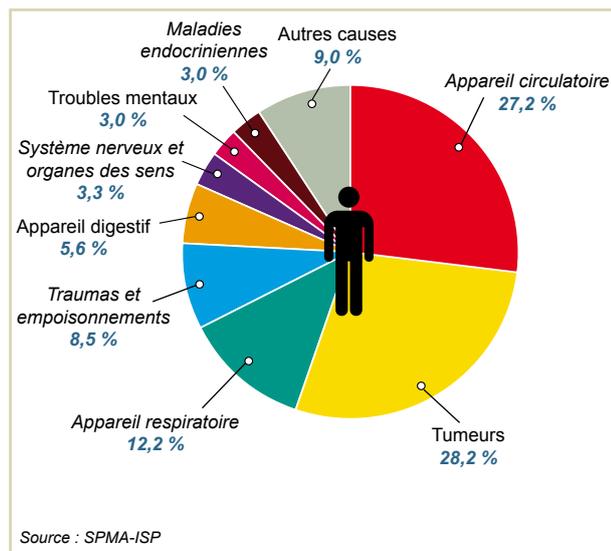
En Hainaut, parmi les décès d'origine digestive, les cirrhoses et autres maladies chroniques du foie représentent 49 % des décès chez l'homme et 28 % chez la femme. Plus spécifiquement, la maladie alcoolique du foie compte pour 34 % des décès de l'appareil digestif chez l'homme et 18 % chez la femme.

Les principales causes de décès liées aux maladies du système nerveux et des organes des sens sont la maladie d'Alzheimer (41 % chez l'homme, 66 % chez la femme) et la maladie de Parkinson (17 % chez l'homme, 11 % chez la femme).

Les troubles mentaux représentent 3,5 % des décès en Hainaut. Il s'agit principalement des problèmes de démence (50 % des décès de cette catégorie chez l'homme, 77 % chez la femme) et d'abus d'alcool (31 % chez l'homme, 10 % chez la femme).

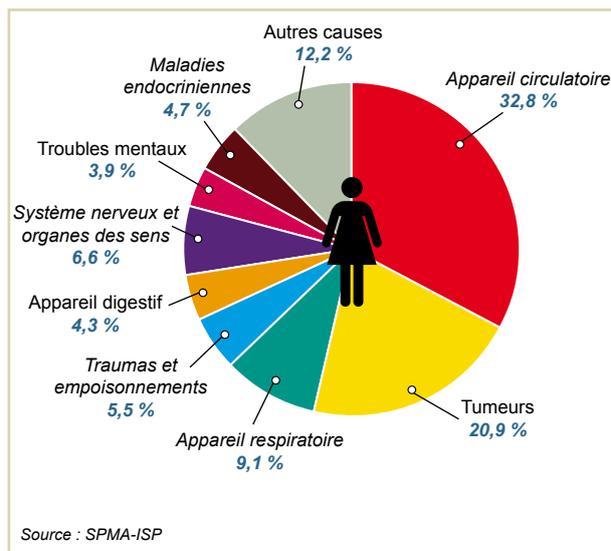
Le diabète est responsable de la majorité des décès dus aux maladies endocriniennes (61 % chez l'homme, 48 % chez la femme).

**Figure II.3. Proportion de décès, selon la cause, Hommes, Hainaut, 2009**



En Hainaut, avec 28,2 % des décès masculins survenus en 2009, les tumeurs occupent la première place devant les décès cardiovasculaires (27,2 %), qui étaient en tête jusqu'en 2004. La troisième cause de mortalité masculine concerne les décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire (12,2 %). Les traumatismes et empoisonnements représentent 8,5 % des décès masculins cette même année.

**Figure II.4. Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Hainaut, 2009**



A l'inverse, chez les femmes du Hainaut, la première cause de décès en 2009 concerne les maladies cardiovasculaires (32,8 %). Viennent en seconde et troisième position, les tumeurs (20,9 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (9,1 %). La proportion de décès dus à des pathologies liées au système nerveux et organes des sens se révèle deux fois plus élevée chez les femmes (6,6 %) que chez les hommes (3,3 %). Les traumatismes et empoisonnement représentent une part plus faible des décès que chez les hommes.

La répartition différente selon le sexe est influencée par une plus grande proportion de décès à un âge avancé chez les femmes que chez les hommes.

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 structure différente 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.

**Tableau II.6. Taux de mortalité spécifique bruts et standardisés, selon le sexe, Hainaut, 2009**

Causes de décès (2009) Taux pour 1 000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	3,05	3,72	4,20	2,86
Tumeurs	3,17	2,37	3,82	2,05
Appareil respiratoire	1,38	1,03	1,95	0,79
Traumas et empoisonnements	0,95	0,63	1,07	0,53
Appareil digestif	0,63	0,49	0,75	0,41
Système nerveux, organes des sens	0,37	0,75	0,52	0,58
Troubles mentaux	0,34	0,44	0,45	0,34
Maladies endocriniennes	0,34	0,53	0,46	0,42
Maladies infectieuses et parasitaires	0,30	0,37	0,38	0,30
Appareil génito-urinaire	0,22	0,37	0,34	0,28
Autres causes	0,50	0,65	0,65	0,51
<b>Total</b>	<b>11,24</b>	<b>11,34</b>	<b>14,59</b>	<b>9,07</b>

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE  
Population de référence : Wallonie 2010

	Le taux brut est plus élevé chez la femme, mais après ajustement pour l'âge, le taux standardisé est plus élevé chez l'homme
	Le taux brut est plus élevé chez l'homme et après ajustement pour l'âge, la différence est accentuée
	Le taux brut est plus élevé chez la femme, mais après ajustement pour l'âge, la différence disparaît

Le taux brut de la mortalité cardiovasculaire est plus élevé chez la femme (presque 4 décès pour 1 000 habitantes) que chez l'homme (3 décès pour 1 000 habitants) en lien avec une population féminine plus âgée. Si on tient compte de l'âge (taux standardisé), la situation s'inverse : l'homme 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 mais dans une moindre mesure pour les décès dus aux troubles mentaux, aux maladies infectieuses et à celles de l'appareil génito-urinaire.

Pour les décès dus aux maladies endocriniennes et à celles du système nerveux et des organes des sens, l'ajustement en fonction de l'âge abolit la différence entre les sexes.

A l'inverse, la standardisation accroît la différence homme-femme au désavantage de l'homme pour les tumeurs, les traumatismes et empoisonnements, l'appareil digestif et l'appareil respiratoire. Pour cette dernière cause, la mortalité masculine devient 2,5 fois plus élevée que la mortalité féminine.

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

Tableau II.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, Hainaut, 2005-2009

	Classes d'âge				
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et +
Nombre moyen de décès par an	12	74	575	1 427	5 045
Causes de décès	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	1,7	2,4	15,9	22,0	31,2
Tumeurs	11,7	7,6	17,6	38,2	27,4
Appareil respiratoire	6,7	2,4	3,2	7,0	15,2
Traumas et empoisonnements	48,3	75,5	38,7	8,5	4,2
<i>Dont : suicides</i>	0,0	17,1	16,4	3,8	0,9
Appareil digestif	1,7	0,5	7,5	9,4	4,1
Système nerveux, organes des sens	10,0	5,4	3,0	2,2	3,8
Mal définis	5,0	2,2	4,6	3,1	2,5
Malformations congénitales	5,0	0,3	0,1	0,2	0,1
Maladies infectieuses et parasitaires	3,3	0,5	2,2	2,0	2,8
Autres causes	6,7	3,0	7,3	7,3	8,7
Total par classe d'âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : SPMA-ISP

Entre 2005 et 2009, les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès chez les hommes de 65 ans et plus (31,2 %) en Hainaut. Les tumeurs prédominent entre 50 et 64 ans (38,2 %).

Chez les moins de 45 ans, les traumatismes et empoisonnements représentent la cause de mortalité la plus fréquente. Les suicides concernent 16,4 % des décès chez les 25-49 ans soit presque la moitié des traumatismes et empoisonnements. Chez les 10 à 24 ans, les accidents de transport sont responsables de 33 décès potentiellement évitables chaque année.

Les chiffres doivent être interprétés avec prudence en dessous de 10 ans en raison du petit nombre de décès dans cette tranche d'âge.

**Tableau II.8. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, Hainaut, 2005-2009**

	Classes d'âge				
	1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et +
Nombre moyen de décès par an	8	26	283	713	6 395
Causes de décès	%	%	%	%	%
Appareil circulatoire	9,8	7,6	15,5	18,3	36,4
Tumeurs	12,2	15,2	35,4	43,2	18,1
Appareil respiratoire	0,0	2,3	4,7	5,7	9,9
Traumas et empoisonnements	36,6	56,1	19,3	8,0	3,9
<i>Dont : suicides</i>	0,0	15,2	8,6	2,8	0,3
Appareil digestif	0,0	0,0	8,1	8,2	4,6
Système nerveux, organes des sens	4,9	6,1	2,8	3,7	6,6
Mal définis	9,8	3,0	3,7	2,6	3,6
Malformations congénitales	4,9	1,5	0,9	0,3	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires	12,2	2,3	2,0	2,6	3,1
Autres causes	9,8	6,1	7,6	7,2	13,8
Total par classe d'âge	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : SPMA-ISP

Comme chez l'homme, à partir de 65 ans, les décès dus à des maladies de l'appareil circulatoire prédominent largement (36,4 %). Les décès par tumeurs sont majoritaires entre 50 et 64 ans (43,2 %), mais aussi entre 25 et 49 ans (35,4 %) en raison d'un nombre moins élevé de décès traumatiques chez la femme.

Les suicides sont moins fréquents que chez l'homme, mais constituent près de la moitié des décès non naturels entre 25 et 49 ans. Les traumatismes et empoisonnements sont la première cause de décès chez les moins de 24 ans. Les accidents de transports représentent 8 décès par an chez les 10-24 ans.

Chez les moins de 25 ans, les chiffres doivent être interprétés avec prudence en raison du petit nombre de décès dans cette tranche d'âge.

## 2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements de la province du Hainaut

Tableau II.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans (2004-2008) (Wallonie = 100)

ICM 		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Traumas et empoisonnements		Appareil digestif	
Belgique		92,2	*	93,6	*	90,9	*	75,6	*	79,6	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
Hainaut		105,9	*	107,8	*	114,4	*	101,3		120,2	*
ARRONDISSEMENTS	Ath	106,9		107,9		93,3		120,4	*	109,3	
	Charleroi	112,3	*	108,5	*	125,2	*	101,9		119,6	*
	Mons	104,4		111,8	*	130,4	*	102,6		134,5	*
	Mouscron	89,7	*	104,7		94,2		100,5		107,0	
	Soignies	103,0		99,3		103,8		95,2		113,7	*
	Thuin	108,1	*	109,1	*	109,2		102,4		119,3	*
	Tournai	99,8		110,0	*	100,5		93,7		120,0	*

Source : SPMA-ISP

Population de référence : Wallonie 2004-2008

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

En se référant à la situation wallonne, sur la période 2004-2008, on observe une surmortalité due aux tumeurs, maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives significative chez les hommes du Hainaut. Par rapport à la Belgique, le Hainaut connaît une surmortalité pour les cinq causes de décès étudiées.

L'arrondissement de Charleroi présente un profil similaire à celui du Hainaut. Toutefois, la mortalité cardiovasculaire et respiratoire y est encore plus élevée. Dans l'arrondissement de Thuin, les indices sont proches de ceux du Hainaut sauf pour l'appareil respiratoire dont la donnée ne diffère pas significativement de la moyenne wallonne. L'arrondissement de Mons se caractérise par une surmortalité due aux tumeurs, mais surtout aux pathologies des appareils digestifs et respiratoires. L'arrondissement de Soignies ne diffère de la Wallonie que par une surmortalité liée à l'appareil digestif. Mouscron est le seul arrondissement dont aucun indice n'est significativement supérieur à la Wallonie, les décès cardiovasculaires y sont même moins fréquents. Ath connaît une situation proche de la moyenne wallonne sauf pour les traumatismes et empoisonnements où la surmortalité est manifeste. Dans l'arrondissement de Tournai, l'excès de mortalité concerne les tumeurs et les maladies de l'appareil digestif.

**Tableau II.10. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans (2004-2008) (Wallonie = 100)**

ICM 		Appareil circulatoire		Tumeurs		Appareil respiratoire		Traumas et empoisonnements		Appareil digestif	
Belgique		96,8	*	98,5	*	101,1		77,6	*	89,3	*
Wallonie		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
Hainaut		101,4		101,4		99,8		92,7	*	113,7	*
ARRONDISSEMENTS	Ath	96,3		106,2		95,0		88,2		124,9	*
	Charleroi	103,7	*	103,8		105,4		102,9		113,3	*
	Mons	105,2	*	102,6		102,1		86,8	*	126,9	*
	Mouscron	87,5	*	102,9		84,6	*	70,8	*	93,3	
	Soignies	99,7		97,0		96,3		81,0	*	101,6	
	Thuin	109,7	*	101,2		99,6		96,8		108,1	
	Tournai	92,9	*	94,2		95,0		96,8		116,4	*

Source : SPMA-ISP

Population de référence : Wallonie 2004-2008

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

▼  
Chez les femmes hainuyères, de 2004 à 2008, il apparait un excès de décès liés à des maladies du système digestif par rapport à la Wallonie et a fortiori à la Belgique. Quatre arrondissements (Ath, Charleroi, Mons et Tournai) présentent cette caractéristique.

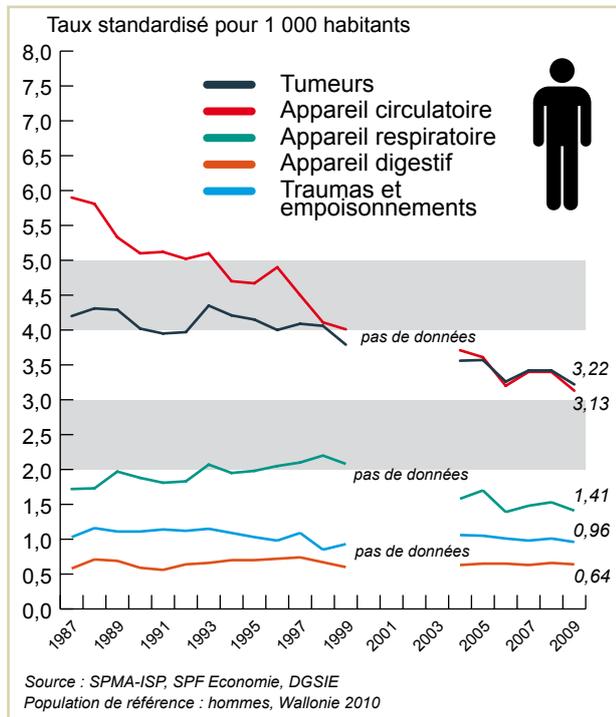
A l'inverse, on observe globalement moins de décès par traumatismes et empoisonnements chez les Hainuyères et ce constat se révèle significatif dans les arrondissements de Mons, Mouscron et Soignies.

Les maladies cardiovasculaires montrent un contraste marqué entre la mortalité féminine élevée dans les arrondissements de Charleroi, Mons et Thuin et une situation plus favorable qu'en Wallonie dans les arrondissements de Mouscron et Tournai.

Notons encore la faible mortalité respiratoire dans l'arrondissement de Mouscron.

## 2.4. Evolution des principales causes de décès

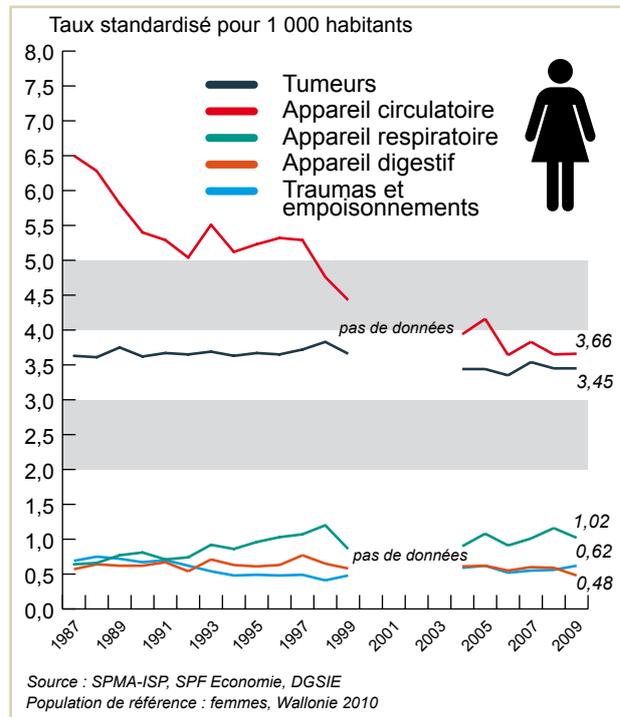
**Figure II.5. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, Hainaut, 1987-2009**



Entre 1987 et 2009, les décès par maladies de l'appareil circulatoire, cancers et affections respiratoires chez les hommes du Hainaut ont diminué respectivement de 47 %, 23 % et 18 %.

La mortalité liée aux maladies de l'appareil digestif ainsi qu'aux décès traumatiques est restée stable ces vingt dernières années.

**Figure II.6. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, Hainaut, 1987-2009**



Entre 1987 et 2009, chez les femmes du Hainaut, les décès par maladies de l'appareil circulatoire ont reculé de 44 %, ceux liés aux traumatismes et empoisonnements de 11 % et ceux dus aux tumeurs de 5 %.

La mortalité attribuée aux maladies de l'appareil digestif est restée globalement stable.

Les décès par maladies de l'appareil respiratoire ont presque doublé. Cette augmentation est en lien avec l'augmentation du tabagisme féminin au cours des cinquante dernières années et se retrouve également pour les décès par cancer du poumon.

## 3. Mortalité prématurée

Dans ce tableau de bord, nous avons défini la mortalité prématurée comme la mortalité survenant avant 65 ans. Différents indicateurs sont utilisés en santé publique pour l'évaluer. Ce chapitre présente les taux bruts et les indices comparatifs de mortalité qui permettent de comparer des populations de structures d'âge et de sexe différentes.

Pour la mortalité prématurée, la Belgique occupe la 17<sup>e</sup> place en Europe. Les différences entre pays sont plus marquées que pour la mortalité totale et le taux standardisé belge est 47 % plus élevé que le taux islandais. Nos voisins immédiats connaissent une situation plus favorable avec des taux de 1 % (France) à 20 % (Luxembourg) inférieurs au nôtre.

En Hainaut, 2 182 hommes et 1 094 femmes sont décédés en 2011 alors qu'ils étaient âgés de moins de 65 ans, ce qui représente 30,5 % des décès masculins et 15,5 % des décès féminins de cette année.

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 II.11. Taux brut de mortalité prématurée (< 65 ans), selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011**

	Taux brut pour 1 000 habitants < 65 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	2,6	1,6	2,1
Wallonie	3,4	1,9	2,6
Hainaut	4,0	2,0	3,0

Source : SPF Economie, DGSIE - Registre National

► En 2011, 3 personnes sur 1 000 âgées de moins de 65 ans sont décédées prématurément en Hainaut.

Les décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la zone géographique.

Entre 2004 et 2008, les tumeurs représentaient respectivement 33 % des décès masculins et 45 % des décès féminins prématurés, les traumatismes et empoisonnements, 21 % et 14 % et les maladies cardiovasculaires, 20 % et 15 % . La majorité de ces pathologies sont fortement liées à des habitudes de vie défavorables à la santé (tabagisme, abus d'alcool, alimentation déséquilibrée, sédentarité...) et peuvent être bénéfiquement influencées par des programmes de promotion de la santé. Les traumatismes sont essentiellement associés aux accidents de la route et aux suicides, problèmes dont l'ampleur peut être réduite par la prévention.

**Tableau II.12. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011 (Wallonie = 100)**

	Hommes		Femmes		Total	
Belgique	77,4	*	85,1	*	80,4	*
Wallonie	100,0		100,0		100,0	
Hainaut	115,0	*	105,7		111,5	*

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie, DGSIE  
Population de référence : Wallonie 2011

\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence

► La mortalité prématurée est 11,5 % plus élevée en Hainaut qu'en Wallonie et 39 % supérieure à celle de la Belgique. C'est essentiellement la surmortalité masculine qui contribue à ces différences.

On peut estimer que 711 décès masculins et 212 décès féminins de moins de 65 ans seraient épargnés chaque année en Hainaut si la province présentait les mêmes taux de mortalité prématurée que la Belgique.

**Tableau II.13. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans (2006-2010) (Wallonie = 100)**

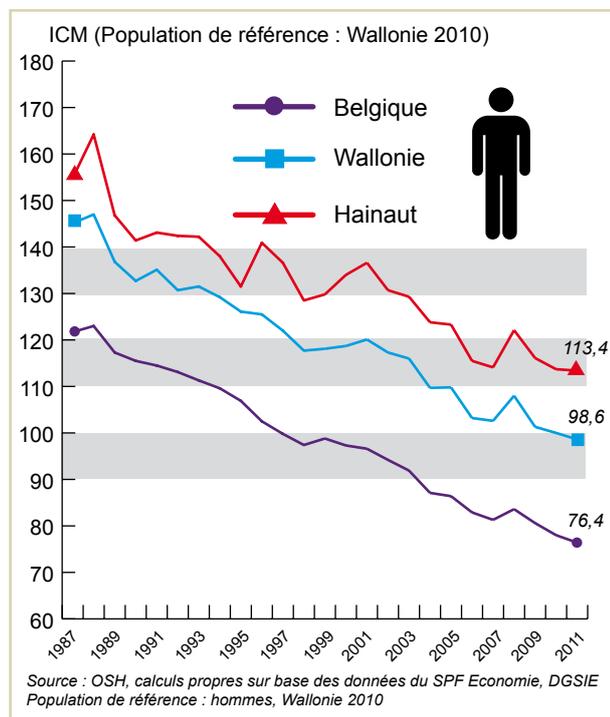
		Hommes		Femmes	
Belgique		78,7	*	84,8	*
Wallonie		100,0		100,0	
Hainaut		113,1	*	107,8	*
ARRONDISSEMENTS	Ath	105,6		109,0	
	Charleroi	116,3	*	118,0	*
	Mons	119,0	*	109,1	*
	Mouscron	103,1		94,1	
	Soignies	104,1		96,2	
	Thuin	110,2	*	104,0	
	Tournai	117,3	*	100,3	

Source : OSH, calculs propres sur base des données du SPF Economie-DGSIE  
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2006-2010)

► Les décès prématurés masculins (survenant avant l'âge de 65 ans) se révèlent les plus nombreux dans les arrondissements de Mons (19 % de plus qu'en Wallonie), Tournai (+ 17 %) et Charleroi (+ 16 %) pour les 5 années considérées.

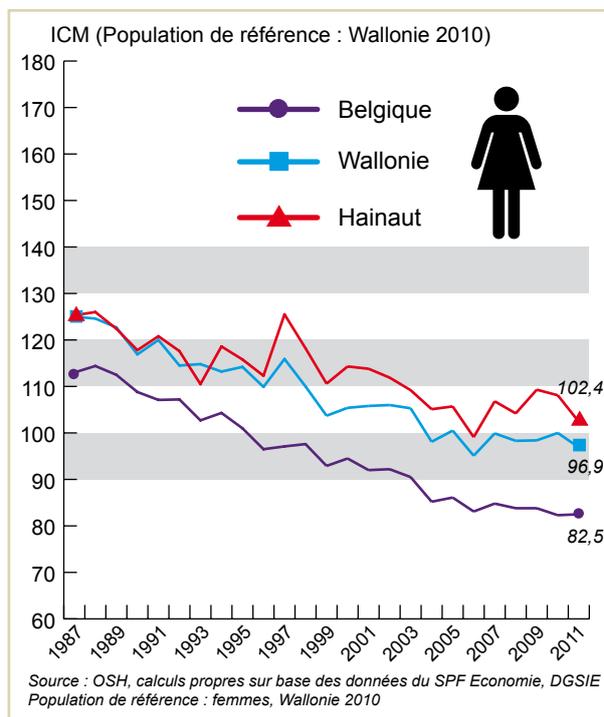
Chez les femmes, on observe 18 % de décès prématurés de plus dans l'arrondissement de Charleroi qu'en Wallonie.

**Figure II.7. Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Hommes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 (Wallonie 2010 = 100)**



▼ En 25 ans, la mortalité prématurée masculine a globalement diminué de 27 %. Durant cette période, les différences entre Hainaut, Wallonie et Belgique ne se réduisent pas.

**Figure II.8. Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Femmes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 (Wallonie 2010 = 100)**

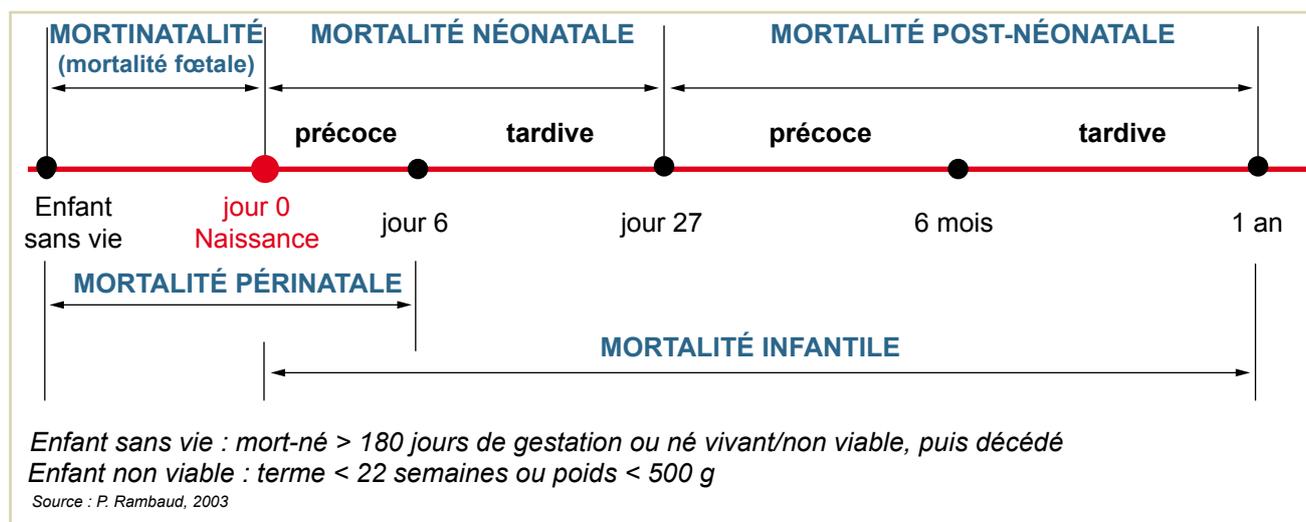


▼ En 25 ans, la mortalité prématurée féminine a globalement diminué de 18 %. Durant cette période, les différences entre le Hainaut et la Wallonie ou la Belgique s'accroissent légèrement.

## 4. Mortalité périnatale et infantile

Selon Eurostat, en 2009, la plupart des pays européens connaissent un taux de mortalité infantile très faible, compris entre 3 et 4 pour 1 000. La Belgique se situe au milieu de cette tranche avec un taux de 3,5 décès pour 1 000 naissances. Six pays - l'Islande, la Slovénie, le Luxembourg, la Suède, la Finlande et la Tchéquie - présentent un taux inférieur compris entre 1,8 et 2,9 ‰. Parmi les états les plus riches, le Royaume-Uni affiche la plus mauvaise situation, avec un taux de 4,5 ‰. A l'opposé, la Roumanie et la Bulgarie connaissent des taux élevés avec respectivement 10 et 9 décès pour 1 000 naissances. L'insuffisance du nombre de médecins, surtout dans les régions rurales, ou encore les maigres moyens destinés au système de santé peuvent expliquer de telles données.

Figure II.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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> jour de vie et le 1<sup>er</sup> anniversaire divisé par le nombre de naissances vivantes pendant une année.

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

## 4.1. Mortalité infantile

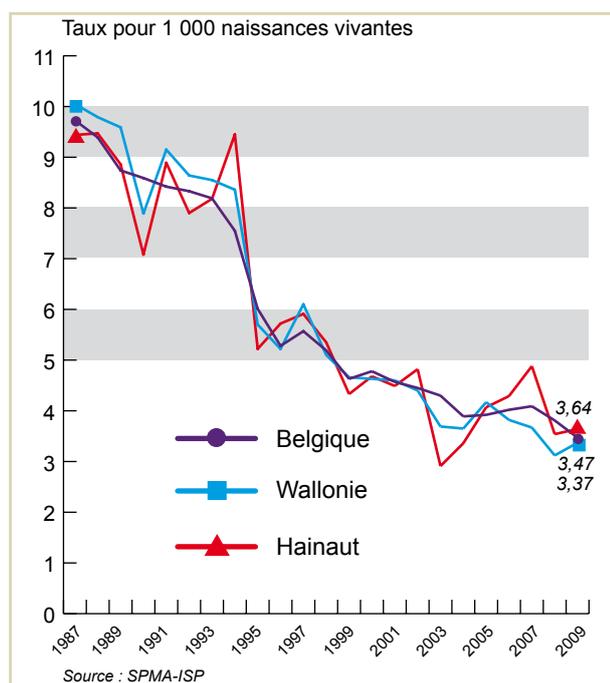
**Tableau II.14. Evolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009**

	1989	1994	1999	2004	2009
Belgique	1 062	880	529	456	442
Wallonie	391	318	177	138	133
Hainaut	140	135	63	48	54

Source : SPMA-ISP

► En 2009, 54 enfants hainuyers sont décédés avant l'âge d'un an. C'est environ trois fois moins qu'en 1989 où l'on observait 140 décès d'enfants de cette même tranche d'âge dans la province. En Belgique, on a relevé 442 décès d'enfants de moins d'un an en 2009 dont 133 en Wallonie.

**Figure II.10. Evolution du taux de mortalité infantile, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009**



► Les trois courbes se chevauchent quasiment. Celle du Hainaut est la plus accidentée des trois car elle fluctue en raison du petit nombre de cas observés dans une population restreinte.

En une vingtaine d'années, le nombre de décès infantiles n'a fait que diminuer passant d'environ 10 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes en 1987 à environ 3,5 décès en 2009 soit une diminution de 61,4 %.

## 4.2. Mortalité néonatale

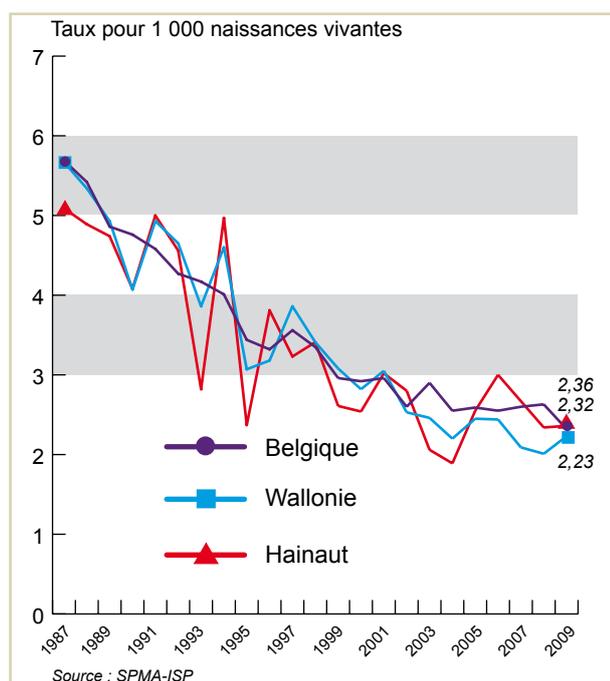
**Tableau II.15. Evolution du nombre de décès néonataux, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009**

	1989	1994	1999	2004	2009
Belgique	590	467	338	299	295
Wallonie	201	175	117	83	88
Hainaut	75	71	38	27	35

Source : SPMA-ISP

► En 2009, les décès néonataux (35 cas) constituaient environ deux tiers (65 %) des décès d'enfants de moins d'un an en Hainaut. Cette proportion représentait 66 % en Wallonie et 67 % en Belgique. Les causes de décès dans la période néonatale sont les malformations congénitales, le faible poids de naissance et les problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement.

**Figure II.11. Evolution du taux de mortalité néonatale, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009**



► Comme le montre la figure ci-contre, la mortalité néonatale a diminué de 54 % en une vingtaine d'années : elle était de 5,1 décès d'enfants de moins de 28 jours de vie pour 1 000 naissances vivantes en Hainaut en 1987 et de 2,4 décès en 2009.

Cette diminution s'explique par un meilleur dépistage des malformations graves (conduisant parfois à des avortements thérapeutiques), une amélioration des soins néonataux et la prévention de la prématurité, notamment par un meilleur suivi des grossesses à risque.

## 4.3. Mortalité post-néonatale

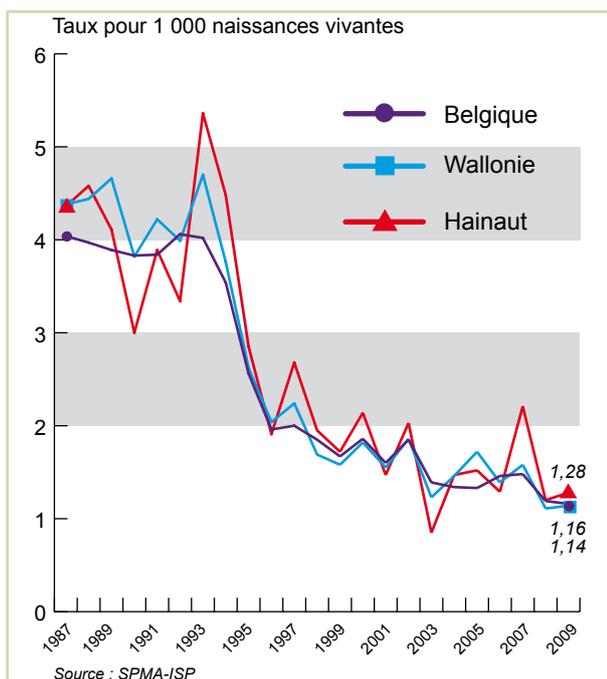
**Tableau II.16. Evolution du nombre de décès post-néonataux, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009**

	1989	1994	1999	2004	2009
Belgique	472	413	191	157	147
Wallonie	190	143	60	55	45
Hainaut	65	64	25	21	19

Source : SPMA-ISP

► La mortalité post-néonatale représentait 35 % des décès infantiles de la province du Hainaut en 2009. Ces proportions sont de 34 % pour la Wallonie et 33 % pour la Belgique. La mortalité post-néonatale trouve son origine principalement dans la mort subite du nouveau-né et les malformations congénitales.

**Figure II.12. Evolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009**



► La mortalité post-néonatale a commencé à diminuer au début des années 1990 en grande partie grâce aux mesures de prévention prises pour éviter la mort subite du nourrisson (principalement, le couchage des nouveau-nés sur le dos). En province du Hainaut, environ 4 enfants âgés d'un mois à un an pour 1 000 naissances vivantes sont décédés en 1987. Ce chiffre était réduit à 1,3 en 2009 soit une baisse de 70,6 %.

## 4.4. Enfants mort-nés

Depuis 1999, les enfants mort-nés font l'objet d'une déclaration en Belgique à partir d'un poids de 500 g, ou, si le poids est inconnu, 22 semaines d'âge gestationnel, ou, si ces deux derniers sont inconnus, une taille de 25 cm. Ces critères correspondent à la définition d'une mort fœtale selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Avant cette date, un enfant mort-né était un enfant ayant atteint au moins 180 jours de gestation (soit 28 semaines d'aménorrhée) mais décédé avant la naissance, ce qui répond à la définition de la mort fœtale tardive selon l'OMS.

Dans ce paragraphe, les données antérieures à 1999 ont été recalculées selon la nouvelle définition.

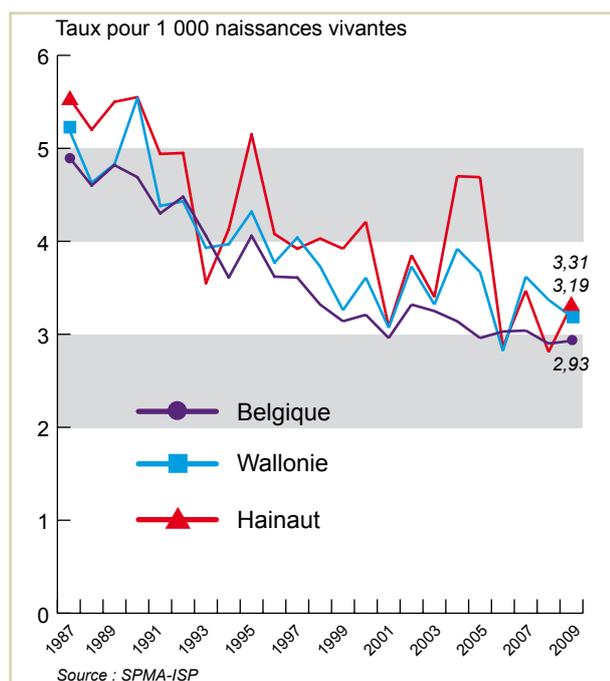
**Tableau II.17. Nombres absolus d'enfants mort-nés (définition OMS), Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009**

	1989	1994	1999	2004	2009
Belgique	585	421	358	368	373
Wallonie	197	151	124	148	126
Hainaut	87	59	57	67	49

Source : SPMA-ISP

► En Belgique, 373 enfants, dont 49 en province de Hainaut, sont mort-nés au cours de l'année 2009. Les variations au cours du temps sont à interpréter avec prudence car l'enregistrement des mort-nés n'est pas complet. La définition des cas et l'exhaustivité ont changé au cours du temps.

**Figure II.13. Evolution du taux d'enfants mort-nés, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009**



► De 1987 à 2000, le taux d'enfants mort-nés était en lente diminution. De 2000 à 2009, on enregistre une stabilisation de cette mortalité à 3 mort-nés pour 1 000 naissances vivantes en Belgique. Le nombre de cas enregistrés étant assez faible, on observe plus de fluctuations statistiques au niveau du Hainaut.

On constate plus de mort-nés chez les garçons que chez les filles (écart moyen de 13 % en Belgique selon les enregistrements effectués de 1987 à 2009). En Hainaut, on a observé annuellement environ 7 décès de plus chez les mort-nés de sexe masculin entre 1987 et 2009.

Comparé à la Belgique et à la Wallonie, le taux moyen d'enfants mort-nés du Hainaut était un peu plus élevé jusqu'en 2005. Depuis 2006, les taux hainuyers se situent dans la moyenne belge.

### **5. Bibliographie**

Aouba A, Jougla E, Eb M, Rey G. L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009. ADSP. Sep 2012 ; 80 : 5 p.

Eurostat. Health statistics - Atlas on Mortality in the European Union. Commission européenne ; 2009 : 215 p.

Fizman P, Tellier V, Berghmans L, Vanlierde A, Berra P, Massot C, et al. Tableau de bord de la santé en Région wallonne. Observatoire de la Santé du Hainaut; Institut de Conseil et d'Etudes en Développement Durable ; 2009 : 330 p.

Fontaine L, Goetghebuer T, Liègeois M, Mauroy M-C, Morales I, Ndamé Ebongué S. Banque de Données Médico-Sociales ONE. Rapport 2010 - Dossiers spéciaux : La mortalité des enfants de 0 à 12 ans ; Le suivi préventif longitudinal des enfants de 0 à 30 mois. Bruxelles : ONE ; 2012 : 228 p.

Heisler EJ. The U.S. Infant Mortality Rate: International Comparisons, Underlying Factors, and Federal Programs. Congressional Research Service ; 4 Avr 2012 : 34 p.

Jougla E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Rev Epidém et Santé Publ. 1997 ; 45 : 78-84.

Khlat M, Guillaume A. Les décès liés à la grossesse - Genèse du concept et aspects méthodologiques. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2006 ; 54[6] : 543-549. 2006.

Minsart A-F, Van Leeuw V, Wilen G, Englert Y. Données périnatales en Wallonie - Année 2009. Bruxelles : CEPIP (Centre d'épidémiologie périnatale asbl) ; 2011 : 68 p.

Minsart A-F. Impact de la mise en place d'un Centre d'Epidémiologie Périnatale en Wallonie et à Bruxelles sur les données en santé périnatale et analyse des nouvelles données sur la santé périnatale des immigrants et sur l'impact de l'indice de masse corporelle maternel. ULB - Faculté de Médecine ; 2013 : 170 p.

Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg (OSL). Tableau de Bord de la Santé en province de Luxembourg 2010 + CD. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg ; 2010 : 285 p.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Tableau de bord de la santé - Santé en Hainaut N° 3. Mons : Province de Hainaut ; 2000 ; 60 p.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Tableau de bord de la santé - Santé en Hainaut N° 6. Mons : Province de Hainaut ; 2006 ; 222 p.

Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), Observatoire Régional de la Santé de Champagne-Ardenne (ORSCA), Observatoire Régional de la Santé de Picardie (OR2S), Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS), Tableau de bord Transfrontalier de la Santé ; 2006 : 194 p.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010. Bruxelles : Commission communautaire commune ; 2010 : 296 p.

Observatoire Wallon de la Santé (OWS). Projet : Indicateurs de Santé. Disponible sur <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante/dispositifs/indicateurs-sante> ; Mai 2012.

Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). La mortalité des enfants de 0 à 12 ans. Banque de Données Médico-Sociales ONE. Rapport 2010. Bruxelles : ONE ; 2012 : 65-86.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance Europe 2010. Paris : OECD ; 2010 : 130 p.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Statistiques sanitaires mondiales 2013. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; Mai 2013.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). CIM 10. Classification internationale des maladies. 10<sup>ème</sup> édition (Chapitres - Liste des catégories à trois caractères). Genève : OMS ; 1993.

Standardized Procedure for Mortality Analysis (SPMA). Bruxelles : Unité d'épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique. Disponible sur <http://www.wiv-isp.be/epidemiology/spma>

Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice RL, Lopez AD, et al. 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. N Engl J Med. 24 Jan 2013 ; 368(4) : 351-64.

Thys M, Klipfel T, Pietka A, Servais J-M, Rengot M, Randrianasolo H, Balfroid A. Tableau de bord transfrontalier de la santé - 4. Inégalités sanitaires et sociales. Générations en santé 2008-2012 ; 2012 : 1-47.

United Nations, Population Division, DESA. World Mortality Report 2011. New-York : United Nations Publication ; 2012 . 59 p.

Wilkinson J, Berghmans L, Imbert F, Ledésert B, Ochoa A. Health indicators in the European regions- ISARE II. European Journal of Public Health. Avr 2008 ; 18(2) : 178-83.

World Health Organization (WHO). European Detailed Mortality Database Juin 2013. Division of Information, Evidence, Research and Innovation – Copenhagen. Disponible sur <http://data.euro.who.int/dmdb/>



# Chapitre 3

## Etat de santé

### • Faits marquants

• **70 % des Hainuyers en bonne santé** : c'est moins que la moyenne wallonne (74 %) ou belge (77 %). Les femmes se déclarent moins souvent en bonne santé que les hommes.

• **Les maladies cardiovasculaires en diminution** : la mortalité et l'incidence des maladies cardiovasculaires ont diminué en Hainaut, mais restent plus importantes que dans le reste du pays. Elles sont plus élevées chez l'homme que chez la femme.

• **L'hypertension artérielle** : concerne un homme sur 8 et une femme sur 6 en Hainaut comme dans le reste du pays.

• **Le cancer du poumon, premier cancer chez l'homme en termes de mortalité (646 décès en Hainaut par an)** : il arrive en 2<sup>e</sup> position en termes d'incidence (691 cas par an) derrière le cancer de la prostate (868 cas et 165 décès par an). Chez la femme, le cancer du poumon occupe la 3<sup>e</sup> place (222 cas et 182 décès par an). La majorité des cancers du poumon pourraient être évités par l'arrêt du tabac.

• **Le cancer du sein, premier cancer chez la femme en termes d'incidence et de mortalité** : on dénombre 1 234 cas et 308 décès en Hainaut chaque année.

• **Le cancer colorectal, deuxième cancer en termes de mortalité** : environ 200 décès par an sont enregistrés chez l'homme comme chez la femme.

• **Des dépistages insuffisants** : un peu moins de la moitié des femmes de 50 à 69 ans ne recourent pas régulièrement au dépistage radiologique du cancer du sein. La situation est meilleure pour le cancer du col pour lequel 69 % des Hainuyères de 25 à 64 ans déclarent être dépistées. Par contre, le dépistage du cancer colorectal touche moins de 10 % des hommes et femmes de 50 à 74 ans.

• **L'insuffisance rénale chronique en hausse** : de 2003 à 2009, le nombre de nouveaux patients en insuffisance rénale chronique terminale est passé de 172 à 223 cas par million d'habitants par an en Hainaut. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la fréquence du diabète sont liés à cet accroissement.

• **Le diabète** : environ 3 % des Hainuyers déclarent souffrir du diabète. Une proportion proche des moyennes wallonne et belge.

• **Environ 6 % des 20 à 64 ans en invalidité** : de 2004 à 2011, l'augmentation a été plus rapide chez les femmes dont la fréquence de l'invalidité rejoint celle des hommes.

- **Des accidents de travail en diminution** : 17 334 accidents du travail en 2011 contre 20 092 en 2005 en Hainaut.

- **Un âge moyen des mères au premier accouchement de 26,4 ans** : c'est un peu plus jeune qu'en Wallonie (27 ans) et qu'en Belgique (27,7 ans).

- **En Hainaut, 9 % de prématurité et 9 % de bébés de petit poids à la naissance (moins de 2 500 grammes)** : cette situation est comparable à celle de la Wallonie mais moins bonne que celle de la Belgique. Le tabagisme des femmes enceintes touche environ 22 % des futures mères. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est double pour les fumeuses (15 %) par rapport aux non-fumeuses (7,5 %). Le risque de prématurité augmente aussi, mais dans des proportions moindres : 11 % chez les fumeuses contre 9 % chez les non-fumeuses.

- **Des différences marquées en fonction du genre pour le suicide** : l'idéation suicidaire et la tentative de suicide sont plus fréquentes chez la femme (respectivement 18 et 11 % en Hainaut) que chez l'homme (10 et 2 %). Par contre, la mortalité par suicide est plus élevée chez l'homme et augmente avec l'âge.

- **Une consommation de médicaments psychotropes en augmentation** : selon les données de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), la consommation a doublé entre 1997 et 2008. En 2008, dans l'Enquête Nationale de Santé par Interview, une femme sur 4 et un homme sur 8 déclaraient une prise de médicaments psychotropes dans les deux semaines précédant l'enquête.

## 1. Santé perçue

L'Enquête Nationale de Santé par Interview est une des principales sources 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 2008, date de la dernière enquête dont les résultats sont disponibles, 1 544 personnes ont été interrogées en Hainaut. La taille de l'échantillon permet d'obtenir un pourcentage global pour les hommes et pour les femmes, mais ne suffit pas pour des analyses par âge ou par niveau d'étude. L'influence de ces facteurs est présentée en fonction des résultats à l'échelle de la Wallonie.

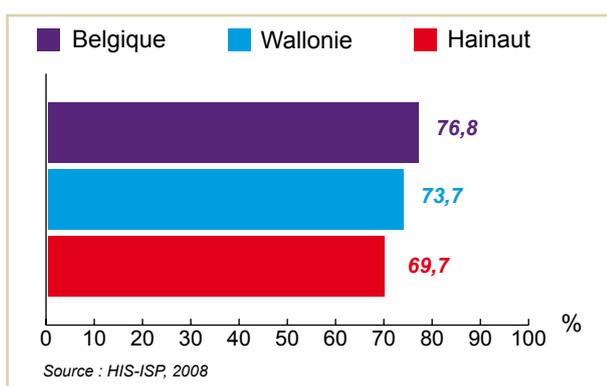
### 1.1. Santé globale

#### 1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et Hainaut

L'état de santé subjectif est l'évaluation faite par l'individu de sa propre santé.

La question posée en 2008 dans le cadre de l'Enquête Nationale de Santé par Interview est : "Comment est votre état de santé ?". 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.

**Figure III.1. Proportion de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

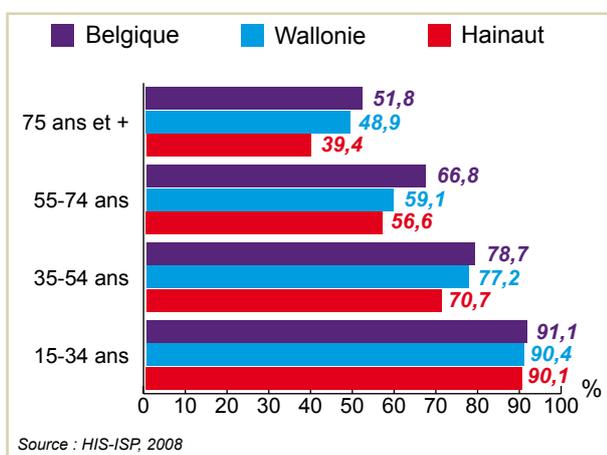


► Globalement, 70 % des Hainuyers estiment que leur état de santé est bon à très bon. Une personne sur 3 déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. En 2008, les Hainuyers sont moins nombreux à juger leur état de santé bon à très bon (69,7 %) par rapport aux Belges en général (76,8 %).

Les précédentes Enquêtes Nationales de Santé par Interview réalisées en 1997, 2001 et 2004 ont révélé des résultats semblables à ceux-ci. Les taux de personnes se déclarant en bonne santé sont restés stables depuis dix ans.

#### 1.1.2. Santé perçue par classe d'âge

**Figure III.2. Proportion de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, selon l'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

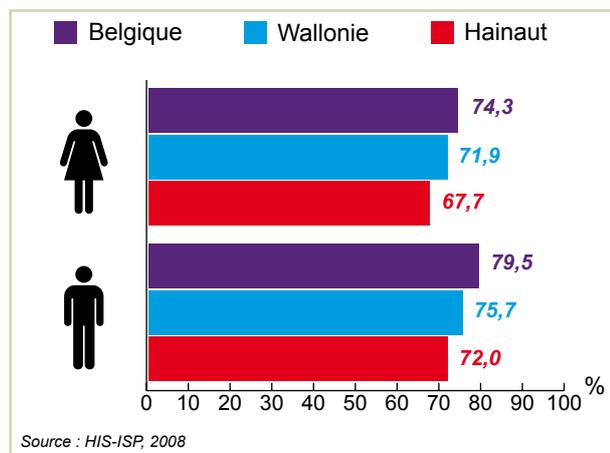


► Sur ce graphique, apparaît un gradient entre les différentes classes d'âge : plus on vieillit, moins on se sent en bonne santé. Ce constat se vérifie dans les trois territoires.

Notons toutefois, qu'après 75 ans, la moitié des Belges interrogés déclarent encore être en bonne santé. Cette proportion pourrait être une surestimation en raison de la méthodologie de l'interview. En effet, cette partie du questionnaire devait être impérativement remplie, par écrit, par la personne concernée. Pour cette raison, certaines personnes âgées, malades ou institutionnalisées ont été écartées de l'enquête à ce niveau.

## 1.1.3. Santé perçue par sexe

**Figure III.3. Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

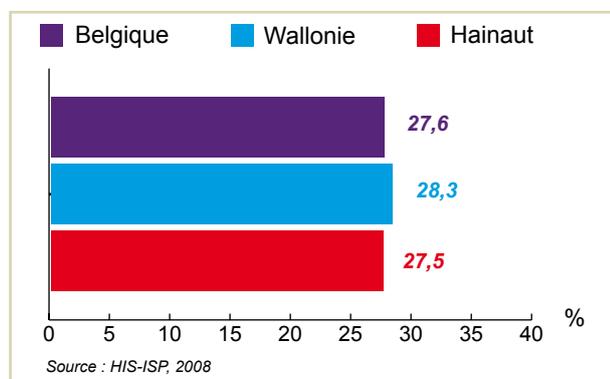


► La santé globale perçue témoigne d'inégalités entre les hommes et les femmes. Au niveau belge, les femmes jugent moins souvent avoir un bon état de santé par rapport au ressenti des hommes. La différence apparaît dans les différents groupes d'âge, mais se trouve amplifiée par la proportion plus élevée de femmes âgées que d'hommes âgés dans la population.

## 1.2. Maladies chroniques

Dans l'Enquête Nationale de Santé 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, à laquelle il est possible d'ajouter l'une ou l'autre affection qui n'y figure pas. La liste a changé au cours du temps. Remarquons que l'on peut "souffrir" de maladies chroniques et se sentir en "bonne santé".

**Figure III.4. Proportion de personnes déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**



► Le nombre de Belges déclarant souffrir d'une ou plusieurs affections chroniques a augmenté entre 1997 (25 %) et 2008 (28 %). Cette augmentation ne se retrouve pas au niveau wallon ou hainuyer.

Alors qu'il existe une forte différence homme-femme pour l'état de santé perçue, cet écart n'apparaît pas pour les maladies chroniques. Par contre, il est à nouveau perceptible en fonction de l'âge. Environ un enfant sur 10 de moins de 14 ans souffre d'une maladie chronique. Cette proportion augmente progressivement avec l'âge pour toucher une personne sur 2 après 65 ans.

On observe un lien 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 : un niveau d'étude élevé diminue le risque d'affections chroniques. Après standardisation pour le sexe et l'âge, ces différences se révèlent moins marquées, mais le gradient reste très significatif.

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview, les cinq affections chroniques les plus fréquentes en 2008 sont : les affections du bas du dos, l'arthrose, l'hypertension artérielle, les allergies et les affections du cou et de la nuque. Ce constat apparaît identique chez les hommes et les femmes de Belgique, Wallonie et Hainaut.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus (hommes ou femmes), les trois maladies chroniques les plus fréquentes sont : l'hypertension artérielle, l'arthrose et les affections du bas du dos. Suivent les affections du cou ou de la nuque, l'arthrite rhumatoïde, les troubles prostatiques pour les hommes ou encore l'ostéoporose pour les femmes.

Tant dans la population globale que chez les 65 ans et plus, les affections ostéoarticulaires occupent une place prépondérante. Elles menacent rarement la vie de l'individu mais compromettent souvent sa qualité de vie.

### **2. Maladies cardiovasculaires**

L'ensemble des troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins constitue les maladies cardiovasculaires. Les plus fréquents 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, une alimentation déséquilibrée, un manque d'activité physique, le tabagisme et l'abus d'alcool. Ces facteurs de risque comportementaux sont responsables d'environ 80 % des maladies coronariennes et cérébrovasculaires (OMS 2009).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde : on estime à 17,3 millions le nombre de décès imputables aux maladies cardiovasculaires, soit 30 % de la mortalité mondiale totale. Parmi l'ensemble de ces décès, 7,3 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne et 6,2 millions à un AVC (statistiques 2008). L'hypertension artérielle serait responsable de près de la moitié des décès dus aux AVC et aux cardiopathies coronariennes.

On observe, depuis plus de trente ans, une diminution de la mortalité cardiovasculaire dans la plupart des pays industrialisés. Une étude réalisée en Angleterre (Unal et al. 2005) attribue principalement cette diminution aux mesures de prévention primaire : contrôle du poids et de l'alimentation, arrêt du tabagisme.

Ces observations nous incitent à accroître les efforts en matière de prévention et de promotion de la santé.

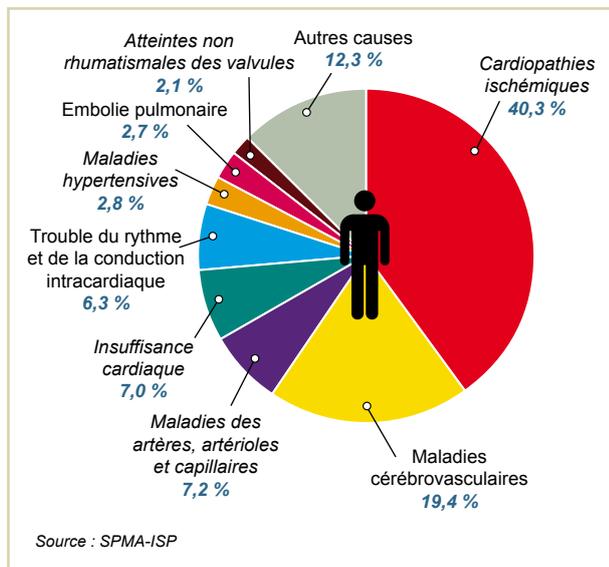
#### **2.1. Mortalité**

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 4 441 décès en Hainaut en 2009. Il faut cependant noter que depuis 2008, les tumeurs apparaissent comme la première cause de mortalité chez les hommes.

La manière de remplir et de coder la cause de décès peut aussi influencer le nombre de décès attribués aux maladies cardiovasculaires. En effet, on observait voici vingt ans un nombre important de décès "par symptômes, sans diagnostic précis". En Belgique, la part des causes inconnues a fortement diminué : elle est passée de 7 195 décès en 1987 à 2 666 en 2008. Il est possible qu'une partie de ces décès soient à présent classés cardiovasculaires. Ce fait se produit essentiellement chez les personnes âgées multipliant les affections en fin de vie, le médecin mentionnant alors des causes très générales (sénilité, cachexie, arrêt cardiorespiratoire...).

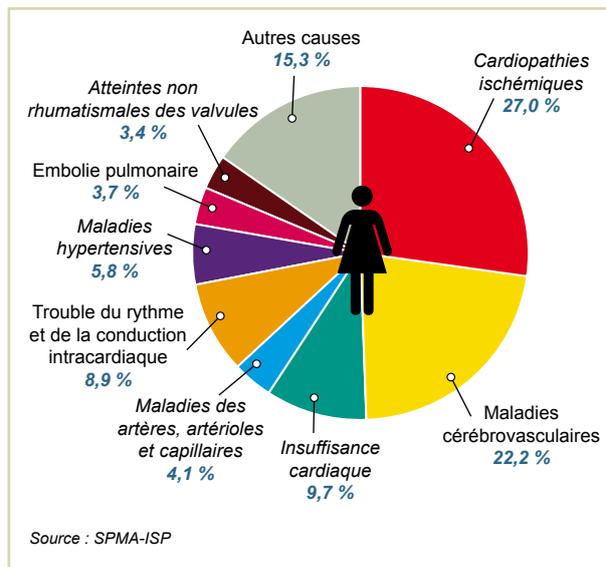
La plupart (89 %) des décès cardiovasculaires concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

**Figure III.5. Proportion de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, Hainaut, 2005-2009**



▼  
Chez les hommes, les maladies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec en moyenne 800 décès par an en Hainaut de 2005 à 2009. Ce chiffre représente 40 % des décès cardiovasculaires et 11 % du total des décès masculins. Les maladies vasculaires cérébrales (thrombose, hémorragie cérébrale) représentent 19 % des décès cardiovasculaires ; suivent les maladies des artères, artérioles et capillaires (dissection aortique, rupture d'anévrisme) (7 %), les insuffisances cardiaques (7 %) et les troubles du rythme (6 %).

**Figure III.6. Proportion de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, Hainaut, 2005-2009**



▼  
Chez la femme, les trois principales causes de décès cardiovasculaires sont les mêmes que chez l'homme. Toutefois, avec 27 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (40 %). 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 (9 %), 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

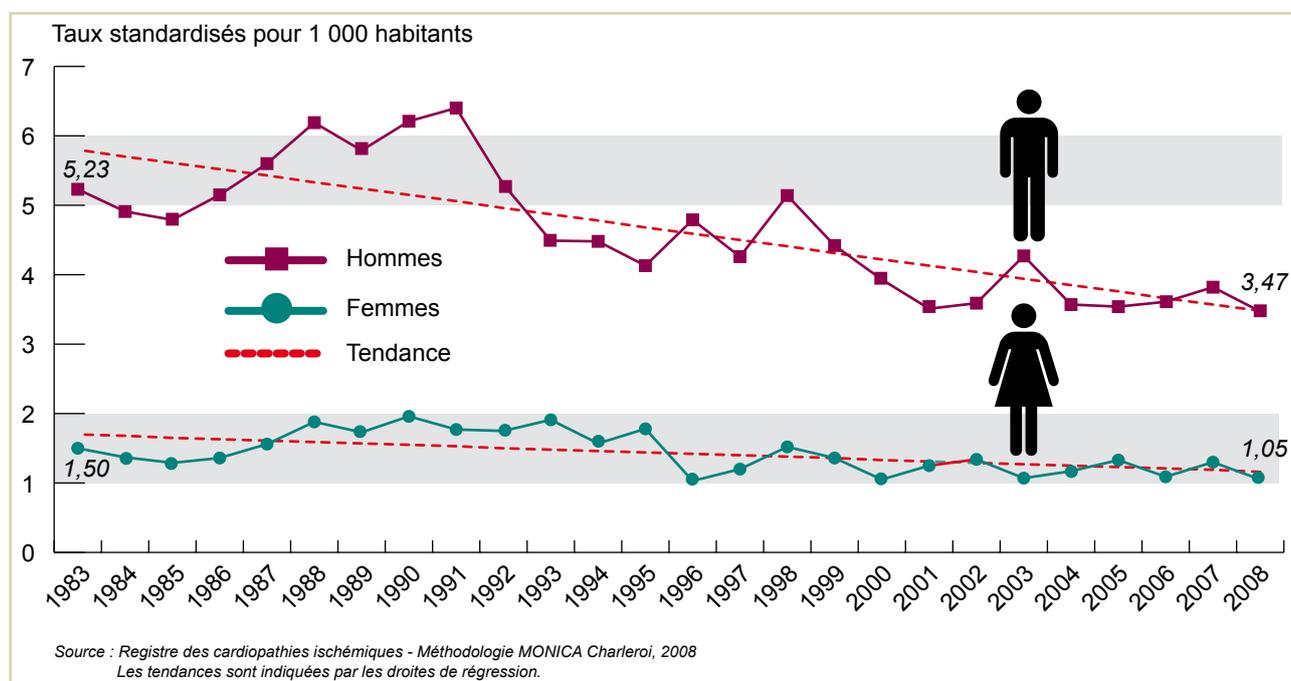
Le taux d'attaque est le nombre de nouveaux événements sur une période donnée par rapport à la population. Il mesure l'incidence d'un problème de santé.

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

L'ampleur de l'épidémie des maladies cardiovasculaires doit s'apprécier en mesurant, non seulement le nombre de décès liés à ces pathologies mais aussi 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 dans les villes de Gand et de 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).

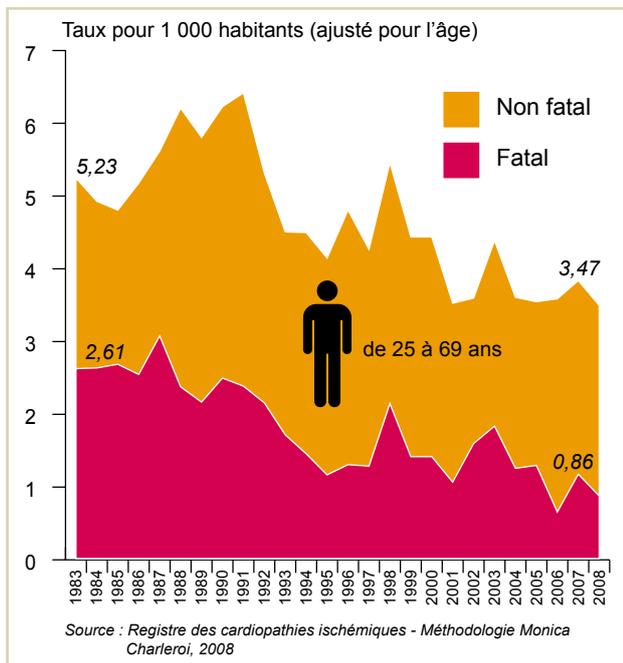
**Figure III.7. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal ou non), selon le sexe (25-69 ans), Charleroi, 1983-2008**



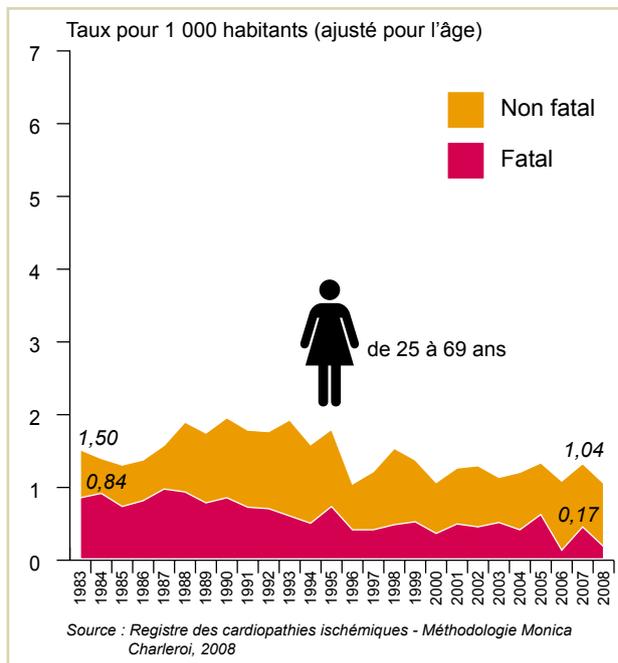
Globalement, le taux d'attaque de l'infarctus du myocarde, fatal ou non, est trois fois plus élevé pour les hommes de 25 à 69 ans (3,5 pour 1 000 habitants à Charleroi en 2009) que pour les femmes (1,1 ‰ à la même période).

La fréquence des infarctus chez les personnes de 25 à 69 ans a diminué de 34 % pour les hommes et de 30 % pour les femmes entre 1983 et 2008. En valeur absolue, la diminution du taux d'attaque est plus marquée pour les hommes (0,9 ‰ par période de 10 ans) que pour les femmes (0,2 ‰ par période de 10 ans). Ceci explique la diminution de l'écart entre les taux d'attaque masculin et féminin. Pour les femmes, la diminution survient principalement avant 1996.

**Figure III.8. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal et non fatal), Hommes (25-69 ans), Charleroi, 1983-2008**



**Figure III.9. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde (fatal et non fatal), Femmes (25-69 ans), Charleroi, 1983-2008**



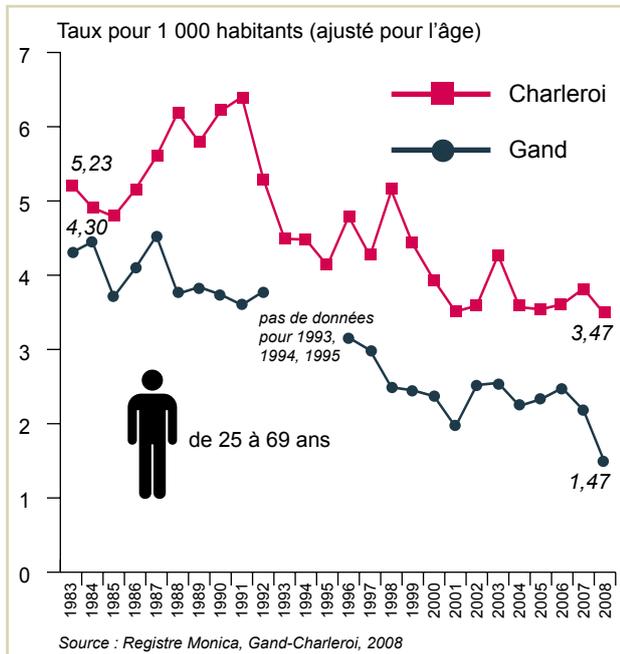
Entre 1983 et 2008, on assiste non seulement à une diminution du nombre total d'infarctus (fatals et non fatals), mais aussi à une baisse de la létalité grâce, entre autres, à une meilleure connaissance des symptômes dans la population et à une prise en charge plus efficace.

Suite aux effets conjugués de ces deux phénomènes, les infarctus fatals passent de 2,6 pour 1 000 en 1983 à 0,9 pour 1 000 en 2008, soit une diminution d'environ 65 %.

Un quart des accidents ischémiques ont été fatals en 2008 alors que la moitié d'entre eux l'étaient en 1983.

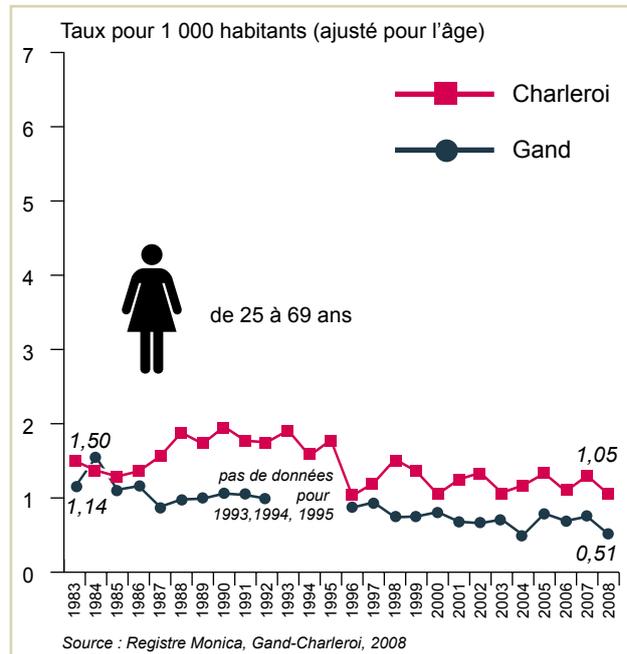
A l'instar de ce qui se passe pour les hommes, le taux standardisé d'infarctus fatals passe de 0,84 pour 1 000 par an en 1983 à 0,17 % en 2008 sous les effets combinés de la baisse de l'incidence et de la létalité.

**Figure III.10. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Hommes (25-69 ans), Charleroi - Gand, 1983-2008**



Le registre de l'entité de Charleroi présente des taux plus élevés en comparaison avec la ville de Gand. De 1983 à 2008, le taux d'attaque de l'infarctus suit la même tendance à la baisse tant à Gand qu'à Charleroi. Cependant, les taux d'attaque sont plus faibles à Gand et diminuent un peu plus vite dans le temps creusant ainsi l'écart entre les deux villes.

**Figure III.11. Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Femmes (25-69 ans), Charleroi - Gand, 1983-2008**



Chez la femme, les taux fluctuent davantage que chez l'homme en raison du plus petit nombre de cas, mais la situation est globalement la même : un taux plus élevé à Charleroi qu'à Gand et une diminution au cours du temps associés au maintien du différentiel de taux entre les deux villes.

## 2.3. Hypertension artérielle

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

**Tableau III.1. Proportion de personnes déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Hommes %	Femmes %
Belgique	11,1	14,7
Wallonie	12,3	15,1
Hainaut	12,2	17,0

Source : HIS-ISP, 2008  
Différences non significatives avec la Belgique

► Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, 12 % des hommes et 17 % des femmes du Hainaut déclaraient souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les douze derniers mois. Environ un tiers d'entre eux avaient 55 ans et plus. Compte tenu des variations statistiques, les données hainuyères sont similaires à la situation wallonne ou nationale. Parmi ces personnes, environ 80 % déclaraient prendre un traitement médicamenteux pour leur hypertension. Au regard des précédentes enquêtes, ce pourcentage reste assez stable dans le temps et ne varie pas selon le territoire étudié.

Sur la période 2005 à 2009, on enregistre une moyenne annuelle de 933 décès (soit environ 3 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives en Belgique dont 495 en Wallonie et 200 en Hainaut. Ce nombre limité de décès ne représente qu'une faible part des morts induits par l'hypertension qui favorise de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.

## 2.4. Consommation de médicaments pour le système cardiovasculaire

Pharmanet recense, depuis 1996, l'ensemble des fournitures pharmaceutiques ayant donné lieu à un remboursement de l'INAMI. Les données ne tiennent pas compte des médicaments ne donnant pas lieu à un remboursement, ni du fait qu'une boîte achetée n'est pas nécessairement entièrement consommée.

Les consommations sont exprimées en doses moyennes journalières (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.

**Tableau III.2. Dose moyenne journalière pour 1 000 habitants et par jour de médicaments prescrits pour les maladies cardiovasculaires, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011**

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Produits actifs sur le système rénine-angiotensine	149,4	164,4	169,8
Hypolipémiants	120,8	124,6	132,7
Bêta-bloquants	77,9	77,2	83,4
Antagonistes du calcium	51,0	56,0	58,8
Diurétiques	43,7	48,6	50,3
Thérapie cardiaque	36,5	41,8	49,3
Antihypertenseurs centraux	6,8	9,5	9,5
Total cardiovasculaire	486,0	522,0	553,9

Sources : INAMI-Pharmanet, population SPF Economie DGSIE



Globalement, tant au niveau national que provincial, en 2011, 40 % des DMJ des médicaments remboursés sont destinées aux maladies de l'appareil cardiovasculaire. L'INAMI rapporte qu'en moyenne, environ 0,5 DMJ par habitant et par jour est destinée à ces pathologies. La consommation apparaît plus élevée en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique (ces chiffres ne sont pas ajustés pour tenir compte des différences d'âge et de sexe dans les populations comparées).

Les médicaments destinés à lutter contre l'excès de cholestérol (hypolipémiants) constituent environ un quart de l'ensemble des prises journalières liées aux pathologies cardiovasculaires.

Le traitement de l'hypertension représente une part importante des médicaments consommés en Belgique. Il repose sur plusieurs classes thérapeutiques. Comme beaucoup de ces produits présentent d'autres indications, il n'est pas possible de déterminer la part exacte du traitement de l'hypertension parmi l'ensemble des médicaments cardiovasculaires. Toutefois, les produits actifs sur le système rénine-angiotensine - essentiellement indiqués dans l'hypertension associée à d'autres pathologies - rassemblent déjà 31 % des médicaments de ce groupe.

## 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 développer en dehors de l'organe d'origine (tumeur maligne ou cancer).

Cette partie du tableau de bord traitera uniquement des cancers.

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

De nombreux facteurs augmentent le risque de cancer. Parmi ceux-ci, on trouve des facteurs génétiques, des facteurs liés à l'environnement (rayonnements, produits chimiques, agents pathogènes...) 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 à Human papillomavirus (HPV) (sexuellement transmissible), la pollution à l'intérieur des habitations.

### 3.1. Mortalité par cancer

En Belgique, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme et la première chez l'homme. L'incidence (et la mortalité) des cancers est en augmentation, ce qui s'explique d'une part, par l'augmentation de la fréquence, de l'intensité et du cumul des facteurs de risque et d'autre part, par le vieillissement de la population.

Quant à la létalité des différents cancers, celle-ci varie, entre autres, selon le type histologique, la localisation et la précocité du traitement.

**Tableau III.3. Nombre moyen de décès par cancer (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

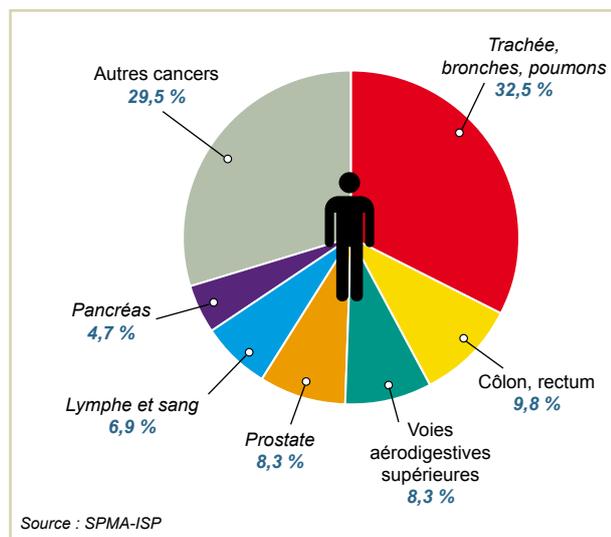
Causes de décès	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 975	1 498	1 653	546	646	182
Sein	-	2 325	-	747	-	308
Côlon, rectum	1 550	1 440	474	474	195	209
Prostate	1 433	-	451	-	165	-
Lymphes et sang	1 083	993	357	336	136	130
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 073	326	363	115	165	49
Pancréas	721	738	236	245	94	91
Ovaires	-	679	-	214	-	74
Utérus	-	533	-	166	-	64
Autres	4 345	3 131	1 455	1 053	585	413
<b>Total</b>	<b>15 181</b>	<b>11 663</b>	<b>4 991</b>	<b>3 895</b>	<b>1 986</b>	<b>1 520</b>

Source : OSH, calculs propres sur base des données SPMA

Entre 2005 et 2009, en Belgique, on a enregistré en moyenne 15 181 décès masculins par an dus à des cancers, pour 4 991 au niveau wallon et 1 986 au niveau hainuyer (soit 40 % des décès wallons par cancer).

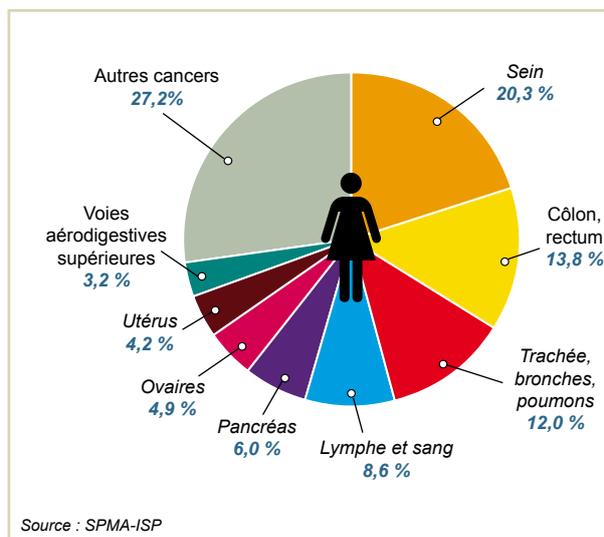
Chez les femmes, entre 2005 et 2009, en Belgique, on observe en moyenne 11 663 décès par an dus à des cancers, pour environ 3 900 au niveau wallon et plus de 1 500 en Hainaut (soit 39 % des décès wallons par cancer).

**Figure III.12. Proportion de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2005-2009**



Le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes du Hainaut pour la période considérée entre 2005 et 2009 (soit 32,5 % de tous les décès par cancer masculin) suivi des cancers colorectaux (9,8 %), de la prostate et des voies aérodigestives supérieures (ces derniers représentant chacun 8,3 %).

**Figure III.13. Proportion de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2005-2009**



Chez les femmes du Hainaut, la première cause de décès par cancer concerne le cancer du sein (20,3 %) suivi des cancers colorectaux (13,8 %) et du poumon (12 %). Si les décès par cancer du poumon restent encore 3,5 fois plus fréquents chez l'homme que chez la femme, il faut remarquer leur importante augmentation chez la femme où leur fréquence a été multipliée par 2,6 entre 1987 et 2009 alors qu'elle diminuait de 34 % chez l'homme pendant la même période. Il faut voir là les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante.

## 3.2. Incidence des cancers

Jusqu'en 1998, un Registre National du Cancer a été tenu, sans toutefois atteindre l'exhaustivité des cas. En 2005, une nouvelle structure a été créée : la "Fondation Registre du Cancer". Elle a permis d'atteindre un niveau d'exhaustivité élevé.

Pour l'année 2010, 62 017 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 12,1 % concernent les habitants du Hainaut.

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<sup>e</sup> année de vie.

En Belgique, les données sont actuellement disponibles pour une période de 7 ans (2004 à 2010). Afin d'augmenter la fiabilité, l'incidence est présentée pour les années 2006-2010 regroupées.

**Tableau III.4. Nombre moyen de cancers (par an) en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2010**

Incidence	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	-	9 682	-	3 165	-	1 234
Prostate	8 877	-	2 485	-	868	-
Trachée, bronches, poumons	5 467	1 929	1 798	716	691	222
Côlon, rectum	4 465	3 754	1 256	1 129	500	474
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 485	781	911	304	404	127
Lymphes et sang	2 485	2 011	750	630	286	241
Utérus	-	2 053	-	636	-	250
Mélanome	740	1 102	245	356	73	101
Ovaires	-	869	-	269	-	98
Pancréas	661	614	225	208	81	76
Autres	6 819	4 236	2 119	1 399	791	552
<b>Total</b>	<b>31 999</b>	<b>27 032</b>	<b>9 789</b>	<b>8 812</b>	<b>3 693</b>	<b>3 374</b>

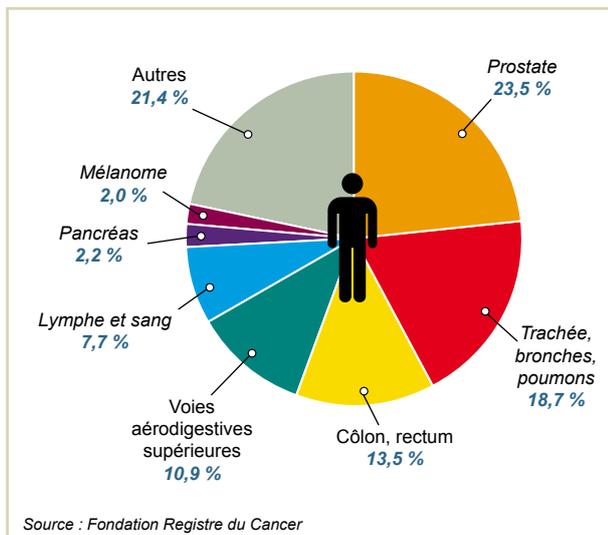
Source : Fondation Registre du Cancer

En moyenne, quelque 32 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués annuellement en Belgique dans la population masculine entre 2006 et 2010. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum).

Chez les femmes, entre 2006 et 2010, quelque 27 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en moyenne chaque année en Belgique. Les principales tumeurs concernent le sein, le côlon-rectum et l'utérus (corps et col).

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.

**Figure III.14. Proportion de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2006-2010**

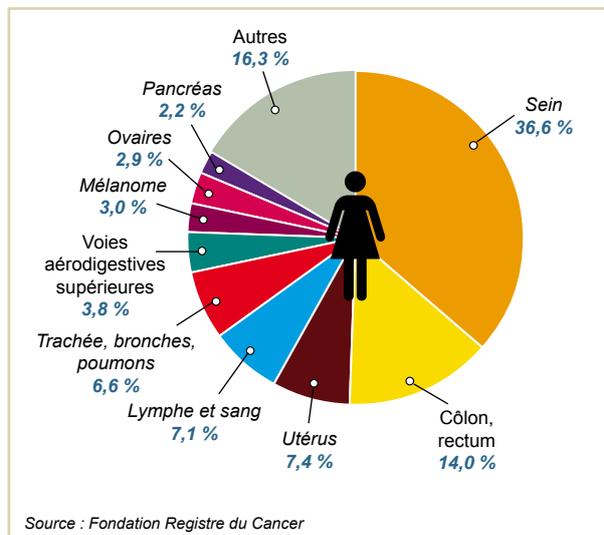


Alors qu'en termes de mortalité, le cancer de la prostate occupe la sixième place, il atteint la première place en termes d'incidence chez l'homme. De ce point de vue, les chiffres sont le reflet des effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage.

Le dépistage par la recherche d'antigène prostatique spécifique (PSA) permet de diagnostiquer des cancers de petite taille et d'obtenir une guérison à un stade précoce. Certains de ces cancers n'auraient pas évolué suffisamment vite pour menacer la vie du patient, raison pour laquelle les études présentent des conclusions contradictoires quant à l'effet du dépistage sur la mortalité. Le dépistage systématique n'est actuellement pas recommandé en Belgique.

Dans la province du Hainaut, la part relative des cancers du poumon (19 %) et des voies aérodigestives supérieures (11 %) est plus importante qu'en Belgique (respectivement 17 % et 8 %) tandis que celle du cancer de la prostate y est plus faible (23 % en Hainaut contre 28 % en Belgique). La Wallonie présente des proportions intermédiaires entre Hainaut et Belgique.

**Figure III.15. Proportion de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2006-2010**



Chez les femmes, le cancer le plus fréquent entre 2006 et 2010 dans le Hainaut est le cancer du sein qui représente à lui seul 37 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers colorectal (14,0 %) et de l'utérus (7,4 %).

Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas survenus au cours d'une période déterminée rapporté à la taille de la population. Dans ce document, elle s'exprime le plus souvent en nombre de cas par 1 000 habitants et par an.

**Tableau III.5. Taux d'incidence bruts et standardisés des principaux cancers, selon le sexe, Hainaut, 2006-2010**

Nombre de cas pour 1 000 habitants/an	Taux bruts		Taux standardisés		Significatif Hommes - Femmes
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Sein	-	1,832	-	1,732	-
Prostate	1,380	-	1,570	-	-
Trachée, bronches, poumons	1,098	0,330	1,225	0,311	*
Côlon, rectum	0,794	0,703	0,922	0,607	*
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	0,643	0,188	0,676	0,176	*
Lymphes et sang	0,455	0,357	0,502	0,324	*
Utérus	-	0,371	-	0,345	-
Mélanome	0,117	0,150	0,125	0,144	-
Ovaires	-	0,145	-	0,134	-
Pancréas	0,128	0,113	0,144	0,100	*
Total	5,873	5,007	6,588	4,620	*

Source : OSH, calculs propres sur base des données de la Fondation Registre du Cancer

\* Indique une différence significative entre les taux standardisés chez l'homme et chez la femme  
Population de référence : Wallonie 2006-2010

▼  
La comparaison des taux standardisés montre des valeurs plus élevées chez l'homme que chez la femme surtout pour les cancers dont le tabac ou l'alcool représentent des facteurs de risque connus : cancers du poumon, du côlon, des VADS et du pancréas.

## 3.3. Dépistage des cancers

Pour être efficace, un dépistage doit non seulement permettre un diagnostic plus précoce, mais aussi apporter un gain en termes de mortalité ou de morbidité. Pour obtenir un effet au niveau de la population, il faut en plus que le problème de santé soit suffisamment fréquent et grave et qu'un test simple et d'un coût raisonnable soit disponible. Actuellement, l'efficacité du dépistage est démontrée pour trois types de cancer : sein (entre 50 et 69 ans), col de l'utérus (entre 25 et 64 ans) et côlon-rectum (entre 50 et 74 ans).

### 3.3.1. Dépistage du cancer du sein (chez les femmes de 50-69 ans)

Le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 2002 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce programme permet aux femmes âgées de 50 à 69 ans de réaliser un mammothest gratuitement, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité. En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée "diagnostique" dans la nomenclature de l'INAMI.

La couverture totale correspond au nombre de femmes ayant fait au moins un mammothest et/ou une mammographie dite "diagnostique" durant une période de deux ans (2006-2007). La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans pendant toute la période étudiée. La couverture par mammothest prend en compte uniquement le mammothest avec la même méthode de calcul. La couverture par mammographie diagnostique prend en compte uniquement la mammographie "diagnostique" avec la même méthode de calcul.

**Tableau III.6. Proportion de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, 2006-2007**

	Belgique (%)	Wallonie (%)	Hainaut (%)
Couverture par mammothest	30	9	9
Couverture par mammographie diagnostique	31	47	47
Total 2006-2007	61	56	56

Source : IMA (Agence Inter Mutualiste)



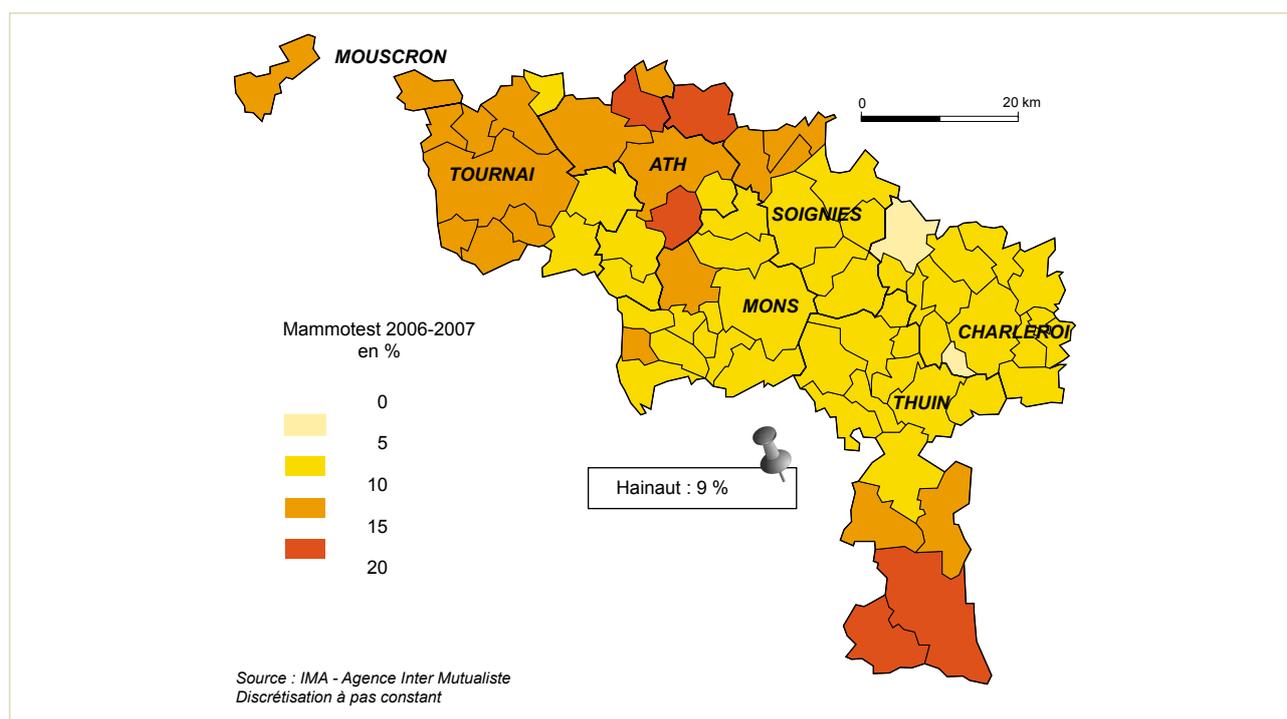
En 2006-2007 (dernier rapport publié), le Hainaut connaissait une situation identique à la moyenne wallonne : un taux de couverture global de 56 % relativement stable depuis le début du programme avec cinq fois plus de mammographies "diagnostiques" que de mammothests. Les chiffres au niveau belge sont influencés par la situation en Flandre où l'on observe un recours plus important au mammothest qu'à la mammographie "diagnostique" et une augmentation progressive de la couverture totale entre 2002-2003 et 2006-2007.

L'évolution du nombre de mammothests réalisés en Hainaut de 2007 à 2012 indique une lente diminution de la couverture par rapport aux pourcentages présentés dans le tableau ci-dessus.

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, 73 % des femmes de 50 à 69 ans ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des deux dernières années en Belgique. Les données wallonnes et hainuyères se situent dans les mêmes proportions.

Cette proportion déclarée est plus élevée que celle obtenue à partir des données de l'assurance maladie. Il faut toutefois noter que les études qui croisent les déclarations des femmes avec les données de leur dossier médical montrent que les patientes sous-estiment souvent le temps écoulé depuis le dernier dépistage, ce qui surestime le niveau de couverture du dépistage.

**Carte III.1. Proportion de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage par mammotest, Hainaut, par commune, 2006-2007**



Comme le montre cette carte, le pourcentage des femmes de 50 à 69 ans ayant répondu positivement à l'invitation au dépistage organisé du cancer du sein par mammotest en 2006-2007 apparaît deux fois supérieur à la moyenne hainuyère dans les communes de Chimay (19,1 %) et Momignies (19,2 %). En revanche, il est deux fois plus faible dans les communes de Montigny-le-Tilleul et Seneffe (4,7 %).

### 3.3.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans) et vaccination HPV

Le cancer du col de l'utérus est l'un des rares cancers dont la cause principale a été identifiée comme étant un virus : il s'agit du Human Papilloma Virus (HPV) qui se transmet par voie sexuelle. La plupart des femmes exposées au HPV développent une immunité suffisante pour éliminer le virus. Toutefois, chez certaines femmes, le virus persiste, ce qui peut engendrer le développement d'une lésion précancéreuse. Cette lésion pourra régresser ou évoluer en une quinzaine d'années vers un cancer invasif.

Outre la prévention des infections sexuellement transmises (IST), il existe deux moyens pour prévenir le cancer du col de l'utérus : la vaccination contre le HPV et le dépistage par frottis du col de l'utérus. La vaccination anti-HPV protège des deux types de virus les plus fréquemment responsables du cancer du col de l'utérus. Elle ne dispense toutefois pas la femme vaccinée du dépistage par frottis. Trois doses sont nécessaires pour une vaccination efficace et durable.

Depuis septembre 2011, la vaccination est proposée gratuitement par la Fédération Wallonie-Bruxelles aux jeunes filles fréquentant la deuxième année de l'enseignement secondaire. Le vaccin est également disponible en pharmacie sur ordonnance avec un remboursement partiel de l'INAMI.

**Tableau III.7. Nombre de jeunes femmes (12-20 ans) complètement vaccinées contre le HPV (3 doses), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010**

	Femmes de 12 à 20 ans
Belgique	61 589
Wallonie	20 409
Hainaut	7 567

Source : INAMI, Pharnanet

► Nous ne disposons pas de chiffres de couverture vaccinale complète pour le Hainaut. Le tableau, ci-contre, reprend le nombre absolu de jeunes femmes de 12 à 20 ans pour lesquelles trois doses de vaccins ont été délivrées en pharmacie en 2010 (avant l'instauration d'une vaccination dans le cadre de la médecine scolaire).

Le dépistage par frottis du col de l'utérus est recommandé tous les trois ans pour les femmes de 25 à 64 ans. L'objectif du dépistage est de diminuer la mortalité et l'incidence du cancer invasif du col de l'utérus. Les pays disposant de programmes organisés de dépistage du cancer du col de l'utérus peuvent éviter au moins 80 % des cancers du col de l'utérus. En Belgique, le dépistage du cancer du col de l'utérus est principalement opportuniste puisqu'un programme organisé fait défaut.

**Tableau III.8. Nombre de frottis du col de l'utérus réalisés, Femmes (25-64 ans), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

	Femmes de 25 à 64 ans
Belgique	669 972
Wallonie	219 164
Hainaut	80 786

Source : INAMI

► Sur base de 355 440 femmes âgées de 25 à 64 ans en Hainaut, il faudrait la réalisation de 118 480 frottis de dépistage chaque année pour couvrir l'ensemble de la population à raison d'un frottis tous les trois ans. Dans les faits, beaucoup de femmes qui recourent au dépistage le pratiquent plus fréquemment. Dès lors, la simple analyse des données de l'INAMI - qui reprennent l'ensemble des frottis réalisés - surévalue le taux de couverture réel du dépistage.

**Tableau III.9. Proportion de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2008**

	Femmes de 25 à 64 ans (%)			
	1997	2001	2004	2008
Belgique	69,6	69,2	72,2	70,8
Wallonie	64,0	64,1	73,3	75,6
Hainaut	57,6	60,1	66,9	68,9

Source : HIS - ISP, 1997-2001-2004-2008

► Selon les déclarations des femmes, 71 % d'entre elles auraient pratiqué un dépistage dans les trois ans précédant l'enquête de 2008 en Belgique. Cette proportion est supérieure aux 59 % estimés à partir des données de l'INAMI. La littérature montre que les femmes sous-estiment fréquemment le temps écoulé depuis leur dernier frottis, ce qui entraîne une surestimation de la couverture sur base de leurs déclarations.

Le taux de couverture déclaré a peu changé en Belgique entre 1997 et 2008 contrairement au taux wallon qui est passé de 64 à 76 %. En Hainaut, les taux évoluent de manière similaire à la Wallonie, tout en restant inférieurs à cette dernière.

### 3.3.3. Dépistage du cancer colorectal (chez les 50-74 ans)

Le dépistage du cancer colorectal est recommandé chez les 50-74 ans. Il permet de réduire de 15 % la mortalité due à cette pathologie. La méthode la plus fréquemment utilisée est la détection de sang dans les selles (DSFO) à une fréquence bisannuelle. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, un programme organisé existe en Fédération Wallonie-Bruxelles. Tous les deux ans, les personnes de 50 à 74 ans (hommes et femmes) sont invitées à se rendre chez leur médecin généraliste pour effectuer un dépistage.

**Tableau III.10. Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, Population (50-74 ans), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2009**

	Examens de DSFO
Belgique	86 560
Wallonie	25 550
Hainaut	9 248

Source : INAMI

**Tableau III.11. Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, 1<sup>er</sup> mars 2009-28 février 2011**

	Nombre	Couverture (%)
Wallonie	66 571	7,4
Hainaut	24 182	7,2

Source : CCR - Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers

**Tableau III.12. Proportion de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Couverture déclarée (%)
Belgique	8,9
Wallonie	9,1
Hainaut	9,9

Source : HIS-ISP, 2008

▼  
En Hainaut, la population cible s'élevait à 363 074 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2010. A raison d'un test DSFO tous les deux ans, il faudrait 181 537 tests par an pour aboutir à une couverture de l'ensemble de la population. Les tableaux III.10 et III.11 montrent que tant les tests remboursés par l'INAMI que le nombre de personnes dépistées lors du premier cycle de dépistage du programme organisé de la Fédération Wallonie-Bruxelles correspondent à un faible recours à ce dépistage. Ce constat est confirmé par les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008 où environ 9 % de la population déclare participer à ce dépistage quel que soit le territoire pris en considération. Au cours de la période 2009 à 2012, le nombre de tests réalisés annuellement dans le cadre du programme augmente plus faiblement en Hainaut que dans l'ensemble de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

## 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 III.13. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

Moyenne annuelle (2005-2009)	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 973	1 630	1 096	611	454	221
Pneumonie	1 806	2 137	491	601	200	225
Pneumoconiose	358	376	93	106	39	48
Asthme	56	103	22	47	12	21
Grippe	32	59	9	19	2	7
Autres	950	971	372	368	181	165
<b>Total</b>	<b>6 175</b>	<b>5 275</b>	<b>2 083</b>	<b>1 752</b>	<b>889</b>	<b>687</b>

Source : SPMA - ISP

En Belgique, entre 2005 et 2009, 11 450 personnes sont décédées chaque année des suites de maladies respiratoires hors cancers. Parmi ces décès, 34 % concernaient des pneumonies contre respectivement 28 et 27 % en Wallonie et en Hainaut. La part des décès dus à des maladies chroniques obstructives est de 40 % en Belgique contre 44 % en Wallonie et 43 % en Hainaut. Les pneumoconioses (maladies dues à l'accumulation de poussières minérales dans les poumons) qui étaient responsables de plusieurs centaines de décès (majoritairement masculins) jusqu'à la fin du siècle passé représentent maintenant moins de 100 décès par an, indiquant que le passé minier de la province n'a plus d'impact mesurable sur les décès d'origine respiratoire. Le tabac et, dans une moindre mesure, la pollution atmosphérique jouent un rôle considérable dans les maladies respiratoires.

## 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 varie 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 (mai 2011), il y aurait actuellement 235 millions d'asthmatiques dans le monde. C'est la maladie chronique la plus courante chez l'enfant.

**Tableau III.14. Proportion de personnes déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,8	4,5
Wallonie	6,0	6,3
Hainaut	5,8	5,6

Source : HIS-ISP, 2008

► Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview, environ 4 % de la population belge et 6 % de Wallons déclaraient souffrir d'asthme en 2008. La situation hainuyère est proche de celle de la Wallonie.

## 4.3. Tuberculose

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

Selon l'OMS (mars 2013), plus de 95 % des cas et des décès surviennent dans les pays en développement. Les individus dont le système immunitaire est affaibli, tels ceux infectés par le 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 41 % entre 1990 et 2010. En Hainaut, on observe en moyenne 14 décès dus à la tuberculose par an.

**Tableau III.15. Incidence de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

pour 100 000 hab./an	Belges	Etrangers	Total
Belgique	4,7	45,0	8,9
Wallonie	4,7	32,2	7,3
Hainaut	5,4	21,0	7,2

Source : FARES

► En 2012, 8,9 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été dépistés en Belgique. L'incidence de cette affection semble 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 lente décroissance 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, l'incidence se situe aux environs de 7 à 8 cas pour 100 000 habitants depuis 2007.

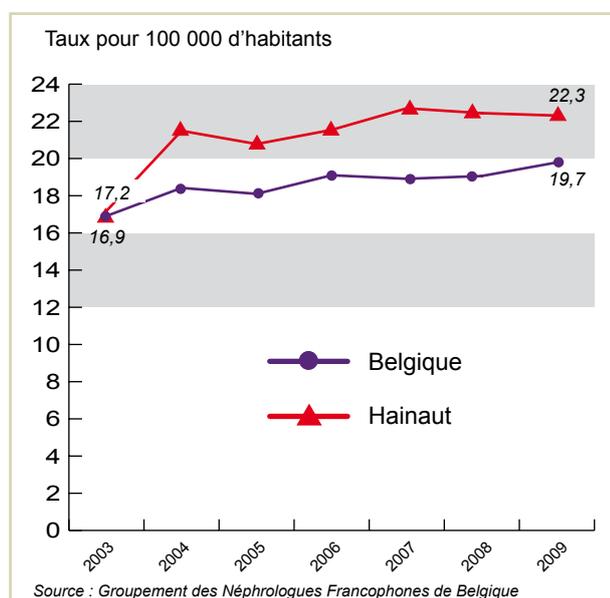
## 5. Insuffisance rénale chronique

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.

En Belgique, fin 2011, 13 425 patients de 20 ans et plus bénéficiaient d'une de ces techniques soit 1,2 pour 1 000 habitants. Parmi ces patients, 5 585 avaient bénéficié d'une greffe de rein. Le diabète était la cause reconnue de 18 % de ces insuffisances rénales. Par rapport à ses voisins européens, la Belgique connaît une prévalence élevée de patients sous remplacement de la fonction rénale.

**Figure III.16. Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Belgique - Hainaut, 2003-2009**



► De 2003 à 2009, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade IRT (insuffisance rénale terminale) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 17,2 à 22,3 pour 100 000 habitants par an en Hainaut soit une augmentation d'environ 30 % en 7 ans. Vieillesse de la population, augmentation de la prévalence du diabète concourent à cet accroissement.

### 5.1. Mortalité par insuffisance rénale chronique

**Tableau III.16. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale chronique, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

Moyenne annuelle (2005-2009)	Hommes	Femmes	Total
Belgique	549	703	1 252
Wallonie	214	269	482
Hainaut	84	107	192

Source : SPMA-ISP

► En Belgique, environ 1 250 personnes sont décédées chaque année à cause d'une insuffisance rénale chronique entre 2005 et 2009. Parmi ces décès, en moyenne 192 sont survenus annuellement dans la province du Hainaut.

## 5.2. Dialyse

**Tableau III.17. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010**

	Externe	Interne
Belgique	2 341	4 440
Wallonie	604	1 561
Hainaut	216	753

Source : INAMI

► En Hainaut, 753 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse interne (c'est-à-dire dialyse à l'hôpital) et 216 personnes ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse externe (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale) au cours de l'année 2010.

## 6. Diabète

Le diabète sucré de type II est une maladie en pleine expansion car il est lié à l'excès de poids, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité et au vieillissement. La morbidité qui y est associée reste importante et réduit la qualité de vie de bon nombre de personnes. La prévention primaire ainsi que la prévention des complications (maladies du rein, infarctus...) doivent donc mobiliser toute notre attention.

Selon l'OMS (mars 2013), 347 millions de personnes seraient diabétiques dans le monde et cette pathologie deviendrait la 7<sup>e</sup> cause de décès en 2030.

Selon l'INAMI, en Belgique, on estime à plus de 450 000 le nombre de diabétiques, dont 80 à 90 % de type II. Par ailleurs, un diabétique sur 2 ne serait pas diagnostiqué. Le diabète de type II est un réel problème de santé publique : 10 millions de personnes seraient concernées en Europe (soit 4 % de la population totale).

### 6.1. Mortalité causée par le diabète

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

### 6.2. Prévalence du diabète

**Tableau III.18. Proportion de personnes déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,4	3,6
Wallonie	3,2	3,9
Hainaut	3,2	2,5

Source : ISP-HIS, 2008

► En Belgique, 11 142 personnes, soit 3,5 % de la population totale, ont déclaré être diabétiques lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008. Cette proportion est significativement plus élevée qu'en 1997 (2,3 %) et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

On constate que la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente à partir de l'âge de 55 ans pour atteindre environ 10 % au-delà de 65 ans.

## 7. Infection VIH et SIDA

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) cible le système immunitaire et affaiblit les systèmes de surveillance et de défense 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 le cas.

Selon l'OMS, au niveau mondial, il y avait environ 34 millions de personnes vivant avec le VIH en 2011.

En Belgique, les données sur le SIDA et l'infection au VIH proviennent 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.

### 7.1. Mortalité causée par le SIDA

Avant l'introduction de la 10<sup>e</sup> 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 s'il existe sans doute une sous-évaluation des cas recensés.

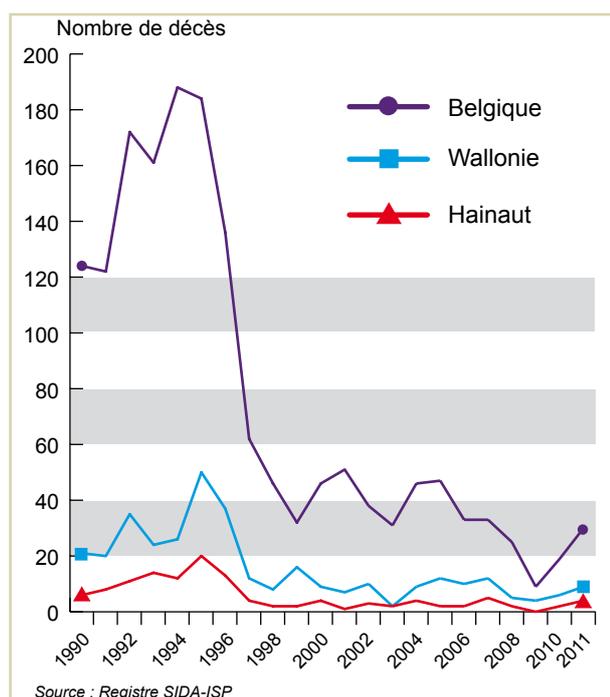
**Tableau III.19. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

Moyenne annuelle (2005-2009)	Hommes	Femmes
Belgique	34	16
Wallonie	14	6
Hainaut	4	1

Source : SPMA-ISP

► De 2005 à 2009, on enregistre en moyenne 5 décès par an dus au VIH en province du Hainaut. Compte tenu des fluctuations statistiques, la mortalité ne diffère pas d'un territoire à l'autre. Il y a deux fois plus de décès masculins que féminins aux niveaux belge et wallon.

**Figure III.17. Evolution du nombre de décès dus au SIDA, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1990-2011**



► Selon les données recensées par le registre, les décès dus au SIDA se révélaient particulièrement nombreux en début d'épidémie. Ils ont culminé en 1994 et 1995 pour ensuite chuter. La forte baisse des décès observée dans les années 1996 et 1997 peut s'expliquer par l'introduction des trithérapies.

## 7.2. Personnes infectées par le VIH

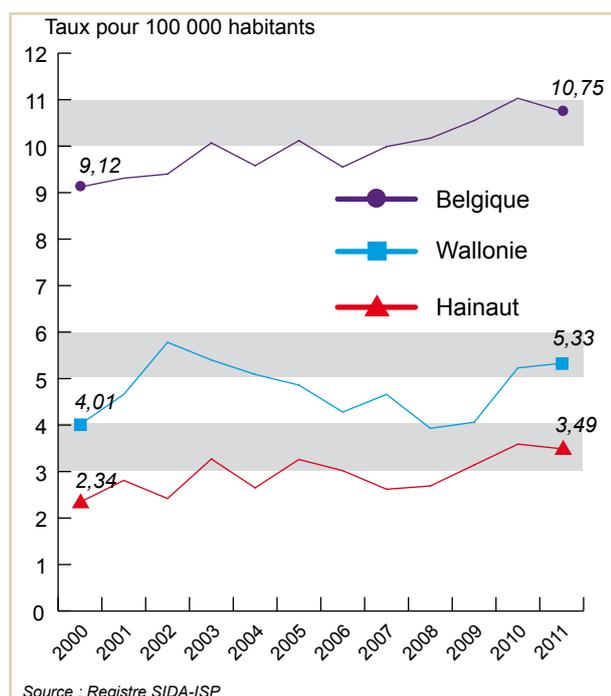
**Tableau III.20. Nombre de nouveaux cas (Belges et non Belges) d'infection par le VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2006-2011**

	2001	2006	2011
Belgique	968	1 016	1 177
Wallonie	156	146	188
Hainaut	37	39	46

Source : Registre SIDA-ISP

► Depuis le début des années 2000, on observe une augmentation du nombre absolu de nouveaux cas de VIH dépistés chaque année en Belgique : en 2001, 968 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées dont 37 en Hainaut ; en 2011, on enregistrait 1 177 nouveaux cas en Belgique dont 46 en Hainaut.

**Figure III.18. Evolution de l'incidence (Belges et non Belges) de l'infection au VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2000-2011**



Source : Registre SIDA-ISP

► Depuis 1985, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées en Belgique a évolué entre 1,9 et 3,3 nouveaux diagnostics en moyenne par jour. La plus haute incidence a été observée en 2010 avec 1 198 nouveaux cas (47 en Hainaut et 183 en Wallonie) diagnostiqués en cours d'année.

**Tableau III.21. Nombre total de personnes (Belges et non Belges) infectées par le VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011**

	2011
Belgique	24 650
Wallonie	3 975
Hainaut	1 005

Source : Registre SIDA-ISP

► En Hainaut, 1 005 personnes étaient porteuses du virus VIH en 2011. Comme c'est le cas au niveau national, ce nombre a littéralement doublé en dix ans sous l'effet conjugué de l'évolution de l'incidence et de la plus grande longévité des personnes infectées (meilleure efficacité des traitements).

### 8. Limitations physiques

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

Les quatre enquêtes de santé par interview menées depuis 1997 nous informent que la part de personnes de 15 ans ou plus limitées fonctionnellement dans leur vie concerne globalement 22 % de la population belge. Le niveau est légèrement plus élevé en Wallonie et en Hainaut (23 à 24 %). Chez les 65 ans et plus, ce taux dépasse les 60 % en Hainaut contre 55 % en Belgique. Ces chiffres restent relativement stables dans le temps.

D'autre part, environ 18 % de la population des 65 ans et plus souffrent d'un handicap de mobilité en Belgique. Les données régionale et provinciale ne montrent pas de différence significative avec la situation nationale.

### 9. Invalidité reconnue indemnisée

Est reconnu invalide et reçoit, à ce titre, une indemnité, tout assuré social qui, par suite de maladie ou d'infirmité 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. On peut penser qu'une partie des personnes qui souffrent d'une invalidité n'ont pas fait cette démarche.

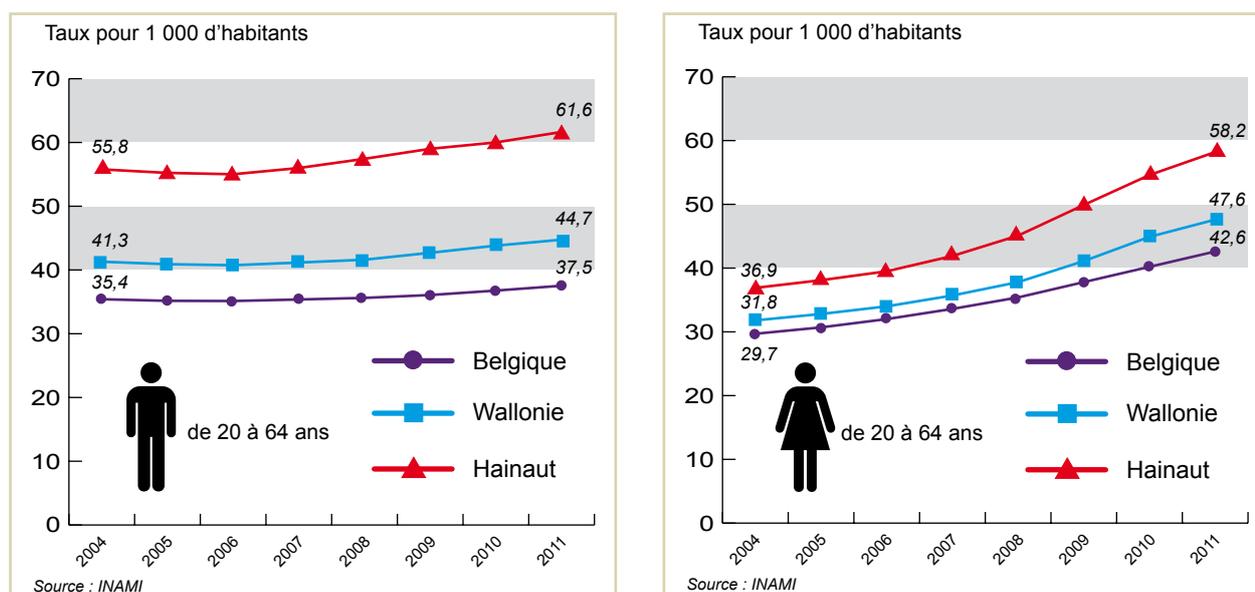
**Tableau III.22. Nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011**

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	123 977	47,0	139 642	53,0	263 619	100,0
Wallonie	47 040	48,3	50 396	51,7	97 436	100,0
Hainaut	24 135	51,1	23 100	48,9	47 235	100,0

Source : INAMI

▼  
En Belgique et en Wallonie, les personnes qui souffrent d'une invalidité sont un peu plus souvent des femmes que des hommes alors que c'est l'inverse dans la province du Hainaut.

**Figure III.19. Evolution de la proportion de personnes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2004-2011**



En 2011, l'invalidité reconnue concerne 37 hommes contre 43 femmes pour 1 000 habitants en Belgique. Au cours des dix dernières années, le taux d'indemnisation pour invalidité apparaît toujours supérieur dans la province du Hainaut par rapport à la Belgique et la Wallonie tant chez les hommes que les femmes. Il était de 62 hommes et 58 femmes pour 1 000 habitants du Hainaut âgés de 20 à 64 ans en 2011.

Tant pour le Hainaut que pour la Wallonie ou la Belgique, la proportion d'hommes invalides est restée assez stable jusque 2008, mais on observe une augmentation sensible depuis lors. Chez les femmes, par contre, elle est en constante augmentation. Selon l'INAMI, l'augmentation plus importante du nombre de femmes invalides peut s'expliquer à l'aide de certains facteurs macro-économiques : le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, la participation plus élevée des femmes au marché du travail, le vieillissement de la population.

## 10. Maladies professionnelles

**Tableau III.23. Nombre et proportion de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	49 748	27 951	12 359
Dont les maladies professionnelles provoquées par :	<i>en %</i>		
des agents chimiques	5,3	3,7	3,3
inhalation (poussières, fumées...)	17,7	15,8	20,3
des agents physiques	68,2	76,9	73,1

Source : Fonds des Maladies Professionnelles

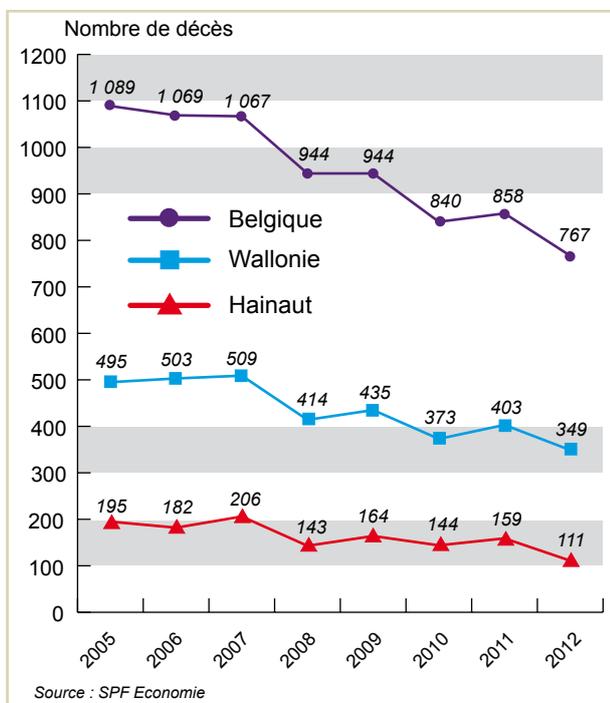
En Belgique, 49 748 personnes ont été indemnisées pour incapacité de travail permanente en 2012. Un quart de ces indemnités sont octroyées dans la province du Hainaut. Rappelons que la population hainuyère représente 12 % de la population belge. La plupart des maladies professionnelles donnant lieu à une indemnité sont provoquées par des agents physiques (vibrations, bruit...) et environ un cinquième par des produits inhalés.

On note que la proportion d'indemnités dues à des maladies professionnelles provoquées par inhalation apparaît plus élevée dans le Hainaut : cette différence s'explique par l'importance que représente encore la silicose parmi les maladies professionnelles enregistrées dans la province (carrières). Ainsi, les Hainuyers forment 63 % des bénéficiaires d'une indemnité due à cette maladie en Wallonie. En 2012, parmi les indemnités pour maladies professionnelles provoquées par inhalation, 75 % l'étaient pour la silicose en Hainaut contre 68 % en Wallonie et 58 % en Belgique.

## 11. Accidents

### 11.1. Accidents de circulation

**Figure III.20. Nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2012**



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

En 2012, 111 personnes ont trouvé la mort sur les routes du Hainaut. C'est 14,5 % de l'ensemble des décès par accident de la route en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué tout au long de ces dix dernières années (1 470 tués en Belgique en 2000 contre 767 en 2012).

**Tableau III.24. 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, 2005-2009**

	Moyenne annuelle
Belgique	1 077
Wallonie	478
Hainaut	186

Source : SPMA-ISP

► Sur base des observations considérées entre 2005 et 2009, 186 Hainuyers en moyenne ont trouvé la mort chaque année suite à un accident de circulation (soit 17,2 % des Belges tués sur les routes). Parmi ces décès hainuyers, 78,2 % concernent des hommes. La tranche d'âge la plus touchée (un tiers des décès hainuyers) correspond à celle des 20-34 ans.

Selon l'IBSR (Institut Belge pour la Sécurité Routière) :

- 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 ;
- 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 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 tué est toute personne impliquée dans un accident de roulage, tuée sur le coup ou décédée avant son admission à l'hôpital.

**Tableau III.25. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

	Nombre d'accidents	Total victimes	Décédés (30 jours)*		Blessés graves		Blessés légers	
	N	N	N	%	N	%	N	%
Belgique	44 193	58 474	767	1,3	5 261	9,0	52 446	89,7
Wallonie	12 260	16 959	349	2,1	1 455	8,6	15 155	89,4
Hainaut	4 338	6 129	111	1,8	509	8,3	5 509	89,9

Source : SPF Economie

\* Décédés (30 jours) = tués et mortellement blessés



Le Hainaut est la province wallonne qui voit sur son territoire le plus d'accidents de la route : 4 338 événements en 2012. Un accident de la route entraîne en moyenne 1,33 victime en Belgique et 1,41 dans le Hainaut.

Parmi les victimes, le pourcentage de personnes décédées dans les 30 jours apparaît particulièrement élevé dans les provinces wallonnes (Luxembourg et Namur : 3,2 %) par rapport aux provinces flamandes (environ 1 %). En Hainaut, il atteint 1,8 % des victimes tandis que la moyenne belge se situe à 1,3 %.

Le pourcentage de blessés graves en Hainaut (8,3 %) est inférieur à la moyenne belge (9 %). Cette proportion est la plus élevée dans les provinces de Luxembourg (12,7 %) et de Namur (12,1 %).

## 11.2. Accidents de travail

**Tableau III.26. Nombre d'accidents sur le lieu et le chemin du travail, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005 et 2011**

	2005			2011		
	Accident du travail	Chemin du travail	Total	Accident du travail	Chemin du travail	Total
Belgique	160 662	19 875	180 537	147 854	22 349	170 203
Wallonie	46 943	4 028	50 971	43 268	4 966	48 234
Hainaut	18 652	1 440	20 092	17 334	1 893	19 227

Source : SPF Sécurité Sociale - Fonds des Accidents du Travail



Le rapport du Fonds des accidents de travail indique en 2011, en Hainaut, un total de 19 227 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration : 11 % d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail et 89 % sur le lieu de travail.

On observe une diminution globale du nombre d'accidents du travail en Belgique et en Hainaut depuis l'année 2000 et plus spécifiquement sur le lieu d'activité. En revanche, les travailleurs semblent plus souvent victimes d'accidents sur le chemin du travail.

La part relative des accidents survenus en Hainaut par rapport à la Belgique avoisine les 11 % en 2005 comme en 2011. Cette part était d'environ 10 % de 2007 à 2010 mais la variation est délicate à interpréter. En effet, 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.

**Tableau III.27. Répartition des suites des accidents sur le lieu de travail, selon le sexe, Hainaut, 2011**

Distribution des accidents du travail survenus en Hainaut selon les suites de l'accident et le genre de la victime	Homme	Femme	Total
Cas sans suite	4 438	2 246	6 684
Incapacité temporaire	6 681	2 358	9 039
Incapacité permanente prévue	1 265	336	1 601
Cas mortels	10	0	10
<b>Total</b>	<b>12 394</b>	<b>4 940</b>	<b>17 334</b>

Source : SPF Sécurité Sociale - Fonds des Accidents du Travail

▼  
En 2011, 1 601 Hainuyers ont été victimes d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité permanente (9,2 %) et 9 039 une incapacité temporaire (52,1 %). Les accidents sans séquelles représentent 38,6 %. Ces proportions sont similaires à celles de 2005.

Près de 72 % des accidents s'étant produits sur le lieu de travail en 2011 concernent des hommes (contre 77 % en 2005).

**Tableau III.28. Répartition des suites des accidents sur le lieu de travail, selon l'âge, Hainaut, 2011**

Distribution des accidents du travail survenus en Hainaut selon les suites de l'accident et l'âge de la victime	15-24 ans	25-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	996	3 999	1 088	6 083
Incapacité temporaire	1 416	5 587	1 007	8 010
Incapacité permanente prévue	126	974	259	1 359
Cas mortels	4	4	1	9
<b>Total</b>	<b>2 542</b>	<b>10 564</b>	<b>2 355</b>	<b>15 461</b>

Source : SPF Sécurité Sociale - Fonds des Accidents du Travail

▼  
Plus de 68 % des accidents survenus sur le lieu de travail en 2011 concernent les personnes de la tranche des 25 à 49 ans.

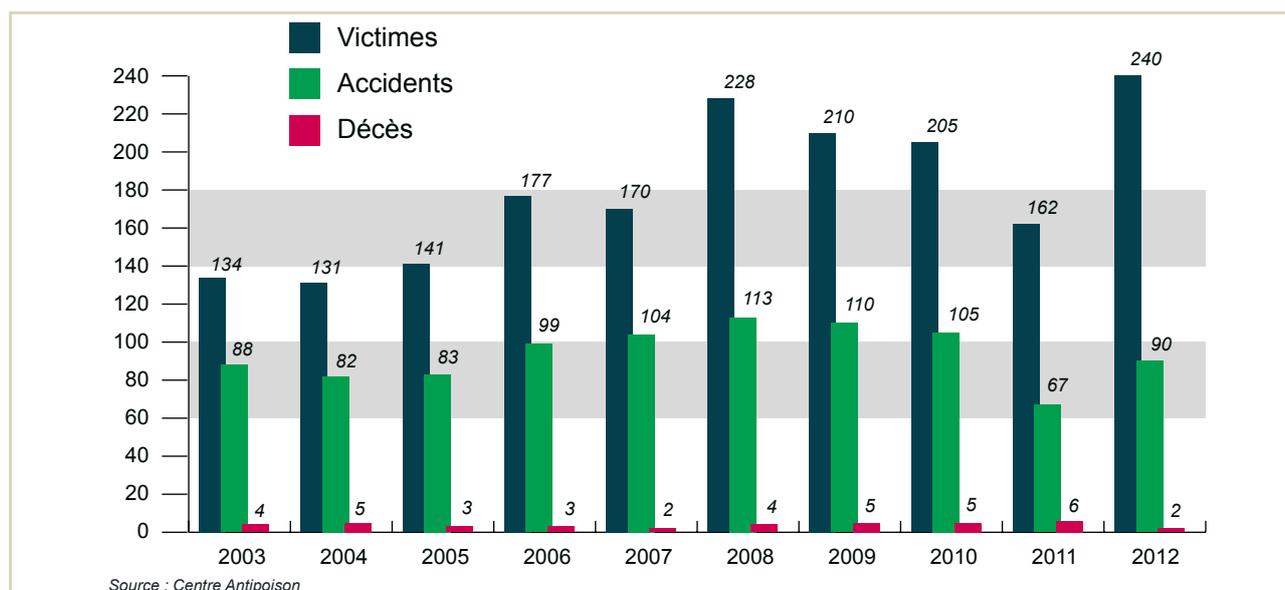
## 12. Intoxication au monoxyde de carbone

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, 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 Antipoison, 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 III.21. Nombre de victimes, d'accidents et de décès dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2012**



Le nombre d'accidents et de victimes dépend globalement des conditions climatiques. Excepté en 2011 qui connut un hiver relativement doux, le nombre d'accidents et de victimes d'une intoxication au monoxyde de carbone augmente à partir de 2006. Le Hainaut connaît depuis lors un nombre de victimes proportionnellement plus élevé que la Belgique, même si le nombre de décès reste limité. En 2012, le nombre d'accidents impliquant un poêle à charbon (17) a été particulièrement élevé en Hainaut.

L'augmentation du prix de l'énergie pourrait être un des facteurs expliquant ce phénomène, une partie de la population se tournant vers des chauffages d'appoint permettant l'achat de combustible par petites quantités.

## 13. Santé maternelle et infantile

### 13.1. Age des mères à l'accouchement

Au regard des données fournies par le SPF Economie, l'âge moyen des mères à la première naissance recule au fil des années : en 2000, il était de 25,8 ans en Hainaut pour 26,2 en Wallonie et 26,8 en Belgique ; en 2009, il était passé à 26,4 ans dans le Hainaut, 27 en Wallonie et 27,7 au niveau national.

D'autre part, de 2000 à 2009, on observe globalement tant en Wallonie (de 7 à 14 pour 1 000) qu'en Belgique (de 7 à 17 pour 1 000) un doublement du nombre de mères donnant naissance à leur premier enfant dans la tranche des 40 ans et plus. Ainsi, en 2009, sur 1 000 naissances enregistrées en Hainaut, 12 concernaient des femmes de cette catégorie d'âge contre 6 en 2000.

**Tableau III.29. Nombre de naissances, selon l'âge de la mère, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2009**

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus	Total
Belgique		822	2 486	18 852	45 072	39 717	16 853	3 394	127 196
Wallonie		392	1 086	6 714	13 484	11 314	5 370	1 106	39 466
Hainaut		197	492	2 884	4 963	3 932	1 930	419	14 817
ARRONDISSEMENTS	Ath	5	32	119	368	273	128	32	957
	Charleroi	73	200	1 177	1 662	1 295	630	146	5 183
	Mons	37	104	533	969	800	384	70	2 897
	Mouscron	12	20	140	265	163	86	25	711
	Soignies	26	57	357	712	592	303	60	2 107
	Thuin	26	46	302	492	419	202	44	1 531
	Tournai	18	33	256	495	390	197	42	1 431

Source : SPF Economie

En 2009, on relevait 127 196 naissances dans notre pays : 4,7 % de naissances concernent des mères âgées de moins de 20 ans dans le Hainaut contre 2,6 % au niveau national. On relève également que les mères de 35 ans et plus représentent 16 % des naissances.

En Hainaut, 8,1 jeunes filles sur 1 000 âgées entre 15 et 17 ans ont mis un enfant au monde au cours de l'année 2009. Ce taux est le double du taux belge (4,2 pour 1 000).

Au niveau des arrondissements, la tendance calculée sur les 5 dernières années disponibles (2005-2009) montre une part moyenne des naissances avant 20 ans plus importante dans les arrondissements de Charleroi (5,5 % du total des naissances) et Thuin (4,9 %).

## 13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Les raisons invoquées par les femmes qui décident d'avorter sont : pas de souhait d'enfant (16 %), se sent trop jeune (12 %), la famille est "complète" (10 %), étudiante (9 %) et problèmes financiers (8 %).

**Tableau III.30. Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005 et 2011**

	2005	2011
Belgique	16 695	19 578
Wallonie	5 327	6 487
Hainaut	2 031	2 605

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

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

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, on observe une légère diminution de cette proportion d'avortements dans ces deux tranches d'âge, respectivement 17,1 % et environ 4 %.

## 13.3. Poids à la naissance

Le petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 grammes) se révèle un indicateur important de la santé du nourrisson 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. Deux facteurs peuvent induire un faible poids de naissance : un retard de croissance intra-utérin ou une naissance prématurée. Parmi les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance, on relève notamment : le jeune âge de la mère (moins de 18 ans), 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 (IHE, 2008).

**Tableau III.31. Proportion de petits poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) parmi l'ensemble des naissances, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

	Poids à la naissance < 2500g (%)
Belgique*	7,3
Wallonie	8,2
Hainaut	8,8

Source : SPF Economie  
\* différence statistiquement significative par rapport à la Wallonie

► En Hainaut, au cours de la période 2005-2009, environ 9 bébés sur 100 sont nés en présentant un petit poids de naissance, soit un taux similaire à celui de la Wallonie, mais plus élevé que celui de la Belgique. On note un taux significativement plus élevé qu'en Wallonie dans l'arrondissement de Charleroi (9,25 %).

### 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. Comme le faible poids de naissance avec lequel elle est souvent associée, elle représente un risque pour la santé de l'enfant.

**Tableau III.32. Proportion de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

	Grande prématurité (avant 32 semaines) (%)	Prématurité (avant 37 semaines) (%)
Belgique*	1,0	7,9
Wallonie	1,1	8,6
Hainaut	1,0	8,8

Source : SPF Economie

\* différence statistiquement significative par rapport à la Wallonie

Entre 2005 et 2009, 9 % des enfants nés en Hainaut sont nés prématurément, c'est-à-dire, avant 37 semaines d'aménorrhée. Ce pourcentage est légèrement plus élevé qu'en Belgique, mais similaire aux données wallonnes.

La "grande prématurité", c'est-à-dire celle qui concerne les bébés nés avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne environ 1 % des naissances.

## 13.5. Tabagisme de la mère

Selon de nombreuses études, le tabagisme se révèle un facteur de risque de mortalité infantile en général et de mort subite du nourrisson en particulier. On évalue le risque de mort subite trois à quatre fois plus élevé chez une mère fumeuse que chez une non-fumeuse. D'autre part, il a été mis en évidence que le tabac constituait aussi un facteur de risque indirect débouchant sur la probabilité d'accouchement prématuré et d'enfants de petit poids.

Selon l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), la prévalence de tabagisme chez les femmes enceintes est sous-estimée car les mères ne déclarent pas toujours leur tabagisme. D'autre part, les données récoltées ne couvrent pas l'ensemble des mères suivies en consultation prénatale. Le taux de réponses varie au sein des arrondissements du Hainaut, de 50 % à Tournai jusque 78 % à Mons.

**Tableau III.33. Proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie - Hainaut, 2012**

	Mères fumeuses en %
Hainaut	21,5
Wallonie*	19,1

Source : ONE-BDMS  
\* Hors Communauté Germanophone

► En prenant en compte les seules mères répondantes en 2012, le pourcentage de fumeuses avoisine les 19 % en Wallonie et 22 % (contre 24 % en 2004) en Hainaut. Les proportions de mères fumeuses dans les différents arrondissements du Hainaut ne diffèrent pas significativement de la moyenne de la province.

**Tableau III.34. Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, Wallonie - Hainaut, 2012**

	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (%)		Prématurité 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
Hainaut	14,8	7,5	11,3	8,6
Wallonie*	14,8	7,1	11,4	8,6

Source : ONE-BDMS  
\* Hors Communauté Germanophone

Les données enregistrées par l'ONE en 2012 nous informent que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés prématurés ou de petit poids et ce, dans des proportions similaires tant en Hainaut qu'en Wallonie. Ainsi, on observe 11 % de naissances prématurées chez les fumeuses contre 9 % chez les non-fumeuses ou au statut tabagique inconnu. De même, les nourrissons de petit poids concernent 15 % de mères fumeuses contre 7,5 % de non-fumeuses ou au statut tabagique inconnu.

Dans l'arrondissement de Charleroi, la prématurité et les bébés de poids inférieur à 2 500 grammes concernent respectivement 17 % (supérieur de 14 % à la moyenne hainuyère) et 13 % (supérieur de 15 % à la moyenne du Hainaut) de mères ayant déclaré être fumeuses d'une à cinq cigarettes par jour en 2012. La situation dans les autres arrondissements correspond globalement à celles du Hainaut et de la Wallonie.

## 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 tels 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 manière générale, on estime que les statistiques de mortalité sous-estiment le nombre réel de suicides. Lors de la certification médicale, 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.

**Tableau III.35. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009**

	Nombre moyen de suicides (Décès)	Indice comparatif de mortalité		
		Hommes	Femmes	Total
Belgique	1 966	78,9 *	89,9 *	81,7 *
Wallonie	764	100,0	100,0	100,0
Hainaut	270	96,4	86,6 *	93,8 *

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

Population de référence : Wallonie 2005-2009

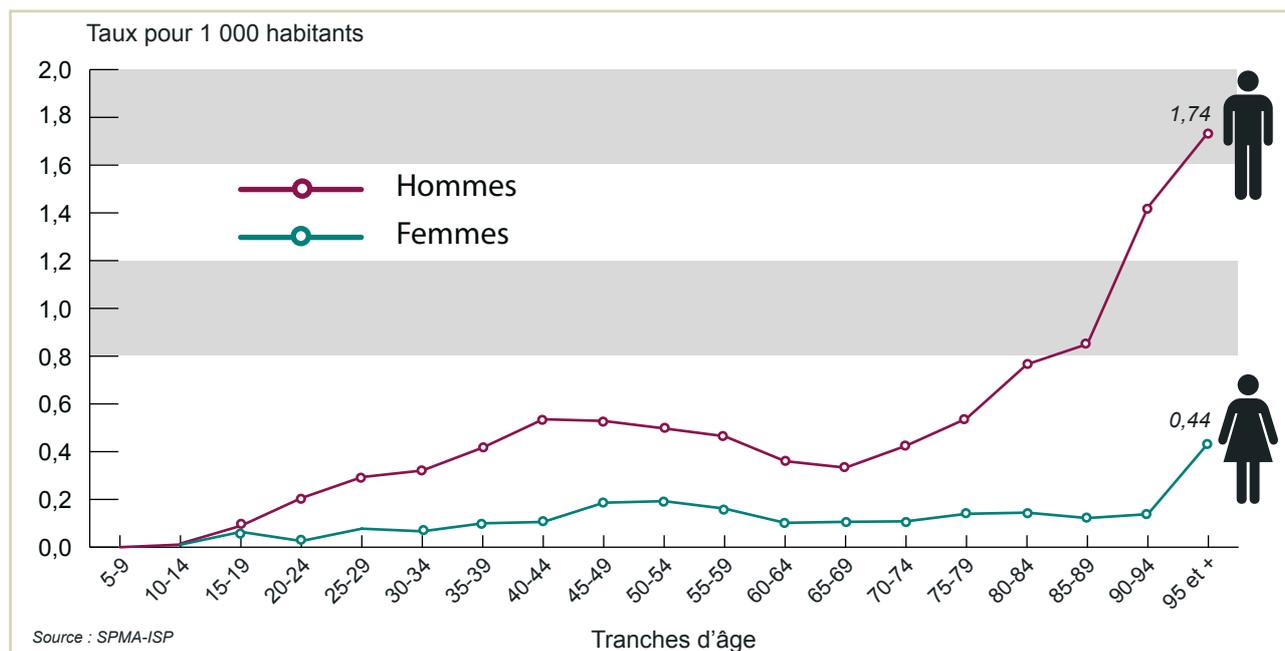
\* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence



Entre 2005 et 2009, on dénombrait chaque année 270 décès par suicide en Hainaut (205 décès masculins et 65 décès féminins), ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,33 homme pour 1 000 et 0,10 femme pour 1 000.

Par rapport à la Wallonie, la Belgique connaît une mortalité par suicide inférieure de 21 % pour les hommes et de 10 % pour les femmes. La situation hainuyère est proche de celle de la Wallonie (défavorable) pour les hommes et de celle de la Belgique (favorable) pour les femmes.

**Figure III.22. Taux de mortalité par suicide, selon le sexe et l'âge, Hainaut, 2005-2009**



La répartition par âge et sexe est similaire pour la Belgique, la Wallonie et le Hainaut. Le taux de suicide est nettement plus élevé chez l'homme. Dans 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.

### 14.1.2. Tentatives de suicide

**Tableau III.36. Proportion de personnes déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

15 ans et plus	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,5	6,1
Wallonie	3,7	8,7
Hainaut	2,2	10,7

Source : HIS-ISP, 2008

► Comme l'indiquent les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie. Ainsi, près de 11 % de la population féminine interrogée en Hainaut a répondu avoir déjà essayé de se suicider contre un peu plus de 2 % des hommes. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation hainuyère ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique.

## 14.1.3. 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".

**Tableau III.37. Proportion de personnes déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

15 ans et plus	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	9,3	13,9
Wallonie	11,8	16,5
Hainaut	10,2	17,7

Source : HIS-ISP, 2008

► L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008 montre que l'idéation suicidaire est un phénomène déclaré plus souvent par les femmes que les hommes. Ainsi, en Hainaut, près de 18 % de la population féminine interrogée (contre 10 % des hommes) a déjà pensé au suicide au cours de sa vie. Compte tenu des fluctuations aléatoires, la situation hainuyère ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique.

L'idéation suicidaire est moins fréquente chez les personnes âgées.

## **14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs**

Les psychotropes concernent une catégorie de médicaments agissant principalement sur le système nerveux central. Les psychotropes les plus prescrits sont les somnifères, les tranquillisants, les antidépresseurs et les régulateurs de l'humeur. Initialement utilisés 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).

Selon le Conseil Supérieur de la Santé, depuis le début des années 2000, la prévalence des troubles psychiatriques dans la population belge n'a pas augmenté mais, la consommation de psychotropes augmente quant à elle et ce malgré les campagnes relatives à l'utilisation des benzodiazépines comme somnifères ou anxiolytiques.

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, en Belgique, 15 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé des psychotropes au cours des quinze derniers jours : 9 % avaient pris un somnifère, 7 % un anxiolytique et 6 % 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 de 1997 à 2008 au niveau national.

Toujours selon le Conseil Supérieur de la Santé, l'une des conclusions dans l'identification des facteurs influençant le comportement en matière de prescriptions de ces psychotropes réside dans les difficultés qu'éprouvent aujourd'hui les médecins face aux demandes d'aides de leur patientèle : confrontation quotidienne aux tensions croissantes caractérisant la société moderne (pression de résultats à l'école ou au travail, chômage et pauvreté en augmentation, etc.) s'accompagnant d'un effritement des structures sociales.

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

**Tableau III.38. Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

15 ans et plus	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	10,5	20,9
Wallonie	13,5	24,8
Hainaut	12,1	23,1

Source : HIS-ISP, 2008

► Au regard de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, les femmes apparaissent deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines, tant en Belgique, qu'en Wallonie ou en Hainaut : 23 % des femmes et 12 % des hommes du Hainaut. Les pourcentages sont semblables quel que soit le territoire.

**Tableau III.39. Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les 2 dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

15 ans et plus	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	3,8	7,4
Wallonie	4,6	8,4
Hainaut	3,6	8,1

Source : HIS-ISP, 2008

► Comme pour la consommation globale de psychotropes, les femmes sont 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 ou provincial. En Hainaut, 4 % des hommes et 8 % des femmes ont répondu avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze jours précédant l'enquête.

Cette différence entre les sexes se vérifie également lorsqu'on interroge les personnes sur l'attitude adoptée dans les dernières 24 heures.

On assiste à une augmentation de la consommation à partir de 45 ans surtout chez la femme.

### **15. Bibliographie**

- Ancellin R, Barrandon E, Druesne-Pecollo N, Latino-Martel P. Nutrition & Prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. Paris : INCa (Institut National du Cancer) ; Jan 2009 : 1-50.
- Andreotti F, Marchese N. Women and coronary disease. *Heart*. Jan 2008 ; 94(1) : 108-16.
- Arbyn M, Van Oyen H. Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). Brussels : Scientific Institute of Public Health (IPH) ; Oct 2004.
- Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium. Bruxelles : Belgian Cancer Registry ; 2011. En ligne : <http://www.registreducancer.org/> [consultation le 7/8/2013].
- Belot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fr) : Institut de Veille Sanitaire (InVS) ; 2008.
- Boyle P, Levin B, (editors). World Cancer Report 2008. Lyon : WHO, International Agency for Research on Cancer ; 2008.
- Le cancer du col de l'utérus en France. Etat des lieux 2010. Paris : INCa (Institut National du Cancer) ; Juillet 2010.
- Centre de Prévention du Suicide. Le suicide un problème majeur de santé publique. Introduction à la problématique du suicide en Belgique. Bruxelles : Centre de Prévention du Suicide ; 31 Août 2012.
- Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre les infections causées par le papillomavirus humain. Bruxelles : Conseil Supérieur de la Santé ; 2 Mai 2007 ; Rapport N° 8204.
- Conseil Supérieur de la Santé. L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées. Bruxelles : Conseil Supérieur de la Santé ; 6 Juil 2011 ; Rapport N° 8571.
- Coppieters Y, Collart P, Levêque A. Gender differences in acute myocardial infarction, twenty-five years registration. *International Journal of Cardiology*. 4 Oct 2012 ; 160[2] : 127-32.
- Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Packard CJ, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980 : systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*. 2 Juil 2011 ; 378(9785) : 31-40.
- De Baudouin C, Chaud P, Tilmont B, Prouvost H. Intoxications au monoxyde de carbone dans les foyers équipés d'un chauffage au charbon - Nord-Pas-de-Calais, septembre-décembre 2007. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; Sep 2010 : 20 p.
- De Ceulaer F, Klipfel T. Tableau de bord transfrontalier de la santé - 3. Maladies cardiovasculaires. Générations en santé 2008-2012 ; 2012.
- De Spiegelaere M, Wauters I, Haelterman E. Le Suicide en Région de Bruxelles-Capitale situation 1998-2000. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale ; 2003.
- Ducimetière P, Jouglu E, Haas B, Montaye M, Ruidavets J-B, Amouyel P, et al. Mortalité coronaire en France selon les sources d'information. *Rev Epidém et Santé Publ*. 2006 ; 54 : 453-61.
- Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances - Actualisation 2008. Lyon : Institut de Veille Sanitaire (InVS) ; 2008.

England LJ, Kendrick JS, Gargiullo PM, Zahniser SC, Hannon WH. Measures of Maternal Tobacco Exposure and Infant Birth Weight at Term. *Am J Epidemiol.* 15 Mai 2001 ; 153(10) : 954-60.

EPEE (European fuel Poverty and Energy Efficiency). Diagnostic des causes et conséquences de la précarité énergétique en Belgique, Espagne, France, Italie et Royaume-Uni. EPEE Project. WP2 - Deliverable 5 ; 2009 : 1-12.

Expertise collective INSERM. Cancer et environnement. Paris : INSERM ; 2008 : 1-914.

Fabri V, Remacle A, Boutsen M. Programme de dépistage du cancer du sein. Périodes 2002-2003, 2004-2005 et 2006-2007. Bruxelles : Agence Intermutualiste ; Sep 2010 ; Rapport N° 7.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie – Cancérologie générale – Biologie du cancer – Génétique et cancer En ligne : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.3.6.html> [consultation le 7/8/2013].

François G. Approche du tabagisme dans la prévention de la mort subite du nourrisson. *Bulletin d'Education du patient.* 2000 ; 19(4) : 17-8.

Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 13 Dec 2012 ; 380.

Godin I, De Smet P, Favresse D, Moreau N, Parent F (eds), *Tableau de bord de la santé en Communauté française de Belgique*, Bruxelles : Service Communautaire en Promotion Santé SIPES (ESP-ULB) ; 2007.

Institut National du Cancer (INCa). Fiche repère : Cancer et tabac. Paris : INCa (Institut National du Cancer) ; Avril 2011.

Jaddoe VVW, Troe EJ, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EAP, et al. Active and passive maternal smoking during pregnancy and the risks of low birthweight and preterm birth : the Generation R Study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1 Mar 2008 ; 22(2) : 162-71.

Leroy C, Klipfel T. *Tableau de bord transfrontalier de la santé - 2. Cancers. Générations en santé 2008-2012 ; 2012.*

Levêque A, Coppieters Y, Collart P, Jeanjean M. *Registre de l'infarctus Charleroi - Bellux. Données de l'année 2008.* ESP-ULB ; AIPMCV-UCL ; 2012.

Licaj I, Romieu I, Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault M-C, Ferrari P. Impact du tabac sur la mortalité totale et sur la mortalité par cause dans l'étude européenne EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition). *BEH.* 28 Mai 2013 ; 20-21 : 234-8.

Mendis S, Puska P, Norrving B, (éd.). *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control.* Geneva : WHO ; 2011.

Mettetal L. La question énergétique dans l'habitat privé : le profil déterminant des ménages. *IAU - Note rapide* Juin 2009 ; 476 : 1-4.

Moreau M. Incidence du cancer du sein à travers le monde – *Journal du réseau cancer de l'Université Libre de Bruxelles.* Janvier-février-mars 2009 ; 12 : 16.

Mouquet M-C, Bellamy V. *Suicides et tentatives de suicide en France.* DREES, Etudes et résultats. Mai 2006 ; 488 : 8 p.

L'objectif du Programme de dépistage En ligne : <http://www.lemammotest.be> [consultation le 12/07/2010].

OCDE. *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2009.* Paris : OCDE ; 2009.

Ohlsson A, Shah P. *Determinants and Prevention of Low Birth Weight : A Synopsis of the Evidence.* Alberta, Canada : IHE (Institute of Health Economics) ; Dec 2008.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Alwan A. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. Résumé d'orientation. Genève : OMS ; 2011.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Cancer – octobre 2011 En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html> [consultation le 03/10/2011].

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – Maladies cardio-vasculaires. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/> [consultation le 28/08/2013].

Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Dépistage du cancer du sein. Bruxelles : KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) ; 2005 ; 11B.

Polus M, Montrieux C, Giet D, Louis E, Belaiche J, Coche E. Le dépistage généralisé du cancer colorectal : une absolue nécessité et une réalité imminente en Communauté française. Rev Med Liege. 2009 ; 64(2) : 96-102.

Sous-direction Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation. Intoxications au CO : circonstances de survenue. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la santé ; 1 oct 2012 : 1-2.

Prospective Studies Collaboration. Cholestérol et mortalité vasculaire : une association persistante quels que soient l'âge et la pression artérielle selon une méta-analyse de 61 études prospectives. Egora. 19-12-2007.

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). Archives of Public Health. 2011 ; 69(2) : 1-11.

Smolina K, Wright FL, Rayner M, Goldacre MJ. Determinants of the decline in mortality from acute myocardial infarction in England between 2002 and 2010 : linked national database study. BMJ. 25 Jan 2012 ; 344 : 9 p.

Sundström J, Neovius M, Tynelius P, Rasmussen F. Association of blood pressure in late adolescence with subsequent mortality : cohort study of Swedish male conscripts. BMJ. 22 Fév 2011 ; 342 : d643.

Thiry N, Lambert M-L, Cleemput I, Huybrechts M, Neyt M, Hulstaert F, et al. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique : Health Technology Assessment. Bruxelles : KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) ; 2007 ; 64B.

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. Sep 2005 ; 331 : 614-7.

Van Hemelrijck MJJ, Kabir Z, Connolly GN. Trends in Lung Cancer Death Rates in Belgium and The Netherlands : a Systematic Analysis of Temporal Patterns. J Community Health. 9 Jan 2009 ; 34(3) : 188-94.

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer : a Global Perspective. Second Expert Report. Washington DC : AICR (American Institute for Cancer Research) ; 2007.

# Chapitre 4

## Facteurs de santé

### • Faits marquants

• **Des indicateurs socio-économiques moins favorables en Hainaut** : la situation socio-économique hainuyère a un impact négatif sur la santé de ses habitants. Avec des revenus plus bas, davantage de chômage, plus de familles monoparentales, moins de diplômés de l'enseignement supérieur, le Hainaut se trouve désavantagé par rapport à la Wallonie et surtout à la Belgique.

• **17 % d'adultes obèses en Hainaut** : en 2008, l'obésité touchait 16 % des hommes et 17 % des femmes en Hainaut, c'est plus que la moyenne belge (respectivement 13 % et 14 %).

• **L'obésité en augmentation chez les jeunes de 10 à 17 ans** : en 15 ans, la fréquence de l'obésité a doublé passant de 5 % en 1997 à 10 % en 2012.

• **Trop peu d'activité physique** : en Hainaut, un tiers des hommes et presque la moitié des femmes de 15 ans et plus pratiquent uniquement des activités de loisirs sédentaires. C'est 50 % de plus que la moyenne belge. Chez les jeunes Hainuyers, l'absence d'activité physique dans la semaine précédant l'enquête concerne 14 % des garçons et 24 % des filles de 10 à 12 ans. Elle augmente de 50 % à l'adolescence.

• **La consommation de fruits et de légumes en hausse** : en 2008, 59 % des Hainuyers de 15 ans et plus déclaraient manger au moins un fruit tous les jours, soit un peu moins que la moyenne belge (64 %), mais nettement plus que lors des enquêtes précédentes (43 % en 2004). La consommation quotidienne de légumes est supérieure à 80 % en 2008 contre 71 % en 2004.

• **Les jeunes moins consommateurs de fruits et de légumes que les adultes** : malgré une augmentation au cours des dix dernières années, seulement 42 % des jeunes Hainuyers consommaient au moins une portion de fruits quotidiennement en 2012. La proportion atteint 48 % pour les légumes.

• **Un quart des Hainuyers fument** : 28 % des hommes et 23 % des femmes sont fumeurs quotidiens. La proportion de fumeurs est similaire en Wallonie, mais plus faible en Belgique (respectivement 24 % et 18 %). La proportion d'hommes fumeurs quotidiens a diminué, mais celle des femmes reste stable. Chez les 15-17 ans, 17 % des garçons et 15 % des filles sont des fumeurs quotidiens auxquels s'ajoutent respectivement 9 % et 6 % de fumeurs occasionnels.



• **Une surconsommation d'alcool en hausse** : la consommation d'alcool est ancrée dans les habitudes de vie et trois quarts des Hainuyers en ont bu dans l'année précédant l'enquête. La consommation quotidienne concerne 19 % des hommes et 11 % des femmes. La surconsommation (15 verres et plus chez les femmes, 22 verres et plus chez les hommes par semaine) touche 13 % des hommes et 5 % des femmes.

• **A 16 ans, la moitié des jeunes ont déjà été ivres au moins une fois dans leur vie** : les ivresses à répétition (plus de 10 épisodes au cours de l'existence) concernent plus les garçons (10 %) que les filles (4 %). La prise de cinq verres ou plus en une seule occasion dans le mois précédant l'enquête concerne 55 % des garçons et 49 % des filles.

Comme pour le chapitre 3, de nombreux indicateurs sont issus de l'Enquête Nationale de Santé par Interview. La taille de l'échantillon hainuyer n'est pas suffisante pour tirer des conclusions fiables sur l'influence de l'âge et du niveau d'étude. Pour ces éléments, l'analyse se fera par conséquent au niveau wallon.

### **1. Facteurs sociaux**

En Belgique, sur base des données du recensement de 2001 et de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2004, la différence d'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 25 ans entre les personnes ayant fait des études supérieures et celles n'ayant aucun diplôme atteint 18 années. Par rapport aux années nonante, l'écart a tendance à s'accroître.

Les facteurs socio-économiques ont un impact direct sur la vie des gens et sur leur santé. Ce constat se vérifie à la fois à travers leur milieu de vie (qualité du logement, environnement social, sécurité...), leurs comportements de santé (habitudes de vie, ressources pour intégrer les messages de prévention dans leur quotidien...) ou encore leurs recours aux soins curatifs et préventifs.

Déjà en 1995, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme déclarait : "Être pauvre rend malade, mais être malade peut aussi rendre pauvre. Habiter un logement insalubre, faute de moyens, peut avoir des conséquences gravissimes sur la santé. Inversement, la maladie peut entraîner la pauvreté en raison des nombreux frais inhérents aux soins de santé".

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, 14 % des ménages belges déclarent qu'ils ont dû renoncer au moins une fois à des soins de santé pour des raisons financières au cours des 12 mois précédant l'interview. Le report des soins de santé en raison de problèmes financiers concerne 18 % des ménages belges ayant un niveau d'instruction faible contre 9 % de ceux ayant un niveau d'instruction élevé.

La mesure des relations entre facteurs socio-économiques et santé n'est pas aisée : le niveau d'éducation, le revenu ou le statut professionnel sont des indicateurs largement utilisés car ils sont relativement simples à recueillir. Cependant, ils ne reflètent pas toute la complexité de la situation des personnes.

## 1.1. Monoparentalité

Une famille monoparentale se définit comme un ménage composé d'un adulte de référence (= chef de ménage), soit de sexe masculin, soit de sexe féminin et de ses enfants.

**Tableau IV.1. Proportion d'individus (en %) vivant au sein d'une famille monoparentale, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010**

		Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique		1,7	8,5
Wallonie		2,0	11,0
Hainaut		2,0	12,3
ARRONDISSEMENTS	Ath	2,0	9,6
	Charleroi	2,1	13,7
	Mons	2,0	14,8
	Mouscron	1,8	9,1
	Soignies	1,9	11,2
	Thuin	2,0	11,1
	Tournai	1,9	9,8

► En 2010, les individus vivant au sein d'une famille monoparentale constituent plus de 14 % des ménages hainuyers.

Les chefs de ces ménages restent essentiellement les femmes.

Source : SPF Economie, IWEPS-UCL Cytise\*

\* UCL Cytise recense, en plus des couples mariés, les cohabitants non mariés, au contraire de la DGSIE.

D'après les résultats de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC) réalisée en 2011, les familles monoparentales, composées dans leur majorité d'une mère qui élève seule ses enfants, sont plus exposées au risque de pauvreté. A titre d'exemple, les familles monoparentales présentent un risque de pauvreté de près de 39 % contre seulement 9 % chez les couples avec un enfant.

Selon une analyse des familles monoparentales dans le paysage démographique belge (réalisée par l'Observatoire bruxellois de l'Emploi en octobre 2009), le fait de passer à la monoparentalité tend à faire chuter le taux d'emploi de manière préoccupante surtout chez les mères. En effet, leur vie active au sein du marché du travail semble diminuer avec l'apparition de la famille. De plus, le nombre mais surtout l'âge des enfants influencent considérablement leur taux d'emploi. On note que l'accès aux structures d'accueil de la petite enfance conditionne la position des mères sur le marché du travail.

## 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.

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

**Tableau IV.2. Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010**

		Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie
Belgique		20 820	106,9
Wallonie		19 477	100,0
Hainaut		18 473	94,8
ARRONDISSEMENTS	Ath	20 441	104,9
	Charleroi	17 576	90,2
	Mons	17 950	92,2
	Mouscron	18 640	95,7
	Soignies	19 499	100,1
	Thuin	18 833	96,7
	Tournai	19 361	99,4

Source : SPF Economie, (Déclaration de 2011 sur les revenus de 2010)

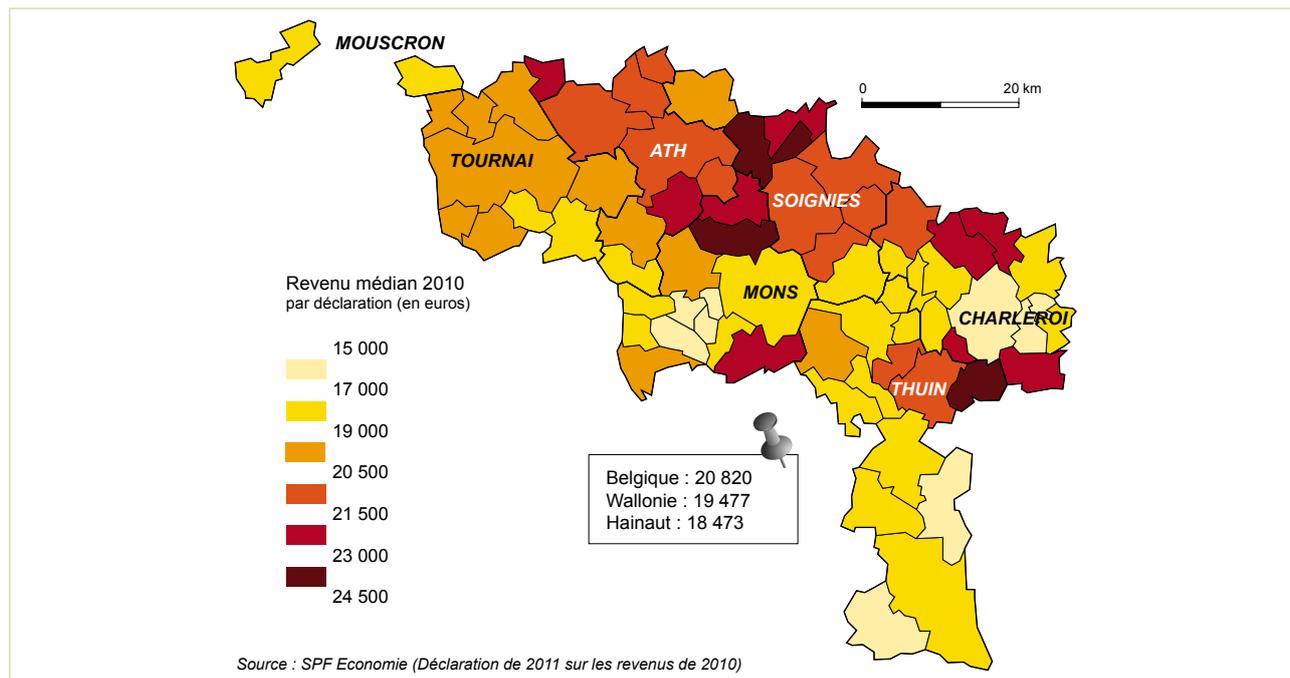


Le revenu médian par déclaration fiscale (et non par personne) au cours de l'année 2010 est 11 % plus faible en Hainaut qu'en Belgique.

L'arrondissement d'Ath (revenu médian = 20 441) se rapproche le plus de la situation nationale (revenu médian = 20 820) tandis que les arrondissements de Charleroi et de Mons montrent les valeurs les plus faibles : la moitié des déclarations ne dépassent pas 17 576 euros à Charleroi et 17 950 euros à Mons (soit des revenus médians de 14 à 16 % inférieurs à celui de la Belgique).

L'indice de richesse est le plus faible dans l'arrondissement de Charleroi.

Carte IV.1. Revenus médians par déclaration, Hainaut, par commune, 2010



En Hainaut, les revenus médians les plus faibles sont relevés d'une part dans les communes de l'ancien axe industriel wallon (par exemple dans les communes de Charleroi, Châtelet, Farciennes, Boussu, Quaregnon ou Colfontaine où les revenus médians par déclaration se situent entre 16 000 et 17 000 euros) et d'autre part, dans les communes à caractère rural très prononcé telles que, par exemple, Froidchapelle ou Momignies.

Les communes aisées de la périphérie des villes comme Silly, Jurbise, Montigny-le-Tilleul, Ham-sur-Heure-Nalinnes ou Gerpennes ont les revenus médians les plus élevés.

Rappelons que le revenu médian est fortement corrélé à l'espérance de vie à la naissance : lorsqu'il est de 1 000 euros plus élevé dans une commune, on constate qu'en moyenne, l'espérance de vie à la naissance y est plus longue respectivement de 6,8 mois pour les hommes et de 4,2 mois pour les femmes.

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

**Tableau IV.3. Revenu disponible, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 31 décembre 2010**

		Revenu disponible par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie
Belgique		18 459	109,5
Wallonie		16 857	100,0
Hainaut		16 057	95,3
ARRONDISSEMENTS	Ath	16 965	100,6
	Charleroi	15 548	92,2
	Mons	15 672	93,0
	Mouscron	15 622	92,7
	Soignies	16 945	100,5
	Thuin	16 166	95,9
	Tournai	16 674	98,9

Source : Banque Nationale de Belgique

Le revenu disponible par habitant est 10 % plus élevé pour la Belgique que pour la Wallonie. Cette différence représente 15 % entre le Hainaut et la Belgique.

Le revenu disponible par habitant le plus bas concerne l'arrondissement de Charleroi qui s'élève à 15 548 euros, soit 8 % de moins que celui de la Wallonie (16 857 euros). Les arrondissements de Soignies et d'Ath ont les revenus disponibles par habitant les plus proches de la Wallonie.

### 1.3. Niveau d'instruction

**Tableau IV.4. Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010**

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Sans diplôme, primaire et secondaire inférieur	2 336 827	32,6	831 558	35,9	342 160	39,5
Secondaire supérieur	2 635 384	36,7	826 804	35,7	306 859	35,5
Etudes supérieures	2 204 622	30,7	656 272	28,4	216 567	25,0
Total	7 176 834	100,0	2 314 634	100,0	865 586	100,0

Source : SPF Economie, DGSIE

Le niveau d'études se révèle en moyenne plus bas en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. La proportion de personnes ayant réussi des études supérieures est plus faible en Hainaut (25,0 %) qu'en Wallonie (28,4 %) ou en Belgique (30,7 %). Inversement, la part de la population possédant au maximum un diplôme du secondaire inférieur apparaît plus importante dans le Hainaut (39,5 %) qu'en Wallonie (35,9 %) ou en Belgique (32,6 %). Les proportions de personnes disposant d'un niveau d'instruction du secondaire supérieur sont semblables dans les 3 territoires (environ 36 %).

## 1.4. Emploi

En Europe, le marché de l'emploi est influencé principalement par l'évolution de l'économie, mais aussi par les changements démographiques en cours, à savoir le vieillissement de la population.

Dans l'édition de mars 2013 de la Revue trimestrielle sur l'emploi et la situation sociale dans l'UE, il apparaît que le chômage continue de progresser de manière disproportionnée et que les disparités croissent entre les pays membres de l'Union européenne. Ainsi, on observe une détérioration importante de la situation de nombreux ménages et surtout des jeunes. Tandis que, globalement, l'emploi présente une tendance négative depuis l'été 2011, les seules tendances positives relevées concernent le travail à temps partiel. En janvier 2013, le chômage touchait 26,2 millions d'Européens, soit 10,8 % de la population active et atteignait près d'un jeune économiquement actif sur quatre.

### 1.4.1. Population active

La population active est définie comme l'ensemble des personnes présentes sur le marché de l'emploi, qu'elles soient occupées (salariées ou non salariées) ou inoccupées (demandeurs d'emploi). En sont donc exclues, les personnes non demandeuses d'emploi (étudiants, personnes au foyer...).

Le taux d'activité correspond au rapport entre la population active et la population en âge de travailler (de 20 à 64 ans). Dans ce document, les jeunes de 15 à 19 ans n'ont pas été inclus dans la population en âge de travailler pour tenir compte de l'obligation scolaire jusque 18 ans.

**Tableau IV.5. Population active et taux d'activité, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010**

		Population active 20 - 64 ans	Taux d'activité (%)
Belgique		4 867 008	74,5
Wallonie		1 536 058	73,3
Hainaut		561 012	71,5
ARRONDISSEMENTS	Ath	38 115	76,0
	Charleroi	177 924	69,8
	Mons	106 015	69,4
	Mouscron	30 270	72,0
	Soignies	79 682	72,8
	Thuin	64 971	72,9
	Tournai	64 035	73,9

Source : IWEPS

▼  
En 2010, le Hainaut compte 561 012 actifs dans la tranche des 20 à 64 ans. Le taux d'activité est 2 à 3 % plus faible en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. Cette observation ne se révèle pas vraie pour toutes les catégories d'âges : ainsi, chez les moins de 24 ans, on observe plus d'actifs dans le Hainaut (38,1 %) qu'en Wallonie (36,8 %).

## 1.4.2. Chômage

Le taux de chômage tel que défini dans le tableau ci-dessous est le pourcentage de chômeurs complets indemnisés parmi la population assurée contre le chômage (ONSS au 30 juin 2012).

**Tableau IV.6. Taux de chômage (%), Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, août 2013**

		< 25 ans	25 - 50 ans	50 ans et +	Total
Belgique		12,2	9,4	12,6	10,4
Wallonie		21,7	14,0	18,6	15,9
Hainaut		27,1	16,7	21,1	18,8
ARRONDISSEMENTS	Ath	26,1	14,7	19,3	17,0
	Charleroi	29,1	18,5	23,0	20,7
	Mons	29,0	18,9	23,4	21,0
	Mouscron	19,5	12,4	18,7	14,7
	Soignies	24,5	15,0	19,4	17,0
	Thuin	29,0	15,2	19,4	17,7
	Tournai	23,4	14,2	17,0	15,8

Source : ONEM

▼  
Le taux de chômage du Hainaut (18,8 %) dépasse celui de la Wallonie (15,9 %) et plus encore le taux belge (10,4 %) et ce, quelle que soit la catégorie d'âge. Les tranches d'âge les plus touchées par le chômage concernent les moins de 25 ans et les 50 ans et plus. Plus d'un quart des Hainuyers de moins de 25 ans susceptibles de travailler n'ont pas d'emploi.

Les chiffres les plus élevés concernent les arrondissements de Mons (21 %) et de Charleroi (20,7 %).

## 1.4.3. Bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale

Le Service Public de Politique (SPP) d'Intégration Sociale définit le revenu d'intégration sociale (anciennement appelé "minimex") comme le revenu minimum accordé aux personnes qui ne peuvent pas disposer de ressources suffisantes, ni ne peuvent y prétendre, ni ne sont en mesure de se les procurer, soit par leurs efforts personnels, soit par d'autres moyens.

**Tableau IV.7. Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2012**

		Nombre de bénéficiaires du RIS	Taux pour 1 000 habitants
Belgique		156 636	14,2
Wallonie		72 555	20,5
Hainaut		30 697	23,2
ARRONDISSEMENTS	Ath	1 113	13,1
	Charleroi	12 726	29,7
	Mons	6 635	26,1
	Mouscron	1 452	19,6
	Soignies	3 655	19,7
	Thuin	2 419	16,1
	Tournai	2 697	18,5

Source : SPP Intégration Sociale



Les chiffres repris dans le tableau ci-dessus représentent l'ensemble des personnes qui, dans l'année, ont bénéficié à un moment ou à un autre d'un revenu d'intégration sociale, soit 156 636 personnes en Belgique (dont 30 697 en Hainaut).

Par rapport à la Wallonie (20,5 pour 1 000 habitants) et à la Belgique (14,2 pour 1 000), le Hainaut présente le 3<sup>e</sup> taux le plus élevé de bénéficiaires (23,2 pour 1 000) après Bruxelles (35,6 pour 1 000) et Liège (24 pour 1 000).

Les arrondissements de Charleroi et de Mons montrent des taux supérieurs aux taux belge et wallon. Seul l'arrondissement d'Ath recense moins de bénéficiaires que la moyenne belge.

## 1.4.4. Bénéficiaires de la Garantie de revenus aux personnes âgées

La Garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa, instituée par la loi du 22 mars 2001 parue au MB du 29 mars 2001) est une prestation octroyée aux personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance. Elle remplace depuis 2001 l'ancien "revenu garanti". Une "Grapa" s'obtient après un examen des moyens d'existence du demandeur âgé de 65 ans ou plus.

**Tableau IV.8. Nombre de bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa), Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1<sup>er</sup> décembre 2012**

		Nombre de bénéficiaires de la Grapa	% par rapport à la population âgée de 65 ans et + au 01/01/2012
Belgique		92 793	4,8
Wallonie		27 458	4,6
Hainaut		10 021	4,5
ARRONDISSEMENTS	Ath	616	4,3
	Charleroi	3 581	5,1
	Mons	1 763	4,3
	Mouscron	536	4,0
	Soignies	1 219	4,0
	Thuin	1 206	4,6
	Tournai	1 100	4,4

Source : Office National des Pensions

En Hainaut, les femmes constituent la majorité des bénéficiaires de la Grapa (72 %) contre seulement 28 % d'hommes. La proportion de bénéficiaires dans le Hainaut est de l'ordre de 45 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, soit légèrement moins que la moyenne belge qui compte 48 bénéficiaires pour 1 000 habitants de 65 ans et plus.

## 1.5. Endettement

L'endettement provient essentiellement des crédits à la consommation proposés entre autres aux clients pour "alléger" leurs achats.

Selon l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement, "les causes du surendettement sont multiples et complexes. Dans de nombreux cas, c'est un accident de vie qui peut être considéré à l'origine du surendettement : décès d'un conjoint, perte d'un emploi, maladie, etc. Dans d'autres, il s'agit, au départ, d'une mauvaise évaluation des capacités de remboursement".

Le surendettement prend de plus en plus d'importance aujourd'hui. En cause initiale : la baisse du pouvoir d'achat, avérée ou ressentie, pour un nombre croissant de personnes.

Depuis 2011, davantage de "petits crédits" tombent sous le coup de la loi sur le crédit à la consommation et sont enregistrés. De ce fait le nombre de personnes recensées à la Centrale de Crédit au Particulier (CCP) a augmenté. Ceci explique la proportion élevée dans le tableau ci-après. Ces pourcentages ne peuvent être comparés avec les données antérieures à 2011.

Un contrat est considéré défaillant quand la personne n'a pas totalement remboursé la somme due trois mois après la date de son échéance.

**Tableau IV.9. Part de la population majeure enregistrée à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2012**

		Personnes majeures enregistrées pour au moins un crédit (%)	Personnes majeures ayant au moins un contrat défaillant (%)
Belgique		69,5	3,6
Wallonie		72,8	5,1
Hainaut		73,7	6,2
ARRONDISSEMENTS	Ath	74,2	4,6
	Charleroi	74,4	7,6
	Mons	74,2	6,1
	Mouscron	70,9	5,4
	Soignies	73,7	5,5
	Thuin	75,7	5,6
	Tournai	70,1	4,6

Source : Banque nationale de Belgique - Centrale des Crédits à la Consommation 2012

▼ Ces données montrent que, parmi les personnes majeures ayant au moins un crédit, 3,6 % ne l'ont pas remboursé dans les délais. Cette défaillance de contrat concerne 5,1 % des emprunteurs en Wallonie et 6,2 % en province du Hainaut. L'arrondissement de Charleroi recense le plus fort pourcentage (7,6 %) de personnes enregistrées pour défaut de paiement d'un ou plusieurs crédits en 2012.

## 2. Excès de poids et obésité

Selon l'OMS (estimations 2008 publication mars 2013), le nombre de cas d'obésité dans le monde a doublé depuis 1980. Ainsi, le surpoids concernerait 1,4 milliards de personnes dont 500 millions sont obèses.

Le surpoids et l'obésité constituent le cinquième facteur de risque de décès (2,8 millions de décès annuel) au niveau mondial : une part non négligeable de la charge du diabète (44 %), des cardiopathies ischémiques (23 %) et de certains cancers (7 à 41 %) leur est attribuable.

Les études associent l'obésité à un excès de mortalité et à un effet négatif sur la qualité de vie. Chez les personnes âgées, le surpoids (IMC compris entre 25 et 30) pourrait être bénéfique et associé à une faible mortalité.

L'indice de masse corporelle (IMC) ou Indice de Quételet est calculé selon la formule suivante :

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

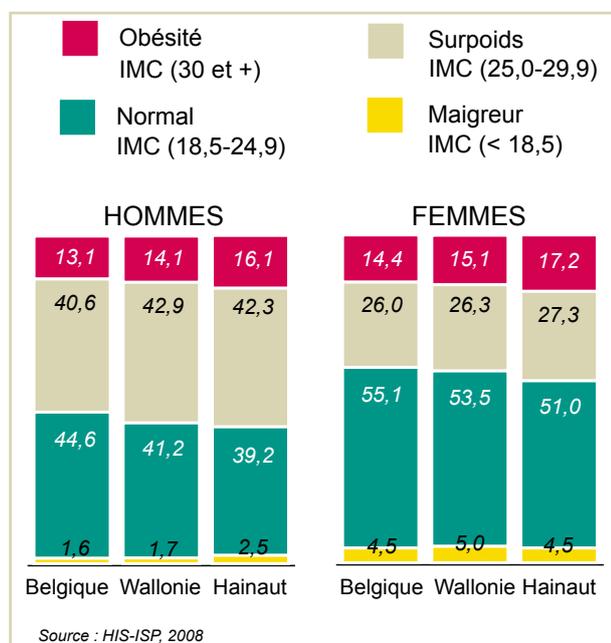
Chez l'adulte (18 ans et plus), les catégories de corpulence sont définies :

- maigre = IMC inférieur à 18,5 ;
- corpulence normale = IMC supérieur ou égal à 18,5 mais inférieur à 25 ;
- surpoids = IMC supérieur ou égal 25 mais inférieur à 30 ;
- obésité = IMC supérieur ou égal 30.

### 2.1. Corpulence des adultes

Les pourcentages ci-après sont basés sur les déclarations des répondants. Ainsi, les personnes interrogées ont souvent tendance à surestimer leur taille et sous-estimer leur poids. Il en résulte une sous-estimation de la proportion de personnes en excès de poids (surpoids et obésité).

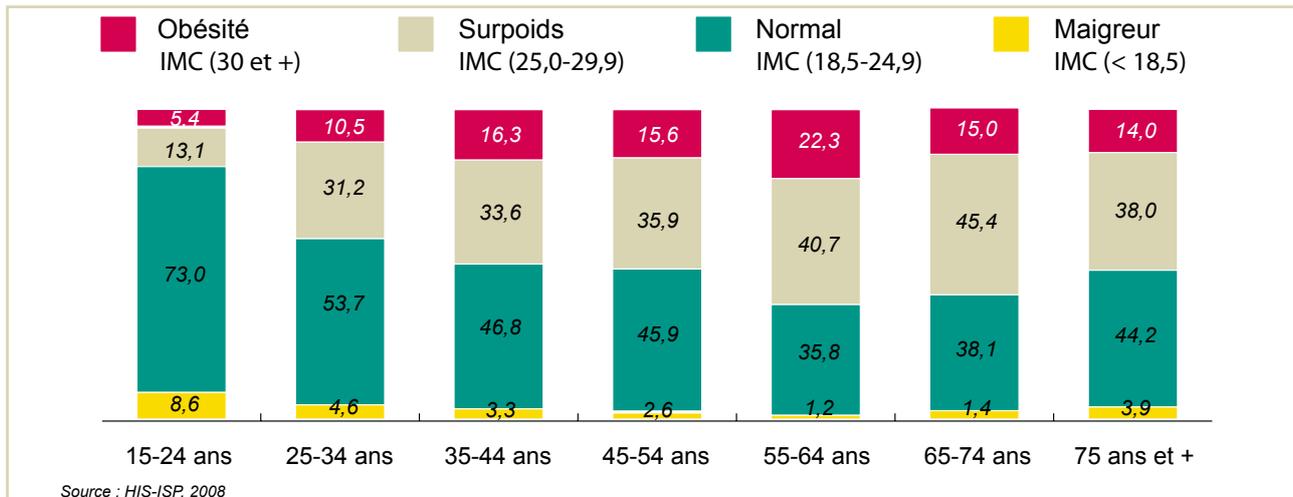
**Figure IV.1. Répartition de la population (de 15 ans et plus) (%) selon l'IMC (d'après les déclarations des répondants), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**



► En Hainaut, l'Enquête Nationale de Santé par Interview réalisée en 2008, rapporte que 16 % des hommes et 17 % des femmes présentent une obésité (IMC > 30). L'obésité est plus fréquente en Hainaut et en Wallonie qu'en Belgique.

L'évolution dans le temps montre un accroissement de la fréquence de l'obésité chez les femmes en Belgique où le pourcentage passe de 11 % en 1997 à 14 % en 2008. En Wallonie et en Hainaut, les chiffres restent relativement stables tant pour les hommes que pour les femmes.

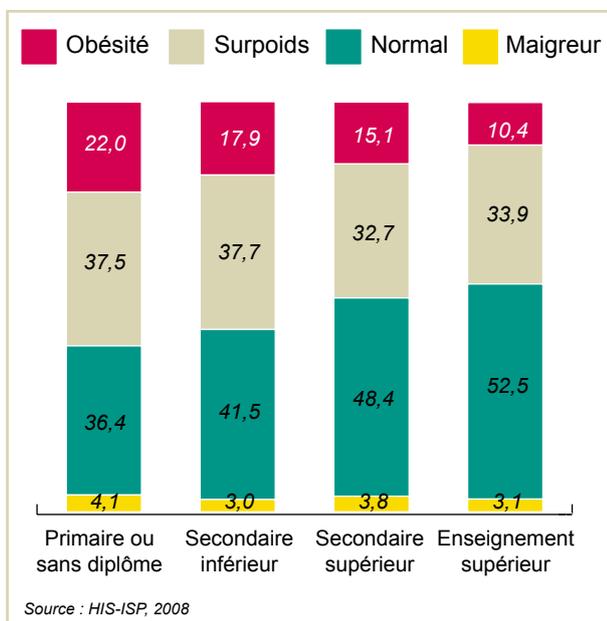
**Figure IV.2. Répartition de la population (de 15 ans et plus) (en %), selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2008**



L'obésité en Wallonie (2008) augmente avec l'âge pour atteindre un maximum de 22 % chez les 55-64 ans. Chez les personnes plus âgées, on note une stabilisation de la proportion d'obèses autour de 15 %. Le nombre trop réduit de répondants ne permet pas de reproduire cette analyse pour le Hainaut, mais la prévalence de l'obésité en fonction de l'âge est vraisemblablement similaire.

Après 75 ans, on observe une légère tendance vers une diminution du surpoids. Ce constat peut sans doute être associé aux pathologies rencontrées dans le vieillissement.

**Figure IV.3. Répartition de la population (de 15 ans et plus) (%), selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2008**



► Ce graphique nous montre que l'excès de poids est lié au statut socio-économique. Ainsi, plus le niveau de scolarité est bas, plus la proportion de personnes obèses augmente. Entre 18 et 22 % des individus, vivant au sein d'un ménage où le diplôme le plus élevé concerne l'enseignement primaire ou secondaire inférieur, souffrent d'obésité. A l'inverse, dans les ménages où au moins une personne déclare un diplôme de l'enseignement supérieur, l'obésité ne concerne que 10 % des individus.

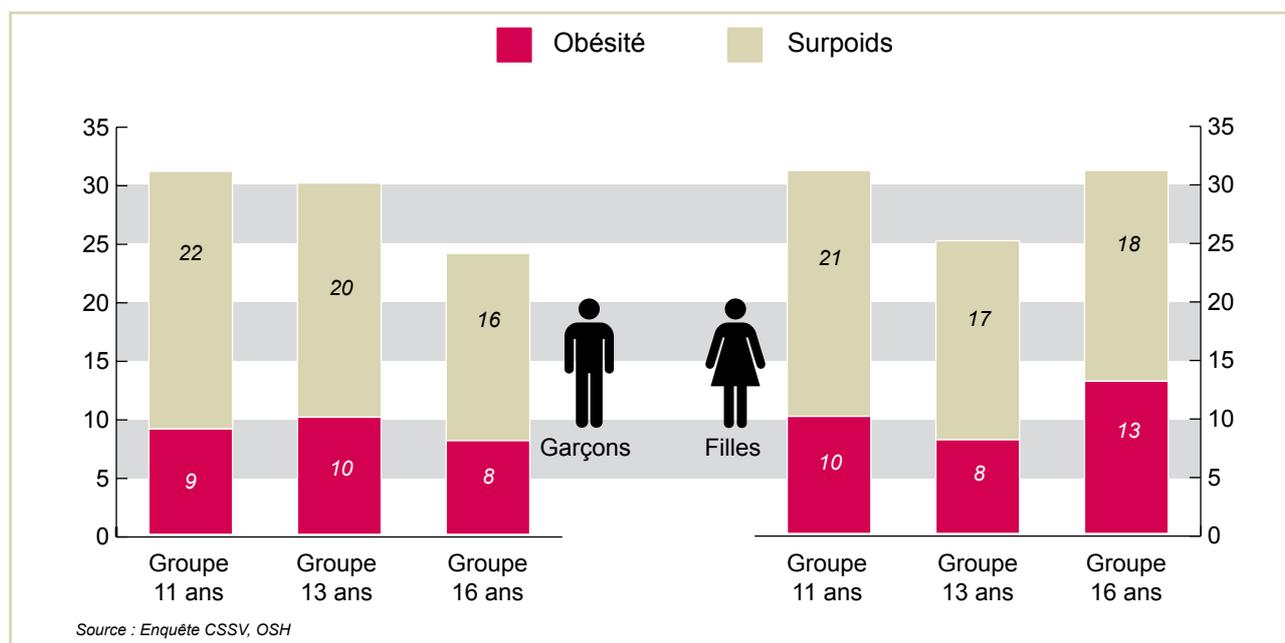
## 2.2. Corpulence des jeunes

L'épidémie d'obésité touche également les enfants et les jeunes. Les répercussions métaboliques de l'excès de poids et de l'obésité sont déjà décelables chez les adolescents. Les enquêtes menées depuis 15 ans en collaboration avec les services de promotion de la santé à l'école (SPSE) et les centres psycho-médico-sociaux (CPMS) volontaires permettent de disposer de données mesurées de façon standardisée sur l'indice de masse corporelle des jeunes du Hainaut.

Les limites d'IMC définies chez l'adulte ne sont pas valables pour les moins de 18 ans. Chez les plus jeunes, cet indice n'est pas constant. Il évolue avec l'âge. C'est vers 6 ans qu'il est le plus faible. Il remonte ensuite jusqu'à 18 ans environ. Les données présentées ci-dessous se basent sur les tables de références de l'International Obesity Task Force (IOTF).

Dans les données des enquêtes menées auprès des jeunes scolarisés en Hainaut, la mention "11 ans" correspond au groupe d'âge 10 à 12 ans, "13 ans" aux jeunes de 13 à 14 ans et "16 ans" aux jeunes de 15 à 17 ans.

**Figure IV.4. Fréquence (en %) de l'obésité et du surpoids, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

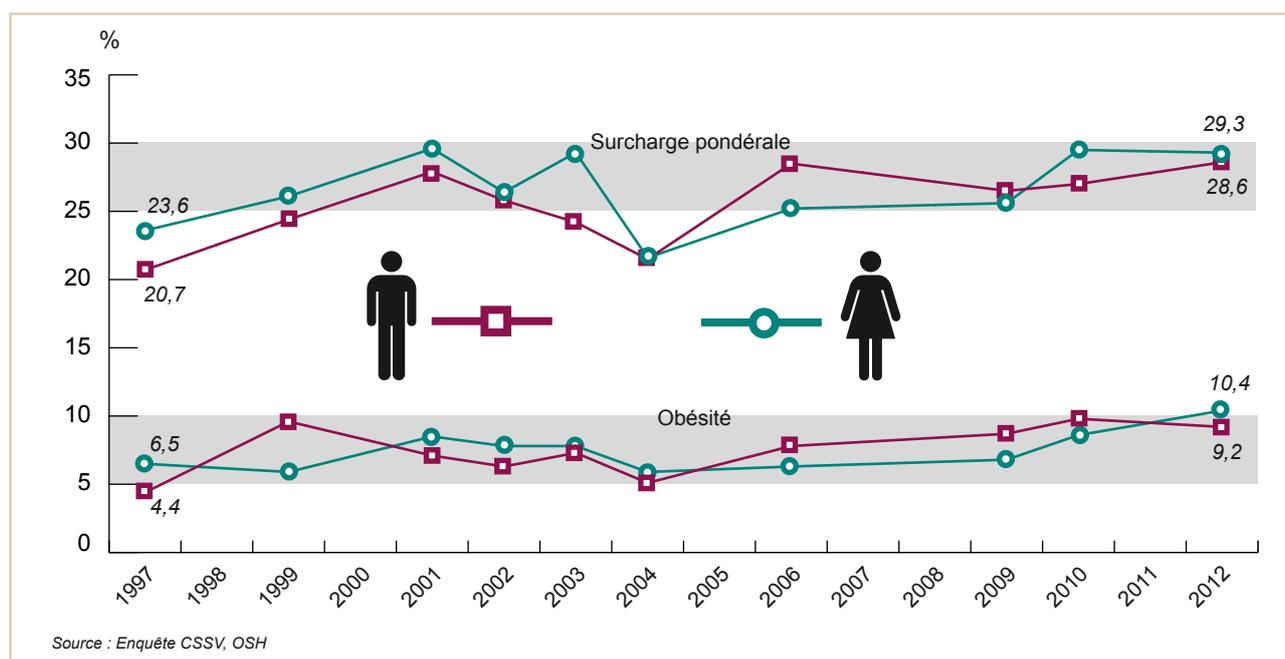


En 2012, le surpoids concernait 19 % des jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans, auquel il faut ajouter 10 % d'obésité. Au total, la surcharge pondérale touche 29 % des jeunes.

La fréquence de l'obésité ne varie pas en fonction des groupes d'âge et du sexe.

L'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) couvrant la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) rapporte des chiffres beaucoup plus bas, mais avec une méthode différente. En utilisant cette méthode, nous obtiendrions 5,3 % d'obèses pour l'ensemble de notre échantillon ce qui est proche des 5,1 % rapportés pour l'enseignement secondaire, mais plus élevé que les 3,2 % pour le primaire sur l'ensemble de la FWB. Pour le surpoids, les chiffres s'élèveraient à 20 % en Hainaut contre 9,4 % en primaire et 9,3 % en secondaire pour l'enquête HBSC en FWB, soit une prévalence nettement plus élevée du surpoids en Hainaut par rapport à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

**Figure IV.5. Evolution (en %) de l'obésité et de la surcharge pondérale (obésité+surpoids) selon le sexe, Hainaut, 2012**



▼  
 La figure ci-dessus montre une augmentation marquée de l'obésité au cours des 15 dernières années passant de 5,4 % en 1997 à 9,9 % en 2012. L'augmentation d'environ 3,5 % par an est significative et concerne tous les groupes d'âge. La surcharge pondérale, qui regroupe surpoids et obésité, évolue plus lentement (1,5 % par an).

## 3. Sédentarité et activité physique

Les recommandations internationales conseillent 30 minutes d'activité physique par jour chez l'adulte et 60 minutes chez les jeunes pour rester en bonne santé.

Selon l'OMS, la sédentarité serait considérée comme le quatrième facteur de risque de mortalité à l'échelle mondiale (6 % des décès), juste après l'hypertension (13 %), le tabagisme (9 %) et un taux élevé de glucose dans le sang (6 %).

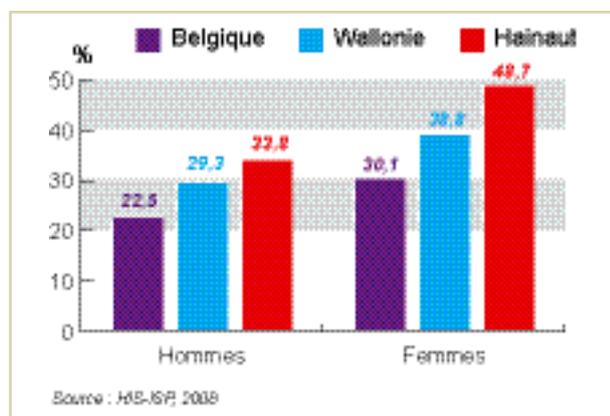
L'organisation relève également que 60 % de la population mondiale ne parvient pas à pratiquer un niveau d'exercice physique recommandé nécessaire pour apporter des bénéfices à sa santé. Elle met en cause, pour une certaine part, la pratique insuffisante d'un exercice physique au cours des loisirs et la prévalence accrue des comportements sédentaires au cours des activités domestiques ou professionnelles. L'OMS associe aussi cette baisse de l'exercice physique à une augmentation de l'utilisation des modes de transport "passifs".

L'estimation du niveau d'activité physique se heurte à des difficultés méthodologiques. Deux indicateurs de l'Enquête Nationale de Santé par Interview sont présentés ci-après :

- une répartition de la population en trois catégories selon ses activités de loisirs :
  - sédentarité (activité principale = lecture, loisirs audiovisuels...),
  - activité intermédiaire (moins de quatre heures par semaine d'activité modérée à intense),
  - activité intense (au moins quatre heures par semaine d'activité modérée à intense ou sport de compétition au moins une fois semaine) ;
- la proportion de personnes déclarant pratiquer au moins 30 minutes par jour d'activité physique modérée à intense.

### 3.1. Sédentarité chez l'adulte

Figure IV.6. Proportion (en %) de personnes se déclarant sédentaires (15 ans et plus), selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008



► Comme le montre la figure ci-contre, la proportion de personnes sédentaires se révèle supérieure en Hainaut au regard de la situation en Wallonie ou en Belgique. Les femmes se déclarent plus fréquemment sédentaires que les hommes. La proportion de personnes sédentaires évolue peu au cours du temps et la différence entre le Hainaut et les autres territoires reste stable d'une enquête à l'autre.

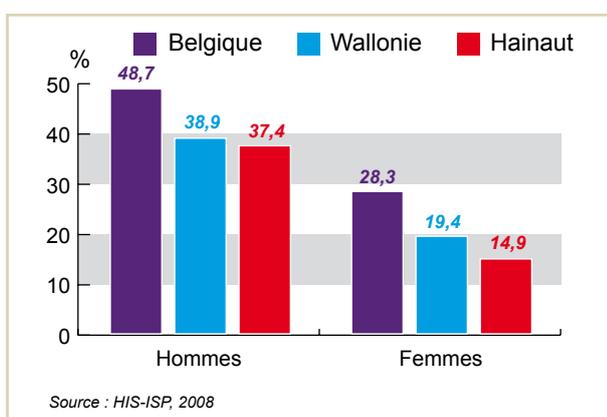
**Tableau IV.10. Répartition de la population (de 15 ans et plus) (%) selon son niveau déclaré d'activité physique de loisirs, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Activité intense	Activité intermédiaire	Sédentarité
Belgique	16,3	57,3	26,5
Wallonie	16,8	48,9	34,3
Hainaut	15,5	43,0	41,5

Source : HIS-ISP, 2008

▼  
L'activité intense (4 heures d'activité physique modérée à intense par semaine ou sport de compétition une fois par semaine) concerne environ une personne sur 6 en Belgique. Dans cette catégorie, on observe peu de différences selon le territoire envisagé et de variations au cours du temps. En revanche, la proportion d'hommes est 2 à 3 fois supérieure à celle des femmes pour ce niveau d'activité physique.

**Figure IV.7. 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, 2008**

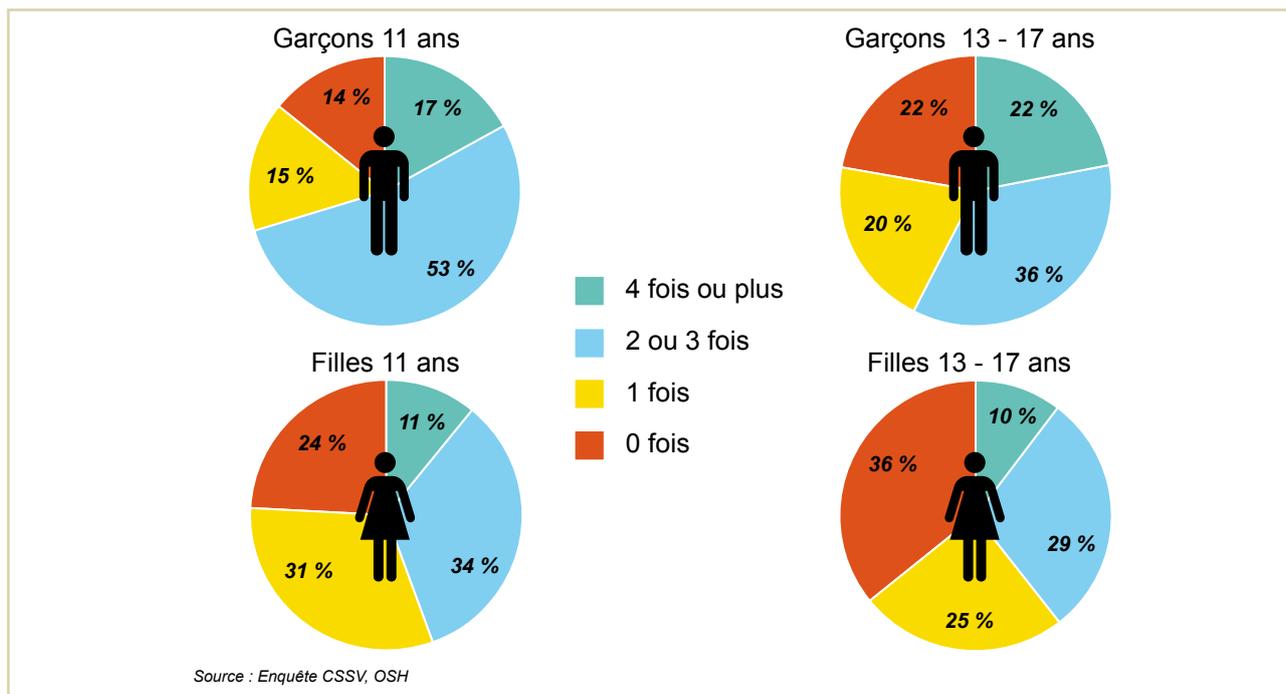


► En Hainaut, selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé 2008, 15 % des femmes et 37 % des hommes suivent la recommandation de pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour. C'est similaire à la Wallonie, mais inférieur à la Belgique. Entre 2001 et 2008, on assiste à une diminution (passant de 35 à 28 %) du nombre de personnes pratiquant 30 minutes par jour d'activité physique en Wallonie.

## 3.2. Jeunes et activité physique

Le cours de gymnastique à l'école est un élément important, particulièrement pour les jeunes qui pratiquent peu ou pas d'activité physique durant leurs loisirs. En 2012, 8,3 % des jeunes étaient dispensés de ce cours au moment de l'enquête. Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe ou de l'âge. Dans le primaire, on assiste à une forte diminution des dispenses entre 1997 (16 %) et 2006 (5 %) puis une augmentation progressive de leur fréquence à partir de 2009 pour atteindre 10 %. En secondaire, aucune tendance particulière ne se dégage.

**Figure IV.8. Fréquence (en %) de l'activité physique en dehors de l'école, la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**



▼  
Parmi les enfants de 10 à 12 ans, les garçons pratiquent plus fréquemment une activité physique en dehors de l'école que les filles. Ils sont 17 % à s'être adonnés quatre fois à une activité physique dans la semaine précédant l'enquête contre 11 % des filles. A l'inverse, l'absence d'activité concerne 14 % des garçons contre 24 % des filles.

Chez les 13 à 17 ans, l'écart fille-garçon se creuse davantage. On assiste à un accroissement de l'inactivité pour atteindre 22 % chez les garçons et 36 % chez les filles. La fréquence de l'activité physique quatre fois durant la semaine reste stable chez les filles (10 %) et augmente légèrement chez les garçons (22 %).

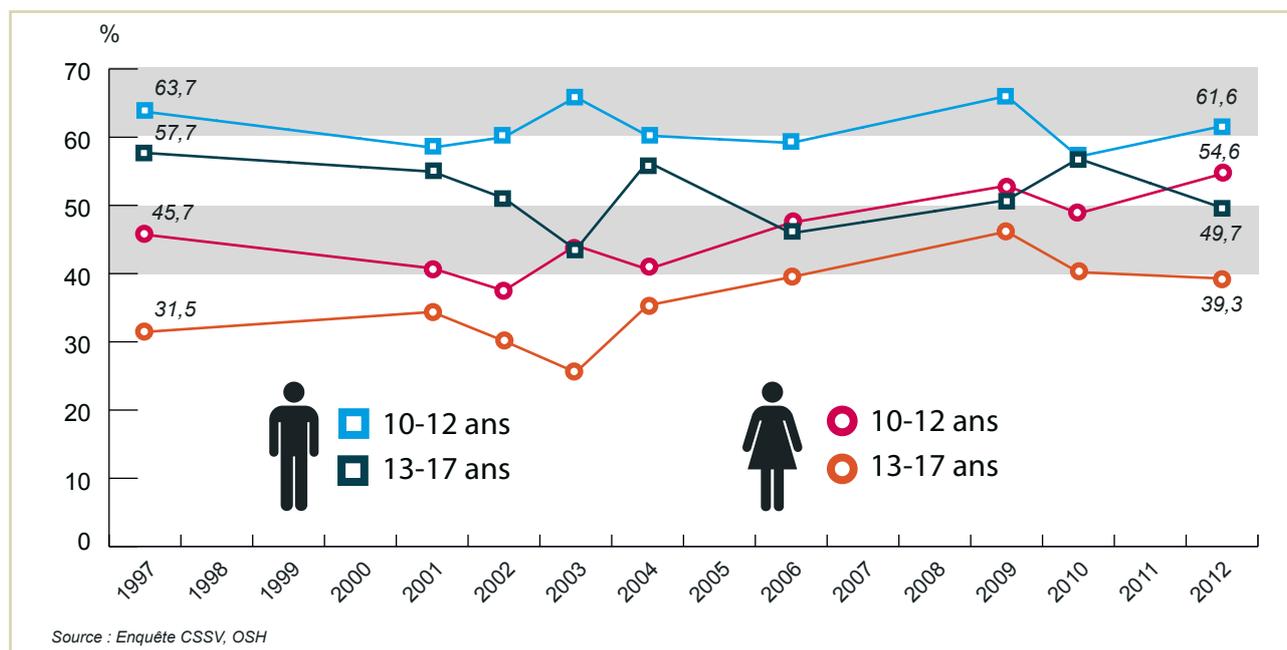
**Tableau IV.11. Affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

Garçons (%)			Filles (%)		
11 ans	13 ans	16 ans	11 ans	13 ans	16 ans
61,6	52,5	47,1	54,6	40,2	38,1

Source : Enquête CSSV, OSH

▼  
L'affiliation à un club sportif concerne environ un jeune sur 2 de notre échantillon. Elle diminue entre les 11 ans et les 13 ans et reste plus fréquente chez les garçons que chez les filles quel que soit l'âge.

**Figure IV.9. Evolution (en %) des affiliations déclarées à un club sportif selon l'âge et le sexe, Hainaut, 1997-2012**



▼  
De 1997 à 2012, le pourcentage d'affiliation à un club sportif baisse très légèrement (- 0,6 % par an) pour les garçons tandis que la proportion de filles affiliées augmente au cours du temps (de 1,8 % par an). Progressivement, on assiste à une diminution de la différence entre filles et garçons.

## 4. Alimentation

Comme le soulignait un rapport de l'OMS en 2004, "Un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires sont essentiels pour la santé et le bien-être. Les pénuries alimentaires et une alimentation peu variée engendrent la malnutrition et des maladies carencielles. L'excès de nourriture contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires, de diabètes, de cancers, de maladies dégénératives de l'œil, de l'obésité et de caries dentaires".

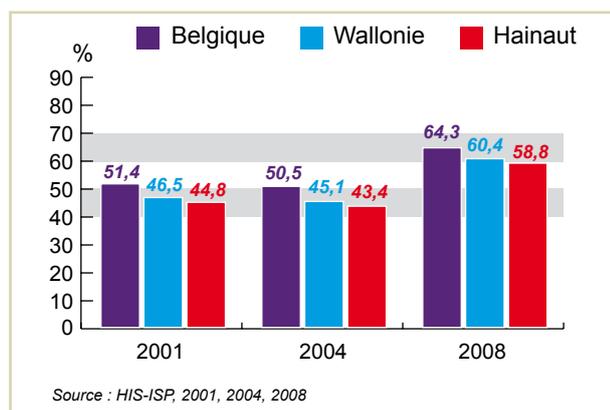
Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a vu le jour en 2006 et en est maintenant à sa seconde version (2011-2015). Ses objectifs sont de "réduire l'obésité et le surpoids dans la population, augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque, réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles". Les recommandations du plan opérationnel du PNNS sont traduites en termes de fréquence et de quantité journalière à consommer selon les différentes catégories d'aliments.

Ainsi, il est préconisé une consommation de :

- 1,5 litre d'eau par jour, soit 6 à 8 verres ;
- féculents à chaque repas en diversifiant sa consommation et en privilégiant les céréales complètes ;
- 400 grammes de fruits et légumes par jour, soit 3 portions de légumes et 2 portions de fruits ;
- 100 grammes de produits riches en protéines (viande, volaille, œuf, poisson) par jour dont du poisson une à deux fois par semaine ;
- 2 ou 3 rations de produits laitiers par jour pour les enfants et les adolescents ;
- 25 à 60 grammes de matière grasse par jour, en variant son origine et en privilégiant les matières grasses d'origine végétale ;
- maximum une à deux fois par semaine un snack sucré et maximum une à deux fois par semaine un snack salé.

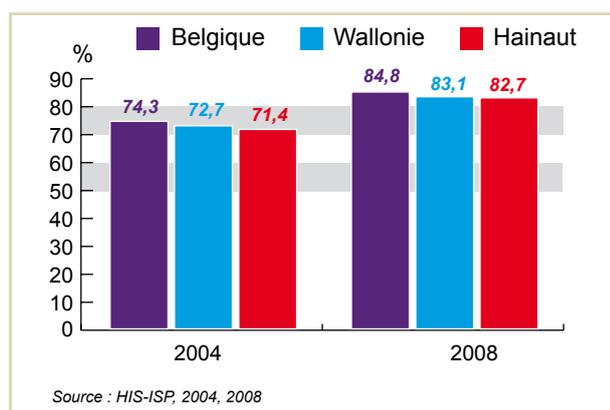
### 4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

Figure IV.10. Evolution (en %) de la proportion de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation quotidienne de fruits, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2008



► La fréquence de consommation quotidienne de fruits en Hainaut (59 %) est proche de celle de la Wallonie (60 %), mais inférieure à la moyenne belge (64 %). En Wallonie, les femmes sont plus nombreuses (65 %) que les hommes (56 %) à déclarer en consommer tous les jours. Entre 2004 et 2008, on assiste à un fort accroissement de la proportion de personnes qui déclarent manger des fruits tous les jours quel que soit le territoire envisagé. Si elle se confirme dans l'enquête 2013, cette augmentation serait un indicateur d'une amélioration des habitudes alimentaires de la population.

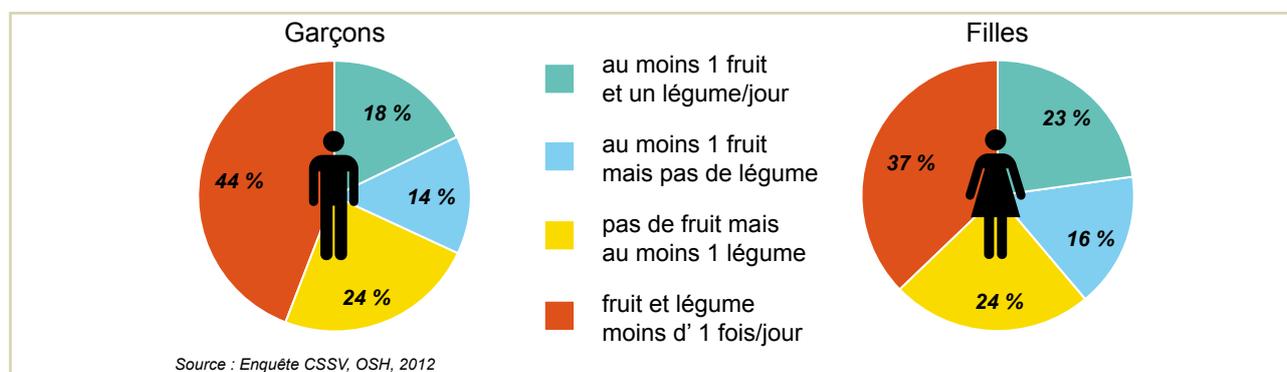
**Figure IV.11. Evolution (en %) de la proportion de personnes (15 ans et plus) déclarant une consommation quotidienne de légumes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2008**



► La consommation quotidienne de légumes ne diffère pas d'un territoire à l'autre. Elle est plus fréquente que celle de fruits et connaît également une augmentation en 2008. Ici aussi, les femmes (86 % en Wallonie) déclarent plus fréquemment que les hommes (80 %) une consommation quotidienne.

## 4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes

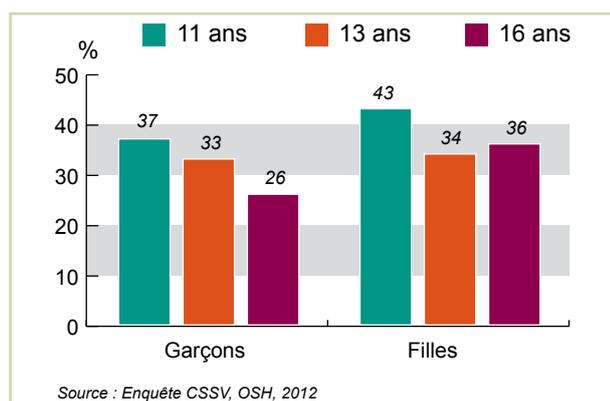
**Figure IV.12. Proportion (en %) de jeunes déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit et/ou un légume par jour, Hainaut, 2012**



Le PNNS recommande la consommation quotidienne de deux portions de fruits et trois portions de légumes. Seulement 18 % des garçons et 23 % des filles mangent tous les jours au moins un fruit et un légume. Ces proportions sont en augmentation depuis 2003 surtout pour les garçons qui n'étaient que 11 % à adopter ce comportement contre 22 % des filles.

En 2012, 44 % des jeunes déclaraient consommer des légumes au moins une fois par jour sans différence significative en fonction du sexe ou du groupe d'âge. De 2003 à 2012, la consommation de légumes a augmenté surtout chez les garçons passant de 29 à 43 % pour 43 à 46 % chez les filles.

**Figure IV.13. Proportion (en %) de jeunes déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit par jour, Hainaut, 2012**



► La consommation quotidienne de fruits concernait 32 % des garçons et 38 % des filles en 2012. Elle diminue avec l'âge comme le montre la figure ci-contre. De 2003 à 2012, la consommation de fruits augmente chez les garçons (de 27 à 32 %), mais pas chez les filles.

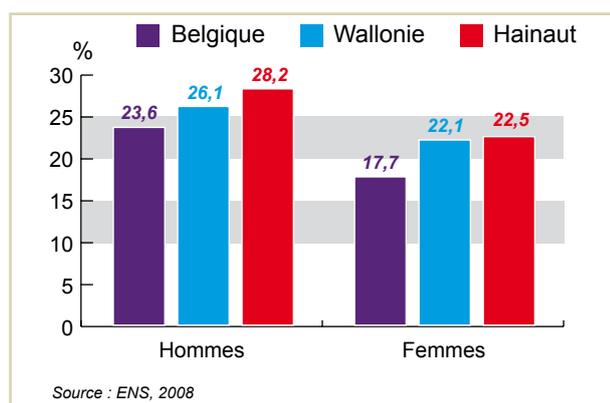
## 5. Consommation de tabac

La consommation de tabac entraîne rapidement une accoutumance à la nicotine. La fumée de tabac contient de nombreux produits toxiques responsables de problèmes de santé : maladies cardiovasculaires, cancers des voies respiratoires pour ne citer que les plus graves d'entre eux.

### 5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

La majorité des fumeurs commencent à fumer à l'adolescence. La proportion de fumeurs atteint son maximum entre 25 et 55 ans. Au-delà, on observe une diminution qui peut être attribuée à l'arrêt du tabagisme, mais également à une mortalité plus élevée dans la population des fumeurs.

**Figure IV.14. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être des fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

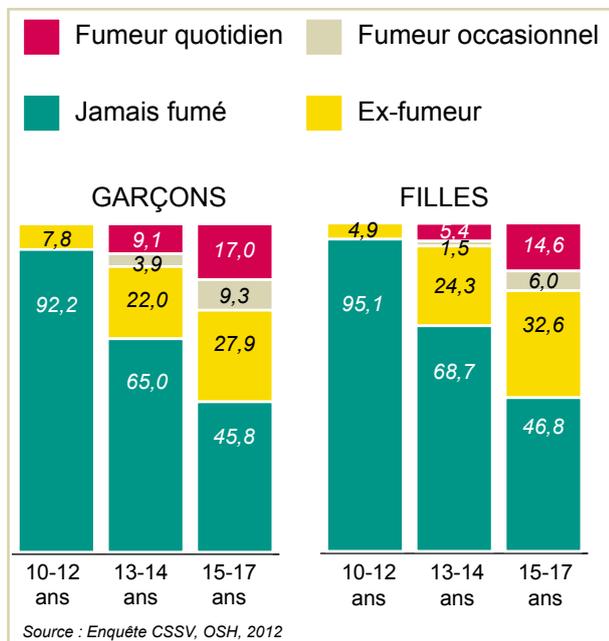


► En Hainaut, la fréquence du tabagisme est plus élevée qu'en Belgique et similaire pour son niveau et son évolution à celle de la Wallonie. En 2008, en Belgique, les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement que les femmes, mais cet écart se réduit au cours du temps si bien qu'en Wallonie, il ne se révèle plus significatif. La proportion de personnes se déclarant fumeurs quotidiens a diminué en dix ans chez les hommes, mais pas chez les femmes : en Wallonie, 35 % des hommes interrogés disaient fumer tous les jours en 1997 contre 26 % en 2008.

## 5.2. Tabagisme chez les jeunes

Dans le tableau suivant, la mention ex-fumeur correspond au jeune qui a déjà fumé, même si ce n'est qu'une seule cigarette, et qui ne fume plus au moment de l'enquête.

**Figure IV.15. Répartition (en %) des jeunes en fonction du statut tabagique, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

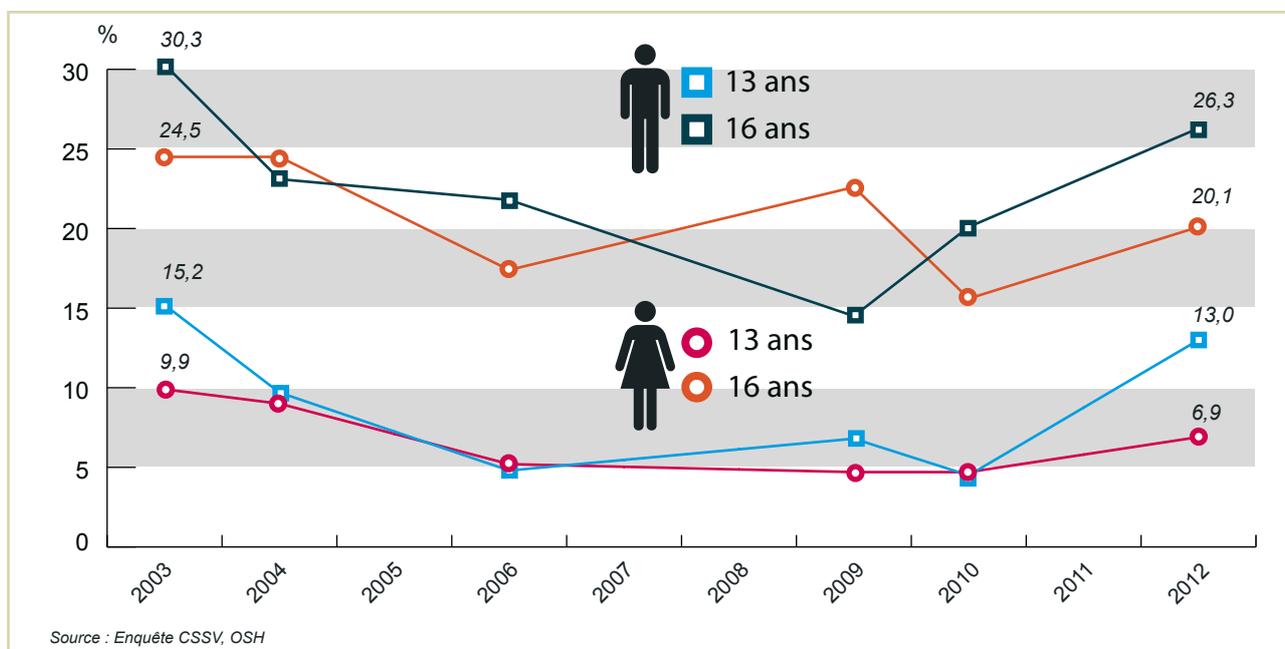


► Dans notre échantillon, aucun jeune de 10 à 12 ans ne se déclare fumeur au moment de l'enquête, mais 6 % ont déjà fumé au moins une cigarette. Entre 15 et 17 ans, un jeune sur 2 a déjà expérimenté la cigarette.

A 13-14 ans, 13 % des garçons et 7 % des filles déclarent fumer. Dans le groupe des 15-17 ans, 24 % des jeunes fument. A cet âge, les différences filles-garçons ne sont plus significatives. Parmi les fumeurs, 70 % fument quotidiennement.

Le tabagisme est influencé par les facteurs socio-économiques : il y a davantage de fumeurs dans l'enseignement de qualification, dans les foyers dont le père est travailleur peu qualifié et dans les familles recomposées.

**Figure IV.16. Evolution (en %) de la proportion de fumeurs occasionnels ou quotidiens, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2003-2012**



De 2003 à 2012, on assiste à une diminution du tabagisme de 2 % par an en moyenne. La remontée observée en 2012 peut être associée à une simple fluctuation ou une véritable tendance : l'enquête actuellement en cours pourra nous éclairer prochainement à ce sujet.

## 6. Consommation d'alcool

D'après l'OMS, "La consommation de boissons alcoolisées se révèle un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines dans de nombreuses parties du monde. 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".

Un aide-mémoire de l'OMS publié en février 2011 fait état de 2,5 millions de décès annuels liés à la consommation d'alcool dans le monde. D'autre part, 9 % de la mortalité chez les jeunes de 15 à 29 ans est attribuée à l'alcool. En Europe, l'alcool serait le deuxième facteur de risque de morbidité. Enfin, violence, maltraitance et absentéisme au travail sont quelques-uns des nombreux problèmes sociaux ou comportementaux associés à une consommation déraisonnable d'alcool.

### 6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

La consommation d'alcool fait partie des habitudes de la population. En 2008, 79 % des hommes et 70 % des femmes du Hainaut déclaraient avoir consommé de l'alcool durant les douze derniers mois. Ces proportions sont globalement comparables aux niveaux wallon et belge. La consommation d'alcool se révèle plus fréquente dans la tranche des 35 et 64 ans et dans les milieux bénéficiant d'un niveau d'études élevé. L'âge du premier verre se situe le plus souvent entre 15 et 20 ans.

**Tableau IV.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer chaque jour de l'alcool, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

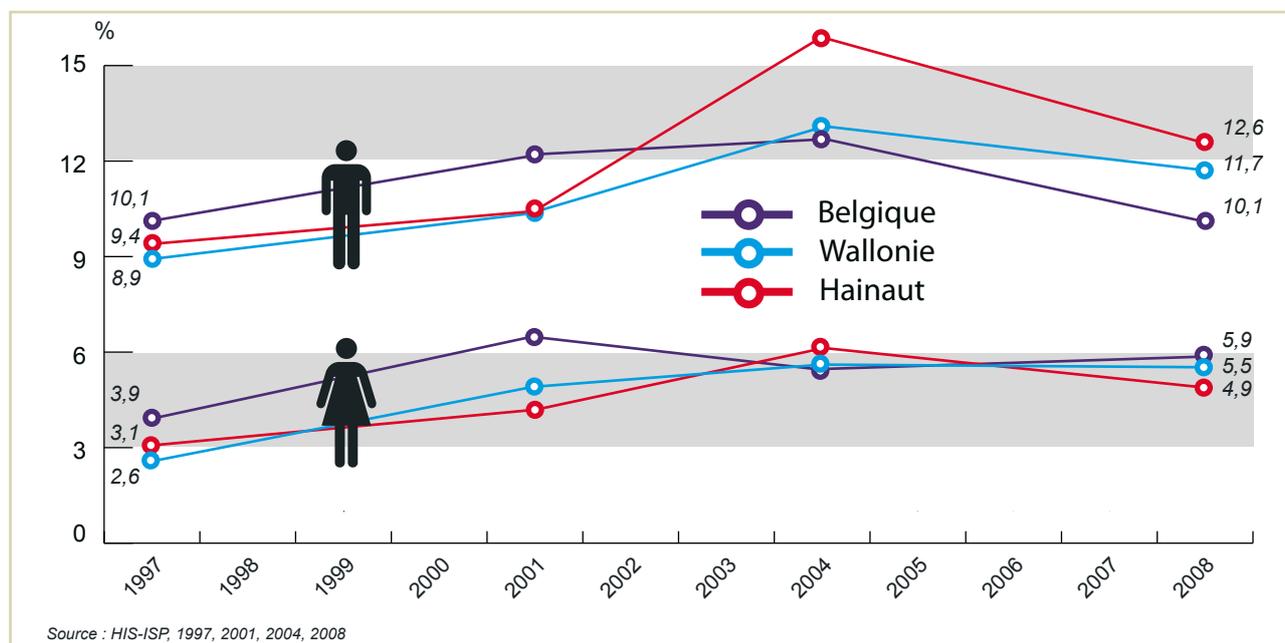
	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	15,6	8,8
Wallonie	17,8	10,1
Hainaut	19,3	10,7

Source : HIS-ISP, 2008

► La consommation quotidienne est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle augmente avec l'âge jusque 55 ans puis se stabilise à 32 % dans la population masculine et 20 % chez les femmes en Hainaut. La fréquence s'accroît également en fonction du niveau d'étude. Les résultats sont semblables pour les trois territoires. Pour des raisons méthodologiques, il est difficile d'apprécier l'évolution dans le temps de cet indicateur.

La surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire de 15 verres ou plus chez la femme et 22 verres ou plus chez l'homme.

**Figure IV.17. Evolution (en %) de la proportion de surconsommateurs (de 15 ans et plus) d'alcool (15 verres et plus chez les femmes, 22 verres et plus chez les hommes par semaine), selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2008**



En 2008, la surconsommation concernait 13 % des hommes et 5 % des femmes en Hainaut. On n'observe pas de différence selon le territoire ni selon le niveau de diplôme. La fréquence a augmenté entre 1997 et 2008.

L'hyperalcoholisation se définit comme une consommation de six verres ou plus en une seule occasion chez l'adulte et de cinq verres ou plus en une seule occasion chez le jeune.

**Tableau IV.13. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer 6 verres ou plus d'alcool en une seule occasion (hyperalcoholisation) au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Hommes (%)	Femmes (%)
Belgique	12,8	3,7
Wallonie	11,1	3,4
Hainaut	10,9	2,6

Source : HIS-ISP, 2008

► En Hainaut, 11 % des hommes et 3 % des femmes déclarent au moins un épisode d'hyperalcoholisation par semaine. La situation est comparable en Belgique et en Wallonie. L'hyperalcoholisation ne varie pas en fonction du niveau d'éducation. Elle connaît un premier pic chez les jeunes et un second entre 45 et 64 ans puis diminue chez les 65 ans et plus.

## 6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

**Tableau IV.14. Proportion (en %) de jeunes ayant déjà bu un verre entier d'alcool, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

	Garçons (%)	Filles (%)
10 - 12 ans	24,2	10,7
13 - 14 ans	55,7	47,1
15 - 17 ans	79,5	77,2

Source : Enquête CSSV, OSH, 2012

► Dans le groupe des 10-12 ans, 24 % des garçons et 11 % des filles ont déjà consommé au moins un verre entier d'alcool indiquant une initiation plus précoce des garçons à l'alcool. Les pourcentages s'accroissent avec l'âge pour atteindre presque 80 % entre 15 et 17 ans quel que soit le genre. Cette proportion paraît compatible avec celle rapportée par l'Enquête Nationale de Santé par Interview pour les 15 à 24 ans ayant consommé un verre d'alcool dans les 12 derniers mois (72 % en Wallonie).

**Tableau IV.15. Proportion (en %) de jeunes ayant déjà été ivres, au moins une fois dans leur vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

	Garçons (%)	Filles (%)
10 - 12 ans	5,9	1,2
13 - 14 ans	24,7	20,3
15 - 17 ans	48,8	47,5

Source : Enquête CSSV, OSH, 2012

► Parmi les jeunes ayant déjà bu de l'alcool au cours de leur vie, la proportion de ceux qui ont connu une ivresse alcoolique au moins une fois dans leur existence ne diffère pas significativement entre les filles et les garçons. Les différences entre genres observées ici chez les 10-12 ans sont davantage liées au fait d'avoir ou non consommé de l'alcool. A 16 ans, près d'un jeune sur 2 a déjà connu une ivresse alcoolique soit 61 % de ceux qui ont déjà consommé de l'alcool.

Le fait d'avoir connu plus de 10 épisodes d'ivresse au cours de leur existence concerne plus les garçons (3 % des 13-14 ans, 10 % des 15-17 ans) que les filles (1,5 % des 13-14 ans, 4 % des 15-17 ans) en 2012.

De 2004 à 2012, la proportion de jeunes ayant déjà été ivres ne change pas sauf pour les 10-12 ans où elle semblerait diminuer, mais le petit nombre de cas incite à la prudence dans l'interprétation des résultats.

**Tableau IV.16. Proportion (en %) de jeunes ayant déjà consommé 5 verres ou plus en une seule occasion dans les 30 jours précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012**

	Garçons (%)	Filles (%)
13 - 14 ans	22	18
15 - 17 ans	55	49

Source : Enquête CSSV, OSH, 2012

► En 2012, l'hyperlcoolisation (5 verres ou plus en une seule occasion) dans les 30 jours précédant l'enquête concerne près d'un jeune de 15 à 17 ans sur deux.

### **7. Bibliographie**

Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre de santé 2010. Evolutions récentes du tabagisme en France. Saint Denis : INPES ; 18 Oct 2010.

Bellavia A, Larsson SC, Bottai M, Wolk A, Orsini N. Fruit and vegetable consumption and all-cause mortality : A dose-response analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 26 Jun 2013 ; 98(2) : 454-9.

Billiet A. Les inégalités sociales de santé en Wallonie. *L'Observatoire* 2010 ; 65 : 20-4.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. *BMJ* 6 May 2000 ; 320(7244) : 1-6.

Canarelli T, Cadet-Tairou A, Palle C. Indicateurs de la morbidité et de la mortalité liées à l'alcool en France. *BEH* 2006 ; 34-35 : 252-5.

Centrale des crédits aux particuliers, Statistiques 2011. Bruxelles : Banque Nationale de Belgique ; Jan 2012.

Commission européenne. Le marché européen de l'emploi sous l'angle de l'évolution démographique. Commission européenne - Emploi & affaires sociales ; 2013.

Decant P, De Smet P, Favresse D, Godin I. La santé des élèves de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années primaires - Résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : SIPES ; Fév 2013

Demarest S. Accès aux soins de santé. Enquête de santé par interview. Belgique 2008. Rapport 4 – Santé et société (point 3). Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) ; 2010 : 48 p.

Desprès C, Daugnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*. Oct 2011 : 169 : 1-8.

Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. Paris : IRDES ; Avr 2012.

Favresse D, De Smet P, Godin I. La santé des élèves de l'enseignement secondaire : résultats de l'enquête HBSC 2010 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : SIPES ; Fév 2013.

Flegal KM, Kit BM, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories : A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2 Jan 2013 ; 309(1) : 71-82.

Fondation Roi Baudouin, SPF Intégration Sociale, Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. 10 ans - Rapport Général sur la Pauvreté - un large débat de société, Bozar, Bruxelles - 16 juin 2005 : Mémoire de 11 moments de dialogue. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin ; SPF Intégration Sociale ; Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme ; 2006.

Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. Enquête de Santé par Interview Belgique 2008. Rapport 2 - Style de vie et prévention. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) ; 2010.

Gourdin J-F. Influence du mode de recueil des données (données mesurées - données déclarées) et du choix des tables de croissances dans le calcul de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent. Enquête sur la santé des jeunes du Hainaut 2012. ULB – ESP ; 2013.

Institut National du Cancer (INCa). Surpoids, obésité et risque de cancers. Paris : INCa ; Jan 2013.

Jia H, Lubetkin EI. Trends in Quality-Adjusted Life-Years Lost Contributed by Smoking and Obesity. *Am J Prev Med*. 2010 ; 38(2) : 138-44.

Leitzmann MF, Park Y, Blair A, Ballard-Barbash R, Mouw T, Hollenbeck AR, et al. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Arch Intern Med*. 10 Dec 2007 ; 167(22) : 2453-60.

Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. Body Weight and Mortality among Women. *N Engl J Med.* 14 Sep 1995 ; 333(11) : 677-85

Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington de Gonzalez A, Park Y, Katki HA, et al. Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality : A Large Pooled Cohort Analysis. *PLoS Med.* 6 Nov 2012 ; 9(11) : e1001335 (14 p.).

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Genève : OMS ; 2003.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : OMS ; 2010.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) Media Centre. Obésité et surpoids. Aide-mémoire N° 311. Genève : OMS ; Mars 2013 ; 1-4.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La sédentarité: un problème de santé publique mondial. Genève : OMS ; 2013.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Statistiques sanitaires mondiales 2013. Genève : OMS ; Mai 2013.

Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, for the Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping : a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet.* 27 Oct 2012 ; Online : 1-9.

Sorensen TIA, Rissanen A, Korkeila M, Kaprio J. Intention to Lose Weight, Weight Changes, and 18-y Mortality in Overweight Individuals without Co-Morbidities. *PLoS Med.* 28 Jun 2005 ; 2(6) : 510-520.

Van den Brandt PA. The impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 1 Sep 2011 ; 94(3) : 913-20.

Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine R, (editors). Les inégalités sociales de santé en Belgique. Louvain-la-Neuve : Academia ; 2010.

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.* 8 Jan 2011 ; 1-7.

Wathieu V, Massot C, Tellier V, Vanlierde A, Berghmans L, Bielen Frédéric. Carnet de bord de la santé 2010. Havré : Observatoire de la Santé du Hainaut ; 2010.

Wilkinson RG, Marmot MG. Les Déterminants Sociaux de la Santé - Les Faits (deuxième édition). Copenhagen : OMS, Bureau Régional pour l'Europe ; 2004.

Wilmot EG, Edwardson CL, Achana FA, Davies MJ, Gorely T, Gray LJ, et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death : systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* Nov 2012 ; 55(11) : 2895-905.

World Health Organization (WHO). Global Health Risks - Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genève : WHO ; 2009.

World Health Organization (WHO). WHO Global Report - Mortality attributable to tobacco. Genève : WHO ; 2012.



# Chapitre 5

## Offre et consommation de soins

### • Faits marquants

• **L'offre hospitalière supérieure à la moyenne nationale :** avec 5,5 lits pour 1 000 habitants dans les hôpitaux généraux et universitaires, le Hainaut est mieux doté que la Wallonie (4,5) ou la Belgique (4,7). Il existe de fortes différences entre les arrondissements concernant la densité hospitalière. Pour les lits psychiatriques, le Hainaut (1,2 lits pour 1 000 habitants) est proche des moyennes wallonne et belge.

• **Une meilleure capacité d'accueil des personnes âgées en maison de repos :** par rapport à sa population, tant pour les lits MR (maison de repos, 52 lits pour 1 000 habitants) que MRS (maison de repos et de soins, 38 lits pour 1 000 habitants), le Hainaut dispose d'un peu plus de places d'accueil que la Wallonie ou la Belgique.

• **Un médecin généraliste pour 700 habitants :** avec un médecin pour 696 habitants, le Hainaut dispose de moins de généralistes que la Wallonie (un pour 586 habitants) ou la Belgique (un pour 606 habitants). Parmi ces médecins généralistes, seuls 66 % font de la médecine générale leur activité principale. La moitié des généralistes du Hainaut sont âgés de 55 ans et plus. Par conséquent, le nombre de médecins généralistes en activité va diminuer dans les prochaines années.

• **Les visites à domicile en baisse, les consultations chez le généraliste en hausse :** les visites à domicile passent de 2,7 par an et par habitant en 1997 à 1,7 en 2012. Cette diminution n'est que partiellement compensée par une augmentation du nombre de consultations au cabinet du médecin généraliste qui atteignent 2,1 par an et par habitant en 1997 et 2,5 en 2012. Malgré cette évolution, les visites à domicile restent plus fréquentes en Hainaut qu'en Belgique. A l'inverse, les consultations y sont moins nombreuses.

• **Davantage de consultations chez le spécialiste par rapport à la moyenne belge :** avec 2,4 contacts par an et par habitant, les Hainuyers consultent plus le spécialiste que le Belge moyen (2,1).

• **Une moindre densité de dentistes en Hainaut :** avec 737 dentistes installés (soit un pour 1 795 habitants), le Hainaut compte moins de ces professionnels que la Wallonie (un pour 1 355 habitants) ou la Belgique (un pour 1 227).

- **Plus de personnes se rendent chez le dentiste :** de 2004 à 2008, la proportion de personnes déclarant au moins une visite chez le dentiste dans l'année passe de 39 à 53 %.

- **Des hospitalisations plus fréquentes en Hainaut :** avec 174 admissions pour 1 000 habitants, le Hainaut connaît plus d'hospitalisations que la Wallonie (163) ou la Belgique (160). Les trois principales causes d'hospitalisation sont les problèmes liés au système musculaire et au tissu conjonctif, les maladies cardiovasculaires et les troubles digestifs.

- **Une importante hausse de la consommation de médicaments :** le nombre de doses journalières remboursées par l'INAMI pour 1 000 habitants passe de 747 en 1998 à 1 393 en 2012. En 2008, une personne sur 2 a déclaré avoir pris récemment des médicaments prescrits. La situation est comparable en Wallonie et en Belgique. La prise de médicaments non prescrits concerne 13 % des Hainuyers, soit nettement moins que les Wallons et les Belges (22 %). Davantage de femmes que d'hommes consomment des médicaments.

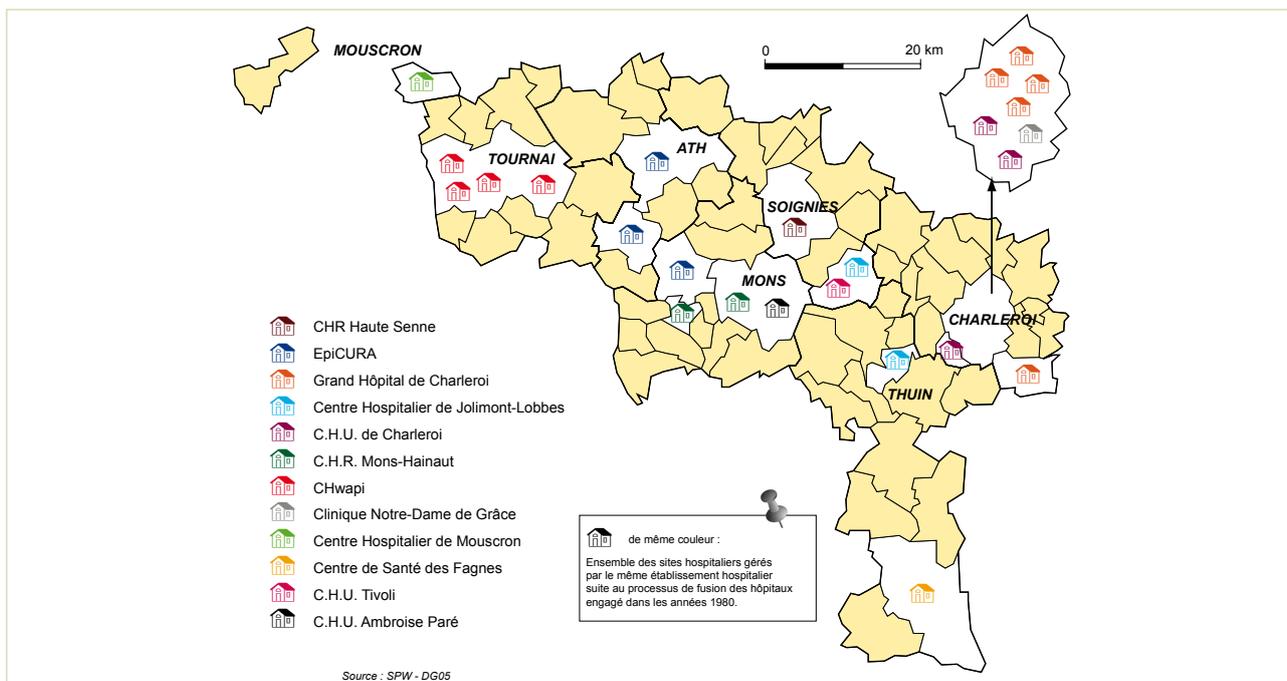
- **Un niveau stable de vaccination contre la grippe :** en 2012, après un pic en 2009 suite à l'épidémie de grippe A H1N1, le niveau de vaccination est revenu à son niveau de 2006 (13 vaccins remboursés pour 100 habitants).

## 1. Offre de soins

### 1.1. Structures hospitalières

Depuis plusieurs années, le paysage du secteur hospitalier a fortement été modifié tant par la volonté de rénover les structures existantes que de réduire les coûts. Les nombreuses fusions et collaborations ou associations d'hôpitaux mises en place visent à assurer l'optimisation de plateaux de haute technologie et des soins de qualité à l'attention de la population.

**Carte V.1. Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, Hainaut, 2013**



La densité de lits d'hôpitaux ou de maison de repos est le nombre de lits divisé par la population multiplié par 1 000.

**Tableau V.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2013**

		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		51 756	4,69	15 353	1,39
Wallonie		16 040	4,52	4 305	1,21
Hainaut		7 266	5,49	1 553	1,17
ARRONDISSEMENTS	Ath	236	2,78	0	0,00
	Charleroi	2 756	6,43	342	0,80
	Mons	1 486	5,84	445	1,75
	Mouscron	355	4,80	0	0,00
	Soignies	1 330	7,18	0	0,00
	Thuin	278	1,85	0	0,00
	Tournai	825	5,66	766	5,25

Source : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
DG Organisation des Etablissements de Soins

Depuis 2004, le nombre de lits en hôpital général/universitaire a augmenté de 204 unités en province du Hainaut, soit 2,8 % de lits en plus contre 0,8 % de capacité supplémentaire en Belgique sur la même période. Ainsi, la densité de lits pour 1 000 habitants en Hainaut (5,49) est restée stable tandis qu'elle diminue en Belgique (4,90 en 2004 contre 4,69 actuellement).

Les lits en hôpitaux psychiatriques diminuent de 11,5 % entre 2004 et 2013, soit une réduction de 202 lits dans les institutions hainuyères. Cette tendance est également observée en Belgique.

**Tableau V.2. Equipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2013**

	Belgique	Wallonie	Hainaut
SMUR*	97	39	17
Scanner	160	50	22
RMN	78	23	10
Radiothérapie	34	10	6
Centre de dialyse	54	20	9

Source : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
DG Organisation des Etablissements de Soins

\* Un véhicule SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est équipé d'appareils de réanimation répondant à des normes précises et disposant toujours d'un médecin urgentiste à bord.

Les hôpitaux généraux du Hainaut rassemblent 17 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) dont 11 fonctionnent en alternance avec un ou 2 établissements.

Au niveau des appareillages d'imagerie médicale, on relève officiellement 22 scanners et 10 installations de résonance magnétique nucléaire (RMN) dont la majorité se concentre à Charleroi.

La radiothérapie est réalisée dans 6 établissements. Enfin, 9 structures hospitalières, la plupart basées à Mons, Tournai, Charleroi et La Louvière, sont répertoriées comme centres de dialyse par le SPF Santé publique.

## 1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins

**Tableau V.3. Nombre et densité de lits de MR et MRS, Belgique - Wallonie - Hainaut, janvier 2013 (population au 1<sup>er</sup> janvier 2012)**

		Lits MR		Lits MRS		Lits MR + MRS
		Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Nombre	Densité pour 1 000 habitants de 65 ans et +	Total
Belgique		63 092	32,8	69 217	36,0	132 309
Wallonie		26 932	45,6	20 787	35,2	47 719
Hainaut		11 443	51,7	8 353	37,7	19 796
ARRONDISSEMENTS	Ath	714	50,1	418	29,3	1 132
	Charleroi	2 959	41,9	2 319	32,8	5 278
	Mons	2 085	50,3	1 621	39,1	3 706
	Mouscron	1 049	79,0	773	58,2	1 822
	Soignies	1 148	37,8	1 185	39,0	2 333
	Thuin	1 483	56,7	1 007	38,5	2 490
	Tournai	2 005	79,5	1 030	40,8	3 035

Source : INAMI, SPF Economie - DGSIE

La Wallonie recense 623 maisons de repos, se partageant un total de 47 719 lits dont 20 787 sont agréés en repos et soins. Plus de 41 % de ces lits se situent en province du Hainaut.

Tant en Hainaut qu'en Wallonie, la proportion de lits MRS dans les maisons de repos est passée d'environ 30 % en 2004 à plus de 40 % en 2013 ; elle dépasse même les 50 % au niveau national.

Avec 38 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, le Hainaut compte plus de lits MRS que la Wallonie (35) ou la Belgique (36). Il y a dix ans, on recensait respectivement 27 et 24 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus en Hainaut et en Wallonie.

C'est dans l'arrondissement de Mouscron que l'on observe la plus forte densité de lits MRS (58 pour 1 000 habitants de 65 ans et plus) tandis que l'arrondissement d'Ath n'en compte que 29 soit une densité de 22 % inférieure à la moyenne hainuyère.

## 1.3. Médecins

Connaitre le nombre de professionnels de la santé en activité en Belgique n'est pas chose aisée. Le SPF Santé met en place un cadastre des professionnels de la santé. Le couplage avec les informations provenant de l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) et de l'INAMI est en cours. Pour pouvoir suivre l'évolution du nombre de prestataires, nous avons choisi de continuer à présenter les données provenant de l'INAMI.

Le lieu où l'INAMI enregistre un prestataire de soins est celui de l'adresse de contact fournie par ce dernier. Cette adresse peut être différente du lieu où la personne exerce. Ceci est particulièrement vrai pour les médecins spécialistes qui travaillent parfois dans un ou plusieurs hôpitaux situés dans une province (voire région) différente de celle de leur résidence.

Les médecins sont répertoriés à l'INAMI si leur activité a donné lieu à au moins un remboursement au cours des deux dernières années. Ce critère très peu restrictif contribue à surestimer l'offre de soins.

La densité de prestataires peut s'exprimer de deux manières : le nombre d'habitants par prestataire de soins ou, à l'inverse, le rapport entre le nombre de prestataires et la population totale multiplié par 10 000.

### 1.3.1. Médecins généralistes

**Tableau V.4. Nombre de médecins généralistes et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 31 décembre 2012**

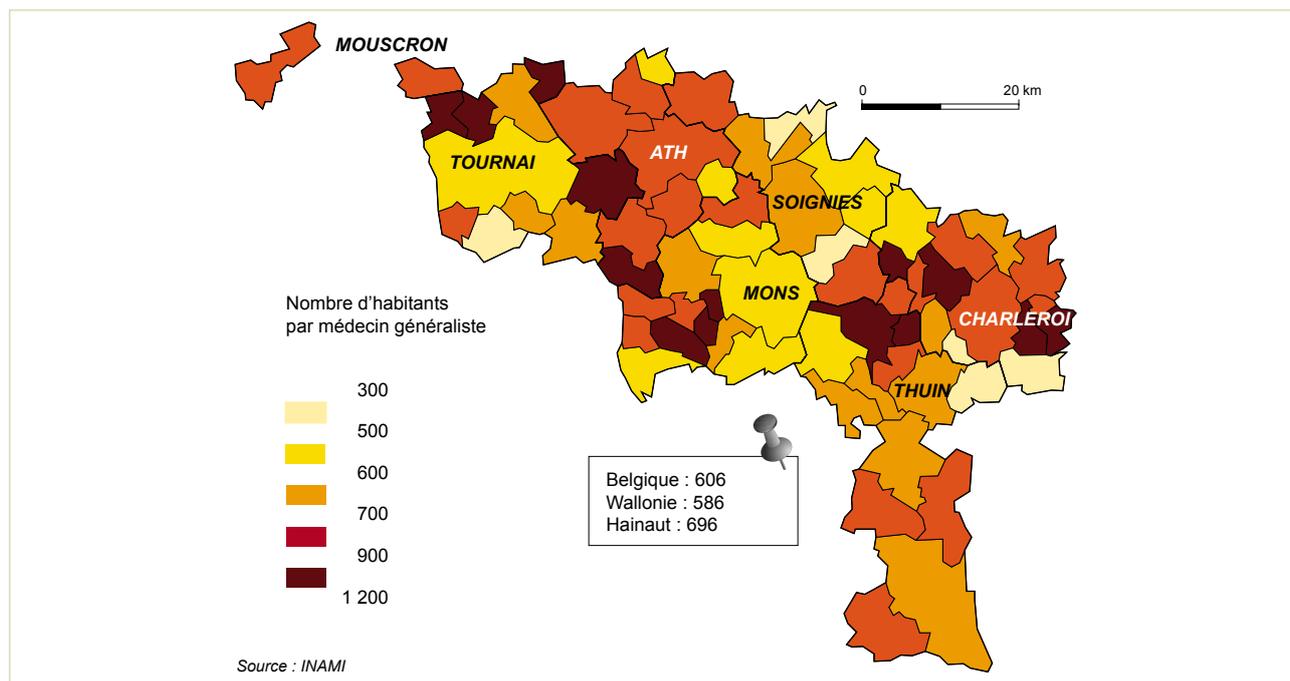
		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par médecin généraliste
		Hommes	Femmes	Total	
Belgique		10 896	7 317	18 213	606
Wallonie		3 620	2 429	6 049	586
Hainaut		1 206	695	1 901	696
ARRONDISSEMENTS	Ath	73	38	111	765
	Charleroi	357	207	564	760
	Mons	239	162	401	634
	Mouscron	68	29	97	762
	Soignies	171	116	287	645
	Thuin	142	70	212	709
	Tournai	156	73	229	637

Source : INAMI

Fin 2012, on recense 1 901 médecins généralistes en province du Hainaut, 6 049 en Wallonie et 18 213 en Belgique. Ceci correspond à un médecin généraliste pour environ 700 habitants en Hainaut contre environ 600 habitants en Wallonie et en Belgique. A l'intérieur de la province, les densités médicales les plus élevées se retrouvent dans les arrondissements de Mons et Tournai avec respectivement un médecin pour 634 et 637 habitants. A l'inverse, les arrondissements d'Ath et de Mouscron ne comptent qu'un médecin pour respectivement 765 et 762 habitants.

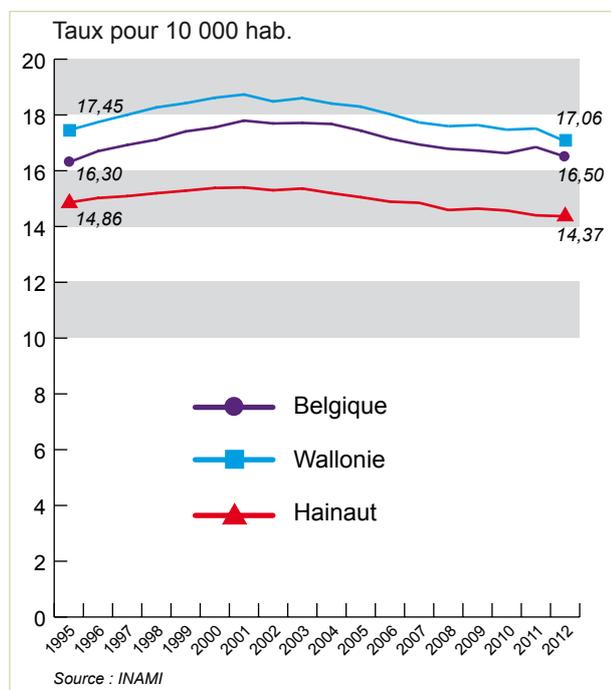
Parmi les 1 901 médecins généralistes du Hainaut, seuls 66 % réalisent un minimum de 500 contacts patients par an. Les autres n'ont qu'une activité réduite en médecine générale.

**Carte V.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, par commune, 31 décembre 2012**



▼ C'est dans les communes de Gerpinnes (360 habitants par généraliste) et Montigny-le-Tilleul (375) que la densité médicale se révèle la plus forte. A l'opposé, on ne compte qu'un médecin généraliste pour 1 193 habitants à Mont-de-l'Enclus et 1 110 à Pecq.

**Figure V.1. Evolution de la densité de médecins généralistes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1995-2012**

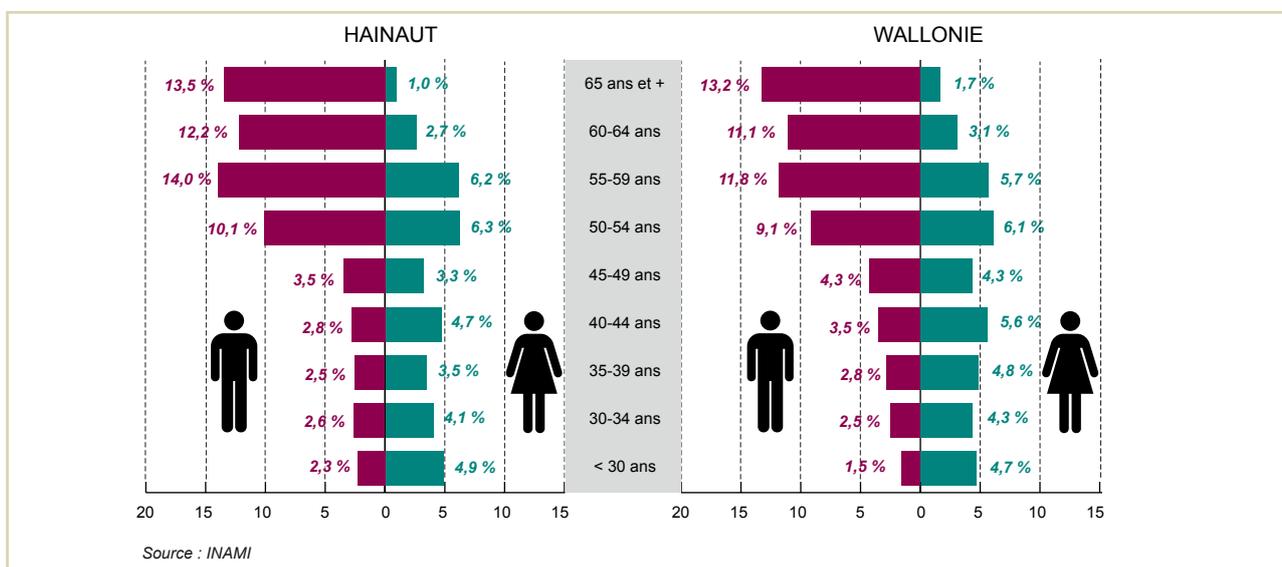


► La densité de médecins généralistes évolue lentement. Elle passe par un maximum au début des années 2000 pour diminuer ensuite. En Hainaut, elle demeure plus faible par rapport à la Belgique ou la Wallonie : en 2012, l'écart est de 13 % par rapport à la densité nationale et de 16 % par rapport à la Wallonie.

Du côté des besoins, l'accroissement du nombre de personnes âgées, plus consommatrices de soins, et la situation sociale et sanitaire défavorable du Hainaut laissent supposer des demandes accrues pour cette population.

La "pyramide des âges" des médecins généralistes est une représentation graphique qui permet de visualiser tant le vieillissement que le renouvellement et la féminisation des prestataires.

**Figure V.2. Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut - Wallonie, 31 décembre 2012**

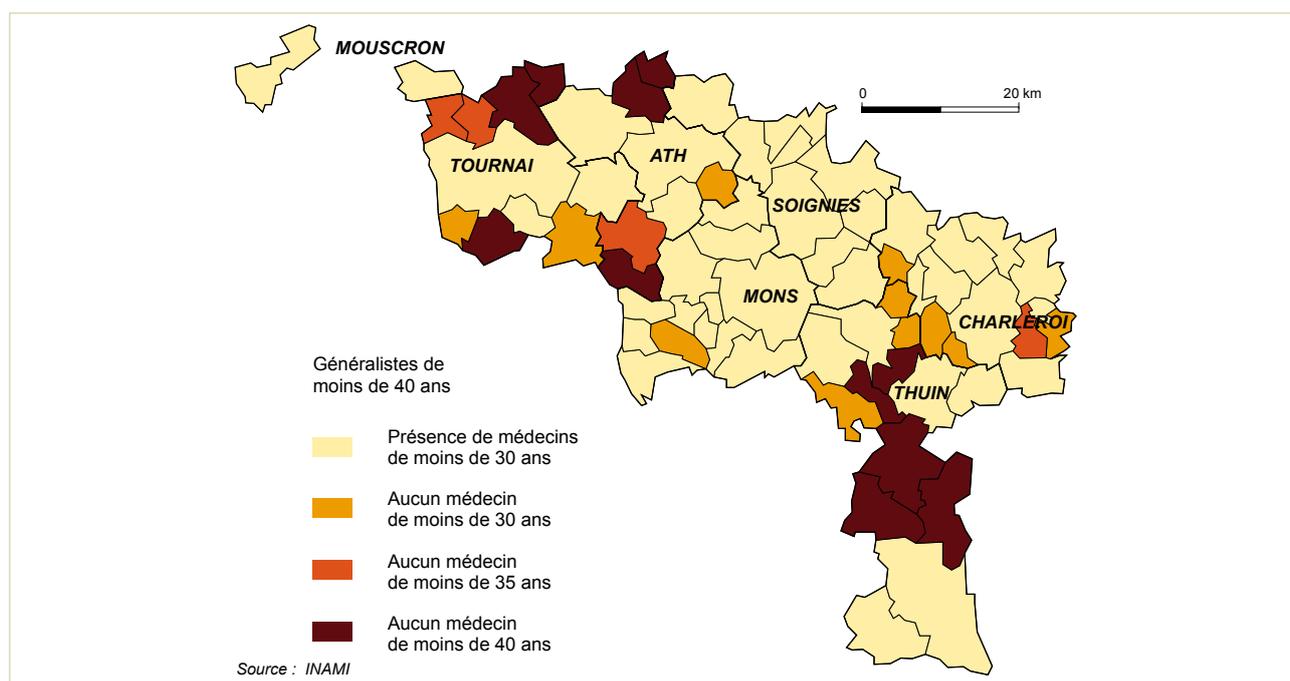


En Hainaut, les médecins âgés de plus de 55 ans constituent 49,6 % de l'ensemble des généralistes pour 46,5 % en Wallonie et 43,1 % en Belgique. Ces proportions ont pratiquement doublé depuis 2003. Une part non négligeable de médecins de 65 ans et plus n'ont plus qu'une activité réduite. Leur présence dans les statistiques contribue à surestimer l'offre médicale.

L'âge médian des médecins généralistes du Hainaut se situe actuellement dans la tranche des 50-54 ans comme en Wallonie et en Belgique. D'autre part, si 30,5 % des généralistes belges sont âgés de moins de 40 ans, ils sont seulement 20,7 et 19,8 %, respectivement en Wallonie et en Hainaut.

Sur ces différents territoires, les femmes représentent plus de 60 % des médecins généralistes de moins de 40 ans.

**Carte V.3. Distribution des médecins généralistes de moins de 40 ans, selon l'âge, Hainaut, par commune, 31 décembre 2012**



La carte ci-dessus nous apprend que 11 communes (contre 5 début 2004) ne comptent aucun généraliste de moins de 40 ans : il s'agit d'entités situées dans l'arrondissement de Thuin et en Wallonie picarde. Quant aux moins de 35 ans, ils sont absents des communes de Pecq, Estaimpuis, Beloeil et Châtelet.

Le vieillissement de la population combiné au départ à la retraite de nombreux médecins risque de provoquer dans les années à venir une baisse de l'offre médicale et un problème d'accès aux soins dans les zones où les jeunes généralistes ne viennent pas s'installer. Il sera utile de vérifier si les mesures favorisant l'installation dans les zones faiblement desservies (plan Impulseo) portent leurs fruits.

## 1.3.2. Médecins spécialistes

Pour rappel, à l'image des informations concernant les médecins généralistes, l'INAMI ne permet pas la distinction entre l'adresse privée et celle de la pratique ainsi que la part du travail hospitalier et ambulatoire. Il est donc difficile d'estimer l'impact réel de différences de densité médicale sur l'offre de soins.

**Tableau V.5. Nombre de médecins spécialistes et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

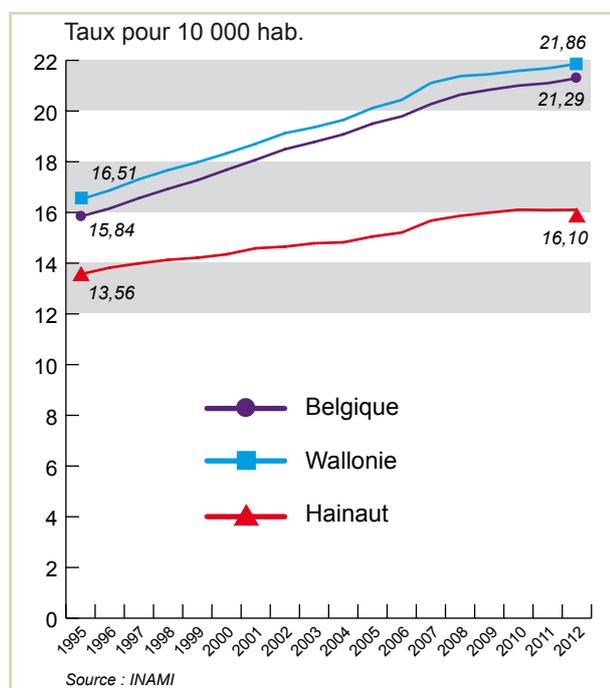
	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par médecin spécialiste
Belgique	14 654	8 846	23 500	470
Wallonie	4 880	2 872	7 752	457
Hainaut	1 396	735	2 131	621

Source : INAMI

Fin 2012, la densité de médecins spécialistes en Wallonie (un médecin pour 457 Wallons) reste, comme dix ans auparavant, supérieure à celle de la Belgique (un prestataire pour 470 Belges). En Hainaut, on observe un médecin spécialiste pour 621 habitants, soit une densité 32 % inférieure à celle de la Belgique et 36 % inférieure à la Wallonie.

Selon l'INAMI, 88,2 % des médecins spécialistes hainuyers sont conventionnés contre 80,5 % en Wallonie et 76,7 % en Belgique.

**Figure V.3. Evolution de la densité des médecins spécialistes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**



► Contrairement au généraliste, la densité médicale des spécialistes augmente progressivement sur l'ensemble du pays. A l'image de la situation des médecins généralistes, la densité de médecins spécialistes installés en province du Hainaut apparaît plus faible que pour l'ensemble de la Belgique ou de la Wallonie. Comme le nombre de spécialistes croît moins vite en Hainaut que dans le reste du pays, l'écart par rapport à la Belgique et à la Wallonie ne cesse de s'accroître. En 1995, cet écart représentait respectivement 17 % et 21 % contre 32 % et 36 % en 2012. +

Le vieillissement des médecins spécialistes se révèle plus important dans le Hainaut qu'en Wallonie et en Belgique : les médecins âgés de plus de 55 ans constituent respectivement 46,2 %, 41,2 % et 38,5 % de l'ensemble des spécialistes. Si cette proportion a fortement augmenté (d'environ 55 %) en Belgique depuis 2003, elle ne représente qu'un accroissement plus faible en Hainaut (+ 8 %).

L'âge médian des spécialistes tant en Hainaut, qu'en Wallonie ou en Belgique se situe dans la tranche des 50-54 ans. D'autre part, si les femmes représentent 57 % des médecins spécialistes de moins de 40 ans en Wallonie et en Hainaut, cette proportion monte à 60 % au niveau national.

Quatre spécialités sont abordées en détail dans la suite du chapitre : gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie et anesthésiologie.

## • Gynécologues

La densité de gynécologues est calculée par rapport au nombre de femmes de 15 ans et plus.

**Tableau V.6. Nombre de gynécologues et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
Belgique	827	700	1 527	3 082
Wallonie	287	242	529	2 863
Hainaut	96	71	167	3 406

Source : INAMI

▼  
La densité de gynécologues recensés par l'INAMI en Hainaut rapportée à la population féminine âgée de 15 ans et plus apparaît respectivement 16 et 10 % plus faible qu'en Wallonie ou en Belgique.

76 % des gynécologues belges de moins de 40 ans sont des femmes contre 74 % en Wallonie et 63 % en province du Hainaut.

Le vieillissement commence à toucher cette spécialité en Hainaut puisqu'en 2012, 46 % des gynécologues y étaient âgés de 55 ans et plus contre 43 % en Wallonie et 41 % globalement en Belgique.

Selon l'INAMI, à peine 49 % des gynécologues belges et 53 % des professionnels wallons sont conventionnés contre 72 % des prestataires installés en Hainaut.

## • Pédiatres

Si, globalement, il n'existe pas de pénurie de pédiatres en Belgique, les services hospitaliers pédiatriques sont, quant à eux, souvent confrontés à un manque de professionnels : en cause, la pénibilité et les responsabilités de la tâche (précocité vitale du diagnostic) alliées à une faible attractivité financière poussant le professionnel à préférer s'installer en cabinet privé.

La densité de pédiatres est calculée par rapport au nombre d'enfants de moins de 15 ans.

**Tableau V.7. Nombre de pédiatres et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
Belgique	636	988	1 624	1 154
Wallonie	230	328	558	1 122
Hainaut	59	75	134	1 747

Source : INAMI



En Hainaut, le nombre de pédiatres rapporté à la population d'enfants de moins de 15 ans apparaît plus faible qu'en Belgique et en Wallonie, les écarts étant respectivement de 34 et 36 %.

Comme dans beaucoup de spécialités, la pédiatrie continue de se féminiser puisque 61 % des professionnels sont des femmes en Belgique, 59 % en Wallonie et 56 % en Hainaut. Voici dix ans, elles représentaient 50 % des pédiatres en Belgique et 40 % en Hainaut. La féminisation concerne 97 % des pédiatres hainuyers de moins de 40 ans contre 82 % en Wallonie et au niveau national.

Les pédiatres hainuyers sont plus âgés que les prestataires wallons ou belges : 52 % ont 55 ans et plus contre 43 % en Wallonie et 39 % en Belgique. L'âge moyen des pédiatres se situe dans la tranche 50-54 ans en province du Hainaut et dans celle des 45-49 ans en Wallonie et en Belgique.

Selon l'INAMI, 95 % des pédiatres hainuyers étaient conventionnés en 2012 contre 88 % en Wallonie et 89 % en Belgique.

## • Ophtalmologues

Prendre un rendez-vous chez un ophtalmologue implique souvent de longs délais d'attente. Selon l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en ophtalmologie et en chirurgie oculaire, cette attente provient de plusieurs facteurs dont la féminisation accrue des prestataires s'accompagnant de plus en plus d'une réduction du temps de travail pour raisons familiales. D'autre part, la patientèle est souvent âgée et souffre donc de pathologies chroniques nécessitant un suivi et des rendez-vous plus réguliers ce qui se répercute alors sur l'agenda et les disponibilités du prestataire. Enfin, vu les délais d'attente encore plus longs dans les pays limitrophes, on observe souvent des patients français ou hollandais se pressant aux portes des cabinets d'ophtalmologues belges exerçant à la frontière.

**Tableau V.8. Nombre d'ophtalmologues et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par ophtalmologue
Belgique	463	651	1 114	9 907
Wallonie	133	183	316	11 223
Hainaut	35	40	75	17 643

Source : INAMI



En Belgique et en Wallonie, on recense environ un ophtalmologue pour respectivement 9 907 et 11 223 habitants contre seulement un pour 17 643 habitants en Hainaut. Les chiffres de l'assurance-maladie font apparaître une stagnation du nombre de prestataires par rapport à la population depuis dix ans alors que les besoins vont probablement augmenter avec le vieillissement de la population.

En 2012, on observe un vieillissement plus important en Hainaut avec 52 % des ophtalmologues âgés de 55 ans et plus contre 41 % en Belgique et 42 % en Wallonie. L'âge médian des ophtalmologues belges et wallons se situe dans la tranche des 50-54 ans contre 55-59 ans en Hainaut.

Les femmes représentent 58 % des professionnels en Belgique et en Wallonie contre 57 % en Hainaut.

Selon l'INAMI, en 2012, 55 % des ophtalmologues étaient conventionnés en Hainaut contre 43 % en Wallonie et en Belgique.

## • Anesthésistes

De nos jours, l'évolution du métier d'anesthésiste indique clairement qu'il ne se limite pas à l'intervention chirurgicale mais tend vers une prise en charge globale dans toute la période périopératoire. Les actes réalisés par l'anesthésiste dans la période postopératoire (perfusions, traitement de la douleur) sont les plus connus, mais la prise en charge préopératoire suite à une anamnèse et/ou à des examens cliniques est appelée à évoluer encore significativement. Ainsi, le professionnel joue également un rôle prépondérant en période préopératoire en mettant en place une stratégie destinée à préparer le patient à son anesthésie et prévenir les incidents péri ou postopératoires (médications spécifiques ou régimes, par exemple). D'autre part, les anesthésistes sont devenus des acteurs incontournables dans le cadre des diagnostics invasifs (endoscopie, coloscopie, coronographie, etc.) ou des actes sous péridurale .

**Tableau V.9. Nombre d'anesthésistes et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par anesthésiste
Belgique	1 364	864	2 228	4 953
Wallonie	486	264	750	4 728
Hainaut	119	66	185	7 152

Source : INAMI

Si, en Belgique et en Wallonie, on recense environ un anesthésiste pour 5 000 habitants en 2012, la densité se révèle nettement plus faible en Hainaut avec un écart dépassant les 30 %. Tandis que la densité d'anesthésistes continue de progresser aux niveaux régional et national (l'INAMI rapporte une progression de 67 % de 1995 à 2012), elle semble stagner sur le territoire hainuyer depuis environ 5 ans.

Le métier d'anesthésiste reste une profession majoritairement masculine : les femmes représentent 39 % des prestataires en Belgique et 35 % en Wallonie et en Hainaut.

Le vieillissement - moins important par rapport à d'autres spécialités - apparaît plus marqué en province du Hainaut où près de 37 % des professionnels sont âgés de 55 ans et plus en 2012 contre 31 % en Wallonie et 29 % au niveau national. L'âge médian des anesthésistes se situe dans la tranche des 45-49 ans tant en Wallonie qu'en Hainaut ou au niveau national. A peine 16 % d'anesthésistes ont moins de 40 ans en Hainaut contre respectivement 24 et 26 % en Wallonie et en Belgique.

En 2012, selon les chiffres produits par l'INAMI, 97 % des anesthésistes sont conventionnés en Hainaut contre 87 % en Wallonie et un peu plus de 88 % en Belgique.

## 1.4. Autres professionnels de la santé

### 1.4.1. Dentistes

Depuis l'instauration d'une planification de la profession début des années 2000, le nombre de dentistes, qui avait fortement augmenté jusque 1995, tend à se stabiliser.

Le nombre de candidats dentistes qui peuvent être admis chaque année dans les différentes spécialités (dentistes généralistes ou spécialisés) se trouve en effet limité par des quotas fédéraux.

Les quotas pour la Fédération Wallonie-Bruxelles sont les suivants :

**Tableau V.10. Nombre de candidats dentistes admissibles selon quotas et spécialités, Fédération Wallonie-Bruxelles**

	2011-2013	2014-2016	2017-2020
Dentistes généralistes	48	52	60
Parodontologues	5	5	5
Orthodontistes	7	7	7

Source : Fédération Wallonie Bruxelles

**Tableau V.11. Nombre de dentistes et nombre d'habitants par dentiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par dentiste
Belgique	4 864	4 132	8 996	1 227
Wallonie	1 431	1 186	2 617	1 355
Hainaut	406	331	737	1 795

Source : INAMI

▼  
737 dentistes (soit un pour 1 795 habitants) sont installés en Hainaut. La densité est moindre qu'en Wallonie (un pour 1 355 habitants soit un écart de 25 %) et en Belgique (un pour 1 227 soit un écart de 32 %).

Entre 45 et 46 % des prestataires sont des femmes tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. La profession reste relativement jeune : 20 % des dentistes en Hainaut et en Wallonie ont moins de 40 ans contre 22 % en Belgique.

La tranche des 55 ans et plus représente environ 2 dentistes sur 5.

Selon l'INAMI, en 2012, 70 % des dentistes sont conventionnés en Hainaut et en Wallonie contre 68 % au niveau national.

**1.4.2. Kinésithérapeutes**

Dans un contexte de maîtrise des coûts de santé, l'accès à la profession en tant qu'indépendant (numéro INAMI) est limitée à 180 nouveaux numéros pour la Fédération Wallonie-Bruxelles par an. Ces dernières années, en moyenne, 183 diplômés belges sont sortis des hautes écoles et universités francophones. En plus des indépendants, de nombreux kinésithérapeutes exercent dans des établissements de soins. A ce niveau, en raison des difficultés de recrutement pour remplacer les professionnels vieillissants et pour pallier les besoins accrus dus au vieillissement de la population, le service public wallon de l'emploi et de la formation (FOREM) avait inscrit en 2011 le métier de kinésithérapeute dans sa liste de fonctions critiques.

**Tableau V.12. Nombre de kinésithérapeutes et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par kinésithérapeute
Belgique	11 744	16 679	28 423	388
Wallonie	4 555	5 793	10 348	343
Hainaut	1 641	1 642	3 283	403

Source : INAMI

▼  
En 2012, on recense 3 283 kinésithérapeutes en Hainaut, ce qui correspond à un professionnel pour 403 habitants soit 4 % de moins qu'en Belgique et 15 % de moins qu'en Wallonie.

Actuellement, la profession tend à se féminiser en Hainaut alors que, contrairement à la Belgique ou la Wallonie, elle était essentiellement masculine en 2004. Ainsi, on observe autant d'hommes que de femmes kinésithérapeutes en Hainaut en 2012 tandis qu'elles représentent 59 % des prestataires en Belgique et 56 % en Wallonie.

Le vieillissement apparait plus perceptible en Hainaut : 37 % des kinésithérapeutes sont âgés de moins de 40 ans contre 41 % en Wallonie et en Belgique ; l'âge médian se situe entre 45 et 49 ans pour 40 à 44 ans chez les prestataires wallons ou belges, plus de 27 % des kinésithérapeutes hainuyers ont 55 ans et plus pour 23 % en Wallonie et en Belgique.

Selon l'INAMI, 89 % des kinésithérapeutes hainuyers étaient conventionnés en 2012, ce qui est supérieur à ce qui s'observe en Wallonie (83,5 %) et au niveau national (85 %).

## 1.4.3. Infirmiers(ères) (sans les sages-femmes)

**Tableau V.13. Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants, de 60 ans et plus, de 75 ans et plus, par infirmier(ère), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

	Hommes	Femmes	Total	Nombre d'habitants par infirmier	Nombre d'habitants de 60 ans et + par infirmier	Nombre d'habitants de 75 ans et + par infirmier
Belgique	9 447	64 303	73 750	150	35	13
Wallonie	3 422	22 724	26 146	136	31	12
Hainaut	1 536	9 824	11 360	116	27	10

Source : INAMI

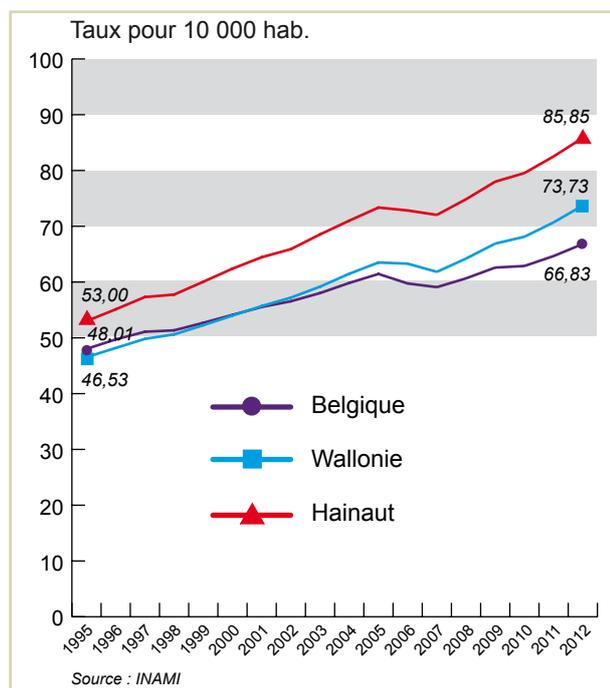


En 2012, selon les données de l'INAMI, le nombre d'infirmiers (ères) en Hainaut apparaît respectivement 17 et 29 % plus élevé qu'en Wallonie ou en Belgique. La densité la plus faible se situe dans l'arrondissement de Charleroi (un infirmier pour 140 habitants) tandis que l'on observe la plus forte proportion d'infirmiers dans l'arrondissement de Thuin (un infirmier pour 89 habitants soit 31 % de plus qu'en Hainaut).

L'âge médian du professionnel infirmier correspond à la tranche des 40-44 ans en Hainaut (39,5 % ont moins de 40 ans) contre 45-49 ans en Belgique.

Le métier d'infirmier demeure essentiellement féminin tant en Hainaut qu'en Wallonie et en Belgique. On note cependant une légère augmentation des effectifs masculins passant de 11 % en 2003 à 13 % fin 2012.

**Figure V.4. Evolution du nombre d'infirmiers(ères), Belgique - Wallonie - Hainaut, 1995-2012**



► Au 31 décembre 2012, on dénombrait, en Hainaut, 4 541 infirmiers(ères) de plus qu'en 1995 (+ 66 %). C'est une augmentation plus importante qu'en Belgique (+ 52 % depuis 1995) mais moins qu'en Wallonie où l'effectif s'est accru de près de 70 % durant cette même période.

Le vieillissement de la population et les demandes accrues en soins de santé qui en découlent constituent les causes principales de cette croissance des effectifs infirmiers.

## 2. Consommation de soins

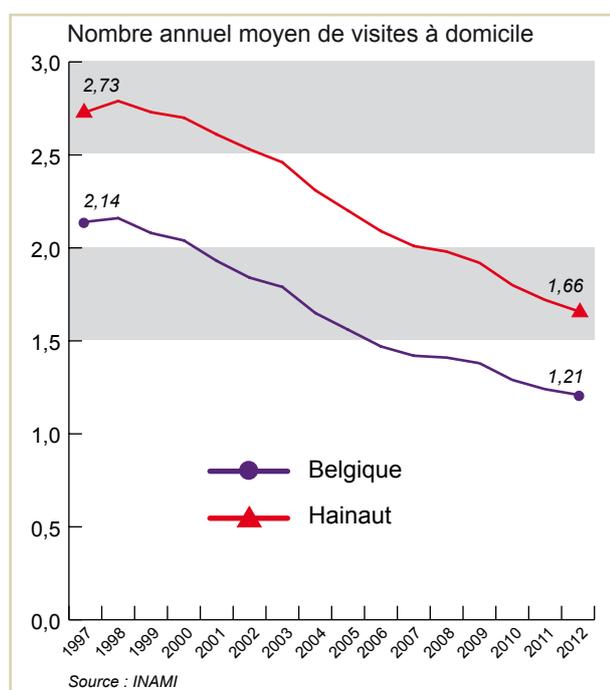
### 2.1. Consultations médicales et paramédicales

#### 2.1.1. Contacts avec le médecin généraliste

L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008 montre que près de 95 % des habitants du Hainaut déclarent avoir un médecin généraliste attiré. Tant en Hainaut qu'en Wallonie ou au niveau national, environ 77 % de la population rapporte un contact avec son généraliste dans les douze derniers mois. D'autre part, les Hainuyers disent avoir en moyenne 4,4 contacts par an avec leur médecin généraliste, ce qui est similaire aux comportements wallons ou belges. Sur ces différents territoires, les contacts avec le médecin généraliste sont deux fois plus nombreux chez les personnes de 65 ans et plus (environ 10 contacts annuels).

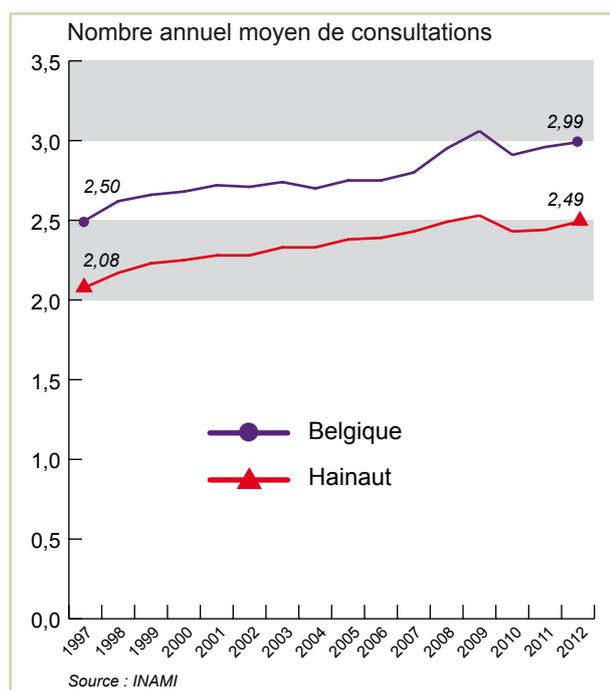
Les données issues des remboursements dans le cadre de l'INAMI confirment ces chiffres avec 4,2 contacts (visites à domicile ou consultations) par an en 2012 tant en Hainaut qu'en Belgique.

**Figure V.5. Evolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste, Hainaut-Belgique, 1997-2012**



► Le nombre moyen de visites à domicile a diminué de plus de 60 % depuis le début du siècle dans l'ensemble du pays. Malgré cela, il reste plus élevé en Hainaut (1,66 visite/an/habitant en 2012) qu'en Belgique (1,21 visite/an/habitant en 2012) soit un écart de 37 %.

**Figure V.6. Evolution du nombre de consultations et avis du médecin généraliste, Belgique - Hainaut, 1997-2012**



► A l'inverse des visites, le nombre moyen de consultations au cabinet du médecin généraliste est en augmentation de 11 % passant de 2,68 contacts par personne et par an en 2000 à 2,99 en 2012 en Belgique et de 2,25 à 2,49 contacts en Hainaut. Les consultations demeurent 20 % moins fréquentes en Hainaut qu'en Belgique.

Le remplacement des visites à domicile par une consultation au cabinet du médecin est une tendance séculaire. Elle permet au médecin de voir un plus grand nombre de patients sur une journée dans de meilleures conditions d'examen. Ce phénomène met plus de temps à s'installer en Hainaut que dans l'ensemble du pays.

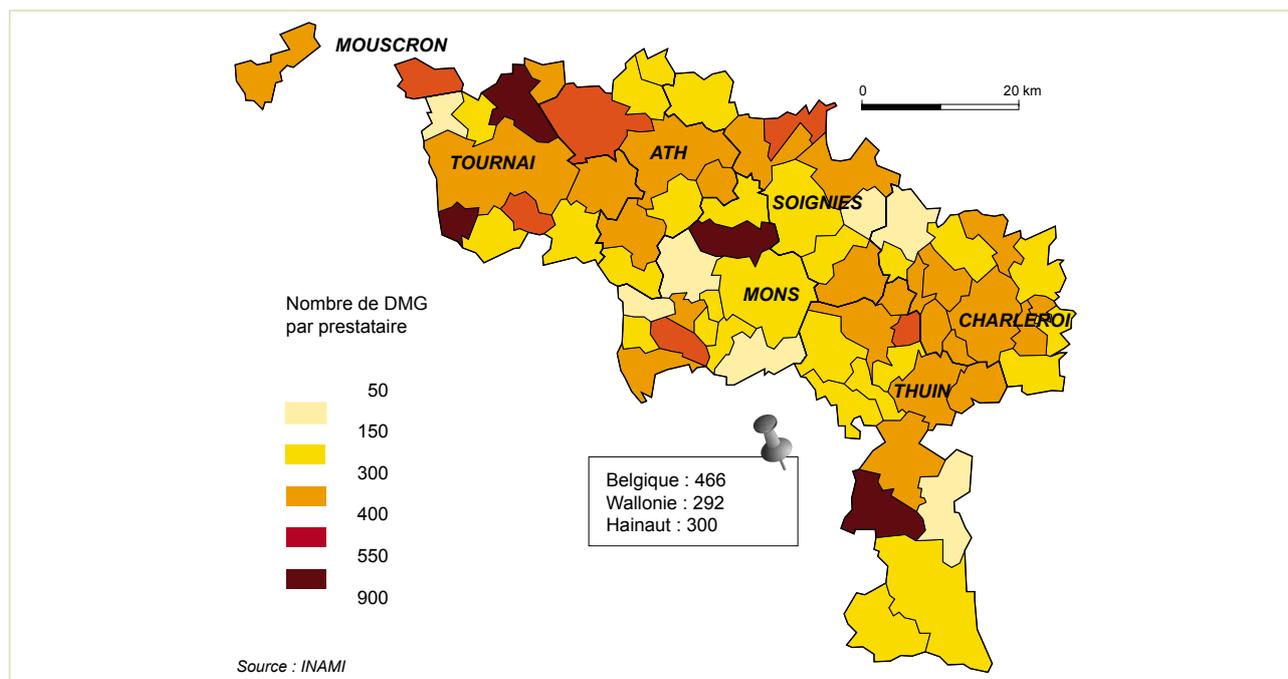
Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, les personnes issues de familles ayant un faible niveau de scolarisation (enseignement primaire ou sans diplôme) rapportent plus de contacts (8,5 contacts par an) avec leur médecin généraliste que la moyenne de 4,4 à 4,5 contacts par an tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. Selon ce même rapport, il s'agit aussi plus souvent de contacts de suivi ou de contrôles périodiques. Ceci serait dû en partie à leur moins bon état de santé.

## • Dossier Médical Global

Le Dossier Médical Global (DMG) contient toutes les données médicales du patient (opérations, maladies chroniques, traitements en cours...). Il assure un meilleur accompagnement individuel et une meilleure concertation entre les médecins. D'autre part, il permet d'être mieux remboursé lors d'une consultation chez le médecin généraliste. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011, le DMG+ a été créé qui adjoint au DMG un module de prévention pour les personnes de 45 à 75 ans permettant au généraliste de vérifier avec son patient les différentes mesures de prévention pouvant être mises en place dans les domaines suivants :

- état général : activité physique + alimentation + tabac + alcool ;
- 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 par dosage de la glycémie pour les groupes à risque ;
- dépistage de l'insuffisance rénale (créatinémie + protéinurie) pour les groupes à risque ;
- dosage des lipides chez les plus de 50 ans tous les 5 ans ;
- dépistage de la dépression.

**Carte V.4. Nombre de DMG par médecin généraliste enregistré à l'INAMI, Hainaut, 2012**



▼  
Au regard de la carte ci-dessus, il apparaît que le nombre moyen de DMG par prestataire en 2012 était inférieur ou égal à 150 dans 5 communes. A l'opposé, il dépassait les 600 dossiers ouverts en moyenne par prestataire dans les entités de Rumes et Sivry-Rance. Sur base des données de l'INAMI, on relevait en moyenne 300 DMG par généraliste en 2012 en province du Hainaut contre 292 en Wallonie et 466 en Belgique.

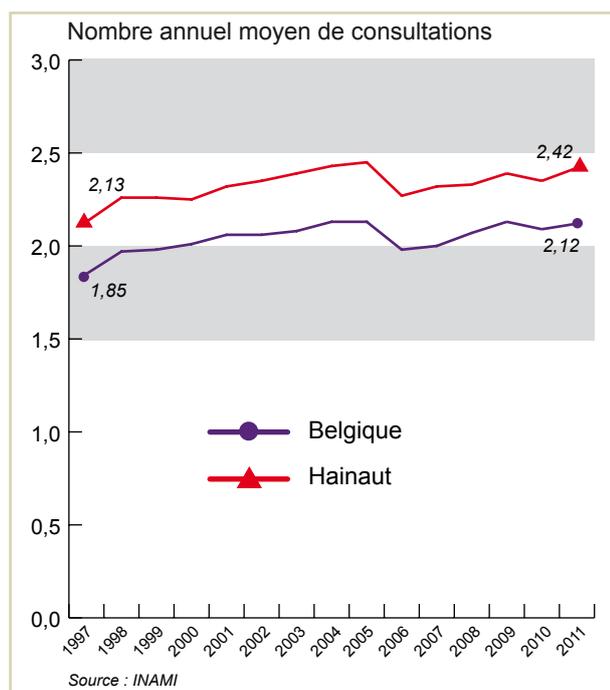
Pour cette même année 2012, l'INAMI enregistré 321 217 DMG+ remboursés en Belgique dont 63 086 en Wallonie et 19 694 en Hainaut.

Par rapport à la Flandre, le nombre de DMG et de DMG+ ouverts en Wallonie est relativement faible. Le Hainaut se situe dans la moyenne wallonne. On note toutefois une augmentation progressive du nombre de DMG au sud du pays avec un rattrapage progressif par rapport au nord. Même si la réglementation de l'INAMI s'est assouplie en la matière, beaucoup de médecins s'interdisent encore de parler du DMG avec leur patient, estimant que l'initiative doit obligatoirement venir de ce dernier. Cette situation entraîne inéluctablement un obstacle à la progression du nombre de DMG.

## 2.1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon les résultats de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, la moitié de la population belge, wallonne ou hainuyère rapporte avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année écoulée. Globalement, les femmes ont tendance à rencontrer plus souvent des spécialistes que les hommes (2,4 contacts/an contre 1,9 pour les hommes au niveau national). L'espérance de vie plus élevée des femmes et leur suivi périodique en consultation gynécologique sont à mettre en avant dans ce constat.

**Figure V.7. Evolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique - Hainaut, 1997-2011**



► Selon les données issues des remboursements de l'INAMI, le nombre moyen de consultations chez le spécialiste reste relativement stable tant en Hainaut (2,4 consultations par an et par habitant) qu'en Belgique (2,1 consultations/an/habitant). Ce nombre reste toutefois supérieur (de 14 % en 2011) en Hainaut par rapport à la Belgique.

## 2.1.3. Contacts avec le dentiste

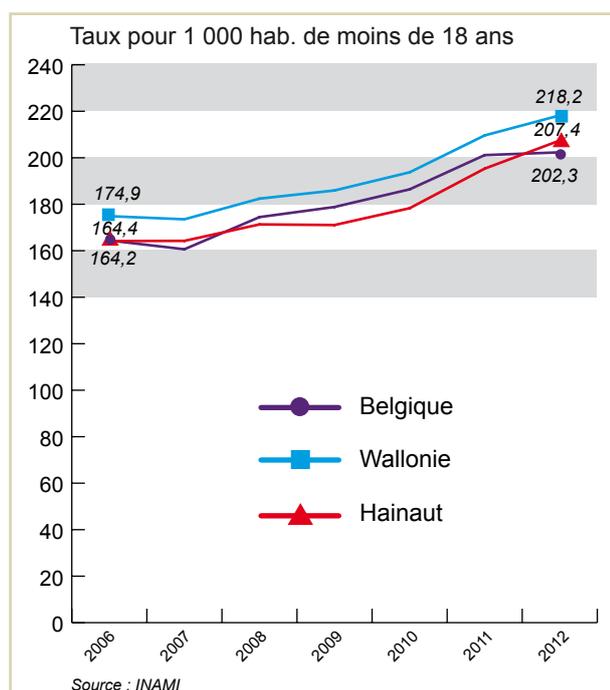
En 2009-2010, la Cellule Interuniversitaire Épidémiologie (CIE) a mené une étude à la demande du Comité de l'assurance de l'INAMI auprès de 1 330 ménages belges, soit 3 057 personnes, qui ont été invitées à remplir une enquête sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen buccal. Cette enquête révèle que, parmi les personnes dont les caries ne sont pas soignées, les répondants les moins instruits sont trois fois plus nombreux que les plus instruits à avoir des caries non soignées. D'autre part, retarder une visite chez le dentiste relève de l'ordre financier pour 11 % de la population interrogée. Enfin, l'impact négatif que constituent certains comportements alimentaires sur la dentition permet de considérer 65 % de la population comme étant à risque pour les caries et 50 % pour l'érosion dentaire.

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, plus de la moitié de la population belge interrogée déclare avoir eu un contact avec le dentiste au cours de l'année écoulée. Ce résultat est similaire en Hainaut où, par rapport à l'enquête 2004, on relève une augmentation de 37 % de personnes ayant consulté le dentiste dans l'année (53,4 % contre 39 % en 2004).

Tant en Belgique, Wallonie ou Hainaut, plus ou moins 6 % de la population n'a jamais consulté de dentiste dans sa vie.

En Hainaut, 38,6 % des personnes interrogées de 65 ans et plus déclarent avoir consulté un dentiste contre 56,2 % des moins de 65 ans, ce qui se situe globalement dans la moyenne wallonne.

**Figure V.8. Evolution du taux de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2012**



► Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009, pour les enfants de moins de 18 ans, l'INAMI rembourse totalement les prestations de dentisterie (chez un prestataire conventionné) à l'exception de l'orthodontie. Le nombre de soins dentaires chez les moins de 18 ans a globalement augmenté de 15 % en Belgique, de 18 % en Wallonie et de 22 % en Hainaut de 2009 à 2011. Depuis 2006, ces prestations se sont accrues de 26 à 27 % tant aux niveaux provincial, régional ou fédéral.

## 2.1.4. Contacts avec l'infirmier(ère)

D'après l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, le recours dans l'année à des soins infirmiers à domicile a diminué par rapport à 2004 : 5,1 % de la population belge a répondu avoir eu recours à ces soins en 2008 soit 23 % de moins qu'en 2004. La situation est similaire dans le Hainaut avec 5,3 % de la population. Cette proportion atteint 22,2 % des Hainuyers âgés de 75 ans.

D'autre part, en dehors de ces soins à domicile ou de visites à l'hôpital, on peut évaluer à environ 6 % la part de la population hainuyère, wallonne ou belge ayant rencontré un(e) infirmier(e) en ambulatoire lors d'une consultation en maison médicale par exemple.

## 2.1.5. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent en milieu hospitalier, en centre de revalidation ou en ambulatoire (au sein de son propre cabinet ou au domicile du patient).

Tant en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique, environ 15 % de la population a déclaré avoir eu recours à un kinésithérapeute lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008.

Les plus âgés sont également les plus nombreux à s'adjoindre les services d'un kinésithérapeute dans l'année : 26,5 % des habitants du Hainaut âgés de 65 ans et plus contre 11,9 % des moins de 65 ans en 2008.

## **2.2. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative**

Selon un document publié en 2012 par le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC), un grand nombre de personnes ont recours à des médecines alternatives parce que la médecine moderne ne répond plus à leurs attentes. Il en va ainsi des pathologies fonctionnelles (migraine, fatigue, digestion, maux de dos...) ou psychosomatiques mais aussi des patients qui souffrent de maladies graves et se raccrochent aux promesses de mieux-être au dernier stade de la maladie. Enfin, il y a ceux qui les utilisent dans un but préventif, par exemple, pour tenter de se défaire d'une assuétude (tabac, alcool, drogue...).

Une loi de 1999 fournit un cadre à quatre pratiques médicales non conventionnelles : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture. Au moment de la rédaction du présent document, les arrêtés royaux permettant la mise en application de cette loi ne sont toujours pas en vigueur. La place de ces pratiques et leur fondement scientifique font l'objet d'un débat animé entre partisans et adversaires.

Seules, les consultations de l'homéopathe et de l'ostéopathe seront abordées ici car elles sont les plus fréquentes.

### **2.2.1. Homéopathe**

Une revue de littérature du Lancet datant de 2005 basée sur 110 études mettait en doute l'efficacité de l'homéopathie et attribuait à l'effet placebo les résultats bénéfiques ressentis. De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la considère comme une médecine traditionnelle ou comme une médecine complémentaire et parallèle, selon le type de médecine dominant dans le pays considéré.

Selon les données de l'Enquête Nationale de Santé par Interview, les personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique étaient moins nombreuses en 2008 (4 %) qu'en 2004 (5,9 %). Le recours à un homéopathe était globalement deux fois plus déclaré par les femmes (5,2 % contre 2,7 % pour les hommes en 2008) surtout quand elles sont issues de familles dont au moins un membre possède un diplôme de l'enseignement supérieur. Ces données sont similaires en Wallonie ou en Hainaut.

### **2.2.2. Ostéopathe**

D'après l'Union Belge des Ostéopathes (UBO), plus de 7 % de la population belge a fait appel à un ostéopathe en 2010 et la Belgique compterait en 2013 près de 1 500 prestataires dont plus de 400 ne sont membres d'aucune union professionnelle, et donc liés à aucune réglementation ni contrôle sur la formation.

Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, 6,4 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe dans l'année, soit 49 % de plus que lors de l'enquête réalisée en 2004. Davantage de femmes (7,6 %) que d'hommes (5,2 %) ont eu un contact avec un ostéopathe en 2008. D'autre part, 10,2 % des personnes ayant déclaré avoir rencontré un ostéopathe se situaient dans la catégorie relevant d'un diplôme de l'enseignement supérieur. En Wallonie, on n'observe pas de différence significative, mais le Hainaut tend à comptabiliser moins de personnes ayant eu un contact chez l'ostéopathe (4,8 %) par rapport aux personnes interrogées au niveau régional.

### **2.3. Contacts avec le service des urgences**

Un certain nombre de cas traités par les urgences hospitalières pourraient être soignés par un généraliste. Le recours au service des urgences repose souvent sur un besoin d'être soigné plus vite, de trouver très rapidement une solution à un problème quand on est face à des délais trop longs de rendez-vous chez certains spécialistes ou une impossibilité d'obtenir un contact avec un généraliste le week-end voire même en soirée.

De plus, pour des patients en situation précaire, le report de la consultation du médecin de famille ou d'un spécialiste peut entraîner une aggravation des pathologies et rendre le recours aux urgences inévitable.

Selon les résultats des Enquêtes Nationales de Santé par Interview réalisées en 2001, 2004 et 2008, la part des personnes qui déclarent avoir eu un contact avec le service des urgences représente 12,5 % de la population belge contre 14 % en Wallonie et en Hainaut. Le nombre annuel moyen de contacts vers le service des urgences tourne autour de 20 à 24 pour 100 habitants.

En Belgique, les hommes sont plus nombreux à déclarer un contact (14 %) avec le service des urgences que les femmes (12 %).

### **3. Séjours hospitaliers**

#### **3.1. Hospitalisations déclarées**

Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, 11,1 % de la population du Hainaut déclare avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année écoulée et le nombre moyen d'admissions en hôpital général pour 100 Hainuyers est estimé à 15 par an.

L'âge influence l'admission en hôpital : en Wallonie, environ 27 hospitalisations pour 100 habitants concernent la population des 75 ans et plus, soit deux fois plus que pour l'ensemble des admissions.

#### **3.2. Résumé Hospitalier Minimal**

Le Résumé Hospitalier Minimal (RHM) remplace le Résumé Clinique Minimum (RCM) et le Résumé Infirmier Minimum (RIM) depuis 2008. Il consiste en un résumé standardisé concis du dossier médical du patient.

Chaque hospitalisation (hospitalisation de jour incluse) et chaque contact avec le service des urgences donnent lieu à un RHM rassemblant les causes et la durée du séjour.

Le nombre de séjours pour chaque pathologie dépend de nombreux facteurs dont la prévalence de la maladie, l'offre de soins et les habitudes des prestataires de soins.

**Tableau V.14. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010**

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Hainaut
Système musculaire et tissu conjonctif	23,97	22,30	24,22
Appareil circulatoire	18,40	18,22	18,94
Appareil digestif	14,54	14,56	15,98
Grossesse et accouchement	13,05	12,98	13,08
Appareil respiratoire	12,82	13,12	14,40
Système nerveux	11,20	11,59	12,99
Nez, gorge, oreilles	8,72	9,21	9,94
Reins et voies urinaires	6,65	6,87	7,34
Foie, bile et pancréas	6,65	7,51	8,44
Peau, tissu sous-cutané, sein	5,37	5,81	6,10
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	5,25	5,66	6,01
Organes génitaux féminins	4,04	4,30	4,39
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	3,76	2,71	2,83
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	3,24	3,17	3,32
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	2,71	3,43	3,59
Organes génitaux masculins	2,49	2,37	2,44
Maladies infectieuses et parasitaires	2,39	2,30	2,77
Troubles mentaux	2,36	3,01	3,02
Sang et organes hématopoïétiques	1,55	1,66	1,66
Affections des yeux	1,50	1,71	1,58
Alcoolisme et usage de drogue	1,23	1,77	1,92
Traumatismes multiples	0,19	0,24	0,22
Infections HIV	0,11	0,08	0,08
Brûlures	0,11	0,11	0,13
Autres	8,12	8,71	8,47
<b>Total</b>	<b>160,42</b>	<b>163,41</b>	<b>173,87</b>

Source : SPF Santé-RHM-RCM

▼  
 Comme le montre ce tableau, les causes d'admissions les plus fréquentes en milieu hospitalier durant l'année 2010 ont concerné les pathologies liées au système musculaire et tissu conjonctif, à l'appareil circulatoire et aux maladies digestives tant en Hainaut qu'en Wallonie et en Belgique. L'ensemble des taux d'admission par pathologie spécifique se révèle plus élevé en Hainaut par rapport à la Belgique. Le taux global du Hainaut (174 séjours pour 1 000 habitants) apparaît d'ailleurs 8 % supérieur à celui de la Belgique (160 séjours pour 1 000 habitants) et 6 % plus important qu'en Wallonie (163 séjours pour 1 000 habitants). Ces écarts sont similaires à ceux de 2002.

## 4. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la consommation de produits pharmaceutiques augmente dans les pays de l'OCDE. La demande croissante de médicaments pour les différentes maladies liées au vieillissement contribuerait à cette augmentation. D'autres facteurs, tels notamment les pratiques de prescription des médecins sont également à prendre en compte. Entre 2000 et 2009, la consommation de médicaments s'est accrue en Belgique de :

- 74,5 % pour les antidiabétiques ;
- 73 % pour les antidépresseurs amenant la Belgique au 6<sup>e</sup> rang des consommateurs de l'OCDE ;
- 172 % pour les médicaments hypolipémiants (anti-cholestérol) hissant le pays au 3<sup>e</sup> rang après l'Australie et le Royaume-Uni.

### 4.1. Consommation déclarée

**Tableau V.15. Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments prescrits		Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Belgique	43,4	57,7	18,7	25,7
Wallonie	45,8	61,7	18,7	24,8
Hainaut	45,5	61,2	10,6	15,2

Source : ISP-HIS



Lors de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, environ une personne sur 2 a déclaré consommer un ou des médicaments prescrits dans les deux dernières semaines quel que soit le territoire envisagé. Les femmes sont plus fréquemment consommatrices de médicaments prescrits (environ + 33 %) que les hommes.

Au niveau des médicaments non prescrits, 13 % des Hainuyers rapportent avoir pris des médicaments non prescrits dans les deux dernières semaines contre 22 % en Belgique et en Wallonie (soit un écart de près de 70 %). Ici aussi, les femmes sont de plus grandes consommatrices (+ 37 %).

Au cours de l'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008, la population belge des 65 ans et plus a déclaré consommer en moyenne près de 3 médicaments différents dans les dernières 24 heures alors que les Wallons et les Hainuyers en prenaient plus de 4.

En Hainaut, en Wallonie ou en Belgique, les médicaments du système cardiovasculaire sont ceux les plus fréquemment pris dans les 24 heures précédant l'enquête :

- des hypolipémiants (lutte contre le cholestérol) pour 10,1 % des Hainuyers (contre 6,2 % en 2004 soit une augmentation de 63 %) ;
- des bêtabloquants (lutte contre hypertension) pour 10,2 % des répondants ;
- des produits actifs sur le système rénine-angiotensine (hypertension) chez 9,5 % de la population interrogée.

## 4.2. Données Pharmanet

Le système Pharmanet permet l'enregistrement des médicaments donnant lieu à un remboursement de la part de l'INAMI. Les données ne tiennent pas compte des médicaments ne donnant pas lieu à un remboursement, ni du fait qu'une boîte achetée n'est pas nécessairement entièrement consommée.

Les consommations sont exprimées en doses moyennes journalières (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.

**Tableau V.16. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012**

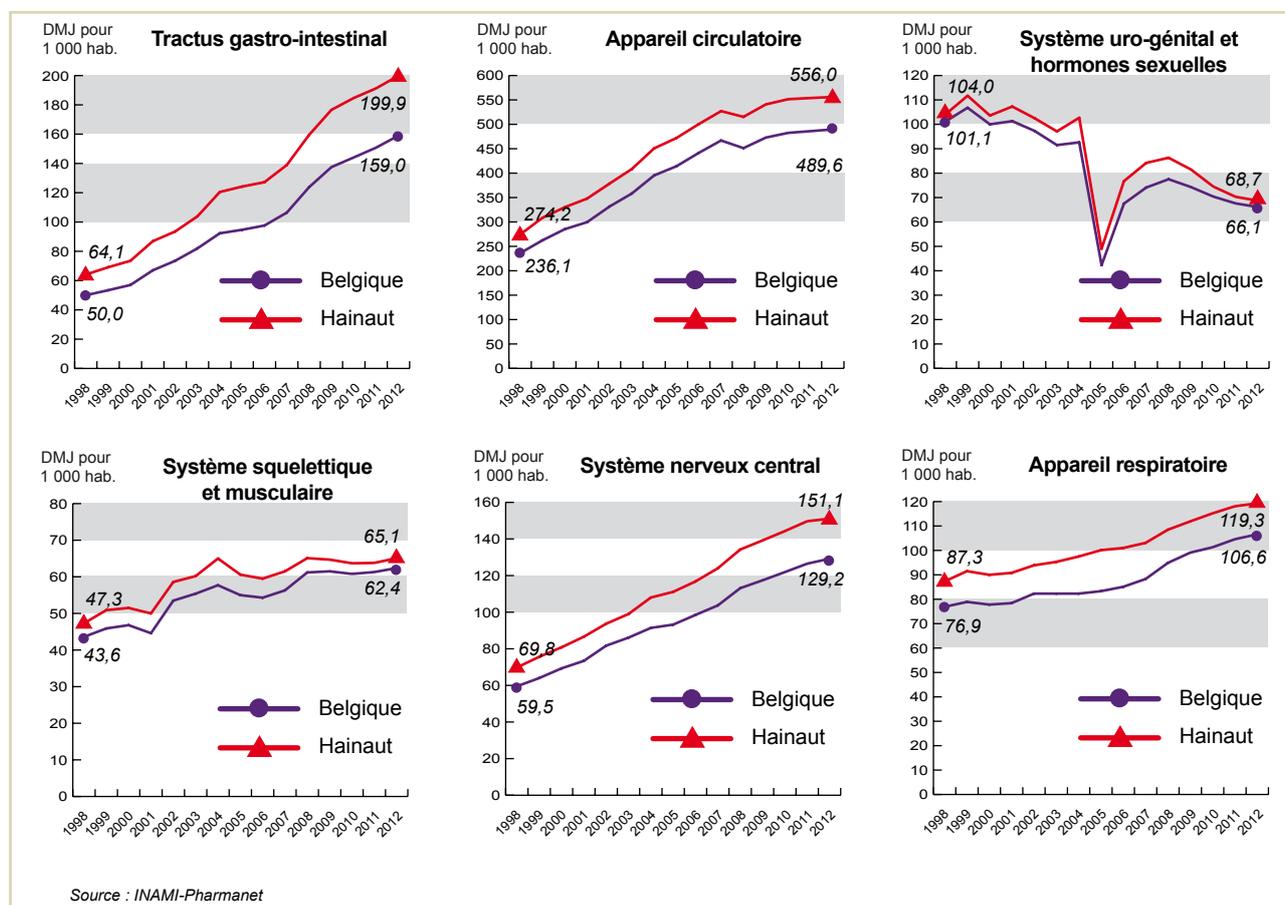
Type de médicament prescrit	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments	DMJ/1 000 hab./jour	% du total des médicaments
Appareil circulatoire	489,6	40,0	523,6	39,2	556,0	39,9
Appareil digestif et métabolisme	159,0	13,0	181,2	13,6	199,9	14,3
Système nerveux central	129,2	10,6	152,1	11,4	151,1	10,8
Appareil respiratoire	106,6	8,7	112,0	8,4	119,3	8,6
Sang et système hématopoïétique	98,9	8,1	102,1	7,6	106,9	7,7
Système uro-génital et hormones sexuelles	66,1	5,4	71,0	5,3	68,7	4,9
Système squelettique et musculaire	62,4	5,1	62,3	4,7	65,1	4,7
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	41,7	3,4	59,1	4,4	51,6	3,7
Anti-infectieux à usage systémique	32,8	2,7	34,3	2,6	35,0	2,5
Organes sensoriels	18,0	1,5	18,7	1,4	19,7	1,4
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	12,6	1,0	11,8	0,9	12,5	0,9
Préparations dermatologiques	6,5	0,5	6,4	0,5	6,6	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,5	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0
Divers	0,3	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0
<b>Total</b>	<b>1 224,2</b>	<b>100,00</b>	<b>1 335,4</b>	<b>100,0</b>	<b>1 393,4</b>	<b>100,0</b>

Source : INAMI-Pharmanet, 2012

▼  
Exception faite des remèdes antiparasitaires, insecticides et repellants, ou des substances cytostatiques et agents immunomodulateurs, on note une consommation de médicaments systématiquement plus élevée en province du Hainaut par rapport au niveau national en 2012. L'état de santé moins favorable des Hainuyers constitue sans doute l'un des facteurs de cette situation particulière. La répartition par système anatomique est similaire en Belgique, en Wallonie et en Hainaut. Globalement, depuis 1998, la consommation des médicaments n'a cessé de croître.

Les graphiques ci-après nous permettent de constater cette évolution qui peut être différente selon la classe du remède.

**Figure V.9. Evolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique - Hainaut, 1998-2012**



Comme on peut le constater, les médicaments destinés à soigner les pathologies de l'appareil circulatoire (essentiellement les hypolipémiants, les produits actifs sur le système rénine-angiotensine et les bêtabloquants) voient leur consommation doubler depuis 1998 et ce, tant en Belgique qu'en Hainaut : on passe de 274 DMJ en 1998 à 556 en 2012 dans la province. Les consommations nationales pour ce système en 2012 demeurent cependant 10 % inférieures à celles du Hainaut (l'écart était de 14 % en 2004).

Les médicaments de l'appareil digestif et les troubles du métabolisme occupent la deuxième place en termes de consommation. L'accroissement est encore plus considérable : de 64 DMJ/1 000 habitants/jour en Hainaut en 1998 à 200 DMJ en 2012, soit trois fois plus au terme d'une période de 15 ans d'observation. Les troubles de la sécrétion d'acide gastrique représentent 56 % de ces remèdes et les produits antidiabétiques, près de 39 %. Cet accroissement est similaire en Belgique, mais la consommation est de 30 % inférieure à celle du Hainaut.

Une troisième augmentation importante concerne les médicaments du système nerveux central essentiellement représentés par les psychoanaleptiques (dont les amphétamines, antidépresseurs, antipsychotiques... soit 58 % des DMJ de cette classe en Hainaut en 2012) et les analgésiques (plus de 15 %). De 1998 à 2012, les populations belge et hainuyère ont plus que doublé leur consommation (+ 117 %) : en Hainaut, la DMJ/1 000 habitants/jour est passée de 70 à 151 en l'espace de 15 années et de 60 à 129 en Belgique.

Le graphique de la consommation des médicaments du système uro-génital et des hormones sexuelles montre une chute brutale en 2005. Il s'agit là d'un effet statistique dû à un événement ponctuel. En effet, fin 2004, cinq sociétés pharmaceutiques entamaient un coup de force contre le gouvernement pour exiger le non remboursement de certains contraceptifs. Dès janvier 2005, 90 % des pilules contraceptives n'étaient plus remboursées par l'assurance-maladie. Ce qui a provoqué une chute des statistiques dans cette classe. Début 2006, un accord entre les différentes parties permettait à nouveau le remboursement.

## **5. Vaccinations**

Les vaccinations ont fait leurs preuves et ont permis d'éradiquer plusieurs maladies. Elles comptent parmi les mesures de protection les plus efficaces dans l'histoire de la médecine. Récemment, elles ont été mises en causes dans l'apparition d'effets secondaires majeurs. Bien que le lien causal entre une vaccination et l'apparition de ces problèmes de santé n'ait jamais été démontré, une partie de la population hésite à faire vacciner ses enfants ou à se faire vacciner.

Les vaccinations présentent non seulement un bénéfice direct pour la personne, mais également pour la communauté, car elles permettent le contrôle de pathologies virales dont le réservoir est humain. D'autre part, elles offrent une protection aux individus non vaccinés de l'entourage.

### **5.1. Vaccination des enfants**

Selon un aide-mémoire de l'OMS diffusé en avril 2013, la vaccination permettrait d'éviter chaque année 2 à 3 millions de décès. D'autre part, la proportion de nourrissons dans le monde ayant bénéficié de la vaccination complète contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche était de 83 % en 2011.

Depuis 2002, la Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), en accord avec le Conseil Supérieur de la Santé recommande de vacciner tous les enfants contre certaines maladies spécifiques. A part la vaccination contre le rotavirus introduite en 2007, les différents vaccins sont fournis gracieusement suite à une convention de financement entre l'Etat fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles. Des enquêtes régulières sont réalisées par l'Université Libre de Bruxelles (ULB) dans le cadre du programme PROVAC afin d'évaluer la couverture vaccinale des enfants âgés de 18 à 24 mois en FWB. Les résultats de la dernière enquête réalisée en 2009 visaient des enfants nés entre le 31 mai et le 30 novembre 2007. Etaient concernées 48 communes wallonnes dont 17 en province du Hainaut. Au total, la couverture vaccinale a été estimée sur base de 512 enfants disposant des documents adéquats. Pour qu'un programme de vaccination s'avère efficace, il faut que le taux de couverture atteigne 95 %.

Selon cette enquête, la couverture des vaccins Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO) et hexavalent (poliomyélite-diphtérie-tétanos-coqueluche-hémophilus influenzae de type B-hépatite B) atteint seulement 90 %. Celle du Rotavirus concerne 77 % des enfants du groupe d'âge considéré. Le rapport constate une couverture vaccinale de 93 % chez les enfants suivis par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) contre 86,5 % chez les enfants suivis ailleurs (pédiatre, généraliste, service hospitalier ou crèche).

**5.2. Vaccination des adultes**

**5.2.1. Tétanos**

Le bacille tétanique est une bactérie qui vit dans les sols et les milieux organiques. Introduit dans l'organisme suite à une plaie mal désinfectée, il produit une substance neurotoxique entraînant des contractures musculaires pouvant aboutir au décès de l'individu. Après la primovaccination, un rappel est recommandé tous les 10 ans.

**Tableau V.17. Evolution du pourcentage de personnes déclarant avoir été vaccinées contre le tétanos dans les 10 dernières années, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2001-2004-2008**

	1997	2001	2004	2008
Belgique	67,7	64,3	60,4	62,2
Wallonie	73,8	71,5	69,2	70,5
Hainaut	72,6	69,2	68,1	68,8

Source : ISP-HIS

▼  
Selon l'Enquête Nationale de Santé par Interview, la proportion de personnes déclarant être en ordre de vaccination antitétanique est passée de 68 à 62 % entre 1997 et 2008 en Belgique. En Wallonie et en Hainaut, le pourcentage reste stable avec une couverture d'environ 70 %.

Les 15-24 ans sont les mieux immunisés (entre 80 et 86 % en Belgique) en 2008.

Par contre, seulement 36 % des Belges de 65 ans et plus déclarent être en ordre de vaccination contre 50 % des Wallons.

**5.2.2. Grippe**

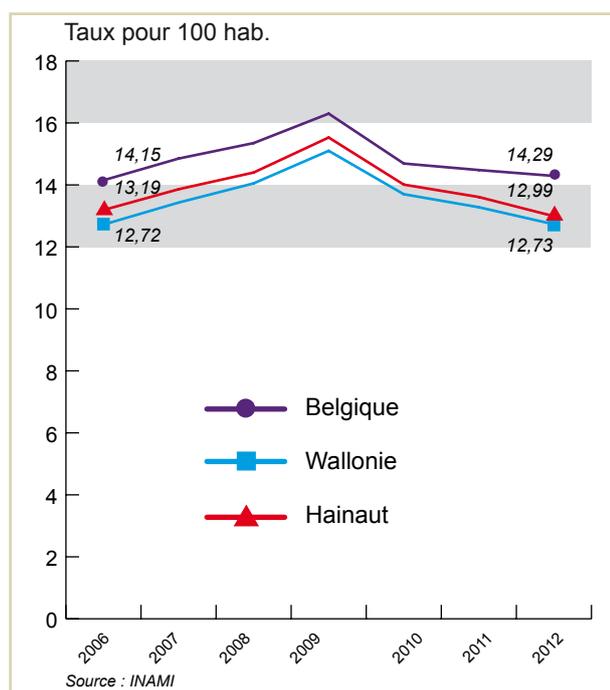
En Belgique, le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination contre la grippe saisonnière essentiellement pour :

- les femmes enceintes de 2 ou 3 mois au moment de la saison de la grippe ;
- toute personne dès l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire (asthme compris), cardiaque (excepté hypertension), hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- tout individu âgé de 65 ans et plus ;
- les personnes vivant ou séjournant en institution ;
- le personnel du secteur de la santé.

Ces recommandations ont été reprises dans les conditions du remboursement du vaccin par l'INAMI.

Selon les informations issues de la base de données Pharmanet, un peu plus de 93 % des vaccins remboursés en 2012 étaient destinés à une population de plus de 50 ans tant en Belgique qu'en Wallonie ou en Hainaut.

**Figure V.10. Evolution du nombre de vaccins contre la grippe remboursés, pour 100 habitants, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2012**



► L'évolution du nombre de vaccins remboursés de 2006 à 2012 par rapport à la population totale montre une augmentation jusqu'en 2009 puis un retour progressif à la situation de 2006 avec 13 vaccins remboursés pour 100 habitants en Hainaut et en Wallonie contre 14 en Belgique. Les campagnes de promotion du vaccin et les effets des différentes crises très médiatisées concernant la grippe aviaire et la pandémie de grippe A H1N1 ont vraisemblablement contribué à ce pic en 2009.

**Tableau V.18. Pourcentage de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008**

	Population à risque déclarant être vaccinée (%)
Belgique	53,6
Wallonie	45,6
Hainaut	44,3

Source : HIS-ISP

► L'Enquête Nationale de Santé par Interview de 2008 nous apprend qu'en Wallonie (46 %), comme en Hainaut, la population à risque répond moins souvent être vaccinée contre la grippe qu'au niveau national (54 %). On observe ainsi une couverture vaccinale déclarée 17 % inférieure en Wallonie par rapport à la Belgique.

## 6. Bibliographie

Chambre syndicale des médecins du Hainaut, de Namur et du Brabant wallon. Disponible sur <http://www.syndicat-medecins.be/pediatrie.html>

Collet M. Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé. Paris : Université Paris 8 ; 2001.

Conseil Supérieur de la Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière - Saison hivernale 2010 - 2011. Bruxelles : Conseil Supérieur de la Santé ; 1 Sep 2010. Report N° 8682.

Direction générale Soins de Santé primaires et Gestion de Crise. La planification de l'offre médicale en Belgique : Les dentistes. Etat de la situation 2010. V1.0. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Nov 2011 : 1-6.

Doumont D, Deccache C. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons - 1<sup>ère</sup> partie : Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne. Bruxelles : UCL-RESO ; 2013. Report N° : 11-64.

Drieskens S, Van der Heyden J, Hesse E, Gisle L, Demarest S, Tafforeau J. Enquête de Santé par Interview Belgique 2008. Rapport 3 - Consommation de soins. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique (IPH) ; 2010.

Ligue Braille asbl. Diagnostic de déficience visuelle : Les besoins en informations des professionnels de la santé. Bull Soc belge Ophtalmol 2011 ; 318 : 51-79.

McCarthy M. Critics slam draft WHO report on homoeopathy. The Lancet. 27 Août 2005 ; 366 : 705-6.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2011 - Les indicateurs de l'OCDE. Paris : OCDE ; 30 Nov 2011.

Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Van De Voorde C, Vrijens F, Léonard C. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis. Bruxelles : KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) ; 2008 ; 72B.

Robert E, Swennen B. Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Communauté française (Bruxelles excepté). Bruxelles : PROVAC ; ULB ; Ecole de Santé Publique ULB. ; Nov 2009.

Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects ? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. The Lancet. 27 Août 2005 ; 366 : 726-32.

Société Belge d'Anesthésie et de Réanimation. Disponible sur <http://www.sarb.be/fr/information/anesthesie/>

Swennen B, (éd.resp.). Vacciner ? Mieux comprendre pour décider. Bruxelles : PROVAC ; 2010.

Syndicat des médecins. Disponible sur <http://www.syndicat-medecins.be/pediatrie.html>

The end of homeopathy. The Lancet. 27 Août 2005 ; 366 : 690.

Vandenbroucke JP. Homoeopathy and "the growth of truth". The Lancet. 27 Août 2005 ; 366 : 691-2.

Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van De Voorde C, et al. La performance du système de santé belge. Rapport 2012. Bruxelles : KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) ; 2012 ; 196B.

# Abréviations



AVC	Accident vasculaire cérébral
BDMS	Banque de Données Médico-Sociales (de l'ONE)
BMI	Body Mass Index – Indice de masse corporel (IMC)
BFP	Bureau fédéral du Plan
BNB	Banque nationale de Belgique
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CCR	Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers
CCP	Centrale des crédits aux particuliers
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
CPMS	Centres psycho-médico-sociaux
CRIOC	Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs
CSSV	Centres de santé scolaire vigies
DG	Direction générale
DGSIE	Direction générale Statistique et Information économique
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
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions
FARES	Fonds des Affections Respiratoires
FOREM	Service public wallon de l'emploi et de la formation
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HIS	Health Interview Survey Enquête Nationale de Santé par Interview
HPV	Human papillomavirus
IBSR	Institut Belge pour la Sécurité Routière
IC	Intervalle de confiance
ICM	Indice comparatif de mortalité
IHE	Institute of Health Economics
IMA-AIM	Agence Intermutualiste

# Abréviations

IMC	Indice de masse corporelle - BMI
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IOTF	International Obesity Taskforce
IRT	Insuffisance rénale terminale
ISP	Institut Scientifique de Santé Publique - WIV
IST	Infection sexuellement transmise
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
MB	Moniteur belge
MCV	Maladie cardiovasculaire
Mm Hg	Millimètre de mercure
MONICA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
MR	Maison de repos
MRS	Maison de repos et de soins
N	Nombre de répondants
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé - WHO
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
ONSS	Office national de sécurité sociale
OSH	Observatoire de la santé du Hainaut
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PSA	Prostate Specific Antigen
RCM	Résumé clinique minimum
RHM	Résumé hospitalier minimal
RIM	Résumé infirmier minimum
RMN	Résonance magnétique nucléaire
RRO	Rougeole-Rubéole-Oreillons
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SPF	Service public fédéral
SPMA	Standardized Procedures for Mortality Analysis
SPP	Service public fédéral de programmation
SPSE	Service de promotion de la santé à l'école
SPW DGO5	Service Public de Wallonie - Direction Générale Opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et la Santé
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
UBO	Union Belge des Ostéopathes
UCL	Université catholique de Louvain
UE	Union européenne
ULB	Université Libre de Bruxelles
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization - OMS

# Table des tableaux, cartes et figures

## Chapitre 1 • Population

Tab. I. 1.	Population totale, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	8
Fig. I.1.	Répartition de la population, Hainaut, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	8
Fig. I. 2.	Evolution de la population de 1978 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut . . . . .	9
Carte I. 1.	Densité de population, Hainaut, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2012. . . . .	10
Carte I. 2.	Taux d'accroissement annuel moyen, Hainaut, par commune, sur 10 ans. . . . .	11
Tab. I. 2.	Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, sur 5 ans . . . . .	12
Fig. I.3.	Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut . . . . .	12
Carte I.3.	Espérance de vie à la naissance, Hommes, Hainaut, par commune, sur 5 ans . . . . .	13
Carte I.4.	Espérance de vie à la naissance, Femmes, Hainaut, par commune, sur 5 ans . . . . .	13
Fig. I.4.	Variation de l'espérance de vie (2006-2010), selon le revenu médian par ménage, 2006, Hainaut, par commune . . . . .	14
Tab. I.3.	Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, sur 5 ans . . . . .	14
Fig. I.5.	Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut . . . . .	15
Carte I.5.	Taux brut annuel moyen de natalité, Hainaut, par commune, sur 10 ans . . . . .	16
Fig. I.6.	Evolution du taux brut de natalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2000-2011. . . . .	16
Tab. I.4.	Indice conjoncturel de fécondité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010. . . . .	17
Fig. I.7.	Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2010 . . . . .	17
Tab. I.5.	Population selon la nationalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	18
Fig. I.8.	Part des deux principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	18
Fig. I.9.	Structure de la population, selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	19
Tab. I.6.	Répartition de la population, selon le sexe et la catégorie d'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	20
Tab. I.7.	Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1 <sup>er</sup> janvier 2012. . . . .	21
Fig. I.10.	Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1990-2012 . . . . .	21
Fig. I.11.	Evolution de l'indice de vieillissement de 1990 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut, 1990-2060 . . . . .	22
Carte I.6.	Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1 <sup>er</sup> janvier 2012 . . . . .	22
Tab. I.8.	Evolution du ratio de dépendance, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1991-2001-2011 . . . . .	23
Fig. I.12.	Evolution du ratio de dépendance de 1990 à 2012 et projections de 2013 à 2060, Hainaut . . . . .	23
<b>Chapitre 2 • Mortalité et causes de décès</b>		
Tab. II.1.	Nombre de décès, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2011 . . . . .	26
Tab. II.2.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011 . . . . .	27
Tab. II.3.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011 . . . . .	27
Tab. II.4.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Hainaut, par arrondissement, 2006-2010 . . . . .	27
Fig. II.1.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Hommes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1987-2011 . . . . .	28
Fig. II.2.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, Femmes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1987-2011 . . . . .	28
Tab. II.5.	Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2009 . . . . .	29
Fig. II.3.	Proportion de décès, selon la cause, Hommes, Hainaut, 2009 . . . . .	30
Fig. II.4.	Proportion de décès, selon la cause, Femmes, Hainaut, 2009 . . . . .	30
Tab. II.6.	Taux de mortalité spécifiques bruts et standardisés, selon le sexe, Hainaut, 2009 . . . . .	31
Tab. II.7.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Hommes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	32
Tab. II.8.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, Femmes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	33
Tab. II.9.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Hommes, Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans . . . . .	34
Tab. II.10.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, Femmes, Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans . . . . .	35
Fig. II.5.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Hommes, Hainaut, 1987-2009 . . . . .	36

# Table des tableaux, cartes et figures

Fig. II.6.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, Femmes, Hainaut, 1987-2009 . . . . .	36
Tab. II.11.	Taux brut de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011 . . . . .	37
Tab. II.12.	Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, 2011 . . . . .	37
Tab. II.13.	Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique – Wallonie – Hainaut, par arrondissement, sur 5 ans . . . . .	38
Fig. II.7.	Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Hommes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 . . . . .	38
Fig. II.8.	Evolution des indices comparatifs de la mortalité prématurée, Femmes, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2011 . . . . .	38
Fig. II.9.	Mortalité infantile : définitions . . . . .	39
Tab. II.14.	Evolution du nombre de décès infantiles, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009 . . . . .	40
Fig. II.10.	Evolution du taux de mortalité infantile, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009 . . . . .	40
Tab. II.15.	Evolution du nombre de décès néonataux, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009 . . . . .	41
Fig. II.11.	Evolution du taux de mortalité néonatale, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009 . . . . .	41
Tab. II.16.	Evolution du nombre de décès post-néonataux, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009 . . . . .	42
Fig. II.12.	Evolution du taux de mortalité post-néonatale, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009 . . . . .	42
Tab. II.17.	Nombres absolus d'enfants mort-nés, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1989-2009 . . . . .	43
Fig. II.13.	Evolution du taux d'enfants mort-nés, Belgique – Wallonie – Hainaut, 1987-2009 . . . . .	43
<b>Chapitre 3 • Etat de santé</b>		
Fig. III.1.	Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	49
Fig. III.2.	Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, selon l'âge, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	49
Fig. III.3.	Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	50
Fig. III.4.	Proportion de personnes déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	50
Fig. III.5.	Proportion de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Hommes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	52
Fig. III.6.	Proportion de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, Femmes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	52
Fig. III.7.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, selon le sexe, Charleroi, 1983-2008 . . . . .	53
Fig. III.8.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Hommes, Charleroi, 1983-2008 . . . . .	54
Fig. III.9.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Femmes, Charleroi, 1983-2008 . . . . .	54
Fig. III.10.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Hommes, Charleroi - Gand, 1983-2008 . . . . .	55
Fig. III.11.	Evolution des taux d'attaque standardisés de l'infarctus du myocarde, Femmes, Charleroi - Gand, 1983-2008 . . . . .	55
Tab. III.1.	Proportion de personnes déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	56
Tab. III.2.	Dose moyenne journalière pour 1 000 habitants et par jour de médicaments prescrits pour les maladies cardiovasculaires, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011 . . . . .	57
Tab. III.3.	Nombre moyen de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	58
Fig. III.12.	Proportion de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	59
Fig. III.13.	Proportion de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	59

# Table des tableaux, cartes et figures

Tab. III.4.	Nombre moyen de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2010 . . . . .	60
Fig. III.14.	Proportion de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Hommes, Hainaut, 2006-2010 . . . . .	61
Fig. III.15.	Proportion de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, Femmes, Hainaut, 2006-2010 . . . . .	61
Tab. III.5.	Taux d'incidence bruts et standardisés des principaux cancers, selon le sexe, Hainaut, 2006-2010 . . . . .	62
Tab. III.6.	Proportion de femmes ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, 2006-2007 . . . . .	63
Carte III.1.	Proportion de femmes ayant eu un dépistage par mammotest, Hainaut, par commune, 2006-2007 . . . . .	64
Tab. III.7.	Nombre de jeunes femmes complètement vaccinées contre le HPV, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010 . . . . .	65
Tab. III.8.	Nombre de frottis du col de l'utérus réalisés, Femmes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	65
Tab. III.9.	Proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2008 . . . . .	65
Tab. III.10.	Nombre d'examens de DSFO remboursés par l'INAMI, Population, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2009 . . . . .	66
Tab. III.11.	Nombre de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles et taux de couverture, 1 <sup>er</sup> mars 2009-28 février 2011 . . . . .	66
Tab. III.12.	Proportion de personnes déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	66
Tab. III.13.	Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	67
Tab. III.14.	Proportion de personnes déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	68
Tab. III.15.	Incidence de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	68
Fig. III.16.	Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Belgique - Hainaut, 2003-2009 . . . . .	69
Tab. III.16.	Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale chronique, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	69
Tab. III.17.	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010 . . . . .	70
Tab. III.18.	Proportion de personnes déclarant souffrir ou avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	70
Tab. III.19.	Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	71
Fig. III.17.	Evolution du nombre de décès dus au SIDA, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1990-2011 . . . . .	71
Tab. III.20.	Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2006-2011 . . . . .	72
Fig. III.18.	Evolution de l'incidence de l'infection au VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2000-2011 . . . . .	72
Tab. III.21.	Nombre total de personnes infectées par le VIH, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011 . . . . .	72
Tab. III.22.	Nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2011 . . . . .	73
Fig. III.19.	Evolution de la proportion de personnes bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2004-2011 . . . . .	74
Tab. III.23.	Nombre et proportion de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	75
Fig. III.20.	Nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2012 . . . . .	76
Tab. III.24.	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, 2005-2009 . . . . .	76
Tab. III.25.	Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	77

# Table des tableaux, cartes et figures

Tab. III.26.	Nombre d'accidents sur le lieu et le chemin du travail, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005 et 2011 . . . . .	77
Tab. III.27.	Répartition des suites des accidents sur le lieu de travail, selon le sexe, Hainaut, 2011 . . . . .	78
Tab. III.28.	Répartition des suites des accidents sur le lieu de travail, selon l'âge, Hainaut, 2011 . . . . .	78
Fig. III.21.	Nombre de victimes, d'accidents et de décès dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2012 . . . . .	79
Tab. III.29.	Nombre de naissances, selon l'âge de la mère, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2009 . . . . .	80
Tab. III.30.	Nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005 et 2011 . . . . .	81
Tab. III.31.	Proportion de petits poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	81
Tab. III.32.	Proportion de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	82
Tab. III.33.	Proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	83
Tab. III.34.	Effet du tabagisme de la mère sur le poids de naissance et la prématurité, Wallonie - Hainaut, 2012 . . . . .	83
Tab. III.35.	Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2005-2009 . . . . .	84
Fig. III.22.	Taux de mortalité par suicide, selon le sexe et l'âge, Hainaut, 2005-2009 . . . . .	85
Tab. III.36.	Proportion de personnes déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	85
Tab. III.37.	Proportion de personnes déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	86
Tab. III.38.	Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	87
Tab. III.39.	Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les 2 dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	87

## Chapitre 4 • Facteurs de santé

Tab. IV.1.	Proportion d'individus vivant au sein d'une famille monoparentale, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010 . . . . .	94
Tab. IV.2.	Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010 . . . . .	95
Carte IV.1.	Revenus médians par déclaration, Hainaut, par commune, 2010. . . . .	96
Tab. IV.3.	Revenu disponible, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 31 décembre 2010 . . . . .	97
Tab. IV.4.	Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010 . . . . .	97
Tab. IV.5.	Population active et taux d'activité, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2010 . . . . .	98
Tab. IV.6.	Taux de chômage, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, août 2013 . . . . .	99
Tab. IV.7.	Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2012 . . . . .	100
Tab. IV.8.	Nombre de bénéficiaires d'une garantie de revenus aux personnes âgées, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 1 <sup>er</sup> décembre 2012 . . . . .	101
Tab. IV.9.	Part de la population majeure enregistrée à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 2012 . . . . .	102
Fig. IV.1.	Répartition de la population, selon l'IMC, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	103
Fig. IV.2.	Répartition de la population, selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2008 . . . . .	104
Fig. IV.3.	Répartition de la population, selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2008. . . . .	104
Fig. IV.4.	Fréquence de l'obésité et du surpoids, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	105
Fig. IV.5.	Evolution de l'obésité et de la surcharge pondérale selon le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	106

# Table des tableaux, cartes et figures

Fig. IV.6.	Proportion de personnes se déclarant sédentaires, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	107
Tab. IV.10.	Répartition de la population selon son niveau déclaré d'activité physique de loisirs, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	108
Fig. IV.7.	Proportion de la population déclarant une activité modérée à intense d'au moins 30 minutes par jour, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	108
Fig. IV.8.	Fréquence de l'activité physique en dehors de l'école, la semaine précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	109
Tab. IV.11.	Affiliation à un club sportif, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	110
Fig. IV.9.	Evolution des affiliations déclarées à un club sportif selon l'âge et le sexe, Hainaut, 1997-2012 . . . . .	110
Fig. IV.10.	Evolution de la proportion de personnes déclarant une consommation quotidienne de fruits, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2008 . . . . .	111
Fig. IV.11.	Evolution de la proportion de personnes déclarant une consommation quotidienne de légumes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2001-2008 . . . . .	112
Fig. IV.12.	Proportion de jeunes déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit et/ou un légume par jour, Hainaut, 2012 . . . . .	112
Fig. IV.13.	Proportion de jeunes déclarant consommer quotidiennement au moins un fruit par jour, Hainaut, 2012 . . . . .	112
Fig. IV.14.	Proportion de personnes déclarant être des fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	113
Fig. IV.15.	Répartition des jeunes en fonction du statut tabagique selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	114
Fig. IV.16.	Evolution de la proportion de fumeurs occasionnels ou quotidiens, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2003-2012 . . . . .	114
Tab. IV.12.	Proportion de personnes déclarant consommer chaque jour de l'alcool, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	115
Fig. IV.17.	Evolution de la proportion de surconsommateurs d'alcool, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2008 . . . . .	116
Tab. IV.13.	Proportion de personnes déclarant consommer 6 verres ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008 . . . . .	116
Tab. IV.14.	Proportion de jeunes ayant déjà bu un verre entier d'alcool, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	117
Tab. IV.15.	Proportion de jeunes ayant déjà été ivres, au moins une fois dans leur vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	117
Tab. IV.16.	Proportion de jeunes ayant déjà consommé 5 verres ou plus en une seule occasion dans les 30 jours précédant l'enquête, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2012 . . . . .	117
<b>Chapitre 5 • Offre et consommation de soins</b>		
Carte V.1.	Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, Hainaut, 2013 . . . . .	123
Tab. V.1.	Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2013 . . . . .	124
Tab. V.2.	Equipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2013 . . . . .	124
Tab. V.3.	Nombre et densité de lits de MR et MRS, Belgique - Wallonie - Hainaut, janvier 2013 . . . . .	125
Tab. V.4.	Nombre de médecins généralistes et nombre d'habitants par médecin généraliste, Belgique - Wallonie - Hainaut, par arrondissement, 31 décembre 2012 . . . . .	126
Carte V.2.	Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, par commune, 31 décembre 2012 . . . . .	127
Fig. V.1.	Evolution de la densité de médecins généralistes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1995-2012 . . . . .	127
Fig. V.2.	Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut - Wallonie, 31 décembre 2012 . . . . .	128
Carte V.3.	Distribution des médecins généralistes de moins de 40 ans, selon l'âge, Hainaut, par commune, 31 décembre 2012 . . . . .	129
Tab. V.5.	Nombre de médecins spécialistes et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012 . . . . .	130

# Table des tableaux, cartes et figures

Fig. V.3.	Evolution de la densité des médecins spécialistes, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	130
Tab. V.6.	Nombre de gynécologues et nombre de femmes de 15 ans et plus par gynécologue, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	131
Tab. V.7.	Nombre de pédiatres et nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	132
Tab. V.8.	Nombre d'ophtalmologues et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	133
Tab. V.9.	Nombre d'anesthésistes et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	134
Tab. V.10.	Nombre de candidats dentistes admissibles selon quotas et spécialités, Fédération Wallonie-Bruxelles	135
Tab. V.11.	Nombre de dentistes et nombre d'habitants par dentiste, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	135
Tab. V.12.	Nombre de kinésithérapeutes et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique - Wallonie - Hainaut, 31 décembre 2012	136
Tab. V.13.	Nombre d'infirmiers(ères) et nombre d'habitants, de 60 ans et plus, de 75 ans et plus par infirmier(ère), Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012	137
Fig. V.4.	Evolution du nombre d'infirmiers(ères), Belgique - Wallonie - Hainaut, 1995-2012	137
Fig. V.5.	Evolution du nombre moyen de visites à domicile du médecin généraliste, Hainaut-Belgique, 1997-2012	138
Fig. V.6.	Evolution du nombre de consultations et avis de médecins généralistes, Belgique - Hainaut, 1997-2012	139
Carte V.4.	Nombre de DMG par médecin généraliste enregistré à l'INAMI, Hainaut, 2012	140
Fig. V.7.	Evolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique - Hainaut, 1997-2011	141
Fig. V.8.	Evolution du taux de soins dentaires réalisés par les dentistes sur la population des moins de 18 ans, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2012	142
Tab. V.14.	Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2010	145
Tab. V.15.	Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008	146
Tab. V.16.	Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2012	147
Fig. V.9.	Evolution de la consommation de médicaments en DMJ, par type de système ciblé, Belgique - Hainaut, 1998-2012	148
Tab. V.17.	Evolution du pourcentage de personnes déclarant avoir été vaccinées contre le tétanos dans les 10 dernières années, Belgique - Wallonie - Hainaut, 1997-2001-2004-2008	150
Fig. V.10.	Evolution du nombre de vaccins contre la grippe remboursés, pour 100 habitants, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2006-2012	151
Tab. V.18.	Pourcentage de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique - Wallonie - Hainaut, 2008	151

- **Une information sanitaire**
- **Des programmes**
- **Des outils**
- **Des partenaires**



**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](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

Visitez notre site Internet :

**<http://observatoiresante.hainaut.be>**



Retrouvez-nous sur Facebook  
[www.facebook.com/hainaut.sante](http://www.facebook.com/hainaut.sante)