



Observatoire
de la
Santé

Mieux vivre pour tous

Santé en Hainaut - numéro 16 - 2022

TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ



Province
du
Hainaut



Préface

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

Comme le montrent les données présentées, l'espérance de vie continue de s'accroître, mais l'écart se creuse entre d'une part le Hainaut, et d'autre part la Wallonie et surtout la Belgique, témoin d'inégalités sociales et territoriales croissantes. En Hainaut, la mortalité reste élevée. Si les taux de mortalité hainuyers rejoignaient ceux de la Belgique, 2 510 décès seraient évités chaque année. La mortalité prématurée (avant 75 ans) présente des différences particulièrement marquées puisqu'elle est 9,2 % plus élevée qu'en Wallonie et 33,8 % plus élevée qu'en Belgique.

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

Devant de telles inégalités sociales de santé, renforcées par la crise sanitaire de la COVID-19, et compte tenu d'indicateurs socio-économiques moins favorables en Hainaut, il est indispensable de consacrer davantage de ressources vers ces populations au moyen d'actions renforcées à tous les niveaux, de la commune à l'Europe. C'est le choix fait par la Province de Hainaut en nous donnant comme mission principale de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il importe à ce sujet de ne pas stigmatiser des catégories de personnes, mais plutôt d'agir sur le gradient sociosanitaire de l'ensemble de la population en vue de réduire les écarts. Les mesures universelles d'accès aux conditions de la santé se montrent à cet égard les plus efficaces, à la condition d'un universalisme proportionné renforçant les mesures en fonction des besoins.

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

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

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

Dr Christian Massot
Médecin de santé publique

Marie Merckling
Epidémiologiste

Helen Barthe-Batsalle
Inspectrice générale

Colophon

Coordination et rédaction

Christian Massot⁴, Marie Merckling⁴

Secrétariat

Maria Milioto⁴

Infographie et communication

Alain Husdens⁴, Daniela Majois⁴, Geneviève Pensis⁴

Relecteurs

Alice Balfroid¹, Helen Barthe-Batsalle⁴, Luc Berghmans², Charles-Henri Boeur³, Frédéric Deceulaer¹, Katty De Luca⁴, Tonio Di Zinno⁵, Dominique Dubourg⁶, Sophie Mahin³, Thierry Eggerickx⁷, Marie-France Jeunehomme⁸, Virginie Olivier⁴, Françoise Renard⁹, Aline Scohy⁹, Marie Vanoverberghe⁸

Avertissement pour le lecteur

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

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

Remerciements

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

Un remerciement tout particulier à nos collègues des Observatoires de la Santé et Service de l'observation des Provinces de Liège, Luxembourg et Namur.

1. Service de l'observation, de la programmation et du développement territorial de la Province de Namur
2. Université libre de Bruxelles
3. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
4. Observatoire de la Santé du Hainaut
5. Agence InterMutualiste
6. Agence pour une Vie de Qualité
7. Université catholique de Louvain - Centre de recherche en démographie
8. Observatoire de la Santé de la Province de Liège
9. Sciensano

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° 16, Tableau de bord de la Santé 2022, 2022".

Editeur responsable : Helen Barthe-Batsalle - Observatoire de la Santé de la Province de Hainaut - rue de Saint-Antoine 1 - 7021 Havré
Edition : Novembre 2022 - Tirage : 1 000 exemplaires

Crédit photo : 123 RF.com
D/2022/14.371/3

Table des matières

Chapitre 1 - Population

Faits marquants	10
1. Population totale	11
1.1. Effectifs de population en Belgique, Wallonie et Hainaut	11
1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements	11
1.3. Evolution de la population	12
2. Communes et habitants	14
2.1. Densité de population par commune	14
2.2. Croissance de population	15
3. Espérance de vie	16
3.1. Espérance de vie à la naissance	16
3.2. Espérance de vie à 65 ans	21
3.3. Espérance de vie en bonne santé	22
4. Natalité	23
4.1. Taux brut de natalité	23
4.2. Indice conjoncturel de fécondité	24
5. Population de nationalité étrangère	26
6. Structure de la population par âge et selon le sexe	28
7. Vieillesse de la population	30
7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et Hainaut	31
7.2. Vieillesse par commune	34
7.3. Ratio de dépendance démographique	36
8. Bibliographie	37

Chapitre 2 - Mortalité et causes de décès

Faits marquants	40
1. Mortalité totale	42
1.1. Mortalité totale en 2019	42
1.2. Indices comparatifs de mortalité	43
2. Mortalité par cause	47
2.1. Causes de décès	48
2.2. Principales causes de décès en fonction de l'âge et du sexe	53
2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut	55
3. Mortalité prématurée	57
4. Mortalité périnatale et infantile	61
4.1. Mortalité infantile	62
4.2. Mortalité néonatale	63
4.3. Mortalité post-néonatale	64
4.4. Mortinatalité	65
5. Bibliographie	66

Chapitre 3 - Etat de santé

Faits marquants	68
1. Santé perçue	70
1.1. Santé globale	70
1.2. Maladies chroniques	72
2. Maladies cardiovasculaires	76
2.1. Mortalité	76
2.2. Hypertension artérielle	78
3. Cancers	79
3.1. Mortalité par cancer	79
3.2. Incidence des cancers	82
4. Maladies respiratoires	85
4.1. Mortalité par maladie respiratoire	85
4.2. Asthme	86
4.3. Tuberculose	87
5. Insuffisance rénale	88
5.1. Mortalité par insuffisance rénale	89
5.2. Dialyse	89
6. Diabète	90
7. Ostéoporose	92
8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-sida	93
8.1. Mortalités causées par le sida	94
8.2. Personnes infectées par le VIH	94
9. Limitations physiques et invalidités	96
9.1. Limitations physiques	96
9.2. Invalidités	96
10. Maladies professionnelles	100
11. Accidents	101
11.1. Accidents de circulation	101
11.2. Accidents du travail	103
12. Intoxication au monoxyde de carbone	106
13. Santé maternelle et infantile	108
13.1. Age des mères à l'accouchement	108
13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)	109
13.3. Poids à la naissance	110
13.4. Prématurité	111
13.5. Tabagisme de la femme enceinte	112
14. Santé mentale	115
14.1. Suicides	115
14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs	118

15. COVID-19	120
15.1. Hospitalisation	120
15.2. Mortalité	121
15.3. Vaccination	123
16. Bibliographie	126

Chapitre 4 - Facteurs de santé

Faits marquants132

1. Facteurs sociaux	133
1.1. Niveau d'instruction.....	133
1.2. Revenus des ménages	134
1.3. Emploi	137
1.4. Autres revenus de substitution	142
1.5. Endettement	144
1.6. Monoparentalité	145
1.7. Logements publics.....	146
2. Excès de poids.....	148
2.1. Corpulence des adultes	149
2.2. Corpulence des jeunes.....	152
3. Sédentarité et activité physique.....	154
3.1. Sédentarité et activité physique chez l'adulte	154
3.2. Sédentarité et activité physique chez les jeunes	156
4. Alimentation	157
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes	157
4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes	158
5. Consommation de tabac	159
5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes	159
5.2. Tabagisme chez les jeunes.....	160
6. Consommation d'alcool	161
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes	161
6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes	164
7. Bibliographie	165

Chapitre 5 - Offre de soins et de services

Faits marquants	168
1. Offre de soins	169
1.1. Structures hospitalières	169
1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins	172
1.3. Médecins	173
1.4. Autres professionnels de la santé	181
2. Offre de services (y compris de soins)	183
2.1. Accueil de la petite enfance	183
2.2. Centres de planning familial	185
2.3. Associations de santé intégrée	186
2.4. Aides et soins à domicile	187
2.5. Services de santé mentale ambulatoire	188
3. Bibliographie	190

Chapitre 6 - Consommation de soins

Faits marquants	194
1. Consultations médicales et paramédicales	195
1.1. Médecin généraliste	195
1.2. Contacts avec le médecin spécialiste	196
1.3. Contacts avec le dentiste	197
1.4. Contacts avec le kinésithérapeute	198
1.5. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative	199
2. Séjours hospitaliers	200
2.1. Hospitalisations déclarées	200
2.2. Résumé Hospitalier Minimum	200
3. Consommation de médicaments	202
3.1. Consommation déclarée	202
3.2. Consommation enregistrée	203
4. Vaccinations	208
4.1. Vaccination des enfants	208
4.2. Vaccination des adultes	209
5. Dépistages	210
5.1. Dépistage des cancers	210
6. Bibliographie	216
Abréviations	219
Table des tableaux, cartes et figures	221

Chapitre 1

POPULATION



Faits marquants

- **Le Hainaut compte 1,346 million d'habitants.** Depuis plus de 15 ans, la population de la province du Hainaut est en progression constante. On note une accélération de la croissance à partir de 2003. Cet accroissement devrait se maintenir dans les années à venir malgré la diminution observée en 2020.
- **La densité de population est de 353 habitants/km².** Elle est très importante sur l'axe urbain Mons-Charleroi, moyenne dans le nord et faible dans les communes du sud de la province (Botte du Hainaut).
- **L'espérance de vie des hommes se rapproche de plus en plus de celle des femmes.** Sur les 20 dernières années, quel que soit le territoire considéré (Belgique – Wallonie – Hainaut), l'espérance de vie à la naissance s'améliore pour les deux sexes. Cependant, on note une progression plus rapide chez les individus masculins que féminins.
- **L'espérance de vie reste très liée aux conditions socio-économiques.** Les populations vivant dans les communes à revenu élevé ont les espérances de vie les plus élevées. En moyenne, une augmentation de 1 000 euros du revenu médian par déclaration se traduit par une augmentation d'espérance de vie de 6 mois pour les hommes et 5 mois pour les femmes.
- **On compte environ 14 000 naissances par an.** La natalité, après avoir augmenté dans les années 2000, a connu un maximum en 2007 (11,8 naissances vivantes pour 1 000 habitants), avant de redescendre à une natalité de 9,7 pour 1 000 habitants en 2020.
- **L'indice conjoncturel de fécondité est inférieur au seuil de remplacement de la population (2,1).** Avec 1,62 enfant par femme, le Hainaut présente un indice conjoncturel de fécondité proche de la Wallonie (1,61) et supérieur à celui de la Belgique (1,59).
- **La population étrangère représente 12,2 % de la population.** Les nationalités italienne et française sont les plus représentées. La proportion d'étrangers la plus élevée se trouve dans l'arrondissement de Tournai-Mouscron où 4 étrangers sur 5 sont français.
- **Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2012.** En 2021, on compte désormais 83 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Les perspectives prévoient 135 personnes âgées pour 100 jeunes aux alentours de 2071.
- **L'espérance de vie en bonne santé augmente avec le niveau d'éducation.** Ce gradient social observé à l'échelle nationale, conduit à un écart de 13,4 années entre les femmes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur et celles ayant au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Cet écart est de 10,5 années chez les hommes.

1. Population totale

1.1. Effectifs de population en Belgique, Wallonie et Hainaut

Tableau 1.1. Population totale (nombre d'habitants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2021

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 677 211	5 844 027	11 521 238
Wallonie		1 784 520	1 863 686	3 648 206
Hainaut		655 872	690 075	1 345 947
Arrondissements	Ath	63 016	65 594	128 610
	Charleroi	192 269	203 563	395 832
	Mons	125 461	133 546	259 007
	Soignies	51 726	53 936	105 662
	Thuin	45 195	46 664	91 859
	Tournai-Mouscron	109 581	114 039	223 620
	La Louvière	68 624	72 733	141 357

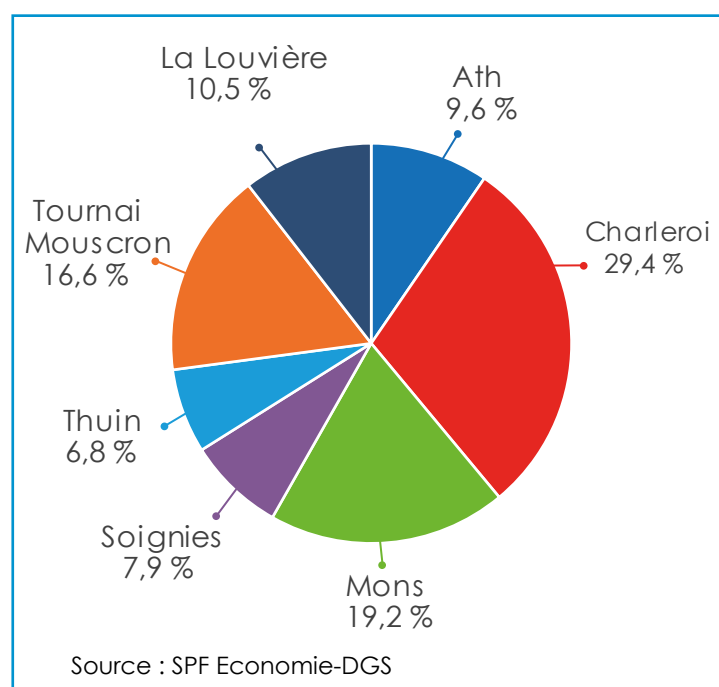
Source : SPF Economie-DGS



Au 1^{er} janvier 2021, le Hainaut comptait 1 345 947 habitants, soit 11,7 % de la population totale de la Belgique et 36,9 % de la population de la Wallonie. Les femmes constituaient 51,3 % des habitants de la province. Ces proportions sont stables dans le temps.

1.2. Répartition de la population dans les différents arrondissements

Figure 1.1. Répartition de la population (en % de la population), Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2021

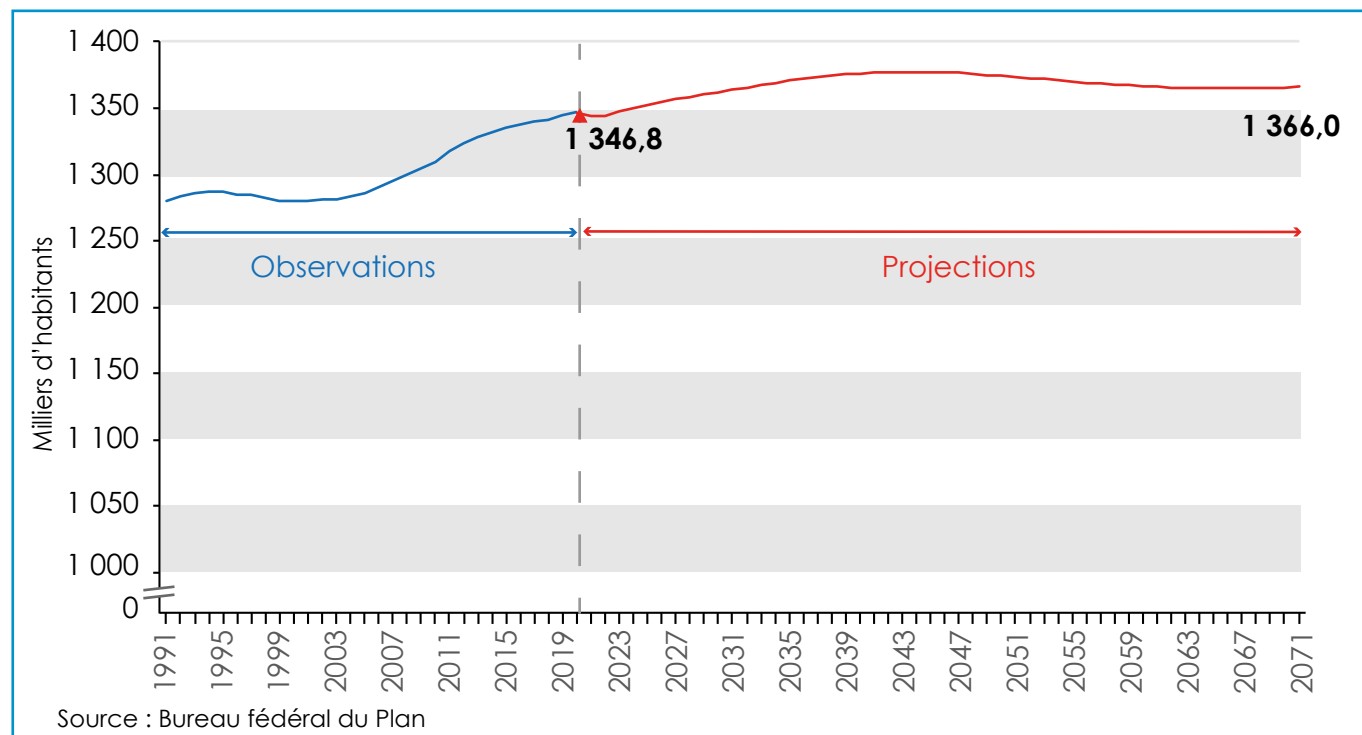


► L'arrondissement de Charleroi est le plus peuplé avec 395 832 habitants, soit 29,4 % de la population du Hainaut ; viennent ensuite les arrondissements de Mons (19,2 %) et de Tournai-Mouscron (16,6 %).

Entre 2018 et 2019, les limites administratives des arrondissements hainuyers ont été modifiées, impactant tous les arrondissements à l'exception de celui de Mons. Les arrondissements de Tournai et de Mouscron ont été fusionnés. Certaines communes des arrondissements de Charleroi font maintenant partie de l'arrondissement de Soignies. Enfin, l'arrondissement de La Louvière a été créé à partir de communes des anciens arrondissements de Soignies et Thuin.

1.3. Evolution de la population

Figure 1.2. Evolution de la population de 1991 à 2021 et projections de 2022 à 2071, Hainaut



La population de la province croît progressivement jusqu'en 2020, passant de 1 280 336 habitants au 1^{er} janvier 1991 à 1 346 840 au 1^{er} janvier 2020, avec une accélération à partir de 2003. En 2020, le Hainaut connaît une diminution de sa population qui compte 1 345 947 habitants au 1^{er} janvier 2021.

L'effectif de la population évolue non seulement en fonction de la différence entre les décès et les naissances, mais aussi de l'arrivée de nouveaux habitants ou de leur départ.

Depuis 2012 en Hainaut, le nombre de décès est supérieur au nombre de naissances. Le solde naturel est donc négatif en Hainaut depuis cette année-là.

L'accroissement de la population jusqu'en 2020 est donc le résultat de l'arrivée de nouveaux habitants sur le territoire. Au cours de l'année 2020, l'accroissement de mortalité dû à la COVID-19 et le ralentissement des migrations lié à la pandémie entraîne une diminution de la population hainuyère qui perd 927 habitants entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2021.

Selon le Bureau fédéral du Plan, les perspectives pour l'avenir tendent vers une augmentation de la population totale jusqu'en 2043 pour atteindre 1 377 497 habitants en Hainaut, suivie d'une légère diminution jusqu'à 1 365 964 habitants en 2071.

A long terme, à l'échelle nationale, la population continue de croître mais à un rythme moins soutenu que la moyenne observée sur les 30 dernières années. Cette moindre croissance s'explique par :

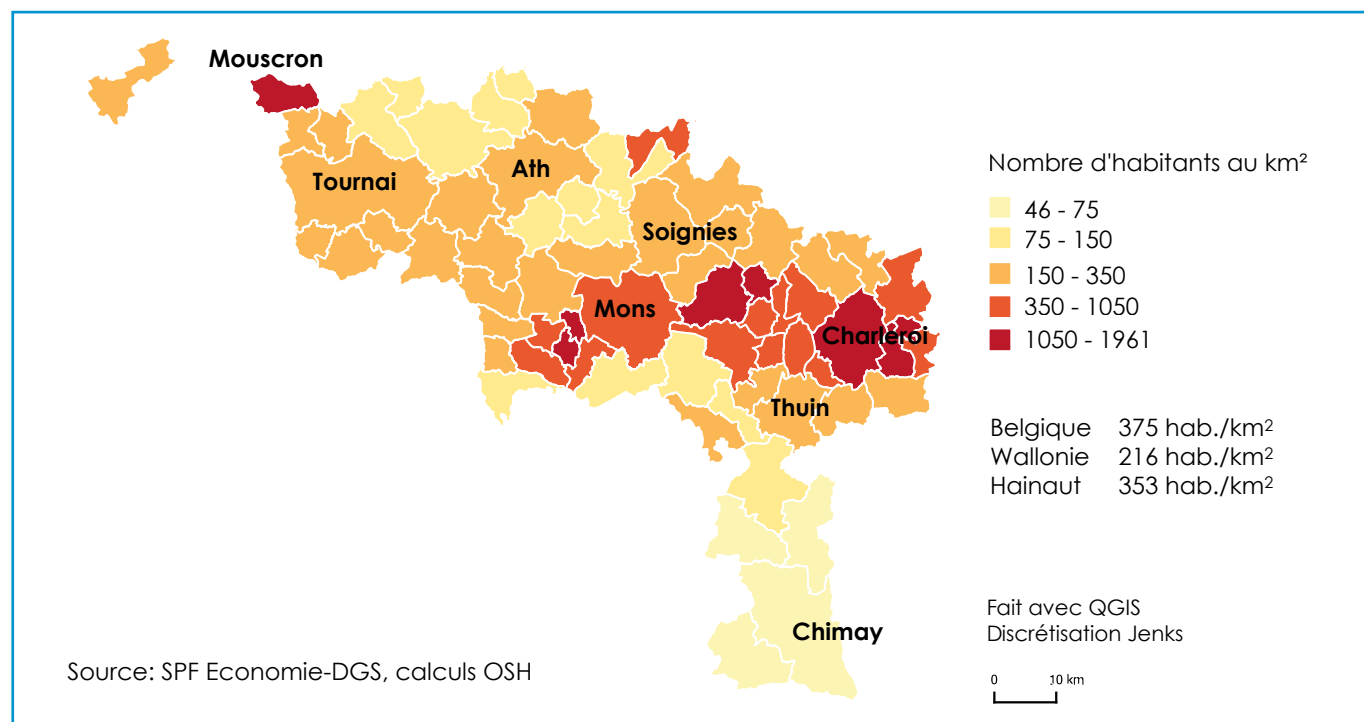
- une fécondité plus faible ;*
- l'arrivée de la génération du baby-boom aux âges où les probabilités de décès sont élevées ;*
- des flux migratoires internationaux moins dynamiques [1 ; 2 ; 3].*

2. Communes et habitants

2.1. Densité de population par commune

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

Carte 1.1. Densité de population (habitants/km²), Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2021



Le territoire hainuyer est plus densément peuplé que la Wallonie en général (353 habitants par km² contre 216 habitants par km² en Wallonie).

La population hainuyère se répartit cependant de façon inégale :

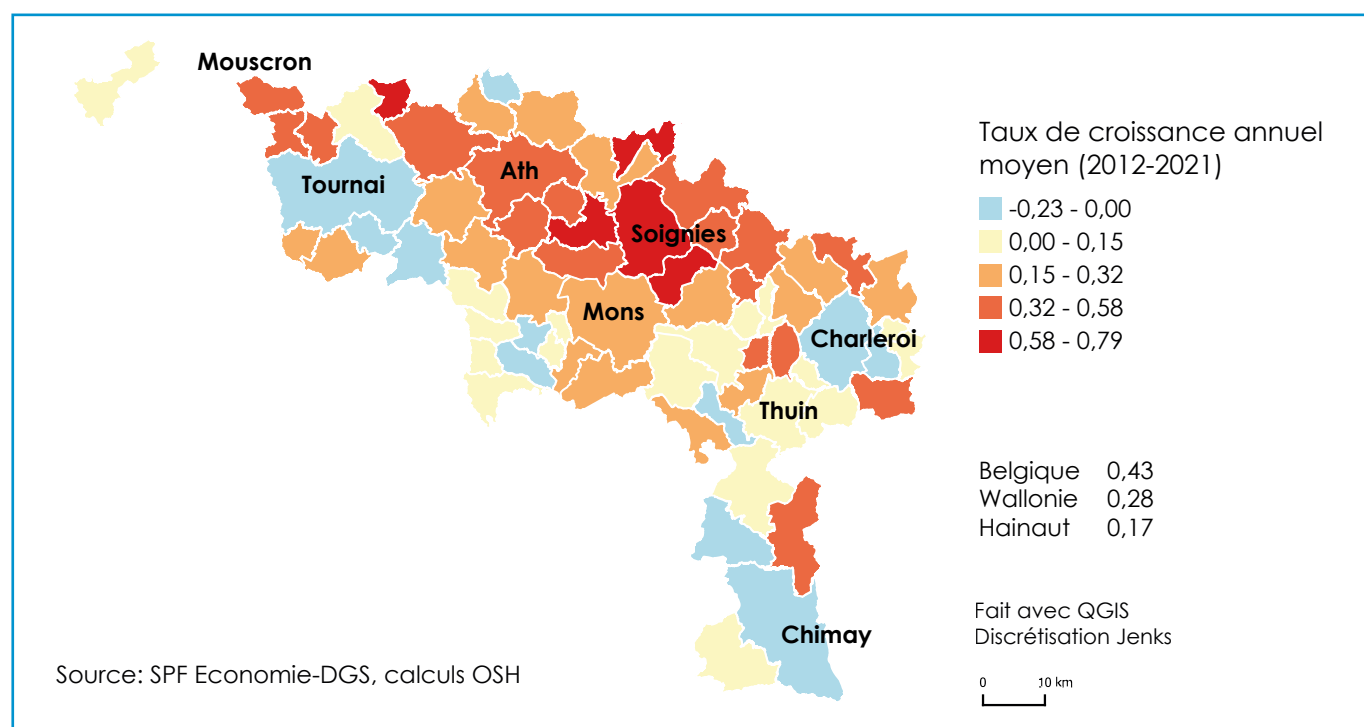
- *au centre de la province, une ceinture presque ininterrompue de communes urbaines densément peuplées, situées le long de l'ancien axe industriel ;*
- *au sud et au nord de cet axe, des communes en majorité rurales, avec un nombre d'habitants au km² nettement inférieur.*

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

2.2. Croissance de population

Le taux de croissance annuel moyen de la population (en %) est égal à l'accroissement naturel (nombre de naissances moins nombre de décès) plus le solde migratoire (ceux qui arrivent dans la commune moins ceux qui en partent), le tout divisé par le nombre d'habitants en début de période d'observation et multiplié par 100, puis divisé par le nombre d'années d'observation [4].

Carte 1.2. Taux de croissance annuel moyen (en %), Hainaut, par commune, 2012-2021



Le taux de croissance annuel moyen de la population de la province du Hainaut au cours des 10 dernières années est positif (0,17 %). Il est néanmoins inférieur à ceux de la Belgique (0,43 %) et de la Wallonie (0,28 %).

A l'échelle des communes, la situation est plus contrastée. En effet, la carte ci-dessus montre un taux supérieur à la moyenne provinciale, régionale et nationale pour certaines communes du nord de la province, alors que les taux de croissance sont inférieurs à la moyenne provinciale dans les entités de l'ancien axe industriel, dans certaines communes de la Botte du Hainaut, dans la région de Tournai et dans les communes limitrophes.

De 2012 à 2021, le taux de croissance annuel moyen est le plus élevé dans les communes de Lens (0,79), Enghien (0,78), Le Roeulx (0,72) et Soignies (0,66).

A l'inverse, il est négatif dans 11 communes du Hainaut avec les taux les plus faibles pour les communes de Sivry-Rance (-0,23), Dour (-0,23) et Chimay (-0,20).

3. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité par âge de l'année considérée. Il s'agit d'une valeur calculée et non d'une valeur observée. Le mode de calcul de cet indicateur lui permet de ne pas être influencé par la structure d'âge de la population (par la proportion de personnes âgées notamment) [5].

3.1. Espérance de vie à la naissance

Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019

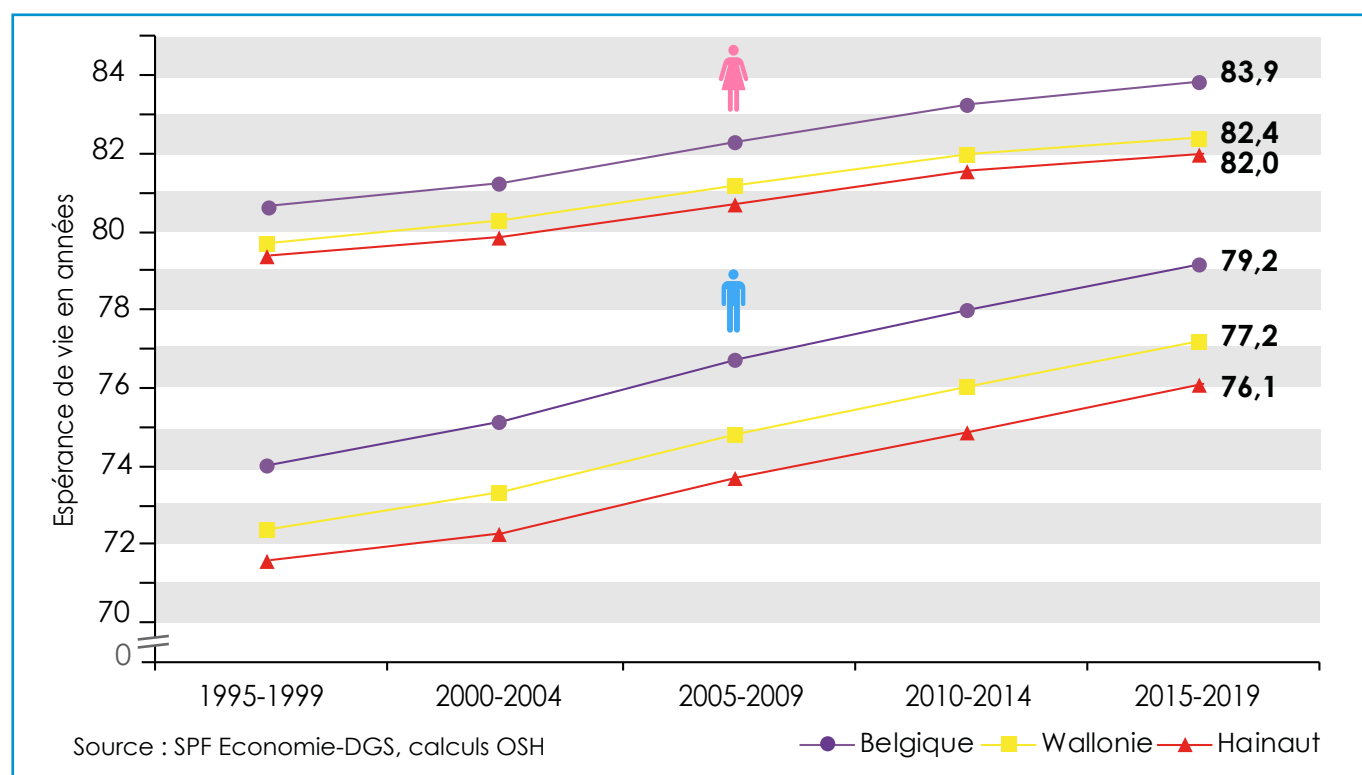
	Hommes	Femmes
Belgique	79,2	83,9
Wallonie	77,2	82,4
Hainaut	76,1	82,0

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH



L'espérance de vie des Hainuyers demeure plus faible que celle des Wallons ou des Belges. Ainsi, sur la période 2015-2019, par rapport à la situation nationale, l'écart atteint plus de 3 années chez les hommes et près de 2 années chez les femmes.

Figure 1.3. Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-2019



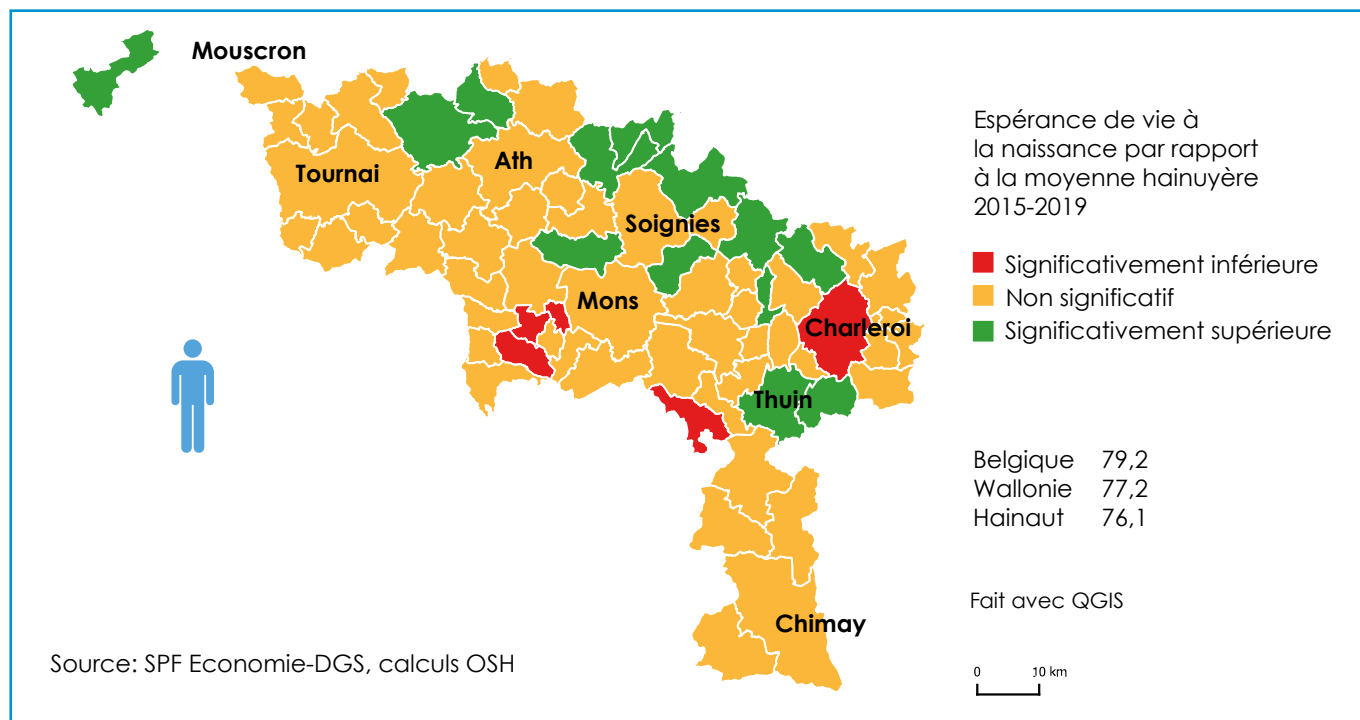
Le graphique montre une augmentation régulière de l'espérance de vie depuis plus de 20 ans, tant en Belgique qu'en Wallonie et en Hainaut.

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 7,8 ans dans la période 1995-1999 en faveur des femmes à 5,9 ans durant la période 2015-2019.

Les écarts entre la Belgique et le Hainaut se creusent progressivement, particulièrement chez les femmes. L'écart d'espérance de vie passe de 1 an et 3 mois en 1995-1999 à 1 an et 11 mois en 2015-2019, en faveur des femmes belges.

En 2020, l'épidémie de COVID-19 a entraîné une diminution temporaire de l'espérance de vie. L'impact de la COVID-19 sur la mortalité est traité au Chapitre 3.

Carte 1.3 Espérance de vie à la naissance, hommes, Hainaut, par commune, 2015-2019

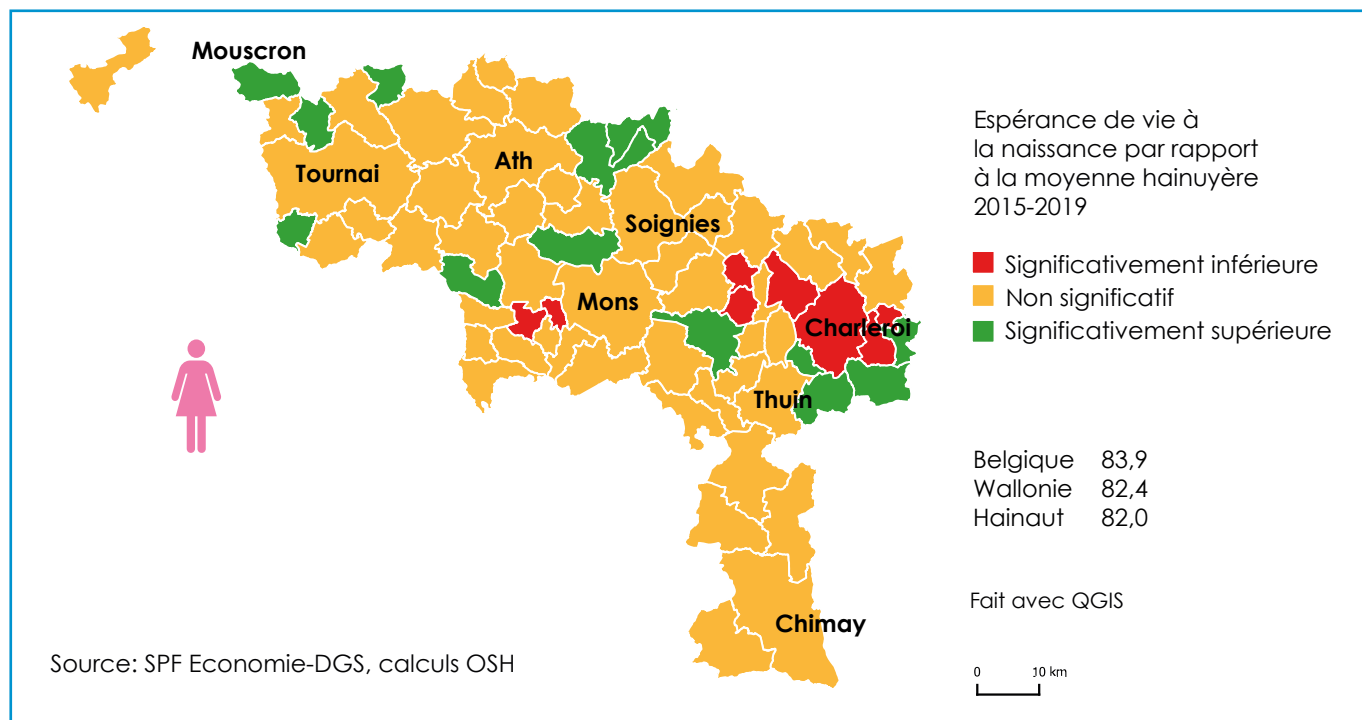


Sur la période 2015-2019, l'espérance de vie des hommes de la province du Hainaut est de 76,1 ans.

Les communes d'Erquennes (73,0 ans), Dour (73,5 ans), Boussu (73,8 ans), Quaregnon (74,5 ans) et Charleroi (75,2 ans) présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale. Ces communes se situent sur l'ancien axe industriel.

A l'inverse, les communes où l'espérance de vie est supérieure à la moyenne provinciale se situent essentiellement au nord de la province.

Carte 1.4. Espérance de vie à la naissance, femmes, Hainaut, par commune, 2015-2019

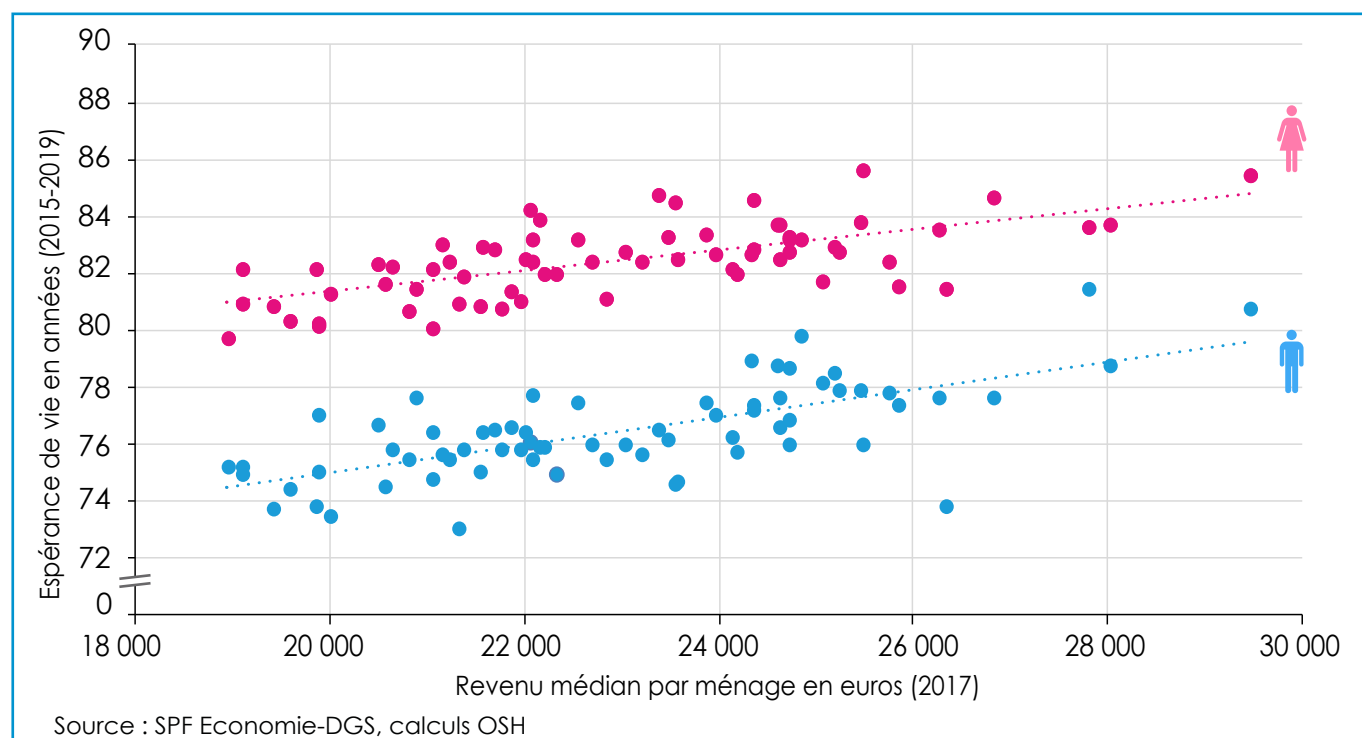


▼
 Sur la période 2015-2019, l'espérance de vie des femmes de la province du Hainaut était de 82,0 ans (inférieure à la moyenne wallonne, elle-même inférieure à la moyenne belge).

Les communes de Farciennes (79,7 ans), Morlanwelz (80,1 ans), Châtelet (80,2 ans), Quaregnon (80,4 ans), Manage (80,7 ans), Boussu (80,8 ans), Courcelles (80,8 ans) et Charleroi (81,0 ans), présentent une espérance de vie significativement inférieure à la moyenne provinciale.

A l'inverse, l'espérance de vie des femmes est significativement supérieure à la moyenne provinciale dans 13 communes, dont 4 sont situées au sud et à l'est de Charleroi.

Figure 1.4. Variation de l'espérance de vie (2015-2019), selon le sexe et le revenu médian par ménage, Hainaut, par commune, 2017



▼
 L'analyse par commune du Hainaut met en évidence un lien entre l'espérance de vie et le revenu médian par ménage. Ce constat suggère une influence des conditions socio-économiques sur l'espérance de vie. Ainsi, sur base de cette relation, on peut émettre l'hypothèse que si l'on compare deux communes du Hainaut dont l'une a un revenu annuel 1 000 euros plus élevé que l'autre, celle au revenu supérieur indiquera une espérance de vie plus importante de 6 mois en moyenne pour les hommes et 5 mois pour les femmes.

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

Les observations publiées par Sciensano (Institut de Santé Publique) à partir des données de l'enquête de santé de 2013 montrent la persistance d'un gradient social [7] qui se définit comme une association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé [8]. On parle d'un gradient social lorsque la fréquence d'un problème (de santé par exemple) augmente de façon régulière (continuum) des catégories les plus favorisées vers les catégories les plus défavorisées. Le gradient social signifie donc que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun, et cela selon l'influence de certains déterminants de santé [9].

3.2. Espérance de vie à 65 ans

Tableau 1.3. Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019

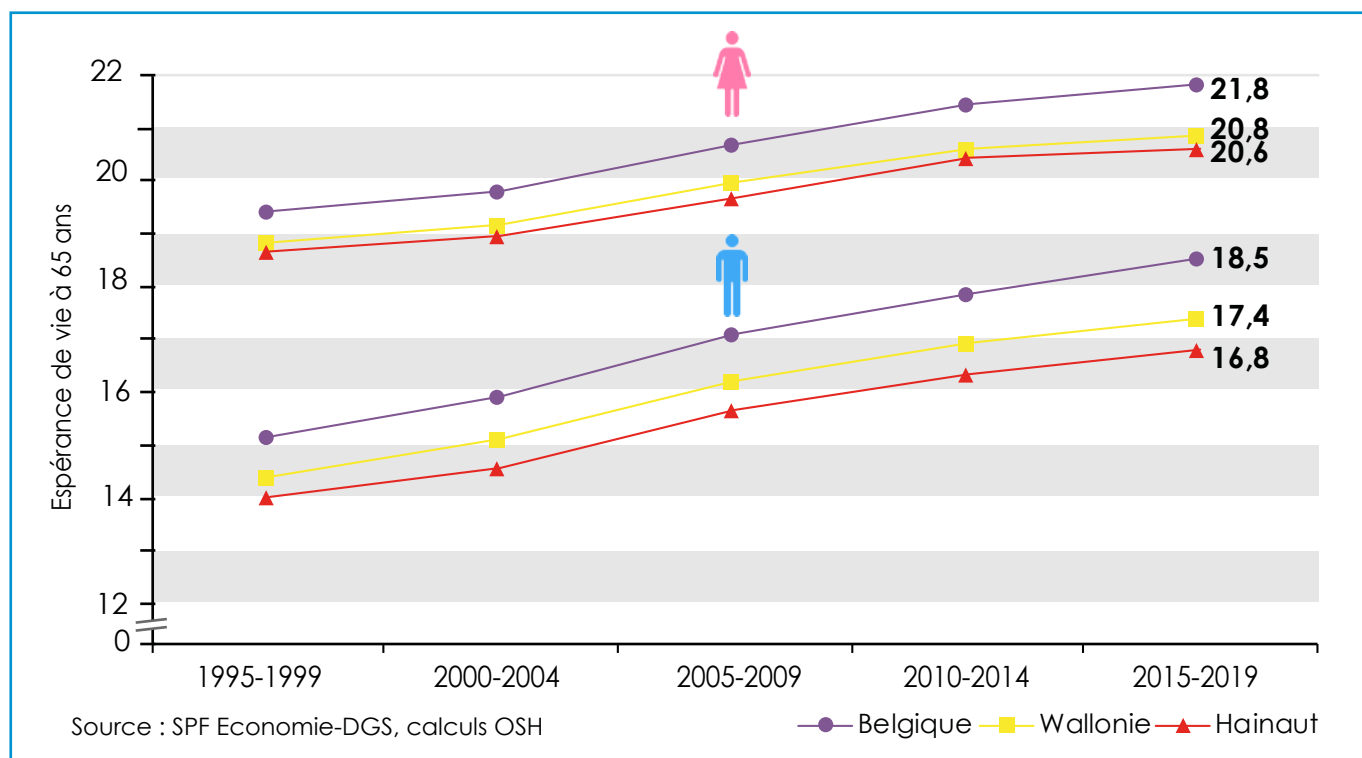
	Hommes	Femmes
Belgique	18,5	21,8
Wallonie	17,4	20,8
Hainaut	16,8	20,6

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

▼
L'espérance de vie à 65 ans, entre 2015 et 2019, est plus basse en Hainaut qu'en Wallonie, aussi bien pour les hommes (7 mois de moins) que pour les femmes (2 mois de moins).

Au regard de la situation nationale, l'espérance de vie à 65 ans de la population hainuyère apparaît significativement inférieure de 20 mois pour les hommes et de 14 mois pour les femmes.

Figure 1.5. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-2019



▼
L'espérance de vie à 65 ans continue de s'accroître depuis plus de 20 ans en Belgique, en Wallonie et en Hainaut. Le phénomène est plus marqué dans la population masculine que féminine, quel que soit le territoire. En Hainaut, l'espérance de vie à 65 ans des hommes passe de 14,0 ans en 1995-1999 à 16,8 ans en 2015-2019 ; chez les femmes, elle passe de 18,6 ans à 20,6 ans pour les mêmes périodes. Comme pour l'espérance de vie à la naissance, l'écart entre les hommes et les femmes se réduit progressivement.

L'évolution de l'espérance de vie à 65 ans est sensiblement identique pour les Wallons et les Hainuyers, quel que soit le sexe.

3.3. Espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie présentée ci-avant ne tient pas compte de l'état de santé de la personne. Une maladie, un handicap, une incapacité peuvent empêcher un individu de jouir pleinement de ses années de vie. D'autres indicateurs modulent ce calcul de l'espérance de vie.

"Les indicateurs d'espérance de vie en bonne santé sont des mesures de santé de la population qui combinent la durée et la qualité de vie dans un seul indicateur. Il s'agit d'une famille d'indicateurs qui s'exprime en termes "d'espérance de vie dans un état de (bonne) santé donné", par exemple sans incapacité, ou sans maladie chronique, ou en bonne santé ressentie. La valeur de l'indicateur indique le nombre moyen d'années que l'on peut s'attendre à passer dans cet état de santé à un âge donné. L'estimation de l'espérance de vie sans incapacité (EVS) suppose que les taux de mortalité et morbidité actuels vont rester inchangés dans le futur".
[10].

En 2018, l'espérance de vie sans incapacité des hommes belges à l'âge de 65 ans était de 12,5 ans et de 12,4 ans pour les femmes.

En 2011, chez les hommes, à 25 ans, un écart de 10,5 années au niveau de l'espérance de vie en bonne santé est observé entre ceux qui ont un niveau d'instruction bas (au mieux un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur) et ceux qui ont un niveau d'instruction élevé (enseignement supérieur). Au niveau des femmes, cette différence entre les niveaux d'instruction se marque par une différence au niveau de l'espérance de vie en bonne santé de 13,4 ans. A 50 ans, l'écart est d'environ 6,7 ans chez les hommes et 7,7 ans chez les femmes. Enfin, à l'âge de 65 ans, cet écart existe toujours et atteint 2,5 ans chez les hommes et 4,6 ans chez les femmes [10].

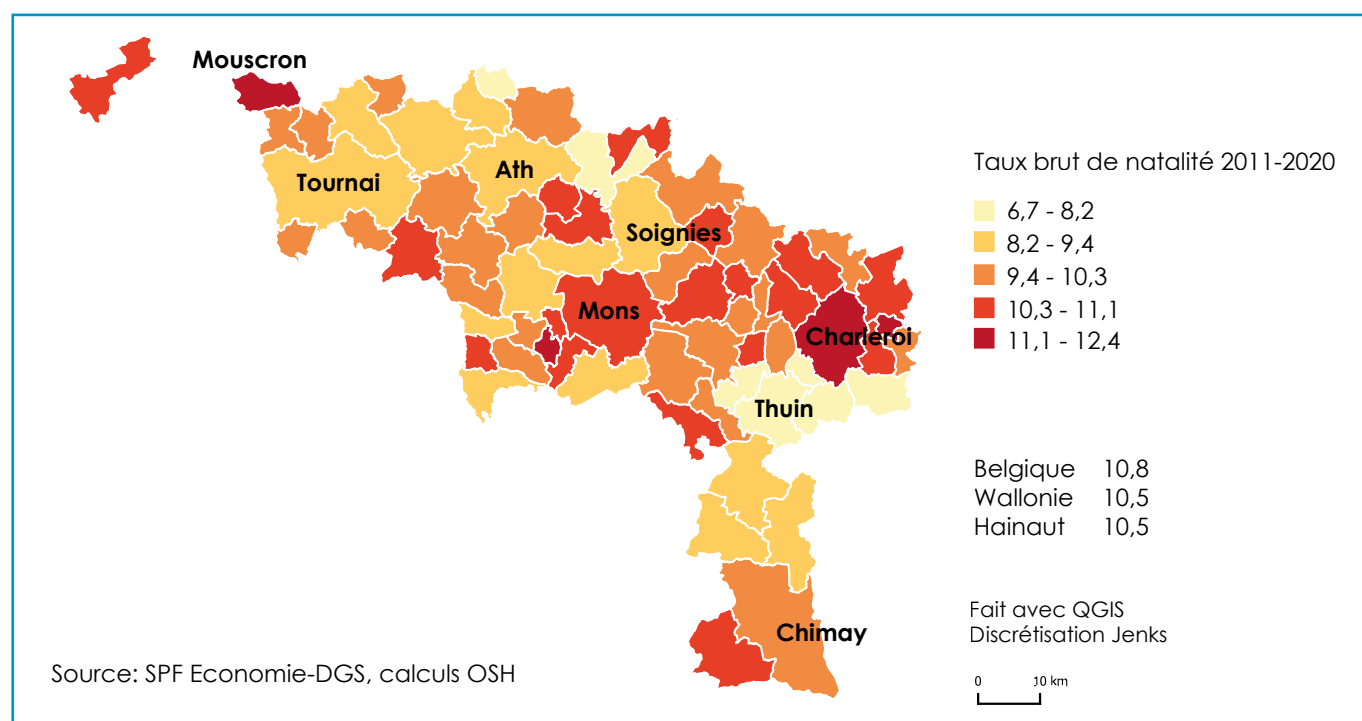
4. Natalité

En Belgique, la statistique des naissances et de la fécondité est essentiellement élaborée à partir de deux sources : le bulletin de déclaration de la naissance vivante à l'état civil et le Registre national. En combinant ces deux sources et en prenant, depuis 2010, le Registre national comme source de base, la statistique s'intéresse uniquement aux naissances vivantes issues de mères résidant légalement en Belgique, que ces naissances aient lieu dans le pays ou à l'étranger [11].

4.1. Taux brut de natalité

Le taux brut de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année [12].

Carte 1.5. Taux brut annuel moyen de natalité (‰), Hainaut, par commune, 2011-2020



Sur la période décennale 2011 à 2020, on recense 10,5 naissances pour 1 000 habitants en Hainaut. Ce taux est identique au taux wallon et légèrement inférieur au taux belge (10,8/1 000 hab.).

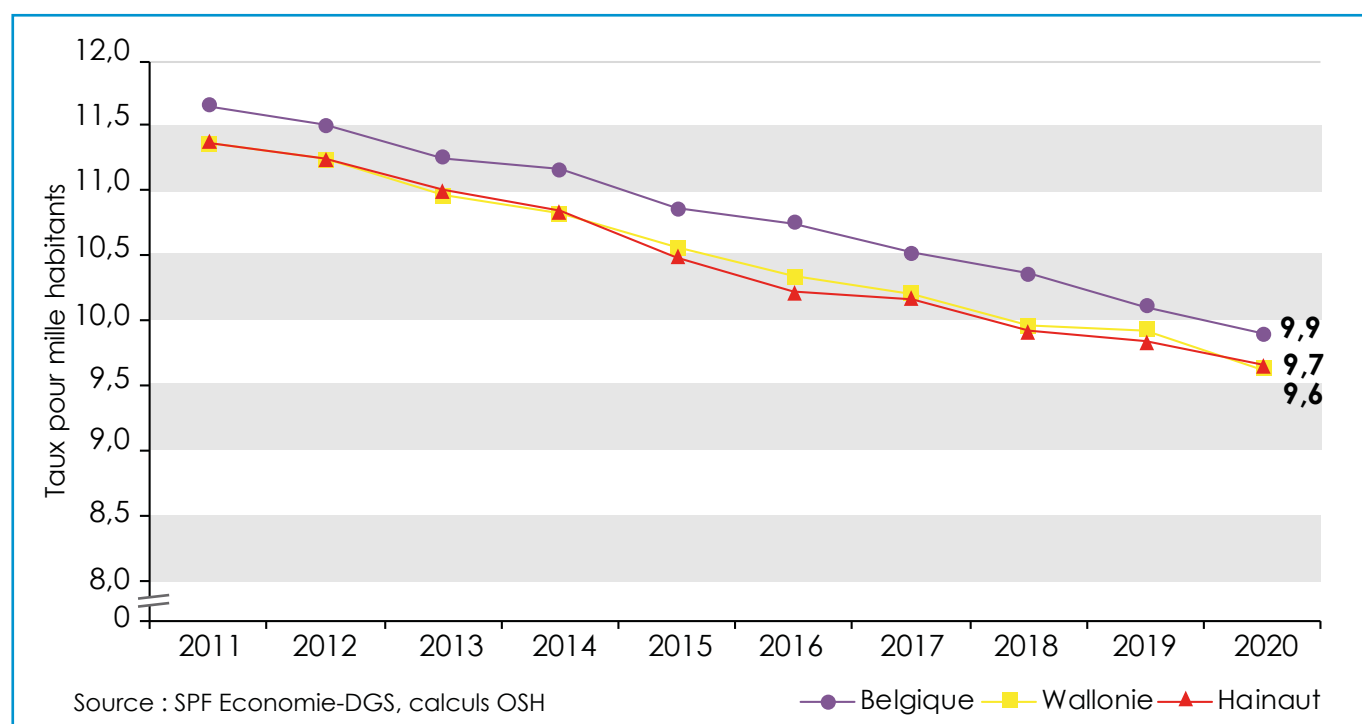
En nombre absolu, cela correspond à une moyenne annuelle de 121 301 naissances en Belgique, 37 698 en Wallonie et 13 973 en Hainaut.

Au niveau communal, le taux de natalité le plus élevé s'observe à Charleroi et Colfontaine, avec 12,4 naissances vivantes en moyenne pour 1 000 habitants, suivi de Farciennes (12,0) et Mouscron (11,3).

A l'inverse, les communes où le nombre de naissances pour 1 000 habitants se révèle le plus faible entre 2011 et 2020 sont Gerpennes (6,7), Ham-sur-Heure-Nalinnes (7,8), Montigny-le-Tilleul (7,9) et Silly (8,0).

Les différences de taux brut de natalité observées entre les communes du Hainaut sont fortement corrélées à l'âge des populations concernées : les communes où le vieillissement de la population est plus marqué connaissent de faibles taux de natalité et inversement.

Figure 1.6. Evolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2020



De 2011 à 2020, on note un fléchissement des courbes sur les trois territoires, Belgique, Wallonie et Hainaut, lié en partie au vieillissement de la population.

Le taux brut de natalité du Hainaut a connu un niveau élevé en 2007 (11,8 naissances pour 1 000 habitants) pour décliner progressivement jusqu'en 2020 (9,7).

4.2. Indice conjoncturel de fécondité

Le taux de fécondité général 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 (ICF) (exprimé en nombre moyen d'enfants par femme) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa vie, si le taux de fécondité de chaque groupe d'âge, pour l'année considérée, restait stable dans le temps [13].

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. 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 [13].

Si on compare les fécondités belge et wallonne, on remarque que depuis 1984, la fécondité wallonne était systématiquement supérieure à celle de la Belgique jusqu'en 2007. Depuis 2008, s'observe un quasi alignement des fécondités nationale et wallonne. Le nombre moyen d'enfants par femme connaît une diminution ces dernières années dans toutes les régions [14].

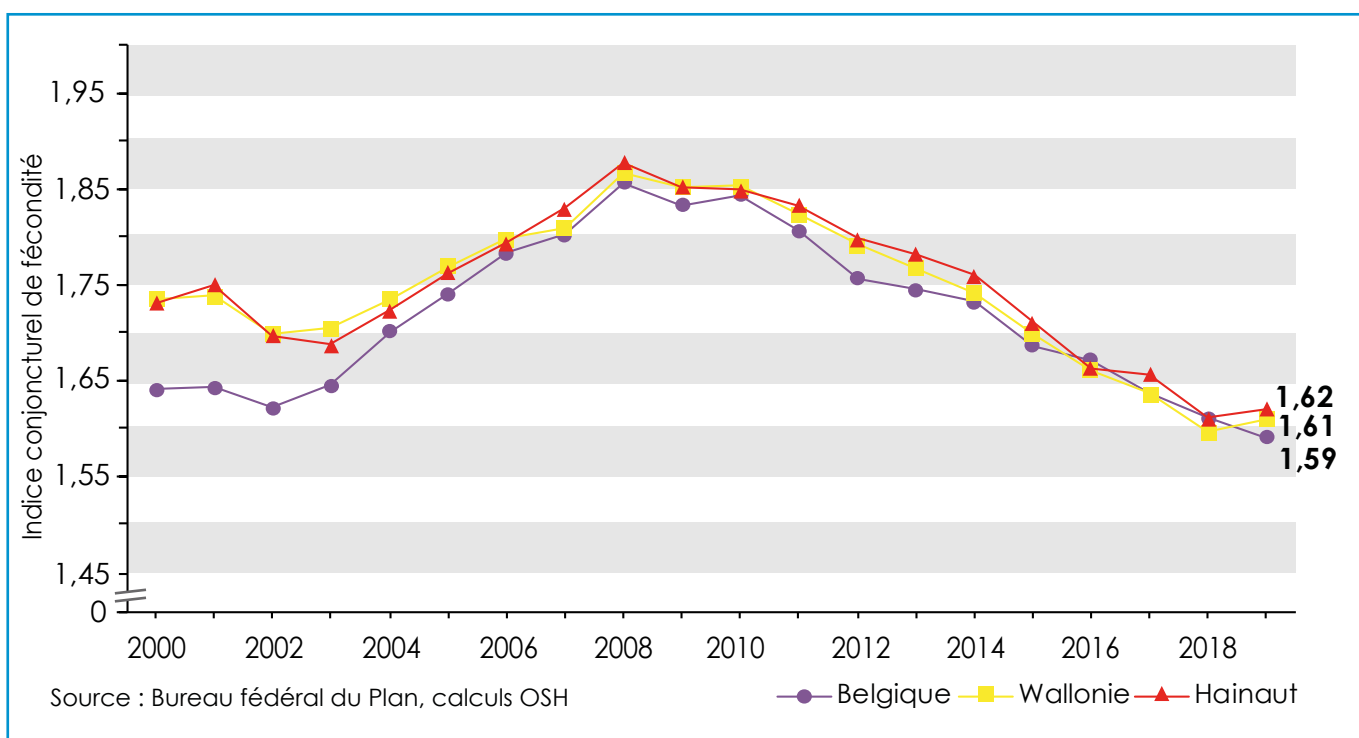
Tableau 1.4. Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

Indice conjoncturel de fécondité 2019	
Belgique	1,59
Wallonie	1,61
Hainaut	1,62

Source : Bureau fédéral du Plan

En 2019, l'ICF en Hainaut (1,62) était quasi identique à celui de la Wallonie (1,61) et supérieur à celui de la Belgique avec 1,59 enfant par femme. Ces trois indices sont inférieurs au seuil de remplacement de la population (2,1).

Figure 1.7. Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019



L'ICF a montré un court sursaut après l'an 2000. De 2002 à 2008, il n'a cessé d'augmenter, même s'il est toujours resté inférieur au seuil de remplacement de population, fixé à 2,1.

En Wallonie, l'ICF atteint 1,61 par femme en 2019. C'est plus faible qu'en 2010 où ce taux s'élevait à 1,85 enfant par femme.

En 2019, la Belgique, la Wallonie et le Hainaut affichaient des indices conjoncturels de fécondité semblables. En effet, l'écart s'est considérablement réduit par rapport au début des années 2000.

5. Population de nationalité étrangère

Tableau 1.5. Population selon la nationalité (nombre d'habitants), Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2021

		Belges	Etrangers		Total
			Effectifs	en %	
Belgique		10 073 385	1 447 853	12,6	11 521 238
Wallonie		3 267 033	381 173	10,4	3 648 206
Hainaut		1 181 215	164 732	12,2	1 345 947
Arrondissements	Ath	121 408	7 202	5,6	128 610
	Charleroi	343 326	52 506	13,3	395 832
	Mons	226 551	32 456	12,5	259 007
	Soignies	95 636	10 026	9,5	105 662
	Thuin	87 202	4 657	5,1	91 859
	Tournai-Mouscron	185 631	37 989	17,0	223 620
	La Louvière	121 461	19 896	14,1	141 357

Source : SPF Economie-DGS

▼
Ce tableau présente les données concernant la population n'ayant pas la nationalité belge et non la population d'origine étrangère naturalisée belge. Il est à noter qu'à la naissance, si un des deux parents est belge, l'enfant est belge ; si les parents sont étrangers mais que l'un des deux est né en Belgique, l'enfant est belge moyennant une déclaration ; si les deux parents sont étrangers nés à l'étranger, l'enfant est étranger.

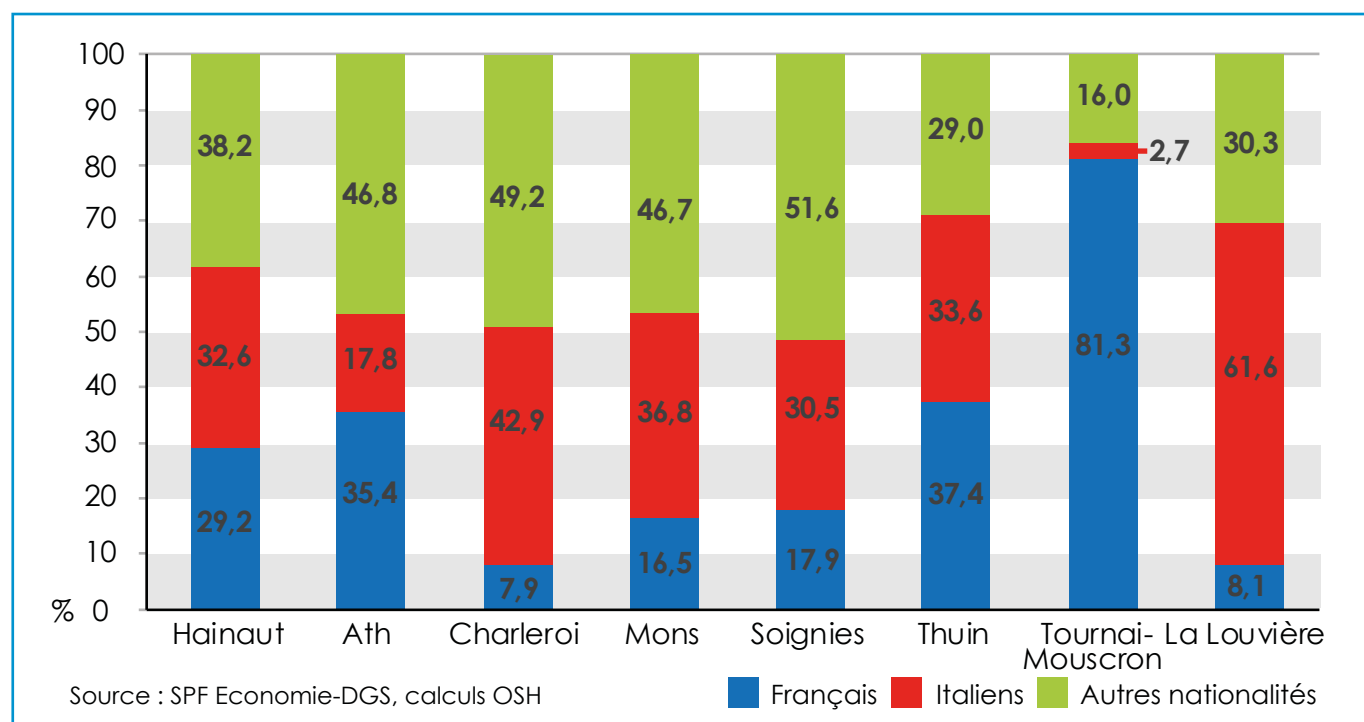
En 2021, le Hainaut compte une proportion de ressortissants étrangers (12,2 %) légèrement inférieure à la Belgique (12,6 %), mais supérieure à la Wallonie (10,4 %).

La répartition de la population étrangère sur le territoire de la province du Hainaut diffère dans les 7 arrondissements.

Les arrondissements d'Ath et de Thuin comptent les plus faibles proportions de ressortissants étrangers (respectivement 5,6 % et 5,1 %).

L'arrondissement de Tournai-Mouscron est l'arrondissement hainuyer dont la proportion de ressortissants étrangers est la plus élevée. Il a la particularité de compter une proportion très importante de ressortissants français.

Figure 1.8. Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1^{er} janvier 2021

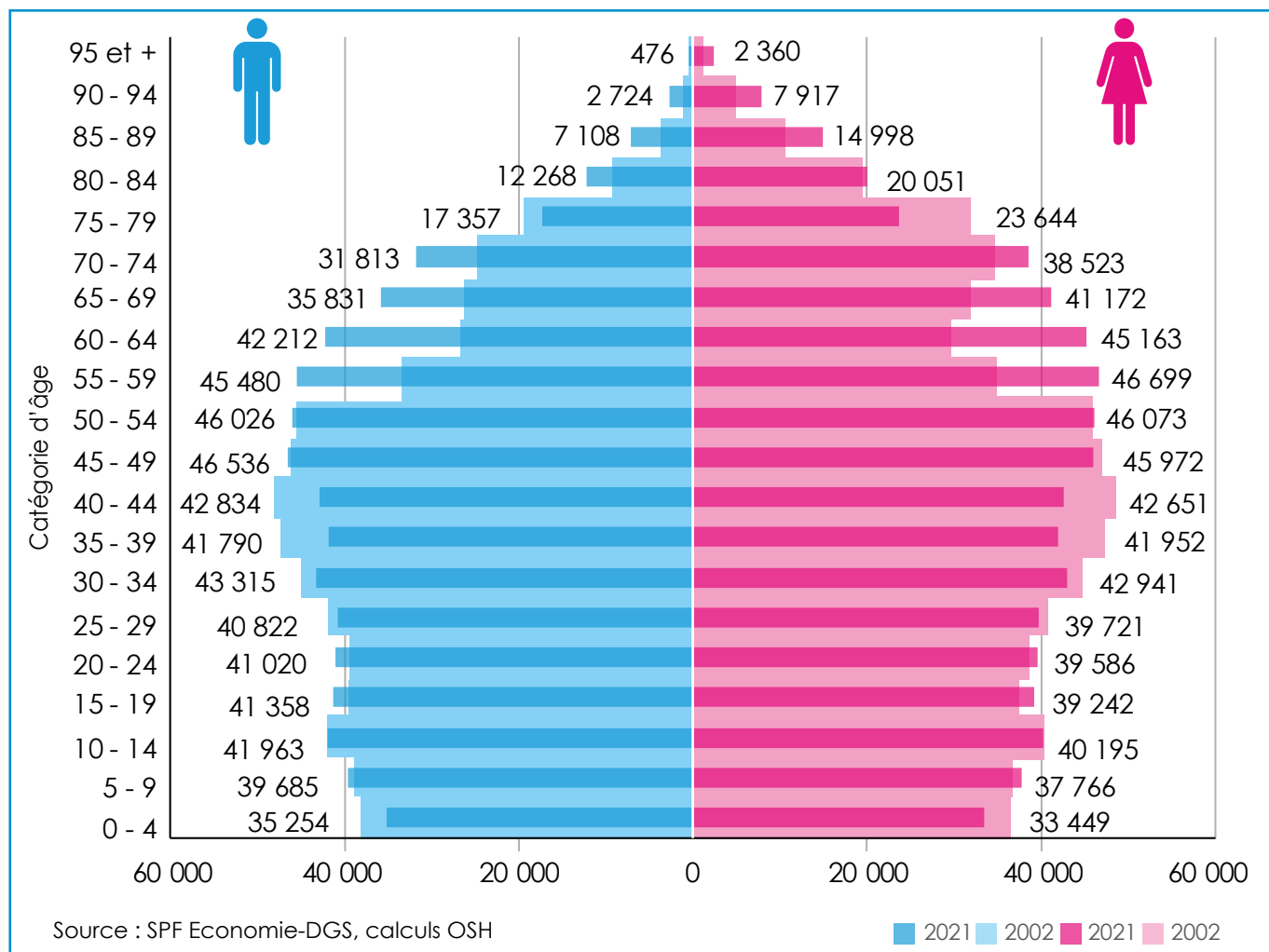


▼
 Les deux premières nationalités représentées dans tous les arrondissements de la province du Hainaut sont l'italienne et la française. La première place des ressortissants étrangers étant occupée tantôt par les Français (Tournai-Mouscron, Thuin et Ath), tantôt par les Italiens (La Louvière, Charleroi,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

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

La pyramide des âges représente la répartition d'une population par tranche d'âge et par sexe à un instant donné, pour une population donnée [15].

Figure 1.9. Structure de la population (nombre d'habitants), selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1^{er} janvier 2002 et 1^{er} janvier 2021



La pyramide des âges du Hainaut présente une allure similaire à celle des pays développés. Elle illustre le concept de basse fécondité actuel qui rétrécit sa base et, simultanément, un allongement de l'espérance de vie qui élargit le sommet.

Seuls les pays moins développés n'ayant pas encore observé ces deux phénomènes au sein de leur société ont une répartition par âge et sexe réellement pyramidale.

La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2021 traduit les évolutions démographiques survenues au 20^e siècle.

La Deuxième Guerre mondiale a marqué la pyramide par la diminution des naissances durant cette période troublée (tranche des 75-79 ans en 2021). Le baby-boom, qui s'étend de l'après-guerre à 1964, confère une place plus importante aux classes d'âge des 55-74 ans en 2021.

Le rétrécissement du pied de la structure par âge s'accroît ensuite pour former progressivement une silhouette que les démographes appellent "meule de foin", caractérisée par une base évidée et un gonflement du sommet.

A l'opposé, le haut de la pyramide connaît un gonflement de son effectif en engrangeant les progrès continus dans la survie à des âges de plus en plus élevés. Résultat de ces deux phénomènes, des modifications importantes vont apparaître dans la part des 20-64 ans, qui sont assimilés à la main-d'œuvre potentiellement disponible sur le marché du travail [16].

La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2021 permet de comparer la structure par âge des hommes et des femmes :

- à la naissance, les garçons sont plus nombreux que les filles. En moyenne 105 garçons naissent pour 100 filles ;
- à partir de 50 ans, la tendance s'inverse et les femmes deviennent plus nombreuses que les hommes. La mortalité plus faible des femmes explique ce phénomène ;
- chez les 80 ans et plus, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes.

La structure par âge des hommes et des femmes au 1^{er} janvier 2002 et au 1^{er} janvier 2021 met en évidence les tendances suivantes :

- la population des plus de 65 ans a augmenté de 2,7 % pour les hommes et de 1,2 % pour les femmes en Hainaut, moins que les seniors wallons (3,1 % pour les hommes et 1,5 % pour les femmes) et belges (3,2 % pour les hommes et 1,7 % pour les femmes) ;
- ce sont les catégories d'âge les plus élevées qui ont gagné le plus d'effectif de population sur la même période d'observation : + 139,2 % pour les hommes de 95 ans et plus, + 95,5 % pour les femmes de cette même catégorie d'âge, + 141,7 % pour les hommes de 90-94 ans et + 62,6 % pour les femmes ;
- en Hainaut, la part des moins de 20 ans a diminué de 0,9 % chez les filles et de 1,6 % chez les garçons entre 2002 et 2021. La diminution est de 1,5 % pour les filles et 2,1 % pour les garçons en Wallonie et respectivement 0,9 % et 1,3 % au niveau national ;
- les trois catégories d'âge qui ont perdu le plus d'effectif de population en 20 ans sont les 75-79 ans (-10,5 % pour les hommes et -25,8 % pour les femmes), les 35-39 ans (-11,8 % pour les hommes et -11,4 % pour les femmes) et les 40-44 ans (-11,1 % et -12,3 %).

7. Vieillesse de la population

Selon Eurostat, la population dans les 27 pays de l'Union européenne (UE) devrait continuer à vieillir ; le nombre élevé de baby-boomers faisant gonfler la proportion de personnes âgées dans les décennies à venir. La faible natalité persistante et l'augmentation de l'espérance de vie auront un impact sur la forme de la pyramide des âges prenant la forme rhomboïde (losange) avec une augmentation des baby-boomers en âge de prendre leur retraite et une base plus étroite entraînant à terme une diminution de la population d'âges actifs.

Eurostat relève aussi le vieillissement progressif de la population âgée elle-même, l'importance relative des personnes très âgées progressant à un rythme plus rapide que n'importe quel autre segment de la population de l'UE. On s'attend ainsi à ce que la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population de l'UE soit multipliée par plus de deux entre 2019 et 2100, passant de 5,8 % à 14,6 %.

Au cours de cette même période, la part de la population en âge de travailler devrait diminuer régulièrement jusqu'en 2050, avant de se stabiliser quelque peu. Les personnes âgées constitueront une part grandissante de la population totale, les personnes de 65 ans et plus représentant 31,3 % de la population de l'UE en 2100, contre 20,2 % en 2019.

Le taux de dépendance des personnes âgées (65 ans et plus) se définit comme le rapport entre le nombre de personnes âgées à un âge où ils ne sont plus actifs économiquement (65 ans et plus) et le nombre de personnes en âge de travailler (15-64 ans) [17]. Avec comme conséquence : le taux de dépendance dans l'UE qui devrait presque doubler, passant de 31,4 % en 2019 à 57,1 % en 2100 [18].

Selon le Bureau fédéral du Plan, en Belgique, le vieillissement se traduit par une augmentation de l'âge moyen de la population, qui passe de 42 ans en 2021 à 45,5 ans en 2070 selon les projections. L'augmentation de l'âge moyen est due en partie à l'augmentation de l'espérance de vie, mais aussi à l'effet de génération des baby-boomers qui arrivent progressivement dans les catégories d'âge les plus élevées [3].

Sur le plan sanitaire, on ne peut que se réjouir de cet accroissement de la longévité, surtout parce que l'espérance de vie sans incapacité augmente également. En revanche, sur le plan économique, les générations en âge de travailler devront supporter les dépenses liées à une proportion croissante de personnes âgées.

7.1. Vieillesse en Belgique, Wallonie et Hainaut

Tableau 1.6. Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1^{er} janvier 2021


	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
< 20 ans	2 565 871	22,3	834 271	22,9	308 912	23,0
20-64 ans	6 726 246	58,4	2 120 398	58,1	780 793	58,0
65 ans et +	2 229 121	19,3	693 537	19,0	256 242	19,0
Total	11 521 238	100,0	3 648 206	100,0	1 345 947	100,0

Source : SPF Economie-DGS


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

Une personne sur 5 est âgée de moins de 20 ans et les personnes considérées en âge d'être en activité¹ (20-64 ans) constituent près de 60 % de la population.

Tableau 1.7. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1^{er} janvier 2021



	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	571 453	57,9	184 280	61,7	67 644	62,9
75-84 ans	304 861	30,9	84 474	28,3	29 625	27,5
85 ans et +	111 219	11,3	29 920	10,0	10 308	9,6
Total	987 533	100,0	298 674	100,0	107 577	100,0



	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
65-74 ans	622 638	50,1	209 441	53,0	79 695	53,6
75-84 ans	398 246	32,1	118 910	30,1	43 695	29,4
85 ans et +	220 704	17,8	66 512	16,8	25 275	17,0
Total	1 241 588	100,0	394 863	100,0	148 665	100,0

Source : SPF Economie-DGS

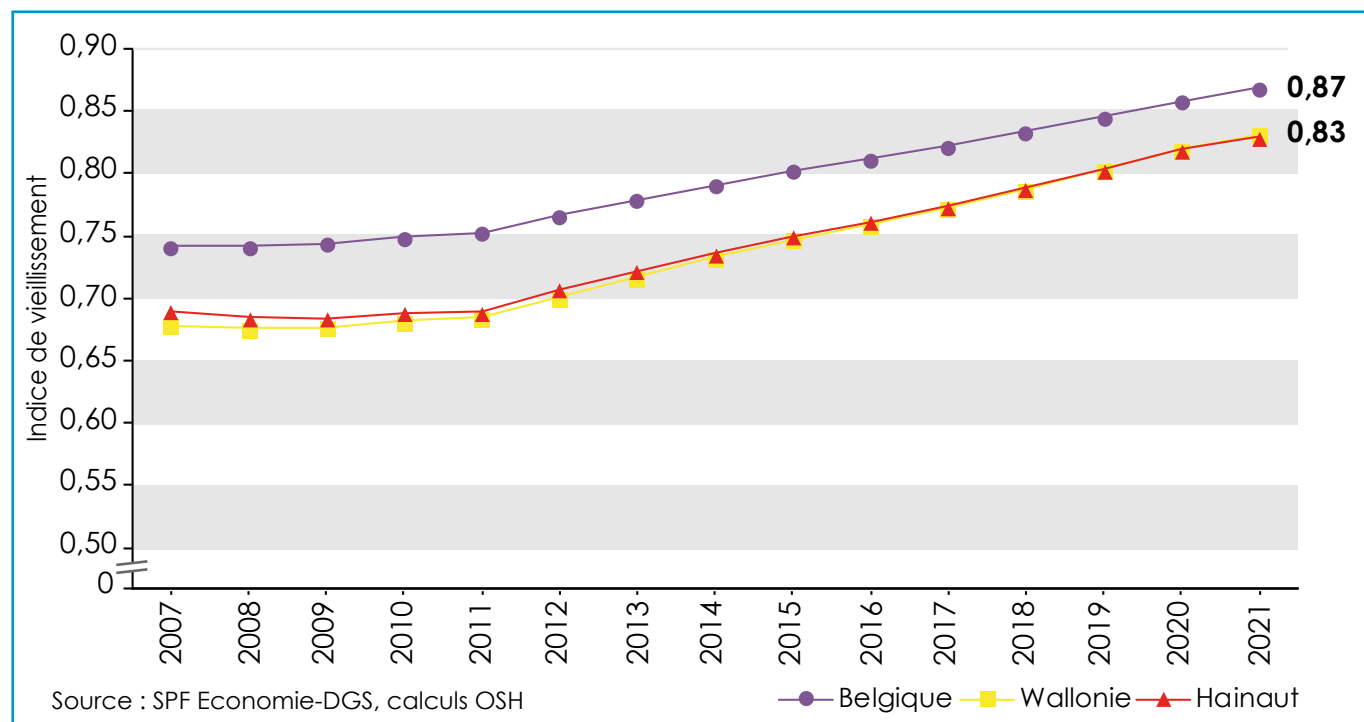
Chez les hommes, en Hainaut, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus est plus faible que dans les populations wallonne ou belge. Pour les femmes, les populations des trois territoires présentent globalement la même structure pour chaque tranche d'âge.

Par rapport au précédent Tableau de bord, on note une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans en raison de l'arrivée des baby-boomers dans cette tranche d'âge.

1. Définition cf. schéma chapitre 4 : point 1.3.1. "Population active et inactive"

L'indice de vieillissement est le rapport entre la population des personnes âgées de 65 ans et plus et la population des personnes âgées de moins de 20 ans [19]. Ainsi, un indice de 0,70 sur un territoire signifie qu'on y trouve 70 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

Figure 1.10. Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2007-2021



Depuis le début des années 2000, les courbes de l'indice de vieillissement du Hainaut et de la Wallonie sont restées parallèles et relativement stables jusqu'en 2011.

A partir de 2012, on observe une augmentation de l'indice de vieillissement.

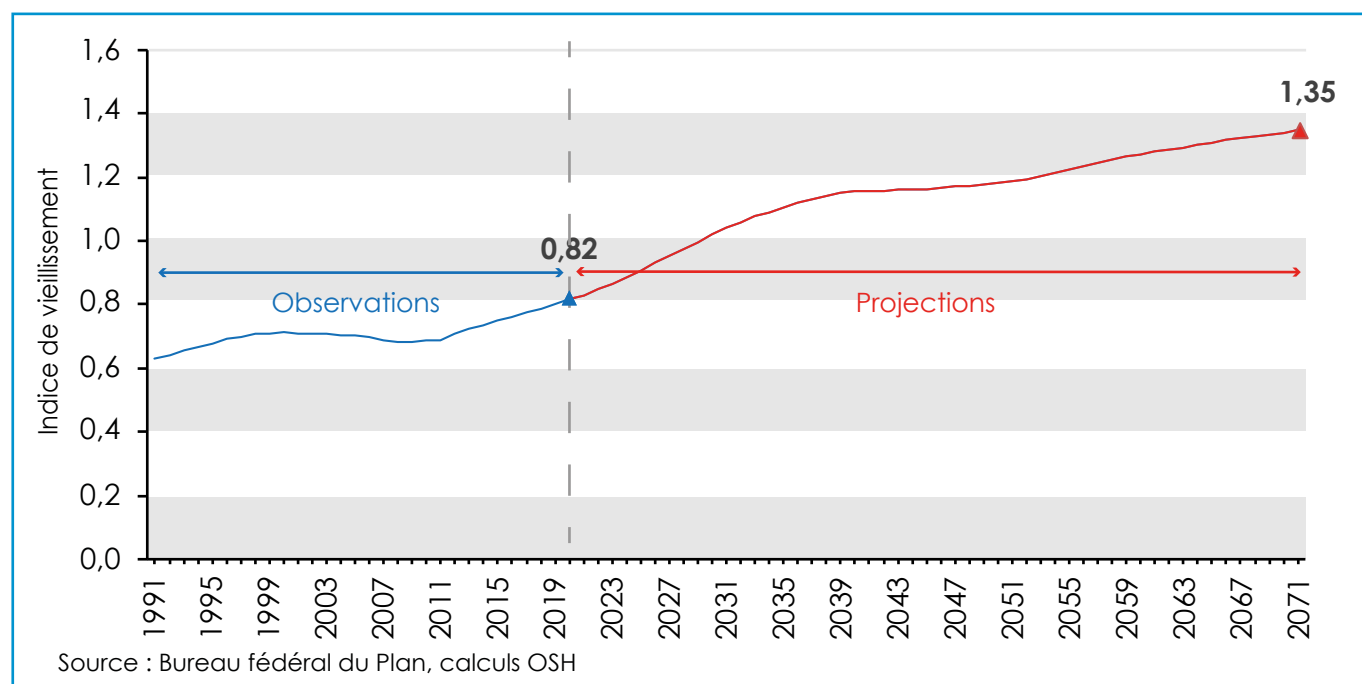
Les courbes hainuyère et wallonne, en très léger décalage jusqu'en 2013, se superposent et évoluent au même rythme depuis 2014 pour atteindre 83 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en 2021.

Cet indice est inférieur à l'indice belge, montrant ainsi un vieillissement plus précoce en Flandre qu'en Wallonie.

Cet indice est inférieur à 1 dans les trois territoires, ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées.

Ce rapport "personnes âgées – jeunes" s'inversera dans les années 2030.

Figure 1.11. Evolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, Hainaut

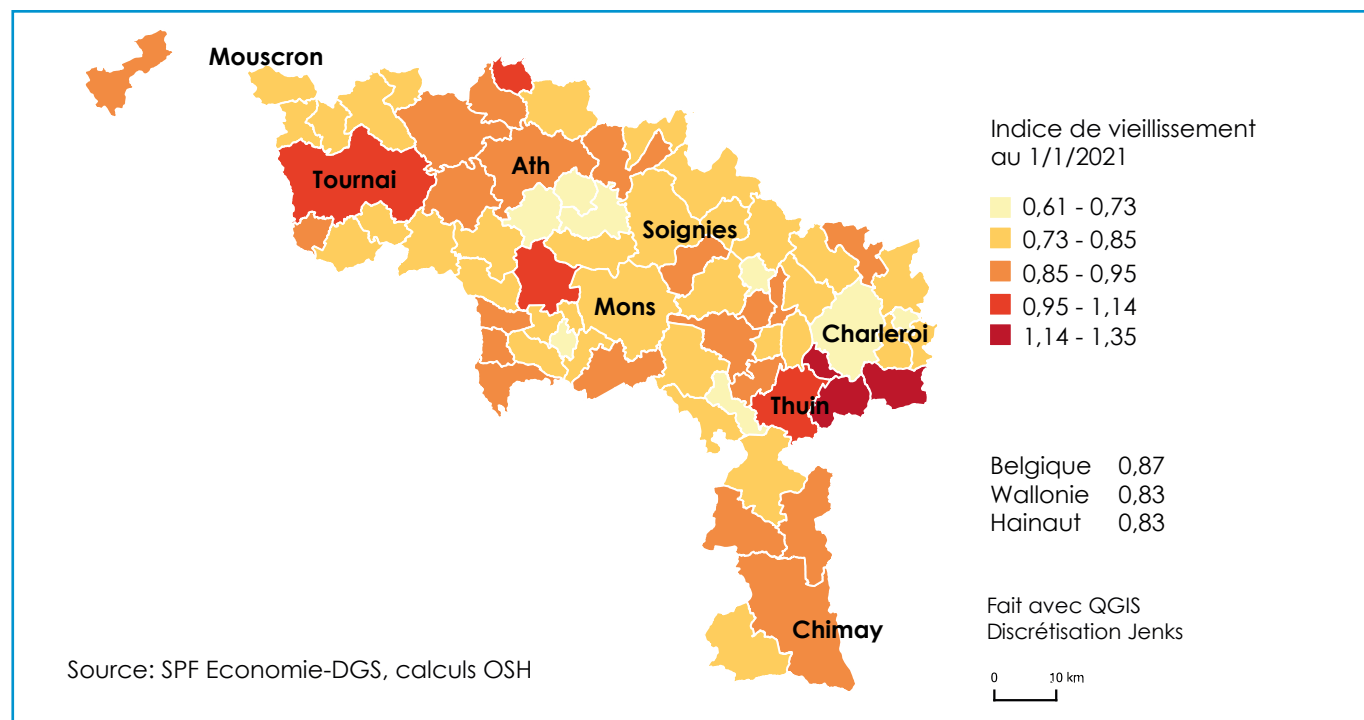


Selon les projections établies par le Bureau fédéral du Plan, l'indice de vieillissement évoluerait de 0,80 en 2019 à 1,35 en 2071. Ceci correspondrait à 135 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans.

En 2071, l'indice de vieillissement du Hainaut (1,35) serait quasiment identique à celui de la Wallonie (1,34) et supérieur à celui de la Belgique (1,28) qui garderait un indice moins élevé en raison du taux de natalité plus élevé en région bruxelloise.

7.2. Vieillesse par commune

Carte 1.6 Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2021

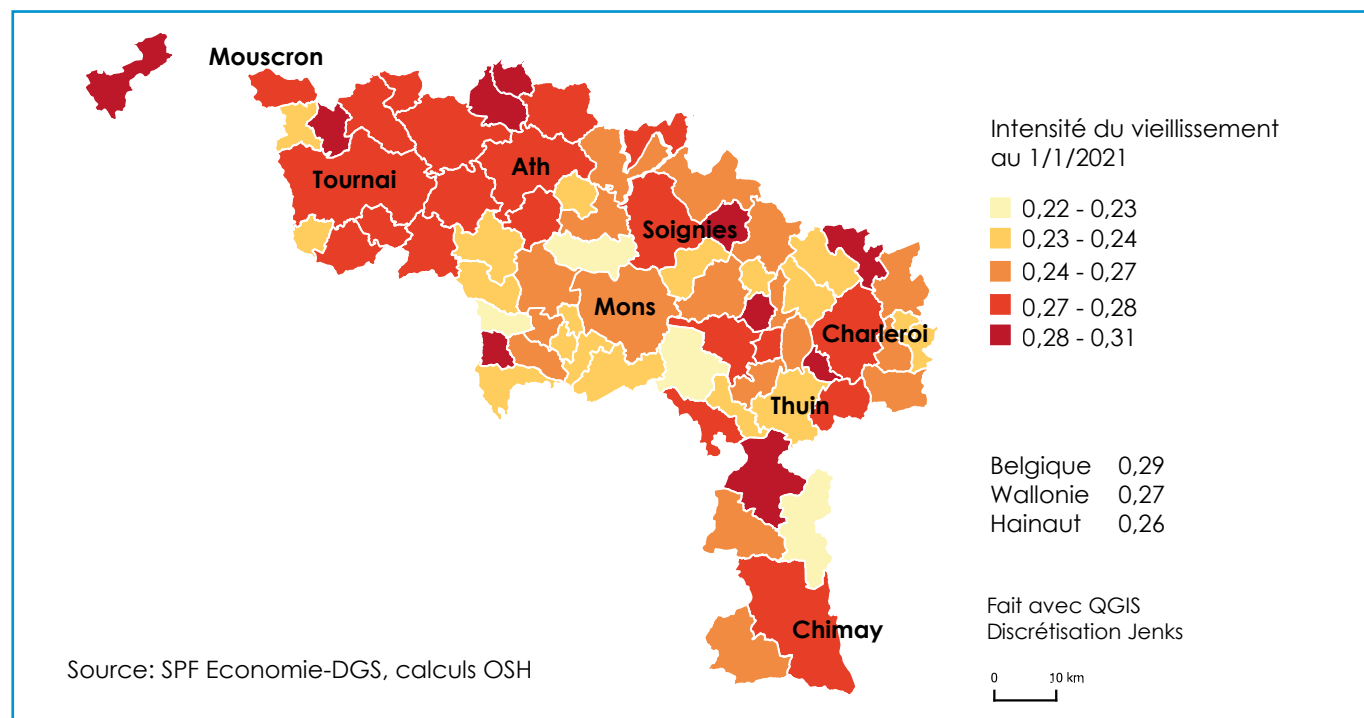


▼
Au 1^{er} janvier 2021, 7 communes du Hainaut ont un indice de vieillissement supérieur à 1,0, signifiant qu'il y a plus de personnes âgées de 65 ans et plus que de jeunes de moins de 20 ans.

Les entités connaissant cette situation sont dans l'ordre décroissant : Gerpennes (1,35), Montigny-le-Tilleul (1,30), Ham-sur-Heure-Nalinnes (1,20), Thuin (1,14), Flobecq (1,06), Tournai (1,03) et Saint-Ghislain (1,02).

L'indice d'intensité du vieillissement est le rapport entre la population des personnes âgées de 80 ans ou plus et la population âgée de 65 ans et plus. Il permet de mesurer la part des personnes les plus âgées (ayant un plus grand risque de perte d'autonomie) parmi les 65 ans et plus [19].

Carte 1.7. Indice d'intensité du vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1^{er} janvier 2021



▼
A l'échelle locale, dans les petites communes, cet indice peut être influencé par la présence de maisons de repos pour personnes âgées. Dans une majorité des communes hainuyères (43), plus d'un quart des seniors ont 80 ans et plus (c'est-à-dire un indice d'intensité du vieillissement supérieur à 0,25). L'indice d'intensité de vieillissement est plus élevé en Belgique (0,29) qu'en Wallonie ou en Hainaut (0,26), en raison d'une intensité de vieillissement plus importante en Flandre.

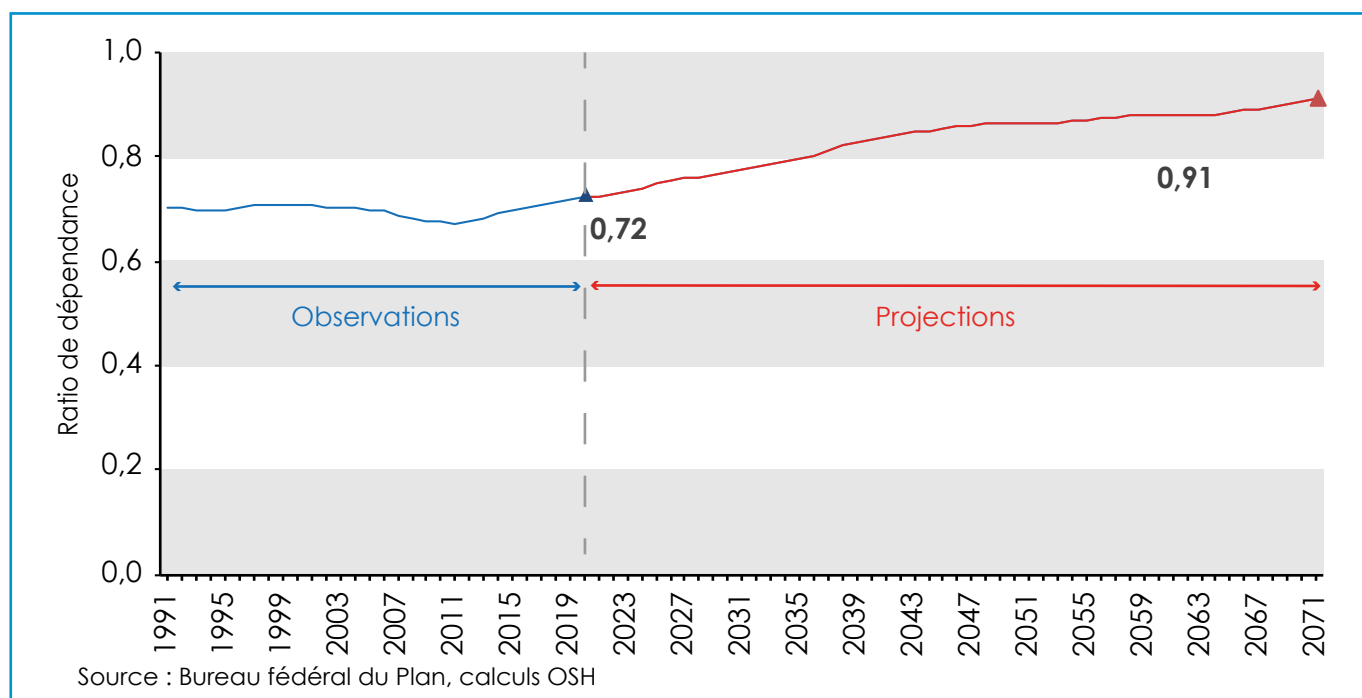
7.3. Ratio de dépendance démographique

Le ratio de dépendance démographique est fonction de la structure par âge de la population. C'est le rapport entre le nombre d'individus supposés "dépendre" des autres pour la 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 Développement Économique (OCDE) et l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), 15 à 64 ans pour Eurostat.

Selon la définition utilisée et la population dans laquelle l'indice est calculé, sa valeur peut varier de façon plus ou moins importante. Compte tenu de l'obligation scolaire jusqu'à 18 ans, la définition de l'OCDE et de l'IWEPS a été retenue [20].

Figure 1.12. Evolution du ratio de dépendance de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, Hainaut



▼
Comme le montre le graphique ci-dessus, et selon la définition de l'OCDE, on dénombreait 70 personnes en âge d'être inactives pour 100 en âge d'être actives en Hainaut en 1991. En 2020, cette proportion a augmenté avec un ratio de 72 %. Cette proportion est quasi identique aux valeurs wallonne (0,71) et belge (0,72).

Les perspectives du Bureau fédéral du Plan permettent de penser qu'on atteindra 91 personnes dites inactives, pour 100 personnes actives en 2071 en Hainaut, comparativement aux valeurs wallonne de 0,92 et belge de 0,89.

8. Bibliographie

1. Vandresse M. Perspectives démographiques 2020-2070 : Scénario de référence et variantes. 2021, Bureau fédéral du Plan et Direction Générale Statistique.
2. Vandresse M. Perspectives démographiques 2014-2060 : Populations, ménages et quotients de mortalité prospectifs. 2015, Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique.
3. Duyck J, Nevejan H, Paul JM, Vandresse M. Hausse de 1,3 million d'habitants d'ici à 2070, par rapport à 1,5 million durant les 30 dernières années. La crise sanitaire n'influence pas cette croissance. Bureau fédéral du Plan. Statbel. Février 2022.
4. Thomsin L. La géographie de la Population ou Géodémographie. 2013, Liège ; Presses universitaires de Liège.
5. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Espérance de vie. 2021 ; Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>
6. Van Oyen H, Charafeddine R, Deboosere P, Cox B, et al. Contribution of mortality and disability to the secular trend in health inequality at the turn of century in Belgium. Eur J Public Health. 2011 Jan ; Advance Access-1-7.
7. Bossuyt N, Van Oyen H. Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) ; 2001.
8. Berger N, Van Oyen H. Sommes-nous suffisamment en bonne santé pour travailler plus longtemps ? Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique (ISP) ; 2013.
9. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Glossaire français Gradient social de santé. 2020 ; Consultable sur : <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>
10. Vers une Belgique en bonne santé, Espérance de vie et Qualité de Vie. 2021 ; Consultable sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/esperance-de-vie-et-qualite-de-vie/esperance-de-vie-en-bonne-sante>
11. STATBEL. Naissance et fécondité. 2021 ; Consultable sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#documents>
12. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Taux de natalité. 2020 ; Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1766>
13. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Indice conjoncturel de fécondité. 2020 ; Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1963>
14. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Fécondité et natalité. 2021 ; Consultable sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/fecondite-et-natalite-indice-conjoncturel/>
15. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Pyramide des âges. 2021 ; Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1230>
16. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Pyramide des âges. 2021 ; Consultable sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/pyramides-des-ages/>

17. Eurostat. Glossaire. 2013 ; Consultable sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Old-age-dependency_ratio/fr
18. Eurostat. Population structure and ageing. 2020 ; Consultable sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing
19. Walstat-IWEPS. Catalogue des indicateurs 2021. Consultable sur : https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=2&indicateur_id=201200&sel_niveau_catalogue=T&ordre=2
20. Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Panorama de la société : les indicateurs sociaux de l'OCDE. Edition 2006, page 44, OCDE, Editor. 2007 : Paris.

Chapitre 2

MORTALITÉ ET CAUSES DE DÉCÈS



Faits marquants

- **En Hainaut, on compte 14 751 décès en 2019** : soit un taux brut de mortalité de 11,0 pour 1 000 habitants en Hainaut.
- **La mortalité est plus élevée de 5,8 %** que celle de la Wallonie, et de 18,9 % que celle de la Belgique.
- **Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès** en Hainaut en 2018 (25,0 %), suivies des tumeurs (23,5 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (12,5 %).
- **En 25 ans, chez les Hainuyers, on constate une diminution de la mortalité** liée aux maladies de l'appareil circulatoire, aux tumeurs, aux maladies de l'appareil respiratoire et aux morts non naturelles.
- **En 25 ans, chez les Hainuyères, on observe une diminution de la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire**, aux tumeurs et aux maladies de l'appareil digestif.
- **La mortalité liée aux maladies de l'appareil respiratoire augmente de 31,6 % en 25 ans chez les Hainuyères.** Dans le même temps, la mortalité liée à ces maladies a diminué de 16,1 % chez les hommes, mais reste supérieure à celle des femmes.
- **Les morts non naturelles (accidents, empoisonnements, suicides...) représentent la première cause de décès chez les hommes de un à 49 ans et chez les femmes de un à 24 ans.** Les suicides chez les jeunes représentent une proportion importante (plus d'un cinquième des décès des hommes de 10 à 24 ans). Par contre, le taux de mortalité par suicide est plus bas chez les moins de 40 ans que dans la population plus âgée. Chez les plus âgés, la mortalité par suicide est masquée par la forte augmentation des décès dus à d'autres causes.
- **La mortalité prématurée (avant 75 ans) est supérieure à celle de la Wallonie (+9,2 %), et à celle de la Belgique (+33,8 %).** Les trois principales causes de décès prématurés sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les morts non naturelles. Les décès prématurés sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes.
- **La mortalité infantile (0 à 1 an) diminue en Hainaut comme en Wallonie et en Belgique.** En un peu plus de 20 ans, le taux de mortalité infantile est passé de 5,6 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1995-1997 à 4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2016-2018, soit une diminution de 27,1 %.

La mortalité est un indicateur traditionnel utilisé en santé publique. L'analyse de la mortalité est une source d'informations essentielle sur l'importance des problèmes de santé sévères, leur évolution au cours du temps et donne un aperçu de leurs déterminants (par exemple, la sécurité routière et la consommation de tabac) [1]. D'autres déterminants peuvent également avoir une influence sur la mortalité, comme la situation sociale des individus (revenus, niveau de diplôme, logement, accès aux soins...) ou les comportements de santé (activité physique, sédentarité, alimentation, alcool, autres assuétudes). La mortalité varie en fonction de cette situation sociale et les différences entre les groupes sociaux s'intensifient en Belgique depuis le début des années 1990 [2].

L'analyse des tendances en mortalité renseigne également sur l'évolution des facteurs de risque et l'impact de mesures de santé publique [3].

Certaines évolutions en termes de mortalité peuvent parfois être mises en relation avec des améliorations des pratiques en matière de santé et de performance du système de soins : mesures de prévention (accidents de transports, mort subite du nourrisson...), réduction de pratiques à risque (maladies liées à l'alcool), rôle du système de soins (maladies cérébrovasculaires, sida...) [4]. Il est toutefois difficile de démontrer une relation de cause à effet.

Depuis le début de la pandémie de COVID-19 en mars 2020, l'indicateur de mortalité est fréquemment présenté par des organismes tels que Sciensano et l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). Les données présentées dans ce Tableau de bord de la santé sont antérieures au début de la pandémie. C'est pourquoi la mortalité liée à la COVID-19 ainsi que d'autres indicateurs seront abordés dans le Chapitre 3.

1. Mortalité totale

Les données de mortalité totale présentées dans ce Tableau de bord de la santé proviennent du Registre National de la Population. Elles ont l'avantage de porter sur une période relativement récente (année 2019) mais ne permettent pas d'analyser les causes de décès.

L'analyse de la mortalité par cause (en 2.1.) porte sur une période antérieure (2014-2018).

1.1. Mortalité totale en 2019

Tableau 2.1. Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		53 185	55 560	108 745
Wallonie		18 192	19 217	37 409
Hainaut		7 187	7 564	14 751
Arrondissements	Ath	661	679	1 340
	Charleroi	2 041	2 227	4 268
	Mons	1 456	1 430	2 886
	Soignies	493	561	1 054
	Thuin	512	553	1 065
	Tournai-Mouscron	1 216	1 269	2 485
	La Louvière	808	845	1 653

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

▼
En Hainaut, 7 187 décès ont été enregistrés chez les hommes et 7 564 décès chez les femmes, soit un total de 14 751 décès. Les décès hainuyers représentent 13,6 % des décès belges, alors que la population hainuyère ne représente que 11,7 % de la population belge.

Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès de l'année et la population totale moyenne de l'année [5]. Il est sensible à la structure d'âge et de sexe de la population.

Le taux brut de mortalité pour 1 000 habitants est de 11,0 en Hainaut (9,5 en Belgique et 10,3 en Wallonie).

1.2. Indices comparatifs de mortalité

Afin d'éviter les variations annuelles dues à de petits nombres de décès dans les arrondissements, les indices comparatifs de mortalité sont présentés pour les années 2015-2019 regroupées.

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. Cette méthode de calcul permet de gommer l'effet éventuel de la structure par âge de la population.

Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la population de référence et un ICM de 84 signifie une mortalité de 16 % inférieure à la population de référence [6].

Tableau 2.2. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019 (Femme = 100)

	Hommes	Femmes
Belgique	150,6*	100,0
Wallonie	156,4*	100,0
Hainaut	167,1*	100,0

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Femmes 2019 = 100)

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

▼
Après ajustement pour la structure d'âge, la mortalité masculine est significativement plus élevée que la mortalité féminine, pour les trois régions étudiées : la Belgique (+50,6 %), la Wallonie (+56,4 %) et le Hainaut (+67,1 %).

Au regard de ces résultats, une analyse séparée des données de mortalité au niveau des hommes et des femmes semble opportune.

Tableau 2.3. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100)

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		86,1*	89,6*	88,4*
Wallonie		100,0	100,0	100,0
Hainaut		108,5*	102,9*	105,0*
Arrondissements	Ath	103,5	98,0	100,6
	Charleroi	110,3*	106,9*	107,9*
	Mons	113,8*	103,5*	107,3*
	Soignies	101,6	101,9	101,8
	Thuin	103,9	105,5*	105,0*
	Tournai-Mouscron	107,6*	96,7*	101,2
	La Louvière	108,4*	104,9*	106,1*

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2015-2019 = 100)

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

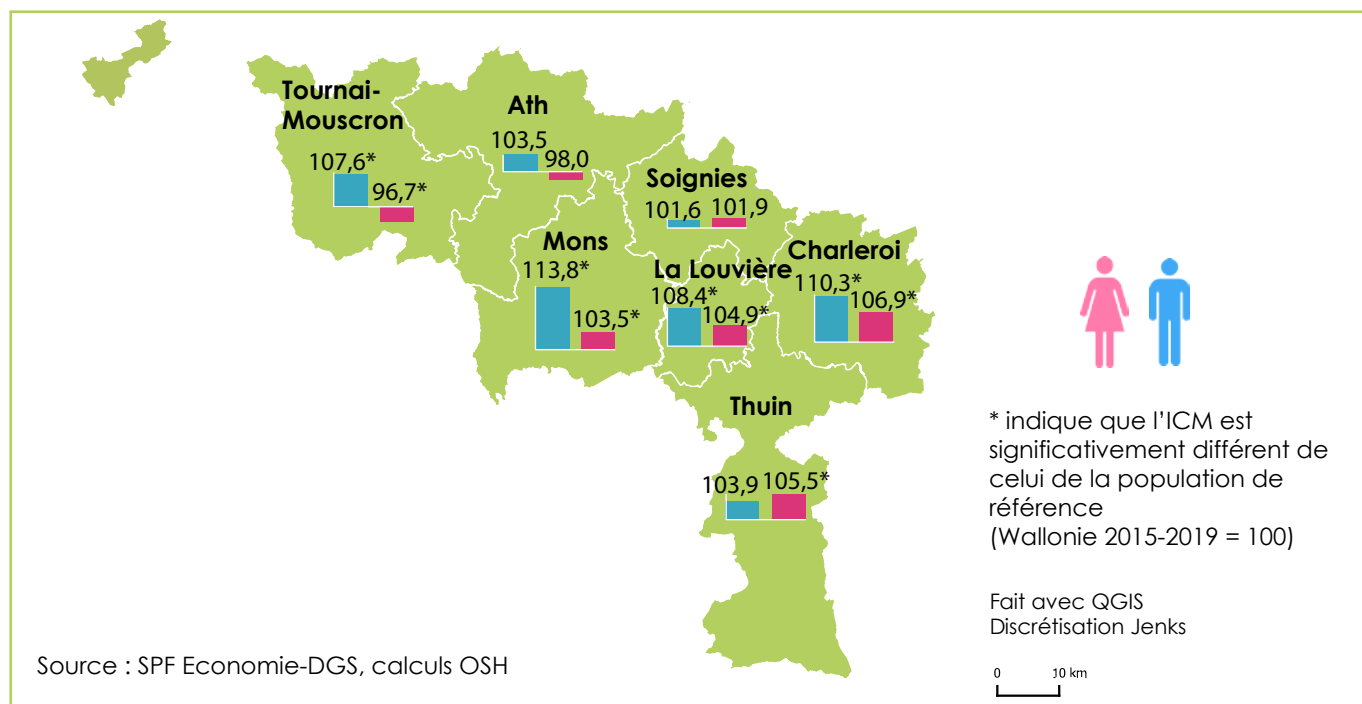


Ces indices de mortalité permettent de comparer pour les hommes, les femmes et la population totale, les taux de mortalité des différentes zones géographiques par rapport au territoire de référence qu'est la Wallonie. Ils sont calculés sur une période de 5 ans (2015-2019). Le choix de la Wallonie comme population de référence est justifié par le fait qu'il existe de très grandes différences entre la Belgique et la Wallonie. De plus, le territoire wallon présente un profil plus "proche" de celui du Hainaut et des arrondissements.

De façon générale, la Belgique présente une sous-mortalité qui est significative par rapport à la Wallonie, et ce quel que soit le sexe.

Au niveau du Hainaut, on constate une surmortalité significative par rapport à la Wallonie aussi bien chez les femmes (+2,9 %) que chez les hommes (+8,5 %).

Carte 2.1. Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Hainaut, par arrondissement, 2015-2019
(Wallonie=100)



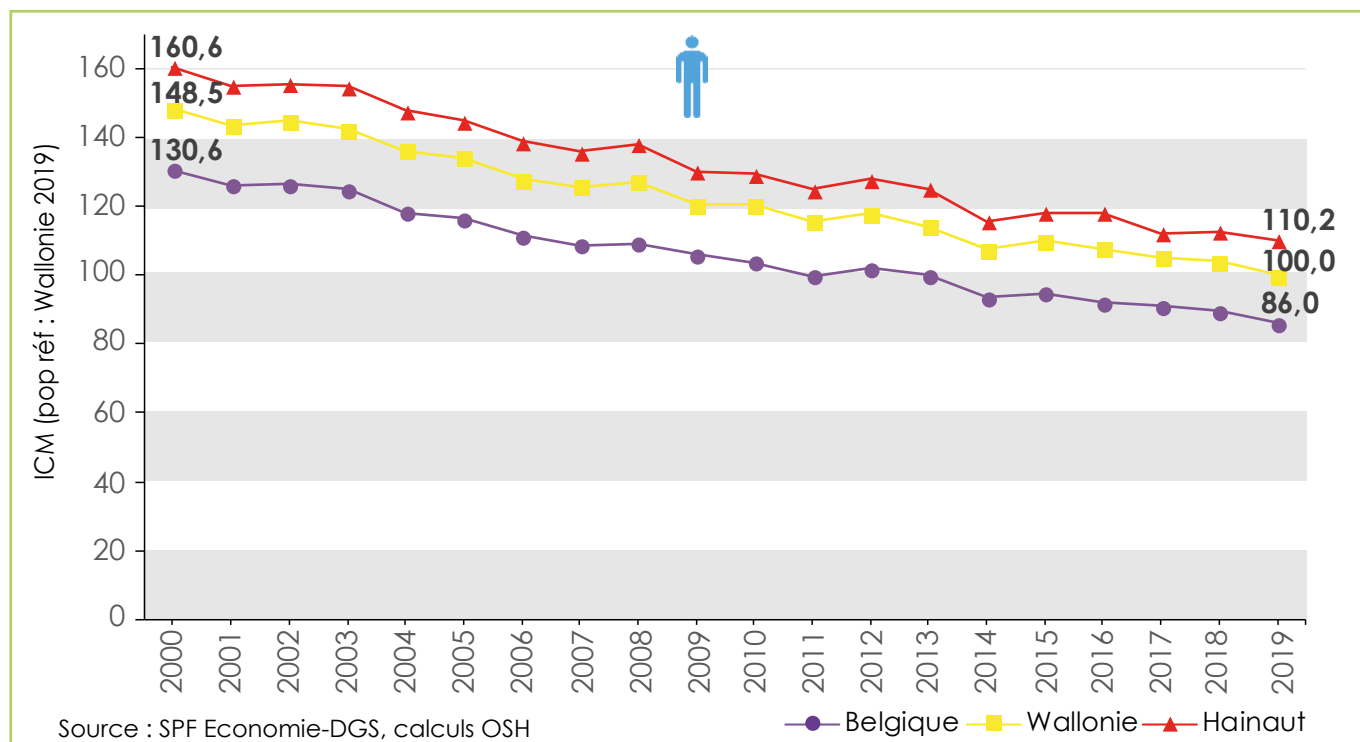
Dans les arrondissements de Mons, La Louvière et Charleroi, on observe une surmortalité significative aussi bien chez les hommes (respectivement + 13,8 % ; + 8,4 % et + 10,3 %) que chez les femmes (respectivement +3,5 % ; + 4,9% et + 6,9 %).

Dans l'arrondissement de Thuin, les femmes présentent une surmortalité significative de 5,5 % par rapport à la population de référence.

Dans les arrondissements d'Ath et Soignies, la mortalité est comparable à la mortalité observée en Wallonie entre 2015 et 2019.

L'arrondissement de Tournai-Mouscron présente une situation contrastée avec une surmortalité masculine (+7,6 %) et une sous-mortalité féminine (-3,3 %) comparativement à la mortalité wallonne.

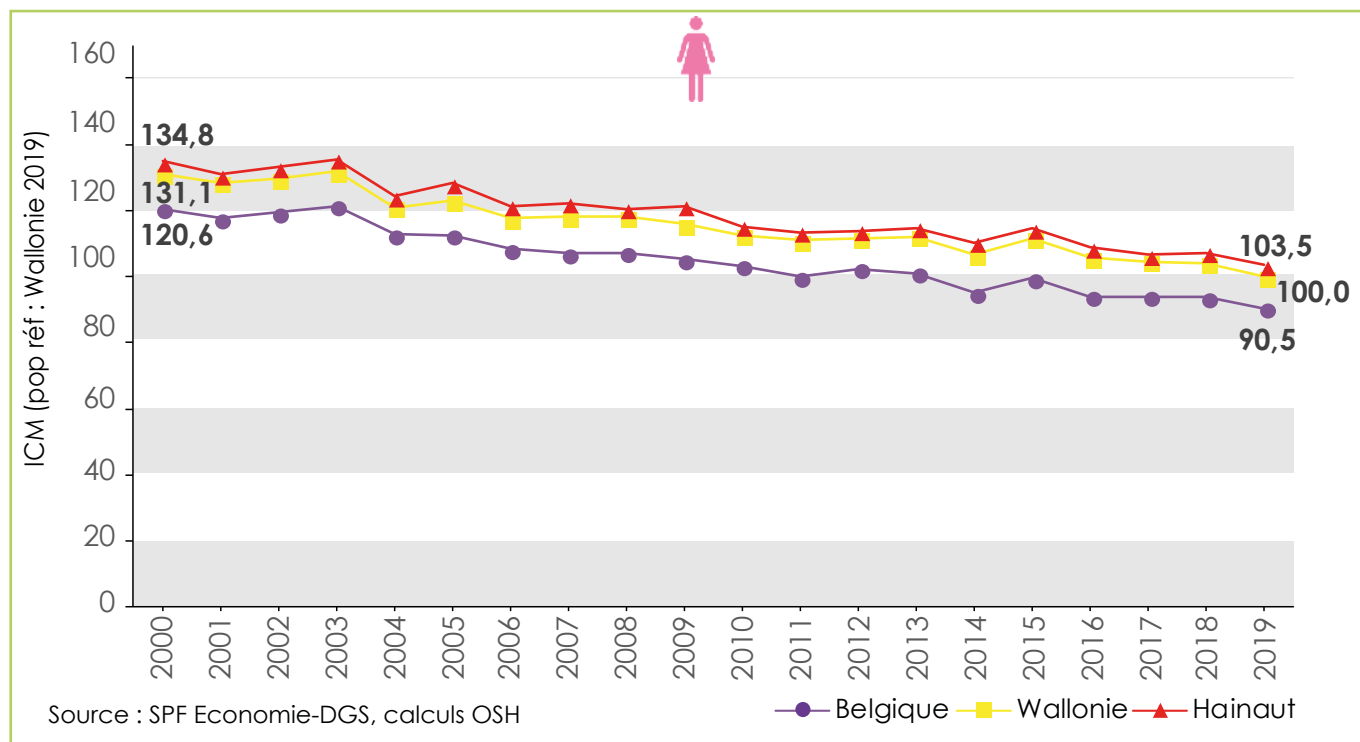
Figure 2.1. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019 (Wallonie hommes 2019 = 100)



▼
 L'indice comparatif de mortalité des hommes du Hainaut a diminué de près de 31,4 % en 20 ans, passant de 160,6 en 2000 à 110,2 en 2019.

Tout au long de cette évolution, la mortalité des hommes en Hainaut est supérieure à la mortalité des hommes en Wallonie, elle-même supérieure à la mortalité des hommes observée sur l'ensemble de la Belgique.

Figure 2.2. Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019 (Wallonie femmes 2019 = 100)



▼
 Au cours de cette même période, l'indice comparatif de mortalité des Hainuyères a diminué de 23,6 %, passant de 134,8 à 103,5. La mortalité des Hainuyères est plus élevée que celle des Wallonnes, elle-même plus élevée que celle des femmes belges. L'écart observé entre les Hainuyères et les Wallonnes (3,5 % en 2019) est cependant moins prononcé que pour les hommes (10,2 % en 2019).

2. Mortalité par cause

Lors de chaque décès, un médecin rédige un certificat de décès reprenant entre autres la principale cause du décès. Les codes utilisés font référence à la 10^e édition de la classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes publiée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (codes "CIM 10").

Enregistrer les causes de décès a toute son importance en santé publique quand on sait qu'en 2017, de meilleures interventions de prévention et du système de soins de santé auraient pu éviter 3 millions de décès prématurés dans les pays de l'OCDE, soit un quart du nombre total de décès.

Les maladies du système circulatoire (crises cardiaques et accidents vasculaires cérébraux (AVC) essentiellement) sont la principale cause de mortalité évitable (environ un quart des décès évitables). Près de la moitié de ces décès pourraient être évités par la prévention et un peu plus de la moitié par des traitements [7]. Des interventions systématiques sur les facteurs de risques et dans une moindre mesure par l'amélioration des traitements peuvent avoir un grand impact sur ce type de pathologies.

Certains cancers, qu'il est possible de prévenir au moyen des mesures de santé publique, constituent la première cause de mortalité évitable grâce à la prévention (32 % des décès évitables grâce à la prévention), celui du poumon notamment [7].

Lors de la rédaction de ce Tableau de bord, les dernières données disponibles concernant les causes de mortalité portent sur les décès de 2018. Afin d'éviter les variations annuelles dues aux petits nombre de décès, certaines figures et tableaux présentent les données des années 2014-2018 regroupées.

2.1. Causes de décès

Tableau 2.4. Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

Causes de décès	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	28 825	26,1	9 487	24,8	3 757	25,0
Tumeurs	27 736	25,1	9 136	23,8	3 535	23,5
Appareil respiratoire	12 989	11,7	4 747	12,4	1 872	12,5
Morts non naturelles	6 989	6,3	2 802	7,3	1 048	7,0
Appareil digestif	5 013	4,5	1 901	5,0	859	5,7
Système nerveux, organes des sens	5 719	5,2	1 783	4,7	660	4,4
Troubles mentaux	5 561	5,0	1 030	2,7	391	2,6
Maladies endocriniennes	2 839	2,6	1 302	3,4	578	3,8
Maladies infectieuses et parasitaires	2 434	2,2	1 176	3,1	485	3,2
Autres causes	12 535	11,3	4 964	13,0	1 836	12,2
Total décès	110 640	100,0	38 328	100,0	15 021	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En 2018, les trois principales causes de décès sont identiques en Belgique, en Wallonie et en Hainaut, à savoir :

- les maladies de l'appareil circulatoire (26,1 % en Belgique, 24,8 % en Wallonie et 25,0 % en Hainaut) ;
- les tumeurs (25,1 % en Belgique, 23,8 % en Wallonie et 23,5 % en Hainaut) ;
- les maladies de l'appareil respiratoire (11,7 % en Belgique, 12,4 % en Wallonie et 12,5 % en Hainaut).

Les décès liés à l'appareil circulatoire reprennent des maladies telles que les cardiopathies ischémiques (maladies coronariennes, crises cardiaques), les maladies cérébrovasculaires (accidents vasculaires cérébraux), les maladies hypertensives, les embolies pulmonaires, les troubles du rythme cardiaque...

La catégorie "tumeurs" reprend l'ensemble des tumeurs bénignes et malignes.

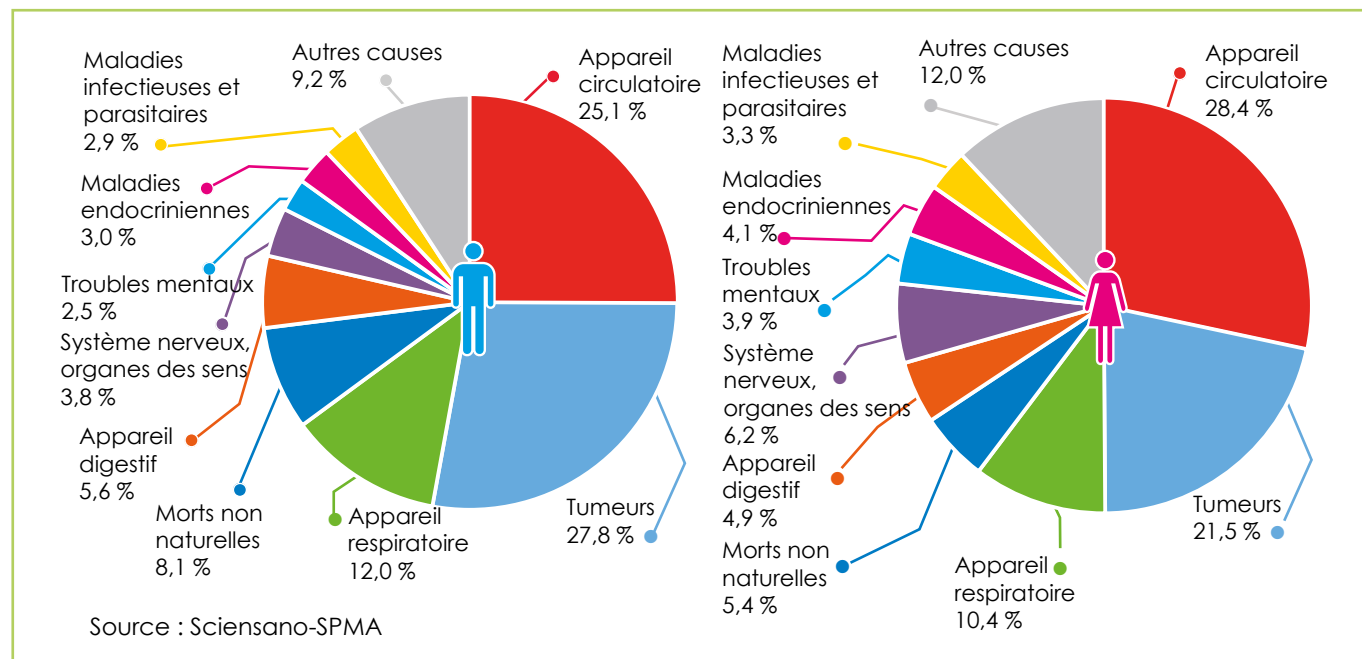
Les décès liés à l'appareil respiratoire sont dus à des maladies telles que la grippe, les pneumonies, les bronchites (aigües ou chroniques), les bronchopneumopathies chroniques obstructives, l'asthme... Les pneumonies représentent 33,5 % des décès liés à l'appareil respiratoire en Hainaut.

La catégorie "morts non naturelles" correspond à la quatrième cause de mortalité pour ces trois territoires géographiques.

On retrouve dans ce groupe 1 048 décès en Hainaut dont :

- 22,7 % de suicides ;
- 20,1 % de chutes accidentelles ;
- 7,4 % d'accidents de transports ;
- 3,7 % d'empoisonnements accidentels ;
- 1,8 % d'homicides.

Figure 2.3. & 2.4. Proportion de décès, selon la cause, hommes, femmes, Hainaut, 2014-2018



En Hainaut, durant la période 2014-2018, les tumeurs (27,8 % des décès) représentent la cause principale de décès chez les hommes. Viennent ensuite les maladies liées à l'appareil circulatoire (25,1 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (12,0 %).

Chez les Hainuyères, la cause principale des décès est constituée des maladies de l'appareil circulatoire (28,4 % des décès). Viennent ensuite les tumeurs (21,5 %) puis les maladies de l'appareil respiratoire (10,4 %).

La quatrième cause de décès par ordre d'importance, à savoir les morts non naturelles, est la même chez les hommes et les femmes, mais avec une part plus importante chez les hommes (8,1 %) par rapport aux femmes (5,4 %).

Les trois premières causes de décès sont identiques chez les hommes et les femmes du Hainaut. Cependant, on remarque que les deux premières causes s'inversent en fonction du sexe.

L'importance des décès par maladie cardiovasculaire chez les femmes s'explique essentiellement par l'espérance de vie plus longue des femmes par rapport aux hommes.

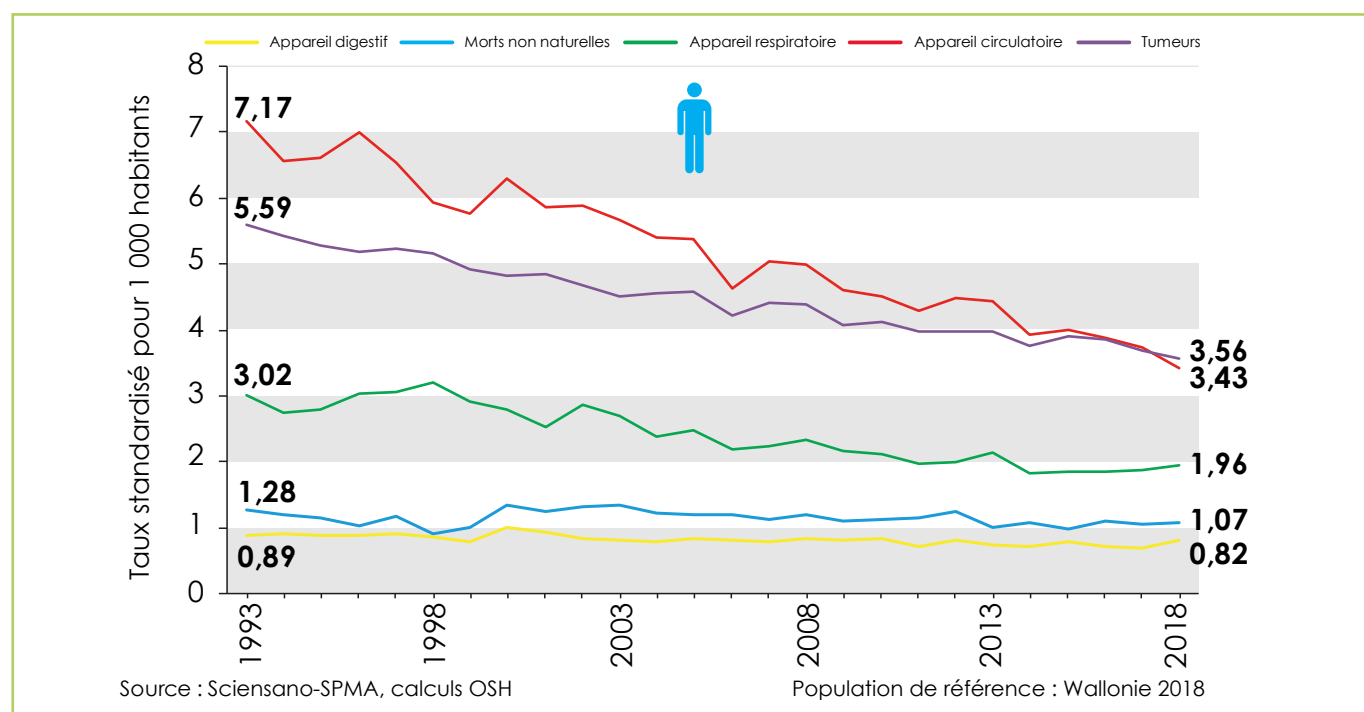
Le taux brut de mortalité spécifique est le nombre annuel de décès pour cette cause spécifique divisé par le nombre d'habitants en milieu d'année.

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 2018.

Ce calcul gomme les différences dues à la structure d'âge et de sexe de la population. Il permet donc de comparer des taux de mortalité de population de différents territoires, qui présentent des structures différentes pour l'âge et le sexe. Le taux obtenu est une valeur calculée qui permet les comparaisons mais ne correspond pas au taux observé dans la population étudiée et dépend de la population de référence choisie [8].

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

Figure 2.5. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, hommes, Hainaut, 1993-2018

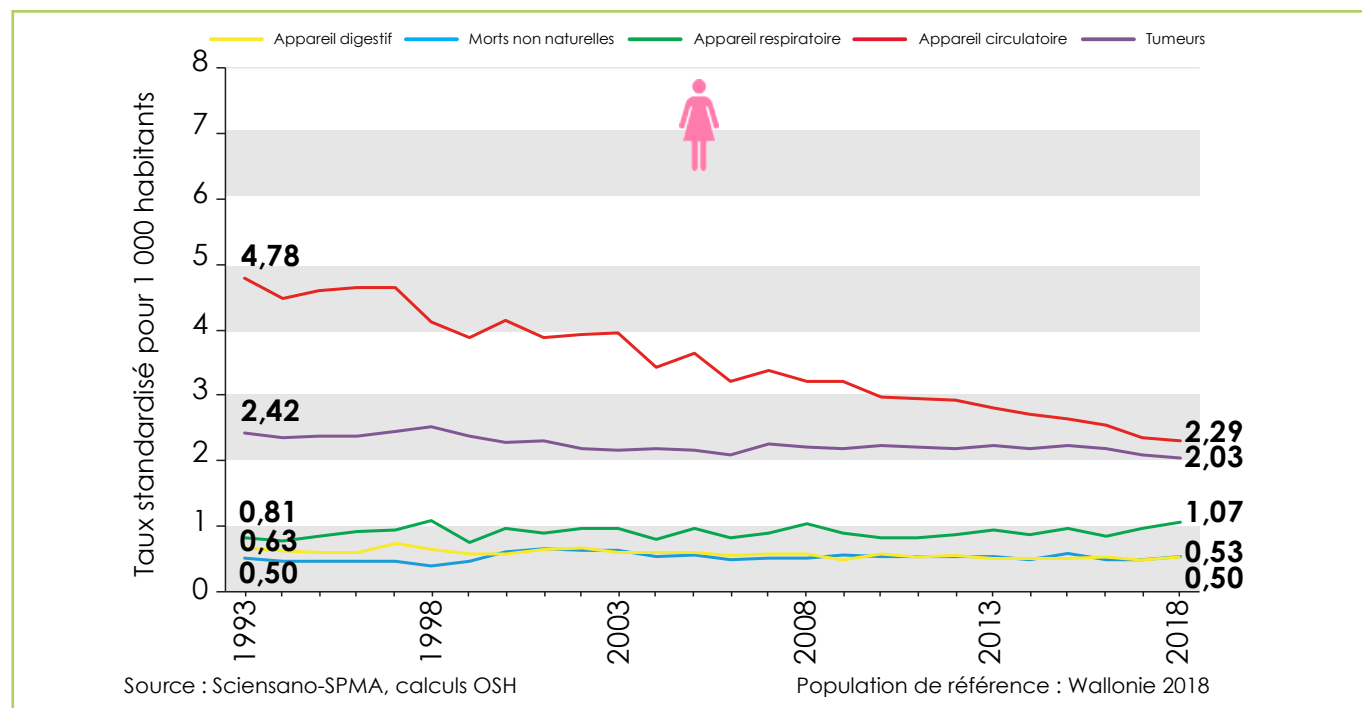


Entre 1993 et 2018, les taux standardisés pour les quatre premières causes de décès chez les hommes du Hainaut ont diminué de façon significative. Ces diminutions sont de 52,2 % pour l'appareil circulatoire, 36,4 % pour les tumeurs, 35,3 % pour l'appareil respiratoire et 16,1 % pour les morts non naturelles.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces évolutions. Citons par exemple les progrès en prévention et en traitement de maladies. La diminution de la consommation de tabac chez l'homme ou l'évolution favorable des expositions professionnelles pourraient jouer un rôle dans la diminution du taux standardisé de mortalité par tumeurs.

Les taux standardisés de mortalité de l'appareil digestif sont ceux qui sont restés les plus stables au cours de ces années. Une différence non significative de 7,8 % est observée entre 1993 et 2018.

Figure 2.6. Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, femmes, Hainaut, 1993-2018



Entre 1993 et 2018, les taux standardisés pour les deux premières causes de décès chez les femmes ont diminué de façon significative : de 52,1 % pour l'appareil circulatoire et de 16,0 % pour les tumeurs. La mortalité spécifique liée à l'appareil digestif a également diminué de manière significative de 21,6 %.

Les taux standardisés de mortalité de l'appareil respiratoire ont augmenté de façon significative (+31,6 %).

Compte tenu des marges d'erreur, on considère que le taux de mortalité standardisé de mort non naturelle est stable entre 1993 et 2018.

La différence de consommation de tabac entre les hommes et les femmes tend à disparaître. Ceci pourrait expliquer que le taux standardisé de mortalité est en baisse chez les hommes alors qu'il est en augmentation chez les femmes.

Afin d'éviter les variations annuelles, les taux de mortalité par cause sont présentés pour les années 2014-2018 regroupées.

Les taux bruts de mortalité dépendent énormément de la structure de la population. De ce fait, cet indicateur ne permet pas de comparer des populations entre elles, ni les pathologies entre elles. La population féminine comportant davantage de personnes âgées que la population masculine, le taux de mortalité brut des femmes est souvent plus élevé que celui des hommes. Parmi les causes de décès pour lesquelles les femmes présentent des taux bruts plus élevés, on retrouve davantage de causes qui touchent les personnes âgées : maladies cardiovasculaires, atteintes neurologiques et troubles mentaux.

La standardisation permet de gommer les différences liées à l'âge des populations et de comparer l'impact des différentes causes de décès sur la mortalité des hommes et des femmes.

Tableau 2.5. Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, Hainaut, 2014-2018

Causes de décès (2014-2018) Taux pour 100 000 habitants	Taux bruts		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Appareil circulatoire	2,77	3,20	3,71	2,44
Tumeurs	3,07	2,43	3,68	2,10
Appareil respiratoire	1,33	1,18	1,83	0,92
Morts non naturelles	0,89	0,61	1,04	0,50
Appareil digestif	0,62	0,55	0,73	0,46
Système nerveux, organes des sens	0,42	0,70	0,56	0,54
Troubles mentaux	0,28	0,44	0,37	0,33
Maladies endocriniennes	0,32	0,46	0,42	0,35
Maladies infectieuses et parasitaires	0,32	0,37	0,42	0,29
Autres causes	1,02	1,36	1,35	1,04
Total décès	11,04	11,29	14,12	8,97

Population de référence : Wallonie 2014-2018

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH


▼
L'analyse des taux standardisés de mortalité spécifique montre que les 4 premières causes de décès sont les mêmes chez les hommes et les femmes, mais la mortalité est nettement plus importante chez les hommes que chez les femmes pour l'ensemble des causes analysées. La différence est particulièrement importante pour les 5 premières causes de décès : appareil circulatoire + 52 %, tumeurs + 75 %, appareil respiratoire + 99 %, morts non naturelles + 108 % et appareil digestif + 59 %.

Une part importante des différences observées est liée aux modes de vie différents des hommes et des femmes durant les décennies qui ont précédé la période étudiée, comme le fait de travailler ou encore la consommation de tabac, d'abord plus fréquents chez les hommes alors que les différences s'estompent au fil du temps.

Au total, en ajustant pour l'âge, on observe 5,15 décès de plus par 1 000 habitants, chez les hommes que chez les femmes.

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

Tableau 2.6. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, hommes, Hainaut, 2014-2018

		Classes d'âge					
		1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
 Nombre moyen de décès par an		11	49	419	1 347	1 592	3 721
		Causes de décès (en %)					
Appareil circulatoire		1,8	3,2	13,9	20,3	23,9	29,1
Tumeurs		24,6	12,6	16,5	35,8	36,8	22,8
Appareil respiratoire		1,8	2,0	3,5	7,4	10,8	15,5
Non naturels	Morts non naturelles, suicides exclus (accident, empoisonnement, homicide, chute...)	40,4	43,7	20,1	5,2	3,7	4,3
	Suicides	0,0	21,1	17,6	3,9	1,2	0,7
Appareil digestif		0,0	1,2	7,3	9,4	6,3	3,9
Système nerveux, organes des sens		12,3	5,7	2,9	2,3	2,9	4,8
Troubles mentaux		0,0	1,2	4,8	2,5	1,5	2,8
Maladies endocriniennes		1,8	0,8	2,3	3,0	2,9	3,0
Malformations congénitales		3,5	1,2	0,2	0,3	0,1	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires		7,0	1,2	1,9	2,5	2,7	3,3
Autres causes		7,0	6,1	9,2	7,4	7,3	9,8
Total par classes d'âges		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH


Entre 2014 et 2018, les maladies de l'appareil circulatoire (dont les maladies cardiovasculaires) constituent la principale cause de décès chez les hommes du Hainaut de 75 ans et plus, avec 29,1 % des décès totaux.

Les tumeurs représentent, quant à elles, la principale cause de décès des hommes de 50 à 64 ans (35,8 %) et de 65 à 74 ans (36,8 %).

Chez les moins de 50 ans, les morts d'origine non naturelles (suicides, accidents, empoisonnements, chutes...) constituent la première cause de mortalité (40,4 % chez les 1-9 ans, 64,8 % chez les 10-24 ans et 37,6 % chez les 25-49 ans).

Dans la catégorie d'âges 25-49 ans, les suicides représentent plus d'un cinquième des décès (21,1 %).

Tableau 2.7. Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, femmes, Hainaut, 2014-2018

		Classes d'âge					
		1-9 ans	10-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
							
Nombre moyen de décès par an		9	17	224	763	973	5 766
		Causes de décès (en %)					
Appareil circulatoire		0,0	5,7	15,1	15,2	20,3	32,2
Tumeurs		6,7	13,8	34,0	42,6	38,7	15,5
Appareil respiratoire		2,2	4,6	3,7	8,6	10,2	11,0
Non naturels	Morts non naturelles, suicides exclus (accident, empoisonnement, homicide, chute...)	31,1	31,0	11,9	4,1	3,8	4,3
	Suicides	0,0	17,2	10,3	2,7	0,9	0,2
Appareil digestif		2,2	0,0	7,1	8,7	6,3	4,1
Système nerveux, organes des sens		15,6	3,4	3,2	2,9	4,0	7,1
Troubles mentaux		0,0	0,0	2,1	2,1	1,7	4,6
Maladies endocriniennes		8,9	0,0	2,0	2,7	3,2	4,5
Malformations congénitales		8,9	8,0	0,8	0,4	0,1	0,0
Maladies infectieuses et parasitaires		2,2	2,3	2,1	2,5	3,2	3,4
Autres causes		22,2	13,8	7,8	7,4	7,6	13,0
Total par classes d'âges		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



Comme chez les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la cause principale de mortalité chez les femmes de 75 ans et plus (32,2 %) de la province du Hainaut.


Les tumeurs sont la cause première des décès dans les catégories des 25-74 ans : les 25-49 ans avec 34,0 %, les 50-64 ans avec 42,6 % et les 65-74 ans avec 38,7 %.

Quant aux morts non naturelles (suicides, accidents, empoisonnements, chutes...), elles sont la principale cause de décès pour les 1-9 ans (31,1 %) et les 10-24 ans (48,3 %).

Les décès par suicide sont plus présents dans les catégories d'âges 10-24 ans (17,2 %) et 25-49 ans (10,3 %), comme chez les hommes, mais avec des valeurs nettement moins élevées.

2.3. Causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut

Tableau 2.8. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, hommes, Hainaut, 2014-2018 (Wallonie=100)



		Appareil circulatoire	Tumeurs	Appareil respiratoire	Morts non naturelles	Appareil digestif
Belgique		87,3*	92,2*	83,6*	78,2 *	79,0*
Wallonie		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hainaut		107,5	107,7*	112,1*	103,8	120,6*
Arrondissements	Ath	111,2	109,3	103,8	91,7	127,9
	Charleroi	107,7	109,0	120,2*	106,3	117,3
	Mons	114,0	108,6	118,6	99,0	127,3
	Mouscron	93,2	108,2	104,7	89,9	116,3
	Soignies	105,7	100,6	90,4	90,4	110,1
	Thuin	106,0	104,1	116,4	116,6	126,5
	Tournai	105,8	113,7	110,8	122,3	123,5

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2014-2018 = 100)

Source : Sciensa,p-SPMA, calculs OSH




Au cours de la période 2014-2018, chez les hommes en Hainaut, on observe une surmortalité des décès liés aux tumeurs (+7,7 %), aux pathologies de l'appareil respiratoire (+12,1 %) et aux pathologies de l'appareil digestif (+20,6 %).

Les mortalités liées aux pathologies de l'appareil circulatoire et aux morts non naturelles sont comparables à celles de la Wallonie.

Au niveau des arrondissements, la seule différence significative concerne les décès dus à l'appareil respiratoire dans l'arrondissement de Charleroi (+20,2 %).

Tableau 2.9. Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, femmes, Hainaut, 2014-2018 (Wallonie=100)

			Appareil circulatoire	Tumeurs	Appareil respiratoire	Morts non naturelles	Appareil digestif
Belgique			93,5*	93,7*	87,0*	78,0*	85,7*
Wallonie			100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hainaut			103,9	102,5	99,8	93,6	112,6
Arrondissements	Ath		106,6	101,1	91,0	78,2	115,2
	Charleroi		107,3	106,3	110,5	99,0	117,5
	Mons		103,4	104,9	99,8	93,1	108,6
	Mouscron		87,2	95,6	91,1	63,1	104,6
	Soignies		101,9	98,0	89,3	94,6	100,5
	Thuin		111,9	101,7	96,8	100,3	106,9
	Tournai		97,8	98,8	95,7	96,8	128,0

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2014-2018 = 100)

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



Chez les femmes en Hainaut, sur la période 2014-2018, on n'observe pas de différence significative au niveau de la mortalité due aux 5 causes étudiées, comparativement à la population wallonne.

Au niveau des arrondissements, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Au vu du nombre limité de décès, la marge d'erreur est trop élevée pour détecter une éventuelle différence.

Par rapport à la période 2008-2012, les différences entre les arrondissements et la moyenne wallonne ont plutôt tendance à se tasser [9].

3. Mortalité prématurée

Les chiffres présentés dans ce Tableau de bord de la santé pour la mortalité prématurée sont les décès survenus avant l'âge de 75 ans. La mortalité prématurée était anciennement définie comme les décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Au sein de l'Union européenne (UE), 1,7 million de décès ont été enregistrés en 2016 pour les personnes âgées de moins de 75 ans. Sur ce total, 1,2 million de décès pourraient être considérés comme évitables en vertu de la liste Eurostat-OCDE récemment élaborée en ce qui concerne la mortalité évitable. Quelque 741 000 de ces décès auraient pu être évités grâce à des interventions efficaces dans le domaine de la santé publique et de la prévention primaire, et 422 000 auraient pu être traités dans le cadre d'interventions en temps utile et efficaces.

Dans l'UE, les crises cardiaques (soit 15% du total des décès évitables parmi les moins de 75 ans), les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (soit 14%) et les accidents vasculaires cérébraux (soit 7%) représentaient plus d'un tiers des décès potentiellement évitables en 2016.

Viennent ensuite les maladies liées à l'alcool (7 %), les cancers colorectaux (6 %), les cancers du sein et les affections pulmonaires obstructives chroniques (4 %), les blessures accidentelles (4 %) et les suicides (4 %) [10].

En Hainaut, en 2019, la mortalité prématurée représentait 36,7 % de l'ensemble des décès (respectivement 47,5 % pour les hommes et 26,5 % pour les femmes).

Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 75 ans divisé par la population de moins de 75 ans.

Tableau 2.10. Taux brut de mortalité prématurée (< 75 ans), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Taux brut pour 1 000 habitants < 75 ans		
	Hommes	Femmes	Total
Belgique	4,0	2,5	3,3
Wallonie	5,0	3,1	4,0
Hainaut	5,6	3,2	4,4

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

▼
Au niveau des 3 zones géographiques, les décès prématurés sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le taux brut de mortalité prématurée total du Hainaut est plus élevé que celui de la Wallonie, lui-même supérieur à celui de la Belgique.

Tableau 2.11. Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019 (Wallonie=100)

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		80,3*	82,9*	81,6*
Wallonie		100,0	100,0	100,0
Hainaut		112,0*	105,6*	109,2*
Arrondissements	Ath	102,4	97,2	100,6
	Charleroi	115,8*	115,1*	115,1*
	Mons	117,7*	103,8	111,4*
	Soignies	99,9	102,6	101,0
	Thuin	110,2*	107,2	109,3*
	Tournai-Mouscron	111,4*	98,1	106,4*
	La Louvière	111,0*	102,5	107,1*

* indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2015-2019 = 100)

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH



La mortalité prématurée est statistiquement plus basse en Belgique qu'en Wallonie, et ce, quel que soit le sexe (respectivement moins 19,7 % pour les hommes, 17,1 % pour les femmes et 18,4 % pour la population totale).

La mortalité prématurée est statistiquement plus haute en Hainaut qu'en Wallonie et ce tant chez les hommes (+12,0 %) que chez les femmes (+ 5,6 %).

Ce constat se retrouve également au niveau de l'arrondissement de Charleroi.

D'autre part, on note une surmortalité masculine dans les arrondissements de Mons, Soignies, Thuin et Tournai, alors que la mortalité féminine y est comparable à la moyenne wallonne.

Les arrondissements d'Ath et Mouscron ont une mortalité prématurée comparable à celle de la Wallonie, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 2.7. Evolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019 (Wallonie hommes 2019=100)

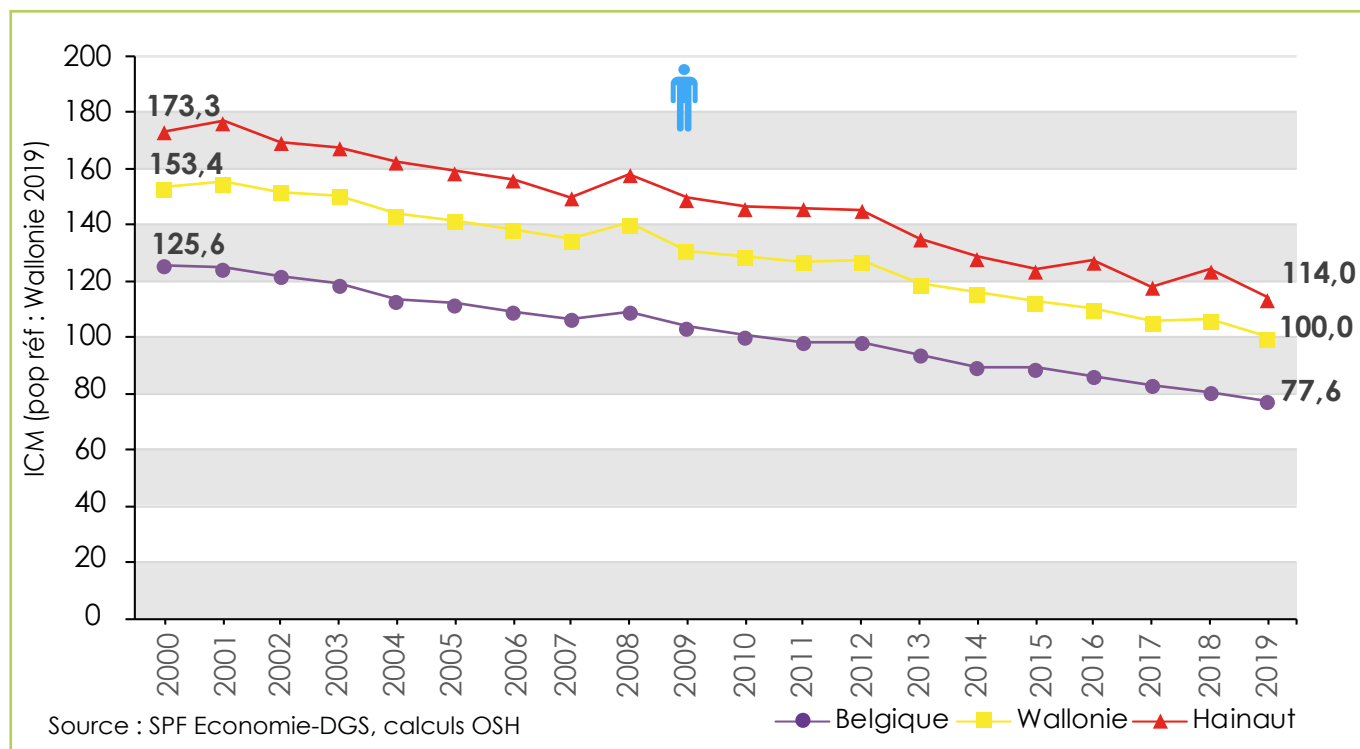
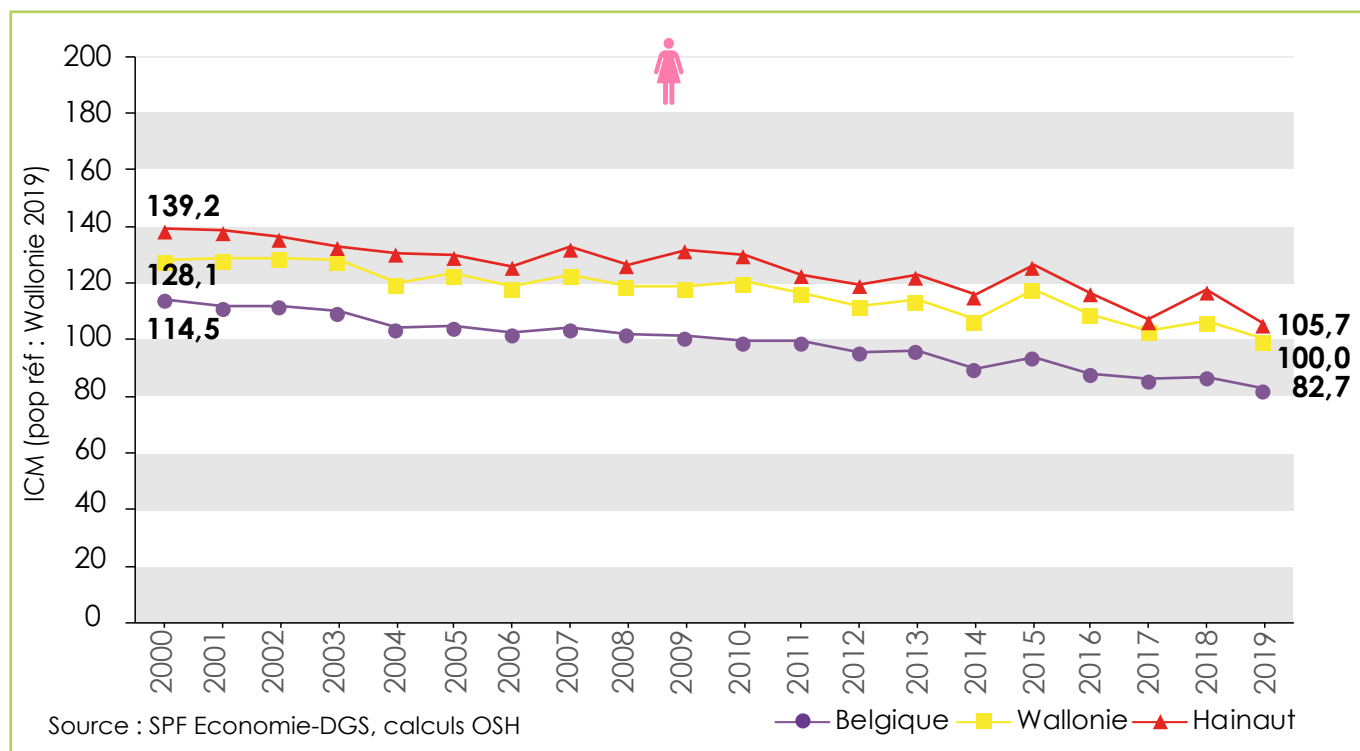


Figure 2.8. Evolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019 (Wallonie Femmes 2019=100)



L'indice comparatif de mortalité prématurée des hommes du Hainaut a diminué de 34,2 % en 20 ans, en passant d'un indice de 173,3 en 2000 à 114,0 en 2019. Au cours de la même année, il a diminué de 24,0 % chez les femmes, passant de 139,2 à 105,7.

Sur toute la période observée, la mortalité prématurée chez les hommes en Hainaut est supérieure à celle des hommes en Wallonie, elle-même supérieure à celle observée chez les hommes de l'ensemble de la Belgique. L'écart tend néanmoins à diminuer légèrement.

La mortalité prématurée des femmes de la province est supérieure à celle de la Belgique. Son évolution au cours du temps est proche de celle de la situation wallonne.

Tableau 2.12. Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, Hainaut, 2014-2018

	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès < 75 ans	% (sur 100 décès < 75 ans)	Nombre de décès < 75 ans	% (sur 100 décès < 75 ans)
Ensemble des tumeurs	1 146	33,2	781	38,9
Cancer du poumon	355	10,3	167	8,3
Cancer des VADS*	115	3,3	34	1,7
Cancer de l'intestin	102	2,9	67	3,3
Cancer du sein	-	-	148	7,3
Cancer de l'utérus	-	-	41	2,0
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	714	20,7	348	17,3
Cardiopathies ischémiques	309	8,9	109	5,4
Accidents vasculaires cérébraux	118	3,4	82	4,1
Morts non naturelles	397	11,5	159	7,9
Suicides	157	4,5	56	2,8
Accidents de la vie courante	132	3,8	71	3,5
Accidents de la circulation	68	2,0	19	0,9
Autres causes de décès prématurés	1 196	34,6	721	35,9
Toutes causes	3 453	100,0	2 009	100,0

* Voies aéro-digestives supérieures

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH

En Hainaut, entre 2014 et 2018, la moyenne des décès prématurés par an est de 5 463 décès. Le nombre de décès prématurés chez les hommes est 1,7 fois plus important que celui des femmes.

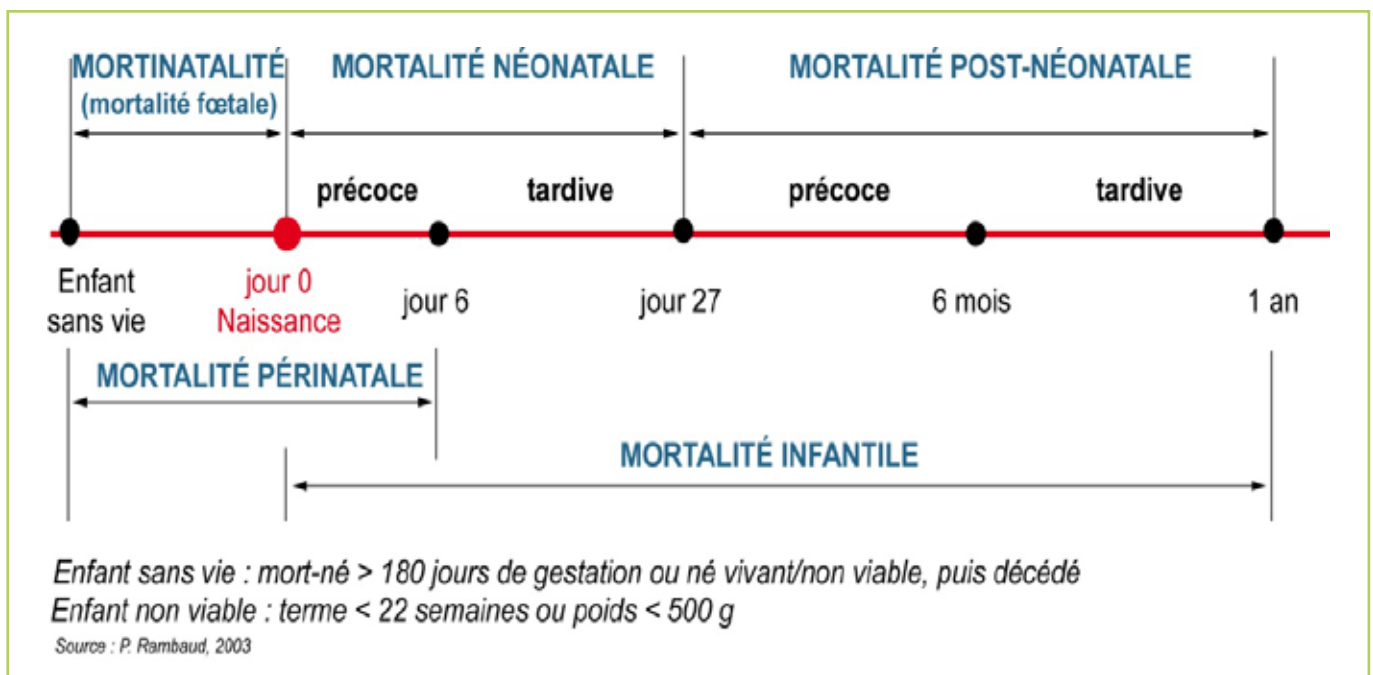
La première cause de décès prématurés chez les hommes et chez les femmes de la province est attribuable aux tumeurs (avec respectivement 33,2 % et 38,9 % des décès prématurés). Dans cette catégorie, le cancer du poumon est le premier responsable des décès prématurés (avec 10,3 % chez les hommes et 8,3 % chez les femmes). Le cancer du sein est à l'origine de 7,3 % des décès prématurés chez les femmes.

Les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de mortalité prématurée chez les hommes et les femmes du Hainaut. Ils sont plus fréquents chez les hommes (20,7 %) que chez les femmes (17,3 %).

Les morts non naturelles représentent la troisième cause de décès prématurés chez les hommes (11,5 %) et les femmes (7,9 %). Au sein de cette catégorie, les causes principales de décès chez les hommes sont, par ordre décroissant, les suicides (4,5 %), les accidents de la vie courante (3,8 %) et les accidents de la circulation (2,0 %). Chez les femmes, les suicides sont moins fréquents que chez les hommes provoquant une inversion des 2 premières causes de décès par morts non naturelles : les accidents de la vie courante représentent 3,5 % des décès prématurés, suivis par les suicides qui représentent 2,8 % des décès prématurés et enfin les accidents de la circulation avec 0,9 % des décès prématurés.

4. Mortalité périnatale et infantile

Figure 2.9. Mortalité infantile : définitions/schémas



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.

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

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

La mortalité fœtale est le nombre d'enfants nés sans vie dont le poids est de plus de 500 g ou, si le poids de naissance est inconnu, d'un âge gestationnel d'au moins 22 semaines. Les enfants nés sans vie dont ni le poids de naissance, ni l'âge gestationnel ne sont connus sont également pris en compte [11].

Durant les 20 dernières années, le taux de mortalité infantile dans les pays de l'UE est passé de 6,6 en 1998, à 4,2 en 2008 pour atteindre 3,4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2018. Cela représente le décès d'environ 14 600 enfants de moins d'un an.

En 2018, les plus hauts taux de mortalité infantile ont été enregistrés en Roumanie (6,0 morts pour 1 000 naissances vivantes), en Bulgarie (5,8), à Malte (5,6) et les taux les plus bas en Slovénie (1,7) et en Estonie (1,6). Au sein de ce classement, la Belgique se situe au-dessus de la moyenne européenne avec un taux de 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes [12].

La mortalité infantile, avant l'âge d'un an, est expliquée pour plus de 40 % des cas par des causes dont l'origine se situe dans la période périnatale et pour un cas sur trois en raison d'une malformation congénitale ou d'une anomalie chromosomique [13].

4.1. Mortalité infantile

Tableau 2.13. Evolution du nombre de décès infantiles (0 à 1 an), Belgique-Wallonie-Hainaut, 1990-2018

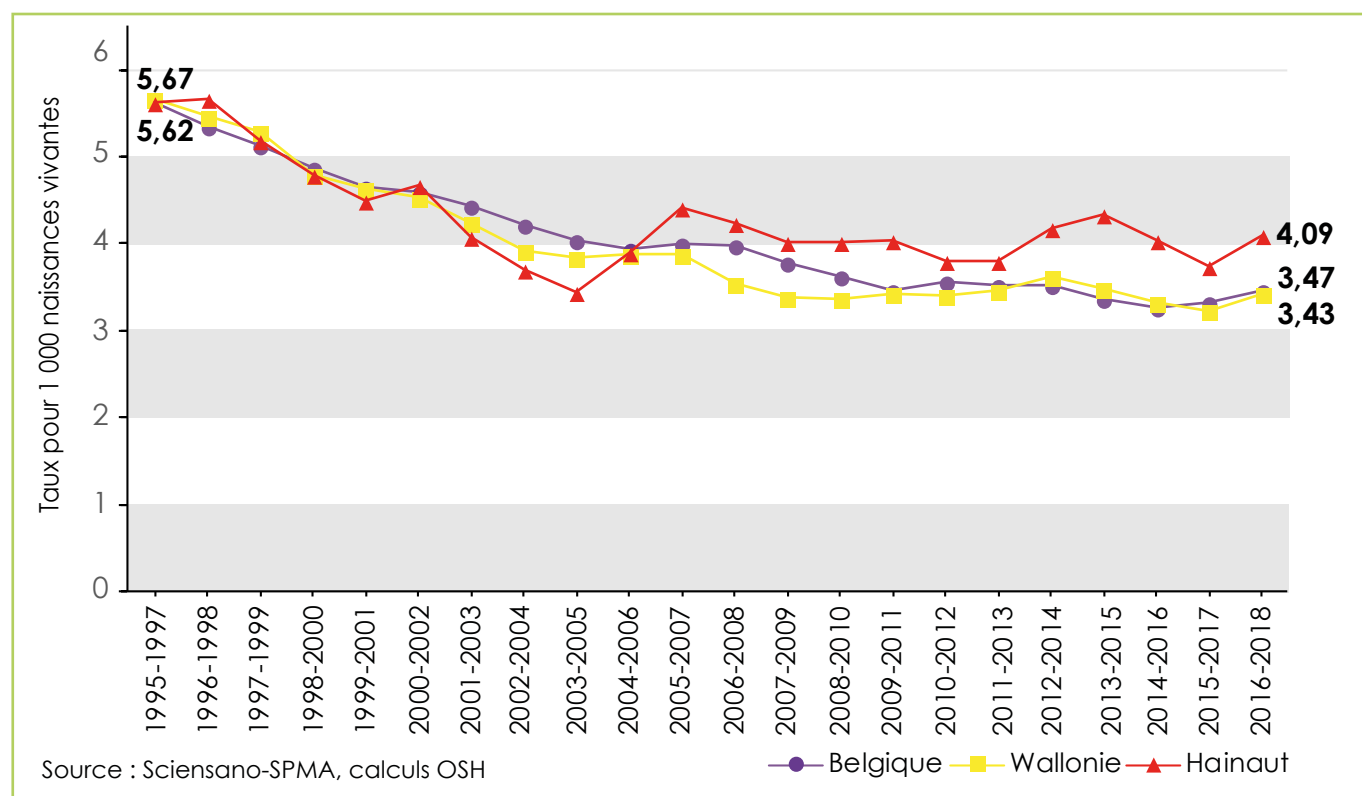
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Belgique	1 020	694	556	469	459	398	435
Wallonie	322	215	181	160	145	111	128
Hainaut	111	75	70	59	73	48	60

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En 2018, 60 enfants du Hainaut sont décédés avant l'âge d'un an. En un peu moins de 30 ans, on a observé une diminution de 45,9 % du nombre de décès de cette catégorie d'âge dans la province. En Belgique, 435 décès d'enfants de moins d'un an ont été relevés, dont 128 en Wallonie.

Figure 2.10. Evolution du taux de mortalité infantile lissé, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018



On observe une diminution du taux de mortalité infantile sur les trois zones géographiques entre 1995-1997 et 2016-2018. La Belgique et la Wallonie suivent sensiblement la même évolution. Le Hainaut a connu une diminution importante entre 1995-1997 et 2003-2005, mais cette diminution est suivie d'une hausse, puis d'une stabilisation entre 2005-2007 et 2016-2018.

La diminution globale entre 1995-1997 et 2016-2018 s'en trouve beaucoup moins marquée en Hainaut (-27,1 %) qu'en Wallonie (-39,5 %) ou en Belgique (-38,2 %).

Entre 2016 et 2018, en Hainaut, on compte en moyenne 4,1 décès par an d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.

4.2. Mortalité néonatale

Tableau 2.14. Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

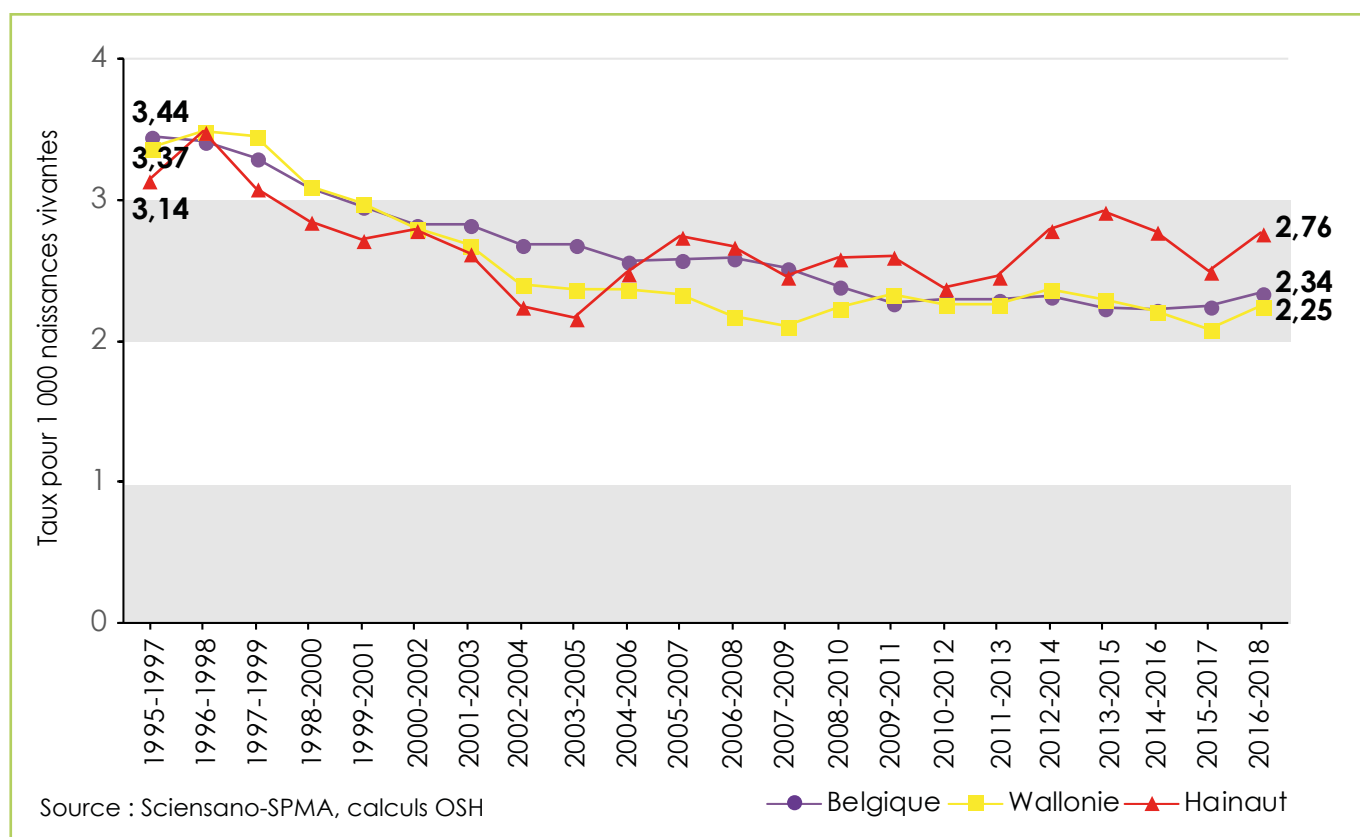
	Mortalité néonatale	Mortalité post-natale	Mortalité infantile
Belgique	277	135	412
Wallonie	84	43	127
Hainaut	38	18	56

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En moyenne, en Hainaut, 56 enfants décèdent chaque année avant l'âge d'un an. 38 décès surviennent entre la naissance et le 28^e jour de vie, et 18 entre le 28^e jour et le premier anniversaire.

Figure 2.11. Evolution du taux de mortalité néonatale lissé, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018

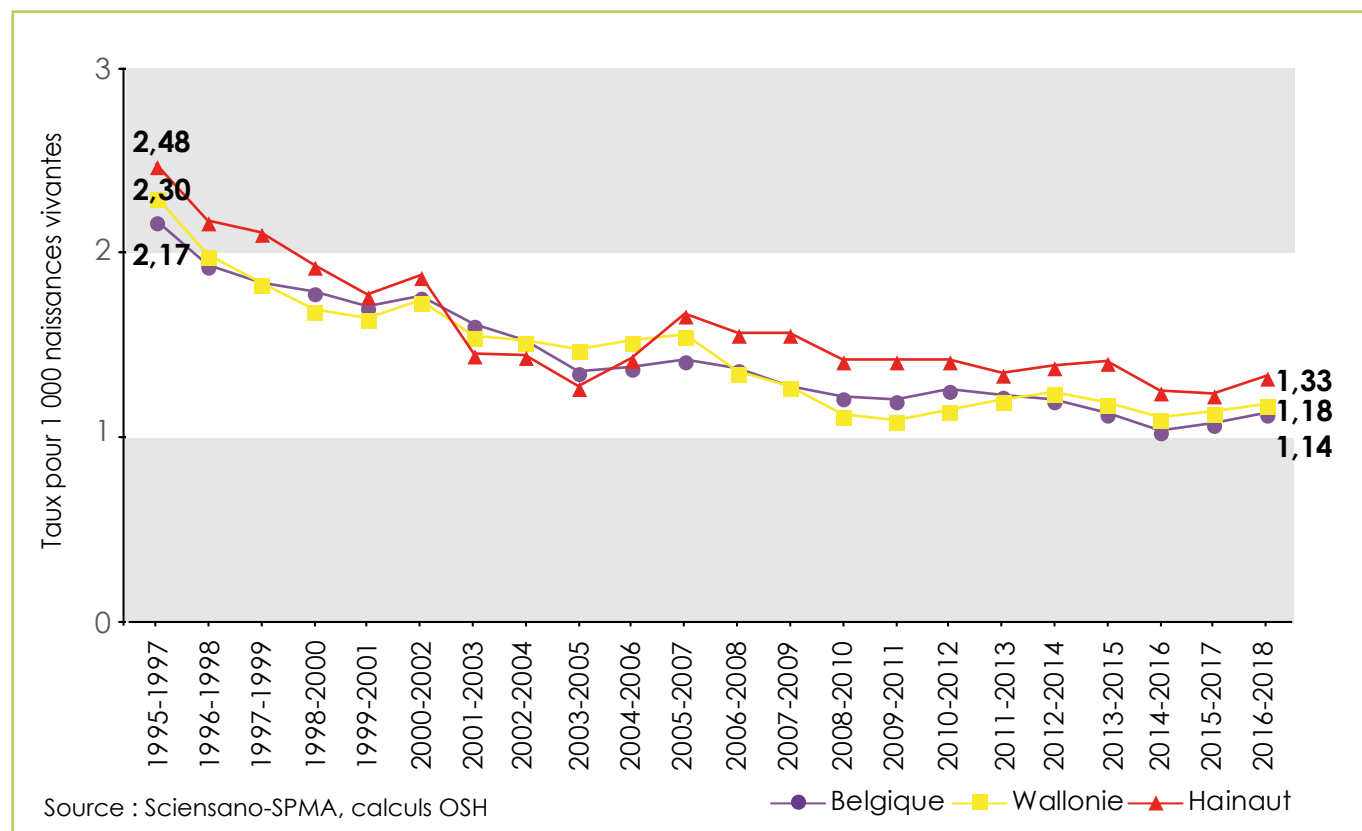


Depuis 2012-2014, le taux de mortalité néonatale est systématiquement plus élevé en Hainaut qu'en Belgique ou en Wallonie. En 2016-2018, le Hainaut présente un taux de mortalité néonatale de 2,76 pour 1 000 naissances vivantes comparativement à 2,34 en Belgique et à 2,25 en Wallonie.

En un peu plus de vingt ans, le taux de mortalité néonatale a diminué de 12,0 % en Hainaut passant de 3,14 à 2,76. Les taux de mortalité néonatale de la Belgique et de la Wallonie présentent une diminution beaucoup plus marquée, respectivement de 32,2% et de 33,2%.

4.3. Mortalité post-néonatale

Figure 2.12. Evolution du taux de mortalité post-néonatale lissé, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018



En 2016-2018, le taux hainuyer de mortalité post-néonatale est de 1,33 pour 1 000 naissances vivantes, contre 1,18 en Wallonie et 1,14 en Belgique.

Hormis la période de 2001-2003 à 2003-2005, le Hainaut a un taux de mortalité post-néonatale supérieur à celui de la Wallonie et celui de la Belgique.

Une forte diminution du taux de mortalité post-néonatale est observée à partir des années 1990. En Hainaut, 9,3 enfants pour 1 000 naissances vivantes sont décédés en 1987-1989, contre 1,3 en 2016-2018, soit une réduction de 86 % en un peu moins de 30 ans.

Cette forte diminution pourrait sûrement s'expliquer par la diffusion des règles de prévention sur la mort subite du nourrisson.

En effet, plusieurs campagnes successives de prévention de la mort subite du nourrisson ont eu lieu en Belgique dès les années 90 ; elles visaient tant les professionnels de la santé et de la petite enfance que les parents [14].

4.4. Mortinatalité

Tableau 2.15. Nombre moyen annuel d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

	Mortinatalité
Belgique	602
Wallonie	178
Hainaut	66

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En moyenne, chaque année, 66 enfants sont mort-nés en Hainaut. Cela représente 37,1 % des enfants mort-nés en Wallonie. Cette proportion est en adéquation avec la proportion de naissances vivantes en Hainaut par rapport à celles de la Wallonie qui est de 37,0 %.

Pour la période 2006-2010, la moyenne en Hainaut était de 78 enfants mort-nés chaque année.

Pour des raisons méthodologiques, ces chiffres restent d'interprétation délicate [15].

5. Bibliographie

1. Vers une Belgique en bonne santé, Etat de santé - Mortalité et causes de décès. 2021; Consultable sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale#references>
2. Eggerickx T, Sanderson, JP, Vandeschrick C, 2018, Les inégalités sociales et spatiales de mortalité en Belgique : 1991-2016. In : Espace Populations Sociétés, 1-2.
3. Renard F, Devleeschauwer B, Health Status Report 2019, L'état de santé en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2019. 48p. Numéro de dépôt légal : D/2019/14.440/3
4. Aouba A, Jouglu E, Eb M, Rey G et al., L'évolution de la mortalité et des causes de décès entre 1990 et 2009. ADSP, 2012(80) : p.24-28
5. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Définitions, méthodes et qualité. Taux de mortalité (brut, prématurée). 2020 ; Consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definitions>
6. Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Rev Epidém et Santé Publ. 1997 : 78-84.
7. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2019 Les indicateurs de l'OCDE Mortalité évitable (par prévention et traitement). 2019 ; Consultable sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/96912c73-fr.pdf?expires=1619097351&id=id&accname=guest&checksum=2326E9CFAEE226D12F733B3B6483B43>
8. Eurostat. Statistics Explained 2016. Consultable sur : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Thematic_glossaries
9. Observatoire de la Santé du Hainaut – Santé en Hainaut n°12, Tableau de bord de la santé 2016, 2016. p.46-47.
10. Eurostat newsrelease. Nombre de décès évitables en 2016 Dans le cas des moins de 75 ans, deux décès sur trois dans l'UE auraient pu être évités. Les maladies cardiaques et pulmonaires, principales catégories de décès évitables. 136/2019 – 5 septembre 2019
11. Rambaud P. Prématurité et hypothyroïdie néonatale. Corpus médical 2013
12. Eurostat. Infant mortality halved between 1998 and 2018.2020 ; Consultable sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200309-1>
13. Institut wallon de l'évaluation de la prospective et de la statistique (IWEPS). Indicateurs statistiques Mortalité Causes de décès. 2021 ; Consultable sur : <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/causes-de-mortalite/>
14. Institut Scientifique de Santé Publique. Enquête de santé par interview, Belgique 2008, Prévention du syndrome de mort subite du nourrisson. 2008 ; Consultable sur : <https://www.wiv-isp.be/epidemo/epifr/crospfr/hisfr/his08fr/r4/6.SI.Prevention%20du%20syndrome%20report%2008.FR.pdf>
15. Leroy Ch, Van Leeuw V. Santé périnatale en Wallonie - Année 2020. Centre d'Epidémiologie Périnatale, 2021.

Chapitre 3

ETAT DE SANTÉ



Faits marquants

- **En 2018, 71 % des Hainuyers se déclarent en bonne santé** : c'est moins que la moyenne belge (77 %).
- **En Hainaut, l'hypercholestérolémie est en tête des maladies chroniques** déclarées par les hommes. C'est **l'arthrose** qui arrive en tête des maladies déclarées par les femmes.
- **Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès en Hainaut** : parmi elles, les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires sont les deux principales causes de mortalité aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- **L'hypertension artérielle concerne un Hainuyer sur 5.**
- **Le cancer du poumon demeure le premier cancer masculin** en termes de mortalité. Il arrive en seconde position derrière le cancer de la prostate en termes d'incidence. Chez la femme, le cancer du poumon occupe la troisième place en termes d'incidence et la deuxième place en termes de mortalité.
- **Le cancer du sein reste le premier cancer féminin en termes d'incidence et de mortalité.**
- **Le cancer colorectal est le deuxième cancer en termes de mortalité** chez les hommes, troisième chez les femmes.
- **L'insuffisance rénale terminale touche 24 Hainuyers sur 100 000 habitants** par an en Hainaut, soit une augmentation de près de 50 % en 20 ans contre 42 % en Wallonie.
- **8 % des Hainuyers suivent un traitement contre le diabète** en 2019 : l'augmentation constante de ce chiffre est réellement préoccupante. Elle doit inciter à accorder davantage de moyens pour prévenir l'obésité, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité.
- Entre 2002 et 2016, **les infections sexuellement transmissibles (IST)** déclarées en Wallonie et en Belgique se sont considérablement multipliées. Cette évolution est liée à un meilleur dépistage et à une augmentation de l'incidence.
- **9 % des 20 à 64 ans sont en invalidité** en Hainaut : une augmentation très marquée chez les femmes depuis 2006 liée notamment à un report de l'âge du départ à la retraite et à la féminisation du marché du travail ; une augmentation aussi plus forte en Hainaut que dans les autres territoires.
- **Le nombre d'accidents de travail reconnus par les assureurs diminue**... mais le pourcentage d'accidents refusés par les assureurs est passé de 2 % en 1985 à 13 % en 2019.
- **Le nombre de tués dans des accidents de la route diminue**, cette baisse est particulièrement marquée en Hainaut.
- **L'âge moyen des mères hainuyères au premier accouchement est de 30,3 ans** contre 27,4 ans 6 ans auparavant. Davantage de femmes accouchent avant 18 ans en Hainaut (0,6 % des naissances) qu'en Wallonie (0,4 %) ou en Belgique (0,3 %), mais ces proportions diminuent.
- **9,1 % des bébés naissent prématurés en Hainaut et 8,7 % ont un petit poids à la naissance** (moins de 2 500 g). Ce sont des chiffres proches de ceux de la Wallonie. Le risque d'accoucher d'un bébé de petit poids est plus que doublé pour les fumeuses (17 %) par rapport aux non-fumeuses (7 %). Le risque de prématurité augmente aussi mais dans des proportions moins importantes : 13 % chez les fumeuses contre 8 % chez les non-fumeuses.

- **Les différences sont marquées en fonction du sexe quant au suicide** : l'idéation suicidaire et la tentative de suicide sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. La mortalité par suicide demeure plus élevée chez l'homme et augmente avec l'âge.
- **13 % des hommes et 18 % des femmes déclarent une consommation de médicaments psychotropes** dans les 15 derniers jours en 2018.
- **Le nombre d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques prescrits est en augmentation** au niveau national alors que la prévalence des troubles psychiques n'a pas évolué.
- **La pandémie de COVID-19 a provoqué une surmortalité très marquée en 2020** : la mortalité a augmenté de 17,6 % en Hainaut. En 2021, la surmortalité est toujours présente mais l'augmentation se limite à 2,5 % par rapport à la période 2015-2019.

L'Enquête nationale de santé par interview (Health Interview Survey - HIS) demeure la principale source d'information sur la santé perçue, la consommation de soins et services ainsi que sur des déterminants importants tels que les conditions ou modes de vie. En 2018, année de la dernière enquête dont les résultats sont disponibles, 1 119 personnes ont été interrogées en Hainaut.

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les résultats sont affectés d'une marge d'erreur plus ou moins grande. Dans le présent tableau de bord, la mention "il n'y a pas de différence entre deux groupes" s'entend comme signifiant "la différence n'est pas statistiquement significative compte tenu des marges d'erreur".

1. Santé perçue

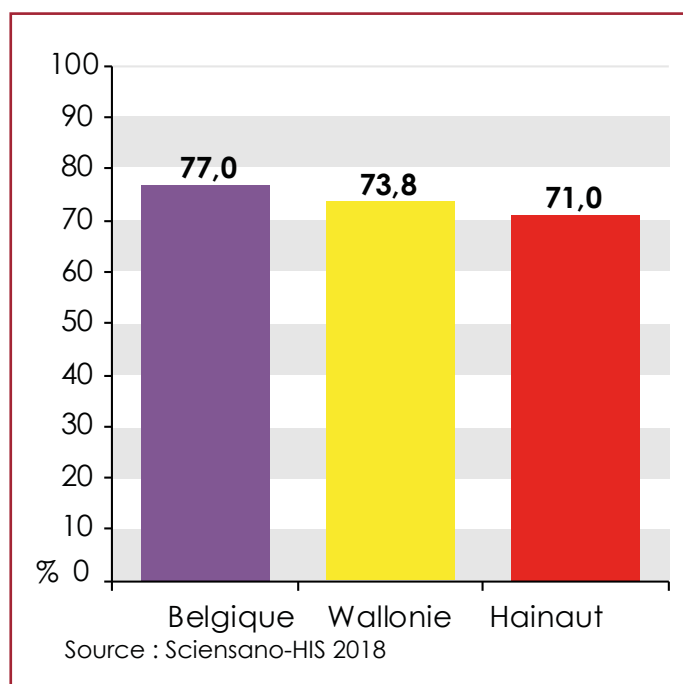
1.1. Santé globale

1.1.1. Santé perçue en Belgique, Wallonie et Hainaut

L'état de santé perçu est l'évaluation subjective globale faite par l'individu de différentes dimensions de sa propre santé (physique, psychique et sociale). La notion d'appréciation subjective témoigne du fait qu'il s'agit d'une réaction spontanée plutôt que d'une analyse objective systématique. Elle est influencée par la présence de symptômes ou de plaintes spécifiques et par le diagnostic posé par un médecin d'une maladie éventuelle [1]. Un grand nombre de publications ont permis de démontrer que la santé perçue a une relation étroite avec la mortalité [2 ; 3], la morbidité [4], le niveau de capacité fonctionnelle [5 ; 6] et la consommation de soins [7]. Des recherches qualitatives et quantitatives montrent cependant que les individus vivant dans des classes sociales moins favorisées tendraient à "surévaluer" leur état de santé dans le bon sens du terme, ou à en avoir une vue plus partielle et fataliste se focalisant sur des aspects plutôt fonctionnels du corps [8 ; 9]. Ces constats incitent à penser que cette distorsion conduit peut-être à sous-estimer les écarts sociaux de santé perçue parfois relevés dans les analyses.

La question posée en 2018 dans le cadre de l'Enquête de santé par interview est : "Comment est votre état de santé en général ?". Cette variable a été transformée en une variable binaire : l'état de santé est considéré comme mauvais s'il est déclaré moyen, mauvais ou très mauvais et bon s'il est déclaré bon ou très bon [10].

Figure 3.1. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

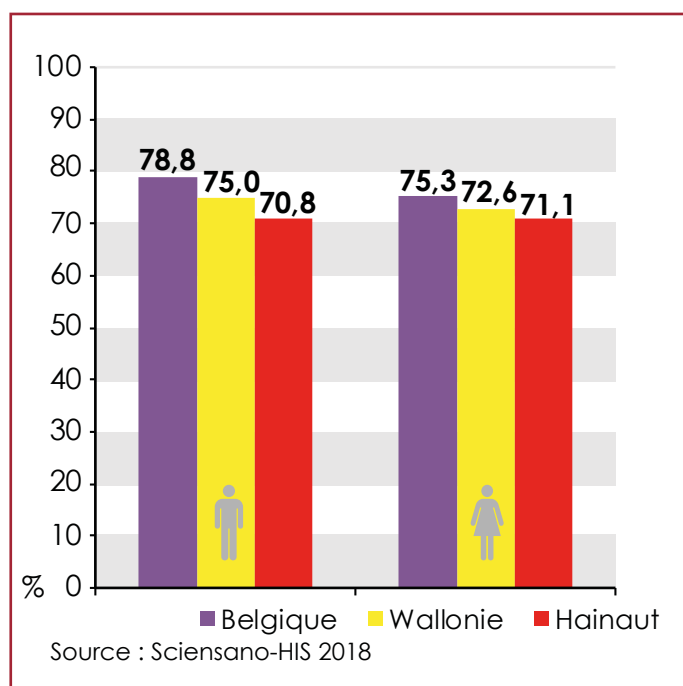


► Globalement, 71 % des habitants du Hainaut (contre 77 % des Belges) estiment que leur état de santé est bon à très bon. Ce résultat ne diffère pas significativement de la situation wallonne. Presqu'une personne sur 4 déclare donc que sa santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. Ce ressenti apparaît dépendant du niveau de revenu des habitants. Ainsi, en 2018, seuls 50 % des Wallons aux revenus les plus faibles estimaient leur état de santé bon à très bon contre 83 % parmi ceux aux revenus les plus élevés.

Les enquêtes de santé par interview réalisées en 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013 ont révélé des résultats semblables à ceux-ci. Les taux de personnes se déclarant en bonne santé restent stables depuis 20 ans.

1.1.2. Santé perçue par sexe

Figure 3.2. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une santé bonne à très bonne selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



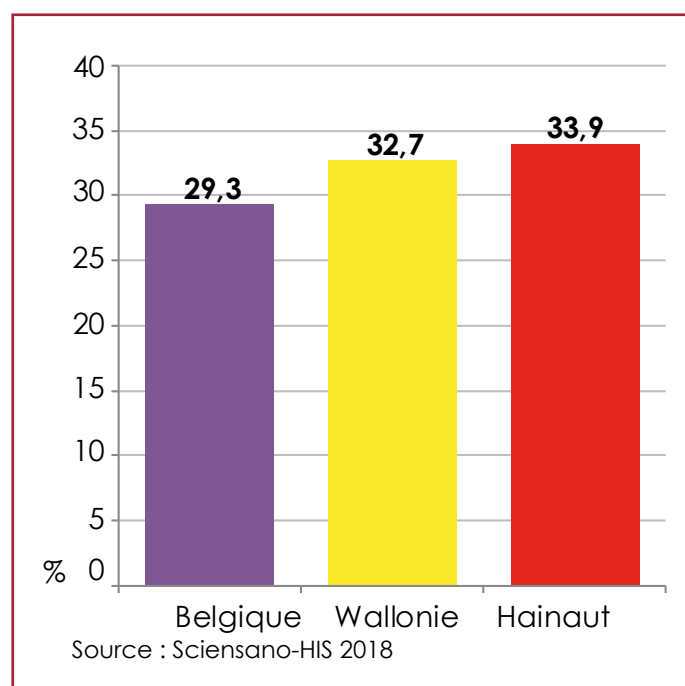
► Les différences observées entre les hommes et les femmes concernant la perception de leur état de santé ne sont pas significatives, quel que soit le niveau géographique considéré.

1.2. Maladies chroniques

Dans l'Enquête de santé par interview, les personnes sont interrogées sur les affections de longue durée dont elles souffrent (ou ont souffert au cours des 12 derniers mois) à partir d'une liste d'affections relativement courantes qu'elles peuvent compléter si leur situation n'est pas évoquée. La liste a changé au cours du temps. Notons que l'on peut "souffrir" de maladies chroniques et se sentir en "bonne santé" [11].

La comorbidité est la présence simultanée chez un individu de plusieurs pathologies physiques ou mentales.

Figure 3.3 Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



► La proportion de personnes déclarant souffrir d'au moins une affection chronique est similaire en Belgique, en Wallonie et dans le Hainaut.

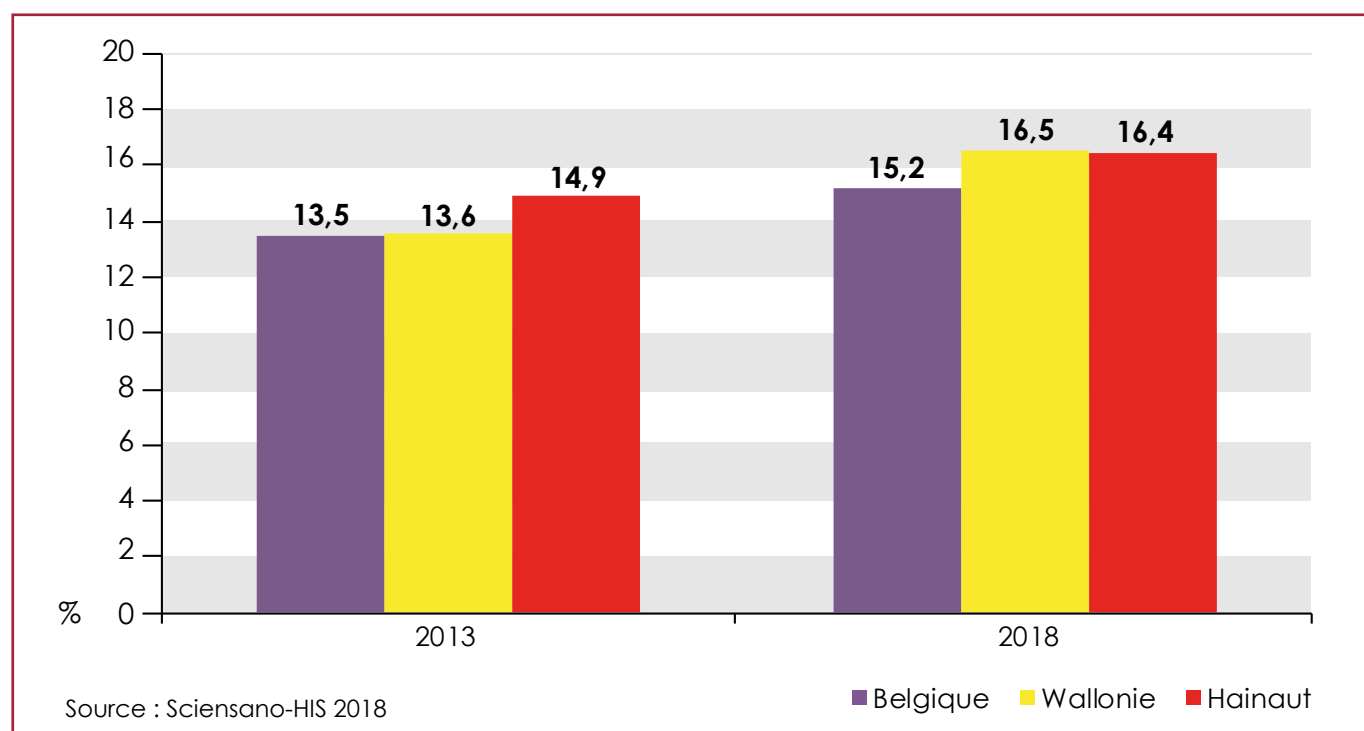
Elle reste relativement stable entre 2013 (33,7 %) et 2018 (33,9 %) en Hainaut, comme en Wallonie et en Belgique. Cette proportion augmente graduellement avec l'âge pour toucher près d'une personne sur 2 après 65 ans en Wallonie (47,6 %).

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

En Belgique, 27,2 % des hommes contre 31,3 % des femmes déclarent souffrir d'une ou plusieurs affection(s) chronique(s).

Une relation est observée entre le niveau d'instruction (diplôme le plus élevé d'une personne du foyer) et la proportion de personnes qui souffrent d'affections de longue durée. Un niveau d'étude élevé va de pair avec un risque plus faible d'affections chroniques [11].

Figure 3.4. Proportion (en %) de la population (de 15 ans et plus) présentant au moins 2 maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013 et 2018



La part de la population hainuyère déclarant souffrir d'au moins 2 maladies chroniques (comorbidité) est stable entre 2013 et 2018.

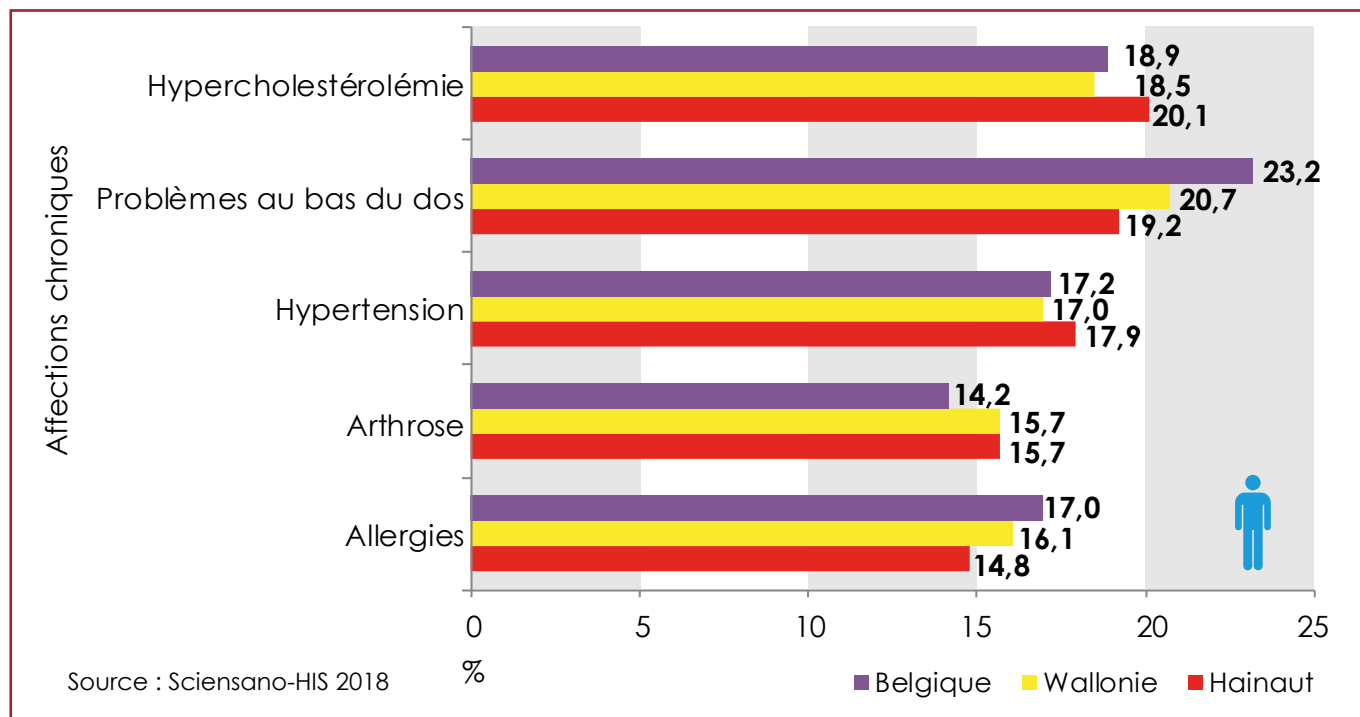
La part de la population hainuyère déclarant souffrir de comorbidité au cours des 12 derniers mois en Hainaut n'est pas statistiquement différente de celle de la Wallonie ou de la Belgique, que ce soit en 2013 (14,9 %) ou en 2018 (16,4 %).

En 2018, en Belgique et en Wallonie, la comorbidité touche plus les femmes que les hommes. En Hainaut, on ne retrouve pas cette différence entre les hommes et les femmes.

Il existe des différences importantes selon l'âge. La proportion de la population déclarant souffrir d'au moins 2 affections chroniques augmente progressivement avec l'âge. A partir de 65 ans, plus de 3 personnes sur 10 présentent une comorbidité tant en Hainaut que dans les autres territoires.

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

Figure 3.5. Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes (de 15 ans et plus) (en %), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

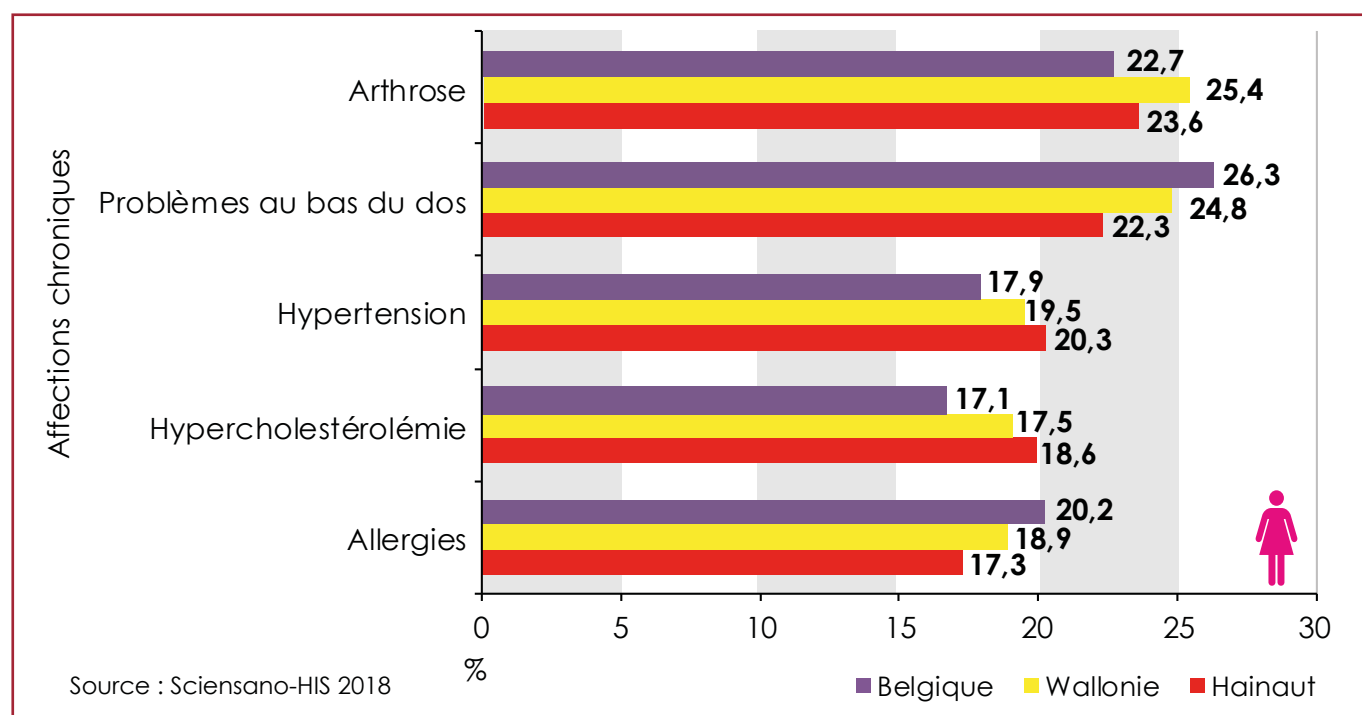


Selon l'Enquête de santé par interview, en 2018, les 5 affections chroniques les plus fréquentes chez les hommes en Hainaut sont l'hypercholestérolémie, les affections du bas du dos, l'hypertension artérielle, l'arthrose et les allergies. En Belgique et en Wallonie, les affections les plus citées sont identiques bien que l'ordre du classement diffère d'un niveau géographique à l'autre.

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

A partir de 65 ans, l'arthrose, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, les affections du bas du dos et les troubles prostatiques sont les maladies chroniques les plus fréquemment déclarées chez les hommes. De plus, les prévalences de ces affections chez les aînés sont de 2 à 3 fois supérieures à celles rencontrées au sein de la population générale.

Figure 3.6. Prévalence (en %) des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes (de 15 ans et plus), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



Chez les femmes, en Hainaut, l'arthrose est la maladie chronique la plus fréquemment déclarée ; suivent les affections du bas du dos, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et les allergies.

En Belgique et Wallonie, les affections les plus déclarées sont quasiment les mêmes sauf pour l'hypercholestérolémie qui n'apparaît pas dans les 5 affections les plus citées, alors que les affections persistantes de la nuque ou du cou en font partie.

Cependant, l'ordre d'importance des affections diffère selon le niveau géographique étudié.

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

2. Maladies cardiovasculaires

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

Les principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont l'alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique, la sédentarité, le tabagisme, l'abus d'alcool, ainsi que l'hypertension artérielle, elle-même favorisée par les facteurs de risque précités [12].

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires provoquent 27 % de tous les décès enregistrés à l'échelle mondiale. Parmi les décès par maladie cardiovasculaires, les cardiopathies ischémiques sont depuis 20 ans, la première cause de mortalité dans le monde avec un nombre de décès qui atteint 9 millions en 2019. Le nombre de décès dus à des accidents vasculaires cérébraux est de plus de 6 millions [13].

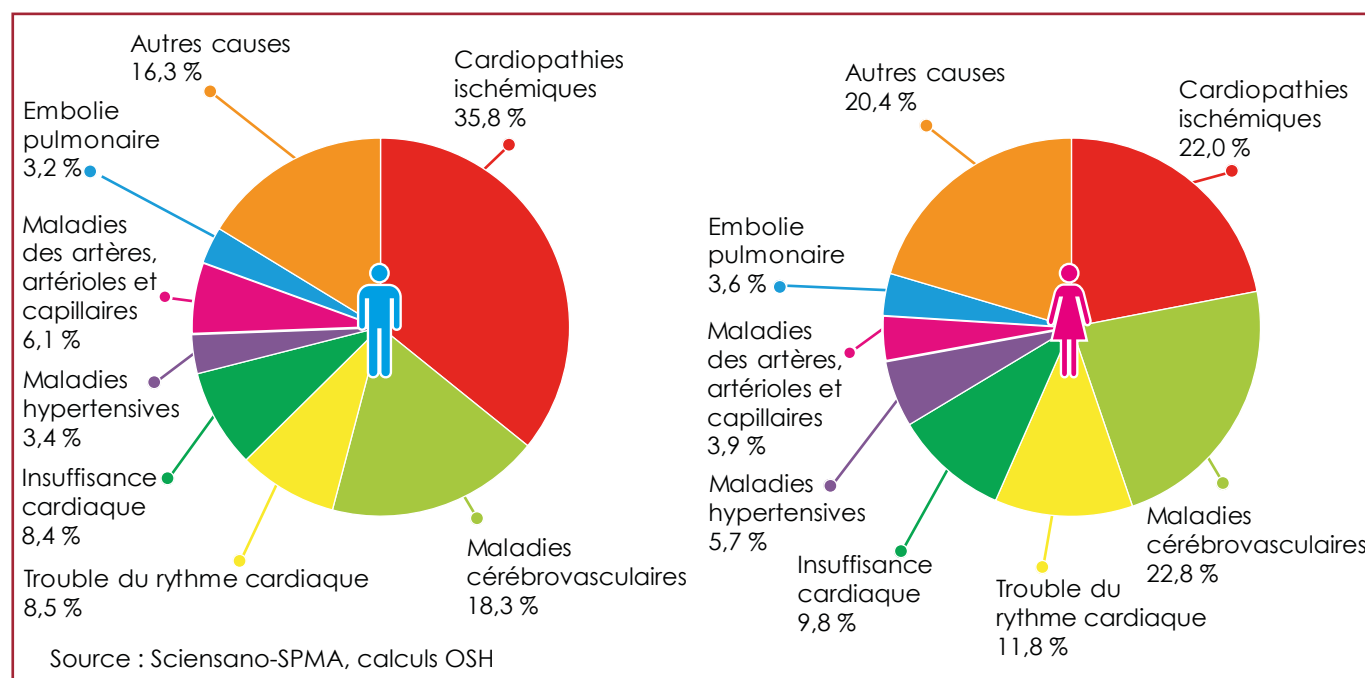
Depuis plus de 40 ans, une diminution de la mortalité cardiovasculaire est observée dans la plupart des pays industrialisés. Cette diminution est liée à l'évolution des traitements d'une part, et d'autre part à l'ensemble des mesures de prévention diminuant l'exposition aux facteurs de risque : contrôle du poids et de l'alimentation, arrêt du tabagisme. Une évolution de la tendance d'enregistrement des causes sous-jacentes des décès peut aussi expliquer partiellement cette diminution [14]. Cependant l'amélioration de la situation montre actuellement des signes de ralentissement, voire d'inversion de la tendance [15].

2.1. Mortalité

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et représentaient 3 757 décès en Hainaut en 2018. Cependant, chez les hommes les maladies cardiovasculaires sont la deuxième cause de décès après les tumeurs. Neuf décès cardiovasculaires sur 10 concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

Comme l'indique l'analyse des données de mortalité de Sciensano disponibles via SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis), la prédominance des maladies cardiovasculaires parmi les décès féminins est en partie liée à une espérance de vie plus longue des femmes, chez qui, ce type de maladies apparaît en général plus tard que chez les hommes.

Figures 3.7 & 3.8. Proportion (en %) de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, selon sexe, Hainaut, 2014-2018



Chez les hommes, les cardiopathies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec en moyenne 644 décès par an en Hainaut de 2014 à 2018. Ce chiffre représente 35,8 % des décès cardiovasculaires et 9,0 % du total des décès masculins.

Les maladies vasculaires cérébrales (thrombose, hémorragie cérébrale) constituent 18,3 % des décès cardiovasculaires ; suivent les insuffisances cardiaques et les troubles du rythme dans des proportions similaires (respectivement 8,4 % et 8,2 %), et les maladies des artères, artérioles et capillaires (dissection aortique, rupture d'anévrisme...) (6,1 %).

Chez la femme, les trois principales causes de décès cardiovasculaires sont les mêmes que chez l'homme. Toutefois, avec 22,0 % des décès cardiovasculaires féminins, les cardiopathies ischémiques représentent une part plus faible que chez l'homme (35,8 %). 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 (22,8 %) et de l'insuffisance cardiaque (9,8 %) à la mortalité cardiovasculaire féminine est plus importante que chez l'homme (respectivement 18,3 % et 8,4 %). L'analyse des certificats de décès féminins rapporte plus de troubles du rythme (11,8 %), plus de maladies hypertensives (5,7 %) et moins de maladies des artères, artérioles et capillaires (3,9 %) par rapport aux données masculines.

2.2. Hypertension artérielle

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

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

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

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

Selon l'OMS, l'hypertension concerne 1,28 milliard de personnes dans le monde, âgées de 30 à 79 ans. On estime que 46 % des adultes atteints d'hypertension l'ignorent. L'hypertension est l'une des premières causes de décès prématuré [16].

Tableau 3.1 Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Total (en %)
Belgique	17,2	17,9	17,6
Wallonie	17,0	19,5	18,3
Hainaut	17,9	20,3	19,1

Source : Sciensano-HIS 2018

▼
Lors de l'Enquête de santé par interview de 2018, 17,9 % des hommes et 20,3 % des femmes du Hainaut ont déclaré souffrir ou avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois. Trois quarts d'entre eux avaient 55 ans et plus. Il n'y a pas de différences significatives, ni entre les genres, ni entre les territoires.

En Hainaut, 90,5 % des personnes concernées par cette pathologie déclaraient suivre un traitement médicamenteux destiné à soigner leur hypertension.

Sur la période de 2014 à 2018, en moyenne 972 décès annuels (soit près de 3 % de la mortalité cardiovasculaire) dus à des pathologies hypertensives ont été enregistrés en Belgique dont 414 en Wallonie et 187 en Hainaut. Ce nombre limité de morts ne représente qu'une faible part des décès induits par l'hypertension qui favorise de nombreuses autres pathologies vasculaires et rénales.

3. Cancers

Une tumeur peut se définir comme étant une maladie cellulaire entraînant une prolifération anarchique de cellules qui détruit le tissu d'origine. Elle peut être soit bénigne, soit maligne (cancéreuse).

Cette partie du tableau de bord traitera uniquement des cancers.

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

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

Selon l'OMS, en 2020, on compte plus de 18 millions de nouveaux cas de cancer et près de 10 millions de décès liés à la maladie dans le monde [17].

3.1. Mortalité par cancer

En Belgique en 2014-2018, les cancers constituent la deuxième cause de mortalité chez la femme (22,8 %) et la première chez l'homme (29,4 %). La mortalité par cancer corrigée pour l'âge (taux standardisés) a nettement diminué chez l'homme depuis le début des années nonante. Cette diminution s'observe plus tardivement chez la femme.

Le risque de mourir d'un cancer varie, entre autres, selon le type histologique, la localisation et la précocité du traitement.

Tableau 3.2. Nombre annuel moyen de décès par cancer, selon le sexe, en fonction du site de la tumeur primitive, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

Causes de décès	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Trachée, bronches, poumons	4 245	1 911	1 464	726	544	244
Sein	20	2 209	4	728	2	294
Côlon, rectum	1 480	1 305	478	459	202	195
Prostate	1 532	-	455	-	172	-
Lymphes et sang	1 232	1 068	384	356	143	142
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	1 126	383	337	136	152	57
Pancréas	860	891	289	306	110	125
Ovaires	-	602	-	191	-	78
Utérus	-	550	-	197	-	77
Autres	4 407	3 019	1 529	1 021	604	394
Total	14 901	11 940	4 940	4 119	1 929	1 605

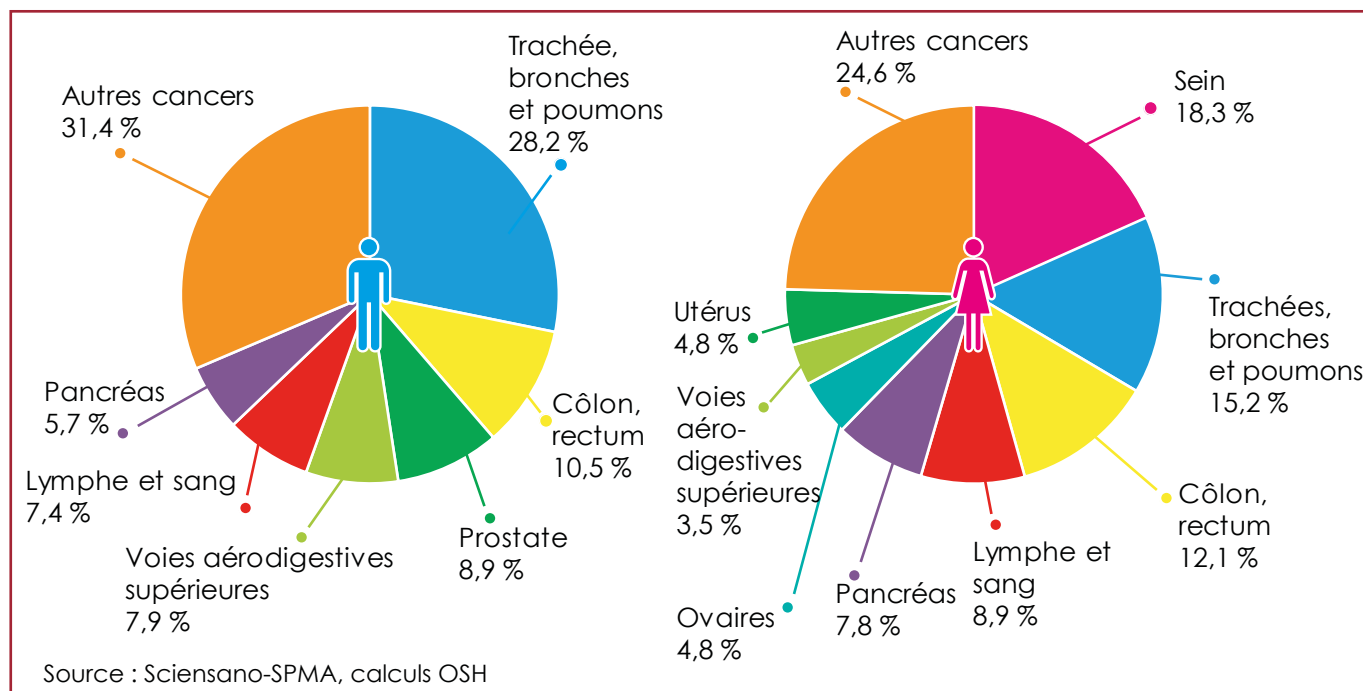
Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



Entre 2014 et 2018, en moyenne 14 901 décès masculins par an dus à des cancers, ont été enregistrés en Belgique, dont 4 940 au niveau wallon et 1 929 au niveau hainuyer (soit 39 % des décès masculins wallons par cancer).

Chez les femmes, entre 2014 et 2018, en moyenne 11 940 décès annuels dus à des cancers ont été recensés en Belgique, dont 4 119 au niveau wallon et 1 605 en Hainaut (soit 39 % des décès féminins wallons par cancer).

Figures 3.9. & 3.10. Proportion (en %) de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Hainaut, 2014-2018



De 2014 à 2018, le cancer du poumon représente la première cause de décès par cancer chez les hommes du Hainaut (soit 28,2 % de tous les décès masculins par cancer) suivi des cancers colorectaux (10,5 %), de la prostate (8,9 %) et des voies aérodigestives supérieures (7,9 %).

Chez les Hainuyères, la première cause de décès par cancer est le cancer du sein (18,3 %) suivi de celui du poumon (15,2 %) et du cancer colorectal (12,1 %).

Hormis le fait que la mortalité due à un cancer du poumon est près de 2 fois plus fréquente chez l'homme, on observe une augmentation de 14 % des décès chez la femme entre 2008-2012 et 2014-2018 alors que les décès par cancer du poumon chez l'homme ont diminué de 12 % au cours de la même période. On perçoit là les conséquences de l'augmentation du tabagisme féminin depuis les années soixante [18].

3.2. Incidence des cancers

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

Depuis 1983, un registre national du cancer était tenu, mais son réseau d'enregistrement s'est révélé insuffisant pour recenser l'ensemble des cas détectés. En 2005, la Fondation Registre du Cancer a été créée. Une méthode de recueil différente a permis d'atteindre un niveau d'exhaustivité élevé [19].

Pour l'année 2019, 78 230 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Belgique dont 12 % concernaient les Hainuyers (n=9 491) [20].

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

Les cancers se révèlent plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Cette pathologie touchera un homme sur 3 et une femme sur 4 avant sa 75^e année de vie [20 ; 21 ; 22 ; 23].

Afin de réduire la variabilité due aux fluctuations annuelles, l'incidence est présentée sous forme de moyenne pour les années 2015-2019.

Tableau 3.3. Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sein	103	10 727	29	3 491	10	1 364
Prostate	9 320	-	2 694	-	1 005	-
Trachée, bronches, poumons	5 629	2 925	1 935	1 075	727	352
Côlon, rectum	4 637	3 825	1 452	1 219	580	469
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	2 692	970	962	359	411	148
Lymphes et sang	3 220	2 487	1 041	824	393	328
Utérus	-	2 052	-	680	-	263
Mélanome	1 400	1 870	443	548	138	182
Ovaires	-	756	-	234	-	83
Pancréas	967	926	307	315	119	120
Autres	12 752	8 158	3 846	2 425	1 430	902
Total	40 720	34 697	12 708	11 169	4 814	4 213

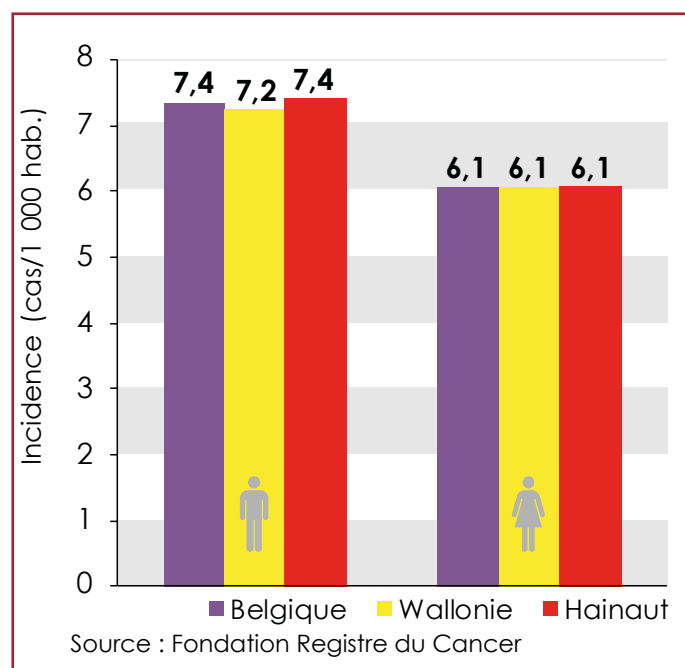
Source : Fondation Registre du Cancer

En moyenne, 4 814 nouveaux cas de cancers masculins et 4 213 cas de cancers féminins ont été diagnostiqués annuellement en Hainaut entre 2015 et 2019. Les trois cancers les plus fréquents ont pour origine la prostate, le poumon et le gros intestin (côlon, rectum) chez les hommes ; le sein, le côlon-rectum et le poumon parmi la population féminine.

La Belgique occupe la troisième place européenne en matière d'incidence du cancer du sein [23]. 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 [27].

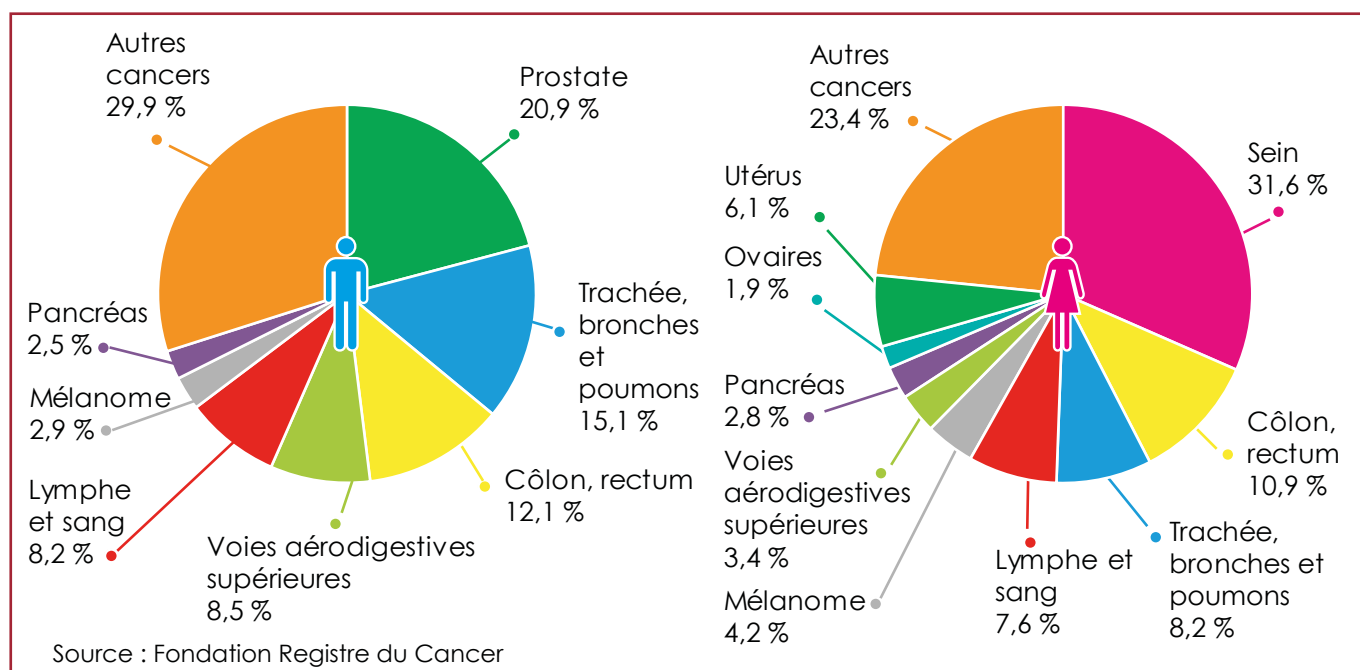
Le taux d'incidence se calcule en divisant le nombre de nouveaux cas observés au cours d'une période déterminée par la taille de la population. Il s'exprime ici en nombre de cas par 1 000 habitants et par an. Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition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

Figure 3.11. Taux bruts d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019, Fondation Registre du Cancer



► Entre 2015 et 2019, la Belgique présente des taux d'incidence du cancer de 7,4 pour 1 000 habitants chez les hommes, soit 40 720 nouveaux cas et de 6,1 chez les femmes, soit 34 697 nouveaux cas. Les taux d'incidence belges et wallons sont similaires à ceux du Hainaut (7,2 et 6,1). De manière générale, les taux d'incidence du cancer sont plus élevés dans la population masculine que féminine quel que soit le territoire concerné alors que la population féminine est plus âgée que la population masculine.

Figures 3.12. & 3.13. Proportion (en %) de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Hainaut, 2015-2019



Chez les hommes, les cancers les plus fréquents en termes d'incidence de cas sont les cancers de la prostate (21 %), du poumon (15 %) et du côlon-rectum (12 %). Viennent ensuite les cancers des voies aérodigestives supérieures (8 %). L'alcool et le tabac sont les principaux facteurs de risque pour ce type de cancer. Combinés, ils agissent en synergie pour augmenter l'incidence [24].

Chez les femmes, le cancer le plus fréquent entre 2015 et 2019 en Hainaut est le cancer du sein qui représente à lui seul 32 % des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite les cancers du côlon (11 %), du poumon (8 %) et de la lymphes et du sang (7 %). L'IST par le HPV est identifiée comme facteur de risque pour les cancers du col de l'utérus et certains cancers des voies aérodigestives supérieures (tant chez les femmes que chez les hommes) [25].

En 2015-2019, dans le Hainaut, les parts relatives des différents cancers sont proches de celles de la Belgique et de la Wallonie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Tandis qu'en termes de mortalité masculine en Hainaut, le cancer de la prostate occupe la troisième place, il est numéro un du point de vue de l'incidence : les chiffres reflètent les effets combinés du vieillissement de la population, de la fréquence de la maladie et de l'intensité du dépistage. Les études présentent des conclusions contradictoires quant à l'effet du dépistage du cancer de la prostate sur la mortalité, certains cancers n'ayant pas évolué suffisamment vite pour constituer une menace pour la vie du patient. Le dépistage systématique n'est actuellement pas recommandé en Belgique tant que le pronostic ne pourra pas être établi avec plus de certitude [26].

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 comme par exemple l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

4.1. Mortalité par maladie respiratoire

Tableau 3.4. Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie- Hainaut, 2014-2018

	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bronchite chronique, emphysème	2 581	1 758	898	668	278	238
Pneumonie	1 959	2 159	636	743	221	255
Maladies du poumon dues à des agents externes	512	383	204	169	47	38
Grippe	101	155	26	37	6	10
Asthme	35	81	14	34	3	7
Autres	918	1 043	361	458	121	142
Total	6 106	5 578	2 139	2 109	676	690

Source : Sciensano-SPMA

En Belgique, entre 2014 et 2018, 11 684 personnes sont décédées en moyenne chaque année des suites de maladies respiratoires hors cancers. Parmi ces décès, 37,1 % concernaient des maladies chroniques obstructives (bronchites chroniques et emphysèmes) contre respectivement 36,9 % et 35,6 % en Wallonie et en Hainaut. La part des décès dus à des pneumonies est plus élevée en Belgique (35,2 %) qu'en Wallonie (32,5 %) ou en Hainaut (32,3 %).

L'exposition à la fumée de tabac et à la pollution de l'air intérieur, ainsi que l'exposition professionnelle aux poussières, aux fumées et aux produits chimiques, sont des facteurs de risque importants de la BPCO [28].

4.2. Asthme

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

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

En 2019, selon les estimations de l'OMS, environ 262 millions d'individus souffrent d'asthme dans le monde. Il s'agit de la maladie chronique la plus courante chez l'enfant [29].

Tableau 3.5. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	5,0	6,5
Wallonie	6,2	8,4
Hainaut	6,1	9,0

Source : Sciensano-HIS 2018



Selon les résultats de l'Enquête de santé par interview, 7,6 % de la population hainuyère déclare souffrir d'asthme en 2018. Cette proportion est similaire à celle de la Wallonie et à la Belgique. On ne note pas de différence significative entre hommes et femmes.

4.3. Tuberculose

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

Selon l'OMS, 1,4 million de personnes sont mortes de la tuberculose en 2019. C'est l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde, c'est pourtant une maladie qui peut être traitée et prévenue.

Plus de 95 % des cas et des décès concernent les pays en développement. Les individus dont le système immunitaire est affaibli, tels ceux infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les personnes souffrant de malnutrition ou de diabète ou encore les fumeurs, courent un risque plus élevé de développer la maladie [30].

En Hainaut, environ 6 décès dus à la tuberculose sont enregistrés en moyenne par an entre 2014 et 2018.

Tableau 3.6. Incidence (pour 100 000 habitants) de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Belges	Etrangers	Total
Belgique	4,3	38,9	8,5
Wallonie	3,6	29,3	6,2
Hainaut	3,9	17,3	5,5

Source : FARES



En 2019, 8,5 nouveaux cas de tuberculose pour 100 000 habitants ont été dépistés en Belgique. L'incidence de cette affection apparaît légèrement inférieure en Wallonie et en Hainaut par rapport au niveau national.

La tuberculose se révèle nettement plus fréquente chez les populations étrangères que chez les Belges, quel que soit le territoire. Selon le Fonds des affections respiratoires (FARES), l'évolution de l'incidence de la tuberculose au niveau belge a suivi une décroissance constante jusqu'en 1992, puis la décroissance a ralenti. En 2007, pour la première fois, l'incidence est descendue sous le seuil des 10 cas pour 100 000 habitants et repassée au-dessus en 2010 mais se maintient en-dessous de cette valeur depuis lors. C'est le seuil en-dessous duquel l'OMS considère que l'incidence de la tuberculose dans le pays est faible. En Hainaut, le nombre de nouveaux cas se situe aux environs de 5 pour 100 000 habitants en 2019 [30-31].

5. Insuffisance rénale

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

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

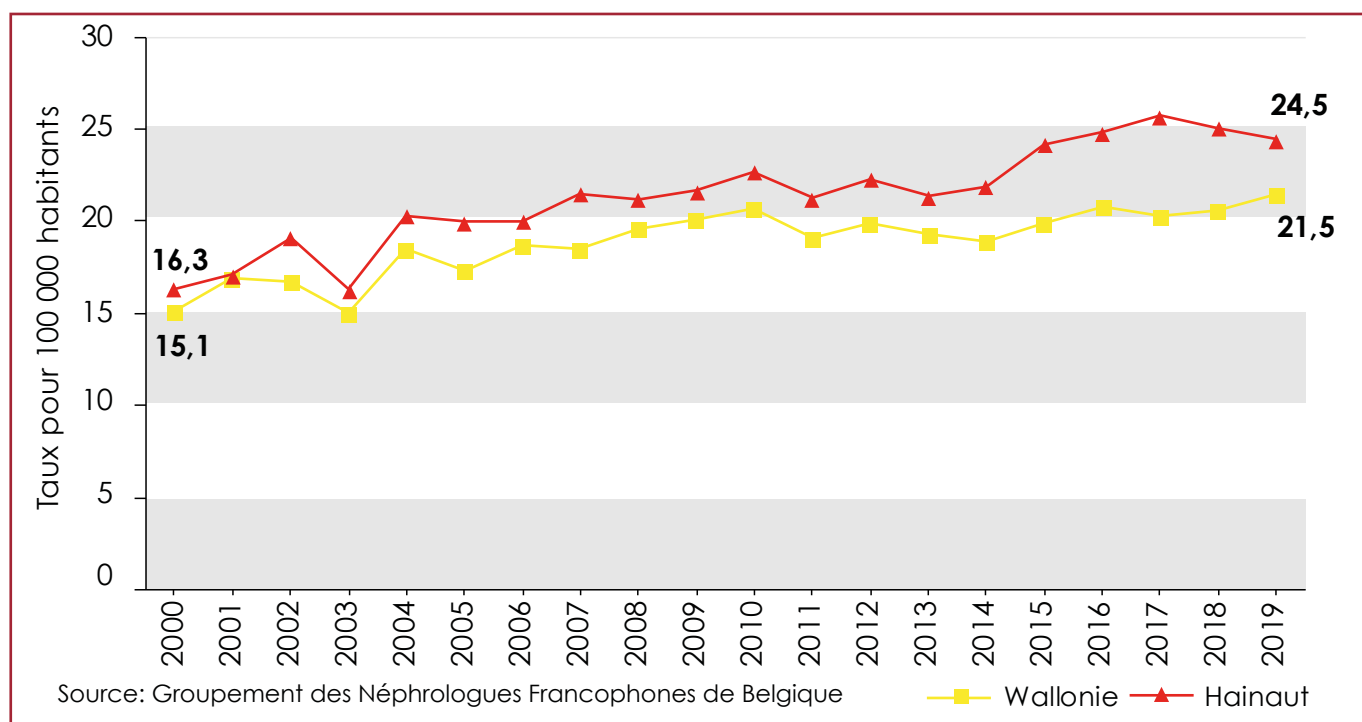
L'insuffisance rénale chronique est induite par des pathologies (diabète, hypertension...) qui détruisent progressivement et de façon irréversible les différentes structures rénales jusqu'à un stade terminal (insuffisance rénale chronique terminale) qui nécessite d'envisager les techniques de remplacement de la fonction rénale : dialyse et transplantation [32].

En Belgique, au 31 décembre 2019, 15 180 patients bénéficiaient d'une de ces techniques soit 1,3 pour 1 000 habitants.

Parmi ces patients, 6 643 bénéficiaient d'une greffe de rein en 2019. Le diabète et l'hypertension sont les causes principales des insuffisances rénales [33].

Par rapport à ses voisins européens, la Belgique connaît une prévalence élevée de patients "sous remplacement de la fonction rénale" [34].

Figure 3.14. Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie - Hainaut, 2000-2019



De 2000 à 2019, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade d'insuffisance rénale terminale (IRT) devant bénéficier d'un traitement substitutif (greffe ou dialyse) est passé de 16,3 à 24,5 pour 100 000 habitants par an en Hainaut, soit une augmentation de près de 50 % en 20 ans.

Dans le même temps, ce taux est passé de 15,1 à 21,5 pour 100 000 habitants en Wallonie, soit une augmentation de près de 42 %. Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence du diabète sont liés à cet accroissement [32].

5.1. Mortalité par insuffisance rénale

Tableau 3.7. Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

	Hommes	Femmes	Total
Belgique	702	890	1 592
Wallonie	283	367	650
Hainaut	91	115	206

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En Belgique, 1 592 personnes sont décédées en moyenne chaque année à cause d'une insuffisance rénale entre 2014 et 2018. Parmi ces décès, 206 sont survenus annuellement dans le Hainaut.

5.2. Dialyse

La dialyse est une méthode de filtration du sang [32].

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

Tableau 3.8. Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	En milieu hospitalier	A domicile
Belgique	4 790	2 407
Wallonie	1 612	803
Hainaut	839	353

Source : INAMI



Au cours de l'année 2019, 839 Hainuyers ont bénéficié d'un remboursement pour dialyse en milieu hospitalier et 353 pour dialyse à domicile (c'est-à-dire hémodialyse à domicile, auto-dialyse ou dialyse péritonéale).

6. Diabète

En 2019, selon l'OCDE, 425 millions de personnes souffrent de diabète dans le monde. Cette maladie a causé 4 millions de décès en 2017, et on prévoit que, d'ici à 2045, plus de 629 millions d'adultes seront diabétiques dans le monde [35].

Selon certaines projections, le diabète deviendrait la septième cause mondiale de décès en 2030 [36].

Il existe différents types de diabète :

- le diabète de type 1, dit insulino-dépendant ou juvénile, est caractérisé par une production insuffisante ou nulle d'insuline par le pancréas. Ce type de diabète concerne une minorité de diabétiques (10 à 15 %) [35 ; 36] ;
- le diabète de type 2, dit insulino-résistant ou de la maturité, il est davantage lié à une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme (à cause généralement de mauvaises habitudes de vie).

Le diabète de type 2 représente environ 90 % des diabètes. La prévalence du diabète de type 2 augmente non seulement en raison du vieillissement de la population, mais aussi de par les changements dans le mode de vie qui amènent davantage d'obésité et de sédentarité.

L'augmentation de fréquence de ces deux facteurs de risque majeurs explique que le diabète de type 2, dit de la "maturité" apparaît maintenant chez des patients plus jeunes. Les conséquences, en termes de morbidité et mortalité, sont importantes. Elles sont liées aux nombreuses complications engendrées par le déséquilibre glycémique (complications cardiovasculaires de tous types, neuropathies, néphropathies, rétinopathies...). Un traitement précoce et optimal du diabète (médical et hygiéno-diététique) permet de diminuer et de retarder la survenue de complications, voire de rétablir une glycémie normale.

D'autres formes de diabètes existent comme le diabète gestationnel ou l'altération de la tolérance au glucose et de la glycémie à jeun mais elles ne représentent qu'une faible part des cas de la maladie.

La question posée au cours de l'Enquête de santé par interview en 2018 était "Souffrez-vous ou avez-vous souffert au cours des 12 derniers mois de diabète ?". Elle ne permet pas de faire la différence entre les différents types de diabète.

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

Tableau 3.9. Proportion (en %) de bénéficiaires de l'assurance maladie qui ont un traitement antidiabétique*, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Hommes	Femmes
Belgique	6,8	6,2
Wallonie	8,2	7,7
Hainaut	8,3	7,4

*médicaments antidiabétiques ou convention diabétique, passeport du diabète, trajet de soins diabète
Source : Agence InterMutualiste



En Belgique, 6,5 % des bénéficiaires de l'assurance maladie ont un traitement antidiabétique. Les proportions relevées en Wallonie (7,9 %) et en Hainaut (7,8 %) sont très proches de la prévalence nationale.

La proportion de personnes déclarant souffrir du diabète dans le cadre de l'Enquête de santé par interview est plus faible. En Hainaut, 6,3 % des hommes et 5,2 % des femmes déclarent souffrir du diabète en 2018.

On constate que la proportion de personnes déclarant souffrir de diabète augmente à partir de l'âge de 45 ans pour atteindre un peu plus de 15 % au-delà de 65 ans.

Il existe aussi un lien significatif entre la maladie et le niveau d'éducation de la population. Ainsi, près de 13 % des Belges non-diplômés ou n'ayant pas dépassé le primaire déclarent souffrir du diabète contre 4 % dans la catégorie d'éducation supérieure. Cette tendance est similaire en Wallonie et en Hainaut.

7. Ostéoporose

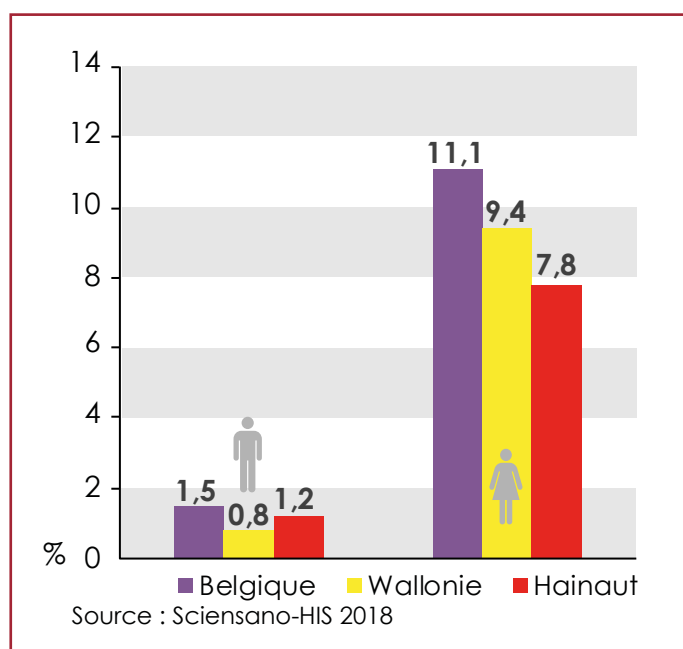
L'ostéoporose est une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux.

Elle survient lorsque la masse osseuse diminue plus rapidement que le corps n'est capable de la renouveler. Cette condition entraîne une plus grande fragilité osseuse et des risques de fractures dites de fragilité. L'appellation de "maladie silencieuse" au sujet de l'ostéoporose vient du fait qu'aucun signe ou symptôme particulier ne révèle sa présence jusqu'à la survenue d'une fracture [37].

Au niveau mondial, à partir de 50 ans, une femme sur 3 et un homme sur 5 souffriront d'une fracture due à l'ostéoporose avant la fin de leur vie [38 ; 39].

Les facteurs de risques associés à l'ostéoporose sont : le sexe, l'ethnie, la faible masse pondérale, la ménopause précoce, les antécédents familiaux d'ostéoporose et de fractures, une fracture de fragilité antérieure, un faible apport en calcium et/ou en vitamine D, le manque d'activité physique, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et certains traitements médicamenteux [40-41].

Figure 3.15. Proportion (en %) de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



► Pendant longtemps l'ostéoporose a été considérée comme une pathologie typiquement féminine. Depuis quelques années déjà, l'idée que l'ostéoporose touche également les hommes est devenue un fait établi [38]. Toutefois, les hommes sont en général atteints à un âge plus avancé que les femmes. En 2018, lors de l'Enquête de santé par interview, 7,8 % des femmes et 1,2 % des hommes de 50 ans et plus en Hainaut ont déclaré souffrir de la maladie. Même si le graphique tend à montrer le contraire, le petit nombre de répondants en Hainaut ne permet pas de considérer ces proportions comme statistiquement différentes des valeurs enregistrées pour la Belgique ou la Wallonie.

8. Infections sexuellement transmissibles et VIH-sida

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

Plus de 30 bactéries, virus et parasites se transmettent par voie sexuelle. L'incidence des IST est principalement liée à 8 agents pathogènes. La moitié de ces infections sont curables, il s'agit de la chlamydie, la gonorrhée, la syphilis et la trichomonase. Les quatre infections pour lesquelles il n'existe pas de traitement radical sont le sida (VIH), l'hépatite B, l'infection par le virus de l'herpès (herpes simplex virus ou HSV) et l'infection par HPV. Il faut noter que cette dernière guérit spontanément dans la très grande majorité des cas. Il existe par contre un vaccin contre l'hépatite B et plusieurs souches de HPV.

En Belgique, les tendances épidémiologiques de la chlamydie, de la gonorrhée et de la syphilis sont décrites par Sciensano sur base des données recueillies par les laboratoires vigies de microbiologie.

Il ressort de ce suivi qu'entre 2002 et 2016, le nombre d'IST déclarées connaît une véritable recrudescence en Wallonie et en Belgique. Cette évolution est liée à la fois à une plus grande fréquence du dépistage et une incidence accrue.

La chlamydie est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas rapportés entre 2002 et 2016 est passé respectivement de 162 à 1 088 cas en Wallonie et de 984 à 6 788 cas en Belgique.

Les cas de gonorrhée augmentent aussi de façon continue depuis 2002, passant de 29 à 240 cas recensés en Wallonie entre 2002 et 2016.

Le nombre de cas de syphilis enregistrés en Wallonie est passé de 2 cas en 2002 à 111 cas en 2016 [42].

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

D'après l'OMS, au niveau mondial, 37,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2020 [43]. En Belgique, les données sur l'infection au VIH et le sida sont issues essentiellement de deux sources : l'enregistrement des malades du sida par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Les données publiées, concernant uniquement les personnes dépistées, sous-estiment sans doute le nombre réel de personnes porteuses du virus [44].

8.1. Mortalités causées par le sida

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

Tableau 3.10. Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

	Hommes	Femmes
Belgique	21	9
Wallonie	9	2
Hainaut	4	0

Source : Sciensano-SPMA



De 2014 à 2018, 4 décès par an dus au VIH ont été enregistrés en Hainaut. Compte tenu des fluctuations statistiques, la mortalité ne diffère pas d'un territoire à l'autre. Il y a 2 fois plus d'hommes que de femmes qui décèdent du VIH.

8.2. Personnes infectées par le VIH

Tableau 3.11. Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie- Hainaut, 2008-2013-2018

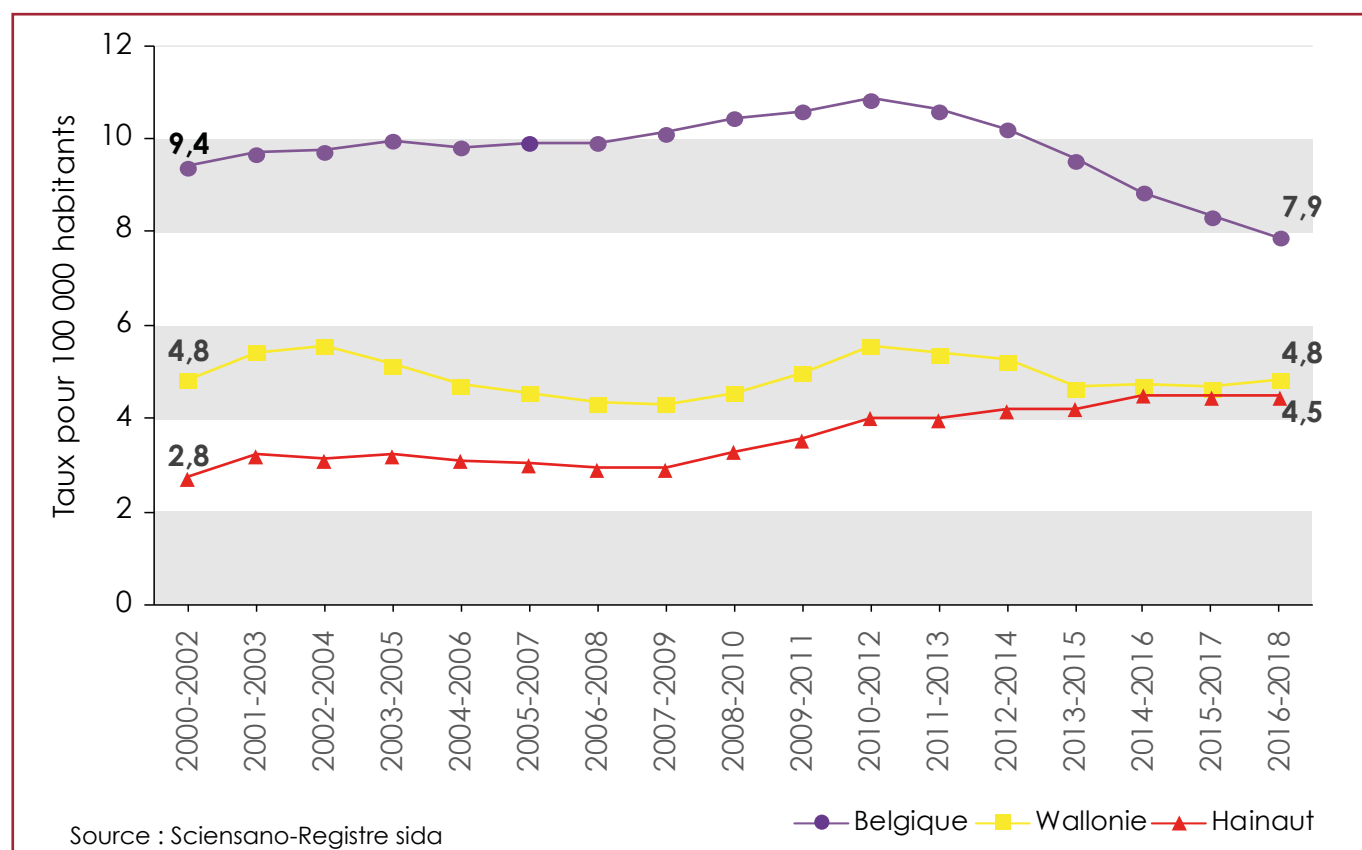
	2008	2013	2018
Belgique	1 092	1 124	882
Wallonie	142	175	170
Hainaut	38	49	63

Source : Sciensano, Registre sida



En 2018, 882 personnes infectées par le VIH ont été diagnostiquées en Belgique dont 63 en Hainaut.

Figure 3.16. Evolution du taux d'incidence (pour 100 000 habitants) de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2018



En 2016-2018, l'infection au VIH diagnostiquée en Belgique concernait 7,9 cas pour 100 000 habitants, contre 9,4 en 2000-2002.

Depuis le début des années 2000, c'est entre 2010 et 2012 que l'on a diagnostiqué annuellement la plus grande incidence avec 1 193 nouveaux cas en Belgique dont 197 en Wallonie et 53 en Hainaut.

Toutefois, pour une part non négligeable des individus diagnostiqués, l'information de la provenance géographique (province ou région) n'est pas disponible. Ce qui induit une sous-estimation du nombre de cas aux niveaux des régions et des provinces.

9. Limitations physiques et invalidités

9.1. Limitations physiques

Les limitations sont souvent le fait des maladies de longue durée dont la fréquence s'accroît avec l'âge. Le vieillissement est en lui-même un processus qui entraîne une diminution des capacités physiques [45].

L'Enquête de santé par interview de 2018 nous informe que la part de personnes de 15 ans ou plus limitées fonctionnellement dans leur vie concerne globalement 27 % de la population hainuyère contre 23 % en Belgique. Ce niveau est semblable en Wallonie (25 %). Chez les 65 ans et plus, ce taux touche 42 % des Hainuyers contre 37 % au niveau national. On observe une légère diminution de ce pourcentage entre 2001 et 2018 quel que soit le niveau géographique.

9.2. Invalidités

Tout assuré social est reconnu invalide et reçoit, à ce titre, une indemnité, si par la suite de maladie ou d'infirmité, il ne peut gagner, depuis plus d'un an, qu'un tiers du gain normal d'un travailleur de la même catégorie et de formation équivalente et dont l'âge est compris entre 20 et 64 ans [46].

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

Selon une étude de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les salariés, les troubles psychiques ainsi que les maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs se retrouvent en tête, et ce quel que soit le sexe.

L'augmentation du nombre de personnes en invalidité se poursuit. Cela peut s'expliquer d'une part par le vieillissement de la population active, mais aussi par l'augmentation des maladies musculo-squelettiques et psychiques, qui par ailleurs touchent de plus en plus de travailleurs jeunes [46].

Tableau 3.12. Nombre et proportion (en %) de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

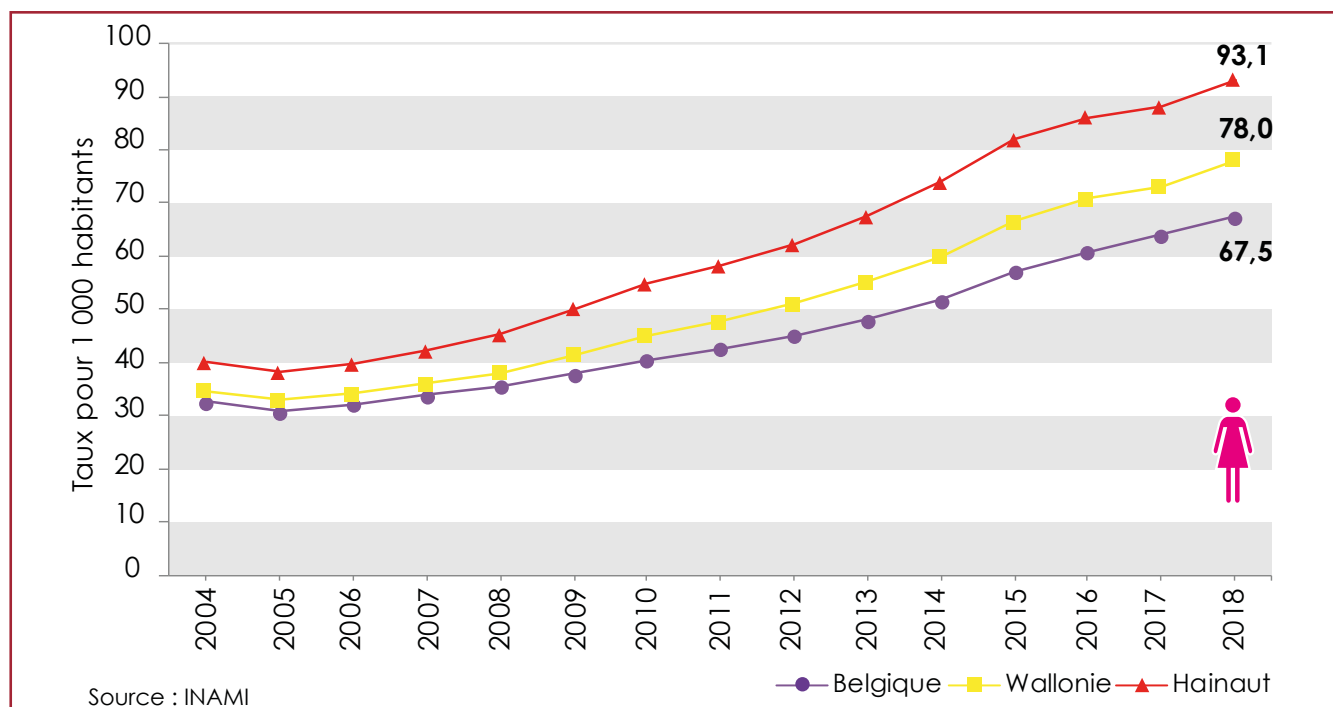
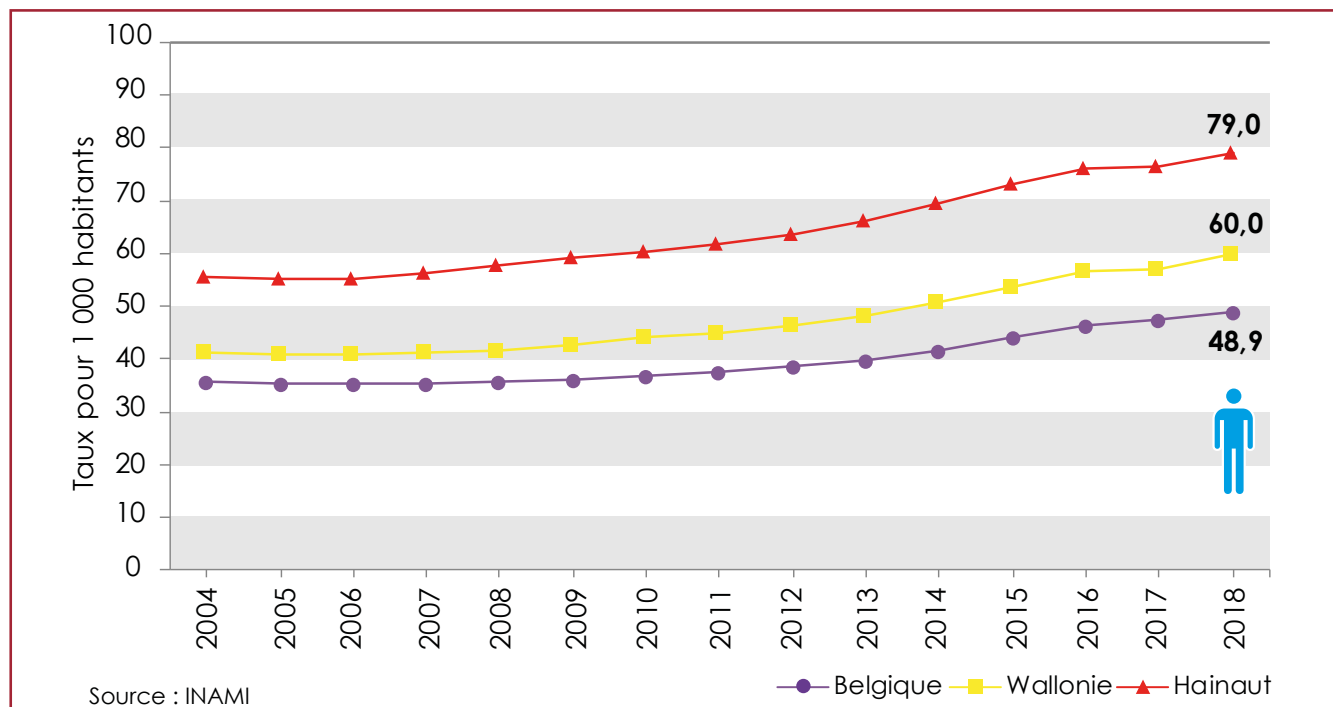
	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Belgique	164 149	4,9	224 886	6,7	389 035	5,8
Wallonie	63 488	6,0	82 839	7,8	146 327	6,9
Hainaut	30 819	7,9	36 586	9,3	67 405	8,6

Source : INAMI



Quel que soit le niveau géographique, les femmes sont majoritaires parmi les personnes indemnisées pour invalidité. En 2018, l'INAMI recensait 67 405 bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité en Hainaut.

Figures 3.17. & 3.18. Evolution de la proportion (en %) d'hommes et de femmes (20-64 ans) bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2018



▼
En 2018, l'invalidité reconnue concerne 49 hommes contre 67 femmes pour 1 000 habitants en Belgique.

Depuis 2004, le taux d'indemnisation pour invalidité se révèle systématiquement supérieur en Hainaut par rapport à la Belgique et la Wallonie tant chez les hommes que chez les femmes.

En 2018, il concernait 79 hommes et 93 femmes pour 1 000 Hainuyers âgés de 20 à 64 ans. L'écart entre les territoires a aussi tendance à s'accroître tant chez les hommes que chez les femmes.

Quel que soit le niveau géographique, la proportion d'hommes indemnisés pour invalidité est restée relativement stable jusque 2008, mais, depuis lors, une augmentation sensible est observée.

Chez les femmes, par contre, cette proportion est en augmentation nette et constante depuis 2006. L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées invalides, telles que le relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, le vieillissement de la population et l'accroissement de la participation des femmes au marché du travail [46].

10. Maladies professionnelles

Selon l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris), les maladies professionnelles sont des maladies causées de façon directe et déterminante par l'exercice d'une profession. Il y a une liste officielle qui énumère un certain nombre de maladies. Moyennant la constitution d'un dossier bien étayé, il est également possible de faire reconnaître comme une maladie professionnelle une maladie qui n'est pas sur cette liste [47].

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

A côté des maladies professionnelles, existent également les maladies dites en relation avec le travail. Il s'agit de pathologies pour lesquelles l'exposition professionnelle à un risque particulier est plus importante que l'exposition subie par la population générale, mais dont l'influence du travail ne doit pas nécessairement en être la cause principale. On peut penser, par exemple, aux problèmes ostéoarticulaires dans de nombreuses professions. Ces affections n'étant pas reconnues comme des maladies professionnelles, elles ne peuvent pas faire l'objet d'une demande d'indemnisation [47].

Tableau 3.13. Nombre et proportion (en %) de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Belgique	Wallonie	Hainaut
Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente	43 462	24 600	10 440
Dont :	en %		
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	71,3	81,5	78,9
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	13,7	11,1	14,0
Maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques	5,2	3,6	3,3
Autres maladies professionnelles	9,8	3,8	3,8

Source : Fedris, calculs OSH



Par rapport à sa population, les bénéficiaires indemnisés pour une incapacité de travail permanente sont surreprésentés en Hainaut. En effet, ils représentent 24 % des bénéficiaires du pays, alors que la population hainuyère ne représente que 11 % de la population belge. De façon globale, la Wallonie est surreprésentée parmi les bénéficiaires d'une indemnité pour incapacité permanente.

En Belgique, 43 462 personnes ont été indemnisées en raison d'une incapacité de travail permanente en 2018. Quel que soit le territoire considéré, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques sont la première cause d'indemnisation. Cette catégorie représente près de 79 % des maladies professionnelles en Hainaut contre 71 % en Belgique. La part des malades indemnisés suite à des maladies par inhalation a diminué par rapport à 2014 où elle s'élevait à 18 % et s'est ainsi rapprochée des proportions belge (14 %) et wallonne (11 %).

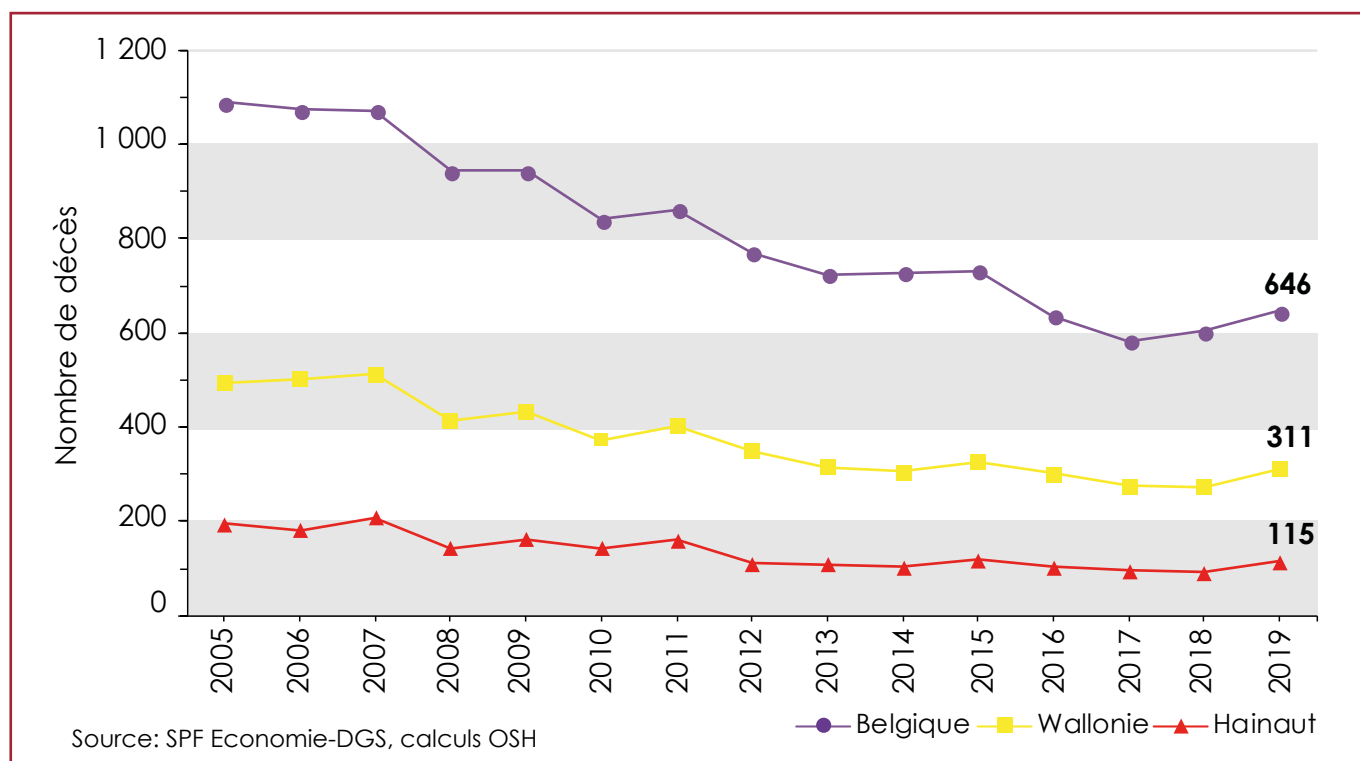
Seuls 3 % des bénéficiaires d'indemnités sont en incapacité de travail pour des affections liées à des agents chimiques en Hainaut (contre 5 % en Belgique).

11. Accidents

11.1. Accidents de circulation

Selon l'OMS, 1,3 million de personnes meurent annuellement sur les routes, soit près de 3 600 tués par jour sans compter les 20 à 50 millions de personnes blessées et victimes d'incapacités.

Figure 3.19. Evolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie- Hainaut, 2005-2019



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

En 2019, 115 personnes sont décédées sur les routes du Hainaut. Cela représente 18 % de l'ensemble des décès par accident de la route en Belgique. Globalement, le nombre de tués sur les routes belges a diminué de façon quasi continue jusqu'en 2017 (1 089 tués en Belgique en 2005 contre 583 en 2017). Mais on observe une augmentation en 2018 et 2019 sur les trois territoires.

Tableau 3.14. 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, 2014-2018

	Moyenne annuelle
Belgique	692
Wallonie	288
Hainaut	97

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH



En moyenne, 94 Hainuyers ont perdu la vie chaque année entre 2014 et 2018 suite à un accident de circulation, soit 15 % des Belges tués sur les routes. On observe une baisse d'environ un tiers du nombre d'Hainuyers tués sur les routes par rapport à la moyenne annuelle entre 2008 et 2012.

Notons que 77 % de ces décès concernent des hommes. Près d'un tiers des Hainuyers décédés dans un accident de la circulation durant cette période se situaient dans la tranche des 15-29 ans alors qu'ils ne représentent que 18 % de la population.

Selon l'Institut belge pour la sécurité routière (Vias) [48],

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

Tableau 3.15. Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie- Hainaut, 2019

	Nombre d'accidents	Total victimes	Décédés (30 jours)*		Blessés graves		Blessés légers	
			N	%	N	%	N	%
Belgique	37 699	47 793	646	1,4	3 600	7,5	43 547	91,1
Wallonie	10 707	14 151	311	2,2	950	6,7	12 890	91,1
Hainaut	3 747	5 058	115	2,3	382	7,6	4 561	90,2

*tués et mortellement blessés

Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH

▼
En 2019, on a comptabilisé 3 747 accidents avec lésions corporelles et 5 058 victimes de la route dans le Hainaut. Parmi les victimes, le pourcentage de personnes décédées dans les 30 jours apparaît plus élevé en Hainaut (2,3 %) et en Wallonie (2,2 %) qu'en Belgique (1,4 %).

11.2. Accidents du travail

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

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

Les données de la Fedris reprennent le nombre d'accidents survenus à des travailleurs salariés et déclarés par les employeurs du secteur privé à leurs assureurs.

Tableau 3.16. Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013-2014 et 2018-2019

	2013-2014			2018-2019		
	Lieu de travail	Chemin du travail	Total	Lieu de travail	Chemin du travail	Total
Belgique	121 769	21 801	143 570	121 407	25 409	146 816
Wallonie	33 901	4 040	37 941	33 526	4 263	37 788
Hainaut	12 827	1 475	14 302	12 366	1 481	13 847

Source : Fedris, calculs OSH



Entre 2018 et 2019, la Fedris a recensé une moyenne annuelle de 13 847 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration en Hainaut : 11 % d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail.

On observe une augmentation globale du nombre d'accidents du travail en Belgique depuis 2013-2014. Dans le même temps, le nombre d'accidents du travail a légèrement diminué en Wallonie et Hainaut.

La part relative des accidents survenus en Hainaut par rapport à la Belgique est de 9 % en 2018-2019.

Le nombre d'accidents dépend à la fois du type d'activité économique, de l'application des mesures de sécurité et du nombre de travailleurs.

Il faut cependant noter que certaines compagnies d'assurances rechignent de plus en plus à reconnaître des accidents du travail. Ainsi, selon les évaluations de la Fedris, le taux de refus est passé de 2 % en 1985 à 13,3 % en 2019.

La Fedris distingue quatre types d'accidents :

- **les accidents classés sans suites** : tout accident sans incapacité de travail ;
- **les accidents ayant entraîné une incapacité temporaire** : tout accident ayant entraîné une incapacité temporaire de travail mais pour lequel une guérison sans séquelle est envisagée ;
- **les accidents ayant entraîné une incapacité permanente** : tout accident pour lequel des séquelles permanentes sont envisagées, qu'il ait ou non engendré des frais médicaux et/ou une incapacité temporaire de travail ;
- **les accidents mortels** : tout accident ayant provoqué le décès immédiat ou retardé de la victime [49].

Tableau 3.17. Nombre annuel moyen des accidents sur le lieu de travail, selon les suites et le sexe, Hainaut, 2018-2019

	Hommes	Femmes	Total
Cas sans suite	2 911	1 844	4 755
Incapacité temporaire	4 443	1 792	6 235
Incapacité permanente prévue	929	341	1 270
Cas mortels	12	1	13
Total	8 295	3 977	12 272

Source: Fedris, calculs OSH



En 2018 et 2019, en moyenne, 1 270 personnes ont été victimes en Hainaut d'un accident de travail ayant entraîné une incapacité permanente (10 %) et 6 235 une incapacité temporaire (51 %). Les accidents sans séquelles représentent 39 % de l'ensemble des déclarations.

Le nombre total d'accidents a diminué mais ces proportions sont similaires à celles de 2013-2014.

Pour la période de 2018 à 2019, plus de deux tiers des accidents survenus sur le lieu de travail en Hainaut ont concerné des hommes (67,6 %).

Tableau 3.18. Nombre annuel moyen des accidents sur le lieu de travail, selon les suites et l'âge, Hainaut, 2018-2019

	15-24 ans	25-49 ans	50 ans et +	Total
Cas sans suite	763	3 105	887	4 755
Incapacité temporaire	937	4 264	1 034	6 235
Incapacité permanente prévue	103	836	332	1 270
Cas mortels	3	5	5	13
Total	1 805	8 209	2 258	12 272

Source: Fedris, calculs OSH



En Hainaut, deux tiers des accidents survenus sur le lieu de travail entre 2018 et 2019 concernent les personnes de la tranche des 25-49 ans.

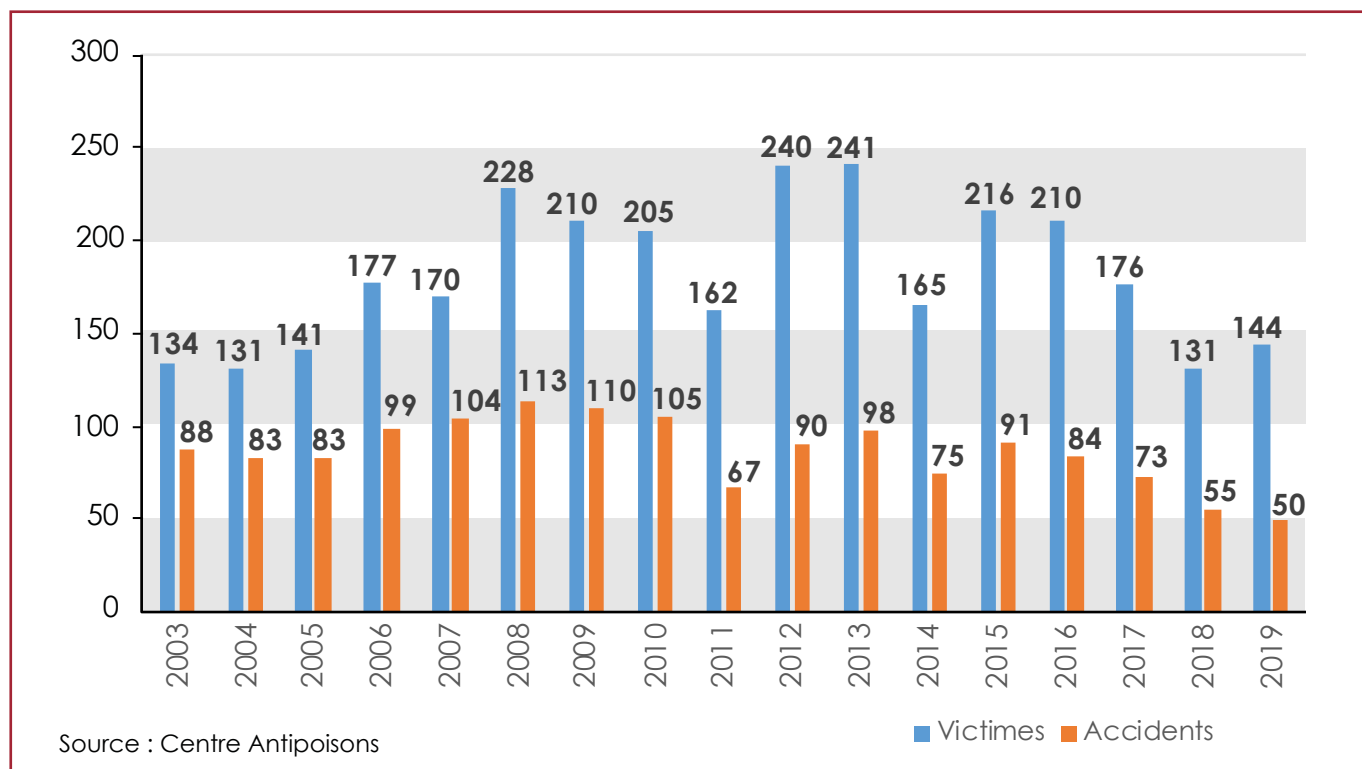
12. Intoxication au monoxyde de carbone

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 [50].

Selon le Centre Antipoisons, les personnes intoxiquées sont en général assez jeunes et les moins de 50 ans représentent 60 % des victimes. La salle de bain reste le principal lieu d'intoxication, suivi de la pièce de séjour. Les appareils de production d'eau chaude (chauffe-bain, chauffe-eau...) et les poêles à charbon représentent les causes les plus fréquentes d'intoxication au monoxyde de carbone.

Figure 3.20. Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2019



Le nombre d'accidents et de victimes dépend globalement des conditions climatiques. Hormis durant les années 2011 et 2014 qui connurent un hiver relativement doux, on observe une augmentation du nombre d'accidents et de victimes d'une intoxication au CO de 2006 à 2013. L'augmentation du prix de l'énergie et les difficultés socio-économiques rencontrées par certaines catégories de personnes pourraient être des facteurs expliquant ce phénomène : face à l'augmentation des prix de l'énergie, une partie de la population se tourne vers des chauffages d'appoint permettant l'achat de combustible par petites quantités. Ces appareils n'étant pas directement reliés à une évacuation des gaz brûlés, une utilisation trop prolongée peut créer un dégagement de monoxyde de carbone, augmentant ainsi le risque d'intoxication.

Depuis 2015, on observe cependant une tendance à la diminution avec un nombre de victimes en 2019 proche de celui de 2005, mais avec un nombre d'accidents moindre (50 en 2019 contre 83 en 2005).

En 2019, on dénombrait encore 7 accidents mettant en cause des poêles à charbon en Hainaut. D'autre part, même si le nombre de décès reste relativement bas, le Hainaut connaît globalement un nombre de victimes proportionnellement plus élevé que la moyenne nationale.

13. Santé maternelle et infantile

Au regard des dernières données fournies par la Direction générale Statistique (DGS) du Service public fédéral (SPF) Economie (Statbel), l'âge moyen des mères à la première naissance continue d'augmenter au fil des ans : en 2019, il est passé à 28,2 ans en Hainaut (contre 26,4 en 2009), 28,8 ans en Wallonie (contre 27,0 en 2009) et 29,3 ans en Belgique (contre 27,7 en 2009). En 10 ans, cet âge moyen a augmenté de près de 2 années en Hainaut.

Indépendamment du rang de naissance, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,3 ans en Hainaut (contre 30,7 ans en Wallonie et 31,0 ans en Belgique).

13.1. Age des mères à l'accouchement

Tableau 3.19. Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019

		Moins de 18 ans	18-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et +	Inconnu	Total
Belgique		443	1 366	12 696	39 519	41 764	18 987	4 358	242	119 376
Wallonie		228	630	4 431	12 175	12 410	5 685	1 324	46	36 929
Hainaut		117	315	1 940	4 544	4 194	1 991	486	18	13 603
Arrondissements	Ath	4	14	95	276	267	120	27	1	804
	Charleroi	44	122	727	1 566	1 384	693	176	4	4 716
	Mons	26	67	381	841	814	390	96	6	2 621
	Mouscron	5	16	129	295	240	117	27	2	829
	Soignies	14	36	239	609	623	293	75	2	1 892
	Thuin	14	32	193	488	430	186	42	2	1 386
	Tournai	9	27	176	469	435	191	43	1	1 351

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

De 2015 à 2019, on recensait annuellement 119 376 naissances en Belgique dont 13 603 en Hainaut. 3,2 % des bébés hainuyers (en moyenne 432 bébés par an) ont été mis au monde par des mères âgées de moins de 20 ans, soit deux fois plus qu'au niveau national (1,5 %). Mais cette proportion est en baisse par rapport à la moyenne annuelle hainuyère entre 2009 et 2013 (4,3 %).

Les mères hainuyères de 35 ans et plus représentaient 18,2 % de l'ensemble des accouchements, ce qui est similaire à la situation observée en Belgique (19,6 %) et en Wallonie (19,0 %).

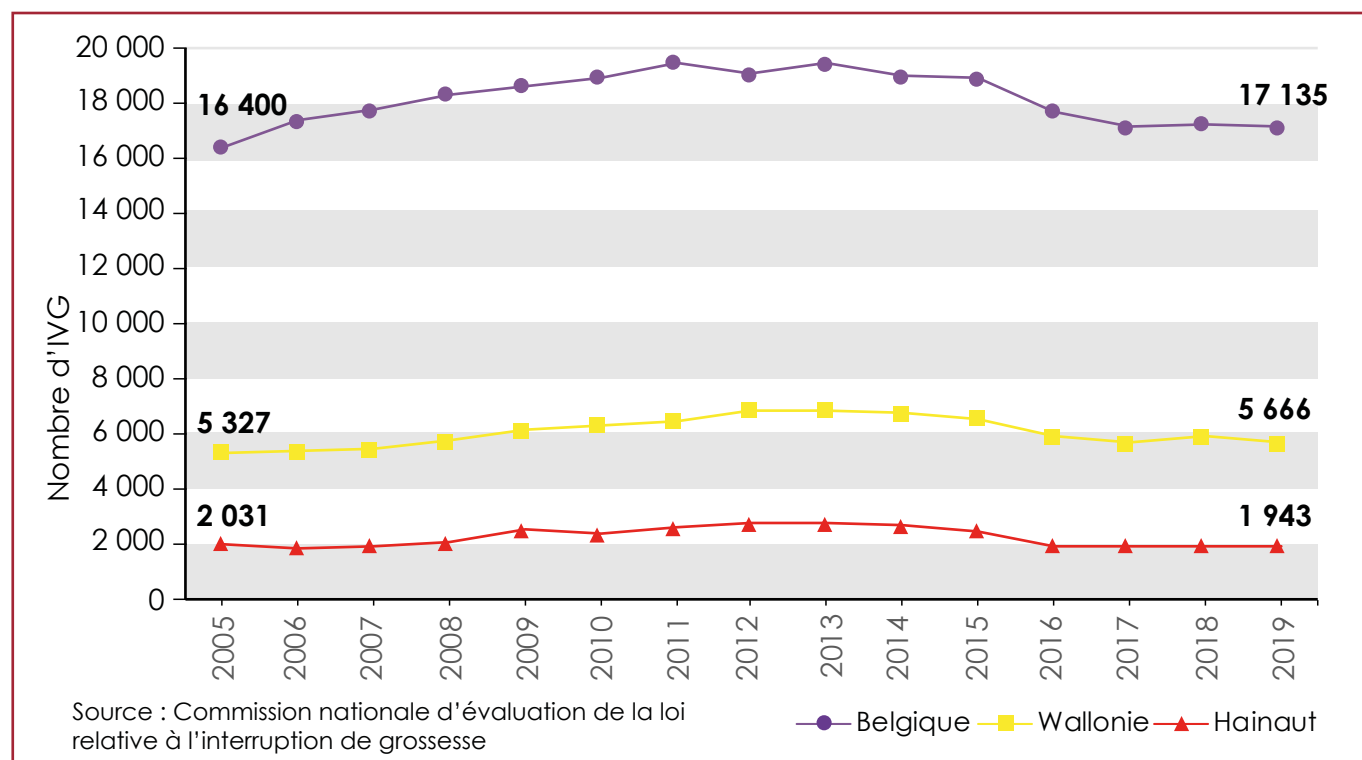
La tendance, évaluée sur les 5 années, indique une part moyenne des naissances avant 20 ans plus importante dans les arrondissements de Charleroi (3,5 %), Mons (3,5 %) et Thuin (3,3 %).

13.2. Interruption volontaire de grossesse (IVG)

En 2019, en Belgique, les raisons principalement invoquées par les femmes qui décident d'avorter sont : pas de souhait d'enfant (17,9 %), la famille est "complète" (9,5 %), se sent trop jeune (5,8 %).

La loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse rend facultative la précision de la cause de l'interruption de grossesse. En 2019, on note par conséquent une nette augmentation des déclarations d'IVG pour lesquelles la cause n'est pas déclarée pour atteindre 32,0 % des IVG.

Figure 3.21 Evolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2005-2019



Le nombre d'IVG déclarées a diminué de 10 % en Belgique entre 2014 et 2019. En Hainaut, la diminution est de 28 % sur la même période.

Selon la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse, en 2019, parmi les femmes qui ont recours à l'IVG, 91 % ont entre 20 et 45 ans. Les femmes de moins de 20 ans représentent moins de 9 % de celles qui ont recours à cet acte, alors qu'elles représentent 12 % des femmes de 15 à 50 ans.

13.3. Poids à la naissance

Le petit poids à la naissance (inférieur à 2 500 g) est un indicateur important de la santé du nouveau-né en raison de la relation qui existe entre le poids de naissance d'une part, et la mortalité et la morbidité infantiles d'autre part. Un faible poids à la naissance peut être attribuable à un retard de croissance intra-utérin ou à une naissance avant terme. Les facteurs de risque pour le faible poids à la naissance sont notamment : le fait d'être une mère adolescente, la consommation de tabac, l'abus d'alcool, une mauvaise nutrition, un faible indice de masse corporelle, un statut socio-économique parental bas, l'appartenance à une minorité ethnique, la fécondation in vitro [51].

A l'autre extrême, les poids de naissance dépassant 4 000 g peuvent mener à des complications lors de l'accouchement, tant pour la mère que pour l'enfant.

Tableau 3.20. Proportion (en %) de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019

	Moins de 2 500 g	De 2 500 à 3 999 g	4 000 g et plus	Inconnu
Belgique	6,8	83,9	7,9	1,4
Wallonie	7,9	83,7	6,2	2,2
Hainaut	8,7	83,8	5,5	2,0

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH



En Hainaut, près de 9 bébés sur 100 sont nés avec un faible poids de naissance entre 2015 et 2019. C'est un taux proche de celui de la Wallonie (8 %) mais plus élevé que celui de la Belgique (7 %).

13.4. Prématurité

La prématurité se définit comme une naissance survenant avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) (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.

Les enfants prématurés ont davantage de risque de décès à la naissance, de problèmes respiratoires, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Plusieurs facteurs de risque sont liés à la prématurité. Les plus connus sont les grossesses multiples, le diabète de grossesse, le tabac, l'alcool, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans [52].

Tableau 3.21. Proportion (en %) de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019

	Moins de 32 SA	De 32 à 36 SA	De 37 à 41 SA	De 42 SA et plus	Inconnu
Belgique	1,1	7,0	90,5	0,2	1,3
Wallonie	1,1	7,5	89,1	0,1	2,1
Hainaut	1,2	7,9	88,9	0,1	2,0

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH



De 2015 à 2019, 9,1 % des naissances hainuyères sont survenues prématurément, c'est-à-dire avant 37 semaines d'aménorrhée. Ce pourcentage est un peu plus élevé qu'en Belgique (8,1 %) mais similaire à la situation wallonne (8,6 %). La grande prématurité, soit une naissance avant 32 semaines d'aménorrhée, concerne 1,2 % des accouchements.

13.5. Tabagisme de la femme enceinte

Selon de nombreuses études, le tabagisme de la femme enceinte constitue un important facteur de risque de complications obstétricales (hématome rétroplacentaire, mauvaise implantation du placenta...), d'effets délétères sur le développement de divers organes du fœtus, de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, de petit poids de naissance et de mort subite du nouveau-né... Le risque de mort subite est aussi influencé par l'exposition au tabagisme passif du nourrisson après la naissance [52].

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

Tableau 3.22. Proportion (en %) de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-Hainaut, 2019

	Mères fumeuses (en %)
Wallonie*	13,7
Hainaut	16,0

*Hors communauté germanophone
Source : ONE-BDMS



En prenant en compte les seules mères répondantes en 2019, la part des fumeuses est de 13,7 % en Wallonie et 16,0 % en Hainaut. Même si l'on observe une tendance à la diminution de la consommation tabagique durant la grossesse tant en Wallonie qu'en Hainaut, la proportion de mères fumeuses reste plus élevée en Hainaut.

Tableau 3.23. Proportion (en %) de petit poids de naissance et de prématurité selon le statut tabagique de la mère durant la grossesse, Wallonie-Hainaut, 2015-2019

	Petit poids de naissance selon le statut tabagique (en %)		Prématurité selon le statut tabagique (en %)	
	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses	Mères déclarant être fumeuses	Mères non fumeuses
Wallonie*	16,1	6,5	12,3	8,0
Hainaut	17,1	6,6	13,0	8,0

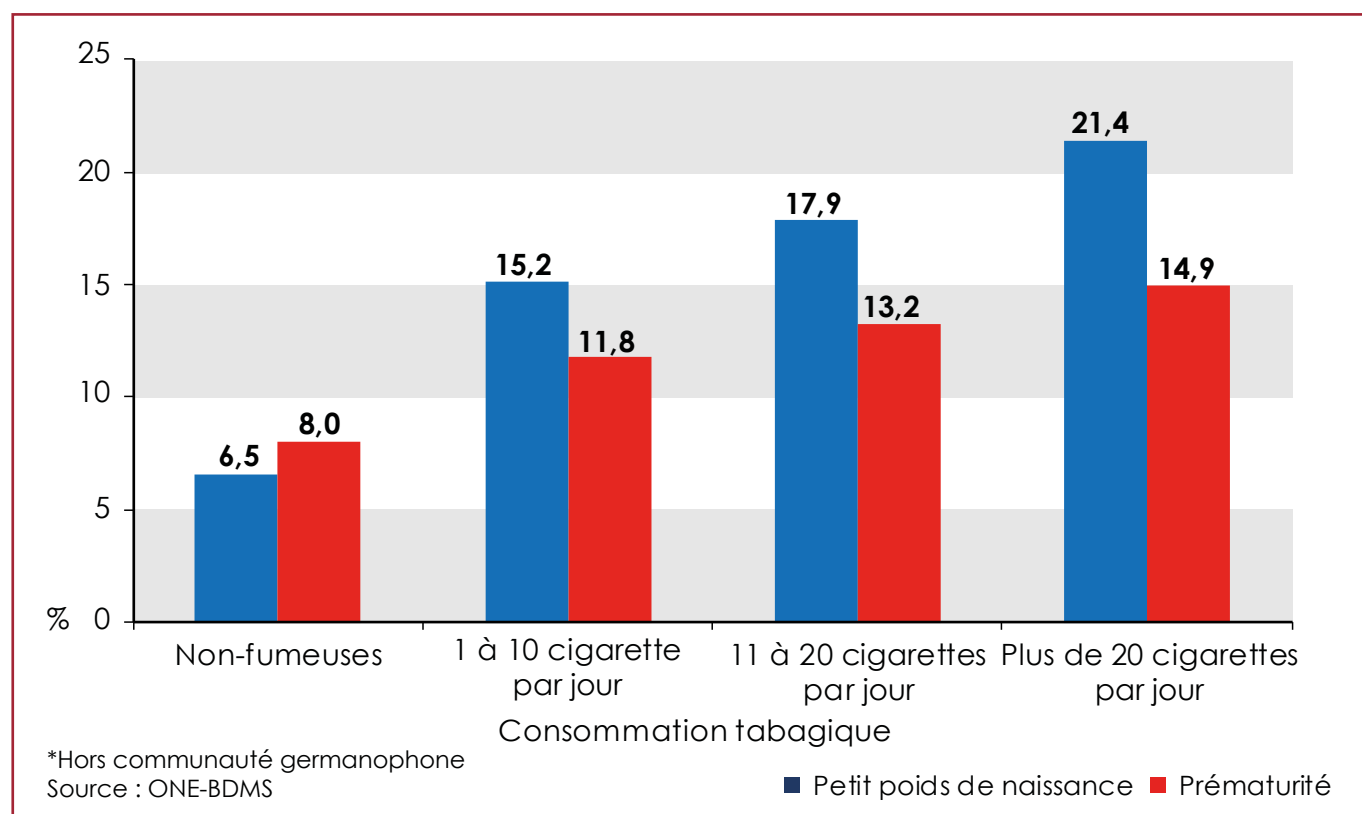
*Hors communauté germanophone
Source : ONE-BDMS



Les données enregistrées par l'ONE entre 2015 et 2019 confirment que les mères fumeuses accouchent plus souvent de bébés de petit poids ou prématurés et ce, dans des proportions similaires tant en Hainaut qu'en Wallonie (hors Communauté germanophone).

Les petits poids à la naissance concernent un peu plus de 17 % des mères fumeuses en Hainaut contre près de 7 % de non-fumeuses ou de femmes dont le statut tabagique est inconnu. De même, on observe 13 % de naissances prématurées chez les fumeuses contre 8 % pour les autres.

Figure 3.22. Proportion (en %) des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2015-2019



Entre 2015 et 2019, les cas de prématurité chez les mères wallonnes sont presque deux fois plus fréquents lorsqu'elles sont de grandes fumeuses (14,9 %) que lorsqu'elles déclarent être non fumeuses (8,0 %).

De même, on observe jusqu'à trois fois plus de nouveau-nés présentant un petit poids à la naissance parmi les mères consommant plus de 20 cigarettes par jour (21,4 %) que parmi celles qui s'abstiennent de tabac (6,5 %).

14. Santé mentale

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

14.1. Suicides

14.1.1. Mortalité par suicide

Le suicide apparaît comme l'une des principales causes de décès liées à la santé mentale. Les données de mortalité par suicide sont issues des bulletins statistiques de décès. Leur analyse est soumise à une série de limites. De nombreux travaux concluent à une sous-estimation des décès par suicide dans les statistiques officielles de mortalité. Lors du remplissage du certificat de décès par un médecin, un certain nombre de suicides peuvent ne pas être reconnus comme tels en raison, entre autres, de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte [53 ; 54].

Tableau 3.24. Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité (ICM) par suicide, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018

	Nombre moyen de suicides (décès)	Indice comparatif de mortalité		
		Hommes	Femmes	Total
Belgique	1 833	82,3	86,3	84,1
Wallonie	691	100,0	100,0	100,0
Hainaut	247	100,2	92,5	97,5

*Indique que l'ICM est significativement différent de celui de la population de référence (Wallonie 2014-2018 = 100)
Source : Sciensano-SPMA, calculs OSH

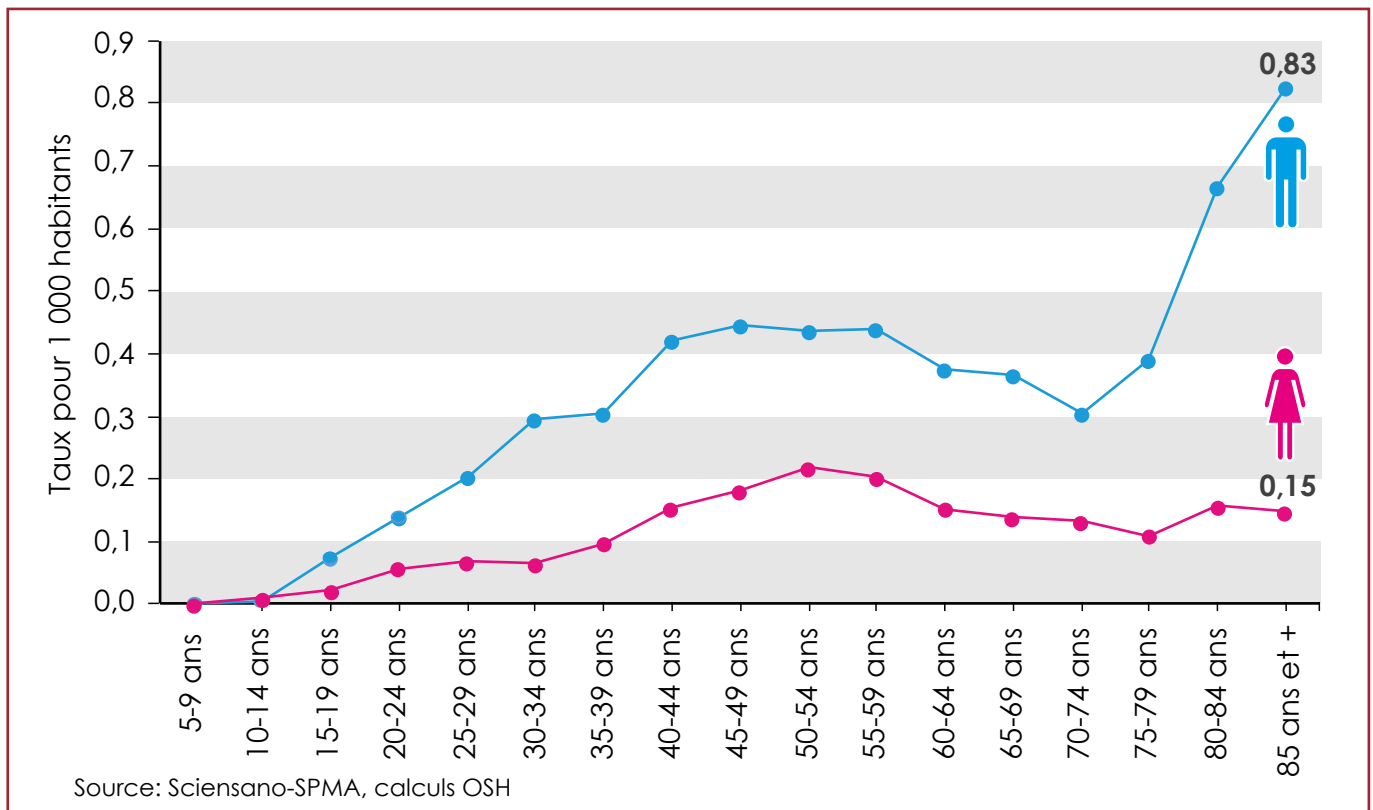


Entre 2014 et 2018, 247 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année en Hainaut (182 décès masculins et 65 décès féminins), ce qui correspond à un taux brut de décès par suicide de 0,28 pour 1 000 hommes et 0,10 pour 1 000 femmes.

Par rapport à la Wallonie, le taux de mortalité par suicide en Belgique est inférieur de 17,7 % pour les hommes et de 13,7 % pour les femmes. La situation en Hainaut est proche de celle de la Wallonie aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Quel que soit le niveau géographique, on constate une baisse de la mortalité par suicide tant chez les hommes que chez les femmes entre 2008-2012 et 2014-2018 : (- 9 % en Belgique, - 13 % en Wallonie, - 14 % en Hainaut).

Figure 3.23. Taux de mortalité (en %) par suicide, selon l'âge et le sexe, Wallonie, 2014-2018



Pour les hommes, 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. Pour les femmes, le taux de mortalité par suicide augmente également progressivement avec l'âge, pour atteindre un premier pic vers 50-54 ans, puis un deuxième pic vers 80-84 ans. Contrairement à ce qu'on observe chez les hommes, le taux de mortalité par suicide diminue ensuite chez les femmes de 85 ans et plus.

Le profil général du taux de mortalité par suicide est similaire pour la Belgique et la Wallonie. Le taux de mortalité par suicide est nettement plus élevé chez l'homme, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

14.1.2. Idéation suicidaire

Selon le Centre de Prévention du Suicide, le stade d'idéation suicidaire est une étape du processus suicidaire, n'aboutissant pas nécessairement au suicide. Lors de ce stade, l'idée du suicide se présente à la personne comme une solution possible à son problème. Ainsi, "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" [53].

Tableau 3.25. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	12,3	15,5
Wallonie	13,0	18,4
Hainaut	12,9	19,1

Source : Sciensano-HIS 2018



Comme l'indique l'Enquête de santé par interview de 2018, en Belgique, les femmes ont tendance à déclarer plus souvent que les hommes avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie. Quinze pour cent des femmes contre 12 % des hommes.

En Hainaut, l'idéation suicidaire touche 19 % de la population féminine et 13 % des hommes (la différence n'est pas statistiquement significative).

La situation hainuyère ne diffère pas de celles de la Wallonie ou de la Belgique. L'idéation suicidaire est moins rapportée par les personnes âgées. Ceci pourrait être lié à un biais de rappel, plutôt qu'à une différence entre générations.

14.1.3. Tentatives de suicide

Tableau 3.26. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et +) déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie- Hainaut, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	3,1	5,4
Wallonie	3,8	8,1
Hainaut	5,4	10,0

Source : Sciensano-HIS 2018



Au vu des résultats de l'Enquête de santé par interview de 2018, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie.

14.2. Consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs

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

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, en Belgique, 15 % des personnes de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé des psychotropes au cours des 15 derniers jours : 12 % avaient pris un somnifère ou un anxiolytique et 8 % un antidépresseur.

Au niveau national, la consommation d'antidépresseurs est en augmentation. En effet, d'après l'échantillon permanent de l'Agence InterMutualiste, le nombre de doses journalières standards de médicaments psychotropes remboursés pour 1 000 personnes/jour (antipsychotiques, antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, psychoanaleptiques et médicaments anti-démence) est passé de 78,4 en 2008 à 98,1 en 2019 [55]. Parallèlement à cela, la proportion de consommateurs de psychotropes reste stable.

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

Il apparaît également que les alternatives non-médicamenteuses n'agissant pas aussi rapidement, le médecin se sent encouragé à prescrire un médicament. D'autre part, jusque fin 2018, il n'existait pas de remboursement des psychothérapies par l'assurance maladie obligatoire (INAMI).

Tableau 3.27. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	12,0	18,8
Wallonie	12,5	20,2
Hainaut	13,0	17,8

Source : Sciensano-HIS 2018



Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des 2 dernières semaines.

Tableau 3.28. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les 2 dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut 2018

	Hommes	Femmes
Belgique	5,3	9,8
Wallonie	5,8	12,3
Hainaut	7,3	11,8

Source : Sciensano-HIS 2018



Compte tenu des marges d'erreurs, les proportions d'hommes (7 %) et de femmes (12 %) déclarant prendre des antidépresseurs dans le Hainaut sont similaires aux proportions déclarées au niveau national et régional.

Comme pour les psychotropes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer une consommation d'antidépresseurs au cours des 2 dernières semaines.

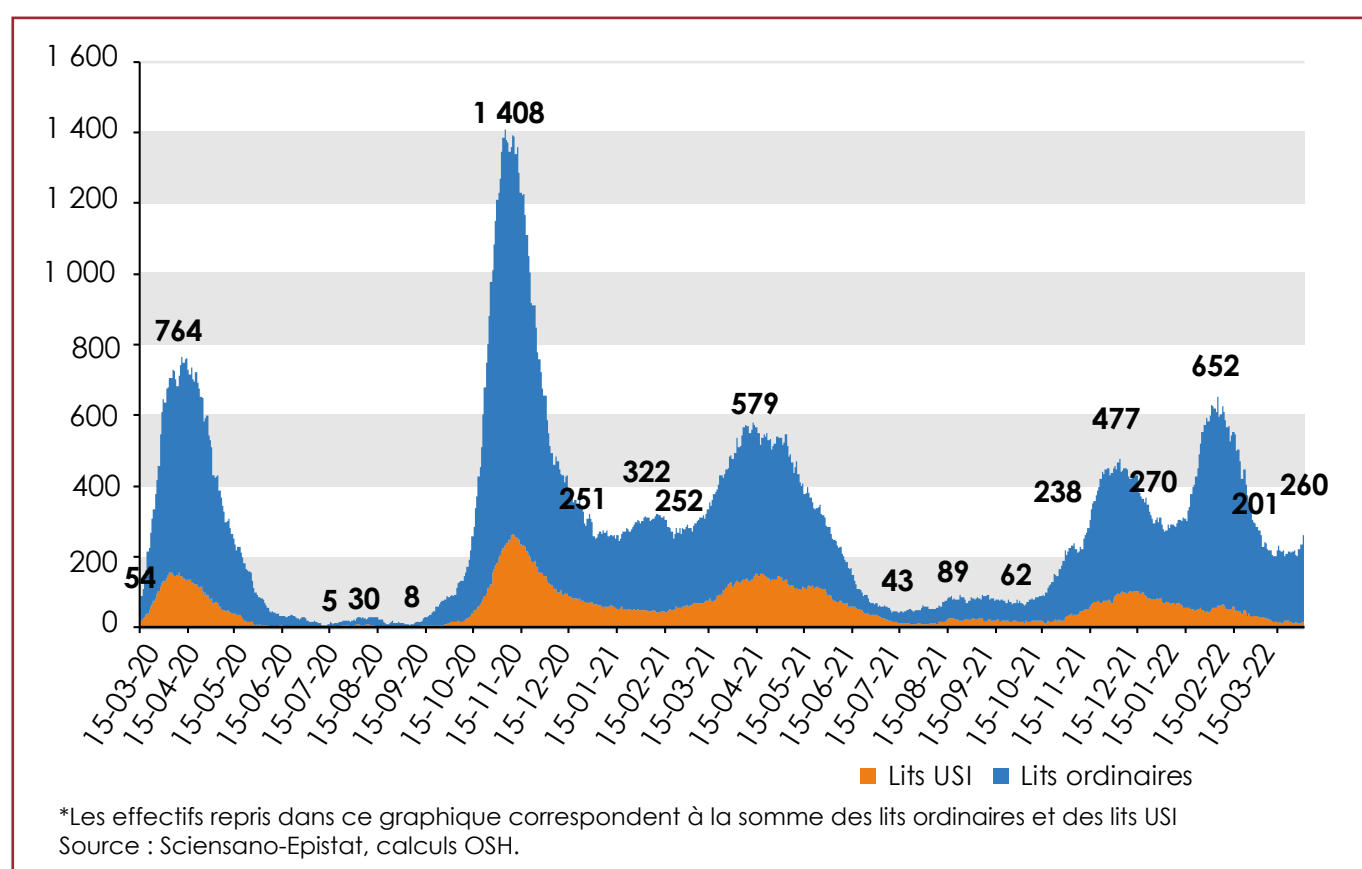
15. COVID-19

En décembre 2019, des cas d'infections au SARS-CoV-2 ont été détectés à Wuhan, en Chine. Rapidement, la circulation du virus a évolué en pandémie mondiale. En Belgique, les premiers cas de COVID-19 ont été détectés au début de l'année 2020, et ont augmenté de façon exponentielle jusqu'aux mesures de confinement strict le 16 mars 2020. L'épidémie est encore en cours au moment de la rédaction de ce document [57].

L'objectif de ce paragraphe n'est pas de décrire la pandémie dans sa globalité, mais de relever certains indicateurs-clés de cette crise sanitaire, à l'échelle provinciale et régionale.

15.1. Hospitalisation

Figure 3.24. Evolution du nombre de malades hospitalisés pour la COVID-19 (lits ordinaires et en unité de soins intensifs (USI)), Hainaut, période du 15/03/2020 au 31/03/2022*



En mars-avril et en octobre-novembre 2020, les deux premières vagues d'épidémie de la COVID-19 sont caractérisées par des niveaux d'hospitalisations très élevés et une saturation des soins intensifs.

La 3^e vague (débutant en février 2021) montre un niveau d'hospitalisation élevé qui s'inscrit dans la durée et ce, tant en chambre ordinaire qu'en soins intensifs.

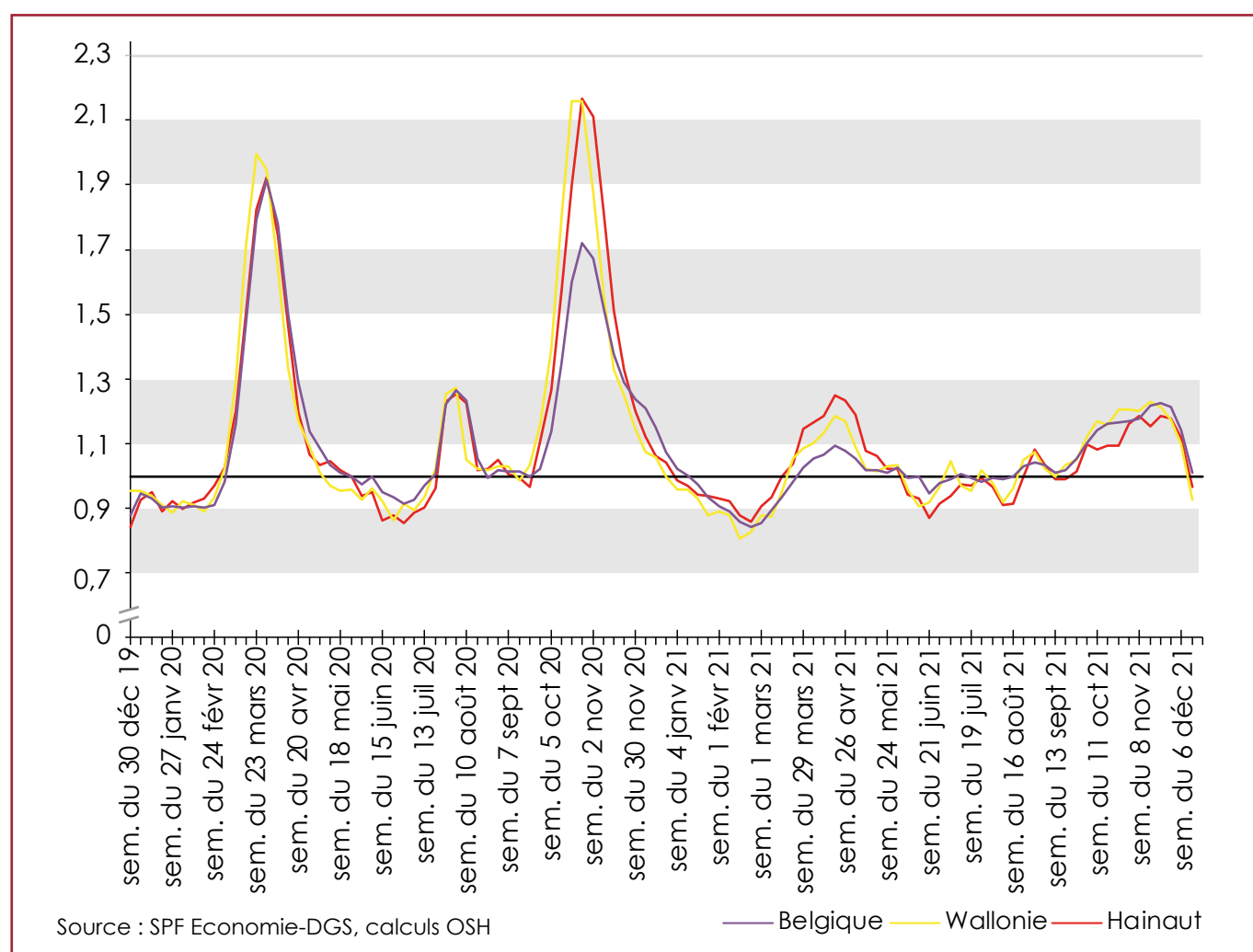
La 4^e vague (début en octobre 2021) a été marquée surtout par l'épuisement des soignants rendant difficile le maintien du système hospitalier malgré un taux d'occupation légèrement plus bas qu'à la 3^e vague.

A partir de la fin du mois de décembre 2021, la 5^e vague montre une accélération rapide des admissions en chambre ordinaire avec un faible nombre de personnes en soins intensifs. Les témoignages recueillis sur le terrain rapportent que la difficulté principale pour les hôpitaux provient du taux d'absentéisme extrêmement élevé du personnel, lui-même touché par la COVID-19. Pendant cette dernière vague, une partie des patients hospitalisés en unité COVID-19 ont été initialement admis à l'hôpital pour un autre motif.

15.2. Mortalité

En 2020, en comparaison avec la moyenne observée lors des 5 années précédentes (entre 2015 et 2019), on a observé une surmortalité de +17,6 % parmi la population hainuyère. En 2021, la surmortalité est de +2,5 %.

Figure 3.25. Surmortalité 2020-2021 : rapport entre le nombre de décès hebdomadaire en 2020 et 2021 et le nombre moyen de décès hebdomadaire entre 2015 et 2019, Belgique-Wallonie-Hainaut



Le mois d'août 2020 est marqué par une courte période de surmortalité (semaine 33) qui s'explique essentiellement par une période de canicule. La surmortalité au cours des autres périodes est attribuable à la COVID-19 [58].

La surmortalité a été plus importante pendant les deux premières vagues de l'épidémie que pendant les suivantes. Aux pics des deux premières vagues, le nombre de décès est environ doublé par rapport à celui attendu.

Lors de la première vague en Wallonie, du 16/03/2020 au 17/05/2020, on dénombre 2 963 décès excédentaires (+44,8 %) et 4 552 du 5/10/21 au 10/01/2021 (+48,7 %) lors de la deuxième vague.

La surmortalité est moins importante lors des vagues suivantes.

La surmortalité n'affecte pas de la même manière les différentes tranches d'âge. En 2020, ce sont principalement les plus de 75 ans qui enregistrent la surmortalité la plus élevée, tandis que les moins de 65 ans enregistrent une baisse de la mortalité liée vraisemblablement à une diminution des causes accidentelles.

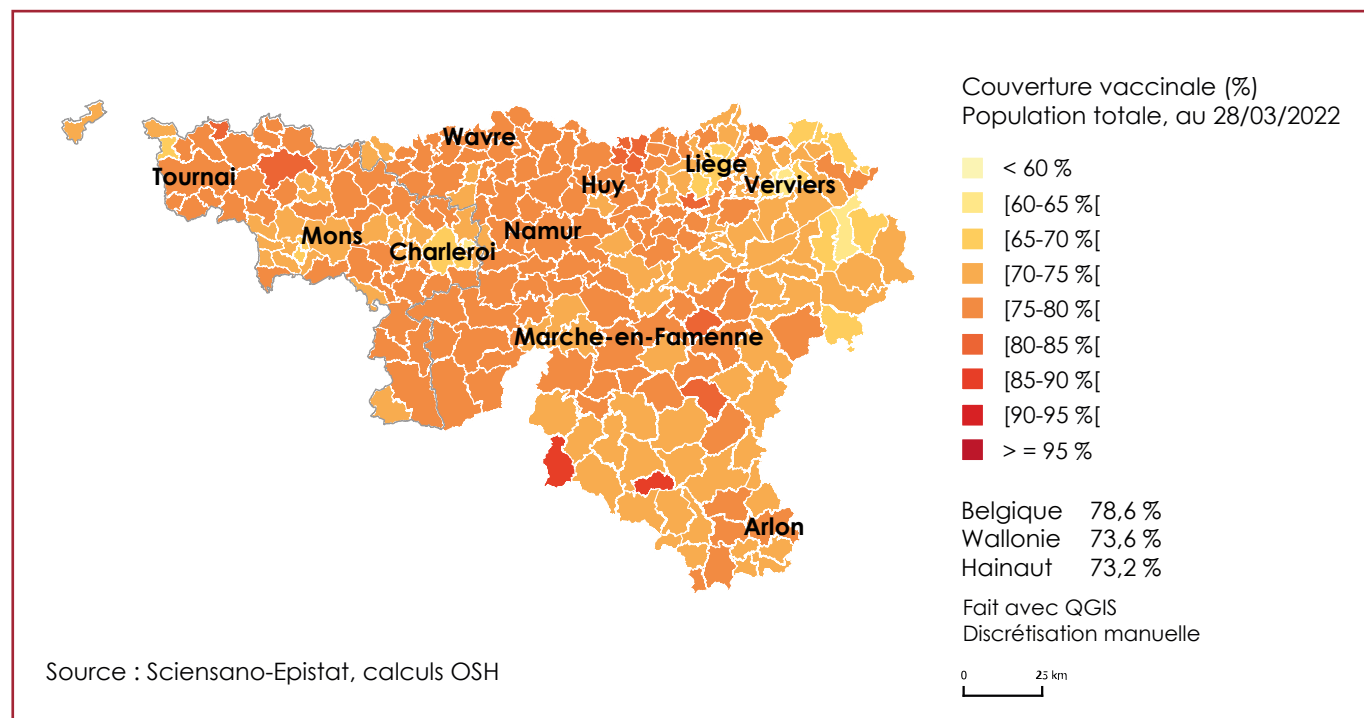
La surmortalité est moindre en 2021, d'une part en raison de la vaccination et d'autre part en raison de ce qu'on peut nommer "l'effet moisson". En effet, en 2020, la surmortalité a surtout concerné les personnes âgées en maisons de repos. La crise sanitaire a dès lors emporté les personnes les plus fragiles conduisant à une mortalité anticipée parmi une population qui serait décédée dans les mois, voire les années à venir. En 2021, la surmortalité touche principalement les 75-84 ans.

15.3. Vaccination

La campagne de vaccination a démarré en janvier 2021 en ciblant prioritairement les populations à risque, pour être étendue progressivement à l'ensemble de la population adulte, puis aux adolescents et aux enfants de 5 ans et plus.

L'adhésion de la population à la campagne de vaccination varie en fonction des territoires et de différents facteurs sociodémographiques, comme l'âge et la situation professionnelle [59].

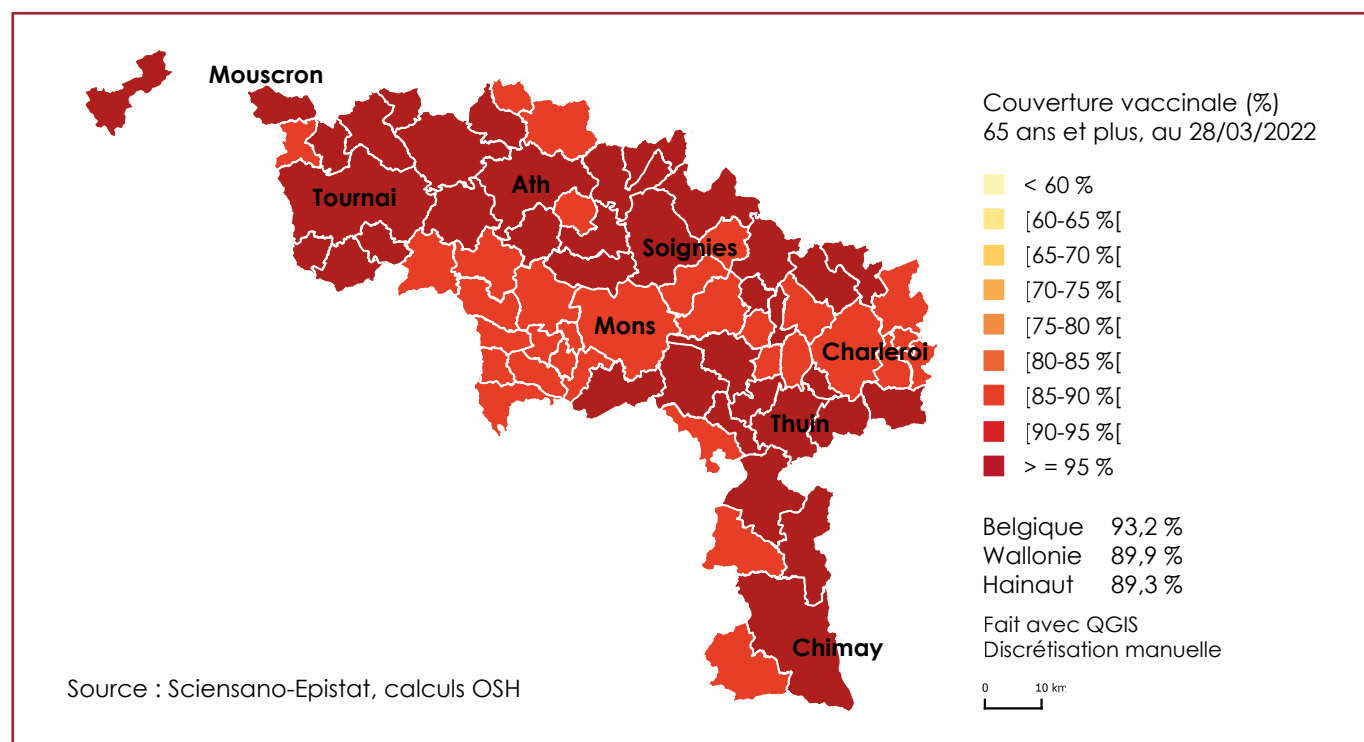
Carte 3.1. Couverture (en %) de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population totale, Wallonie



Au 28 mars 2022, 73,2 % de la population hainuyère avait reçu un schéma complet de vaccination (2 doses de vaccin pour la plupart des produits). Ce pourcentage est proche de la moyenne wallonne (73,6 %), mais inférieur à la moyenne belge (78,6 %).

En Hainaut, au niveau communal, on observe une couverture vaccinale plus faible, le long des anciens bassins miniers.

Carte 3.2. Couverture (en %) de la primovaccination (schéma complet) par commune au 28/03/2022, population de 65 ans et plus, Hainaut

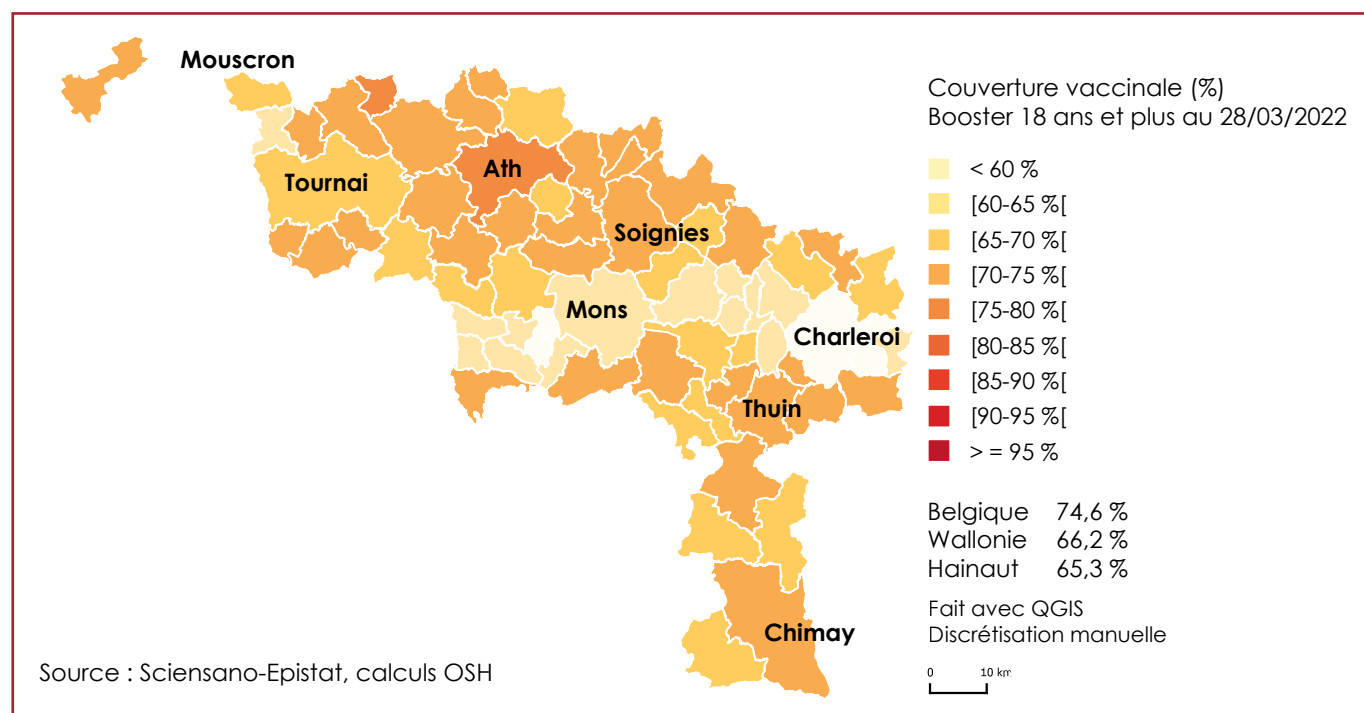


Parmi les personnes de 65 ans et plus, la couverture vaccinale (primovaccination) est similaire en Hainaut et en Wallonie (respectivement 89,3 % et 89,9 %), mais inférieure à la moyenne belge (93,2 %). Elle est relativement homogène sur l'ensemble du territoire hainuyer (entre 85,5 % et 93,4 %). Cependant, comme pour la population totale, les taux les plus faibles se concentrent essentiellement le long de l'ancien bassin minier.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, les taux de vaccination sont plus faibles chez les hainuyers de 85 ans et plus que chez les 65 à 84 ans (respectivement 85,2 % et 90,0 %).

L'efficacité de la primovaccination diminue au fil du temps. Afin de renforcer l'immunité, une dose de rappel, ou dose booster a été recommandée pour la population adulte.

Carte 3.3. Couverture vaccinale (en %) dose booster, par commune au 28/03/2022, population de 18 ans et plus, Hainaut



Au 31 mars 2022, 65,3 % des Hainuyers avaient reçu la dose booster, ce qui est comparable à la moyenne wallonne (66,2 %), et inférieur à la moyenne belge (74,6 %).

Dans les bulletins de surveillance hebdomadaires de l'épidémie de COVID-19 de Sciensano [57], l'observation du nombre de personnes infectées et hospitalisées en fonction du statut vaccinal montre l'efficacité de la vaccination dans la protection des formes graves de COVID-19 et l'intérêt de la dose de rappel, particulièrement chez les personnes âgées.

16. Bibliographie

1. Ware JE Jr, Snow Kristin K, Kosinski Mark, Gandek Barbara. SF-36 Health Survey : manual and interpretation guide. Boston : New England Medical Center, the Health Institute ; 1993.
2. Grant MD, Piotrowski ZH, Chappell R. Self-reported health and survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986. J Clin Epidemiol. 1995 ; 48(3) : p. 375-87.
3. Valkonen T, Sihvonen AP, Lahelma E. Health expectancy by level of education in Finland. Soc Sci Med. 1997 ; 44(6) : p. 801-8.
4. Goldberg P, Guéguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. J Epidemiol Community Health. 2001 ; 55(4) : p. 233-8.
5. Delpierre C, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lang T, Berkman L. What role does socioeconomic position play in the link between functional limitations and self-rated health : France vs. USA ? Eur J Public Health. 2012 ; 22(3) : p. 317-21.
6. Galenkamp H, Deeg DJ, Huisman M, Hervonen A, Braam AW, Jylhä M. Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults : changing contributions of chronic diseases and disability. Eur J Public Health. 2013 ; 23(3) : p. 511-7.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Health interview surveys Toward the international harmonisation of methods and instruments, in European Series. H.S.J.P.a.A.N. A. de Bruin, Editor. 1996, WHO Regional Publications. p. 161.
8. Girard D, Cohidon C, Briançon S. Les indicateurs globaux de santé, in Les inégalités sociales de santé. Paris : Leclerc A et al Editors ; 2000, La Découverte, INSERM : p. 448.
9. Paquet G. Partir du bas de l'échelle : Des pistes pour atteindre l'égalité sociale en matière de santé. 2005.
10. Tafforeau J, Drieskens S, Charafeddine R, Van der Heyden J. Enquête de santé 2018 : Santé subjective. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/26. Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-sante-subjective>
11. Van der Heyden J, Charafeddine R. Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/27. Disponible en ligne : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-maladies-et-affections-chroniques>
12. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Maladies cardiovasculaires. 2017
13. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fact Sheets, décembre 2020. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
14. Stolpe S, Kowall B, Stang A. Decline of coronary heart disease mortality is strongly effected by changing patterns of underlying causes of death: an analysis of mortality data from 27 countries of the WHO European region 2000 and 2013. Eur J Epidemiol. 2021 ;36(1) : 57-68. doi :10.1007/s10654-020-00699-0)
15. Mensah GA, Wei GS, Sorlie PD, Fine L J, et al. Decline in Cardiovascular Mortality: Possible Causes and Implications. Circ Res. 2017 ; 120(2) : 366-380. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.309115
16. Organisation mondiale de la Santé (OMS). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> 25/8/2021

17. Organisation mondiale de la Santé (OMS). IARC, Cancer Fact Sheets, 2020. Consultable sur <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
18. Quoix E. Novel epidemiology in lung cancer - non-smokers, women and cannabis. Rev Mal Respir. 2007 ; 24(8 Pt 2) : p. 6S10-5.
19. Belgian Cancer Registry. Historique. Consultable sur : https://kankerregister.org/FRC_historique
20. Belgian Cancer Registry. Les chiffres du cancer. Consultable sur : [https://kankerregister.org/Les chiffres du cancer](https://kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer)
21. Belgian Cancer Registry. Cancer Incidence in Belgium 2008. Brussels ; 2011. Consultable sur : <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/non-communicable-diseases/cancer>
22. Belgian Cancer Registry. Cancer Prevalence in Belgium 2010. Brussels ; 2014.
23. Belgian Cancer Registry. Cancer burden in Belgium 2004-2017. Brussels ; 2020.
24. Auperin A, Hill C. Epidémiologie des carcinomes des voies aérodigestives supérieures. Cancer Radiother. 2005 ; 9(1) : 1-7
25. Auperin A, Melkane A, Luce D, Temam S. Epidémiologie des cancers des voies aérodigestives supérieures. La Lettre du Cancérologue. 2011 Février ; Vol. XX (n° 2).
26. Mambourg F, Kohn L, Robays J, Janssens S, et al. A decision aid for an informed choice when patient asks for PSA Screening. Brussels : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) Editor ; 2014.
27. Renard F, Van Eycken L, Arbyn M. High burden of breast cancer in Belgium: recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006). Arch Public Health. 2011 ; 69(1) : p. 2.
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Principaux faits. OS ; 20 mai 2022. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/fr/>
29. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Asthme. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma> , consulté en 2021
30. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tuberculose. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> , consulté en 2021
31. Fonds des affections respiratoires (FARES). Registre belge de la tuberculose 2021.
32. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Insuffisance rénale. 2017 Novembre. Consultable sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologiemetabolismenutrition/dossiers-d-information/insuffisance-renale/>
33. Rapport national du GNFB et du NBVN à la commande du Collège de médecins pour le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique Janvier 2011 – Janvier 2020. Consultable sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-annuel-2020>
34. European Renal Association -European Dialysis and Transplant Association Registry. ERAEDTA Registry Annual Report 2019. Amsterdam ; 2021. <https://www.era-online.org/en/registry/>
35. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Panorama de la santé 2019. Editions OCDE ; 2019.
36. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 ; 3(11) : p. e442.

37. Consensus development conference : prophylaxis and treatment of osteoporosis. The American Journal of Medicine. 1991; 90(1): p. 107-110.
38. Ebeling P. Osteoporosis in Men : Why change needs to happen. International Osteoporosis Foundation ; 2014.
39. Dawson-Hughes B, El-Hajj Fuleijan G, Clark P. Bone Care for the Postmenopausal Woman. International Osteoporosis Foundation ; 2013.
40. Guthrie JR, Dennerstein L, Wark JD. Risk factors for osteoporosis : A review. Medscape Womens Health. 2000 ; 5(4) : p. E1.
41. Moyad MA. Osteoporosis: a rapid review of risk factors and screening methods. Urol Oncol. 2003 ; 21(5) : p. 375-9.
42. Vanden Berghe. W, De Baetselier. I, Van Cauteren, D, Moreels, et al. S.Bruxelles, Surveillance des infections sexuellement transmissibles. Données pour la période 2014-2016. Belgique: Sciensano ; 2020.26p. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/1.
43. Organisation mondiale de la Santé (OMS). VIH/sida. Aide-mémoire n° 360 2015 Novembre 2021. Consultable sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/fr/>
44. Sasse A, Deblonde J, Van Beckhoven D. Epidémiologie du SIDA et de l'infection au VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2014. WIV-ISP ; 2015.
45. Demarest S, Gisle L, Charafeddine R, Van der Heyden J. Enquête de santé 2018 : Incapacités de longue durée. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440/28. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
46. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) - Service des indemnités. Facteurs explicatifs relatifs à l'augmentation du nombre d'invalides : Régime des salariés et régime des indépendants : Période 2007 – 2016. Bruxelles ; 2018
47. Agence fédérale des risques professionnels (Fedris). Glossaire. 2020. Consultable sur : https://www.fedris.be/fr/glossary#maladie_professionnelle
48. Schoeters A. Rapport statistique 2014 Accidents de la route. Bruxelles ; 2015.
49. Fonds des accidents du travail (FAT). Rapport statistique sur les accidents du travail de 2009 dans le secteur public. 2011.
50. Ezratty V. Précarité énergétique et santé : "To heat or to eat ?". Environnement, Risques et Santé Vol. 8, n° 1, janv. -fév. 2009 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
51. Ohlsson A, Shah S. Determinants and Prevention of Low Birth Weight : A Synopsis of the Evidence. Edmonton : AB Canada : Institute of Health Economics (IHE) ; 2008.
52. M. Collet, C. Beillard. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Conséquences du tabagisme sur le développement foetal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort foetale in utero. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Avril ; Vol 34 n° HS1 : pp. 135-145.
53. Centre de Prévention du Suicide. Le suicide un problème majeur de santé publique : Introduction à la problématique du suicide en Belgique. 2014.

54. Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : "Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention". Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. 2003.
55. Bureau fédéral du Plan. Indicateurs de développement durable Médicaments psychotropes remboursés. 2022. Consultable sur : <https://www.indicators.be/fr/i/G03 RPM/M%C3%A9dicaments psychotropes rembours%C3%A9s>
56. Conseil Supérieur de la Santé (CSS). L'impact des psychotropes sur la santé, avec une attention particulière pour les personnes âgées. P.d.C.S.d.I. Santé Editor ; 2011.
57. Covid-19 - Situation épidémiologique, Sciensano, consultable sur : <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
58. Bustos Sierra N, Bossuyt N, Braeye T, Haarhuis F, et al. Surmortalité durant la 1^{ère} et 2^e vague de l'épidémie de COVID-19 en Belgique. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2021/14.440/63. Disponible en ligne : <https://epistat.wiv-isp.be/momo/>
59. Brisbois M, Klein O, Luminet O, Morbée S, et al. Baromètre de la motivation, 1^{er} février 2022. Rapport 40 : GST, vaccination obligatoire, politique 1G ou tout écarter ? Gand, Louvain, Bruxelles, Belgique

Chapitre 4

FACTEURS DE SANTÉ



Faits marquants

- **Les habitants de la province sont majoritairement détenteurs d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur (39,8 %) :** les diplômés de l'enseignement supérieur représentent 32,5 % de la population contre 9,5 % à ne détenir aucun diplôme ou au maximum un diplôme de l'enseignement primaire.
- **Il existe une disparité entre les communes en termes de revenus :** globalement, les communes du nord de la province et les communes du sud de Charleroi disposent d'un revenu médian plus élevé que les communes des anciens bassins miniers et sidérurgiques. Les communes aux revenus médians les plus élevés sont aussi celles où les disparités intracommunales sont les plus importantes.
- **Près d'une personne active sur 7 bénéficie du chômage :** le taux de chômage en Hainaut est de 14 %. Il est plus élevé chez les moins de 25 ans où il atteint 14,8 %. Plus de 3 demandeurs d'emploi inoccupés sur 5 en Hainaut (60,5 %) le sont depuis plus d'un an.
- **Plus d'un jeune de 18 à 24 ans sur 5 (20,7 %) vit avec une allocation d'aide sociale ou de chômage :** parmi ceux-ci, 14,3 % reçoivent cette aide du CPAS.
- **4,5% de la population de la province est en situation d'endettement problématique :** parmi les personnes ayant au moins un crédit, 7,8 % sont en situation d'endettement problématique.
- **Plus d'un ménage sur 7 (13,2 %) est un ménage monoparental.**
- **L'adulte de référence est une femme dans 8 ménages monoparentaux sur 10.**
- **Une personne sur 4 (24,5 %) en Hainaut est en situation d'obésité :** au total, 58,5 % de la population est en situation de surpoids.
- **Près d'une femme sur 2 (49,8 %) et près d'un homme sur 3 (30,4 %) en Hainaut sont considérés comme sédentaires.**
- **Seulement un quart (24,4 %) des Hainuyers consomme des fruits quotidiennement et un peu plus d'un tiers (35,7 %) consomme des légumes quotidiennement :** les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à déclarer consommer des fruits et des légumes.
- **Près d'un Hainuyer sur 5 (18,8 %) est un fumeur quotidien :** cette proportion tend à diminuer au fil du temps.
- **Une personne sur 10 (9,4 %) consomme de l'alcool tous les jours :** cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

1. Facteurs sociaux

La santé des individus est influencée par de nombreux facteurs, qu'ils soient biologiques (âge, sexe, patrimoine génétique), comportementaux (mode de vie), socio-économiques (accès aux soins, niveau d'éducation, revenus) ou encore environnementaux [1]. S'il est difficile d'agir sur les facteurs biologiques, les habitudes et comportements des individus peuvent être modifiés par eux-mêmes et auront une influence sur l'état de santé et la qualité de vie en général [2]. Par ailleurs, les conditions socio-économiques influent également sur la santé : plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé, et moins son espérance de vie est longue. Ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas, et s'observe partout dans le monde [3].

1.1. Niveau d'instruction

Tableau 4.1. Répartition de la population (25-64 ans) en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

Niveau d'études	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Primaire ou sans diplôme	408 741	6,8	148 192	7,8	66 975	9,5
Secondaire inférieur	809 893	13,4	275 595	14,5	124 499	17,7
Secondaire supérieur	2 250 466	37,2	717 181	37,8	279 305	39,8
Études supérieures	2 558 076	42,3	747 520	39,4	225 800	32,2
Inconnu	23 490	0,4	11 098	0,6	5 085	0,7
Total	6 050 665	100,0	1 899 585	100,0	701 663	100,0

Source : SPF Economie-DGS, Enquête sur les forces de travail, calculs OSH



Globalement, le niveau d'instruction se révèle plus faible en Hainaut par rapport à celui de la Wallonie et de la Belgique.

Les individus détenteurs d'un diplôme du secondaire supérieur constituent la catégorie majoritaire (39,8 %) en Hainaut alors que ce sont les détenteurs d'un diplôme d'études supérieures qui sont majoritaires en Wallonie (39,4 %) et en Belgique (42,3 %). En Hainaut, un peu moins d'un tiers (32,2 %) des individus détiennent un diplôme d'études supérieures.

D'autre part, près d'un Hainuyer sur 10 (9,5 %) ne possède pas de diplôme ou uniquement un diplôme de l'enseignement primaire. Même si cette proportion est en diminution, elle reste néanmoins plus élevée qu'en Wallonie (7,8 %) et qu'en Belgique (6,8 %).

1.2. Revenus des ménages

Le revenu médian par déclaration fiscale est le revenu situé au milieu de la série, lorsque les déclarations sont classées par ordre croissant de revenus. Autrement dit, le revenu médian est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur et l'autre moitié a un revenu supérieur. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par des valeurs extrêmes.

L'indice de richesse est la comparaison du revenu médian d'une entité administrative avec le revenu médian en Wallonie qui est prise comme population de référence et à qui on attribue un indice de richesse égal à 100. Si l'indice de richesse de l'entité administrative est inférieur à 100, alors le revenu médian de cette entité administrative est inférieur au revenu médian wallon. Par contre, si la valeur de l'indice de richesse dépasse 100, alors le revenu médian de l'entité est supérieur au revenu médian wallon [4].

Tableau 4.2. Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019

		Revenu médian par déclaration (euros)	Indice de richesse par rapport à la Wallonie
Belgique		25 475	106,4
Wallonie		23 942	100,0
Hainaut		22 667	94,7
Arrondissements	Ath	25 124	104,9
	Charleroi	21 417	89,5
	Mons	22 265	93,0
	Soignies	24 677	103,1
	Thuin	23 979	100,2
	Tournai-Mouscron	23 374	97,6
	La Louvière	21 916	91,5

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

Le revenu médian par déclaration fiscale au cours de l'année 2019 apparaît près de 3 000 € plus faible en Hainaut (22 667 €) qu'en Belgique (25 475 €), et inférieur de plus de 1 000 € à celui de la Wallonie (23 942 €). Par rapport à la Wallonie, l'indice de richesse est plus élevé en Belgique (+6,4 %), mais inférieur en Hainaut (-5,3%).

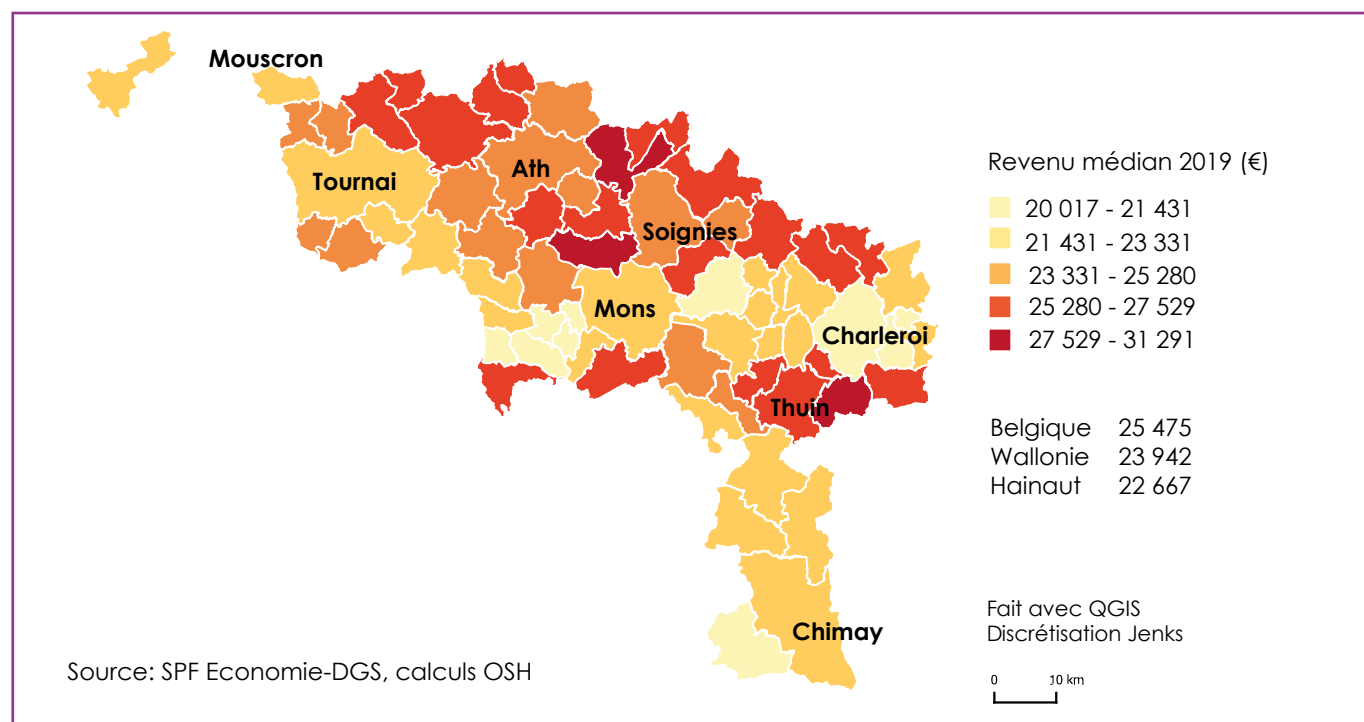
Au sein de la province, les arrondissements d'Ath et de Soignies sont les plus riches avec un revenu médian proche de celui de la Belgique et plus élevé que celui de la Wallonie. Leurs indices de richesse sont respectivement 4,9 % et 3,1 % plus élevés que la Wallonie.

Les arrondissements de Charleroi et de La Louvière ont les revenus les plus faibles du Hainaut, respectivement -10,5 % et -8,5 % plus faible que le niveau wallon.

L'arrondissement de Thuin présente un indice comparable à la Wallonie.

Ces données par arrondissement cachent aussi de fortes disparités communales, comme le montre la carte suivante.

Carte 4.1. Revenus médians par déclaration, Hainaut, par commune, 2019



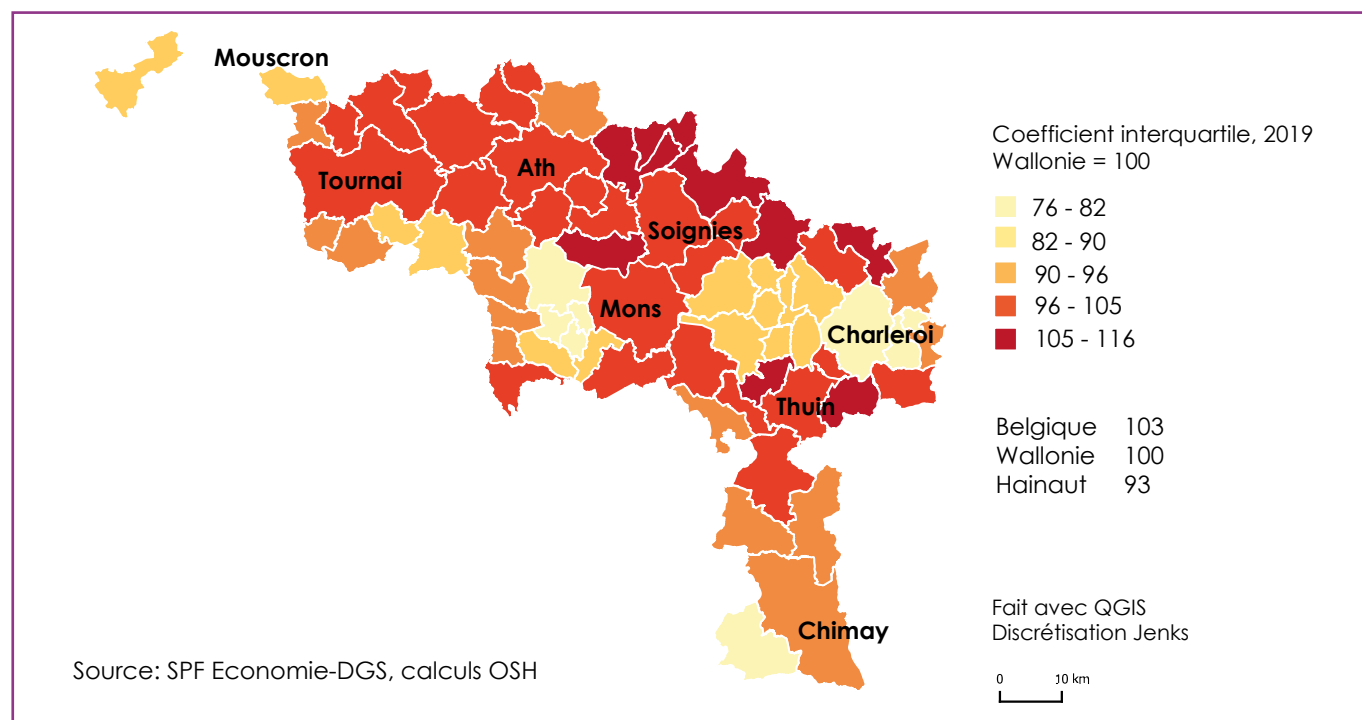
En Hainaut, les revenus médians les plus élevés sont relevés dans les communes de Silly, Jurbise et Ham-sur-Heure-Nalinnes où ils sont supérieurs à 29 000 €.

Les revenus médians les plus faibles sont observés dans les communes de l'ancien axe industriel et du sud de la province. A Charleroi, Farciennes, Dour et Colfontaine, ils sont inférieurs à 20 100 €.

Les quartiles divisent un ensemble de données en 4 parties égales, de sorte que chaque partie représente un quart des données. La différence entre le troisième et le premier quartile de revenus (Q3-Q1), appelée la différence interquartile, permet d'observer la dispersion des revenus autour de la médiane.

Le coefficient interquartile est le rapport entre la différence interquartile et le revenu médian. Ce coefficient permet de rendre compte de la dispersion des revenus au sein même d'un territoire (ici, la commune), indépendamment du niveau de revenu. Plus le coefficient interquartile est élevé, plus le degré d'inégalité de revenu est élevé.

Carte 4.2. Coefficient interquartile, Hainaut, par commune, 2019



Le Hainaut pris dans son ensemble présente un coefficient interquartile inférieur à la Wallonie, puisqu'il s'élève à 93.

Globalement, les communes limitrophes de la province du Brabant wallon et quelques communes au sud de Charleroi présentent un coefficient interquartile plus élevé, témoin d'une inégalité de revenu plus importante. Plus spécifiquement, les coefficients les plus élevés sont observés à Enghien, Silly et Jurbise où il est supérieur à 110, tandis que les communes les moins inégalitaires en termes de revenus sont celles de Charleroi, Châtelet, Farciennes, Boussu, Quaregnon, Quiévrain et Colfontaine où le coefficient interquartile est proche de 80. Ces communes présentent également des revenus médians par déclaration parmi les plus bas du Hainaut.

Il est à souligner qu'en Hainaut, de manière générale, les communes présentant les revenus médians les plus élevés sont également les communes où le coefficient interquartile est le plus élevé. Autrement dit, les communes globalement plus aisées présentent des disparités plus fortes en leur sein. En effet, les revenus des 25 % de ménages ayant des revenus imposables bas changent peu d'une commune à l'autre alors que les revenus des 25 % les plus riches varient beaucoup d'une commune à l'autre.

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

Tableau 4.3. Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2018

		Revenu disponible moyen par habitant (euros)	Indice de revenu disponible par rapport à la Wallonie
Belgique		21 215	109,5
Wallonie		19 368	100,0
Hainaut		18 333	94,7
Arrondissements	Ath	19 733	101,9
	Charleroi	17 535	90,5
	Mons	18 098	93,4
	Mouscron	17 368	89,7
	Soignies	19 177	99,0
	Thuin	18 557	95,8
	Tournai	19 434	100,3

Source: Banque nationale de Belgique, calculs OSH

▼
Le revenu disponible par habitant en Hainaut est inférieur au revenu disponible wallon, lui-même inférieur au revenu disponible en Belgique.

L'ancien arrondissement de Tournai, les arrondissements d'Ath et de Soignies ont des revenus disponibles proches de celui de la Wallonie. Tous les autres arrondissements ont des revenus disponibles moyens par habitant plus faibles.

1.3. Emploi

Selon la Commission européenne, avant que l'épidémie de COVID-19 ne plonge l'économie mondiale dans un coma artificiel, les indicateurs économiques globaux pour l'Europe et le monde indiquaient une tendance positive. Malgré le ralentissement de la croissance économique observé en 2019, l'UE avait le taux d'emploi le plus élevé de l'histoire et le taux de chômage le plus bas, tandis que le niveau de vie moyen a continué à s'améliorer [5].

En Belgique, au cours des 15 dernières années, l'économie belge a été touchée par 2 récessions, la crise financière de 2008 et la crise des dettes publiques en 2012. L'emploi, qui réagit avec un certain décalage aux variations conjoncturelles, a été impacté négativement en 2009 et en 2013. Depuis, la dynamique de l'emploi s'est améliorée, portée notamment par la croissance de l'activité. Depuis 2014, la Belgique connaît une croissance de l'emploi [6].

En 2020, en raison de la crise sanitaire, au niveau de l'OCDE dans son ensemble, on observe une baisse de 8 % de l'activité. En Belgique, la Banque nationale de Belgique et le Bureau fédéral du Plan anticipent un recul de 9 à 11 % du PIB [7]. En ce qui concerne le marché du travail, les conséquences sont évidemment importantes et bien que les chiffres ne soient pas encore disponibles, la situation provoque des conséquences sociales et économiques importantes.

1.3.1. Population active et inactive

La population active regroupe la population active occupée, c'est-à-dire les personnes qui sont en emploi et la population active inoccupée, c'est-à-dire les personnes qui sont au chômage.

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

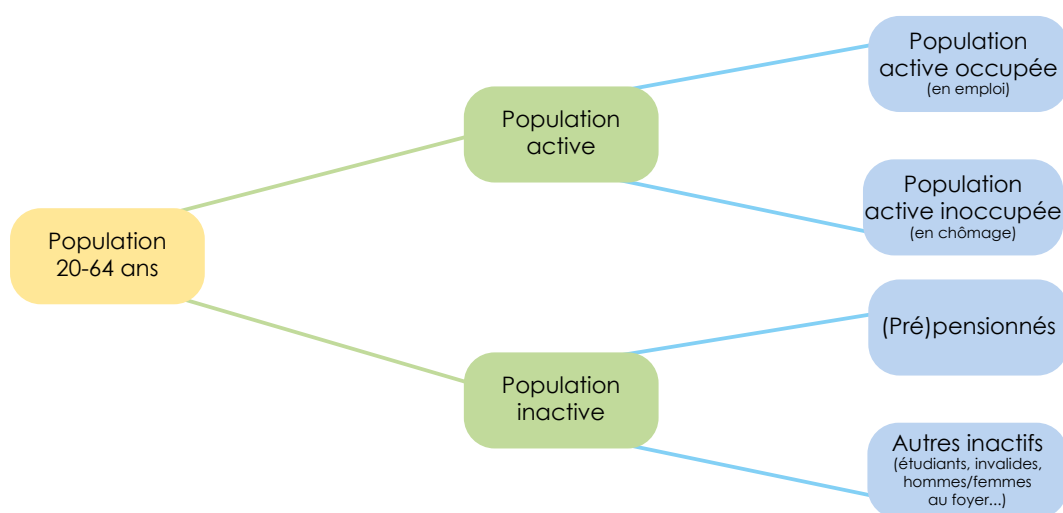
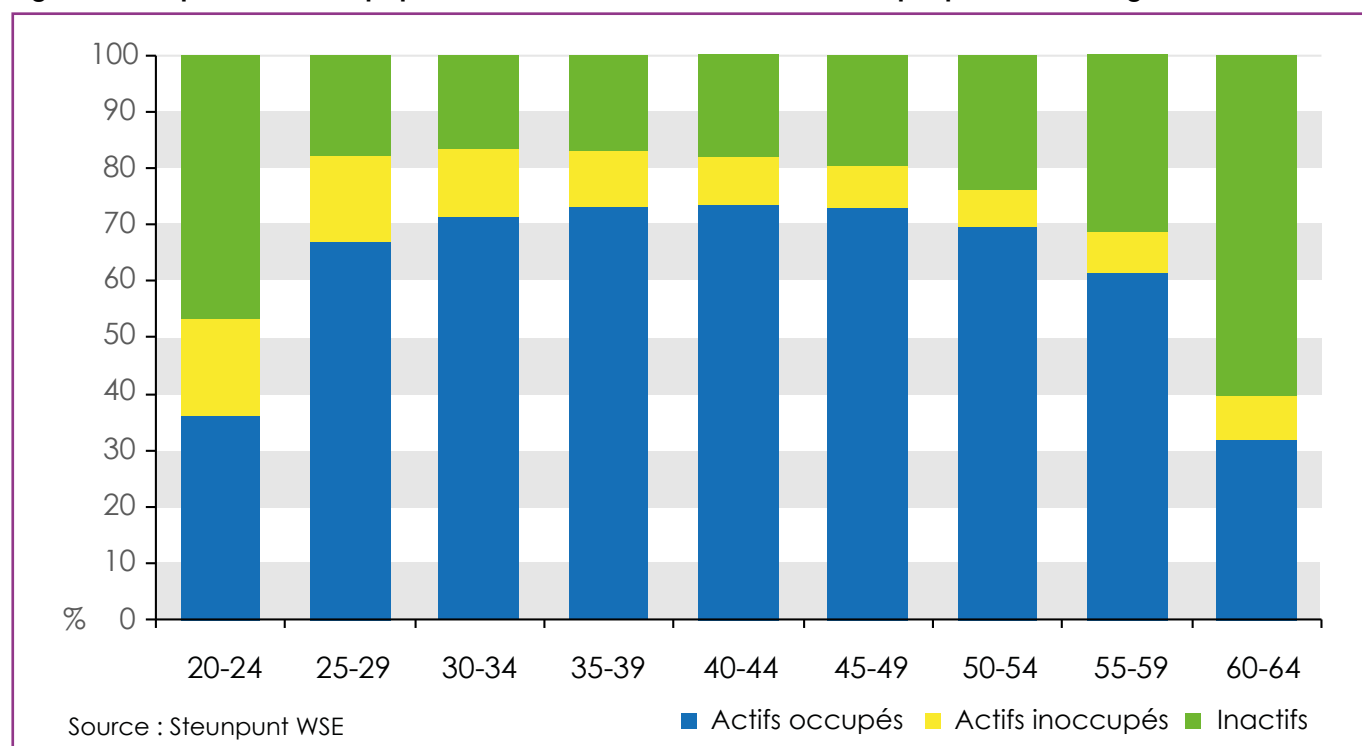


Figure 4.1. Répartition de la population selon le statut socio-économique par classe d'âge, Hainaut, 2019



Entre 20 et 25 ans, la proportion d'actifs augmente logiquement avec l'entrée des étudiants sur le marché du travail. A partir de 35 ans, cette proportion tend à diminuer d'abord lentement puis de façon plus importante dès 55 ans, avec l'augmentation des personnes en invalidité ou à la retraite.

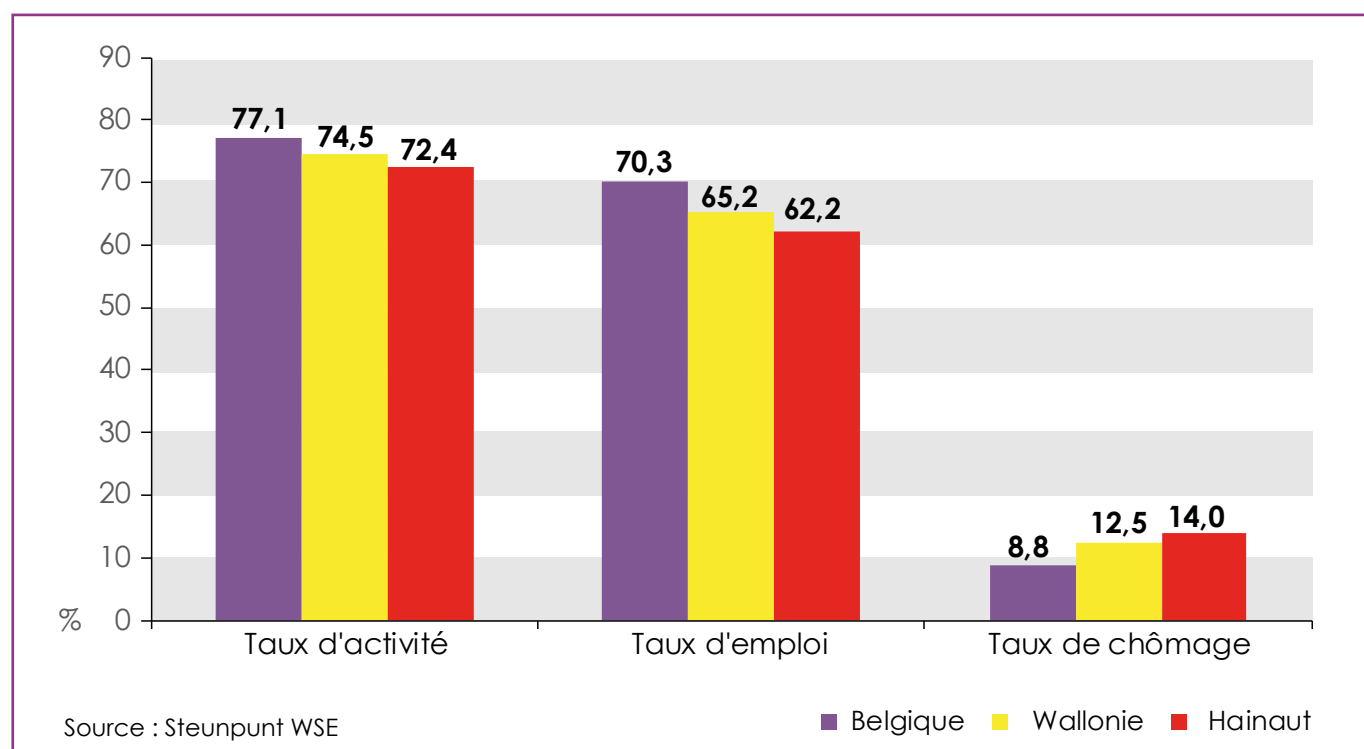
1.3.2. Chômage

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

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

Le taux de chômage correspond au rapport entre la population active inoccupée et la population active.

Figure 4.2. Taux d'activité, d'emploi et de chômage (20-64 ans), Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

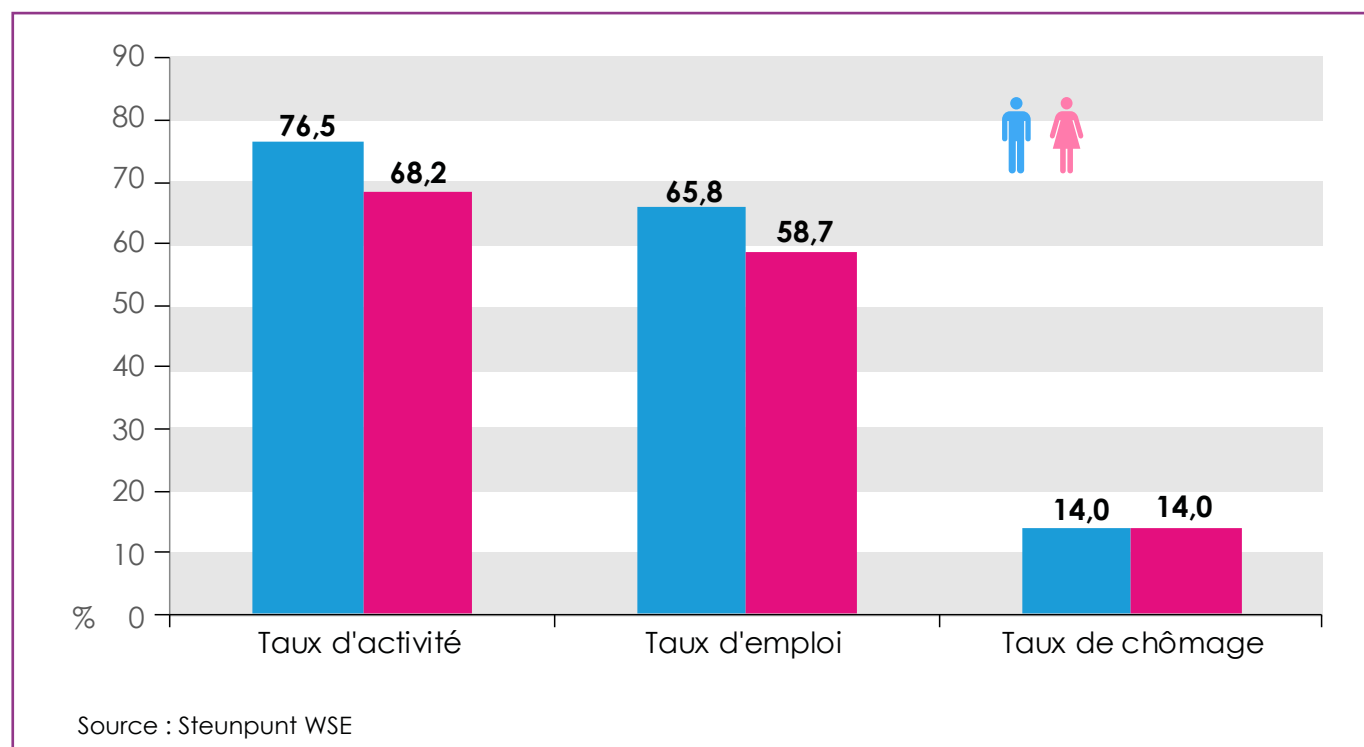


En Hainaut, le taux d'activité de la population des 20-64 ans s'élève à 72,4 %. Ainsi, 27,6 % sont dit inactifs (étudiants, hommes/femmes au foyer, en incapacité, pensionnés...). Le taux d'activité et le taux d'emploi sont plus faibles en Hainaut qu'en Wallonie et qu'en Belgique.

Le taux de chômage est plus élevé en Hainaut (14,0 %) qu'en Wallonie (12,5 %), lui-même plus élevé qu'au niveau national (8,8 %).

En comparaison avec les données de 2013, la situation est légèrement plus favorable et ce quel que soit le niveau géographique.

Figure 4.3. Taux d'activité, d'emploi et de chômage, selon le sexe (20-64 ans), Hainaut, 2019



Par rapport aux hommes, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses sur le marché de l'emploi. Le taux d'activité s'élève en effet à 68,2 % chez les femmes contre 76,5 % chez les hommes ; tandis que le taux d'emploi atteint 65,8 % chez ces derniers contre 58,7 % pour les femmes. Cette différence se retrouve également aux niveaux belge et wallon.

S'agissant du taux de chômage, les proportions sont similaires (14,0 % chez les hommes et chez les femmes).

Tableau 4.4. Taux de chômage (en %), par âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juin 2021

		< 25 ans	25-49 ans	50 ans et +	Total
Belgique		6,5	6,4	9,9	7,5
Wallonie		11,4	9,5	13,3	10,7
Hainaut		14,8	11,6	14,0	12,5
Arrondissements	Ath	12,3	8,5	11,4	9,7
	Charleroi	15,9	13,5	16,1	14,4
	Mons	17,0	12,7	15,1	13,6
	Soignies	11,9	8,9	12,2	10,1
	Thuin	14,7	9,7	12,2	10,9
	Tournai-Mouscron	12,3	9,9	11,5	10,6
	La Louvière	16,2	12,8	14,9	13,7

Source : ONEM

Quel que soit le niveau géographique, les tranches d'âge les plus touchées par le chômage concernent les moins de 25 ans et les 50 ans et plus. En Hainaut, 14,0 % des personnes susceptibles de travailler et âgées de 50 ans et plus n'ont pas d'emploi. Cette proportion est plus élevée dans les arrondissements de Charleroi (16,1 %), Mons (15,1 %) et La Louvière (14,9 %). Le taux de chômage des jeunes y est également plus élevé puisqu'il atteint respectivement 15,9 %, 17,0 % et 16,2 %.

En comparaison avec les données de juin 2015, la situation s'est améliorée avec des taux de chômage par âge plus faibles, et ce quel que soit le niveau géographique.

Tableau 4.5. Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-Hainaut, août 2021

	Moins de 1 an		Plus de 1 an		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Wallonie	84 499	40,4	124 665	59,6	209 164	100,0
Hainaut	33 861	39,5	51 884	60,5	85 745	100,0

Source : Forem, calculs OSH

La répartition des chômeurs selon la durée d'inoccupation est similaire en Hainaut et en Wallonie : 2 chômeurs sur 5 sont au chômage depuis moins d'un an (39,5 % en Hainaut, 40,4 % en Wallonie) et 3 chômeurs sur 5 le sont depuis plus d'un an (60,5 % en Hainaut, 59,6 % en Wallonie).

1.4. Autres revenus de substitution

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

L'aide sociale équivalente (ASE), autrefois appelée équivalent du revenu d'intégration sociale (ERIS), est une aide financière accordée par le CPAS aux personnes qui ne répondent pas aux conditions fixées dans la loi relative au droit à l'intégration sociale mais qui se trouvent dans une situation de besoin similaire [8].

L'allocation aux personnes handicapées est une aide financière destinée aux personnes handicapées. Il existe 3 types d'allocations : l'allocation de remplacement de revenus, l'allocation d'intégration et l'allocation d'aide aux personnes âgées [9].

La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une allocation sociale accordée aux personnes de plus de 65 ans qui ne disposent pas de ressources suffisantes [10].

Tableau 4.6. Proportion (en %) de jeunes de 18 à 24 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

Jeunes (18-24 ans)	CPAS : RIS et ASE	Allocation de chômage*	Allocation aux personnes handicapées	% total de jeunes avec allocations
Belgique	8,5	3,0	1,1	12,6
Wallonie	12,1	4,2	1,1	17,5
Hainaut	14,3	5,2	1,2	20,7

* juin 2020

Sources : SPP Intégration sociale ; Service fédéral des Pensions ; SPF Sécurité sociale ; SPF Economie-DGS, calculs OSH



En 2020, en Hainaut, 20,7 % des jeunes de 18-24 ans vivent avec une allocation d'aide sociale, une allocation de chômage ou une allocation aux personnes handicapées. C'est plus élevé qu'en Wallonie (17,5 %) et qu'en Belgique (12,6 %). Parmi ces 20,7 %, 14,3 % bénéficient d'une aide sociale du CPAS (RIS ou ASE).

Tableau 4.7. Proportion (en %) de personnes de 18 à 64 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

Population d'âge actif (18-64 ans)	CPAS : RIS et ASE	Allocation de chômage*	Allocation aux personnes handicapées	% total de jeunes avec allocations
Belgique	3,2	5,1	2,4	10,7
Wallonie	4,7	6,5	3,0	14,2
Hainaut	5,3	7,2	3,2	15,6

* Juin 2022

Sources : SPP Intégration sociale ; Service fédéral des Pensions ; SPF Sécurité sociale ; SPF Economie-DGS, calculs OSH



Parmi les personnes en âge d'être actives (18-64 ans), 15,6 % bénéficient d'une aide financière en Hainaut. A nouveau, c'est une proportion plus élevée qu'en Wallonie (14,2 %) et qu'en Belgique (10,7 %).

Tableau 4.8. Proportion (en %) de personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

Personnes âgées (65 ans et +)	GRAPA	CPAS : RIS et ASE	Allocation aux personnes handicapées	% total de 65 ans et + avec allocations
Belgique	4,8	0,2	n.d.	n.d.
Wallonie	5,4	0,2	7,5	13,1
Hainaut	5,5	0,2	8,3	14,0

Sources : SPP Intégration sociale ; Service fédéral des Pensions ; SPF Sécurité sociale ; SPF Economie-DGS, calculs OSH



En Hainaut, les personnes âgées de 65 ans et plus sont 14,0 % à toucher une allocation d'aide sociale. L'allocation aux personnes handicapées est attribuée à 8,3 % de la population de cette tranche d'âge. C'est une proportion supérieure à la Wallonie.

Entre 2014 et 2020, les proportions de personnes âgées de 65 ans et plus, bénéficiant d'une aide financière ont légèrement augmenté et ce quel que soit le niveau géographique. De manière plus détaillée, les proportions de bénéficiaires d'une allocation de chômage ont légèrement diminué, mais ont été compensées par l'augmentation des proportions de bénéficiaires d'une aide financière du CPAS.

1.5. Endettement

Un crédit est considéré comme défaillant lorsque l'emprunteur n'a pas totalement remboursé la somme due 3 mois après la date de son échéance. On parlera alors de situation d'endettement problématique.

Au regard des données de la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, les situations de surendettement et d'endettement problématiques ont diminué en 2020. Cette dynamique positive récente survient après une longue période défavorable en matière de surendettement. Celle-ci s'explique en partie par une conjoncture économique relativement favorable en Belgique [11].

Néanmoins, au vu de la crise sanitaire, il conviendra d'observer avec attention l'évolution de la situation.

Tableau 4.9. Proportion (en %) de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020

		Personnes majeures enregistrées pour au moins un crédit (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant (%)	Personnes majeures ayant au moins un crédit défaillant parmi les personnes ayant au moins un crédit (%)
Belgique		66,3	3,2	4,8
Wallonie		69,5	4,5	6,5
Hainaut		69,2	5,4	7,8
Arrondissements	Ath	71,1	3,7	5,2
	Charleroi	69,1	6,9	10,0
	Mons	69,0	5,6	8,1
	Soignies	70,1	4,1	5,9
	Thuin	71,6	4,8	6,7
	Tournai-Mouscron	66,2	4,2	6,3
	La Louvière	70,3	6,1	8,7

Source : Banque nationale de Belgique - Centrale des Crédits à la Consommation, calculs OSH

En 2020, près de 7 personnes sur 10 en Hainaut ont un crédit, qu'il s'agisse d'un crédit hypothécaire, d'un prêt à tempérament ou d'une ouverture de crédit. Parmi celles-ci, 7,8 % ont au moins un crédit défaillant. C'est une proportion plus élevée qu'en Wallonie (6,5 %) et qu'en Belgique (4,8 %). Au niveau des arrondissements, l'arrondissement de Charleroi présente la proportion de personnes ayant un crédit défaillant la plus élevée (10,0 %).

Par rapport aux données de 2014, on observe proportionnellement moins de personnes défaillantes parmi celles ayant enregistré un crédit.

1.6. Monoparentalité

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

Au cours des 60 dernières années, la structure familiale a beaucoup évolué et de nouveaux modèles familiaux sont apparus, parmi lesquels les familles monoparentales. Celles-ci ont fortement augmenté au fil des années, et entraînent des questions sociétales étant donné la plus grande vulnérabilité constatée dans ces familles [12].

Socio-économiquement, les familles monoparentales présentent un risque de pauvreté et d'exclusion plus élevé que les familles à 2 parents, ont un accès restreint au marché de l'emploi, présentent un taux de chômage plus élevé, de moins bonnes conditions de logement... Enfin, ces risques et ces difficultés sont également influencés par le nombre d'enfants [13].

Tableau 4.10. Proportion (en %) de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020

	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Total	
Belgique	1,9	8,0	9,9	
Wallonie	2,3	9,9	12,2	
Hainaut	2,4	10,8	13,2	
Arrondissements	Ath	2,6	9,3	11,8
	Charleroi	2,4	11,9	14,4
	Mons	2,3	11,9	14,2
	Soignies	2,5	10,1	12,6
	Thuin	2,5	9,3	11,8
	Tournai-Mouscron	2,3	8,8	11,1
	La Louvière	2,3	11,8	14,1

Source : SPF Economie-DGS, calculs OSH

En 2020, la proportion de ménages monoparentaux représente 9,9 % de l'ensemble des ménages en Belgique. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (12,2 %) et en Hainaut (13,2 %).

Quel que soit le territoire observé, les chefs de ménages monoparentaux sont très majoritairement des femmes (plus de 80 %).

1.7. Logements publics

Le logement est l'un des éléments essentiels du développement socio-économique d'une région. Le droit au logement est d'ailleurs inscrit dans la Constitution. Près de 100 ans après son instauration, le logement public (souvent appelé "logement social") est toujours aussi indispensable pour assurer un logement décent à une part importante de la population. En Wallonie, plusieurs défis impactent les besoins en logements publics : la croissance démographique qui nécessite la création de nouveaux logements ; l'évolution de la taille des ménages qui tend à diminuer à cause du vieillissement de la population, de la décohabitation et de la fragmentation des ménages ; l'accès au logement pour les ménages à faibles revenus pour qui l'accès à un logement du secteur locatif privé peut s'avérer difficile, voire impossible ; l'état d'une grande partie du parc de logements qui a besoin de rénovation en tenant compte prioritairement de la sécurité, de la salubrité et de la performance énergétique ; le vieillissement démographique qui implique un développement de logements adaptés aux personnes en perte d'autonomie ou à mobilité réduite [14].

Les données présentées ci-après ont été établies sur base des déclarations des communes elles-mêmes. En effet, dans le cadre des plans d'ancrage communaux, le Département du logement du SPW réalise un recensement précis du parc locatif public, par commune. Dans ce cadre, chaque commune est amenée à déclarer le nombre de logements publics qu'elle compte louer sur son territoire [15]. Le dernier recensement a été effectué en 2017. Notons que certaines données ne sont pas disponibles lorsque la commune n'a pas fourni l'information.

Les logements publics comprennent les logements de transits ou d'insertion ; les logements loués appartenant à la commune, au CPAS ou à une Régie autonome, les logements mis en gestion par les propriétaires privés ou publics, par l'intermédiaire d'une agence immobilière sociale (AIS), d'une société de logement de service public (SLSP) ou d'une association sans but lucratif (ASBL) ; les logements gérés par le fonds du logement de Wallonie (FLW) ; les logements gérés par l'Office central d'action sociale et culturelle du Ministère de la Défense (OCASC) ; les logements créés dans le cadre de la formule de type "Community Land trust" ; les logements de résidence services, sociales ou non, à la condition qu'ils soient gérés par un opérateur reconnu par le Code wallon du Logement ; les logements d'urgence.

1. Un Community Land Trust est une organisation sans but lucratif qui a pour mission d'acquérir et gérer des terrains en vue d'y créer des habitations accessibles pour des ménages ayant des difficultés d'accès à un logement ainsi, éventuellement, que des équipements d'intérêt collectif (www.cltb.be/comment-ca-marche/)

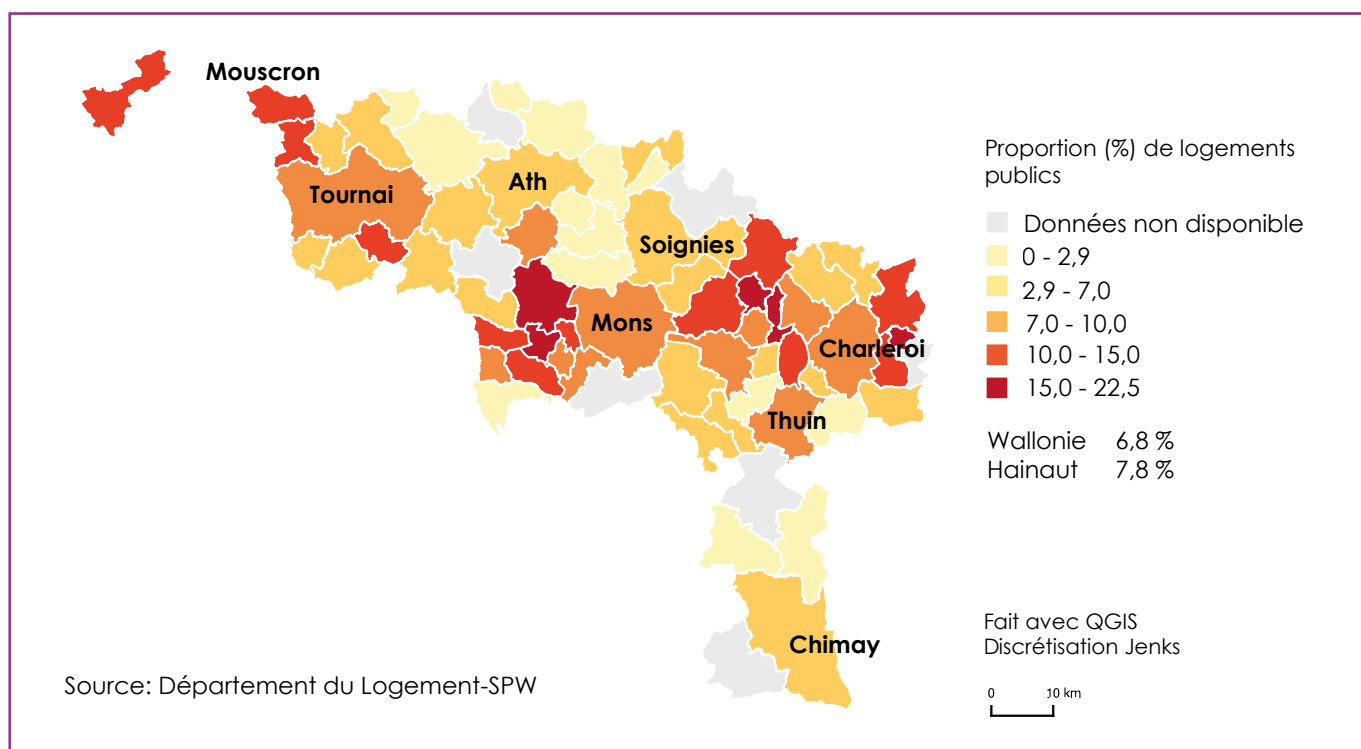
Tableau 4.11. Proportion (en %) de logement publics, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2017

		Logement publics (%)
Wallonie		6,8
Hainaut		7,8
Arrondissements	Ath	4,2
	Charleroi	10,7
	Mons	9,6
	Mouscron	10,3
	Soignies	7,2
	Thuin	5,6
	Tournai	7,4

► En 2017, 7,8 % de l'ensemble des logements en Hainaut sont des logements publics. C'est supérieur à la Wallonie où cette proportion atteint 6,8 %. Au niveau des arrondissements, celui de Charleroi présente la proportion la plus élevée (10,7 % de logements publics) suivi de Mouscron (10,3 %). A l'inverse, les arrondissements d'Ath et de Thuin observent une proportion plus faible (respectivement 4,2 et 5,6 %).

Source : Département du Logement-SPW

Carte 4.3. Proportion (en %) de logements publics, Hainaut, par commune, 2017



Au niveau communal, 17 communes hainuyères atteignent la proportion recommandée de 10 % de logements publics (parmi le total des logements) sur son territoire.

De grandes disparités sont observées en matière de logements publics. Certaines n'en comptent que très peu (moins de 1 % à Lens, Jurbise et Mont-de-l'Enclus), tandis que d'autres en recensent plus de 20 % (Chapelle-lez-Herlaimont et Farciennes).

2. Excès de poids

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids, ce qui représente 39 % de la population adulte au monde. Parmi ceux-ci, 650 millions étaient en situation d'obésité, représentant 13 % de la population adulte mondiale. Il y a davantage de personnes en surpoids et obèses que de personnes en insuffisance pondérale et ce dans toutes les régions du monde (à l'exception de certaines parties de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie).

La principale cause de ce fléau est un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et celles dépensées. On constate en effet, au niveau mondial : une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques et riches en lipides et une augmentation du manque d'activité physique (avec pour causes des modes de vie et de travail plus sédentaires, une évolution des modes de transports et une urbanisation croissante).

Le surpoids et l'obésité constituent un important facteur de risque de maladies chroniques tels que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculo-squelettiques (en particulier l'arthrose) et certains cancers (de l'endomètre, du sein, des ovaires, de la prostate, du foie, de la vésicule biliaire, du rein et du colon) [16].

L'indice de masse corporelle (IMC) est la mesure la plus utilisée pour évaluer le statut nutritionnel d'un adulte. Il est calculé en divisant le poids (en kilogrammes) par la taille (en mètres au carré).

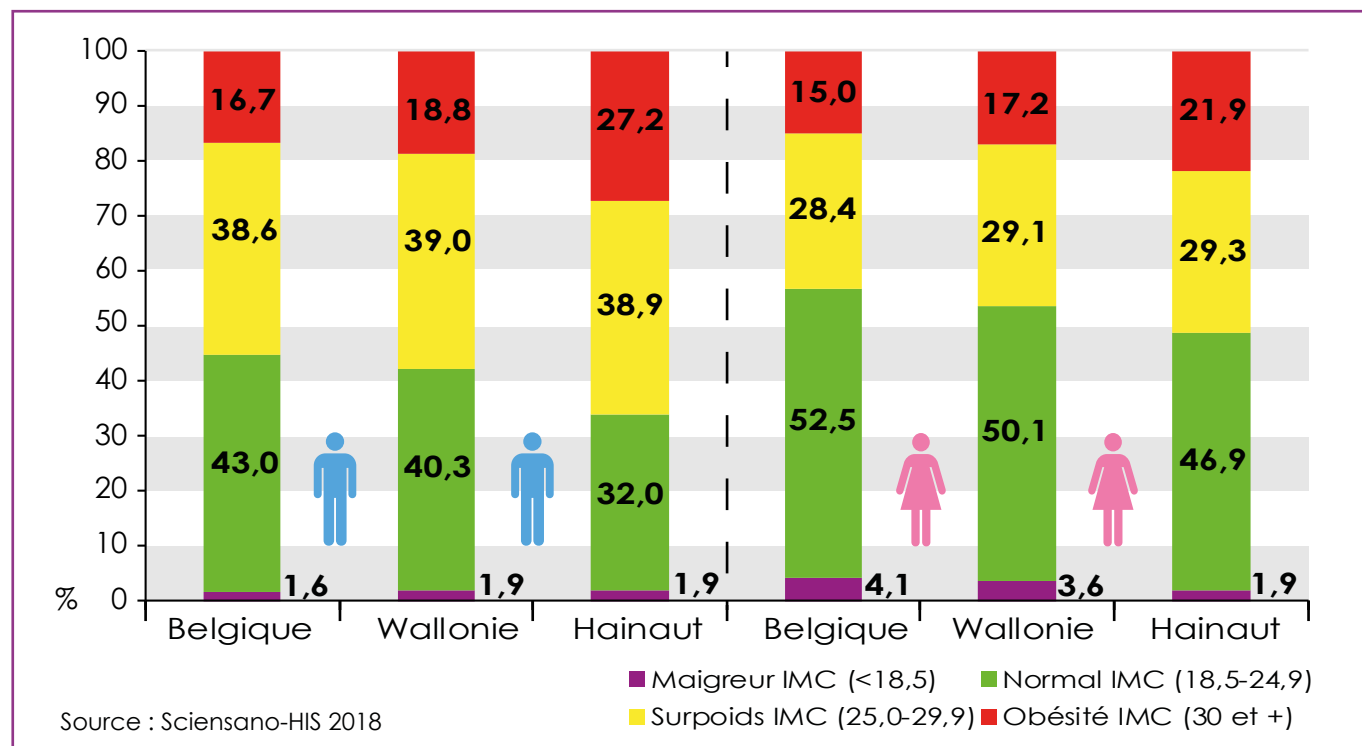
$$\text{IMC} = \frac{\text{poids (en kg)}}{\text{taille (en m)}^2}$$

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

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

2.1. Corpulence des adultes

Figure 4.4. Répartition de la population (de 18 ans et plus) (en %) selon l'IMC, (d'après les déclarations des répondants), selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

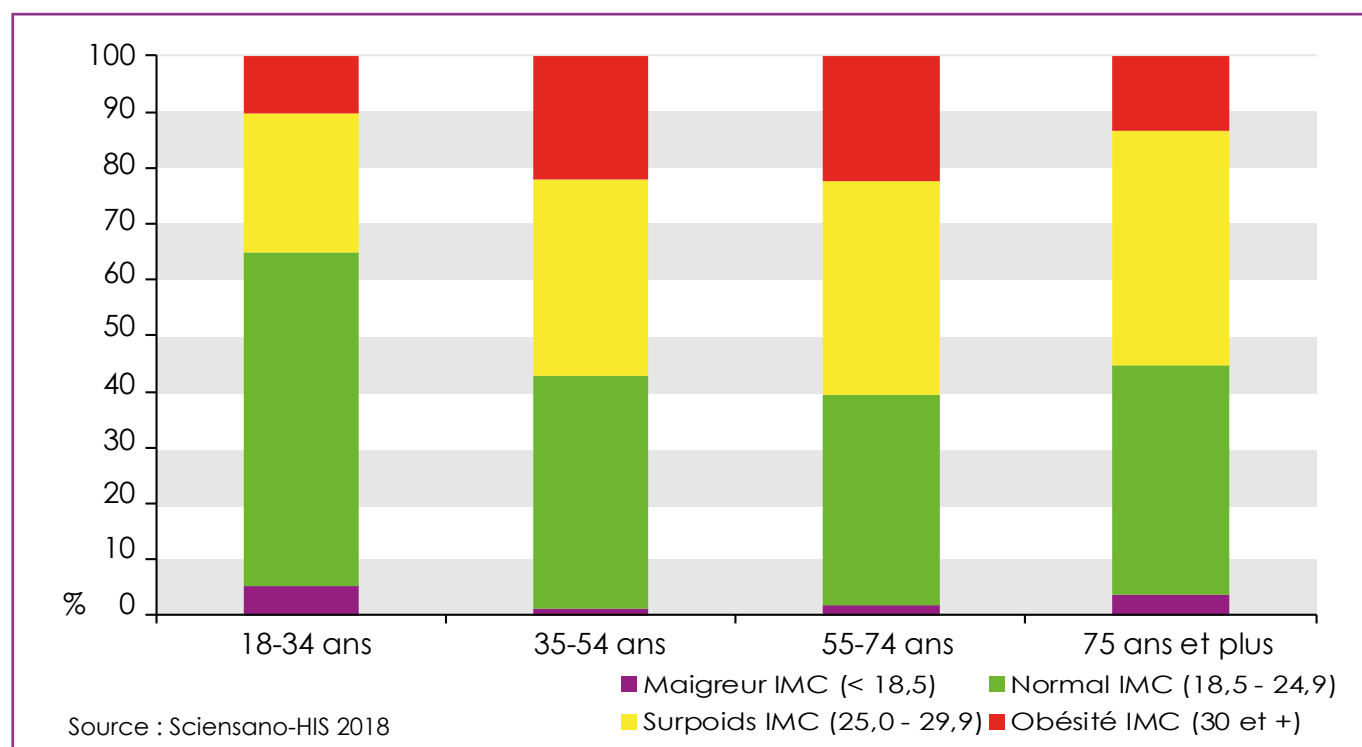


Selon les résultats de l'Enquête nationale de santé par interview de 2018, la proportion d'hommes obèses est supérieure en Hainaut par rapport à la Wallonie et la Belgique. Pour les femmes, la différence n'est significative qu'entre le Hainaut et la Belgique. Les proportions d'hommes et de femmes en surpoids sont similaires en Hainaut, en Wallonie et en Belgique.

En Hainaut, près de deux tiers des hommes (66,1 %) et plus de la moitié des femmes (51,2 %) sont en surpoids ou obèses.

Entre 1997 et 2018, en Hainaut, on constate une augmentation conséquente de la prévalence de l'obésité chez les hommes (+ 11,7 %). Chez les femmes, la différence n'est pas significative.

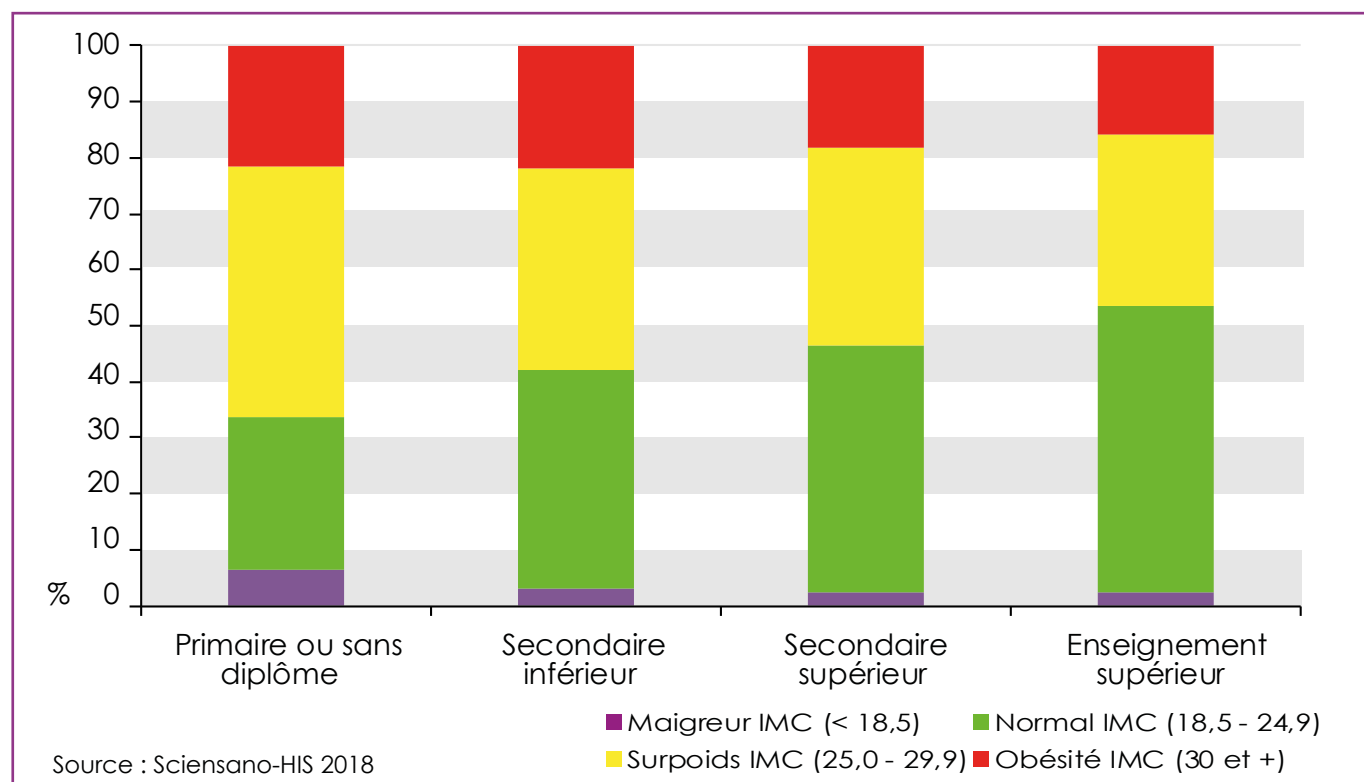
Figure 4.5. Répartition de la population (de 18 ans et plus) (en %) selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2018



En Wallonie, le surpoids et l'obésité touchent près de 6 personnes sur 10 à partir de 35 ans. L'obésité concerne une personne sur 5.

Près de 60 % des jeunes adultes de 18 à 34 ans sont de corpulence normale. Ils sont moins touchés par le surpoids (25 %) et l'obésité (10 %) que les plus âgés.

Figure 4.6. Répartition de la population (de 18 ans et plus) (en %) selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2018



Le surpoids et l'obésité sont liés au niveau d'instruction. En effet, plus celui-ci est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids augmente. Parmi les personnes sans diplôme ou qui disposent seulement d'un diplôme de l'enseignement primaire, plus d'un cinquième sont obèses (21,4 %) et 45,0 % sont en surpoids. Plus le niveau de diplôme est élevé, plus ces proportions sont faibles. Ainsi, l'obésité concerne 15,7 % des personnes diplômées de l'enseignement supérieur, elles sont 30,8 % à être en surpoids.

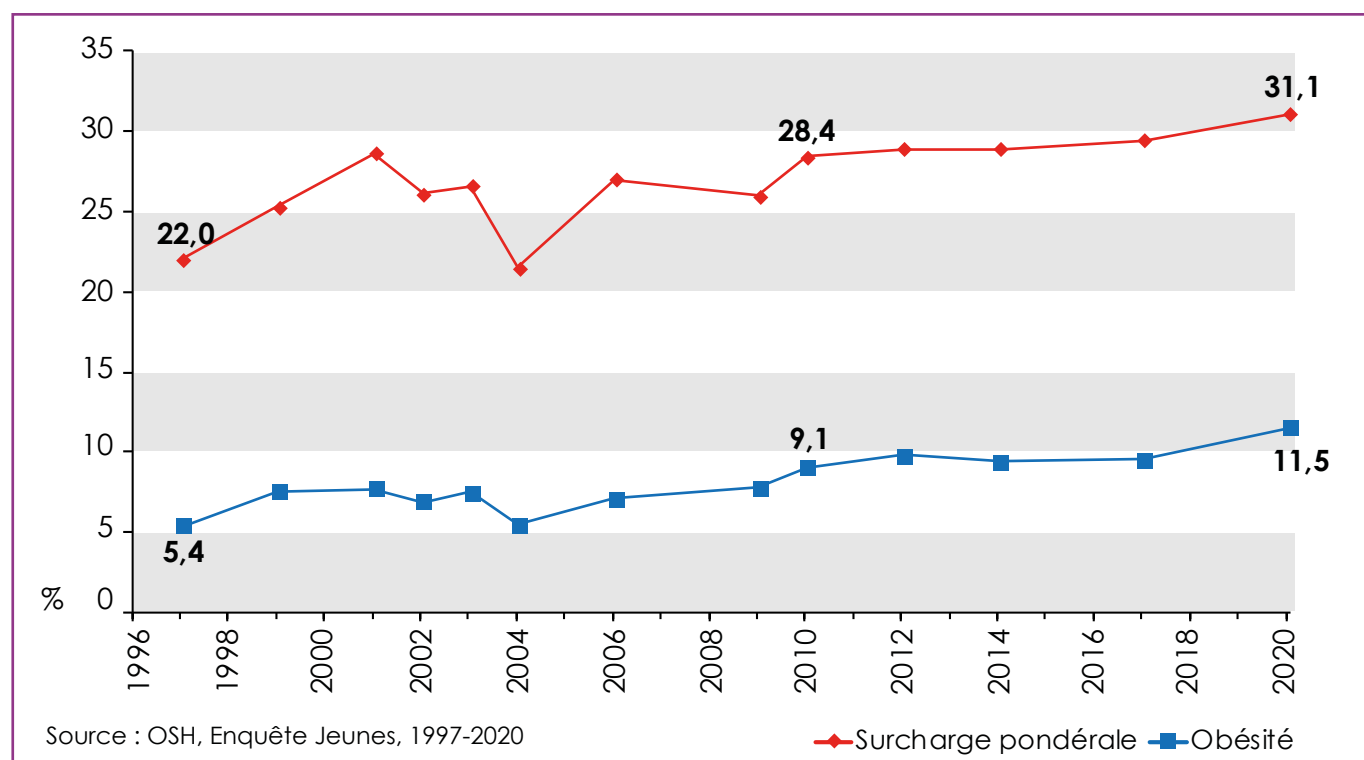
2.2. Corpulence des jeunes

L'épidémie d'obésité touche aussi les enfants et les adolescents. Les différentes enquêtes menées depuis plus de 20 ans en collaboration avec les services de promotion de la santé à l'école (PSE) et les centres psycho-médico-sociaux (PMS) volontaires permettent une récolte de l'IMC mesuré de façon standardisée parmi les jeunes du Hainaut.

La corpulence a été définie à partir de l'IMC. Les seuils de surpoids, d'obésité ou d'insuffisance pondérale sont adaptés en fonction de l'âge des jeunes. La corpulence est un indicateur mesuré depuis 1997 et ce, à chaque enquête avec un protocole standardisé et identique pour chaque enquête.

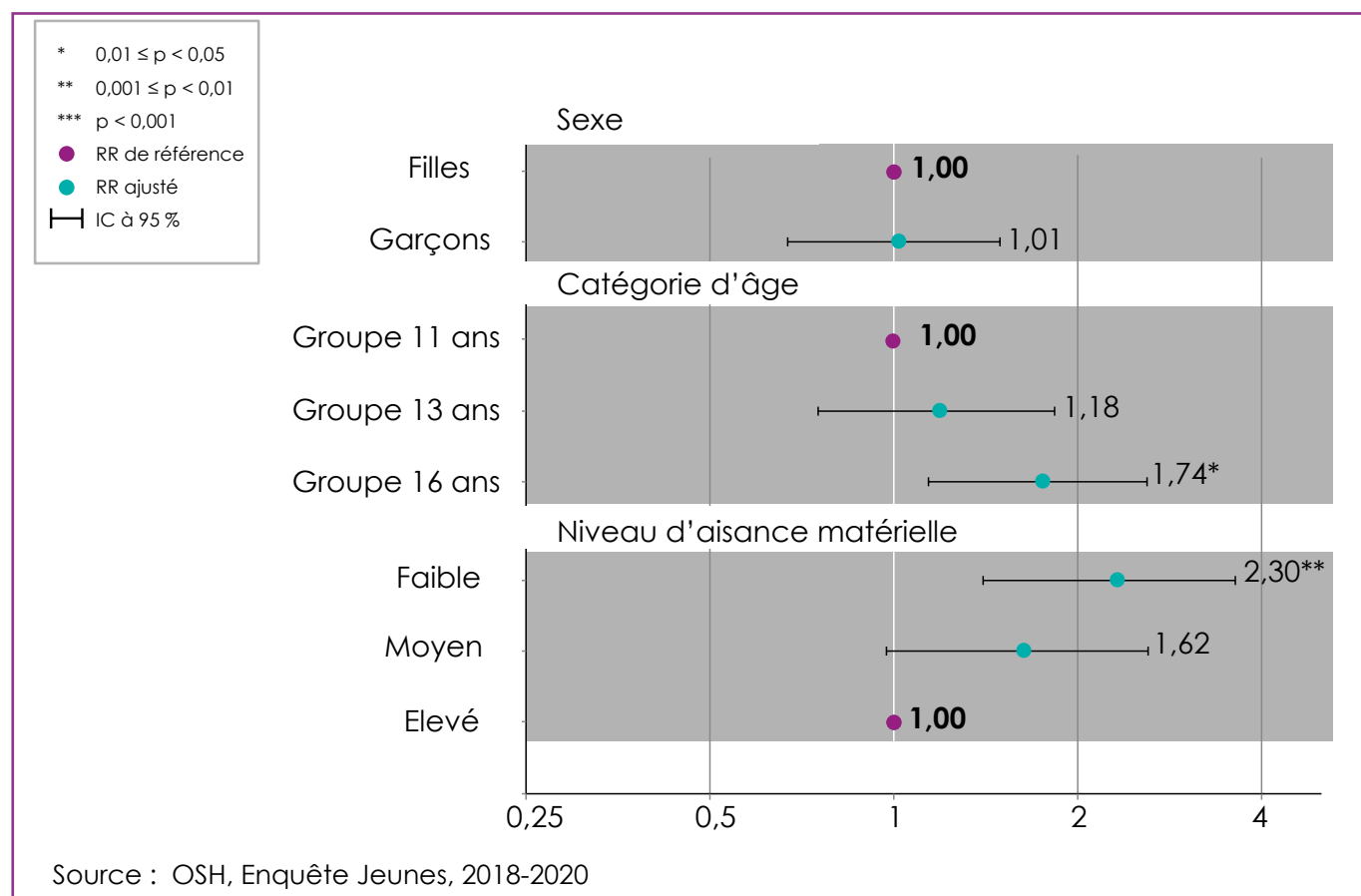
En 2020, le surpoids concerne environ 20 % des jeunes et 12 % sont considérés comme obèses (en tout, 32 % des jeunes sont en situation de surcharge pondérale). L'insuffisance pondérale concerne 8,9 % des jeunes et sa forme sévère représente environ 0,5 % de l'échantillon.

Figure 4.7. Evolution (en %) de l'obésité et de la surcharge pondérale (obésité + surpoids) chez les jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans, selon le sexe, Hainaut, 1997-2020



De 1997 à 2010, on assiste à un quasi-doublement de la fréquence de l'obésité chez les jeunes Hainuyers (de 5,4 % à 9,1 %). La surcharge pondérale (surpoids + obésité) passe de 22,0 % à 28,0 %. Entre 2010 et 2017, la situation s'est stabilisée. En 2020, près d'un tiers (31,1 %) des jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans est en surpoids ou obèse. Le suivi de cet indicateur dans les années à venir permettra de voir si cette stabilisation est durable.

Figure 4.8. Risque relatif d'obésité chez les jeunes Hainuyers de 13 à 17 ans en fonction de facteurs socio-économiques, Hainaut, 2020



Globalement, il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons concernant l'obésité.

Au niveau de l'âge, le risque d'être obèse est multiplié par 1,7 pour les jeunes du groupe d'âge de 16 ans par rapport au groupe d'âge de 11 ans.

Concernant l'aisance matérielle, les jeunes sont 2,3 fois plus susceptibles d'être obèses s'ils ont un niveau d'aisance faible par rapport à ceux d'un niveau élevé.

3. Sédentarité et activité physique

L'activité physique, définie comme "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie" [17], permet d'améliorer son état de santé et réduit le risque de maladies non transmissibles, telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et plusieurs cancers. Elle contribue également à prévenir l'hypertension, à maintenir un poids corporel sain et à améliorer la santé mentale, la qualité de vie et le bien-être. Toute activité physique est préférable à l'absence totale d'exercice.

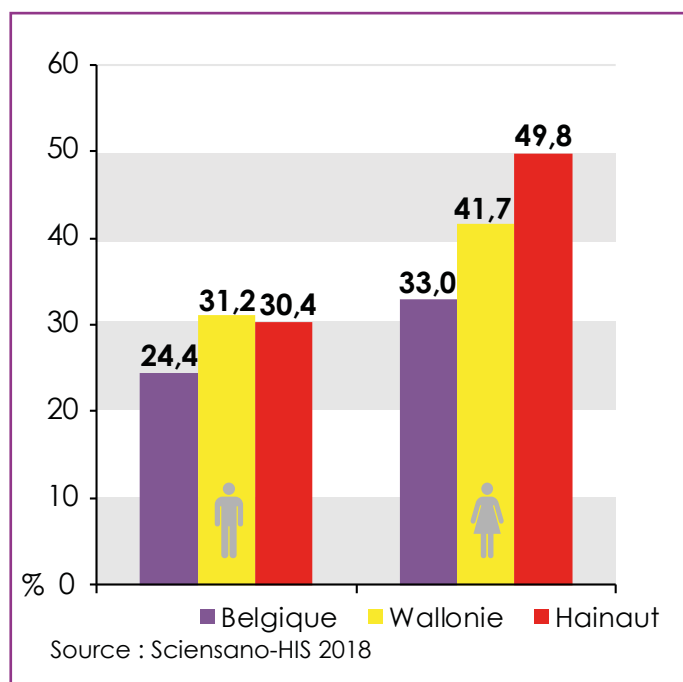
Or, selon l'OMS, à l'échelle mondiale, plus d'un adulte sur 4 (28 %) n'était pas suffisamment actif en 2016. L'OMS précise que depuis 2001, il n'y a pas eu d'amélioration des niveaux mondiaux d'activité physique. Par ailleurs, jusqu'à 5 millions de décès par an pourraient être évités si la population mondiale était plus active.

Cette sédentarité importante et observée à l'échelon mondial est due à nos modes de vie de plus en plus sédentaires, avec le recours aux transports motorisés et l'utilisation accrue des écrans dans le cadre du travail, de l'éducation et des loisirs [18].

3.1. Sédentarité et activité physique chez l'adulte

La sédentarité (ou le comportement sédentaire) est, dans le questionnaire utilisé dans l'enquête de santé, définie comme un ensemble d'activités en état de veille dont la consommation d'énergie est inférieure ou égale à 1,5 MET². Ainsi, les personnes considérées comme sédentaires sont celles qui ont répondu "lecture, TV ou autre activité sédentaire" à la question "Quelle proposition caractérise le mieux vos activités de loisirs au cours de l'année qui vient de s'écouler ?" [19].

Figure 4.9. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) considérées comme sédentaires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



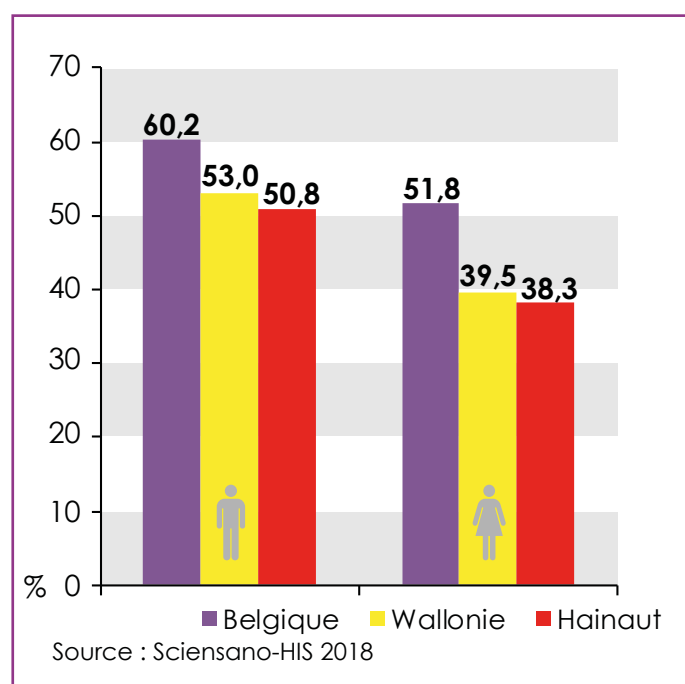
► En Hainaut, près de la moitié des femmes (49,8 %) sont considérées comme sédentaires. En Wallonie et en Hainaut, les femmes sont plus souvent sédentaires qu'en Belgique où cette proportion descend à un tiers (33,0 %). Chez les hommes, les proportions sont plus faibles que les femmes puisqu'on relève 24,4 % d'hommes belges considérés comme sédentaires, 31,2 % d'hommes wallons et 30,4 % d'hommes hainuyers.

2. Metabolic Equivalent of Task (équivalent métabolique, qui est le rapport de la dépense énergétique liée à l'activité physique sur le métabolisme de base). Le MET mesure donc l'intensité de l'activité physique. En dessous de 1,5 MET, on parlera d'activités sédentaires.

Le manque d'activité physique augmente avec l'âge. En Wallonie, la proportion de personnes sédentaires est deux fois plus élevée chez les personnes de 65 ans et plus (48,9 %) que chez les 15-24 ans (24,4 %).

De manière générale, quel que soit le territoire considéré, on observe un gradient entre le niveau d'instruction et la proportion de la population qui court un risque en matière de santé en raison du manque d'activités physiques de loisirs. En effet, en Wallonie, ce pourcentage est plus élevé chez les personnes sans diplôme ou avec un diplôme de l'enseignement primaire (62,3 %) ou chez les personnes avec un diplôme du secondaire inférieur (48,5 %) que chez les personnes ayant un diplôme de secondaire supérieur (44,5 %) ou de l'enseignement supérieur (23,8 %).

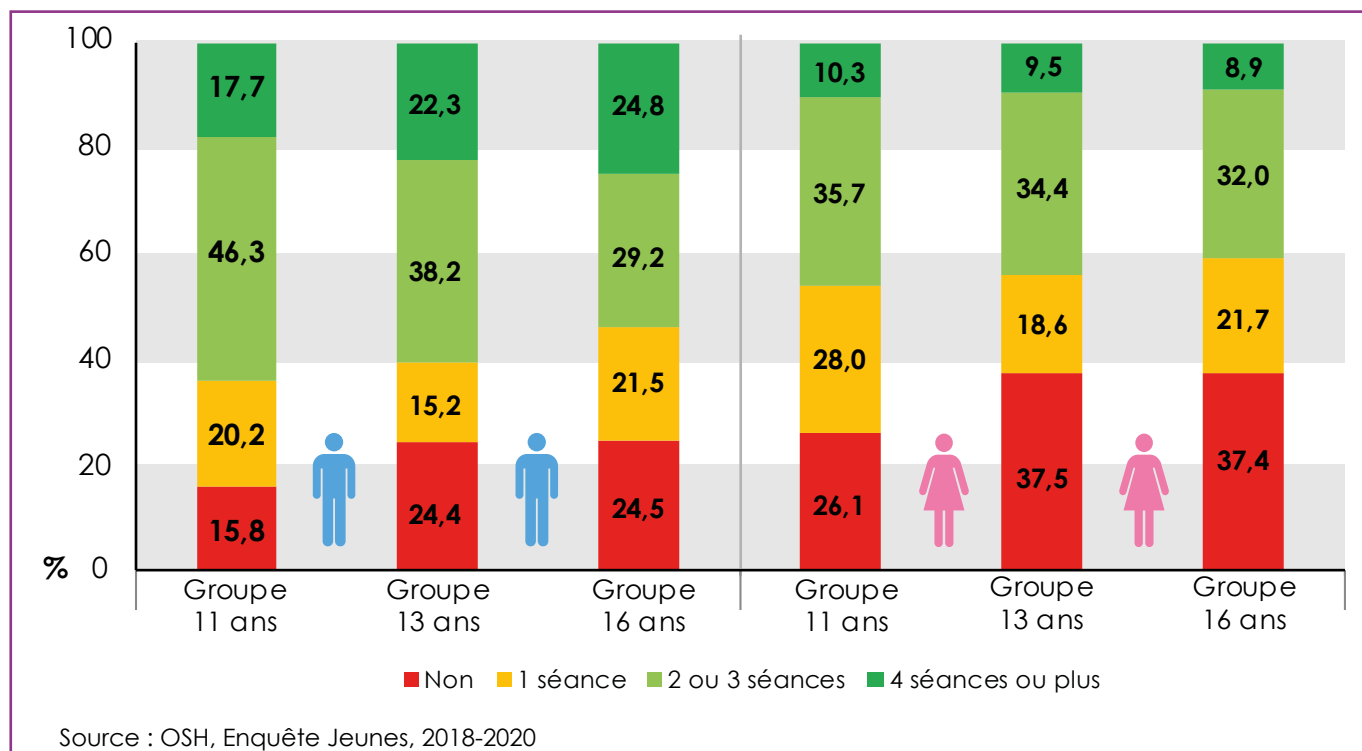
Figure 4.10. Proportion (en %) de personnes (de 18 ans et plus) qui passent au moins 150 minutes par semaine à pratiquer des activités physiques d'intensité au minimum modérée et/ou qui font des activités qui demandent au moins un effort physique modéré au travail, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



► En Hainaut, en 2018, 44,2 % de la population de 18 ans et plus déclarent passer au moins 150 minutes par semaine à des activités physiques au moins modérées (non liées au travail) ou occuper un travail qui demande au moins un effort physique modéré. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (50,8 %) que chez les femmes (38,3 %). Par ailleurs, les proportions en Hainaut sont semblables à celles de Wallonie et plus faibles qu'en Belgique.

3.2. Sédentarité et activité physique chez les jeunes

Figure 4.11. Activité physique la semaine précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge



En Hainaut, les filles déclarent globalement un niveau plus bas d'activité physique que les garçons, et cela peu importe l'âge : elles sont 34 % à n'avoir pas pratiqué d'activité physique ou sportive contre 22 % des garçons. Elles sont également 10 % à avoir déclaré 4 séances ou plus contre 22 % des garçons.

Le groupe des 11 ans déclare moins fréquemment n'avoir pratiqué aucune séance d'activité physique que les plus âgés.

4. Alimentation

Tout comme l'activité physique, une alimentation saine aide à se protéger contre les maladies non transmissibles parmi lesquelles le diabète, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers. Or, les habitudes alimentaires ont changé au cours des dernières années avec une consommation excessive d'aliments très caloriques, riches en graisses, en sucres libres ou en sel. De plus, beaucoup de personnes ne consomment pas suffisamment de fruits, de légumes et de fibres alimentaires. Parmi les causes de ce phénomène, on retrouve notamment la production croissante d'aliments transformés, l'urbanisation rapide et l'évolution des modes de vie [20].

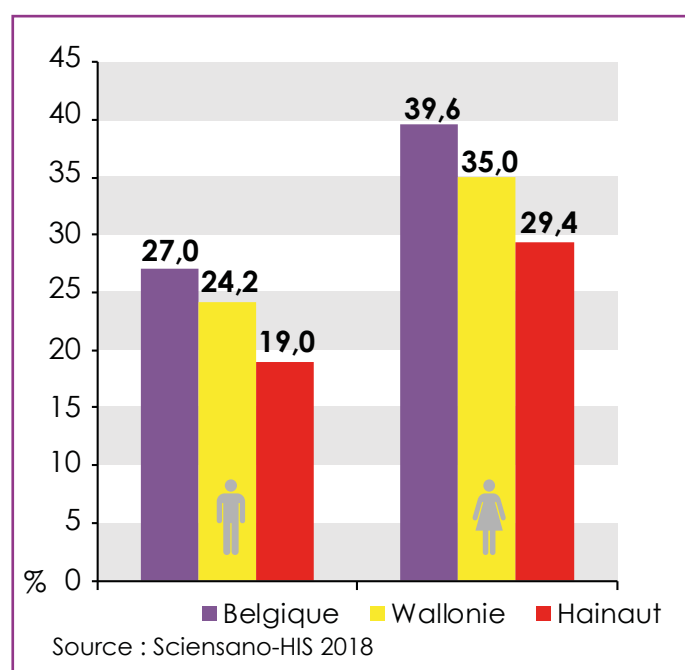
4.1. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les adultes

Les fruits et légumes étant des sources riches en vitamines, en minéraux et en fibres alimentaires, leur consommation contribue à la qualité de vie et est associée à une réduction des taux de mortalité. Les recommandations de l'OMS suggèrent de consommer plus de 400 grammes de fruits et légumes par jour pour améliorer la santé en général et réduire le risque de certaines maladies.

En Belgique, les recommandations nutritionnelles de 2019 du Conseil supérieur de la Santé conseillent une consommation de 250 grammes de fruits (en privilégiant les fruits frais) et de 300 grammes de légumes (frais ou préparés) [21].

Afin de permettre aux répondants de l'enquête d'estimer au mieux la quantité de fruits et légumes consommés, celle-ci est exprimée dans l'enquête en portions [22].

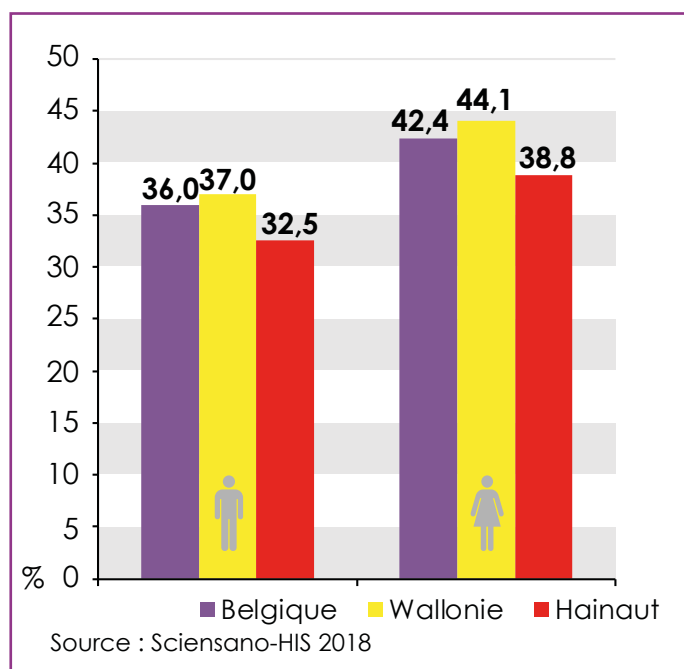
Figure 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins 2 portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



► En Hainaut, environ un quart (24,4 %) de la population âgée de 15 ans et plus déclare consommer au moins 2 portions de fruits par jour. Compte tenu des marges d'erreur, on n'observe pas de différence avec la Wallonie, mais cette proportion est inférieure à celle de la Belgique où un tiers de la population âgée de 15 ans et plus déclare consommer au moins 2 portions de fruits par jour (33,5 %).

Quel que soit le territoire observé, le pourcentage des femmes consommant 2 portions de fruits par jour est plus élevé que celui des hommes.

Figure 4.13. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer quotidiennement au moins 2 portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

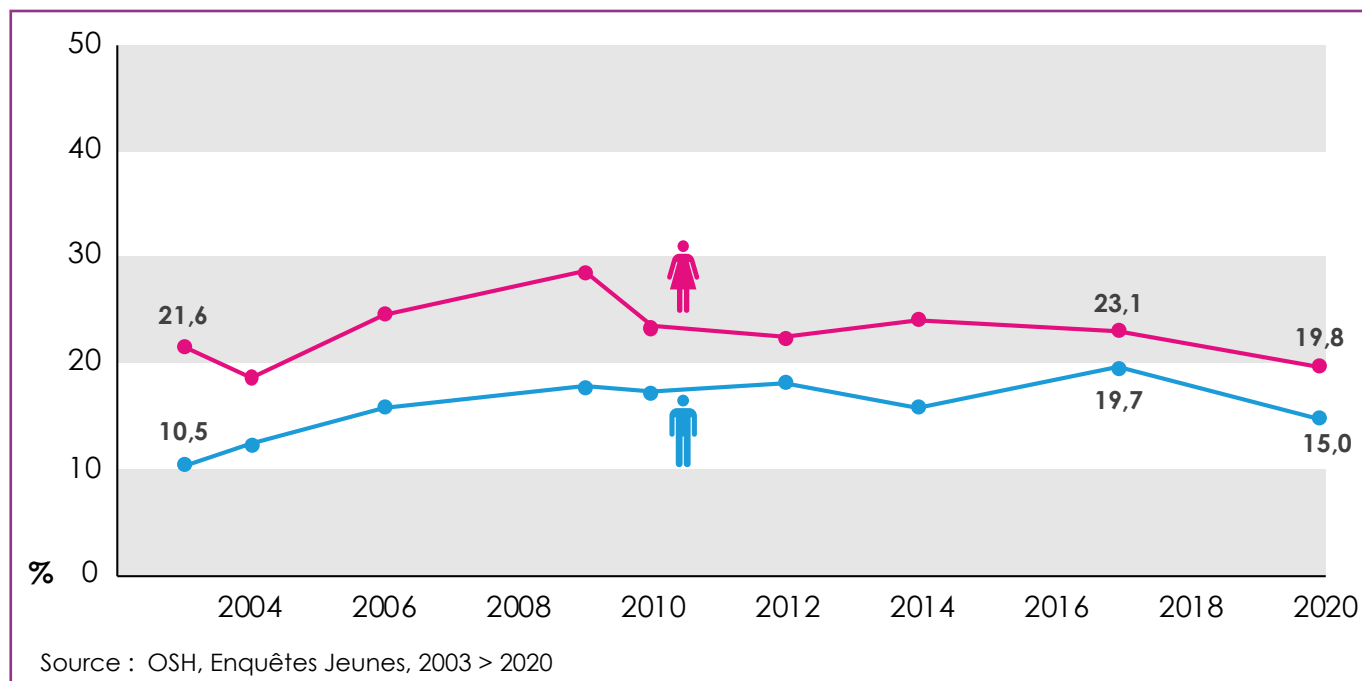


► De manière générale, la consommation quotidienne de légumes est plus fréquente que celle des fruits. En Hainaut, un peu plus d'un tiers de la population âgée de 15 ans et plus déclare consommer quotidiennement au moins 2 portions de légumes (35,7 %). C'est similaire à la Wallonie (40,7 %) et à la Belgique (39,3 %).

Les femmes se déclarent plus nombreuses à consommer au moins 2 portions de légumes chaque jour, en Belgique et en Wallonie.

4.2. Consommation quotidienne de fruits et légumes chez les jeunes

Figure 4.14. Evolution de la consommation quotidienne d'au moins un fruit et un légume, selon le sexe



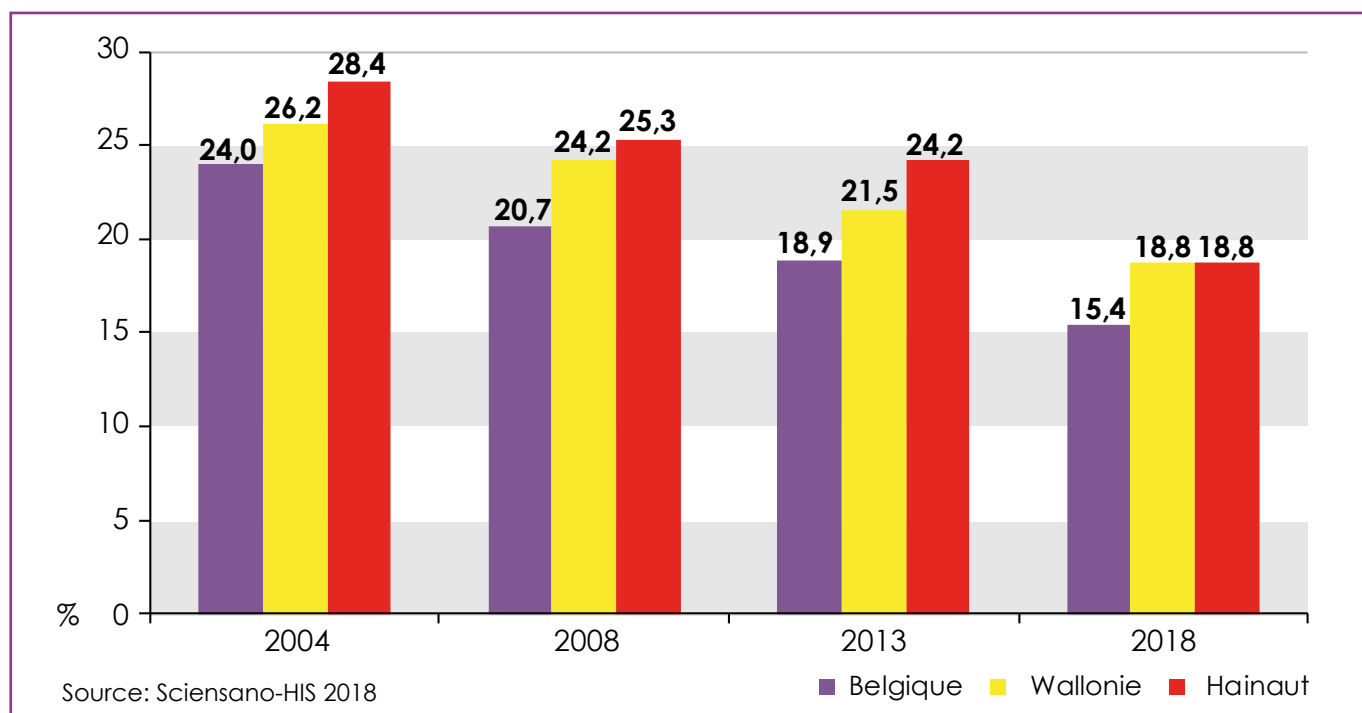
La consommation augmente légèrement de 2003-2004 à 2009-2010 pour ensuite diminuer jusqu'en 2020. Globalement, la consommation est toujours plus importante pour les filles que pour les garçons, mais, globalement, la différence diminue au cours du temps.

5. Consommation de tabac

Le tabagisme est une grave menace pour la santé publique mondiale. Chaque année, on estime à près de 8 millions le nombre de personnes mourant des conséquences du tabagisme. Plus de 7 millions de ces décès sont dus à la consommation de produits du tabac, tandis qu'environ 1,2 million résultent du tabagisme passif [23]. Parmi les nombreuses maladies dues au tabac, on retrouve les maladies cardiovasculaires et les cancers (voies aérodigestives supérieures, poumon...) [24].

5.1. Consommation quotidienne de tabac chez les adultes

Figure 4.15. Evolution de la proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2018

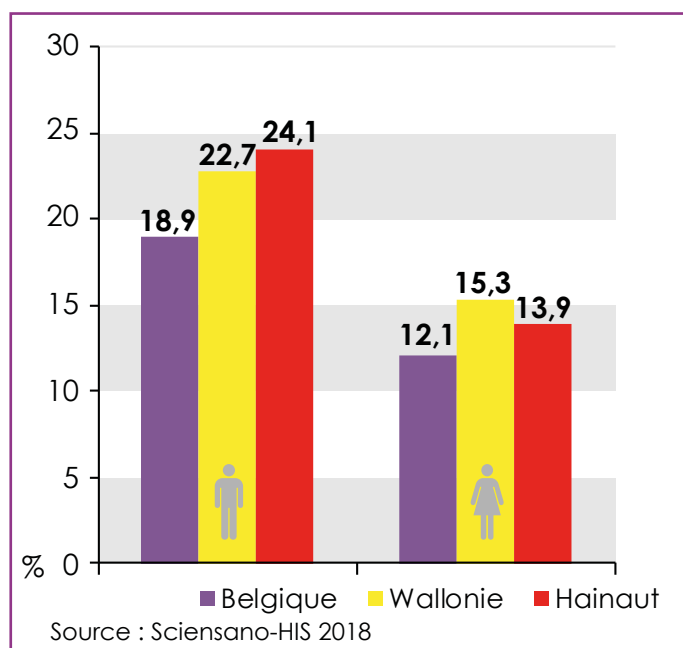


Globalement, quel que soit le territoire, on observe une diminution de la proportion de personnes déclarant fumer quotidiennement au fil du temps.

En 2004, en Hainaut, plus du quart de la population de 15 ans et plus (28,4 %) déclarait fumer quotidiennement. Cette proportion a diminué progressivement jusqu'en 2018 atteignant 18,8 % de fumeurs quotidiens dans la population hainuyère, soit 10 % de moins qu'en 2004.

Il faut noter que cette diminution ne concerne pas de manière égale toute la population. Les couches les plus favorisées (études supérieures, revenus élevés) ont connu de fortes baisses de consommation tandis que parmi les personnes ayant de faibles revenus ou maximum un diplôme d'études primaires, la proportion de fumeurs reste relativement stable [25]. Compte tenu des marges d'erreurs, les proportions de fumeurs quotidiens sont similaires en Hainaut, en Wallonie et en Belgique, quelle que soit l'année d'enquête.

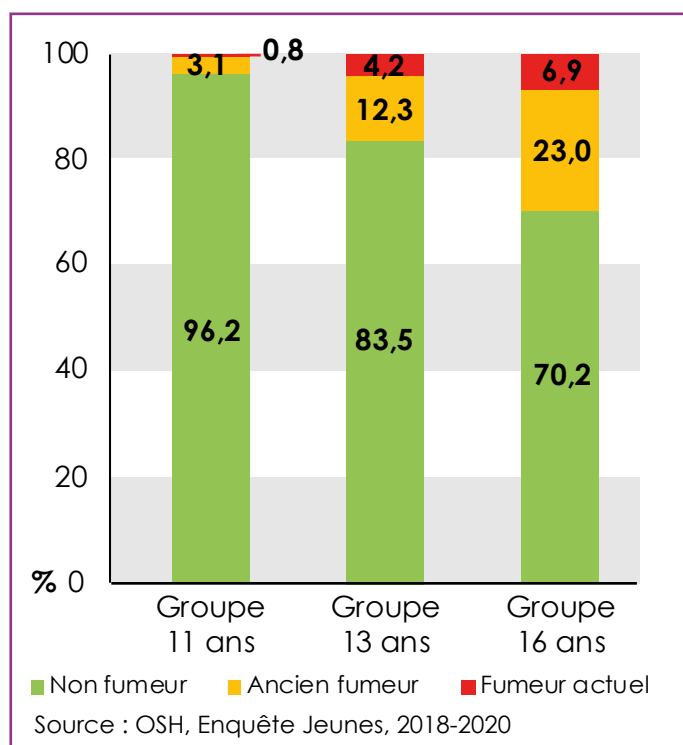
Figure 4.16. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



► Quel que soit le territoire considéré, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer fumer quotidiennement. En Hainaut, près d'un quart (24,1 %) des hommes sont fumeurs quotidiens tandis qu'un peu plus d'une femme sur 7 (13,9 %) est fumeuse.

5.2. Tabagisme chez les jeunes

Figure 4.17. Statut tabagique déclaré, selon le groupe d'âge



► Très peu de jeunes de 11 ans sont d'anciens fumeurs ou fument actuellement. Par contre, les proportions de ces statuts augmentent avec l'âge des jeunes : 4 % des 13 ans déclarent fumer actuellement et 7 % des 16 ans également.

6. Consommation d'alcool

D'après l'OMS, "la consommation de boissons alcoolisées est un phénomène courant lors de réunions amicales ou mondaines. La consommation d'alcool n'en risque pas moins d'entraîner des conséquences sanitaires et sociales néfastes, car elle engendre ivresse, intoxication et accoutumance" [26].

Selon l'OMS, l'abus d'alcool a entraîné en 2016 plus de 3 millions de décès, soit un décès sur 20. Plus de trois quarts de ces décès concernaient des hommes. L'abus d'alcool représente plus de 5% de la charge de morbidité au niveau mondial [27].

Sa consommation est responsable de très nombreuses maladies et est un facteur de risque d'apparition de problèmes de santé tels que les troubles mentaux et comportementaux, y compris la dépendance à l'égard de l'alcool. Elle entraîne des maladies non transmissibles majeures telles que la cirrhose du foie, certains cancers et des maladies cardiovasculaires, ainsi que des traumatismes résultant d'actes de violence et d'accidents de la circulation [28].

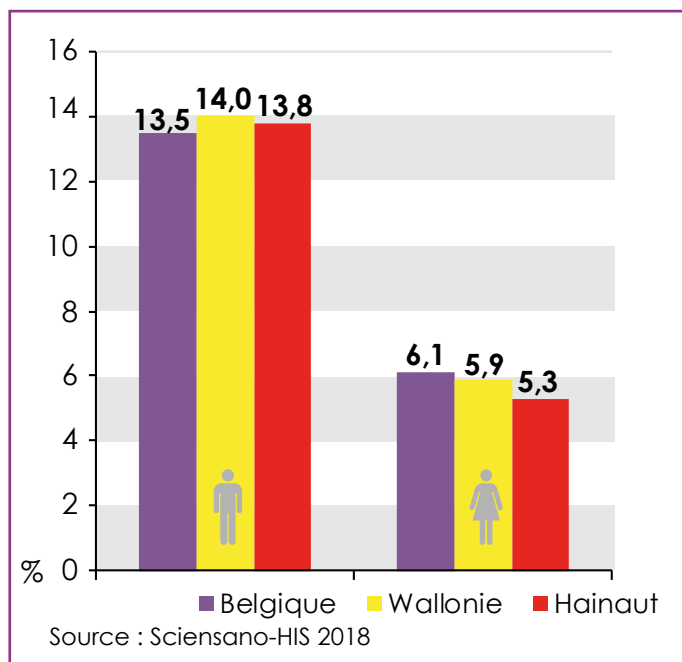
6.1. Consommation d'alcool chez les adultes

Bien qu'elle fasse partie de nos habitudes culturelles, la consommation d'alcool est non seulement nocive pour la santé, mais a des conséquences sur l'entourage familial, social, professionnel et entraîne également des répercussions économiques sur l'ensemble de la société. On estime qu'en Belgique, l'alcool est responsable de 5 % des décès [19].

En 2018, plus de 7 Hainuyers sur 10 (72,7 %) déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. C'est une proportion comparable aux proportions wallonne (76,2 %) et belge (76,6 %).

6.1.1. Consommation quotidienne

Figure 4.18. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018



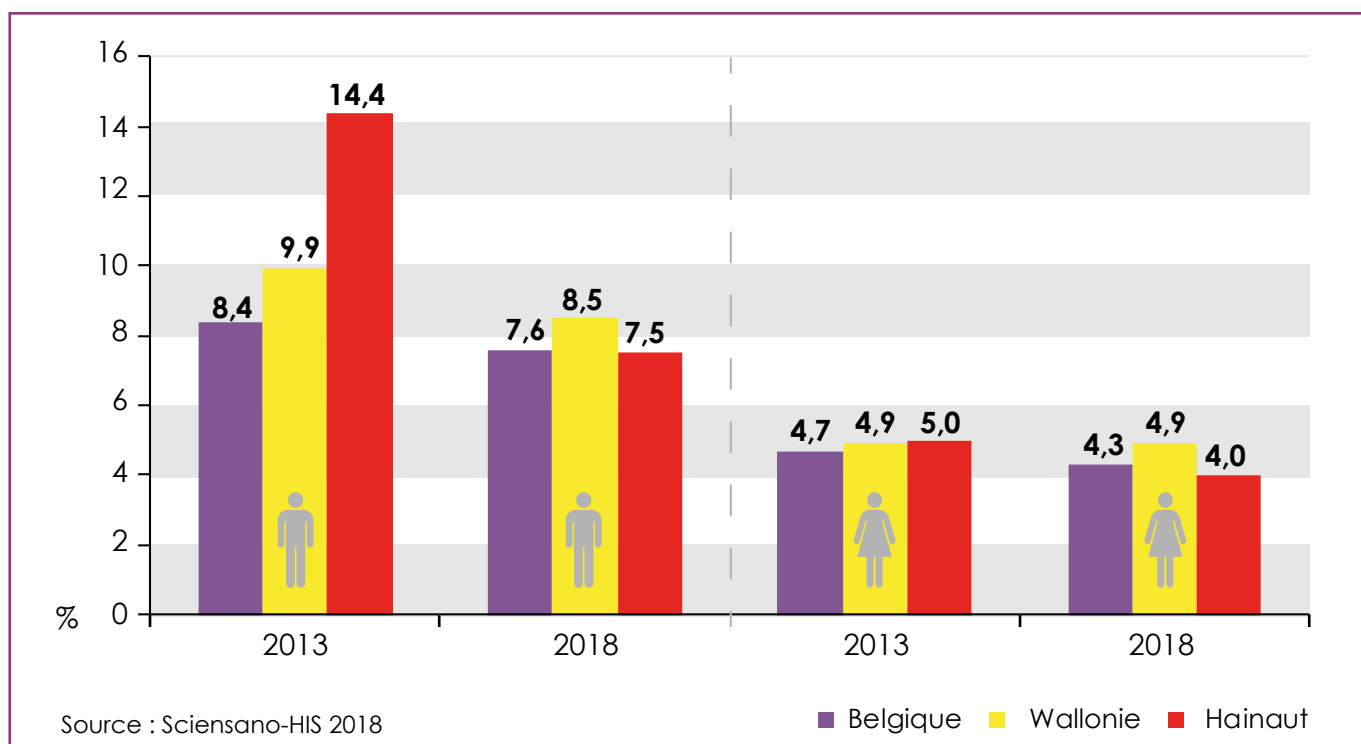
► Les hommes sont plus nombreux à déclarer consommer de l'alcool quotidiennement par rapport aux femmes. En Hainaut, 13,8 % des hommes sont concernés contre 5,3 % des femmes. Ce sont des proportions similaires à celles de la Wallonie et de la Belgique.

Notons qu'en termes d'évolution par rapport à 2013, la proportion de consommateurs quotidiens a diminué à l'échelle nationale et à l'échelle wallonne.

6.1.2. Surconsommation

Dans les données présentées ici, la surconsommation d'alcool correspond à une consommation hebdomadaire de plus de 14 boissons alcoolisées par semaine pour les femmes et plus de 21 boissons alcoolisées par semaine pour les hommes [19].

Figure 4.19. Evolution (en %) de la proportion de surconsommateurs (de 15 ans et plus) d'alcool (14 verres et plus chez les femmes, 21 verres et plus chez les hommes par semaine), selon le sexe, Belgique- Wallonie-Hainaut, 2013-2018



En 2018, la surconsommation d'alcool concerne 7,5 % des hommes et 4,0 % des femmes en Hainaut. Ces proportions sont comparables à celles observées en Wallonie et en Belgique.

Compte tenu des marges d'erreur, la proportion de surconsommateurs en 2018 est similaire à celle de 2013, y compris en Hainaut, et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Un épisode d'hyper-alcoolisation se définit comme la consommation de 6 verres d'alcool ou plus – soit 60 g d'alcool pur – en une occasion [19].

Tableau 4.12. Proportion (en %) de personnes (de 15 ans et plus) déclarant consommer 6 verres ou plus d'alcool en une seule occasion (hyper-alcoolisation) au moins une fois par semaine, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

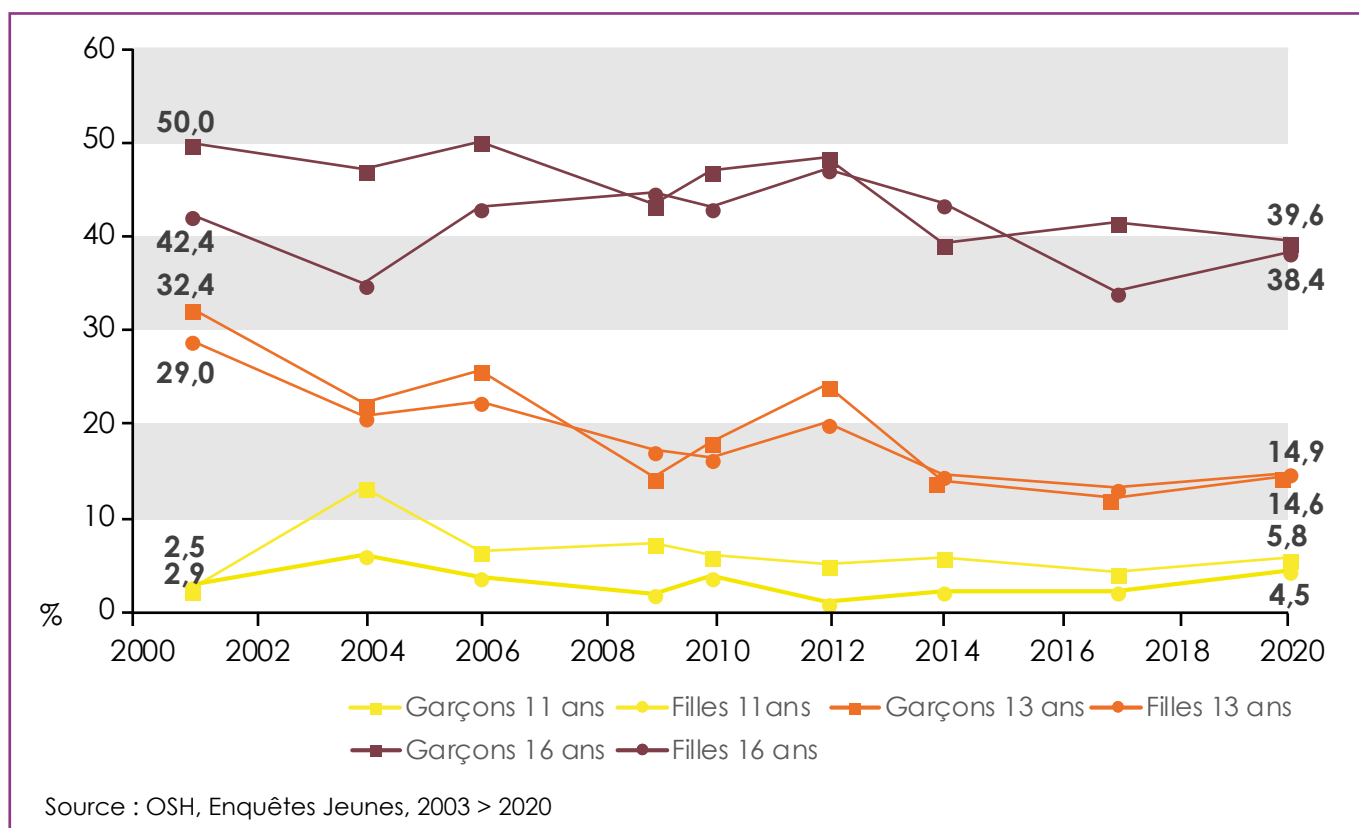
Source : Sciensano-HIS 2018



En Hainaut, 9,5 % des hommes et 4,9 % des femmes déclarent consommer au moins 6 verres d'alcool en une seule occasion, au moins une fois par semaine. Ces proportions sont proches de celles observées en Wallonie et en Belgique.

6.2. Consommation d'alcool chez les jeunes

Figure 4.20. Evolution (en %) de l'ivresse déclarée au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2001-2020



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

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

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

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

7. Bibliographie

1. Les cahiers du développement durable. Qu'est-ce que la santé et quelles sont les interactions avec l'environnement ? 2021. Consultable sur : <http://les.cahiers-developpement-durable.be/vivre/10-sante-et-environnement-definitions/>
2. Sciensano. Facteurs de risque liés au mode de vie. Sciensano ; 2021. Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/facteurs-de-risque-lies-au-mode-de-vie#comment-le-mode-de-vie-et-les-comportements-influencent-ils-la-sant->
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Déterminants sociaux de la santé. Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. OMS ; 2021.
4. Service public fédéral - Direction générale Statistique. Revenus fiscaux. STATBEL ; 2019. Consultable sur : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/revenus-fiscaux>
5. European Commission. Employment and Social Developments in Europe. Leaving no one behind and striving for more : fairness and solidarity in the European social market economy. Luxembourg ; 2020.
6. Conseil supérieur de l'emploi. Etat des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions. CSE ; Juin 2018. Consultable sur : https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse_rapport_juin_2018.pdf
7. Conseil supérieur de l'emploi. Etat des lieux du marché du travail en Belgique et dans les régions dans le contexte du COVID-19 CSE ; Juillet 2020. Consultable sur : https://cse.belgique.be/sites/default/files/content/download/files/cse_2020_etat_des_lieux_covid-19_0.pdf
8. SPP Intégration sociale – Le revenu d'intégration. SPP Intégration Sociale ; 2020. Consultable sur : <https://www.mi-is.be/fr/lequivalent-du-revenu-dintegration-sociale>
9. SPF Sécurité sociale – Direction générale Personnes handicapées. SPF Sécurité sociale ; 2020. Consultable sur : <https://handicap.belgium.be/fr/>
10. Service fédéral des Pensions – La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). SPF Pensions ; 2020. Consultable sur : <https://www.sfpd.fgov.be/fr/droit-a-la-pension/grapa>
11. Jeanmart C. Crédit et surendettement : retour sur l'année 2019. Observatoire du Crédit et de l'Endettement : Marchienne-au-Pont ; Février 2020.
12. Etude du Centre Jean Gol. Les familles monoparentales : un défi de société à relever. CJG ; 2018. Consultable sur : <https://www.cjg.be/wp-content/uploads/2020/02/CJG-Etude-Famille-monoparentale.pdf>
13. Berger A. Famille monoparentale : attention pauvreté. Réseau Financité ; Décembre 2019. Consultable sur : https://www.financite.be/sites/default/files/references/files/analyse_monoparentalite_-_ab.docx.pdf
14. Revue du Conseil économique et social de Wallonie. Le logement public en Wallonie : diagnostic et perspectives. CESW ; Octobre 2018. Trimestriel n°139. Consultable sur : https://www.cesewallonie.be/sites/default/files/uploads/publications/pdf/W139_web.pdf
15. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS). Logements publics déclarés par la commune. Métadonnées. Iweps ; Janvier 2020.
16. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids, principaux repères. OMS ; 20 août 2020. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

17. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. OMS ; 17 avril 2004. Consultable sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/20737/A57_9-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Activité physique, principaux repères. OMS ; 26 novembre 2020. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
19. Gisle L, Drieskens S, Charafeddine R, Demarest S, et al. Enquête de santé 2018 : Style de vie. Résumé des résultats. Bruxelles, Belgique : Sciensano.
20. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Alimentation saine, principaux repères. OMS ; 23 octobre 2018. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
21. Conseil Supérieur de la Santé. Recommandations alimentaires pour la population belge adulte-2019. CSS n° 9284 ; Juin 2019.
22. Drieskens S, Charafeddine R, Gisle L. Enquête de santé 2018 : Habitudes nutritionnelles. Bruxelles, Belgique ; Sciensano ; Numéro de rapport : D/2019/14.440/64. Consultable sur : www.enquetesante.be
23. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Tabac, principaux repères. OMS ; 27 mai 2020. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
24. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le tabac et le corps humain. OMS ; 2019. Consultable sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324849/WHO-NMH-PND-19.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Asbl Hainaut Santé - Livre blanc - Promotion d'environnements sans tabac pour les populations vulnérables en Hainaut - Recommandations aux autorités locales et régionales, 2017. Consultable sur : <https://observatoiresante.hainaut.be/produit/livre-blanc-promotion-denvironnements-sans-tabac-pour-les-population-vulnerables-du-hainaut/>
26. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool. Thèmes de santé. OMS ; 21 septembre 2018. Consultable sur : https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/
27. Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'abus d'alcool tue chaque année plus de 3 millions de personnes. OMS ; Communiqué de presse 21 septembre 2018. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men#:~:text=millions%20de%20personnes-,L'abus%20d'alcool%20tue%20chaque%20ann%C3%A9e%20plus,de%203%20millions%20de%20personnes&text=Selon%20un%20rapport%20publi%C3%A9%20aujourd,ces%20d%C3%A9c%C3%A8s%20concernaient%20des%20homme>
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Consommation d'alcool, principaux repères. OMS ; 21 septembre 2018. Consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Chapitre 5

OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES



Faits marquants

- **Avec 4,7 lits en hôpital général pour 1 000 habitants, l'offre hospitalière hainuyère est supérieure aux moyennes wallonne et nationale** (4,3 lits pour 1 000 habitants). Cependant, l'offre varie selon les arrondissements.
- **La capacité d'accueil des personnes âgées est plus importante qu'en Wallonie**. Le Hainaut présente des densités de lits en maisons de repos (MR : 41,7 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus) et en maisons de repos et de soins (MRS : 38,4 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus) plus élevées qu'en Wallonie (respectivement 37,5 et 35,0). Cependant, cette capacité d'accueil doit être analysée en tenant compte de l'importante occupation des places par des Français, particulièrement dans les communes frontalières.
- **On recense un médecin généraliste "actif" pour 1 058 habitants** : le Hainaut dispose de moins de généralistes que la Wallonie (un pour 992 habitants). La situation risque de s'aggraver dans les années à venir car plus de la moitié des médecins généralistes du Hainaut ont plus de 55 ans. Le manque de jeunes médecins se fait davantage sentir dans les petites communes rurales.
- **On assiste à une féminisation importante de la médecine**. Parmi les médecins généralistes hainuyers de moins de 40 ans, près de deux tiers sont des femmes (65,9 %) ; la proportion de femmes parmi les anesthésistes de moins de 40 ans est de 62,5 % et la proportion de femmes atteint 80,6 % des gynécologues de moins de 40 ans en Hainaut.
- **Le taux de couverture des places d'accueil des enfants de 0 à 2,5 ans est plus faible en Hainaut (32,4 %) qu'en Wallonie (38,0 %) et se situe en dessous de l'objectif de Barcelone qui préconise 33 % de taux de couverture**. Au sein même de la province, de grandes disparités sont observées puisque ce taux s'échelonne de 8,0 % (Merbes-le-Château et Mont-de-l'Enclus) à 73,9 % (Chimay). Ces chiffres sont susceptibles d'évoluer vu la réforme de l'accueil de la petite enfance.
- **La pratique collective en Associations de santé intégrée (ASI) se révèle plus importante en milieu urbain**. Au fil du temps, le nombre d'associations (maison médicale ou association de soins intégrés) augmente. Le Hainaut compte 29 ASI, essentiellement implantées à Tournai, Mons et Charleroi.
- **L'accessibilité à différents services, notamment dans la Botte du Hainaut et plus globalement en milieu rural, se révèle plus difficile** : planning familial, service de santé mentale.

1. Offre de soins

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

En Hainaut, l'offre de soins est globalement bien répartie sur les 7 arrondissements. Il demeure cependant que certaines communes, essentiellement rurales, font état d'une pénurie de certaines professions de santé (médecins généralistes, infirmiers, dentistes...), augmentant ainsi les difficultés d'accès aux soins de première ligne [1].

1.1. Structures hospitalières

Les attentes et les exigences envers le secteur hospitalier sont multiples : médicales d'abord, puisque les hôpitaux doivent fournir les soins de la meilleure qualité, avec des techniques évoluant en permanence, et ce, dans un contexte où les contraintes réglementaires et budgétaires sont de plus en plus importantes. Les attentes sont sociétales également : les hôpitaux doivent répondre aux besoins de la population en proposant des services accessibles à tous et ce, quels que soient le statut économique ou les croyances des patients [2].

Les principaux changements des dernières années sont les suivants : la mise en place de réseaux hospitaliers et les nombreuses fusions, la réorientation du financement des hôpitaux, la structuration de l'activité hospitalière par le biais de programmes de soins et la réduction de la durée de séjour des patients à l'hôpital [3].

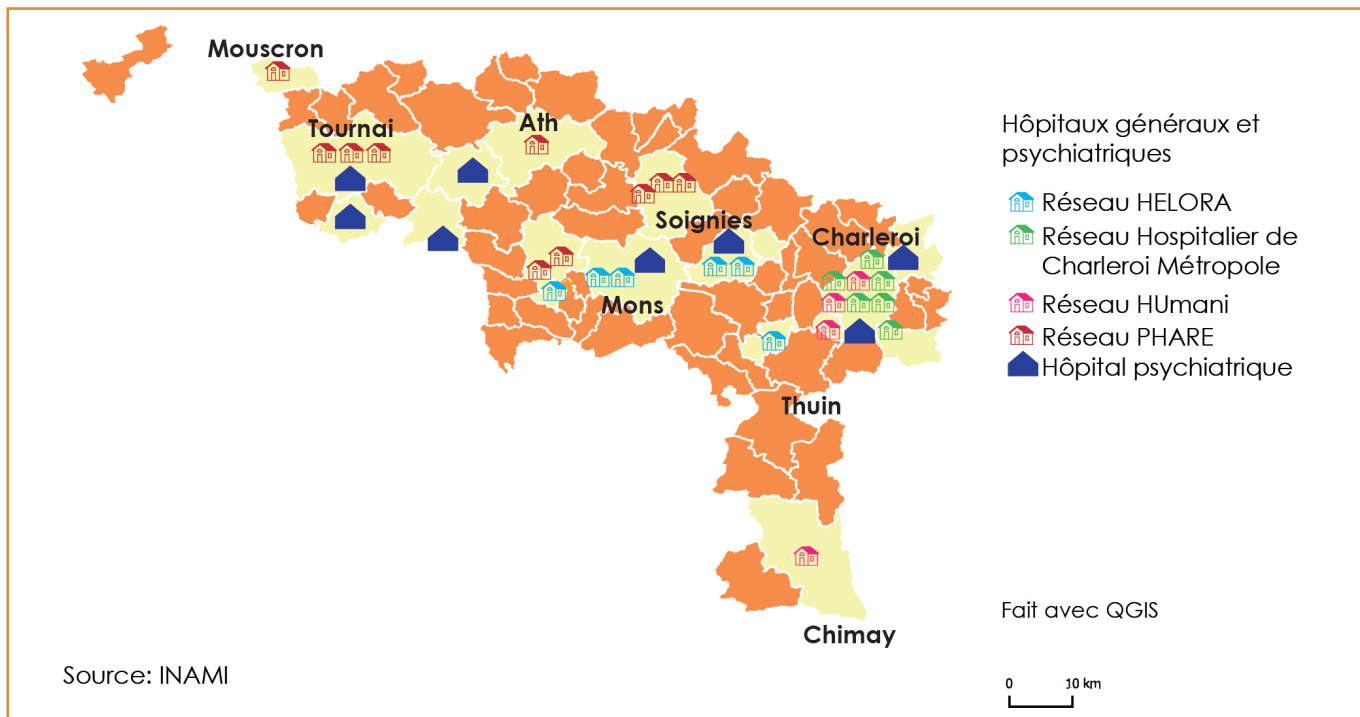
Il existe plusieurs types d'établissements hospitaliers. Nous traiterons plus particulièrement des hôpitaux généraux, universitaires et psychiatriques.

Un hôpital général accueille les patients aussi bien de jour que de nuit pour une aide médicale spécialisée et offre des traitements de chirurgie et de médecine interne, complétés par diverses autres disciplines telles que la gériatrie, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie, la neuropsychiatrie ou la révalidation, par exemple.

Les hôpitaux universitaires possèdent les mêmes services que les hôpitaux généraux mais se voient également attribuer les missions de formation des professionnels de santé, de recherche scientifique et de développement de nouvelles technologies. Ils sont reliés à une université disposant d'une faculté de médecine proposant un cursus complet [4].

Les hôpitaux psychiatriques sont davantage destinés aux soins de santé mentale de plus longue durée. Ils sont soumis aux mêmes normes d'agrément que les hôpitaux généraux. Le séjour en hôpital psychiatrique est cependant appelé à être à la fois le plus bref et le plus spécialisé possible, et avant tout orienté vers la réinsertion sociale [5].

Carte 5.1. Répartition des hôpitaux généraux et psychiatriques, Hainaut, 2021



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

On trouve 8 hôpitaux psychiatriques sur le territoire hainuyer, mais aucun dans la Botte du Hainaut.

Tableau 5.1. Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2021

		Hôpitaux généraux et universitaires		Hôpitaux psychiatriques	
		Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.	Nombre de lits	Densité pour 1 000 hab.
Belgique		49 788	4,3	15 857	1,4
Wallonie		15 552	4,3	4 726	1,3
Hainaut		6 295	4,7	1 915	1,4
Arrondissements	Ath	237	1,8	0	0,0
	Charleroi	2 066	5,2	521	1,3
	Mons	1 410	5,4	389	1,5
	Soignies	246	2,3	291	2,8
	Thuin	302	3,3	0	0,0
	Tournai-Mouscron	1 010	4,5	714	3,2
	La Louvière	1 024	7,2	0	0,0

Source : SPF Santé Publique, calculs OSH

Le nombre de lits hospitaliers généraux et universitaires s'élève à 6 295 sur le territoire du Hainaut, correspondant à une densité de 4,7 lits pour 1 000 habitants. C'est plus élevé qu'en Wallonie et en Belgique (4,3 lits/1 000 hab.).

Les arrondissements de La Louvière (7,2 lits/1 000 hab.), de Charleroi (5,2 lits/1 000 hab.) et de Mons (5,4 lits/1 000 hab.) présentent la plus haute densité de lits pour les hôpitaux généraux et universitaires et comptabilisent plus des deux tiers des lits hospitaliers de l'ensemble de la province.

A l'inverse, les arrondissements d'Ath et de Soignies sont moins bien desservis et présentent les plus faibles densités de lits pour 1 000 habitants (respectivement 1,8 et 2,3 lits/1 000 hab.).

La densité de lits au sein des hôpitaux psychiatriques est de 1,4 lit pour 1 000 habitants en Hainaut, ce qui est équivalent à la densité belge (1,4 lit/1 000 hab.) et légèrement supérieur à la densité wallonne (1,3 lit/1 000 hab.). Les arrondissements de Tournai et de Charleroi comptabilisent près de deux tiers des lits psychiatriques. Trois arrondissements n'en comptent aucun : Ath, Thuin et La Louvière.

Tableau 5.2. Equipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

	Belgique	Wallonie	Hainaut
SMUR	96	37	16
Scanner	157	54	22
RMN	134	43	17
Radiothérapie	31	8	5
Centre de dialyse	54	20	9

Source: SPF Santé Publique

Les hôpitaux généraux du Hainaut rassemblent 16 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), 23 scanners et 17 installations de résonance magnétique nucléaire (RMN). On recense également 5 centres de radiothérapie sur le territoire et 9 centres de dialyse.

1.2. Maisons de repos et maisons de repos et de soins

Avec un vieillissement de la population déjà bien présent et qui continue à s'intensifier, les maisons de repos jouent un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non. Il est important de noter que les maisons de repos ne sont pas la seule solution pour la prise en charge des personnes vieillissantes.

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

La maison de repos et de soins (MRS) est "la maison de repos qui s'inscrit dans le cadre de l'article 5 de la loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins" c'est-à-dire celle qui organise "la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter".

L'entrée dans un établissement d'hébergement ou d'accueil pour personnes âgées est possible à partir de 60 ans (sauf à titre exceptionnel sur demande de l'établissement auprès du Service Public de Wallonie) [6].

Tableau 5.3. Nombre et densité de lits MR et MRS, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020

		Nombre de MR et MRS	Lits MR		Lits MRS		Lits MR + MRS
			Nombre	Densité pour 1 000 hab de 65 ans et +	Nombre	Densité pour 1 000 hab de 65 ans et +	Total
Wallonie		606	25 984	37,5	24 258	35,0	50 242
Hainaut		238	10 697	41,7	9 847	38,4	20 544
Arrondissements	Ath	21	951	39,0	940	38,5	1 891
	Charleroi	60	2 578	35,0	2 340	31,7	4 918
	Mons	39	1 814	37,3	1 770	36,4	3 584
	Soignies	16	704	36,4	789	40,7	1 493
	Thuin	15	573	30,4	542	28,7	1 115
	Tournai Mouscron	66	2 965	67,3	2 454	55,7	5 419
	La Louvière	21	1 112	40,9	1 012	37,3	2 124

Source : AVIQ, calculs OSH

L'ensemble des MR et MRS en Wallonie comptabilisent un total de 50 242 lits, dont 24 258 sont agréés en repos et soins. Plus de 40 % de ces lits (MR+ MRS) se situent en Hainaut.

Avec 41,7 lits pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, le Hainaut a une meilleure densité de lits MR par habitant que la Wallonie (37,5 lits/1 000 hab. de 65 ans et plus) et de lits MRS également (densité de 38,4 lits/1 000 hab. de 65 ans et plus en Hainaut contre 35,0 en Wallonie).

L'arrondissement de Tournai présente le nombre de lits le plus élevé et les plus fortes densités de lits MR (67,3 lits/1 000 hab. de 65 ans et plus) et MRS (55,7 lits/1 000 hab. de 65 ans et plus), mais ces lits sont très largement occupés par des résidents français. Les arrondissements de Charleroi (4 918 lits) et de Mons (3 584 lits) présentent aussi une offre de lits MR et MRS importante.

Avec 30,4 lits MR et 28,7 lits MRS pour 1 000 habitants de 65 ans et plus, l'arrondissement de Thuin présente une offre de lits MR et MRS très inférieure aux moyennes régionale et provinciale.

1.3. Médecins

Afin d'évaluer au mieux l'offre de soins en matière de professionnels de santé, nous avons décidé d'utiliser des données reflétant au mieux la réalité de terrain en ciblant les professionnels réellement actifs sur leur territoire. Pour les données relatives aux médecins généralistes, celles-ci sont directement liées au lieu d'activité et non au lieu de résidence, comme cela était le cas dans nos versions précédentes. De ce fait, nous recommandons une extrême prudence en cas de comparaisons entre les différentes éditions des tableaux de bord.

1.3.1. Médecins généralistes

Les médecins recensés dans les données suivantes sont les médecins repris dans le cadastre des médecins généralistes actifs en médecine générale, établi par l'AVIQ. Ce cadastre est réalisé avec l'aide des cercles de médecins généralistes qui mettent à jour la liste des médecins actifs dans la ou les communes de leur cercle. Sont inclus dans ce cadastre tous les médecins généralistes, quel que soit leur âge, dont le numéro d'agrément INAMI se termine par 003 ou 004 et qui déclarent pratiquer la médecine générale sur le territoire wallon (médecins généralistes actifs). Les médecins qui ne sont pas repris sont ceux qui : sont en formation, pensionnés ou radiés, exercent une autre activité médicale que la médecine générale classique (nutrition, acupuncture, homéopathie, médecine sportive, préventive...), exercent en hôpital, sont en arrêt de travail.

La pratique de la médecine générale a fortement évolué au cours des dernières années. Les jeunes médecins pratiquent davantage en groupe ou en association, ceci afin de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Par ailleurs, les médecins généralistes sont de plus en plus âgés ; le métier voit également une féminisation de plus en plus importante [7].

Tableau 5.4. Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019

		Nombre de médecins généralistes			Nombre d'habitants par médecin généraliste
		Femmes	Hommes	Total	
Wallonie		1 583	2 080	3 663	992
Hainaut		500	771	1 271	1 058
Arrondissements	Ath	43	84	127	1 007
	Charleroi	166	212	378	1 049
	Mons	104	138	242	1 070
	Soignies	45	53	98	1 067
	Thuin	23	60	83	1 105
	Tournai-Mouscron	73	141	214	1 044
	La Louvière	46	83	129	1 093

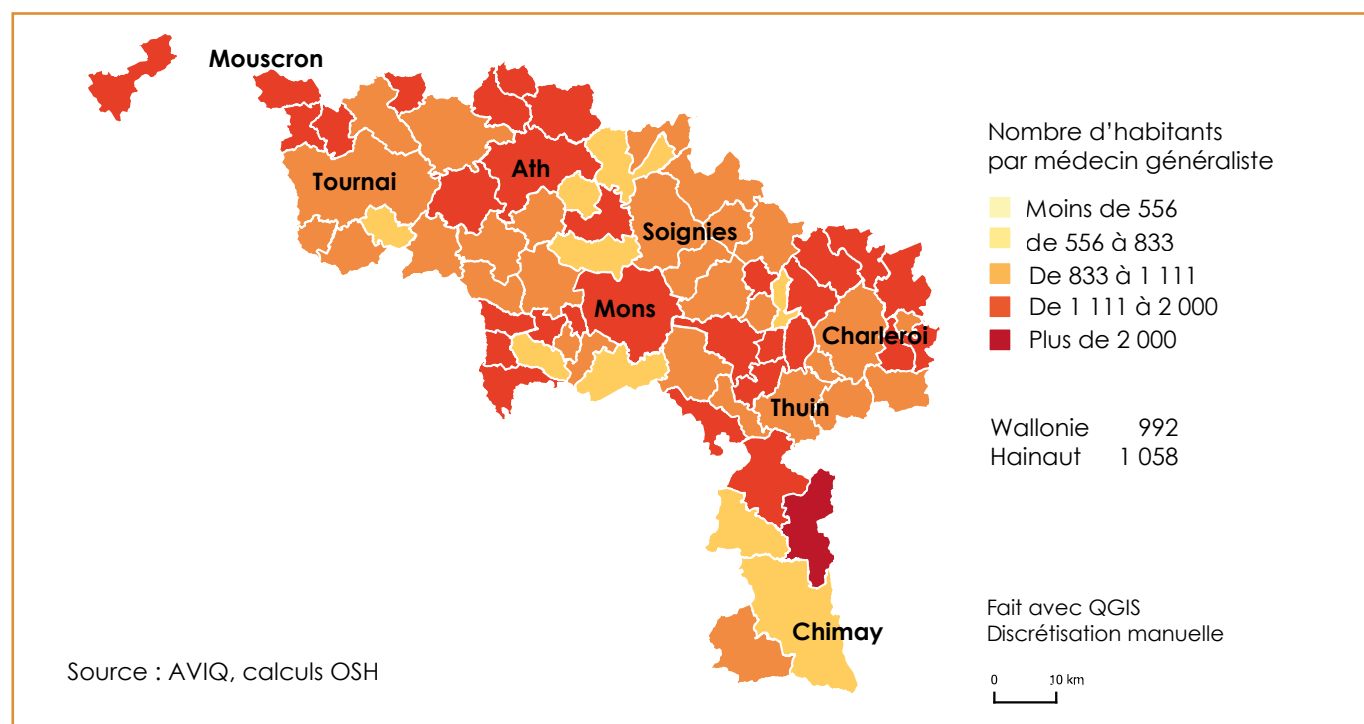
Source : AVIQ, calculs OSH

En 2019, la Wallonie comptait 3 663 médecins généralistes dont 1 271 en Hainaut. Cela représente pour le Hainaut, un médecin pour 1 058 habitants, ce qui est moins favorable qu'en Wallonie où l'on compte un médecin pour 992 habitants.

Au sein de la province, la densité médicale la plus élevée se retrouve au sein de l'arrondissement d'Ath (1 007 habitants par médecin généraliste). A l'inverse, l'arrondissement de Thuin présente la densité médicale la plus faible correspondant à 1 105 patients potentiels par médecin.

La Wallonie a mis en place le projet IMPULSEO I qui consiste en l'octroi d'une prime pour encourager l'installation des médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires. La prime vise à aider le médecin généraliste pour une nouvelle installation à savoir une première installation ou le déménagement vers une zone à faible densité de médecins [8]. Trois types de zones d'installation sont définies, dont une zone de médecine générale dont la densité médicale est faible ou risque de le devenir. Le montant de la prime peut varier en fonction de la densité de médecins généralistes et dans certains cas également de la densité de population.

Carte 5.2. Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, 2019



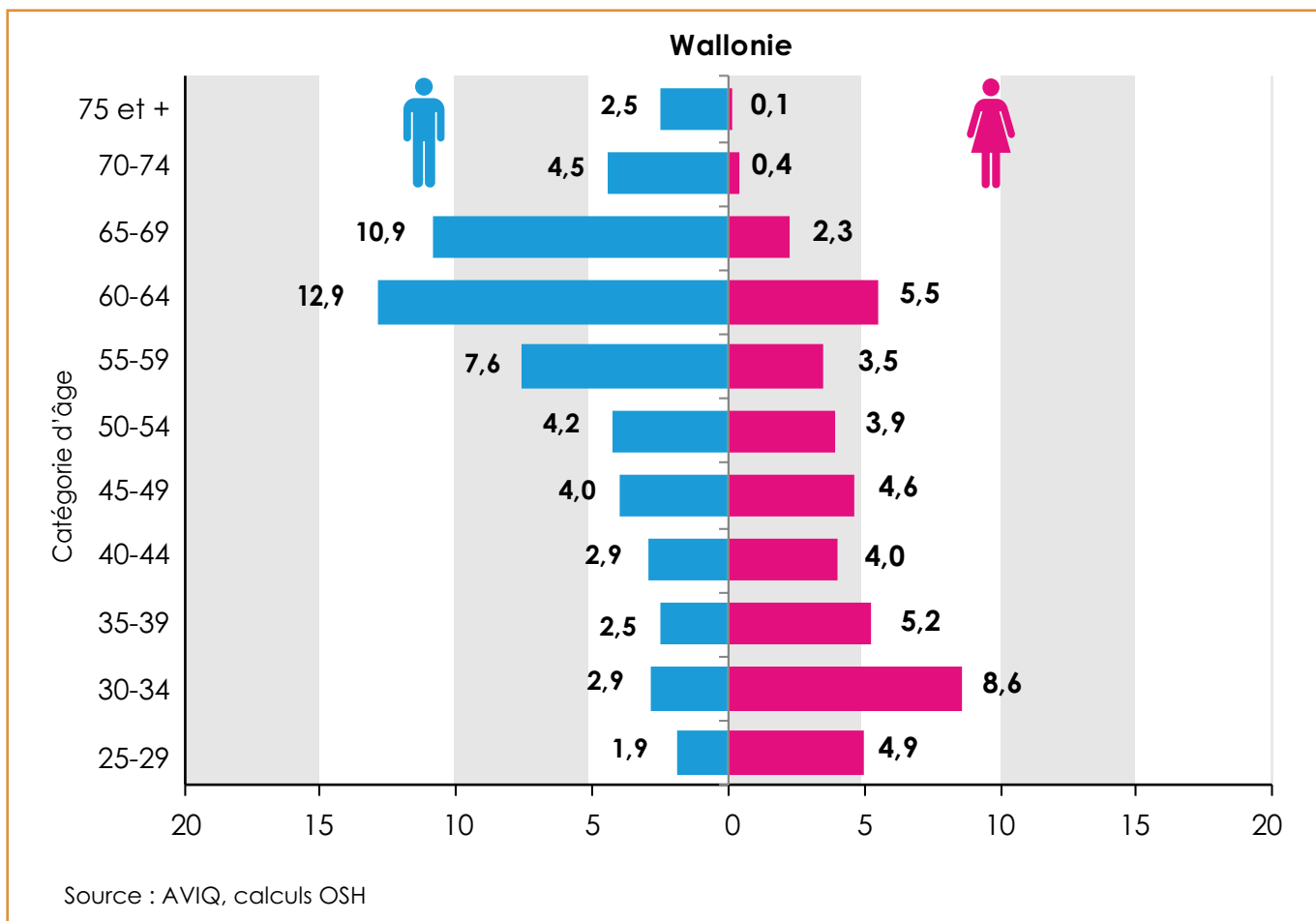
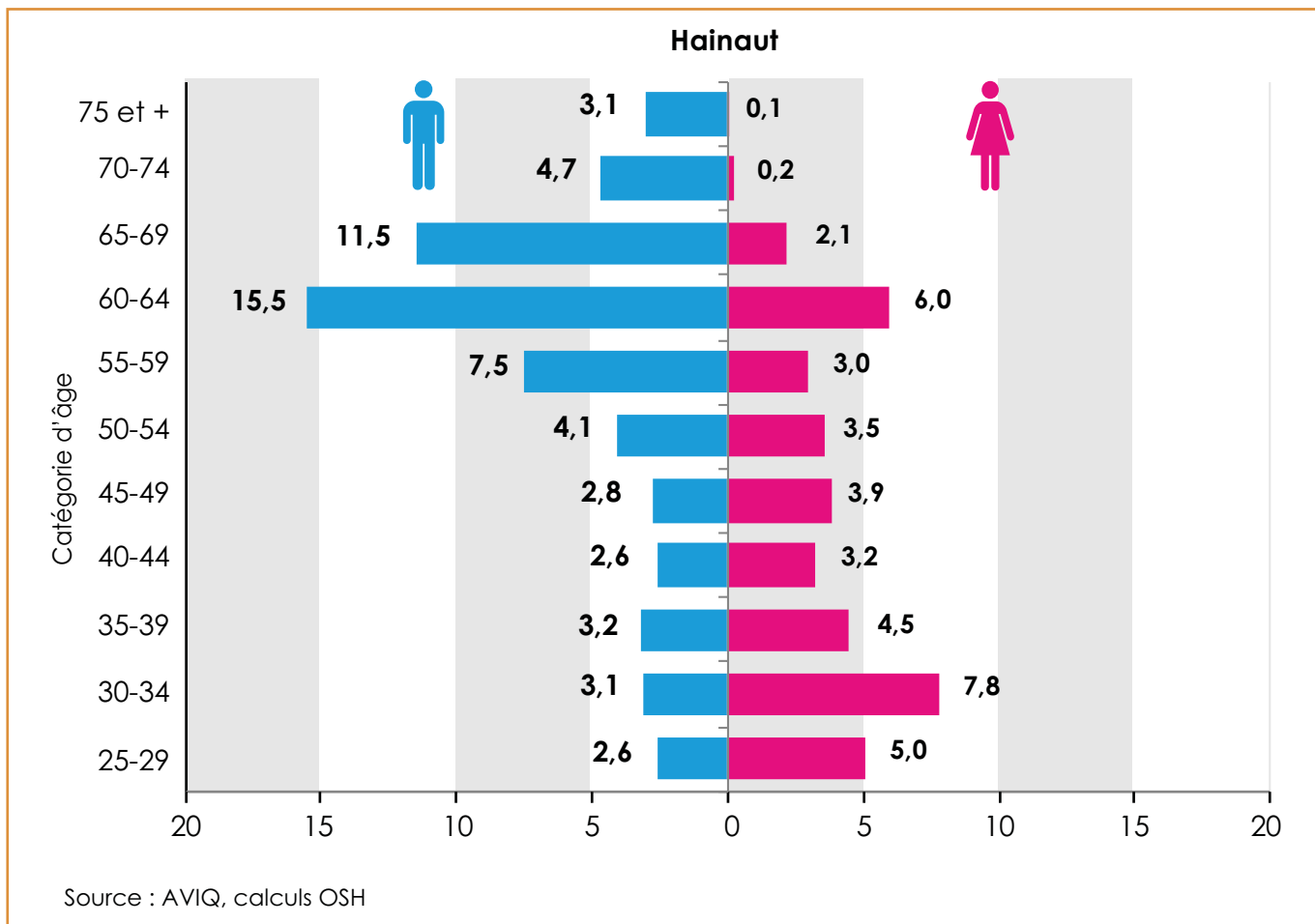
Le Hainaut compte en moyenne 1 058 habitants par médecin généraliste, ce qui est supérieur à la moyenne wallonne de 992 habitants par médecin généraliste.

Près de deux tiers des communes hainuyères dépassent le seuil retenu pour les mesures IMPULSEO I de 90 médecins pour 100 000 habitants, soit 1 111 habitants par médecin généraliste. La charge de patientèle la plus élevée se trouve à Froidchapelle qui compte 3 959 habitants par médecin généraliste. Suivent Mont-de-l'Enclus, Erquelines et Lens avec plus de 1 500 habitants par médecin généraliste.

A l'inverse, seules 9 communes hainuyères se situent sous le seuil de 833 habitants par médecin généraliste. Ce seuil est en lien avec un autre critère des mesures IMPULSEO I (120 médecins pour 100 000 habitants). Sivry-Rance, Silly et Antoing ont les nombres d'habitants par médecin généraliste les plus bas de la province avec respectivement 685, 694 et 699 habitants par médecin généraliste.

Aucune commune du territoire ne se situe en dessous de 556 habitants par médecin généraliste (seuil en lien avec un autre critère IMPULSEO I, à savoir 180 médecins pour 100 000 habitants).

Figure 5.1. Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut, Wallonie, 2019

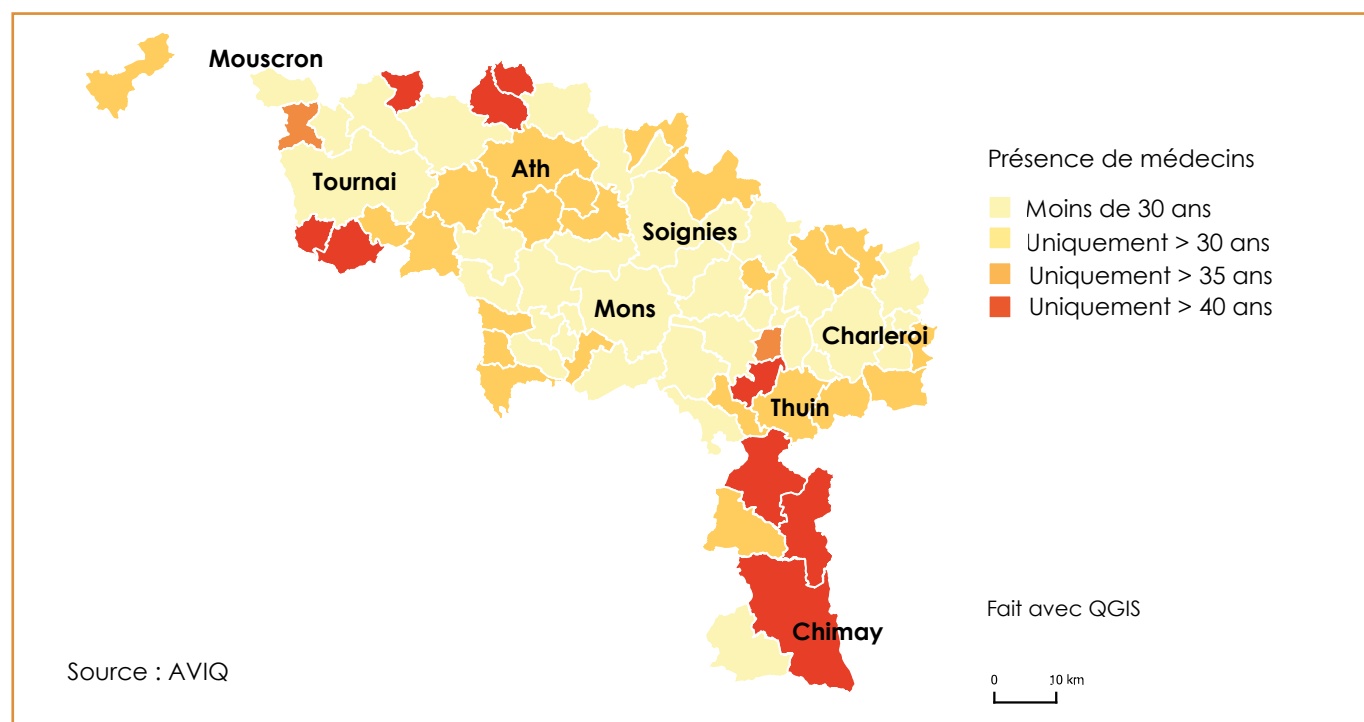


► En Hainaut, les médecins âgés de 55 ans et plus constituent 53,7 % de l'ensemble des généralistes pour 50,4 % en Wallonie.

L'âge médian des médecins généralistes hainuyers se situe actuellement dans la tranche d'âge des 50-54 ans.

Parmi l'ensemble des médecins généralistes de la province, 26,3 % sont âgés de moins de 40 ans. C'est comparable à la Wallonie (26,1 %). Parmi les médecins de moins de 40 ans, près de deux tiers sont des femmes (65,9 %). Cette proportion est légèrement inférieure à la proportion de femmes médecins de moins de 40 ans en Wallonie, mais traduit néanmoins une féminisation de la profession.

Carte 5.3. Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, Hainaut, par commune, 2019



Sur l'ensemble de la province, 9 communes ne comptent aucun médecin généraliste de moins de 40 ans. Les communes comptabilisant des médecins âgés de moins de 30 ans sont au nombre de 35. Ce sont des communes plutôt bien pourvues en structures hospitalières et attractives au niveau socioculturel. La Botte du Hainaut concentre plusieurs communes où aucun généraliste jeune n'exerce.

1.3.2. Médecins spécialistes

Le SPF Santé Publique, via sa Cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé, publie divers rapports en relation avec les statistiques des différents professionnels de santé. La source de données la plus importante est "le cadastre", la banque fédérale de données des professionnels de santé. Il reprend tous les professionnels autorisés à exercer une activité professionnelle agréée. Néanmoins, ce relevé ne permet pas de connaître le nombre de personnes réellement actives ; c'est pourquoi, pour certaines professions de santé, la Cellule réalise le projet "PlanCad", avec pour objectif de compléter les données du cadastre avec d'autres données externes. Ce couplage de données permet d'évaluer les personnes réellement actives dans la profession, le temps de travail... [9]. Nous privilégions ces dernières données au sein de cette publication, en fonction de leur disponibilité. Le cas échéant, les données du cadastre sont utilisées.

Tout comme pour les données relatives à l'offre de médecine générale, les sources de données pour les médecins spécialistes sont différentes de celles utilisées lors de l'édition précédente du tableau de bord. La prudence s'impose donc en cas de comparaisons entre les éditions.

Tableau 5.5. Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre de médecins spécialistes			Nombre d'habitants par médecin spécialiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	16 869	12 691	29 560	387
Wallonie	5 516	4 011	9 527	381
Hainaut	1 474	980	2 454	548

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

La densité de médecins spécialistes en Hainaut est inférieure à celles de la Wallonie et de la Belgique, puisqu'on y recense un médecin pour 548 habitants, contre 381 en Wallonie et 387 en Belgique.

Quel que soit le territoire géographique, le nombre de médecins spécialistes de sexe masculin est plus élevé que celui de leurs homologues féminins. Ce constat est à nuancer par le fait que les femmes sont globalement majoritaires dans les jeunes générations de médecins spécialistes.

Tableau 5.6. Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes (de 15 ans et plus) par gynécologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre de gynécologues			Nombre de femmes de 15 ans et + par gynécologue
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	788	979	1 767	5 375
Wallonie	272	326	598	5 036
Hainaut	91	92	183	6 083

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

La densité de gynécologues rapportée à la population féminine de 15 ans et plus est plus faible en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique, puisqu'on y recense un praticien pour 6 083 femmes de 15 ans et plus.

80,6 % des gynécologues de moins de 40 ans en Hainaut sont des femmes, contre 83,6 % en Wallonie et 86,5 % en Belgique. La moitié des praticiens (49,7 %) ont 55 ans ou plus en Hainaut, contre plus de 4 praticiens sur 10 en Wallonie (48,0 %) et en Belgique (45,5 %).

Tableau 5.7. Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants (de moins de 15 ans) par pédiatre, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre de pédiatres			Nombre d'enfants de moins de 15 ans par pédiatre
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	668	1 348	2 016	959
Wallonie	234	446	680	915
Hainaut	56	104	160	1 444

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

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 femmes pédiatres sont plus nombreuses que les hommes et cette tendance continue à s'accroître. Elles représentent plus de 80 % des pédiatres de moins de 40 ans en Belgique.

Les pédiatres de 55 ans et plus représentent environ 4 pédiatres sur 10 en Wallonie (44,9 %), en Belgique (43,1 %) et près de la moitié en Hainaut (46,9 %).

Tableau 5.8. Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre d'ophtalmologues			Nombre d'habitants par ophtalmologue
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	507	806	1 313	8 706
Wallonie	160	222	382	9 513
Hainaut	36	40	76	17 687

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

En Hainaut, on recense un ophtalmologue pour 17 687 habitants. La situation est nettement moins favorable qu'en Belgique et en Wallonie. Cette spécialité, comme beaucoup d'autres, se féminise également.

En Hainaut, 6 ophtalmologues sur 10 sont âgés d'au moins 55 ans (60,5 %). Cette proportion est inférieure en Belgique (49,9 %) et en Wallonie (50,8 %).

Tableau 5.9. Nombre d'anesthésistes, selon le sexe et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre d'anesthésistes			Nombre d'habitants par anesthésiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	1 596	1 127	2 723	4 198
Wallonie	536	330	866	4 196
Hainaut	120	76	196	6 858

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

Si, en Belgique et en Wallonie, on recense environ un anesthésiste pour un peu plus de 4 000 habitants en 2019, la densité se révèle nettement plus faible en Hainaut avec un anesthésiste pour un peu plus de 6 858 habitants. Quel que soit le territoire observé, les hommes anesthésistes sont plus nombreux que les femmes.

Néanmoins, cette majorité masculine tend à diminuer puisque la moitié (49,5 %) des anesthésistes de moins de 40 ans en Belgique sont des femmes. En Hainaut, ce pourcentage est de 62,5 %.

1.4. Autres professionnels de la santé

1.4.1. Dentistes

Tableau 5.10. Nombre de dentistes, selon le sexe et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre de dentistes			Nombre d'habitants par dentiste
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	4 679	4 430	9 109	1 255
Wallonie	1 390	1 284	2 674	1 359
Hainaut	364	319	683	1 968

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

En 2019, le Hainaut compte 683 dentistes, ce qui représente 1 968 habitants pour un dentiste. C'est plus élevé qu'en Wallonie (1 359) et qu'en Belgique (1 255). Plus de la moitié des dentistes sont des hommes et ce, quel que soit le niveau géographique.

La proportion de dentistes de moins de 40 ans s'élève à 18,7 % en Hainaut. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (20,3 %) et en Belgique (21,8 %). En Hainaut, 6 praticiens sur 10 sont âgés d'au moins 55 ans (62,0 %). Cette proportion est légèrement inférieure en Wallonie (59,1 %) et en Belgique (57,2 %).

1.4.2. Kinésithérapeutes

Tableau 5.11. Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

	Nombre de kinésithérapeutes			Nombre d'habitants par kinésithérapeute
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	14 857	22 206	37 063	308
Wallonie	5 696	7 564	13 260	274
Hainaut	1 951	2 061	4 012	335

Source : SPF Santé Publique (Cadastre), calculs OSH

Le Hainaut compte 4 012 kinésithérapeutes, soit 335 habitants par professionnel. Cette situation est moins favorable que celle observée en Wallonie et en Belgique. La proportion de femmes est de 59,9 % en Belgique, 57,0 % en Wallonie et 51,4 % en Hainaut.

Au niveau provincial, plus d'un tiers des kinésithérapeutes sont âgés de 55 ans et plus (35,0 %). Cette proportion est légèrement supérieure à la situation belge ou wallonne (respectivement 31,6 % et 31,2 %). Les moins de 40 ans constituent aussi un peu plus du tiers des praticiens hainuyers (35,5 %).

1.4.3. Infirmiers

Les données reprises ci-dessous correspondent au nombre d'infirmiers qui, au 31 décembre 2019, ont un numéro INAMI leur donnant le droit d'attester des prestations de l'art infirmier (les pensionnés sont donc exclus de ces données). Toutes les personnes disposant du numéro INAMI n'exercent pas nécessairement cette activité.

Tableau 5.12. Nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé et nombre d'habitants par infirmier, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

	Nombre de d'infirmiers			Nombre d'habitants par infirmier
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	13 517	88 914	102 431	112
Wallonie	5 047	31 702	36 749	99
Hainaut	2 306	13 753	16 059	84

Source : INAMI, calculs OSH

▼
En 2020, 16 059 infirmiers sont recensés en Hainaut, parmi lesquels 85,6 % sont des femmes. Cela correspond à 84 habitants par infirmier. Cette situation est plus favorable qu'en Wallonie et en Belgique.

2. Offre de services (y compris de soins)

L'offre de services telle que nous la présentons ici comprend l'accueil de la petite enfance, les centres de planning familial, les associations de santé intégrée, les services d'aides et soins à domicile et les services de santé mentale.

2.1. Accueil de la petite enfance

L'accueil de la petite enfance est un service important pour les couples avec enfant ou désireux d'en avoir. Dans une société où très souvent les deux parents travaillent, il est important de pouvoir disposer de places d'accueil suffisantes et de qualité. D'autre part, l'accueil de jeunes enfants issus de milieux précaires est aussi une manière de lutter contre les inégalités sociales de santé [10].

Les données reprises dans le tableau ci-après comprennent l'ensemble des places d'accueil ayant reçu l'autorisation de fonctionnement de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), qu'elles soient subventionnées ou non et quelle que soit la structure d'accueil (en collectivité ou dans un cadre familial). Les données relatives à la Wallonie ne comprennent pas les cantons germanophones [11].

L'accueil de la petite enfance est en phase de transition, suite à la réforme du secteur en 2019. Cette période de transition est prévue jusqu'au 1^{er} janvier 2026.

Un des 7 objectifs du Contrat de gestion 2021-2025 de l'ONE est de "développer l'accessibilité avec une attention particulière aux publics non usagers" dans les milieux d'accueil. Cet objectif stratégique comprend la création de places complétée par l'optimisation des taux d'occupation des places existantes ainsi que l'augmentation du nombre de places subventionnées. Il s'inscrit également dans la phase de transition de la réforme de 2019 avec l'augmentation des normes d'encadrement [12].

Le taux de couverture est le rapport entre le nombre total de places d'accueil préscolaire et une estimation du nombre d'enfants en âge de fréquenter les milieux d'accueil. Le mode d'estimation de ce nombre d'enfants diffère pour les communes francophones et germanophones. Pour les communes francophones, il s'agit des enfants de 0 à 2,5 ans. Ceci tient compte du fait que les enfants ne fréquentent généralement pas un milieu d'accueil avant l'âge de 3 mois et entrent à l'école entre 2,5 et 3 ans. Pour les communes germanophones, il s'agit des enfants de 0 à moins de 3 ans. Ceci tient compte du fait que les enfants ne peuvent fréquenter l'école avant l'âge de 3 ans [13].

La disponibilité de services d'accueil des jeunes enfants de 0 à l'âge de scolarisation obligatoire, financièrement abordables et de qualité, constitue une priorité de l'Union européenne. En 2002, le Conseil européen de Barcelone a fixé des objectifs dans ce domaine : "(...) les États-membres devraient éliminer les freins à la participation des femmes au marché du travail et, compte tenu de la demande et conformément à leurs systèmes nationaux en la matière, s'efforcer de mettre en place, d'ici à 2010, des structures d'accueil pour 90 % au moins des enfants ayant entre 3 ans et l'âge de la scolarité obligatoire et pour au moins 33 % des enfants âgés de moins de 3 ans"[14].

Quand on sait qu'"offrir une place d'accueil et des activités de temps libre est reconnu comme un ressort particulièrement efficace pour lutter contre la reproduction intergénérationnelle des inégalités" [12], le seuil du Conseil européen apparaît nécessaire mais insuffisant, puisqu'il ne garantit de place en milieu d'accueil qu'à un tiers des enfants. De plus, les disparités entre les territoires sont nombreuses.

Tableau 5.13. Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019

		Nombre total de places d'accueil	Taux de couverture (en %) d'enfants de 0 à 2,5 ans
Wallonie*		35 187	38,0
Hainaut		10 998	32,4
Arrondissements	Ath	1 145	37,2
	Charleroi	2 993	28,0
	Mons	2 169	33,4
	Soignies	900	34,2
	Thuin	715	34,5
	Tournai-Mouscron	2 249	41,6
	La Louvière	827	22,9

* Hors Communauté germanophone

Source : ONE, calculs OSH

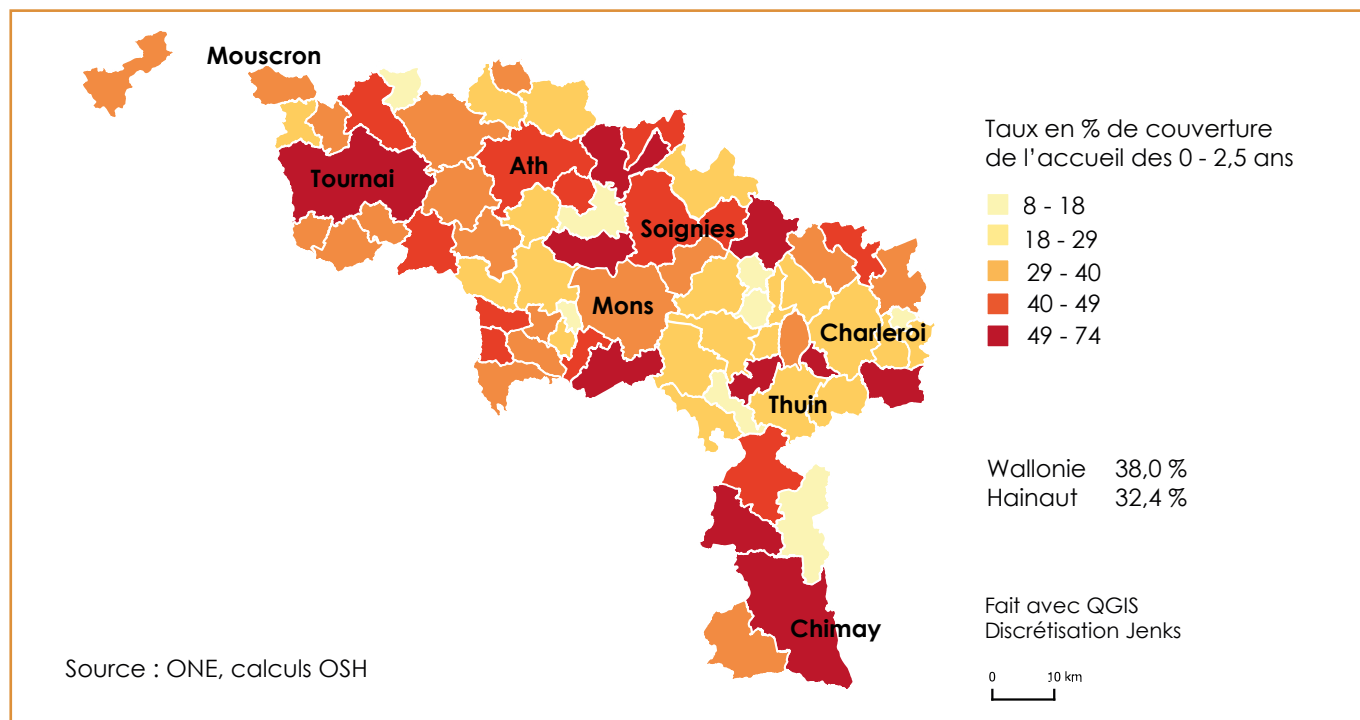


Fin 2019, le Hainaut compte 10 998 places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans. L'offre couvre à peine le tiers des enfants de 0 à 2,5 ans de la province (32,4 %). Ce taux est inférieur à la moyenne wallonne (38,0 %). C'est également en dessous du taux de l'objectif de Barcelone qui préconise un taux de couverture de 33 %.

Au niveau des arrondissements, l'objectif de Barcelone n'est pas atteint au niveau de La Louvière (22,9 %) et Charleroi (28,0 %) qui présentent des taux de couverture très bas.

L'arrondissement de Tournai présente le taux de couverture le plus élevé de la province (41,6 %).

Carte 5.4. Taux de couverture de l'accueil des enfants de 0 à 2,5 ans, par commune, Hainaut, 2019



Cette carte met en évidence de fortes disparités entre les différentes communes hainuyères. Merbes-le-Château, Mont-de-l'Enclus et Manage se caractérisent par un très faible taux de couverture en accueil de la petite enfance (inférieur ou égal à 10 %). À l'inverse, à Gerpennes, Montigny-le-Tilleul et Chimay, le taux d'accueil dépasse les deux tiers. Les taux de couverture plus élevés se retrouvent en général dans des communes plus aisées et les taux les plus bas dans des communes moins nanties.

Il est à noter que certains enfants peuvent avoir leur lieu d'accueil dans une commune dans laquelle ils ne sont pas domiciliés. Certaines communes qui ont un meilleur taux de couverture peuvent aussi "compenser" celles qui ont un moins bon.

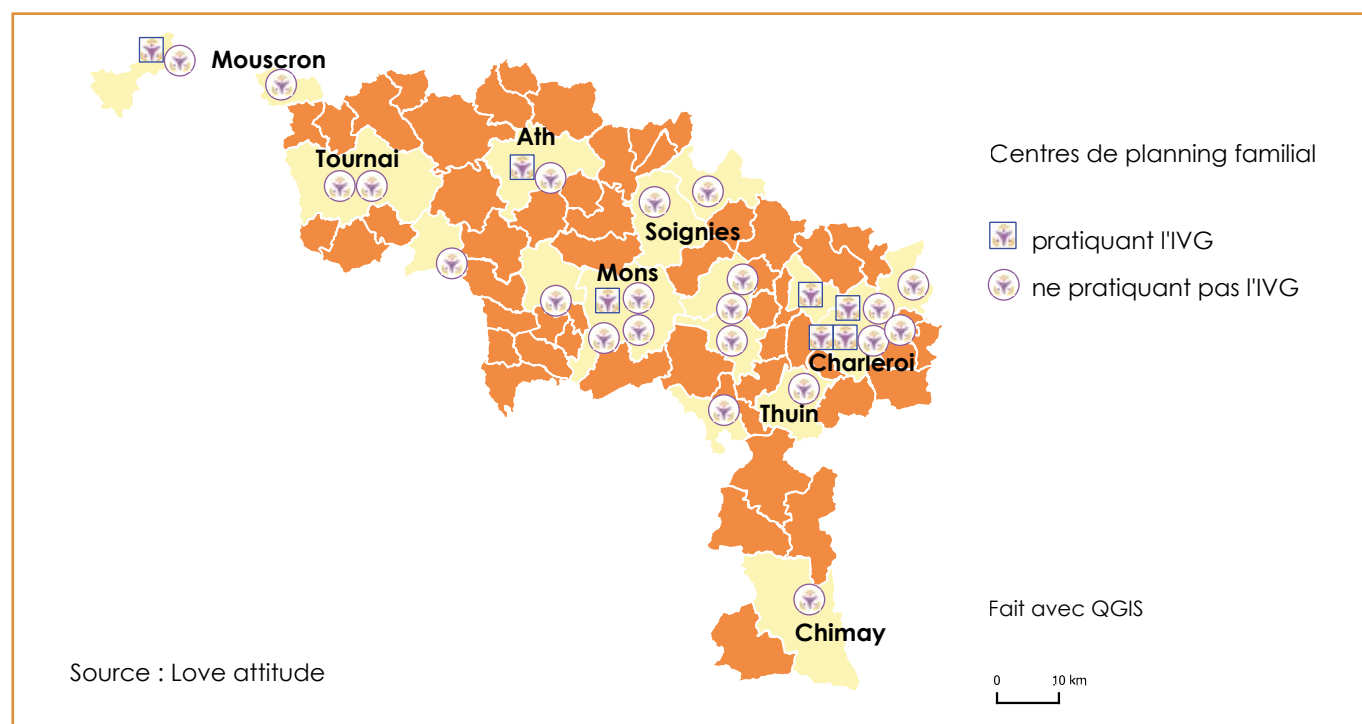
2.2. Centres de planning familial

Les professionnels des centres de planning familial répondent à toutes les questions liées à la vie relationnelle, affective et sexuelle. L'accueil dans un centre est gratuit tandis que les consultations sont payantes. Néanmoins, la participation financière est adaptée en fonction de la situation de chacun ; le principe étant que le prix ne doit pas être un frein à la fréquentation d'un centre [15]. En Wallonie et à Bruxelles, les centres sont regroupés au sein de 4 fédérations de centres de planning familial ayant chacune leur autonomie :

- la Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC) : elle regroupe 18 implantations (centres et antennes) ;
- la Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) qui compte 17 centres dont 9 pratiquent l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ;
- la Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF) : elle regroupe 26 centres ;
- la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF) : elle rassemble 42 centres dont 22 pratiquent l'IVG [16].

De manière générale, on retrouve dans les centres de planning familial des professionnels de différents secteurs : médical, social, psychologique, juridique, de conseil conjugal, de sexologie et de médiation familiale. Ainsi, de nombreux sujets peuvent être abordés : la contraception, la grossesse, l'avortement, les infections sexuellement transmissibles, les difficultés conjugales, l'adolescence...

Carte 5.5. Répartition des Centres de planning familial, Hainaut, par commune, 2021



Il y a 30 centres de planning familial sur le territoire du Hainaut dont 6 pratiquent l'IVG (Ath, Mons, La Louvière et Charleroi).

Deux sont situés dans l'arrondissement d'Ath, 8 dans l'arrondissement de Charleroi, 5 dans l'arrondissement de Mons, 2 dans l'arrondissement de Soignies, 3 dans l'arrondissement de Thuin, 6 dans l'arrondissement de Tournai-Mouscron et 4 dans l'arrondissement de La Louvière.

D'une manière générale, les centres de planning familial sont situés en milieu urbain, ce qui pose la question de l'accessibilité à ce service de première ligne pour les populations rurales.

2.3. Associations de santé intégrée

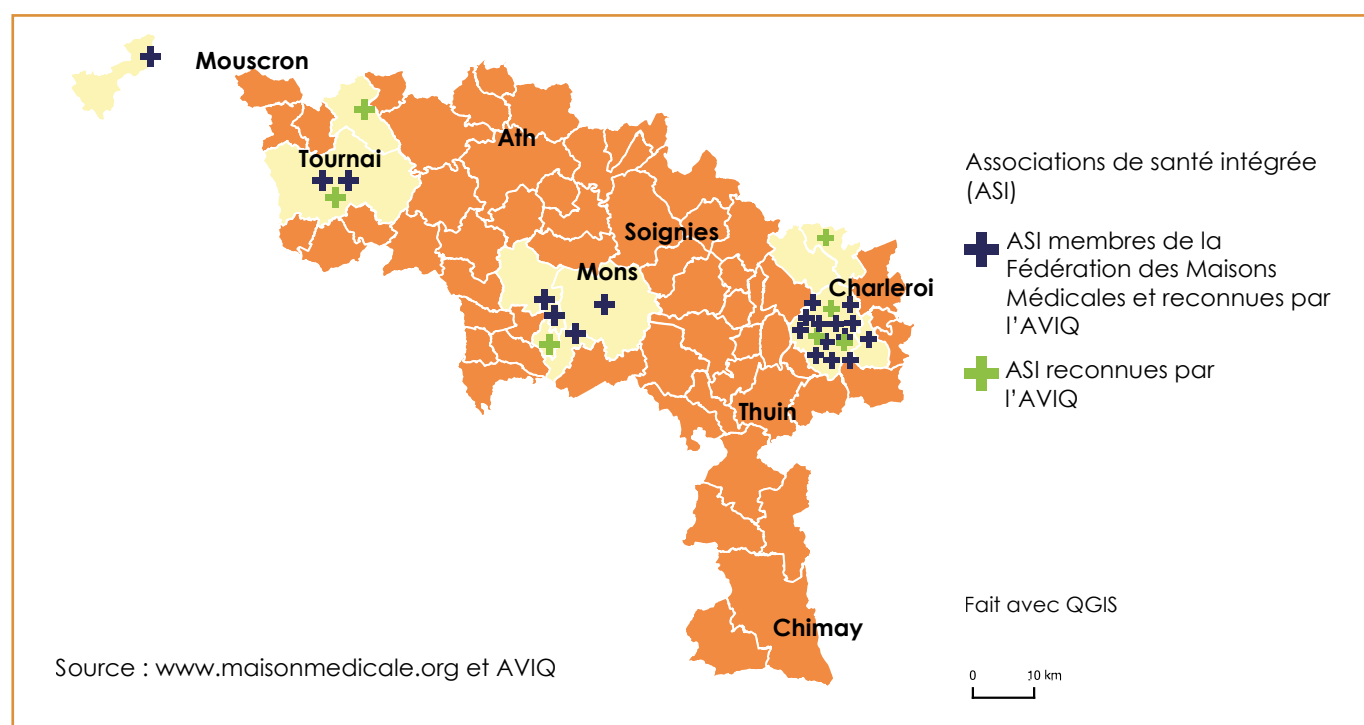
Les associations de santé intégrée (ASI) sont organisées par des ASBL ou des pouvoirs publics. Elles développent une offre de soins intégrée par des équipes qui prennent en compte le patient dans sa globalité, par des activités d'accueil personnalisé, de consultations médicales, paramédicales, psychologiques et sociales.

Elles travaillent dans le cadre d'une concertation d'équipe et avec le réseau local. Elles facturent leurs prestations à l'acte ou au forfait, selon la reconnaissance de l'INAMI en qualité de maison médicale. La reconnaissance comme maison médicale n'est pas un préalable obligé pour bénéficier de l'intervention de la Wallonie en qualité d'association de santé intégrée [17].

Une maison médicale est une association de santé intégrée regroupant des professionnels médicaux et paramédicaux dispensant des soins de première ligne. Son action vise une approche globale intégrant soins, démarches préventives et actions de promotion de la santé ; la santé y est considérée dans ses dimensions physique, psychique, sociale et culturelle.

Il existe plusieurs types de groupements de médecins, mais les maisons médicales telles que nous les abordons dans le tableau de bord sont celles reconnues par la Fédération des maisons médicales et/ou agréées en ASI par la Région wallonne. La Fédération des Maisons Médicales a fêté ses 40 ans et regroupe plus de 120 maisons médicales en Belgique francophone. Elle représente un mouvement pour une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste [18].

Carte 5.6. Répartition des Associations de Santé intégrée (agréées par la Région wallonne) et des maisons médicales (reconnues par la Fédération des Maisons Médicales), Hainaut, par commune, 2020



Le Hainaut compte 29 ASI. Parmi elles, 22 sont des maisons médicales membres de la Fédération des Maisons Médicales. La pratique en ASI est particulièrement développée à Charleroi.

2.4. Aides et soins à domicile

Les services d'aides aux familles et aux aînés interviennent au domicile du demandeur afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Ils agissent en concertation avec l'environnement familial et de proximité. Les services offerts ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie. Ces services emploient des aides familiales et des aides seniors qui interviennent au domicile de personnes qui en ont fait la demande et qui vivent une incapacité d'accomplir des actes de la vie journalière. Cette assistance (soins d'hygiène, courses, tâches ménagères, distribution de repas...) permet ainsi, soit le maintien à domicile des aînés ou personnes handicapées, soit aux familles de surmonter certaines difficultés liées à des problèmes de santé ou sociaux [19].

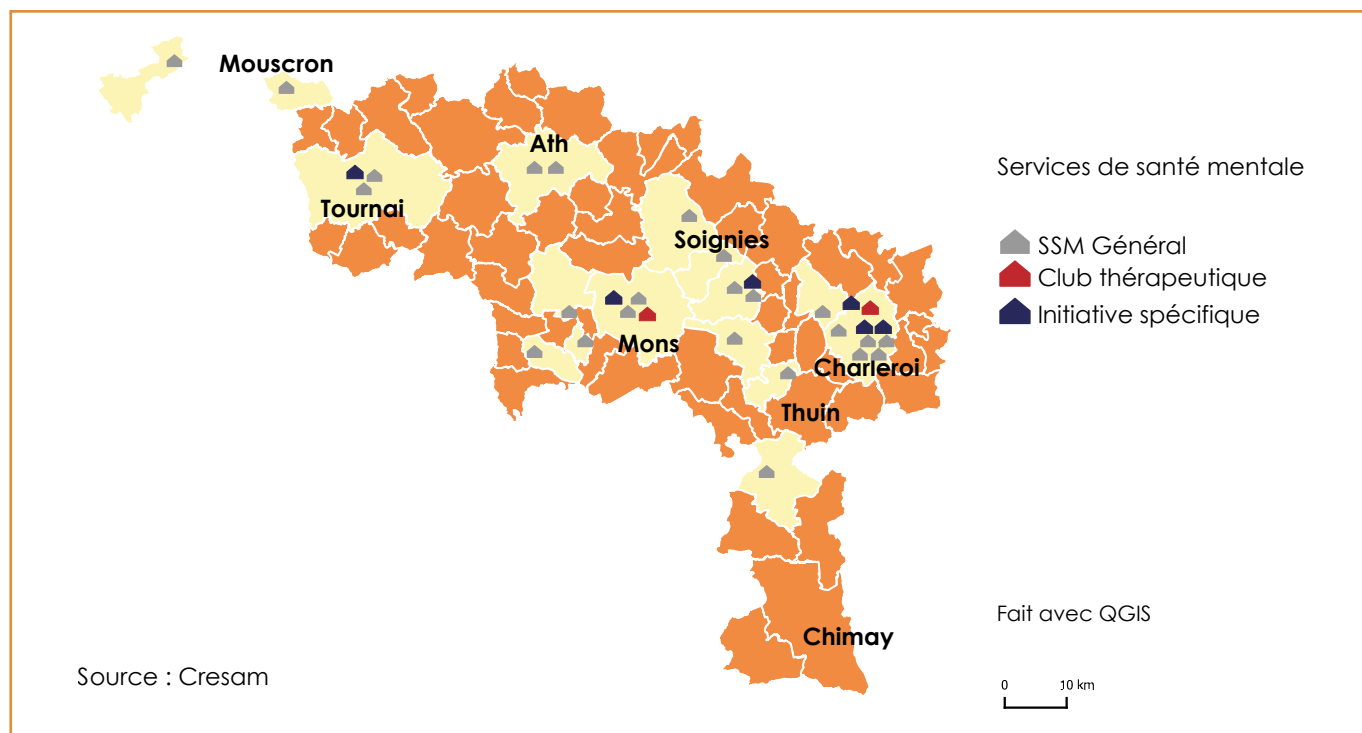
Il existe de nombreuses formes d'aide à domicile et les organismes qui les proposent sont multiples. En Wallonie, on retrouve notamment la Fédération d'Aide & Soins à Domicile (ASD) qui dispose de 25 centres en Wallonie, à Bruxelles et en Communauté germanophone [20]. La Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD) qui regroupe 8 Centrales de Services à Domicile (CSD) et 7 services associés [21]. La Fédération Wallonne de Services d'aide à domicile (FEDOM) qui est un regroupement de services d'aide à domicile de la Région wallonne et qui compte 11 services dont les activités couvrent l'ensemble du territoire wallon [22]. On y retrouve notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) qui déploie son activité sur toute la Wallonie au travers de 6 antennes régionales [23].

2.5. Services de santé mentale ambulatoire

Les services de santé mentale sont des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire, répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population. Leurs missions sont notamment : l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques, l'organisation de la réponse par la pose du diagnostic et/ou l'instauration d'un traitement psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosocial.

Lorsqu'ils sont agréés (par la Région wallonne), ils peuvent aussi développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou une approche méthodologique particulière ou enfin, créer un atelier thérapeutique. Celui-ci est un lieu d'accueil et d'activités ayant pour objectif de permettre à des usagers souffrant de troubles psychiatriques ou psychologiques sévères ou chroniques, de se stabiliser au fil du temps ou d'accéder aux soins [24].

Carte 5.7. Répartition des services de santé mentale, Hainaut, par commune, 2020



Le Hainaut compte 25 Services de santé mentale (SSM) généralistes agréés dont 10 sont gérés par la Province.

Au-delà de ces structures, certains services ont développé des clubs thérapeutiques et des initiatives spécifiques qui visent des publics spécifiques. Le Hainaut compte 2 clubs thérapeutiques et 7 initiatives spécifiques. Elles sont notamment tournées vers le traitement des assuétudes, des infractions à caractère sexuel, des troubles psychotiques ou encore des difficultés liées à l'exil. Certaines de ces problématiques peuvent également être prises en charge par les SSM généralistes.

3. Bibliographie

1. Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. Brussels : European Social Observatory ; July 2020, 184 p. Consultable sur : https://www.ose.be/sites/default/files/publications/2020_SC_RB_NIHDI-Report_Report_EN_0.pdf
2. Jacques S. Indicateurs de performance clinique hospitalière. Etudes empiriques basées sur les données médico-administratives belges. Université de Liège ; 2012-2013.
3. Crommelynck A, Degraeve K, Lefèbvre D. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info, supplément à Mutualité Chrétienne-Informations ; 2013. 253.
4. Service public fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement de Belgique. Données phares dans les soins de santé Hôpitaux généraux. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; édition 2019. Consultable sur : https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Donne%CC%81es_Phares_Soins_de_sante%CC%81_2019_pdf.pdf
5. Agence pour une vie de qualité. Portail Santé - Soins hospitaliers. AViQ. Consultable sur : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-hospitaliers/hopitaux-psychiatriques>
6. Agence pour une Vie de qualité. Portail santé-Les Aînés. AViQ. Consultable sur : <https://www.aviq.be/fr/hebergement/aines/maison-de-repos-et-de-soins>
7. Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, Médecine générale en province de Luxembourg. Résultats de l'enquête descriptive sur les conditions d'exercice et de pratique des médecins généralistes. 2016. Rapport d'enquête. Arlon, 2017.
8. Agence pour une Vie de qualité. Portail santé-Soins ambulatoires. AViQ. Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=node/4524>
9. Service public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement de Belgique. Professionnels de la santé : enregistrés et/ou actifs. SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ; 2019. Consultable sur : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/statistiques-et-planning/professionnels-de-la-sante-enregistres-etou>
10. Berger L M, Panico L , Solaz A. (2021), The Impact of Center-Based Childcare Attendance on Early Child Development : Evidence From the French Elfe Cohort. Demography, Springer Verlag
11. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Nombre de places d'accueil préscolaire. Métadonnées. Iweps-WalStat ; Novembre 2020. Consultable sur : https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=8&indicateur_id=243800&sel_niveau_catalogue=T&ordre=0
12. Fédération Wallonie-Bruxelles. Contrat de gestion de l'Office de la Naissance et de l'Enfance 2021-2025. Bruxelles, 2021. Consultable sur : <https://www.one.be/public/cest-quoi-lone/contrat-de-gestion/>
13. Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Définition Taux de couverture accueil préscolaire. Iweps-WalStat ; Novembre 2020. Consultable sur : https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=8&indicateur_id=243900&sel_niveau_catalogue=C&ordre=0
14. Union européenne. Objectifs de Barcelone, Le développement des services d'accueil des jeunes enfants en Europe pour une croissance durable et inclusive. UE ; 2013.
15. Portail des Centres de Planning Familial en Wallonie et à Bruxelles. Les centres de planning familial. Qui sommes-nous ?. Consultable sur : <http://www.loveattitude.be/qui-sommes-nous>

16. Le wiki wallon pour l'information des personnes handicapées. Centres de planning familial. Consultable sur : <https://wikiwiph.aviq.be/Pages/Centres-de-planning-familial.aspx>
17. Portail de l'Action Sociale et Santé en Wallonie. Associations de santé intégrée. Wallonie service public SPW. Consultable sur : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-ambulatoires/associations-de-sante-integree-asi>
18. Fédération des Maisons Médicales. Maison médicale, le centre de santé intégrée. Consultable sur : <https://www.maisonmedicale.org/-Les-maisons-medicales-6-.html>
19. Agence pour une vie de qualité. Portail santé- Services d'aide aux familles et aux aînés. AViQ. Consultable sur : <http://sante.wallonie.be/?q=famille/dispositifs/services-aide-aux-familles-et-aux-personnes-agees>
20. Fédération d'Aide & Soins à Domicile. Nos ASD. ASD. Consultable sur : <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/nos-asd>
21. Fédération des Centres de Services à Domicile. Fédération-Historique. FCSD. Consultable sur : <https://www.fcsd.be/fr>
22. Fédération wallonne de services d'aide à domicile. Liste des services-Membres. FEDOM. Consultable sur : <https://www.fedom.be/>
23. Aide à Domicile en Milieu Rural. Qui sommes-nous ? ADMR. Consultable sur : <https://www.admr.be/fr/qui-sommes-nous>
24. Portail de l'Action sociale en Wallonie. Soins ambulatoires. Wallonie service public SPW. Consultable sur : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-ambulatoires/sante-mentale-ambulatoire/services-de-sante-mentale>

Chapitre 6

CONSOMMATION DE SOINS



Faits marquants

- **Plus de 9 Hainuyers sur 10 déclarent avoir un médecin généraliste attiré.** Plus de 8 Hainuyers sur 10 rapportent avoir eu au minimum un contact avec leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.
- **Sept Hainuyers sur 10 disposent d'un dossier médical global (DMG).** Cette proportion était d'à peine un tiers dix ans auparavant. Cette évolution est favorable dans toute la province, mais la proportion varie beaucoup d'une commune à l'autre passant de 52 % à 86 %.
- **Environ deux tiers de la population hainuyère a consulté un médecin spécialiste dans l'année (65,7 %).** C'est une proportion plus élevée qu'en Belgique (62,5 %), mais très proche de la Wallonie (65,4 %).
- **Environ 4 % de la population déclare n'avoir jamais consulté de dentiste,** tant en Hainaut, en Wallonie qu'en Belgique. Les personnes qui ont au maximum un diplôme d'études primaires déclarent plus fréquemment n'avoir jamais consulté de dentiste. Or ces personnes sont plus nombreuses en Hainaut.
- **Les séjours hospitaliers sont plus fréquents en Hainaut qu'en Wallonie :** avec 358 admissions par an pour 1 000 habitants, les Hainuyers connaissent plus d'hospitalisations que les Wallons (331). Cependant, les admissions y sont moins nombreuses que pour l'ensemble de la Belgique (401).
- **La consommation de médicaments remboursés est plus importante en Hainaut :** la consommation totale de médicaments remboursés par Hainuyer est respectivement plus élevée de 5,2 % et 11,1 % qu'en Wallonie et en Belgique.
- **La couverture vaccinale contre la grippe est faible en Hainaut :** à peine 4 Hainuyers à risque sur 10 déclarent être vaccinés contre la grippe. C'est inférieur à la couverture vaccinale belge qui atteint 56,8 % des personnes à risque.
- **Les taux de dépistage des cancers sont insuffisants.** En Hainaut, seule la moitié des femmes de 50 à 69 ans (52,9 %) ont eu un examen de dépistage du cancer du sein. Pour le cancer colorectal, seule une personne sur 10 âgée entre 50 et 74 ans déclare avoir réalisé un test de dépistage au cours des 2 dernières années. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 58,4 % des Hainuyères entre 25 et 64 ans déclarent avoir réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des 3 dernières années.

1. Consultations médicales et paramédicales

1.1. Médecin généraliste

1.1.1. Contacts avec le médecin généraliste

Selon l'Enquête nationale de santé par interview (Health Interview Survey - HIS) de 2018, 92,3 % des Hainuyers déclarent avoir un médecin généraliste attitré. La situation est similaire aux niveaux wallon et belge (respectivement 93,9 % et 94,1 %).

Plus de 8 Hainuyers sur 10 (81,1 %) rapportent au moins un contact (visite à domicile ou consultation) avec son médecin généraliste dans les 12 derniers mois. Cette proportion est comparable aux proportions wallonne (80,6 %) et belge (82,9 %).

D'après cette même enquête, les femmes se rendent plus souvent chez le généraliste que les hommes (respectivement 86,0 % contre 76,0 %) [1]. La différence se marque essentiellement entre 25 et 54 ans.

Les données statistiques issues de l'Agence InterMutualiste (AIM) confirment ces chiffres avec un pourcentage identique (81,0 %) de personnes ayant eu au moins un contact (consultation ou visite à domicile) avec un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. En 2019, la population hainuyère a eu en moyenne 5,4 contacts avec un médecin généraliste (contre 5,3 en Wallonie et 5,5 en Belgique).

D'autres données de l'Enquête de santé par interview révèlent que la proportion de la population ayant eu plus d'un contact avec un médecin généraliste au cours des 4 dernières semaines est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes au niveau national ou wallon. En Belgique, 7,2 % des femmes déclarent plus d'un contact au cours des 4 dernières semaines, comparativement à 4,5 % des hommes. Les contacts multiples sont plus fréquemment rapportés par les personnes ayant un faible niveau de diplôme que par celles qui ont fait des études supérieures, même à état de santé égal [1].

En Hainaut, 1,8 % de la population déclare ne jamais s'être rendue chez le médecin généraliste. Cette situation est similaire en Wallonie et en Belgique (1,3 %).

1.1.2. Dossier médical global

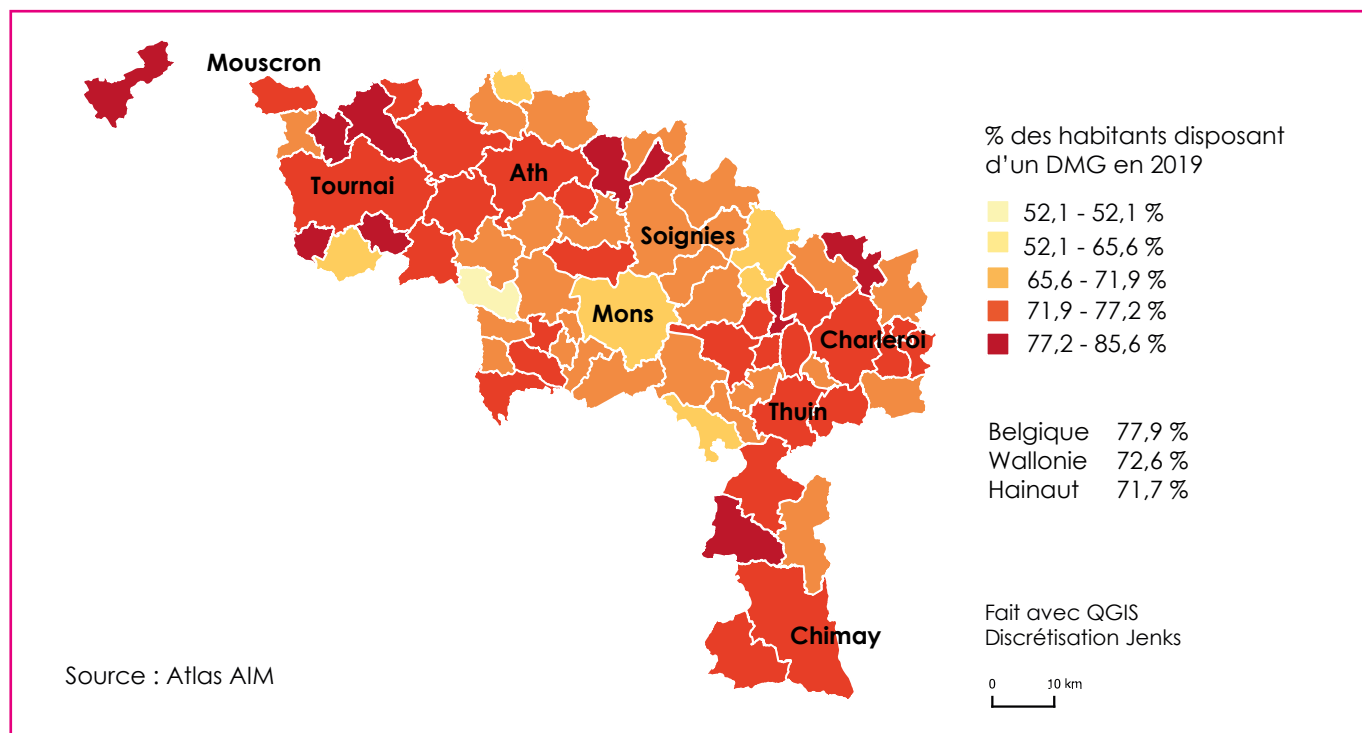
Le médecin généraliste accompagne le patient dans la gestion de sa santé. L'ouverture d'un DMG chez son médecin généraliste offre un meilleur accompagnement individuel et permet une meilleure concertation entre les médecins.

Le DMG permet de limiter le montant de la part personnelle que le patient doit payer pour une consultation au cabinet de son médecin généraliste attitré.

Le DMG coûte 32 euros (depuis le 01.01.2021). Le paiement se règle directement entre le médecin et la mutualité.

Le meilleur remboursement lié au DMG reste valable jusqu'à la fin de la 2^e année calendrier qui suit l'année de l'ouverture ou la prolongation du DMG [2 ; 3].

Carte 6.1 Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, Hainaut, 2019



En Hainaut, 71,7 % de la population dispose d'un DMG en 2019. Cette proportion était de 32,0 % 10 ans auparavant. A l'échelle communale, les proportions varient fortement.

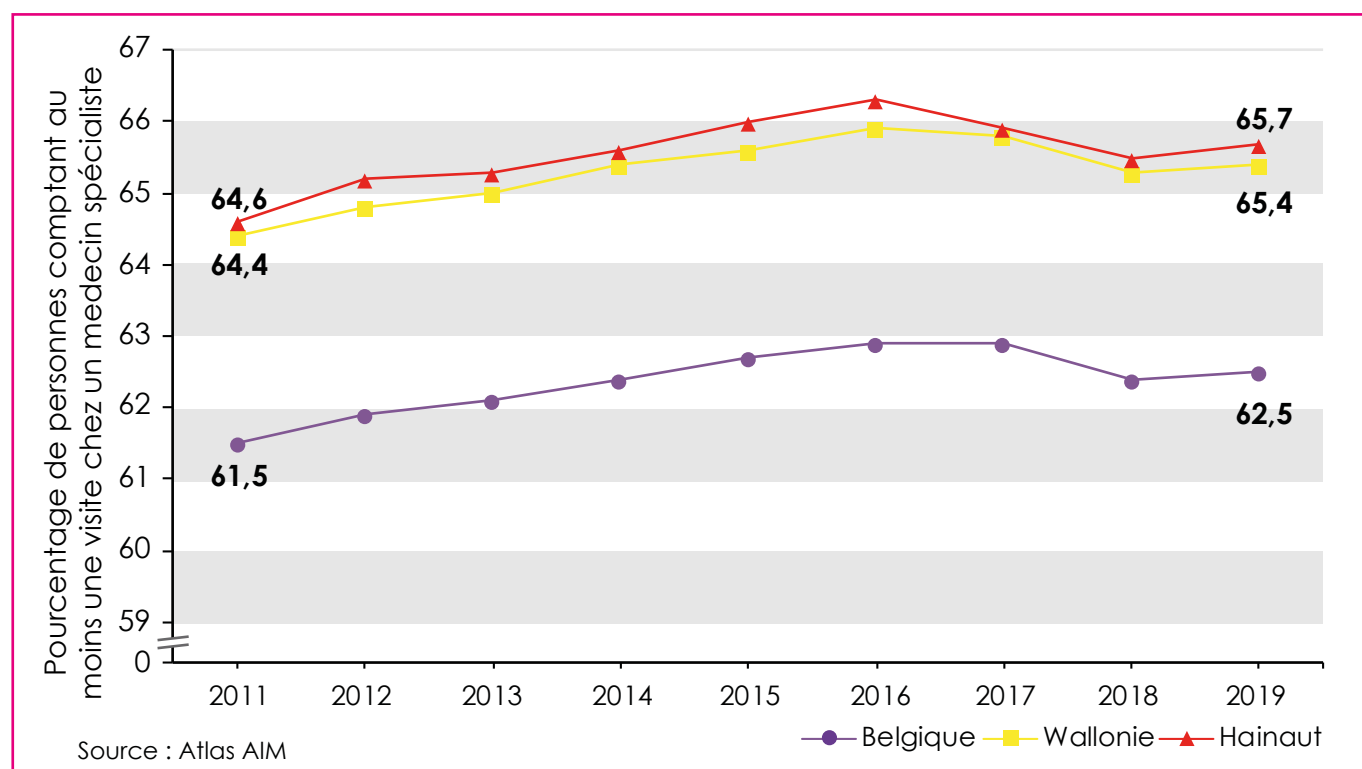
Les communes de Sivry-Rance (85,6 %), Rumes (84,8 %), Celles (82,6 %) et Pecq (81,0 %), présentent les proportions les plus importantes de personnes disposant d'un DMG avec plus de 8 personnes sur 10.

A Bernissart, seule la moitié de la population dispose d'un DMG (52,1 %). Dans d'autres communes, la proportion reste faible mais atteint au moins 60 %. C'est le cas à Brunehaut (60,6 %), Mons, (62,4 %), Manage (62,7 %), Erquelinnes (63,8 %), Seneffe (64,1 %) et Flobecq (65,6 %).

1.2. Contacts avec le médecin spécialiste

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, plus de la moitié de la population belge (54,7 %), wallonne (56,6 %) et hainuyère (55,0 %) déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois. Quel que soit le territoire observé, les femmes consultent plus souvent un médecin spécialiste que les hommes. Ceci est lié aux consultations chez les gynécologues [4].

Figure 6.1. Evolution de la proportion de personnes comptant au moins une consultation chez le médecin spécialiste, durant l'année, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2019



Selon les données issues de l'AIM, la proportion de personnes comptant au moins une visite chez un médecin spécialiste a globalement augmenté entre 2011 et 2019 avec une légère baisse entre 2016 et 2018. L'évolution est similaire sur les 3 territoires, mais les pourcentages sont plus élevés en Hainaut et en Wallonie qu'en Belgique tout au long de la période observée.

Le statut socio-économique ne semble pas influencer la probabilité de contacter un médecin spécialiste, mais a un impact sur le nombre de consultations effectuées par un même individu. Plus le niveau socio-économique est élevé, plus le nombre moyen de consultations chez un spécialiste est élevé [5]. Ceci pourrait expliquer que le pourcentage de personnes comptant au moins une visite chez un médecin spécialiste soit plus élevé en Hainaut qu'en Belgique, alors que la situation socio-économique est globalement moins favorable.

1.3. Contacts avec le dentiste

Afin de pouvoir disposer d'un instrument permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire de la population belge, le Comité de l'assurance de l'INAMI a confié à la Cellule Interuniversitaire Epidémiologie (CIE) la mission de développer un système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge. Lors de la dernière édition (2012-2014), 1 875 personnes ont rempli un questionnaire sur la santé bucco-dentaire et ont subi un examen dentaire. Cette enquête révèle que seule la moitié (53 %) des individus toujours pourvus de dents se les brossent au moins 2 fois par jour. La fréquence de brossage augmente avec le niveau d'instruction. D'autre part, 16 % des répondants évoquent des soucis financiers lorsqu'on les interroge sur leur manque de régularité à consulter un dentiste. Enfin, sur base des comportements alimentaires, 59 % de la population est considérée à risque pour les caries et 46 % à risque pour l'érosion dentaire [6].

Tableau 6.1. Proportion (en %) de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

Niveau d'instruction	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	A consulté un dentiste dans l'année (en %)	N'a jamais consulté de dentiste (en %)	A consulté un dentiste dans l'année (en %)	N'a jamais consulté de dentiste (en %)	A consulté un dentiste dans l'année (en %)	N'a jamais consulté de dentiste (en %)
Primaire ou sans diplôme	40,1	9,1	36,4	5,3	30,0	4,3
Secondaire inférieur	50,9	4,1	42,8	4,5	60,6	5,6
Secondaire supérieur	62,9	4,8	59,7	5,4	60,6	5,9
Etudes supérieures	78,1	2,8	74,1	2,9	74,1	2,4
Total	67,7	4,0	62,4	4,1	59,1	4,2

Source: Sciensano-HIS 2018

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, 67,7 % de la population belge interrogée déclare avoir consulté un dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est inférieure en Hainaut (59,1 %). De plus, 4,2 % des Hainuyers déclarent n'avoir jamais eu de contact avec un dentiste. Ce pourcentage est similaire au niveau belge (4,0 %).

En 2018, parmi les Hainuyers ayant un faible niveau d'instruction (primaire ou sans diplôme), 40,1 % ont déclaré avoir eu un contact avec le dentiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion atteint 78,1 % chez les individus ayant suivi des études supérieures.

Que ce soit en considérant le revenu ou le niveau d'études, les différences socio-économiques dans l'utilisation des services de soins dentaires augmentent. Les plus hauts pourcentages de fréquentation régulière de dentistes se retrouvent parmi les personnes qui ont un niveau de diplôme et/ou de revenu élevé [5].

1.4. Contacts avec le kinésithérapeute

Les activités du kinésithérapeute se pratiquent tant à l'hôpital et en centre (de révalidation ou autres), qu'en ambulatoire, que ce soit au domicile du patient, ou au cabinet du prestataire [7].

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, 18,8 % des Hainuyers ont déclaré avoir eu recours au cours des 12 derniers mois à un kinésithérapeute. Cette proportion est similaire en Wallonie et en Belgique (respectivement 20,7 % et 21,3 %).

Comme pour toutes les autres professions médicales et paramédicales, la consultation chez un kinésithérapeute devient toutefois plus fréquente à mesure de l'avancée en âge. Ceci va probablement de pair avec l'augmentation des maladies chroniques qui sont liées au vieillissement [7]. Le recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois concerne un tiers des personnes de 75 ans et plus en Hainaut (32,9 %).

1.5. Contacts avec un professionnel de la médecine alternative

La médecine alternative ou non conventionnelle est une méthode de traitement ou d'examen qui, contrairement à la médecine conventionnelle, n'est pas fondée sur l'expérimentation scientifique [8].

En 1999, a été publiée la "Loi Colla" qui avait pour but la reconnaissance de 4 thérapies non conventionnelles :

- l'ostéopathie : elle repose sur l'utilisation de manipulations visant à traiter des pathologies axées sur la motricité anormale du système locomoteur et sur le système nerveux périphérique ;
- l'homéopathie : elle repose sur une hypothèse dite loi de "similitude". Toute substance capable de provoquer certains symptômes chez un sujet en bonne santé peut guérir des mêmes symptômes chez le sujet malade. Cette substance est diluée de façon sérielle, chaque dilution étant accompagnée d'agitation énergétique du solvant. Après dilution, il n'existe en principe plus de molécules de la substance originelle ;
- la chiropraxie : elle tend à obtenir un état d'équilibre et à recréer l'intégrité neurophysiologique et mécanique. Elle vise à traiter les troubles de la colonne vertébrale et du système nerveux. L'accent est mis également sur les techniques manuelles, en ce compris la mobilisation et la manipulation des articulations. Une attention particulière est accordée aux déplacements (subluxations) ;
- l'acupuncture : des aiguilles en acier inoxydable sont insérées sur ce que l'on appelle les points d'acupuncture du corps. Elle nécessite des connaissances anatomiques importantes ainsi que des notions de physiologie [8 ; 9].

Sont abordées uniquement dans ce rapport, les consultations auprès d'un ostéopathe et auprès d'un homéopathe car elles sont les plus fréquentes.

1.5.1. Ostéopathe

L'ostéopathie est la plus populaire des thérapies non conventionnelles comparée à l'homéopathie, la chiropraxie et l'acupuncture [8].

L'Enquête de santé par interview de 2018 révèle que 8,4 % des Belges ont eu recours à un ostéopathe au cours des 12 derniers mois. Cette proportion a tendance à augmenter au fil du temps, sans toutefois montrer de différence significative entre les enquêtes.

Au niveau national, les femmes (9,7 %) ont été plus nombreuses que les hommes (7,0 %) à consulter un ostéopathe en 2018. En Hainaut, 9,8 % de la population a eu recours à un ostéopathe sans différence selon le sexe.

1.5.2. Homéopathe

Depuis mars 2014, l'homéopathie ne peut plus être exercée que par des médecins, dentistes ou sages-femmes [10]. L'homéopathie s'intéresse, comme la médecine générale, à une large gamme de problèmes de santé [11].

Selon les données de l'Enquête de santé par interview de 2018, la proportion de personnes ayant eu un contact avec un homéopathe en Belgique (1,7 %) est similaire à celle de 2013 (1,8 %). Les femmes sont plus nombreuses (2,4 %) que les hommes (1,0 %) à avoir recours à un homéopathe.

2. Séjours hospitaliers

2.1. Hospitalisations déclarées

Lors de l'Enquête de santé par interview de 2018, 9,6 % de la population hainuyère déclarait avoir été hospitalisée au moins une fois au cours de l'année écoulée. Les résultats de cette enquête montrent également que les hospitalisations de jour (sans nuit à l'hôpital) concernent 7,3 % de la population de la province au cours des 12 derniers mois.

2.2. Résumé Hospitalier Minimum

Depuis 2008, le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) collecte des données médicales, infirmières, administratives, relatives au personnel, et des données dans le cadre de la fonction "service mobile d'urgence". Il reprend notamment l'enregistrement des données médicales et infirmières [12].

Le tableau suivant reprend les taux bruts d'admission pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Certains diagnostics apparaissent plus souvent lors d'hospitalisations classiques (les maladies liées à l'appareil circulatoire), d'autres en hospitalisations de jour (les maladies myéloprolifératives : les cancers, néoplasmes peu différenciés, les affections nez-gorge-oreilles, les affections des yeux).

Tableau 6.2. Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux bruts pour 1 000 habitants		
	Belgique	Wallonie	Hainaut
Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	50,8	43,8	45,9
Système musculaire et tissu conjonctif	33,7	26,9	29,4
Appareil digestif	33,5	27,2	30,3
Nez, gorge, oreilles	26,4	16,3	20,4
Appareil circulatoire	20,8	17,1	18,5
Système nerveux	14,5	12,4	13,2
Appareil respiratoire	14,1	14,6	16,3
Grossesse et accouchement	12,8	11,5	12,9
Reins et voies urinaires	12,1	10,2	12,6
Affections des yeux	11,3	9,0	9,3
Nouveau-nés - Affections d'origine périnatale	10,3	9,1	10,1
Peau, tissu sous-cutané, sein	10,1	8,2	9,6
Foie, bile et pancréas	6,0	5,8	6,7
Sang et organes hématopoïétiques	5,7	4,8	5,0
Organes génitaux masculins	5,7	4,4	4,8
Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	5,1	4,2	5,0
Organes génitaux féminins	5,0	4,5	4,9
Maladies infectieuses et parasitaires	3,2	2,8	3,5
Troubles mentaux	2,3	2,3	2,8
Traumatismes, empoisonnements, effets toxiques des médicaments	2,2	2,4	2,6
Alcoolisme et usage de drogue	0,9	1,1	1,3
Traumatismes multiples	0,3	0,3	0,2
Brûlures	0,1	0,1	0,1
Infections HIV	0,1	0,1	0,0
Autres	114,4	92,0	92,3
Total	401,3	331,0	358,0

Source : SPF Santé Publique RHM, calculs OSH

Quel que soit le type d'hospitalisation (de jour ou classique), la cause d'admission la plus fréquente durant l'année 2020 concernait les maladies myéloprolifératives et néoplasmes peu différenciés tant en Hainaut, qu'en Wallonie et en Belgique. Le taux d'admission pour les maladies prolifératives en Hainaut (45,9 pour 1 000 habitants) est un peu supérieur au taux wallon (43,8), mais inférieur au taux national (50,8).

Les pathologies de l'appareil digestif arrivent en deuxième position en Wallonie et en Hainaut, suivies par les pathologies du système musculaire et du tissu conjonctif.

3. Consommation de médicaments

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), la consommation pharmaceutique continue d'augmenter. Cette hausse est expliquée par, d'une part, la demande croissante de traiter les maladies liées à l'âge et aux affections chroniques, et d'autre part, les changements des pratiques cliniques.

La consommation d'antihypertenseurs dans les pays de l'OCDE a augmenté en moyenne de 70 % entre 2000 et 2017. L'utilisation d'hypocholestérolémiants a triplé sur la même période. Les médicaments antidiabétiques ont également considérablement augmenté, presque doublé. Cette hausse peut s'expliquer en partie par la prévalence croissante du diabète, liée dans une large mesure, à l'augmentation de celle de l'obésité, qui est un facteur de risque majeur pour le développement du diabète de type 2 [13].

3.1. Consommation déclarée

Tableau 6.3. Consommation déclarée de médicaments dans les 2 dernières semaines, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments prescrits			Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Belgique	45,9	57,1	51,6	21,9	28,7	25,4
Wallonie	45,1	59,2	52,3	17,5	23,2	20,4
Hainaut	43,1	56,7	50,0	12,4	17,9	15,2

Source: Sciensano-HIS 2018

Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, environ la moitié de la population déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des 2 dernières semaines, tant en Belgique, qu'en Wallonie et qu'en Hainaut.

D'autre part, 15,2 % des Hainuyers ont déclaré avoir consommé des médicaments non prescrits au cours des 2 dernières semaines. Cette proportion est inférieure aux proportions wallonne (20,4 %) et belge (25,4 %).

Les femmes sont plus fréquemment consommatrices de médicaments (prescrits ou non) que les hommes et ce, quel que soit le niveau géographique. En ce qui concerne les médicaments prescrits, cette différence en fonction du sexe se marque essentiellement entre 15 et 54 ans et peut, en partie, être expliquée par la consommation de pilule contraceptive.

Tableau 6.4. Proportion (en %) des personnes ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Hommes de 50 ans et plus (en %)	Femmes de 50 ans et plus (en %)
Belgique	22,5	24,2
Wallonie	20,5	27,2
Hainaut	20,5	29,8

Source: Sciensano-HIS 2018

▼
En Hainaut, 20,5 % des hommes et 29,8 % des femmes de 50 ans et plus déclarent avoir consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures. Ces proportions sont comparables à celles observées en Wallonie et en Belgique.

Il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'hommes et de femmes de 50 ans et plus qui déclarent avoir consommé 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures quel que soit le niveau géographique.

3.2. Consommation enregistrée

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre les médicaments délivrés par les pharmacies publiques et qui ont donné lieu à un remboursement. Les données ne tiennent pas compte des médicaments non remboursés ainsi que ceux délivrés par les pharmacies hospitalières.

Les consommations sont exprimées en dose moyenne journalière (DMJ). La DMJ est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Cette méthodologie permet de normaliser le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérentes les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [14].

Tableau 6.5. Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019

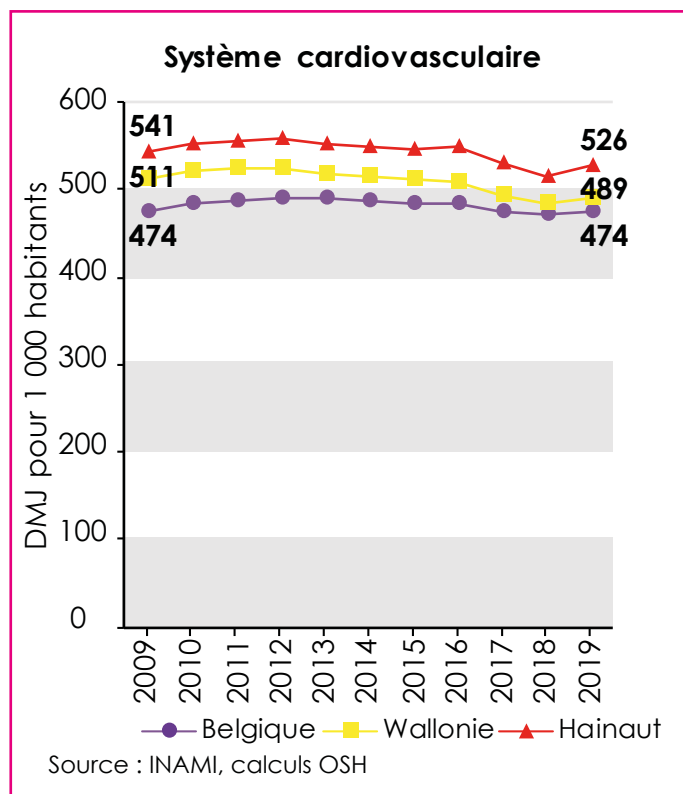
Type de médicaments prescrits	Belgique		Wallonie		Hainaut	
	DMJ/ 1 000 hab./jour	% du total des médica- ments	DMJ/ 1 000 hab./jour	% du total des médica- ments	DMJ/ 1 000 hab./jour	% du total des médica- ments
Système cardiovasculaire	474,1	37,5	489,3	36,7	525,9	37,4
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	186,0	14,7	205,3	15,4	226,3	16,1
Système nerveux central	152,3	12,0	171,1	12,8	174,2	12,4
Sang et système hématopoïétique	115,2	9,1	122,8	9,2	127,4	9,1
Système respiratoire	104,9	8,3	105,7	7,9	111,4	7,9
Système uro-génital et hormones sexuelles	54,1	4,3	52,4	3,9	52,3	3,7
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	44,0	3,5	60,6	4,5	52,4	3,7
Système squelettique et musculaire	60,2	4,8	54,9	4,1	58,6	4,2
Anti-infectieux à usage systémique	23,4	1,8	24,3	1,8	25,1	1,8
Organes sensoriels	26,8	2,1	26,4	2,0	28,1	2,0
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	16,1	1,3	15,1	1,1	15,8	1,1
Préparations dermatologiques	6,8	0,5	6,2	0,5	6,3	0,5
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,7	0,1	0,7	0,1	0,7	0,1
Divers	0,2	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0
Total	1 264,8	100,0	1 334,9	100,0	1 404,8	100,0

Source : INAMI, calculs OSH

La consommation totale de médicaments remboursés par habitant est supérieure en Hainaut par rapport à la Wallonie (+5,2 %) et la Belgique (+11,1 %). L'état de santé moins favorable des Hainuyers constitue probablement un facteur explicatif de cette consommation plus élevée.

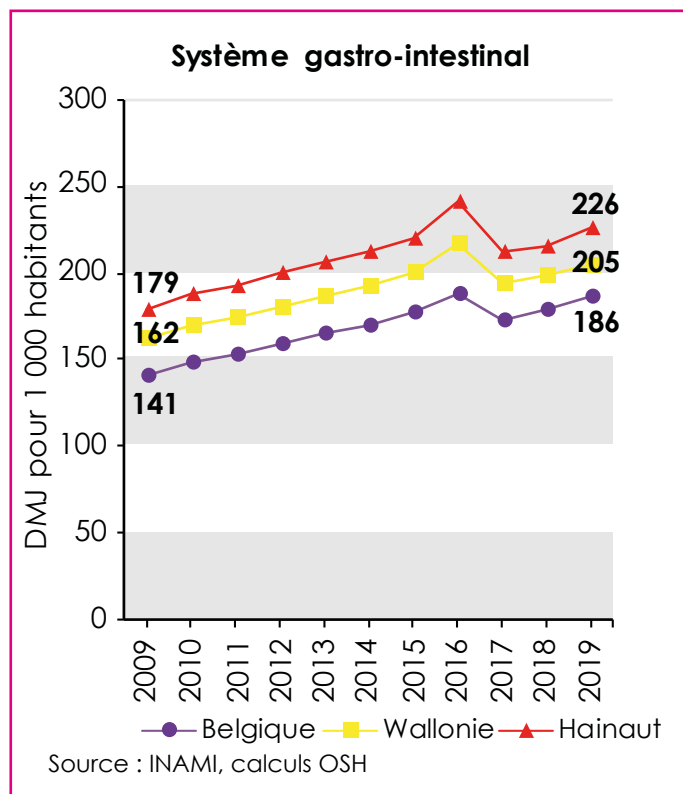
Quel que soit le territoire, les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont les plus consommés.

Figure 6.2. Evolution de la consommation de médicaments du système cardiovasculaire en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



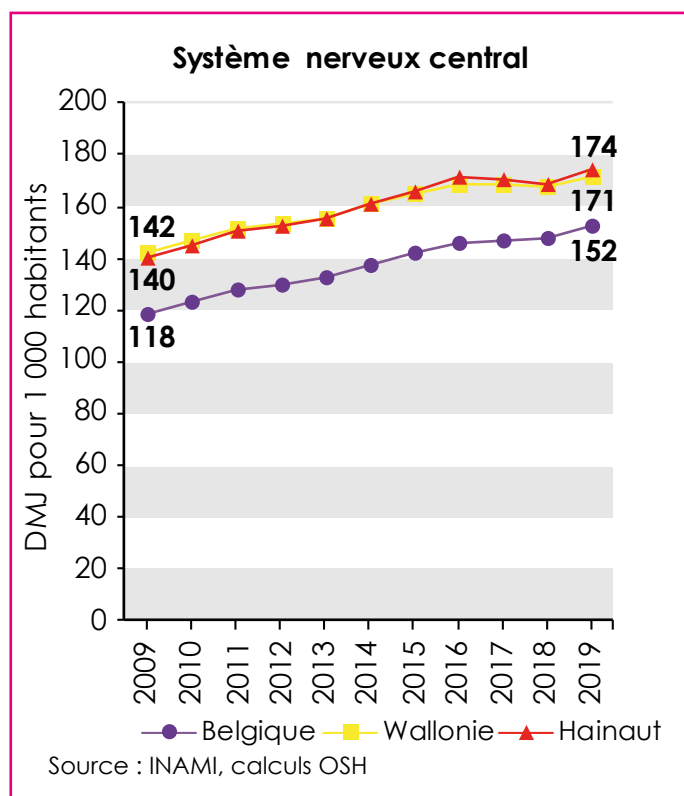
► Les médicaments destinés à soigner les pathologies du système cardiovasculaire représentent la classe la plus importante en matière de consommation médicamenteuse tant en Hainaut, qu'en Wallonie ou en Belgique. Depuis 2009, cette consommation reste relativement stable pour les différents niveaux géographiques.

Figure 6.3. Evolution de la consommation de médicaments du système gastro-intestinal en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



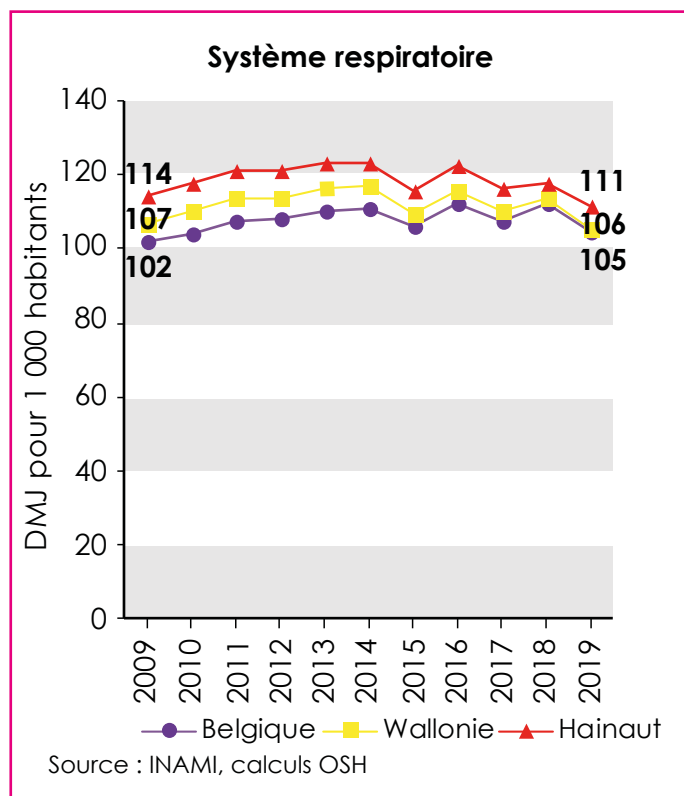
► Les médicaments destinés à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme (surtout les inhibiteurs de la pompe à protons) ont vu leur DMJ s'accroître au fil des ans, sauf en 2017, année où les conditions de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons ont été modifiées [15] et où une forte diminution est observée. Les taux de 2019 sont moins élevés qu'en 2016, quel que soit le niveau territorial. Entre 2009 et 2019, leur DMJ a augmenté de 26,3 % en Hainaut, 27,1 % en Wallonie et 32,0 % en Belgique. Sur toute la période, le DMJ hainuyer est supérieur au DMJ wallon, lui-même supérieur au DMJ belge.

Figure 6.4. Evolution de la consommation de médicaments du système nerveux central en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



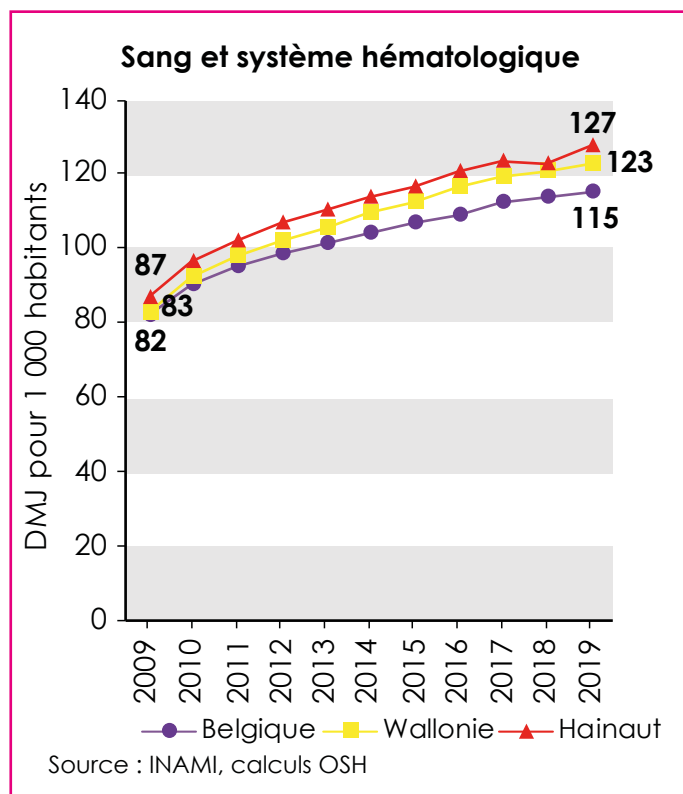
► Troisième au classement en Belgique, en Wallonie et en Hainaut, les médicaments du système nerveux central (surtout les psychotropes) connaissent une forte augmentation au cours du temps. Une hausse de 24,4 % est constatée en Hainaut, entre 2009 et 2019. Cette augmentation est de 20,7 % en Wallonie et de 28,6 % en Belgique. En 2019, la consommation en Hainaut est supérieure à celle de la Wallonie (171 DMJ pour 1 000 habitants), elle-même supérieure à celle de la Belgique (152 DMJ pour 1 000 habitants).

Figure 6.5. Evolution de la consommation de médicaments du système respiratoire en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



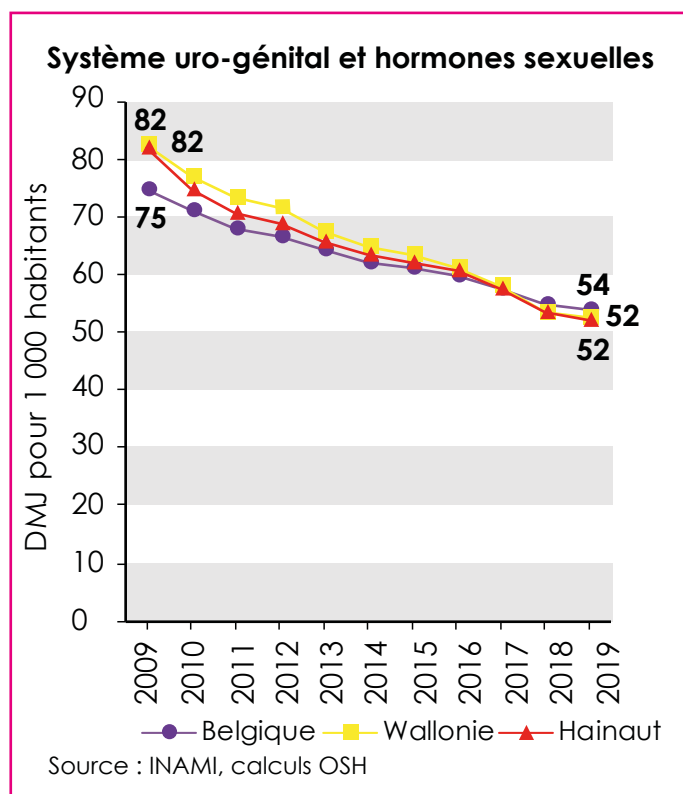
► De 2009 à 2014, la consommation de médicaments visant le système respiratoire tend à augmenter. A partir de 2015, les consommations sont plutôt variables. De façon générale, l'évolution entre 2009 et 2019 est relativement stable, quel que soit le territoire observé.

Figure 6.6. Evolution de la consommation de médicaments du sang et système hématologique en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



► Entre 2009 et 2019, les DMJ des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique ont augmenté de 46,8 % en Hainaut, de 48,6 % en Wallonie et de 40,9 % en Belgique. Cette augmentation est la plus importante parmi les évolutions de DMJ présentées dans ce Tableau de bord. Elle est due notamment à l'augmentation de la consommation d'anti-coagulants [16]. En 2019, la consommation en Hainaut est supérieure à celle de la Wallonie (123 DMJ pour 1 000 habitants), elle-même supérieure à celle de la Belgique (115 DMJ pour 1 000 habitants).

Figure 6.7. Evolution de la consommation de médicaments du système uro-génital et hormones sexuelles en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019



► La consommation de médicaments destinés au système uro-génital et hormones sexuelles est en diminution depuis 2009 et ce de manière plus prononcée en Hainaut et en Wallonie qu'en Belgique : entre 2009 et 2019, la consommation a diminué de 36,1 % en Hainaut, de 36,5 % en Wallonie et de 27,6 % en Belgique. L'écart de consommation entre la Belgique d'une part et la Wallonie et le Hainaut d'autre part, s'est estompé progressivement pour arriver à des DMJ très proches en 2019 (52 pour la Wallonie et le Hainaut et 54 pour la Belgique) en 2016 et même une légère inversion de la tendance en 2019. Parmi les médicaments destinés au système uro-génital, on enregistre en Belgique une diminution de la DMJ de contraceptifs oraux ainsi que du nombre de patientes entre 2016 et 2019 [17], qui pourrait expliquer en partie cette diminution.

4. Vaccinations

La vaccination est un succès en termes de santé et de développement dans le monde et permet de sauver des millions de vies chaque année. Les vaccins réduisent les risques de contracter une maladie infectieuse en entraînant les défenses naturelles de l'organisme pour mieux le protéger. La vaccination induit une réaction du système immunitaire.

C'est un élément clé des soins de santé primaires et un droit humain incontestable. C'est aussi l'un des meilleurs investissements en faveur de la santé. Les vaccins sont également essentiels pour prévenir et combattre les flambées de maladies infectieuses. Ils sont le fondement de la sécurité sanitaire mondiale et constitueront un outil essentiel dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens [18].

Les programmes de vaccination de masse ont permis de réduire très fortement le nombre de cas de certaines maladies infectieuses au point que leur survenue est à présent exceptionnelle en Belgique, comme dans de nombreux pays industrialisés (poliomyélite, coqueluche, diphtérie...).

A l'échelle internationale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) établit des stratégies de vaccination dont l'objectif est l'élimination totale de certaines maladies. L'OMS souhaite à présent la disparition de la poliomyélite et, pour l'Europe en tout cas, de la rougeole et de la rubéole [19].

En Belgique, dans le cadre de la 6^e Réforme de l'Etat (2014), les compétences en matière de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B) ont été transférées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) pour la vaccination entre 0 et 18 ans (ainsi que pour les femmes enceintes), et à la Région Wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (COCOF) pour les vaccinations au-delà de l'âge de 18 ans.

Seule la vaccination contre la poliomyélite est légalement obligatoire en Belgique et, ce, depuis 1967. Une attestation de vaccination doit être transmise à la commune. Les autres vaccinations reprises dans le calendrier du Programme de vaccination de la FW-B sont vivement recommandées [20].

4.1. Vaccination des enfants

La vaccination est une des priorités de la FW-B. La prévention vaccinale comporte une logique individuelle et collective. Elle concerne toute la population à différents moments de l'existence : les nourrissons, les enfants et les jeunes en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées.

Le schéma de vaccination des nourrissons, des enfants et des jeunes en âge scolaire a fortement évolué au cours des dernières décennies. Le calendrier vaccinal de base de l'enfant en Belgique est en effet passé d'une protection contre 4 maladies à une protection contre 13 maladies.

La vaccination contre le Human Papillomavirus (HPV) est recommandée chez les filles, et plus récemment chez les garçons de 9 à 14 ans.

L'ONE développe, évalue et adapte le programme de vaccination en FW-B. Elle réalise régulièrement, par échantillonnage, des enquêtes de couverture vaccinale : tous les 3 ans auprès des enfants âgés de 18 à 24 mois et tous les ans auprès des élèves d'un niveau scolaire en particulier, soit de 2^e primaire, 6^e primaire, 2^e secondaire et enfin de 4^e secondaire. Celles-ci ont pour principal objectif de déterminer la couverture obtenue pour chacune des doses de vaccins recommandés dans le calendrier vaccinal, ainsi que le respect de l'âge d'administration de ces doses. Les couvertures vaccinales sont l'un des principaux indicateurs permettant de suivre de près l'évolution et l'adéquation du programme de vaccination.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (OMS/Europe) a fixé comme objectif l'élimination de la rougeole et la rubéole dans les années à venir. Un taux de couverture vaccinale de plus de 95 % avec 2 doses du vaccin Rougeole Rubéole Oreillons (RRO) est nécessaire pour enrayer la circulation du virus de la rougeole. La couverture vaccinale des élèves de 6^e primaire (11-12 ans) pour la 2^e dose de vaccin contre le RRO (RRO2) en 2015-2016 était de 75,0 %. Le taux de vaccination constaté pour le RRO2 reste encore trop bas par rapport au taux fixé par l'OMS pour obtenir l'élimination de la rougeole. Néanmoins, une augmentation de près de 10 % a été constatée entre 2003-2004 (65,6 %) et 2008-2009 (75,5 %). Depuis lors, la couverture vaccinale pour le RRO2 ne progresse toutefois plus (75,0 % en 2015-2016). L'objectif d'élimination de la rougeole en FW-B ne pourra être atteint que si de nouveaux efforts sont consentis pour améliorer le taux de couverture de la 2^e dose de RRO¹.

L'ONE promeut et applique le schéma vaccinal de base recommandé par le Conseil Supérieur de la Santé et la FW-B. Tous les vaccins, à l'exception de celui contre le rotavirus, sont fournis gratuitement grâce à un financement conjoint de l'Etat fédéral et de la FW-B.

Le taux de vaccination² des enfants fréquentant les structures de l'ONE est relativement élevé, variant de 85 % à 97 % selon le type de vaccin administré [21].

4.2. Vaccination des adultes

En Belgique, le CSS recommande la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes à risque, à savoir :

- toute personne de 65 ans et plus ;
- tout patient à partir de l'âge de 6 mois présentant une affection chronique d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique, neuromusculaire ou des troubles immunitaires ;
- les femmes enceintes qui seront au 2^e ou 3^e trimestre de grossesse au moment de la saison de la grippe ;
- les personnes séjournant en institution ;
- les enfants de 6 mois à 18 ans compris sous thérapie à l'aspirine au long cours ;
- le personnel du secteur de la santé ;
- les personnes vivant sous le même toit que des personnes à risque ou avec des enfants de moins de 6 mois [22].

1. Depuis l'année scolaire 2020-2021, l'administration de la 2^e dose du vaccin contre Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO2) est passée de 11-12 ans à 7-8 ans. Afin de s'assurer que les enfants plus âgés soient correctement vaccinés, une vaccination de transition à 11-12 ans (6^e primaire) est mise en place pendant 4 ans.

2. En Belgique, la seule vaccination légalement obligatoire est la vaccination contre la poliomyélite. Plusieurs vaccinations sont toutefois exigées pour qu'un enfant puisse fréquenter un milieu d'accueil. Dans ces collectivités, les vaccins exigés sont ceux contre la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole et les oreillons. Les vaccins fortement conseillés sont ceux contre le pneumocoque, la méningite à méningocoques C et l'hépatite B.

Tableau 6.6. Proportion (en %) de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Population à risque déclarant être vaccinée (en %)
Belgique	56,8
Wallonie	43,9
Hainaut	39,4

Source: Sciensano-HIS 2018

▼
Selon l'Enquête de santé par interview de 2018, seulement 39,4 % des personnes à risque en Hainaut déclarent être vaccinées contre la grippe, ce qui est proche de la proportion wallonne de 43,9 % mais inférieur à la couverture vaccinale belge qui atteint 56,8 %.

Compte tenu des marges d'erreur, la proportion de personnes à risque qui déclare avoir déjà été vaccinée contre la grippe stagne aux niveaux hainuyer et wallon, alors qu'on constate une augmentation de plus de 10 % en Belgique entre l'enquête de 1997 et celle de 2018.

5. Dépistages

Le but du dépistage est de détecter une pathologie avant même que des symptômes soient manifestes. Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Le dépistage doit répondre à différentes conditions afin qu'un dépistage de masse soit organisé [23].

5.1. Dépistage des cancers

Le fait de détecter plus tôt certains cancers permet souvent des traitements moins lourds et offre des chances de guérison plus importantes [24]. Le dépistage est efficace pour certains cancers dans certaines tranches d'âge : les femmes entre 50 et 69 ans pour le cancer du sein, les femmes entre 25 et 64 ans pour le cancer du col de l'utérus et les hommes et femmes entre 50 et 74 ans pour le cancer colorectal.

Le dépistage systématique, dit de masse, organisé (ou programme organisé), est réalisé à l'initiative d'une autorité de santé publique. Il est soumis à des procédures de contrôle de qualité et à une évaluation régulière afin de garantir la qualité et l'efficacité selon les critères définis au niveau européen. Une invitation personnelle est envoyée à la population "cible". Le dépistage individuel ou opportuniste est, quant à lui, réalisé à la demande de l'individu ou du médecin en dehors d'un programme organisé de dépistage.

En FW-B, en plus de la possibilité d'un dépistage individuel, il existe un dépistage organisé pour le cancer du sein et pour le cancer colorectal. Le dépistage du cancer du col de l'utérus appartient au dépistage individuel [24].

5.1.1. Dépistage du cancer du sein

Depuis 2001, la Belgique a instauré un programme national de dépistage du cancer du sein. Celui-ci permet aux femmes de 50 à 69 ans d'être dépistées gratuitement, tous les deux ans, par un mammothest, c'est-à-dire une radiographie des seins bénéficiant d'un contrôle de qualité et d'une double lecture [25]. En dehors du programme organisé, de nombreuses femmes ont recours à un dépistage opportuniste par mammographie classée "diagnostique" dans la nomenclature INAMI.

La couverture par mammothest est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un mammothest, que celles-ci aient déjà eu ou pas une mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée. La population étudiée est constituée des femmes inscrites à l'assurance maladie obligatoire et dont l'âge est compris entre 50 et 69 ans.

La couverture par mammographie diagnostique correspond au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique diagnostique et aucun mammothest pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée.

La couverture totale additionne la couverture par mammothest et la couverture par mammographie diagnostique. Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique et/ou d'un mammothest pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée [25].

Tableau 6.7. Proportion (en %) de femmes (50-69 ans) ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018-2019

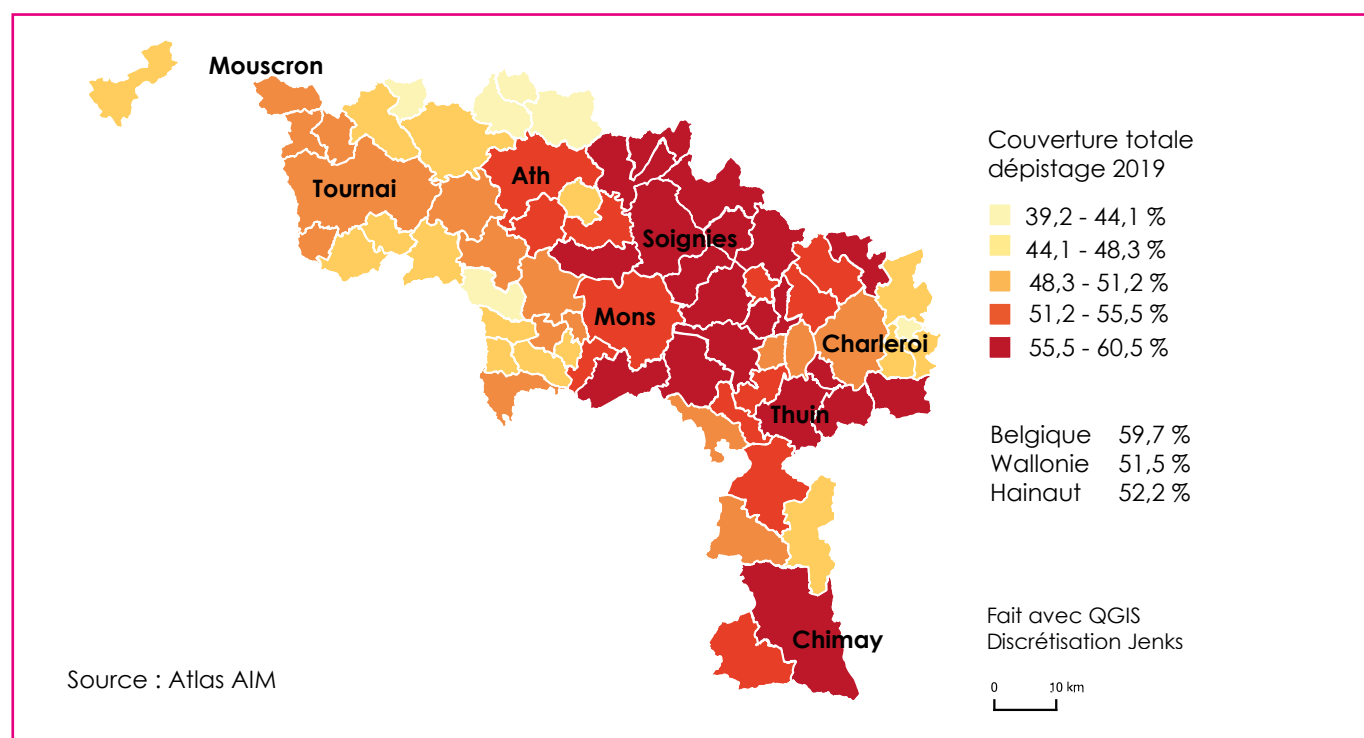
	Belgique	Wallonie	Hainaut
Couverture par mammothest	32,2	4,7	4,9
Couverture par mammographie diagnostique	27,4	46,8	47,3
Total	59,6	51,5	52,2

Source: Atlas AIM

▼

Pour la période de dépistage 2018-2019, le taux de couverture par mammothest en Hainaut (4,9 %) est comparable à celui de la Wallonie (4,7 %), mais nettement inférieur au taux belge (32,2 %). Ceci s'explique par la forte adhésion de la population de Flandre au programme organisé de dépistage du cancer du sein. A l'inverse, le taux de couverture par mammographie diagnostique est plus élevé en Hainaut (47,3 %) et en Wallonie (46,8 %) qu'en Belgique (27,4 %). En 2018-2019, un peu plus d'une femme entre 50 et 69 ans sur 2 en Hainaut a réalisé un examen de dépistage du cancer du sein (52,2 %). Cette proportion est proche de la situation wallonne (51,5 %) mais inférieure à la proportion belge (59,6 %).

Carte 6.2. Proportion (en %) de femmes (50-69 ans) ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, Hainaut, par commune, 2018-2019



Le taux de couverture totale de dépistage du cancer du sein apparait le plus élevé dans les communes d'Estinnes (60,5 %), Le Roeulx (59,9 %) et Jurbise (59,6 %).

A l'inverse, la commune d'Ellezelles (39,2 %) présente le taux le plus faible en termes de couverture totale de dépistage du cancer du sein, en 2019.

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

Le programme de dépistage du cancer colorectal est organisé en FW-B depuis le 1^{er} mars 2009. Il s'adresse à tous les hommes et femmes de 50 à 74 ans en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale. Le cycle d'invitation s'étale sur 2 ans. La Détection du Sang Fécal Occulte (DSFO) est l'examen le plus fréquemment réalisé [24 ; 26].

Tableau 6.8. Proportion (en %) de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles-Hainaut, 2020

	Taux de couverture (en %)
Fédération Wallonie-Bruxelles	12,8
Hainaut	11,3

Source: CCR, calculs OSH



Le taux de couverture de dépistage du cancer colorectal est légèrement inférieur en Hainaut qu'en FW-B qui est lui-même faible puisque seule un peu plus d'une personne cible sur 10 procède effectivement au dépistage.

Tableau 6.9. Proportion (en %) de personnes (50-74 ans) déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018

	Couverture déclarée (en %)
Belgique	17,0
Wallonie	10,3
Hainaut	10,0

Source: Sciensano-HIS 2018



L'Enquête de santé par interview de 2018 montre que le dépistage est beaucoup moins pratiqué en Hainaut et en Wallonie qu'au niveau national où la proportion de personnes déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête atteint 17,0 % (contre 10,3 % en Wallonie et 10,0 % en Hainaut).

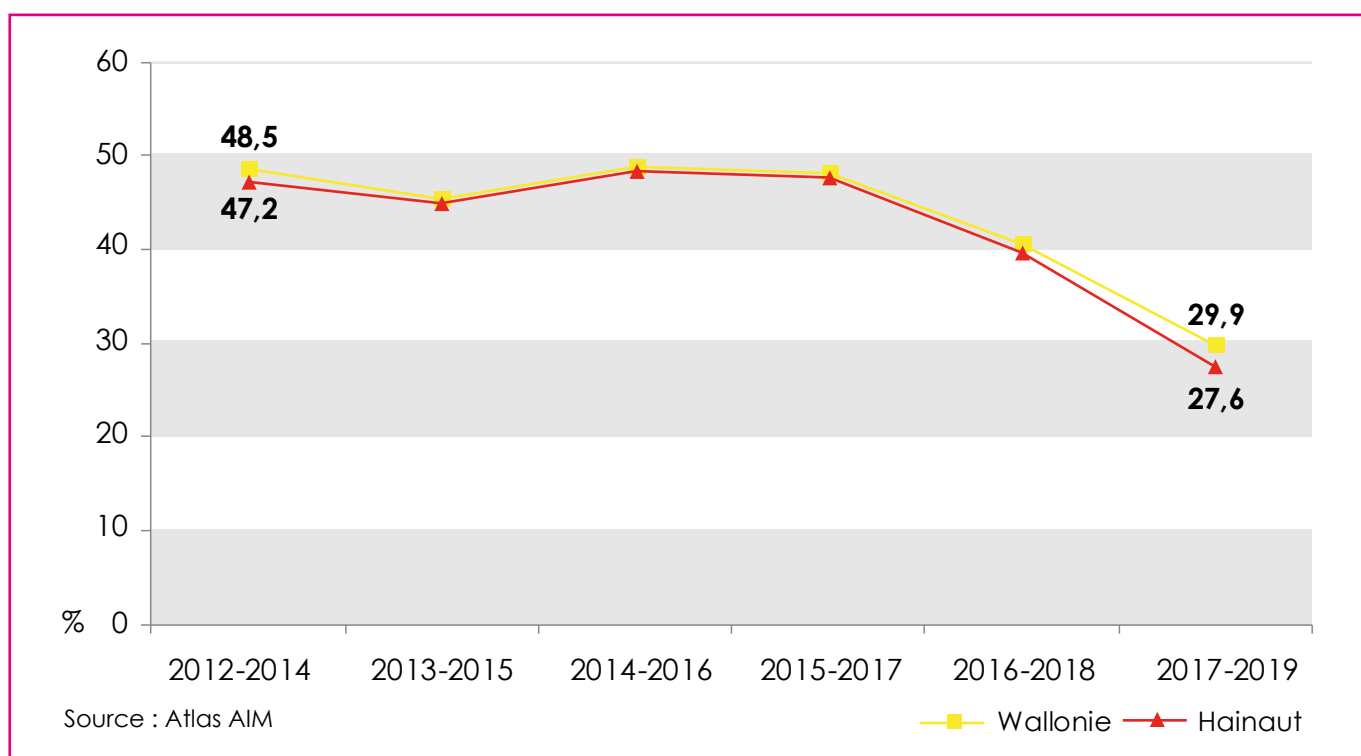
5.1.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus (chez les femmes de 25-64 ans)

Le cancer du col de l'utérus est principalement dû à une infection par un virus à potentiel cancérigène élevé : il s'agit du HPV qui se transmet par voie sexuelle [27].

Le dépistage par frottis est actuellement réalisé sur base individuelle (opportuniste) en FW-B. L'intervalle à respecter entre 2 frottis est de 3 ans. La population cible concerne les femmes de 25 à 64 ans.

La vaccination anti-HPV ne dispense pas la femme du dépistage par frottis. En effet, la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus responsables du cancer du col [27].

Figure 6.8. Proportion (en %) de femmes (25-64 ans) s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2012-2014 à 2017-2019, Wallonie-Hainaut



En 2012-2014, les proportions étaient proche de 50 % en Wallonie et en Hainaut. Elles ont fortement diminué au cours du temps. En Wallonie, cette diminution est de l'ordre de 38,4 % contre 41,5 % en Hainaut entre 2012-2014 et 2017-2019.

Depuis le 1^{er} mars 2013, l'intervalle de remboursement du frottis de dépistage est de 3 ans, ce qui suit les recommandations européennes [27].

Tableau 6.10. Proportion (en %) de femmes (25-64 ans) déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2001-2018

	Femmes de 25 à 64 ans (en %)				
	2001	2004	2008	2013	2018
Belgique	69,2	72,2	70,8	72,9	56,4
Wallonie	64,1	73,3	75,6	76,1	59,0
Hainaut	60,1	66,9	68,9	75,1	58,4

Source: Sciensano-HIS 2018

En Hainaut, 58,4 % des femmes de 25 à 64 ans déclarent avoir pratiqué un dépistage dans les 3 ans précédant l'enquête de santé par interview 2018. Cette proportion est comparable aux proportions wallonne (59,0 %) et belge (56,4 %).

Le taux de couverture déclaré a augmenté en Wallonie et en Hainaut entre 2001 et 2013. Au niveau national, il a peu évolué entre ces deux enquêtes. Entre 2013 et 2018, on observe une diminution de la proportion de femmes déclarant avoir pratiqué un frottis du col de l'utérus, et ce, au sein des 3 niveaux géographiques.

Il faut remarquer la forte différence (du simple ou double) entre les taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus rapportés par l'enquête de santé et ceux publiés par l'AIM. Une partie de cette différence peut s'expliquer par le fait que certaines femmes sous-estiment le temps écoulé depuis le dernier dépistage.

6. Bibliographie

1. Van der Heyden J, Berete F, Drieskens S. Soins ambulatoires dispensés par les médecins et dentistes : Enquête de santé 2018. Sciensano ; 2020. Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-soins-ambulatoires-dispenses-par-les-medecins-et-les-dentistes>
2. Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). Le dossier médical global (DMG) permet de diminuer le prix de votre consultation chez le médecin généraliste. Mai 2022.
3. Vanmeerbeek M. Les généralistes, la prévention et la promotion de la santé. Etat des lieux, attitudes actuelles et voies d'avenir. Thèse de doctorat. Université de Liège. Décembre 2014.
4. Van der Heyden J. Consultations chez un médecin spécialiste. Enquête de santé 2013. Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux, WIV-ISP, Bruxelles, 2015. Consultable sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/utilisation_des_services_de_sante_et_des_services_sociaux_1.pdf
5. Bouckaert N, Maertens de Noordhout C, Van de Voorde C. Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system ?. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2020. KCE Reports 334. D/2020/10.273/30
6. Cellule Interuniversitaire d'Epidémiologie, Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge 2012-2014. Consultable sur : https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport_sante_bucodentaire_2012_2014.pdf
7. Drieskens S, Gisle L, Berete F. Contacts avec des services paramédicaux : Enquête de santé 2018. Sciensano ; 2020. Consultable sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/enquete-de-sante-2018-contacts-avec-des-services-paramedicaux>
8. Drieskens S, Scohy A, Berete F. Contacts avec des prestataires de thérapies non-conventionnelles. Sciensano ; 2020. Consultable sur : https://www.sciensano.be/sites/default/files/nc_report_2018_fr_final.pdf
9. FNRS and Représentants des facultés de médecine et des académies royales de médecine. Les pratiques non conventionnelles : évaluation de l'efficacité thérapeutique et de l'innocuité par analyse des essais cliniques et des études scientifiques. Octobre 1998. Consultable sur : https://skepp.be/sites/default/files/RAPPORT%20FINAL%20decanen_0.pdf
10. Arrêté royal relatif à l'exercice de l'homéopathie. 26 mars 2014 : Bruxelles. Consultable sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-26-mars-2014_n2014024146.html
11. De Gendt T, Desomer A, Goossens M, Hanquet G, et al. Etat des lieux de l'homéopathie en Belgique - synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 154B. D/2011/10.273/17.
12. Charafeddine R, Demarest S, Berete F, et al. Hospitalisation : Enquête de santé 2018. Sciensano ; 2020.
13. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE. 2019. Consultable sur : <https://www.oecd.org/fr/els/panorama-de-la-societe-19991304.htm>
14. Merlo J, Wessling A, Melander A. Comparison of dose standard unit for drug utilisation studies. Eur J Clin Pharmacol 1996(50) : p. 27-30
15. Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), Commission de remboursement des médicaments. 2017. Inhibiteurs de la pompe à protons (antiacides) : remboursement au 1^{er} avril 2017. Consultable sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/adaptations/Pages/antiacides-ipp.aspx>

16. Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), Direction Politique Pharmaceutique, Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses, MORSE. Rapport 2020, données 2019. Consultable sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-morse.aspx>
17. INAMI, Direction Politique Pharmaceutique Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses, MORSE. Rapport 2021, données 2020. Consultable sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/rapport-morse.aspx>
18. Organisation mondiale de la Santé. Vaccins et vaccination ; 2022. Consultable sur : https://www.who.int/fr/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1
19. Vaccination [Info.be](http://www.vaccination-info.be). Quels sont les bénéfices individuels et collectifs de la vaccination ? 2020. Consultable sur : <https://www.vaccination-info.be/quels-sont-les-benefices-individuels-et-collectifs-de-la-vaccination/>
20. Vaccination [Info.be](http://www.vaccination-info.be). Quelle est la politique de vaccination en Belgique ? 2020. Consultable sur : <https://www.vaccination-info.be/quelle-est-la-politique-de-vaccination-en-belgique/>
21. Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles, La Fédération Wallonie-Bruxelles en chiffres 2017. Bruxelles : Editeur Delcor ; 2017. Consultable sur : <http://www.fapeo.be/wp-content/uploads/2019/03/LA-F%C3%89D%C3%89RATION-WALLONIE-BRUXELLES-EN-CHIFFRES.pdf>
22. Institut de Santé Publique. Vaccination, in enquête de santé 2013. Rapport 5 : prévention. Edition 2015. Bruxelles.
23. Wilson, J.M.G, Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies. Genève, Organisation mondiale de la santé ; 1970. Consultable sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
24. Ligue Nationale Contre le Cancer. Le dépistage des cancers. Paris ; 2009. Consultable sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/depistage-cancers.pdf>
25. Fabri, V, Leclercq A, Boutsen M. Programme du Dépistage du Cancer du Sein. Comparaison du troisième tour (2007-2008) et quatrième tour (2009-2010). Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste. Septembre 2014. Consultable sur : https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/8e_aim_d-pistage_cancer_du-sein_2014.pdf
26. De Foy T, Candeur M. Dépistage du cancer colorectal : où en est-on ? Éducation Santé ; 2017. Consultable sur : <https://educationsante.be/programme-de-depistage-du-cancer-colorectal-en-federation-wallonie-bruxelles/>
27. Fabri V, Allaoui E, Arbyn M, Simoens C, et al. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2008-2017. Quatrième rapport de l'Agence Intermutualiste. IMA-AIM. Décembre 2019. Consultable sur : https://www.ima-aim.be/IMG/pdf/depistage_du_cancer_du_col_de_l_uterus_rapport_aim_4_2017_fr.pdf

Abréviations

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AIM ou IMA-AIM	Agence InterMutualiste
AIS	Agence immobilière sociale
ASBL	Association sans but lucratif
ASD	Aides & Soins à Domicile
ASE	Aide sociale équivalente
ASI	Association de soins intégrés
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
Centre PMS	Centre psycho-médico-social
CIE	Cellule Interuniversitaire d'épidémiologie
CIM-10	Classification internationale des maladies – 10 ^e édition
CO	Monoxyde de carbone
COCOF	Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale
CPAS	Centre public d'action sociale
CSD	Centrale de Services à Domicile
CSE	Conseil supérieur de l'emploi
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DGS	Direction générale Statistique
DMG	Dossier médical global
DMJ	Dose moyenne journalière
DSFO	Détection du Sang Fécal Occulte
ERIS	Equivalent du revenu d'intégration sociale
EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FARES	Fonds des Affections Respiratoires asbl
FCPC	Fédération des Centres de Planning et de Consultations
FCPPF	Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial
FCSD	Fédération des Centrales de Services à Domicile
FEDOM	Fédération wallonne de services d'aide à domicile
Fedris	Agence fédérale des risques professionnels
FLCPF	Fédération Laïque de Centres de Planning Familial
FLW	Fonds du Logement de Wallonie
Forem	Service public de l'emploi et de la formation en Wallonie
FPS	Femmes Prévoyantes Socialistes
FW-B	Fédération Wallonie-Bruxelles
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
HIS	Health Interview Survey - Enquête nationale de santé par interview

HPV	Human Papillomavirus – Papillomavirus humain
HSR	Health Services Research (Recherche sur les Services de Santé)
HSV	Herpes simplex virus
ICF	Indice conjoncturel de fécondité
ICM	Indice comparatif de mortalité
IMC	Indice de masse corporelle
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IRT	Insuffisance rénale terminale
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé - Belgian Health Care Knowledge Centre
MET	Metabolic Equivalent of Task - Equivalent métabolique d'une tâche
MORSE	Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses (Monitoring du remboursement des dépenses significatives)
MR	Maison de repos
MRS	Maison de repos et de soins
OCASC	Office Central d'Action Sociale et Culturelle du Ministère de la Défense
OCDE	Organisation de coopération et de développement Economiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONE	Office de la naissance et de l'enfance
ONE-BDMS	Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la naissance et de l'enfance
OSH	Observatoire de la Santé du Hainaut
PiB	Produit intérieur brut
QGIS	Q Geographic Information System - Système d'Information Géographique Libre et Open Source
RHM	Résumé Hospitalier Minimum
PSE	Promotion de la santé à l'école
RIS	Revenu d'intégration sociale
RRO	Rougeole Rubéole Oreillons
RMN	Résonance magnétique nucléaire
SA	Semaines d'aménorrhée
SARS-CoV-2	Coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère de type 2
Service PSE	Service de promotion de la santé à l'école
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLSP	Société de logement de service public
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation

SPF.....	Service Public Fédéral
SPF Economie-DGS.....	Direction générale Statistique (DGS) du Service public fédéral (SPF) Economie (Statbel)
SPMA.....	Standardized Procedures for Mortality Analysis
SPP IS.....	Service Public Fédéral de programmation intégration sociale
SPW.....	Service public de Wallonie
SSM.....	Service de santé mentale
Statbel.....	Office belge de statistique
TOC.....	Trouble obsessionnel compulsif
UE.....	Union européenne
USI.....	Unité de soins intensifs
VIAS.....	Institut belge pour la sécurité routière
VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine
WSE.....	Werk en sociale economie

Table des tableaux, cartes et figures

Chapitre 1 - Population

Tableau 1.1.	Population totale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2021	11
Figure 1.1.	Répartition de la population, Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2021 .	11
Figure 1.2.	Evolution de la population de 1991 à 2021 et projections de 2022 à 2071, Hainaut.	12
Carte 1.1.	Densité de population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2021	14
Carte 1.2.	Taux de croissance annuel moyen, Hainaut, par commune, 2012-2021	15
Tableau 1.2.	Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie, Hainaut 2015-2019	16
Figure 1.3.	Evolution de l'espérance de vie à la naissance, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-2019.	17
Carte 1.3	Espérance de vie à la naissance, hommes, Hainaut, par commune, 2015-2019.	18
Carte 1.4.	Espérance de vie à la naissance, femmes, Hainaut, par commune, 2015-2019.	19
Figure 1.4.	Variation de l'espérance de vie, selon le sexe et le revenu médian par ménage, Hainaut, par commune, 2017	20
Tableau 1.3.	Espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019	21
Figure 1.5.	Evolution de l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-2019.	21
Carte 1.5.	Taux brut annuel moyen de natalité, Hainaut, par commune, 2011-2020 . . .	23
Figure 1.6.	Evolution du taux brut de natalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2020. . .	24
Tableau 1.4.	Indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	25
Figure 1.7.	Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019	25
Tableau 1.5.	Population selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2021	26
Figure 1.8.	Part des principales nationalités parmi les étrangers recensés, Hainaut, par arrondissement, 1 ^{er} janvier 2021	27
Figure 1.9.	Structure de la population, selon le sexe et la tranche d'âge, Hainaut, 1 ^{er} janvier 2002 et 1 ^{er} janvier 2021	28
Tableau 1.6.	Répartition de la population, par catégorie d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1 ^{er} janvier 2021	31
Tableau 1.7.	Répartition de la population âgée de 65 ans et plus, selon le sexe et la tranche d'âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1 ^{er} janvier 2021	31
Figure 1.10.	Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2007-2021 .	32
Figure 1.11.	Evolution de l'indice de vieillissement de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, Hainaut	33
Carte 1.6	Indice de vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2021	34

Carte 1.7.	Indice d'intensité du vieillissement de la population, Hainaut, par commune, 1 ^{er} janvier 2021	35
Figure 1.12.	Evolution du ratio de dépendance de 1991 à 2020 et projections de 2021 à 2071, Hainaut	36

Chapitre 2 - Mortalité et causes de décès

Tableau 2.1.	Nombre de décès, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019	42
Tableau 2.2.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	43
Tableau 2.3.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019	44
Carte 2.1.	Indices comparatifs de mortalité, selon le sexe, Hainaut, par arrondissement, 2015-2019	45
Figure 2.1.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019.	46
Figure 2.2.	Evolution des indices comparatifs de mortalité totale, femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019.	47
Tableau 2.4.	Nombre et proportion de décès, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	48
Figure 2.3. & 2.4.	Proportion de décès, selon la cause, hommes, femmes, Hainaut, 2014-2018	49
Figure 2.5.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, hommes, Hainaut, 1993-2018.	50
Figure 2.6.	Evolution des taux standardisés de mortalité spécifique, femmes, Hainaut, 1993-2018.	51
Tableau 2.5.	Taux bruts et standardisés de mortalité par cause et par sexe, Hainaut, 2014-2018	52
Tableau 2.6.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, hommes, Hainaut, 2014-2018.	53
Tableau 2.7.	Proportion de décès, selon la cause et la catégorie d'âge, femmes, Hainaut, 2014-2018.	54
Tableau 2.8.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, hommes, Hainaut, 2014-2018	55
Tableau 2.9.	Indices comparatifs de mortalité, selon la cause de décès, femmes, Hainaut, 2014-2018	56
Tableau 2.10.	Taux brut de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	57
Tableau 2.11.	Indices comparatifs de mortalité prématurée, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019.	58
Figure 2.7.	Evolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019.	59
Figure 2.8.	Evolution des indices comparatifs de mortalité prématurée, femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2019	59
Tableau 2.12.	Nombre de décès et poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, Hainaut, 2014-2018	60
Figure 2.9.	Mortalité infantile : définitions/schémas	61

Tableau 2.13.	Evolution du nombre de décès infantiles, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1990-2018	62
Figure 2.10.	Evolution du taux de mortalité infantile lissé, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018	62
Tableau 2.14.	Nombre moyen annuel de décès néonataux et post-nataux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018.	63
Figure 2.11.	Evolution du taux de mortalité néonatale lissé, Belgique-Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018	63
Figure 2.12.	Evolution du taux de mortalité post-néonatale lissé, Belgique- Wallonie-Hainaut, 1995-1997 ; ... ; 2016-2018	64
Tableau 2.15.	Nombre moyen annuel d'enfants mort-nés, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018	65

Chapitre 3 - Etat de santé

Figure 3.1.	Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	71
Figure 3.2.	Proportion de personnes déclarant une santé bonne à très bonne, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	71
Figure 3.3	Proportion de personnes déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies ou affections de longue durée, ou de handicap, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	72
Figure 3.4.	Proportion de la population présentant au moins 2 maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013 et 2018	73
Figure 3.5.	Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les hommes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	74
Figure 3.6.	Prévalence des 5 affections chroniques les plus fréquemment déclarées par les femmes, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	75
Figures 3.7 & 3.8.	Proportion de décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, selon sexe, Hainaut, 2014-2018.	77
Tableau 3.1	Proportion de personnes déclarant avoir souffert d'hypertension dans les 12 derniers mois, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018 . . .	78
Tableau 3.2.	Nombre annuel moyen de décès par cancer, selon le sexe, en fonction du site de la tumeur primitive, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018	80
Figures 3.9. & 3.10.	Proportion de décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Hainaut, 2014-2018	81
Tableau 3.3.	Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancers en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019.	82
Figure 3.11.	Taux brut d'incidence du cancer pour 1 000 habitants, par sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019, Fondation Registre du Cancer	83
Figures 3.12. & 3.13.	Proportion de nouveaux cas de cancer en fonction du site de la tumeur primitive, selon le sexe, Hainaut, 2015-2019	84
Tableau 3.4.	Nombre annuel moyen de décès par maladies respiratoires hors cancers, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018	85
Tableau 3.5	Proportion de personnes déclarant souffrir d'asthme, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	86
Tableau 3.6	Incidence de la tuberculose, selon la nationalité, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	87

Figure 3.14.	Evolution de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale, Wallonie-Hainaut, 2000-2019	88
Tableau 3.7.	Nombre annuel moyen de décès dus à l'insuffisance rénale, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018.	89
Tableau 3.8.	Nombre de personnes ayant bénéficié d'un remboursement pour dialyse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	89
Tableau 3.9.	Proportion de bénéficiaires de l'assurance maladie qui ont un traitement antidiabétique, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	91
Figure 3.15.	Proportion de personnes de 50 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, selon sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	92
Tableau 3.10.	Nombre moyen annuel de décès dus au virus VIH, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018	94
Tableau 3.11.	Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2008-2013-2018	94
Figure 3.16.	Evolution du taux d'incidence de l'infection au VIH, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2000-2018	95
Tableau 3.12.	Nombre et proportion de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	97
Figures 3.17. & 3.18.	Evolution de la proportion d'hommes et de femmes bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2018	98
Tableau 3.13.	Nombre et proportion de personnes ayant bénéficié d'indemnités pour incapacité de travail permanente, selon la cause, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	100
Figure 3.19.	Evolution du nombre de personnes décédées sur les routes, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2005-2019	101
Tableau 3.14.	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, 2014-2018	102
Tableau 3.15.	Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles, selon le lieu de l'accident, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019.	103
Tableau 3.16.	Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu et sur le chemin du travail, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013-2014 et 2018-2019	104
Tableau 3.17.	Nombre annuel moyen des accidents sur le lieu de travail, selon les suites et le sexe, Hainaut, 2018-2019	105
Tableau 3.18.	Nombre annuel moyen d'accidents sur le lieu de travail, selon les suites et l'âge, Hainaut, 2018-2019	106
Figure 3.20.	Nombre de victimes et d'accidents dus à une intoxication au CO, Hainaut, 2003-2019	107
Tableau 3.19.	Nombre moyen de naissances par an, selon l'âge de la mère, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2015-2019.	108
Figure 3.21.	Evolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2005-2019.	109
Tableau 3.20.	Proportion de poids à la naissance parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019	110
Tableau 3.21.	Proportion de naissances prématurées parmi l'ensemble des naissances, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2015-2019.	111

Tableau 3.22.	Proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes suivies en consultation prénatale de l'ONE, Wallonie-Hainaut, 2019.	112
Tableau 3.23.	Proportion de petit poids de naissance et de prématurité selon le statut tabagique de la mère durant la grossesse, Wallonie-Hainaut, 2015-2019 ..	113
Figure 3.22.	Proportion des naissances prématurées et des nouveau-nés de petit poids à la naissance selon la consommation de tabac pendant la grossesse, Wallonie, 2015-2019	114
Tableau 3.24.	Nombre moyen de suicides par an et indices comparatifs de mortalité par suicide, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2014-2018	115
Figure 3.23.	Taux de mortalité par suicide, selon l'âge et le sexe, Wallonie, 2014-2018 .	116
Tableau 3.25.	Proportion de personnes déclarant avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	117
Tableau 3.26.	Proportion de personnes déclarant avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	118
Tableau 3.27.	Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments psychotropes dans les 2 dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	119
Tableau 3.28.	Proportion de personnes déclarant une consommation de médicaments antidépresseurs dans les 2 dernières semaines, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut 2018	119
Figure 3.24.	Evolution du nombre de malades hospitalisés pour la COVID-19, Hainaut, période du 15/03/2020 au 31/03/2022.....	120
Figure 3.25.	Surmortalité 2020-2021 : rapport entre le nombre de décès par semaine en 2020 et 2021 et le nombre hebdomadaire moyen de décès entre 2015 et 2019, Belgique-Wallonie-Hainaut	121
Carte 3.1.	Couverture de la primovaccination par commune au 28/03/2022, population totale, Wallonie.	123
Carte 3.2.	Couverture de la primovaccination par commune au 28/03/2022, population de 65 ans et plus, Hainaut	124
Carte 3.3.	Couverture vaccinale dose booster, par commune au 28/03/2022, population de 18 ans et plus, Hainaut	125

Chapitre 4 - Facteurs de santé

Tableau 4.1.	Répartition de la population en fonction du niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020	133
Tableau 4.2.	Revenu des habitants et indice de richesse, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019.	134
Carte 4.1.	Revenus médians par déclaration, Hainaut, par commune, 2019	135
Carte 4.2.	Coefficient interquartile, Hainaut, par commune, 2019	136
Tableau 4.3.	Revenu moyen disponible, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2018	137
Figure 4.1.	Répartition de la population selon le statut socio-économique par classe d'âge, Hainaut, 2019	138
Figure 4.2.	Taux d'activité, d'emploi et de chômage, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	139
Figure 4.3.	Taux d'activité, d'emploi et de chômage, selon le sexe, Hainaut, 2019 ...	140
Tableau 4.4.	Taux de chômage, par âge, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, juin 2021	141

Tableau 4.5.	Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Wallonie-Hainaut, août 2021	141
Tableau 4.6.	Proportion de jeunes de 18 à 24 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020	142
Tableau 4.7.	Proportion de personnes de 18 à 64 ans bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, d'une allocation de chômage ou d'une allocation aux personnes handicapées, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020	143
Tableau 4.8.	Proportion de personnes de 65 ans et plus bénéficiant d'une allocation d'aide sociale, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020.	143
Tableau 4.9.	Proportion de personnes enregistrées à la Centrale des crédits aux particuliers de la Banque nationale de Belgique, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020.	144
Tableau 4.10.	Proportion de ménages monoparentaux selon le sexe du chef de ménage, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020	145
Tableau 4.11.	Proportion de logement publics, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2017	147
Carte 4.3.	Proportion de logements publics, Hainaut, par commune, 2017.	147
Figure 4.4.	Répartition de la population selon l'IMC, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	149
Figure 4.5.	Répartition de la population selon l'IMC, en fonction de l'âge, Wallonie, 2018	150
Figure 4.6.	Répartition de la population selon l'IMC, en fonction du niveau de diplôme, Wallonie, 2018.	151
Figure 4.7.	Evolution de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les jeunes Hainuyers de 10 à 17 ans, selon le sexe, Hainaut, 1997-2020	152
Figure 4.8.	Risque relatif d'obésité chez les jeunes Hainuyers de 13 à 17 ans en fonction de facteurs socio-économiques, Hainaut, 2020.	153
Figure 4.9.	Proportion de personnes considérées comme sédentaires, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	154
Figure 4.10.	Proportion de personnes qui passent au moins 150 minutes par semaine à pratiquer des activités physiques d'intensité au minimum modérée et/ou qui fait des activités qui demandent au moins un effort physique modéré au travail, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018.	155
Figure 4.11	Activité physique la semaine précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge	156
Figure 4.12.	Proportion de personnes déclarant consommer quotidiennement au moins 2 portions de fruits, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018.	157
Figure 4.13.	Proportion de personnes déclarant consommer quotidiennement au moins 2 portions de légumes, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	158
Figure 4.14.	Evolution de la consommation quotidienne d'au moins un fruit et un légume, selon le sexe.	158
Figure 4.15.	Evolution de la proportion de personnes déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2004-2018.	159
Figure 4.16.	Proportion de personnes déclarant être fumeurs quotidiens, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	160
Figure 4.17.	Statut tabagique déclaré, selon le groupe d'âge.	160

Figure 4.18.	Proportion de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	161
Figure 4.19.	Evolution de la proportion de surconsommateurs d'alcool, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2013-2018.	162
Tableau 4.12.	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, 2018.	163
Figure 4.20.	Evolution de l'ivresse déclarée au moins une fois dans la vie, selon le groupe d'âge et le sexe, Hainaut, 2001-2020.	164

Chapitre 5 - Offre de soins et de services

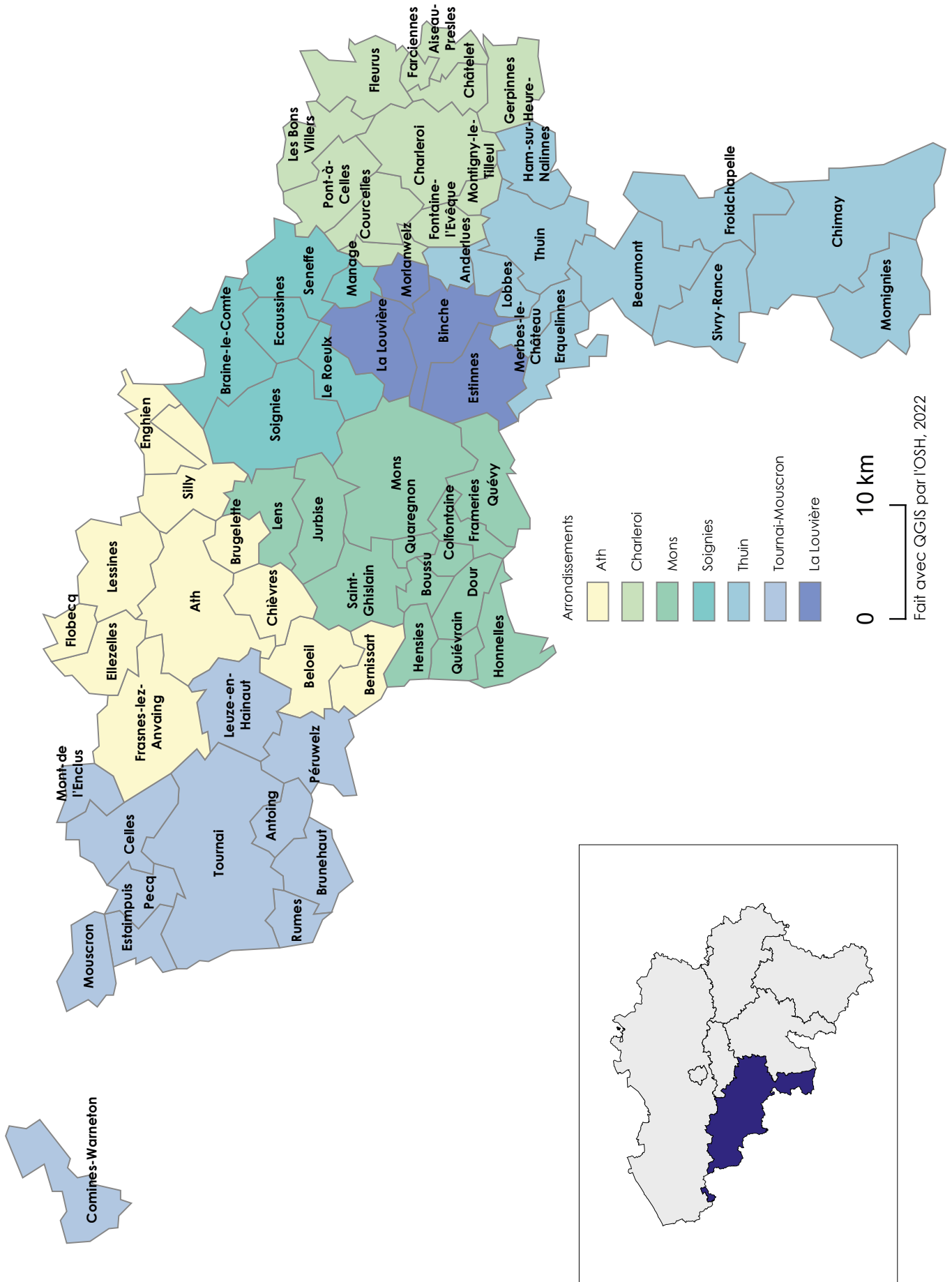
Carte 5.1.	Répartition des hôpitaux généraux et psychiatriques, Hainaut, 2021	170
Tableau 5.1.	Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique-Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2021	171
Tableau 5.2.	Equipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020	172
Tableau 5.3.	Nombre et densité de lits MR et MRS, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2020	173
Tableau 5.4.	Nombre de médecins généralistes, selon le sexe et nombre d'habitants par médecin généraliste, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019	174
Carte 5.2.	Nombre d'habitants par médecin généraliste, Hainaut, 2019	175
Figure 5.1.	Pyramide des âges des médecins généralistes, Hainaut, Wallonie, 2019	176
Carte 5.3.	Répartition des médecins généralistes selon la catégorie d'âge, Hainaut, par commune, 2019	177
Tableau 5.5.	Nombre de médecins spécialistes, selon le sexe, et nombre d'habitants par médecin spécialiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	178
Tableau 5.6.	Nombre de gynécologues, selon le sexe, et nombre de femmes par gynécologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	179
Tableau 5.7.	Nombre de pédiatres, selon le sexe, et nombre d'enfants par pédiatre, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	179
Tableau 5.8.	Nombre d'ophtalmologues, selon le sexe, et nombre d'habitants par ophtalmologue, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	180
Tableau 5.9.	Nombre d'anesthésistes, selon le sexe et nombre d'habitants par anesthésiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	180
Tableau 5.10.	Nombre de dentistes, selon le sexe et nombre d'habitants par dentiste, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	181
Tableau 5.11.	Nombre de kinésithérapeutes, selon le sexe et nombre d'habitants par kinésithérapeute, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	181
Tableau 5.12.	Nombre d'infirmiers actifs dans le secteur des soins de santé et nombre d'habitants par infirmier, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020.	182
Tableau 5.13.	Nombre de places d'accueil pour les enfants de 0 à 2,5 ans et taux de couverture, Wallonie-Hainaut, par arrondissement, 2019	184
Carte 5.4.	Taux de couverture de l'accueil des enfants de 0 à 2,5 ans, par commune, Hainaut, 2019.	185
Carte 5.5.	Répartition des Centres de planning familial, Hainaut, par commune, 2021	186
Carte 5.6.	Répartition des Associations de Santé intégrée et des maisons médicales, Hainaut, par commune, 2020	187
Carte 5.7.	Répartition des services de santé mentale, Hainaut, par commune, 2020	189

Chapitre 6 - Consommation de soins

Carte 6.1	Proportion de personnes disposant d'un DMG par commune, Hainaut, 2019	196
Figure 6.1	Evolution de la proportion de personnes comptant au moins une consultation chez le médecin spécialiste, durant l'année, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2011-2019	197
Tableau 6.1	Proportion de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste, selon leur niveau d'études, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	198
Tableau 6.2.	Taux bruts d'admission, selon la cause d'hospitalisation pour 1 000 habitants, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2020	201
Tableau 6.3.	Consommation déclarée de médicaments dans les 2 dernières semaines, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	202
Tableau 6.4.	Proportion des personnes ayant consommé au moins 5 médicaments différents au cours des dernières 24 heures, selon le sexe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	203
Tableau 6.5.	Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2019	204
Figure 6.2.	Evolution de la consommation de médicaments du système cardiovasculaire en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	205
Figure 6.3.	Evolution de la consommation de médicaments du système gastro-intestinal en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	205
Figure 6.4.	Evolution de la consommation de médicaments du système nerveux central en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	206
Figure 6.5.	Evolution de la consommation de médicaments du système respiratoire en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	206
Figure 6.6.	Evolution de la consommation de médicaments du sang et système hématologique en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	207
Figure 6.7.	Evolution de la consommation de médicaments du système uro-génital et hormones sexuelles en DMJ, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2009-2019	207
Tableau 6.6	Proportion de population à risque déclarant être vaccinée contre la grippe, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018	210
Tableau 6.7	Proportion de femmes ayant eu un dépistage radiologique du cancer du sein, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018-2019	211
Carte 6.2	Proportion de femmes ayant eu un examen de dépistage du cancer du sein, Hainaut, par commune, 2018-2019	212
Tableau 6.8	Proportion de personnes ayant participé au dépistage du cancer colorectal organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles, Fédération Wallonie-Bruxelles-Hainaut, 2020.	213
Tableau 6.9	Proportion de personnes déclarant avoir fait un test DSFO dans les 2 ans précédant l'enquête, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2018.	213
Figure 6.8	Proportion de femmes s'étant vu attester un frottis de dépistage de 2012-2014 à 2017-2019, Wallonie-Hainaut	214
Tableau 6.10	Proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique-Wallonie-Hainaut, 2001-2018.	215



Arrondissements et communes du Hainaut





Province de HAINAUT

Observatoire de la Santé

Rue de Saint-Antoine, 1
7021 Havré - Belgique

+32 (0)65 87 96 00

observatoiresante.hainaut.be

observatoire.sante@hainaut.be

f — i — y

En partenariat avec :








<http://www.provincedeliege.be>



<http://www.province.luxembourg.be>



<http://www.province.namur.be>

- 1. Population 
- 2. Mortalité et causes de décès 
- 3. Etat de santé 
- 4. Facteurs de santé 
- 5. Offre de soins et de services 
- 6. Consommation de soins 