



Santé en Hainaut

TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ



Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut Provincial de Promotion de la Santé

1, rue Saint-Antoine - 7021 Havré

☎ : 065/87.27.00 Fax : 065/87.27.23

Observatoire de la Santé du Hainaut

Tableau de bord de la santé - 1997

Réalisation

I. Godin, C. Massot, L. Berghmans.

Edition

A. Léonard, P. Claes et la Cellule Communication

Documentation

Equipe du Secteur Information Sanitaire de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Remerciements

Chaleureux remerciements aux équipes de recherches et aux administrations qui, par la transmission de leurs données, ont rendu ce travail possible.
Un merci particulier à M. Dramaix, statisticienne à l'Ecole de Santé Publique de l'U.L.B. pour ses précieux conseils.

Avec le soutien du programme Objectif 1 Hainaut Santé



Table des Matières

QU'EST-CE QU'UN TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ ?	3
CHAPITRE 1. POPULATION	5
1. EFFECTIFS DE POPULATION.....	5
2. PROPORTION DE LA POPULATION ÉTRANGÈRE.....	7
3. NATALITÉ	7
4. TAUX BRUT DE MORTALITÉ	8
5. ESPÉRANCE DE VIE	8
CHAPITRE 2. ETAT DE SANTÉ.....	9
1. DONNÉES DE MORTALITÉ.....	9
1.1 <i>Evolution de la mortalité totale</i>	9
1.2 <i>Mortalité infantile</i>	10
1.3 <i>Mortalité spécifique</i>	11
1.3.1 Répartition des décès par cause.....	11
1.3.2 Évolution des principales causes de décès (Hommes + Femmes) dans le Hainaut.....	13
1.4 <i>Indices comparatifs de mortalité</i>	14
2. PROBLÈMES DE SANTÉ	15
2.1 <i>Maladies cardio-vasculaires</i>	15
2.1.1 Données de mortalité.....	15
2.1.2 Données de l'étude MONICA.....	16
2.2 <i>Cancer</i>	17
2.2.1 Données de mortalité.....	17
2.2.2 Taux d'incidence du cancer.....	17
2.3 <i>Tuberculose</i>	19
2.3.1 Données de mortalité.....	19
2.3.2 Incidence.....	19
2.4 <i>Infection par le virus V.I.H.</i>	19
2.4.1 Séropositivité.....	19
2.4.2 Incidence du S.I.D.A.	19
2.5 <i>Suicides</i>	20
2.6 <i>Accidents de la route</i>	21
2.7 <i>Accidents de travail</i>	22
2.8 <i>Maladies professionnelles</i>	22
2.9 <i>Enfants handicapés</i>	23
CHAPITRE 3. FACTEURS DE SANTÉ.....	25
1. MODE DE VIE.....	25
1.1 <i>Tabagisme</i>	25
1.2 <i>Consommation d'alcool</i>	26
1.2.1 Données de consommation.....	26
1.2.2 Données de mortalité par cirrhose du foie.....	27
1.3 <i>Obésité</i>	27
1.4 <i>Sédentarité</i>	27
2. SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE	28
2.1 <i>Poids de naissance</i>	28
2.2 <i>Prématurité</i>	28
2.3 <i>Age de la mère à l'accouchement</i>	29
2.4 <i>Dépistage cancer du col</i>	29
3. INDICATEURS SOCIAUX	30
3.1 <i>Niveau d'instruction</i>	30
3.2 <i>Chômage</i>	30
3.3 <i>Proportion de la population minimexée</i>	31
CHAPITRE 4. CONSOMMATION MÉDICALE ET OFFRE DE SOINS.....	33
1. OFFRE DE SOINS ET SERVICES.....	33
1.1 <i>Hôpitaux</i>	33
1.2 <i>Médecins</i>	33
2. TAUX DE CONSULTATION MÉDICALE	34
RÉFÉRENCES.....	35

Abréviations

C.A.T.I	Computer Assisted Telephone Interview
C.C.I-DE	Chômeur Complet Indemnisé - Demandeur d'Emploi
C.R.I.O.C.	Centre de Recherche d'Information des Organisations de Consommateurs
C.R.O.S.P. I.H.E.	Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique situé à l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie
F.A.R.E.S.	Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé
I.B.S.R.	Institut Belge pour la Sécurité Routière
I.C.D-9	Classification Internationale des maladies (9ème révision)
I.C.M.	Indice Comparatif de Mortalité
I.H.E.	Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (actuellement Institut National de Santé Publique - Louis Pasteur)
I.N.A.M.I.	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
I.N.S.	Institut National des Statistiques
MONICA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases
O.B.C.	Œuvre Belge du Cancer
O.M.S.	Organisation Mondiale de la Santé
O.N.A.F.T.S.	Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés.
O.N.E.M	Office National de l'Emploi
O.S.H.	Observatoire de la Santé du Hainaut
PROMES	Unité de Promotion et d'Education pour la Santé (U.L.B.)
S.I.D.A.	Syndrome immunodéficitaire acquis
S.P.M.A.	Standardised Procedures for Mortality Analysis
U.L.B.	Université Libre de Bruxelles
V.I.H.	Virus de l'Immunodéficience Humaine



Avant-propos

Qu'est-ce qu'un tableau de bord de la santé ?

C'est un outil qui tente de faire le point sur l'état de santé d'une population. Il comprend des données de morbidité et de mortalité, mais aussi des informations sur les déterminants de la santé. Les déterminants de la santé sont des facteurs qui conditionnent l'état de santé d'une population. A côté de facteurs biologiques, la littérature scientifique met en évidence le rôle parfois très important de facteurs sociaux, économiques, environnementaux et de facteurs liés aux comportements et habitudes de vie. Les informations sont fournies sous la forme synthétique d'indicateurs de santé.

Le tableau de bord fournit une « photographie » (données transversales) de la santé et permet aussi de mettre en évidence des tendances, des évolutions au fil du temps (données longitudinales). Dans cette optique, l'Observatoire de la Santé souhaite actualiser régulièrement ce document.

L'objectif premier de cette publication est de mettre à la disposition des responsables de la santé et des acteurs sociaux des informations qui leur permettent de prendre les décisions les plus pertinentes pour gérer leurs actions de promotion de la santé. L'équipe de l'Observatoire de la Santé du Hainaut est prête à collaborer à la mise en place d'actions de promotion de la santé.

La méthode de travail a d'abord consisté à sélectionner les indicateurs de santé rendant compte de l'état de santé d'une population. Il peut s'agir d'indicateurs directs (par exemple la prévalence de certaines pathologies) ou indirects (par exemple des facteurs de santé ou qui sont reconnus pour avoir une influence sur la santé, comme le niveau d'instruction ou le taux de chômage). Le choix des indicateurs s'est fait sur base de leur pertinence mais aussi en tenant compte de la disponibilité des données. De nombreuses institutions (fédérales, régionales ou communautaires) ont été sollicitées. Les matériaux obtenus comprennent des données publiées, des rapports de recherche ou des bases de données informatisées. Le traitement de ces données a été réalisé par le Service de l'Information Sanitaire (SIS) de l'Observatoire. Lorsque l'information le permet, une comparaison est établie entre les données de notre province et du pays. Les sources les plus récentes ont été utilisées mais on constate parfois des retards de publication importants.

Ce document comprend quatre chapitres. Le premier reprend les données de population. Le deuxième concerne l'état de santé, et contient une série de données relatives à la morbidité et à la mortalité. Le troisième présente des indications relatives aux comportements de santé et aux facteurs de risque. Cette rubrique comprend des facteurs socio-démographiques en relation avec la santé. Le dernier chapitre reprend quelques données d'offre et de consommation de soins.

En ce qui concerne la Province du Hainaut, il s'agit ici d'une première publication de ce type. Elle n'a pas la prétention de recouvrir de façon exhaustive toutes les informations existantes. Certaines lacunes apparaîtront et devront être comblées lors de publications ultérieures.

Les suggestions sont donc les bienvenues.

Bonne lecture.

Isabelle Godin
Responsable
Service Information Sanitaire

Luc Berghmans
Médecin-Directeur



Chapitre 1. Population

1. Effectifs de population

Tableau 1 : Population totale dans le Hainaut et en Belgique par sexe, en chiffres absolus et en % (au 1/1/96)

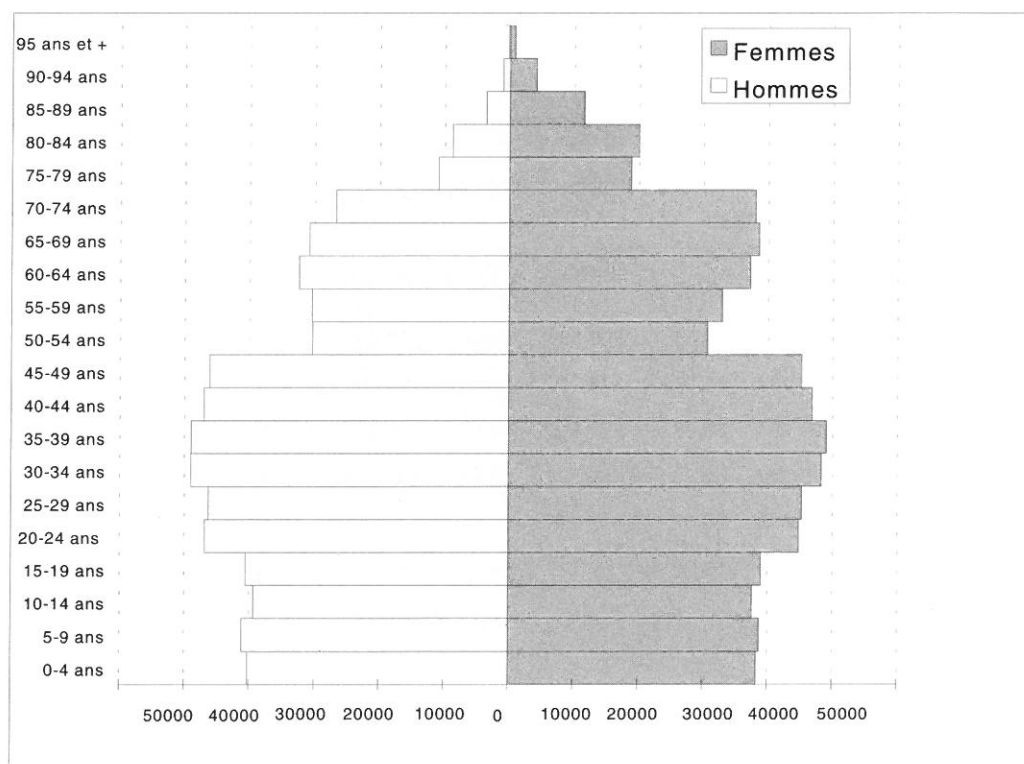
	Belgique	Hainaut	
	Nombre	Nombre	%
<i>Hommes</i>	4 958 785	619 558	12,49
<i>Femmes</i>	5 184 262	665 203	12,83
<i>Total</i>	10 143 047	1 284 761	12,67

Source: I.N.S., 1996

Comme le montre le tableau ci-contre, la population hennuyère représente plus de 12% de la population totale en Belgique et 39 % de la population wallonne (3 314 568 habitants).

La répartition par âge et par sexe de la population hennuyère est présentée dans le graphique 1.

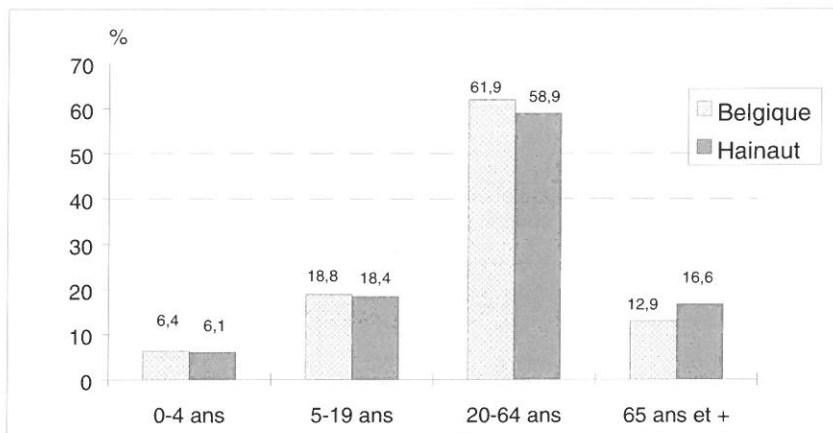
HAINAUT



Graphique 1 : Structure de la population dans le Hainaut, par âge et par sexe au 1/1/1996

Source: I.N.S., 1996

Cette répartition par âge et par sexe est comparable à celle de la Belgique. Le graphique 2 montre que la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus y est cependant plus élevée que dans le Royaume.



Graphique 2 : Structure de la population belge et hennuyère par groupe d'âge, en % au 1/1/1996

Source: I.N.S., 1996

Le tableau ci-dessous donne la répartition de la population hennuyère selon l'état civil.

Tableau 2 : Population totale par état civil et par sexe, en chiffres absolus et en % au 1/1/95

		Célibataire		Marié(e)		Veuf(ve)		Divorcé(e)		Ensemble
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs
Hainaut	<i>Hommes</i>	268 897	43,33	302 161	48,69	18 384	2,97	31 154	5,02	620 596
	<i>Femmes</i>	231 037	34,69	304 949	45,78	94 659	14,21	35 408	5,31	666 053
	<i>Total</i>	499 934	38,86	607 110	47,19	113 043	8,79	66 562	5,17	1 286 649
Belgique	<i>Hommes</i>	2 119 677	42,78	2 490 509	50,26	137 948	2,78	206 537	4,17	4 954 671
	<i>Femmes</i>	1 833 316	35,42	2 495 799	48,22	604 915	11,69	241 873	4,67	5 175 903
	<i>Total</i>	3 952 993	39,02	4 986 308	49,22	742 863	7,33	448 410	4,43	10 130 574

Source: I.N.S., 1995

A part une proportion légèrement supérieure de veuves et une proportion inférieure de femmes mariées dans le Hainaut, la composition de la population par état civil est aussi très comparable à celle de la Belgique.

2. Proportion de la population étrangère

La proportion d'étrangers dans la population totale est plus élevée dans le Hainaut que dans l'ensemble du Royaume (tableau 3). Au niveau des arrondissements, on constate d'importantes variations ; la proportion la plus importante de résidents non-belges se trouve dans l'arrondissement de Charleroi (16%) et la plus faible à Ath (4,9%).

Les proportions les plus fortes correspondent aux anciens bassins miniers et zones industrielles (Mons, Charleroi, Soignies) et à Mouscron. La présence étrangère à Mouscron est liée à une importante population française en relation avec la proximité de la ville de Lille.

Tableau 3 : Structure de la population par nationalité selon l'arrondissement, en chiffres absolus et en % au 1/1/96

	Belges	Etrangers	Total	% d'étrangers par rapport à la population totale
<i>Ath</i>	74 307	3 810	78 117	4,90
<i>Charleroi</i>	357 624	68 903	426 527	16,20
<i>Mons</i>	216 540	35 603	252 143	14,10
<i>Mouscron</i>	60 418	10 074	70 492	14,30
<i>Soignies</i>	147 983	23 137	171 120	13,60
<i>Thuin</i>	131 814	13 570	145 384	9,30
<i>Tournai</i>	131 268	9 710	140 978	6,90
Hainaut	1 119 954	164 807	1 284 761	12,80
Belgique	9 233 278	909 769	10 143 047	8,90

Source: I.N.S., 1996

3. Natalité

Dans le Hainaut, le taux brut de natalité - défini comme le nombre de naissances, vivantes ou non, par rapport à la population totale - est tout à fait comparable au taux national, comme le montre ci-dessous le tableau 4.

Tableau 4 : Taux brut de natalité en 1989 (en ‰)

	Taux brut de natalité en ‰
<i>Hainaut</i>	12,44
<i>Belgique</i>	12,30

Source: C.R.O.S.P. I.H.E., 1996

4. Taux brut de mortalité

Le taux brut de mortalité, défini comme le nombre total de décès survenus au cours d'une année, rapporté à l'ensemble de la population, était en 1992 (derniers chiffres disponibles) plus élevé dans le Hainaut que sur l'ensemble du territoire belge. Il s'élevait à 11,75 pour 1 000 habitants dans le Hainaut et à 10,37 pour la Belgique. Les données de mortalité sont analysées au chapitre 2.

5. Espérance de vie

La comparaison de l'espérance de vie entre les trois Régions : Région flamande, Région wallonne et Région bruxelloise montre des différences marquées entre ces trois entités (tableau 5).

Tableau 5 : Espérance de vie à la naissance, en années, dans les trois Régions en 1991

	Hommes	Femmes	Total
<i>Bruxelles</i>	72,41	79,39	76,10
<i>Région Flamande</i>	73,95	80,00	77,00
<i>Région Wallonne</i>	71,10	78,68	74,92
Belgique	72,86	79,50	76,22

Source : O.S.H. S.P.M.A.

C'est dans la Région flamande que l'espérance de vie à la naissance est la plus élevée, pour chaque sexe, et les deux sexes confondus. La Région wallonne connaît par contre l'espérance de vie la plus basse. La différence est particulièrement nette pour les hommes entre la Région flamande et la Région wallonne, où elle s'élève à près de trois ans.

Le calcul de l'espérance de vie dans le Hainaut donne, pour l'année 1991, une espérance de vie à la naissance de 70,66 ans pour les hommes et de 78,85 ans pour les femmes, soit respectivement un déficit de 2,2 et de 0,65 ans par rapport aux chiffres nationaux.

En 1992, l'espérance de vie à la naissance était de 73,0 ans pour les hommes et 79,8 ans pour les femmes en Belgique. En Hainaut, elle était respectivement de 70,9 et 79,0 ans soit une différence de 2,1 ans pour les hommes et 0,8 an pour les femmes.

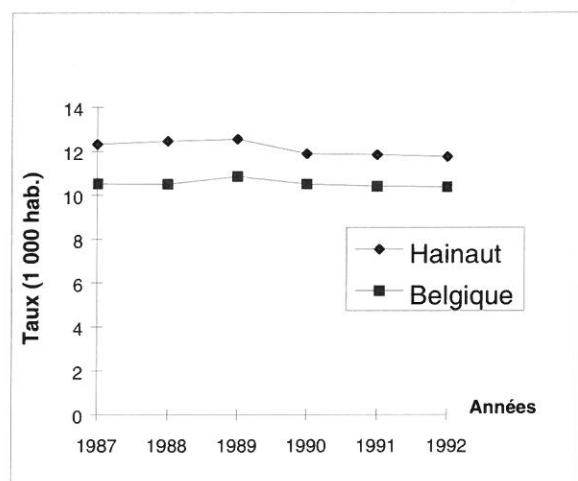
Chapitre 2. Etat de santé

1. Données de mortalité

Les données des années 1988 à 1991 proviennent du logiciel SPMA (Standardised Procedures for Mortality Analysis) élaboré par l'Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie (I.H.E.). Pour l'année 1992, les données ont été calculées à partir des chiffres de décès de l'Institut National de Statistiques (I.N.S.) et des chiffres de population au 1/7/92 fournies par le logiciel SPMA de l'I.H.E.

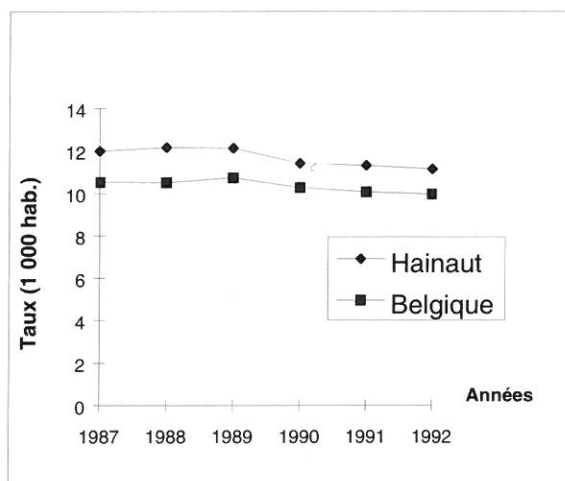
1.1 Evolution de la mortalité totale

Ce paragraphe reprend l'évolution de la mortalité pour l'ensemble des causes de décès.



Graphique 3 : Evolution des Taux bruts de mortalité de 1987 à 1992 en Hainaut et en Belgique

Source : O.S.H. d'après les données I.H.E., I.N.S.



Graphique 4 : Evolution des Taux standardisés de mortalité de 1987 à 1992 en Hainaut et en Belgique

Source : O.S.H. d'après les données I.H.E., I.N.S.

De 1987 à 1992, le taux brut de mortalité passe de 12,31 à 11,75 ‰ en Hainaut et de 10,52 à 10,37 ‰ en Belgique. On assiste donc à une légère diminution de la mortalité. Les taux bruts de mortalité sont de 19 % (1988) à 13 % (1992) plus élevés en Hainaut qu'en Belgique. Seule une faible partie de cette différence peut s'expliquer par la proportion plus élevée de personnes âgées en Hainaut qu'en Belgique (cf. graphique 2, chapitre 1).

L'utilisation de taux standardisés pour l'âge et le sexe permet de comparer les taux de mortalité de populations différentes. On constate qu'après correction pour la structure d'âge de la population, la mortalité en Hainaut reste de 16% (1988) à 12 % (1992) plus élevée qu'en Belgique. Les taux standardisés confirment une tendance à une diminution lente de la mortalité.

Comme pour la population totale, les taux bruts de mortalité de la population masculine sont plus élevés en Hainaut qu'en Belgique. La différence oscille entre 14 et 20 %.

En Hainaut, dans la population féminine, la mortalité brute passe de 11,78 ‰ en 1987 à 11,16 ‰ en 1992. Comme pour la population masculine, les taux bruts de mortalité de la population féminine sont plus élevés en Hainaut qu'en Belgique. La différence est toutefois un peu moins marquée. Elle varie entre 11 et 17 %.

1.2 Mortalité infantile

Définitions :

- La mortalité néonatale correspond aux décès d'enfants nés vivants survenus moins de 28 jours après la naissance.
- La mortalité post-néonatale comprend les décès d'enfants survenus entre le 28^e et le 365^e jour de vie.
- La mortalité infantile comprend les décès qui surviennent durant la première année de vie.

Entre les trois Régions belges, c'est en Wallonie que la mortalité infantile est la plus élevée : 9,59 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1989. La comparaison entre les différentes provinces montre que c'est dans la province de Luxembourg que la mortalité infantile est la plus élevée (11,7 pour 1 000 naissances vivantes en 1989) et qu'elle est la plus faible dans la province du Limbourg (7,07 naissances vivantes en 1989). Le Hainaut, avec 8,86 décès pour 1 000 naissances vivantes arrive, par ordre décroissant, en quatrième position (Source : C.R.O.S.P. I.H.E., 1996).

Tableau 6 : Taux de mortalité (pour 1 000 naissances vivantes) par période spécifique de décès, 1989

Taux de mortalité pour 1 000 naissances vivantes			
	Néonatale	Post-néonatale	Infantile
<i>Hainaut</i>	4,74	4,11	8,86
<i>Belgique</i>	4,86	3,89	8,75

Source : C.R.O.S.P. I.H.E., 1996

En 1989, le taux de mortalité infantile est légèrement plus élevé en Hainaut qu'en Belgique. Cette situation ne se retrouve pas pour les 2 années précédentes (tableau 7 : évolution de la mortalité infantile). En 1989, le taux de mortalité post-néonatale est plus élevé dans le Hainaut que sur l'ensemble du territoire (tableau 6) alors que le taux de mortalité néonatale y est légèrement inférieur.

Tableau 7 : Évolution de la mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)

	1987		1988		1989	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
<i>Hainaut</i>	143	9,44	133	8,34	140	8,86
<i>Belgique</i>	1 142	9,74	1 089	8,89	1 063	8,75

Sources : C.R.O.S.P. I.H.E., 1995, 1996

1.3 Mortalité spécifique

1.3.1 Répartition des décès par cause

Dans le tableau ci-dessous, les décès sont présentés par cause en suivant l'ordre de la Classification Internationale des Maladies (9^e révision) (ICD-9). Cette classification regroupe l'ensemble des causes de décès en 17 chapitres.

Pour une analyse plus détaillée des données de mortalité relatives aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers (tumeurs) et à quelques pathologies spécifiques, le lecteur se reportera aux paragraphes consacrés à ces problèmes de santé.

Les données brutes de décès présentées ici ne permettent pas de comparer des populations entre elles (raison pour laquelle nous n'avons pas présenté les données pour l'ensemble de la Belgique). Elles permettent par contre d'identifier les causes de décès les plus fréquentes au sein de la population.

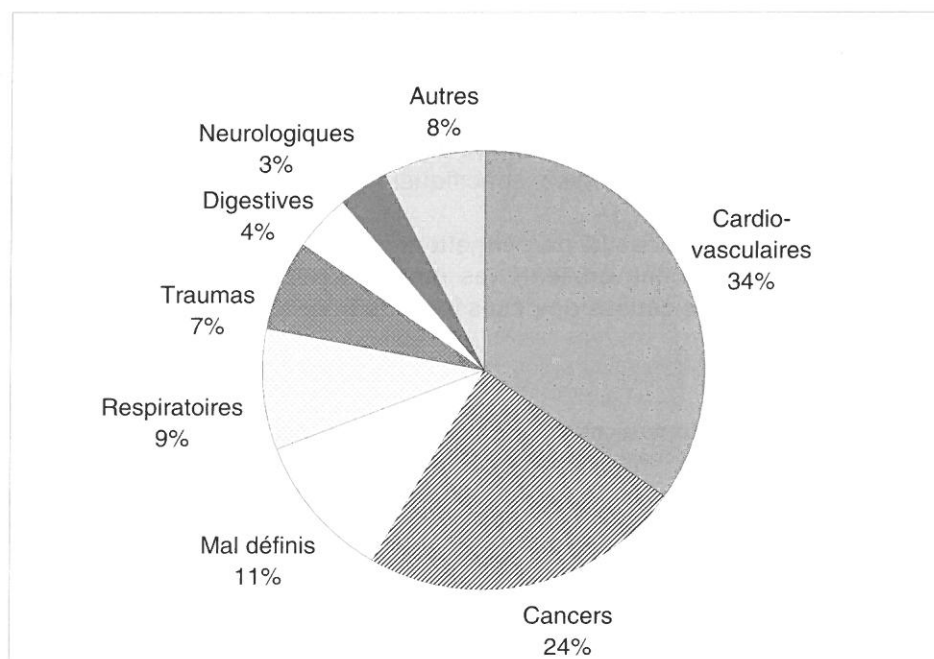
Tableau 8 : Nombre de décès et taux bruts de mortalité (pour 1 000 habitants) pour les différentes causes de décès selon la Classification Internationale des Maladies (ICD-9)

Cause spécifique	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
<i>Infectieuses et parasitaires</i>	80	0,129	131	0,197	211	0,164
<i>Tumeurs</i>	2 027	3,272	1 552	2,333	3 579	2,786
<i>Maladies endocriniennes</i>	112	0,181	224	0,337	336	0,262
<i>Sang et organes hémato.</i>	20	0,032	25	0,038	45	0,035
<i>Troubles mentaux</i>	51	0,082	17	0,026	68	0,053
<i>Syst. nerveux et org. sensoriel</i>	187	0,302	330	0,496	517	0,402
<i>Appareil circulatoire</i>	2 430	3,923	2 811	4,226	5 241	4,080
<i>Appareil respiratoire</i>	924	1,492	413	0,621	1 337	1,041
<i>Appareil digestif</i>	332	0,536	312	0,469	644	0,501
<i>Appareil génito-urinaire</i>	99	0,160	136	0,204	235	0,183
<i>Mortalité maternelle</i>	-	-	2	0,003	2	0,002
<i>Peau</i>	30	0,048	104	0,156	134	0,104
<i>Système ostéoarticulaire</i>	3	0,005	24	0,036	27	0,021
<i>Anomalies congénitales</i>	24	0,039	22	0,033	46	0,036
<i>Origine périnatale</i>	16	0,026	24	0,036	40	0,031
<i>Etat mal défini</i>	690	1,114	926	1,392	1 616	1,258
<i>Mort violente</i>	636	1,027	375	0,564	1 011	0,787
Total	7 661	12,367	7 428	11,168	15 089	11,746

Source : O.S.H., d'après les données I.N.S., 1992

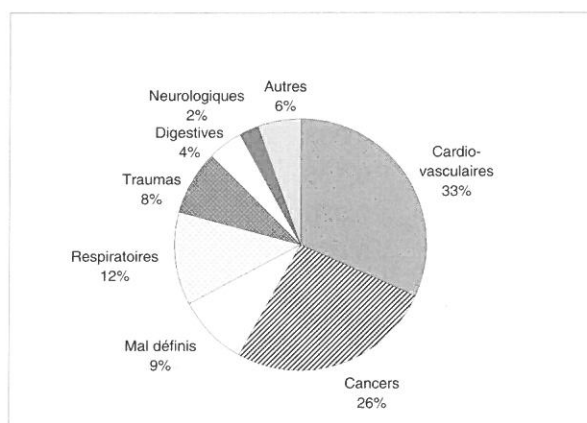
Les 3 graphiques ci-dessous reprennent les données du tableau ci-dessus pour les 7 principales causes de décès.

Ces sept causes représentent 90 % des décès chez la femme et 94 % chez l'homme.



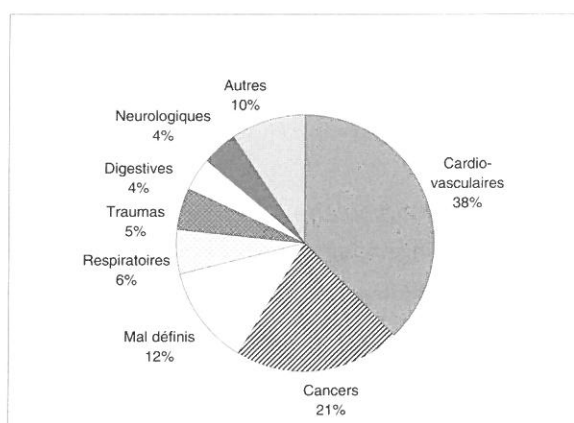
Graphique 5 : Répartition des décès par cause, population totale, Hainaut, 1992

Source : O.S.H., d'après les données I.N.S., 1992



Graphique 6 : Répartition des décès par cause Hommes, Hainaut, 1992

Source : O.S.H., d'après les données I.N.S., 1992



Graphique 7 : Répartition des décès par cause Femmes, Hainaut, 1992

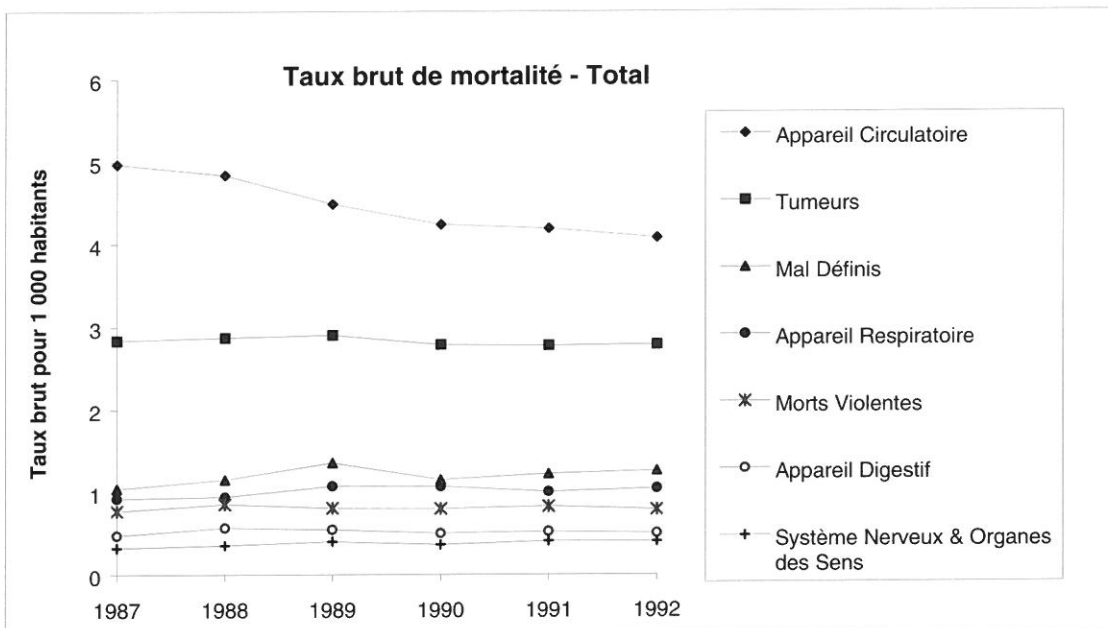
Source : O.S.H., d'après les données I.N.S., 1992

Les maladies cardio-vasculaires viennent largement en tête des causes de décès tant chez l'homme que la femme. Même si l'ordre d'importance des causes reste inchangé chez la femme et l'homme, la part relative des décès par maladies respiratoires et traumatismes est nettement plus important chez l'homme (12 et 8 %) que chez la femme (6 et 4 %). On notera aussi le nombre élevé de «causes mal définies» qui entache d'une imprécision les autres données du graphique.

Tant chez l'homme que chez la femme, les maladies cardio-vasculaires et le cancer représentent ensemble près de 60 % des décès. Une part importante de ces maladies est liée à des facteurs de risque modifiables : tabagisme, alimentation, abus d'alcool, sédentarité,...

1.3.2 *Évolution des principales causes de décès (Hommes + Femmes) dans le Hainaut*

Les données des années 1988 à 1991 proviennent du logiciel SPMA fourni par l'I.H.E.. Pour l'année 1992, les données ont été calculées à partir des chiffres de décès de l'Institut National de Statistiques (I.N.S.) et des chiffres de population au 1/7/92 fournies par le logiciel SPMA de l'I.H.E.



Graphique 8 : Evolution des taux bruts de mortalité (pour 1 000 habitants) dans le Hainaut des premières causes de décès (Population totale)

Source : S.P.M.A., I.H.E.

Comme le montre le graphique ci-dessus, les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de décès, même si on assiste à une diminution d'environ 15 % de 1987 à 1992. Les cancers sont la deuxième cause de décès et le taux reste relativement stable dans le temps. Il faut noter la forte proportion de décès dont la cause est mal définie (11 % pour la population totale). Cette proportion est directement liée à la qualité des données figurant sur le certificat de décès.

1.4 Indices comparatifs de mortalité

Les indices comparatifs de mortalité (I.C.M.) permettent de comparer la mortalité de populations de structure différente (âge et sexe). Un indice 100 signifie que pour la cause de décès considérée, la mortalité dans le Hainaut est la même qu'en Belgique après standardisation pour l'âge et le sexe. Un chiffre supérieur à cent indique une surmortalité, un chiffre inférieur à 100 indique une situation plus favorable en Hainaut qu'en Belgique. Seules les pathologies pour lesquelles le nombre de décès était suffisant ont été reprises dans le tableau.

La deuxième colonne reprend les indices comparatifs de mortalité. La troisième colonne reprend l'intervalle de confiance à 95 %. Si la valeur 100 est incluse dans l'intervalle de confiance, la différence de mortalité entre le Hainaut et la Belgique n'est pas statistiquement significative pour la cause de décès considérée.

Exemple : système nerveux et organes des sens - intervalle de confiance de 86 à 102 : la différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 9 : Indices comparatifs de mortalité, Hainaut-Belgique, 1992

Cause spécifique	ICM	IC 95%	
		Limite inf.	Limite sup.
Toutes causes	111	109	113
Infectieuses et parasitaires	155	135	177
Tumeurs	100	96	103
Maladies endocriniennes	119	107	132
Syst. nerveux et org. Sensoriels	94	86	102
Appareil circulatoire	104	101	107
dont maladies ischémiques			
- Hommes	102	95	109
- Femmes	96	89	104
Appareil respiratoire	114	108	121
Appareil digestif	129	120	139
Mal définis	160	152	168
Traumas, empoisonnements, suicides	125	117	133

Source : O.S.H. d'après des données I.N.S., 1992

La mortalité toutes causes est significativement plus élevée en Hainaut qu'en Belgique. Les maladies infectieuses et parasitaires, les causes mal définies, les maladies digestives et les morts violentes sont de 25 à 60 % plus fréquentes en Hainaut qu'en Belgique.

Les maladies cardio-vasculaires entraînent une surmortalité faible, mais statistiquement significative. Une élévation même légère de la mortalité cardio-vasculaire est importante car elle représente plus du tiers de l'ensemble de tous les décès.

Notons toutefois que le Registre de l'Infarctus du Myocarde (MONICA) qui compare de manière standardisée la mortalité entre Gand et Charleroi met en évidence une surmortalité nette dans la ville hennuyère (voir § 2.1.2)

2. Problèmes de santé

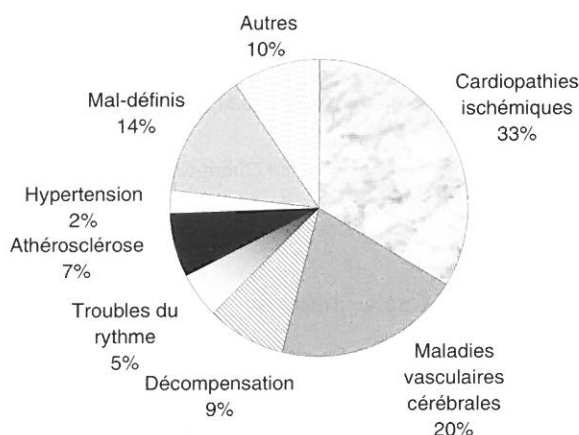
2.1 Maladies cardio-vasculaires

2.1.1 Données de mortalité

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité en Belgique et en Hainaut. En 1992, 5 241 personnes sont décédées de maladies cardio-vasculaires dans la province de Hainaut.

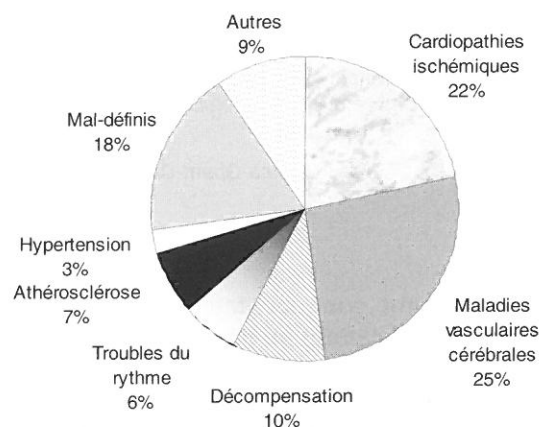
De 1987 à 1992, on assiste à une lente diminution de la mortalité cardio-vasculaire tant en Belgique que dans la province du Hainaut. Dans le Hainaut, les taux bruts de mortalité par maladies cardio-vasculaires passent de 4,97 ‰ en 1987 à 4,08 en 1992. Durant la même période, les taux belges évoluent de 4,23 ‰ à 3,83‰. En raison d'une proportion plus importante de femmes âgées que d'hommes âgés, les taux bruts de mortalité par maladies cardio-vasculaires sont plus élevés chez la femme que chez l'homme. Après correction pour l'âge, on obtient des taux standardisés d'environ 50% plus élevés chez l'homme que chez la femme tant en Belgique qu'en Hainaut.

Les maladies cardiovasculaires recouvrent plusieurs pathologies, les 2 graphiques ci-dessous montrent la répartition des causes de décès cardiovasculaires dans le Hainaut en 1992.



Graphique 9 : Répartition des décès cardio-vasculaires par pathologie, chez l'homme, Hainaut, 1992

Source : O.S.H. d'après les données I.N.S., 1992



Graphique 10 : Répartition des décès cardio-vasculaires par pathologie, chez la femme, Hainaut, 1992

Source : O.S.H. d'après les données I.N.S., 1992

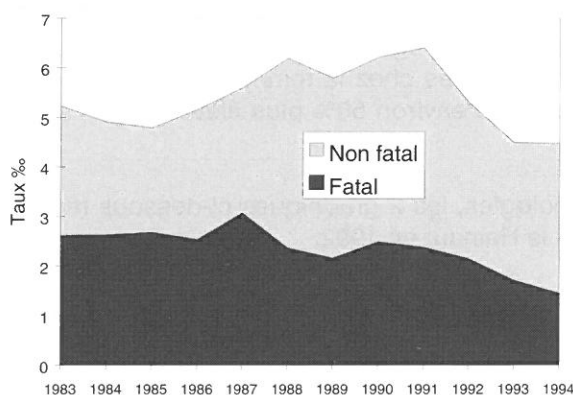
Les cardiopathies ischémiques (infarctus) représentent la principale cause de mortalité par maladie cardio-vasculaire chez l'homme tandis que chez la femme, les maladies vasculaires cérébrales occupent cette place. La distribution des causes de décès est sensiblement la même en Belgique et en Hainaut avec, pour la Belgique, une proportion moindre des catégories mal définies et autres.

2.1.2 Données de l'étude MONICA

Dans le cadre du projet MONICA coordonné par l'O.M.S., des Registres de l'Infarctus du Myocarde ont été instaurés à Charleroi et à Gand. Ces registres rassemblent des données de morbidité et de mortalité par infarctus aigu du myocarde. Chaque centre représente une population totale de 250 000 personnes.

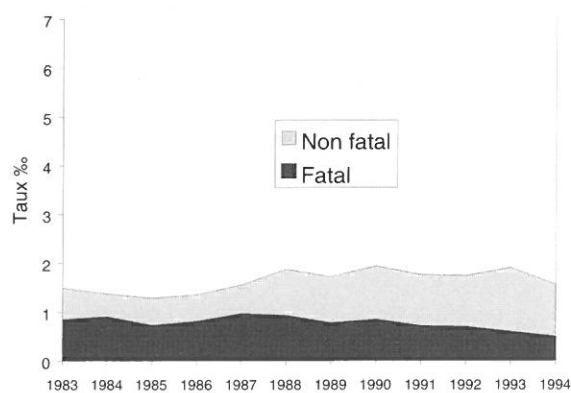
Tout au long de l'étude, les auteurs constatent des taux d'attaque plus élevés à Charleroi qu'à Gand tant pour l'infarctus fatal que non fatal. En 1992, le taux d'attaque pour l'infarctus fatal était plus élevé à Charleroi qu'à Gand de 42 % chez l'homme et 66 % chez la femme.

Les graphiques 11 et 12 reprennent les données de Charleroi (Pr. Kornitzer – ULB)



Graphique 11 : Évolution des taux d'attaque de l'infarctus du myocarde à Charleroi, 1983 à 1994, hommes de 25 à 69 ans (taux pour 1 000 habitants)

Source : Monica Ghent-Charleroi



Graphique 12 : Évolution des taux d'attaque de l'infarctus du myocarde à Charleroi, 1983 à 1994, femmes de 25 à 69 ans (taux pour 1 000 habitants)

Source : Monica Ghent-Charleroi

Chez l'homme, on constate une augmentation de l'incidence totale jusqu'en 1991, une diminution ensuite et un plafond en fin de période.

A partir de 1987, le nombre de cas fatals diminue en rapport vraisemblablement avec l'apparition de nouveaux traitements. Toutefois, les auteurs de l'étude rappellent que près de la moitié des décès se produisent de manière brutale (moins de 24 h) et souvent sans possibilité de traitement. Cet élément met en évidence l'importance de la prévention.

Chez les femmes, les taux sont de 3 à 4 fois inférieurs à ceux de la population masculine dans cette tranche d'âge, avec des variations moins nettes.

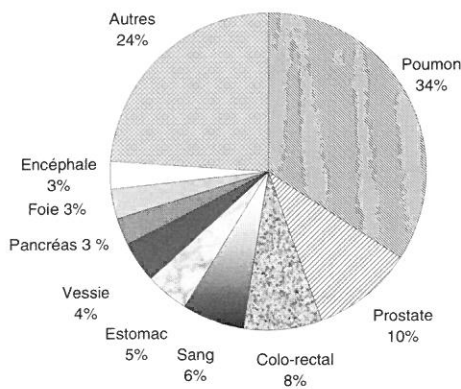
Les auteurs de l'étude ont également mis en évidence une sous-estimation des décès par infarctus du myocarde dans les statistiques officielles de décès.

2.2 Cancer

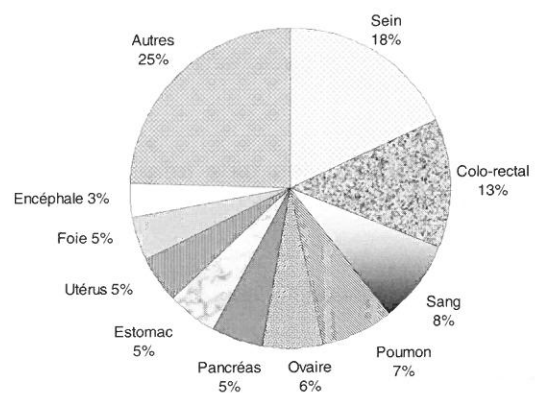
2.2.1 Données de mortalité

En 1992, 3 579 personnes sont mortes du cancer dans la province de Hainaut (Source I.N.S., 1992).

Les 2 graphiques ci-dessous montrent la répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive.



Graphique 13 : Répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive chez l'homme, Hainaut, 1992



Graphique 14 : Répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive chez la femme, Hainaut, 1992

Source : O.S.H. d'après les données I.N.S. 1992

Source : O.S.H. d'après les données I.N.S., 1992

La répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive dans la province est semblable à la répartition dans la population belge.

Chez l'homme, le cancer pulmonaire vient largement en tête avec 34% des décès dus au cancer, suivi par les cancers prostatique et colo-rectal. Chez la femme, le cancer du sein occupe la première place avec 18%, suivi par le cancer colo-rectal. Les cancers de l'utérus représentent 5% des décès.

2.2.2 Taux d'incidence du cancer

Le Registre National du Cancer, géré par l'Œuvre Belge du Cancer (O.B.C.), récolte les données d'incidence du cancer. Il s'agit des cancers diagnostiqués, c'est-à-dire d'informations fournies par les médecins traitants. Les mutualités se chargent de la collecte et de l'encodage des données qu'elles transmettent au Registre National du Cancer. Le taux de sous-enregistrement est estimé à 20 à 25% par les responsables du registre.

Le tableau suivant donne les taux spécifiques par âge et sexe, pour l'année 1992, tous sites confondus, pour le Hainaut et la Belgique.

Tableau 10 : Incidence par sexe (taux pour 1 000 habitants)
Tous sites confondus (ICD 7 140-205), 1992, en Hainaut et en Belgique.

	Hainaut		Belgique	
	Nombre	Taux pour 1 000 hab.	Nombre	Taux pour 1 000 hab.
<i>Hommes</i>	2 023	3,27	16 792	3,43
<i>Femmes</i>	1 930	2,90	15 301	2,99

Source : Registre National du Cancer, Oeuvre Belge du Cancer, 1992.

Chez l'homme, les sites les plus fréquents concernent les cancers du poumon, de la prostate et le cancer colo-rectal (tableau 11).

Tableau 11 : Incidence des sites les plus fréquents en 1992, population masculine
(chiffres absolus et taux pour 1 000 habitants), en Hainaut et en Belgique.

	Hainaut		Belgique	
	Nombre	Taux pour 1 000 hab.	Nombre	Taux pour 1 000 hab.
<i>Poumon</i>	538	0,87	4 333	0,88
<i>Prostate</i>	288	0,47	2 608	0,53
<i>Colo-rectal</i>	224	0,36	2 124	0,43

Source : O.B.C., 1992

Chez la femme, les sites les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer colo-rectal et le cancer du col de l'utérus (tableau 12).

Tableau 12 : Incidence des sites les plus fréquents en 1992, population féminine
(chiffres absolus et taux pour 1 000 habitants), Hainaut et Belgique.

	Hainaut		Belgique	
	Nombre	Taux pour 1 000 hab.	Nombre	Taux pour 1 000 hab.
<i>Sein</i>	699	1,05	4 934	0,96
<i>Colo-rectal</i>	219	0,40	2 065	0,33
<i>Utérus (col et corps)</i>	161	0,24	1 495	0,29

Source : O.B.C., 1992

On remarquera que les cancers de l'utérus occupent la 3^e place en terme d'incidence, mais seulement la 8^e place en terme de mortalité. Cette différence est à mettre en rapport avec le bon taux de succès des traitements précoces.

2.3 Tuberculose

2.3.1 *Données de mortalité*

De 1987 à 1992, le nombre de décès par tuberculose dans la Province du Hainaut passe de 37 à 15. Toutefois, ces chiffres sont trop faibles pour permettre de conclure quant à l'évolution au niveau provincial. Au niveau belge, le nombre de décès varie autour de 100 par an avec un maximum de 117 en 1989 et un minimum de 75 en 1991. Aucune tendance nette ne se dégage de ces chiffres. La mortalité par tuberculose est environ 2 fois plus élevée chez l'homme que chez la femme. (Source : I.N.S., 1992).

2.3.2 *Incidence*

Les données relatives à la tuberculose proviennent de la Fondation contre les Affections Respiratoires (F.A.R.E.S.), chargée de la surveillance de la tuberculose dans la Communauté française. Comme signalé dans le rapport 1996, il est probable que l'incidence réelle des tuberculoses actives soit supérieure à celle relevée, un certain nombre de tuberculoses ne sont pas diagnostiquées et certains cas ne sont pas déclarés. En Wallonie, c'est la Province du Hainaut qui a l'incidence la plus élevée de tuberculose (0,13 pour 1 000 habitants en 1996).

Au niveau des Régions, c'est la Région de Bruxelles qui est la plus touchée, avec une incidence annuelle de 0,37 pour 1 000 habitants en 1996. La Wallonie arrive en deuxième position avec une incidence de 0,12 pour 1 000 habitants en 1996 et la Flandre se situe à 0,10 pour 1 000 habitants.

2.4 Infection par le virus V.I.H.

2.4.1 *Séropositivité*

Selon le rapport annuel de l'Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie, en Belgique, le nombre de personnes infectées par le virus V.I.H. s'élevait au 31 décembre 1995 à 9 963. L'information concernant la nationalité et le lieu de résidence n'est connue que pour un quart environ de ces patients. Leur répartition géographique ne peut donc être considérée que comme une estimation de l'ensemble des personnes séropositives. Le nombre de personnes de nationalité belge infectées par le virus du Sida s'élevait en 1995 à 234 pour le Hainaut, ce qui représente un taux d'incidence cumulée de 0,18 pour 1 000 habitants depuis le début de l'épidémie. Il s'agit ici des personnes diagnostiquées et non pas de l'ensemble des personnes infectées par le virus, ce qui sous-estime le nombre total de personnes séropositives (Source : I.H.E., 1996).

2.4.2 *Incidence du S.I.D.A.*

La répartition par province du taux d'incidence cumulée du S.I.D.A. (cas avérés, ou patients atteints du S.I.D.A.) depuis 1993 indique que Liège est la province la plus touchée (0,11 cas pour 1 000 habitants) avec la province d'Anvers (0,11 cas pour 1 000 habitants). La province du Hainaut vient en quatrième position avec un taux de 0,09 cas pour 1 000 habitants (Source : I.H.E., 1996). La Région bruxelloise connaît un taux particulièrement élevé (0,64 cas pour 1 000 habitants).

2.5 Suicides

Tableau 13 : Nombre de décès par suicide et taux de mortalité (pour 1 000 habitants) en 1992

	Hainaut		Belgique	
	Nombre absolu	Taux pour 1 000 hab.	Nombre absolu	Taux pour 1 000 hab.
<i>Hommes</i>	213	0,34	1 313	0,27
<i>Femmes</i>	72	0,11	565	0,11
<i>Total</i>	285	0,22	1 878	0,19

Source : I.N.S., 1992

Tableau 14 : Répartition par âge des décès par suicide survenus en Hainaut pendant la période 1987 à 1992.

Age	Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux pour 1 000 hab./an	Proportion des décès	Nombre	Taux pour 1 000 hab./an	Proportion des décès
<i>15-24 ans</i>	96	0,17	13,8%	21	0,04	8,9%
<i>25-34 ans</i>	218	0,37	22,9%	61	0,11	15,9%
<i>35-44 ans</i>	258	0,46	15,1%	78	0,14	8,8%
<i>45-54 ans</i>	152	0,39	5,5%	66	0,17	5,0%
<i>55-64 ans</i>	178	0,42	2,3%	97	0,20	2,8%
<i>65-74 ans</i>	173	0,59	1,4%	76	0,20	1,0%
<i>75-84 ans</i>	145	1,09	1,0%	77	0,28	0,5%
<i>85 ans et +</i>	51	1,95	0,8%	22	0,26	0,2%
<i>Total</i>	1 281	0,35	2,7%	498	0,13	1,1%

Source : I.N.S., 1992

Comme le montrent les 2 tableaux ci-dessus, le taux de mortalité par suicide est beaucoup plus élevé chez l'homme que chez la femme. La différence est particulièrement marquée avant 35 ans et après 75 ans. Les 15 à 25 ans meurent moins par suicide que leurs aînés. A partir de 25 ans, le taux de mortalité par suicide augmente progressivement avec l'âge, avec chez l'homme une diminution passagère vers la cinquantaine.

Cependant, comme l'indique la colonne « proportion des décès » du tableau 14, la part relative des suicides par rapport au nombre total de décès est la plus importante chez les jeunes. En effet, entre 25 et 34 ans, les suicides représentent plus d'un décès sur cinq chez l'homme et près d'un décès sur six chez la femme.

2.6 Accidents de la route

Les données relatives aux accidents de la route sont publiées par l'Institut Belge pour la Sécurité Routière. Ces données proviennent de l'Institut National de Statistique sur base d'informations fournies par la police et la gendarmerie. Ces statistiques ne reprennent que les accidents qui ont causé des dommages corporels, sur la voie publique (Source : I.N.S., I.B.S.R., 1994).

Tableau 15 : Répartition du nombre d'accidents de la route et de victimes en chiffres absolus (1994)

	Nombre d'accidents	Décédés 30 jours	Décédés 30 jours + blessés graves	Total victimes
<i>Hainaut</i>	5 743	218	1 976	8 401
<i>Belgique</i>	53 018	1 692	15 695	75 030

Source : I.N.S., I.B.S.R., 1994

En Hainaut, 8 401 personnes ont été blessées ou tuées dans un accident de la route en 1994 soit 6,5 cas pour 1 000 habitants. Ce dernier chiffre est semblable au chiffre pour l'ensemble de la Belgique (7,4 cas pour 1 000 habitants).

Tableau 16 : Nombre d'accidents et nombre de tués par mille habitants (1994)

	Nombre d'accidents par 1000 hab.	Nombre de tués par 1000 hab.
<i>Hainaut</i>	4,5	14,5
<i>Belgique</i>	5,2	14,9

Source : I.N.S., I.B.S.R., 1994

Le nombre d'accidents et de tués par mille habitants est lui aussi très comparable dans le Hainaut et en Belgique (tableau 16).

Le pourcentage d'accidents avec présence d'alcool était pour le Hainaut de 8,7% en 1994 (9,5% pour l'ensemble de la Belgique). Ces chiffres varient considérablement selon la période de la semaine. Ils s'élèvent par exemple à 16,8% au cours des nuits du week-end (21,0% pour l'ensemble de la Belgique). Selon l'I.B.S.R., ces chiffres sous-estiment le nombre réel d'accidents avec présence d'alcool. En effet, ils ne tiennent pas compte des accidents pour lesquels le conducteur est transporté à l'hôpital sans test d'haleine, ou lorsque ce test n'a pas été effectué (par exemple lorsqu'il n'y a pas de tiers impliqué) (Source : I.N.S., I.B.S.R.).

2.7 Accidents de travail

Les accidents de travail peuvent être répartis en deux catégories : les accidents se déroulant sur le chemin du travail et sur le lieu du travail. Les taux de fréquence sont rapportés sur 1.000 travailleurs.

Tableau 17 : Nombre d'accidents sur le chemin du travail pour 1 000 travailleurs (1996)

Province	Taux pour 1.000 travailleurs
Luxembourg	7,4
Liège	7,7
Hainaut	8,0
Fl. Occidentale	8,3
Limbourg	8,6
Anvers	8,8
Namur	9,1
Fl. Orientale	9,2
Brabant	9,3

En ce qui concerne les accidents sur le chemin du travail, la répartition par province montre que le Hainaut arrive en sixième position par ordre décroissant.

Source : Fonds des Accidents du travail, 1996

Tableau 18: Nombre d'accidents sur le lieu du travail pour 1 000 travailleurs (1996)

Province	Taux pour 1.000 travailleurs
Brabant	77
Anvers	98
Fl. Orientale	99
Fl. Occidentale	104
Luxembourg	104
Limbourg	105
Namur	106
Hainaut	118
Liège	126

Cette même province arrive en deuxième position pour les accidents sur le lieu du travail proprement dit.

Source : Fonds des Accidents du travail, 1996

2.8 Maladies professionnelles

Les données relatives aux maladies professionnelles sont communiquées par le Fonds des Maladies Professionnelles du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. En 1995, 30% des bénéficiaires d'une indemnisation pour incapacité permanente de travail résidaient dans le Hainaut (Source : Fonds des Maladies Professionnelles) (Tableau 19)

Le tableau donne également le nombre de personnes indemnisées suite à l'inhalation de substances toxiques, ainsi que leur proportion dans la province par rapport à l'ensemble du pays.

Tableau 19 : Maladies professionnelles provoquées par l'inhalation de substances toxiques en 1995 (Nombres absolus de personnes bénéficiaires et proportion de personnes indemnisées résidant dans le Hainaut par rapport à l'ensemble du pays)

	Nombre (Hainaut)	Nombre (Belgique)	Proportion Hainaut/Belgique (en %)
<i>Total des indemnisés</i>	17 953	59 423	30,2
<i>dont :</i>			
- <i>Silicose</i>	8 506	19 960	42,6
- <i>Asbestose</i>	237	1 693	14,0
- <i>Pneumoconioses dues aux poussières de silicates</i>	9	45	20,0

Source : Fonds des Maladies Professionnelles

Plus de 40 % des personnes indemnisées pour une silicose en Belgique résident dans le Hainaut (42,6% du nombre de bénéficiaires sur l'ensemble du pays).

2.9 Enfants handicapés

Tableau 20 : Comparaison du nombre d'enfants handicapés bénéficiaires sur l'ensemble des enfants bénéficiaires d'allocations familiales - 1994, en chiffres absolus et en %.

	Nombre absolu	% par rapport au total bénéficiaires
Hainaut	3 386	1,43
<i>Ath</i>	177	1,42
<i>Charleroi</i>	1 271	1,51
<i>Mons</i>	642	1,38
<i>Mouscron</i>	185	1,49
<i>Soignies</i>	450	1,37
<i>Thuin</i>	336	1,44
<i>Tournai</i>	325	1,41
Belgique	21 481	1,22

Source : O.N.A.F.T.S., 1996

Les enfants handicapés âgés de moins de 21 ans dont les parents sont allocataires d'allocations familiales pour travailleurs salariés bénéficient d'allocations familiales majorées. Selon l'O.N.A.F.T.S. (Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés), en 1994, dans le Hainaut, 3.386 enfants étaient bénéficiaires de ce type d'allocation. Il s'agit du nombre d'allocations payées et non pas du nombre de *cas inscrits*. La province du Hainaut a la proportion la plus importante de Belgique d'enfants bénéficiant d'allocations majorée pour handicap avec un pourcentage particulièrement élevé dans l'arrondissement de Charleroi.



Chapitre 3. Facteurs de santé

Tout comme la collecte de données de morbidité, la collecte de données sur les facteurs de santé rencontre de nombreuses difficultés. Les données de comportements de santé sont rares et proviennent d'enquêtes épidémiologiques, parfois locales et non publiées.

1. Mode de vie

Les données concernant le mode de vie proviennent d'une enquête téléphonique (C.A.T.I.) réalisée par l'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.) auprès d'échantillons représentatifs de la population de Charleroi et de la région du Centre âgée de 18 à 69 ans. Les résultats présentés ici concernent la période du 2^e trimestre 1994 au 1^{er} trimestre 1996.

Cette enquête fait partie des programmes de promotion de la santé Carolo-Cardio-Santé et Promo Centre Santé.

Les données recueillies le sont sur base de la déclaration des personnes interrogées et non sur base de mesures directes. Dans la mesure du possible, ces données ont été comparées à des enquêtes réalisées au niveau du pays; la méthodologie et la présentation des données peuvent varier d'une enquête à l'autre. Les possibilités de comparaison sont parfois limitées.

1.1 Tabagisme

En Belgique, en 1990, le tabac était responsable de la moitié des décès par cancer et de 31 % de l'ensemble des décès chez l'homme. Chez la femme, ces chiffres sont nettement moindres (respectivement 4% et 2%) car le tabagisme féminin est plus récent et moins fréquent que le tabagisme masculin. Une projection du nombre de décès attribuables au tabac prévoit une diminution des décès attribués au tabac chez l'homme et une augmentation chez la femme, en relation avec l'évolution du nombre de fumeurs (Source : Peto et al., 1994). Appliqués au Hainaut, ces pourcentages donneraient un total de 2 534 décès attribuables au tabac en 1990.

Les résultats de l'enquête CATI donnent pour les deux sites hennuyers investigués, - Charleroi et La Louvière - des pourcentages de fumeurs supérieurs aux données nationales (tableau 21). Les données nationales proviennent du CRIOC (Centre de Recherche d'Information des Organisations de Consommateurs).

Tableau 21 : Pourcentage de fumeurs réguliers selon le sexe et la localisation géographique

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
Hainaut ¹			
<i>Charleroi</i>	37	31	33
<i>La Louvière</i>	40	31	34
Belgique ²	33	24	28

Sources : 1 : PROMES, mai 1996.

2 : CRIOC, 1996.

Le pourcentage de fumeurs dans le Hainaut est calculé dans la population de plus de 18 ans tandis que pour la Belgique, c'est la population de plus de 15 ans qui est prise en considération.

La comparaison est en défaveur du Hainaut : plus 4 à 7% par rapport à la moyenne belge. L'enquête CATI confirme aussi l'existence à Charleroi d'un gradient social important pour ce facteur de risque. Ainsi, en fonction du niveau d'éducation, le taux de tabagisme s'élève à 44 % dans la population qui ne possède pas de diplôme d'enseignement ou uniquement un diplôme primaire, pour tomber à 18% chez les universitaires.

Résultat encourageant, près de 80% des fumeurs déclarent avoir déjà essayé d'arrêter de fumer. Ces personnes seraient les bénéficiaires prioritaires des activités d'aide au sevrage que pourraient organiser les professionnels de santé. Ceci confirme la nécessité de systématiser le service d'aide à l'arrêt du tabagisme.

1.2 Consommation d'alcool

1.2.1 Données de consommation

L'enquête CATI fournit également des données relatives à la consommation d'alcool.

Selon le lieu de l'enquête, entre 13 et 16% des hommes déclarent une consommation quotidienne d'alcool élevée (tableau 22). La différence de consommation entre les hommes et les femmes est importante.

La moyenne de la consommation déclarée dans CATI est de 10,6 g/j par habitant (consommant ou non de l'alcool). Ce chiffre apparaît faible comparé à l'estimation de la consommation nationale sur base des ventes : 21,7g/j (Commission de Coordination Intercommunautaire, 1993). Le chiffre est obtenu en divisant le chiffre des ventes (compte tenu des exportations et importations) par le total de la population belge (enfants et vieillards compris). Si on exclut les moins de 15 ans, ce chiffre monte à 26,5 g/j par personne soit 2,5 fois la consommation déclarée dans l'enquête CATI. Les chiffres récoltés dans l'enquête représenteraient donc une sous-évaluation de la réalité.

A notre connaissance, il n'existe aucune donnée d'enquêtes récentes menées à ce sujet sur une large échelle (nationale ou communautaire) qui pourraient servir de point de comparaison.

Tableau 22 : Proportion (en %) de la population déclarant une consommation quotidienne élevée d'alcool (> 40 g) selon le sexe et la localisation (1994-1996)

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
<i>Charleroi</i>	16	3	7
<i>La Louvière</i>	13	1	5

Source : PROMES, mai 1996

1.2.2 Données de mortalité par cirrhose du foie

La fréquence de la cirrhose du foie est un indicateur de la fréquence de l'alcoolisme dans une population. Les chiffres de mortalité par cirrhose du foie sont beaucoup plus élevés dans la province du Hainaut que sur l'ensemble du Royaume; les taux bruts indiquent dans le Hainaut une surmortalité de plus de 60% pour les deux sexes (tableau 23). La population masculine a une mortalité par cirrhose du foie plus élevée que la population féminine, en rapport avec une consommation d'alcool plus importante.

Tableau 23 : Mortalité par cirrhose du foie dans le Hainaut et en Belgique
Nombres absolus et taux bruts, 1992

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut	Nombre	Taux brut
<i>Hainaut</i>	151	24,38	101	15,18	252	19,62
<i>Belgique</i>	725	14,76	469	9,14	1 194	11,89

Source : Nombre de décès : I.N.S., Population : S.P.M.A.

1.3 Obésité

En se basant sur les déclarations de la population interrogée, à Charleroi comme à La Louvière, plus du quart de la population pourrait être considérée comme obèse (tableau 24). Le seuil d'obésité choisi correspond à un indice de masse corporelle (le poids en kilos divisé par la taille exprimée en mètre et élevée au carré) supérieur à 27. Ces données proviennent de la même enquête CATI mentionnée ci-dessus.

Tableau 24 : Pourcentage de la population ayant un indice de masse corporelle supérieur à 27 (sur base de déclaration de la population interrogée)

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
<i>Charleroi</i>	26	27	26
<i>La Louvière</i>	28	22	24

Source : PROMES, mai 1996

1.4 Sédentarité

En définissant la sédentarité comme étant le fait de ne pas pratiquer d'activité physique de loisir ou de sport régulièrement, toujours selon les données de l'enquête CATI, à La Louvière, plus de 70% de la population interrogée peut être classée dans la catégorie des sédentaires, avec une proportion plus importante de sédentaires chez les femmes que chez les hommes (tableau 25).

Tableau 25 : Proportion de la population interrogée classée comme "sédentaire" à La Louvière, selon le sexe, 1994-1996 (en chiffres absolus et en %)

Hommes		Femmes		Total	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
31	69	80	73	111	72

Source : PROMES, juillet 1996

A titre indicatif, en 1994, selon une enquête réalisée en Communauté française, 49% des jeunes hennuyers de 18-30 ans ne pratiquaient pas de sport (42% des 18-30 ans sur l'ensemble de l'échantillon). En Communauté française, chez les plus de 30 ans, ce chiffre s'élève à 55%.

2. Santé maternelle et infantile

2.1 Poids de naissance

La proportion de petit poids de naissance (inférieur à 2500 grammes) est plus élevée dans le Hainaut que sur l'ensemble de la Belgique (7,27% dans le Hainaut, 6,21% en Belgique). Cette différence est statistiquement significative. La comparaison entre les différentes provinces du Royaume indique que c'est le Hainaut qui a la proportion la plus élevée; c'est en Flandre Occidentale par contre qu'elle est la plus faible 5,53%.

Tableau 26 : Pourcentage de très faible et de faible poids à la naissance (1989)

	< 1500 grammes (%)	< 2500 grammes (%)
<i>Hainaut</i>	0,75	7,27*
<i>Belgique</i>	0,69	6,21

Source: C.R.O.S.P., I.H.E., 1996

* Différence significative: la limite inférieure de l'intervalle de confiance est plus grande que la limite supérieure de l'intervalle de confiance du taux national

2.2 Prématurité

La proportion de naissances avant 37 semaines de grossesse (naissances avant terme) rapportée à l'ensemble de naissances vivantes y est également sensiblement plus élevée que dans le reste du pays (différence statistiquement significative). La proportion de prématurité grave (naissance avant 32 semaines de grossesse) était plus élevée en Hainaut qu'en Belgique en 1988. En 1989, cette proportion est redescendue en-dessous de la moyenne nationale.

Tableau 27 : Pourcentage de naissances avant terme (1989)

	≤ 32 semaines (%)	< 37 semaines (%)
<i>Hainaut</i>	1,01	6,14*
<i>Belgique</i>	1,05	5,60

Source: C.R.O.S.P., I.H.E., 1996

* Différence significative: la limite inférieure de l'intervalle de confiance est plus grande que la limite supérieure de l'intervalle de confiance du taux national

2.3 Age de la mère à l'accouchement

Le Hainaut est la province où la proportion des mères de moins de 20 ans est la plus élevée. Les proportions de très jeunes mères (moins de 18 ans) et de mères de plus de 35 ans y sont aussi plus élevées que dans le reste du pays (tableau 28).

Tableau 28 : Pourcentage de naissances selon l'âge de la mère (1989)

	<18 ans (%)	<20 ans (%)	35 ans et plus (%)
<i>Hainaut</i>	0,7	3,7	8,5
<i>Belgique</i>	0,4	2,1	8,1

Source: C.R.O.S.P., I.H.E., 1996

2.4 Dépistage cancer du col

Les recommandations de la Communauté française de Belgique en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus se basent sur les recommandations du programme « Europe contre le Cancer ». Ce dépistage devrait être pratiqué tous les 3 ans chez toutes les femmes, trois ans après le début des rapports sexuels et en tous cas chez celles âgées de 25 à 65 ans (Communauté Française de Belgique, 1992).

Différentes enquêtes par téléphone dans des entités géographiques différentes ont évalué le taux de dépistage du cancer du col auprès de populations féminines. Les groupes d'âge investigués sont respectivement de 25 à 64 ans pour l'enquête réalisée en Communauté flamande, de 25 à 65 ans pour l'enquête réalisée à La Louvière (arrondissement de Soignies) et de 25 à 64 ans pour l'enquête réalisée à Frameries (arrondissement de Mons). Entre 15 et 30 % des femmes déclarent ne pas être correctement dépistées (jamais de dépistage ou dépistage datant de plus de 3 ans). L'enquête réalisée à Frameries montre qu'elles ont en commun un faible niveau d'instruction, une absence d'activité professionnelle et qu'elles vivent seules.

Tableau 29 : Pratiques de dépistage du cancer du col selon la localisation géographique, en %

	Taux de couverture ⁴
<i>Frameries</i> ¹ (N=341)	71,0
<i>La Louvière</i> ² (N=201)	84,0
<i>Communauté flamande</i> ³ (N=1215)	80,7

¹Source: O.S.H., 1996.

²Source: Dimarso Gallup-Belgium

³Source: Arbyn, 1996.

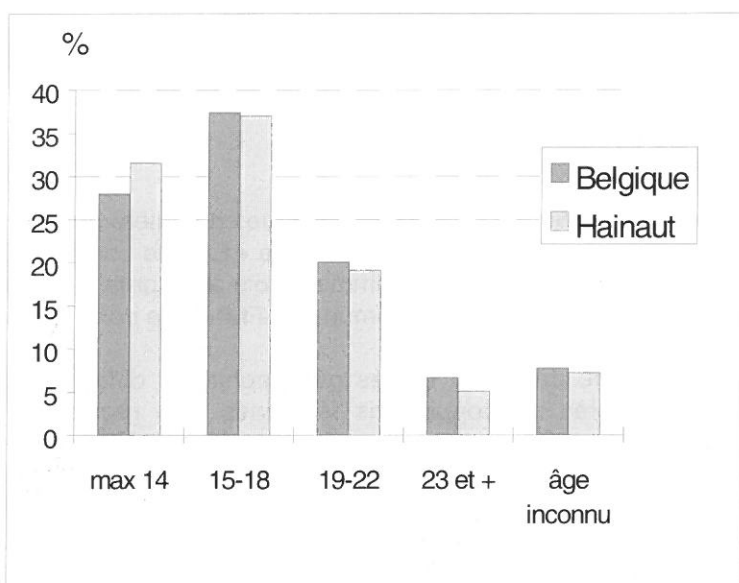
⁴Dépistage conforme à la recommandation

3. Indicateurs sociaux

Une situation sociale défavorable, un faible niveau d'instruction et/ou de revenus sont reconnus pour avoir un effet délétère sur la santé. C'est à ce titre que sont ici inclus différents facteurs sociaux.

3.1 Niveau d'instruction

Le graphique 15 représente la répartition (en %) de la population adulte en fonction de l'âge atteint à la fin des études. La répartition est assez semblable dans le Hainaut comparée à celle de la Belgique. On note toutefois que plus d'un tiers de la population hennuyère n'a pas poursuivi d'études au-delà de l'âge de 14 ans.



Graphique 15 : Age à la fin des études en 1991

Source : I.N.S., 1991.

3.2 Chômage

Dans la province du Hainaut, pour les hommes comme pour les femmes, les taux de chômage sont nettement plus élevés que les taux nationaux. Le taux de chômage atteint près de 30% de la population assurée contre le chômage dans la province, soit 60% en plus que les chiffres nationaux.

Tableau 30 : Répartition du taux de chômage selon le sexe, avril 1996 CCI-DE (en %) *

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
<i>Belgique</i>	13,30	22,76	17,44
<i>Hainaut</i>	23,65	35,87	28,97

Source: O.N.E.M., 1996

* Rapport entre les CCI-DE (Chômeurs complets indemnisés -demandeurs d'emplois) et le nombre d'assurés contre le chômage

La proportion de chômeurs de longue durée y est aussi sensiblement plus élevée, surtout dans la population féminine, comme l'indique le tableau suivant.

Tableau 31 : Répartition du chômage par durée d'inoccupation, selon le sexe, juin 1995

	Belgique		Hainaut	
	Hommes (%)	Femmes (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
<i>Moins d'un an</i>	39,77	33,16	33,78	26,77
<i>Plus d'un an</i>	60,23	66,84	66,22	73,23
<i>Total</i>	100,00	100,00	100,00	100,00

Source : ONEM, 1995

3.3 Proportion de la population minimexée

La proportion de la population bénéficiant du minimum d'existence (minimex) est un indicateur de précarité sociale. Selon la loi du 7 août 1974 instituant le droit au minimex, cette allocation est octroyée aux personnes ne disposant pas de revenus, ou dont les revenus sont insuffisants et qui n'ont pas la possibilité de s'en procurer.

La proportion de la population bénéficiant du minimex est plus élevée dans le Hainaut que dans le reste du pays. Au niveau des arrondissements, à Charleroi et à Mons, plus d'un pour-cent de la population émerge du minimex (Source : Service du Ministère des Affaires Sociales de la Santé Publique et de l'Environnement).

Tableau 32 : Proportion de la population minimexée au 5 juillet 1996

	% de la population
Hainaut	1,05
<i>Ath</i>	0,69
<i>Charleroi</i>	1,18
<i>Mons</i>	1,45
<i>Mouscron</i>	0,92
<i>Soignies</i>	0,82
<i>Thuin</i>	0,66
<i>Tournai</i>	0,86
Belgique	0,69

Source : Service du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'environnement, 1996



Chapitre 4. Consommation médicale et offre de soins

1. Offre de soins et services

1.1 Hôpitaux

L'Administration des Soins de Santé du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement indique dans son rapport annuel un taux de lits hospitaliers (hôpital général) au 1^{er} janvier 1995 légèrement supérieur dans le Hainaut par rapport à l'ensemble du territoire (tableau 33).

Tableau 33 : Nombre de lits pour 1.000 habitants au 1^{er} janvier 1995

	Belgique	Hainaut
<i>Hôpital général</i>	5,80	6,80
<i>Hôpital psychiatrique</i>	1,70	1,30
<i>Total</i>	7,40	8,10

Source : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement

Par contre, le nombre de lits en hôpital psychiatrique est inférieur au chiffre national.

1.2 Médecins

Au 31 décembre 1996, le nombre de médecins dans le Hainaut s'élevait à 3.932, c'est-à-dire 1 médecin pour 327 habitants, ce qui représente une offre un peu moindre par rapport aux chiffres nationaux (1 pour 277 habitants), comme le montre le tableau 34 (Source: I.N.A.M.I.).

Tableau 34 : Nombre de médecins et nombre d'habitants par médecin, dans le Hainaut et en Belgique au 31/12/96

	Belgique		Hainaut	
	N	Nombre d'habitants par médecin	N	Nombre d'habitants par médecin
<i>Généralistes</i>	20 254	501	2 156	596
<i>Spécialistes</i>	16 390	619	1 776	723
<i>Total</i>	36 644	277	3 932	327

Sources : I.N.A.M.I. et I.N.S. (population au 1/1/96)

2. Taux de consultation médicale

En 1994, le nombre moyen de consultations chez le médecin généraliste par assuré était inférieur dans le Hainaut par rapport à la Belgique, mais le nombre de visites y était par contre plus élevé (tableau 35). Au total, le nombre de contacts (consultations + visites) avec un médecin généraliste est légèrement plus élevé dans le Hainaut (4,83 contacts/an) qu'en Belgique (4,66 contacts/an).

Tableau 35 : Nombre de consultations médicales par individu en 1994

	Belgique	Hainaut
<i>Consultations du généraliste</i>	2,44	2,03
<i>Visites du généraliste</i>	2,22	2,80
<i>Consultations de spécialiste</i>	1,82	2,12

Source : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

Le nombre moyen de consultations au cabinet du spécialiste y est aussi sensiblement plus élevé que dans l'ensemble du pays.



Références

Arbyn M., *Cervical Cancer Screening in the Flemish Community, 1995. A cross-sectional study. Determination of the screening status and its determinants*, Communication présentée aux Séminaires du mercredi, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, 20 mars 1996.

Cancer en Belgique 1990-1992, Registre National du Cancer, Œuvre Belge du Cancer.

Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP), Service d'Epidémiologie de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, *Naissances, mortalité périnatale et infantile statistiques 1987*, Communauté française de Belgique, 1993.

Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique (CROSP), Service d'Epidémiologie de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, *Naissances, mortalité périnatale et infantile statistiques 1988 et 1989*, Communauté française de Belgique, 1996.

Commission de Coordination Intercommunautaire pour la prévention des problèmes d'alcool et autres drogues, *Les assuétudes en Belgique, Synthèse des données épidémiologiques 1991-1992*, 1^{er} addendum du rapport intercommunautaire de synthèse 1980-1990, juin 1993.

CRIOC (Centre de Recherche d'Information des Organisations de Consommateurs), Communiqué de Presse, 6 mars 1996.

EC Working Group on Health Services and Avoidable Deaths, *European Community Atlas of "Avoidable Death" (Volume 1)*, Oxford, Oxford University Press, 1991.

EC Working Group on Health Services and Avoidable Deaths, *European Community Atlas of "Avoidable Death" (Volume 2)*. Oxford, Oxford University Press, 1991.

Enquête téléphonique pour le dépistage des cancers féminins sur l'entité de La Louvière, réalisée par Dimarso Gallup-Belgium à la demande de La Louvière Ville-Santé, septembre 1995 (rapport non publié).

FARES, Rapport épidémiologique de la tuberculose, 1996.

Fonds des Accidents du Travail, Banque Centrale de données, octobre 1996 (rapport général).

Forem Office Communautaire et Régional de la Formation Professionnelle et de l'Emploi, Flash Forem, *Communiqué mensuel, avril 1996*, Service Etudes et Statistiques.

Hachez C. (sous la direction scientifique de D. Bodson), *Les pratiques sportives des 18-30 ans en Communauté Française de Belgique*, Tiré à part de Sport 1992 (4), 24 p.

Hachez C. (sous la direction scientifique de D. Bodson), *Les pratiques sportives des 30 ans et plus en Communauté Française de Belgique*, Tiré à part de Sport 1995 (1), 16 p.

Indicateurs sociosanitaires - Définitions et interprétations, S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau et Y. Sauvageau (eds), Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1995.

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), communication personnelle.

Institut National de Statistique, *Population du Registre National*, 1er janvier 1995.

Institut National de Statistique, *Population du Registre National*, 1er janvier 1996.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement, Administration des Soins de Santé, Direction de la politique des soins de santé, *Annuaire Statistique des Hôpitaux, Partie 2: Rapport Annuel, Situation au 1^{er} janvier 1995.*

Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés, *Recensement Régional des familles allocataires et des enfants bénéficiaires du régime d'allocations familiales pour travailleurs salariés* (n.d.)

Office National de l'Emploi, Direction Statistiques Etudes Formation, *Recensement annuel des chômeurs complets indemnisés inscrits, 30 juin 1995.*

Office National de l'Emploi, Direction Statistiques Etudes Formation, *Bulletin mensuel, avril 1996.*

Peto, R., Lopez A., Boreham J., Thun M. Heat C., *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000, Indirect Estimates from Vital Statistics*, Oxford University Press, 1994.

PROMES (Unité de Promotion et d'Education pour la Santé) *Projet Promocentre Evaluation Rapport Intermédiaire*, mai 1996.

PROMES (Unité de Promotion et d'Education pour la Santé) *Projet Promocentre Evaluation Rapport Intermédiaire*, juillet 1996.

Sasse, A. Van Renterghem H., Van Der Heyden, J., *Epidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique, Situation au 31 décembre 1995*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé de la Communauté Française, Ministère des Affaires Sociales, Collège des Laboratoires de Référence Sida, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie Section d'Epidémiologie, novembre 1996.

Sécurité routière, Rapport annuel 1994, Institut Belge pour la Sécurité Routière (n.d.).

Service du Ministère des Affaires Sociales de la Santé Publique et de l'Environnement, *Statistiques des Minimisés selon la catégorie*, Situation au 5/7/1996.

SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis), base de données informatisée de l'Institut National de Santé Publique - Louis Pasteur.

WHO Monica Ghent-Charleroi 1991, Intermediate report.



Qbservatoire
de la **S**anté
du **H**ainaut

- ✓ programmes de promotion de la santé
- ✓ outils d'éducation pour la santé
- ✓ informations sanitaires
- ✓ documentation de santé publique

Pour nous contacter



Observatoire de la Santé du Hainaut
Rue Saint-Antoine,1 - 7021 HAVRE

☎ 065/87.27.00 - 065/87.26.79
Fax : 065/87.27.23

E-mail : 101602.712@compuserve.com.

Nous tenons à votre disposition un répertoire d'outils d'éducation pour la santé.