



Observatoire de la Santé du Hainaut

la santé pour mieux vivre

# TABLEAU DE BORD DE LA SANTE

## 2006

Santé en Hainaut • Numéro 6 • 2006



rue Saint-Antoine 1 - 7021 HAVRÉ - BELGIQUE  
☎ : + 32 (0)65 87 96 00 - Fax : + 32 (0)65 87 96 79



Chaque année, près de 1800 personnes meurent injustement dans le Hainaut. Il est probable, en effet, que ces vies seraient épargnées si la situation sanitaire de la province était équivalente à la situation moyenne belge. L'espérance de vie à la naissance du Hainuyer est de près de 3 ans inférieure à la moyenne des hommes belges. Pour la femme, la différence est d'un peu plus d'un an. Tant pour l'ensemble de la Belgique que pour le Hainaut, ces indicateurs évoluent de manière positive, mais moins vite en terre hainuyère. Les écarts persistent.

La fracture sanitaire ne se marque pas seulement au niveau de la durée de vie mais aussi de la qualité de vie. Les maladies chroniques souvent invalidantes sont plus fréquentes dans le Hainaut, comme le sont aussi les accidents de la route avec décès, les maladies professionnelles, les suicides et tentatives de suicide, la consommation de psychotropes, les hospitalisations, les grossesses d'adolescentes, etc.

Le lien entre un contexte socio-économique défavorable et une mauvaise santé est bien établi dans la littérature scientifique et le Hainaut en est malheureusement une illustration frappante.

Les conditions de vie (habitat, instruction et culture, emploi, revenus, liens sociaux), à l'échelle des populations, déterminent en partie les modes de vie. Ainsi, la mauvaise qualité de l'alimentation, le tabagisme, la sédentarité sont plus fréquents dans les foyers de niveau socio-économique moyen à faible, très nombreux dans le Hainaut. Ces facteurs sont à la base d'un risque accru de pathologies comme les maladies cardiovasculaires et les cancers qui représentent 60 % des causes de mortalité dans le Hainaut.

Intervenir sur ces facteurs est une priorité évidente mais les stratégies, pour être efficaces, doivent dépasser la simple information du public pour s'attaquer aux changements structurels dans l'environnement de vie des personnes, des familles et des collectivités, en concertation avec les bénéficiaires et avec leur participation.

Cette troisième édition du Tableau de bord de la santé en exploitant quelque quarante sources d'information présente en détail le diagnostic santé du Hainaut avec une mise en perspective historique des données et des éléments de comparaison par rapport à la Belgique et la Wallonie.

Malgré un déficit de santé bien réel en Hainaut, on relève des points positifs comme la diminution des maladies cardiovasculaires (en bonne partie obtenue par la prévention), des scores honorables en mortalité infantile, un plafonnement des taux d'obésité et de tabagisme chez les jeunes, une utilisation active des services de première ligne. L'évaluation des campagnes médiatiques révèle, par ailleurs, que le citoyen hainuyer s'intéresse de plus en plus à la santé.

L'engagement croissant des associations, des professionnels, des éducateurs, des médias et des autorités locales dans des réseaux, des programmes, des forums de discussion pour la promotion de la santé est un autre motif d'encouragement. C'est à ces acteurs, issus de tous les secteurs de la vie économique et sociale, que ce Tableau de bord est destiné. Pour les aider à faire le point, les conforter dans leur engagement ou susciter de nouvelles initiatives.

La Province du Hainaut envoie aussi un signal aux décideurs des autres niveaux de pouvoir pour que la prise en compte de cette inégalité territoriale de santé, maintenant bien documentée, soit effective dans les politiques de santé fédérales, communautaires et wallonnes.

Les inégalités de santé s'estomperont lorsque les inégalités tout court diminueront.

Avec l'Organisation Mondiale de la Santé, il faut toutefois rappeler que la relation entre économie et santé va dans les deux sens : une économie dynamique peut, sous conditions, contribuer à améliorer la santé, mais inversement une meilleure santé et de manière générale plus de bien-être stimulent l'économie.

A cet égard, notre souhait est que le Tableau de bord de la santé contribue aussi aux débats et réflexions avec des acteurs d'autres secteurs et disciplines. La prise en compte de la dimension santé et bien-être dans les programmes de développement favorisera l'inscription du redéploiement économique dans une logique de développement durable et équitable.

Bonne lecture.

Dr Luc Berghmans • Observatoire de la Santé du Hainaut

Ce Tableau de bord de la santé 2006 est le résultat du travail de toute une équipe :

- COORDINATION DE LA RÉDACTION  
Véronique TELLIER  
Luc BERGHMANS
- GESTION DE DONNÉES ET BIBLIOGRAPHIE  
Paul BERRA  
Pénélope FISZMAN  
Norbert JATES  
Alain LEONARD  
Anne-Marie LUIZZI  
Maria MILIOTO  
Nicole THAUVOYE
- ENQUÊTRICES OSH  
Christine BASSETTE  
Martine HAUTAIN  
Bernadette DUBOISSE  
Anne-Marie GUIOT  
Anne-Marie LUIZZI  
Nicole THAUVOYE
- REDACTION  
Paul BERRA  
Pénélope FISZMAN  
Marie-Paule LERUDE  
Véronique TELLIER
- CARTOGRAPHIE - GRAPHIQUES  
Paul BERRA  
Pénélope FISZMAN  
Alain LEONARD
- SECÉRARIAT  
Maria MILIOTO
- MISE EN PAGE  
Daniela MAJOIS
- REMERCIEMENTS AUX RELECTEURS ET COLLABORATEURS PONCTUELS  
Pierre BIZEL  
Anne-Marie BERGHEZAN  
Philippe BOSMAN  
Anne-Marie DE MAZY  
Michel DEMARTEAU  
Marie GAY  
Véronique JANZYK  
Jean-Claude LEGRAND  
Christian MASSOT  
Laurence RANDOUR  
Claude RENARD

Chaleureux remerciements aux équipes de recherches et aux administrations qui, par la transmission de leurs données, ont rendu ce travail possible.

#### 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° 6, Tableau de bord de la santé 2006, 2006".

### ■ Chapitre I ▶ ▶ ▶ Population

Le contexte	9
<b>Les faits marquants</b>	<b>10</b>
1. La population totale, l'évolution et la répartition de la population en Hainaut	11
1.1. L'effectif de population en Belgique, Région wallonne et Hainaut	11
1.2. La répartition de la population dans les différents arrondissements	11
1.3. Les communes et les habitants	12
1.3.1. La densité de population par commune	12
1.3.2. Les mouvements de population	13
2. Une espérance de vie à la naissance moindre dans le Hainaut	14
3. Une natalité plus élevée en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique	15
3.1. Le taux brut de natalité	15
3.2. La natalité dans les arrondissements du Hainaut	16
3.3. La natalité dans les communes du Hainaut	17
4. La population de nationalité étrangère résidant en Hainaut	18
4.1. L'effectif de la population étrangère et son évolution	18
4.2. L'augmentation du nombre de Français résidant en Hainaut	19
5. La structure par âge et par sexe de la population	20
5.1. La pyramide des âges de la population du Hainaut	20
5.2. Le vieillissement de la population	21
5.2.1. Le vieillissement en Belgique, Région wallonne et Hainaut	21
5.2.2. Le vieillissement par commune	22
6. Références bibliographiques	23

### ■ Chapitre II ▶ ▶ ▶ Mortalité et causes de décès

Le contexte	25
<b>Les faits marquants</b>	<b>26</b>
1. La mortalité totale	27
1.1. L'évolution de la mortalité dans le temps : taux bruts et standardisés	27
1.2. La mortalité dans les arrondissements du Hainaut par rapport à la Belgique : Indice Comparatif de Mortalité (ICM)	29
2. Mourir avant 65 ans : la mortalité prématurée	30
3. La mortalité spécifique	33
3.1. Les causes de décès	33
3.2. L'évolution des principales causes de décès	35
3.3. La répartition des principales causes de décès en fonction de l'âge	37
3.4. Les causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut	38
3.5. Les causes de mortalité chez les moins de 65 ans	40
3.5.1. Le nombre et le poids relatif des principales causes de mortalité prématurée par rapport à toutes les causes de décès prématurés par sexe en Hainaut	40
3.5.2. La comparaison des taux bruts de mortalité prématurée par cause et par sexe dans le Hainaut et en Belgique	41

3.5.3. La proportion des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès pour chacune des causes de mortalité prématurée les plus fréquentes, par sexe, en Belgique et en Hainaut	42
4. La mortalité infantile	43
4.1. Les définitions	43
4.2. L'évolution du nombre de décès d'enfants de moins d'un an et des taux de mortalité infantile en Hainaut, Région wallonne et Belgique	44
4.3. Les chiffres absolus et l'évolution de la mortalité néonatale et post-néonatale en Belgique, Région wallonne et Hainaut	45
5. Références bibliographiques	47

## ■ Chapitre III >>> Etat de santé

Le contexte	49
<b>Les faits marquants</b>	<b>50</b>
1. La santé perçue	52
1.1. La santé perçue en Belgique, Région wallonne et Hainaut	52
1.2. La santé perçue par sexe	52
1.3. La santé perçue par classe d'âge	53
1.4. La santé perçue par commune	54
2. Les maladies chroniques	55
2.1. La comorbidité en Hainaut	55
2.2. Les maladies chroniques les plus fréquentes en Hainaut	56
2.3. La prévalence des 12 maladies chroniques les plus souvent déclarées chez les 65 ans et plus	58
3. Les limitations physiques et l'invalidité	60
3.1. La proportion des 65 ans et plus déclarant souffrir de limitations physiques modérées ou sévères	60
3.2. L'invalidité reconnue et indemnisée	61
4. Les maladies cardiovasculaires	62
4.1. La répartition des décès cardiovasculaires par type de pathologie cardiovasculaire et par sexe	62
4.2. La mortalité par cardiopathies ischémiques en Hainaut	64
4.3. La baisse de la fréquence et de la létalité des infarctus du myocarde chez les personnes de 25 à 69 ans	65
5. Les cancers	68
5.1. La mortalité par cancer	68
5.2. La mortalité par cancer dans les communes du Hainaut	70
5.3. Les cancers du poumon et du sein	71
5.4. L'incidence des cancers	72
6. Les maladies respiratoires	74
6.1. Les maladies respiratoires chroniques	74
6.2. La tuberculose	75
6.2.1. La mortalité causée par la tuberculose	75
6.2.2. L'incidence de la tuberculose	76

7. Les autres pathologies	77
7.1. Le SIDA	77
7.1.1. La mortalité causée par le SIDA	77
7.1.2. Les personnes infectées par le VIH	78
7.1.3. Les malades du SIDA	79
7.1.4. Le suivi des patients en Hainaut	80
7.2. L'insuffisance rénale chronique	81
7.2.1. La mortalité causée par l'insuffisance rénale chronique	81
7.2.2. Le nombre de patients traités par dialyse	82
7.3. Le diabète	82
7.3.1. La mortalité causée par le diabète	82
7.3.2. La prévalence du diabète	83
7.4. L'ostéoporose	85
7.5. Les maladies professionnelles	86
8. Les accidents	88
8.1. Les accidents de la circulation	88
8.2. Les accidents de travail	91
9. La santé maternelle et infantile	93
9.1. L'âge des mères à la naissance	93
9.2. Le poids à la naissance	96
9.3. La prématurité	96
9.4. Le tabagisme de la mère	97
10. La santé mentale	98
10.1. Les suicides	98
10.1.1. La mortalité due aux suicides	98
10.1.2. Les tentatives de suicide	100
10.1.3. L'idéation suicidaire	101
10.2. La consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs	102
11. Références bibliographiques	104

## ■ Chapitre IV >>> Facteurs de santé

Le contexte	107
<b>Les faits marquants</b>	<b>108</b>
1. L'excès de poids et l'obésité	110
1.1. La corpulence des adultes	111
1.2. Le surpoids chez les jeunes	113
2. La sédentarité et l'activité physique	116
2.1. La sédentarité chez l'adulte	116
2.2. Les jeunes et le sport	117
2.3. Les jeunes et la télévision	119

3. L'alimentation	121
3.1. La prise du petit déjeuner	121
3.2. La consommation quotidienne de fruits et de légumes	123
3.3. La consommation de fritures	127
3.4. La consommation de sodas liée à celle de l'eau	128
4. La consommation de tabac	129
4.1. La mortalité liée au tabac	129
4.2. La consommation quotidienne de tabac	129
5. La consommation d'alcool	132
5.1. La mortalité due à l'alcool	132
5.2. La consommation d'alcool	132
5.3. La consommation d'alcool des jeunes	133
6. La consommation d'autres drogues	134
7. Les facteurs sociaux	136
7.1. Les revenus	137
7.2. Le niveau d'instruction	140
7.3. La situation de l'emploi	142
7.3.1. La population active	142
7.3.2. Le chômage	143
7.3.3. Les catégories socio-professionnelles	145
7.4. Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale	146
7.5. L'endettement	148
8. Références bibliographiques	149
<b>■ Chapitre V &gt;&gt;&gt; Offre de soins</b>	
Le contexte	151
<b>Les faits marquants</b>	<b>152</b>
1. Les structures hospitalières	153
1.1. La répartition des hôpitaux généraux et universitaires	153
1.2. La capacité d'accueil des hôpitaux généraux et psychiatriques	154
1.3. Les équipements et les services dans les hôpitaux généraux	155
2. Les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) : nombre, capacité d'accueil et résidents	155
3. Les médecins	157
3.1. Les médecins généralistes	157
3.1.1. La répartition des médecins généralistes et l'évolution	157
3.1.2. Les caractéristiques des médecins généralistes	160
3.2. Les médecins spécialistes	162
3.2.1. La répartition des médecins spécialistes et l'évolution	162
3.2.2. Les caractéristiques des médecins spécialistes	164
3.2.3. Les gynécologues : leur répartition et leurs caractéristiques	165
3.2.4. Les pédiatres : leur répartition et leurs caractéristiques	166
3.2.5. Les ophtalmologues : leur répartition et leurs caractéristiques	167
3.2.6. Les anesthésistes : leur répartition et leurs caractéristiques	168

4. Les autres professionnels de la santé	169
4.1. Les dentistes	169
4.2. Les kinésithérapeutes	170
4.3. Les infirmiers(ères) [sans les accoucheuses]	171
5. Références bibliographiques	173
<b>■ Chapitre VI</b>	<b>Consommation de soins</b>
Le contexte	175
<b>Les faits marquants</b>	<b>176</b>
1. Les soins curatifs	178
1.1. Les consultations médicales et paramédicales	178
1.1.1. Les contacts avec le médecin généraliste	178
1.1.2. Les contacts avec le médecin spécialiste	179
1.1.3. Les contacts avec un professionnel de médecine alternative : l'homéopathe	179
1.1.4. Les contacts avec le dentiste	180
1.1.5. Les contacts avec les services d'urgence	181
1.1.6. Les contacts paramédicaux	182
1.1.7. Les séjours hospitaliers	183
1.2. La consommation de médicaments	186
2. Les soins préventifs	190
2.1. La vaccination des enfants	190
2.2. La vaccination de la population adulte	191
2.3. Le dépistage	193
2.3.1. Le dépistage du cancer du sein par mammothest	193
2.3.2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus	196
3. Références bibliographiques	198
<b>■ Chapitre VII</b>	<b>Environnement &amp; Santé</b>
Le contexte	201
<b>Les faits marquants</b>	<b>203</b>
1. La pollution extérieure	204
1.1. L'ozone (O <sub>3</sub> )	204
1.2. Les particules en suspension	205
1.3. La dioxine	207
2. La pollution intérieure	209
2.1. Le tabac, ses effets et son interaction avec les polluants intérieurs	210
2.2. Le radon	211
2.3. Les moisissures et l'humidité	213
2.4. Le monoxyde de carbone (CO)	213
2.5. L'amiante	214
2.6. Les nuisances sonores : un impact environnemental sur la santé	216
3. La prise en charge des problèmes environnementaux en Hainaut : suivi des normes	219
4. Références bibliographiques	220

# Chapitre Population





Le premier chapitre du Tableau de bord de la santé du Hainaut porte sur la population. En effet, les données démographiques vont conditionner la plupart des indicateurs de santé puisqu'elles en constituent bien souvent le dénominateur. C'est donc la compréhension relativement fine de la population et de ses caractéristiques qui nous permettra d'interpréter de manière adéquate les différents indicateurs de santé publique.

Les mutations économiques ont profondément marqué la province du Hainaut au cours de ces deux derniers siècles, ce qui a engendré des répercussions importantes sur ses habitants. A l'industrialisation massive et à la spécialisation de l'axe Charleroi-Mons dans l'extraction du charbon et dans l'industrie lourde, a succédé, depuis les années 70, une diminution importante de l'activité industrielle avec une reconversion très limitée des travailleurs et un chômage subséquent important. La période d'activité intense des usines a aussi été une période de forte immigration. Des travailleurs italiens, polonais puis maghrébins et turcs se sont ainsi successivement installés avec leurs familles et intégrés dans la province tout en conservant une appartenance spécifique à leur communauté d'origine. Depuis la fin des années 80, l'immigration a très nettement diminué sauf en ce qui concerne les ressortissants français dont le nombre a plutôt tendance à s'accroître, surtout dans les communes frontalières. Par ailleurs, suite au déclin économique de la région et aux séquelles environnementales de l'industrie lourde, la valeur immobilière des terrains et habitations est relativement plus basse que dans d'autres régions du pays, ce qui provoque de nouvelles migrations, internes cette fois : jeunes foyers qui s'installent dans le nord de la province, proche par la route de Bruxelles, personnes âgées qui rejoignent les petits logements des grandes villes, etc. Enfin une troisième caractéristique de la province est sans doute sa dualité en termes de densité de l'habitat : ceinture densément peuplée le long de l'axe industriel et zones rurales importantes au nord de cette ceinture (vastes étendues fertiles) et au sud (zones de bocages et de pâtures) (Denis J., 1992).

Les difficultés économiques passées et présentes ont des répercussions néfastes sur la santé et l'espérance de vie.

Derrière une apparente stabilité de population en termes de nombre d'habitants et de natalité se cachent des changements dans le profil de la population.

- La population du Hainaut compte 1 283 200 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Sur les dix dernières années, elle est globalement restée stable. Cependant, à l'intérieur de la province, le taux d'accroissement de la population au cours de la même période varie fort d'une commune à l'autre. Les communes du nord de la province se peuplent tandis que celles du sud voient baisser leur nombre d'habitants.
- La répartition de la population hainuyère est contrastée. La densité de population est très élevée le long de l'axe urbain Charleroi-Mons-Tournai (> 500 habitants/km<sup>2</sup>) tandis que le reste de la province (nord et sud) se caractérise par des densités de population plus faibles (< 250 habitants/km<sup>2</sup>). L'arrondissement le plus peuplé est celui de Charleroi (420 528 habitants, soit un tiers de la population du Hainaut) et l'arrondissement le moins peuplé est celui de Mouscron avec 69 719 habitants, soit seulement 5,4 % de la population hainuyère.
- L'espérance de vie des habitants du Hainaut est nettement moins bonne que dans le reste du pays. En 2000-2002, l'espérance de vie à la naissance des femmes du Hainaut est de 80,3 ans soit de 4 mois inférieure à celle des femmes de Wallonie et de 16 mois inférieure à celle des femmes belges. L'espérance de vie à la naissance des hommes du Hainaut est de 72,6 ans. Chez les hommes, les écarts d'espérance de vie sont encore plus marqués. La durée de vie moyenne des hommes du Hainaut est de 1 an inférieure à celles des hommes wallons et presque de 3 ans inférieure à celle des hommes de Belgique. Le taux brut de natalité est de 11,1 naissances pour 1000 habitants en Hainaut en 2003. Il reste légèrement plus élevé que pour l'ensemble de la Belgique (10,8 pour 1000).
- Les résidents de nationalité étrangère sont proportionnellement plus nombreux en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique. Cependant, dans la province, leur proportion par rapport à la population totale diminue avec le temps (11,2 % de la population en 2004 contre 13,1 % en 1995), suite notamment aux nombreuses naturalisations et à la diminution du nombre de nouveaux arrivants étrangers. Une nationalité fait exception : les Français sont devenus plus nombreux dans tous les arrondissements du Hainaut et plus particulièrement dans les communes frontalières.
- Le vieillissement de la population du Hainaut semble marquer une pause. La proportion de jeunes de moins de 20 ans (24 % en 2004) et celle des personnes âgées de 65 ans et plus (17 % en 2004) sont stables depuis 2000 ; au contraire de ce qui est observé dans le reste du pays. En effet, au cours des dernières années, l'indice de vieillissement en Hainaut (le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus divisé par le nombre de jeunes de moins de 20 ans) s'est stabilisé autour de 0,7. En Région wallonne, il continue d'augmenter assez lentement et, pour l'ensemble de la Belgique, il s'accroît très nettement. La province du Hainaut a la particularité de présenter un gradient de vieillissement est-ouest avec un indice nettement plus élevé dans le Hainaut occidental que dans les autres parties de la province.

## 1. La population totale, l'évolution et la répartition de la population en Hainaut

### 1.1. L'effectif de population en Belgique, Région wallonne et Hainaut

**Tableau I.1. :** Population totale par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), chiffres absolus au 01/01/2004

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		5 087 176	5 309 245	10 396 421
Région wallonne		1 640 202	1 740 296	3 380 498
Hainaut		618 867	664 333	1 283 200
ARRONDISSEMENTS	Ath	39 001	41 301	80 302
	Charleroi	202 686	217 842	420 528
	Mons	118 739	130 315	249 054
	Mouscron	33 707	36 012	69 719
	Soignies	85 301	91 108	176 409
	Thuin	70 866	75 345	146 211
	Tournai	68 567	72 410	140 977

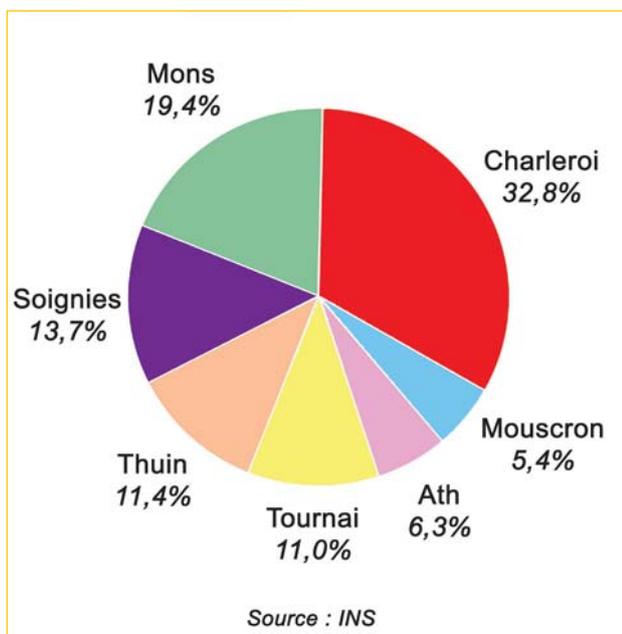
Source : INS

► Le Hainaut compte 1 283 200 habitants, soit plus de 12,3 % de la population totale de Belgique et 37,9 % de la population de la Région wallonne.

La population totale du Hainaut est relativement stable dans le temps. Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, on note une diminution de 1283 hommes et 1453 femmes par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 1984.

### 1.2. La répartition de la population dans les différents arrondissements

**Figure I.1. :** Répartition de la population, Hainaut (par arrondissement), 01/01/2004



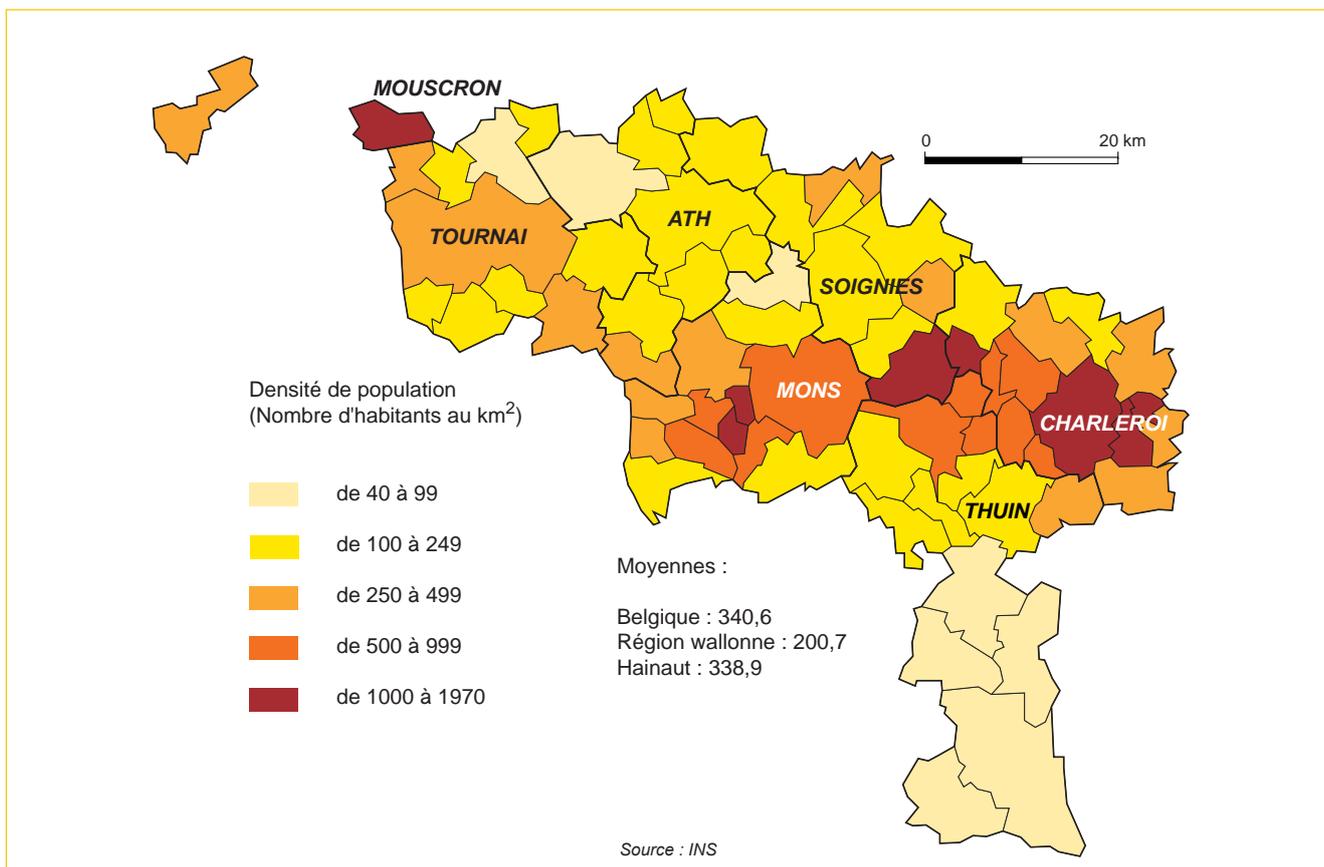
► L'arrondissement de Charleroi est le plus peuplé avec 420 528 habitants soit 33 % de la population hainuyère ; viennent ensuite l'arrondissement de Mons avec 19 % et celui de Soignies avec 14 %. L'arrondissement de Thuin représente 11 % de la population hainuyère, celui de Ath 6 % et celui de Mouscron 5 %.

## 1.3. Les communes et les habitants

### 1.3.1. La densité de population par commune

La densité de population par commune est égale au nombre d'habitants divisé par la surface de la commune en km<sup>2</sup>.

**Carte I.1. :** Densité de population, Hainaut (par commune), 01/01/2004



Le territoire de la province du Hainaut est plus densément peuplé que la Région wallonne en général (339 habitants par km<sup>2</sup> en Hainaut contre seulement 201 habitants par km<sup>2</sup> en Wallonie).

La population hainuyère est cependant répartie de façon inégale.

Au centre de la province : une ceinture presque ininterrompue de communes urbaines densément peuplées, situées le long de l'ancien axe industriel wallon.

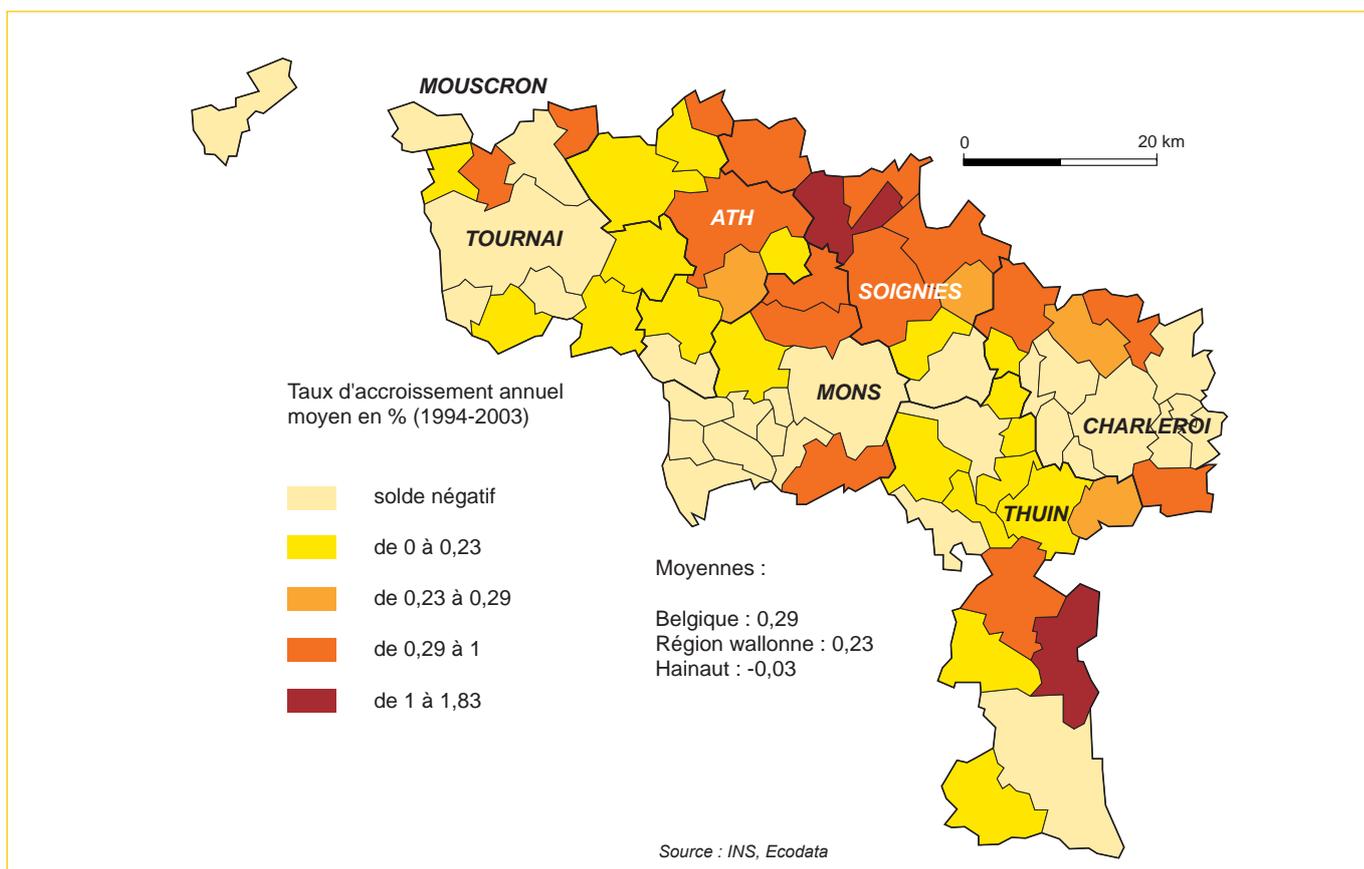
Au sud et au nord de cet axe : des communes plus rurales, beaucoup moins densément peuplées.

La densité de population est particulièrement faible (moins de 100 habitants par km<sup>2</sup>) dans les communes rurales de Thiérache et des Fagnes (dans la Botte du Hainaut).

## 1.3.2. Les mouvements de population

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

**Carte I.2. :** Taux d'accroissement annuel moyen en % de la population, Hainaut (par arrondissement), sur 10 ans, 01/01/2004



Le taux d'accroissement de la population du Hainaut au cours des dix dernières années est proche de zéro (-0,03 %) alors qu'il est positif en Région wallonne (+0,23 %) et en Belgique (+0,29 %).

A l'échelle des communes, la situation est plus contrastée. En effet, la carte de l'accroissement de la population par commune montre un solde positif pour les communes du nord de la province et un solde négatif sur toute la ceinture industrielle et sur une partie du sud de la province. De 1995 à 2004, le taux d'accroissement annuel moyen de la population a été le plus élevé dans les communes de Froidchapelle (1,83 %), Silly (1,37 %), Braine-le-Comte (0,92 %) et Enghien (0,88 %).

A l'inverse, des communes du Borinage et du Pays de Charleroi se partagent le "top 5" des pertes les plus importantes : Colfontaine perd 0,62 % de ses habitants, Quiévrain 0,51 %, Farciennes 0,50 %, Fontaine-l'Evêque 0,39 % et Quaregnon 0,38 %. Rappelons que l'accroissement de la population est le résultat non seulement de la balance entre les décès et les naissances, mais reflète également l'arrivée éventuelle de nouveaux habitants ou leur départ.

Les communes de Braine-Le-Comte et Silly se caractérisaient déjà de 1991 à 2000 par un solde migratoire et un accroissement naturel positif tandis que les communes de Colfontaine et Quiévrain présentaient un solde migratoire et un accroissement naturel négatif. Le solde migratoire positif dans les communes voisines du Brabant wallon s'explique par la périurbanisation bruxelloise (Vandermotten et al., non daté).

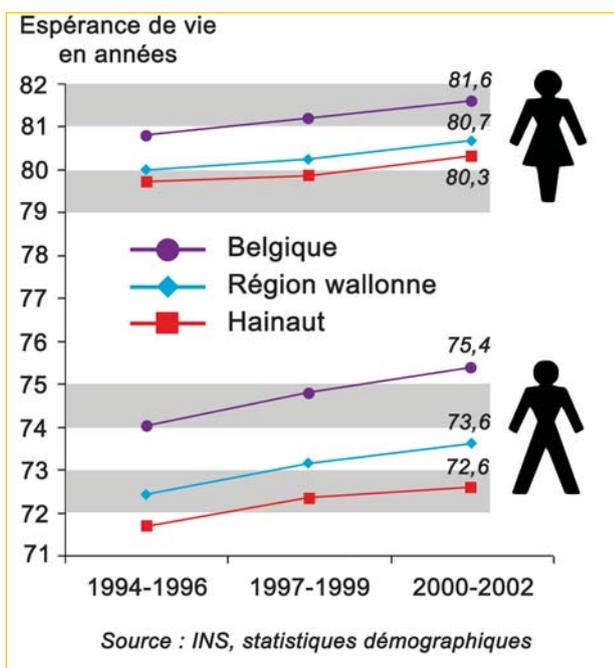
L'espérance de vie à la naissance correspond au nombre moyen d'années que chaque individu d'une population né au cours d'une année donnée peut espérer vivre, en fonction des taux de mortalité observés cette année-là. Le mode de calcul de cet indicateur lui permet de ne pas être influencé par la structure par âge de la population (par la proportion de personnes âgées notamment).

**Tableau I.2. :** Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1994/1996 - 1997/1999 - 2000/2002

		1994-1996	1997-1999	2000-2002	différence 1994-2002
Belgique	Hommes	74,02	74,78	75,36	+ 1,81 %
	Femmes	80,76	81,18	81,59	+ 1,03 %
Région wallonne	Hommes	72,40	73,13	73,61	+ 1,67 %
	Femmes	79,94	80,22	80,65	+ 0,89 %
Hainaut	Hommes	71,66	72,34	72,59	+ 1,30 %
	Femmes	79,75	79,87	80,30	+ 0,69 %

Source : INS

**Figure I.2. :** Evolution de l'espérance de vie à naissance selon le sexe, en années



Depuis 1994, l'espérance de vie a augmenté dans une plus grande mesure chez les hommes que chez les femmes et ce, tant dans le Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique. Cette différence reflète notamment une diminution de la mortalité des hommes pour certaines affections comme les maladies cardiovasculaires.

En 2001, l'espérance de vie à la naissance en Europe varie pour les hommes entre 65 ans (Lituanie et Estonie) et 78 ans (Suède). Pour les femmes, elle varie entre 71 ans (Turquie) et 83 ans (France, Espagne et Italie). Actuellement en Belgique, l'espérance de vie à la naissance tant pour les hommes que pour les femmes est plus élevée que celle observée au Portugal, au Danemark et plus basse qu'en France, en Grande-Bretagne, en Italie et en Allemagne. L'espérance de vie à la naissance en Belgique se situe dans les valeurs supérieures observées en Europe tant pour les hommes que pour les femmes. Avec une valeur de 72,6 ans en Hainaut, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est nettement plus basse que la moyenne européenne.

Globalement au niveau européen, l'écart moyen d'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes est de 6 ans. En Hainaut, la différence est de 8 ans.

L'espérance de vie à la naissance dans le Hainaut est très nettement inférieure à l'espérance de vie calculée pour l'ensemble de la Belgique ou pour la Région wallonne.

Pour les hommes du Hainaut, elle est presque de 3 ans inférieure à celle de l'ensemble de la Belgique et d'un an inférieure à celle de la Région wallonne. De 1994 à 2002, l'espérance de vie des hommes du Hainaut a augmenté mais à un rythme moindre que celui de la Belgique. Les différences d'espérance de vie observées chez les hommes du Hainaut semblent donc s'accroître depuis la fin des années 90. Pour les femmes, les écarts sont moins marqués. L'espérance de vie des femmes du Hainaut est inférieure de un an et 4 mois à celle des femmes belges en général et de 4 mois inférieure à celle des femmes wallonnes.

En Belgique, les disparités régionales d'espérance de vie ont subi une évolution considérable au cours du temps. En effet, jusqu'à la Deuxième Guerre Mondiale, l'espérance de vie était plus faible en Région flamande qu'en Région wallonne. Ainsi en 1900, l'espérance de vie à la naissance était de 50 ans en Hainaut contre 44,3 ans en Flandre occidentale. En 1961, l'espérance de vie en Hainaut est de 69,1 ans et de 71,1 ans en Flandre occidentale. En 1970, l'espérance de vie en Hainaut était de 69,8 ans contre 72 ans en Flandre occidentale (Loriaux, 1977).

Au cours des dernières années (de 1994 à 2002), l'espérance de vie à la naissance augmente tant pour les hommes que pour les femmes et ceci dans les différentes régions de Belgique. On observe cependant que pour l'homme, les écarts interrégionaux ont tendance à s'accroître alors qu'ils restent stables pour la femme : pour l'homme, l'espérance de vie augmente nettement moins vite dans le Hainaut que pour l'ensemble de la Région wallonne et que pour la Belgique en général.

### ■ 3. Une natalité plus élevée en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique

#### 3.1. Le taux brut de natalité

**Tableau I.3. :** Nombre de naissances, taux brut de natalité et indice conjoncturel de fécondité, Belgique - Hainaut, 1997-2003

	Nombre de naissances 2003	Taux bruts de natalité pour 1000 hab. 2003	Indice conjoncturel de fécondité 1997
Belgique	112 149	10,8	1,60
Hainaut	14 222	11,1	1,63

*Source : INS, SPMA*

► En Hainaut, en 2003, le taux brut de natalité est de 11,4 pour 1000 habitants et le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,63. Pour la même période en Belgique, le taux brut de natalité est légèrement plus faible (10,8 pour 1000) et l'indice conjoncturel quasi identique avec 1,6 enfant par femme.

En dessous de 2,1 enfants par femme, on estime que le seuil de

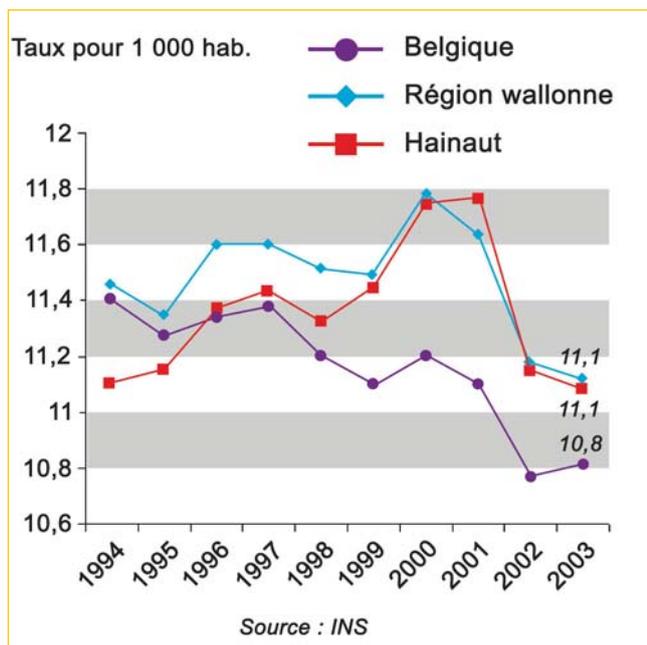
remplacement des générations n'est pas atteint ; le remplacement de population suppose que chaque mère soit remplacée à la génération suivante par une fille susceptible de donner à son tour naissance à une fille, et ainsi de suite (Debuisson et al., 2000).

Le taux brut de natalité est égal au nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants.

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

L'indice conjoncturel de fécondité (exprimé en nombre moyen d'enfants par femme) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. 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.

**Figure I.3. :** Evolution des taux bruts de natalité, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1994-2003



Depuis une dizaine d'années, le taux brut de natalité est en légère diminution pour l'ensemble de la Belgique : on passe de 11,4 naissances pour 1000 habitants à 10,8. La Région wallonne présente un taux brut de natalité légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la Belgique avec un pic marqué en 2000 et 2001. Le Hainaut, qui, rappelons-le, compte pour plus d'un tiers de la population de la Région wallonne, avait un taux de natalité inférieur à celui de la Région wallonne il y a 10 ans. Depuis lors, le taux brut de natalité a augmenté jusqu'en 2001 puis a diminué pour atteindre finalement la même valeur qu'il y a 10 ans, valeur quasiment identique au taux de natalité en Région wallonne.

Ces taux bruts relativement stables cachent cependant de profondes différences en termes d'organisation familiale : recul de l'âge de la maman à son premier accouchement, augmentation des familles monoparentales, recomposées, etc.

## 3.2. La natalité dans les arrondissements du Hainaut

**Tableau I.4. :** Nombre de naissances, taux brut de natalité et indice conjoncturel de fécondité, Hainaut (par arrondissement), 2003

	Nombre de naissances 2003	Taux bruts de natalité pour 1000 hab. 2003	Indice conjoncturel de fécondité 1997
Belgique	112 149	10,8	1,60
Hainaut	14 222	11,1	1,63
<b>ARRONDISSEMENTS</b>			
Ath	854	10,7	1,68
Charleroi	4 589	10,9	1,67
Mons	2 787	11,2	1,59
Mouscron	824	11,8	1,70
Soignies	2 055	11,7	1,61
Thuin	1 563	10,7	1,59
Tournai	1 550	11,0	1,60

Source : INS, SPMA

Globalement, ce sont les arrondissements de Mouscron, de Mons et de Soignies qui présentent les taux bruts de natalité les plus élevés suivis des arrondissements de Tournai et des régions de Charleroi, Thuin et Ath. Ces taux bruts de natalité sont influencés par la structure par âge de la population considérée.

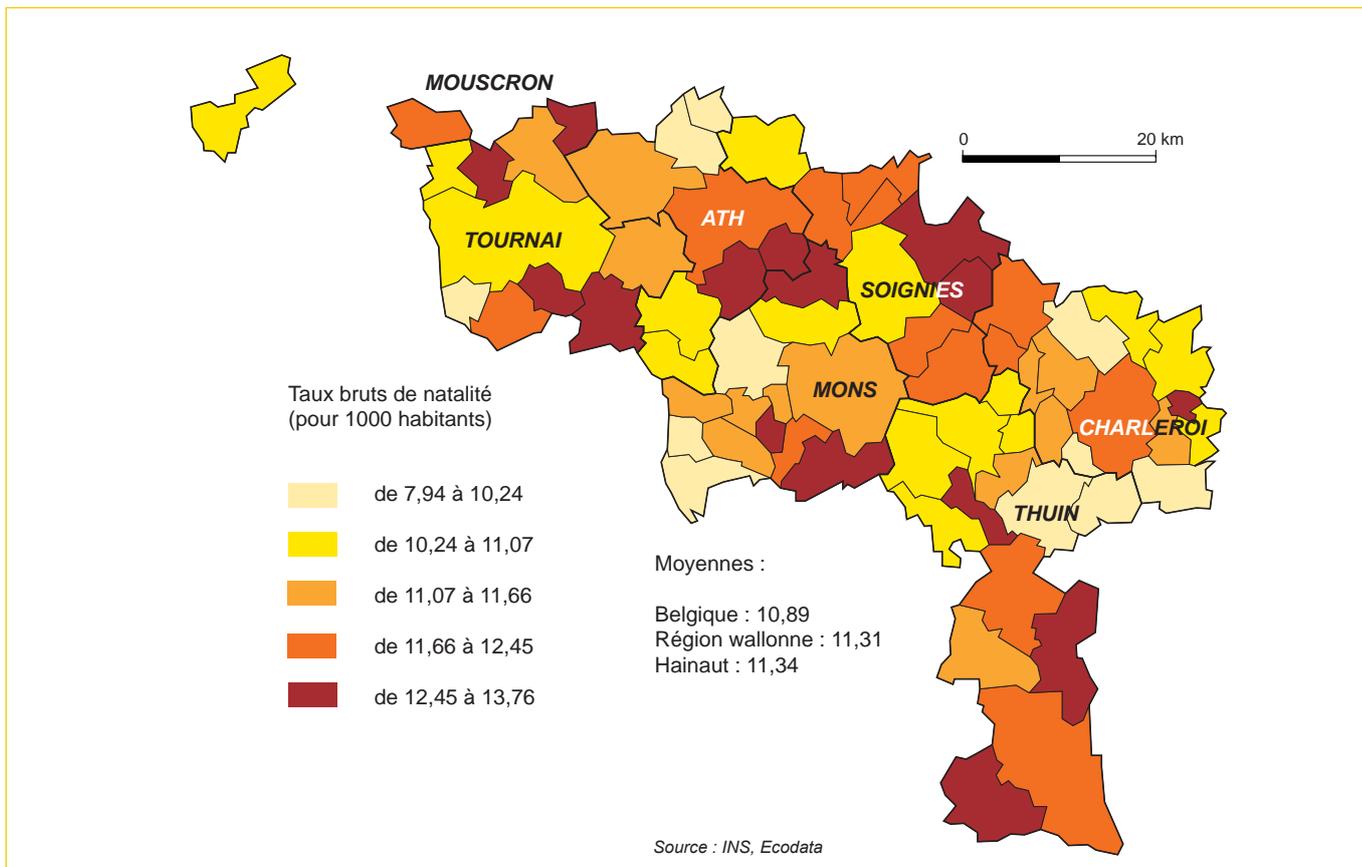
A comportements de fécondité identiques (les femmes de ces arrondissements mettant au monde le même nombre d'enfants), les taux bruts de natalité seront forts différents si l'un des arrondissements présente une structure par âge plus jeune ou plus âgée que l'arrondissement voisin.

Par exemple, Mons et Thuin ont les mêmes indices conjoncturels de fécondité mais globalement, leurs taux bruts de natalité sont différents :

les différences observées sont donc principalement dues à une différence de la structure de population. Inversement, les arrondissements de Ath et de Thuin ont des taux bruts identiques mais des indices conjoncturels différents : si leurs populations étaient identiques, Ath verrait naître moins d'enfants que Thuin. L'indice conjoncturel de fécondité gomme ces différences liées à la structure par âge de la population. L'analyse du tableau I.4. montre que l'indice conjoncturel de fécondité est plus important à Ath, Charleroi et Mouscron, et ce malgré la population particulièrement âgée de ce dernier arrondissement.

### 3.3. La natalité dans les communes du Hainaut

**Carte I.3. :** Taux bruts de natalité, Hainaut (par commune), 2001-2003



Le taux brut de natalité dans les communes du Hainaut a tendance à être plus élevé dans les communes les plus rurales et dans la ville de Charleroi. Le taux brut de natalité est aussi plus élevé dans les communes jouxtant les provinces de Brabant et témoignerait ainsi de l'exode des jeunes familles qui quittent le Brabant ou Bruxelles pour habiter le Hainaut où le logement est moins cher (CCBW, 1998).

Les taux bruts de natalité sont également affectés par la structure d'âge de la population.

En chiffres, cela se traduit par moins de 8 naissances par 1000 habitants enregistrées à Montigny-le-Tilleul, moins de 9 à Gerpennes et Quiévrain et 9 dans les communes de Rumes, Ham-sur-Heure et Flobecq. Ces communes sont caractérisées par de forts indices de vieillissement. A l'inverse, près de 14 naissances par 1000 habitants sont relevées à Froidchapelle, un peu plus de 13 à Brugelette et un peu moins de 13 à Lens, Pecq, Momignies et Péruwelz.

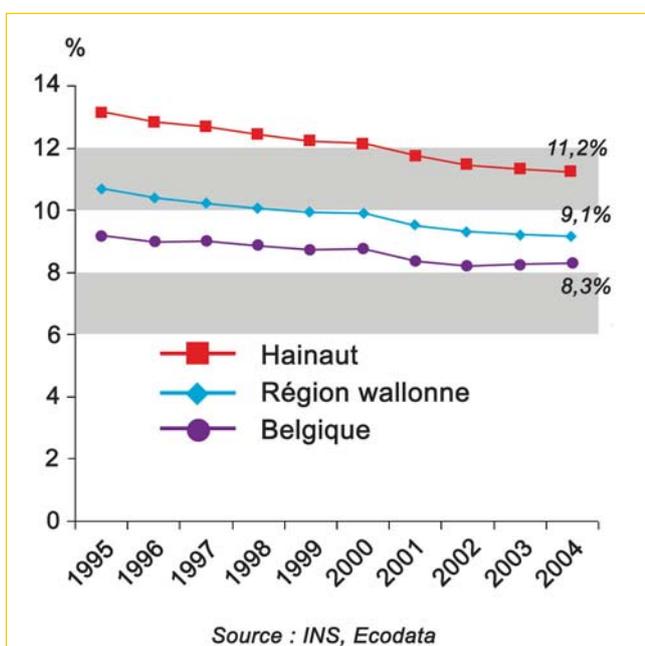
### 4.1. L'effectif de la population étrangère et son évolution

**Tableau I.5. :** Effectifs de la population totale et selon l'origine, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 01/01/2004

	Population totale	Belges	Français	Autres étrangers
Hainaut	1 283 200	1 139 358	34 194	109 648
Région wallonne	3 380 498	3 072 037	58 206	250 255
Belgique	10 396 421	9 536 134	114 943	745 344

*Source : INS, Ecodata*

**Figure I.4. :** Evolution de la proportion de ressortissants étrangers, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2004



▶ Avec 11,2 % de résidents de nationalité étrangère (soit 143 842 personnes au 1er janvier 2004), le Hainaut compte une proportion plus élevée de ressortissants étrangers que la Wallonie (9,1 %) ou la Belgique (8,3 %).

Ceci trouve une partie de son explication dans le fait que l'axe industriel du Hainaut, particulièrement la région de Charleroi, du Centre et du Borinage, a vu sa population s'enrichir d'un grand nombre d'étrangers venus travailler dans les mines et dans l'industrie lourde.

Globalement, la proportion de résidents de nationalité étrangère diminue en Belgique. En Région wallonne et dans le Hainaut, elle baisse plus nettement au cours des dernières années. Cette diminution indique que le nombre de nouveaux arrivants est inférieur au nombre de personnes qui sont naturalisées belges ou qui retournent dans leur pays d'origine ou celui de leurs parents.

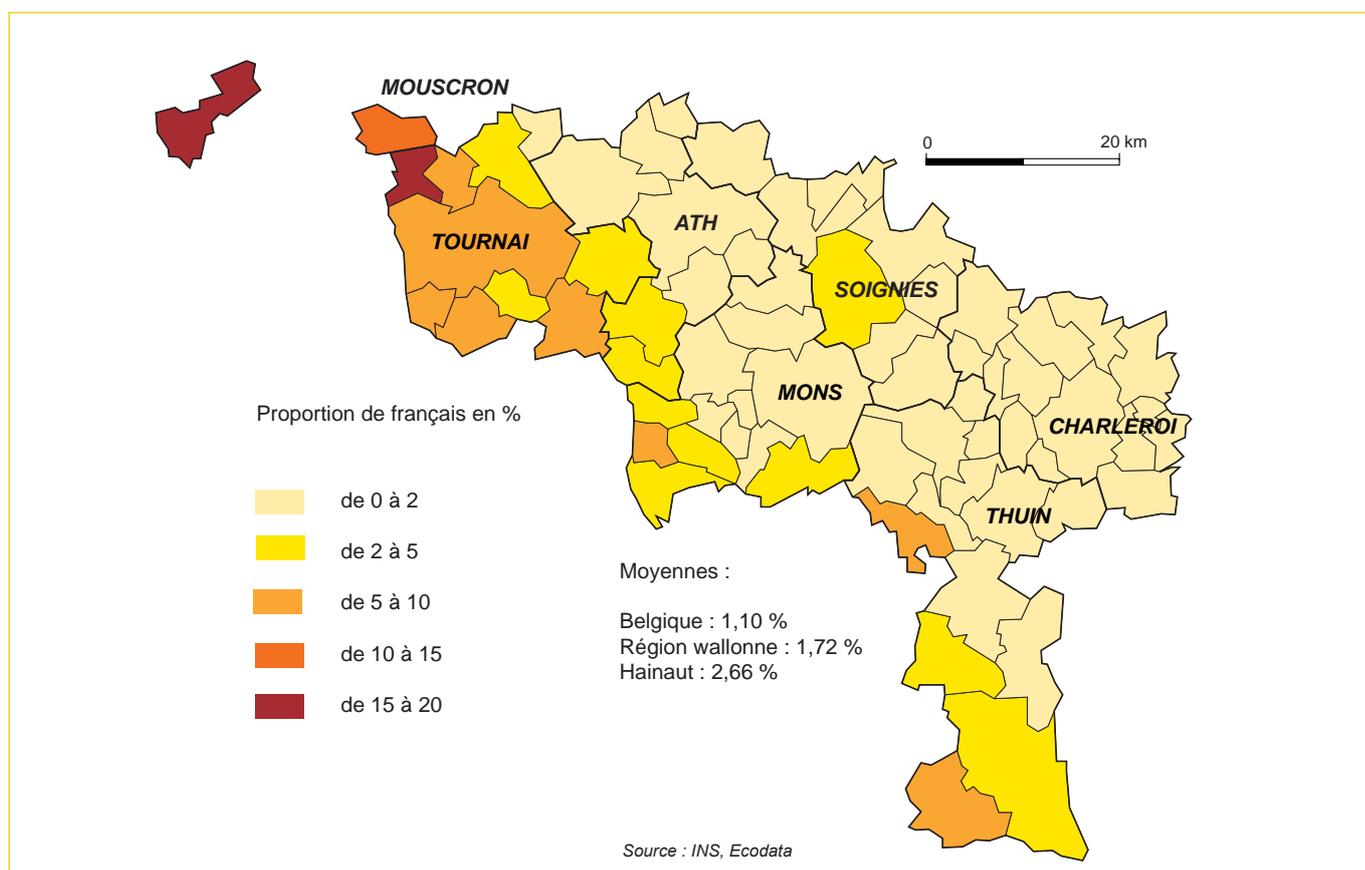
## 4.2. L'augmentation du nombre de Français résidant en Hainaut

La présence de Français en Hainaut se situe dans un contexte de longue frontière commune. Les échanges transfrontaliers qui existent depuis toujours ont plutôt tendance à s'intensifier. Globalement, de plus en plus de Français viennent s'établir en Hainaut. Leur présence est particulièrement importante dans différents secteurs comme les maisons de retraite, les institutions pour personnes handicapées ou les hautes écoles. Un accord cadre a été signé par les ministres français et belges de la santé le 30 septembre 2005. Cet accord a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de part et d'autre de la frontière.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, 2,7 % de résidents hainuyers étaient de nationalité française ; c'est plus qu'en Wallonie (1,7 %) et que pour l'ensemble de la Belgique (1,1 %). La présence importante de Français en Hainaut et tout particulièrement dans les communes transfrontalières s'explique par la proximité géographique et par la proximité culturelle avec les habitants de ces communes. Le nombre de Français domiciliés dans la province du Hainaut augmente progressivement depuis 1995 pour atteindre plus de 34 000 personnes en 2004.

On observe le même phénomène mais en moindre mesure dans l'ensemble de la Région wallonne (58 206) et en Belgique (114 943).

**Carte I.4. :** Proportion de Français, Hainaut (par commune), 01/01/2004



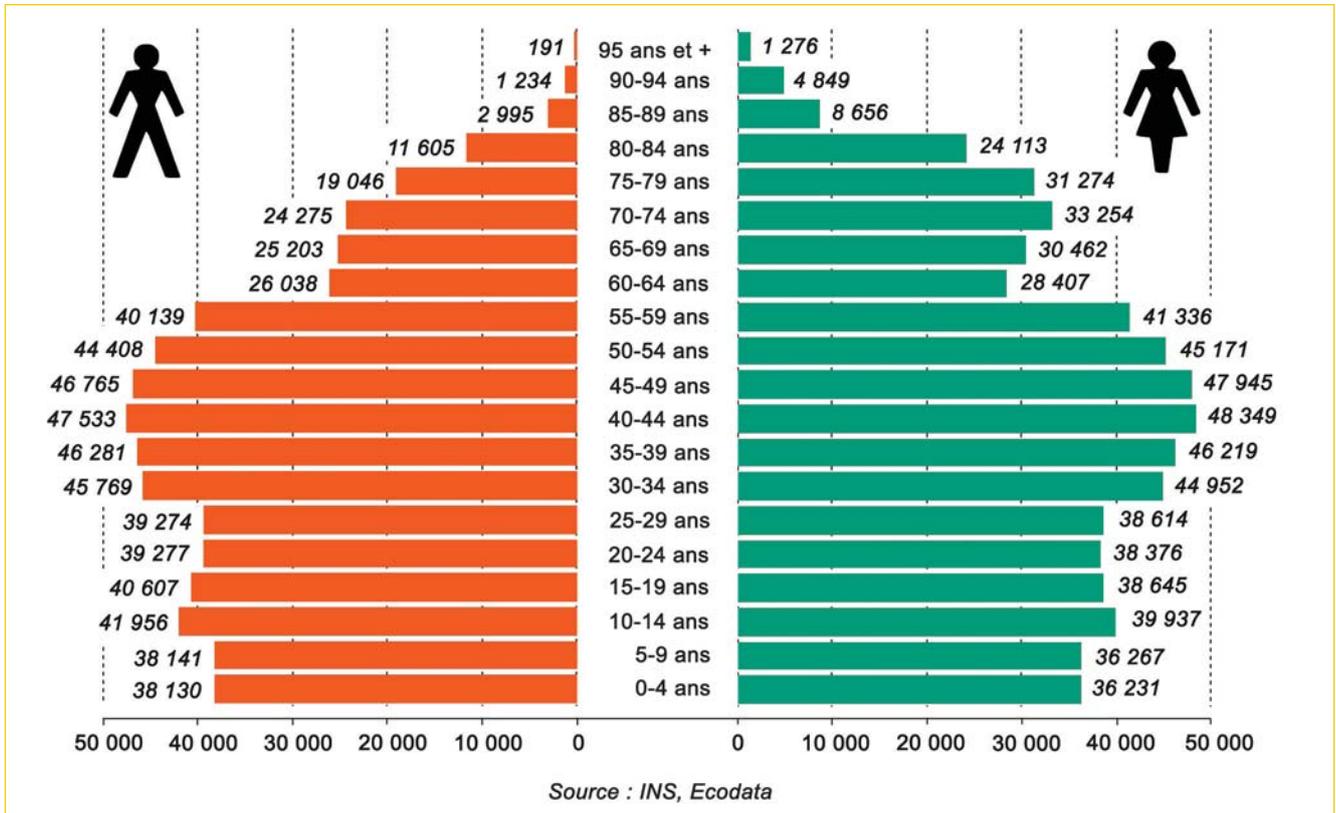
La carte du Hainaut montre que le pourcentage de Français est plus élevé dans les communes frontalières : dans le Hainaut occidental, on note près de 20 % de Français à Comines-Warneton, 19,4 % à Estaimpuis, un peu moins de 13 % à Mouscron, presque 10 % à Péruwelz et 7,5 % dans la commune de Brunehaut. Dans l'arrondissement de Mons, Quiévrain compte plus de 8 % de Français, Honnelles près de 4 %, Quévy 3,3 % et Hensies 2,6 %.

Enfin, l'arrondissement de Thuin -et plus spécifiquement la Botte du Hainaut- voit la plus forte population française établie dans la commune d'Erquelinnes avec 7,2 % de ressortissants français, puis viennent Momignies avec 5,6 %, Sivry et Chimay avec 2,6 %.

5. La structure par âge et par sexe de la population

5.1. La pyramide des âges de la population du Hainaut

**Figure I.5. :** Structure de la population, par catégorie d'âge et par sexe, en chiffres absolus, Hainaut, 01/01/2004



La pyramide des âges nous éclaire sur la structure de la population par groupe d'âge et par sexe. Cette pyramide présente une forme similaire à celle de l'ensemble des pays développés. Comme dans la plupart de ces pays, la pyramide des âges de la population du Hainaut n'a plus réellement une forme pyramidale. Premièrement, elle se marque par un "rétrécissement" de sa base lié à la diminution de la fécondité. Deuxièmement, elle se marque par un "élargissement" du haut de la pyramide lié à l'allongement de l'espérance de vie.

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

Au sommet de la pyramide, à 85 ans, la diminution marquée du nombre d'habitants correspond, outre les décès de cette tranche d'âge, au déficit de naissances durant la Première Guerre Mondiale ainsi qu'aux décès de la Seconde Guerre Mondiale.

Entre 60 et 70 ans, le creux marqué est lié au déficit de naissances durant la grande crise et puis surtout durant la Seconde Guerre Mondiale.

Entre 40 et 60 ans, le gonflement important de la pyramide correspond au baby-boom : les enfants du baby-boom sont nés dans une période d'optimisme stimulée par une conjoncture économique très favorable qui persista jusqu'au début des années 70. Durant cette période, l'accroissement de population est également lié à l'importante immigration d'hommes jeunes ensuite rejoints par leur famille.

A partir de 1970 (moins de 35 ans), la fécondité diminue, conjointement à la crise économique, provoquée en partie par le premier choc pétrolier, à la généralisation de l'usage de la pilule et aux changements dans les mentalités et les modes de vie.

La pyramide des âges permet également de comparer la structure par âge des hommes et des femmes. A la naissance, les garçons sont plus nombreux que les filles. A partir de 40 ans, la tendance s'inverse et les femmes deviennent plus nombreuses que les hommes. Chez les plus de 75 ans, il y a environ 2 fois plus de femmes que d'hommes.

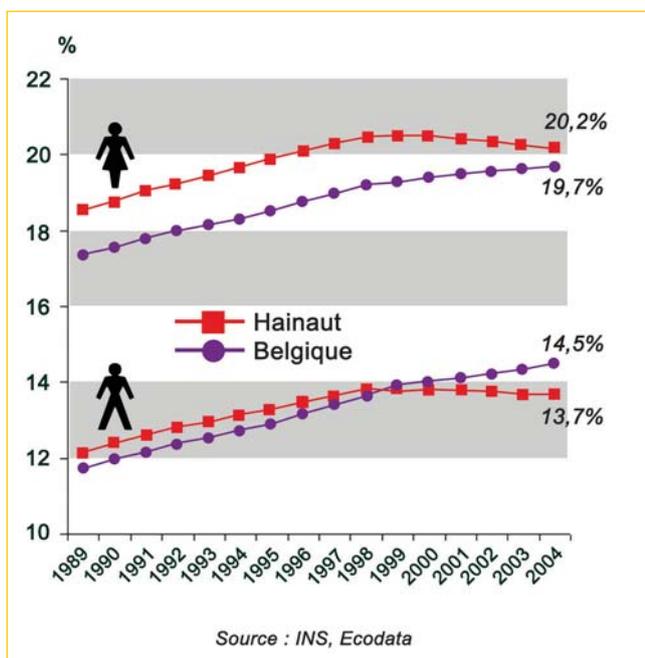
## 5.2. Le vieillissement de la population

### 5.2.1. Le vieillissement en Belgique, Région wallonne et Hainaut

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

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, le Hainaut comptait 218 433 résidents de 65 ans et plus (17 % de la population totale). C'est en 2000 cependant qu'ils ont été les plus nombreux (220 780 personnes). Depuis 4 ans, le nombre absolu de personnes âgées de 65 ans et plus varie très peu, ce qui reflète en partie le déficit de naissances observé pendant la Seconde Guerre Mondiale. On peut toutefois s'attendre à une augmentation nette de personnes de 65 ans et plus lorsque la génération du baby-boom (née après 1945) aura plus de 65 ans (vers 2010) (voir figure I.4.).

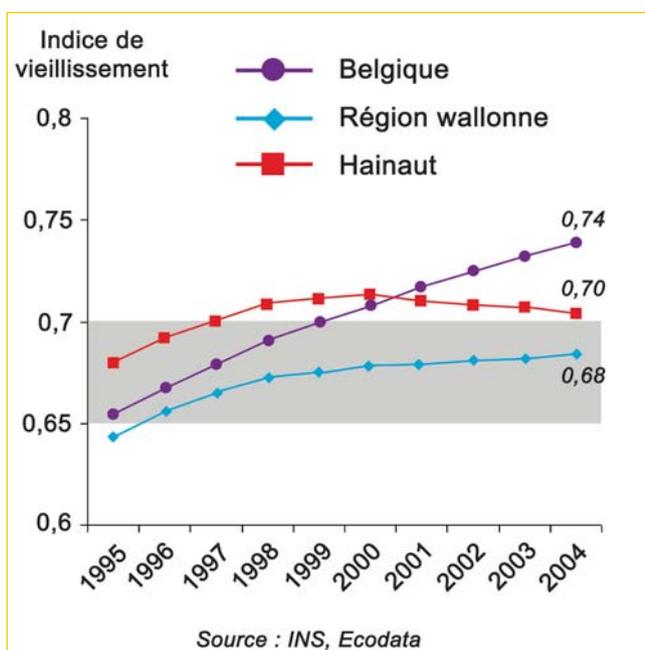
**Figure I.6. :** Evolution de la proportion d'hommes et de femmes de 65 ans et plus, Hainaut, 1989-2004



► En 2004, la proportion de personnes de 65 ans et plus était en Hainaut de 20,2 % pour les femmes et de 13,7 % pour les hommes. En Belgique, à la même date, la proportion de femmes de plus de 65 ans était très légèrement inférieure (19,7 %) et la proportion d'hommes de plus de 65 ans était légèrement supérieure (14,5 %).

Les démographes ont mis en relation la population âgée de 65 ans et plus avec celle des moins de 20 ans pour définir ce qu'ils ont appelé l'indice de vieillissement de la population.

**Figure I.7. :** Evolution de l'indice de vieillissement, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2004



► Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'indice de vieillissement est plus élevé pour l'ensemble de la Belgique (0,74) que pour le Hainaut (0,70) et la Wallonie (0,68).

Cet indice est partout inférieur à 1 ce qui signifie qu'il y a encore actuellement plus de jeunes que de personnes âgées. Ce rapport "jeunes-personnes âgées" pourrait néanmoins s'inverser dans le futur puisqu'on peut s'attendre à une augmentation importante des personnes de 65 ans et plus à partir de 2010 (personnes nées au cours du baby-boom).

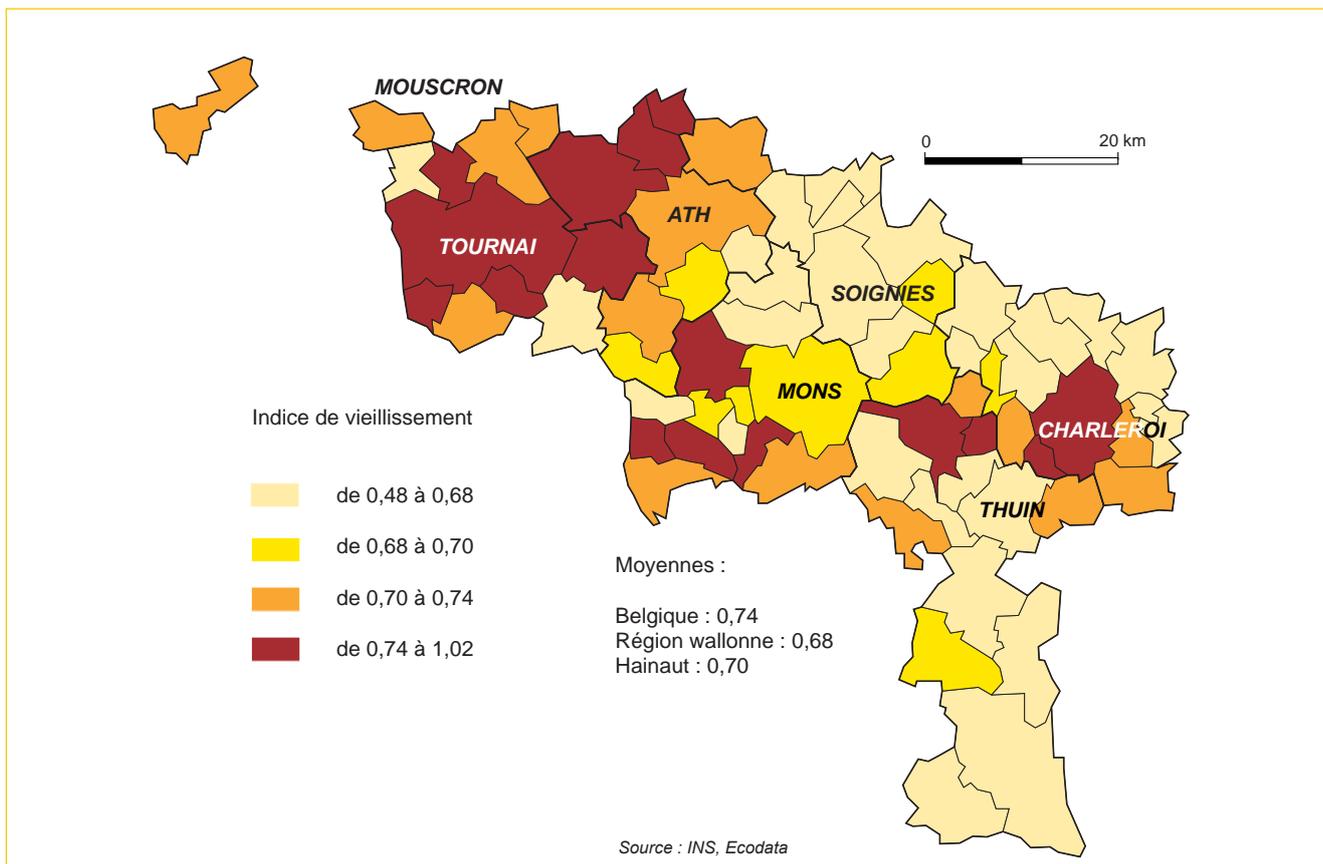
Globalement en Belgique, l'indice de vieillissement a fortement augmenté au cours des dix dernières années (de 0,65 à 0,75, soit + 15 %).

En Wallonie et dans la province du Hainaut par contre, l'indice de vieillissement tend à se stabiliser depuis environ 5 ans. C'est en Région flamande que le vieillissement est le plus important (Debuissson et al., 2000).

Le fait que la proportion de personnes âgées augmente peu dans le Hainaut s'explique en partie par une mortalité prématurée des moins de 65 ans plus importante que dans le reste du pays (voir Chapitre II) et par l'installation de nombreuses jeunes familles avec enfants dans le nord de la province (voir carte I.2.).

## 5.2.2. Le vieillissement par commune

**Carte I.5.** : Indice de vieillissement de la population, Hainaut (par commune), 2003



L'analyse du vieillissement par commune montre que le Hainaut présente également une grande diversité pour cet indicateur. Globalement, on observe un gradient est-ouest, avec un indice de vieillissement nettement plus élevé dans le Hainaut occidental ainsi que dans les communes frontalières de l'arrondissement de Mons et dans la ville de Charleroi.

Quelques communes présentent un vieillissement particulièrement important. Ainsi, Montigny-le-Tilleul se caractérise par l'indice de vieillissement le plus haut (1,02) avec une population de plus de 65 ans supérieure à celle des moins de 20 ans (nombreux retraités). Flobecq, Ellezelles et Binche ont des taux dépassant 0,80. Cela signifie que leur population âgée est très importante en regard de celle des plus jeunes. Par contre, les moins de 20 ans sont proportionnellement plus nombreux dans quelques communes de la province telles que Seneffe (0,49), Silly (0,53), Merbes-le-Château et Jurbise (0,54), où leur effectif double quasiment celui de leurs aînés.

- Centre Culturel du Brabant Wallon. **Le logement en Brabant Wallon : panorama des aides et initiatives publiques**. Court-St-Etienne : CCBW ; 1998.
- Debuisson M, Dal L, Foulon M ; Institut National des Statistiques. **Recensement général de la population et des logements au 1er mars 1991 : l'évolution de la population, l'âge et le sexe. Monographie du Recensement**. Bruxelles : INS ; 2000 ; 1-170.
- Decroly JM, Vanlaer J ; Université Libre de Bruxelles. **Atlas de la population européenne**. Bruxelles : ULB ; 1991 ; 1-172.
- Denis J ; Crédit Communal. **Géographie de la Belgique**. Bruxelles : Crédit communal ; 1992 ; 1-623.
- Docquier F ; Institut Jules-Destrée. **La démographie wallonne : histoire et perspective d'une population vieillissante, en Wallonie. Atouts et références d'une Région**. Bruxelles : Institut Jules Destrée ; 1995.
- Wallonie-en-ligne.net. Namur : Institut Jules-Destrée.  
Disponible sur : <http://www.wallonie-en-ligne.net>
- Loriaux M, Gérard H. **Etat démographique de la Wallonie et éléments pour une politique de population**. Rapport No 2. Bruxelles : Département de démographie de l'Université Catholique de Louvain, Centre d'Etude de la Population et de la Famille ; 1970 ; 1-412.
- Vallin J. **La démographie**. Paris : Repères-La découverte ; 2003.
- Vandermotten C, Govaerts P ; IGEAT-ULB, CREAT-UCL. **Conférence permanente du développement territorial. Repères pour une dynamique territoriale en Wallonie - Atlas**. Namur : Région wallonne ; 2005.

Chapitre II

Mortalité

& Causes de décès



## Le contexte



Les données de mortalité constituent l'une des rares bases exhaustives liées à la santé de la population. En effet, chaque décès fait l'objet d'un certificat sur lequel est noté, non seulement, l'âge du patient, sa commune de résidence mais également la cause principale et les causes secondaires du décès. Ce certificat est rédigé par un médecin.

Les informations sur les causes de décès peuvent aider à définir des priorités en matière de prévention. Nos connaissances de la mortalité par cause s'arrêtent en 1997<sup>(1)</sup>. Au moment de mettre sous presse, les données de mortalité ne sont pas disponibles au-delà de cette année pour la Région wallonne, et donc pour le Hainaut.

Par contre, le nombre total de décès est disponible jusqu'en 2003 grâce aux données en provenance des communes et directement traitées par l'Institut National des Statistiques (INS).

Dans ce chapitre sont abordées les données de mortalité globale, les données de mortalité infantile, néonatale et post-néonatale et les données de mortalité spécifique pour les principales causes de décès. La discussion détaillée de certaines causes de mortalité spécifique se trouve dans le chapitre qui porte sur l'état de santé comme par exemple, la mortalité par maladies cardiovasculaires et par cancers.

(1) Les données de mortalité ont été traitées grâce au logiciel Standardized Procedure for Mortality Analysis (SPMA) développé par le Centre de Recherche Opérationnel en Santé Publique (CROSP) de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP).

## Les faits marquants

- En 2003, le taux brut de mortalité en Hainaut était de 12,05 ‰ alors que pour l'ensemble de la Région wallonne, il était de 11,20 ‰ et de 10,32 ‰ pour la Belgique. Depuis dix ans, les taux bruts de mortalité sont stables mais les taux standardisés (qui tiennent compte du vieillissement de la population) diminuent. Ceci se traduit par une augmentation de l'espérance de vie (voir Chapitre I).
- En 2002, le Hainaut présentait un excès relatif de mortalité de 16,1 % par rapport à la Belgique et de 5,2 % par rapport à l'ensemble de la Région wallonne. Cet écart observé depuis plusieurs années n'a pas tendance à se réduire. En nombre absolu, cela représente un excès annuel de 1794 décès dans la province de Hainaut.
- En moyenne de 2000 à 2002, dans le Hainaut, 20,8 % des décès sont survenus avant l'âge de 65 ans alors qu'en Belgique pour la même période cette proportion était de 18,8 %. La mortalité en Hainaut se caractérise donc par une forte proportion de décès prématurés. En 1997, le taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) était supérieur de 30 % à celui de l'ensemble de la Belgique et de 10 % supérieur à celui de la Région wallonne. Les décès prématurés concernent avant tout les hommes.
- Chez les hommes, en 1997, les maladies cardiovasculaires (30 % des décès) et les cancers (29 % des décès) restaient les causes principales de mortalité. Sur les vingt dernières années pour lesquelles on dispose de données, les décès cardiovasculaires diminuent alors que ceux liés aux tumeurs restent stables. On note une augmentation des décès masculins par affection respiratoire (14 % des décès) et par maladie du système nerveux et des organes des sens (3 % des décès). La proportion de décès par mort violente (9 %) reste assez stable.
- Chez les femmes, en 1997, les maladies cardiovasculaires (39 % des décès) étaient la première cause de décès. Les décès dus aux tumeurs venaient en seconde position et représentaient 21 % des décès. Le taux de mortalité par tumeur a augmenté de 10 % au cours des dix dernières années disponibles. Sur la même période, on note également une augmentation des décès par affection respiratoire (8 % des décès) et par maladie du système nerveux (6 % des décès) de plus de 80 %.
- Les causes de décès varient avec l'âge. A chaque âge, sa cause principale : chez les moins de 10 ans, les morts violentes (accidents de la route et domestiques) représentent environ 40 % des décès et les tumeurs 16 %. Chez les 10 à 24 ans, la part des morts violentes augmente : elles représentent 71 % des décès dont près d'un quart pour les suicides. Chez les plus âgés, on observe une diminution relative de la part des décès par mort violente tandis que la part des décès par tumeur augmente pour constituer la majeure partie des décès entre 45 et 64 ans. La part des décès par maladie cardiovasculaire augmente progressivement avec l'âge et ces maladies deviennent la première cause de décès aux environs de 75 ans.
- La mortalité infantile (0 à 1 an) était en 2001 de 4,65 décès pour 1000 naissances vivantes. Elle est globalement en baisse pour la mortalité néonatale (0 à 27 jours) et surtout pour la mortalité post-néonatale (28 jours au 1<sup>er</sup> anniversaire), grâce entre autres aux campagnes de lutte contre la mort subite du nourrisson.

## 1. La mortalité totale

### 1.1. L'évolution de la mortalité dans le temps : taux bruts et standardisés

Le taux brut de mortalité est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de population en milieu d'année. Le taux standardisé de mortalité est le taux 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 Belgique en 1987. Ce calcul gomme les différences dues à la structure par âge et par sexe. Il permet donc de comparer des taux de mortalité de population de structure différente pour l'âge et le sexe.

Ce paragraphe reprend l'évolution de la mortalité totale pour l'ensemble des causes de décès depuis dix ans et ce jusqu'à la dernière année disponible, c'est-à-dire 2003.

Au cours du 20<sup>ème</sup> siècle en Belgique, les taux bruts de mortalité ont baissé. En 1900, l'INS rapporte un taux brut de mortalité pour l'ensemble de la Belgique de 19,28 ‰, de 13,3 ‰ en 1932 et en 1990 un taux de 10,47 ‰ soit une diminution de 47 % au cours du dernier siècle. Vers les années 70, le taux global de mortalité a baissé fortement pour se stabiliser à partir des années 90. La diminution des années 70 est concomitante à une amélioration nette de la prise en charge des maladies cardiovasculaires et au début des effets des mesures de prévention dans ce domaine.

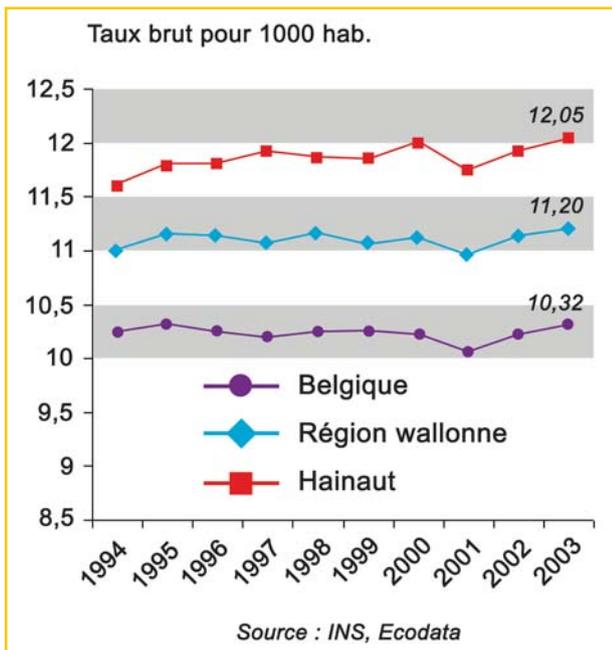
**Tableau II.1.** : Nombre de décès, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 2003

		Hommes	Femmes	Total
Belgique		52 609	54 430	107 039
Région wallonne		18 467	19 319	37 786
Hainaut		7 629	7 820	15 449
ARRONDISSEMENTS	<i>Ath</i>	490	513	1 003
	<i>Charleroi</i>	2 515	2 578	5 093
	<i>Mons</i>	1 494	1 452	2 946
	<i>Mouscron</i>	415	432	847
	<i>Soignies</i>	1 019	989	2 008
	<i>Thuin</i>	854	933	1 787
	<i>Tournai</i>	842	923	1 765

Source : INS, Ecodata

► En Hainaut en 2003, on a observé 7820 décès féminins et 7629 décès masculins. La part des décès hainuyers parmi l'ensemble des décès en Belgique est de 14 % alors que la part de la population est de 12 % (voir Chapitre I).

**Figure II.1.** : Evolution des taux bruts de mortalité, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1989-2003



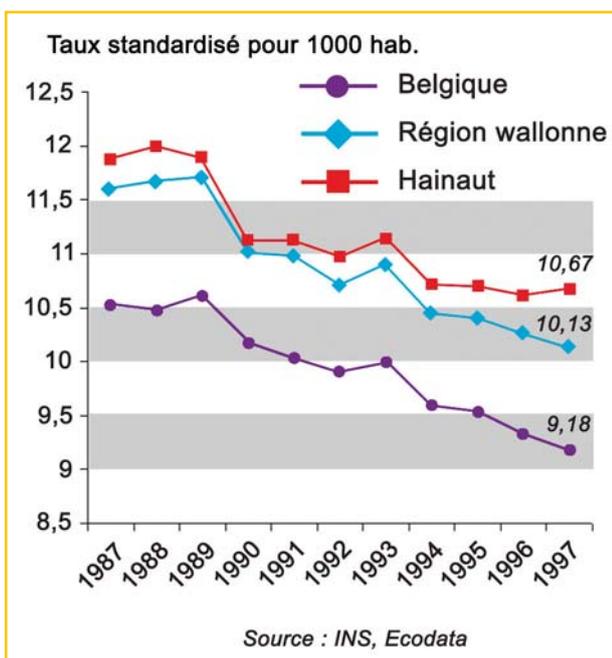
► En 2003, on a observé 12,05 décès pour mille habitants en Hainaut, 11,20 pour l'ensemble de la Wallonie et 10,32 pour la Belgique.

Relativement stable de 1994 à 2003 en Belgique et Wallonie, le taux brut de mortalité a augmenté de 3,7 % en Hainaut.

En 2003, l'excès relatif de la mortalité hainuyère était de 7,6 % par rapport à la Région wallonne et de 16,7 % par rapport à l'ensemble de la Belgique.

Au temps de la prospérité du Hainaut, la mortalité y était inférieure à celle de la Flandre. Cette situation s'est inversée juste après la Seconde Guerre Mondiale.

**Figure II.2.** : Evolution des taux standardisés de mortalité, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1987-1997



► La stabilité des taux bruts de mortalité masque cependant la réalité suivante : suite au vieillissement de la population, ce sont des personnes de plus en plus âgées qui décèdent. Il est donc utile d'établir des comparaisons en supposant que la structure par âge et par sexe reste identique. On calcule pour cela des taux standardisés qui permettent d'éliminer les éventuelles différences liées à la structure d'âge et de sexe<sup>(2)</sup>. Ces taux ne sont valables que pour des comparaisons entre les régions ou dans le temps mais ne représentent pas un nombre réel de décès pour 1000 habitants. La figure II.2 montre une diminution importante de la mortalité standardisée. En 2002 (dernière année disponible), le taux standardisé de mortalité était de 10,1 ‰ en Hainaut, 9,6 ‰ en Région wallonne et 8,7 ‰ en Belgique. L'excès de mortalité du Hainaut par rapport à la Belgique exprimé en taux standardisé passe de 12,83 % en 1987 à 16,23 % en 1997 et à 16,09 % en 2002. L'écart le moins important a été noté en 1994, il n'était alors que de 11,57 %. Si la structure de la population du Hainaut était identique à celle de la Belgique, cela voudrait dire qu'on aurait observé un excédent de 1794 décès en 2002.

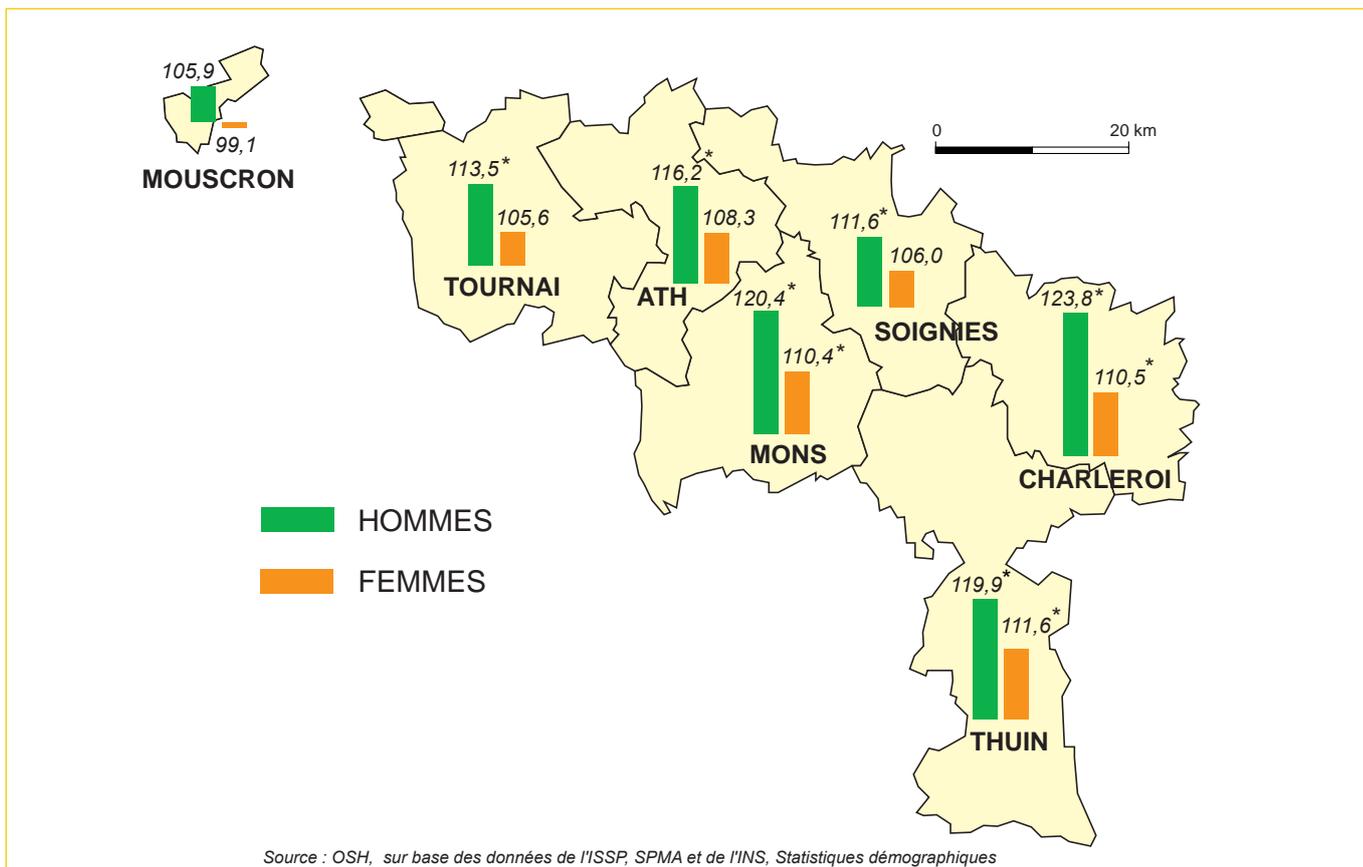
Par rapport à la Région wallonne, l'excès relatif de mortalité en Hainaut était de 5,25 % en 2002. Les inégalités devant la mort (territoriales et autres) persistent donc.

(2) La population de référence est toujours la même : dans notre cas, la population belge de 1987 à mi-année.

## 1.2. La mortalité dans les arrondissements du Hainaut par rapport à la Belgique : Indice Comparatif de Mortalité (ICM)

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport entre le nombre de décès observés dans une zone géographique donnée et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone géographique étaient identiques à ceux d'une zone de référence à laquelle on attribue une valeur de 100, dans notre cas, la Belgique dans son ensemble. Exemple : un ICM de 107 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne nationale belge et un ICM de 84 signifie une sous-mortalité de 16 % par rapport à la moyenne nationale belge. Un astérisque à côté de l'indice mentionné signifie que la différence entre l'ICM calculé et celui de la Belgique est significative (test statistique selon la méthode de Jouglà [Jouglà, 1997]).

**Carte II.1.** : Indices comparatifs de mortalité, Hainaut (par arrondissement), 1991-1997



Pour le calcul des indices comparatifs de mortalité des arrondissements du Hainaut par rapport à la moyenne belge, les années 1991 à 1997 ont été regroupées pour augmenter la validité des résultats. Tous les arrondissements présentent un excès de mortalité. Il est particulièrement important chez les hommes, dans les arrondissements de Charleroi (+ 24 %), de Mons (+ 20 %) et de Thuin (+ 20 %). Chez les femmes, les différences observées se situent entre 5 et 12 % avec l'exception de l'arrondissement de Mouscron où la mortalité féminine est équivalente à la moyenne belge. Globalement, l'excès de mortalité est plus marqué dans les trois arrondissements du sud du Hainaut par rapport aux quatre arrondissements du nord.

2. Mourir avant 65 ans : la mortalité prématurée

Différents indicateurs sont utilisés en santé publique pour évaluer la mortalité prématurée. La proportion de décès qui surviennent avant 65 ans est l'indicateur le plus fréquemment repris dans la littérature. Les taux bruts sont présentés ainsi que les taux standardisés qui permettent de comparer les décès prématurés dans les différents arrondissements du Hainaut indépendamment de la structure de sa population.

Le taux brut de mortalité prématurée est le nombre de décès de personnes de moins de 65 ans divisé par 1000 habitants de moins de 65 ans. Il permet d'avoir une idée du nombre de personnes concernées. Il peut être total (ensemble des décès) ou spécifique (par cause). La mortalité prématurée est le pourcentage de décès qui surviennent avant 65 ans. Cette proportion est non seulement liée à la santé de la population mais également à son taux de vieillissement.

Le taux standardisé de mortalité prématurée est le taux de mortalité prématurée qui serait observé si la structure de la population était la même que celle de référence. Il permet les comparaisons entre entités géographiques ou dans le temps.

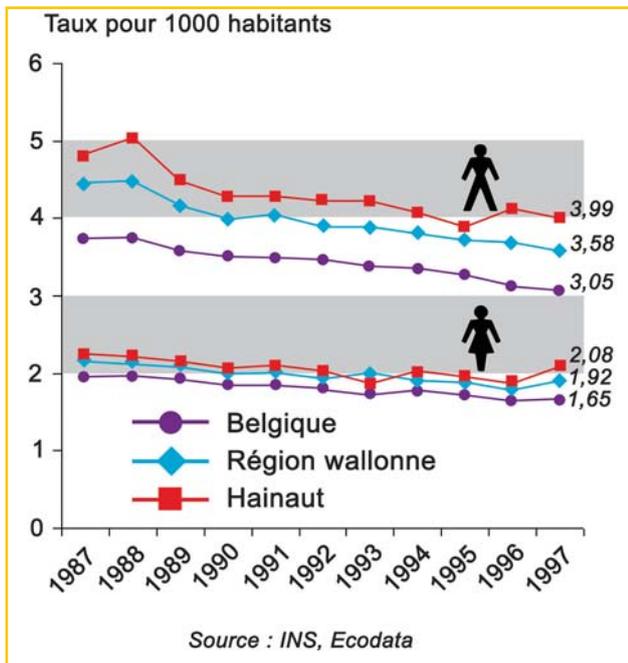
**Tableau II.2.** : Taux bruts de mortalité prématurée (< 65 ans), Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 1997

		Nombres et taux bruts pour 1000 habitants					
		Hommes		Femmes		Total	
		Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Belgique		13 111	3,05	6 938	1,65	20 049	2,35
Région wallonne		5 001	3,58	2 646	1,92	7 647	2,76
Hainaut		2 139	3,99	1 101	2,08	3 240	3,05
ARRONDISSEMENTS	Ath	126	3,86	68	2,14	194	3,01
	Charleroi	706	3,99	374	2,12	1 080	3,06
	Mons	427	4,12	224	2,14	651	3,13
	Mouscron	90	3,07	55	1,91	145	2,50
	Soignies	268	3,72	136	1,90	404	2,82
	Thuin	265	4,33	120	2,00	385	3,18
	Tournai	257	4,38	124	2,18	381	3,30

Source : SPMA 1997

Globalement, pour 1000 habitants, on observe 2,35 décès avant 65 ans pour l'ensemble de la Belgique et 3,05 pour le Hainaut, soit 30 % de plus en Hainaut. Le taux brut de mortalité prématurée en Hainaut est supérieur de 10 % au taux observé en Région wallonne (2,76 pour 1000). La différence avec la moyenne belge ou wallonne est nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes. On observe un tiers de décès prématurés de plus chez les hommes en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique contre un quart de plus chez les femmes.

**Figure II.3.** : Evolution des taux bruts de mortalité prématurée, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1987-1997<sup>(3)</sup>



► La mortalité prématurée des hommes a diminué de 20 % entre 1987 et 1997. Les différences entre le Hainaut et la Belgique restent globalement stables.

Cependant, en 1996, tandis que les taux continuent à baisser en Région wallonne et en Belgique, le taux brut de mortalité prématurée masculine en Hainaut remonte pour baisser un peu à nouveau en 1997. Les écarts entre le Hainaut et la Belgique n'ont pas tendance à se réduire.

Chez les femmes, les différences entre Hainaut et Belgique sont plus faibles et la diminution dans le temps également. En 1997, la mortalité prématurée chez les femmes en Région wallonne et en Hainaut esquisse un mouvement de recrudescence qui sera à surveiller dans les années à venir.

**Tableau II.3.** : Taux standardisés de mortalité prématurée, Belgique - Hainaut (par arrondissement), 1991-1997

		Taux standardisés de mortalité prématurée pour 1000 habitants de moins de 65 ans	
		Hommes	Femmes
Belgique		3,09	1,59
Hainaut		3,98	1,81
ARRONDISSEMENTS	Ath	3,98	1,77
	Charleroi	4,17	1,91
	Mons	4,09	1,87
	Mouscron	3,51	1,54
	Soignies	3,66	1,78
	Thuin	3,90	1,65
	Tournai	3,93	1,72

Source : SPMA, 1991 à 1997

► Les taux standardisés de mortalité prématurée permettent d'observer les différences entre zones géographiques en tenant compte des différences d'âge et de sexe.

Le Hainaut dans son ensemble présente chez les hommes un excès de mortalité prématurée de 30 % par rapport à l'ensemble de la Belgique (taux standardisé particulièrement élevé de décès prématurés dans les arrondissements de Mons, Charleroi, Thuin et Tournai).

Chez les femmes du Hainaut, l'excès de mortalité prématurée est moindre et est de 14 %.

(3) Ces taux standardisés ont été calculés dans le cadre de la réalisation d'un tableau de bord transfrontalier de la santé. La population de référence est la population française et belge de 1991. Lorsque les entités sont plus petites, ici les arrondissements, les calculs doivent se faire sur plusieurs années pour augmenter la stabilité des résultats.

**Tableau II.4.** : Proportion de décès prématurés sur l'ensemble des décès, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 2000-2002

		Proportion de décès prématurés sur l'ensemble des décès (Moyenne 2000-2002)		
		Hommes	Femmes	Total
Belgique		24,81	12,89	18,82
Région wallonne		27,37	13,23	20,22
Hainaut		28,29	13,32	20,79
ARRONDISSEMENTS	<i>Ath</i>	28,34	13,94	21,47
	<i>Charleroi</i>	28,83	14,02	21,48
	<i>Mons</i>	28,52	13,97	21,27
	<i>Mouscron</i>	28,02	10,78	19,30
	<i>Soignies</i>	26,66	13,30	19,90
	<i>Thuin</i>	27,54	11,95	19,49
	<i>Tournai</i>	29,01	12,03	20,70

Source : INS

► La proportion de décès qui surviennent avant 65 ans est globalement de 20,8 % en Hainaut, de 20,2 % en Wallonie et de 18,8 % en Belgique. La proportion de décès prématurés parmi l'ensemble des décès est globalement deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. A Mouscron, Tournai et Thuin, les proportions de décès prématurés chez les femmes étant plus faibles, la différence entre les hommes et les femmes est encore plus élevée.

## 3. La mortalité spécifique

Les données sur les causes de mortalité ont pour source le logiciel SPMA de l'ISSP jusqu'à la dernière année disponible (1997) au moment de mettre sous presse.

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

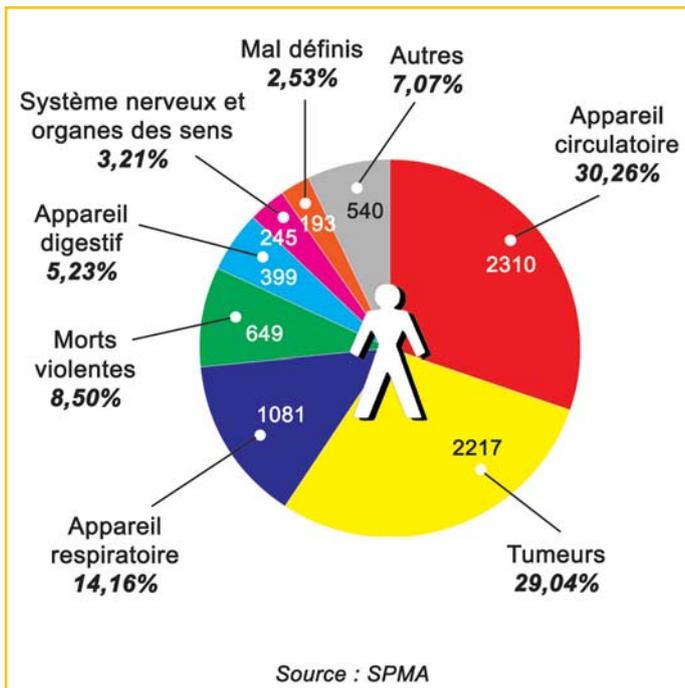
### 3.1. Les causes de décès

**Tableau II.5.** : Nombre de décès et taux bruts de mortalité pour les différentes causes de décès (CIM-9), Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997

Cause spécifique CIM-9	Nombre et Taux brut de mortalité pour 1000 habitants, 1997									
	Hainaut						Région wallonne		Belgique	
	Hommes		Femmes		Total		Total		Total	
	Nbre	Taux brut	Nbre	Taux brut	Nbre	Taux brut	Nbre	Taux brut	Nbre	Taux brut
Appareil circulatoire	2 310	3,73	3 106	4,67	5 416	4,22	13 339	4,01	37 954	3,73
Tumeurs	2 217	3,58	1 634	2,46	3 851	3,00	9 448	2,84	28 041	2,75
Appareil respiratoire	1 081	1,75	626	0,94	1 707	1,33	3 781	1,14	10 672	1,05
Morts violentes	649	1,05	312	0,47	961	0,75	2 419	0,73	6 292	0,62
Appareil digestif	399	0,64	461	0,69	860	0,67	1 778	0,54	4 519	0,44
Système nerveux et organes des sens	245	0,40	448	0,67	693	0,54	1 685	0,51	3 419	0,34
Etats mal définis	193	0,31	318	0,48	511	0,40	1 193	0,36	3 041	0,30
Troubles mentaux	68	0,11	53	0,08	121	0,09	305	0,09	2 464	0,24
Maladies endocriniennes	132	0,21	282	0,42	414	0,32	936	0,28	2 322	0,23
Appareil génito-urinaire	98	0,16	137	0,21	235	0,18	574	0,17	1 504	0,15
Infections parasitaires	114	0,18	152	0,23	266	0,21	506	0,15	1 421	0,14
Système ostéo-articulaire	33	0,05	124	0,19	157	0,12	433	0,13	647	0,06
Sang et organes hématopoiétiques	40	0,06	40	0,06	80	0,06	185	0,06	506	0,05
Peau	23	0,04	81	0,12	104	0,08	171	0,05	423	0,04
Anomalies congénitales	16	0,03	22	0,03	38	0,03	94	0,03	302	0,03
Origine périnatale	16	0,03	16	0,02	32	0,02	107	0,03	263	0,03
Mortalité maternelle	0	0,00	3	0,00	3	0,00	6	0,00	10	0,00
<b>Total</b>	<b>7 634</b>	<b>12,33</b>	<b>7 815</b>	<b>11,76</b>	<b>15 449</b>	<b>12,04</b>	<b>36 960</b>	<b>11,12</b>	<b>103 800</b>	<b>10,20</b>

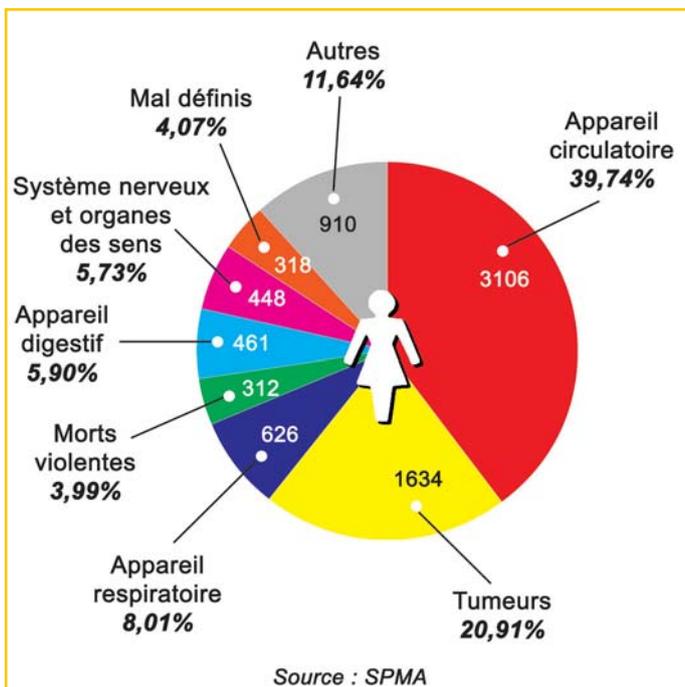
Source : SPMA

**Figure II.4.** : Répartition des décès par cause, hommes, Hainaut, 1997



► La figure II.4. nous montre que la répartition des causes de décès chez les hommes du Hainaut n'a pas beaucoup changé depuis la publication du Tableau de bord de la santé du Hainaut en 2000 (données de 1994). On observe ainsi environ 30 % des décès d'origine cardiovasculaire, 29 % liés aux tumeurs et 14 % à l'appareil respiratoire. L'ensemble des morts violentes représente 9 % des décès des hommes du Hainaut.

**Figure II.5.** : Répartition des décès par cause, femmes, Hainaut, 1997



► Chez les femmes, les causes de décès sont également relativement stables depuis 1994 avec 40 % de décès d'origine cardiovasculaire, 21 % liés aux tumeurs, 8 % par maladie respiratoire et "seulement" 4 % par mort violente.

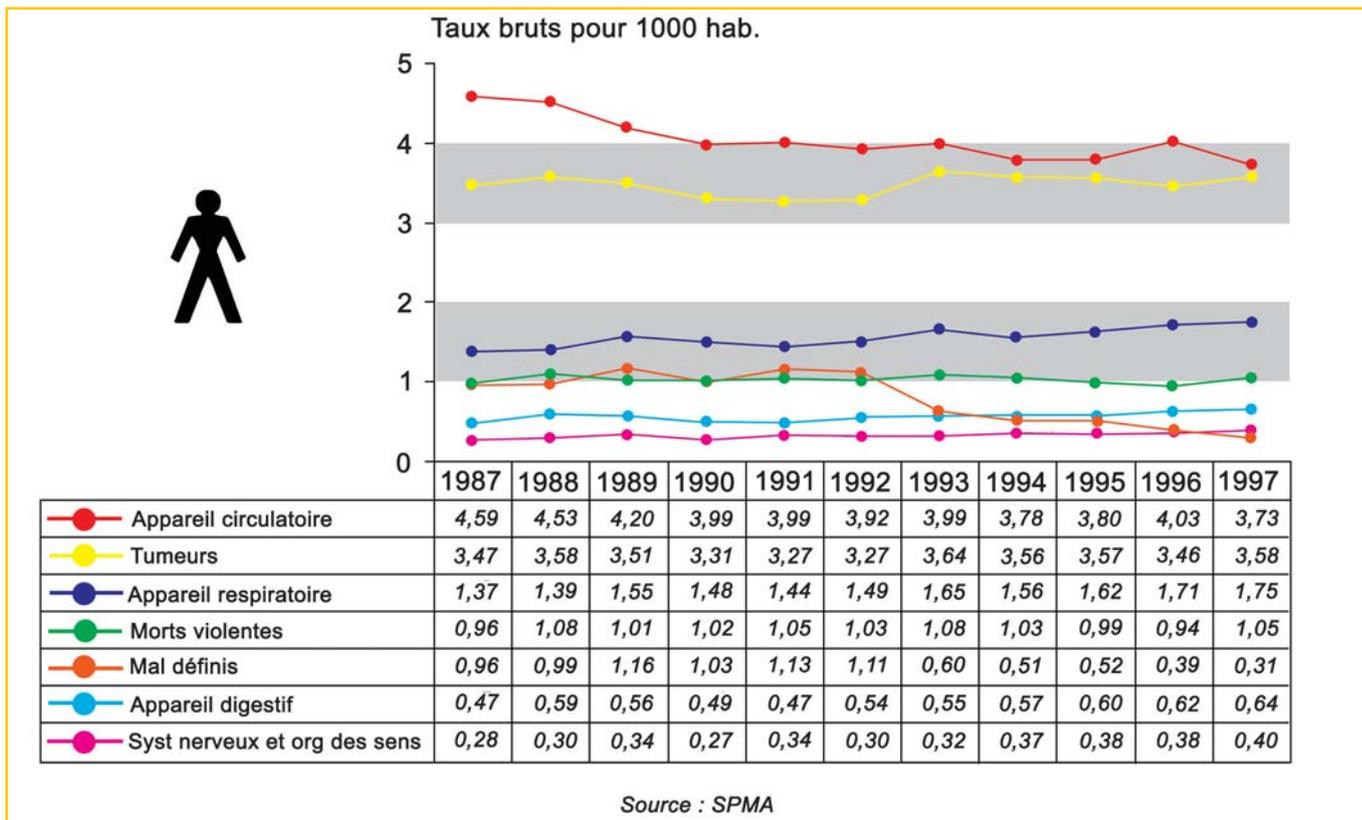
▼ Comme le montrent ces deux graphiques, les trois premières causes de décès sont identiques pour l'homme et la femme. Les maladies cardiovasculaires et les cancers représentent ainsi 60 % de toutes les causes de décès aussi bien chez l'homme que la femme mais la proportion relative de ces deux premières causes est légèrement différente : chez les femmes, on observe plus de décès par maladie de l'appareil circulatoire et chez les hommes, plus de décès par tumeur (voir Chapitre III). Ces constatations sont les mêmes que celles présentées dans les Tableaux de bord n°1 et n°2 (OSH, 1997 et OSH, 2000) et sont liées entre autres à la survie plus longue des femmes.

## 3.2. L'évolution des principales causes de décès

Les deux graphiques suivants décrivent l'évolution des principales causes de décès dans le Hainaut entre 1987 et 1997, dernière année pour laquelle nous disposons de données. Le facteur majeur est sans doute la diminution globale de la mortalité cardiovasculaire qui semble marquer une pause alors qu'elle continue à décroître dans des régions voisines comme la Hollande ou la Flandre (De Henauw, 1999).

Les décès par tumeurs sont également en augmentation. Par ailleurs, on note une augmentation sensible des décès respiratoires et neurologiques.

**Figure II.6.** : Evolution des principales causes de décès, hommes, Hainaut, 1987-1997

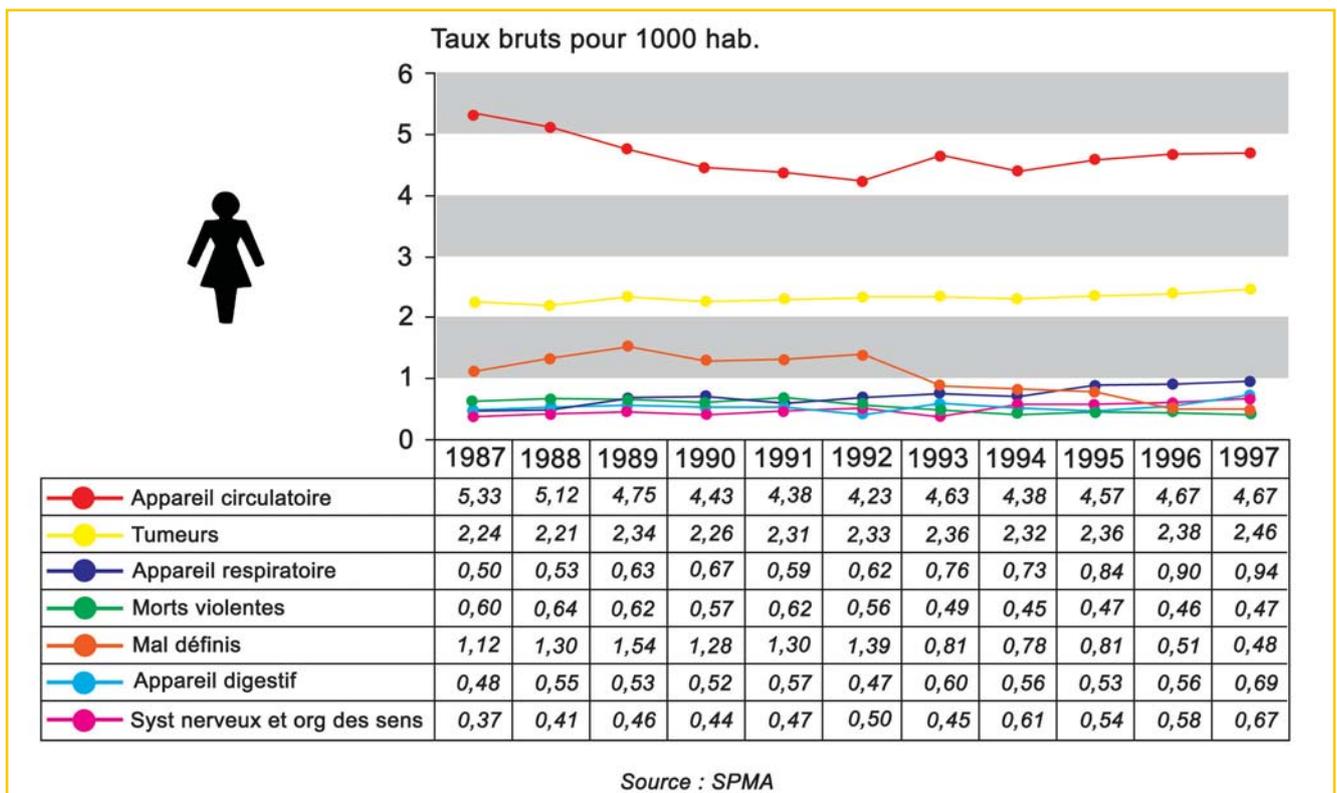


Chez les hommes, le taux brut de mortalité par maladie cardiovasculaire a diminué de 19 % entre 1987 et 1997. Les décès par tumeurs sont relativement stables dans le temps. Ils constituent un ensemble non homogène. Les cancers du poumon et des intestins par exemple diminuent légèrement entre 1987 et 1997 : de 129,80 décès pour 100 000 hommes à 123,12 pour le cancer du poumon et de 29,12 à 27,63 pour les intestins, soit une diminution de 5 % pour les deux types de cancers. Les cancers de la prostate sont par contre plus nombreux et passent de 28,86 à 39,91 décès pour 100 000 hommes, soit une augmentation de 25 % (voir Chapitre III). Les décès par maladie de l'arbre respiratoire (maladies restrictives, obstructives, asthme...) augmentent légèrement. Même si leur nombre est encore peu élevé, les décès par maladie du système nerveux et organes des sens (maladie de Parkinson, maladie inflammatoire du système nerveux et dégénérescence du système nerveux central, maladie d'Alzheimer) sont en augmentation. Les décès par mort violente sont stables mais cependant élevés avec un décès pour 1000 personnes de sexe masculin par an.

La tendance à la diminution des décès cardiovasculaires chez les hommes se retrouve dans la plupart des pays industrialisés. En Angleterre et Pays de Galles, par exemple, on a observé une diminution de 54 % de la mortalité par maladie cardiovasculaire entre 1981 et 2000. Environ la moitié de la baisse de mortalité peut être attribuée à la diminution des facteurs de risques (consommation de tabac, cholestérol...) (Belgin, 2005).

Cette tendance à la baisse sera à vérifier dans les années à venir car l'augmentation générale du poids corporel des populations concernées pourrait freiner les améliorations observées actuellement (FAO, 2003 ; Oppert et al., 1998 ; Persson G. et al., 2001 ; WHO, 2004).

**Figure II.7.** : Evolution des principales causes de décès, femmes, Hainaut, 1987-1997



Chez les femmes, le taux brut de mortalité par maladie cardiovasculaire a diminué de 21 % entre 1987 et 1992. Depuis 1992, ce taux a tendance à remonter. De 1987 à 1997, le taux brut de mortalité par tumeurs a augmenté de 10 % et de façon régulière. Cette augmentation est principalement due aux cancers du sein (de 45,79 décès pour 100 000 femmes à 49,80 soit une augmentation de 9 %), aux cancers des intestins (de 27,44 à 34,30 décès pour 100 000, soit une augmentation de 25 %), et aux cancers du poumon (de 11,98 décès pour 100 000 à 18,51 soit une augmentation de 55 %). Rappelons que le cancer du poumon a comme principal facteur de risque la consommation de tabac qui augmente chez les femmes. Les morts violentes sont deux fois moins nombreuses que chez les hommes mais représentent quand même un décès pour 2000 femmes chaque année. Comme chez les hommes, le taux de mortalité féminine lié aux maladies respiratoires et celui des maladies nerveuses ont augmenté entre 1987 et 1997 de plus de 80 %.

## 3.3. La répartition des principales causes de décès en fonction de l'âge

**Tableau II.6.** : Principales causes de décès et nombre moyen de décès par an en fonction du groupe d'âge, Hainaut, 1993-1997

	Tranches d'âge					
	1 - 9 ans	10 - 24 ans	25 - 44 ans	45 - 64 ans	65 ans et plus	Total
Nombre moyen de décès par année	31	152	643	2296	12066	15188
Taux brut annuel moyen de mortalité pour 1000 hab.	0,21	0,62	1,69	8,03	56,06	11,93
	1 - 9 ans	10 - 24 ans	25 - 44 ans	45 - 64 ans	65 ans et plus	Total
Causes	%	%	%	%	%	%
Tumeurs	16,88	7,89	19,46	39,07	22,78	24,94
Appareil circulatoire	1,95	4,34	13,99	24,76	39,63	35,87
Appareil respiratoire	3,25	2,37	2,70	7,18	11,54	10,40
Appareil digestif	1,30	1,32	9,95	8,56	4,15	5,03
Morts violentes	39,61	70,79	41,31	9,56	2,74	6,17
<i>dont suicides</i>	0,00	16,05	16,91	4,08	0,72	2,06
Symptômes mal définis	4,55	2,50	2,92	2,90	5,15	4,68
Autres	32,47	10,79	9,67	7,98	14,01	12,92

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

Chez les enfants de 1 à 9 ans, les deux principales causes de décès restent les morts violentes et les tumeurs. Parmi les tumeurs, les leucémies et les tumeurs cérébrales sont les plus fréquentes.

Chez les enfants de 1 à 9 ans, on observe à peu près le même nombre de décès par accident de la route que par accident de la vie courante, soit un décès tous les deux mois en moyenne en Hainaut pour chacune de ces deux causes.

Entre 10 et 24 ans, on a observé entre 1993 et 1997 en Hainaut une moyenne de 54 décès par an par accident de la route (un par semaine) et 16 par accident de la vie courante (y compris de sport) soit 1,3 par mois. Dans cette même tranche d'âge, les suicides représentent 16 % des décès.

Dès 25 ans, la proportion relative des tumeurs et des maladies cardiovasculaires est en nette augmentation.

C'est entre 45 et 64 ans que les décès causés par une tumeur sont proportionnellement les plus fréquents (39,1 %).

Les décès d'origine cardiovasculaire sont les plus fréquents au-delà de 65 ans (39,6 %). Ils deviennent la première cause de décès aux environs de 75 ans.

## 3.4. Les causes de mortalité dans les arrondissements du Hainaut

**Tableau II.7.** : Indices comparatifs de mortalité selon les causes principales de décès (Belgique = 100), hommes, Hainaut (par arrondissement), 1993-1997

	Nombre de décès/an dans la province	Arrondissements						
		Ath	Charleroi	Mons	Mouscron	Soignies	Thuin	Tournai
		ICM	ICM	ICM	ICM	ICM	ICM	ICM
<b>Toutes causes</b>	<b>7 692</b>	<b>116,20 *</b>	<b>123,78 *</b>	<b>120,44 *</b>	<b>105,88</b>	<b>111,56 *</b>	<b>119,86 *</b>	<b>113,45 *</b>
Appareil circulatoire	2 396	118,44 *	114,00 *	111,31 *	95,83	109,77	116,80 *	100,69
Tumeurs	2 207	102,47	113,05 *	111,97 *	112,36	103,01	109,89	111,70
Appareil respiratoire	1 027	116,10	163,85 *	150,80 *	106,77	110,20	134,54 *	105,00
Morts violentes	630	130,54	124,50 *	108,49	68,37	117,99	132,07 *	127,03 *
Etats mal définis	288	156,26	164,37 *	163,34 *	139,05	158,30 *	161,17 *	165,08 *
Appareil digestif	371	164,52 *	152,06 *	168,73 *	143,00	132,06	135,61	145,44 *
Syst nerveux et org des sens	230	139,66	145,08 *	143,39 *	165,07	155,67 *	144,26	168,64 *
Maladies endocriniennes	137	163,90	128,71	110,87	170,74	135,78	154,55	172,70 *
Appareil génito-urinaire	93	104,09	102,96	131,39	73,51	97,89	122,51	154,01
Infectieuses et parasitoses	109	74,51	134,16	144,71	117,00	119,39	81,60	115,52

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISSP, SPMA et de l'INS, Statistiques démographiques  
Différence avec la Belgique statistiquement significative ( $p < 0,05$ )

Le calcul des indices comparatifs de mortalité montre que globalement, chez les hommes, la mortalité toutes causes confondues est significativement supérieure à celle de la Belgique dans tous les arrondissements du Hainaut à l'exception de Mouscron. On retiendra que les décès observés dans les arrondissements de Mons et Charleroi sont significativement plus nombreux que pour l'ensemble de la Belgique pour toutes les causes fréquentes de décès. Les arrondissements de Thuin, Tournai et Charleroi présentent une mortalité par mort violente particulièrement élevée. Le taux est également élevé dans l'arrondissement de Ath sans que la différence avec la Belgique soit significative en raison du petit nombre de personnes concernées.

**Tableau II.8.** : Indices comparatifs de mortalité selon les principales causes de décès (Belgique = 100), femmes, Hainaut (par arrondissement), 1993-1997

	Nombre de décès/an dans la province	Arrondissements						
		Ath	Charleroi	Mons	Mouscron	Soignies	Thuin	Tournai
		ICM	ICM	ICM	ICM	ICM	ICM	ICM
<b>Toutes causes</b>	<b>7 597</b>	<b>108,28</b>	<b>110,45 *</b>	<b>110,39 *</b>	<b>99,09</b>	<b>105,98</b>	<b>111,60 *</b>	<b>105,60</b>
Appareil circulatoire	3 052	108,77	107,00 *	107,23	91,13	100,45	113,42 *	100,13
Tumeurs	1 581	95,81	101,56	99,16	102,01	100,97	98,57	97,23
Appareil respiratoire	555	91,80	105,80	101,17	117,34	88,97	101,45	95,07
Morts violentes	311	105,24	107,60	87,92	73,02	106,21	88,36	102,91
Etats mal définis	452	152,99 *	157,13 *	175,67 *	100,71	137,36 *	164,09 *	137,21 *
Appareil digestif	393	120,21	128,55 *	146,77 *	126,75	112,60	113,56	118,25
Syst nerveux et org des sens	380	161,41 *	141,11 *	136,91 *	129,41	188,72 *	151,33 *	175,99 *
Maladies endocriniennes	262	123,18	123,92	129,16	137,54	117,39	137,24	135,73
Appareil génito-urinaire	131	84,33	106,90	107,56	91,27	126,47	111,19	95,08
Infections et parasitoses	117	103,85	123,00	140,54	111,86	117,31	118,96	102,52

Source : OSH, calculs propres sur base des données de l'ISSP, SPMA et de l'INS, Statistiques démographiques  
Différence avec la Belgique statistiquement significative ( $p < 0,05$ )

Globalement, chez les femmes, la mortalité toutes causes confondues est significativement supérieure à celle de la Belgique uniquement dans les arrondissements du sud de la province du Hainaut (Charleroi, Mons et Thuin). Lorsqu'on s'intéresse aux grandes causes de décès, on voit que les décès par maladie cardiovasculaire sont significativement en excès par rapport à la Belgique dans les arrondissements de Charleroi et Thuin. Les décès par maladie du système nerveux (Alzheimer principalement) le sont également dans tous les arrondissements à l'exception de celui de Mouscron. Ils sont cependant assez peu nombreux en valeur absolue (en moyenne, 380 décès par an pour l'ensemble de la province entre 1993 et 1997).

Les cas notés "états mal définis" sont significativement plus fréquents en Hainaut par rapport à l'ensemble de la Belgique. Ceci reflète en partie la difficulté à attribuer un décès à une cause particulière chez les femmes âgées hainuyères atteintes de maladies multiples (poly-morbidité) mais aussi en partie des défauts dans le remplissage des certificats de décès. Cette remarque est également valable pour les hommes.

## 3.5. Les causes de mortalité chez les moins de 65 ans

## 3.5.1. Le nombre et le poids relatif des principales causes de mortalité prématurée par rapport à toutes les causes de décès prématurés par sexe en Hainaut

**Tableau II.9.** : Poids relatif des principales causes de mortalité prématurée, par sexe, Hainaut, 1993-1997

Causes	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)	Nombre de décès < 65 ans	% (sur 100 décès < 65 ans)
Ensemble des tumeurs	658	30,1	382	36,8
dont :				
<i>cancer du poumon</i>	244	11,2	37	3,6
<i>cancer des VADS</i>	108	4,9	18	1,7
<i>cancer de l'intestin</i>	42	1,9	36	3,5
<i>cancer du sein</i>	-	-	114	11,0
<i>cancer de l'utérus</i>	-	-	13	1,3
Ensemble des traumatismes et empoisonnement	457	20,9	153	14,7
dont :				
<i>accidents de la circulation</i>	144	6,6	40	3,9
<i>accidents de la vie courante</i>	93	4,3	31	3,0
<i>suicides</i>	169	7,7	58	5,6
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	475	21,8	192	18,5
dont :				
<i>cardiopathies ischémiques</i>	261	12,0	65	6,3
<i>accidents vasculaires cérébraux</i>	71	3,3	58	5,6
Alcoolisme c-à-d : psychose alcoolique + syndrome de dépendance alcoolique + cirrhose du foie	138	6,3	76	7,3
<b>Sous-total</b>	<b>1 727</b>	<b>79,1</b>	<b>803</b>	<b>77,4</b>
Autres causes de décès prématurés	457	20,9	235	22,6
<b>Toutes causes</b>	<b>2 184</b>	<b>100,0</b>	<b>1 038</b>	<b>100,0</b>

Source : OSH, calculs propres sur base des données SPMA

En moyenne, en Hainaut, on a observé 3222 décès prématurés par an, tous sexes confondus, entre 1993 et 1997.

L'étude du poids relatif des principales causes de mortalité prématurée montre que globalement, en Hainaut, les tumeurs sont la première cause de décès prématurés chez les hommes (30 % des décès prématurés masculins) comme chez les femmes (37 % des décès prématurés féminins).

Chez les hommes, c'est le cancer du poumon qui occasionne le plus de décès prématurés (11 % des décès prématurés masculins) tandis que chez les femmes, c'est le cancer du sein (11 % des décès prématurés féminins). Les maladies cardiovasculaires représentent la deuxième cause de mortalité prématurée et ce, tant chez les hommes (22 %) que chez les femmes (18 %).

Les décès par traumatisme représentent la troisième cause de mortalité prématurée. Plus fréquente chez les hommes (21 % des décès prématurés) que chez les femmes (15 %). La différence est surtout marquée pour les accidents de circulation (6,6 % versus 3,9 %). Dans cette catégorie de décès prématurés, les suicides sont plus fréquents (7,7 % chez les hommes et 5,6 % chez les femmes des décès avant 65 ans). Enfin, les décès liés à la consommation d'alcool représentent également une part importante des décès prématurés : 6 % chez les hommes et 7 % chez les femmes, soit respectivement 138 décès masculins et 76 décès féminins par an en moyenne de 1993 à 1997.

### 3.5.2. La comparaison des taux bruts de mortalité prématurée par cause et par sexe dans le Hainaut et en Belgique

**Tableau II.10.** : Nombre de décès et taux bruts de mortalité prématurée pour 10 000 habitants par cause et par sexe, Belgique - Hainaut, 1993-1997

Causes	Hommes < 65 ans		Femmes < 65 ans	
	Belgique	Hainaut	Belgique	Hainaut
	Taux pour 10 000 hab.			
Ensemble des tumeurs	10,56	12,25	7,39	7,17
<i>cancer du poumon</i>	3,99	4,54	0,79	0,69
<i>cancer des VADS</i>	1,36	2,01	0,25	0,34
dont :				
<i>cancer de l'intestin</i>	0,81	0,78	0,63	0,68
<i>cancer du sein</i>	-	-	2,33	2,14
<i>cancer de l'utérus</i>	-	-	0,19	0,24
Ensemble des traumatismes et empoisonnement	7,10	8,51	2,57	2,87
<i>accidents de la circulation</i>	2,40	2,68	0,73	0,75
dont :				
<i>accidents de la vie courante</i>	1,19	1,73	0,47	0,58
<i>suicides</i>	2,74	3,15	1,00	1,09
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	7,22	8,84	2,87	3,60
dont :				
<i>cardiopathies ischémiques</i>	3,78	4,86	1,00	1,22
<i>accidents vasculaires cérébraux</i>	1,09	1,32	0,80	1,09
Alcoolisme c-à-d : psychose alcoolique + syndrome de dépendance alcoolique + cirrhose du foie	1,38	2,57	0,66	1,43
<b>Sous-total</b>	<b>26,26</b>	<b>32,18</b>	<b>13,49</b>	<b>15,07</b>
Autres causes de décès prématurés	6,15	8,49	3,60	4,41
<b>Toutes causes</b>	<b>32,41</b>	<b>40,67</b>	<b>17,09</b>	<b>19,48</b>

Source : OSH, calculs propres sur base des données SPMA

En moyenne, en Hainaut, entre 1993 et 1997, on observe 4 décès masculins pour 1000 hommes de moins de 65 ans et 2 décès féminins pour 1000 femmes de moins de 65 ans, soit respectivement 20 % et 12 % de plus que pour l'ensemble de la Belgique.

Chez les hommes, les taux observés sont plus élevés en Hainaut qu'en Belgique pour chacune des grandes causes de mortalité prématurée. L'excès de mortalité prématurée chez les hommes n'est donc pas dû à une cause plus particulièrement. Chez les femmes, par contre, certaines causes présentent un taux brut moins élevé en Hainaut (décès par tumeur et notamment cancer du sein ou du poumon) mais dans l'ensemble, les taux sont également plus élevés en Hainaut qu'en Belgique.

### 3.5.3. La proportion des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès pour chacune des causes de mortalité prématurée les plus fréquentes, par sexe, en Belgique et en Hainaut

**Tableau II.11.** : Proportion des décès prématurés selon la cause et selon le sexe, dans les décès totaux dus à cette cause, Belgique - Hainaut, 1993-1997

Causes	% de décès par rapport au total des décès de la cause			
	Hommes < 65 ans		Femmes < 65 ans	
	Belgique	Hainaut	Belgique	Hainaut
Ensemble des tumeurs	28,08	29,80	26,18	24,18
<i>cancer du poumon</i>	30,14	32,02	33,87	33,15
<i>cancer des VADS</i>	51,05	55,96	35,31	35,55
dont :				
<i>cancer de l'intestin</i>	22,42	21,92	16,26	16,31
<i>cancer du sein</i>	-	-	39,45	44,97
<i>cancer de l'utérus</i>	-	-	20,90	22,65
Ensemble des traumatismes et empoisonnement	71,36	72,47	45,13	49,26
<i>accidents de la circulation</i>	84,07	85,65	71,46	70,63
dont :				
<i>accidents de la vie courante</i>	49,13	62,42	18,77	27,76
<i>suicides</i>	76,74	73,03	71,82	70,66
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	17,59	19,81	5,61	6,28
dont :				
<i>cardiopathies ischémiques</i>	23,86	26,09	7,69	7,93
<i>accidents vasculaires cérébraux</i>	12,28	15,29	5,70	7,83
Alcoolisme c-à-d : psychose alcoolique + syndrome de dépendance alcoolique + cirrhose du foie	63,80	67,32	51,20	60,32
<b>Sous-total</b>	<b>28,93</b>	<b>31,77</b>	<b>15,62</b>	<b>15,84</b>
Autres causes de décès prématurés	19,09	20,24	9,57	9,30
<b>Toutes causes</b>	<b>26,35</b>	<b>28,40</b>	<b>13,78</b>	<b>13,66</b>

Source : OSH, calculs propres sur base des données SPMA

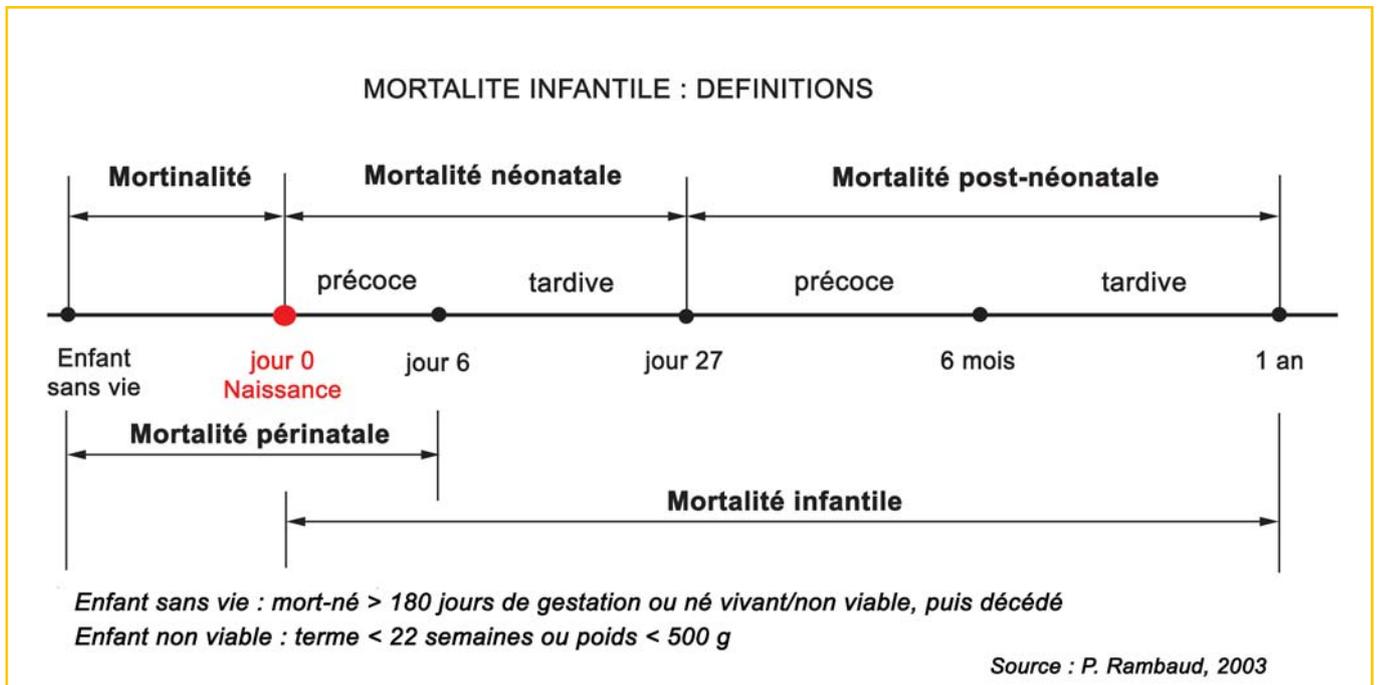
Le tableau II.11. décrit pour chacune des causes de décès, la proportion qui survient avant 65 ans. C'est dans la catégorie des morts violentes que la proportion de décès survenant avant 65 ans est la plus élevée. Viennent ensuite les cirrhoses et maladies chroniques du foie, puis les tumeurs et enfin les maladies cardiovasculaires ; cette dernière proportion est particulièrement basse chez les femmes.

Ce tableau montre peu de différence entre le Hainaut et la Belgique car la mortalité des Hainuyers est plus élevée tant avant 65 ans qu'après cet âge. Les seules différences significativement supérieures comme causes de décès prématurés, dans le Hainaut, concernent les accidents domestiques et les accidents vasculaires cérébraux.

## 4. La mortalité infantile

### 4.1. Les définitions

Le taux de mortalité infantile et le nombre de décès d'enfants de moins d'un an divisé par nombre de naissances vivantes pour une période donnée.



La mortalité infantile représente deux réalités dont les causes sont relativement différentes selon que l'on considère les décès proches de la naissance dans le temps (entre la naissance et avant le 28<sup>ème</sup> jour, mortalité néonatale) et les décès entre le 28<sup>ème</sup> jour de la naissance et le 1<sup>er</sup> anniversaire, mortalité post-néonatale.

## 4.2. L'évolution du nombre de décès d'enfants de moins d'un an et des taux de mortalité infantile en Hainaut, Région wallonne et Belgique

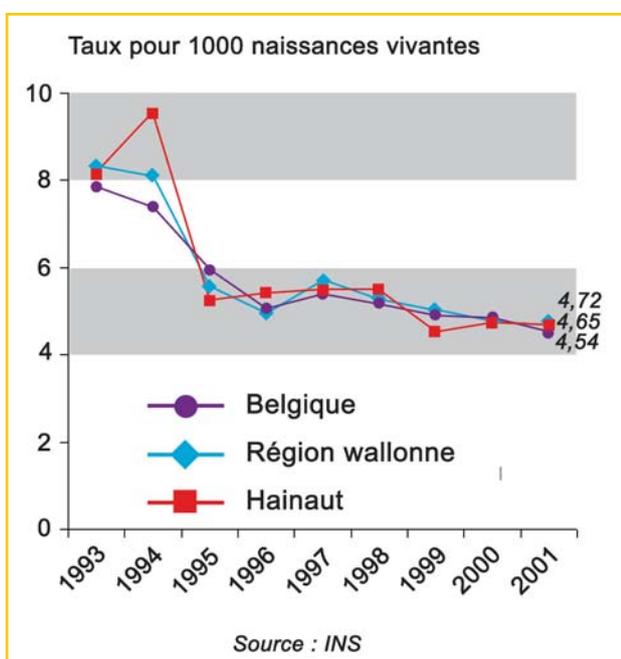
**Tableau II.12.** : Evolution du nombre de décès d'enfants de moins d'un an, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1993-2001

Années	Belgique	Région wallonne	Hainaut
	N	N	N
1993	941	328	122
1994	855	308	136
1995	674	211	75
1996	578	193	79
1997	623	220	80
1998	591	220	79
1999	556	193	66
2000	554	186	71
2001	518	184	70

Source : INS

► En 2001, 70 enfants hainuyers sont décédés avant l'âge d'un an. C'est près de la moitié du nombre de décès observés en 1994 (136 décès de moins d'un an dans la province). Pour l'ensemble de la Belgique, on a observé en 2001, 518 décès d'enfants de moins d'un an.

**Figure II.8.** : Evolution des taux de mortalité infantile, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1993-2001



► Le taux brut de mortalité infantile a présenté depuis quinze ans une décroissance constante mais à allure variée : lente avant 1990, puis rapide avant de marquer un nouveau ralentissement depuis 1995. La forte réduction de la mortalité infantile au début des années 90 est à mettre en relation avec les campagnes médiatiques de prévention de la mort subite du nourrisson, issues, entre autres, des études réalisées par le Professeur Kahn (Kahn, 2000). Celles-ci avaient entraîné un changement radical dans les recommandations concernant la position du bébé dans le berceau : d'une recommandation de poser le bébé sur le ventre dans le but d'éviter les fausses déglutitions lors des régurgitations, on était alors passé à la recommandation de poser le bébé sur le dos ou sur le côté. D'autres conseils portent sur la température de la pièce (inférieure à 18° C) et sur l'abstention de consommation de tabac en présence du bébé.

Depuis 1995, la mortalité infantile du Hainaut est comparable à celle de la Belgique et de la Wallonie.

## 4.3. Les chiffres absolus et l'évolution de la mortalité néonatale et post-néonatale en Belgique, Région wallonne et Hainaut

La mortalité néonatale est le nombre de décès survenus avant le 28<sup>ème</sup> jour de vie.  
 La mortalité post-néonatale est la mortalité observée entre le 28<sup>ème</sup> jour de la naissance et le 1<sup>er</sup> anniversaire.

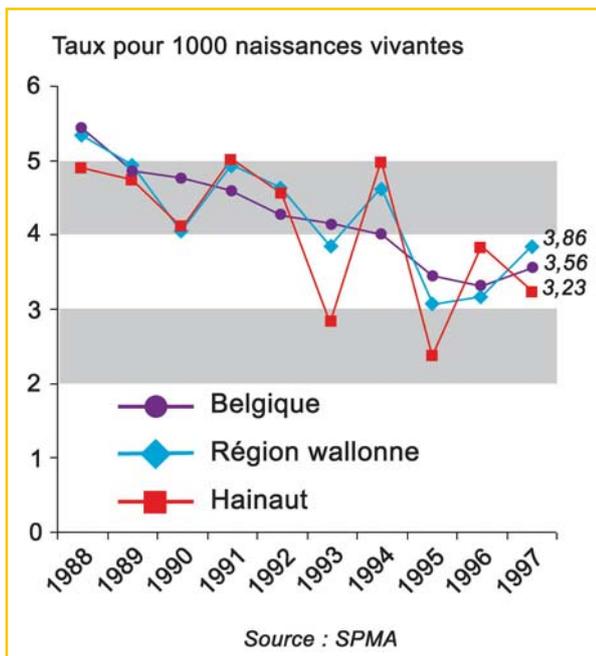
**Tableau II.13.** : Nombre de décès néonataux et post-néonataux, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997

	Nombres absolus 1997					
	Mortalité néonatale			Mortalité post-néonatale		
	H	F	Total	H	F	Total
Belgique	226	188	414	132	101	233
Région wallonne	75	73	148	47	39	86
Hainaut	21	26	47	21	18	39

Source : SPMA

► Les décès néonataux représentent plus de la moitié (54 %) des décès d'enfants de moins d'un an en Hainaut. Cette proportion est de 63 % en Région wallonne et de 64 % en Belgique. La proportion de décès post-néonataux est donc plus importante en Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique.

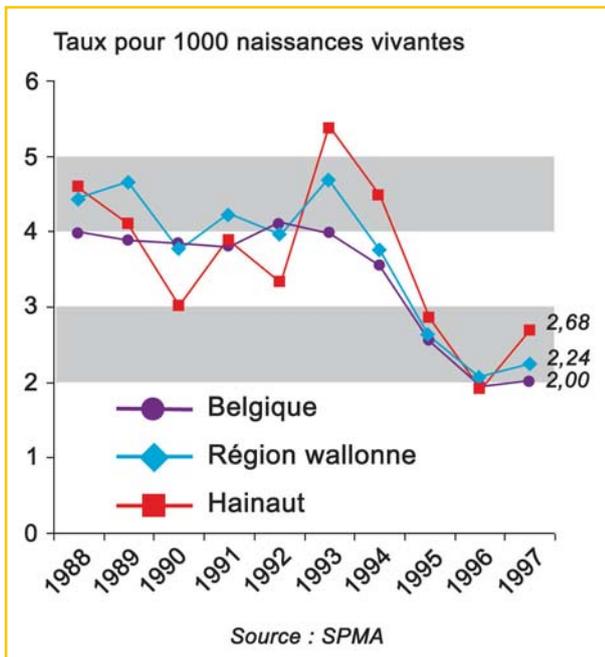
**Figure II.9.** : Evolution des taux de mortalité néonatale, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1988-1997



► Comme le montre la figure II.9, la mortalité néonatale, pour laquelle les chiffres ne sont disponibles que jusque 1997, est en lente diminution : elle était de 3,6 décès pour 1000 naissances vivantes en Belgique à cette date. Les décès concernent surtout des enfants nés en toute grande prématurité et des enfants nés avec des malformations congénitales incompatibles avec la vie. La courbe hainuyère présente plus de variations que les courbes belge et wallonne en raison des plus petits nombres de décès observés.

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

**Figure II.10.** : Evolution des taux de mortalité post-néonatale, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1988-1997



► De 1988 à 1997, la mortalité post-néonatale a diminué en grande partie grâce aux mesures prises pour éviter la mort subite du nourrisson.

Cette constatation a été faite dans d'autres pays européens comme en Suède où les nouvelles recommandations ont conduit depuis 1990 à la réduction du taux de mort subite du nourrisson de 1,8 à 0,4 pour 1000 de 1990 à 1998 (soit 78 % de moins) (Persson, 2001). Globalement, en Belgique, les morts subites du nourrisson ont diminué de moitié entre 1988 et 1997 (elles sont passées de 1,6 pour 1000 naissances vivantes à 0,8 pour 1000, ce qui représente encore toutefois le double du taux suédois).

5. Références bibliographiques

- De Henauw S, De Baquer D, de Smet P, Kornitzer M, De Backer G. **Trends in coronary disease in two Belgian areas : results from the MONICA Ghent-Charleroi Study**. J Epidemiol Community Health 1999 ; 53(2) : 89-98.
- Fédération Belge contre le Cancer, Europe Against Cancer. **Code européen contre le cancer - Votre guide santé. Le nouveau code européen (traduction)**. Bruxelles : Fédération Belge contre le Cancer ; 2003.
- Fondation pour la chirurgie cardiaque et Observatoire de la Santé du Hainaut. **Alimentation, saveurs et santé**. Mons : Province de Hainaut ; 2005.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Health Organization (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Technical report Series 916. Geneva : WHO ; 2003 ; 1-116.
- Jouglia E. **Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population**. Rev Epidém et Santé Publ 1997 ; 45 : 78-84.
- Kahn A, Groswasser J, Franco P ; Observatoire de la mortalité du nourrisson. **Evolution de la mortalité post-néonatale en Belgique entre 1987 et 1997**. BEP 2000 ; 19(4) ; 11-16.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Fruits et légumes, la santé au naturel**. Mons : Province de Hainaut ; 2005.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Se prémunir contre le cancer, c'est possible**. Mons : Province de Hainaut ; 2004, 2005.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Tableau de bord de la santé - Santé en Hainaut No 1**. Mons : Province de Hainaut ; 1997 ; 1-36.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Tableau de bord de la santé - Santé en Hainaut No 3**. Mons : Province de Hainaut ; 2000 ; 1-60.
- De Spiegelaere M, Deguerry M, Haelterman E, Logghe P, Wauters I ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. **Tableau de bord de la santé - Région Bruxelles-Capitale 2004**. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale ; 2004 ; 1-156.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Classification internationale des maladies**. Révision 1975. Vol I ; Vol 2 (2 tomes). Genève: OMS ; 1997.
- Oppert JM, Rolland-Cachera M. **Prévalence, évolution dans le temps et conséquences économiques de l'obésité**. Médecine/Sciences 1998 ; 11(8-9) : 939-944.
- Persson G, Boström G, Diderichsen F, Lindberg G, Pettersson B, Rosen M et al. Health in Sweden - **The National Public Health Report 2001**. Scand J Public Health 2001 [Supplement 58], 1-239.
- Puddu M, Drieskens S, Tafforeau J, De Roubaix J, Pirenne Y, Binon J et al. ; Ministère de la Communauté française. **Statistiques de décès en Communauté française 1995-1997**. Bruxelles : Communauté française de Belgique ; 2003.
- Rambaud P. **Prématurité et hypotrophie néonatale**. Corpus médical ; Faculté de Médecine de Grenoble ; 2003. Disponible sur : <http://www.sante.ujf-grenoble.fr>
- Robertson A, Tirado C, Lobstein T, Jermini M, Knai C et al. ; WHO. **Food and health in Europe - a new basis for action**. Copenhagen 2004: WHO. European Series, No 96 ; 1-385.
- Standardized Procedure for Mortality Analysis (SPMA). Bruxelles : Unité d'épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique. Disponible sur : <http://www.iph.fgov.be/epidemi/spma>.
- Unal B, Critchley J, Capewell S. **Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention**. BMJ 2005; 331 : 614-617.

Chapitre III  
Etat  
de Santé



## Le contexte



**E**n utilisant plusieurs sources de données de santé, il est possible d'appréhender l'état de santé d'une population de manière fiable. Parmi celles-ci, l'Enquête Nationale de Santé par interview qui se déroule tous les quatre ans dans notre pays offre une mine d'informations sur la santé telle que la perçoit la population, sur la consommation de soins et services, et sur des déterminants importants de la santé comme les conditions ou les modes de vie. Cette enquête est menée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP) en partenariat avec l'Institut National de Statistique (INS). La Province de Hainaut a financé un suréchantillonnage de 500 personnes pour l'enquête de 2001. Plus de 1700 personnes ont ainsi été interviewées en Hainaut. Les autres sources d'information, spécifiques, sont présentées par thématique dans le chapitre.

## Les faits marquants

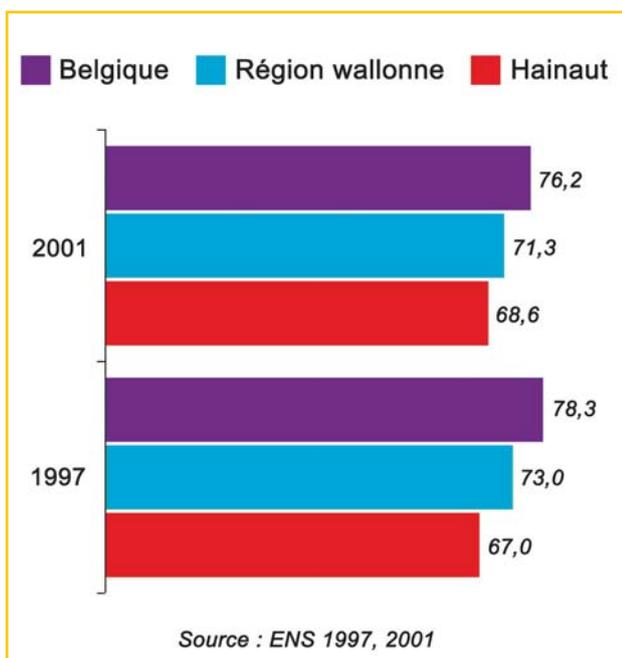
- En 2001, 68 % des Hainuyers s'estiment en bonne ou très bonne santé. 32 % des Hainuyers (1 sur 3) jugent donc que leur santé est moyenne, mauvaise ou très mauvaise. Pour l'ensemble de la Belgique, cette proportion est de 1 sur 4.
- 35 % des Hainuyers souffrent d'au moins 2 maladies ou affections chroniques, taux supérieur à celui de la Wallonie ou de la Belgique (30 %).
- Chez les hommes, tous âges confondus, les maladies chroniques les plus fréquemment citées sont par ordre d'importance, les allergies (11,3 %), les maux de dos (10,2 %), l'hypertension artérielle (10,2 %). Chez les hommes de plus de 65 ans, la bronchite chronique est particulièrement fréquente dans le Hainaut (28 % contre 16 % en Belgique). Elle est suivie par l'arthrose (27,9 % des 65 ans et plus s'en plaignent), l'hypertension artérielle (26,4 %), les affections cardiaques graves et infarctus (24,3 %) et les troubles prostatiques (20,4 %).
- Les affections chroniques les plus fréquentes chez la femme sont la migraine (18,8 %), les allergies (15,0 %) et les douleurs ostéo-articulaires (14,6 %). Chez les 65 ans et plus, 44,2 % se plaignent d'arthrose, 35,1 % d'hypertension artérielle et 28,3 % d'ostéoporse.
- La proportion de personnes de 65 ans et plus, qui rapportent des limitations physiques, est plus importante en Hainaut qu'en Belgique. Parmi l'ensemble des limitations physiques, la proportion de limitations sévères est particulièrement élevée chez les femmes du Hainaut (19,2 % contre 8,4 % en Belgique).
- La proportion d'hommes de 20 à 64 ans percevant des indemnités pour invalidité est beaucoup plus élevée dans le Hainaut qu'en Belgique (56 % hommes dans le Hainaut contre 36 % en Belgique).
- Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès en Hainaut et en Belgique en général. Les infarctus en constituent la proportion la plus importante tant chez les hommes (994 décès en 1997 soit 43 % des décès cardiovasculaires en Hainaut) que chez les femmes (824 décès soit 26,5 % des décès cardiovasculaires du Hainaut). Cependant, les infarctus sont moins fréquemment rapportés comme cause de décès chez les femmes que chez les hommes tandis que les maladies vasculaires cérébrales le sont plus. La fréquence et la létalité (proportion d'infarctus qui entraînent le décès) des infarctus sont en baisse depuis 1983 chez les hommes. Chez les femmes, seule la létalité est en baisse.
- Les cancers constituent la deuxième cause de mortalité avec 29 % des décès chez les hommes et 21 % chez les femmes. Les types de cancers les plus fréquemment rapportés comme causes de décès chez les hommes du Hainaut sont le cancer du poumon (34,4 % des décès par cancer), le cancer de la prostate (11,1 % des décès par cancer) et le cancer colo-rectal (7,7 % des décès par cancer). Chez les femmes, il s'agit du cancer du sein (20,3 % des décès par cancer) et du cancer colo-rectal (14 % des décès par cancer).
- Les décès pour cause respiratoire représentent 11 % des décès totaux en Hainaut en 1997. Ils sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. Les maladies par inhalation telles que silicose et asbestose restent 3 fois plus fréquentes en Hainaut qu'en Belgique bien qu'en diminution très importante. De 1987 à 1997, le taux de mortalité causé par la tuberculose baisse partout. Il était, en 1997, 7 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans le Hainaut. De 2000 à 2003, le taux d'incidence baisse légèrement partout. En Hainaut, depuis 2001, le taux est devenu inférieur au taux moyen observé dans l'ensemble de la Belgique.
- Le sida ne cause plus que 2 décès par an en moyenne dans le Hainaut depuis 1998. En effet, le nombre de décès causés par le sida a baissé partout au cours des années 1996 et 1997 grâce aux nouveaux traitements qui allongent ainsi la survie des patients. Chaque année depuis 1998, une personne sur 100 000 est déclarée séropositive dans le Hainaut.

- Le diabète cause davantage de décès en Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique, surtout chez les femmes (deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes). De 1997 à 2001, la proportion de personnes se déclarant atteintes de diabète a augmenté de 41 % dans le Hainaut alors qu'elle n'a augmenté "que" de 22 % en Belgique entre autres grâce à l'amélioration du dépistage. En 2001, la prévalence déclarée du diabète, tous âges confondus, était de 5,3 % chez les femmes et de 4,8 % chez les hommes, taux largement supérieurs à ceux observés pour l'ensemble de la Belgique (ENS). Les taux augmentent partout avec l'âge, mais de manière bien plus précoce en Hainaut, avec des taux supérieurs à 10 % dès la tranche d'âge des 55-64 ans. Le diabète est associé à des conditions socio-économiques plus difficiles ; il est plus fréquent chez les personnes à moindre niveau d'instruction par exemple.
- L'insuffisance rénale cause davantage de décès en Hainaut qu'en Belgique et contrairement à ce qu'on observe en Région wallonne et en Belgique, les hommes du Hainaut sont plus nombreux que les femmes à décéder de cette affection, ce qui peut être mis en relation avec le taux élevé de diabète observé chez ceux-ci.
- Parmi les maladies professionnelles, les maladies provoquées par des agents chimiques ou par inhalation sont les plus fréquentes à provoquer une incapacité de travail permanente. Les maladies professionnelles sont environ 2 à 3 fois plus fréquentes en Hainaut qu'en Belgique. Alors que le taux d'emploi a fortement diminué depuis les années 70, les affections professionnelles donnant lieu à une indemnité restent en hausse, et ce, particulièrement en Hainaut et pour la plupart des causes de maladies professionnelles. Seules les affections par inhalation sont clairement en baisse (- 40 % de 1997 à 2004). Cette baisse est essentiellement le reflet de la diminution du nombre de personnes atteintes de silicose.
- Sur les 19 844 accidents de travail survenant dans le Hainaut en 2003, 78 % concernent des hommes. La plupart des accidents menant à une incapacité temporaire surviennent entre 20 et 29 ans tandis que ceux menant à une incapacité permanente ont tendance à se produire entre 30 et 39 ans. En 2003, 31 personnes âgées de 15 à 19 ans ont eu un accident de travail ayant provoqué chez eux une incapacité permanente.
- En 2004, le Hainaut détenait le triste record du nombre de tués (181) par accident sur ses routes. Avec Namur et le Brabant wallon (mais dans une moindre mesure), le Hainaut est aussi une province belge à avoir vu le nombre de tués sur la route augmenter entre 2000 et 2002. Après 2002, le nombre de tués de la route diminue.
- En 2003, le nombre de mères adolescentes (âgées de moins de 20 ans) est plus élevé en Hainaut (3,6 % de l'ensemble des mères) qu'en Communauté française (2,7 %).
- En 2003, 7,5 % des nouveau-nés hainuyers avaient un poids à la naissance entre 1500 et 2500 g, soit 12 % de plus qu'en Communauté française (6,7 %).
- En nombre absolu, les décès par suicide concernent pour plus d'un tiers le groupe d'âge des 25-44 ans en province du Hainaut et la majorité sont des hommes. En 2004, en Hainaut, 6,4 % des femmes de 15 ans et plus et 5,2 % des hommes ont déclaré avoir déjà essayé de mettre fin à leurs jours. C'est près de deux fois plus qu'en Belgique pour les deux sexes.
- 8,6 % de la population hainuyère a déclaré en 2004 avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze derniers jours, soit 40 % de plus qu'en Belgique. Comme pour les médicaments psychotropes, les femmes sont plus grandes consommatrices d'antidépresseurs : 10,8 % contre 6,2 % d'hommes en Hainaut.

1. La santé perçue

1.1. La santé perçue en Belgique, Région wallonne et Hainaut

**Figure III.1.** : Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une santé bonne à très bonne, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997-2001

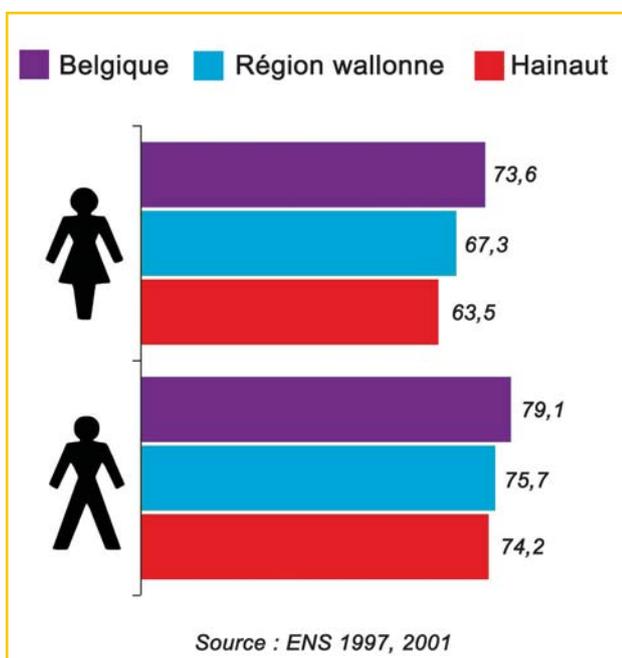


► L'état de santé subjectif est l'évaluation faite par l'individu de sa propre santé. La question posée en 1997 et en 2001 dans le cadre de l'Enquête Nationale de Santé par interview est "Comment est votre état de santé ?". Cette variable a été transformée en une variable binaire : l'état de santé est considéré comme mauvais si l'état de santé est déclaré moyen, mauvais ou très mauvais et bon si l'état de santé est bon ou très bon<sup>(1)</sup>.

Globalement, moins de 70 % des Hainuyers estiment que leur état de santé est bon à très bon. Près d'une personne sur trois estime donc que sa santé est moyenne, mauvaise, voire très mauvaise. Cette proportion est presque la même qu'en 1997. En 2001, les Hainuyers<sup>(2)</sup> sont moins nombreux à juger leur état de santé bon à très bon (68,6 %) par rapport aux Wallons (71,3 %) et beaucoup moins nombreux que les Belges en général (76,2 %).

1.2. La santé perçue par sexe

**Figure III.2.** : Pourcentage d'hommes et de femmes ayant déclaré leur santé bonne à très bonne, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



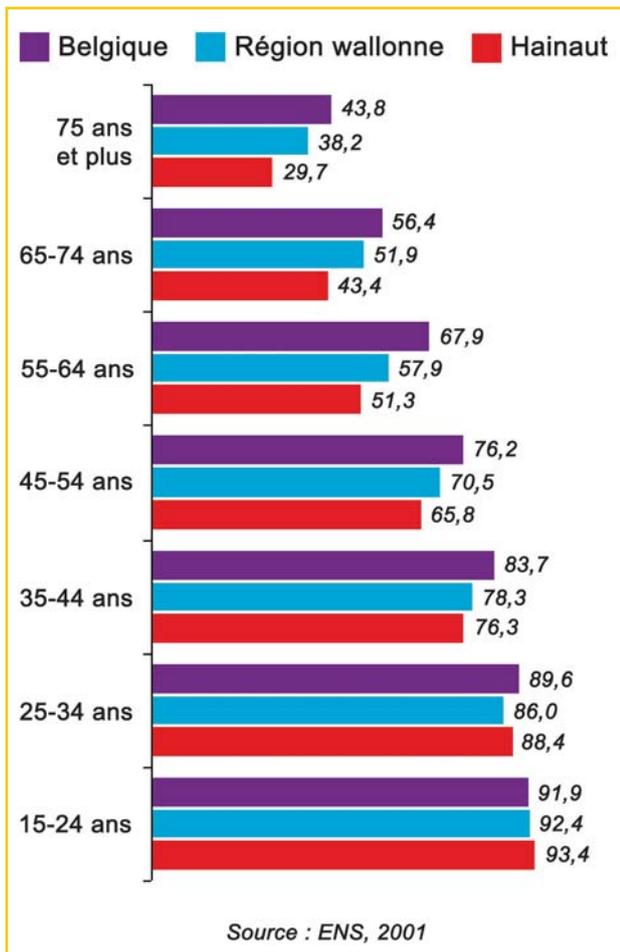
► La santé globale témoigne d'inégalités hommes-femmes. En effet, en Hainaut, 3 hommes sur 4 et seulement 2 femmes sur 3 se déclarent en bonne ou très bonne santé. C'est un peu moins qu'en Belgique pour les hommes et beaucoup moins pour les femmes. La différence entre les hommes et les femmes est également plus marquée en Hainaut. Une partie de cette différence est due au fait que les femmes interrogées dans l'ENS sont en moyenne deux ans plus âgées que les hommes. Cependant, après ajustement pour l'âge, la différence persiste ( $p < 0,001$ ).

(1) Afin de faciliter l'interprétation des résultats et les comparaisons avec d'autres travaux utilisant cette variable.

(2) Chaque fois qu'on cite les Hainuyers, Wallons ou Belges dans le cadre des résultats de l'Enquête Nationale de Santé, il s'agit des personnes résidant en Hainaut, Région wallonne et en Belgique.

1.3. La santé perçue par classe d'âge

**Figure III.3.** : Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une santé bonne à très bonne, en fonction de l'âge, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



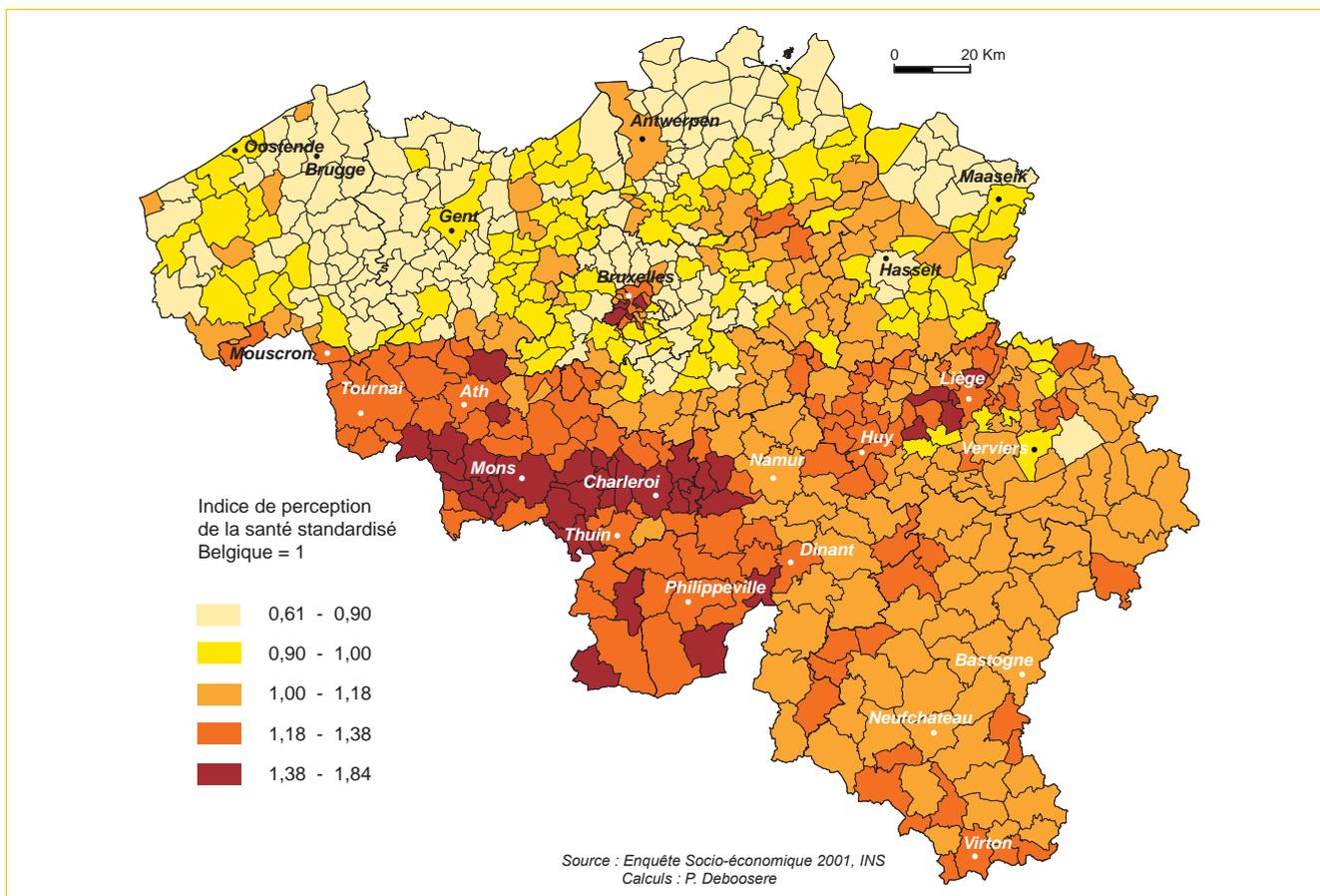
► Plus on vieillit, moins on se sent en bonne santé. Notons toutefois, qu'après 75 ans, près de la moitié des Belges déclarent encore être en bonne santé.

C'est à partir de la tranche d'âge 35-44 ans que se creuse la différence de perception entre les Hainuyers et les Belges, la perte du statut "bonne santé" est plus précoce en Hainaut. Plus les personnes vieillissent, plus l'écart se creuse entre le Hainaut et les autres régions.

Ce constat est commun à la plupart des indicateurs de santé : plus un facteur de risque de mauvaise santé s'accroît (par exemple : l'âge, le sexe, les difficultés économiques...), plus les inégalités entre les régions grandissent.

1.4. La santé perçue par commune

**Carte III.1.** : Indice de perception de mauvaise santé, standardisé selon l'âge et le sexe (Belgique = 1), Belgique (par commune), 2001



Globalement en Belgique, environ 24 % de la population s'estime en mauvaise santé. La carte III.1. montre pour toutes les communes de Belgique, la santé telle qu'elle est perçue par ses habitants en comparaison avec la moyenne belge, après standardisation pour l'âge et le sexe. Les résultats ne sont donc pas influencés par la structure par âge de la population.

Dans les communes où l'indicateur est supérieur à un, la proportion de personnes s'estimant en mauvaise santé est plus élevée qu'en Belgique en général et inversement quand l'indicateur est inférieur à un.

De manière générale, on se sent en moins bonne santé dans les communes wallonnes que dans les communes flamandes. La situation dans les communes bruxelloises est contrastée avec de forts écarts entre les communes plus favorisées du sud-est et celles plus pauvres du nord-ouest.

La proportion de personnes s'estimant en mauvaise santé est particulièrement élevée dans les communes hainuyères du vieux sillon industriel wallon (du Borinage à l'ouest jusqu'à la région de Charleroi à l'est). Dans ces communes, cette proportion est entre 38 et 84 % plus élevée qu'en Belgique en général.

En Région wallonne, seules quelques communes du Brabant wallon présentent une situation plus favorable que la moyenne belge. En Flandre, remarquons la situation plus défavorable des communes où se trouvaient les anciennes mines du Limbourg.

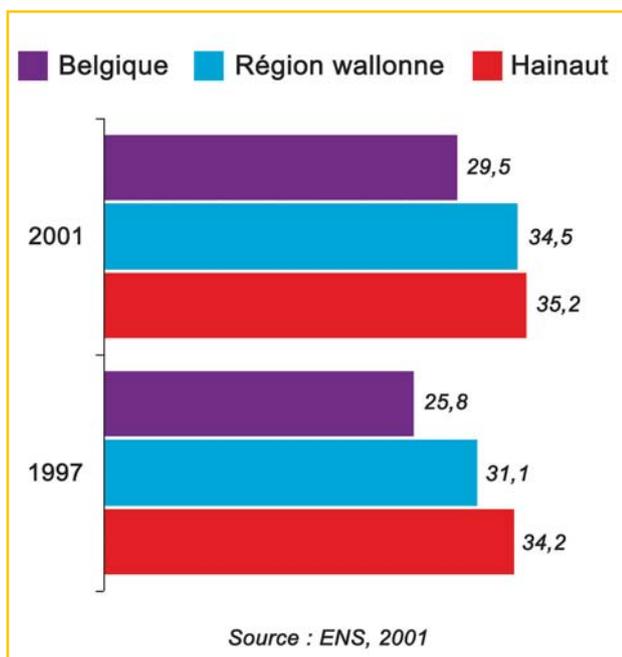
Un ensemble de facteurs peuvent expliquer ces disparités spatiales. Il semble cependant évident que les déterminants socio-économiques jouent un rôle non négligeable.

2. Les maladies chroniques

2.1. La comorbidité en Hainaut

Dans l'Enquête Nationale de Santé, les personnes sont interrogées sur les affections chroniques dont elles souffrent (ou ont souffert au cours de l'année qui précède pendant six mois ou plus) à partir d'une liste de trente-cinq affections relativement courantes, liste à laquelle il était possible de rajouter l'une ou l'autre affection qui n'y figurait pas.

**Figure III.4.** : Pourcentage de la population présentant au moins deux maladies ou affections chroniques au cours des 12 derniers mois, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► La proportion de personnes qui souffrent d'au moins deux maladies chroniques est un reflet de l'état de santé global de la population.

En 2001, 29,5 % des Belges déclaraient souffrir ou avoir souffert dans l'année qui précède de deux maladies chroniques ou plus. Cette proportion était de 25,8 % en 1997. En Région wallonne, cette proportion passe de 31,1 % en 1997 à 34,5 % en 2001 et en Hainaut, de 34,2 % en 1997 et 35,2 % en 2001.

Remarquons que l'on peut "souffrir" de maladies chroniques et se sentir en "bonne santé" (voir figure III.2.).

Par ailleurs, on note à nouveau d'importantes différences hommes-femmes au détriment des femmes. La différence est partiellement due au fait qu'il y a un bien plus grand nombre de femmes âgées (les hommes meurent plus tôt). Les femmes ont une plus longue espérance de vie mais souffrent plus de maladies chroniques. En Hainaut, presque 4 femmes sur 10, tous âges confondus, souffrent de 2 maladies chroniques au moins.

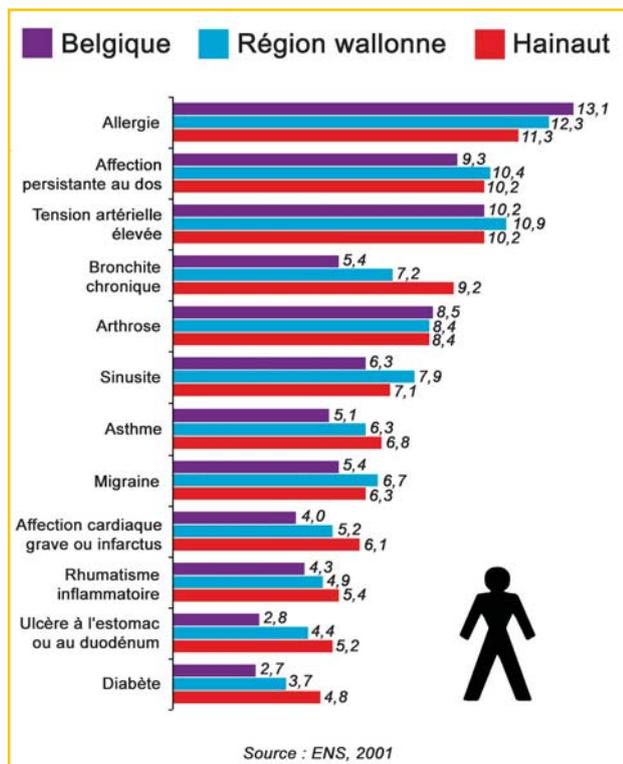
On observe également des différences importantes selon l'âge. Presque un enfant sur dix de moins de 14 ans souffre déjà de 2 maladies chroniques et plus. Cette proportion augmente progressivement avec l'âge pour atteindre 2 personnes sur 3 à partir de 65 ans. Le vieillissement global de la population s'est répercuté dans l'échantillon des personnes interrogées. Ce vieillissement est moins important en Hainaut (voir Chapitre I). Il est un déterminant important de l'évolution observée. En effet, après ajustement pour l'âge et le sexe, les différences observées entre 1997 et 2001 ne sont plus significatives.

Enfin, on observe aussi un lien entre le niveau d'instruction<sup>(3)</sup> et la proportion de personnes qui souffrent d'au moins deux maladies ou affections chroniques : un niveau d'étude élevé diminue le risque d'affections chroniques.

(3) Dans l'ENS, le niveau de scolarité considéré pour chaque individu est le niveau le plus élevé sanctionné par un diplôme, atteint par une des personnes du foyer.

2.2. Les maladies chroniques les plus fréquentes en Hainaut

**Figure III.5.** : Prévalence en % des 12 affections chroniques les plus fréquemment déclarées, hommes, (sur base d'une liste de 35 maladies ou affections chroniques), tous âges confondus, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► Chez les hommes, la maladie chronique la plus fréquemment déclarée est l'allergie. Elle touche environ un homme sur huit en Belgique quel que soit son âge et est moins fréquemment déclarée dans le Hainaut. Ce problème, pour lequel il existe peu de données épidémiologiques en Belgique, et qui semble en augmentation, nécessiterait des efforts de recherches afin de mieux appréhender l'évolution des allergies au cours des dernières années.

Le deuxième problème par ordre de fréquence déclarée est l'affection persistante du dos. En Hainaut, un homme sur 10 souffre régulièrement de maux de dos, un homme sur 12 d'arthrose et un homme sur 20 de rhumatisme inflammatoire, tous âges confondus.

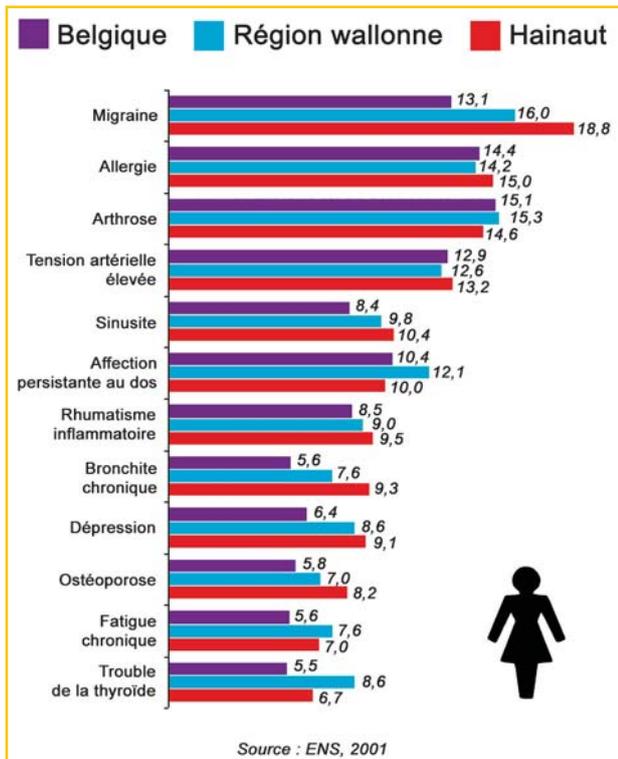
Viennent ensuite la tension artérielle élevée (un homme sur 10), la bronchite chronique (presque un homme sur 10 en Hainaut mais beaucoup moins dans le reste de la Belgique), la sinusite (un homme sur 14), l'asthme et la migraine (un homme sur 15). La dépression touche un peu moins d'un homme sur 20 et la fatigue chronique un peu plus d'un homme sur 27.

On note également que la fréquence relative des problèmes de santé chroniques n'est pas superposable

à celle des causes de mortalité (voir Chapitre II). Certaines pathologies (allergie, maux de dos, arthrose, migraine) sont fréquentes et invalidantes au quotidien mais entraînent peu de décès, voir même peu de consultations médicales : leur importance échappe donc aux statistiques de routine.

Chez les hommes, les affections chroniques sont généralement plus fréquentes dans le Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique. Pour l'arthrose et la tension artérielle élevée, les fréquences sont semblables. Et l'allergie y est déclarée moins souvent.

**Figure III.6.** : Prévalence en % des 12 affections chroniques les plus fréquemment déclarées, femmes (sur base d'une liste de 35 maladies ou affections chroniques), tous âges confondus, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

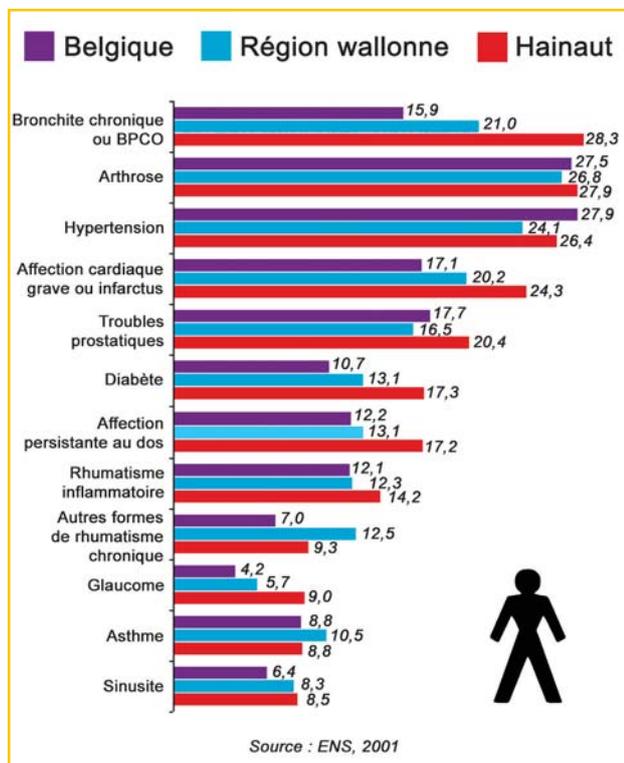


► Chez les femmes, les proportions sont légèrement différentes. La maladie la plus souvent déclarée est la migraine qui touche près d'une femme sur 5 dans le Hainaut quel que soit son âge. Les femmes souffrent d'allergies dans une proportion assez identique à celle des hommes (une sur 6), elles souffrent plus d'arthrose (une femme sur 7), d'affections persistantes au dos et de rhumatismes inflammatoires que les hommes. Au total, plus de 20 % des femmes souffrent de leurs articulations au quotidien. La tension artérielle élevée touche une femme sur 8, la sinusite une femme sur 10 en Hainaut (un peu moins dans le reste de la Belgique). Étonnamment, la bronchite chronique est aussi fréquente que chez les hommes mais elle a un rang plus faible dans l'ordre de fréquence des maladies chroniques. Pour expliquer cette fréquence semblable, différentes hypothèses peuvent être évoquées : sous-déclaration des hommes, échantillon féminin plus âgé, tabagisme en augmentation chez les femmes.

La dépression est plus souvent déclarée (une femme sur 11) que chez les hommes (un homme sur 20). Viennent ensuite l'ostéoporose et les problèmes de thyroïde. Une femme sur 14 souffre de fatigue chronique (un peu plus qu'en Belgique en général).

### 2.3. La prévalence des 12 maladies chroniques les plus souvent déclarées chez les 65 ans et plus

**Figure III.7.** : Prévalence des 12 maladies ou affections chroniques les plus fréquemment déclarées en %, hommes de + de 65 ans (sur base d'une liste de 35 maladies ou affections chroniques), Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► La prévalence de toutes les maladies chroniques déclarées est plus élevée chez les hommes de plus de 65 ans en Hainaut qu'en Belgique.

Près de la moitié des Hainuyers de plus de 65 ans souffrent de leurs articulations : 17 % souffrent du dos, plus de 10 % souffrent d'une autre forme de rhumatisme chronique et 27,9 % déclarent également souffrir de différentes formes d'arthrose.

La bronchite chronique est également fort élevée chez les hommes âgés du Hainaut (28 %). Elle est quasiment deux fois plus fréquente que dans le reste de la Belgique pour cette tranche d'âge. La bronchite chronique est non seulement le reflet d'un passé professionnel difficile et exposé (fumée, charbon...) mais également et peut-être surtout liée à la fumée du tabac, que la consommation soit active ou passive.

Environ un quart (24 %) des hommes de plus de 65 ans du Hainaut disent avoir souffert au cours de l'année qui précède d'affections cardiaques graves ou d'un infarctus. Cette proportion est plus basse en Région wallonne (20 %) et en Belgique (17 %).

Environ 20 % des hommes de 65 ans et plus souffrent de

troubles prostatiques.

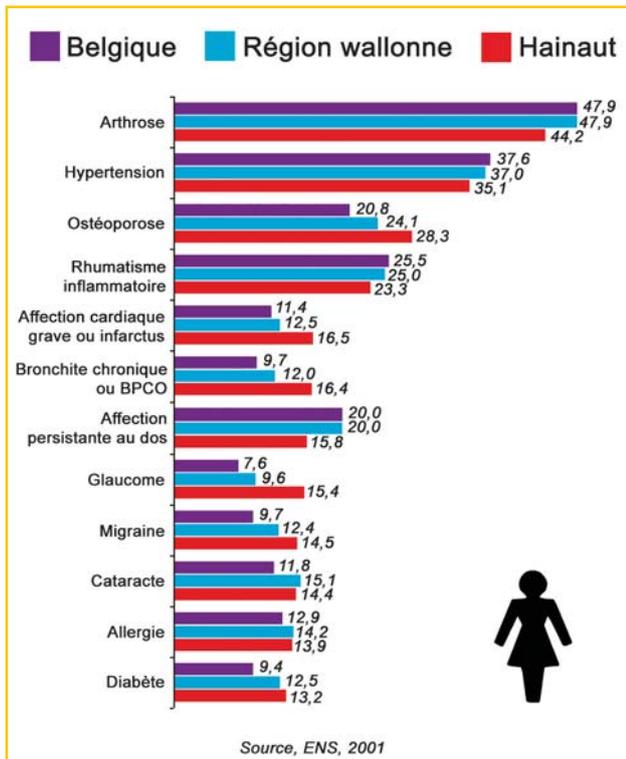
Le diabète affecte un nombre nettement plus élevé d'hommes de plus de 65 ans en Hainaut (17 %) qu'en Belgique (11 %). Il atteint environ un homme sur 6 après 65 ans.

Le glaucome est également souvent déclaré dans le Hainaut : 9 % des hommes de cet âge ont déclaré en souffrir, contre 4 % pour l'ensemble de la Belgique.

L'asthme touche environ 9 % des hommes de 65 ans et plus, tant dans le Hainaut qu'en Belgique.

Seuls 3,5 % des hommes de 65 ans et plus du Hainaut déclarent souffrir de dépression alors qu'ils sont 6,8 % pour l'ensemble de la Belgique.

**Figure III.8.** : Prévalence des 12 maladies ou affections chroniques les plus fréquemment déclarées en % femmes de + de 65 ans sur base d'une liste de 35 maladies ou affections chroniques, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► Les femmes de 65 ans et plus souffrent d'abord d'arthrose (plus de 40 %) et de tension artérielle élevée (35 %). En Hainaut, 28 % des femmes de plus de 65 ans déclarent souffrir d'ostéoporose et près de 25 % de rhumatisme inflammatoire.

En dehors de ces quatre affections, on en dénombre une série d'autres qui affectent environ une femme sur 6 en Hainaut.

Contrairement à ce qui est observé pour l'ensemble de la population, chez les plus âgées (65 ans et plus), la fréquence de la bronchite chronique est plus faible (16 %) que chez les hommes (28 %). Ceci s'explique par moins d'exposition professionnelle aux toxiques et moins de tabagisme. La fréquence de la bronchite chronique chez la femme est malgré tout plus élevée dans le Hainaut que dans les autres régions de Belgique.

En Hainaut, le glaucome affecte les femmes de 65 ans et plus presque deux fois plus souvent que pour l'ensemble de la Belgique. Le même constat vaut pour les hommes du Hainaut. Rappelons qu'outre le vieillissement et l'hérédité, il existe d'autres facteurs de risque comme la myopie, le diabète, l'excès de cholestérol ou de triglycérides, l'hypertension ou à l'opposé l'hypotension artérielle<sup>(4)</sup>,

problèmes dont les fréquences sont toutes plus élevées en Hainaut qu'en Belgique en général.

Dans la province, 14 % des femmes de plus de 65 ans interrogées ont déclaré souffrir de cataracte.

Ces deux pathologies oculaires augmentent avec l'âge. Elles sont plus fréquentes chez les femmes interrogées que chez les hommes, en partie parce que leur âge moyen est plus élevé.

La proportion d'allergies n'est pas différente pour les femmes de 65 ans et plus que pour l'ensemble de la population féminine que ce soit en Hainaut ou pour l'ensemble de la Belgique.

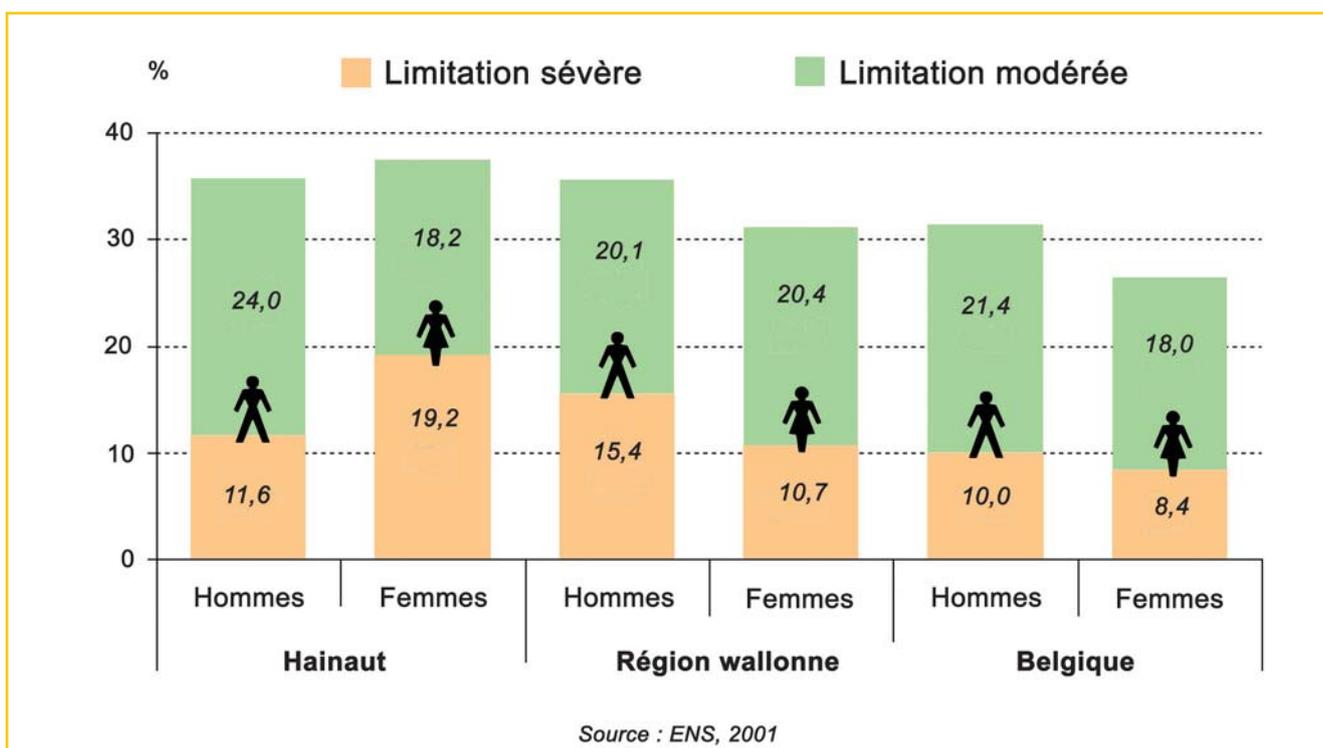
Enfin, dans ce groupe d'âge, environ 12 % des femmes en Hainaut se plaignent de dépression.

(4) Voir <http://ophtalmologie.fr/glaucome-signes.html>

On considère qu'il y a des limitations physiques sévères lorsque la personne est au lit tout le temps ou de temps en temps et qu'elle est limitée au moins de temps en temps dans ses activités quotidiennes en raison d'une ou plusieurs maladies de longue durée ou de handicaps. On considère qu'il y a limitation modérée lorsque la personne soit doit rester au lit de temps en temps, soit lorsqu'elle vit des restrictions dans la vie quotidienne à cause d'une maladie chronique ou d'un handicap.

### 3.1. La proportion des 65 ans et plus déclarant souffrir de limitations physiques modérées ou sévères

**Figure III.9.** : Pourcentage de personnes de 65 ans et plus déclarant des limitations physiques modérées ou sévères, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



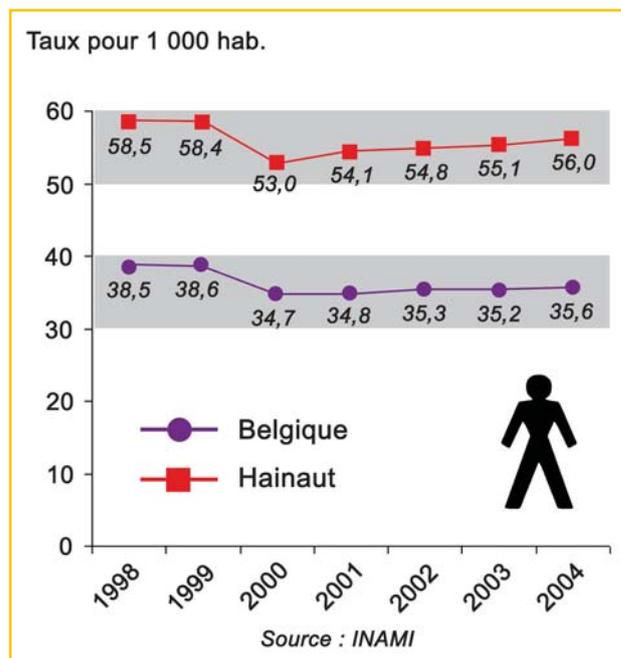
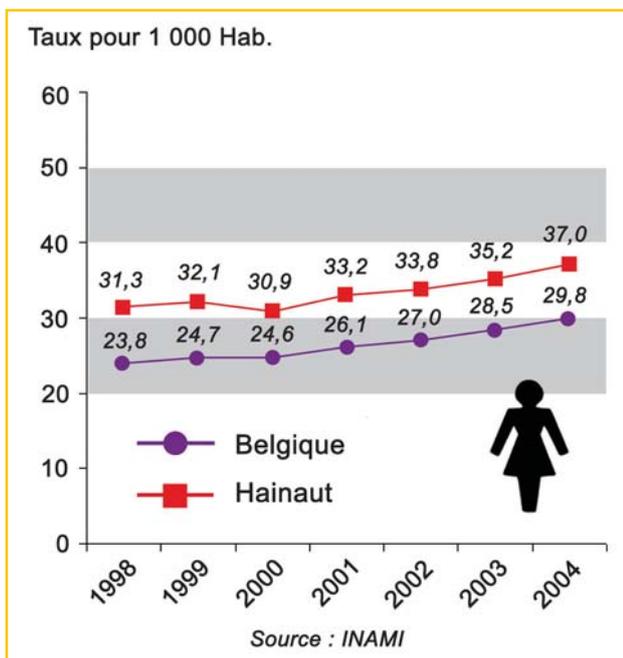
En Hainaut, en 2001, 36 % des hommes de 65 ans et plus et 37 % des femmes du même âge déclarent avoir des limitations physiques modérées ou sévères. La Région wallonne compte proportionnellement autant d'hommes déclarant une limitation que le Hainaut mais moins de femmes. Quant aux proportions observées pour l'ensemble de la Belgique, elles sont moindres : 31 % pour les hommes et 26 % pour les femmes. Les femmes âgées de 65 ans et plus résidant en Hainaut présentent le taux le plus élevé des limitations physiques, et en particulier celui des limitations sévères qui constituent plus de la moitié de l'ensemble de ces limitations.

### 3.2. L'invalidité reconnue et indemnisée

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

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

**Figure III.10.** : Evolution du taux (pour 1000 habitants) de personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI, par sexe, Belgique - Hainaut, 1998-2004



En Hainaut et en 2004, la proportion de personnes reconnues invalides est de 56 pour 1000 pour les hommes et de 37 pour 1000 pour les femmes. En Belgique, elle est plus faible et ce, tant pour les hommes que pour les femmes avec respectivement 36 et 30 pour mille. L'écart entre le Hainaut et la Belgique est donc beaucoup plus important chez les hommes (57 %) que chez les femmes (24 %).

Tant pour le Hainaut que pour la Belgique, la proportion d'hommes invalides semble assez stable au cours des dix dernières années. On a toutefois observé une diminution légère jusqu'en 2000 suivie d'une nouvelle augmentation très lente mais continue de 3 % entre 2000 et 2004. Chez les femmes par contre, la proportion de personnes indemnisées pour invalidité a été en augmentation constante au cours des dernières années. Elle a augmenté de 18 % entre 1998 et 2004, en Hainaut et de 25 % pour l'ensemble de la Belgique sur la même période. Une hypothèse réside dans l'augmentation du nombre de femmes qui ont un handicap et vivent seules (avec ou sans enfants). Il y aurait ainsi davantage de femmes dans la nécessité de demander des allocations d'invalidité.

Les maladies cardiovasculaires restent globalement la première cause de décès dans notre pays et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. La plupart de ces décès surviennent chez des personnes âgées mais 11 % d'entre eux surviennent, souvent de manière assez brutale, avant 65 ans.

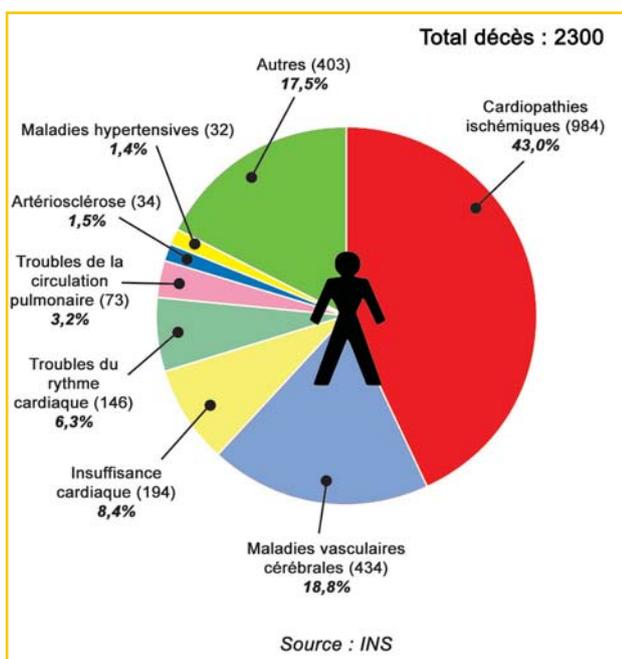
Malgré le vieillissement de la population, on observe depuis plus de trente ans une diminution de la mortalité cardiovasculaire dans la plupart des pays industrialisés. Une étude réalisée en Angleterre attribue principalement cette diminution aux mesures de prévention primaire : contrôle du poids et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

Ces constatations nous incitent bien sûr à poursuivre les efforts en matière de prévention et de promotion de la santé.

### 4.1. La répartition des décès cardiovasculaires par type de pathologie cardiovasculaire et par sexe

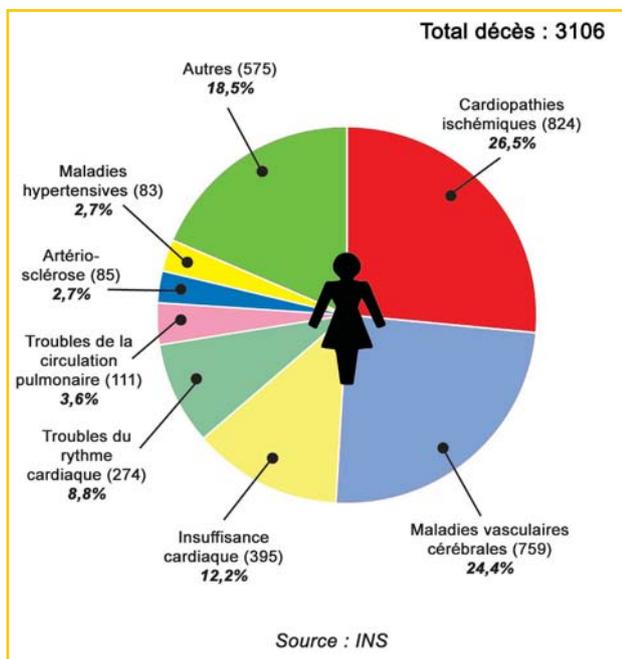
L'histoire naturelle de la maladie ischémique est assez différente chez les hommes et chez les femmes : les décès par maladie ischémique sont plus fréquents et plus précoces chez l'homme alors que les femmes en sont relativement protégées jusqu'à leur ménopause. Tous les autres problèmes, et spécialement les pathologies vasculaires cérébrales et les troubles du rythme sont plus fréquemment rapportés comme cause de décès chez les femmes.

**Figure III.11.** : Répartition des décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, hommes, Hainaut, 1997



► Chez les hommes, les maladies ischémiques (infarctus) constituent la plus grande part des décès cardiovasculaires avec 984 décès par an en Hainaut en 1997 (43 % des décès cardiovasculaires et 13 % du total des décès masculins). Viennent ensuite les maladies vasculaires cérébrales (thrombose, hémorragie cérébrale) avec 434 décès masculins (18,8 % des décès cardiovasculaires), les insuffisances cardiaques avec 194 décès (8,4 %) et les troubles du rythme avec 146 décès masculins (6,3 %).

**Figure III.12.** : Répartition des décès par maladies cardiovasculaires, par type de pathologie, femmes, Hainaut, 1997

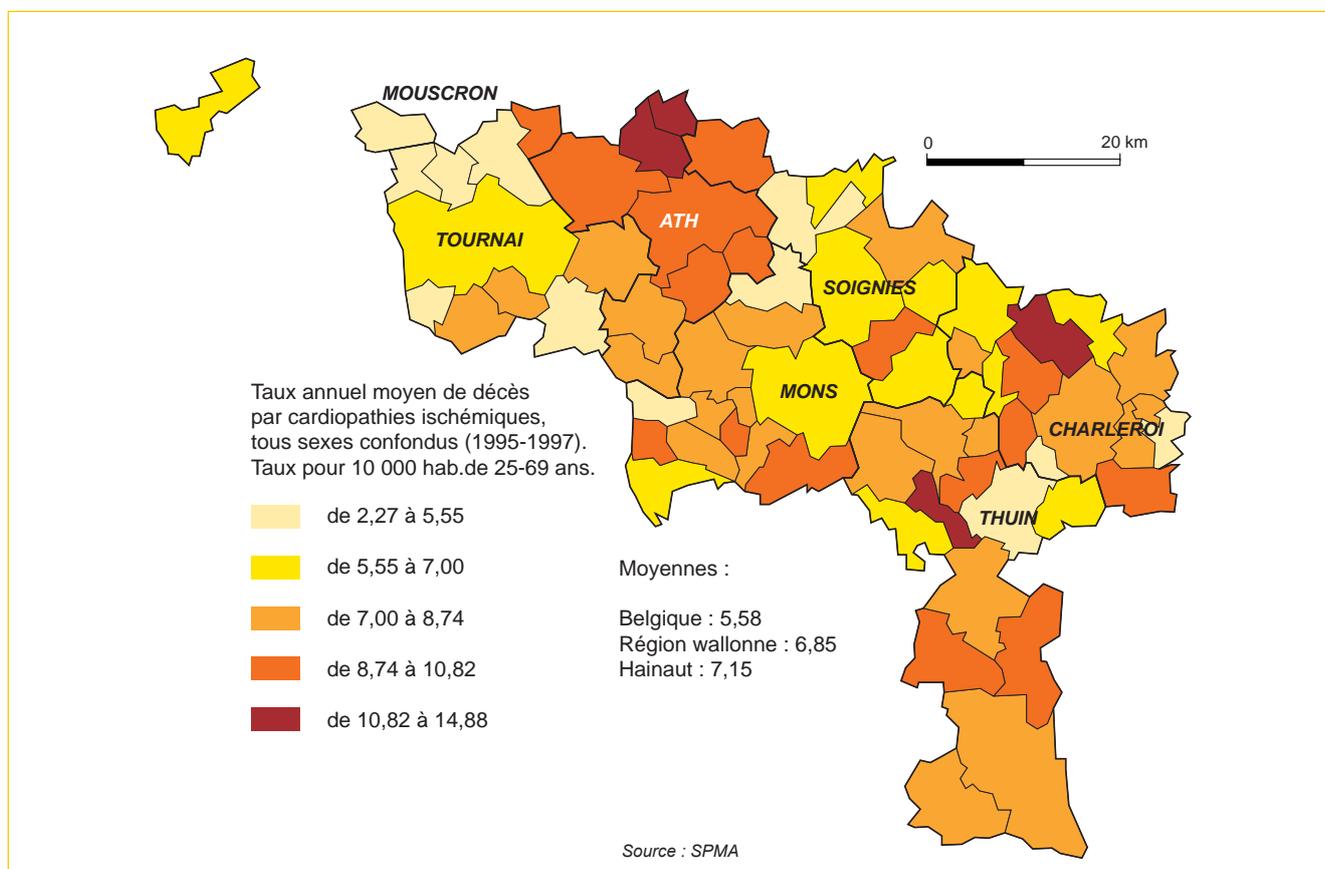


► Chez les femmes, la répartition des causes des maladies cardiovasculaires suit celle des hommes avec cependant un peu moins d'infarctus avec 824 décès (26,5 % des décès cardiovasculaires féminins et 10,5 % des décès totaux), nettement plus de maladies vasculaires cérébrales avec 759 décès (24,4 %), et plus d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme avec respectivement 395 décès par insuffisance cardiaque (12,2 %) et 274 par troubles du rythme (8,8 %).

Globalement, ces décès surviennent plus tard que chez l'homme. La tranche d'âge la plus affectée par les décès par infarctus est la tranche 85-89 ans chez les femmes alors que c'est le groupe des 70-74 ans chez les hommes.

## 4.2. La mortalité par cardiopathies ischémiques en Hainaut

**Carte III.2.** : Taux moyen annuel de mortalité par cardiopathies ischémiques des 25-69 ans, Hainaut (par commune), 1995-1997



Le taux brut de mortalité par cardiopathies ischémiques des 25-69 ans est plus élevé dans le Hainaut (7,15) qu'en Belgique en général (5,58). Les taux bruts de mortalité sont influencés par la structure par âge car les risques de décès augmentent avec l'âge. Les taux bruts de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les moins de 69 ans sont plus élevés dans la région d'Ath, le long de la ceinture industrielle et dans la Botte du Hainaut, si on considère les données de mortalité de 1995 à 1997.

Cette observation doit cependant être interprétée avec circonspection car de faibles différences dans la structure par âge de la population peuvent affecter les résultats et ce, d'autant plus que la commune est peu peuplée et le nombre d'infarctus moins élevé.

### 4.3. La baisse de la fréquence et de la létalité des infarctus du myocarde chez les personnes de 25 à 69 ans

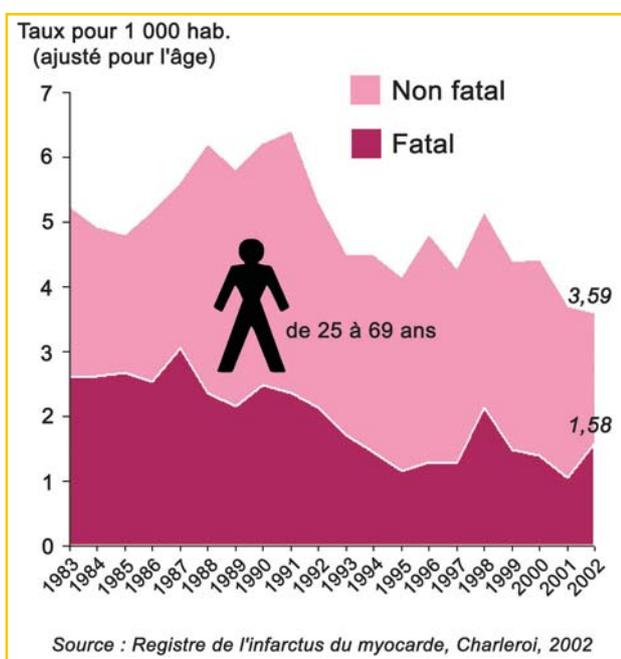
Le taux d'incidence (‰) est le nombre de nouveaux événements coronariens sur une période donnée rapporté à la population. La létalité correspond au nombre de cas fatals à 28 jours divisé par le nombre total de cas (fatals et non fatals).

L'ampleur de l'épidémie des maladies cardiovasculaires doit s'apprécier en mesurant non seulement le nombre de décès liés à ces pathologies mais aussi le nombre de cas non décédés. Cela se fait par la tenue d'un registre, qui, vu la complexité et le coût de la tâche, porte sur une zone géographique bien limitée. Un registre des infarctus est tenu dans les villes de Gand et de Charleroi depuis 1983. Il consiste à consigner de manière exhaustive tous les infarctus qui surviennent grâce à l'examen minutieux des certificats de décès et des registres d'hospitalisation (suivant la méthodologie MONICA<sup>(5)</sup>).

Globalement, la fréquence des infarctus chez les personnes de 25 à 69 ans a diminué d'un tiers depuis 1983 (date du début du registre MONICA). Sur cette même période, la létalité (proportion d'événements fatals parmi l'ensemble des cas) est passée de 50 à 35 %, grâce entre autres à une meilleure connaissance des symptômes dans la population et à une prise en charge plus efficace. Les comparaisons se font sur des taux d'incidence standardisés pour l'âge en prenant la population de 1983 comme référence pour éviter l'impact du vieillissement de la population sur les résultats.

La tranche d'âge concernée par le registre de l'infarctus est celle des 25-69 ans qui est proche de ce qu'on considère actuellement comme mortalité prématurée (décès qui surviennent avant 65 ans). Cependant, il faut bien garder à l'esprit que 28 % seulement des infarctus fatals surviennent avant 70 ans. Le registre de l'entité de Charleroi est celui qui présente les taux les plus élevés en comparaison avec ceux qui ont été réalisés dans les villes de Gand et de Liège, et dans la province du Luxembourg. Ces deux derniers registres présentent des taux intermédiaires à ceux observés à Charleroi et Gand (Paul I., 2001 ; Leveque A., 2005 ; Brohet, 1991).

**Figure III.13.** : Evolution des taux d'incidence de l'infarctus du myocarde, hommes, Charleroi, 1983-2002

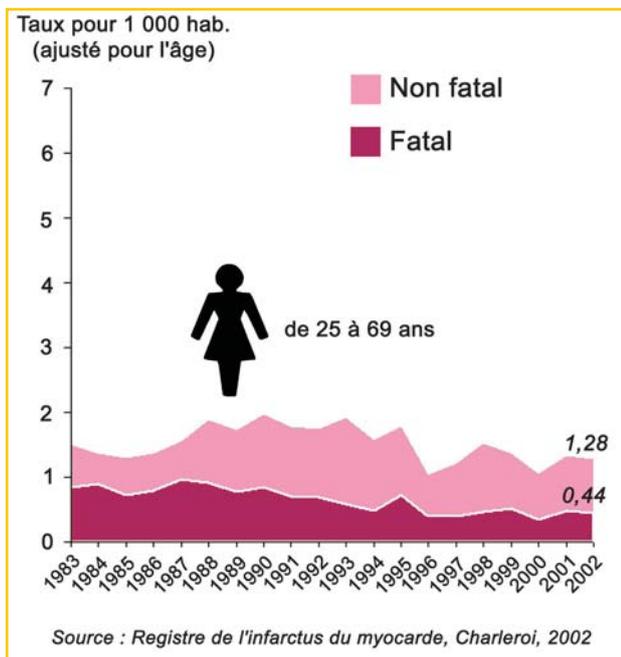


► A Charleroi, le taux standardisé pour l'âge des infarctus ou accidents ischémiques aigus (fatals + non fatals) était en 2002 de 3,6 pour 1000 hommes de 25 à 69 ans au lieu de 5,2 en 1983 soit une diminution de 29 %. Les infarctus fatals sont quant à eux passés de 2,6 ‰ en 1983 à 1,6 ‰ en 2002, soit une diminution de plus de 40 %.

Un peu plus d'un tiers des accidents ischémiques ont été fatals en 2002 alors que la moitié d'entre eux l'étaient en 1983.

(5) MONICA : Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases.

**Figure III.14.** : Evolution des taux d'incidence de l'infarctus du myocarde, femmes, Charleroi, 1983-2002

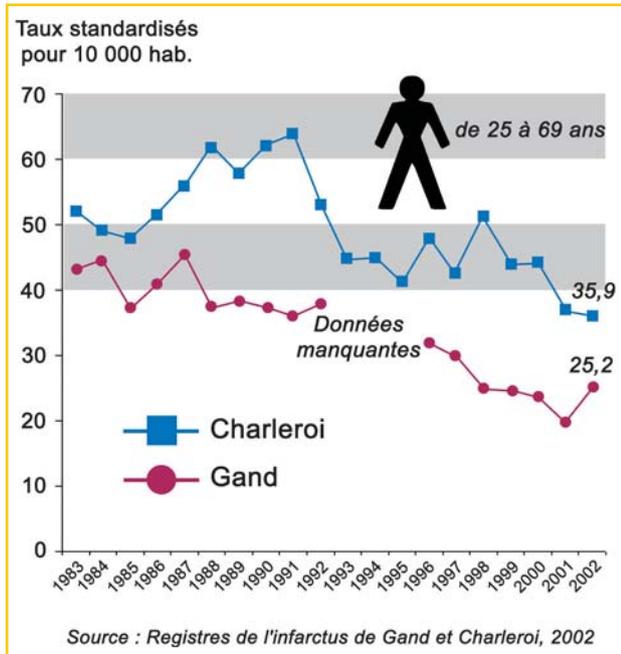


► Chez les femmes de l'entité de Charleroi, l'infarctus avant 69 ans est nettement moins fréquent que chez les hommes puisque le taux standardisé était de 1,28 pour 1000 femmes en 2002 avec un tiers d'accidents fatals.

Par contre, si on observe une nette diminution de la létalité des infarctus de la femme depuis 1983, on ne peut pas en dire autant de leur fréquence. La figure III.14. montre en effet une relative stabilité des taux standardisés totaux entre 25 et 69 ans.

La comparaison des résultats des Registres de Gand et Charleroi montre des différences importantes entre ces deux villes et ce, plus pour les hommes que pour les femmes.

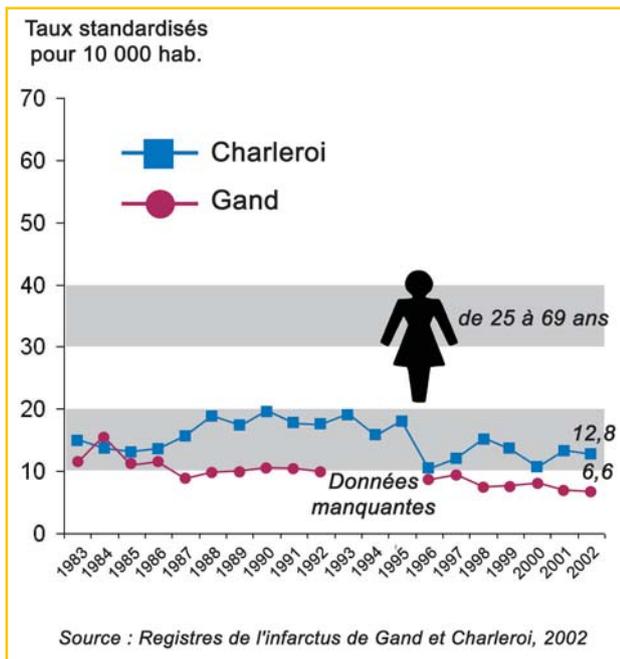
**Figure III.15.** : Evolution du taux d'attaque de l'infarctus du myocarde, hommes de 25 à 69 ans, Gand - Charleroi, 1983-2002



► De 1983 à 2002, le taux d'attaque de l'infarctus suit la même tendance à la baisse à Gand qu'à Charleroi. Cependant, les taux d'attaque sont plus faibles à Gand et baissent plus vite dans le temps creusant ainsi l'écart entre les deux villes.

En moyenne sur toute la période, on peut estimer un excès d'infarctus de l'ordre de 50 % à Charleroi par rapport à Gand.

**Figure III.16.** : Evolution du taux d'attaque de l'infarctus du myocarde, femmes, Gand - Charleroi, 1983-2002



▶ Avec une dizaine de cas pour 10 000 femmes de 25 à 69 ans par an, l'incidence de l'infarctus chez la femme est environ 3 fois moindre que chez l'homme dans cette tranche d'âge et ce, tant à Charleroi qu'à Gand.

La figure III.16 nous montre de plus chez les femmes une stabilité du taux d'attaque de l'infarctus du myocarde assez similaire à Gand et à Charleroi de 1983 à 2002.

On note globalement une différence moins importante entre les deux villes pour les femmes que pour les hommes même si, fin des années 1980, il y avait presque deux fois plus de femmes atteintes à Charleroi qu'à Gand.

Les cancers constituent la seconde cause de mortalité dans notre pays et la première cause de mortalité entre 45 et 64 ans. La létalité des différents cancers varie, entre autres, selon le type, la localisation et la précocité du traitement. Elle diminue grâce à l'amélioration du dépistage, à la détection plus précoce et à l'amélioration des traitements.

Plus de personnes sont atteintes par le cancer que celles qui en meurent. Par exemple, les cancers de la prostate ou du sein constituent chez l'homme et la femme une part importante des nouveaux cas de cancers mais une part beaucoup plus faible des décès par cancer. Pour le cancer du poumon, c'est le contraire, chez les hommes et chez les femmes, leur part dans la mortalité par cancer est plus importante que leur part parmi l'incidence des cancers (Deguey et al., 2004).

Un Registre National du Cancer a été tenu jusqu'en 1998, sans toutefois atteindre l'exhaustivité des cas. En 2005, un Registre National du Cancer a été créé<sup>(6)</sup> sous la forme d'une fondation. Il implique désormais davantage d'acteurs et dispose de plus de moyens nourrissant ainsi de nombreux espoirs chez les épidémiologistes. A ce jour, la Fondation n'a pas encore pu commencer à publier les données. A défaut de données de morbidité fidèles, les données de mortalité seront surtout analysées ici, bien que les dernières disponibles pour la Région wallonne datent de 1997.

### 5.1. La mortalité par cancer

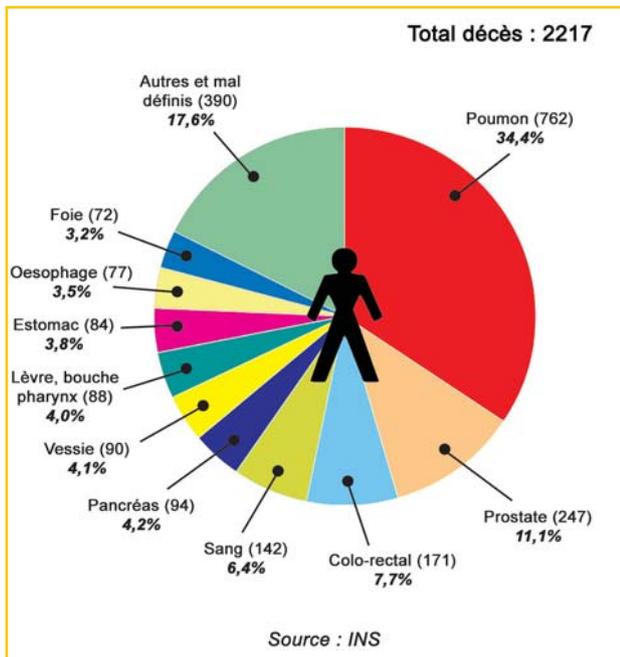
Une grande partie de ces cancers sont influencés à des degrés divers par le mode de vie : consommation de tabac pour le cancer du poumon, des voies aériennes et digestives supérieures et de l'œsophage ; alimentation pour le cancer du colon, et même probablement du sein ou de la prostate, consommation d'alcool pour le cancer des voies aéro-digestives, du sein et de la prostate (OMS, 2003). Après le tabac, l'alimentation est la seconde cause théorique impliquée dans la mortalité évitable<sup>(7)</sup> (OMS, 2003) et compterait dans la genèse d'environ 30 % des cancers. Les facteurs favorisant le cancer seraient entre autres la consommation de graisse animale, d'alcool et d'aliments conservés selon certaines techniques (salaisons, aliments fumés...). Parmi les facteurs de protection, on trouve la consommation de fruits et légumes et l'activité physique. L'excès de poids et le manque d'activité physique interviendraient dans environ 20 % des cancers les plus fréquents : cancer du sein (post-ménopause), colon, endomètre, rein et œsophage (OMS, 2003). Le cancer du foie est lié à des facteurs de risque particuliers : hépatites infectieuses, consommation d'aflatoxines (toxines sécrétées par des moisissures signant une mauvaise conservation d'aliments comme les arachides par exemple) mais dans nos pays, le facteur le plus important reste la consommation excessive chronique d'alcool et la cirrhose qu'elle engendre.

Pour les deux sexes, on notera que la plupart des facteurs de risque et de protection liés aux modes de vie sont communs pour les cancers et les maladies cardiovasculaires.

(6) Arrêté royal du 16 novembre 2005 - Arrêté royal octroyant un subsidie à l'Oeuvre belge du Cancer pour l'établissement et la tenue à jour, durant l'année 2005, d'un registre des nouveaux cas de cancer en Belgique, publié dans le Moniteur belge du 18/01/2006, p 2745.

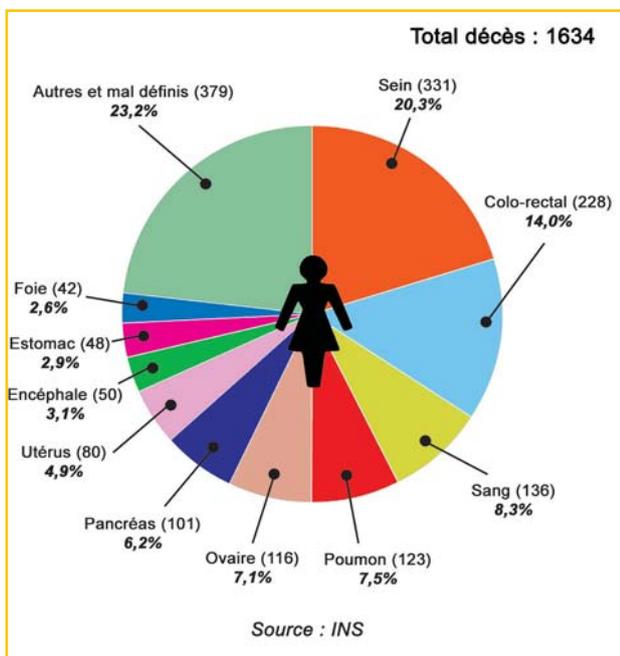
(7) La mortalité évitable est la mortalité pour certaines causes de décès classifiées comme évitables sur bases de traitements curatifs et des mesures préventives disponibles (Charlton et al., 1983).

**Figure III.17.** : Répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, hommes, Hainaut, 1997



► Chez les hommes, parmi les cancers qui ont eu une issue fatale en Hainaut en 1997 (2217 décès en Hainaut), 34,4 % étaient des cancers du poumon (762 décès), 11,1 % des cancers de la prostate (247 décès) et 7,7 % des cancers colo-rectaux (171 décès). Les cancers des voies aériennes et digestives supérieures rejoignent les cancers colo-rectaux avec 7,5 % des décès (165 décès).

**Figure III.18.** : Répartition des décès par cancer en fonction du site de la tumeur primitive, femmes, Hainaut, 1997



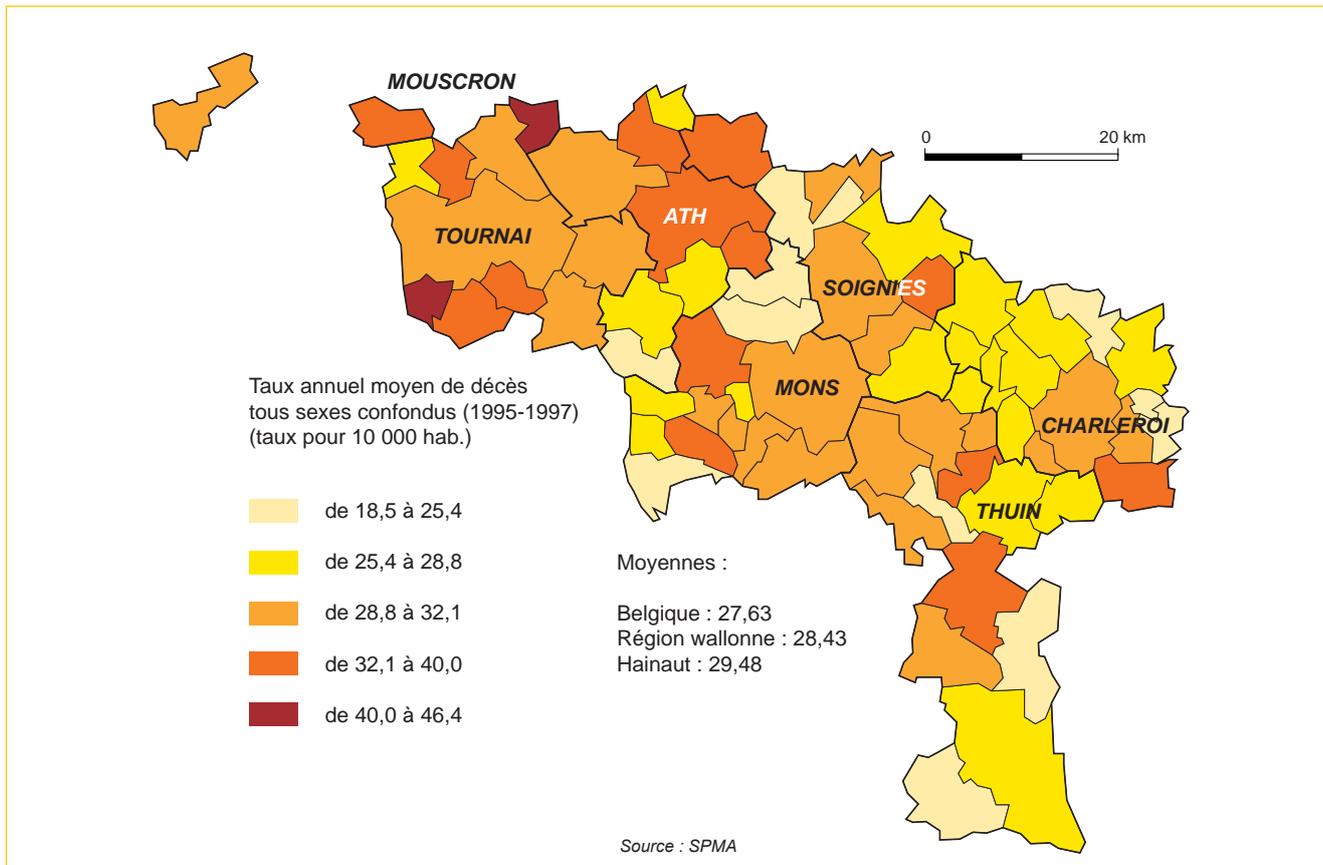
► Chez les femmes, le cancer du sein est le cancer qui provoque le plus de décès (331 décès en Hainaut en 1997, soit 20,3 % des décès par cancer (1634) et 4,2 % du total des décès féminins en Hainaut (7815)). Vient ensuite le cancer colo-rectal avec 228 décès (14 % des décès par cancer et 2,9 % des décès totaux). Les cancers du sang, du poumon et de l'ovaire comptent respectivement pour 8,3, 7,5 et 7,1 % des décès par cancer.

Outre les facteurs de risque et de protection communs aux deux sexes, on notera l'effet relativement protecteur sur les cancers féminins de l'allaitement maternel (cancer de l'ovaire et cancer du sein (préménopause) et de la précocité des grossesses (OMS, 2003). Près de 100 % des cancers du col sont secondaires à une infection par le Papilloma Virus Human (HPV 16 - HPV 18). Les facteurs de risque principaux sont un nombre élevé de partenaires sexuels, la précocité des premiers rapports, la multiparité, une première grossesse précoce, des antécédents de maladies sexuellement transmissibles, l'immunodépression et le tabagisme. Un vaccin pourrait être généralisé dans les années qui viennent (Koutsky L.A. et al., 2002).

Enfin, une controverse a lieu à propos de l'association entre le cancer de l'endomètre (utérus) et la prise d'hormones de substitution de type séquentielle au cours de la ménopause (Rossouw et al., 2002). Ce cancer serait également associé à l'excès de poids.

5.2. La mortalité par cancer dans les communes du Hainaut

**Carte III.3.** : Taux moyen annuel de mortalité due au cancer, Hainaut (par commune), 1995-1997

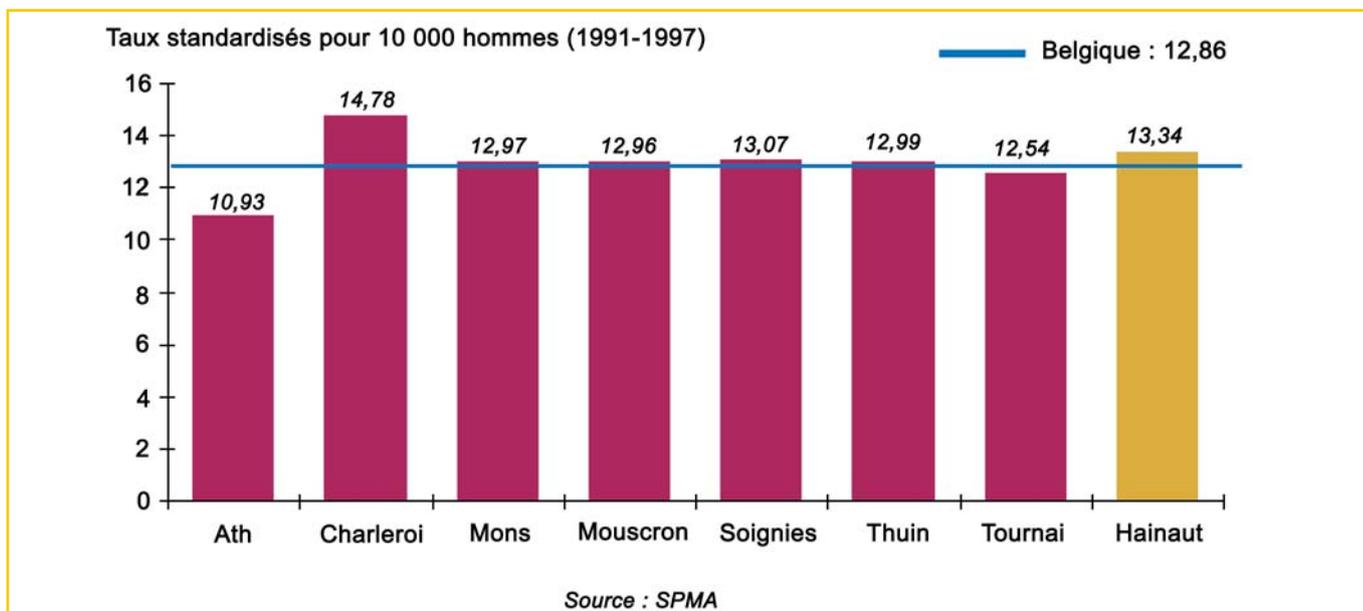


Un grand nombre de communes ont eu entre 1995 et 1997 une mortalité par cancer supérieure aux moyennes belge et wallonne ; ces taux bruts semblent particulièrement élevés dans le Hainaut occidental dont la population est globalement plus âgée que dans le reste du Hainaut. Les taux sont également élevés dans la zone de Charleroi et la région du Centre et du Borinage.

### 5.3. Les cancers du poumon et du sein

Les figures ci-dessous reprennent pour les hommes et pour les femmes les taux de mortalité des cancers qui tuent le plus, celui du poumon pour les hommes et celui du sein pour les femmes.

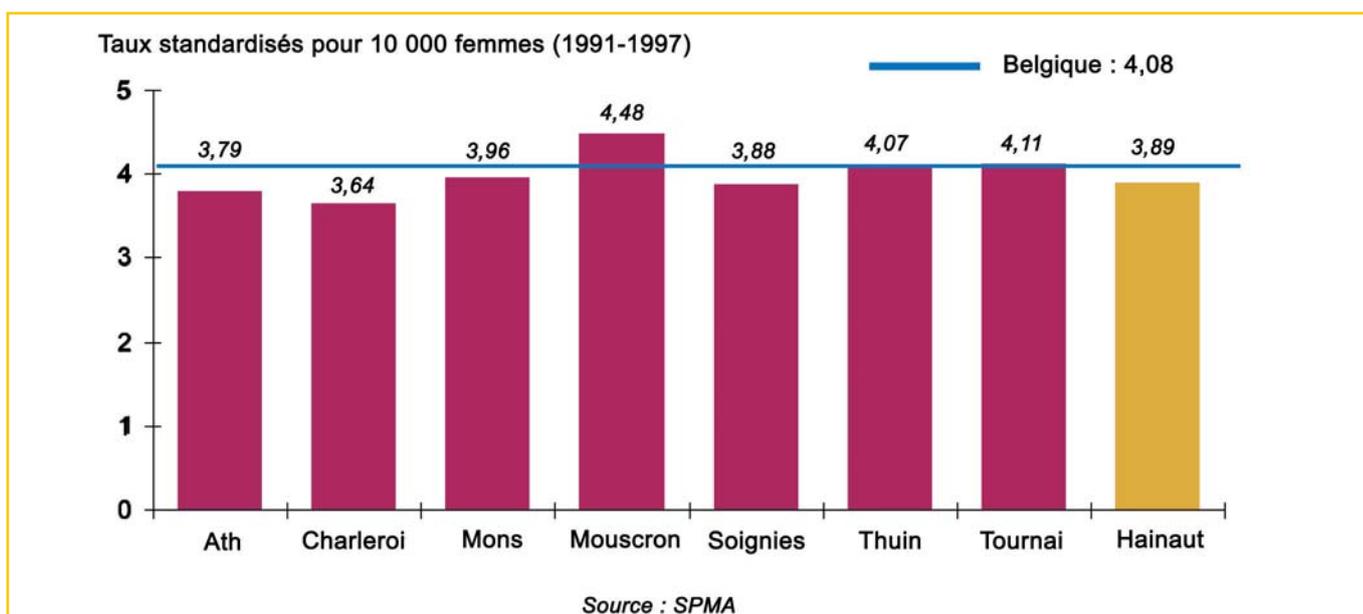
**Figure III.19.** : Taux de mortalité par cancer du poumon standardisé par âge, hommes, Hainaut (par arrondissement), 1991-1999



Le Hainaut affiche un taux de mortalité par cancer du poumon supérieur au taux national : à âge égal le risque masculin de décès par cancer du poumon est plus élevé dans le Hainaut qu'en Belgique en général.

Dans le Hainaut, c'est l'arrondissement de Charleroi qui présente la plus forte mortalité masculine par cancer du poumon et celui de Ath la plus faible mortalité pour ce type de cancer.

**Figure III.20.** : Taux de mortalité par cancer du sein standardisé par âge, femmes, Hainaut (par arrondissement), 1991-1997



Au contraire, le Hainaut présente un taux de mortalité féminine par cancer du sein plus faible qu'en Belgique en général.

## 5.4. L'incidence des cancers

**Tableau III.1.** : Nombres absolus de nouveaux cas de cancers recensés, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1998

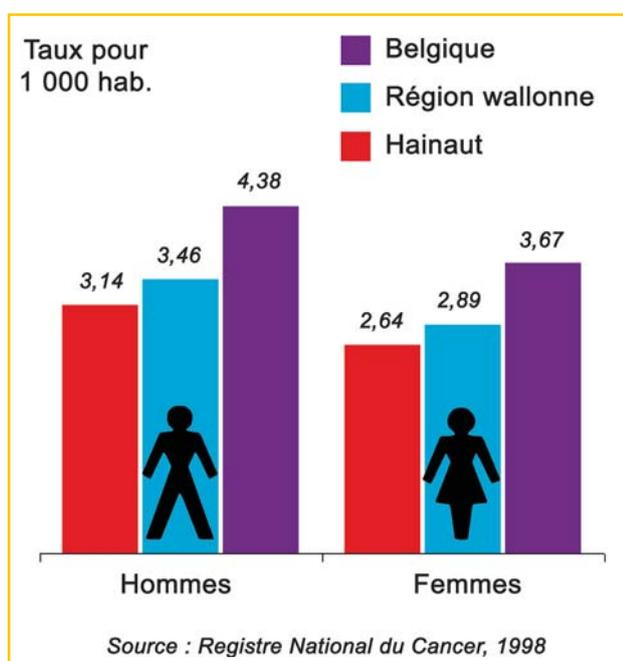
	Hainaut	Région wallonne	Belgique
Hommes	1 941	5 577	21 855
Femmes	1 754	4 963	19 142
Total	3 695	10 540	40 997

Source : Registre national du Cancer, 1998

► Les chiffres issus du Registre National du Cancer présentés ici sont largement sous-évalués pour différentes raisons. Selon ce registre, le nombre de nouveaux cas a été au moins de 1941 chez les hommes et 1754 chez les femmes en Hainaut en 1998 et ce nombre représente un taux

de 3,14 pour 1000 habitants et 2,64 pour 1000 habitantes.

**Figure III.21.** : Incidence du cancer, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1998



► Les différences régionales ne peuvent être interprétées correctement car on ne connaît pas avec précision l'exhaustivité atteinte dans chaque région (meilleure en Flandre à cette époque). C'est également la raison pour laquelle il est impossible de présenter une évolution dans le temps. On peut toutefois dire qu'il y a plus de cancers chez les hommes que chez les femmes. En effet, on observe cette différence partout en Belgique et on peut émettre l'hypothèse (voir Chapitre IV) que la fréquence élevée de modes de vie défavorables à la santé chez l'homme n'est pas étrangère à cette situation.

**Tableau III.2. :** Nombres absolus de nouveaux cas de cancers les plus fréquents, hommes, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1998

	Hainaut	Région wallonne	Belgique
Poumons	380	1 038	4 288
Prostate	417	1 261	5 129
Colorectal	231	695	2 637
Mélanome	13	72	262

Source : Registre national du Cancer, 1998

► Pour tous ces cancers fréquents chez l'homme, l'incidence rapportée est plus faible dans le Hainaut qu'ailleurs en Belgique. Ces différences observées entre les régions ne correspondent pas nécessairement à la réalité car ils peuvent aussi refléter des différences dans l'enregistrement des cas.

Chez les hommes, on a recensé dans le Hainaut, en 1998, 380 nouveaux cancers du poumon, 417 nouveaux cancers de la prostate, 231 nouveaux cancers du colon ou du rectum et 13 nouveaux mélanomes ; ce qui représente 0,61 cancer du poumon pour 1000 hommes et 0,67 cancer de la prostate ou encore plus d'un nouveau cancer par jour à l'échelle du Hainaut. Si le cancer de la prostate est plus fréquent, il entraîne moins souvent la mort que le cancer du poumon. En 1997, on a observé 762 décès par cancer du poumon, soit près de deux fois le nombre de nouveaux cancers du poumon rapportés en 1998. Cette constatation confirme l'importante sous-évaluation des taux d'incidence des cancers du poumon.

**Tableau III.3. :** Nombres absolus de nouveaux cas de cancers les plus fréquents, femmes, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1998

	Hainaut	Région wallonne	Belgique
Sein	647	1 721	6 628
Colorectal	239	540	2 393
Utérus (Col + corps)	135	386	1 588
Ovaires	76	193	813
Poumons	71	276	909
Mélanome	24	116	428

Source : Registre national du Cancer, 1998

► Chez les femmes, on a recensé dans le Hainaut, en 1998, 647 nouveaux cancers du sein (près de deux par jour), 239 cancers du colon ou du rectum, 135 cancers du col de l'utérus et 76 cancers des ovaires. Le cancer du colon a une incidence du même ordre de grandeur chez les deux sexes. Par contre, le cancer du poumon a une incidence cinq fois moindre chez les femmes. Cela est lié à un tabagisme et une exposition professionnelle aux toxiques moindre que chez les hommes.

Cette situation pourrait changer dans un avenir assez proche suite notamment à l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes (Gisle et al., 2002).

6.1. Les maladies respiratoires chroniques<sup>(8)</sup>

**Tableau III.4. :** Nombre de décès par maladies de l'appareil respiratoire, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997

		Hainaut		Région wallonne		Belgique	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Toutes causes de décès		7 634	7 815	18 246	18 714	51 888	51 912
Causes respiratoires		1 081	626	2 308	1 473	6 225	4 447
dont	<i>Bronchite chronique, emphysème</i>	516	215	1 201	489	3 273	1 406
	<i>Asthme</i>	23	26	51	62	128	166
	<i>Pneumoconiose et autres maladies dues à des agents externes</i>	225	56	348	99	570	267

Source : SPMA, 1997

En 1997, les décès pour causes respiratoires (cancers du poumon non compris) représentent 11 % des décès totaux en Hainaut (contre 10,3 % en Région wallonne et 10,2 % en Belgique). Les décès pour causes respiratoires sont beaucoup plus nombreux chez les hommes que chez les femmes (+ 73 % dans le Hainaut, + 57 % en Wallonie et + 40 % en Belgique). En Hainaut, ils représentent 14 % de l'ensemble des décès chez l'homme et "seulement" 8 % chez la femme.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), qui regroupe la bronchite chronique et l'emphysème représente la première cause de décès pour maladies respiratoires (48 % des décès par causes respiratoires chez les hommes et 34 % chez les femmes). La part des BPCO attribuable au tabagisme serait de 80 à 90 %<sup>(9)</sup>.

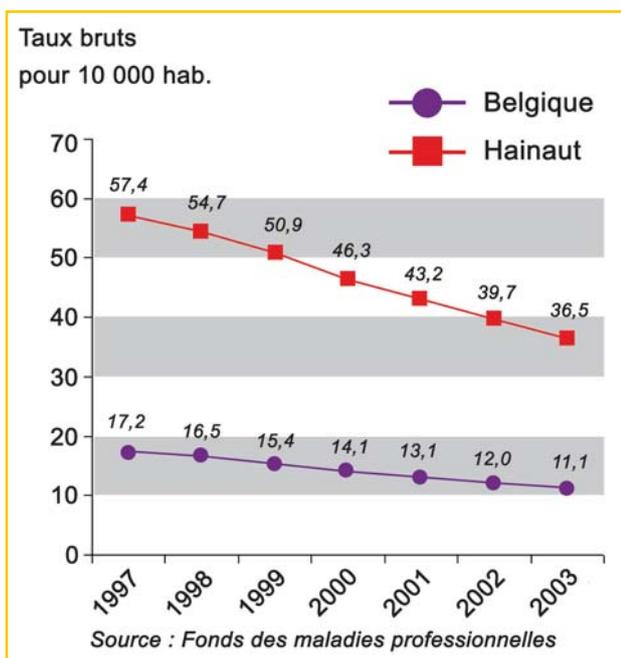
En Hainaut, les pneumoconioses représentent 20 % des décès respiratoires chez l'homme et 9 % chez les femmes. La différence entre les sexes est moins marquée dans l'ensemble de la Région wallonne et de la Belgique. En Hainaut, les décès féminins par pneumoconiose sont quatre fois moins nombreux en termes absolus que chez l'homme, trois fois moins en Région wallonne et deux fois moins pour l'ensemble de la Belgique.

Enfin, les décès pour cause d'asthme représentent 2 % des décès respiratoires chez l'homme du Hainaut et près de 9 % chez la femme. Les nombres absolus sont cependant peu élevés. En Wallonie et en Belgique, les différences hommes/femmes sont également marquées mais un peu plus faibles.

(8) C'est-à-dire qu'elles ne reprennent pas les maladies aiguës comme les pneumonies.

(9) Voir [http://fares.be/affections\\_respiratoires](http://fares.be/affections_respiratoires)

**Figure III.22.** : Evolution du taux de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente due à des silicoses, Belgique - Hainaut, 1997-2003



► Les silicoses (maladies provoquées par inhalation) déclarées au Fonds des maladies professionnelles, sont au moins trois fois plus fréquentes en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique. Ceci s'explique en grande partie par l'histoire industrielle de la province. Le Tableau de bord de la santé édité en 2000 relevait déjà que plus de 40 % des Belges indemnisés pour silicose vivaient dans le Hainaut (Observatoire de la Santé du Hainaut, 2000). De 1997 à 2003, les taux bruts de ces maladies ont baissé de 35 % dans le Hainaut et en Belgique, notamment suite au décès des anciens mineurs et suite à la fermeture des mines du bassin hainuyer dans les années 60.

Le cas de l'asbestose et du mésothéliome liés à l'inhalation de fibres d'amiante est traité au chapitre environnement.

## 6.2. La tuberculose

### 6.2.1. La mortalité causée par la tuberculose

**Tableau III.5.** : Evolution du nombre absolu de décès par tuberculose, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1987-1997

	Total décès : Hommes + Femmes		
	Belgique	Région wallonne	Hainaut
1987	103	55	37
1988	113	44	24
1989	117	47	26
1990	94	30	18
1991	75	41	22
1992	100	36	15
1993	110	47	24
1994	112	48	26
1995	98	34	16
1996	108	48	25
1997	82	35	18

Source : SPMA

► Depuis 1990, le taux brut de mortalité par tuberculose est assez constant et se situe autour de 1 pour 100 000 en Région wallonne et autour de 1,5 pour 100 000 en Hainaut. Le taux observé en Hainaut est toujours supérieur à celui observé en Région wallonne et en Belgique. Il apparaît moins constant car le nombre de cas est petit (18 décès en 1997 ont été attribués à la tuberculose). Si on compare la situation en 1987 et en 1997, on note une réduction des écarts interrégionaux.

Les décès par tuberculose chez les hommes sont restés stables entre 1987 et 1997. Ils concernent surtout des hommes âgés ou fragilisés : pneumoconiose, co-morbidité importante (sida ou maladies chroniques multiples), consommation excessive de tabac ou d'alcool, stress lié à une précarisation extrême (personnes sans domicile fixe), facteurs tous aptes à diminuer l'immunité générale et à raviver une tuberculose latente.

En Belgique, en 1997, seul un quart des décès par tuberculose concerne des femmes. Cette répartition était d'environ 40 % en 1987.

De 1987 à 1997, le taux brut de mortalité par tuberculose a baissé de manière continue chez les femmes, particulièrement en Hainaut (réduction de 87%). Ces différences pourraient entre autres s'expliquer par le fait qu'il y a moins de femmes sans domicile fixe ou dont les poumons abîmés offrent un terrain favorable au développement d'une tuberculose active (pneumoconiose, tabagisme important...).

6.2.2. L'incidence de la tuberculose

**Tableau III.6. :** Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence moyen de la tuberculose, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 2000-2003

	2000 - 2003		
	Nombre moyen de nouveaux cas	Taux d'incidence moyen pour 100 000 hab.	
Belgique	1 268	12,33	
Région wallonne	347	10,33	
Hainaut	149	11,68	
ARRONDISSEMENTS	<i>Ath</i>	6	7,83
	<i>Charleroi</i>	59	14,02
	<i>Mons</i>	32	12,97
	<i>Mouscron</i>	5	7,53
	<i>Soignies</i>	19	10,76
	<i>Thuin</i>	18	12,32
	<i>Tournai</i>	10	6,93

*Source : Fares*

► De 2000 à 2003, l'incidence de la tuberculose, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas détectés, est en baisse par rapport aux années précédentes. La moyenne des taux d'incidence de 2000 à 2003 en Hainaut (11,68 pour 100 000) est inférieure à celle de la Belgique (12,33 pour 100 000). Ceci peut s'expliquer par le fait que les nouveaux migrants originaires de pays à haute prévalence de tuberculose, s'installent dans d'autres régions que le Hainaut (voir Chapitre I). La moyenne des taux d'incidence de la tuberculose est particulièrement élevée à Charleroi, Mons et Thuin, et nettement plus basse dans les arrondissements plus riches confirmant ainsi la tuberculose comme révélateur de précarité.

La tuberculose des personnes âgées de moins de 15 ans concerne avant tout des

personnes récemment arrivées en Belgique dans des conditions souvent difficiles. Partout dans le pays, les nouveaux cas détectés chez les plus de 65 ans diminuent. Chez les personnes plus âgées, les différences régionales s'inversent et le Hainaut redevient la province qui présente le plus grand nombre de nouveaux cas par an. Ceci reflète, entre autres, le vieillissement de la population migrante très nombreuse en Hainaut, chez qui une affection nouvelle est susceptible de réveiller une tuberculose acquise à un âge plus jeune, et est compatible avec la fréquence plus élevée des autres maladies respiratoires chroniques ou de situations de grande précarité.

De plus en plus de patients tuberculeux sont étrangers et/ou précarisés. On assiste à une augmentation des problèmes d'ordre social ou de communication, à des malades non adhérents au traitement, multirésistants aux médicaments anti-tuberculeux ou n'ayant pas accès aux soins.

7. Les autres pathologies

7.1. Le SIDA

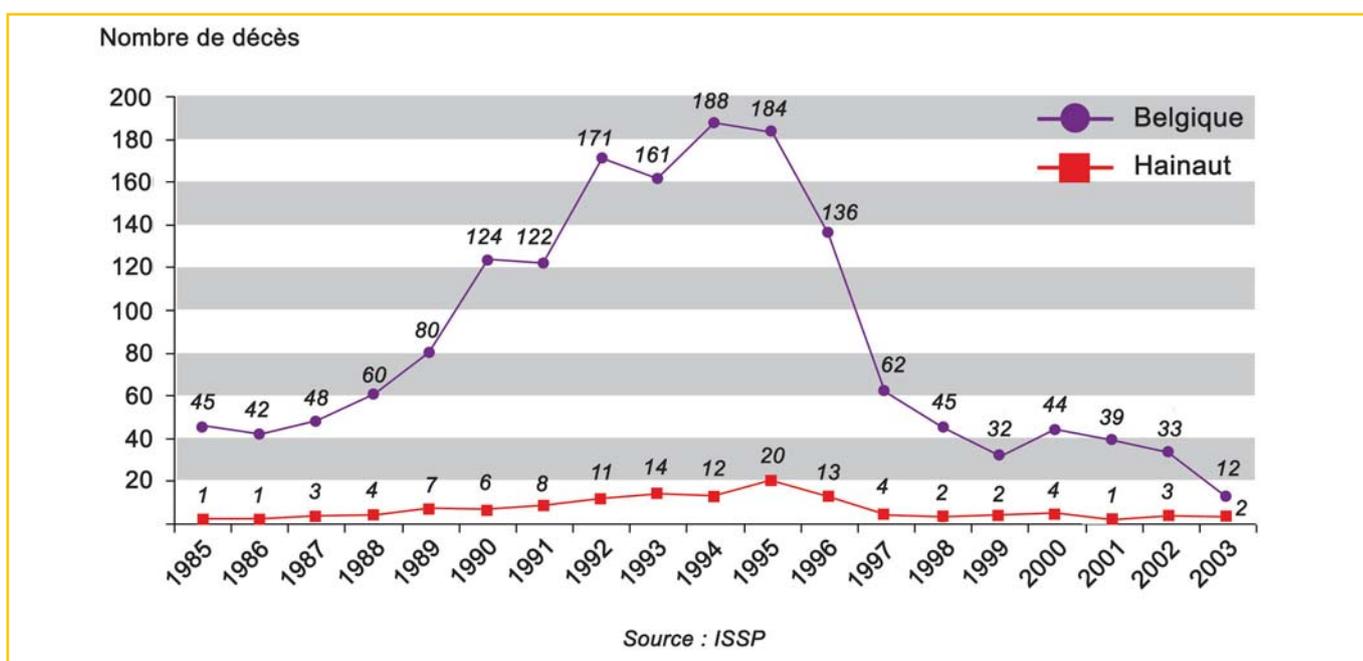
Les données de mortalité liée au SIDA sont issues d'un registre spécifique et non de l'examen des certificats de décès. Cette lacune devrait être comblée à partir des données de l'année 2005 (avec l'introduction d'une nouvelle nomenclature). A noter qu'actuellement, les causes de décès des patients infectés par le VIH sont de moins en moins souvent directement liées à cette infection.

En ce qui concerne la morbidité, parmi les personnes infectées par le VIH (c'est-à-dire les personnes séropositives), une partie a développé une maladie opportuniste qui la classe dans la catégorie de personnes malades du SIDA. Il s'agit d'une minorité d'entre elles. Le nombre de malades du SIDA reflète assez bien la réalité. Par contre, le nombre de séropositifs est sous-estimé en Belgique.

Les données sur le SIDA et l'infection au VIH proviennent de deux sources : l'enregistrement des malades du SIDA par les cliniciens et l'enregistrement des séropositifs par les laboratoires de référence qui réalisent les tests de confirmation. Les données publiées proviennent de personnes dépistées. Elles sous-estiment donc le nombre réel de personnes porteuses du virus.

7.1.1. La mortalité causée par le SIDA

Figure III.23. : Evolution du nombre de décès dus au SIDA, Belgique - Hainaut, 1985-2003



La province de résidence n'a pas été déclarée dans 20,8 % des décès. Le nombre de décès du SIDA a fortement augmenté en début d'épidémie pour culminer en 1995 et ensuite chuter en 2003. Cette année-là, seuls 12 décès en Belgique dont 2 décès dans le Hainaut sont enregistrés. La forte baisse des décès observée dans les années 96 et 97 peut s'expliquer par l'introduction des trithérapies.

7.1.2. Les personnes infectées par le VIH

Les séropositifs sont porteurs du virus VIH (virus de l'immunodéficience humaine). La séropositivité témoigne de la présence d'anticorps dirigés contre le VIH. Les séropositifs sont contagieux c'est-à-dire susceptibles de transmettre le virus par voie sexuelle ou sanguine, ainsi que de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'allaitement.

Globalement, la Belgique se situe avec le Danemark, l'Angleterre et l'Allemagne parmi les pays où l'épidémie est la moins forte en Europe.

Depuis 1986, on note de 1,9 à 2,9 diagnostics de séroconversion par jour pour le SIDA en Belgique. On note en Belgique, quatre fois plus d'hommes que de femmes parmi les personnes infectées (Institut Scientifique de Santé Publique, 2005).

On peut estimer que dans l'ensemble des personnes infectées par le VIH, il y a environ quatre fois plus de non Belges que de Belges.

**Tableau III.7. :** Evolution du nombre absolu cumulé de personnes infectées par le virus HIV, Belgique - Hainaut, 1998-2003

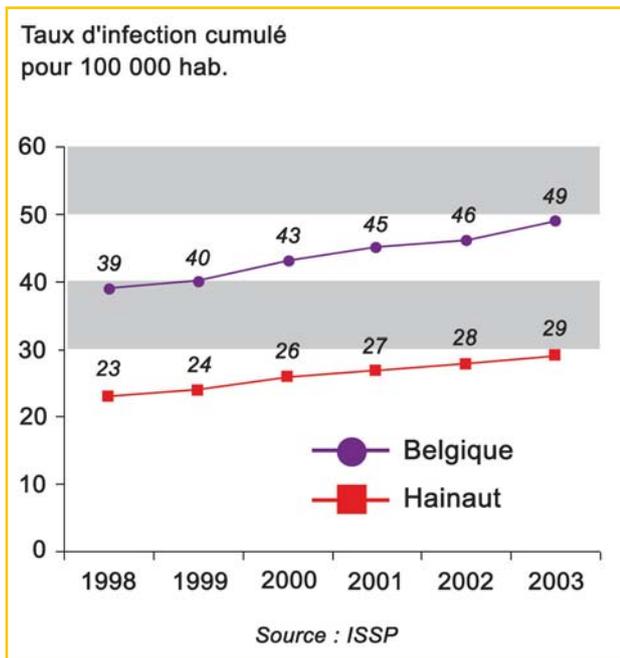
	< 1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Belgique	10 360	11 113	11 914	12 864	13 827	14 817	15 865	17 968
Hainaut	490	512	541	571	607	638	680	716
Rapport Hainaut/Belgique	4,73 %	4,61 %	4,54 %	4,44 %	4,39 %	4,31 %	4,29 %	3,98%

*Source : ISSP*

Le tableau III.7. montre qu'on dénombre, chaque année, environ une trentaine de nouveaux cas de séropositifs en Hainaut. Parmi l'ensemble des personnes infectées par le VIH en Belgique, la proportion de résidents hainuyers baisse depuis 1998. En 2003, la proportion de séropositifs du Hainaut par rapport à l'ensemble de la population séropositive de Belgique était de 4,29 % alors que la population du Hainaut représente environ 12 % de la population belge.

Le taux d'incidence cumulé est le rapport entre le nombre total de cas dénombrés depuis le début de l'enregistrement et la population totale (de la dernière année de la période).

**Figure III.24.** : Evolution du taux cumulé (depuis 1983) d'infection par le virus VIH (séropositivité) des personnes de nationalité belge, Belgique - Hainaut, 1998-2003



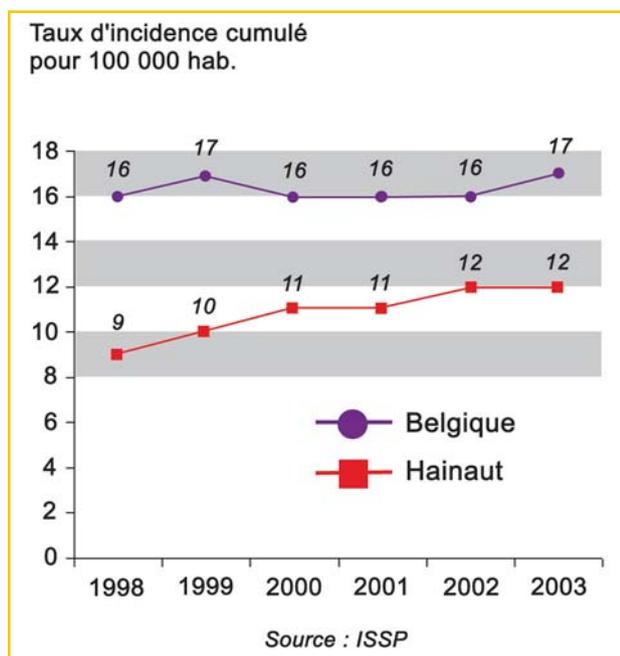
► Le taux cumulé de personnes infectées par le HIV dans le Hainaut est de 29 cas pour 100 000 en 2003 et de 49 pour 100 000 en Belgique (1,7 fois plus qu'en Hainaut). Le taux d'infection cumulé pour le VIH augmente de la même manière en Belgique et en Hainaut de 1998 à 2003 (+ 26 % sur 5 ans). La nationalité est connue pour 73,3 % des patients dont 40,4 % sont Belges.

En Belgique, les modes de transmission les plus fréquents sont les contacts hétérosexuels (63,1 % des infections). Chez les hommes, la transmission par contact homosexuel est également en augmentation (28 % des infections masculines en 2004). Les autres modes de transmission sont en diminution : la part des toxicomanes parmi les personnes diagnostiquées récemment est de 3 % alors qu'elle avoisinait les 8 % en début d'épidémie.

### 7.1.3. Les malades du SIDA

En Belgique, entre 1991 et 1995, environ 255 cas de la maladie se sont déclarés chaque année (personnes séropositives qui deviennent malades). En 1996 et 1997, grâce à l'introduction de nouvelles associations d'antirétroviraux, le nombre de personnes qui sont passées du stade d'infection au stade de maladie a diminué pour augmenter ensuite à partir de 1998. Cette augmentation semble en partie due à la proportion croissante de personnes qui découvrent leur séropositivité juste au moment où elles deviennent malades (22 % en 1995, 40 % en 2004) (Institut Scientifique de Santé Publique, 2005).

**Figure III.25.** : Evolution du taux d'incidence cumulé (depuis 1983) des Belges malades du SIDA Belgique - Hainaut, 1998-2003

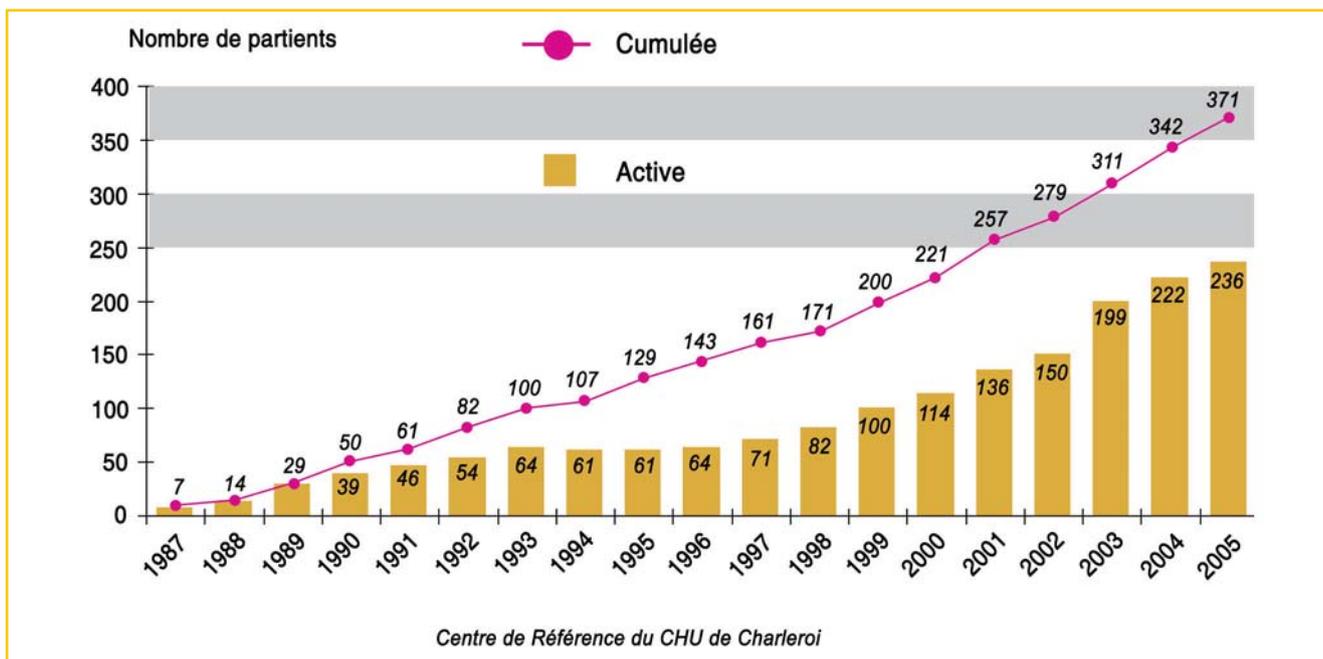


► Le taux cumulé de personnes malades du SIDA et résidant dans le Hainaut est de 13 personnes pour 100 000 en 2004 (Centre de référence SIDA Charleroi, 2005). Alors que le taux cumulé de personnes malades reste stable en Belgique, on peut noter qu'il a augmenté de 30 % dans le Hainaut depuis 1998.

7.1.4. Le suivi des patients en Hainaut

Etant donné notamment que la résidence effective des patients n'est pas prise en compte dans les statistiques de l'ISP (voir plus haut), il est intéressant d'essayer d'appréhender l'incidence et la prévalence de la maladie au départ des patients suivis. La plupart des personnes suivies en Hainaut le sont au Centre de Référence du CHU de Charleroi (Centre Arthur Rimbaud). La figure III.26. reprend le nombre de patients qui y sont suivis annuellement (cohortes active et cumulée).

**Figure III.26.** : Evolution du nombre de patients suivis au Centre de référence du CHU Charleroi, 1987-2005



▼ Parmi les cas dépistés au cours des cinq dernières années, 67 % sont originaires d'Afrique sub-saharienne, 4 % sont des partenaires d'Africains et 10 % ont contracté le virus par relation homosexuelle. On observe une tendance à l'augmentation de ce dernier mode de transmission au cours des dernières années, ce qui correspond bien à l'épidémiologie nationale.

A noter que 47 % des patients ont entre 20 et 40 ans et sont donc en âge "raisonnable" de procréer. Parmi la dizaine d'enfants nés de mères séropositives au CHU au cours des cinq dernières années, un seul est infecté : le traitement de la mère n'avait pu être commencé avant l'accouchement.

## 7.2. L'insuffisance rénale chronique

### 7.2.1. La mortalité causée par l'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique concerne toutes les causes de fonction rénale insuffisante : insuffisance vasculaire liée ou non au diabète, glomérulopathies d'origine infectieuse ou non.

**Tableau III.8. :** Nombres et taux de décès dus à une insuffisance rénale chronique, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 1997

		Population totale		Hommes		Femmes	
		N	taux pour 100 000	N	taux pour 100 000	N	taux pour 100 000
Appareil génito-urinaire	<i>Belgique</i>	1 504	14,77	627	12,60	877	16,85
	<i>Région wallonne</i>	574	17,27	241	14,96	333	19,44
	<i>Hainaut</i>	235	18,31	98	15,83	137	20,61
Insuffisance rénale chronique	<i>Belgique</i>	294	2,89	135	2,71	159	3,06
	<i>Région wallonne</i>	157	4,72	74	4,59	83	4,85
	<i>Hainaut</i>	57	4,44	32	5,17	25	3,76

Source : SPMA

En 1997, les taux de décès suite à une insuffisance rénale chronique sont plus élevés en Hainaut (4,44 décès pour 100 000 habitants) qu'en Belgique (2,89 décès pour 100 000 habitants). Alors qu'en Région wallonne et en Belgique, les hommes sont moins nombreux que les femmes à décéder d'insuffisance rénale chronique, c'est l'inverse qui se produit dans le Hainaut : il y a en effet plus d'hommes (5,17 pour 100 000 habitants) que de femmes (3,76 pour 100 000 habitantes) qui décèdent de cette maladie. La prévalence du diabète et des maladies vasculaires, qui sont les premières causes d'insuffisance rénale chronique, est plus élevée en Hainaut qu'ailleurs en Belgique et spécialement chez les hommes. L'arrondissement de Tournai semble présenter un taux de décès particulièrement élevé mais les faibles effectifs ne permettent pas de tirer des conclusions significatives.

### 7.2.2. Le nombre de patients traités par dialyse

Le taux de personnes dialysées est un reflet de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique grave.

**Tableau III.9. :** Evolution du nombre et du taux de patients dialysés, Communauté française - Hainaut, 1998-2001

	Patients en dialyse							
	1998		1999		2000		2001	
	N	Taux pour 1000 hab.	N	Taux pour 1000 hab.	N	Taux pour 1000 hab.	N	Taux pour 1000 hab.
Hainaut	609	0,47	635	0,50	648	0,51	606	0,47
Communauté française	1 917	0,44	1 994	0,47	2 038	0,47	2 116	0,49

Source : Groupement des Néphrologues Francophones

En Hainaut, comme en Communauté française en général, il y a environ une personne dialysée pour 2000 habitants.

Le taux de patients hémodialysés atteint 0,47 pour 1000 habitants en 2001 en Hainaut et la valeur proche de celle de la Communauté française (0,49 pour 1000).

Le diabète et l'hypertension sont les deux causes majeures d'insuffisance rénale chronique.

## 7.3. Le diabète

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

### 7.3.1. La mortalité causée par le diabète

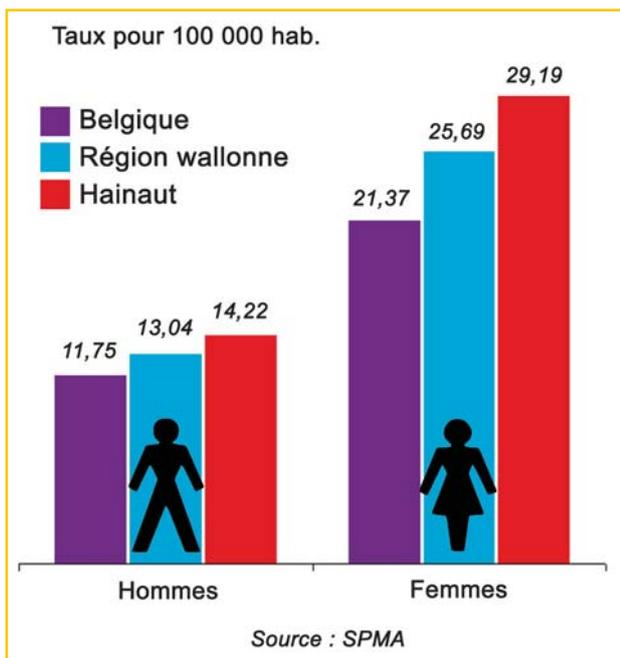
La mortalité par diabète est sous-estimée dans les statistiques de mortalité car le diabète est rarement déclaré comme cause initiale de décès bien qu'il soit à l'origine de nombreux décès par maladies cardiovasculaires (infarctus, l'accident vasculaire cérébral...).

**Tableau III.10. :** Nombres et taux de décès dus au diabète (Diabetes mellitus (ICD9=250)), Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997

		Total décès 1997		Hommes		Femmes	
		N	Taux pour 100 000	N	Taux pour 100 000	N	Taux pour 100 000
Diabète	<i>Belgique</i>	1 697	16,67	585	11,75	1 112	21,37
	<i>Région wallonne</i>	650	19,56	210	13,04	440	25,69
	<i>Hainaut</i>	282	21,97	88	14,22	194	29,19

Source : SPMA

**Figure III.27.** : Taux de décès dus au diabète, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997

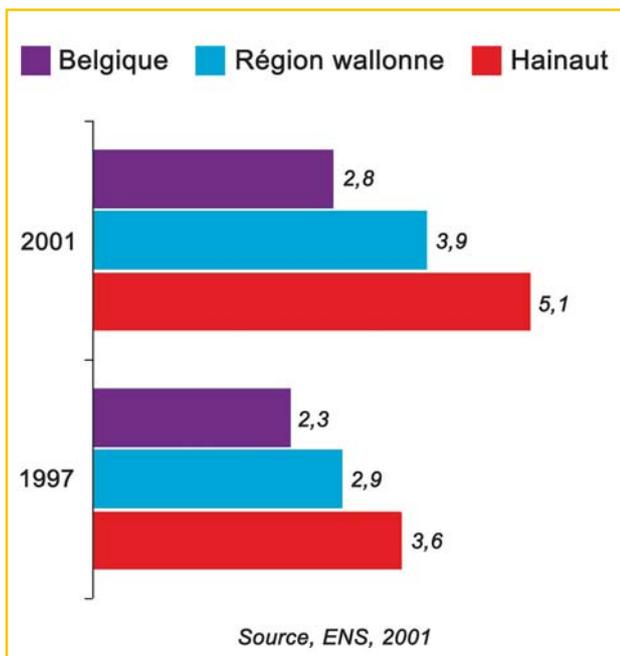


► En 1997, les taux de décès par diabète sont plus élevés en Hainaut (22 décès pour 100 000 habitants) qu'en Région wallonne (20 pour 100 000) et en Belgique (17 décès pour 100 000) et ce tant pour les hommes que pour les femmes. Chez les hommes, le diabète représente un peu plus de 1 % de tous les décès et chez les femmes, plus de 2 %.

Les décès causés par le diabète sont environ deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (dans le Hainaut, 29 décès féminins pour 100 000 habitants contre 14 décès masculins). Le gradient Belgique - Région wallonne - Hainaut est également plus marqué chez les femmes que chez les hommes. La différence entre les hommes et les femmes est associée à des décès à un âge plus avancé chez les femmes. Le calcul des taux standardisés de mortalité montre que la différence homme/femme persiste mais est moindre que pour les taux bruts.

### 7.3.2. La prévalence du diabète

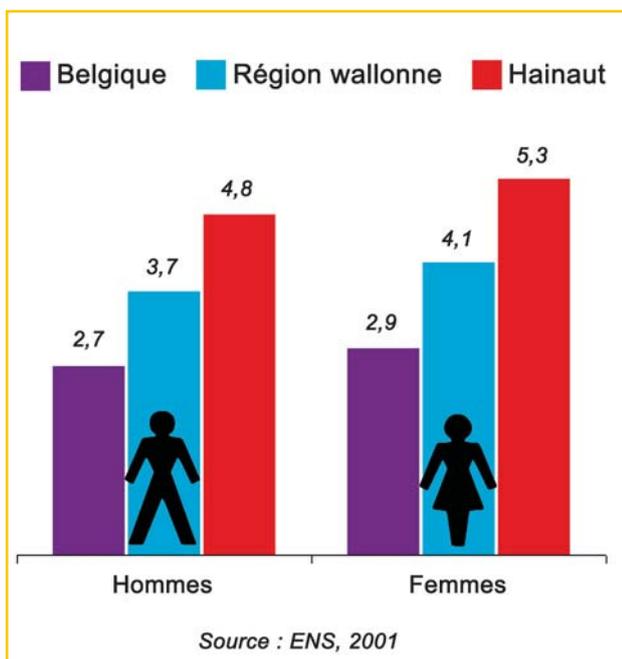
**Figure III.28.** : Pourcentage de personnes qui déclarent souffrir de diabète au cours des 12 derniers mois, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997, 2001



► Globalement, en Hainaut en 2001, 5,1 % des personnes interrogées dans l'Enquête Nationale de Santé ont déclaré souffrir de diabète.

De 1997 à 2001, le taux de personnes atteintes de diabète a très nettement augmenté dans le Hainaut, mais aussi en Région wallonne et en Belgique, et les différences entre régions semblent s'être accrues. L'augmentation en soi de la proportion de personnes qui déclarent souffrir du diabète peut être en partie liée au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'obésité et des problèmes nutritionnels associés mais aussi probablement à l'amélioration du dépistage. On estime encore à l'heure actuelle qu'un diabétique sur 3 voire un sur 2 s'ignore.

**Figure III.29.** : Pourcentage de personnes qui déclarent souffrir de diabète au cours des 12 derniers mois, par sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



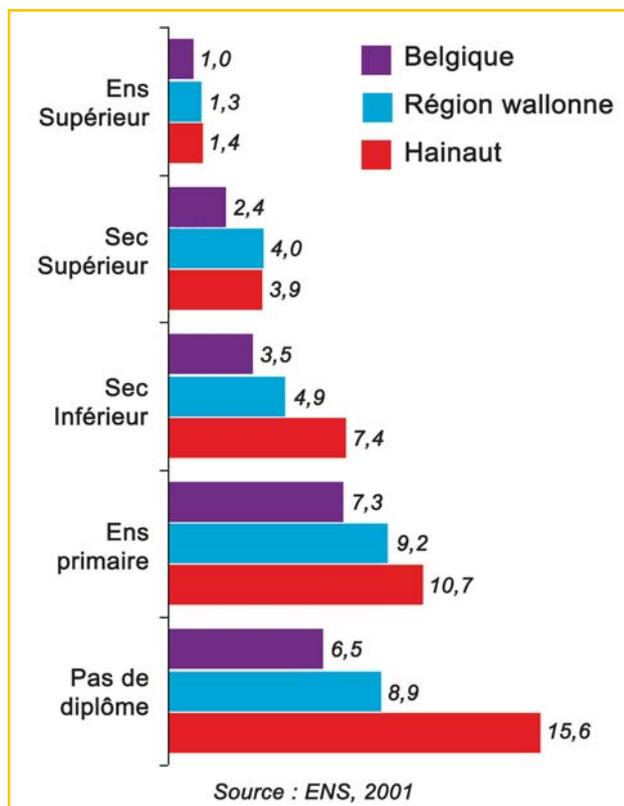
► Selon l'ENS 2001, 5,3 % des femmes hainuyères souffrent de diabète, soit 83 % de plus que l'ensemble des femmes belges. Chez les hommes hainuyers, la prévalence déclarée de diabète est de 4,8 %, soit 77 % de plus que pour l'ensemble des hommes belges. On retrouve donc le même gradient pour la prévalence que pour la mortalité. Il y aurait donc environ 60 000 diabétiques connus en Hainaut et probablement près de 100 000 au total.

La prévalence déclarée du diabète est cependant à peine plus élevée chez les femmes (5,3 % des femmes) que chez les hommes (4,8 % des hommes), ce qui contraste avec ce qui est observé pour la mortalité.

Les taux déclarés en Hainaut correspondent à ce que Nobels et Van Gaal (1998) rapportent globalement pour l'Europe (Institut Scientifique de Santé Publique, 2001).

L'Enquête Nationale de Santé ne permet pas de faire la différence entre diabète de type I (insulino dépendant) et le diabète de type II (appelé, parfois à tort, diabète gras) qui est cependant beaucoup plus fréquent.

**Figure III.30.** : Pourcentage de personnes qui déclarent souffrir de diabète au cours des 12 derniers mois, comparaison par niveau d'instruction, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



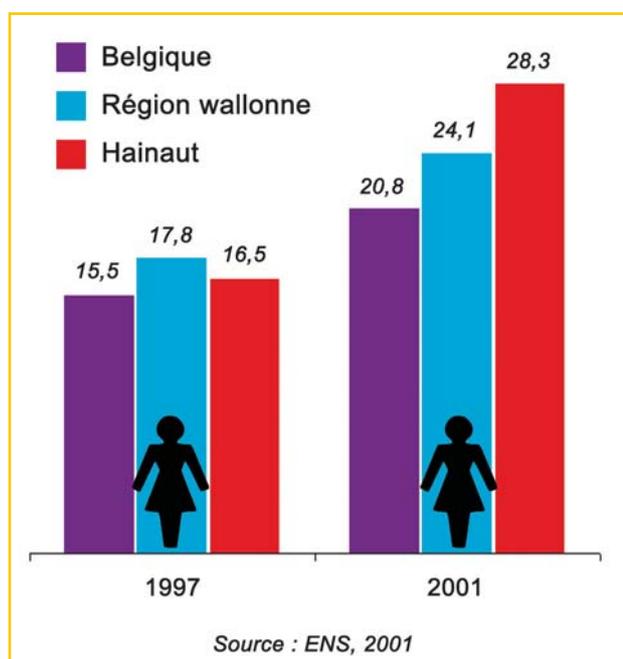
► La figure III.30 montre qu'on rencontre davantage de cas de diabète chez les personnes à faible niveau d'instruction (souvent reflet des conditions socio-économiques) et ce tant dans le Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique<sup>(11)</sup>. Cet effet persiste après contrôle de l'âge. Notons aussi qu'à niveau d'instruction équivalent, la prévalence en Hainaut est plus élevée dans les trois niveaux d'enseignement les moins favorables, ce qui signifie que d'autres facteurs interviennent aussi.

Rappelons que le diabète est associé à l'excès de poids et aux désordres alimentaires. La prévention s'inscrit donc dans le cadre de l'hygiène de vie générale (alimentation, boisson, sport...) comme la plupart des maladies chroniques (cardiovasculaires, cancer...).

(11) La catégorie de personnes dites "sans diplôme" dans l'Enquête Nationale de Santé montre des résultats assez atypiques. En effet, il s'agit d'une catégorie de personnes assez peu homogène ; se trouvent entre autres dans cette catégorie des personnes qui viennent de l'étranger et dont la scolarité n'a pu être répertoriée en Belgique. Les personnes qui n'ont pas eu de scolarité dans des pays moins industrialisés présentent d'autres caractéristiques socio-économiques (parfois plus favorables) que les personnes qui n'ont pas du tout de diplôme en Belgique ou un diplôme d'école primaire. Cette remarque est valable pour tous les résultats de l'Enquête Nationale de Santé.

## 7.4. L'ostéoporose

**Figure III.31.** : Proportion de femmes de 65 ans et plus déclarant souffrir d'ostéoporose, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997-2001



► La densité minérale osseuse diminue avec l'âge à partir de 40 ans et ce de manière similaire pour les deux sexes ; ce phénomène est lié à la résorption osseuse. Le maintien de la masse osseuse est fonction d'un équilibre entre résorption et reconstruction. Chez la femme, la résorption est freinée par l'imprégnation oestrogénique mais à la ménopause une perte supplémentaire de densité minérale osseuse vient se rajouter à la perte liée à l'âge. C'est l'ostéoporose post-ménopausique (plus marquée en cas de ménopause précoce) ; elle touche les os trabéculaires et entraîne des fractures du poignet et des tassements ou fractures des vertèbres.

L'ostéoporose sénile, dont l'homme est également atteint bien que généralement à un âge plus avancé que les femmes, atteint l'os cortical et les fractures les plus fréquentes sont celles de l'extrémité supérieure du fémur.

L'ostéoporose secondaire est celle qui apparaît suite à une maladie, une immobilisation prolongée et/ou un traitement médicamenteux. Des facteurs de risque sont liés à une alimentation pauvre en calcium et en vitamine D ou à la sédentarité.

Un indicateur indirect de l'ostéoporose est le nombre de fractures de la hanche (Institut Scientifique de Santé Publique, 1999).

Le risque de fracture de la hanche augmente avec l'âge et ce dès 70-75 ans. On peut donc s'attendre à leur augmentation dans les années à venir parallèlement au vieillissement de notre population.

La prévention des fractures de hanche passe d'abord et avant tout par la prévention des chutes (maintien de l'autonomie de marche, logement adapté, correction de la vue...).

**Tableau III.11. :** Evolution du nombre d'interventions pour prothèse de la hanche, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1999, 2001, 2003

	Nombre d'interventions		
	1999	2001	2003
Hainaut	1 381	1 497	1 612
Région wallonne	5 310	5 940	6 023
Belgique	15 967	17 676	18 380

Source : INAMI

► Le tableau III.11 montre que le nombre d'interventions pour prothèse de la hanche augmente de 1999 à 2003 de 17 % dans le Hainaut, de 13 % en Région wallonne et de 15 % en Belgique.

Les deux raisons majeures pour une intervention de prothèse totale de hanche sont la fracture de la hanche et l'arthrose. Les fractures de hanche surviennent le plus souvent sur base d'ostéoporose.

Les interventions de la hanche et du col du fémur sur fracture représentent 83,0 % du total

des interventions de prothèses de hanche dans le Hainaut. Ce pourcentage est proche de celui observé en Région wallonne (84,2 %) et en Belgique (82,8 %).

## 7.5. Les maladies professionnelles

**Tableau III.12. :** Nombre de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente selon la nature de la maladie, Belgique - Hainaut, 2004

Nature de la maladie	Bénéficiaires indemnisés		
	Belgique N	Hainaut N	Rapport Hainaut/Belgique %
Maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques	2 923	448	15,33
Maladies professionnelles de la peau	3 605	334	9,26
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	14 720	4 994	33,93
- Silicose	10 650	4 298	40,36
- Asbestose	1 827	263	14,40
- Farinose	1 077	207	19,22
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	215	41	19,07
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	38 066	10 640	27,95
- Hypoacousie ou surdit�e provoqu�es par le bruit	5 834	1 220	20,91
- Maladies ost�eoarticulaires provoqu�es par des vibrations m�ecaniques	5 269	1 587	30,12
<b>Total</b>	<b>59 724</b>	<b>16 490</b>	<b>27,61</b>

Source : Fonds des maladies professionnelles

▼ Près de deux tiers des maladies professionnelles donnant lieu à une indemnité sont provoquées par des agents physiques (vibrations, bruit...) et un peu moins d'un tiers par des produits inhalés. Globalement en Hainaut vivent 27,61 % des personnes indemnisées pour maladie professionnelle. Cette proportion varie entre 9,26 % pour les maladies de la peau (seul cas où la proportion de Hainuyers indemnisés est inférieure à la proportion globale de Belges indemnisés) et 40 % pour la silicose, alors que rappelons-le, la population du Hainaut représente 12 % de la population belge.

**Tableau III.13. :** Evolution du taux de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente selon la nature de la maladie, Belgique - Hainaut, 1997-2004

		Bénéficiaires indemnisés - Taux pour 10 000 hab.							
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Maladies professionnelles provoquées par des agents chimiques	<i>Belgique</i>	2,65	2,75	2,24	2,75	2,78	2,81	2,82	2,81
	<i>Hainaut</i>	2,53	2,72	2,82	2,96	3,13	3,43	3,51	3,49
Maladies professionnelles de la peau	<i>Belgique</i>	2,70	2,89	3,02	3,14	3,27	3,36	3,44	3,47
	<i>Hainaut</i>	1,78	2,14	2,24	2,31	2,45	2,54	2,59	2,60
Maladies professionnelles provoquées par inhalation	<i>Belgique</i>	21,14	20,74	19,57	18,23	17,25	16,08	15,09	14,16
	<i>Hainaut</i>	62,15	59,78	56,19	51,72	48,52	44,97	41,82	38,92
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	<i>Belgique</i>	0,20	0,20	0,20	0,19	0,20	0,21	0,20	0,21
	<i>Hainaut</i>	0,30	0,29	0,28	0,28	0,29	0,32	0,32	0,32
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques	<i>Belgique</i>	31,28	35,99	36,04	35,95	36,50	36,66	37,00	36,61
	<i>Hainaut</i>	68,07	81,10	81,76	81,43	83,07	83,56	83,97	82,92
<b>Total</b>	<i>Belgique</i>	<b>57,97</b>	<b>62,56</b>	<b>61,60</b>	<b>60,31</b>	<b>60,00</b>	<b>59,15</b>	<b>58,67</b>	<b>57,45</b>
	<i>Hainaut</i>	<b>134,82</b>	<b>146,02</b>	<b>143,30</b>	<b>138,71</b>	<b>137,46</b>	<b>134,89</b>	<b>132,39</b>	<b>128,51</b>

Source : Fonds des maladies professionnelles

En 2004, avec 129 personnes bénéficiant d'indemnité pour incapacité permanente pour 10 000 habitants, les maladies professionnelles sont environ 2,3 fois plus fréquentes en Hainaut qu'en Belgique. Cette tendance est observée depuis 1997 ; les taux ayant peu variés entre 1997 et 2004, c'est-à-dire que le nombre de nouveaux cas indemnisés équivaut plus ou moins au nombre de personnes qui ne le sont plus (décès).

Parmi les causes de maladies professionnelles, les agents physiques et l'inhalation arrivent en tête. Les maladies professionnelles par inhalation sont cependant en nette diminution depuis dix ans. En 2004, il y avait 4298 personnes indemnisées pour silicose contre 7367 en 1997. A l'exception de l'asbestose et la silicose, toutes les autres maladies professionnelles provoquant une incapacité de travail permanente sont en augmentation.

Les maladies professionnelles causées par les agents chimiques et/ou physiques sont en plus nette augmentation en Hainaut que pour l'ensemble de la Belgique.

8.1. Les accidents de la circulation

**Tableau III.14. :** Evolution du nombre de tués (tués sur place ou décédés dans les 30 jours qui ont suivi l'accident) sur la route (lieu de l'accident), Belgique (par province), 2000-2004

	Nombre de tués				
	2000	2001	2002	2003	2004
Belgique	1 470	1 486	1 353	1 136	1 094
<i>Hainaut</i>	192	222	226	185	181
<i>Flandre orientale</i>	185	186	175	124	121
<i>Anvers</i>	218	231	167	151	157
<i>Flandre occidentale</i>	186	178	164	146	135
<i>Liège</i>	145	164	134	133	129
<i>Brabant flamand</i>	128	128	108	76	77
<i>Namur</i>	102	100	106	81	86
<i>Limbourg</i>	154	125	107	102	89
<i>Luxembourg</i>	68	65	67	51	46
<i>Brabant wallon</i>	48	50	62	57	38
<i>Région bruxelloise</i>	44	37	37	30	35

Source : INS, ISBR

► Les chiffres ci-dessus sont issus des statistiques de l'Institut Belge pour la Sécurité Routière (IBSR). Ils rapportent les décès selon le lieu de l'accident et non le lieu de résidence.

En 2004, 181 personnes ont trouvé la mort sur les routes du Hainaut. C'est le record provincial ; c'est 16,5 % de l'ensemble des décès par accident de la route en Belgique.

Le nombre de personnes tuées par accident de la route a diminué de 2000 à 2004 en Belgique et en Flandre. Dans le Hainaut par contre, ce nombre a augmenté de 18 % entre 2000 et 2002 puis a diminué entre 2002 et 2004. Les provinces de Namur, du Brabant wallon ont également vu le nombre de tués augmenter légèrement jusque 2002.

Ces différences pourraient en partie s'expliquer par d'autres habitudes de roulage ou par un effet différencié des politiques de surveillance de la vitesse (radars...). On doit également se questionner sur la qualité des infrastructures et sur l'accessibilité aux soins d'urgence.

Selon l'IBSR, :

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

**Tableau III.15. :** Répartition du nombre d'accidents de la route avec lésions corporelles selon le lieu de l'accident, 2004

	Nombre d'accidents	Total victimes	Décédés 30 jours		Blessés graves		Blessés légers	
	N	N	N	%	N	%	N	%
<b>Belgique</b>	48 670	64 155	1 163	1,8	6 850	10,7	56 142	87,5
<b>Région Bruxelles-Capitale</b>	2 988	3 678	37	1,0	216	5,9	3 425	93,1
<b>Région Flamande</b>	31 522	41 150	614	1,5	4 325	10,5	36 210	88,0
Prov. Anvers	8 803	11 501	171	1,5	1 220	10,6	10 110	87,9
Prov. Limbourg	4 218	5 991	97	1,6	671	11,2	5 223	87,2
Prov. Flandre Orientale	7 814	9 947	125	1,3	1 088	10,9	8 733	87,8
Prov. Brabant Flamand	4 177	5 409	82	1,5	471	8,7	4 857	89,8
Prov. Flandre Occidentale	6 510	8 302	139	1,7	876	10,6	7 287	87,8
<b>Région Wallonne</b>	14 161	19 327	512	2,6	2 308	11,9	16 507	85,4
Prov. Brabant Wallon	1 312	1 736	42	2,4	115	6,6	1 579	90,9
Prov. Hainaut	4 777	6 615	198	3,0	854	12,9	5 563	84,1
Prov. Liège	4 496	6 001	136	2,3	534	8,9	5 331	88,8
Prov. Luxembourg	1 379	1 869	48	2,6	306	16,4	1 515	81,1
Prov. Namur	2 197	3 107	88	2,8	499	16,1	2 519	81,1

Source : INS, ISBR

Le Hainaut est la province wallonne qui voit sur son territoire le plus d'accidents de la route : 4777 accidents de la route en 2004. Si en Belgique, un accident de la route fait en moyenne 1,31 victimes, ce rapport est de 1,38 dans le Hainaut. Le pourcentage de personnes décédées dans les 30 jours parmi les victimes est particulièrement élevé dans les provinces wallonnes. En Hainaut, il est de 3,0 % des victimes tandis que la moyenne belge est de 1,8 %. Le pourcentage de blessés graves est également élevé en Hainaut (12,9 %) alors que la moyenne belge est de 10,7 %, mais il est encore plus élevé dans les provinces de Luxembourg (16,4 %) et de Namur (16,1 %).

**Tableau III.16. :** Répartition des tués et blessés (conducteurs, passagers et autres victimes) à la suite d'accidents de la route, Hainaut, 2002<sup>(12)</sup>

	HAINAUT						
	Décédés 30 jours		Blessés graves		Blessés légers		Total victimes
	N	%	N	%	N	%	N
Piétons	30	5,9	116	22,7	364	71,4	510
Cyclistes	5	1,8	59	21,1	215	77,1	279
Cyclomotoristes	9	1,1	124	14,7	711	84,2	844
Motocyclistes	25	6,6	88	23,2	266	70,2	379
Voitures	151	3,2	714	15,1	3 873	81,7	4 738
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>3,3</b>	<b>1 101</b>	<b>16,3</b>	<b>5 429</b>	<b>80,4</b>	<b>6 750</b>

*Source : INS, IBSR*

Décédés 30 jours = tués et mortellement blessés  
 Voitures = voitures et voitures mixtes  
 Motocyclistes = moto < 400 cc et >400 cc  
 Cyclomotoristes = cyclo A, B et 3 et 4 roues

En 2002, sur l'ensemble des victimes d'accidents de la route, 3,3 % sont décédés (30 jours) et 16,3 % gravement blessés.

Le pourcentage de tués ou mortellement blessés et de gravement blessés parmi l'ensemble des accidents est particulièrement élevé pour les piétons et les motocyclistes puisque environ 30 % des victimes sont concernées.

(12) Les données sur la répartition des tués et blessés selon le type de véhicule ne sont actuellement pas encore disponibles.

## 8.2. Les accidents de travail

**Tableau III.17. :** Evolution du nombre d'accidents sur le lieu du travail et le chemin du travail, Belgique - Hainaut, 1996-2003

	Belgique			Hainaut			Rapport Hainaut/Belgique
	lieu du travail	chemin du travail	total	lieu du travail	chemin du travail	total	%
1996	196 637	18 546	215 183	16 408	2 309	18 717	8,7
1997	197 520	18 839	216 359	20 460	1 375	21 835	10,1
1998	202 274	20 450	222 724	21 235	1 456	22 691	10,2
1999	199 715	22 472	222 187	20 971	1 577	22 548	10,1
2000	209 508	23 214	232 722	22 518	1 633	24 151	10,4
2001	203 171	22 993	226 164	22 352	1 619	23 971	10,6
2002	184 252	20 627	204 879	20 594	1 614	22 208	10,8
2003	170 853	19 394	190 247	19 844	1 486	21 330	11,2

Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale, Fonds des accidents du travail

Le rapport du Fonds des accidents de travail indique en 2003, en Hainaut, un total de 21 330 accidents de travail ayant donné lieu à une déclaration. 7% d'entre eux ont eu lieu sur le chemin du travail et 93 % sur le lieu de travail.

Le nombre total d'accidents du travail en Belgique et en Hainaut a augmenté jusqu'en 2000 et diminue depuis. La part relative des accidents survenus en Hainaut par rapport à la Belgique avoisine les 11 % en 2003. Cette proportion est en augmentation.

**Tableau III.18. :** Répartition des suites des accidents de travail (sur le lieu du travail) selon le sexe, Hainaut, 2003

	Homme	Femme	Total
Cas sans suite	5 903	2 332	8 235
Incapacité temporaire	8 240	1 854	10 094
Incapacité permanente	1 252	252	1 504
Cas mortels	11	-	11
<b>Total</b>	<b>15 406</b>	<b>4 438</b>	<b>19 844</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>77,64</b>	<b>22,36</b>	<b>100,00</b>

Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale, Fonds des accidents du travail

Le tableau III.18 montre que 78 % des accidents de travail concernent des hommes. 7,6 % d'entre eux provoquent une incapacité permanente, 50,9 % provoquent une incapacité temporaire et 41,5 % sont classés sans suite.

Chez les femmes, 52,6 % des accidents de travail déclarés sont classés sans suite.

**Tableau III.19. :** Répartition des suites des accidents de travail (sur le lieu du travail) en fonction de l'âge, Hainaut, 2003

	Tranche d'âge							Total
	15 - 19 ans	20 - 29 ans	30 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	Inconnu	
Cas sans suite	249	2 523	2 564	1 943	904	45	7	8 235
Incapacité temporaire	450	3 526	3 268	2 070	751	27	2	10 094
Incapacité permanente	31	364	482	413	202	9	3	1 504
Cas mortels	-	1	4	3	3	-	-	11
<b>Total</b>	<b>730</b>	<b>6 414</b>	<b>6 318</b>	<b>4 429</b>	<b>1 860</b>	<b>81</b>	<b>12</b>	<b>19 844</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>3,68</b>	<b>32,32</b>	<b>31,84</b>	<b>22,32</b>	<b>9,37</b>	<b>0,41</b>	<b>0,06</b>	<b>100,00</b>

Source : Service Public Fédéral Sécurité Sociale, Fonds des accidents du travail

En 2003, 1504 Hainuyers ont eu un accident de travail qui a provoqué une incapacité permanente dont 31 jeunes de 15 à 19 ans.

La majorité des incapacités temporaires provoquées par un accident de travail survient dans la classe d'âge 20-29 ans (34,9 % des incapacités temporaires) tandis que la plupart des incapacités permanentes provoquées par un accident de travail surviennent, elles, dans la classe d'âge des 30-39 ans (32 % des incapacités permanentes).

9.1. L'âge des mères à la naissance

En Belgique, en 1997 (INS), les femmes sont âgées en moyenne de 27 ans et 9 mois lorsqu'elles mettent au monde leur premier enfant. Toutes naissances confondues, l'âge moyen de la mère est de 29 ans et 3 mois.

Lorsque l'âge de la mère est bas ou élevé, il peut être associé à plus de risques pour l'enfant à naître. Chez les très jeunes mères se rajoutent les problèmes sociaux et familiaux liés à une grossesse très précoce et souvent peu désirée.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) permet via les "Avis de Naissances" d'établir un recensement d'informations concernant la mère et l'enfant en Communauté française. Ces avis représentent plus de 90 % des naissances.

**Tableau III.20. :** Répartition des naissances selon l'âge de la mère, Communauté française - Hainaut, 2003

Ages des mères	Hainaut		Communauté française	
	Nombre	% par rapport au total	Nombre	% par rapport au total
<=15 ans	16	0,1	31	0,1
16-19 ans	454	3,5	1 181	2,6
20-24 ans	2 361	18,4	7 382	16,4
25-29 ans	4 381	34,1	14 934	33,1
30-34 ans	3 729	29,0	13 829	30,6
35-39 ans	1 574	12,3	6 366	14,1
40-60 ans	332	2,6	1 415	3,1
<b>Total</b>	<b>12 847</b>	<b>100,0</b>	<b>45 138</b>	<b>100,0</b>

Source : ONE, 2003

En 2003, la proportion de mères âgées de moins de 20 ans est plus élevée en Hainaut qu'en Communauté française. Les plus de 35 ans, par contre, constituent 17,2 % de l'ensemble des mères en Communauté française contre moins de 15 % en Hainaut.

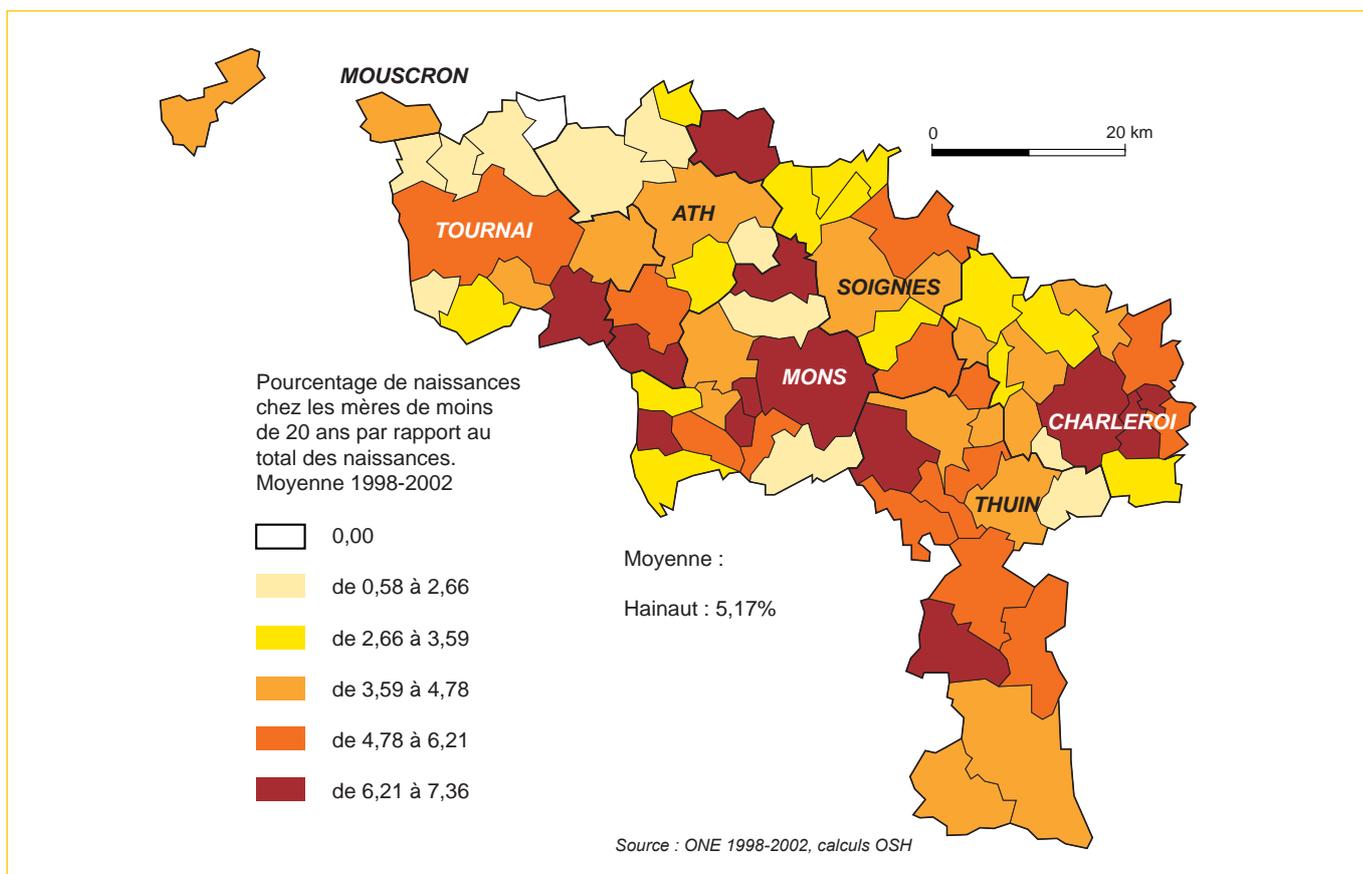
**Tableau III.21. :** Naissances chez les mères hainuyères de moins de 20 ans, Hainaut, 1998-2002

	Naissances des mères de moins 20 ans	
	Nombre annuel moyen (1998-2002)	% par rapport au total des naissances
Ath	31	4,17
Charleroi	273	5,68
Mons	124	5,61
Mouscron	24	4,32
Soignies	96	5,13
Thuin	64	4,44
Tournai	60	4,37
Hainaut	672	5,17

Source : ONE

► Sur une période de cinq ans et dans les arrondissements de Charleroi (5,7 % des naissances) et Mons (5,6 %), la part des naissances chez les mères de moins de 20 ans est 10 % supérieure à la moyenne en Hainaut.

**Carte III.4.** : Naissances chez les mères de moins de 20 ans, Hainaut (par commune), 1998-2002



La carte III.4. présente la proportion de mères de moins de 20 ans par commune (moyenne sur cinq ans de 1998 à 2002). Cette proportion est particulièrement élevée dans les communes de Péruwelz, Colfontaine et Lens où elle dépasse 7 % (soit 40 % de plus que la moyenne hainuyère).

Elle est également élevée dans les trois grandes villes (Charleroi, Mons et Tournai) ainsi qu'à Sivry.

## 9.2. Le poids à la naissance

Le poids à la naissance est fonction de la qualité et de la durée de la croissance du fœtus. Un petit poids de naissance peut être attribuable à une naissance avant terme ou à un retard de croissance intra-utérin.

Les déterminants du poids de naissance peuvent être biomédicaux mais aussi socio-économiques.

Le petit poids chez le nouveau-né est associé à un risque accru de maladies périnatales, de mortalité précoce et de problèmes de santé à long terme. Les bébés qui ont plus de quatre kg à la naissance nécessitent également une surveillance précoce de leur métabolisme.

**Tableau III.22. :** Répartition des poids à la naissance, Communauté française - Hainaut, 2003

Poids de naissance en grammes	Communauté française		Hainaut	
	Nombre de naissances	%	Nombre de naissances	%
< 1000 g	99	0,22	21	0,16
1000-1499 g	256	0,58	77	0,60
1500-1999 g	552	1,24	181	1,41
2000-2499 g	2 428	5,46	783	6,11
2500-2999 g	9 538	21,45	2 982	23,26
3000-3499 g	18 105	40,72	5 230	40,79
3500-3999 g	10 981	24,70	2 909	22,69
4000-4499 g	2 233	5,02	571	4,45
> 4500 g	266	0,60	68	0,53
Total	44 458	100,00	12 822	100,00

Source : ONE, 2003

Les petits poids de naissance (moins de 2500 g) peuvent être répartis en deux catégories : ceux dont l'étiologie est plutôt biomédicale (pré-éclampsie, diabète, lupus) sont en général inférieurs à 1500 g, leur fréquence est proche en Hainaut et dans l'ensemble de la Communauté française. Les poids compris entre 1500 et 2500 g sont souvent liés aux déterminants socio-économiques. En 2003, 7,5 % des nouveau-nés hainuyers avaient un poids à la naissance entre 1500 et 2500 g, soit 12 % de plus qu'en Communauté française (6,7 %).

## 9.3. La prématurité

Les accouchements survenant après une grossesse inférieure à 37 semaines révolues de gestation sont synonymes de prématurité. La prématurité infantile est responsable d'un pourcentage élevé de mortalité chez les nouveau-nés. Les facteurs de risques connus de la prématurité sont entre autres : l'appartenance sociale, le jeune âge ou l'âge avancé de la mère, les antécédents de prématurité, le tabagisme, etc.<sup>(15)</sup>

Selon les données de la Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE, le pourcentage de prématurés nés en Hainaut (8 %) en 2003 est très légèrement supérieur à celui de la Communauté française (7,8%). Globalement, depuis 1994 où elle se situait autour de 8,4 %, cette proportion reste relativement stable en Hainaut.

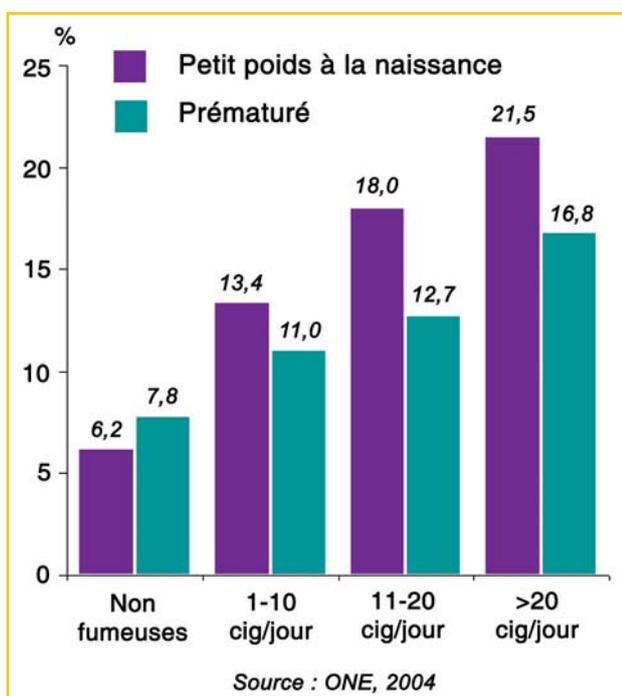
(15) Voir : [http://who.int/reproductive-health/publications/msm\\_98\\_3/fr/msm\\_98\\_3\\_6.htm](http://who.int/reproductive-health/publications/msm_98_3/fr/msm_98_3_6.htm)

## 9.4. Le tabagisme de la mère

Selon le Fonds des Affections Respiratoires (FARES)<sup>(16)</sup>, le tabagisme de la mère est la principale cause de retard de croissance intra-utérine dans les pays industrialisés. Ainsi, le poids moyen et la taille à la naissance d'un bébé d'une mère qui fume sont plus bas que ceux dont la mère ne fume pas (poids : 3,2 kg contre 3,5 kg ; taille inférieure d'un cm). Les bronches des nouveau-nés de mère fumeuse sont aussi plus fragiles (hyperréactives) que les bronches des nouveau-nés de maman non-fumeuse. Pendant la période d'allaitement, les substances toxiques du tabac sont également transmises au nouveau-né par le lait maternel ; il est donc fortement conseillé à la maman de ne pas fumer pendant la grossesse et l'allaitement.

Le tabagisme parental est, en outre, un facteur très important de mort subite du nourrisson.

**Figure III.32.** : Part des naissances prématurées et des petits poids à la naissance selon l'attitude tabagique de la mère, Hainaut, 2004



► Les cas de prématurité sont deux fois plus fréquents chez les mères grandes fumeuses (16,8 %) que chez les mères non fumeuses (7,8 %). Les nouveau-nés de petit poids sont trois fois plus nombreux (21,5 %) chez les mères grandes fumeuses que chez les non fumeuses (6,2 %).

(16) Voir : [http://fares.be/tabac/documenter/tabag\\_passif.php](http://fares.be/tabac/documenter/tabag_passif.php)

## 10. La 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 avoir 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.

### 10.1. Les suicides

#### 10.1.1. La mortalité due aux suicides

Le suicide est une des principales causes de décès liées à la santé mentale.

Les données de mortalité par suicide sont issues des bulletins statistiques de décès. Leur analyse est soumise à une série de limites. De manière générale, on estime que les statistiques de mortalité par suicide sous-estiment le nombre réel de décès par suicide. Lors de la certification médicale, un certain nombre de suicides peuvent ne pas être reconnus comme tels en raison, entre autres, de l'incertitude de l'intentionnalité de l'acte (De Spiegelaere et al, 2003 ; Mouquet et al, 2006).

**Tableau III.23. :** Nombre annuel moyen de suicides selon le sexe et les groupes d'âge, Hainaut, 1993-1997

Groupe d'âge	Nombre annuel moyen de suicides de 1993 à 1997 - Hainaut		
	Hommes	Femmes	Total
moins de 25 ans	20	5	24
25-44 ans	85	24	109
45-64 ans	65	29	94
65 ans et +	62	24	86
<b>Total</b>	<b>231</b>	<b>82</b>	<b>313</b>

*Source : SPMA*

**Tableau III.24. :** Taux bruts de mortalité par suicide, selon le sexe et les groupes d'âge, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1993-1997

Groupe d'âge	Taux bruts pour 100 000 hab. (Moyenne 1993-1997)					
	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-24 ans	21,2	5,2	26,0	5,3	22,2	5,5
25-44 ans	37,4	12,5	47,1	14,6	44,3	12,8
45-64 ans	38,3	16,7	48,9	20,6	46,4	19,7
65 ans et +	55,3	17,2	73,2	20,0	75,7	18,1
<b>Total</b>	<b>30,9</b>	<b>11,3</b>	<b>38,8</b>	<b>13,2</b>	<b>37,3</b>	<b>12,3</b>

*Source : SPMA*

Entre 1993 et 1997, on dénombrait en moyenne 313 décès annuels par suicide en Hainaut (231 décès masculins et 82 décès féminins).

Cela correspond à un taux brut de décès par suicide de 30,9 hommes pour 100 000 et 11,3 femmes pour 100 000.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge : 22 hommes pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et 76 hommes pour 100 000 dans le groupe d'âge des 65 ans et plus décèdent annuellement de suicide. Chez les femmes ce taux passe de 5,5 pour 100 000 femmes entre 15 et 24 ans à 19,7 femmes pour 100 000 après 65 ans. Le suicide constitue l'une des principales causes de décès chez les jeunes mais les personnes âgées sont, en proportion, plus concernées par le suicide que les adolescents.

Surtout chez les hommes, les taux de suicide sont supérieurs dans le Hainaut par rapport à la moyenne belge mais du même ordre de grandeur que pour la moyenne de la Région wallonne.

10.1.2. Les tentatives de suicide

L'Enquête Nationale de Santé s'est attachée en 2004 à examiner certaines dimensions de la santé mentale en reprenant des questions sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

**Tableau III.25. :** Répartition par groupes d'âge et sexe des personnes ayant déclaré avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Groupe d'âge	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
15-24 ans	2,4	3,6	4,2	7,5	7,7	4,5
25-34 ans	3,6	6,4	6,1	6,3	6,4	6,1
35-44 ans	3,6	5,5	5,2	8,4	6,2	10,8
45-54 ans	2,7	4,2	5,1	3,6	5,3	1,1
55-64 ans	2,2	5,8	3,5	13,3	4,4	19,1
65 ans et +	1,6	2,8	1,0	6,2	0,9	6,2
Total	2,7	3,7	4,3	5,9	5,2	6,4

Source : ENS, 2004

Si les hommes décèdent plus par suicide que les femmes, ces dernières déclarent plus souvent avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours.

En Hainaut, en 2004, 6,4 % des femmes de 15 ans et plus et 5,2 % des hommes déclarent avoir déjà essayé de mettre fin à leurs jours. C'est près de deux fois plus que pour l'ensemble de la Belgique pour les deux sexes.

10.1.3. L'idéation suicidaire

**Tableau III.26. :** Répartition par groupes d'âge et sexe des personnes ayant déclaré avoir déjà pensé au suicide au cours de leur vie, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Groupe d'âge	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
15-24 ans	11,2	18,3	18,7	20,9	15,4	29,8
25-34 ans	14,4	15,9	14,5	14,6	20,5	11,2
35-44 ans	13,1	14,5	16,3	18,6	20,2	20,6
45-54 ans	12,0	15,0	17,8	16,3	17,9	19,3
55-64 ans	7,1	13,0	9,5	21,6	11,2	27,2
65 ans et +	4,4	7,6	3,2	12,7	5,6	11,5
Total	10,6	13,7	13,7	17,1	15,7	19,1

Source : ENS, 2004

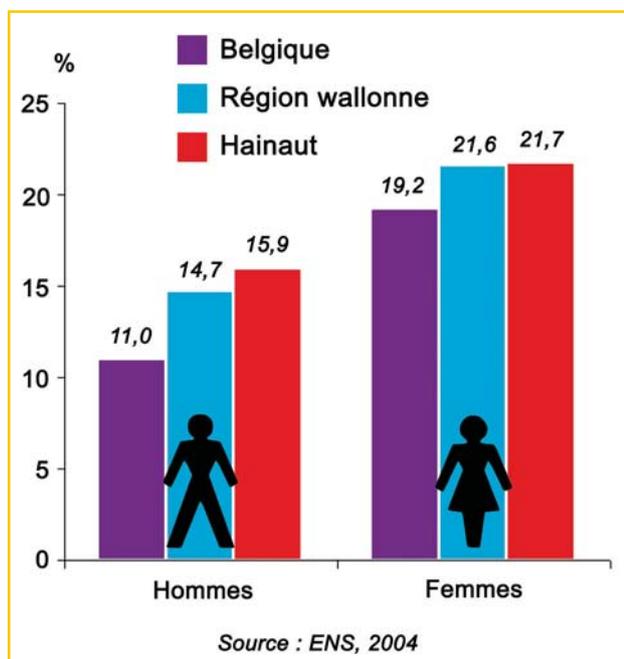
En 2004, en Hainaut, 16 % des hommes et 19 % des femmes déclarent avoir pensé au suicide au cours de leur vie.

Les décès par suicide sont plus fréquents chez les hommes mais les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà pensé au suicide. Elles sont 19,1 % en Hainaut contre 17,1 % en Région wallonne et 13,7 % en Belgique ; en province du Hainaut, ce sont surtout les femmes de 15 à 24 ans (29,8 %) et de 55 à 64 ans (27,2 %) qui déclarent avoir pensé au suicide : ces chiffres sont nettement plus élevés qu'en Belgique (respectivement pour ces deux groupes d'âge : 18,3 et 13 %).

Les hommes sont également plus nombreux en Hainaut à avoir pensé au suicide au cours de leur vie : ils sont 15,7 % contre 13,7 % en Région wallonne et 10,6 % pour l'ensemble de la Belgique.

## 10.2. La consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs

**Figure III.33.** : Pourcentage de personnes ayant déclaré une consommation de médicaments psychotropes dans les deux dernières semaines, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004



► Globalement, en Hainaut en 2004, 21,7 % des femmes et 15,9 % des hommes déclarent avoir pris des psychotropes dans les deux dernières semaines. C'est un peu plus que pour l'ensemble de la Belgique pour les femmes (19,2 %) mais nettement plus pour les hommes (11 %).

**Tableau III.27.** : Pourcentage de population déclarant avoir consommé des antidépresseurs dans les deux dernières semaines, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

	Belgique	Région wallonne	Hainaut
	%	%	%
Hommes	3,7	6,0	6,2
Femmes	8,2	10,4	10,8
Total	6,1	8,3	8,6

Source : ENS, 2004

► Parmi la population hainuyère interrogée lors de l'Enquête Nationale de Santé en 2004, 8,6 % a déclaré avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze derniers jours, soit 40 % de plus qu'en Belgique. Comme pour les médicaments psychotropes, les femmes du Hainaut sont plus grandes consommatrices d'antidépresseurs que les hommes : 10,8 % contre 6,2 %.

**Tableau III.28. :** Répartition des personnes ayant consommé des antidépresseurs au cours des dernières 24 heures, selon le groupe d'âge et le sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Groupe d'âge	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
moins de 20 ans	0,0	0,2	0,0	0,6	0,0	0,0
20-44 ans	2,0	4,8	3,1	5,4	3,3	3,2
45-64 ans	5,6	10,4	11,2	13,9	9,8	18,2
65 ans et +	5,9	11,4	6,5	14,0	5,3	13,7
Total	3,7	8,2	6,0	8,3	6,2	8,6

Source : ENS, 2004

▼ Chez les hommes, la consommation d'antidépresseurs au cours des 24 dernières heures est nettement supérieure en Hainaut et en Région wallonne (6,2 % et 6 %) qu'en Belgique en général. La consommation d'antidépresseurs augmente avec l'âge.

Chez les femmes, la consommation d'antidépresseurs est globalement similaire en Hainaut, en Région wallonne et en Belgique et est la plus élevée entre 45 et 64 ans. Dans cette tranche d'âge, presque une Hainuyère sur 5 consomme des antidépresseurs.

## 11. Références bibliographiques

- Brohet C, Bertrand F, Degré S, Hannut R, Kulbertus H, Lefebvre P et al. **Monica in the Belgian province of Luxembourg : a province at a high risk for coronary heart disease.** Arch Public Health 1991 ; (49) : 211-224.
- Capet F. **Déclaration finale de la concertation sur l'opportunité et les modalités d'un dépistage du diabète.** Bruxelles : CROSP ; 2002.
- Capet F, Debaille R, Tafforeau J, Van Oyen H, CROSP. **DIABETE - Etat des connaissances en Belgique et apport d'éléments pour l'élaboration d'une politique de santé.** Episérie n°19. Bruxelles : CROSP ; 1999 ; 1-52.
- Capet F, Tafforeau J, Van Oyen H. **Ostéoporose et fractures de la hanche - Etat des connaissances en Belgique et apport d'éléments pour l'élaboration d'une politique de santé.** Episérie n° 18. Bruxelles : Institut de Santé Publique ; 1999 ; 1-58.
- Centre de référence SIDA-Charleroi (Centre Arthur Rimbaud). **Données non publiées.** 2005
- Charlton JR, Hartley RM, Silver R, Holland WW. **Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales.** The Lancet 1983 ; 691-696.
- De Spiegelare M, Deguerri M, Haelterman E, Logghe P, Wauters I ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. **Tableau de bord de la santé - Région Bruxelles-Capitale 2004.** Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale ; 2004 ; 1-156.
- De Spiegelare M, Wauters I, Haelterman E ; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. **Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale situation 1998-2000.** Bruxelles ; 2003.
- Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van Der Heyden J et al. **Enquête de santé par interview, Belgique, 2004.** Rapport No 2006-036. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique ; 2006.
- Fonds des Affections Respiratoires (FARES). Disponible sur : [http:// www.fares.be](http://www.fares.be)
- Fonds des maladies professionnelles. **Rapport annuel 2003.** Bruxelles : Fonds des maladies professionnelles ; 2004 ; 1-185.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Health Organization (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Rapport No 916. Genève : 2003 ; 1-116.
- Gill TM, Feinstein AR. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements.** JAMA 1994 ; 272(8) : 619-626.
- Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F et al. **Enquête de santé par interview, Belgique, 2001.** Rapport D/2002/2505. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2003.
- Indekeu JL. **Fondation privée Registre du cancer** - Acte notarié paru aux Annexes du Moniteur belge. MB du 12 juillet 2005.
- Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, Brown DR, Barr E, Alvarez FB et al. **A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine.** New England Journal of Medicine 2002 ; 347(21) : 1645-1651.
- Levêque A, Kornitzer M, Desqueuve R, Lannoy M, Coppieters Y. **Le registre des cardiopathies ischémiques en Communauté française de Belgique - 20 ans de suivi: 1983-2002.** Registre subsidié par le Ministre de la Santé de la Communauté française de 1993 à 2003. Bruxelles : ULB Ecole de Santé publique ; Alain Levêque, 2005 ; 1-23.
- Mouquet MC, Bellamy V. **Suicides et tentatives de suicide en France,** Etudes et Résultats, 488, DREES, mai 2006, 8p.
- Nobels F, Van Gaal L. **Diabetes Project Vlaanderen.** Diabetes Info 1998 : 13-5.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Tableau de bord de la santé - Santé en Hainaut No 3.** Mons : Province de Hainaut ; 2000 ; 1-60.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Banque de Données Médico-Sociales. **Dossier spécial : allaitement.** Rapport 2004. Bruxelles : ONE ; 2004 ; 1-107.
- Ophthalmologie.fr. Disponible sur : <http://www.ophtalmologie.fr/glaucome-signes.html> (consulté en décembre 2005).
- Paul I, Bilge A, Bolly F, Boland J, Reginster JY. **Pilot study for the registration of acute myocardial infarction in the Liege area (Belgium).** Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique 2001 ; 49 (5) : 423-429.
- Reginster JY. **Registre de l'infarctus en région liégeoise : données 1998.** Liège : Université de Liège ; 2000.
- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice R, LaCroix AZ et al. ; Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. **Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women.** JAMA 2002 ; 288(3) : 321-333.
- Sasse A, Defraye A, Buziarsist J, Collège des Laboratoires de Référence Sida. **Epidémiologie du Sida et de l'Infection à VIH en Belgique - Situation au 31 décembre 2004.** Institut Scientifique de la Santé Publique, Service Public Fédéral de la Santé Publique. IPH/EPI Reports Nr 2005-017, Bruxelles ; 2005 ; 1-30.
- Unal B, Critchley J, Capewell S. **Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981-2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention.** BMJ 2005 ; 331 : 614-617.





**C**hapitre **IV**  
**F**acteurs  
**de S**anté

## ■ Le contexte



Les styles de vie et les comportements de santé au sens large influencent la qualité de vie en contribuant ou non au maintien de la santé. Cette relation entre comportements et santé concerne de nombreuses affections dont les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Les choix personnels sont une composante des comportements. Toutefois, ils sont loin d'être les seuls déterminants. Les conditions de vie et le niveau socio-économique ont un impact direct sur ces comportements.

La littérature scientifique montre que les niveaux d'instruction et de revenus, la qualité de l'habitat et de l'environnement physique, la qualité des relations sociales et l'accès à un emploi sont en relation forte avec les comportements. La nature complexe de cette relation fait encore l'objet de recherches mais le fait que les conditions de vie influencent le style de vie est certainement un facteur explicatif de première importance (Leclerc et al., 2000).

C'est dans ce contexte que ce chapitre présente des données sur les facteurs de santé, marqueurs de problèmes de santé actuels et futurs.

- L'excès de poids : en 2001, le Hainaut comptait 57 % d'hommes et 45 % de femmes en excès de poids ou obèses. Ces pourcentages sont supérieurs de 10 % à ce qu'on observe pour l'ensemble de la Belgique chez les hommes et de 15 % chez les femmes. Parmi les hommes en excès de poids, la proportion d'obèses est supérieure en Hainaut à celle observée en Région wallonne et en Belgique. L'excès de poids et l'obésité sont liés au niveau d'instruction : parmi les personnes dont le diplôme le plus élevé est le diplôme de primaire, 60 % n'ont pas un poids idéal et parmi eux 32 % sont obèses. Chez les jeunes, en Hainaut, en 2004, l'excès de poids et l'obésité se rencontrent dans des proportions assez semblables à 11, 13 et 16 ans chez les garçons et concernent un peu plus d'un garçon sur 4. Chez les filles de 11 ans, une sur 5 est en excès de poids et une sur 4 dans les groupes des 13 et 16 ans.
- L'activité physique : 46 % des habitants du Hainaut de 15 ans et plus et plus particulièrement les femmes (55 %) courent des risques pour leur santé par manque d'exercice physique. C'est bien plus que la moyenne belge (33,9 %). Chez les jeunes, la pratique d'un sport en club concerne environ un Hainuyer sur 2. Elle se rencontre moins fréquemment chez les filles, surtout chez les plus âgées. On note également une diminution de la fréquentation d'un club de sport entre 1997 et 2004.
- Les jeunes et la télévision : les jeunes du Hainaut regardent la télévision en moyenne deux heures par jour les jours d'école et quatre heures par jour les jours sans école. Dans le primaire, près de 60 % des enfants regardent la télévision avant d'aller à l'école et ils sont encore 30% à le faire dans le secondaire. A 11 ans, 38 % des jeunes regardent la télévision au cours des trois périodes de la journée ou plus. Une même fréquence de consommation télévisuelle se retrouve chez 28 % des 14 ans et 16 % des 16 ans.
- L'alimentation : l'Enquête Nationale de Santé montre qu'en 2001, entre 15 et 34 ans, environ un Belge ou un Hainuyer sur 3 ne prend pas de petit déjeuner régulièrement. Les enquêtes jeunes en Hainaut montrent que plus de 12 % des enfants de 11 ans ne prennent pas de repas le matin ; chez les plus grands (13 et 16 ans), environ un quart des garçons et plus d'un tiers des filles sont concernés. En Hainaut, globalement, environ une personne sur 2 ne consomme pas au moins un fruit chaque jour. (ENS 2001) Dans l'ensemble de la Belgique cette proportion est de 3 personnes sur 5. En ce qui concerne les jeunes (OSH CSSV), environ 2 Hainuyers sur 3 déclarent consommer un fruit ou plus quotidiennement. Dans l'Enquête Nationale de Santé 2001, un peu plus de 3 Hainuyers sur 4 consomment quotidiennement des légumes (proportion proche de celle observée en Région wallonne et en Belgique). Chez les jeunes, la situation est plus problématique (OSH CSSV, 2003-2004) : en effet, un quart des garçons de 11 ans et un tiers des filles seulement consomment quotidiennement des légumes. Ces proportions augmentent cependant à 13 ans et 16 ans pour concerner 39 % des garçons et 47 % des filles. En Hainaut, plus d'une personne sur 5 consomment au moins 2 fois des fritures chaque semaine. La proportion est un peu plus élevée qu'en Belgique (ENS 2001). A 11 ans, 41 % des garçons et 37 % des filles consomment des sodas chaque jour ou presque. A 13 ans, ils sont respectivement 69 % et 58 % et à 16 ans, 60 % et 47 %. La consommation de sodas est plus élevée chez les jeunes qui ne déjeunent pas. La relation est hautement significative lorsqu'il existe des distributeurs automatiques de sodas et autres produits sucrés dans l'école.
- Le tabac : près de 30 % des hommes et 18 % des femmes du Hainaut se déclaraient fumeurs réguliers en 2001. La proportion d'hommes fumeurs est un peu plus élevée en Hainaut qu'en Belgique tandis que les femmes sont moins nombreuses à déclarer fumer chaque jour. La tranche d'âge 25-44 ans est celle qui compte le plus de fumeurs. Chez les jeunes du Hainaut (OSH CSSV 2003-2004) à 11 ans, 10 % sont déjà fumeurs réguliers tandis qu'à 16 ans, ils sont 24 %. On observe toutefois une diminution de la proportion de fumeurs chez les jeunes de 1997 à 2003 et surtout chez les jeunes de 13 ans.

- L'alcool : la consommation journalière d'alcool concerne 11,5 % de la population hainuyère. Par rapport à ce qu'on observe en Belgique, le Hainaut se caractérise par une proportion plus élevée d'hommes (17 % buveurs réguliers) et une proportion équivalente de femmes (6,9 %).  
A 11 ans, un peu plus d'un jeune sur deux a déjà goûté à l'alcool. La proportion augmente avec l'âge pour atteindre 90 % à 16 ans. L'expérience de l'ivresse alcoolique augmente avec l'âge et est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.  
A 11 ans, 13,2 % des garçons et 6 % des filles déclarent déjà avoir été ivres. A 14 ans, les proportions sont de 24 % et 22 % et à 16 ans de 50 % et 37 %.
- Les drogues : la fréquence de la consommation de drogues illicites est mal connue chez les adultes. Chez les jeunes, par contre, différentes études s'y intéressent et parmi elles, les enquêtes des Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV).  
Le contact avec des personnes qui consomment des produits illicites ou avec le produit augmente avec l'âge. A 11 ans, un enfant sur 5 connaît quelqu'un qui se drogue, un sur 2 à 14 ans et 2 sur 3 à 16 ans. A 11 ans, 8 % des garçons et 4 % des filles disent qu'on leur a déjà proposé de la drogue ; à 13 ans, 23 % et 17 % et à 16 ans, 52 % et 37 %.  
La consommation de cannabis touche 10 % des garçons et 8 % des filles de 14 ans. A 16 ans, elle touche 31 % des garçons et 24 % des filles. A 14 ans, un tiers des garçons et un quart des filles qui ont déjà consommé du cannabis en ont consommé au cours du mois qui précède l'enquête. A 16 ans, la consommation au cours du dernier mois concerne 48 % des garçons et 40 % des filles. La majorité d'entre eux en ont consommé à plusieurs reprises au cours de cette période.
- Les indicateurs socio-économiques du Hainaut sont particulièrement défavorables et contribuent à expliquer l'excès de morbidité et de mortalité dans la province. En effet, le revenu médian calculé sur base des déclarations fiscales est globalement 12 % inférieur à la moyenne belge. En 2001, l'enquête socio-économique révèle que seuls 18 % des Hainuyers ont un diplôme de l'enseignement supérieur pour 23 % dans l'ensemble de la Belgique. Les disparités géographiques intra-provinciales sont également importantes. Les sous-régions ayant les moins bons indicateurs sont la Botte du Hainaut et la ceinture industrielle Charleroi-Mons-Borinage. La superposition des cartes représentant les indicateurs socio-économiques montre à quel point les facteurs défavorables peuvent se cumuler dans certains endroits. Dans les régions de Mons et Charleroi, près de la moitié des jeunes de moins de 24 ans, susceptibles de travailler, n'ont pas d'emploi contre seulement 26 % pour l'ensemble de la Belgique. Ces mêmes arrondissements comptent respectivement 13 et 11 % de bénéficiaires du revenu minimum d'intégration et 8 et 7 % de leur population majeure sont en difficulté de remboursement d'un ou plusieurs crédits.

## 1. L'excès de poids et l'obésité

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

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

La corpulence est considérée comme :

- ▶ basse lorsque l'IMC < 20,
- ▶ normale lorsque l'IMC est  $\geq 20$  mais < 25,
- ▶ trop élevée (surpoids) lorsque l'IMC est  $\geq 25$  mais < 30,
- ▶ beaucoup trop élevée (obésité) lorsque l'IMC est  $\geq 30$ ,
- ▶ à partir de 40, on parle d'obésité morbide.

Ces bornes ne sont valables que pour les personnes de 18 ans et plus. Chez les plus jeunes, cet indice n'est pas constant. Il évolue avec l'âge. C'est vers 6 ans qu'il est le plus faible. Il remonte ensuite jusqu'à 18 ans environ, âge à partir duquel il est assez stable. Chez les moins de 18 ans, on interprète la valeur de l'IMC grâce à des tables de références internationales (Cole, 1998).

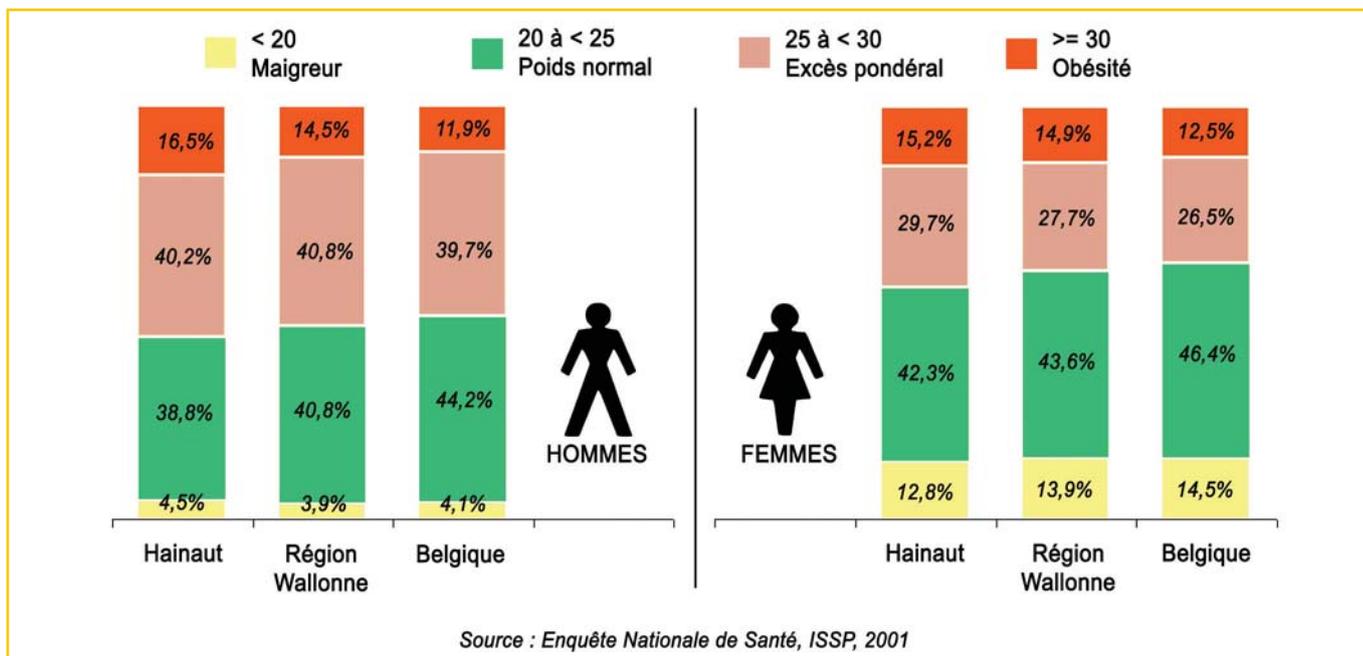
L'obésité est en augmentation partout dans le monde et ce tant chez les adultes que chez les enfants. L'excès de poids et l'obésité sont associés à une prévalence accrue et à une gravité plus importante de nombreuses maladies chroniques (diabète de type 2, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires...) (OMS, 2003).

Classiquement, on les mesure grâce à l'indice de Quételet ou à l'IMC qui reflète assez bien la proportion de tissus gras dans le corps qui, lorsqu'elle est trop importante définit l'excès de poids ou l'obésité.

L'excès de poids est un bon indicateur de risque potentiel pour la santé.

## 1.1. La corpulence des adultes

**Figure IV.1. :** Répartition de la population selon l'IMC : proportion d'hommes et de femmes maigres, de poids normal, en surpoids et obèses selon les déclarations des répondants, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



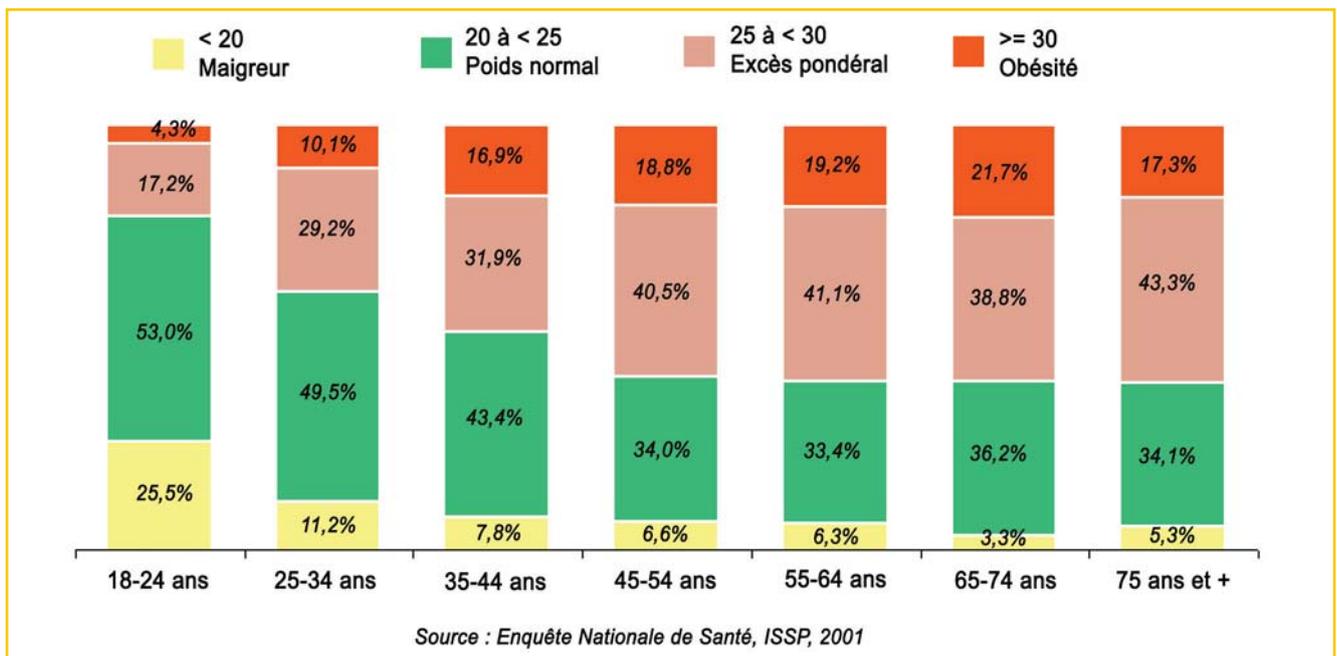
En Belgique, 44,5 % des adultes (50,5 % des hommes et 38,8 % des femmes) présentent un excès de poids (IMC > 25). En Hainaut, la proportion de personnes en excès de poids ou obèses est plus élevée que dans l'ensemble de la Belgique et ce tant chez les hommes que chez les femmes : 56,7 % des hommes et 44,9 % des femmes ont un excès de poids ou sont obèses.

La prévalence de l'excès de poids est plus faible chez les femmes que chez les hommes : en Belgique, 40 % des hommes ont un surpoids (obésité exclue) et 11,9 % sont obèses pour 26,5 % des femmes en surpoids et 12,5 % d'obèses.

La proportion de personnes en surpoids ou obèses est, entre autres, liée à des facteurs comportementaux en rapport avec l'alimentation et l'activité physique, eux-mêmes déterminés par des facteurs structurels. Les choix alimentaires, par exemple, sont influencés par les ressources des familles, par l'offre alimentaire, par la publicité, par l'accès à l'information. La pratique de l'activité physique résulte aussi de l'offre et de facteurs culturels de l'environnement au sens large. L'image qu'on a de soi résulte de ce qu'on a vécu, de la pression médiatique, des relations avec les pairs.

Chez les femmes, on note également une proportion non négligeable de personnes maigres (IMC < 20). Parmi ces personnes maigres, quelques-unes souhaitent encore perdre du poids et développent donc des conduites que l'on peut classer dans la catégorie des comportements de type anorexique (une restriction anormale de l'alimentation souvent associée à une augmentation anormale de l'activité physique). La maigreur des femmes semble un peu moins fréquente en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique (12,8 % et 14,5 %).

**Figure IV.2. :** Répartition de la population selon l'IMC selon l'âge, Hainaut, 2001

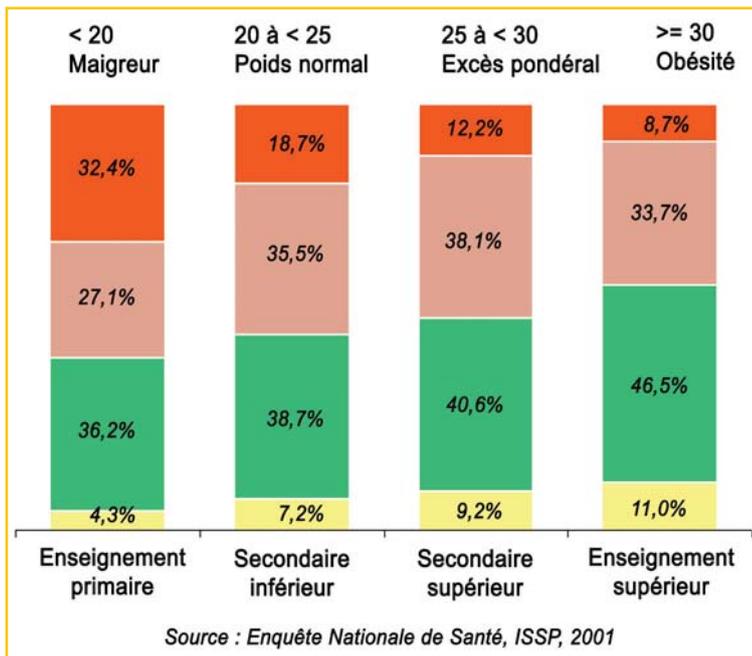


La figure IV.2. montre une augmentation importante de l'excès de poids et de l'obésité avec l'âge et ce jusqu'à environ 75 ans : on passe de 21,5 % de personnes en excès de poids chez les plus jeunes (18-24 ans) à plus de 60 % dans la tranche d'âge de 65-74 ans. Dans cette tranche d'âge, seuls 36 % de personnes ont un poids considéré comme normal. L'étude Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health (BIRNH) réalisée entre 1979 et 1984 au sein d'un échantillon représentatif de population âgée de 25 à 74 ans avait déjà révélé que l'IMC augmente de 5 à 10 % en moyenne entre 18 et 65 ans (Kornitzer et al., 1989).

La proportion la plus élevée de personnes maigres est observée dans la tranche d'âge 18-24 ans. Environ 25 % des personnes dans cette tranche d'âge sont considérées comme maigres car leur indice de Quetelet est inférieur à 20. Ce phénomène est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Cela est en partie lié à la pression médiatique imposée aux jeunes femmes pour qu'elles soient minces (Stice et al., 1994). Par ailleurs, les résultats des études scientifiques montrent que le fait d'avoir répété des régimes restrictifs dans la jeunesse ou plus tard est un facteur de risque déterminant dans les situations d'obésité (Field and al., 2003 ; The McKnight Investigators, 2003).

Après 75 ans, la proportion d'obèses diminue légèrement et la proportion de personnes considérées comme maigres augmente à nouveau. Il s'agit là de pertes de poids liées, entre autres, aux pathologies qui surviennent au grand âge. C'est également probablement lié au décès prématuré des personnes obèses.

**Figure IV.3. :** Répartition de la population selon l'IMC selon le niveau de scolarité, Hainaut, 2001



► Ce graphique nous montre que l'excès de poids et l'obésité sont fortement liés au statut socio-économique. Plus le niveau de scolarité<sup>(1)</sup> est faible, plus la proportion de personnes dont le poids est normal est faible. Près de 60 % des personnes qui vivent au sein d'un ménage où le diplôme le plus élevé est un diplôme de l'enseignement primaire ont un excès de poids et 32 % souffrent d'obésité contre près de 40 % de surpoids et 9 % d'obésité pour les personnes vivant dans un ménage où au moins une personne a un diplôme de l'enseignement supérieur.

La proportion de personnes (trop) maigres est plus élevée dans les catégories sociales plus favorisées.

## 1.2. Le surpoids chez les jeunes

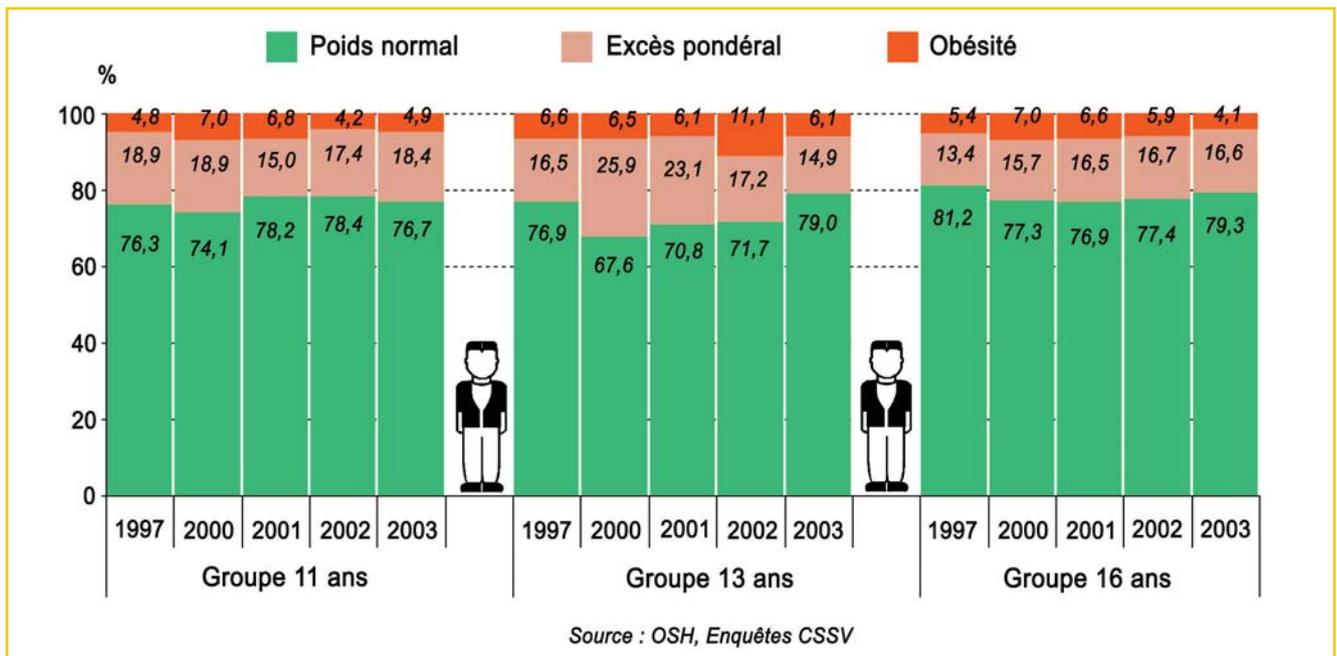
L'excès de poids et l'obésité sont plus difficiles à définir chez les jeunes de moins de 18 ans car les bornes critiques de l'IMC varient en fonction de l'âge (1998, Cole). C'est vers l'âge de 6 ans qu'on observe normalement les IMC les plus faibles. On note ensuite vers 8-9 ans un rebond d'obésité décrit par Roland-Cachera (1984), rebond qui s'il survient trop précocément peut préfigurer un risque accru pour l'obésité. A noter que chez les jeunes, les critères pour déterminer la maigreur ne figurent que dans les normes françaises et pas dans les normes internationales.

Les données présentées ici proviennent des enquêtes réalisées dans le cadre du réseau des centres de santé scolaire vigies (OSH, 2001). Ce réseau est né en Hainaut suite à l'enquête transfrontalière menée en 1997-1998 en Hainaut et dans l'Aisne (avec l'appui des projets Interreg du Fonds Feder). Depuis, tous les deux ans, en collaboration avec les centres de santé scolaire, environ 1200 jeunes de 6<sup>ème</sup> primaire (4<sup>ème</sup> avant 2003), 2<sup>ème</sup> secondaire et 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> secondaire, sont pesés, mesurés et répondent à un questionnaire permettant de suivre leurs principaux comportements de santé (activité physique et sédentarité, alimentation, consommations diverses...). Il ne s'agit cependant pas d'une étude de cohorte, longitudinale : ce ne sont pas les mêmes jeunes qui sont interrogés année après année.

Pour des raisons pratiques liées entre autres au fait que seuls les élèves de trois niveaux scolaires sont interrogés, les résultats sont présentés sur base du regroupement des jeunes en 3 tranches d'âge selon l'âge le plus fréquent dans le niveau considéré. Le groupe des "11 ans" désigne ainsi les jeunes de 10, 11 et 12 ans ; celui des "13 ans" désigne les jeunes de 12, 13 et 14 ans et le groupe des "16 ans" désigne les jeunes de 15, 16 et 17 ans. Par facilité, on se référera à ces trois groupes d'âge selon les étiquettes "11 ans", "13 ans" et "16 ans".

(1) Le plus haut diplôme obtenu (ici, dans le ménage) est un proxy de la situation socio-économique (Galobardes et al., 2006).

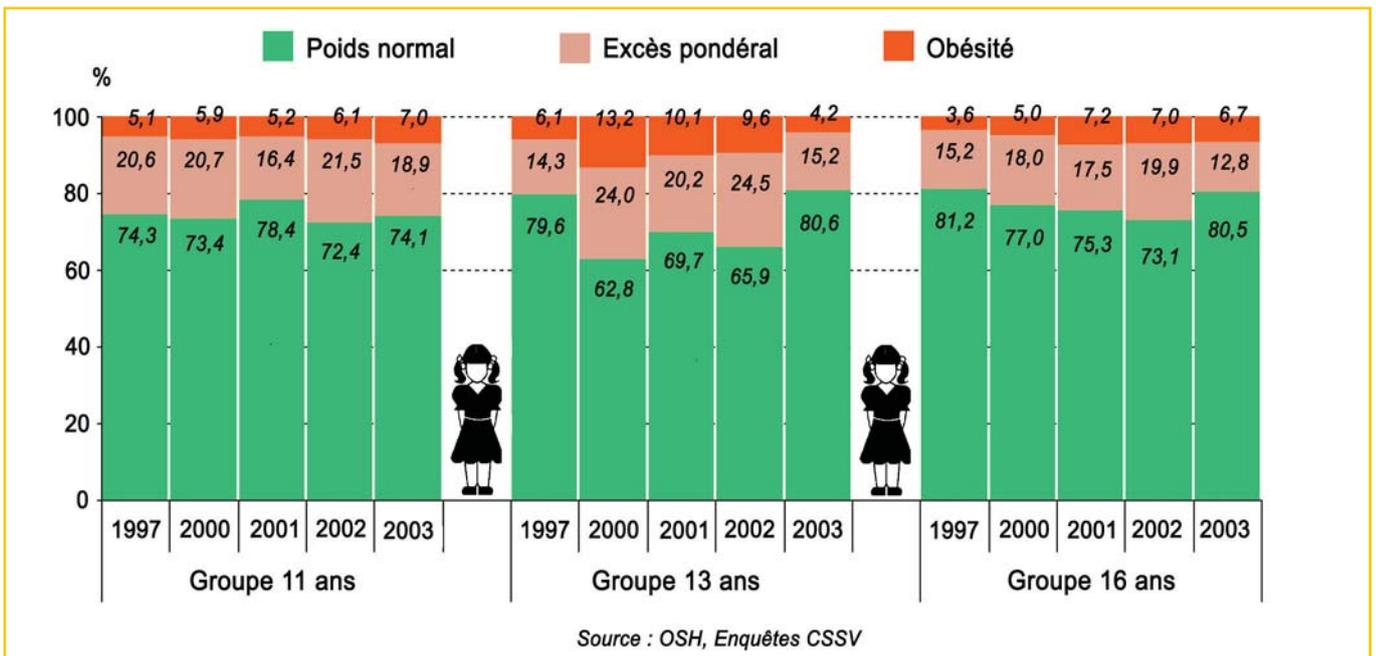
**Figure IV.4. :** Répartition de la population de garçons de 11, 13 et 16 ans selon l'IMC, Hainaut, 1997-2003



Dans le Hainaut, l'excès de poids ou l'obésité concerne environ un garçon sur 4 dans les trois groupes d'âge observés. Contrairement aux tendances décrites dans les publications internationales, ces proportions sont assez stables entre 1997 et 2003 (IOTF, 2005 ; Lissau et al., 2004).

C'est entre 2000 et 2002 que la proportion de garçons de 13 ans en surpoids semblerait être la plus élevée : elle est voisine de 30 %.

**Figure IV.5. :** Répartition de la population de filles de 11, 13 et 16 ans selon l'IMC, Hainaut, 1997-2003



Chez les filles également, les proportions en poids normal, surpoids ou obésité sont assez stables durant la période d'étude. En 2003, l'excès de poids ou l'obésité concerne une fille sur 5 à 11 ans et une fille sur 4 à 13 et 16 ans.

De 2000 à 2002, en Hainaut, 34 % des filles de 13 ans sont en excès de poids (surpoids et obésité). Chez les filles de cet âge, la proportion d'obèses est particulièrement élevée en 2000.

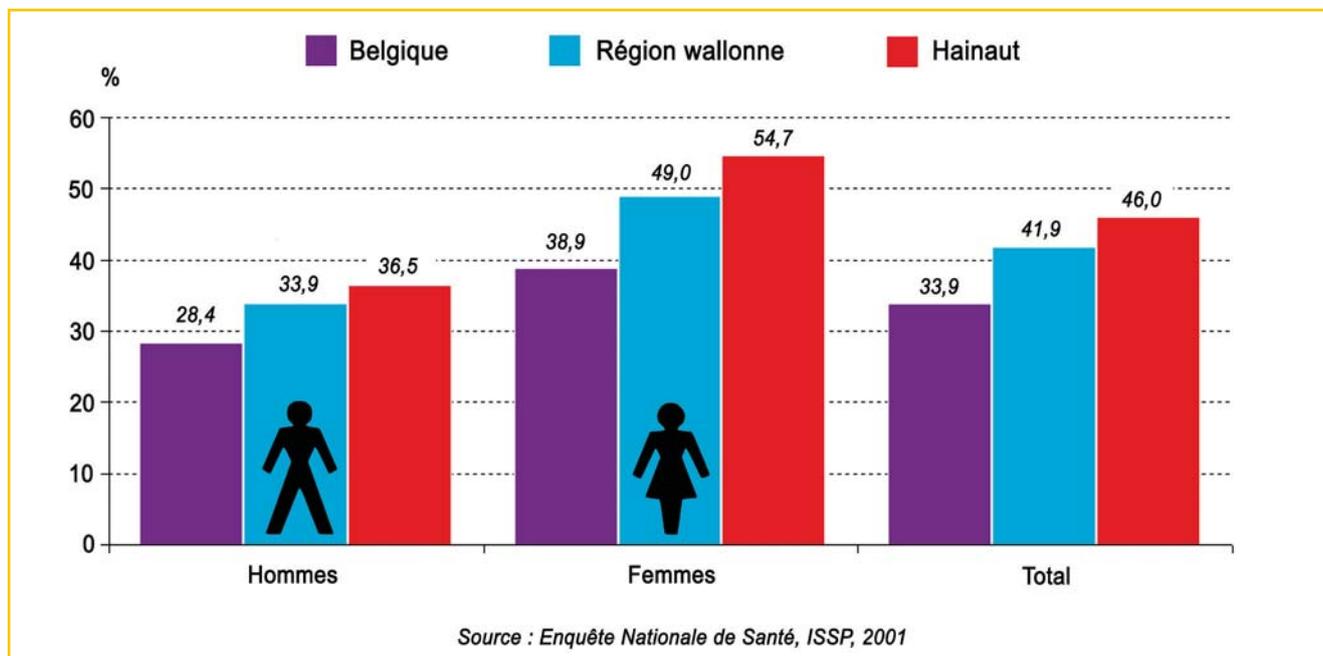
L'actuelle stabilité de l'épidémie de surpoids chez les jeunes est un premier signe encourageant pour tous ceux qui s'occupent du problème dans le Hainaut mais l'objectif reste une diminution importante de ce facteur de risque.

## 2. La sédentarité et l'activité physique

## 2.1. La sédentarité chez l'adulte

On estime qu'un minimum de 30 minutes d'activité physique modérée chaque jour est nécessaire au maintien d'une bonne santé. L'indicateur de sédentarité proposé dans l'Enquête Nationale de Santé est "déclarer pratiquer une activité physique de loisir, modérée ou intense, moins de 4 heures par semaine".

**Figure IV.6. :** Population à risque par manque d'activité physique selon le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

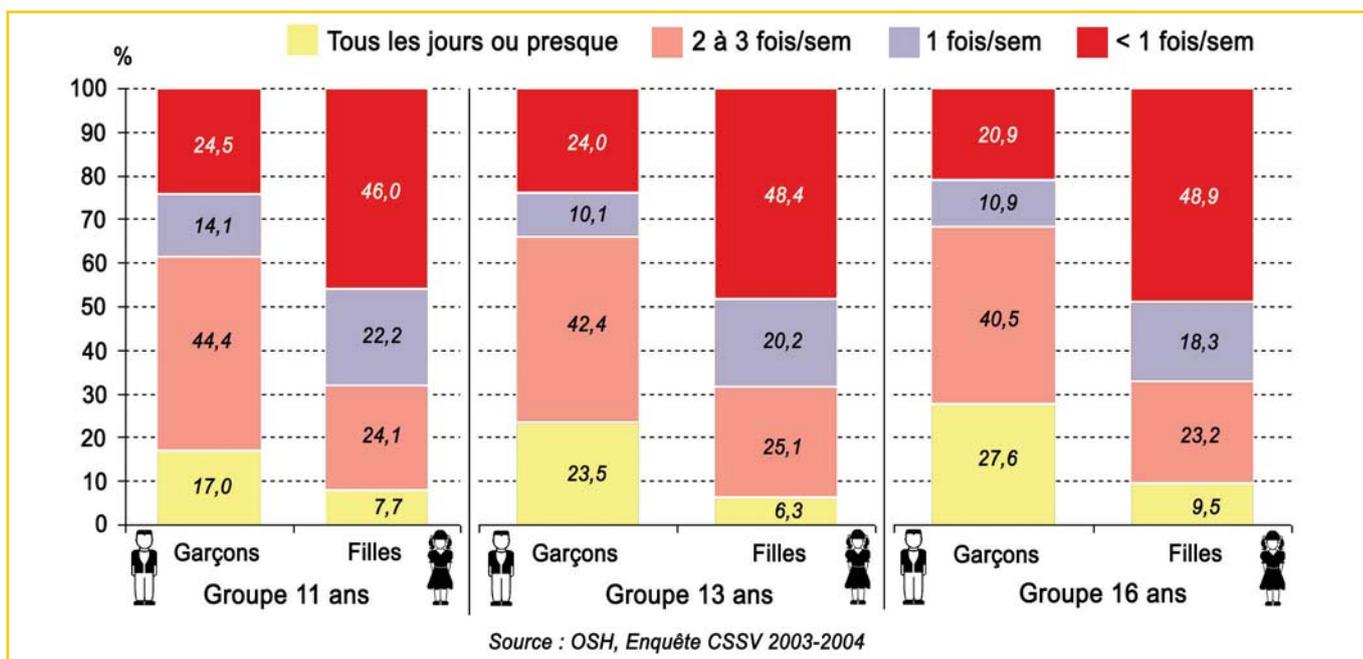


En Belgique, près de 34 % de la population totale est considérée à risque par manque d'activité physique de loisir. En Hainaut, cette proportion atteint 46 % et est aussi supérieure à celle observée en Région wallonne. La proportion de femmes à risque est nettement supérieure à celle des hommes. En Belgique, 28 % des hommes et 39 % des femmes sont considérés à risque et en Hainaut, 36 % des hommes et 55 % des femmes (soit 1,5 fois plus de femmes).

## 2.2. Les jeunes et le sport

Chez les jeunes, un indicateur retenu pour rendre compte de l'activité physique est le fait de pratiquer une activité sportive (dans un club ou de manière informelle) en dehors de l'école.

**Figure IV.7. :** Fréquence de la pratique d'un sport en dehors de l'école en fonction du niveau scolaire chez les filles et garçons, Hainaut, 2003-2004



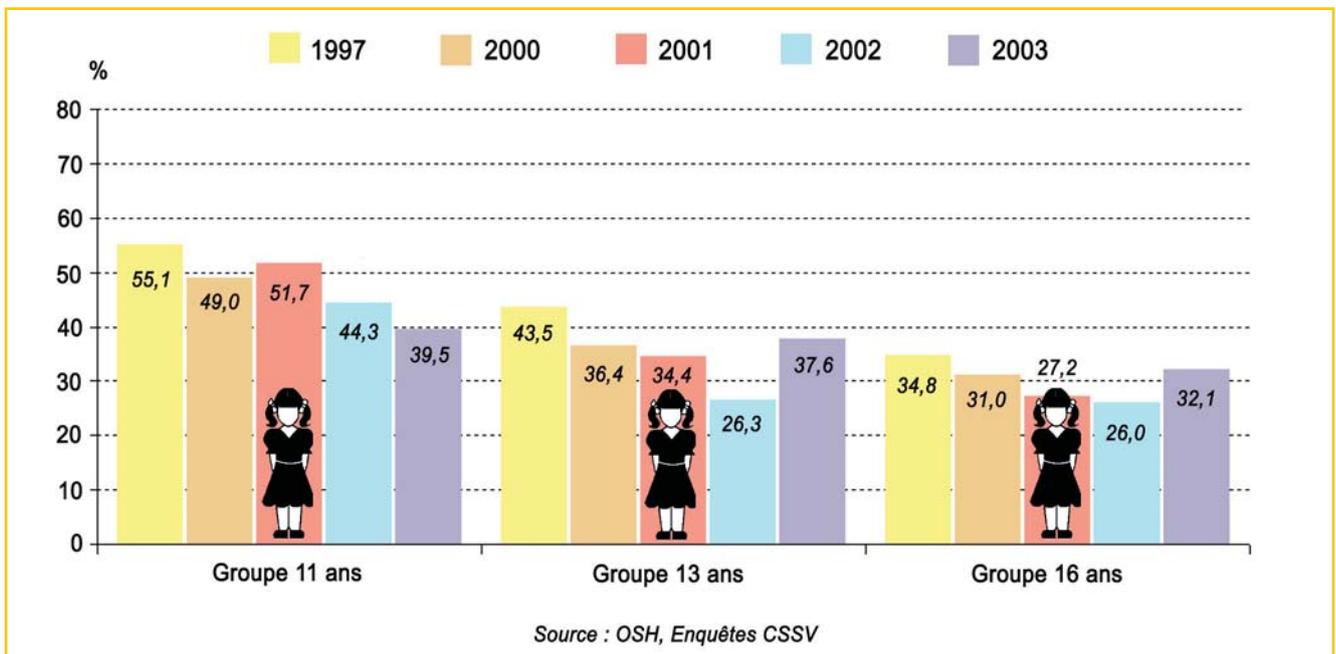
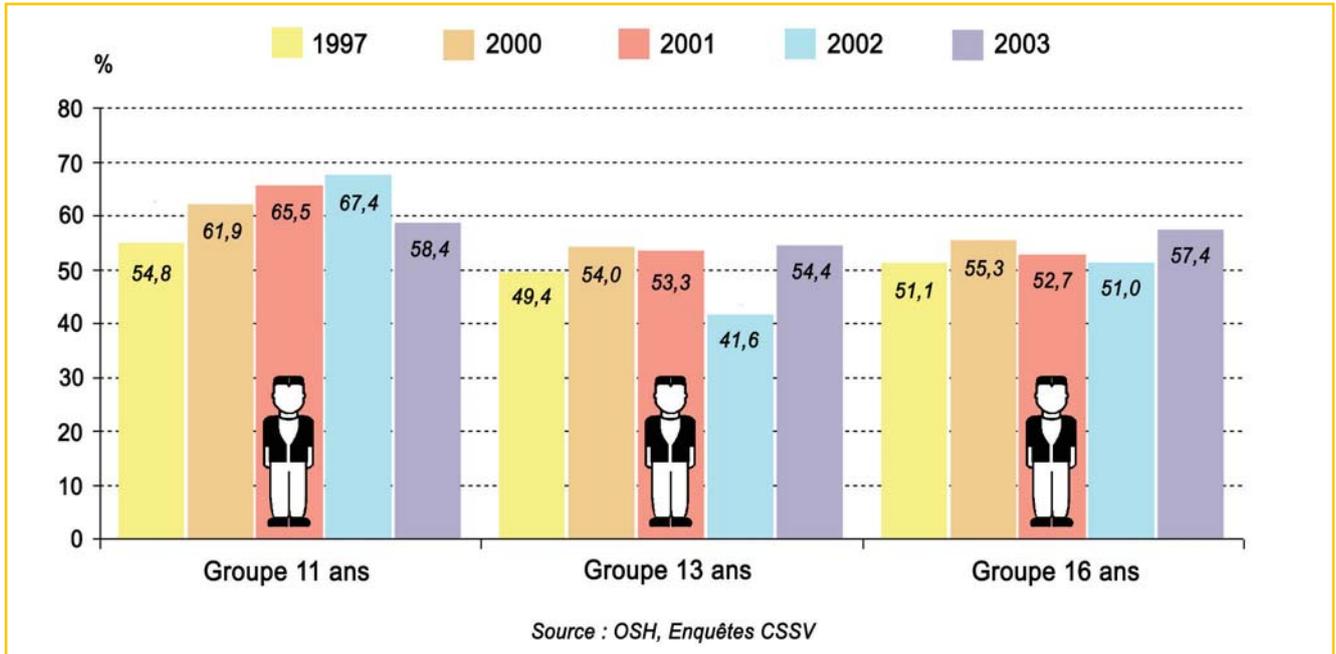
Comme pour les adultes, les jeunes garçons sont nettement plus nombreux à consacrer du temps au sport que les jeunes filles. Dans le Hainaut, 61,4 % des garçons et 31,8 % des filles de 11 ans pratiquent régulièrement (au moins deux fois par semaine) un sport en dehors de l'école.

Près de la moitié des filles pratiquent un sport moins d'une fois par semaine ("jamais" y compris) contre seulement un quart des garçons. La principale raison évoquée par les jeunes qui ne pratiquent pas de sport est le manque de temps.

Des analyses complémentaires montrent que la pratique régulière d'une activité sportive en dehors de l'école est liée au statut socio-économique : les enfants de cadres et de professions libérales pratiquent de l'activité physique plus régulièrement que les autres (ORS Picardie et al., 2006).

La pratique d'un sport en club témoigne d'une certaine régularité dans la pratique sportive. Epidémiologiquement, c'est un indicateur assez robuste car il est précis et moins sujet aux interprétations personnelles.

**Figure IV.8. :** Proportion de jeunes ayant déclaré pratiquer un sport en club, Hainaut, 1997-2003



Dans l'ensemble, pour toutes les tranches d'âges et pour toutes les années d'enquêtes (de 1997 à 2003), un peu plus d'un garçon sur 2 pratique du sport en club; ils sont même près de deux tiers en fin d'école primaire.

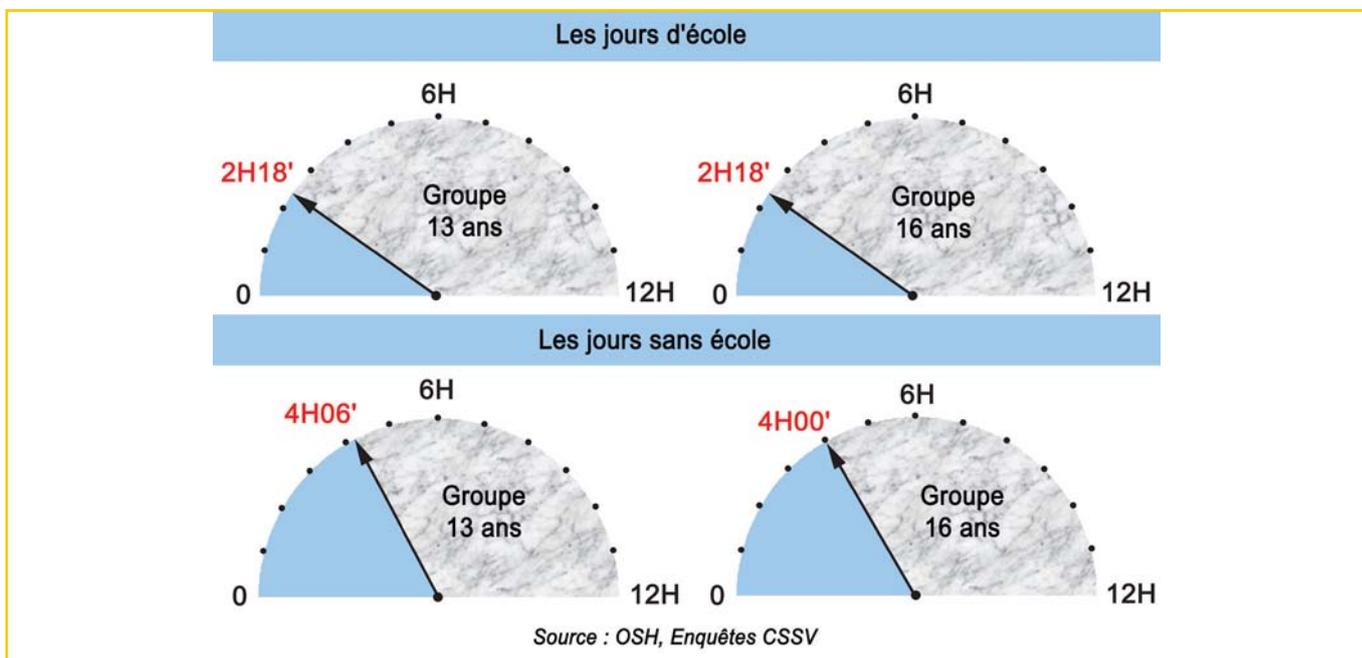
Chez les filles, par contre, la pratique d'un sport en club diminue régulièrement avec l'âge et avec le temps. Dans tous les groupes d'âge, elles sont moins nombreuses que les garçons à pratiquer un sport en club. Des analyses plus fines montrent que les filles subissent beaucoup plus les conséquences des difficultés familiales que les garçons dans leur pratique sportive. Dans les familles qui éprouvent des difficultés (difficultés financières, chômage), les filles pratiquent nettement moins de sport que dans les familles plus aisées alors que cette différence n'est pas significative chez les garçons.

Par ailleurs, on observe que les jeunes qui vivent dans des foyers recomposés ont moins de chance de participer à des activités sportives organisées, les filles étant davantage touchées que les garçons par les répercussions de la structure familiale sur leur pratique de sport en club.

Les deux constats nous amènent à proposer de ne pas oublier la dimension "genre" (discrimination entre les filles et les garçons) dans les actions de promotion de la santé et à interpeller les dirigeants de clubs sportifs sur la place qu'ils réservent aux enfants qui sans l'avoir choisi, ont deux milieux de vie.

## 2.3. Les jeunes et la télévision

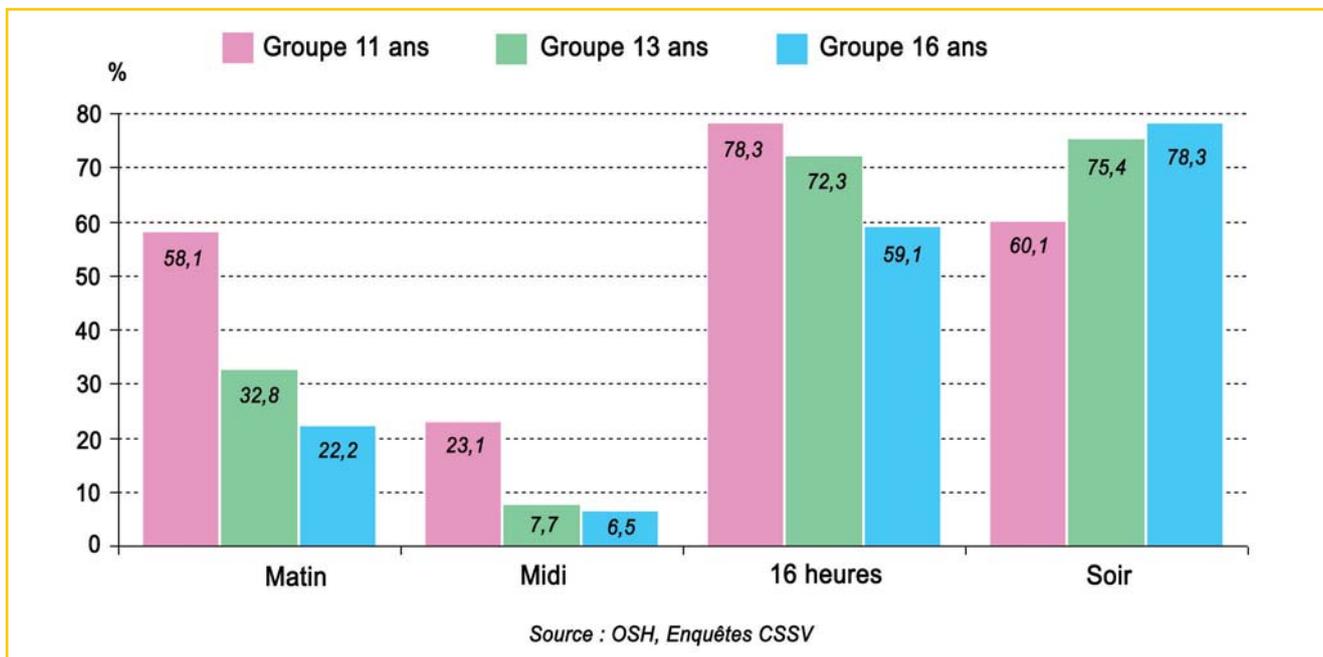
**Figure IV.9.** : Nombre d'heures passées devant la télévision par les élèves de 13 ans et de 16 ans, les jours d'école et les jours sans école, Hainaut, 2003-2004



Les jours d'école, les jeunes Hainuyers de 13 ans et de 16 ans regardent la télévision en moyenne 2 heures 18 minutes par jour. Le temps journalier consacré à la télévision est presque doublé au cours des journées sans école.

Regarder la télévision ne constitue pas un problème en soi mais constitue un indicateur significatif de la sédentarité (Marshall et al., 2004). Cela favorise les comportements alimentaires non appropriés (grignotage) notamment par l'influence de la publicité (Halford et al., 2004) et cela peut être un facteur de rupture de liens ou d'isolement social.

**Figure IV.10. :** Proportion de jeunes ayant déclaré regarder la télévision le matin, à midi, à 16 heures et le soir les jours d'école selon l'âge, Hainaut, 2003-2004



▼ A 11 ans, 58 % des jeunes regardent déjà la télévision le matin, 78 % après 16 heures et 60 % après 20 heures.

La proportion de jeunes qui regardent la télévision le matin diminue avec l'âge (33 % à 13 ans et 22 % à 16 ans), de même que celle des jeunes qui la regardent après 16 heures (72 % à 13 ans et 59 % à 16 ans). Par contre, la proportion des téléspectateurs augmente avec l'âge après 20 heures (75 % à 13 ans et 78 % à 16 ans).

Si on compte combien de fois l'enfant regarde la télévision par jour (0 à 4 fois en fonction des quatre périodes définies ci-dessus), on obtient les résultats suivants. A 11 ans, 5 % des jeunes ne regardent pas la télévision. Ils sont 19 % à la regarder une fois, 38 % à la regarder 2 fois, 28 % à la regarder 3 fois et 10 % à la regarder au cours des quatre périodes.

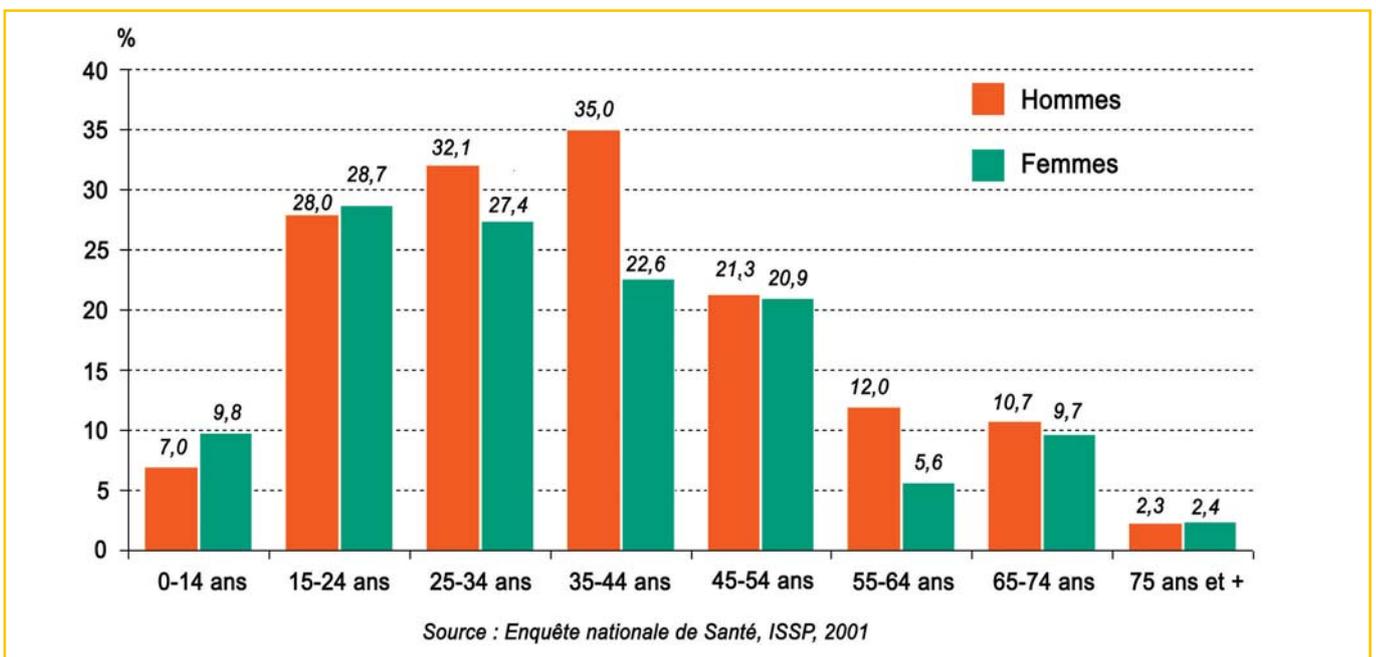
Avec l'âge, la proportion des jeunes qui regardent plus de 2 fois la télévision chaque jour diminue de 38 % à 11 ans, la proportion passe à 26 % à 13 ans et 17 % à 16 ans. Quel que soit l'âge, il y a peu de différence entre les filles et les garçons.

L'alimentation constitue un déterminant important de l'état de santé des populations. Les habitudes alimentaires influencent la santé actuelle des individus mais également les risques de développer des maladies telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers ou le diabète (OMS, 2003).

### 3.1. La prise du petit déjeuner

La prise quotidienne d'un petit déjeuner est un indicateur de la qualité de la régularité des repas. Chez les jeunes, l'absence ou l'irrégularité du petit déjeuner est souvent associée à l'excès de poids (Ortega et al., 1998).

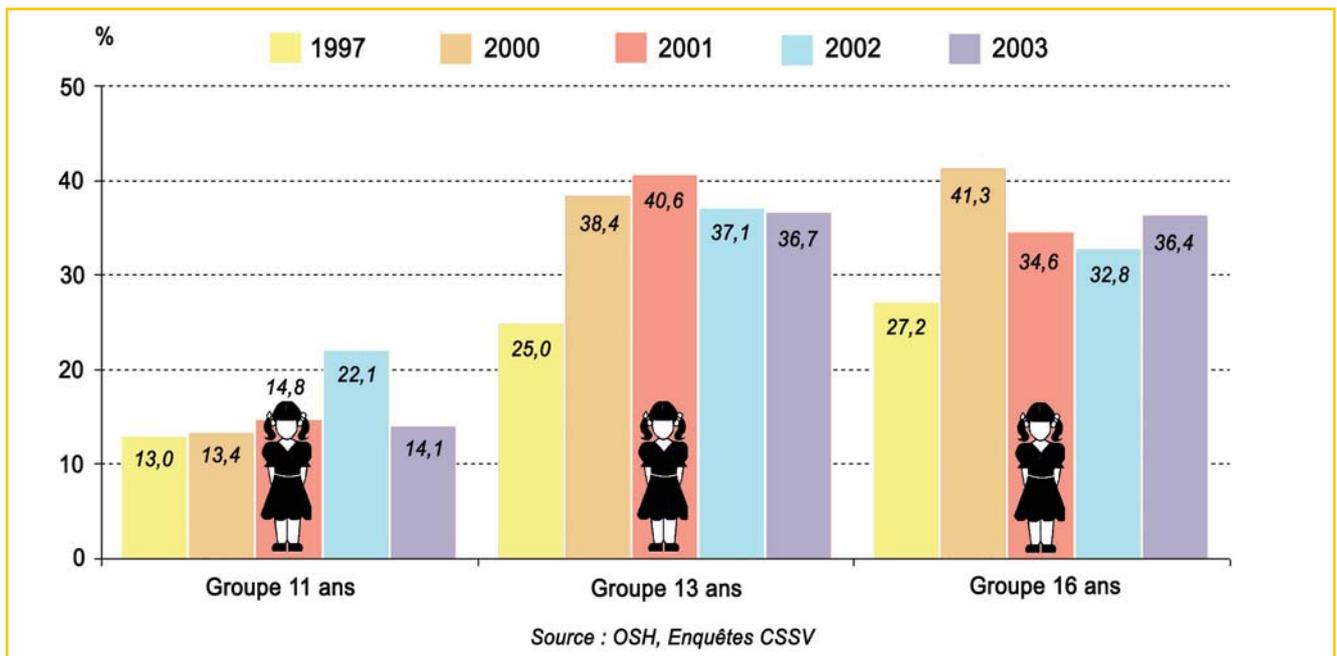
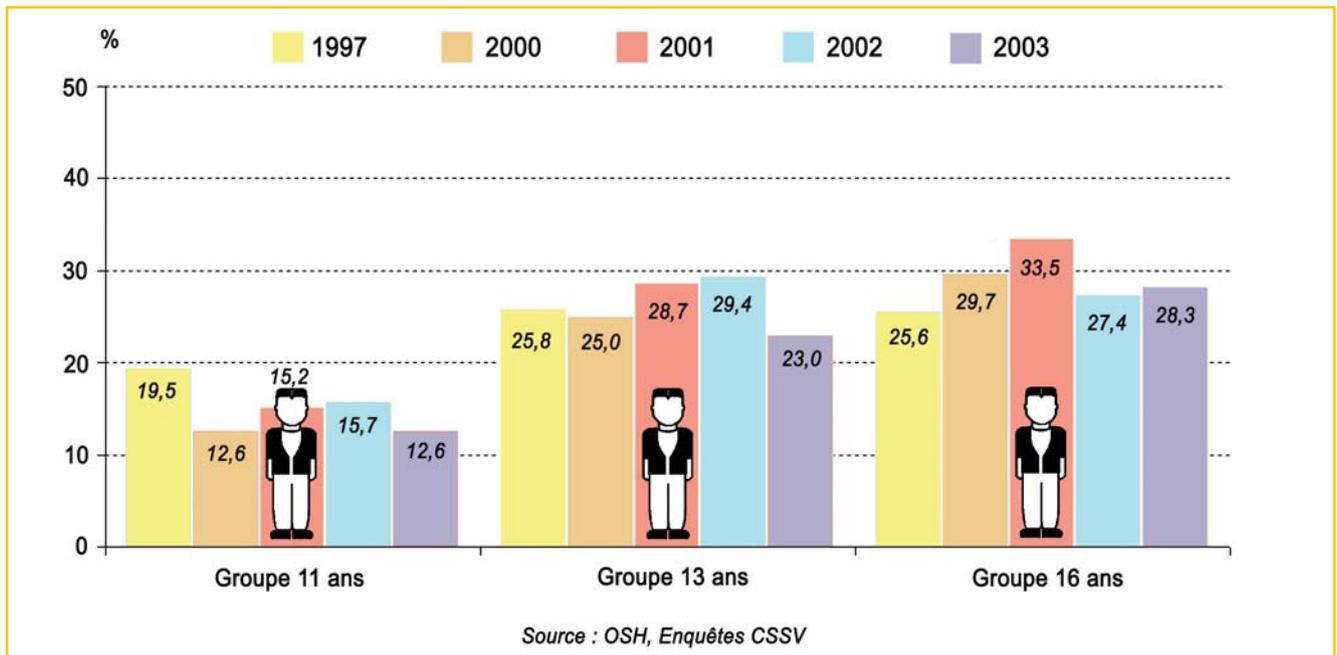
**Figure IV.11. :** Proportion de personnes déclarant ne pas prendre un petit déjeuner de manière régulière selon le sexe et l'âge, Hainaut, 2001



Le pourcentage de personnes qui ne prennent pas régulièrement leur petit déjeuner est particulièrement élevé entre 15 ans et 45 ans : près de 30 % des hommes et des femmes de cette tranche d'âge ne prennent pas régulièrement de petit déjeuner (ENS 2001). Avant l'âge de 25 ans, les filles sont plus enclines à sauter le petit déjeuner que les garçons (voir figure IV.12) mais entre 25 et 44 ans, c'est l'inverse.

Le petit déjeuner est particulièrement important chez les enfants et les adolescents. Sauter le petit déjeuner peut avoir des conséquences négatives sur les performances scolaires (Pollitt et al., 1998) et contribuer à l'installation d'un excès de poids (Berkey et al., 2003).

**Figure IV.12. :** Proportion de jeunes déclarant ne pas prendre un petit déjeuner de manière régulière, selon le sexe, Hainaut, 1997-2003



▼ Dans le Hainaut, un jeune de 11 ans sur 10 ne prend pas régulièrement de petit déjeuner.

Plus l'âge augmente, moins les jeunes ont tendance à déjeuner régulièrement le matin : à 13 et 16 ans, près d'un garçon sur 4 se prive du petit déjeuner et près de 4 filles sur 10.

Chez les garçons, les proportions sont assez stables dans le temps tandis que chez les filles à partir de 13 ans, on note une augmentation de ce comportement entre 1997 et 2000-2001.

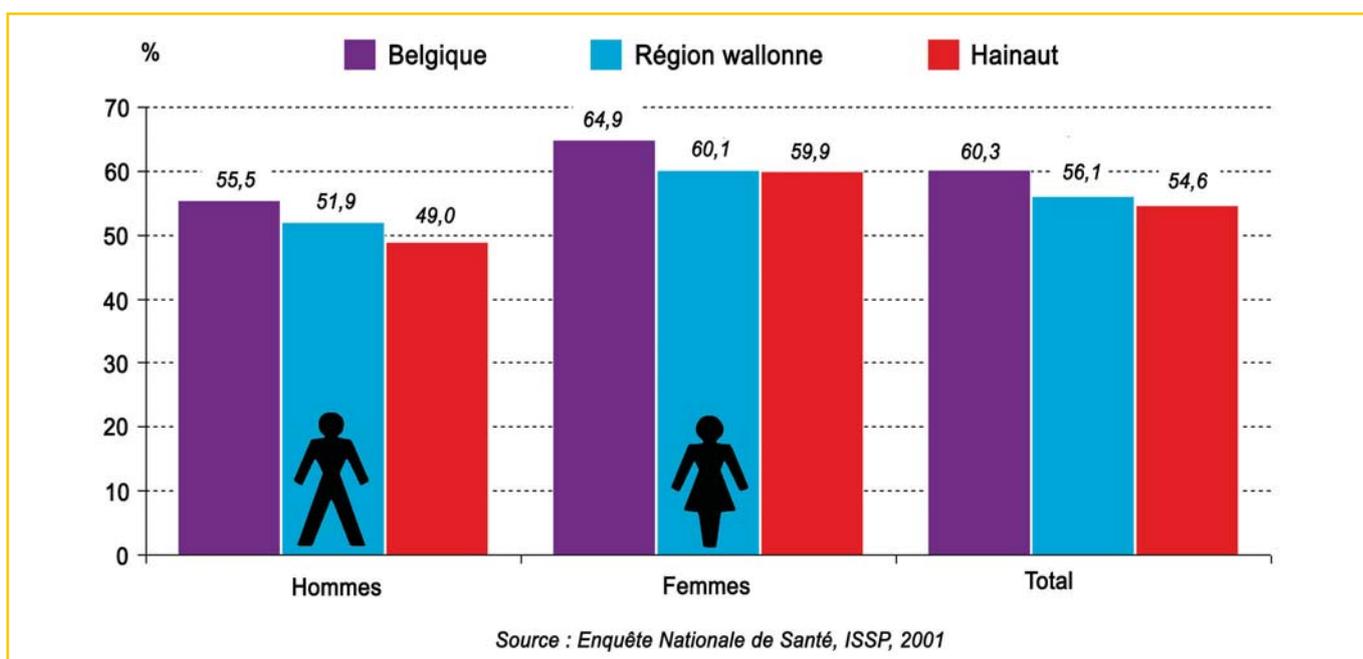
### 3.2. La consommation quotidienne de fruits et de légumes

La consommation quotidienne de fruits et de légumes est recommandée dans le cadre de la prévention des maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires (Ness et al., 1997) et certains cancers (Block et al., 1992). Leurs effets protecteurs se produisent via plusieurs mécanismes dans lesquels interviennent des antioxydants et autres nutriments tels que des flavonoïdes, des caroténoïdes, la vitamine C, l'acide folique et les fibres alimentaires. Ces substances, parmi d'autres, bloquent ou suppriment l'action de cancérogènes et, grâce à leurs vertus antioxydantes, évitent l'oxydation de l'ADN (OMS, 2002).

Le Plan National Nutrition Santé pour la Belgique (PNNS-B) recommande de consommer chaque jour 5 portions de fruits et légumes, avec une légère prédominance pour les légumes. Une portion est une notion qui s'adapte à chacun si on considère qu'elle vaut le volume d'un poing refermé autour du pouce. En d'autres termes, la consommation quotidienne de fruits et légumes devrait dépasser pour chaque adulte 400 g.

L'Enquête Nationale de Santé nous permet d'avoir une idée de la consommation quotidienne ou non de fruits et légumes (ENS 2001).

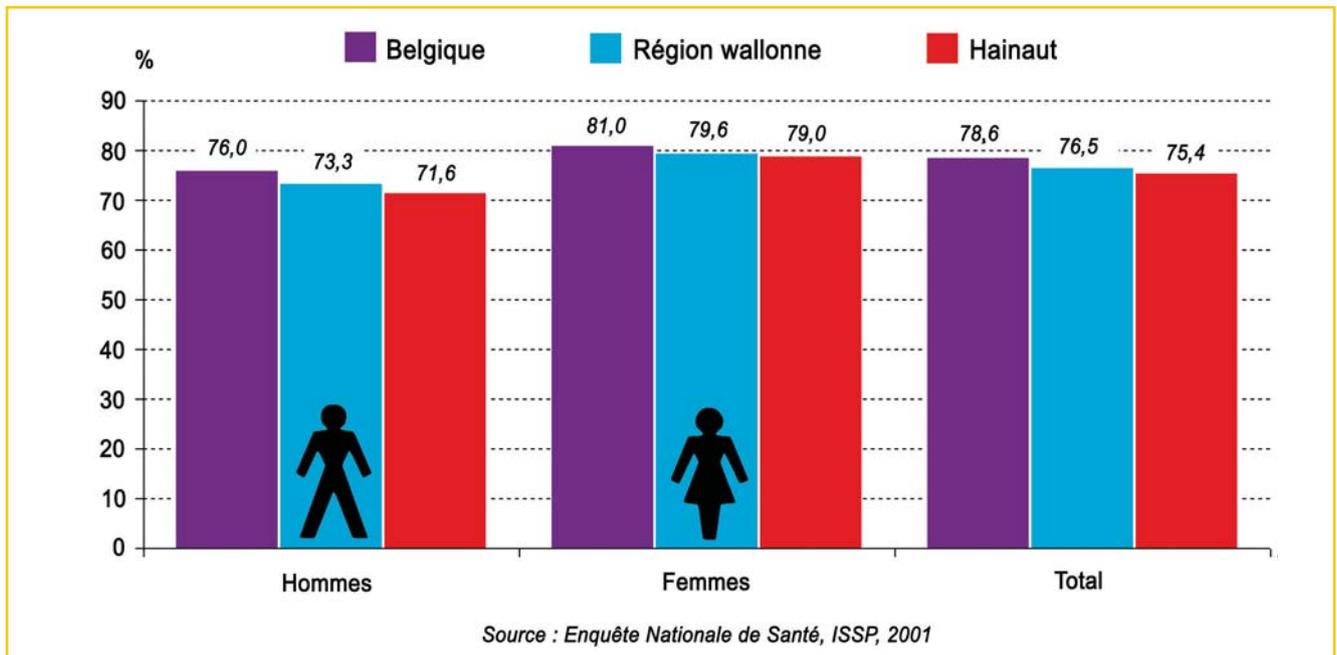
**Figure IV.13. :** Pourcentage de personnes déclarant avoir une consommation quotidienne de fruits, selon le sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



Seulement 60 % des Belges déclarent consommer quotidiennement un fruit. Cette proportion est un peu plus faible en Région wallonne et en Hainaut : un peu plus d'une personne sur 2 y a déclaré une consommation quotidienne de fruits.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à consommer des fruits quotidiennement (de 17 à 20 % de plus chez les femmes que chez les hommes).

**Figure IV.14. :** Pourcentage de personnes déclarant avoir une consommation quotidienne de légumes, selon le sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

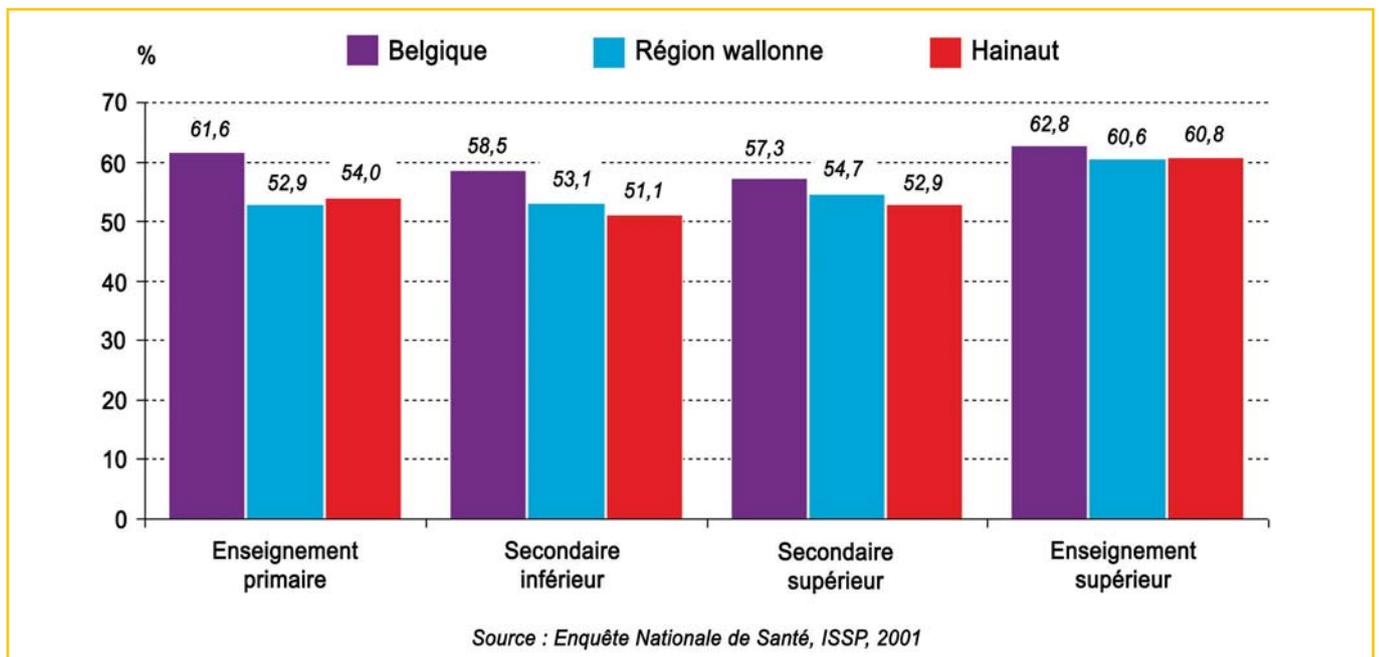


Seulement 75 % des Belges déclarent consommer quotidiennement des légumes. Les différences ne sont pas significatives avec la Région wallonne ou le Hainaut.

La proportion de femmes qui consomment quotidiennement des légumes est légèrement supérieure à celle des hommes (de 7 à 10 % de plus chez les femmes que chez les hommes).

Globalement, la consommation de fruits et légumes en Belgique en général et dans le Hainaut est fort éloignée des recommandations du PNNS-B.

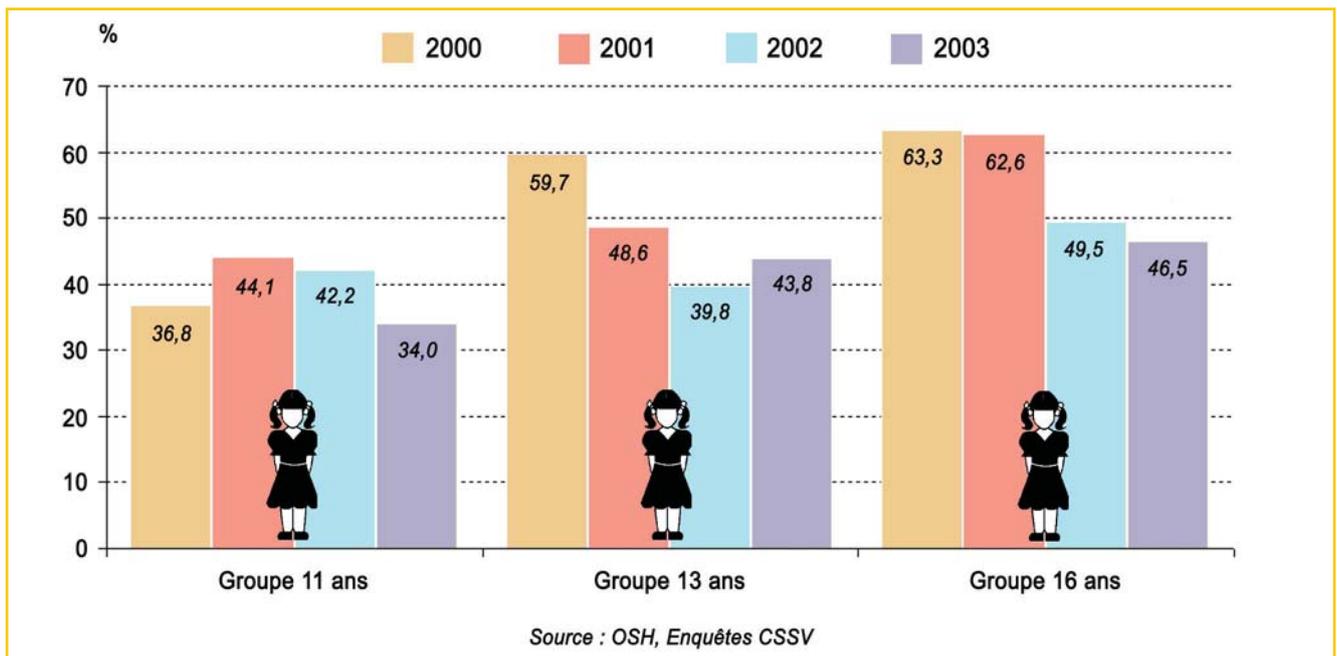
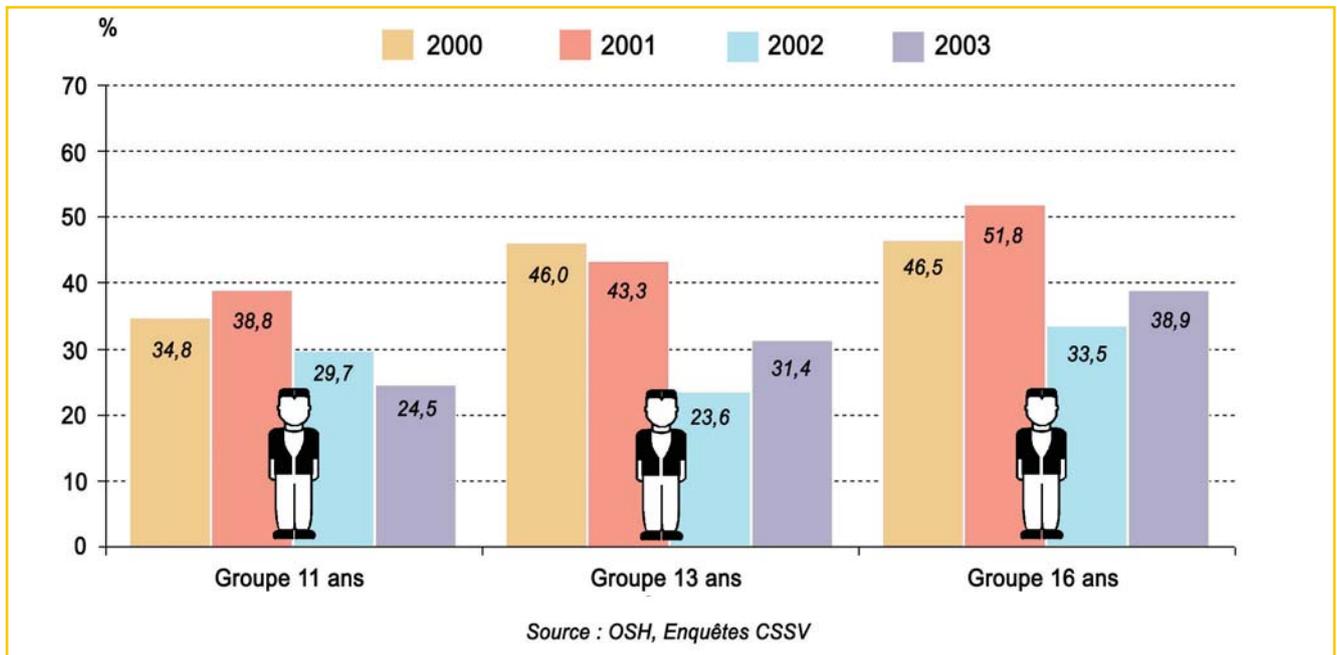
**Figure IV.15. :** Pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une consommation quotidienne de fruits, selon le niveau d'instruction, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



La consommation quotidienne de fruits des Hainuyers augmente avec le niveau d'instruction<sup>(3)</sup>. En effet, un peu plus de 50 % seulement des personnes ayant un diplôme de l'enseignement secondaire ou primaire mangent des fruits chaque jour contre 61 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur.

(3) Rappelons que le niveau d'instruction est un indicateur qui estime le niveau socio-économique des individus.

**Figure IV.16. :** Pourcentage de jeunes de 11, 13 et 16 ans déclarant avoir une consommation quotidienne de légumes selon sexe, Hainaut, 1997-2001



En 2004, les enquêtes du réseau CSSV révèlent que moins d'un jeune sur 2 consomme des légumes chaque jour en Hainaut.

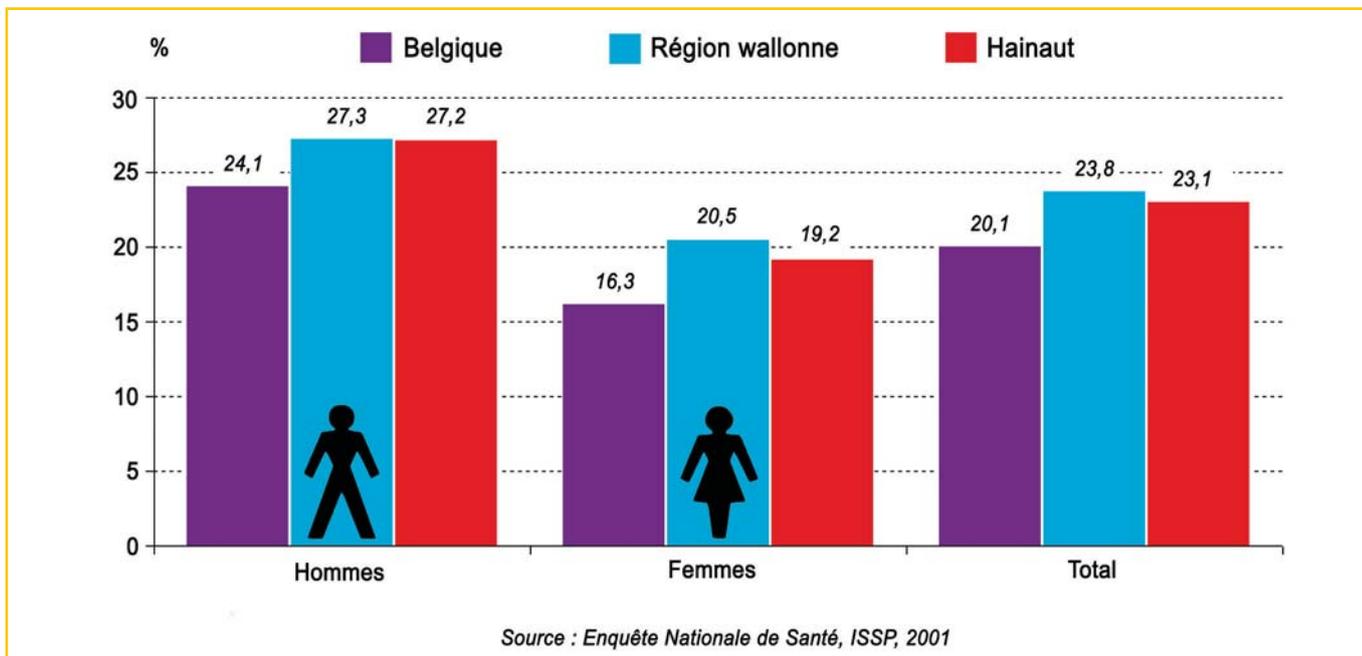
Les filles en mangent un peu plus souvent que les garçons : environ 4 filles sur 10, tous âges confondus contre à peine 3 sur 10 chez les garçons. Cette tendance est observée pour chaque période pour laquelle on dispose de données.

C'est parmi les plus jeunes qu'on trouve le moins de consommateurs quotidiens de légumes : un garçon sur 4 et une fille sur 3 consomment quotidiennement des légumes à 11 ans, tandis qu'à 16 ans, plus d'un garçon sur 3 et près d'une fille sur 2 consomment des légumes chaque jour.

Chez les filles comme chez les garçons du Hainaut, la consommation quotidienne de légumes semble baisser de 2000 à 2003. Cette tendance demande à être confirmée (des variations statistiques et de légères modifications de recueil de données peuvent aussi l'expliquer). Le système permanent de recueil de données épidémiologiques mis en place dans les écoles hainuyères permettra de vérifier cette hypothèse.

## 3.3. La consommation de fritures

**Figure IV.17.** : Proportion de personnes déclarant avoir une consommation de fritures deux fois par semaine ou plus selon le sexe, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

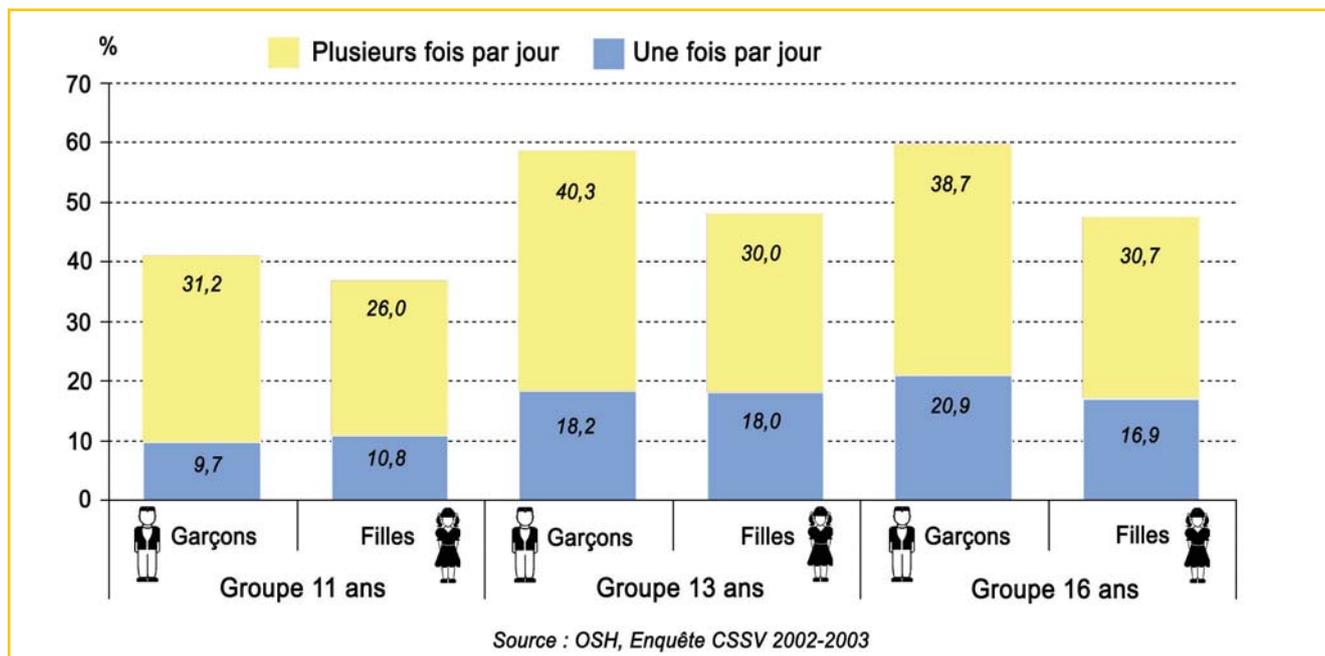


En 2001, un quart des Hainuyers et un cinquième de l'ensemble des résidents belges déclarent consommer des fritures deux fois par semaine ou plus.

En général, les hommes consomment plus souvent que les femmes des fritures plus d'une fois par semaine (42 % de plus en Hainaut et 50 % de plus en Belgique).

## 3.4. La consommation de sodas liée à la consommation d'eau

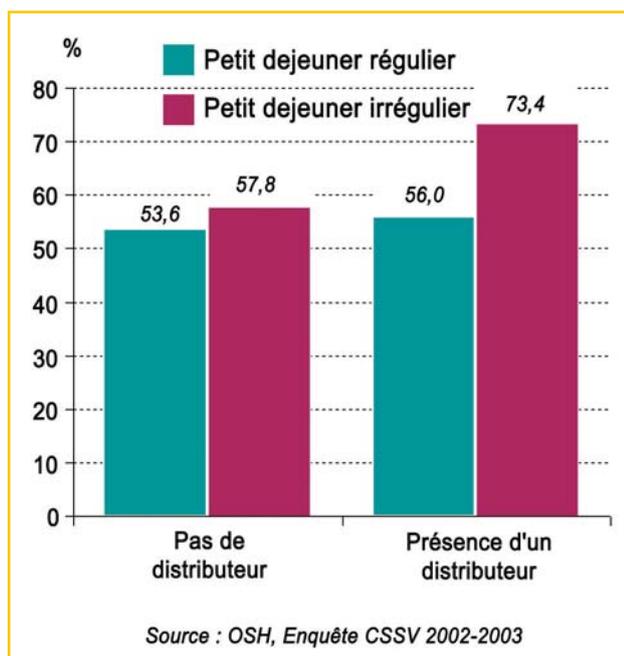
**Figure IV.18.** : Proportion de jeunes ayant déclaré boire des sodas chaque jour, Hainaut, 2002



À 11 ans, 41 % des garçons et 37 % des filles consomment des sodas chaque jour ou presque. A 13 ans, ils sont respectivement 69 % et 58 % et à 16 ans, 60 % et 47 %. A 11 ans, environ un quart des filles consommatrices quotidiennes de sodas en boivent plusieurs fois par jour. A 13 et 16 ans, cette proportion est d'un tiers. La consommation de boissons sucrées contribue à augmenter de façon considérable les apports énergétiques des jeunes (Berkey et al., 2004), notamment en modifiant leurs rythmes alimentaires.

Selon leur âge, 86 à 92 % des jeunes du Hainaut qui boivent peu de sodas (rarement ou jamais) boivent de l'eau chaque jour. Par contre, on observe que parmi les jeunes du Hainaut qui boivent beaucoup de sodas (quotidiennement ou presque), la moitié seulement boivent également de l'eau au cours de la journée.

**Figure IV.19.** : Proportion de consommateurs quotidiens de sodas en fonction de leurs habitudes de prendre un petit déjeuner ou non, selon qu'il y ait présence ou absence de distributeurs de produits sucrés dans leur école, Hainaut, 2002-2003



Parmi les 1200 élèves interrogés en 2002-2003 en Hainaut, un jeune sur 3 environ ne prend pas régulièrement de petit déjeuner en semaine.

La littérature montre que ces jeunes ont plus tendance à souffrir d'excès de poids. Cela pourrait s'expliquer entre autres par une consommation plus importante de sodas chez ces jeunes. Cette surconsommation de sodas est influencée par la présence de distributeurs dans l'école.

Une enquête téléphonique a été réalisée (fin 2004) afin de vérifier la présence de distributeurs dans toutes les écoles de l'échantillon (25 écoles primaires et 73 écoles secondaires). Lorsqu'il existe des distributeurs de produits sucrés à l'école (sodas et/ou friandises), les jeunes qui ne prennent pas régulièrement un petit déjeuner ont significativement plus tendance à consommer quotidiennement des sodas (74 % d'entre eux) que ceux qui déjeunent régulièrement (56 %).

■ 4. La consommation de tabac

La consommation de tabac constitue un facteur de risque direct pour la santé, tant en terme de morbidité, que de mortalité : bronchites chroniques obstructives, affections des veines et des artères, maladies cardiovasculaires, cancers (poumons, larynx, pharynx, œsophage...).

Deux problèmes sont liés à la consommation de tabac : d'une part la toxicité directe ou indirecte (tabagisme passif), d'autre part la dépendance qu'elle occasionne et qui la classe clairement dans le groupe des assuétudes.

Le seuil de toxicité direct n'est pas connu avec certitude mais est revu à la baisse depuis quelques années. Il en va de même pour le seuil de dépendance : on considère actuellement que 2 à 3 cigarettes par semaine suffisent à induire une dépendance chez les jeunes (Di Franza, 2002).

4.1. La mortalité liée au tabac

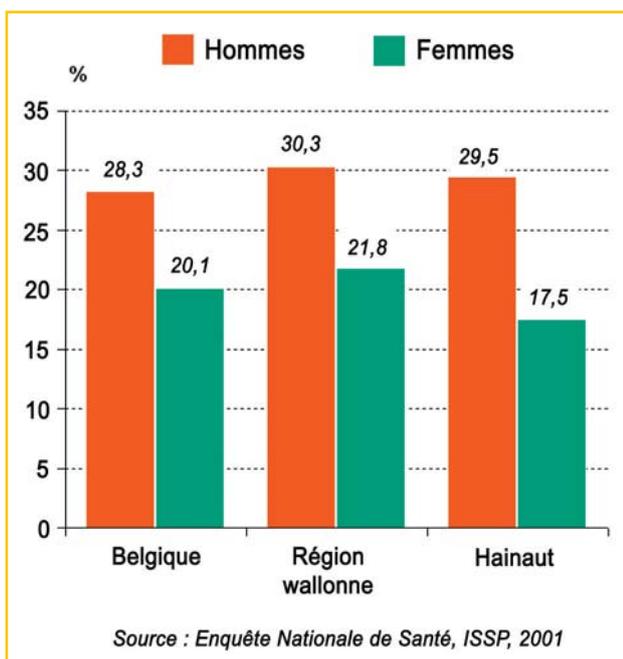
Le nombre de décès que l'on peut attribuer à la consommation de tabac peut être estimé grâce à un calcul proposé par Peto (1992) attribuant une proportion due au tabac pour chaque cause de décès. Dans ce modèle, seuls les décès survenus après 35 ans sont considérés.

24,8 % des décès masculins (1920 décès en moyenne par an en Hainaut entre 1995 et 1997) et 7 % des décès féminins (537 décès en moyenne par an en Hainaut entre 1995 et 1997) ont un lien avec la consommation de tabac. Les maladies en cause sont essentiellement des cancers (cancers du poumon, des voies aéro-digestives...) et des maladies cardiovasculaires.

4.2. La consommation quotidienne de tabac

Par convention, l'OMS parle de tabagisme régulier lorsque quelqu'un fume au moins une cigarette en moyenne chaque jour.

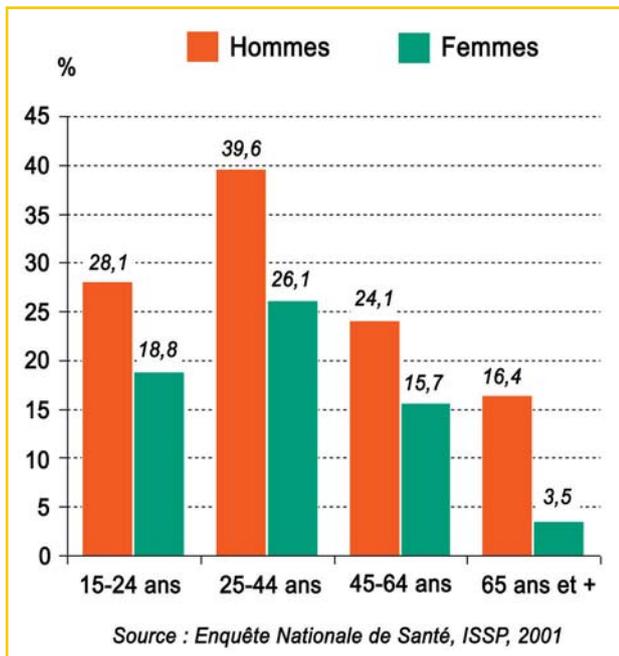
**Figure IV.20. :** Proportion de personnes déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► En Hainaut en 2001, 23,5 % des personnes de 15 ans et plus déclarent fumer au moins une cigarette par jour (29,5 % des hommes et 17,5 % des femmes).

Pour les hommes, le pourcentage de fumeurs quotidiens est un peu plus élevé en Hainaut qu'en Belgique. A contrario, pour les femmes, la proportion de fumeuses est légèrement inférieure en Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique. La différence entre les hommes et les femmes est nettement plus marquée en Hainaut (69 % de fumeurs quotidiens en plus chez les hommes que chez les femmes en Hainaut contre environ une différence de 40 % en Région wallonne et en Belgique).

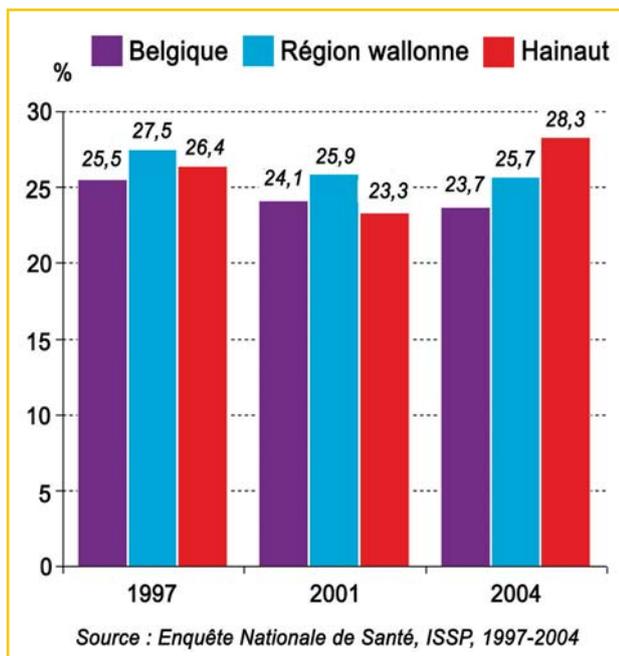
**Figure IV.21. :** Proportion de personnes déclarant être fumeurs quotidiens en fonction de l'âge et du sexe, Hainaut, 2001



► C'est clairement dans la tranche d'âge des 25-44 ans qu'on observe la proportion la plus élevée de fumeurs quotidiens et ce, pour les deux sexes. En Hainaut, 40 % des hommes de ce groupe fument contre 26 % de femmes.

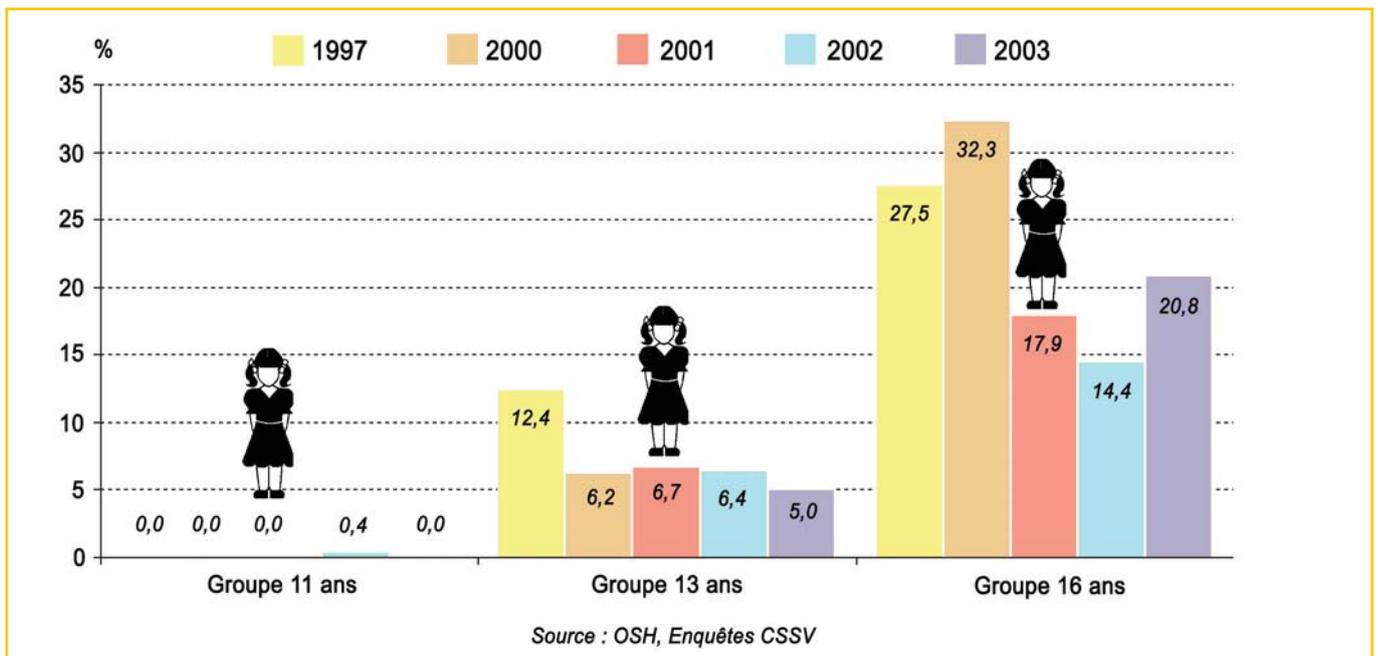
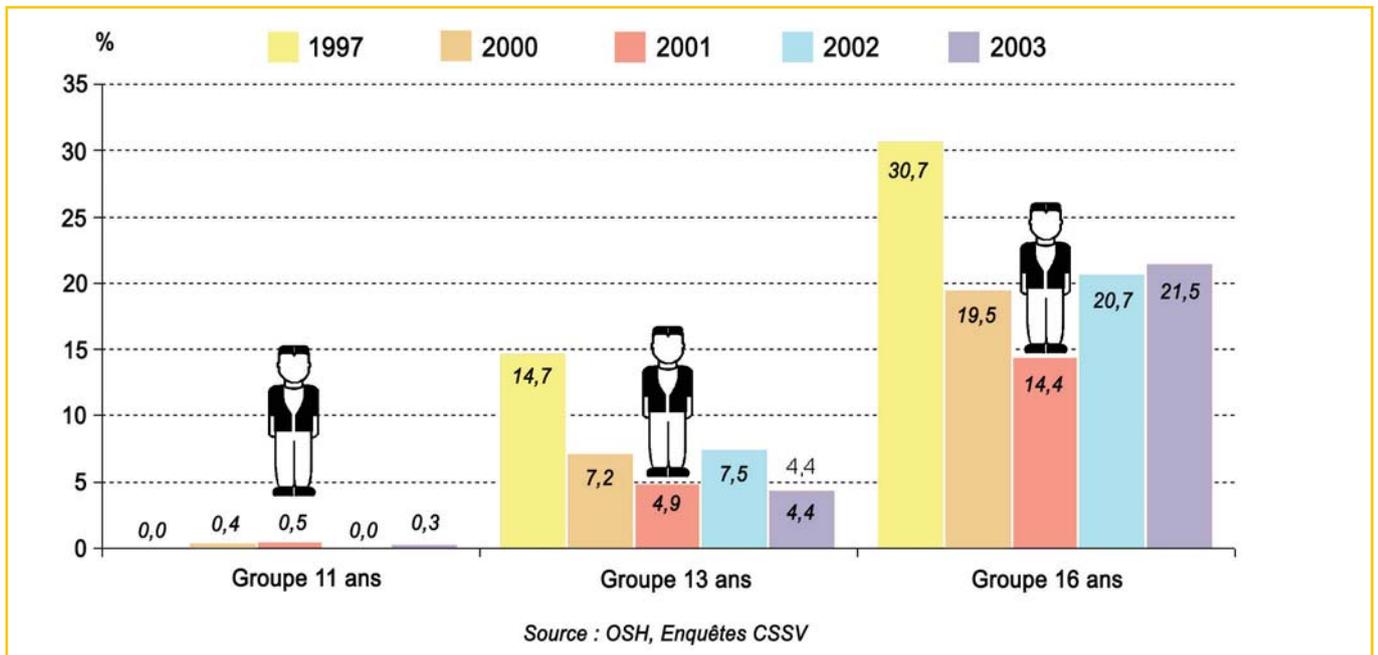
Par contre, l'initiation tabagique peut se révéler précoce puisque plus d'un jeune homme sur 4 et près d'une jeune femme sur 5 dans la classe des 15-24 ans déclarent être fumeurs quotidiens.

**Figure IV.22. :** Pourcentage de personnes déclarant être fumeurs quotidiens, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997-2001-2004



► On observe globalement une tendance à la diminution de la proportion de fumeurs quotidiens entre 1997 et 2004, sauf en Hainaut. L'exception du Hainaut semble difficile à expliquer et devra être vérifiée à l'avenir. Les augmentations successives du prix du tabac et les nouvelles mesures prises plus récemment comme l'interdiction de la vente de tabac aux moins de 16 ans (loi entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2004) ou l'interdiction totale de la consommation de tabac dans les lieux publics ou les écoles (1<sup>er</sup> septembre 2006) et les lieux du travail en général (1<sup>er</sup> janvier 2006) mènent logiquement à une diminution de la consommation de tabac. Celle-ci était déjà prohibée dans les lieux publics depuis bien plus longtemps : Arrêtés Royaux du 15 mai 1990 et du 2 janvier 1991. Les mesures législatives ont été accompagnées d'un grand nombre d'interventions auprès des jeunes, de campagnes médiatiques, de financement de centres d'aide aux fumeurs, etc. Leurs effets seront à évaluer mais, dès à présent, on note que la vente de cigarettes a enregistré une forte baisse au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2006 en Belgique comme au Luxembourg où les prix plus bas attiraient de nombreux Belges.

**Figure IV.23. :** Evolution de la proportion de jeunes ayant déclaré être fumeurs quotidiens selon le sexe, Hainaut, 1997-2003



▼ Chez les jeunes, la consommation de tabac semble en diminution. Si on compare les résultats de 2003 avec ceux de la première enquête de 1997, on observe en Hainaut une diminution du nombre de jeunes fumeurs quotidiens et ce, tant chez les filles que chez les garçons, tant pour les classes d'âge de 13 et 16 ans. Outre de légères variations méthodologiques, il existe des fluctuations statistiques dans les données récoltées. Il conviendra de poursuivre l'analyse pour confirmer cette tendance positive.

## 5. La consommation d'alcool

## 5.1. La mortalité due à l'alcool

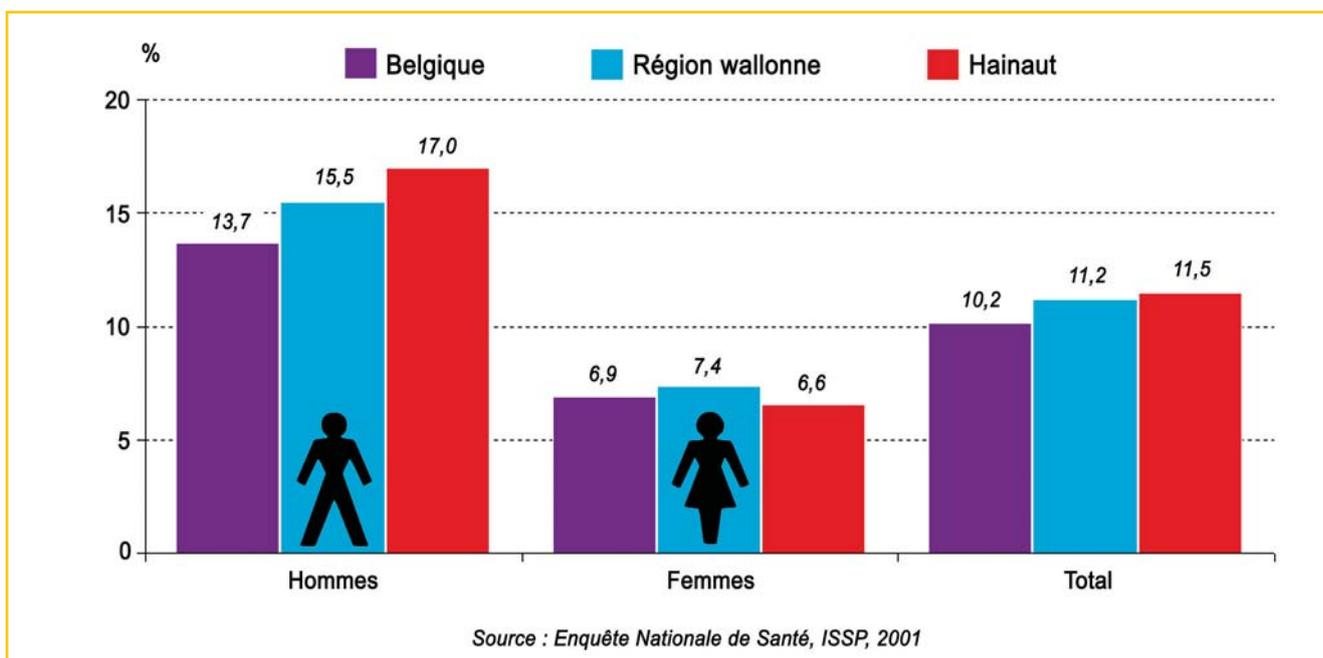
Le nombre de décès liés à la consommation d'alcool n'est pas facile à estimer. Alors que les décès par psychose alcoolique peuvent être attribués directement à la consommation d'alcool, pour des pathologies telles que les tumeurs des voies aérodigestives supérieures, l'impact de l'alcool est plus difficile à évaluer car d'autres facteurs étiologiques interviennent (tabagisme et alimentation entre autres). L'impact de la consommation d'alcool sur les pathologies cardiovasculaires est complexe à analyser car les effets peuvent être à la fois néfastes (consommation élevée) et positifs (Pignon et al., 1991 ; Britton et al., 2001).

Le nombre de décès que l'on peut attribuer à la consommation d'alcool peut être estimé en attribuant une proportion due à l'alcool pour chaque cause de décès. Ce calcul a été réalisé en se basant sur les proportions proposées par une étude française (Pignon et al., 2001) (4).

12,5 % des décès masculins, soit 966 décès en moyenne par an en Hainaut entre 1995 et 1997 et 3,1 % des décès féminins, soit 242 décès en moyenne par an en Hainaut entre 1995 et 1997, ont un lien avec la consommation excessive d'alcool. L'intoxication alcoolique chronique provoque des cirrhoses du foie, des maladies du pancréas, des psychoses alcooliques ou encore des tumeurs malignes de l'œsophage, du larynx, des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx. L'intoxication alcoolique aiguë est liée aux morts violentes, que ce soient les accidents, les suicides ou les homicides. Les décès par accident de la route et par suicide sont également pris en compte.

## 5.2. La consommation d'alcool

**Figure IV.24. :** Proportion de personnes ayant déclaré consommer chaque jour de l'alcool, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

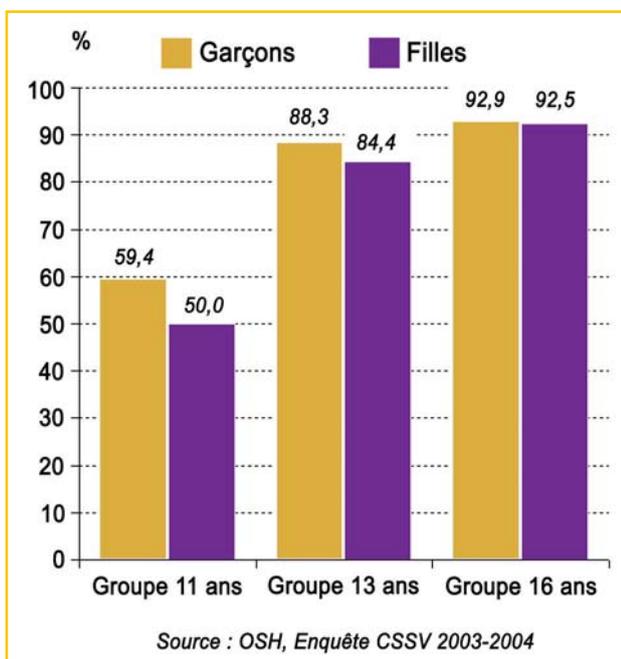


En Belgique en 2001, 10,2 % des personnes interrogées déclaraient consommer de l'alcool quotidiennement. En Hainaut, le pourcentage atteignait 11,5 % (soit 13 % de plus que pour l'ensemble de la Belgique). En Hainaut, 17 % des hommes sont concernés soit 24 % de plus qu'en Belgique. Par contre, le pourcentage de femmes consommant de l'alcool chaque jour est moindre en Hainaut (6,6 %) qu'en Belgique (6,9 %) et en Région wallonne (7,4 %). Les écarts hommes-femmes sont donc plus importants en Hainaut (quasi une femme pour 3 hommes) qu'en Région wallonne et en Belgique (environ une femme pour 2 hommes).

(4) Ces fractions sont très proches de celles proposées dans d'autres études (voir par exemple Sutocky et al, 1993).

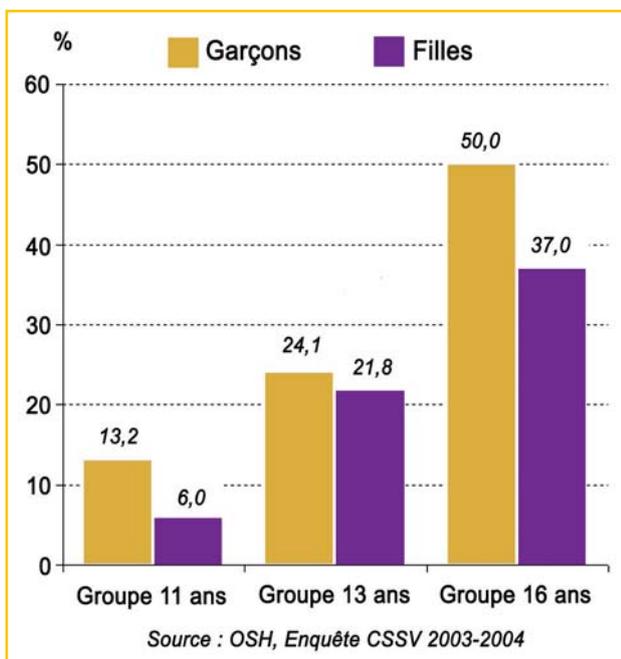
5.3. La consommation d'alcool des jeunes

**Figure IV.25.** : Proportion de jeunes de 11, 13 et 16 ans ayant déclaré avoir déjà consommé des boissons alcoolisées selon le sexe, Hainaut, 2004



► A 11 ans, 60 % des garçons et 50 % des filles ont déjà goûté des boissons alcoolisées. A 13 ans, ils sont respectivement 88 % et 84 % et à 16 ans, 93 % pour les deux sexes.

**Figure IV.26.** : Proportion de jeunes de 11, 13 et 16 ans ayant déclaré avoir déjà été ivres selon le sexe, Hainaut, 2004



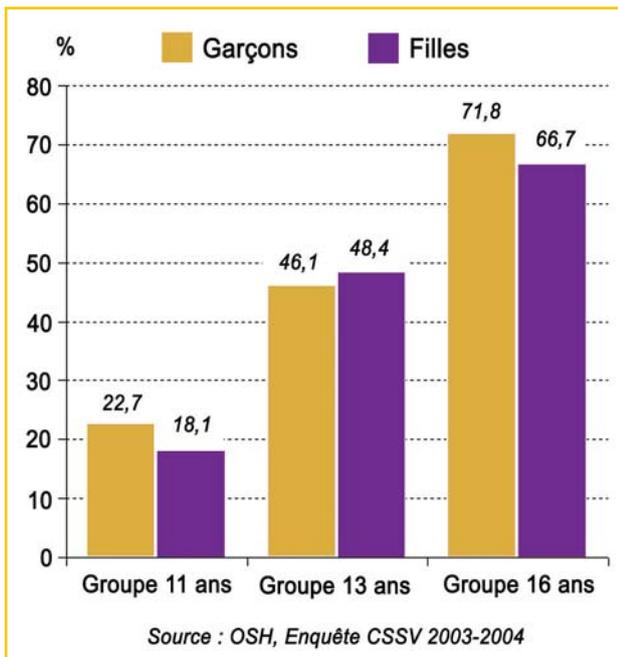
► A 11 ans, 13 % des garçons ont déjà été ivres. A 13 ans, ils sont 24 % et à 16 ans, 50 %. Les filles sont toujours un peu moins nombreuses à avoir déjà été ivres après avoir bu trop d'alcool : 6 % à 11 ans, 22 % à 14 ans et 37 % à 16 ans.

6. La consommation d'autres drogues

Dans le rapport national sur les drogues (Sleiman, 2005), on ne dispose pas de données sur la consommation des adultes. Les résultats rapportés dans l'Enquête Nationale de Santé semblent largement sous-estimés.

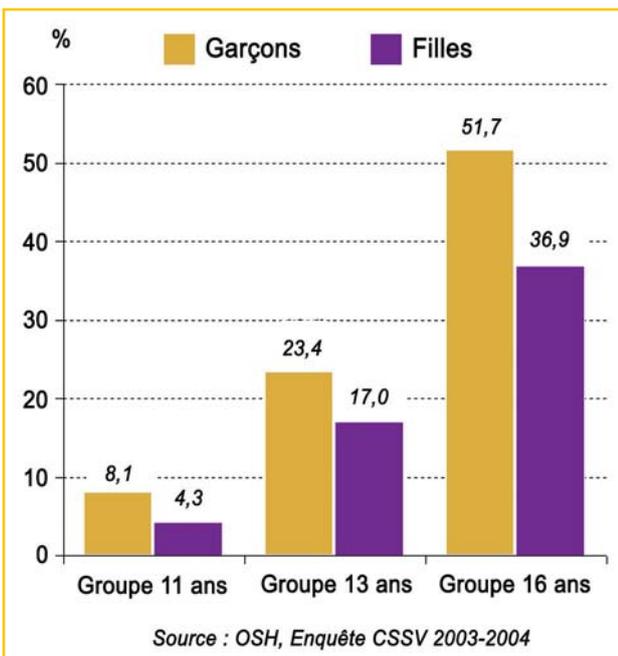
Pour ce chapitre, seules les données reprises des enquêtes du réseau des centres de santé scolaires vigies seront présentées. Les proportions observées en Hainaut sont proches de celles rapportées dans d'autres études (IPH, 2005).

**Figure IV.27.** : Proportion de jeunes de 11, 13 et 16 ans ayant déclaré connaître quelqu'un qui se drogue selon le sexe, Hainaut, 2004



► A 11 ans, un enfant sur 5 dit qu'il connaît quelqu'un qui se drogue (sans précision du produit concerné). Cette proportion monte à 47 % à 13 ans et à 69 % à 16 ans. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

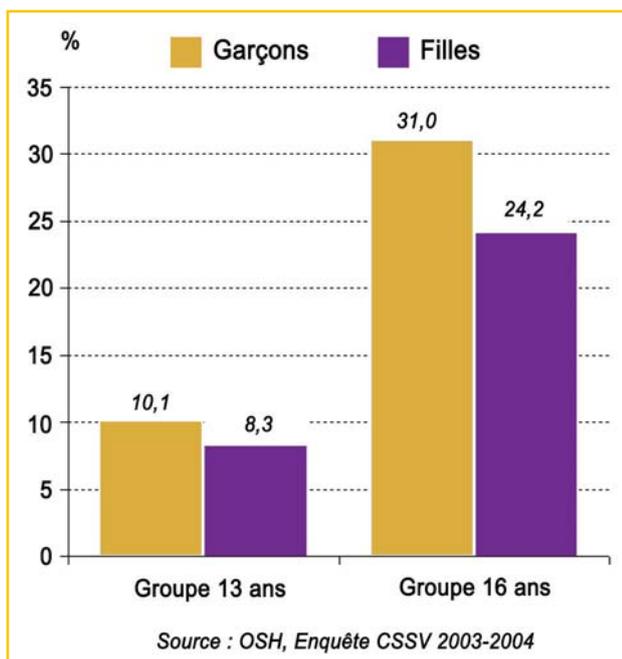
**Figure IV.28.** : Proportion de jeunes de 11, 13 et 16 ans déclarant qu'on leur a déjà proposé de la drogue selon le sexe, Hainaut, 2004



► A 11 ans, 8 % des garçons disent qu'on leur a déjà proposé de la drogue. A 13 ans, ils sont 23 % et 52 % à 16 ans.

Chez les filles, le phénomène est moins fréquent, pour tous les groupes d'âge : 4 % à 11 ans, 17 % à 13 ans et 37 % à 16 ans.

**Figure IV.29.** : Proportion de jeunes de 11, 13 et 16 ans déclarant avoir déjà consommé du cannabis selon le sexe, Hainaut, 2004



► Dans les enquêtes du réseau CSSV, la question sur le fait d'avoir déjà consommé de la drogue n'a été posée qu'aux jeunes du secondaire.

A 13 ans, 10 % des garçons et 8 % des filles disent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. A 16 ans, c'est le cas pour 31 % des garçons et 24 % des filles.

A 13 ans, un tiers des garçons ayant déjà pris du cannabis (21 sur 65) disent en avoir consommé au cours du mois précédant l'enquête (une seule consommation pour 8 d'entre eux et plusieurs pour 13 d'entre eux). Un quart des filles de 13 ans qui ont consommé du cannabis en ont consommé le mois qui précède (16 sur 62), 7 filles une seule fois et 12 plusieurs fois.

A 16 ans, la proportion des consommateurs au cours du mois qui précède monte à 48 % pour les garçons (70 garçons sur 147, dont 43 plusieurs fois) et à 40 % pour les filles (36 filles sur 92 dont 18 plusieurs fois).

La consommation d'autres drogues au cours du mois qui précède est très peu rapportée : seulement 5 jeunes de 13 ans et 13 de 16 ans (sur un échantillon total de 2241 élèves).

## 7. Les facteurs sociaux

Dans un rapport, le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (1995) disait :

"Être pauvre rend malade mais être malade peut aussi rendre pauvre. Habiter un logement insalubre, faute de moyens, peut avoir des conséquences gravissimes sur la santé. Inversement, la maladie peut entraîner la pauvreté en raison des nombreux frais inhérents aux soins de santé."

Toujours selon ce rapport, les personnes bénéficiant de revenus peu élevés éprouvent de plus en plus de difficultés à financer leurs soins de santé. On observe régulièrement que des personnes ne peuvent pas payer leur facture d'hôpital, que beaucoup doivent reporter des soins, voire y renoncer pour des raisons financières. Selon l'Enquête Nationale de Santé 2004, 58,7 % des ménages hainuyers (56 % des ménages belges) avec un faible revenu<sup>(5)</sup> se plaignent que les dépenses de santé sont trop élevées contre 18,3 % (9 % des ménages belges) seulement des ménages avec un revenu élevé<sup>(6)</sup>. De plus, selon cette même enquête, 18,1 % des ménages de la province du Hainaut (contre 10 % en Belgique) déclarent qu'ils ont dû renoncer au moins une fois à des soins pour des raisons financières au cours des 12 mois précédant l'interview. Le report des soins de santé en raison de problèmes financiers concerne 23,6 % des ménages hainuyers ayant un niveau d'instruction faible<sup>(7)</sup> (contre 16 % en Belgique) et 19 % de ceux ayant un niveau d'instruction élevé (7% en Belgique).

La mesure des relations entre facteurs socio-économiques et santé n'est pas aisée: le niveau d'instruction, le revenu ou le statut professionnel sont des indicateurs largement utilisés pour caractériser le statut social d'un individu car ils sont relativement simples à recueillir mais ils ne reflètent pas toute la complexité de la situation des personnes. La précarité résulte le plus souvent d'un cumul des situations défavorables.

Les mécanismes de causalité liant les caractéristiques socio-économiques des individus et leur état de santé sont multiples et difficiles à appréhender. Les interactions entre les différentes composantes du niveau socio-économique, telles que l'instruction, le revenu, le capital culturel, le capital social sont diverses. Ainsi, le niveau d'instruction est souvent le reflet du milieu dans lequel on a grandi (ressources matérielles et culturelles des parents...), des revenus, de la réceptivité aux messages d'éducation à la santé et de l'image de soi globale que renvoie la société aux individus.

(5) moins de 750 euros par mois.

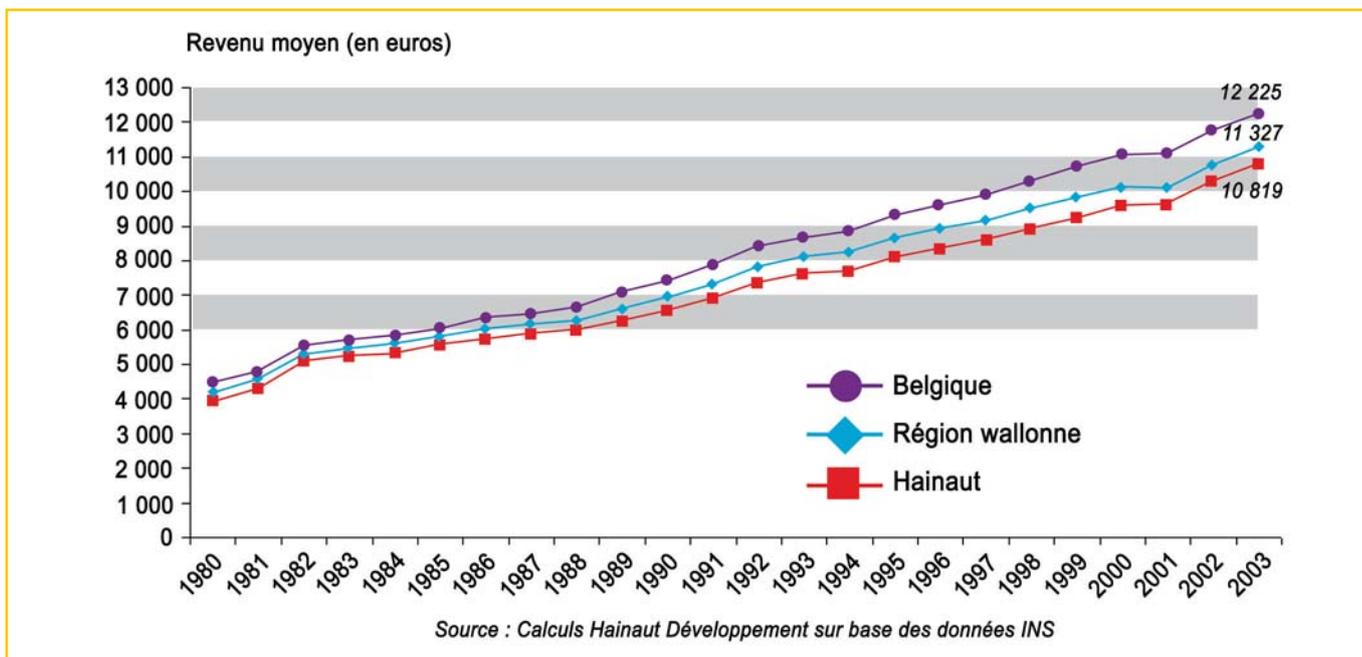
(6) plus de 2500 euros par mois.

(7) primaire ou sans diplôme.

## 7.1. Les revenus

Le revenu moyen par habitant est une donnée issue des statistiques fiscales. Il correspond à la somme des revenus net imposables déclarés pour une zone donnée sur le nombre total d'habitants dans cette zone. Seuls les ménages fiscaux imposables sont repris dans ces statistiques fiscales. Le revenu médian déclaré par déclaration fiscale est tel que la moitié des ménages ont un revenu inférieur à cette valeur, l'autre moitié a un revenu supérieur. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes.

**Figure IV.30. :** Evolution du revenu moyen par habitant, Belgique - Région Wallonne - Hainaut, 1980-2003



▼ L'évolution du revenu moyen par habitant montre depuis 1980 une augmentation constante des revenus<sup>(8)</sup>. Ce schéma nous indique également un écart constant entre la situation hainuyère et celle de la Région wallonne et la Belgique. En 2003, le revenu moyen déclaré par habitant est 6 % plus faible en Hainaut qu'en Wallonie et 12 % plus faible qu'en Belgique en général.

De plus, seuls les ménages fiscaux imposables sont repris dans ces statistiques fiscales. Selon le code belge des impôts sur les revenus, sont donc exclus du calcul les ménages dont le revenu est inférieur à 8280 euros (minimexés, demandeurs d'emploi qui ont un faible chômage...). Si la part des ménages non imposables est plus élevée en Hainaut que dans le reste de la Belgique, les écarts de revenus sont en réalité encore plus importants.

Sur près d'un quart de siècle, on observe que les arrondissements de Soignies et de Ath ont un revenu moyen par habitant toujours plus élevé que la moyenne provinciale avec un écart variant de 2 à 5 % selon les années. A l'inverse, durant toute cette période, l'arrondissement de Mouscron a les revenus les plus faibles : en moyenne 6 % de moins que l'ensemble de la province et jusqu'à 20 % par rapport au pays.

(8) Ces chiffres ne sont pas corrigés pour la hausse des prix.

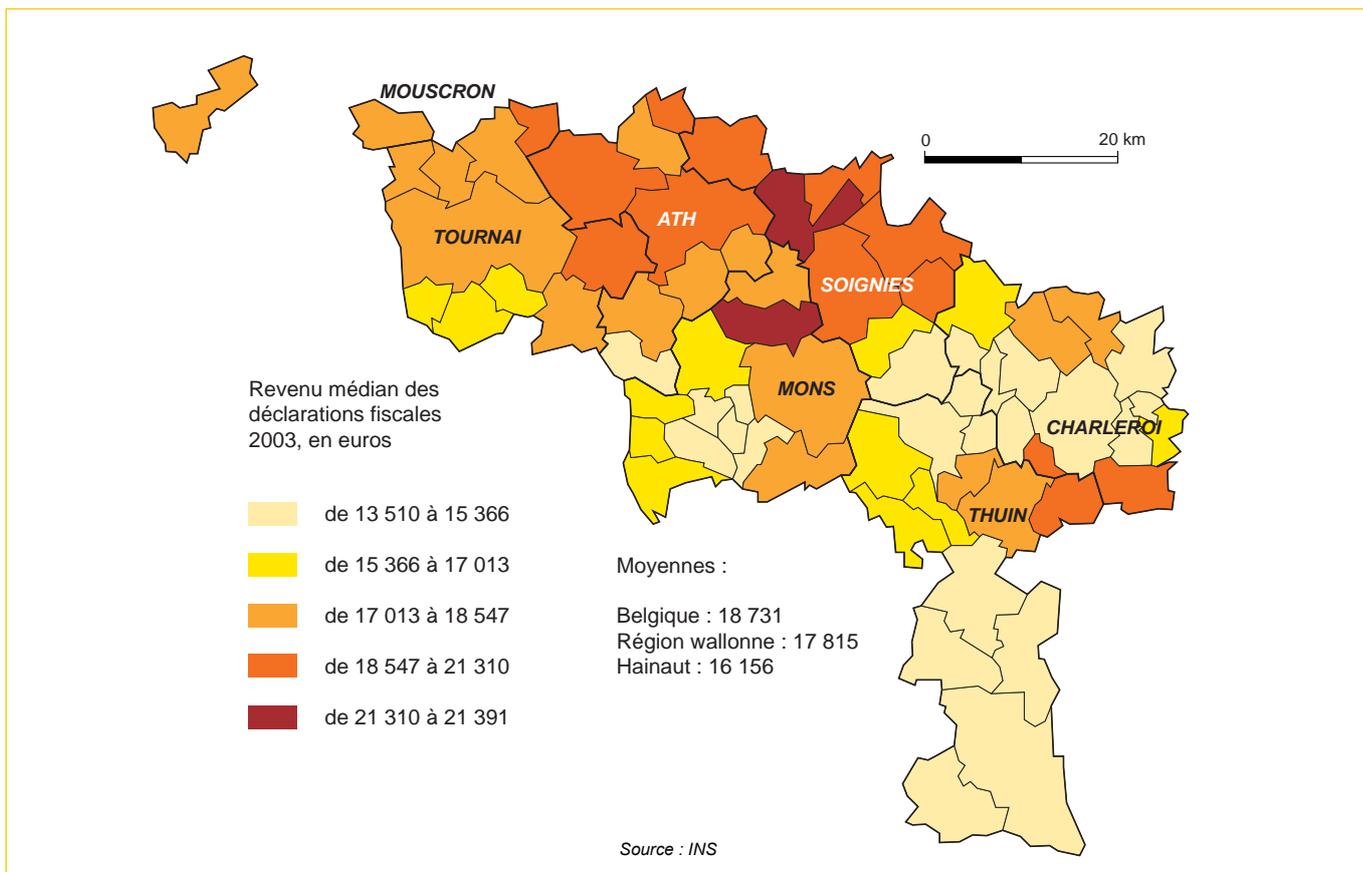
**Tableau IV.1. :** Revenu des habitants, Belgique - Région Wallonne - Hainaut, 2003

		Revenu médian par déclaration	Revenu moyen par habitant
Belgique		18 731	12 655
Région wallonne		17 815	11 713
Province de Hainaut		16 156	11 170
ARRONDISSEMENT	<i>Ath</i>	18 585	11 704
	<i>Charleroi</i>	14 866	10 928
	<i>Mons</i>	16 025	10 980
	<i>Mouscron</i>	17 984	10 484
	<i>Soignies</i>	17 071	11 691
	<i>Thuin</i>	15 815	11 384
	<i>Tournai</i>	17 843	11 388

Source : INS, revenus 2003 - exercice 2004

► Le revenu médian par déclaration fiscale (et non par personne) au cours de l'année 2003 est 16 % plus faible en Hainaut qu'en Belgique. L'arrondissement de Ath (revenu médian = 18 585) se rapproche le plus de la situation nationale (revenu médian = 18 731) tandis que l'arrondissement de Charleroi montre la valeur la plus faible : la moitié des déclarations ne dépassent pas 14 866 euros (soit un revenu médian de 26 % inférieur à celui de la Belgique).

**Carte IV.1 :** Les revenus médians, Hainaut (par commune), 2003



Les revenus médians les plus faibles sont relevés d'une part dans les communes de l'ancien axe industriel wallon (par exemple dans les communes de Charleroi, Colfontaine ou Farciennes le revenu médian par déclaration est inférieur à 14 000 euros) et dans les communes à caractère rural plus prononcé telles que par exemple Froidchapelle, Chimay ou Momignies. Les communes aisées de la périphérie des villes comme Jurbise, Mont-de-l'Enclus ou Gerpennes ont les revenus médians les plus élevés.

## 7.2. Le niveau d'instruction

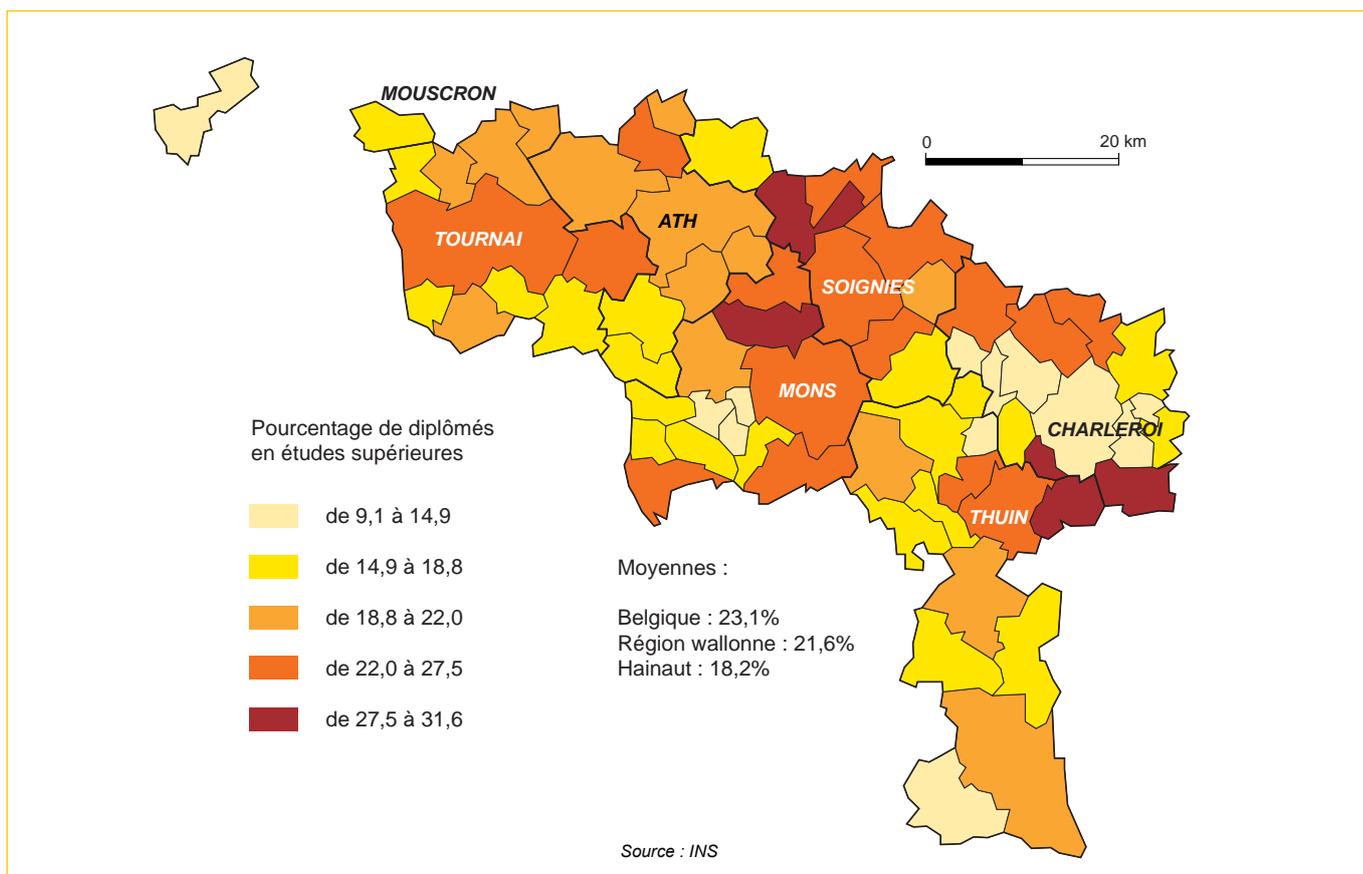
**Tableau IV.2.** : Répartition de la population en fonction du niveau d'instruction, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Avec diplôme	7 415 791	89,0	2 338 104	87,7	879 235	86,2
dont						
primaire	1 291 131	15,5	390 952	14,7	165 462	16,2
secondaire inférieur	2 047 108	24,6	721 900	27,1	282 612	27,7
secondaire supérieur	2 152 078	25,8	649 394	24,4	245 564	24,1
enseignement supérieur	1 925 474	23,1	575 858	21,6	185 597	18,2
Sans diplôme	314 873	3,8	117 054	4,4	54 073	5,3
Inconnu (sans réponse)	597 275	7,2	210 131	7,9	86 977	8,5
Effectif de population ne suivant plus d'enseignement	8 327 939		2 665 289		1 020 285	

*Source : Enquête Socioéconomique, 2001*

▼ L'enquête socio-économique de 2001 (la nouvelle dénomination du recensement) montre que le pourcentage de non diplômés en Hainaut (5,3 % de la population ne suivant plus d'enseignement) est respectivement de 39 et 20 % supérieur à ceux de la Belgique (3,8 %) et de la Région wallonne (4,4 %). On observe que les personnes ayant obtenu un diplôme d'études supérieures sont 18,2 % en Hainaut contre 23,1 % en Belgique (soit un écart de plus de 26,9 %) et 21,6 % en Région wallonne (écart de 18,7 %).

**Carte IV.2 :** Proportion de diplômés de l'enseignement supérieur, Hainaut (par commune), 2001



Le pourcentage de personnes diplômées de l'enseignement supérieur (non universitaires de type court et de type long, universitaires) dépasse la moyenne nationale (23,1 %) dans 15 communes du Hainaut dont Soignies (23,6 %), Tournai (23,9 %), Mons (24 %) et Thuin (24,9 %). La banlieue sud de Charleroi (Gerpennes, Montigny-le-Tilleul et Ham-sur-Heure ) en compte même jusqu'à plus de 30 %.

On ne sera pas étonné du parallélisme de cette carte et de celle du revenu médian par déclaration (carte IV 1.).

## 7.3. La situation de l'emploi

### 7.3.1. La population active

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

Le taux d'activité correspond au rapport entre la population active et la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans). Le taux d'emploi correspond, selon le Bureau International du travail, au rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans).

**Tableau IV.3. :** Population active, taux d'activité et taux d'emploi, Belgique - Région Wallonne- Hainaut, 2004

		Total population active (15-64 ans)	Taux d'activité (en%)	Taux d'emploi (en %)
Belgique		4 696 119	68,7	60,3
Région wallonne		1 491 721	67,7	55,9
Hainaut		554 051	66,3	52,7
ARRONDISSEMENTS	<i>Ath</i>	36 443	70,1	59,7
	<i>Charleroi</i>	177 729	64,8	49,2
	<i>Mons</i>	106 572	65,4	50,5
	<i>Mouscron</i>	30 571	68,4	56,9
	<i>Soignies</i>	76 922	66,6	54,7
	<i>Thuin</i>	62 738	65,9	53,9
	<i>Tournai</i>	63 076	69,0	57,6

Source: IWEPS (situation au 30 juin 2004)

En 2004, le Hainaut compte 554 051 actifs. Le taux d'activité est 3 à 4 % plus faible en Hainaut qu'en Wallonie ou en Belgique. Le taux d'emploi est 13 % plus faible en Hainaut qu'en Belgique.

Les taux d'emploi sont les plus bas dans les arrondissements de Charleroi et de Mons. La part d'actifs inoccupés y est plus importante que dans le reste du Hainaut.

## 7.3.2. Le chômage

Le taux de chômage correspond au rapport entre le nombre de chômeurs demandeurs d'emploi indemnisés et la population active. Il a été calculé par l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), sur base de plusieurs banques de données socio-économiques fédérales

**Tableau IV.4. :** Taux de chômage par groupe d'âge, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

		Taux de chômage (en %)			
		15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	total 15-64 ans
Belgique		26,1	11,7	6,5	12,3
Région wallonne		37,1	16,9	8,1	17,4
Hainaut		41,2	19,9	9,5	20,4
ARRONDISSEMENTS	Ath	34,5	14,0	7,7	14,8
	Charleroi	44,9	23,8	11,1	24,1
	Mons	44,3	22,7	10,1	22,8
	Mouscron	33,4	15,5	10,0	16,7
	Soignies	38,3	17,2	8,0	17,9
	Thuin	40,2	17,5	8,3	18,3
	Tournai	36,9	15,6	8,2	16,4

Source: IWEPS (situation au 30 juin 2004)

Le taux de chômage hainuyer (20,4 %) dépasse de 66 % la moyenne nationale (12,3 %). Seuls les arrondissements de Ath, Mouscron et Tournai ne dépassent pas la moyenne wallonne de 17,4 % de chômeurs. Ce sont les jeunes de 15<sup>(9)</sup> à 24 ans qui sont essentiellement touchés par le chômage : 41,2 % parmi les jeunes actifs hainuyers contre 37,1 % en Région wallonne et 26,2 % en Belgique. Ce taux est surtout élevé dans les arrondissements de Charleroi et Mons où environ la moitié des jeunes de 15 à 24 ans susceptibles de travailler n'a pas d'emploi.

(9) La classe d'âge des 15-24 ans a été retenue dans les chiffres produits par l'IWEPS car elle est utilisée dans les comparaisons internationales. Cependant, étant donné l'obligation scolaire jusqu'à 18 ans, les jeunes de moins de 18 ans n'interviennent pas dans ces statistiques car ils ne font pas partie de la population active.

**Tableau IV.5. :** Nombre et pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés selon la durée du chômage, Belgique - Région Wallonne - Hainaut, 2002

Durée d'inoculation	Belgique			
	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
Moins d'un an	77 422	46,97	79 977	40,28
Plus d'un an	87 404	53,03	118 567	59,72
<b>Total</b>	<b>164 826</b>	<b>100,00</b>	<b>198 544</b>	<b>100,00</b>
Durée d'inoculation	Région wallonne			
	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
Moins d'un an	30 561	38,15	30 681	30,86
Plus d'un an	49 551	61,85	68 754	69,14
<b>Total</b>	<b>80 112</b>	<b>100,00</b>	<b>99 435</b>	<b>100,00</b>
Durée d'inoculation	Hainaut			
	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
Moins d'un an	13 318	35,44	12 612	27,61
Plus d'un an	24 262	64,56	33 066	72,39
<b>Total</b>	<b>37 580</b>	<b>100,00</b>	<b>45 678</b>	<b>100,00</b>

Sources : Hainaut développement et FOREM

▼ En Province de Hainaut, la proportion de chômeurs de plus d'un an (68,9 % des chômeurs) est environ 4 % plus importante qu'en Wallonie (65,9 %).

L'écart s'élève à 21 % par rapport à la moyenne de la Belgique (56,7 %).

## 7.3.3. Les catégories socio-professionnelles

**Tableau IV.6. :** Répartition de la population active occupée en fonction du statut professionnel, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001

Statut professionnel	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Chef d'entreprise sans contrat d'emploi	52 800	1,34	17 739	1,51	4 650	1,11
Indépendant travaillant pour une personne ou une société	168 942	4,29	52 763	4,50	17 832	4,24
Autre indépendant, profession libérale	261 321	6,63	67 810	5,78	22 255	5,29
Chef d'entreprise sous contrat d'emploi	37 131	0,94	8 158	0,70	2 099	0,50
Statutaire du secteur public	599 204	15,20	226 663	19,33	81 861	19,47
Contractuel du secteur public	301 711	7,65	83 216	7,10	30 121	7,17
Autre employé du secteur privé	1 146 203	29,07	312 058	26,62	102 359	24,35
Ouvrier du secteur privé, apprenti	751 529	19,06	206 307	17,60	82 133	19,54
Aidant (d'un indépendant)	61 709	1,57	14 690	1,25	5 503	1,31
Personnel domestique	22 048	0,56	6 340	0,54	2 357	0,56
Autre statut (ex. : ALE)	40 196	1,02	16 478	1,41	6 210	1,48
Sans statut	43 748	1,11	9 921	0,85	3 635	0,86
Statut professionnel non connu	455 762	11,56	150 237	12,81	59 343	14,12
<b>Total population active occupée</b>	<b>3 942 304</b>	<b>100,00</b>	<b>1 172 380</b>	<b>100,00</b>	<b>420 358</b>	<b>100,00</b>

Source : Enquête socioéconomique, 2001

Le secteur public (statutaire et contractuel) emploie 26,6 % des actifs hainuyers (31,3 % dans l'arrondissement de Mons), 26,4 % en Région wallonne et 22,9 % en Belgique.

Dans le secteur privé, le pourcentage d'ouvriers actifs est le plus élevé en province du Hainaut (19,5 % contre 17,6 % en Région wallonne et 19,1 % en Belgique). La part des employés est plus faible en Hainaut (24,3 %) qu'en Wallonie (26,6 %) et en Belgique (29,1 %).

## 7.4. Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale

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

**Tableau IV.7. :** Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale<sup>(10)</sup>, Belgique-Région Wallonne- Hainaut, 2004

		Nombre de bénéficiaires du RIS	Taux pour 1000 hab.
Belgique		74 819	7,16
Région wallonne		33 932	9,99
Hainaut		12 645	9,83
ARRONDISSEMENTS	Ath	415	5,15
	Charleroi	4 753	11,28
	Mons	3 232	12,98
	Mouscron	634	9,06
	Soignies	1 500	8,46
	Thuin	1 086	7,41
	Tournai	1 025	7,25

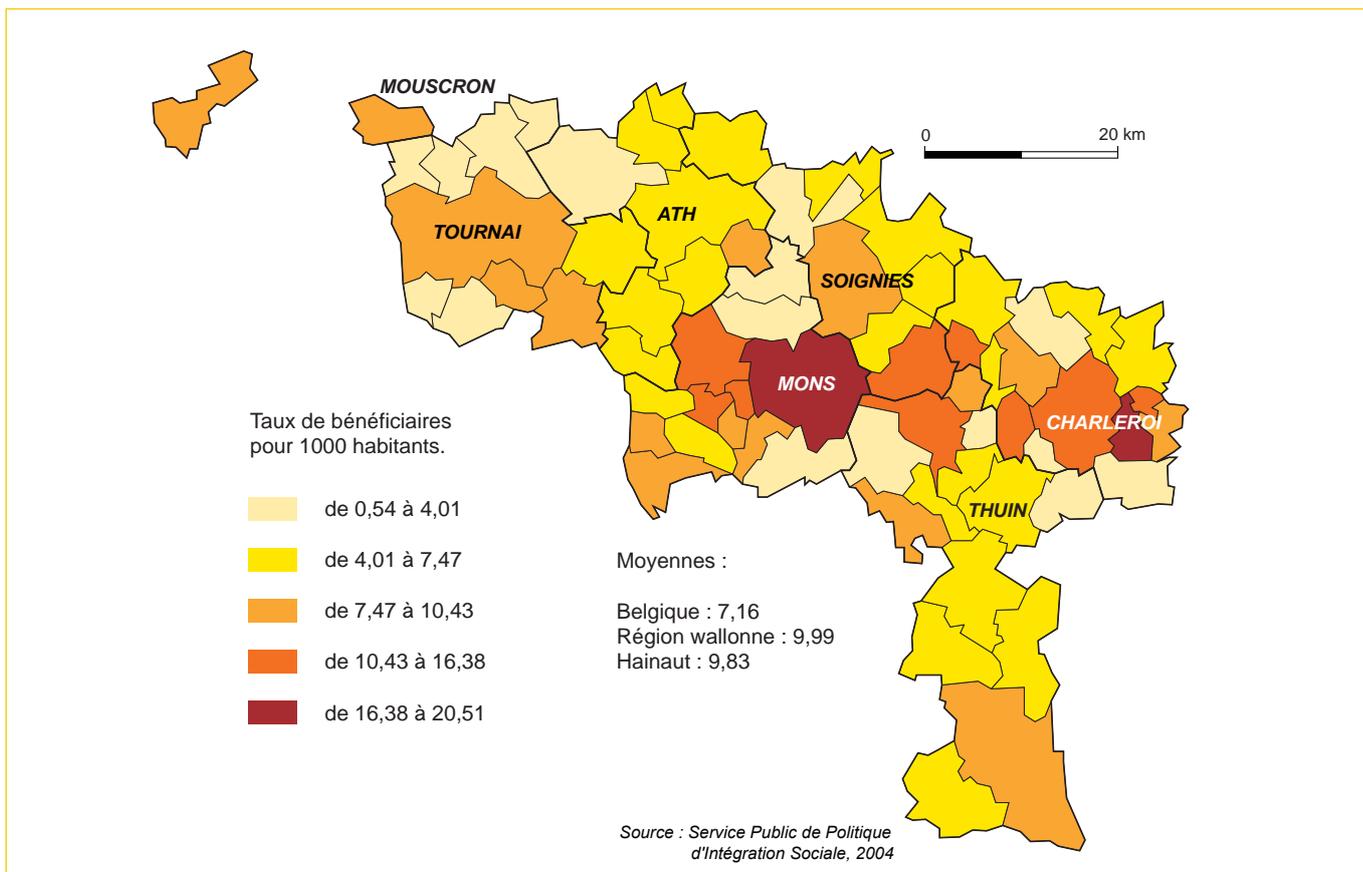
Sources : Service Public de Politique d'Intégration Sociale - CPAS - 2004

► Le nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale pour 1000 habitants est légèrement moins important en Hainaut (9,83) qu'en Wallonie mais est 37 % plus élevé qu'en Belgique (7,16). Dans les arrondissements de Charleroi (11,28) et de Mons (12,98) on observe des taux dépassant respectivement de 57 % et de 81% la moyenne nationale. Dans l'arrondissement de Ath par contre on recense à peine plus de 5 bénéficiaires pour 1000 habitants (5,15).

Les communes de Charleroi (14,17), de Châtelet (16,38) et de Mons (20,51) ont des taux deux à trois fois supérieurs à la moyenne nationale.

(10) Le service statistique fédéral du SPP Intégration Sociale recense l'ensemble des bénéficiaires comptabilisés par les CPAS à condition que ces derniers ne dépassent pas le délai légal d'envoi : il est donc possible que des données soient manquantes mais elles ne constituent sans doute pas plus de 2 % du total des bénéficiaires belges. Les données manquantes du Hainaut ont été récoltées directement par l'OSH auprès des CPAS concernés.

**Carte IV.3. :** Taux de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, Hainaut (par commune), 2004



La carte ci-dessus nous indique que les taux de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale sont les plus élevés dans la région de vieille industrie lourde que constituent les noyaux borains et carolorégiens.

## 7.5. L'endettement

L'endettement provient essentiellement des crédits à la consommation proposés entre autres aux clients pour "alléger" leurs achats par le biais d'une ouverture de crédit liée à une carte personnalisée. Pour les populations vivant en état de précarité, l'endettement demeure l'un de leurs soucis majeurs.

**Tableau IV.8. :** Proportion de personnes enregistrées dans la Centrale des Crédits aux Particuliers de la Banque Nationale de Belgique (BNB) (contrats défaillants) par rapport à l'ensemble de la population majeure, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

		Pourcentage de personnes enregistrées
Belgique		4,2
Région wallonne		5,6
Hainaut		7,2
ARRONDISSEMENTS	Ath	5,7
	Charleroi	8,6
	Mons	7,0
	Mouscron	6,4
	Soignies	6,7
	Thuin	6,5
	Tournai	5,6

Source : Centrale des Crédits aux Particuliers, 2004

► Selon la BNB<sup>(11)</sup>, le nombre de défauts de paiement enregistrés progresse essentiellement dans le cas des ouvertures de crédit à la consommation. En 2004, la BNB rapportait que 7,2 % de personnes majeures en Hainaut contre 5,6 % en Région wallonne et 4,2 % en Belgique étaient enregistrées pour défaut de remboursement d'au moins un crédit.

Au niveau des arrondissements hainuyers, on constate que ces difficultés de paiement sont toutes supérieures à la moyenne nationale : on observe les taux les plus importants à Charleroi (16 % de plus que la moyenne du Hainaut et deux fois plus que la moyenne belge). Même si on recense à Tournai le taux le plus bas, identique à celui de la Région wallonne (5,6 %), l'écart est toutefois de 33 % supérieur à la moyenne belge.

(11) Voir aussi : Plan d'Action National Inclusion Sociale 2003-2005 - avril 2004  
<http://www.mi-is.be/diensten-Services/NAP/HTML/FR/Indicateurs2003-2005.doc>

## 8. Références bibliographiques

- Berkey CS, Rockett HR, Field AE, Gillman MW, Colditz GA. **Sugar-added beverages and adolescent weight change.** Obesity Research 2004; 12(5) : 778-788.
- Berkey CS, Rockett HR, Gillman MW, Field AE, Colditz GA. **Longitudinal study of skipping breakfast and weight change in adolescents.** International Journal of Obesity 2003 ; 27(10) : 1258-1266.
- Block G, Patterson B, Subar A. **Fruit, vegetables, and cancer prevention : a review of the epidemiological evidence.** Nutrition and Cancer 1992 ; 18(1) : 1-29.
- Brittona A, McPherson K. **Mortality in England and Wales attributable to current alcohol consumption.** J Epidemiol Community Health 2001 ; 55(6) : 383-388.
- Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. **Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey.** BMJ 2000 ; 320(7244) : 1240.
- Di Franza JR, Savageau J, Rigotti N, Fletcher K, Ockene J, McNeill A. **Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study.** Tobacco Control 2002 ; 11 : 228-235.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), World Health Organization (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Technical report Series 916. Geneva : WHO ; 2003 ; 1-116.
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor D, Lynch J, Smith GD. **Indicators of socioeconomic position (part I - part 2).** J of Epidemiology and Community Health 2006 ; 60(1-2) : 7-12(part I).
- Halford JC, Gillespie J, Brown V, Pontin EE, Dovey TM. **Effect of television advertisements for foods on food consumption in children.** Appetite 2004 ; 42(2) : 221-225.
- International Obesity Task Force, European Association for the Study of Obesity. **Obesity in Europe - The Case For Action.** International Obesity Task Force, European Association for the Study of Obesity, editors ; 2005.
- Kornitzer M, Dramaix M, Bara L, Joossens J-V, Geboers J, Kesteloot H et al. **Acta Cardiologica 1989 ; XLIV(2) : 89-194.**
- Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T ; INSERM. **Les inégalités sociales de santé - Recherches.** Paris : INSERM ; 2000.
- Lissau I, Overpeck M, Ruan W, Due P, Holstein B. **Health behaviour in school-aged children obesity working group. Body Mass Index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States.** Arch Pediatr Adolesc Med 2004 ; 158 (Jan 2004) : 27-33.
- Marshall SJ, Biddle SJ, Gorely T, Cameron N, Murdey Y. **Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth : a meta-analysis.** Int J Obesity 2004 ; 28(10) : 1238-1246.
- Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). **Carnet de bord de la santé - Santé en Hainaut No 4.** Mons : Province de Hainaut ; 2001 ; 1-47.
- Observatoire régional de santé Picardie, Observatoire de la Santé du Hainaut. **Surcharge pondérale et ses déterminants.** ORS Picardie 2006 ; 12p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Rapport sur la santé dans le monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine.** Genève : OMS ; 2002 ; 1-262.
- Ortega RM, Requejo AM, Lopez-Sobaler AM, Quintas ME, Andres P, Redondo MR et al. **Differences in the breakfast habits of overweight/obese and normal weight schoolchildren.** Int J Vitam Nutr Res 1998 ; 68(2) : 125-132.
- Pignon JP, Hill C. **Nombre de décès attribuables à l'alcool, en France, en 1985.** Gastro-entérologie clinique et biologique 1991 ; 15 (1) : 51-56.
- Rolland-Cachera MF, Deheeger M, Bellisle F, Sempe M, Guilloud-Bataille M, Patois E. **Adiposity rebound in children : a simple indicator for predicting obesity.** Am J Clin Nutr. 1984 ; 39(1) : 129-135.
- Sleiman S. **Rapport national belge sur les drogues 2005.** Rapport No 2005-013. Bruxelles : Scientific Institute of Public Health ; 2005 ; 1-130.
- Stice E, Schupakneuberg E, Shaw HE, Stein RI. **Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms.** Journal of Abnormal Psychology 1994 ; 103 (4) : 836-840.
- Sutocky JW, Shultz JM, Kizer KW. **Alcohol Related Mortality in California, 1980 to 1989.** American Journal of Public Health 1993 ; 83 (6) : 817-823.

**C**hapitre **V**  
**O**ffre  
**de S**oins



**C**e chapitre aborde l'offre de soins en Hainaut du point de vue des structures disponibles et des prestataires de soins.

Pour les prestataires, entre pléthore et pénurie, les opinions divergent. En 1998, un numerus clausus a été instauré en médecine : les premières générations de médecins ayant été confrontées au numerus clausus ont obtenu leur diplôme de base en 2004 mais n'avaient pas encore terminé leur spécialité (médecine générale ou autre) et n'étaient donc pas repris dans les statistiques mi-2006.

L'analyse du nombre de prestataires de soins et de leur répartition géographique montre en tout cas que lorsqu'ils sont moins nombreux, les régions défavorisées sur le plan économique ou simplement géographique (comme frontalières éloignées des centres économiques et culturels) sont les premières à en souffrir.

Par ailleurs, le vieillissement de la population, qui touche aussi la population des prestataires, est important à prendre en compte lors de la planification sanitaire car il indique d'éventuels problèmes de renouvellement des effectifs. Les générations issues du baby-boom seront en âge de prendre leur retraite d'ici une dizaine d'années.

La féminisation de la profession est une troisième dimension de la question : les nombreuses tâches non professionnelles des femmes mettent des limites à leur disponibilité en tant que prestataires de soins. Par ailleurs, le statut de la médecine dans les projets de vie semble évoluer tant pour les hommes que pour les femmes : la médecine n'occupe plus la même place dans le projet de vie du couple, voire de la famille.

Avec la diminution du nombre de jeunes médecins, les disparités s'installent progressivement : abandon des zones éloignées ou des quartiers plus défavorisés.

Le maintien d'un accès équitable et de qualité aux soins de santé passera par une information détaillée des possibilités d'installation aux futurs diplômés.

Une planification efficace aurait inclus non seulement un contrôle du nombre des prestataires mais également un suivi de leur répartition et des mesures pour maintenir et promouvoir la qualité des soins.

## Les faits marquants

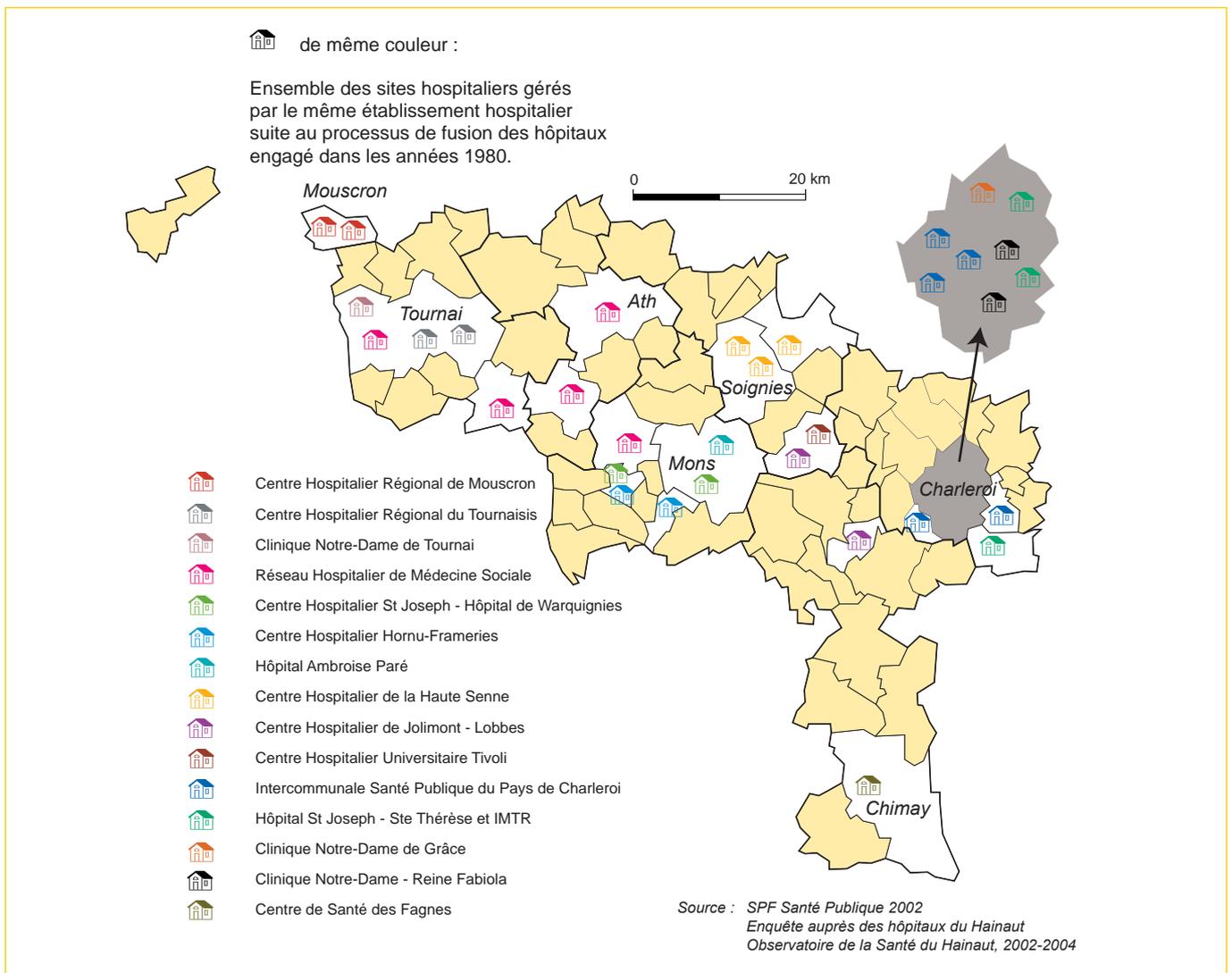
- De 1995 à 2004, on constate une réduction de 18,8 % du nombre de lits (de 8702 à 7062) dans les hôpitaux généraux et universitaires de la province de Hainaut.
- Malgré cette réduction plus importante du nombre de lits en Hainaut par rapport à l'ensemble de la Belgique (1995-2005), le niveau d'équipements en lits hospitaliers généraux et/ou universitaires reste supérieur à la moyenne nationale : 5,5 lits pour 1000 habitants en province de Hainaut contre 4,9 en Belgique. Cette constatation doit être mise en perspective avec le fait que la morbidité est plus élevée en Hainaut (voir Chapitre III).
- Le nombre de lits en hôpital psychiatrique est inférieur à la moyenne nationale : 1,37 lits pour 1000 habitants en Hainaut contre 1,52 au niveau du pays.
- L'arrondissement de Charleroi se distingue particulièrement par un nombre élevé d'hôpitaux généraux ou universitaires (9) et de maisons de repos.
- La capacité d'accueil des maisons de repos et de soins en Hainaut avec 26,6 lits/1000 habitants de 65 ans et plus est supérieure à celle observée en Belgique et en Wallonie. Les régions de Tournai et Mouscron accueillent environ 830 ressortissants français dans leurs maisons de repos (1052 pour l'ensemble du Hainaut et 1575 pour l'ensemble de la Belgique).
- La densité des médecins généralistes (15,29/10 000 habitants) et spécialistes (14,64/10 000 habitants) est plus faible en Hainaut qu'au niveau national (respectivement 17,62 et 18,41/10 000 habitants).
- Le vieillissement des médecins généralistes et spécialistes est plus important en Hainaut qu'au niveau national. La relève des médecins généralistes ne semble pas assurée dans cinq communes du Hainaut puisque aucun généraliste de moins de 40 ans n'y est recensé.
- La féminisation de la profession est nettement moins marquée en Hainaut qu'en Belgique. En Hainaut, 27,3 % des médecins généralistes sont des femmes contre 29,8 % pour l'ensemble de la Belgique. Cette différence avec la Belgique est plus élevée chez les moins de 40 ans où les femmes représentent 18,1 % des médecins généralistes belges et seulement 12,5 % des médecins généralistes hainuyers dans le Hainaut (30 % de différence).
- Avec 5,63 dentistes pour 10 000 habitants, le Hainaut a une densité de dentistes de 25 % plus faible qu'en Wallonie (7,46/10 000 habitants) et de 32 % plus basse qu'en Belgique (8,26/10 000 habitants).
- La densité de kinésithérapeutes en Hainaut est proche de celle observée pour l'ensemble de la Belgique. Contrairement à ce que l'on observe globalement en Région wallonne et en Belgique, il y a davantage de kinésithérapeutes masculins que féminins en Hainaut.
- La densité d'infirmiers(ères) en province de Hainaut est supérieure de 15 % à celle de la Wallonie et la Belgique.

1. Les structures hospitalières

Depuis le début des années 1980, le secteur des hôpitaux belges s'est profondément modifié dans le but de maîtriser l'évolution des dépenses d'une part, et suite à l'impressionnante évolution des techniques médicales d'autre part. Dans cette perspective, les établissements hospitaliers ont été amenés à collaborer soit par le biais de fusions (pour des hôpitaux distants de moins de 35 km), soit par le biais de groupements (pour des hôpitaux distants de moins de 25 Km) ou encore par des associations souvent motivées par des coopérations ciblées et réglées par convention.

1.1. La répartition des hôpitaux généraux et universitaires

Carte V.1. : Répartition des hôpitaux généraux/universitaires, Hainaut, 2004



**Tableau V.1. :** Répartition des hôpitaux psychiatriques, généraux et universitaires, Belgique - Hainaut (par arrondissement), 2005

		Nombre de sites hospitaliers	
		Psychiatriques	Généraux et universitaires
Belgique		74	191
Hainaut		8	30
ARRONDISSEMENTS	Ath	0	2 *
	Charleroi	3	9 *
	Mons	1	6 *
	Mouscron	0	2
	Soignies	0	4
	Thuin	0	2
	Tournai	4	5 *

Source : SPF Santé Publique, mars 2005

\* comprend un hôpital portant la dénomination d' «Hôpital Général» mais ne possède que des lits de type «gériatrique» et/ou «revalidation/soins de suite»

► Le tableau V.1. reprend le nombre de sites hospitaliers dans les arrondissements du Hainaut. Cette répartition par arrondissement est quelque peu artificielle car certains établissements [alors qu'ils font partie d'une même structure administrative suite aux différentes fusions] se retrouvent dans des arrondissements différents, voire dans des provinces différentes (par exemple : Nivelles dans la province du Brabant et Jolimont (La Louvière) dans la province du Hainaut).

On retiendra la forte concentration des hôpitaux dans l'arrondissement de Charleroi. L'arrondissement de Tournai, quant à lui, détient la moitié des établissements psychiatriques de la province de Hainaut.

## 1.2. La capacité d'accueil des hôpitaux généraux et psychiatriques

**Tableau V.2. :** Nombre et densité de lits d'hôpitaux généraux et psychiatriques, Belgique - Hainaut, 2004

		Hopital général/universitaire		Hôpital psychiatrique	
		Nombre de lits	Densité de lits pour 1000 hab.	Nombre de lits	Densité de lits pour 1000 hab.
Belgique		51 354	4,90	15 825	1,51
Hainaut		7 062	5,49	1 755	1,36
ARRONDISSEMENTS	Ath	236	2,92	0	0
	Charleroi	2 554	6,06	527	1,25
	Mons	1 446	5,81	455	1,83
	Mouscron	355	5,06	0	0
	Soignies	1 340	7,54	0	0
	Thuin	262	1,79	0	0
	Tournai	869	6,14	773	5,46

Source : SPF Santé Publique, mars 2005

► En dix ans, de 1995 à 2005, le nombre de lits en hôpital général/universitaire est passé de 8702 à 7062 en province de Hainaut, soit une diminution de 18,8 %. Le nombre de lits hospitaliers généraux a été réduit de manière plus conséquente en Hainaut qu'en Belgique où la diminution était de 11,9 %. Toutefois le nombre total de lits pour 1000 habitants y reste supérieur à la moyenne nationale: en 1995, il était de 6,8 pour 1000 habitants en Hainaut contre 5,8 globalement en Belgique ; actuellement, il est de 5,5 en Hainaut contre un peu plus de 4,9 en Belgique. Cette constatation doit être mise en perspective avec le fait que la morbidité est plus élevée en Hainaut (voir Chapitre III).

Les lits psychiatriques ont, quant à eux, connu une croissance de plus ou moins 6 % sur la même période en Hainaut, même si leur densité reste inférieure à la moyenne nationale (1,37 lits pour 1000 habitants contre 1,52 pour la Belgique).

## 1.3. Les équipements et les services dans les hôpitaux généraux

**Tableau V.3. :** Equipements et services dans les hôpitaux généraux, Belgique - Hainaut, 2005

	Belgique	Hainaut
SMUR*	100	18
SCANNER	160	21
RMN	55	7
RADIOTHERAPIE	28	5
CENTRE DE DIALYSE	52	8

*Source : SPF Santé publique, mars 2005*

\* Un véhicule SMUR (Service Mobile d'Urgence) est équipé d'appareils de réanimation répondant à des normes précises et dispose toujours d'un médecin urgentiste à bord.

► On compte 18 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en liaison avec les hôpitaux de la province de Hainaut. Parmi ceux-ci, 12 fonctionnent en collaboration avec au moins deux établissements.

En ce qui concerne l'imagerie médicale, le Hainaut compte officiellement 21 scanners et 7 installations de résonance magnétique nucléaire (RMN) dont 3 dans l'arrondissement de Charleroi. La radiothérapie est effectuée dans 5 établissements. 8 hôpitaux principalement situés à Mons, Charleroi et

La Louvière sont répertoriés par le Service Public Fédéral de Santé Publique comme centres de dialyse.

Pour les nouveau-nés, 48 lits sont destinés aux soins néonataux intensifs (33 lits à Charleroi et 15 à La Louvière), ce qui correspond à une densité comparable au niveau national (367 lits en Belgique). En Hainaut occidental, il n'y a pas de lits néonataux intensifs. Les hôpitaux de cette sous-région semblent privilégier des accords avec les hôpitaux universitaires de Bruxelles ou La Louvière plutôt que les hôpitaux de la Région flamande (Bruges ou Gand).

## ■ 2. Les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) : nombre, capacité d'accueil et résidents

**Tableau V.4. :** Nombre de maisons de repos, nombre d'institutions agréées maisons de repos et de soins, nombre et densité de lits de MR et de MRS, Région wallonne - Hainaut, 01/01/2004

	Nombre de MR et MRS	Nombre de MRS (structures agréées en Maison de Repos et de Soins)	Nombre total de lits uniquement MR	Nombre de lits agréés MRS	Densité de lits MR par rapport à 1000 habitants de 65 ans et plus	Densité de lits MRS par rapport à 1000 habitants de 65 ans et plus
Région Wallonne	718	315	31 098	13 690	54,9	24,2
Hainaut	289	119	13 524	5 808	61,9	26,6

*Source : SPF Santé Publique, situation 2004*

▼ En 2004, sur un total de 718 maisons de repos, la Région wallonne dénombrait 315 institutions agréées en maisons de repos et de soins (MRS) sur son territoire dont plus de 38 % (119 MRS sur un total de 289 maisons de repos) en province de Hainaut.

Le nombre total de lits en maisons de repos (MRS comprises) s'élève à 44 788 en Wallonie dont plus de 43 % (19 332) en Hainaut. Tant en Wallonie qu'en Province du Hainaut, la proportion de lits MRS représente 30 % du total des lits recensés en maisons de repos.

Si l'on évalue la capacité d'accueil par rapport à la population de 65 ans et plus, on constate que le Hainaut dispose d'un nombre de lits en MRS (26,6 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus) supérieur à celui de la Wallonie en général (24 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus) mais quasi semblable à celui de la Belgique (26 lits pour 1000 habitants de 65 ans et plus).

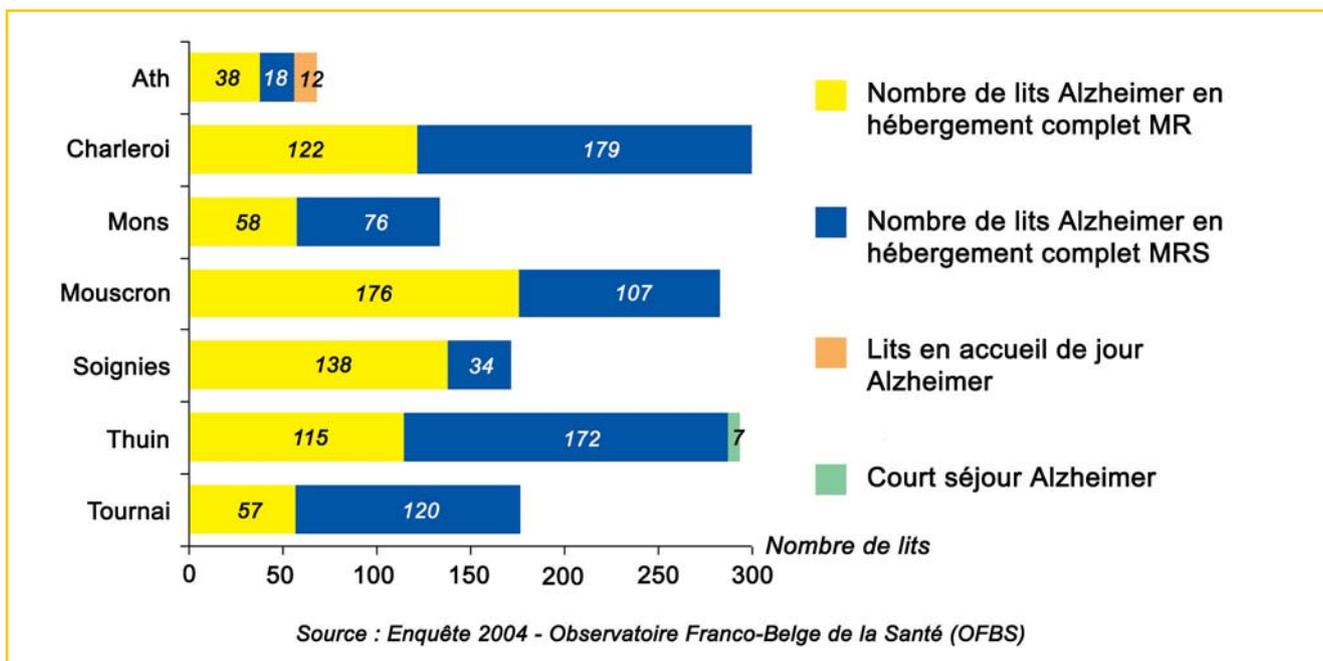
Seuls 5 % des lits MRS du Hainaut sont situés dans l'arrondissement de Ath ; l'arrondissement de Charleroi est celui qui compte le nombre de lits le plus important (près de 29 % des lits MRS du Hainaut). Cette répartition correspond globalement à celle de la population générale.

La population âgée résidant dans certaines maisons de repos - notamment du Hainaut occidental - ne provient pas toujours de la commune où elles sont situées ni des environs. Ainsi, en 2004, une enquête réalisée par l'Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS) auprès de 770 institutions situées des deux côtés de la frontière dénombre 1575 résidents français accueillis dans des maisons de repos belges : 1052 Français en Hainaut alors que seuls 12 Belges ont été recensés dans une institution française (OFBS, 2005).

Il semble que les résidents français apprécient la qualité des soins dans les institutions belges ainsi que leur coût acceptable. La pénurie de places disponibles pour les personnes âgées est criante en France, mais il ne semble pas que l'ouverture de nouvelles structures y soit planifiée à court terme.

La majorité des Français résidant dans des maisons de repos belges se trouvent dans la région de Mouscron (647 résidents de l'échantillon) et de Tournai (183 résidents) mais on en situe également dans la plupart des communes frontalières avec la France. L'enquête a permis d'en dénombrer 77 dans l'arrondissement de Thuin, 67 dans celui de Mons, 47 dans celui de Ath et 29 dans celui de Soignies. Cette constatation amène à penser que la proximité culturelle des communes habituées de longue date aux échanges transfrontaliers pourrait être un facteur de choix plus important que la distance. On note en effet une forte dispersion des communes de provenance des résidents français et quasiment aucune dispersion côté belge. Certaines maisons de repos disent accueillir plus de Français que de Belges.

**Figure V.1. :** Nombre de lits recensés dans les MR et MRS du Hainaut pour les personnes atteintes d'Alzheimer, 2004



En ce qui concerne l'accueil en Hainaut des personnes souffrant de démence, on notera que Charleroi comme Thuin et Mouscron offrent environ 300 lits pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce qui est à peu près le double des arrondissements de Mons, Tournai et Soignies et quatre fois plus qu'à Ath.

■ 3. Les médecins

La densité de médecins est le rapport entre le nombre de médecins répertoriés à l'INAMI dont l'activité a donné lieu à au moins un remboursement au cours des deux dernières années et la population totale multiplié par 10 000.

Y a-t-il pléthore de médecins ? Que nous réserve l'avenir à ce sujet ? Voilà deux questions auxquelles il n'est pas facile de répondre. Voici cependant quelques éléments de description de la situation actuelle.

Une des difficultés provient de l'absence actuelle d'un cadastre à jour des professions médicales. Dans une perspective d'analyse spatiale, les données transmises par l'INAMI présentent l'inconvénient de ne pouvoir faire la distinction entre l'adresse privée et l'adresse de la pratique, ainsi que la part de l'hospitalier et de l'ambulatoire. En effet, l'inscription à l'Ordre des médecins précise l'adresse du domicile et c'est cette information qui est transmise à l'INAMI. Le jeune médecin exerçant ailleurs qu'à son domicile ne signale pas toujours son lieu d'exercice à l'INAMI. La loi du 29 janvier 2003 crée la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé (Moniteur belge, 26 février 2003). Cette banque de données permettrait à l'avenir de centraliser l'information utile pour tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, accoucheuses, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, paramédicaux, psychologues...).

### 3.1. Les médecins généralistes

#### 3.1.1. La répartition des médecins généralistes et l'évolution

**Tableau V.5. :** Nombre de médecins généralistes et densité pour 10 000 habitants, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 01/01/2003

		Nombre de généralistes	Densité pour 10 000 hab.
Belgique		18 244	17,62
Région Wallonne		6 208	18,43
Hainaut		1 960	15,29
ARRONDISSEMENTS	<i>Ath</i>	122	15,22
	<i>Charleroi</i>	612	14,55
	<i>Mons</i>	416	16,72
	<i>Mouscron</i>	85	12,20
	<i>Soignies</i>	267	15,23
	<i>Thuin</i>	224	15,32
	<i>Tournai</i>	234	16,62

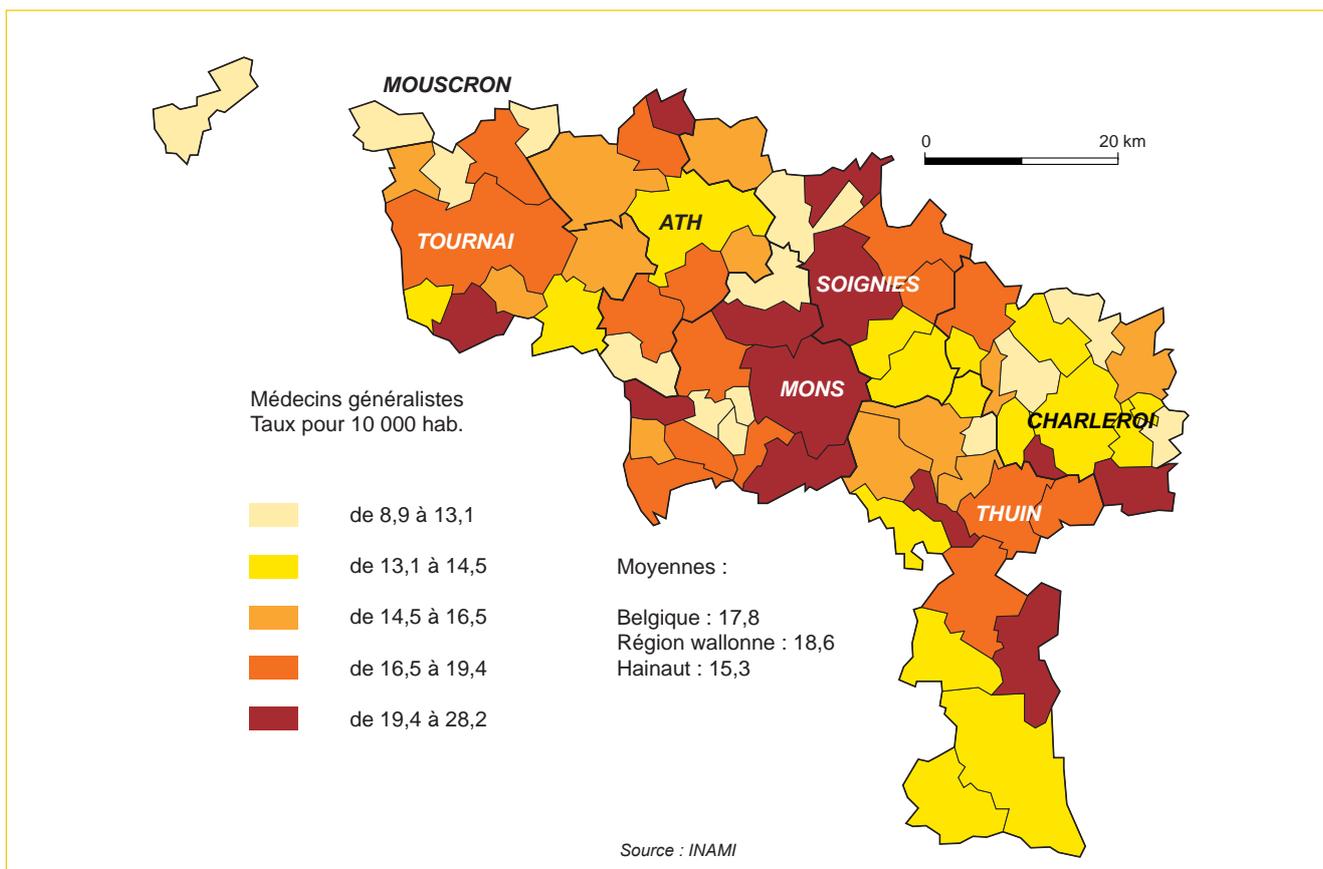
Source : INAMI

► En 2003, on dénombrait 1960 médecins généralistes en Hainaut, 6208 en Région wallonne et 18 244 en Belgique. Le nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants est plus élevé en Région wallonne (18,4 soit un médecin pour 543 habitants) qu'en Belgique (17,6 ou un médecin pour 568 habitants). La province de Hainaut ne compte en moyenne "que" 15,3 médecins généralistes pour 10 000 habitants, soit un pour 654 habitants.

Une proportion non négligeable de personnes sont encore répertoriées comme médecins généralistes alors qu'elles n'exercent pas ou plus. En Hainaut, cette proportion est estimée à près de 20 % (pensionnés, voire décédés, pratiquant dans l'enseignement, la santé publique, la médecine scolaire...).(2)

(2) Sondage OSH dans 12 entités du Hainaut

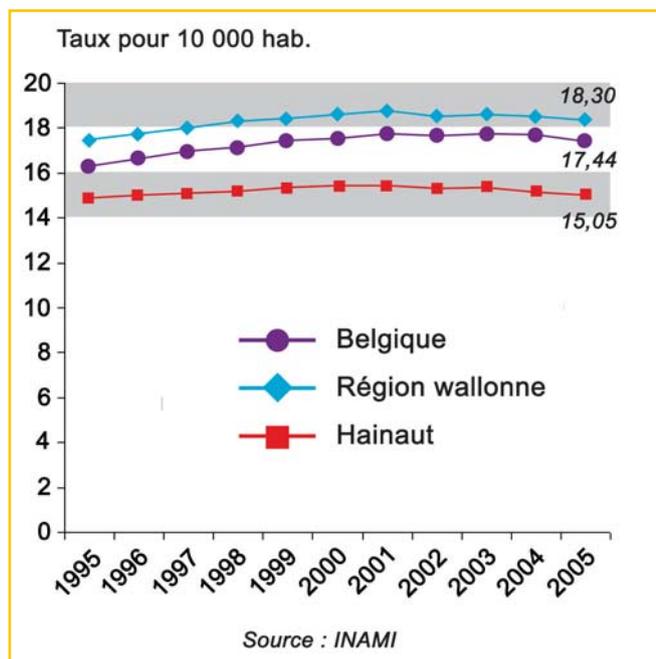
**Carte V.2.** : Répartition du nombre de médecins généralistes, Hainaut (par commune), 01/01/2003



Dans la province de Hainaut, la densité de médecins généralistes est la plus faible dans l'arrondissement de Mouscron (12,2 médecins généralistes pour 10 000 habitants) et la plus forte dans l'arrondissement de Mons (16,7 généralistes pour 10 000 habitants). A l'intérieur de l'arrondissement, les disparités entre communes sont relativement importantes : les médecins généralistes s'installent peu dans certaines communes du Borinage comme Quaregnon, Boussu ou Colfontaine (Colfontaine compte moins de 9 médecins pour 10 000 habitants, taux le plus faible en Hainaut) tandis qu'on retrouve de fortes densités dans la ville de Mons et dans les communes plus privilégiées de Jurbise, Quévy ou Hensies (jusqu'à plus de deux fois plus qu'à Colfontaine). Pour l'ensemble du Hainaut, c'est dans les communes de Brunehaut, Flobecq et Montigny-le-Tilleul (28 médecins généralistes/10 000 habitants) qu'on observe les densités de généralistes les plus élevées correspondant à près du double de la moyenne provinciale qui est de 15 pour 10 000 habitants.

Les types de pratiques varient également. Les maisons médicales affiliées à la Fédération des Maisons médicales sont au nombre de 14 en Hainaut et se situent uniquement en zone urbaine : on en dénombre 9 à Charleroi, 3 à Tournai et 2 à Mons. A titre de comparaison, il y en a 20 en province de Liège, 2 à Namur, 2 pour le Luxembourg, une en Brabant wallon et 25 à Bruxelles.

**Figure V.2. :** Evolution de la densité de médecins généralistes, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► La densité de médecins généralistes de la province de Hainaut est plus faible que pour l'ensemble de la Belgique ou de la Région wallonne. Cet écart s'est accru au cours des dix dernières années : en 1995, on dénombrait 14,9 médecins pour 10 000 habitants en Hainaut contre 16,3 en Belgique (9 % d'écart) et 17,4 (14 % d'écart) en Région wallonne ; en 2005, on note 15 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Hainaut contre 17,4 en Belgique (écart de 14 %) et 18,3 en Région wallonne (18 % d'écart).

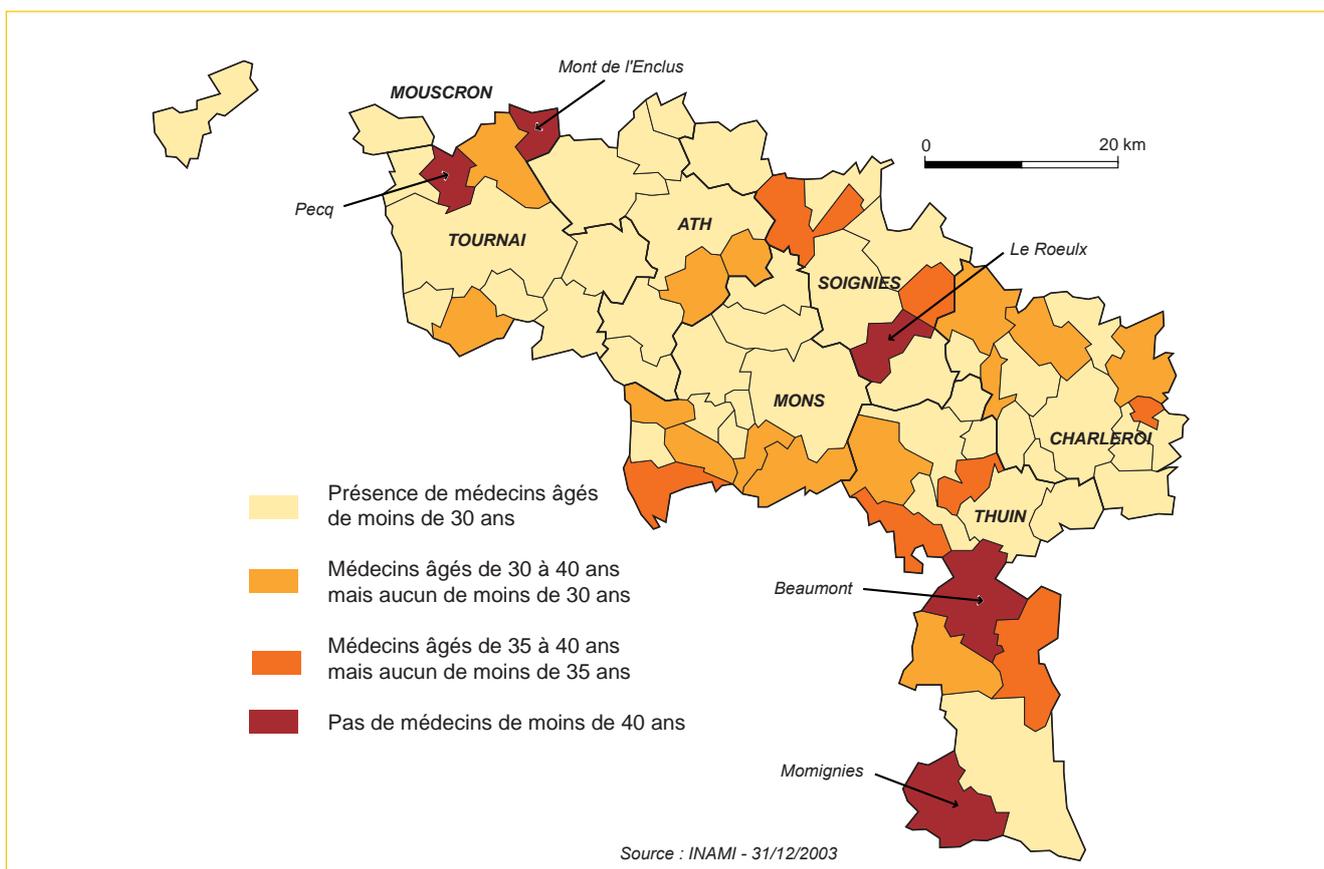
Depuis 2001, le nombre de médecins généralistes en Hainaut amorce une légère diminution alors que les besoins ne font qu'augmenter, notamment en raison du vieillissement de la population d'une part mais aussi en fonction d'indices socio-économiques particulièrement défavorables dans la province qui agissent comme déterminants de la morbidité : tous les indices de santé observés (maladies chroniques plus fréquentes, plus graves et plus compliquées) sont moins bons en Hainaut que dans le reste du pays (voir Chapitre III).

3.1.2. Les caractéristiques des médecins généralistes

L'âge médian des médecins généralistes du Hainaut correspond à celui de la Belgique et se situe dans la tranche des 45-49 ans.

Globalement, le vieillissement des médecins généralistes est plus important en Wallonie qu'en Flandre et la distribution des âges plus hétérogène.

**Carte V.3.** : Distribution des médecins généralistes en fonction de l'âge des plus jeunes, Hainaut (par commune), 01/01/2004



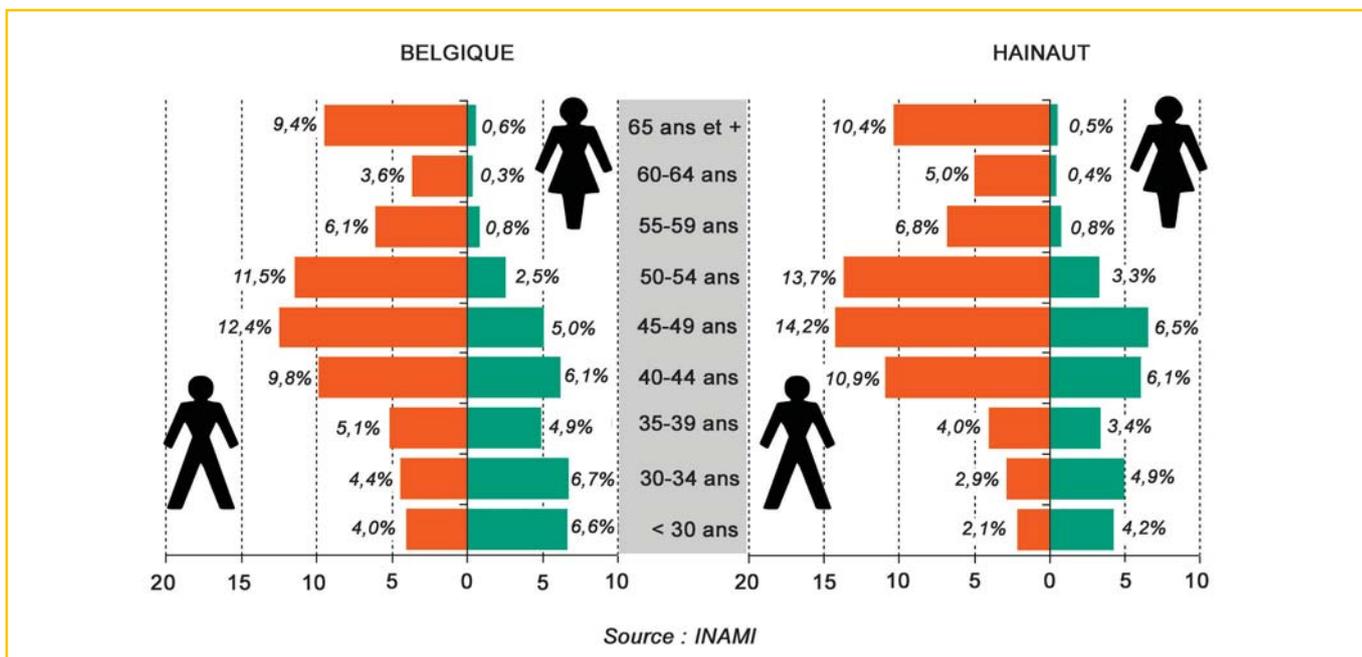
Les communes telles que Le Roeulx, Beaumont, Momignies, Pecq et Mont-de-l'Enclus ne comptent pas de médecins généralistes de moins de 40 ans. Il est probable qu'aucun jeune médecin généraliste ne s'y soit installé depuis une quinzaine d'années (fin des études de médecine vers 25 ans) et on peut craindre que la relève ne soit pas assurée.

Les communes de Farciennes, Honnelles, Silly, Ecaussinnes, Erquelines, Froidchapelle et Lobbes ne comptent pas, quant à elles, de médecins généralistes de moins de 35 ans.

La pénurie de médecins généralistes semble se faire sentir davantage dans les régions économiquement moins favorisées (voir Chapitre IV).

La pyramide des âges des prestataires de soins nous renseigne sur le vieillissement des prestataires, sur la régularité de leur renouvellement et sur la féminisation de la profession.

**Figure V.3. :** Pyramides des âges des médecins généralistes, Belgique - Hainaut, 01/01/2003



Le vieillissement des médecins généralistes est un peu plus important dans le Hainaut qu'en Belgique avec respectivement 23,9 % et 20,8 % de médecins qui sont âgés de plus de 55 ans. Cette constatation ne reflète sans doute pas tout à fait la situation sur le terrain car une bonne partie des médecins âgés de 65 ans et plus ont une activité réduite, voire très réduite.

Cependant, si 31,7 % des médecins généralistes belges ont moins de 40 ans, seulement 21,5 % sont dans ce cas en Hainaut. Tant en Belgique qu'en province de Hainaut, 3 médecins généralistes sur 5 âgés de moins de 40 ans sont des femmes.

## 3.2. Les médecins spécialistes

### 3.2.1. La répartition des médecins spécialistes et l'évolution

**Tableau V.6. :** Nombre de médecins spécialistes et densité pour 10 000 habitants, Belgique - Région wallonne - Hainaut (par arrondissement), 01/01/2003

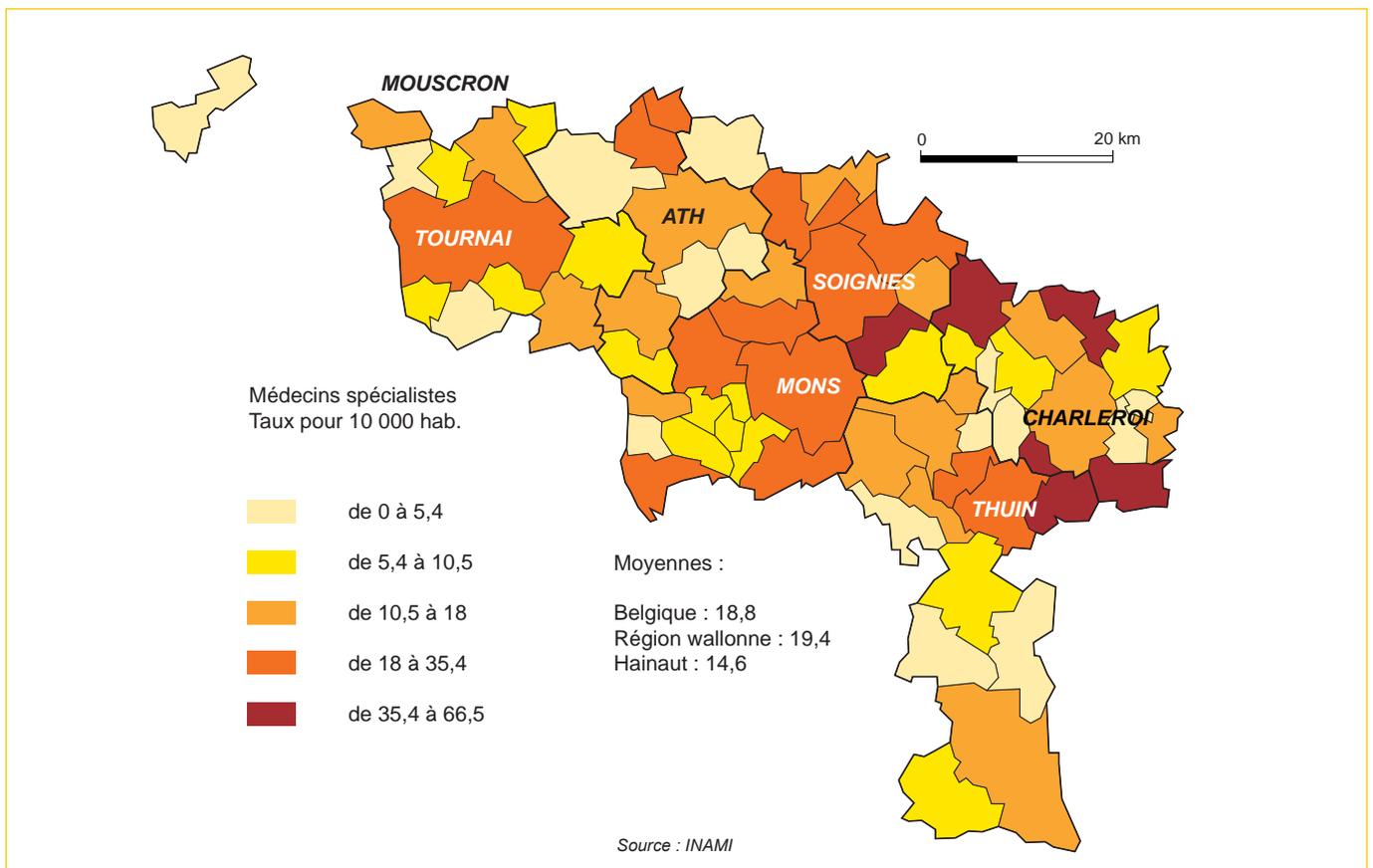
		Nombre de spécialistes	Densité pour 10 000 hab.
Belgique		19 065	18,41
Région Wallonne		6 424	19,07
Hainaut		1 877	14,64
ARRONDISSEMENTS	Ath	103	12,85
	Charleroi	589	14,00
	Mons	403	16,20
	Mouscron	61	8,76
	Soignies	234	13,34
	Thuin	227	15,53
	Tournai	260	18,46

Source : INAMI

► Au préalable, il est bon de rappeler les limites des informations fournies par l'INAMI concernant la distinction entre l'adresse privée et l'adresse de la pratique, ainsi que l'impossibilité de connaître la part du travail hospitalier de l'ambulatoire. Au 31/12/2002, la densité de médecins spécialistes était plus élevée en Région wallonne (19,1 médecins spécialistes pour 10 000 habitants ou un médecin spécialiste pour 524 Wallons) qu'en Belgique (18,4 médecins spécialistes pour 10 000 habitants ou un médecin spécialiste pour 543 habitants). La province de Hainaut est la province belge dont la densité de médecins spécialistes est la plus faible : 14,6 médecins spécialistes pour 10 000 habitants soit un médecin spécialiste pour 685 habitants. L'arrondissement de Mouscron se distingue par un taux particulièrement faible

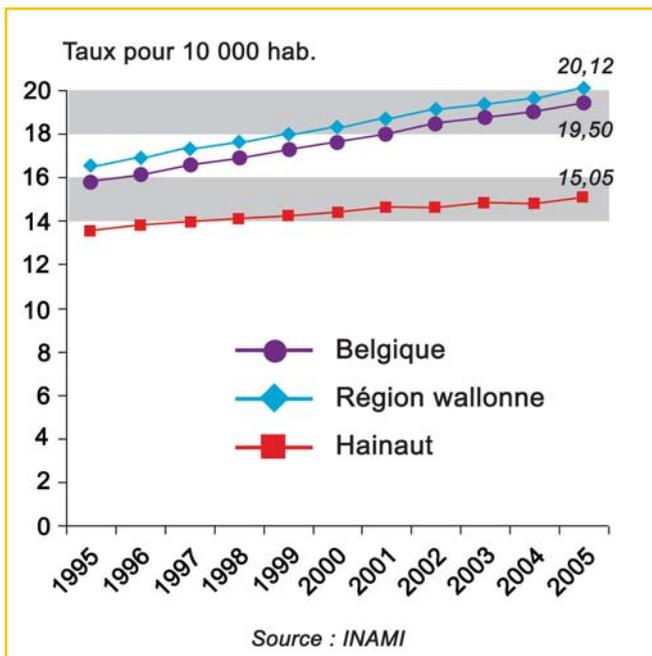
de médecins spécialistes (8,76 médecins spécialistes pour 10 000 habitants) tandis qu'avec 18,46 médecins spécialistes pour 10 000 habitants, celui de Tournai dépasse quelque peu la densité nationale. Une partie des médecins spécialistes actifs à Mouscron habite en Flandre voisine ou dans l'arrondissement de Tournai.

**Carte V.4.** : Répartition du nombre de médecins spécialistes, Hainaut (par commune), 01/01/2003



La carte V.4. montre que peu de médecins spécialistes résident dans la ville même de Charleroi malgré la forte densité d'hôpitaux dans la région. Les médecins spécialistes qui travaillent dans les hôpitaux du Hainaut habitent parfois dans une commune, voire un arrondissement ou même une province différent(e) de celui (celle) de leur lieu principal d'exercice et ils y ont parfois un cabinet privé. Certains médecins spécialistes exercent aussi dans plusieurs hôpitaux. Cette carte a donc peu de signification en termes d'offre de compétences de médecins spécialistes. On observe ici les limites des données des répertoires actuels. Pour prendre l'exemple de la Ville de Charleroi, une bonne partie des médecins spécialistes actifs dans les hôpitaux de la ville ne résident pas à Charleroi, mais dans sa périphérie (Gerpennes, Montigny-le-Tilleul). La densité des spécialistes est également élevée dans l'arrondissement de Tournai, et les communes proches du Brabant wallon comme Seneffe ou Les Bons Villers.

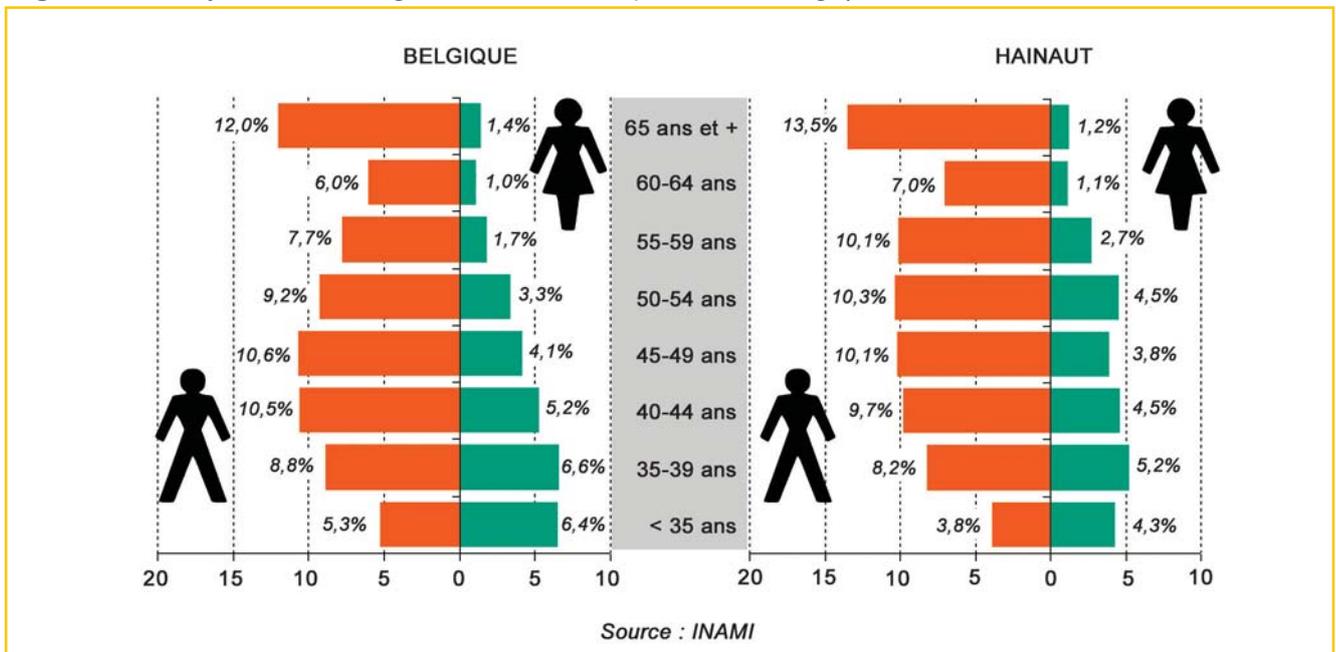
**Figure V.4. :** Evolution de la densité de médecins spécialistes, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► Comme pour les médecins généralistes, mais de manière encore plus nette sans doute, la densité des médecins spécialistes de la province de Hainaut est plus faible que pour l'ensemble de la Belgique ou de la Région wallonne. Cet écart, qui se situait autour de 14 % d'effectifs en moins par rapport à la Belgique et de 18 % par rapport à la Région wallonne en 1995, s'est surtout fortement accentué au cours des cinq dernières années. En 2000, on dénombrait 14,3 médecins spécialistes pour 10 000 habitants en Hainaut contre 17,7 en Belgique (19 % d'écart) et 18,3 (22 % d'écart) en Région wallonne. En 2005, on note 15 médecins spécialistes pour 10 000 habitants en Hainaut contre 19,5 en Belgique (écart de 23 %) et 20,1 en Région wallonne (25 % d'écart). Il faut cependant constater que, malgré ces écarts importants, le taux de médecins spécialistes continue à augmenter légèrement en province de Hainaut.

### 3.2.2. Les caractéristiques des médecins spécialistes

**Figure V.5. :** Pyramides des âges des médecins spécialistes, Belgique - Hainaut, 01/01/2003



▼ Les médecins spécialistes du Hainaut sont plus âgés que l'ensemble des médecins spécialistes belges : leur âge médian se situe dans la tranche des 50-54 ans alors qu'au niveau national, il est compris entre 45 et 49 ans. Les moins de 40 ans sont 27,1 % en Belgique contre 21,5 % en Hainaut. Les jeunes diplômés s'installent moins en Hainaut (8,1 % ont moins de 35 ans) qu'en Belgique (11,7 % ont moins de 35 ans).

Les médecins spécialistes âgés de 55 ans et plus forment 29,8 % de l'ensemble des spécialistes en Belgique tandis qu'ils sont 35,6 % en province de Hainaut. Il faut toutefois s'interroger sur la déformation que crée la catégorie des 65 ans et plus sur la pyramide. Plus que probablement, une majorité des médecins concernés ne pratiquent qu'une activité partielle, voir même occasionnelle.

Les femmes sont proportionnellement moins nombreuses en Hainaut : 29,7 % de l'ensemble des spécialistes en Belgique sont des femmes contre 27,3 % en Hainaut.

Quatre spécialités sont abordées en détail dans ce chapitre afin d'illustrer quelques situations particulières.

### 3.2.3. Les gynécologues : leur répartition et leurs caractéristiques

La densité de gynécologues est le rapport entre le nombre de gynécologues et le nombre de femmes "en âge de reproduction" (15-49 ans) multiplié par 10 000.

**Tableau V.7. :** Nombre de gynécologues et densité pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre de gynécologues	Densité pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans
Belgique	1 287	5,22
Région wallonne	441	5,53
Hainaut	148	4,87

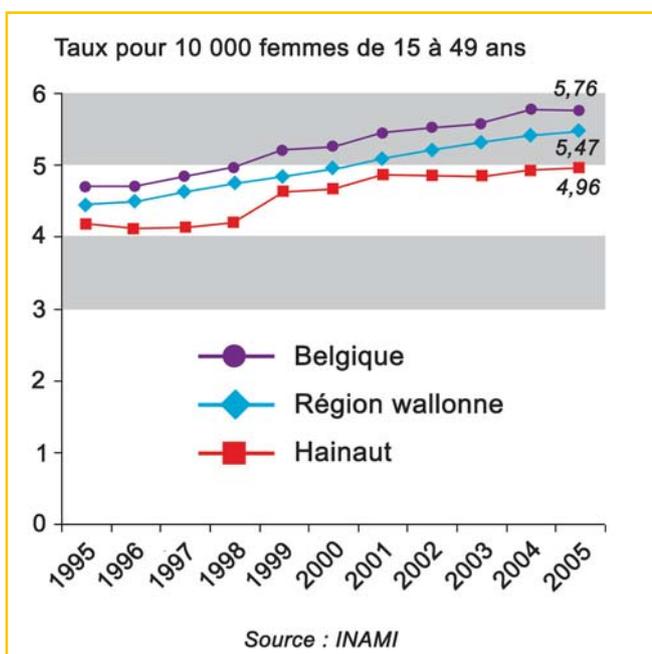
Source : INAMI

► Le nombre de gynécologues rapporté à la population des femmes en âge de procréer est plus faible en Hainaut qu'en Belgique et en Wallonie : la province compte à peine 4,9 gynécologues pour 10 000 femmes contre 5,5 en Wallonie et 5,2 en Belgique (donc 7 % de moins qu'en Belgique) et ce, malgré le taux de natalité plus élevé en Hainaut. On observe des disparités entre arrondissements. Celui de Mouscron, par exemple, compte à peine 3,1 gynécologues pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans alors que l'arrondissement de Mons en compte près de 6. Tant en Hainaut qu'en Belgique,

62 % des gynécologues de moins de 40 ans sont des femmes. Le vieillissement des gynécologues hainuyers est un peu plus prononcé qu'au niveau national : 35,9 % des médecins ont 55 ans et plus contre 32,7 % en Belgique.

Cette manière de construire l'indicateur, en utilisant comme dénominateur les femmes de 15 à 49 ans, devra probablement être revue car la population compte de plus en plus de femmes âgées qui gardent des besoins gynécologiques au-delà de la ménopause : il faudrait pouvoir distinguer les activités d'obstétrique des activités gynécologiques proprement dites et prendre comme dénominateur l'ensemble des femmes de 15 ans et plus.

**Figure V.6. :** Evolution de la densité de gynécologues, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► Entre 1995 et 2005, les gynécologues répertoriés dans le Hainaut sont passés de 133 à 150 (+17). Au cours de la même période, l'ensemble des gynécologues répertoriés en Belgique est passé de 1108 à 1352 (+344). La densité des gynécologues est donc passée en dix ans de 4,18 à 4,96 gynécologues pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans en Hainaut. Au cours de la même période, cette densité est passée de 4,45 gynécologues pour 10 000 femmes en Belgique à 5,47. La différence entre le Hainaut et la Belgique tend donc à s'accroître, elle passe de 6,5 % en 1995 à 13,3 % en 2005. Lorsqu'on rapporte le nombre de gynécologues à l'ensemble de la population féminine de 15 ans et plus en se basant sur le fait que la ménopause et la période qui la suit nécessitent également des soins gynécologiques, on obtient une densité de 3,3 pour 10 000 femmes de 15 ans et plus en Belgique et de 2,71 gynécologues pour 10 000 femmes de 15 ans et plus en Hainaut.

La densité des gynécologues par rapport à l'ensemble de la population féminine de 15 ans et plus a donc augmenté de 17 % en dix ans en Hainaut et de 12 % en Belgique sur la même période.

En Hainaut, 76,2 % des gynécologues sont conventionnés contre seulement 56,9 % pour l'ensemble de la Belgique.

### 3.2.4. Les pédiatres : leur répartition et leurs caractéristiques

La densité de pédiatres est le rapport entre le nombre de pédiatres et le nombre d'enfants de moins de quinze ans multiplié par 10 000.

**Tableau V.8. :** Nombre de pédiatres et densité pour 10 000 enfants de moins de 15 ans, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre de pédiatres	Densité pour 10 000 enfants < 15 ans
Belgique	1 360	7,54
Région wallonne	440	7,10
Hainaut	105	4,53

Source : INAMI

► Le nombre de pédiatres rapporté à la population des enfants de moins de 15 ans est nettement plus faible (40 % en moins) en Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique. Ainsi, la province compte à peine 4,6 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans alors que la Wallonie en recense 7,1 et la Belgique 7,5.

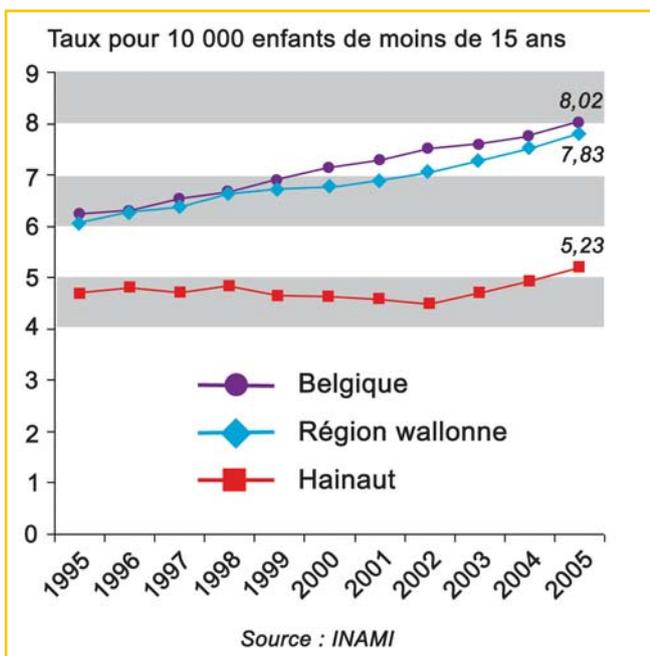
C'est dans l'arrondissement de Charleroi que les pédiatres s'installent le moins avec seulement 3,4 pédiatres pour 10 000 enfants contre 5,8 dans l'arrondissement de Soignies

En Belgique, 50 % des pédiatres sont des femmes contre seulement 40 % en Hainaut.

Les pédiatres hainuyers sont un peu plus âgés que l'ensemble des pédiatres belges : 37 % d'entre eux ont 55 ans ou plus contre 34,9 % en Belgique ; seulement 12,4 % ont moins de 40 ans contre 28 % en Belgique.

En Hainaut, 91 % des pédiatres sont conventionnés contre 87 % pour l'ensemble de la Belgique.

**Figure V.7. :** Evolution de la densité de pédiatres, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► Le Hainaut compte , au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 120 pédiatres, soit 9 de plus qu'en 1995 ; la Belgique 1440 (+303) et la Région wallonne 481 (+104).

De 1995 à 2005, la densité de pédiatres a augmenté d'un tiers pour la Belgique et la Région wallonne : elle est passée de 6 pédiatres pour 10 000 enfants de moins de 15 ans à 8. En Hainaut, après une période de stagnation, la densité des pédiatres commence à se relever depuis 2002. En dix ans, on est passé de 4,7 pédiatres/10 000 enfants à 5,3, soit une augmentation de 13 % seulement : le déficit par rapport à la Belgique est passé de 22 % à 34 %. Le rôle de soins de première ligne que représentent de plus en plus les pédiatres compense, sans doute, une partie de la diminution des médecins généralistes et ce, probablement plus en zone urbaine qu'en zone rurale. Il serait indispensable que la planification dispose de la répartition des pratiques pédiatriques libérales, hospitalières et mixtes.

3.2.5. Les ophtalmologues : leur répartition et leurs caractéristiques

La densité d'ophtalmologues est le rapport entre le nombre d'ophtalmologues et la population totale multiplié par 10 000.

L'ophtalmologie est parfois évoquée en termes de longues files d'attente, en tout cas en ce qui concerne les pratiques conventionnées. En Hainaut, 53 % des ophtalmologues sont conventionnés contre 48 % pour l'ensemble de la Belgique, proportion plus faible que pour les pédiatres et les gynécologues.

**Tableau V.9. :** Nombre d'ophtalmologues et densité pour 10 000 habitants, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre d'ophtalmologues	Densité pour 10 000 hab.
Belgique	983	0,95
Région wallonne	284	0,84
Hainaut	76	0,59

Source : INAMI

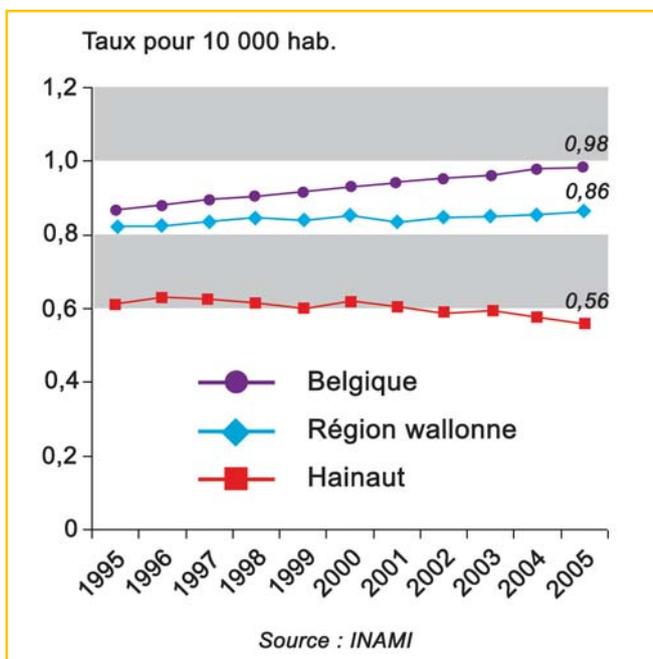
► On dénombre un peu moins de 0,6 ophtalmologues pour 10 000 habitants en Hainaut pour 0,84 en Région wallonne et 0,95 en Belgique (38 % de moins en Hainaut qu'en Belgique).

Dans l'arrondissement de Charleroi, on recense moins de 0,5 ophtalmologues pour 10 000 habitants. A l'inverse, les arrondissements de Thuin et Soignies en dénombrent 0,8 pour 10 000 habitants tandis que les autres arrondissements du Hainaut en comptent de 0,5 à 0,6. Le vieillissement de ces professionnels est particulièrement important en

Hainaut puisque la moitié des effectifs totaux ont 55 ans et plus contre un tiers seulement pour l'ensemble de la Belgique. Au niveau national, plus de 25 % des ophtalmologues ont moins de 40 ans alors qu'ils sont un peu moins de 16 % en province de Hainaut.

En Belgique, 52 % des ophtalmologues sont des femmes contre 46 % en Hainaut.

**Figure V.8. :** Evolution de la densité d'ophtalmologues, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► Depuis 1995, la densité d'ophtalmologues tend à baisser en Hainaut, alors qu'elle est stable en Wallonie et montre une légère hausse pour l'ensemble de la Belgique. Les besoins, par contre, ne cessent de grandir en fonction notamment du vieillissement de la population car les problèmes oculaires augmentent avec l'âge (presbytie, cataracte, glaucome). Ils peuvent aussi être liés à la présence de pathologies chroniques qui croissent elles aussi en fonction du vieillissement (répercussion de l'hypertension artérielle, du diabète...) et sont plus fréquentes en Hainaut que dans le reste du pays.

3.2.6. Les anesthésistes : leur répartition et leurs caractéristiques

La densité d'anesthésistes est le rapport entre le nombre d'anesthésistes et la population totale multiplié par 10 000.

**Tableau V.10. :** Nombre d'anesthésistes et densité pour 10 000 habitants; Belgique- Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre d'anesthésistes	Densité pour 10 000 hab.
Belgique	1 634	1,58
Région wallonne	549	1,63
Hainaut	153	1,19

Source : INAMI

▶ Avec 1,19 anesthésiste pour 10 000 habitants, la densité d'anesthésistes est de 25 % inférieure en Hainaut à celle observée en Belgique ; l'écart observé avec la Région wallonne atteint 27 %.

L'arrondissement de Mouscron présente la densité la plus faible: on y recense seulement 3 anesthésistes pour une population proche des 70 000 habitants. Une partie des anesthésistes actifs dans les deux sites hospitaliers mouscronnois habitent la Flandre ou l'arrondissement de Tournai. L'arrondissement

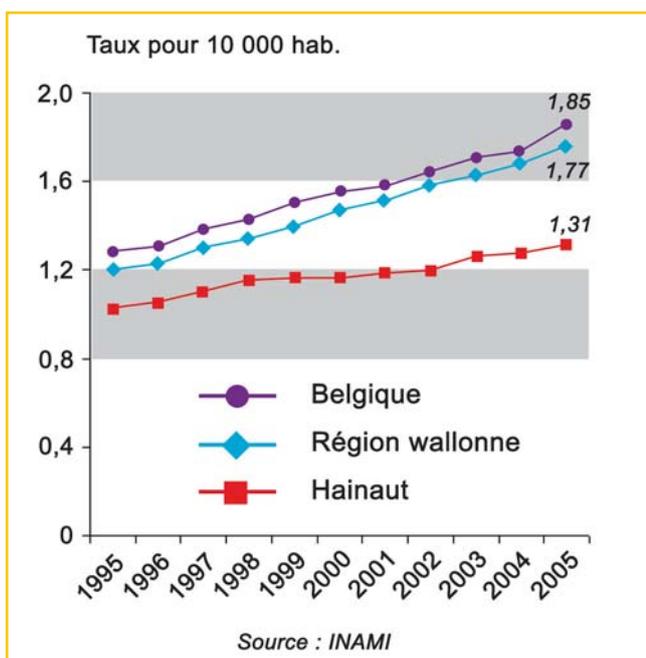
de Soignies compte 13 anesthésistes soit 0,7 pour 10 000 habitants. Les autres arrondissements ont au moins 1 anesthésiste pour 10 000 habitants.

Ces chiffres sont bien sûr directement influencés par la présence d'hôpitaux puisque les anesthésistes habitent généralement près de leur lieu d'intervention.

Les jeunes anesthésistes s'installent deux fois moins dans le Hainaut (8,5 % ont moins de 35 ans) que globalement sur tout le territoire national (16 % sont âgés de moins de 35 ans en Belgique). Le vieillissement de la profession paraît plus marqué en Hainaut où les anesthésistes âgés de 55 ans et plus totalisent plus de 30 % des effectifs contre 20 % seulement en Belgique.

En Hainaut, plus de 35 % des anesthésistes sont des femmes, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne nationale (33 %).

**Figure V.9 :** Evolution de la densité d'anesthésistes, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



▶ Le Hainaut disposait, au 1<sup>er</sup> janvier 2005, de 169 anesthésistes soit 37 de plus qu'en 1995 (+28 %). Sur la même période, le nombre est passé de 1222 à 1848 pour l'ensemble de la Belgique, soit une augmentation de 51 %. Depuis 1995, la densité augmente partout en Belgique mais proportionnellement beaucoup moins en Hainaut. La différence de densité des anesthésistes a presque doublé en dix ans : d'un déficit pour le Hainaut de 14 % en 1995, elle est passée à un déficit de 26 % en 2005.

En pratique cependant, face à la diversification importante de la profession et l'augmentation des besoins, c'est un état de pénurie qui s'installe. En effet, on a instauré depuis quelques années la consultation systématique préopératoire et les anesthésistes sont devenus des acteurs clés dans toute une série de situations telles que les actes de diagnostic invasifs (endoscopie, cathétérisme...) en nette augmentation ou encore, dans le bloc obstétrique vu la grande fréquence des accouchements sous péridurale.

En Hainaut, 97,5 % des anesthésistes sont conventionnés contre 84,8 % pour l'ensemble de la Belgique.

4. Les autres professionnels de la santé

4.1. Les dentistes

Si de 1975 à 1995, en Belgique, le nombre de dentistes agréés par l'INAMI a doublé passant de 3117 à plus de 6400, leur effectif est assez stable depuis la fin des années 1990. De 1999 à 2002, les dentistes hainuyers sont passés de 712 à 722. Actuellement, l'instauration d'une planification de la profession au terme de la 3<sup>ème</sup> année d'étude [arrêté royal de 1996 du 30 mai 2002 (MB 18.06.2002)] fixe le nombre de dentistes agréés annuellement à 140 pour la Belgique dont 56 pour la Communauté française pour une période s'étendant de 2002 à 2010. Il est donc possible que les régions, a priori faiblement attractives, voient leur nombre de praticiens diminuer dans un proche avenir si les nouveaux dentistes ne sont pas correctement informés quant aux possibilités d'installation.

**Tableau V.11. :** Nombre de dentistes et densité pour 10 000 habitants, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

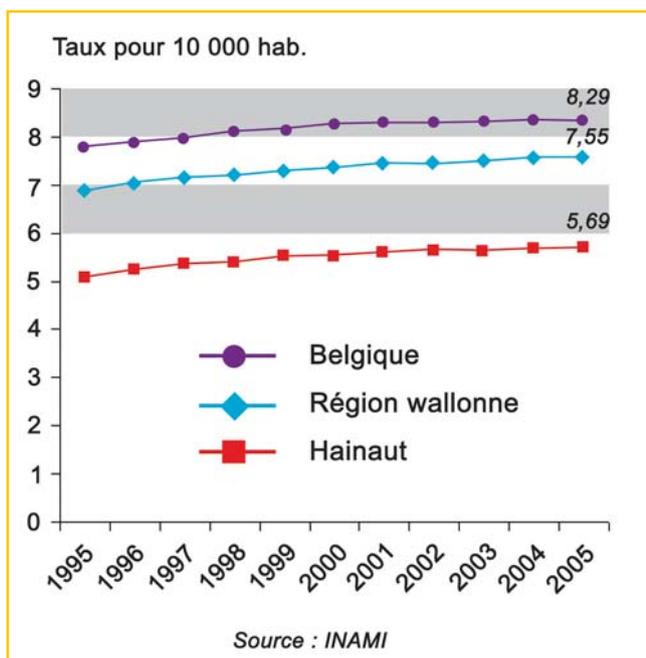
	Nombre de dentistes			Densité pour 10 000 hab.
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	4 954	3 598	8 552	8,26
Région wallonne	1 470	1 042	2 512	7,46
Hainaut	427	295	722	5,63

*Source : INAMI*

La densité de dentistes pour 10 000 habitants en Hainaut est plus basse que celle de la Région wallonne et l'écart est de 32 % par rapport à la densité nationale. Mis à part Mons (4,8 dentistes pour 10 000 habitants), tous les arrondissements du Hainaut comptent plus de 5 dentistes pour 10 000 habitants. Au niveau communal, on constate que la commune de Froidchapelle ne recense aucun dentiste au 01/01/2003.

La profession est assez jeune (un dentiste sur deux a moins de 45 ans) et féminine (un peu plus de 40 % des dentistes sont des femmes). La féminisation s'accroît chez les plus jeunes : 2 dentistes sur 3 âgés de moins de 35 ans sont des femmes.

**Figure V.10. :** Evolution de la densité de dentistes, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



Le nombre de dentistes pour 10 000 habitants en province de Hainaut est stable dans le temps. On observe un déficit constant (32 %) par rapport au niveau national au cours des dix dernières années.

En Hainaut, 68 % des dentistes sont conventionnés contre 75 % pour l'ensemble de la Belgique.

## 4.2. Les kinésithérapeutes

La Belgique compte 26 007 kinésithérapeutes au 31 décembre 2002. C'est proportionnellement beaucoup plus qu'en France, par exemple, qui en compte un peu plus de 55 000 sur l'ensemble de son territoire et ce, pour une population six fois plus nombreuse.

Selon une étude publiée en 2002 à l'initiative du Ministère de la Santé Publique (A. Van Ouytsel et A. Somer 2002), seuls 17 871 sur les 26 007 kinésithérapeutes belges disposaient d'un profil, c'est-à-dire d'un certain nombre d'actes enregistrés à leur nom (31 % sans actes de nomenclature prestés). Pour cette même période, sur les 3143 professionnels du Hainaut comptabilisés à l'INAMI, seulement 2363 sont dans ce cas (25 % sans acte de nomenclature prestés). La densité initiale de 24,56 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants pourrait donc être revue à la baisse avec 18,47 kinésithérapeutes actifs pour 10 000 habitants en province de Hainaut.

L'absence de profil ne signifie pas nécessairement inactivité : des kinésithérapeutes comme d'autres prestataires de soins peuvent effectuer des prestations qui ne font pas l'objet d'un code de la nomenclature INAMI (sans remboursement).

Les données, ci-dessous, correspondent toujours à l'ensemble des kinésithérapeutes enregistrés par l'INAMI à une date donnée sans tenir compte de leur volume d'activité.

**Tableau V.12. :** Nombre de kinésithérapeutes et densité pour 10 000 habitants  
Belgique - Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre de kinésithérapeutes			Densité pour 10 000 hab.
	Hommes	Femmes	Total	
Belgique	12 138	15 319	27 457	26,51
Région wallonne	4 617	5 118	9 735	28,90
Hainaut	1 769	1 571	3 340	26,06

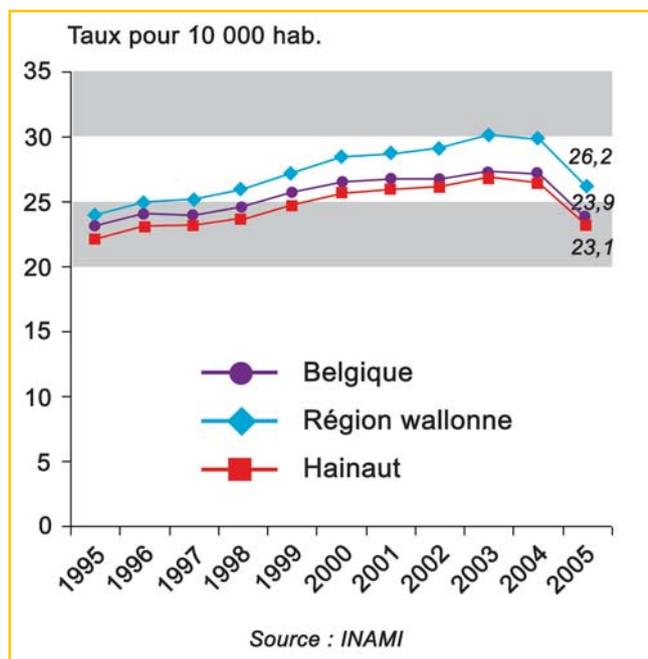
Source : INAMI

▼ Même si la densité des kinésithérapeutes pour 10 000 habitants est plus faible en Hainaut (26,1) qu'en Région wallonne (28,9), elle a une valeur assez proche de celle de la Belgique (26,5). Il faut noter que les arrondissements de Thuin et Tournai comptent 30 kinésithérapeutes et plus pour 10 000 habitants tandis que l'arrondissement de Mouscron recense la densité de kinésithérapeutes la plus faible du Hainaut (22,4 kinésithérapeutes pour 10 000 habitants).

37 % des kinésithérapeutes du Hainaut ont moins de 35 ans contre 39 % en Wallonie et en Belgique. Le groupe d'âge médian de la profession est similaire pour le Hainaut et le pays : il se situe dans la tranche des 35-39 ans.

Les données ci-dessus montrent que, à l'inverse de la Région wallonne et de la Belgique, la province de Hainaut se distingue par une profession globalement plus masculine que féminine. Les hommes représentent en effet 53 % des effectifs totaux.

**Figure V.11. :** Evolution de la densité de kinésithérapeutes, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



Le nombre des kinésithérapeutes en Hainaut était en augmentation jusqu'en 2004 (+3394 soit une augmentation de 19 % depuis 1999) mais il a brusquement chuté en 2005 et ce tant en Hainaut (- 428 kinésithérapeutes soit une diminution de 13 %) qu'en Belgique (- 3294 kinésithérapeutes soit une diminution de 12 %).

Face à la pléthore des kinésithérapeutes présents sur le marché, le remboursement de leurs prestations a été sévèrement revu à la baisse en mai 2002 essentiellement en ce qui concerne les prestations ambulatoires. Une campagne incitant les kinésithérapeutes à se reconverter (invitation à l'arrêt de l'activité et à la reprise d'études d'infirmiers) a également été menée en parallèle, ainsi qu'une procédure d'agrément formel en fonction de critères jugés indispensables à la bonne pratique et qui portaient essentiellement sur les caractéristiques physiques du cabinet (surface, entrée spécifique...).

Depuis 2002, certains kinésithérapeutes se sont reconvertis (industrie pharmaceutique, soins infirmiers...); d'autres ont arrêté leur activité pour des questions de rentabilité et beaucoup moins d'élèves belges se sont

inscrits dans les hautes écoles de la Communauté française qui accueillent désormais souvent une majorité d'étudiants de nationalité étrangère (française surtout).

### 4.3. Les infirmiers(ères) [sans les accoucheuses]

Une étude de 2001 rapporte qu'il n'existe pas d'évaluation précise de l'effectif soignant et infirmier (Stordeur, 2001). A nouveau, le futur cadastre des professions de santé devrait permettre un réajustement de la situation dans un avenir que l'on espère proche. En attendant, les données, reprises ci-après, concernent les infirmières (sans les accoucheuses) qui, après avoir fait valider leur diplôme auprès de leur commission médicale provinciale, obtiennent un numéro d'enregistrement auprès de l'INAMI. Selon l'organisme d'assurance maladie, l'ensemble des infirmiers (exceptés ceux et celles travaillant dans des firmes pharmaceutiques ou des ONG, par exemple) sont bien recensés dans la base de données (sans distinction hospitalière/ambulatoire), mais sans l'assurance d'une mise à jour en fonction de l'activité réelle.

**Tableau V.13. :** Nombre d'infirmiers(ières) et densité pour 10 000 habitants, pour 10 000 habitants de 60 ans et plus, pour 10 000 habitants de 75 ans et plus, Belgique- Région wallonne - Hainaut, 01/01/2003

	Nombre d'infirmiers(ères)			Densité pour 10 000 hab.	Densité pour 10 000 hab. âgés de 60 ans et +	Densité pour 10 000 hab. âgés de 75 ans et +
	Hommes	Femmes	Total			
Belgique	5 708	45 735	51 443	49,68	228,41	646,19
Région wallonne	1 895	15 521	17 416	51,71	244,08	665,77
Hainaut	867	6 741	7 608	59,36	278,07	733,49

Source : INAMI

Le nombre d'infirmiers(ères) pour 10 000 habitants en province de Hainaut est supérieur de 15 % à la densité observée en Wallonie et supérieur de 19 % à celle de la Belgique.

Les arrondissements de Charleroi et Mouscron comptent 55 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants tandis que la densité la plus forte est observée à Thuin où l'INAMI recense près de 86 infirmiers(ères) pour 10 000 habitants au 01/01/2004.

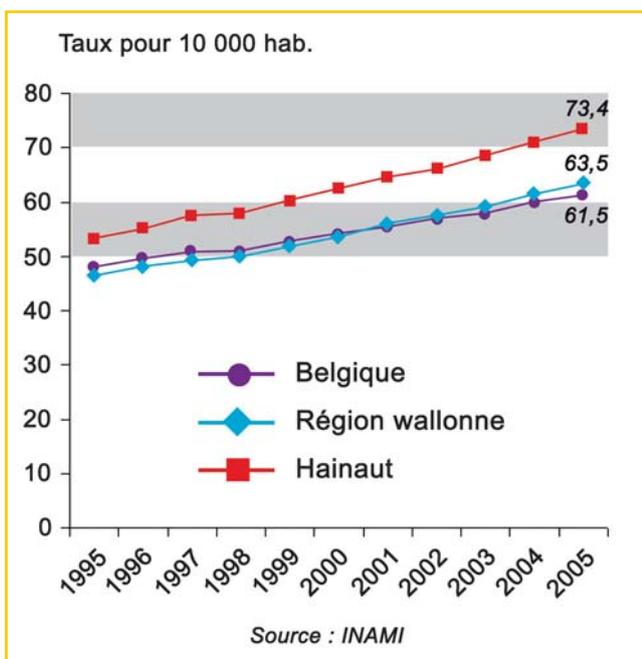
Les infirmiers(ères) de moins de 35 ans sont plus nombreux en Hainaut (32 % du total des effectifs) qu'en Belgique et Région wallonne (29 %).

L'arrondissement de Charleroi ne compte cependant qu'un quart des professionnels âgés de moins de 35 ans pour 17 % de plus de 50 ans au contraire de celui de Mouscron qui recense l'effectif le plus jeune avec plus de 45 % d'infirmiers(ières) de moins de 35 ans pour seulement 7 % de 50 ans et plus. Globalement, les infirmiers(ères) de 50 ans et plus représentent 14 % des effectifs en Hainaut, 15 % en Belgique et 16 % en Région wallonne.

L'âge médian des infirmiers(ères) en Belgique comme en Hainaut se situe entre 35 et 39 ans.

Le métier d'infirmier(ère) reste essentiellement féminin tant en Hainaut qu'en Région wallonne et en Belgique. Les effectifs masculins représentent 11 % de l'ensemble de la profession.

**Figure V.12. :** Evolution du nombre d'infirmiers(ères), Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1995-2005



► On dénombrait au 1<sup>er</sup> janvier 2005, 619 infirmiers (ères) de plus qu'en 1995 en Hainaut (+38 %). En Belgique, ce nombre a augmenté dans des proportions légèrement moindre 32 % ; alors qu'en Région wallonne l'augmentation a été de 40 %. La proportion plus importante d'infirmiers(ères) en Hainaut s'explique en grande partie par la densité plus élevée des lits d'hôpitaux et de maisons de repos.

La croissance importante de leur nombre est également liée à l'augmentation des besoins suite au vieillissement de la population.

## 5. Références bibliographiques

- Belgique. **Arrêté royal du 3 mai 1999 fixant le nombre global de kinésithérapeutes, réparti par Communauté, ayant accès au titre professionnel de kinésithérapie et modifié par les arrêtés royaux des 23 novembre 2000 et 7 octobre 2003.** MB du 24 juin 1999.
- Conseil National de l'Ordre des médecins belges. **Inscription au tableau de l'Ordre - Lieu d'activité principale.** Bulletin du Conseil National de l'Ordre des médecins belge ; No 57. ; 1992.
- Lorant V, Leclercq A, Leroy X. **L'offre de généralistes en Belgique : analyse chronologique et géographique 1979-1994.** Le Journal du Médecin 1999.
- Stordeur S, Hubin M, Leroy X. **L'offre et la demande d'infirmiers(ères) en Communauté française et germanophone de Belgique.** Hospitals.be 2001 ; 4 (247).
- Van Ouytsel A, Somer A. **Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie.** Bruxelles : Ministère des Affaires Sociales de la santé Publique et de l'Environnement - Direction de l'Art de Guérir ; 2001 ; 1-58.



**C**hapitre **VI**  
**C**onsommation  
**de S**oins



## ■ Le contexte



L'information sur la consommation de soins est une partie essentielle d'une politique cohérente de planification des soins de santé, au même titre que l'analyse des besoins et de l'offre existante en matière de soins et services (voir chapitres précédents).

Les services et soins se divisent en trois grandes catégories dont la plus étudiée est celle des soins curatifs en raison des dépenses qu'ils occasionnent.

La prévention prend de plus en plus d'importance dans le paysage sanitaire belge même si ses budgets sont encore très modérés : certains services comme la vaccination gratuite des enfants sont organisés depuis longtemps et relèvent des Communautés ; d'autres, comme le dépistage du cancer du sein ou la lutte active contre le tabac, ont pris récemment un nouveau visage en réunissant Communautés, Régions et Etat fédéral, voire même Provinces, tant au niveau du financement que de la coordination de véritables programmes de santé. D'autres encore, comme la vaccination des personnes à risque contre la grippe, sont soutenus par des actions de promotion via les communautés, sont mis en œuvre par les médecins de terrain et bénéficient d'un remboursement partiel de la part de l'INAMI.

Mais malgré ces avancées, l'intérêt et les ressources consacrées à la prévention restent marginaux dans l'organisation des soins de santé.

La population paie un tribut extrêmement lourd en termes de souffrances, de décès prématurés et de dépenses de santé, à de nombreuses pathologies souvent chroniques qui peuvent, en partie au moins, être prévenues ou retardées. Une meilleure attention aux soins préventifs et une bonne coordination entre les différents niveaux de pouvoir sur ce thème sont plus que jamais d'actualité.

## ■ Les faits marquants

- Le médecin généraliste : 96,5 % des habitants du Hainaut déclarent avoir un médecin généraliste attitré et 80,5 % rapportent avoir eu au moins un contact avec lui au cours de l'année qui précède (ENS 2004). En Hainaut, la proportion de visites à domicile est équivalente à celle des consultations au cabinet du médecin généraliste alors que pour l'ensemble de la Belgique, on note plus de consultations au cabinet.
- Le médecin spécialiste : 55 % de la population du Hainaut déclare avoir eu au moins un contact avec un médecin spécialiste au cours de l'année qui précède (ENS 2004). L'excès du nombre moyen de consultations chez le médecin spécialiste en Hainaut par rapport à l'ensemble de la Belgique est du même ordre de grandeur que celui de l'excès de morbidité, c'est-à-dire environ 15 %.
- L'homéopathe : la consommation de soins dits alternatifs est en augmentation. En 1997, selon l'Enquête Nationale de Santé, 2,9 % de la population du Hainaut a fait appel à un homéopathe. Cette proportion s'élève à 5,2 % en 2004, ce qui est un peu moins que pour l'ensemble de la Belgique (5,9 %).
- Le dentiste : selon l'Enquête Nationale de Santé 2004, seuls 38,6 % des habitants du Hainaut déclarent avoir consulté le dentiste au cours de l'année écoulée (49,1 % pour l'ensemble de la Belgique). 9,4 % des Hainuyers (7,1 % des Belges) rapportent n'avoir jamais été chez le dentiste.
- Les services d'urgence : 39,4 % de la population du Hainaut rapporte avoir déjà eu au moins un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée (ENS 2004). En Hainaut, le recours aux urgences est plus fréquent chez les hommes (16,7 %) que chez les femmes (13,4 %), chez les plus jeunes et chez les personnes vivant en milieu urbain.
- Les soins infirmiers : 5,5 % de la population du Hainaut rapporte avoir eu recours en 2004 aux soins infirmiers (ENS 2004) contre 3,8 % du total des personnes résidant en Belgique. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ce pourcentage monte à 23,9 % en Hainaut et 19,4 % pour l'ensemble de la Belgique. Un niveau d'instruction faible est associé à une fréquence accrue du recours aux soins à domicile.
- La kinésithérapie : en Belgique, 16,3 % de la population interrogée lors de l'Enquête Nationale de Santé 2004 déclare avoir eu recours aux soins de kinésithérapie. Cette proportion est de 8,5 % chez les moins de 35 ans, 15,3 % chez les 35-64 ans et 21,6 % chez les 65 ans et plus. Ces pourcentages sont du même ordre de grandeur en Hainaut que pour l'ensemble du pays.
- Les séjours hospitaliers : le fichier des Résumés Cliniques Minimums rapporte 176 séjours à l'hôpital pour 1000 habitants en Hainaut en 2002. C'est plus qu'en Région wallonne (165) et que pour l'ensemble de la Belgique (163). Rappelons que la morbidité chronique est également plus élevée en Hainaut.
- Les médicaments : l'Enquête Nationale de Santé 2004 rapporte qu'au cours des 15 jours qui précèdent, une personne sur 2 a consommé au moins un médicament prescrit. En Hainaut, lors de l'Enquête Nationale de Santé 2004, 28 % des personnes de 50 ans et plus ont déclaré avoir consommé au moins 5 médicaments différents dans les dernières 24 heures. Ces chiffres sont beaucoup moins élevés pour l'ensemble de la Belgique (18 % des hommes et 24 % des femmes). La banque de données Pharmanet de l'INAMI montre un excédent de consommation pour toutes les classes de médicaments (remboursés) en Hainaut par rapport à la Belgique. En Hainaut entre 1998 et 2004, la consommation des médicaments du système cardiovasculaire a augmenté de 64 %, celle de l'appareil digestif de 88 % et celle du système nerveux central de 54 %.

- La vaccination des enfants : en Communauté française, le taux de couverture vaccinal des petits enfants est inférieur aux 95 % qui constituent l'objectif du programme. Globalement, il n'y pas de différence de couverture vaccinale entre le Hainaut et le reste de la Communauté française. La couverture vaccinale (au niveau des vaccins non obligatoires) augmente en fonction du niveau d'études des parents.
- La vaccination de la population adulte : en 2004, 62,4 % des femmes du Hainaut et 74,3 % des hommes déclarent avoir été vaccinés contre le tétanos dans les dix dernières années (ENS 2004). On observe une légère tendance à la diminution en 2004 par rapport aux années 2001 et 1997. Quant à la vaccination contre la grippe, en 2004, 61,1 % des Hainuyers de 65 ans et plus déclarent avoir été vaccinés au cours de l'année qui précède. Cette proportion est en augmentation depuis 1997.
- Le dépistage du cancer du sein : environ 10 % des femmes ayant reçu une invitation pour le programme de dépistage de cancer du sein dans le Hainaut ont effectivement bénéficié d'un mammothest. En 2004 (ENS), 69,9 % des femmes hainuyères ont déclaré avoir eu une mammographie dans les deux ans qui précèdent.
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus : l'Enquête Nationale de Santé rapporte qu'en 2004, 55,6 % des femmes du Hainaut de 15 ans et plus ont bénéficié d'un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette proportion est en augmentation depuis 1997 (43,5 %). Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, on observe un gradient positif très net en fonction du niveau d'instruction.

## 1. Les soins curatifs

### 1.1. Les consultations médicales et paramédicales

#### 1.1.1. Les contacts avec le médecin généraliste

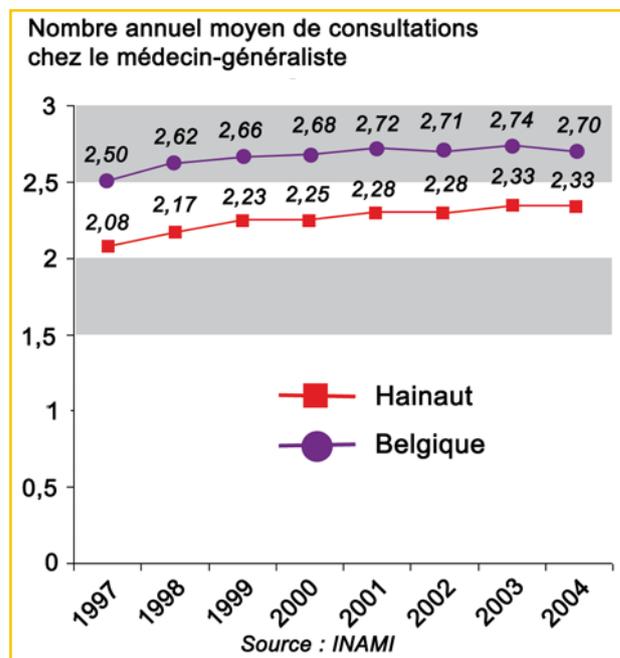
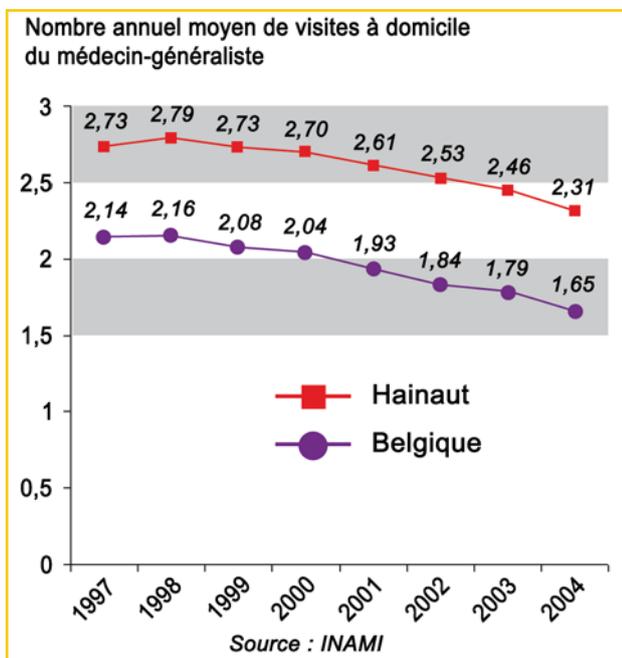
Dans l'Enquête Nationale de Santé 2004, la grande majorité de la population du Hainaut (96,5 %) déclare avoir un médecin généraliste attitré. 80,5 % des Hainuyers (contre 78,6 % des Belges) rapportent avoir eu au moins un contact avec leur généraliste au cours de la dernière année. Le nombre moyen de contacts par personne et par an avec le généraliste est plus élevé en Hainaut (4,9) qu'en Belgique (4,5) et qu'en Région wallonne (4,7). Les personnes de plus de 65 ans sont celles qui ont le plus de contacts annuels avec leur généraliste (10,3 contacts/an en Hainaut contre 9,7 en Belgique).

Les données statistiques de l'INAMI, basées sur les remboursements effectués des visites ou consultations du médecin généraliste, confirment ces informations. Elles rapportent un nombre moyen global de contacts avec le généraliste de 4,6 en Hainaut et de 4,35 pour l'ensemble de la Belgique.

Elles permettent en outre de distinguer le type de contact avec le médecin généraliste.

Ainsi, on constate que les médecins généralistes réalisent plus de visites à domicile en Hainaut (2,3 visites/an/habitant en 2004) que globalement en Belgique (1,65 visites/an/habitant en 2004, soit une différence de 39 %). Le nombre de visites à domicile moyen par an et par habitant diminue depuis 1998 et ce, tant en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique. Le nombre moyen de consultations au cabinet du généraliste a par contre légèrement augmenté depuis 1997 tant en Belgique (2,7 contacts par personne et par an en 2004 soit une augmentation de 8 % depuis 1997) qu'en Hainaut (2,3 contacts par personne et par an en 2004 soit une augmentation de 12 % depuis 1997), mais reste inférieur de 16 % dans la province hainuyère par rapport à la situation nationale.

**Figure VI.1. :** Evolution du nombre de contacts patients-médecins généralistes, Belgique - Hainaut, 1997-2004



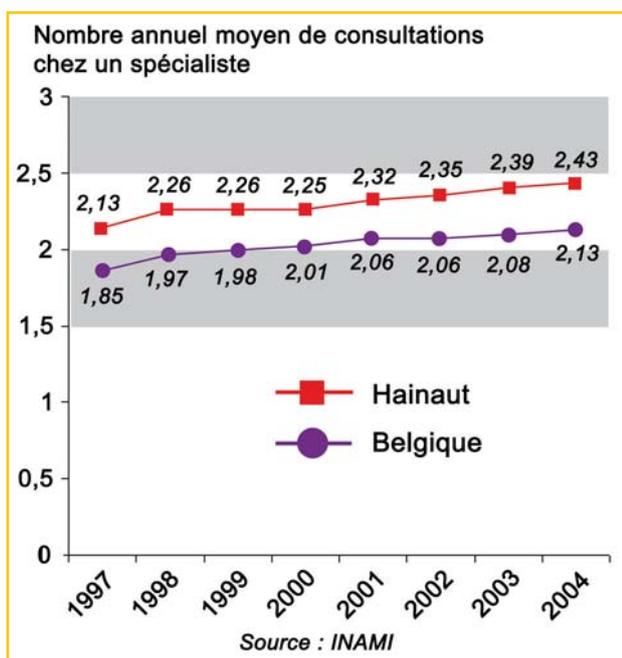
▼ L'Enquête Nationale de Santé 2004 montre, en outre, que les personnes issues de familles peu scolarisées (diplôme de l'enseignement primaire ou pas de diplôme) contactent plus souvent leur médecin généraliste que la population en général : elles déclarent en moyenne 7,5 contacts annuels (versus 4,9) en Hainaut et 7,8 (versus 4,5) en Belgique (ENS 2004). On explique en partie ce phénomène par le fait que ces personnes sont en général en moins bon état de santé.

## 1.1.2. Les contacts avec le médecin spécialiste

Plus de la moitié de la population belge (et 55 % de la population hainuyère (ENS 2004)) rapporte avoir eu au moins un contact avec un spécialiste au cours de l'année écoulée. Les femmes ont eu plus souvent un contact avec un spécialiste que les hommes (2,5 contacts/an contre 2 pour les hommes en Hainaut), mais il faut tenir compte du poids des consultations gynécologiques périodiques et de l'espérance de vie plus élevée de la population féminine.

Les données statistiques de l'INAMI depuis 1997 jusque 2004 montrent que le nombre moyen des consultations chez le spécialiste reste annuellement 15 % plus élevé en Hainaut qu'en Belgique, différence qui est du même ordre de grandeur que la différence de prévalence de la morbidité chronique (voir Chapitre III).

**Figure VI.2. :** Evolution du nombre de consultations chez le spécialiste, Belgique - Hainaut, 1997-2004



► Rencontrer un médecin spécialiste coûte cependant plus cher que consulter un généraliste tant pour la société que pour le patient.

Les personnes dont le niveau d'études ne dépasse pas le secondaire inférieur se rendent moins souvent chez le spécialiste (1,4 contacts/an et par personne en moyenne contre 1,7 en Région wallonne et 2,3 en Belgique (ENS 2004)) alors qu'elles souffrent plus fréquemment de maladies chroniques.

## 1.1.3. Les contacts avec un professionnel de médecine alternative : l'homéopathe

Les patients qui recourent aux médecines dites "alternatives" le font par curiosité, par conviction et/ou parce qu'ils n'ont pas reçu de réponse adéquate à leur pathologie dans le réseau médical traditionnel<sup>(1)</sup>.

En 1997 (ENS), 3,9 % de la population belge avait fait appel à un homéopathe. L'enquête 2004 montre une nette augmentation (1,5 fois plus de déclarants) puisque 5,9 % de la population belge a déclaré avoir eu un contact avec un homéopathe dans le courant de l'année. En Hainaut, la proportion de la population ayant eu recours à un homéopathe était de 2,9 % en 1997 et 5,2 % en 2004. Les femmes (5,7 %) sont plus nombreuses à se faire soigner par homéopathie que les hommes (4,7 %). Ce sont principalement les personnes issues de familles dont au moins un membre possède un diplôme de l'enseignement supérieur qui font appel à ce type de soins (8,4 % d'entre eux en Hainaut, 10,7 % en Belgique et 10,8 % en Région wallonne).

(1) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine : A Worldwide Review, WHO, February 2001.

## 1.1.4. Les contacts avec le dentiste

Les soins dentaires curatifs requièrent un plateau technique très spécifique. Certains de ces soins entraînent une contribution personnelle élevée du patient et pourraient être évités par une meilleure prévention et/ou hygiène de vie. Les personnes en situation de précarité présentent souvent plus de lésions aux dents et aux gencives et ont plus souvent des lacunes dans leur hygiène bucco-dentaire (Azogui, 2005 ; Brodeur, 1999 ; van Steenberghe, 2003). Hormis les actes classiques, de nombreuses formes de soins dentaires sont peu (orthodontie, imagerie, prothèses partielles) ou pas (prothèses fixes, implants, traitements de la gencive) remboursées par l'assurance-maladie (Institut Scientifique de Santé Publique, 2002).

Lors de l'Enquête Nationale de Santé 2004, environ la moitié de la population belge interrogée (49,1 %), mais seulement 38,6 % d'habitants du Hainaut déclarent avoir consulté le dentiste au cours de l'année écoulée. De plus, 9,4 % des Hainuyers (contre 7,1 % des Belges) ont rapporté n'avoir jamais été chez le dentiste.

**Tableau VI.1. :** Proportion de personnes déclarant avoir eu un contact avec le dentiste selon leur niveau d'études, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Niveau d'instruction	Belgique		Région wallonne		Hainaut	
	Déclare avoir consulté un dentiste dans l'année	N'a jamais consulté de dentiste	Déclare avoir consulté un dentiste dans l'année	N'a jamais consulté de dentiste	Déclare avoir consulté un dentiste dans l'année	N'a jamais consulté de dentiste
	%	%	%	%	%	%
Primaire ou sans diplôme	34,1	6,2	30,3	7,7	27,8	10,0
Secondaire inférieur	41,7	6,1	37,8	4,9	34,9	5,2
Secondaire supérieur	49,5	7,0	41,2	9,2	37,6	11,6
Etudes supérieures	56,2	7,8	48,7	8,1	48,4	9,0
<b>Total</b>	<b>49,1</b>	<b>7,1</b>	<b>42,0</b>	<b>7,9</b>	<b>38,8</b>	<b>9,4</b>

Source : ENS, 2004

Seuls 34,1 % des Belges ayant un faible niveau d'instruction ont déclaré en 2004 avoir eu un contact avec le dentiste au cours de l'année écoulée. La situation est plus préoccupante encore en Hainaut, puisque à peine 27,8 % de ce groupe rapportent avoir vu un dentiste dans l'année. 10 % disent même n'avoir jamais eu de contact avec ce professionnel. Le recours aux soins dentaires au cours de l'année écoulée est plus élevé chez ceux qui ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

## 1.1.5. Les contacts avec les services d'urgence

L'attrait du service des urgences repose sur son accessibilité permanente, sa proximité surtout en milieu urbain et un plateau technique complet et efficace (imagerie médicale, suture, contention...) permettant de résoudre rapidement un large éventail de problèmes de santé aigus.

En principe, un service d'urgence hospitalier [service particulièrement coûteux] ne devrait pas prendre en charge des pathologies à caractère non urgent. Et pourtant, de nombreux patients ont recours régulièrement aux urgences pour des problèmes de santé banals qui auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste avec la même efficacité.

**Tableau VI.2. :** Proportion de personnes déclarant au moins un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Age	Déclare au moins un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée, en %		
	Belgique	Région wallonne	Hainaut
Moins de 15 ans	12,9	15,3	13,7
15 à 24 ans	14,3	18,1	22,4
25 à 34 ans	14,6	17,0	17,3
35 à 44 ans	12,4	14,7	12,5
45 à 54 ans	8,5	10,4	14,1
55 à 64 ans	9,7	12,2	13,8
65 à 74 ans	9,6	10,1	12,5
75 ans et plus	14,5	15,4	13,3
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	<b>14,3</b>	<b>15,0</b>

Source : ENS, 2004

En 2004, lors de l'Enquête Nationale de Santé, 15 % de la population hainuyère (contre 12 % des Belges) rapporte avoir eu un contact avec un service d'urgence au cours de l'année écoulée et 39,4 % (contre 37,7 % des Belges) a eu un contact qui remonte à plus d'un an.

Le recours aux urgences est plus fréquent chez les hommes : en Hainaut, tous âges confondus, 16,7 % d'hommes et 13,4 % de femmes ont déclaré avoir eu un contact avec les urgences dans l'année précédant leur interview.

D'autre part, recourir aux urgences concerne plus souvent les jeunes que les plus âgés : 17,1 % des Hainuyers de moins de 30 ans contre 12,8 % des plus de 65 ans.

Les personnes interrogées vivant en milieu urbain ont eu annuellement plus de contacts avec les services d'urgence que la population rurale : 30,8 % des Belges vivant en ville (29,5 % en Hainaut) contre 18,4 % en milieu rural (15,2 % en Hainaut). Contrairement à ce que l'on aurait pu imaginer, l'Enquête Nationale de Santé n'a pas mis en évidence de gradient net du recours aux services d'urgence en fonction du niveau d'instruction.

## 1.1.6. Les contacts paramédicaux

Il existe d'autres prestataires de soins souvent rassemblés sous le dénominateur commun de "professions paramédicales" qui exercent des actes techniques de soins liés à un diagnostic ou à l'application d'un traitement. Parmi eux, on retiendra notamment les infirmières à domicile et les kinésithérapeutes.

### ► Les soins infirmiers

Toute personne, nécessitant des soins infirmiers à domicile, peut faire appel à des services de soins coordonnés ou à des infirmières et infirmiers indépendants.

Selon l'Enquête Nationale de Santé 2004, globalement, 5,5 % de la population du Hainaut et 3,8 % du total des personnes résidant en Belgique ont eu recours à des soins infirmiers ambulatoires au cours de l'année qui précédait. Ce recours est surtout fréquent chez les personnes âgées : ainsi, en 2004, en Hainaut, 23,9 % des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir bénéficié de soins infirmiers ambulatoires au cours l'année écoulée. Pour l'ensemble de la Belgique, ils étaient 19,4 %. Le niveau d'instruction est également associé à la fréquence du recours aux soins à domicile : ainsi, en Hainaut, 33,5 % des personnes de 65 ans et plus ayant un niveau d'études primaires ou moindre ont déclaré avoir eu recours à une infirmière à domicile durant l'année écoulée (ENS 2004) contre 13,8 % de la population du même âge ayant un diplôme d'études supérieures.

### ► La kinésithérapie

La kinésithérapie est axée sur la mobilité fonctionnelle du patient et cible entre autres les malades chroniques, l'autonomie de déplacement des personnes âgées, les personnes ayant subi une opération, ayant été accidentées ou avec des lésions sportives, etc.

Comme pour les infirmières à domicile, les aînés sont les plus nombreux à avoir eu recours à un kinésithérapeute durant l'année précédant leur interview (ENS 2004).

**Tableau VI.3. :** Proportion de personnes ayant déclaré au moins un contact avec un kinésithérapeute au cours de l'année écoulée, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Age	Déclare au moins un contact avec un kinésithérapeute au cours de l'année écoulée, en %		
	Belgique	Région wallonne	Hainaut
Moins de 35 ans	9,9	11,9	8,5
35 ans à 64 ans	13,5	13,4	15,3
65 ans et plus	20,1	19,7	21,6
<b>Total</b>	<b>13,1</b>	<b>13,7</b>	<b>13,3</b>

Source : ENS, 2004

► Globalement, lors de l'Enquête Nationale de Santé 2004, le pourcentage de population ayant déclaré avoir eu au moins un contact avec un kinésithérapeute est semblable en Belgique (13,1 %) et en Hainaut (13,3 %) et à peine plus élevé en Région wallonne (13,7 %).

## 1.1.7. Les séjours hospitaliers

▶ **Le Résumé Clinique Minimum (RCM)**

Le Service Public Fédéral (Organisation des Etablissements de Soins) gère la base de données des enregistrements des hôpitaux généraux.

Chaque hospitalisation de plus de 24 heures donne lieu à un Résumé Clinique Minimum qui rassemble les informations clés concernant chaque séjour hospitalier. Il contient notamment les causes et la durée du séjour. Il est enregistré par sortie d'hôpital, pour tous les séjours : il y aura donc autant de résumés cliniques minimum que d'épisodes d'hospitalisation, même pour les patients hospitalisés plusieurs fois la même année ; il n'y a aucun lien entre les bases des différents hôpitaux.

L'analyse de ces données de séjours informe donc de manière indirecte sur les problèmes de santé de la population nécessitant une hospitalisation.

**Tableau VI.4. :** Taux d'admission<sup>(2)</sup> en fonction de la cause d'hospitalisation pour 1000 habitants, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2002

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux pour 1000 habitants		
	Belgique	Région wallonne	Hainaut
Système ostéoarticulaire	23,30	21,88	23,66
Appareil circulatoire	20,58	21,09	21,57
Appareil digestif	18,36	18,78	20,50
Appareil respiratoire	12,92	13,13	14,84
Système nerveux	12,53	13,37	14,26
Grossesse, accouchement, suites de couche	13,16	13,82	14,05
Nez, gorge, oreilles	7,24	6,95	7,70
Reins et voies urinaires	6,68	6,66	7,14
Peau, tissu sous cutané, sein	5,92	5,84	6,46
Système hépatique, foie, vésicule, pancréas	4,68	5,08	5,78
Organes génitaux féminins	5,07	5,47	5,39
Troubles mentaux	3,83	4,05	4,76
Maladies endocriniennes /nutrition /métabolisme	4,30	4,36	4,38
Tumeurs	3,86	3,19	3,54
Traumatismes, empoisonnements, intoxications	2,61	3,07	3,12
Organes génitaux masculins	2,73	2,59	2,54
Affection des yeux	2,49	2,62	2,25
Maladies infectieuses et parasitaires	1,94	1,78	2,06
Alcoolisme et usage de drogue	1,33	1,73	1,92
Maladies du sang et organes hématopoïétiques	1,43	1,53	1,59
Origine périnatale	0,95	1,02	1,07
Traumatismes multiples	0,21	0,26	0,24
Brûlures	0,16	0,15	0,17
Infection HIV	0,10	0,09	0,06
Autres et inconnus	6,43	6,61	7,28
Total	162,81	165,14	176,33

Source : SPF, RCM 2002

(2) Le taux d'admission est obtenu en divisant le nombre de séjours hospitaliers pour une cause déterminée par la population au 01/01/2002 (source INS). La nomenclature utilisée est dérivée de la 9<sup>ème</sup> classification internationale des maladies (ICD9).

► Le tableau VI.4. (voir page précédente) montre que les admissions les plus fréquentes en 2002 sont liées aux problèmes ostéoarticulaires, à ceux de l'appareil circulatoire et aux maladies digestives, et ce, tant en Belgique qu'en Région wallonne et qu'en Hainaut. Les taux d'admission sont plus élevés en Hainaut qu'en Belgique ou en Région wallonne pour l'ensemble des pathologies. En province de Hainaut, le taux global est de 8 % supérieur à celui de la Belgique (176,3 séjours pour 1000 habitants en Hainaut contre 162,8 en Belgique) : cet écart a cependant diminué par rapport aux données de 1995 (il était alors de 14 % supérieur à celui de la Belgique).

**Tableau VI.5. :** Taux d'admission en fonction de la cause d'hospitalisation, Hainaut (par arrondissement), 2002

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux d'admission pour 1000 habitants						
	Ath	Charleroi	Mons	Mouscron	Soignies	Thuin	Tournai
Système ostéoarticulaire	26,18	22,89	23,30	29,84	23,48	21,91	24,13
Appareil circulatoire	19,00	22,39	22,07	21,09	19,77	22,20	21,48
Appareil digestif	21,48	19,16	21,84	21,29	21,17	19,91	20,96
Appareil respiratoire	13,55	14,83	15,88	15,99	14,64	14,12	14,18
Grossesse et accouchement, suites de couches	13,73	14,44	14,50	13,51	13,95	13,60	13,15
Système nerveux	13,00	13,77	13,94	14,91	13,84	14,62	16,80
Nez, gorge, oreilles	7,08	7,15	9,64	8,17	8,13	6,65	6,63
Reins et voies urinaires	6,49	7,08	7,53	6,12	7,45	7,13	7,12
Peau, tissu sous-cutané, sein	6,16	6,60	6,66	6,08	6,64	6,04	6,32
Système hépatique, foie, vésicule et pancréas	6,17	5,94	6,08	4,83	5,82	5,44	5,33

Source : SPF - RCM 2002

► Les données par arrondissement révèlent que les trois principales causes d'admission peuvent avoir un poids différent selon le lieu. Ainsi, les patients résidant dans l'arrondissement de Mouscron sont souvent hospitalisés pour des problèmes ostéoarticulaires : 29,8 séjours pour 1000 habitants soit 26 % de plus que la moyenne du Hainaut. Pour ceux de l'arrondissement de Thuin, la cause principale d'hospitalisation est liée aux maladies de l'appareil circulatoire avec 22,2 admissions pour 1000 habitants, soit un taux très proche de celui des arrondissements de Mons (22,1 pour mille) et Charleroi (22,4 pour mille). Dans cinq arrondissements sur sept<sup>(3)</sup>, les patients sont admis à l'hôpital pour des raisons digestives plus fréquemment que dans l'ensemble de la Belgique ou de la Région wallonne (de 14 à 19 % de plus en Hainaut que dans l'ensemble de la Belgique).

Dans les arrondissements de Mons et Mouscron, les taux d'admission hospitalière sont particulièrement élevés pour les maladies liées à l'appareil respiratoire. Les taux sont respectivement de 15,9 et 16 pour 1000 habitants soit environ 8 % de plus que pour l'ensemble du Hainaut et 24 % de plus qu'en Belgique en général.

(3) Moins de 20 séjours/1000 habitants à Thuin et Charleroi.

### ► Les hospitalisations déclarées lors de l'Enquête Nationale de Santé

En Hainaut, selon l'Enquête Nationale de Santé 2004, 9,5 % de la population déclare avoir été hospitalisée (une ou plusieurs fois) au cours de l'année écoulée contre 9,9 % en Belgique. Sur base des données de l'enquête, le nombre moyen d'hospitalisation pour 1000 Hainuyers par année est estimé à 102 (125 en Belgique).

Le nombre moyen des hospitalisations augmente quand le niveau d'instruction diminue. Ainsi, pour 1000 habitants du Hainaut, le nombre annuel moyen d'hospitalisations est de 147 (169 en Belgique) pour un niveau d'études primaires (ou sans diplôme) et de 89 (103 en Belgique) pour les personnes diplômées de l'enseignement supérieur.

L'âge est également un facteur déterminant : pour 1000 habitants de 65 ans et plus en Hainaut, on relève, dans l'Enquête Nationale de Santé, 190 hospitalisations en moyenne au cours des douze derniers mois (234 pour l'ensemble de la Belgique).

Si l'on compare les informations du RCM et celles de l'Enquête Nationale de Santé 2004, on observe une moyenne de séjours hospitaliers assez différente : en 2002, le RCM annonçait en moyenne près de 180 séjours hospitaliers (toutes causes) pour 1000 habitants du Hainaut, tandis que les répondants de l'Enquête Nationale de Santé 2004 n'en déclaraient que 100. Il est généralement admis que les données issues de systèmes d'enregistrement systématiques, tel le RCM, sont plus fiables que celles provenant des enquêtes de santé où les répondants ont tendance à ne pas mentionner ou oublier les événements qu'ils estiment bénins.

## 1.2. La consommation de médicaments

Le Belge et le Hainuyer, en particulier, sont réputés être de grands consommateurs de produits pharmaceutiques. Les données globales de consommation ne permettent pas de faire la part des choses entre les bienfaits des médicaments dans une situation de morbidité importante et la surmédication avec ses effets néfastes tant du point de vue de la santé (interactions, difficultés de compliance...) que des considérations économiques.

**Tableau VI.6. :** Consommation déclarée de médicaments dans les deux dernières semaines, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

	Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments prescrits		Pourcentage des personnes ayant consommé des médicaments non prescrits	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Belgique	40,0	54,3	21,3	26,9
Région wallonne	43,7	57,2	26,2	29,4
Hainaut	44,7	56,7	19,8	23,2

Source : ENS 2004

▼ La consommation de médicaments touche une personne sur deux au quotidien, tous âges confondus : selon l'Enquête Nationale de Santé 2004, plus de la moitié de la population hainuyère (50,9 % contre 47,3 % en Belgique) déclare avoir consommé un médicament sur prescription du médecin au cours des deux dernières semaines. D'autre part, 21 % des Hainuyers et 24 % des Belges (principalement les femmes) ont dit avoir pris des médicaments non prescrits dans les quinze derniers jours.

**Tableau VI.7. :** Pourcentage des personnes de plus de 50 ans ayant consommé au moins cinq médicaments différents au cours des dernières 24 heures, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

	Hommes de plus de 50 ans	Femmes de plus de 50 ans
Belgique	17,8	23,9
Région wallonne	26,0	28,3
Hainaut	28,9	28,3

*Source : ENS 2004*

► Au-delà de 50 ans, 28,9 % des hommes et 28,3 % des femmes du Hainaut ont consommé au moins cinq médicaments différents dans les dernières 24 heures (ENS 2004) ; ces chiffres sont beaucoup moins élevés en Belgique (17,8 % des hommes et 23,9 % des femmes).

L'attention doit être attirée dans ce cas sur les risques de non maîtrise des interactions

et des effets secondaires dans la prise des médicaments et sur l'importance de la compliance médicamenteuse dans le traitement des maladies chroniques comme l'hypertension par exemple.

La banque de données Pharmanet de l'INAMI enregistre des informations concernant les médicaments délivrés en ambulatoire par les pharmacies et qui ont donné lieu à un remboursement (et donc prescrits). Cette consommation est exprimée en Dose Moyenne Journalière (DMJ) pour 1000 habitants selon la classification ATC/DDD de l'OMS.

**Tableau VI.8. :** Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Belgique - Hainaut, 2004

	Hainaut		Belgique		Différence Hainaut-Belgique en%
	D.M.J./1000 hab./jour	% du total des médicaments	D.M.J./1000 hab./jour	% du total des médicaments	
Système cardiovasculaire	450,7	42,1	395,2	42,9	+ 14,0
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	120,5	11,3	92,3	10,0	+ 30,6
Système nerveux central	108,0	10,1	91,4	9,9	+ 18,1
Système uro-génital et hormones sexuelles	102,7	9,6	92,6	10,0	+ 11,0
Système respiratoire	97,5	9,1	82,3	8,9	+ 18,4
Système squelettique et musculaire	65,0	6,1	57,6	6,3	+ 12,7
Hormones systémiques, sauf les hormones sexuelles	40,0	3,7	31,6	3,4	+ 26,7
Anti-infectieux à usage systémique	28,2	2,6	25,4	2,8	+ 10,7
Organes sensoriels	20,7	1,9	18,5	2,0	+ 12,2
Sang et système hématopoïétique	19,3	1,8	18,0	2,0	+ 7,4
Cytostatiques, agents immunomodulateurs	9,7	0,9	9,0	1,0	+ 7,9
Préparations dermatologiques	7,5	0,7	6,8	0,7	+ 10,2
Antiparasitaires, insecticides et repellants	0,3	0,0	0,4	0,0	- 1,0
Divers	0,3	0,0	0,3	0,0	+ 8,2
<b>Total</b>	<b>1 070,5</b>	<b>100,0</b>	<b>921,4</b>	<b>100,0</b>	<b>+ 16,2</b>

Source : INAMI 2004

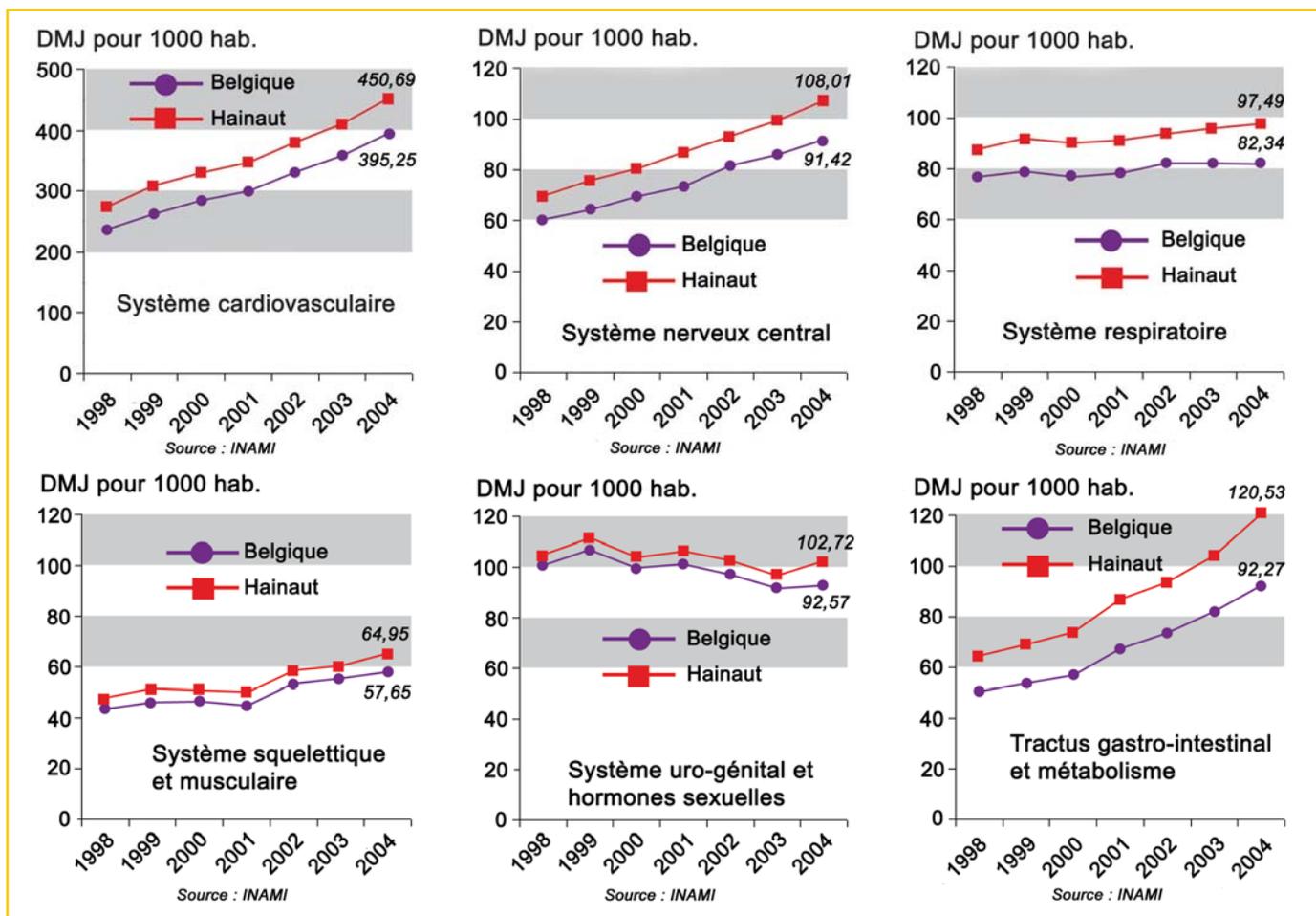
On observe une consommation de médicaments remboursés<sup>(4)</sup> par habitant systématiquement plus élevée en Hainaut qu'en Belgique, exception faite des antiparasitaires, insecticides et repellants. Cet état de fait est lié, entre autres, à la morbidité plus importante des habitants de la province du Hainaut (voir Chapitre III). Cependant, en 2004, la répartition entre groupes de médicaments est presque identique en Belgique et en province du Hainaut (seule différence, les remèdes destinés au système nerveux central [tranquillisants non remboursés non compris] prennent le pas sur ceux du système uro-génital en Hainaut).

La répartition de la consommation des différents types de médicaments dans les arrondissements hainuyers montre des écarts parfois importants par rapport à la moyenne provinciale. Ainsi, on consomme moins de médicaments destinés au système cardiovasculaire à Mouscron (- 8 % par rapport au Hainaut) ; en revanche la dose moyenne journalière par 1000 habitants est supérieure dans les arrondissements de Ath (+ 5,2 %) et de Mons (+ 7 %). Dans le Hainaut occidental, les médicaments du tractus gastro-intestinal sont moins absorbés que partout en Hainaut (- 6 % à Ath, - 21 % à Mouscron et -15 % à Tournai par rapport à la moyenne provinciale). Les remèdes destinés à soigner le système nerveux central sont plus consommés dans l'arrondissement de Thuin que dans l'ensemble du Hainaut (+ 6 %).

(4) Rappelons que les médicaments non remboursés et/ou non prescrits ne sont pas pris en compte.

Au cours des années, comme le montre les graphiques ci-dessous, la consommation de médicaments varie de manière différente selon la classe des remèdes mais l'augmentation est la règle générale.

**Figure VI.3. :** Evolution de la consommation de médicaments en DMJ par type de système ciblé, Belgique - Hainaut, 1998-2004<sup>(5)</sup>



Les médicaments destinés aux soins du système cardiovasculaire, classe la plus importante tant en Belgique qu'en Hainaut, voient leur consommation moyenne augmenter de façon spectaculaire depuis 1998 : on passe de 274 DMJ en 1998 à 451 en 2004, soit un accroissement de plus de 64 % en 7 ans pour la province du Hainaut ; la situation belge a connu, quant à elle, un accroissement de plus de 67 %, mais les DMJ restent 14 % inférieures à celles du Hainaut en 2004. Les principaux médicaments de cette catégorie sont par ordre décroissant les hypolipémiants, les produits actifs sur le système rénine-angiotensine et les bêtabloquants.

Les médications destinées à l'appareil digestif et aux troubles du métabolisme, seconde classe par ordre d'importance de consommation, ont connu une augmentation de 88 % en Hainaut (64 DMJ en 1998 à 120 en 2004) et 84 % en Belgique (50 DMJ en 1998 à 92 en 2004). Environ 50 % de ces remèdes concernent les troubles de la sécrétion d'acide gastrique et plus de 40 % sont des médicaments antidiabétiques.

Une autre augmentation sensible concerne les médicaments du système nerveux central : on passe de 70 DMJ en 1998 à 108 DMJ en 2004 pour la province du Hainaut et de 59 à 91 pour l'ensemble de la Belgique soit une augmentation de 55 % en Hainaut et de 54 % en Belgique. Il s'agit pour 58 % de psychoanaleptiques (dont les amphétamines, antidépresseurs, antipsychotiques<sup>(6)</sup>...) et pour 11 % d'analgésiques. Il est intéressant de constater les résultats de l'Enquête Nationale de Santé 2004 à ce propos : 6,4 % des Hainuyers interrogés (contre 4,7 % des Belges) ont déclaré à l'époque avoir pris des antidépresseurs dans les dernières 24 heures.

(5) Pour la première fois (2004), la régionalisation a été faite sur base de l'adresse du patient et non plus du prescripteur.

(6) Les tranquillisants souvent non remboursés ne sont pas inclus dans la base de données Pharmanet.

Les programmes de vaccination et de dépistage sont des outils indispensables de prévention de certaines pathologies.

Pour rappel, la vaccination est une stratégie de prévention primaire : une action permettant d'éviter l'apparition de nouveaux cas d'une maladie donnée ; le dépistage quant à lui, vise à la détection et au traitement précoce d'une maladie avant même l'apparition de signes cliniques.

### 2.1. La vaccination des enfants (7)

Maintenir un niveau optimal de couverture vaccinale est un enjeu primordial de santé publique dans l'éradication de maladies à caractère infectieux.

Depuis 1989, à la demande de la Communauté française (qui organise et finance la vaccination des enfants via l'ONE<sup>(8)</sup> et/ou les médecins privés), des enquêtes régulières destinées à suivre l'évolution des couvertures vaccinales ont été réalisées en Communauté française.

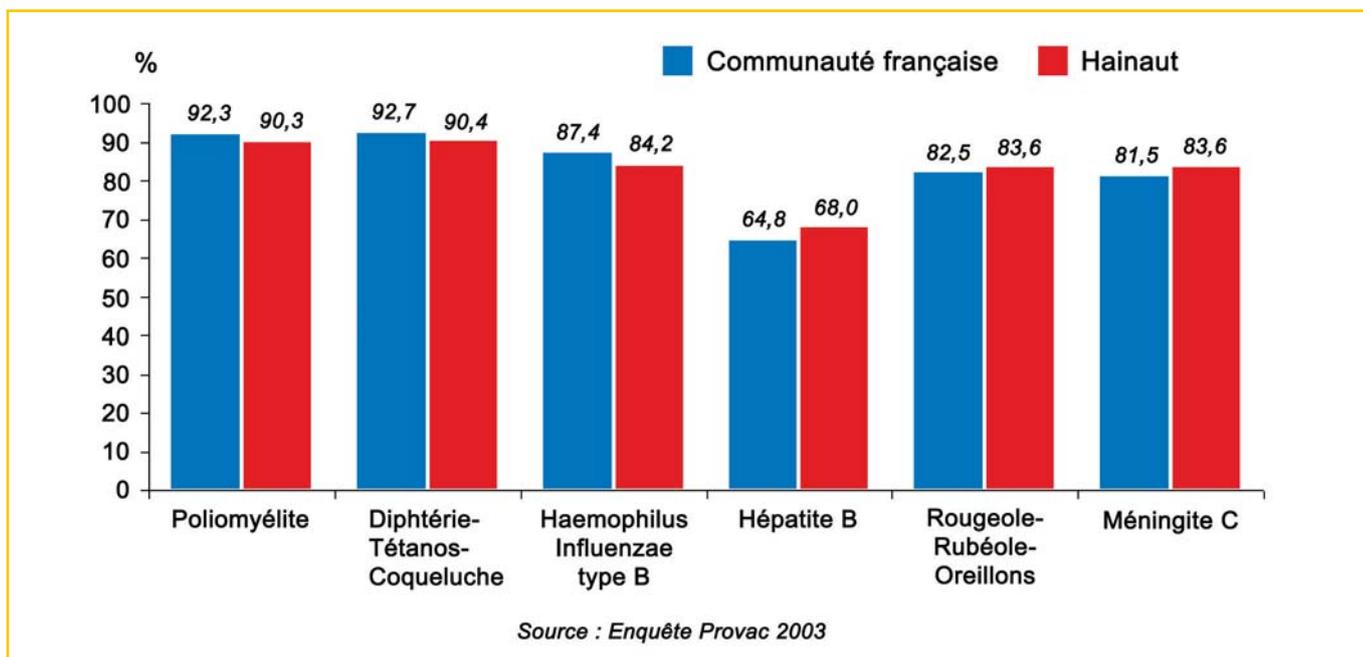
L'Observatoire de la Santé du Hainaut s'est inscrit dans le programme PROVAC<sup>(9)</sup> afin d'établir la couverture spécifique à la Province du Hainaut par le biais d'un suréchantillonnage destiné à avoir des informations valides au niveau provincial. Les données relatives à cette enquête concernent les enfants de 18 à 24 mois. L'échantillon est issu de 22 communes hainuyères tirées au sort et représentatives du territoire. En sus de la couverture vaccinale, l'enquête a permis de recueillir des informations sur les raisons évoquées par les parents concernant la non-vaccination des enfants ainsi que les craintes et/ou difficultés émises par rapport à l'acte vaccinal.

(7) <http://www.one.be/banque/vac.htm>

(8) Office de la Naissance et de l'Enfance.

(9) Provac - Ecole de Santé Publique ULB - Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Province de Hainaut (janvier 2004) et en Communauté française (Bruxelles exceptée) (décembre 2003) pilotée par la Communauté française. Les enquêteurs (trices) de l'OSH ont travaillé sur le terrain de juin à septembre 2003 afin de recueillir auprès des parents des enfants sélectionnés les données surnuméraires nécessaires pour un échantillonnage représentatif.

**Figure VI.4. :** Couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois établie sur la base des documents vaccinaux disponibles, Communauté française - Hainaut, 2003



Globalement, il n'y a pas de différence de couverture vaccinale entre le Hainaut et le reste de la Communauté française. Tant pour le Hainaut que la Communauté française, l'objectif d'une couverture à 95 % n'est pas atteint.

La couverture pour l'hépatite B est la plus faible (68 % des enfants du Hainaut). Dans 28,3 % des cas, les parents des enfants non vaccinés évoquent leur réticence par rapport aux éventuels effets secondaires du vaccin.

D'autre part, on observe que la couverture augmente en fonction du niveau d'études des parents pour certains vaccins ; ainsi, pour la méningite C, elle est de 71,4 % en Hainaut (65,7 % en Communauté française) chez les enfants dont les parents ont un diplôme d'études primaires et de 90,2 % (83,5 % en Communauté française) lorsqu'ils ont un diplôme de l'enseignement supérieur.

Près de 11,4 % des parents hainuyers (10,8 % en Communauté française) pensent que l'on vaccine contre des maladies qui ne sont pas graves : le vaccin contre la rougeole est le plus cité (28,2 %), puis la rubéole (19,7 %) et les oreillons (18,3 %).

## 2.2. La vaccination de la population adulte

Lors des différentes Enquêtes Nationales de Santé réalisées en 1997, 2001 et 2004, des questions spécifiques portaient sur les vaccinations des adultes contre le tétanos et contre la grippe.

Selon l'ENS, la couverture antitétanique déclarée en Belgique a diminué de 12 % depuis 1997 : 60,4 % des personnes interrogées ont déclaré être en ordre de vaccination antitétanique (vaccin pratiqué dans les dix ans) en 2004 contre 64,3 % en 2001 et 67,8 % en 1997. Cette diminution est moins prononcée en province de Hainaut où 68,1 % des répondants étaient en ordre de vaccination en 2004 contre 72,6 % en 1997 (- 7 %). En 2004, les jeunes de 15 à 24 ans sont mieux immunisés en Hainaut (91,6 % en ordre de vaccination contre 90,6 % en Région wallonne et 85,2 % en Belgique). Les 65 ans et plus du Hainaut sont plus souvent vaccinés contre le tétanos que les personnes du même âge de l'ensemble de la Belgique ou de la Région wallonne (51,2 % en Hainaut contre 50,5 % en Région wallonne et seulement 38,6 % en Belgique).

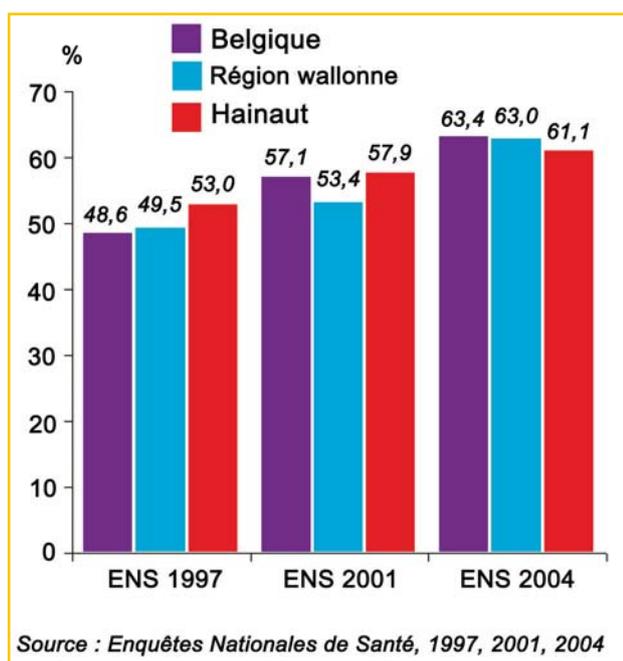
**Tableau VI.9. :** Evolution du pourcentage de personnes ayant déclaré avoir été vaccinées contre le tétanos dans les dix dernières années, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997, 2001, 2004

	ENS 1997		ENS 2001		ENS 2004	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Belgique	75,8	59,7	71,1	57,8	65,7	55,3
Région wallonne	81,1	66,5	76,7	66,7	75,8	63,0
Hainaut	79,7	66,0	73,3	65,4	74,3	62,4

Source : Enquêtes Nationales de Santé 1997-2001-2004

La vaccination contre la grippe est recommandée annuellement pour l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que chez des patients ayant des problèmes cardiovasculaires et/ou respiratoires, les diabétiques, insuffisants rénaux et ceux qui souffrent d'infections chroniques par staphylocoques.

**Figure VI.5. :** Couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans et plus, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997, 2001, 2004



► L'Enquête Nationale de Santé 2004 montre par rapport aux enquêtes précédentes une nette augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus déclarant avoir été vaccinées contre la grippe : ainsi, en Belgique, l'accroissement est de 30 % par rapport à 1997 ; en Région wallonne, il est de 27 %. En Hainaut, l'augmentation n'est que de 15 %, mais il faut noter que les personnes vaccinées y étaient plus nombreuses tant en 1997 qu'en 2001 par rapport au pays ou à la région.

## 2.3. Le dépistage

### 2.3.1. Le dépistage du cancer du sein par mammothest

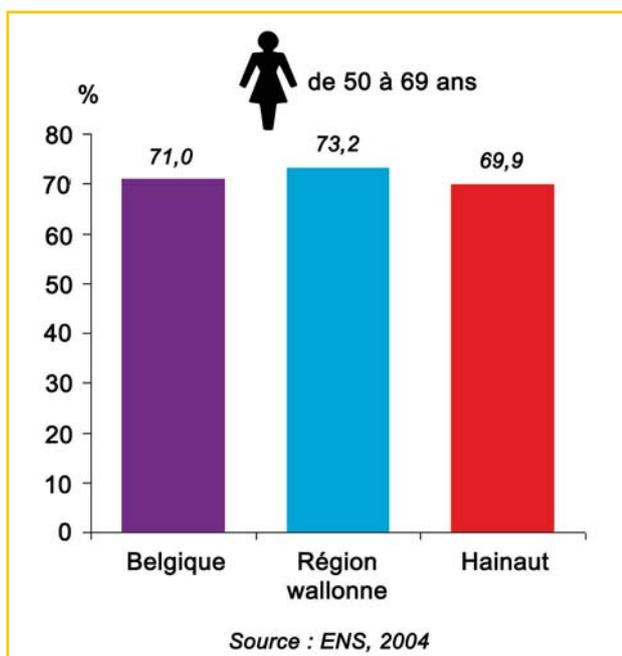
En novembre 2000, un accord interministériel a fixé les modalités du programme de dépistage du cancer du sein en Belgique selon les recommandations européennes en la matière. Tandis que l'INAMI prend en charge le coût du mammothest, les Communautés sont chargées de l'organisation du programme : ainsi, la Communauté française a fait le choix de confier la mise en œuvre du programme aux provinces wallonnes et à la Région bruxelloise. En Hainaut, c'est l'Observatoire de la Santé qui a été choisi comme Centre de Coordination Provincial. En Communauté française, le programme de dépistage a démarré en juin 2002 par des prescriptions du mammothest par les médecins traitants. Dans la province de Hainaut, les premières invitations furent envoyées le 25 septembre 2002. Au niveau de la Province du Hainaut de nombreux partenariats ont vu le jour soit sous forme de groupes de travail ou de collaborations ponctuelles. Ces partenariats concernent à la fois les médecins impliqués dans le programme (radiologues, médecins traitants...) et des acteurs de promotion de la santé (communes, CPAS, mouvements féminins, mutuelles...). La collaboration entre les communes et l'OSH s'est particulièrement développée lors de la campagne de promotion du dépistage qui a eu lieu à l'automne 2005. Sur les 69 communes du Hainaut, 27 se sont investies peu ou prou dans cette campagne : diffusion d'affiches et de dépliants, articles dans le bulletin communal, expositions, conférences, animations, etc.

Les objectifs du programme visent à assurer une qualité optimale du dépistage et à accroître la participation de la population à 70 % minimum. La population cible est constituée des femmes de 50 à 69 ans soit 147 833 femmes<sup>(10)</sup> en province de Hainaut. Chaque femme du groupe cible est invitée à passer un mammothest tous les 2 ans<sup>(11)</sup>.

Le bilan enregistré fin 2005 en Hainaut consiste en un total cumulé de 270 575 invitations envoyées et 23 843 femmes ayant bénéficié d'un mammothest.

Globalement, 10,5 % des femmes invitées ont bénéficié d'un mammothest (deux clichés et double lecture, triple lecture si nécessaire). Un nombre beaucoup plus élevé (69,9 %) déclare avoir subi une mammographie (six clichés) (Enquête Nationale de Santé 2004) qui a plus une vocation de mise au point diagnostique que de dépistage. Dans le langage courant cependant, les deux types d'examen se confondent en un terme générique de "mammographie".

**Figure VI.6. :** Pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004



(10) Population au 01/01/2005 - INS.

(11) Voir aussi le site Internet : <http://www.lemammothest.be>

**Tableau VI.10. :** Evolution du pourcentage de femmes de 15 ans et plus ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997, 2001, 2004

	Belgique			Région wallonne			Hainaut		
	1997	2001	2004	1997	2001	2004	1997	2001	2004
15 - 24 ans	2,8	3,2	3,5	4,3	3,0	2,9	0,0	3,7	1,7
25 - 34 ans	11,1	8,2	10,0	10,4	10,5	17,9	9,2	9,6	13,7
35 - 44 ans	26,9	26,8	26,3	34,6	31,2	31,1	36,8	34,1	37,2
45 - 54 ans	46,1	56,4	63,5	48,8	64,9	69,8	44,5	69,7	61,5
55 - 64 ans	48,4	61,4	74,7	62,1	66,2	75,9	64,8	65,6	78,1
65 - 74 ans	38,5	42,8	53,1	37,1	49,4	53,5	41,8	48,1	55,5
75 ans et +	13,1	18,6	18,0	15,5	22,6	24,9	13,6	25,7	16,2
<b>Total</b>	<b>25,6</b>	<b>31,1</b>	<b>36,1</b>	<b>29,1</b>	<b>35,7</b>	<b>40,7</b>	<b>28,9</b>	<b>36,8</b>	<b>39,2</b>

Source : Enquêtes Nationales de Santé 1997, 2001, 2004

Les données des trois Enquêtes Nationales de Santé réalisées en Belgique depuis 1997 permettent d'observer une augmentation du pourcentage de femmes ayant déclaré avoir eu une mammographie au sens générique du terme, au cours des deux dernières années (+ 41 % en Belgique, + 40 % en Région wallonne, + 36 % en Hainaut). La couverture la plus importante concerne essentiellement le groupe d'âge des 55 à 64 ans en Hainaut (78,1 % ont déclaré en 2004 une mammographie dans les deux dernières années contre 75,9 % en Région wallonne et 74,7 % en Belgique).

Dans son rapport 2004<sup>(12)</sup>, l'Agence Intermutualiste [qui regroupe les informations disponibles des différents organismes assureurs] rapporte qu'une femme sur 2 (âgées de 50 à 69 ans) en Belgique et en Hainaut a été examinée sur la période 2001-2002, c'est-à-dire qu'elle a bénéficié d'une mammographie diagnostique et/ou d'un mammothest.

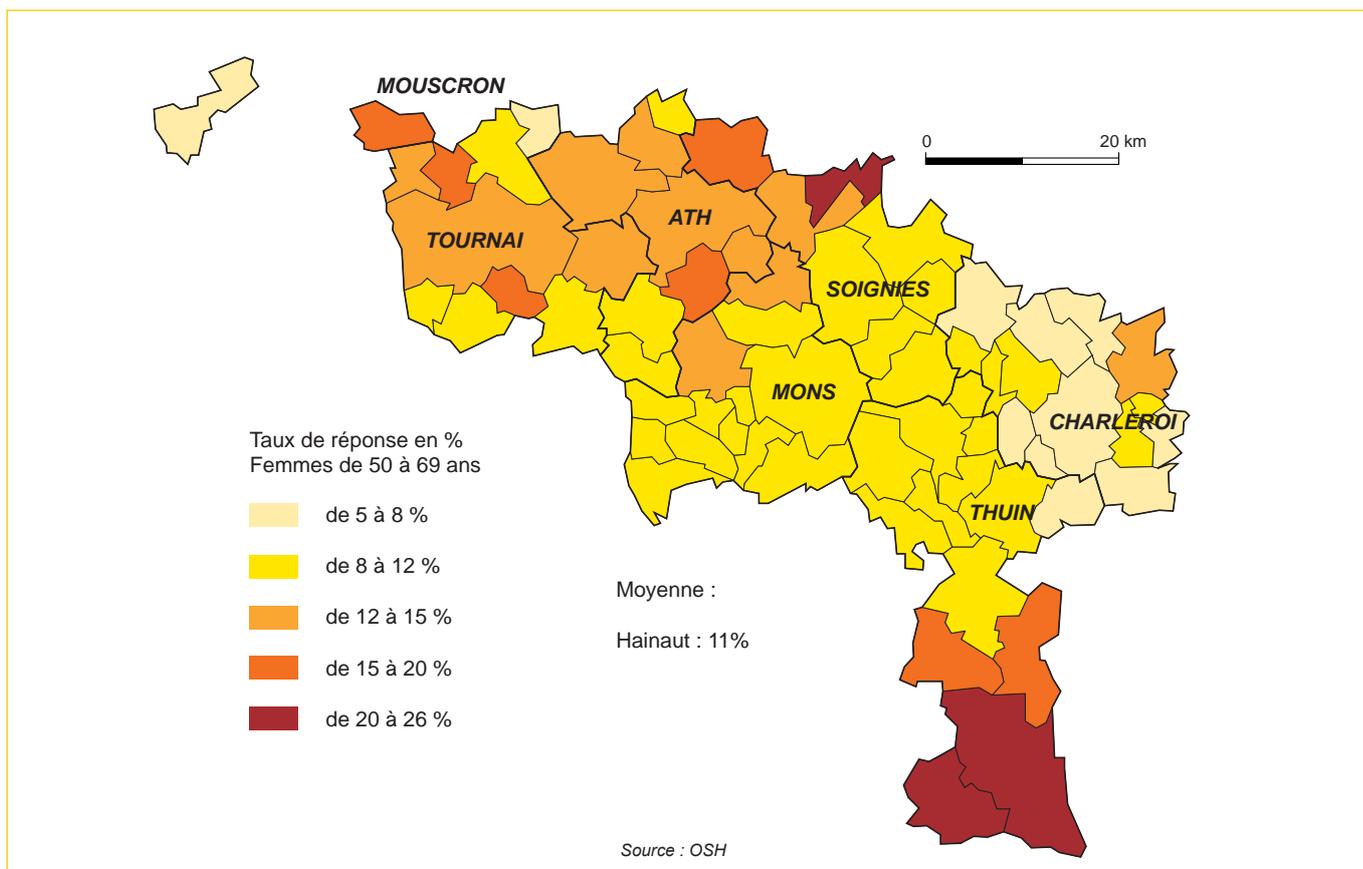
**Tableau VI.11. :** Bilan du programme dépistage du cancer du sein, Hainaut (par arrondissement), 2003

		Nombre de femmes de 50-69 ans dépistées	Nombre d'invitations	Taux de réponse (%)
Hainaut		7 746	73 865	10,49
ARRONDISSEMENTS	Ath	586	4 583	12,79
	Charleroi	1 984	24 044	8,25
	Mons	1 515	14 264	10,62
	Mouscron	523	4 055	12,90
	Soignies	1 143	10 325	11,07
	Thuin	985	8 527	11,55
	Tournai	1 010	8 067	12,52

Source : OSH

(12) Rapport n° 2 Agence Intermutualiste - Programme de Dépistage du Cancer du Sein (période 1999-2002) - Novembre 2004.

Carte VI.1. : Dépistage du cancer du sein, Hainaut (par commune), 2003



En 2003, le nombre de femmes de 50 à 69 ans ayant réalisé un mammotest suite à l'invitation de l'Observatoire de la Santé du Hainaut est proportionnellement plus important dans les communes de Chimay, Momignies et Enghien où les taux de réponses dépassent les 20 %. A l'opposé, les communes de Charleroi et environs, ainsi que de Mont-de-l'Enclus atteignent péniblement 8 % de réponses positives.

En Province de Hainaut, les informations recueillies (Enquête Nationale de Santé 2004 et bilan mammotests OSH) permettent d'évaluer que parmi les 69,9 % de femmes de 50 à 69 ans ayant déclaré avoir eu une mammographie, environ une sur 6 a bénéficié d'un examen de mammotest<sup>(13)</sup>.

En 2004-2005, une enquête par questionnaire<sup>(14)</sup> a été menée sur un échantillon (10 %) de médecins généralistes du Hainaut afin de connaître leurs opinions et leur attitude par rapport au dépistage du cancer du sein et au programme organisé. Cette étude montre que 93,4 % des médecins interrogés pensent que c'est leur rôle de prescrire le test de dépistage et 87,3 % disent y penser systématiquement devant leurs patientes du groupe cible.

Plus de 90 % des médecins prescrivent la mammographie et l'échographie dans le cadre du dépistage et 75 % souhaitent adjoindre systématiquement une échographie au mammotest (considéré par 30 % des médecins interrogés comme un test d'efficacité douteuse). Enfin, pour plus de 54 % des médecins généralistes, la gratuité du mammotest est considérée comme un atout majeur du programme.

(13) Voir aussi : [#](http://www.lemammotest.be/site/start.php?iCategoryId=2&iid=6)

(14) "Les freins et les leviers à la participation du médecin généraliste de la province du Hainaut au dépistage du cancer du sein et au programme organisé en particulier" - A-M Bergehezan - Université H. Poincaré - Nancy - 2005.

2.3.2. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une maladie grave et lourde qui touche à l'intimité de la femme. Il se développe à partir de lésions dites précancéreuses dont certaines sont causées par des virus de la famille des papillomavirus<sup>(15)</sup>.

Le cancer du col de l'utérus occupe la cinquième place parmi les cancers chez la femme en Belgique<sup>(16)</sup>. Le frottis du col s'est avéré être un test de dépistage efficace. Au niveau européen<sup>(17)</sup>, des recommandations en matière de dépistage du cancer du col ont été faites : les femmes entre 25 et 64 ans sont la "population cible", la fréquence proposée pour le test est d'une fois tous les 3 ans<sup>(18)</sup>.

Le frottis cervical est un examen important, simple, indolore, qui permet de dépister les lésions à un stade précoce où le traitement est efficace. Lors de cet examen gynécologique, il est par ailleurs assez aisé de dépister une série de maladies sexuellement transmissibles (notamment les infections à chlamydiae).

**Tableau VI.12. :** Evolution du pourcentage de femmes de 15 ans et plus ayant déclaré avoir eu un frottis du col au cours des 3 dernières années, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 1997, 2001, 2004

	Belgique			Région wallonne			Hainaut		
	1997	2001	2004	1997	2001	2004	1997	2001	2004
15 - 24 ans	27,6	27,0	33,6	18,1	30,6	31,5	10,1	27,1	45,0
25 - 34 ans	74,1	71,1	77,7	62,6	60,8	80,2	51,9	54,2	82,1
35 - 44 ans	69,1	71,9	73,7	63,2	65,3	75,3	57,4	65,7	67,4
45 - 54 ans	69,6	70,6	71,2	69,3	67,6	69,9	61,6	64,8	51,2
55 - 64 ans	61,3	60,4	64,5	58,6	61,3	66,8	62,2	52,7	71,6
65 - 74 ans	37,8	36,9	35,2	33,9	34,5	35,6	36,8	36,1	25,9
75 ans et +	13,0	14,7	14,3	9,0	17,4	13,9	7,7	13,7	2,0
<b>Total</b>	<b>56,8</b>	<b>55,6</b>	<b>58,6</b>	<b>49,9</b>	<b>52,2</b>	<b>59,6</b>	<b>43,5</b>	<b>49,1</b>	<b>55,6</b>

Source : Enquêtes Nationales de Santé - 1997, 2001, 2004

Les résultats des trois Enquêtes Nationales de Santé (1997, 2001 et 2004) permettent d'observer une augmentation des femmes déclarant avoir eu un frottis du col de l'utérus principalement en Hainaut (+ 28 % par rapport à 1997) et en Région wallonne (+ 19 %). Le groupe d'âge des 25-64 ans, cible du programme, montre le taux de couverture le plus faible en province du Hainaut (66,9 % ayant eu un frottis) avec 8 % d'écart par rapport à la Belgique (72,1 %) et près de 10 % avec la Wallonie (73,5 %).

(15) Un vaccin antipapillomavirus devrait bientôt arriver sur le marché européen.

(16) Enquête Nationale de Santé, 2001.

(17) Coleman D, SDay N, Douglas G, Farmery E, Lynge E, Philip J et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Eur J Cancer 1993 ; 29 A (Suppl 4) : S1-S38.

(18) Arbyn M, Van Oyen H. Cervical cancer screening in Belgium. Eur J Cancer 2000 ; 36 (17) : 2191-2197.

Les jeunes femmes de moins de 25 ans du Hainaut sont près de cinq fois plus nombreuses (45 %) en 2004 qu'en 1997 à avoir eu ce dépistage. L'examen donne généralement lieu également à un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, fréquentes dans ce groupe d'âge, et pouvant avoir des conséquences non négligeables sur la fertilité. Tant en Belgique (77,7 %), Région wallonne (80,2 %) ou Hainaut (82,1 %), la couverture la plus importante concerne les personnes de 25 à 34 ans : l'évolution montre même en Hainaut un accroissement de plus de 58 % des femmes de ce groupe d'âge déclarant avoir bénéficié du dépistage en 2004 par rapport à 1997.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le niveau socio-économique joue un rôle non négligeable dans la couverture du dépistage du cancer du col chez les femmes tant en Belgique, en Région wallonne et en Hainaut. Ainsi, en 2004, seules 50,2 % des femmes belges de 25 à 64 ans n'ayant pas de diplôme ou celui du primaire ont déclaré avoir eu un frottis du col dans les trois dernières années contre 79,6 % de celles ayant un niveau d'études supérieures. En Hainaut, le gradient est encore plus marqué : par rapport aux familles qui ont un diplôme de l'enseignement primaire (ou sans diplôme), la proportion de femmes dépistées est plus du double lorsque la femme vient d'un foyer dont l'un des membres est diplômé de l'enseignement supérieur.

**Tableau VI.13. :** Niveau d'instruction des familles des femmes de 25 à 64 ans ayant déclaré un frottis du col de l'utérus dans les 3 dernières années, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2004

Niveau d'études	Femmes de 25 à 64 ans		
	Belgique	Région wallonne	Hainaut
Primaires ou sans diplôme	50,2	52,1	35,8
Secondaires inférieures	61,3	60,5	49,3
Secondaires supérieures	73,1	76,4	72,6
Etudes supérieures	79,6	81,1	78,3
<b>Total</b>	<b>72,1</b>	<b>73,5</b>	<b>66,9</b>

Source : ENS, 2004

## 3. Références bibliographiques

- Agence Intermutualiste. **Programme de dépistage du cancer du sein (période 1999-2002)**. Rapport No 2. Bruxelles : Agence intermutualiste ; 2004.
- Arbyn M, Van Oyen H. **Cervical cancer screening in Belgium**. Eur J Cancer 2000 ; 36(17) : 2191-2197.
- Azogui-Lévy S, Rochereau T. **Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire**. IRDES-CREDES 2005 ; 94, 1-8.
- Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. **Enquête de santé par interview, Belgique, 2004**. Rapport D/2006/2505/3. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2006.
- Berghezan AM. **Les freins et les leviers à la participation du médecin généraliste de la province du Hainaut au dépistage du cancer du sein et au programme organisé en particulier**. Mémoire. Nancy ; 2005.
- Brodeur JM, Olivier M, Payette M, Benigeri M, Williamson S, Bedos C. **Etude 1996-1997 sur la santé bucco-dentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans** - Collection "Analyses et Surveillance". Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Québec, Direction générale de la Santé publique ; 1999 ; 11 : 1-148.
- Coleman D, Day N, Douglas G, Farmery E, Lynge E, Philip J et al. **European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening**. Eur J Cancer 1993 ; 29 A(Suppl 4) : S1-S38.
- Ecole de Santé Publique ULB ; Provac. **Enquête de couverture vaccinale des enfants de 18 à 24 mois en Province du Hainaut (janvier 2004) et en Communauté française (Bruxelles exceptée)**. Rapport. Bruxelles ; 2003.
- Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F et al. **Enquête de santé par interview, Belgique, 2001**. Rapport D/2002/2505. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2003.
- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). **Rapport annuel de la Banque de Données Médico-Sociales**. Bruxelles : ONE ; 2005.
- Programme du dépistage du cancer du sein en Communauté française. Disponible sur : <http://www.lemammotest.be>
- Van Steenberghe D. **Fondements scientifiques du plan stratégique soins dentaires en Belgique**. Rapport non publié. Bruxelles ; 2003.



**C**hapitre **VII**  
**E**nvironnement  
& **S**anté





La santé environnementale fait partie intégrante de la santé publique.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dégradation de l'environnement est responsable d'un quart des maladies dans le monde. A titre d'exemple, la mauvaise qualité de l'eau provoque des diarrhées, responsables de la mort de 1,8 millions de personnes chaque année dans le monde, dont 1,6 millions d'enfants de moins de 5 ans.

Au niveau mondial, 3 millions de personnes mourraient annuellement prématurément suite à la mauvaise qualité de l'air ; dans les grandes villes européennes, environ 60 000 décès par an seraient imputables à une exposition prolongée à la pollution de l'air (AEE 2003). En Europe, 2 % des décès chez les enfants de moins de 4 ans en sont la conséquence (Valent, 2004).

Les maladies liées aux polluants chimiques et les problèmes de santé environnementale en particulier sont parmi les plus complexes à étudier car ils sont multifactoriels. Les nuisances environnementales interagissent avec une série de déterminants de la santé selon des mécanismes mal connus et les contaminations, généralement aux limites des effets observables, ont des conséquences qui ne se mesurent souvent que sur le long terme. Les liens directs de "causes à effets" sont donc difficiles à établir. La Plate-forme scientifique Environnement Santé (PenSa) située à l'Institut Scientifique de Service Public à Liège a adapté un tableau de l'Agence européenne de l'environnement (voir tableau VII.1.) qui schématise les voies d'exposition possibles à des agents chimiques d'origines diverses<sup>(1)</sup>.

Plusieurs organisations internationales s'appliquent à étudier les facteurs environnementaux qui contribuent, au même titre que bien d'autres facteurs sociaux, économiques et démographiques, à l'état sanitaire d'un individu ou d'une population. Parmi ces organisations, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Commission Européenne (DG Environnement et autres) ont invité les pays à élaborer leur Plan d'Action National Environnement-santé (NEHAP). Ainsi, la Belgique se penche actuellement sur l'élaboration d'un set d'indicateurs pertinents et mesurables afin d'évaluer les mesures reprises dans le NEHAP lancé en 2003<sup>(2)</sup>.

L'Observatoire de la Santé du Hainaut participe actuellement à l'un des 4 projets belges du NEHAP et particulièrement au groupe de travail "Indicateurs Environnement-Santé". Ce groupe de travail a pour but d'identifier les indicateurs envisageables et utilisables à court terme en lien avec la stratégie définie par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Agence Européenne de l'Environnement.

Parmi les sources de pollution extérieure, notons l'ozone, le radon, les toxiques de combustions, les risques liés à l'industrie, notamment pour les travailleurs, et ceux liés à la circulation automobile. Les sources de pollution intérieure peuvent être les moisissures provoquées par l'humidité (une origine fréquente de pollution intérieure). Les intoxications au monoxyde de carbone représentent une cause d'accident grave liée à une source de pollution intérieure.

(1) Tableau de bord de l'environnement wallon 2004 - Ministère de la Région wallonne p. 141.

(2) Consulter : [https://portal.health.fgo.be/portal/opage?\\_pageid=78,1816608&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgo.be/portal/opage?_pageid=78,1816608&_dad=portal&_schema=PORTAL) ou [www.nehap.be](http://www.nehap.be)

**Tableau VII.1. :** Voies d'exposition possibles à des agents chimiques d'origines diverses migrant au travers de différents compartiments environnementaux, Tableau de Bord de l'Environnement wallon, 2004

<i>Liens soupçonnés, supposés ou démontrés entre certaines pathologies et des agents chimiques, physiques et biologiques</i>			
<i>Pathologies</i>	<i>Agents</i>	<i>Voies principales</i>	<i>Secteurs principaux</i>
Maladies cardiovasculaires	monoxyde de carbone	air	transport, environnement intérieur
	particules inhalables, ozone...	air	entreprises, transport
	vague de chaleur		ménages, entreprises, transport
	bruit		entreprises, transport, tourisme
Cancers	pesticides	eau, aliments	ménages, agriculture, déchets
	polychlorobiphényles (PCB) et dioxines	aliments	ménages, entreprises, déchets
	mycotoxines	aliments, air	agriculture, environnement intérieur
	hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP)	air, sol	entreprises, transport, déchets
	certaines métaux	air, eau, sol, aliments	entreprises, transport, déchets
	composés organiques volatils (COV)	air	ménages, entreprises, transport, déchets
	amiante	air	environnement intérieur
	radiation ionisante (radon...)		environnement intérieur
	rayonnement UV		
Maladies respiratoires	particules en suspension (PM)	air	entreprises, transport, environnement intérieur
	dioxyde de soufre	air	entreprises, transport
	oxyde d'azote	air	entreprises, transport
	ozone troposphérique	air	ménages, entreprises, transport
	humidité		environnement intérieur
	moisissures, acariens	air	environnement intérieur
	pollens	air	environnement intérieur
Allergies	certaines métaux	air, eau, aliments	entreprises, transport, déchets
	pesticides	eau, aliments	ménages, agriculture, déchets
	moisissures, acariens	air	environnement intérieur
	pollens	air	environnement intérieur
Perturbations du système endocrinien et du métabolisme	complexes organo-métalliques	eau, aliments	entreprises, transport, déchets
	pesticides	eau, aliments	ménages, agriculture, déchets
	polychlorobiphényles (PCB) et dioxines	eau, sol, aliments	ménages, entreprises, déchets
Maladies neurologiques et effets mentaux	certaines métaux	air, eau, sol, aliments	entreprises, transport, déchets
	pesticides	eau, aliments	entreprises, transport, déchets
	composés organiques volatils (COV)	air	ménages, agriculture
	monoxyde de carbone	air	ménages
	mycotoxines	air	ménages, agriculture, environnement intérieur
	bruit		entreprises, transport, tourisme
Anomalies congénitales et effets sur la reproduction	pesticides	eau, aliments	ménages, agriculture, déchets
	polychlorobiphényles (PCB)	eau, sol, aliments	ménages, entreprises, déchets
	certaines métaux	air, eau, sol, aliments	entreprises, transport, déchets

Source : Tableau de Bord de l'Environnement Wallon - 2004

## ■ Les faits marquants

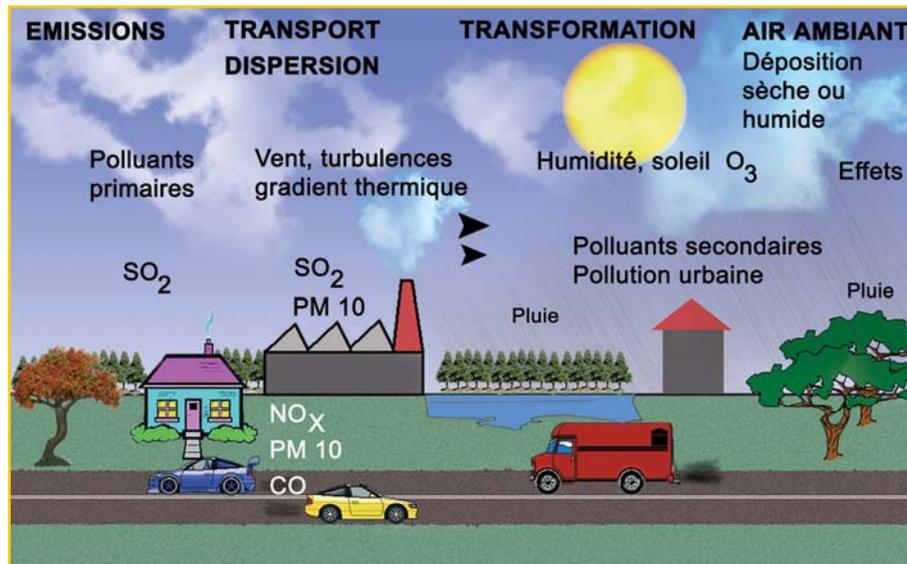
- L'ozone : durant l'année 2003, la station de Lodelinsart a enregistré 39 journées de dépassement du seuil d'ozone; l'Union Européenne préconise que ce seuil ne soit pas dépassé plus de 25 fois par an en 2010 et plus du tout à moyen terme, la deuxième station du Hainaut, Mons, enregistrait quant à elle 25 journées de dépassement.
- Les particules en suspension (PM 10) : en 2005, la station du réseau télémétrique de Marchienne-au-Pont enregistrait 87 jours de dépassements des particules en suspension contre 57 jours en moyenne en Belgique ; l'Union européenne autorise au maximum 35 dépassements journaliers du seuil de  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  par an.
- Les sites industriels potentiellement dangereux : le Hainaut comprend près de 40 % des sites classés "Petits Seveso"<sup>(3)</sup> recensés en 2002 en Région wallonne et 66 % des entreprises "Grands Seveso" dont une part importante est située dans le grand zoning chimique de Seneffe-Feluy.
- Le radon : en Hainaut, des habitations des arrondissements de Mons et de Thuin ont , au cours d'une campagne de détection, révélé la présence de radon, gaz favorisant le risque de cancer du poumon. En effet, dans 1 à 2 % des maisons visitées, on observe une concentration en radon supérieure à  $400 \text{ Bq}/\text{m}^3$ , seuil à partir duquel l'Union Européenne recommande d'entreprendre des actions de ventilation et d'isolation.
- L'asbeste : 14 % des résidents belges indemnisés pour asbestose vivent en Hainaut et 41 % des Belges indemnisés pour des affections bénignes de la plèvre et du péricarde sont hainuyers. 14 % des décès belges dus au mésothéliome (cancer grave de la plèvre dont le risque est accru suite à l'exposition à l'asbeste bleue) concernent des Hainuyers. Le taux brut de mortalité suite à cette maladie chez les hommes du Hainaut était en 1997 de 40 % supérieur à celui observé en moyenne en Belgique.
- La surdité professionnelle : 21 % des surdités reconnues comme maladies professionnelles en Belgique concernent des Hainuyers.
- L'humidité et les moisissures : 3,4 % des ménages hainuyers se disent fort gênés, affectés ou ennuyés par l'humidité sur leur lieu de résidence. Les moisissures et champignons semblent affecter 2,7 % des Hainuyers.
- Le monoxyde de carbone : en 2004, le Hainaut recensait 82 accidents au monoxyde de carbone (CO) faisant 131 victimes dont 5 décès.
- Les nuisances sonores : en 2001, au cours de l'Enquête Nationale de Santé, 6,1 % des Hainuyers déclarent être dérangés par le bruit. 56,1 % d'entre eux en ressentent des effets néfastes sur leur sommeil et 6,4 % ressentent des problèmes d'ou ie. Au total, 7,5 % des ménages hainuyers gênés par le bruit déclarent prendre des somnifères ou tranquillisants suite aux nuisances sonores.

(3) Site ou entreprise Seveso : une entreprise est class e Seveso si elle a une activité liée à la manipulation, la fabrication, l'emploi ou le stockage de substances dangereuses (raffineries, sites pétro-chimiques, usines chimiques, dépôts pétroliers ou d'explosifs, etc). Un site est classé "petit" ou "grand" Seveso suivant la quantité des substances présentes ; le type de substances pouvant se retrouver dans les petits ou grands sites sans distinction.

## 1. La pollution extérieure

La qualité de l'air en Belgique est surveillée par un réseau d'un peu moins de 100 stations de mesures qui fournissent en temps réel ou journalièrement un certain nombre d'informations sur les émissions de polluants comme l'ozone, le dioxyde d'azote, le monoxyde de carbone, le dioxyde de soufre, le benzène (C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>) ou les matières en suspension (PM10 et 2,5).

Au total, ce réseau, appelé CELINE, compte 6 stations de mesure en Hainaut dont une à Mons et les autres dans la région de Charleroi. En Hainaut, seules deux stations (sises à Charleroi) rapportent l'ensemble des informations susceptibles d'être collectées sur les diverses émissions polluantes. La station de Mons ne produit des informations que sur le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) et l'ozone. Dans le cadre de cette publication, il n'est pas possible de développer l'ensemble de ces paramètres mesurés. Le choix s'est porté d'une part, sur l'ozone, donnée mesurée sur les deux stations hainuyères afin d'appréhender des différences territoriales et d'autre part les particules en suspension dont la présence accrue dans l'environnement a un impact sur la morbidité respiratoire.



Source : OSH, Léonard, 2006

1.1. L'ozone [O<sub>3</sub>]

L'ozone<sup>(4)</sup> dans l'air ambiant est un gaz polluant qui entraîne des risques importants pour la santé.

Il s'agit d'un polluant secondaire formé à partir de plusieurs précurseurs (oxydes d'azote (NO<sub>x</sub>) et composés organiques volatiles (COV)) sous l'action du rayonnement solaire pendant les journées chaudes de l'été ; le trafic automobile est le principal responsable de l'émission de ces polluants précurseurs.

Selon le rapport mondial sur le développement humain du Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD, 1999), on observe entre 1975 et 1997 une réduction globale de la pollution de l'air urbain sur l'ensemble de l'Europe. Par contre, la pollution de l'air par les fines particules (PM 10 et 2,5) et par l'ozone, continue à s'accroître en milieu urbain et périurbain suite principalement à l'augmentation du parc automobile.

Les concentrations élevées d'ozone sont surtout préjudiciables pour les personnes souffrant d'affections respiratoires, les personnes âgées, les jeunes enfants, et les adultes en bonne santé faisant des efforts importants en plein air. L'ozone crée des symptômes d'irritation des yeux, de la gorge et des bronches, augmentant la réaction inflammatoire de ces dernières et aggravant la maladie asthmatique.

Ainsi, une exposition prolongée à des valeurs supérieures<sup>(5)</sup> à 100 µg/m<sup>3</sup> peut augmenter la fréquence et la gravité des crises chez les asthmatiques (Desqueyroux et al. 2002).

La valeur seuil choisie par l'Union Européenne pour la protection de la santé publique<sup>(6)</sup> est de 120 µg/m<sup>3</sup>. Dès 2010, ce seuil de 120 µg/m<sup>3</sup> ne pourra pas être dépassé plus de 25 fois par an. L'objectif à long terme vise à ce que le seuil de 120 µg/m<sup>3</sup> ne soit plus dépassé du tout.

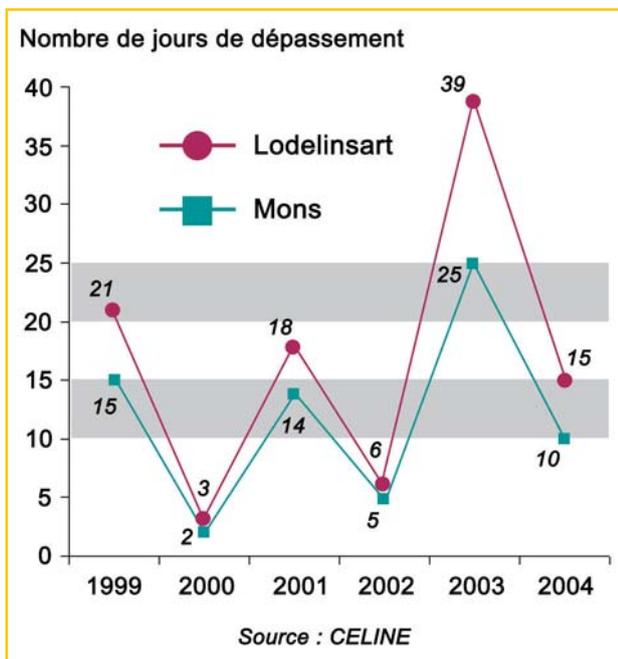
(4) Troposphérique : à ne pas confondre avec l'ozone stratosphérique situé à une plus haute altitude.

(5) µg/m<sup>3</sup> = unité de mesure en microgrammes (1µg=0,000001 g) par mètre cube d'air.

(6) Directive de l'Union européenne 2002/2/CE.

Les hospitalisations pour asthme et bronchiolite informent indirectement sur les effets de la pollution : en 2002, on a enregistré pour ces pathologies 13 013 séjours en Belgique dont 4804 en Région wallonne et 2153 en Province du Hainaut (Résumé clinique minimum - SPF Santé Publique, 2002). Une mauvaise qualité de l'air peut exacerber les BPCO (bronchopneumopathies chroniques obstructives) et peut être à l'origine de nombreux cas d'hospitalisation. En France, l'étude Erpurs<sup>(7)</sup> pour la période 1987-2000 montre, entre autres, des liens significatifs entre l'ozone et l'augmentation du pourcentage d'hospitalisation pour BPCO. Outre ce lien avec la pollution de l'air extérieur, il faut souligner l'importance essentielle que revêt la fumée de tabac dans la qualité de l'air intérieur comme facteur de risque le plus répandu.

**Figure VII.1. :** Evolution du nombre de jours de dépassement des normes pour la concentration en ozone, Mons - Lodelinsart, 1999-2004



► Durant l'année 2003, la station de Lodelinsart a enregistré 39 journées de dépassement du seuil de  $120 \mu\text{g}/\text{m}^3$  tandis que celle de Mons annonçait 25 journées. Les valeurs les plus élevées étaient principalement enregistrées durant les périodes estivales de juillet et août. A titre de comparaison, le pays a enregistré 35 jours de dépassement de ce seuil sur l'année, moyenne calculée sur les mesures de 35 stations actives.

## 1.2. Les particules en suspension <sup>(8)</sup>

Constituées de substances organiques et minérales sous forme solide et /ou liquide, les particules en suspension dans l'air sont divisées en deux catégories :

- les grosses particules (PM 10) dont le diamètre est inférieur à 10 micromètres ( $\mu\text{m}$ ) pouvant atteindre les voies respiratoires supérieures et les poumons ;
- les particules plus fines (PM 2,5 = diamètre  $< 2,5 \mu\text{m}$ ) et plus dangereuses car pénétrant plus profondément dans les poumons.

La taille des particules détermine leur temps de suspension dans l'air : en effet, plus les particules sont légères, plus longtemps elles demeurent en suspension dans l'environnement.

On estime<sup>(9)</sup> que les éruptions volcaniques, l'érosion éolienne et la dissémination des pollens représentent au moins la moitié des poussières présentes dans la basse atmosphère de notre planète.

L'émission des particules dans l'atmosphère est le résultat de l'activité humaine ou de processus naturels (par exemple les volcans) : combustion de diesel et d'essence des véhicules automobiles, utilisation de combustibles tels le charbon, industries extractives minières, cimentières, etc.

Le résultat de la réaction chimique dans l'atmosphère des polluants gazeux de la circulation automobile ou de l'industrie (azote, dioxyde de soufre [ $\text{SO}_2$ ]) se retrouve dans les matières les plus fines.

(7) <http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapporterpurs2003.pdf>

(8) OMS Europe 2005 - Aide mémoire Euro/04/05.

(9) Atlas de l'Air de la Wallonie 1998.

Vu leur petite taille, ces particules sont inhalables et même respirables pour les plus fines inférieures à  $2,5 \mu\text{m}$ . Elles sont donc susceptibles d'avoir un impact direct sur la santé. Ainsi, associées à des fortes concentrations de  $\text{SO}_2$  lors de "smogs" hivernaux, elles engendrent parfois une exacerbation de pathologies respiratoires et cardiaques. D'autre part, elles peuvent également agir de manière différée et intoxiquer des organismes en cas d'exposition prolongée puisqu'elles disséminent des métaux lourds (plomb, mercure...) et des polluants organiques persistants (pesticides, dioxines...).

Selon un rapport de l'OMS (Anderson et al 2004), en Europe, à court terme chaque augmentation de  $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$  de matières particulaires (PM 10) dans l'air est estimée accroître la mortalité générale de 0,6 %, les décès dus à des maladies respiratoires de 1,3 % et la mortalité cardiovasculaire de 0,9 %.

Une étude commandée par la Commission européenne<sup>(10)</sup> montre selon un calcul modélisé spécifique<sup>(11)</sup> une diminution moyenne de l'espérance de vie de l'ordre de plusieurs mois en Europe. Ces calculs mettent en cause les très fines particules en suspension (PM 2,5) produites par l'activité humaine. Ainsi, c'est en Belgique qu'on observe la plus importante diminution de l'espérance de vie attribuable à ces particules (13,6 mois contre 8,2 en moyenne pour l'Europe).

Lors d'un récent colloque de l'American Thoracic Society<sup>(12)</sup>, on a montré que l'exposition à la pollution de l'air [et principalement aux particules fines] des patients cardiaques, diabétiques ou des patients ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique augmenterait de 22 % à 32 % leur risque de succomber à leur maladie. Des chercheurs de l'Université Harvard ont suivi, durant quinze ans, quatre cohortes de patients souffrant de ces pathologies et ont pu démontrer que, dans une région donnée, l'augmentation de la concentration des particules fines correspondait à une hausse du nombre de décès parmi les cohortes étudiées. En croisant les informations quotidiennes effectuées par les autorités publiques sur la qualité de l'air, ils ont observé un accroissement de mortalité correspondant à des journées de fortes concentrations en particules fines.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la directive européenne 1999/30/CE autorise au maximum 35 dépassements journaliers du seuil de  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  de PM 10 par année. De plus, cette directive impose que les concentrations moyennes annuelles n'excèdent pas le seuil de  $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ .

En Belgique, 47 stations du réseau télémétrique de surveillance de la qualité de l'air (CELINE) analysent en continu les émissions de particules. Seules neuf stations sont situées en Wallonie et mesurent uniquement les PM 10. Pour le territoire hainuyer, on note que les mesures ne s'effectuent que dans et autour de Charleroi, ce qui limite considérablement une évaluation de la situation (pas de stations de mesures en Hainaut occidental (cimenteries, carrières) et valeurs des PM 10 non mesurées dans la station montoise).

En 2005, en Belgique, le seuil autorisé de la concentration annuelle moyenne de PM 10 fut dépassé et observé (pour la cinquième fois en 7 ans) dans une seule station à savoir celle de Marchienne-au-Pont en province du Hainaut ( $41 \mu\text{g}/\text{m}^3$  au lieu de 40) : on y a enregistré 87 jours de dépassement de la norme de  $50 \mu\text{g}/\text{m}^3$  contre 57 jours en moyenne en Belgique sur un total de 40 stations ayant produit effectivement les informations. Une autre station de mesure<sup>(13)</sup> située dans la ville de Charleroi annonçait seulement 29 journées de dépassement pour cette même année.

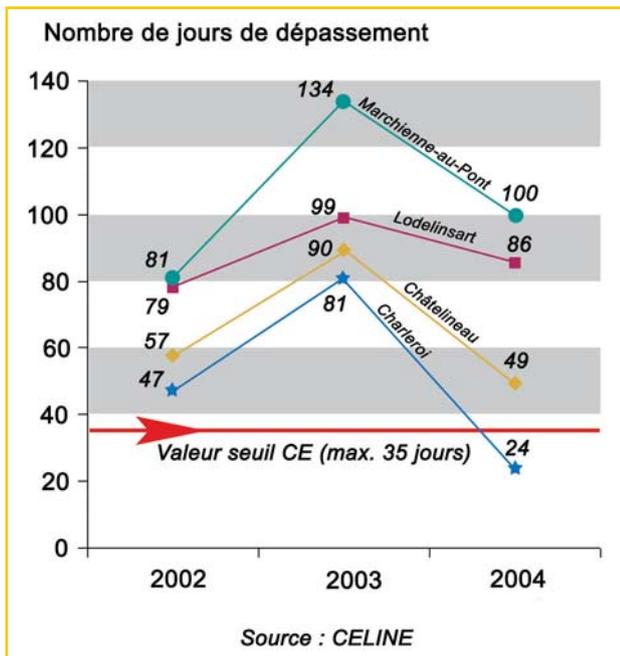
(10) CAFE Programme février 2005.

(11) EMEP Eulerian model.

(12) Zanobetti A., Scharf J. Multy-City Survival Analysis in Susceptible Populations. Présentation lors d'un colloque de l'American Thoracic Society, Etats-Unis, 22 mai 2006.

(13) Les informations du réseau CELINE n'ont pas permis de recueillir les données des deux autres stations hainuyères de Lodelinsart et Châtelaineau en 2005.

**Figure VII.2. :** Evolution du nombre de jours de dépassement de la valeur seuil des PM 10, Charleroi, 2002-2004



### 1.3. La dioxine

Mises au devant de la scène médiatique à la suite de l'accident de Seveso en juillet 1976, les dioxines sont des impuretés issues de très nombreux processus chimiques, naturels ou industriels et domestiques impliquant du chlore, du carbone, de l'oxygène et de la chaleur. Les différents types de dioxines proviennent principalement de l'incinération des déchets (ménagers, hospitaliers et industriels), du chauffage des bâtiments (surtout charbon et bois), de l'industrie de l'agglomération des métaux et celle des métaux non-ferreux<sup>(14)</sup>.

Stables jusqu'à 800° C, leur destruction n'est totale qu'à partir de 1300° C, c'est pourquoi on doit avoir recours à des incinérateurs spécialisés pour les détruire une fois qu'elles ont été produites. Lipophiles, elles peuvent traverser les membranes cellulaires et s'accumuler dans les tissus gras de l'organisme animal et humain. L'exposition des populations aux dioxines (Seta, 2000) se fait à 95 % par voie alimentaire. A eux seuls, les produits laitiers constituent 30 à 45 % de la contamination alimentaire habituelle. L'exposition par inhalation semble négligeable. Très peu biodégradables, en raison d'une lente métabolisation et élimination, les dioxines s'accumulent au cours du temps dans les tissus gras. Elles sont dotées de propriétés immunosuppressives, neurotoxiques, hépatotoxiques, cancérigènes pouvant entraîner des lésions cutanées (comme la chloracné<sup>(15)</sup>) (Coenraeds, 1999)), des troubles endocriniens et du système reproducteur. Tous ces effets ont été observés à des niveaux d'exposition au moins dix fois supérieurs à ceux que l'on rencontre actuellement au niveau de la population générale. A la suite de ces études, la dioxine la plus toxique (TCDD ou dioxine de Seveso) a été classée comme cancérigène pour l'homme par l'Agence Internationale de Recherche sur le Cancer (ISSEP).

Sauf contamination accidentelle particulièrement importante, la présence d'un faible taux de dioxine dans le lait maternel ne justifierait pas de donner aux bébés une alimentation artificielle qui présente une série d'autres inconvénients (<http://www.infor-allaitement.be> 2005).

(14) Les incendies constituent une source minime de dioxines (0,5 % des émissions atmosphériques) mais pourraient représenter une pollution ponctuelle significative. Le trafic routier ou la méthanisation de la matière organique sont respectivement responsables de 0,3 et 0,03 % de la formation des dioxines.

(15) Chloracné : maladie causée par le chlore des dioxines.

En 2001-2002, à l'initiative du Ministère de la Région wallonne, l'Unité de Toxicologie industrielle de l'UCL en collaboration avec le Laboratoire de Spectrométrie de Masse de l'Université de Liège a réalisé une étude qui avait pour but d'évaluer entre autres l'exposition environnementale aux dioxines en Région wallonne et d'identifier les principales sources ponctuelles ou diffuses déterminant l'exposition humaine à ces substances (Fierens, 2002).

Participèrent à l'étude 278 personnes volontaires, recrutées autour de sources potentielles de pollution par la dioxine (incinérateurs, centres d'enfouissement technique, installations sidérurgiques, trafic routier) et dans une région rurale contrôle. Elles se sont prêtées à un examen médical (avec prélèvement d'urine et de sang) ainsi qu'à un questionnaire détaillé destiné à récolter les informations relatives aux antécédents médicaux, habitudes alimentaires, mode de vie, etc.

Trois sites furent sélectionnés dans la province du Hainaut : un aux abords de l'incinérateur de Thumaide, un autre près de celui de Pont-de-Loup et un troisième à côté des installations sidérurgiques de Charleroi.

L'étude a permis de mettre en évidence une surexposition significative aux dioxines chez les riverains de l'incinérateur de Thumaide. Ces derniers ont une charge corporelle en dioxines en moyenne 50 % plus élevée que celle du groupe témoin (recruté en zone rurale des Ardennes). Les autres groupes sont en revanche identiques au groupe témoin. Selon les résultats de l'étude publiée en novembre 2002, l'augmentation de la charge corporelle en dioxines autour de Thumaide est étroitement corrélée à la consommation de graisse animale d'origine locale (surtout bovine ou volaille).

L'étude précise cependant que les valeurs observées à Thumaide restent dans une zone de valeurs européennes pour une même population non soumise particulièrement aux dioxines et que d'autre part, elles sont le résultat d'une longue exposition (> 18 ans) autour d'un incinérateur qui jusque fin 1990 émettait des dioxines à des valeurs 100 fois supérieures à la norme actuellement en vigueur (0,1 ng TEQ\*/Normal m<sup>3</sup> d'air).

### ► Le nombre et la localisation des sites Seveso

Seveso est le nom tristement célèbre d'un village italien, au nord de Milan qui a été touché en 1976 par les vapeurs toxiques chargées de dioxine émises lors de l'explosion d'une usine chimique. Plus de 30 000 personnes et une superficie de 2000 hectares ont été contaminées par cette pollution. Le nom de Seveso est rapidement devenu le symbole de ce type de pollution et a été donné à une réglementation spécifique classant les entreprises selon les risques potentiels de libération accidentelle de dioxines.

La réglementation s'est concrétisée par une directive européenne<sup>(16)</sup> qui range les établissements Seveso en deux catégories : ceux que l'on a coutume d'appeler "Grands Seveso" (susceptibles de dégager une grande quantité de dioxines) pour lesquels les exigences sont les plus élevées et les "Petits Seveso".

Les exigences essentielles imposées aux entreprises "Seveso" peuvent être résumées de la façon suivante : tous ces établissements sont tenus de prévoir l'application d'une politique de prévention des accidents majeurs se concrétisant par un système de gestion de la sécurité. Les établissements classés "Grands Seveso" sont soumis à des prescriptions plus sévères (rapport de sécurité, plans d'urgence, information du public).

Les sites Seveso (dits également sites à haut risque) sont identifiés sur base de la quantité de substances dangereuses qu'ils détiennent. Leur localisation amène certaines contraintes urbanistiques et l'obligation de transmettre à la population des consignes de sécurité.

Sur les 46 sites "petits Seveso" recensés par la Région wallonne sur son territoire en 2003, la province du Hainaut en dénombre 18 principalement situés autour de Charleroi (8) et du zoning de Seneffe-Feluy (4) ; les régions de Mons, Mouscron et Tournai en comptant chacune 2.

Pour cette même année, 33 entreprises "Grands Seveso" sont recensées sur toute la Région wallonne.

Les deux tiers (22) se situent en province du Hainaut et principalement dans les grands zonings "chimiques" de Seneffe-Feluy-Manage(8) et de Tertre-Ghlin-Baudour (8) ; les régions de Ath et de Charleroi en comptent 2 chacune, les 2 dernières étant situées l'une à Houdeng-Goegnies, l'autre à Blandain.

La plupart de ces industries appartiennent au secteur de la chimie mais on recense également des sites de stockage de produits pétroliers.

(16) Une première directive a été publiée en 1982. Elle a été récemment abrogée et remplacée par la directive 96/82/CE.

2. La pollution intérieure

Si les connaissances sur les sources de pollution extérieure, leurs effets indésirables et les méthodes d'amélioration de la qualité de l'air se sont beaucoup développées, il est une pollution plus insidieuse qui nous concerne tous : la pollution intérieure ou "indoor pollution" qui est généralement discrète et peu détectable.

La plupart des individus passent effectivement de 80 à 95 % de leur temps dans une atmosphère intérieure : logement, lieu de travail, de loisir ou de transport. Or, de nombreux polluants dont la liste est reprise ci-dessous existent dans nos atmosphères intérieures.

**Tableau VII.2. :** Liste de polluants se retrouvant dans les atmosphères intérieures et leurs sources

Principaux polluants	Sources extérieures et intérieures
Oxydes d'azote, monoxyde de carbone	Combustion
Dioxyde de carbone	Combustion, métabolisme humain
Matières particulaires en suspension	Fumée de tabac, combustion
Vapeur d'eau	Métabolisme, évaporation, combustion
Composés organiques volatils	Combustion de pétrole, métabolisme, peintures, pesticides
Spores	Moisissures, champignons
Principaux polluants	Sources principalement intérieures
Radon	Sol, matériaux de construction, eau
Formaldéhyde	Isolations, mobilier, fumée de tabac
Amiante	Isolations, matériaux anti-feu
Ammoniaque	Métabolisme, produits d'entretien
Composés organiques volatils	Colles, solvants, cosmétiques, préparation de repas
Mercure	Fongicides, peintures
Aérosols	Produits d'entretien, poussière
Allergènes	Poussières de la maison, animaux
Bio-organismes	Personnes malades
Hydrocarbures polyaromatiques, arsenic, nicotine, acroléine	Fumée de tabac, combustion

Source : «Pollutions dans l'air à l'intérieur des bâtiments» - dr Nicolas et Kuske FUL - Province de Luxembourg

Depuis quelques années, plusieurs pouvoirs locaux ont mis sur pied en Région wallonne et à Bruxelles des services de détection de pollutions intérieures.

Ainsi, récemment, l'Institut Provincial d'Hygiène et de Bactériologie du Hainaut a créé un Laboratoire d'Etudes et de Prévention des Pollutions Intérieures (LPI)<sup>(17)</sup>.

Sur base d'une demande du médecin généraliste et/ou du spécialiste et selon les symptômes décrits dans le rapport médical du patient, le LPI effectue une analyse de certains polluants biologiques, chimiques et physiques présents dans l'air de l'habitation du patient. Fin 2005, ce nouveau service provincial avait déjà réalisé plus de 180 visites chez des particuliers. Les pathologies rencontrées lors de ces interventions concernent majoritairement des problèmes respiratoires.

Aborder toutes les sources de pollutions intérieures et leurs effets probables sur la santé serait une gageure dans le cadre de cette nouvelle thématique du tableau de bord de la santé tant les sujets sont multiples.

Nous retiendrons donc six thèmes : le tabac et son interaction avec les polluants intérieurs, le radon, les moisissures et l'humidité, l'amiante, les intoxications au monoxyde de carbone et les nuisances sonores.

(17) Renseignements : iphb.lpi@hainaut.be

## 2.1. Le tabac, ses effets et son interaction avec les polluants intérieurs

Les experts du projet européen THADE<sup>(18)</sup> ont identifié les causes principales des problèmes de santé liés à la pollution intérieure : la fumée de tabac, les particules de matières produites à l'intérieur, les oxydes de carbone (CO), le gaz carbonique ou l'anhydride carbonique (CO<sub>2</sub>), le formaldéhyde (HCHO), les acariens, les allergènes d'animaux domestiques, les cancrelats, la moisissure, le pollen, les oxydes d'azote (NOx), les composés organiques volatils (COVs), les fibres minérales synthétiques et le radon (Rn). Ces principaux polluants peuvent affecter le système respiratoire de façons différentes ; ils peuvent causer ou aggraver la bronchite chronique, l'asthme, et les maladies respiratoires aiguës. Ils peuvent également causer un déclin des fonctions respiratoires et la sensibilisation aux aéro-allergènes communs ainsi qu'augmenter le risque de cancer. Selon une étude parue en 2004 (Repace, 2004), dans les intérieurs où l'on fume, 90 à 95 % des poussières en suspension et 85 à 95 % des hydrocarbures sont dus à la fumée du tabac.

A l'intérieur des habitations, la fumée de tabac est le principal polluant qui affecte la santé. Présente dans l'air ambiant, elle affecte la santé de l'enfant dès sa conception ainsi que la croissance et le développement des poumons. La fumée de tabac dégage en effet plus de 4000 composés chimiques dont du monoxyde de carbone, des composés organiques volatils, des hydrocarbures aromatiques et du formaldéhyde.

Certaines de ces substances sont cancérigènes et présentent un risque pour l'homme. Elles peuvent endommager les cellules en empêchant leur développement normal et entraîner également des réactions allergiques.

Au cours des trois premières années de l'existence des enfants, le tabagisme passif peut augmenter de plus de 50 % le risque de maladies respiratoires basses, et accroître de 30 à 40 % le risque d'un certain nombre de symptômes respiratoires chez les enfants d'âge scolaire. Au moins 15 à 26 % des épisodes de maladies respiratoires basses chez les jeunes enfants européens seraient attribuables à une exposition à la fumée de tabac à leur domicile. Rappelons également le lien non équivoque mis en évidence entre le tabagisme des parents et la mort subite du nourrisson (Kahn, 1994 et Cohen-Klonoff, 1995).

Le rapport de la Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (rapport 2004) mentionne que le risque relatif de mort subite chez l'enfant lorsqu'il vit dans une habitation enfumée est 2,6 fois plus élevé que s'il vivait dans une maison exempte de fumée.

En cas d'exposition au tabac, ce sont les jeunes enfants qui présentent le plus de risques. N'étant pas complètement développé, leur appareil respiratoire est plus fragile que celui des adultes. L'exposition à la fumée de tabac aggrave l'asthme chez les enfants (Tamburlini, 2002). Selon l'étude de Murray et al. (Murray, 1990) et chez les enfants atteints de dermatite d'origine allergique, le tabagisme maternel peut déclencher des crises d'asthme.

Le tabagisme passif est aussi un facteur de sévérité pour les asthmatiques (particulièrement sensibles à la qualité de l'air qu'ils respirent) ; les spasmes bronchiques et les symptômes d'asthme sont aggravés par l'inhalation de la fumée de cigarette irritante pour les voies respiratoires. Selon l'OMS, la fumée de cigarette est identifiée comme étant la cause principale des crises chez 83 % des asthmatiques.

D'autres interactions ont été observées avec la consommation ou l'exposition à la fumée du tabac : augmentation de la sensibilité aux acariens et du risque lié au radon; inflammation bronchique liée à l'inhalation des spores fongiques des moisissures entraînant l'apparition de pathologies allergiques (rhinite, dermatite, bronchite conduisant à l'asthme) (Kuske, non daté). Le risque de cancer du poumon, aggravé par la fumée de tabac, augmente significativement en présence de certaines concentrations en radon.

Plus le nombre de toxiques différents auxquels des personnes sont exposées augmente, plus leurs effets sont difficiles à analyser et à maîtriser : en effet, les interactions et le renforcement mutuel des effets néfastes sont la règle.

(18) THADE : Towards Healthy Air in Dwellings in Europe. Viser la salubrité de l'air dans les logements en Europe.  
<http://www.efanet.org/activities/documents/THADEReport.pdf>

## 2.2. Le radon

Gaz d'origine naturelle, émanant du sous-sol, le radon est inodore, insipide, incolore et radioactif.

Dans le sous-sol, des éléments instables sont présents en diverses proportions dans certaines roches : notamment l'uranium 235, l'uranium 238 et le thorium 232. Progressivement, ces éléments se désintègrent donnant naissance à du radium et du gaz radon. On mesure l'activité radioactive du radon de l'air en Becquerels par m<sup>3</sup> d'air : Bq/m<sup>3</sup>.

Le radon est également présent dans certains matériaux de construction issus de ces roches.

Généralement, le gaz se dilue rapidement dans l'atmosphère dès qu'il atteint la surface du sol. Mais lorsqu'il s'infiltré à travers pores et fissures jusqu'aux caves et pièces d'habitation, il peut s'accumuler et atteindre des concentrations importantes dans les maisons calfeutrées.

Schématiquement, de par la radioactivité naturelle du radon, de nouvelles matières radioactives se forment (Centre d'Etude de l'Energie Nucléaire de Mol, non daté). Réparties en très fines particules, celles-ci se maintiennent un certain temps en suspension dans l'atmosphère. De taille microscopique, elles peuvent être inhalées et s'installer ainsi dans nos poumons où, en raison de la radioactivité, elles peuvent favoriser le développement d'un cancer du poumon. Plus il y a de radon dans l'atmosphère et plus longue est l'exposition, plus grand est le risque de contracter ce type de cancer.

Le Centre International de Recherche sur le Cancer de l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu en 1987 le radon comme cancérigène pulmonaire humain.

Selon l'Institut de Protection et de Sûreté Nucléaire français, on estime suivant un modèle d'extrapolation (études sur des mineurs de fond) qu'un individu exposé entre 25 ans et 65 ans à 1000 Bq/m<sup>3</sup> triplerait son risque individuel de mourir d'un cancer du poumon (Société Française de Santé Publique, 2000).

Il faut noter que le tabagisme aggrave le risque de développer un jour un cancer du poumon lorsque les fumeurs sont exposés au radon : les effets nocifs combinés du tabac et du radon se renforcent en effet l'un et l'autre (Darby, 2005).

Parmi les causes du cancer du poumon, l'exposition au radon se situe entre la consommation active de tabac et le tabagisme passif. Ce facteur est dix fois moins important que la consommation active de tabac mais dix fois plus que l'exposition passive à la fumée de tabac. Plus longtemps on s'expose au radon et plus grande est la concentration de radon, plus grand est le risque encouru (OMS, Centre d'Etude de l'Energie Nucléaire).

Certains estiment que le radon qui s'échappe de la surface terrestre dans les habitations contribue à 9 % de tous les décès de cancer du poumon en Europe (Darby, 2005).

Il n'existe à l'heure actuelle aucune norme obligatoire en matière de radon en Belgique ni dans l'Union européenne. Cette dernière recommande toutefois [recommandation adoptée par la Belgique] d'agir au-delà de concentrations dépassant 400 Bq/m<sup>3</sup> pour les maisons existantes et 200 Bq/m<sup>3</sup> pour les nouvelles constructions.

En cas de détection de radon, les mesures consistent la plupart du temps à augmenter la ventilation des caves et des vides et/ou colmater les voies d'entrée du radon (isolation des fondations de la maison).

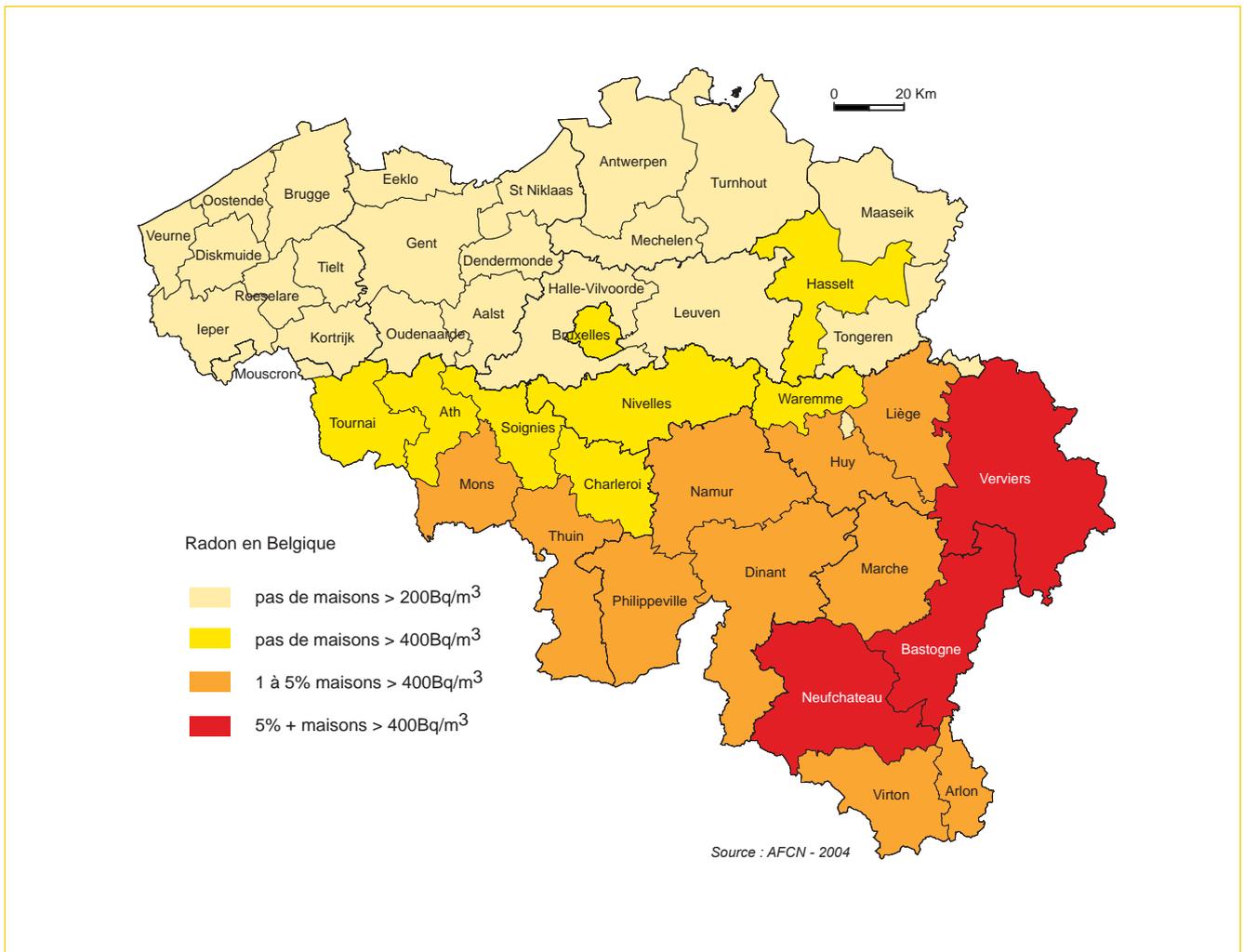
Dans certains cas (par exemple : valeurs radon > 1000 Bq/m<sup>3</sup>), l'intervention de professionnels est requise.

A la fin des années 70, l'équipe de la Faculté polytechnique de Mons, coordonnée par le service géologique de Belgique, dressa des cartes de distribution de la radioactivité en moyenne et haute Belgique fournissant ainsi les premiers éléments de détermination des zones à risques. Il s'est ainsi avéré que le sud du pays était le plus exposé au radon de part la nature du sous-sol composé de roches anciennes et dures souvent très riches en uranium (grès, schiste) (Faculté Polytechnique de Mons, 1991).

Divers facteurs peuvent influencer les variations de concentration en radon : période de la journée, saison, température, humidité, matériaux, comportements humains, géologie.

Depuis, de nombreuses campagnes de détection à l'intérieur des habitations ont été réalisées. L'AFCN produit une cartographie de la Belgique présentant l'état des lieux de la situation à partir des campagnes de mesures effectuées dans les habitations.

Carte VII.1. : Cartographie de la concentration du radon dans l'air des habitations, Belgique - Hainaut, 2004



La carte VII.1. réalisée par l'AFCN dépendant du Service Public Fédéral de l'Intérieur montre que les arrondissements de Verviers, Bastogne et Neufchâteau sont particulièrement concernés par cette pollution tandis qu'en Hainaut, il s'agit des arrondissements de Mons et de Thuin. Selon les experts de l'AFCN, ces valeurs enregistrées concernent un échantillonnage de l'habitat. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des cartes présentées : une concentration élevée de radon mesurée dans une habitation d'une zone déterminée ne signifie pas nécessairement que tout l'habitat de cette zone est touché et vice versa.

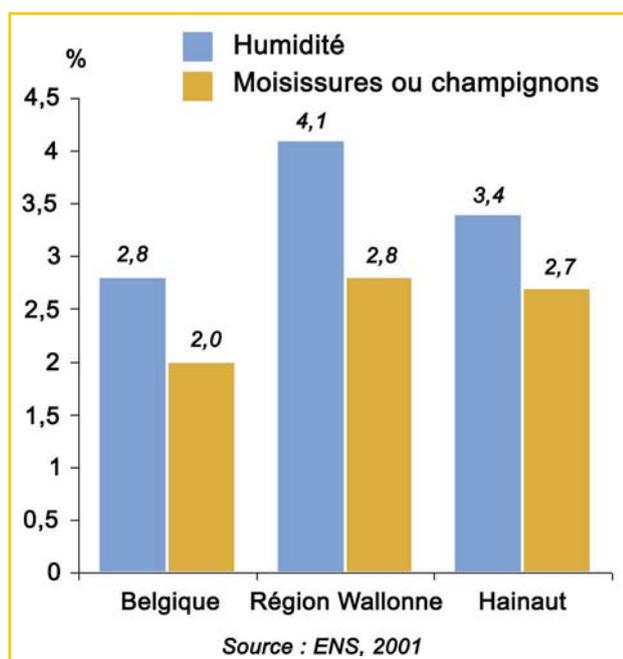
L'AFCN et l'IPHBH ont réalisé conjointement une étude portant sur 800 familles réparties aléatoirement dans les 69 communes du Hainaut. Des taux supérieurs à 400 Bq/m<sup>3</sup> furent constatés dans l'arrondissement de Mons (1 % des habitations) et de Thuin (2 %).

### 2.3. Les moisissures et l'humidité

Les moisissures sont des champignons microscopiques qui se développent dans des conditions spécifiques : une température adéquate (entre 5° et 25° C), une quantité d'oxygène suffisante, un substrat nutritif approprié (par exemple : accumulation de salissures ou poussières, papier collé avec un enduit cellulosique) et surtout une bonne dose d'humidité. Ce dernier facteur peut, dans un logement, provenir de caractéristiques intrinsèques du bâtiment ou d'une occupation et/ou utilisation inadéquate de celui-ci : fuites d'eau, infiltrations ou condensations par défaut de ventilation.

En 2001 fut publié le compte-rendu des travaux d'une commission composée de spécialistes en médecine, hygiène, allergologie, microbiologie, bâtiment et épidémiologie, portant sur la revue de centaines d'études relatant les relations entre insalubrité du bâtiment et santé. Globalement, ces études semblent montrer une association entre humidité du logement et symptômes respiratoires (toux, sifflements et parfois asthme). Pour les moisissures, les risques seraient sensiblement identiques pour les enfants et les adultes que l'on se trouve au sein du logement, dans une école ou même une crèche (Bornehag, 2001).

**Figure VII.3. :** Pourcentage de ménages incommodés par l'humidité et par des moisissures ou champignons, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► Les résultats de l'Enquête Nationale de Santé 2004 montrent que 3,4 % des ménages hainuyers se disent très gênés, affectés ou ennuyés par l'humidité sur leur lieu de résidence. Ces chiffres sont inférieurs au taux wallon (4,1 %) mais supérieurs au taux national (2,8 %).

Les moisissures et champignons semblent affecter 2,7 % des ménages hainuyers contre 2 % des Belges.

### 2.4. Le monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone apparaît lors d'une combustion incomplète : en mal d'oxygène, la combustion produira du CO plutôt que du CO<sub>2</sub> (gaz carbonique).

Les appareils de chauffage à gaz, charbon ou pétrole, les chauffe-eau (non raccordés à un conduit d'évacuation), les groupes électrogènes et tous les appareils à moteur à essence peuvent dégager du CO.

Un mauvais réglage d'un appareil, une installation vétuste, l'absence de ventilation appropriée, l'emploi en intérieur d'un appareil conçu pour le plein air peuvent provoquer l'intoxication au CO.

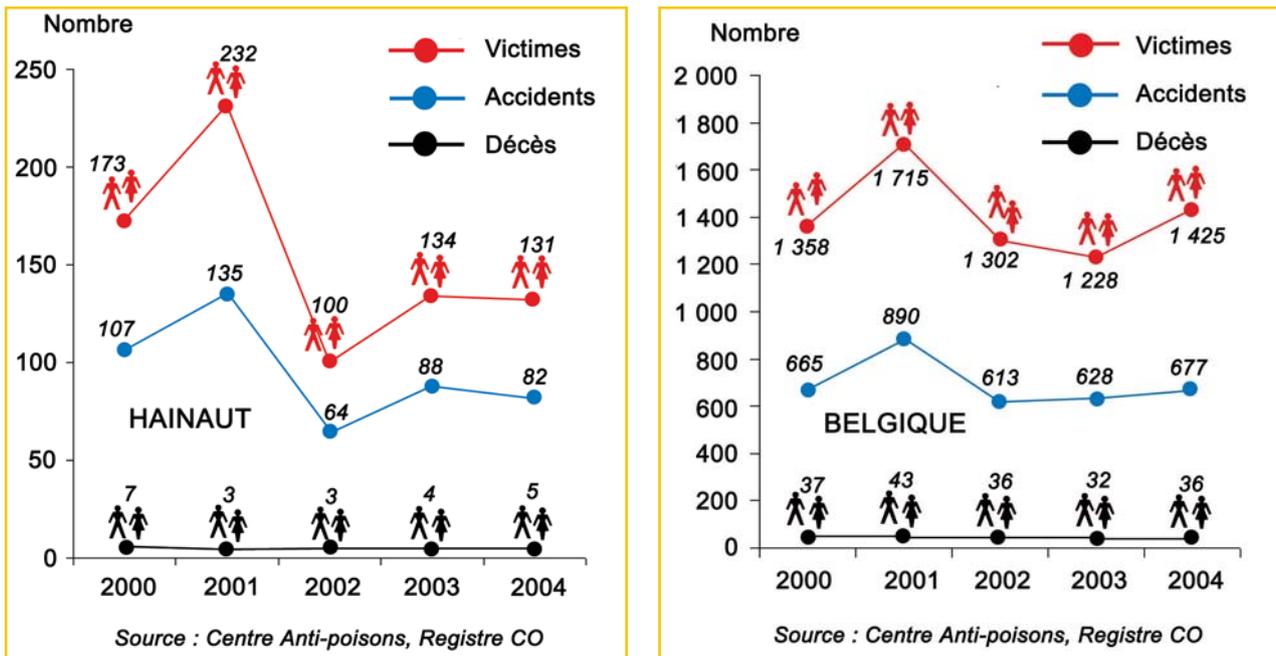
Gaz incolore et inodore, le monoxyde de carbone cause à forte dose des effets aigus se manifestant par des nausées, des vertiges, de la fatigue et rapidement des altérations de la conscience pouvant conduire au coma et à la mort. Les familles socialement et économiquement fragiles [bien que non exclusivement concernées par les accidents au CO] sont plus exposées que les autres à cause de la vétusté et du manque d'entretien de leurs installations. D'autre part, la famille entière est souvent concernée et les cas d'intoxication collective ne sont pas rares.

En 2004, le registre fédéral des intoxications au monoxyde de carbone, géré par le Centre Anti-poisons, relevait 36 décès dus au CO en Belgique.

Les 82 accidents recensés par le registre en Hainaut en 2004 ont provoqué l'intoxication de 131 personnes dont 5 sont décédées.

48 accidents ont pour cadre la salle de bain, 43 mettent en cause un problème de chauffe-eau et 10 un poêle à charbon. En Belgique, 42 % des victimes du CO ont moins de 30 ans ; en Hainaut, pour l'année 2004, elles sont 48 %.

**Figure VII.4. :** Nombre d'accidents, de victimes et de décès dus au CO, Belgique - Hainaut, 2000-2004



Le nombre d'accidents et de victimes varie au cours des années considérées : les conditions climatiques jouent certainement un rôle (hiver froid). Les données recueillies depuis 1995 montrent que la proportion de décès parmi les victimes reste par contre malheureusement assez stable et se situe autour de 3 %.

## 2.5. L'amiante

Le terme amiante (ou asbeste) désigne des substances minérales naturelles de type silicates fibreux.

Les fibres d'amiante ont été principalement utilisées dans le bâtiment pour leurs propriétés de résistance à la chaleur et au feu, d'inertie chimique, de résistance mécanique et d'imputrescibilité. A son apogée en Belgique, vers les années 60-70, l'amiante était surtout utilisée dans le bâtiment pour le flocage (projection de fibres sur un support adhésif) destiné à protéger les conduits et/ou charpentes métalliques des constructions, les calorifugeages (gaines d'isolation) derrière les parois, les tresses et cordelettes autour des portes de chaudière, les dalles en vinyl-amiante. D'autres industries dont l'industrie automobile (plaquettes de frein) ont utilisé l'amiante.

Si l'amiante n'est pas toxique au toucher, elle devient nocive lorsqu'elle est présente sous forme de fibres et dispersée à l'air.

Les circonstances d'exposition peuvent être soit professionnelles (production, utilisation ou intervention sur le matériau), soit paraprofessionnelles (exemple : famille de travailleur de l'amiante en contact avec les vêtements contaminés), soit environnementales (proximité d'une source naturelle d'amiante, voisinage d'une entreprise de transformation d'amiante, dégradation des matériaux renfermant de l'amiante dans les bâtiments) (Charpin, 2004).

Les différentes maladies liées à toutes les formes de poussières d'amiante sont : l'asbestose pulmonaire, la fibrose pleurale, le cancer broncho-pulmonaire et le mésothéliome (cancer de la plèvre qui ne se manifeste que très tardivement après l'exposition) (Bartsch, 1998).

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité - France (INRS), l'exposition à l'amiante constitue à elle seule un facteur de risque de cancer broncho-pulmonaire, même en l'absence d'asbestose. Le risque d'atteinte tumorale est fortement majoré par l'exposition à d'autres agents cancérigènes, en particulier la fumée de tabac.

**Tableau VII.3. :** Synergie tabac et amiante : risque de développer un cancer broncho-pulmonaire en fonction d'une exposition à l'amiante et/ou au tabac

	Non exposé à l'amiante	Exposé à l'amiante
Non exposé au tabac	1	5,17
Exposé au tabac	10,85	53,24

Source : Hammond, Selikoff et Seidman

Le 4 mai 1999, la Commission européenne a adopté une directive<sup>(19)</sup> visant l'interdiction de la commercialisation et l'utilisation de tous les types d'amiante dès 2005 au sein de l'Union européenne.

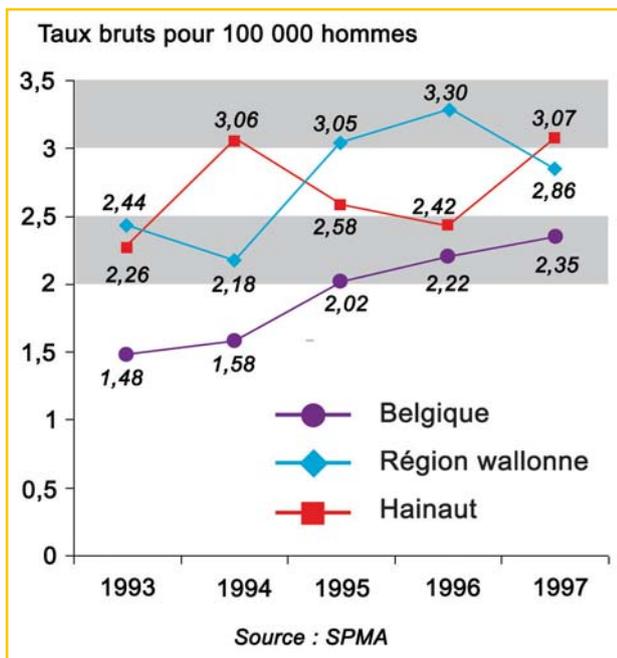
En Belgique, en 2004, le Fonds des maladies professionnelles (FMP) indemnisait 1807 personnes pour incapacité permanente du travail mettant en cause l'asbestose ; 14 % de ces indemnisés se situent en Hainaut. D'autre part, sur 80 Belges bénéficiant d'une indemnité pour affections bénignes de la plèvre et du péricarde provoquées par l'amiante, plus de 41 % sont Hainuyers. Enfin, parmi les 20 indemnisations accordées par le FMP dans le cas d'une asbestose associée à un cancer du poumon, près de la moitié (9) se situent en Hainaut.

(19) Directive 1999/77/CE.

Les derniers chiffres disponibles de mortalité (1997) due aux mésothéliomes montrent que sur 146 décès en Belgique, 20 concernaient des Hainuyers. En Belgique, en 1997, 20 % des décès dus à un mésothéliome concernaient des femmes, normalement moins en contact avec l'amiante. En Hainaut, le pourcentage de décès féminins dus à un mésothéliome était de 5 %. La majorité des décès concernent les personnes de plus de 55 ans. En se basant sur les données de six pays d'Europe occidentale, Juan Peto avance le chiffre de 250 000 décès en Europe de l'Ouest d'ici à 2030 (Peto, 1999). Le pic serait atteint vers 2020.

En Belgique d'après la Fondation Contre le Cancer, le nombre de décès prématurés dus à l'amiante pourrait atteindre 1200 à 1500 cas par an pour les seuls cancers du poumon autour des années 2010 à 2020.

**Figure VII.5. :** Evolution des taux bruts de mortalité masculine due au mésothéliome, Belgique - Hainaut, 1993-1997



► En Hainaut, la moyenne des taux bruts de mortalité due au mésothéliome sur 5 ans (1993-1997) chez les hommes est supérieure de 39 % (2,68 décès pour 100 000 habitants) à celle de la Belgique (1,93 décès pour 100 000 habitants).

Ce taux est en augmentation depuis 1993.

## 2.6. Les nuisances sonores : un impact environnemental sur la santé

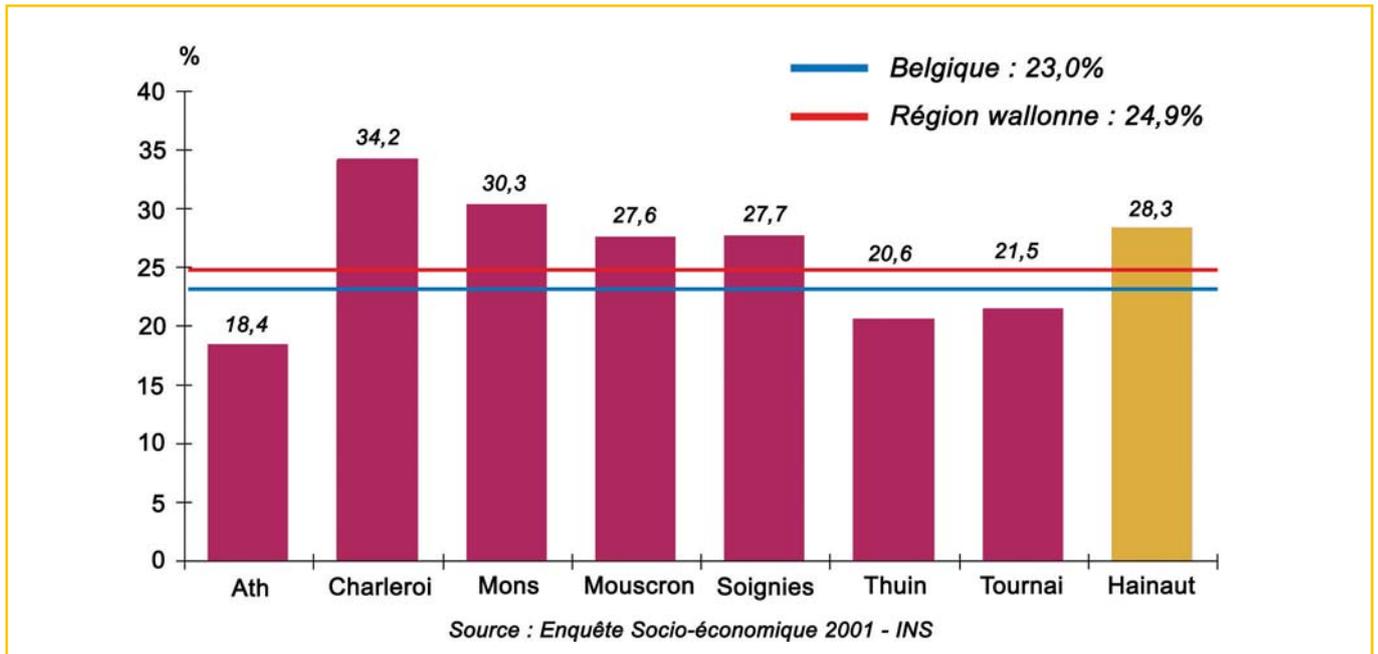
Si l'on sait depuis longtemps qu'une exposition à un niveau sonore élevé sur le lieu de travail peut engendrer une surdité reconnue officiellement comme maladie professionnelle dans de nombreux pays européens (1195 incapacités permanentes reconnues en Hainaut et 5814 pour toute la Belgique en 2003), on ne peut négliger la part d'effets nocifs sur la santé de cette nuisance dans notre quotidien : circulation routière, ferroviaire ou aérienne, bruit lié à l'utilisation de différentes machines de bricolage ou encore exposition à des niveaux sonores élevés (baladeurs, concerts, discothèques).

Selon l'Agence Européenne de l'Environnement (AEE rapport 2003), quelques 10 millions de personnes en Europe sont exposées à des niveaux de bruit ambiant susceptibles de provoquer des troubles de l'audition.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2000), l'augmentation de la pollution sonore implique :

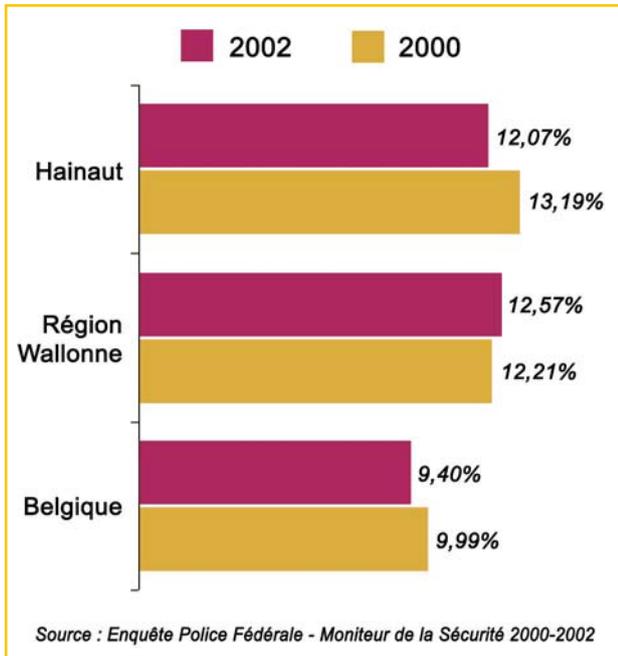
- ▶ des effets nocifs sur la santé, dus à la nuisance acoustique (gêne, modifications de comportement, effets psychologiques liés au stress, interférences avec la conversation, le repos et le sommeil) ;
- ▶ des effets nocifs sur les générations futures (détérioration de l'environnement résidentiel, social et d'apprentissage, développement humain affecté) ;
- ▶ des effets socioculturels, esthétiques et économiques (isolement social, voisinage détérioré, valeur foncière diminuée).

**Figure VII.6. :** Pourcentage de personnes gênées par le bruit dans leur quartier, Hainaut (par arrondissement), 2001



Selon l'Institut National de Statistiques et sur base de l'enquête socio-économique réalisée en 2001, 23 % des Belges se disent gênés par le bruit dans leur quartier. Si, globalement, en province de Hainaut, 28,3 % des habitants semblent dérangés par cette nuisance, la situation semble très différente selon les arrondissements. Les populations des arrondissements très urbanisés de Charleroi et de Mons se déclarent plus gênés par le bruit (respectivement 34,2 % de la population et 30,3 %) alors qu'on évoque moins ce problème dans l'arrondissement plus rural de Ath (18,6 %).

**Figure VII.7. :** Pourcentage de personnes considérant le trafic routier, ferré ou aérien comme une nuisance sonore dans leur quartier, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2000, 2002

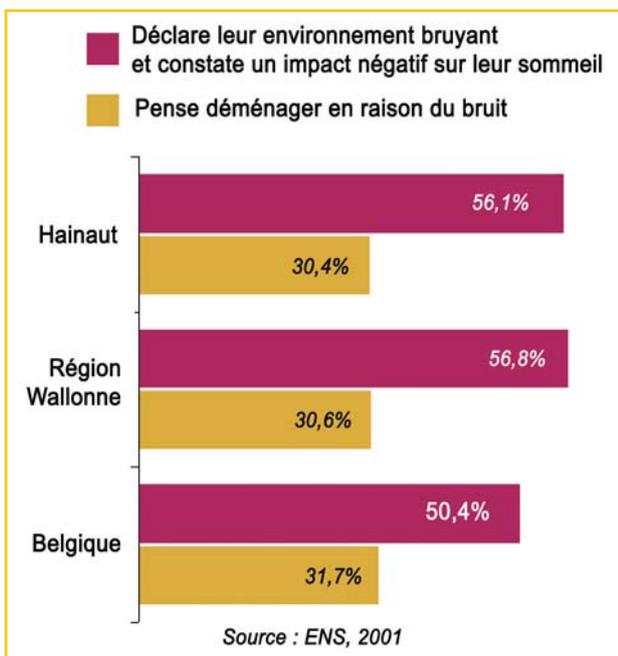


► Au cours de l'enquête bisannuelle de population concernant la sécurité des citoyens<sup>(20)</sup>, 12,07 % des personnes interrogées en Hainaut et 9,4 % en Belgique considéraient en 2002 le trafic routier, ferré ou aérien comme une réelle nuisance sonore dans leur quartier.

Les effets du bruit sur la perturbation du sommeil se manifestent à court terme et se traduisent par une difficulté d'endormissement, des éveils au cours de la nuit et des troubles du sommeil. A plus long terme, ces troubles peuvent nuire à l'efficacité au travail, à l'apprentissage (surtout durant l'enfance), à la capacité de conduire, etc.

La gêne rapportée par les personnes interrogées au cours d'enquêtes épidémiologiques ou de santé peut dépendre de la sensibilité individuelle au bruit et l'âge ainsi que de facteurs socio-économiques (des individus moyennement exposés se déclarent parfois plus gênés que d'autres très exposés).

**Figure VII.8. :** Pourcentage de personnes déclarant leur environnement bruyant et constatant un impact négatif sur leur sommeil et pourcentage de personnes pensant déménager en raison du bruit, Belgique - Région wallonne - Hainaut, 2001



► En 2001, plus de 56 % des ménages hainuyers ayant déclaré leur environnement bruyant au cours de l'Enquête Nationale de Santé ressentait des effets néfastes sur le sommeil. Les répondants du Hainaut étaient même 30,4 % (31,7 % en Belgique) à penser déménager en raison de leur environnement bruyant.

Selon certaines études conduites en Angleterre, en France par l'Observatoire d'épidémiologie psychiatrique et autour de l'aéroport de Copenhague au Danemark, le pourcentage de personnes admises dans un service psychiatrique augmente parallèlement à l'exposition au bruit (Tarnopolsky A., 1980).

Au cours de l'Enquête Nationale de Santé 2001, 12 % des ménages belges et 7,5 % des ménages hainuyers gênés par le bruit déclarent prendre des médicaments suite aux nuisances sonores (somnifères, anxiolytiques...).

En Hainaut, l'Enquête Nationale de Santé dévoile que 6,4 % des personnes interrogées et se disant gênées par le bruit ressentent des problèmes d'ouïe. Ce chiffre est de 6,2 % pour toute la Belgique.

(20) Moniteurs de la Sécurité - Police Fédérale 2000 et 2002

L'exposition au bruit semble être la cause majeure des pertes auditives chez les jeunes de moins de 25 ans (pour 39 % elles seraient dues à l'exposition régulière en discothèque et concerts et pour 17 % à l'utilisation de baladeurs plus d'une heure par jour) (AFSSE, 2004). En règle générale, l'intensité sonore d'une musique populaire délivrée par des écouteurs fournis avec l'appareil, va de 86 à 102 db. La limite nocive est atteinte en une minute à 114 db, en deux minutes à 102 db et en sept heures à 86 db. Une durée plus longue suffit à causer une perte auditive immédiate, grave et permanente<sup>(21)</sup>.

### ■ 3. La prise en charge des problèmes environnementaux en Hainaut : suivi des normes

Une liste d'acteurs en matière d'environnement et santé ainsi que quelques actions locales en cours sont présentées après les références bibliographiques.

Dans le cadre du suivi des normes, le Tableau de bord de l'environnement wallon présente des indicateurs qui permettent de visualiser l'état de l'environnement wallon et l'importance des principaux facteurs et secteurs qui l'influencent.

Les mesures de concentration de polluants dans l'air (ozone, particules, métaux, NO<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>...) sont prises en continu grâce à un réseau de surveillance mis en place dans le cadre du programme CELINE. L'Institut Scientifique de Service Public (ISSEP) a placé de nombreux analyseurs en continu sur le territoire wallon.

Au niveau de la qualité des eaux souterraines, la Région wallonne adoptera d'ici 2006 son réseau de surveillance car les données qui lui sont fournies actuellement le sont par les distributeurs d'eau qui utilisent prioritairement les captages les moins pollués. Les pollutions détectées sont généralement dues à l'utilisation massive de pesticides, de rejets d'effluents domestiques et/ou d'applications de grandes quantités d'engrais azotés.

Les eaux de surface font en général l'objet de suivi périodique et des prises d'eau ponctuelles sont régulièrement analysées afin d'évaluer l'amélioration ou non de leur qualité.

Les eaux de baignade sont systématiquement contrôlées en période estivale.

L'IPHB dispose d'un laboratoire d'analyse agréé toutes catégories par le ministère de la Région wallonne en matière de protection des eaux de surface et des eaux potabilisables.

Au niveau des sols et sites pollués, le Parlement wallon a voté en 2004 un décret "Sols" dont l'objectif est d'accélérer la réhabilitation des friches industrielles prioritaires. Ce décret définit des critères dépendant du caractère historique ou non de la pollution, du fait que les concentrations en polluants dépassent certaines valeurs (valeur seuil, valeur d'intervention) et des risques pour la santé humaine. Comme laboratoire agréé, l'IPHB est amené régulièrement à réaliser des analyses de sols.

Au niveau des nuisances engendrées par le bruit, la Région wallonne a localisé les principales sources, première étape du processus de cartographie du bruit décidée par l'arrêté du 13 mai 2004 relatif à l'évaluation et la gestion du bruit dans l'environnement (Tableau de bord de l'environnement wallon, 2004).

(21) Quelques niveaux sonores en décibels :

- ▶ avion de ligne : selon le type d'avion et à 300 m de son lieu de décollage/atterrissage : de 80 à 130 db
- ▶ orchestre pop rock, passage d'un train, marteau-piqueur : 110 db
- ▶ trafic routier intense, radio très forte, cyclomoteur "trafiqué" : 100 db
- ▶ circulation avec passage de poids lourds : 90 à 95 db

## 4. Références bibliographiques

- Agence européenne pour l'environnement. **L'environnement en Europe: troisième évaluation**. Copenhague ; 2003.
- Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire. Disponible sur : <http://www.fanc.fgov.be>
- Agence Fédérale sur la Sécurité de la Chaîne Alimentaire. Disponible sur : <http://www.favv-afsc.fgov.be>
- Agence française de sécurité sanitaire environnementale. **Impacts sanitaires du bruit - Etat des lieux - Indicateurs bruit-santé**. Tomes 1 et 2. Paris : Maisons-Alfort ; 2004.
- Bard D ; Société Française de Santé Publique. **Exposition au radon dans les habitations : évaluation et gestion du risque**. Paris ; 2000.
- Bartsch H, De Raeve P, De Vuyst P, Dumortier L, Hens D, Lison B et al. **Les risques sanitaires posés par l'amiante - Pour une gestion rationnelle du risque**. Document de consensus. 1998.
- Bornehag C, Blomquist G, Gyntelberg F. **Dampness in buildings and health**. Indoor Air 2001, 11 (2) : 72-86.
- Bossuyt N, Van Oyen H, INS. **Espérance de vie en bonne santé selon le statut socio-économique en Belgique**. Etude statistique No 108, 1-81. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique ; 2001.
- Cadaccionix. **Tabagisme maternel et hypotrophie**. Entretiens de Bichat, Thérapeutique, Expansion scientifique française 1997: 214-215.
- Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC). **Réseau Eco-consommation en Région Wallonne** ; 2004.
- Charlet JM. **Radioactivité naturelle : le cas du radon dans les habitations de la province de Hainaut**. Santé et Environnement ; 23-24 nov 1999 ; Mons ; Belgique.
- Charpin D. **L'air et la santé**. Paris : Flammarion ; 2004.
- Coenraeds PJ, Olie K, Tag NJ. **Blood lipid concentrations of dioxins and dibenzofurans causing chloracne**. Br. J. Dermatol. 1999 ; 141 : 694-7.
- Cohen-Klonoff HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES., Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, Wiley KJ. **The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant syndrome**. Jama 1995 ; 273 : 795-798.
- Darby S, Hill D, Auvinen A, Baysson H, Bochicchio F, Deo H et al. **Radon in homes and risk of lung cancer : collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies**. BMJ 2005; 330:223-227.
- Desqueyroux H, Pujat JC, Prosper M, Squinazi F, Momas I. **Short-term effects of low-level air pollution on respiratory health of adults suffering from moderate to severe asthma**, Environ. Res 2002 ; 89(1) : 29-37.
- Direction Générale des Ressources Naturelles et de l'Environnement (DGRNE). Disponible sur : <http://mrw.wallonie.be/dgrne/eew/>
- Espace Environnement. Disponible sur : <http://www.espace-environnement.be/> et <http://www.ecoconso.be/page.php?ID=209>
- Faculté de Médecine de l'UCL. **Les risques sanitaires posés par l'amiante - Pour une gestion rationnelle du risque**. Document de consensus, 1998.
- Faculté Polytechnique de Mons. Service de Géologie fondamentale et appliquée. **Le radon dans les habitations - aspects géologiques du risque**. Mons ; 1991.
- Fierens S, Mairesse H, Bernard A, UCL, Unité de Toxicologie Industrielle et de Médecine du Travail. **Evaluation de l'exposition environnementale aux dioxines et polluants associés en Région wallonne**. Rapport. 2002 : 1-84. Bruxelles : Fierens.
- Gérin M, Gosselin P, Cordier S, Viau C, Quénel P, Dewailly E. **Environnement et santé publique - Fondements et pratiques**. Paris-Montréal : Lavoisier Tec & Doc ; 2003.
- Gisle L, Buziarsist J, Van der Heyden J, Demarest S, Miermans PJ, Sartor F et al. **Enquête de santé par interview, Belgique, 2001**. Rapport D/2002/2505. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ; 2003.
- Glorennec P, Quénel P. **Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine**. Guide méthodologique. Paris : Institut de Veille Sanitaire ; 1999.
- Hammond EC, Selikoff IJ, Seidman H. **Asbestos exposure, cigarette smoking and death rates**. In: Selikoff IJ, Hammond EC (Editors). Health Hazards of Asbestos Exposure. Annals of the New York Academy of Sciences 1979 ; 330.

- Health and Environnement Care Technical Organization (HECTOR). Disponible sur : <http://www.hector-asbl.be/>
- Host S, Lefranc A, Camard J-P, Chardon B, Gremy I. **Pollution de l'air intérieur. État des connaissances concernant les effets sanitaires et faisabilité d'une étude épidémiologique en Île-de-France**, ORS d'Île-de-France 2005. Disponible sur : [http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapport\\_pollairint.pdf](http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/rapport_pollairint.pdf)
- INSERM. **Dioxines dans l'environnement - Quels risques pour la santé ?** Paris : INSERM ; 2000 : 319-367.
- Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) France. Disponible sur : [http://www.inrs.fr/htm/amiante\\_1\\_essentiel.html](http://www.inrs.fr/htm/amiante_1_essentiel.html)
- Institut Provincial d'Hygiène et de Bactériologie du Hainaut (IPHB). Le Laboratoire d'Etudes et de Prévention des Pollutions Intérieures. Disponible sur : <http://www.hainaut.be>
- Institut Scientifique de Service Public (ISSeP). Disponible sur : [http : //environnement.wallonie.be/data/air/dioxines](http://environnement.wallonie.be/data/air/dioxines)
- Institut supérieur de recherche appliquée pour les industries nucléaires (ISRAIN). **Le radon en Hainaut**. Bruxelles : ISRAIN ; 1997.
- Inter-Environnement Wallonie. Disponible sur : <http://www.sante-environnement.be/> et <http://www.iewonline.be/>
- International Institute for Applied Systems Analysis ; Clean Air for Europe (CAFE programme). **Baseline Scenarios for the Clean Air for Europe (CAFE) Programme. Report**. European Commission ; 2005.
- Kahn A, Groswasser J. **Prenatal exposure to cigarettes in infants with obstructive sleep apneas**. Pediatrics 1994; 93(5): 778-783.
- Kuske M, Nicolas J. **Les pollutions dans l'air à l'intérieur des bâtiments - Diagnostic - Incidences sur la santé**. Arlon : Fondation Universitaire luxembourgeoise ; 2005 : 1-125.
- Lauwerys R. **Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles**. 4<sup>e</sup> ed. Paris : Masson ; 1982.
- Le radon et votre santé. Disponible sur : [http://www.sckcen.be/sckcen\\_fr/activities/research/radiationprotection/radon/radon\\_brochure/Radon\\_brochure\\_fr.pdf](http://www.sckcen.be/sckcen_fr/activities/research/radiationprotection/radon/radon_brochure/Radon_brochure_fr.pdf)
- Ministère de la Région Wallonne ; Direction générale des Ressources naturelles et de l'Environnement. **Tableau de bord de l'environnement wallon 2004 - Rapport sur l'état de l'environnement wallon** D/2004/5322/56 : 1-160. Jambes : Ministère de la Région Wallonne ; 2005.
- Moins d'ozone, plus d'air. Disponible sur : <http://www.environment.fgov.be/Root/tasks/atmosphere/atmopol/Pub/BroFR.pdf>
- Murray AB, Morrison BJ. **It is children with atopic dermatitis who develop asthma more frequently if the mother smokes**. J. Allergy Clin. Immunol. 1990; 86: 732-739.
- National Environment and Health Action Plan (NEHAP). Disponible sur : <http://www.health.fgov.be/biblio/vesal/fr/nehap.htm>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **La pollution atmosphérique par les particules en suspension : ses effets nuisibles sur la santé**. Aide-mémoire Euro/04/05. 2005.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Noise and Health**. Collectivités locales, Environnement et Santé (OMS) [36], 2000.
- Peto J, Decarli A, La Vecchia C, Levi F, Negri E. **The European mesothelioma epidemic**. Br. J. Cancer 1999 ; 79(3-4): 666-672.
- Plate-forme scientifique Environnement - Santé (PENSa). Institut Scientifique de Service public (ISSeP) Disponible sur : <http://www.issep.be/>
- Police de l'environnement. SOS Pollutions et le service de garde. Disponible sur : <http://environnement.wallonie.be>
- Pope AC, Burnett R, Thun M, Calle E, Krewski D, Ito K, Thurston G. **Lung Cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution**. Journal of the American Medical Association 2002; 287 : 1132-1141.
- Programmes des Nations-Unies pour le Développement (PNUD). **Rapport sur le développement humain**. 1999.
- Puddu M, Tafforeau J, CROSP. **L'Asthme et la Pollution de l'air - Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique**. Rapport No 2003-012. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique ; 2003 ; 1-162. IPH/EPI reports, 1-163.

- Kuske M, Nicolas J. **Les pollutions dans l'air intérieur des bâtiments - Diagnostic- Incidences sur la santé.** Département Prévention-Santé de la province de Luxembourg ; 2001 ; 1-126.
- Région wallonne : sites Seveso. Disponible sur : <http://environnement.wallonie.be/eeew2000/>
- Repace J. **Respirable Particles and Carcinogens in the Air of Delaware Hospitality Venues Before and After a Smoking Ban.** Journal of Occupational & Environmental Medicine 2004; 46: 887-90.
- Seta N, Arfi C ; Momas I. **Exposition de la population générale aux dioxines, contaminants ubiquitaires,** Rev. Epidémiol. et Santé Publique 2000 ; 48 : 281-293.
- Société Française de Santé Publique. **Exposition au radon dans les habitations : Evaluation et gestion du risque.** No 8. Paris : SFSP Coll. Santé et Société ; 2000.
- Struzzo P, Wahn U ; Organisation Mondiale de la Santé (OMS). **Asthme, allergies respiratoires et environnement.** Collectivités locales, environnement et santé (OMS) [22], 1-28. 1998.
- Tamburlini G, Von Eherenstern OS, Bertollini R. **Children's health and environment : a review of evidence, AEE,** Environmental issue report 2002 ; 29 : 44-57. Agence européenne pour l'environnement, Copenhague. Disponible sur : [http://www.euro.who.int/childhealthenv/Publications/20020725\\_4](http://www.euro.who.int/childhealthenv/Publications/20020725_4)
- Tarnopolsky A, Watkins G, Hand D. **Aircraft noise and mental health, I : prevalence of individual symptoms.** Psychological Medicine 1980; 110(4): 683-698.
- Tricot M ; Ministère de la Région Wallonne. **Atlas de l'Air de la Wallonie.** 2° ed. Jambes: Ministère de la Région Wallonne ; 2002.
- Valent F. **Burden of disease attributable to selected environmental factors and injury among children and adolescents in Europe.** The Lancet 2004 ; 363 : 2032-2039.
- Viegi G, Simoni M, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L, Annesi-Maesano I. **Indoor air pollution and airway disease.** International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2004 ; 8(12) : 1401-1415.
- Zanobetti A, Schwartz J. **Multi-city survival analysis in susceptible populations.** American Thoracic Society ; 22 mai 2006 ; San Diego, Etats-Unis.





- Une information sanitaire
  - Des programmes
    - Des outils
  - Des partenaires



## Observatoire de la Santé du Hainaut

Institut Provincial de Promotion de la Santé  
rue Saint-Antoine 1 - 7021 HAVRÉ - BELGIQUE

Tél. : + 32 (0)65 87 96 00

Fax : + 32 (0)65 87 96 79

E-mail : [observatoire.sante@hainaut.be](mailto:observatoire.sante@hainaut.be)

Web : <http://observatoiresante.hainaut.be>