

ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'ARRONDISSEMENT DE CHARLEROI

Rapport Final

Travail réalisé par les Drs Florence Parent et Yves Coppieters, médecins de santé publique

Octobre 2003

TABLE DES MATIÈRES

Partie I. Introduction	4
Partie II. Cadre conceptuel	4
A propos de la présentation des résultats	15
Partie III. Diagnostic épidémiologique et social	16
1. La natalité	17
2. La mortalité	17
3. Etat de santé subjectif	19
4. Etat de santé objectif : problèmes de santé prioritaires en promotion de la santé 4.1. La santé mentale	23
4.7. Infection par le VIH/SIDA	23 24
5. Ressources économiques	26
6. Emploi	27
7. Chômage	27
8. Minimexés	28
9. Autres indicateurs socio-économiques	29
10. Sécurité	30
Partie IV. Diagnostic socio-démographique	32
1. Population d'étude	33
2. Migrations de la population	43
3. Les personnes jeunes et les personnes âgées	45
4. Les ménages	46
5. Les personnes étrangères	48
Partie V. Diagnostic comportemental	50
1. Comportements, habitudes de vie et facteurs de risque Sport et sédentarité Alimentation Tabagisme, consommation d'alcool et assuétudes Vaccination	51 53 53
2. Utilisation des services et organisation des soins	
3. Consommation de médicaments	59
4. Emploi	61
Partie VI. Diagnostic environnemental	62
1. Environnement	— 62

2. Education et enseignement	65
3. Logement	69
4. Culte	71
5. Sport, culture et loisirs	72
Partie VII. Diagnostic éducationnel	73
1. Facteurs prédisposants	73
2. Facteurs rendant capables	74
3. Facteurs renforçants Contacts sociaux et solidarité	75 75
Partie VII. Diagnostic institutionnel	
Partie VIII. Discussion	80
Partie IX. En conclusion	83
Bibliographie	83

PARTIE I. INTRODUCTION

Le présent travail fait suite au diagnostic de situation élaboré par focus groupes auprès d'habitants de l'Arrondissement de Charleroi. L'objectif de ce rapport est de compléter les résultats dégagés par cette approche qualitative, en la complétant par des données épidémiologiques¹ de sources diverses et ceci afin de posséder assez d'éléments pour sensibiliser la population aux problèmes prioritaires et renforcer la démarche vers l'identification d'actions à mettre en place.

Une méthode participative est fondamentale pour élaborer un diagnostic socio sanitaire d'une région et favoriser ainsi l'implication active et responsable des hommes et des femmes ainsi que des intervenants locaux. Le recours à des techniques de communication et d'animation orientées sur les groupements valorise les dynamiques communautaires. La participation signifie également que la population est partie prenante dans la collecte et l'analyse des données, l'identification des problèmes prioritaires et des actions à entreprendre. De plus, les acteurs du diagnostic participatif ne sont pas constitués seulement de travailleurs socio sanitaires ou de professionnels de la santé mais également de représentants de la population, toutes classes confondues.

Cette démarche de concertation entre acteurs de la société civile peut permettre de mieux prendre en compte par exemple l'accès aux soins, les réponses de proximité qui existent, la prise en compte des souffrances psychiques, l'amélioration globale du bien-être de la population, le développement de réseaux sociaux, ...

Cette quantification des problèmes et priorités identifiées par les groupes de travail, doit ensuite permettre de donner des arguments supplémentaires pour atteindre un consensus sur les priorités à dégager. En effet, la synthèse des approches qualitative et quantitative doit permettre une sensibilisation des promoteurs de la santé de tous les horizons qui doivent servir de relais avec la population pour tirer des conclusions utiles à la planification de stratégies d'action en promotion de la santé dans l'arrondissement de Charleroi.

PARTIE II. CADRE CONCEPTUEL

Méthodologiquement, la première partie du travail a manqué d'une capacité d'analyse et de structuration des informations récoltées. C'est ainsi que l'on se retrouve avec une quantité d'information :

- uniquement qualitative
- souvent trop générale ou trop spécifique
- qui "part dans tous les sens"

• non structurée, on trouve des informations sous forme de déterminants, comportements, indicateurs, problèmes, objectifs...

Cependant il est intéressant de noter la volonté de partir des problèmes ressentis et donc de la demande. Il est également intéressant de constater la volonté de faire corréler la demande avec les besoins par un travail de validation du diagnostic épidémiologique et social, ce qui est le principal objectif de ce travail.

-

¹ On considère l'utilisation des vocables: "variables", "indicateurs", "éléments", "données" et "informations" comme des quasi synonymes dans le cadre spécifique de l'écriture de ce rapport.

A partir de ce constat méthodologique, l'utilisation dans ce travail du modèle PRECEDE PROCEED de Green est principalement envisagée dans sa phase PRECEDE afin d'organiser et de structurer conceptuellement les données. Cette démarche est faite afin de faciliter le travail de validation actuel mais surtout afin de favoriser une démarche opérationnelle par la suite.

Le développement de la phase PROCEED devrait s'envisager lorsque la problématique et les publics cibles pour l'action auront été défini de manière plus définitive. On peut sans doute déjà considérer que la clarification de la problématique et des publics cibles est déjà une étape stratégique et donc de synthèse opérationnelle. Ces étapes doivent encore se dérouler lors des prochaines rencontres avec les focus groupes et après la restitution de ce travail, restitution qui doit servir de base pour une synthèse plus opérationnelle.

Différents modèles pour une approche systémique existent. L'approche choisie pour présenter le cadre des analyses effectuées et présentées dans ce travail est le modèle PRECEDE PROCEED de Green. Il s'agit d'un modèle de planification basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales, de l'éducation et de l'administration en santé. De manière extrêmement résumée, les principes fondamentaux qui sont à l'origine de la construction de cette approche proviennent de la nature multifactorielle de toute problématique. A partir de là, les efforts entrepris afin d'agir sur les comportements, l'environnement et les facteurs sociaux doivent nécessairement être multidimensionnels et multisectoriels.

L'acronyme PRECEDE signifie "Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environment Diagnosis and Evaluation" c'est à dire "les facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce diagnostic. L'acronyme PROCEED signifie quant à lui "Policy, Regulatory and Organizational Contructs in Educational and Environmental Development" c'est à dire "Politiques, réglementations et organisations dans le développement éducationnel et environnemental". Le modèle PRECEDE - PROCEED met l'accent sur la planification des interventions en dirigeant l'attention vers les résultats escomptés définis à partir des diagnostics épidémiologiques, social, comportemental, environnemental, éducationnel, organisationnel, administratif et politique d'une situation socio sanitaire et/ou éducative.

Un des intérêts majeurs du modèle de Green est sa capacité intrinsèque à s'adapter à des contenus (problématiques) différents mais aussi à des formes (processus d'utilisation) différentes. C'est ainsi que qu'il a été jugé pertinent d'utiliser ce cadre conceptuel pour ce travail de recherche afin de :

- montrer la cohérence de l'ensemble des études / analyses entreprises ;
- assurer une lecture globale et une vision cohérente des phénomènes ;
- clarifier les limites de l'étude.

Le modèle parvient à répondre à ces objectifs car il s'organise de la manière suivante :

- Le diagnostic social: il existe une interaction étroite entre la qualité de vie et les problèmes de santé. Les problèmes sociaux d'une communauté sont de bons indicateurs de la qualité de vie de cette communauté. Ces indicateurs doivent intégrer deux dimensions, l'une quantifiable (emploi, chômage, absentéisme, niveau d'éducation, densité de population, taux de criminalité, pratiques ségrégationnistes, logement, services sociaux, ...) et l'autre pouvant être évaluée de manière qualitative (réponses de la population aux questions concernant les obstacles à l'amélioration de la qualité de la vie).
- Le diagnostic épidémiologique : cette étape repose sur l'identification des problèmes de santé spécifiques. Les données épidémiologiques telles que l'incidence, la prévalence et la distribution d'un problème de santé, associées aux informations provenant de

- publications scientifiques, des activités de la communauté, etc. pourront aider à une meilleure définition des priorités d'actions.
- Le diagnostic comportemental/environnemental : il s'agit ici d'étudier les relations entre les comportements et les problèmes de santé, en vue de dégager la causalité multifactorielle de situations à problèmes. En complémentarité, certains facteurs liés à l'environnement (naturel et humain) doivent être appréhendés.
- Le diagnostic éducationnel : cette étape consiste à distinguer les comportements selon les causes, les facteurs "déterminants". Green classe ces facteurs en trois catégories : les facteurs "prédisposants" (connaissances, attitudes, valeurs, perceptions, croyances, représentations...), les facteurs "facilitants" (aptitudes personnelles ou communautaires), et les facteurs "renforçants" (feedback ou "rétroaction" que la personne reçoit des autres quant au comportement adopté, avec effet d'encouragement ou de découragement).
- Le diagnostic administratif politique : il consiste en l'analyse de données du contexte administratif, institutionnel, réglementaire, organisationnel et politique qui influencent la mise en place d'un programme de promotion de la santé.

L'intérêt de ce type de modèle global réside dans le fait de procéder de façon systématique et rigoureuse à une analyse détaillée des facteurs en relation à chaque niveau de diagnostic. Ce modèle a de plus une grande «souplesse » : on peut y ajouter différentes composantes, différents sous modèles sans remettre en question la pertinence de la démarche. En contre partie, le modèle offre un intérêt «d'obligation » pour les professionnels de santé d'identifier de façon exhaustive les facteurs qui interviennent dans l'occurrence du problème étudié. Enfin ce modèle, permettant de dresser un diagnostic précis et détaillé, va faciliter le développement des procédures d'évaluation en adéquation avec les objectifs visés et les facteurs réellement ciblés. C'est ainsi qu'une analyse de situation très complète et informée va renforcer la capacité de planification des actions.

Tableau 1. DIAGNOSTIC EPIDEMIOLOGIQUE ET SOCIAL

<u>Problème prioritaire</u>: Qualité de vie insuffisante: "les éléments de la qualité de vie ne doivent pas être achetés"

<u>Finalité</u>: La qualité de vie des habitants de l'arrondissement de Charleroi est améliorée dans ses dimensions sociale, sanitaire, économique, environnementale, éducationnelle, ...

<u>Objectif général</u>: Améliorer la qualité de vie des habitants de l'arrondissement de Charleroi

Objectifs spécifiques :

- Améliorer la sécurité
- Améliorer l'environnement
- Améliorer l'éducation l'enseignement
- Améliorer l'environnement socio-économique
- Améliorer l'environnement social (solidarité, culture, culte, ...)
- Améliorer les institutions / législations
- Améliorer la santé
 - L'organisation des services
 - La qualité des soins
 - Les ressources
 - L'accessibilité financière
 - La santé mentale et physique

Indicateurs:

- Environnementaux, économiques et socio démographiques, par exemple :
 - Taux de chômage
 - Précarité de l'emploi

- Personnes sans logement
- Taux de surendettement

Sanitaires :

- Couverture géographique
- Mortalité
- Morbidité
- Indicateurs de processus (taux de couverture, qualité des soins, ...)

Tableau 2. DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL²

1. Population

- Prendre le temps : rythme de vie en respect de nos possibilités au long terme
- Etre en harmonie avec soi et ce qui nous entoure, avoir de bonnes relations avec les autres, ne pas être isolé
- Se sentir bien dans "sa peau", ne pas être confronté à trop de problèmes
- Valorisation des petits métiers et soutien aux anciens
- Bénévolat
- Respect des espaces, propreté publique
- Profiter des voyages, d'activités sportives, de la compagnie d'animaux
- Manger sainement à des prix réduits
- Profiter de l'expérience des personnes âgées
- Développer le co-voiturage (ce qui améliorerait les relations interpersonnelles)
- Désœuvrement
- Sentiment d'insécurité

2. Personnel de santé

- Manque de qualité dans l'offre des soins
- Renouvellement des ordonnances pour traitements continus

3. Enseignants – élèves – éducateurs – directions d'écoles

- Sont à l'écoute des enfants
- Posent des limites et les font respecter

4. Policiers

- Manque d'un comportement répressif
- Augmenter la répression
- Augmenter la solidarité
- Favoriser les contacts humains

5. Travailleurs - employeurs

- Comportements de type performance
- Qualité de vie à la demande de rentabilité, contraintes d'efficacité trop importante
- Profiter du fruit de son travail

6. Adultes / parents

- Etre à l'écoute des enfants : "l'avenir ce sont les petits"

7. Jeunes

8. Enfants

9. Etrangers

10. Familles

Vie familiale

11. Personnes âgées

- S'organiser pour sortir en groupe en relation avec la sécurité

12. Personnes handicapées

Accessibilité à l'espace public

13. Associations

² Tous ces groupes ne sont ni exhaustifs ni exclusifs

14. Administrations (communales, arrondissement, ...)

15. Décideurs politiques locaux (communes, provinces, régions)

- Le politique doit associer environnement, santé et logement
- Ils doivent avoir une qualification, des compétences en lien avec les dossiers qui leur sont confiés

16. "Sans emplois" et bénéficiaires du CPAS

- Ont accès aux soins de santé, à des logements décents et à des indemnités

17. Personnes des cultes

- Ont accès à des lieux de cultes dans les hôpitaux, maisons de repos, ...
- 18. Artistes (centres culturels)

19. Propriétaires – locataires

- Régler les problèmes de voisinage dans une logique solidaire plutôt que répressive
- 20. Banquiers
- 21. Petit délinquants
- 22. Educateurs de rue
- 23. Prisonniers

Tableau 3. DIAGNOSTIC NON COMPORTEMENTAL / ENVIRONEMENTAL

- Pollution:
- De l'air des sols d'origine industrielle
- Nuisances acoustiques
- Manque de co-voiturage
- Droit aux soins de santé :
- Accessibilité géographique et financière aux soins de santé : budget santé, prix des médicaments
- Offre de qualité des services de santé (environnement technologique, couverture en professionnels de santé)
- Logements :
- Capacité quantitative et qualitative des logements
- Accessibilité financière au loyer
- Confort des logements / salubrité des logements : eau, SDB, électricité, ...)
- Eviter de créer des ghettos au niveau de la qualité des logements
- Accessibilité culturelle en terme de temporalité, d'espace, de coût et de niveau d'intelligence et d'instruction
- Infrastructures publiques :
- Aménagement des espaces pour les personnes handicapées : ex. bordures, marches, toilettes, ...
- Espaces verts à multiplier, aires de repos
- Maintenance des luminaires publics
- Equipement et nombre des policiers de quartier
- Accessibilité financière à des activités de loisirs
- Education pour la santé en faveur d'aliments sains et pas chers Respecter les régimes alimentaires particuliers à l'école, à l'hôpital
- Environnement scolaire :
- Ecoles de devoirs Ecoles des parents
- Proportions d'élèves par classes ; élèves par éducateur ; médiateurs ; professeurs ; animateurs)
- Créer des lieux de culte (pour la prière) dans les hôpitaux, les homes, les prisons, ...
- Environnement médiatique : émissions télévisées éducatives programmées plus tôt

Tableau 4. DIAGNOSTIC EDUCATIONNEL

1. Facteurs prédisposants :

- Avoir un hobby / une passion (indicateurs : nombre de manifestations culturelles, projets, ...)
- Avoir une bonne santé mentale et physique
- Importance accordée à l'éducation et à l'enseignement dans l'arrondissement
- Sentiment d'insécurité ("se sentir en danger")
- Estime de soi ("se sentir bien dans sa peau")
- Connaissances des aliments sains et pas chers
- Attitudes :
- Tolérance
- Symbiose avec l'environnement
- Surendettement crédits faciles
- Perception de son travail : "un bon travail "
- Formation des polices de quartiers
- Formations spécifiques d'experts médicaux sur l'agression sexuelle et les soutiens post traumatiques
- Proposer un accompagnement respectant la culture / la langue / la religion en prison

2. Facteurs rendant capables

- Avoir le droit d'expression (vers la politique aussi) orale ou écrite (indicateur : place et représentativité du milieu associatif)
- Capacité individuelle de financer les soins de santé
- Le droit d'exister, la vie
- Accessibilité individuelle culturelle en terme de niveau d'intelligence et d'instruction
- Capacité de communiquer
- Capacité d'écoute des adultes vers les enfants
- Amélioration de la formation des enseignants, notamment au niveau de la gestion de la discipline (formation continue des enseignants)
- Permettre socio économiquement aux parents d'éduquer leurs enfants à la maison
- Ecoles de consommateurs (développer un esprit critique des consommateurs)
- Cours / formations à la gestion de son budget ménager
- Développer les réseaux d'échanges de savoir-faire entre différentes cultures et organiser des réunions multiculturelles

3. Facteurs renforcants

- Le droit d'exister, la vie : capacité de se mettre en projet par rapport aux autres
- Relations de qualité avec les autres : réseaux associatifs, politique, soins à domicile, degré de solitude ou isolement de la population (mécanismes existants pour éviter l'isolement)
- Mouvements associatifs : s'entraider
- Culture : entretenir des relations
- Solidarité à mettre en réseau
- Vie de guartier, voisinage, animations des jeunes
- Communiquer : groupes de paroles, réseaux d'informations adaptés aux différents publics cibles, soutien des maisons de quartiers
- Jouer, convivialité
- Améliorer l'information dans les communes par une mise en réseau de ce qui existe déjà
- Développer les réseaux d'échanges de savoirs-faire entre différentes cultures et organiser des réunions multiculturelles

Tableau 5. DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL

Emploi

- Valorisation des petits métiers et soutien aux anciens

Santé

- Législation : nombre d'ordonnances en fonction du nombre de consultation entraîne un problème de renouvellement des ordonnances
- Remboursement des médicaments achetés à l'étranger et revoir la durée permise de convalescence à l'étranger
- Généraliser un régime de type préférentiel pour les sans-emploi et les bénéficiaires du CPAS afin d'améliorer l'accès aux soins de santé
- Allocation d'une prime de risques pour des riverains voisins de source de pollutions reconnues

CPAS

 Certaines règles du CPAS sont "antisociales" – Modification de certaines règles discriminatoires du CPAS, au point de vue des indemnités. Allocations/prise en compte de revenus versus les aides complémentaires octroyées

Enseignement

- Revalorisation de l'enseignement et dégager plus de moyens
- Programmes de cours : cours d'éducation civique et de philosophie ; revenir à l'essentiel (orthographe et lecture)
- Politique de l'enseignement : cohérence au niveau des politiques de l'enseignement et continuité de projets
- Utilisation de livres scolaires plutôt que de photocopies
- Education civique pour les adultes Eduquer les enfants et les citoyens en général au respect de l'environnement, à la propreté, aux règles de circulation ("coins "environnement" dans les écoles")
- Adéquation et complémentarité dynamique entre "enseignement" et "éducation civique"
- Subvention pour des activités extrascolaires complémentaires à l'éducation (promenades dans les quartiers, avoir un regard différent)
- Créer des formations pour les jeunes "sans diplôme" en fin de scolarité obligatoire au lieu de proposer les indemnités de chômage

Sport

- Promotion des activités sportives
- Améliorer l'accessibilité aux activités sportives et culturelles (accessibilité financière)

Culture

- Culture décentralisée dans les quartiers (animations, spectacles de quartier)
- Diminuer les dépenses pour certains sports et récupérer les budgets pour la culture

Surendettement

- Suspension durant une période de payement des crédits, voir de son effacement si meilleure gestion prouvée
- Conditions d'octroi des crédits

Logements

- Contrôle plus sévère des occupations effectives des logements au-dessus des commerces, du respect des critères d'accessibilité aux logements sociaux
- Améliorer l'accès à une aide (prime) pour la rénovation de bâtiments, même sous forme directe de matières premières
- Eviter de créer des ghettos au niveau des logements
- Augmenter l'imposition des revenus importants et diminuer celle des faibles revenus
- Supprimer l'article 80 pour libérer les logements fictifs
- Etablir une proportion entre la surface du logement et le loyer

Politique

- Contrôle plus sévère du respect de l'application des revenus pour diminuer la pollution (air, sols, acoustique)
- Etablir des référendums et prendre en compte les résultats
- Mettre en place un système d'élections directes pour les ministres, les bourgmestres et

échevins

- Exiger que le "politique" ait une qualification, des compétences en lien avec les dossiers qui leur sont confiés
- Aménagement du territoire en respect du citoyen

Transports

- Diminuer le prix des transports en commun
- Harmoniser les systèmes de cartes de réduction pour les transports dans l'espace européen

La remise en place sous forme plus systémique de la récolte d'information initiale donne cette vision d'ensemble de tous les acteurs en interrelation et devrait mieux permettre de définir de façon stratégique les publics cibles sur lesquels on veut agir. Il est important de cibler les problèmes et les groupes d'acteurs en relation et parmi ces derniers, ceux avec lesquels on a les moyens ou la capacité d'agir. Pour des stratégies d'action, les éléments du modèle ne sont pas assez précis pour élaborer des stratégies sur des thématiques précises. Il faudrait alors se référer / élaborer des modèles plus spécifiques.

Le tableau ci-dessous donne une vision d'ensemble des éléments repris lors des approches participatives

	es
	Iroup
	scus groupes
	ır les toc
-	ar le
	s identifies par
•	dentiit
	or se
-	lue des problemes
	0
-	des
	midne
	stem
	n sy
:	entation
•	esen
(Zebr
•	9
	pleau
	9
ŀ	<u>8</u>

Diagnostic Institutionnel	Diagnostic Educationnel	Diagnostic Comportemental et Environnemental	Diagnostic Epidémiologique et Social
Emploi: Valorisation des petits métiers	Facteurs prédisposants	Comportements des acteurs	Problème prioritaire : Qualité de vie
et soutien aux anciens. Santé:	 Avoir un hobby / une passion (indicateurs : nombre 	1. Population: Prendre le temps: rythme de vie en respect	insuffisante : "les éléments de la qualité
Législation : nombre d'ordonnances ;	de manifestations culturelles, projets,)	de nos possibilités au long terme; Etre en harmonie avec	de vie ne doivent pas être achetés"
Remboursement des médicaments	 Avoir une bonne santé mentale et physique 	soi et ce qui nous entoure, avoir de bonnes relations avec	Finalité: La qualité de vie des
achetés à l'étranger ; Généraliser un	 Importance accordée à l'éducation et à 	les autres, ne pas être isolé; Se sentir bien dans "sa peau",	habitants de l'arrondissement de
régime de type préférentiel ; Allocation	l'enseignement dans l'arrondissement	ne pas être confronté à trop de problèmes ; Valorisation des	Charleroi est améliorée dans ses
d'une prime de risques. CPAS:	 Sentiment d'insécurité ("se sentir en danger") 	petits métiers et soutien aux anciens ; Bénévolat ; Respect	dimensions sociales, sanitaire,
Modification de certaines règles	 Estime de soi ("se sentir bien dans sa peau") 	des espaces, propreté publique ; Profiter des voyages,	économique, environnementale,
discriminatoires du CPAS, au point de	 Connaissances des aliments sains et pas chers 	d'activités sportives, de la compagnie d'animaux ; Manger	éducationnelle,
vue des indemnités. Enseignement:	- Attitudes :	sainement à des prix réduits ; Profiter de l'expérience des	Objectif général : Améliorer la qualité
Revalorisation de l'enseignement;	 Tolérance 	personnes âgées ; Développer le co-voiturage (ce qui	de vie des habitants de l'arrondissement
Programmes de cours ; Politique de	 Symbiose avec l'environnement 	améliorerait les relations interpersonnelles) Désœuvrement	de Charleroi
l'enseignement; Utilisation de livres	Surendettement – crédits faciles	Sentiment d'insécurité 2. Personnel de santé : Manque de	Objectifs spécifiques :
scolaires plutôt que de photocopies;	- Perception de son travail : "un bon travail "	qualité dans l'offre des soins ; Renouvellement des	 Améliorer la sécurité
	- Formation des polices de quartiers	ordonnances pour traitements continus 3. Enseignants -	Améliorer l'environnement
général au respect de l'environnement, à	 Formations spécifiques d'experts médicaux sur 	élèves - éducateurs - directions d'écoles : Sont à	Améliorer l'éducation –
la propreté, aux règles de circulation ;	l'agression sexuelle et les soutiens post	l'écoute des enfants ; Posent des limites et les font	l'enseignement
Adéquation et complémentarité	tranmatiques	respecter 4. Policier: Manque d'un comportement répressif	Améliorer l'environnement
dynamique entre "enseignement" et	Proposer un accompagnement respectant la culture / la	; Augmenter la répression ; Augmenter la solidarité ;	socio-économique
"éducation civique" ; Subvention pour des	lanque / la religion en prison	Favoriser les contacts humains 5. Travailleurs /	Améliorer l'environnement
activités extrascolaires ; Créer des	Facteurs rendant capables	employeurs: Comportements de type performance;	social (solidarité, culture, culte
formations pour les jeunes "sans	- Avoir le droit d'expression (vers la politique aussi)	Qualité de vie à la demande de rentabilité, contraintes	Améliorer les institutions /
diplôme". Sport: Promotion des activités	orale ou écrite (indicateur : place et représentativité	d'efficacité trop importante; Profiter du fruit de son travail 6.	léaislations
sportives ; Améliorer l'accessibilité aux		Adultes / Parents : Etre à l'écoute des enfants : "l'avenir ce	Améliorer la santé
activités sportives et culturelles. Culture:	- Capacité individuelle de financer les soins de santé	sont les petits"	- I 'organisation des services
Culture décentralisée dans les quartiers ;	Le droit d'exister, la vie	7. Jeunes 8. Enfants 9. Etrangers 10. Familles : Vie	la disalità des soins
Diminuer les dépenses pour certains		familiale 11. Personnes âgées : S'organiser pour sortir en	- Les ressources
sports. Surendettement: Suspension	niveau d'intelligence et d'instruction	groupe en relation avec la sécurité	L'accessibilité financière
durant une période de payement des	- Capacité de communiquer	12. Personnes handicapées: Accessibilité à l'espace	- Laccessionine managere
crédits ; Conditions d'octroi des crédits	- Capacité d'écoute des adultes vers les enfants	public 13. Associations 14. Administrations	Indicateurs :
Logements: Contrôle plus sévère des	- Amélioration de la formation des enseignants.	(communales, arrondissement,) 15. Décideurs	• Environmementalix
critères d'accessibilité aux logements	notamment au niveau de la gestion de la discipline	politiques locaux (communes, provinces, région) : Le	économiques et socio
sociaux; Améliorer l'accès à une aide	(formation continue des enseignants)	politique doit associer environnement, santé et logement; lls	démographiques par exemple :
pour la rénovation de bâtiments	- Permettre socio économiquement aux parents	doivent avoir une qualification, des compétences en lien	- Taux de chômage
Eviter des créer des ghettos au niveau	d'éduquer leurs enfants à la maison	avec les dossiers qui leur sont confiés	- Précarité de l'emploi
des logements. Politique : Contrôle plus	- Ecoles de consommateurs (développer un esprit	16. "Sans emplois" et bénéficiaires du CPAS : Ont accès	- Personnes sans logement
sévère du respect de l'application des	critique des consommateurs)	aux soins de santé, à des logements décents et à des	- Taux de surendettement
revenus; Etablir des referendums;	 Cours / formations à la gestion de son budget 	indemnités	Sanitaires:
Mettre en place un systeme d'elections	ménager	17. Personnes des cultes : Ont acces a des lieux de cultes	- Couverture géographique
directes; Exiger que le politique alt une	 Développer les réseaux d'échanges de savoir-faire 	dans les nopitaux, maisons de repos,	- Mortalité
en respect du citoven. <i>Transports:</i>	entre différentes cultures et organiser des réunions	19. Propriétaires – locataires : Régler les problèmes de	- Morbidité
Diminuer le prix des transports en	וומווכמומו פוופס	voisinage dans une logique solidaire plutôt que répressive	- Indicateurs de processus (taux
commun; Harmoniser les systèmes de	Factories renforcants	20. Banquiers 21. Petit délinquants 22. Educateurs de	soins,)
cartes de reduction	מכנכמוס למונים	rue 23. Prisonniers	` .

	Environnemental :	Pollution :	De l'air – des sols – d'origine industrielle	Nuisances acoustiques	Manque de co-voiturage	Droit aux soins de santé :	Accessibilité aéographique et financière aux soins de	santá · hudget santá nrix des mádicaments	Office do anolist des services de services	ille de qualite des services de sante (environnement	echnologique, couverture en protessionnels de santé)	Logements :	Sapacité quantitative et qualitative des logements	Accessibilité financière au lover	בינים בינים ווומווסיפים מת וסאפו	Confort des logements / salubrité des logements : eau,	SDB, électricité,)	Eviter de créer des ahettos au niveau de la qualité des			Accessibilite culturelle en terme de temporalite,	d'espace, de cout et de niveau d'intelligence et	d'instruction	Infrastructures publiques :	Aménagement des espaces pour les personnes	incligation of bording march to tollow	nandicapees : ex. pordures, marches, tollettes,	Espaces verts à multiplier, aires de repos	Maintenance des luminaires publics	Equipement et nombre des policiers de quartier	Accessibilité financière à des activités de loisirs	Education pour la santé en faveur d'aliments sains	et pas chers – Respecter les régimes alimentaires	particuliers à l'école, à l'hôpital	Environnement scolaire :	Ecoles de devoirs - Ecoles des parents	Proportions d'élèves par classes : élèves par	édicateur médiateurs professeurs animateurs)	Créar des lieux de culte (nour la prière) dans les	hôpitaux, les homes, les prisons,	Environnement médiatione : émissions télévisées	éducatives programmées plus tôt	-
	Environ	- Po	• De	• N	• Wa	- Dr	• Ac	le o	5	5.	tec	- 70	•			ပိ	SD	•	2	50 <	- AC	g,o	d'i	- Inf	Δ.Δ.Δ.	5 4	בשו	• Es	•	• Ed	- Ac	- Ed	et	Pa	- En	•	Pro	- Po	-	pŷ,	F	édi	
and confidence on the African on the charles of materials of the African of the	projet par rapport aux autres	Relations de qualité avec les autres : réseaux	associatils, politique, soins a dofficile, degre de	Solitude ou isolernent de la population	(mecanismes existants pour eviter i isolement)	Mouvements associatifs : sentraider	Culture : entretenir des relations	 Solidarite a mettre en reseau 	 Vie de quartier, voisinage, animations des jeunes 	 Communiquer : aroupes de paroles, réseaux 	d'informations adantés aux différents nublics	ciblos contion dos maisons do anations	כוטוסט, טסעוופון עסט ווומוטטווט עס קעמונופוט	Jouer, convivialite	 Améliorer l'information dans les communes 	 Développer les réseaux d'échanges de savoir - 	faire																										
						_			_					_	_	_																											

Variables sociodémographiques : âge, sexe, proportion de jeunes, Niveau d'études, groupes marginalisés, nationalité, personnes âgées, migrations, ...

A propos de la présentation des résultats

Le choix d'un cadre conceptuel tel que le modèle PRECEDE PROCEED, tout en permettant une structuration cohérente des variables entre elles, favorise également une présentation "transversale" des résultats. En effet, plutôt que de présenter les résultats en fonction d'un thème spécifique (sport, environnement, médicaments etc.), il s'agit de présenter les résultats en adéquation au cadre conceptuel. Ainsi, dans une approche systémique, on verra un même thème figurer à plusieurs endroits en fonction du niveau opérationnel de diagnostic auguel il appartient.

Les résultats sont présentés en 6 parties correspondantes aux étapes de diagnostics préconisées par le modèle. Il s'agit du :

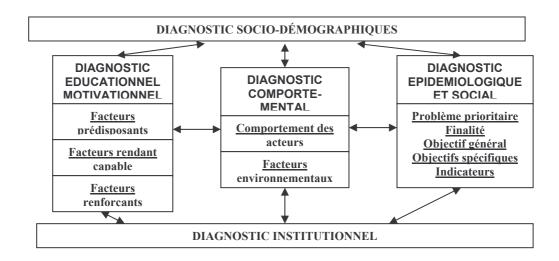
- Diagnostic épidémiologique et social
- Diagnostic sociodémographique
- Diagnostic comportemental
- Diagnostic environnemental
- Diagnostic éducationnel
- Diagnostic institutionnel

Le sport par exemple pourra figurer d'une part dans un chapitre « comportements sportifs » et, d'autre part dans un chapitre « accessibilité environnementale aux activités sportives ». On peut considérer donc qu'il s'agit de favoriser une lecture plus transversale des données plutôt que verticale selon le concept de verticalité en Santé Publique. En cohérence avec ce qui précède, le diagnostic social et épidémiologique précédera la présentation des indicateurs sociodémographiques et ceci malgré le point de vue épidémiologique qui verrait à présenter, en premier lieu, les variables liées à la population étudiée. Il s'agit en effet de considérer d'abord les variables en relation avec les problèmes de santé et de bien être annoncés avant d'en étudier et d'en comprendre les déterminants tels que les variables sociodémographiques, comportementales, environnementales, éducationnelles et institutionnelles. L'approche préconise plus un point de vue stratégique et opérationnel.

Afin de respecter les données qualitatives et quantitatives, la présentation des résultats intégrera l'ensemble des données pour chaque indicateur étudié. Ainsi les résultats qualitatifs, obtenus sur base des focus groupes, seront chaque fois présentés (dans un encadré) avant les données quantitatives permettant de valider le propos qualitatif. Dans certains cas, seuls des résultats qualitatifs ou quantitatifs existent pour la variable étudiée.

Un rappel conceptuel sous forme de schéma PRECEDE PROCEED accompagne chaque tête de chapitre afin de permettre au lecteur de se remémorer le niveau d'analyse auquel les indicateurs / variables se réfèrent.

PARTIE III. DIAGNOSTIC ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET SOCIAL



Eléments récoltés au cours des focus groupes:

Manque de bien-être et d'une santé globale pour tous

Les résultats des focus groupes montrent qu'il existe un problème de bien-être global en lien avec la nécessité d'une amélioration de la santé pour tous, mais il est difficile de mieux cerner la problématique car la définition de ce "bien-être" n'est pas discutée. L'utilisation de l'approche PRECEDE PROCEED permet de mettre en relation de nombreux facteurs et déterminants de ce bien-être, malgré le fait qu'il s'agit d'une extrapolation théorique. La validation du modèle présenté devrait être faite de manière participative afin d'assurer un maximum de ressemblance avec la réalité (analyse des boucles de causes à effets, par exemple le fait de placer la "sécurité" dans le diagnostic environnemental comme une des causes multifactorielles de ce "bien être". On aurait pu tout aussi bien placer le problème de "sécurité" comme une précision du diagnostic épidémiologique et social, les facteurs environnementaux devenant alors plus précis en lien avec ce problème spécifique). On peut, dès le départ de ce travail sous forme de diagnostics, préciser que le modèle global utilisé est très général et ne permet pas suffisamment d'imaginer les stratégies d'actions ("pensée stratégique"). Une réflexion plus stratégique peut s'élaborer à partir d'une construction PRECEDE PROCEED mais celle ci doit alors être plus spécifiquement liée à un problème bien identifié. Dans l'actuel cas de figure, il s'agit plus d'élaborer un cadre conceptuel à des fins d'analyse de type planification permettant de répondre aux questions "où faut-il agir ?" "quelles sont les données manquantes ?" mais pas à la question "comment faut-il agir ?". Une utilisation correcte de l'approche PRECEDE PROCEED doit permettre néanmoins de répondre à cette question. L'idéal dans ce cas de figure serait de travailler sur plusieurs constructions PRECEDE PROCEED pour chacun des problèmes spécifiques identifiés, par exemple la sécurité; le logement etc.

En résumé, on peut considérer que le manque de bien-être est lié à l'ensemble des variables déterminantes du modèle de Green. Pour le diagnostic épidémiologique et social, on se basera sur des données habituelles permettant de mener une réflexion sur les problèmes de santé prioritaires. Il n'a pas été possible de trouver des variables quantitatives validant le "manque de bien-être" lui-même.

1. La natalité

Tableau 7. Taux brut de natalité (pour 1.000 habitants), arrondissement de Charleroi et province du Hainaut, comparaisons années 1990 et 1999

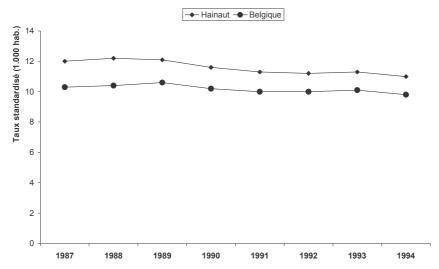
	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut	Belgique
Taux brut de natalité (année 1990)	12,67	12,39	12,40
Taux brut de natalité (année 1999)	11,69	11,44	11,10

Source : INS

2. La mortalité

Mortalité totale

Graphique 1. Taux standardisé de mortalité (pour l'âge et le sexe) pour la province du Hainaut et la Belgique (de 1987 à 1994)



Source : Tableau de Bord de la Santé 2000 de l'OSH

En 1995, dans l'arrondissement de Charleroi, par rapport à la mortalité attendue, étant donné la structure de la population par classes d'âges, on observe :

- chez les hommes, un excès de décès estimé à 11 %
- chez les femmes, un excès de décès estimé à 4,5 %

Mortalité infantile

Tableau 8. Taux de mortalité infantile (< 1 an) et taux brut de mortalité néonatale (< 28 jours) par sexe pour l'arrondissement de Charleroi et comparaison avec la Province, année 1997

	Tx mo	rtalité in	fantile	Tx mortalité néonatale						
	Garçons	Filles	TOTAL	Garçons	Filles	TOTAL				
Arrondiss. De Charleroi	6,67	5,76	6,23							
Province du	5,69	6,14	5,91							
Hainaut										
Belgique	6,02	5,09	5,57	3,84	3,31	3,58				

Source: INS

L'indicateur de mortalité est trop général pour discuter de la notion de manque de "bien-être", mais il est suffisant pour confirmer la problématique de "manque de santé globale pour tous" dans cet arrondissement. On verra plus loin que les taux de chômage et les problèmes socio-économiques, en relation avec ces taux de mortalité, indiquent bien qu'il existe une situation de "mal être" global dans la région. L'analyse plus fine des autres variables du modèle permettra de mieux situer les problèmes en relation avec cette notion de "bien-être" et de "santé pour tous".

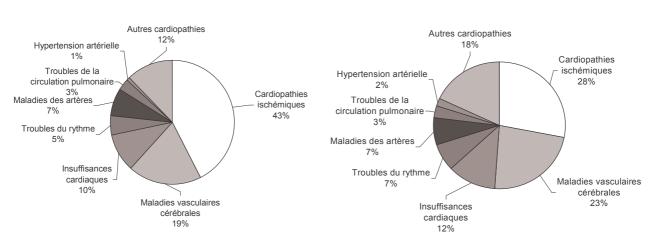
Mortalité cardiovasculaire

Hommes

Les maladies du cœur et des vaisseaux affectent une grande partie de la population adulte belge et constituent la première cause de décès dans le Hainaut comme dans l'ensemble des pays industrialisés. En 1995, les maladies cardiovasculaires ont causé la mort de 2.355 hommes et 3.043 femmes dans le Hainaut, ce qui représente 30,7 % du total des décès pour les hommes et 40,1 % pour les femmes.

Graphique 2. Répartition des décès cardiovasculaires par type de pathologie, Hainaut, 1995

Femmes



Source : Tableau de Bord de la Santé 2000 de l'OSH

3. Etat de santé subjectif

L'état de santé subjectif est l'évaluation faite par l'individu de sa propre santé. Cet indicateur fournit une information sur la perception globale de la santé d'une personne. Dans le Hainaut, 35% des personnes déclarent avoir une moyenne ou mauvaise perception de leur état de santé, ce qui est nettement supérieur aux résultats des différentes Régions.

Tableau 9. Perception de la santé des habitants des trois Régions du pays, comparaison années 1997 et 2001

		rès bonne de sa santé	moyenne pe	uvaise à erception de anté
	1997	2001	1997	2001
Région wallonne	73,0%	73,9%	27,0%	26,1%
Région Bruxelles Capitale	74,8%	73,9%	25,2%	26,1%
Région flamande	81,7%	79,1%	18,3%	20,9%

4. Etat de santé objectif : problèmes de santé prioritaires en promotion de la santé

4.1. La santé mentale

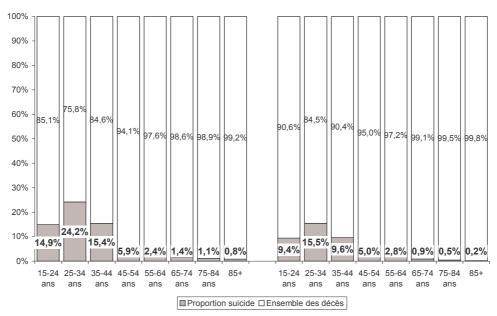
Le taux de mortalité par suicide est le rapport entre le nombre de décès par suicide et la population totale.

Tableau 10. Nombre de décès par suicide et taux de mortalité pour 1.000 habitants, comparaison Hainaut et Belgique, année 1994

	Hai	naut	Belgique			
	Nombre	Tx pour 1000 hab.	Nombre	Tx pour 1000 hab.		
Hommes	222	0,36	1 543	0,31		
Femmes	75	0,11	588	0,11		
TOTAL	297	0,23	2 131	0,21		

Source : OSH

Graphique 3. Proportion de décès par suicide parmi l'ensemble des causes de décès, par tranches d'âge et par sexe, de 1987 à 1994.

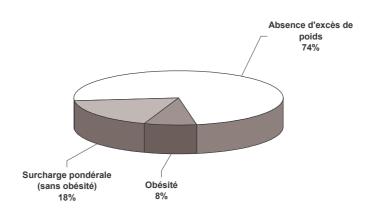


Source: OSH

4.2. L'obésité et la surcharge pondérale

L'obésité est un problème de santé publique et est en nette augmentation dans notre pays. Associé à la surcharge pondérale, l'excès de poids touche plus d'un jeune sur quatre. Cet excès de poids est associé à des facteurs de risque pour la santé (TA élevée, lipides sanguins élevés, intolérance glucidique, problèmes psychologiques, troubles du sommeil, ...). Il hypothèque aussi la qualité de vie future ...

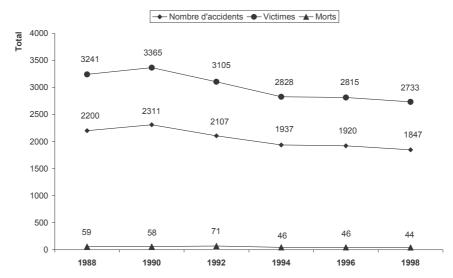
Graphique 4. Proportion de jeunes présentant un excès de poids (surcharge pondérale et obésité) selon l'âge et le sexe en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001.

4.3. Les accidents

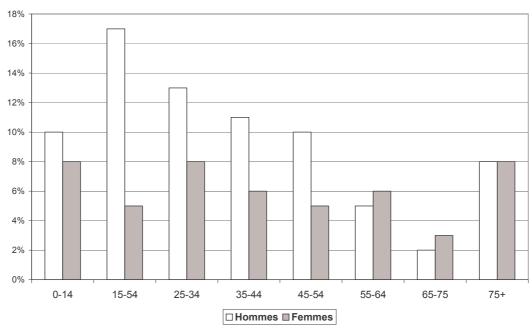
Graphique 5. Evolution du nombre d'accidents de circulation, par types d'accidents, dans l'arrondissement de Charleroi, de 1988 à 1998



Source : Données sociodémographiques et socio sanitaires, arrondissements de Charleroi et de Thuin, Edition 2001

En ce qui concerne les accidents de circulation, on observe une diminution du nombre d'accidents et de victimes depuis plus de 10 ans. Cette situation est identique à celle observée partout ailleurs en Belgique.

Graphique 6 Pourcentage de personnes ayant rapporté un accident majeur (de la route, domestique, agression, ...) au cours des 12 derniers mois, par sexe en Région wallonne, année 2001



Source: INS

4.4. Les cancers

Tableau 11. Incidence du cancer par sexe (taux pour 1.000 habitants) en province du Hainaut et pour la Belgique, année 1995

	HAII	TUAN	BELGIQUE					
	Nombre	Taux pour 1.000 hab.	Nombre	Taux pour 1.000 hab.				
Hommes	1.828	2,94	15.890	3,27				
Femmes	1.698	2,55	14.938	2,88				
TOTAL	3.526	2,74	30.828	3,07				

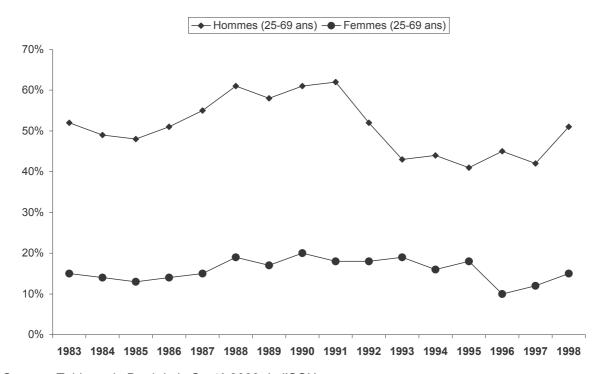
Source: Registre National du Cancer

L'incidence du cancer, toutes localisations confondue, reste élevé en Belgique. Les taux présentés pour la Province du Hainaut sont légèrement inférieurs mais il n'y a pas de différences significatives entre ces taux et ceux du niveau national, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

4.5. Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires affectent une grande partie de la population adulte du Hainaut. L'incidence de l'infarctus du myocarde y est particulièrement élevée et les facteurs de risque sont fréquents.

Graphique 7. Evolution du taux d'attaque de l'infarctus du myocarde à Charleroi, années 1983-1998



Source : Tableau de Bord de la Santé 2000 de l'OSH

4.6. Problèmes de santé mentale

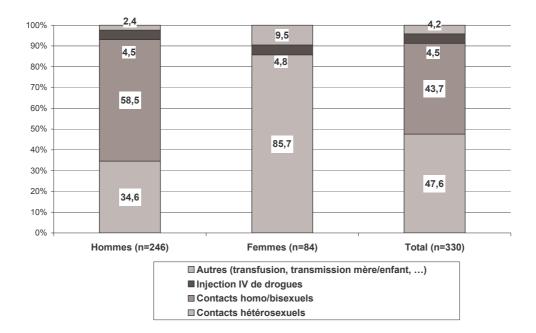
Tableau 12. Nombre de décès par suicide et taux de mortalité (pour 1.000 habitants) en province du Hainaut et pour la Belgique, année 1994

	HAIN	IAUT	BELGIQUE				
	Nombre	Taux pour 1.000 hab.	Nombre	Taux pour 1.000 hab.			
Hommes	222	0,36	1.534	0,31			
Femmes	75	0,11	588	0,11			
TOTAL	297	0,23	2.131	0,21			

Source : Tableau de Bord de la Santé 2000 de l'OSH

4.7. Infection par le VIH/SIDA

Graphique 8. Répartition en % des personnes séropositives belges par sexe en Wallonie et à Bruxelles, selon la catégorie de transmission, période 1996-2000



Source : Infection au VIH et sida dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles Capitale, Ministère de la Communauté française, décembre 2002

4.8. La tuberculose

Tableau 13. Incidence brute par région et nationalité

	Régions	Nombre de cas	Incidence pour 100.000/habitants (IC 95%)
Belges	Flandre	376	6,6 (6,0-7,3)
	Bruxelles	108	15,4 (12,5-18,3)
	Wallonie	230	7,6 (6,6-8,6)
Etrangers	Flandre	227	80,8 (70,3-91,3)
	Bruxelles	244	92,9 (81,2-104,5)
	Wallonie	133	41,8 (34,7-48,9)
Etrangers(*)	Flandre	133	47,3 (39,3-55,4)
	Bruxelles	172	65,5 (55,7-75,2)
	Wallonie	71	22,3 (17,1-27,5)

(*) candidats réfugiés et illégaux

Source: Registre de la tuberculose 2001, F.A.R.E.S.

Tableau 14. Incidence brute par nationalité dans les provinces wallonnes, année ...

	Régions	Nombre de cas	Incidence pour 100.000/habitants (IC 95%)
Belges	Hainaut	114	10,1 (8,2-11,9)
	Brabant wallon	24	7,4 (4,5-10,3)
	Liège	54	5,9 (4,3-7,5)
	Namur	26	6,1 (3,7-8,4)
	Luxembourg	12	5,0 (2,2-7,9)
Etrangers (*)	Hainaut	48	31,9 (22,9-40,9)
	Brabant wallon	8	27,0 (8,3-45,6)
	Liège	50	46,1 (33,3-58,9)
	Namur	19	103,4 (56,9-149,9)
	Luxembourg	8	73,0 (22,4-123,6)

(*) candidats réfugiés inclus

Source: Registre de la tuberculose 2001, F.A.R.E.S.

Tableau 15. Incidence totale de la tuberculose active dans les arrondissements du Hainaut, année 2001.

Arrondissement	Nombre de cas	Incidence pour 100.000/habitants
Ath	4	5,04
Charleroi	56	13,33
Mons	43	17.26
Mouscron	7	10,00
Soignies	16	9,19
Thuin	24	16,41
Tournai	12	8,53
Belgique	1.321	12,87

Source: Registre de la tuberculose 2001, F.A.R.E.S.

Tableau 16. Incidence par 100.000 habitants dans les villes belges, années 1996 à 2001

Villes	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Bruxelles	37,4	36,5	32,5	32,0	38,2	36,5
Anvers	18,6	17,2	19,1	15,0	21,1	22,2
Gand	22,1	14,2	16,5	14,3	18,3	14,7
Bruges	15,5	18,2	11,2	15,5	14,6	13,7
Liège	22,0	14,8	14,8	17,1	17,2	24,9
Charleroi	14,1	17,6	16,2	24,8	21,9	17,0
Namur	15,2	12,4	9,5	16,2	12,3	3,8
Belgique	13,3	12,7	11,8	12,4	12,8	12,9

Source: Registre de la tuberculose 2001, F.A.R.E.S.

Tableau 17. Facteurs de risque de tuberculose (groupes à risque et facteurs favorisant) identifiés parmi les cas, année 2001.

Groupes à risque		N	% cas
	Demandeurs d'asile	187	14,1 %
	Personnes socio économiquement	188	14,1 %
	défavorisées		
	Illégaux	52	3,9 %
	Prisonniers	17	1,3 %
	Personnes – contact de patient	99	7,5 %
	tuberculeux contagieux		
	Personnel de santé	19	1,4 %
	Personnes travaillant avec des groupes	9	0,7 %
	à risque		
Facteurs favorisant	VIH/SIDA	60	4,5 %
	Maladie chronique des poumons	140	10,6 %
	Immunodépression suite à maladie ou	67	5,1 %
	traitement		
	Diabète / insuffisance rénale	55	4,2 %
	Chirurgie gastro-intestinale	14	1,1 %
	Toxicomanie IV	16	1,2 %
	Alcoolisme	121	9,1 %

Source: Registre de la tuberculose 2001, F.A.R.E.S.

Le diagnostic épidémiologique habituel et basé sur les indicateurs de mortalité et de morbidité montre des taux de mortalités excessifs et de morbidités variables selon les maladies. Il est intéressant de noter que l'approche qualitative par les focus groupes n'a pas mis en avant ces variables spécifiques, de type maladies cardio-vasculaires, cancers, sida ou tuberculose. L'approche participative a plutôt mis en avant la qualité de vie globale et ses déterminants. C'est ainsi que la recherche des problématiques plus spécifiques afin d'être plus opérationnel doit se faire sur le modèle dans son ensemble, en considérant les variables en amont. Les problèmes spécifiques et prioritaires en terme d'action pouvant en effet principalement se trouver dans les diagnostics en amont du diagnostic épidémiologique et social. Le diagnostic épidémiologique et social permet de donner une vision cohérente entre acteurs aux changements attendus.

5. Ressources économiques

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Environnement socio-économique peu favorable au bien-être
- Désœuvrement

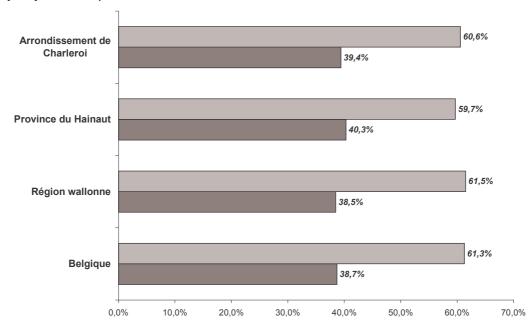
En général le diagnostic épidémiologique est complété d'un diagnostic social qui se base sur les indicateurs présentés ci-dessous. L'approche participative parle plutôt "d'environnement socio-économique peu favorable au bien être" et de "désœuvrement". De nouveau, un moment de clarification de ces termes devrait avoir lieu au sein des focus groupes afin d'être plus précis (et tous d'accord) sur la problématique globale à laquelle on se réfère.

Tableau 18. Ratio : Salariés/Non salariés (30/06/1999) pour l'arrondissement de Charleroi et comparaison avec la Province du Hainaut

	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut	Belgique
Ratio salariés/non salariés	6,3	5,8	5,2

Source : INS

Graphique 9. Proportion de travailleurs manuels et intellectuels, au 30.06.2000



Souce : INS

6. Emploi

Tableau 19. Population active totale par sexes et tranches d'âge au 30.06.1999, arrondissement de Charleroi et comparaison avec la Province du Hainaut

HOMMES	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut	FEMMES	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut
15-19 ans	1,87 %	1,69 %	15-19 ans	1,60 %	1,48 %
20-24 ans	9,28 %	9,06 %	20-24 ans	10,76 %	10,23 %
25-29 ans	14,39 %	13,98 %	25-29 ans	16,63 %	16,03 %
30-34 ans	14,46 %	14,31 %	30-34 ans	15,69 %	15,64 %
35-39 ans	14,90 %	14,83 %	35-39 ans	15,33 %	15,42 %
40-44 ans	14,62 %	14,48 %	40-44 ans	14,50 %	14,73 %
45-49 ans	13,64 %	13,57 %	45-49 ans	12,26 %	12,67 %
50-54 ans	9,86 %	10,12 %	50-54 ans	8,11 %	8,30 %
55-59 ans	4,11 %	4,54 %	55-59 ans	3,35 %	3,49 %
60-64 ans	1,56 %	1,86 %	60-64 ans	0,95 %	1,03 %
65 ans et	1,31 %	1,56 %	65 ans et	0,81 %	0,97 %
plus			plus		

Source : INS

7. Chômage

Tableau 20. Nombre de chômeurs complets indemnisés au 01.01.2002

Communes	Total hommes	Total femmes
Arrondiss. de Charleroi	17.066	19.868
Province du Hainaut	44.283	54.170

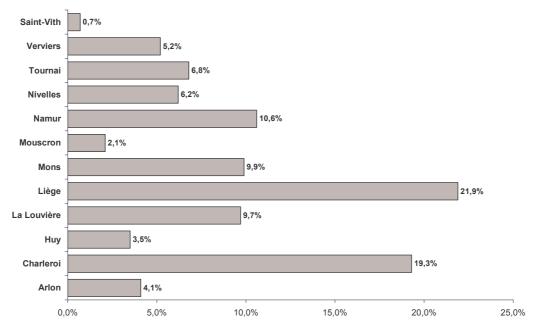
Source: ONEM

Tableau 21. Pourcentage de demandeurs d'emploi inoccupés au 01/01/2002 par tranches d'âge, arrondissement de Charleroi et province du Hainaut

	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut
	Femmes	
Moins de 25 ans	23,1 %	22,8 %
25-49 ans	72,6 %	72,8 %
50 ans et plus	4,3 %	4,4 %
Total femmes	100 %	100 %
ŀ	lommes	
Moins de 25 ans	24,4 %	25,6 %
25-49 ans	69,3 %	68,2 %
50 ans et plus	6,3 %	6,2 %
Total Hommes	100 %	100 %

Source : ONEM

Graphique 10. Répartition des chômeurs complets indemnisés de la Région wallonne, année 2001



Source: ONEM

8. Minimexés

Tableau 22. Proportion de la population minimexée, année 1999

	Hommes	Femmes	TOTAL	Taux pour 1.000 habitants
Arrondissement de	2.203	3.618	5.821	13,71
Charleroi				
Province du Hainaut	6.494	9.669	16.163	12,60
Région wallonne	17.101	22.219	39.320	11,82
Belgique	37.030	45.836	82.866	8,13

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

9. Autres indicateurs socio-économiques

Tableau 23. Autres indicateurs socio-économiques

	Arrondissement de Charleroi	Province du Hainaut
Revenu annuel moyen par habitant (transformé en Euros)(1997)	8.347,25 €	8.607,55 €
Taux de demandeurs d'emplois inoccupés (1999)	22,9 %	20,4 %
Proportion de chômeurs de longue durée (1999)	-	74,1 %

Source : Tableau de Bord de la Santé 2000 de l'OSH

A partir du rapport sur la prévention et le traitement du surendettement en Région wallonne, il est possible de tracer le profil socio-économique des ménages fréquentant les Centres de médiation de dettes en Province du Hainaut :

- 10,5% des chefs de ménages sont sans diplôme et 13,5% ont terminé leurs études primaires. 39,2% des chefs de ménage ont uniquement achevé leur cycle secondaire inférieur. 32,1% ont leur diplôme du cycle secondaire supérieur et 4,7% sont diplômés de l'enseignement supérieur non universitaire.
- 36,4% des chefs de ménages sont séparés ou divorcés. 16,2% sont des familles monoparentales.
- 58% des chefs de ménages sont sans emploi.
- 45,1% bénéficient d'allocations de chômage.

Le tableau ci-dessous présente d'autres caractéristiques des personnes concernées par cette problématique.

Tableau 24. Caractéristiques socio-économiques des demandeurs de médiation de dettes en Province du Hainaut

	%
Sexe:	
- Hommes	58,7
- Femmes	41,3
Nationalité :	
- Belge	86,0
- Union européenne	14,0
Age:	
- > 25 ans	5,7
- 25-34 ans	29,3
- 35-44 ans	28,7
- 45-54 ans	25,9
- 55 ans et plus	10,3
Situation socioprofessionnelle :	
- Sans emploi	58,0
- Ouvrier	22,4
- Employé	6,9
- Retraité	8,6
- Fonctionnaire	0,6
- Intérimaire	3,4
Revenus professionnels	
- Oui	35,8
- Non	64,2

D	pará d'andattament (caldes restant due)	
De	egré d'endettement (soldes restant dus)	
-	jusque 2500 €	32,3
-	entre 2501-5000 €	15,0
-	entre 5001-7500 €	6,0
-	entre 7501-10000 €	9,0
-	entre 10001-12500 €	3,0
-	entre 12501-15000 €	6,8
-	entre 15001-17500 €	3,0
-	entre 17501-20000 €	3,8
-	entre 20001-22500 €	1,5
-	entre 22501-25000 €	5,3
-	> 25000 €	14,3

Source : Observatoire du Crédit et de l'Endettement. Prévention et traitement du surendettement en Région wallonne. Rapport d'évaluation 2002.

10. Sécurité

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Problèmes de sécurité
- Manque d'un comportement répressif des policiers
- Favoriser les contacts humains
- Equipement et nombre des policiers de quartier

Les résultats obtenus sur base des focus groupes nous donnent des informations à 4 niveaux différents de diagnostics. On a des informations stipulant l'existence d'un problème de sécurité mais aussi des informations d'ordre comportemental de la part d'un des groupes cibles en relation avec cette problématique: les policiers qui manquent d'un comportement plus répressif. On peut aussi observer que l'environnement est considéré par les focus groupes par un manque d'équipement etc. de ces mêmes policiers. Enfin on voit apparaître un élément du diagnostic éducationnel et plus précisément un facteur renforçant essentiel: le manque de contacts humains.

L'idéal, dans un objectif de cohérence du présent rapport, serait de discuter de la sécurité à chaque niveau de diagnostic en relation aux variables soulevées. On insistera encore ici sur le fait que chaque problématique spécifique (sécurité, accessibilité aux soins etc.) mérite une analyse PRECEDE à part entière. Dans notre cas de figure et comme cela a déjà été noté, séparer afin de discuter chaque problème transversal aux différents niveaux de diagnostic ne peut se faire de manière systématique car il y a trop peu de données par problèmes spécifiques et trop de données générales dans lesquelles on n'a pas encore isolé suffisamment les problèmes spécifiques.

La problématique de la sécurité sera donc entièrement discutée à ce niveau de diagnostic.

La sécurité et la protection d'une collectivité est un indicateur de son bien-être. Cet indicateur peut être déterminé au moyen des taux de criminalité et de victimisation, ainsi que par la crainte de la criminalité qui existe dans un quartier. Cette crainte peut avoir l'effet dévastateur consistant à empêcher les particuliers de participer pleinement à la vie communautaire, ce qui réduit la qualité de vie.

La sécurité et la protection peuvent être mesurées de plusieurs façons, notamment :

- le niveau de criminalité : les crimes déclarés à la police
- le niveau de victimisation : les expériences de victimisation déclarées par les répondants dans des sondages menés auprès de la population;
- le niveau de crainte de la criminalité dans un quartier.

Le « taux de criminalité » représente le niveau d'activité criminelle. Les infractions au Code criminel sont prises en compte et peuvent être ventilées en crimes de violence, crimes contre la propriété et autres infractions.

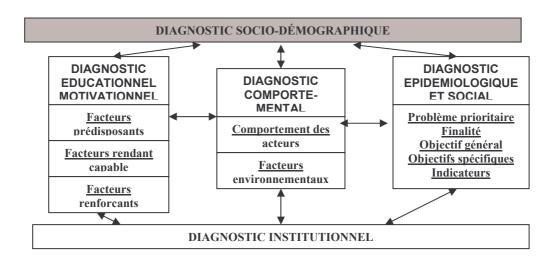
Tableau 25. Taux de criminalité par commune de l'arrondissement de Charleroi : nombre de faits par 1 000 habitants par mois, années 2001.

Communes	Tx/1 000 habitants/an		
Aiseau-Presles	4,82		
Chapelle-lez-Herlaimont	5,47		
Charleroi	12,04		
Châtelet	8,28		
Courcelles	6,63		
Farciennes	6,25		
Fleurus	6,13		
Fontaine-l'Evêque	8,08		
Gerpinnes	5,97		
Les Bons Villiers	5,10		
Manage	8,41		
Montigny-le-Tilleul	6,76		
Pont-à-Celles	4,82		
Seneffe	6,31		

Source: Rapport Police Fédérale, Etats Annuels 2000-2001

On observe que c'est à Charleroi que se trouve les plus hauts taux de criminalité. Certaines communes telles Manage, Châtelet et Fontaine-L'Evêque présentent aussi des taux nettement supérieurs aux autres communes de l'arrondissement.

PARTIE IV. DIAGNOSTIC SOCIODÉMOGRAPHIQUE



Les éléments du diagnostic sociodémographique sont obtenus sur base d'une approche purement quantitative. En effet on n'observe pas de données en provenance des focus groupes témoignant d'un intérêt plus particulier sur les liens entre problèmes de bien être ou de santé globale et les populations de l'arrondissement.

On peut considérer que les focus groupes n'ont pas un "ressenti" en terme de problèmes liés à la population de leur environnement et que l'on "crée" alors, en les citant, des problèmes qui n'existent pas en réalité. La démarche PRECEDE oblige, au contraire à avoir une vision systématique et systémique des problèmes en relation et impose de ce fait une démarche plus rigoureuse. On sait par exemple qu'il existe des relations de causes à effets entre des variables telles que la nationalité, l'âge, les groupes marginalisés et la santé. On considère donc nécessaire de documenter ce diagnostic. En effet, l'objectif est d'arriver à un tableau brossant la réalité et non pas uniquement le ressenti ou les représentations des acteurs.

1. Population d'étude

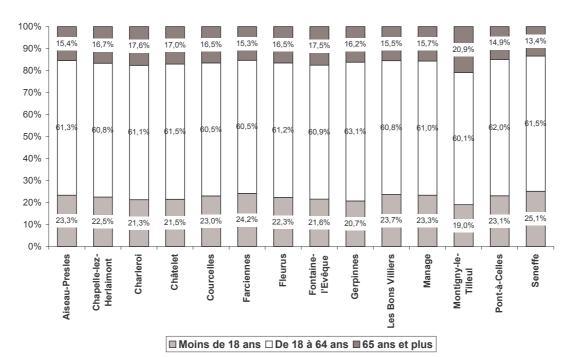
Tableau 26. Caractéristiques sociodémographiques générales de l'arrondissement de Charleroi, année 2001 et comparaison avec la Province du Hainaut

Arrondissement de	Province du
Charleroi	Hainaut

- Superficie (km2)	555 (14,6 %)	3.786 (100 %)
- Population	420.590 (32,8 %)	1.281.042 (100 %)
. Belge	362.930 (32,0 %)	1.134.571 (100 %)
. Etrangère	57.660 (39,4 %)	146.471 (100 %)
- Densité de population	758 habitants/km²	338 habitants/km ²
- Mouvements naturels :		
. Naissances	5.010 (33,3 %)	15.065 (100 %)
. Décès	4.914 (32,7 %)	15.018 (100 %)
- Mouvement migratoire :		
. Entrées	21.001 (33,5 %)	62.750 (100 %)
. Sorties	20.875 (34,1 %)	61.149 (100 %)
- Total mouv. Popul. :		
. Entrées	26.011 (33,4 %)	77.815 (100 %)
. Sorties	25.789 (33,9 %)	76.167 (100 %)
- Chang. de nationalité :		
. Belg. / Etrang.	7 (35,0 %)	20 (100 %)
. Etrang. / Belg.	3.291 (56,4 %)	5.830 (100 %)
- Nombre de ménages	182.409 (33,7 %)	541.487 (100 %)
- Nombre moy. enf./femme	1,67	1,63

Source : INS

Graphique 11. Répartition de la population (en %) selon l'âge, par commune de résidence de l'arrondissement de Charleroi, année 2001



Source: INS

Certaines communes présentent à la fois des fortes proportions de jeunes et de personnes âgées (Montigny-le-Tilleul, Charleroi)

Tableau 27. Population de l'arrondissement de Charleroi par tranches d'âges, au 01.01.2002

Tranches Population d'âges totale (années)	Hommes Total	Hommes %	Femmes Total	Femmes %	
--	-----------------	----------	-----------------	----------	--

0-4 ans	24.882	12.759	51,3 %	12.123	48,7 %
5-9 ans	24.829	12.753	51,4 %	12.076	48,6 %
10-14 ans	27.176	13.799	50,8 %	13.337	49,2 %
15-19 ans	25.084	12.775	50,9 %	12.309	49,1 %
20-24 ans	25.647	12.919	50,4 %	12.728	49,6 %
25-29 ans	27.524	13.971	50,8 %	13.553	49,2 %
30-34 ans	29.698	14.910	50,2 %	14.788	49,8 %
35-39 ans	31.027	15.473	49,9 %	15.554	50,1 %
40-44 ans	31.560	15.755	49,9 %	15.805	50,1 %
45-49 ans	30.576	15.111	49,4 %	15.465	50,6 %
50-54 ans	29.997	14.874	49,6 %	15.123	50,4 %
55-59 ans	22.143	10.843	48,9 %	11.300	51,1 %
60-64 ans	18.983	9.054	47,7 %	9.929	52,3 %
65-69 ans	19.014	8.539	44,9 %	10.475	55,1 %
70-74 ans	19.859	8.245	41,5 %	11.614	58,5 %
75-79 ans	16.761	6.187	36,9 %	10.574	63,1 %
80-84 ans	9.167	2.824	30,8 %	6.343	69,2 %
85-89 ans	4.409	1.103	25,0 %	3.306	75,0 %
90-94 ans	1.826	309	16,9 %	1.517	83,1 %
95 ans et +	428	54	12,6 %	374	87,4 %

Source : INS

Les pyramides des âges permettent de visualiser la distribution de la population par sexe, tranches d'âges et communes. Elles montrent aussi la proportion de personnes étrangères pour ces différentes catégories.

Graphique 12. Pyramides des âges pour l'arrondissement de Charleroi et par communes, année 2001. (*Source : INS*)

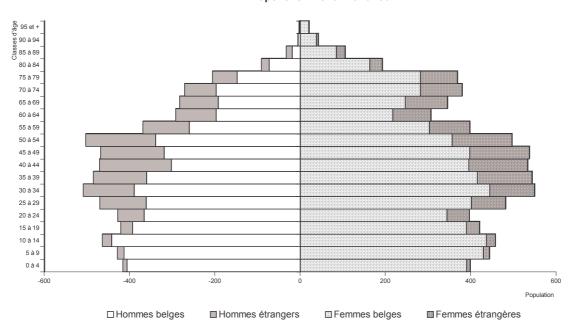




Aiseau-Presles 2001

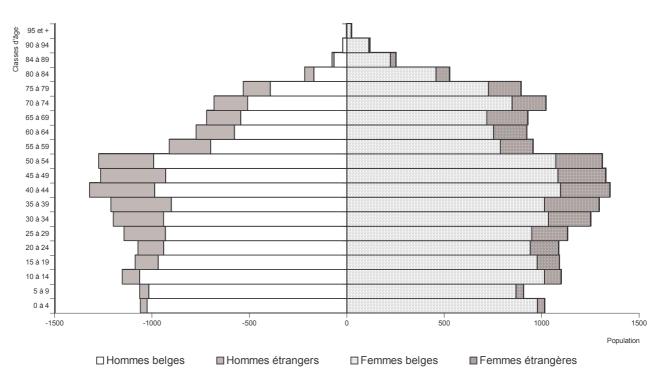


Chapelle-lez-Herlaimont 2001

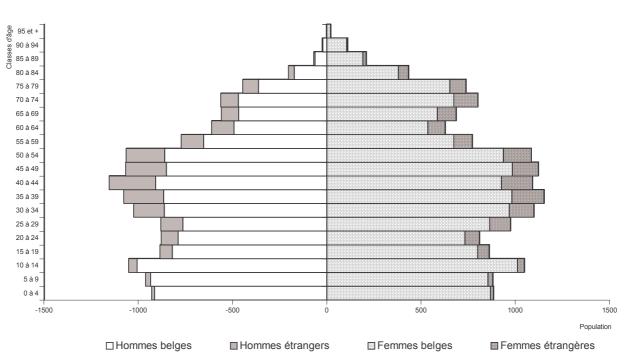


Charleroi 2001 75 à 79 70 à 74 65 à 69 60 à 64 55 à 59 50 à 54 45 à 49 40 à 44 35 à 39 30 à 34 25 à 29 20 à 24 15 à 19 10 à 14 5 à 9 0 à 4 -2000 8000 -6000 4000 Population ☐ Hommes belges ■ Hommes étrangers □ Femmes belges ■ Femmes étrangères

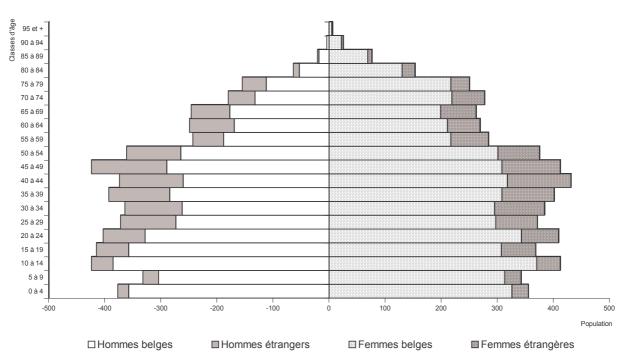




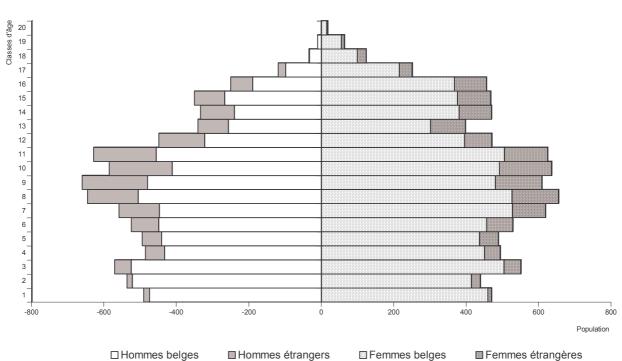
Courcelles 2001



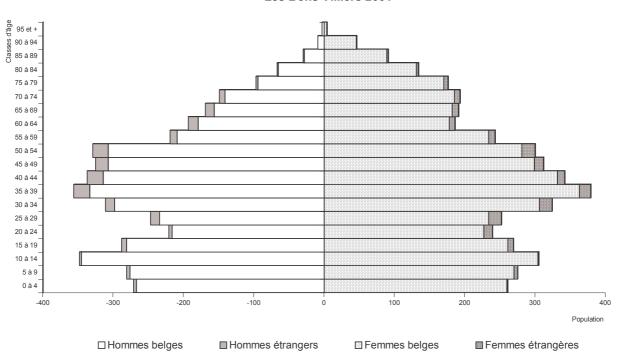




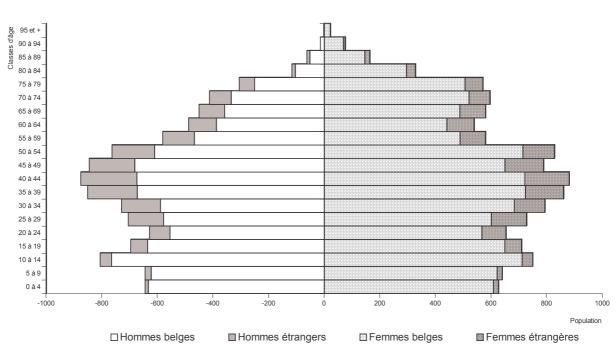
Fontaine-l'Eveque 2001

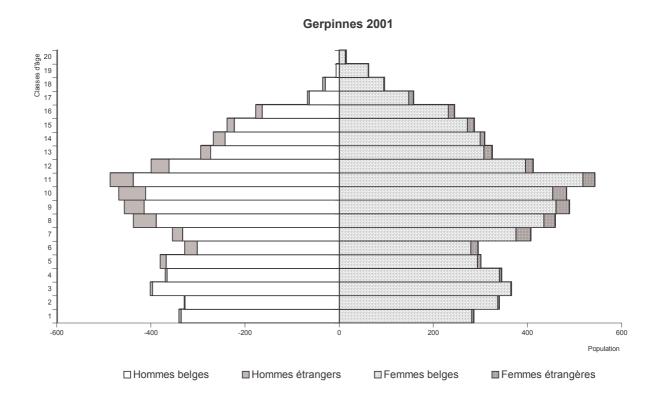


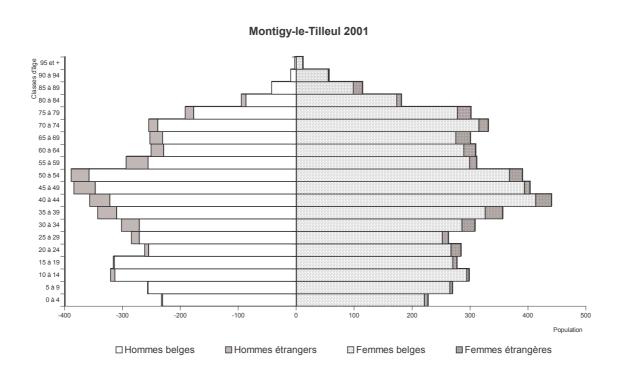
Les Bons Villiers 2001

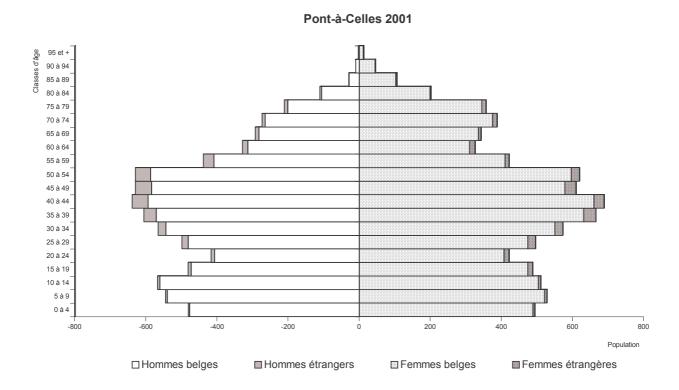


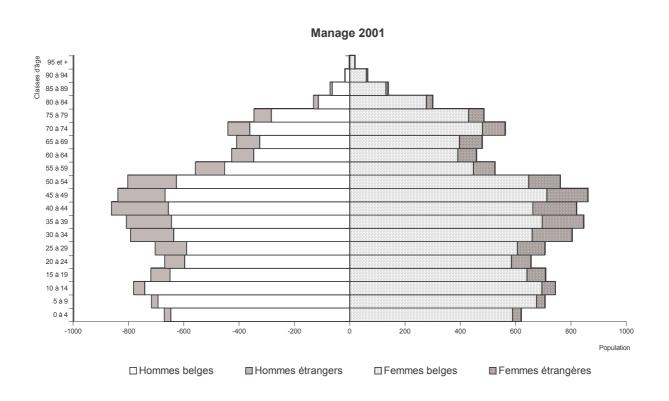
Fleurus 2001

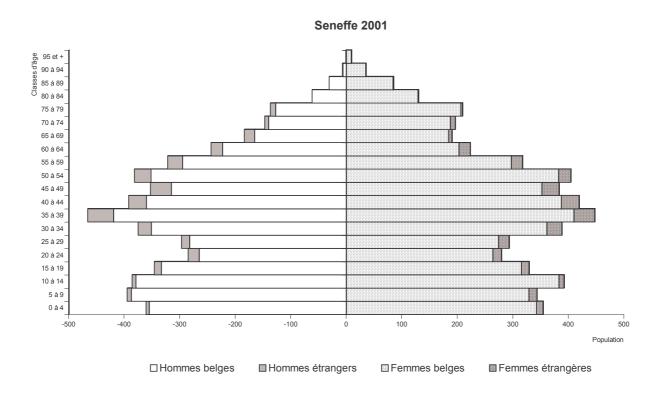












Ce type de présentation des données démographiques a l'avantage d'être très visuel. Il permet de comparer facilement la répartition des classes d'âge dans les différentes communes. Citons par exemple Farciennes et Courcelles qui comptent beaucoup d'enfants et de jeunes adultes par rapport à un nombre relativement plus faible de personnes âgées. Par opposition, à Châtelet, on trouve plus de personnes âgées. Ces différences entre communes sont cependant relativement faibles.

Tableau 28. Taux d'accroissement annuel par tranches d'âge, arrondissement de Charleroi et province du Hainaut, années 1990-1999

Taux d'accroissement (1990-1999)	Arrondiss. de Charleroi	Province du Hainaut	Belgique
0-19 ans	1,08	-0,81	-0,60
20-44 ans	-1,39	-3,16	-1,39
45-64 ans	4,15	3,58	3,11
65 ans et plus	1,38	0,89	3,75
Ensemble	0,94	-0,38	0,68

Source : INS

Tableau 29. Espérance de vie à la naissance en province du Hainaut, années 1990-1999

	Province du Hainaut	Belgique
Femmes	79,87 ans	81,18 ans
Hommes	72,34 ans	74,78 ans

Source: INS

L'espérance de vie des hommes et des femmes est légèrement plus faible dans la Province du Hainaut par rapport à l'ensemble de la Belgique (1,31 ans pour les femmes et 2,44 ans pour les hommes).

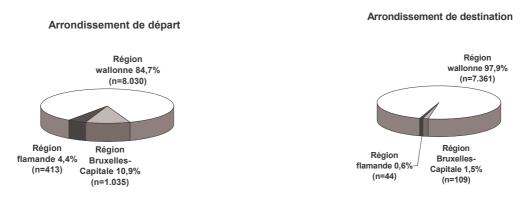
2. Migrations de la population

Tableau 30. Mouvement de la population totale de l'arrondissement de Charleroi, année 2001

	Pop. au	Mouv. N	<u>laturel</u>	Solde	Mouv. M	<u>igratoire</u>	Solde	Solde
	1/1/2002	Naiss.	Décès	naturel	Entrées	Sorties	migratoire	Total
Arr. Charleroi	420.214	5.010	4.914	96	21.001	20.875	129	222
Province Hainaut	1.279.823	15.065	15.018	47	62.750	61.149	1.601	1.648

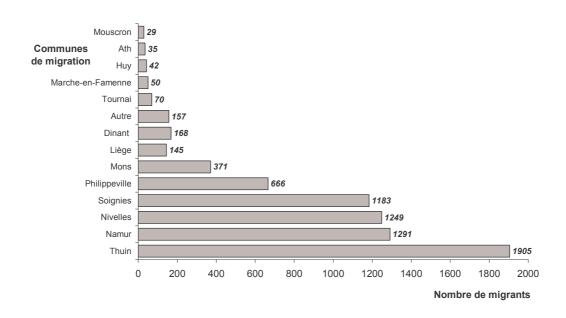
Source: INS

Graphique 13. Migration interne avec l'arrondissement de Charleroi comme arrondissement de départ et de destination, année 2001 (*Source : INS*)

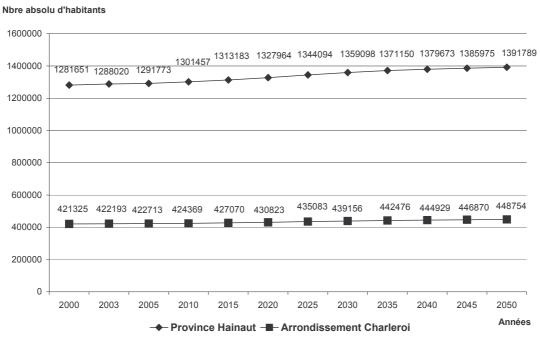


Les lieux de migrations sont essentiellement les arrondissements avoisinants (Thuin principalement)

Graphique 14. Villes de migration en Région wallonne des habitants de l'arrondissement de Charleroi, année 2001 (*Source : INS*)

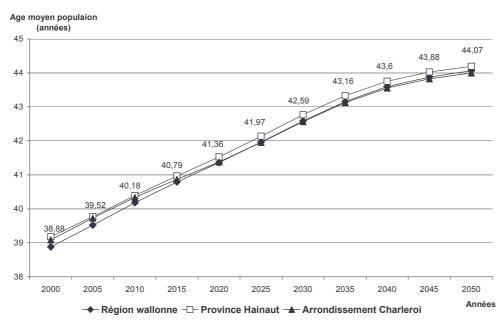


Graphique 15. Projections de l'évolution de la population de l'arrondissement de Charleroi et de la province du Hainaut, de 2000 à 2050



Source: INS

Graphique 16. Projections de l'évolution de l'âge moyen de la population de l'arrondissement de Charleroi et comparaison avec la province du Hainaut et la région wallonne, de 2000 à 2050



Source: INS

3. Les personnes jeunes et les personnes âgées

Tableau 31. Effectifs des enfants 0-4 ans et 5-9 ans selon la nationalité

Communes	Belges E N	Etrangers N		ges ngers %	Total
Arr. Charleroi 0 - 4 ans 5 - 9 ans	23.995 23.665	927 1.164	96,4 % 95,3 %		24.882 24.829
Province du Hainaut 0 - 4 ans 5 - 9 ans	71.654 71.903	2.997 3.849	96,0 % 94,9 %	4,0 % 5,1 %	74.651 75.752

Source : INS

Graphique 32. Evolution du taux de natalité : nombre de naissance pour 1.000 habitants, arrondissement de Charleroi et comparaisons

	1991	1995	1999
Belgique	12,5	11,4	11,3
Région wallonne	12,9	11,3	11,5
Province Hainaut	12,7	11,1	11,4
Arr. Charleroi	12,8	11,3	11,7

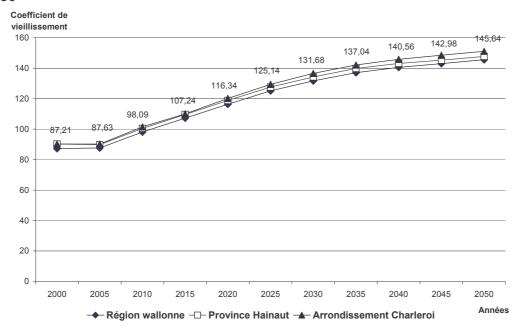
Source: INS

Tableau 33. Ratio "jeunes/vieux" communes de l'arrondissement de Charleroi en 2001 et comparaison avec la Région wallonne

Communes	Population	Population	Ratio <15 ans/
	< 15 ans	65 ans et +	65 ans et +
Région wallonne	621.452	563.220	1,10
Province Hainaut	232.809	219.539	1,06
Arr. Charleroi	76.887	71.464	1,08
Aiseau-Presles	2.993	1.674	1,79
Chapelle-lez-	2.607	2.344	1,11
Herlaimont	2.007	2.344	1,11
Charleroi	59.010	35.478	1,66
Châtelet	6.295	6.010	1,05
Courcelles	5.753	4.865	1,18
Farciennes	2.242	1.719	1,30
Fleurus	4.110	3.696	1,11
Fontaine-l'Evêque	3.056	2.947	1,04
Gerpinnes	2.062	1.962	1,05
Les Bons Villiers	1.741	1.359	1,28
Manage	4.237	3.465	1,22
Montigny-le-Tilleul	1.605	2.145	0,75
Pont-à-Celles	3.124	2.378	1,31
Seneffe	2.231	1.422	1,57

Source: INS

Graphique 17. Projections de l'évolution du coefficient de vieillissement de l'arrondissement de Charleroi et comparaison avec la province du Hainaut et la région wallonne, de 2000 à 2050



Source: INS

Chaque commune de l'arrondissement de Charleroi présente des répartitions identiques de personnes jeunes, âgées ou étrangères par rapport à l'ensemble de l'arrondissement et à la Province du Hainaut.

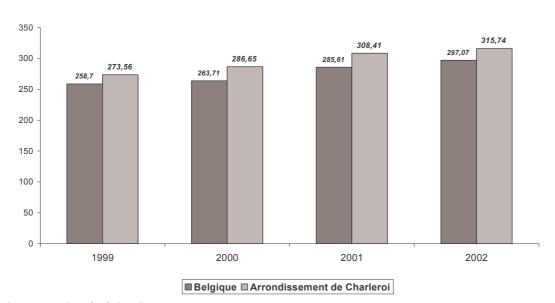
4. Les ménages

Tableau 34. Etat civil de la population totale par commune au 01.01.2002

Communes	Total	Célibatair	Marié	Veuf	Divorcé
		е			
Province Hainaut	1.281.042	41,5 %	42,8 %	8,5 %	7,2 %
Arr. Charleroi	420.590	41,3 %	42,2 %	8,6 %	7,9 %
Aiseau-Presles	10.846	40,4 %	45,9 %	7,5 %	6,2 %
Chapelle-lez- Herlaimont	14.025	40,3 %	44,2 %	8,5 %	7,0 %
Charleroi	200.578	42,0 %	40,0 %	9,0 %	9,0 %
Châtelet	35.276	40,4 %	43,1 %	9,2 %	7,3 %
Courcelles	29.624	40,8 %	43,7 %	8,3 %	7,2 %
Farciennes	11.263	42,2 %	44,1 %	8,2 %	5,5 %
Fleurus	22.324	40,8 %	44,5 %	8,4 %	6,3 %
Fontaine-l'Evêque	16.895	40,2 %	43,6 %	9,2 %	7,0 %
Gerpinnes	12.054	37,9 %	47,7 %	7,8 %	6,6 %
Les Bons Villiers	8.772	42,0 %	44,2 %	7,8 %	6,0 %
Manage	22.022	41,9 %	43,5 %	7,5 %	7,1 %
Montigny-le-Tilleul	10.273	37,0 %	46,7 %	9,4 %	6,9 %
Pont-à-Celles	16.041	40,6 %	45,7 %	7,4 %	6,3 %
Seneffe	10.597	43,4 %	42,8 %	6,7 %	7,1 %

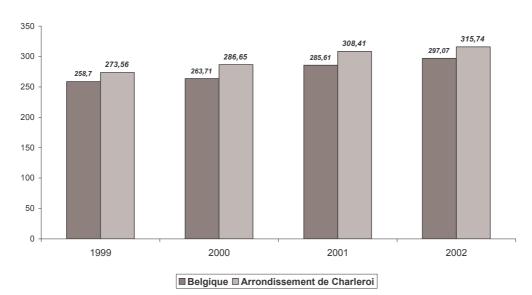
Source: INS, calcul CLPS

Graphique 18. Nombre de mariages par 1.000 habitants, comparaison de l'arrondissement de Charleroi et de la Belgique, de 1999 à 2002



Source: INS, calcul CLPS

Graphique 19. Nombre de divorces par 100.000 habitants, comparaison de l'arrondissement de Charleroi et de la Belgique, de 1999 à 2002



Source: INS, calcul CLPS

Tableau 35. Autres indicateurs sociodémographiques et caractéristiques des ménages au 01.01.2000

	Arrondiss.	Province du	
	de	Hainaut	Belgique
	Charleroi		
Ménages et personnes seules	33,70 %	31,25 %	31,14 %
Couples	45,32 %	47,82 %	52,34 %
Familles monoparentales	12,49 %	12,40 %	9,71 %
Familles avec enfants (par rapport à	43,05 %	43,71 %	42,19 %
l'ensemble des ménages)	43,03 /0	45,71 /0	42,19 /0
Familles (couples et			
monoparentales) avec : (par rapport			
à l'ensemble des ménages)			
• 1 enfant	21,93 %	22,32 %	19,96 %
• 2 enfants	13,30 %	14,28 %	15,18 %
3 enfants et plus	7,82 %	7,11 %	7,05 %

Source: INS

5. Les personnes étrangères

Tableau 36. Proportion de la population de nationalité étrangère par commune au 01.01.2002 et comparaison avec la Région wallonne

Communes	Population	Population	Proportion	Ecart par
	totale	étrangère	d'étrangers	rapport à la
	au			Région
	01.01.2002			
Région wallonne	3.358.560	311.471	9,3 %	0 %
Province Hainaut	1.281.042	146.471	11,4 %	+ 2,1 %
Arr. Charleroi	420.590	57.660	13,7 %	+ 4,4 %
Aiseau-Presles	10.846	1.865	17,2%	+ 7,9 %
Chapelle-lez-	14.025	2.810	20.00/	+ 10,9 %
Herlaimont	14.025	2.010	20,0%	+ 10,9 %
Charleroi	200.578	29.246	14,6 %	+ 5,3 %
Châtelet	35.276	5.933	16,8 %	+ 7,5 %
Courcelles	29.624	3.604	12,2 %	+ 2,9 %
Farciennes	11.263	2.272	20,2 %	+ 10,9 %
Fleurus	22.324	3.116	14,0 %	+ 4,7 %
Fontaine-l'Evêque	16.895	2.880	17,0 %	+ 7,7 %
Gerpinnes	12.054	652	5,4 %	- 3,9 %
Les Bons Villiers	8.772	354	4,0 %	- 5,3 %
Manage	22.022	3.116	14,1 %	+ 4,8 %
Montigny-le-Tilleul	10.273	601	5,9 %	- 3,4 %
Pont-à-Celles	16.041	594	3,7 %	- 5,6 %
Seneffe	10.597	617	5,8 %	- 3,5 %

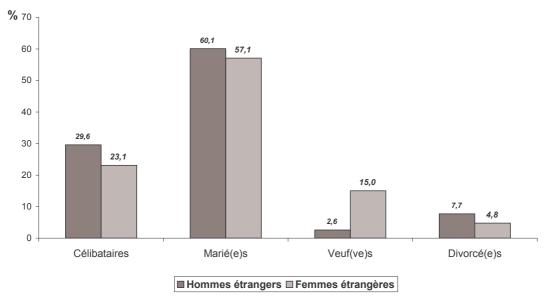
Source: INS, calcul CLPS

On observe des différences importantes de proportion d'étrangers par communes. Certaines communes ont de fortes proportions d'étrangers (Châtelet, Chapelle-lez-Herlaimont,

Farciennes) et d'autres, paradoxalement, de très faibles proportions (Les Bons Villiers, Pont-à-Celles).

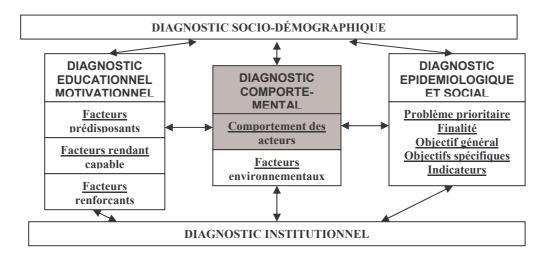
Cette répartition entre population belge et d'origine étrangère n'a pas été citée dans les focus groupes en relation avec des problèmes de bien être des individus.

Graphique 20. Profil de la population étrangère de l'arrondissement de Charleroi par sexe et état civil



Source: INS, calcul CLPS

PARTIE V. DIAGNOSTIC COMPORTEMENTAL



1. Comportements, habitudes de vie et facteurs de risque

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Manger sainement à des prix réduits
- Prendre le temps : rythme de vie en respect de nos possibilités à long terme
- Education pour la santé en faveur d'aliments sains et pas chers – Respecter les régimes alimentaires particuliers à l'école, à l'hôpital
- Avoir un hobby / une passion
- Eviter le surendettement les crédits faciles

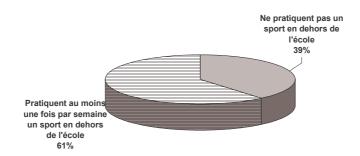
Dans une construction PRECEDE PROCEED aussi large on arrive inévitablement à énumérer un grand nombre d'acteurs concernés par la problématique globale et les problématiques spécifiques énoncées (se référer au tableau global PRECEDE PROCEED). Néanmoins il est intéressant de les placer tous afin de mieux réaliser les publics cibles pour une action cohérente de même que les publics cibles avec lesquels on a les moyens pour agir. Si le fait de citer les comportements en cause de problèmes de santé ou de bien être peut paraître basé trop sur une approche béhavioriste, il est important de réaliser que la construction du modèle va beaucoup plus loin en amont de ces comportements et cherche justement à les comprendre dans une démarche d'éducation pour la santé. Il est indéniable de plus que c'est bien des changements de comportements que nous attendons aussi en promotion de la santé si on veut une action efficace. Le fait de les placer ainsi donne aussi des perspectives dans un cadre d'évaluation et de recherche sur le changement des comportements et pratiques de groupes d'acteurs bien ciblés.

De nouveau on observe un certain nombre de variables récoltées lors des focus groupes à la fois comportementales mais aussi éducationnelles et qui sont toutes reprises dans ce même chapitre.

Même si elle n'a pas été reprise telle quelle par les focus groupes, la place de l'activité physique et du sport des jeunes est importante à évaluer et cela peut servir d'indicateur de sédentarité de la population.

Sport et sédentarité

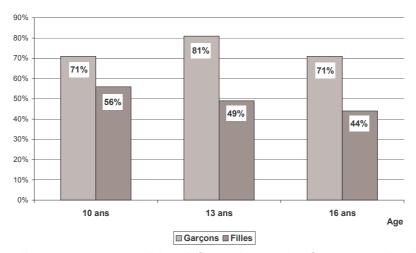
Graphique 21. Pratique d'un sport hors de l'école chez les jeunes de la Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001.

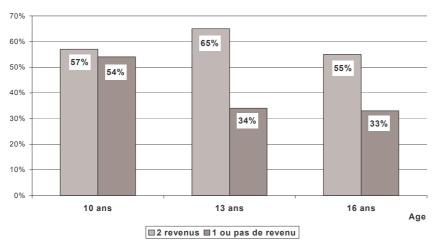
Le graphique suivant montre la pratique de sport en fonction de l'âge et du sexe des jeunes. On observe ainsi dans de nombreuses études la diminution progressive de l'appartenance à un club sportif ou tout simplement de la pratique d'un sport entre 10 et 18 ans et aussi bien chez les filles que les garçons. Pour modifier cette tendance, il faudrait étudier les motifs de l'abandon.

Graphique 22. Proportion de sportifs selon l'âge et le sexe chez les jeunes de la Province du Hainaut (Source : Carnet de bord de la santé 2001)



La pratique d'un sport peut aussi être influencée par des facteurs socio-économiques comme le nombre de revenus du travail dans la famille.

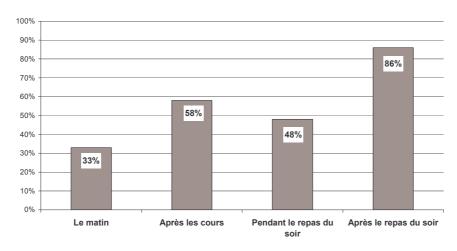
Graphique 23. Proportion de filles sportives selon l'âge en fonction du nombre de revenus du travail dans le ménage en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut. 2001.

La télévision, loisir sédentaire, est clairement identifiée comme un facteur de risque de l'accroissement de l'obésité chez les jeunes. Presque tous les jeunes regardent la télévision au moins une fois par jour, les jours de classes. Plus d'un tiers des jeunes peuvent être considérés comme des téléspectateurs assidus, c'est-à-dire regardant la télévision au moins trois fois par jour.

Graphique 24. Proportion de jeunes regardant la télévision selon le moment de la journée en Province du Hainaut

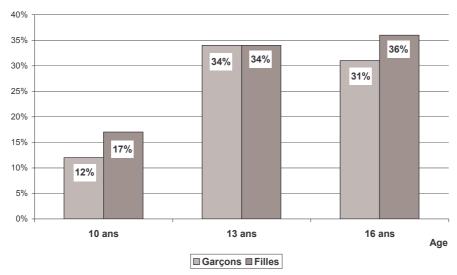


Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001.

Alimentation

La prise d'un petit déjeuner favorise l'équilibre du bilan énergétique au cours de la journée. Près d'un tiers des jeunes ne déjeunent pas. Ce repas est plus souvent négligé chez les adolescents que chez les enfants.

Graphique 25. Proportion de jeunes ne prenant pas de petit déjeuner les jours de classe selon l'âge et le sexe en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001

Tableau 37. Consommation alimentaire en Hainaut et comparaison avec la Belgique

	Hainaut	Belgique
% de personnes mangeant moins de 2 portions de fruit et de légumes par jour	54,4 %	51,8 %
% de personnes qui mangent du poisson moins d'une fois par semaine	30,1 %	28,2 %

Source: Enquête Nationale de Santé

Tabagisme, consommation d'alcool et assuétudes

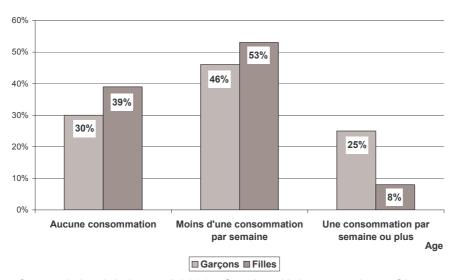
Tableau 38. Taux de tabagisme selon le sexe pour la ville de Charleroi et comparaison avec la Belgique

	Hommes	Femmes	TOTAL
Charleroi	51,8 %	35,1 %	43,5 %
Belgique	37,1 %	23,4 %	30,3 %

Sources : INS et CRIOC

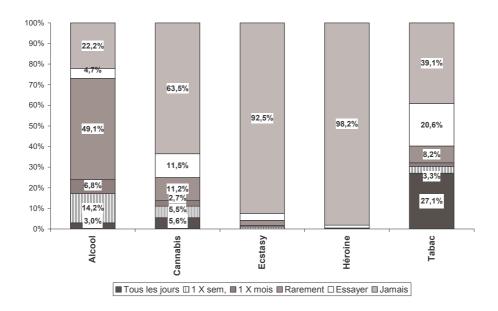
L'abus d'alcool est responsable de pathologies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, ...), d'accidents et de troubles comportementaux (violence, délinquance). A l'âge de 16 ans, un garçon sur quatre est consommateur régulier de bière ou vin et seulement une fille sur 12.

Graphique 26. Proportion de jeunes de 16 ans consommant de la bière ou du vin selon le sexe en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001

Graphique 27. Consommation de produits chez les jeunes de Charleroi, année 1999



Source : Ville de Charleroi. Enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomène des « drogues »

Tableau 39. Consommation de produits chez les jeunes de Charleroi par types d'enseignement, année 1999

d enseignement, annee 1999					
			Consomma	tion	
	Enseignement	Jamais	1 X sem. à	Rarement à	
Produits			tous les	une fois par	
			jours	mois	
Alcool	Général	20,4 %	19,0 %	60,7 %	
	Technique	20,4 %	16,1 %	63,5 %	
	Professionnel	30,4 %	13,7 %	55,9 %	
Cannabis	Général	65,4 %	9,4 %	25,2 %	
	Technique	60,1 %	12,5 %	27,4 %	
	Professionnel	62.5 %	13,9 %	66,4 %	
Ecstasy	Général	93,8 %	0,5 %	5,7 %	
	Technique	90,1 %	1,7 %	8,2 %	
	Professionnel	92.5 %	1,1 %	6,4 %	
Héroïne	Général	98.9 %	0.0 %	1.1 %	
	Technique	97.2 %	0.2 %	2.6 %	
	Professionnel	97.7 %	0.3 %	2.0 %	
Tabac	Général	39.1 %	25.7 %	35.2 %	
	Technique	38.0 %	31.5 %	30.5 %	
	Professionnel	41.0 %	43.0 %	16.0 %	

Source : Ville de Charleroi. Enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomène des « drogues »

En raison du lien entre la consommation d'alcool et le tabagisme, une approche globale du problème des assuétudes chez les jeunes est pertinente, mais il faut probablement tenir compte des différences liées au sexe pour l'alcool.

Tableau 40. Types de demandes exprimées par les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la Région de Charleroi et propositions au 1^{er} contact faites par le service, année 2000

		Nombre	Taux
		de cas	
Demande	Suivi psychologique	290	45,9 %
	Méthadone	249	40,2 %
	Sevrage	216	34,1 %
	Aucune demande	25	3,9 %
	Prise en charge résidentielle	109	16,3 %
	Suivi socio administratif	78	12,4 %
	Soins médicaux	32	5,0 %
	Autre demande	32	5,0 %
	Logement	12	2,0 %
Proposition	Prise en charge	454	77,2 %
	Prise en charge + référence	61	17,0 %
	Référence	5	4,0 %
	Continuation prise en charge	44	13,2 %
	Continuation prise en charge	8	3,1 %
	+ référence		
	Sans suite	16	3,1 %

Source : Enquêtes-Sentinelles. Recueil épidémiologique concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la Région de Charleroi et propositions

Vaccination

La vaccination fait partie des sujets prioritaires en Promotion de la Santé. C'est la raison pour laquelle on en parle dans ce rapport malgré l'absence de données en provenance des focus groupes. En effet si on considère que la définition de la "santé pour tous "est aussi liée à l'absence de maladie pour tous, ce comportement préventif et ses déterminants sont à considérer.

La vaccination, comportement préventif important en faveur du jeune enfant, n'est pas la même en fonction des types de vaccins, de l'âge des enfants et de la Région du pays. On trouve aussi des différences en fonction de la nationalité et de niveau socio-économique des familles. Les taux de couvertures en général sont plus faibles en Région wallonne qu'en Flandre.

Tableau 41. Couverture vaccinale en Région wallonne, année 1999-2000

Vaccins	D'après le	s cartes de v consultées	accination	ation D'après l'ensemble des		s enquêtes
	Nbre	Taux (%)	IC 95 %	Nbre	Taux (%)	IC 95 %
Polio						
1 ^{ère} dose	832	99,6	99,2-100	832	96,1	94,8-97,4
2 ^{ème} dose	825	98,8	98,1-99,5	825	95,3	93,9-96,7
3 ^{ème} dose	799	95,7	94,3-97,2	799	92,3	90,5-94,1
DTP-DT						
1 ^{ère} dose	827	99,0	98,3-99,7	827	95,5	94,1-96,9
2 ^{ème} dose	821	98,3	97,4-99,2	821	94,8	93,3-96,3
3 ^{ème} dose	811	97,1	96,0-98,2	811	93,6	92,0-95,2
4 ^{ème} dose	708	84,8	87,2-82,4	708	81,8	79,2-84,4
Hib	714	85,5	83,1-87,9	714	82,4	79,9-84,9
Hépatite B						
1 ^{èrė} dose	491	58,8	55,5-62,1	491	56,7	53,4-60,0
2 ^{ème} dose	469	56,2	52,8-59,6	469	54,2	50,9-57,5
3 ^{ème} dose	419	50,2	46,8-53,6	419	48,4	45,1-51,7
4 ^{ème} dose	50	6,0	4,4-7,6	50	5,8	4,2-7,4
RRO	688	82,4	79,8-85,0	688	79,4	76,7-82,1

Source : PROVAC

2. Utilisation des services et organisation des soins

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Mauvaise organisation des services de santé (facteur environnemental)
- Capacité individuelle de financer les soins de santé (facteur rendant capable)
- Mauvaise qualité de l'offre des soins (environnement technologique, couverture en professionnels de santé)
- Renouvellement des ordonnances pour traitements continus

La mauvaise organisation des services de santé doit être mieux explicitée afin de savoir à quels problèmes objectivables (de manière qualitative ou quantitative) on se réfère. Parle t'on d'un problème global d'accessibilité aux services de santé ou plus spécifiquement d'acceptabilité des services de santé. Il est difficile de documenter avec précision ce type de variable si une enquête spécifique n'a pas eu lieu. Cette variable serait mieux localisée au niveau du diagnostic environnemental.

De la même manière on considérera difficile de confirmer le manque de capacité individuelle de financer ses soins de santé sans avoir des résultats d'enquêtes auprès des populations concernées. Cette variable devrait être localisée au niveau du diagnostic éducationnel dans les facteurs rendants capables.

On mettra ces deux variables récoltées par focus groupes dans ce chapitre qui discute de l'utilisation des services de santé en terme de comportement.

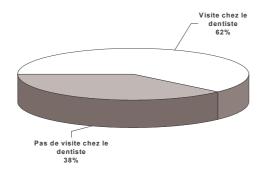
Tableau 42. Nombre et densité des médecins pour l'arrondissement de Charleroi et comparaison avec la province, année 2001

	Ensemble des médecins		Médecins généralistes		Médecins spécialistes	
	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Arrondisse ment de Charleroi	1.309	31,1	651	12,5	594	14,1
Province du Hainaut	4.233	33,1	2.001	13,3	1.915	15,0
Belgique	42.036	41,1	19.397	13,6	19.176	18,7

Tableau 43. Nombres d'hôpitaux (privés et publics) et de lits en fonction des services pour la province du Hainaut et la Belgique, au 01.01.1999

	Nombre d'établisse ments	Nombre de lits	Répartition des lits par services				
			Chirurgie	Médecine interne	Pédiatrie	Maternité	Gériatrie
Province du Hainaut	20	7.926	26 %	28 %	5 %	6 %	10 %
Belgique	174	56.553	30 %	29 %	5 %	6 %	11 %

Graphique 28. Proportion de jeunes ayant consulté un dentiste la dernière année en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001

Tableau 44. Nombre de consultations médicales par habitant en Province du Hainaut et en Belgique, année 1998

	Hainaut Contact/an/habitant	Belgique Contact/an/habitant
Consultations du généraliste	2,17	2,62
Visites du généraliste	2,79	2,16
TOTAL généraliste	4,96	4,78
Consultations de spécialistes	2,26	1,97

Source : INAMI

Les habitants du Hainaut ont plus de contacts par habitant et par an tant avec leur généraliste qu'avec des spécialistes par rapport au reste de la population belge.

Tableau 45. Satisfaction des soins donnés par le généraliste en Région wallonne, année 2001

	Satisfait	Très satisfait
Capacité d'écoute du patient	84,2%	64,1%
Soulagement rapide des symptômes	74,4%	47,9%
Information sur les symptômes, la maladie	83,0%	63,1%
Information sur le suivi chez le spécialiste, à l'hôpital	78,9%	57,7%
Temps d'attente dans la salle d'attente	40,7%	25,2%

Source: INS

3. Consommation de médicaments

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

 Problème d'accessibilité aux médicaments (facteur environnemental et rendant capable)

On place ici cette variable récoltée lors des focus groupes malgré le fait qu'il s'agisse certainement plus de l'énoncé d'un problème environnemental et éducationnel en terme de facteur rendant capable. Cependant il est difficile de confirmer la problématique de l'accessibilité aux médicaments par des résultats quantitatifs et on présente ici un indicateur indirect de cette accessibilité qui est la consommation de médicaments. Ceci entraîne une réflexion sur le paradoxe qu'il peut exister entre le problème d'accessibilité aux médicaments pour les groupes les plus vulnérables et, en même temps, une surconsommation de médicaments dans certaines populations.

De nouveau on voit à quel point il est nécessaire d'être précis dans l'énoncé de chaque variable lors des focus groupes. Le fait d'être obligé de placer la variable à un niveau d'analyse (de diagnostic) oblige aussi les acteurs à clarifier leurs propos et les liens de causalité auxquels ils se réfèrent, même s'il ne s'agit encore que d'hypothèses.

Graphique 29. Proportion de personnes déclarant avoir consommé un médicament prescrit par un médecin au cours des deux dernières semaines, par sexe en Région wallonne, 2001 *Source : INS*

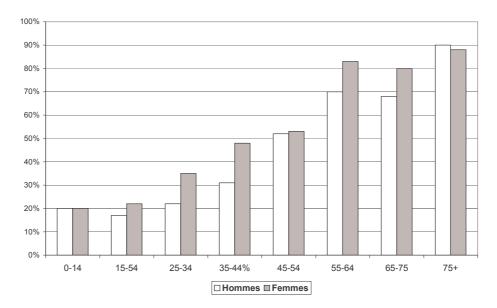


Tableau 46. Différence de % de consommation de médicaments entre la Province du Hainaut et la Belgique, par catégories de médicaments

Catégories de médicaments	Différence Hainaut – Belgique en %
Appareil circulatoire	+ 21,7
Appareil respiratoire	+ 18,1
Système nerveux central	+ 4,8
Appareil digestif et métabolisme	+ 28,8
Système ostéoarticulaire et	+ 36,6
musculaire	+ 14,7
Anti-infectieux	+ 8,4
Hormones	+ 28,4
Sang	+ 51,5
Organes de sens	+ 33,4
Dermatologie	+ 16,7
Immunomodulateurs	+ 8,0
Antiparasitaires	- 16,0
Divers	+ 27,6
TOTAL	+ 20,9

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

4. Emploi

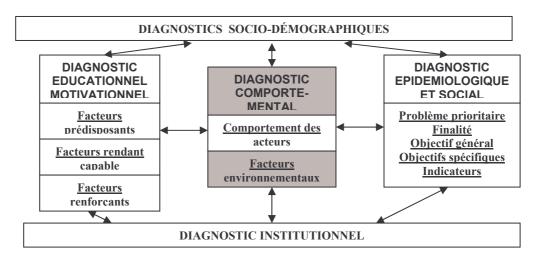
Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Profiter du fruit de son travail
- Qualité de vie à la demande de rentabilité, contraintes d'efficacité trop importante
- Comportements de type performance

Ces différentes variables énoncées lors du travail en focus groupes témoignent de comportements qui sont jugés peu favorables au développement du bien-être et de la santé globale (extrapolation théorique en relation à la structuration selon le modèle PRECEDE PROCEED). Il serait nécessaire de mieux comprendre s'il s'agit de déterminants comportementaux ou éducationnels. S'agit t-il par exemple de "l'impossibilité de profiter du fruit de son travail" dans un contexte donné (diagnostic comportemental et environnemental) ou bien d'une attitude individuelle (diagnostic éducationnel). Dans les deux cas de figures, l'intervention ne sera pas la même. Dans un cas il s'agira de travailler surtout sur l'environnement de travail et dans l'autre, sur les attitudes individuelles ou, de prévoir une stratégie mixte.

On peut de mieux en mieux se rendre compte de l'importance d'analyser chaque variable énoncée en relation aux autres variables afin de comprendre exactement où sont les problèmes pour les personnes concernées. Une méthodologie de structuration permet en fait de placer les variables selon des niveaux d'analyse différents et qui doivent permettre de représenter la réalité.

PARTIE VI. DIAGNOSTIC ENVIRONNEMENTAL



Les facteurs environnementaux sont particuliers à chaque problème spécifique énoncé dans le diagnostic épidémiologique et social. Le problème de sécurité, une fois objectivé, devra ensuite s'analyser en lien avec les facteurs environnementaux qui expliquent partiellement le problème. De la même manière, les problèmes de qualité des services et des soins auront des facteurs environnementaux qui renforceront la dimension multifactorielle de ce problème. C'est ainsi pour chaque problème objectivé dans le diagnostic épidémiologique et social.

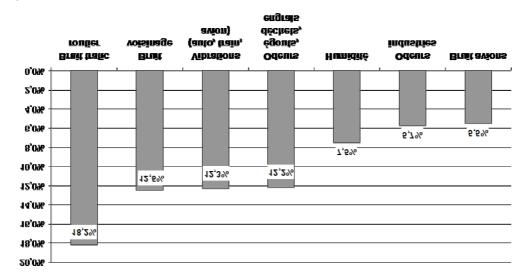
1. Environnement

Eléments récoltés au cours des focus groupes :

- Problèmes liés à l'environnement
- Pollution de l'air des sols d'origine industrielle, nuisances acoustiques
- Manque de co-voiturage
- Aménagement des espaces pour les personnes handicapées
 : ex. bordures, marches, toilettes, ...
- Espaces verts à multiplier, aires de repos
- Maintenance des luminaires publics
- Environnement médiatique : émissions télévisées éducatives programmées plus tôt

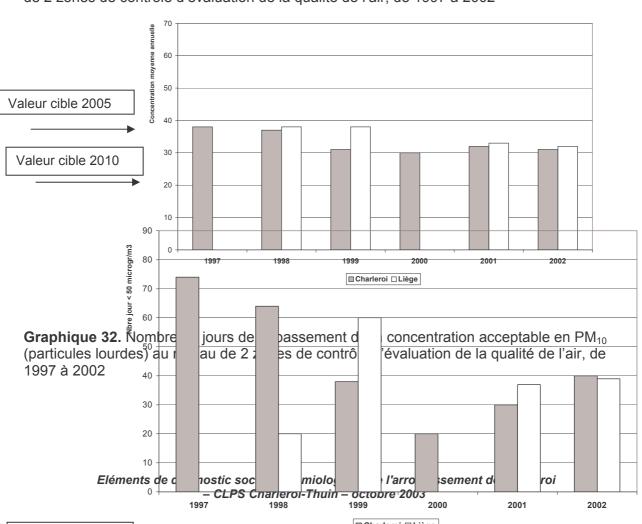
Etant donné que nous travaillons sur une construction qui englobe l'ensemble des problèmes spécifiques qui se rattachent au problème plus global de bien être, on observe que les focus groupes ont émis de nombreux problèmes en relation avec l'environnement et qui touchent à des problématiques spécifiques différentes "en aval" du diagnostic. Il s'agit aussi bien de trouver des variables rappelant un environnement pollué qu'un manque d'environnement éducatif multimédia plus intéressant pour les plus jeunes. On remarque que certaines données auraient pu être placées dans les comportements, par exemple le manque de co-voiturage. On a supposé ici que ce manque de co-voiturage était incriminé au manque d'organisation et de structures en faveur d'un co-voiturage. Il serait évidemment nécessaire de clarifier ce propos au regard des comportements individuels qu'il faudrait modifier même si un excellent système de co-voiturage devait être mis en place. De nouveau, l'énoncé d'un problème doit être relativisé de manière systémique afin de mieux cerner chaque fois à quel niveau du problème on se situe et dans quelle mesure on pourra agir dessus.

Graphique 30. Proportion de ménages embarrassés par un des facteurs de l'environnement en Région wallonne, année 2001



Source: INS

Graphique 31. Concentrations moyennes annuelles en PM₁₀ (particules lourdes) au niveau de 2 zones de contrôle d'évaluation de la qualité de l'air, de 1997 à 2002



Valeur cible 2005

■ Charleroi □ Liège

Valeur cible 2010

2. Education et enseignement

Eléments récoltés au cours des focus groupes :

- Qualité de l'éducation l'enseignement insuffisant
- Infrastructures insuffisantes : Ecoles de devoirs Ecoles des parents
- Mauvaise proportions d'élèves par classes ; élèves par éducateur ; médiateurs ; professeurs ; animateurs, ...
- Formation des enseignants insuffisante, notamment au niveau de la gestion de la discipline

Les problèmes reliés à l'éducation, la formation, l'enseignement et l'apprentissage sont assez spécifiques et la relation à la problématique globale doit être bien clarifiée dans la mesure où on maintient une analyse de situation aussi générale. On peut sans doute considérer que le bien être, pour les focus groupes, consiste aussi à avoir un environnement d'apprentissage adéquat aux besoins de ses différentes populations. Les quelques indicateurs qui ont été énoncés sont repris ci-dessus. On voit de suite que certaines variables devraient faire partie du diagnostic éducationnel, par exemple" la formation des enseignants afin de développer leurs capacités". On est alors dans les facteurs rendants capables pour ce public cible spécifique des enseignants au niveau du diagnostic éducationnel.

De nouveau, il est impossible de maintenir une absolue cohérence dans la présentation de ces résultats étant donné le manque d'information pour une analyse de situation complète.

On commencera ce chapitre par un rappel sur les structures d'enseignements.

L'enseignement relève de la compétence des Communautés. Pour rappel, il se répartit en 3 réseaux :

- l'enseignement de la Communauté, organisé et financé par la Communauté
- l'enseignement officiel subventionné (communal et provincial)
- l'enseignement libre subventionné.

Il existe en outre un enseignement non subventionné mais reconnu par la Communauté française (diplômes homologués).

On distingue 3 niveaux d'enseignement :

- le fondamental (de 2,5 à 12 ans) qui se subdivise en :
 - enseignement maternel
 - enseignement primaire.
- le secondaire (de 12 à 18 ans)
- le supérieur (à partir de 18 ans) qui se subdivise en :
 - supérieur de type court
 - supérieur de type long de niveau universitaire
 - universitaire.

A côté de l'enseignement ordinaire, sont organisés :

- l'enseignement spécial
- l'enseignement artistique de plein exercice
- l'enseignement de promotion sociale et artistique à horaire réduit.

Tableau 47. Présentation générale de l'enseignement dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

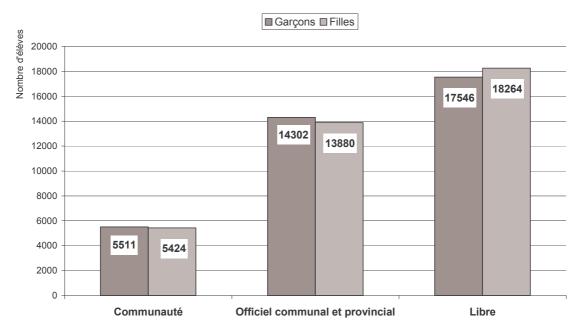
Quelques chiffres pour l'arrondissement de Charleroi

Nombre d'établissements : 165 Nombre d'implantations : 329 Nombre de classes : 847

Élèves/étudiants en plein exercice (2001-2002): 15.646 (14.784 belges et 862 étrangers)

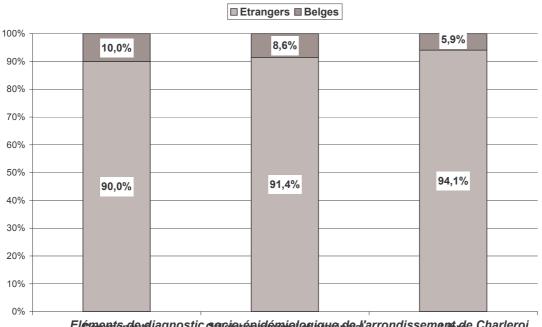
Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Graphique 33. Effectif total des élèves (maternelle, primaire et secondaire) de l'arrondissement de Charleroi, ventilé par sexe et par réseau, année 2001-2002



Source : Statistiques des établissements des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002 ; calcul C.L.P.S.

Graphique 34. Proportion d'élèves (maternelle, primaire et secondaire) par nationalité et par réseaux dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002



Eléments de diagnostic sacierépidémial egique เผล d'arrondissement de Charleroi - CLPS Charleroi-Thuin - octobre 2003

Source : Statistiques des établissements des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002 ; calcul C.L.P.S.

Tableau 48. Nombre d'enfants inscrits à l'école maternelle par sexe et réseau dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

Réseau	Garçons	Filles	Total
Communauté	336	269	605
Officiel communal	4.748	4.436	9.184
Libre	2.978	2.879	5.857

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Tableau 49. Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire par sexe et réseau dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

Réseau	Garçons	Filles	Total
Communauté	1.264	1.235	2.499
Officiel communal	7.463	7.388	14.851
Libre	6.573	6.450	13.023

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Tableau 50. Nombre d'élèves inscrits en secondaire ordinaire par sexe et réseau dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

Réseau	Garçons	Filles	Total
Communauté	3.911	3.920	7.831
Officiel provincial	1.242	1.192	2.434
Officiel communal	849	864	1.713
Libre	7.995	8.935	16.930

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Tableau 51. Nombre d'étudiants inscrits à un niveau supérieur de type long (universitaire) par sexe et réseau dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

Réseau	Garçons	Filles	Total
Officiel provincial	437	256	693
Libre	180	152	332

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Tableau 52. Population belge et étrangère dans l'enseignement maternel et primaire, par réseau, dans l'arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

	Maternel		Primaire			
Réseau	Belges	Etrangers	Total	Belges	Etrangers	Total

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Communauté	568	94%	37	6%	605	100%	2.258	90%	241	10%	2.499	100%
Officiel communal	8.586	93%	598	7%	9.184	100%	13.571	91%	1.280	9%	14.851	100%
Libre	5.630	96%	227	4%	5.857	100%	12.256	94%	767	6%	13.023	100%

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002

Tableau 53. Taux de pré scolarisation maternelle et scolarisation primaire, arrondissement de Charleroi, année 2001-2002

Lieu de résidence	Maternelle	Primaire
Arrondissement de	113 %	89 %
Charleroi		

Source : Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002 ; calcul C.L.P.S.

Cet indicateur est le rapport entre le nombre d'enfants inscrits en maternel et primaire, rapporté aux enfants résidants de la tranche d'âge correspondante.

3. Logement

Eléments récoltés au cours des focus groupes :

- Capacité quantitative et qualitative des logements
- Accessibilité financière au loyer (facteur rendant capable)
- Confort des logements / salubrité des logements
- Eviter de créer des ghettos au niveau de la qualité des logements (facteur comportemental /institutionnel)
- Problèmes de voisinage

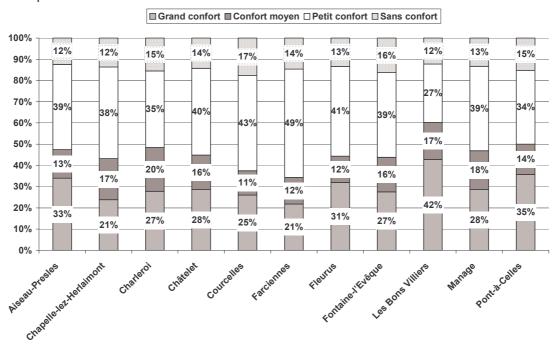
De nombreux problèmes en relation avec le logement sont apparus lors des focus groupes. La problématique du logement mériterait qu'on s'y attarde de manière spécifique afin de mieux cibler les acteurs d'un changement et les variables pour l'action. S'agit t'il principalement d'un manque quantitatif de logements de qualité ou faut-il envisager un travail de proximité plus en amont du problème ? Certaines pistes sont données par les variables qualitatives émises et notées ci-dessus. A nouveau on ne discute pas uniquement, dans ce chapitre sur l'environnement, des indicateurs environnementaux mais également des autres déterminants.

Tableau 54. Caractéristiques des logements de l'arrondissement de Charleroi (en 1991)

	Résidences habituelles					
Communes	Nombre	% occupé par propriétaire	% maison uni familiale	% construit avant 1945		
Aiseau-Presles	3 886	66	89	34		
Chapelle-lez- Herlaimont	5 262	60	86	42		
Charleroi	81 044	59	74	42		
Châtelet	14 855	60	84	38		
Courcelles	11 189	69	90	52		
Farciennes	4 177	56	84	37		
Fleurus	8 439	69	88	44		
Fontaine-l'Evêque	6 556	63	84	44		
Les Bons Villiers	2 874	75	93	48		
Manage	8 101	64	86	44		
Pont-à-Celles	5 638	76	93	52		

Source :recensement 1991

Graphique 35. Niveau de confort des logements de l'arrondissement de Charleroi (en 1991) : petit confort = eau courante + WC + Sdb ; moyen confort = eau courante + WC + Sdb + chauffage central ; grand confort = eau courante + WC + Sdb + chauffage central + cuisine + téléphone + voiture



Source :recensement 1991

En dehors d'un état des lieux sur la situation quantitative et qualitative des logements tel que présenté dans ce tableau et graphique, il apparaît difficile de trouver des données permettant de valider les autres points de vue émis par les focus groupes en ce qui concerne la problématique du logement. L'accessibilité au logement, si elle est envisagée comme un indicateur d'accessibilité individuelle, fait alors partie des facteurs rendants capable. En tant qu'indicateur plus global à l'échelle de la population, donc en tant qu'indicateur environnemental, aucune donnée n'a été trouvée afin de confirmer le manque d'accessibilité financière aux logements dans la région. Mais vu le contexte de l'immobilier et le niveau de vie général de cette région, l'hypothèse est probablement juste.

L'existence de ghettos doit aussi être vérifiée, sans doute principalement de manière qualitative. Il s'agit plutôt d'une variable comportementale ou institutionnelle.

4. Culte

Eléments récoltés au cours des focus groupes :

 Lieux de culte (pour la prière) dans les hôpitaux, les homes, les prisons, ...

C'est principalement sous forme de diagnostic environnemental qu'est apparu le problème lié au culte. Les personnes représentatives des focus groupes ont manifesté le manque de lieux de culte à plusieurs endroits. Il est difficile de valider quantitativement ce type de données, une validation qualitative devrait suffire. Par contre une analyse plus approfondie sur le type d'aménagements qui devrait convenir et le coût relatif est évidemment nécessaire avant de pouvoir passer à l'action.

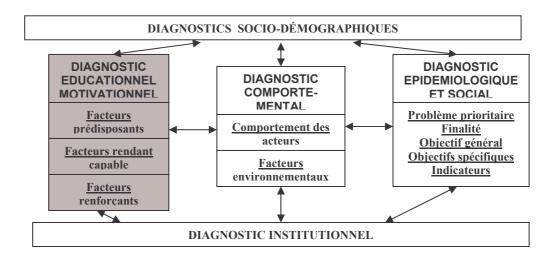
5. Sport, culture et loisirs

Eléments récoltés au cours des focus groupes :

- Accessibilité culturelle en terme de temporalité, d'espace, de coût et de niveau d'intelligence et d'instruction
- Accessibilité financière à des activités de loisirs
- Profiter des voyages, d'activités sportives, de la compagnie d'animaux

Toutes ces informations obtenues lors des focus groupes témoignent d'un besoin d'un environnement plus en adéquation au niveau de vie et à la demande culturelle de ses habitants. Sans doute existe-il un mélange de variables environnementales, comportementales et éducationnelles qu'il serait utile de préciser en vue d'une réflexion plus stratégique pour l'action. Il faudrait s'assurer que l'amélioration de l'accessibilité financière amène un réel changement. Au contraire, une attitude négative ou peu ouverte en faveur de la culture nécessiterait un travail tout autre en terme de promotion pour la santé. C'est pourquoi une récolte qualitative ou quantitative plus précise serait utile dans la mesure où ce problème reste une priorité.

PARTIE VII. DIAGNOSTIC ÉDUCATIONNEL



Les éléments du diagnostic éducationnel qui ont été obtenus via les focus groupes sont déjà en grande partie présentés dans les diagnostics précédents. Il a été en effet jugé parfois plus facile de présenter certains résultats en relation à un problème de façon groupée.

C'est ainsi qu'il peut sembler que le diagnostic éducationnel est un peu "maigre " ce qui serait une mauvaise impression en regard de l'approche qualitative et volontairement ouverte de récolte des données utilisée. Même si les problèmes et variables énoncées lors des focus groupes nécessitent souvent d'aller beaucoup plus loin dans la recherche d'informations en vue d'une action en promotion pour la santé, de nombreuses données présentent des pistes d'action potentielles.

1. Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants dans le diagnostic éducationnel sont ceux qui touchent aux connaissances, au vécu, aux attitudes, aux représentations, aux mythes etc. Ce sont ces variables qui témoignent individuellement de la propension au changement en terme d'ouverture d'esprit, d'existence ou non de fausses croyances, de bagage en terme d'acquis et de connaissances, de respect des visions différentes selon l'origine, la culture de chacun etc. Pour passer à l'action il est normalement nécessaire de maîtriser au moins partiellement ce type d'informations en relation au(x) problème(s) défini(s) et pour les publics cibles avec lesquels on va travailler.

De manière très générale on peut énumérer les données de type facteurs prédisposants qui ont étés abordés lors des focus groupes :

- Avoir un hobby / une passion (indicateurs : nombre de manifestations culturelles, projets, ...)
- Avoir une bonne santé mentale et physique
- Importance accordée à l'éducation et à l'enseignement dans l'arrondissement
- Sentiment d'insécurité ("se sentir en danger")
- Estime de soi ("se sentir bien dans sa peau")
- Connaissances des aliments sains et pas chers
- Attitudes:
- Tolérance
- Symbiose avec l'environnement
- Surendettement crédits faciles
- Perception de son travail : "un bon travail "
- Formation des polices de quartiers
- Formations spécifiques d'experts médicaux sur l'agression sexuelle et les soutiens post traumatiques
- Proposer un accompagnement respectant la culture / la langue / la religion en prison

La plupart de ces variables ont donc été discutées précédemment.

2. Facteurs rendant capables

Les facteurs rendant capable sont ceux qui témoignent des capacités individuelles à se prendre en charge, à savoir réagir etc. Il est parfois un peu confondant de devoir séparer certaines variables soit en facteurs rendant capable soit en facteurs environnementaux et ceci principalement quand il s'agit de variables liées à l'accessibilité (accessibilité à des activités sportives ou culturelles, accessibilité aux services de santé et aux médicaments etc.). La manière de clarifier le propos est de se rendre compte si la variable énoncée est un problème de la société ou plutôt de l'individu. Par exemple est-ce que les logements sont trop chers en général ou est-ce que certains groupes ou individus plus marginalisés n'ont pas accès à des logements par ailleurs relativement accessibles.

Les facteurs rendants capables sont aussi tous ceux qui portent à l'autonomie de l'individu. Quand on énonce des problèmes à ce niveau de diagnostic, la compréhension des mécanismes de ce manque d'autonomie est essentielle en vue d'action en promotion pour la santé. Par exemple l'énoncé du problème d'accessibilité aux médicaments s'il est vu de manière individuelle (donc comme facteur rendant capable et non comme facteur environnemental) est-il dû principalement au manque d'accessibilité financière individuelle ou au manque de capacité de gérer l'achat des médicaments et d'avoir un esprit critique face à une surconsommation habituelle en Belgique. Ce manque de capacité de gestion, de même que l'absence d'un sens critique, sont des variables témoignant du manque d'autonomie des individus. Elles se situent dans le diagnostic éducationnel au niveau des facteurs rendant capables.

De la même manière que pour les facteurs prédisposant, on énumère les données récoltées lors des focus groupes et qui sont considérés comme des facteurs rendant capable et déjà discuté ailleurs dans ce rapport :

- Avoir le droit d'expression (vers la politique aussi) orale ou écrite (indicateur : place et représentativité du milieu associatif)
- Capacité individuelle de financer les soins de santé
- Le droit d'exister, la vie
- Accessibilité individuelle culturelle en terme de niveau d'intelligence et d'instruction
- Capacité de communiquer
- Capacité d'écoute des adultes vers les enfants
- Amélioration de la formation des enseignants, notamment au niveau de la gestion de la discipline (formation continue des enseignants)
- Permettre socio économiquement aux parents d'éduquer leurs enfants à la maison
- Ecoles de consommateurs (développer un esprit critique des consommateurs)
- Cours / formations à la gestion de son budget ménager
- Développer les réseaux d'échanges de savoir-faire entre différentes cultures et organiser des réunions multiculturelles

3. Facteurs renforçants

Les facteurs renforçants sont aussi ceux qu'on appelle les facteurs favorisants car ils tiennent compte de la dimension sociale des relations humaines. Il s'agit de voir dans quelles mesures les focus groupes ont mis en avant ce besoin de plus de feedback, d'échanges et d'informations en relation aux divers niveaux de problèmes. On se rend compte par le nombre de variables énoncées et reprises ci-dessous qu'il s'agit bien d'un besoin fortement ressenti par tous et qu'il est nécessaire, lors de la phase PROCEED, de réfléchir à mettre en place des stratégies qui respectent cette dimension.

Contacts sociaux et solidarité

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Etre en harmonie avec soi et ce qui nous entoure, avoir de bonnes relations avec les autres, ne pas être isolé
- Bénévolat
- Profiter de l'expérience des personnes âgées
- Développer les réseaux d'échanges de savoirs faire entre différentes cultures et organiser des réunions multiculturelles
- Capacité de se mettre en projet par rapport aux autres
- Relations de qualité avec les autres : réseaux associatifs, politique, soins à domicile, degré de solitude ou isolement de la population (mécanismes existants pour éviter l'isolement)
- Existence de mouvements associatifs : s'entraider
- Solidarité à mettre en réseau
- Communiquer : groupes de paroles, réseaux d'informations adaptés aux différents publics cibles, soutien des maisons de quartiers

Elén

Il est évidemment difficile de valider de manière quantitative ce type de données. Manque t'il vraiment de réseaux d'échanges et de solidarité dans l'arrondissement de Charleroi ? Sans doute que le fait d'exprimer l'ensemble des variables ci-dessus est déjà un indicateur. Il serait néanmoins utile d'analyser l'efficacité des réseaux existants et les besoins des associations en terme d'appui à la communication etc. Une évaluation structurée de ce qui existe devrait en effet aboutir à des pistes d'action qui compléteraient les informations recueillies dans le cadre de ce travail.

L'analyse des facteurs renforçants doit aussi se faire en relation à chaque problème spécifique énoncé et aux publics cibles concernés. En effet, les mécanismes de feedback, d'information et de communication sont propres à chaque contexte.

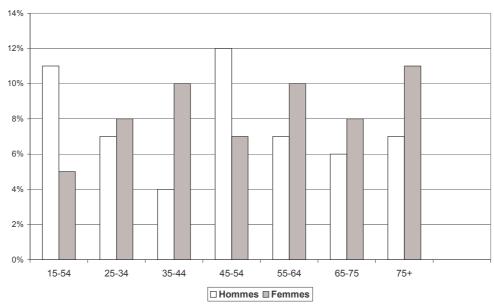
Seuls quelques variables quantitatives ont été jugées pertinentes à placer à ce niveau du présent rapport.

Tableau 55. Appréciation des relations sociales des habitants des trois Régions du pays, comparaison années 1997 et 2001

		on faible des s sociales	Appréciation élevée des relations sociales		
	1997 2001		1997	2001	
Région Wallonne	7,0%	7,9%	93,0%	92,1%	
Région Bruxelles-Capitale	7,7%	8,9%	92,3%	91,1%	
Région Flamande	5,1%	6,7%	94,9%	93,3%	

Source : INS

Tableau 36. Proportion de personnes insatisfaites de leurs contacts sociaux, par sexe et tranches d'âge en Région wallonne, année 2001



Source: INS

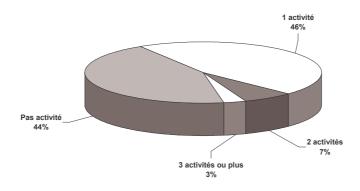
Tableau 56. Distribution des tailles des familles par communes de l'arrondissement de Charleroi au 01.01.2002

	Vit seul	2	3 à 4	5 à 6	7
		personnes	personnes	personnes	personnes
					et +
Arr. Charleroi	34,9%	30,3%	28,0%	6,0%	0,8%
Aiseau-Presles	25,7%	32,5%	33,2%	7,2%	1,4%
Chapelle-lez-	27,3%	31,9%	33,4%	6,6%	0,8%
Herlaimont		ŕ	,	,	ŕ
Charleroi	40,7%	29,0%	24,3%	5,3%	0,7%
Châtelet	33,6%	31,4%	28,8%	5,5%	0,7%
Courcelles	28,8%	31,6%	31,9%	6,9%	0,8%
Farciennes	26,7%	30,1%	32,8%	8,4%	2,0%
Fleurus	29,7%	31,1%	31,6%	6,8%	0,8%
Fontaine-l'Evêque	33,0%	30,2%	30,6%	5,7%	0,5%
Gerpinnes	24,3%	33,6%	35,2%	6,4%	0,5%
Les Bons Villiers	24,2%	30,6%	36,1%	8,4%	0,7%
Manage	28,2%	31,4%	32,3%	7,3%	0,8%
Montigny-le-Tilleul	28,8%	34,8%	31,0%	5,0%	0,4%
Pont-à-Celles	24,4%	32,9%	35,1%	7,1%	0,5%
Seneffe	27,4%	31,0%	31,9%	9,0%	0,7%

Source: INS, calcul C.L.P.S.

Le fait de participer à des loisirs organisés est une façon d'évaluer les contacts sociaux des jeunes et notamment avec les adultes. 44 % des jeunes affirment ainsi ne participer à aucun loisir organisé en dehors de l'école. La participation à des loisirs organisés est aussi influencée par les conditions socio-économiques des familles.

Graphique 37. Proportion de jeunes participant à des loisirs organisés (patro, scout, cours extrascolaire, ...) en Province du Hainaut



Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001.

Dans un contexte de recherche et d'actions sur la qualité de vie, disposer d'informations sur les personnes auxquelles les jeunes disent avoir envie de se confier est important.

Tableau 57. Proportion de jeunes qui se confieraient à différentes personnes selon l'âge et le sexe en Province du Hainaut

Confident	FILLES			GARCONS			TOTAL
	10 ans	13 ans	16 ans	10 ans	13 ans	16 ans	
Un(e) ami(e)	71 %	83 %	94 %	57 %	63 %	78 %	77 %

Un parent	81 %	48 %	54 %	79 %	61 %	57 %	62 %
Un	38 %	8 %	4 %	42 %	19 %	6 %	18 %
professeur							
D'autres	24 %	26 %	30 %	15 %	14 %	21 %	23 %
adultes							
D'autres	11 %	33 %	33 %	15 %	10 %	29 %	24 %
jeunes							
Frères et	50 %	40 %	36 %	51 %	42 %	41 %	43 %
sœurs							
Ne sait pas	19 %	15 %	7 %	18 %	17 %	11 %	14 %

Source : Carnet de bord de la santé 2001 – Santé en Hainaut numéro 4, Observatoire de la Santé du Hainaut, 2001.

Une enquête faite en 1999 par la coordination drogue de Charleroi présente une hiérarchisation similaire dans le choix des confidents des jeunes. Cette enquête permettait aussi d'identifier le parent à qui le jeune peut parler quand cela ne va pas : mère 63 % et père 36 %.

Les ASBL

Tableau 58. Répartition régionale des établissements des ASBL en Belgique et par Région (1998)

Régions	Nbre	En %	ETP* dans	En %
	d'ASBL		les ASBL	
Bruxelles	2 852	20,4%	28 765	10,8%
Flandre	7 155	51,2%	116 345	59,8%
Wallonie	3 956	28,3%	49 460	25,4%
Belgique	13 963	100%	194 570	100%

^{*} ETP = équivalent temps plein

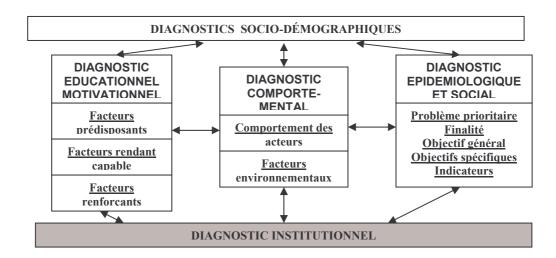
Source : Le secteur non marchand en Belgique. Analyse conceptuelle et statistique.

Tableau 59. Répartition des emplois au sein des ASBL entre les branches d'activités, Belgique 1998

•			
Secteurs		Travailleurs	En %
1.	Culture, sport et loisirs	48 329	3,7%
2.	Education et recherche	355 001	27,3%
3.	Santé	152 467	11,7%
4.	Action sociale	171 066	13,1%
5.	Défense des droits et intérêts	4 668	0,4%
6.	Administration publique	345 538	26,5%
7.	Autres activités non marchandes	190 541	14,6%
8.	Autres	34 759	2,7%

Source : Le secteur non marchand en Belgique. Analyse conceptuelle et statistique

PARTIE VII. DIAGNOSTIC INSTITUTIONNEL



Les focus groupes ont mis en avant de nombreux problèmes relatifs au diagnostic institutionnel. L'importance des décisions au sein des structures, administrations et institutions semble décisive face au changement voulu. On ne peut donc nier la nécessité de tenir compte de cette dimension dans les stratégies d'action en promotion de la santé.

On se rend compte que l'accessibilité en général (soins, médicaments, culture, transport etc.) est fortement liée à des décisions au niveau central. Aucun élément n'est donné sur les mécanismes d'actions potentielles, mais il est clair que l'institution à un rôle essentiel à jouer.

Eléments récoltés au cours des focus groupes:

- Améliorer l'information dans les communes par une mise en réseau de ce qui existe déjà
- Remboursement des médicaments achetés à l'étranger et revoir la durée permise de convalescence à l'étranger
- Généraliser un régime de type préférentiel pour les sans-emploi et les bénéficiaires du CPAS afin d'améliorer l'accès aux soins de santé
- Allocation d'une prime de risques pour des riverains voisins de sources de pollutions reconnues
- Certaines règles du CPAS sont "antisociales" Modification de certaines règles discriminatoires du CPAS, au point de vue des indemnités. Allocations/prise en compte de revenus versus les aides complémentaires octroyées
- Revalorisation de l'enseignement et dégager plus de moyens
- Culture décentralisée dans les quartiers
- Diminuer les dépenses pour certains sports
- Contrôle des logements, primes
- Etablir des référendums et prendre en compte les résultats
- Mettre en place un système d'élections directes
- Diminuer le prix des transports en commun

Devant toutes ces informations que l'on retrouve citées dans le diagnostic institutionnel et qui proviennent des focus groupes, une synthèse serait nécessaire afin de relier chaque problème spécifique au(x) changement(s) institutionnel(s) à envisager.

PARTIE VIII. DISCUSSION

La discussion s'articulera autour de deux axes:

- Une synthèse des résultats
- Une réflexion sur l'intérêt d'utiliser l'approche systémique et sur les orientations stratégiques à envisager à la lecture des résultats

Une synthèse des résultats

Comme cela a été précisé au début, il s'agit principalement d'un travail de structuration et de validation des données récoltées par focus groupes. On voit vite qu'il manque un certain nombre de données afin d'avoir une image plus opérationnelle en faveur de l'action stratégique. La vraie synthèse devrait venir d'un travail plus approfondi avec les acteurs des focus groupes notamment en ciblant la problématique générale et les problématiques plus particulières identifiées. L'importance accordée alors à chaque donnée devant être réfléchie en lien aux autres variables/données.

A ce stade ci, la synthèse des résultats PRECEDE PROCEED nous montre:

- Que les problèmes se situent bien à plusieurs niveaux d'analyses différents (diagnostics différents) et qu'il faudra en tenir compte dans les stratégies d'action.
- Que les problèmes finaux en lien direct avec la notion de bien être de la population sont dépendants du comportement d'un grand nombre d'acteurs et qu'il faudra en tenir compte dans les stratégies d'action.
- Que les facteurs environnementaux de même que les déterminants institutionnels dépendent de stratégies propres mais en cohérence à des finalités et des acteurs clairement identifiés.
- Qu'il existe toujours des déterminants sociodémographiques et économiques et qu'il faut donc en tenir compte dans l'action.

En terme de chiffre, une synthèse générale permet de dire :

- 1. Qu'il existe bien une problématique de surmortalité dans la région. On observe un excès de décès tant chez les hommes que chez les femmes.
- 2. Les taux de mortalité infantile sont légèrement plus élevés que dans les autres Régions du pays.
- 3. Les maladies cardio-vasculaires représentent 30,7 % du total des décès dans le Hainaut.
- 4. La perception de la santé subjective est la même que pour le reste de la population.
- 5. L'obésité et la surcharge pondérale sont un problème majeur chez les jeunes.
- 6. L'importance des accidents est en diminution mais reste toujours plus élevée par rapport aux autres Régions.
- 7. Il n'y a pas d'indicateurs évaluant la santé mentale qui puisse montrer une différence entre l'arrondissement de Charleroi et les autres Régions.
- 8. L'incidence de la tuberculose est importante à Charleroi par rapport aux autres villes du pays.
- 9. Les taux de chômage et la proportion de la population de minimexés sont importants.
- 10. Les revenus annuels moyens sont plus faibles par rapport à l'ensemble de la Province et au reste du pays.
- 11. La population de l'arrondissement présente une proportion importante de population étrangère. La répartition "jeunes/vieux" est identique au reste des arrondissements de la Province.
- 12. La télévision, loisir sédentaire, est clairement identifiée comme un facteur de risque de l'accroissement de l'obésité chez les jeunes.

- 13. Les pratiques alimentaires chez les jeunes ne sont pas optimales. A l'âge de 16 ans, un garçon sur quatre est consommateur régulier de bière ou vin et seulement une fille sur 12.
- 14. Les habitants du Hainaut ont plus de contacts par habitant et par an tant avec leur généraliste qu'avec des spécialistes par rapport au reste de la population belge.
- 15. La consommation de médicaments est importante.
- 16. La pollution de l'air est plus importante que dans d'autres villes de la Région wallonne.
- 17. La population est victime de nombreuses nuisances (bruit, odeur, ...).
- 18. La qualité des logements est variable d'une commune à l'autre.
- 19. L'appréciation des relations sociales est bonne dans la population. Ce sont les tranches d'âge de 35 à 55 ans qui trouvent le plus leurs relations insatisfaisantes.
- 20. C'est en Région wallonne que la proportion de groupements associatifs est la plus faible.

<u>Une réflexion sur l'intérêt d'utiliser l'approche systémique et sur les orientations stratégiques à envisager à la lecture des résultats</u>

L'approche systémique selon le modèle PRECEDE PROCEED a permis une structuration des données. Cette structuration est avant tout opérationnelle car elle permet d'envisager la complexité des actions à mener dans un cadre de Promotion de la Santé³. Il est en effet difficile d'envisager s'attaquer à certains problèmes sans avoir mené une réflexion de fond sur les déterminants et facteurs en relation avec ce problème. La récolte de données qualitative qui est à l'origine de cette réflexion sur la demande et le besoin d'appui dans le secteur de la Promotion de la Santé dans l'arrondissement de Charleroi a donné de nombreuses informations qui se situent à des niveaux de diagnostics différents.

Cette structuration des données permet de se rendre compte de celles qui manquent afin de mieux planifier l'action. Il apparaît également que les données quantitatives, permettant de confronter les données qualitatives, ne sont pas toujours accessibles notamment parce que parfois ces données ne peuvent être récoltées que de manière qualitative. D'autres modes de validation doivent alors être préconisés comme cela est parfois suggéré pour certaines variables.

On notera que ce type d'approche, en plus de permettre une articulation entre variables quantitatives et qualitatives, permet d'intégrer les données relatives aux différentes dimensions de la santé et du bien-être (en cela ce modèle correspond bien à un modèle écologique).

Ce constat amène à considérer l'utilisation de cette approche comme un outil et une méthode intéressante en vue d'établir un cadre de recherche et action.

En effet, dans la mesure ou certaines données apparaissent comme manquantes en relation à une analyse de situation incomplète, il est alors possible de faire un choix de variables pertinentes pour une récolte de données complémentaire. Il est également possible de vérifier, par une recherche documentaire approfondie, si certaines données existent dans la littérature sur la/les variable(s) manquante(s) et si les données trouvées peuvent être suffisantes dans le cadre de la planification d'une action locale. Si cela n'est pas le cas, l'information devra être récoltée dans le cadre d'une recherche complémentaire.

_

³ Le modèle de Green existe depuis 1970 et a été élaboré afin de permettre une synthèse des premiers fondements de la Promotion pour la Santé. Depuis il a été fortement utilisé dans des applications très diverses comme en témoigne le nombre de références sur le site de L. Green : www.lgreen.net

L'utilisation de ce type d'approche dans le cadre d'une recherche action doit également permettre d'arriver à beaucoup plus de précisions sur les variables déterminantes des différents problèmes énoncés.

Dans la mesure où la problématique générale annoncée est très vaste ("manque de qualité de vie et de bien être pour tous"), la construction du modèle PRECEDE PROCEED qui est présentée dans ce rapport peut manquer de précision en relation aux problèmes plus spécifiques. Cette approche étant facilement transférable, il serait utile d'établir un modèle PRECEDE PROCEED pour chaque problématique spécifique (entre autres les problématiques logement, sécurité, qualité des soins pour tous etc.).

Recommandations pour l'action (et en relation à la récolte de données)

- Prendre le temps de définir "bien-être" et "santé globale" et donc mieux cerner sa problématique globale et ses problématiques spécifiques en relation.

On se rend compte tout au long de ce travail qu'il manque une clarification opérationnelle de ces définitions générales. En effet, certaines précisions sur les concepts de bien-être et de santé globale doivent permettre de mieux documenter le diagnostic épidémiologique et social en lien avec la réalité énoncée. C'est également le moment où l'ensemble des acteurs s'accordent pour une vision cohérente quant aux finalités des actions qui doivent suivre l'analyse de situation. Les divergences sont alors aussi plus clairement établies.

- Travailler les stratégies d'actions sur base d'une approche PRECEDE PROCEED spécifique pour chaque problématique isolée.

S'il est utile d'avoir une construction générale telle que celle qui est présentée dans ce rapport, il est encore plus utile à des fins opérationnelles de travailler sur des cadres conceptuels spécifiques. Ceux-ci prenants alors une connotation de recherche action dans la mesure où la précision des variables devient très fine et proche de l'action.

- Ne pas hésiter à considérer les problématiques prioritaires parmi les différents diagnostics.

Comme cela a déjà été signalé à plusieurs occasions, les problématiques prioritaires pour l'action ne doivent pas être absolument situées dans le diagnostic épidémiologique et social. De nombreux autres problèmes sont bien plus prioritaires et accessibles à l'action spécifique pour autant qu'il existe une cohérence du modèle global PRECEDE PROCEED. L'action même spécifique face à un problème spécifique doit alors être axée sur les finalités définies de "bien-être" et de la "santé globale pour tous".

PARTIE IX. EN CONCLUSION

L'analyse et la structuration des données concernant l'arrondissement de Charleroi doit maintenant permettre une meilleure planification en vue d'une synthèse stratégique. Il est cependant nécessaire de commencer par une clarification de certains concepts (bien être et santé globale pour tous) et leur mise en relation aux problèmes prioritaires finalement arrêtés. Une fois ce diagnostic épidémiologique et social bien établi, il sera utile de procéder à une analyse complémentaire afin de placer les données manquantes (variables qualitatives et/ou quantitatives) au niveau des divers diagnostics en amont (sur un modèle global ou plusieurs constructions de modèles plus spécifiques).

En terme de conclusion on insistera aussi sur les recommandations qui ont été faites et la nécessité de poursuivre ce travail de manière méthodologique et participative.

BIBLIOGRAPHIE

- Observatoire de la Santé du Hainaut, Santé en Hainaut n°2, Tableau de bord de la santé des jeunes, Havré 1998.
- Observatoire de la Santé du Hainaut, Santé en Hainaut n°3, Tableau de bord de la santé, Havré 2000.
- Observatoire de la Santé du Hainaut, Santé en Hainaut n°4, Carnet de bord de la santé 2001, Havré 2001.
- Chaney, J.D., Hunt, B.P, & Schulz, J.W. (2000). An examination using the precede model framework to establish a comprehensive program to prevent school violence. American Journal of Health Studes, 16(4): 199-204.
- AreaSanté. Etude sur les déterminants éducationnels et les facteurs favorables à une meilleure adéquation entre un enseignement en Sciences de la Santé et les compétences attendues des professionnels de santé en Afrique centrale Francophone. Association pour le Renforcement de l'Enseignement et l'Apprentissage en Santé, mars 2003, Bruxelles, pp. 11.
- Green, LW, Karen Glanz, Godfrey M.Hochbaum, Gerjo Kok, Marshall W. Kreuter, Frances Marcus Lewis, Kate Lorig, Donald Morisky, Barbara K. Rimer, and Irwin M. Rosenstock (1994). Can we build on, or must we replace, the theories and models in health education? Health Education Research 9(3):397-404.
- Green LW, Kreuter MW (1991) Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. London: Mayfield Publishing Compagny.
- Fawcett, S. B. (1995). Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. American Journal of Community Psychology, 23 (5): 677-698.
- Mintzberg H., 1999, Grandeur et décadence de la planification stratégique, Editions Dunod, Paris, 456 p.
- Lavigne Delville Ph., Sellamna N., Mathieu M. Les enquêtes participatives en débat. Karthala-GRET-ICRA, 2000.
- Proulx M., Potvin L., Lehoux P., Gariepy E., Tremblay M. L'action structurante de l'utilisation d'un modèle pour la planification de programmes en promotion de la santé. Canadian Journal of Public Health 1999 ; 90 (1) : 23-6.
- http://statbel.fgov.be/port/hea fr.asp
- http://mrw.wallonie.be/dgrne/
- CLPS Charleroi-Thuin. Donnéées socio-démographiques et socio-sanitaires. Arrondissements de Charleroi et de Thuin. Edition 2001 (CD-Rom).
- Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales de l'ULG. Le secteur non marchand en Belgique. Analyse conceptuelle et statistique. Volumes 1 et 2. Mai 2001.

- Direction Générale de la Santé. Infection au VIH et sida dans la Région wallonne et dans la Région de Bruxelles-Capitale, mai 2003.
- Bruxelles Santé. Indicateurs socio-sanitaire, Région de Bruxelles-Capitale.
- Ville de Charleroi. Enquête réalisée au sein de la population scolarisée de Charleroi portant sur le phénomène des « drogues ». Mars 1999.
- Ville de Charleroi. Recueil de données épidémiologiques concernant les usagers de produits psychotropes illicites en contact avec des instances d'aide dans la Région de Charleroi. Décembre 2001.
- Fares. Rapport annuel 2002.
- Direction Générale de la Santé. Tableau de Bord en promotion de la santé. Octobre 1997.
- Statistiques des établissements, des élèves et des diplômes de l'enseignement de plein exercice et budget 2002 des dépenses d'enseignement. Annuaire 2001-2002.
- Ministère de la Région Wallonne. Annuaire statistique de la Wallonie 1997.
- Rapport Police Fédérale, Etats Annuels 2000-2001.
- Observatoire du Crédit et de l'Endettement. Prévention et traitement du surendettement en Région wallonne. Rapport d'évaluation 2002.