TABLE DES MATIÈRES

Introduction 3

1. Population 5

1.1 L'effectif de la population 5

1.2 Les mouvements de la population 6

1.3 La densité de la population 7

1.4 La structure de la population par sexe et par âge 9

1.5 L'espérance de vie à la naissance 10

1.6 La natalité 11

1.7 Le vieillissement de la population 12

1.8 La population étrangère 16

2 Facteurs socio-économiques 17

2.1 Le niveau d'instruction 18

2.2 Les revenus 19

2.3 La situation de l'emploi 22

2.4 Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale 27

2.5 Les logements 28

2.6 La composition de ménage 29

2.7 L'indice de cohésion sociale 32

3 Mortalité 35

3.1 Mortalité totale 35

3.2 Mortalité prématurée 38

3.3 Mortalité par cause 39

4 Etat de santé 42

4.1 Les cancers 42

4.2 L'invalidité 43

4.3 Les maladies professionnelles 47

4.4 La santé maternelle et infantile 48

5 Offre de soins et de services 51

5.1 L'accueil de la petite enfance 51

5.2 Les établissements de soins (hôpital, MR, MRS) 54

5.3 Les professionnels de la santé 55

6 Consommation de soins 57

6.1 Les soins ambulatoires 57

6.2 Les soins préventifs 69

Conclusions 71

Bibliographie 75

Sources de données 79

INTRODUCTION

Le profil local de santé est un recueil de données présentant une première photographie de la santé de la population d'une commune. Dans le cas présent, il répond à une demande de la commune. Pour concevoir ce profil, nous nous sommes inspirés d'expériences préexistantes dans d'autres provinces belges et régions françaises [1,2,3,4].

La perspective adoptée par l'Observatoire de la Santé au sein de ce document s'inscrit dans une approche globale de la santé, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies [5]. Ce travail tente donc de présenter non seulement des données démographiques et sanitaires, mais aussi sociales, économiques et environnementales (expositions professionnelles). En effet, la santé d'un individu n'est pas tributaire uniquement de ses comportements individuels et de son « bagage génétique », mais aussi de nombreux autres facteurs tout aussi inégalement répartis comme le genre, le niveau d'instruction, la profession, le revenu, la situation familiale ou encore l'habitat. On les appelle les « déterminants sociaux de la santé ». La répartition inégale de ces facteurs entre individus ou entre groupes d'individus au sein de la société débouche sur des différences en santé. Lorsque ces différences en santé suivent systématiquement une distribution inégale en fonction du statut socio-économique des individus, on parle d' « inégalités sociales de santé » [6]. L'amélioration de la santé de la population ne peut alors se limiter à des actions au niveau des habitudes de vie, mais passe également par des actions dans les secteurs de l'enseignement, de l'emploi, ou encore de l'aménagement du territoire, par exemple.

L'objectif de cet outil est de susciter une réflexion autour de la santé globale des individus et de participer à l'analyse de situation dans une démarche de projet à l'échelon communal. Il cible les décideurs politiques et les acteurs locaux en leur offrant un outil simple pour appréhender certaines caractéristiques de la population avec laquelle ils travaillent et les aider à orienter leur stratégie.

Sa table des matières est inspirée de celle du Tableau de Bord de la Santé (première photographie de la santé de la population de la province de Luxembourg) qui a été réalisé en 2010. Toutefois, certaines informations peuvent ne pas s'y retrouver pour raisons de disponibilité et de pertinence de données à un échelon communal. Néanmoins, la plupart des données présentées dans ce document sont assez récentes, comparables dans le temps et dans l'espace (commune, arrondissement, province).
Ses sources de données sont variées et issues principalement d'enquêtes, de registres et de bases de données de services publics divers.

Le premier chapitre aborde des données démographiques. Ces informations conditionnent la plupart des indicateurs de santé, car elles en constituent bien souvent le dénominateur.
Le deuxième concerne les facteurs socio-économiques. Ceux-ci sont en effet essentiels dans une vision globale de la santé, et utiles dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.
Ensuite, les données présentées dans le chapitre trois concernent la mortalité et ses causes.

Dans le chapitre quatre sur l'état de santé, différentes thématiques sont abordées comme les cancers, l'invalidité, les maladies professionnelles et la santé maternelle et infantile.

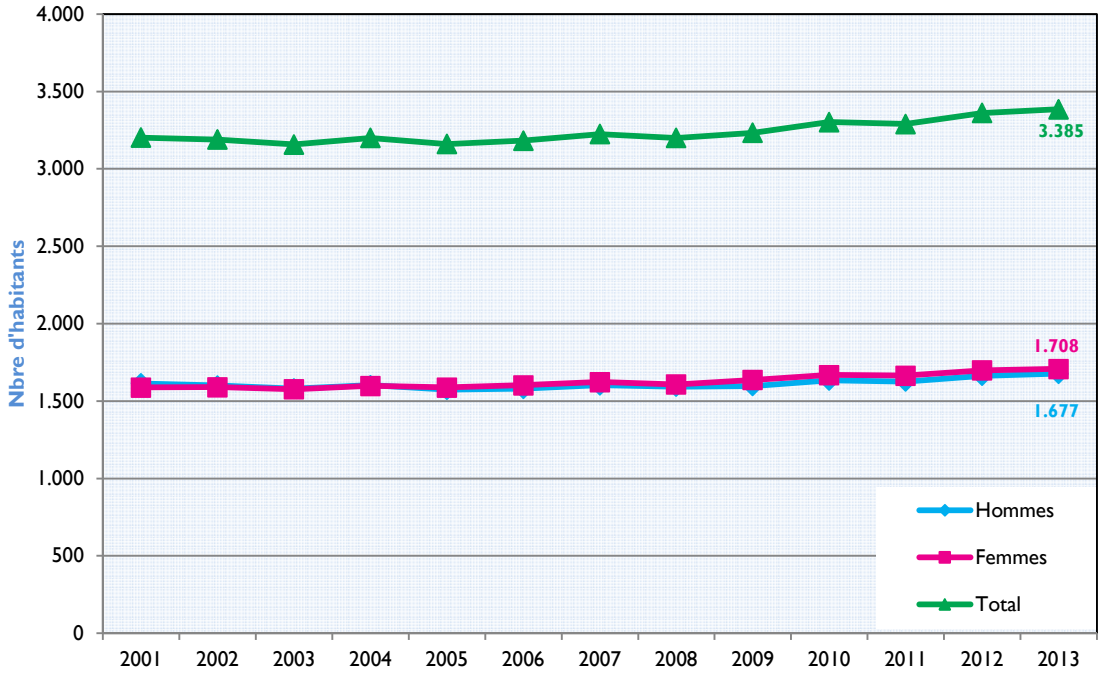
Les chapitres cinq et six concernent l'offre et la consommation de soins.

1. POPULATION

Lorsqu'on envisage la santé d'une population, il est important de s'intéresser aux données démographiques. L'âge, le genre, l'espérance de vie, ou encore l'indice de vieillissement de la population sont autant d'indicateurs qui permettent une analyse plus fine du contexte dans lequel évolue la population étudiée, de son « milieu de vie ».

1.1 L'effectif de la population

Figure 1.1 : *Evolution de la population de la commune de Saint-Léger par sexe, 2001-2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

La population de la commune de Saint-Léger augmente légèrement au fil du temps, passant de 3.202 habitants en 2001, à 3.385 habitants en 2013, soit une augmentation de 5,7 %. En 2013, elle représente 6,4 % de la population de l'arrondissement de Virton, ce qui positionne Saint-Léger comme la 7ème commune la plus peuplée sur les 10 que compte l'arrondissement.

1.2 Les mouvements de la population

***Le taux d'accroissement total de la population** (en %) représente la variation annuelle de la population due à la différence entre le nombre de naissances et de décès (solde naturel) ajoutée à la différence entre le nombre d'immigrés et d'émigrés (solde migratoire). En général, le nombre de naissances et d'immigrés est supérieur à celui des décès et d'émigrés, d'où la notion d'accroissement. Quand cette tendance s'inverse, on parle d'accroissement négatif [7].*

Tableau 1.1 : *Taux d'accroissement annuel moyen de la population, Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton - Commune de Saint-Léger, 2003-2013*

	Taux d'accroissement annuel moyen (%)
Province de Luxembourg	**0,9**
Arrondissement de Virton	**0,7**
Saint-Léger	**0,7**

Source: SPF Economie, DGSIE

Le taux d'accroissement annuel moyen de la commune de Saint-Léger de 2003 à 2013 est identique à celui de l'arrondissement mais inférieur à celui de la province.

1.3 La densité de la population

La densité de la population, et son corollaire, le degré de ruralité d'un territoire, est une caractéristique importante du milieu de vie. Elle conditionne en effet notamment l'offre en matière de services (de soins notamment), et/ou leur accessibilité (mobilité) (voir le chapitre sur l'offre de soins) [8].

Pour définir la ruralité, la définition de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) a été choisie:

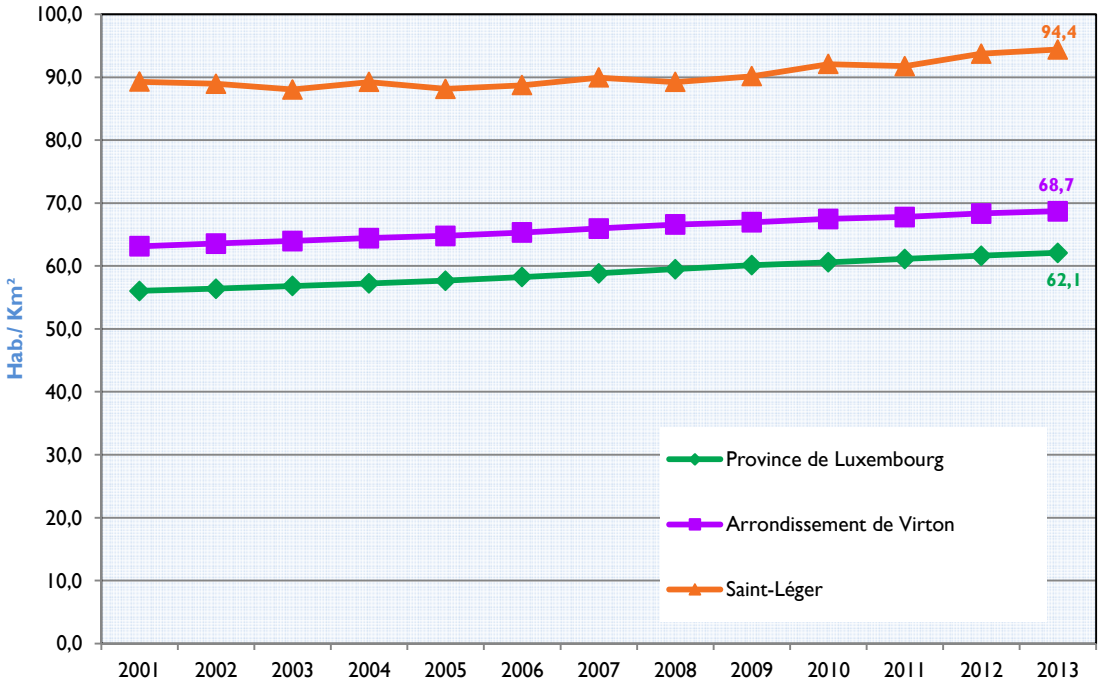
Une commune est une collectivité rurale, si sa densité de population est inférieure à 150 habitants par km².

Les arrondissements se différencient par une proportion de leur population vivant dans des communes rurales. Il existe trois types d'arrondissements :

- ***à prédominance rurale significative : plus 50% de la population vit dans des collectivités rurales ;***
- ***à composante rurale significative : entre 15% et 50% de la population vit dans des collectivités rurales ;***
- ***à prédominance urbaine : moins de 15% de la population vit dans des collectivités rurales [8]***

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

Figure 1.2: *Evolution de la densité de la population, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

En 2013, la densité de la population de la commune de Saint-Léger (94,4 hab/km²) est nettement supérieure à celle de la province (62,1 hab/km²) et à celle de l'arrondissement (68,7 hab/km²).

Entre 2001 et 2013, la densité de la population augmente quel que soit le niveau géographique considéré. Toutefois, c'est au niveau communal que l'augmentation est la moins importante (+ 5,7 % ; arrondissement de Virton: + 8,9 % ; province de Luxembourg : + 10,9 %).

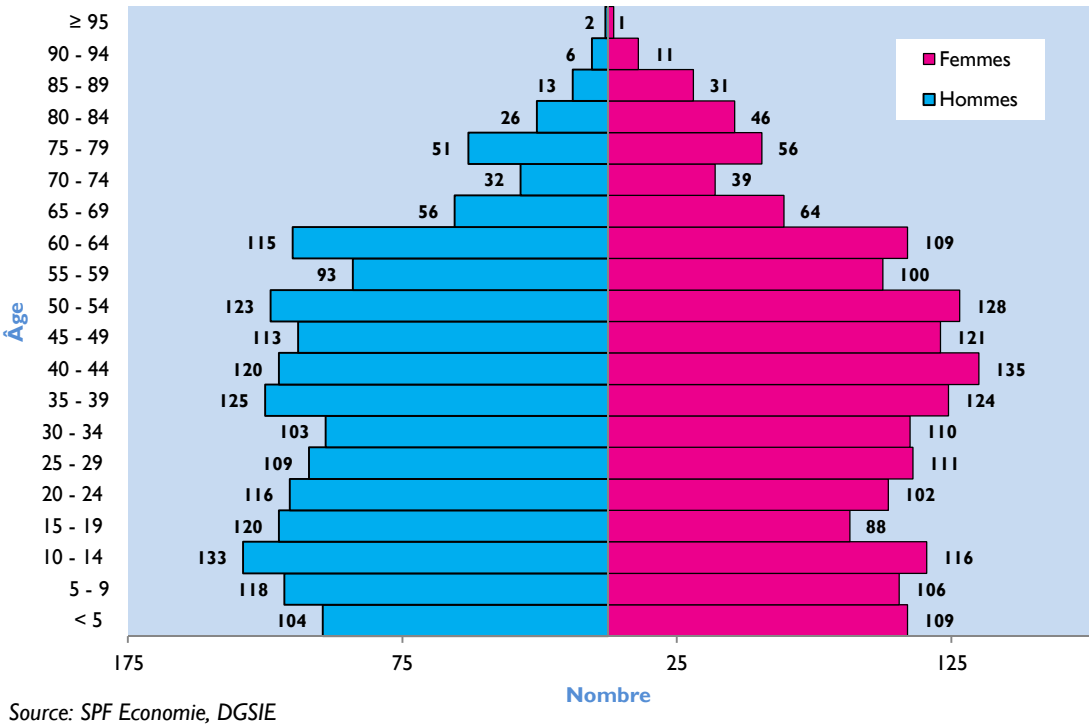
Selon la classification de l'OCDE, Saint-Léger peut dès lors être définie comme une commune rurale. L'arrondissement de Virton est à prédominance rurale.

1.4 La structure de la population par sexe et par âge

L'âge et le genre sont deux éléments fondamentaux à envisager lorsqu'on parle de santé. Avancer en âge et/ou être une femme peut signifier un risque de précarisation plus important. Or, qui dit précarisation, dit généralement influence négative sur la santé [9].

***La pyramide des âges** représente la répartition d'une population par catégorie d'âge et par sexe à un instant donné, pour une population donnée [10].*

Figure 1.3 : *Structure de la population, par catégorie d'âge et par sexe, en chiffres absolus, Commune de Saint-Léger, 2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

En 2013, la base de la pyramide des âges de la commune de Saint-Léger est importante et relativement droite jusqu'à la tranche d'âge 60-64 ans. Un rétrécissement un peu plus marqué est observé pour les moins de 5 ans et les 30-34 ans chez les hommes et pour les 15-19 ans chez les femmes.

A partir 75 ans, le graphique prend la forme d'une pyramide avec un rétrécissement et un sommet très fin (plus particulièrement du côté des hommes). En effet, la pyramide témoigne d'une longévité plus importante chez les femmes.

1.5 L'espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie est un bon indicateur démographique des conditions de vie et de santé de la population. Son évolution croissante reflète les progrès en matière de santé, les changements de mode de vie et du contexte socio-économique.

***L'espérance de vie à la naissance** correspond au nombre moyen d'années que chaque individu d'une population né au cours d'une année peut espérer vivre, en fonction des taux de mortalité observés cette année-là [10].*

Tableau 1.2 : *Espérance de vie à la naissance selon le sexe, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2008-2012*

	Hommes	Femmes
Province de Luxembourg	**75,7**	**82,1**
Arrondissement de Virton	**75,4**	**81,7**
Saint-Léger	**77,0**	**83,3**

Source: SPF Economie, DGSIE, calculs Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg

Entre 2008 et 2012, à Saint-Léger, l'espérance de vie est supérieure aux autres niveaux territoriaux, quel que soit le sexe. En général, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes. La commune de Saint-Léger n'échappe pas à ce phénomène, avec une différence de plus de 6 ans entre les sexes. Cette différence est relativement similaire à Saint-Léger par rapport à la province et à l'arrondissment. Cet écart entre les sexes peut s'expliquer notamment par les effets protecteurs de certaines hormones féminines sur les maladies cardiovaculaires et une résistance accrue à la mortalité infantile. De plus, les hommes sont davantage victimes de morts violentes et ont de manière générale plus de comportements à risques que les femmes [10].

A côté de l'espérance de vie, il serait intéressant de connaître l'espérance de vie en santé, à savoir "la moyenne du nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre dans un état de santé déterminé, si les modèles actuels de décès et de morbidité restent d'application [...]. L'analyse d'un tel indicateur est nécessaire car l'augmentation de l'espérance de vie [...] pose la question de la qualité de ces années vécues" [6]. Cet indicateur n'est malheureusement pas disponible à l'échelon communal.

1.6 La natalité

***Le taux brut de natalité** est égal au nombre de naissances vivantes pour 1.000 habitants.*

Tableau 1.3 : *Nombre moyen de naissances, taux brut de natalité pour 1.000 habitants, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010-2012*

	Nombre moyen de naissances	Taux brut de natalité pour 1.000 habitants
Province de Luxembourg	**3.320**	**12,2**
Arrondissement de Virton	**634**	**12,1**
Saint-Léger	**42**	**12,7**

Source: SPF Economie, DGSIE

A Saint-Léger, entre 2010 et 2012, le taux de natalité était en moyenne de 12,7 naissances pour 1.000 habitants, ce qui est légèrement supérieur aux taux de l'arrondissement et de la province.

1.7 Le vieillissement de la population

Tableau 1.4 : *Nombre de personnes et proportion de la population de moins de 20 ans et de 65 ans et plus, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2013*

	< 20 ans		65 ans et +	
	Nombre	%	Nombre	%
Province de Luxembourg	**69.807**	**25,3**	**43.289**	**15,7**
Arrondissement de Virton	**13.988**	**26,4**	**8.365**	**15,8**
Saint-Léger	**894**	**26,4**	**434**	**12,8**

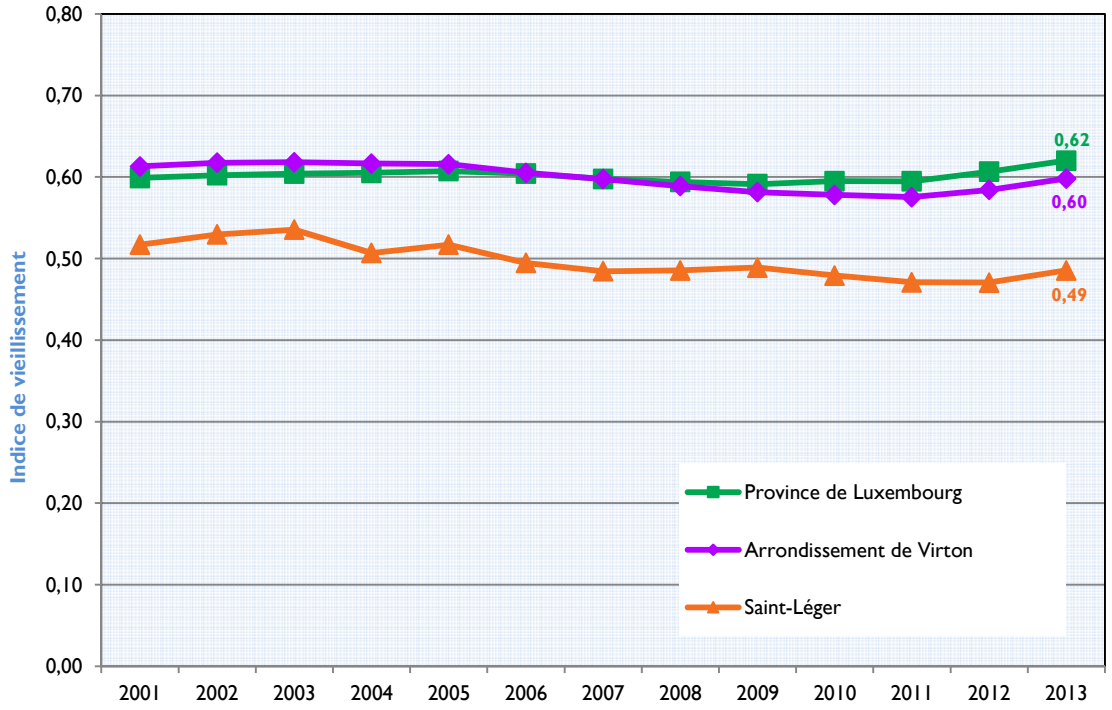
Source SPF Economie, DGSIE

En 2013, la commune de Saint-Léger possède un pourcentage de jeunes de moins de 20 ans identique à celui de l'arrondissement et légèrement supérieur à celui de la province. La proportion de personnes de 65 ans et plus est par contre moins élevé à Saint-Léger par rapport aux deux autres niveaux géographiques.

1.7.1 L'indice de vieillissement

***L'indice de vieillissement** est le rapport entre la population des personnes âgées de 65 ans et plus et la population des personnes âgées de moins de 20 ans. Il est construit sur base des données au 1er janvier de chaque année. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important [11].*

Figure 1.4 : *Evolution de l'indice de vieillissement, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

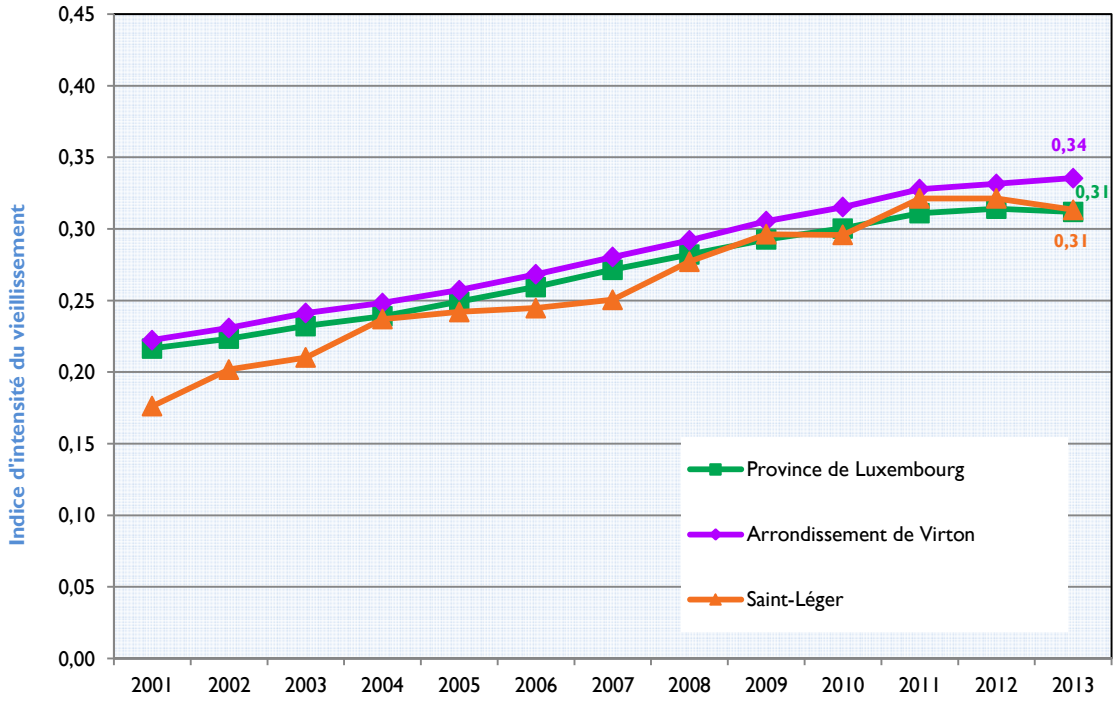
En 2013, l'indice de vieillissement de la commune de Saint-Léger (0,49) est inférieur à ceux de la province (0,62) et de l'arrondissement (0,60). Ceci s'explique directement par les différences de proportions entre les jeunes de moins de 20 ans et les personnes de 65 ans et plus (voir tableau 1.4). Par contre, contrairement à un indice relativement stable en province de Luxembourg et sur l'arrondissement de Virton, celui de la commune de Saint-Léger tend à diminuer.

1.7.2 L'indice d'intensité du vieillissement

Par rapport au processus global de vieillissement de la population, l'indice d'intensité du vieillissement, fournit une indication de l'importance du « 4ème âge » (80 ans et plus).

L'indice d'intensité du vieillissement est le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus [12]. Il se calcule en faisant le rapport entre les personnes de 80 ans et plus et les personnes de 65 ans et plus.

Figure 1.5 : *Evolution de l'indice d'intensité du vieillissement, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

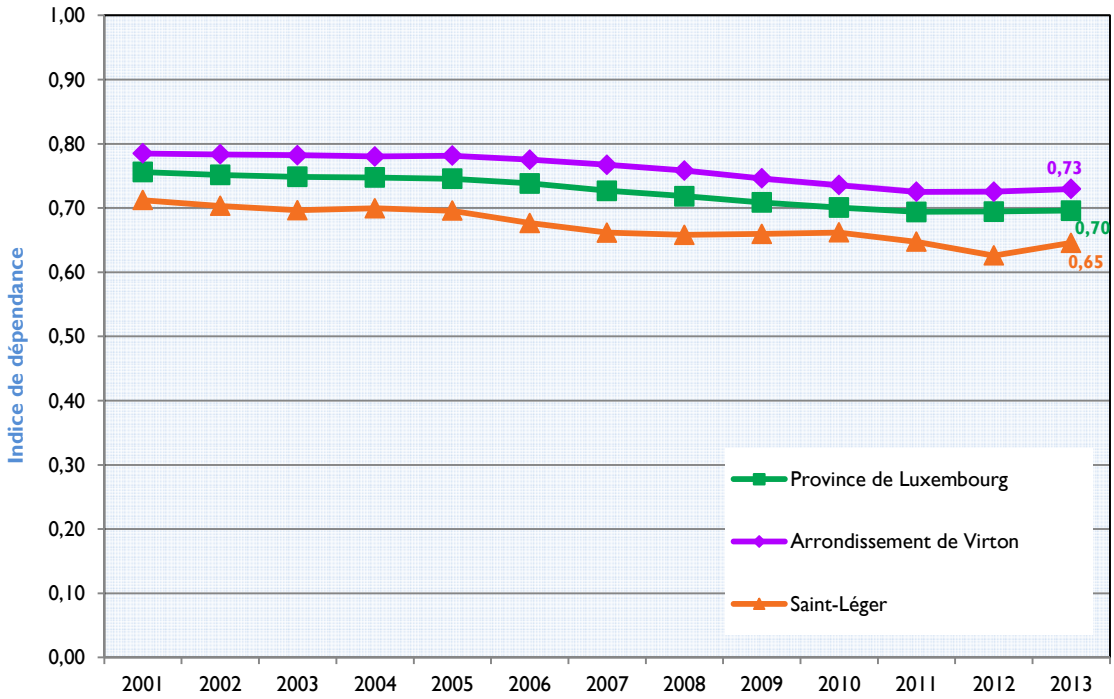
Entre 2001 et 2013, quel que soit le niveau géographique, l'indice d'intensité du vieillissement a augmenté (Saint-Léger : + 72,2 % ; arrondissement de Virton : + 54,5 % ; province de Luxembourg : + 40,9 %). Ceci s'explique notamment par l'augmentation de l'espérance de vie.

1.7.3 L'indice de dépendance démographique

Une part appréciable des personnes âgées de 65 ans et plus, d'enfants et de jeunes âgés de moins de 20 ans sont susceptibles d'être socialement ou économiquement dépendants des personnes en âge de travailler et peuvent avoir davantage besoin de services de santé. L'indice de dépendance démographique mesure la taille de la population « à charge » par rapport à la population « en âge de travailler » qui, en théorie, fournit le soutien social et économique [13].

***L'indice de dépendance démographique** est le rapport entre les personnes de 0 à 19 ans plus les personnes de 65 ans et plus sur les personnes de 20 à 64 ans [10]. Un indice de dépendance en-dessous de l'unité indique une part plus importante de la population en âge d'activité.*

Figure 1.6 : *Evolution de l'indice de dépendance démographique, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2013*



Source: SPF Economie, DGSIE

De 2001 à 2013, quel que soit le niveau géographique considéré, l'indice de dépendance démographique tend à diminuer (Saint-Léger : - 8,5 % ; arrondissement de Virton : - 6,4 % ; province de Luxembourg : - 7,9 %). En 2013, l'indice de Saint-Léger (0,65) est légèrement inférieur à celui de l'arrondissement (0,73) et celui de la province (0,70).

1.8 La population étrangère

L'origine ethnique, en particulier lorsqu'elle se manifeste par des signes tangibles (différences physiques, langue…), peut être un facteur important de discrimination, notamment au niveau de l'emploi, raison pour laquelle nous l'envisageons ici. L'emploi est en effet, comme nous le verrons plus loin, un déterminant important de la santé [9].

Tableau 1.5 : *Proportion de ressortissants étrangers, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2013*

	Population Belge	Population Etrangère	Total	Proportion d'étrangers en %
Province de Luxembourg	**257.155**	**18.439**	**275.594**	**6,7**
Arrondissement de Virton	**50.053**	**2.935**	**52.988**	**5,5**
Saint-Léger	**3.203**	**182**	**3.385**	**5,4**

Source: SPF Economie, DGSIE

La proportion d'étrangers à Saint-Léger en 2013 est inférieure à celles de l'arrondissement de Virton et de la province de Luxembourg.

Entre 2001 et 2013, cette proportion augmente légèrement passant de 4,2 % à 5,4 %. Cette progression (+ 1,2 %) est supérieure à celle de l'arrondissement (+ 0,9 %) mais inférieure à celle de la province (+ 2,3 %).

Quand on parle de population étrangère, il s'agit en majorité, pour la commune de Saint-Léger, de personnes issues de pays membres de l'Union Européenne et en particulier de Français, de Portugais et de Luxembourgeois.

2 FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Comme expliqué en introduction, la santé d'un individu ou de groupes d'individus ne se résume pas uniquement à des caractéristiques individuelles, comme le bagage génétique ou les habitudes de vie. Déjà au 19ème siècle, on constatait des différences en santé socialement stratifiées. La santé et le statut socio-économique seraient donc étroitement liés, même s'il n'existe pas encore à l'heure actuelle de véritable consensus sur l'influence réciproque de l'un sur l'autre. Est-ce le statut socio-économique qui détermine l'état de santé ou est-ce ce dernier qui a une influence prépondérante sur le statut socio-économique de l'individu ? Les choses ne semblent pas si tranchées dans la réalité : la santé et le statut socio-économique s'influencent mutuellement [6].

Dans la perspective qui est la nôtre, à savoir envisager la santé dans sa globalité, il nous semblait donc important d'intégrer au Profil Local de Santé, des données d'ordre socio-économique. Ces données revêtent en effet une importance capitale pour les élus locaux et professionnels de la santé et du social en ce qu'elles représentent autant de pistes d'explication, mais aussi d'action pour améliorer la santé des citoyens. Un changement de comportement ne vient en effet jamais ou rarement seul : il est nécessaire que le milieu dans lequel évolue l'individu soit favorable et vienne soutenir le changement de comportement souhaité.

Pour approcher le profil socio-économique de la population étudiée, nous nous sommes basés sur les indicateurs les plus communément admis, à savoir l'éducation, le revenu et l'emploi. *« Le niveau d'instruction détermine surtout l'accès aux informations et l'aptitude à tirer profit de nouvelles informations. Il est aussi un déterminant important du revenu et de la profession. Le revenu a surtout une influence sur l'accès aux ressources matérielles qui peuvent avoir un impact sur la santé comme l'alimentation, les soins de santé ou l'habitation. La profession influence en partie les facteurs sur lesquels les revenus et l'enseignement ont une influence et y ajoute des avantages spécifiques, liés à l'exécution de certaines professions, tels que le prestige, les privilèges, le pouvoir ainsi que les capacités sociales et techniques »* [6].

2.1 Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction permet d'approcher le statut socio-économique des individus. Il est couramment utilisé, car à la différence du revenu ou de l'emploi, il supporte mieux la comparaison internationale. De plus, comme expliqué ci-dessus, il est « un déterminant important du revenu et de la profession ». Or, de nombreuses études montrent que, globalement, les bénéfices en matière de santé acquis ces dernières décennies (diminution de la mortalité, augmentation de l'espérance de vie…) touchent toutes les couches de la population, mais dans des proportions différentes. Ainsi, « la mortalité a baissé de façon plus marquée dans les groupes les plus instruits, augmentant de fait les inégalités entre les personnes moins diplômées et celles l'étant plus » [6]. La réduction des inégalités sociales de santé passe donc également par les mesures prises en matière d'éducation.

Tableau 2.1 : *Niveau d'instruction, Belgique – Région Wallonne – Province de Luxembourg, 2012*

	Belgique (%)	Wallonie (%)	Province de Luxembourg (%)
Primaire ou sans diplôme	**12,5**	**13,7**	**9,8**
Secondaire inférieur	**18,9**	**21,1**	**21,7**
Secondaire supérieur	**37,4**	**36,8**	**39,2**
Enseignement supérieur non universitaire et universitaire	**31,3**	**28,4**	**29,5**

Source: SPF Economie, DGSIE

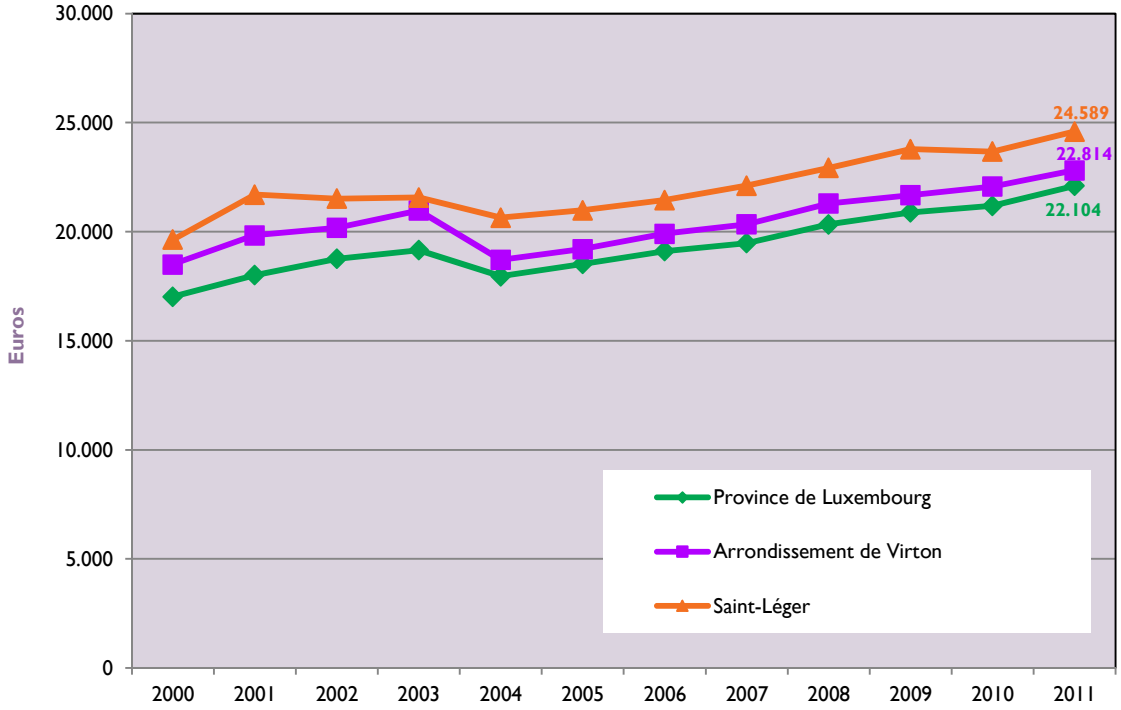
Les données concernant le niveau d'instruction ne sont pas, actuellement, disponibles au niveau de l'arrondissement et de la commune. En 2012, les niveaux d'instruction les plus représentés sont le secondaire supérieur et l'enseignement supérieur, quel que soit le niveau géographique considéré.

L'interprétation du tableau ci-dessus doit nécessairement être nuancée par la pyramide des âges de la population concernée. En effet, au cours des dernières décennies, l'enseignement s'est démocratisé, ce qui s'est notamment traduit par un allongement de la formation. Disposer d'un diplôme d'études secondaires supérieures en 1960 ou aujourd'hui n'a plus la même « valeur ». Dès lors, si la population envisagée est particulièrement âgée, il est plus que probable qu'elle présentera une proportion de diplômes d'un niveau « inférieur » plus importante qu'une population jeune.

2.2 Les revenus

***Le revenu médian par déclaration** est tel que la moitié des ménages a un revenu inférieur à cette valeur, l'autre moitié a un revenu supérieur. A la différence de la moyenne arithmétique, la médiane n'est pas influencée par les valeurs extrêmes [10].*

Figure 2.1 : *Evolution du revenu médian par déclaration, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2000-2011*

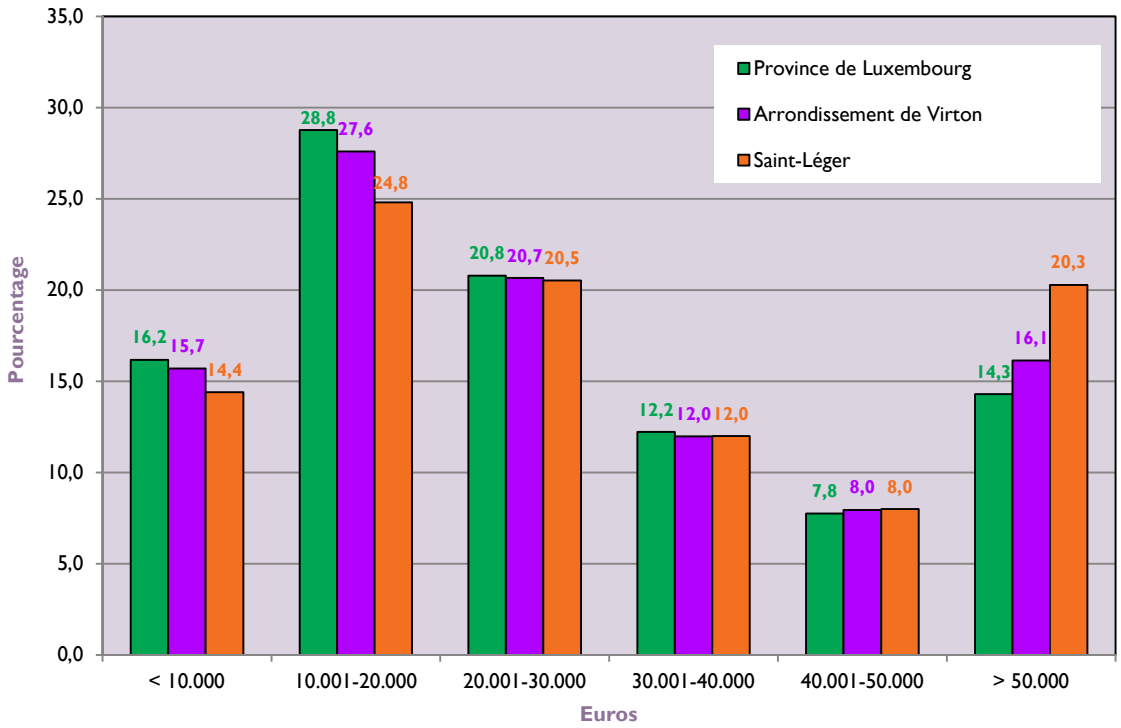


Source: SPF Economie, DGSIE

Entre 2000 et 2011, l'évolution du revenu médian par déclaration pour la commune de Saint-Léger montre une augmentation de 25,2 %, le revenu médian passant de 19.634€ à 24.589€. Cette augmentation se situe entre celles observées au niveau de l'arrondissement (+ 23,3 %) et de la province (+ 29,9 %).

Le revenu médian par déclaration à Saint-Léger en 2011 (24.589€) est supérieur à ceux de l'arrondissement (22.814€) et de la province (22.104€).

Figure 2.2 : *Proportion de déclarations par classe de revenu total net imposable, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger - Revenus 2011*



Source: SPF Economie, DGSIE

A Saint-Léger, en 2011, 14,4 % des déclarations se situent sous le seuil des 10.000€, ce qui est légèrement inférieur à l'arrondissement et à la province. Entre 2004 et 2011, cette classe (moins de 10.000€) diminue de 4,5 %.

En ce qui concerne la classe de 10.001-20.000€, la commune de Saint-Léger (24,8 %) se situe sous les valeurs de l'arrondissement de Virton (27,6 %) et de la province de Luxembourg (28,8 %).

La catégorie de 20.001-30.000€ représente un cinquième des déclarations et la catégorie de 30.001-40.000€, un peu plus d'un dixième des déclarations, quel que soit le territoire concerné.

La classe des 40.001-50.000€ concerne un peu moins de 10 % des déclarations, quel que soit le niveau géographique.

Enfin, le pourcentage de déclaration supérieur à 50.000€ est plus élevé à Saint-Léger (20,3 %) par rapport aux deux autres zones observées (province de Luxembourg : 14,3 % ; arrondissement de Virton : 16,1 %).

***Le revenu imposable globalement** correspond au revenu total net imposable diminué du revenu imposable distinctement (la loi prévoit l'application de taux distinct pour les contribuables bénéficiant de certains revenus, ce sont donc des exceptions aux taux d'imposition progressifs). Il se compose de quatre types de revenus à savoir les revenus professionnels, les revenus des capitaux et des bien mobiliers, les biens immobiliers et les autres revenus.*

***Les revenus de biens immobiliers** sont les revenus qui proviennent de propriétés foncières bâties (immeubles d'habitation et appartements, bureaux, usines, parkings, entrepôts, etc.) ou non bâties (terrains, champs...).*

***Les revenus de capitaux et biens mobiliers** sont les revenus, périodiques ou non, produits par un capital mobilier (dividende d'action, revenus obligatoires, etc.) ou bien mobilier corporel ou incorporel (location de matériel, droits d'auteurs, ...) [14].*

Tableau 2.2 : *Composantes du revenu imposable globalement en % du total, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Revenus 2011*

	Revenus professionnels					Revenus des capitaux et des biens mobiliers	Revenus de biens immobiliers	Revenus autres
	Des indépendants	*Salaires*	*Composante passive du revenu*					
			Pensions et prépensions	*Chômage*	*Maladie et Invalidité*			
Province de Luxembourg	**7,5%**	**62,4%**	**23,1%**	**3,3%**	**2,7%**	**0,02%**	**0,9%**	**0,1%**
Arrondissement de Virton	**5,6%**	**65,0%**	**23,4%**	**2,9%**	**2,4%**	**0,02%**	**0,7%**	**0,1%**

Source: SPF Economie, DGSIE

La catégorie la plus importante concerne les revenus professionnels des salariés avec, pour l'arrondissement de Virton, 65,0 % de l'ensemble des revenus imposables. Cela est légèrement supérieur à la proportion provinciale (62,4 %).

En 2011, la proportion des pensions et prépensions est légèrement supérieure pour l'arrondissement de Virton (23,4 %) par rapport à la province de Luxembourg (23,1 %). Par contre, en ce qui concerne la part des allocations de chômage et des allocations maladie/invalidité, la tendance inverse s'observe. Celles-ci sont légèrement inférieures pour l'arrondissement de Virton par rapport à la province de Luxembourg.

En plus des revenus, le tableau ci-dessus présente une dimension du statut socio-économique qui n'a pas encore été envisagée jusqu'à présent, à savoir la richesse. L'intérêt d'envisager la richesse en plus des revenus, est qu'elle « est distribuée plus inégalement que le revenu et elle ajoute la notion de transferts des ressources matérielles entre générations » [6]

2.3 La situation de l'emploi

2.3.1 La population active

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

***Le taux d'activité** correspond au rapport entre la population active et la population en âge de travailler (15 à 64 ans).*

***Le taux d'emploi** correspond, selon le Bureau International du Travail, au rapport entre la population active occupée et la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans) [10].*

Tableau 2.3 : *Population active, taux d'activité et taux d'emploi selon le sexe, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

	Population active Nombre		Taux d'activité (%)		Taux d'emploi (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Province de Luxembourg	67.902	57.120	74,4	64,7	67,0	56,9
Arrondissement de Virton	12.320	10.554	71,8	62,3	64,5	55,0
Saint-Léger	789	704	69,4	62,2	63,8	57,3

Source : IWEPS

En 2012, les taux d'activité et d'emploi sont globalement assez similaires entre les différents niveaux géographiques, quel que soit le sexe.

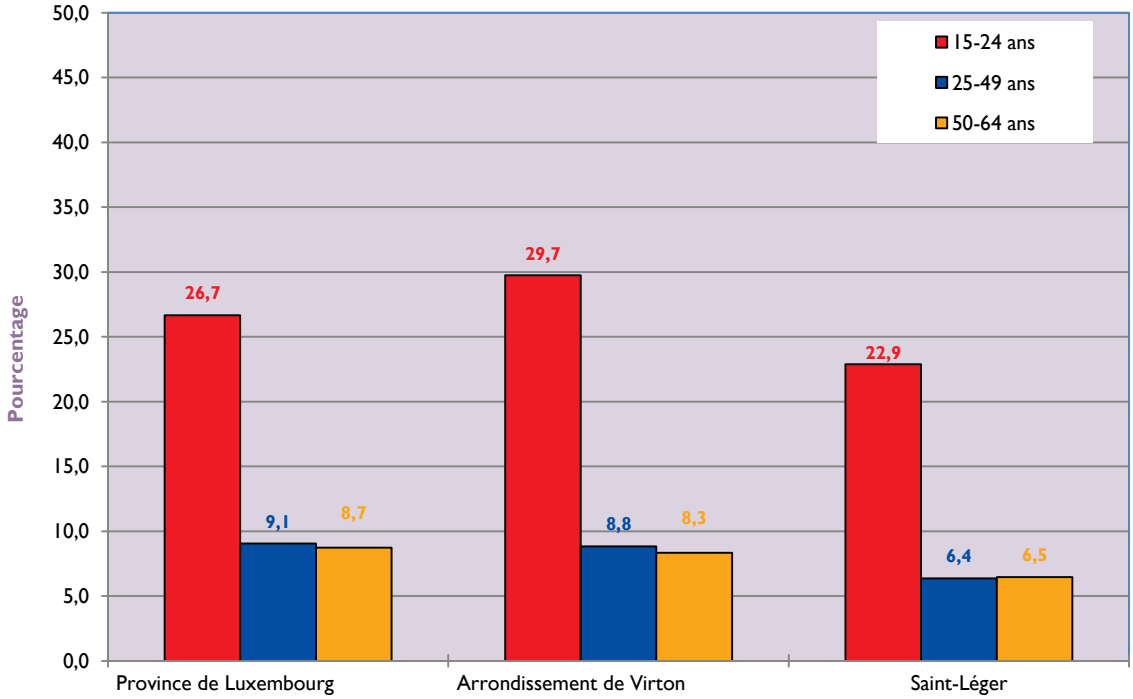
Par contre, une différence est observée entre les genres (quelle que soit l'échelle géographique envisagée), les taux d'activité et d'emploi des hommes étant systématiquement plus élevés.

Le taux d'emploi ne nous renseigne pas sur le régime de travail (temps partiel, temps plein), ni sur le type de contrat (travail intérimaire, contrat à durée déterminée, à durée indéterminée, statutaire, …). Ces deux éléments sont pourtant important à considérer, car si l'emploi contribue grandement à faire « rempart contre la pauvreté », cela doit être nuancé au regard de la qualité du travail offert [9].

2.3.2 Le chômage

***Le taux de chômage** correspond au rapport entre le nombre de chômeurs demandeurs d'emploi indemnisés et la population active. Il a été calculé par l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), sur base de plusieurs banques de données socio-économiques fédérales [10].*

Figure 2.3 : *Taux de chômage par groupe d'âge, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*



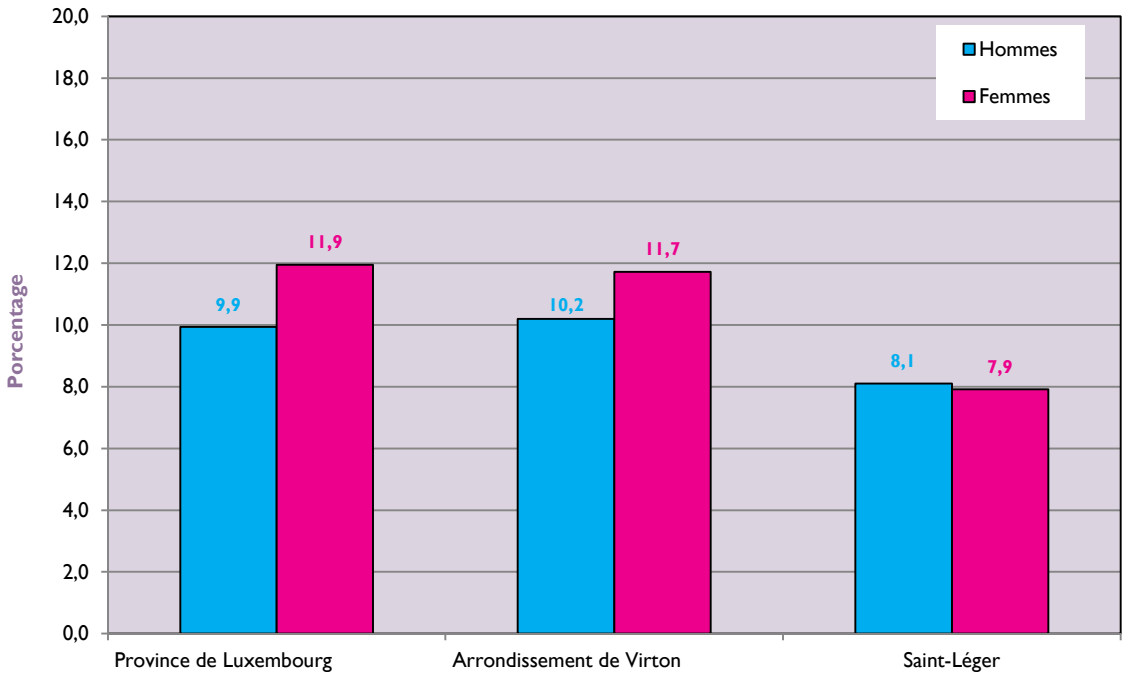
Source: IWEPS

En 2012, quel que soit le niveau géographique, le taux de chômage est beaucoup plus important pour les 15-24 ans[1]. Ce constat est cependant un peu moins marqué à Saint-Léger (22,9 %) qu'au niveau de l'arrondissement de Virton (29,7 %) et de la province de Luxembourg (26,7 %).

En ce qui concerne les deux autres tranches d'âge, des pourcentages relativement similaires sont observés, quel que soit le territoire concerné. En 2012, c'est cependant à Saint-Léger que le taux de chômage des 25-49 ans et celui des 50-64 ans est le plus faible.

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

Figure 2.4 : *Taux de chômage par sexe, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

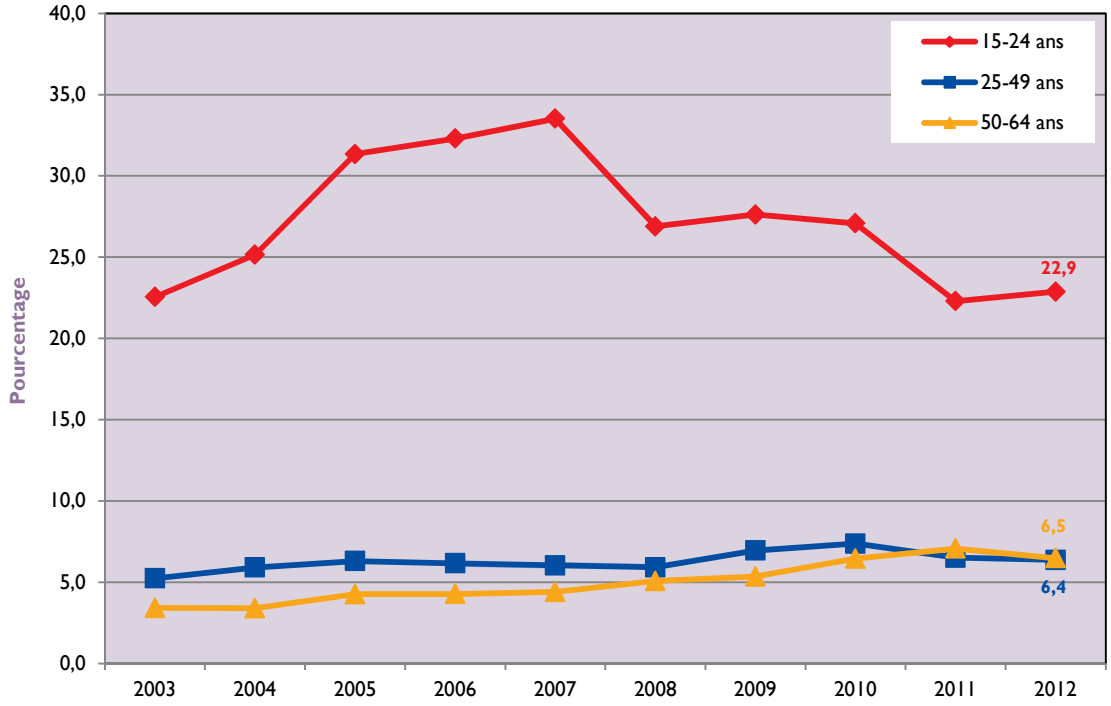


Source: IWEPS

En 2012, le taux de chômage est moins important à Saint-Léger par rapport aux deux autres niveaux géographiques.

Contrairement à l'arrondissement et à la province, la commune de Saint-Léger a une proportion d'hommes bénéficiant du chômage légèrement supérieure à celle des femmes.

Figure 2.5 : *Evolution du taux de chômage par groupe d'âge, Commune de Saint-Léger, 2003-2012*

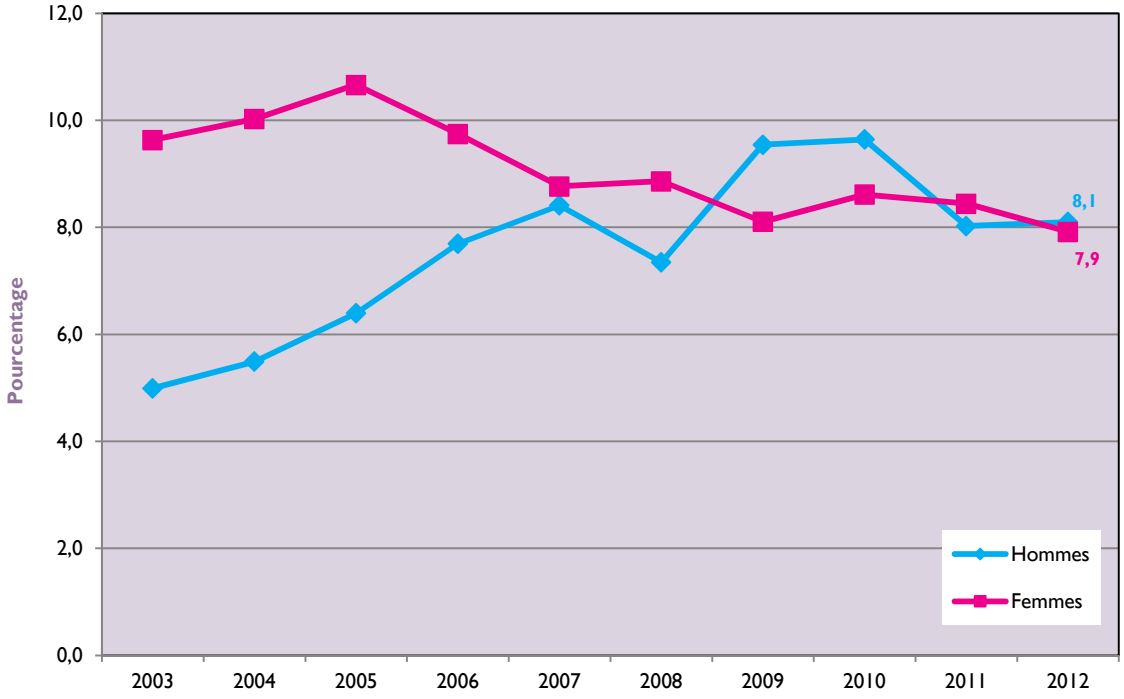


Source: IWEPS

Des différences sont constatées en fonction des classes d'âge. De 2003 à 2012, malgré de fortes fluctuations, le taux de chômage des 15-24 ans reste fort stable, passant de 22,6 % à 22,9 %.

La plus forte augmentation est constatée pour la tranche d'âge 50-64 ans ; pourcentage qui fait presque doubler en 10 ans (3,4 % en 2003 à 6,5 % en 2012). Le taux de chômage de la tranche d'âge des 25-49 ans, quant à lui, augmente mais de façon beaucoup plus modérée.

Figure 2.6 : *Evolution du taux de chômage par sexe, Commune de Saint-Léger, 2003-2012*



Source: IWEPS

Entre 2005 et 2012, une importante diminution (- 1,7 %) du taux de chômage chez les femmes est observée. Celle-ci est couplée à une forte augmentation (+ 3,1 %) chez les hommes entre 2003 et 2012. Ces deux constats amènent à la conclusion suivante : si, en 2003, le taux de chômage était beaucoup plus important chez les femmes, cette différence entre les deux sexes est nulle dix ans plus tard. En 2012, le taux de chômage des femmes est même légèrement inférieur à celui des hommes.

2.4 Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale

Le Revenu d'Intégration Sociale (RIS) est une aide financière garantie accordée par le Centre Public d'Action Sociale (CPAS).

Le service Public de Politique d'Intégration Sociale (SPPIS) définit le revenu d'intégration sociale (anciennement appelé minimex) comme le revenu minimum accordé aux personnes qui ne peuvent pas disposer de ressources suffisantes, ni ne peuvent y prétendre, ni ne sont en mesure de se les procurer, soit par leurs efforts personnels, soit par d'autres moyens [10].

Remarque : ***Le nombre de bénéficiaires du RIS étant relativement faible, cela provoque d'importantes fluctuations d'une année à l'autre. C'est pourquoi ce tableau présente des moyennes calculées sur 3 ans.***

Tableau 2.4 : *Nombre moyen et taux pour 1.000 habitants des bénéficiaires du Revenu d'Intégration Sociale (RIS), Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010-2012*

	Nombre moyen de bénéficiaires	Taux de bénéficiaires pour 1.000 habitants
Province de Luxembourg	**1.815**	**6,7**
Arrondissement de Virton	**342**	**6,5**
Saint-Léger	**16**	**4,8**

Source: SPPIS

Entre 2010 et 2012, le taux moyen de bénéficiaires du RIS pour 1.000 habitants à Saint-Léger est inférieur à celui de l'arrondissement de Virton et celui de la province de Luxembourg.

2.5 Les logements

Pour faire face au manque de logements sociaux en Région wallonne, le Code wallon du Logement et de l'Habitat Durable impose aux communes d'élaborer un programme d'actions en matière de logement [15] [16]. Au niveau local, « chaque commune doit tendre vers un objectif de 10% de logements publics sur son territoire, qu'il s'agisse de logements subventionnés ou conventionnés » [17]. Pour atteindre cet objectif, la circulaire relative au programme communal d'actions en matière de logement 2014-2016 prévoit diverses mesures en fonction de la proportion de logements publics subventionnés ou conventionnés présents sur le territoire de la commune [17].

***Un logement public** est un logement de transit, d'insertion, social moyen ou pour personnes âgées [18].*

***Un logement social** est destiné à des ménages en état de précarité ou disposant de revenus modestes. Un logement moyen est destiné à des ménages à revenus moyens. Le logement doit être mis en location durant une période de 30 ans à dater de la première occupation.*

***Un logement de transit** est destiné à des ménages en état de précarité ou privé de logement pour des motifs de force majeure. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation.*

***Un logement d'insertion** est destiné à des ménages en état de précarité. Le logement doit être mis à disposition durant une période minimale de 9 ans à dater de la première occupation [19].*

Tableau 2.5 : *Proportion de logements publics, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2013*

	Logements publics (%)
Province de Luxembourg	**4,5**
Arrondissement de Virton	**2,9**
Saint-Léger	**2,5**

Source: Région Wallonne

En 2013, la proportion de logements publics dans la commune de Saint-Léger est inférieure à celle de l'arrondissement et celle de la province.

2.6 La composition de ménage

La composition des ménages a une influence sur les revenus disponibles au sein du noyau familial (et donc généralement sur les ressources matérielles disponibles, comme le logement). Elle peut également influencer le « capital social » des individus (réseau de relations, degré d'isolement, …), ainsi que le temps dont ils disposent. Or, *« il est généralement admis que les familles monoparentales sont plus fragiles surtout lorsque le parent isolé est une femme, car ces familles vivent souvent avec des budgets réduits. Ainsi, les études montrent que la monoparentalité, le divorce ou la séparation sont des facteurs de risque de pauvreté »* [8]

***Le noyau familial** est la cellule privilégiée du ménage dont il fait partie. Il est formé par un couple marié légalement avec ou sans enfants, non marié ou par un père ou une mère avec un ou plusieurs enfants non mariés [20].*

Tableau 2.6 : *Proportion des différentes compositions de ménage, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010*

	Province de Luxembourg	Arrondissement de Virton	Saint-Léger
Hommes isolés	14,6	13,9	11,9
Femmes isolées	16,3	16,4	16,1
Couples sans enfant	18,7	19,0	18,0
Couples avec enfant(s)	25,9	27,4	32,6
Cohabitants seuls sans enfant	5,4	4,4	4,2
Cohabitants avec enfants	5,7	5,4	4,6
Pères avec enfants	1,8	2,0	1,8
Mères avec enfants	7,7	7,7	7,7
Autres	4,1	3,7	3,0
Nombre total de noyaux familiaux	100,0	100,0	100,0

Source: IWEPS-UCL Cytise

Tableau 2.7 : *Proportion des familles monoparentales, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010*

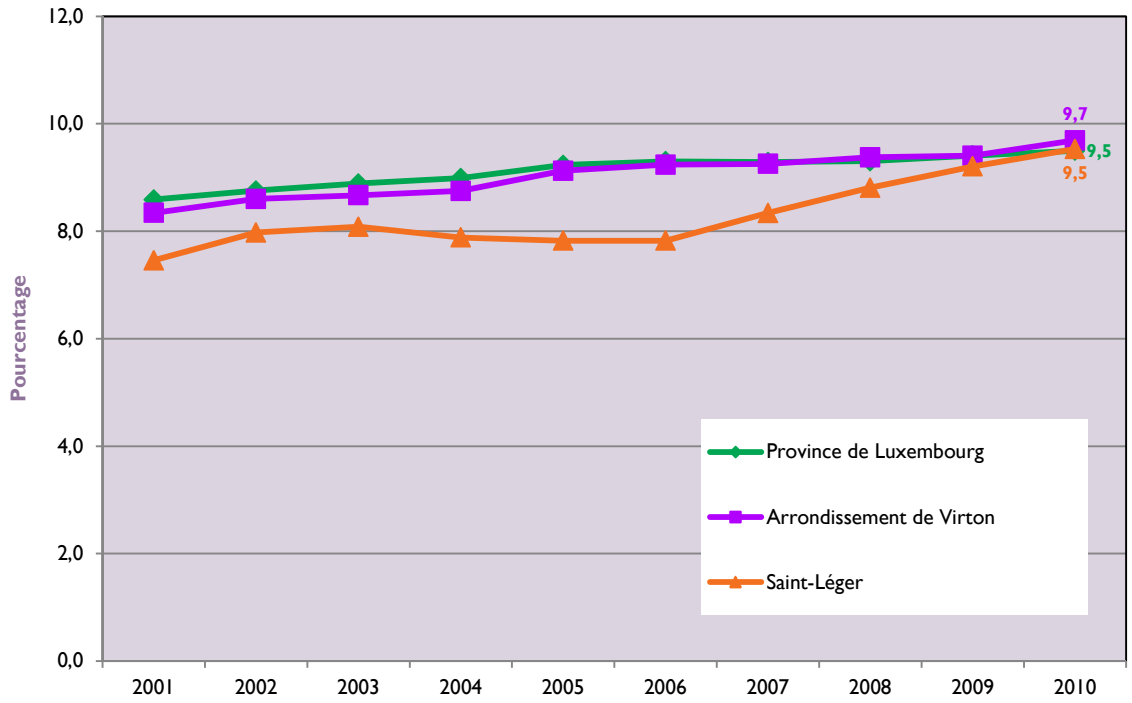
	Pères avec enfants (%)	Mères avec enfants (%)	Total
Province de Luxembourg	**1,8**	**7,7**	**9,5**
Arrondissement de Virton	**2,0**	**7,7**	**9,7**
Saint-Léger	**1,8**	**7,7**	**9,5**

Source: IWEPS-UCL Cytise

Au total, 109.563 noyaux familiaux sont dénombrés sur le territoire de la province de Luxembourg, 20.947 dans l'arrondissement de Virton et 1.301 dans la commune de Saint-Léger.

En 2010, la proportion totale de familles monoparentales est quasi identique, quel que soit le niveau territorial considéré. Les proportions de mères avec enfants sont, à chaque fois, beaucoup plus importantes.

Figure 2.7 : *Evolution de la proportion des familles monoparentales, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001- 2010*



Source: IWEPS-UCL Cytise

De 2001 à 2010, la proportion de familles monoparentales n'a cessé d'augmenter de manière constante pour les différents niveaux territoriaux (à l'exception de Saint-Léger où des fluctuations un peu plus importantes sont constatées). C'est tout de même la commune de Saint-Léger qui a connu l'augmentation la plus importante sur la période considérée : + 2,0 % à Saint-Léger ; + 1,4 % dans l'arrondissement et + 0,9 % pour la province.

Après avoir connu la plus forte augmentation au cours du temps, la courbe de la commune de Saint-Léger rejoint celles des autres niveaux géographiques.

2.7 L'indice de cohésion sociale

L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) reflète l'accès de la population de chaque commune wallonne aux droits fondamentaux, complété par un facteur de risque par rapport au maintien de la cohésion sociale sur le territoire de la commune. Il sert donc à évaluer la situation de départ de la commune au regard de ces droits. C'est cet indicateur qui permet aussi d'octroyer des subsides en renforçant le soutien aux communes qui en ont le plus besoin. Les droits fondamentaux sont déclinés selon six dimensions : le droit à un revenu digne, le droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale, le droit à un logement décent et à un environnement sain, le droit au travail, le droit à la formation et enfin le droit à l'épanouissement culturel et social. Le facteur de risque prend en considération trois publics cibles : les ménages monoparentaux, les personnes isolées âgées de 65 ans et plus et les demandeurs d'asile [21].

Afin de permettre à chaque commune de visualiser aisément sa position par rapport aux droits fondamentaux et au facteur de risques dans le cadre du Plan de Cohésion Sociale, l'IWEPS (l'Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective, et de la Statistique) a élaboré des polygones appelés "radars" sur la base des indicateurs de chaque commune. Plus la surface est étendue, meilleure est la situation.

Pour construire ces données, chacun des six droits ainsi que le facteur de risque sont approchés par une sélection d'indicateurs choisis pour leur existence, leur représentativité, leur pertinence et leur disponibilité à l'échelle communale. Au total 24 indicateurs sont pris en compte.

Le droit à un revenu digne est basé sur le taux de bénéficiaires de l'aide sociale, le revenu fiscal médian, le taux de faibles revenus et le taux de bas salaires.

Le droit à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale est basé sur l'espérance de vie à la naissance, le handicap et la maladie de longue durée et les maladies professionnelles.

Le droit à un logement décent et à un environnement sain est basé sur les logements de qualité insuffisante, l'appréciation de l'environnement immédiat du logement, le logement dans une roulotte ou une caravane et les locataires sociaux.

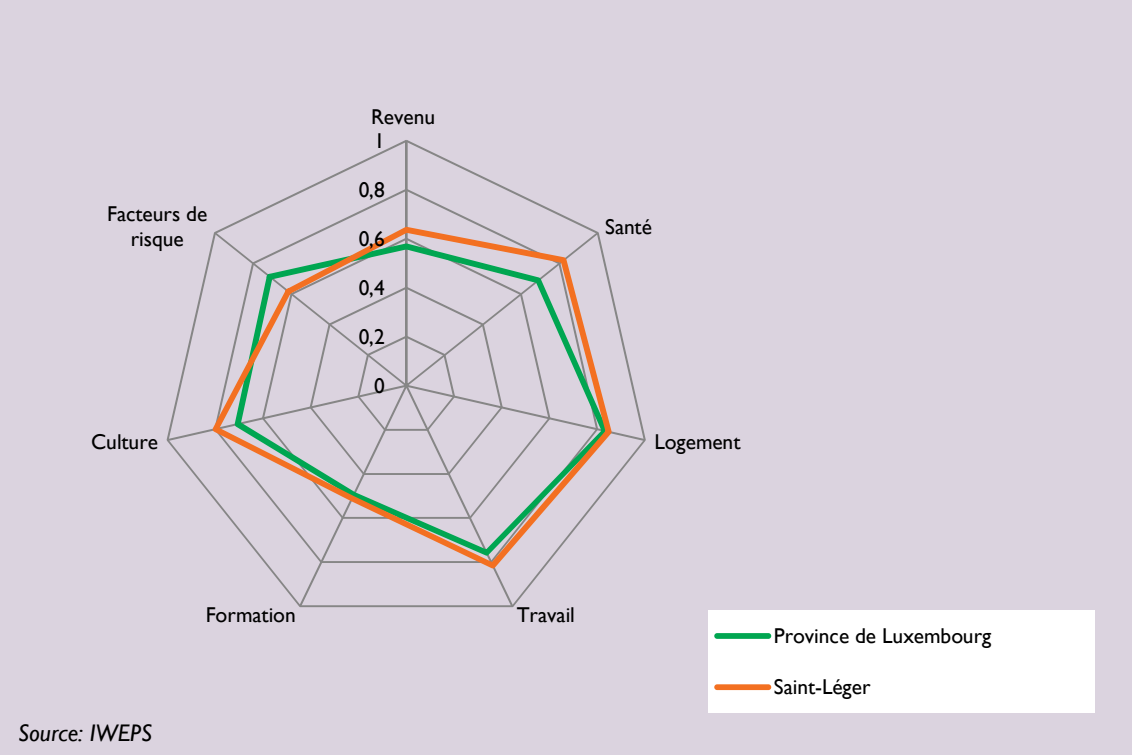
Le droit au travail est basé sur le taux de réserve de main d'oeuvre et le taux de chômage de longue durée.

Le droit à la formation est basé sur le taux de faiblement diplômés.

Le droit à l'épanouissement culturel et social est basé sur la fracture numérique (disparités d'accès aux technologies informatiques) et la désaffection électorale (votes blancs, votes nuls ou désistements) [21].

Certaines données notamment en matière de logement et formation proviennent de l'enquête socio-économique réalisée par le SPF-Economie. Cette enquête date de 2001.

Figure 2.8 : *Radar en matière d'ISADF, Province Luxembourg - Commune de Saint-Léger, 2013*



Source: IWEPS

En 2013, les indicateurs « revenu », « santé », « logement », « culture », « travail » et « formation » sont supérieurs à ceux de la province de Luxembourg. Seul l'indicateur « facteurs de risque » est plus faible à Saint-Léger par rapport à la province.

Si on classe les communes de la province de Luxembourg par rapport à ces indicateurs, Saint-Léger se place en 13ème position.

3 MORTALITÉ

« Les indicateurs de mortalité […] permettent notamment d'évaluer l'état de santé d'une population, d'aider à la décision et de classer les problèmes de santé pour déterminer les priorités en santé publique » [22].

3.1 Mortalité totale

Remarque : ***Vu le nombre de décès peu élevé et en raison du respect de la vie privée, les proportions ont été calculées sur 3 ans et certaines données s'arrêtent au niveau de l'arrondissement.***

Tableau 3.1 : *Nombre de décès par sexe, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

	Hommes	Femmes	Total
Province de Luxembourg	**1.333**	**1.324**	**2.657**
Arrondissement de Virton	**232**	**274**	**506**
Saint-Léger	**6**	**13**	**19**

Source: SPF Economie, DGSIE

A Saint-Léger, en 2012, 6 décès masculins et 13 décès féminins ont été enregistrés.

***Le taux brut de mortalité** est le nombre de décès enregistrés pendant l'année divisé par l'effectif de la population en milieu d'année [10].*

Tableau 3.2 : *Taux brut moyen annuel de mortalité pour 1.000 habitants, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010-2012*

	Taux brut moyen annuel de mortalité pour 1.000 habitants
Province de Luxembourg	**9,6**
Arrondissement de Virton	**9,9**
Saint-Léger	**7,5**

Source: SPF Economie, DGSIE

Sur la période 2010-2012, le taux brut moyen annuel de mortalité est inférieur à Saint-Léger par rapport aux autres niveaux territoriaux.

***L'indice comparatif de mortalité (ICM)** est le rapport entre le nombre de décès observé dans une zone géographique et le nombre de décès qui serait obtenu si le taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone géographique était identique à celui d'une zone de référence à laquelle on attribue la valeur 100 [10]. Une valeur inférieure à 100 indique une mortalité plus faible que la mortalité provinciale et une valeur supérieure à 100, une mortalité plus forte.*

Tableau 3.3 : *Indice comparatif de mortalité (population de référence : province de Luxembourg), Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2008-2012*

	Indice comparatif de mortalité
Province de Luxembourg	**100,0**
Arrondissement de Virton	**100,1**
Saint-Léger	**87,5**

Source: SPF Economie, DGSIE; calculs Observatoires de la Santé de la Province de Luxembourg

Ce tableau montre une sous-mortalité au niveau de la commune de Saint-Léger. Toutefois, cette différence par rapport aux autres niveaux territoriaux n'est pas significative.

3.2 Mortalité prématurée

La mortalité prématurée est le pourcentage de décès qui surviennent avant 65 ans.

Tableau 3.4 : *Proportion de décès prématurés (< 65 ans) sur l'ensemble des décès, selon le sexe, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2010-2012*

	Hommes (%)	Femmes (%)	Total (%)
Province de Luxembourg	**28,0**	**14,9**	**21,6**
Arrondissement de Virton	**27,5**	**14,3**	**20,9**
Saint-Léger	**36,9**	**17,6**	**27,9**

Source: SPF Economie, DGSIE

Entre 2010 et 2012, la proportion de décès prématurés à Saint-Léger représente 27,9 % de l'ensemble des décès. Cette proportion est largement supérieure à celle de l'arrondissement (20,9 %) et à celle de la province (21,6 %).

Quel que soit le niveau géographique, la proportion de décès prématurés est beaucoup plus importante chez les hommes.

Ce constat se vérifie au niveau international: "[...] ainsi, en 2009, en moyenne dans les pays de l'OCDE, la mortalité prématurée masculine a été près de deux fois plus élevée [...] que la mortalité prématurée féminine". L'explication serait à rechercher au niveau des causes de décès: les hommes seraient beaucoup plus nombreux à décéder de causes dites "externes", c'est-à-dire d'accidents et de morts violentes, que les femmes [23].

3.3 Mortalité par cause

L'évolution des causes de mortalité nous renseigne sur la santé d'un territoire. Dans les sociétés industrialisées, les maladies dites « dégénératives » comme les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont les principales causes de décès (60 % des décès environ), et ce, quel que soit le sexe [10,24].

Tableau 3.5 : *Taux brut moyen annuel de mortalité pour 1.000 habitants pour les principales causes de décès (CIM-10), Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton, 2007-2009*

	Taux brut moyen annuel de mortalité pour 1.000 hab.	
	Province de Luxembourg	Arrondissement de Virton
Appareil circulatoire	3,0	3,4
Tumeurs	2,5	2,7
Système respiratoire	0,9	0,9
Non naturelles[2]	0,8	0,9
Système nerveux	0,5	0,6
Système digestif	0,4	0,4
Autres	1,4	1,3

Source: SPF Economie, DGSIE, SPMA

Les taux sont assez proches entre l'arrondissement de Virton et la province de Luxembourg quelle que soit la cause. Les maladies responsables du plus grand nombre de décès concernent les maladies de l'appareil circulatoire à savoir les maladies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les infarctus du myocarde, les maladies cérébro-vasculaires… Viennent ensuite les tumeurs.
Il n'est pas possible de présenter plus de catégories, par souci de confidentialité.

[2] Accidents de la route, empoisonnements, chutes, suicides, homicides…

4 ETAT DE SANTÉ

Connaître l'état de santé d'une population est primordial pour la définition des politiques de santé. Pour appréhender l'état de santé d'une population, on peut s'intéresser à la santé perçue, aux maladies cardio-vasculaires, aux cancers, aux maladies respiratoires, à la santé maternelle, à la santé mentale… Ces indicateurs ne sont cependant pas tous disponibles ou exploitables à l'échelon communal. Ce chapitre donne donc un aperçu incomplet de l'état de santé de la population de Saint-Léger, par manque de données.

4.1 Les cancers

L'incidence d'une maladie est le nombre de cas émergeants pendant une période donnée sur une population donnée, elle s'exprime habituellement en proportion par rapport au nombre d'individus [10].

Remarque : ***Les données ont été étudiées sur trois ans et uniquement au niveau de l'arrondissement en raison du faible nombre de cas.***

Tableau 4.1 : *Incidence des cancers pour 1.000 habitants par sexe, Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton, 2009-2011*

	Hommes	Femmes
Province de Luxembourg	**6,1**	**4,8**
Arrondissement de Virton	**6,2**	**5,0**

Source: SPF Economie, DGSIE, Registre du cancer

De 2009 à 2011, l'arrondissement de Virton présente, en moyenne, des taux d'incidence du cancer quasiment identiques à ceux de la province. Cela représente pour les 3 années étudiées, 476 nouveaux cas pour les hommes et 393 nouveaux cas pour les femmes.

Le taux d'incidence de cancers est, de manière générale, plus élevé chez les hommes.

Tableau 4.2 : *Proportions de nouveaux cas de cancers par types de cancers les plus fréquents selon le sexe, Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton, 2011*

Hommes	Province de Luxembourg (%)	Arrondissement de Virton (%)	Femmes	Province de Luxembourg (%)	Arrondissement de Virton (%)
Prostate	21,4	17,6	Sein	31,2	28,8
Bronches et poumons	16,7	16,4	Côlon et rectum	9,9	8,6
Côlon et rectum	11,5	12,1	Bronches et poumons	8,2	7,9
Tête et cou	6,8	7,3	Utérus, corps	4,6	6,5
Vessie	3,3	3,6	Peau mélanome	4,6	4,3

Source: Registre du cancer

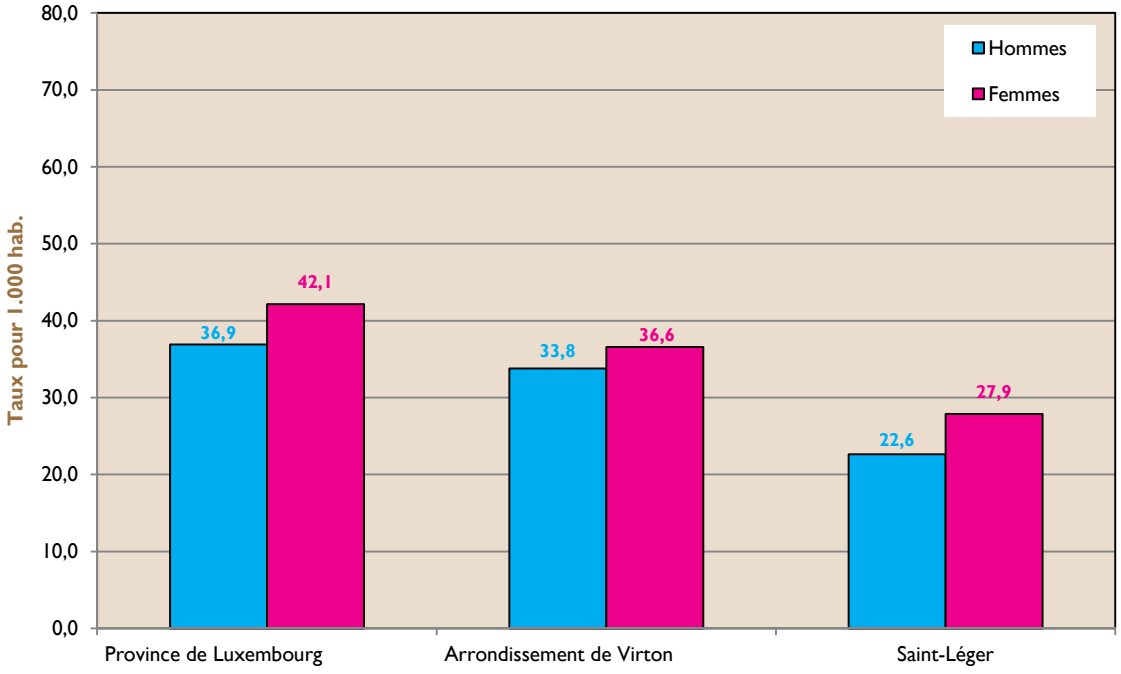
En 2011, quel que soit le niveau géographique, les proportions les plus importantes de nouveaux cas concernent chez les hommes le cancer de la prostate et chez les femmes le cancer du sein. Il est important de constater que le cancer du côlon-rectum se trouve en 3ème position chez les hommes et en 2ème position chez les femmes.

4.2 L'invalidité

Selon l'INAMI, la période d'invalidité prend cours à partir de la deuxième année d'incapacité de travail. L'invalidité est constatée par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur base d'un rapport dressé par le médecin-conseil de l'organisme assureur [25].

Selon une étude de l'INAMI, parmi les causes les plus fréquentes d'invalidité chez les salariés, on retrouve en tête les troubles psychiques et les maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs, et ce quel que soit le sexe ou le statut (ouvrier, employé). Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs, les maladies du système nerveux et des sens, les blessures accidentelles et les empoisonnements et enfin les maladies des voies respiratoires. Etant donné l'évolution de la pyramide des âges (population vieillissante) et du degré de participation croissant des femmes au marché de l'emploi, le nombre de personnes invalides devrait continuer à croître dans les années à venir, pour se stabiliser vers 2020 puis décroître [26].

Figure 4.1 : *Proportion pour 1.000 habitants de personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI par sexe, Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton - Commune de Saint-Léger, situation au 30/06/2013*

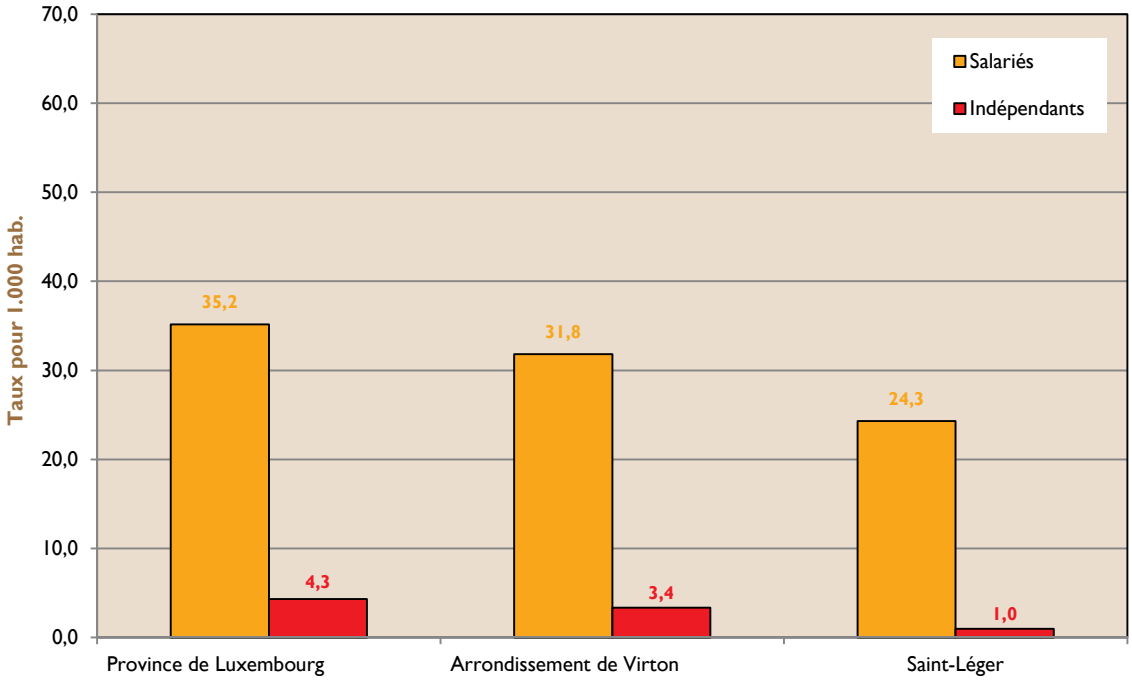


Sources: SPF Economie, DGSIE, INAMI

En 2013, à Saint-Léger, la proportion pour 1.000 habitants d'hommes et de femmes âgés de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI est très largement inférieure à celles de l'arrondissement et de la province de Luxembourg.

Quel que soit le niveau géographique envisagé, parmi les personnes indemnisées pour invalidité, on retrouve plus de femmes. A Saint-Léger, en 2013, 52 personnes étaient indemnisées pour invalidité : 23 hommes et 29 femmes.

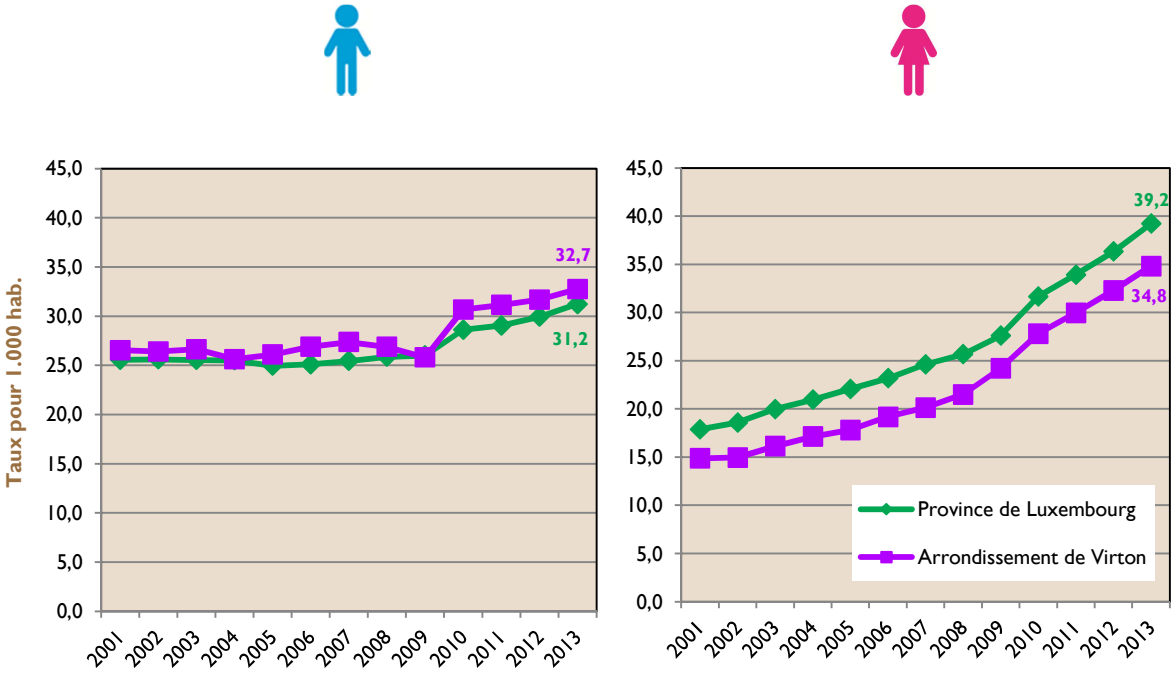
Figure 4.2 : *Proportion pour 1.000 habitants de personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI selon le statut professionnel (salariés ou indépendants), Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton - Commune de Saint-Léger, situation au 30/06/2013*



Sources: SPF Economie, DGSIE, INAMI

En 2013, quel que soit le niveau territorial, les personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI sont majoritairement des salariés. A Saint-Léger, la proportion de salariés recevant une indemnité pour invalidité est largement inférieure à celles de l'arrondissement et de la province. Le même constat est observé en ce qui concerne le pourcentage de personnes indépendantes.

Figures 4.3 et 4.4 : *Evolution de la proportion pour 1.000 habitants de personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI par sexe, Province de Luxembourg - Arrondissement de Virton, 2001-2013*



Sources: SPF Economie, DGSIE; INAMI

Quel que soit le niveau géographique considéré, la proportion de personnes âgées de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI reste plus ou moins constante chez les hommes de 2001 à 2009, puis augmente fortement à partir de 2010. Les chiffres de l'arrondissement restent inférieurs à ceux de la province au fil du temps.

Chez les femmes, une nette augmentation est observée entre 2001 et 2013, quel que soit le niveau géographique (arrondissement : + 134,1 % ; province : + 119,0 %). Tout comme chez les hommes, les données de l'arrondissement sont systématiquement inférieures à celles de la province pour la période considérée.

L'INAMI avance plusieurs pistes pour expliquer le nombre toujours plus important de femmes salariées invalides:

- *Le relèvement de l'âge de la pension: à partir de 1997, date de la réforme des pensions, l'âge de la pension des femmes a été relevé d'un an tous les 3 ans pour atteindre 65 ans en 2009;*
- *L'évolution de la pyramide des âges;*
- *Le taux de participation plus élevé des femmes sur le marché du travail. En Belgique entre 1990 et 2010, le taux de participation des femmes à la population active (% population féminine de 15 ans et plus) est passé de 36 à 48% [26,28].*

4.3 Les maladies professionnelles

« Toutes les maladies que l'on peut contracter au travail ne sont pas nécessairement des maladies professionnelles. Les maladies professionnelles sont des maladies causées de façon directe et déterminante par l'exercice d'une profession. Il n'est pas évident de définir une maladie professionnelle. Il y a une liste officielle, qui énumère un certain nombre de maladies [plus de 150], mais il est également possible de faire reconnaître comme une maladie professionnelle une maladie qui n'est pas sur cette liste.» [29].

A côté des maladies professionnelles, existent également les maladies dites en relation avec le travail. « Il s'agit de maladies pour lesquelles l'exposition professionnelle à un risque particulier est plus importante que l'exposition subie par la population générale, mais l'influence du travail ne doit pas nécessairement être la cause principale de la maladie. » [29]. On peut penser, par exemple, aux maux de dos dans le milieu infirmier. Ces maladies n'étant pas reconnues comme des maladies professionnelles, elles ne peuvent pas faire l'objet d'une demande d'indemnisation.

Remarque : ***En raison du faible nombre de cas, les données présentées ci-dessus sont des moyennes sur 5 ans et s'arrêtent au niveau de l'arrondissement.***

Tableau 4.3 : *Moyenne sur 5 ans de la proportion de bénéficiaires indemnisés pour incapacité de travail permanente selon la nature de la maladie, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton, 2008-2010*

Nature de la maladie	Province de Luxembourg %	Arrondissement de Virton %
Maladies professionnelles provoquées par des agents physiques (hypoacousie ou surdité provoquée par le bruit, maladies ostéoarticulaires provoquées par des vibrations mécaniques…)	82,3	84,4
Maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques	7,4	6,2
Maladies professionnelles provoquées par inhalation (silicose, asbestose, farinose,..)	6,5	6,4
Maladies professionnelles de la peau	3,5	3,0
Maladies professionnelles infectieuses et parasitaires	0,2	0,0

Source: Fonds des maladies professionnelles

Entre 2008 et 2012, de manière générale, les maladies professionnelles provoquées par des agents physiques sont la première cause d'indemnisation, avec 84,4% pour l'arrondissement de Virton.
Viennent ensuite les maladies professionnelles provoquées par les agents chimiques et par inhalation.

4.4 La santé maternelle et infantile

4.4.1 L'âge des mères à la naissance

Remarque : ***Les proportions présentées dans cette partie sont calculées sur 5 ans, vu le faible nombre de cas.***

Tableau 4.4 : *Proportion des naissances selon l'âge de la mère, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2008-2012*

	Province de Luxembourg (%)	Arrondissement de Virton (%)	Saint-Léger (%)
15-19 ans	2,1	2,3	1,6
20-24 ans	15,3	14,6	10,4
25-29 ans	35,4	35,6	38,3
30-34 ans	30,8	32,0	31,1
35-39 ans	13,4	12,8	14,8
40 ans et +	3,0	2,6	3,8

Source: ONE

Quel que soit le niveau territorial, entre 2008 et 2012, la proportion de naissances la plus élevée concerne les mères âgées de 25 à 29 ans, puis des mères âgées de 30 à 34 ans. A Saint-Léger, le pourcentage de mères âgées de moins de 25 ans est nettement inférieur à celui de l'arrondissement et celui de la province (Saint-Léger : 12,0 % ; arrondissement : 16,9 % ; province : 17,4 %). Le pourcentage des mères de 35 ans et plus y est par contre plus élevé (Saint-Léger : 18,6 % ; arrondissement : 15,4 % ; province : 16,4 %).

Parmi les explications possibles du recul de l'âge de la mère à la naissance, on peut citer l'allongement de la formation et une entrée plus tardive dans la vie active [30, 31].

***L'âge médian des mères primipares** est l'âge des mères, ayant leur premier enfant, qui divise l'ensemble de celles-ci au niveau d'un territoire en deux groupes numériquement égaux, la moitié est plus jeune, l'autre moitié plus âgée [32].*

Tableau 4.5 : *Age médian des mères primipares, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton– Commune de Saint-Léger, 2006-2012*

	Age médian (Années)
Province de Luxembourg	**27**
Arrondissement de Virton	**27**
Saint-Léger	**27**

Source: SPF Economie, DGSIE

Sur la période 2006-2012, l'âge médian des mères primipares est identique quel que soit le territoire géographique.

4.4.2 Le poids à la naissance

Un poids de naissance inférieur à 2.500 grammes est considéré comme un petit poids. Une insuffisance de poids à la naissance peut-être attribuable à une naissance avant terme ou un retard de croissance intra-utérin [10].

Un petit poids à la naissance est un indicateur de l'état de santé général du nouveau-né et un déterminant important de sa survie, de sa santé et de son développement futur. Les nouveau-nés ayant un petit poids courent un plus grand risque que les autres de mourir au cours de leur première année de vie et de développer des problèmes de santé chroniques [10]. Parmi les facteurs de risque, on trouve : « le fait d'être une mère adolescente, les comportements nocifs comme la consommation de tabac, l'abus d'alcool et une mauvaise nutrition, un faible indice de masse corporelle, un environnement de bas statut socio-économique parental ou d'appartenance à une minorité raciale, ainsi que la fécondation *in vitro* (IHE, 2008) » [33].

Tableau 4.6 : *Proportion des naissances selon le poids à la naissance, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2008-2012*

	Province de Luxembourg (%)	Arrondissement de Virton (%)	Saint-Léger (%)
Moins de 1.500 g	**0,9**	**0,9**	**0,0**
De 1.500g à 2.499g	**5,9**	**5,5**	**2,7**
De 2.500g à 3.999g	**85,8**	**86,3**	**87,4**
4.000g et plus	**7,3**	**7,3**	**9,8**

Source: ONE

Entre 2008 et 2012, quel que soit le niveau géographique, la majorité des nouveau-nés ont un poids se situant entre 2.500g et 3.999g. A Saint-Léger, les petits poids représentent 2,7 % des naissances, ce qui est largement inférieur à l'arrondissement (6,4 %) et à la province (6,8 %). La proportion des nouveau-nés de 4.000g et plus est par contre légèrement supérieure à Saint-Léger par rapport aux autres niveaux territoriaux.

4.4.3 La prématurité

***La prématurité** est définie comme toute naissance survenant avant la 37ème semaine de gestation [10].*

Les enfants prématurés ont davantage de risque de décès à la naissance, de problèmes respiratoires, de séquelles neurologiques et de retards de développement. Plusieurs facteurs de risque sont liés à la prématurité. Les plus connus sont les grossesses multiples, le diabète de grossesse, le tabac, l'alcool, l'âge maternel inférieur à 18 ans ou supérieur à 35 ans … [10]

Tableau 4.7 : *Proportion des naissances prématurées, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2008-2012*

	Naissances prématurées (<37 sem) (%)
Province de Luxembourg	**7,6**
Arrondissement de Virton	**7,3**
Saint-Léger	**3,8**

Source: ONE

La proportion de naissances prématurées est de 3,8 % à Saint-Léger, ce qui est largement inférieur à l'arrondissement de Virton (7,3 %) et à la province de Luxembourg (7,6 %).

5 Offre de soins et de services

L'offre de soins et de services est un déterminant important de la santé. De par l'étendue du territoire de la province de Luxembourg et étant donné son caractère essentiellement rural, cette offre et son accessibilité pour la population sont des questions essentielles à se poser.

5.1 L'accueil de la petite enfance

Comme montré dans le chapitre 2, la proportion de familles monoparentales n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Or, pour une personne isolée à la tête d'une famille monoparentale se pose, de façon encore plus cruciale que pour les couples avec enfants, la question des gardes d'enfants. En particulier lorsque cette personne est une femme et plus encore s'il s'agit d'une femme jeune. En effet, même si globalement, les parents qui sont en couple ont des enfants plus jeunes que les parents isolés, d'après l'Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (ONAFTS), « les mères isolées ont des enfants plus jeunes que les pères isolés » et plus le parent isolé est jeune, plus les enfants sont jeunes également [34]. Même si la majorité des parents isolés ont entre 35 et 44 ans, et ont, de ce fait, généralement des enfants en âge d'être scolarisés, une part non négligeable des parents isolés ont moins de 35 ans et ont, de ce fait, des enfants de moins de 3 ans (72 % pour les parents isolés de moins de 25 ans et 30 % pour les parents isolés entre 25 et 34 ans) [34]. L'ONAFTS montre également qu'en termes de position sur le marché du travail, il existe des différences claires entre les parents isolés et les parents en couple. Les premiers sont ainsi beaucoup plus nombreux à être demandeurs d'emploi ou inactifs que les seconds. L'offre en matière de garde d'enfants est donc une question importante à se poser, si l'on veut permettre le maintien ou la mise à l'emploi des parents isolés, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes femmes [9]. Comme cela a déjà été expliqué dans le chapitre 2, le revenu et l'emploi sont des déterminants importants de la santé et doivent être pris en compte dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.

***Les milieux d'accueil subventionnés** sont des milieux contrôlés et subsidiés par l'Office National de l'Enfance (ONE). Il s'agit des crèches, des prégardiennats, des maisons communales d'accueil et des accueillantes d'enfants conventionnées. La participation financière demandée aux parents y est proportionnelle aux revenus du ménage.*

***Les milieux d'accueil non subventionnés** sont soumis à la surveillance de l'ONE. Il s'agit des accueillantes autonomes, des maisons d'enfants et des haltes accueil. Les tarifs sont fixés librement par le milieu d'accueil [35].*

***Le taux de couverture de l'accueil de la petite enfance** est calculé par le rapport entre le nombre de places sur le nombre d'enfants de 0 à 2,5 ans, le tout multiplié par 100.*

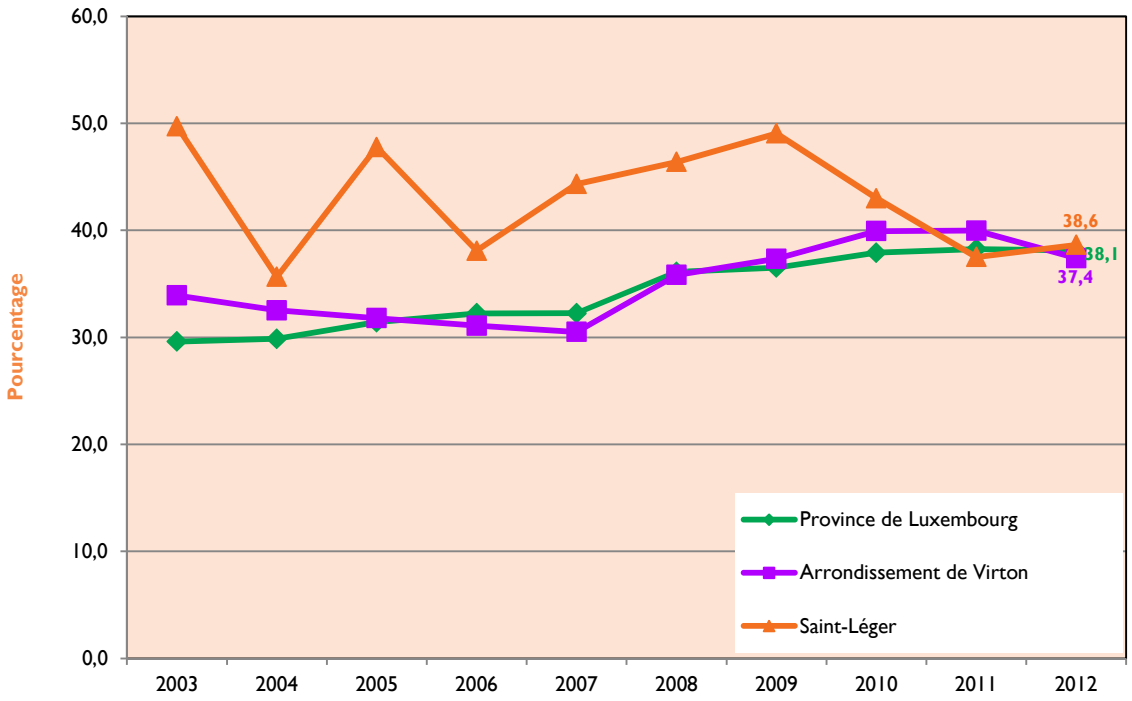
Tableau 5.1 : *Taux de couverture de l'accueil de la petite enfance selon le milieu d'accueil, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

	Milieu d'accueil subventionné par l'ONE (%)	Milieu d'accueil non subventionné par l'ONE (%)	Total (%)
Province de Luxembourg	**25,6**	**12,5**	**38,1**
Arrondissement de Virton	**15,4**	**22,0**	**37,4**
Saint-Léger	**25,1**	**13,5**	**38,6**

Source: ONE

En 2012, le taux de couverture de l'accueil de la petite enfance dans la commune de Saint-Léger est quasi identique par rapport aux autres niveaux territoriaux. A Saint-Léger et dans la province de Luxembourg, le taux de couverture est plus important dans le milieu subventionné que dans le milieu non subventionné. La tendance inverse est observée dans l'arrondissement de Virton.

Figure 5.1 : *Evolution du taux de couverture de l'accueil de la petite enfance, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2003-2012*



Source: ONE

De manière générale, à Saint-Léger, entre 2003 et 2012, le taux de couverture de l'accueil a diminué de 11,1 % (malgré d'importantes fluctuations tout au long des années). Par contre, au sein de l'arrondissement de Virton et de la province de Luxembourg, ce taux a augmenté au fil du temps. (arrondissement : + 3,5 % ; province : + 7,8 %). Les fluctuations constatées (quel que soit le territoire concerné) peuvent s'expliquer par une modification du nombre de places d'accueil chez les accueillantes conventionnées et/ou autonomes. En 2012, malgré la forte diminution observée, le taux de couverture de la commune reste encore très légèrement supérieur par rapport aux deux autres territoires considérés.

5.2 Les établissements de soins (hôpital, MR, MRS)

Depuis le 1er janvier 2009, en province de Luxembourg, VIVALIA regroupe en une intercommunale unique sept sites hospitaliers, une polyclinique, quatre Maisons de Repos (MR) et Maisons de Repos et de Soins (MRS) ainsi que des habitations protégées et une maison de soins psychiatriques [36].

La clinique Edmond Jacques se situe dans l'arrondissement de Virton. Au 1er janvier 2013, elle comptait 96 lits agréés dont 30 en psychiatrie, 30 en service spécialisé de cardiologie, 30 en service spécialisé appareil locomoteur et 6 en soins palliatifs. [37]

Tableau 5.2 : *Nombre et densité des lits de MR et de MRS, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, situation janvier 2014*

	Nombre de MR et MRS	Nombre de MRS (structures agréées en Maison de Repos et de Soins)	Nombre total de lits uniquement MR	Nombre de lits agréés MRS	Densité de lits MR pour 1.000 habitants de 65 ans et plus	Densité de lits MRS pour 1.000 habitants de 65 ans et plus
Province de Luxembourg	**45**	**30**	**1.870**	**1.229**	**43,2**	**28,4**
Arrondissement de Virton	**9**	**6**	**382**	**267**	**45,7**	**31,9**
Saint-Léger	**0**	**0**	**0**	**0**	**0,0**	**0,0**

Source: SPF Santé publique, situation janvier 2014

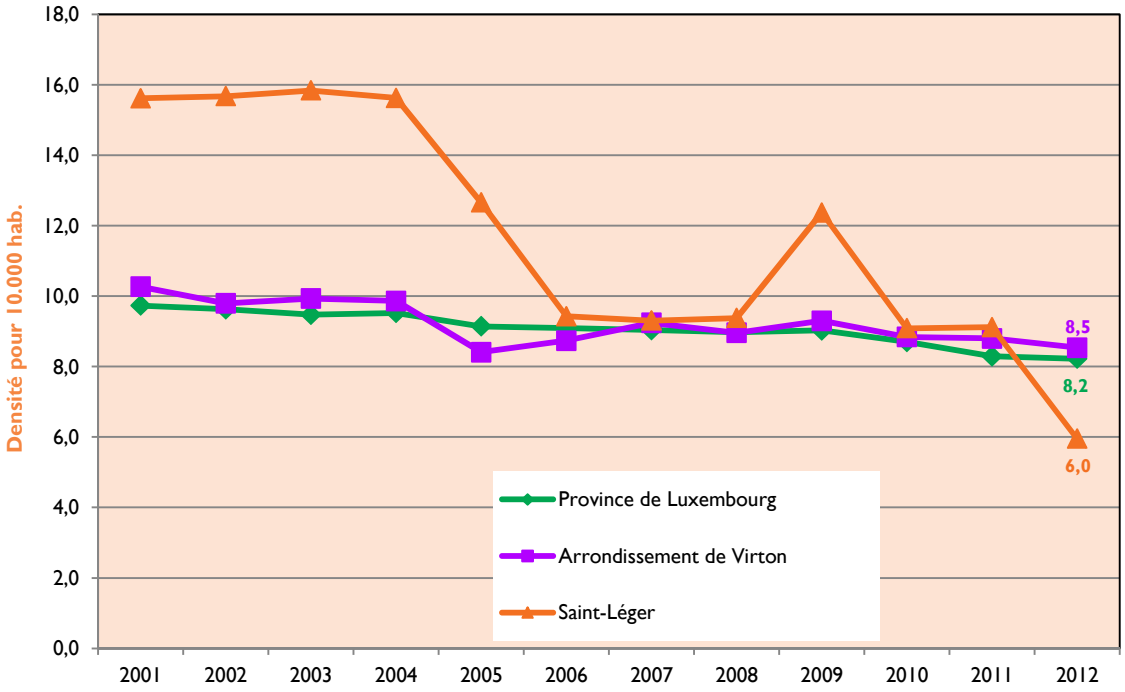
En janvier 2014, la commune de Saint-Léger ne comptait ni MR, ni MRS.

5.3 Les professionnels de la santé

5.3.1 Les médecins généralistes

La densité de médecins généralistes actifs reprend le rapport entre le nombre de médecins répertoriés par l'INAMI (ayant un numéro INAMI et inscrit à l'ordre des médecins) et ayant minimum 1.250 contacts par an, selon le lieu de contact (lieu de résidence ou lieu d'exercice) et la population totale multiplié par 10.000.

Figure 5.2 : *Evolution de la densité de médecins généralistes actifs pour 10.000 habitants, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2012*



Source: INAMI

En 2012, à Saint-Léger, la densité de médecins généralistes actifs est inférieure à celles de l'arrondissement de Virton et de la province de Luxembourg. De nombreuses fluctuations ont été constatées au cours du temps. En 2001, la densité de médecins est largement supérieure aux deux autres niveaux géographiques. Après quelques années de stabilité, une première forte diminution est observée entre 2004 et 2006. Après une nouvelle période de stabilité et une augmentation (2006-2009), une double diminution est constatée entre 2009 et 2012.

En ce qui concerne l'arrondissement de Virton et la province de Luxembourg, une légère diminution est observée au cours du temps.

La commune de Saint-Léger est reprise sur la liste des communes qui appartiennent à une zone de médecine générale définie par l'INAMI comme « à faible densité médicale ».

Les médecins généralistes qui voudraient s'installer sur le territoire de la commune peuvent dès lors bénéficier du fonds « Impulseo I » dont l'objectif est de contribuer au maintien d'un bon niveau d'accès aux soins de première ligne. [38]

Tableau 5.3 : *Répartition des médecins généralistes actifs par âge, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

	Province de Luxembourg (%)	Arrondissement de Virton (%)	Saint-Léger (%)
< 45 ans	28,4	15,6	50,0
45-54 ans	24,0	35,6	0,0
55-64 ans	38,7	40,0	50,0
>65 ans	8,9	8,9	0,0
Total	100	100	100

Source: INAMI

En 2012, à Saint-Léger, les catégories d'âge des médecins généralistes actifs les plus représentées sont les moins de 45 ans et les « 55-64 ans ». Cependant, vu les faibles effectifs, les pourcentages pour la commune peuvent varier fortement.

6 CONSOMMATION DE SOINS

Les dépenses en soins de santé représentent un budget important (10,9 % du PIB belge en 2009) [39].

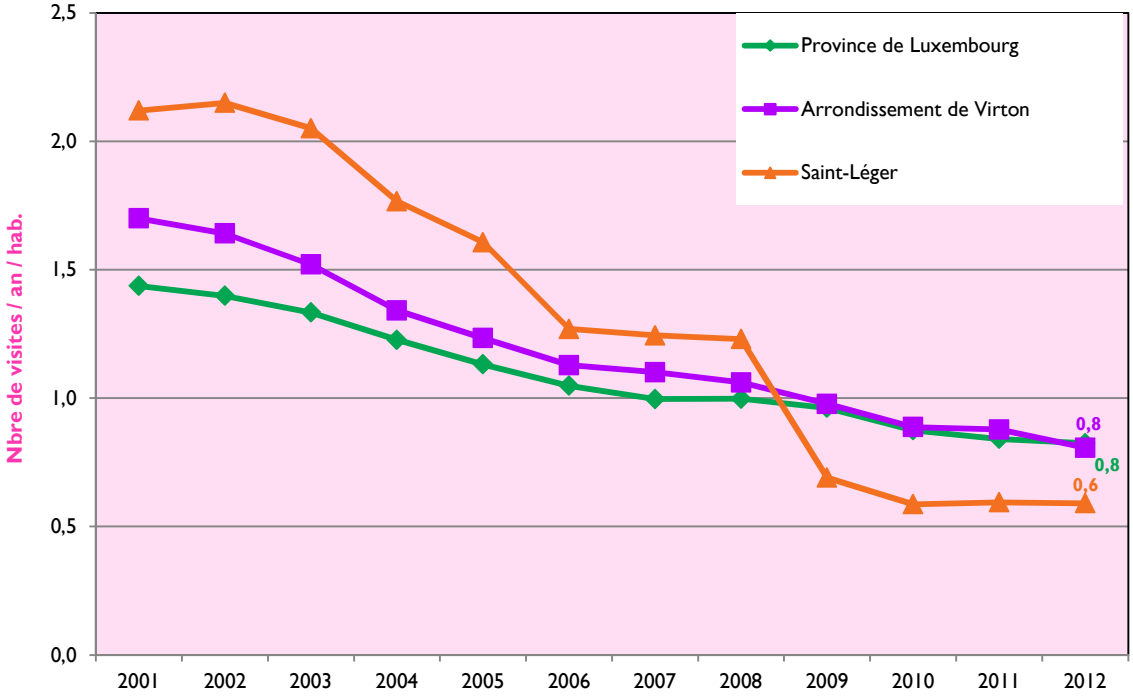
Etant donné l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population, il est à craindre une augmentation importante des dépenses en soins de santé dans les années à venir (55 % des dépenses de l'INAMI concernent en effet les personnes de plus de 60 ans), même s'ils ne sont pas les seuls facteurs à considérer [40]. Il s'agit d'un élément à garder à l'esprit, étant donné la part des dépenses à charge des patients particulièrement élevée en Belgique (20 %) [39].

6.1 Les soins ambulatoires

Les soins ambulatoires « regroupent tous les contacts du patient avec des prestataires de soins, soit à leur cabinet de consultation, soit au domicile du patient. Il s'agit des contacts avec des médecins, généralistes ou spécialistes, ou des contacts avec des prestataires paramédicaux [infirmiers, kinésithérapeute, etc.] » [41]. Ne seront abordés dans ce profil que les contacts avec les médecins généralistes.

6.1.1 Les contacts avec le médecin généraliste

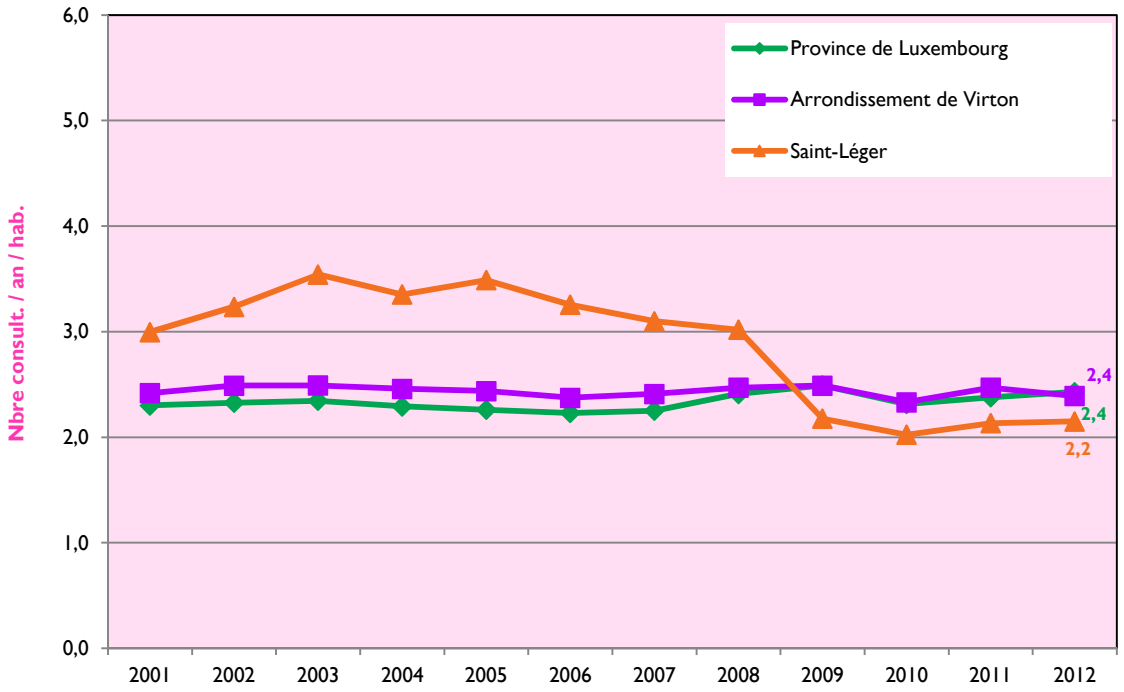
Figure 6.1 : *Evolution du nombre annuel moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2012*



Source: INAMI

Quel que soit le niveau géographique envisagé, le nombre annuel moyen de visites à domicile du médecin généraliste par habitant diminue au cours du temps. C'est à Saint-Léger que la diminution est la plus importante (- 71,4 % entre 2001 et 2012 contre - 53,0 % pour l'arrondissement et - 43,0 % pour la province). En 2012, Saint-Léger présente un nombre moins important de visites à domicile que les autres niveaux territoriaux.

Figure 6.2 : *Evolution du nombre annuel moyen de consultations chez le médecin généraliste par habitant, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2001-2012*



Source: INAMI

En 2012, la commune de Saint-Léger présente un nombre annuel moyen de consultations par habitant (2,2) très légèrement inférieur à celui de la province et de l'arrondissement (2,4). De 2001 à 2008, la courbe est supérieure à celles des deux autres niveaux territoriaux. Toutefois, une diminution assez prononcée (2008-2009) l'a fait repasser sous les seuils enregistrés au niveau de l'arrondissement et de la province.

Contrairement au niveau communal, le nombre de consultations chez le médecin est beaucoup plus stable au niveau de l'arrondissement et de la province.

Quelle que soit l'échelle territoriale envisagée, les médecins généralistes réalisent plus de consultations chez eux que de visites à domicile. En 2012, ceci représente pour Saint-Léger un nombre annuel moyen presque quatre fois plus élevé pour les consultations (2,2) que pour les visites (0,6).

6.1.2 La consommation de médicaments

La DMJ (Dose Moyenne Journalière) *est une mesure standard de la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte. Cette méthodologie permet de normer le calcul de la consommation et de rendre ainsi cohérente les comparaisons des niveaux de consommation entre les pays [10].*

Rem: Ces données couvrent les délivrances en officine publique, ayant fait l'objet d'un remboursement par l'INAMI. Ne sont donc pas repris: les médicaments délivrés à l'hôpital et les médicaments délivrés par une officine publique sans intervention de l'INAMI (non-remboursés et/ou non prescrits) (Service des soins de santé, INAMI).

En 2008, des changements ont été opérés dans les données suite à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants; au niveau belge, on estime que cela a provoqué une hausse de 5,4% des données collectées (Service des soins de santé, INAMI).

Tableau 6.1 : *Consommation de médicaments ayant donné lieu à un remboursement INAMI, par groupe en DMJ, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2012*

	Province de Luxembourg		Arrondissement de Virton		Saint-Léger	
	D.M.J./1.000 hab./Jour	% du total des médic.	D.M.J./1.000 hab./Jour	% du total des médic.	D.M.J./1.000 hab./Jour	% du total des médic.
Système cardiovasculaire	480,6	41,2	465,1	42,3	437,8	44,3
Tractus gastro-intestinal et métabolisme	142,0	12,2	130,2	11,8	126,4	12,8
Système nerveux central	141,2	12,1	125,6	11,4	86,2	8,7
Sang et système hématopoïétique	89,9	7,7	84,9	7,7	79,2	8,0
Système respiratoire	91,8	7,9	81,2	7,4	71,3	7,2
Système uro-génital et hormones sexuelles	58,3	5,0	55,2	5,0	51,1	5,2
Hormones systémiques, sauf hormones sexuelles	56,9	4,9	52,4	4,8	47,7	4,8
Système squelettique et musculaire	50,5	4,3	50,4	4,6	37,2	3,8
Anti-infectieux à usage systémique	28,2	2,4	24,9	2,3	20,8	2,1
Divers	28,1	2,4	29,6	2,7	30,8	3,1
Total	1.167,4	100,0	1.099,5	100,0	988,6	100,0

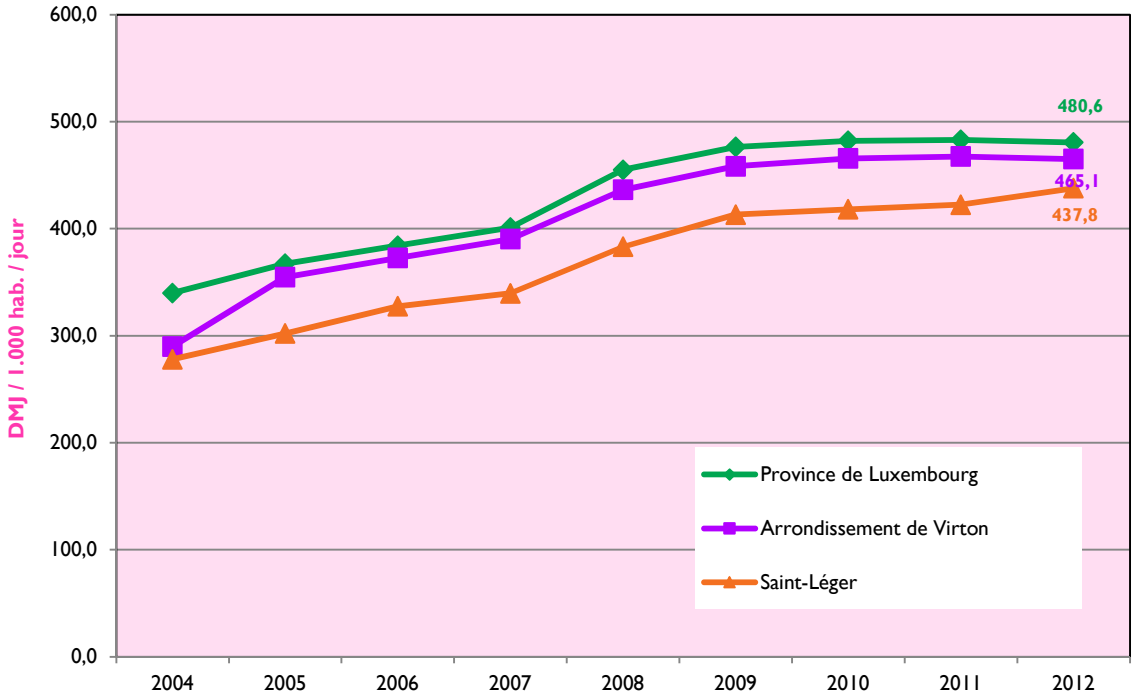
Source: Service des soins de santé, INAMI

En 2012, la consommation totale de médicaments en DMJ/1.000hab./jour à Saint-Léger est inférieure à celles de l'arrondissement et de la province.

La répartition entre les groupes de médicaments est, en général, relativement proche entre les trois niveaux territoriaux.

A Saint-Léger, les médicaments ciblant le système cardio-vasculaire sont les plus consommés avec 44,3 %. Viennent ensuite ceux ciblant le tractus gastro-intestinal et métabolisme (12,8 %), puis le système nerveux central (8,7 %). Les médicaments ciblant le sang et le système hématopoïétique (8,0 %) et ceux ciblant le système respiratoire (7,2 %) se trouvent en 4ème et 5ème position. Ces cinq catégories principales sont détaillées ci-dessous par leur évolution dans le temps.

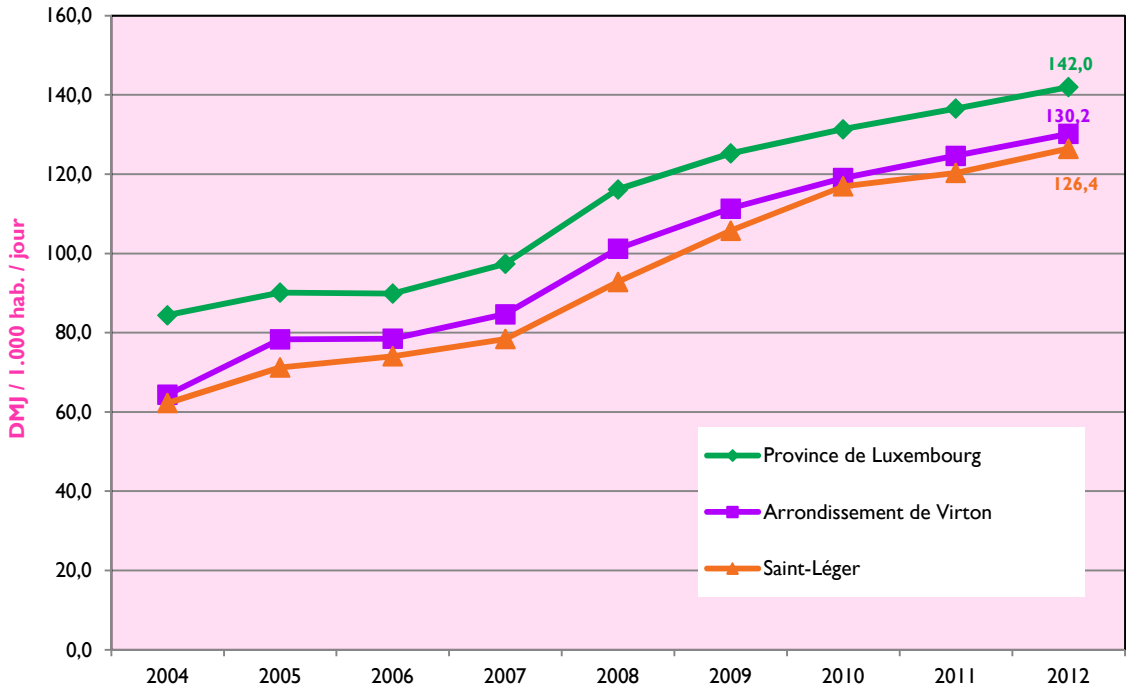
Figure 6.3 : *Evolution de la consommation de médicaments en DMJ pour le système cardio-vasculaire, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton– Commune de Saint-Léger, 2004-2012*



Source: Service des soins de santé, INAMI

Quel que soit le niveau géographique, on observe une augmentation de la consommation des médicaments pour le système cardio-vasculaire au cours du temps (Saint-Léger : + 57,5 % ; arrondissement : + 60,4 % ; province : + 41,4 %). La hausse plus importante entre 2007 et 2008 s'explique notamment par l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants. En 2012, c'est à Saint-Léger que la consommation de médicaments est la moins importante.

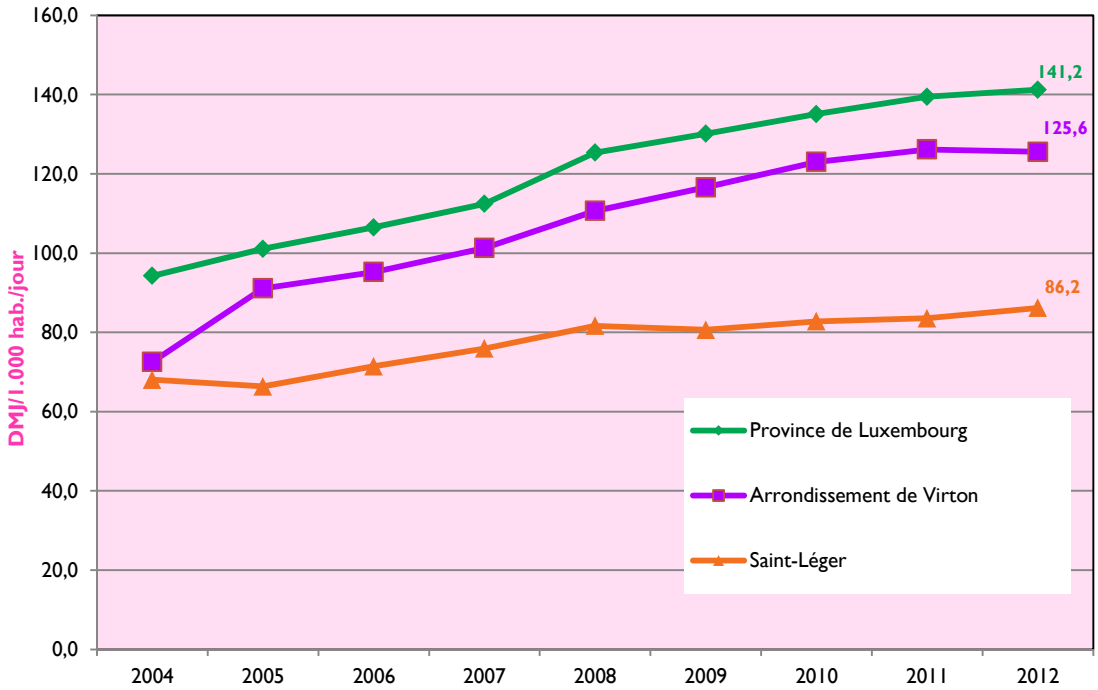
Figure 6.4 : *Evolution de la consommation de médicaments pour le tractus gastro-intestinal et métabolisme en DMJ, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2004-2012*



Source: Service des soins de santé, INAMI

Quel que soit le niveau géographique envisagé, on observe une augmentation de la consommation des médicaments pour le tractus gastro-intestinal et métabolisme au cours du temps. La hausse plus importante observée entre 2007 et 2008 s'explique notamment par l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants. A Saint-Léger, en 2012, la consommation de médicaments pour le tractus gastro-intestinal et métabolisme est la moins importante.

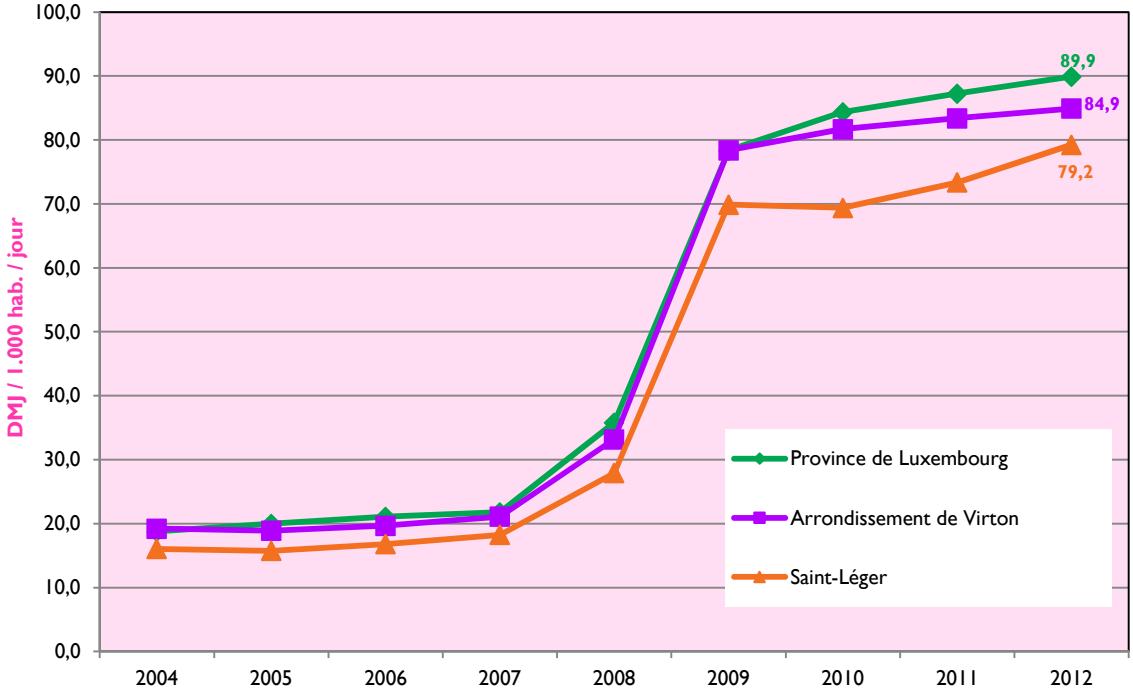
Figure 6.5 : *Evolution de la consommation de médicaments en DMJ pour le système nerveux central, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton– Commune de Saint-Léger, 2004-2012*



Source: Service des soins de santé, INAMI

Quel que soit le niveau géographique envisagé, on observe une augmentation de la consommation des médicaments pour le système nerveux central au cours du temps (+ 26,8 % pour Saint-Léger ; + 73,1 % pour l'arrondissement ; + 49,8 % pour la province). La hausse plus importante entre 2007 et 2008 s'explique notamment par l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants. A Saint-Léger, en 2012, la consommation de médicaments pour le système nerveux central est, de loin, la moins importante.

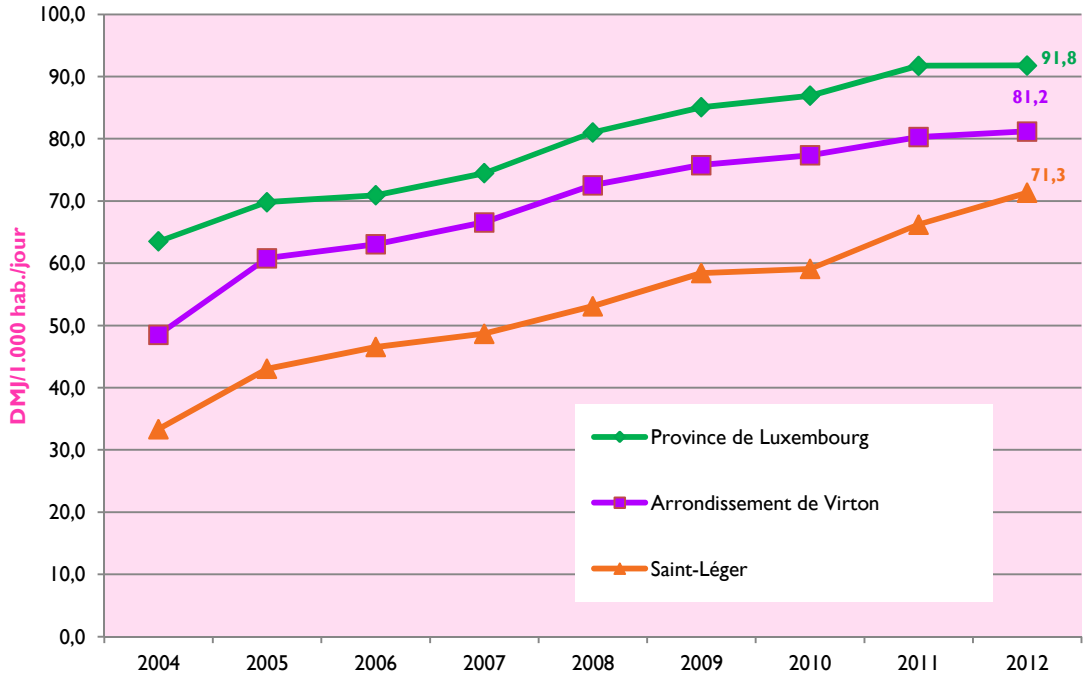
Figure 6.6 : *Evolution de la consommation de médicament en DMJ pour le sang et le système hématopoïétique, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton - Commune de Saint-Léger, 2004-2012*



Source: Service des soins de santé, INAMI

Quel que soit le niveau géographique envisagé, on observe une augmentation de la consommation des médicaments pour le sang et le système hématopoïétique au cours du temps. Les importantes augmentations observées entre 2007 et 2008, et 2008 et 2009, correspondent respectivement à l'entrée en vigueur des remboursements aux indépendants et à l'entrée de l'aspirine dans les remboursements INAMI. En 2012, c'est à Saint-Léger que la consommation de médicaments pour le sang et le système hématopoïétique est la moins importante.

Figure 6.7 : *Evolution de la consommation de médicament en DMJ pour le système respiratoire, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton– Commune de Saint-Léger, 2004-2012*



Source: Service des soins de santé, INAMI

Quel que soit le niveau géographique envisagé, on observe une augmentation de la consommation des médicaments pour le système respiratoire au cours du temps. En 2012, c'est à Saint-Léger que la consommation de médicaments ciblant le système respiratoire de Saint-Léger est la moins importante.

6.1.3 Les séjours hospitaliers

Remarque : ***Les hôpitaux dont la part de marché est inférieure à 5% et les hôpitaux étrangers ne sont pas pris en compte.***

Tableau 6.2 : *Part de marché pour les hospitalisations classiques et de jour, commune de Saint-Léger, 2010*

	Hospitalisation classique (%)	Hospitalisation de jour (%)
Cliniques du Sud Luxembourg	**76,6**	**81,7**
UCL Mont Godinne	**8,5**	**/**

Source: SPF Santé publique

En 2010, 401 habitants de la commune de Saint-Léger ont été hospitalisés avec au moins une nuit à l'hôpital (hospitalisation classique). Les hospitalisations de jour concernent 416 habitants de la commune. Quel que soit le type d'hospitalisation, la majorité des personnes se sont rendues aux Cliniques du Sud Luxembourg.

***Le taux d'admission** est obtenu en divisant le nombre de séjours hospitaliers pour une cause spécifique par la population de l'année considérée [10].*

Les informations du tableau ci-dessous sont tirées du résumé hospitalier minimum (RHM). Celui-ci compile des informations concernant chaque séjour hospitalier qui a pour objectif de soutenir la politique sanitaire à mener. Il s'agit de données administratives, de données médicales, de données infirmières, de données relatives au personnel et de données dans le cadre de la fonction « service mobile d'urgence ». Cet enregistrement est applicable aux hôpitaux généraux non psychiatriques [42].
Ces données fournissent de façon indirecte des informations sur les problèmes de santé de la population nécessitant une hospitalisation.
Ce tableau reprend les données pour les hospitalisations appelées classiques, ne sont donc pas reprises les hospitalisations de jour.

Tableau 6.3 : *Taux d'admission en fonction des diagnostics principaux d'hospitalisation, Commune de Saint-Léger, 2010*

Diagnostic principal d'hospitalisation	Taux pour 1.000 habitants
Système circulatoire	18,5
Système musculaire et tissu conjonctif	14,5
Système digestif	9,7
Grossesse et accouchement	12,9
Système nerveux	10,4
Système respiratoire	8,9
Nez, gorge, oreilles	7,6

Source: SPF Santé Publique, RHM 2010

En 2010, le diagnostic d'hospitalisation le plus courant pour les habitants de Saint-Léger concerne le système circulatoire suivi par le système musculaire et tissu conjonctif (arthrodèse dorso-lombaire, intervention de la hanche et du fémur…).

6.2 Les soins préventifs

Par soins préventifs, on entend les politiques de vaccination et les dépistages organisés de certains cancers. Par manque de données, ne sera abordé ici que le dépistage du cancer du sein.

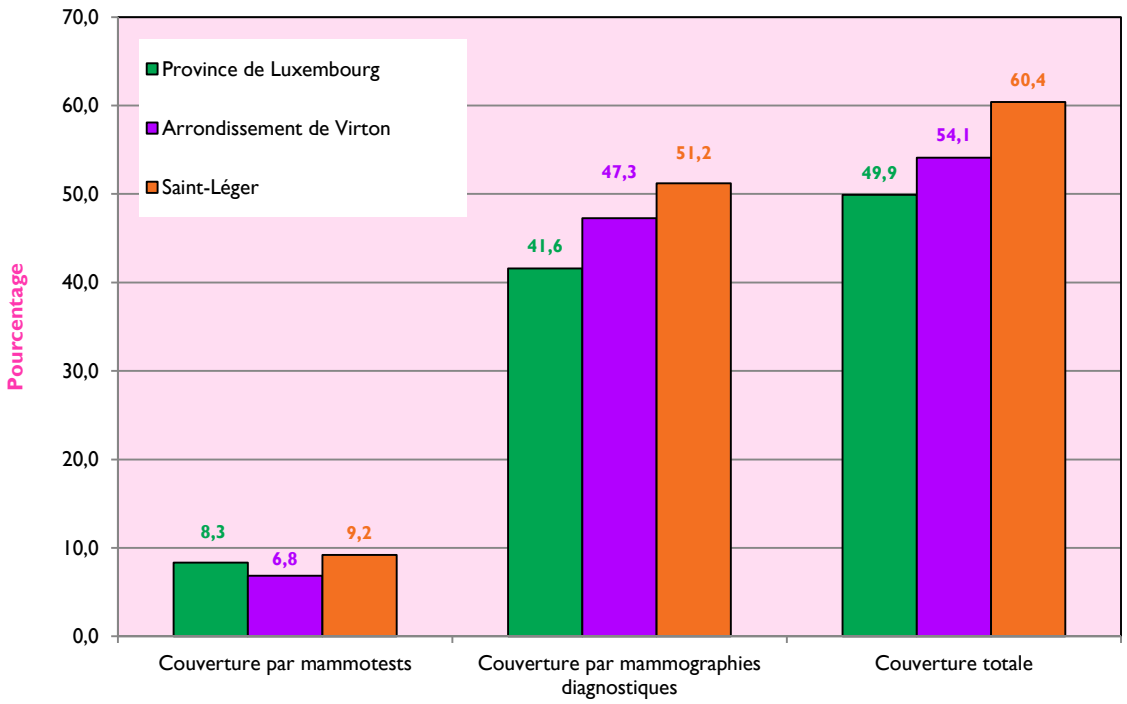
6.2.1 Le dépistage du cancer du sein

***La couverture par mammotest** est le nombre de femmes de la population étudiée ayant subi un mammotest, avec ou sans mammographie diagnostique, pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée.*

En l'absence d'information sur l'indication clinique de la mammographie diagnostique et en supposant que la majorité des femmes qui ont réalisé un examen par mammographie diagnostique le font dans une intention de dépistage opportuniste, la couverture par mammographie diagnostique est calculée afin d'évaluer la couverture chez ces femmes. Cette couverture renvoie ainsi au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique "diagnostique" et aucun mammotest pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée.

***La couverture totale** additionne la couverture par mammotest (programme) et la couverture par mammmographie diagnostique (dépistage opportuniste). Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie "diagnostique" et/ou d'un mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée [43].*

Figure 6.8 : *Couverture par mammotests et par mammographies diagnostiques pour les femmes de 50 à 69 ans, Province de Luxembourg – Arrondissement de Virton – Commune de Saint-Léger, 2009-2010*



Source: IMA-AIM

A Saint-Léger, en 2009-2010, 60,4 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont réalisé un examen de dépistage du cancer du sein, ce qui est nettement supérieur aux chiffres de la province et de l'arrondissement (respectivement 49,9 % et 54,1 %).

Quel que soit le niveau géographique considéré, la technique de dépistage la plus utilisée est la mammographie diagnostique.

CONCLUSIONS

En termes de population, Saint-Léger est la 7ème commune la plus peuplée sur les 10 que compte l'arrondissement de Virton. L'effectif de la population tend à augmenter légèrement au cours du temps, comme en témoigne son taux d'accroissement annuel moyen positif. La faible densité de population de la commune de Saint-Léger confirme qu'il s'agit d'une commune rurale. Il convient donc de porter tout particulièrement attention à l'offre de services de proximité en matière de santé.

La commune de Saint-Léger compte une proportion de jeunes de moins de 20 ans identique à celui de l'arrondissement et légèrement supérieur à celui de la province. La proportion de personnes de 65 ans et plus est par contre moins élevé, à Saint-Léger, par rapport aux deux autres niveaux géographiques.
En témoigne l'indice de vieillissement et l'indice d'intensité du vieillissement, qui sont moins importants à Saint-Léger. L'indice de dépendance démographique, à savoir la taille de la population « à charge » par rapport à la population « en âge de travailler » diminue légèrement au cours du temps.

La proportion de personnes étrangères résidant à Saint-Léger est inférieure à celle de la province et celle de l'arrondissement. Elle se constitue majoritairement de personnes issues de pays de l'Union Européenne, et en particulier de Français, de Portugais et de Luxembourgeois.

Sur le plan socio-économique, le revenu médian par déclaration à Saint-Léger est supérieur à celui de l'arrondissement et celui de la province. De 2004 à 2011, on observe une diminution de la classe de revenus la plus modeste (moins de 10.000 euros). En 2011, 39,2 % des déclarations concernent des revenus inférieurs ou égaux à 20.000 euros. 20,5 % des revenus se situent dans la catégorie de 20.001 à 30.000 euros et 40,3 % au-dessus des 30.000 euros.
Au niveau de l'emploi, les taux d'activité et d'emploi sont globalement assez similaires entre les différents niveaux géographiques, quel que soit le sexe.
Quel que soit le niveau géographique, le taux de chômage des 15-24 ans est particulièrement élevé. Cependant, c'est le taux de chômage des 50-64 ans qui a le plus augmenté au cours du temps. Contrairement à l'arrondissement et à la province, la commune de Saint-Léger a une proportion d'hommes bénéficiant du chômage supérieure à celle des femmes.
Entre 2010 et 2012, le taux de bénéficiaires du RIS à Saint-Léger est inférieur à ceux de l'arrondissement et de la province. En 2013, la proportion de logements publics à Saint-Léger est également inférieure à celle de l'arrondissement et celle de la province.

Au niveau familial, pratiquement un dixième des noyaux familiaux sont des familles monoparentales. De manière générale, la proportion de familles monoparentales n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Les mères sont quatre fois plus nombreuses à avoir la famille en charge quel que soit le territoire observé. Or, la monoparentalité est un facteur de risque de pauvreté, pour des raisons financières, principalement. Sachant qu'en Wallonie, la majorité des familles monoparentales sont constituées de

femmes avec enfants, il semble important de pouvoir compter sur des structures d'accueil de la petite enfance qui permettent le maintien ou l'accès à l'emploi des femmes à la tête de familles monoparentales [9]. Le taux de couverture de l'accueil de la petite enfance à Saint-Léger est quasi identique aux deux autres niveaux géographiques.

En ce qui concerne la mortalité de la population sur base de l'indice comparatif de mortalité, Saint-Léger présente une sous-mortalité. Toutefois, cette différence par rapport aux autres niveaux territoriaux n'est pas significative.
Les causes principales de décès au niveau de l'arrondissement – appareil circulatoire et tumeurs – sont identiques à celles de la province et des sociétés industrialisées en général. Concernant la proportion des décès qui ont lieu avant l'âge de 65 ans, Saint-Léger se situe par contre très largement au-dessus des deux autres niveaux territoriaux.

En ce qui concerne l'état de santé, l'incidence des cancers est légèrement plus élevée dans l'arrondissement de Virton que dans la province. Les cancers les plus représentés sont ceux de la prostate et des bronches-poumons chez les hommes, et du sein et du colon-rectum chez les femmes. Les dépistages organisés de ces deux derniers cancers doivent donc être encouragés. Par exemple, au niveau communal, 60,4 % des femmes de 50 à 69 ans ont réalisé un examen de dépistage du cancer du sein, ce qui est nettement supérieur aux taux de la province et de l'arrondissement.

En 2013, à Saint-Léger, la proportion pour 1.000 habitants d'hommes et de femmes âgés de 20 à 64 ans bénéficiant d'une indemnité pour invalidité de la part de l'INAMI est très largement inférieure à celles de l'arrondissement et de la province de Luxembourg.
Depuis 2001, une nette progression est observée, en particulier chez les femmes, tant au niveau de la province que de l'arrondissement. Le relèvement de l'âge de la pension (réforme de 1997) et le taux de participation plus élevé des femmes sur le marché du travail ne sont certainement pas étrangers à ce phénomène [26, 27, 28]. Le statut professionnel (salarié ou indépendant) influence de manière importante ces propositions avec, parmi les invalides, une grosse majorité de personnes salariées.

Sur le plan de la santé maternelle et infantile, on constate que la majorité des naissances concernent les mères âgées de 25 à 29 ans, puis celles de 30 à 34 ans. La proportion de naissances relatives aux mères de moins de 25 ans est beaucoup moins importante à Saint-Léger qu'aux autres niveaux géographiques. La proportion de naissances relatives aux mères de 35 ans et plus y est par contre plus élevée.
A Saint-Léger, la majorité des nouveau-nés ont un poids se situant entre 2.500g et 3.999g. Les petits poids représentent 2,7 % des naissances, ce qui est largement inférieur à l'arrondissement et la province. La proportion de nouveau-nés de 4.000g et plus est, par contre, légèrement supérieur à Saint-Léger. Enfin, le taux de natalité à Saint-Léger est légèrement supérieur à ceux des autres niveaux géographiques.

La majorité des hospitalisations ont lieu aux Cliniques du Sud Luxembourg. Le diagnostic principal d'hospitalisation pour les habitants de Saint-Léger concerne le système circulatoire. Vient en seconde position le système musculaire et tissu conjonctif.

Le territoire communal n'abrite ni MR, ni MRS. La densité de médecins généralistes actifs est, en 2012, inférieure à celle des autres niveaux géographiques. Toutefois, de nombreuses fluctuations ont été constatées au cours du temps. Comme la quasi-totalité des communes de la province, Saint-Léger est répertoriée par l'INAMI comme faisant partie d'une zone à faible densité médicale. Ces données sur l'offre de soins sont importantes sachant que la population, en général, est vieillissante. Or, qui dit population âgée, dit généralement des besoins de santé importants [39]. Le nombre de consultations et de visites à domicile du médecin généraliste sont moins importantes à Saint-Léger par rapport aux autres niveaux géographiques. La commune présente une consommation médicamenteuse globale inférieure à celles de l'arrondissement et de la province. Les médicaments les plus consommés touchent le système cardio-vasculaire. La consommation pour les cinq systèmes principaux (système cardiovasculaire, système nerveux central, tractus gastro-intestinal, sang et système respiratoire) évolue de manière croissante dans le temps.

Ce rapport a décliné les données disponibles en six chapitres principaux et ce, dans le but de dresser une photographie de la situation sanitaire et sociale de la commune de Saint-Léger. Loin de représenter une analyse exhaustive, il apporte cependant un premier éclairage et ouvre la voie à une approche plus qualitative (analyse des besoins, des attentes, des représentations, des comportements de santé,…).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Karin Van Zele, Hugo Henneman, Isabelle Doucet, Géraldine Bruyneel. Portrait de Santé: le quartier Brabant bouge!. Bruxelles: Samenlevingsopbouw, 2008.

- [2] Paul Berra, Hélène Bauwens, Christian Massot, Luc Berghmans. Profils locaux de santé : Province du Hainaut, La Louvière. Mons : Observatoire du Hainaut, 2010.

- [3] Benjamin Wayens, Pierre Kummert, Gauvain Dumont. Fiches communales d'analyse des statistiques locales en Région bruxelloise : fiche n°1 Commune d'Anderlecht. Bruxelles : Commission communautaire française, 2010.

- [4] Réseau Français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Vers un profil santé de ville, système local d'observation en santé. France : s.n., 2005.

- [5] Organisation Mondiale de la Santé, Charte d'Ottawa, conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986.

- [6] Van Oyen Herman et al. Les inégalités sociales de santé en Belgique. Gent : Academia Press, 2010.

- [7] Observatoire Wallon de la Santé. Indicateurs de santé. [En ligne]. 2011. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante/dispositifs/publications/indicateurs-de-sante >

- [8] Générations en Santé, Tableau de Bord Transfrontalier de la santé 2008-2012. 4. Inégalités sanitaires et sociales. S.l. : Générations en santé, 2012.

- [9] Cherenti R., Mesure anthropométrique de l'homme le plus pauvre de Wallonie. S.l. : Fédération des CPAS, UVCW, janvier 2010.

- [10] Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg. Tableau de bord de la Santé en Province de Luxembourg. Arlon : Province de Luxembourg, 2010.

- [11] Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS). Indice de vieillissement de la population. [En ligne]. 2011. [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL <http://www.iweps.be/indice-de-vieillissement-de-la-population>

- [12] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Tableau de Bord de la santé en région bruxelloise 2010. Bruxelles : Commission communautaire commune, 2010.

- [13] Statistique Canada. Rapport de dépendance démographique global. [En ligne]. 2010. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/demo/dep-fra.htm>

- [14] IWEPS, Rapport sur la cohésion sociale en Région Wallonne, volet statistique. Jambes, 2007.

- [15] Code wallon du logement, M.B. du 04 décembre 1998.

- [16] Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme, «Pourcentage minimum de logements sociaux,» 01 janvier 2009. [En ligne]. [Consulté le 02/05/14] Available: http://www.diversite.be/?action=artikel_detail&artikel=419.

- [17] J.-M. Nollet, Stratégie communale d'actions en matière de logement. Circulaire relative au programme communal d'actions 2014-2016, Namur, 2013.

- [18] Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Des faits et des chiffres. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.luttepauvrete.be/chiffres_logements_sociaux.htm>

- [19] Département générale opérationnelle, aménagement du territoire, logement, patrimoine et énergie. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://dgo4.spw.wallonie.be/DGATLP/DGATLP/Pages/Log/Pages/Aides/SOPP/Art78bis.asp>

- [20] Service Public Fédéral Economie: PME, Classes moyennes et Energie (SPF Economie) ; Direction Générale Statistique et Information Economique (DGSIE). Structure de la population selon les ménages. [En ligne]. 2009. [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL <http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/menages/>

- [21] IWEPS. Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF). [En ligne]. 2008. [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL < prehttp://www.iweps.be/indicateur-synth%C3%A9tique-dacc%C3%A8s-aux-droits-fondamentaux-isadf>

- [22] CépiDc, Inserm. Principaux indicateurs de mortalité. [En ligne]. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.cepidc.inserm.fr/site4/index.php?p=indicateurs >

- [23] OECDiLibrary. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE. [En ligne]. 2011. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL < http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/01/02/index.html;jsessionid=7k1m175j3bhb2.delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-5-fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-fr&mimeType=text/html&site=fr>

- [24] Vallin J., Meslé F. De la transition épidémiologique à la transition sanitaire : l'improbable convergence générale. Louvain-la-Neuve : s.n., 2011.

- [25] Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Invalidité. [En ligne]. 2010. [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL <http://www.inami.be/citizen/fr/allowances/PROTH_6_4.htm>

- [26] Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Facteurs explicatifs ayant trait à l'augmentation du nombre d'invalides salariés. Bruxelles : s.n., 2005.

- [27] Sécurité sociale. Vieillissement démographique et pensions. Payabilité des pensions ? Pistes de solution. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL < https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_4/ABOUT_5_4_2.xml>

- [28] La banque mondiale. Taux de participation à la population active, femmes (% de la population féminine âgée de 15 ans et plus). [En ligne]. 2013. [Consulté le 20/03/13]. Disponible à partir de : URL < http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.CACT.FE.ZS>

- [29] Fonds des maladies professionnelles. Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? [En ligne]. 2012. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL < http://www.fmp-fbz.fgov.be/web/content.php?lang=fr&target=citizen#/about-occupational-diseases>

- [30] ONE. Rapport 2010 Banque de données médico-sociales. Bruxelles : ONE, s.d.

- [31] Confédération suisse. Mouvement de population – indicateurs. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>

- [32] Statistiques mondiales. Age médian de la population en Afrique et en Europe [En ligne]. 2012. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.statistiques-mondiales.com/age_moyen_population.htm>

- [33] OCDE. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2009-fr/01/09/index.html;jsessionid=14e2gopxi5738.x-oecd-live-02?contentType=%2Fns%2FStatisticalPublication%2C%2Fns%2FChapter&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2009-11-fr&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991320&accessItemIds=>

- [34] Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS). Les familles monoparentales en Belgique. Bruxelles : ONAFTS, 2008.

- [35] Office nationale de l'enfance. Milieu d'accueil 0-3 ans et plus. [En ligne]. 2012. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL <http://one.be/index.php?id=2482 >

- [36] Vivalia. Vivalia, votre santé, notre quotidien. [En ligne]. . [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL <http://www.vivalia.info/>

- [37] SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, «Institutions de soins,» 2011. [En ligne]. . [Consulté le 02/05/14] Available: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/index.htm#.UkPoWn-buDk.

- [38] Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Zone d'installation : liste des communes (ou parties des communes). [En ligne]. 2012. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL < http://www.riziv.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/impulseo7.asp>

- [39] Assuralia. Les dépenses en soins de santé. 8ème édition. Bulletin hebdomadaire n°22. S.l. : To the point, 2011.

- [40] Sécurité sociale. L'impact du vieillissement démographique sur le coût des soins de santé. [En ligne]. 2013. [Consulté le 02/05/14]. Disponible à partir de : URL < https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_3/ABOUT_5_3_1.xml>

- [41] Observatoire wallon de la Santé. Tableau de bord de la Santé en Wallonie. Namur : Service public de Wallonie, 2009.

- [42] Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF Santé publique). Résumé hospitalier minimal. [En ligne]. 2011. . [Consulté le 02/05/14] Disponible à partir de : URL <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Registrationsystems/MHD(MinimumHospitalData)/index.htm>

- [43] Agence intermutualiste (IMA-AIM). [En ligne]. . [Consulté le 02/05/14] 2010. Disponible à partir de : URL <http://www.e-cancer.be/infocancer/early-detection/PublishingImages/MA%207%20FR%20rapport.pdf>

SOURCES DE DONNÉES

- **SPF Economie, DGSIE** : Service Public Fédéral Economie: PME, Classes moyennes et Energie ; Direction Générale Statistique et Information Economique : http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/

- **IWEPS** : Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique : http://www.iweps.be/indice-de-vieillissement-de-la-population>

- **Steunpunt WSE**: http://www.steunpuntwse.be/

- **SPPIS** : Service Public de Politique d'Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes : http://www.mi-is.be/be-fr/start/

- **SPMA**: Standardized Procedures for Mortality Analysis – Belgium : https://www.wiv-isp.be/epidemio/spma/

- **Fondation Registre du cancer** : http://www.registreducancer.be/

- **INAMI** : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité : http://www.inami.be/homefr.htm/

- **FMP Belgique** : Fonds des maladies professionnelles: http://www.fbz.fgov.be/

- **ONE** : Office National de l'Enfance : http://www.one.be/

- **SPF Santé publique** : Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement: http://www.health.belgium.be/eportal/index.htm/

- **IMA-AIM** : Agence intermutualiste: http://www.nic-ima.be/fr/presentation/

- **Cytise communes** : Base de données interactive portant principalement sur les communes wallonnes : http://cytisecommunes.gedap.be/index.asp