



Module PHM – J1T1 : Introduction

03-02-2026

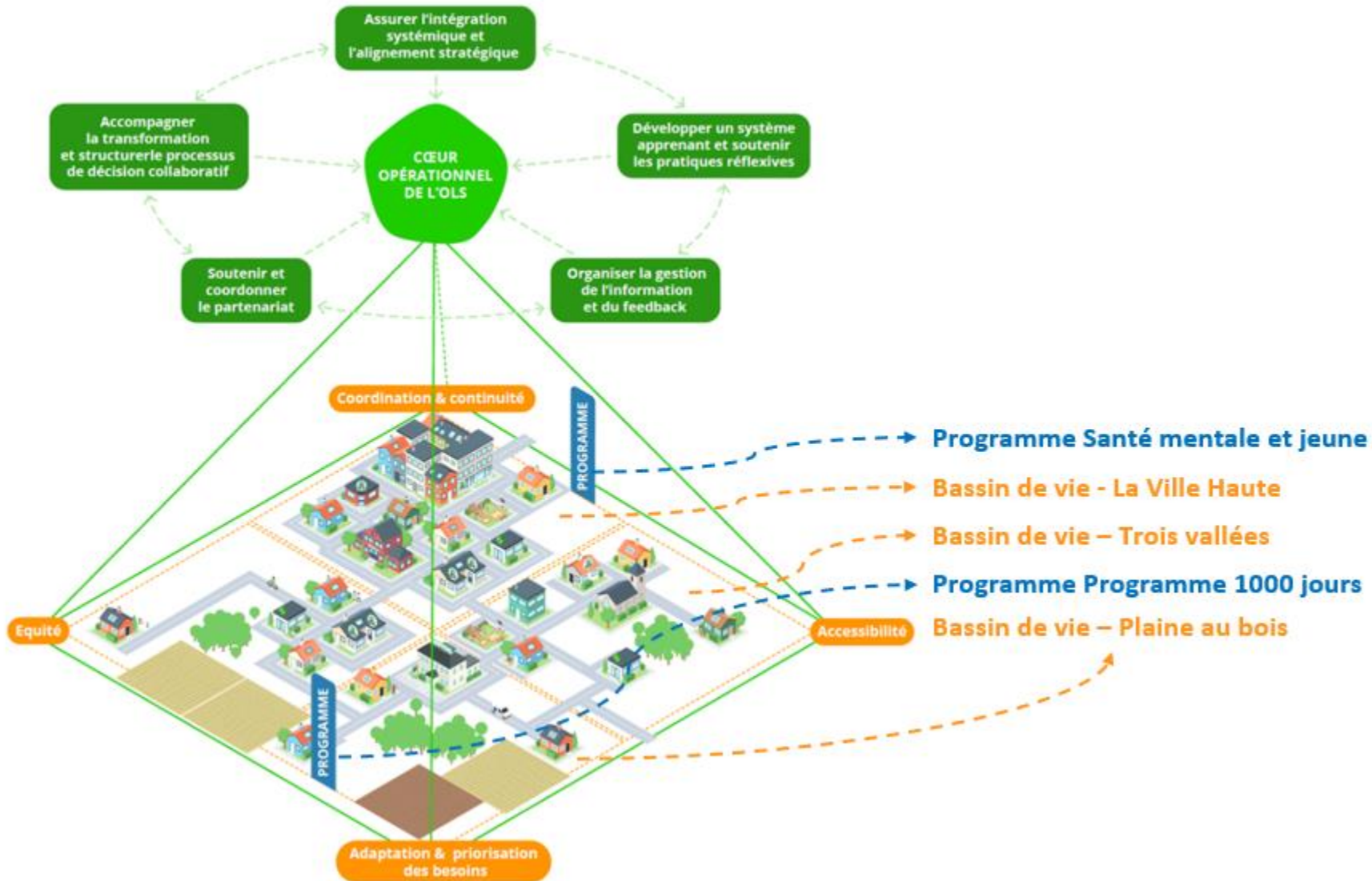
Anne-Sophie Lambert

SOMMAIRE

- **Echauffements**
- **Principes clés du PHM**
- **Logiques d'action et PHM**
- **Programme de la formation**

Echauffement A

Ce que l'on croit sur les territoires...
et ce que révèlent les données



Description des 3 bassins de vie

Scénario 1 – Urbain : “La Ville Haute”

Un territoire urbain dense (85 000 habitants), très contrasté : certains quartiers très bien équipés, d’autres cumulant précarité, troubles psychiques, logements insalubres, accès compliqué aux soins et saturation des services.

Les professionnels sont nombreux mais travaillent en silo et sont épuisés.

Scénario 2 – Rural : “La Plaine des Bois”

Un territoire rural de 18 000 habitants, dispersé en plusieurs villages. Les distances sont importantes, la mobilité difficile, la fracture numérique marquée. Peu de professionnels : 1 médecin vieillissant, une infirmière débordée, services sociaux éloignés.

Isolement, renoncements aux soins et ruptures de prise en charge sont fréquents.

Scénario 3 – Mixte : “Les Trois Vallées”

Un territoire de 52 000 habitants autour d’une petite ville dynamique et de villages périphériques. Forte diversité sociale.

Mais : logements vétustes dans certains villages, mobilité faible, fragilités en santé mentale, services fragmentés entre ville et villages.

À votre avis, dans lequel de ces trois territoires observe-t-on le plus de renoncements aux services sociaux-santé ?”



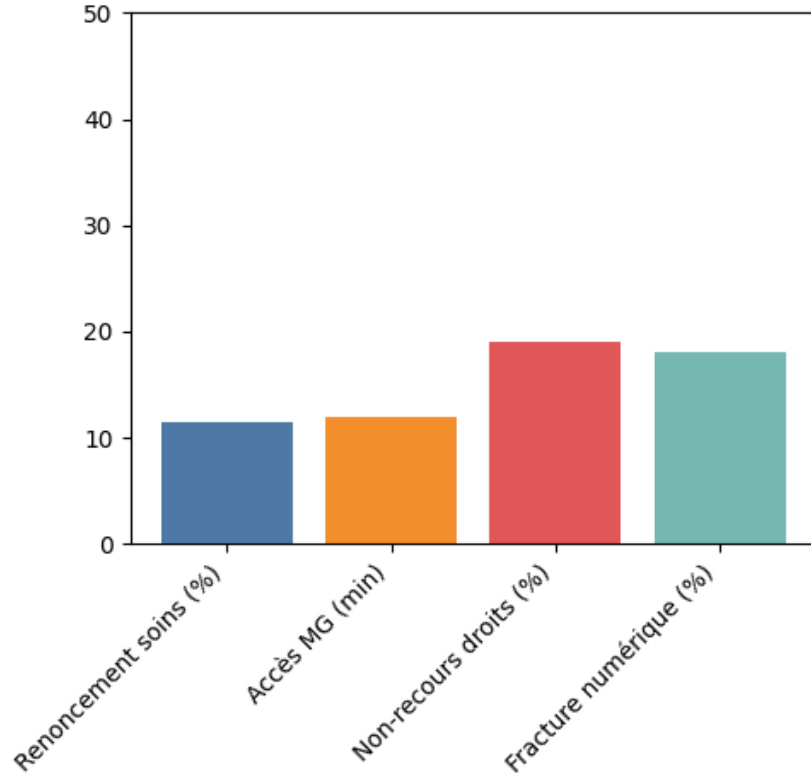
1 Allez sur wooclap.com Code d'événement **HRRPON**

2 Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

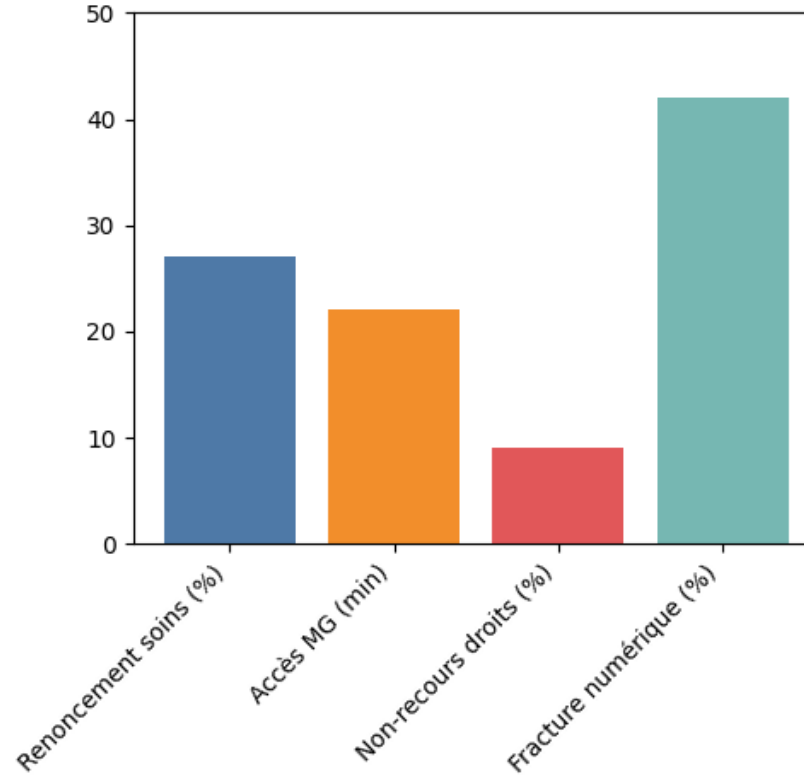
Activer les réponses par SMS

Ce que nous disent les données

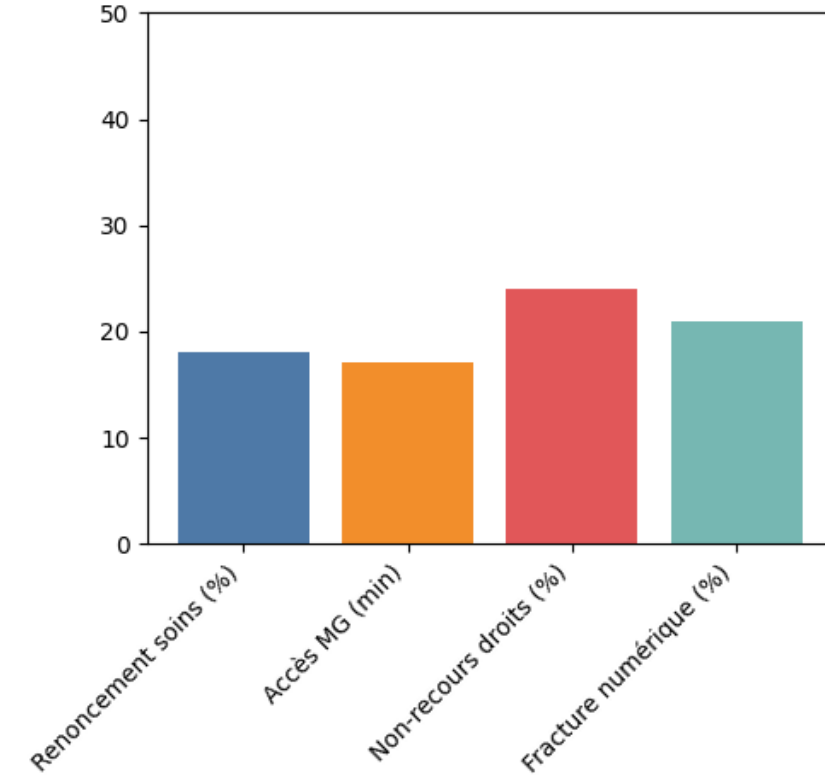
Ville Haute



Plaine des Bois



Trois Vallées

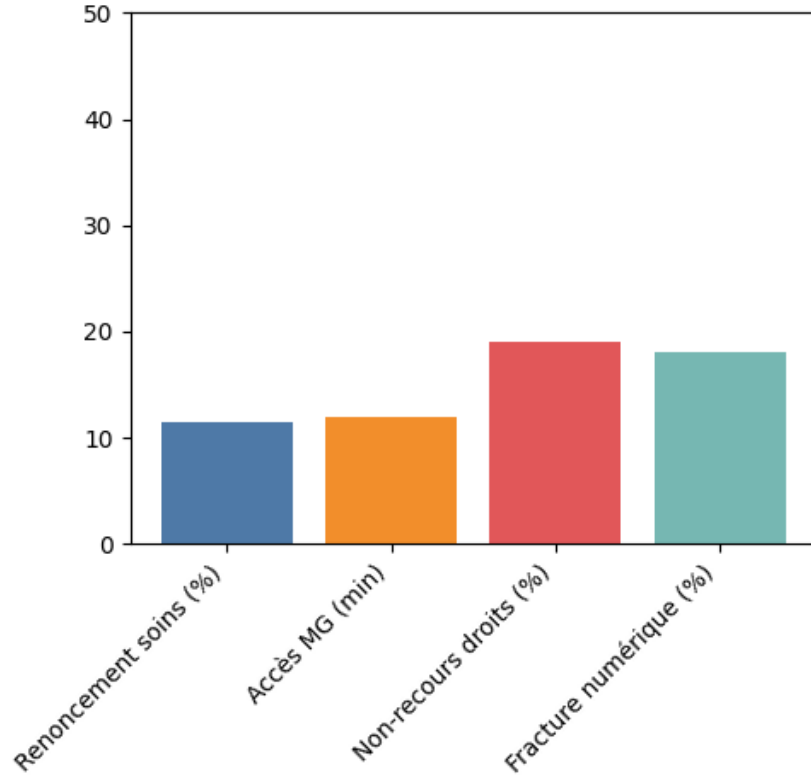


Les **quatre indicateurs** représentés sont :

- Taux de renoncement aux soins (%)
- Temps moyen d'accès à un médecin généraliste (minutes)
- Taux de non-recours aux droits sociaux (%)
- Taux de fracture numérique (%)

Ce que nous disent les données

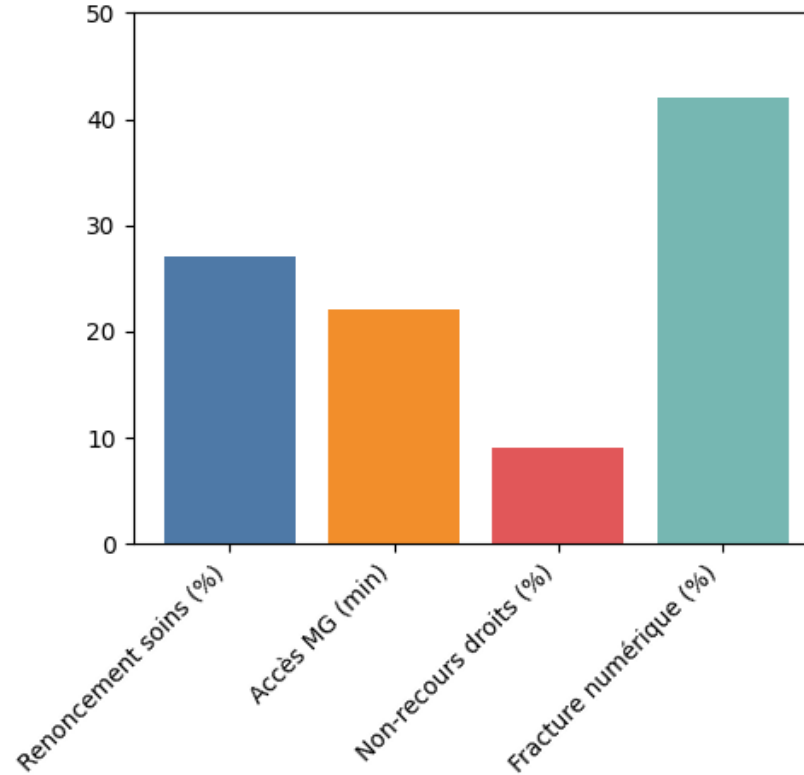
Ville Haute



Ville Haute

- Renoncement aux soins modéré, mais non-recours aux droits élevé.
- Accès au médecin plutôt bon.

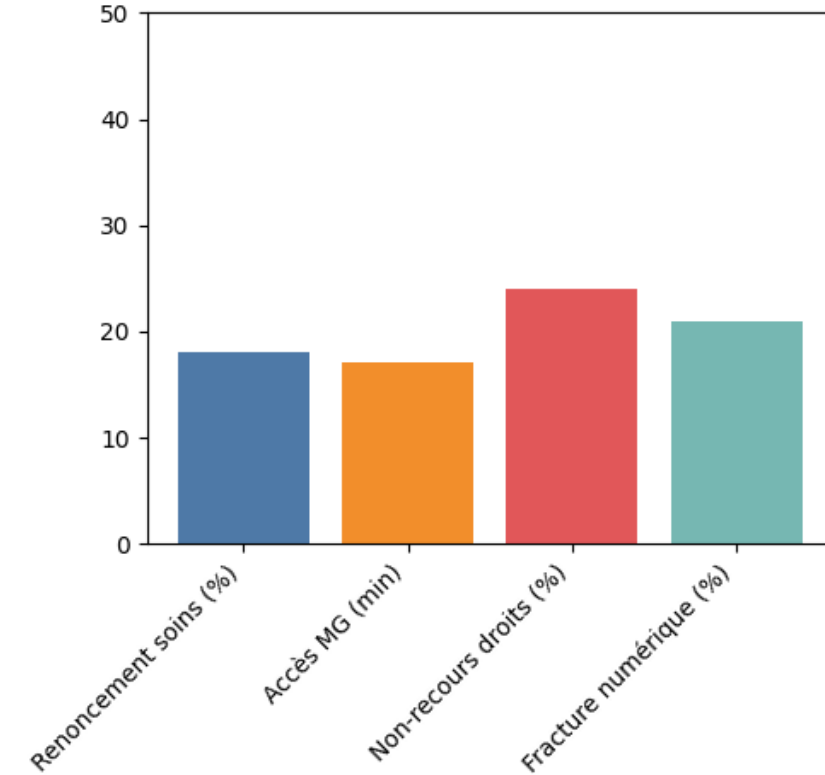
Plaine des Bois



Plaine des Bois

- Le plus haut renoncement aux soins.
- Fracture numérique très élevée.
- Accès au médecin très difficile en termes de temps/distance.

Trois Vallées



Trois Vallées

- Renoncement moyen mais non-recours et délais spécifiques (mobilité, santé mentale) importants.
- Nombreuses fragilités "cachées".

Echauffement B

Focus sur les publics présents dans les territoires

Les publics présents dans les 3 territoires

La Ville Haute

- Population jeune + diversité importante
- Forte natalité dans certains quartiers
- Santé mentale juvénile très présente
- Population âgée isolée en moindre proportion mais avec comorbidités nombreuses

La Plaine des Bois

- Vieillesse démographique marqué
- Très forte proportion de personnes âgées isolées
- Peu de services pédiatriques
- Jeunes en détresse psychique mais sous-détectés

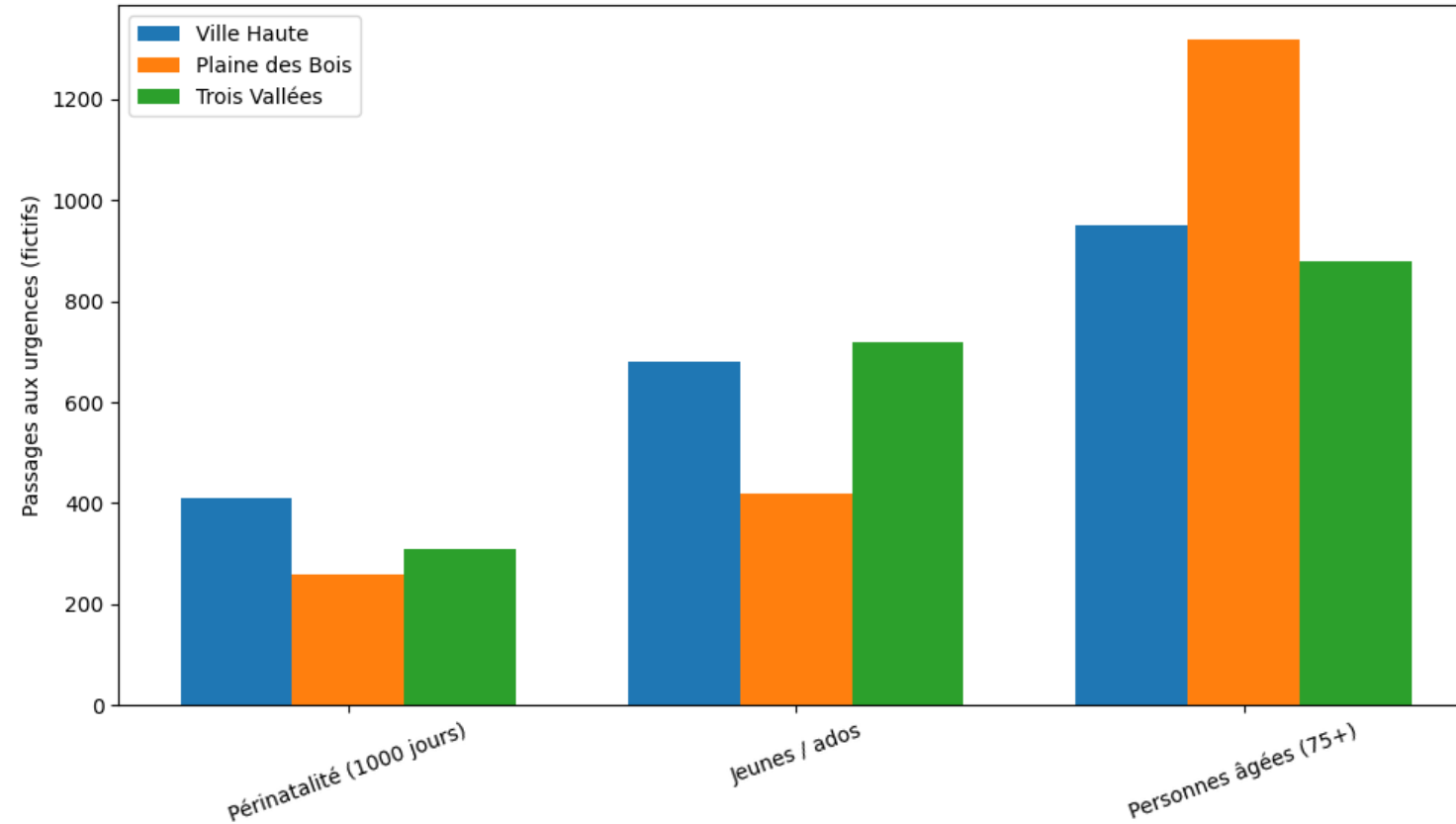
Les Trois Vallées

- Territoire équilibré, familles nombreuses
- Problèmes de santé mentale chez les ados
- Personnes âgées en centre-ville, moins présentes dans les villages
- Fragilités en périnatalité dans les villages périphériques (logements, mobilité)

Selon vous, quel public sature le plus les urgences de l'hôpital situé entre les trois territoires ?

Ce que disent les données

Comparaison des urgences par public et territoire



1. Les personnes âgées le plus partout

Avec un pic colossal dans **La Plaine des Bois**
→ isolement, mobilité, comorbidités.

2. Les jeunes surtout en provenance des Trois Vallées

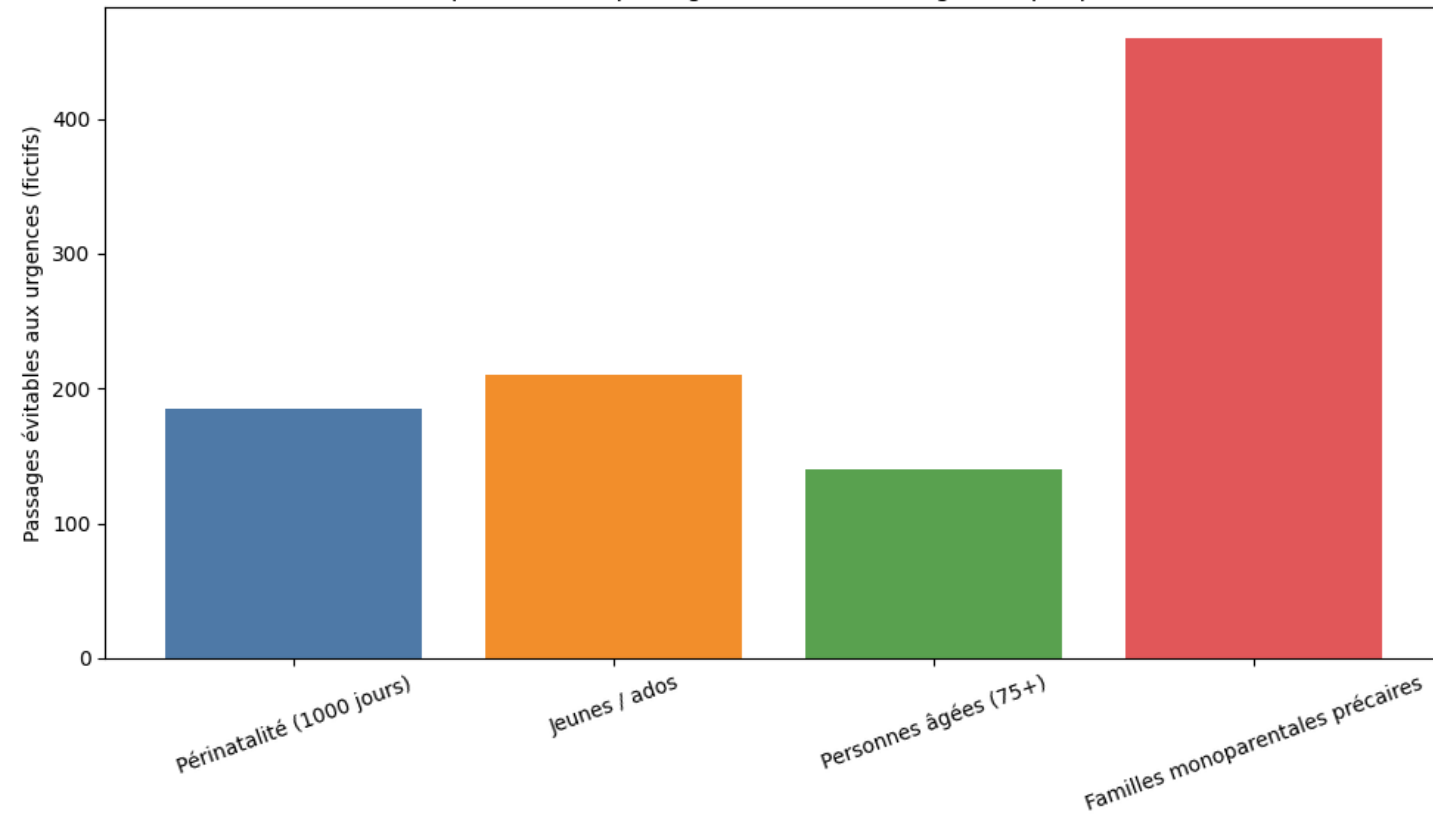
Ce qui illustre les fragilités en santé mentale
+ manque d'infrastructures jeunesse.

3. La périnatalité n'est pas négligeable

Ville Haute > Trois Vallées > Plaine des Bois

Focus sur les recours aux urgences évitables

Comparaison des passages évitables aux urgences par public



Pourquoi ? Le début d'un cercle vicieux

1 Horaires de travail décalés et imprévisibles

- Les consultations programmées deviennent impossibles.
- Les urgences restent le *seul* service ouvert au bon moment.

2 Difficultés de garde d'enfants

- Une fièvre, une otite ou une chute devient vite une urgence "pratique".
- Aller aux urgences = *une seule solution mobilisable avec les enfants*.

3 Renoncements répétés aux soins préventifs

- Les problèmes non traités s'aggravent.
- Les épisodes qui auraient pu être évités se terminent à l'urgence.

4 Problèmes de logement aggravant les pathologies

- Humidité, froid, infestation, moisissures.
- Crises d'asthme, bronchiolites, dermatites, accidents domestiques.

5 Absence de coordination entre acteurs sociaux et santé

- Les suivis se perdent.
- Les solutions pluri-acteurs ne se mettent pas en place.
- L'hôpital devient le dernier recours : "*Eux, au moins, ils répondent.*"

Débriefing

En trio :

Qu'auriez-vous manqué **sans les données** ? Que **gagnons-nous** quand nous **regardons les données** plutôt que nos impressions ?”

Qu'est-ce qui **contredit** votre intuition ?

Quels **décalages** entre **offre** et **besoins** percevez-vous maintenant ?

Mise en commun

Sur base des deux exercices :

- Quels principes avez-vous utilisés, consciemment ou non, pour analyser les besoins ?
- Qu'est-ce que ces exercices vous ont montré sur la manière de comprendre une population ?

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

« Les données corrigent nos intuitions »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

◆ 2. Utiliser des données multi-sources, fiables

Le PHM est une approche **data-driven**, indispensable pour passer d'une logique réactive à une logique proactive.

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

« Les données corrigent nos intuitions »

« Il faut regarder les publics différemment »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

◆ 2. Utiliser des données multi-sources, fiables

Le PHM est une approche **data-driven**, indispensable pour passer d'une logique réactive à une logique proactive.

◆ 3. Segmenter / stratifier les risques et besoins

Identifier des sous-groupes (de population ou des sous-territoires) est central pour passer d'un "one-size-fits-all" à des interventions proportionnées.

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

« Les données corrigent nos intuitions »

« Il faut regarder les publics différemment »

« Il faut tenir compte du logement, mobilité, numérique, etc. »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

◆ 2. Utiliser des données multi-sources, fiables

Le PHM est une approche **data-driven**, indispensable pour passer d'une logique réactive à une logique proactive.

◆ 3. Segmenter / stratifier les risques et besoins

Identifier des sous-groupes (de population ou des sous-territoires) est central pour passer d'un "one-size-fits-all" à des interventions proportionnées.

◆ 4. Agir sur les déterminants sociaux et l'équité

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

« Les données corrigent nos intuitions »

« Il faut regarder les publics différemment »

« Il faut tenir compte du logement, mobilité, numérique, etc. »

« On devrait éviter les passages aux urgences évitables »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

◆ 2. Utiliser des données multi-sources, fiables

Le PHM est une approche **data-driven**, indispensable pour passer d'une logique réactive à une logique proactive.

◆ 3. Segmenter / stratifier les risques et besoins

Identifier des sous-groupes (de population ou des sous-territoires) est central pour passer d'un "one-size-fits-all" à des interventions proportionnées.

◆ 4. Agir sur les déterminants sociaux et l'équité

◆ 5. Agir de manière proactive : prévention, anticipations, évitabilité

Le cycle PHM OMS inclut :

identifier → **analyser** → **stratifier** → **intervenir** → **évaluer**

Synthèse – Principes du PHM

Ce que vous avez mis en évidence :

« On ne voit pas les mêmes choses au niveau du territoire »

« Les données corrigent nos intuitions »

« Il faut regarder les publics différemment »

« Il faut tenir compte du logement, mobilité, numérique, etc. »

« On devrait éviter les passages aux urgences évitables »

PRINCIPES Clés DU PHM

◆ 1. Définir une population et partager la responsabilité

Le PHM est une approche **proactive, populationnelle, centrée sur les personnes** pour améliorer la santé d'un groupe défini.

◆ 2. Utiliser des données multi-sources, fiables

Le PHM est une approche **data-driven**, indispensable pour passer d'une logique réactive à une logique proactive.

◆ 3. Segmenter / stratifier les risques et besoins

Identifier des sous-groupes (de population ou des sous-territoires) est central pour passer d'un "one-size-fits-all" à des interventions proportionnées.

◆ 4. Agir sur les déterminants sociaux et l'équité

◆ 5. Agir de manière proactive : prévention, anticipations, évitabilité

Le cycle PHM OMS inclut :

identifier → **analyser** → **stratifier** → **intervenir** → **évaluer**

◆ 6. Repenser les modèles de soins : intégrés, coordonnés, centrés personnes

◆ 7. Impliquer les personnes, familles, communautés

◆ 8. Apprendre en continu : évaluer, ajuster, améliorer

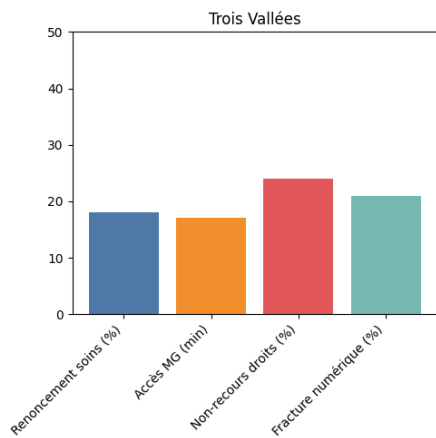
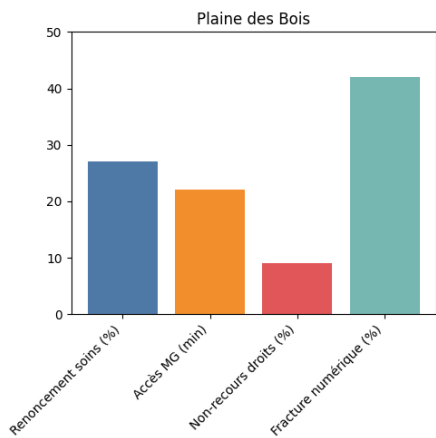
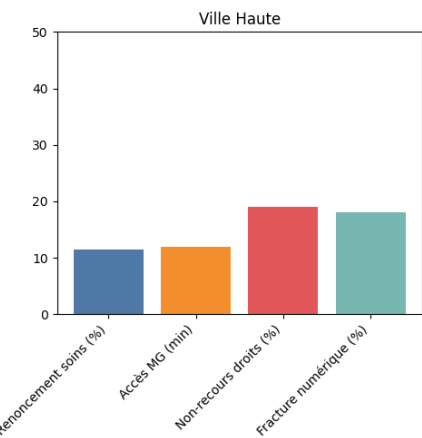
Le PHM permet une logique d'amélioration continue centrée sur les résultats populationnels.

Synthèse – Logiques horizontale et verticale

Logique d'action horizontale



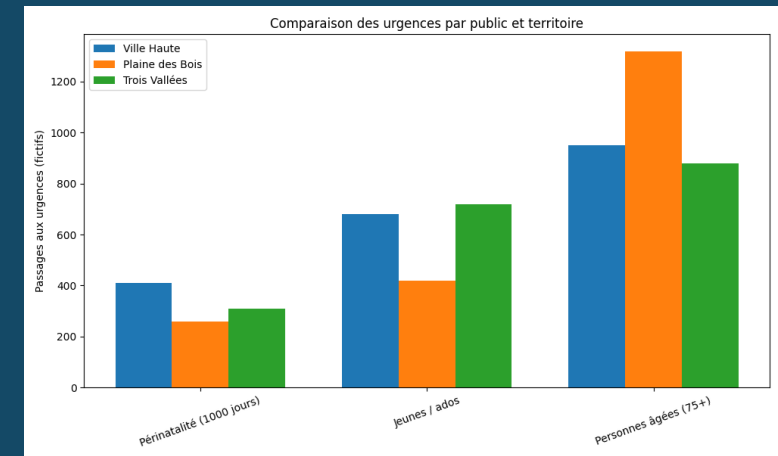
Focus sur des données population à l'échelle d'un territoire local



Logique d'action verticale

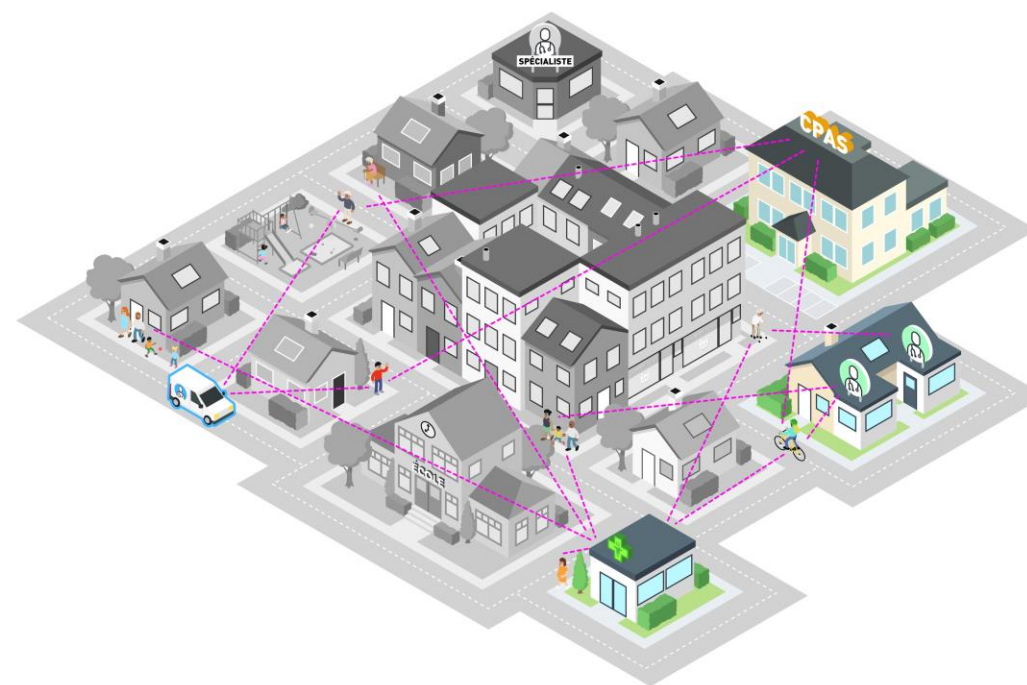
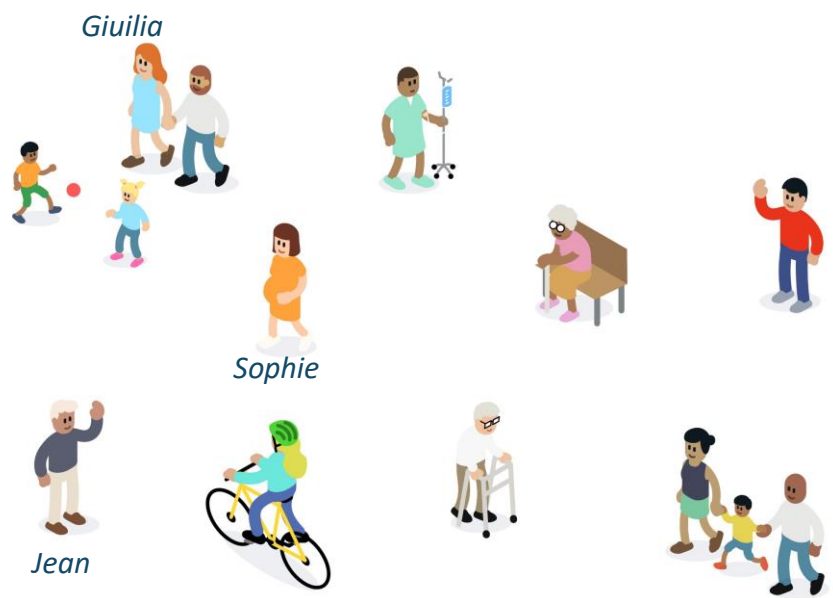


Focus sur des données par sous-groupes de population vivant des situations spécifiques

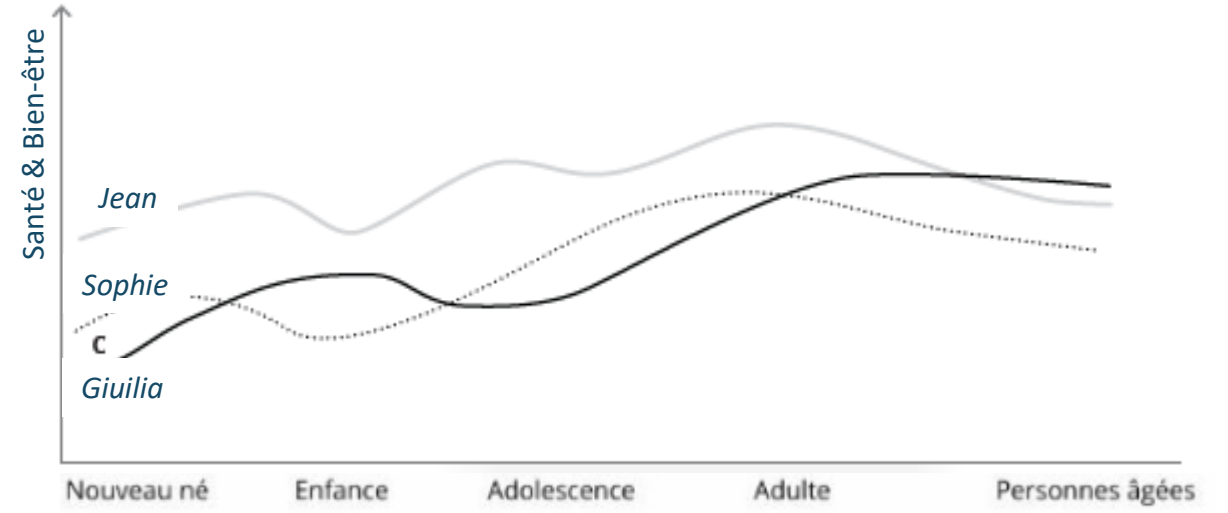
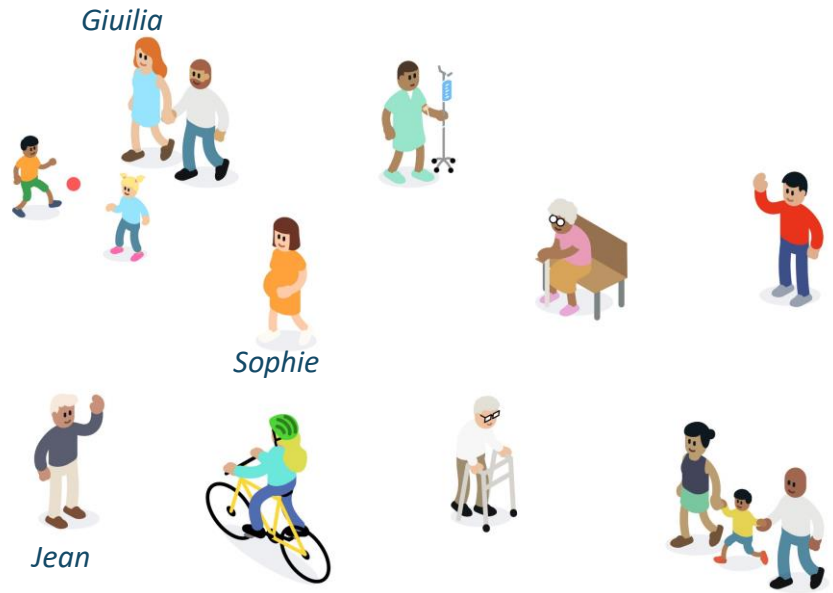


Des situations de vie ... Qui coexistent au sein d'un territoire

Bassin de vie - La Ville Haute



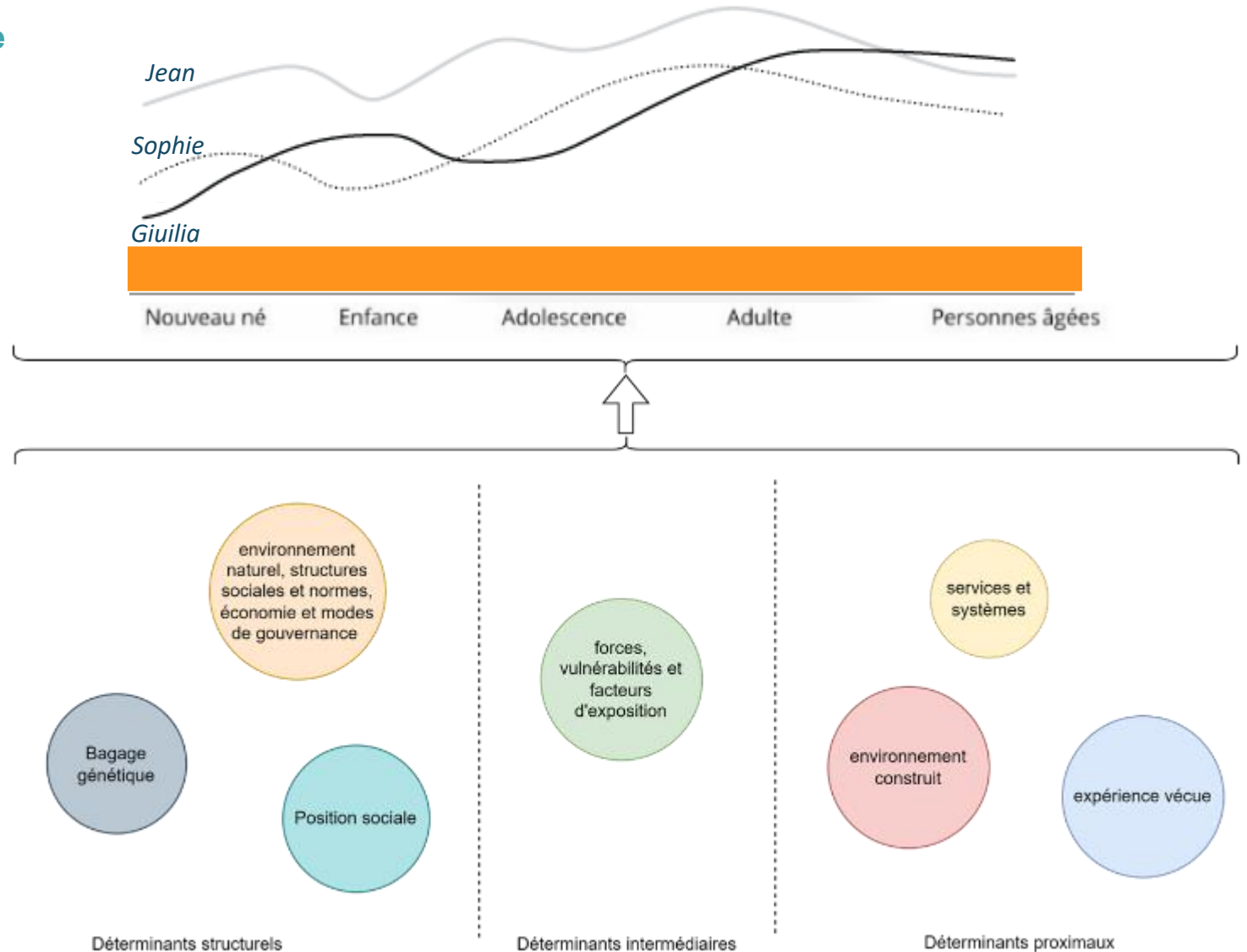
Des situations de vie ... Qui évoluent au cours du temps



Accompagner des trajectoires de vie multiples

Au cœur de l'accompagnement des trajectoires de vie multiples – les acteurs de soins primaires

- **Point d'ancrage tout au long de la vie** Accès continu, relation de confiance, suivi durable.
- **Prévention et promotion de la santé** Soutien des capacités, intervention précoce, réduction des risques cumulés.
- **Action sur les déterminants actionnables** (déterminants proximaux et intermédiaires)
- **Coordination avec le social et le communautaire** Intégration santé–social–territoire, orientation vers les ressources.
- **Accompagnement des transitions de vie** Stabilisation des parcours, soutien lors des moments critiques.
- **Levier d'équité** Réduction des barrières d'accès, attention aux populations vulnérables.
- **Approche centrée sur la personne** Prise en compte du contexte, de l'histoire de vie et des déterminants sociaux.



Logique d'action horizontale
Focus sur un territoire local

Accompagner des trajectoires de vie multiples

A des tranches spécifiques du parcours de vie, ou lors de moments de transition

Tranches spécifiques Début de vie, petite enfance, enfance, adolescence, jeune âge adulte, âge adulte, vieillissement.

Transitions biologiques Naissance, croissance, puberté, parentalité, vieillissement.

Transitions sociales Entrée à l'école, emploi, changements familiaux, retraite.

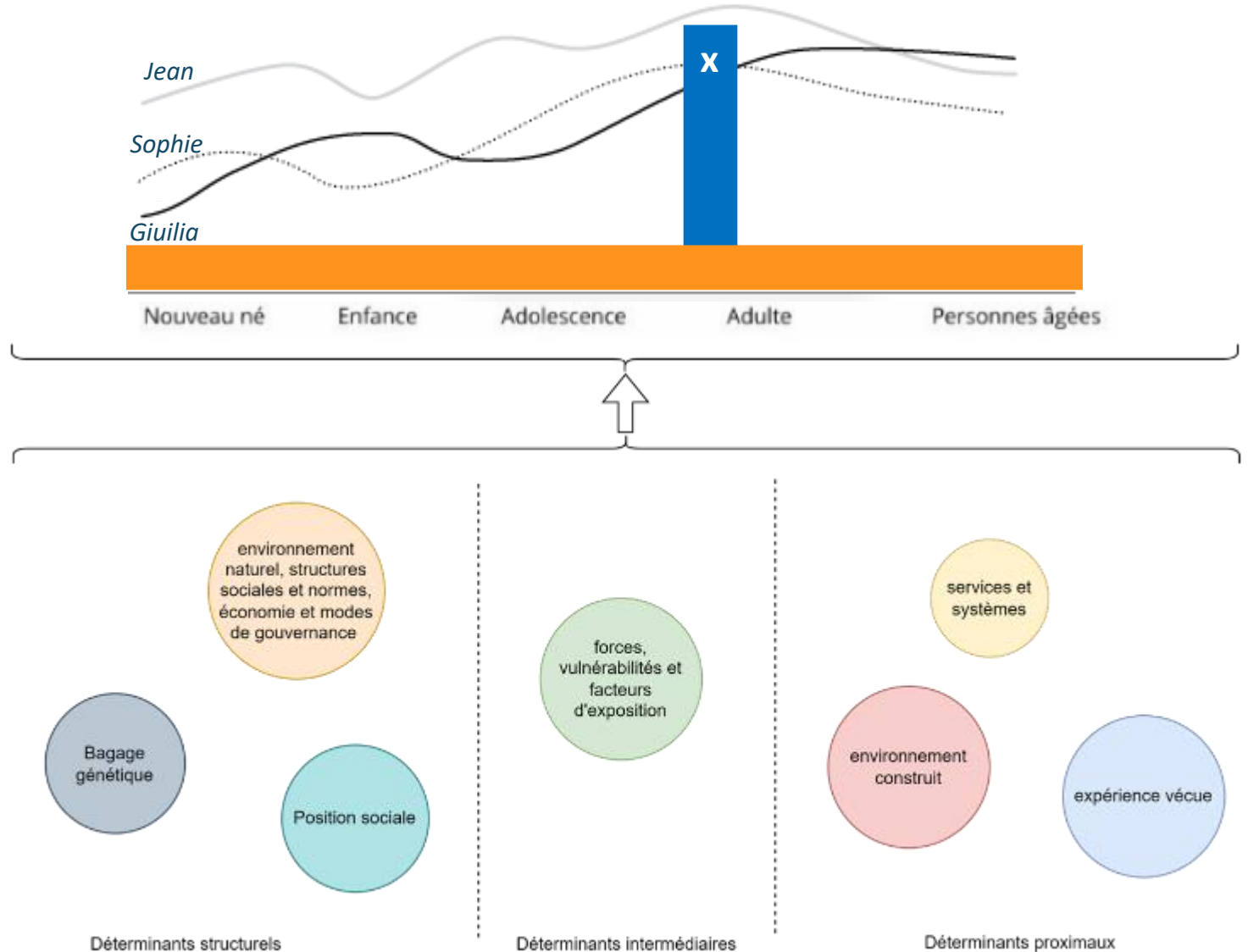
Transitions critiques Maladie, accident, perte d'emploi, deuil, événements traumatiques.

Transitions systémiques Changements de politiques, transformations économiques, crises environnementales.

Des interventions spécifiques peuvent être pensées car elles influencent fortement les trajectoires de vie.

Elles impliquent d'articuler les acteurs des soins primaires avec des acteurs spécialistes d'une situation spécifiques

Logique d'action verticale



Synthèse – Logiques horizontale et verticale

Logique d'action horizontale



Focus sur des données population à l'échelle d'un territoire local

Logique d'action verticale



Focus sur des données par sous-groupes de population
vivant des situations spécifiques

Avez-vous des exemples où l'usage de données a permis de soutenir des logiques d'action horizontales ou verticales ?

Déroulé des journées de formation

Jour 1 – Comprendre : Le PHM, c'est quoi et à quoi ça sert ?

- *T1 : Ce que l'on croit ... ce que les données révèlent...*
- *T2 : les principes du PHM*
- *T3 : Logique horizontale : Lecture territoriale & profils locaux de santé*
- *T4 : Logique verticale : mieux comprendre un public cible*
- *T5 : Clôture*

Jour 2 – Agir : Comment mettre en œuvre une démarche PHM ?

- *T1 : Découverte et prise en main de l'atlas IMA*
- *T2 : Découverte et prise en main de Walstat & l'ISADF*
- *T3 : Structurer une démarche PHM*
- *T4 : Mise en pratique pour l'OLS*
- *T5 : Clôture*



Merci !
La suite après la pause !



Module PHM – J1T3

05-02-2026

Marie Merckling



Province de
Hainaut

Données de santé à l'usage des territoires

Partage d'expérience de l'OSH

5/02/2026

OLS



Marie MERCKLING



L'OBSERVATOIRE DE LA SANTE DU HAINAUT (OSH)

est l'institut de promotion de la santé de la Province de Hainaut.

MISSION

Par la promotion de la santé, contribuer à **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé** en Hainaut en favorisant le mieux vivre au quotidien pour tous.



MANGER

Une alimentation équilibrée, durable et accessible



BOUGER

Une activité physique modérée et régulière



RESPIRER

Un air sain et de qualité



MIEUX VIVRE

Bien-être pour la santé de tous

AXES D'INTERVENTION



Territoire



Milieux de vie

PUBLICS



Enfants -
Jeunes

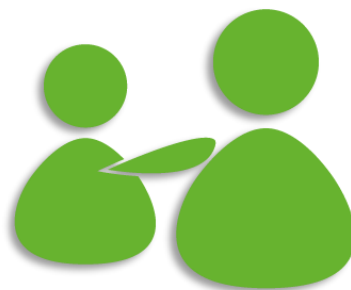


Ainés



**Données
socio-sanitaires**

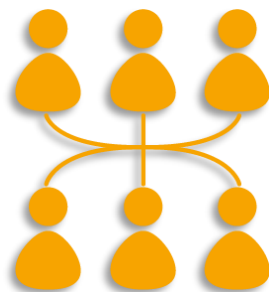
(Analyses, enquêtes
quantitatives et
qualitatives)



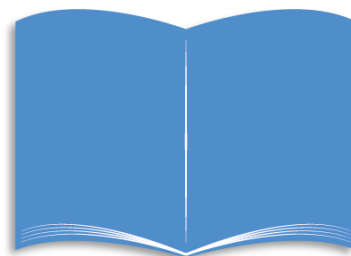
**Accompagnement
de projets**



**Animations et
Formations**



**Plateformes
et Réseaux**



Publications

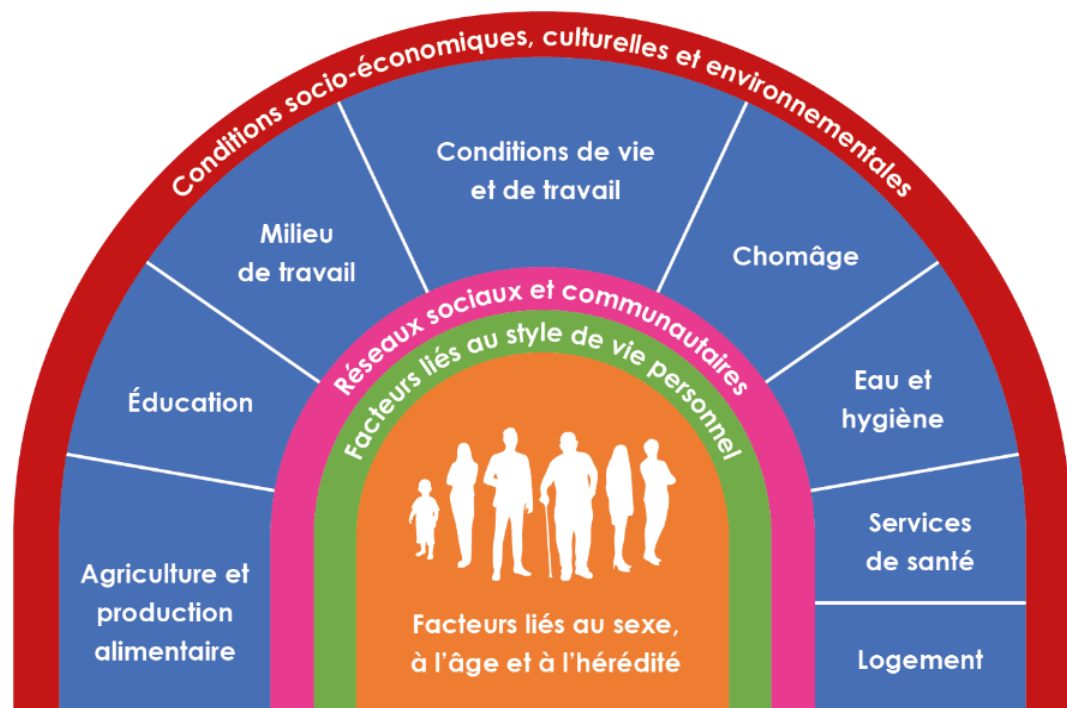


Outils

Données Santé Territoire

Données Santé Territoire

- La santé : dans son approche globale et positive
- Déterminants



G Dahlgren, M Whitehead Policies and strategies to promote social equity - Health Institute of Future Studies, Stockholm, 1991

PROFIL SOCIO-SANITAIRE

👁 Introduction

Données démographiques

Données socio-économiques

Espérance de vie et mortalité

État de santé

Incidence des cancers

Dépistage du cancer du sein

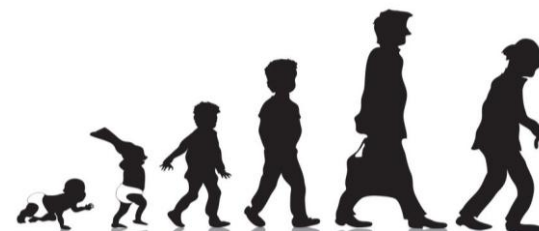
Santé mentale

Logement et habitat

Natalité et petite enfance

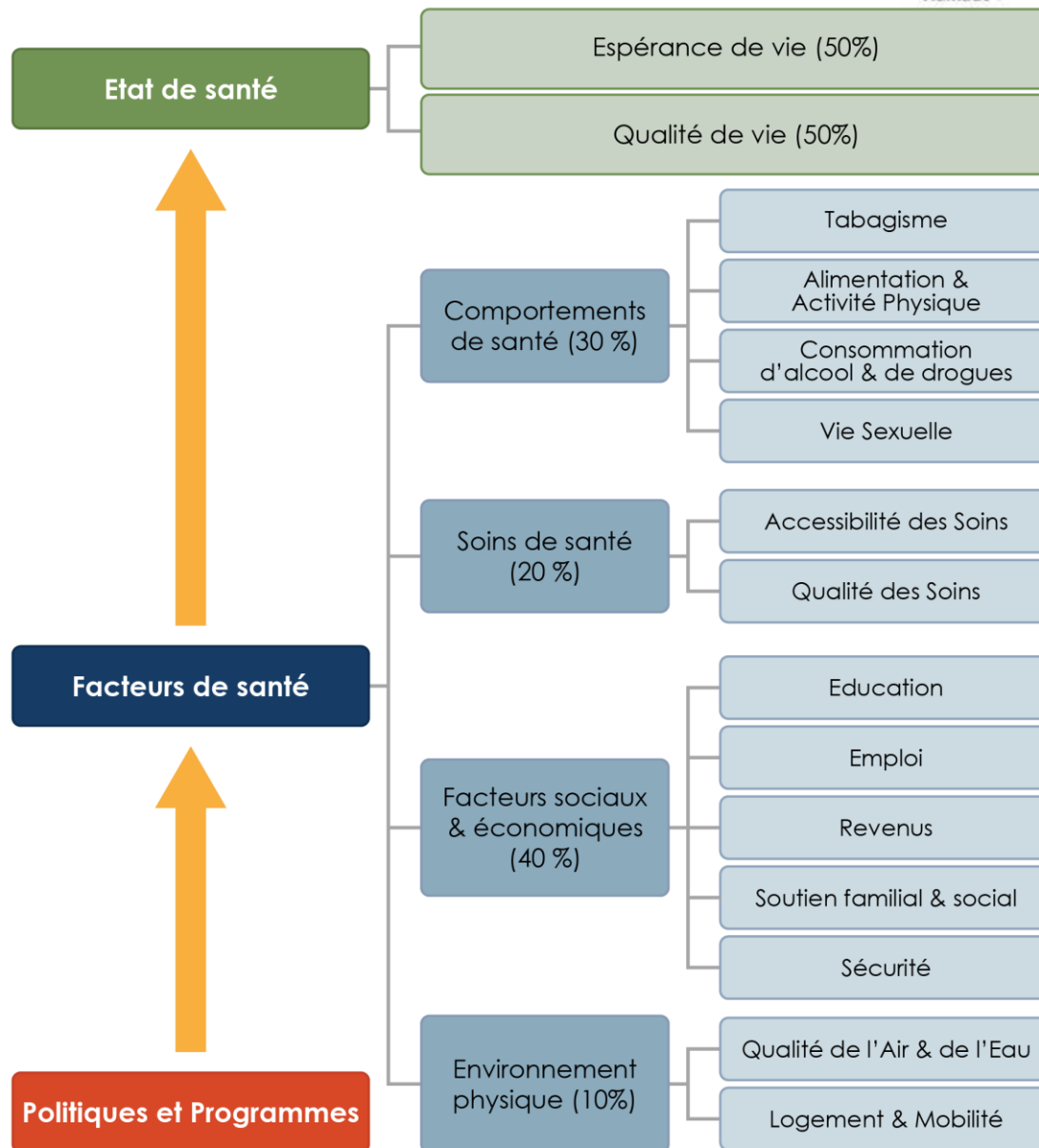
Offre de soins

Indicateurs clés à l'échelle provinciale



« Dans les pays industrialisés, il est clairement établi que les plus importants déterminants de la santé se trouvent en dehors de la zone de responsabilité stricte du secteur de la santé. En effet, [...] le système des soins médicaux, bien qu'il soit essentiel, n'explique qu'une partie de l'état de santé global et de la longévité d'une population. »*

*A Jacques-Brisson, L St-Pierre.
Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local.
Réfips, 2018.



Données Santé Territoire

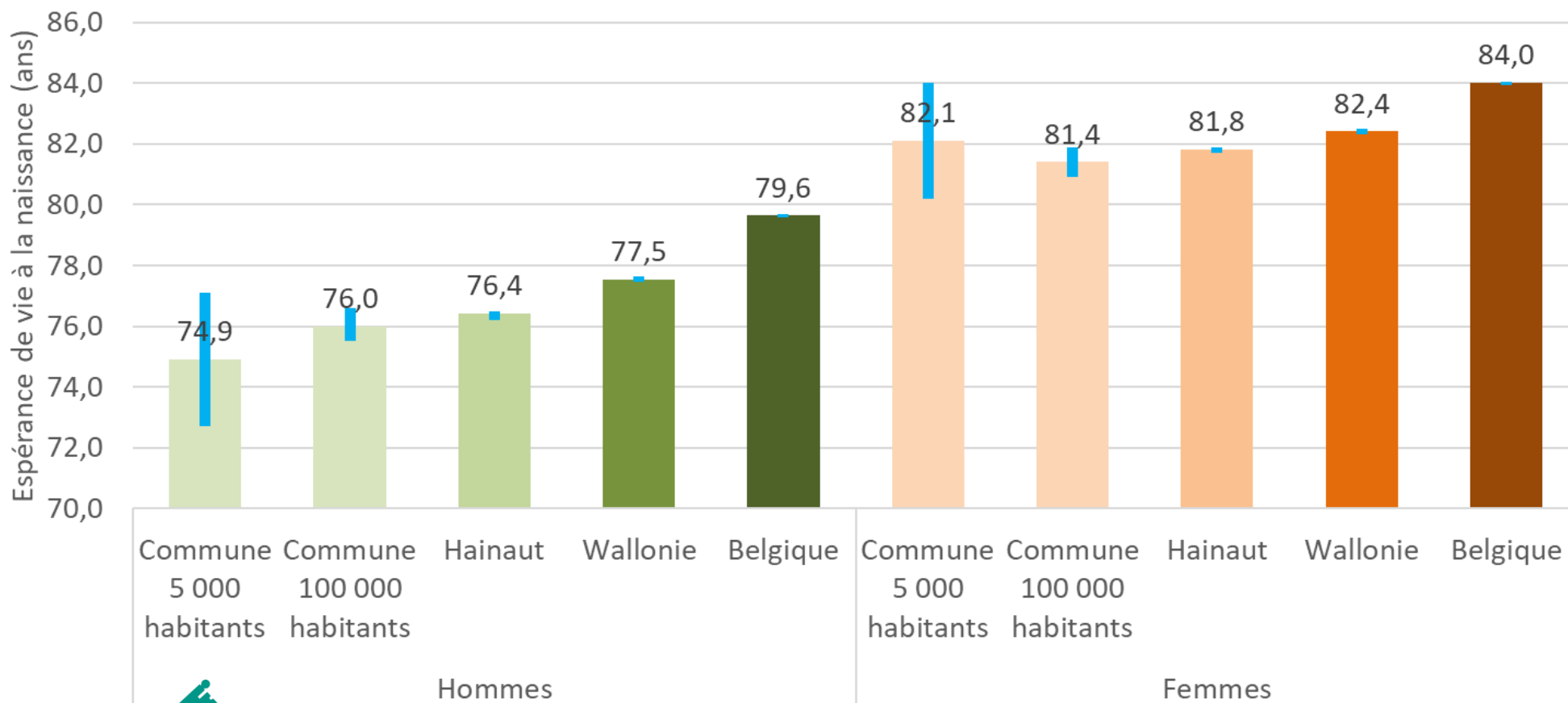
“Territoire, nom masculin. Étendue de la surface terrestre sur laquelle vit un groupe humain”. Habituellement, une définition aide à cerner de quoi on parle. Cette fois, c’est loupé ! Appréhender le territoire est périlleux. Telle une truite de rivière, il suffit qu’on croie l’avoir attrapée pour qu’elle nous échappe ! Et le quartier ? Pire encore !

[Bruxelles Infos Sociales n°180, la revue du CBCS, décembre 2022](#)

- Territoire ?
 - Plusieurs définitions, délimitations... : le territoire se définit en fonction du sens que l'on y met.
 - Plusieurs territoires administratifs avec plus ou moins d'investissement du périmètre (commune ++ , mais arrondissement --), en lien avec un pouvoir ou non
 - Regroupement de territoires administratifs
 - Territoires vécus (par les citoyens ou des organisations)

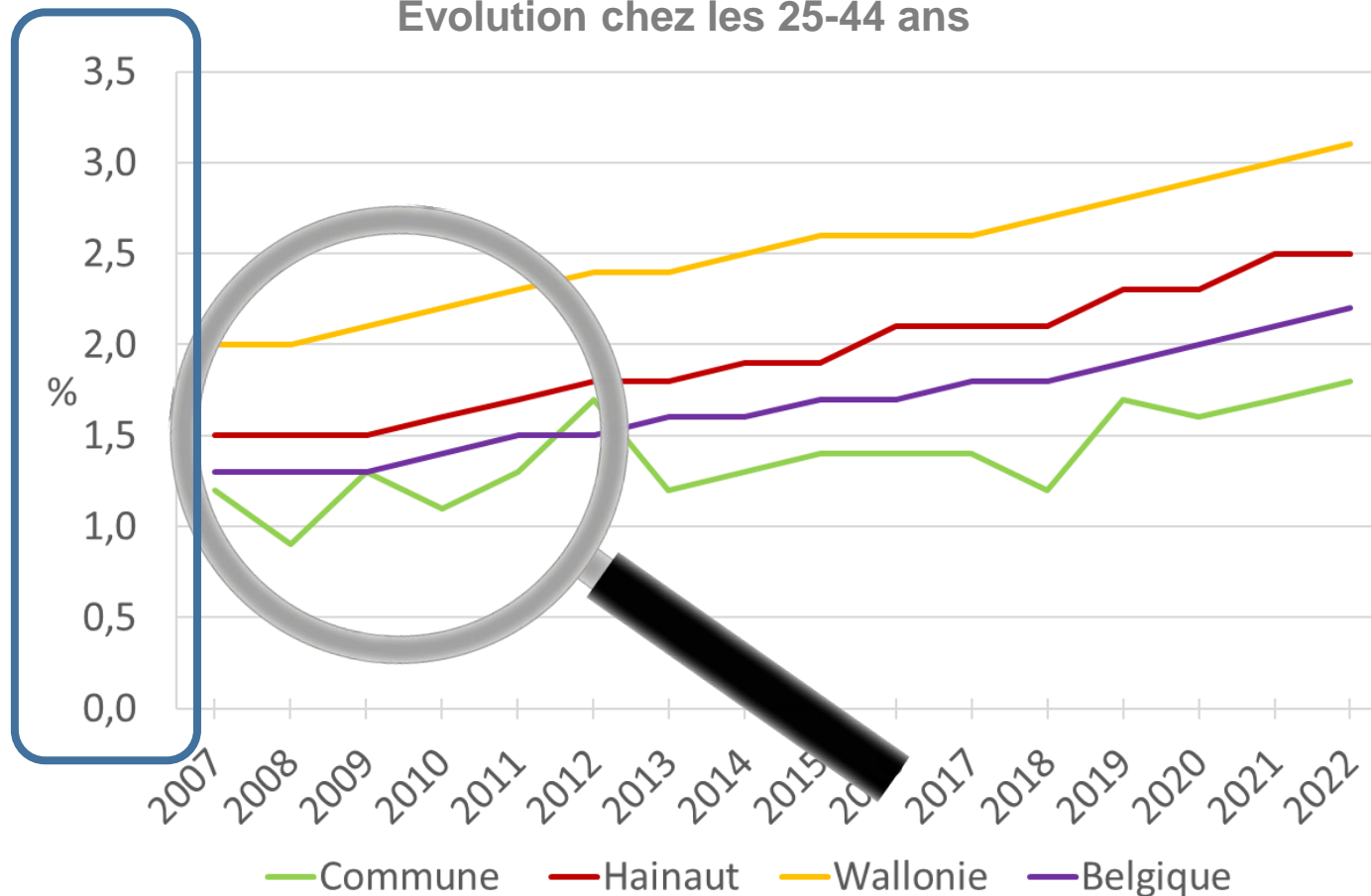
- Dans les données, on tente de répondre à des territoires vécus avec des données qui ont des frontières puisque pour dénombrer il faut définir.

Espérance de vie et intervalles de confiance, selon différents territoires. 2020-2024



Plus la population est petite, plus l'incertitude est grande...

Augmentation du diabète chez les plus jeunes Evolution chez les 25-44 ans



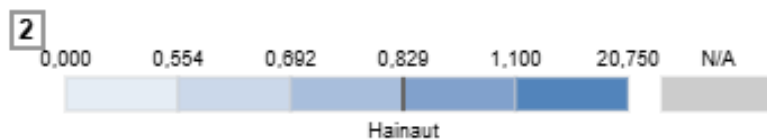
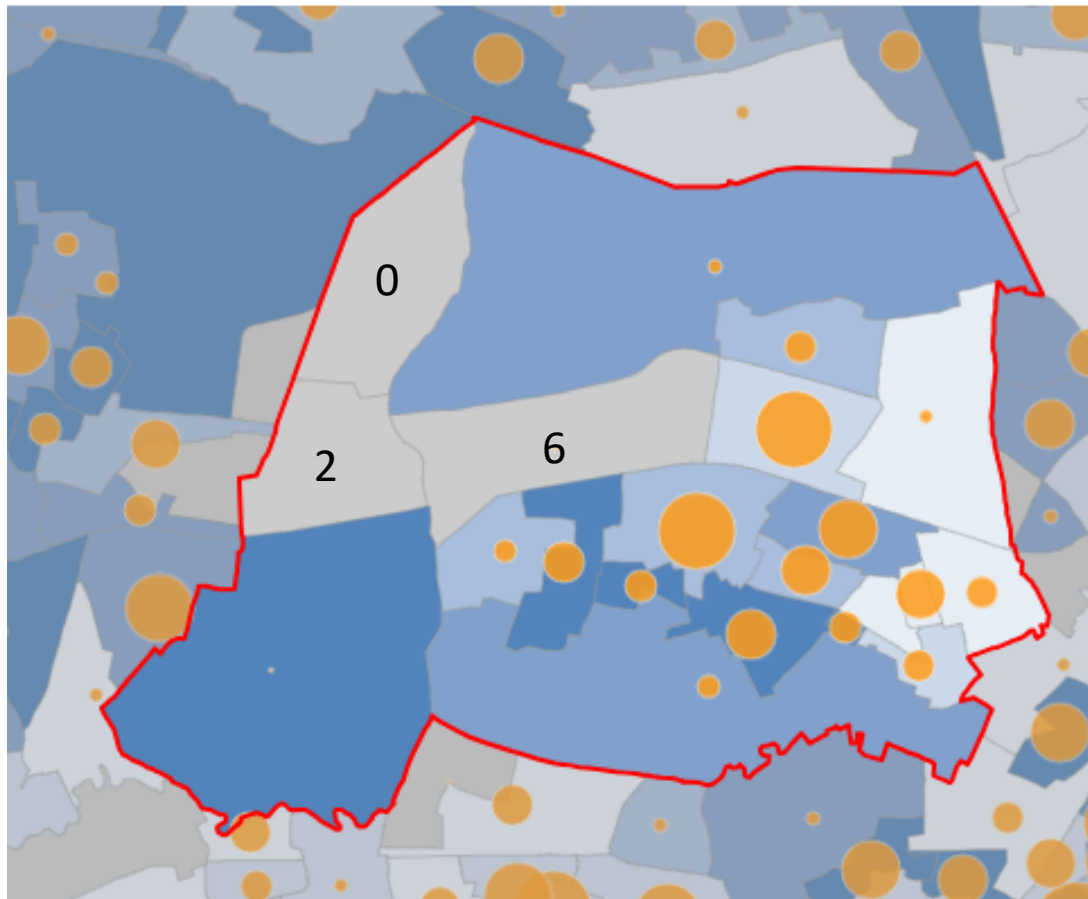
Source : Agence Intermutualiste ; traitement : OSH



🔍 Les fluctuations aléatoires sont plus marquées dans les petits échantillons.

1 Population, 2024 - Source : SPF Economie (Statbel)

2 Indice de vieillissement, 2021 - Source : SPF Economie (Statbel)



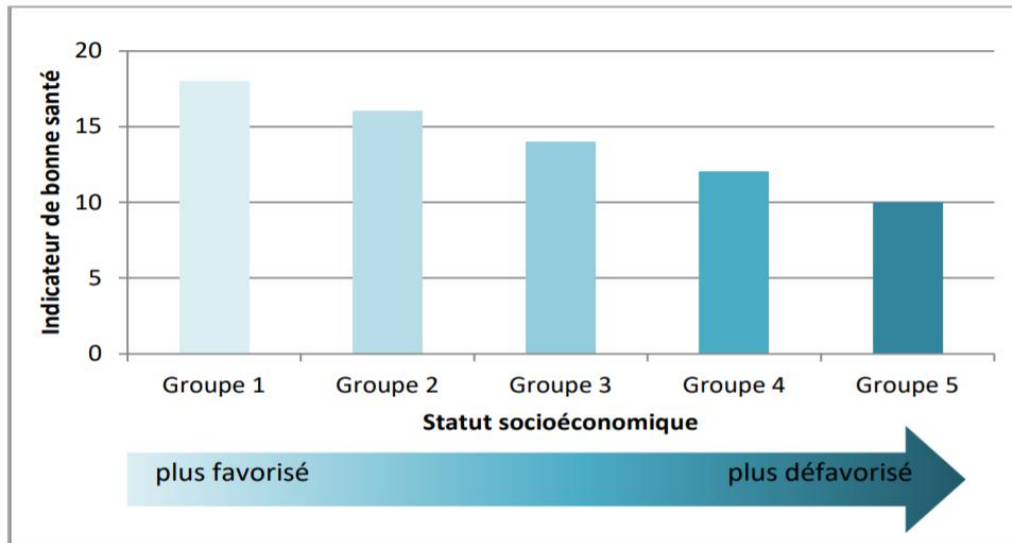
Données Santé Territoire

Diffusion des **données** de **santé** à l'usage des **territoires**

- compilation des données (récolte et traitement)
 - interprétation
 - production
 - présentation sur le terrain
- contacts et diffusion auprès des acteurs

- Tableaux de bord de la santé
- Profils communaux socio-sanitaires
- Enquêtes santé des jeunes
- Hainaut Stat

Illustration du gradient social en santé



→ avec une attention spécifique sur les inégalités sociales de santé

Source : Compilation spéciale du Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ, 2018.

- Echelle provinciale
- Collaboration interprovinciale
- Partage d'expertise et des pratiques professionnelles
- Economies d'échelle importantes: mutualisation des ressources, gains de temps...
- Validation d'un travail scientifiquement rigoureux



PROFIL LOCAL DE SANTÉ

SANTÉ

SANTÉ

Cette fiche présente de manière synthétique les principaux indicateurs en lien avec la santé des habitants d'une commune. L'objectif est de rendre l'information sanitaire accessible à tous. Celle-ci devrait aider à identifier les priorités d'actions en matière de santé.

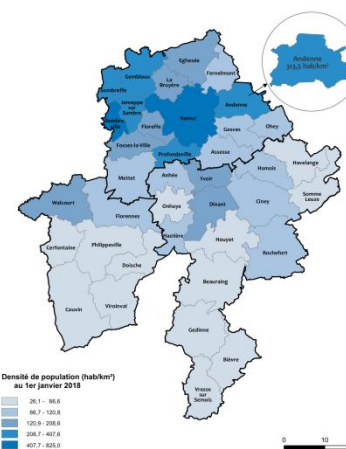
Principaux indicateurs en lien avec la santé et l'information sanitaire accessible à tous. Celle-ci devrait aider à identifier les priorités d'actions en matière de santé.

Principaux indicateurs en lien avec la santé et l'information sanitaire accessible à tous. Celle-ci devrait aider à identifier les priorités d'actions en matière de santé.

ANDENNE

NES

ING



DENSITÉ

La densité de population est élevée dans la commune de Charleroi (134 hab/km²) comparativement à la province de Hainaut (134 hab/km²). Cette densité est supérieure à celle de la Région wallonne (134 hab/km²) et de la Belgique (134 hab/km²). La densité de population est élevée dans la commune de Charleroi (134 hab/km²) comparativement à la province de Hainaut (134 hab/km²). Cette densité est supérieure à celle de la Région wallonne (134 hab/km²) et de la Belgique (134 hab/km²).

PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE
PROFIL SOCIO-SANITAIRE
Introduction
Données démographiques
Données socio-économiques
Espérance de vie et mortalité
État de santé
Incidence des cancers
Dépistage du cancer du sein
Santé mentale
Logement et habitat
Natalité et petite enfance
Offre de soins
Indicateurs clés à l'échelle provinciale
*ENQUÊTE CSSV
*: non compatible avec la zone d'étude en cours

DÉFINIR LES ZONES GÉOGRAPHIQUES

Zone d'étude Charleroi (commune)
Zone de comparaison Belgique (pays)

ALLER PLUS LOIN

RAPPORT CARTE

Zone d'étude Charleroi (commune), comparée avec Belgique (pays)

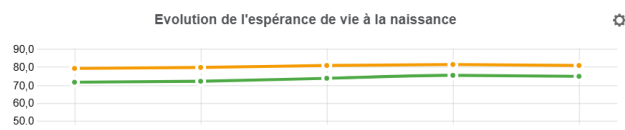
PROFIL SOCIO-SANITAIRE - ESPÉRANCE DE VIE

Indicateurs	Charleroi	Hainaut (Province)	Wallonie (Région)	Belgique	Indicateur
Espérance de vie à la naissance (ans)	80,5	81,8	82,4	83,9	Espérance (ans)
Espérance de vie à 65 ans (ans)	19,5	20,2	20,6	21,7	Espérance

Source : SPF Economie (Statbel) - 2019-2023

Sur la période quinquennale de 2019-2023, l'espérance de vie dans la commune de Charleroi est de 80,5 ans chez les femmes et 74,8 ans chez les hommes. Elle est moins élevée que l'espérance de vie en Wallonie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

L'espérance de vie à 65 ans des hommes (15,9 ans) est inférieure à celle des femmes (19,5 ans). Elle est moins élevée que l'espérance de vie en Wallonie, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.



<https://www.hainautstat.be>

Observatoire socio-économique et sanitaire du Hainaut



Cartographie interactive



Rapports : portraits sur mesure



Zonages : visualisation et comparaison de territoires



Nouveau : Enquête sur la santé des jeunes

Dernières actualités

L'enquête CSSV - 27 ans de suivi de la santé des jeunes de 10 à 17 ans
Part des très petites entreprises parmi les établissements salariés
Prix médian des maisons 4 façades
Prix médian des maisons 2 ou 3 façades
Le Hainaut en cartes et en chiffres - édition 2024



Profils communaux



Profils locaux de santé

- Cartographie interactive

Indicateurs : cartes, données et graphiques

CHOISIR DES INDICATEURS

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (10)

indicateurs essentiels seulement (4)

Indice conjoncturel de recondite (2018-2022...2011-2015)

Centres de planning familial

Taux de fécondité des 13-17 ans (2018-2022...2016-2020)

Part de bébés de petit poids de naissance (2018-2022...2011-2015)

Part de bébés prématurés (2018-2022...2011-2015)

Proportion de mères isolées, 2020-2022

classer par type

Mes indicateurs

Arrière-plan (aplats de couleurs)

Taux de fécondité des 13-17 ans

CHANGER LE DÉCOUPAGE GÉOGRAPHIQUE

Niveau Commune

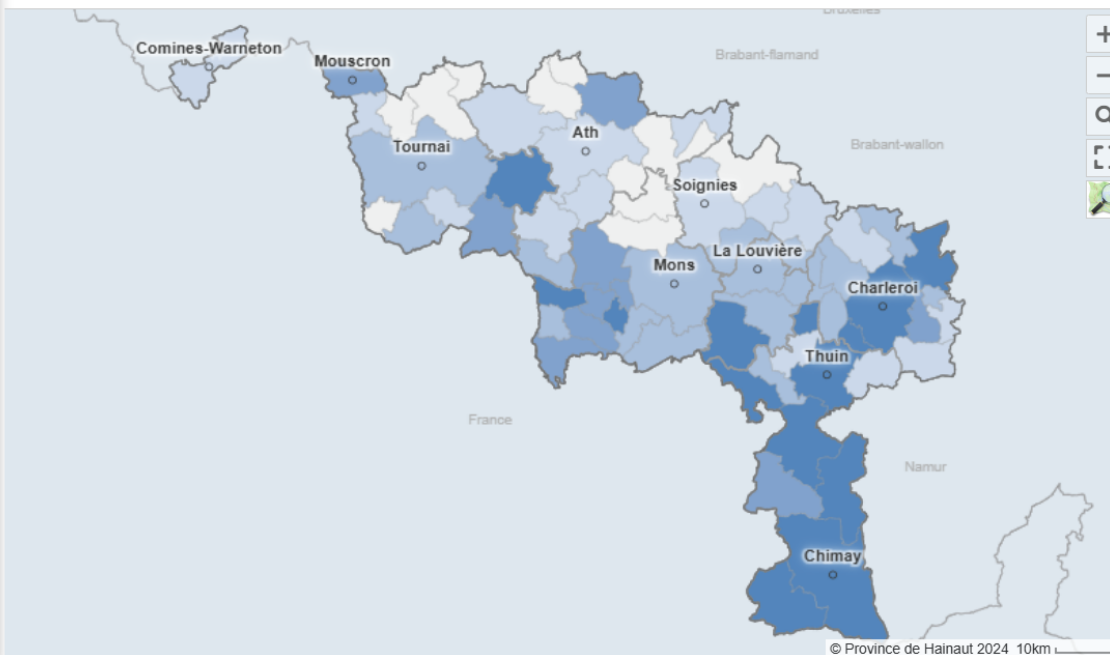
Rechercher un territoire

ALLER PLUS LOIN

CARTE + TABLEAU SYNTHÈSE

1 Taux de fécondité des jeunes filles de 13-17 ans (‰) 2018-2022

ACTIONS



Quelles données ?



Distribution (%) of the population aged 18 years and over according to their BMI
Both genders
Province: Hainaut, Belgium 1997-2001-2004-2008-2013-2018

Year	1997		2001		2004		2008	
	NS_2: Body Mass Index - adults (categorical variable)	N(*)	NS_2: Body Mass Index	N(*)	NS_2: Body Mass Index	N(*)	NS_2: Body Mass Index - adults (categorical variable)	N(*)
Underweight (<18,5)	2.2	43.0					2.5	39.2
Normal (18,5-24,9)	4.6	55.1					4.5	51.0
Overweight (25,0-29,9)							3.5	45.3
Obese (30+)								16.1
Underweight								17.2
Obese								64.1

Gender	Underweight (<18,5)	Normal (18,5-24,9)	Overweight (25,0-29,9)	Obese (30+)	Underweight	Obese
Men	2.2	43.0			2.5	39.2
Women	4.6	55.1			4.5	51.0
Total	3.4	49.1			3.5	45.3

Age group	Number of deaths total population	Total population	Mortality rate total population	Number of deaths Belgian population	Belgian population	Mortality rate Belgian population	Number of deaths foreign population	Foreign population	Mortality rate foreign population
Total	585	6609106	14.90	961	5867042	16.38	24	742065	3.23
< 1 yr	0	64239	0.00	0	59817	0.00	0	4422	0.00
1 - 4 yrs	2	271826	0.74	2	251004	0.80	0	20822	0.00
5 - 9 yrs	0	369378	0.00	0	338149	0.00	0	31579	0.00
10 - 14 yrs	0	369315	0.00	0	335709	0.00	0	33606	0.00
15 - 19 yrs	1	347210	0.29	1	312209	0.32	0	35002	0.00
20 - 24 yrs	0	372116	0.00	0	323231	0.00	0	48885	0.00
25 - 29 yrs	0	408416	0.00	0	340068	0.00	0	68348	0.00
30 - 34 yrs	5	404788	1.24	4	324900	1.23	1	79888	1.25
35 - 39 yrs	2	424886	0.47	2	348962	0.58	0	77964	0.00
40 - 44 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
45 - 49 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
50 - 54 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
55 - 59 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
60 - 64 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
65 - 69 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
70 - 74 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
75 - 79 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
80 - 84 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
85 - 89 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
90 - 94 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
95 - 99 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78
100 yrs	7	414477	1.69	6	342815	1.46	2	71863	2.78



Part des médecins généralistes de plus de 55 ans

8141000 : Part des médecins généralistes de 55 ans et plus

Sélection de l'entité principale : Choisissez une entité par son nom ou son code INS

Sélection des entités à comparer : Choisissez une entité par son nom ou son code INS

C : commune - A : arrondissement - P : province - R : région wallonne - B : bassin EFE - ZP : zone de police - ZS : zone de secours

Cartographie Distribution Évolution Téléchargements

Sélection du niveau d'agrégation : Communes

Sélection de la période : 2020

Part des médecins généralistes de 55 ans et plus (2020)

Wallonie 42,6 %

- 0 - 10,0
- 10,1 - 20,0
- 20,1 - 30,0
- 30,1 - 40,0
- 40,1 - 50,0
- 50,1 - 60,0
- 60,1 - 70,0
- 70,1 - 80,0
- 80,1 - 90,0
- 90,1 - 100,0

Part de médecins généralistes dans l'entité

Entité de province

DESCRIPTION ET DÉTAILS

Données

SELECTIONNER AU MINIMUM UNE ENTITE

Exporter les données au format CSV

METADONNÉES



ACCUEIL THÈMES NOUVELLES PARTICIPANTS AUX ENQUÊTES

Accueil

COVID-19 - DONNÉES

Mortalité

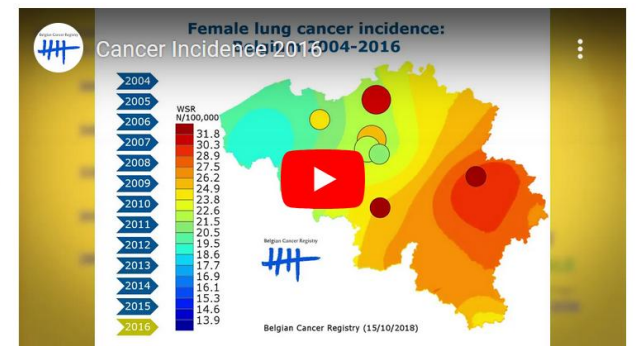
IMA • AIM Agence Intermutualiste

Médicins généralistes - 2019 - Communes

Commune	Nombre de patients par pratique de médecine générale (nombre)	Patients avec un DMG par pratique de médecine générale (pourcentage)	Dossier Médical Global (pourcentage)	Contact médecin généraliste (pourcentage)
Alost	1 514	87	83,5	84
Aulhies	1 122	85	85,7	87
Aurschot	1 509	95	88,6	89
Aartselaar	1 552	74	83,8	83
Affligem	1 264	84	80,3	83
Aiseau-Prezles	1 058	85	72,9	82
Alken	1 210	92	88,6	88
Alveringem	1 748	95	84,6	84
Amay	1 124	77	71,5	83
Amblève	1 283	91	82,7	81
Andenne	1 112	81	69,1	83
Andelocht	1 215	79	66,6	70
Andelues	2 054	89	77,2	82

- page d'accueil
- fondation registre du cancer
- enregistrement du cancer
- les chiffres du cancer
- cancer fact sheets
- chiffres
- tableaux sur base annuelle
- publications
- demande de données spécifiques
- tumeurs rares
- prévention
- recherche
- téléchargements
- postes vacants

PROCARE
TUMOURBANK



La Fondation Registre du Cancer publie régulièrement des statistiques sur l'incidence et la

Belgian Cancer Registry



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement



AVIQ



POD MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE
BETER SAMEN LEVEN
SPP INTÉGRATION SOCIALE
MIEUX VIVRE ENSEMBLE



IMA • AIM
Agence Intermutualiste



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



Présentations de données

- Commune : Collège, conseil communal, Plan de cohésion sociale, CPAS
 - Pouvoirs locaux : acteurs de santé
 - Placer la santé à l'agenda
 - Données pour susciter le débat et l'action
 - Groupements de communes : Centropôle, Sud Entre-Sambre et Meuse, Wapi, CLPS, ...
 - GLEM
 - Associations du secteur social/santé
- Avec des temporalités et ampleurs de projets différentes d'une demande à l'autre (ponctuel vs suivi dans le temps)

- Aider à déterminer les priorités d'intervention
- Confronter données et ressentis de terrain
- Alimenter le débat
- Compléter les données par un diagnostic de situation
- Pour élaborer un projet, les données fournissent des éléments contextuels, utiles, mais insuffisants

Des données de routine pour évaluer des projets de promotion de la santé ?

- Globalement, non
- Pas souvent la bonne échelle de territoire : Actions locales, données globales
- Jamais la bonne temporalité (pour les données de routine)
- Mesure de l'impact par une récolte ad hoc, trop coûteuse sauf dans un cadre académique

- A l'initiative de la plateforme intersectorielle du Sud ESEM
- 12 communes à cheval sur 2 provinces



- Colloque le 25/11/2022
 - AM : présentation profil et projets
 - PM : ateliers des participants
- Envoi aux autorités, administrations et associations locales



Exemple du Sud Entre Sambre et Meuse

Les partenaires

- Groupe de base
 - Centres locaux de promotion de la santé
 - Observatoires de la santé provinciaux
 - Assurance maladie – mutuelles
 - PCS communaux
- Secteurs invités
 - Santé mentale
 - Soins à domicile
- Plusieurs réunions pour construire ensemble le profil et discuter des indicateurs
 - Besoins vs disponibilité, mesurabilité, etc.
 - Confrontation des données au terrain au cours du processus

- Plusieurs groupes de travail thématiques
 - Dont un sur la santé mentale
 - Nouveau travail de données pour creuser la thématique santé mentale.

Observatoire de la Santé du Hainaut - La santé mentale des jeunes dans le Sud de l'Entre Sambre et Meuse (Sud ESEM) - Quelques données pour l'action, 2023

- Focus groupes : le bien être et la santé mentale des enfants et des adolescents dans le sud Esem.

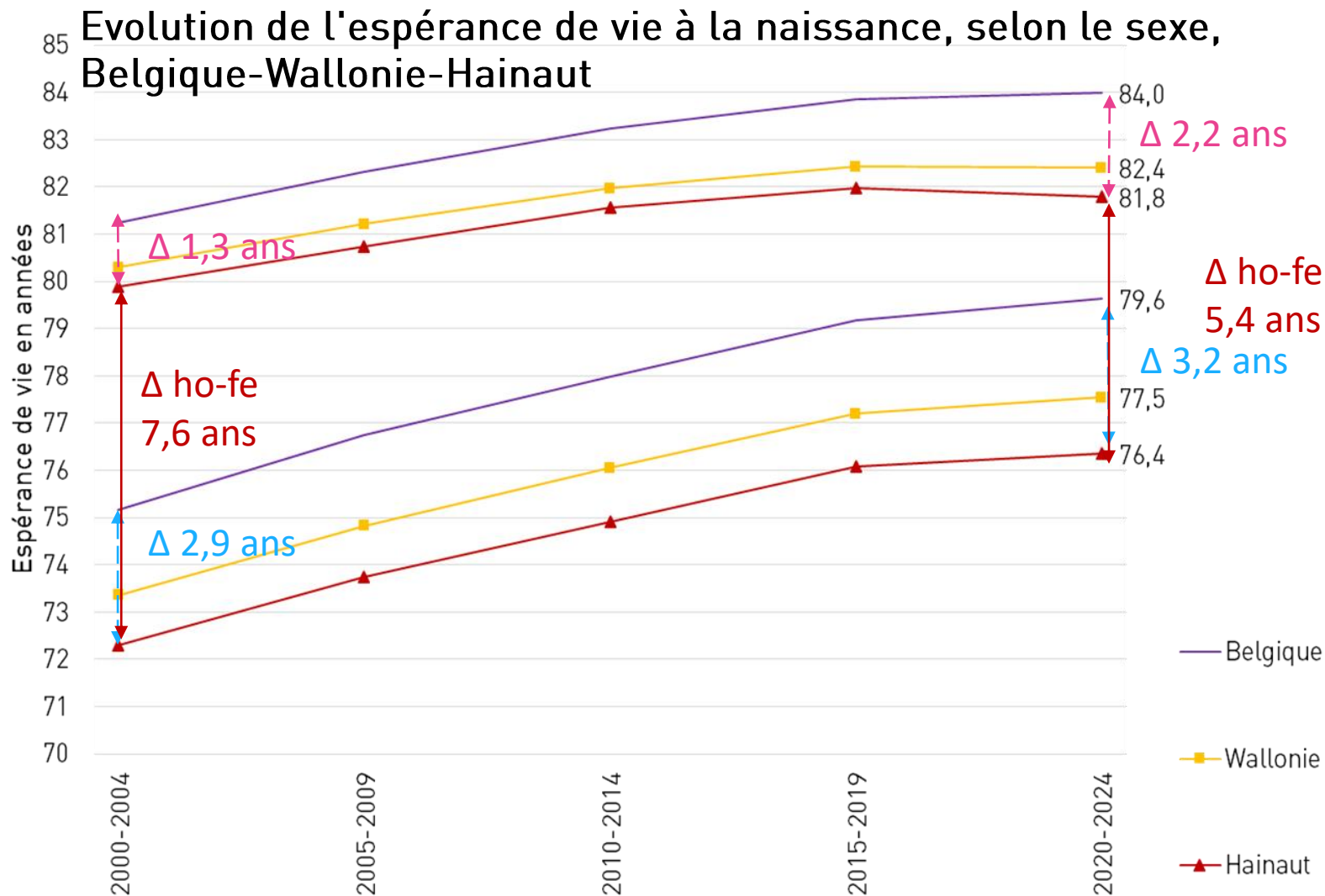
→ Rapport coordonné par AMO Oxyjeune

Le Bien-être et la santé mentale des enfants et des adolescents dans le sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse



- Mobilise maintenant tout un réseau avec des pistes pour les professionnels et le public.

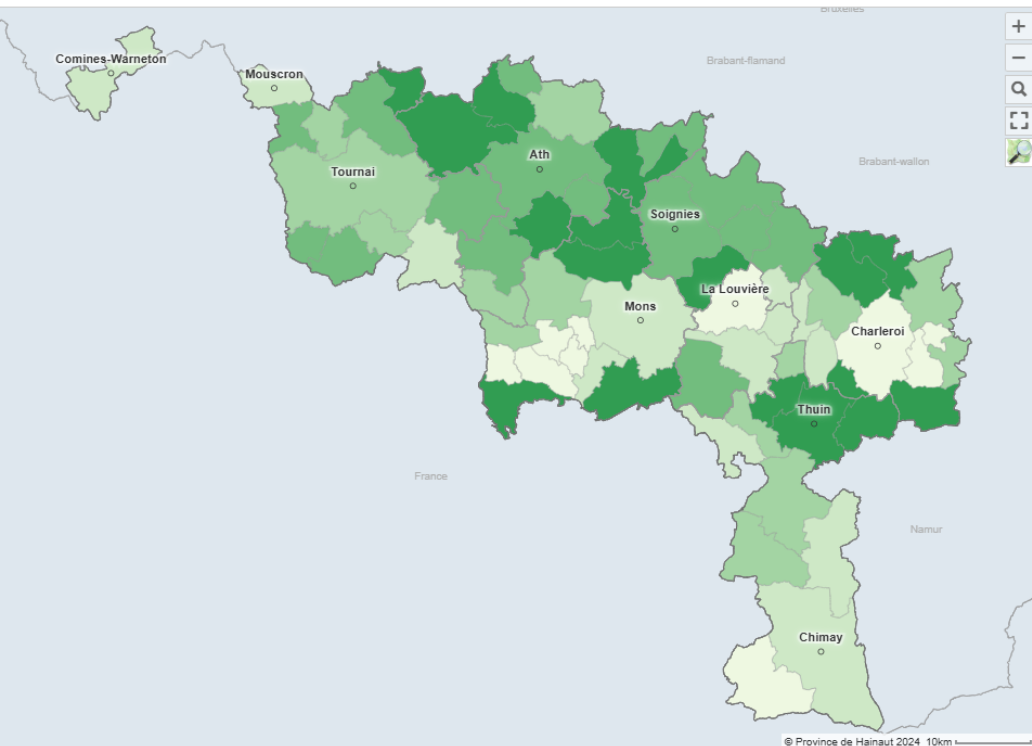
Quelques données à la loupe...



Source : Statbel ; traitement OSH

1 Revenu annuel médian imposable par déclaration (€) 2023 ▾

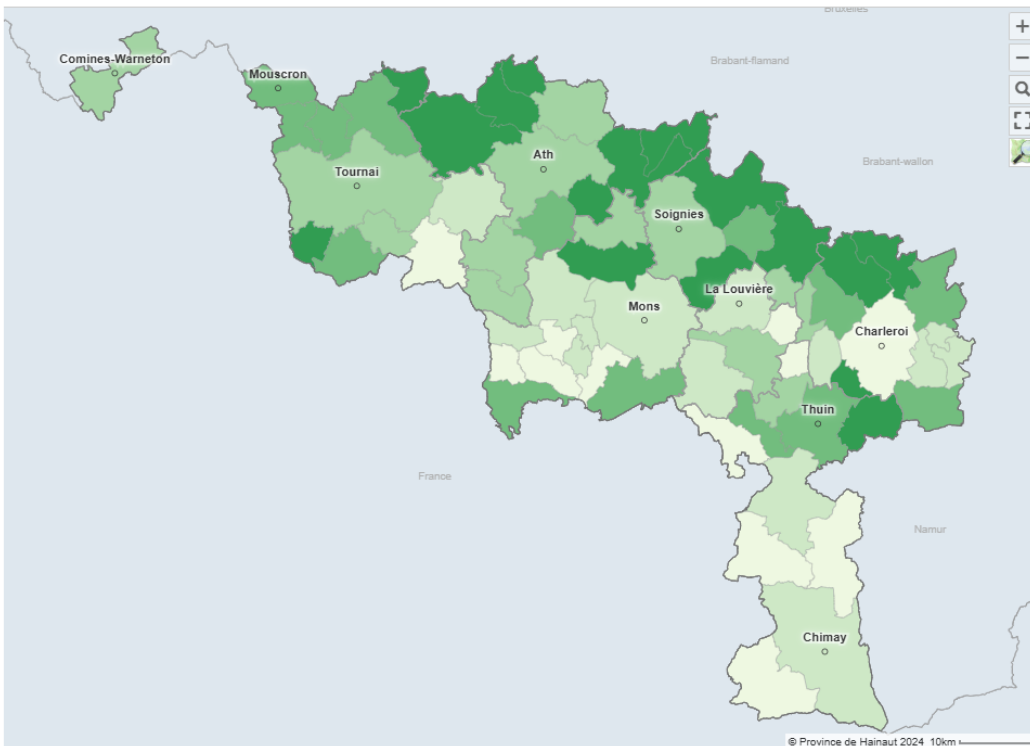
ACTIONS ⚙










Province du Hainaut par communes 69 communes
 25 814.6 26 951.6 28 674.4 30 650.9
 Hainaut

1 Espérance de vie à la naissance (ans) - Homme 2020-2024 ▾

ACTIONS ⚙



Province du Hainaut par communes 69 communes
 75.6 76.4 77.0 78.1
 Hainaut

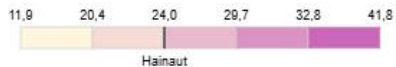
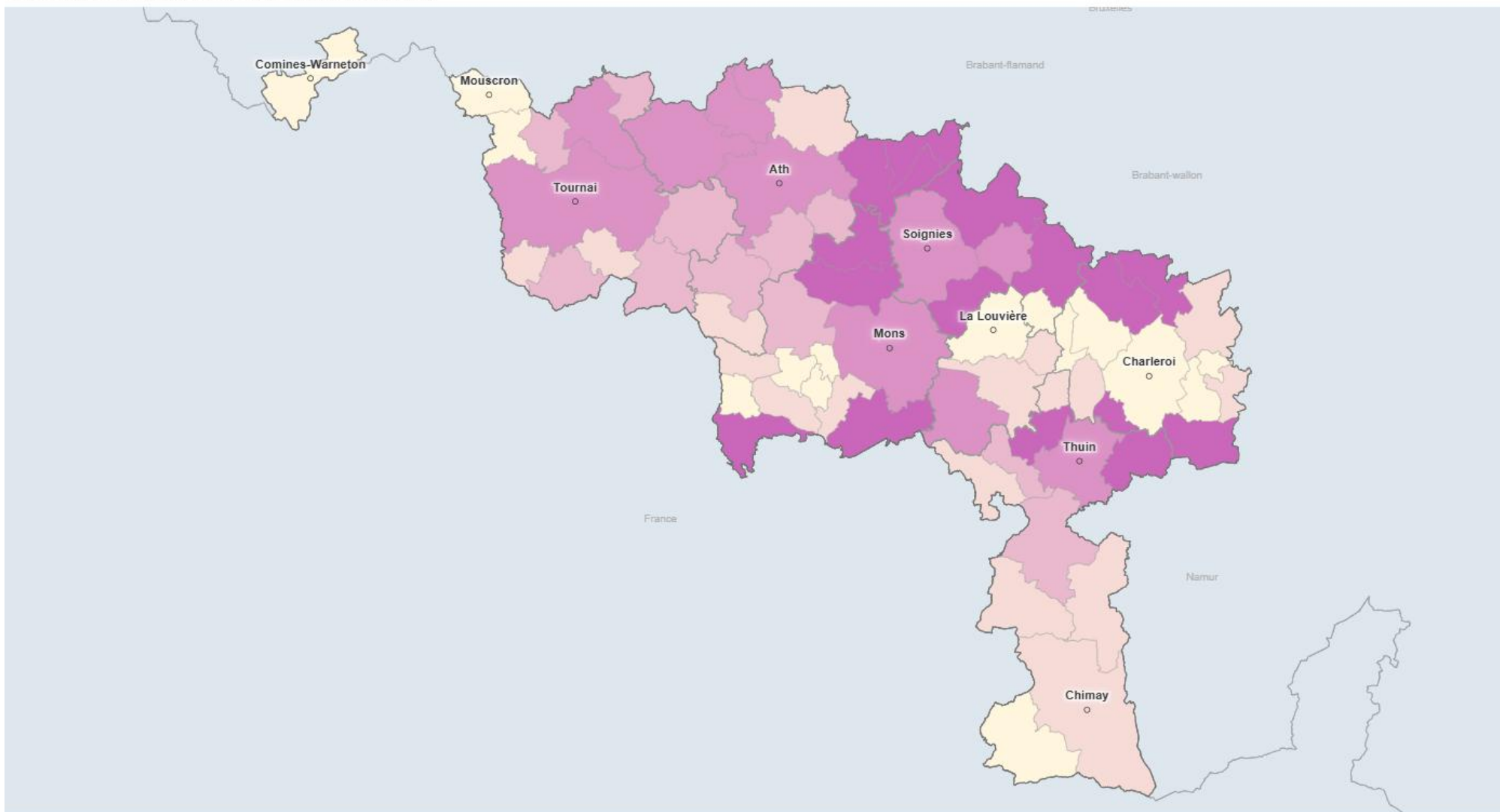
	Hainaut	Wallonie	Belgique	Période
 Population	1 365 328	3 704 990	11 825 551	2025
 Densité de population (habitants/km ²)	358	219	385	2025
 Taux brut de natalité (en ‰)	9,7	9,7	9,9	2019-2023
 Indice conjoncturel de fécondité	1,61	1,58	1,58	2018-2022
 Indice de vieillissement	0,90	0,90	0,93	2025
 Indice d'intensité du vieillissement	0,24	0,25	0,28	2025
 Part de la population étrangère (%)	12,7	11,1	13,8	2025

Source : SPF Economie (Statbel)

Indicateurs socio-économiques (2)

Enseignement supérieur

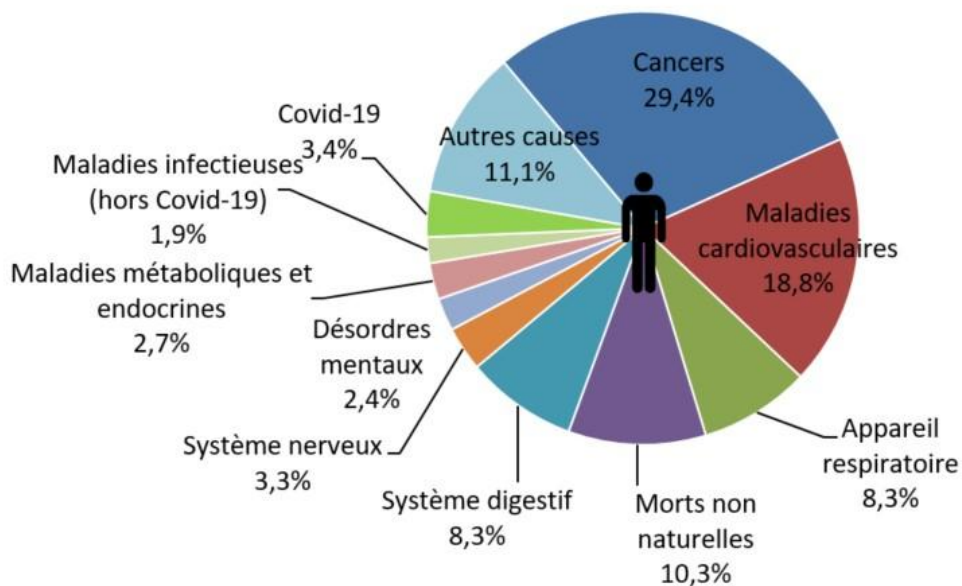
Taux d'instruction élevé, 2021 (%) - Source : SPF Economie (Statbel) - Censur



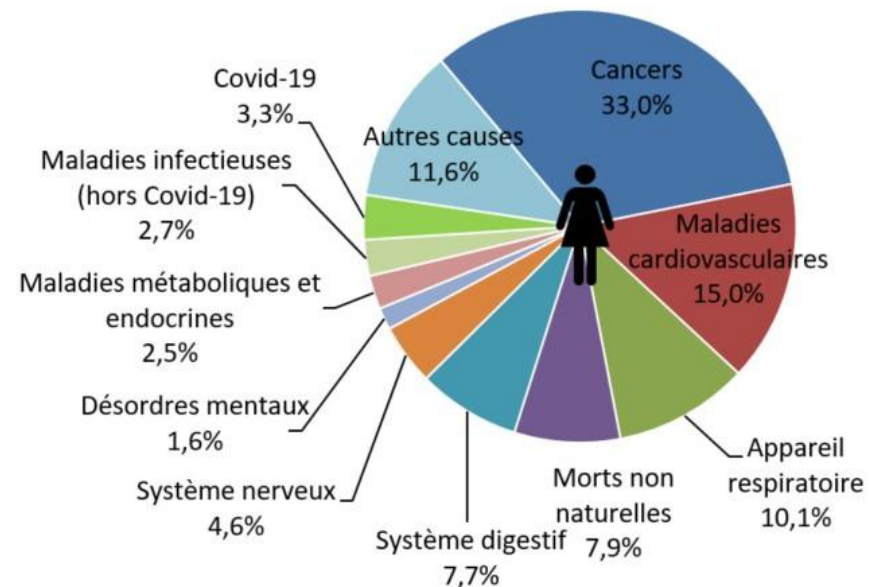
Mortalité : Répartition par causes de décès

Mortalité prématurée

Causes décès prématurés (<75 ans), Hommes, Hainaut, 2022



Causes décès prématurés (<75 ans), Femmes, Hainaut, 2022



Source: Sciensano - SPMA

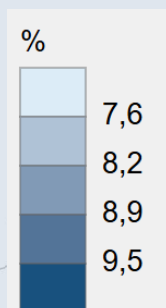
Maladies chroniques Augmentation du diabète

Part de personnes traitées pour diabète, 2013 (%) - Source : Agence Intercommunale

Part de personnes traitées pour diabète, 2023 (%) - Source : Agence Intercommunale

2013
Hainaut : 6,8
%

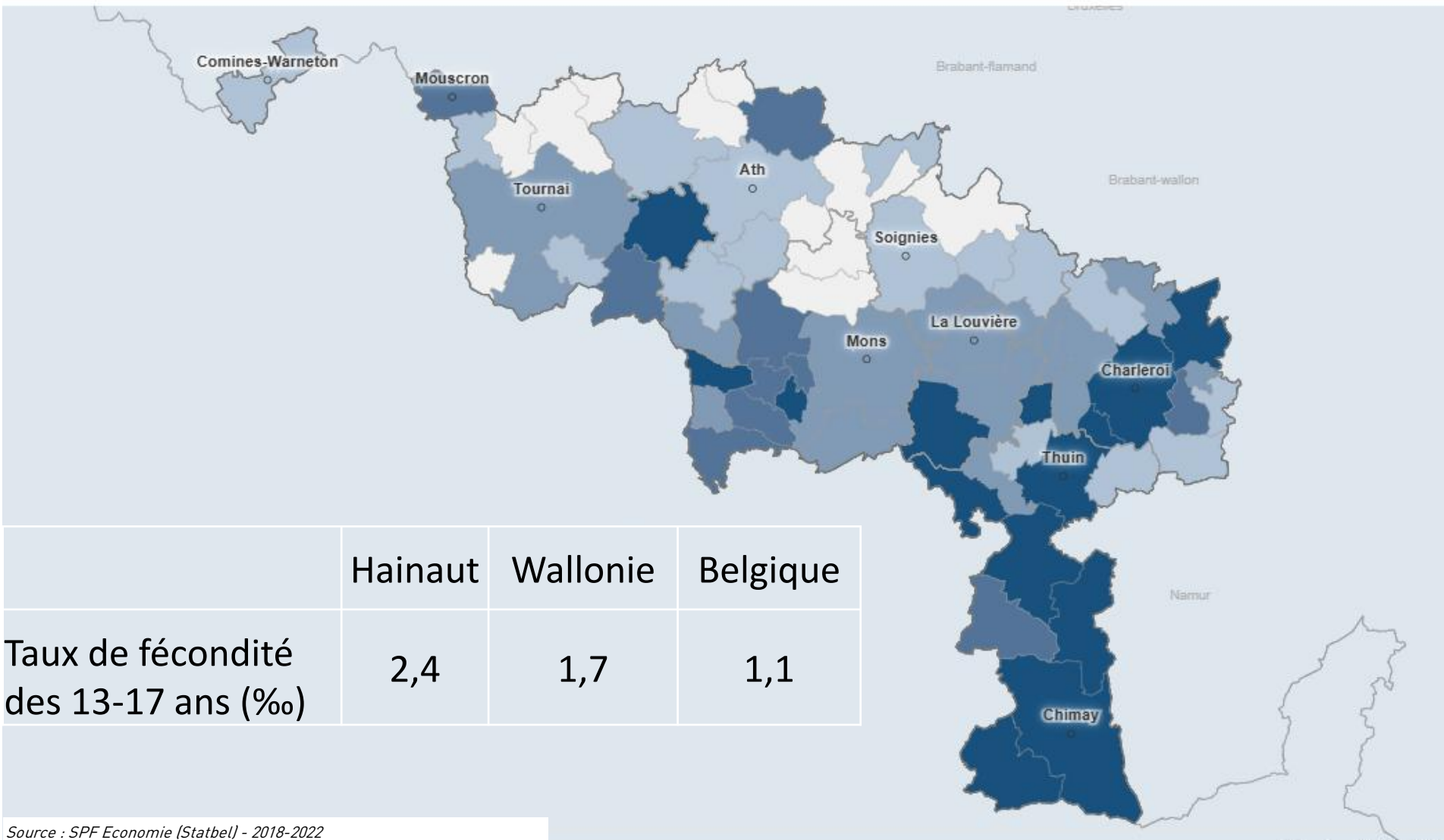
2023
Hainaut : 8,9
%



- Augmentation du dépistage
- Vieillessement de la population
- Augmentation de la prévalence de la maladie, y compris chez les plus jeunes

Santé maternelle et infantile

Taux de fécondité des 13-17 ans, 2018-2022 (%) - Source : SPF Economie (Statbel)

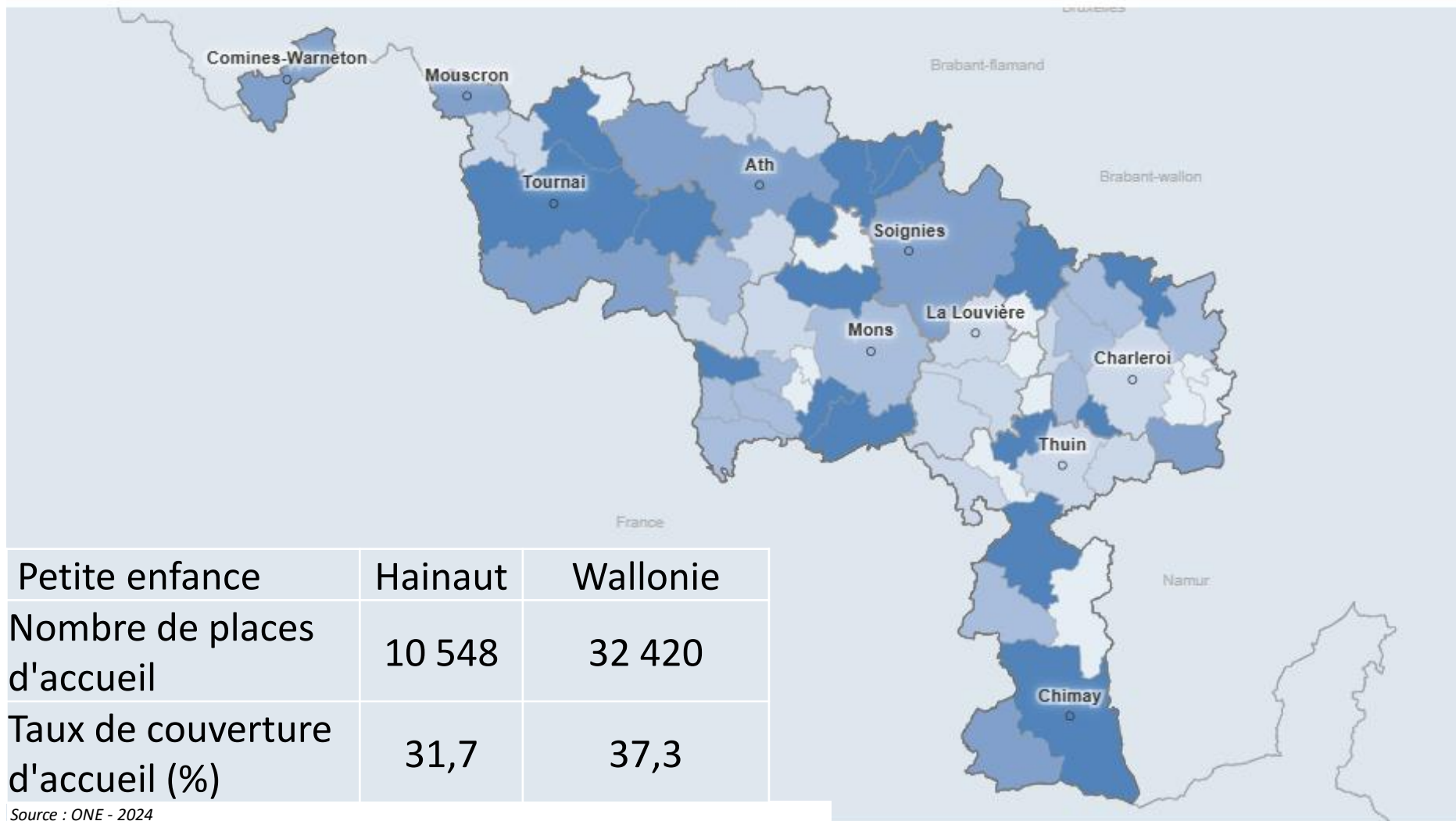


Source : SPF Economie (Statbel) - 2018-2022

© Province de Hainaut 2024



Taux de couverture d'accueil de la petite enfance, 2024 (%) - Source : ONE

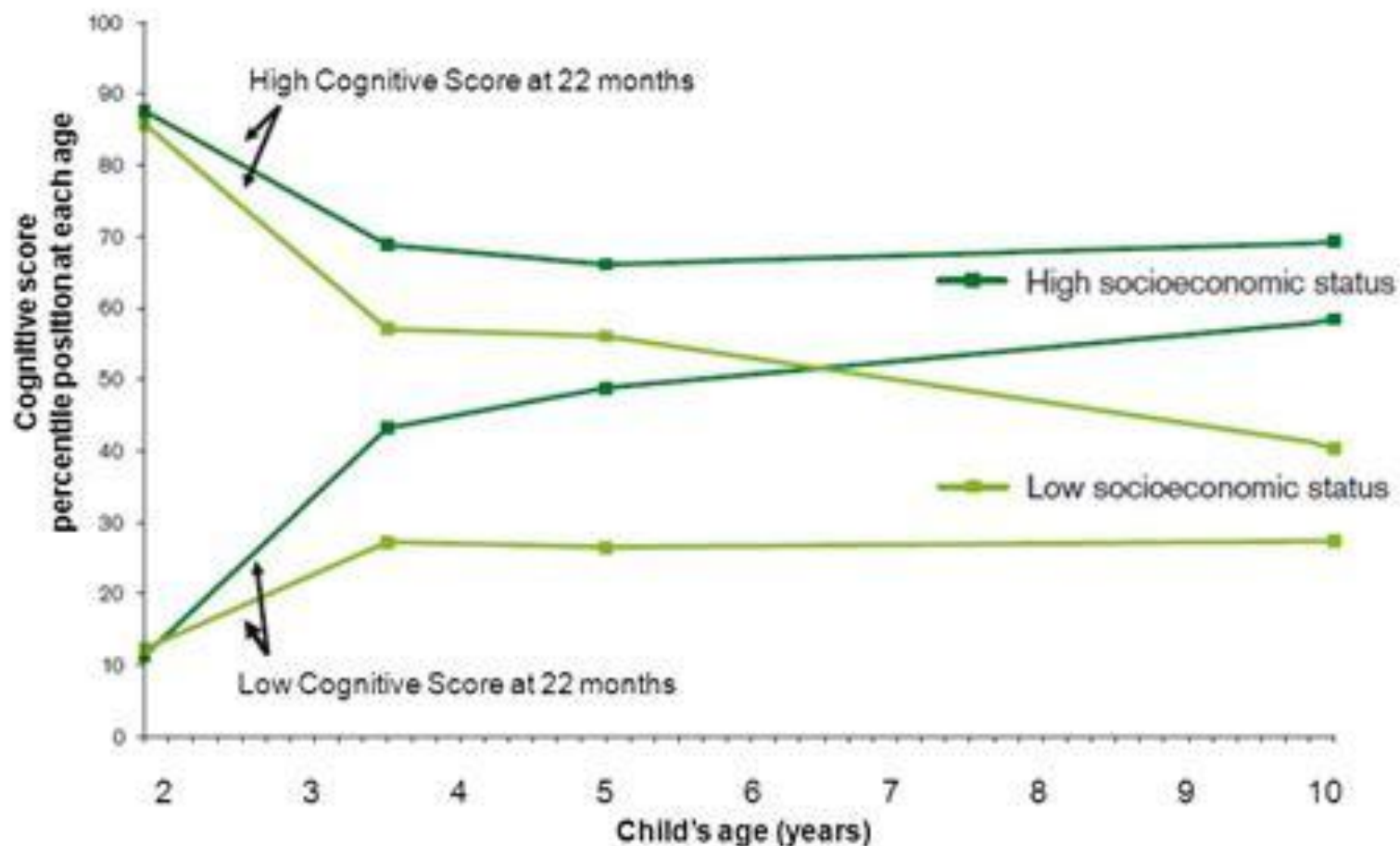


Source : ONE - 2024

© Province de Hainaut 2024



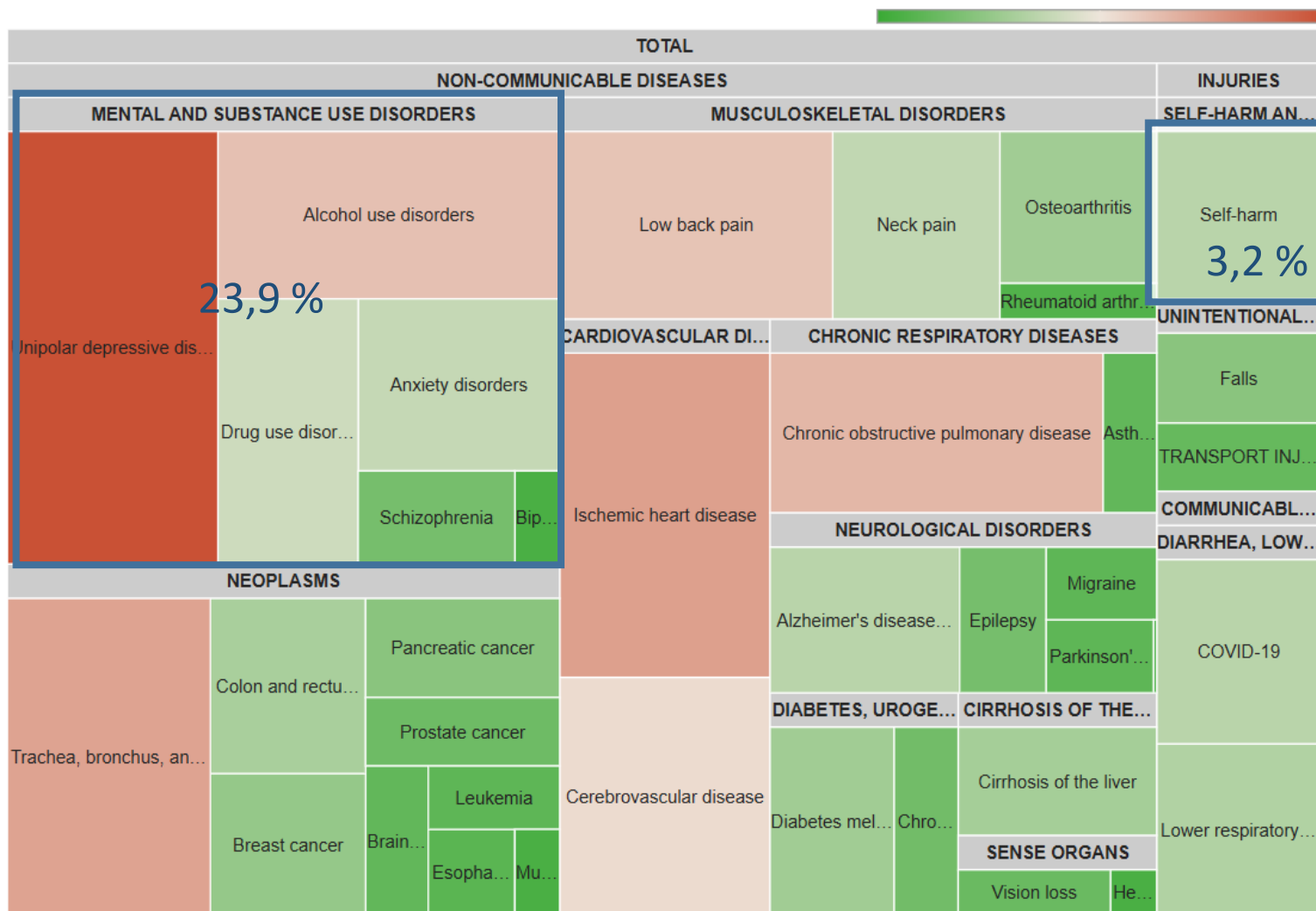
Cognitive Score: Socioeconomic status more important than starting point



(I Feinstein. Inequality in cognitive development. 1970 British Births. *Economica* 2003; 70: 3-97)
(from The Marmot Review 2010)

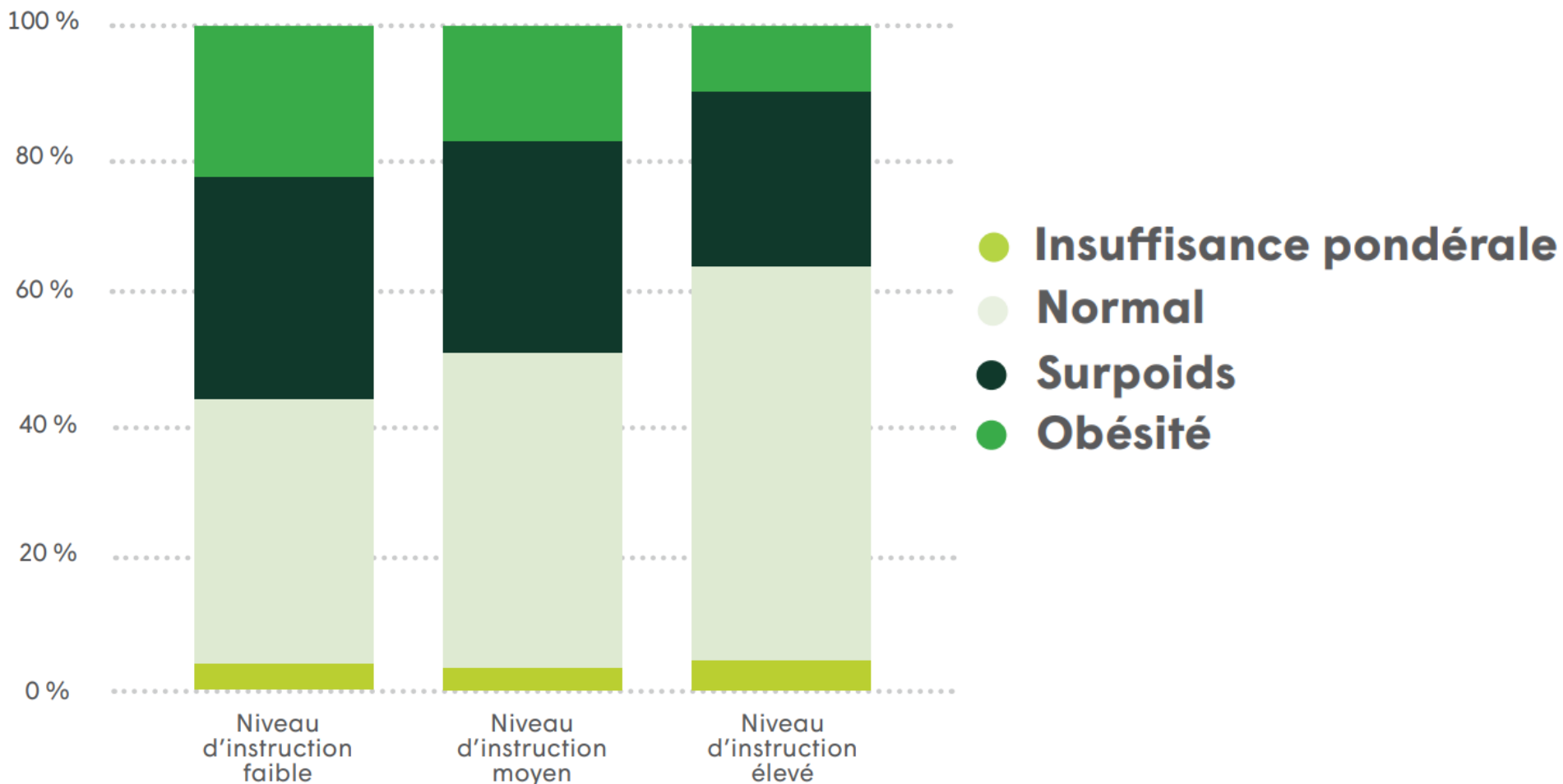
Santé mentale : fardeau de la maladie

DALYs /100 000, Wallonie, tous les âges, hommes et femmes, 2022



En tenant compte de la **mortalité** (années de vie perdues) et de la **morbidity** (années vécues avec un problème de santé), les troubles liés à la **santé mentale** représentent le **fardeau** le plus conséquent parmi l'ensemble des maladies (23,5 % des DALYs).

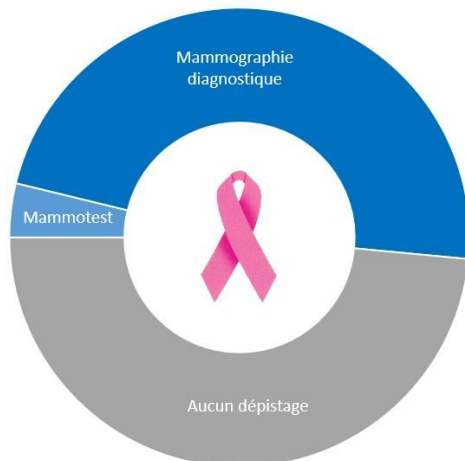
Distribution de la population belge âgée de 3 ans et plus en fonction de l'IMC, selon le niveau d'instruction



Source : Sciensano – FCS 2022-2023

Prévention Dépistage du cancer du sein

Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans
Hainaut, 2023



Source : Agence Intermutualiste ; traitement : OSH

Pourcentage de femmes de 50-69 ans ayant eu une mammographie diagnostique et/ou Mammotest en 2022-2023

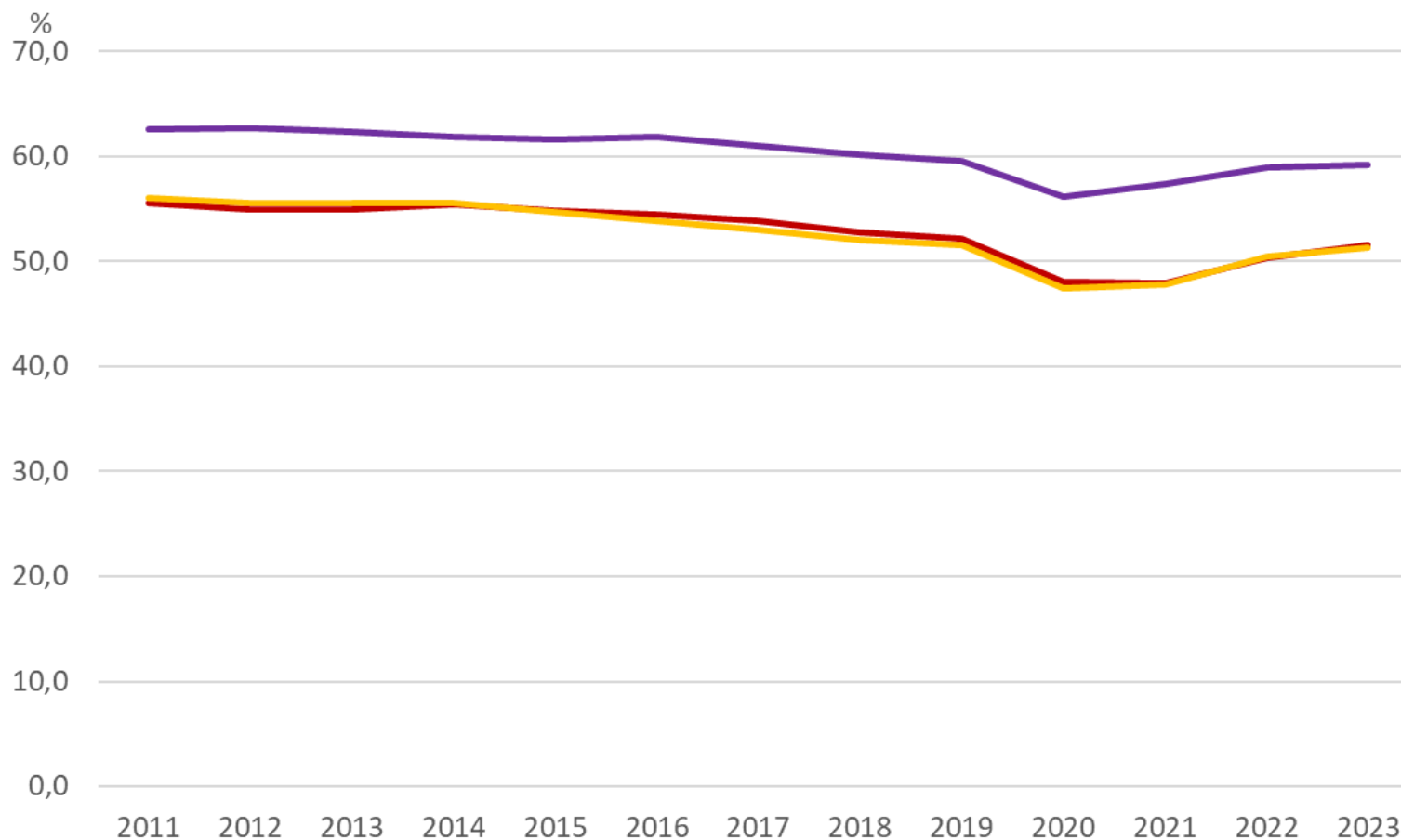
	Hainaut	Wallonie	Belgique
Participation au programme de dépistage organisé (%)	3,8	4,3	31,9
Mammographie diagnostique (%)	47,7	47,0	27,4
Examen par mammographie (%)	51,5	51,3	59,2

Source : Agence Intermutualiste - 2023

Prévention

Dépistage du cancer du sein

Evolution du dépistage du cancer du sein - femmes de 50 à 69 ans
Mammotest + mammographie diagnostique



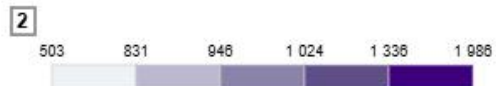
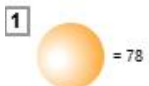
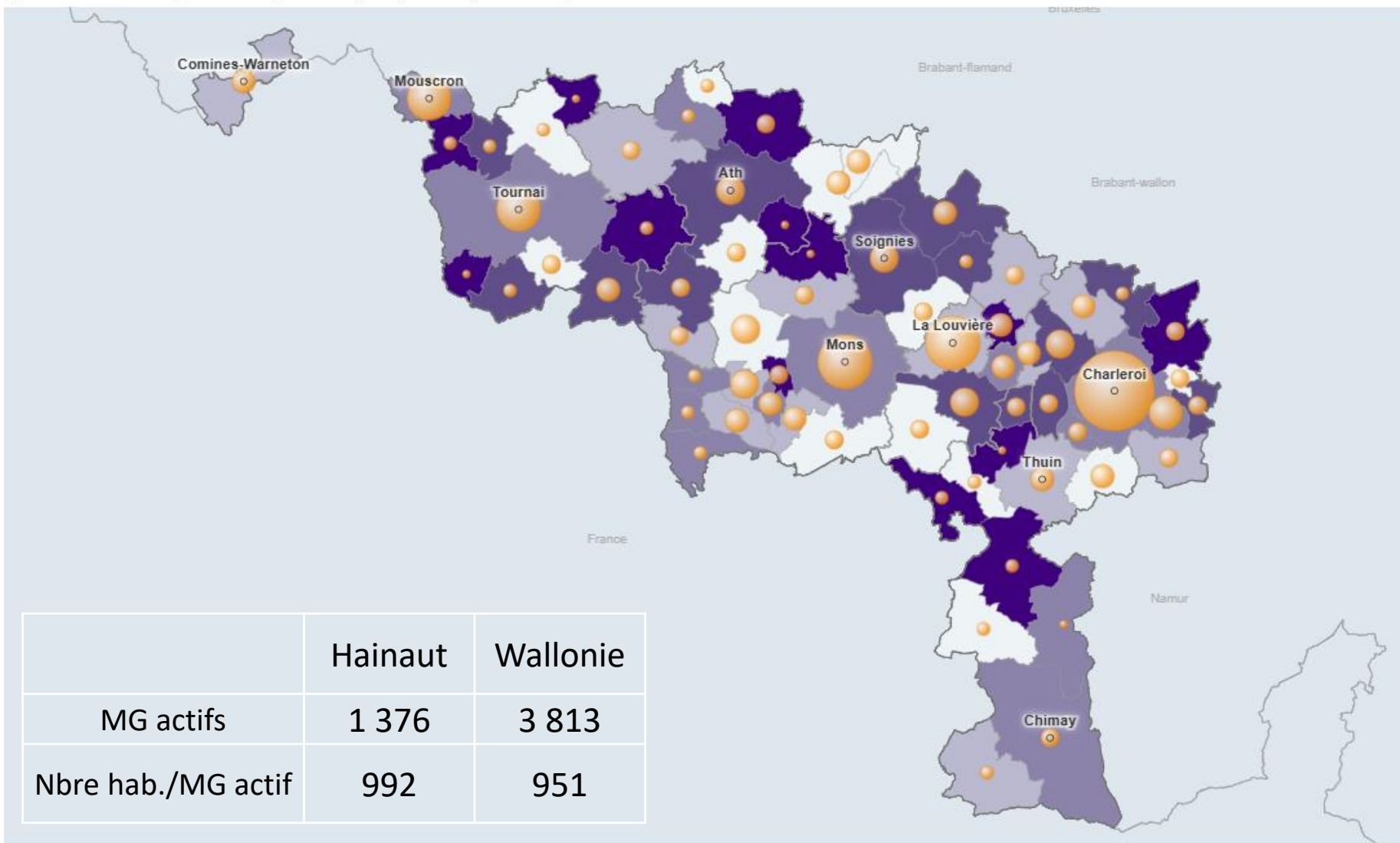
Source : AIM

Traitement : OSH

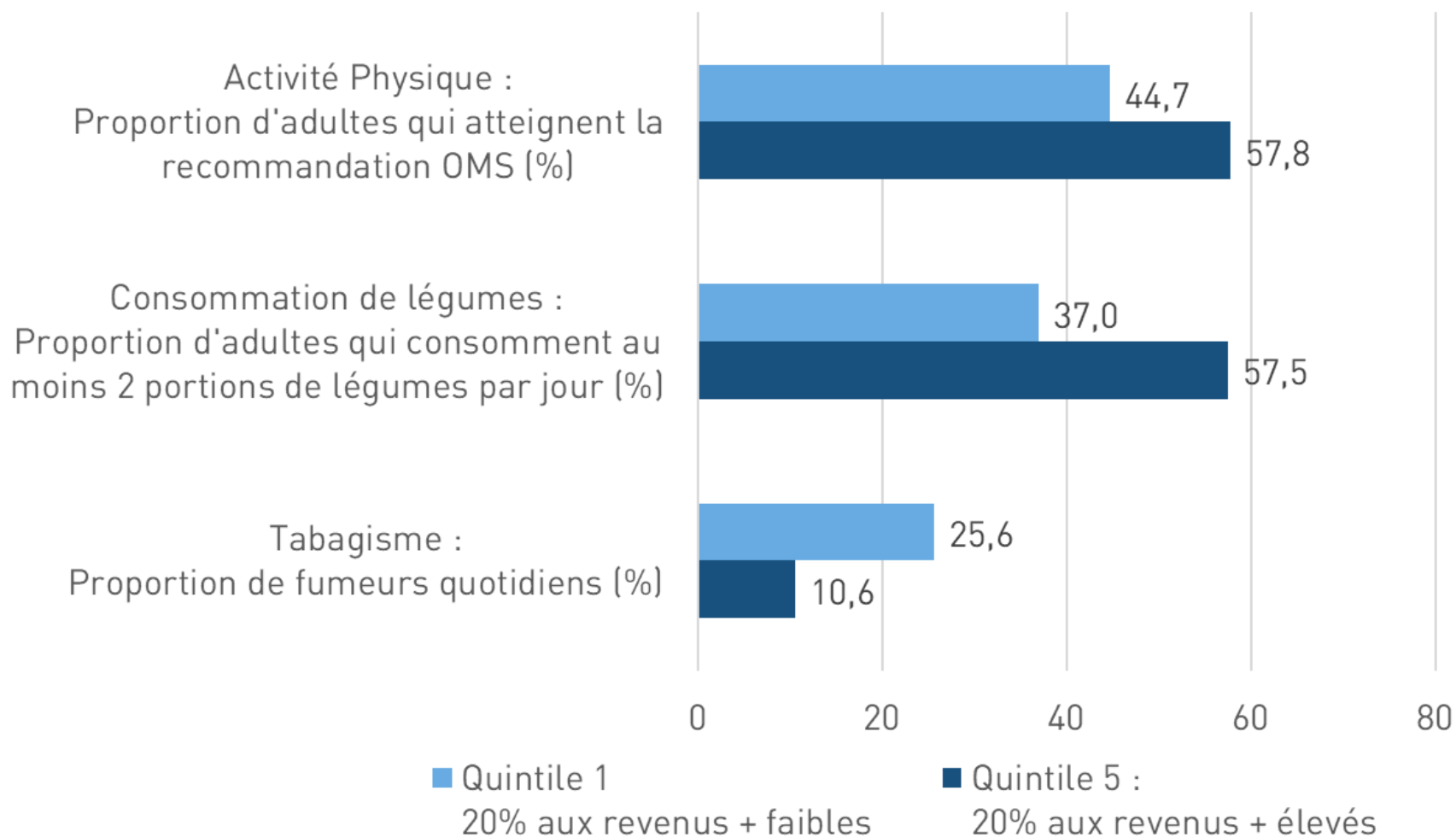
— Hainaut — Wallonie — Belgique

1 Nombre de médecins généralistes, 2025 - Source : AVIQ

2 Nombre d'habitants par médecin généraliste, 2025 (hab./MG) - Source : AVIQ, Statbel

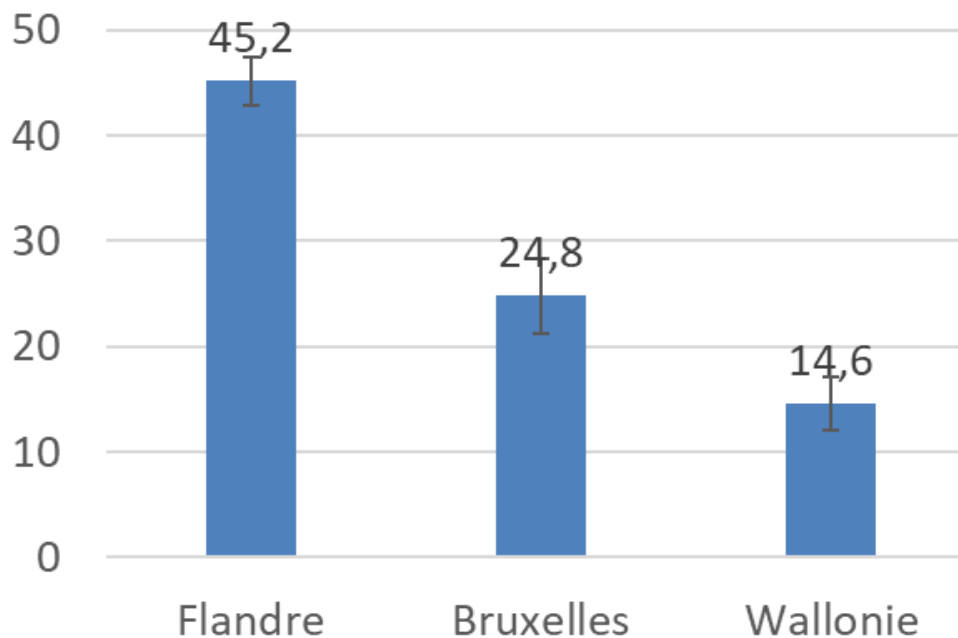


Comportements de santé : selon le quintile de revenus



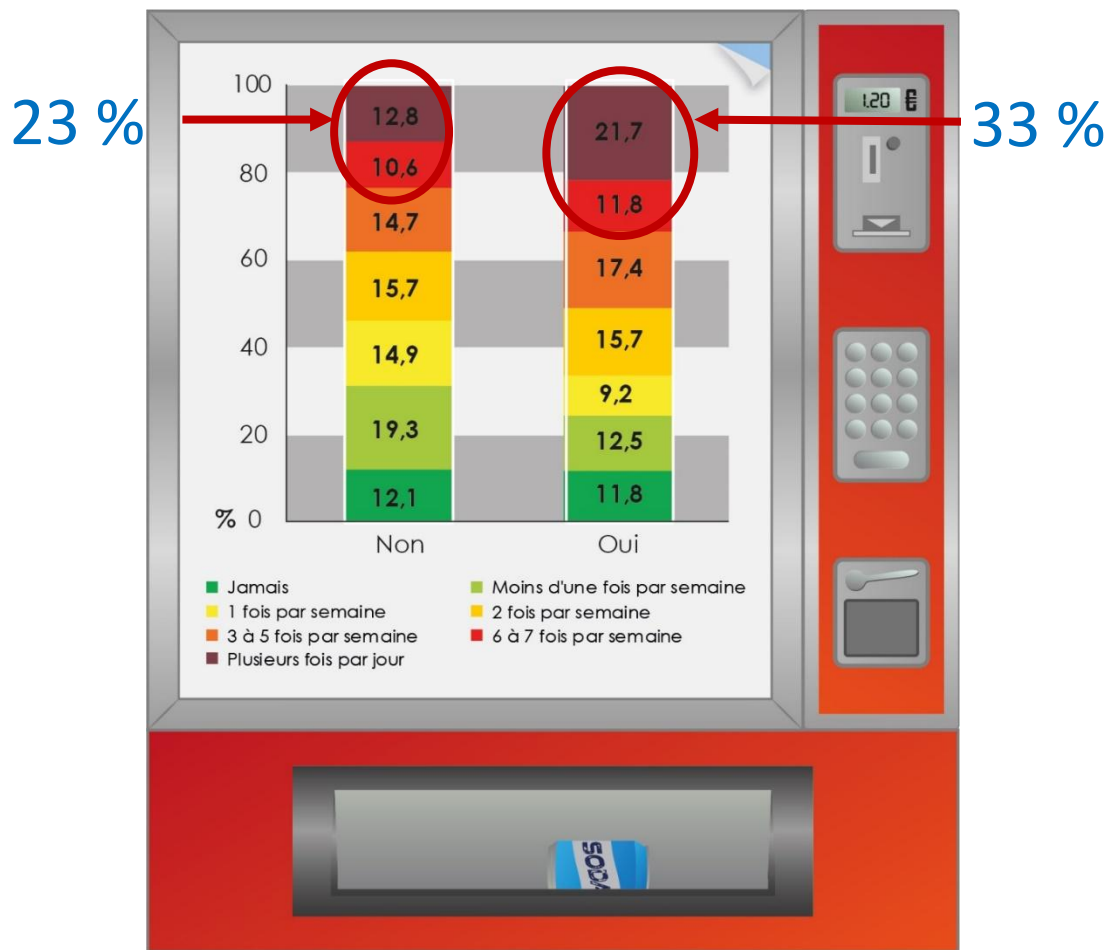
Source : Sciensano - HIS 2023 ; traitement : OSH

Part de la population qui utilise le vélo au moins une fois par semaine pour se déplacer (%)



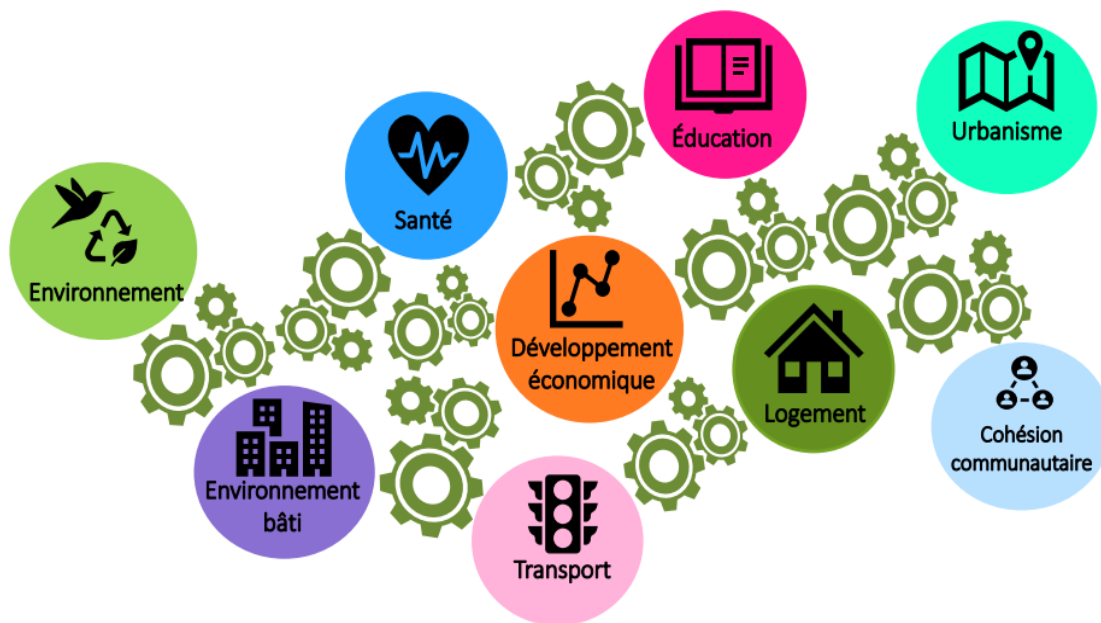
Source : Sciensano – HIS 2023





Source : OSH, Enquête Jeunes, 2018-2020

En guise de conclusion : La santé dans toutes les politiques



- Approche **intersectorielle** des politiques publiques
- Prend systématiquement en compte **des conséquences sanitaires des décisions**, qui recherche des **synergies** et qui évite les conséquences néfastes pour la santé
- Afin **d'améliorer la santé** de la population et **l'équité** en matière de santé

THE 8TH GLOBAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, HELSINKI, FINLAND, 10-14 JUNE 2013

Health in All Policies is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. It improves accountability of policymakers for health impacts at all levels of policy-making. It includes an emphasis on the consequences of public policies on health systems, determinants of health and well-being.

World Health Organization. 2014. « *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action* ».



Province de
Hainaut

Observatoire
de la
Santé



Rue de Saint-Antoine, 1
7021 Havré - Belgique



+32 (0)65 87 96 00



observatoiresante.hainaut.be



observatoire.sante@hainaut.be



Province de
Hainaut

**Chaque jour
avec VOUS !**



Module PHM – J1T4
Logique d'action verticale : mieux comprendre un public cible

05-02-2026

Anne-Sophie Lambert

Pierre Smith

SOMMAIRE

- **Introduction de l'atelier**
- **Notion de statistique**
 - Les types de données : individuelles vs agrégées
 - La distribution d'une population
 - Indicateurs descriptifs
 - Lire des visualisations simples
 - Benchmark & comparaison
- **Atelier logique verticale – mieux comprendre un public cible**

Accompagner des trajectoires de vie multiples

A des tranches spécifiques du parcours de vie, ou lors de moments de transition

Tranches spécifiques Début de vie, petite enfance, enfance, adolescence, jeune âge adulte, âge adulte, vieillissement.

Transitions biologiques Naissance, croissance, puberté, parentalité, vieillissement.

Transitions sociales Entrée à l'école, emploi, changements familiaux, retraite.

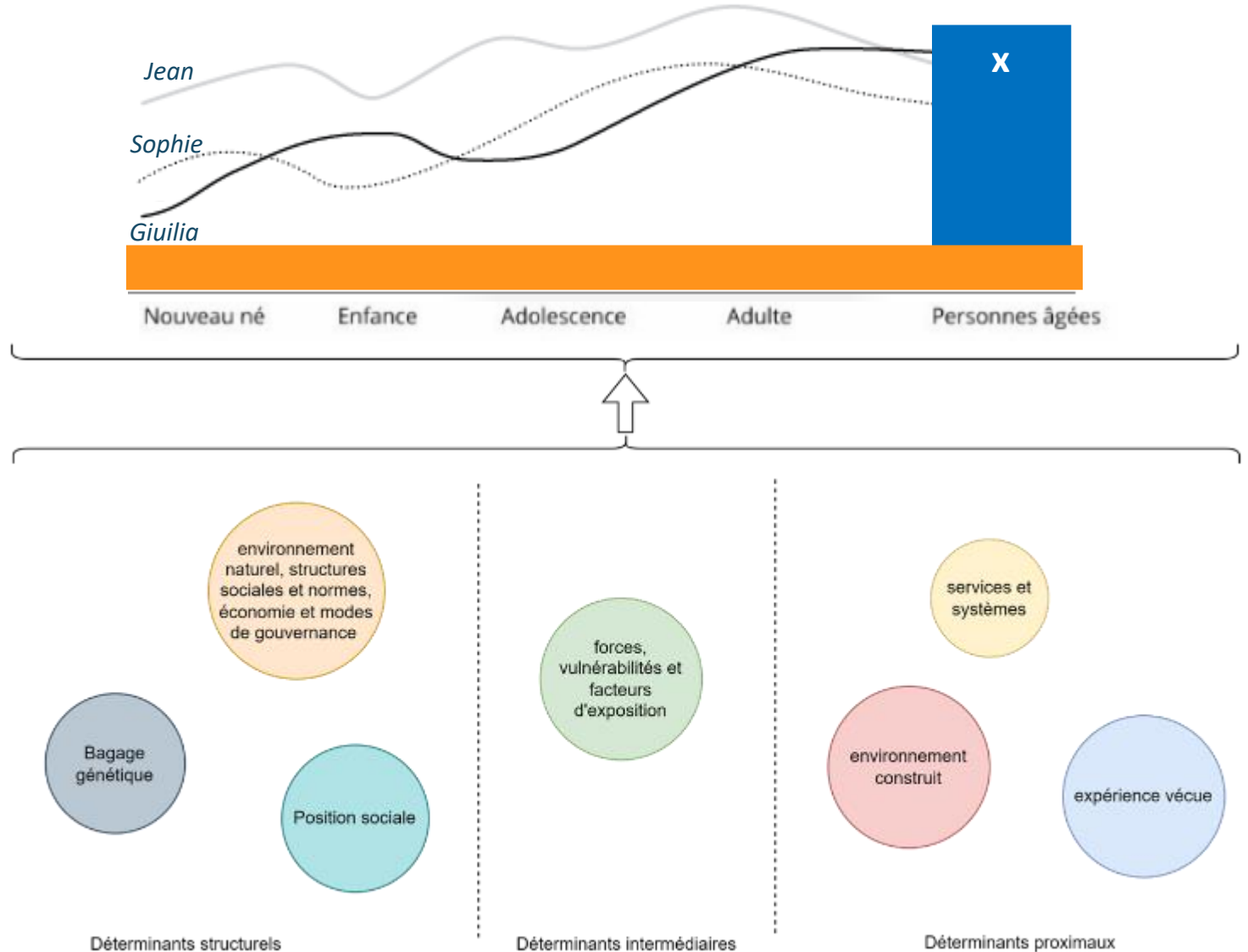
Transitions critiques Maladie, accident, perte d'emploi, deuil, événements traumatiques.

Transitions systémiques Changements de politiques, transformations économiques, crises environnementales.

Des interventions spécifiques peuvent être pensées car elles influencent fortement les trajectoires de vie.

Elles impliquent d'articuler les acteurs des soins primaires avec des acteurs spécialistes d'une situation spécifiques

Logique d'action verticale
Focus : personnes âgées



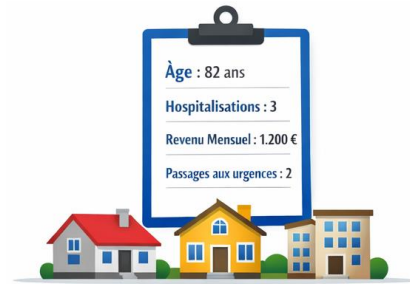
Notion de statistique - Les types de données : individuelles vs agrégées

Données individuelles

Ce sont des informations sur **des personnes, une à une**.
Exemples : l'âge d'un résident, son nombre d'hospitalisations, etc.

Ce que ça permet :

- comprendre les profils et les trajectoires en croisant des données,
- identifier des sous-groupes spécifiques.



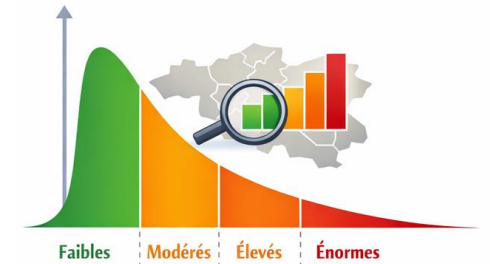
- ✓ **Personne** par personne
- ✓ **Profils** individuels
- ✓ **Trajectoires**
- ✓ **Données** détaillées

Données agrégées

Ce sont des données **groupées** au niveau d'une commune, d'un quartier, de l'OLS, ou de la Wallonie.
Exemples : % de personnes de 80 ans et plus, taux d'hospitalisations pour 1 000 habitants, densité d'infirmier-es,

Ce que ça permet :

- comparer des territoires,
- repérer des tendances globales,
- alimenter les diagnostics et priorisations.



- ✓ Vue d'ensemble
- ✓ % et moyennes
- ✓ Comparaison des territoires
- ✓ Tendances globales

« Les données individuelles, ce sont les grains de sable.
Les données agrégées, ce sont les châteaux de sable : on ne voit plus chaque grain, mais la forme générale apparaît. »

Notion de statistique - La distribution d'une population

C'est la façon dont les valeurs se répartissent dans une population.

Distribution normale (« courbe en cloche »)

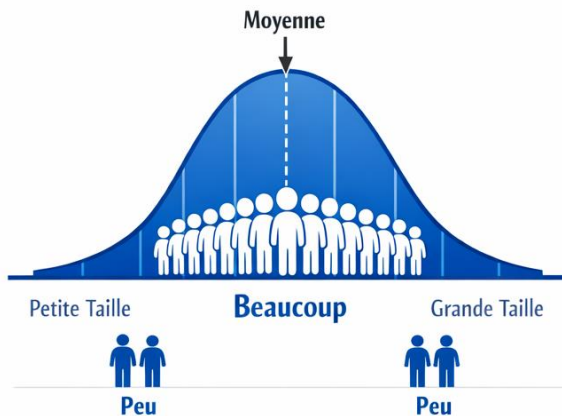
Exemple : la taille des adultes

Caractéristiques :

- Beaucoup de personnes autour de la moyenne,
- Peu de personnes très petites ou très grandes.

Pourquoi c'est utile ?

→ Quand les données suivent ce modèle, **la moyenne représente bien la population.**



Distribution asymétrique (« en tire-bouchon »)

Très fréquente en santé.

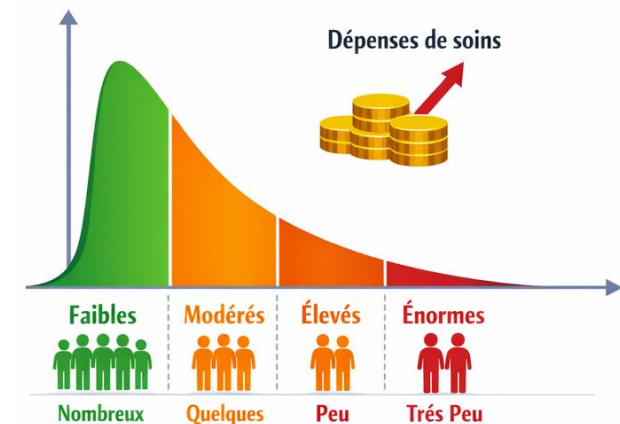
Exemple : dépenses de soins, nombre d'hospitalisations, durée de séjour

Caractéristiques :

- Beaucoup de personnes « faibles consommateurs »,
- Quelques personnes « très fortes consommatrices ».

Pourquoi c'est utile ?

→ Quand la distribution est asymétrique, **la moyenne peut mentir.**

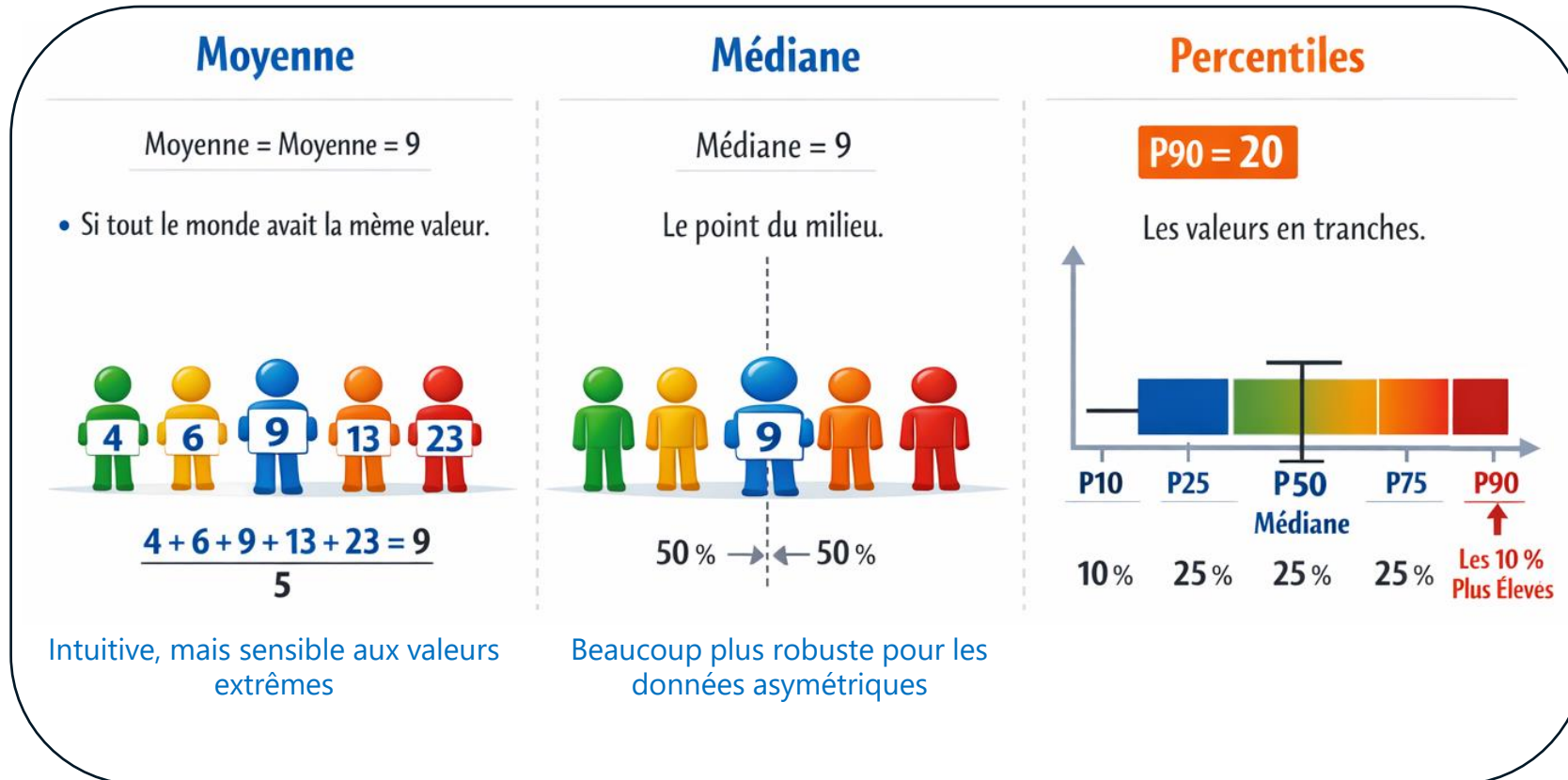


Notion de statistique – Indicateurs descriptifs

Ces indicateurs décrivent une population en une seule valeur. Ils ne donnent pas la même information.

Pourquoi c'est utile ?

→ Pour comprendre l'hétérogénéité : dispersion, extrêmes, variations territoriales.



Exemple concret : Nombre d'hospitalisation chez les 65 ans et +

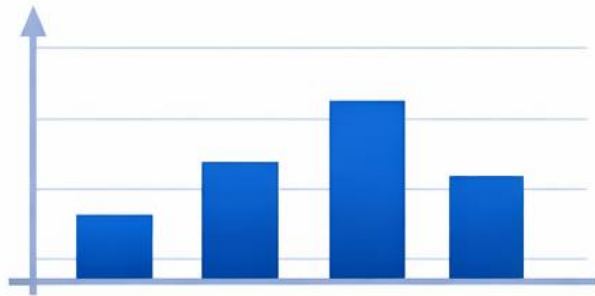
- La moyenne des hospitalisations = 1,2 par an.
- Mais le P90 = 4 hospitalisations.
→ Cela veut dire qu'un petit groupe d'aînés concentre une très grande part des hospitalisations.

Notion de statistique – Lire des visualisations simples

Les tableaux de bord montrent différentes représentations. Elles racontent des histoires différentes.

Le bon graphique dépend toujours de la question qu'on se pose.

Diagramme en Barres



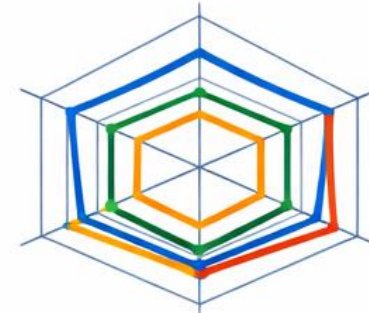
- Comparer les catégories
- Repérer la valeur la plus élevée
- ✓ Visualiser les priorités

Carte Heatmap



- Identifier les zones à risque
- Repérer les disparités territoriales
- 🔍 Visualiser les différences géographiques

Radar de Données



- Comparer les niveaux
- Repérer les écarts
- 🔍 Identifier les forces et faiblesses

Notion de statistique – Benchmark & comparaison



3 règles simples pour bien comparer

-  On compare des **choses comparables**.  Un écart n'est pas un **problème** → c'est un **signal**.
-  Un benchmark ouvre des **questions**, pas des **conclusions**.

Comparer ne sert pas à juger, mais à comprendre.

Vers le tableau de bord personnes âgées

Ces quelques repères suffisent pour lire le tableau de bord avec confiance. L'objectif n'est pas de faire des statistiques, mais de mettre des chiffres au service de la compréhension du terrain.

Vous n'avez pas besoin d'être statisticien pour utiliser cet outil. Il est là pour vous aider à poser des questions, pas pour donner des réponses absolues.

Découverte collective de l'outil

1. Présentation rapide du tableau de bord

<https://pierre-smith.shinyapps.io/phm-PA/>

2. Exercice collectif :

- Choisir un OLS et une commune au hasard.
- Afficher un indicateur.
- Se demander :
 - "Que voyons-nous ?"
 - "De quel type de distribution s'agit-il ?"
 - "Quels indicateurs analyser ?"
 - "Comment se situe la commune par rapport à l'OLS ?"

Prise en main de l'outil - Travail en binôme par OLS

1. Analysez les caractéristiques de la population

Dans le tableau de bord, explorez les indicateurs qui décrivent la population des personnes âgées de votre OLS.

- Quel portrait pouvez-vous faire de la population âgée de votre territoire ?

2. Analysez l'offre et l'utilisation des services

- Quelles tendances observez-vous ?
- Observez-vous des zones plus fragiles ? Quels écarts ressortent par rapport à l'OLS / la Région ?

3. Identifiez-vous des sous-groupes / territoires locaux à risque

- Qui pourraient être les plus vulnérables dans votre territoire ?

4. Formulez des hypothèses d'action

A ce stade, on formule des idées, pas des solutions définitives

5. Discutez la complémentarité données - terrain

- Ce que les données **montrent**,
- Ce qu'elles **ne montrent pas**,
- Quelles informations **expérientielles** sont nécessaires pour compléter ou nuancer l'analyse.
- Quelles questions les données ouvrent-elles ?
- Qui pourrait nous aider à comprendre ces signaux ?

Chaque binôme prépare :

1. 3 Constats clés (population / besoins / offres / utilisation)
2. 1 ou 2 Sous-groupes / territoires locaux identifiés
3. 1 ou 2 hypothèses d'action
4. Ce que les données ne disent pas et les informations terrain nécessaires



Merci !



Module PHM J2T1

10-02-2026

Agence intermutualiste



Workshop Atlas

Agence intermutualiste

10/02/2026



Contenu

1. IMA
2. L'Atlas de l'IMA
 1. présentation
 2. Comment l'utilisation



1 L'IMA

L'IMA gère les données des **organismes assureurs** (mutuelles) afin de les **rendre accessibles** et de les analyser pour maintenir et améliorer la performance, la qualité et l'accessibilité des soins de santé et de l'assurance maladie-invalidité en Belgique. Elle agit de sa propre initiative ou à la demande de partenaires.

L'IMA s'efforce d'utiliser efficacement ses données pour **soutenir la politique de santé et la recherche**, y compris en les enrichissant avec d'autres sources de données. Tout cela se fait dans le **respect de la vie privée et de la sécurité des données**.

L'Atlas de l'IMA offre à un large public un accès aux statistiques et aux indicateurs de santé.

Quelles données ? - Prestations



Prestations remboursables: longitudinales et individuelles

- Soins ambulatoires : le patient paie et demande un remboursement auprès d'un organisme assureur ou via le système du tiers-payant
- Institutions (hôpitaux et autres): essentiellement facturation électronique
- Pharmacies : facturation électronique

Comment ? Via les organismes assureurs

Les organismes assureurs gèrent également les **informations relatives à leurs assurés** (lieu de résidence, éligibilité au remboursement, âge, etc.) nécessaires à l'exercice de leurs obligations légales.

Données administratives ≠ données de recherche

- Collecte systématique à des fins d'assurance maladie (données administratives + facturation)
- Réutilisation pour la production d'informations, le suivi des politiques de santé et la recherche, sans enregistrement spécifique au projet
- Données brutes exhaustives (pas échantillon)
- Chaque finalité requiert une sélection, un nettoyage et une transformation des données en variables d'analyse spécifiques
- Pièges d'interprétation ! Connaissance du domaine requise
- Multidisciplinaire ; analystes et spécialistes (règles métier, nomenclature, médical)
- Législation complexe et en constante évolution
- Tableaux de référence : nomenclature, médicaments, institutions

Limites

Personnes affiliées à un organisme assureur ~98% de la population

Données de facturation aux oa ≠ prestations

- Prestations non facturées
- Prestations non remboursées par l'AMI
- Règles de facturation

Pas de données diagnostiques, pathologies => proxi

RGPD

Quels types de données ?

Bases de données sources



POPULATION



PHARMANET



SOINS DE SANTÉ



ÉCHELLE DE KATZ

Bases de données dérivées



DONNÉES PATIENTS



HOSPITALISATIONS



PATIENTÈLE MÉDECINS
GÉNÉRALISTES



ÉCHANTILLON
PERMANENT(E) STEEKPROEF
(EPS)

Open data



ATLAS

- Variables et bases de données
- Uniquement les variables
- Uniquement les bases de données

- Dans toutes les bases
- Échantillon Permanent(e) Steekproef (EPS)
- Population
- Soins de santé
- Pharnanet
- Données patients
- Hospitalisations
- Patientèle médecins généralistes
- Échelle de Katz
- Atlas

Mots clés

- [Caractéristiques socio-démographiques](#) (63)
- [Prestations de soins de santé](#) (183)
- [Médicaments et matériel médical](#) (92)
- [Coûts](#) (78)
- [Pathologies et handicaps](#) (36)
- [Avantages et statuts](#) (53)
- [Prestataires de soins de santé](#) (54)
- [Institutions de soins de santé](#) (54)
- [Gestion des flux de données](#) (28)

3 façons d'obtenir / d'utiliser des données

1. Atlas AIM : open data, gratuit

2. Demander des statistiques / données agrégées

3. Demander des Micro-data via une procédure - IVC



2. Atlas AIM

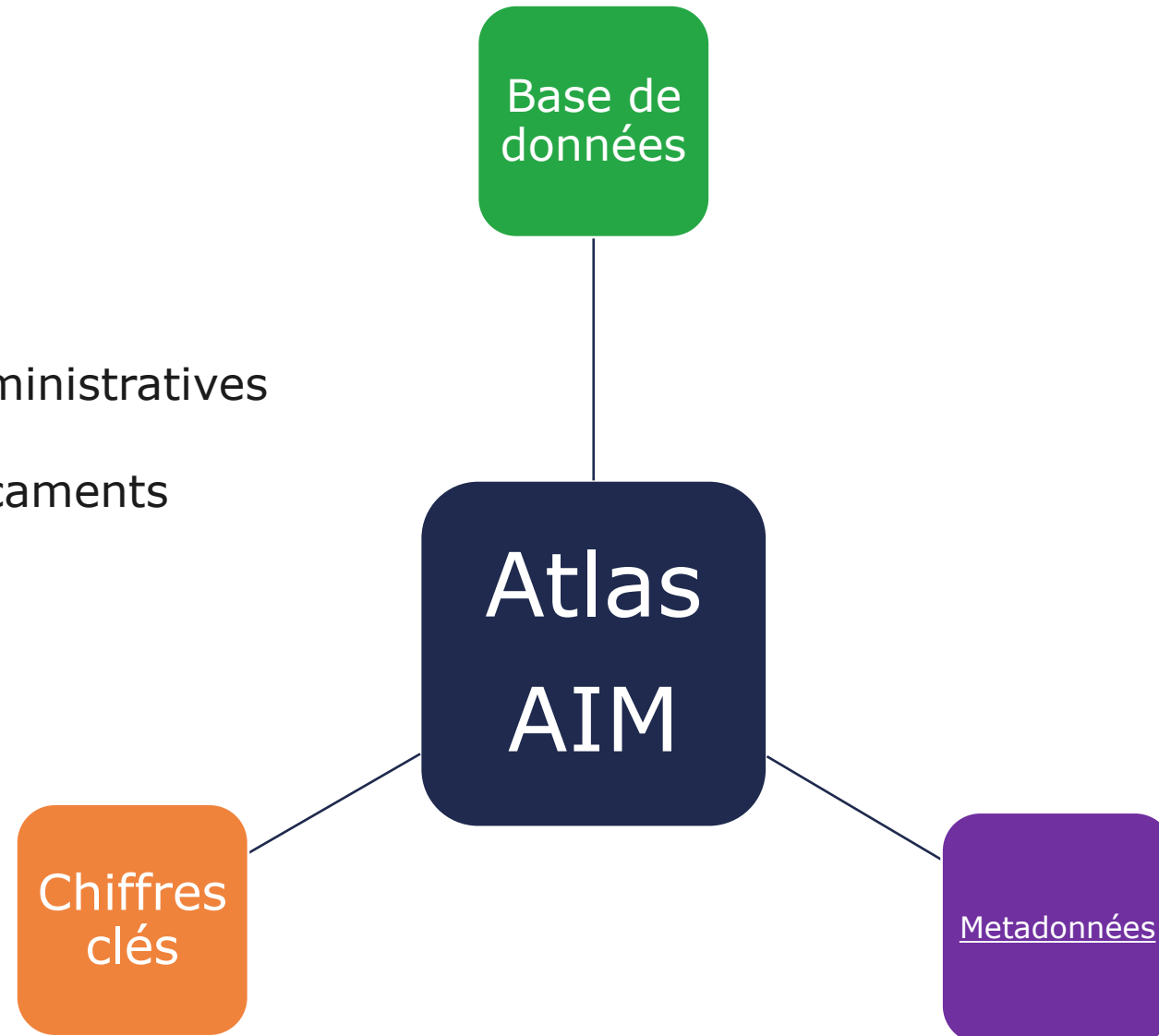
Atlas AIM

Indicateurs agrégés

Sources

- Population / données administratives
- soins de santé,
- consommation de médicaments
- ...

([link](#))



Quelles données sont disponibles ?

Indicateurs agrégés regroupés dans sous 8 thématiques :

- ✓ Démographique et droits sociaux
- ✓ Consommation de soins
- ✓ Offre de soins
- ✓ Accessibilité financière
- ✓ Etat de santé par proxi
- ✓ Soins groupes cibles
- ✓ Consommation de médicaments
- ✓ Prévention

Fonctionnalités disponibles dans l'Atlas

Principales fonctionnalités

- Large choix d'indicateurs et statistiques
 - uniques / cubes (=> segmentation)
- Metadonnées => explication méthodologique (attention interprétation)
- Découpage géographique: détail et comparaison
- Période => Historique et évolution dans le temps
- Visualisation (tableaux, cartes, graphiques, ...)
- Partager - "sauver"
- Télécharger => exploitations possibles
- ...

Atlas – version actuelle (février 2026)

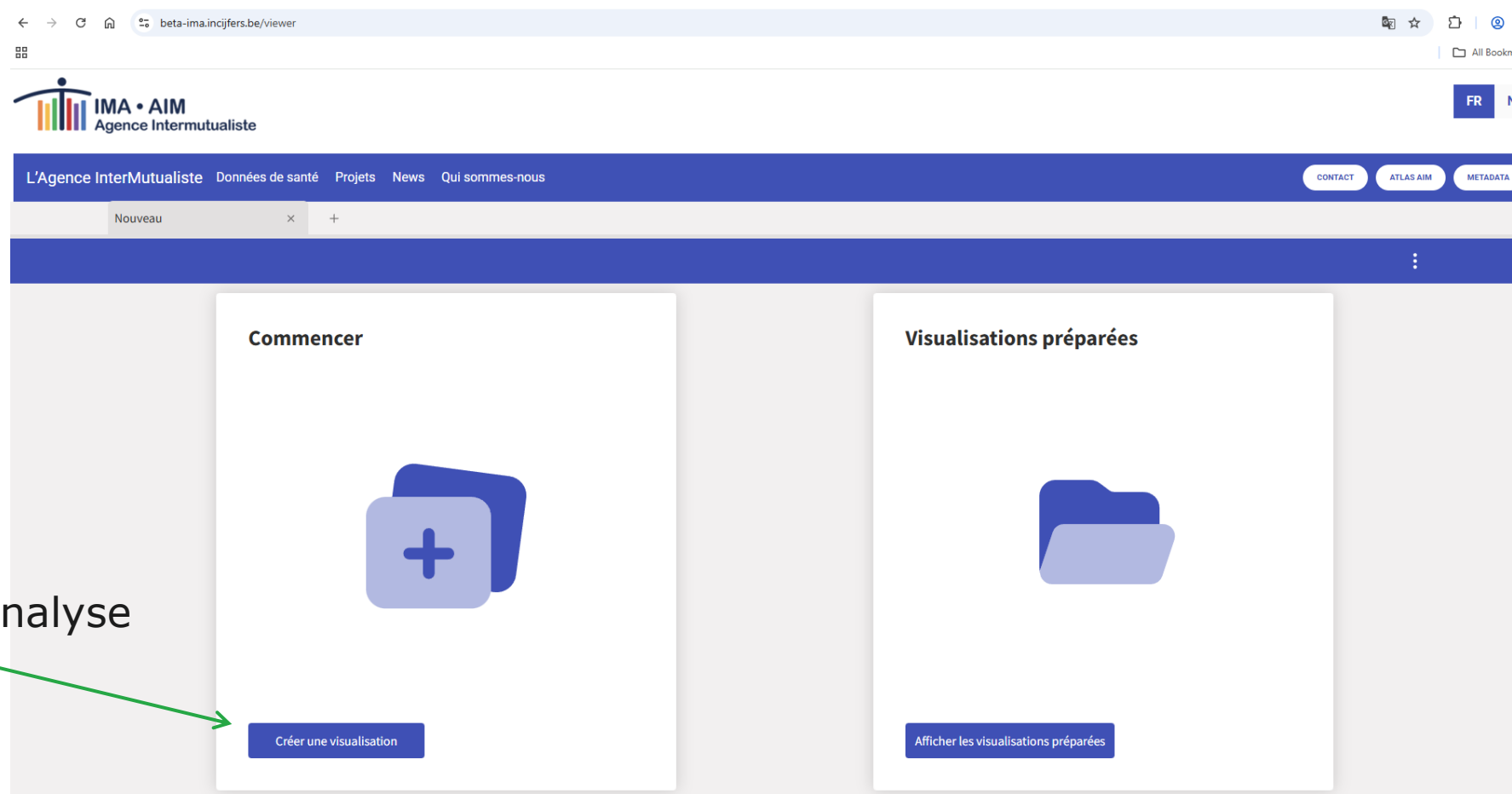
<https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

Accès à une présélection d'indicateurs

https://atlas.aim-ima.be/viewer?workspace_guid=3b82c134-0f4f-4a46-9e6d-46aa99a3c6c8

Atlas – version future

<https://beta-ima.inciifers.be/viewer>



1. Démarrer une analyse

2. Choix indicateur(s)

Nouveau x +

Indicateur v

Choisir un indicateur

Filterer par indicateur

- Observance de patients à la pratique de médecine générale attribuée
- Nombre moyen de contacts chez un généraliste par bénéficiaire
- Ventilé par âge, sexe et intervention majorée**
- Dossier Médical Global "Cube" => segmentation possible
- Contact médecin généraliste
- Observance de patients DMG à la pratique de médecine générale attribuée
- Observance de patients à la pratique de médecine générale attribuée
- Nombre moyen de contacts chez un généraliste par bénéficiaire

Soins bucco-dentaires v

Volume interventions complexes v

Imagerie médicale v

Covid-19 v

Choisir une dimension (optionnel)

Filterer par dimension

Sexe (total) v

Catégorie d'âge ^

- 0-4 ans
- 5-14 ans
- 15-24 ans
- 25-44 ans
- 45-64 ans
- 65-74 ans
- 75 ans et plus

BIM/ Non BIM (total) v

Afficher la visualisation

Choisir une région

Indicateur

Région

Période



Afficher

Modifier



Calculs

Mise en page

Médecins généralistes - 2023 - Communes 

Commune (jusqu'en 2024)	Contact médecin généraliste [Pourcentage] ¹	Patients maisons médicales [Nombre par 10.000] ²
Alost	86	474
Aalter	89	11
Aarschot	90	27
Aartselaar	85	477
Affligem	85	142
Aiseau-Presles	88	353
Alken	91	943

Powered by Swing7

http://www.aim-ima.be | 2023

MASQUER

Indicateurs

Contact médecin généraliste

Description

Pourcentage de bénéficiaires avec au moins un contact avec un médecin généraliste (consultation/visite)

Patients maisons médicales

Description


Nombre de bénéficiaires affiliés à une maison médicale (centre de santé de quartier)

Sources

<http://www.aim-ima.be>

Nom abrégé

<http://www.aim-ima.be>

 Afficher toutes les informationsDescription indicateur
+ accès metadata

Métadonnées

METADATA

Metadata: [Nouvelle recherche](#) |

Prévalence diabète *(Atlas)*

Ouvrir tous les onglets

PDF

Description Pourcentage de bénéficiaires de l'assurance maladie en Belgique qui, au cours de l'année de référence, ont suivi un traitement à l'insuline ou aux médicaments hypoglycémifiants (code ATC A10) et/ou fait l'objet d'un suivi via des systèmes de soins diabète ([trajet de démarrage](#), [trajet de soins](#) ou [convention diabète](#)).

Codification

Nombre par 1 000 bénéficiaires

Remarques

- Il existe plusieurs types de diabète, qui supposent tous un taux de glycémie perturbé.
 - Diabète mellitus type 2** : le type le plus fréquemment observé (dans environ 90 % des cas) chez les patients qui présentent une sensibilité réduite aux effets de l'insuline. Cette forme survient généralement à un âge avancé et est souvent liée au syndrome métabolique (combinaison de pression artérielle, dyslipidémie, obésité et résistance à l'insuline).
 - Le **diabète mellitus type 1** est moins fréquent (moins de 10 % des cas) et touche principalement les jeunes. Le pancréas, après un processus auto-immun, ne produit pas ou plus assez d'insuline.
 - Maturity onset diabetes of the young (MODY)** (proportion estimée à 1 à 2 %) : une déficience en insuline due à une anomalie génétique dans les cellules β -pancréatiques, qui se déclare généralement chez les personnes de moins de 25 ans. Un total de 11 types différents de MODY ont déjà été observés sur la base de 11 gènes correspondants modifiés.
 - On dénombre également plusieurs types rarissimes (1 cas sur 100 000). Affections mitochondriales (MITO), causées par des anomalies de l'ADN mitochondrial (transmis par la mère) et pouvant entraîner la surdité. Le diabète néonatal (NEO) est une forme héréditaire de diabète détectée avant l'âge de 6 mois. Elle peut disparaître à nouveau pendant la première année de vie, mais reste permanente dans la moitié des cas.
- Le nombre réel de patients souffrant du diabète est potentiellement plus élevé. Selon l'[Enquête de santé par examen belge](#), réalisée par Sciensano, un tiers des patients atteints de diabète ignorent qu'ils en souffrent, une partie ne suit pas non plus de traitement médicamenteux. L'augmentation des chiffres de ces dernières années peut être dû à l'amélioration du dépistage du diabète et à une médicalisation croissante.
- Les femmes souffrant de diabète de grossesse (environ 2 % des femmes enceintes) ne figurent pas dans ces statistiques. Leur

Code stat_002_001

Variable(s) source(s)

- SS00050-Quantité
- ATC_PHAR_L-Code ATC niveau 3
- DIABETES_PASPOORT-Suivi diabète
- ZORGTRAJECT1-Trajets de soins Diabète
- DIABETES_CONVENTIE-Convention diabète

Variable(s) équivalente(s)

- cube_002_001-Prévalence diabète
- stat_002_002-Prévalence consommateurs d'insuline
- stat_002_003-Prévalence consommateurs non insuline
- stat_002_006-Suivi minimal de patients diabétiques traités à l'insuline
- stat_002_007-Suivi minimal de patients diabétiques non traités à l'insuline
- stat_002_008-Patients traités à l'insuline comptant une convention, passeport diabète ou trajet de soins
- stat_002_009-Patients non traités à l'insuline comptant une convention, passeport diabète ou trajet de soins
- stat_002_012_At

3. Choisir une région

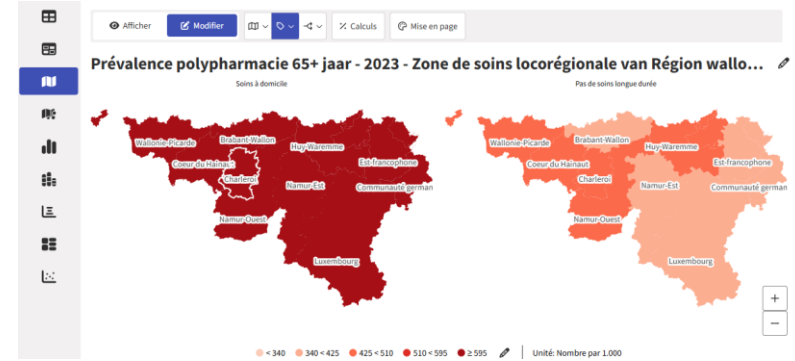
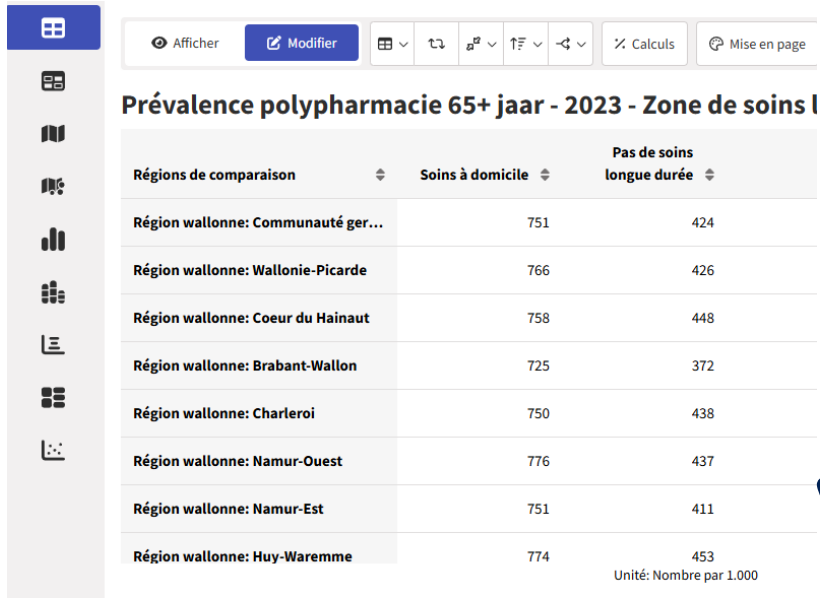
Segmentation selon niveau géographique et autre dimension disponible

Dans "Région" :
Sélectionner un niveau géographique et les zones géographiques

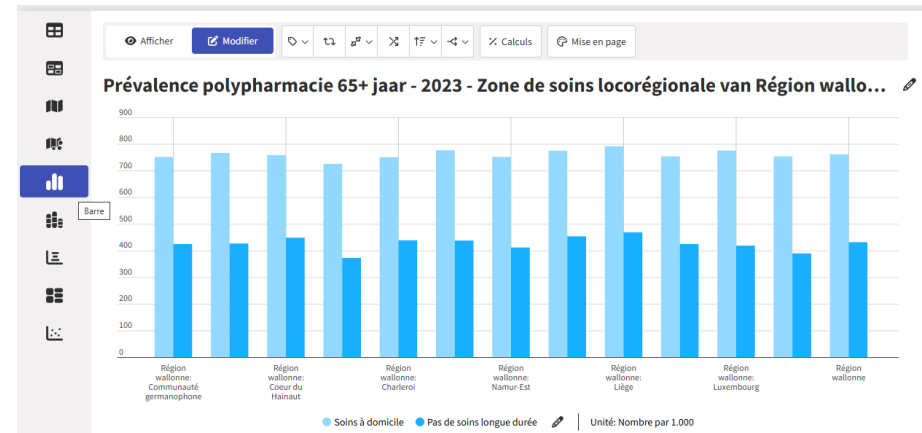
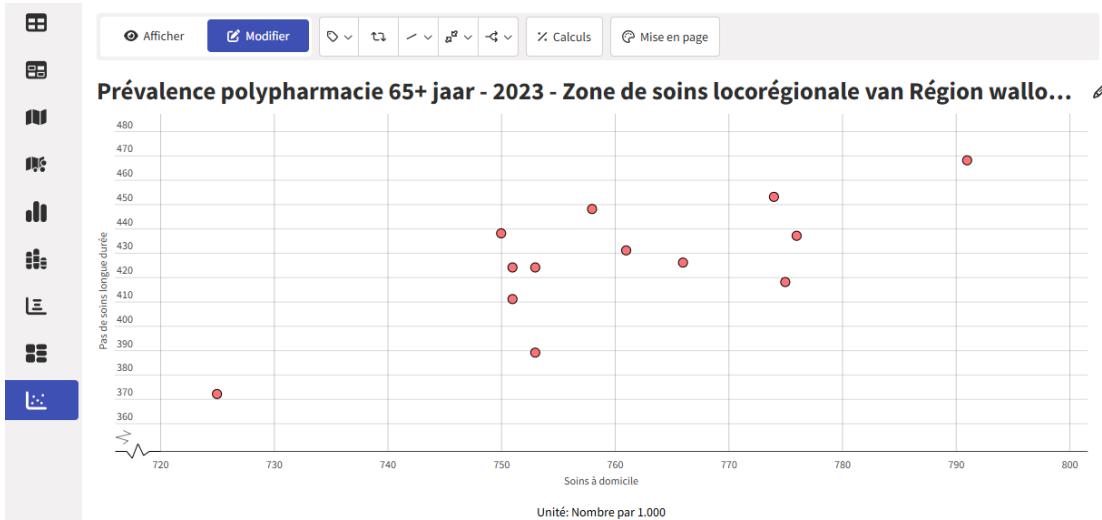
Possibilité de
"Créer ma région"

	Prévalence polypharmacie ¹
Soins longue durée	
Soins à domicile	761
Pas de soins longue durée	431

Unité: Nombre par 1.000



Visualisations



4. Sélection de périodes

1 ou plusieurs années spécifiques

Année la plus récente => mise à jour automatique

Toutes les années => évolution

5. Autres fonctionnalités (traitement)

Ajouter des totaux (ligne, colonne, ...)

Trier

Calculer (%...)

Modifier le titre

Cube bénéficiaires - 2024 - Zone de soins locorégionale van Région wallonne

Région	0-24 jaar	25-64 jaar	65+ jaar
Région wallonne: Communauté ger...	16 700	28 931	15 094
Région wallonne: Wallonie-Picarde	92 784	170 432	73 004
Région wallonne: Coeur du Hainaut	145 997	269 398	110 780
Région wallonne: Brabant-Wallon	112 291	199 974	87 154
Région wallonne: Charleroi	128 302	226 414	92 488
Région wallonne: Namur-Ouest	65 407	121 469	49 427
Région wallonne: Namur-Est	75 368	140 959	59 919
Région wallonne: Huy-Waremme	78 484	148 902	62 016

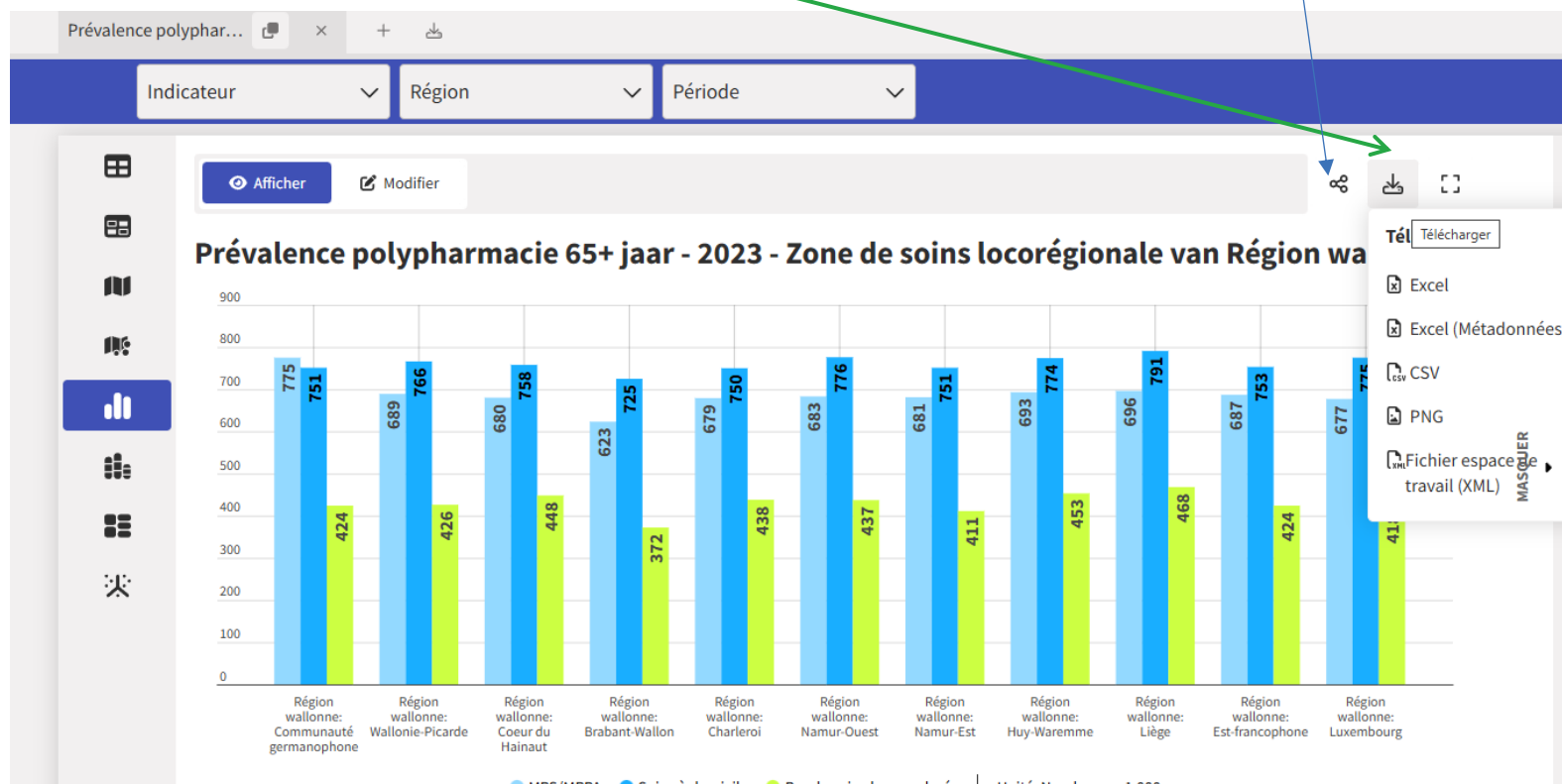
Unité: nombre

5. Autres fonctionnalités : => communiquer

Télécharger

=> traitement en excell,
intégration dans doc, etc..

Partager
(création d'un lien https)



Chiffres clés

Accueil > Consommation de médicaments > Polypharmacie

Polypharmacie



Polypharmacie en Belgique

En 2023, 14,0 % des personnes domiciliées en Belgique ont consommé au moins cinq médicaments différents sur une période prolongée ; 3,1 % en ont même consommé au moins 10. Une telle consommation de médicaments s'observe notamment chez les 65 ans et plus et parmi les .

La polypharmacie ou polymédication, qui désigne la consommation chronique simultanée de plusieurs médicaments, est complexe et présente parfois des risques, comme celui de voir ces médicaments interagir entre eux, ce qui peut faire accroître les chances d'atténuation de leur effet ou d'effets secondaires indésirables. Chez les personnes âgées, la polypharmacie a un impact non négligeable sur les admissions à l'hôpital au cours desquelles *waarbij medicatie een rol speelt*. On s'en sert donc fréquemment comme indicateur de qualité des soins pharmaceutiques.

Cela ne signifie pas pour autant que la polypharmacie n'a pas lieu d'être. Un patient peut souffrir de plusieurs affections médicales nécessitant autant de traitements. On observe tellement de cas de multimorbidité qu'elle est pratiquement impossible à éviter pour une grande partie des adultes.

En cas de polypharmacie excessive – lorsqu'un patient consomme 10 médicaments ou plus sur une période prolongée –, le risque d'interactions et d'effets secondaires est encore plus élevée ; elle est donc à éviter de manière générale.

Vous trouverez ci-dessous plusieurs chiffres clés relatifs à la polypharmacie issus de [l'Atlas AIM](#). Vous y trouverez davantage d'informations détaillées qui peuvent être ventilées selon l'âge, le sexe, le statut social et le domicile des patients ; vous pouvez également filtrer les patients qui ont eu recours aux soins à domicile ou qui ont séjourné en maison de repos.

Méthodologie

La polypharmacie connaît plusieurs définitions. En ce qui concerne les chiffres de l'Atlas AIM, nous utilisons celle du KCE : les personnes comptant une délivrance d'au moins ~~80 standard dagdosissen~~ () d'un minimum de cinq médicaments remboursables en une année. Il s'agit des délivrances des officines publiques comme hospitalières. On entend par polypharmacie excessive la délivrance d'au moins 10 médicaments remboursables.

80 DDD correspondent plus ou moins à une consommation journalière sur une période de trois mois. La polypharmacie sur la base de cette définition ne suppose donc pas nécessairement que ces médicaments sont consommés sur des périodes qui se chevauchent.

La distinction entre les médicaments se fait au niveau ATC 5, par substance chimique.



Chiffres clés et métadonnées

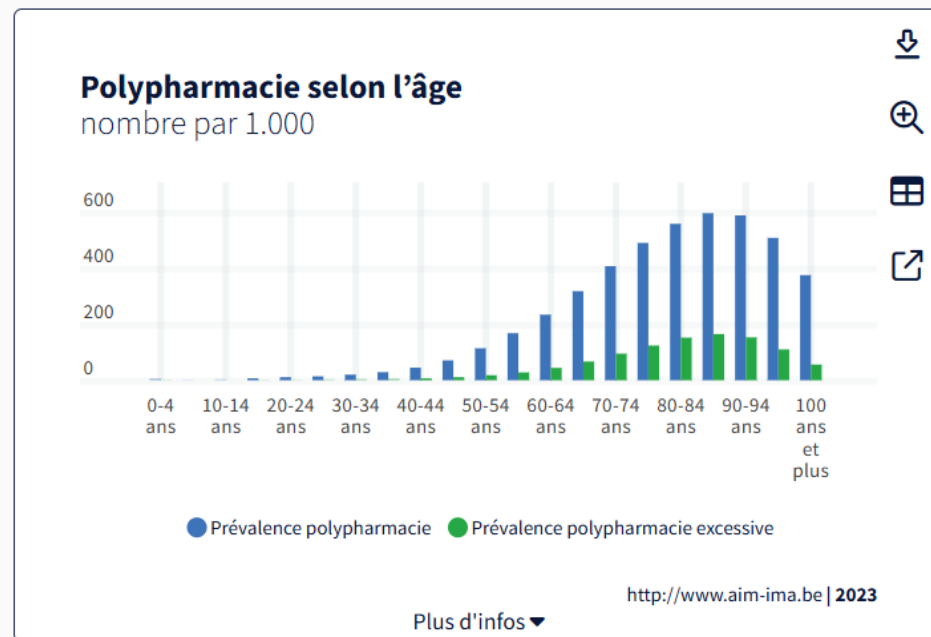
Chiffres clés

Rapports courts qui présentent un indicateur ou un set d'indicateur

Polypharmacie selon l'âge

La probabilité de voir une personne consommer de nombreux médicaments sur une période prolongée augmente avec l'âge. Elle est très peu élevée sous les 40 ans. Le pourcentage de polypharmacie avoisine les 60 % de la population chez les 85-89 ans, après quoi il baisse à nouveau. Constat similaire en ce qui concerne la polypharmacie excessive, avec un pic à environ 17 % dans la tranche d'âge des 85-89 ans.

Les chiffres ventilés selon l'âge révèlent une [augmentation moins nette](#) que dans l'ensemble de la population, notamment à partir de 2015.



Lien <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/fr-fr/atlas-aim/consommation-de-medicaments/polypharmacie>

Metadonnées <https://metadata.ima-aim.be/fr>

METADATA

Metadata: [Nouvelle recherche](#) |

Population

[Ouvrir tous les onglets](#)

PDF

Contenu	<p>La base de données Population contient des données démographiques, socio-économiques et de santé sur les membres des sept mutualités de Belgique. Les données sont disponibles dans des tables par année civile.</p> <p>Il existe également une variante EPS de la base de données.</p>
Couverture	<p>Assurés résidents Une table de données Population de l'année Y contient toutes les personnes qui, cette année-là, sont affiliées à l'une des sept mutualités de Belgique dans le cadre de leu...</p> <p>Plus</p>
Période de référence	<p>Les variables figurant dans la base de données se rapportent à la situation de la personne au 31 décembre de l'année concernée. Si la personne n'est plus affiliée à une mutualité belge à ce ...</p> <p>Plus</p>
Variables	<ul style="list-style-type: none">AGE00_YN-NaissanceAGE05_CAT-Catégories d'âges par tranche de 5 ans <p>Plus Rechercher toutes les variables de cette base de données</p>
Disponibilité	<p>La première version (vs1) de la table de l'année Y est mise à disposition en août de l'année Y+1, . Si vous souhaitez utiliser cette version, vous devez tenir compte du fait que certaines va...</p> <p>Plus</p>
Production	<p>Deux fois par an, le 30 juin et le 31 décembre, chaque mutualité dresse une liste de ses affiliés. Une série de variables démographiques, socio-économiques et de soins relatives à ces membre...</p> <p>Plus</p>

Niveau
d'enregistrement

Mots clés

Individu

[Caractéristiques socio-démographiques](#)

[Pathologies et handicaps](#)

[Avantages et statuts](#)

Outils évolutifs

⇒ Indicateurs à développer pour répondre aux besoins

⇒ Développement de "rapports" ad-hoc répondant aux besoins – enjeux

L'IMA a la volonté d'être à l'écoute des besoins des utilisateurs

Documents - Contact



IMA Atlas:

<https://atlas.ima-aim.be/mosaic/fr-fr/atlas-aim>

<https://beta-ima.incijfers.be/viewer>

Questions ?

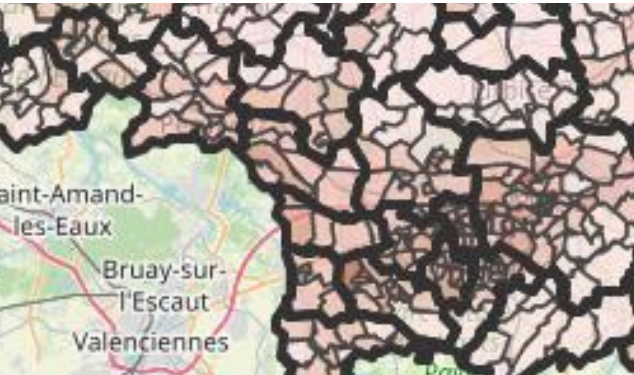
<https://ima-aim.be/Contact-143?lang=fr>



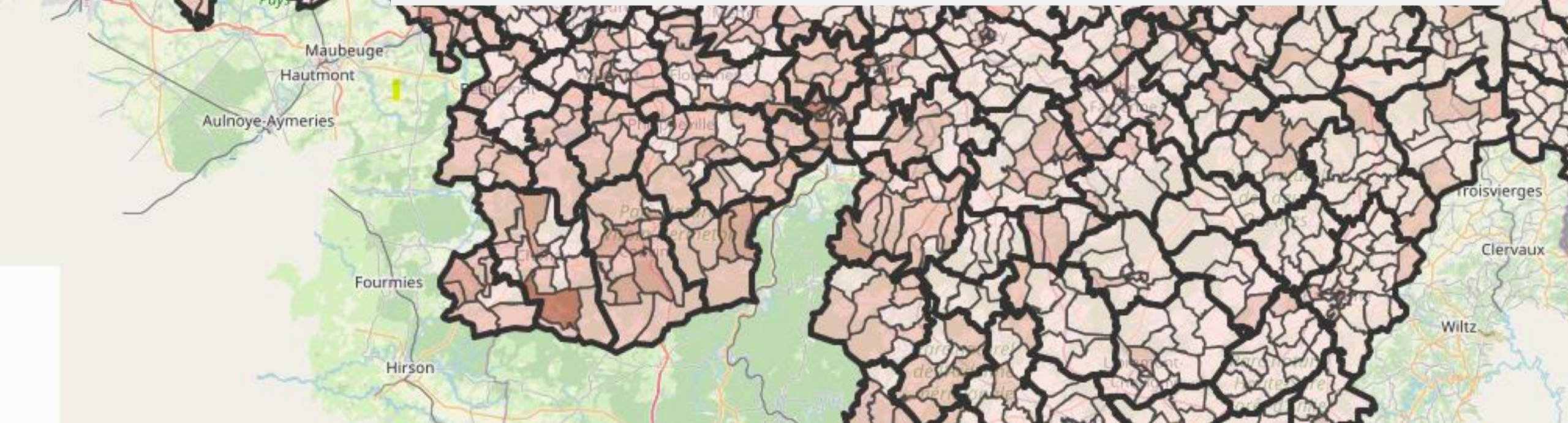
Module PHM J2T2

10-02-2026

IWEPS



WalStat : présentation générale



- **À l'origine** : une demande de « centralisation des statistiques wallonnes »
- **Une opportunité** : la collaboration avec la DGO5 Pouvoirs locaux dans le cadre de la mise en place des Plans Stratégiques Transversaux (PST)
 - ➔ 1^{ère} version avec une 50^{ème} d'indicateurs communaux utilisés par l'IWEPS - données et carte statique (Décembre 2013)
 - ➔ 2^{ème} version sur un site Open Source dédié géré par l'IWEPS avec carte dynamiques, nouveaux indicateurs et premiers graphiques, historicisation, indicateurs SPW et OIP wallons (Juin 2014)
- **Développement continu**
 - Nouveaux indicateurs
 - Nouveaux partenaires fournisseurs
 - Nouveaux niveaux d'agrégations (arrondissement, province, bassin EFE, zone de police, zone de secours, quartiers statistiques, bientôt OLS)
 - Nouveaux « output » : fiche synthétique de l'entité, fiche ODD
 - Fichier de données lisible par machine (Open Data)

Portail de statistiques locales sur la Wallonie

- **Porte d'entrée** privilégiée pour toute personne qui recherche des statistiques locales sur la Wallonie
 - **Porte ouverte** (*Open access* et *Open source*) **à tous** (ne nécessite pas de connaissances spécifiques)
 - **Porte d'accès** (vitrine) vers d'autres portails spécifiques (via liens utiles)

 - **Indicateurs** (% , effectif, solde, ratio) disponibles à un niveau **infrarégional**
 - Presque toujours au niveau communal
 - souvent à des niveaux plus agrégés (arrondissement administratif, province, bassin EFE, zone de police, zone de secours, OLS.)
 - certains indicateurs sont également disponibles à un niveau infra-communal (quartiers statistiques)
 - Données **centralisées** (issues des administrations et OIP de la région, FWB ou du fédéral) disponibles, en principe, pour l'**ensemble** du **territoire wallon** (incluant la Communauté germanophone).
- Outil de **monitoring** (dans le temps et dans l'espace)
- Priorité aux indicateurs récurrents qu'on peut suivre dans le **temps** (indicateurs annuels)
 - Utilisations multiples : par les pouvoirs locaux, administrations, cabinets ministériels, associations, chercheurs, étudiants, citoyens,...

Qu'est-ce qu'on y trouve ?

18 thématiques, >1.000 indicateurs disponibles (dont >100 par « quartiers statistiques »)



Population et migration 



Activité économique



Logement 



Enseignement



Agriculture et ruralité



Non-marchand et économie sociale



Territoire 



Marché du travail 



Environnement



Petite enfance 



Culture



Pouvoirs locaux



Niveaux et conditions de vie 



Santé



Mobilité 



Énergie



Tourisme



Citoyenneté

 Indicateurs par quartiers statistiques disponibles pour cette thématique

- Des **séries** temporelles allant jusqu'à 30 ans (données population)
- Des **graphiques d'évolution** pour les comparaisons temporelles
- Des **graphiques de distribution** pour situer une entité parmi les autres de même niveau
- Une **carte dynamique** zoomable
- Des **fichiers** « indicateurs », « entité » et « thématique »
- Des fiches « **métadonnées** » pour aller plus loin (construction de l'indicateur, sources, limites...)
- Des **fiches synthétiques** avec les indicateurs clés
- Des fiches synthétiques avec les **Objectifs de développement durable** (ODD)
- Des **vidéos** de démo, une **FAQ**, des **liens utiles** vers d'autres portails plus spécialistes

<https://walstat.iweps.be/>

Merci pour votre attention

info@iweps.be

walstat@iweps.be



L'Institut wallon de l'évaluation,
de la prospective et de la statistique



L'accès aux droits fondamentaux en Wallonie : un diagnostic local et régional inédit

Conférence annuelle de l'IWEPs

11 décembre 2025 - La Bourse, Namur



C'EST QUOI L'ISADF ?

Christine RUYTERS

L'Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) 2025

- **Un cadre harmonisé d'indicateurs sur l'accès effectif des populations aux droits fondamentaux**
- **Un outil opérationnel territorialisé** décliné à l'échelle des 252 communes francophones de Wallonie
- **Développé par l'IWEPS depuis 2008**, à la demande du Gouvernement wallon, dans le cadre de la politique de cohésion sociale - **actualisé tous les 5 à 6 ans**
- **Usages multiples** : diagnostics territoriaux intersectoriels, aide à la décision, programmation et orientation des actions, attribution de subsides régionaux, outil d'analyse

13 droits fondamentaux sélectionnés

- 1 Droit à un **revenu** conforme à la dignité humaine
- 2 Droit à une **alimentation** suffisante, adéquate et de qualité
- 3 Droit au meilleur **état de santé** physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale
- 4 Droit à la **sécurité sociale** (dont l'assurance santé), à la protection sociale, à **l'aide sociale**, aux prestations familiales
- 5 Droit à l'**éducation**, à l'enseignement et à la formation continue
- 6 Droit à l'**information**, à l'usage du numérique, des technologies de l'information et de la communication
- 7 Droit à un **logement** décent et adapté, à l'énergie et à l'eau
- 8 Droit à un **environnement** et à un cadre de vie sain et adapté
- 9 Droit à la **mobilité**
- 10 Droit au **travail**, à des conditions de travail justes et favorables, à la formation professionnelle; droits syndicaux
- 11 Droit au respect de la **vie privée et familiale** ainsi qu'à la conciliation vie familiale et vie professionnelle
- 12 Droit à la **participation** citoyenne et démocratique
- 13 Droit à l'**épanouissement** social et culturel

Couverture des droits fondamentaux - 2 exemples

Droit à une alimentation suffisante, adéquate et de qualité

- Quantité suffisante d'aliments pour satisfaire les besoins
- Qualité nutritionnelle suffisante
- Acceptabilité de l'alimentation (notamment d'un point de vue culturel)
- Accessibilité physique de la nourriture
- Accessibilité économique de la nourriture
- Insécurité alimentaire
- Satisfaction par rapport à l'alimentation

Droit au meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint, à l'aide médicale

- État de santé : santé générale
- État de santé : limitations fonctionnelles
- État de santé : santé mentale
- Offre de soins : accessibilité géographique
- Offre de soins : obstacles : disponibilité - délais - qualité - coût
- Renoncement aux soins de santé
- Équité dans l'accès aux soins de santé
- Accès à la prévention en santé

L'ISADF avant 2025

- **9 droits fondamentaux couverts** sur les 13 droits identifiés
- **28 indicateurs sélectionnés**
- **Deux sources de données mobilisées :**
 - les données administratives disponibles à l'échelle des communes
 - des constructions basées sur des travaux géomatiques

2025: une enquête citoyenne pour enrichir substantiellement l'ISADF

Constat : l'ISADF 2018 devait être enrichi (9 droits fondamentaux, 28 indicateurs administratifs ou construits)

- Droits non abordés (Numérique, Participation citoyenne, Vie privée, Épanouissement social et culturel)
- Droits abordés de façon trop partielle (Alimentation, Santé (mentale), Logement...)
- Limitations liées aux ressources administratives afin de nourrir ces manques



Recours à une enquête citoyenne de grande ampleur

Feu vert pour l'ouverture des marchés publics : décembre 2023

Construction du questionnaire d'enquête : janvier à juillet 2024

Impression des questionnaires papier : août 2024


Phase de collecte : septembre 2024 à janvier 2025

Analyses des données (nettoyage, pondération, calculs) : février à mai 2025

Rapport de recherche ISADF 2025 (n°62) et site web : fin mai 2025

Rapport méthodologique ISADF 2025 (n°64) : fin novembre 2025

Une enquête citoyenne pour enrichir substantiellement l'ISADF



ENQUÊTE ISADF 2024

AUPRÈS DES CITOYENNES POUR ENRICHIR L'INDICATEUR SYNTHÉTIQUE D'ACCÈS AUX DROITS FONDAMENTAUX

ID:

L'WPEPS est un institut scientifique public qui agit pour l'intérêt collectif. Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire qui porte sur votre qualité de vie et sur l'accès à vos droits fondamentaux.

Cela vous prendra entre 30 et 60 minutes. Vous pouvez bien sûr faire des pauses. Dans la mesure du possible, il est demandé de répondre à toutes les questions mais ce n'est pas obligatoire (par exemple si certaines questions vous semblent sensibles, vous êtes libre de ne pas répondre).
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : seules vos réponses sont importantes !
Toutes les informations collectées sont anonymes.

Merci de cocher les cases sans dépasser sur d'autres cases. MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION !

Quelle est votre situation principale ?

<input type="checkbox"/> Je suis seul-e	<input type="checkbox"/> Je suis seul-e avec enfant(s)
<input type="checkbox"/> Je suis en couple sans enfant	<input type="checkbox"/> Je suis en couple avec enfant(s)
<input type="checkbox"/> Je suis avec des parents	<input type="checkbox"/> Je suis avec des amis ou connaissances (colocation, kot)
<input type="checkbox"/> Autre	

ENVIRONNEMENT

1 - Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été gêné-e par les odeurs suivantes près de chez vous ?

	Tous les jours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Odeurs de gaz d'échappements liées à la circulation routière, à la proximité d'un parking...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeurs liées à la présence d'une station-service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeurs de fumée de bois (chauffage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeurs liées aux fumiers, épandages d'exploitations agricoles, pulvérisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeurs liées à l'eau (station d'épuration, aqueduc, eaux stagnantes, égouts...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odeurs liées à la présence d'une décharge privée, publique ou d'origine industrielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été gêné-e par les problèmes suivants près de chez vous ?

	Tous les jours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Présence de débris et de déchets (poubelles, canettes, papiers, seringues, mégots...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vandalisme (dégradation des murs, des abris de bus...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déjections de chiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuisances animales (rats, oiseaux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuisances liées à une exploitation agricole ou tout type d'élevage (en excluant les odeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inondations périodiques (cours d'eau, nuisellements...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollution de l'eau ou des sols (pollution liée à une entreprise ou pas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 - Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été gêné-e par les bruits suivants près de chez vous ?

	Tous les jours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Bruits liés au trafic (voitures, camions, motos ou mobylettes, trains, bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits de voisinage (cris, disputes, chiens qui aboient, musique, tondeuse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres sources importantes de bruit (établissements de restauration, terrains de sport, entreprises, gîtes ou locations de vacances...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique - <https://www.iweps.be>

1/12



Namur, le 13 septembre 2024

[TX_FST_NAMES_1] [TX_LST_NAMES]
 [SUBSTRNM_f] [TX_HO_NR_RES] [BX]
 [CD_ZIP_RES] [TX_DESCR_FR_NEW]

Saisissez l'occasion de vous exprimer sur votre qualité de vie !

[TX_FST_NAMES_1] [TX_LST_NAMES],

Nous vous contactons pour participer à l'enquête citoyenne sur la qualité de vie et l'accès aux droits fondamentaux réalisée par l'Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS). L'WPEPS est un institut scientifique public en charge de la collecte et de l'exploitation de données indispensables à la conduite des politiques régionales et locales.

C'est en tant que citoyen-ne résidant en Wallonie, inscrit-e au Registre national, que vous avez été sélectionné-e de manière aléatoire. Votre participation se fait sur base volontaire. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seule votre participation est importante ! Vos réponses serviront à comprendre les besoins de la population et aideront à la prise de décision au niveau communal.

L'enquête est anonyme. Cela signifie que personne, à part vous, ne saura ce que vous aurez répondu. En tant qu'Autorité statistique de la Wallonie, nous pouvons vous le garantir selon les termes de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Les données recueillies au cours de cette enquête ont uniquement un objectif statistique et ne pourront pas être utilisées à d'autres fins (pour plus d'informations : <https://www.iweps.be/enquete-isadf-2024/>).

Nous vous demandons de bien vouloir répondre à cette enquête avant le **1^{er} novembre 2024**. Vous avez pour cela le choix entre un questionnaire en ligne ou un questionnaire papier, joint à ce courrier et à renvoyer dans l'enveloppe timbrée qui l'accompagne. Vous trouverez les différentes informations pratiques pour répondre à cette enquête au verso de cette invitation.

Les premiers résultats de l'enquête sont attendus au printemps 2025 et seront disponibles sur le site internet de l'WPEPS.

En espérant pouvoir compter sur votre précieuse collaboration et en vous remerciant par avance pour votre implication citoyenne, nous vous prions d'agréer, [TX_FST_NAMES_1] [TX_LST_NAMES], l'assurance de nos sentiments distingués.



 Sébastien BRUNET
 Administrateur général - Statisticien en chef

Route de Louvain-la-Neuve, 2 - B-5001 NAMUR (Belgrade)
<https://www.iweps.be> • 081 468 433

ns de privilégier le questionnaire en ligne.

<https://www.iweps.be/enquete-isadf-2024/> directement dans la barre de recherche de google)

code d'invitation (uniquement formé de CHIFFRES et de lettres)



code d'invitation (uniquement formé de CHIFFRES et de lettres)


naire et de le reprendre plus tard là où vous l'aurez posé. Ces réponses seront automatiquement sauvegardées en cliquant sur le bouton "Envoyer". Si vous souhaitez reprendre une enquête suspendue, il vous suffira de revenir sur la page d'accueil de l'enquête. Les modalités d'usage sont décrites dans le cadre ci-dessus.

cases sans dépasser sur d'autres cases.

La version papier, si elle est demandée, dans la mesure du possible, sera envoyée par courrier. La durée estimée pour répondre à l'enquête est de 30 à 60 minutes.

consultez une FAQ dédiée à cette enquête. Vous pouvez également contacter par email isadf@iweps.be ou nous téléphoner au 081 468 433. Nous vous remercions de votre participation. Nous vous prions de nous contacter par email ou par téléphone.

questionnaire traduit en FALC si vous en avez besoin, en cliquant sur le lien ci-dessous.



HOTLINE

Choix méthodologiques autour de l'enquête

Échantillonnage : L'enquête a touché **102 000 citoyens et citoyennes, âgés de 18 à 90 ans, des 252 communes francophones de Wallonie**

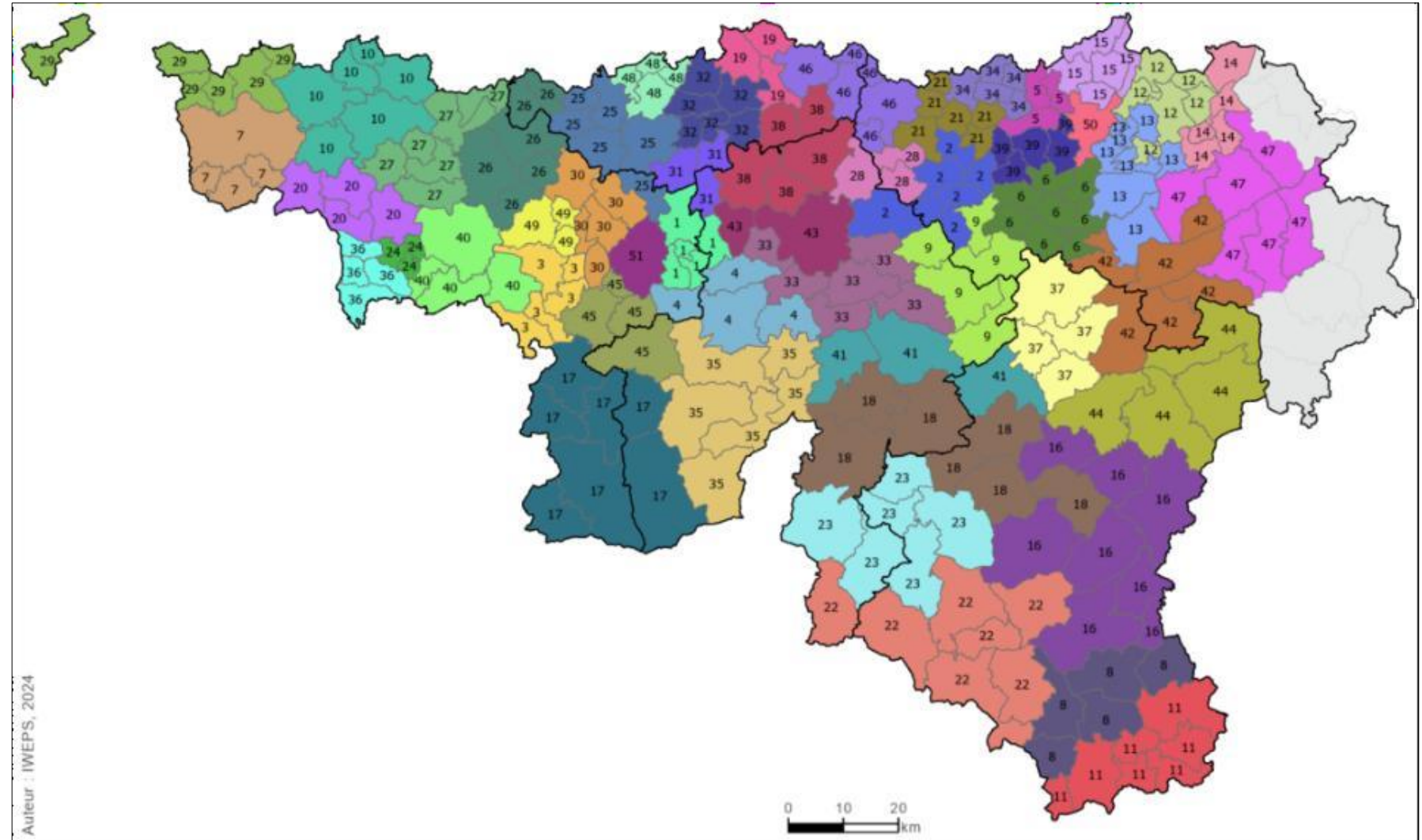
- Soit **2.000 individus tirés au sort dans le Registre national dans chacun des 51 *clusters* de communes** construits dans le cadre de l'enquête → algorithme de *clustering* hiérarchique, selon les profils ISADF 2018 et une contrainte de contiguïté territoriale (exceptions : **Charleroi** et **Liège** forment leur propre *cluster*)
- 2000 est un nombre suffisant pour espérer partout une **bonne représentativité statistique** (fonction des populations visées, d'une marge d'erreur de 5% et d'un taux de réponse *a priori* « raisonnable »)



Conséquence : les résultats de l'enquête, SEULS, seront représentatifs des 51 *clusters*, et non des 252 communes d'intérêt

Choix méthodologiques autour de l'enquête

Clusters de communes



La collecte des données en chiffres

Taux de réponse net : 23,61%

Ce qui représente, après nettoyage, **24 087 questionnaires exploitables**

(13 142 sous format papier, 10 945 via l'interface web)

- **Cluster ayant le mieux répondu : C38 (Éghezée, Gembloux, La Bruyère, Perwez, Ramillies) avec 28,35%**
- **Cluster ayant le moins bien répondu : C24 (Boussu, Colfontaine, Quaregnon) avec 16,95%**

Normalisation et agrégation des différentes sources de données

Après calculs, tests, priorisation et sélection des indicateurs finaux, **l'ISADF 2025, c'est finalement 148 indicateurs qui mesurent l'accès effectif à 13 droits fondamentaux.**

C'est la réunion de :

- 103 indicateurs inédits directement issus des réponses au questionnaire d'enquête (significativité = clusters, ce qui signifie que toutes les communes appartenant à un même *cluster* se voient attribuer une même valeur pour ces indicateurs)
- 32 indicateurs issus de sources administratives diverses (significativité = communes)
- 13 indicateurs calculés par l'IWEPS avec des outils géomatiques (significativité = communes)

Une phase de **normalisation** est nécessaire pour donner une échelle commune à tous les indicateurs (car il y a des pourcentages, des scores, des effectifs), puis pour agréger les indicateurs selon une **structure pyramidale**.

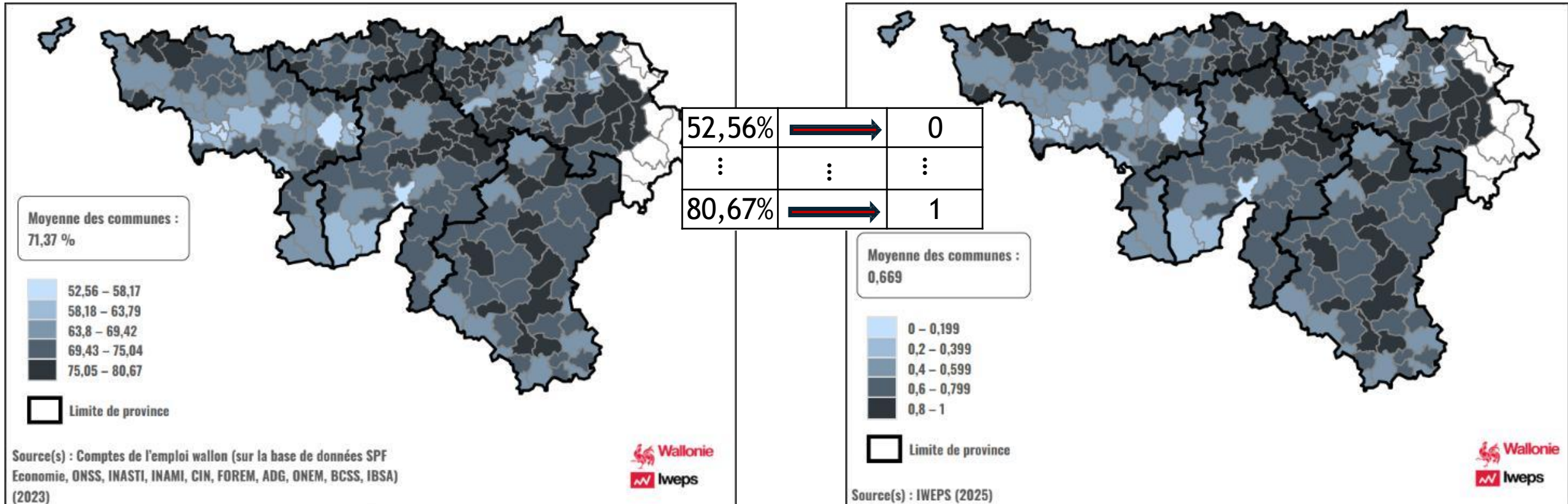
Normalisation et agrégation des différentes sources de données

Normalisation Min-Max

$$\text{Indicateur simple}_{ix} = \frac{\text{valeur observée}_{ix} - \text{valeur minimum}_i}{\text{valeur maximum}_i - \text{valeur minimum}_i}$$

Pour les indicateurs qui « vont dans le sens d'un accès effectif au droit »

Exemple : le taux d'emploi des 20-64 ans

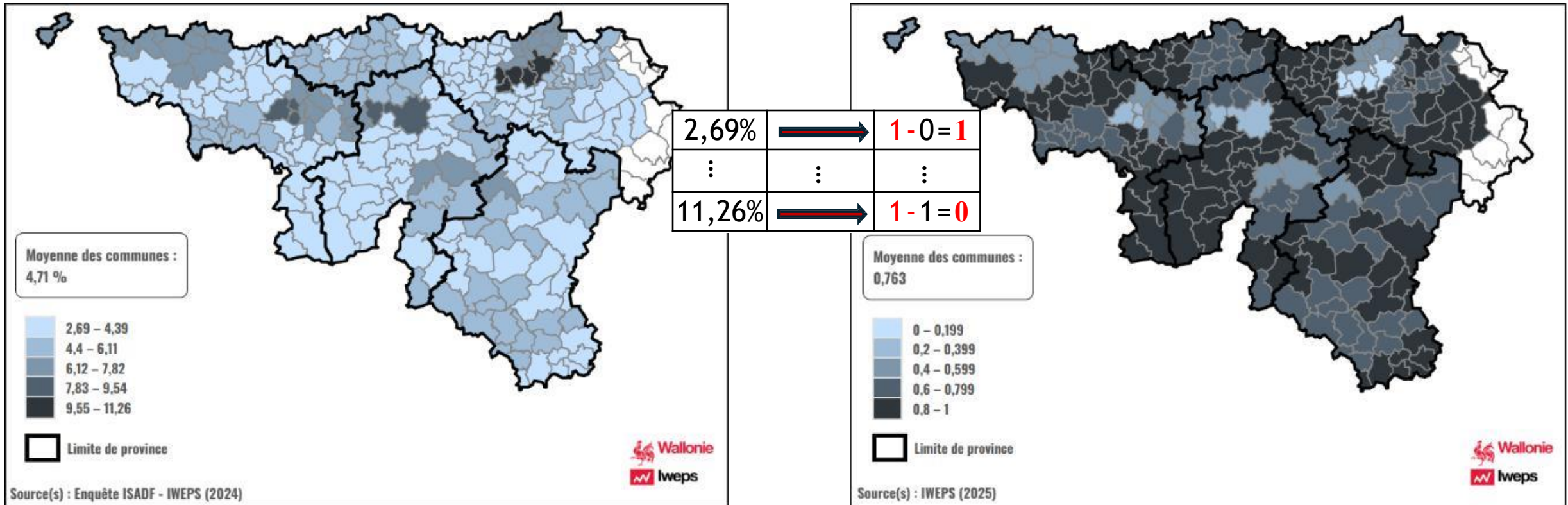


Normalisation et agrégation des différentes sources de données

Complément : 1 - (Normalisation Min-Max)

Pour les indicateurs qui « NE vont PAS dans le sens d'un accès effectif au droit ».

Exemple : le % des personnes interrogées qui déclarent avoir des difficultés à payer leur loyer



Normalisation et agrégation des différentes sources de données

Base de la pyramide : les 148 indicateurs (soit bruts, soit normalisés entre 0 et 1)

Niveau intermédiaire : 13 indices de droit (Logement, Santé, Travail, Mobilité, Alimentation...)

Obtenus par moyenne non-pondérée des indicateurs normalisés qui composent le droit



REMARQUE : la moyenne permet de ramener les chiffres au niveau strictement communal

- Normalisation Min-Max pour proposer ces 13 indices entre 0 (compris) et 1 (compris)

Sommet de la pyramide : l'ISADF global

Obtenu par moyenne non-pondérée des 13 indices de droit

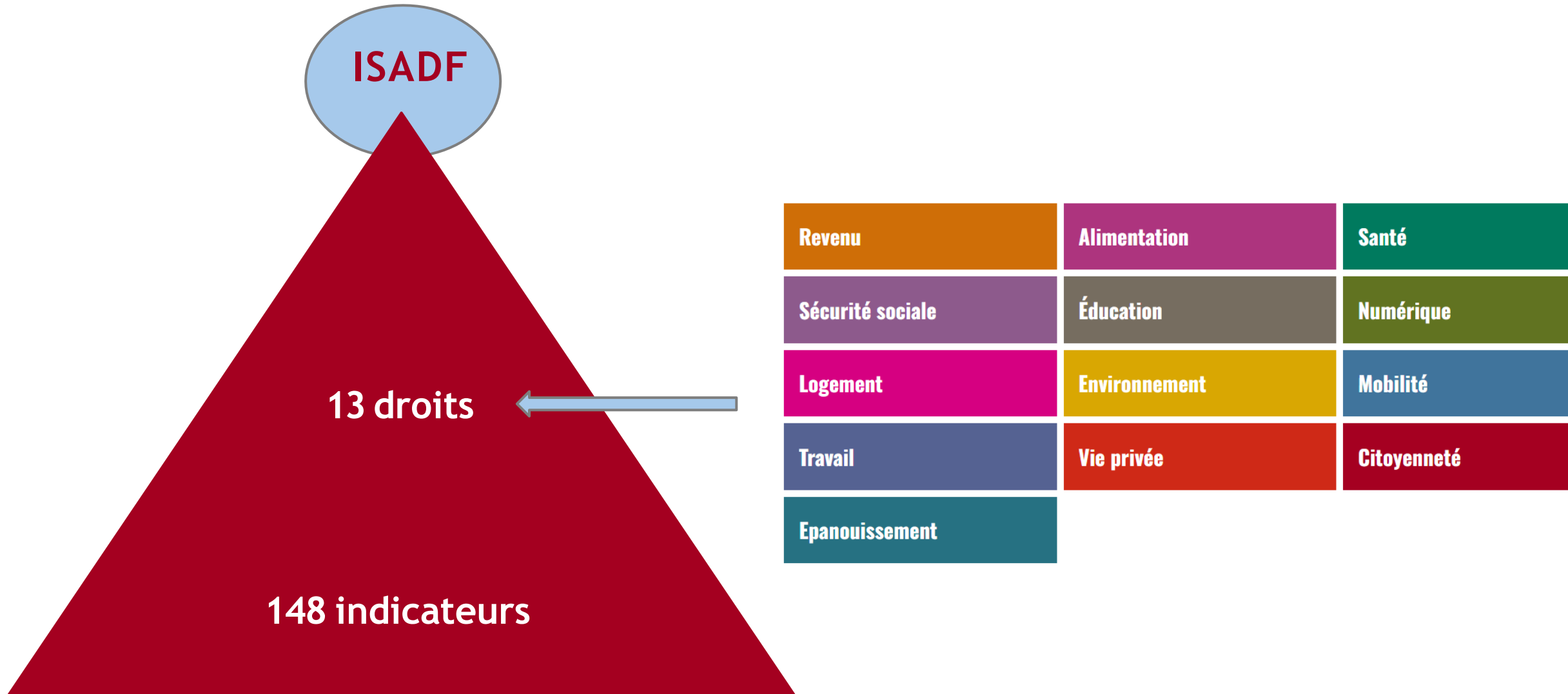
- Normalisation Min-Max pour proposer un ISADF global entre 0 (compris) et 1 (compris)

Point d'interprétation des résultats dès lors qu'un élément est normalisé

« 0 » n'est jamais synonyme de « néant », de « catastrophe absolue » ou « d'accès pour personne au droit » ; il reflète simplement la situation la moins favorable.

« 1 » n'est jamais synonyme de « paradis », de « perfection » ou « d'accès pour tout le monde au droit » ; il reflète simplement la situation la plus favorable.

L'Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) 2025



L'Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) 2025

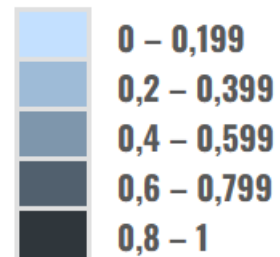
ISADF

13 droits

des valeurs faibles =
difficultés dans l'accès
aux droits
fondamentaux,

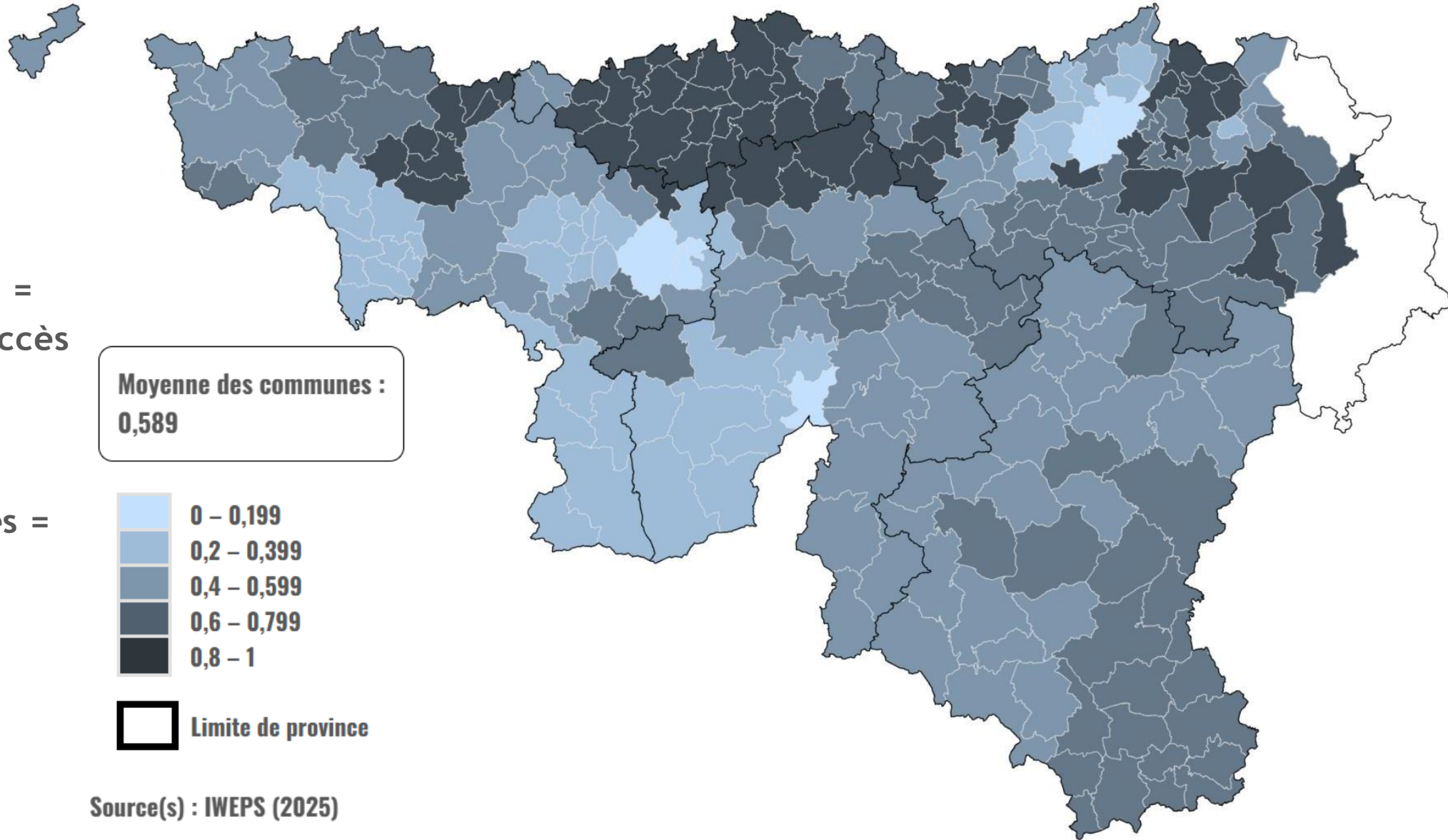
des valeurs élevées =
manifestation d'un
accès effectif plus
favorable.

Moyenne des communes :
0,589



 Limite de province

Source(s) : IWEPS (2025)



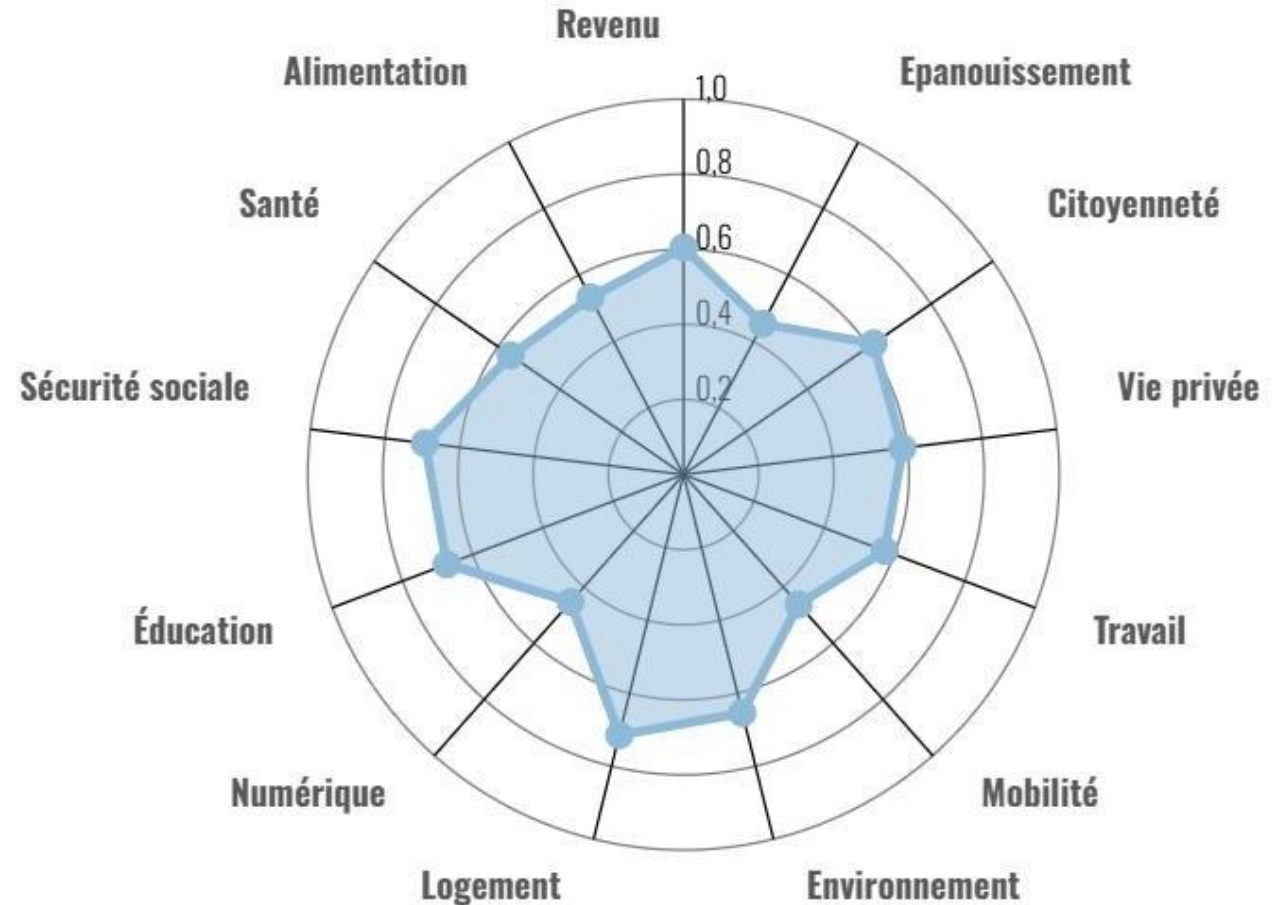
ISADF 2025 : des résultats sous forme de graphiques « radars »

ISADF

13 droits

des valeurs faibles =
difficultés dans
l'accès aux droits
fondamentaux,

des valeurs élevées =
manifestation d'un
accès effectif plus
favorable.



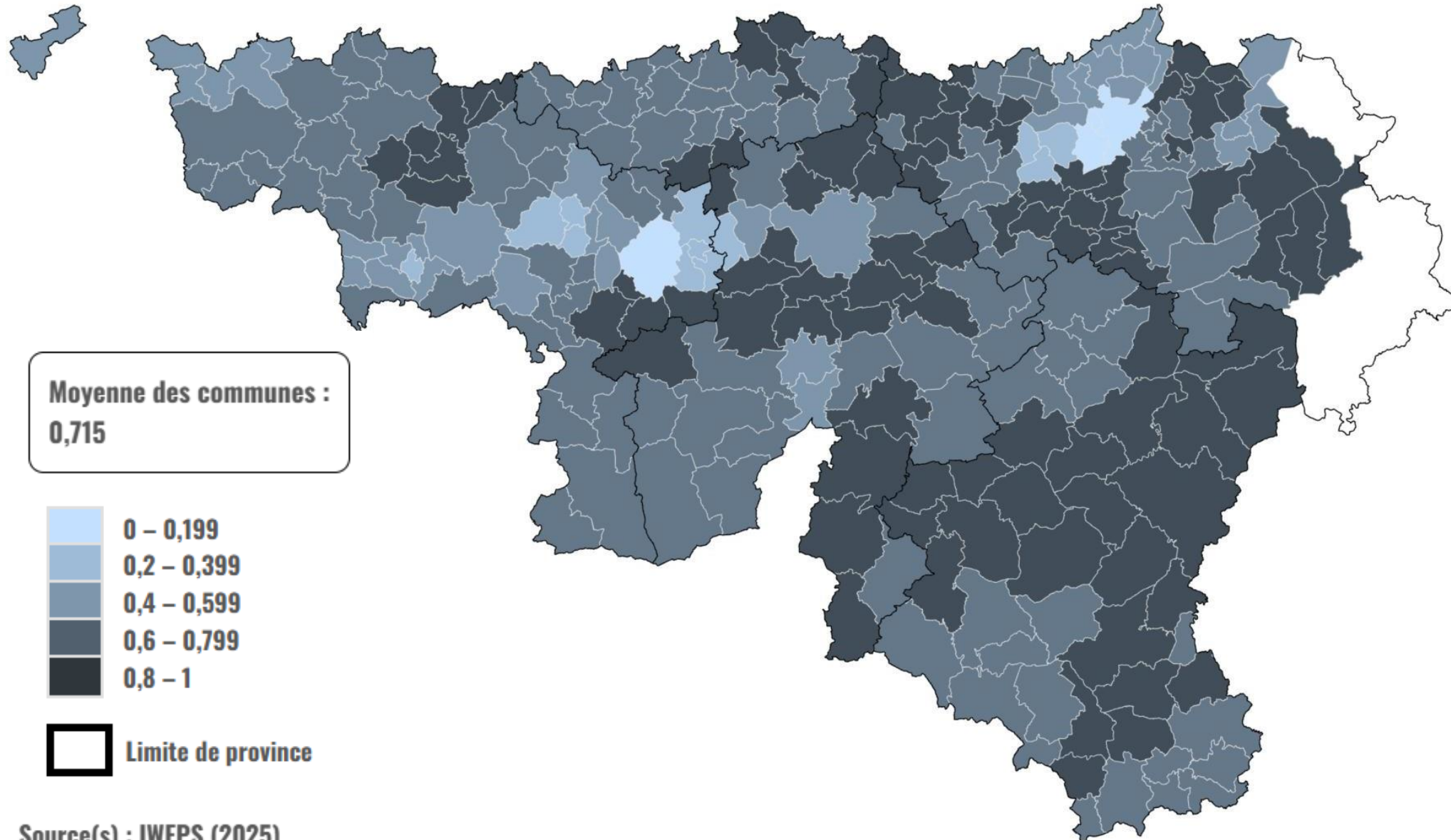
Moyenne des communes **Wallonie**

ISADF 2025 : des résultats sous forme de cartes par droit

Droit à un logement décent et adapté, à l'énergie et à l'eau

des valeurs faibles = difficultés dans l'accès aux droits fondamentaux,

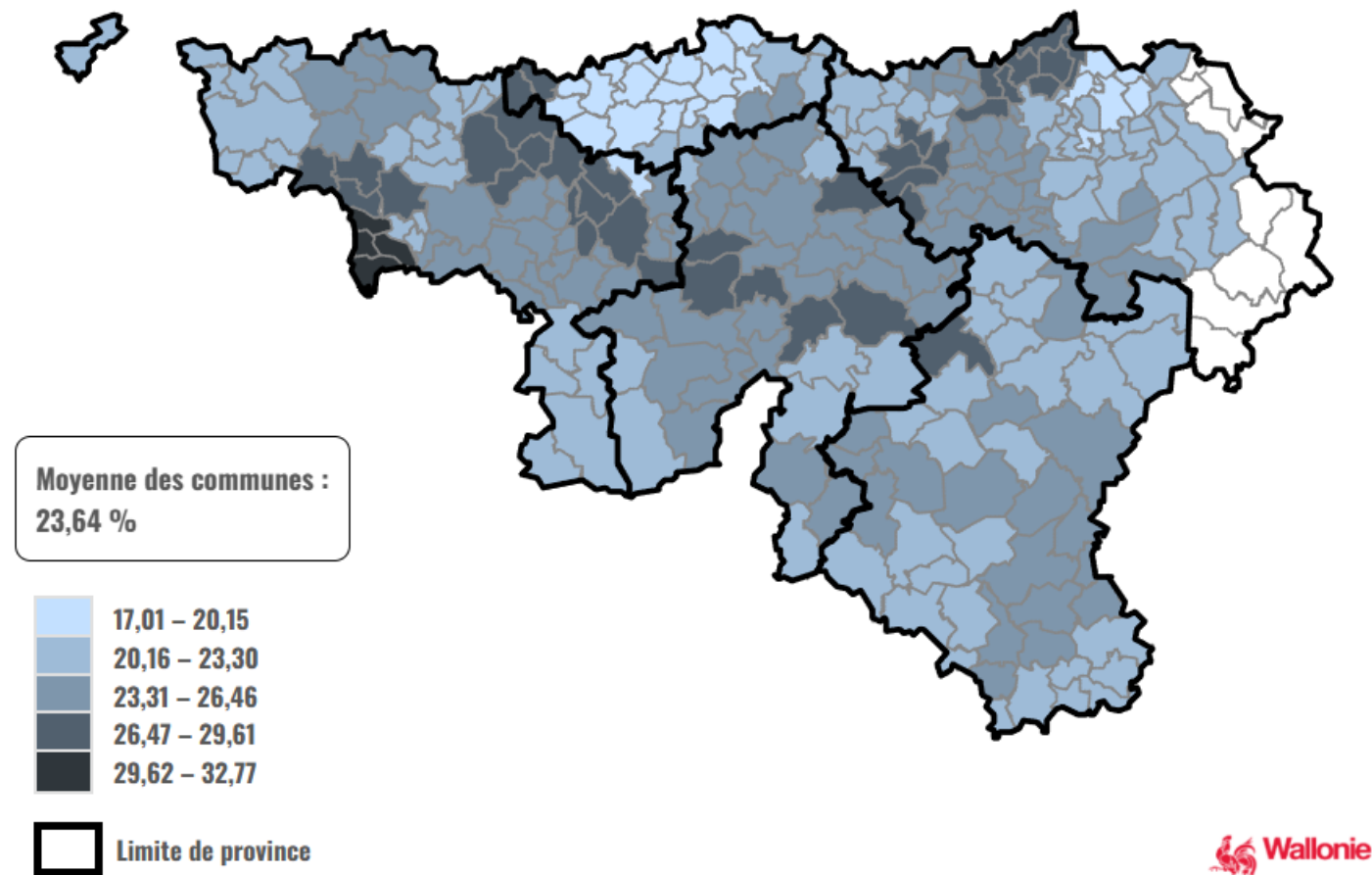
des valeurs élevées = manifestation d'un accès effectif plus favorable.



Source(s) : IWEPS (2025)

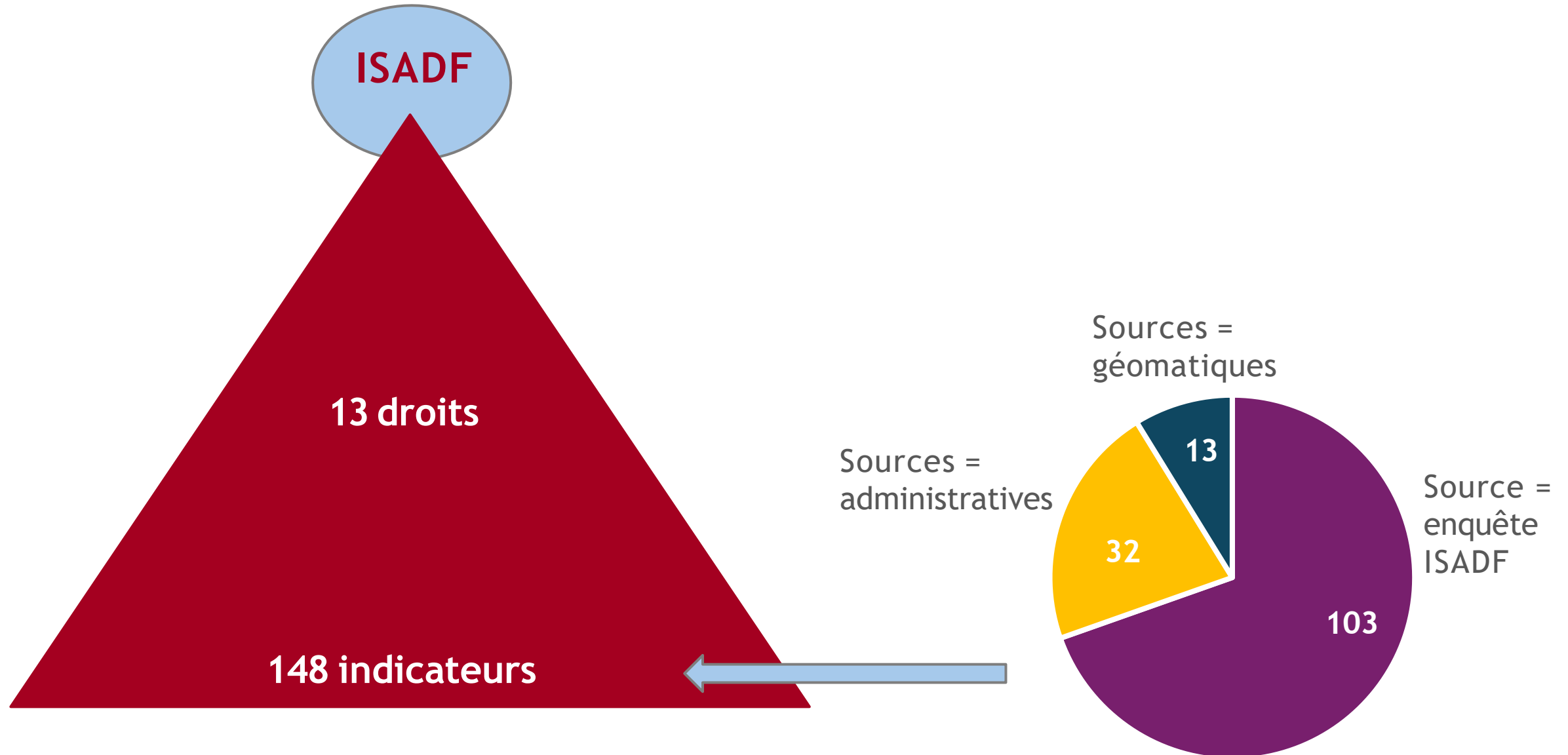
ISADF 2025 : des résultats sous forme de cartes par indicateur

% DES PERSONNES INTERROGÉES QUI DÉCLARENT UN RISQUE DE TROUBLES ANXIEUX



Source(s) : Enquête ISADF - IWEPS (2024)

L'Indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) 2025





DÉMONSTRATION DU SITE WEB :

<https://isadf.iweps.be/>



Module PHM – J2T3

10-02-2026

Anne-Sophie Lambert

SOMMAIRE

- **PHM outil d'aide à la décision**
 - Posture
 - Le modèle PHM de l'OMS
 - Adaptation de ce modèle à la vision wallonne
 - Description des étapes et outils à mobiliser

Le PHM – outil d'aide à la décision

Le modèle proposé s'appuie :

- Cadre théorique de l'organisation territoriale du système de santé
- Cadre théorique de l'OMS (adopté par le fédéral)
- Les travaux entrepris par le GT PHM AVIQ, dont le set d'indicateurs de base et la vision
- Le set d'indicateurs proposé par le KCE dans le rapport sur la performance du système de santé

La posture coconstruite avec les membres du GT PHM

Il n'existe **pas de modèle parfait**

De **grandes quantités de données** sont nécessaires pour pouvoir mettre en œuvre des modèles prédictifs

L'enjeu est de pouvoir **mettre les territoires en récit...**

Les indicateurs sont un **moyen** pour **partager les connaissances** qu'ont les différents acteurs de terrain de leur réalité dans le but de construire une **compréhension commune**.

La compréhension commune se construit à partir de **données chiffrées de routine** (top-down) et des **données expérientielles** qui remontent du terrain (par exemple à travers les espaces de concertation)

La posture coconstruite avec les membres du GT PHM

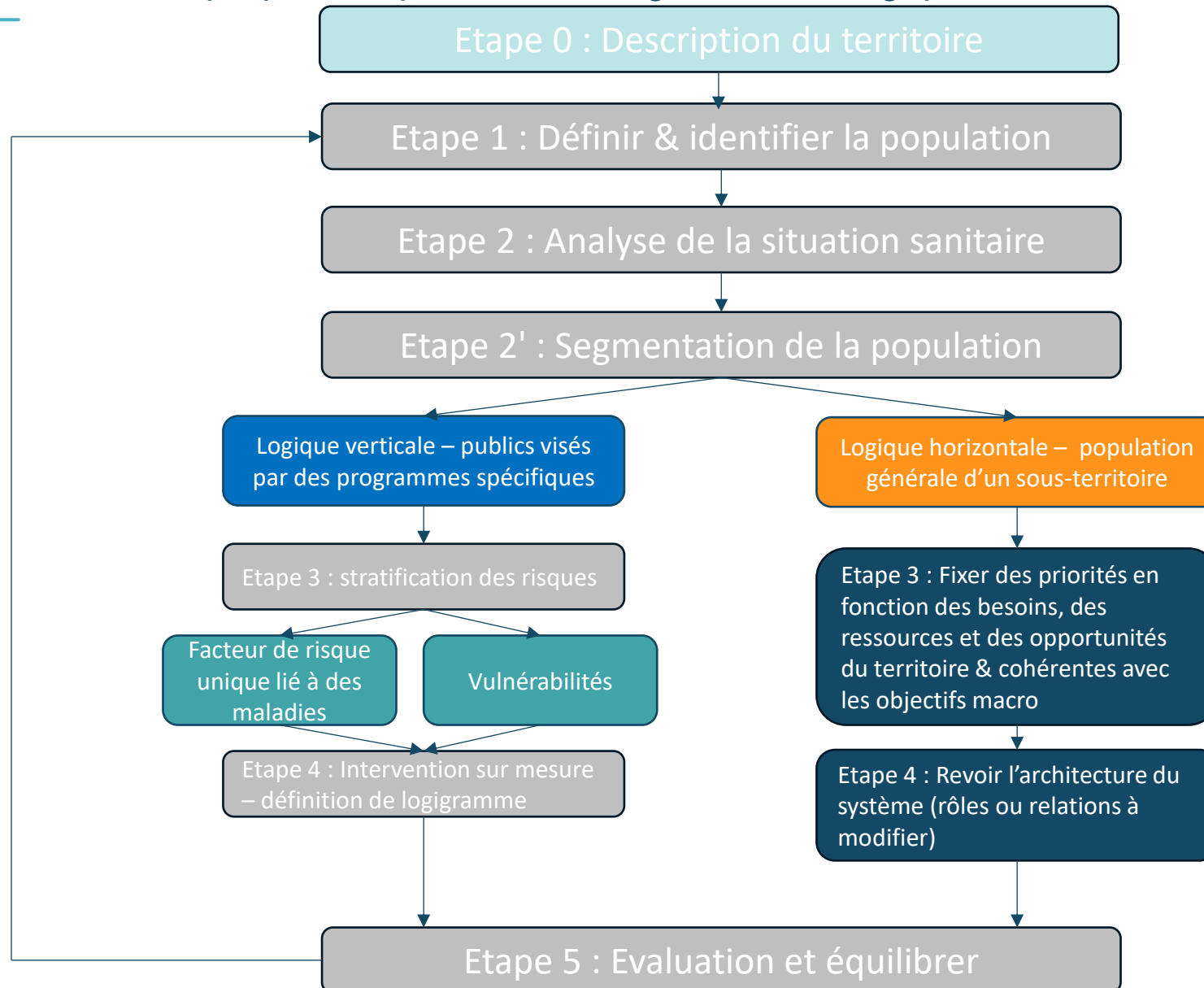
Avec comme balises de :

- Développer une **méthodologie commune** aux OLS (qui ne se limite à l'élaboration de tableau de bord mais inclut aussi une méthodologie pour son utilisation concrète)
- Intégrer cette méthodologie **dès le départ** au fonctionnement des OLS
- **Ne pas viser des diagnostics territoriaux exhaustifs**

Le 5 étapes du PHM proposées par l'OMS et reprises par le fédéral



Le 5 étapes du PHM proposées par l'OMS intégré dans la logique wallonne



Etape 0 : Décrire les enjeux du territoire

Cette étape n'est pas prévue dans le modèle de l'OMS.

Analyser les enjeux géographiques du territoire :



▶ Les caractéristiques territoriales

(zones naturelles, cours d'eau, zones industrielles...)



▶ Les axes structurants (routes, voies ferrées...)



▶ Les territoires limitrophes

▶ Les territoires enclavés, isolés

Etape 1 : Définir et identifier la population cible

Etape 1 : Définir & identifier la population

Description générale de la population vivant sur le territoire

Données mobilisées à cette étape

Les données mobilisées permettent de dresser un **portrait général de la population vivant sur le territoire de l'OLS**, à partir de :

- **Indicateurs démographiques**
- **Déterminants sociaux** (situation socio-économique, composition des ménages, niveau d'éducation, conditions de logement, etc.)
- **Accès aux droits**
- de proxys révélateurs de **l'état de santé** de la population du territoire

La liste complète des indicateurs actuellement disponibles se trouve dans le fichier « **Set de base OLS** ».

Etape 2 : Évaluation de la santé et segmentation de la population

Etape 2 : Analyse de la situation sanitaire

Compréhension des besoins

Description de l'offre disponible

Ecart entre l'offre et les besoins & obstacles à l'accessibilité des services

Données mobilisées à cette étape

Approche épidémiologique

Cette approche mobilise des **données « froides » quantitatives de routine** :

- Caractéristique de la population, déterminants de santé et proxys de l'état de santé de la population vivant sur le territoire de l'OLS (étape 1)
- Description de l'offre de services disponibles sur le territoire
 - Idéalement sous forme de **cadastres** et de **cartographie**, dans un premier temps en termes de nombre de services disponibles.
- Description de l'écart entre l'offre et les besoins
 - Utilisation
 - Accessibilité
 - Continuité
 - Prévention

Ces données sont analysées en **comparaison à un benchmark**.

La liste complète des indicateurs actuellement disponibles se trouve dans le fichier « **Set de base OLS** ».

Etape 2 : Évaluation de la santé et segmentation de la population

Etape 2 : Analyse de la situation sanitaire

Compréhension des besoins

Description de l'offre disponible

Ecart entre l'offre et les besoins & obstacles à l'accessibilité des services

Données mobilisées à cette étape

Approche centrée sur l'expérientiel

Cette étape mobilise **des données « chaudes » qualitatives du vécu**. Elles sont recueillies à travers différents dispositifs qui pourront être développés au sein des OLS :

- **Helpdesk**
- **Table de quartier – espace de participation citoyenne**
- **Espace de concertation** dans les bassins de vie ou spécifiques à un programme

La méthodologie permettant la documentation, des besoins et des écarts entre offres et besoins, à partir de ces dispositifs doit être développée.

Etape 2 : Évaluation de la santé et segmentation de la population

Etape 2 : Analyse de la situation sanitaire

Compréhension des besoins

Description de l'offre disponible

Ecart entre l'offre et les besoins & obstacles à l'accessibilité des services

Données mobilisées à cette étape

Approche épidémiologique :
données « froides » quantitatives



- Caractéristiques populationnelles
- Déterminants de santé
- Cartographie de l'offre de services
- Écart entre offre et besoins

Basée sur les Données

Approche centrée sur l'expérientiel
données « chaudes » qualitatives



- Helpdesk
- Table de quartier
- Espaces de concertation

Basée sur le Vécu



Deux approches complémentaires. Un même objectif : développer une **compréhension commune** du territoire, de ses besoins, et de ses ressources !

Etape 2 : Évaluation de la santé et segmentation de la population

Etape 2' : Segmentation de la population

Logique horizontale – sous-territoire, bassin de vie

Logique verticale – publics cibles

Identifier des publics cibles

Approche Inductive



- Analyser les **données** disponibles
- Explorer la réalité de la population
- Repérer des **sous-groupes à risque**

Basée sur les **Données**

Approche « Politique »



- Définir des **priorités** de santé
- S'appuyer sur l'**expertise scientifique**
- Choisir des **groupes prioritaires**

Guidée par les **Priorités**

OU

Deux approches complémentaires,
Un même objectif : **Mieux cibler l'action !**

Etape 3 : Stratification des risques

Etape 2' : Segmentation de la population

Logique verticale – publics cibles

Etape 3 : stratification des risques

Facteur de risque

Vulnérabilités

Stratifier les publics cibles

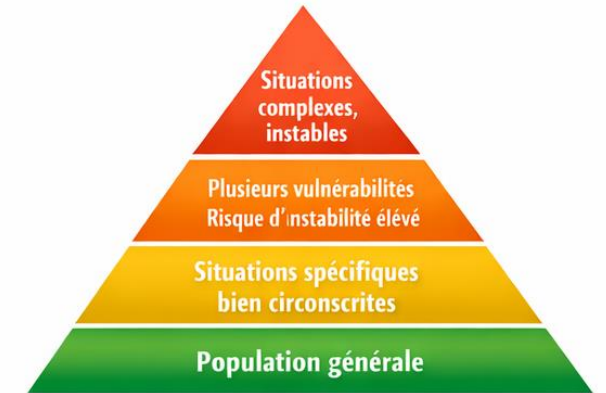
En Fonction des Facteurs de Risque

- Dépistages ciblés
- Préventions spécifiques
- Surveillance de la population



OU

En Fonction des Vulnérabilités



À partir de questionnaires ad-hoc : **BIB, BelRAI, COMID**, etc.

Etape 4 : Interventions sur mesures

Etape 2' : Segmentation de la population

Logique verticale – publics cibles

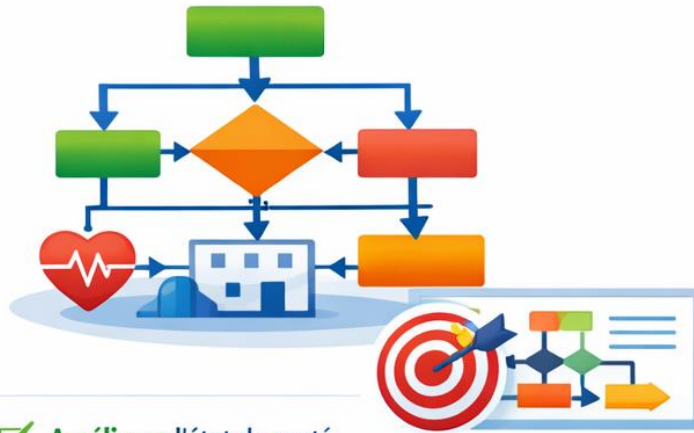
Etape 3 : stratification des risques

Facteur de risque unique lié à des maladies

Vulnérabilités

Etape 4 : Intervention sur mesure – définition de logigramme

Définition de logigrammes d'actions adaptés au contexte



- ✓ **Améliorer** l'état de santé
- ✓ **Coordonner** les actions
- ✓ **Favoriser** l'efficacité
- ✓ **Responsabiliser** les acteurs



Qui accompagner ?



Pourquoi ?



Quoi proposer ?

Compétences & collaboration



Où ?

Lieu de vie, lieu d'accompagnement, hôpital



Quand ?

Continuité & transitions



Standardiser les pratiques & Faciliter la coordination

Un objectif : structurer des parcours spécifiques continus, coordonnés et sans rupture, !

Méthodologie pour développer des logigrammes → Module logique d'action verticale !

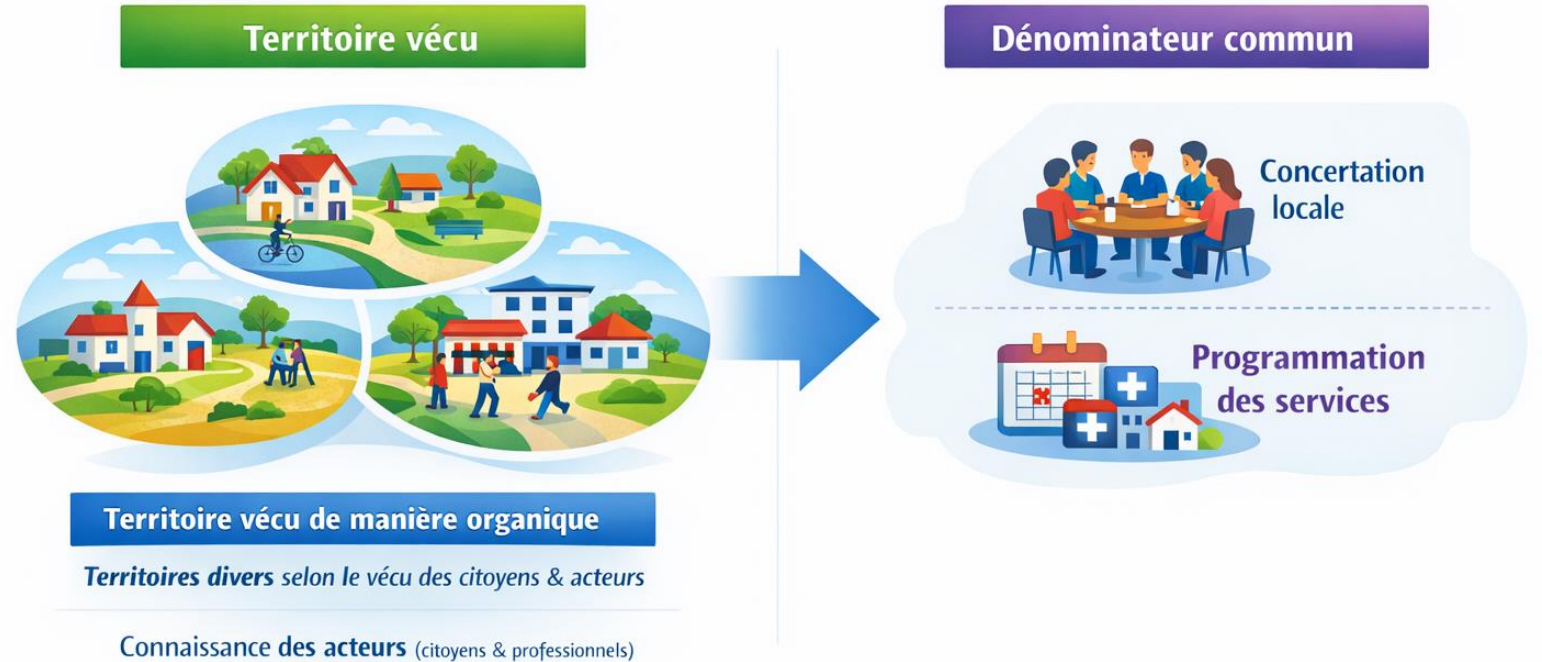
Etape 2 : Évaluation de la santé et segmentation de la population

Etape 2' : Segmentation de la population

Logique horizontale – sous-territoire, bassin de vie

Logique verticale – publics cibles

Identifier des territoires locaux – Bassins de vie



Données quantitatives & connaissance terrain

- ➔ Données quantitatives sur le territoire, la population & les flux
- ➔ Connaissance terrain des acteurs

Proposition d'un dénominateur commun théorique → Module logique d'action horizontale !

Etape 4 : Revoir l'architecture du système (rôles ou relations à modifier)

Etape 2 : Segmentation de la population

Logique horizontale – population générale d'un sous-territoire

Etape 3 : Fixer des priorités en fonction des besoins, des ressources et des opportunités du territoire & cohérentes avec les objectifs macro

Etape 4 : Revoir l'architecture du système (rôles ou relations à modifier)

Agir au niveau local

Se fixer des priorités en fonction :



► Contexte du territoire



► Situations types rencontrées



Ressources disponibles

Opportunités de financement



Dynamiser des espaces de concertation locale pour :



► Définir des rôles théoriques

► Clarifier leurs mandats et leurs interactions

► Développer des logigrammes (partage des tâches)

Matrice RACI

R	R	C	R
●	●	●	●
●	●	●	●
●	●	●	●

Cercle de connexion



Espace de concertation locale

soutenu par les OLS

Méthodologie pour dynamiser des concertation locale → Module logique d'action horizontale !

Etape 5 : Evaluer & équilibrer

Etape 5 : Evaluer & équilibrer

Documenter & Évaluer



Documenter le processus :

▶ PV structurés

▶ Identifier :

 Dynamiques créées par les programmes

 Collaborations & interactions

 Espaces de concertation & décisions

 Rôles, fonctions & logigrammes

Évaluer :

 Actions verticales (programmes spécifiques)

 Actions horizontales (dynamiques de bassins de vie)



Combiner & Équilibrer

 Articuler les apprentissages

 Renforcer les relations programmes & bassins

 Poursuivre un objectif commun

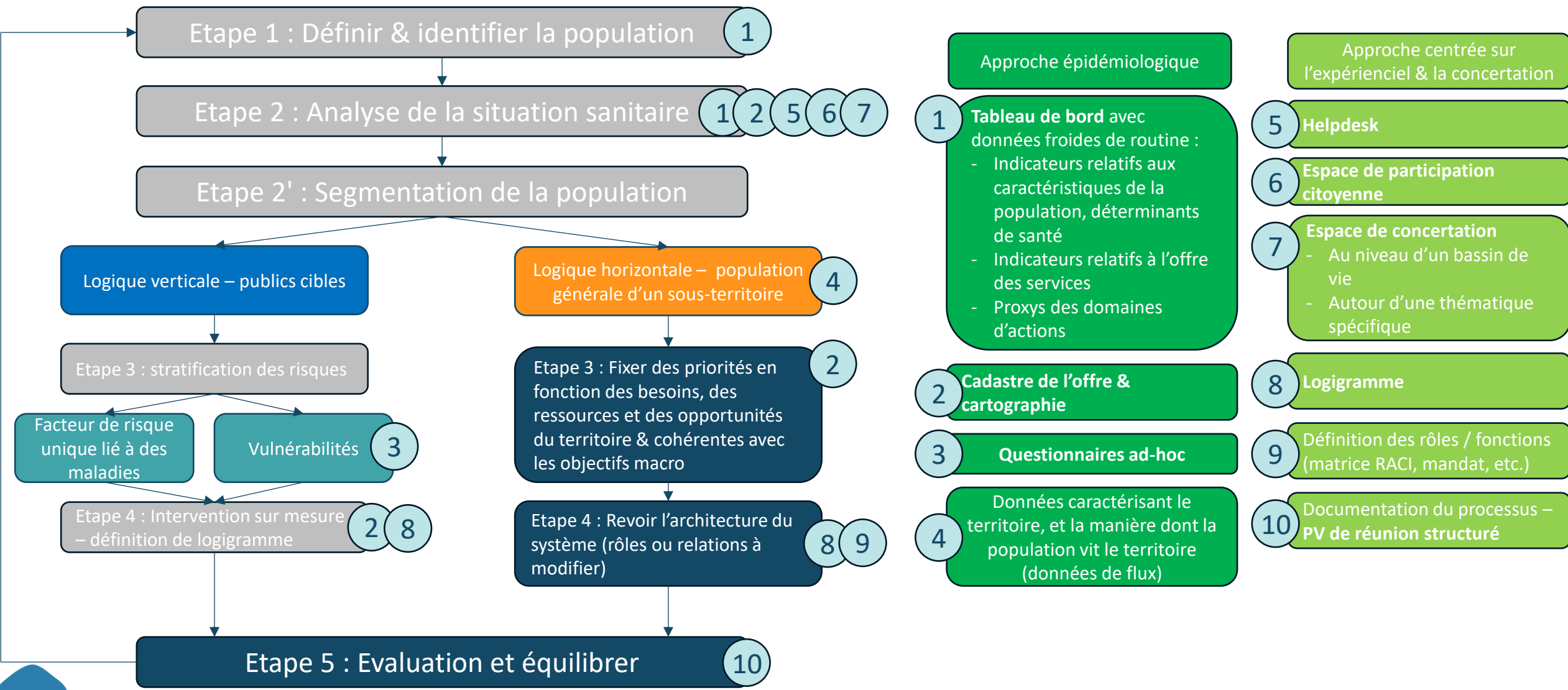


Tendre vers un système équilibré

Conforme à l'objectif : universalisme proportionné

Outils et méthodologies pour documenter le processus et développer des évaluations qui soutiennent le développement de vos projets → Module pratiques réflexives !

Le cadre PHM wallon & ses « premiers » outils





Merci pour votre attention !
