



*Ministère  
de la Communauté  
française*

# Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé pour les années 2008-2009

# Sommaire

<b>1. APPROCHE GLOBALE</b> .....	4
<b>1.1. Introduction - Pourquoi un Plan Communautaire Opérationnel ?</b> .....	4
<b>1.2. Finalité de santé communautaire</b> .....	6
<b>1.3. Structures et acteurs en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive</b> .....	7
1.3.1. Les organes consultatifs en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive .....	7
1.3.2. La Direction générale de la santé .....	7
1.3.3. Les structures et acteurs en promotion de la santé, y compris en médecine préventive .....	7
a) Les services agréés .....	7
b) Les associations et institutions publiques et privées subventionnées .....	10
<b>1.4. Principes d'actions (pour rappel)</b> .....	11
<b>1.5. Milieux de vie</b> .....	12
<b>1.6. Moyens</b> .....	13
<b>2. DÉVELOPPEMENT PAR PROBLÉMATIQUE</b> .....	14
<b>2.1. La prévention des cancers</b> .....	14
2.1.1. Dépistage du cancer du sein .....	14
a) Bilan .....	14
b) Perspectives .....	15
2.1.2. Dépistage du cancer colorectal .....	16
a) Perspectives .....	16
<b>2.2. Programme de vaccination</b> .....	18
a) Introduction .....	18
b) Eléments du bilan du PCO précédent .....	18
c) Objectifs du PCO .....	19
d) Orientations proposées et axes d'actions .....	19
<b>2.3. Prévention du SIDA et des IST - Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)</b> .....	20
2.3.1. La prévention du SIDA et des autres IST .....	20
a) Problématique et contexte .....	20
b) Eléments de bilan du PCO précédent .....	20
c) Objectifs du nouveau PCO .....	20
d) Orientations proposées et axes d'action .....	21
2.3.2. Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) .....	21
a) Introduction .....	21
b) Bilan du précédent PCO .....	21
c) Objectifs du nouveau PCO - orientations proposées et axes d'actions .....	22
<b>2.4. Lutte contre la tuberculose</b> .....	24
a) Bilan .....	24
b) Objectifs du nouveau PCO .....	24
c) Orientations proposées et axes d'action .....	25
<b>2.5. Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité</b> .....	26
a) Contexte .....	26
b) Bilan .....	26
c) Objectifs .....	26
Axes de travail à poursuivre .....	26
Priorités de publics et de santé .....	27
d) Perspectives .....	27

<b>2.6. Promotion de la santé cardiovasculaire</b>	28
2.6.1. Volet Promotion et dépistage	28
a) Bilan	28
b) Perspectives	28
2.6.2. Plan de promotion des attitudes saines en termes d'alimentation et d'exercice physique chez les jeunes	29
a) Bilan	29
b) Perspectives	30
<b>2.7. Stratégie en matière de santé environnementale</b>	31
a) Contexte	31
b) Perspectives	33
<b>2.8. Dépistage néonatal de la surdité</b>	34
Schéma de l'organisation du dépistage	34
Création d'un Centre de référence	35
<b>2.9. Dépistage des anomalies congénitales</b>	36
Finalité du programme	36
Objectif du programme	36
Fonctionnement du programme	36
<b>2.10. Prévention des assuétudes</b>	37
a) Cadre général : la prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé	37
b) Populations cibles	37
c) Les stratégies	37
d) Actions dans les milieux de vie	37
e) La réduction des risques	37
f) Le Sous-point focal	38
g) Le plan national Alcool	38
<b>3. EVALUATION</b>	39
a) Les données de la Direction Générale de la Santé	40
b) L'Enquête de santé par interview (HIS Health Interview Survey)	40
c) Les données SIPES (HBSC)	40
d) L'enquête ESPAD	40
e) La banque de données médico-sociales de l'ONE	40
f) Les registres et les autres bases de données	41
g) La collecte des données sanitaires par les PSE	41
h) Les données collectées par Eurotox	41
i) Les données des Observatoires de la Santé	41
j) Le réseau des médecins vigies	41
Perspectives	41
<b>Glossaire - liste des principales abréviations</b>	43

# 1. APPROCHE GLOBALE

## — 1.1. Introduction - Pourquoi un Plan Communautaire Opérationnel ? —

Le Plan Communautaire Opérationnel (PCO) a pour base légale le décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 <sup>1</sup> définit des problématiques de santé prioritaires.

Le programme quinquennal définit 10 problématiques de santé prioritaires.

1. La prévention des assuétudes
2. La prévention des cancers
3. La prévention des maladies infectieuses
  - la promotion de la vaccination
  - la prévention du SIDA et des MST
  - la lutte contre la tuberculose
4. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
5. La promotion de l'activité physique
6. La promotion de la santé bucco-dentaire
7. La promotion de la santé cardiovasculaire
8. La promotion du bien-être et de la santé mentale
9. La promotion de la santé de la petite enfance
10. La promotion d'un environnement sain

Le Gouvernement de la Communauté française a approuvé le PCO le 20 octobre 2005. Le présent document constitue une mise à jour de ce PCO.

Dans le cadre de la politique définie en Communauté française et compte tenu des moyens limités dont elle dispose, la Ministre en charge de la santé a proposé au Gouvernement de la Communauté française de choisir des axes prioritaires au sein de ces thématiques. Ces choix sont essentiellement fondés sur l'incidence, la prévalence des problèmes de santé et leur vulnérabilité.

Dans le cadre du présent PCO, les priorités seront définies comme suit:

- prévention des cancers
- programme de vaccination
- prévention du SIDA et des IST – Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
- lutte contre la tuberculose
- prévention des traumatismes et promotion de la sécurité
- promotion de la santé cardiovasculaire
- stratégie en matière de santé environnementale
- dépistage néonatal de la surdité
- dépistage des maladies congénitales
- prévention des assuétudes

---

<sup>1</sup> Basé sur ces mêmes décrets.

Par ailleurs, plusieurs des problématiques prioritaires du Programme quinquennal 2004-2008 sont transversales et se retrouvent induites dans les thématiques priorisées par le pouvoir politique. C'est le cas de « la promotion de l'activité physique » qui joue un rôle dans « la promotion de la santé cardiovasculaire », de « la promotion du bien-être et de la santé mentale » et de « la promotion d'un environnement sain » qui sont des conditions au développement de l'état de santé des individus et donc aussi à l'instauration de programmes de prévention plus thématiques.

La promotion de la santé de la petite enfance, outre les mesures particulières dans le PCO, est également induite dans les différents thèmes abordés puisque les enfants constituent un des publics cibles en promotion de la santé. L'ONE, Organisme de référence en Communauté française pour toutes les questions relatives à l'enfance et aux politiques de l'enfance sans préjudice d'autres dispositions légales et réglementaires, développe de nombreuses actions de promotion de la santé à l'intention des futures mères et futurs parents, des nouveau-nés et des jeunes enfants et de leurs parents.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance a pour missions de service public:

- l'accompagnement médico-social de l'enfant et de la future mère, dans et en relation avec son milieu familial et son environnement social.
- l'accueil de l'enfant en dehors du milieu familial.

Dans ce cadre, l'ONE met notamment en œuvre les missions transversales suivantes: le soutien à la parentalité et la promotion de la santé.

Les orientations et les modalités selon lesquelles l'ONE exerce ses missions ainsi que les moyens qui sont mis à sa disposition sont définis dans un contrat de gestion établi avec le Gouvernement de la Communauté Française.

#### **Ce PCO s'inscrit dans la poursuite du précédent PCO 2005-2007.**

Par ailleurs, la négociation du nouveau programme quinquennal de promotion de la santé devra aboutir en 2008 et sera l'occasion d'une nouvelle réflexion sur ces priorités et sur les modalités d'intervention spécifiques à la Communauté française.

## — 1.2. Finalité de santé communautaire

Le PCO détermine des objectifs opérationnels<sup>2</sup> pour des problématiques de santé prioritaires<sup>3</sup> avec pour finalité d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes :

- en agissant sur les déterminants de la santé<sup>4</sup> et en initiant un processus de santé communautaire. Les déterminants se situent dans 4 catégories :
  - modes de vie : développement de compétences psychosociales (information, formation, participation communautaire, concertation, développement des relais promotion santé, réorientation des services, ...);
  - facteurs biologiques : développement du système de protection (vaccination,...);
  - état de santé (système de soins) : dépistage (cancer, tuberculose, risques cardiovasculaires, HIV,...);
  - environnement physique ou social (qui inclut les environnements administratif et institutionnel : développement de réseaux d'intervenants/de soutien,... ; mais également l'offre alimentaire, la pollution intérieure, l'accessibilité aux infrastructures sportives, ...)
- en s'appuyant sur les structures et acteurs (intervenants directs ou partenaires) existants (démarche intersectorielle);
- en veillant à réduire les inégalités devant la santé et en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé<sup>5</sup> :
  - la participation communautaire ;
  - l'action sur le milieu de vie ;
  - le développement des aptitudes personnelles et sociales ;
  - la réorientation des services ;
  - la concertation et l'action intersectorielles ;
  - l'information et la formation continue.

### **La réduction des inégalités devant la santé.**

De multiples études montrent que les personnes défavorisées (difficultés économiques, psychosociales, ...) sont davantage confrontées à la maladie que d'autres. Mises à part quelques très rares exceptions, les gradients sociaux de santé se retrouvent pour chaque problématique de santé, et sont visibles tant en termes de mortalité (dont par exemple l'espérance de vie) que de morbidité (santé physique mais aussi santé mentale et bien-être). Le rapport de la Fondation Roi Baudouin publié en 2007 nous montre à quel point cette problématique reste d'actualité.

Pour comprendre l'impact négatif de la précarité socio-économique sur la santé, il est nécessaire de mieux cerner les conditions et situations de vie des personnes défavorisées. Elles sont souvent confrontées à de multiples difficultés (insalubrité des logements, pouvoir d'achat réduit, surendettement, problème d'insertion professionnelle, difficultés pour se chauffer, etc.) qui les amènent à vivre, voire à survivre, au jour le jour. Centrées sur les tracas du présent et les besoins de première nécessité, elles n'arrivent pas à se projeter positivement dans l'avenir, à penser à préserver leur capital santé ou tout simplement à être réceptives aux messages d'information en promotion de la santé. Confinées en marge de la société, elles accèdent moins aisément aux services de santé et de soins ainsi qu'à l'information et développent plus volontiers un mal-être (mauvaise estime de soi, déficit de confiance en soi, anxiété majeure quant à l'avenir de leurs enfants, etc.).

Il convient, dès lors, que les programmes de promotion de la santé tiennent compte des publics vulnérables. Outre ses interventions, le secteur de la promotion de la santé doit pouvoir également rendre compte de la relation entre les problèmes de santé et les situations vécues par certaines populations (problèmes socio-économiques, disqualifications sociales, discriminations sociales, culturelles, de genre, d'orientation sexuelle, privation de libertés, ...) qui participent à la détérioration de leur santé. Ces constats doivent aider l'ensemble des pouvoirs publics à prendre les décisions adéquates qui s'imposent.

2 Une définition des objectifs opérationnels pourrait être « les moyens que le Gouvernement entend mettre en œuvre pour atteindre chacun des objectifs spécifiques » (Charte d'avenir pour la Communauté Wallonie-Bruxelles de 2001). Ces objectifs spécifiques sont repris dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

Cette définition serait retenue par défaut en l'absence de définition dans les textes légaux.

3 Problématiques déterminées par le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.

4 Pineault R. et Daveluy C., *La planification de la santé ; concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Editions Nouvelles, 1995.

5 *Issues de la Charte d'Ottawa et précisées dans le programme quinquennal 1998-2003.*

## — 1.3. Structures et acteurs en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive

La Communauté française a fait le choix de soutenir des programmes/projets visant au développement de la promotion de la santé et de ses 5 stratégies (Charte d'Ottawa).

Ces projets et programmes sont développés par différents types de structures et d'acteurs : services agréés en promotion de la santé y compris en médecine préventive, associations et institutions publiques et privées.

Par ailleurs, un grand nombre d'acteurs issus de secteurs très diversifiés (associations, communes, provinces,...) agissent en promotion de la santé sans pour autant être financés par la Communauté française. Cette diversité et cette multiplicité témoignent de la transversalité et de la multisectorialité des interventions en promotion de la santé.

La Communauté française s'est dotée aussi d'organes consultatifs lui permettant de développer sa politique de santé.

### 1.3.1 Les organes consultatifs en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive

- a) Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS)
- b) Commissions issues du CSPS :
  - Commission d'avis « programmes d'action et de recherche en promotion de la santé »
  - Commission « campagnes radiodiffusées »
  - Commission épidémiologie
- c) Commission d'avis des projets locaux
- d) Commission de promotion de la santé à l'école
- e) Commission de promotion de la santé dans la pratique du sport

### 1.3.2. La Direction générale de la santé

L'administration, par ses activités, assure un suivi de l'ensemble des actions mises en place par les acteurs de terrain en veillant au respect de la législation (et des priorités politiques) dans un souci de cohérence de l'ensemble du secteur de promotion de la santé, en ce inclus les programmes de médecine préventive.

La Direction générale de la santé (DGS) assure également le suivi et le contrôle administratif et budgétaire des services PSE.

Enfin, la DGS santé assure une fonction importante de surveillance de la santé.

La Direction générale de la santé anime un site Internet en vue de mettre en évidence les politiques menées et de relayer, auprès des acteurs relais, professionnels de la santé et grand public, les activités des différents secteurs santé de la Communauté française ([www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be)).

### 1.3.3. Les structures et acteurs en promotion de la santé, y compris en médecine préventive

a) *Les services agréés*

#### Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS)

Les missions des CLPS sont fixées par le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, modifié par le décret du 17 juillet 2003 :

1. élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement ;
2. coordonner l'exécution de ce programme d'actions au niveau des organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics-cibles, sans distinction de tendances philosophique, politique ou religieuse, et en tenant compte des spécificités du plan communautaire opérationnel ;

3. apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la Promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise ;
4. initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.

Ces missions mettent les CLPS dans une position centrale pour favoriser l'émergence des actions locales et les accompagner. Leur connaissance du terrain leur permet d'établir des liens entre acteurs, mais aussi entre les acteurs, le programme quinquennal et le plan opérationnel communautaire.

Ils sont:

- une ressource pour les acteurs de terrain (aide méthodologique, documentation, partenariats, contacts avec d'autres relais, création de réseaux intersectoriels,...) ;
- un acteur d'observation, d'analyse et de relais des réalités locales auprès des décideurs politiques locaux, provinciaux, régionaux, communautaires, fédéraux, afin que ces réalités puissent être prises en compte dans les choix politiques ;
- des acteurs de promotion de la santé par une analyse de la situation locale et la mise en place d'un programme pluriannuel d'actions coordonnées ;
- des promoteurs d'initiatives telles que les conférences locales ;
- un soutien à l'élaboration de différents projets de niveau local ou communautaire de promotion de la santé en tant que partenaires.

Dans le cadre de ce programme opérationnel 2007-2008, l'action des CLPS sera orientée vers les priorités suivantes:

- accompagnement des équipes PSE dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet de service  
Au cours de ces deux dernières années, l'accompagnement des services PSE a constitué une priorité majeure pour les CLPS en termes de concertation et d'accompagnement à l'élaboration du projet de service. Pour les CLPS, il s'agit, durant les deux années à venir, d'aider les services PSE à mettre en œuvre ces projets de service (concertation, accompagnement, mise à disposition d'outils méthodologiques et pédagogiques, ...)
- concertation InterCLPS  
La concertation InterCLPS permet une meilleure représentation des CLPS dans les différentes commissions et groupes de travail. Ce travail de concertation sera poursuivi et renforcé durant les années à venir ;
- conférences locales  
Ces conférences locales, initiées en 2002, sont aujourd'hui inscrites dans les missions des CLPS et se sont progressivement muées en un processus continu de dynamiques encourageant le développement des partenariats et favorisant la concertation sectorielle et intersectorielle ;
- Points d'appui assuétudes  
Des Points d'appui « assuétudes » ont été mis en place, dans chaque CLPS, au cours de l'année 2007. Ils ont pour vocation de renforcer et de faciliter l'interface entre les acteurs de la communauté scolaire et les acteurs « assuétudes » sur un territoire donné.

### **Les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS)**

Ce sont des organismes agréés qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de participation, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la Promotion de la santé, y compris la médecine préventive.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> *Idem*



Ils sont au nombre de 4. Leurs missions sont schématiquement résumées ci-dessous :

- UCL-RESO : documentation, recherche, formation ;
- SIPES-ULB : appui méthodologique à la collecte, l'utilisation et la diffusion de données en promotion de la santé ;
- APES-ULg : méthodes d'intervention et d'évaluation en promotion de la santé et plus particulièrement pour la promotion de la santé à l'école ;
- Question Santé asbl : méthodes de communication en promotion de la santé.

De par leurs missions, leur composition, leur insertion dans le paysage institutionnel et stratégique, les SCPS fournissent des ressources scientifiques, méthodologiques et techniques pour la construction et la régulation des politiques de promotion de la santé. Ces ressources peuvent être situées sur plusieurs plans :

- elles sont scientifiques, notamment en matière de collecte, de consultation, de synthèse et d'interprétation de la littérature scientifique et des ouvrages de référence sur les stratégies et méthodes efficaces et pertinentes en promotion de la santé, médecine préventive et communication ;
- elles sont méthodologiques : il s'agit de définir, sur la base d'une analyse large des expériences et pratiques reflétées par les scientifiques et les professionnels de diverses contrées et de divers secteurs d'activités, les démarches et outils les plus adaptés à un contexte et à un objectif particulier ;
- elles sont techniques : il s'agit de savoir-faire fondé sur la compétence et l'expérience dans les domaines spécifiques à chaque SCPS : communication, évaluation, documentation (bases de données, dossiers techniques, recueils documentaires, ...), collecte et diffusion de données socio-sanitaires.

Les SCPS doivent être considérés comme des ressources prioritairement au service des structures et organismes développant des programmes en promotion de la santé et médecine préventive à l'échelon de l'ensemble de la Communauté française, d'une partie de celle-ci incluant plusieurs zones CLPS, des CLPS eux-mêmes. En effet l'organisation des interventions sur le territoire de la Communauté française pose des problèmes spécifiques qui ne peuvent être résolus par la juxtaposition des interventions locales.

### **Les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE)**

Depuis la promulgation des deux décrets qui régissent la promotion de santé à l'école, le champ d'intervention des Services PSE/ Centres PMS se situe dans le cadre de la promotion de la santé.

Les Services/Centres poursuivent la réalisation des bilans de santé, prennent les mesures qui s'imposent en cas de survenue de maladies transmissibles, invitent les parents à régulariser la situation vaccinale de leur enfant en leur proposant, le cas échéant, de procéder avec leur accord aux vaccinations telles que recommandées par Provac. Ils enregistrent des données socio-sanitaires strictement standardisées selon un échéancier déterminé. Ils contribuent à la promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé et organisent des points santé dans l'enseignement supérieur non universitaire.

La notion de projet de santé au sein de chaque établissement scolaire ayant été abandonnée pour des raisons de faisabilité, les Services/Centres ont développé un ou plusieurs projets de service reprenant les priorités que chaque Service/Centre s'assigne en matière de promotion de la santé dans la réalisation des missions décrétales. Si certains projets abordent spécifiquement des problématiques thématiques, d'autres privilégient une approche populationnelle ou des stratégies précises.

Les objectifs prioritaires du secteur (Services/Centres, Commission de promotion de la santé à l'école) sont pour les prochaines années:

- a) Poursuivre l'opérationnalisation des deux décrets qui réglementent la promotion de la santé à l'école dans ses multiples composantes. A titre indicatif :
  - élaboration de l'anamnèse spécifique

- élaboration d'un arrêté relatif à la promotion d'un environnement favorable à la santé prenant en compte tant le bien-être des élèves/étudiants que les aspects de sécurité, salubrité et hygiène
- révision de l'arrêté relatif aux maladies transmissibles
- poursuite de la standardisation et de l'harmonisation des pratiques
- réflexion relative à d'éventuelles normes de personnel et au statut du médecin scolaire
- actualisation des propositions de vaccination
- adaptation de l'enregistrement des données socio-sanitaires aux classes d'âge plus élevé

La plupart des objectifs mentionnés ci-dessus seront pris en considération au sein de la Commission de promotion de la santé à l'école.

- b) Mettre en œuvre d'une procédure visant à l'auto-évaluation des divers aspects décrets. Parmi les éléments à évaluer, on peut citer :
- procédure mise en place pour la gestion des urgences sanitaires
  - procédure d'enregistrement des données socio-sanitaires
  - points santé
  - projet de service.
- c) Veiller à rendre utiles, utilisables et utilisées les données socio-sanitaires enregistrées par les Services/Centres.
- d) Intégrer harmonieusement dans leurs projets de service les éventuelles sollicitations émanant des divers programmes prioritaires promus par la Communauté française dans le cadre du PCO.
- e) Veiller à l'appropriation et à l'opérationnalisation du projet de service (en ce compris l'actualisation de la planification des objectifs et des stratégies prioritaires) notamment par le recours à la formation continue.
- f) Dans le cadre d'une approche globale de la santé, renforcer des stratégies concertées et des démarches partenariales, notamment avec les Centres PMS subventionnés, l'ONE, les plannings familiaux, les Points assuétudes. De même, optimiser les collaborations entre les directions d'établissement scolaire et leur administration de tutelle avec les équipes de santé scolaire et leur administration de tutelle.

### **Le Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein**

Ces associations et institutions publiques ont été mises en place dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein par mammographie (cf. point 2.1).

#### *b) Les associations et institutions publiques et privées subventionnées*

Les associations et institutions publiques et privées subventionnées pour des programmes d'action et/ou de recherche en promotion de la santé qui travaillent au niveau communautaire et local, couvrent divers champs d'actions tels que les services aux intervenants, l'expertise thématique, la mise à disposition de ressources, l'approche par milieu de vie, la spécialisation en démarche d'intervention, etc.

Les programmes/projets ne ciblent pas toujours des problématiques « maladies » spécifiques mais visent plutôt à agir sur des déterminants de santé et sur les capacités des personnes et des groupes à faire des choix favorables à leur santé ; ce qui est également important comme travail de prévention pour préserver la santé et éviter l'apparition de maladies.

C'est au sein des organes consultatifs et des CLPS que la concertation entre les associations et institutions publiques et privées peut s'organiser.

## — 1.4. Principes d'actions (pour rappel) —

---

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 détermine des principes d'action qui servent de base au plan communautaire opérationnel:

- a) adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé ;
- b) intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé ;
- c) promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent ;
- d) développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel ;
- e) développer des procédures d'assurance de qualité ;
- f) augmenter les compétences et les capacités d'action en promotion de la santé des relais et de la population par l'éducation permanente et la formation ;
- g) articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique.

## — 1.5. Milieux de vie

---

Les milieux de vie sont les lieux où les projets de promotion de la santé peuvent s'ancrer et d'où ils peuvent émerger. C'est en effet là que les acteurs et les publics entrent en contact et en interaction dans un environnement qui se prête bien à une stratégie de promotion de la santé (l'écoute des attentes et besoins, l'échange de messages adaptés, l'appropriation des ressources, le développement de compétences individuelles et sociales et d'une participation citoyenne,...). C'est aussi cela qui nous permet d'agir sur l'environnement, sur le milieu de vie afin de faciliter les choix sains.

Les milieux de vie sont également à mettre en lien direct avec la promotion d'un environnement sain. Les liens entre environnement et santé sont nombreux et il importe que l'on identifie les sources de problèmes éventuels afin d'y rendre attentifs les différents utilisateurs de ces milieux de vie et de prendre les mesures adéquates pour les pallier.

L'action dans ces milieux de vie, à l'échelon local, permet d'appuyer également les programmes de médecine préventive organisés au niveau communautaire (par ex. le programme de dépistage du cancer du sein est décliné localement par des initiatives visant à une réflexion sur l'adaptation du message notamment).

Ces milieux de vie décrits dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 sont étroitement associés aux acteurs et constituent la base d'action de ce PCO.

## — 1.6. Moyens

---

Certains principes sont communs à l'utilisation de l'ensemble des ressources :

- a) se baser sur les structures et acteurs existants et développer leurs compétences et parfois leurs moyens (en réponse à des besoins mis en évidence par une analyse de situation) ;
- b) collaborer avec les autres niveaux de pouvoir (sensibilisation, accords interministériels, partenariats,...) ;
- c) combiner les ressources locales avec des dispositifs mis en place au niveau communautaire (notamment CLPS, SCPS, mandataires communaux,...) afin de créer des synergies ;
- d) encourager les partenariats publics-privés dans un cadre balisé.

## 2. DÉVELOPPEMENT PAR PROBLÉMATIQUE

### 2.1. La prévention des cancers

Pour être efficace en termes de réduction de la mortalité, pour que les effets négatifs soient réduits au minimum et pour qu'il atteigne un maximum d'individus, le dépistage des cancers doit être « organisé » c'est-à-dire réalisé dans le cadre d'un « programme ».

- Cancer du sein : un programme a été mis en place. Il concerne les femmes de 50 à 69 ans.
- Cancer colorectal : la Ministre a soumis au Gouvernement une proposition d'organisation d'un dépistage « organisé »
- Cancer du col de l'utérus : des actions d'informations relatives tant à la vaccination qu'au dépistage seront organisées par le Gouvernement vis-à-vis des femmes et des médecins.

De plus, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National Cancer, une complémentarité et une cohérence avec le PCO seront recherchées.

La Communauté française continuera à contribuer au financement du travail réalisé par le Registre du Cancer.

#### 2.1.1. Dépistage du cancer du sein

Le programme de dépistage du cancer du sein est né du protocole d'accord visant une collaboration entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie signé en octobre 2000.

Les femmes de 50 à 69 ans reçoivent, tous les 2 ans, une invitation personnelle à se présenter dans une unité de mammographie agréée pour le programme.

Le programme répond aux recommandations du Conseil de l'Union Européenne de décembre 2003 (2003/878/EC) ainsi qu'à celles du KCE<sup>7</sup>.

En Communauté française, la mammographie réalisée dans le cadre du programme s'appelle « mammothest ». Il a pour objectif d'identifier, parmi les femmes de 50 à 69 ans, celles qui présentent une anomalie radiologique. Dans ce cas, des examens complémentaires sont réalisés dans un 2ème temps. Ils ne devraient concerner que 5 à 7 % des femmes<sup>8</sup>.

#### a) Bilan

Le programme de dépistage du cancer du sein a mis en œuvre différentes actions en vue de rencontrer les objectifs fixés par le PCO :

##### Points positifs :

- le contrôle de qualité réalisé au niveau des installations de mammographie ainsi que le contrôle de la qualité des clichés ont permis d'améliorer considérablement la performance des examens mammographiques, y compris de ceux qui sont réalisés en dehors du programme
- la double lecture des clichés a permis de détecter des cancers qui n'avaient pas été identifiés par le 1er radiologue : l'analyse des résultats du Programme indique que 11 %<sup>9</sup> des cancers ont été « récupérés » par la double lecture.
- des indicateurs « intermédiaires » ont été définis afin de prédire l'efficacité du programme en termes de réduction de la mortalité liée au cancer du sein<sup>10</sup> : taux de détection, proportion des petits cancers sans envahissement ganglionnaire. L'analyse des résultats du Programme montre qu'ils sont conformes et même supérieurs aux recommandations européennes.

7 KCE Rapport 2007 "Support scientifique du Collège d'oncologie : un guideline pour la prise en charge du cancer du sein »

8 European guidelines for quality assurance in mammography screening. European Commission. Fourth edition -2006

9 Programme en Brabant wallon

10 European guidelines for quality assurance in mammography screening. European Commission

- une concertation entre radiologues a permis de développer un outil afin d'harmoniser l'interprétation des clichés. Celui-ci a été largement diffusé.
- une concertation entre radiologues, gynécologues et anatomo-pathologistes afin d'arriver à un consensus dans la mise au point des mammothests « positifs » est en voie de finalisation.
- une collaboration s'est développée avec la Fondation du Registre du Cancer afin d'évaluer le programme.
- toutes les femmes de la « population éligible » ont été invitées.

#### Points négatifs :

- l'objectif de participation n'est pas atteint. Cela s'explique en partie par le fait qu'avant le début du programme, 50% des femmes de la « population-cible » bénéficiaient déjà de bilans sénologiques de dépistage. Ces femmes hésitent à entrer dans le programme, d'autant plus qu'elles ne sont généralement pas encouragées par les médecins quelle que soit leur spécialité. Ceux-ci ont des difficultés à accepter qu'une « simple » mammographie, réalisée dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité, donne autant, voire plus de sécurité qu'un bilan sénologique dont la qualité n'est pas contrôlée. Cette difficulté est due, entre autres, au manque de formation des médecins aux enjeux et aux exigences d'un programme de santé publique. Par ailleurs, la différence d'honoraires perçus pour une mammographie réalisée dans le cadre du programme (55,17 euros) et pour un bilan sénologique (90,95 euros) n'est pas de nature à encourager les radiologues à recommander la mammographie réalisée dans le cadre du programme. Enfin, le consensus scientifique à ce jour n'a pas pu être rencontré par tous les intervenants.
- Pour les 50% de femmes qui ne participent pas au programme de dépistage et ne bénéficient pas non plus du bilan sénologique, les freins sont nombreux : manque de connaissances pratiques relatives à l'examen, le sentiment d'être peu informées, le manque de suivi médical régulier, la peur, le faible niveau d'instruction, les facteurs culturels,....
- le « taux de rappel » pour mise au point est trop élevé. Il varie entre 7,5 et 14,4%, selon les Provinces. Ce taux devrait se situer entre 5 et 7,<sup>11</sup>%. Ce taux élevé s'explique par le fait que les radiologues ont peur de passer à côté d'une anomalie qui pourrait être le signe d'un cancer. Ils privilégient la sensibilité par rapport à la spécificité. La formation des radiologues doit être poursuivie.
- Le suivi épidémiologique des mammothests « positifs », par les Centres de Coordination Provinciaux, est insuffisant sauf dans une Province.
- 
- la gestion informatique a posé des problèmes en début de programme, mais ce point est actuellement résolu.
- problématique du programme
- une communication insuffisamment persuasive
- le peu de résultats issus de la mobilisation du corps médical
- le dépistage « hors programme » très important

#### b) Perspectives

##### La numérisation

Différentes études indiquent que les performances de la mammographie numérique et celles de la mammographie analogique sont identiques.

L'équipement en mammographie numérique se développe de façon importante en Communauté française.

La mammographie numérique présente les avantages suivants :

- réduction du délai entre la réalisation du mammothest et la transmission des résultats au médecin référent car les transferts d'images, des fiches de lecture et de résultats se font par voie informatique sécurisée ;
- renforcement du contrôle de qualité ;
- réduction des risques de perte inhérents aux transferts postaux ;
- archivage centralisé : il permet une comparaison avec les anciens clichés. Il permet aussi de constituer une base de données pour la formation des radiologues ;
- impact écologique via la suppression des films argentiques et des bains de développement et de fixation.

11 European guidelines for quality assurance in mammography screening. European Commission

L'utilisation de la mammographie numérique entraînera une modification des modalités de fonctionnement du Programme. La gestion du Programme sera effectuée dans un Centre unique où seront réalisées les 2èmes lectures.

La numérisation du Programme va permettre un archivage centralisé et donc une base de données informatisée du mammothest, élément fondamental dans l'efficacité du dépistage.

Le suivi épidémiologique des mammothests « positifs » est une priorité ; il est réalisé par le CCR et par les CCP jusque fin 2008. Ces données sont capitales pour convaincre les médecins de l'efficacité du Programme.

#### Augmenter la participation des femmes

Un travail important est à réaliser afin de lever les freins à la participation des femmes au programme de dépistage dans la population qui ne bénéficie d'aucune mammographie (environ 45%) et dans celle des femmes qui bénéficient d'une mammographie hors programme. Par ailleurs, une information sur les limites du dépistage (performances, faux positifs, faux négatifs), dans et en dehors du programme, doit être développée.

Une réelle concertation avec les médecins traitants et les gynécologues doit être relancée. Ce n'est que s'ils sont entendus et convaincus qu'ils pourront convaincre les femmes de participer. Une collaboration avec les Provinces, les mouvements d'éducation permanente, les CLPS et Question Santé est indispensable.

L'ensemble de la communication concernant ce programme fera l'objet d'une réflexion concertée sous l'égide du SCPS Question Santé.

L'aspect communication de ce programme sera également discuté et coordonné avec le niveau fédéral dans le cadre du Plan national Cancer.

### **2.1.2. Dépistage du cancer colorectal**

#### *a) Perspectives*

Dans la déclaration de politique communautaire pour les années 2004 à 2009, il est prévu d'améliorer la prévention et le dépistage du cancer par le renforcement de l'accessibilité aux campagnes de dépistage. La mise en œuvre d'autres dépistages que celui du cancer du sein est prévue et notamment le dépistage du cancer du colon pour la population âgée de 50 à 74 ans. En effet, à ce jour, aucun programme de dépistage organisé du cancer colorectal n'est en place.

Le cancer colorectal représente en Belgique environ 7.700 nouveaux cas par an ; il s'agit du cancer digestif le plus fréquent. Il arrive en troisième position chez l'homme après le cancer du poumon et de la prostate et en deuxième position chez la femme après le cancer du sein. Il reste associé à une mortalité élevée (40 à 50% des personnes atteintes décèdent dans les 5 ans). Le nombre de nouveaux cas est faible avant 50 ans pour augmenter, ensuite, de façon rapide.

L'objectif d'un dépistage de masse du cancer colorectal est de réduire la mortalité par un diagnostic précoce. Ce cancer est précédé dans l'immense majorité des cas par la présence de polypes bénins (80%). La détection et la résection de ces polypes, qui sont les lésions précancéreuses les plus fréquentes, réduit donc fortement le risque de développer un cancer. Par ailleurs, détecté précocement, le cancer colorectal a les meilleures chances de survie à 5 ans.

Dans son rapport sur le dépistage du cancer colorectal, le KCE fournit les bases scientifiques pour la mise en place du programme. Tous les guidelines recommandent d'offrir le dépistage du cancer colorectal aux patients à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatiques et sans antécédents familiaux ou personnels, de 50 à 74 ans.

Pour qu'on puisse constater un effet mesurable du dépistage de masse sur la mortalité, il faudra atteindre un taux de participation au programme de 50%.

Fort de l'expérience acquise, lors du programme de dépistage du cancer du sein, l'élaboration de ce programme a dès le départ été fondée sur la collaboration des spécialistes en gastro-entérologie et des médecins généralistes.



En effet, un groupe de travail a été mis en place, composé des représentants des associations de médecins généralistes et des spécialistes gastro-entérologues, qui ont élaboré et approuvé les modalités du programme.

La Communauté française se basant sur les expériences qui furent menées en France, a opté pour le lancement d'un programme généralisé à toute la Communauté française. Le programme garantit la gratuité pour le public cible qui est estimé à +/- 910.000 personnes en Région wallonne (hommes et femmes de 50 à 74 ans) auquel il faudra ajouter les francophones de la même tranche d'âge de la Région de Bruxelles Capitale ( +/- 200.000).

Le test utilisé est le test au gâïac par recherche de sang occulte dans les selles. Ce test est réalisé par le médecin généraliste.

Le programme sera piloté par le Centre communautaire de Référence pour le programme de dépistage du cancer (du sein actuellement) dans le respect du décret du 7 juillet 1997. Un protocole est en cours de rédaction et sera intégré au prochain PCO.

Phasage :

Le lancement de la pratique généralisée des actes de dépistage standardisés démarrera début 2009. Mais entre-temps, une phase préparatoire du Programme a déjà débuté et sera étendue à l'ensemble des médecins dès le début 2008. Cette phase comprend les étapes suivantes :

- conception et préparation des formations des médecins généralistes
- mise à disposition d'outils pour les formateurs
- information et formation des médecins généralistes
- conception et préparation des outils de communication et d'information destinés au public
- mise en place de l'infrastructure au sein du Centre Communautaire de référence
- communication et diffusion de l'information :
- rappel pour les professionnels déjà formés
- information pour le public
- début de la campagne de dépistage du cancer colorectal.

## — 2.2. Programme de vaccination

### a) Introduction

Le programme de vaccination de la Communauté française a pour finalité : la réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies infectieuses évitables par la vaccination. Il repose sur les recommandations et avis scientifiques du Conseil supérieur de la Santé (anciennement Conseil supérieur d'Hygiène). Ces recommandations scientifiques sont confrontées aux divers éléments du contexte (faisabilité, données socio-économiques), possibilité d'implantation via les vaccinateurs – ONE, Services PSE, médecins généralistes et pédiatres, objectifs européens en prévention vaccinale...) avant d'être traduites en priorités stratégiques. Vu la multiplicité des intervenants et la volonté d'atteindre tous les groupes cibles, le programme doit donc s'appuyer sur des démarches intersectorielles et transversales.

La prévention vaccinale concerne toute la population à différents moments de l'existence. Les différents moments-clés de la vaccination concernent les nourrissons, les enfants et adolescents en âge scolaire, les adultes et les personnes âgées.

Pour les nourrissons, depuis 2007, grâce au recours aux vaccins combinés, 12 maladies peuvent être évitées (la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, les infections invasives à haemophilus influenzae de type b, méningocoque C et pneumocoque, l'hépatite B, la rougeole, la rubéole, les oreillons, et enfin les infections à rotavirus). Les vaccinations de rappel et de rattrapage sont proposées à tous les enfants de 5-6 ans, de 11-12 ans et aux adolescents. Ces publics sont la cible prioritaire en matière d'accessibilité aux vaccins.

Pour les adultes, l'objectif prioritaire est d'assurer une information sur la périodicité des rappels pour tous (diphtérie et tétanos) et l'intérêt de vaccins spécifiques pour les plus vulnérables d'entre eux (grippe et pneumocoque) ou les plus à risque tels les toxicomanes, les prostituées et les détenus (hépatite B).

### b) Eléments du bilan du PCO précédent.

L'adhésion de la population et des professionnels aux recommandations vaccinales a été soutenue par la réalisation de divers outils de promotion :

- Pour la vaccination des nourrissons : développement d'une brochure « Vacciner ? mieux comprendre pour décider. » en collaboration avec le Collège des pédiatres et le Service Education pour la santé de l'ONE et testée auprès de parents et de professionnels de terrain, en cours d'élaboration de l'outil.
- Pour la vaccination des enfants en âge scolaire : mise à jour annuelle du dépliant de promotion « L'âge des rappels de vaccination ».
- Pour l'adhésion à l'objectif européen d'élimination de la rougeole en 2010 : diffusion d'un spot télévisuel lors de la « semaine européenne de vaccination » en 2005.
- Pour la vaccination grippe des adultes : développement annuel d'une campagne de promotion centrée simultanément sur les groupes cibles d'adultes et de professionnels de santé
- Pour les médecins généralistes nouvellement promus : remise d'un « kit vaccination » leur présentant les aspects pratiques du programme de vaccination.
- Pour les services PSE : élaboration d'un guide « Pour une vaccination de qualité en milieu scolaire » et travail sur le projet de service.

Les couvertures vaccinales des nourrissons sont en constante amélioration : en 2006, 84% des enfants ont reçu chacune des doses de vaccins recommandées dans le schéma vaccinal. La couverture RRO atteint près de 90% et chacune des vaccinations contenues dans le vaccin hexavalent plus de 93%.

La vaccination de rappel des enfants 5-6 ans et la vaccination hépatite B à 11-12 ans atteignent 69%. La couverture pour le RRO2 en sixième primaire poursuit également son amélioration : en juin 2006, elle s'élève à 70,5%.

En 2007, l'introduction de la vaccination contre le pneumocoque a mobilisé d'importantes ressources financières et nécessité de nouvelles actions de promotion et d'organisation.

Les services préventifs de la Communauté française : ONE et Services PSE/CPMS de la Communauté française sont indispensables pour identifier et atteindre tous les nourrissons et enfants en âge scolaire, publics - cibles du programme.

### c) Objectifs du PCO

En 2006, l'association interuniversitaire Provac a introduit un projet quinquennal 2006-2011 qui actualise les objectifs du PCO pour la vaccination et précise pour chaque objectif, dans les grandes lignes, les actions à entreprendre au cours de ces années.

L'objectif global pour le programme de vaccination est :

- de répondre aux objectifs d'élimination de la rougeole définis par l'OMS à l'horizon 2010 et de mettre en place les stratégies pour y arriver
- de préparer les stratégies opérationnelles d'implantation des nouveaux vaccins
- de poursuivre l'information tant des professionnels que des publics concernés afin de maintenir une bonne adhésion aux recommandations vaccinales
- de poursuivre la mise en application du décret de juillet 2003 qui organise les conditions d'une politique coordonnée et continue de la médecine préventive.

### d) Orientations proposées et axes d'actions

- Le Comité de Concertation intersectoriel Vaccination (CCIV) mis en place en décembre 2006, réunit des représentants des autorités, services et associations suivantes :
  - le cabinet de la Ministre de la CF ayant la santé dans ses compétences
  - la Cellule Vaccination de la Direction générale de la santé
  - le Collège des Pédiatres de l'ONE
  - la Société Scientifique de Médecine générale
  - le Groupement belge des Pédiatres de langue française
  - la Commission Promotion de la Santé à l'école, médecins et infirmiers
  - les Services de Promotion de la Santé des Mutuelles
  - le Service communautaire de communication : Question Santé
  - l'Institut de Santé Publique, Comité d'élimination de la rougeole
  - le Service de surveillance des maladies transmissibles
  - l'Inspection des services PSE et l'inspection des infirmières CPMS.
  - l'équipe de chercheurs de Provac.

Le CCIV doit favoriser la concertation et la coordination de l'ensemble des partenaires pour améliorer la cohérence transversale du programme de vaccination et en opérationnaliser les objectifs de santé publique.

- Les axes d'actions particulièrement importants pour les deux années à venir, sont :
  - la stabilisation des protocoles d'accords entre les entités fédérées, pour assurer la viabilité d'un programme de vaccination de qualité en lui garantissant l'accès aux vaccins idoines
  - le renforcement de la « culture vaccinale » auprès des différents secteurs de la population, avec une attention particulière au public des jeunes de 15-16 ans et aux adultes
  - la participation aux projets de Semaine Européenne de la Vaccination, en coordination avec l'OMS et sous un angle d'approche intersectorielle
  - l'organisation d'une réflexion autour de l'harmonisation du recueil de données vaccinales par les différents vaccinateurs et l'ouverture de travaux permettant à terme la mise en place d'un registre de vaccination pour l'ensemble de la communauté
  - le calendrier vaccinal actualisé en 2008 du Conseil Supérieur de la Santé inclut deux nouvelles recommandations : un rappel du vaccin coqueluche chez les 14-16 ans ainsi que la vaccination HPV pour les jeunes filles de 10-13 ans. Ces deux nouvelles recommandations devront être examinées dans le cadre du groupe de travail vaccination coordonné par le SPF.

## — 2.3. Prévention du SIDA et des IST

### Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

#### 2.3.1. La prévention du SIDA et des autres IST

##### a) *Problématique et contexte*

Les données épidémiologiques relatives aux modes de transmission mettent en évidence des publics cibles qui cumulent divers facteurs de vulnérabilité: les personnes migrantes, les homo-/bissexuels masculins et les injecteurs de drogues. D'autres groupes présentant également un cumul de vulnérabilités ont été identifiés comme groupes cibles d'intervention : les femmes enceintes et les femmes séropositives ayant récemment accouché, les personnes prostituées (de sexe féminin et masculin), les détenu(e)s, le public festif, les enfants et les jeunes et enfin les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes. Des actions de prévention restent nécessaires pour la population générale, car elle inclut les différents groupes précités mais aussi des individus qui peuvent traverser des situations de vulnérabilité. Par ailleurs, des actions doivent concerner les personnes séropositives et leurs partenaires. En effet, les conséquences de la séropositivité constituent une vulnérabilité supplémentaire et les personnes séropositives peuvent jouer un rôle actif dans la prévention des nouvelles contaminations.

Depuis 2005, le secteur de la prévention IST/SIDA poursuit un processus participatif de planification et de gestion de la qualité qui s'ancre dans la durée, notamment en réalisant des mises à jour régulières des diagnostics et des plans d'action. Ce processus s'intitule « Stratégies concertées du secteur de la prévention IST/SIDA ».

##### b) *Eléments de bilan du PCO précédent*

Les objectifs, stratégies et activités définis dans le cadre des « Stratégies concertées » sont validés par les intervenants du secteur sur base d'un consensus et constituent leur cadre de référence pour les deux années à venir<sup>12</sup>. Le processus participatif vise une plus grande adéquation entre les besoins des publics cibles, les activités mises en œuvre et les décisions politiques. C'est pourquoi ces objectifs, stratégies et activités devraient être intégrés dans le cadre du nouveau PCO.

La démarche innovante de planification participative actuellement en cours permet entre autres le développement d'une culture de l'évaluation. Elle montre un impact sur le travail général de prévention : le cadre de référence qui y est défini sur base de consensus est progressivement utilisé par les acteurs dans divers contextes (construction des programmes spécifiques, mise en place des dispositifs d'évaluation, élaboration de pratiques réflexives, concertations diverses).

##### c) *Objectifs du nouveau PCO*

L'objectif spécifique est de contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) et plus particulièrement du VIH, de réduire les vulnérabilités des différents publics cibles, de lutter contre les discriminations envers les publics vulnérables et plus particulièrement les personnes séropositives, et de promouvoir la solidarité. Pour l'ensemble des publics cibles, trois objectifs opérationnels transversaux sont définis :

- améliorer le recours adéquat et l'accès au dépistage de qualité du VIH et des autres IST
- augmenter et/ou améliorer l'utilisation du préservatif lors de la prise de risque
- contribuer à réduire les discriminations vis-à-vis des publics vulnérables et plus particulièrement des personnes séropositives.

Des objectifs complémentaires et les activités qui s'y rapportent sont également formulés pour ces différents publics (voir la brochure « Stratégies concertées 2007-2008 »).

<sup>12</sup> Martens V, Parent F et al. *Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en Communauté française 2007-2008*. Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, décembre 2006. Disponible sur [http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau\\_site/Publications/Strategies\\_concertees/notesecteursidafinal.pdf](http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/Publications/Strategies_concertees/notesecteursidafinal.pdf)

#### *d) Orientations proposées et axes d'action*

- En ce qui concerne le processus des « Stratégies concertées »

En plus des publics cibles précités, les « Stratégies concertées » identifient, selon une vision systémique, d'autres acteurs en lien avec la problématique IST/SIDA. Trois axes stratégiques sont définis selon les acteurs, services ou milieux de vie concernés par les interventions. Ces axes sont complémentaires et se renforcent mutuellement. Ils sont formulés comme suit :

- 1) un axe stratégique centré sur les publics cibles : cet axe consiste notamment à renforcer les connaissances et les capacités des individus et des groupes afin d'améliorer leur bien-être et à réduire la transmission du VIH et des autres IST
- 2) un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs spécifiques (les acteurs qui exercent une activité directement et spécifiquement liée au public cible considéré) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces milieux de vie et acteurs intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST dans leurs activités
- 3) un axe stratégique centré sur les services, milieux de vie et acteurs généralistes ou tous publics (acteurs de différents secteurs de la vie sociale qui s'adressent à l'ensemble de la population) : il s'agit globalement de faire en sorte que ces différents milieux de vie intègrent davantage la prévention du VIH et des autres IST, mais aussi les spécificités des différents publics cibles.

La vision systémique, incluant un nombre important de publics cibles et d'acteurs spécifiques et généralistes en lien avec ces publics, doit être maintenue pour définir des réponses adéquates face à une problématique complexe.

L'une des priorités pour les deux années à venir réside dans le renforcement de la participation des publics cibles dans le cadre de la mise à jour des diagnostics et de la définition des réponses en termes d'intervention.

- En ce qui concerne les objectifs, stratégies et activités

Plusieurs initiatives collectives en lien avec les Stratégies concertées se développeront dans l'avenir, toujours dans un souci d'amélioration de la qualité des interventions. On peut citer entre autres le renforcement de la cohérence de certains messages de prévention (risques de transmission liés aux pratiques bucco-génitales, accessibilité du traitement prophylactique après exposition non professionnelle [Nonopep]) et l'amélioration de la qualité concernant la communication relative aux données épidémiologiques dites « sensibles » car concernant des publics stigmatisés (homo-/bisexuels, usagers de drogues, migrants).

### **2.3.2. Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)**

#### *a) Introduction*

Amener les jeunes à mieux se connaître, à entendre parler autrement de sexualité, à apprendre à dialoguer sur ce sujet, à acquérir une meilleure image de soi et une meilleure capacité à négocier ses attentes voire ses exigences dans le cadre d'une relation affective et/ou sexuelle, a démontré son efficacité aux côtés d'autres mesures telles que :

- l'accès aisés à des centres de planning familial
- l'accès aisé et peu coûteux aux moyens d'information et de prévention (préservatifs, contraceptifs, contraception d'urgence, etc.)

#### *b) Bilan du précédent PCO*

Depuis de nombreuses années, des initiatives d'EVRAS ont lieu dans les écoles sans être pour autant instituées. Une étude réalisée par PROMES-ULB et les FUNDP a mis en évidence, en 2002-2003, la disparité de ces initiatives ; disparité des thématiques abordées, disparité du temps octroyé à ces initiatives, disparité des intervenants, disparité entre écoles avec une lacune importante du côté des écoles professionnelles qui semblent aborder, moins que les autres, ces thématiques alors que les jeunes qui suivent cet enseignement semblent cumuler

plusieurs facteurs de risques. Suite à cet état des lieux, une expérience a été menée, à titre pilote, dans 200 écoles de la Communauté française, tous types de réseaux et d'enseignement confondus. Cette expérience consistait à proposer une base de 4 animations de 2 heures réparties sur l'ensemble du cursus scolaire (2 animations durant les études primaires et 2 autres durant les études secondaires). L'évaluation de cette expérience-pilote s'étant révélée très positive, cette expérience aurait dû être étendue à l'ensemble des écoles implantées sur le territoire de la Communauté française. Des démarches sont en cours pour rencontrer cet objectif. D'autres initiatives ont néanmoins été entreprises :

- la formations des acteurs en « Vie Affective et Sexuelle » (V.A.S) et la diffusion de brochures en milieu scolaire se sont poursuivies
- des cellules pluridisciplinaires V.A.S. ont été mises en place dans différentes écoles accueillant une population fragilisée et susceptible de s'exposer à différents risques liés à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Cette expérience, très positive pour ces écoles, est relatée dans un cahier pédagogique et un DVD
- un programme de prévention a été initié, dans les milieux festifs, afin de cibler plus particulièrement les jeunes femmes et hommes susceptibles d'adopter des conduites à risques liés au contexte dans lequel ils se trouvent (consommation importante d'alcool et parfois découverte d'autres produits psychotropes, relations sexuelles ponctuelles sans protection, premières relations sexuelles dans des conditions peu propices, relations sexuelles sans réelle conscience et/ou sans réel consentement).

### *c) Objectifs du nouveau PCO - orientations proposées et axes d'actions*

1° Les négociations interministérielles seront poursuivies, en vue d'une implantation dans toutes les écoles de la Communauté française, d'un programme de base en matière d'EVRAS.

- La vie relationnelle et le respect dans les relations devraient faire l'objet d'une animation avec les enfants de quatrième primaire ;
- La puberté et toutes les modifications liées à cette étape de la vie devraient faire l'objet d'une seconde animation en sixième primaire ;
- Les premières relations sexuelles, le dialogue nécessaire pour aborder cette étape de la vie ainsi que les diverses préventions (grossesse, IST-SIDA, vaccination HPV) seront abordés, lors d'une animation qui sera organisée en début de cycle secondaire ;
- Les éventuelles difficultés rencontrées par les uns et les autres dans leurs relations amoureuses et éventuellement sexuelles (difficultés de compréhension, violences, discrimination, sexisme, homophobie, difficultés de prévention, ...) seraient abordées, lors d'une quatrième animation, au cours du cycle secondaire, en fonction des besoins et/ou des attentes des jeunes.

Idéalement, ces animations devraient être réalisées par un ensemble complémentaire d'intervenants : enseignants, acteurs PMS/PSE, animateurs de centres de planning familial.

Ces animations devraient également constituer une opportunité de présenter aux élèves le rôle des centres de planning familial en matière de vie affective et sexuelle, et l'aide éventuelle qu'ils peuvent leur apporter dans ce domaine. Il est démontré que la rencontre avec les acteurs de centres de planning familial facilite grandement l'accès des jeunes à ce type de services.

Les directions d'écoles et les parents d'élèves seront systématiquement impliqués dans le processus.

2° Afin de favoriser l'appropriation de ce programme par tous ces acteurs, son implantation sera précédée par une enquête permettant de mieux cerner ce qui se fait déjà dans les écoles en matière d'EVRAS et qui le fait. Ceci devrait permettre d'éviter de mettre à mal des initiatives pertinentes déjà réalisées dans ce domaine dans les écoles.

3° L'expérience des cellules V.A.S., menée actuellement dans différentes écoles accueillant une population fragilisée sera évaluée et poursuivie en fonction des résultats de l'évaluation.

4° Le programme de prévention implanté en milieu festif sera également poursuivi. Il fera l'objet d'une concertation avec les autres promoteurs présents en milieu festif et sera évalué.

5° Un recensement des documents en matière d'EVRAS sera réalisé afin d'assurer la cohérence et la complémentarité de cette collection. Ce recensement devrait permettre de définir les besoins de diffusion annuelle et d'identifier les documents thématiques manquants.

6° A l'initiative des quatre fédérations de planning familial, un site internet « Love Attitude » a vu le jour. Il se veut informatif, dynamique, interactif et questionnant à destination des jeunes.

## — 2.4. Lutte contre la tuberculose

Selon l’OMS, la Belgique est un pays en voie d’élimination de la tuberculose. Afin d’arriver à cet objectif ultime (moins de 1 cas par million d’habitants), une stratégie adaptée a été mise en place : elle vise aussi bien la limitation de la transmission du bacille tuberculeux à partir des malades que la diminution du réservoir de futures tuberculoses que représentent les sujets infectés. Les modalités de cette stratégie ont été définies en 2002 pour les pays européens à basse incidence. Elles concernent aussi bien le secteur curatif que préventif.

Le plan quinquennal 2004-2008 a précisé le domaine d’actions de la Communauté française (CF) dans le cadre du contrôle de la tuberculose de la manière suivante :

- la surveillance épidémiologique
- la socioprophylaxie
- la définition des groupes à risque et l’organisation du dépistage
- l’information et la sensibilisation des différents publics concernés

Ces missions sont remplies par le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) qui est l’organisme de référence en matière de tuberculose pour la partie francophone du pays.

### *a) Bilan*

Le contrôle de la tuberculose est organisé depuis plusieurs décennies en CF. Le PCO « tuberculose » a donc développé des actions dans une optique de continuité et en utilisant les acquis. Les recommandations internationales ont également été prises en compte pour adapter ou optimiser certains aspects de la stratégie.

L’augmentation de la **multirésistance aux médicaments antituberculeux** et tout dernièrement de l’ultra-résistance a été à la base du renforcement de la surveillance européenne dans ce domaine. En CF, les liens tissés avec le projet fédéral BELTA-TBnet visant l’accès aux soins pour tous les patients tuberculeux (y compris les multirésistants) ont permis d’atteindre cet objectif.

Les **prisonniers** constituent un des groupes à risque majeur de tuberculose en CF. La stratégie de dépistage datant de 2000 a été revue en concertation avec les instances fédérales concernées. L’objectif était double : améliorer la prise en charge de la tuberculose au sein des prisons (y compris parmi le personnel) et prendre les mesures ad hoc afin de limiter sa transmission dans la société à partir du système pénitentiaire.

Les **primo-arrivants originaires de pays à haute prévalence** ont également un risque majoré de tuberculose; ils font l’objet d’un dépistage ciblé. Celui-ci est organisé à plusieurs niveaux en CF, notamment dans les écoles. Le programme de dépistage de la tuberculose en milieu scolaire couvrant la période 2002-2007 a fait l’objet d’une évaluation. Sur base des résultats de l’enquête réalisée en collaboration avec les services PSE et CPMS, une nouvelle stratégie a été élaborée par le comité de pilotage du projet. Elle est d’application depuis septembre 2007.

**L’information** est un des piliers du dépistage et du diagnostic précoce de la tuberculose. Les populations à risque étant souvent d’origine étrangère, un matériel adapté à des personnes ne maîtrisant pas le français ou peu scolarisées a été réalisé et a fait l’objet d’une diffusion auprès des relais concernés. Une formation à l’utilisation de cet outil a été organisée, notamment pour le personnel des centres de santé scolaire.

Depuis l’instauration du PCO, un projet pilote visant à optimiser le **dépistage des contacts** autour des patients tuberculeux contagieux a été mis en place en Région bruxelloise. Son évaluation a démontré la difficulté de mobiliser les médecins. Une stratégie simplifiée et plus rationnelle a donc été décidée pour les années à venir.

### *b) Objectifs du nouveau PCO*

Dans un contexte « d’internationalisation » de la lutte antituberculeuse, la Communauté française devra prendre en compte le nouveau plan d’actions élaboré par l’ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) à la demande des communautés européennes et adapter sa propre stratégie de contrôle en conséquence.



Celle-ci devra, en outre, tenir compte des données épidémiologiques collectées et des résultats d'évaluations programmées.

Au sein de la CF, le bien-fondé des activités et leur rationalisation devra être étudiée.

### c) Orientations proposées et axes d'action

L'adaptation du **registre** de la tuberculose aux exigences du réseau de surveillance européen dorénavant géré par l'ECDC sera une priorité. Une formation sera proposée par cet organisme international à tous les pays concernés. Parallèlement, les mesures de validation des données collectées localement seront renforcées en CF.

Les actions orientées vers les **groupes à risques**, se feront dans la continuité par rapport aux années antérieures:

- la nouvelle procédure de dépistage dans les prisons sera opérationnalisée à partir de 2008 et nécessitera une information préalable des acteurs concernés ainsi que la formation du personnel paramédical à la réalisation du test tuberculique
- dans le même ordre d'idée, le programme de contrôle de la tuberculose en milieu scolaire 2007-2012 fera l'objet d'une diffusion ciblée, d'informations ponctuelles et d'une évaluation régulière
- la stratégie de dépistage parmi les demandeurs d'asile sera revue sous l'éclairage de la nouvelle législation relative à l'accueil entrée en vigueur au début 2007. Un groupe de travail sera constitué en 2008
- la procédure de dépistage des primo-arrivants dans les consultations de l'ONE sera adaptée sur base de l'évaluation d'un projet pilote qui débutera en 2008.

Une attention particulière sera portée aux sujets en situation de séjour illégal et aux sans-abri principalement en Région bruxelloise où ils sont plus nombreux.

L'apparition de plusieurs mini-épidémies de tuberculose en CF au cours des dernières années implique une réflexion sur la manière de limiter ce phénomène propre aux pays à basse incidence. Le circuit de la déclaration obligatoire et l'organisation de la socioprophylaxie devront faire l'objet d'une évaluation en concertation avec les inspections d'hygiène.

La volonté de limiter la transmission de la tuberculose et le développement de la résistance aux médicaments antituberculeux en CF, implique une série de mesures assez diversifiées. La priorité sera mise sur :

- l'amélioration de l'adhésion au traitement par une responsabilisation plus importante du patient (meilleure information, participation de personnels de santé ou de personnes relais au suivi ambulatoire).
- une information actualisée des médecins sur les traitements antituberculeux via l'élaboration de nouvelles « guidelines ».

Un audit opérationnel est programmé en 2008, afin d'analyser les modalités de fonctionnement du programme de contrôle de la tuberculose en Communauté française et la répartition des activités entre les différents partenaires.

## — 2.5. Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité —

### a) Contexte

Les traumatismes intentionnels et non-intentionnels restent une priorité de santé publique étant donné leur impact sur les décès, les hospitalisations et les recours aux soins. Dans un document publié en 2007 « Preventing injuries and violence – a guide for ministries of health » l'OMS développe un plaidoyer auprès des gouvernements afin qu'ils inscrivent cette priorité dans un plan national et qu'au sein des ministères de santé soit installé un point focal chargé de coordonner ce plan. En Communauté française, le plan quinquennal a placé cette problématique parmi ses priorités. Par ailleurs, un Plan d'action national belge pour la sécurité des enfants, coordonné par le Crioc, est en cours.

### b) Bilan

- La plupart des objectifs du PCO précédent ont été rencontrés grâce aux interventions des institutions actives dans le domaine de la sécurité, de la prévention et de la promotion de la santé. La coordination et la mise en œuvre du programme quinquennal de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, assurées par deux institutions partenaires : l'asbl Educa Santé et l'ESP-ULB, ont permis des ententes (accords durables) avec les secteurs suivants :
  - politique des consommateurs : Commission pour la sécurité des consommateurs, Test achat, Crioc ;
  - politique de l'emploi : Centre de promotion du travail du service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale pour la formation en milieu scolaire ;
  - politique de la petite enfance et de la famille : ONE, Ligue des familles, Lire et écrire ;
  - soins de santé et services de première ligne : SSMG, les Centres Universitaires et Départements de Médecine Générale (CUMG – DUMG) des facultés de médecine (ULg, ULB, les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD), les associations professionnelles de médecins généralistes, de kinésithérapeutes et d'infirmières ;
  - ministère de la Justice ;
  - promotion de la santé et prévention : VIG, CLPS, Provinces, PSE ;
  - secteur des assurances : Ethias et le Centre Interdiocésain Assurances ;
  - autorités communales et contrats de prévention et de sécurité ;
  - ordre des architectes et associations professionnelles des architectes ;
  - international : OMS, Réseau francophone international de prévention des traumatismes et promotion de la sécurité, INPES, INVS.
- Le manque criant d'informations concernant la problématique est évoqué depuis plusieurs années. Des efforts ont été réalisés dans le recueil de données psychosociales et épidémiologiques :
  - recueil de données auprès d'un service d'urgence hospitalier et des médecins généralistes se rapportant à tous les accidents survenus sur le territoire de la commune ;
  - recueil d'informations auprès des personnes âgées de plus de 65 ans sur la survenue de chutes et la peur de chuter ;
  - recueil et analyse des déclarations d'accidents scolaires auprès de deux compagnies d'assurance.
- L'intégration des traumatismes intentionnels dans un programme global de contrôle des traumatismes et de promotion de la sécurité ainsi que la généralisation de mesures jugées efficaces n'ont pu être opérationnalisés : les bonnes pratiques en prévention du suicide, le contrôle des armes à feu et l'implantation des trousseaux de matériel de sécurité des enfants.

### c) Objectifs

La plupart des objectifs développés dans le PCO 2005-2007 restent d'actualité, ils doivent être poursuivis et élargis à de nouveaux publics et lieux de vie.

#### Axes de travail à poursuivre

- Augmenter la connaissance de la problématique par le recueil et le traitement d'informations de qualité : intégration dans un système d'information sanitaire, standardisation de bases de données d'acteurs privés (actuellement deux compagnies d'assurances en ce qui concerne les traumatismes scolaires), motivation

- et capacitation d'acteurs de première ligne (médecins généralistes, PSE, services de soins à domicile,...), concertation avec des systèmes existants dans d'autres pays (INVS France et INSP Québec par exemple).
- Continuer et renforcer les concertations et les collaborations entre les niveaux et les secteurs concernés plus particulièrement la participation et l'articulation avec le plan national de prévention des accidents des enfants qui s'inscrit dans un programme européen et est coordonné par le Crioc. Ce plan a été soumis à l'approbation d'un large panel d'organismes et de personnes concernés par la thématique. Une large collaboration pour des actions communes y est prévue entre l'asbl Educa Santé et le VIG.
  - Continuer à interpeller et soutenir les collectivités locales afin de transférer les réussites des « Communautés sûres », d'intégrer la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité dans les politiques locales selon une logique intersectorielle et participative et de rejoindre les populations les plus vulnérables : parents très jeunes ayant de jeunes enfants, familles monoparentales, personnes âgées isolées, zones d'habitat précaire.

### *Priorités de publics et de santé*

#### 1. En ce qui concerne les professionnels de santé :

- Continuer la démarche d'intégration des éléments de prévention des traumatismes à domicile des enfants et des personnes âgées chez les professionnels de la santé : pédiatres, médecins généralistes, soignants à domicile (formation, outils,...)

#### 2. En ce qui concerne la prévention des traumatismes des enfants et des jeunes :

- Soutenir l'information des parents et adultes proches des jeunes enfants : campagne, médias,...
- Continuer la concertation avec l'ONE pour l'extension de la diffusion des trousse de sécurité auprès des familles ayant de jeunes enfants
- Diffuser et implanter le référentiel de bonnes pratiques de prévention des conduites à risque chez les enfants et les adolescents en milieu scolaire (édition INPES janvier 2008) auprès des milieux concernés.
- Faire connaître les données recueillies sur les accidents scolaires et les stratégies de prévention auprès des acteurs du milieu scolaire et continuer le partenariat avec les compagnies d'assurance.
- Etendre les stratégies de prévention des accidents scolaires aux milieux extrascolaires

#### 3. En ce qui concerne la prévention des chutes chez les personnes âgées :

- continuer la sensibilisation et la mobilisation des relais auprès des personnes de plus de 65 ans en vue d'augmenter la prise de conscience de la problématique des chutes et la connaissance des moyens et ressources pour la prévention
- continuer la formation des kinésithérapeutes afin d'étendre la couverture des ateliers équilibre sur l'ensemble du territoire de la Communauté française
- Collaborer avec les services d'information et de loisirs auprès des personnes de plus de 65 ans pour les sensibiliser à la problématique des chutes, aux facteurs de risque et aux ressources pour la prévention.

### *d) Perspectives*

La collaboration établie entre l'Asbl Educa Santé et l'unité Epitraumac de l'Ecole de santé publique de l'ULB a permis le développement de nombreuses activités qu'elles soient de recherche, de conseil, de formation, de planification, d'évaluation et de concertation.

## — 2.6. Promotion de la santé cardiovasculaire —

Malgré les progrès dans le domaine du diagnostic, des traitements médicaux et invasifs, les maladies cardiovasculaires sont et restent la première cause de mortalité en Belgique. Elles sont également responsables d'une morbidité importante tant en termes d'infarctus du myocarde que d'accidents vasculaires cérébraux, d'accidents ischémiques pour ne citer que les plus importants. Les facteurs de risque sont bien documentés : HTA, obésité, tabagisme, diabète, sédentarité, stress, ... et connus des professionnels de la santé, mais aussi d'une part importante de la population. Les publics défavorisés sont davantage concernés par les maladies cardiovasculaires. Une attention particulière doit donc se porter vers ces publics-cibles. L'approche globale qui intègre aussi bien des actions sur les déterminants de la santé que des actions qui visent à améliorer le dépistage et la prise en charge des patients par la prévention secondaire et tertiaire est la politique la plus efficace pour promouvoir la santé cardiovasculaire. En ce qui concerne le dépistage, 8 facteurs de risque sont regroupés dans le concept « risque cardiovasculaire global » qu'il est utile de déterminer chez les adultes de 30 à 75 ans.; il est important d'en implanter la pratique chez les médecins. L'approche globale présuppose une collaboration de tous les niveaux de pouvoir pour les activités qui ne sont pas de la compétence de la Communauté française.

La promotion de la santé cardiovasculaire comprend deux volets d'action : le volet axé sur la prévention et le dépistage des maladies cardiovasculaires qui consiste à mettre en place un plan stratégique large, et le volet attitudes saines chez les jeunes.

### 2.6.1. Volet Promotion et dépistage

#### a) Bilan

En 2004, lors des discussions du Conseil supérieur de promotion de la santé à propos du nouveau Plan communautaire opérationnel, les modalités concrètes de la gestion de ce plan, entre autres de son volet cardiovasculaire, ont suscité questionnements et débats.

En écho aux interrogations de cette assemblée, la Ministre de la Santé a pris l'initiative de réunir un groupe de travail composé des services communautaires, des représentants des CLPS et des acteurs actifs dans cette thématique. L'objectif de ce groupe était de développer le texte de référence original en formulant les actions de manière plus opérationnelle et également d'émettre des propositions sur la gestion de leur mise en œuvre.

Le travail a débuté fin 2005. Un document de travail présentant un relevé des stratégies d'intervention au niveau de la promotion des habitudes saines (activité physique, alimentation saine, arrêt tabagique) mais aussi au niveau du dépistage et de la prise en charge ([www.sante.cfwb.be](http://www.sante.cfwb.be)) a été produit. Sur base de ce document stratégique et avant d'entreprendre un travail de programmation, le groupe a proposé de réaliser un inventaire des acteurs, des projets et des outils existants. Le rapport complet de l'étude <sup>13</sup> présente la distribution des actions répertoriées suivant divers paramètres comme le type d'actions, les thématiques spécifiques abordées, la répartition géographique, les publics bénéficiaires (<http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/>).

En outre, la lutte contre le tabagisme fait l'objet d'un travail important qui est intégré dans la lutte contre les assuétudes.

#### b) Perspectives

Pour la période 2008-2009, la priorité sera mise sur l'opérationnalisation et le pilotage du volet cardiovasculaire. L'opérationnalisation (stratégies, activités, choix des indicateurs de suivi, processus et critères d'évaluation) doit être décrite en prenant en compte les informations retenues dans le cadastre et en développant une démarche de concertation et de mise en réseau des acteurs qui interviennent dans le champ de la promotion de la santé cardiovasculaire (au sens large). Cette démarche de concertation permettra d'améliorer l'efficacité du PCO par une approche mieux coordonnée et par une mise en évidence des aspects peu ou pas couverts dans la promotion

<sup>13</sup> *Elaboration d'un cadastre des actions et projets de prévention et de promotion en santé cardiovasculaire en Communauté française de Belgique, ULB Ecole de Santé publique – Département d'épidémiologie et de promotion de la santé / Centre d'éducation du patient, avril 2007. (<http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/>).*

de la santé cardiovasculaire et la prévention. Ce document opérationnel s'attachera à proposer des objectifs précis, des stratégies, des actions et un calendrier. Ce document fera l'objet d'une approbation du Conseil Supérieur avant d'être reconnu comme protocole endéans les 2 années à venir.

**Le pilotage** du PCO sera réalisé à deux niveaux :

1. le **comité de pilotage** mis en place assurera le premier niveau. Il en assurera la cohérence (pilotage « politique » et scientifique) et sera chargé d'en documenter la réalisation et d'en proposer des aménagements, modifications, ajustements, ... Cette mission devrait, à terme, être intégrée dans une structure pérenne ;
2. une **cellule d'appui** opérationnelle est mise en place auprès du groupe de pilotage de façon à assurer les productions scientifiques, et à développer et favoriser les concertations et la mise en réseau des institutions impliquées et des acteurs du champ de la promotion de la santé cardiovasculaire et de la prévention. Il est envisagé de mobiliser, sous forme de « coalition », la majorité des acteurs de terrains, mais également les associations de bénéficiaires et le secteur privé de façon à assurer une concertation et un échange le plus large possible autour de la thématique de promotion de la santé cardiovasculaire.

Les données épidémiologiques et les informations qualitatives pertinentes devront être intégrées dans le Système d'Informations Sanitaires de façon à disposer des informations nécessaires aux évaluations périodiques.

La mise à jour permanente du cadastre des actions et acteurs dans le champ de la promotion de la santé cardiovasculaire sera assurée par la cellule d'appui opérationnelle de façon à disposer d'une information dynamique et exhaustive.

## **2.6.2. Plan de promotion des attitudes saines en termes d'alimentation et d'exercice physique chez les jeunes**

### *a) Bilan*

Le plan de promotion des attitudes saines pour les jeunes en Communauté française a été approuvé par le Gouvernement en novembre 2005 et a démarré en 2006. Il comprend une quarantaine de mesures qui portent sur l'alimentation et l'activité physique avec comme objectif de diffuser un message cohérent dans tous les milieux de vie de l'enfant.

Deux conseillers nutritionnels ont été engagés afin d'inciter et d'aider les écoles à prendre en compte les attitudes des élèves autour de l'alimentation et de l'activité physique et à développer des activités en ce sens. Des formations des personnels de cuisine, ainsi que du personnel d'accueil dans le milieu de la petite enfance ont eu lieu.

Début 2008, des labels « manger-bouger » ont été accordés à 51 écoles sur base d'un cahier des charges qui leur a été distribué au début de l'année. L'objectif est de stimuler les projets « attitudes saines » et de maintenir les initiatives en matière d'alimentation et d'activités physiques.

Des activités autour de l'alimentation ont été lancées dans le cadre de ce plan : un projet de qualité des cantines, des ateliers de cuisine avec des grands chefs pour le personnel de cuisine, des ateliers du goût pour les élèves.

Une exposition itinérante sensorielle et ludique s'adresse aux enfants afin de les sensibiliser à la diversité alimentaire en associant alimentation saine et plaisir.

En termes de communication, la campagne de sensibilisation a eu lieu en 2006 et s'est concrétisée par la création d'affiches, de cartes boomerang et d'un site Internet [www.mangerbouger.be](http://www.mangerbouger.be).

Les services PSE ont également mis l'accent sur la thématique de l'alimentation saine lors de la rédaction de leur projet de service. La mise en place du recueil de données informatisée permettra également de disposer de statistiques fiables et exhaustives concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population scolaire en Communauté française.

L'ONE a également réalisé un travail important au niveau de la formation des accueillantes et des animateurs sur le plan nutritionnel tout en continuant à promouvoir l'allaitement maternel.

Un travail similaire a également été réalisé dans l'accueil extrascolaire notamment au sein des camps de vacances.

Ce sont quelques unes des actions qui sont menées à l'initiative de la Communauté française, mais de nombreuses autres existent déjà dans les écoles. Ce plan de la Communauté française est la déclinaison du Plan national Nutrition Santé pour les compétences communautaires.

## *b) Perspectives*

Le Gouvernement de la Communauté française entend poursuivre la mise en place des différentes mesures prévues. Celles-ci visent à développer les compétences des jeunes pour qu'ils puissent faire des choix qui leur soient favorables. Il faut aussi offrir un environnement et un contexte social où les compétences sont mises en œuvre. L'offre alimentaire, les pressions publicitaires, les conditions de vie, l'esprit critique face aux médias, l'accessibilité à des infrastructures sportives, les liens sociaux sont autant d'éléments influençant l'adoption de choix favorables à la santé mentale et physique des personnes. Tout cela se conçoit dans un effort commun de toutes les autorités.

## — 2.7. Stratégie en matière de santé environnementale —

### a) Contexte

La problématique de l'environnement-santé ne connaît pas de frontières et dépasse les compétences de la Santé. C'est pourquoi la Communauté française collabore étroitement avec les régions, le fédéral et les autres communautés du pays, mais également à un niveau européen et international.

Pour répondre à une demande de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), Région Europe, la Belgique s'est engagée à rédiger un Plan National d'Action Environnement-Santé (National Environment Health Action Plan - NEHAP). Ce plan est une démarche à l'intersection de l'environnement et de la santé en 7 recommandations et un plan d'action commun qui ont été décidés par l'ensemble des Ministres de l'environnement et de la santé suite aux engagements pris par la Belgique au niveau international et européen.

Les projets de ce plan d'action commun répondent aux trois premières recommandations du NEHAP relatives à la coopération entre administrations de l'environnement et de la santé, aux données et à la recherche.

La première phase du NEHAP (2004-2008) s'est déroulée avec un budget annuel à hauteur de 6% à charge de la Communauté française et a permis de réaliser des projets relatifs notamment aux données et à la qualité de l'air intérieur et extérieur ([www.nehap.be](http://www.nehap.be)).

Les quatre autres recommandations relatives à la prévention, la communication, la formation et la sensibilisation sont quant à elles à réaliser par chacun des partenaires institutionnels dans le cadre de leurs compétences.

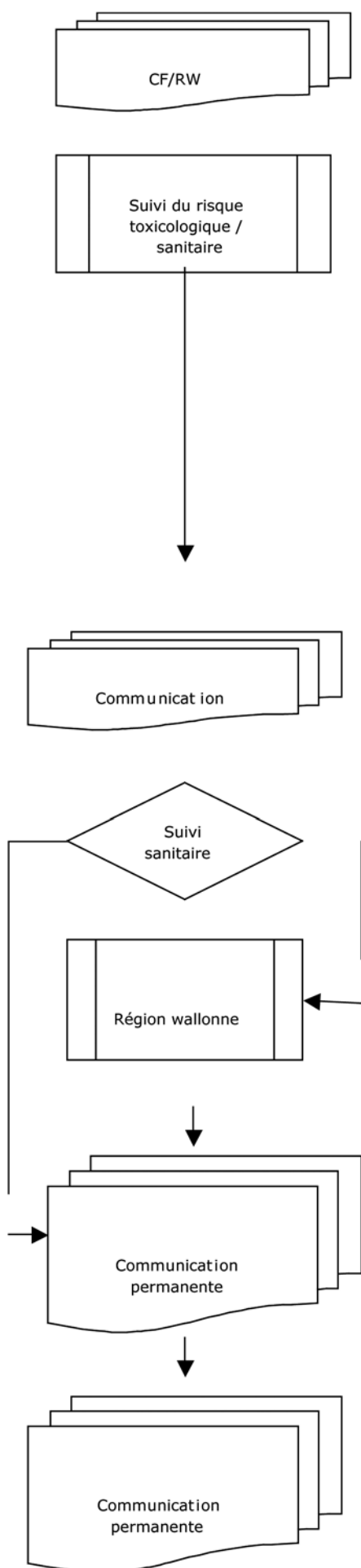
C'est dans ce cadre qu'est organisée la CIMES : Conférence Interministérielle des Ministres de l'Environnement, du climat et de la Santé. Lors de cette conférence des décisions sont prises concernant notamment le NEHAP ou le projet «Villes et pollutions », projet européen dénommé APHEIS. Mis en place en 1999, il a pour but de fournir des informations actualisées et faciles d'utilisation dans le domaine de la pollution de l'air et de ses effets sur la santé publique (notamment concernant les particules fines).

Dans le but de gérer plus efficacement les dossiers liés à l'environnement-santé, les Gouvernements de la Communauté française et de la Région wallonne ont décidé de travailler conjointement et de créer une « Task force », où se retrouvent administrations et cabinet respectifs. Son travail se concentrait au départ sur la gestion des sites pollués mais actuellement toute problématique environnement-santé est abordée dans ce cadre. Par exemple, dans le cadre des pics de pollution atmosphériques, la « Task force » a instauré un groupe de travail afin d'intégrer, dans une procédure standardisée, les mesures « santé » aux mesures environnementales et ce, en fonction des pics enregistrés.

Cette « Task force » s'appuie sur les structures scientifiques des différentes entités que sont la SPAQuE, l'ISSeP, IRCEL-CELINE, l'Institut Scientifique de Santé Publique. L'ISP, dans le cadre de la convention qui la lie à la Communauté française, constitue le pôle scientifique d'expertise en santé environnementale de la Communauté française. Sur base des conclusions de ces différents pôles d'expertise, le cas échéant, des actions sont pesées et une information est communiquée aux riverains concernés.

La Fondation privée « Registre du Cancer », financée pour partie par la Communauté française constitue également une source d'information de première importance. Elle permet par exemple, grâce à l'enregistrement exhaustif de tous les cancers diagnostiqués, d'objectiver ou d'observer un nombre anormalement élevé de cancer dans une région.

## Procédure de gestion du risque toxicologique et sanitaire



Les Ministres de l'Environnement et de la Santé de la Région wallonne prennent connaissance de l'existence d'un risque toxicologique ou sanitaire avéré lié à l'état de pollution d'un site. Le Ministre de la Santé de la Communauté française en est informé simultanément.

Une équipe de médecins épidémiologistes de l'ISP (Institut scientifique de Santé Publique) est chargée d'assurer le suivi du risque toxicologique ou sanitaire suspecté, en étroite collaboration avec les experts environnementaux de la SPAQuE.

Le Ministre de la Santé de la Communauté française charge le cas échéant l'ISP de mettre sur pied une étude épidémiologique en vue d'écarter ou de confirmer une augmentation significative de l'incidence et de la prévalence de certaines pathologies. L'étude, limitée dans le temps, porte sur une population délimitée par un périmètre géographique et comparée avec une population témoin. Les informations collectées au sein du Registre du Cancer constitueront une base de référence.

Une information régulière des Ministres de l'Environnement et de la Santé de la Région wallonne est assurée.

Communication à la population et aux Autorités locales du risque et des actes à poser /collaboration avec les médecins locaux.

Sur base des conclusions de l'ISP et/ou sur base de :

- la mise en évidence d'un taux anormalement élevé de pathologies liées à l'état de l'environnement
- l'absence de pathologies liées à l'état de l'environnement

Suivi de contrôle de l'évolution des pathologies constatées

Collaboration avec les médecins locaux ; évaluation régulière des actes posés ou à poser, des résultats des enquêtes, du risque constaté, de l'évolution, des évaluations...



## *b) Perspectives*

La deuxième phase du NEHAP (National Environment Health Action Plan) a été décidée par la CIMES (Conférence Interministérielle Mixte Environnement Santé) en février 2007 : elle est ciblée sur la qualité de l'air et vise à diminuer l'incidence des problèmes respiratoires (prioritairement chez les enfants) et des problèmes cardiovasculaires. La cellule nationale proposera à la CIMES dans le courant de l'année 2008 ses priorités et actions échelonnées de 2008 à 2013.

### **Poursuivre la collaboration avec la Région wallonne en matière de gestion conjointe de l'ensemble des dossiers environnement-santé.**

- Les conventions de suivi médical de Mellery et de Tarcienne doivent faire l'objet en 2008 d'une évaluation à mi-parcours. A cette fin, un débat devra avoir lieu avec l'ensemble des acteurs concernés sur les résultats obtenus, sur les difficultés rencontrées et sur les suites ou adaptations à apporter à ces conventions.
- Dans le cadre de la procédure définie selon l'arbre décisionnel suivant approuvé par le gouvernement en juillet 2006, la Communauté française poursuivra pour les autres problématiques identifiées son travail de précision des risques sanitaires et d'information de la population.
- En plus de la gestion au cas par cas des dossiers émergents, une réflexion est menée au sein de la « Task force » afin de gérer la problématique environnement-santé avec une méthodologie systématisée, avec des outils de surveillance continue. Une cellule de gestion permanente commune à la Région wallonne et à la Communauté française est en réflexion.
- Une proposition de collaboration sur le même modèle que celui défini avec la Région wallonne, sera soumise à la Région bruxelloise.

**Par ailleurs, la Communauté française continuera à contribuer au financement du travail réalisé par le Registre du Cancer.**

## — 2.8. Dépistage néonatal de la surdité

Dans le cadre du plan quinquennal, le dépistage néonatal de la surdité s'est révélé une priorité en matière de petite enfance, étant donné l'impact de la surdité sur la qualité de vie des futurs adultes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être envoyées à leur médecin pour vérification diagnostique et, si besoin est, traitement ».

Le dépistage néonatal de la surdité est donc une première étape reposant sur une démarche de type probabiliste, et qui doit, dès lors, dès la conception de ce projet, être intégrée dans une approche plus large, permettant de référer le nouveau-né chez un médecin pour vérification diagnostique.

La surdité de l'enfant est une problématique de santé publique, notamment vu l'importance de ses conséquences et en raison de sa fréquence relativement élevée : approximativement 1 à 3 enfants sur 1000 souffrent d'une déficience auditive bilatérale dès la période néonatale. Par ailleurs, ces données de prévalence sont supérieures parmi le groupe de nouveau-nés dits « à risque ». Toutefois, ne dépister que les nouveau-nés ayant un facteur de risque amènerait à n'identifier que 50% des surdités permanentes néonatales congénitales.

Les signaux auditifs que l'enfant perçoit dans ses premières semaines et mois de vie ont un impact capital sur le développement du langage, de la parole, mais aussi sur son développement cognitif et psychosocial. Plus l'enfant est âgé lors du diagnostic de surdité permanente, plus il y a de risques que son développement soit perturbé.

Sans programme de dépistage, l'âge habituel auquel un trouble auditif est diagnostiqué atteint 18 à 30 mois (et même au-delà dans les cas de surdité moins sévère), âge qui est postérieur au début de la période d'acquisition de la parole et du langage. Les délais de confirmation diagnostique des surdités ont un impact important sur les compétences linguistiques et communicatives de l'enfant, tout autant que sur son développement cognitif et psychosocial. La prise en charge devrait débuter avant l'âge de 6 mois (au moment où la plasticité cérébrale est la plus développée).

Une définition précise du trouble cible est fondamentale pour bien concevoir et évaluer un programme. Le Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) définit la perte d'audition visée par les programmes de dépistage systématique de la façon suivante : « perte d'audition permanente, bilatérale ou unilatérale, sensorielle ou de transmission, de 30 à 40 dB en moyenne ou plus, sur les fréquences importantes pour la reconnaissance de la parole (aux alentours de 500 à 4000 Hertz) ». Cependant, le dépistage néonatal ne permet pas d'identifier les déficiences d'apparition progressive ou tardive, ni les surdités acquises. L'établissement d'un programme de dépistage néonatal systématique de la surdité n'obère pas la nécessité de suivre l'audition de l'enfant dans les mois ou les années suivantes.

### *Schéma de l'organisation du dépistage*

Les tests de dépistage automatisés peuvent être réalisés selon deux techniques différentes (objectives et fiables) : les potentiels évoqués ou les otoémissions acoustiques. En Communauté française, la technique des otoémissions acoustiques a été retenue.

Les otoémissions acoustiques (OEA) sont des sons de faible intensité produits par les cellules ciliées externes de la cochlée (oreille interne). Des OEA peuvent être provoquées dans la cochlée en réponse à une stimulation auditive brève (appelée clic) : ce son est transmis de façon rétrograde à travers la chaîne tympano-ossiculaire et il est capté par un microphone intégré dans une sonde placée dans le conduit auditif externe.

Les appareils automatisés utilisés dans le cadre du dépistage affichent le résultat sous forme binaire, à savoir présence ou absence des otoémissions. La présence d'otoémissions (« Pass ») permet d'attester d'une audition normale sur les fréquences comprises entre 2 et 4 kHz (seuil de 30 dB) sur l'oreille testée et suppose l'intégrité de l'oreille interne, moyenne et externe. En revanche, l'absence d'otoémissions (« Refer ») ne permet pas de conclure à une surdité (faux positifs). En effet, des facteurs obstructifs tels que débris de cérumen ou vernix, la persistance de liquide, une otite séreuse, un enfant trop bruyant ou agité peuvent gêner l'acquisition d'otoémissions, en l'absence de toute surdité neurosensorielle. L'automatisation de la mesure et de l'interprétation de ce test permet à un personnel moins qualifié de réaliser cet examen.

Un protocole d'organisation du programme a été élaboré par un groupe de spécialistes. Celui-ci présente le programme sous forme d'étapes, ainsi que la nécessité de définir les personnes ressources au sein de la maternité.

Néanmoins, la structure hospitalière reste libre d'instaurer sa propre organisation.

Un système de récolte de données est également mis sur pied, afin de suivre au plus près l'évolution du programme et le rendre comparable aux standards internationaux.

### *Création d'un Centre de référence*

Par ailleurs, un centre de référence est nécessaire, afin d'accompagner tant les maternités que les centres désignés pour la récolte de données. Il a pour mission générale l'assistance opérationnelle et scientifique du dépistage systématique de la surdité néonatale organisé en Communauté française tel que prévu dans le protocole.

Le Centre a pour missions opérationnelles d'informer les maternités de la Communauté française du programme de dépistage de la surdité néonatale. Il définit avec les maternités les modalités de collaboration conformément au « Protocole d'organisation du dépistage systématique de la surdité néonatale en Communauté française ». De par sa fonction de référent, il identifie les obstacles rencontrés lors de la mise en œuvre effective d'un programme systématique et y apporte des réponses, en collaboration étroite avec le référent dépistage désigné dans chaque maternité et les autorités de gestion de la maternité. Il veille à l'application des procédures de rappel par les maternités auprès des enfants non dépistés.

Par ailleurs, il élabore le recueil de données relatif au programme de dépistage en Communauté française et notamment, le taux de couverture. Il en informe les maternités ainsi que les autorités en charge du programme.

## — 2.9. Dépistage des anomalies congénitales —

Ce programme est effectif depuis de nombreuses années et correspond également aux priorités définies dans le plan quinquennal en matière de promotion de la santé de la petite enfance. Dans le souci de l'adapter aux réalités techniques et législatives, ce programme est revu. Les révisions portent sur :

- l'adéquation au décret de Promotion de la Santé du 14/07/1997 : description du programme dans un protocole, création d'un centre de référence (les modalités doivent encore en être précisées) ;
- description actualisée des conditions d'agrément des centres de dépistage.

Ce travail en cours d'élaboration sera intégralement ajouté au Plan communautaire opérationnel qui suivra le nouveau Programme quinquennal de Promotion de la Santé en 2009. Deux éléments le concrétiseront : un arrêté du gouvernement qui organise le dépistage des anomalies congénitales en Communauté française et un arrêté du gouvernement qui fixe le protocole du programme.

### *Finalité du programme*

Le programme de dépistage néonatal a pour but de détecter, par voie biochimique, des anomalies congénitales. Ces anomalies, si elles ne sont pas prises en charge précocement, entraînent un décès, une arriération mentale ou d'autres troubles permanents et profonds.

La liste des anomalies congénitales actuellement prescrites pour le dépistage inclut : la phénylcétonurie, l'histidinémie, la tyrosinémie, la leucinose, la méthioninémie, la galactosémie et l'hypothyroïdie. Il appartient au comité de pilotage de proposer des modifications de cette liste en fonction de l'évolution des connaissances et sur base d'une analyse coût-efficacité.

### *Objectif du programme*

Organiser l'ensemble des activités du dépistage néonatal permettant de dépister tous les enfants nés en Communauté française, soit dans les services de maternité dont la liste est fixée par l'Administration, soit à domicile en étant suivi par des sages-femmes indépendantes.

1. Organiser la collecte et l'acheminement des échantillons vers les centres de dépistage agréés.
2. Assurer la saisie des données concernant les nouveau-nés.
3. Réaliser les tests biochimiques et en analyser les résultats.
4. Assurer la transmission des résultats.
5. S'informer des résultats des diagnostics.
6. Assurer la cohérence et la pertinence du programme de dépistage néonatal.
7. Améliorer la concertation entre les différents acteurs du programme : Communauté française, services de maternité, pédiatres et centres de dépistage agréés.
8. Garantir l'assurance de la qualité du programme.
9. Organiser le traitement des informations et des résultats ainsi qu'une analyse des données.

### *Fonctionnement du programme*

La Communauté française compte maximum 3 centres de dépistage agréés pour une durée de cinq ans renouvelable.

Le centre agréé procède à l'enregistrement des nouveau-nés, à la réalisation des tests de dépistage, à leur interprétation, et à la transmission des résultats.

L'ensemble du déroulement du programme est décrit dans le protocole.

## — 2.10. Prévention des assuétudes —

### *a) Cadre général : la prévention des assuétudes dans une approche de promotion de la santé*

La prévention des assuétudes et la réduction des risques en matière d'usage de psychotropes en Communauté française se situe dans une approche globale et ne vise le plus souvent ni un produit en particulier, ni les produits illicites exclusivement (excepté certaines actions de réduction des risques). Il est aussi question des dépendances « sans produit psychotrope » (Internet, GMS, sexualité, jeux, ...)

### *b) Populations cibles*

- La petite enfance, les jeunes en âge scolaire et les jeunes adultes via les professionnels relais de l'école (chefs d'établissements, enseignants, éducateurs, ...) ou d'autres lieux d'accueil et de vie (AMO, maisons de jeunes, maisons de quartiers, clubs sportifs, etc.) et via les parents et les familles.
- La population générale et les mandataires publics.
- Les populations d'usagers de drogues occasionnels ou réguliers via des actions spécifiques de réduction des risques : actions dans les différents milieux de vie (notamment les milieux festifs et les prisons) (cf. ci-après).
- Les parents consommateurs de drogues.

### *c) Les stratégies*

- Accueil et orientation.
- Formation d'adultes visant de manière générale les adultes (professionnels ou non) côtoyant les jeunes dans différents milieux de vie, mais également des professionnels et non professionnels s'adressant à d'autres catégories de population.
- Interventions, accompagnements de projets et/ou d'équipes dans les établissements et services des secteurs scolaires, de la santé et du social, de l'enfance, des loisirs, de l'aide à la jeunesse, de la justice, etc.
- Elaboration et mise à disposition de démarches et d'outils de promotion de la santé y compris en matière de réduction des risques (cf. ci-après).
- Mise à disposition d'information et de documentation au sein de services spécialisés et dans les CLPS.
- Concertation et plates-formes aux niveaux local, régional, communautaire et international.
- Réduction des risques (RDR) : distribution et échange de seringues, diffusion accompagnée de brochures et conseils de RDR, testing des pilules, formation es-pairs, etc. (cf. infra).

### *d) Actions dans les milieux de vie*

Les milieux de vie et secteurs d'activités concernés sont notamment : les lieux d'accueil de la petite enfance, les écoles, les quartiers, le secteur des loisirs (les maisons de jeunes, les clubs sportifs, ...), le secteur de l'aide à la jeunesse en milieux ouverts ou fermés.

La prévention des assuétudes dans les milieux de vie se situe comme énoncé ci-dessus dans une approche globale de promotion de la santé (accompagnement d'équipes, élaboration de projets, formation, information). Elle fait intervenir l'ensemble des acteurs de première ligne (directeurs d'établissements, enseignants, éducateurs, PSE, CPMS, TMS, animateurs, parents, etc.), les associations de prévention des assuétudes et les acteurs locaux (dont les CLPS).

Afin de renforcer et de coordonner les actions existantes en matière de prévention des assuétudes dans les écoles, des points d'appui « assuétudes » (PAA) ont été créés en septembre 2007 dans chaque CLPS. Ils agiront comme des interfaces entre les différents acteurs scolaires et les acteurs de prévention des assuétudes.

### *e) La réduction des risques*

La réduction des risques est une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes. La réduction des risques concerne tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs,

ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette stratégie est utilisée pour les substances illicites et pour les substances « légales » comme l'alcool et le tabac.

Les groupes cibles sont notamment:

- les utilisateurs de drogues par injection
- les consommateurs de cannabis
- les utilisateurs de drogues en milieux festifs
- les utilisateurs de drogues en prison
- les intervenants spécialisés ou non en toxicomanies

Objectifs généraux : promouvoir la santé des usagers de drogues, promouvoir leur responsabilisation, réduire leurs risques de santé et réduire leur exclusion sociale (ou le risque d'exclusion sociale), offrir des alternatives aux comportements à risque et renforcer les mesures de réduction des dommages causés par l'usage de drogues (en ce compris vis-à-vis de l'environnement familial, proche, de quartier en général).

Objectifs opérationnels

- accessibilité de l'information
- accessibilité du matériel stérile d'injection
- relais vers les structures d'aide et de soins
- prévention par les pairs, formation
- interventions dans les lieux festifs tant auprès des participants que des tenanciers de lieux de divertissements
- testing en milieux festifs et participation à l'Early Warning System/Système d'Alerte Précoce

#### *f) Le Sous-point focal*

Eurotox a été choisi comme Sous-point focal du réseau Reitox et observatoire socio-épidémiologique alcool/drogues. Cette mission se situe dans le cadre des obligations de la Communauté française vis-à-vis de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT). Au-delà des missions OEDT, l'asbl Eurotox récolte d'autres données qu'elle met en lien à destination des pouvoirs publics et des acteurs en Communauté française (morbidité, données sur les consommations, données sur les politiques développées, données sur des projets, des initiatives de promotion de la santé, etc.).

#### *g) Le Plan national Alcool*

Parmi les activités de concertation développées à différents niveaux, la Communauté française participe à l'élaboration du Plan national Alcool dans le cadre de la Cellule Politique de Santé en matière de Drogues qui réunit les différentes entités de l'Etat.

De plus, une cohérence sera recherchée dans la définition et l'opérationnalisation du Plan national Alcool.

### 3. EVALUATION

Afin de suivre l'évolution du Programme quinquennal de promotion de la santé et l'impact des projets, une surveillance doit progressivement être mise en place par la collaboration entre les acteurs de terrain, les CLPS, les SCPS, la DGS, les autres niveaux de pouvoir et la population.

Chaque partie du programme doit contenir un aspect évaluation. Les indicateurs et outils nécessaires doivent être développés dans le cadre d'un plan d'évaluation plus élaboré et sur base des objectifs retenus dans les mois qui suivent l'adoption de ce PCO.

Un Système d'Information Sanitaire (SIS<sup>14</sup>) est en cours d'élaboration et devra répondre partiellement à cet objectif de surveillance. Dans ce cadre, des initiatives conjointes sont en cours avec la Région wallonne.

Outre les données relatives à la mortalité et la morbidité, de nombreux autres types d'indicateurs existent ou sont à définir afin de donner une vision globale de la santé de la population. Ces indicateurs se situent à plusieurs niveaux : le niveau d'organisation centrale (Communautés, Régions, Fédéral) ; le niveau intermédiaire (CLPS, SCPS, programmes pluriannuels de promotion de la santé, Services PSE,...) ; le niveau population.

Ces indicateurs concernent l'évolution des comportements à risque (par exemple consommation de tabac, alcool, drogues), la perception de la santé, l'utilisation des services de santé et la satisfaction des usagers ainsi que d'autres déterminants de la santé. Ils peuvent aussi enregistrer l'évolution des pratiques professionnelles vers des standards de qualité reconnus en promotion de la santé et en médecine préventive. De plus des indicateurs de processus sont nécessaires pour suivre le niveau de réalisation effective des actions prévues dans le PCO.

Il est utile de préciser que 3 des problématiques du PCO ont déjà un certain nombre d'indicateurs à mesurer<sup>15</sup> :

- le programme de dépistage du cancer du sein a mis au point des indicateurs de réussite en termes de « détection », mais aussi pour évaluer la portée du programme et sa couverture (nombre de femmes convoquées et ayant suivi le dépistage, médecins participants, nombre d'unités agréées...)
- le programme de vaccination prévoit également de mesurer la disponibilité des vaccins, la couverture,...
- la surveillance de la tuberculose donne des informations très précises tant sur la maladie que sur le dépistage<sup>16</sup>.

Ces indicateurs sont à disposition de la Communauté française car ils émanent directement de projets subventionnés par la Communauté française (avec le soutien d'accords interministériels quand c'est nécessaire) ; dans le cas contraire, leur disposition est à négocier avec les autres niveaux de pouvoir.

---

14 Décret du 17 juillet 2003. art 1 : ... « Par SIS, il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et de la population aux politiques et actions de santé ». Art 2 : ... « Un SIS, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés. »

15 Voir dans les programmes respectifs.

16 Se reporter aux données fournies par le FARES dans ses rapports annuels et dans les Registres.

**La définition d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs peut se faire sur base d'éléments existants à développer éventuellement :**

*a) Les données de la Direction Générale de la Santé*

La DG Santé est chargée de l'encodage des naissances et des décès en Communauté française. Elle dispose donc d'une base de données substantielle notamment pour les causes de mortalité, le taux de faible poids à la naissance, etc.

*b) L'Enquête de santé par interview (HIS – Health Interview Survey),*

Réalisée tous les 3 ou 4 ans avec pour objectifs :

- l'identification des priorités en matière de santé ;
- la description de l'état de santé et des besoins en matière de santé de la population ;
- l'estimation de la prévalence et répartition des indicateurs de santé ;
  - o l'analyse des inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins de santé ;
  - o l'étude de la consommation des soins et de ses déterminants ;
  - o l'observation des tendances au cours du temps en ce qui concerne la santé de la population.

*c) Les données SIPES (HBSC)*

Les données récoltées par le Service Communautaire ULB-PROMES dans le cadre du SIPES<sup>17</sup> (Service d'Information en Promotion de la Santé) dont l'enquête HBSC<sup>18</sup> sous l'égide de l'OMS (tous les 4 ans).

- De nombreuses informations y sont récoltées sur la santé des jeunes (par exemple, les plaintes de type psychosomatiques et la consommation de médicaments) ; sur leur perception de leur santé ; ainsi que sur leurs comportements (en matière de consommation de tabac et d'exercice physique notamment).
- On peut y introduire des questions particulières sur des éléments que l'on souhaiterait évaluer (par exemple, la politique nutritionnelle ou celle envers le tabac dans les écoles), de même qu'on peut y additionner des questionnaires à destination des acteurs scolaires qui donneraient des informations sur les projets mis en place, les collaborations, les besoins et les attentes (exemple : efficacité des points santé).

*d) L'enquête ESPAD*

Sur la consommation de drogues chez les jeunes<sup>19</sup>, réalisée tous les 4 ans sous l'égide de la Commission européenne (ULB-PROMES collecte des données en Communauté française).

L'objectif est de collecter des données comparables sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues auprès des étudiants dans autant de pays européens que possible (35 actuellement). Les données sont collectées en coopération entre les pays sur base d'une méthodologie strictement standardisée.

*e) La banque de données médico-sociales de l'ONE*

Appelée communément BDMS, c'est une base qui contient des données médico-sociales concernant les naissances (95% des naissances) et le suivi préventif en structure ONE de la (future) mère et de l'enfant. La BDMS s'articule, à différents niveaux d'intervention, autour de la Santé de la Mère et de l'Enfant<sup>20</sup>.

---

17 Plus de détails voir sur le site <http://homepages.ulb.ac.be/~ndacosta/promes/sipes.html>

18 Health Behavior in School aged children.

19 The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. La dernière enquête date de 2003. <http://www.espad.org/purpose.html>

20 <http://www.one.be/banque/pres.htm>



#### *f) Les registres et les autres bases de données*

Ils fournissent de nombreuses indications sur la santé<sup>21</sup>, dont :

- tuberculose, infarctus, infection au VIH ;
- dépistage du cancer du sein ;
- registre national du cancer (voir aussi dans le programme cancer du sein) ;
- maladies à déclaration obligatoire, demande de traitement de substitution.

#### *g) La collecte des données sanitaires par les PSE*

La collecte informatisée des données sanitaires par les SPSE est mise en place depuis 2005-2006. L'analyse de ces données par le SIPES permet d'obtenir des informations sur l'état de santé de la population scolaire.

#### *h) Les données collectées par Eurotox*

En matière d'usage de drogues, publiées sur base annuelle (à partir de 2006) dans le Rapport Communauté française.

Le rapport couvre de façon large le cadre légal et organisationnel relatif aux assuétudes en Belgique, la situation épidémiologique et les tendances observées, les actions et les pratiques développées en promotion de la santé, prévention et réduction des risques (l'élaboration d'un cadastre est en cours).

Tous les deux ans, un Focus est réalisé sur un sujet particulier (un premier Focus a été consacré à l'alcool en 2006).

Par ailleurs en tant que Sous-point focal belge (cf. page 44) de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), Eurotox collabore à la réalisation du Belgian national report on drugs annuel, autre source de données, produite par le Point focal belge/ISP.

#### *i) Les données des Observatoires de la Santé*

On peut ajouter à cela l'ensemble des données fournies par les Observatoires de la Santé (Hainaut, Bruxelles, Luxembourg) : recueil, analyse et diffusion d'informations nécessaires à l'élaboration de politiques coordonnées dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé (données épidémiologiques – de santé et psychosociales -, appui méthodologique, outils d'intervention). Les informations sont transmises tant au public qu'aux décideurs. Chaque observatoire a des spécificités liées aux caractéristiques locales.

#### *j) Le réseau des médecins vigies*

Ce réseau sentinelle de médecins généralistes permet la récolte de données de morbidité (surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles ; analyse de la prise en charge des problèmes de santé...) dans la population générale.

## **Perspectives**

1. Des négociations avec la Région wallonne sont menées pour la mise sur pieds d'un SIS (Système d'Information Sanitaire) commun.
2. Afin de collecter et surtout de valoriser davantage de données qualitatives et locales, les CLPS seront sollicités pour contribuer à l'élaboration, aux côtés des recueils de données existants et du SIS, des indicateurs, critères, indices qui permettraient d'évaluer l'effet des programmes mis en place en termes de promotion de la santé notamment les projets de proximité destinés à certains publics spécifiques ou implantés dans un quartier bien délimité : amélioration de la qualité de vie, de l'insertion sociale, de

---

<sup>21</sup> Un registre est un outil d'enregistrement systématique et continu d'événements tels que les naissances, les décès (...) survenant dans un territoire donné. <http://homepages.ulb.ac.be/~ndacosta/promes/tech3.html>

Voir aussi <http://www.sante.cfwb.be/dohtml/surveillance.html>

l'accès à un emploi, à une formation, à un logement ou à des revenus suffisants pour préserver la santé, mise en place de réseaux de solidarité ou d'échanges de savoirs entre habitants, mise en place de réseaux d'acteurs professionnels travaillant auprès d'un même public, mise en place de réseaux intersectoriels, meilleur accès du public aux services de prévention, de dépistage et de soins, ...

3. Les données et les informations présentées dans les tableaux de bord de la santé (réalisés par le SCPS SIPES-ULB) peuvent servir, au delà des données de morbidité ou de mortalité, à identifier des pistes pour l'évaluation et la mise en place de programmes ou de stratégies de promotion de la santé.

Ces tableaux de bord peuvent être conçus comme une source d'informations permettant le suivi d'indicateurs de santé et des programmes de santé en Communauté française.

Ils peuvent également contribuer à identifier le manque ou l'absence éventuelle d'informations concernant des populations ou des segments de population, ainsi que leurs besoins particuliers. Cette information peut être présentée par zone géographique quand les données y sont pertinentes et disponibles, avec des paramètres de comparaison dans l'espace et/ou dans le temps.

4. Des négociations sont en cours avec l'asbl « Centre d'Epidémiologie Périnatale » (CEpiP) regroupant des gynécologues (GGOLFB) et des pédiatres (Société Belge de Pédiatrie) des trois universités francophones dont l'objectif est la récolte des données en matière de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale.

La poursuite de ces objectifs se réalisera par les activités suivantes :

- la constitution d'un registre permanent des données périnatales ;
- la constitution d'une banque exhaustive et contrôlée de données médicales périnatales ;
- l'exploitation de cette base de données pour l'analyse des facteurs de mortalité et de morbidité maternelle et périnatale et de leur évolution dans le temps.

## Glossaire – liste des principales abréviations

- AMO** : aide en milieu ouvert
- APES-ULG** : Université de Liège, Service Communautaire de Promotion de la Santé
- AR** : Arrêté Royal
- CCIV** : Comité de Coordination Intersectorielle Vaccinations
- CF** : Communauté française
- CIMES** : Conférence Interministérielle Mixte Environnement Santé
- CLPS** : Centre Local de Promotion de la Santé
- CEpiP** : Centre d'épidémiologie périnatale
- CPAS** : Centre Public d'Aide Sociale
- CSPS** : Conseil Supérieur de Promotion de la Santé
- DGS** : Direction générale de la Santé
- DOT** : Directly Observed Therapy (traitement directement supervisé)
- ECDC** : European Centre for Disease Prevention and Control
- EVRAS** : éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.
- FARES** : Fonds des Affections Respiratoires
- FUNDP** : Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur
- GGOLFB** : Groupement des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique
- INAMI** : Institut National d'Assurances Maladies Invalidités
- IRCEL-CELINE** : Cellule interrégionale pour l'environnement
- ISP** : Institut Scientifique de Santé Publique
- ISSeP** : Institut scientifique de Service public (Région wallonne)
- IST** : infections sexuellement transmissibles
- KCE** : centre fédéral d'expertise des soins de santé
- MG** : Médecin Généraliste
- MRU** : Unité Mobile Radiologique
- NEHAP** : National Environment Health Action Plan– Plan national d'action environnement santé belge
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONE** : Office de la Naissance et de l'Enfance
- PCO** : Plan Communautaire Opérationnel
- PMS (ou C-PMS)** : (centre) Psycho-Médico-Social
- PROMES** : Université Libre de Bruxelles, Unité de Promotion Education Santé
- PS** : Promotion de la Santé
- PSE (ou SPSE)** : (service) Promotion Santé à l'Ecole
- RDR** : réduction des risques
- REITOX** : Réseau européen d'informations sur les drogues et les toxicomanies
- RX** : Radiographie
- SCPS** : Service Communautaire de Promotion de la Santé
- SIPES-ULB** : Service d'Information en Promotion de la Santé, Université Libre de Bruxelles, Service Communautaire de Promotion de la Santé
- SIS** : système d'information sanitaire
- SPAQuE** : Société Publique d'Aide à la Qualité de l'Environnement
- SPF** : Service Public Fédéral
- SSMG** : Société Scientifique de Médecine Générale
- TBC** : Tuberculose
- TMS** : Travailleur médico-social (de l'ONE)
- UCL-RESO** : Université Catholique de Louvain, Service Communautaire de Promotion de la Santé
- VIG** : Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
- VRGT** : Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 13 juin 2008 fixant le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé au sein de la Communauté française.

Bruxelles, le 13 juin 2008.

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

Catherine FONCK  
Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse  
et de la Santé