

# ÉDUCATION SANTÉ

JUIN 2015  
312

## *Régionalisation de la promotion de la santé : de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et Bruxelles*

*Conseil supérieur  
de promotion de la santé*

UN MENSUEL AU SERVICE  
DES INTERVENANTS FRANCOPHONES  
EN PROMOTION DE LA SANTÉ DEPUIS 1978

[www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)

# INTRODUCTION

## Régionalisation de la promotion de la santé, de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Wallonie et Bruxelles Proposition du Conseil supérieur de promotion de la santé pour un Programme quinquennal de promotion de la santé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015

### Conseil supérieur de promotion de la santé

Le contexte actuel est marqué par une précarisation croissante d'une part importante de la population, par des problèmes d'accès et d'intégration dans la vie sociale (emploi, logement, école, etc.), par des processus d'exclusion qui se cumulent au quotidien avec des problèmes de santé. Par ailleurs, les compétences et les budgets tant en santé qu'en aide aux personnes sont extrêmement morcelés à travers les différents niveaux de pouvoir. La réforme de l'État en cours devrait apporter plus de cohérence au prix cependant d'un arbitrage au sein du secteur de la santé. Enfin, la prise en compte des déterminants sociaux de la santé suppose une vision politique globale impliquant la santé dans toutes les politiques, vision encore à construire. L'objectif poursuivi par la promotion de la santé est de consolider de manière transversale la lutte contre les inégalités sociales de santé et de renforcer tous les publics concernés, en permettant à l'usager de prendre sa place dans le dispositif. Dans chaque domaine de l'action publique, des mesures politiques fondées sur un universalisme proportionné peuvent être définies, à savoir des mesures et/ou initiatives destinées à tous, mais mises en œuvre en fonction du niveau de précarité et des besoins. En vue d'atteindre cet objectif, la réponse privilégiée par la promotion de la santé est de fédérer différents acteurs qui proposent des stratégies d'action. Celles-ci incluent des démarches participatives impliquant plusieurs milieux de vie et différents publics – en étant attentives aux réalités des populations plus vulnérables –, des démarches de prévention et de recueil de données. Les principes de la promotion de la santé constituent de véritables

objectifs stratégiques, qui visent à favoriser une action efficace sur les leviers et déterminants de la santé de la population entendue de manière globale.

### Cadre de référence

#### La promotion de la santé

##### Au niveau international

Confrontées aux désastres provoqués par la deuxième guerre mondiale, les Nations-Unies ont organisé, en 1946, la première conférence internationale de santé, préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé. À cette occasion, les pays participants se sont accordés sur une définition positive de la santé : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Ils ont également insisté sur le droit universel à la santé « *La santé est un droit fondamental pour tous* ».

En 1978, l'OMS, lors de la Conférence internationale des soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma Ata, a réaffirmé le droit à la santé pour tous, loin d'être acquis dans tous les pays, et a insisté sur les préalables pour atteindre cet objectif : de la nourriture en quantité et en qualité, une éducation de base, un logement décent, un revenu minimum, un statut social, la sécurité et la paix. Deux conditions de réussite des dispositifs de soins de santé primaires ont également été pointées : la participation individuelle et collective et l'intégration des soins.

En 1984, dans une perspective de renforcement de la participation citoyenne et de meilleure réponse aux problèmes de santé, l'OMS a diffusé

le concept de *Villes en santé*. Le défi est de créer un capital communautaire dans l'optique de développer des communautés saines.

En 1986, lors des travaux de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été élaborée.

La Charte d'Ottawa (1986) définit la promotion de la santé comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. (...) Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire ; elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. La promotion de la santé s'inscrit donc dans le courant holistique : la santé est comprise dans sa globalité, c'est-à-dire dans ses aspects médico-psycho-sociaux mais aussi environnementaux au sens large.* » La Charte d'Ottawa donne cinq orientations de travail concrètes :

- élaborer une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables ;
- renforcer l'action communautaire ;
- développer les aptitudes personnelles ;
- réorienter les services de santé.

Ce texte fondateur a été complété par les réflexions issues de différentes conférences internationales. Leur synthèse est présentée en annexe page 22.

En 2009, le rapport final de la **Commission des déterminants sociaux de santé de l'OMS** prend pour fil conducteur l'équité en

matière de santé et propose de distinguer trois composantes fondamentales sur lesquelles agir : les contextes socio-économiques et politiques, les déterminants structurels des inégalités de santé (accès à l'éducation, couverture sociale et sanitaire...) et du statut socio-économique (revenu, emploi, position sociale...) et les déterminants intermédiaires de santé (comportements, environnement matériel, cohésion sociale...).

La **déclaration de Rio** (2011) propose aux États une série d'engagements qui concrétisent ces recommandations.

Finalement, **Health2020** (OMS- Europe) définit une politique cadre européenne qui vise à soutenir les mesures destinées à « améliorer de manière significative la santé et le bien-être des populations, réduire les inégalités de santé, renforcer la santé publique et mettre en place des systèmes de santé universels, équitables, durables, de qualité et axés sur la personne ».

Ce document réaffirme l'importance de la santé comme ressource essentielle pour la société, mais aussi l'influence de toutes les politiques sur la santé (*Hiap - Health in all policies*). Il met l'accent sur l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé à travers une gouvernance mobilisatrice et participative. Il propose quatre priorités :

- une approche de la santé émancipatrice et continue, « tout au long de la vie » ;
- des stratégies de santé transversales et intégrées dont la promotion de la santé est le noyau central ;
- un système de santé centré sur les besoins des populations (couverture universelle, première ligne, santé publique, etc.) ;
- des communautés résilientes et des environnements favorables.

Dans le cadre d'un projet européen, la Belgique a mis sur pied un groupe intersectoriel pour instaurer un dialogue politique sur la réduction des inégalités sociales de santé. Le concept de 'Santé dans toutes les politiques' est en effet devenu indissociable de la réduction des inégalités sociales de santé.

### En Fédération Wallonie-Bruxelles

Le décret du 14 juillet 1997 de la Communauté française de Belgique propose la définition suivante de la promotion de la santé :

*« Par promotion de la santé au sens du décret du 14 juillet 1997, il faut entendre le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques (Article 1<sup>er</sup>) ».*

*Dans chaque domaine de l'action publique, des mesures politiques fondées sur un universalisme proportionné peuvent être définies, à savoir des mesures et/ou initiatives destinées à tous, mais mises en œuvre en fonction du niveau de précarité et des besoins.*

En 2010-2011, l'évaluation des dispositifs de politique de santé en Communauté française conclut que le concept de promotion de la santé autour duquel s'articule le décret de la Communauté française reste d'actualité. Il est conçu comme une fonction contributive à la santé publique (*Santé pour tous* au sens de l'OMS) parmi d'autres fonctions telles que la protection, la surveillance, l'organisation du système de soins, la prévention.

Dès le premier programme quinquennal, le Conseil supérieur de promotion de la santé a renforcé la portée de cette définition en rappelant les fondamentaux de la promotion de la santé, véritables objectifs stratégiques pour un déploiement efficace et pertinent de celle-ci. Ces objectifs stratégiques sont repris ci-après dans l'axe *Principes d'action de la promotion de la santé* (voir page 5).

La présente proposition de programme définit les axes prioritaires d'action et de recherche pour une politique de promotion de la santé cohérente avec ce cadre de référence international et avec

les orientations tracées par le Conseil supérieur de promotion de la santé au cours des dernières années. Pour appliquer ces orientations, dans le cadre du transfert de 2014 du décret de promotion de la santé du 14 juillet 1997, il importera d'articuler les compétences et donc les limites d'intervention des entités fédérées (Région wallonne, Commission communautaire française, Fédération Wallonie-Bruxelles).

### La médecine préventive

L'approche préventive s'appuie classiquement sur le cours naturel de la maladie. C'est ainsi que l'on parle de prévention primaire quand l'intervention vise à éviter l'apparition d'une pathologie, de prévention secondaire (dépistage) s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureurs ou précoces de la maladie, de prévention tertiaire si l'objectif est de prévenir les complications et /ou les rechutes, et de prévention quaternaire si l'on vise à prévenir les risques de surmédicalisation.

Le décret de promotion de la santé propose une définition de la médecine préventive, telle qu'elle a été acceptée par le Parlement de la Communauté française.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir, le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille. Selon l'esprit de ce décret, le champ de la médecine préventive s'intègre dans une articulation entre promotion de la santé et soins. Médecine préventive, soins de première ligne et promotion de la santé partagent des références et des stratégies en matière de prévention et de réduction des inégalités sociales de santé, de participation, d'intersectorialité et d'approche globale de la santé.

L'application du principe de subsidiarité consiste à déployer les pratiques de prévention les plus proches de la population. Ceci peut se faire à travers l'action des médecins généralistes et des autres professionnels de la santé et de l'aide sociale (services de l'Office de la Naissance et de l'Enfance et services de la Promotion de la santé à l'école, par exemple), mais aussi d'autres intervenants du secteur ambulatoire, en optimisant les structures logistiques au bénéfice des programmes de médecine préventive.

## Rappel des textes législatifs

Les compétences de la Communauté française en matière de santé sont définies par les lois spéciales des 8 août 1980 et 8 août 1988, et par le décret du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française. Le décret de 1993 maintenait comme compétence essentielle de la Communauté française en matière de santé, l'éducation sanitaire et les activités et services de médecine préventive.

Le Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 3 avril 2014 transfère la plupart de ces compétences de santé à ces deux entités fédérées à l'exception, entre autres, des activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants.

En outre, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État transfère les campagnes de promotion de la santé bucco-dentaire menées par les dentistes dans le cadre de l'INAMI (en accompagnement de l'introduction de la gratuité des soins dentaires pour les moins de 18 ans) vers la Fédération Wallonie-Bruxelles. Par ailleurs, elle prévoit que le Fonds assuétudes, le Fonds tabac ainsi que le Plan national nutrition santé seront transférés du niveau fédéral aux deux entités fédérées évoquées ci-dessus.

Dans une optique de promotion de la santé, on se donne comme ambition de travailler sur les déterminants de la santé – biologiques mais

surtout sociaux, culturels et environnementaux – en développant des stratégies multiples (voir page 5 'Les principes d'action de promotion de la santé'). Le choix de cette approche a été officialisé par le décret du 14 juillet 1997 (MB 29/08/1997) portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Grâce à ce décret, la promotion de la santé a bénéficié d'un cadre qui définit le concept, organise ses modalités de programmation (programme quinquennal), agrée des services de soutien au niveau local (Centres locaux de promotion de la santé) et des services d'appui méthodologique (Services communautaires) et prévoit le financement de programmes d'action et de recherche.

## Le Programme quinquennal et les Plans communautaires opérationnels

Après l'adoption du décret du 14 juillet 1997, un premier Programme quinquennal 1998-2003 a été arrêté par le Gouvernement de la Communauté française. Le premier Programme quinquennal a fait l'objet d'un bilan en 2003 (voir 'L'évaluation du programme quinquennal et des politiques de promotion de la santé' page 22). Des Plans communautaires opérationnels ont été pris suite au programme quinquennal. Une évaluation des dispositifs de politique de santé a été réalisée en 2010-2011 (voir le rapport de Perspective Consulting et Efficiences du 31 mars 2011).

L'article 2 du décret du 14 juillet 1997 précise ce qui suit :

« § 1. Le Gouvernement arrête un programme quinquennal de promotion de la santé qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

§ 2. Dans un délai de 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1<sup>er</sup>, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, ci-après dénommé 'plan communautaire opérationnel', s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant :

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus

pour la durée du plan en matière de promotion de la santé y compris de médecine préventive ;  
2° les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en œuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé ;  
3° les publics cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

§ 3. Un système d'informations sanitaires, 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. »

La formulation du Plan communautaire opérationnel, qui doit être arrêté par le Gouvernement dans les 18 mois de l'adoption du Programme quinquennal, fait donc l'objet d'une démarche de consultation des organismes, services et acteurs particulièrement concernés par certains objectifs prioritaires. Cette démarche nécessite la définition et la planification d'une procédure de travail, le dégagement d'un budget et l'attribution de la tâche à un ou plusieurs acteurs bien identifiés. Le Plan opérationnel doit définir des indicateurs qui permettront d'évaluer le degré de réalisation des objectifs du Programme quinquennal.

## Les missions de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de surveillance et de protection

### Le recueil de données

Dans le cadre de ses missions de prévention et de promotion de la santé, les entités fédérées subsidient/soutiennent plusieurs recueils de données :

– les données liées aux naissances et aux décès sur base des bulletins statistiques de naissance et décès ;

- les données liées aux maladies transmissibles (MATRA) sur base des déclarations obligatoires ou qui sont gérées par des partenaires externes ;
- les données de santé scolaire collectées via le bilan de santé et le recueil standardisé PSE ;
- les données qui touchent aux dépistages : dépistages de la surdité néo-natale et des anomalies congénitales, dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal ;
- les données qui alimentent divers registres comme le Registre cardiovasculaire, le Registre du cancer, le Registre de la tuberculose ;
- les données provenant des enquêtes de

couverture vaccinale (PROVAC), de l'enquête de santé par interview (HIS) et les données de l'enquête HBSC ;

- les données sur les assuétudes.

Les collectes de données, effectuées selon une périodicité variable (en continu, tous les ans, tous les 2 ou 4 ans, etc.) permettent de suivre des évolutions au cours du temps et sont des sources d'informations de qualité pouvant justifier le développement d'actions et de programmes pertinents d'éducation, de prévention et de promotion de la santé. Les collectes de données permettent également à la Fédération Wallonie-Bruxelles et aux régions d'alimenter les bases de données d'autres niveaux de pouvoirs et ainsi

de remplir leurs obligations nationales et internationales (OMS, OCDE, Eurostat...).

### Surveillance et contrôle des maladies infectieuses

Les missions prévues par la loi sanitaire qui étaient en partie de compétence communautaire ont été transférées aux entités fédérées. Il leur appartient dès lors d'actualiser la législation de manière à la rendre plus efficiente.

Les entités fédérées veilleront à s'inscrire dans les projets européens et se concerteront avec l'Administration fédérale.

Les services chargés des missions d'inspecteur d'hygiène veillent notamment à la prévention en milieu scolaire.

**Le Programme quinquennal 2004-2008 prolongé jusqu'en 2014 retient trois axes pour la définition des priorités de la politique de promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles : des principes d'action, des acteurs prioritaires et des problématiques de santé prioritaires. Ces trois axes ont été maintenus dans la présente proposition mais leur contenu a évolué en tenant compte des opportunités ouvertes par la gestion des compétences de promotion de la santé dans les régions. Notamment, les milieux de vie dans lesquels interviennent les acteurs prioritaires ont été beaucoup plus détaillés.**

## Trois axes fondamentaux pour un programme quinquennal : principes d'action

Les principes d'action sont de véritables objectifs stratégiques indispensables pour assurer l'efficacité de la promotion de la santé face au défi des inégalités sociales de santé. En 2003, à Genève, devant la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, le rapporteur spécial **Paul Hunt** soulignait ainsi notamment que : « **le droit à la santé est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement les prestations de soins de santé appropriées en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé. Le droit à la santé est étroitement lié à l'exercice d'un certain nombre d'autres droits de l'homme et d'autres libertés fondamentales énoncés dans les principaux traités**

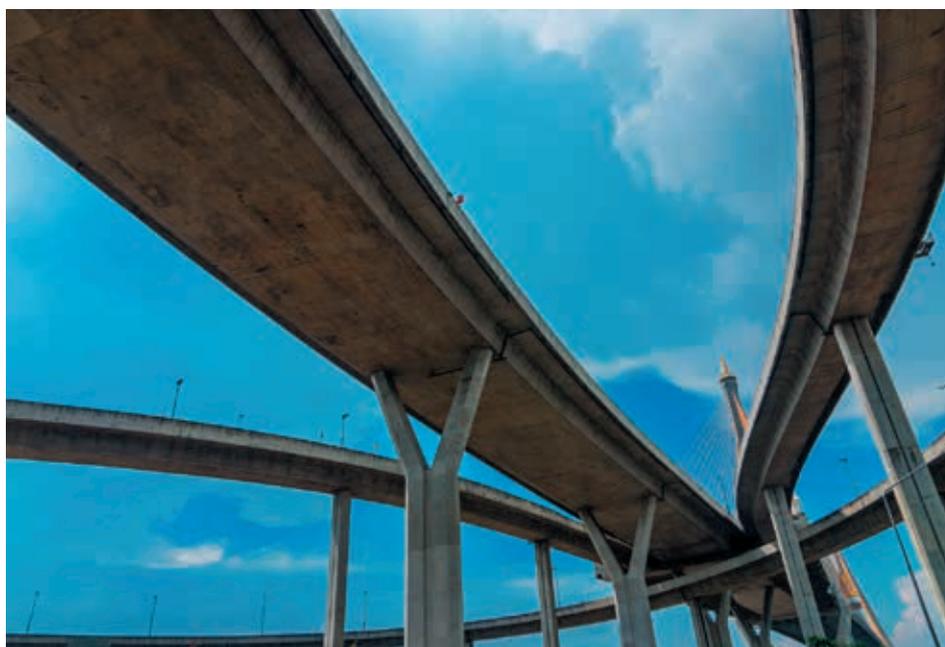


Photo © Fotolia

*internationaux relatifs aux droits de l'homme. Il s'agit notamment du droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la vie, à la non-discrimination et à l'égalité, du droit de ne pas être soumis à la torture, du droit au respect de la vie privée, du droit de participer, du droit d'accès à l'information, et des droits à la liberté d'association, de réunion et de circulation ».*

Les États ont l'obligation de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées pour la réalisation intégrale du droit à la santé, notamment en élaborant une stratégie nationale et un plan d'action national dans le domaine de la santé publique.

L'amélioration du niveau de vie et l'insertion socio-économique des personnes défavorisées sont donc des buts prioritaires, en amont des interventions plus spécifiques de la compétence de la Communauté française dans le cadre du décret du 14 juillet 1997. L'article 17, 2<sup>e</sup> alinéa, de ce décret précise d'ailleurs : *'Il sera en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures'*. Le terme de 'cultures' ne doit pas seulement être entendu ici dans ses aspects ethno-religieux ou nationaux (cas des populations d'origine immigrée), mais aussi dans ses aspects éducatifs ou socio-économiques (cas des populations appauvries, marginalisées ou exclues, qui développent effectivement une culture propre, au sens sociologique du mot). Le Conseil supérieur de promotion de la santé a réaffirmé l'importance de la **réduction des inégalités sociales de santé** dans un avis de juin 2011 ; il y précise 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 (bien-être global intégrant santé physique, mentale et sociale).

En conséquence, le Conseil a notamment insisté sur la nécessité de maintenir voire de développer une offre universelle orientée vers la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Il s'agit de rendre cette offre disponible à

l'ensemble de la population et non pas de viser uniquement les plus précarisés. Cependant il importe de développer simultanément des stratégies spécifiques proportionnées aux difficultés vécues par les populations. Dans un contexte socio-économique dégradé, il est important de porter une attention spécifique aux publics fragilisés et marginalisés afin de garantir l'égalité de l'accès au bien-être, à la santé physique, mentale et sociale pour tous.

### Articuler l'approche de promotion de la santé, les stratégies de médecine préventive et les soins de première ligne

La Communauté française s'est dotée d'un cadre décretaal permettant de prendre en compte des programmes de médecine préventive. Un consensus s'est progressivement dégagé dans la communauté scientifique pour s'accorder sur la pertinence de certaines démarches de médecine préventive et en confirmer le bénéfice pour la santé et la qualité de vie de la population. Actuellement, il s'agit du programme de vaccination, des programmes organisés de dépistage des cancers du sein et de l'intestin, de la prévention du cancer du col de l'utérus, de la prévention du diabète sucré et de l'identification du risque cardiovasculaire global, basé sur le dépistage de l'hypertension, du tabagisme, du cholestérol, de la sédentarité et du surpoids. Les services de promotion de santé à l'école ainsi que le *Dossier médical global +* sont des expressions concrètes de l'intégration de la médecine préventive dans les pratiques de première ligne.

Au niveau néonatal, les dépistages de la surdité et des anomalies congénitales font également l'objet de programmes organisés. La tuberculose mérite également une attention particulière dans des groupes de populations particulièrement vulnérables essentiellement regroupées dans les grandes villes...

L'enjeu est d'articuler les différents programmes et les services de médecine préventive entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, qui doivent intervenir, le plus possible, en amont

des problèmes de santé et de façon globale (déterminants sociaux, éducatifs, culturels, économiques...) sans forcément cibler telle ou telle maladie. Il s'agit également de développer des stratégies concertées d'une part avec les intervenants de première ligne et du secteur ambulatoire, et d'autre part avec tous les autres intervenants impliqués dans les déterminants de la santé globale, en amont et en aval des problématiques de santé.

### Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées en particulier au niveau local

La participation des populations aux programmes, actions ou projets portant sur les problématiques de santé ou les déterminants de la santé qui les affectent constitue une deuxième priorité stratégique. Il importe, en effet, non seulement de favoriser l'accès de la population aux services et soins de santé, mais aussi d'impliquer les citoyens en tant qu'acteurs de promotion de la santé à part entière, depuis la définition des besoins et la conception des interventions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci. L'utilisation de méthodes bien éprouvées pourrait favoriser la participation de la population sur les politiques de santé et de promotion de la santé. Une attention particulière sera accordée aux conditions pratiques et méthodes de participation permettant aux populations en situation de précarité de prendre une place active dans les actions de promotion de la santé.

Cet objectif est ambitieux ; il ne sera pas atteint facilement. Il constitue cependant un important enjeu démocratique. Il peut notamment être réalisé par l'action et le travail communautaires comme en témoigne l'expérience de plusieurs associations et services, en particulier auprès de populations en situation de vulnérabilité (pauvreté, logements inadéquats et/ou insalubres, mauvaise maîtrise du français, exclusion sociale ou culturelle, etc.). Il s'appuiera utilement sur les dispositifs de participation prévus au niveau local ou dans les institutions (commissions consultatives, conseils de participation...).

## Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel à tous les niveaux

Cette priorité stratégique découle de la conception multifactorielle de la santé.

La promotion de la santé cherche à créer les conditions d'une action plus globale et donc plus adaptée à la complexité des réalités. Elle cherche à créer des modes de concertation et des interventions intersectorielles réunissant des partenaires provenant de divers domaines : santé, éducation, politique, économie.

L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents...

On sait cependant que le travail intersectoriel – via des dispositifs tels que les coordinations sociales, les concertations locales, les conseils de prévention, etc. – est délicat, et se heurte à la complexité des contextes sur le terrain, aux clivages professionnels et institutionnels, aux conflits de compétences.

Trois pistes doivent être favorisées pour pallier ces inévitables difficultés et donner de meilleures réponses aux réalités des usagers :

- une structure moins formelle, celle du réseau, constitue une piste de travail notamment pour favoriser une première ligne forte et cohérente ou pour favoriser un tissage horizontal de liens entre acteurs de promotion de la santé, acteurs du soin et acteurs d'autres secteurs (environnement, enseignement, culture, action sociale). Ce type de réseau peut se définir comme un assemblage non structuré d'acteurs libres entretenant entre eux une communication forte, susceptible de les renforcer, d'établir des échanges centrés sur un objectif commun à partir de concepts, compétences, activités partagées.
- accentuer au niveau local le partenariat intersectoriel et les alliances entre services publics et monde associatif. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) par les collectivités locales paraît être un bon moyen pour une mise en œuvre de l'intersectorialité.

– renforcer la concertation aux différents niveaux de pouvoirs et de représentation : communes, régions, entités fédérées, fédéral en insistant sur les synergies à mettre en place pour mener des politiques cohérentes ayant un impact favorable sur la santé des gens.

## Développer des procédures d'assurance de qualité des projets

Intervenir en promotion de la santé implique la mise en œuvre d'une grande diversité d'acteurs et de structures, mais peu des ressources sont disponibles pour ce faire. En conséquence, la qualité des actions, projets et programmes, reste la meilleure garantie d'efficacité de ceux-ci. La qualité est basée sur des critères méthodologiques et éthiques. Ces critères de qualité ont été détaillés dans le *Programme quinquennal 1998-2003* et adaptés plusieurs fois par le CSPS et ses commissions d'avis.

*Intervenir en promotion de la santé implique la mise en œuvre d'une grande diversité d'acteurs et de structures, mais peu des ressources sont disponibles pour ce faire. En conséquence, la qualité des actions, projets et programmes, reste la meilleure garantie d'efficacité de ceux-ci.*

La qualité est soutenue par une procédure d'examen des demandes de financement, fondée sur des critères soigneusement décrits et sur une démarche d'avis impliquant des acteurs eux-mêmes. L'exigence d'évaluation qui accompagne le financement d'actions et de programmes contribue aussi à créer une culture de l'assurance de qualité parmi ces opérateurs, dans la mesure où elle apporte des informations utiles à améliorer ou à réorienter leurs actions et pratiques (évaluation de processus et de mise en œuvre). La promotion d'une évaluation

faite par et pour les intervenants, respectueuse de leurs pratiques et ressources, de la priorité à donner à l'action constitue un socle pour l'assurance de qualité des projets. L'association de la population et des usagers à ce type d'évaluation doit être amplifiée.

La qualité est encore plus soutenue par l'existence de services qui peuvent apporter un appui gratuit à la demande de tout acteur ou organisme impliqué dans des projets de promotion de la santé, en quête ou non de subsides.

Les organismes spécialisés en promotion de la santé, qu'ils le soient par thématique, par public, par territoire, ou par méthodologie, sont essentiels pour assurer la diffusion auprès d'un grand nombre de professionnels de proximité d'outils et de pratiques cohérentes avec le cadre de référence de la promotion de la santé. Des informations extrêmement utiles sont disponibles pour anticiper les effets sur la santé, l'efficacité et la qualité des programmes dès leur conception. Ce socle de connaissances comporte aussi bien des données probantes sur les causes, les stratégies et les interventions que des outils de prospective et d'évaluation. Les organismes situés à l'interface entre le monde de la recherche et celui des pratiques professionnelles peuvent faciliter le courtage de connaissances c'est-à-dire le transfert des connaissances issues de la recherche et des expériences internationales, la mutualisation des connaissances issues de la pratique des opérateurs de notre territoire et in fine, l'articulation de ces deux sources d'information pour baliser des pratiques en adéquation avec le contexte des entités fédérées.

## Augmenter les compétences et les capacités d'action par l'information et l'éducation permanente

Il s'agit de permettre aux individus et collectivités d'avoir accès à l'information sur la santé et la prévention, de pouvoir la comprendre, l'évaluer et la communiquer pour promouvoir, maintenir et améliorer la santé dans différents milieux tout au long de la vie<sup>1</sup>.

1. Kickbusch, I., et al., *Health literacy : the solid facts*. 2013, Geneva : WHO Europe

Les stratégies d'information et de communication viseront à augmenter l'accès aux services offerts, aux messages de prévention, aux actions sur les conditions de vie et les déterminants de santé.

Les démarches d'éducation permanente devront permettre aux individus et collectivités :

- de s'approprier de manière critique les informations à propos de leur santé et de ses déterminants ;
- de renforcer leurs capacités de choix en ce qui concerne la santé ;
- d'exprimer et de construire des savoirs stratégiques afin de créer des environnements favorables à la santé.

Les stratégies d'information et de communication devront être 'multi-canaux' et prendre en compte le développement du web 2.0, pour en exploiter au mieux les potentialités, tout en évaluant ses avantages et inconvénients.

## Augmenter les compétences des relais en promotion de la santé par la formation continue

Les professionnels doivent faire face à des demandes et des problématiques de plus en plus complexes, c'est pourquoi la formation continue est un levier essentiel pour les soutenir face à ces défis.

Ces programmes de formation doivent viser des objectifs tels que :

- travailler sur les représentations sociales, notamment par rapport à la santé et aux risques, aux inégalités sociales de santé et situations de vulnérabilité, à l'*empowerment* et à la participation des populations ;
- intégrer les trois registres d'objectifs d'apprentissage (savoir, savoir-faire, savoir être) dans les processus d'acquisition des compétences ;
- approfondir la compréhension des situations problématiques pour dépasser des réponses standardisées et instrumentales.

Au niveau des méthodes de formation, ces programmes doivent :

- privilégier les groupes de formation plurisectoriels ou pluriprofessionnels et les équipes pluridisciplinaires de formateurs ;

- privilégier les processus de formation qui prévoient des allers-retours entre moments de formation et confrontation à la pratique ;
- valoriser les atouts des participants, par exemple en développant les échanges de pratiques ;
- assurer le suivi des formations par des accompagnements personnalisés pour une meilleure appropriation et intégration dans les pratiques professionnelles.

## Articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique

L'impact sur la santé des diverses politiques sectorielles est déterminant et peut être favorable, mais aussi défavorable. Les actions transversales et les politiques intersectorielles (notamment des politiques transversales aux différents champs de compétences) sont en effet indispensables à apporter une réponse adéquate.

C'est pourquoi, il faut investir dans des actions de plaidoyer du secteur de la promotion de la santé vers d'autres secteurs. C'est aussi pourquoi l'interaction entre le champ de la santé et le champ des autres politiques doit pouvoir être évaluée, notamment dans le cadre des évaluations d'impact sur la santé (EIS) et d'évaluation d'impact sur les inégalités sociales de santé (E2I2S).

Cette articulation a pour but de dépasser les limites des compétences des différents pouvoirs publics. Seule, en effet, une politique interministérielle peut favoriser les décisions – sociales, économiques, culturelles, urbanistiques, d'enseignement... – qui ont pour effet de produire de la santé.

Le concept d'HiAP (*Health in all policies*) évoqué précédemment, signifie littéralement la 'santé dans tous les domaines politiques', c'est-à-dire la conduite d'une collaboration intersectorielle en matière de santé impliquant la participation de tous les domaines d'action politique et de tous les niveaux de pouvoir.

*'La Charte d'Ottawa précise que la promotion de la santé ne doit pas relever du seul secteur sanitaire mais impliquer l'ensemble des politiques dans les conséquences de*

*leurs décisions sur la santé des populations. La dispersion des compétences et des intervenants nécessite aussi une concertation permanente dans l'élaboration de ces politiques'* [P.C.F. 127(1996-1997) n° 16 pp 21 et 22]. L'évaluation des dispositifs de politique de santé en 2010-2011 a confirmé la nécessité de politiques transversales pour agir sur les déterminants de la santé.

## Promouvoir la santé tout au long de la vie

Le premier principe d'action prôné par la Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008) consiste à « *améliorer les conditions de vie quotidienne, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.* »

Cette approche diachronique de la santé complète et enrichit l'approche par les milieux de vie.

Elle permet de mettre en avant l'importance des facteurs liés au développement de l'enfant dès la vie in utero. « *L'une des mesures qui offre les meilleures chances de réduire les inégalités sociales en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence* » (OMS, 2008). C'est ce que l'OMS appelle l'équité dès le départ. Ce qu'il faut, c'est avoir une approche globale du développement social, affectif et cognitif.

Elle attire l'attention sur toutes les phases de transition physique et sociale liées au développement qui sont des phases de plus grande fragilité comme l'adolescence, les transitions solaires ou familiales, la recherche ou la perte d'un emploi.

Elle rappelle l'importance de la quantité et de la qualité du travail sur la santé (revenu, réseau social, accomplissement, bien-être au travail...), mais permet aussi d'argumenter sur l'importance économique et sociale cruciale de travailleurs en santé. Le parcours d'inclusion sociale surtout pour les plus éloignés de l'emploi passe par la prise en compte des facteurs psycho-médico-sociaux qui affectent durablement la santé et l'intégration sociale et professionnelle. Elle introduit enfin le concept du vieillissement

actif et en bonne santé. Il n'y a pas d'âge pour espérer des bénéfices d'une action de promotion de la santé ! Pour faire face aux défis d'une société vieillissante, il ne faut pas seulement raisonner en termes de

prise en charge et de places d'accueil, mais prendre des mesures sur les conditions de vie qui favorisent un vieillissement en santé : participation, sécurité, cadres de vie... (OMS, Vieillir en restant actif)

De manière complémentaire, la dimension transgénérationnelle pourrait aussi compléter cette approche en soulignant les atouts mais aussi les contraintes liées aux relations entre générations.

## **Trois axes fondamentaux pour un programme quinquennal : acteurs prioritaires**

### **Les acteurs des milieux de vie**

Les milieux de vie ont une forte influence sur la santé en raison d'une part de leurs caractéristiques physiques, sociales, organisationnelles, environnementales et d'autre part de la vulnérabilité (parfois très grande) des personnes qui y vivent quotidiennement. L'approche par milieu de vie va s'écarter de l'approche par problème en permettant d'agir au niveau d'un espace physique donné, où la population consacre son temps à travailler, à se détendre, à se nourrir, à apprendre ou encore à fonder et élever une famille. Elle concerne tout autant le domicile, l'école, les lieux de travail, les milieux d'accueil et d'hébergement, la rue, les centres de loisirs et de sport etc. Dans cette approche, il s'agit avant tout de répondre au mieux aux besoins et attentes des personnes regroupées dans un milieu de vie déterminé et d'agir sur un ensemble de facteurs comportementaux et environnementaux en vue d'améliorer leur niveau de santé et de sécurité, et cela grâce à une forte concertation entre les différents secteurs et disciplines permettant le décloisonnement des interventions.

L'approche par les milieux de vie montre les avantages suivants :

- les problèmes les plus importants pour la population ont plus de chances d'être repérés ;

- les interactions entre différents problèmes s'établissent plus facilement ;
- les effets potentiellement négatifs des solutions choisies sont repérables rapidement ;
- les interventions intègrent l'ensemble des besoins de la population dans une approche globale et transversale ;
- le décloisonnement des actions et des acteurs est favorisé.

Les milieux de vie prioritaires :

**Le domicile** : la famille et/ou l'entourage,

premiers lieux de développement des enfants et d'exercice de la parentalité, ont un grand impact sur les inégalités sociales de santé. L'environnement physique du quartier et de l'habitation joue également un rôle, particulièrement en ce qui concerne la santé et la sécurité des jeunes enfants et des aînés. Les visites domiciliaires sont reconnues comme très efficaces pour le soutien des parents et des aînés. Le soutien à la parentalité est également un élément essentiel pour la promotion de la santé de la petite enfance. Des actions concertées entre les futurs parents, jeunes parents, professionnels de la santé, ont prouvé leur efficacité notamment en matière de mort subite du nourrisson. Des progrès restent cependant encore à faire en matière de tabagisme et de suivi des mères adolescentes. Les programmes en cours centrés sur la qualité de

l'alimentation, la qualité du sommeil, la prévention des traumatismes et la promotion de la bientraitance gardent toute leur raison d'être dans un plan de promotion de la santé.

#### **Les milieux d'accueil des jeunes enfants**

jouent un rôle primordial dans la socialisation et l'éducation des jeunes enfants. En élargir et favoriser l'accès est un moyen de réduire les inégalités sociales de santé.

#### **Les milieux scolaire et extrascolaire**

doivent faire l'objet d'une attention toute particulière dans le cadre des collaborations



Photo © Fotolia

entre les entités fédérées. En effet, la Fédération Wallonie-Bruxelles rassemble des compétences particulièrement orientées vers le public de 3 à 25 ans : enfance, enseignement, culture, sport, aide à la jeunesse. C'est évidemment une opportunité pour développer des programmes cohérents visant une action éducative sur des compétences transversales (estime de soi, citoyenneté, etc.) et des projets concrets favorisant le bien-être, la qualité de vie et le vivre ensemble en concertation étroite avec d'autres secteurs.

Dans ce milieu, une attention particulière sera portée à la **promotion de la santé à l'école** qui concerne non seulement les élèves, mais également tous les acteurs et partenaires du milieu scolaire : les parents, la communauté éducative, les pouvoirs organisateurs, les administrations ; elle peut aussi nécessiter une concertation accrue entre secteurs et avec les pouvoirs locaux. Elle devrait démarrer très tôt dans le cursus scolaire (dès la maternelle) et représenter un des axes de la lutte contre les inégalités en matière de santé. Elle nécessite l'adhésion et des prises de position cohérentes de la part des autorités de tutelle et des pouvoirs organisateurs.

**Les lieux d'accueil, d'hébergement** et les dispositifs d'aide rencontrent dans leur contexte de vie des groupes de population en grande précarité et particulièrement vulnérables, comme les jeunes en décrochage scolaire, les personnes sans domicile fixe et celles qui vivent dans la rue, les sans-papier et les demandeurs d'asile, les détenus, les femmes victimes de violence, les prostitué(e)s, etc.

Les travailleurs de ces services sont des relais influents auprès de ces publics particulièrement sur l'accessibilité aux informations mais aussi sur le développement de comportements et d'aptitudes favorables à la santé et l'apprentissage de la participation citoyenne.

**Le travail, comme milieu de vie**, est un enjeu important de la promotion de la santé. Les travailleurs peuvent y être exposés à une série de facteurs modifiables qui peuvent avoir un impact sur leur santé et leur bien-être (ceci concerne l'environnement physique, comme la sécurité au travail, les nuisances ou l'exposition à des produits toxiques et leur environnement

psychique : harcèlement, différentes formes de violences, épuisement professionnel, manque de reconnaissance, discriminations diverses). Ces facteurs inégalement répartis en fonction des milieux socio-économiques et professionnels représentent également une opportunité de réduire les inégalités sociales de santé. Les nombreux acteurs concernés par le monde du travail doivent profiter de cet environnement pour y développer des initiatives visant la promotion de la santé et du bien-être des travailleurs.

*Il est important d'aider les pouvoirs locaux en mettant à leur disposition des réseaux d'échanges de pratiques ainsi que l'appui d'acteurs spécialisés en promotion de la santé et prévention.*

**Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins** sont des lieux où vivent des personnes parmi les plus âgées et en perte de capacités. Organisation, aménagement, créativité, compétence... ont un impact sur la protection de la santé, la sécurité et par là, l'autonomie des résidents. Offrir un cadre de vie proche du cadre familial, qui permet de continuer une vie sociale, qui organise des lieux et des capacités d'expression, qui veille à un équilibre entre les besoins des résidents et le souci de sécurité des proches, qui organise des activités favorables à la santé et à la sécurité, qui respecte les valeurs, les choix, la dignité et les références de chacun, concourent au développement de la meilleure qualité de vie possible et au maintien d'un bien-être.

### **Les pouvoirs locaux et le tissu associatif local**

Les pouvoirs locaux (communes, provinces, CPAS, intercommunales) incarnent les politiques de proximité : la cohésion sociale, les voiries, les maisons de repos, l'éducation des jeunes enfants, les crèches, etc. Les actions

locales permettent de favoriser la participation citoyenne, via le milieu associatif : maisons de quartier, structures d'alphabétisation, associations professionnelles, associations féminines, services d'aide à la jeunesse, maisons de jeunes, centres de santé, associations sportives...

Elles favorisent aussi l'application de politiques inclusives, par exemple eu égard aux personnes handicapées, aux populations migrantes...

Ces actions doivent également appuyer à l'échelon local l'ensemble des politiques menées en promotion de la santé. Les pouvoirs locaux seront particulièrement attentifs à accompagner les initiatives qui favorisent :

- l'action collective sur les déterminants sociaux de la santé au niveau des quartiers, notamment des initiatives citoyennes solidaires pour améliorer les conditions de vie et d'environnement ;
- l'accès aux services de soins, de prévention et de soutien de première ligne ;
- les initiatives qui soutiennent le milieu familial.

Il est important d'aider les pouvoirs locaux en mettant à leur disposition des réseaux d'échanges de pratiques ainsi que l'appui d'acteurs spécialisés en promotion de la santé et prévention.

### **Les professionnels de promotion de la santé et les professionnels de la première ligne de soins**

Pour soutenir les actions de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé, il importe de disposer de professionnels formés dans deux modes d'action principaux :

- l'un en amont de l'apparition des problèmes de santé, articulé avec les politiques de différents secteurs, cherchant à agir, modifier les déterminants de la santé (culturels, sociaux, éducatifs, environnementaux, économiques...) et leur impact sur la santé des gens ;
- l'autre, articulé avec la première ligne de soins, visant la réduction des risques. Ceux-ci doivent quitter la logique actuelle de type pyramidal pour entrer dans une dynamique de réseau de soins intégrés autour du patient

afin de lui assurer la prise en charge et la prévention la plus performante et adaptée à son état, et actualisée à chaque moment de son évolution. Une collaboration étroite avec les secteurs des soins de santé primaires est indispensable.

Ces deux modes d'action permettent de réduire les coûts des soins de santé et les inégalités sociales de santé et contribuent à l'universalité de l'accès aux soins et à l'offre à tous des services de santé et de promotion santé.

Les services de promotion de la santé à l'école et les centres PMS doivent être encouragés à intervenir en concertation pour soutenir ces initiatives, en collaboration étroite avec la communauté éducative et avec les ressources locales externes.

Le décret du 20 décembre 2001 a redéfini comme suit les missions des équipes de promotion de la santé à l'école :

- la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé ;
- le dépistage et le suivi médical des élèves, qui comprend des bilans de santé individuels et la politique de vaccination ;
- la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles ;
- l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires.

Le décret du 16 mai 2002 donne aux équipes de promotion de la santé à l'école une mission supplémentaire dans l'enseignement supérieur : l'organisation de points-santé.

Le projet de service des équipes PSE et CPMS de la Fédération Wallonie-Bruxelles leur permet de développer leurs missions décrétales en lien avec les thématiques prioritaires détaillées plus loin et les besoins spécifiques des écoles sous leur tutelle. Par ailleurs, une organisation efficace et performante des soins de santé et de la prévention repose nécessairement sur une première ligne forte. Cela implique de redéfinir ses missions et ses articulations avec les autres services de prévention et de promotion de la santé. La qualité du suivi tout au long de la vie se fera grâce à l'action concertée et coordonnée des ressources du domaine de la promotion de la santé, de la prévention et du soin centrée sur les besoins évolutifs du bénéficiaire. Dans ce contexte, il est important de ne pas perdre de vue que le partage d'informations est un pivot crucial.

### Les acteurs politiques et institutionnels

Aussi bien dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs qui activent les déterminants sociaux, éducatifs, culturels,

économiques de la santé, les représentations des décideurs restent trop souvent étroites, centrées sur le soin (cure et care) et l'intervention médicale, et trop peu sur la prévention et la promotion. Développer la *Santé dans toutes les politiques* passe par des actions de plaidoyer auprès des personnes qui exercent des responsabilités au plus haut niveau des institutions, des régions et de la Communauté française. Pour être efficace, ce plaidoyer doit reposer sur des engagements sociétaux, notamment en faveur de la réduction des inégalités sociales, mais aussi sur des données probantes et du *benchmarking* qui mettent en avant exemples et études sur des politiques plurisectorielles.

Les décideurs et administrations ayant la promotion de la santé dans leurs compétences ont la responsabilité d'assurer une vigilance quant au niveau de conscientisation de leurs homologues d'autres secteurs sur les déterminants sociaux de santé et de stimuler la concertation sur ceux-ci. Ils ont la responsabilité d'assurer la continuité des politiques et les moyens pour les services d'adapter celles-ci aux populations plus vulnérables.

## Trois axes fondamentaux pour un programme quinquennal : thématiques de santé prioritaires

Le découpage des priorités selon des thématiques ou des publics pourrait laisser croire que celles-ci peuvent se dérouler indépendamment les unes des autres et selon des modalités liées à leurs spécificités.

Or, une politique globale, cohérente et efficiente doit se construire sur un socle de dispositifs, de services, d'acteurs, de compétences qui ont leur ancrage dans les réalités du monde actuel et qui répondent

à des exigences qui leur sont communes et transversales.

Parmi celles-ci épinglons-en quatre :

**La réduction des inégalités sociales de santé.** Il importe d'accompagner les stratégies universelles par des interventions adaptées aux difficultés de certains groupes de populations. Le concept de vulnérabilité peut ici être utile à condition de lui donner une visée opérationnelle : il importe de

définir le plus précisément possible quels sont les facteurs de vulnérabilité par rapport à chaque problématique de santé et quels sont les individus, groupes ou populations les plus exposés à ces facteurs. Une attention particulière sera portée aux personnes connaissant une situation de pauvreté ou de handicap afin de créer les conditions d'accès aux offres de services et d'exercer leur recours à ce droit à la santé.

Dans ce contexte, la promotion de la santé vise davantage **une action transversale sur des facteurs individuels et collectifs** qui peuvent diminuer ou accentuer cette vulnérabilité, notamment au sein des milieux de vie (l'éducation, le lien social et relationnel, la participation aux décisions, etc.). Les objectifs de prévention qui visent à réduire l'incidence et les risques spécifiques à certaines problématiques doivent veiller à favoriser l'accès à tous avec une attention particulière pour les personnes en situation de vulnérabilité. Aussi, l'efficacité des interventions développées pour chaque problématique de santé, dépendra de l'existence de politiques intégrées, de dispositifs et de procédures qui assurent un **continuum 'promouvoir-prévenir-soigner-soutenir'**. Le développement de la connaissance sur les déterminants et les facteurs qui influencent la santé met en évidence les similitudes dans le développement de différentes problématiques. Aussi, l'efficacité des politiques dépendra de la **mise en œuvre de programmes transversaux**, ayant un impact sur plusieurs problématiques. Par exemple, prévenir et contrôler l'abus d'alcool aura des effets sur la santé bucco-dentaire, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, les comportements à risque d'accidents de la route, de violence, de maltraitance. Certains objectifs de promotion de la santé constituent un **socle commun** sur lequel asseoir la spécificité des interventions liées à certaines thématiques. Ils sont partagés par un grand nombre d'intervenants spécialisés. Certains milieux d'interventions et certains publics sont aussi systématiquement évoqués quelle que soit la problématique concernée : il en est ainsi de la famille et du milieu scolaire, des enfants et des jeunes, des pouvoirs locaux, des lieux d'accueil et d'hébergement... Ces objectifs transversaux ont été réunis sous le titre 'promouvoir des modes de vie et des environnements favorables à la santé'. Ils méritent qu'on leur accorde une importance élevée car ils se situent en amont de la vulnérabilité et des inégalités sociales de santé.

## Promouvoir des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé physique et psychique

Il s'agit bien d'aplanir ou de lever les obstacles à la santé physique et psychique, c'est-à-dire toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination. À l'inverse, il s'agit de favoriser l'émergence de toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain.

Le bien-être défini comme l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales, physiques et sociales, la qualité des relations avec le milieu et les capacités d'adaptation au milieu. Le bien-être résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. On sera ainsi particulièrement attentif aux facteurs suivants : l'alimentation, l'activité physique, la diminution du tabac et des substances toxiques dans les lieux de vie (notamment dans la prévention des cancers et des risques cardiovasculaires...), le lien social et la cohésion sociale, la qualité de la vie relationnelle, la construction de l'identité et la préservation de l'intégrité psychique, l'aménagement des lieux de vie (notamment dans le soutien à la parentalité, la prévention des assuétudes, l'éducation à la vie sexuelle et affective, la prévention du suicide et de la violence, la prévention des accidents...).

Des conditions transversales aux thématiques sont évoquées à trois niveaux :

### Les compétences individuelles

**Favoriser** la diffusion par divers canaux d'une information validée et accessible : campagnes

de communication larges ou ciblées, gestion d'outils internet, actions de sensibilisation de proximité au plus proche des réalités et des préoccupations des publics (notamment vulnérables), actions éducatives adaptées à la variété des publics et visant le développement de l'esprit critique, notamment vis-à-vis des stratégies de marketing et de promotion de la consommation.

**Promouvoir** un équilibre de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation régulière de substances psychoactives, d'aliments gras ou sucrés, de jeux en ligne ou de cyberservices, d'un présentisme au travail, etc. ;

**Développer** des aptitudes à faire des choix en tenant compte de tous les facteurs de bien-être (et pas seulement des facteurs médicaux) ;

**Développer** les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle (être bien avec soi et avec les autres, compétences dites psycho-sociales) via

- l'apprentissage de savoir-être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress...);
- la communication et la participation à des projets collectifs, en prise sur les besoins, les attentes et les désirs des jeunes ;
- la gestion des conflits et la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.

### L'aménagement matériel et organisationnel des milieux de vie pour rendre accessible les modes de vie préconisés

**Soutenir** les acteurs scolaires pour qu'ils mettent en place des actions collectives favorables à un bon climat d'école (développement de l'estime de soi, respect, participation de tous à la gestion de la vie scolaire) et à la mise en pratique d'un style de vie équilibré (offre d'une alimentation variée à l'école, de possibilités d'activités physiques et sportives) ;

**Encourager** les politiques, actions et concertations locales, en lien avec la prévention des assuétudes, la promotion d'une activité physique régulière et d'une alimentation équilibrée, sans oublier d'adapter les interventions aux groupes plus vulnérables ;

**Être particulièrement attentif** à soutenir les familles (et leur entourage) accueillant des nourrissons, jeunes enfants et adolescents quant à la mise en place de conditions favorables au bien-être physique et psychique de tous les membres de la famille, en vue d'assurer la sécurité des lieux de vie du jeune enfant, une alimentation adéquate, son développement psychosensoriel et social ;

**Promouvoir** dans les milieux de vie, sur la base de processus participatifs, des actions intégrées de sensibilisation et de mise en pratique d'une alimentation variée, d'activité physique modérée et régulière, de prévention du tabagisme et des assuétudes, prévention des risques psycho-sociaux. Ces actions doivent être développées au quotidien et s'inscrire dans la durée.

### Les politiques, les mesures légales et réglementaires

**Développer** des mesures incitatives (réglementaires, fiscales, etc.) et développer l'offre promouvant une alimentation durable en réduisant les facteurs nocifs bien identifiés (pesticides, aliments trop gras, trop sucrés, trop transformés) et les moyens permettant de réduire les facteurs de risque connus : protection et réglementation sur le milieu de travail, en matière d'environnement, etc. ;

**Développer** des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation, de prévention du tabagisme et de promotion de l'activité physique ;

**Inscrire la promotion de l'alimentation saine** dans le développement durable en mobilisant l'ensemble des acteurs du cycle de l'alimentation : producteurs, transformateurs, distributeurs, consommateurs, dans les secteurs économiques, sociaux, sanitaires, culturels et environnementaux ;

**Inscrire la promotion de l'activité physique** et sportive dans la perspective du développement durable en mobilisant en particulier les acteurs de l'aménagement du territoire pour les politiques de mobilité ;

**Développer** des programmes liés aux conditions et au contenu des prises alimentaires dans le cadre de l'ensemble des collectivités (cahier des charges, type de produits, qualité du lieu...).



Photo © Fotolia

### La prévention des assuétudes

La prévention des assuétudes par la promotion de la santé vise à l'autonomisation des personnes et à la co-construction de capacités et de compétences à poser des choix positifs en matière de santé. Elle s'oppose à l'angoisse suscitée par les drogues incitant à rechercher des solutions en termes d'élimination et d'éradication.

L'objet d'une grande partie des activités spécialisées en assuétudes porte sur les comportements de consommations et les processus d'addiction à des substances psychoactives. Cependant, le développement d'une dépendance n'est pas exclusivement lié à la consommation de produits. Dès lors le terme assuétudes englobe l'alcool, le tabac, le cannabis, les médicaments psychoactifs et autres, les autres drogues illégales et produits de synthèse, les jeux et cyberdépendances. Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que les usages et comportements en matière de dépendances sont envisagés sous l'angle d'une interaction entre une personne, un produit et un contexte. Enfin, la notion d'usage peut recouvrir autant de situations diverses que l'usage expérimental, simple ou modéré et encore abusif, tant en quantité qu'en fréquence. Il y a dès lors, en fonction de l'individu, du produit et du contexte particulier, des usages non problématiques et des usages problématiques. Dans cette optique, la stratégie qui consiste

à 'promouvoir-prévenir-soigner-soutenir' peut se développer au sein d'un même milieu de vie par la même équipe ou en articulation avec différents services, de manière individuelle ou collective, dans le but de s'adapter au bénéficiaire et à la variété des problématiques existantes. Dans la mesure où le vécu de la santé physique et mentale peut conduire à la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments, cannabis, ecstasy, héroïne...), une cohérence doit être assurée entre les actions et programmes de promotion du bien-être et les actions et programmes de prévention des assuétudes. En milieu scolaire, les autorités concernées veilleront à garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière d'assuétudes. Il convient de distinguer les missions et la légitimité d'intervention des services psycho-médico-sociaux de celles de la police. L'école apparaît comme un lieu particulièrement propice à la promotion de la santé mentale. Elle est pour le jeune un lieu de vie et d'apprentissage, intermédiaire entre la famille et le monde des adultes, un lieu de rencontres, d'échanges souvent intenses et de construction de l'identité. Toutefois, il apparaît que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent parmi les publics les plus à risque dans le domaine de la santé mentale ; il est donc important

de chercher les canaux et les acteurs qui permettraient d'intervenir auprès d'eux. Par ailleurs la réflexion a montré la nécessité de développer également des projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites.

Tenant compte de ces enjeux, les objectifs de promotion de la santé et de prévention sont les suivants :

- donner les moyens aux professionnels travaillant dans le champ des assuétudes de mettre en œuvre des stratégies et des méthodes cohérentes en regard de leur expertise et de leur connaissance des publics ;
- promouvoir une prévention intégrée aux différents contextes de vie de la population à développer au quotidien et s'inscrivant dans la durée (milieu de la rue, milieu de la famille, milieu scolaire, milieu festif, milieu carcéral, milieu sportif, milieu du travail...);
- mobiliser chaque citoyen dans sa dimension d'acteur de prévention. Les assuétudes concernent toutes les couches de la population. De ce fait, tout individu concerné peut être mobilisé en tant qu'acteur de prévention ;
- favoriser des dynamiques d'information et d'entraide de groupes d'utilisateurs, intégrer ceux-ci aux actions développées par les services et les soutenir dans la mise en œuvre de celles qu'ils proposent ;
- accompagner les professionnels et les futurs professionnels à intégrer la promotion de la santé en matière d'assuétudes dans leur pratique professionnelle (Aide à la jeunesse, Justice, Aide sociale, Insertion, Intégration, Immigration, Petite enfance, Enseignement, Horeca...);
- sensibiliser et former les intervenants de première ligne (maisons médicales, centres de santé mentale, médecins généralistes...) à mettre en question les habitudes de consommation et à soutenir les patients dans la recherche d'une consommation à moindre risque ou de l'abstinence ;
- développer des programmes de gestion et de réduction des risques sanitaires liés à la consommation de différents produits,

en tenant compte des contextes de consommation, du type de produits, du mode et de la fréquence de la consommation, du sexe et des différences d'âge des personnes, des propriétés des différents produits et des risques sanitaires liés à la consommation ;  
- aider les personnes à se situer personnellement par rapport à la consommation de substances psychoactives, en prenant en compte leurs projets de vie personnels et leurs conditions de vie, mais aussi la réalité sociale.

## La prévention des cancers

Le cancer représente globalement la deuxième cause de mortalité dans les entités fédérées.

La problématique des cancers s'inscrit dans un continuum, de la prévention primaire à la prévention quaternaire.

La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie habituels et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement de travail ou dans l'environnement général. Les modes de production, de distribution, de consommation, les politiques de mobilité et d'aménagement des espaces sont particulièrement concernés.

La prévention secondaire (dépistage) du cancer du sein, du cancer de l'intestin et du cancer du col de l'utérus doit être encouragée conformément aux Recommandations du Conseil de l'Union européenne du 2 décembre 2003.

Celle-ci précise que « *le dépistage doit s'adresser à l'ensemble de la population-cible et être réalisé dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité* ». Celui-ci comporte un contrôle de qualité des procédures, un enregistrement des résultats et du suivi des examens ainsi qu'une évaluation. Elle précise aussi que « *le dépistage doit être réalisé selon les indicateurs définis dans les 'European guidelines for quality assurance in breast/colon/cervical cancer screening and diagnosis'* ».

## Dépistage du cancer du sein

En Belgique en 2011, 10 490 nouveaux cas de cancer invasif du sein ont été enregistrés.

En 2008, 2 329 femmes en sont décédées.

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

La mortalité liée au cancer du sein diminue régulièrement depuis une vingtaine d'années grâce à l'effet conjugué du dépistage et de l'évolution des traitements.

La méthode la plus efficace pour dépister le cancer du sein est la mammographie (radiographie du sein). Elle permet de détecter la présence d'anomalies qui pourraient être le signe d'un cancer du sein débutant. La plupart des experts estiment qu'entre 50 et 69 ans, le dépistage par mammographie peut être recommandé car les bénéfices l'emportent sur les effets indésirables.

Suite aux études qui ont démontré l'efficacité du dépistage du cancer du sein pour réduire la mortalité liée à cette affection et sur base des recommandations du Rapport de l'Advisory Committee on Cancer Prevention, le Conseil de l'Union européenne a recommandé aux États-Membres de mettre en place un programme de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans.

Le mammothest (mammographie réalisée dans le cadre du programme) a pour objectif d'identifier les femmes qui présentent une image radiologique qui pourrait être le signe d'un cancer débutant et qui nécessite des examens complémentaires.

Les femmes peuvent bénéficier d'un mammothest entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'année au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 50 ans et le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elles atteignent l'âge de 69 ans.

Cet examen est recommandé tous les 2 ans.

Quoique le cancer du sein puisse apparaître avant 50 ans et après 70 ans, les experts ne recommandent pas d'étendre le Programme à ces groupes d'âge, car les effets indésirables l'emportent sur les bénéfices.

Quel que soit leur âge, les femmes qui présentent des facteurs de « risque fortement accru » de cancer du sein doivent bénéficier d'un suivi particulier.

Un Programme organisé de dépistage du cancer du sein est opérationnel depuis juin 2002.

## Dépistage du cancer de l'intestin

En Belgique en 2011, 4 836 nouveaux cas de cancer de l'intestin ont été enregistrés chez les hommes et 3 833 chez les femmes. En 2008, 1 555 hommes et 1 375 femmes en sont décédés. Le cancer de l'intestin est la deuxième cause de décès par cancer. Suite aux études qui ont démontré l'efficacité du dépistage du cancer colorectal pour réduire la mortalité liée à cette affection et sur base des recommandations du Rapport de l'Advisory Committee on Cancer Prevention, le Conseil de l'Union Européenne a recommandé aux États-Membres de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer colorectal, pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans. En Fédération Wallonie-Bruxelles, un Programme de dépistage du cancer colorectal est opérationnel depuis mars 2009 pour la population âgée entre 50 et 74 ans.

Le dépistage proposé est :

- en l'absence de facteurs de risque, réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles. Actuellement, le test utilisé est le test Hemocult®. Ce test doit être réalisé tous les 2 ans ;
- en présence de facteurs de risque : coloscopie (examen endoscopique du colon).

## Prévention du cancer du col de l'utérus

En Belgique en 2011, 623 nouveaux cas de cancer invasif du col ont été enregistrés. En 2008, 186 femmes en sont décédées. Le cancer du col est la sixième cause de décès par cancer. Le cancer du col de l'utérus est dans plus de 95 % des cas lié à une infection persistante par certains papillomavirus humains (HPV) cancérigènes. L'infection du col, par transmission sexuelle, est très fréquente. Toutefois la plupart des infections passent inaperçues et guérissent spontanément en quelques mois. Il n'y a pas de traitement de l'infection par HPV. Une minorité des infections persistent et entraînent, généralement très lentement, des modifications au niveau des cellules du col de l'utérus. Dans certains cas, celles-ci peuvent évoluer vers un cancer.

L'apparition d'un cancer du col de l'utérus est précédée par le développement de lésions précancéreuses (dysplasies - cancer in situ). Le dépistage a pour objectif de détecter la présence des lésions précancéreuses. Le traitement de celles-ci permettra d'éviter leur évolution vers un cancer invasif tout en préservant la fertilité. La réalisation d'un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans réduit de 80 % l'apparition d'un cancer invasif. En Fédération Wallonie-Bruxelles, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programme organisé de dépistage du cancer du col. Cependant, près de 60 % des femmes de 25 à 64 ans bénéficient d'un dépistage 'individuel' dont la qualité n'est pas contrôlée et dont les effets ne sont pas évalués.

*Les effets positifs de la vaccination sur la collectivité seront pleinement garantis si l'ensemble de la collectivité adhère à un programme régulier, qui repose sur l'adoption de recommandations scientifiques et d'un calendrier vaccinal, sur la définition d'objectifs communs de protection tant collective qu'individuelle et sur la concertation avec l'ensemble des structures impliquées et des vaccinateurs.*

La prévention du cancer du col de l'utérus passe aussi par la vaccination contre le papillomavirus humain d'une cohorte ciblée de jeunes filles, avant l'âge des premières relations sexuelles. L'objectif principal du dépistage des cancers est de réduire la mortalité liée à ces cancers. Il importe de favoriser une 'culture' raisonnée de prévention par le dépistage notamment par des approches collectives :

- identifier les représentations qui peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant ;
  - améliorer la compréhension, par la population, du dépistage et de ses enjeux ;
  - sensibiliser à l'importance d'un dépistage régulier selon les recommandations des programmes ;
  - diffuser le concept de culture du dépistage à travers des actions vers les professionnels de santé et les documents d'information vers les usagers ;
  - encourager le dialogue entre la population et les professionnels de santé sur les effets positifs et négatifs des dépistages en vue de favoriser une prise de décision éclairée.
- Il importe aussi de développer des programmes de dépistage organisés :
- poursuivre les activités du programme de dépistage du cancer du sein par mammothest en région wallonne et en région bruxelloise (évaluer le programme en termes de qualité des procédures et des résultats atteints, adapter le programme en fonction des évaluations et des recommandations, sensibiliser à l'importance du contrôle de qualité et de l'évaluation, augmenter la formation des professionnels impliqués (personnel d'accueil, technologues, radiologues) dans le programme de dépistage) ;
  - poursuivre les activités du programme de dépistage du cancer de l'intestin en région wallonne et en région bruxelloise (évaluer le programme en termes d'assurance de qualité des procédures et des résultats atteints, adapter le programme en fonction des évaluations et des recommandations, sensibiliser les professionnels de la santé et le public cible à l'importance d'un dépistage régulier) ;
  - prévention du cancer du col de l'utérus (communiquer sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en région wallonne et en région bruxelloise, favoriser et renforcer la vaccination notamment de la cohorte de jeunes filles ciblées par le programme de vaccination, évaluer la faisabilité de la mise en place d'un programme 'organisé' de dépistage).

## La prévention des maladies infectieuses

### La promotion de la vaccination

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination s'inscrit non seulement au niveau de la Communauté française mais également aux niveaux fédéral, européen et planétaire. L'objectif d'élimination de la poliomyélite dans le monde est en passe d'être atteint. L'objectif d'élimination de la rougeole est fixé pour 2015 au niveau européen.

Les effets positifs de la vaccination sur la collectivité seront pleinement garantis si l'ensemble de la collectivité adhère à un programme régulier, qui repose sur l'adoption de recommandations scientifiques et d'un calendrier vaccinal, sur la définition d'objectifs communs de protection tant collective qu'individuelle et sur la concertation avec l'ensemble des structures impliquées et des vaccinateurs. La qualité du programme de vaccination dépend non seulement de l'accessibilité des vaccins, du niveau d'adhésion des professionnels et du grand public aux objectifs de prévention par la vaccination, mais également des conditions de réalisation du programme pour les populations prioritaires.

L'objectif général est d'assurer l'accès aux vaccins pour les populations concernées, c'est-à-dire les nourrissons, les enfants et les adolescents, mais aussi les adultes, en veillant à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Les objectifs spécifiques sont de :

- favoriser une 'culture' raisonnée de protection de santé par la vaccination (identifier les représentations qui peuvent rendre l'accès à la vaccination difficile ou inconstant ; améliorer la compréhension, par la population, de la vaccination et de ses enjeux ; sensibiliser à l'importance d'un bilan régulier de la vaccination de l'individu tout au long de sa vie et à l'intérêt de la constitution d'un registre vaccinal ; favoriser le dialogue entre la population et les professionnels de santé en vue de favoriser une prise de décision éclairée ; diffuser le concept de culture vaccinale à tout âge à travers des actions vers les vaccinateurs et les

documents d'information vers les parents et les usagers).

- pour les nourrissons, il s'agit d'assurer la prévention de douze maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Haemophilus influenzae de type b, hépatite B, méningocoque C, rougeole, rubéole, oreillons, pneumocoque et rotavirus) tout en limitant le nombre d'injections à administrer aux jeunes enfants et en leur assurant une grande sécurité vaccinale. En termes de couverture vaccinale, les objectifs à atteindre sont au moins de 95 % pour la vaccination de base des nourrissons, commençant à 2 mois et prenant fin à 15 mois. Si le démarrage de la vaccination des nourrissons est excellent, une attention particulière doit être néanmoins portée sur le renforcement des vaccinations à réaliser au cours de la deuxième année de vie de l'enfant ainsi qu'aux refus de vaccinations ;
  - les enfants de 5-6 ans, de 11-12 ans, les jeunes filles de 13-14 ans et les adolescents constituent les groupes prioritaires pour les vaccinations de rappel et de rattrapage ainsi que pour la vaccination contre le papillomavirus humain ;
  - 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 (grippe et pneumocoque). Un objectif supplémentaire est celui de la protection des nourrissons contre la coqueluche par la vaccination systématique des femmes enceintes organisée dans le cadre d'un programme structuré et financé par les autorités.
- Dans la continuité du précédent programme quinquennal, il faut rappeler toute l'importance de la gestion du programme de vaccination comme un programme de santé publique coordonné et intersectoriel, en vue d'en garantir la cohérence, la continuité, la pérennité et l'accessibilité à l'ensemble des publics-cible du calendrier vaccinal recommandé. Cela suppose de maintenir une gestion coordonnée par une équipe pluridisciplinaire d'un programme de qualité comprenant au moins les objectifs stratégiques suivants :

- organiser la concertation et la coordination de

l'ensemble des opérateurs de la vaccination en vue d'une meilleure articulation des pratiques : les structures préventives (ONE et PSE) et services hospitaliers, les pédiatres, les médecins généralistes, des représentants des mutuelles, du CSPS, de l'Institut de santé publique, du Service de surveillance des maladies infectieuses, du SCPS Question Santé ;

- organiser le suivi des recommandations formulées en matière de vaccination par le Conseil supérieur de la santé ;
- développer des documents d'informations vers les vaccinateurs, les parents et les usagers ;
- assurer le financement de l'achat des vaccins et l'accessibilité des vaccins à tous les publics-cible au travers du système de commande e-vax, en déploiement auprès des vaccinateurs ;
- évaluer le programme par des enquêtes de couvertures vaccinales régulières, tant auprès des parents de nourrissons que des enfants et jeunes en âge scolaire, ainsi que par la surveillance épidémiologique des maladies ;
- développer et gérer un registre centralisé des vaccinations.

### La prévention du sida et des IST

Malgré les avancées médicales, l'épidémie de VIH est en croissance depuis une quinzaine d'années. Elle se double d'une augmentation des cas de plusieurs infections sexuellement transmissibles (IST). Sur le plan social, le sida devient une maladie chronique mais il engendre encore de la stigmatisation et du rejet.

Les stratégies de prévention sont marquées par un contexte d'innovation rapide, principalement du fait des usages préventifs avérés des traitements antirétroviraux.

Le virage de la prévention combinée, entériné dans le Plan national VIH 2014-2019, a réorienté le cadre d'action.

Plusieurs éléments modifient les attitudes de la population vis-à-vis du sida et de la prévention : l'effet de génération (les jeunes qui entrent dans la vie sexuelle aujourd'hui sont moins sensibilisés par la prévention), l'accès à des traitements thérapeutiques très performants, la relative banalisation du VIH, la possible lassitude à l'égard du préservatif. Un certain

relâchement des comportements de protection et le dépistage trop tardif du VIH chez les personnes à risque font que la prévention du sida reste une priorité.

Elle doit nécessairement et de plus en plus être associée à la prévention des autres IST (vu notamment le fait que celles-ci constituent des portes d'entrée pour le VIH), à la promotion du dépistage précoce, à la généralisation de l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), à la réduction des risques en milieu festif et à l'accès universel aux services et programmes de santé. Enfin, on veillera à lutter contre toute discrimination vis-à-vis des populations à risque ainsi que vis-à-vis des personnes séropositives ; on continuera à associer celles-ci, notamment via le milieu associatif, aux programmes de prévention. L'objectif général est de réduire la transmission du VIH et des autres

Photo © Fotolia



vecteurs d'IST, de réduire les vulnérabilités et les discriminations multiples à l'égard des publics cibles et de promouvoir une sexualité libre, épanouie et responsable.

Les priorités d'action vont aux populations les plus vulnérables. Parmi celles-ci, deux groupes nécessitent une attention renforcée, les personnes migrantes et issues des pays gravement touchés par le sida ; les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

D'autres formes de vulnérabilités justifient le maintien d'une action préventive, surtout lorsque ces vulnérabilités sont cumulées avec les précédentes, et notamment :

- les personnes séropositives et malades, particulièrement les couples dont un des membres est séropositif, les personnes séropositives qui désirent avoir un enfant et les enfants séropositifs ;
- les personnes prostituées des deux sexes, en particulier migrantes et/ou consommatrices de drogues ;
- les usagers de drogues (non seulement les usagers de drogues par voie intraveineuse,

mais aussi les personnes qui consomment des produits entraînant une baisse de vigilance lors des rapports sexuels) ;

- les personnes détenues ;
- les jeunes particulièrement aux âges d'entrée dans la sexualité.

Les objectifs spécifiques sont de :

- promouvoir l'accessibilité de l'information et de tous les moyens de prévention et de réduction des risques, principalement par des actions permettant de contacter les populations dans leur lieu de vie, en veillant à éviter toute stigmatisation ;
- lutter contre les discriminations dont les personnes séropositives font l'objet et associer celles-ci au travail de prévention ;
- développer des stratégies adaptées aux spécificités des publics en évitant les actions coercitives ;
- intégrer les actions de prévention dans les services éducatifs et médico-sociaux existants, ce qui suppose une formation adaptée des intervenants ;
- promouvoir des actions de communication vers la population générale, dans le sens

de la prévention mais aussi de la solidarité vis-à-vis des personnes séropositives ;

- intégrer la prévention du sida et des autres IST dans les programmes d'éducation sexuelle destinés aux jeunes pendant leur scolarité et aux personnes vivant en milieu d'accueil (notamment les personnes handicapées mentales) ;
- évaluer les actions en continu, assurer la durabilité de celles qui font leurs preuves, adapter les stratégies de prévention aux évolutions des comportements ;
- promouvoir le dépistage précoce du VIH et des autres IST ;
- développer des pratiques et des formations en matière de dépistage qui visent à encourager le dépistage précoce du VIH et des autres IST, favoriser un accompagnement de qualité lors de ces dépistages, favoriser un accès adéquat aux traitements post-exposition (TPE),

combattre la pratique du test non justifié et/ou réalisé à l'insu du patient et augmenter l'accessibilité du dépistage pour les publics prioritaires et les personnes ayant couru un risque d'infection ;

- renforcer et diversifier l'offre de dépistage décentralisé dans des structures adaptées aux spécificités des publics cibles.

### La lutte contre la tuberculose

Comme dans tous les pays à basse incidence, la tuberculose reste un problème préoccupant en Belgique, notamment dans les grandes villes en raison des facteurs sociaux et environnementaux liés à cette maladie.

Des actions ciblées permettent de limiter la transmission du bacille tuberculeux à partir de cas contagieux et de diminuer le risque que des sujets infectés ne deviennent malades.

Les objectifs spécifiques sont de :

- développer l'information et la sensibilisation des populations à risque et des professionnels en contact avec celles-ci, particulièrement dans les villes à forte incidence ;
- créer des partenariats avec les acteurs

- sociaux et de santé les plus proches des personnes en situation de précarité ;
- analyser l'évolution des déterminants sociaux en lien avec la tuberculose ;
- assurer la surveillance épidémiologique et rédiger chaque année un registre des cas actifs de tuberculose ;
- organiser la socioprophylaxie ;
- sensibiliser et former les professionnels de la santé et les acteurs des services de première ligne des secteurs santé et social en contact avec les personnes à risque élevé de tuberculose ;
- informer la population et plus spécialement des personnes exposées à un risque accru de contagion ;
- évaluer les stratégies et leur impact.

## La prévention des traumatismes intentionnels et non intentionnels et la promotion de la sécurité

L'OMS préconise de favoriser la prise en compte de la sécurité, comme un élément déterminant pour la santé, dans les milieux de vie et les communautés. À l'échelle internationale, un consensus s'est formé sur le concept de prévention des traumatismes, c'est-à-dire la diminution et le contrôle des conséquences d'un événement appelé accident. Envisager la prévention sous l'angle des traumatismes multiplie les stratégies d'intervention en dépassant celles qui se limitent à l'identification des personnes à risque et à la modification de leurs comportements, en s'élargissant aux modifications de l'environnement physique, aux législations et aux technologies susceptibles d'influencer la gravité des traumatismes. Dans cette perspective, l'établissement de concertation entre les secteurs concernés (par exemple : santé, social, éducation, logement, urbanisme, équipement...) est indispensable. Il existe deux catégories de traumatismes sur lesquels agir :

- les traumatismes intentionnels : homicides, violence, agressions, suicides, auto mutilations (voir la partie 'Prévention de la violence et du suicide' page 20) ;
- les traumatismes non intentionnels souvent classés selon leur lieu de survenue : route,

travail, loisir et sport, école, domicile, ou selon leur type ou conséquence : chutes, noyades, brûlures, intoxications, suffocations.

La mortalité par traumatismes non intentionnels demeure la plus grande cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans. Ils sont deux à trois fois plus fréquents chez eux que dans l'ensemble de la population. Exprimés en taux d'années potentielles de vie perdue, les traumatismes occupent la première place parmi les causes de décès. Une personne âgée sur trois chute à partir de 65 ans. Les conséquences de ces chutes ont un lourd impact sur la perte d'autonomie, l'hospitalisation et le recours aux maisons de repos et de soins.

*Les stratégies de prévention et de promotion de la santé cardiovasculaires chevauchent et renforcent les stratégies mises en œuvre pour d'autres problèmes de santé, dont les cancers.*

Notre pays se trouve dans le peloton de tête des pays européens qui ont le plus haut taux de suicides. Les décès par suicide occupent la deuxième place chez les jeunes de 15 à 24 ans, après les accidents de la route. Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, le taux de suicide est 4 à 5 fois supérieur à la moyenne nationale.

L'approche de la prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité comporte trois atouts pour renforcer l'efficacité des mesures qui sont prises :

- les mesures de prévention dite passive, qui reposent sur la technologie, l'aménagement des environnements, la législation et qui combinent des actions qui visent à rendre l'environnement plus sûr et à faire évoluer les mentalités et les comportements, afin de favoriser le renforcement et l'application des mesures de sécurité ;
- un outil d'analyse des traumatismes, la 'Matrice de Haddon', s'appliquant à tous

les traumatismes intentionnels et non intentionnels, qui favorise une meilleure connaissance des facteurs qui les influencent, multiplie les types d'intervention et facilite le travail intersectoriel ;

- la démarche des 'Safe Communities' ('Communautés sûres'), qui développe les stratégies de la promotion de la santé, appliquées selon sept critères de qualité qui en sont les conditions de réussite. Cette intervention est motivée par la nécessité d'ajouter aux campagnes générales des actions locales fondées sur une analyse de situation, la participation de la population et l'intervention intersectorielle.

Les objectifs généraux de la prévention des traumatismes visent la réduction de la mortalité, de la morbidité et de la gravité des traumatismes. Les objectifs spécifiques sont :

- améliorer le système d'information sanitaire des traumatismes pour une meilleure connaissance des circonstances liées aux traumatismes survenant au domicile, dans le milieu scolaire et dans l'activité physique et sportive ;
- augmenter chez les professionnels des secteurs concernés la connaissance des facteurs qui influencent les traumatismes selon les groupes vulnérables, les lieux de survenue, les niveaux de preuve des mesures préventives et les interventions prioritaires ;
- développer les capacités d'intervention en prévention des acteurs des différents milieux concernés ;
- intégrer aux pratiques des professionnels des différents secteurs concernés (exemples : logement, urbanisme, éducation, loisir et sport, santé) des activités d'information, d'éducation et de conseil dans le domaine de la sécurité ;
- développer la capacité des professionnels des services d'aide, de santé et d'éducation à évaluer les situations à risque pour les enfants et le risque de chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans, à proposer des mesures de prévention reconnues efficaces et à collaborer entre eux ;
- articuler les secteurs et les acteurs qui interviennent aux différents niveaux de la prévention (universelle, indiquée et sélective) ;

- augmenter la mobilisation et l'intervention pour la sécurité dans les milieux de vie et les communautés ;
- encourager les méthodes créatives d'éducation et de changement environnemental ;
- promouvoir les mesures de prévention passive (implantation de matériel de sécurité, législation) notamment au domicile des familles ayant de très jeunes enfants et au domicile des personnes âgées de plus de 60 ans ;
- favoriser les interventions qui augmentent les habiletés à faire face aux situations difficiles de la vie et qui développent l'estime de soi ;
- soutenir l'application des lois, normes et recommandations qui favorisent la sécurité.

## La promotion de la santé bucco-dentaire

La santé bucco-dentaire est régulièrement négligée en tant que priorité de santé publique, y compris dans les études épidémiologiques.

Si ces dernières nous montrent une remarquable évolution de la santé bucco-dentaire des enfants, des inégalités sociales de santé restent toutefois très présentes également en ce domaine malgré l'introduction de la gratuité des soins dentaires pour les moins de 18 ans.

Cependant elle représente un champ d'activités significatif et génère des coûts importants pour l'assurance maladie et pour la population. Son impact est également significatif sur d'autres systèmes (cardites par exemple) et, à l'inverse, elle peut être la conséquence d'autres maladies (dans le cas du diabète par exemple) ou assuétudes (tabac, drogue). Enfin, l'état de santé bucco-dentaire est étroitement corrélé au statut social, tant pour des raisons financières que par déficit de l'estime de soi.

La prévention, passant par une bonne hygiène bucco-dentaire, se montre rentable en termes de coûts/efficacité, et plus particulièrement pour les populations les moins favorisées. Ces éléments sont bien montrés dans les fondements scientifiques du Plan stratégique des soins dentaires en Belgique, publié par van Steenberghe et Perl en mars 2003. Les équipes de promotion de la santé à l'école ont

un rôle particulier à jouer tant en médecine préventive qu'en promotion de la santé.

Deux objectifs spécifiques sont soulignés :

- informer la population – parents, enfants et enseignants – afin de lever un certain nombre de préjugés qui banalisent les maladies bucco-dentaires, y compris chez l'adulte et d'informer sur les conditions d'accès, notamment rappeler la gratuité des soins dentaires chez les moins de 18 ans ;
- réduire l'incidence carieuse via l'apprentissage, si possible dans les temps scolaires, de l'hygiène bucco-dentaire et en particulier d'un brossage adéquat ; promotion de l'eau comme seule boisson à l'école (moments d'hydratation) ; la stimulation de campagnes de dépistages organisés en faveur des populations précarisées ; le renforcement de l'information du public sur les conditions financières d'accès aux services de prévention et de soins ; la sensibilisation et la formation des médecins, en particulier des généralistes.

## La prévention des maladies cardiovasculaires

Les formes principales de maladies cardiovasculaires sont les maladies ischémiques du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Elles constituent la première cause de mortalité.

Les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risques constituent une manifestation concrète des inégalités sociales de santé (gradient social clairement établi). Les interventions médicales (médicaments, chirurgie, etc.) permettent d'accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes déjà atteintes.

La prévention de ces maladies est classiquement abordée par la réduction des risques. Ceux-ci sont multiples. Citons parmi les principaux facteurs accessibles à la promotion de la santé : le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II. Ces facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient.

Les pathologies cardiovasculaires sont une priorité de santé publique qui dépasse la

problématique cardiovasculaire au sens strict. D'un côté, les facteurs de risque et les déterminants associés aux pathologies cardiovasculaires sont également associés à d'autres problématiques de santé. D'un autre côté, les approches 'innovantes' de santé, qui se centrent entre autres sur les déterminants de la santé physique, psychique et sociale (sans référence à une pathologie particulière), et sur la participation des acteurs, touchent aussi le champ des pathologies cardiovasculaires.

Les stratégies de prévention et de promotion de la santé chevauchent et renforcent les stratégies en œuvre pour d'autres problèmes de santé, dont les cancers.

Les principaux facteurs de protection contre ces risques sont le recours à une alimentation équilibrée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et la pratique d'une activité physique régulière à tous les âges de la vie.

Les objectifs spécifiques sont au nombre de six :

- favoriser le développement du dépistage en vue d'identifier au sein de la population cible les personnes présentant un risque cardiovasculaire global majoré ;
- favoriser une culture de santé, particulièrement en identifiant les représentations qui, en pratique, peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant ;
- se concerter pour prévoir d'orienter les personnes présentant un risque cardiovasculaire global majoré vers une prise en charge médicale préventive adaptée au risque et orientée notamment sur le mode de vie ;
- encourager le recours au DMG+ comme support d'une approche globale de la santé (les principaux facteurs de risque que sont le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II, ne doivent pas être repris en tant qu'objectifs de prévention isolés) ;
- sensibiliser et former des acteurs de santé (paramédicaux et médicaux) pour une approche préventive pluridisciplinaire tenant compte des déterminants de la santé ;
- favoriser pour ces personnes l'accès à des

programmes spécifiques multifactoriels et pluridisciplinaires de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.

## La prévention de la violence et du suicide

La violence est omniprésente dans la vie d'un grand nombre de personnes. Son 'bilan' humain et financier est considérable. Elle s'exprime au niveau interpersonnel, collectif et contre soi (violence auto-infligée, comme le suicide). La violence est à la fois prévisible et évitable. Les différents types de violence sont liés les uns aux autres à bien des égards. Ils subissent l'influence des mêmes déterminants et la présence de facteurs de risque et de protection similaires. Parmi ceux qui sont communs à toutes les formes de violence, notons : le niveau de développement des compétences psycho-sociales et de l'estime de soi, l'histoire du mode de consommation d'alcool et de drogues, les habitudes de vie, la santé mentale, les histoires familiales ou personnelles, la violence subie, la maltraitance et les carences affectives, la disponibilité des substances et des moyens, les caractéristiques socio-économiques, l'isolement social, les valeurs culturelles et sociétales.

Ces liens donnent à penser qu'il existe un potentiel important de partenariats entre les groupes qui ont un intérêt majeur dans la prévention de tous les types de violence. Il y a beaucoup à gagner à organiser des plateformes d'échange d'informations, de pratiques, de données, en vue de l'efficacité des interventions ; la suppression des chevauchements des missions et des activités ; l'accroissement des ressources disponibles ; la coordination entre les activités de prévention entre elles, et entre les activités de prévention et de recherche ; le passage d'une politique de fragmentation des mesures vers des interventions plus globales et plus efficaces. La violence a beaucoup à voir avec les inégalités : sociales, de genre, d'âge. L'expérience menée dans divers pays incite à plaider pour l'intégration de la prévention de la violence dans les politiques sociales et éducatives et pour le développement d'une diversité d'interventions législatives et

juridiques, de sensibilisation, de formation, d'aide et d'accompagnement.

Les interventions de prévention appliquées au suicide s'inscrivent dans un cadre théorique qui fait la distinction entre :

- les stratégies de prévention universelle qui concernent l'ensemble d'une population en vue d'optimiser la santé et minimiser les risques en renforçant les processus de protection, en modifiant l'environnement physique et en élargissant les offres de services de santé et d'aide ;
- les stratégies de prévention sélective qui concernent les groupes vulnérables au sein d'une population, en fonction de certaines caractéristiques, qu'ils manifestent ou non des comportements suicidaires ;
- les stratégies de prévention indiquée qui se concentrent sur des personnes vulnérables au sein de la population, plus particulièrement celles qui ont déjà tenté de se suicider et celles qui montrent des comportements suicidaires, aussi précoces soient-ils.

Face à la multiplicité des facteurs qui entrent en jeu dans les conduites suicidaires, et des stratégies de prévention, un programme de prévention du suicide requiert une approche multisectorielle globale qui porte sur les différents groupes à risque, sur les populations et sur les contextes sociaux et environnementaux.

Il pourra viser 7 objectifs spécifiques :

- améliorer la connaissance par la mise en place d'un système de surveillance qui rassemble toutes les données déjà existantes tout en veillant à la fiabilité, la validité et la disponibilité publique des données ;
- mener des activités de recherche afin de documenter certains aspects méconnus de la problématique ;
- faire évoluer les attitudes et les croyances et mener des évaluations de leur évolution ;
- évaluer la couverture médiatique des faits de violence et de suicide et former les médias à la couverture responsable de ces événements sur base de la brochure 'Points de repère, le traitement du suicide dans les médias' réalisée en 2012 ;
- exercer des activités régulières d'évaluation des services et actions et mettre à profit

les résultats pour leur amélioration ou leur réorientation ;

- continuer à élaborer une stratégie régionale, articulée avec celle des autres régions, même si les données et les ressources ne sont pas encore toutes disponibles, et veiller à ce qu'elle soit multisectorielle et concertée, et qu'elle comble les lacunes en matière de services et d'interventions ;
- agir à tous les niveaux de prévention le plus précocement possible en renforçant les habiletés individuelles et collectives, le repérage des signes avant-coureurs et le contrôle des conséquences.

## L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)

La généralisation de l'EVRAS en milieu scolaire et son développement en milieu extrascolaire accueillant des jeunes particulièrement vulnérables est une stratégie essentielle de réduction des inégalités sociales de santé, de renforcement de l'égalité entre les hommes et les femmes, de réduction des discriminations liées au genre, à l'origine culturelle, à l'appartenance sexuelle.

L'éducation la vie relationnelle, affective et sexuelle (en abrégé EVRAS) est un processus éducatif qui implique notamment une réflexion en vue d'accroître les aptitudes des jeunes à opérer des choix éclairés favorisant l'épanouissement de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et le respect de soi et des autres. Il s'agit d'accompagner chaque jeune vers l'âge adulte selon une approche globale dans laquelle la sexualité est entendue au sens large et inclut notamment les dimensions relationnelle, affective, sociale, culturelle, philosophique et éthique. L'EVRAS se développe tout au long de la scolarité des élèves et implique l'ensemble de la communauté scolaire, avec le soutien éventuel d'intervenants extérieurs. Elle est complémentaire à la responsabilité des parents et de l'entourage adulte des enfants et des jeunes en matière d'éducation et ne s'y substitue pas.

Quelques objectifs spécifiques :

- développer des activités d'EVRAS pour accroître auprès des jeunes leurs

connaissances, leur capacité critique, leur savoir-faire et leur savoir être en vue de promouvoir le libre-choix, le respect, la responsabilité envers l'autre et soi-même dans les relations amoureuses et les pratiques sexuelles des jeunes ; prévenir la violence dans les relations amoureuses ; déconstruire les stéréotypes sexistes et homophobes ; prévenir les grossesses non désirées et les IST ; prévenir les grossesses adolescentes et les accompagner le cas échéant ;

- soutenir la mobilisation des écoles sur les enjeux de l'EVRAS en organisant, au niveau local et au niveau global, la concertation entre les acteurs scolaires, les Services PSE, les Centres PMS, les Centres de planning familial, les CLPS...
- assurer des formations et des échanges d'informations relatifs à la politique de généralisation de l'EVRAS, à disposition des acteurs scolaires et de leurs partenaires.

## La promotion des dépistages néonataux

Des programmes spécifiques de dépistage néonatal ont également toute leur pertinence. Il s'agit d'une part du programme de dépistage néonatal organisé en Fédération Wallonie-Bruxelles qui a pour but de proposer aux parents d'un nouveau-né de dépister, par voie biochimique, des anomalies congénitales qui, si elles ne sont pas prises en charge précocement, entraînent un décès, une arriération mentale ou d'autres troubles permanents et profonds. D'autre part, il s'agit du programme de dépistage néonatal de la surdité qui a pour but de proposer aux parents de dépister la surdité via un test spécifique.

Vu l'importance de ses conséquences, la surdité est une problématique de santé publique. La dépister le plus précocement possible permet d'éviter un maximum de risques que le développement de l'enfant soit perturbé et de limiter l'impact de la surdité sur la vie des futurs adultes.

Il faut donc poursuivre les activités des programmes organisés de dépistages néonataux (anomalies congénitales, surdité) ; les évaluer en termes d'assurance de qualité du processus et des résultats atteints ; les

adapter en fonction des évaluations et des recommandations.

## Promotion de la santé environnementale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *Les relations entre l'environnement et la santé recouvrent les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement. L'environnement comprend les aspects théoriques et pratiques de l'évaluation, de la correction, du contrôle et de la prévention des facteurs environnementaux qui peuvent potentiellement affecter de manière adverse la santé des générations présentes et futures* » (OMS, 1993).

La promotion de la santé occupe une place importante en santé environnementale. Dès 1986, la Charte d'Ottawa développait les concepts de base de la promotion de la santé, par la suite, la Conférence de Sundsvall en 1991 a précisé les liens entre la santé et l'environnement.

Au niveau des États européens, des engagements ont été pris lors des conférences ministérielles Environnement Santé de l'OMS (Région européenne) à Helsinki (1994) et Londres (1999) en vue de promouvoir la santé environnementale.

En Belgique, l'accord de coopération du 10 décembre 2003 a eu pour principal objectif d'assurer la concertation entre l'Autorité fédérale, les Régions et les Communautés concernant la rédaction, le suivi et la mise en œuvre du Plan national d'actions environnement-santé (NEHAP). Cet accord a fait l'objet d'un décret d'assentiment qui a été adopté par le Parlement de la Communauté française le 22 mars 2004.

La concertation et la mise en œuvre du plan national d'actions se font, aujourd'hui encore, par le biais de deux organes, la Conférence Interministérielle de l'Environnement élargie à la Santé (CIMES) et la Cellule Environnement-Santé (dénommée Cellule nationale). Sept recommandations jalonnent la mise en œuvre du NEHAP :

- établir une collaboration fonctionnelle entre

les structures existantes de l'environnement et de la santé ;

- développer et gérer des bases de données concernant l'ensemble des aspects environnement-santé ;
- définir les priorités de recherche sur les relations entre l'environnement et la santé ;
- développer une politique de prévention pour les relations entre l'environnement et la santé ;
- communiquer sur les relations entre l'environnement et la santé ;
- soutenir le développement de cours et de formations spécifiques sur les relations entre l'environnement et la santé ;
- sensibiliser et éduquer aux relations entre l'environnement et la santé

De nombreux projets sont coordonnés par la Cellule nationale, ils s'articulent autour de deux actions bien distinctes : la promotion de la santé et la prévention. Ces deux actions s'inscrivent en lien étroit avec les recommandations du plan national.

Les projets en matière de promotion de la santé visent à sensibiliser et à éduquer le grand public. Le projet 'jeunes et environnement santé' s'attache à cet objectif tout comme divers plans nationaux tels que les plans climat, pesticides, POPs et ozone et vague de chaleur.

En matière de prévention, de nombreuses études scientifiques sont pilotées par la Cellule nationale telles que l'étude belge sur l'impact de la pollution urbaine sur la santé et la mortalité (APHEIS), l'étude européenne sur la qualité du lait maternel en Belgique et d'autres études portant sur les particules fines (PM 2.5 et 10), les nanoparticules ou la qualité de l'air intérieur.

Pour chacune de ces études, la Cellule nationale est attentive à l'élaboration de recommandations en matière de prévention. À côté de ces études scientifiques, la Cellule nationale a également diligenté une étude sur le bénéfice d'une formation spécifique en santé environnement et en médecine environnementale pour les professionnels de la santé, afin d'établir la pertinence de nouveaux programmes de formations.

# ÉVALUATION

## L'évaluation du programme quinquennal et des politiques de promotion de la santé

Les conclusions du bilan du *Programme quinquennal 1998-2003*, réalisé par les Services communautaires et la Direction générale de la santé, pointaient les difficultés à réaliser une véritable évaluation notamment du fait de l'insuffisance des ressources affectées à cette tâche mais aussi du manque de définition d'objectifs opérationnels dans le programme et de relevé systématique d'indicateurs.

L'évaluation des dispositifs de politique de santé en Communauté française réalisée en 2010-2011 appuyait le manque d'opérationnalisation des politiques de promotion de la santé et l'absence de pilotage de ces politiques ; elle soulignait la transversalité de la compétence santé à travailler entre les politiques de la Communauté française (enseignement, enfance, sport, santé, culture) et sur le terrain.

D'une façon générale, l'objet de l'évaluation devrait concerner à la fois :

- la mise en œuvre du programme quinquennal et des plans communautaires au travers de l'ensemble des politiques des trois entités ;
- leur impact sur le fonctionnement des structures de médecine préventive et de promotion de la santé ;

- leur impact sur la santé de la population des deux régions.

Collecter quelques indicateurs de santé ou de comportements préventifs apparaît insuffisant pour évaluer et tracer des prospectives en promotion de la santé. Seule la mise en place intégrée d'une série d'outils d'évaluation à différentes échelles incluant l'évaluation participative permettra un réel monitoring des politiques de la promotion de la santé. Des enseignements précieux peuvent être recherchés dans l'analyse de faisabilité d'un *Système d'Informations Sanitaires* réalisées en 2008. Les outils développés dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé et du programme 'Health in All Policies' peuvent aussi servir de support.

La priorité est de prévoir, si possible de manière concertée entre les entités, quelles questions méritent d'être éclairées pour monitorer les politiques de promotion de la santé, de quelles données nous disposons pour répondre à ces questions et quelles modalités concrètes d'évaluation il faut prévoir pour les compléter.

À tout le moins, on pourrait potentialiser l'exploitation des données existantes :

- utiliser les indicateurs de promotion de la santé définis par le KCE dans son 'Rapport

2012 sur la performance du système de santé belge' et utiliser les données présentées dans les tableaux de bord des observatoires régionaux ou provinciaux ;

- mutualiser les informations collectées par les opérateurs sur la mise en œuvre de leurs activités financées et au travers des évaluations qu'ils produisent ;
- prévoir quelques outils de rapportage souples et standardisés de suivi des activités et projets financés en promotion de la santé ;
- analyser ces informations en référence aux objectifs stratégiques, thématiques et populationnels définis dans la présente proposition pour un programme quinquennal.

Enfin, l'évaluation en promotion de la santé ne peut se concevoir en dehors de procédures participatives qui mobilisent l'expérience et l'expertise des bénéficiaires des politiques et des programmes depuis la définition des questions évaluatives jusqu'à l'exploitation des résultats des rapports d'évaluation.

*Ces recommandations du Conseil supérieur de promotion de la santé ont été finalisées le 19 septembre 2014.*

## ANNEXE

### Conférences internationales suite à la Charte d'Ottawa (1986)

La Conférence d'Adélaïde (1988) est partie du principe que la santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un excellent

investissement social. Elle a mis l'accent sur l'importance de promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques,

sociales et sanitaires.

La Conférence de Sundsvall (1991) s'est attachée à mettre en lumière le lien entre la



Photo © Fotolia

santé et l'environnement. La Conférence a plus particulièrement retenu les déterminants de la santé que sont l'instruction, l'alimentation et la nutrition, le logement et l'habitat, le travail, les transports, la protection sociale.

La Charte de Ljubljana (juin 1996) aborde la réforme des systèmes de santé qui doit répondre aux besoins des citoyens en tenant compte de leurs attentes, améliorer la qualité des soins et permettre que ceux-ci soient dispensés à tous. Le texte met l'accent sur les valeurs fondamentales que sont la dignité humaine, l'équité, la solidarité et l'éthique professionnelle ainsi que sur un objectif : la santé. La protection et la promotion de la santé doivent être les préoccupations majeures de l'ensemble de la société.

La Conférence de Djakarta (1997) énonce les priorités de l'action de promotion de la santé de l'OMS au *xxi*<sup>e</sup> siècle : promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé, accroître les investissements en faveur du développement sanitaire, renforcer et élargir les partenariats pour la santé, accroître les capacités communautaires et responsabiliser l'individu et mettre en place une infrastructure de promotion de la santé. Lors de la Conférence de Mexico (2000) la *Déclaration ministérielle pour la promotion de la santé* a réaffirmé les principes généraux de promotion de la santé :

- en inscrivant la promotion de la santé comme une priorité fondamentale dans les politiques et les programmes de santé locaux, régionaux, nationaux et internationaux ;

- en assurant une participation active de tous les secteurs et de la société civile à la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé qui renforcent et élargissent les partenariats pour la santé ;

- en établissant des plans d'action pour la promotion de la santé à l'échelle des pays comprenant la définition des priorités sanitaires et l'établissement de politiques et de programmes publics performants en rapport avec celles-ci, le soutien de la recherche susceptible de faire progresser les connaissances dans certains domaines prioritaires, la mobilisation de ressources financières et opérationnelles afin de développer les moyens humains et institutionnels nécessaires à l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des plans.

La Charte de Bangkok (2005) définit les mesures et les engagements nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé par la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation.

Elle stipule que les politiques et les partenariats destinés à donner aux communautés les moyens d'agir et à améliorer la santé et l'égalité en matière de santé devraient être au centre du développement national et mondial. Elle reprend et complète les valeurs, principes et stratégies d'action établis par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et les recommandations des conférences ultérieures sur la promotion de la santé.

## Mensuel

**Numéro spécial réalisé grâce au Conseil supérieur de promotion de la santé et avec l'appui du SCPS Question Santé**

**(11 numéros par an, ne paraît pas en août).**

**Abonnement :** gratuit pour la Belgique.

Pour l'étranger, nous contacter.

**Réalisation et diffusion :** Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Rédacteur en chef :** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Secrétariat de rédaction :** Christian De Bock

**Journaliste :** Carole Feulien (carolefeulien@gmail.com).

**Relecteurs :** Danielle Beeldens, Carole Feulien.

**Recherches iconographiques :** Danielle Beeldens.

**Site internet :** Octopus (design et développement), Carole Feulien (animation).

**Réseaux sociaux :** Carole Feulien.

**Lettre d'information :** Carole Feulien.

**Contact abonnés :** Christian De Bock (02 246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Comité stratégique :** Gaëtan Absil, Hervé Avalosse, Pierre Baldewyns, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Martin de Duve, Damien Favresse, Carole Feulien, Sophie Fiévet, Fabienne Henry, Pascale Jonckheer, Denis Mannaerts, Vladimir Martens, Marie-Noëlle Paris, Marianne Prévost, Karin Rondia, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois.

**Comité opérationnel :** Christian De Bock, Carole Feulien, Julien Nève, Tatiana Pereira, Thierry Poucet.

**Éditeur responsable :** Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page :** Muriel Logist.

**Impression :** Impaprint.

**Tirage :** 1 400 exemplaires.

**Diffusion :** 1 300 exemplaires.

**Diffusion électronique :** 1 450 exemplaires.

**ISSN :** 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Éducation Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Éducation Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires :**

Éducation Santé, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél. : 02 246 48 50.

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Courriel : [education.sante@mc.be](mailto:education.sante@mc.be).

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé :** [www.pipsa.be](http://www.pipsa.be)

Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).

Notre site adhère à la plate-forme

[www.promosante.net](http://www.promosante.net).



# SOMMAIRE

### INTRODUCTION

- 2 Cadre de référence
  - La promotion de la santé
  - La médecine préventive
- 4 Rappel des textes législatifs
- 4 Le Programme quinquennal et les Plans communautaires opérationnels
- 4 Les missions de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de surveillance et de protection
  - Le recueil de données
  - Surveillance et contrôle des maladies infectieuses

### TROIS AXES FONDAMENTAUX POUR UN PROGRAMME QUINQUENNAL

### DES PRINCIPES D'ACTION

- 6 Articuler l'approche de promotion de la santé, les stratégies de médecine préventive et les soins de première ligne
- 6 Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées, en particulier au niveau local
- 7 Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel à tous les niveaux
- 7 Développer des procédures d'assurance de qualité des projets
- 7 Augmenter les compétences et les capacités d'action par l'information et l'éducation permanente
- 8 Augmenter les compétences des relais en promotion de la santé par la formation continue
- 8 Articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique
- 8 Promouvoir la santé tout au long de la vie

### DES ACTEURS PRIORITAIRES

- 9 Les acteurs de milieux de vie
- 10 Les pouvoirs locaux et le tissu associatif local
- 10 Les professionnels de promotion de la santé et les professionnels de la première ligne de soins
- 11 Les acteurs politiques et institutionnels

### DES THÉMATIQUES DE SANTÉ PRIORITAIRES

- 12 Promouvoir des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé physique et psychique
- 13 La prévention des assuétudes
- 14 La prévention des cancers
- 16 La prévention des maladies infectieuses
- 18 La prévention des traumatismes intentionnels et non intentionnels et la promotion de la sécurité
- 19 La promotion de la santé bucco-dentaire
- 19 La prévention des maladies cardiovasculaires
- 20 La prévention de la violence et du suicide
- 20 L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
- 21 La promotion des dépistages néonataux
- 21 La promotion de la santé environnementale

### ÉVALUATION

- 22 L'évaluation du Programme quinquennal et des politiques de promotion de la santé

### ANNEXE

- 22 Conférences internationales suite à la charte d'Ottawa

### DES ARTICLES INÉDITS !

Éducation Santé vous propose des articles inédits sur son site internet !

Le saviez-vous ? La revue met en ligne chaque mois des articles inédits, jamais publiés dans la revue papier. Il s'agit le plus souvent de sujets d'actualité reçus trop tardivement pour être intégrés dans le numéro en cours ou alors de textes d'un intérêt évident mais que nous ne pouvons publier dans la version imprimée par manque de place.

**Surfez donc sans plus attendre sur [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)** pour en prendre connaissance !

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Vous pouvez y suivre toutes les actualités du secteur, que ce soit sur Facebook ou sur Twitter : [www.facebook.com/revueeducationsante](http://www.facebook.com/revueeducationsante) ou [www.twitter.com/EducationSante](http://www.twitter.com/EducationSante)



Wallonie



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.



L'accès à la santé pour tous



Imprimé sur papier blanchi sans chlore  
Emballage recyclable.

