

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 2005.

Brussel, 20 oktober 2005.

Vanwege de Regering van de Franse Gemeenschap :

De Minister van Kinderwelzijn, Hulpverlening aan de Jeugd en Gezondheid,
Mevr. C. FONCK

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

F. 2005 — 3188

[2005/203204]

**20 OCTOBRE 2005. — Arrêté du Gouvernement de la Communauté française
fixant le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour 2005-2006
au sein de la Communauté française**

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, tel que modifié, et notamment l'article 2, § 2;

Vu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, et certaines mesures de son exécution, tel que modifié ultérieurement;

Vu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 30 avril 2004 approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008;

Vu l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé rendu le 20 mai 2005;

Vu l'avis n° 39.063/4 du Conseil d'Etat, donné le 6 octobre 2005 en application de l'article 84, al. 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur proposition de la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé;

Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française en date du 20 octobre 2005,

Arrête :

Article 1^{er}. Le Gouvernement arrête le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour 2005-2006, repris en annexe.

Art. 2. La Ministre ayant la Santé dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets au 1^{er} septembre 2005.

Bruxelles, le 20 octobre 2005.

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
Mme C. FONCK

ANNEXE 1^{re}

PROMOTION DE LA SANTE ET MEDECINE PREVENTIVE
PLAN COMMUNAUTAIRE OPERATIONNEL (PCO)

SOMMAIRE

I. APPROCHE GLOBALE

Introduction

1. Finalité de santé communautaire
2. Structures et acteurs
 - 2.1 Organes consultatifs en Promotion de la santé
 - 2.2 Structures et acteurs PS
 - 2.3 Structures et acteurs collaborant avec le secteur PS
 - 2.4 Ressources pour les acteurs
3. Objectifs
4. Principes d'actions
5. Milieux de vie
6. Moyens
 - 6.1 Aspects généraux
 - 6.2 Moyens transversaux/ressources
 - Structures, acteurs, principes d'action
 - Moyens législatifs
 - Moyens institutionnels
 - Moyens budgétaires
7. Problématiques prioritaires
8. Evaluation

II. DEVELOPPEMENT PAR PROBLEMATIQUE

1. La prévention des cancers
 - CANCER DU SEIN
 1. Argumentaire
 3. Enjeux et contraintes pour un programme de dépistage du cancer du sein
 4. Objectifs
 - 2. La promotion de la vaccination
 1. Argumentaire
 2. Enjeux et contraintes
 3. Objectifs et conditions nécessaires
 - 3. La prévention du SIDA et des MST
 1. Argumentaire
 2. Enjeux et contraintes
 3. Objectifs
 - 4. La lutte contre la tuberculose
 1. Argumentaire
 2. Enjeux et contraintes
 3. Objectifs
 4. Les moyens spécifiques
 - 5. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
 1. Argumentaire
 2. Enjeux et contraintes
 3. Objectifs
 - 6. La promotion de la santé cardio-vasculaire
 1. Argumentaire
 2. Enjeux et contraintes
 3. Objectifs

Glossaire

Annexes

I. APPROCHE GLOBALE

Introduction

Pourquoi un Plan Communautaire Opérationnel ?

Le Plan Communautaire Opérationnel (PCO) est inscrit dans le décret du 17 juillet 2003 modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en CF.

Le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008 définit des problématiques de santé prioritaires. La Ministre de la Santé a déterminé, parmi celles-ci, des priorités (2-3-4-7) pour développer le programme opérationnel communautaire :

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

A ce stade, certaines thématiques ne font pas l'objet d'un chapitre spécifique dans le Plan Communautaire Opérationnel notamment parce qu'elles font l'objet d'accord entre Régions et Communauté (exemple : assuétudes).

Par ailleurs, plusieurs des problématiques prioritaires du Programme quinquennal 2004-2008 sont transversales et se retrouvent induites dans les thématiques priorisées par le pouvoir politique. C'est le cas de « la promotion de l'activité physique » qui joue un rôle dans « la promotion de la santé cardio-vasculaire », de « la promotion du bien-être et de la santé mentale » et de « la promotion d'un environnement sain » qui sont des conditions au développement de l'état de santé des individus et donc aussi à l'instauration de programmes de prévention plus thématiques. La promotion de la santé de la petite enfance, si elle ne fait pas l'objet de mesures particulières dans le POC, est induite dans les différents thèmes abordés puisque les enfants constituent un des publics cibles en promotion de la santé.

La rédaction de ce document et des annexes se base sur les Programmes quinquennaux de promotion de la santé et les travaux réalisés par les Services Communautaires de Promotion de la santé (SCPS- qui ont consulté des acteurs de terrain). Les Centres Locaux de Promotion de la Santé et les SCPS ont été consultés par l'Administration à différentes étapes de la construction du présent document.

La première partie de ce document se concentre sur les transversalités de promotion de la santé qui concernent l'abord de l'ensemble des problématiques de santé. Ces transversalités soulignent les liens entre ces problématiques et la nécessité de les travailler de manière globale dans une approche intégrant collectivités et individus.

Les thèmes développés dans ce document sont :

- . la finalité de santé communautaire;
- . les structures et acteurs (qui sont des ressources communes à toutes les interventions);
- . les principes d'actions;
- . les milieux de vie;
- . les moyens (tant en terme d'acteurs et structures, qu'en terme de législations ou de budget);
- . les problématiques prioritaires avec des objectifs opérationnels globaux et par problématique;
- . des éléments d'évaluation.

Les objectifs par problématique sont développés dans la suite de ce document d'introduction.

1. Finalité de santé communautaire

Le PCO détermine des objectifs opérationnels pour des problématiques de santé prioritaires avec pour finalité d'améliorer la qualité de vie et la santé des personnes :

° en agissant sur les déterminants de la santé et en initiant un processus de santé communautaire. Les déterminants se situent dans 4 catégories :

- modes de vie : développement de compétences psychosociales (information, formation, participation communautaire, concertation, développement des relais promotion santé, réorientation des services, ...);
- facteurs biologiques : développement du système de protection (vaccination,...);
- état de santé (système de soins) : dépistage (cancer, tuberculose, risques cardio-vasculaires, HIV,...);
- environnement physique ou social (qui inclut les environnements administratif et institutionnel) : développement de réseaux d'intervenants/de soutien,...;

° en s'appuyant sur les structures et acteurs (intervenants directs ou partenaires) existants;

° en veillant à réduire les inégalités devant la santé et en s'appuyant sur les stratégies de promotion de la santé :

- la participation communautaire;
- l'action sur le milieu de vie;
- le développement des aptitudes personnelles et sociales;
- la réorientation des services;
- la concertation et l'action intersectorielles;
- l'information et la formation continue.

2. Structures et acteurs

Un grand nombre d'acteurs issus de secteurs très diversifiés agissent déjà en promotion de la santé. La description suivante veut indiquer la transversalité des interventions en promotion de la santé et la multisectorialité. Cette liste est avant tout démonstrative de la richesse des structures et acteurs disponibles pour la promotion de la santé, elle n'est pas exhaustive.

2.1 Organes consultatifs en Promotion de la santé

* Conseil Supérieur de Promotion de la Santé (CSPS)

* Commissions issues du CSPS :

- Commission Programmes de promotion de la santé
- Commission audiovisuelle
- Commission épidémiologie
- * Commission d'avis des Projets locaux
- * Commission de promotion de la santé à l'école
- * Commission de promotion de la santé dans la pratique du sport

2.2 Structures et acteurs PS

- * Services agréés (voir ci-dessous) : SCPS et CLPS
- * Administration de la Direction générale de la Santé (voir ci-dessous);
- * Services de Promotion de la Santé à l'Ecole (PSE)
- * Comité pilotage vaccination (PROVAC)
- * Centre communautaire de référence pour le cancer du sein
- * FARES (dépistage de la tuberculose)
- * Associations subventionnées pour des projets de promotion de la santé

- Les services agréés et l'Administration

o Les Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS)

Les missions des CLPS⁶ les mettent dans une position centrale dans l'émergence et l'accompagnement d'actions locales. Leur connaissance du terrain leur permet d'établir des liens entre acteurs, mais aussi entre les acteurs et le programme quinquennal et le plan opérationnel communautaire. Ils sont :

- une ressource précieuse pour tous les acteurs de terrain (aide méthodologique, documentation, partenariats, contacts avec d'autres relais, création de réseaux intersectoriels,...);

- une ressource pour les décideurs politiques;

- des acteurs de promotion de la santé par

- o une analyse de la situation locale et la mise en place d'un programme pluriannuel d'actions coordonnées;

- o les initiatives qu'ils permettent de lancer sur leur territoire notamment via les conférences locales;

- o leur participation à l'élaboration de différents projets locaux de promotion de la santé en tant que partenaires.

- Les Services Communautaires de Promotion de la Santé (SCPS)

Ce sont des organismes qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de participation, de recherche ou d'évaluation, au Conseil Supérieur de Promotion de la santé, aux services du Gouvernement, aux CLPS et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé⁷.

Ils sont au nombre de 4 :

- Question Santé asbl

- UCL-RESO

- ULB-PROMES

- APES-ULG

o La Direction générale de la Santé

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

Le décret du 17 juillet 2003 (modifiant le décret de 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française) confie à l'administration la mission *d'organiser la concertation avec les structures et équipes actives en PS, y compris en médecine préventive, en s'appuyant sur l'expertise du CSPS, des CLPS, des SCPS, des centres de référence et sur les données du système d'information sanitaire (SIS) pour*

- développer une dynamique efficiente et participative entre les acteurs;

- développer une cohérence des activités en PS, y compris en médecine préventive;

- mettre en place le plan communautaire opérationnel.

2.3 Structures et acteurs collaborant avec le secteur PS

- En Communauté française

- o O.N.E.

- o Aide à la Jeunesse y compris les lieux d'hébergement

- o Centres Psycho Médico-sociaux

- o ADEPS, Association Interfédérale du Sport francophone (AISF) et Association des Etablissements Sportifs (AES)

- o ...

- o

- Dépendant d'autres niveaux de pouvoir ou à financement mixte

- o Provinces

- o Observatoires de la santé

- o Centres de coordination provinciaux pour le cancer du sein

- o Institut Scientifique de Santé Publique

- o Institut bruxellois pour la Gestion de l'Environnement

- o Communes (échevinats de la santé, Plans de Prévention et Proximité, Contrats de prévention)

- o Réseau des mandataires communaux

- o INAMI et SPF Santé Publique, AFSCA

- o ...

- Les acteurs de première ligne (santé et autres)

- o Centres de planning familiaux

- o Centres de santé mentale

- o Maisons médicales

- o Médecins (généralistes et spécialistes) et acteurs paramédicaux

- o Médecine du travail

- o Centrales de soins à domicile
- o Comités de Sécurité et d'hygiène en entreprise
- o Unités agréées pour le dépistage du cancer du sein
- o Ecoles et centres de formation
- o Education Permanente (Vie Féminine, Ligue des Familles, Femmes Prévoyantes Socialistes,...)
- o Milieux d'accueil de la petite enfance
- o Milieux d'accueil extrascolaire
- o Lieux de rencontres parents-enfants
- o Maisons des jeunes,...
- o CPAS et autres services sociaux
- o Milieux associatifs : associations de quartier, associations de parents,...
- o Acteurs qui travaillent auprès des publics particulièrement vulnérables
- o Secteur du logement
- o Centre de Prévention du Suicide
- o Mutualités
- o Les publics sont aussi des acteurs PS
- o ...
- o Réseaux mis en place, partenariats créés (réseaux informels)

2.4. Ressources pour les acteurs

Même si certains acteurs et structures ne sont pas directement financés par la Communauté française, ils participent activement à la promotion de la santé des personnes, notamment en ce qui concerne les problématiques liées aux modes de vie : promotion d'une alimentation équilibrée, prévention des assuétudes et autres formes de dépendances (dont tabac alcool), prévention des violences, prévention du suicide, prévention des grossesses non désirées, prévention des IST dont le SIDA,...

Afin de pouvoir poursuivre ce travail particulièrement précieux, ils ont besoin de ressources telles que :

- **Des espaces de coordination, information et concertation** (ex : services communautaires, CLPS, plates-formes, la fédération des plannings familiaux, la SSMG, les FEDITO,...);

- **Des espaces de formations**: formations aux concepts, espaces d'échange de pratiques, actualisation des connaissances, formations plus spécifiques (problématiques particulières, spécificité d'un public,...), formations aux démarches évaluatives,...

Il peut s'agir d'un organe de formation plutôt interne à un secteur (maisons médicales, centres de planning familial, O.N.E.,...) ou plus transversal (CLPS, asbl Culture & Santé, Repères, Services communautaires, Sacopar, Cordes,...);

- **Des partenaires** qu'ils trouvent le plus souvent parmi les promoteurs de projets de promotion de la santé (ceux-ci peuvent être co-acteurs d'un projet, ressource ou formateur en fonction des situations).

Il s'agit par exemple de la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), du Centre d'Education du Patient, du secteur des aides et services aux handicapés, des organismes thématiques, du monde associatif,...

- **Des outils** (dossiers d'information, brochures, outils pédagogiques,...) qu'ils trouvent notamment via les CLPS, les Services Communautaires, la Médiathèque, EDUCA SANTÉ, la banque d'outils PIPSA, Culture & Santé, Espace Santé, Handicap et Santé, Fédération des Centres de planning familial, Modus Vivendi, la Plate Forme sida, l'a.s.b.l. Cordès, la revue Education Santé, les outils diffusés par les Provinces,...

Comme dans la liste précédente, il ne s'agit pas de citations exhaustives, il s'agit d'exemples illustratifs de la richesse du secteur de la promotion de la santé.

3. Objectifs

Le programme quinquennal définit des problématiques de santé prioritaires. Certaines ont été retenues par le pouvoir politique et font l'objet d'un développement dans ce plan opérationnel communautaire dans le respect des stratégies de promotion de la santé et également avec le souci d'optimiser les ressources existantes.

Pour chacune des problématiques retenues, le programme quinquennal 2004-2008 a déterminé des objectifs de prévention et de promotion de la santé. C'est au départ de ceux-ci que les objectifs opérationnels sont déclinés (voir partie II consacrée aux problématiques prioritaires).

4. Principes d'actions

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

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

5. Milieux de vie

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

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

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

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

- Les milieux d'accueil des différentes catégories d'âge;
- Les lieux de soins et d'hébergement des différentes catégories d'âges;
- Le milieu scolaire;
- Le milieu familial;
- Les centres de santé communautaire (par ex, les Maisons Médicales);
- Les lieux d'enfermement;
- Les collectivités locales :
 - o maisons de quartier;
 - o associations féminines;
 - o services d'aide à la jeunesse;
 - o maisons de jeunes;
 - o associations sportives;
 - o lieux de loisirs;
 - o ...
- Les lieux de rencontre des populations vulnérables⁸, où des relais peuvent entrer en contact avec elles : éducateurs de rue, centres d'accueil, structures d'hébergement, centres pour réfugiés...
- ...

6. Moyens

6.1 Aspects généraux

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

- se baser sur les structures et acteurs existants et développer leurs compétences et parfois leurs moyens (en réponse à des besoins mis en évidence par une analyse de situation) ;
- collaborer avec les autres niveaux de pouvoir (accords interministériels, sensibilisation, partenariats,...);
- combiner les ressources locales avec des dispositifs mis en place au niveau communautaire (notamment CLPS, SCPS, Réseaux de Mandataires communaux,...) afin de créer des synergies (les moyens se complètent).

6.2 Moyens transversaux/ressources

Structures, acteurs, principes d'action

Les structures et les acteurs représentent des ressources, de même que les fondements de l'action en Promotion de la santé décrits plus haut.

Moyens législatifs

Existants :

- Les décrets de promotion de la santé (et arrêtés d'application) :
 - o décret du 14 juillet 1997 qui définit la promotion de la santé et organise le secteur, il installe : le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé, les Services communautaires, les Centres Locaux de Promotion de la Santé, les Actions et Recherches en Promotion de la santé et les bases du premier programme quinquennal de promotion de la santé;
 - o décret du 17 juillet 2003 : intègre la médecine préventive et le système d'information sanitaire (SIS) dans la promotion de la santé;
- Les programmes quinquennaux⁹ : définissent les orientations stratégiques de promotion de la santé, des principes d'action, des acteurs prioritaires, des problématiques de santé prioritaires;
- Les décrets (et arrêtés d'application) relatifs à la promotion de la santé à l'école¹⁰ redéfinissent les missions des services agréés :
 - o mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé;
 - o suivi médical des élèves;
 - o prophylaxie et dépistage des maladies transmissibles;
 - o recueil standardisé des données;
- Le décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française (en cours de modification).

Moyens institutionnels

- les **plans communs** Régions et Communauté, entre le fédéral et les entités fédérées :
 - par exemple : le PNNS belge, le plan national environnement et santé, la charte de coopération entre Communauté Française et Régions, le plan sécurité routière, le plan national de lutte contre la pauvreté, les Etats Généraux de la petite enfance,....
- **les conférences interministérielles;**
- les **lieux de concertation et d'harmonisation des politiques**, comme la Cellule Politique de Santé en matière de drogues; groupe de coordination interministériel pour le « cancer du sein »;
- ...

Moyens budgétaires

Le budget 2006 devra refléter les objectifs prioritaires du présent PCO.

7. Problématiques prioritaires

Les problématiques retenues comme prioritaires qui font l'objet de ce plan sont :

- La prévention des cancers
- La promotion de la vaccination
- La prévention du SIDA et des MST
- La lutte contre la tuberculose
- La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

- La promotion de la santé cardio-vasculaire

Le programme à mettre en place a une finalité de santé : la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à...

Objectif niveau 1

1 Susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations émises par le programme de prévention

Objectifs niveau 2

2.1 Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de l'acte préventif

2.2 Permettre l'accès maximal à l'acte préventif pour les publics cibles retenus par la CF

2.3 Assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention

Objectifs niveau 3

2.1.1 Informer les publics concernés de la nature des enjeux

2.2.1 Promouvoir (ou contribuer à) la gratuité (ou le remboursement) de l'acte préventif

2.3.1 Assurer la participation, la concertation et la coordination de l'ensemble des professionnels concernés et des représentants des publics Assurer la sensibilisation et la formation ainsi que l'accompagnement des professionnels à la démarche participative

2.1.2 Recueillir les avis des publics concernés. Améliorer la compréhension et la prise en compte par les intervenants et les responsables du programme des représentations au sein du public

2.2.2 Assurer la disponibilité (couverture géographique homogène, accessibilité, etc.) des actes préventifs

2.3.2 Assurer la rigueur et l'évaluation scientifiques du programme et de ses fondements (assurance de qualité)

2.2.3 Faciliter les démarches du public et des professionnels pour la réalisation et le suivi de l'acte préventif

2.3.3 Garantir la conduite et la continuité du programme (par exemple aspects réglementaires, administratifs et politiques)

- De manière transversale, plusieurs objectifs opérationnels s'imposent :

1. Respecter une approche globale de la santé même si certaines problématiques sont prioritaires;
2. Développer la concertation avec les acteurs de terrain et en collaboration avec les CLPS et les Services communautaires :
 - pour établir un processus dynamique et continu de collaboration, de communication, de coopération, d'échange, de recherche de cohérence, de coordination et de participation¹¹ (en ce compris dans l'évaluation);
 - pour une définition des actions à mettre en place afin de répondre aux besoins et demandes locaux dans le cadre du PCO;
 - pour assurer un processus participatif avec ces acteurs et avec les publics cibles et ainsi permettre une appropriation des projets promotion santé et/ou des programmes de médecine préventive;
3. Avoir recours aux ressources (y compris les outils) existantes;
4. Valoriser les expériences et les pratiques des acteurs.

8. Evaluation

Afin de suivre l'évolution du programme de promotion de la santé et des impacts des projets, une surveillance doit progressivement être mise en place en collaboration avec les acteurs de terrain, les CLPS, les SCPS, l'administration de la DG Santé, les autres niveaux de pouvoir et la population.

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

Un Système d'Information Sanitaire (SIS¹²) est en cours d'élaboration et devra répondre partiellement à cet objectif de surveillance.

Outre les données relatives à la mortalité et la morbidité, de nombreux indicateurs qualitatifs existent ou sont à définir qui donneraient une vision globale de la santé de la population. Ils se situent à plusieurs niveaux : le niveau de décision et d'organisation centrale (Communautés, Régions, Fédéral); le niveau intermédiaire (CLPS, SCPS, programmes pluriannuels de promotion de la santé, Services PSE,...); le niveau population; et enfin dans les communications entre ces niveaux (du sommet vers le bas et en retour du niveau le plus bas vers le sommet).

Il est utile de préciser que 3 des problématiques du PCO ont déjà un certain nombre d'indicateurs à mesurer¹³ :

- le programme de dépistage du cancer du sein a mis au point des indicateurs de réussite en terme de « détection », mais aussi pour évaluer la portée du programme et sa couverture (nombre de femmes convoquées et ayant suivi le dépistage, médecins participants, nombre d'unités agréées...);
- le programme de vaccination prévoit également de mesurer la disponibilité des vaccins, la couverture,...;
- la surveillance de la tuberculose donne des informations très précises tant sur la maladie que sur le dépistage¹⁴.

Les indicateurs qualitatifs de promotion de la santé concernent l'évolution des comportements à risque (par exemple consommation de tabac, alcool, drogues); la perception de la santé; l'utilisation des services de santé et la satisfaction des usagers; ainsi que d'autres déterminants de la santé.

Ils peuvent être directement à disposition car subventionnés par la CF (avec le soutien d'accords interministériels quand c'est nécessaire) ou leur disposition est à négocier avec les autres niveaux de pouvoir.

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

- **Enquête de santé par interview** (HIS - Health Interview Survey), réalisée tous les 3 ou 4 ans avec pour objectifs :
 - o l'identification des priorités en matière de santé;
 - o la description de l'état de santé et des besoins en matière de santé de la population;

- o l'estimation de la prévalence et répartition des indicateurs de santé;
- o l'analyse des inégalités sociales en matière de santé et d'accès aux soins de santé;
- o l'étude de la consommation des soins et de ses déterminants;
- o l'observation des tendances au cours du temps en ce qui concerne la santé de la population.
- Les données récoltées par le Service Communautaire ULB-PROMES dans le cadre du SIPES¹⁵ (Service d'Information en Promotion de la Santé) dont :
 - o **l'enquête HBSC¹⁶** sous l'égide de l'OMS (tous les 4 ans).
 - De nombreuses informations y sont récoltées sur la santé des jeunes (par exemple, les plaintes de type psychosomatiques et la consommation de médicaments); sur leur perception de leur santé; ainsi que sur leurs comportements (en matière de consommation de tabac et d'exercice physique notamment).
 - On peut y introduire des questions particulières sur des éléments que l'on souhaiterait évaluer (par exemple, la politique nutritionnelle ou celle envers le tabac dans les écoles), de même qu'on peut y additionner des questionnaires à destination des acteurs scolaires qui donneraient des informations sur les projets mis en place, les collaborations, les besoins et les attentes (exemple : efficacité des points santé).
 - o **l'étude CATI** des comportements de santé des adultes;
 - **L'enquête ESPAD** sur la consommation de drogues chez les jeunes¹⁷, réalisée tous les 4 ans sous l'égide de la Commission européenne (ULB-PROMES récolte les données en Communauté française).
 - o L'objectif est de récolter des données comparables sur la consommation d'alcool, de tabac et d'autres drogues auprès des étudiants dans autant de pays européens que possible (35 actuellement). Les données sont collectées en coopération entre les pays sur base d'une méthodologie strictement standardisée.
 - **Les données de l'O.N.E.** sur la petite enfance : la Banque de Données Médico-Sociales de l'O.N.E., appelée communément BDMS est une base qui contient des données médico-sociales concernant le suivi préventif en structure O.N.E. de la (future) mère et de l'enfant. La BDMS s'articule, à différents niveaux d'intervention, autour de la Santé de la Mère et de l'Enfant¹⁸.
 - o Au niveau local et régional, elle s'inscrit comme partenaire dans la démarche de Santé Publique et de Santé Communautaire en étroite collaboration avec les T.M.S.¹⁹, les Médecins, les Services d'Inspection, les Conseillers Médicaux et la DASE.
 - o Au niveau de l'Administration centrale, elle apporte des informations permettant à l'administration de tendre à une répartition optimale des ressources de l'O.N.E. dans une optique générale de promotion de la santé et donc de solidarité et de protection des plus vulnérables.
 - o Au niveau de la Communauté française, elle développe des collaborations avec différents organismes de santé publique extérieurs : Institut scientifique de Santé Publique, Observatoire de la Mortalité infantile, Observatoires de la santé, FARES, l'UNICEF, les Centres Locaux de Promotion de la Santé, l'Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, les chercheurs et étudiants concernés par la petite enfance.
 - **Les Registres** fournissent de nombreuses indications sur la santé²⁰, dont :
 - o tuberculose, infarctus, infection au VIH, SIDA, diabète;
 - o dépistage du cancer du sein;
 - o registre national du cancer (voir aussi dans le programme cancer du sein);
 - o maladies à déclaration obligatoire, demande de traitement de substitution.
 - **Auprès des PSE** : données sur la santé des enfants (surveillance), sur les déterminants de santé au sein de l'école et les projets mis en place (mise en évidence des besoins, demandes, attentes et réponses), sur la participation des acteurs scolaires, sur les partenariats créés, sur les besoins en formation (d'eux-mêmes et/ou des autres acteurs du milieu scolaire)... Une fois standardisées, ces données pourraient être classées dans le premier niveau.
 - On peut ajouter à cela l'ensemble des données fournies par les **Observatoires de la Santé** (Hainaut, Bruxelles, Luxembourg) : recueil, analyse et diffusion d'informations nécessaires à l'élaboration de politiques coordonnées dans le domaine de la santé publique et de la promotion de la santé (données épidémiologiques- santé et psychosociale-, appui méthodologique, outils d'intervention). Les informations sont transmises tant au public qu'aux décideurs. Chaque observatoire a des spécificités liées aux caractéristiques locales²¹.

II. DEVELOPPEMENT PAR PROBLEMATIQUE

1. La prévention des cancers
2. La promotion de la vaccination
3. La prévention du SIDA et des MST
4. La lutte contre la tuberculose
5. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité
6. La promotion de la santé cardio-vasculaire

1. La prévention des cancers

La prévention des cancers est un grave problème de santé publique à la fois pour l'incidence élevée de cette maladie, la morbidité importante qu'elle entraîne et le nombre de décès qui lui sont imputables.

Il est évident actuellement que cette affection est multifactorielle et est fortement influencée par beaucoup de facteurs. Outre les facteurs de risque bien connus comme le tabac, l'alcool, l'alimentation mal équilibrée, d'autres facteurs environnementaux doivent être combattus pour arriver à une prévention primaire maximale.

Par ailleurs, la prévention secondaire par le dépistage des cancers à un stade précancéreux ou à un stade précoce de la maladie est fondamentale.

Actuellement seul existe un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans et il est très important que ce programme bénéficie à une majorité des femmes concernées. Des efforts sont plus que jamais indispensables dans ce sens, car environ 1 femme sur 2 n'est pas encore dépistée.

Le programme de dépistage du cancer du sein est organisé avec la collaboration des centres de coordination provinciaux (CCP), des centres locaux de promotion de la santé (CLPS) et de différentes associations.

D'autres cancers doivent aussi faire l'objet d'un dépistage systématique. Le cancer colorectal est très fréquent, il concerne 6 000 hommes et femmes et entraîne 3 000 décès annuellement dans notre pays. Un groupe de travail en vue de proposer le dépistage de ce cancer s'est constitué et étudie non seulement la meilleure forme de dépistage à proposer mais surtout bien informer le public de l'importance de cette maladie et des facteurs de risque à connaître.

Enfin, le dépistage du cancer du col utérin est aussi à envisager. Déjà actuellement, beaucoup de femmes ont pris l'habitude de se soumettre à un examen gynécologique régulier. Cependant celles qui ne s'y soumettent pas ont peut-être les facteurs de risque les plus grands et il serait indispensable de les atteindre.

Cancer du sein

1. Argumentaire

Pourquoi un programme de dépistage ?

Le cancer du sein est fréquent et responsable d'un taux de mortalité élevé dans notre pays. On peut estimer qu'une femme sur 11 en sera atteinte au cours de sa vie. Trois quarts des nouveaux cas apparaissent après 50 ans. Les décès par cancer du sein représentent la 2^e cause de mortalité féminine.

Devant l'ampleur du problème, les décideurs fédéraux et communautaires ont décidé d'unir leurs efforts en vue de mettre en place un programme organisé de dépistage à l'échelle du pays en s'appuyant sur les recommandations européennes²².

Les experts du programme européen « L'Europe contre le Cancer » recommandent la mise sur pied d'un programme organisé de dépistage par examen mammographique tous les deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans; l'examen est appelé mammothest en Communauté française. Pour diminuer de 30 à 35 % la mortalité parmi les femmes, le programme doit non seulement répondre à des critères de qualité, mais encore obtenir une participation importante des femmes estimée au moins à 70 %.

Le mammothest permet de classer les femmes en deux groupes :

- femmes ne présentant pas d'anomalie;
- femmes présentant une anomalie et qui doivent entrer dans un processus d'investigation complémentaire destiné à poser ou exclure un diagnostic de cancer.

Les femmes ne présentant pas d'anomalies seront réinvitées deux ans plus tard.

Dans quel contexte ?

Dans le contexte gynécologique (via gynécologue ou médecin généraliste), les femmes de moins de cinquante ans s'entendent parler de contraception, de maternité, de séduction et de risques de MST, d'éventuels traitements visant à atténuer les effets secondaires de la ménopause. Dans un tel contexte, elles envisagent le dépistage du cancer du sein et celui du col de l'utérus davantage comme une préservation de leur féminité.

Sorti de ce contexte et indépendamment du bien-fondé de tels programmes, le dépistage systématisé du cancer du sein à partir de 50 ans, peut davantage être vécu par certaines femmes comme une confrontation très crue à la possibilité d'être atteinte d'une affection mortelle qui nécessitera, dans bien des cas, l'amputation d'une partie de leur corps très investie du côté de la féminité, de la séduction, de la sexualité, de la maternité (confirmation de la fin de leur « vie de femme »).

Il se peut donc qu'un tel programme rencontre des résistances tant de la part des soignants (qui le vivront peut-être comme une intrusion dans leur relation « soignants-soignés ») que de la part des femmes (qui ne trouveront peut-être pas toujours à qui confier leurs peurs de l'examen, des résultats, des conséquences,...).

2. Enjeux et contraintes pour un programme de dépistage du cancer du sein

Comme pour tout autre programme de médecine préventive, de nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer de façon non négligeable la réussite du programme.

- o La collaboration de l'ensemble des partenaires dans le fonctionnement du programme lui-même (Communauté française, Région bruxelloise, provinces, unités agréées et radiologues, INAMI, Banque Carrefour²³...) est un élément fondamental de réussite; le nombre important d'acteurs concernés, intervenant à différents niveaux du programme, sont à la fois un élément de garantie d'un bon fonctionnement du programme mais fragilisent également celui-ci qui est dépendant de nombreux facteurs susceptibles de freiner ou d'améliorer l'organisation, la qualité, l'humanité...
- o L'adhésion des professionnels de la santé et principalement le médecin traitant de la femme - généraliste et/ou gynécologue (conviction de la nécessité de l'acte préventif tel que proposé) est un élément de réussite. Il est difficile pour ces professionnels de passer du bilan sénologique auquel ils sont habitués au dépistage organisé par mammothest.
- o La collaboration des professionnels autres, relais en contact avec le public concerné (groupes de femmes, ...) reste peu développée; ceci pourrait être un élément important dans la prise en compte des réticences, résistances des femmes au dépistage, souci d'une participation des femmes à la décision.
- o En terme budgétaire, la Communauté finance l'organisation du dépistage; la bonne réalisation de celui-ci ne peut être assurée que grâce à la prise en charge par l'INAMI de l'acte médical.

3. Objectifs

Objectif général du programme

Le programme de dépistage du cancer du sein participe, à côté d'autres dispositions, à une réduction de la mortalité et de la morbidité liées au cancer du sein.

Des indicateurs ont été définis pour ce programme²⁴ :

- » augmenter le nombre total de cancers du sein détectés;
- » diminuer la proportion de cancers avancés;
- » parmi les femmes dépistées, augmenter la proportion de cancers invasifs débutants (augmenter la détection et donc prendre les cancers plus précocement);
- » limiter le nombre de cancers in situ;
- » augmenter la proportion de cancers invasifs détectés sans envahissement ganglionnaire.

Objectif de niveau 1

Susciter l'adhésion maximale des femmes et des professionnels de santé et autres aux recommandations émises par le programme.

Objectif de niveau 2

Favoriser une culture de la santé : développer les connaissances et la motivation des femmes et des soignants sur le dépistage du cancer du sein.

Objectifs de niveau 3

Informier le public cible sur le cancer du sein et son dépistage et plus spécifiquement

- la précision sur le risque encouru en fonction de l'âge (éviter les examens intempestifs);
- la précision sur le type d'examen proposé et sa qualité par rapport à d'autres examens;
- la certitude que cet acte préventif soit un élément positif de diminution d'un risque de santé important.

Améliorer l'information et les connaissances des relais/intervenants santé et autres en rapport avec le public concerné afin d'offrir un espace d'échange entre relais et femmes qui soit dialogue et écoute. L'approche globale de la santé de la femme sera privilégiée et la problématique du cancer du sein ne sera pas isolée comme le seul élément de préoccupation à un moment donné. Dans toute la mesure du possible, il faudrait informer sur le taux de faux positifs ou de faux négatifs de la méthode

Travailler sur les résistances des soignants et des femmes à l'égard du programme

Au niveau des femmes :

- travail sur les représentations des soignants à l'égard de ce programme;
- identifier des facteurs qui favoriseraient l'adhésion des soignants au programme;
- identifier des facteurs qui permettraient aux soignants de participer à la promotion de ce programme;
- travailler sur les représentations des femmes à l'égard de ce programme (à replacer dans le contexte global de notre société de consommation promouvant jeunisme et séduction féminine);
- identifier des facteurs qui favoriseraient l'adhésion des femmes à ce programme (selon les milieux socioculturels);

- identifier des facteurs qui inciteraient les femmes à participer à la promotion de ce programme (appropriation);

Au niveau des soignants

- sensibiliser les soignants (et autres interfaces auprès des femmes de 50 ans) aux besoins de ces femmes pour adhérer au programme.

Ces objectifs nécessitent de soutenir la participation de certains acteurs :

- dans ce cadre de travail direct avec les publics, les acteurs de l'éducation permanente semblent être bien placés;
- pour les aspects de communication locale, les CLPS sont très sollicités; leurs compétences dans ce domaine sont :
 - o la sensibilisation des différents acteurs de terrain;
 - o la création d'espace de concertation (avec les acteurs et les publics) afin d'identifier les problèmes ensemble et de chercher des solutions communes, notamment dans les ressources existantes;
 - o la mise à disposition de ressources en termes de moyens, stratégies et outils, mais aussi par les liens qu'ils créent entre les ressources existantes.

Objectif de niveau 2

Permettre l'accessibilité à l'acte de dépistage (mammotest).

Objectifs de niveau 3

- garantir une démarche efficiente d'invitations, de réinvitations et de rappel et compréhensible par toutes y compris les femmes de milieux socio-économiques défavorisés ou de différentes cultures (y compris de langues différentes);
- promouvoir l'implication du médecin traitant dans la démarche active en faveur du mammotest;
- sensibiliser les médecins traitants afin de promouvoir le choix du mammotest dans le cadre du programme organisé par rapport au bilan sénologique classique;
- garantir la gratuité de l'examen pour la femme concernée par ce dépistage organisé;
- garantir le libre choix par la femme du lieu de dépistage;
- garantir un accueil humain lors de l'acte de dépistage;
- garantir l'information avant le dépistage (déroulement de l'examen) et après celui-ci (résultats);
- avoir un nombre suffisant d'unités disponibles en Communauté française;
- identifier les représentations qui en pratique peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant.
- des actions de sensibilisation doivent être menées auprès des radiologues sénologues et du personnel d'accueil des unités de mammographie pour prôner le mammotest dans les cas de dépistage et en tout cas ne pas réorienter les demandes de mammotests vers le bilan sénologique.

Objectif de niveau 2

Assurer la cohérence et la pertinence du programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Objectifs de niveau 3

- améliorer la concertation entre les différents acteurs du programme (niveau fédéral, Communauté, Régions, Provinces, radiologues et médecins traitants);
- garantir l'assurance de qualité du programme;
- organiser une collecte des données ainsi que le traitement des informations et des résultats
- participer au Registre National du Cancer mis en place par le niveau fédéral.

2. La promotion de la vaccination

1. Argumentaire

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination s'inscrit dans les objectifs de santé 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 2010 au niveau européen. En Belgique, un Comité pour l'élimination de la rougeole a été mis en place en 2003.

Il faut savoir qu'actuellement la couverture vaccinale chez les enfants de 18-24 mois est actuellement de 80 %

La Communauté française a mis en place un Programme de vaccination depuis de nombreuses années déjà. Les recommandations scientifiques du Programme de vaccination sont basées sur les avis du Conseil supérieur d'Hygiène²⁵. Ces recommandations scientifiques sont confrontées aux divers éléments du contexte (faisabilité, budgets disponibles, possibilité d'implantation via les vaccinateurs - O.N.E., Services PSE, médecins -) avant d'être traduites en priorités stratégiques pour le Programme de vaccination de la Communauté française.

Actuellement, pour les nourrissons, le Programme vise la prévention de dix maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Haemophilus influenzae de type b, hépatite B, méningocoque C, rougeole, rubéole, oreillons) tout en limitant le nombre d'injections à administrer aux jeunes enfants, et en leur assurant une grande sécurité vaccinale. A court terme, une attention sera portée à l'inclusion éventuelle de la vaccination contre le pneumocoque dans le calendrier vaccinal des nourrissons.

Les enfants de 5-6 ans, de 11-12 ans et les adolescents constituent trois groupes prioritaires pour les vaccinations de rappel et de rattrapage.

Les services préventifs de la CF : O.N.E. et Services PSE (et CPMS de la CF) sont indispensables pour identifier et atteindre tous les nourrissons et enfants, publics-cibles du programme.

Pour les adultes, l'objectif prioritaire est d'assurer une information sur la périodicité des rappels pour tous (diphthérie et tétanos) et l'intérêt de vaccins spécifiques pour les plus vulnérables (grippe et pneumocoque).

Une attention toute particulière est à porter aux publics cibles moins accessibles tels que les toxicomanes, les prostituées et les détenus notamment en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B.

2. Enjeux et contraintes

Sont repris ci-dessous les principaux enjeux identifiés actuellement.

Le maintien d'un Programme de vaccination efficace, cohérent et pertinent dans l'ensemble de ses composantes nécessite une implication à tous les niveaux : décideurs politiques, administrations, structures de la Communauté française (O.N.E., Services PSE, CPMS), associations professionnelles de médecins, vaccinateurs, etc. Le Programme de vaccination, vu la multiplicité des intervenants concernés, doit donc s'appuyer sur des démarches intersectorielles et transversales.

En terme budgétaire, la permanence de deux axes spécifiques doit être assurée sur le long terme : d'une part, le financement du Programme de vaccination lui-même (aspects en lien avec le pilotage, l'organisation de la vaccination des groupes ciblés, l'information du public et des professionnels, les actions spécifiques d'éducation pour la santé, etc.), d'autre part le financement de l'achat des vaccins sélectionnés dans le Programme (dépendant en partie de l'application d'un protocole d'accord entre le Fédéral et les Communautés). Le moyen de financer l'introduction de nouveaux vaccins dans le programme est un enjeu majeur pour éviter d'assister à l'effondrement du programme et au renforcement des inégalités sociales de santé (le financement du vaccin pneumocoque conjugué, permettant de protéger les enfants de moins de 2 ans contre les infections invasives à pneumocoque est l'exemple le plus actuel).

Le respect des engagements internationaux et le souci de la protection des populations imposent d'agir effectivement pour atteindre les objectifs d'élimination (fixés par l'OMS et au niveau national) de certaines maladies et pour maintenir ou augmenter (selon les vaccinations) les couvertures vaccinales de la population. En outre, le principe d'équité impose un objectif d'homogénéité dans ces couvertures vis-à-vis des sous-groupes de notre population.

De la recherche d'une pertinence et d'une cohérence les meilleures pour le Programme découlent plusieurs enjeux stratégiques :

- l'adhésion des vaccinateurs et des structures impliquées aux recommandations scientifiques, au calendrier vaccinal et aux stratégies choisies;
- l'adhésion de la population au calendrier vaccinal et à la notion de protection, tant collective qu'individuelle;
- le maintien d'une concertation avec l'ensemble des structures et des vaccinateurs impliqués dans le Programme de vaccination;
- l'accessibilité aux vaccins et aux vaccinateurs pour l'ensemble de la population;
- une organisation administrative efficace (circuit de commande et distribution des vaccins mis à disposition par la Communauté, remboursement des autres vaccins par l'INAMI, etc.);
- le recueil des données nécessaires au pilotage et à l'évaluation du Programme; l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'une banque de données vaccinales;
- la stabilité de l'approvisionnement en vaccins;
- la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, selon des méthodes adaptées à la diminution d'incidence de ces maladies et à la modification de leur présentation.

La création d'un centre de référence « vaccination » permettra d'intégrer l'ensemble des enjeux dans des stratégies cohérentes.

3. Objectifs et conditions nécessaires

Le programme à mettre en place a pour **finalité** :

la réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies infectieuses évitables par la vaccination.

Objectif niveau 1

1 Susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations vaccinales résumées dans le calendrier vaccinal approuvé par le Gouvernement de la Communauté française (càd, selon le cas, augmenter ou maintenir les taux de couverture vaccinale) Il faut aussi adopter des stratégies adaptées pour les populations fragilisées et les migrants.

Objectifs niveau 2

2.1 Développer les connaissances et la motivation de la population vis-à-vis de la vaccination

Objectifs niveau 3

2.1.1 Informer les publics aussi complètement que possible de la nature des enjeux de protection individuelle et collective contre les maladies évitables par la vaccination.

2.1.2 Améliorer la compréhension et la prise en compte par les intervenants et les responsables du programme des représentations de la vaccination au sein du public

2.1.3 Augmenter l'usage de la carte de vaccination de la CF

2.1.4 Augmenter la pratique du bilan régulier des vaccinations

Objectifs niveau 2

2.2 Permettre l'accès maximal aux vaccins des publics cibles retenus par la CF

Objectifs niveau 3

2.2.1 Veiller à assurer la gratuité des vaccins

2.2.2 Assurer la disponibilité des doses

2.2.3 Permettre le libre choix du vaccinateur

2.2.4 Faciliter les démarches des parents des nourrissons, des enfants et des adolescents

Objectifs niveau 2**2.3 Assurer la cohérence et la pertinence du Programme de vaccination****Objectifs niveau 3**

2.3.1 Assurer la participation, la concertation et la coordination de l'ensemble des partenaires, en favorisant notamment la transmission des données de l'ONE vers les services PSE et entre les services PSE

2.3.2 Assurer la rigueur et l'évaluation scientifiques du programme (par exemple surveillance épidémiologique et effets secondaires attribués, mesure des couvertures vaccinales, etc.)

2.3.3 Garantir la conduite et la continuité du programme (par exemple aspects réglementaires, administratifs et politiques)

Chaque objectif de niveau 3 (opérationnel) donne lieu à une ou plusieurs action(s) et une même action peut rencontrer simultanément plusieurs objectifs de niveau 3.

Calendrier

Les objectifs du Programme de vaccination se traduisent pour la plupart par des activités permanentes ou en cours de réalisation.

Commentaires

L'association interuniversitaire Provac sera engagée, en 2005, dans la deuxième année de son programme triennal 2003-2006. Les activités en cours peuvent être consultées dans le document de présentation repris en annexe.

3. La prévention du SIDA et des IST**1. Argumentaire****a) Evolution de la problématique**

Au début 2005, en Belgique, l'épidémie de VIH-SIDA présente les principales caractéristiques suivantes :

- On estime que 7 000 à 10 000 personnes vivent avec le SIDA, depuis le début de l'épidémie en 1986, 17 800 cas d'infections du SIDA ont été diagnostiqués²⁶;
- Depuis 1986, le nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées dans le pays a évolué dans un intervalle relativement étroit situé entre 2.0 et 2.9 nouveaux diagnostics en moyenne par jour. Entre 1997 et 2000, on a observé une nette tendance ascendante des nouveaux diagnostics VIH (+36 %), suivie d'une augmentation plus modérée en 2001, 2002 et 2003 avec respectivement 963, 990 et 1048 nouveaux cas enregistrés. Le nombre de nouveaux cas d'infections VIH diagnostiqués en 2004 (984 cas) est en diminution de 6.1 % en comparaison de l'année 2003;
- En 2004 : 67 % des nouvelles contaminations concernent des personnes d'origine étrangères
- L'augmentation du nombre de personnes infectées par contacts hétérosexuels est largement due à l'augmentation du nombre de cas parmi les personnes originaires de pays où l'épidémie est généralisée;
- Le groupe d'âge le plus touché est celui des 30-34 ans chez les hommes et 20-25 ans chez les femmes;
- Depuis 1996, la disponibilité de traitements de plus en plus efficaces, capables de retarder l'apparition de la maladie et d'en ralentir le développement, a pour effet de réduire la morbidité et la mortalité mais également d'augmenter le nombre de personnes porteuses du virus; la qualité de vie des personnes infectées s'est aussi vue améliorée, ce qui permet la poursuite pour celles-ci d'une sexualité active et du désir de procréation;
- Le mode de transmission principal reste le contact sexuel;
- Parallèlement, on observe une recrudescence des autres maladies sexuellement transmissibles (infections gonococciques, Chlamydia trachomatis, syphilis).

b) Publics prioritaires

Deux types de public doivent être visés par les actions de prévention du Sida ou des IST :

- D'une part le grand public et en particulier les jeunes en vue de maintenir une faible incidence du SIDA et des IST
- D'autre part les publics qui peuvent être particulièrement vulnérables : en l'occurrence les populations migrantes de pays à forte endémie, les personnes séropositives, les personnes homosexuelles, les personnes qui consomment de la drogue par injections et les personnes prostituées.

2. Enjeux et contraintes

En matière de lutte contre le SIDA et les IST, dans le cadre des compétences qui sont celles de la Communauté française, deux domaines d'intervention sont indispensables

- la prévention
- le dépistage

La prévention de la transmission du SIDA et des IST, en l'absence de vaccin, nécessite la protection des relations sexuelles par le préservatif dans tous les cas où les partenaires, ne sont pas mutuellement certains d'être séronégatifs.

La prévention s'appuie sur trois axes complémentaires :

- Au niveau collectif : l'information doit permettre une juste perception des risques, la valorisation et la réaffirmation des comportements de prévention, intégrant le concept de santé sexuelle et le principe de responsabilité de chacun. La communication doit également favoriser la tolérance et l'acceptation dans la vie sociale, familiale et affective des personnes séropositives.
- Au niveau de l'individu : la prévention repose sur une juste perception des risques, sur l'adhésion à la norme préventive et sur la capacité à intégrer cette norme dans ses propres relations affectives et sexuelles.
- La promotion et une bonne accessibilité des outils et dispositifs de prévention (information, préservatif, dispositif de dépistage).

Pour mener une prévention efficace, il convient de l'orienter en priorité vers les personnes les plus susceptibles d'être en contact avec le virus, d'une part en fonction de leur activité sexuelle (nombre de partenaires et type d'activité), d'autre part en fonction de la prévalence de l'infection dans leur entourage social.

3. Objectifs

Il semble indispensable de recentrer les moyens disponibles sur un nombre raisonnable d'objectifs prioritaires, en tenant compte notamment :

- . des indications qui se dégagent des données épidémiologiques récentes et des observations des intervenants;

- . des compétences de la Communauté française;
- . des synergies possibles avec des actions menées dans d'autres secteurs dépendant ou non de la Communauté française.

Objectifs de niveau 1

- Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations prioritaires et vulnérables;
- Assurer la promotion de dépistages adéquats;
- Maintenir une faible incidence du VIH dans la population générale.

Objectifs de niveau 2

Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations prioritaires et vulnérables;

- Promouvoir la lutte contre le SIDA et les IST en direction des migrants/étrangers
- Promouvoir la lutte contre le SIDA et les IST en direction des personnes homosexuelles et bisexuelles
- Soutenir la prévention à l'attention des personnes séropositives
- Renforcer les stratégies de réduction des risques de contamination par le VIH auprès des usagers de drogues par injection
- Assurer le suivi des programmes de suivi de santé vis-à-vis des prostitués

Objectifs de niveau 3

- Promouvoir la lutte contre le SIDA et les IST en direction des migrants/étrangers Pour contribuer à la diminution de l'incidence et de la prévalence des SIDA/IST chez les migrants, les mesures de prévention doivent viser à

- Mettre à disposition des outils de prévention adaptés
 - o outils tout public mis à disposition dans des sites fréquentés par les populations migrantes
 - o conception et diffusion d'outil de communication spécifiques bilingues
 - o augmentation et diversification des sites de diffusion
 - o mise à disposition de préservatifs
- Identifier des relais pour les actions préventives
 - o Les interventions auprès des milieux de vie et acteurs spécifiques (communauté de vie, associations de migrants, associations communautaires de base, groupes et leaders religieux et responsables de cultes) doivent viser à renforcer l'intégration des questions liées à la santé, à la sexualité et au VIH dans les activités et favoriser l'acceptation de la maladie.
 - o Les interventions vis-à-vis des services psycho-sociaux doivent permettre d'améliorer la communication avec le public cible et améliorer la prise en charge en intégrant les approches culturelles et les démarches de santé communautaire.

- Promouvoir la lutte contre le SIDA et les IST en direction des personnes homosexuelles et bisexuelles

Pour contribuer à la diminution de l'incidence et de la prévalence du SIDA et des IST parmi les personnes homosexuelles ou bisexuelles, les mesures de prévention doivent viser à

- Informer et diffuser les normes préventives par des outils adaptés en intégrant les contextes de vie et la séropositivité en utilisant les médias spécialisés et les associations
- Renouveler des stratégies et des outils d'intervention dans le commerce de loisir gay : charte de responsabilité, définition de conditions d'hygiène et de sécurité, ...
- Accroître l'utilisation d'internet pour la diffusion d'outils de prévention adaptés compte tenu de l'utilisation importante de ce média notamment pour les rencontres

- Soutenir la prévention à l'attention des personnes séropositives Les personnes contaminées par le VIH constituent un public prioritaire pour la prévention. En effet, grâce aux progrès thérapeutiques qui améliorent leur qualité de vie elles sont susceptibles d'avoir une activité sexuelle.

Contribuer à la diminution de la transmission secondaire notamment

- par l'augmentation de l'utilisation du préservatif par les personnes séropositives quel que soit le statut sérologique de leur partenaire
- par l'augmentation de l'utilisation du préservatif par les partenaires des personnes séropositives
- par l'augmentation du recours adéquat au dépistage pour les partenaires des personnes séropositives
- Renforcer les stratégies de réduction des risques de contamination par le VIH auprès des usagers de drogues par injection

Pour contribuer à diminuer l'incidence et la prévalence du VIH dans les populations d'usagers de drogues par injection, les mesures de prévention doivent ont pour objectif

- d'augmenter l'utilisation du préservatif,
- d'améliorer le recours adéquat au dépistage
- de réduire les pratiques d'injection
- de réduire les pratiques d'échange de seringues
- d'augmenter le niveau d'information relatif au SIDA des usagers de drogues par injection

- Assurer le suivi des programmes de suivi de santé vis-à-vis des prostitués

La question du VIH et des IST reste au cœur des déterminants de la santé des personnes prostituées. La précarité économique, administrative et sociale des personnes prostituées s'est accrue et augmente les risques notamment dans les comportements sexuels.

L'objectif est donc de favoriser l'accès à la prévention via les programmes des associations existants.

Assurer une promotion de dépistages adéquats

La stratégie de dépistage du SIDA se décline à trois niveaux

- Favoriser les dispositifs de dépistage de proximité.
- Tenir compte des freins socioculturels au dépistage
- Augmenter le niveau d'information des publics

- Développer des stratégies de communication adaptées aux différents publics

Objectifs de niveau 3

- Campagnes d'incitation au dépistage en population dans les groupes les plus exposés
- Organisation d'actions « hors les murs » en partenariat avec les acteurs de santé locaux pour toucher des populations ne fréquentant pas les structures classiques de dépistage.
- Collaboration des acteurs associatifs dans les démarches de dépistage en complémentarité avec les professionnels de santé.
- Recueil d'informations dans le cadre du dépistage et mettre à la disposition des divers acteurs de prévention les informations sur l'évolution des comportements à risque;
- Informer le public et les médecins sur les « bonnes pratiques » du dépistage :
- éviter le dépistage à l'insu ou noyé dans un check-up sans dialogue;
- dépistage uniquement en cas de risque réel (sauf pour les femmes enceintes auxquelles il doit être systématiquement proposé).

Maintenir une faible incidence du VIH et des IST dans la population générale

Objectifs de niveau 1

En Belgique, le niveau global d'information sur le VIH est élevé. Il s'agit de conserver cet acquis toujours fragile en maintenant l'information et la communication en population générale et l'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes.

Objectifs de niveau 2

Soutenir les programmes de prévention vis-à-vis du SIDA et des IST en direction des jeunes et de la population générale

Pour contribuer à la réduction de la prévalence du SIDA et des IST parmi les jeunes, les objectifs sont

- d'intégrer la problématique du SIDA dans une perspective plus large de vie affective et sexuelle
- de sensibiliser sur le risque des IST et leurs modes de prévention
- de poursuivre les actions en faveur de la promotion et de l'accessibilité des préservatifs

Objectifs de niveau 3

- Evaluer les projets d'éducation affective et sexuelle menées dans les écoles
- Coordonner les actions des services et personnes ressources pour optimiser les actions vis-à-vis des jeunes
- Poursuivre les actions spécifiques jeunes dans les médias
- Maintenir l'accessibilité aux préservatifs
- Mobiliser les structures hors milieu scolaire (AMO, mouvement de jeunesse, associations sportives,...)
- maintien des dispositifs de préventions existants (prévention chez les professionnels de santé, sécurité transfusionnelle, sécurité des dons d'organe et de cellules, conseils post exposition)
- réalisation de campagne de communication grand public dans les médias et à l'occasion d'événements propices
- mobilisation du rôle préventif des professionnels en particulier en consultation de médecine générale et de gynécologie
- maintien d'un réseau de distribution diversifié de préservatifs et distribution gratuite aux groupes les plus vulnérables

4. La lutte contre la tuberculose

1. Argumentaire

La plupart des pays industrialisés, dont les pays limitrophes de la Belgique, ont connu ces dernières années, une modification dans l'évolution de la tuberculose : soit une augmentation du nombre de cas, soit une stabilisation de celui-ci. Les facteurs qui ont pu influencer l'évolution de la maladie dans les pays industrialisés sont : le sida, la diminution ou la suppression des programmes anti-tuberculeux, la paupérisation, la résistance aux antibiotiques anti-tuberculeux et surtout l'importation de cas en provenance de pays à haute prévalence.

En 2003, 1.128 cas de tuberculose ont été déclarés en Belgique, dont 358 en Région bruxelloise.

La tuberculose est inégalement répartie en Belgique. Elle se localise préférentiellement à certains endroits :

- plus particulièrement dans les grandes villes de plus de 100.000 habitants où une incidence 3 fois plus importante que celle des autres villes est observée
- en Région de Bruxelles capitale avec une incidence (36,1/100.000) 3 à 4 fois supérieure à celle de la Wallonie (9,4/100.000). La tuberculose se concentre plus spécifiquement dans certaines communes où les populations socio économiquement défavorisées ou d'origine étrangère sont les plus représentées
- dans les Provinces du Hainaut et de Liège, socio économiquement plus défavorisées.

Elle touche préférentiellement certaines populations :

- les hommes (incidence 2 fois supérieure à celle des femmes);
- les personnes âgées;
- les personnes de nationalité étrangère et plus particulièrement celles qui proviennent de pays à haute prévalence de tuberculose;
- d'autres personnes à risque de par leur mode de vie (personnes considérées comme marginales, toxicomanes,...), leur travail (personnel de santé,...), une maladie ou une immunité déficiente.

Globalement pour diminuer l'incidence de la maladie, deux objectifs spécifiques sont poursuivis :

- limiter la transmission de la maladie en dépistant dès que possible les sources de contamination et en les traitant jusqu'à guérison;
- limiter le réservoir de personnes infectées qui peuvent être à l'origine de tuberculoses dans le futur.

Les différents éléments qui entrent dans les **stratégies** pour atteindre ces objectifs sont :

1. la détection et le traitement précoce des patients atteints de tuberculose active (se déroulent en grande partie dans le secteur curatif);
2. une approche spécifique et adaptée des groupes de population à haut risque (primo arrivants ou personnes ayant séjourné dans un pays à haute prévalence, prisonniers, toxicomanes et contacts de patients tuberculeux) : par l'organisation d'un dépistage actif et l'accès à un diagnostic et un traitement de qualité pour tous les patients;
3. la prévention et/ou la mise sous contrôle, aussi rapide que possible, des micro épidémies survenant autour de sources de contamination;
4. le contrôle de la tuberculose chez les sujets qui sont soumis à un risque élevé de contamination par le bacille tuberculeux (essentiellement sur les lieux de travail).

Les éléments 1 et 2 correspondent à la limitation de la transmission (socio-prophylaxie); les éléments 3 et 4 à la limitation de la morbidité future.

Dans ce cadre, le programme quinquennal de promotion de la santé établit les objectifs suivants :

Objectifs de promotion de la santé

Développer l'information et la sensibilisation des populations à risque et des professionnels en contact avec celles-ci, particulièrement dans les régions les plus touchées.

Objectifs de prévention

- a) Adapter annuellement la liste des groupes à risque.
- b) Adapter régulièrement la politique de dépistage et de suivi.
- c) Organiser la socioprophylaxie.

2. Enjeux et contraintes

- La nécessaire coordination entre les secteurs curatif et préventif : le rôle de la FARES à ce propos peut être déterminant.
- La concertation indispensable entre les différents niveaux de pouvoir afin de préciser les tâches prises par chacun des niveaux - Communauté, Régions, Justice, Santé Publique...- et d'éviter un manque de rationalisation au niveau de la prise en charge du dépistage organisé parmi les groupes à risque. La définition des groupes à risque n'implique pas automatiquement la Communauté française (prisons, centres d'accueil pour primo arrivants).
- La collaboration nécessaire entre les nombreux professionnels concernés : milieu scolaire, inspection d'hygiène, FARES, médecins traitants, labo, secteur hospitalier... pour un suivi du traitement, recueil de données (cadastre.) socioprophylaxie (entourage).
- La difficulté d'obtenir une compliance totale de l'ensemble des personnes traitées (les traitements ne sont pas pris correctement ou arrêtés prématurément, avec comme conséquence des patients qui demeurent contagieux et l'apparition de souches de bacille résistantes aux traitements classiques).
- La diminution de l'expertise du secteur médical résultant de la réduction du nombre de cas de tuberculose.
- La difficulté d'accéder à certains groupes à risque de tuberculose vivant dans des conditions précaires. La définition des groupes à risque ne donne pas *ipso facto* la possibilité d'entreprendre un dépistage systématique, certains groupes à risque ne faisant pas partie de groupes homogènes, stables, identifiables ou atteignables (toxicomanes, sans abri, illégaux).

3. Objectifs

Objectif général

La Communauté française, par son programme de prévention, vise à diminuer, en collaboration avec d'autres secteurs de santé, l'incidence de la maladie; elle est plus spécifiquement chargée des aspects suivants :

- » la socioprophylaxie;
- » la définition des groupes à risque et l'organisation du dépistage en tenant compte de ses compétences;
- » la surveillance épidémiologique de la maladie.

Les différents enjeux et contraintes donnent lieu à des objectifs particuliers repris parmi les objectifs ci-dessous.

Afin de limiter la transmission dans la collectivité, la poursuite des objectifs suivants par groupe cible est envisagée.

o Vis-à-vis des personnes malades

- améliorer le diagnostic précoce
- améliorer l'information du public, plus précisément des groupes à risques et des relais (institutions et individus) sur la maladie.

o Vis-à-vis des groupes à haut risque²⁷ (les prisonniers, les primo arrivants et sujets ayant séjourné dans des pays à haute prévalence, plus particulièrement les demandeurs d'asile)

- améliorer l'identification des groupes à risque
- améliorer la collecte des données.
- s'assurer qu'un dépistage actif est organisé qui comprendrait :
 - l'application des stratégies spécifiques de dépistage;
 - d'assurer l'accès au dépistage;
 - d'informer les acteurs concernés et le public;
 - d'améliorer l'évaluation du dépistage et adapter les stratégies.

o Vis-à-vis de l'entourage de malades contagieux

- veiller à l'exhaustivité du dépistage actif des contacts autour de tout cas de tuberculose contagieuse :
 - tendre vers l'exhaustivité de la déclaration des cas de tuberculose;
 - réduire le délai entre le diagnostic du cas de tuberculose et sa déclaration;
 - actualiser l'Arrêté du 21 mars 1971 relatif aux maladies transmissibles.
- améliorer la surveillance des micro-épidémies
 - mener les enquêtes épidémiologiques;
 - élaborer une procédure standardisée;
 - assurer que les enfants dépistés ne sont plus contagieux lorsqu'ils reviennent à l'école.

o **objectifs transversaux : améliorer la qualité du programme**

- assurer l'information et la formation continue des relais (notamment les PSE).
- améliorer les procédures d'assurance de qualité
 - gérer le processus d'assurance de qualité via des groupes de travail.
- améliorer le monitoring épidémiologique
 - recueillir les données utiles (cas déclarés, follow up des traitements, surveillance de la résistance...);
 - améliorer la qualité des données;
 - informer les partenaires des résultats du monitoring.
- améliorer la collaboration intersectorielle
 - entamer des démarches auprès d'autres ministères (Justice, Intégration, Santé publique) afin que ceux-ci financent totalement le dépistage de certains groupes qu'ils prennent déjà partiellement en charge;
 - poursuivre une concertation permanente entre les multiples intervenants du contrôle de la tuberculose.

4. Les moyens spécifiques

Remarque préalable.

La FARES²⁸ a.s.b.l. est depuis longtemps l'organisme référent en matière de tuberculose. Avec son pendant flamand (la VRGT²⁹), elle a établi une collecte des données (basée notamment sur la déclaration de la maladie) et mis au point des procédures en matière de prophylaxie, de traitement et de suivi des individus atteints de la maladie. Ces procédures répondent aux recommandations internationales avec pour objectif d'éliminer la tuberculose.

La législation définit l'organisation mise en place (secrétariat central, centres de santé et unités de secteur), le personnel et les subventions (pour le personnel et le fonctionnement d'une part et d'autre part pour les actes de dépistage).

La FARES coordonne la prévention de la tuberculose en Communauté française.

Ses missions incluent :

- le recueil des données (cadastre);
- l'établissement de recommandations;
- la participation dans l'organisation du dépistage et de la socioprophylaxie.

Milieu de vie : école. Les moyens qui existent permettent de poursuivre les objectifs énoncés :

- les acteurs de promotion de la santé à l'école (PSE/PMS) organisent le dépistage;
- la collaboration avec la FARES est prévue pour l'ensemble des procédures;
- la concertation est mise en place au sein d'un comité de pilotage du dépistage scolaire (représentants des PSE, de la FARES, de l'administration, du Cabinet de la Ministre de la Santé).

Autres milieux de vie : les lieux d'enfermement ou d'accueil (prisons, centres d'accueil pour étrangers, centres pour sans-abri...)

- une collaboration avec d'autres niveaux de pouvoirs (notamment les Provinces) ou institutions (Affaires étrangères, médecine du travail, Médecins Sans Frontières...) est nécessaire à l'organisation du dépistage.

5. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité

1. Argumentaire

Les accidents (traumatismes non intentionnels) restent une des causes de mortalité et de morbidité les plus importantes. Deux milieux sont particulièrement visés, les jeunes pour lesquels l'accident est la première cause de mortalité à certains âges, les personnes âgées dont l'accident peuvent être une source importante de handicap.

Ces publics, jeunes enfants, adolescents et personnes âgées sont reconnus en Belgique et en Europe comme les publics prioritaires.

De nombreux accidents surviennent dans le milieu scolaire; une action dans ce milieu semble dès lors nécessaire. Un préalable devrait être d'améliorer les connaissances sur la survenue de ces accidents (circonstances), ce qui permettrait de définir certaines recommandations vis-à-vis de l'école elle-même. Certaines circonstances sont plutôt liées aux déterminants de santé individuels des jeunes (notion de risque entre autres) et appelleront sans doute plus une action sous forme de projets participatifs des jeunes et des partenaires de l'école, s'inscrivant dans une approche globale de promotion de la santé. Il ne s'agit en effet pas d'isoler cette problématique d'autres problématiques envisagées avec les jeunes en milieu scolaire.

En milieu scolaire, deux acteurs seront privilégiés : les PSE et les conseillers en prévention.

En dehors du milieu scolaire, la problématique de l'accident se pose dans les activités de loisirs, sport, chemin de l'école, domicile...

Vu l'importance et les conséquences, pour les personnes âgées, des chutes qui surviennent à domicile, cette problématique reste prioritaire et visera les intervenants en rapport avec les personnes âgées.

Les actes de violence sur soi ou sur autrui, sont actuellement regroupés sous l'appellation générale de traumatismes intentionnels. Il convient cependant de préciser que les circonstances de survenue d'un acte violent (vis-à-vis d'autrui ou de soi-même) exigent une approche différente de celle du traumatisme non intentionnel, faisant appel à d'autres secteurs (secteur de la santé mentale) et doivent être envisagés en relation avec d'autres contextes de vie (emploi, logement, relation familiale...).

La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité peuvent être abordées de différentes façons : réglementaires, normatives, approches visant la sécurisation ou de type sécuritaire, promotion de la santé. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité comprennent différentes approches (formation, accompagnement, sensibilisation...) visant de multiples acteurs de secteurs très variés de la vie quotidienne. Ces différentes approches n'entrent pas toutes dans le cadre de la promotion de la santé, ni même de la santé.

Au vu des différentes compétences impliquées dans la problématique, il est important de travailler en collaboration avec les différents niveaux de pouvoir impliqué.

De même, il est primordial de créer des ponts entre les actions au sein des différents milieux de vie : médecine du travail, service de sécurité et d'hygiène, les services de soins à domicile, le plan national NEHAP et la partie traitant spécifiquement des enfants, le CEHAP,....

2. Enjeux et contraintes

- Le manque de données psychosociales et épidémiologiques relatives aux accidents et surtout au contexte de leur survenue (environnement, vie familiale, conditions socio-économiques...) est un frein au développement d'interventions efficaces, à leur suivi et leur évaluation.
- Les programmes de prévention des traumatismes visent à développer les compétences individuelles et collectives, à rendre l'environnement plus sûr et à renforcer et appliquer des mesures de sécurité. L'engagement intersectoriel est une condition d'efficacité des interventions proposées. Etant donné l'importance de l'environnement et des mesures de sécurité à prendre, le support législatif est fondamental pour réglementer adéquatement le secteur de fabrication et de distribution de produits requérant des normes de sécurité (logement et entreprise/architectes, vente des armes à feu, produits ménagers et d'entretien, accessoires de sécurité pour les activités de sports et loisirs, sécurité des jouets, etc.). Ces normes concernent donc bien les producteurs et fabricants et non les utilisateurs. L'impact financier des mesures de protection dépasse largement une prise en charge de la Communauté française. De nombreux secteurs peuvent et doivent investir dans la sécurité pour leurs travailleurs et pour les bénéficiaires des produits finis.
- Viser les publics vulnérables exige des orientations précises dans les actions et démarches entreprises. A titre exemplatif, il s'agirait de travailler avec l'O.N.E. (consultations et travail à domicile des TMS), avec le secteur des logements sociaux, avec les maisons médicales.

3. Objectifs

Objectif général du programme

Le programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité vise une diminution de la mortalité et de la morbidité liée aux traumatismes.

Objectif de niveau 1

Susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations de prévention des traumatismes et de promotion de la santé en matière de sécurité.

Objectif de niveau 2

Développer la connaissance et la motivation des publics concernés vis-à-vis des mesures de protection passive, de prévention des accidents et de promotion à la sécurité.

Objectifs de niveau 3

- promouvoir l'utilisation de mesures de protection passive;
- développer les connaissances et les compétences du public cible et des professionnels pour l'adoption de mesures de prévention et de promotion de la sécurité.

Vis-à-vis des jeunes enfants

- inciter les parents, les acteurs de la petite enfance et les professionnels à utiliser les équipements de protection;
- sensibiliser les acteurs de la petite enfance (médecins généralistes, pédiatres, TMS,...) au rôle qu'ils peuvent jouer dans la promotion des mesures de prévention passive.

Chez les jeunes en âge scolaire

- favoriser avec les services de promotion de la santé à l'école et les conseillers en prévention la prise de mesures de protection et le développement de projets dans l'école en visant la participation des élèves. Favoriser les projets qui s'inscrivent dans une approche globale de la santé et envisagent la problématique des accidents dans l'ensemble de la PS à l'école;
- promouvoir la prise de conscience des risques et des mesures de sécurité auprès des jeunes et des intervenants qui travaillent avec les jeunes dans les différents lieux et centres d'activités : loisir, sport, chemin de l'école, domicile...

Auprès des personnes âgées

- sensibiliser les acteurs santé et sociaux intervenants auprès des personnes âgées à l'importance de mesures de prévention et de promotion de la sécurité (prévention des chutes notamment).

Auprès de la population en général

- appui et soutien, en collaboration avec le Réseau des Mandataires communaux, aux activités motivées par les besoins et les demandes des intervenants et institutions³⁰;
- améliorer la compréhension et la prise en compte par les intervenants et les responsables du programme des représentations au sein du public. Recueillir les avis des publics concernés.

Objectif de niveau 2

Assurer la cohérence et la pertinence du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité

Objectifs de niveau 3

- assurer la cohérence et la pertinence des actions menées, des mesures réglementaires proposées, par :
 - une meilleure connaissance de l'efficacité de certaines démarches participatives et communautaires;
 - l'augmentation des capacités des intervenants et professionnels (formation/sensibilisation aux facteurs de risque, mesures de prévention et outils);
- promouvoir une concertation/collaboration avec d'autres partenaires et niveaux de pouvoirs et introduire des démarches de PS dans d'autres secteurs. Notamment :
 - promouvoir les mesures réglementaires (armes à feu avec le ministère de la justice, voir les autres exemples cités dans les enjeux);
 - le suicide doit être traité prioritairement dans le cadre de la santé mentale avant d'être traité dans le cadre de la problématique des traumatismes;

- maintenir ou développer un recueil de données psychosociales et épidémiologiques permettant de préciser les circonstances de survenue des traumatismes non intentionnels et les déterminants de santé en relation avec les risques d'accidents (environnement, vie familiale, conditions socioéconomiques);
- travailler la question de la violence dans une approche globale de promotion de la santé avec les responsables des autres secteurs (secteurs de la santé mentale, emploi, logement, famille...).

Objectif de niveau 2

Permettre l'accès maximal aux mesures de protection.

- > Disponibilité des appareillages de protection : l'accès aux mesures de protection peut se comprendre comme la mise à la disposition de la population de produits répondant aux normes de sécurité, notamment en ce qui concerne les appareillages, les jouets, le matériel utilisé dans les différentes activités.
- > Accès aux mesures de protection : cela signifie également que des mesures de protection sont mises à disposition de certains publics ou de certains lieux (par exemple, contre l'incendie).

Ce niveau d'objectifs relève de compétences non dévolues à la Communauté française. En développant l'information, la sensibilisation et les compétences individuelles, la Communauté française soutiendra de manière indirecte la pression exercée par l'utilisateur sur les mesures réglementaires, l'accès aux appareillages sécurisés et la mise en place de mesures de protection.

6. La promotion de la santé cardio-vasculaire

1. Argumentaire

Les maladies cardio-vasculaires (CV) sont la principale cause de décès et de morbidité dans notre pays. Elles expliquent environ 27 % et 21 % des décès respectivement pour les hommes et femmes entre 45 et 64 ans; 36 % et 45 % de ceux des hommes et femmes de 65 ans et plus. Plus de 20 % des hommes et plus de 30 % des femmes de plus de 65 ans souffrent d'hypertension et respectivement plus de 18 % et 13 % ont une affection cardiaque grave.

Pour envisager la promotion de la santé cardio-vasculaire il nous faut la resituer :

1° dans une « *approche globale de promotion de la santé* ».

Les principaux facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires sont le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II. Ceux-ci sont généralement abordés par le bais du dépistage et de la réduction des risques. Cependant la plupart de ces risques sont également « visés » au travers d'un ensemble d'initiatives de promotion globale de la santé, qu'il s'agisse de promotion globale de la santé à l'école, de promotion d'une alimentation équilibrée, de promotion de l'activité physique ou encore d'un travail global à propos des modes de consommation et des dépendances (dont l'alcool et le tabac). Toutes les initiatives menant à la création d'un milieu de vie favorable à la santé devraient être, à terme, plus efficaces pour garantir une santé CV que les mesures de dépistage et de prise en charge préventive de personnes à risques (voir point 3.2). Rappelons que la plupart de ces programmes ont également un impact en terme de prévention d'autres pathologies dont certains cancers (poumons, foie, colon,...).

2° dans une « *approche plus médicale* » qui veille à évaluer les risques concernant les principales maladies CV (maladies ischémiques du cœur et accidents vasculaires cérébraux). Les interventions médicales (dépistage des facteurs de risques, suivi et prise en charge des personnes à risque, examens complémentaires, médications, chirurgie, etc.) permettent d'accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes à risque.

2. Enjeux et contraintes

- Le développement d'objectifs opérationnels par problématique ne doit pas occulter la pertinence d'un travail global de promotion de la santé qui recouvre non seulement divers risques cardio-vasculaires mais également d'autres problématiques de santé. Des thématiques telles que les modes de vie en matière d'alimentation, d'activité physique, de stress, de consommation et de dépendances (tabagisme, alcoolisme,...), méritent d'être citées ici pour leurs liens avec les problèmes CV; elles peuvent néanmoins aussi être traitées dans le cadre d'autres problématiques.
- La mise en place de programmes visant à réduire spécifiquement des risques de santé en incitant la population à adopter des modes de vie sains devra s'accompagner d'une vigilance vis-à-vis d'un climat de normativité sociale qui pourrait entraîner la disqualification, la discrimination et parfois l'exclusion des personnes qui ne pourraient pas se conformer aux comportements prescrits. La promotion de modes de vie sains devra conserver pour seul objectif de venir en aide aux personnes et non de sanctionner celles qui ne pourraient s'y conformer. En effet, la découverte de facteurs de risques de santé liés aux modes de vie est susceptible de modifier considérablement le statut de la maladie, rendant chaque jour les personnes davantage responsables de leur santé et par extension responsables de leurs maladies.
- La promotion d'une alimentation équilibrée devra également veiller à ne pas promouvoir la consommation de produits coûteux ou trompeurs en terme de promesses (ex : les aliments médicaments, les compléments alimentaires, les produits allégés,...).
- Un programme pilote pour la Prévention cardio-vasculaire en médecine générale est actuellement développé en Communauté française. Il convient de s'assurer qu'il répond aux objectifs (ceux-ci sont détaillés au point 3.2.) de l'approche médicale, que les médecins généralistes s'approprièrent largement l'outil proposé et que l'INAMI consentira à reconnaître le financement de consultations à caractère préventif.

3. Objectifs

Objectif général

Contribuer à prévenir la mortalité et les morbidités évitables dues aux maladies cardio-vasculaires.

3.1. Objectifs de promotion de la santé vers le public général

Remarques : les acteurs, les objectifs et les publics, potentiellement concernés par la problématique prise dans son sens le plus large, sont extrêmement divers et nombreux. Les actions viseront la promotion globale de la santé et la réduction de certains risques qui contribuent au développement des maladies cardio-vasculaires, par la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé, notamment :

- promotion d'une alimentation équilibrée;
- promotion de la pratique d'une activité physique;
- promotion de la prévention du tabagisme.

Objectif de niveau 1

Susciter l'adhésion maximale de la population et des professionnels aux recommandations de prévention et de promotion de modes de vie sains relatives au tabagisme, à l'alimentation, à la sédentarité/exercice physique modéré principalement dans le public jeune.

Objectifs de niveau 2 par public cible

Remarque : afin de décliner des objectifs spécifiques, il est important de dépasser une approche étroitement hygiéniste et « tous publics » pour prendre en compte les représentations, valeurs, intérêts, conditions et milieux de vie des différents publics cibles, en termes d'âge, de sexe et de rôle social.

Définir stratégies et actions en fonction des ces publics cibles.

Travailler aussi en cohérence avec des programmes thématiques mis en place en Communauté Française, telle la Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaires et physiques pour les enfants et adolescents de la Communauté française qui décline des actions dans les différents milieux de vie de l'enfant et l'adolescent, milieux d'accueil, milieu scolaire, milieu extrascolaire, au sein de la famille, etc...

1° Jeunes enfants et leur famille. Objectif de niveau 2

Agir auprès des futurs parents et des jeunes parents, via les relais et médias « petite enfance » afin de contribuer à créer un environnement favorable au développement de l'enfant sous l'angle du bien-être.

Objectif de niveau 3 (en concertation avec l'O.N.E.)

- **créer des synergies avec le secteur de la petite enfance dans une perspective conjointe de promotion globale de la santé et du bien-être des enfants** (promotion de l'allaitement maternel, de l'alimentation équilibrée, prévention du tabagisme,...)

- o rencontrer les acteurs du secteur de la petite enfance afin de les sensibiliser au rôle qu'ils peuvent jouer dans le développement des compétences parentales au cours des nombreux contacts avec les familles (connexions avec les états généraux de la petite enfance);
- o identifier avec les acteurs précités leurs besoins pour qu'ils puissent jouer ce rôle et le poursuivre notamment via les lieux de vie des jeunes enfants;
- o définir, avec ces acteurs, des priorités et un calendrier d'actions;
- o créer les outils nécessaires (formations, campagnes et outils d'information, espaces de concertation et de formation continue,...) pour que les acteurs puissent jouer ce rôle;
- o développer des collaborations avec les médias afin qu'ils développent ce thème via les différents supports de diffusions destinés aux futurs parents, jeunes parents, familles et entourage.

Ce cadre requiert l'intervention d'acteurs particuliers :

- l'ensemble des acteurs du secteur de la petite enfance;
- l'O.N.E. et les Services communautaires : campagnes, information, formation, évaluation;
- les CLPS : coordination intersectorielle, accompagnement méthodologique, offres d'informations, formations, outils,...

2° Enfants en âge scolaire. Objectifs de niveau 2

- **Agir auprès des enfants et de leurs familles, via l'école (développement d'écoles en santé) et autres lieux de socialisation, afin de susciter des contextes et des modes de vie favorables à la santé :**

- o accès³² à une alimentation équilibrée (environnement nutritionnel);
- o accès à plus d'activités physiques;
- o renforcement de l'estime de soi et développement de l'esprit critique permettant de faire face à la société de consommation et aux influences multiples du marketing ou des groupes d'appartenance (ceci vaut pour alimentation, tabac, alcool, drogues, médicaments, conduites à risques, décrochage scolaire, ...). En matière d'alimentation, il s'agit d'aborder le sujet en termes de variété et d'équilibre
- o renforcement des compétences sociales (incitation à la création de liens de coopération, lutte contre les phénomènes d'exclusion, de discrimination, de disqualification,...).

- **Concertation avec les autres partenaires publics et le secteur privé (marchand et non-marchand) pour déterminer les rôles et compétences de chacun suivant le principe de subsidiarité.** Collaborer avec les autres niveaux de pouvoir :

- o pour établir des plans d'actions concertés où les forces se combinent³³, comme c'est le cas pour le plan alimentation saine de la CF où les compétences de la Santé, de l'Enseignement et du Sport se sont réunies pour établir un plan d'action cohérent et donner des balises claires à toutes les parties impliquées
- o pour sensibiliser le secteur de la production et de la distribution pour qu'ils produisent des produits plus sains à des prix abordables;
- o pour déterminer une position commune sur le rôle des pouvoirs publics au sein des établissements scolaires : ils sont les garants des mesures de protection à mettre en place au bénéfice de la population en excluant l'intervention d'intérêts commerciaux.

Objectifs de niveau 3

- rencontrer les acteurs scolaires afin de les sensibiliser à ce rôle (en cours);
- identifier, avec ces acteurs, leurs besoins pour faire face à ce rôle (en cours);
- créer les outils nécessaires (formations, informations, espaces de concertation et de formation continue, ...) pour que les acteurs puissent jouer ce rôle (en cours);
- améliorer la formation de base et la formation continue des besoins physiologiques des enfants afin de leur assurer une croissance harmonieuse pour les personnes qui encadrent les enfants dans leurs différents milieux de vie
- développer les bilans de santé (équipes PSE), promouvoir l'utilisation du carnet de l'enfant dans un esprit de continuité avec la petite enfance (donc en collaboration avec l'O.N.E.) et comme outil de communication avec les adolescents et les parents;

- organiser des partenariats entre santé et enseignement (et avec le sport) pour travailler ensemble à un changement dans l'environnement scolaire (par exemple par un travail de fond sur l'éducation au choix en même temps qu'un aménagement de l'environnement nutritionnel);
- renforcer la collaboration entre services PSE et PMS
- renforcer la collaboration entre services PSE et les écoles pour faciliter l'implantation des projets santé proposés par les services PSE aux établissements scolaires
- promouvoir l'accès de tous les enfants à des activités sportives axées sur la coopération, le plaisir et non la performance sportive;
- promouvoir l'accès, en partenariat avec les villes et les communes, à des infrastructures favorisant des activités physiques en famille;
- développer des campagnes « grand public » destinées à soutenir l'appropriation par tous de modes de vie favorables à la santé (alimentation équilibrée, prévention du tabac mais aussi développement de l'esprit critique ou lutte contre les discriminations de tout ordre,...);
- soutenir les projets qui développent un travail du même type que les écoles en santé pour les jeunes en rupture avec les institutions scolaires via les espaces de socialisation, activités sportives, sociales et culturelles, AMO, structures d'hébergement de l'Aide à la jeunesse.

Ce cadre requiert l'intervention d'acteurs particuliers :

- l'ensemble des acteurs scolaires y compris les jeunes;
- les services communautaires, notamment : Question santé (colloque, outils,...), PROMES (Plate-forme PSE);
- les CLPS : coordination intersectorielle, accompagnement méthodologique, offres d'informations, formations, outils,...;
- les promoteurs de programmes de promotion de la santé globale (prévention des assuétudes, promotion de l'alimentation équilibrée,...).

Et une collaboration avec :

- les autres niveaux de pouvoirs;
- les villes et les communes : projets communaux, aménagements sportifs,...;
- le secteur de l'Aide à la Jeunesse;
- le secteur du sport.

3° Adultes. Objectif de niveau 2

Agir auprès des adultes afin de promouvoir

- » l'adoption de modes de vie favorables à leur santé et celle de leurs proches;
- » la consultation de leur médecin traitant afin d'évaluer leur risque cardio-vasculaire.

Objectifs de niveau 3

A des fins de cohérence, certains objectifs concernant la promotion de la santé vis-à-vis des adultes sont énoncés dans le point 3.2 consacré aux aspects de prévention médicale.

- organiser des campagnes, articles, brochures favorisant l'accès de tous à une information simple et fiable à propos d'une prévention des risques cardio-vasculaires et de l'adoption de modes de vie favorables à la santé;
- sensibiliser et soutenir la formation continue d'acteurs de terrain (en contact avec des publics qui ont un accès réduit à l'information générale et aux structures de santé et de soins³⁴) afin qu'ils puissent élaborer des actions locales appropriées aux spécificités de leurs publics dans le domaine de la prévention des risques cardio-vasculaires : éducation permanente, actions de santé communautaire, initiatives diverses qui prennent en compte les spécificités culturelles, les contraintes budgétaires des familles, les autres difficultés rencontrées par ces personnes,...

4° Tout public. Objectifs de niveau 2

- > Contribuer au développement de contextes favorables à la santé.

Objectifs de niveau 3

- identifier, puis sensibiliser et collaborer avec les acteurs des milieux de vie (médecine du travail, direction d'entreprise, lieux de loisirs...) afin de créer un environnement favorable à la santé;
- soutenir les projets de promotion de la santé (respect de l'approche globale de la santé avec développement des compétences, de l'estime de soi...);
- collaborer avec les autres niveaux de pouvoir pour développer des politiques harmonieuses qui prennent en compte l'impact sur la santé des décisions prises
- sensibiliser le secteur de la production et de la distribution.
- **Promouvoir l'activité physique régulière et les pratiques sportives respectueuses des individus, et sensibiliser les éducateurs et les cadres sportifs aux risques liés à une pratique sportive excessive et surinvestie.**

Objectifs de niveau 3

En ce qui concerne les jeunes, des objectifs ont déjà été mentionnés plus haut. On peut ajouter :

- o concertation avec d'autres ministres et/ou niveaux de pouvoirs pour une politique de promotion de l'accessibilité, entre autre financière, des pratiques sportives;
- o informer sur les risques d'une pratique sportive excessive et surinvestie avec toutes les dérives auxquelles peut mener le sport pratiqué dans un esprit compétitif (dopage, pratique sportive surinvestie...).

Pour les adultes et le tout-public, intervention d'acteurs particuliers :

- médecins généralistes;
- Fédération des Maisons Médicales et SSMG;
- communes;
- services communautaires;
- CLPS;

- médecine du travail;
- acteurs en contact avec les publics qui ont un accès réduit à l'information générale et aux structures de santé et de soins;
- médias.

4.2. Objectifs de prévention médicale

Objectifs de niveau 1

- a) Développer dans l'ensemble de la médecine générale un Programme de dépistage (basé sur le programme pilote) en vue d'identifier, au sein de la population cible, les personnes présentant un « risque cardio-vasculaire (CV) global » majoré.

Au sein de la patientèle tout-venant de médecine générale, la tranche d'âge au sein de laquelle la prévention primaire cardio-vasculaire doit se mettre en place est celle des hommes et des femmes de 30 à 70 ans se présentant, spontanément, pour un motif quelconque, à la consultation.

Pour ces personnes, des tables de risque coronarien faciles à l'emploi peuvent être utilisées (les patients sont classés selon la combinaison de facteurs de risque qu'ils présentent). Les risques sont recherchés sur base d'une liste (facile à mémoriser grâce aux initiales).

Les 6 premiers facteurs sont déterminés sur simple anamnèse : **A** âge et sexe, **B** briquet (tabagisme), **C** (cholestérol, dyslipidémie), **D** (diabète), **E** (événements, antécédents cardio-vasculaires personnels), **F** (antécédents familiaux); les deux derniers le sont sur base d'un examen clinique simple **G** (gros, le BMI), **H** (hypertension).

Ce classement permet de rapidement constituer, au sein de la patientèle du médecin, des populations cibles diverses avec des objectifs préventifs et de suivi spécifiquement adaptés (selon le niveau de risque calculé, ex. : conseils de vie saine, stop tabac, adoption d'une alimentation équilibrée, activité physique régulière, baisse du BMI, voire médicaments en vue d'une baisse de la tension artérielle, de l'agrégation plaquettaire ou de la cholestérolémie).

- b) Assurer la référence des patients vers des possibilités de prise en charge spécifiques (ex : les centres d'aide aux fumeurs).
- c) Développer la récolte de données (celles générées par le programme d'une part, mises en regard de celles issues de registres et d'enquêtes d'autre part. Ceci à des fins d'alimentation d'un système d'information sanitaire).

Objectifs de niveau 2

Promouvoir le dépistage du « risque cardio-vasculaire global » et la promotion de la santé cardio-vasculaire en médecine générale avec la participation des patients. Ce qui inclut :

- Promouvoir le recours systématique à une même stratégie efficace de dépistage des divers facteurs de risque CV et à une pratique de promotion de la santé CV, dans l'ensemble de la médecine générale francophone;
- Informer, sensibiliser et former les généralistes à une approche de promotion de la santé et une optimisation de leur pratique de médecine préventive, en particulier en matière CV (souligner les liens existant entre les nombreux déterminants de la santé et les problématiques de santé, de manière à renforcer, chez les généralistes, une vision globale de la santé des patients);
- Développer les outils existants dans le cadre du programme pilote pour dépister le risque CV global et assurer l'accompagnement des patients à risque;
- Organiser l'encodage des données récoltées, dans ce cadre, par les médecins généralistes.

Objectifs de niveau 3

- définir une méthodologie de diffusion de la stratégie de prévention cardio-vasculaire globale en concertation avec tous les acteurs du programme pilote;
- identifier, au cours de sa mise en place, les difficultés et les ressources, notamment par les enseignements tirés de la pratique des premiers participants, pour l'élargissement du programme à l'ensemble de la médecine générale;
- identifier les solutions à mettre en place pour lever ou contourner ces obstacles, et les leviers à utiliser pour y arriver;
- promouvoir la formation continue des soignants afin d'intégrer une approche de promotion de la santé;
- fournir aux généralistes un inventaire des outils de prise en charge et des ressources locales existantes susceptibles de contribuer à l'optimisation de la référence des patients;
- optimiser la récolte de données et l'exploitation de celles existantes issues des enquêtes et des registres;
- négocier avec le gouvernement fédéral l'insertion, au sein du dossier médical informatisé (DMI), comme critère requis pour sa labellisation et sa subvention, d'une « fenêtre préventive » définie par la Communauté française, en concertation avec les autres entités, et dont les items préventifs comprendraient ceux du risque CV global;
- négocier avec le secteur de la médecine du travail pour, en collaboration avec celui-ci, y étendre la mise en place d'une même stratégie de dépistage systématisé du risque CV global;
- diffuser des messages et des résultats à l'ensemble des acteurs professionnels de la santé concernés;
- développer, en parallèle, des campagnes visant la population générale, afin de la sensibiliser à l'existence de risques CV et de suggérer d'en parler à leur médecin traitant;
- dans le même but, construire des partenariats avec des associations relais auprès du grand public, afin d'assurer la participation de leurs membres à la gestion optimale de leur propre santé, incluant la prévention CV;
- inciter les médecins traitants à profiter des contacts avec le patient et, notamment, lors de consultations d'évaluation du risque cardio-vasculaire, pour faire de lui un partenaire actif : inviter le patient à repérer les risques, l'inviter à imaginer ce qu'il pourrait modifier dans sa vie pour réduire éventuellement les risques identifiés, l'inciter à sensibiliser et impliquer son entourage dans ce projet.

Glossaire

- AR** : Arrêté Royal
APES-ULG : Université de Liège, service communautaire (méthodes d'intervention et d'évaluation)
CF : Communauté française
CLPS : Centre Local de Promotion de la Santé
CPAS : Centre Public d'Aide Sociale
CSPS : Conseil Supérieur de Promotion de la Santé
DOT : Directly Observed Therapy (traitement directement supervisé)
FARES : Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé
INAMI : Institut National d'Assurances Maladies Invalidités
ISSP : Institut Scientifique de la Santé Publique
MG : Médecin Généraliste
MRU : Unité Mobile Radiologique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance
PMS : (service) Psycho-Médico Social
POC : Plan Communautaire Opérationnel
PS : Promotion de la Santé
PSE : (service) Promotion Santé à l'Ecole
RX : Radiographie
SCPS : Service Communautaire de Promotion de la santé
SPF : Service Public Fédéral
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale
TBC : Tuberculose
TMS : Travailleur médico-social (de l'O.N.E.)
ULB-PROMES : Université Libre de Bruxelles, Unité de Promotion Education Santé, service communautaire (recherche, formation, évaluation)
UCL-RESO : Université Catholique de Louvain, service communautaire (documentation, recherche, formation)
VRGT : Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Annexes

1. Vaccination de l'enfant et de l'adolescent, vaccination de l'adulte.
2. Acteurs et structures vaccination.
3. Programme PROVAC 2003-2006.
4. Acteurs impliqués dans la lutte contre la tuberculose.
5. Budget santé 2005.

Note

- ¹ Basé sur ces mêmes décrets.
- ² Une définition des objectifs opérationnels pourrait être « les moyens que le Gouvernement entend mettre en œuvre pour atteindre chacun des objectifs spécifiques » (Charte d'Avenir de la Communauté française). Ces objectifs spécifiques sont repris dans le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008. Cette définition serait retenue par défaut en l'absence de définition dans les textes légaux.
- ³ Problématiques déterminées par le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.
- ⁴ Pineault R. et Daveluy C., La planification de la santé; concepts, méthodes, stratégies, Montréal, Editions Nouvelles, 1995.
- ⁵ Issues de la Charte d'Ottawa et précisées dans le programme quinquennal 1998-2003.
- ⁶ Voir le décret de Promotion de la santé du 14 juillet 1997 modifié par le décret du 17 juillet 2003.
- ⁷ Idem
- ⁸ Extrait du programme quinquennal 2004-2008 : « Certaines personnes ou groupe de personnes (ex : personnes issues du quart monde, certains ados en décrochage scolaire, jeunes adultes marginalisés, personne sans-abri, candidats réfugiés déboutés...) cumulent pour des raisons différentes, des facteurs de vulnérabilité défavorables à la santé. »
- ⁹ Le programme 2004-2008 a été approuvé par un arrêté du gouvernement du 30 avril 2004.
- ¹⁰ Décret du 20 décembre 2001 modifié par le décret du 20 juin 2002.
- ¹¹ Des Concepts et une éthique, in « Collection Santé communautaire et Promotion de la santé » n° 1, a.s.b.l. Santé Communauté, Participation.
Il s'agit d'une des missions que le décret de PS attribue notamment à l'administration.
- ¹² Décret du 17 juillet 2003. art. 1^{er} :... « Par SIS, il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et de la population aux politiques et actions de santé ». Art. 2 :... « Un SIS, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés. »
- ¹³ Voir dans les programmes respectifs.
- ¹⁴ Se reporter aux données fournies par la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) dans ses rapports annuels et dans les Registres.
- ¹⁵ Plus de détails voir sur le site <http://homepages.ulb.ac.be/ndacosta/promes/sipes.html>

- ¹⁶ Health Behavior in School aged children.
- ¹⁷ The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. La dernière enquête date de 2003. <http://www.espad.org/purpose.html>
- ¹⁸ <http://www.one.be/banque/pres.htm>
- ¹⁹ Travailleurs médico-sociaux.
- ²⁰ Un registre est un outil d'enregistrement systématique et continu d'événements tels que les naissances, les décès (...) survenant dans un territoire donné. <http://homepages.ulb.ac.be/ndacosta/promes/tech3.html>
Voir aussi <http://www.sante.cfwb.be/dochtml/surveillance.html>
- ²¹ <http://www.observatbru.be/fr/default.asp>
<http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>
<http://www.province.luxembourg.be/sante/os.html>
- ²² Beghin D., Vandenbroucke A., Cherbonnier A., Fabri V., Le programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française, Direction générale de la santé du Ministère de la Communauté française, mars 2004, document d'information sur la justification, les objectifs, le fonctionnement et l'assurance de qualité, disponible sur le site de la Direction générale de la santé <http://www.sante.cfwb.be>.
- ²³ La Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Instaurée par la loi du 15 janvier 1990.
- ²⁴ Ces indicateurs sont repris de façon plus détaillée dans « Le programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française » précité.
- ²⁵ SPF Santé publique - voir calendrier 2004 des vaccinations recommandées et fiches de recommandation par vaccin en annexe.
- ²⁶ Sasse A., ISSP, 2005.
- ²⁷ Dont l'incidence/taux de détection [00b3] 50/100.000.
- ²⁸ Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé.
- ²⁹ Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en tuberculosebestrijding.
- ³⁰ Notamment : poursuivre dans une commune le projet OMS « Safe Community » dans l'idée de développer des démarches communautaires au niveau communal : une communauté porte son projet dans son ensemble, avec l'engagement du politique local. La mobilisation des partenaires doit être large afin de mobiliser tous les secteurs concernés (autres que la santé). L'information de la population doit être permanente pour obtenir son adhésion et sa participation dans certaines actions. Développer les actions concrètes exige d'augmenter les capacités de mise en place de projets. La collecte d'informations épidémiologiques permet l'analyse de situation et de suivre l'évolution de la situation (données d'accidents, de circonstances de ceux-ci, des aménagements urbains et autres, des conditions familiales...).
- ³¹ La modération se réfère à une pratique physique hors contexte sportif (marcher, monter les escaliers...) ou dans le cadre d'une activité sportive sans esprit de performance.
- ³² L'accès recouvre les aspects matériels et financiers.
- ³³ Un plan communautaire de promotion de l'alimentation équilibrée est en cours (collaboration enseignement, sport et santé).
- ³⁴ Il s'agit notamment d'une proportion non négligeable de la population qui ne peut se conformer aux prescriptions sociales aussi rapidement que les classes moyennes : jeunes de l'enseignement professionnel, personnes de cultures différentes y compris culture plus populaire attachée à certains modes de vie moins favorables au niveau cardio-vasculaires ...
- ³⁵ Body Mass Index ou Indice de Masse Corporelle. Il correspond au rapport entre le poids et le carré de la taille en mètre.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 20 octobre 2005 fixant le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour 2005-2006 au sein de la Communauté française.

Bruxelles, le 20 octobre 2005.

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
Mme C. FONCK

—————
VERTALING

MINISTERIE VAN DE FRANSE GEMEENSCHAP

N. 2005 — 3188

[2005/203204]

20 OKTOBER 2005. — Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap houdende vaststelling van het operationeel gemeenschapsplan voor gezondheidspromotie voor 2005-2006 binnen de Franse Gemeenschap

De Regering van de Franse Gemeenschap,

Gelet op het decreet van 14 juli 1997 houdende organisatie van de gezondheidspromotie in de Franse Gemeenschap, zoals gewijzigd, en inzonderheid op artikel 2, § 2;

Gelet op het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 17 juli 1997 tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van het decreet van 14 juli 1997 houdende organisatie van de gezondheidspromotie in de Franse Gemeenschap en houdende sommige beslissingen tot uitvoering ervan, zoals later gewijzigd;

Gelet op het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 30 april 2004 tot goedkeuring van het vijfjarenplan voor gezondheidspromotie 2004-2008;

Gelet op het advies van de Hoge Raad voor Gezondheidspromotie, verleend op 20 mei 2005;

Gelet op het advies Nr. 39.063/4 van de Raad van State, gegeven op 6 oktober 2005, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Kinderwelzijn, Hulpverlening aan de Jeugd en Gezondheid;

Gelet op de beraadslaging van de Regering van de Franse Gemeenschap van 20 oktober 2005,

Besluit :

Artikel 1. De Regering bepaalt het protocol voor het operationeel gemeenschapsplan 2005-2006, als bijlage opgenomen.

Art. 2. De Minister tot wier bevoegdheid de Gezondheid behoort, wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 2005.

Brussel, 20 oktober 2005.

Vanwege de Regering van de Franse Gemeenschap :

De Minister van Kinderwelzijn, Hulpverlening aan de Jeugd en Gezondheid,
Mevr. C. FONCK

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

F. 2005 — 3189 (2005 — 1305)

[C — 2005/29207]

9 MARS 2005. — Arrêté du Gouvernement de la Communauté française rendant publique la liste des académies universitaires et leur composition. — Erratum

A l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française précité, publié au *Moniteur belge* du 26 mai 2005, il y a lieu de compléter ledit arrêté par les annexes dont référence à l'article 2 :

— Statuts de l'Académie universitaire Wallonie-Bruxelles

— Convention de constitution de l'Académie universitaire « Louvain »

— Convention cadre entre l'Université de Liège et la Faculté universitaire des sciences agronomiques de Gembloux réglant les relations au sein de l'Académie

Statuts de l'Académie universitaire Wallonie-Bruxelles

Entre : L'Université libre de Bruxelles, en abrégé ULB, université dotée de la personnalité juridique par la loi du 12 août 1911, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 28 mai 1970 et le décret du 31 mars 2004, dont le siège est établi à (1050) Bruxelles, avenue Franklin Roosevelt 50, représentée par M. Jean-Louis Vanherweghem, président du conseil d'administration et M. Pierre de Maret, recteur,

Et : L'Université de Mons-Hainaut, en abrégé UMH, créée par la loi du 9 avril 1965 portant diverses mesures en faveur de l'expansion universitaire, modifiée par la loi du 28 mai 1971, dont le siège est à (7000) Mons, Place du Parc 20, représentée par M. Bernard Lux, recteur, agissant en vertu de l'article 4 de la loi du 5 juillet 1920 et M. Dany Vince, administrateur, agissant en vertu de l'article 51bis de la loi du 28 avril 1953 sur l'organisation de l'enseignement universitaire par l'Etat,

Et : La Faculté polytechnique de Mons, en abrégé FPMS, université dotée de la personnalité juridique par la loi du 7 juillet 1920, dont le siège est établi à 7000 Mons, rue de Houdain 9, représentée par M. Robert Urbain, président du conseil d'administration, et M. Serge Boucher, Recteur;

Il est convenu ce qui suit :

Constitution d'une académie universitaire

Article 1^{er}. § 1^{er}. Il est institué entre les parties une académie universitaire, dénommée « Académie universitaire Wallonie-Bruxelles », dont le siège est établi à 6010 Charleroi (Couillet), rue de Villers 277, et pourra être transféré en tout lieu de la région de Bruxelles-Capitale, du canton de Charleroi ou du canton de Mons sur décision du conseil d'académie.

§ 2. L'académie est dotée de la personnalité juridique, par application du décret de la Communauté française du 31 mars 2004 définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration à l'espace européen de l'enseignement supérieur et finançant les universités, dénommé « décret » dans les présents statuts.

§ 3. L'académie est assimilée à une université non soumise à la loi du 28 avril 1953 sur l'organisation de l'enseignement universitaire par l'Etat pour l'application des dispositions légales, décrétales et réglementaires.

Objet, missions, activités de l'académie

Art. 2. § 1^{er}. L'académie organise, le cas échéant conjointement avec d'autres académies, les formations doctorales et les travaux relatifs à la préparation des thèses de doctorat. Elle gère les écoles doctorales, le cas échéant conjointement avec d'autres académies.

§ 2. L'académie organise les études de master complémentaire.

§ 3. L'académie crée et organise un centre de didactique supérieure, destiné à conseiller, former et encadrer les enseignants en charge des étudiants de première génération.

§ 4. L'académie peut organiser les formations et programmes d'études communs à deux ou plusieurs institutions membres et, plus généralement, toutes les activités communes d'enseignement, de recherche ou de services à la collectivité.

Les institutions membres se consultent à l'occasion de toute ouverture ou modification de postes académiques à temps plein ressortissant à des disciplines communes à au moins deux d'entre elles.

§ 5. Les institutions membres peuvent confier à l'académie l'organisation d'études pour lesquelles elles sont habilitées, sans que ceci puisse avoir pour effet de modifier les caractéristiques de cette habilitation.

§ 6. L'académie peut en outre réaliser toute autre mission d'enseignement, de recherche, de services à la collectivité et toutes les opérations accessoires qui entrent dans les missions des institutions membres, à la demande de celles-ci.

§ 7. Chaque institution membre peut confier en collaboration certaines de ses missions à l'académie, moyennant l'accord du conseil d'académie.

§ 8. L'académie organise la gestion de services administratifs, scientifiques et d'enseignement que deux ou plusieurs institutions membres décideraient de mettre en commun. L'organisation pratique de ces services peut être confiée à l'une des institutions membres.

§ 9. Les institutions membres veillent à unifier leurs méthodes de travail et de gestion, ainsi que leurs procédures académiques et administratives.