

wiapps

PLAN WALLON DE PRÉVENTION
ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Ensemble, pour une vie de qualité en Wallonie !



HORIZON 2030

Ensemble, pour une vie de qualité en Wallonie !

Partie 2 : Référentiel pour l'action

Table des matières

Introduction.....	2
Rappel des objectifs stratégiques transversaux.....	3
Structuration du référentiel.....	4
AXE 1 : La promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé.....	9
Point 1 : Alimentation- Activité physique.....	9
1. Principe d'intervention.....	9
2. Opérationnalisation.....	10
Point 2 : Lutte contre le tabagisme.....	27
1. Principes d'intervention.....	27
2. Programmation.....	29
AXE 2 : La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global.....	31
Point 1 : La prévention des usages addictifs et réduction des risques.....	31
1. Principes d'intervention.....	31
2. Programmation.....	32
Point 2 : La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global.....	43
1. Principes d'intervention.....	43
2. Programmation.....	43
AXE 3 : La prévention des maladies chroniques.....	55
1. Principes d'intervention.....	55
2. Programmation.....	55
AXE 4 : La prévention des maladies infectieuses y compris la politique de vaccination.....	69
1. Principes d'intervention.....	69
2. Programmation.....	70
AXE 5 : La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité.....	85
1. Principes d'intervention.....	85
2. Programmation.....	86
VII Cadre de gestion du Plan.....	91
1. Objectifs de la gestion du plan.....	91
2. Tâches à réaliser.....	92
Annexe 1 : Abréviations.....	94
Annexe 2 : Les compléments au diagnostic de situation.....	95
Axe 1 Point 1.....	95
Axe 2 Point 1 : La prévention des usages addictifs et réduction des risques : Compléments au diagnostic de situation.....	97
Axe 2 Point 2 : La promotion d'une bonne santé mentale : Compléments au diagnostic de situation.....	99
Axe 3 : La prévention des maladies chroniques : Compléments au diagnostic de situation.....	101
Axe 4 : La prévention des maladies infectieuses : Compléments au diagnostic de situation.....	103
Axe 5 : La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité : Compléments au diagnostic de situation.....	106

Introduction

Le Code Wallon de l'action sociale et de la santé définit le plan de prévention et de promotion de la santé comme « le plan de prévention et de promotion de la santé adopté par le Gouvernement présentant le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population wallonne, fixant les objectifs de santé, guidant les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies ».

Le 16 février 2017, le Gouvernement Wallon marquait son accord sur une première partie de plan de prévention et de promotion dans le domaine de la santé¹. Ensuite, l'école de santé publique de l'ULB a été chargée par le Ministre Maxime Prévot de faire une proposition d'opérationnalisation de ce plan de prévention et de promotion de la santé. Plus de 150 partenaires ont été consultés au sein de onze groupes thématiques, pendant trois journées de travail. Les propositions issues de ces groupes thématiques ont été rassemblées dans un document² qui a été remis fin décembre 2017 à la Ministre Alda Greoli.

Parallèlement le FARES a été chargé d'actualiser « le plan wallon sans tabac » et l'APES-ULiège d'organiser des consultations sur la partie 1 de l'Axe 1 « alimentation, activité physique ». Ces consultations ont été organisées sous diverses formes (groupes d'impulsion, interviews, analyses de cas, analyses de faisabilité, etc.³). Elles ont mobilisé en l'espace de deux ans plus de 250 acteurs représentant une centaine d'organismes associatifs, publics et privés issus de 12 secteurs distincts de la société.

A la demande des participants aux groupes de travail et de différents acteurs et conformément à l'avis de la Cellule autonome d'avis en développement durable⁴, la proposition de plan a été analysée, partie par partie, axe par axe pour aboutir à un référentiel de prévention et de promotion dans le domaine de la santé. Ce référentiel est destiné à guider les interventions des opérateurs de terrain à titre indicatif, il se veut évolutif et participatif. Il constitue la seconde partie du Plan de prévention et promotion de la santé.

Ce référentiel est composé de parties introductives et de cinq axes qui correspondent aux cinq objectifs thématiques définis dans la première partie du plan

Les liens nécessaires avec les autres plans wallons ont été intégrés dans le référentiel. Les acteurs en prévention et promotion de la santé veilleront à faire le lien entre ces différents plans. L'ensemble des actions du Plan wallon de lutte contre la pauvreté⁵ (PWLP) contribuent à l'objectif transversal de réduction des inégalités sociales de santé. Les actions du PWLP en lien avec la prévention et la promotion de la santé ont été ajoutées dans ce plan. Elles sont **identifiées par un fond vert** (recommandation 3 de la CAADD). Le Plan Air Climat Energie⁶ 2016-2022 fait référence à la santé comme un thème transversal. Les quatre actions de ce plan relatives à la santé, sont en lien avec des actions de prévention et promotion de la santé. Elles ont été **identifiées dans le texte en bleu** (recommandation 6 de la CAADD).

De nombreuses actions nécessitent une concertation avec d'autres niveaux de pouvoir. Ces concertations seront précisées en même temps que la révision du plan à cinq ans (recommandation 8 de la CAADD).

¹ GOUVERNEMENT WALLON, Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030, adopté le 16 février 2017 par le Gouvernement wallon.

² Scheen, B., Berghmans, L., Coppieters, Y. et al., Plan de prévention et promotion de la santé en Wallonie. Proposition de programmation opérationnelle. Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles (ULB). Décembre 2017.

³ ABSIL G. et al, Vers une politique concertée et inclusive pour la promotion de l'alimentation et de l'activité physique à des fins de santé APES-ULiège, 2016. VAN HOYE A., FALLON C., VANDOORNE C., Synthèse des résultats du processus HEPA-PAT en Belgique francophone et germanophone, 2017; VANDOORNE C. et al, Synthèse des pistes et objectifs issus des groupes d'impulsion, 2017; VANDOORNE C. ET AL., PROPOSITION DE STRUCTURATION DU PLAN, DÉTERMINANTS COLLECTIFS ET STRATÉGIES PRIVILÉGIÉES, 2017. DETAILLE E., Note de synthèse de l'analyse de faisabilité concernant la mise en œuvre d'une plateforme pour une meilleure accessibilité de l'offre santé en matière d'alimentation et son annexe – avril 2018, (disponibles sur le site de l'APES-ULiège)

⁴ Service public de Wallonie, Cellule autonome d'avis en développement durable, Avis 2018/002524 portant sur la proposition de programmation opérationnelle du Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie, février 2018.

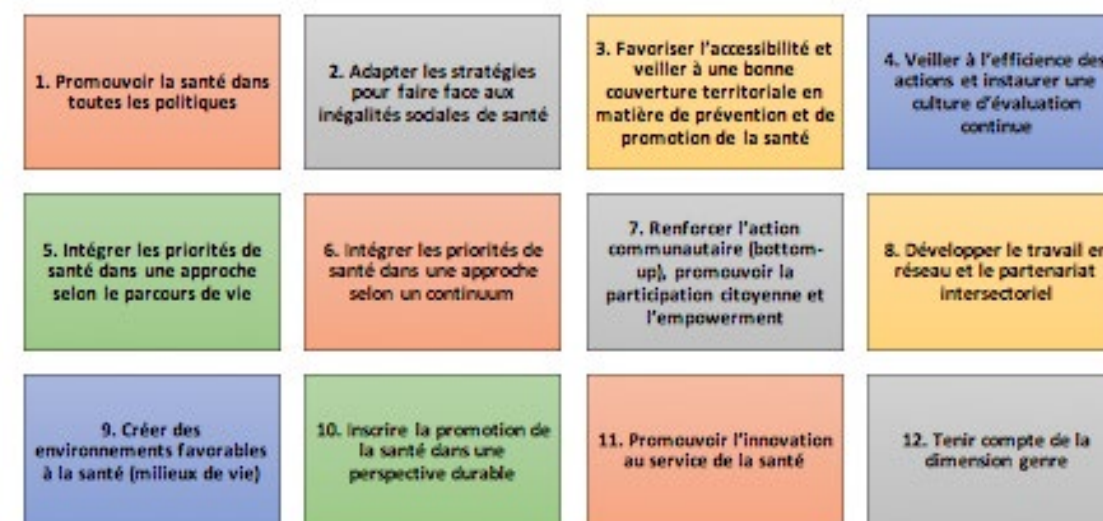
⁵ GOUVERNEMENT WALLON, Plan wallon de lutte contre la pauvreté 2015-2019, adopté le 10 septembre 2015 et actualisé au 23 février 2017.

⁶ AGENCE WALLONNE DE L'AIR ET DU CLIMAT, Plan Air Climat Energie 2016-2022, adopté le 21 avril 2016 par le Gouvernement wallon.

Rappel des objectifs stratégiques transversaux

La première partie du plan de prévention et promotion¹ a identifié onze objectifs transversaux prioritaires. Nous reprenons ici ces onze objectifs transversaux pour rappel. (Pour le détail, voir la première partie du plan). Ils doivent être présents dans l'ensemble des axes et sous-tendre chaque action de prévention et promotion de la santé en Wallonie. Les objectifs de santé ne pourront être atteints que si ces objectifs transversaux sont réalisés.

A la suite de la recommandation formulée dans l'avis de la Cellule autonome en Développement Durable et à la demande du Conseil wallon de l'égalité entre hommes et femmes, l'objectif transversal d'égalité des sexes est ajouté aux 11 Objectifs transversaux, sous la forme « Tenir compte de la dimension genre ».



¹ GOUVERNEMENT WALLON, Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1 : Définition des priorités en santé, Horizon 2030, adopté le 16 février 2017 par le Gouvernement wallon.

Structuration du référentiel

Le référentiel est composé de cinq axes, qui correspondent aux cinq priorités de prévention et promotion de la santé en Wallonie.



1 PROMOTION DES MODES DE VIE ET DES MILIEUX DE VIE FAVORABLES À LA SANTÉ

- Alimentation, activité physique
- Lutte contre le tabagisme

2 PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE

- Prévention des usages addictifs
- Promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale

3 PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

- Les maladies de l'appareil circulatoire, le diabète de type II et les maladies respiratoires
- Prévention des cancers

4 PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES

5 PRÉVENTION DES TRAUMATISMES

L'axe 1 est un axe particulier. Il porte sur une thématique transversale, tandis que les quatre autres axes portent sur une thématique particulière de santé. L'axe 1 fait référence à la promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé. Il est composé d'un plan de « Promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique » ainsi que du dispositif mis en place dans la « lutte contre le tabagisme ». Ces deux dispositifs sont repris dans ce référentiel mais ils ont fait l'objet d'un processus de construction différent.

Les actions seront **considérées à titre d'exemples**, conformément à la demande des participants. Il appartiendra aux acteurs de promotion de la santé de détailler les actions qu'ils mettront en œuvre pour répondre aux objectifs transversaux, objectifs de santé et objectifs spécifiques définis par le plan. De même, il appartiendra aux acteurs de proposer des indicateurs de réalisation de ces objectifs. A la fin de la première année de reconnaissance, chaque acteur subventionné aura une liste d'actions et d'indicateurs de réalisation intégrée dans son plan d'action. Le secteur dispose donc de cinq ans pour orienter ses missions et actions selon les objectifs de santé et les objectifs spécifiques définis dans le plan.

La programmation se décline dans chaque axe en blocs cohérents composés d'objectifs de santé, d'objectifs spécifiques (voir cadre ci-dessous). Des exemples d'actions et des exemples d'indicateurs sont proposés pour chaque action. Ils se veulent être des indicateurs de réalisation mais peuvent également porter sur du résultat. Il s'agit d'une indication pour le démarrage de celles-ci.

Il est important de préciser que les éléments de planification sont issus des groupes de travail, qu'ils ne sont pas exhaustifs et qu'ils pourraient dès lors être encore complétés.

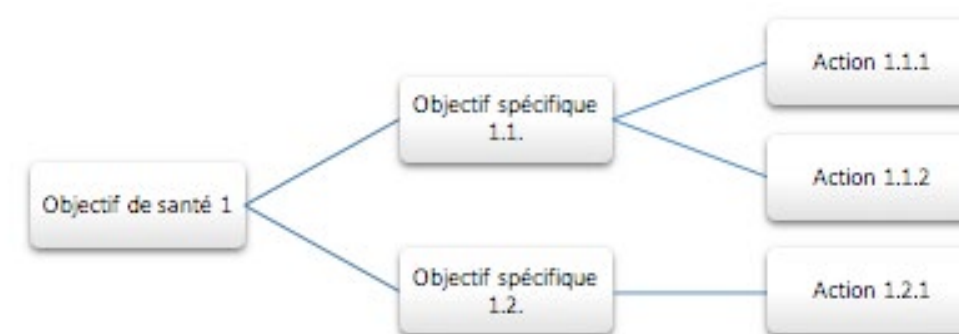
La première partie du plan fait état de l'état de santé de la population wallonne et décrit de façon chiffrée les thématiques qui nécessitent la plus grande attention de la promotion et de la prévention.



Un **objectif de santé** reflète la nature de l'amélioration de la santé espérée à l'échéance du Plan, à savoir 2030. Il contient, quand c'est possible, des précisions sur la quantification de cette amélioration ou une indication de tendance, ainsi que les populations bénéficiaires finales spécifiques. Le secteur de la promotion de la santé ne pourra à lui seul rendre possible l'atteinte de ces cibles. Les objectifs sont basés sur des documents de références internationaux comme le Santé 2020 de l'OMS¹ ou le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des Maladies non-transmissibles 2013-2020².

Chaque objectif de santé se décline en **objectifs spécifiques** qui représentent des étapes intermédiaires vers la réalisation des objectifs de santé. Ces objectifs spécifiques sont composés **d'actions** à mener pour les atteindre.

Exemple :



Un **objectif spécifique** devrait refléter la nature de ce que l'on souhaite changer ou mettre en place. Il devrait faire mention d'une quantification permettant de mesurer son degré de réalisation ainsi que les populations bénéficiaires visées, qu'elles soient intermédiaires (structures, relais, ...) ou finales. La temporalité devrait figurer dans l'énoncé si elle est inférieure à 2030. La réalisation des objectifs spécifiques doit contribuer significativement à atteindre l'objectif de santé.

Une **action** devrait permettre de contribuer à la réalisation de l'objectif spécifique auquel elle se rapporte. Elle devrait être la plus concrète possible pour renforcer le caractère opérationnel du Plan.

Toutefois, au vu de la durée du Plan, la programmation de l'action est surtout pertinente pour le court terme (0-3 ans). Pour le moyen (4-6 ans) et le long terme (7-12 ans), la programmation détaillée devra se construire en cours d'exécution en tenant compte des résultats d'évaluation de l'efficacité des actions entreprises.

¹ OMS Europe, Santé 2020 : Cadre politique et stratégie, OMS Bureau régional pour l'Europe, 2013 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/215258/Health2020-Long-Fre.pdf?ua=1 et OMS. Qualitative indicators for monitoring Health 2020 policy targets. Denmark WHO Regional Office for Europe, 2014.

² OMS. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 WHO, 2013. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>



AXE 1 : PROMOTION DES MODES DE VIE DES MILIEUX FAVORABLES À LA SANTÉ

L'axe 1 composé de la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique ainsi que de la lutte contre le tabagisme est l'addition du « Dispositif spécifique de lutte contre le tabagisme » et du « plan wallon alimentation Activité physique », le WALAP santé. Il faut se référer à chacun de ces plans pour en connaître les détails (modalité de construction, participation des acteurs, etc.).

Point 1 : Alimentation- Activité physique

La thématique de la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique fait l'objet d'un plan complet. Pour ce point, il faut donc se référer à ce plan. « WALAPSanté. Promouvoir la santé de toutes et tous par l'alimentation et l'activité physique.

1. Principes d'intervention

L'alimentation et l'activité physique sont deux éléments essentiels pour évoluer vers des modes de vie favorables la santé. La transition des modes de vie est le principal facteur identifié pour lutter contre la progression des maladies non transmissibles. Cette évolution ne sera possible que si les populations vivent dans des « environnements » aménagés pour faciliter les adaptations de leurs modes de vie.

Voilà une quarantaine d'années que la santé publique s'est orientée vers cette approche, cristallisée dans la Charte d'Ottawa de 1986 qui définit « la promotion de la santé ». Les politiques publiques, les milieux de vie, l'orientation préventive des soins primaires, la participation des populations ont été identifiés comme conditions essentielles de l'efficacité des actions de prévention, aux côtés de l'éducation.

Plus récemment, l'attention des autorités publiques et des citoyens s'est portée sur les objectifs du développement durable, dont nombre d'entre eux rejoignent les priorités de la promotion de la santé décrits ci-dessus : l'alimentation, la mobilité, l'aménagement des espaces publics, l'accès à une eau de qualité, mais aussi l'urgence de réduire la pauvreté, de diminuer les inégalités, de consolider le système de couverture médicale universelle. Cette convergence d'objectifs illustre ce que l'OMS a défini comme « La Santé dans Toutes les Politiques ».

C'est dans cette optique que, depuis deux ans, des consultations ont été menées par l'APES-ULiège, sous mandat du/de la Ministre de la santé et en interaction avec l'AViQ, pour définir un REFERENTIEL STRATEGIQUE ambitieux qui tracerait des objectifs et une ligne de conduite à l'Horizon 2030 pour que les Wallonnes et les Wallons puissent être soutenus dans une progression de la qualité et de l'équilibre de leur alimentation, dans une progression de la pratique de l'activité physique et dans une diminution de la sédentarité. Ce Référentiel, appelé WALAPSanté, prend en compte les études les plus récentes en matière d'impact de la transition des modes de vie sur la santé publique. La santé publique s'entend au sens de la santé de toute la population wallonne, en ce compris les plus vulnérables et précaires.

Ce Référentiel WALAPSanté présente de nombreuses convergences avec le Référentiel vers un Système Alimentaire Durable en Wallonie, le Plan wallon de Lutte contre la Pauvreté, le Plan wallon Nutrition Santé et Bien-être des Aînés, le Plan de cohésion sociale des villes et communes, certains des plans de mobilité, Digital Wallonia (la Stratégie numérique en Wallonie), les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire, les politiques de la Communauté française en matière d'enfance, d'enseignement, de sport pour tous. Une fois son existence officiellement reconnue, le Référentiel WALAPSanté permettra aux acteurs de différents secteurs et de différents niveaux de l'action publique d'orienter leurs actions vers des buts communs en matière de santé, particulièrement, d'alimentation et d'activité physique.

2. Opérationnalisation

Les objectifs de santé et de promotion de la santé ont été établis en cohérence avec les constats et objectifs généraux synthétisés pour l'axe alimentation et activité physique dans le PPPsanté H2030 (Partie 1 pp 87 et 88, février 2017). On retrouve donc **3 objectifs de santé** :

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 :

réduire la prévalence des maladies non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, l'hypertension, ainsi que certaines pathologies musculo-squelettiques.

Objectifs de santé 2 :

améliorer la qualité de vie des malades chroniques

Objectifs de santé 3 :

prévenir la malnutrition et la sarcopénie des personnes âgées

Pour atteindre ces objectifs de santé et promouvoir l'adoption de ces modes de vie, le WALAPSanté propose **quatre objectifs stratégiques** :

1. L'accès à une information de qualité
2. L'accès à une offre de qualité
3. Le soutien de l'innovation sociale
4. La gouvernance

Les consultations menées ont placé au centre de leurs réflexions l'amélioration de l'accessibilité de tous à une offre de qualité. Ainsi, pour l'ensemble des publics, l'objectif est de **développer et de favoriser une offre en matière d'activité physique et d'alimentation équilibrée et durable, qui soit de proximité, adaptée et accessible financièrement, en prenant en considération les demandes et préoccupations formulées par ces publics**. Des préoccupations et des champs d'action transversaux aux différents publics se dégagent : la disponibilité en suffisance ; la proximité de l'offre ; l'adaptation de l'offre aux besoins ; l'accessibilité financière ; l'information sur l'offre existante. Les quatre objectifs stratégiques constituent autant d'entrées dans ces problématiques d'accessibilité.



Objectif stratégique 1 : Accès à une information de qualité

Renforcer l'accessibilité de tous à une information de qualité (référéncée, critique, compréhensible et utilisable) sur les modes de vie et les environnements favorables à une alimentation équilibrée et durable, à la pratique régulière de l'activité physique et à la diminution de la sédentarité.

Objectif spécifique 1.1 Diffuser une information référéncée, harmonisée, compréhensible par tous sur les repères pour l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable, la pratique régulière de l'activité physique et la réduction de la sédentarité.

OO 1.1.1 Etablir en concertation avec les parties prenantes une liste de repères à utiliser en Wallonie pour l'information en lien avec l'alimentation et l'activité physique à des fins de santé.

ALI/AP Action 1 Mettre en place un groupe permanent et pluridisciplinaire d'experts qui veillera à actualiser ces repères en fonction de la progression des connaissances, de la progression des indicateurs, de l'adhésion des parties prenantes et du public.

ALI Action 2 Accentuer l'élaboration de repères portant sur la consommation régulière de boissons et d'aliments sucrés ainsi que de boissons alcoolisées.

ALI Action 3 Développer des études, des messages, puis des repères sur les dimensions non nutritionnelles liées à une alimentation équilibrée (approvisionnement, préparation, commensalité, rythmes de vie, sommeil, parcours de vie, type d'activité...).

AP Action 4 Développer des études, des messages, puis des repères sur les dimensions psychologiques et sociales liées à une activité physique régulière (santé mentale, convivialité, cohésion sociale...).

OO 1.1.2 Diffuser ces repères de manière harmonisée et compréhensible vers la population.

ALI/AP Action 1 Créer et promouvoir un guide opérationnel et un visuel communs aux différentes parties prenantes pour communiquer ces repères.

ALI/AP Action 2 Concevoir des supports de communication et d'animation adaptés aux différents publics dans le respect du guide.

ALI Action 3 Utiliser les repères pour donner au consommateur une information sur les menus et les repas servis par les cuisines de collectivités.

ALI Action 4 Stimuler les producteurs, les distributeurs et l'HORECA à utiliser le guide et ces supports pour informer sur leur offre.

AP Action 5 Utiliser les repères pour promouvoir l'usage des transports en commun et le recours à la mobilité douce.

AP Action 6 Utiliser ces repères pour informer le public sur les bénéfices spécifiques qu'apportent les activités qu'ils pratiquent dans des espaces publics particuliers.

AP Action 7 Utiliser ces repères pour informer le public sur les bénéfices spécifiques qu'apportent l'utilisation de tel ou tel itinéraire recourant à la mobilité douce.

AP Action 8 Stimuler les acteurs publics, les acteurs marchands et associatifs, qui gèrent des infrastructures ou des activités sportives, à diffuser et à utiliser les repères alimentation et activité physique.

ALI/AP Action 9 Développer des activités, des animations, pour présenter ces repères auprès de différents publics et milieux de vie et en faciliter l'application.

ALI/AP Action 10 Encourager les médias à diffuser et à expliquer ces repères.

OO 1.1.3. Suivre la généralisation du profil nutritionnel et d'une signalétique nutritionnelle des aliments (type Nutri-Score).

ALI Action 1 Initier et soutenir une collaboration avec les responsables des entités fédérale et fédérées et rechercher des alliés européens pour la mise en place et la généralisation d'un tel dispositif.

ALI Action 2 Faciliter l'utilisation de cette signalétique pour les produits locaux.

ALI Action 3 Faciliter l'accès aux espaces publicitaires pour les entreprises qui utilisent cette signalétique.

ALI Action 4 Impliquer le secteur de la grande distribution et de la grande restauration dans le développement de l'utilisation de cette signalétique.

Objectif spécifique 1.2 Diffuser une information référencée sur la disponibilité des produits et services qui facilitent l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable, la pratique régulière de l'activité physique et la réduction de la sédentarité

OO 1.2.1 Développer une communication de proximité pour inciter à l'utilisation des équipements et des espaces favorables à l'activité physique et à la consommation d'eau.

Ali/AP Action 1 Mettre en place une signalétique adaptée concernant l'accessibilité de ces équipements.

AP Action 2 Renforcer la communication et la signalétique en relation avec l'intermodalité et les modes de déplacements actifs.

AP Action 3 Favoriser l'organisation de journées, périodes, espaces, rues, sans voiture.

ALI Action 4 Cartographier les fontaines à eau disponibles sur un territoire et rendre l'information accessible dans les lieux publics, en ligne ou encore par le biais d'une application mobile.

OO 1.2.2 Réaliser un recensement local et des répertoires des offres de qualité adaptées à tous et financièrement accessibles.

Ali/AP Action 1 Actualiser régulièrement ce recensement et ces répertoires en y associant les parties prenantes et les usagers.

ALI/AP Action 2 Diffuser largement et régulièrement ce recensement et répertoires, sous diverses formes, en utilisant une variété de canaux et des relais adaptés aux spécificités de certains publics (malades chroniques, enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes précarisées, etc.).

Ali/AP Action 3 Organiser régulièrement des foires aux activités qui permettent de faire connaître les produits et services de proximité en lien avec l'alimentation et l'activité physique.

ALI/AP Action 4 Soutenir l'établissement, l'actualisation et la diffusion de ce recensement, notamment par une cartographie dynamique, harmonisée sur la Wallonie.

ALI/AP Action 5 Mettre en commun les recensements existants.



Objectif spécifique 1.3 Développer l'accès à une compréhension critique de l'information en matière d'alimentation et d'activité physique

OO 1.3.1 Associer l'image « santé », « plaisir », « bienveillante » aux modes de transports, aux loisirs et aux modes d'alimentation à la fois accessibles à tous et favorables à la santé.

ALI/AP Action 1 Lors de manifestations locales, proposer des dégustations, démonstrations et ateliers conviviaux sur des préparations culinaires ou des activités physiques accessibles à tous.

Ali AP Action 2 Développer des actions de sensibilisation sur les risques de stigmatisation liés aux normes dans le domaine de l'apparence physique, des comportements alimentaires ou de la pratique de l'activité physique.

OO 1.3.2 Développer des activités, des outils qui aident l'utilisateur à choisir dans la variété des produits et des offres disponibles en confrontant ses caractéristiques et souhaits, d'un côté, et les repères en matière de santé, de l'autre.

ALI Action 1 Proposer aux citoyens des séances de « courses commentées » ou des « diagnostics en marchant » pour une découverte critique de l'offre alimentaire et des espaces publics.

ALI Action 2 Augmenter la visibilité et l'identification des produits équilibrés et locaux par une disposition adaptée, notamment dans la grande distribution.

Ali/AP Action 3 Diffuser des répertoires d'activités physiques et sportives locales, des offres alimentaires de qualité, adaptés à la diversité des publics et des relais.

Ali/AP Action 4 Outiller les acteurs relais locaux (CPAS, maisons médicales, pharmaciens, communes, associations de quartier...) pour qu'ils orientent les usagers vers des offres et services de qualité au plus près des valeurs, pathologies, expériences, habitudes de ceux-ci.

Ali/AP Action 5 Au sein des milieux de vie collectifs, intégrer un support visuel (information nutritionnelle, provenance des aliments, effets sur la santé) permettant aux usagers d'adapter leurs choix.

Ali/AP Action 6 Organiser, en collaboration avec les acteurs relais, des événements orientés vers des publics spécifiques.

OO 1.3.3 Décourager une adhésion excessive ou peu adaptée à des recommandations très ciblées en matière d'alimentation et de pratique de l'activité physique.

ALI/AP Action 1 Stimuler la réflexion du public et des professionnels sur l'ancrage identitaire des choix en matière de transport, de loisirs et d'alimentation.

ALI Action 2 Développer des actions de sensibilisation sur les risques de l'orthorexie, surtout pour les jeunes enfants.

AP Action 3 Développer des actions de sensibilisation sur les risques d'une pratique excessive ou extrême du sport ou de l'exercice physique.

ALI/AP Action 4 Réglementer la publicité sur les produits et services liés à l'activité physique et à l'alimentation (en ce compris l'alcool), notamment vis-à-vis des enfants.

ALI/AP Action 5 Soutenir les actions de sensibilisation liées à l'alimentation équilibrée et à l'activité physique régulière, qui s'inscrivent dans une perspective globale incluant la promotion de la santé, le développement durable et la solidarité Nord-Sud.

OO 1.3.4 Garantir l'accès à une éducation innovante à l'alimentation et à l'activité physique, tout au long de la vie.

ALI/AP Action 1 Encourager le développement de programmes scolaires en spirale qui abordent la promotion de l'alimentation et l'activité physique de manière positive.

ALI/AP Action 2 Stimuler et valoriser des projets innovants et participatifs qui promeuvent l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique, dans et autour des établissements d'enseignement (en ce compris les Hautes Ecoles et les Universités).

ALI/AP Action 3 Inclure les modes de vie favorables à la santé dans le développement de compétences transversales et au sein des projets éducatifs : éducation sensorielle et schéma corporel, éducation aux médias et à l'utilisation critique des NTIC, des réseaux sociaux, des applications mobiles, éducation à l'environnement et à la solidarité Nord-Sud, éducation des CRACS - citoyen responsable actif critique et solidaire.

ALI/AP Action 4 Permettre aux étudiants du supérieur de valoriser des crédits en s'investissant dans des projets qui touchent la sensibilisation à la qualité de vie.

ALI/AP Action 5 Développer l'esprit critique des enfants et des jeunes afin de faire face aux pressions de la société, aux influences du marketing (dont la « gamification ») et/ou à la pression du groupe en matière d'alimentation et d'activité physique.

ALI/AP Action 6 Stimuler et valoriser des projets innovants et participatifs qui promeuvent l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique dans les quartiers et les milieux de vie.

Objectif spécifique 1.4 Développer la formation des intervenants non spécialisés en matière de promotion de l'alimentation et de l'activité physique.

OO 1.4.1 Renforcer la présence de la promotion de l'alimentation équilibrée et durable et de la pratique régulière de l'activité physique dans le cursus de base et la formation continuée des professionnels et des relais des secteurs médical, éducatif, sportif, social, de l'HORECA, de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme et du design.

ALI/AP Action 1 Former et accompagner les professionnels et les relais pour qu'ils intègrent des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, de pratique de l'activité physique et de diminution de la sédentarité dans les projets qu'ils mettent en place au sein des milieux de vie dans lesquels ils exercent (halte accueil, entreprise, MR/MRS, aide à domicile, prisons, écoles...).

ALI/AP Action 2 Former les professionnels à infléchir leur posture : s'éloigner de la prescription pour rencontrer les préoccupations de leur public et respecter leur droit à l'auto-détermination (public tout venant ou malades chroniques, population précarisée, personnes handicapées, personnes âgées, adolescents, jeunes parents, population à faible revenu, population migrante...).

ALI/AP Action 3 Sensibiliser et former les professionnels du sport et de la santé à aborder la dimension préventive de l'activité physique et de l'alimentation et à prévenir les risques de dérives par l'excès.

AP Action 4 Sensibiliser les futurs professionnels (éducation physique, enseignants, éducateurs...) à l'organisation d'activités éducatives, d'animation, de rencontres en plein air.

AP Action 5 Accompagner les encadrants sportifs pour l'adaptation de leurs pratiques aux usagers à besoins spécifiques (malades chroniques, personnes handicapées, etc.).

ALI/AP Action 6 Introduire la dimension santé en particulier alimentation et activité physique dans la formation des professionnels de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme, de la géographie et du design.

ALI/AP Action 7 Développer des actions de sensibilisation sur les facteurs de socio-culturels et économiques qui favorisent une alimentation déséquilibrée ou trop peu d'activité physique.

OO 1.4.2 Favoriser l'utilisation d'outils d'information validés par les professionnels et par les relais de la société civile (professionnels des soins, instituteurs, éducateurs, assistants sociaux, bénévoles dans les associations de patients ou d'usagers, permanents dans les associations représentatives...)

ALI/AP Action 1 Diffuser et mutualiser des outils et des ressources existantes conformes au guide de communication WALAPSanté.

ALI/AP Action 2 Créer des capsules diffusées via le web.

ALI/AP Action 3 Mettre à disposition gratuitement des supports et programmes d'éducation permanente respectant le guide de communication WALAPSanté.

ALI/AP Action 4 Créer des recueils d'activités pédagogiques « clé en main », respectant les repères WALAPSanté, visant l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable et la pratique régulière d'activité physique.

Objectif stratégique 2 Soutien à l'innovation sociale

Soutenir les initiatives qui élaborent et diffusent, dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, des solutions nouvelles, si possible participatives et solidaires, en lien avec les enjeux sanitaires mobilisés par la transition des modes de vie et des organisations sociales.

Objectif spécifique 2.1 Soutenir les lieux communautaires et les initiatives qui favorisent le lien social et intergénérationnel autour de la production, de l'approvisionnement, de la préparation et du partage des repas, et autour d'activités en faveur de la mobilité et de la pratique régulière d'activité physique.

OO 2.1.1 Soutenir le développement de lieux communautaires tels que les restaurants communautaires, les jardins collectifs, les marchés, les conserveries et les espaces de loisirs dans les quartiers.

ALI Action 1 Faciliter l'accès des marchés aux producteurs locaux (place, coût, horaires).

ALI/AP Action 2 Mettre à disposition des habitants d'un quartier des espaces à cogérer, espaces intérieurs et extérieurs.

Exemple : Mettre en place des espaces « détente » pendant les vacances scolaires en fermant les voiries et permettre aux habitants d'y organiser des activités (sports, cuisine, goûter...)

ALI Action 3 Adapter les règles de l'AFSCA pour faciliter les transformations alimentaires dans les établissements communautaires tout en veillant à respecter des critères de sécurité et de qualité nutritionnelle.

ALI/AP Action 4 Organiser des activités et projets impliquant les différentes catégories d'usagers des espaces publics, des parcs ou des espaces partagés.

Exemple : Renforcer les liens entre les différents lieux communautaires pour favoriser les activités physiques intergénérationnelles.

AP Action 5 A défaut d'infrastructures à proximité ou adéquate, mettre à disposition des suggestions pour pratiquer le sport non encadré, gratuitement et en toute sécurité.

ALI/AP Action 6 Encourager et encadrer l'utilisation d'outils d'innovation sociale (Fluicity, Geocaching, Crowsourcing, Living Lab, Gamification, Serious Game...) pour soutenir l'action communautaire et/ou citoyenne autour de l'alimentation équilibrée et durable et de la pratique régulière d'activité physique.

OO 2.12 Soutenir l'intégration des repères WALAPSanté dans les initiatives citoyennes liées à la transition.

ALI/AP Action 1 Soutenir le développement des « Repairs Cafés » (vélos, outils de jardinage et équipements ménagers...)

ALI/AP Action 2 Faciliter l'accès de tous à des initiatives d'approvisionnement collectif local (groupements d'achat local, coopérative...)

ALI Action 3 Soutenir et guider les citoyens pour l'adoption de pratiques d'agriculture urbaine qui les aident à diversifier leur assiette.

ALI/AP Action 4 Soutenir les initiatives citoyennes ou communautaires pour qu'elles puissent adapter et sécuriser leurs activités à destination des personnes aux profils spécifiques telles que personnes handicapées, malades chroniques et personnes âgées.

Exemple d'adaptations d'activités : s'équiper de bacs en hauteur pour potagers collectifs, prévoir un système de co-voiturage, prévoir des adaptations pour personnes avec des difficultés sensorielles, ou à mobilité réduite, adapter les horaires, prévoir un soutien adapté pour soulager l'aïdant ou l'intégrer durant l'activité.

AP Action 5 Soutenir les initiatives citoyennes ou communautaires pour assurer des déplacements doux et sécurisés entre les milieux de vie.

Exemple : Pour les trajets domicile-école permettre à des parents ou grands-parents de prendre en charge de groupes de marcheurs ou cyclistes mineurs au départ de leur quartier.

ALI Action 6 Soutenir l'intégration des repères du WALAPSanté dans les initiatives agroécologiques.

OO 2.13 Soutenir les initiatives qui renforcent l'accessibilité aux services pour les personnes isolées ou peu mobiles.

ALI/AP Action 1 Mettre en place un réseau de collaborations pour organiser les déplacements des personnes isolées vers les lieux d'activité ou les sources d'approvisionnement de qualité.

Exemple : Les fédérations et associations représentatives des personnes âgées.

ALI/AP Action 2 Maintenir les commerces à proximité de la vie des quartiers de façon à les rendre accessibles à pied ou à vélo.

Objectif spécifique 2.2 Faciliter l'évolution des pratiques au sein de l'HORECA et des cuisines de collectivités vers des menus de qualité, au regard des repères définis par le WALAPSanté.

OO 2.21 Mettre en place des dispositifs de partage d'expériences et de bonnes pratiques entre responsables d'institutions et responsables d'entreprises.

ALI Action 1 Echanger, puis diffuser les bonnes pratiques autour de la promotion de l'eau et des boissons non alcoolisées dans l'HORECA.

ALI Action 2 Echanger des expériences autour d'un aménagement innovant des lieux de repas collectifs et autour de la consultation des usagers.

ALI OO 2.2.2 Développer des plateformes d'achats et de transformation pour produits locaux et de qualité.

ALI OO 2.2.3 Développer des pratiques qui réduisent le gaspillage en cuisine de collectivités et renforcer les liens avec les services sociaux pour une récupération des surplus respectueuse des bénéficiaires, des repères du WALAPSanté et de la sécurité alimentaire.

OO 2.24 Encourager à utiliser les cahiers des charges et à rejoindre des initiatives pilotes portant sur la qualité, promus par les pouvoirs publics.

ALI Action 1 S'inspirer des repères nutritionnels des pays voisins.

Exemple : Normes GEM-RCN françaises pour la restauration collective.

Objectif spécifique 2.3 Favoriser l'intégration adaptée du numérique et d'objets connectés dans l'accessibilité à une information et à des offres de qualité en matière d'alimentation et d'activité physique

ALI/AP OO 2.3.1 Evaluer les risques et les opportunités liés au développement des applications mobiles et de la « gamification » en matière de promotion d'une alimentation équilibrée et durable et d'une pratique régulière de l'activité physique.

AP Action 1 Utiliser des applications mobiles pour favoriser la pratique d'activité physique en dehors des cours d'éducation physique.

ALI/AP OO 2.3.2 Sensibiliser les professionnels de la santé et de l'éducation aux conditions d'utilisation du web en général, des réseaux sociaux, des applications mobiles et des objets connectés sur ces deux thèmes de santé.

AP Action 1 Soutenir l'utilisation de la robotique pour encourager la mise en mouvement en revalidation et en MR/MRS.

ALI/AP OO 2.3.3 Développer des programmes de sensibilisation qui utilisent des applications mobiles dédiées ou non à ces programmes.

AP Action 1 Développer et diffuser gratuitement des applications mobiles permettant la pratique de sport non encadré par tous et à moindres risques.

ALI/AP Action 2 Utiliser des applications mobiles pour promouvoir l'activité physique et l'alimentation équilibrée et durable en fournissant de manière ludique des conseils en matière de santé.

Exemple : « Geocaching »

OO 2.34 Favoriser une utilisation critique des sites, des applications mobiles, et des réseaux sociaux en matière d'alimentation et d'activité physique.

ALI/AP Action 1 Diffuser largement une information sur la manière d'utiliser les sites, les applications mobiles et les réseaux sociaux en matière d'alimentation et d'activité physique.

ALI/AP Action 2 Développer des outils de vérification des informations en relation avec les repères validés par le WALAPSanté.

ALI/AP Action 3 Développer des outils qui permettent à chacun d'intégrer de façon critique et adaptée les applications mobiles et objets connectés dans son mode de vie.

ALI/AP Action 4 Développer des outils qui permettent d'utiliser de manière critique le commerce en ligne (offre alimentaire, offre d'équipements sportifs)

Objectif spécifique 2.4 Promouvoir des études qui accompagnent la transition des modes de vie et des pratiques de promotion de la santé par l'alimentation et l'activité physique

OO 2.4.1 Stimuler la prise en compte des dimensions « santé » et « accessibilité à tous » dans les recherches qui portent sur l'alimentation ou l'activité physique.

ALI/AP Action 1 Organiser des rencontres avec les équipes de recherche actives en Wallonie dans ces deux domaines pour définir quelles perspectives offrent leurs travaux en lien avec les repères du WALAPSanté.

OO 2.4.2. Développer des recherches qui documentent la progression des pratiques et services en lien avec l'accessibilité à une alimentation de qualité et une activité physique régulière.

ALI/AP Action 1 Documenter l'intérêt comparé, pour les populations précarisées, des systèmes d'aide alimentaire et d'une augmentation de l'offre de qualité à bas coût dans les circuits de distribution tout venant.

ALI/AP Action 2 Favoriser l'exploitation transversale des études, recherches-actions, menées au niveau local, supracommunal, régional ou fédéral, par des acteurs diversifiés, autour de l'alimentation inclusive de qualité, de l'accessibilité des services et des infrastructures qui favorisent une pratique régulière de l'activité physique.

ALI/AP Action 3 Etablir et diffuser une base de connaissances sur les études, expériences et projets-pilotes évalués.

ALI/AP Action 4 Etudier l'intérêt et estimer la pertinence de l'utilisation des données récoltées via des applications mobiles dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.

ALI Action 5 Etudier le coût réel d'une alimentation favorable à la santé en Wallonie.

AP Action 6 Mettre en place un observatoire de l'activité physique.

OO 2.4.3. Développer des recherches qui documentent l'adoption des repères du WALAPSanté dans le mode de vie global des personnes et des groupes.

ALI/AP Action 1 Soutenir des recherches qui documentent les liens entre l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, l'apparence physique et la santé mentale.

ALI/AP Action 2 Documenter les particularismes des comportements alimentaires et de la pratique d'activité physique auprès des populations non atteintes par les enquêtes en population générale.

ALI Action 3 Documenter l'évolution de la qualité de l'alimentation dans la population wallonne par le NUTRI-SCORE ou le NOVA (aliments-ultras transformés).

ALI/AP Action 4 Identifier les freins individuels et environnementaux à l'adaptation des repères du WALAPSanté en particulier dans les populations vulnérables.

Objectif stratégique 3 : Accès à une offre de qualité

Renforcer l'accessibilité d'une offre de qualité en matière d'alimentation et d'activité physique.

Objectif spécifique 3.1 Aménager les environnements pour qu'ils favorisent la mise en mouvement et la pratique d'activité physique dans les milieux de vie collectifs (crèches, garderies, MR-MRS, écoles, hôpitaux, prisons, entreprises) et accompagner leur utilisation.

OO 3.1.1 Développer les infrastructures, équipements et services, indoor et outdoor, qui stimulent la mise en mouvement et la pratique d'activité physique régulière dans les milieux de vie collectifs.

AP Action 1 Aménager des abords immédiats des lieux de vie (praticabilité, verdurisation, convivialité).

AP Action 2 Aménager des jardins thérapeutiques dans les institutions de soins.

AP Action 3 Aménager et organiser les espaces intérieurs pour favoriser la mise en mouvement et limiter les périodes de sédentarité.

AP Action 4 Adapter et sécuriser le Réseau Autonome des Voies Lentes (RAVeL) aux abords des milieux de vie collectifs.

OO 3.1.2 Accroître les activités pédagogiques, culturelles et de loisirs qui favorisent une mise en mouvement.

AP Action 1 Proposer des séances pratiques d'activité physique dans certains milieux de vie caractérisés par la sédentarité élevée (travail administratif, écoles, MR/MRS, hôpitaux, ...)

AP Action 2 Promouvoir le chant et les activités artistiques en MR/MRS.

AP Action 3 Modifier les organisations en vue d'accroître la pratique de l'activité physique pendant le temps scolaire, péri- et parascolaire.

AP Action 4 Accorder une place privilégiée à la psychomotricité dans l'enseignement fondamental.

AP Action 5 Organiser des activités sportives en simultané pour les enfants et leurs parents.

Objectif spécifique 3.2 Améliorer l'offre alimentaire dans les milieux de vie collectifs (crèches, garderies, MR-MRS, écoles, hôpitaux, prisons, entreprises).

OO 3.2.1 Veiller à prévoir des lieux de repas collectifs agréables, dont l'ergonomie est adaptée aux caractéristiques des usagers.

ALI Action 1 Aménager les lieux de prise des repas (disposition des tables, sonorisation, couleurs, décoration, confort et hauteur du mobilier, etc.).

ALI Action 2 Améliorer l'organisation des repas (moment et durée, libre-service total ou partiel, accueil, etc.).

ALI Action 3 Attribuer du temps pour favoriser les interactions entre le personnel de service et les usagers des restaurants collectifs, surtout pour les enfants et les personnes âgées.

OO 3.2.2 Favoriser une diversification de l'offre alimentaire disponible dans les milieux de vie collectifs pour qu'elle s'adapte aux caractéristiques et aux préférences des publics concernés.

ALI Action 1 Permettre aux utilisateurs d'avoir une prise sur leurs repas.

Exemple : choix « à la carte », choix entre plusieurs préparations, choix dans la manière de manger (exemple: Finger food en MR/MRS ou en milieu d'accueil).

ALI Action 2 Permettre aux résidents de poser des choix sur le contexte des repas (heure des repas et pauses, possibilité de manger en dehors de la chambre...).

ALI Action 3 Améliorer et diversifier les qualités organoleptiques (couleurs, textures, disposition, température) et gustatives des repas.

OO 3.2.3 Soutenir la mise en place d'alternatives aux distributeurs et aux points de vente de sodas, de boissons alcoolisées, d'encas sucrés et salés dans les milieux de vie collectifs.

ALI Action 1 Réduire la visibilité des boissons sucrées et énergisantes.

ALI Action 2 Limiter l'offre en boissons et encas sucrés.

ALI Action 3 Limiter, voire interdire, la présence de restaurants de type « fast food » à proximité directe des écoles.

ALI Action 4 Pour le « cantinage » dans les établissements pénitentiaires, offrir aux détenus des possibilités pour accéder à des produits nutritionnellement intéressants et savoureux.

Exemple d'activité : Proposer des fruits et légumes lavés, prêts à consommer, non assaisonnés, plutôt que des plats préparés.

ALI Action 5 Installer des fontaines à eau dans tous les lieux de vie collectifs.

Objectif spécifique 3.3 Prévoir des conditions d'accès et des aménagements pour des publics spécifiques dans les offres universelles en matière d'alimentation équilibrée et d'activité physique (seniors, malades chroniques, personnes handicapées, personnes à faible revenus).

OO 3.3.1 Développer l'offre, soutenir et réorienter l'offre existante en matière d'activité physique et d'alimentation, afin de les adapter aux spécificités des personnes concernées par les maladies chroniques.

ALI/AP Action 1 Soutenir les communes et les acteurs locaux afin qu'ils puissent adapter leurs offres en vue d'une plus grande accessibilité aux personnes concernées par les maladies chroniques.

AP Action 2 Proposer des programmes ciblés pour des publics spécifiques pour les sensibiliser au bien-être que procure la pratique d'une activité physique.

ALI/AP Action 3 Mettre en place des procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel ainsi que des aptitudes motrices des malades chroniques et des personnes âgées.

ALI/AP Action 4 Encourager le dialogue entre les acteurs scolaires et le monde médical sur les questions d'alimentation et de pratique de l'éducation physique pendant le temps scolaire pour les enfants atteints de maladies chroniques.

Exemple : Clarifier les règles et pratiques en matière de dispenses du cours d'éducation physique par des certificats médicaux.

ALI/AP Action 5 Aider les services médico-sociaux, tels que les Services d'Aide à Domicile, à adapter leurs pratiques pour favoriser l'application des recommandations auprès de leurs usagers.

OO 3.3.2 Elargir l'offre de proximité pour le sport adapté et handisport.

AP Action 1 Créer des sections handisport au sein des clubs sportifs.

AP Action 2 Financer les clubs pour organiser du sport adapté.

AP Action 3 Augmenter la collaboration intergouvernementale en soutenant les projets relatifs au handisport développés par l'ADEPS et les différentes organisations sport adapté/handisport.

AP Action 4 Mettre du matériel adapté à disposition des clubs sportifs.

AP Action 5 Favoriser les contacts entre les écoles de l'enseignement spécialisé et les différentes organisations de sport adapté/handisport.

OO 3.3.3 Mettre en place des collaborations pour assurer la continuité des activités de rééducation et des adaptations conseillées du mode de vie, lors du retour à domicile à la suite d'un séjour à l'hôpital.

ALI/AP Action 1 Systématiser l'utilisation de la feuille de liaison pour un meilleur suivi nutritionnel et des fonctions motrices du patient, entre l'hôpital, la MR-MRS et le secteur des soins à domicile.

ALI/AP Action 2 Assurer la continuité de la prise en charge multidisciplinaire des patients hospitalisés (diététicien, kiné...) lors de leur retour à domicile.

Exemple : « Exercise medicine », Sport sur ordonnance

ALI/AP Action 3 Développer des actions de soutien aux aidants proches quant aux nécessaires adaptations du mode de vie.

OO 3.3.4 Favoriser une diminution des coûts de l'adoption d'une alimentation équilibrée et durable et de la pratique régulière de l'activité physique.

ALI/AP Action 1 Renforcer le remboursement des activités favorables à la santé (sport sur ordonnance, suivi diététique, etc.) dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

AP Action 2 Aménager la possibilité pour les populations précarisées de s'inscrire sans frais à des activités physiques et sportives organisées pour tous.

ALI Action 3 Soutenir l'offre d'une gamme de produits de base de qualité à prix accessibles dans les circuits d'approvisionnement classiques, à savoir la grande distribution et les commerces indépendants.

Objectif spécifique 3.4 Améliorer l'accessibilité à une offre alimentaire équilibrée et durable.

OO 3.3.4 Assurer l'accessibilité et la qualité de l'offre d'aide alimentaire.

ALI Action 1 Soutenir un approvisionnement régulier et stable de l'aide alimentaire en produits de qualité.

ALI Action 2 Adapter les colis alimentaires pour les personnes en situation d'appauvrissement et concernées par les maladies chroniques.

ALI Action 3 Veiller à ouvrir les choix pour la constitution des paniers alimentaires en regard des habitudes alimentaires, de la durabilité et de la qualité des produits.

ALI Action 4 Soutenir les systèmes d'aide à la préparation des repas et au stockage des aliments, en complément de l'aide alimentaire.

ALI Action 5 Placer dans chaque espace public (parc, esplanade, place...) au moins une fontaine à eau gratuite.

OO 3.4.2 Assurer l'accessibilité et la qualité des repas fournis par les pouvoirs publics.

ALI Action 1 Assurer l'accessibilité et la qualité des repas distribués par les communes au domicile, aux écoles, aux MR/MRS.

Exemple : Evoluer vers une gratuité des cantines scolaires pour tous les enfants.

ALI Action 2 Assurer l'accessibilité et la qualité des repas mis à disposition du personnel des services publics.

Objectif spécifique 3.5 Aménager les espaces publics pour favoriser la pratique d'activité physique.

OO 3.5.1 Renforcer l'accès à des espaces publics proches, de bonne qualité et multifonctions comme par exemple des espaces verts, de récréation, de détente, de repos et des équipements sportifs.

AP Action 1 Installer dans les espaces publics des équipements incitant à la pratique du mouvement et d'une activité physique.

Exemple : Agora sport

ALI/AP Action 2 Maintenir une offre de jeux libres dans les espaces publics proches.

ALI/AP Action 3 Inciter à l'utilisation des espaces publics et de leurs équipements par une signalétique adaptée et motivante.

ALI/AP Action 4 Organiser, dans les espaces publics, des activités et projets impliquant les différentes catégories d'usagers : activités sportives, expositions, créations culturelles, pique-nique, maraîchage, etc.

ALI Action 5 Aménager des aires conviviales pour le repos, de pique-nique et de jeu libre dans les espaces publics, les parcs et les espaces verts.

Exemples : tables et bancs, bacs potagers, etc.

ALI/AP Action 6 Mettre à disposition un steward qui gère un espace public et qui interagit avec les usagers.

AP Action 7 Accentuer l'aménagement des abords de rivière.

AP Action 8 Aménager et entretenir les accès aux espaces et bâtiments publics pour les rendre praticables par les cyclistes et piétons, PMR et familles.

AP Action 9 Favoriser la proximité des équipements sportifs, aménager les accès aux installations pour la pratique d'activités physiques, notamment dans les bassins résidentiels.

OO 3.5.2 Favoriser les déplacements actifs, c'est-à-dire renforcer et encourager l'usage des transports en commun ainsi que la mobilité douce pour les déplacements quotidiens (du domicile aux écoles, aux lieux de travail, aux lieux d'approvisionnement alimentaire et aux infrastructures pour l'activité physique sportive et de loisir).

AP Action 1 Améliorer la marchabilité des quartiers : fonctionnalité, sécurité et confort pour la mobilité douce (trottoirs, pistes cyclables, piétonniers, sentiers pédestres, berges).

AP Action 2 Développer des activités qui apprennent à repérer les itinéraires et leurs difficultés pour se déplacer en toute sécurité, en fonction des caractéristiques du public (enfant, personne handicapée, personne âgée) et du mode de déplacement choisi.

AP Action 3 Donner la priorité aux actions diminuant les risques pour les passagers des transports en commun et pour les usagers de la route les plus vulnérables : piétons, cyclistes, personnes impliquées dans toute autre forme de mobilité douce (y compris les chaises roulantes et poussettes).

ALI/AP Action 4 Favoriser la connexion entre les quartiers et la connexion vers les services et commerces à l'intérieur de ceux-ci, par des aménagements sécurisés qui favorisent la mobilité douce (trottoirs, sentiers pédestres et pistes cyclables) et l'utilisation de transport en commun.

AP OO 3.5.3 Mettre à disposition des navettes gratuites ou des vélos en libre-service (avec sièges enfants) pour faciliter la connexion entre les quartiers et vers les lieux de service et de commerces.

Objectif stratégique 4 Gouvernance du WALAPSanté

Mettre en place des mécanismes et organes de gouvernance aux différents niveaux de l'action publique pour assurer l'implantation, le suivi, l'adaptation des objectifs du WALAPSanté.

Objectif spécifique 4.1 Stimuler, dans les milieux de vie collectifs, des projets d'établissement qui luttent contre la sédentarité, qui favorisent la mobilité active, l'activité physique, l'alimentation équilibrée et durable.

AP OO 4.1.1 Créer ou adopter une charte « activité physique et lutte contre la sédentarité » dans les lieux d'accueil pour enfants, les écoles, les MR/MRS, les hôpitaux, les établissements pénitentiaires, les administrations et les entreprises.

OO 4.1.2 Intégrer, dans les projets d'établissement, des objectifs concrets en matière d'alimentation équilibrée et durable, de pratique de l'activité physique et du mouvement libre.

ALI/AP Action 1 Les intégrer dans les projets d'accueil formulés par les haltes accueil et l'accueil à domicile.

ALI/AP Action 2 Insérer un chapitre spécifique sur l'alimentation équilibrée et durable et l'activité physique dans chaque projet d'établissement scolaire ainsi que dans leur règlement, et dans les futurs plans de pilotage.

ALI/AP Action 3 Développer des outils qui soutiennent l'élaboration de projets d'établissement.

Exemples : Projets « école qui bouge » dans certaines écoles primaires, grille d'analyse des temps de repas dans les milieux de vie.

OO 4.1.3 Associer les usagers ou résidents des milieux de vie collectifs à la définition de la politique d'établissement en matière d'alimentation et d'activité physique.

ALI/AP Action 1 Mettre en place des processus d'écoute et d'implication des seniors, de leurs représentants et de leur entourage à propos de l'offre alimentaire et des activités organisées en MR/MRS.

ALI Action 2 Permettre aux usagers ou résidents de participer à l'élaboration des menus.

ALI/AP Action 3 Réaliser régulièrement des enquêtes de satisfaction sur les activités organisées et les repas servis.

ALI Action 4 Permettre aux usagers ou résidents de proposer des recettes aux cuisiniers.

ALI Action 5 Proposer aux personnes détenues de participer, avec un encadrement adapté, à la production des repas sur site, dans le cadre de leurs objectifs de réinsertion.

OO 4.1.4 Stimuler des dispositifs et des projets d'entreprises qui luttent contre la sédentarité, qui favorisent la mobilité active, la promotion de l'activité physique, l'alimentation équilibrée et durable.

ALI/AP Action 1 Réunir un panel interdisciplinaire d'experts pour construire un guide scientifiquement valide et adapté à la diversité présente dans le monde du travail.

ALI/AP Action 2 Veiller à l'adaptation des mesures en fonction des contextes variés : types d'entreprises (taille, secteurs...), statut professionnel, organisation du travail, publics cibles (ouvriers, employés de bureau...).

AP Action 3 Favoriser les déplacements alternatifs du domicile vers le travail ou ceux réalisés dans le cadre du travail (entre les bâtiments ou sites).

Exemple : Incitation à l'usage du vélo, des micro-mobilités et des transports en commun.

ALI/AP Action 4 Adapter l'environnement de travail pour favoriser les modes de déplacements actifs (parking vélos, douches...) et les comportements alimentaires sains (agencement spatial de l'offre).

AP Action 5 Soutenir l'instauration progressive du sport en entreprise.

Exemple : Promouvoir la journée Sport en Entreprise, organiser des activités à destination des employés intra et extra-muros.

OO 4.1.5 Veiller à la mise en place d'un « Comité de liaison alimentation et nutrition » (CLAN) en MR-MRS et dans les hôpitaux, en réunissant direction et intervenants internes et externes autour de l'alimentation, sans oublier d'y inclure le patient.

ALI Action 1 A défaut de la mise en place d'un CLAN, désigner un « Responsable qualité et nutrition » au sein de l'institution.

ALI Action 2 Promouvoir les synergies et la communication entre le personnel de cuisine, le personnel médical/paramédical et le management.

ALI Action 3 Veiller à la cohérence des stratégies nutritionnelles en faveur des bénéficiaires intra et extra-muros.

ALI Action 4 Créer le dialogue entre d'une part, le cuisinier et la personne en charge du service du repas et d'autre part, entre cette personne et le consommateur, notamment par une information commune sur l'origine et les qualités nutritionnelles des repas servis dans les milieux de vie collectifs.

Objectif spécifique 4.2 Mettre en place au niveau local des processus de concertation entre parties prenantes de divers secteurs d'activité et de divers groupes d'intérêts afin de renforcer l'accessibilité à l'offre.

OO 4.2.1 Mobiliser les parties prenantes d'un quartier, d'une commune ou d'un groupe de communes pour mettre en place des solutions adaptées, évaluées et durables, sur les questions d'alimentation, de mobilité, d'activité physique et sportive, d'aménagement du territoire et d'urbanisme.

ALI/AP Action 1 Prévoir des dispositifs ou des relais locaux en vue de soutenir cette dynamique de quartier ou de commune.

Exemple : Les conseillers mobilité dans les communes.

ALI/AP Action 2 Identifier et développer les réseaux d'acteurs qui, à l'échelle d'un quartier ou d'une commune sont intéressés et interviennent sur les questions d'alimentation, de mobilité, d'activité physique et sportive, d'aménagement du territoire et d'urbanisme.

ALI/AP Action 3 Intégrer les dimensions intergénérationnelles, interculturelles dans une réflexion critique sur les facteurs locaux qui influencent leur alimentation et leur pratique de l'activité physique.

ALI/AP Action 4 Inclure les services hospitaliers et les soins de première ligne dans le maillage du réseau local.

ALI/AP Action 5 Créer des partenariats entre acteurs locaux pour l'utilisation des infrastructures communales par les services souhaitant développer des activités en faveur de la santé.

OO 4.2.2 Inciter les Conseils Consultatifs des Aînés à se préoccuper de l'offre alimentaire pour les personnes âgées à domicile, de l'offre en matière d'activité physique adaptée et de la marchabilité des espaces publics.

ALI/AP Action 1 Développer les Conseils Consultatifs des Aînés là où il n'en existe pas.

ALI/AP Action 2 Consulter les aînés pour connaître leurs besoins et attentes.

AP Action 3 Développer les partenariats avec les opérateurs de mobilité (taxis sociaux ou communautaires...).

AP Action 4 Développer un « guide des aînés » local qui recense l'offre en matière d'activité physique à destination des séniors.

OO 4.2.3 Recourir à des évaluations d'impact sur la santé (impact sur l'activité physique, sur l'approvisionnement diversifié et de qualité) lors de l'élaboration de plans d'aménagement et d'urbanisme ainsi que lors de la construction ou de la rénovation d'infrastructures diverses.

ALI/AP Action 1 Développer un guide d'Évaluation d'Impact sur la Santé.

ALI/AP Action 2 Intégrer les objectifs du WALAPSanté dans les études d'impact sur l'environnement.

Objectif spécifique 4.3 Mettre en place des processus régionaux d'animation et de pilotage du WALAPSanté.

ALI OO 4.3.1 Assurer la continuité et l'implantation du Plan Wallon Nutrition Santé et Bien-être des Aînés (PWNSA) : Prévenir la malnutrition et la dénutrition chez les aînés, à domicile ou en institution.

OO 4.3.2 Mettre en place des plateformes régionales réunissant les acteurs publics et privés influençant l'accessibilité de l'offre en matière d'alimentation ou de pratique de l'activité physique.

ALI Action 1 Créer un Conseil wallon de l'Alimentation en collaboration avec le secrétariat du développement durable (Stratégie « Manger Demain »).

AP Action 2 Collaborer à la mise en place d'une plateforme intersectorielle réunissant les acteurs de l'offre en matière d'activité physique à des fins de santé en référence à la norme européenne HEPA.

ALI/AP Action 3 Réaliser des analyses de faisabilité quant aux objectifs, à la composition et aux modalités d'organisation de ces plateformes.

OO 4.3.3 Soutenir les acteurs locaux et les acteurs institutionnels pour la mise en œuvre des objectifs du WALAPSanté.

ALI/AP Action 1 Développer une communication dynamique et un plaidoyer sur le plan auprès de tous les acteurs, en ce compris les citoyens.

ALI/AP Action 2 Mettre au point une démarche de repérage, de cartographie, voire de labellisation des initiatives qui s'intègrent dans les objectifs du WALAPSanté.

ALI/AP Action 3 Soutenir l'organisation régulière de forums hybrides territoriaux rassemblant les différentes parties prenantes et les bénéficiaires des actions du plan sur un territoire défini (ville, commune, supracommunauté, provinces).

ALI/AP Action 4 Adapter l'application des différents programmes OMS pour un environnement favorable à la santé aux objectifs du WALAPSanté.

Exemple : Ville OMS, Ville-Amie des Aînés.

ALI/AP Action 5 Encourager l'application du WALAPSanté au travers des différents programmes stratégiques wallons déployés au niveau local et supracommunal.

OO 4.3.4 Participer à la construction et au suivi des initiatives des entités fédérale, fédérées et des programmes transfrontaliers en relation avec les objectifs du WALAPSanté.

ALI/AP Action 1 Assurer le lien entre le WALAPSanté, le protocole d'accord « Politique de santé à mener à l'égard des maladies chroniques ».

ALI/AP Action 2 Assurer le lien entre le WALAPSanté et Intégré « Des soins intégrés pour une meilleure santé ».

ALI Action 3 Assurer le lien entre le WALAPSanté et les initiatives du Ministre fédéral de la santé publique en matière d'alimentation.

ALI Action 4 Assurer le lien entre le WALAPSanté et l'AFSCA.

ALI/AP Action 5 Assurer le lien entre le WALAPSanté et les politiques de la Fédération Wallonie-Bruxelles en matière de promotion de la santé à l'école, d'enfance, d'enseignement, de sport, de jeunesse et d'éducation permanente.

Exemple : Pacte d'excellence, Décret(s) Sport et version(s) future(s), Décret PSE, ...

ALI/AP Action 6 Assurer le lien entre le WALAPSanté et les projets transfrontaliers en lien avec les thématiques concernées.

Exemple : *Projet Intereg Alimentation Durable Inclusive (AD-In)*

OO 4.3.5 Organiser l'application et l'évaluation participative du WALAPSanté dans une perspective de Santé dans Toutes les Politiques.

ALI/AP Action 1 Etablir des concertations avec les ministres régionaux et avec les départements du Service Public de Wallonie concernés par la mise en œuvre de certains objectifs et actions du WALAPSanté : cohésion sociale, développement durable, mobilité, infrastructures sportives, agriculture, environnement, économie, pouvoirs locaux, action sociale, aménagement du territoire.

ALI/AP Action 2 Réunir des groupes de travail d'opérateurs liés à certains objectifs opérationnels ou certains milieux de vie de manière à planifier et concrétiser les actions prévues par le WALAPSanté, à tester des actions pilotes, à proposer de nouvelles actions.

ALI/AP Action 3 Définir et récolter des indicateurs en matière de comportements alimentaires, de pratiques de l'activité physique et de modes de vie envisagés globalement, à intégrer dans les enquêtes de Sciensano, de la collecte HBSC et de la collecte HEPA gérée par l'ADEPS (indicateurs de résultats).

ALI/AP Action 4 Définir et récolter des indicateurs d'implantation des objectifs opérationnels et actions prévues dans le WALAPSanté.

ALI/AP Action 5 Evaluer les effets des actions mises en œuvre dans le cadre du WALAPSanté, en particulier en regard des Inégalités Sociales de Santé (creusement, main-tien, réduction).

PPPSanté H2030 : WALAPSanté



Point 2 : Lutte contre le tabagisme

1. Principes d'intervention

Des activités de prévention du tabagisme se concentrent sur des interventions visant les jeunes et leurs divers lieux de vie (scolaire et extra-scolaires y inclus familial). Les actions développées s'articulent avec ce qui est mis en œuvre dans le champ de la promotion de la santé et en appui d'une démarche motivationnelle.

L'usage du tabac chez les jeunes dépend d'un ensemble de facteurs individuels, inter-personnels et environnementaux. Aussi la prévention efficace du tabagisme repose-t-elle sur une **action globale et concertée, ciblant à la fois les environnements socioculturel et économique des jeunes et leur comportement individuel** liés à la consommation de tabac.

Des mesures telles que l'augmentation régulière du prix du tabac, l'interdiction de la publicité (sur les lieux de vente), de l'usage de tabac en divers lieux et les campagnes de **dénormalisation du tabac** créent des environnements favorables à la santé dans la population en général. Les interventions et l'accompagnement des professionnels en milieu scolaire ou extra-scolaire permettent de soutenir plus spécifiquement la prévention chez les jeunes.

A ce niveau, les **interventions à composantes multiples sont démontrées les plus efficaces** (interdiction, éducation, soutien à la cessation, activités ciblant les parents et **participation des jeunes** dans le développement d'actions de prévention).

Complémentairement, l'augmentation du prix du tabac, la diminution des points de vente à proximité des écoles et les campagnes médiatiques s'adressant spécifiquement aux jeunes ont été démontrées efficaces. Il s'agit de **développer les habilités des jeunes pour résister** aux influences sociales incitant au tabagisme et **développer leurs compétences psychosociales** comme facteurs de protection.

La réalisation d'activités par les jeunes au sein de l'école favorise une **éducation par les pairs** et permet **d'engager ceux-ci à réaliser des projets d'action sociale**, favorise les liens entre les jeunes, l'école, la famille, la communauté et plaide en faveur de politiques de prévention, **en leur fournissant le soutien nécessaire** (environnements favorables).

En ce qui concerne le soutien à la cessation tabagique, les interventions planifiées s'organisent à 4 niveaux : 1) la sensibilisation et la formation de relais capables de réaliser des interventions brèves auprès des fumeurs, 2) le développement d'une offre de qualité en termes de services de soutien à la cessation, 3) l'amélioration de l'accessibilité de l'information autour de la cessation tabagique et de la réduction des risques ainsi que 4) l'amélioration de l'accessibilité des services d'aide à la population. Divers types de professionnels sont mobilisés à cet effet.

L'efficacité de l'**intervention brève** en cessation tabagique par les professionnels de la santé n'est plus à démontrer. Cette **intervention individuelle** est considérée comme étant l'une des **pratiques cliniques préventives les plus efficaces**, dans la mesure où sa réalisation par l'ensemble des professionnels permet de rencontrer un nombre de fumeurs considérable et d'assurer une portée populationnelle. L'intégration du counseling dans les pratiques implique la **mobilisation de professionnels de divers lieux de vie**.

Par ailleurs, il est important de poursuivre le développement d'une série de **services de qualité pour soutenir la cessation, qui soient accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs**. Relevons cependant la difficulté pour des fumeurs ayant un profil particulier (fragilisés, inégalités sociales de santé) d'accéder à certains de ces services (et ce malgré la pratique du tiers payant), ce qui requiert d'adapter les stratégies en proposant des **services d'aide à la cessation diversifiés, tels que des groupes de parole voire de mise en projet** et ce particulièrement sur les territoires à forte prévalence en tabagisme.

La promotion de la cessation et des services d'aide auprès de la population vise à accroître l'autonomie des individus dans l'adoption de comportements préventifs (Arrêter de fumer, c'est possible pour tous !), de même que les **stratégies de promotion dans divers lieux de vie** tels que les lieux de travail, de la réinsertion professionnelle, événementiels (stades de football, clubs sportifs...), d'hébergement (maisons maternelles, défense sociale, déficience, logements sociaux...).

Ceci requiert une adaptation des approches, des thèmes (sexualité, fertilité, prise de poids, gestion du stress, de l'environnement...) tout en surfant sur la notion de plaisir, en tenant compte des émotions du genre et des tranches d'âge. La **communication et les nouvelles technologies de l'information** sont autant de voies utiles afin d'atteindre les divers profils de fumeurs selon leurs parcours de vie.

Il s'agit de sensibiliser et mobiliser les acteurs locaux (élus et professionnels) afin d'expérimenter des stratégies de contrôle du tabagisme et de réduction des inégalités sociales de santé dans une politique communale intégrée et transversale en référence au concept de « santé dans toutes les politiques ». Ceci s'illustre, notamment, par la rencontre de décideurs (y inclus communaux/locaux) et l'offre de formations et d'accompagnement d'intervenants qui travaillent avec les jeunes et les parents, en matière de protection contre la fumée de tabac dans l'environnement. Un « environnement sans fumée » évoque un environnement physique et social sans tabac au-delà de l'exposition à la fumée.

- Soutien à la promotion de campagnes de sensibilisation « famille sans fumée de tabac » (ex. lors d'événements festifs, salons santé, ...)
- Sensibilisation des intervenants de la petite enfance, de la santé et du social à l'approche motivationnelle et au counseling (offre de formation, d'outils de sensibilisation, de guidelines, ...)

Il s'agit ici de protéger de la fumée du courant latéral (qui s'échappe du bout de la cigarette) et de la fumée expirée par le fumeur dans l'air ambiant. La composition de cette fumée est encore plus toxique que celle inhalée par le fumeur et pose d'importants risques pour la santé dont l'augmentation des risques de cancers, l'apparition de maladies cardio-vasculaires, les problèmes respiratoires (particulièrement chez les enfants), la naissance de bébés de faible poids et le risque de mort subite du nourrisson. Pour rappel, les **interdictions visent à protéger la population de l'exposition de la fumée et des risques qui en découlent pour la santé.**

L'exposition dans les lieux privés nécessite de sensibiliser la population afin de réduire les risques au maximum en incitant à des comportements de protection vis-à-vis de leur entourage et leurs enfants. Soulignons que certains lieux d'accueil comportant des lieux d'hébergement se voient confrontés à des **problèmes de gestion de la fumée.**

Ainsi, à titre d'exemple, alors qu'il est interdit de fumer dans les parties communes d'une maison maternelle, on peut y fumer dans les chambres, qui constituent la partie privée. Ceci a pour conséquence une exposition des enfants à la fumée. Un **accompagnement des professionnels et des résidentes** permet de mettre en place une concertation porteuse d'un environnement favorable à la santé, dans le respect des choix individuels.



2. Programmation

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 :
Contribuer à **réduire, d'au moins 2%, l'initiation tabagique et la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans.**

Objectifs de santé 2 :
Contribuer à **accroître, d'au moins 2%, la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes.**

Objectifs de santé 3 :
Contribuer à **diminuer l'exposition des fumeurs et des non-fumeurs à la fumée de tabac / vape (évaluation qualitative).**

1.1.1. Contribuer à réduire d'au moins 2% l'initiation tabagique et la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans

1.1.1.1. Objectifs spécifiques

- **OBJ 1 :** Sensibiliser et outiller les professionnels de la santé, de l'éducation, du social, de l'associatif ainsi que les adultes relais, y inclus les familles, à la promotion d'actions de prévention du tabagisme et de la vape chez les jeunes de 11 à 24 ans
- **OBJ 2 :** Renforcer les compétences des professionnels de la santé, de l'éducation, du social et de l'associatif en vue de la réalisation de projets de prévention du tabagisme et de la vape
- **OBJ 3 :** Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité pour les actions de prévention du tabagisme chez les jeunes
- **OBJ 4 :** Promouvoir des actions de proximité et soutenir l'implémentation de politiques visant des environnements favorables à la santé en divers lieux de vie

1.1.2. Contribuer à accroître d'au moins 2% la cessation tabagique chez les adultes et les jeunes

1.1.2.1. Objectifs spécifiques

- **OBJ 1 :** Sensibiliser, mobiliser et former les relais pour la réalisation d'interventions, d'actions de proximité et de suivis de fumeurs (motivation au changement, cessation tabagique)
- **OBJ 2 :** Accompagner et impliquer les relais dans la conduite d'actions visant la gestion du tabagisme (adaptées aux publics et contextes dans une perspective d'égalité des chances)
- **OBJ 3 :** Stimuler le travail en réseau et en intersectorialité concernant la cessation du tabagisme
- **OBJ 4 :** Favoriser l'accès à l'information sur les aides à la cessation, à la réduction des risques, aux recommandations et supports d'animation adaptés aux contextes
- **OBJ 5 :** Offrir, développer et promouvoir des services de soutien spécialisés et intensifs à la cessation de qualité, accessibles et adaptés aux besoins des fumeurs
- **OBJ 6 :** Sensibiliser la population à la question du tabagisme
- **OBJ 7 :** Mettre en place des politiques de gestion du tabagisme dans divers milieux de vie

1.1.3. Contribuer à diminuer l'exposition des fumeurs et des non-fumeurs à la fumée de tabac/vape

1.1.3.1. Objectifs spécifiques

- **OBJ 1 :** Favoriser l'accès à l'information pour les décideurs locaux et les professionnels (santé, éducation et social) et les mobiliser afin de promouvoir des environnements favorables à la santé
- **OBJ 2 :** Soutenir l'intégration de politiques tabac au niveau local en divers lieux de vie et les politiques de tous les niveaux de pouvoir pour créer des environnements exempts de fumée
- **OBJ 3 :** Sensibiliser le grand public en suscitant une réflexion sur un mode participatif (productions d'outils pédagogiques et interactifs) et en adoptant une communication motivationnelle



AXE 2 : LA PROMOTION D'UNE BONNE SANTÉ MENTALE ET DU BIEN-ÊTRE GLOBAL

L'axe 1 composé de la promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique ainsi que de la lutte contre le tabagisme est l'addition du « Dispositif spécifique de lutte contre le tabagisme » et « du plan wallon alimentation Activité physique ». Ces dispositifs sont trop détaillés pour être insérés in extenso dans ce document.

Point 1 : La prévention des usages addictifs et réduction des risques

1. Principes d'intervention

Les stratégies du volet « alcool-drogues » du Plan wallon de promotion de la santé portent sur l'usage, de substances psychoactives légales et illégales (alcool, médicaments psychotropes, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) ainsi que sur les jeux de hasard et d'argent.

Ces stratégies sont issues des secteurs de la prévention et/ou de la promotion de la santé. La Réduction des Risques (RDR) en fait partie, en complémentarité avec les autres approches.

La Réduction des Risques « est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de substances psychoactives¹. La réduction des risques concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une assuétude.»²

Les actions proposées couvrent les différents milieux de vie dans lesquels il est opportun d'agir et rencontrer les besoins de certains publics cibles. Ces milieux de vie et ces publics sont divers et les propositions reprises ci-dessous sont non-exhaustives. Chaque action proposée devrait être spécifique aux besoins identifiés, en fonction des milieux de vie (prison, école, rue, milieu rural, urbain, quartier, entreprise, centre pour réfugiés, lieu de soins ou d'hébergement, mouvement de jeunesse, club sportif, ...).

Les indicateurs qui serviront de fil rouge dans le suivi de l'impact des mesures mises en œuvre pour l'atteinte de ces objectifs-santé sont les suivants

Réduire la part de la population ayant une consommation nocive de substances psychoactives. (Pour l'alcool : passer de 10% à 8% de la population)

Réduire la part de la population masculine de 15 ans et plus dépendante à l'alcool (consommant plus de l'équivalent de 40g d'éthanol par jour) passer de 6% à 5%

¹ « Dans ce document, le terme 'substance psychoactive' doit être entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant ou non faire l'objet d'une dépendance. »

² Extrait de la « Charte de la réduction des risques » élaborée à l'initiative de Modus Vivendi asbl.

2. Programmation

Afin de couvrir le volet sur la prévention des usages addictifs, trois objectifs de santé ont été définis :

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 :

Prévenir les conduites addictives par la promotion de la bonne santé mentale

Objectifs de santé 2 :

Améliorer la qualité de vie des consommateurs et diminuer les conséquences négatives liées aux consommations de substances psychoactives et aux conduites addictives sans produit.

Objectifs de santé 3 :

Renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels, en lien avec les consommations de substances psychoactives.

Objectif de santé 1 : Prévenir les conduites addictives

Objectif spécifique 1.1. Renforcer les ressources, les connaissances et les compétences du grand-public, des décideurs, des consommateurs et de leurs proches, en matière de consommation de substances psychoactives. Cet objectif vise à favoriser le développement de ressources et d'aptitudes (connaissances, compétences psychosociales, ressources matérielles, ...) des usagers et de leurs proches, mais aussi des non-usagers, de la population générale et des décideurs. L'acquisition d'aptitudes individuelles fait partie des piliers de la promotion de la santé. Par ce biais, les personnes acquièrent plus de contrôle sur leur santé et sont plus aptes à effectuer des choix qui leur sont favorables¹. Elles pourront ainsi faire des *choix éclairés en matière de consommation de substances psychoactives* et pourront *mieux en gérer les risques*. Il s'agit notamment de développer l'esprit critique, l'exercice de la réflexivité et d'ouvrir une parole collective autour des thématiques liées aux substances psychoactives. L'atteinte de cet objectif spécifique contribue également à l'objectif 1.1. portant sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination en liens avec les substances psychoactives.

→ **Action 1.1.1.** Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation portant sur les connaissances du phénomène de consommation de substances psychoactives. Ces campagnes adressées au grand public peuvent prendre la forme de campagnes de presse, de campagnes via SMS ou internet, d'événements publics, de conférences sur ces thématiques, etc.

Indicateurs : Nombre de campagnes selon leur nature, impact des campagnes organisées sur les connaissances, compétences, représentations, attitudes ou comportements relatifs aux substances psychoactives ; rapport entre le coût de la campagne et l'effet estimé ou mesuré...

→ **Action 1.1.2.** Rédiger des articles de vulgarisation scientifique à destination du grand public. Le secteur des assuétudes devrait être soutenu pour le développement de missions constituant à rédiger de manière pédagogique des articles portant sur des thématiques liées aux consommations pour un public non-expert et/ou non-usager et d'en assurer la diffusion.

Indicateurs : Nombre d'articles, impact des articles sur les connaissances, compétences, représentations, attitudes ou comportements relatifs aux substances psychoactives du grand public

→ **Action 1.1.3.** Développer, diffuser et rendre accessibles des outils d'information et de sensibilisation adaptés aux différents publics et différents milieux et renforcer ceux déjà existants. Ces outils doivent être adaptés aux spécificités des publics pour lesquels ils sont développés, que ce soit dans leurs aspects culturels ou encore socio-économiques, et ce afin d'être les plus accessibles possibles pour que ces personnes puissent s'en approprier les contenus (Renvoi à également à l'objectif spécifique 1.3). Ils devraient être utilisés pour augmenter l'esprit critique des populations, leur permettre de réaliser des choix éclairés et d'appréhender les problématiques dans leur caractère multidimensionnel.

Indicateurs : Nombre d'outils, impact des outils sur les connaissances, compétences, représentations, attitudes ou comportements relatifs aux substances psychoactives

→ **Action 1.1.4.** Soutenir les structures qui mettent en place des projets basés sur la participation des usagers de substances psychoactives : depuis l'identification des besoins, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation. Cette manière de travailler renforce les capacités des personnes et leur permet de faire entendre leur voix sur les actions qui les concernent. Ce type de démarche rend ainsi les personnes plus autonomes. En matière de consommation, l'implication des usagers peut notamment se faire avec un travail par les pairs ou par le développement d'espace de concertation pour la co-construction de projets pour et par les différents publics.

Indicateurs : Nombre de projets, impact des projets sur les connaissances, compétences, représentations, attitudes ou comportements relatifs aux substances psychoactives Nombre d'usagers participants satisfaits

→ **Action 1.1.5.** Diffuser les alertes précoces. Le système d'alertes précoces sert à « détecter l'apparition de produits hautement dosés ou de nouveaux produits, à en évaluer la dangerosité et à en informer plus largement la communauté des usagers et les intervenants de terrain ».¹ Ces alertes doivent être diffusées dans les différents milieux de vie des usagers et dans les structures, via leurs outils de communication.

Indicateurs : Nombre d'alertes précoces, Utilisation de l'alerte précoce en adéquation avec des phénomènes nouveaux,...

→ **Action 1.1.6.** Appuyer les animations d'éducation permanente en matière de surconsommation de benzodiazépines et d'antidouleurs. Les benzodiazépines, médicaments utilisés notamment pour traiter l'anxiété et les insomnies, ainsi que certains antidouleurs peuvent entraîner des dépendances. Il est important que la population puisse maîtriser les risques liés à la prise de ce type de médicament. L'éducation permanente a pour objectifs de « favoriser et de développer, principalement chez les adultes une prise de conscience et une connaissance critique des réalités de la société ; des capacités d'analyse, de choix, d'action et d'évaluation ; des attitudes de responsabilité et de participation active ».²

Indicateurs : Impact des animations sur la surconsommation de benzodiazépines et d'antidouleurs sur le public visé par les animations,...

→ **Action 1.1.7.** Appuyer le travail d'expertise auprès des différentes entités ou acteurs de la société (entités fédérées, presse, grand public, asbl de patients, etc.).

Indicateurs : Impact du travail d'expertise sur les différentes entités et acteurs de la société visés

Objectif spécifique 1.2. Promouvoir un environnement favorable dans les différents milieux de vie en agissant sur les déterminants de la santé de manière à diminuer les risques pour la santé liés aux consommations de substances psychoactives. Cet objectif veut contribuer à améliorer la santé des personnes en améliorant les contextes et environnements dans lesquels elles vivent et travaillent et en facilitant des prises de choix favorables à leur santé. Dans cette optique, il est nécessaire d'impliquer tous les acteurs et décideurs dans la co-construction d'interventions visant le bien-être et la qualité de vie (niveaux micro/macro). Il s'agit d'encourager et soutenir les différents milieux de vie à mettre en place des actions de prévention et d'éducation à la santé. Les milieux de vie dans lesquels ces actions peuvent être mises en place sont variés. Ceux-ci peuvent concerner le milieu professionnel, le domaine de l'éducation, la famille, les loisirs, les centres de détention, les institutions et bien d'autres encore. Les acteurs de ces différents milieux peuvent initier des projets de prévention et de promotion de la santé. Dans une logique de renforcement de l'action communautaire et d'empowerment, ceux-ci doivent être encouragés et soutenus pour les acteurs des secteurs concernés.

→ **Action 1.2.1.** Sensibiliser les responsables et décideurs régionaux et locaux à l'importance d'agir sur les environnements de manière à limiter les risques liés aux substances psychoactives. La sensibilisation peut porter par exemple sur l'importance de la réglementation des lieux de fête dépendant de leur autorité : eau gratuite à disposition, pas de sponsor d'alcoolier, etc.

Indicateurs : Mise en place des actions par les acteurs du secteur, impact de ces actions sur les risques visés,...

→ **Action 12.2. Mettre en œuvre des actions communautaires.** L'action communautaire est vectrice de solutions collectives quant à des problèmes ou besoins communs pouvant porter sur les environnements. Ce type d'action vise à rendre les environnements plus favorables à la santé. La démarche se base sur un diagnostic collectif des problèmes ou besoins et sur la participation communautaire.

Indicateurs : Mesure de l'implication de la communauté dans les actions menées dans le cadre du présent objectif (nombre de personnes impliquées, avis de ces personnes, enquête sur l'impact de l'action sur les représentations, attitudes ou comportement des personnes impliquées),...

→ **Action 12.3. Promouvoir les lieux/événements festifs offrant des services « santé »** à leur public : eau gratuite, informations santé, alertes précoces sur la circulation de produits psychotropes dangereux, formation du personnel des lieux, préservatifs et bouchons d'oreilles accessibles au public, informations sur les possibilités de retours à domicile sécurisés après la fête...

Indicateurs : Nombre de milieux festifs répondant aux critères « santé »

→ **Action 12.4. Mettre à disposition de l'eau gratuite en divers lieux.** Outre les lieux festifs mentionnés dans l'action précédente, la mise à disposition d'eau gratuite devrait s'étendre à d'autres lieux tels que l'école, l'HORECA, les lieux de loisirs,...

Indicateurs : Nombre de nouvelles initiatives de mise à disposition d'eau gratuite dans les milieux visés,...

→ **Action 12.5. Œuvrer/favoriser/co-construire de bonnes conditions de vie/de détention.** Pour ce faire, il s'agit de soutenir les associations et collectifs travaillant en ce sens.

Indicateurs : actions concrètes dans les prisons et nombre de personnes touchées par ces actions, impact de ces actions,...

Objectif spécifique 1.3. Développer des modèles de gestion publique adaptés à une politique intégrée et globale. L'atteinte de cet objectif requiert la mise en pratique du principe d'intégration de la santé dans toutes les politiques. Par ailleurs et dans une optique complémentaire, il semble nécessaire d'augmenter la coordination des décideurs pour mener une politique interministérielle cohérente. En matière de consommation, cette cohérence doit notamment passer par un meilleur équilibre budgétaire entre le secteur de la sécurité et celui de la prévention et de la RDR.

Les responsables régionaux en charge de la santé doivent prendre une part active dans les processus politiques des autres niveaux de compétences. De plus, il est important d'assurer une implication des acteurs de terrain dans les politiques publiques en matière de consommation.

En outre, de même qu'il est nécessaire de veiller à l'efficacité des actions du secteur des assuétudes et d'instaurer une culture d'évaluation continue, les politiques mises en place en lien avec les consommations et les assuétudes devraient répondre aux mêmes exigences. Pour cela, les acteurs du secteur peuvent soutenir les responsables institutionnels dans leurs prises de décisions au travers de recommandations qui visent l'ajustement des politiques.

→ **Action 13.1. Favoriser les échanges et la consultation entre le secteur des assuétudes et les instances politiques.** Il s'agit notamment de développer des plaidoyers afin d'orienter l'élaboration ou l'application de mesures législatives pour qu'elles soient le plus en accord avec les besoins rencontrés sur le terrain et de fournir aux cabinets et administrations concernées une synthèse des résultats du monitoring socio-épidémiologique et leur adresser des recommandations.

Indicateurs : Mesure de l'implication du secteur dans les réunions, rapports et décisions des instances politiques,...

→ **Action 13.2. Inviter les associations de terrain à participer aux groupes de travail à visée politique sous forme de recommandations : Il s'agit de promouvoir, développer et assurer la qualité du travail en réseau et de la concertation sectorielle.** Il s'agit de promouvoir, développer et assurer la qualité du travail en réseau et de la concertation sectorielle pour une meilleure cohérence et articulation d'actions de prévention en matière de consommations et de promotion de la santé en Wallonie.

Indicateurs : Mesure de l'implication du secteur dans les réunions, rapports et décisions des instances politiques, renforcement de la concertation sectorielle, intégration de nouveaux membres,...

Objectif spécifique 1.4. Clarifier les législations autour des produits. Cet objectif souhaite marquer la nécessité de mieux réglementer ou, à défaut, d'élaborer une réglementation responsable et favorable à la santé publique pour les produits et les substances psychoactives.

→ **Action 14.1. Établir un contrôle de l'éthique publicitaire et encourager l'interdiction de la publicité pour l'alcool dans l'espace public.** L'Etat devrait davantage encadrer le secteur des alcooliers et des publicitaires. La prévention en matière d'alcool ne peut atteindre son plus haut potentiel tant que les publicités visant à promouvoir la consommation d'alcool dans l'espace public, et dans certains milieux de vie spécifiquement, seront présentes. La Région devrait s'investir en ce sens.

Indicateurs : Existence d'un cadre contraignant par rapport à la publicité pour l'alcool, effectivité de ce cadre (est-il appliqué et son application est-elle contrôlée sur le terrain ?), y a-t-il des sanctions effectives en cas de non-respect de ce cadre ? ...

→ **Action 14.2. Obliger l'étiquetage nutritionnel sur les boissons alcoolisées.** Actuellement, les producteurs de boissons alcoolisées ne sont pas tenus d'indiquer les informations nutritionnelles de leurs produits. Toutefois, la Commission européenne a adopté en mars 2017 un rapport consacré à la mention obligatoire, sur l'étiquette des boissons alcoolisées, de la liste de leurs ingrédients et de leur déclaration nutritionnelle. « La Commission a décidé d'inviter le secteur des boissons alcoolisées à élaborer dans un délai d'un an une proposition d'autoréglementation pour généraliser la mention des ingrédients et des informations nutritionnelles sur toutes les boissons alcoolisées. Le commissaire pour la santé et la sécurité alimentaire, Vytenis Andriukaitis, a déclaré : « Ce rapport soutient le droit des gens, dans l'Union européenne, d'être pleinement informés de ce qu'ils boivent »³.

Indicateurs : Application d'un étiquetage nutritionnel lisible sur les boissons alcoolisées,...

→ **Action 14.3. Réaliser une analyse critique de la législation « alcool » ainsi que des recommandations pour viser une meilleure compréhension de celle-ci.** En effet, actuellement celle-ci peut se révéler peu compréhensible pour les intervenants de terrain et pour le grand public (alcool fermenté et distillé, différentes limites d'âge, ...).

Indicateurs : Amélioration du niveau de compréhension de la législation « alcool » des intervenant de terrain et du grand public

Objectif de santé 2 : Améliorer la qualité de vie des consommateurs de substances psychoactives et diminuer les conséquences négatives liées aux consommations de substances psychoactives et les conduites addictives sans produit.

Le concept de qualité de vie réunit de nombreuses dimensions subjectives et propres à chaque individu. Ces dimensions peuvent être d'ordre physique, psychologique, social ou matériel. La qualité de vie peut se définir comme l'équilibre entre les besoins et les moyens à disposition pour satisfaire ceux-ci¹. Elle se rapproche du concept de bien-être qui touche aux mêmes dimensions. La qualité de vie et le bien-être sont intrinsèquement liés à la santé, qui en sera tantôt un déterminant, tantôt un effet. Les consommations sont entendues ici comme pouvant être des consommations avec ou sans substances psychoactives (héroïne,... vs. addiction aux jeux,...) et pouvant être licites ou illicites (alcool,... vs. cannabis,...). Ces consommations peuvent entraîner des conséquences négatives pour les usagers et leur entourage qui peuvent être d'ordre physique, psychologique ou social. Afin d'améliorer la qualité de vie et diminuer ces conséquences, il est possible d'agir via la déstigmatisation, le renforcement des ressources des personnes, l'atteinte des publics cibles dans leurs milieux de vie, l'amélioration de l'accessibilité des services et des dispositifs, le développement des pratiques de réduction des risques ainsi que la promotion d'environnements favorables à la santé.

Cet objectif de santé se décline en cinq objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 2.1. Réduire les stigmatisations et les discriminations liées aux consommations de substances psychoactives. Pour ce faire, il s'agit avant tout de travailler sur les représentations du public, des décideurs et des professionnels hors secteurs assuétudés, de favoriser une approche multifactorielle des assuétudés et de renforcer une approche non-stigmatisante des usagers de substances psychoactives.

→ **Action 2.1.1.** Sensibiliser les acteurs de la presse à l'importance de diffuser au grand public des informations objectives, non sensationnalistes et non-stigmatisantes concernant la consommation de substances psychoactives.

Indicateurs : Diminution des articles de presse sensationnalistes et stigmatisants à propos des usagers de substances psychoactives.

→ **Action 2.1.2.** Développer et participer aux actions visant la construction de représentations nuancées de la consommation de substances psychoactives et un meilleur accès à la santé. Pour exemple, citons l'action « Support don't punish », une campagne mondiale visant à promouvoir des politiques en matière de consommation de substances psychoactives qui mettent la priorité sur la santé et les droits humains.

Indicateurs : Types d'actions développées et effets de ces actions,...

→ **Action 2.1.3.** Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation portant sur la déstigmatisation et la réduction des discriminations liées aux consommations de substances psychoactives. Ces campagnes adressées au grand public, peuvent prendre la forme de campagnes de presse, de campagnes via SMS ou internet, d'événements publics, de conférences sur ces thématiques, etc.

Indicateurs : Impact des campagnes d'information et de sensibilisation proposées et rapport entre le coût de la campagne et l'effet estimé ou mesuré,...

→ **Action 2.1.4.** Développer et renforcer les approches prenant en compte « contexte/individu/produits ». Dans le comportement de consommation de substances psychoactives, ces trois facteurs (contexte, individu, produit) jouent un rôle et s'influencent mutuellement. Il s'agit donc de soutenir les actions qui ne réduisent pas la personne à son comportement ou sa consommation mais qui tiennent compte de ces facteurs et de la personne dans sa globalité.

Indicateurs : Intégration effective de ces trois composantes dans les stratégies de prise en charge globale,...

→ **Action 2.15.** Développer les actions qui impliquent des témoins du vécu et reconnaissent leur apport. Dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, il est important d'impliquer des personnes ex-usagères ou non, afin de faire connaître davantage les mécanismes de ces phénomènes menant à l'exclusion sociale.

Indicateurs : Intégration de témoins du vécu dans les actions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, impact de cette intégration sur l'efficacité des actions,...

Objectif spécifique 2.2. Favoriser l'accessibilité aux services de prévention, de promotion de la santé et aux structures d'aide et d'accompagnement adaptés aux besoins dans les différents milieux de vie. L'accessibilité est ici pensée selon ses différentes dimensions, à savoir : l'accessibilité financière, géographique, à l'information et à la compréhension de celle-ci, culturelle, l'accessibilité en termes de prise en charge et de disponibilité (liste d'attente et horaires).

→ **Action 2.2.1.** Identifier les freins à l'accès au soin/accompagnement pour le consommateur et son entourage. Afin de favoriser la rencontre des besoins et l'accessibilité aux différents services de prévention, de promotion de la santé et aux structures d'aide et d'accompagnement, il est primordial de développer des recherches qui permettent d'identifier et de comprendre quels sont les obstacles qui se dressent devant le consommateur et son entourage. Celles-ci peuvent être des recherches qualitatives avec les publics ou des recherches-action.

Indicateurs : Identification de freins sur base de recherches sur les freins et obstacles,...

→ **Action 2.2.2.** Mettre en œuvre des actions de proximité, dans les lieux/milieux de vie pour informer sur les dispositifs existants. Ces actions devraient permettre la rencontre des publics plus vulnérables, multiculturels, plus éloignés des circuits de soins habituels. Parmi ceux-ci, citons à titre d'exemple, les personnes SDF, les mineurs étrangers non-accompagnés, les réfugiés, les personnes à mobilité réduite, les personnes âgées, les détenus, ... Aller à la rencontre de ces publics spécifiques peut s'effectuer au travers d'action du type Médibus (cabinet de consultation mobile) ou E-bis (échange-Bus Itinérant Start), ou encore de type testing de produits psychotropes en milieu festif, etc.

Indicateurs : Impact des actions menées par rapport à l'objectif visé, pénétration dans les lieux/milieux de vie,...

→ **Action 2.2.3.** Développer et renforcer les actions existantes en matière d'accessibilité de matériel de prévention et de RDR, d'information et d'un accompagnement adapté, accessible à tous, que cela soit en milieu festif, milieu de rue, milieu carcéral, milieu sportif, milieu virtuel, ou encore dans d'autres milieux de vie. Parmi ces actions, citons par exemple les centrales d'achat de matériel, les comptoirs d'échange de seringues, les maraudes, les bus itinérants, l'accès en pharmacie, les bornes et distributeurs automatiques, les stands, les espaces de conseil, les équipes mobiles, les sites fixes, les envois postaux, les séminaires de RDR en prison, les applications, les chats, etc.

Indicateurs : Nombre d'usagers touchés par les actions, impact des actions évalué sur base du nombre de seringues rendues et de l'utilisation du matériel via des enquêtes auprès des usagers concernés, couverture territoriale, ... Réduction des infections (hépatite C et B, VIH) mesuré par la prévalence observée parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse de moins de 25 ans et ceux s'injectant depuis moins de deux ans.

→ **Action 2.2.4.** Soutenir le testing de produits psychotropes en milieu festif, en comptoirs d'échange de seringues. « Le testing permet d'identifier les composants d'un produit et ainsi d'en connaître la nature. En Belgique, le testing sur place, dans un lieu fixe ou en cours de fête, est un test rapide, anonyme et non quantitatif des produits amenés par l'usager, permettant d'engager la discussion autour de la consommation, de sensibiliser et de conseiller. »²

Indicateurs : Nombre d'usagers fréquentant les initiatives, avis des usagers sur ces initiatives, nombre de matériel de réduction des risques donnés à ces usagers, ... Réduction des infections (hépatite C et B, VIH) mesuré par la prévalence observée parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse de moins de 25 ans et ceux s'injectant depuis moins de deux ans. Réduction de la mortalité par overdose.

→ **Action 2.2.4. Soutenir les initiatives de RDR et de prévention des consommations problématiques au sein des différents milieux de vie** (« stand d'information et de conseils/animations RDR »,...) : milieux festifs (festivals, fêtes populaires...), étudiantins (guindaille, comité de baptême), mouvements de jeunesse, école, prisons, rue...)

Indicateurs : nombre d'usagers touchés (venant au stand, participant à l'action Boule de neige), nombre d'enquêtes complétées par les usagers, avis des usagers sur l'impact de ces actions sur leurs comportements, couverture territoriale... Réduction des infections (hépatite C et B, VIH), réduction des accidents liés aux substances psychoactives (accidents de la route, comportement violent, etc.), réduction des hospitalisations pour coma éthylique.

Objectif spécifique 2.3. Favoriser la participation de l'entourage du public cible en ce compris les pairs adultes et reconnaître leur expertise. *L'entourage et les pairs constituent autant de ressources pour les consommateurs. Leur participation dans les actions de prévention et de promotion de la santé contribue grandement aux impacts de celles-ci et ils sont considérés comme des acteurs essentiels notamment en RDR. Pour les pairs, spécifiquement, il y a deux raisons à cela : « La première tient au rôle de relais qu'ils jouent sur les multiples scènes, dont certaines demeurent inconnues et inaccessibles aux intervenants de la RDR. Leur réceptivité par les autres usagers y est renforcée par leur intégration et le partage d'un vécu commun. La seconde provient de la reconnaissance de leur expérience du risque, des coutumes et de la subculture liés aux usages de drogues et des solutions qu'ils créent, modifiant spontanément les modes de consommation. »¹*

→ **Action 2.3.1. Favoriser et soutenir la création de groupes d'auto-support.** Il s'agit ici de groupes de paroles, de groupes de soutien composés d'usagers de substances psychoactives, d'experts du vécu qui viennent témoigner et partager leur expérience. L'auto-support est une action qui s'effectue de l'intérieur du milieu et vise à offrir aux usagers de substances psychoactives une aide mutuelle par leurs propres ressources.

Indicateurs : Nombre de nouveaux groupes créés, nombre de groupes soutenus, nombre de participation aux groupes, mesure de l'impact des groupes sur les usagers qui y participent...

→ **Action 2.3.2. Favoriser le travail avec et par les pairs adultes au sein des différents milieux et publics** (milieu festif, milieu carcéral, milieu de la prostitution, milieu professionnel, etc.). Ces pairs reçoivent une formation axée sur la réduction des risques liés aux consommations de substances psychoactives et sur la diffusion de message de prévention. L'éducation par les pairs vise notamment le changement de comportement individuel par le développement des connaissances, savoir-être, compétences... Afin de favoriser le travail avec et par les pairs, il est nécessaire d'assurer la reconnaissance de ce travail. Cette reconnaissance peut notamment s'effectuer sous la forme de défraiement, de procuration d'assurance, etc. Parmi les actions de travail par les pairs déjà en place, on peut par exemple citer l'Opération Boule de Neige dans les différents milieux de vie des usagers, pour usagers de psychotropes par intraveineuse ou autres modes de consommation, les actions spécifiques pour femmes (prostituées), public prison, etc.

Indicateurs : Nombre de participants aux formations, statut accordé aux pairs dans les actions, nombre de pairs-aidants participant dans les actions menées par des professionnels de l'aide et du soin en matière de consommation de substances psychoactives, impact sur les usagers de consommation de substances psychoactives de l'aide offerte par les pairs-aidants...

→ **Action 2.3.3. Former des référent-santé en milieu de vie.** Le but de la formation est que les personnes deviennent des « référents-santé » pour leurs pairs et transmettent des messages de prévention adaptés aux besoins de chacun dans son milieu. Citons pour exemple le projet « Détenus contact santé » en milieu carcéral.

Indicateurs : Type de formations, nombre de formations réalisées pour les relais, nombres de participants, impact de ces actions sur les comportements des personnes visées...

Objectif de santé 3 : Renforcer les connaissances, compétences et savoir-être des professionnels, en lien avec les consommations de substances psychoactives.

Actualiser et renforcer les savoirs fondamentaux des professionnels concourent notamment à augmenter la qualité des pratiques, des actions, projets et programmes et permet d'offrir les réponses les plus adaptées aux problématiques en lien avec les consommations de substances psychoactives. Cet objectif dédié aux professionnels, aux adultes relais, futurs professionnels et bénévoles peut se réaliser si ces personnes sont sensibilisées, formées et outillées en matière de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques. La communication et la collaboration entre les acteurs de tous les secteurs constituent un moyen complémentaire pour atteindre le renforcement des savoirs. Le domaine des assuétudes est en constante évolution (produits, mode de consommation...). Dès lors, l'évaluation des pratiques, la récolte de données et le monitoring socio-épidémiologique des usages et des problématiques sont également des axes phares afin d'actualiser et renforcer les savoirs des professionnels.

Cet objectif de santé se décline en 2 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 3.1. Sensibiliser, outiller et renforcer les connaissances, compétences et savoir-être en matière de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques, des professionnels (y compris les adultes relais), futurs professionnels et bénévoles, ... *Par le renforcement des connaissances et des compétences, cet objectif vise à donner des moyens aux professionnels, futurs professionnels et bénévoles pour garantir la qualité d'une prise en charge, d'un accompagnement, d'une réorientation, ... La communication et la collaboration entre les acteurs des différents secteurs sont considérées des moyens renforçateurs du développement de connaissances et de compétences. Les professionnels visés se situent au-delà du champ des assuétudes et réunissent aussi bien les acteurs de la promotion de la santé, de la santé du logement, du social, de la justice, de l'éducation, de la culture ou encore de l'emploi.*

→ **Action 3.1. Intégrer des matières relatives à la prévention, promotion de la santé et réduction des risques dans le cursus de base des futurs professionnels du secteur psycho-médicosocial et de l'éducation.** Cette action permettrait aux futurs professionnels de mieux appréhender le phénomène des assuétudes et des comportements en liens avec les consommations au cours de leur carrière.

Indicateurs : Intégration effective de ces dimensions dans les formations des professionnels visés...

→ **Action 3.12. Proposer des formations /sensibilisation / accompagnement/ intervision... aux professionnels/futurs professionnels et bénévoles des secteurs psycho-médico-social, pénitentiaires...** Il s'agit d'offrir une large palette de moyens pour renforcer les connaissances et compétences afin que chacun trouve celui le plus adapté à sa pratique professionnelle. Par ailleurs, ces moyens se renforcent mutuellement.

Indicateurs : Impact des actions sur les participants (qu'ont-ils appris ? changement de représentation et d'attitude ?) en relation avec le nombre de participants concernés et le nombre de formation

→ **Action 3.13. Développer, structurer et rendre visible l'offre de formation continue à destination des professionnels du secteur et des secteurs connexes** (logement, aide à la jeunesse, justice, social, enseignement, etc.) Des formations continues pour intégrer le travail par les pairs dans les pratiques professionnelles devraient par exemple être menées. Pour mentionner l'existant, citons la volonté de la SSMG de poursuivre et optimiser le travail mené par leur cellule alcool dans la co-organisation avec l'Ulg, l'UCL et l'ULB d'un certificat interuniversitaire en alcoologie depuis l'année académique 2016 - 2017, de la formation continue en alcoologie au travers des dodécagroupes (DDG), GLEMs, etc. Ou encore, les formations destinées aux intervenants pour développer le repérage précoce et les interventions brèves. En matière d'alcool, soutenir la formation continue en médecine générale.

Indicateurs : Impact des actions sur les participants (qu'ont-ils appris ? changement de représentation et d'attitude ?) en relation avec le nombre de participants concernés et le nombre de formation...

→ **Action 3.14. Identifier/co-construire/partager et diffuser les bonnes pratiques et les outils entre professionnels.** L'identification des bonnes pratiques doit notamment passer par une veille scientifique des connaissances en matière de promotion de la santé et de prévention. Le partage et la diffusion de celles-ci peut s'effectuer via des colloques, newsletters, plateformes de concertation, réseaux, ... Concernant la diffusion des outils pédagogiques et autres guidelines pour les professionnels, futurs professionnels et bénévoles, ceux-ci devraient être accessibles en ligne afin qu'ils puissent renforcer leurs connaissances de manière simple et rapide.

Indicateurs : Développement et évaluation de l'utilisation des moyens de partage d'information, impact de ces moyens sur les usagers et participants (changement de représentations, d'attitudes, etc.)...

→ **Action 3.15. Informer les intervenants sur la circulation de produits psychoactifs présentant un risque accru pour la santé (système d'alerte précoce) et sur les tendances émergentes en matière de consommation.** Les données du système d'alerte précoce, déjà détaillé dans l'action 1.2.5., doivent parvenir jusqu'aux intervenants, professionnels ou bénévoles. À nouveau, la veille scientifique sur les alertes et les nouvelles tendances ainsi que la diffusion et le partage de ces informations sont de mises.

Indicateurs : Qualité de la transmission des informations,...

→ **Action 3.16. Accompagner des démarches de prévention institutionnelle.** Il s'agit d'analyser toute demande émanant de professionnels de tous milieux confondus et y apporter une réponse individualisée que cela soit relatif à la RDR et/ou la gestion de situations problématiques et/ou à la prévention. Concernant le milieu de l'entreprise par exemple, il y a lieu de développer et de s'appuyer sur la convention collective de travail n°100 : Convention collective de travail concernant la mise en œuvre d'une politique préventive en matière d'alcool et de drogues dans l'entreprise.

Indicateurs : Nombre de demandes formulées vers le secteur, nombre d'accompagnement effectués, mise en œuvre de politiques en entreprise,...

→ **Action 3.17. Développer des actions en partenariat entre différents services et secteurs et renforcer les actions existantes de ce type. Il s'agit aussi de créer des réseaux coordonnés pour l'échange de savoirs et pratiques.** Cette action concerne la mise en commun d'outils et de ressources, la mise en place d'actions, de projets multidisciplinaires, des groupes de travail intersectoriel...

Indicateurs : Nombre de partenariats, nombre d'actions intersectorielles développées et soutenues dans le cadre du Plan,...



Objectif spécifique 3.2. Soutenir les initiatives d'évaluation de pratiques et d'analyse des évolutions socio-épidémiologiques et politiques du phénomène de consommations de substances psychoactives. *Compte tenu des évolutions constantes que connaît le secteur des assuétudes, l'évaluation des pratiques et leur ajustement permet entre autres de renforcer les connaissances et les compétences des acteurs de terrain. De la pertinence à l'efficacité, en passant par l'amélioration de la qualité des actions et la diffusion de bonnes pratiques, l'évaluation est une étape incontournable de tout projet. Cet objectif veut assurer que les acteurs et institutions aient les moyens d'évaluer et de faire évoluer les pratiques en matière de consommation. De plus, et non sans lien, cet objectif souhaite poursuivre et renforcer le monitoring socio-épidémiologique des usages et des problématiques afin d'en mesurer l'ampleur, d'en suivre l'évolution et d'identifier les besoins de la population et des acteurs de terrain et en assurer la communication. De ce fait, la question des centres de documentations et de leur financement est fondamentale afin de pouvoir disposer d'une connaissance approfondie du phénomène des assuétudes.*

→ **Action 3.2.1. Implémenter un groupe de travail pour la mise en place d'un processus d'évaluation.** Ce groupe de travail devrait se pencher sur l'élaboration d'un protocole comprenant de manière détaillée les objectifs, indicateurs et outils de récoltes de données, ainsi que sur sa mise en place au sein des institutions.

Indicateurs : Mise en place du groupe, élaboration d'un protocole par le groupe de travail,...

→ **Action 3.2.2. Evaluer des pratiques de terrain.** Ces évaluations doivent pouvoir se réaliser par procédé externe et/ou par encadrement interne complémentaire. Si les évaluations de pratiques sont bien nécessaires, elles ne sont pas sans coût et il est important de soutenir les institutions en ce sens.

Indicateurs : intégration des évaluations dans les projets et programmes financés,...

→ **Action 3.2.3. Soutenir les institutions dans l'établissement de processus d'auto-évaluation** et fournir un accompagnement pour leur mise en place. Il s'agit notamment d'une aide dans le développement et l'utilisation d'outils d'évaluation qualitatifs et quantitatifs. Cet appui devrait suivre le processus de l'évaluation, du développement de la méthodologie à l'implémentation de l'outil, jusqu'à l'analyse des données. Ces processus peuvent prendre la forme d'intervention ou de supervision via une personne extérieure à l'institution.

Indicateurs : intégration de l'auto-évaluation dans la législation, dans les pratiques, appui méthodologique à la mise en place du processus d'auto-évaluation,...

→ **Action 3.2.4. Mesurer l'ampleur de certaines problématiques via la recherche et la recherche-action.** Sur le plan des pratiques, il serait également souhaitable de soutenir des recherches-actions sur des projets innovants, de les « transposer » et de les pérenniser en cas d'évaluation positive.

Indicateurs : Qualité et utilité des recherches développées et soutenues dans le cadre du Plan, les résultats des recherches sont-ils utilisables et transposables en pratique, quelle suite apportée aux recherches ?...

→ **Action 3.2.5. Identifier différents outils et/ou système de récolte des données sanitaires en Wallonie permettant de développer un recueil « assuétudes » globalisé.** Cela peut se réaliser via l'organisation d'une concertation visant à développer cette collecte de données ainsi que le développement et l'implémentation de l'outil développé en collaboration avec les acteurs de terrain. Cet outil devrait tenir compte des réalités de travail des acteurs de terrain.

Indicateurs : Existence et fonctionnement d'un recueil de données « assuétudes » globalisé

→ **Action 3.2.6. Collecter et analyser les rapports et bases de données épidémiologiques sur les consommations,** en les ventilant en fonction des déterminants individuels et des facteurs liés aux modes et conditions de vie.

Indicateurs : Disponibilité d'un relevé épidémiologique actualisé sur les consommations,...

→ **Action 3.2.7** Récueillir des données sur les législations, politiques publiques et discours (médiatiques, médicaux et scientifiques) internationaux, nationaux et régionaux ayant un impact sur les déterminants de la santé, les mécanismes de discrimination, le renforcement des inégalités de santé basées sur le genre, les inégalités socio-économiques et les problématiques liées à l'usage de drogues, et analyse de ces données à la lumière du contexte socioculturel. Cette récolte devrait aussi suivre les débats et évolutions en matière de drogues licites et illicites et de santé, à l'échelle internationale, nationale et régionale.

Indicateurs : Disponibilité d'une analyse sur les cadres institutionnels belges et étrangers,...

→ **Action 3.2.8** Publier des tableaux de bords socio-épidémiologiques et des articles thématiques, organiser/participer à des colloques/conférences pour valoriser et communiquer à propos du monitoring épidémiologique et socio-législatif.

Indicateurs : Nombre de publications, nombre d'analyse de synthèses et d'articles par les acteurs du secteur,...

→ **Action 3.2.9** Assurer une veille scientifique des données internationales ; centraliser les informations et les diffuser. Mettre à jour régulièrement les informations / connaissances par rapport à cette problématique et sur les meilleures stratégies de prise en charge. Ces données pourraient être rendues accessibles aux professionnels via des portails associatifs ou institutionnels.

Indicateurs : Rapport clair et lisible par tous sur ces données, évaluation de l'actualité des informations ...



Point 2 : La promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global

Ce point couvre la promotion du bien-être et d'une bonne santé mentale et la prévention du suicide. Si un accent plus prononcé se pose sur la santé mentale, le bien-être est ici considéré dans toutes ses dimensions, à savoir physique, mentale et sociale.

1. Principes d'intervention

1. Le Plan wallon doit tenir compte de ce qui existe et des dispositifs qui ont fait leur preuve (EBM et PBM – practice based médecine et best practices), les renforcer sur base des expériences acquises et favoriser des liens avec les différents niveaux de pouvoir (nécessité d'insérer la santé mentale dans « toutes les politiques »). Il est en effet bien documenté que les actions coordonnées, utilisant plusieurs stratégies à différents niveaux, sont les plus efficaces. La question de la promotion de la santé mentale et les recommandations internationales qui y répondent devraient être prises en compte par tous les niveaux de pouvoir. Par exemple : faciliter la mise en œuvre d'un **Plan de prévention du suicide** et son monitoring en Région wallonne ; permettre une meilleure coordination des acteurs afin d'assurer la cohérence et la cohésion des actions de prévention du suicide, et prioritairement, être facilitant de l'intersectorialité entre les différents niveaux de pouvoirs (concertation intersectorielles/ interministérielles).
2. La place de la promotion de la santé mentale est actuellement trop faible par rapport à l'organisation des réformes actuelles. **L'enjeu est de mieux intégrer la santé mentale et le bien-être de façon transversale dans toutes les politiques et encourager les politiques, actions et concertations locales.** La première priorité est de promouvoir des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé physique et mentale. Il s'agit bien d'aplanir ou de lever les obstacles à la santé physique et à la précarité psychique, c'est-à-dire toute condition qui nuit à l'épanouissement personnel et à l'adaptation de la personne à son milieu, comme par exemple le gradient social, la pauvreté, la pollution ou la discrimination.
3. À tous niveaux d'intervention, il faudrait veiller à donner une **place active aux individus et aux familles** dans l'identification de solutions et utiliser des approches qui **renforcent leurs capacités** à maintenir une santé mentale et un bien-être optimaux. **Favoriser donc le passage d'une culture de soin à une culture de bien-être à travers les services qui valorisent la santé positive, via des pratiques axées sur les forces et le développement de compétences personnelles et collectives.** Renforcer d'une part la **littératie en santé** et d'autre part les compétences psycho-sociales dans la population sont en ce sens deux leviers efficaces.

2. Programmation

Deux objectifs de santé couvrent cet axe de promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global.

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 : Favoriser et promouvoir la bonne santé mentale pour atteindre une proportion de personnes avec un taux optimal de vitalité à plus de 15% de la population.

Objectifs de santé 2 : Réduire le taux de tentatives de suicide ainsi que le taux annuel actuel de décès par suicide de 10% à échéance de 2030.

Objectif de santé 1 : Favoriser et promouvoir la bonne santé mentale.

Le bien-être peut être défini comme l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné. Il s'apprécie, entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales, physiques et sociales, la qualité des relations avec le milieu et les capacités d'adaptation. Le bien-être résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques physiologiques de la personne ; des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

Cet objectif de santé se décline en 6 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 1.1. Renforcer la promotion du bien-être, de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans les activités et programmes existants et via le développement de nouvelles activités et stratégies. Il s'agit avant tout de renforcer les collaborations intersectorielles qui agissent sur les déterminants.

→ **Action 1.1.1.** Mener des activités communautaires et des appuis dans la communauté sur base de financements d'initiatives, d'actions dans les maisons médicales, etc. Ces actions devraient : favoriser l'intégration de la notion de résilience personnelle dans la notion de bien-être, la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion liées aux problématiques psychiques, etc. Cela passe par la mise en place d'un groupe de travail intersectoriel qui aura dégagé les bonnes pratiques et organisé la cohérence globale des messages (publics, contenus, temporalités) afin de justifier l'utilité et l'efficacité de développer des projets et actions de promotion et prévention du bien-être via ces activités communautaires.

Indicateurs : Impact des groupes de travail intersectoriel sur les actions de terrain, impact des actions communautaires développées (avis des bénéficiaires, changements de représentations, d'attitude, de comportements), efficacité des appuis aux initiatives existantes,...

→ **Action 1.1.2.** Développer des campagnes de communication diversifiées (généralistes ou ciblées) tant en termes de thématiques que de publics cibles: Ces campagnes d'information (ex : via des brochures, sites internet) pourraient porter sur les problèmes de santé mentale courants (ex : dépression, deuil), visant le développement de l'esprit critique et être le point de départ d'actions éducatives adaptées à une variété des publics. Il s'agit aussi de mener des campagnes sur le bien-être au travail. Le choix et la temporalité de ces campagnes devraient se faire à la suite d'un travail de priorisation et de programmation intersectorielle. Les campagnes devraient être précédées d'une phase pilote ou phase-test pour évaluer leur impact et donc leur utilité,

Indicateurs : Impact des campagnes de communication développées (diversité des thématiques abordées, pénétration dans les différents milieux de vie (via des enquêtes auprès des bénéficiaires sur leur changement de représentation, d'attitude, de comportement et sur l'effet de la campagne sur leur bien-être),...

→ **Action 1.1.3.** Développer une communication adaptée en matière de santé mentale pour valoriser une culture positive de la santé mentale et des pratiques axées sur le développement de compétences personnelles et sociales des individus dans leurs milieux de vie. Cela passe par des explications simples, illustrées, ouvertes à la différence afin de mieux inclure les personnes souffrant de troubles mentaux. Il est aussi nécessaire de passer par une dédramatisation des difficultés mentales et émotionnelles et la promotion d'une « psycho-diversité » dans la société.

Indicateurs : Impact sur le public des différents outils de communication développés (évaluation de l'impact d'une phase pilote avant généralisation),...

→ **Action 1.1.4.** Renforcer les collaborations intersectorielles qui agissent sur les déterminants de la santé mentale stimuler les divers acteurs concernés à constituer un réseau pour développer des terminologies, pratiques et stratégies communes (plate-forme, fédérations, etc.) et y intégrer des acteurs locaux

→ **Action 1.1.5.** Améliorer l'accessibilité des services du secteur de la santé mentale pour les publics précarisés. Cette action correspond à l'action 5.4 du plan wallon de lutte contre la pauvreté. Elle vise à faciliter, dans le cadre de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents, l'accès des publics issus de familles précarisées ou risquant de le devenir, aux structures locales de soins ambulatoires et leur permettre de bénéficier d'aide dans leur milieu de vie.

Objectif spécifique 1.2. Favoriser l'engagement parental et renforcer le soutien à la parentalité c'est-à-dire mener des actions pour soutenir les familles et leur entourage-aidants en mettant en place des conditions favorables au bien-être physique et psychique de tous les membres de la famille.

→ **Action 1.2.1.** Informer sur les notions d'engagement parental, de coparentalité (ou parentalité partagée), les risque de burn-out parental et de dépression du post-partum, à différents moments d'accompagnement : lors de l'accompagnement à la naissance, dans les visites ONE, lors de l'évaluation de la durée du séjour en maternité, lors de l'accompagnement par la sage-femme lorsqu'il y a des risques (notamment à domicile), en intégrant l'évaluation des « compétences parentales » dans les services de 1ère ligne, etc.

Indicateurs : intégration de ces notions dans les stratégies d'accompagnement de la naissance à l'âge adulte, impact de ces informations (évaluation du risque de médicalisation des états émotionnels transitoires)...

→ **Action 1.2.2.** Diffuser le référentiel de soutien à la parentalité. En 2012, l'ONE a élaboré ce type d'outil mais qui nécessite d'être revu, contextualisé, adapté mais surtout diffusé et approprié par différents acteur relais. La diffusion et l'exploitation du référentiel devrait se faire dès la grossesse et durant toute l'enfance.

Indicateurs : intégration de ces notions dans les stratégies d'accompagnement de la naissance à l'âge adulte, impact de ces informations (évaluation du risque de médicalisation des états émotionnels transitoires)...

→ **Action 1.2.3.** Développer le secteur de l'aide à domicile et le réseau local de soutien à la parentalité dans les milieux de vie, en partant des parents et sur base d'une approche pluridisciplinaire (par exemple dans les lieux d'accueil parents-enfant, en ambulatoire ou via les services d'aide à domicile).

Indicateurs : impact de ces initiatives existantes ou nouvelles sur la parentalité (changement de représentation, d'attitude, de comportements), pénétration dans les milieux de vie,...

→ **Action 1.2.4.** Créer / renforcer des groupes de paroles (espaces de paroles) pour les parents ; ou de rencontres individuelles pour évoquer des questionnements ou problématiques rencontrés dans le cadre de la parentalité. Il s'agit donc de développer des environnements favorables pour parler sans jugement de la parentalité par rapport au vécu.

Indicateurs : Nombre de groupes de paroles créés et soutenus, impact de ces groupes de paroles sur les participants et opinion des participants sur ces groupes (est-ce utile selon eux ? comment les améliorer ?)...

Objectif spécifique 1.2. Favoriser l'engagement parental et renforcer le soutien à la parentalité *c'est-à-dire mener des actions pour soutenir les familles et leur entourage-aidants en mettant en place des conditions favorables au bien-être physique et psychique de tous les membres de la famille.*

→ **Action 1.2.1.** Informer sur les notions d'engagement parental, de coparentalité (ou parentalité partagée), les risque de burn-out parental et de dépression du post-partum, à différents moments d'accompagnement : lors de l'accompagnement à la naissance, dans les visites ONE, lors de l'évaluation de la durée du séjour en maternité, lors de l'accompagnement par la sage-femme lorsqu'il y a des risques (notamment à domicile), en intégrant l'évaluation des « compétences parentales » dans les services de 1ère ligne, etc.

Indicateurs : intégration de ces notions dans les stratégies d'accompagnement de la naissance à l'âge adulte, impact de ces informations (évaluation du risque de médicalisation des états émotionnels transitoires)...

→ **Action 1.2.2.** Diffuser le référentiel de soutien à la parentalité. En 2012, l'ONE a élaboré ce type d'outil mais qui nécessite d'être revu, contextualisé, adapté mais surtout diffusé et approprié par différents acteurs relais. La diffusion et l'exploitation du référentiel devrait se faire dès la grossesse et durant toute l'enfance.

Indicateurs : Disponibilité du référentiel auprès des acteurs relais, utilisation, mise à jour, évaluation de l'impact de ce référentiel sur les parents (leur avis sur le sujet, les éventuels changements de représentation entraînés par le référentiels)...

→ **Action 1.2.3.** Développer le secteur de l'aide à domicile et le réseau local de soutien à la parentalité dans les milieux de vie, en partant des parents et sur base d'une approche pluridisciplinaire (par exemple dans les lieux d'accueil parents-enfant, en ambulatoire ou via les services d'aide à domicile).

Indicateurs : impact de ces initiatives existantes ou nouvelles sur la parentalité (changement de représentation, d'attitude, de comportements), pénétration dans les milieux de vie,...

→ **Action 1.2.4.** Créer / renforcer des groupes de paroles (espaces de paroles) pour les parents ; ou de rencontres individuelles pour évoquer des questionnements ou problématiques rencontrés dans le cadre de la parentalité. Il s'agit donc de développer des environnements favorables pour parler sans jugement de la parentalité par rapport au vécu.

Indicateurs : Nombre de groupes de paroles créés et soutenus, impact de ces groupes de paroles sur les participants et opinion des participants sur ces groupes (est-ce utile selon eux ? comment les améliorer ?)...

Objectif spécifique 1.3. Favoriser l'engagement parental et renforcer le soutien à la parentalité *Dans une perspective de parcours de vie, plusieurs travaux réitèrent l'importance des interventions dès la petite enfance, puisqu'elles ont des effets reconnus sur les facteurs de protection de la santé mentale, jusqu'à l'âge adulte. Par ailleurs, ce sont des actions concertées en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux (c'est-à-dire recourir à un ensemble coordonné d'actions intersectorielles qui utilisent des stratégies multiples) qui devraient être menées prioritairement (ex : travailler sur les environnements, le respect des rythmes, la stimulation et le mouvement, etc.).*

→ **Action 1.3.1.** Accompagner les familles pour soutenir et renforcer leur pouvoir d'agir. L'empowerment est un processus qui vise à soutenir et renforcer, chez les membres de la famille, leur pouvoir d'agir sur eux-mêmes et sur leur environnement, de manière à mobiliser les ressources (internes ou externes) nécessaires à la réalisation de leurs aspirations, projets ou besoins personnels et familiaux². Cet accompagnement des familles, pendant toutes les périodes scolaires et en-dehors, peut se faire via les AMO, ATL, EDD extrascolaires.

Indicateurs : impact sur le public visé des différents types d'accompagnements, qualité des actions,...

→ **Action 1.3.2.** Systématiser l'accompagnement des classes suite à des événements traumatiques en y incluant systématiquement le parent comme partenaire, dans un continuum entre maison et école, et cela dans toutes les étapes de la vie de l'enfant.

Indicateurs : échelle de mesure de l'événement pour savoir quand on doit intervenir et comment, impact des actions, formalisation d'un cadre d'accompagnement systématique selon le type de l'événement,...

→ **Action 1.3.3.** Favoriser la mise en place du référent santé/bien-être dans l'école (valoriser les expériences positives) et soutenir les établissements scolaires pour créer une alliance « Santé / Enseignement » et favoriser les actions collectives et individuelles liées à la santé mentale.

Indicateurs : Qualité de la formation et des connaissances des référents, impact des actions menées par les référents, impact de ces actions (avis des enseignants, élèves, parents), Nombre d'écoles ayant un référent (si la présence de celui-ci a montré un impact positif sur le bien-être dans l'école),...

→ **Action 1.3.4.** Soutenir les actions de qualité dans les lieux d'accueils d'enfant et d'hébergement pour les jeunes, y compris d'hébergement nocturne.

Indicateurs : Evolution des services en regard des critères de qualité,...

Objectif spécifique 1.2. Développer les compétences psychosociales des jeunes, *ce qui permettra d'intensifier le travail de prévention au sein des familles ou d'autres milieux de vie, en vue de réduire leur exclusion. Cet objectif et sa déclinaison opérationnelle devraient porter sur la santé mentale plutôt que sur les troubles mentaux ; être orientés vers le renforcement des capacités dans une vision positive de la santé mentale plutôt que sur la réduction des déficits ; agir de façon globale et intégrée sur les déterminants de la santé mentale des jeunes et leur distribution et influencer positivement les trajectoires au moment du passage vers l'âge adulte.*

→ **Action 1.4.1.** Travailler la cohérence des messages de prévention, basés sur la parole des jeunes (comme les AMO, Services d'Aide aux jeunes en Milieu Ouvert, les maisons de jeunes, etc.). Il s'agit de mettre en place des campagnes d'information adaptées en fonction de l'âge, de la culture, du niveau de connaissance, etc. (renforcement de la littératie en santé).

Indicateurs : Impact sur les compétences psychosociales des jeunes des messages de prévention à destination des jeunes (via des enquêtes destinées à évaluer les changements d'attitudes et de comportements),...

→ **Action 1.4.2.** Soutenir/renforcer les animations d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) en milieu scolaire et donner à cette occasion un espace pour que le jeune puisse apprendre à communiquer ses émotions, parler de l'estime de soi et favoriser la promotion de la santé mentale (prévention du harcèlement, initiation à la gestion du stress, utilisation d'outil pour augmenter l'estime de soi, etc.). Ces animations passent par la formation des enseignants et la création de cellules EVRAS dans les écoles où elles ne sont pas encore en place.

Indicateurs : Développement de nouvelles animations EVRAS dont l'impact positif sur les jeunes a été évalué,...

→ **Action 1.4.3.** Renforcer la formation des enseignants aux développements des compétences telles que l'estime de soi, l'empowerment, les compétences psychosociales, de gestion des conflits, de prévention des violences, de respect quelle que soit la matière enseignée. Ces formations continuées devraient aussi développer des actions d'éducation aux médias auprès de tous les acteurs scolaires (usage et impact des réseaux sociaux). Si les acteurs scolaires ont une formation/information suffisante concernant la santé mentale, cela permettra d'organiser des activités collectives et de sensibilisation des jeunes. Il s'agira aussi de leur fournir des outils pédagogiques pour qu'ils puissent animer des temps d'échanges entre les élèves sur des thématiques émergentes.

Indicateurs : Impact de ces formations sur les compétences des enseignants et sur le bien-être des classes et si positif, intégration de ces thématiques dans les formations continues à destination des enseignants,...

→ **Action 14.4. Renforcer les actions de sensibilisation par rapport au harcèlement scolaire**, sur base d'expériences pilotes positives (animation dans les classes, aménagement des cours de récréation avec des espaces, etc.).

Indicateurs : Type et nombre d'actions réalisées (sur base des études pilotes positives), couverture des écoles,...

→ **Action 14.5. Former sur la thématique de la santé mentale les futurs professionnels en lien avec les jeunes** (éducateurs, animateurs, facilitateurs communautaires, médecins généralistes, journalistes, pharmaciens, travailleurs sociaux), c'est-à-dire proposer des cours génériques sur la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide. Ces formations devraient aussi renforcer les professionnels de la petite enfance à la détection de l'autisme, du **Trouble Déficitaire de l'Attention TDA**, des troubles du comportement, etc.

Indicateurs : Intégration de la thématique dans les cursus des professionnels concernés dans la mesure où ces thématiques ont eu un impact positif,...

Objectif spécifique 15. Renforcer les compétences des professionnels de la santé en matière de promotion de la santé mentale. Il s'agit d'un objectif qui couvre le volet renforcement des capacités et compétences des professionnels, dans toutes les composantes couvertes par l'Axe 3 du Plan.

→ **Action 15.1. Intégrer les formations en santé mentale dans la formation de base des professionnels de santé** et principalement ceux de la 1^{ère} ligne. Ces formations devraient aborder les spécificités des publics, les interventions auprès des usagers, le travail en inter- pluridisciplinarité, la prévention du suicide, etc. Elles pourraient inclure des représentants d'usagers et de la pair-aidance et se baser sur des curriculums de formation construits avec les responsables de l'enseignement (en prévention du suicide entre autres).

Indicateurs : Intégration de cette dimension dans la formation de base des professionnels de santé (dans la mesure où elle a été évaluée positivement), intégration des représentants d'usagers et des pair-aidants dans les dispositifs de formation,...

→ **Action 15.2. Organiser des formations continuées et des intervisions** (et soutenir l'existant en la matière, ex : GLEM, Dodécagroupes (DDG),...) **pour améliorer la relation soignant/soigné, favoriser la pluridisciplinarité** (médecins généralistes et psychiatres entre autres) **et améliorer la coordination entre la première et la deuxième ligne de soins.** Elles doivent aussi intégrer la prévention du suicide et amener, dans la formation continue des médecins généralistes, des éléments EBM concernant le diagnostic et la prise en charge des personnes ayant des intentions suicidaires. Dans ce cadre l'implémentation des recommandations EBM sur la dépression réalisée par la SSMG pourrait être mise en œuvre. Cela peut aussi se faire par l'organisation d'immersions de professionnels (ou des stages) dans les services/structures de secteurs différents afin de s'imprégner des réalités de terrain et favoriser par la suite, une approche pluridisciplinaire de la santé mentale.

Indicateurs : Nombre et type de formation, nombre de participants,...

→ **Action 15.3. Former les professionnels à l'utilisation de dispositifs d'interventions immédiates en situation de crise.** Il s'agit de toucher les services d'urgence, médecins, équipes mobiles, etc. et de proposer des dispositifs de formation innovants (nouvelles technologies comme l'e-santé mentale). Ces professionnels pourraient aussi être formés à l'utilisation d'outils utiles au diagnostic de dépression, d'angoisse, d'épuisement psychique, etc.

Indicateurs : Intégration de ces compétences techniques dans la formation continue,...

→ **Action 15.4. Développer la pair-aidance** en renforçant le statut des aidants proches, leur formation, leur rôle au côté des professionnels des différents secteurs.

Indicateurs : impact de ces formations, Type de formations, reconnaissance d'un statut, nombre de pair-aidants touchés,...

→ **Action 15.5. Publier des tableaux de bords socio-épidémiologiques et des articles thématiques, organiser/participer à des colloques/conférences pour valoriser et communiquer** à propos du monitoring épidémiologique et socio-législatif.

Indicateurs : Nombre de publications, nombre d'analyse de synthèses et d'articles par les acteurs du secteur,...

Objectif spécifique 16. Intégrer la santé mentale et le bien-être de façon transversale dans toutes les politiques et à tous les niveaux de pouvoir, afin d'encourager les politiques, les actions et concertations locales en lien avec la prévention des assuétudes, la promotion de la santé mentale et du bien-être.

→ **Action 16.1. Développer des politiques qui s'engagent à promouvoir, protéger et rétablir la santé mentale qui prennent en compte les réformes actuelles** Il s'agit ici d'encourager les approches intersectorielles en santé mentale aux différents niveaux de pouvoir (fédéral, FWB, régional) qui prennent en compte les déterminants de la santé mentale. De façon précise, il s'agit de soutenir les immersions intersectorielles « vis mon job », les actions du Réseau 107, des réseaux enfants-ados ou psycho-gériatrique, etc. et de soutenir toutes stratégies multisectorielles de promotion du bien-être, de la santé et de la santé mentale. Il s'agit aussi de favoriser un pilotage intersectoriel du Plan, tenant compte de la diversité des acteurs et des programmes existants

Indicateurs : Concertations intersectorielles, soutien aux politiques existantes,...

Indicateurs : Impact des actions entreprises jusqu'à présent par les plates-formes sur la promotion de la santé mentale ;

→ **Action 16.2. Mettre en place des évaluations d'impact sur la santé** pour estimer les retombées potentielles des projets, des politiques et des interventions en santé mentale et sur ses déterminants.

Indicateurs : Mise en place d'évaluation d'impact en santé, financement de ce type d'évaluation,...

Objectif de santé 2 : Réduire le taux de tentatives de suicide ainsi que le taux annuel actuel de décès par suicide de 10% à échéance de 2030.

La réduction du taux de suicide nécessite des actions concertées, tant au niveau de la santé qu'avec d'autres secteurs, et aux différents niveaux de pouvoir. Les stratégies proposées ci-dessous sont des compléments à celles reprises sous l'objectif santé « bien-être et santé mentale ». Par exemple, tout le volet renforcement des formations des professionnels, n'est pas repris tel quel ici car couvert ailleurs.

Cet objectif santé se décline en 3 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 2.1. Améliorer la connaissance et la surveillance des données de décès par suicide et des tentatives de suicide. La source principale d'information statistique concernant le suicide pour le pays dans son ensemble provient des certificats de décès. De façon générale, il semblerait que les chiffres disponibles sous-estiment le nombre réel de suicides. Nous retrouvons les données sur le suicide dans le Tableau de bord de la santé en Wallonie ¹

→ **Action 2.1.1. Systématiser la récolte des données au sein des services** (hospitaliers, services d'écoute, SSM, PMS,...), à partir de la classification internationale des maladies (CIM10), en évitant les doublons. Il s'agit des données en lien avec les tentatives de suicide, mais aussi d'autres indicateurs de santé mentale. Il serait de plus nécessaire d'inclure un code en relation avec le suicide/tentatives de suicide dans le dossier médical informatisé. Cela permettrait de disposer de statistiques par rapport à la fréquentation des services proposant un accompagnement psychologique entre autres.

Indicateurs : Nombre d'institutions qui utilisent la CIM 10 et qui renvoient des données, qualité et disponibilité des données, diffusion de ces données,...

- **Action 2.12. Sensibiliser et former les médecins à une déclaration rigoureuse (notification précise) des décès.** En effet, les morts accidentelles ou de causes indéterminées s'apparentent à des suicides mais leur notification est a priori sous-estimée. Il semble en effet souvent difficile de déterminer la nature d'un décès, surtout face à un accident ou un suicide, avec le risque d'attribuer une « cause indéterminée » à ce type de décès.

Indicateurs : Nombre de médecins sensibilisés ou formés, impact sur les déclarations...

- **Action 2.13. Réaliser un tableau de bord annuel** reprenant les données en rapport avec les décès par suicide et les tentatives de suicide (centre de référence spécifique suicide/observatoires de la santé). Une possibilité serait d'établir un registre (confidentiel) des personnes à risque de suicide, afin de recueillir les données et évaluer l'efficacité des stratégies de prévention mises en place.

Indicateurs : Disponibilité du tableau de bord chaque année, qualité des données...

- **Action 2.14. Assurer une veille scientifique des données internationales** : centraliser les informations et les diffuser (centre de référence suicide/portail prévention suicide,...) en Région wallonne. Cela consiste à responsabiliser une institution ou des partenaires pour mettre à jour régulièrement les informations / connaissances par rapport à cette problématique et sur les meilleures stratégies de prise en charge. Ces données pourraient être rendues accessibles aux professionnels via des portails associatifs ou institutionnels.

Indicateurs : Rapport clair et lisible par tous sur ces données, évaluation de l'actualité des informations...

- **Action 2.15. Soutenir la recherche sur les comportements suicidaires et le suicide**, par des analyses d'impact des influences économiques, sociales, environnementales (déterminants de la santé,...), des nouvelles technologies (par exemple : les médias, Internet, MySpace, YouTube, Facebook, Twitter, forums de discussion, messagerie instantanée, Sexting,...). Cette action pourrait aussi favoriser la mise en place d'une recherche action en vue d'adopter un outil de dépistage commun et validé (cf. IPEO et KIPEO, des outils développés en Flandre pour l'évaluation et la prise en charge psychosociale).

Indicateurs : Réalisation d'analyses d'impact, qualité des analyses d'impact et utilisation de ces analyses...

Objectif spécifique 2.2. Réduire l'accessibilité aux moyens létaux et aux communications incitant au suicide. C'est l'approche qui a donné les résultats les plus probants en matière de prévention du suicide à l'échelle mondiale. Le suicide est bien souvent un acte impulsif. L'accès aux armes à feu est un facteur de risque majeur, surtout dans les contextes où l'accès aux armes à feu est facilité.

- **Action 2.2.1. Sensibiliser les détenteurs d'armes à feu et leurs proches sur les dangers et sur les mesures sécuritaires** à mettre en place et participer ainsi au contrôle de l'accès aux armes.

Indicateurs : Nombre de démarches de sensibilisation, nombre de personnes touchées, réceptivité des messages,...

- **Action 2.2.2. Sensibiliser les médecins, les pharmaciens et les professionnels de la santé aux mésusages des médicaments** en vente libre à travers la réalisation d'un programme de sensibilisation à destination des publics cibles. L'idée est de limiter l'accès des personnes à risque, à des quantités importantes de médicaments sous ordonnance ou en vente libre.

Indicateurs : Réalisation d'un programme de sensibilisation pour les publics visés et évaluation de l'impact de ce programme,...

- **Action 2.2.3. Identifier et sécuriser les lieux « hot spots »** (endroits où l'on recense un plus grand nombre de suicides).

Indicateurs : Recherche et actualisation des données sur les « hot spots », mise en place de démarches de sécurisation,...

- **Action 2.2.4. Inciter les usagers du web et les professionnels à dénoncer les sites malveillants** qui incitent au suicide. La Région pourrait être initiatrice d'une campagne de sensibilisation dans ce sens. Cela passerait aussi par la création de systèmes d'alerte sur internet, déclenchés par certains mots clés (suicide,...) et un accès à des services de police, d'accompagnement spécialisés,...

Indicateurs : impact des campagnes réalisées,...

Objectif spécifique 2.2. Améliorer la capacité de prévention du suicide dans la population, de dépistage et suivi des personnes à risques suicidaires et de postvention pour les personnes et les organisations confrontées au décès par suicide. Cet objectif est couvert aussi par des actions reprises ci-dessus, en lien avec la santé mentale en général (prévention du coping, renforcement des compétences psychosociales, etc.).

- **Action 2.3.1. Suivre les recommandations de l'OMS en ce qui concerne la sensibilisation la population par rapport à la thématique du suicide** : incluant le processus suicidaire, les représentations, l'identification des signes avant-coureurs, des signes déclencheurs et des facteurs de risque et de protection associés au suicide. Il est aussi important d'insister lors de ces campagnes sur le rôle aidant de l'entourage de la personne suicidaire (la famille, les amis, les collègues et pairs).

Indicateurs : Mise en place de démarche de sensibilisation, nombre de personnes touchées, impact de ces démarches...

- **Action 2.3.2. Former les enseignants du primaire aux programmes « Les amis de Zippy » et « Passeport: s'équiper pour la vie »**, permettant aux enfants d'acquérir des habilités à faire face aux adversités de la vie (coping) en vue de prévenir les processus suicidaires.

Développé par Befrienders International, « les amis de Zippy est un programme novateur de promotion de la santé mentale en milieu scolaire qui vise à améliorer les habilités sociales et d'adaptation (coping) des enfants de 6 à 7 ans. Les stratégies d'adaptation sont les façons dont les individus réagissent aux situations stressantes et problématiques au quotidien. »¹

« Passeport : S'équiper pour la vie est un programme scolaire qui favorise le bien-être émotionnel des enfants de 9 à 11 ans. À partir d'activités ludiques, il développe les stratégies d'adaptation et les habilités sociales des enfants afin de les outiller à faire face aux situations nouvelles ou difficiles du quotidien. »²

Indicateurs : Dans la mesure où ces programmes ont fait leurs preuves : nombre d'enseignants formés à ces programmes, nombre d'écoles mettant en place les programmes,...

- **Action 2.3.3. Mettre à jour le cadastre des services d'aides en prévention du suicide** (par le Centre de référence) et le rendre accessible aux différents publics cibles.

Indicateurs : Disponibilité du cadastre actualisé,...

- **Action 2.3.4. Soutenir les initiatives citoyennes qui favorisent l'entraide et la solidarité** dans la population. Par exemple, la possibilité de dénonciation de sites internet contenant des messages malveillants, repris dans l'action 2.2.4. de cet axe.

Indicateurs : Liste des critères pour identifier les actions citoyennes, nombre d'initiatives soutenues sur cette base,...

- **Action 2.3.5. Renforcer les services de prise en charge** spécifiques pour les personnes à risque suicidaire (en ambulatoire et hospitalier), les réseaux de surveillance lorsqu'une personne suicidante est dépistée, ainsi que les services d'accompagnement psychologique pour les groupes d'entraide et les personnes confrontées au suicide d'un proche.

Indicateurs : Développement d'un cadre de prise en charge spécifique ayant fait ses preuves, nombre de rappels du système de veille, nombre de services renforcés appliquant cette prise en charge spécifique,...

¹ <http://zippy.uqam.ca/description.php>

² <http://www.passeportsequiperpoulavie.ca/language/fr/programme/>

→ **Action 2.3.6. Proposer des programmes de postvention en milieu scolaire¹ et dans le monde du travail** touché par le suicide. Ce type de programme s'adresse aux jeunes (mais aussi aux travailleurs et à la population en général) qui connaissent des situations de stress, de crise et de deuil à la suite d'un suicide. Il s'agit aussi d'anticiper les interventions de crise et de deuil.

Indicateurs : Réalisation d'un programme de postvention dont l'impact a été évalué positivement, nombre d'interventions parmi les lieux touchés, accessibilité et disponibilité des programmes...





AXE 3 : LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Cet axe couvre la prévention des maladies cardiovasculaires, des cancers, du diabète de type II et des maladies respiratoires.

Le continuum des soins pour prévenir et gérer ces maladies chroniques part d'interventions de promotion de l'alimentation saine, de pratiquer davantage d'activité et de la lutte contre le tabagisme et se prolonge par une offre de soins qui encourage les patients à prendre part activement à leur propre prise en charge. A cet effet, les prestataires ont accès aux ressources et à l'expertise nécessaires pour être davantage en mesure d'aider leurs patients à gérer leur maladie. Le Plan intègre donc des stratégies et actions qui favorisent ce continuum et l'adhésion globale du patient dans les différents types de prévention. Les stratégies portent également sur la formation des professionnels et des patients et visent le développement des compétences de littératie dans une optique d'empowerment. Pour améliorer la prise en charge, une meilleure coordination des professionnels entre eux devrait favoriser des parcours de soins permettant un accompagnement personnalisé et coordonné du malade.

1. Principes d'intervention

Les principes d'intervention de cet axe portant sur les maladies chroniques se concentrent essentiellement sur des stratégies de prévention secondaire, tertiaire et quaternaire. Les stratégies de prévention primaire telles que la promotion de la santé et de prévention en rapport avec les déterminants et les facteurs de risques des maladies non-transmissibles sont davantage développées dans l'Axe 1 du Plan : « promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé ».

Néanmoins les aspects concernant le stress, le sommeil et des éléments découlant de l'environnement individuel, collectif et social feront tout de même l'objet d'interventions développées dans ce volet.

2. Programmation

Deux objectifs de santé couvrent cet axe de Prévention des maladies chroniques:

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 :
Réduire de 25% la morbidité globale et de 1,5% la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires, cancer, diabète ou maladies respiratoires chroniques.

Objectifs de santé 2 : Réduire le nombre des cancers, la morbidité et la mortalité imputables aux cancers au travers d'actions de prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire.

Augmenter le pourcentage de femmes entre 50 et 59 ans qui sont dépistées pour le cancer du sein via le programme organisé pour atteindre 20%.

Augmenter le pourcentage de femmes de 25 à 64 ans qui sont dépistées pour le cancer du col de l'utérus pour atteindre 60%

Augmenter la part de dépistage (FOBT) dans la population de 50 à 70 ans pour atteindre plus de 20%

Objectif de santé 1 : Réduire la morbidité globale et la mortalité prématurée des maladies chroniques non transmissibles (diabète de type II, maladies cardiovasculaires et maladies respiratoires).

Cet objectif de santé contribue, avec celui en lien avec les cancers, au plan de l'OMS de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles de 2013-2020. Les stratégies reprises ci-dessous s'inspirent en outre des recommandations internationales en vue d'atteindre les neuf cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

Cet objectif santé se décline en 6 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 1.1. Diminuer les facteurs de risque (notamment le stress et le sommeil de mauvaise qualité) et améliorer l'environnement individuel et collectif (pollutions intérieures/extérieures) et social (organisation de la vie en société et du travail). La diminution des facteurs de risque en lien avec l'alimentation, la sédentarité, le tabac et l'alcool est abordée ailleurs dans le Plan, mais d'autres facteurs de risque doivent être pris en compte avec une attention particulière au sommeil et au stress.

→ **Action 1.1.1.** Organiser des campagnes d'information pour conscientiser la population sur ce qui peut perturber le sommeil et générer du stress. De plus en plus de publications mettent en avant les effets des troubles du sommeil sur une diminution de la sensibilité à l'insuline¹ et les maladies cardiovasculaires en général. Il est dès lors nécessaire de stimuler les campagnes qui mettent l'accent sur les bonnes habitudes, sensibilisent à la problématique du sommeil des enfants (heure du coucher de plus en plus tardif, question des écrans (campagnes/outils YAPAKA)) ; abordent aussi d'autres facteurs perturbateurs (ex : médicaments, vie sociale/professionnelle, stress au travail, logement, ...). Ces campagnes doivent être menées par différents types d'intermédiaires (villes, hôpitaux, institutions, entreprises, ...); multipliant les canaux de diffusion et doivent être adaptées aux personnes les plus précarisées et vulnérables.

Indicateurs : Conceptions des campagnes et de messages adaptés, modes de diffusion, couverture, ...

→ **Action 1.1.2.** Elaborer et mettre à jour des « registres de ressources » par territoire pour recenser et informer le public sur les activités existantes qui aident à prévenir le stress (pleine conscience, yoga, activité physique, groupes de parole, ...). Cela devrait favoriser des échanges de bonnes pratiques sur les initiatives locales (entre les villes et les provinces par exemple).

Indicateurs : Disponibilité d'un registre, actualisation du registre, ...

→ **Action 1.1.3.** Organiser des campagnes auprès des employeurs pour favoriser le bien-être au travail. Il s'agit avant tout que la Région Wallonne intègre cette dimension (et ce milieu de vie) dans sa politique de Promotion de la Santé en sensibilisant par exemple à la problématique des horaires de nuit/décalés (perturbation de l'horloge biologique), sur base des initiatives déjà menées au sein des entreprises et des réflexions des employeurs autour de la problématique.

Indicateurs : Conception des démarches de sensibilisation, nombre d'employeurs touchés, soutien des démarches existantes, ...

→ **Action 1.1.4.** Mener des campagnes de sensibilisation de la population aux expositions aux contaminants de l'air ambiant en incitant les gens à réduire leurs expositions et leur propre contribution aux contaminants de l'air intérieur et de l'air extérieur (au travail, à la maison, à l'école et dans les loisirs). Il s'agit d'actions complémentaires à d'autres. Il ne s'agit en effet pas de créer trop de pression sur l'individu (responsabilisation excessive) pour les éléments qui devraient avant tout être pris en charge par les pouvoirs publics. Ces campagnes doivent aussi amener le consommateur à apprendre à utiliser des produits moins toxiques. Cette action est en phase avec le Plan Air Climat Energie 2016-2022² et plus particulièrement avec son action ADAP16 *Anticiper et lutter contre les autres effets indirects des changements climatiques sur la santé*.

Indicateurs : Conception des démarches de sensibilisation, mode de diffusion, ...

→ **Action 1.1.5.** Développer une législation favorable à la réduction du niveau d'exposition des personnes et des populations aux facteurs de risque environnementaux intérieurs et extérieurs. Il s'agit de développer une législation qui favorise la prévention collective, des environnements favorables à la santé et qui aborde les facteurs de risque communs (tabagisme, polluants toxiques, pollution atmosphérique (à l'intérieur comme à l'extérieur et en milieu professionnel), la salubrité du bâti (amiante, radon dans les zones à risque, humidité, infiltrations), les environnements publics (superficie des espaces verts, zones de délestage, dépollution des sols), etc.

Indicateurs : Evolution de la législation, ...

→ **Action 1.1.6.** Favoriser l'identification des produits (ex : produit ménagers, d'entretien, d'ambiance) au travers d'un label qui informe le public sur l'aspect nocif ou « alternatif » du produit. Cette labélisation pourrait aider la population à la lecture des étiquettes/notices des produits chimiques, contribuer à la sensibilisation des dangers des produits toxiques et à l'utilisation de ceux moins toxiques (vinaigre, bicarbonate).

Indicateurs : Existence du label, ...

Objectif spécifique 1.2. Dépister le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques. Les dépistages et diagnostics précoces permettent de repérer de plus en plus tôt ces maladies, avant même les premiers signes ressentis par les patients. Il s'agit donc de démarrer des stratégies de prévention secondaire à des stades précoces de la maladie.

→ **Action 1.2.1.** Protocoler les dépistages et uniformiser les pratiques afin de mieux définir ce qui doit être renvoyé vers les spécialistes et/ou les généralistes, mais aussi vers des « nouveaux métiers » (ex : coordonnateurs de soins, accompagnateurs, ...). Ces « protocoles » doivent permettre de mieux prendre en charge les patients malades chroniques complexes et sont élaborés en tenant compte des données recueillies par les logiciels métiers (ou DMI) pour bien cibler les populations à risque et leur proposer les tests de dépistage ad hoc lorsque c'est nécessaire (test sanguin, test de glycémie, test à l'effort, scorages cardiovasculaires ...). Il s'agit de viser un dépistage général pour l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie (syndrome métabolique), un dépistage plus spécifique de la stéatose hépatique non alcoolique, de la néphropathie et de la rétinopathie (notamment pour les enfants et les jeunes atteints de diabète de type 2), du risque cardiovasculaire à 10 ans (via le score des facteurs de risque principaux) et veiller à l'accessibilité à la spirométrie chez les fumeurs en 1^{ère} ligne.

Indicateurs : Conception de cadres et de protocoles, utilisation des protocoles, ...

→ **Action 1.2.2.** Sensibiliser les professionnels de santé et la population à la notion de pré-diabète et encourager le dépistage précoce dans ce sens. Il s'agit avant tout d'appliquer les recommandations en matière de dépistage du diabète et du pré-diabète et de rechercher les « signes d'alarme » chez une personne à risque de développer le diabète de type 2 à court terme, surtout si elle possède d'autres facteurs de risque.

Indicateurs : Nombre de démarches de sensibilisation, évolution du taux de dépistage précoce, ...

→ **Action 1.2.3.** Sensibiliser la population aux différents types de dépistage. La sensibilisation consiste à influencer les gens pour provoquer un changement : il faut rendre les gens attentifs à la nécessité de lutter contre les maladies chroniques et leur proposer des environnements favorisant le dépistage. Cela pourrait se faire en élargissant les rôles de certains professionnels de santé comme les pharmaciens qui pourraient participer à l'identification des patients à risque. Ils pourraient, par un interrogatoire simple et valide scientifiquement, inciter la personne à réaliser un dépistage. Cette sensibilisation peut se faire aussi à l'aide des nouvelles technologies qui permettent à la population d'« autoévaluer » leur santé. Il est aussi nécessaire de « regrouper » et de donner de la visibilité à toutes ces campagnes et aux informations sur les réseaux d'organisations et de services (maisons du diabète, portails régionaux-AVIQ, provinces, villes, communes, ...).

Indicateurs : Conception des démarches de sensibilisation, type d'outils utilisés, ...

- **Action 1.2.4. Améliorer l'information sur la prévention cardiovasculaire, adaptée aux périodes clés de la vie** : les femmes à risque (contraception, grossesse et ménopause), la prévention en milieux scolaires (enseignement de base et supérieur), les travailleurs, les personnes qui vont partir à la retraite ou retraitées, etc.

Indicateurs : Conception d'outils visant l'information, diffusion,...

Objectif spécifique 1.3. Accroître l'accessibilité à la prévention à travers le continuum des soins.

Compte-tenu de la diversité toujours croissante des services offerts et des prestataires, ainsi que du vieillissement de la population, il est nécessaire d'appréhender une meilleure accessibilité à tous les niveaux de prévention, en passant par les services communautaires et à domicile, qui favorisent le maintien de la santé, la réadaptation et les soins palliatifs en fin de vie.

- **Action 1.3.1. Inscrire les actions sur le parcours de vie du bénéficiaire de soins.** C'est-à-dire prendre en compte les moments opportuns pour des actions préventives aux différentes étapes de la vie. L'information et les recommandations devraient être adaptées et rendues visibles aux différentes étapes de la vie et les professionnels pourraient être mieux outillés pour assurer une « traçabilité » de ce continuum de la personne.

Indicateurs : Type d'outils destinés aux professionnels pour assurer l'inscription des actions sur le parcours de vie, utilisation des outils,...

- **Action 1.3.2. Participer à la reconnaissance et au financement des actes de dépistage et d'accompagnement des patients.** Il s'agit ici pour la Région wallonne de participer aux débats sur le financement de la prévention, de l'éducation des patients, de l'amélioration de la condition physique, de la réinsertion socio-professionnelle et de la réhabilitation du patient, etc.

Indicateurs : Contributions aux débats sur le financement,...

- **Action 1.3.3. Renforcer l'utilisation du DMG et du DMI** pour pleinement y intégrer les pratiques de prévention. Pour rappel, le DMG existe toujours mais le DMG + n'existe plus. Le DMI (Dossier Médical Informatisé) quant à lui permet le partage de l'information médicale entre différents prestataires de première ligne. Ce renforcement passe par une évolution des logiciels métier, un meilleur encodage des données et une transmission d'information « universelle », un système de rappel des actions de dépistage, etc.

Indicateurs : Evolution des logiciels, utilisation des logiciels,...

- **Action 1.3.4. Assurer une couverture territoriale de l'offre de prévention des maladies chroniques**, en diffusant des recommandations quant aux changements requis au niveau des soins primaires (organisation et ressources) et en favorisant les synergies entre les différents niveaux de responsabilité.

Indicateurs : Evolution territoriale de l'offre de prévention des maladies chroniques,...

Objectif spécifique 1.4. Renforcer les compétences en santé de la population avec une attention particulière pour les populations plus vulnérables.

Cet objectif vise le renforcement des connaissances, attitudes, aptitudes, compétences psychosociales, croyances, représentations des personnes... pour favoriser l'adoption de comportements de vie favorable à la santé (modes de vie, traitement) et une prise en charge adéquate.

- **Action 1.4.1. Mettre en place des programmes structurés d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique du patient**, afin d'augmenter son niveau de littératie et d'autonomie. Cela passe par la diffusion auprès des patients et de la population de ressources adéquates (structures d'aides locales, réseaux d'organisations et associations, accessibilité financière, cadres législatifs, ressources qui favorisent le dialogue entre le patient et le prescripteur de soins pour favoriser les choix éclairés, etc.).

Indicateurs : Développement d'outils et de ressources, diffusion, conception de programmes,...

- **Action 1.4.2. Mener des campagnes d'information et de sensibilisation** pour la population générale, qui aborderaient par exemple :

- La sensibilisation pour favoriser la lecture et la compréhension des étiquettes alimentaires et des labels. Cela pourrait se faire via l'Union Professionnelle des diététiciens (UPDLF) qui a déjà une expérience en ce domaine
- La connaissance des signes avant-coureurs de l'AVC visant à permettre une intervention plus rapide
- Les échanges de savoirs et pratiques entre patients (favoriser et soutenir les groupes de parole, associations patients, groupes d'entraide, ...)

- ...

Indicateurs : Conception des démarches d'information et de sensibilisation, diffusion,...

- **Action 1.4.3. Former aux soins de secours** et spécifiquement à la réanimation cardiorespiratoire, l'utilisation du DEA (défibrillateur externe automatisé). En complément aux formations données en milieu scolaire (5 et 6ème secondaire), il est nécessaire d'étendre cela à d'autres groupes cibles et à certains milieux de vie (professionnels de santé au sens large, éducateurs, animateurs, dans les entreprises, etc.).

Indicateurs : Nombre et type de formations, couverture des groupes cibles et milieux de vie,...

- **Action 1.4.4. Améliorer la prise en charge efficiente des maladies chroniques pour les personnes en situation de précarité**

- Cette action correspond à l'action 5.3 du plan wallon de lutte contre la pauvreté. Il s'agit de « favoriser l'empowerment » de ces publics cibles par des dispositifs spécifiques. Par « empowerment », on entend un processus d'accompagnement et de soutien spécifique des personnes qui vise à augmenter leurs capacités à se prendre en charge, dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé. »

Indicateurs : Nombre et type de formations, couverture des groupes cibles et milieux de vie,...

Objectif spécifique 1.5. Renforcer les compétences des professionnels de santé et leur collaboration.

Cet objectif vise le renforcement des compétences de professionnels de santé tant en formation de base que continue, avec la nécessité de créer plus de formations transdisciplinaires et orientées vers l'évolution des métiers de santé et les « nouveaux métiers » de la prévention, de la coordination et de l'accompagnement des patients.

- **Action 1.5.1. Améliorer la communication entre professionnels et avec les patients.** La Région wallonne devrait favoriser les synergies entre les associations de patients, les professionnels (de 1^{ère} et 2^{ème} lignes) et les autres acteurs. Il s'agit avant tout de renforcer et fédérer les initiatives existantes (réunions RML, formations communes avec les patients, activité de l'asbl PMSG de développement d'une application informatique (de type répertoire) facilitant la mise en réseau et la communication entre les médecins généralistes et tous les intervenants locaux, ...), d'y intégrer les pharmaciens ainsi que d'autres professionnels de santé et éventuellement de responsabiliser une institution pour coordonner tout cela. Les pouvoirs locaux pourraient être à l'initiative de rencontres intersectorielles, orientées sur la santé et la participation citoyenne.

Indicateurs : Nombre d'initiatives existantes renforcées, création de nouvelles initiatives visant l'amélioration de cette communication, type de professionnels concernés,...

- **Action 1.5.2. Former les professionnels**, c'est-à-dire renforcer les formations et l'intégration de la prévention des maladies chroniques dans le curriculum des professionnels de santé tant dans la formation initiale que dans la formation continue (au sein de leur institution, via les écoles et universités, via les associations professionnelles et scientifiques, via les associations offrant des formations). Il faut envisager des formations communes sur différentes thématiques (communication, empathie, écoute, entretien motivationnel, dépistage et prise en charge des facteurs de risque, recommandations de bonnes pratiques) pour différentes professions complémentaires (médecins, infirmiers, diététiciens, pharmaciens, podologues, kinésithérapeutes, etc.). Ces formations doivent permettre d'outiller les professionnels (outils d'information, protocoles, modes d'emploi) afin de diffuser des messages communs. Il s'agit aussi de sensibiliser aux changements de paradigmes : de l'approche patient vers plutôt l'ap-

proche du patient partenaire ; de pratiques en solo vers plus de pratiques pluridisciplinaires ; et de visions spécialisées vers des visions de plus en plus intégrées.

Indicateurs : Intégrations des thématiques dans les formations des professionnels concernés, nombre d'initiatives existantes renforcées,...

→ **Action 15.3. Renforcer le rôle des sociétés scientifiques** (SSPF, SSMG, etc.) dans le choix, la mise à jour, la diffusion des bonnes pratiques, l'élaboration et l'harmonisation des messages de prévention et renforcer leur rôle en termes d'expertise.

Indicateurs : Rapport d'activités des sociétés scientifiques, nombre d'initiatives existantes soutenues,...

→ **Action 15.4. Elargir le rôle de certains métiers de la santé vers plus d'interdisciplinarité**, comme déjà mentionné dans les activités de dépistage ci-dessous, par l'élargissement du rôle du pharmacien (conseil santé, prise de la tension artérielle, dépistage des facteurs de risque, éducation thérapeutique, etc.) ou la valorisation du rôle de professions « intersectorielles ».

Indicateurs : Evolution des pratiques dans les professions concernées, évolution dans les statuts,...

Objectif spécifique 1.6. Renforcer la surveillance des maladies chroniques et l'intégrer dans le système d'information sanitaire. *Pour bien réussir l'implantation et le suivi des programmes de prévention des maladies chroniques, il est indispensable de renforcer la surveillance des principaux facteurs de risque de ces pathologies, l'harmonisation des différentes méthodes de surveillance utilisées et l'association obligatoire des données sur la mortalité et la morbidité pour tracer l'évolution de la lutte régionale et nationale. Il est ainsi recommandé de disposer d'un système de surveillance et de collecte de données standardisée sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, l'incidence et les complications des maladies ciblées ; ainsi que d'analyser de manière régulière la tendance épidémiologique.*

→ **Action 16.1. Valoriser les outils de recueil de données existants** (tableaux de bord, registres, etc.) et renforcer la veille/le recueil des données d'informations. L'idée étant ici d'utiliser au maximum l'existant et de mettre en avant les stratégies locales de santé (suivi des tableaux de bord) tout en identifiant les éléments manquants dans les indicateurs.

Indicateurs : Evaluation de la connaissance des outils existant, promotion des outils,...

→ **Action 16.2. Uniformiser les logiciels de recueil de données**, c'est-à-dire aboutir à un langage commun des logiciels utilisés par les acteurs de soins de santé pour un recueil intégré des données, tout en veillant au respect de la vie privée dans le traitement de celles-ci, selon les recommandations de la commission vie privée. Au minimum, il serait nécessaire de travailler l'interopérabilité des données et harmoniser les critères d'inclusion et d'exclusion des maladies.

Indicateurs : Evolution des logiciels,...



→ **Action 16.3. Mener des études sur les maladies chroniques non-transmissibles et leurs déterminants (modifiables et non-modifiables).** La recherche dans le domaine des MNT, comme en matière de prévention, reste marquée par l'absence de coordination entre les différents acteurs.

Parmi les axes de recherche prioritaires, nous pouvons citer l'étude de :

- La charge de morbidité liée aux MNT ainsi qu'à leurs facteurs de risque (incidence, prévalence, morbidité globale, ...).
- La charge de la mortalité prématurée
- La charge économique des MNT (charge directe et indirecte si possible).
- Les déterminants sociaux et comportementaux des MNT (évaluer l'effet des inégalités sociales sur l'ampleur des facteurs de risque).
- Les déterminants des styles de vie sains et les freins à leur adoption.
- Les conséquences des MNT sur la qualité de vie et le bien-être social des patients.
- Les moyens qui permettraient d'améliorer la compliance et l'adhérence des professionnels de santé et des patients aux recommandations.
- Le coût-efficacité d'un programme de prévention des facteurs de risque des MNT.
- La faisabilité d'un modèle d'action multisectoriel pour la prévention des MNT.

Indicateurs : Nombre de recherches initiées, disponibilité des études, type de thématiques abordées,...

→ **Action 16.4. Assurer une veille relative aux évolutions des connaissances en lien avec les cancers et à l'évaluation de l'accès et du recours au dépistage organisé.** Sur base du système de surveillance existant, il serait intéressant de diffuser auprès des autorités politiques et scientifiques les résultats d'un monitoring géographique systématique de l'incidence du cancer (au niveau communal et provincial). De plus, le système d'information des structures de dépistage doit être unifié afin de renforcer l'évaluation et le pilotage des programmes de dépistage organisé des cancers et d'analyser les trajectoires de prise en charge.

Indicateurs : Conception d'une évaluation de l'accès et du recours au dépistage, diffusion des données, évolution du système d'information,...

Objectif spécifique 1.7. Intégrer la prévention des maladies chroniques de façon transversale dans toutes les politiques et à tous les niveaux de pouvoir, afin d'encourager les politiques, les actions et concertations locales en lien avec la prévention des maladies chroniques et la promotion de la santé au sens large.

→ **Action 17.1. Encourager les approches intersectorielles de la prévention des maladies chroniques** aux différents niveaux de pouvoir (fédéral, FWB, régional) qui prennent en compte les déterminants de la santé.

Indicateurs : Concertations intersectorielles, soutien aux politiques existantes,...

→ **Action 17.2. Mettre en place des évaluations d'impact sur la santé** pour estimer les retombées potentielles des projets, des politiques et des interventions sur les maladies chroniques et sur leurs déterminants.

Indicateurs : Mise en place d'évaluation d'impact en santé, financement de ce type d'évaluation,...

Objectif de santé 2 : Réduire le nombre des cancers, la morbidité et la mortalité imputables aux cancers au travers d'actions de prévention primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire.

La prévention primaire des cancers concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information. C'est l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'une pathologie. La lutte contre le tabagisme s'intègre dans ce type de prévention. C'est aussi le cas de la lutte contre l'alcoolisme, des conseils nutritionnels qui tendent à modérer la consommation de graisses animales et à augmenter la consommation de fruits et légumes ou la protection des travailleurs dans certains emplois en contact avec des agents à risque avéré. La prévention secondaire des cancers s'adresse à des individus qui présentent un certain risque. Il s'agit du dépistage, qui consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les personnes touchées par la maladie. Le dépistage vise à abaisser la mortalité liée au cancer, seul critère permettant de juger de son efficacité. La prévention tertiaire des cancers s'adresse directement aux malades afin qu'ils abandonnent tout comportement à risque face au cancer¹. La prévention quaternaire quant à elle va viser à réduire les actes médicaux non nécessaires et prévenir la surmédicalisation des patients.

Cet objectif santé se décline en 5 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 2.1. Diminuer l'exposition aux risques cancérigènes de l'alcool, de l'alimentation et de la sédentarité. Il s'agit avant tout de faire les liens avec les stratégies et actions reprises dans l'Axe 1 de promotion des modes de vie et des milieux de vie favorables à la santé. Cependant, le fait de garder à ce niveau des actions spécifiques de la prévention des cancers, montre l'importance de certains facteurs de risque qui méritent une attention particulière.

→ **Action 2.1.1.** Sensibiliser la population à ce qui est cancérigène dans l'alimentation et/ou sa préparation et dans la consommation d'alcool. Cette sensibilisation se fera sur base de l'identification en continu de recommandations validées relatives à la problématique, leur intégration au niveau des autres thématiques « santé » du Plan en lien avec la question de l'alimentation et leur appropriation par l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé en tenant compte de la diversité des publics et des milieux de vie.

Indicateurs : Conception de démarches de sensibilisation, diffusion des recommandations validées,...

→ **Action 2.1.2.** Plaider auprès de l'industrie agro-alimentaire en ce qui concerne l'impact cancérigène de leurs produits et de leurs pratiques. Cela pourrait aussi se faire via l'étiquetage alimentaire lisible qui intégrerait les aspects cancérigènes.

Indicateurs : Concertations, conception d'un plaidoyer, propositions,...

→ **Action 2.1.3.** Augmenter la pratique de l'activité physique pour ses effets protecteurs. Il s'agit d'identifier en continu les recommandations validées relatives à la problématique ; d'intégrer ces recommandations au niveau des autres thématiques « santé » du Plan en lien avec la question de l'activité physique et de promouvoir l'appropriation de ces recommandations par l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé afin qu'ils prennent en compte la diversité des publics et des milieux de vie. Un exemple est la poursuite du travail d'expertise mené par l'asbl PSMG auprès des prestataires de première ligne, des maisons médicales et des cercles.

Indicateurs : Diffusion des recommandations,...

Objectif spécifique 2.2. Limiter l'exposition aux facteurs cancérigènes environnementaux. Sans qu'il soit possible, en l'état actuel des connaissances, d'estimer avec précision la part de l'augmentation liée aux expositions environnementales, le lien entre l'apparition de plusieurs cancers et des expositions environnementales est clairement établi. Il s'agit ici de cibler ces principaux facteurs et d'être à l'initiative d'actions intersectorielles et de mobilisation de différents niveaux de compétences. Ces actions ont donc toute leur place dans un Plan de prévention et promotion de la santé car ses responsables institutionnels peuvent être moteur de concertations et de stratégies les plus systémiques et intégrées possible.

→ **Action 2.2.1.** Promouvoir l'appropriation des recommandations sur l'exposition aux rayonnements UV par l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé afin qu'ils prennent en compte la diversité des publics et des milieux de vie. Cela passe par une identification en continu des recommandations relatives à l'exposition aux UV. Cf. Conseil Supérieur de la Santé vis-à-vis du public « Pendant la période de transition jusqu'à l'interdiction effective des bancs solaires, de même que par la suite, le CSS recommande en outre d'informer le grand public de manière objective et transparente sur les risques liés aux UV en général (et y compris les risques liés aux UV émis par les bancs solaires) et sur les raisons qui ont motivé cette interdiction des bancs solaires, et ce, en vue d'éviter un glissement vers une exposition accrue aux UV naturels. En outre, il est également important d'inclure dans cette campagne d'information des renseignements objectifs sur les effets bénéfiques d'une exposition occasionnelle au soleil, par exemple la production de vitamine D. »¹

Indicateurs : Diffusion des recommandations,...

→ **Action 2.2.2.** Réglementer l'utilisation des perturbateurs endocriniens dans les produits et pratiques de l'industrie, sur base de listes des perturbateurs, des recommandations d'un groupe d'experts « vigie » et de l'évidence scientifique.

Indicateurs : Evolution de la réglementation, mise en place de groupe d'experts « vigie », diffusion de recommandations aux secteurs concernés,...

→ **Action 2.2.3.** Informer sur les mesures individuelles favorisant la réduction des polluants tant en termes de mobilité douce, de chauffage domestique, d'isolants, d'utilisation de solvants etc., et sur base de recommandations faites à l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé afin qu'ils prennent en compte la diversité des publics et milieux de vie. Cette information doit participer à la réduction de l'exposition aux polluants (cf. normes européennes) et à la mobilisation des secteurs tels que l'agriculture, l'énergie, l'industrie, le transport routier, etc. à poser des choix favorables à la limitation des polluants.

Indicateurs : Diffusion des recommandations,...

→ **Action 2.2.4.** Informer sur les effets potentiellement cancérigènes des substances cosmétiques et médicamenteuses : sur base d'une liste de substances identifiées et de résultats d'études, intégrant un étiquetage lisible sur les aspects cancérigènes.

Indicateurs : Disponibilité d'études probantes sur ces thématiques, diffusion de recommandations, évolution des étiquetages,...

→ **Action 2.2.5.** Promouvoir une politique de soins de santé favorisant le recours aux techniques d'imagerie non-ionisantes et cela afin de diminuer l'exposition aux rayons ionisants. Cette politique doit envisager la formation des professionnels de santé à l'utilisation adéquate de l'imagerie médicale selon les guidelines en favorisant le recours à des techniques d'imagerie non-ionisantes, le contrôle de qualité des appareillages et l'utilisation de manière optimale du dossier médical partagé afin de limiter les examens redondants et d'y intégrer les valeurs cumulées d'irradiation.

Indicateurs : Intégration de cet aspect dans les formations destinées aux professionnels concernés, utilisation du DMG,...

→ **Action 2.2.6. Informer sur les risques et les moyens de protection contre les radiations ionisantes de type radon**, entre autres par le soutien des campagnes existantes (ex : radon 2017).

Indicateurs : Recyclage des campagnes existantes, diffusion,...

Objectif spécifique 2.3. Réduire le risque de cancers liés aux hépatites virales et au papillomavirus.

Cette partie du Plan propose un renforcement des mesures de prévention des hépatites virales et de l'infection par papillomavirus, en complément aux stratégies reprises dans l'Axe 5 sur la prévention des maladies infectieuses et la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

→ **Action 2.3.1. Améliorer la couverture vaccinale anti-VHB et le taux de couverture de la vaccination par le vaccin anti papillomavirus**, en renforçant la communication vers les adolescents, les jeunes filles et les parents sur l'enjeu de la vaccination et son rapport bénéfices/risques, en mobilisant les relais locaux associatifs, les pouvoirs locaux et les services de santé scolaire et en définissant une stratégie claire par rapport à la vaccination HPV chez les garçons.

Indicateurs : Conception de démarches de sensibilisation pour les publics cibles, nombre d'acteurs mobilisés, existence de stratégies,...

→ **Action 2.3.2. Former les généralistes et gynécologues en matière de prévention du HPV/VHB (vaccination, protection et dépistage)**. Il faut que ces professionnels soient informés sur : les facteurs de risque du cancer primitif du foie, les recommandations à donner à leurs patients infectés par le VHB ou le VHC, sur le contrôle de leur consommation d'alcool, de tabac et leur poids afin de réduire le risque de cancer du foie, la vaccination HPV chez le garçon, etc.

Indicateurs : Intégration de cette thématique dans les formations à destination des professionnels concernés,...

→ **Action 2.3.3. Informer la population et les professionnels de santé (y compris les pharmaciens) sur le ratio bénéfices/risques de la vaccination HPV/VHB.**

Indicateurs : Conception de démarche visant l'information sur cette thématique,...

→ **Action 2.3.4. Faciliter la mise à disposition gratuite de la vaccination HPV/VHB (accès diversifiés : médecins, services PSE).**

Indicateurs : Disponibilité du vaccin, type d'infrastructures permettant sa distribution,...

Objectif spécifique 2.4. Organiser de manière efficiente et accessible des dépistages de qualité.

Pour certains cancers, un dépistage avant l'apparition de symptômes est possible ; il permet même parfois de détecter et traiter des lésions précancéreuses. Pour ces cancers, des dépistages organisés sont proposés à des populations cibles considérant que les bénéfices attendus en termes de santé publique sont supérieurs aux limites et aux risques. Cette balance bénéfice/risque est actuellement considérée comme positive pour les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal. Elle l'est également pour le dépistage du cancer du col utérin qui devrait être généralisé. L'efficience des programmes de dépistages organisés existants (cancer du sein et cancer colorectal) sera renforcée, en les étendant à toutes les personnes éligibles et en intensifiant la lutte contre les inégalités d'accès et de recours à ces dépistages qui doivent bénéficier à tous. Renforcer l'information des professionnels et des personnes est donc un enjeu prioritaire.

Cet Objectif est en phase avec l'action 5.2 du Plan wallon de lutte contre la pauvreté : « Augmenter l'accessibilité des publics précaires aux dispositifs de médecine préventive »

→ **Action 2.4.1. Promouvoir les programmes de dépistage organisés auprès de l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.** Il s'agit de favoriser les programmes de dépistage à différents niveaux : politique, structurel, institutionnel, professionnels, publics cibles... ; de développer l'engagement des pouvoirs locaux et régionaux en faveur des dépistages organisés ; de lutter contre les pratiques inadéquates de dépistage ; d'innover en mettant en place une consultation de prévention remboursée à partir de 50 ans chez le médecin généraliste ; etc.

Indicateurs : Conception de démarches de promotion des dépistages organisés,...

→ **Action 2.4.2. Diffuser une information objective et adaptée aux différents publics y compris les professionnels.** Cela passe par une information quant aux recommandations validées des professionnels de santé et des publics cibles avec des supports adaptés avec un langage clair accessible à tous (ex. calendrier des dépistages, plaquettes, dépliants, brochure, campagne audiovisuelle, etc.). À cette fin, il est nécessaire de développer les compétences des professionnels de la santé en matière de littératie en santé.

Indicateurs : Diffusion des recommandations,...

→ **Action 2.4.3. Proposer à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancers (en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages)**. Cela pourrait passer par la mise en place d'une accréditation spécifique pour la prévention ; la dispensation de formations en prévention validées, en dépistage des cancers et en prévention quaternaire dans des groupes de formation continue en médecine générale (réalisation de modules, GLEMs, DDGs, etc.) ; l'inscription de la thématique du dépistage organisé à la dynamique des GLEM ; le feedback aux médecins sur la participation de leur patientèle et la généralisation des initiatives de formation des médecins du type « ambassadeur prévention ». L'asbl PSMG propose également des offres de GLEMs et DDG sur la Prévention validée.

Indicateurs : Existence de l'accréditation, nombre et type de formations disponibles,...

→ **Action 2.4.4. Organiser le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.** Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus devrait être organisé et étendu sur l'ensemble du territoire Wallon notamment pour réduire les inégalités face à ce cancer. Cela suppose l'élaboration d'un cahier des charges pour atteindre les femmes qui ne réalisent pas de dépistage et les populations les plus vulnérables. Il s'agit donc ici de développer le dispositif, son suivi et son évaluation en confortant le rôle du médecin généraliste et en s'appuyant sur les structures de gestion du programme de dépistage des cancers.

Indicateurs : Conception du dispositif, couverture territoriale,...

→ **Action 2.4.5. Mener des actions de proximité afin de lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage** (communale, provinciale, maisons de quartier, ...) ; en favorisant l'utilisation des mammo-bus dans le cadre du mammothest ; en impliquant les pharmaciens (rôle de conseil et délivrance) et d'autres acteurs de santé en fonction des résultats de la recherche-action « COMing ».

Indicateurs : Type d'actions menées, implication des professionnels concernés, promotion des mammo-bus,...

→ **Action 2.4.6. Appliquer systématiquement le contrôle qualité des programmes de dépistage** par l'évaluation des professionnels de santé impliqués et l'application des recommandations et par la formation et le feedback des évaluations vers ces professionnels. Une action concrète serait la systématisation auprès des médecins généralistes de l'usage des échéanciers en matière de prévention.

Indicateurs : Disponibilité d'un protocole d'évaluation de la qualité des programmes, utilisation des échéanciers,...

Objectif spécifique 2.5. Réduire l'impact négatif des cancers et de leurs traitements sur la qualité de vie. *Que cela soit sur le plan social ou professionnel, l'apparition d'un cancer et les traitements qui s'en suivent peuvent avoir un impact lourd sur la vie des personnes atteintes ou ayants été atteints d'un cancer et celle de leur entourage. Le Plan souhaite ici mettre l'accent sur le rôle que les acteurs des secteurs médical, social, du monde du travail mais aussi du monde politique ont à jouer afin de réduire l'impact négatif des cancers sur la vie quotidienne. L'accompagnement et le soutien des personnes et de leurs proches sont primordiaux pour la réalisation de cet objectif. Celui-ci ne pourra également se réaliser que si les personnes disposent de toutes les informations utiles et nécessaires pour contrer ces impacts négatifs, cela concerne notamment leurs droits, les services et institutions auxquels ils peuvent avoir recours mais aussi les recommandations scientifiques en matière de pratiques médicales, et ce dans un langage clair et accessible.*

→ **Action 2.5.1 Appliquer des mesures visant à améliorer la réinsertion sociale et professionnelle.** Cela peut passer par la consultation du médecin de la mutualité qui peut proposer des plans individualisés de réinsertions professionnelles, à l'utilisation d'actions locales comme les groupes TRIO (médecin généraliste, médecin conseil et médecin du travail) de la SSMG afin d'améliorer la réinsertion professionnelle des patients et la mobilisation des acteurs clés à ce niveau ; la sensibilisation des employeurs au niveau de leur représentation de la maladie ; la lutte contre la discrimination des personnes qui ont vécu un cancer (ex. assurances, prêt, emploi, fertilité etc.).

Indicateurs : Mobilisation des professionnels concernés, conception de démarches de sensibilisations,...

→ **Action 2.5.2. Soutenir la personne dans son quotidien ainsi que son entourage** en assurant l'accessibilité des informations utiles et nécessaires, en soutenant les aidants proches par de la formation, en soutenant les projets d'accompagnement des patients, en soutenant les projets de type « maison de répit », ainsi que les initiatives qui encouragent la reprise en main de sa santé au niveau psycho-social.

Indicateurs : Type de formations disponibles pour les aidants proches, couverture territoriale, renforcement des initiatives et projets existants,...

→ **Action 2.5.3. Informer les professionnels de santé et la population des recommandations scientifiques en matière de lutte contre les pratiques médicales non-justifiées et la surmédicalisation** afin de diminuer les séquelles de la maladie et des traitements.

Indicateurs : Conception de démarches visant l'information des publics concernés, soutien des initiatives existantes,...

→ **Action 2.5.4. Développer la promotion de l'activité physique comme stratégie de prévention des récidives.** Plusieurs études ont rapporté qu'une activité physique adaptée, d'intensité faible à modérée, pendant et après le traitement en cancérologie, améliore la qualité de vie et diminue la sensation de fatigue des patients atteints d'un cancer. Ces effets positifs sur la qualité de vie sont avérés pour tous les types de cancers, bien que le plus étudié soit le cancer du sein pour lequel on observe aussi une réduction du taux de récurrence pour une activité physique pratiquée après le diagnostic. Il s'agit donc de promouvoir ce type de programme d'activités physiques adaptées.

Indicateurs : Conception de démarches d'information et de sensibilisation portant sur les liens entre activité physique et prévention des récidives,...



AXE 4 : LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES Y COMPRIS LA POLITIQUE DE VACCINATION

Cet axe couvre la prévention des maladies infectieuses (MI), la politique de vaccination et s'est élargi suite à la consultation du secteur à la promotion de la santé affective, sexuelle et reproductive.

1. Principes d'intervention

La caractéristique dynamique des maladies infectieuses nécessite un plan audacieux avec des structures qui travaillent ensemble et des politiques cohérentes. Ce Plan wallon contribue donc à une **politique globale et cohérente** en faveur de la santé et du bien-être des wallonnes et wallons. Ceci passe notamment par la mise en relation des différents axes détaillés dans ce Plan. Dans le cadre de la thématique des MI, il s'agira d'être particulièrement attentif aux liens entre la prévention des usages addictifs et la promotion du bien-être et de la santé mentale.

La **prévention des maladies infectieuses** passe avant tout par des systèmes de **surveillance** efficaces. Le Plan wallon doit tenir compte des systèmes existants et continuer à les améliorer. Ceci est également valable pour le contrôle des MI par le renforcement des systèmes de contrôle existants.

En accord avec les textes internationaux, le Plan wallon se fixe des objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité des MI évitables par la **vaccination** tout au long de la vie. Dans un contexte de compétences partagées, il s'articulera de concert avec les autres politiques afin d'assurer une couverture vaccinale respectant les objectifs fixés. Outre ces objectifs de vaccination, il s'agit également de prendre en compte d'autres aspects tels qu'une meilleure compréhension des attitudes positives des professionnels vis-à-vis de la vaccination ou des attitudes et comportements d'adhésion du grand public face à la vaccination.

Le Plan wallon souhaite inscrire dans la démarche décrite dans la note stratégique du Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM), rassemblant des représentants du secteurs IST/Sida et de promotion de la santé en Régions wallonne et bruxelloise, pour la promotion de la santé sexuelle et plus particulièrement la **prévention des IST dont le VIH et les hépatites**¹. Cette démarche s'intègre dans une perspective de santé publique composée des éléments suivants :

- Une **démarche globale** de promotion de la santé affective, sexuelle et reproductive par la mise en œuvre de principes et de méthodes visant l'action sur les **déterminants et les inégalités de santé**. Des interventions sont requises aux niveaux individuel, collectif et communautaire afin de doter la population des moyens nécessaires à la préservation et l'amélioration de sa santé. Un accent pourra être mis sur la littératie en santé.
- Une **approche positive** de la prévention et des sexualités qui vise autant à éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé qu'à améliorer le bien-être.
- Une **stratégie intégrée de prévention combinée** (ou diversifiée) du VIH qui repose sur l'équation « rapports protégés = préservatif/réduction des risques* + dépistageS + traitementS ». Ces stratégies doivent aussi intégrer les « **nouvelles stratégies de prévention** » : prévention combinée, traitement comme prévention (TasP - Treatment as Prevention, PrEP - La prophylaxie pré-exposition (bien que cela soit actuellement une compétence fédérale) etc.), l'accès aux tests rapides, autotest, etc.

¹ Note stratégique du CPAM pour la prévention du VIH et des autres IST en Région wallonne 2015-2020 <http://www.strategiesconcertees.be/CPAM%20note%20sida%20RW%202015-2020.pdf>

- La **complémentarité et la cohérence dans la chaîne d'intervention** entre : acteurs du préventif, de la réduction des risques et du curatif (incluant le renforcement des liens avec la médecine générale), avec les groupes communautaires, les associations, d'autres secteurs concernés (dont le privé), les politiques aux différents niveaux de pouvoir, etc.

**La réduction des risques (RDR) est une stratégie de santé publique qui « vise à prévenir les dommages ou les risques liés à certains comportements (ici, l'utilisation de psychotropes et les rapports sexuels non protégés par exemple). Elle repose sur des principes d'intervention spécifiques par rapport à d'autres approches comme la prévention ou les traitements : la non-banalisation (ni encouragement ni découragement), la fourniture de moyens pour réduire les risques (aptitudes et matériel nécessaire), la responsabilité des individus, la rencontre dans leurs milieux de vie (approche de proximité), la participation, [...] »²*

La promotion de la santé affective, sexuelle et reproductive passe aussi par la promotion des droits sexuels et reproductifs et la lutte contre les discriminations liées notamment au VIH, aux genres et orientations sexuelles. Le contexte décrit ci-dessus renforce le besoin d'actions en matière de droits des personnes séropositives.

« L'éducation la vie relationnelle, affective et sexuelle est un processus éducatif qui implique notamment une réflexion en vue d'accroître les aptitudes des jeunes à opérer des choix éclairés favorisant l'épanouissement de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et le respect de soi et des autres. Il s'agit d'accompagner chaque jeune vers l'âge adulte selon une approche globale dans laquelle la sexualité est entendue au sens large et inclut notamment les dimensions relationnelle, affective, sociale, culturelle, philosophique et éthique. »³

Pour terminer, le Plan wallon interviendra en faveur de la formation continue des professionnels et relais, chevilles ouvrières des stratégies d'action.

2. Programmation

Quatre objectifs de santé couvrent cet axe de promotion de la santé affective, sexuelle et reproductive, de réduction des risques, de prévention des maladies infectieuses et de politique de vaccination.

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 :	Objectifs de santé 2 :	Objectifs de santé 3 :	Objectifs de santé 4 :
Réduire le risque infectieux dans une perspective de santé globale tout au long de la vie.	Favoriser les attitudes positives à l'égard des mesures préventives applicables aux maladies infectieuses auprès de la population et des professionnels.	Stabiliser puis réduire l'incidence des IST dont le VIH et les hépatites en Wallonie.	Améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs de la population en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable.

Objectif de santé 1 : Réduire le risque infectieux dans une perspective de santé globale tout au long de la vie.

Cet objectif de santé comprend des objectifs spécifiques qui ont trait à la surveillance et au contrôle des MI ainsi qu'à la prévention vaccinale et au dépistage. Il s'agit ici de réduire le risque infectieux, c'est-à-dire de réduire « les causes potentielles d'une contamination microbiologique pouvant entraîner des conséquences infectieuses »¹. Il s'agit d'augmenter la part de la population couverte par le vaccin. Chez les personnes de plus de 65 ans vivant à domicile on vise un taux de vaccination de 75%. Chez les enfants, il s'agit d'atteindre les cibles OMS.

Cet objectif santé se décline en 6 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 1.1. Disposer des informations nécessaires à la prise de décision et à l'action en matière de maladies infectieuses. En amont de la réduction du risque infectieux, il y a la nécessité de disposer de données fiables et valides pour informer la prise de décision. Pour ce faire, un certain nombre d'améliorations sont à apporter aux systèmes actuels.

→ **Action 1.1.1. Renforcer le cadre légal pour soutenir la capacité de collecte de données** (ex. systèmes de surveillance) pour couvrir d'une part toutes les maladies infectieuses figurant dans les dispositions européennes et internationales et d'autre part, toutes celles qui ont une importance pour la santé publique en Wallonie. Cela passe également par l'actualisation des outils législatifs en matière de déclaration : l'Arrêté Royal de 1971 concernant les maladies transmissibles doit par exemple être modifié (actuellement abrogé dans les autres Régions).

Dans une optique de santé publique, une obligation de surveillance de pathogènes serait imposée aux laboratoires de microbiologie humaine. Une surveillance syndromique peut également être envisagée et s'adresserait alors aux cliniciens (en milieu hospitalier ou en médecine générale).

Indicateurs : Abrogation de l'AR de 1971 concernant les maladies transmissibles et création d'un nouvel outil législatif concernant les maladies infectieuses et leur surveillance et contrôle en région Wallonne, réalisation d'une communication au travers d'un courrier (papier ou électronique) envers les médecins déclarants pour les informer des nouvelles dispositions,...

→ **Action 1.1.2. Renforcer les systèmes de surveillance existants et les diversifier** Les sites internet ou les applications au service de la surveillance des MI (intégrant les IST) sont des outils innovants à exploiter. On pense par exemple aux outils comme *TiquesNet*² qui fonctionnent par la participation citoyenne. Parmi les systèmes à renforcer, on retrouve notamment Pedisurv, la collaboration avec les mutuelles, les réseaux des labos vigies, des médecins vigies (actuellement principalement constitués sur base bénévole). Le système de surveillance devra couvrir 100% des maladies à rapporter aux niveaux européen et international. Il s'agit également de développer un cadre légal autour des réseaux de surveillance (cf. Action 1.1.1).

Indicateurs : Pourcentage des MI figurant dans la liste des maladies à rapporter aux niveaux européen et international sont couvertes par un système de surveillance,...

→ **Action 1.1.3. Améliorer le transfert électronique de données**, sur base des plates-formes existantes (ex Réseau Santé Wallon, eHealth, ...) et en automatisant la déclaration par la transmission électronique à partir du dossier médical informatisé vers le système de déclaration obligatoire (DO). Il faudra éviter aux vaccinateurs et aux soignants un double ou triple encodage des informations. Cela pourrait aussi se faire via la création d'un label AVIQ qui décrirait les besoins de santé publique à intégrer dans les dossiers médicaux informatisés.

Indicateurs : Existence du module de déclaration automatique dans les logiciels, création du label AVIQ, nombre de logiciels labellisés,...

² « Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/SIDA en communauté française 2007-2008 », p7 en libre accès sur http://www.strategiesconcertees.be/publications/2007-Brochure_SCSS.pdf
³ <https://www.evras.be>

¹ MAGIS R, DUCEL G, « L'appréciation du risque et sa gestion », Techniques Hospitalières, n°617, 1997
² <https://www.wiv-isp.be/fr/coin-presse/surveillance-des-morsures-de-tiques-en-belgique-tiquesnet-bilan-des-resultats-en-2016-et>

→ **Action 114. Analyser les données épidémiologiques dans un cadre intégré qui tiennent compte des facteurs de risque, des déterminants de la santé** et des bonnes pratiques en lien avec les maladies infectieuses, dans un cadre One Health (contingence entre aspects humain, animal et environnemental -ex. réchauffement climatique, présence de vecteurs- ...). Ceci nécessitera de travailler avec des acteurs intersectoriels, par exemple avec la DGO3 pour ce qui est du cadre environnemental et l'AFSCA pour l'aspect animal, afin de parvenir à produire des rapports épidémiologiques prenant en compte les nombreuses dimensions des MI. Ces analyses et données scientifiques devront ensuite être partagées avec les professionnels et acteurs de terrain. **Cette action est à mettre en lien avec l'action ADAP17 Surveiller et anticiper l'évolution et l'occurrence des populations de nuisibles et des maladies à vecteurs du Plan Air Climat Energie 2016-2022³**

Indicateurs : Réalisation d'un rapport épidémiologique régional annuel, ...

→ **Action 115. Développer la rétro-information de données de surveillance et de déclaration obligatoire (DO) vers les professionnels de la santé** pour qu'elles puissent servir aux acteurs de terrain pour baser leurs actions. Les données restituées se devront d'être claires et compréhensibles pour tout le monde. Les données de déclaration obligatoire devront être portées à la connaissance des déclarants, participants au système de surveillance, vaccinateurs, etc. sous la forme de différents supports adaptés à l'objectif poursuivi par la rétro-information. Il y aurait un retour immédiat vers celui qui déclare et un retour global des données vers les professionnels 1x/an.

Indicateurs : Feedback électronique envoyé de manière trimestrielle vers les déclarants, newsletter mensuelle envoyée vers les déclarants, rapport / épidémie disponible et diffusé, ...

→ **Action 116. Systématiser l'évaluation quantitative et qualitative de l'impact des mesures préventives en matière de maladies infectieuses.** Chaque stratégie de prévention mise en place, notamment parmi certains groupes de population à risque (migrants, personnes SDF, détenus, etc.) doit être évaluée grâce à des données fiables et si nécessaire revue à la lumière des résultats obtenus. Il s'agira aussi de définir la méthodologie d'évaluation en fonction du pathogène concerné mais aussi de favoriser les recherches qualitatives sur les dynamiques des épidémies IST/VIH et les recherches-action.

Indicateurs : Evaluations qui utilisent les méthodes mixtes (qualitative et quantitative), ...

→ **Action 117. Mettre en place des campagnes d'information pour améliorer la couverture vaccinale et sensibiliser à la prévention des infections des aînés.** Il s'agit ici d'encourager la communication sur les stratégies préventives tant sur ces maladies que sur l'usage des médicaments en lien. Ces informations pourraient se faire via les centres de coordinations de services et de soins à domicile et les SISD, les médecins coordinateurs et conseillers en MRS où via les médecins traitants qui disposeraient d'un dépliant d'information à propos des infections transmissibles. Les infections constituent l'une des principales causes de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Si elles ne concernent pas que les personnes âgées, des maladies comme l'infection urinaire ou la grippe sont parfois plus difficiles à diagnostiquer chez les aînés et peuvent entraîner des troubles de santé chronique, voire un risque accru d'hospitalisation ou, dans les cas extrêmes, de décès

Indicateurs : Diffusion des campagnes d'information, amélioration de la couverture vaccinale chez personnes de 65 ans et plus.

Objectif spécifique 1.2. Renforcer le contrôle des maladies infectieuses. *Toutes les compétences en la matière ne se trouvant pas entre les mains d'un seul et même OIP, il s'agira de travailler en collaboration. Les actions ci-dessous se basent sur l'existant tout en proposant des renforcements.*

→ **Action 12.1. Actualiser les outils législatifs du contrôle des maladies infectieuses** et veiller à les rendre souple afin de permettre de répondre à toute urgence de santé publique. Les rôles des inspecteurs dans le cadre de la vigilance sanitaires sont peu développés et ne sont pas actuellement encadrés par un texte légal ; la liste actuelle des MI à DO au sein de l'AR de 1971 est en partie obsolète et surement non exhaustive.

Les IST doivent être mieux surveillées mais ne pas être « à déclaration ». En effet, aucune mesure directe n'est prise suite à une déclaration d'IST, raison pour laquelle les IST ne sont plus à DO en RW. Cependant, si des systèmes de surveillance exhaustifs sont mis en place, les données sur les IST seront plus exploitables.

Indicateurs : Abrogation de l'AR de 1971 concernant les maladies transmissibles et création d'un nouvel outil législatif concernant les maladies infectieuses et leur surveillance et contrôle en Région Wallonne, la liste des MI à DO est mise à jour en fonction de l'épidémiologie, réalisation d'une communication au travers d'un courrier (papier ou électronique) envers les médecins déclarants pour les informer des nouvelles dispositions, ...

→ **Action 12.2. Développer la capacité de détection et de suivi des menaces pouvant avoir un impact sur la santé, y compris les menaces environnementales.** Il s'agira notamment d'utiliser les données UREG (des services d'urgence hospitaliers) et de collaborer au sein du RAG/RMG. Il s'agira également d'informer rapidement et correctement les professionnels impliqués. Dans le domaine des épidémies intra-intentionnelles (MRS/MR structures hospitalières) des bactéries multi-résistantes (BMR ou MDRO), il existe un Outbreak support team composé d'experts de l'ISP, des experts de la thématique et des experts de l'Agence : les prérogatives de ce genre d'équipe pourraient être élargies à d'autres phénomènes épidémiques (par exemple rougeole, toxi-infections alimentaires collectives de grande ampleur).

Indicateurs : Maintien d'une garde sanitaire 24h/24 7j/7 pour la réponse aux menaces, les données UREG sont disponibles pour la RW en real-time, taux de participation de la RW aux réunions RMG/RAG, création d'une base de données de coordonnées de professionnels (mails et téléphone portable) et maintien à jour de cette base de données, maintien et élargissement des compétences de l'Outbreak Support Team pour la réponse aux épidémies (confer réponse aux épidémies intra-institutionnelles de Bactéries multi-résistantes), développement d'une application électronique 'urgence sanitaire' à destination des médecins déclarants (sms ou mail), ...

→ **Action 12.3. Mettre en place les mécanismes de mobilisation des moyens et des ressources en cas d'épidémie,** y compris les moyens humains et prophylactiques. C'est-à-dire, disposer d'un budget pour assurer le contrôle des menaces infectieuses (achat de doses de vaccins en post-exposition, d'antibiotiques, rémunérations des actes médicaux), etc.

Indicateurs : Un budget est disponible au sein de l'AViQ et mobilisable en cas d'épidémie, réaction/épidémie, procédures et moyens en place, ...

→ **Action 12.4. Compléter et actualiser des fiches techniques basées sur des données probantes** afin d'harmoniser la prise en charge, suivant les règles de bonnes pratiques, des personnes malades et de leur entourage pour les maladies à déclaration obligatoire. Ces fiches techniques seront un outil pour les professionnels et devraient être créées dans une optique *up-to-date* et *evidence-based*, en collaboration avec le Conseil Supérieur de la Santé.

Indicateurs : Fiches actualisées et mécanisme de mise à jour disponibles, ...

→ **Action 1.2.5. Réaliser le dépistage secondaire de l'entourage des cas détectés de maladies à déclaration obligatoire** (ex : tuberculose, Escherichia Coli, diphtérie, Multi-drugs resistant organisms, ...). Afin de limiter la propagation des MI, en fonction du contexte et lorsque cela s'avère nécessaire, il faudra assurer un dépistage systématique de l'entourage d'une personne atteinte d'une maladie à déclaration obligatoire (cependant, le dépistage n'est pas systématique pour toutes les maladies à déclaration obligatoire. Pour la tuberculose par exemple, il s'agit que des tuberculoses contagieuses). Pour ce faire, un dispositif légal doit détailler les prérogatives des inspecteurs en charge du contrôle. Ces actions sont réalisées en collaboration avec le médecin traitant du patient concerné.

Indicateurs : Abrogation de l'AR de 1971 concernant les maladies transmissibles et création d'un nouvel outil législatif concernant les maladies infectieuses et leur surveillance et contrôle en région Wallonne, réalisation d'une communication au travers d'un courrier (papier ou électronique) envers les médecins déclarants pour les informer des nouvelles dispositions,...

Objectif spécifique 1.3. Favoriser la prévention vaccinale tout au long de la vie. *Les compétences en matière de vaccination étant dispersées, il s'agit de créer, avec les parties prenantes, une politique de prévention vaccinale cohérente pour les wallonnes et les wallons, quel que soit leur âge.*

→ **Action 1.3.1. Créer un pôle d'expertise Vaccination en Région wallonne** qui permettra une gestion intégrée de la stratégie vaccinale en englobant tous les âges de la vie. Il mettra en avant l'expertise scientifique en vaccinologie et facilitera la concertation entre les différents niveaux de compétences. Actuellement, il n'y a pas de politique vaccinale et d'expertise dans ce domaine pour la population adulte en RW. Les taux de couverture vaccinale durant l'enfance et l'adolescence doivent rester suffisamment élevés pour éviter l'éclosion de phénomènes épidémiques durant l'âge adulte.

Si possible, ce pôle devrait s'insérer dans une vision plus large que la RW.

Indicateurs : Création du pôle d'expertise wallon et maintien sur le long terme, proposition de développer un pôle intercompétences,...

→ **Action 1.3.2. Elaborer une stratégie de vaccination tout au long de la vie** en cohérence avec les compétences des entités concernées. Les parties prenantes dans l'élaboration de cette stratégie seront : le pôle d'expertise Vaccination wallon, la Fédération Wallonie Bruxelles (FWB), représentée par l'Office des naissances et de l'enfance (ONE), le Conseil Supérieur de la Santé, la Communauté Germanophone, l'INAMI, la COCOM/COCOF, les experts en vaccinologie, etc. Une stratégie de vaccination tout au long de la vie engendrera une dynamique plus cohérente entre les différentes parties prenantes. Elle sera l'occasion d'adapter les actions par groupes cibles afin d'augmenter leur couverture vaccinale (usagers de drogues, personnel soignant, détenus, SDF, personnes âgées, migrants, personnes institutionnalisées, etc.) et permettra également d'étudier les effets vaccinaux sur l'apparition de maladies (par exemple : vaccination HPV sur cancer du col de l'utérus). Elle prévoira de mettre à disposition des doses vaccinales gratuites pour certains publics cibles. Elle permettra d'aller plus en profondeur des réticences à la vaccination auprès des professionnels et de la population.

Indicateurs : Une stratégie de vaccination élaborée en concertation avec toutes les parties prenantes qui couvre tous les âges de la vie,...

→ **Action 1.3.3. Disposer d'un registre électronique de vaccination tout au long de la vie.** Actuellement, e-vax est une plateforme électronique de commandes des vaccins en Fédération Wallonie Bruxelles pour les personnes de 0 à 18 ans. Outre l'amélioration du système de commande de vaccins, e-vax@ permet de constituer une banque de données vaccinales. La volonté est maintenant d'avoir un registre unique pour toute la population quel que soit l'âge, le prestataire ou le niveau de pouvoir compétent.

Indicateurs : En accord avec la FWB, élargissement du registre e-vax@ à l'ensemble de la population,...

→ **Action 1.3.4. Automatiser le transfert des données vaccination entre le dossier médical informatisé et le registre électronique de vaccination (e-vax@) et rendre possible au citoyen d'accéder à ses données vaccination.** Il s'agira d'éviter les doubles encodages en faisant le lien avec les données déjà contenues dans les dossiers informatisés patient.

Indicateurs : Existence d'un lien entre le DMI et le registre e-vax@ (label AViQ), création d'une carte de vaccination électronique tout au long de la vie, accessible pour l'individu, son/ses prestataire(s) de soins (et cela pourrait être en lien avec les données de la carte d'identité),...

→ **Action 1.3.5. Evaluer la stratégie de vaccination régulièrement par des enquêtes de couverture vaccinale pour des groupes cibles (ex. professionnels de santé, personnes âgées, ...).** La couverture vaccinale parmi des groupes spécifiques n'est pas suffisamment documentée. Afin d'améliorer les politiques de santé publique et de réorienter certains messages, il est nécessaire de réaliser des enquêtes de couvertures vaccinales (rougeole, influenza, pneumocoque, ...).

Indicateurs : Réalisation d'enquêtes de couverture vaccinale pour les pathogènes concernés, ...

Objectif de santé 2 : Favoriser les attitudes positives à l'égard des mesures préventives applicables aux maladies infectieuses auprès de la population et des professionnels.

Face aux réticences d'une partie de la population et des professionnels à adhérer aux mesures préventives, il est urgent de développer des projets adaptés aux besoins, aux publics, et qui développent des environnements favorables aux attitudes promues.

Cet objectif santé se décline en deux objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 2.1. Promouvoir les mesures de prévention en matière de maladies infectieuses au sein de la population. *Ces mesures préventives sont la vaccination, l'hygiène et le dépistage. Elles existent mais des réticences sont parfois observées quant à leur utilisation par la population et les professionnels. Cet objectif comporte de nombreuses actions visant à mieux comprendre ces réticences afin d'adapter les messages et les stratégies des projets de promotion de la santé et la nécessité de renforcer le dépistage de maladies infectieuses dans la population générale et pour des publics cibles. Pour certaines maladies infectieuses, un dépistage existe comme pour la tuberculose. Cet objectif est aussi en lien étroit avec le dépistage des IST.*

→ **Action 2.1.1. Elaborer une stratégie de dépistage des maladies infectieuses prioritaires (ex. tuberculose, HPV, HIV, VHB/VHC, autres IST, ...) tout au long de la vie.** Cette stratégie de dépistage ciblera également l'entourage du malade. Elle sera élaborée en collaboration avec les autres entités compétentes pour assurer une continuité et une cohérence de la prise en charge. Elle visera notamment des groupes cibles comme les détenus, SDF, demandeurs d'asile, etc.

Indicateurs : Stratégie et partenariats en place, disponibilité de stratégies de prévention, pour les maladies infectieuses prioritaires, adaptées aux différents groupes de population concernés,...

→ **Action 2.1.2. Analyser les freins et les leviers de la population et des professionnels à leur adhésion aux mesures préventives** afin d'adapter les stratégies et outils de promotion de la santé et de prévention. La perception du risque est également un élément à considérer dans cette analyse.

Indicateurs : Analyse (revue) d'études/articles scientifiques,...

→ **Action 2.1.3. Développer des projets spécifiques d'adhésion aux mesures préventives** : favorisant (i) l'hygiène de la population et des professionnels, (ii) la vaccination tout au long de la vie et (iii) le dépistage (tuberculose, HIV, HPV, etc.) auprès des professionnels et de la population. Ces projets se baseront sur les éléments documentés en termes de freins, de leviers et de perception du risque et respecteront les critères de qualité des interventions de promotion de la santé, en travaillant notamment sur les représentations de la population et des professionnels.

Indicateurs : Inventaire des projets d'adhésion,...

→ **Action 2.14. Informer la population générale et les publics cibles sur les mesures de prévention des maladies infectieuses**, en ce compris celles liées à l'environnement, en adaptant les contenus et les canaux de diffusion aux différents publics bénéficiaires (littératie). Il faudra les adapter en fonction de milieux de vie spécifiques, de certaines vulnérabilités (toxicomanie, personnes handicapées, etc.), des catégories d'âge (65 et plus, etc.) et de pathologies particulières (tuberculose, IST, etc.). La littératie en santé « se réfère à la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé. »¹

Indicateurs : Nombre de campagnes,...

→ **Action 2.15 Informer la population générale et les professionnels sur l'utilisation rationnelle des antibiotiques**. Il s'agit d'un enjeu de santé publique. En effet, une consommation exagérée d'antibiotiques peut entraîner un phénomène de résistance aux antibiotiques. Le contenu de ces campagnes devra être adapté et basé sur des canaux de diffusion accessibles.

Indicateurs : Nombre de réunions/communications réalisées annuellement sur cette thématique, inventaire des outils de communication mis en œuvre,...

Objectif spécifique 2.2. Intégrer les mesures de prévention dans la pratique quotidienne des professionnels des secteurs éducatifs, sociaux et de la santé. *A travers cet objectif, il convient également de planifier des actions à destination des acteurs sociaux-éducatifs qui travaillent dans l'aide à la jeunesse, les milieux ouverts, les maisons de repos, etc., mais aussi des actions qui favoriseront la promotion des mesures préventives par les professionnels de la santé (médecins, infirmiers, etc.).*

→ **Action 2.21. Informer, former et accompagner les professionnels des secteurs éducatifs et sociaux à la mise en place d'actions visant la promotion des mesures de prévention des maladies infectieuses.** Ces mesures de prévention sont principalement l'hygiène, le sommeil, la vaccination et la chaîne du froid. L'idée sous-jacente de cette action est d'encourager les professionnels à mettre en place un projet autour de la promotion des mesures de prévention des maladies infectieuses, quand cela fait sens dans leur pratique quotidienne (quand le besoin se fait ressentir). Il sera donc nécessaire de les former aux principes de base de la promotion de la santé et de la santé communautaire.

Indicateurs : Nombre de professionnels formés,...

→ **Action 2.22. Assurer une formation continue pour les professionnels socio-sanitaires, de l'éducation et relais en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, y compris la sensibilisation à la déclaration obligatoire.** Ceci concerne la vaccination, le dépistage, les IST, etc. et doit se faire dès la formation initiale des professionnels en collaborant avec les universités et les hautes écoles. Il existe actuellement des formations de mise à jour des connaissances pour les médecins généralistes notamment. Il s'agira d'encourager ce genre d'actions et de toucher les professionnels de la santé et de l'éducation (pharmaciens, médecins généralistes et spécialistes (urgentistes, gynécologues), ...), personnels des centres extrahospitaliers, les acteurs paramédicaux, psychosociaux (infirmières, sage-femme, AS, éducateurs, ...), les pairs et relais ainsi que le personnel d'accueil (réseaux sociaux, chat, ligne téléphonique...).

Indicateurs : Inventaire des formations continues réalisées par public bénéficiaire,...

→ **Action 2.23. Informer et sensibiliser les professionnels de santé quant aux mesures préventives (dépistage, vaccination) et aux principes de déclaration des maladies infectieuses.** Divers canaux existent pour y parvenir : fiches pratiques, site web, la participation aux journées annuelles de médecine générale, guidelines, modules spécifiques, etc.

Indicateurs : Site web de l'AViQ contenant une partie complète sur les maladies infectieuses, feed-back électronique envoyé de manière trimestriel vers les déclarants, newsletter mensuelle envoyée vers les déclarants, disponibilité et diffusion d'un rapport / épidémie, informer sur la mise à jour des obligations au niveau légal, développement de flyers spécifiques à destination des médecins généralistes par maladie (hépatite C, fièvre Q, ...), fiches Up to date sur les MI pertinentes (à déclaration ou non), ...

→ **Action 2.24. Développer les compétences des professionnels de la santé et de la population en matière de littératie en santé.** La littératie en santé¹ contribue à diminuer les inégalités de santé. Il faudra donc outiller les professionnels de santé et améliorer leurs compétences sociales en communication pour qu'ils intègrent les représentations psycho-socioculturelles de leurs patients et ainsi améliorer leur niveau d'autonomie et de liberté de choix². Cela peut passer par le développement d'outils pour promouvoir les mesures préventives en adaptant les contenus et les canaux de diffusion à ceux-ci. Selon les besoins et les publics, il pourra s'avérer utile d'encourager le développement de jeux et d'outils pédagogiques permettant d'outiller les professionnels pour mener leurs projets.

Indicateurs : Types d'outils élaborés,...

→ **Action 2.25 Renforcer le soutien aux professionnels de la santé par un support MATRA (ligne téléphonique, site web, mails, etc.).** Le dispositif MATRA (Maladies TRANsmissibles) existe déjà mais dispose de trop peu de moyens que pour assurer un soutien aux professionnels de la santé de Wallonie. Il est coordonné par la cellule de surveillance des maladies infectieuses de l'AViQ.

Indicateurs : Renforcement des RH experts en matière de maladies infectieuses, mise en disposition de fiches pratiques sur les MI, maintien d'une garde active 24h/24, 7j/7,...

Objectif de santé 3 : Réduire l'incidence des IST dont le VIH et les hépatites en Wallonie.

La stratégie proposée par l'OMS contre les infections sexuellement transmissibles fait partie d'une série de trois stratégies connexes du secteur de la santé couvrant la période 2016-2021 : couverture sanitaire universelle ; chaîne des services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; et approche de santé publique. Le Plan wallon contribue à ces objectifs dont le but est de contribuer à la réalisation du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Depuis 1997, la prévention du VIH et des autres IST a intégré une approche globale de promotion de la santé, laquelle fait appel à certains principes d'action (notamment la participation et l'action communautaire, le renforcement des aptitudes et l'action sur l'environnement ou encore le partenariat intersectoriel) et vise à réduire les inégalités sociales de santé en agissant sur les déterminants de santé à plusieurs niveaux (comportemental, environnemental, économique, socioculturel, politique).

Cet objectif santé se décline en 2 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 3.1. Améliorer le niveau d'information et renforcer les aptitudes des populations en matière d'IST dont le VIH et les hépatites, prévention, réduction des risques, dépistages et traitements. *Cet objectif spécifique, comme tous les autres en lien avec les Objectifs de santé 3 et 4 de cet Axe, sont fortement inspiré de la Note stratégique du CPAM³ pour la prévention du VIH et des autres IST en Région wallonne 2015-2020 (<http://www.strategiesconcertees.be/>)*

→ **Action 3.11. Renforcer les projets de terrain et les actions communautaires.** Les programmes communautaires peuvent interagir avec les programmes des organismes locaux.

Indicateurs : Nombre de personnes touchées, nombres d'interventions, nombre de matériel distribué, fréquence et durée des interventions, satisfaction du public, qualité des outils, satisfaction des intervenants, couverture territoriale et populationnelle, participation effective des publics,...

¹ <http://educationsante.be/article/la-litteratie-en-sante-comprendre-lincomprehension/>

² <https://www.litteratie-sante.com/>

³ « Le Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM), représentatif des intervenants du secteur IST/Sida et de Promotion de la santé à Bruxelles et en Wallonie, se réunit régulièrement pour décider des grandes orientations du processus des Stratégies concertées et définir la méthodologie liée à chaque étape. » <http://www.strategiesconcertees.be/cpam>

→ **Action 3.12. Concevoir des campagnes et des outils de sensibilisation et d'information à destination d'un public général et de publics prioritaires** (analyse des besoins, production, diffusion, évaluation, accompagnement). Ces campagnes doivent être aussi centrées sur des publics spécifiques (Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, femmes ayant des rapports sexuels avec les femmes, migrants, PVVIH, jeunes, ...). Ces campagnes et outils devraient éduquer et informer sur les IST, en ce compris le VIH, favoriser le développement d'un environnement qui facilite le dialogue autour de la sexualité et des risques qui y sont liés, favoriser le développement chez les jeunes d'une sexualité épanouie, sans crainte de la discrimination, faciliter l'accès pour les jeunes à l'information et aux services relatifs à la sexualité – en ce compris les services médicaux - en recourant notamment aux nouvelles technologies et réseaux sociaux, etc.

Indicateurs : Nombre de personnes touchées, nombre de matériel distribué, nombre de diffusion, nombre de vues, nombre de partages, satisfaction du public, qualité des outils, couverture territoriale et populationnelle, compréhension du message, cohérence des messages entre les outils,...

→ **Action 3.13. Organiser des concertations sur les informations à transmettre, les campagnes, les formations disponibles et les actions (contenu et calendrier) en fonction des différents publics.** Cela passerait par une concertation renforcée entre l'ensemble des acteurs médicaux, associatifs, communautaires, commerciaux, les PVVIH et les autorités publiques afin que ceux-ci mènent, en Région wallonne, des actions communes, concertées et acceptées par tous.

Indicateurs : Tenue et résultats des concertations,...

→ **Action 3.14. Soutenir et renforcer les Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA,** son comité de pilotage (CPAM) et ses groupes de travail thématiques. Les Stratégies concertées consistent dans la création d'espaces d'échange au sein desquels les acteurs, de manière collective : élaborent des analyses de situation systémiques, construisent des plans opérationnels et définissent des critères et des indicateurs d'évaluation pour assurer le suivi et la qualité de la mise en œuvre. Cette dynamique couvre et intègre les acteurs de la Région wallonne.

Indicateurs : Nombre de réunions, nombre de participants, nombre de publications (des résultats des concertations) et de communications, fréquence d'utilisation du site des Stratégies concertées, satisfaction des participants, qualité des productions, couverture associative et professionnelle, mise en place de processus de participation effective des acteurs,...

Objectif spécifique 3.2. Améliorer l'accès et le parcours de soins en matière d'IST (dont le VIH et les hépatites) : prévention, dépistage, vaccin. *Cela passe aussi par l'optimisation de la complémentarité et de la cohérence des actions.*

→ **Action 3.21. Diversifier l'offre de dépistage (autotest, démedicalisé - délocalisé, communautaire, Test Rapide à Orientation Diagnostique, centre gratuit et anonyme) et favoriser son accès.** Le développement d'une offre globale de dépistage est donc nécessaire. Actuellement, un test peut être réalisé par tout médecin généraliste ou spécialiste (que ce soit en médecine de ville, dans des centres médicaux, des centres de planning familial, des structures hospitalières). Des dispositifs spécialisés existent également (centre de dépistage anonyme et gratuit, centre de référence SIDA). Une information et un accompagnement vers ces structures sont proposés par les acteurs de prévention.

Les constats de tardivité montrent que les stratégies de dépistage doivent évoluer pour en faciliter l'accès, notamment par : la multiplication des points d'entrée (p. ex. dispositifs délocalisés) et la diversification des modalités (p. ex. dispositifs démedicalisés avec tests rapides à orientation diagnostique, auto-tests, (*) en tenant compte de l'arrêt recommandé la formation des intervenants par les centres de référence SIDA.)

Indicateurs : Nombre de dépistages, nombre de personnes dépistées positives, diversité des lieux de dépistage (en mobile et en fixe, dans les différents milieux de vie, y compris les lieux de rencontre et de consommation sexuelle, ...), satisfaction du public, gratuité des dépistages, couverture des IST, nombre de personnes formées (*).

→ **Action 3.22. Distribuer gratuitement du matériel de prévention et de réduction des risques sexuels et liés à l'usage de psychotropes** (préservatifs, lubrifiants, traitement post-exposition, prophylaxie pré-exposition, matériel d'injection et de snif, etc.). Cela pourrait passer par l'approvisionnement des lieux de fête et de travail du sexe en préservatifs/lubrifiant de qualité, la sensibilisation à l'utilisation du préservatif, la distribution de préservatifs et de lubrifiant en milieu carcéral.

Indicateurs : Nombre de personnes touchées, nombre de matériel distribué, nombre d'interventions, satisfaction du public, qualité des outils, couverture territoriale et populationnelle, qualité de l'accompagnement pendant la distribution, complémentarité et diversité du matériel distribué,...

→ **Action 3.23. Assurer un accompagnement des personnes** afin de faciliter leur entrée et maintien dans les soins, ainsi qu'une prise en charge globale et pluridisciplinaire (et particulièrement les personnes en situation de séjour précaire). Une information et un accompagnement vers les structures de dépistage doivent être renforcés par les acteurs de prévention. Par exemple, il s'agit d'assurer l'accompagnement des PVVIH en maison de repos en s'assurant de la formation du personnel à cet égard.

Indicateurs : Nombre de personnes orientées et/ou accompagnées, collaboration et contacts entre acteurs du préventif et du curatif (réorientation des personnes dépistées vers le milieu associatif ou les groupes d'usagers ou d'auto-support et orientation vers le milieu des soins), mise en commun des informations disponibles et mises à jour régulières,...

→ **Action 3.24. Elargir l'accès, l'information et le remboursement de la vaccination et des traitements liés aux IST (HPV (inclure les garçons), VHC, VHB /VHA (inclure les usagers de drogue), PrEP, etc.)**

Indicateurs : Nombre de personnes vaccinées ou traitées, couverture vaccinale (selon le genre et l'âge), compréhension et adoption des messages, qualité des outils d'information, information actualisée sur les lieux proposant la PrEP et son accompagnement, couverture territoriale et populationnelle, qualité de l'accompagnement pendant la distribution,...

Objectif de santé 4 : Améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs de la population en favorisant les conditions d'une sexualité épanouie et responsable.

La santé sexuelle est une des composantes de la santé de la reproduction mais, dissociant fécondité et sexualité, elle inclut les dimensions affectives et sociales des relations sexuelles. L'objectif est d'intégrer la notion de responsabilité partagée, notamment par une approche favorisant l'autonomie des femmes et la pratique d'une sexualité responsable pour les hommes. Il s'agit également d'œuvrer pour la qualité et les conditions de vie. Cet objectif vise la population générale mais aussi les populations plus vulnérables ou particulièrement exposées aux IST dont le VIH et les hépatites.

Cet objectif santé se décline en 6 objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 4.1. Défendre les droits des PVVIH et des autres populations vulnérables. *Cela nécessite de mieux informer les PVVIH et de défendre leurs droits (en matière d'accès aux soins de santé et face aux discriminations) et renforcer leurs capacités de telle sorte qu'ils puissent effectivement les faire valoir¹.*

Cet objectif spécifique est soit un objectif transversal soit du ressort du département de l'égalité des chances.

Objectif spécifique 4.2. Développer un environnement social favorable et soutenant pour les personnes atteintes d'IST (dont le VIH et les hépatites). *Cet objectif vise notamment la clarification du cadre légal, la lutte contre les pratiques répressives contre-productives en matière de santé, le renforcement de l'approche communautaire et de la participation des personnes.*

→ **Action 4.2.1. Développer et soutenir les associations de personnes atteintes, d'auto-support et les actions d'éducation par les pairs.** Cette action est primordiale afin que les personnes atteintes d'IST puissent trouver des ressources auxquelles elles s'identifient. L'implication des pairs dans les associations et leurs actions de soutien contribuent à l'impact de celles-ci.

Indicateurs : Nombre d'associations appuyées,...

Objectif spécifique 4.3. Soutenir et généraliser l'EVRAS dans tous les milieux et parcours de vie.

L'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle devrait faire l'objet d'interventions éducatives généralisées, répétées et appropriées dans le milieu scolaire mais également dans d'autres milieux de vie tels que les milieux festifs ou les centres d'accueil et d'hébergement.

→ **Action 4.3.1. Soutenir la formation et la création d'un label qualité à l'animation EVRAS.** Ce label permettrait d'avoir l'assurance du respect de certains guidelines et pratique dans les animations EVRAS pour les institutions qui désirent y avoir recours. L'attribution de ce label devra être régulièrement revu afin de garantir l'adhésion aux critères sur le long terme.

Indicateurs : Disponibilité du label et de son cahier des charges, nombre d'animations labellisées,...

→ **Action 4.3.2. Réaliser l'implantation et l'accompagnement de cellules EVRAS dans toutes les écoles.** Cette action vise l'entièreté du cycle scolaire, de la maternelle à l'enseignement supérieur et tous réseaux confondus. Cet accompagnement passe par l'organisation de concertations avec les professionnels concertés.

Indicateurs : Inventaire des cellules EVRAS disponible et analysé,...

→ **Action 4.3.3. Développer des Stratégies Concertées EVRAS et partir d'un état des lieux de l'existant.** Actuellement, ces stratégies concertées n'existent pas. Seule une plateforme EVRAS est active mais ne regroupe pas l'ensemble des acteurs pratiquant l'EVRAS.

Indicateurs : Création d'espaces d'échange,...

→ **Action 4.3.4. Sensibiliser le monde pédagogique (direction comprise) et les parents à l'EVRAS à l'école.** Cela passe entre autres par la sensibilisation des enseignants et futurs enseignants à l'EVRAS au cours de leur cursus de formation et par l'accompagnement de ces professionnels tout au long de leur parcours professionnel.

Indicateurs : Stratégies de sensibilisation mises en place,...

→ **Action 4.3.5. Soutenir et accompagner des projets pour l'instauration de l'EVRAS dans tous les milieux de vie et les parcours de vie.** Cette action se situe en dehors du champ scolaire et vise d'autres milieux de vie tels que les espaces festifs comme les festivals, les centres d'accueil et d'hébergements ainsi que d'autres milieux de vie à identifier.

Indicateurs : Inventaire projets EVRAS hors milieux scolaire,...

→ **Action 4.3.6. Organiser des concertations locales de professionnels** issus de champ d'activité variés afin d'assurer une complémentarité et une cohérence dans l'offre.

Indicateurs : Nombre de concertations locales réalisées, variété des professionnels présents, questionnements abordés, etc.

Objectif spécifique 4.4. Améliorer la santé sexuelle et reproductive de la population générale et des populations vulnérables. *en matière d'orientation sexuelle, d'identité et d'expression de genre, de politique de genre, de contraceptions, d'accès à l'IVG et de lutte contre les violences sexuelles (dont les MGF et les mariages forcés). Cela passe aussi par la lutte contre les stéréotypes, les discriminations, les stigmatisations et les violences sexuelles et de genre des populations vulnérables, liées au genre, aux orientations sexuelles, au statut sérologique, à l'origine, au statut juridique, ...*

→ **Action 4.4.1. Développer et diffuser des campagnes de sensibilisation et des outils adaptés aux besoins des populations vulnérables** sur les thématiques de santé sexuelle et reproductive (dont le droit de disposer de son corps, le consentement et le droit à l'intégrité physique). Il s'agit donc de concevoir des campagnes et des outils de sensibilisation et d'information (autour des violences sexuelles et de genre, MGF, viols, harcèlement, mariages forcés, violences homophobes et transphobes, etc.) à destination d'un public général et de publics prioritaires (analyse des besoins, production, diffusion, évaluation, accompagnement).

Indicateurs : Inventaire des campagnes et outils, identification d'indicateurs d'impact, ...

→ **Action 4.4.2. Renforcer l'information et l'orientation des personnes en situation de discrimination ou de violence sexuelles et de genre, ainsi que leur entourage, vers des services spécialisés.** Cela passe aussi par le renforcement de l'information et l'intégration la thématique des violences sexuelles et de genres (dont les MGF et les mariages forcés) de manière systématique dans le parcours d'intégration qui devrait se réaliser en collaboration avec les Centres régionaux d'intégration : CRILUX, CRIPEL, ...

Indicateurs : Inventaire des campagnes et outils, identification d'indicateurs d'impact, ...

→ **Action 4.4.3. Création d'une ligne d'écoute gratuite spécifique aux questions de santé affective, sexuelle et reproductive.** Des personnes formées pourraient répondre aux demandes en toute confidentialité et bienveillance. Cette ligne pourra également faciliter l'orientation des personnes vers les services adaptés à leurs besoins.

Indicateurs : Ligne d'écoute fonctionnelle, formation du personnel, ...

→ **Action 4.4.4. Création d'une page spécifique aux acteurs wallons via le site zanzu.be.** À l'initiative de Sensoa, le centre Flamand d'expertise sur la santé sexuelle, ce site internet fournit des informations sur la sexualité et la santé sexuelle et reproductive dans plus d'une dizaine de langues.

Indicateurs : Partenariat conclu, page spécifique accessible, ...

→ **Action 4.4.5. Augmenter le nombre de toilettes publiques gratuites équipées de distributeur de préservatifs.** Cette action vise à rendre davantage accessible le matériel de réduction des risques en matière d'IST que représente le préservatif.

Indicateurs : Nombre d'infrastructures développées et rendues accessibles, ...

→ **Action 4.4.6. Favoriser les initiatives mobiles de dépistage et de prévention.** Parmi ces initiatives, il s'agit également de renforcer l'existant tel que les bus itinérants (Médibus) ou les actions de prévention et de réduction des risques en milieux festifs.

Indicateurs : Nombres d'initiatives et de stratégies appuyées, ...

→ **Action 4.4.8. Renforcer et opérationnaliser le Plan Intra-francophone 2015-2019 en matière de luttes contre les violences sexistes et intrafamiliales.** Adopté par les Gouvernements de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région Wallonne et de la COCOF, ce Plan contient plus de 150 mesures visant la prévention, la protection et le soutien des personnes victimes de ce type de violence.

Indicateurs : Appui au Plan Intra-francophone 2015-2019, ...

Objectif spécifique 4.5. Améliorer l'accès à la contraception, à l'IVG et à l'accompagnement des grossesses. *Cet objectif part du constat que l'accessibilité de ces dimensions de la vie sexuelle et reproductive n'est pas optimale en Région Wallonne, comme en Belgique par ailleurs. Il vise l'atteinte du meilleur standard possible en matière de droits sexuels et reproductifs pour toutes les femmes et la réduction des inégalités qui sévissent à ce sujet.*

→ **Action 4.5.1. Améliorer l'accès aux consultations gynécologiques, sexologiques et aux services de planification familiale.** À nouveau, l'accessibilité est ici pensée sous ses différentes dimensions. L'action vise un meilleur accès pour la population générale mais aussi pour des populations plus vulnérables.

Indicateurs : Accès amélioré aux services, ...

→ **Action 4.5.2. Renforcer la mise en place des ateliers de préparation à la naissance** pour les femmes, en fonction de leur parcours de vie, dont celles ayant subi des violences (MGF, mariages forcés, violences sexuelles, ...).

Indicateurs : Nombre d'ateliers soutenus et développés, ...

Objectif spécifique 4.6. Développer les connaissances et les compétences des professionnels, des futurs professionnels, des relais et des pairs. *Développer et renforcer les savoirs fondamentaux des professionnels concourent notamment à augmenter la qualité des pratiques, des actions, projets et programmes et permet d'offrir les réponses les plus adaptées aux problématiques en lien avec la santé sexuelle et reproductive et les droits y afférant. Cet objectif dédié aux professionnels, futurs professionnels, aux adultes relais, pairs mais aussi bénévoles peut se réaliser si ces personnes sont sensibilisées, accompagnées, formées et outillées en matière de prévention, de promotion de la santé et de réduction des risques.*

→ **Action 4.6.1. Former les professionnels médico-psychosociaux et les futurs professionnels de santé à la santé sexuelle et reproductive** en intégrant les sujets des nouveaux enjeux de prévention des IST-VIH, d'orientation sexuelle, d'identité et d'expression de genre, des MGF, de contraception, d'IVG, de violences sexuelles et des mariages forcés. Cette action doit tenir compte de la complémentarité des offres de formation et nécessite une certaine concertation en fonction des thématiques.

Indicateurs : Nombre de formations, nombre de participants, nombre d'outils de formation ; satisfaction des participants, qualité des outils, couverture associative et professionnelle, travail en réseau et partenariats, adéquation des outils aux nouvelles recommandations régionales, nationales et internationales, adéquation aux nouveaux besoins et enjeux, ...

→ **Action 4.6.2. Former les pairs et les relais, ainsi que le personnel d'accueil à la santé sexuelle et reproductive.**

Indicateurs : Nombre de formations réalisées, ...



AXE 5 : LA PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ

Cet axe couvre d'une part la prévention des traumatismes intentionnels et non-intentionnels et la promotion de la sécurité.

1. Principes d'intervention

Prévention des traumatismes et promotion de la sécurité

Tant les événements (accidents) que les traumatismes font l'objet de la prévention des traumatismes, mais la distinction est importante : on dépasse les orientations préventives qui se limitent à identifier des individus à risque et à tenter de modifier leurs comportements et on développe l'idée que l'on peut protéger les individus d'un traumatisme même si l'on ne peut éliminer la cause de celui-ci (analogie avec le vaccin qui empêche de développer la maladie mais qui n'empêche pas le contact avec le virus ou la bactérie).

Les interventions de prévention des traumatismes suivent quatre grands principes :

- Étant donné la multifactorialité des traumatismes, il faut privilégier des stratégies mixtes qui touchent plusieurs facteurs (intersectorialité) ;
- Prioriser les mesures les plus efficaces, qui ont la capacité d'agir sur le résultat final ;
- Prioriser les mesures de prévention passive, qui renforcent la qualité des environnements et ne nécessitent pas une attention permanente des personnes (comme les détecteurs de fumée, le contrôle de la température de l'eau chaude sanitaire etc.). Ces mesures sont plus « égalitaires » que les mesures actives et de meilleure prévisibilité ;
- Considérer les analyses de coût efficacité.

Un cadre de référence en promotion de la sécurité et prévention des traumatismes

Plusieurs approches sont utilisées dans le domaine de la sécurité et de la prévention des traumatismes. Un cadre conceptuel commun constitue un bon fil conducteur entre les modèles utilisés afin de favoriser la collaboration entre les intervenants et les secteurs concernés de même qu'une meilleure coordination des interventions. De plus, plusieurs enjeux de sécurité partagent les mêmes facteurs de risque. Par exemple, les armes à feu, les médicaments, l'alcool, les drogues sont tous reliés au suicide, à la violence, à la criminalité et aux traumatismes non intentionnels. Il est donc avantageux de considérer ces problèmes et ces risques globalement pour favoriser l'efficacité et l'efficience des interventions. L'approche communautaire de la sécurité à l'échelle communale est une réponse adaptée à ce constat.

Le cadre de référence proposé ne rejette aucune approche ou modèle d'intervention. Il vise à proposer une conception de la promotion de la sécurité et de la prévention des traumatismes et constitue en quelque sorte un fil conducteur qui devrait faciliter la création d'un réseau de partenaires provenant de plusieurs disciplines et secteurs différents en vue de collaborer à l'atteinte d'un objectif commun.

Soulignons que toutes les actions proposées sont à mener dans une perspective durable pour atteindre leurs pleins effets et sont dès lors à pérenniser. Les actions de type ponctuel sont moins pertinentes en matière de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

2. Programmation

OBJECTIFS DE SANTÉ

Objectifs de santé 1 : Réduire les traumatismes non-intentionnels et notamment

- Atteindre moins de 15% de la population de plus de 65 ans qui ont fait une chute dans l'année
- Atteindre moins de 5% de la population générale ayant eu un accident (quelle que soit son origine) nécessitant des soins dans l'année
- Atteindre moins de 40% des élèves de fin de primaire et secondaire ayant eu une blessure nécessitant des soins dans l'année

Objectif de santé 1 : Réduire les traumatismes non-intentionnels

La santé est bien-sûr considérée ici telle qu'elle est décrite dans la définition proposée par l'OMS, s'étendant au bien-être physique, psychologique et social. Afin d'améliorer la sécurité de tous, de réduire le nombre d'événements non-intentionnels ainsi que la gravité des traumatismes qu'ils provoquent, il sera nécessaire d'adopter différentes stratégies portant sur: les connaissances et les compétences des personnes, le questionnement des représentations en matière de risque et de sécurité, le soutien aux professionnels dans leurs pratiques, la sécurité des environnements ou encore le développement de mesures visant à réduire les temps d'intervention à la suite d'un événement problématique.

Cet objectif de santé se décline en cinq objectifs spécifiques et leurs actions :

Objectif spécifique 1.1. Augmenter la culture de la sécurité en Wallonie. Cet objectif vise l'ensemble de la population, les professionnels ainsi que les décideurs et responsables institutionnels. Il s'agit notamment d'améliorer le travail en réseau des professionnels et de donner accès à des services, des ressources et des données actuelles en matière de prévention, de promotion et de prise en charge dans le domaine de la sécurité.

→ **Action 111. Créer ou reconnaître un centre de référence pour la promotion de la sécurité et prévention des traumatismes.** Un centre de référence dans le domaine aurait pour missions : la mise à jour et la diffusion des données, des connaissances et des expériences, l'incitation à l'expérimentation et aux apprentissages (prise de risque contrôlé), la promotion des systèmes et matériel de sécurité et de protection, la création d'un système permanent de surveillance des traumatismes, l'observation et l'analyse des environnements humain et physique, l'établissement d'un cadastre, reprenant les institutions actives dans le domaine et les actions existantes, ainsi que sa diffusion, la diffusion de ressources documentaires (conseils, normes, outils pédagogiques...), la participation des populations et la mobilisation communautaire, l'information et la formation des publics, des professionnels et des élus, la mise en réseau des acteurs et des secteurs impliqués, l'appui méthodologie aux acteurs qui en font la demande, etc.

Indicateurs : Le centre est créé ou une institution existante est reconnue comme tel,...



→ **Action 112. Organiser de manière permanente les collaborations et les complémentarités entre les institutions et les organismes actifs dans le domaine,** dont les groupements de citoyens. Cela doit passer par une identification des secteurs, des acteurs experts et groupements de citoyens (actualiser le répertoire existant). Par la suite, un séminaire intersectoriel annuel pourrait être organisé dans le but d'échanger des outils et des savoirs, des données, un cadastre des actions, et de rencontrer les représentants de ces groupes pour examiner leur travail et leurs priorités en matière de prévention des traumatismes.

Indicateurs : Nombre d'acteurs répertoriés, la tenue du séminaire annuel, le nombre de rencontres et de groupes de travail, la proportion d'acteurs présents dans le réseau par rapport aux acteurs répertoriés,...

→ **Action 113. Collecter et analyser des données sur les besoins et les représentations des citoyens par rapport à la sécurité.** Cette action vise l'augmentation des données disponibles pour adapter au mieux les mesures prises pour la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité. Il serait nécessaire pour cela de rassembler les données existantes et disponibles, mais aussi de mener des enquêtes qualitatives et quantitatives en veillant à ce qu'elles couvrent tous les groupes de population (couverture rurale/urbaine, accessibilité aux personnes qui ne maîtrisent pas ou peu le français, ...). Par ailleurs, la mobilisation des communautés peut également être un outil : utiliser les lieux de participation citoyenne (conseils de participation, commissions consultatives, ...). La collecte et l'analyse des données devraient être suivies par un retour des résultats aux publics concernés en vue d'une ré-appropriation (apports de nuances, informations complémentaires, réflexion sur les réponses/actions à apporter, ...).

Indicateurs : l'existant est rassemblé, les enquêtes sont réalisées, des réunions avec les publics sont organisées,...

→ **Action 114. Concevoir et diffuser des outils d'information et de sensibilisation pour prévenir les traumatismes et promouvoir la sécurité.** Ces outils peuvent s'orienter vers une multitude de canaux de diffusion et s'apparenter à des campagnes, des guides, des outils de communication spécifiques, du théâtre action, etc. Les sujets qu'ils doivent aborder touchent à la notion de prise de risque, risque réel, risque perçu, ou encore à la peur. Ces outils peuvent être conçus pour le grand public. Toutefois, il s'agit également de maintenir et de développer des outils qui touchent des publics spécifiques. Les différentes phases de cette action sont les suivantes : conception, prétest, diffusion, évaluation.

Par exemple, il s'agirait de mener une campagne sur la prévention des chutes, sur base d'une sensibilisation aux risques/conséquences liées aux chutes et à la prévention possible aux niveaux des communes (via des conférences à thèmes, les ASBL relais, les Maisons de quartiers, CCCA, ...). Cela pourrait aussi se faire via l'édition d'un dépliant d'information « prévention des chutes » à destination des aînés et des prestataires de soins. Une sensibilisation pourrait également avoir lieu via internet. Les campagnes et activités de prévention des chutes doivent impérativement mettre l'accent sur les trois types de facteurs qui favorisent les chutes, à savoir les facteurs intrinsèques, ceux liés aux comportements et ceux liés aux environnements.

Indicateurs : Des outils sont conçus, testés, diffusés et évalués,...

Objectif spécifique 1.2. Augmenter et renforcer les capacités de la population à adopter des comportements favorables à leur sécurité. « La sécurité est considérée comme un des besoins fondamentaux de l'être humain (Maslow 1968). Elle est par conséquent considérée comme un préalable au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ».¹ À ce titre, l'atteinte de cet objectif d'augmentation et de renforcement des capacités de la population est primordiale pour avoir un impact positif non seulement sur la sécurité des personnes mais aussi sur leur santé. Afin de renforcer les capacités de chacun, les stratégies sont axées sur la formation des adultes et des professionnels qui servent de relais pour toucher des publics spécifiques tels que les enfants et les personnes âgées.

→ **Action 121. Former les adultes proches de l'enfant** (parents, puéricultrices, gardiennes à domicile, baby sitter, ...) à observer le développement de l'enfant, à identifier les situations à risque, à adapter leur

¹ Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et organisationnels. Septembre 1998.

comportement et les environnements. Il est donc nécessaire de développer des formations à destination des parents, puéricultrices, gardiennes à domicile, baby sitter, etc.

Indicateurs : Nombre de personnes inscrites à ce type de formation,...

→ **Action 1.2.2. Former des animateurs d'« ateliers équilibre »** prenant en compte tous les facteurs de risque (facteurs intrinsèques, facteurs liés aux comportements, facteurs liés aux environnements) de chute chez les aînés et étendre l'implantation de ce type d'ateliers. Il s'agit notamment de permettre aux personnes âgées de mettre en relation leurs capacités fonctionnelles et leur analyse de risque.

Indicateurs : Nombre d'animateurs formés, couverture territoriale des animateurs formés,...

→ **Action 1.2.3. Renforcer les compétences des professionnels en matière de stratégies et de méthodes de prévention des traumatismes.** Par exemple, il s'agirait de former de tous les professionnels des services de soins et d'aide qui travaillent au domicile des aînés, de former et soutenir les enseignants pour l'intégration de la thématique de la sécurité routière dans le cursus des élèves, de former les professionnels (moniteurs sportifs) pour comprendre et maîtriser les éléments qui permettent de prévenir, d'anticiper des incidents et des accidents fréquents, etc.

Indicateurs : Nombre de professionnels formés,...

Objectif spécifique 1.3. Promouvoir des environnements favorables à la sécurité de tous. À l'instar de la promotion d'environnements favorables à la santé, cet objectif s'inscrit dans une perspective similaire en visant spécifiquement la sécurité. Les stratégies vont d'une part viser les décideurs et responsables institutionnels afin qu'ils développent des mesures permettant d'aménager les différents lieux de vie de la population et d'autre part, elles vont viser à soutenir et accompagner les personnes dans leurs initiatives d'aménagement de l'environnement.

→ **Action 1.3.1. Promouvoir et soutenir l'implantation des labels de « safe communities », « ville-santé », « villes amies des aînés »**,... Par cette action, il est nécessaire de veiller à ce que la sécurité soit une priorité à prendre en compte par les communes, les concepts de « villes-santé » et « villes amies des aînés » comprenant des aspects de sécurité.

Indicateurs : Nombre de communes qui font la demande de label, nombre de communes qui ont obtenu le label, nombre de communes qui développent réellement des activités,...

→ **Action 1.3.2. Sensibiliser tous les niveaux de pouvoir à l'accessibilité et à la sécurité de tous, dans tous les lieux publics.** Il est nécessaire de légiférer sur l'aménagement des espaces publics adapté aux besoins des personnes, sur base par exemple des travaux de la Coordination des Associations de seniors¹⁵, de ceux de l'AViQ ou d'autres institutions relais. Les décideurs et responsables institutionnels doivent porter une attention particulière aux publics les plus vulnérables (personnes à mobilité réduite, personnes en situation de handicap, jeunes enfants,...), en sachant que les mesures prises pour ces publics seront bénéfiques pour le public général.

Indicateurs : Mise en place de démarches de sensibilisation, proposition d'adaptation de la législation pour l'aménagement des espaces publics,...

→ **Action 1.3.3. Donner accès à du matériel « de sécurité » adapté aux lieux de vie et prévoir l'accompagnement à l'utilisation.** Il s'agit de fournir des moyens financiers et techniques pour la sécurité du domicile (primes à l'achat pour du matériel de sécurité). Les personnes qui y auraient recours devraient être suivies pour la mise en place et accompagnées pour l'utilisation du matériel de sécurité acquis (rampe d'accès, télé-vigilance, adaptation de la salle de bain,...).

Indicateurs : Type de primes existantes, le nombre de personnes qui y ont recours, l'accompagnement est mis en place,...

→ **Action 1.3.4. Sensibiliser le législateur à développer des mesures de renforcement de la sécurité des produits (par exemple le secteur de l'automobile, du loisirs, de l'habitat,...) et promouvoir le développement de technologies de prévention passives** (exemple : le retrait de certains produits de la vente, la fixation d'une température maximale pour l'eau chaude sanitaire dans les salles d'eau afin de minimiser les risques de brûlures (initiative mise en place en France), obligation de porter un casque pour les cyclistes et les cavaliers,...). Cette action est à mener en articulation avec des services comme la commission de la sécurité des consommateurs du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie.

Indicateurs : Mise en place de démarches de sensibilisation du législateur, concertation des services concernés,...

→ **Action 1.3.5. Outiller et accompagner les écoles et autres institutions accueillant des enfants à assurer des environnements sécurisés.** Il s'agit par exemple d'équiper les cours d'école et autres espaces de jeux d'équipement certifiés aux normes. Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir un accompagnement à l'utilisation et à la gestion et la maintenance de ces équipements sur le long terme. Cela peut aussi passer par une formation du personnel.

Indicateurs : Nombre d'institutions qui sont outillées et accompagnées,...

→ **Action 1.3.6. Former les enfants de l'enseignement primaire à l'utilisation des numéros d'appels d'urgence et les initier aux notions de premiers soins.** Cette action requiert une sensibilisation et un intérêt de la part du corps enseignant afin d'importer des programmes de type « Benjamin Secouriste » dans les classes.

Indicateurs : Nombre d'animations mises en place, nombre d'écoles participantes,...

Objectif spécifique 1.4. Réduire la prévalence des chutes chez les aînés. Les stratégies de prévention devraient être globales et multiformes. L'aspect de prévention de chutes est davantage développé ci-dessus dans le volet qui concerne la prévention des traumatismes non intentionnels et la promotion de la sécurité.

→ **Action 1.4.1. Implémenter des outils de dépistage de la fragilité et d'évaluation gériatrique globale,** c'est-à-dire « promouvoir le processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé fragile, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psychosociales et fonctionnelles, dans le but d'implanter un projet de traitement et de suivi à longue durée tenant compte de réalités personnelles et des besoins des patients »¹

Indicateurs : Disponibilité des outils de dépistage, formation à leur utilisation,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.2. Appuyer les activités collectives qui favorisent le renforcement musculaire (par exemple le Tai-Chi, le Yoga, etc.) et celles qui favorisent chez les aînés l'amélioration de l'équilibre.** Ces initiatives méritent d'être soutenues et étendues, et une communication vers les aînés est nécessaire. Des exemples d'activités à promouvoir seraient de mener une campagne « Semaine de l'équilibre en Wallonie », de favoriser la gratuité des inscriptions aux clubs sportifs et l'accès gratuit aux piscines avec des plages horaires « réservées », etc.

Indicateurs : Nombre d'activités appuyées, diffusion de ce type d'activités au travers de la campagne de sensibilisation,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.3. Développer le dépistage des personnes à risque de chute par le médecin généraliste et le proposer aux personnes à partir de 60 ans.** Cette mesure préventive permettrait ainsi d'informer, de conseiller et d'orienter les personnes selon leur niveau de risque (Arbre décisionnel pour la prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile)

Indicateurs : Proposition effective du dépistage aux personnes par le médecin,... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.4. Développer et mettre en place un programme d'évaluation du risque de chute et d'intervention en maison de repos et de soins.** Si ces programmes ne semblent pas exister tels quels, ils sont suggérés dans de nombreux travaux plus généraux⁷.

Indicateurs : Processus de développement du programme, diffusion du programme, nombre de maisons de repos et de soin qui l'appliquent, ... réduction chez les personnes de plus de 65 ans, l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur

→ **Action 1.4.5. Promouvoir et soutenir les initiatives pour apprendre aux personnes âgées à se relever seule lors d'une chute.** Ces initiatives devraient être intégrées dans les activités collectives de loisirs des personnes à partir de 60 ans. Il s'agit donc de sensibiliser les institutions à intégrer cette dimension dans leur offre d'activité et d'appuyer celles qui le font déjà. Par ailleurs, il s'agit également de soutenir les activités existantes de type « ateliers équilibres ».

Indicateurs : Nombre d'institution intégrant la dimension, nombre de personnes participant aux ateliers, ...

Objectif spécifique 1.5. Réduire la mortalité et la morbidité liées à la violence routière

Indicateurs : taux de décès par accidents de la route, morbidité par accidents de la route, le nombre de blessés par accidents de la route

Objectif spécifique 1.6. Réduire les accidents de la vie courante chez les enfants

Indicateurs : réduire, chez les enfants de moins de 15 ans la mortalité par accidents de la vie courante

Objectif spécifique 1.7. Intégrer la sécurité de façon transversale dans toutes les politiques et à tous les niveaux de pouvoir, afin d'encourager les politiques, les actions et concertations locales en lien avec la prévention des traumatismes.

→ **Action 1.7.1. Développer des politiques qui s'engagent à promouvoir, protéger et rétablir la santé** Il s'agit ici d'encourager les approches intersectorielles en santé mentale aux différents niveaux de pouvoir (fédéral, FWB, régional) qui prennent en compte les déterminants de la santé.

Indicateurs : Impact des actions entreprises sur la diminution des traumatismes

→ **Action 1.7.2. Mettre en place des évaluations d'impact sur la santé** pour estimer les retombées potentielles des projets, des politiques et des interventions sur les traumatismes de santé.

Indicateurs : Mise en place d'évaluation d'impact en santé, financement de ce type d'évaluation, ...

VII. Cadre de gestion du Plan

Le Plan doit être opérationnalisé, implémenté sur tout le territoire wallon (région de langue française), mené jusque 2030 et avoir un impact durable.

Un plan de santé, ce sont des déclarations d'intention et des engagements pour l'avenir. Pour les concrétiser en actions réelles, il convient de mettre en place des mécanismes performants de gestion de l'implantation et de soutien à la dynamique générale du plan. Les principes de gouvernance de la gestion du Plan s'inscrivent dans la continuité de ceux qui ont guidé son écriture : participation et collaboration des parties prenantes, co-construction, transparence (rapports publics). Il doit reposer pour cela sur des structures permanentes et organisées, miser sur la participation et reposer sur les preuves.

La qualité de la gestion du plan déterminera directement l'efficacité de celui-ci et sa mise en place sur le long terme.

Un comité de pilotage stratégique est mis en place pour assurer la coordination du Plan. La composition et le fonctionnement de ce comité est arrêtée par le Gouvernement. Au minimum sont représentés dans le comité de pilotage stratégique : l'Agence en charge de la promotion de la santé, le comité de concertation des CLPS, celui des centres d'expertises, les centres d'opérationnalisation, les opérateurs en promotion de la santé. Ce comité comprendra également dans ses membres des responsables de la santé environnementale en Région wallonne, des acteurs locaux de promotion de la santé

Le comité de pilotage stratégique doit répondre à quatre objectifs de gestion : évaluation, ajustement, gestion budgétaire et communication. Pour arriver à ces objectifs, le comité de pilotage stratégique réalise ou fait réaliser un ensemble de tâches telles que définies ci-dessous.

Le comité de pilotage peut décider de créer des sous-groupes, ponctuels ou permanents de concertation pour l'épauler dans son travail.

1. Objectifs de la gestion du plan

La fonction de gestion du Plan doit assumer plusieurs objectifs complémentaires :

1.1 Evaluation

- Favoriser l'appropriation de la méthode d'évaluation participative par les parties prenantes en lien avec le code wallon de l'action sociale et la santé (CWASS) et les méthodes développées à l'AVIQ (notamment le RASH).
- Évaluer le degré de réalisation des interventions prévues dans le Plan sur base, entre autres, des informations fournies par les acteurs
- Evaluer les résultats et l'impact des interventions par rapport aux objectifs du Plan.
- Analyser les écarts entre le prévu et ce qui est atteint (effets attendus et non attendus en termes de réalisation, de résultat et d'impact), leurs causes et les mesures d'adaptation
- Analyser les risques et envisager les mesures de réduction ou de prévention des risques
- Analyser la qualité des interventions en fonction des critères préalablement identifiés
- Analyser le plan de prévention et de promotion de la santé en tant qu'outil de gouvernance aux niveaux régional, interrégional et local en ce compris les territoires propres à chaque CLPS.
- Identifier les synergies entre le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé et les autres plans wallons, ainsi qu'avec les acteurs de promotion de la santé de la cocof et l'ONE notamment.

1.2. Ajustements

- Partager le contenu de ces évaluations et analyses avec les parties prenantes du Plan (citoyens, opérateurs, services administratifs, autorités politiques) pour les compléter, les valider et formuler les mesures correctrices et d'amélioration.
- Accompagner les parties prenantes dans la mise en place des ajustements découlant des évaluations et analyses (mise à jour du Plan).

1.3. Analyse des coûts liés au Plan et la gestion du budget

- Analyser les coûts liés au Plan et l'utilisation du budget y consacré.
- Soutenir le recours aux possibilités de financement des actions du plan (Fonds européens, partenariats, etc.)

1.4. Communiquer vers la population, en ce compris les publics spécifiques, sur le plan et son cadre de mise en œuvre.

- Communiquer sur le plan, ses avancées, sa mise à jour etc à l'initiative du comité de pilotage stratégique qui propose le contenu et les modalités de communication au grand public.

2. Tâches à réaliser

Dans l'exercice de la gestion du Plan, il est des fonctions spécifiques qui requièrent des compétences, des activités et des procédures particulières. Le paragraphe suivant décrit les actions portant sur la mise en place des fonctions et procédures spécifiques de cette gestion du plan.

2.1. Fonction de suivi

2.1.1 Tableau de bord comme outil de monitoring

Construction d'un Tableau de bord (monitoring). Il s'agit de concevoir une base de données dont l'architecture s'inspire du format du Plan et des outils existant à l'AVIQ, qui permettra la collecte organisée des informations nécessaires au suivi de l'exécution du Plan et à l'estimation de son impact.

La base de données devra reprendre par objectif de santé et objectifs spécifiques, les actions mises en œuvre et leurs caractéristiques (opérateurs, publics bénéficiaires, couverture territoriale, éventuellement budgets, etc.). Pour chaque action ou par groupe d'actions au sein d'objectifs spécifiques, des indicateurs probants de réalisation (dans quelle mesure l'action est réalisée) et éventuellement de résultats (résultats immédiats découlant des actions) seront prévus. La mesure de la réduction des inégalités sociales de santé fera l'objet d'un point d'attention.

Le tableau de bord fera état de l'avancement des modalités de concertation mises en œuvre quand des actions du plan nécessitent une concertation entre secteurs ou niveaux de pouvoir (protocoles, conventions, accords de coopération, contrats de gestion, etc.).

Par ailleurs, il faudra relier les objectifs de santé du Plan à des indicateurs de santé à suivre sur le long terme. L'amélioration des paramètres santé de la population est la finalité ultime du Plan ; ce point est donc d'importance stratégique.

Dans la mise en place du Tableau de bord, le comité de pilotage stratégique définira les caractéristiques des actions et les indicateurs en s'assurant de leur pertinence et de leur faisabilité.

Conception et mise en place des canaux et procédures de collecte d'informations. Il s'agit ici de mettre en place un système de remontées d'informations du terrain et de l'Agence permettant d'alimenter en continu la base de données Tableau de bord. Il doit permettre l'obtention d'informations pertinentes et fiables selon les règles applicables en matière de simplification administrative. Pour permettre une interprétation correcte de l'information, des standardisations de vocabulaire (types d'actions, types de public bénéficiaire, etc.) seront nécessaires (cf. santé mentale des enfants et adolescents).

Pour la collecte d'informations nécessaires à la confection des indicateurs de santé, les canaux sont plus spécifiques et on pourra s'appuyer sur les travaux de l'IWEPS et des Observatoires de la santé. Éventuellement, des propositions d'enquête pourront être formulées si des indicateurs jugés importants ne sont pas disponibles.

Gestion des flux d'information et mise à jour continue du Tableau de bord. Cette tâche impliquera un contact permanent entre l'ensemble des membres du comité de pilotage (rappels, validations, corrections).

2.1.2 Analyses qualitatives complémentaires

En complément à l'utilisation de l'outil Tableau de bord (2.1.1), d'autres méthodes qualitatives et participatives (observations, focus groupes, interviews) sont utiles pour mieux comprendre et documenter ce qui marche (ou pas), comment et pourquoi, en fonction de quels facteurs contextuels, afin de pouvoir ajuster de manière pertinente les objectifs et actions du Plan, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité.

2.2 Fonction de rapport et d'analyses

À partir du Tableau de Bord (2.1.1) et des analyses complémentaires (2.1.2), l'équipe de gestion doit pouvoir fournir périodiquement des rapports sur l'avancement de l'exécution du Plan. Le contenu à la fois quantitatif et qualitatif pourra porter entre autres sur des comparaisons « prévu/réalisé », les publics réellement bénéficiaires, la couverture des interventions et, dans les cas où les indicateurs de résultats sont prévus, une estimation des effets attendus et non attendus à court terme du Plan.

L'évaluation de processus (difficultés d'exécution, remise en question de la pertinence ou de la faisabilité des actions du Plan, éléments extérieurs non prévus, perturbants ou facilitateurs, ...) devra obligatoirement être conduite en collaboration avec les opérateurs, les services de l'Agence concernés et des experts thématiques sur la base des éléments récoltés et de discussions explicatives. Les résultats des enquêtes qualitatives spécifiques mentionnées ci-dessus seront particulièrement utiles à ce niveau.

Il est suggéré de produire un rapport d'évaluation de l'exécution du Plan, consolidé et public, annuellement.

2.3 Fonction d'ajustement du Plan

Le Plan devra guider les interventions sur une longue période, en principe jusqu'à l'horizon 2030. Il est impératif de mettre à jour périodiquement le contenu du Plan pour qu'il garde son statut de référence opérateurs de promotion de la santé.

Les rapports et analyses décrits ci-dessus et les constats qui en découlent vont induire des besoins d'ajustements. L'équipe de gestion a pour mission d'intégrer les aménagements dans le Plan et dans la base de données Tableau de bord. Ce processus de modification partielle du Plan se fera sur une base annuelle pour les ajustements mineurs des actions et des chronogrammes et sur une base quinquennale pour des ajustements impliquant des modifications plus structurelles (changements d'objectifs spécifiques ou de santé, aménagements stratégiques). **La formulation de corrections majeures fera l'objet d'un processus collaboratif et participatif inspiré de la méthode de rédaction du plan (groupe de travail et canevas de rédaction).**

En pratique, ce sont les évaluations consolidées, pouvant intégrer des processus participatifs, qui devraient guider la nature des ajustements des stratégies du Plan.

Pour permettre une évaluation globale du Plan dans le temps et renforcer l'expérience collective en planification de la santé, il est important de documenter les ajustements successifs (nature des changements et motivations).

Des facteurs extérieurs majeurs (modifications budgétaires significatives, changement d'orientation politiques ou de structuration du secteur, réforme de l'état, ...) peuvent également rendre inévitable un travail d'ajustement.

Annexe 1 : Abréviations

AFSCA	Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire.	NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
AMO	Services d'Aide aux jeunes en Milieu Ouvert	OIP	Organisme d'Intérêt Public
AR	Arrêté Royal	OISP	Organisme d'insertion socioprofessionnel
AS	Assistant Social	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ATL	Accueil Temps Libre	ONU	Organisation des Nations Unies
AVC	Accident Vasculaire Cérébral	PCM	Plan Communal de Mobilité
BMR	Bactérie Multi Résistante	PCS	Plan de Cohésion Sociale
CAADD	Cellule autonome d'avis en développement durable	PMS	Centre Psycho-Médico-Sociaux
CASD	Coordination Aide et Soins à Domicile	PrEP	Prophylaxie pré-exposition
CCCA	Conseil Consultatif Communal des Aînés	PSE	Services de Promotion de la Santé à l'École
CCS	Conseil Supérieur de la Santé	PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
CIM	Classification Internationale des Maladies	RASH	Rapport d'Activités Harmonisé et Simplifié
COCOF	Commission communautaire française	RDR	Réduction des Risques
COCOM	Commission Communautaire Commune	RMG	Risk Management Group
CPAM	Comité de Pilotage et d'Appui Méthodologique du réseau des Stratégies concertées des acteurs de prévention des IST/SIDA	RML	Réseau Multidisciplinaire Local
CRI	Centre Régional d'Intégration	RW	Région Wallonne
CWASS	Conseil Wallon de l'Action Sociale et de la Santé	SISD	Service Intégré de Soins à Domicile
DDG	Dodécagroupe	SPF	Service Public Fédéral
DEA	Défibrillateur Externe Automatisé	SSM	Service de Santé Mentale
DMG	Dossier Médical Global	UREG	Enregistrement des urgences
DMI	Dossier Médical Informatisé	UV	Rayons Ultraviolet
DO	Déclaration Obligatoire	VHA	Virus de l'Hépatite A
DSD	Disorders of Sex Development	VHB	Virus de l'Hépatite B
EBM	Evidence Based Medicine	VHC	Virus de l'Hépatite C
EDD	École De Devoirs	VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
EVRAS	Éducation à la vie relationnelle affective et sexuelle		
FWB	Fédération Wallonie Bruxelles		
GLEM	Groupe Local d'Evaluation Médicale		
GT	Groupe de Travail		
HIAP	Health in all policies		
HPV - VPH	Papillomavirus humains		
HSH	Hommes qui ont des rapports Sexuels avec des Hommes		
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité		
IST	Infection Sexuellement Transmissible		
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse		
MDRO	Multi-Drug Resistant Organism		
MGF	Mutilation Génitale Féminine		
MI	Maladies Infectieuses		
MNT	Maladies Non Transmissibles		
MR	Maison de Repos		
MRS	Maison de Repos et de Soins		

Annexe 2 : Les compléments au diagnostic de situation

Axe 1 Point 1 Alimentation et activité physique

Ce Plan se dote de définitions de l'alimentation et de l'activité physique. Ces définitions servent de point de référence tout au long de cette note. Elles annoncent aussi l'amplitude des phénomènes concernés par l'alimentation et l'activité physique. L'enjeu des définitions de l'alimentation et de l'activité physique est de conjuguer à la fois les instances matérielles (les calories, les nutriments), sociales (l'organisation de l'offre, de la distribution et de la consommation, les transitions sociétales) et imaginaires (les valeurs culturelles de l'alimentation et de l'activité physique)¹.

Alimentation et nutrition

« L'alimentation est plus qu'une source de nutrition. Dans toutes les sociétés humaines, l'alimentation joue plusieurs rôles et est profondément ancrée dans tous les aspects de la vie quotidienne. Elle véhicule une grande variété de sens symboliques qui expriment et créent des relations entre les personnes, et entre les personnes et leur environnement. L'alimentation est une part essentielle de l'organisation des sociétés. »².

Par nutrition, il faut entendre l'alimentation (y compris les boissons dont l'alcool), le statut nutritionnel et l'activité physique. Le statut nutritionnel d'un individu est l'état physiologique défini par la relation entre l'apport et les besoins en nutriments et par la capacité de l'organisme à digérer, à absorber et à utiliser ces nutriments. Par besoin en nutriments, il faut entendre besoin en micronutriments, vitamines et minéraux, en macronutriments, protéines, glucides et lipides, porteurs également d'énergie. Concernant les micronutriments (vitamines et minéraux), il faudra donc veiller à pourvoir et recommander une offre alimentaire, à haute densité nutritionnelle, avec la teneur plus faible possible en contaminants divers. Et parallèlement, il faudra aussi veiller à travailler à une consommation alimentaire qui ne soit pas trop riche du point de vue énergétique car les modes de vie actuels ont fortement diminué nos besoins énergétiques. L'alcool, pour les consommations non problématiques (alcoolisme, sécurité routière, protection de la maternité) équivaut à un aliment. C'est l'ensemble de ces éléments que l'on place sous le vocable « alimentation équilibrée ».

L'alimentation équilibrée s'inscrit dans la chaîne alimentaire qui va de la production à la consommation en passant par la distribution, la préparation, les rites de consommation de la nourriture solide et de boissons. Il est donc apparu opportun de compléter la notion d'alimentation équilibrée par celle d'alimentation durable telle que proposée par la FAO : « Les régimes alimentaires durables contribuent à protéger et à respecter la biodiversité et les écosystèmes, sont culturellement acceptables, économiquement équitables et accessibles, abordables, nutritionnellement sûrs et sains, et permettent d'optimiser les ressources naturelles et humaines »³.

Activité physique et mouvement

L'activité physique est définie comme tout mouvement corporel produit par le système musculo-squelettique qui nécessite une dépense énergétique. L'activité physique inclut des formes multiples de mouvement qui varient tout au long de la vie : de la psychomotricité aux activités physiques adaptées, en passant par les activités domestiques, les déplacements actifs, ainsi que les activités de loisirs, dont le sport. Elle repose sur le fait de bouger, c'est-à-dire une dépense énergétique supérieure au repos. A contrario on distingue, la sédentarité, et l'inactivité physique. Toutes les formes d'activité physique peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé si elles sont entreprises régulièrement et sont de durée et d'intensité suffisantes.

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur des seuils définis par l'OMS⁴, soit 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 min/j pour les enfants et adolescents.

Tout comme l'alimentation, l'activité physique est pensée dans ses dimensions biologiques et sociales. Ainsi, alors que certaines activités se font par choix et peuvent procurer du plaisir, d'autres tâches ou activités physiques liées au travail ou à la famille peuvent être nécessaires, voire obligatoires, et peuvent ne pas fournir les mêmes bénéfices de santé mentale ou sociale que, par exemple, les loisirs.

La sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée. La sédentarité concerne toutes les activités réalisées au repos en position assise allongée : les déplacements en

¹ Alimi, S., D. Desjeux and I. Garabau-Moussaoui (2009). Les méthodes qualitatives. Paris, Presses-universitaires-de-france (PUF).

² Helman, C. G. (2007). Culture, Health and Illness, CRC Press

³ FAO, Biodiversité et régimes alimentaires durables, 2010

⁴ OMS, Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé, 2010

véhicule automobile, regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, etc.

La sédentarité est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé. Des preuves récentes indiquent que des niveaux élevés de sédentarité continue (tels que rester assis de longues périodes) sont associés à un métabolisme anormal du glucose et de morbidité, ainsi que de mortalité globale. Réduire les comportements sédentaires par la promotion de l'activité physique occasionnelle (par exemple, se tenir debout, monter des escaliers, faire de courtes promenades) peut aider les individus à augmenter progressivement leurs niveaux d'activité physique pour atteindre les objectifs niveaux pour une santé optimale⁵.

Les définitions larges, sociétales et collectives de l'alimentation et de l'activité physique impliquent une attention aux modes de vie et aux contextes dans lesquels ceux-ci se développent. L'alimentation et l'activité physique sont des éléments structurant du mode de vie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Inversement le mode de vie et les environnements de vie influencent l'alimentation et l'activité physique, notamment par l'intermédiaire de la disponibilité et l'accessibilité des offres, services et infrastructure.

L'accessibilité de l'offre est définie par ses différentes dimensions, dont la disponibilité en suffisance d'aliments de bonne qualité nutritionnelle, la proximité de l'offre et l'accessibilité en termes de mobilité, l'adaptabilité de l'offre aux besoins et aux spécificités des publics, l'accessibilité financière, la disponibilité et l'accessibilité de l'information sur l'offre existante et enfin l'accessibilité sociale et culturelle.



⁵ Anses (2016). Actualisation des repères du PNNS, révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Connaître, évaluer, protéger. France, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail: 584.

Axe 2 Point 1 : La prévention des usages addictifs et réduction des risques : Compléments au diagnostic de situation

La première partie du Plan Wallon de prévention et de promotion de la santé propose un diagnostic épidémiologique sur les thématiques de consommation d'alcool et de drogues. Celui-ci pourrait être enrichi de données qualitatives complémentaires et de données quantitatives plus détaillées (voir par exemple le rapport Eurotox 2016).

Il est nécessaire à ce stade de bien définir les différents usages de produits (incluant l'usage problématique d'une substance). En effet, tous les usages ne sont pas nécessairement problématiques, et ils peuvent être impulsés par des motivations variées (plaisir, socialisation, transcendance, automédication, ...). Selon les usages, les enjeux en termes de prévention et de promotion de la santé ne sont pas les mêmes et l'addiction aux psychotropes est habituellement le fruit d'un parcours de vie prédisposant le consommateur à développer ou non un usage addictif.

Parcours de vie

Dans ce parcours de vie, une série d'éléments sont importants en matière de prévention dont la famille de par ses valeurs, ses conduites, ses attitudes envers les consommations, son encadrement, ses relations entre ses membres, qui va avoir une influence sur les usages. Ainsi, par exemple, l'expérimentation de l'alcool s'effectue le plus souvent en famille et le climat familial (relation conflictuelle entre les parents, dépression parentale, alcoolisation parentale, etc.) peut inciter les enfants et adolescents à le fuir¹. Ensuite, les jeunes connaissant des problèmes d'adaptation scolaire (échec scolaire, mal-être scolaire, sentiment d'injustice de la part du corps enseignant, décrochage scolaire, etc.) cumulent davantage les conduites à risque (tabagisme, ivresse, consommation de cannabis, bagarre, etc.), s'y adonnent plus régulièrement et adoptent plus précocement ces comportements. Les problèmes d'adaptation scolaire et les difficultés familiales favorisent l'attrait (compensations psychoaffectives, valorisation sociale, construction identitaire, etc.) de ces jeunes envers des pairs connaissant les mêmes difficultés et, à terme, peuvent entraver les possibilités d'intégration socioprofessionnelle (mise en couple, emploi, arrivée d'un enfant, etc.) ; intégration qui atténuée, pour les usagers abusifs d'alcool et les consommateurs de drogues illicites à connotation festive, les risques de s'installer dans des conduites de dépendance^{2,3}.

À l'inverse, par exemple, les interventions, notamment en milieu scolaire, centrées sur le développement psychosocial du jeune (renforcement de l'estime de soi, gestion des situations stressantes, capacité à se projeter dans l'avenir, résolution de conflit, aptitude à résister à la pression des pairs, régulation de l'agressivité, dédramatisation des expériences anxiogènes, etc.), privilégiant des méthodes interactives et expérientielles (jeux de rôle, mises en situation, travail pratique sur les ressentis, etc.) et construites dans la durée, permettent de réduire les consommations de psychotropes^{4,5}. Enfin, les rapports familiaux, scolaires et amicaux ne sont évidemment pas les seuls à déterminer l'adoption d'usages à risques. Des caractéristiques personnelles (sentiment de capacité personnelle, inclination à l'anxiété, goût de l'innovation, tendance à l'hyperactivité, etc.), sociodémographiques (sexe, zone d'habitat, niveau socio-économique, etc.) et environnementales (régulation de la publicité relative aux psychotropes licites, politique de réduction des risques à l'égard de l'usage de psychotropes, dénormalisation des conduites de consommation courante, etc.) vont formater cet itinéraire de vie⁶.

Diversité des substances psychoactives

Concernant la consommation d'alcool, substance psychoactive la plus consommée, ce diagnostic pointe les problématiques du 'binge-drinking' chez les jeunes de 15-24 ans et où les hommes présentent davantage de risque que les femmes.

Pour les autres substances psychoactives mentionnées dans le Plan (cannabis, héroïne, cocaïne, amphétamines, ecstasy et nouvelles drogues de synthèse (legal highs)), les constats dressés font état des risques de développement d'assuétude chez les consommateurs fréquents. Le phénomène de la poly-consommation ne doit pas être sous-estimé, tout comme les risques liés à la circulation de nouveaux produits particulièrement dangereux (cannabis de synthèse, dérivés de fentanyl, échantillons hautement dosés, etc.). Il est également important de considérer la problématique des addictions sans produit (écrans, jeux, ...).

¹ Préventions. Acteurs et pratiques en Wallonie et à Bruxelles, in Prospective Jeunesse. Drogues-Santé-Prévention, 50-51, 2009.

² Favresse D & al, Tabac, alcool, drogues et multimédias chez les jeunes en Communauté française de Belgique, SIPES (ESP-ULB), Bruxelles, 2008.

³ Actes de la journée d'étude : Et si nous prenions le risque d'être sur le fil ? Adolescence, école et prévention, une performance d'équilibriste, in Prospective Jeunesse. Drogues-Santé-Prévention, 64, 2013.

⁴ Bantuelle M. & al. (2008), Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire, Saint-Denis, INPES, 132p.

⁵ Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.

⁶ Actes de la journée d'étude : Et si nous prenions le risque d'être sur le fil ? Adolescence, école et prévention, une performance d'équilibriste, op.cit.

Les impacts sur la santé physique, le bien-être et la santé mentale que peut engendrer l'usage de produits, sont abordés de manière synthétique. Les comorbidités liées à l'usage sont fréquentes et mériteraient d'être plus détaillées (risques d'overdose, relations sexuelles non désirées non protégées, de transmission d'infections (VIH, IST, VHC...), comorbidités psychiatriques, exclusion socio-économique, stigmatisation...).

Les surdoses d'héroïne, mortelles ou non, sont souvent liées à l'injection et l'utilisation simultanée d'autres substances, en particulier l'alcool et les benzodiazépines, la comorbidité, des expériences antérieures de surdoses, le fait de ne pas suivre un traitement et l'absence de domicile fixe, marginalisation. Le fait d'être seul lors de l'overdose constitue un risque de décès⁷.

Le diagnostic pourrait aussi mettre plus l'accent sur les causes multiples entraînant les consommations et le sens que celles-ci peuvent avoir pour les personnes.

Le Plan met aussi brièvement en avant les facteurs socio-économiques liés à la consommation d'alcool ou de drogues tels que le niveau éducatif, l'emploi, le logement et l'exclusion sociale qui peut découler des situations précaires auxquelles les personnes sont parfois confrontées. Il est cependant nécessaire de considérer davantage ces différents facteurs et de les aborder plus en profondeur dans la programmation.

Risques infectieux

Certains modes de consommation sont particulièrement à risque. La pratique de l'injection maximise les risques : transmission d'infections bactériologiques et virales. L'hépatite virale, et plus spécialement l'hépatite C, touche une part importante des injecteurs. En Belgique, selon les études, la prévalence des infections à VHC atteindrait 47 à 85% des usagers par voie intraveineuse⁸. Les premiers mois de consommation représentent une période critique durant laquelle le risque de contamination par le VHC, le VHB et le VIH est majeur. Principalement pour le VHC, il est important de signaler qu'outre le partage de seringues, de nombreux usagers peuvent être également contaminés par le partage de matériel connexe d'injection (filtres, cuillères, eau, produits de dilution etc.) qui, souvent méconnu, constitue un vecteur important de transmission de ces hépatites. Une seule injection suffit pour transmettre le VHC⁹.

En ce qui concerne le VIH, en Belgique, En 2016, 915 nouvelles infections ont été comptabilisées, soit une moyenne de 2,5 nouveaux diagnostics par jour, bien que ces nombres soient en diminution par rapport aux années précédentes, cela correspond toujours à un taux élevé de nouvelles contaminations. Le nombre élevé de diagnostics d'IST (infections sexuellement transmissibles) n'est pas à négliger non plus. Au niveau de l'injection de drogues, ce mode de transmission a eu tendance à diminuer au cours de ces dernières années (environ 0,5 % des personnes diagnostiquées récemment, contre 8% au début de l'épidémie)¹⁰, une évolution à mettre en lien avec les politiques de Réduction des Risques qui doivent être maintenues^{11,12}. Il est donc important d'assurer un accès au matériel d'injection que ce soit au niveau géographique, des horaires, mais également en termes diversités de matériel et d'accès : bornes, Stéribox...

Autres déterminants et milieux de vie à prendre en compte

Le diagnostic doit aussi mettre en avant l'enjeu des représentations autour des usagers et de la stigmatisation, qu'elle s'exerce dans le milieu des professionnels opérant avec les usagers ou dans la population en général. En lien avec cette idée, un important travail autour de la connaissance et de l'accès à l'information sur la thématique doit être réalisé dans les milieux professionnels et pour le grand public.

D'autres dimensions ou composantes de la problématique sont absentes du diagnostic. Il s'agit entre autres de l'accessibilité des structures, du cloisonnement de la prise en charge, de la problématique des lobbys et de la publicité, des spécificités des publics particulièrement à risques (jeunes, migrants, femmes, public de rue, justiciables).

⁷ Rapport annuel 2011 : État du phénomène de la drogue en Europe, OEDT.

⁸ Mathei, Robaey, Van Ranst, Van Damme & Buntinx, the epidemiology of hepatitis C among injecting drug users in Belgium, in Acta Gastroenterologica Belgica, 68,50-54, 2005

⁹ http://www.chacasbl.be/htm/infos_hepat_c_toxico.html, World Hepatitis Alliance-CHAC ASBL, 2009)

¹⁰ SASSE A., DEBLONDE J., JAMINE D., OST C., VAN BECKHOVEN D. (2017). Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2016, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique, Service épidémiologie des maladies infectieuses

¹¹ État du phénomène de la drogue en Europe, Rapport annuel 2013, ODET.

¹² Martin, NK, Vickerman, P, Grebely, J, Hellard, M, Hutchinson, SJ, Lima, VD, Foster, GR, Dillon, JF, Goldberg, DJ, Dore, GJ, Hickman, M, (2013) HCV treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals. Hepatology (Baltimore, Md) ISSN 0270-9139 DOI: 10.1002/hep.26431

Ce diagnostic mérite d'être alimenté ou complété par d'autres types d'analyses, notamment sur :

- Les inégalités territoriales au niveau de la couverture des possibilités de prise en charge et des actions de prévention et de promotion de la santé ;
- L'évaluation de l'adéquation entre l'offre et la demande
- L'ampleur des usages (contexte, types de produits, gravité, modes d'usage, prise de risque, profils des usagers et liens avec la consommation, ...);
- Certains milieux tels que la famille, l'environnement scolaire ou extra-scolaire pour les jeunes, les milieux festifs, les clubs de sport, les prisons, le milieu de la rue, le milieu du travail...

D'autant que, selon les contextes d'usage, les risques pris par les consommateurs sont variables tout comme les actions de prévention pour y faire face le sont également¹³.

Dans les prisons, l'usage de psychotropes est fréquent (« en Belgique, en 2010, 1/3 des détenus étaient incarcérés pour faits liés aux drogues, et en majorité pour de la détention »¹⁴) et, pour une partie des détenus, c'est le lieu, de la première injection de drogues par voie intraveineuse. La majorité des personnes incarcérées est « issue de milieux défavorisés et leur état de santé est souvent détérioré lors de leur passage en prison »¹⁵. Le milieu carcéral est un environnement à risque, notamment, sur le plan des maladies infectieuses en raison des conditions de détention et des conduites qui s'y développent (surpopulation et promiscuité, relations sexuelles non protégées, accès limité aux services de prévention et de réduction des risques, usages encouragés par le stress de l'enfermement, etc.).

En milieu festif, la disponibilité d'alcool et d'autres psychotropes illégaux, et les propriétés récréatives de ces produits peuvent encourager les usages, parfois multiples, et les risques qui y sont liés (malaises, coma éthylique, déshydratation, bad trips, violences, accidents de la route, rapports sexuels non protégés, etc.).

La rue est, quant à elle, un milieu de vie fréquenté par les usagers d'héroïne et ses dérivés, d'alcool, de cocaïne, de méthadone, de cannabis et de benzodiazépines et la polyconsommation y est répandue. Les risques liés à ce milieu découlent, notamment, de la qualité des produits en circulation et des conditions d'usage souvent précipitées en raison de l'environnement (insalubrité, peur du regard social, présence policière)^{16,17}. Ces spécificités d'usage s'appliquent également aux particularités d'autres publics (sportifs, femmes, minorités sexuelles, etc.).

Le diagnostic de situation met donc en avant la nécessité de faire plus de liens avec d'autres thématiques et cultiver une dynamique d'interdisciplinarité qui serait à construire sur base d'un socle commun en prévention, promotion et réduction des risques.

Axe 2 Point 2 : La promotion d'une bonne santé mentale : Compléments au diagnostic de situation

La première partie du Plan propose un diagnostic épidémiologique sur la morbidité en santé mentale et le suicide, en mettant en avant spécifiquement des indicateurs de problématiques importantes concernant entre autres les difficultés psychologiques et les psychopathologies, les troubles du comportement alimentaire, les troubles dépressifs et anxieux ainsi que les troubles du sommeil. Une recherche de données complémentaires et actualisées pourrait passer par la reconnaissance d'une « coordination » des données en Wallonie. Cette récolte devrait intégrer des données qualitatives afin de rendre disponible des informations sur l'impact des compétences psycho-sociales et éducatives sur la santé et le bien-être.

Ce diagnostic pointe spécifiquement les inégalités sociales de santé concernant les femmes et insiste sur l'importance de rencontrer les besoins des personnes âgées. Le plan met aussi en avant la problématique des pensées suicidaires et la progression de la consommation d'antidépresseurs.

¹³ Eurotox asbl, RDR. Bonnes pratiques en réduction des risques, Livret thématique n°4, Bruxelles, 2016

¹⁴ Eurotox asbl (2016), op. cit.

¹⁵ Carael E., Stratégies concertées de prévention et de réduction des risques en matière de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles, Eurotox asbl, Bruxelles, 2012.

¹⁶ Carael E. (2012), op. cit.

¹⁷ Eurotox asbl (2016), op. cit.

La promotion de la santé mentale : « La promotion de la santé mentale consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protections qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions – comme la cohésion sociale – susceptibles de réduire les facteurs de risque de problèmes de santé mentale. Cette promotion concerne aussi les personnes vivant avec une maladie mentale. En leur donnant de meilleurs outils et en renforçant leur santé mentale, les stratégies initiées peuvent contribuer à atténuer les stigmates ; à accroître l'efficacité des services de soins primaires, du traitement clinique ; à favoriser les efforts de réadaptation et de guérison dans leur ensemble »... « la santé mentale n'est donc pas seulement l'absence de troubles mentaux ou de handicaps associés. Elle doit être conçue comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, [...] et contribuer à la vie de sa communauté. Une bonne santé mentale correspond à la capacité d'un individu de mener une vie épanouissante pour lui et de nouer et d'entretenir des relations dans sa communauté de vie »¹⁸.

Pour le citoyen, in fine, la promotion de la santé mentale et du bien-être doit s'intéresser aux **environnements** (sociaux, psychiques, environnementaux, économiques...) qui peuvent fluctuer dans un parcours de vie. Outre la dimension individuelle, la promotion de la santé mentale doit également s'intéresser aux capacités des personnes à intégrer un **projet collectif**, un projet de société. Les axes individuels et collectifs de la promotion de santé mentale sont donc intrinsèquement liés.

De plus, le Plan devrait envisager la santé et le bien-être de l'individu comme un **continuum entre le bien-être et le mal-être**, ce compris toutes les étapes où il faut repérer des éléments chez des personnes ou des groupes de personnes qui seraient à risque de vulnérabilité psychique (par tranches d'âge et par milieux de vie). La définition de la promotion de la santé mentale doit donc aussi inclure les personnes qui sont en « vulnérabilité psychique »/souffrance mentale et les publics « à risque ».

En plus de la situation à risque de toute personne fragilisée, que ce soit au niveau culturel, psychologique, sanitaire, économique ou social, le diagnostic devrait davantage mettre l'accent sur **certains publics spécifiques** :

- Les enfants et particulièrement de la petite enfance, ainsi que la cellule familiale et son entourage ;
- Les aînés ;
- Les personnes qui souffrent d'isolement ;
- Les personnes qui risquent de tomber dans la précarité ;
- Les personnes exclues de manière répétées des différents systèmes (les personnes SDF, les migrants, les personnes détenues et internées (au sens de la loi défense sociale), etc.).

Le diagnostic de situation devrait aussi aborder d'autres dimensions ou composantes de la problématique. Il s'agit entre autres de la **consommation de médicaments** en général (comme le taux de personnes soumise à une polymédication) et de l'importance de développer une prévention quaternaire¹⁹, qui inclut la lutte contre l'excès de médicalisation dans la première ligne de soin, mais également le burn-out, la charge parentale ; **le harcèlement dans les écoles**, la situation complexe des jeunes adultes entre 18 et 25 ans, les **problématiques de « double diagnostic »**, les liens avec les addictions et les consommations problématiques, **les aspects interculturels et de migrations**, etc. Des liens étroits existent avec les problématiques de violence – des traumatismes intentionnels (violence conjugale, maltraitance, harcèlement, etc.).

Ce diagnostic mérite des analyses sur **les déterminants sociaux du bien-être et de la santé mentale** : en lien avec le logement (disponibilité de logements adaptés et salubres, financièrement et géographiquement accessibles), l'emploi, le revenu et les conditions économiques, mais aussi la sédentarité ou d'autres déterminants souvent « associés » à d'autres problématiques. Ceci implique de mettre l'accent sur la nécessité d'approches intersectorielles. Il serait utile de mettre en exergue l'interaction entre la santé et l'apprentissage/éducation et l'impact sur la santé des jeunes qui en résulte.

¹⁸ Sebbane, D, De Rosario, B & Roelandt, J-L. (2017). La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen. La santé en action, 439, 10

¹⁹ « La prévention quaternaire est la prévention de la médecine non nécessaire ou la prévention de la surmédicalisation. » Jamouille M, « La prévention quaternaire, une tâche explicite du médecin généraliste », Revue Prescrire, vol. 32, no 345, juillet 2012, p. 552-554

Dans une optique de continuum, il serait nécessaire de faire plus de **liens entre les actions de prévention et les prises en charges curatives**. L'adoption d'une vision positive de la santé, le renforcement de l'accessibilité financière, sociale et culturelle (intégrant la problématique de la fracture numérique), géographique des soins et de la prise en charge globale de la personne, notamment via un focus spécifique sur les milieux de vie (cités urbaines, institutions (MR/MRS), hébergement de soutien (IHP/MSP), etc.) sont de véritables enjeux.

La continuité se fait aussi par une meilleure articulation entre les associations et les services de prise en charge, et nécessairement avec les autres secteurs concernés : justice, Services d'Aide à la Jeunesse, ONEM, CPAS, et les institutions qui les composent. Favoriser le développement de la vision « Health In All Policies » impliquera une collaboration accrue entre la FWB et les organes fédéraux (via des accords de collaboration).

En termes institutionnels, cette continuité passe aussi par une **meilleure identification des acteurs de la promotion de la santé mentale, une meilleure connaissance des rôles de chacun et des expertises communes** (intégrant le secteur privé comme les centres d'hébergement et de bien-être). Travailler à une « culture commune » du bien-être et de la santé mentale pour les acteurs de la promotion de la santé mentale garantirait sans doute des actions plus efficaces, en continuité avec celles qui existent déjà et sur base de nouveaux liens entre acteurs.

Axe 3 : La prévention des maladies chroniques : Compléments au diagnostic de situation

Prévention primaire

Les maladies non transmissibles, et principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète de type II, sont en grande partie évitables par une action sur les facteurs de risque et de protection communs : l'alimentation et la nutrition, l'activité physique et la lutte antitabac. Le diagnostic épidémiologique proposé dans la partie I du Plan pourrait être enrichi par des données plus précises sur les différentes maladies cardiovasculaires, des informations quantifiées sur les maladies respiratoires (BPCO, bronchite chronique, asthme, mucoviscidose), des éléments épidémiologiques sur l'incidence/la prévalence du pré-diabète et le fait qu'il y a jusqu'à un tiers des patients qui ignorent leur diabète.

Nous renvoyons aux stratégies de l'Axe 1 du Plan concernant la « promotion des modes de vie et des milieux favorables à la santé », qui visent ces facteurs de risque et leurs déterminants. Une attention sera aussi portée dans le Plan sur des déterminants en lien avec la qualité de vie (qualité du sommeil, stress, ...) et les différences observées en termes de genre, de situations socio-économiques, etc. La prévention primaire est donc une stratégie essentielle pour diminuer ces pathologies et réduire les inégalités observées dans l'incidence de ces problèmes de santé, en accordant une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, aux inégalités territoriales, aux besoins sanitaires des populations vulnérables et marginalisées.

Prévention secondaire : dépistage

Si la première partie du Plan montre l'importance des problèmes dus aux maladies chroniques non-transmissibles, il semble aussi nécessaire de bien documenter l'efficacité des stratégies de dépistage, d'identifier les éventuels obstacles à leur accessibilité ainsi que d'estimer le niveau de connaissance de la population et des professionnels de santé sur l'importance de ces problèmes de santé publique et des stratégies de prévention.

Pour toutes ces maladies, il est nécessaire de rappeler le rôle du « diagnostic précoce » afin de minimiser le traitement, tout en évitant le piège du **sur-diagnostic** qui induit des mises au point ou des traitements précoces mais inutiles et souvent nuisibles.

Le dernier rapport sur l'assurance qualité des programmes de dépistages du cancer dans l'Union européenne précise que la collecte de données sur les activités de dépistage devrait être liée à l'Enquête Nationale de santé (par interview) afin d'obtenir des informations plus précises sur ces stratégies, les raisons de la mauvaise adhésion dans certains contextes et les facteurs psychosociaux et culturels y afférents. Sur cette base, des outils de référence devraient être proposés pour mesurer l'adhésion et la qualité des programmes afin de correspondre aux lignes directrices européennes sur l'assurance qualité des dépistages des cancers et sur la manière dont ces programmes doivent évoluer²⁰.

²⁰ International Agency for Research on Cancer. Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Mai 2017.

Pour le cancer du sein par exemple, l'évaluation de 10 années du programme indique que le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'au moins un mammotest et/ou une mammographie diagnostique pour 2011-12, serait égal à 56% en Région Wallonne (pour 53% en Région de Bruxelles-Capitale, de 68% en Région Flamande). Le pourcentage de femmes non examinées par mammographie au cours de la période 2007-2012, est de 26% en Région Wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale et de 20% en Région Flamande.²¹

De nombreuses barrières au dépistage ont été mises en évidence : elles peuvent être de **type individuel** (le vécu d'expériences personnelles médicales, l'existence d'une autre maladie, la hiérarchisation des contraintes familiales et sociales, la gestion de problèmes de santé dans la parenté, le manque de prise de conscience de l'utilité et de la nécessité du dépistage, ...); liées **aux prestataires de soins** (l'absence de recommandations, le manque de soutien, une faible communication, ...); ou sont des barrières **organisationnelles et/ou structurelles** (l'accès aux soins de santé, le faible recours aux soins, le manque de flexibilité des horaires proposés, la réception d'un courrier d'invitation au dépistage trop proche du dernier examen réalisé, etc.²²) Des actions visant ce type de récolte de données sont nécessaires pour disposer d'analyses plus précises sur la couverture du dépistage du cancer du sein afin d'élaborer des pistes d'amélioration.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est en Wallonie et à Bruxelles opportuniste, il s'agit d'un dépistage par frottis de col (Pap-test). Le frottis peut être réalisé par le médecin généraliste ou le gynécologue. Depuis le 1^{er} mai 2013, la nomenclature est conforme aux recommandations européennes pour l'intervalle à respecter entre frottis : un frottis de col est intégralement remboursé tous les trois ans²³.

En 2010-2012, la couverture (à trois ans) était comparable dans les trois régions (56% en Région Wallonne, à 53 % dans les deux autres régions²⁴) et diminue sensiblement au cours du temps. L'utilisation excessive de frottis (la surconsommation) a fortement diminué depuis l'apparition de la nouvelle nomenclature.

Le dépistage du cancer colorectal s'adresse aux hommes et aux femmes, âgés de 50 à 74 ans. Il est organisé par la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis 2009. Pour Bruxelles et la Wallonie, un nouveau test est utilisé depuis février 2016. Il s'agit du test immunologique (iFOBT, pour Immunological Faecal Occult Blood Test) qui est beaucoup plus facile à réaliser et efficace que le test Hemocult® précédemment utilisé. Au lieu de trois prélèvements de selles, il ne faut plus en réaliser qu'un seul. Différents facteurs freins et de fausses croyances ont été mis en évidence par rapport à ce dépistage. Les médecins généralistes ne sont pas encore suffisamment formés et informés sur les pratiques de dépistage du cancer colorectal²⁵.



²¹ Fabri V, Leclercq A, Boutsen M. Programme de Dépistage du Cancer du Sein Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010). Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste, septembre 2014. - ATLAS de l'Agence Intermutualiste.

²² Doumont D, Hoyois C. Identification des freins et des leviers dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein. Juin 2011, Dossiers Technique de l'UCL - RESQ, Réf : 11 - 63

²³ IMA. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012. Troisième rapport de l'Agence Intermutualiste. En collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé Publique et la Fondation Registre du Cancer. Février 2015.

²⁴ Ibid.

²⁵ Libion F, Doumont D. Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux. Octobre 2007, Dossiers Technique de l'UCL - RESQ, Réf : 07- 46.

Axe 4 : La prévention des maladies infectieuses : Compléments au diagnostic de situation

Il convient d'apporter des compléments sur les enjeux liés à cet axe et des précisions au diagnostic épidémiologique de la première partie du plan.

Diagnostic épidémiologique

En ce qui concerne le diagnostic épidémiologique des **infections sexuellement transmissibles** (IST), il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des IST comme le démontre la définition de l'OMS.

Selon l'OMS, « Les infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent principalement lors des rapports sexuels. Il existe plus de trente agents infectieux, bactéries, virus ou parasites, transmissibles de cette manière. Les plus courantes sont la gonorrhée, les chlamydioses, la syphilis, la trichomonase, le chancre mou, l'herpès génital, les condylomes génitaux, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite B. Sur ces infections, 4 peuvent être traitées : la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiose et la trichomonase. Les 4 autres sont des infections virales « incurables » : l'hépatite B, le virus de l'herpès (herpes virus simplex ou HSV), le VIH, et le papillomavirus humain (VPH). Plusieurs d'entre elles, notamment le VIH et la syphilis, peuvent également se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que par les produits sanguins et lors de transplantations de tissus. »¹

Ensuite, le diagnostic fait état d'une diminution globale du nombre de nouveaux cas de VIH mais il faut souligner d'une part que le nombre d'infections diagnostiquées reste élevé et d'autre part que l'épidémie cachée est importante. En effet, selon l'ISP, il y aurait 2.900 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) non diagnostiquées en Belgique². On observe une réduction du nombre de diagnostics dans les 2 populations les plus touchées : les HSH (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) belges et les hétérosexuels d'Afrique subsaharienne. Cependant parmi les HSH non belges, principalement européens, le nombre de diagnostics continue d'augmenter et on n'observe pas de diminution chez les hétérosexuels belges. Les diagnostics posés chez les HSH constituent, en 2016, 52% de l'ensemble des nouveaux diagnostics. Les diagnostics d'infection contractée par contacts hétérosexuels ont diminué de manière régulière au cours des 4 dernières années ; leur nombre a diminué de 35 % entre 2012 et 2016. En 2016, ces diagnostics représentent 45 % des infections nouvellement enregistrées pour lesquelles le mode de contamination est connu. Parmi les personnes hétérosexuelles diagnostiquées en 2016, 44 % sont de nationalités africaines subsahariennes dont trois quarts sont des femmes, et 31 % sont de nationalité belge. La recrudescence des infections à chlamydia et à gonorrhée peut être liée aux nouvelles stratégies de diagnostic, plus efficaces qu'auparavant. Les indicateurs utilisés pour faire le point sur les IST dans la première partie du Plan se doivent donc **d'être prudemment interprétés**.

Enfin, il manque un certain nombre d'éléments nécessaires à ajouter concernant le VIH, dont la problématique des **co-infections** et l'augmentation de la prévalence de celles à VIH/hépatites (VHC ou VHB).

Ensuite, grâce à l'efficacité des traitements, les personnes vivant avec le VIH ont une espérance de vie et une qualité de vie supérieures à auparavant. Cela signifie également que la population séropositive change et son **vieillessement** ainsi que les problèmes spécifiques que cela engendre, représentent un cadre complexe d'interventions. En vieillissant, les personnes séropositives développent des pathologies liées au vieillissement plus tôt et des co-infections sont plus fréquentes. Outre l'aspect santé, ces personnes ont des besoins spécifiques auxquels nous étions jusqu'alors peu confrontés.

En matière de **tuberculose**, les données épidémiologiques sont actualisées chaque année grâce au registre belge de la tuberculose³. En complément au diagnostic, plusieurs éléments peuvent être précisés. La Région wallonne recense environ un quart des cas diagnostiqués à l'échelle nationale (276 cas, 26,4%) ; un tiers des patients réside en Région bruxelloise et 42% en Flandre. L'incidence en Wallonie est de 7,7 cas/100.000, similaire à celle observée en Flandre et 3 fois moins élevée qu'à Bruxelles. A côté des détenus, mentionnés dans le diagnostic, l'analyse des patients atteints de tuberculose met en exergue certaines populations particulièrement à risque notamment les personnes ayant été en contact avec un cas de tuberculose contagieuse (18,5% des cas diagnostiqués en 2016). Ce constat est récurrent et démontre l'importance du dépistage des

¹ <http://www.who.int>

² Selon le rapport VIH-sida de l'ISP de 2015 : https://epidemiowiv-ispbe/ID/reports/Rapport_VIH-SIDA_2015.pdf

³ Registre belge de la tuberculose, données 2016 (non publiées). Données 2015 disponibles sur le site www.fares.be

contacts comme stratégie de prévention de la tuberculose. Les demandeurs d'asile représentent également un groupe à risque important (15,6%), chez qui un dépistage systématique est d'ailleurs organisé.

Parmi les cas de tuberculose diagnostiqués en Région wallonne en 2016, 46,4% sont de nationalité étrangère dont quasi 90% proviennent de pays à haute endémie de tuberculose. Environ un tiers des patients résident dans les villes de Charleroi et de Liège ; les grandes villes concentrent en effet davantage de populations à risque et présentent généralement une incidence majorée. Dans la cohorte de patients de 2015, 75,3% ont terminé leur traitement alors que l'OMS préconise un taux de succès de minimum 85%. L'apparition de tuberculoses multi-résistantes est souvent liée à une prise erratique du traitement, l'OMS recommande donc un encadrement thérapeutique des patients peu compliants.

De nombreuses **maladies infectieuses** ne sont pas abordées à ce stade, telles que les hépatites, la rage, la poliomyélite, la diphtérie, la méningite, etc.

La vaccination

La première partie du Plan ne fait pas mention de la situation de la **couverture vaccinale** chez les professionnels et les adultes. Il n'existe pas d'enquête systématique de couverture vaccinale pour les adultes. De plus, la littérature fait état d'une réticence de certains professionnels à promouvoir la vaccination et à se faire vacciner, ce qui constitue un problème de santé publique prioritaire pour assurer la vaccination tout au long de la vie.

Le diagnostic devrait aussi aborder **d'autres composantes** de la problématique. Il y a notamment les freins au sein de la population et des professionnels à participer à la vaccination et au dépistage ; l'accessibilité des vaccins et des structures de soins et de prévention ; les liens entre les maladies infectieuses et l'environnement ou encore à la perception des risques (au sein de la population et des professionnels).

Surveillance et contrôle

Le diagnostic commence par évoquer le rôle de la **surveillance** et du **contrôle** des MI.

- La **surveillance** consiste en la récolte d'informations sur la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace.
- Le **contrôle** consiste en la prise en charge d'un problème après détection. Les acteurs de santé publique doivent, en effet, assurer une vigilance constante afin de détecter l'émergence ou la réémergence de maladies ou phénomènes ayant ou pouvant avoir un impact sur l'évolution des MI.

L'importance de ces deux activités en amont pourrait davantage être mise en exergue dans la première partie du Plan. Une analyse approfondie des systèmes de surveillance et de contrôle des MI en Région wallonne serait pertinente pour compléter le diagnostic.

Enfin, les **données** concernant les personnes sous traitement, les personnes non diagnostiquées, les perdus de vue et les données de mortalité sont des informations primordiales sur lesquelles doivent se baser les interventions du terrain.

La santé affective, sexuelle et reproductive

En abordant quelques éléments des comportements de santé sexuelle des jeunes, la première partie fait le lien avec une autre dimension de la prévention et la promotion de la santé : la **santé affective, sexuelle et reproductive**.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence »⁴

La santé sexuelle n'est donc pas seulement la prévention de la transmission des IST. Elle met l'accent sur l'épanouissement sexuel et la vision positive de la sexualité ainsi que sur **d'autres dimensions** comme l'importance de promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables (lutte contre les discriminations, sérophobie, homophobie, sexisme, racisme, etc.). Elle intègre aussi d'autres aspects comme la prévention des violences sexuelles (viol, cyber-harcèlement, refus du port du préservatif, etc.).

Il est donc aussi nécessaire d'insister sur l'importance de **promouvoir les droits et lutter contre les discriminations**, notamment à l'égard des PVVIH.

- Si la **qualité de vie des PVVIH** s'est grandement améliorée ces dernières années⁵, le VIH engendre encore de la stigmatisation et des discriminations multiples pour celles et ceux qui en sont atteints, que ce soit dans leur vie affective et sexuelle ou dans divers domaines de la vie sociale (santé, emploi, assurances)⁶. De plus, un risque de pénalisation de la transmission du VIH existe en Belgique depuis 2011⁷, ce qui a un impact sur les attitudes des publics concernés face au risque, au dépistage et à la prévention.
- Les **inégalités de genre** sont centrales pour comprendre la propagation des IST au sein des relations hétérosexuelles et les spécificités de la vie avec le VIH. Les femmes semblent particulièrement vulnérables car elles ne sont pas toujours en mesure d'imposer des stratégies de réduction des risques.

La problématique des **mutilations génitales féminines (MGF)** n'est pas abordée dans la première partie du Plan malgré un nombre important de femmes et de filles susceptibles d'en être victimes.

Les termes MGF font référence à « toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques »⁸.

D'après une étude⁹ menée par l'Institut de médecine tropicale (IMT) d'Anvers et commandé par la SPF Santé publique, environ 48.000 femmes et filles vivant en Belgique au 31 décembre 2012 étaient originaires d'un pays où l'excision est pratiquée. Parmi celles-ci, environ 13.000 d'entre elles étaient très probablement excisées et 4.000 étaient à risque de l'être. Environ 3.300 de ces personnes habitaient en Région wallonne. Au total s'ajoutent probablement 1.300 demandeuses d'asile. L'estimation totale est une estimation basse vu l'afflux de réfugié-e-s originaires de pays qui pratiquent l'excision, tels que la Somalie et l'Erythrée.

Autres éléments épidémiologiques manquants : ceux liés à la situation des **interruptions volontaires de grossesse (IVG)**. D'après les données de 2011¹⁰, il y eut 19.578 avortements sur l'année en Belgique. Parmi les femmes ayant eu recours à un avortement, 33% étaient domiciliées en Wallonie et l'âge moyen de ces femmes est de 27 ans. Une majorité d'entre elles (46%) n'avaient pas encore d'enfant au moment de l'avortement et dans plus de 80% des cas, l'IVG se fait dans un centre extrahospitalier de type planning familial. Ces centres font état d'une complexification des situations rencontrées, notamment par une fragilisation des structures familiales et conjugales. Ils font également observer qu'1/3 des femmes prises en charge a déjà eu recours à une IVG précédemment.

⁵ En 2015, 15.266 personnes vivant avec le VIH (PVVIH) étaient suivies médicalement dans un Centre de référence SIDA (CRS) en Belgique.

⁶ Pezeril C. (2012), Premiers résultats de l'enquête « Les conditions de vie des personnes séropositives en Belgique francophone », Observatoire du sida et des sexualités (Université Saint-Louis) / Plate-forme Prévention Sida / Centre d'Etudes Sociologiques, Bruxelles. Pezeril C. (2017), La sérophobie en actes. Analyse des signalements pour discrimination liée au VIH/sida déposés chez Unia (2003-2014), Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles, 2017. ISBN: 978-2-930958-00-2.

⁷ Pezeril C. (2016), « Le gouvernement des corps séropositifs. Dynamique de pénalisation de la transmission sexuelle du VIH », Genre, sexualité & société, n° 15.

⁸ Eliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, NIFEM, OMS (2008) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43902/1/9789242596441_fre.pdf

⁹ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/mgf_etude_prevalence_-_resume_-_21_04_2014-final.pdf

¹⁰ Données issues du 12e rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, <https://www.ieb.org/fr/pdf/rapport-com-ev-avortement-2010-2011.pdf>

Les publics prioritaires

Le diagnostic pourrait aussi mettre plus l'accent sur **d'autres publics spécifiques** (sans être exhaustif) qui nécessitent une attention particulière :

- Des **publics prioritaires et vulnérables** : les jeunes jusque 25 ans, mais aussi les HSH, les migrants, les PVVIH (dont les + de 50 ans), les personnes avec handicap, les hétérosexuels à hauts risques, les femmes, les primo-arrivants, les détenus, les professionnels du sexe, les usagers de drogue, les personnes Sans Domicile Fixe (SDF), les transsexuels, ...
- Des **publics relais**, via la formation notamment : les intervenants dont les médecins, les acteurs de planning, les acteurs psychomédicosociaux et culturels, ...

Axe 5 : La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité : Compléments au diagnostic de situation

Prévention des traumatismes non-intentionnels et promotion de la sécurité

En complément à la première partie du Plan, il importe de définir les concepts employés et de compléter le diagnostic épidémiologique ainsi que les caractéristiques des populations à risque.

Les traumatismes : de quoi parle-t-on ?

Le traumatisme peut se définir tout autant comme un dommage corporel que mental causé par un transfert d'énergie dépassant la capacité de la personne humaine d'y résister ou de s'y adapter. Ainsi, il sera possible d'éviter ces blessures en agissant à la fois sur cette énergie elle-même et sur les facteurs humains et environnementaux (physiques, sociaux, législatifs, réglementaires, affectifs, etc.). Les traumatismes sont classés selon qu'ils soient intentionnels tournés vers soi-même (comme les suicides, les automutilations) ou vers les autres (comme les homicides, les violences, les agressions, etc.) ou non intentionnels, selon leur lieu de survenue comme les accidents à domicile, leur mécanisme (comme les brûlures), les activités (comme traumatismes du sport et des loisirs)¹¹.

La sécurité

Le Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes propose des éléments conceptuels qui permettent de baliser la notion de sécurité telle que conçue dans ce rapport :

« Comme la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, la sécurité est plus que l'absence d'événements violents de traumatismes qui en découlent. Elle influence l'état de bien-être et de qualité de vie des personnes et des communautés, et constitue, comme la santé, une ressource leur permettant de réaliser leurs ambitions et satisfaire leurs besoins. La sécurité ne suppose pas l'élimination de tous les dangers mais leur contrôle, de manière à préserver la santé et le bien-être. »

« La sécurité comporte deux dimensions : une dimension objective appréciée en fonction de paramètres comportementaux et environnementaux objectifs et une dimension subjective appréciée en fonction du sentiment de sécurité ou d'insécurité de la population. Ces deux dimensions s'influencent mutuellement de façon positive ou négative. Pour améliorer la sécurité de la population, il est essentiel de tenir compte de ces deux dimensions. »

« La promotion de la sécurité est un processus que les individus, les communautés, les gouvernements appliquent au niveau local, régional, national et international afin de développer et maintenir la sécurité. Elle est composée de tous les efforts consentis pour modifier les structures, les environnements, les attitudes et les comportements ayant trait à la sécurité. Il nécessite une approche intersectorielle et comprend toute activité d'habilitation d'une communauté. »¹²

¹¹ <http://www.educasante.org/definitions-classification.html#>

¹² Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes, Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et organisationnels. Septembre 1998

Accident et traumatisme

La notion d'accident renvoie à un événement qui met en péril la santé de ou des victimes. Le terme « accident » véhicule un caractère fortuit et d'inévitabilité. Aussi, en prévention, on lui préfère la notion de traumatisme qui est la conséquence de cet événement accidentel. « Le traumatisme est la blessure causée par l'exposition aiguë à des agents physiques comme l'énergie mécanique, la chaleur, l'électricité, les produits chimiques et les rayonnements ionisants qui interagissent avec le corps, dans des proportions ou à une vitesse qui dépassent le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas (ex/noyade et gelure), les traumatismes résultent de la privation subite d'un agent essentiel ou la chaleur »¹³

Les données épidémiologiques

En Belgique, les données disponibles sont soit analysées en continu (accidents de la route, du travail, certains accidents domestiques), soit de manières ponctuelles lors d'enquêtes épidémiologiques descriptives comme les enquêtes nationales de santé, les enquêtes sur la santé des jeunes, les enquêtes de fédérations sportives, certaines enquêtes en milieu de travail.

La mortalité

Selon la CIM-10, le taux de mortalité suite à un traumatisme est de 8 % de décès en Région wallonne, 7% en Région de Bruxelles-Capitale et 6 % en Région flamande. Les morts non naturelles sont plus fréquentes chez les hommes, quelle que soit la région. En 2011, 60% des décès suite à un traumatisme concernent les hommes, alors que ces derniers ne représentent que 49% de la population belge. Il y a donc eu 1,5 fois plus de décès traumatiques chez les hommes que chez les femmes belges.

La moitié des **décès par traumatisme** se passe chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans cette catégorie d'âge, les décès sont plus fréquents chez les femmes. Dans la catégorie d'âge des 25-64 ans, les hommes sont 2,5 fois plus à risque de décès traumatiques que les femmes.

Les chutes représentent près de 20% des morts violentes en Belgique. Elles se produisent essentiellement chez les personnes de plus de 65 ans (plus de 80% des décès suite à une chute).¹⁴

Concernant les **accidents de la route**, « l'évolution du taux de mortalité sur la période 1991-2016 montre une diminution quasi parallèle entre la Wallonie et la Flandre [...]. Pour les trois régions, nous enregistrons une diminution du taux de mortalité de près de 70%. Toutefois, avec 83,8 tués par million d'habitants en 2016 la Wallonie a un taux de mortalité 1,7 fois supérieur à celui de la Flandre (49,1) et près de 5,9 fois supérieur à celui de Bruxelles (14,3). »¹⁵ « Sur la période 2013-2014, les accidents de la circulation représentaient en Wallonie, avec près d'un décès sur trois, la première cause de mortalité (hors maladies) chez les femmes de 15-19 ans et chez les hommes de 15 à 24 ans. Nous noterons que les accidents étaient responsables de plus de 20% des décès chez les hommes pour les 10-29 ans. »¹⁶

La morbidité

L'Institut Scientifique de Santé Publique a établi, sur base de l'Enquête Nationale de Santé par Interview en 2008, que près de 7% de la population belge déclare avoir été victime d'un accident ayant entraîné une consultation médicale dans les 12 derniers mois. Jusqu'à l'âge de 44 ans, ce sont davantage les hommes qui consultent. Après 75 ans, ce sont les femmes.¹⁷

La fréquence des accidents entraînant une consultation médicale diminue de 9% en 2001 à 7% en 2008.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, il n'y a pas de différence de fréquentation en fonction de l'âge et du sexe. En Région wallonne, une différence se marque entre les hommes (7%) et les femmes (5%). Le niveau d'éducation joue également un rôle dans la fréquence de morbidité, les personnes avec un diplôme de l'enseignement supérieur sont plus vulnérables (6,5%) que les personnes à faible revenu.¹⁸

Concernant les **accidents du travail**, 3,3% de la population active au travail (15-64 ans) s'est blessée dans les 12 derniers mois. Les hommes (3,9%) sont plus touchés que les femmes (2,6%). En tenant compte de l'âge, les accidents sont plus fréquents chez les 15-24 ans (6%) que chez les plus de 45 ans (2,3 à 2,2%). Il n'y a pas de différence significative entre les zones d'habitation. En Wallonie, il n'y a pas de différence entre

¹³ Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes. Genève, OMS, 2004. En référence à / Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Guohua Li. The injury fact book, 2nd ed. New York, Oxford University Press, 1992

¹⁴ <http://www.educasante.org/situation-belgique.html>

¹⁵ Roynard, M., Casteels, Y. (2017) Evolution globale de l'accidentalité - Bilan wallon 2016. Namur, Belgique, Agence Wallonne pour la Sécurité Routière

¹⁶ Roynard, M., Casteels, Y. (2017) Evolution globale de l'accidentalité - Bilan wallon 2016. Namur, Belgique, Agence Wallonne pour la Sécurité Routière

¹⁷ <http://www.educasante.org/situation-belgique.html>

¹⁸ Ibid.

les hommes et les femmes. La survenue d'accidents est moins élevée dans la catégorie d'âge 55-64 ans. Il existe une différence entre les différents niveaux d'éducation : secondaire inférieur (7%) et diplôme de l'enseignement supérieur (2,5%).¹⁹

Les accidents scolaires concernent 0,9% de la population belge. Près de la moitié de ceux-ci se passent chez les 12-18 ans. Il n'y a pas de différence dans la survenue des accidents, ni en fonction du niveau d'éducation, ni en fonction du degré d'urbanisation.²⁰

Les accidents domestiques et de loisirs touchent 3,4% de la population belge. Il n'existe pas de différence en fonction du sexe, du niveau d'urbanisation et du niveau d'éducation. Les personnes de plus de 75 ans sont les plus vulnérables (7%), surtout les femmes.²¹

Concernant **la sécurité routière** en Wallonie, l'année 2016 a compté 14 995 personnes blessées dans les circonstances d'un accident. Ce chiffre marque une diminution de presque 200 par rapport à l'année précédente. Le nombre d'accidents corporels est aussi en (-1,9%) et s'inscrit à hauteur de 11 240 pour l'année 2016.²²

Les conséquences des traumatismes²³

Les traumatismes ont pour conséquence des fractures (30%), des entorses, des foulures et déchirures des ligaments (27%) et des plaies (26%).

Les plaies touchent davantage les hommes (30%), et les fractures les femmes (32%).

L'âge est un facteur déterminant dans la conséquence des accidents. La fréquence des fractures augmente avec l'âge : de 18% pour les 0-14 ans à 44% pour les plus de 65 ans. Les plaies représentent 50% des traumatismes chez les enfants de 0 à 14 ans.

Les populations les plus vulnérables

Les enfants de 0 à 5 ans, les enfants en âge scolaire et les personnes âgées de plus de 65 ans sont les 3 populations les plus vulnérables.²⁴

Promotion et la prévention pour le bien-vivre des personnes âgées

La partie I du Plan pointe l'importance des conditions fonctionnelles chez les personnes âgées en termes de prévention des chutes et de leurs conséquences sur la santé. Un objectif général de « réduction de la part de la population de plus de 65 ans qui a fait une chute dans l'année » est mis en évidence. Le groupe de travail a développé une programmation allant au-delà de la réduction des chutes pour favoriser le vieillissement en bonne santé, un défi majeur pour les années à venir.

Selon l'OMS, « *Lorsqu'on élabore une intervention de santé publique relative au vieillissement, il est [...] important de ne pas uniquement envisager les approches qui atténuent la diminution des capacités liée à l'âge, mais également celles qui ont le pouvoir de renforcer la récupération, la résilience et le développement psychosocial.* »²⁵

Dès lors, il est nécessaire de préciser certains éléments conceptuels :

Il n'existe pas de définition univoque de la personne âgée. Le corpus de gériatrie en 2000²⁶, définit le vieillissement comme « *l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës.* »

La vieillesse connaît plusieurs définitions selon l'objectif souhaité. L'OMS retient le critère d'âge de 60 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² Roynard, M., Casteels, Y. (2017) Evolution globale de l'accidentalité – Bilan wallon 2016. Namur, Belgique, Agence Wallonne pour la Sécurité Routière

²³ <http://www.educasante.org/situation-belgique.html>

²⁴ Ibid.

²⁵ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1

²⁶ http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillessement.pdf

vieillesse à plus de 65 ans. Pour le patient gériatrique bénéficiant de programmes dans les hôpitaux, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans.

Dans ce Plan, les parties prenantes ont opté pour définir la personne âgée **comme toute personne au-delà de 60 ans** tel qu'également défini dans les textes de la législation. Le terme **d'ainé** sera préféré à senior afin de mettre l'accent sur le continuum qui existe entre toutes les tranches de la vie et livrer une vision plus positive du vieillissement. Le cadre conceptuel utilisé se réfère à la Classification Internationale du Fonctionnement et du handicap de l'OMS²⁷. Les concepts utilisés dans ce rapport se veulent en continuité avec ceux développés dans le rapport de l'OMS « **Rapport Mondial sur le Vieillissement et la Santé** »²⁸, dont entre autres les notions de bien-être des aînés, de vieillissement actif, bien vieillir, vieillissement réussi, vieillir en bonne santé,...

Compte tenu de l'élargissement des sujets couverts, dans une visée de compléments à la première partie du Plan, il serait nécessaire de rendre disponibles certaines données épidémiologiques propres aux personnes âgées afin de dresser un diagnostic complet. Il s'agirait notamment d'indicateurs de santé mentale (état psychologique, dépression, anxiété...), d'éléments qualitatifs sur les besoins, attentes et aspirations des aînés, d'éléments à propos des personnes vivant en MRPA/MRS, d'éléments sur les environnements de la personne âgée (parcours de vie, revenus, qualité du logement, isolement social...), de données relatives à la médication, de données à propos de l'état nutritionnel des personnes âgées, ou encore de données à propos des performances motrices et fonctionnelles à domicile.



²⁷ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf

²⁸ <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>

wiapps

PLAN WALLON DE PRÉVENTION
ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Ensemble, pour une vie de qualité en Wallonie !

HORIZON 2030