

Art. 38. In de bijlage van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 17 september 2003 betreffende de gevallen van overmacht en de buitengewone omstandigheden bedoeld bij artikel 71 van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2003 houdende algemene reglementering inzake opvangvoorzieningen moeten de woorden « technische werkloosheid of slechte weersomstandigheden » worden vervangen door de woorden « economische en technische werkloosheid of slechte weersomstandigheden ».

HOOFDSTUK III. — *Eindbepalingen*

Art. 39. Dit besluit treedt in voege op 1 juli 2003, uitgezonderd artikel 21 dat in voege treedt op 1 april 2003, artikel 36 dat in voege treedt op 1 augustus 2003 en de artikelen 10, 11, 12 en 29 die in werking treden op 1 september 2004.

Art. 40. De Regering van de Franse Gemeenschap belast de Minister van Kinderwelzijn met de nieuwe bekendmaking van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2003 houdende algemene reglementering inzake opvangvoorzieningen, zoals gewijzigd door het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 24 september 2003 tot wijziging van het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2003 houdende algemene reglementering inzake opvangvoorzieningen door het besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 17 december 2003 tot vaststelling van de kwaliteitsopvangcode en dit besluit.

Art. 41. De minister van Kinderwelzijn, de Opvang en Opdrachten toegewezen aan de Office de la Naissance et de l'Enfance, is belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, op 28 april 2004.

Vanwege de Regering van de Franse Gemeenschap :

J.-M. NOLLET

De Minister van Kinderwelzijn, de Opvang en de Opdrachten
toegewezen aan de « Office de la Naissance et de l'Enfance »

MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

F. 2004 — 2628

[2004/201748]

**30 AVRIL 2004. — Arrêté du Gouvernement de la Communauté française
approuvant le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008**

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, notamment l'article 2, tel que modifié par le décret du 17 juillet 2003;

Vu les avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, rendus les 7 janvier et 2 avril 2004;

Considérant que, en sa séance du 14 avril 2004, le Gouvernement a approuvé le programme quinquennal 2004-2008;

Arrête :

Article 1^{er}. Le programme quinquennal de promotion de la santé est établi conformément au texte annexé au présent arrêté, pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets au 1^{er} janvier 2004.

Bruxelles, le 30 avril 2004

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,
Mme N. MARECHAL

VERTALING

MINISTERIE VAN DE FRANSE GEMEENSCHAP

N. 2004 — 2628

[2004/201748]

**30 APRIL 2004. — Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap
tot goedkeuring van het vijfjarenplan voor gezondheidspromotie 2004-2008**

De Regering van de Franse Gemeenschap,

Gelet op het decreet van 14 juli 1997 houdende organisatie van de gezondheidspromotie in de Franse Gemeenschap, inzonderheid op artikel 2, zoals gewijzigd bij het decreet van 17 juli 2003;

Gelet op de adviezen van de Hoge Raad voor gezondheidspromotie, gegeven op 7 januari en 2 april 2004;

Overwegende dat de Regering, in haar zitting van 14 april 2004, het vijfjarenplan 2004-2008 heeft goedgekeurd,

Besluit :

Artikel 1. Het vijfjarenplan voor gezondheidspromotie wordt opgemaakt overeenkomstig de tekst gevoegd bij dit besluit, voor de periode van 1 januari 2004 tot 31 december 2008.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

Brussel, 30 april 2004.

Voor de Regering van de Franse Gemeenschap :

De Minister van Hulpverlening aan de Jeugd en Gezondheid,
Mevr. N. MARECHAL

**Annexe à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 30 avril 2004 approuvant
le programme quinquennal de promotion de la santé 2004-2008.**

**Programme quinquennal de promotion de la santé
2004-2008**

Préambule

1. Rappel des textes législatifs

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

L'**approche préventive** s'appuie classiquement sur le cours naturel de la maladie. C'est ainsi que l'on parle de prévention primaire si l'intervention a lieu avant l'émergence de la symptomatologie, de prévention secondaire s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureurs de la maladie (c'est notamment le cas du dépistage), de prévention tertiaire si l'objectif est de prévenir les complications et de prévention quaternaire si l'on vise à empêcher les rechutes.

Dans une optique de promotion de la santé, on se donne comme ambition de travailler sur les déterminants de la santé - biologiques mais aussi sociaux, culturels et environnementaux - en développant des stratégies multiples (voir plus loin "Les orientations stratégiques de promotion de la santé"). Le choix de cette approche a été officialisé par le décret du 14 juillet 1997 (MB 29/08/1997) portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française. Grâce à ce décret, la promotion de la santé a bénéficié d'un cadre qui définit le concept, organise ses modalités de programmation (programme quinquennal), agréé des services de soutien au niveau local (Centres locaux de promotion de la santé) et des services d'appui méthodologique (Services communautaires), et prévoit le financement de programmes d'action et de recherche.

Cependant, la prévention médicale restait le fait de dispositifs épars, non coordonnés par une réglementation cohérente.

Le décret relatif à la promotion de la santé a subi quatre modifications, les 22 décembre 1997 (MB 31/12/1997), 17 juillet 1998 (MB 05/11/1998), 11 juillet 2002 (MB 04/09/2002) et 17 juillet 2003 (MB 21/08/2003).

Par la dernière modification en date, on a voulu non seulement articuler entre eux les différents programmes de médecine préventive, mais aussi intégrer ceux-ci et les démarches de promotion de la santé. Dans un cadre général de promotion de la santé, le décret du 17 juillet 2003 définit le cadre d'une politique coordonnée de médecine préventive en Communauté française et permet d'en déterminer les priorités et les programmes, d'en agréer les structures et les acteurs de développement, et d'en organiser les modalités d'évaluation. Respectant le cadre conceptuel du décret du 14 juillet 1997, qui est plus que jamais un texte de référence, le nouveau décret renforce la cohérence des diverses matières de santé.

Le même souci de cohérence a présidé à la réforme :

- de l'inspection médicale scolaire, vers la **promotion de la santé à l'école**
- Décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école (MB 17/01/02) modifié par les décrets du 16 mai 2002 (MB 07/06/02) et du 20 juin 2002 (MB 16/07/02).
- Décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors universités (MB 07/06/02).
- du contrôle médico-sportif, vers la **promotion de la santé dans le sport**.
- Décret du 26 avril 1999 organisant le sport en Communauté française (MB 23/12/99) modifié par le décret du 31 mai 2000 (MB 20/06/00), par l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 8 novembre 2001 (MB 12/12/01) et par le décret du 20 juin 2002 (MB 16/07/02)
- Décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française (MB 27/03/01 Erratum 31/08/01)

2. Définition des concepts

2.1. La promotion de la santé

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

Ce texte fondateur a été complété par les réflexions issues de différentes conférences internationales.

La **Conférence d'Adélaïde** (1988) est partie du principe que la santé est à la fois un droit fondamental de l'homme et un excellent investissement social. Elle a mis l'accent sur l'importance de promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires.

La **Conférence de Sundsvall** (1991) s'est attachée à mettre en lumière le lien entre la santé et l'environnement. La Conférence a plus particulièrement retenu les déterminants de la santé que sont : l'instruction; l'alimentation et la nutrition; le logement et l'habitat; le travail; les transports; la protection sociale.

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

La **Conférence de Djakarta** (1997) énonce les priorités de l'action de promotion de la santé de l'OMS au XXI^e siècle : promouvoir la responsabilité sociale en matière de santé; accroître les investissements en faveur du développement sanitaire; renforcer et élargir les partenariats pour la santé; accroître les capacités communautaires et responsabiliser l'individu; mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

Le **décret du 14 juillet 1997** propose une définition de la promotion de la santé, telle qu'elle a été adoptée par le Parlement de la Communauté française.

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

2.2. Les orientations stratégiques de promotion de la santé

La Charte d'Ottawa donne cinq orientations de travail concrètes :

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

Pour sa part, le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé a souligné en 1998 six axes fondamentaux :

- l'articulation du champ de la santé et des autres champs de décision politique;
- l'engagement dans la réduction des inégalités en matière de santé;
- l'approche globale et positive de la santé;
- la citoyenneté et la participation;
- la démarche intersectorielle;
- le développement durable et la régulation des projets et des activités

Pour appliquer ces orientations, les compétences et donc les limites d'intervention de la Communauté française doivent cependant être prises en compte. À l'intérieur de ce cadre de compétences institutionnelles, le présent programme définit les axes prioritaires d'action et de recherche sur lesquels la Communauté française base sa politique de promotion de la santé pour les années 2004 à 2008 incluses.

2.3. La médecine préventive

Le décret du 17 juillet 2003 propose une définition de la médecine préventive, telle qu'elle a été acceptée par le Parlement de la Communauté française.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Selon l'esprit de ce décret, le champ de la médecine préventive est inclus dans celui, plus large, de la promotion de la santé. Les concepts et orientations de travail de celle-ci constituent donc une référence pour la médecine préventive dans la Communauté française.

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

3. Le Programme quinquennal et les Plans communautaires opérationnels

Après l'adoption du décret du 14 juillet 1997, un premier Programme quinquennal 1998-2003 a été arrêté par le Gouvernement de la Communauté française. Des Plans communautaires annuels ont également été arrêtés en 1999, 2000, 2001 et 2002. Le premier Programme quinquennal a fait l'objet d'un bilan en 2003 (voir le document "Éléments de bilan du programme quinquennal 1998-2003 et réflexions").

Par ailleurs, le décret du 17 juillet 2003 a modifié l'article relatif au Programme quinquennal et aux Plans communautaires. L'article 2 de ce décret précise ce qui suit :

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

§ 2. Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1^{er}, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, ci-après dénommé "plan communautaire opérationnel", s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant :

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive;

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

3° les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés.

§ 3. Un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés.

La formulation du Plan communautaire opérationnel, qui doit être arrêté par le Gouvernement dans les 12 à 18 mois de l'adoption du présent Programme quinquennal, fera donc l'objet d'une démarche de consultation des organismes, services et acteurs particulièrement concernés par certains objectifs prioritaires. Cette démarche nécessitera la définition et la planification d'une procédure de travail, le dégagement d'un budget et l'attribution de la tâche à un ou plusieurs acteurs bien identifiés.

Le Plan opérationnel devra définir des indicateurs qui permettront d'évaluer le degré de réalisation des objectifs du Programme quinquennal.

4. Les fonctions permanentes de la Communauté française en matière de surveillance, de protection et de formation

4.1. Le recueil de données

1) Données à caractère permanent (d'ordre légal)

- Statistiques relatives aux naissances et aux décès
- Statistiques en matière de maladies transmissibles à déclaration obligatoire
- Registre de la tuberculose

2) Autres données

- Observation du phénomène de l'usage des drogues
- Registres de l'infarctus
- Registre du diabète

3) Epidémiologie et recherche opérationnelle en santé publique

Collaboration avec l'Institut Scientifique de Santé publique :

- médecins vigies;
- système d'alerte rapide en matière de maladies transmissibles;
- autres.

4.2. L'épidémiologie d'intervention

Les missions prévues par la loi sanitaire sont de compétence communautaire. Il appartient dès lors à la Communauté française d'actualiser la législation de manière à la rendre plus efficace.

La Communauté française veillera à s'inscrire dans les projets européens et se concertera avec les autres entités fédérées concernées, ainsi que l'Administration fédérale.

Les médecins chargés des missions d'"inspecteur d'hygiène" veilleront particulièrement à la prévention en milieu scolaire.

4.3. La formation du personnel de soins

Garantir une formation adéquate du personnel de soins est une tâche qui participe de la promotion de la santé.

4.4. La protection de la santé dans le cadre de certains sports

- Contrôle anti-dopage
- Examens préventifs

Introduction

Le Programme quinquennal 2004-2008 retient **trois axes** pour la définition des priorités de la politique de promotion de la santé en Communauté française de Belgique : **des principes d'action, des acteurs prioritaires et des problématiques de santé prioritaires.**

I. Des principes d'action

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

II. Des acteurs prioritaires

1. Les acteurs des milieux de vie (familles, écoles, milieux d'accueil...)
2. Les membres des collectivités locales (communes et associations locales, notamment sportives)
3. Les relais auprès des populations les plus vulnérables

III. Des problématiques de santé prioritaires

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

IV. De l'évaluation

Chapitre I^{er}. Des principes d'action

1. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé

La Charte d'Ottawa identifie quatre conditions préalables à la santé : la paix, un toit, une nourriture et un revenu suffisants. De manière générale, l'inégalité socio-économique apparaît comme la principale source des inégalités devant la santé. Par ailleurs, les valeurs de solidarité sont indissociables des valeurs qui sous-tendent la promotion de la santé.

L'amélioration du niveau de vie et l'insertion socio-économique des personnes défavorisées sont donc des buts prioritaires, en amont des interventions plus spécifiques de la compétence de la Communauté française dans le cadre du décret du 14 juillet 1997 (modifié par les décrets du 22/12/97, du 17/07/98, du 11/07/02 et du 17/07/03). L'article 17, 2^e alinéa, de ce décret précise d'ailleurs : "Il sera en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures." Le terme de "cultures" ne doit pas seulement être entendu ici dans ses aspects ethnico-religieux ou nationaux (cas des populations d'origine immigrée) mais aussi dans ses aspects éducatifs ou socio-économiques (cas des populations appauvries, marginalisées ou exclues, qui développent effectivement une culture propre, au sens sociologique du mot).

2. Intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé

L'enjeu des prochaines années sera d'articuler les différents programmes de médecine préventive entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, qui doivent intervenir, le plus possible, en amont des problèmes de santé et de façon globale (sans forcément cibler telle ou telle maladie).

La Communauté s'est dotée d'un cadre décentralisé permettant de prendre en compte des programmes de médecine préventive. Un consensus se dégage progressivement dans la communauté scientifique pour s'accorder sur la pertinence de certaines démarches de médecine préventive et en confirmer le bénéfice pour la santé et la qualité de vie de la population. Actuellement, il s'agit des dépistages précoces et organisés des cancers du sein et du col de l'utérus, de la prévention du diabète sucré et de l'identification du risque cardio-vasculaire global, basé sur le dépistage de l'hypertension, du tabagisme, du cholestérol, de la sédentarité et du surpoids. La tuberculose mérite également un dépistage spécifique, non généralisé, mais visant des groupes de populations particulièrement vulnérables. Le dépistage du cancer du côlon est également retenu dans les propositions du Conseil de l'Union européenne.

3. Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées

La participation des populations aux programmes, actions ou projets portant sur les problématiques de santé ou les déterminants de la santé qui les affectent constitue une troisième priorité stratégique. Il importe, en effet, non seulement de favoriser l'accès de la population aux services et soins de santé, mais aussi d'impliquer les citoyens dans les actions de promotion de la santé, depuis la définition des besoins et la conception des interventions jusqu'à la réalisation et l'évaluation de celles-ci.

Cet objectif est ambitieux; il ne sera pas atteint facilement. Il constitue cependant un important enjeu démocratique. Il pourra notamment être réalisé par l'action et le travail communautaires, comme en témoigne l'expérience de plusieurs associations et services, en particulier auprès de populations en situation de vulnérabilité (pauvreté, logements inadéquats et/ou insalubres, mauvaise maîtrise du français, exclusion sociale ou culturelle, etc.).

4. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel

Cette priorité stratégique découle de la conception multifactorielle et donc intersectorielle de la santé qui caractérise la promotion de la santé. Elle cherche à créer les conditions d'une action plus globale et donc plus adaptée à la complexité des réalités en créant des modes de concertation réunissant des partenaires provenant de divers secteurs : santé, éducation, politique, économique.

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

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

Une structure moins formelle, celle du réseau, constitue une autre piste de travail. Il peut se définir comme un assemblage non structuré d'acteurs libres entretenant entre eux une communication forte, susceptible de les renforcer, d'établir des échanges centrés sur un objectif commun à partir de concepts, compétences, activités partagées.

Cet objectif peut être la mise en valeur des acteurs, la modification de rapport hiérarchique vers davantage d'égalité entre les acteurs, la création d'un lieu d'échanges ou de négociations,...

Dans l'un et l'autre cas, il semble que les atouts soient les suivants : un problème ou une situation qui dépasse les limites d'un seul secteur; un projet mobilisateur, pouvant déboucher à moyen terme sur des résultats concrets et visibles pour chacun des partenaires concernés; la participation à la concertation sur une base volontaire; l'inscription dans la durée du projet, de l'action ou du programme.

Le partenariat et le travail en réseau se construisent sur la responsabilité de chaque secteur.

5. Développer des procédures d'assurance de qualité

La qualité des programmes, basée sur des critères méthodologiques, doit rester un des premiers atouts de la promotion de la santé. Ces critères de qualité ont été détaillés dans le Programme quinquennal 1998-2003. On les retrouvera à l'annexe 1.

Le Plan opérationnel concrétisera le processus d'assurance de qualité.

6. Augmenter les compétences et les capacités d'action par l'éducation permanente et la formation

Une des conditions du développement de la participation citoyenne et du travail intersectoriel réside dans la formation continue des professionnels de divers secteurs à la promotion de la santé et à la mise en place de processus d'éducation permanente avec la population.

Des critères de qualité de ces programmes de formation peuvent être définis. On trouvera une proposition en ce sens à l'annexe 2. Le Plan opérationnel pourra s'en inspirer.

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

L'impact sur la santé des diverses politiques sectorielles est déterminant. L'impact peut être favorable mais aussi défavorable. Les actions transversales et les politiques intersectorielles sont de ce fait indispensables à apporter une réponse adéquate. C'est pourquoi l'interaction entre le champ de la santé et les champs des autres politiques doit pouvoir être évaluée.

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

"La Charte d'Ottawa précise que la promotion de la santé ne doit pas relever du seul secteur sanitaire mais impliquer l'ensemble des politiques dans les conséquences de leur décision sur la santé des populations. La dispersion des compétences et des intervenants nécessite aussi une concertation permanente dans l'élaboration de ces politiques." [P.C.F. 127(1996-1997) n°16 pp 21 et 22]

Chapitre II. Des acteurs prioritaires

1. Les acteurs des milieux de vie

Les lieux de vie tels que les milieux d'accueil des jeunes enfants (accueil de 0 à 3 ans, accueil extrascolaire) mais aussi les lieux de soins et d'hébergement des différentes catégories d'âges se prêtent particulièrement bien à une stratégie de promotion de la santé (développer des modes de vie sains, développer une participation citoyenne, développer les aptitudes individuelles et sociales, etc.). Certains milieux d'accueil touchent une population en situation de vulnérabilité et méritent de ce fait une attention particulière (centres d'accueil par exemple).

Cette approche, qui vise les milieux de vie professionnalisés, ne doit pas faire négliger le milieu familial, source de toute éducation, y compris dans le domaine de la santé.

Le milieu scolaire fera cependant l'objet d'une attention toute particulière. En effet, la population des jeunes de 6 à 18 ans est soumise à l'obligation scolaire, et la Communauté française rassemble des compétences particulièrement orientées vers ce public : promotion de la santé, enseignement, culture, sport, aide à la jeunesse. C'est évidemment une opportunité pour développer des programmes cohérents de promotion de la santé à l'école. De plus, "L'éducation pour tous, tout au long de la vie" est un des cinq piliers de la Charte d'avenir pour la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

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

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

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

Objectifs généraux

- Promouvoir les modes et conditions de vie favorables à la santé
- Promouvoir le bien-être et la santé mentale
- Prévenir les assuétudes et le décrochage scolaire
- Promouvoir la santé affective et sexuelle.

Ces objectifs sont détaillés dans le décret sur la promotion de la santé à l'école.

Objectifs spécifiques

- a) Installer dans chaque école une concertation aboutissant à la mise en place d'un projet de santé intégré dans le projet d'établissement
- b) Proposer aux écoles des mesures qui améliorent le cadre de vie et la sécurité des élèves.
- c) Utiliser le forfait social pour :
 - réaliser des bilans de santé supplémentaires (ex- sélectifs);
 - développer un projet éducatif dans certaines classes;
 - organiser un accompagnement médico-social, particulièrement à l'intention des primo-arrivants.
- d) Informatiser les données socio-sanitaires, en vue notamment d'objectiver les inégalités de santé.
- e) Privilégier, dans les projets santé en milieu scolaire, des actions qui participent à la lutte contre les inégalités sociales.

2. Les collectivités locales

Ces collectivités se situent notamment au niveau communal. Les actions locales permettent de favoriser la participation citoyenne, via le milieu associatif : maisons de quartier, associations féminines, services d'aide à la jeunesse, maisons de jeunes, centres de santé, associations sportives. Ces actions devraient également venir appuyer à l'échelon local les programmes de médecine préventive organisés au niveau de la Communauté française. Outre les ressources propres à chaque terrain particulier, les actions locales peuvent s'appuyer sur les ressources et dispositifs mis en place par la Communauté française, en particulier sur les CLPS, sur le Réseau des mandataires communaux et sur les Conférences locales.

Le Réseau des mandataires communaux

Lancé en juin 2000, le réseau " Vers des politiques communales de santé " s'appuie sur la Déclaration de Namur (voir annexe 3).

Les mandataires locaux - bourgmestres, échevins, présidents de CPAS - ayant dans leurs attributions la santé ou une matière connexe sont invités à participer, sur une base volontaire, aux activités de ce réseau, qui, sous la houlette d'un comité de pilotage constitué de mandataires, propose annuellement une journée de rencontre et d'échanges et publie un journal de liaison paraissant tous les deux mois (sauf en été).

La Communauté française a débloqué un budget permettant de co-financer des projets portés par les pouvoirs communaux et menés en partenariat intersectoriel, notamment avec le secteur associatif.

Les Conférences locales de promotion de la santé

Ce sont les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) qui sont chargés d'organiser, dans le territoire de leur ressort, des conférences destinées à recueillir des informations sur les représentations de la santé au niveau local - tant chez les citoyens que chez les professionnels et les décideurs -, à faire l'inventaire des besoins et des ressources et, surtout, à plus long terme, à impulser une dynamique locale en mettant autour de la table les divers acteurs locaux.

Les Conférences locales ne sont donc pas conçues comme des événements ponctuels mais comme un processus à installer.

Les diverses informations recueillies dans les Conférences locales feront ultérieurement l'objet d'une Conférence communautaire.

3. Les relais auprès des populations les plus vulnérables

Certaines personnes ou groupe de personnes (ex : personnes issues du quart monde, certains adolescents en décrochage scolaire, jeunes adultes marginalisés, personnes sans-abri, candidats réfugiés déboutés, ...) cumulent pour des raisons différentes, des facteurs de vulnérabilité défavorables à la santé. Ces personnes ont généralement peu accès aux programmes et aux interventions classiques de santé. Il semble donc important non seulement de lutter pour le développement de contextes économiques, politiques, sociaux, ... plus favorables à leur santé également de miser sur des relais qui les rencontrent dans leur cadre de vie. Par exemple : les éducateurs de rue, les centres d'accueil, les structures d'hébergement,...

Chapitre III. Des problématiques de santé prioritaires

Certains objectifs de promotion de la santé sont pertinents pour aborder plusieurs problématiques décrites ci-après. Il est prioritaire de veiller à la **cohérence** et la **coordination** des divers programmes menés vis-à-vis de l'une ou l'autre de ces problématiques.

Par ailleurs, il importera de définir le plus précisément possible **quels sont les facteurs de vulnérabilité par rapport à chaque problématique de santé et quels sont les individus, groupes ou populations les plus exposés à ces facteurs**. Le concept de **vulnérabilité** a donc une visée opérationnelle; il recouvre aussi bien des facteurs collectifs (économiques, sociaux, culturels, environnementaux, etc.) que des facteurs individuels (génétiques, comportementaux, etc.)

1. La prévention des assuétudes

La prévention des assuétudes repose sur un paradoxe puisqu'il s'agit pour une part d'inciter à éviter un comportement et pour une autre part d'éduquer à la responsabilité et au libre choix. La question des drogues fait partie de l'expérience humaine, et ce dans toutes les cultures. Mais l'angoisse suscitée par les drogues et l'emprise du modèle biomédical (à tout problème son traitement, son vaccin...) incitent à rechercher des solutions en termes d'élimination, d'éradication. Un autre aspect de la problématique des assuétudes réside dans l'accent mis sur les psychotropes illicites, alors que les autres accoutumances (aux médicaments, à l'alcool, au tabac) reçoivent une attention moindre, ou en tout cas soulèvent moins d'émotion et sont abordées de manière bien différente. La réflexion actuelle a montré sur la nécessité de développer également des projets de promotion de la santé visant la réduction des risques liés à la consommation, intraveineuse ou non, de drogues licites ou illicites.

Dans la mesure où des problèmes de santé mentale (difficultés relationnelles, mal-être, voire pathologie franche) peuvent conduire la consommation de substances psycho-actives (alcool, tabac, médicaments, cannabis, ecstasy, héroïne...), une cohérence devra être assurée entre les actions et programmes de promotion du bien-être et de la santé mentale et les actions et programmes de prévention des assuétudes.

Par ailleurs, en milieu scolaire, les autorités concernées veilleront à garantir l'application de la politique de promotion de la santé et de prévention de la Communauté française en matière d'assuétudes, ceci afin d'éviter les interventions préventives de la police qui sont contre-productives par rapport à cette politique.

1.1. Objectifs de promotion de la santé

a) Développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle et promouvoir un équilibre de vie qui ne soit pas dépendant de la consommation régulière de substances psycho-actives.

b) Aider les jeunes à se situer personnellement par rapport à la consommation de substances psycho-actives, en prenant en compte les projets de vie personnels des jeunes et leurs conditions de vie, mais aussi la réalité sociale.

c) Développer des programmes de gestion et de réduction des risques sanitaires liés à la consommation des différents produits, en tenant compte du type de produits, du mode et de la fréquence de la consommation, du sexe et des différences d'âge et de maturité des jeunes, des propriétés des différents produits et des risques sanitaires liés à leur consommation.

d) "Dénormaiser" l'industrie du tabac (= déconstruire les mécanismes par lesquels celle-ci se présente comme légitime et normale et commercialise un produit présenté comme légitime et normal).

1.2. Objectifs de prévention

Sensibiliser et former les intervenants de première ligne (maisons médicales, centres de santé mentale, généralistes...) à mettre en question les habitudes de consommation et à soutenir les patients dans la recherche d'une consommation à moindre risque ou de l'abstinence.

2. La prévention des cancers

Le cancer représente globalement la deuxième cause de mortalité en Communauté française. La prévention primaire des cancers passe à la fois par des modifications durables de certains modes de vie habituels et par la réduction de certains facteurs de risque connus, présents dans l'environnement de travail ou dans l'environnement général. La prévention secondaire de certains cancers par le dépistage doit être encouragée.

2.1. Objectifs de promotion de la santé

a) Promouvoir les modes et milieux de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation et de prévention du tabagisme.

b) Favoriser une culture de santé, particulièrement en identifiant les représentations qui, en pratique, peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant.

La réalisation de ces objectifs passe par :

- le développement des aptitudes individuelles et sociales, permettant de faire des choix en tenant compte de tous les facteurs de bien-être (et pas seulement des facteurs médicaux). Cette stratégie peut être appuyée par l'approche plus habituelle de l'information sur les modes de vie favorables à la réduction des risques;

- des mesures incitatives (réglementaires, fiscales, information adéquate des consommateurs, p. ex. par étiquetage...) visant à favoriser les choix de modes de vie favorables à la réduction des risques;

- la promotion des moyens permettant de réduire les facteurs de risque connus : protection et réglementation sur le milieu de travail, en matière d'environnement (pollution de l'air, de l'eau...), etc.

Cette approche :

- devrait intervenir dès le plus jeune âge (en milieu scolaire, par l'apprentissage, mais aussi par la mise en pratique d'une alimentation variée à l'école, d'activités physiques et sportives...) mais aussi chez les adultes et les personnes âgées;

- peut se développer dans les milieux de vie (notamment l'école) et s'appuyer sur des processus de participation.

2.2. Objectifs de prévention

1) Dépistage du cancer du sein

a) Poursuivre les activités du Programme de dépistage du cancer du sein par mammothest en Communauté française.

b) Evaluer le programme en termes d'assurance de qualité du processus et des résultats atteints

c) Adapter le Programme en fonction des évaluations et des recommandations.

2) Dépistage du cancer du col de l'utérus

a) Mettre en place un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Communauté française.

b) Evaluer le programme en termes d'assurance de qualité du processus et des résultats atteints

c) Adapter le Programme en fonction des évaluations et des recommandations

3. La prévention des maladies infectieuses

La prévention des maladies infectieuses est une priorité classique des programmes de santé nationaux. La Communauté française met particulièrement l'accent sur la promotion de la vaccination, la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la prophylaxie de la tuberculose.

3.1. La promotion de la vaccination

La lutte contre les maladies évitables par la vaccination s'inscrit non seulement au niveau de la Communauté française mais également aux niveaux fédéral, européen et planétaire. L'objectif d'élimination de la poliomyélite dans le monde est en passe d'être atteint. L'objectif d'élimination de la rougeole est fixé pour 2007 au niveau européen.

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

3.1.1. Objectifs de promotion de la santé

Favoriser une "culture" de la vaccination :

a) Identifier les représentations qui peuvent rendre l'accès à la vaccination difficile ou inconstant.

b) Améliorer la compréhension, par la population, de la vaccination et de ses enjeux.

c) Sensibiliser à l'importance d'un bilan régulier de la vaccination de l'individu.

d) Favoriser l'utilisation de la carte de vaccination de la Communauté française.

3.1.2. Objectifs de prévention

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

Pour les nourrissons, il s'agit d'assurer la prévention de dix maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, Haemophilus influenzae de type b, hépatite B, méningocoque C, rougeole, rubéole, oreillons) tout en limitant le nombre d'injections à administrer aux jeunes enfants, et en leur assurant une grande sécurité vaccinale. Une attention sera portée à l'inclusion éventuelle de la vaccination contre le pneumocoque dans le calendrier vaccinal des nourrissons. En termes de couverture vaccinale, les objectifs à atteindre sont au moins de 95 % pour la vaccination de base des nourrissons, initiée à 2 mois et prenant fin à 15 mois.

Les enfants de 5-6 ans, de 11-12 ans et les adolescents constituent trois groupes prioritaires pour les vaccinations de rappel et de rattrapage. Les services PSE jouent un rôle irremplaçable pour ces vaccinations.

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

a) Veiller à la concertation et à la coordination de l'ensemble des vaccinateurs et des structures impliquées, et renforcer les liens entre le Conseil supérieur de promotion de la santé et le Conseil supérieur d'hygiène.

b) Maintenir le protocole d'accord, relatif à l'achat des vaccins, entre les différents niveaux de pouvoirs belges

c) Développer de nouveaux outils interactifs favorisant la collecte et la circulation des informations tant au niveau des professionnels que des profanes.

d) Assurer une surveillance efficace, en termes épidémiologiques, des maladies et des couvertures vaccinales.

e) Formaliser les rôles et missions de PROVAC dans le cadre des modifications du décret du 14 juillet 1997.

3.2. La prévention du sida et des MST

Plusieurs éléments modifient les attitudes de la population vis-à-vis du sida et de la prévention : l'effet de génération (les jeunes qui entrent dans la vie sexuelle aujourd'hui sont moins sensibilisés par la prévention), l'optimisme excessif à l'égard des nouveaux traitements et la possible lassitude à l'égard du préservatif. Le relâchement des comportements de protection observé dans plusieurs pays européens, d'une part, et les effets secondaires et les échecs des multithérapies, d'autre part, font que la prévention du sida reste une priorité. Elle doit, dans la mesure du possible, être associée à la prévention des autres MST (dont certaines sont en recrudescence), à l'éducation sexuelle et affective, à la réduction des risques liés à l'usage intraveineux des drogues. Enfin, afin de lutter contre les dérives (p. ex. test à l'embauche, non accès aux soins de santé et aux assurances), on veillera à lutter contre toute discrimination vis-à-vis des personnes séropositives et à associer celles-ci, notamment via le milieu associatif, aux programmes de prévention.

L'objectif général est de réduire la transmission du VIH et des autres vecteurs de MST, et de promouvoir un comportement responsable dans le respect de l'autre et de soi-même.

Les priorités d'action vont aux populations les plus vulnérables. Parmi celles-ci, deux groupes nécessitent une attention renforcée :

- les personnes issues des pays gravement touchés par le sida;

- les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

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

- les personnes séropositives et malades, particulièrement les couples dont un des membres est séropositif, les personnes séropositives qui désirent avoir un enfant, et les enfants séropositifs;

- les personnes prostituées migrantes des deux sexes et/ou consommatrices de drogues;

- les usagers de drogues (non seulement les usagers de drogues par voie intraveineuse, mais les personnes qui consomment des produits entraînant une baisse de vigilance lors des rapports sexuels);

- les personnes détenues.

3.2.1. Objectifs de promotion de la santé

a) Promouvoir l'accessibilité de tous les moyens de prévention, principalement par des actions permettant de contacter les populations dans leur lieu de vie, en veillant à éviter toute stigmatisation.

b) Lutter contre les discriminations dont les personnes séropositives font l'objet et associer celles-ci au travail de prévention.

c) Développer des stratégies adaptées aux spécificités des publics, en évitant les actions coercitives.

d) Intégrer les actions de prévention dans les services éducatifs et médico-sociaux existants, ce qui suppose une formation adaptée des intervenants.

e) Promouvoir des actions de communication vers la population générale, dans le sens de la prévention mais aussi de la solidarité vis-à-vis des personnes séropositives.

f) Dans une perspective à long terme, intégrer la prévention du sida dans les programmes d'éducation sexuelle destinés aux jeunes pendant leur scolarité et aux personnes vivant en milieu d'accueil (notamment les personnes handicapées mentales).

g) Evaluer les actions en continu et assurer la durabilité de celles qui font leurs preuves, et adapter les stratégies de prévention aux évolutions des comportements.

3.2.2. Objectifs de prévention

Développer des pratiques et des formations en matière de dépistage qui visent à :

- encourager le dépistage éclairé et accompagné d'un accompagnement pré et post-test de qualité, et combattre la pratique du test non justifié et/ou réalisé à l'insu du patient;

- augmenter l'accessibilité du dépistage pour les publics prioritaires et les personnes ayant couru un risque d'infection.

3.3. La lutte contre la tuberculose

La tuberculose reste un problème préoccupant, notamment en raison des facteurs sociaux et environnementaux liés à cette maladie. Il est nécessaire de maintenir un programme coordonné et harmonisé géré par un organe de référence.

3.3.1. Objectifs de promotion de la santé

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

3.3.2. Objectifs de prévention

a) Adapter annuellement la liste des groupes à risque.

b) Adapter régulièrement la politique de dépistage et de suivi.

c) Organiser la socio-prophylaxie.

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

On parle ici de traumatismes et non plus d'accidents, ce qui permet de dépasser les démarches de prévention orientées vers l'identification des individus à risque et la modification de leurs comportements. Les traumatismes se classent en deux catégories : les traumatismes intentionnels (homicides, violence, agressions, suicides, mutilations...) et les traumatismes non intentionnels (route, sport, travail, loisir, école, domicile...).

La mortalité par traumatismes non intentionnels demeure la plus grande cause de décès chez les enfants de 1 à 14 ans. Les décès accidentels sont deux à trois fois plus fréquents chez les enfants que dans l'ensemble de la population. En dehors des accidents de la circulation, il s'agit principalement de chutes, de noyades, de suffocation et d'empoisonnements. Exprimés en taux d'années potentielles de vie perdue, cette cause de décès occupe la première place.

Les interventions reconnues comme efficaces combinent des actions qui visent à changer les comportements, à rendre l'environnement plus sûr, à favoriser le renforcement et l'application de mesures de sécurité. L'engagement multisectoriel ainsi qu'une bonne connaissance des facteurs de risque sont les conditions de leur efficacité. La priorité sera donnée aux mesures de prévention passive, plus efficaces et plus égalitaires. Compte tenu du vieillissement de la population, la prévention des chutes constitue un défi majeur.

4.1. Objectifs de promotion de la santé

Favoriser la prise en compte de la sécurité dans les milieux de vie :

a) Soutenir une démarche d'amélioration de la sécurité dans les communes.

b) Intégrer aux pratiques des professionnels concernés (principalement santé, habitat, enseignement, sport) les activités préventives, éducatives et de conseil portant sur la prévention des traumatismes.

c) Diffuser et appliquer les mesures de prévention passive au niveau des familles.

d) Soutenir l'application et le renforcement des lois, règles et normes dans les domaines du bâti, des aires et équipements de jeu, des produits et objets dangereux, du matériel de protection.

4.2. Objectifs de prévention

Réduire la mortalité, la morbidité et la gravité liées aux traumatismes :

a) Augmenter chez les professionnels concernés (*cf. supra*) la connaissance des facteurs de risque de traumatismes, des groupes vulnérables et des niveaux de preuve des mesures préventives.

b) Développer la capacité des professionnels de santé à évaluer les facteurs de risque de chute chez les personnes âgées, et favoriser la mise en œuvre des mesures de prévention reconnues efficaces.

5. La promotion de l'activité physique

La promotion des politiques et des programmes en faveur de l'activité physique doit constituer un axe majeur des stratégies à mettre en place pour améliorer le bien-être général de la population. Toutefois, si une activité physique raisonnable est bénéfique pour la plupart des personnes, la pratique sportive inadaptée peut parfois entraîner des inconvénients, qu'il s'agit de prévenir.

5.1. Objectifs de promotion de la santé

Promouvoir les modes et les milieux de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents et coordonnés en matière de promotion de l'activité physique :

a) Promouvoir l'activité physique régulière et les bonnes pratiques sportives, et sensibiliser les éducateurs et les cadres sportifs aux risques liés à une pratique sportive excessive et surinvestie.

b) Légiférer et contrôler l'environnement, l'équipement et l'accès aux boissons alcoolisées et stimulantes dans les lieux consacrés aux sports et à l'activité physique.

5.2. Objectifs de prévention

Réduire les risques liés à la pratique de l'activité physique et sportive :

- a) Valoriser le suivi médical pour les pratiques sportives à risques et poursuivre la prévention du dopage
- b) Intégrer dans le système d'information sanitaire des indicateurs de la morbidité liée à la pratique de l'activité physique.

Ces objectifs traduisent les perspectives du décret sur la promotion de la santé dans le sport.

6. La promotion de la santé bucco-dentaire

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

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

6.1. Objectifs de promotion de la santé

- a) Informer la population - parents, enfants et enseignants - afin de lever un certain nombre de préjugés qui banalisent l'importance de la santé dentaire, y compris chez l'adulte.
- b) Sensibiliser les enfants dès le plus jeune âge à la qualité de l'alimentation en général, et en lien avec l'hygiène bucco-dentaire en particulier. Le milieu scolaire est favorable à la réalisation de cet objectif, qui pourrait être intégré dans les projets santé de la communauté éducative et des équipes de la promotion de la santé à l'école.

6.2. Objectifs de médecine préventive

Réduire l'incidence carieuse via :

- a) l'apprentissage, si possible dans les temps scolaires, de l'hygiène bucco-dentaire et en particulier d'un brossage adéquat;
- b) le relais vers les campagnes de dépistages organisés en faveur des populations précarisées;
- c) le renforcement de l'information du public sur les conditions financières d'accès aux services de prévention et de soins;
- d) la sensibilisation et la formation des médecins, en particulier des généralistes.

7. La promotion de la santé cardiovasculaire

Les formes principales de maladies cardio-vasculaires sont les maladies ischémiques du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Les interventions médicales (médicaments, chirurgie, etc.) permettent d'accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes déjà atteintes. La prévention de ces maladies est classiquement abordée par la réduction des risques. Ceux-ci sont multiples. Citons parmi les principaux facteurs accessibles à la promotion de la santé : le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'excès chronique de stress, l'obésité, la sédentarité, le diabète de type II. Ces facteurs de risque ne s'additionnent pas, ils se multiplient.

7.1. Objectifs de promotion de la santé

Le recours à une alimentation équilibrée, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, et la pratique d'une activité physique régulière à tous les âges de la vie peuvent plus spécifiquement réduire à moyen terme les deux sources principales de mortalité dans la population belge : les cancers et les affections cardio-vasculaires.

- a) Promouvoir les modes et les milieux de vie favorables à la santé, en développant des programmes cohérents et coordonnés en matière d'alimentation, de prévention du tabagisme, de gestion du stress et de promotion de l'activité physique.
- b) Favoriser une culture de santé, particulièrement en identifiant les représentations qui, en pratique, peuvent rendre l'accès au dépistage difficile ou inconstant.

La réalisation de ces objectifs passe par :

- le développement des aptitudes individuelles et sociales, permettant de faire des choix en tenant compte de tous les facteurs de bien-être (et pas seulement des facteurs médicaux). Cette stratégie peut être appuyée par l'approche plus habituelle de l'information sur les modes et milieux de vie favorables à la réduction des risques;
- des mesures incitatives (réglementaires, fiscales, information adéquate des consommateurs, p. ex. par étiquetage...) visant à favoriser les choix de modes et milieux de vie favorables à la réduction des risques;
- la promotion des moyens permettant de réduire les facteurs de risque connus : protection et réglementation sur le milieu de travail, en matière d'environnement, etc.;
- la promotion d'une activité physique modérée et régulière, notamment en réalisant des campagnes de communication, en soutenant les politiques locales de promotion de l'activité physique et sportive, en intervenant auprès de groupes plus vulnérables et en intégrant des indicateurs de l'activité physique et sportive dans le SIS.

7.2. Objectifs de prévention

- a) Mettre en place un Programme de dépistage en vue d'identifier au sein de la population cible les personnes présentant un risque cardiovasculaire global majoré.
- b) Se concerter pour prévoir le relais des personnes présentant un risque cardiovasculaire global majoré, du Programme de dépistage vers une prise en charge médicale préventive adaptée au risque et orientée notamment sur le mode de vie.
- c) Favoriser pour ces personnes l'accès à des programmes spécifiques multifactoriels et pluridisciplinaires de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.

8. La promotion du bien-être et de la santé mentale

Dans l'enquête de santé par interviews de 2001, 25 % des personnes interrogées déclarent présenter un mal-être. Pour la moitié d'entre elles, soit 13 % de la population, il pourrait s'agir de problèmes assez sérieux de santé mentale : troubles dépressifs, troubles somatiques, symptômes d'angoisse. En outre, 14 % des personnes interrogées indiquent avoir consommé des médicaments psychotropes au cours des deux dernières semaines. Il serait donc pertinent de définir des objectifs et des stratégies visant une population tant d'adultes que de jeunes. Néanmoins, la Communauté française donne la priorité aux jeunes (15-25 ans), et particulièrement aux jeunes scolarisés.

Plusieurs raisons militent en faveur de ce choix :

- La Charte d'avenir de la Communauté définit la prévention du suicide comme une priorité, particulièrement chez les jeunes (deuxième cause de mortalité chez les 15-25 ans).

- Parmi les jeunes en âge scolaire, les bilans de santé des services PSE ainsi que l'étude "Bien-être et santé des jeunes" relèvent de nombreux problèmes liés à la santé mentale (insomnies, dépression, pertes du goût du travail, idées suicidaires).

- L'école apparaît comme un lieu particulièrement propice à la promotion de la santé mentale. Elle est pour le jeune un lieu de vie et d'apprentissage, intermédiaire entre la famille et le monde des adultes, un lieu de rencontres, d'échanges souvent intenses et de construction de l'identité.

Toutefois, il apparaît que les jeunes hors obligation scolaire ou en rupture de scolarité se retrouvent parmi les publics les plus à risque dans le domaine de la santé mentale; il est donc important de chercher les canaux et les acteurs qui permettraient d'intervenir auprès d'eux..

8.1. Objectifs de promotion de la santé

Développer les compétences favorisant la santé mentale et relationnelle (être bien avec soi et avec les autres), via :

- l'apprentissage de savoir être (estime de soi, empathie, capacité de résoudre les problèmes, de résister à l'influence des autres, de prendre des décisions, de gérer le stress...);

- la communication et la participation à des projets collectifs, en prise sur les besoins, les attentes et les désirs des jeunes;

- la gestion des conflits et la qualité des relations humaines, notamment entre adultes et adolescents.

- l'éducation affective et sexuelle.

8.2. Objectifs de prévention

a) Diminuer le nombre des tentatives de suicide et de récidives chez les jeunes scolarisés en développer dans un premier temps des programmes de formation des adultes travaillant en milieu scolaire.

b) Développer des programmes de recherche dans le domaine de la prévention des suicides.

9. La promotion de la santé de la petite enfance

Si la naissance et la petite enfance ne sont plus des périodes de haute vulnérabilité pour la santé de l'enfant et de sa mère, elles constituent des moments clés pour sensibiliser la famille du jeune enfant aux facteurs déterminant sa santé et son développement. Des actions concertées entre les futurs parents, jeunes parents et professionnels de la santé ont prouvé leur efficacité notamment en matière de mort subite du nourrisson. Des progrès restent cependant encore à faire en matière de tabagisme et en matière de suivi des mères adolescentes. Les programmes en cours centrés sur la qualité de l'alimentation, la qualité du sommeil, la prévention des traumatismes et la promotion de la bientraitance gardent toute leur raison d'être dans un plan de promotion de la santé.

9.1 Objectif de la promotion de la santé

- Développer des modes de vie favorables à la santé du nourrisson et de sa famille en lien avec la promotion de la santé mentale des parents, la prévention de la maltraitance et avec la promotion de la sécurité des lieux de vie du jeune enfant.

- Sensibiliser les professionnels de la petite enfance à la nécessité d'une approche concertée et en réseau de la santé du petit enfant et de sa famille.

9.2 Objectif de prévention

- Augmenter toute forme d'accessibilité aux consultations pré et post-natales (financière, socio-culturelle, éducative, etc.) en vue d'augmenter la couverture des suivis de grossesse et des nourrissons

- Prévenir les grossesses à l'adolescence et assurer le suivi des mères adolescentes

- Contribuer à réduire le tabagisme des futures mères et des jeunes mères notamment par des dispositifs d'aide et de soutien à l'arrêt du tabagisme

- Contribuer à la prévention des négligences et de la maltraitance

- Poursuivre la prévention de la mort subite du nourrisson

- Poursuivre le programme de politique vaccinale en Communauté française

10. Promotion d'environnements favorables à la santé.

L'OMS donne depuis 1993 la définition suivante des relations entre l'environnement et la santé : " *Les relations entre l'environnement et la santé recouvrent les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement. L'environnement comprend les aspects théoriques et pratiques de l'évaluation, de la correction, du contrôle et de la prévention des facteurs environnementaux qui peuvent potentiellement affecter de manière adverse la santé des générations présentes et futures* ".

Dans la suite des conceptions développées en matière de promotion de la santé en 1986 dans la Charte d'Ottawa, la Conférence de Sundsvall en 1991 a précisé les liens entre la santé et l'environnement.

Des engagements ont été pris lors des conférences ministérielles " Environnement-Santé " de l'Organisation Mondiale de la Santé Région Européenne à Helsinki (1994) et Londres (1999).

Le 6^e Programme d'Action Environnementale de l'Union européenne comporte un chapitre dévolu aux relations environnement-santé.

Cette prise en compte de l'impact de l'environnement sur la santé s'inscrit bien dans les perspectives du décret du 14 juillet 97 définissant la promotion de la santé.

En regard des nombreuses sources et influences possibles des pollutions environnementales intérieures et extérieures - air, eau, nuisances sonores - sur la santé, un grand nombre d'acteurs est concerné par les relations entre l'environnement et la santé.

Si la politique de l'environnement et la politique de santé nécessitent des concertations pour les terrains d'actions où elles sont liées et influencées l'une par l'autre, et si cette cohérence doit reposer sur une approche transdisciplinaire la plus opérationnelle possible, elle doit respecter l'autonomie respective de l'Autorité fédérale, des Régions et des Communautés quant à son élaboration et son exécution concernant leurs législations et leurs autres outils de gestion propres.

Dans cette optique, la Communauté française a adopté en 2003 un accord de coopération avec l'Etat fédéral et les autres entités fédérées pour veiller à la coordination de la rédaction, du suivi de la mise en oeuvre et de la révision du NEHAP (plan national d'action santé-environnement) tel que préconisé par l'OMS. Cet accord veille également, là où les compétences sont réparties entre les parties, à une mise en oeuvre coordonnée du NEHAP dans la mesure où les actions et projets concernés correspondent aux critères d'inter sectorialité, d'interterritorialité, de transdisciplinarité et requièrent un financement commun.

Dans le cadre de cet accord, diverses actions ont été entamées : information sur les dispositifs santé-environnement existants, consultation des acteurs dans les différentes entités, mise sur pied d'une journée santé-environnement.

Trois programmes sont initiés : pollution intérieures et normes des produits, mise en place d'un réseau de villes sur un programme "pollutions des villes et santé", validation d'indicateurs "environnement et santé" (programme DG Sanco / OMS).

Ils constituent le programme 2004 - 2006 de la CIMES (Conférence interministérielle environnement et santé) adopté en décembre 2003.

L'accord de coopération autour du NEHAP, établi dans le cadre de la CIMES fait à présent l'objet d'un décret d'assentiment qui a été adopté par le Parlement de la Communauté française le 22 mars 2004. La ratification par chacune des entités est en cours.

Objectifs de médecine préventive

La prévention est une des 7 recommandations du NEHAP. Les mesures à court terme qui sont proposées dans cette optique sont les suivantes :

- * Suivre les expériences (inter)nationales en matière de prévention sur les relations entre l'environnement et la santé afin de les adapter à la situation locale et régionale ainsi que de convenir de collaborations quand cela s'avère nécessaire.

- * Développer les outils nécessaires afin d'utiliser au mieux tous les acteurs de première ligne de la santé et de l'environnement en particulier les médecins généralistes mais également les pharmaciens, infirmières à domicile, éco-conseillers, associations de quartier, groupes d'entraide...dans la communication d'information à destination de la population d'une part et à destination des structures de décisions d'autre part.

Les engagements de la Communauté française comprennent actuellement deux suivis médicaux :

- * Un accord de coopération organise avec le Ministère de l'Environnement de la Région wallonne le suivi médical des habitants de Villers-La-Ville exposé aux effets potentiellement toxiques de la décharge de Mellery.

- * Une convention avec le Ministère de la santé de la Région wallonne organise une démarche identique à Tarcienne pour les habitants du quartier du Lumsonry.

Ces protocoles sont coordonnés par l'Institut Bordet et s'appuient sur la participation des médecins généralistes locaux et des associations citoyennes. Ils sont convenus pour une période de 10 ans.

Objectifs de promotion de la santé

La sensibilisation est une des 7 recommandations du NEHAP. Les mesures à court et moyen terme qui sont proposées dans cette optique sont les suivantes :

- * Introduire et soutenir dans les programmes scolaires du maternel, du primaire et du secondaire la sensibilisation aux liens reconnus entre l'environnement et la santé et la conscientisation de la responsabilité que chaque individu a dans ces domaines par son comportement.

- * Organiser des campagnes de sensibilisation à des problèmes précis liant l'environnement et la santé.

- * Développer l'aspect de réseau en activant et sensibilisant les acteurs institutionnels relais les plus proches de la population. (Communes, Provinces, Associations...)

- * Développer l'aspect de réseau en activant et sensibilisant les acteurs de première ligne les plus proches de la population en particulier les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières à domicile, les éco-conseillers, la police de proximité, les assistants sociaux, les syndicats...

Objectifs de formation

La formation est une des 7 recommandations du NEHAP. Les mesures à court et moyen terme qui sont proposées dans cette optique sont les suivantes :

- * Développer une meilleure prise en compte des liens environnement-santé dans la médecine (générale, scolaire, du travail,...).

- * Développer un enseignement environnement-santé pour tous les professionnels de la santé et de l'environnement

- * Intégrer les principes de base environnement-santé dans toutes les formations où des décisions doivent être prises quant aux aspects environnementaux (architectes, urbanistes, juristes, économistes, ingénieurs, métiers du bâtiment dont construction, rénovation et maintenance, de l'alimentation et métiers liés à la terre,...)

- * Instaurer et soutenir les formations complémentaires liant l'environnement et la santé pour les professionnels de l'environnement et de la santé qui doivent pouvoir faire face notamment à des problèmes locaux d'environnement et à des pollutions à l'intérieur des habitations.

Chapitre IV. De l'évaluation

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

Il s'agit dès la mise en place du Programme 2004-2008, et de façon plus précise dans le cadre du Plan communautaire en regard de la définition d'objectifs opérationnalisés, de définir les modalités concrètes d'évaluation : les structures et les publics qu'elle associe, les acteurs à mobiliser, les stratégies et les méthodes d'évaluation à développer et le calendrier des activités, la communication et les destinataires des résultats.

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

- la mise en oeuvre du programme quinquennal et des plans communautaires;
- leur impact sur le fonctionnement des structures de médecine préventive et de promotion de la santé;
- leur impact sur la santé de la population de la Communauté française.

Plus particulièrement, il s'agira d'estimer si la mise en oeuvre du Plan a respecté :

- les orientations de travail définies dans la Charte d'Ottawa (*élaboration de politiques publiques saines, création de milieux favorables à la santé, renforcement de l'action communautaire, développement des aptitudes personnelles et réorientation des services de santé*) et permis par là de contribuer à améliorer le bien-être de la population et à favoriser un contrôle accru sur les déterminants de sa santé;

- les principes d'action du présent Programme : *adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé, intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé, promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions qui les concernent, développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel, développer des procédures d'assurance de qualité, augmenter les compétences et les*

capacités d'action en promotion de la santé des relais et de la population par l'éducation permanente et la formation, articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique;

- les canaux d'intervention privilégiés et les acteurs prioritaires : *milieux de vie, collectivités locales et relais;*
- les objectifs définis pour les problématiques de santé prioritaires : *assuétudes, cancers, maladies infectieuses, traumatismes, activités physique, santé bucco-dentaire, maladies cardiovasculaires, santé mentale, santé du nourrisson et de sa famille, environnement;*
- les critères de qualité, d'efficacité et d'efficience, notamment à partir des affectations budgétaires;
- les orientations de la Charte d'Avenir pour la Communauté Wallonie-Bruxelles en matière de promotion de la santé.

Annexe 1 : Critères de qualité des programmes de promotion de la santé

a) Qualité des objectifs

On retiendra d'abord les critères classiques, parmi lesquels :

- pertinence (les objectifs doivent être cohérents avec l'analyse des besoins);
- réalisme (les objectifs doivent, raisonnablement, pouvoir être atteints à l'issue de l'action ou de la recherche);
- acceptabilité (les objectifs doivent être acceptables pour les acteurs impliqués et pour la population concernée);
- degré d'opérationnalisation (les objectifs doivent être exprimés en termes évaluables). L'exigence d'opérationnalisation doit évidemment être cohérente avec les objectifs.

A ces critères s'ajoutent des qualités cohérentes avec le concept de promotion de la santé :

- des objectifs qui ne se limitent pas à la prévention d'une pathologie mais prennent en compte des aspects plus positifs et plus globaux de la santé;
- des objectifs qui visent à réduire les inégalités sociales devant la santé;
- des objectifs définis avec des acteurs (professionnels ou profanes) impliqués dans l'action ou la recherche;
- des objectifs qui visent à favoriser le développement de dynamiques communautaires

b) Qualité des moyens

Ici encore, on retiendra d'abord les critères classiques, parmi lesquels :

- pertinence (les moyens doivent être cohérents avec les objectifs);
- efficacité (les moyens doivent pouvoir, raisonnablement, permettre d'atteindre les objectifs, sans entraîner un excès d'effets contre-productifs);
- efficience (les moyens ne doivent pas être disproportionnés par rapport aux objectifs);
- acceptabilité (les moyens doivent être acceptables par les acteurs impliqués et par la population concernée);
- accessibilité (les moyens doivent être à portée des acteurs impliqués et de la population concernée).

Un autre critère découle du concept de promotion de la santé : l'association de la population concernée à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions, que ce soit sous forme de consultation, de soutien, de partenariat, de participation directe à l'action, ou sous une autre forme de synergie.

c) Qualité de l'évaluation

La qualité d'une évaluation dépend de plusieurs critères, parmi lesquels :

- L'utilité : l'évaluation est directement en relation avec des décisions à prendre sur le déroulement de l'action.
- La pertinence : l'évaluation doit permettre de réguler le programme, d'observer et de juger ses effets et son processus.
- L'efficacité et l'efficience : les objectifs et les moyens de l'évaluation sont adaptés et proportionnés au programme et aux moyens disponibles.
- La rigueur : les critères, les indicateurs et le dispositif respectent les bonnes pratiques; ils sont négociés, spécifiques, sensibles et fiables
- La participation : les acteurs dont les bénéficiaires sont associés au processus.
- L'utilisation : l'évaluation met en place un processus de communication en vue de favoriser l'utilisation de ses résultats.

Annexe 2 : Critères de qualité des programmes de formation continue

* Prendre du recul par rapport aux demandes "instrumentales" (d'outils ou de démarches standardisées) pour permettre d'approfondir la compréhension des situations problématiques.

* Travailler prioritairement sur les représentations mentales, notamment par rapport à la santé et aux risques, aux inégalités de santé et situations de vulnérabilité, à l'empowerment et à la participation des populations.

* Intégrer les trois registres d'objectifs d'apprentissage (savoir, savoir-faire, savoir être) dans les processus d'acquisition des compétences.

* Privilégier les groupes de formation pluri-sectoriels ou pluri-professionnels et les équipes pluridisciplinaires de formateurs.

* Privilégier les processus de formation qui prévoient avec des aller-retour entre moments de formation et confrontation à la pratique;

* Valoriser les pratiques de participants, par exemple en développant les échanges de pratiques.

* Créer une possibilité de suivi des formations par des accompagnements individualisés.

Annexe 3 : Déclaration de Namur pour des politiques communales de santé

Les communes en tant que pouvoir politique et communauté de citoyens ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de vie en initiant ou en favorisant des interventions sur des facteurs déterminants de la santé comme l'environnement, l'éducation, l'aide sociale, l'emploi ou la culture...

La présente déclaration, transmise le 17 juin 2000 à 160 mandataires réunis à Namur, vise à traduire ce constat dans les dynamiques politiques locales.

L'action communale comme levier de santé cherche à améliorer la santé pour tous et réduire les inégalités, et donc :

- * fournir un environnement physique et social de qualité;
- * développer une économie diversifiée, novatrice et vitale en réponse aux besoins essentiels - logement, revenu, nourriture;
- * développer et valoriser les ressources et les expériences;
- * favoriser le développement d'une communauté solidaire et qui participe à la vie de la cité;
- * faire lien avec l'histoire, la culture et la vie de la ville;
- * faciliter l'accessibilité aux services de santé et sociaux.

Pour atteindre des objectifs de communes en santé :

- * La santé fait partie des objectifs communaux déclinés dans les programmes politiques communaux.
- * Un échevin a des attributions en matière de santé et qualité de la vie.
- * Le conseil communal ouvre une commission de la santé.
- * Un espace de concertation (politiques/professionnels et habitants) est organisé; ces missions et ces modes de fonctionnement sont définies.

Ces modalités sont exemplatives, complémentaires et non exhaustives. L'ambition sera de concerner tous les secteurs de la vie communale et de solliciter activement la participation des citoyens comme acteurs de santé.

Pour soutenir cette dynamique, l'acteur politique de la promotion de la santé en Communauté française propose la mise en place et surtout la mise en œuvre d'un réseau de mandataires communaux ou de responsables de programmes " Commune-Santé " qui soutiennent les initiatives en rapport avec les objectifs décrits plus haut.

Par exemple, par :

- a) des échanges d'expériences et d'informations;
- b) des débats et travaux sur l'impact santé des politiques de la ville;
- c) des formations : l'action politique dans le domaine de la santé;
- d) des articulations avec les prochaines conférences locales de promotion de la santé (2001).

Un groupe de pilotage en assure l'animation; il fonctionne comme comité d'accompagnement de cette Déclaration et en rappelle régulièrement les intentions.

Le Ministère de la santé de la Communauté française apporte une aide en matière de secrétariat et de circulation de l'information et organise au moins un rendez-vous annuel de l'ensemble des membres du réseau.

Sommaire

Préambule

1. Rappel des textes législatifs	2
2. Définition des concepts	4
3. Le Programme quinquennal et les Plans communautaires opérationnels	6
4. Les fonctions permanentes de la Communauté française en matière de surveillance, de protection et de formation	7

Introduction

Chapitre I. Des principes d'action

1. Adapter les stratégies pour faire face aux inégalités devant la santé	9
2. Intégrer les stratégies de médecine préventive dans une approche de promotion de la santé	9
3. Promouvoir la participation citoyenne, impliquer les populations concernées	10
4. Développer le travail en réseau et le partenariat intersectoriel	10
5. Développer des procédures d'assurance de qualité	10
6. Augmenter les compétences et les capacités d'action par l'éducation permanente et la formation	11
7. Articuler le champ de la promotion de la santé et les autres champs d'action politique	11

Chapitre II. Des acteurs prioritaires

1. Les acteurs des milieux de vie	12
2. Les collectivités locales	13
3. Les relais auprès des populations les plus vulnérables	14

Chapitre III. Des problématiques de santé prioritaires

1. La prévention des assuétudes	15
2. La prévention des cancers	17
3. La prévention des maladies infectieuses	18
4. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité	21
5. La promotion de l'activité physique	22
6. La promotion de la santé bucco-dentaire	23
7. La promotion de la santé cardiovasculaire	24
8. La promotion du bien-être et de la santé mentale	25
9. La promotion de la santé de la petite enfance	26
10. La promotion d'environnements favorables à la santé	27

Chapitre IV. De l'évaluation

Annexe 1 : Critères de qualité des programmes de promotion de la santé	31
Annexe 2 : Critères de qualité des programmes de formation continue	32
Annexe 3 : Déclaration de Namur pour des politiques communales de santé	33

Vu pour être annexé à l'arrêté du 30 avril 2004 approuvant le programme quinquennal de Promotion de la santé 2004-2008,

Bruxelles, le 30 avril 2004.

Pour le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,

Mme N. MARECHAL